جامعة يحيى فارس بالمدية
كلية العلوم الاجتماعية
تخصص: علم النفس العيادي

تقدير الذات عند الأطفال المعاقين ذهنيا
دراسة عيادية بالمركز النفسي البيداغوجي
- المدية -

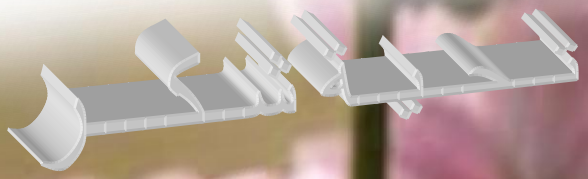
مذكرة تخرج مقدمة لنيل شهادة
ماستر
تخصص علم النفس العيادي

إعداد الطالبة:
* أحلام شيكاوي

تحت إشراف الأستاذة:
* د/ عبد القادر شكراوي فتحية

السنة الجامعية:2019/2018


بسم الله الرحمن الرحيم



أولا وقبل كل شيء أشكر الله عز وجل الذي سخرني لإنجاز هذا العمل، كما أتقدم بالشكر إلى الأستاذة المشرفة (شكراوي)، وأصدق التشكرات وأحلاها إلى من ساعدني في إنجاز هذا العمل من منهجية إلى ترتيب إلى كتابة إلى طباعة لتكون على ماهي عليه، وأشكر كل من اطلع على هذه الرسالة.



إهـــداء

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على خاتم الأنبياء أجمعين.

إليك أمي

إليك أبي

إلى من سميتها الحبيبة إلى نفسي أمي الغالية يارمز الحنان أتمنى لكي دوام الصحة والشفاء من كل داء، إلى من أكن له كل الاحترام والتقدير يا مثلي الأعلى أبي الغالي. أنتما سبب وصولي إلى ما وصلت إليه الآن،إلى أخواي وأخواتي حفظهم لي الرحمان إلى جميع العائلة والصديقات،إلى من لم تحملهم مذكرتي لكنهم في ذاكرتي إلى كل من إسمه غير موجود لكنه في القلب محفور.

أحـــلام

فـــهـــــرس المـــحتـــويـــات:

- **البسملة**
- **شكر**
- **إهداء**
- **فهرس المحتويات**
- **فهرس الجداول و الأشكال**
- **ملخص.....أ- ب**
- **مقدمة.....ت- ث**
- **الفصل الأول :الإطار العام لإشكالية الدراسة**

1- إشكالية الدراسة.....04-07

2- الفرضيات.....07

3- أسباب اختيار الموضوع.....08

4- أهمية الدراسة.....08

5- أهداف الدراسة.....08

6- تحديد مفاهيم الدراسة.....09-10

7- الدراسات السابقة.....10-14

8- تعقيب على الدراسات السابقة.....14-15

- **الفصل الثاني: تقدير الذات**

تمهيد.....17

أولا: الذات.....18

1- مفهوم الذات.....18-21
2- مكونات الذات.....21
3- خصائص مفهوم الذات.....22-24
4- أشكال مفهوم الذات 24-25
5- محددات مفهوم الذات 25-26
6- أبعاد مفهوم الذات.....26-27
7- سمات مفهوم الذات.....27-28
9- علامات القوة والضعف.....28

ثانيا: تقدير الذات

1- مفهوم تقدير الذات.....29-31
2- الفرق بين مفهوم الذات وتقدير الذات.....31
3- نظريات تقدير الذات.....32-34
4- أهمية تقدير الذات.....34-35
5- مستويات تقدير الذات.....35-36
6- العوامل المؤثرة في تقدير الذات.....36-37

خاتمة الفصل.....38

الفصل الثالث: الطفولة

تمهيد.....40
1- تعريف الطفولة.....41-43
2- حاجات الطفولة.....43-46
3- مشكلات الطفولة.....46-49
4- مظاهر النمو في مرحلة الطفولة.....50-64

5- العوامل المؤثرة في شخصية الطفولة.....64-69

خاتمة الفصل.....70

الفصل الرابع: الإعاقة الذهنية

تمهيد.....72

1- مفهوم الإعاقة الذهنية.....73-75

2- أسباب الإعاقة الذهنية.....75-78

3- تصنيفات الإعاقة الذهنية.....78-81

4- خصائص المتخلفين عقليا.....81-87

5- مشكلات الإعاقة الذهنية.....87-90

6- احتياجات المعاقين ذهنيا.....90-92

خاتمة الفصل.....93

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

تمهيد.....95

1- الدراسة الإستطلاعية.....96-103

2- منهج الدراسة..... 103-104

3- عينة الدراسة.....104-105

4- المجال المكاني والزماني للدراسة.....105

5- أدوات الدراسة.....105-110

خلاصة.....111

الفصل السادس: عرض وتحليل وتفسير ومناقشة نتائج الدراسة

1- عرض وتحليل الحالات.....113

1-1 عرض وتحليل الحالة الأولى.....113-114

2-1 عرض وتحليل الحالة الثانية.....114-115

3-1 عرض وتحليل الحالة الثالثة.....115-116

4-1 عرض وتحليل الحالة الرابعة.....116-117

5-1 عرض وتحليل نتائج مقياس كوبر سميث.....117-118

2- تحليل ومناقشة نتائج الدراسة.....118

1-2 تحليل ومناقشة النتائج على ضوء التساؤل الأول.....118-119

2-2 تحليل ومناقشة النتائج على ضوء التساؤل الثاني.....119

3- مناقشة النتائج العامة.....119-120

- **خاتمة**.....122-123
- **الاقتراحات والتوصيات** 123
- **الصعوبات**.....123-124
- **قائمة المراجع**
- **الملاحق**

فهرس الجداول والأشكال:

أولا : فهرس الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
الجدول رقم 01	أقصى الأعمار العقلية التي يصل إليها المعاقين ذهنيا والعاديين في الأعمار الزمنية من سنة إلى 18 سنة	83
الجدول رقم 02	خصائص عينة الدراسة	105
الجدول رقم 03	العبارات السالبة والموجبة في مقياس تقدير الذات	107
الجدول رقم 04	مستويات تقدير الذات لمقياس كوبر سميث	109
الجدول رقم 05	المقاييس الفرعية لمقياس كوبر سميث	109
الجدول رقم 06	عرض نتائج الحالات الأربعة	117

ثانيا : فهرس الأشكال

رقم الشكل	عنوان الشكل	الصفحة
الشكل رقم 01	مخطط يمثل خصائص مفهوم الذات	24

مـــلـــخـــص

ملخص:

دراسة مكملة لنيل شهادة الماستر بعنوان "تقدير الذات عند الأطفال المعاقين ذهنيا" هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى تقدير الذات عند الطفل المعاق ذهنيا ، للوصول إلى هذا الهدف صيغت الإشكالية التالية: ما مستوى تقدير الذات لدى الطفل المعاق ذهنيا؟ وللإجابة على هذا التساؤل وضعت الفرضيات التالية:

الفرضية العامة:

– نجد مستوى تقدير الذات عند الطفل المعاق ذهنيا مختلف.

الفرضيات الفرعية:

– نجد تقدير الذات لدى الطفل المعاق ذهنيا منخفض.

– نجد تقدير الذات لدى الطفل المعاق ذهنيا متوسط.

للتحقق من هذه الفرضيات اعتمدت الدراسة على المنهج العيادي وتمثلت عينة الدراسة في أربعة حالات من الأطفال المعاقين ذهنيا تراوحت أعمارهم ما بين 7و12 سنة، وقد تم اختيارهم بطريقة قصدية واعتمدنا على الأدوات التالية:

– المقابلة العيادية، مقياس تقدير الذات لكوبر سميث. وقد تم التوصل إلى النتائج التالية:

– نجد مستوى تقدير الذات عند الطفل المعاق ذهنيا مختلف.

– نجد تقدير الذات لدى الطفل المعاق ذهنيا منخفض.

– نجد تقدير الذات لدى الطفل المعاق ذهنيا متوسط.

فقد تحققت الفرضية العامة والفرضيات الفرعية.

Résumé:

Une étude complémentaire pour l'obtention d'un master intitulé « Estime de soi chez les enfants handicapés mantaux », les objectifs de l'étude identifier le niveau d'estime de soi chez l'enfant handicapé mental, pour atteindre cet objectif le problème suivant a été formulé « quel est le niveau d'estime de soi des enfants handicapés mentaux ? Pour répondre á cette question les hypothèses suivantes ont été développées:

Hypothèse Général:

Le niveau d'estime de soi de l'enfant handicapé mentale est différent.

Sous- Hypothèses:

Nous trouvons l'estime de soi lorsque l'enfant est handicapé mental et faible.

Nous retrouvons l'estime de soi lorsque l'enfant est handicapé mental.

Pour vérifier ces hypothèses l'étude était basée sur l'approche clinique, l'échantillon de l'étude de comprenait quatre cas d'enfants handicapés mentaux âgés de 7á12 ans, ils ont été choisis délibérément et nous avons adopté les outils suivants: Entretien clinique, Échelle cooper smith, les résultats suivants ont été atteints:

Le niveau d'estime de soi de l'enfant handicapé mentale est différent.

Nous trouvons l'estime de soi lorsque l'enfant est handicapé mental et faible.

Nous retrouvons l'estime de soi lorsque l'enfant est handicapé mental.

L'hypothèse générale et les hypothèses subsidiaires ont été réalisées.

مقدّمة

مـــــقـــــــدمـــــــــة:

تعد دراسة الذات وتقديرها من الموضوعات الهامة في علم النفس التي أثارت اهتمام النفسانيين والتربويين باعتباره متغير سيكولوجيا يتضمن العديد من أساليب السلوك ونمو المشاعر النفسية والذي يشير إليه كل من لورند رليش (1986) أن تقدير الفرد لذاته تعتبر نتاجا للتقديرات التي يتلقها الفرد من الآخرين المهمين بالنسبة له، كما يعتبر نتاجا لمشاعر الفرد بأنه صاحب القدرة والكفاءة وحسب تقديره لذاته لذلك تكمن أهميته بالنسبة للفرد وخاصة الطفل، فإذا احترم نفسه أصبح الآخرون يحترمونه مما يشعره بالراحة مع نفسه، أما إذا لم يحترم نفسه فإنه يجد صعوبات في مواجهة الناس مما يجعله يقع فريسة للعديد من الاضطرابات كالانطواء والعزلة لأنه يعجز عن التعبير عن ذاته وقدراته ومواهبه وخبراته.

يعتبر مفهوم تقدير الذات النواة المركزية التي يرتكز عليها سلوك الفرد وهو من المؤشرات المهمة الدالة على الصحة النفسية والتكيف النفسي والاجتماعي، ويتشكل هذا المفهوم عبر مراحل النمو والتنشئة الاجتماعية للفرد، فيتأثر بالخبرات التي يمر بها عبر محاولته للتكيف مع البيئة وفي ظل التفاعل الاجتماعي، وبحيث ينخفض في مراحل عمرية ويرتفع في أخرى، وذلك حسب طبيعة المرحلة وظروف الوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه،والتجارب التي يمر بها، فإدراكه السليم لذاته يجعله يعلم نقاط القوة والضعف لدية فيعمل على استغلال قوته لأضعاف ضعفه،أما إذا كانت صورته عن نفسه سلبية مليئة بالنواقص والعيوب فهذا يؤثر عليه سلبا .

فالإعاقة الذهنية تعتبر إحدى القضايا الاجتماعية التي لاقت اهتماما متزايدا في الآونة الأخيرة ، وذلك لما لها من آثار سلبية على كل فرد معاق، أسرته، مجتمعه، فقد دعت مختلف المنظمات والهيئات الدولية المهتمة بشؤون الإعاقة للتكفل والاهتمام بهذه الشريحة من المجتمع ورد الاعتبار لها،

وقد يزداد الوضع تعقيدا خاصة إذا عرفنا مدى تنوع واختلاف مستويات الإصابة بالإعاقات الذهنية فقد تكون ناتجة عن خلل خلقي أو فطري يصيب الفرد خلال الولادة ، وقد تكون مكتسبة من بعد الميلاد، وعلى الرغم من الآثار النفسية والاجتماعية المترتبة على هذه الإعاقات والتي يكون تأثيرها على المعاق أكبر من حجم الإصابة نفسها.

ولهذا ارتأيت في دراستي هذه تسليط الضوء على هذه الفئة من المجتمع في دراسة نفسية واجتماعية هدفها التكفل الاجتماعي والدعم النفسي وإيجاد السبل والإمكانيات لها.

ومن هنا برزت الحاجة إلى هذه الدراسة بجانبيها النظري والتطبيقي وفصولها الستة حيث تضمنت في الفصل الأول الذي يعتبر كمدخل للدراسة، وفيه تم عرض إشكالية الدراسة وصياغة الفرضيات، ثم تحديد أسباب اختيار الموضوع مبرزين بعدها أهميته وأهدافه ثم حددت التعاريف الإجرائية للدراسة، وكذا الدراسات السابقة وأخيرا التعقيب على الدراسات السابقة. أما الفصل الثاني والمعنون بتقدير الذات فقد قسمناه إلى قسمين أولا الذات والتي تناولنا فيها مفهوم الذات ومكوناتها وخصائصها بالإضافة إلى أشكالها ومحدداتها وأبعادها وسماتها وعلامات القوة والضعف، ثانيا تقدير الذات حيث تطرقنا فيه إلى مفهوم تقدير الذات والفرق بينه وبين الذات ونظرياته وكذا أهميته ومستوياته واختتم بالعوامل المؤثرة بتقدير الذات.

أما الفصل الثالث تم التطرق فيه إلى الطفولة من حيث التعريف والحاجات ومشكلاتها ومراحلها وأهم المظاهر فيها ، العوامل المؤثرة في شخصية الطفل. بينما الفصل الرابع تناولنا فيه الإعاقة الذهنية من حيث المفهوم والأسباب والتصنيفات وخصائص المتخلفين عقليا ومشكلاتها وفي الأخير احتياجات المعاقين ذهنيا أما الجانب التطبيقي فقد شمل فصلين حيث اهتم الفصل الخامس منه بالجانب المنهجي من منهج الدراسة وحالاتها والمجال المكاني والزماني وأدوات الدراسة أما الفصل السادس الذي تمثل في عرض وتحليل نتائج الدراسة ،حيث شمل عرض وتحليل الحالات ثم تحليل ومناقشة النتائج .

الفصل الأول: الإطار العام لإشـــــكالية الدراسة

- ✓ إشكالية الدراسة
- ✓ فرضيات الدراسة
- ✓ أسباب اختيار الموضوع
- ✓ أهمية الدراسة
- ✓ أهداف الدراسة
- ✓ تحديد مفاهيم الدراسة
- ✓ الدراسات السابقة
- ✓ تعقيب على الدراسات السابقة

1- إشكالية الدراسة:

إن الاهتمام بالطفولة والعناية بها من القضايا الهامة بالنسبة لجميع أسر دول العالم، حيث تمثل الطفولة نواة التنمية والاهتمام بها يعد من أهم المعايير التي يقاس بها تقدم الأمم والاهتمام بالنشء ومساعدتهم على رفع مستوى قدراتهم وفق أصول علمية أصبحت هدفا من أهداف التربية.

تعتبر مرحلة الطفولة من أهم وأبرز المراحل في حياة الفرد فهي المرحلة التي يحدد فيها بناء وتكوين شخصية الطفل من جميع النواحي النفسية الجسمية والعقلية، فكل ما يتلقاه الطفل في هذه المرحلة تبقى أثاره إلى مرحلة لاحقة، فهي مراحل متكاملة ومتداخلة فيما بينها، فإن مرور الطفل من هذه المرحلة بشكل سليم ومتوازن يجعله يتمتع بالصحة الجسمية والانفعالية والعقلية والاجتماعية وبالراحة النفسية، أما إذا لم يتلقى الرعاية والاهتمام فقد يواجه العديد من المشكلات والتي قد تلازمه طول حياته.

(عبدالفتاح دودار،1993،ص217).

فالطفل يحتاج في المراحل الأولى من حياته إلى متطلبات وحاجات متنوعة لا يستطيع تحقيقها بنفسه بل يتوقع تحقيقها وإشباعها من طرف والديه ومن هنا يتضح لنا الدور الكبير والمهم الذي تلعبه الأم في حياة الطفل خاصة في السنوات الأولى إذ تقوم بإشباع حاجاته المختلفة البيولوجية والعاطفية التي بواسطتها يحقق الطفل نموا سليما في مختلف نواحي النمو.

يتعرض الطفل خلال مراحل نموه لتأثيرات متعددة ومختلفة، فقد نجد في كل مجتمع من المجتمعات مجموعة من الأشخاص المعاقين أصيبوا بإعاقة أثناء أو بعد الولادة هؤلاء الأشخاص هم ذوي الاحتياجات الخاصة ومن بين الإعاقات الأكثر انتشارا هي الإعاقة العقلية عند الأطفال حيث يطلق عليهم المعاقين عقليا أو بمصطلح آخر المتخلفين عقليا وتعتبر ظاهرة الإعاقة العقلية مشكلة

تواجهها كل المجتمعات سواء كانت متقدمة أو متخلفة، حيث تعتبر مشكلة متعددة الجوانب فهي مشكلة طبية، نفسية اجتماعية، وقانونية، تتداخل مع بعضها البعض مما يجعلها متميزة في تكوينها حيث أن الشخص المعاق عقليا يعاني عموما من نقص أو عدم نمو كافي في القدرات العقلية المختلفة، مما يؤثر على قدرته على التعلم والتحصيل الدراسي، حيث نجد الأطفال المعاقين ذهنيا يعانون من بعض الضعف في تقديرهم لذاتهم.

يعتبر التخلف العقلي مشكلة من أهم المشكلات التي تهم علماء النفس،التربية وعلم الاجتماع والطب، فهو حالة نظهر منذ الطفولة المبكرة يضعف فيها النمو العقلي ويسوء فيها التوافق النفسي والاجتماعي متعذرة الشفاء، يعجز فيها الفرد عن إدراك أكثر المفاهيم بساطة وعن ممارسة مهنة والاستغراق في العلاقات الاجتماعية، وعن العناية بالذات.

كما يرتبط التخلف العقلي ببعض التشوهات الجسمية والاضطرابات النفسية وعدم الاستقرار، وقيام المصاب به بحركات غير هادفة وغير متحكم فيها، يتصف بالعدوانية وعدم الانسجام، وعدم القدرة على التحكم في الانفعالات والعواطف، وبالخمول وقلة النشاط، وعدم التعاون مع الغير، عدم الاستيعاب والفهم للنظم والعلاقات الاجتماعية، وصعوبات التفكير، والتركيز والتذكر والانتباه، ونقص القدرة على التعبير وعدم وضوح الألفاظ في كثير من الأحيان، كما يتميز المتخلف عقليا بحالة صحية قابلة للإصابة بالأمراض.

والتخلف العقلي من الاضطرابات المعروفة منذ بداية التاريخ، حيث عاملت الحضارات القديمة المتخلفين عقليا بوحشية، وعملت على التخلص منهم وطردهم من المجتمع وعزلهم عنه، وفي المجتمع الجزائري كان التخلف العقلي في زمن ليس ببعيد موضوع طابوا، حيث كانت بالأسرة تخفي طفلها المصاب به، وأحيانا يعتبر كمسكين يستحق الشفقة والرحمة وأحيانا أخرى يطلق عليه لفظ مجنون من بعض الناس.

ويعد التخلف العقلي مشكلة هامة من المشكلات الاجتماعية والطبية للمتخلف عقليا وهذا بسبب إمكانيته العقلية المحدودة التي تعد أقل قدرة على التكيف الاجتماعي، والتصرف في المواقف الاجتماعية المتنوعة وذلك من خلال تفاعله مع الآخرين. وإذا كانت الإصابة بالتخلف العقلي حقيقة واقعة، فإن جهود العلماء في التخصصات البيولوجية والطبية والنفسية لم تفلح في الحد منها، والأمل القائم هو التقليل من خطورتها، والطريق إلى ذلك هو التدخل من خلال العوامل البيئية لإكساب الطفل المتخلف عقليا كل المهارات الضرورية له، وتنمية قدراته وتدريبه على السلوك التوافقي.

ويشير فؤاد أبو حطب إلى أن الإعاقة العقلية تدل على نمو غير كاف للقدرات العقلية لا يساعد على التعلم المعتاد، كما يدل من ناحية أخرى على دونية الفترات اللازمة للتوافق والبقاء في وسط بيئي وثقافي معين. (أشرف محمد عبد الغني شريت،2007،ص56).

ويعد مفهوم الذات من العوامل المهمة المؤثرة في السلوك الإنساني وهو مفهوم متعلم ومكتسب من أنماط التنشئة الاجتماعية، لقد استنتج لابيان وجرين أن مفهوم الذات يعمل كموجه للسلوك وقوة دافعة له وهو يشكل ذلك التنظيم الإدراكي الذي يقف وراء وحدة الأفكار والمشاعر والذي يعمل بمثابة الخلفية المباشرة لسلوكنا والموجه له. (عبد الفتاح دودار،2005،ص12).

كما أن هامشك يرى أن تقدير الذات هو حكم الفرد على أهمية شخصيته فالأشخاص الذين لديهم تقدير ذات مرتفع يعتقدون أنها ذو قيمة وأهمية، وأنهم جديرون بالاحترام والتقدير كما أنهم يثقون في صدق أفكارهم، أما الأشخاص الذين لهم تقدير ذات منخفض فلا يرون أية قيمة أو أهمية لأنفسهم، ويعتقدون أن الآخرين لا يقبلونهم ويشعرونهم بالعجز. (حسن الشناوي،2001،ص125).

فهو يتعلق بالجانب الوجداني منها حيث يتضمن الإحساس بالذات أو عدمه فالمفهوم الإيجابي أو التقدير الإيجابي والجيد لها يدفع بالفرد إلى مواجهة المواقف الحياتية بشجاعة وثقة في حين يشعر

الشخص صاحب المفهوم السلبي والتقدير المنخفض بالعجز هذا ما قد يدفعه أو يوقعه في الاضطرابات والأمراض المختلفة.

كذلك يرى عالم النفس الأمريكي أبراهام ماسلو أن الإنسان يولد وهو محفز لتحقيق حاجاته الأساسية في شكل هرم يبدأ بالحاجات الفسيولوجية مرورا بالحاجة إلى الأمن والسلام ثم الحاجة إلى الانتماء والتقبل من المجموعة وصولا إلى حاجة الاحترام وتقدير الذات، وبعد تحقيق كل هذه الحاجات يسعى جاهدا إلى تحقيق ذاته ليصل إلى مرحلة الاكتفاء الذاتي والسلام مع نفسه، ويعد تقدير الذات من الأبعاد المهمة في حياة الفرد حيث يعبر عن اعتزازه بالنفس والثقة بها، هذا يجعل الفاعلية لديه نشطة أو قابلة للإنجاز خاصة إذا كان هذا التقدير نحو الذات إيجابي فإنه يدفع الإنسان إلى تحقيق أهدافه دون مراعاة إلى العوائق التي تواجهه، وقد يؤثر تقدير الذات بعوامل متعددة.

وعندما نتحدث عن تقدير الذات بشكل عام، ولدى المعاقين ذهنيا بشكل خاص، فنلاحظ الفرد ينظر لنفسه بطريقة تختلف عن الآخرين، فالبعض يرى في نفسه أنه أقل من الآخرين، فلا يتصرف بإقبال وحماس نحوهم، والبعض يقدر نفسه حق قدرها، فينعكس ذلك على سلوكهم، ونجدهم يتصرفون بشكل أفضل من غيرهم.

ومن خلال ما سبق ذكره نلجأ إلى طرح التساؤل التالي:

ما مستوى تقدير الذات لدى الطفل المعاق ذهنيا؟

التساؤلات الفرعية:

- هل نجد عند الطفل المعاق ذهنيا تقدير ذات منخفض؟

2- الفرضيات:

الفرضية الرئيسية:

- نجد مستوى تقدير الذات عند الطفل المعاق ذهنيا مختلف.

الفرضيات الجزئية:

- نجد تقدير الذات لدى الطفل المعاق ذهنيا منخفض.
- نجد تقدير الذات لدى الطفل المعاق ذهنيا متوسط.

3- أسباب اختيار الموضوع:

- تكمن أسباب اختيار هذا الموضوع في الرغبة الكبيرة لدراسة تقدير الذات لدى الأطفال المعاقين ذهنيا.
- صلاحية المشكلة للدراسة النظرية والتطبيقية.
- اكتساب خبرة في إجراء البحوث.
- قلة الدراسات السابقة حول تقدير الذات لدى الأطفال المعاقين ذهنيا-في حدود علمي.
- ارتباط الموضوع بتخصص علم النفس العيادي.

4- أهمية الدراسة:

- تعتبر هذه الدراسة محاولة في البحث عن تقدير الذات لدى الأطفال المعاقين ذهنيا.
- تحاول هذه الدراسة تقديم معلومات أساسية عن تقدير الذات.
- التركيز على فئة الأطفال ومحاولة الاهتمام بهم لأن هذه الفترة مهمة جدا في تكوين شخصية الطفل.
- لكون مرحلة الطفولة أهم مراحل النمو عند الإنسان.

5- أهداف الدراسة:

- الإجابة على فرضيات الدراسة والتساؤلات الواردة في إشكالية الدراسة.
- معرفة مدى تقدير الذات لدى الطفل المعاق ذهنيا.
- التعرف على صعوبات الأطفال المعاقين ذهنيا.

- إلقاء الضوء على كل من المفاهيم تقدير الذات والأطفال المعاقين ذهنيا.

6- تحديد مفاهيم الدراسة:

6-1 تقدير الذات:

- **التعريف الاصطلاحي:** هو تقييم مؤثر من الفرد لمجموع خصائصه العقلية والجسمية كما أن تقدير الذات هو تقييم يضعه الفرد لنفسه ويعمل من أجل المحافظة عليه وبمنحنى آخر في تحديد هذا المفهوم بأنه يمثل عامل رئيسي ودافع للنجاح في الحياة.

(أديب محمد خالد،2009، ص496).

- **التعريف الإجرائي:** يمثل تقدير الذات هو الدرجات التي يتحصل عليها الطفل المعاق ذهنيا من خلال مقياس كوبر سميث .

6-2 الطفولة:

- **التعريف الاصطلاحي:** يعرفها علماء النفس على أنها "معنى جامع يضم الأعمار ما بين المرحلة الجنينية ومرحلة الاعتماد على النفس، والطفولة تمتد بالفرد من حالة العجز والاعتماد على الآخرين عند الميلاد إلى تلك المرحلة التي يتاح عندها فقط اعتماد الفرد على نفسه، واضطلاعه بنشاط إنتاجي وابتكاري وفعال لاستعداداته وقدراته الشخصية، وما يتوافر له في مجتمعه من متطلبات التطبع الاجتماعي والتربية والرعاية الصحية وغيرها من أوجه الرعاية.

(الشهري، 1430، ص ص18-19).

- **التعريف الإجرائي:** الطفولة هي المدة العمرية التي يقضيها الطفل تحت رعاية الآخرين حتى يبلغ النضج من جميع الجوانب ويستقل بنفسه، ويصبح معتمدا عليها في تدبير شؤونه وتلبية حاجاته البيولوجية والنفسية والاجتماعية.

3-6 الإعاقة الذهنية:

- **التعريف الاصطلاحي:** تعرف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية بأنها نقص جوهري في الأداء الوظيفي الراهن، يتصف بأداء ذهني وظيفي دون المتوسط يكون متلازما مع جوانب قصور في اثنين أو أكثر من مجالات المهارات التكيفية التالية: التواصل، العناية، الشخصية، الحياة اليومية، المنزلية، المهارات الاجتماعية، الاستفادة من مصادر المجتمع، التوجيه الذاتي، الصحة والسلامة، الجوانب الأكاديمية الوظيفية، قضاء وقت الفراغ، مهارات العمل والحياة الاستقلالية، وظهر ذلك قبل سن الثامنة عشر.

(عبيد، 2007، ص33).

- **التعريف الإجرائي:** هم ثلاث حالات من فئة الأطفال المعاقين ذهنيا من النوع المتوسط من المركز البيداغوجي النفسي للأطفال المعاقين ذهنيا طبق عليهم مقياس تقدير الذات .

7- الدراسات السابقة:

- **دراسة شادية مرزوق(2003):** هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة الإرتباطية بين تقدير الذات والاتجاه نحو الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا والسلوك التوافقي لدى هؤلاء الأطفال كما هدفت الدراسة إلى التعرف على الفروق الإحصائية بين تقدير الذات والاتجاه نحو الإعاقة لدى كلا من أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا وأمهات الأطفال العاديين وقد أجرى البحث على عينة مكونة من (100) طفلا وطفلة مع أمهاتهم قسمت لمجموعتين، المجموعة الأولى مكونة من (50) طفلا وطفلة من الأطفال المعاقين ذهنيا من الدرجة البسيطة والملتحقين بمدارس التربية الفكرية، تراوحت أعمارهم من (9-12) سنة وأمهات هؤلاء الأطفال المعوقين ذهنيا، والمجموعة الثانية مكونة من (50) طفلا وطفلة من الأطفال العاديين والملتحقين بالمدارس الابتدائية والتي تراوحت أعمارهم من(9-12) سنة وأمهات هؤلاء الأطفال العاديين

وقد استخدمت الدراسة مقياس تقدير الذات إعداد عبد الوهاب كمال (1989) ومقياس اتجاه الأم نحو طفلها المعاق ذهنيا إعداد ميرفت رجب صابر(2000) ومقياس السلوك التكيفي إعداد فاروق صادق (1985).

وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية ودالة إحصائية بين تقدير الذات لدى أمهات الأطفال المعوقين ذهنيا وبين السلوك التوافقي لهؤلاء الأطفال. كما أشارت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات السلوك التوافقي لأبناء الأمهات الأقل اتجاها إيجابيا نحو الإعاقة لصالح أبناء الأمهات الأكثر اتجاها ايجابيا نحو الإعاقة.كما توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات تقدير الذات لأمهات أطفال معاقين ذهنيا مستوى سلوكهم التوافقي منخفض وبين متوسطات درجات تقدير الذات لأمهات أطفال معوقين عقليا مستوى سلوكهم التوافقي مرتفع لصالح أمهات الأطفال ذوي مستوى السلوك التوافقي المرتفع. كما توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الاتجاه نحو الإعاقة لأمهات أطفال معاقين عقليا مستوى سلوكهم التوافقي منخفض وبين متوسطات درجات الاتجاه نحو الإعاقة لأمهات أطفال معاقين ذهنيا مستوى سلوكهم التوافقي مرتفع لصالح أمهات الأطفال ذوي مستوى السلوك التوافقي المرتفع.

- **دراسة رضا إبراهيم محمد الأشرم (2008):**تمثلت دراسته في "**صورة الجسم وعلاقتها بتقدير الذات لذوي الإعاقة البصرية**" حيث هدفت الدراسة إلى: التعرف على العلاقة بين صورة الجسم وتقدير الذات لدى المراهقين المعاقين بصريا التعرف على أبعاد صورة الجسم المؤثرة في أبعاد تقدير الذات لدى المراهقين المعاقين بصريا التعرف على الفروق بين المراهقين المعاقين بصريا مرتفعي ومنخفضي الرضا عن صورة الجسم في تقدير الذات ولقد اعتمد الباحث على المنهج الوصفي، وقد اشتملت عينة الدراسة (207) من المراهقين المعاقين بصريا (122ذكرا) و(85أنثى).

واستخدم الباحث أدوات الدراسة التالية:

- مقياس صورة الجسم لدى المعاقين بصريا(إعداد الباحث).
- مقياس تقدير الذات لدى المعاقين بصريا(إعداد الباحث).
- استمارة المقابلة الإكلينيكية (إعداد الباحث).
- اختبار ساكس لتكملة الجمل الناقصة (إعداد: ونقله إلى العربية أحمد سلامة1965).
- وتوصلت نتائج الدراسة السيكومترية إلى:
- وجود علاقة إرتباطية دالة إحصائيا بين صورة الجسم وتقدير الذات لدى المراهقين المعاقين بصريا.
- لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين صورة الجسم المدركة وتقدير الذات الأكاديمي لدى المراهقين المعاقين بصريا.
- توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين صورة الجسم المدركة وكل من تقدير الذات الاجتماعي وتقدير الذات المظهري وكل من الدرجة الكلية لتقدير الذات لدى المراهقين المعاقين بصريا.
- توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين صورة الجسم الاجتماعية وأبعاد تقدير الذات ودرجته الكلية لدى المراهقين المعاقين بصريا.
- لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين صورة الجسم الانفعالية وكل من تقدير الذات الأكاديمي وتقدير الذات الاجتماعي لدى المراهقين المعاقين بصريا.
- توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين صورة الجسم الانفعالية وكل من تقدير الذات المظهري والدرجة الكلية لتقدير الذات لدى المراهقين المعاقين بصريا.
- لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين الدرجة الكلية لصورة الجسم وتقدير الذات الأكاديمي.

- توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين الدرجة الكلية لصورة الجسم وتقدير الذات الاجتماعي وتقدير الذات المظهري والدرجة الكلية لتقدير الذات.

- **دراسة عادل خوجة(2009):** تمحورت دراسته حول أثر البرنامج الرياضي المقترح في تحسين صورة الجسم ومفهوم تقدير الذات وتطوير اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة حركيا.

وهدفت الدراسة إلى التعرف على أثر البرنامج الرياضي المقترح في تحسين صورة الجسم ومفهوم تقدير الذات وتطوير اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة حركيا، وكذا تحديد العلاقة بين صورة الجسم وتقدير الذات لديهم واعتمد الباحث على المنهج التجريبي، وقد اشتملت عينة الدراسة على (20) مراهق من ذوي الاحتياجات الخاصة حركيا مصابين بشلل نصفي سفلي، تم تقسيمهم إلى مجموعتين الأولى :تجريبية تكونت من (10) والثانية ضابطة تكونت من (10) بالمؤسسة الإستشفائية قاصدي مرباح –تقصارين –بولاية الجزائر العاصمة.

وقد تمثلت أدوات الدراسة التي استعان بها الباحث في الأدوات التالية:

- مقياس صورة الجسم من(إعداد الباحث).
- مقياس تقدير الذات لروزنبيرغ(Rosenberg 1965).
- اختبارات اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لوينيك وشورت(winnik & short1999) الخاص بذوي الاحتياجات الخاصة حركيا.
- البرنامج الرياضي المقترح من (إعداد الباحث).

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- توجد علاقة ارتباطية موجبة وغير دالة إحصائيا بين صورة الجسم ومفهوم تقدير الذات لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة حركيا.
- هناك فروق دالة بين القياس القبلي والبعدي لأثر البرنامج الرياضي المقترح في تحسين كل من صورة الجسم وتقدير الذات لهذه الفئة وذلك لصالح القياس البعدي.
- هناك فروق دالة بين القياس القبلي والبعدي لأثر البرنامج الرياضي المقترح في تطوير عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة) التحمل الدوري التنفسي القوة العضلية (لهذه الفئة وذلك لصالح القياس البعدي.
- لا توجد فروق دالة بين القياس القبلي والبعدي لأثر البرنامج الرياضي المقترح في تطوير متغير التركيب الجسمي لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة حركيا.

8- تعقيب على الدراسات السابقة:

أولا- من حيث الهدف:

من خلال العرض السابق للدراسات التي تناولت تقدير الذات لدى المعاقين اتضح مدى اهتمام الباحثين بموضوع تقدير الذات لدى هذه الفئة حيث اتفقت على هدف ألا وهو معرفة العلاقة بين تقدير الذات ببعض المتغيرات كصورة الجسم، واتفقت مع الدراسة الحالية التي تناولناها "تقدير الذات لدى المعاقين ذهنيا".

ثانيا- من حيث النتائج:

معظم الدراسات توصلت إلى وجود علاقة ارتباطيه ودالة إحصائيا بين تقدير الذات لدى أمهات الأطفال المعوقين ذهنيا وبين السلوك التوافقي لهؤلاء الأطفال وهذا ما دلت عليه دراسة شادية مرزوق (2003)، على غرار دراسة رضا ابراهيم محمد الأشرم (2008) التي خلصت إلى وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين صورة الجسم وتقدير الذات لدى المراهقين المعاقين

بصريا، أما بالنسبة لدراسة عادل خوجة (2009) توصل فيها إلى وجود علاقة ارتباطيه موجبة وغير دالة إحصائيا بين صورة الجسم ومفهوم تقدير الذات لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة حركيا.

الفصل الثاني : تقدير الذات

أولا: الذات

- ✓ مفهوم الذات
- ✓ مكونات الذات
- ✓ خصائص مفهوم الذات
- ✓ أشكال مفهوم الذات
- ✓ محددات مفهوم الذات
- ✓ أبعاد مفهوم الذات
- ✓ سمات مفهوم الذات
- ✓ علامات القوة والضعف

ثانيا: تقدير الذات

- ✓ تقدير الذات
- ✓ الفرق بين مفهوم الذات وتقدير الذات
- ✓ نظريات تقدير الذات
- ✓ أهمية تقدير الذات
- ✓ مستويات تقدير الذات
- ✓ العوامل المؤثرة في تقدير الذات

تمهيد:

لقد نالت دراسة مفهوم الذات وتقديرها جانبا مهما من اهتمام الدراسات النفسية والتربوية حيث يقصد بتقدير الذات مدى تقدير الإنسان لذاته وثقته بنفسه وبهويته الذاتية، وباعتبار مفهوم الذات سمة أساسية في تحديد سلوكياتنا مع الآخرين وجب علينا إعطاء لمحة شاملة للذات وملمة بجميع جوانبها قبل التطرق إلى تقدير الذات، وكذا بالنسبة لهذه الأخيرة سنقوم بإعطاء مفهوم أوسع لها، حيث سنحدد أولا مفهوم الذات وخصائصها ومكوناتها مرورا بمظاهرها وأبعادها ثم تطرقنا إلى تقدير الذات حيث ألممنا بمختلف جوانبه من أهمية وأنواع ونظريات حوله بالإضافة إلى العوامل المؤثرة فيه .

أولا :الـــــذات

لا شك في أن الذات تعتبر محور شخصية الإنسان حيث أن صورة الفرد عن ذاته لها أهمية كبيرة في مستقبل حياته، من خلال ما تعكسه من تصور ورؤية الفرد لذاته واحترامه وتقبله لها، فكلما كان ذلك المفهوم ايجابيا قرب الفرد من الصحة النفسية، والعكس صحيح. ولأهمية مفهوم الذات وكثرة الباحثين فيه واختلاف المنطلقات التي انطلق منها هؤلاء هناك تعريفات متعددة لمفهوم الذات سنستعرض منها على سبيل المثال ما يلي:

1- مفهوم الذات:

تعددت التعاريف التي قدمها العلماء والباحثون للذات وذلك تبعا لمدارسهم واتجاهاتهم حيث سنتطرق لبعض منها :

حيث يعرف حامد عبد السلام زهران 1973 مفهوم الذات بأنه: تكوين معرفي منظم ومتعلم للمدركات الشعورية والتصورات والتقييمات الخاصة بالذات، يبلوره الفرد و يعتبره تعريفا نفسيا لذاته، ويتكون مفهوم الذات من أفكار الفرد الذاتية المنسقة والمحددة الأبعاد عن العناصر المختلفة لكينونته الداخلية والخارجية، وتشمل هذه العناصر المدركات والتصورات التي تحدد خصائص الذات كما تنعكس إجرائيا في وصف الفرد لذاته، كما يتصورها هو(لذات المدركة)، والمدركات والتصورات التي تحدد الصورة التي يعتقد أن الآخرين يتصورونها والتي يمثلها الفرد من خلال التفاعل الاجتماعي مع الآخرين(لذات الاجتماعية)، المدركات والتصورات التي تحدد الصورة المثالية للشخص الذي يود أن يكون عليها(الذات المثالية). (زهران،2003،ص 09).

كما يمكن القول أن ظهور فكرة بشكل جديد في مجال علم النفس على يد الباحث" وليام **جيمس**"William James" عام 1980 حيث قال عن الذات أو كما سماها(الأنا العملية) أنها مجموع ما يمتلكه الإنسان أو ما يستطيع أن يقول أنه له :جسمه، سماته، قدراته، ممتلكاته المادية (أسرته، أصدقاؤه، أعداؤه، مهنته) . (العمرية،2004،ص119).

- ويعرفه كل من طلعت منصور وحليم بشا: بأنه "صورة شخص عن نفسه كما تتمايز عن الأشخاص الآخرين بهوية ذاتية له مساره النمائي، ويتأثر بالتعلم، ويخضع للتغيير، ويمكن دراسته بالطرق والإجراءات العلمية. (سليمان،2005 ، ص29).

- وتتمثل الذات عند آدلر (1935) بأنها: نظاما شخصيا وذاتيا للغاية، يفسر خبرات الكائن العضوي ويعطيها معناها، ويعز الفضل إليه في بلورة نظرية الذات الخلاقة، فالإنسان هومن يبني شخصيته ويصنعها من المادة الخام، وتؤثر الذات الخلاقة على حقائق العالم وتحولها إلى شخصية ذاتية، دينامية وموحدة، لها طابعها الشخصي وأسلوبها المميز والفريد فهي المبدأ الايجابي النشيط للحياة الإنسانية. (موسى ، 1994،ص144).

- أما ويليام ألبورت (William Alport) استعمل مصطلح النفس ويطلق على الأنا اسم الوظيفة الملائمة للنفس، ويري ألبورت أن مصطلح الأنا والنفس يجب أن يستخدما على اعتبار أن الأنا والنفس صفات تدل على الوظائف المناسبة للشخصية. (مجموعة من الباحثين،2001، ص155).

- ويري كارل روجرز(Carl Rogers) أن تعريف الذات يتحدد في أنه" :تكوين معرفي منظم ومتعلم للمدركات الشعورية والتصورات الخاصة بالذات، يبلوره الفرد ويعتبره تعريفا نفسيا لذاته (شحاتة،2008،ص 25).

- أما لابين وجرين 1981 عرفه على أنه تقييم الشخص لنفسه ككل من حيث مظهره وخلفيته وأصوله وقدراته ووسائله واتجاهاته وشعوره، حيث يعتبر مفهوم الذات قوة موجهة لسلوكه.
- ويشير إبراهيم وبلبل 1985 إلى أن مفهوم الذات عبارة عن تنظيم معرفي وانفعالي واجتماعي يتضمن استجابة الفرد نحو ذاته في مواقف داخلية وخارجية ،لها علاقة مباشرة في حياته ويشكل بعدا هاما في شخصيته والتي لها أكبر أثر في تصرفاته وسلوكه.

(جودة بني جابر،2004،ص 116).

- ويعرفه موريفي 1947 على أنها مدركات الفرد ومفاهيمه فيما يتعلق بوجوده الكلي أو كيانه، أي أن الفرد كما يدرك نفسه وفي رأيه أن الأنا عبارة عن جهاز من الأنشطة المعتادة التي تدعم الذات أو تحميها عن طريق استخدام ميكانيزمات معينة مثل التبرير والتقمص والتعريض.

(قحطان أحمد الظاهر،2004،ص23).

- كما يعرفه البعض على أنه المفهوم الذي يكونه الفرد عن نفسه باعتباره مصدرا للتأثير والتأثر في البيئة المحيطة. (محمد عماد الدين اسماعيل،1989،ص253).
- ويعرفه آخرون على أنه يعني أن يعرف المرء نقاط القوة ونقاط الضعف لديه، و أن يفهم ذاته فهما اقرب إلى الواقع فلا يبالغ في تقدير خصائصه و صفاته ولا يقلل من قيمتها.

(علاء الدين الكفافي ،بدون سنة،ص20).

- ويعرفها البعض على أنها كيفية إدراك الفرد لنفسه، وهذه الإدراكات يتم تشكيلها من خلال خبرته في البيئة و تتأثر على وجه الخصوص بتدعيمات البيئة والآخرين المهمين في حياته .

(مجيد، 2008، ص130).

- يمثل مفهوم الذات الفكرة التي يحملها الفرد عن نفسه، فهو مجموعة الصفات التي يطلقها الفرد على نفسه في مجالات متعددة، وخاصة تلك الصفات التي يعتبرها الفرد مهمة:

ومن أمثلة الصفات المكونة لمفهوم الذات مايلي:

أ- **الصفات الجسمية:** ومن أمثلتها: وسيم، نحيل، سمين، ضخم، صغير الحجم.

ب- **الصفات المرتبطة بالقيم الاجتماعية:** ومن أمثلة ذلك : عادل، شريف، متعاون، متسامح، مخلص، خلوق، كريم.

ت- **صفات تتعلق بالقدرات العقلية:** ومن أمثلة ذلك: ذكي، غبي، موهوب، مجتهد، لامع، كثير النسيان، متيقظ.

صفات تتضمن الجوانب الانفعالية: ومن أمثلتها: حاد الانفعال، مزاجي، متزن، هادئ، عصبي.

(جبرائيل، 2008، ص147).

من خلال التعاريف السابقة نستنتج أن مفهوم الذات هو تلك المجموعة الخاصة من الأفكار والاتجاهات والتي تكونت لدي الفرد من خلال التفاعل مع الآخرين أو يمكن القول أنها تكوين معرفي نفسي نتيجة تطورات داخلية وأخرى خارجية ، أو هو ذلك البناء الذهني المنظم الذي ينشأ من الخبرة الذاتية والمعلومات المدركة عن الذات وأنه بهذا المعني يمثل متغيرا هاما في الشخصية لأننا لا نستطيع أن نفهم الفرد إلا بالصورة التي يكونها عن ذاته.

1-2- مكونات الذات

تتكون الذات من العناصر التالية:

- الكفاءة العقلية
- الثقة والاعتماد على النفس

- الكفاءة الجسمية من حيث القوة والجمال وبناء الجسم والجاذبية
- درجة النمو في الصفات الذكرية والأنثوية
- الخجل والإنسحابية
- التكيف الاجتماعي. (نايفة قطامي، محمد برهوم،1989،ص90).

3- خصائص مفهوم الذات:

وهناك سبع خصائص أساسية لمفهوم الذات:

3-1- مفهوم ذات منظم : يدرك الفرد ذاته من خلال الخبرات المتنوعة التي تزوده بالمعلومات ويقوم الفرد بإعادة تنظيمها حيث يصوغها و يصنفها وفقا لثقافته الخاصة فهي طريقة لإعطاء الخبرات التي مر بها الأفراد. فالطفل مثلا ينظم الخبرات التي يمر بها و الخاصة بعائلته وأصدقائه و مدرسته وأقربائه. فأول خاصية لمفهوم الذات هو بناء منظم يصف فيه الناس المعلومات التي لديهم عن أنفسهم في فئات و يربطون هذه الفئات ببعضها البعض.

إن عملية تنظيم الخبرات ليست بشكل واحد و محتوى واحد و إنما تختلف تبعا للمتغيرات البيئية التي يتعرض لها الفرد التي تمثل ثقافته الخاصة لكنهم يشتركون معا في عملية تنظيم الخبرات والتي تعد إحدى خصائص مفهوم الذات.

3-2- مفهوم ذات متعدد الجوانب : مازال الفرد يصنف الفئات التي مر بها إلى فئات و قد يشاركه الكثير في هذه الصفات إذا لمفهوم الذات جوانب متعددة و ليس أحادي الجانب و قد تكون هذه التصنيفات في مجالات مختلف. (الظاهر2010، ص44).

3-3 - مفهوم الذات الهرمي : من الممكن إن تشكل جوانب مفهوم الذات هرما قاعدته خبرات لفرد في مواقف خاصة وقمته مفهوم الذات العام. وتنقسم قمة الهرم إلى مكونين هما:

- **مفهوم الذات الأكاديمي** : الذي ينقسم إلى مجالات وفق المواد التعليمية المختلفة.
- **مفهوم الذات غير أكاديمي :** الذي ينقسم إلى مفاهيم اجتماعية وكذا جسمية للذات هذه الأخيرة تنقسم بدورها إلى جوانب أكثر تحديدا كما هو الحال بالنسبة لمفهوم الذات الأكاديمي.

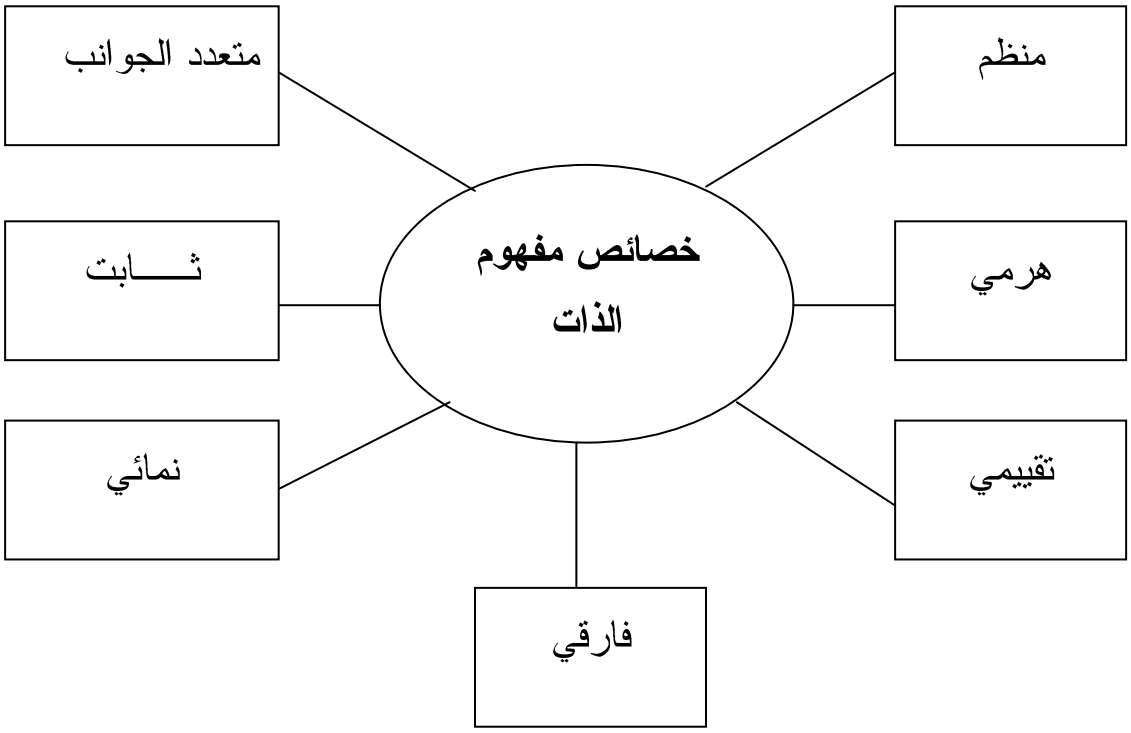
3-4- مفهوم الذات النسبي: يتسم مفهوم الذات بالثبات النسبي و ذلك ضمن المرحلة العمرية الواحدة، إلا انه يتطور و يتغير من مرحلة عمرية إلى أخرى و ذلك تبعا للخبرات والمواقف التي يمر بها الفرد.

3-5- مفهوم الذات نمائي: من المعلوم أن الطفل لا يميز في بداية حياته نفسه عن البيئة ويكون غير قادر على التنسيق بين الأجزاء الفرعية للخبرات التي يمر بها. وكلما نما الطفل زادت خبراته ومفاهيمه وأصبح قادرا على إيجاد الترابط والتناسق والتكامل بين هذه الأجزاء الفرعية لتشكل لديه إطارا مفاهميا.

3- 6 - مفهوم ذات تقييمي : من المعلوم أن الفرد لا يطور فقط وفقا لذاته في موقف أو مواقف معينة، وإنما يعمل على تقييم ذاته في تلك المواقف. ويمكن أن تصدر تلك التقييمات بالإشارة إلى معايير مطلقة مثالية أو بالإشارة إلى معايير نفسية كالمقارنة مع الزملاء أو بالإشارة إلى تقييمات مدركة قام بها الآخرون وتختلف أهمية البعد التقييمي ودرجته باختلاف الأفراد والمواقف.

3-7 - مفهوم الذات فارقي: هو الذي يتمايز عن المفاهيم الأخرى التي تربطه بها علاقة نظرية ، فمفهوم الذات للقدرة العقلية يفترض أن يرتبط بالتحصيل الأكاديمي أكثر من ارتباطه بالمواقف الاجتماعية والمواقف المادية أي يمكن تمييز مفهوم الذات من البناءات الأخرى مثل التحصيل الأكاديمي. (الهمشري 2003 ،ص-ص 226-227).

ويمكن جمع الخصائص السبعة الخاصة بمفهوم الذات في المخطط التالي:



4- أشكال مفهوم الذات:

الذات مفهوم افتراضي له خمسة جوانب أساسية:

4-1-الذات الجسدية : و تتضمن الجسد و فعالياته البيولوجية

4-2-الذات كعملية : و تتضمن الأفكار و المشاعر و السلوك

4-3-الذات الاجتماعية : و تتألف من الأفكار التي يعتقدها الفرد و السلوك الذي يقوم به استجابة للآخرين في المجتمع.

4-4-مفهوم الذات : و يشير إلى الصورة التي لدى المرء عن ذاته.

4-5-الذات المثالي وهي ما يطمح أن تكون عليه الذات. (أبو جادو ، 2004 ،ص138).

وأشار **كاتل** إلى 3 جوانب فيما يتصل بالذات:

❖ **الذات العاطفية** : ويقصد بها اهتمام الشخص بعواطفه و مشاعره الشخصية .

❖ **الذات الواقعية** : وهي إدراك الشخص لذاته كما هي عليه بصورة واقعية منطقية

الذات المثالية : و هي ما يود الشخص أن يكون إذا توافرت له الظروف المناسبة و السلطة.

(الهمشري، 2003، ص224).

5- محددات الذات:

5-1- محددات عالمية:

تشترك الكائنات الإنسانية جميعا في سمات شخصية مشتركة بين الناس جميعا من حيث هم بشر ، حيث أن الناس أينما وجدوا لهم استعدادات جسمية و عقلية خاصة بهم وهم يعيشون في جماعة ويمكن أن يتصلوا بالرمز في ثقافتهم و هم يعيشون بيولوجيا في عالم فيزيقي لا بد أن يتكيفوا به وفيه.

5-2- محددات محلية :

فكل أعضاء المجتمع لهم سمات معينة مشتركة مع الأعضاء الآخرين في نفس المجتمع فالصينيون يشاركون بعضهم البعض في سمات شخصية أكثر مما بينهم و بين الانجليز لان عضوية المجتمع الواحد تنتج درجة من تشابه الشخصية كما أن قيم المجتمع والأهداف التي يميل إليها أعضاؤه والأدوار التي تخصصها لهم المفاهيم التي يتقاسمونها كلها تؤلف بعض المحددات المحلية لشخصية .

5-3- محددات الدور :

في كل مجتمع تعين أوضاع خاصة للأفراد على أساس السن و الجنس و الحالة الزوجية والأسرة وغير ذلك من المعايير. وكل وضع اجتماعي من هذه يحمل نمطا من التوقعات المشتركة بحيث يكون

لكل واحد سمات شخصية مشتركة مع أي فرد آخر في المجتمع بسبب دورها المعين (رجالي ، نسائي) هذه الأنماط تحددها الثقافة وتشكل أهم محددات الشخصية في أي مجتمع.

(خوري، 1996 ،ص50).

5-4- محددات جينية:

فكل فرد ماعدا التوأم المتشابه له جهاز تكويني فريد من نوعه و لكل فرد أيضا خبرة حياة فريدة من نوعها ومن ثم فان المحددات السابق ذكرها تؤثر في كل فرد بطريقة مختلفة، فالإخوة في نفس الأسرة ترتيب ميلادهم مختلف وبالتالي ليس لهم نفس الأدوار و الثقافة الواحدة في الجماعة الواحدة تفسر لكل شخص بطريقة مختلفة...والمراكز إذن خاضعة لتغيرات فردية وهكذا استنادا إلى ما سبق فان مكونات الشخصية تتوزع من العام إلى الخاص. (نفس المرجع ، ،ص51).

5-5- ميكانيزمات الدفاع:

الميكانيزمات هي التي تحدد السلوك الاجتماعي للفرد و بالتالي تنمي الشخصية بصورة أو بأخرى ومن هذه الآليات : التقليد ، الإيحاء ، التعاطف ، التقمص ، الإسقاط... ولعل اثر هذه الميكانيزمات الأهم هو نمو فكرة الذات ويجب أن لا ننسى ما للخبرات مع الجماعات التي تكسب عضويتها وتشارك في فاعليتها من تأثير على تكوين الشخصية. (نفس المرجع ،ص 53).

6 - أبعاد الذات:

من خلال التعريفات التي تعرضنا لها تبين لنا أن هناك ثلاثة أبعاد للذات:

6-1- معرفة الذات: أي ما يعرفه الفرد عن نفسه من حيث عمره و جنسه و مظهره..

6-2- التوقعات من الذات : و تسهم في تحديد الأهداف الشخصية .

6-3- تقييم الذات: و يتضمن تصور الفرد لما يمكن أن يكون عليه ، ولما يجب أن يصل إليه وتقييم هذين الأمرين ينتج عنه تقدير الذات فتقدير الذات يتضمن شعور الفرد بالرضا (رضا الفرد عن استعداداته و وميوله...) أو عدم الرضا عن ذاته بعد تقييمها. (همشري، 2003 ،ص 222).

وجدير بالذكر أن الناس يتوقعون لمعرفة ما إذا كانت آراؤهم صحيحة ويؤدي هذا إلى التعرف على مدى صحة الآراء، وما يتطلبه من تقييم دقيق لقدراتهم وقد يحصلون على هذا. لكن قد تقل معرفتهم إذا لم تتوافر وسائل موضوعية اجتماعية. (صبحي،2003،ص104).

فالناس إذن يقيمون آراؤهم كفاءتهم وقدراتهم بالمقارنة مع آراء وقدرات وكفاءات الآخرين.

7-سمات الذات:

تتغير الذات نتيجة النضج و التعلم وقد حدد روجرز و **ماسلوو وكوميس** و كيلي سمات رئيسية للفرد الذي يحقق ذاته و تتمثل في:

- الشخص الذي يحقق ذاته له إدراك مناسب للذات ويتفاعل مع الحقيقة بسهولة .
- لهذا الشخص رغبة في أن يكون جزءا من عملية التغيير وانه معني بالدفاع عن الأمر الراهن.
- لهذا الشخص نظرة ايجابية نحو نفسه وثقة متزايدة بقدراته وله طموحات واقعية.
- لهذا الشخص بسبب انفتاحه على الخبرات مستوى عال من التكامل الشخصي ويخضع تجاربه الجديدة للتقويم الموضوعي.
- لدى الشخص شعور قوي بالتعاطف مع الآخرين لأنه قادر على الانطلاق من ذاته بحيث يمتد مفهومه للذات ليشمل عائلته ومجتمعه. (أبو جادو،2010،ص143).

فعندما يكون لديك أهداف ذات قيمة و تشعر بالحماس لتحقيقها و ستجد انك تعمل في هذا الاتجاه وسيكون شعورك اتجاه ذاتك و اتجاه مقدرتك على النجاح ايجابيا و ستحقق أهدافك وستكون ثقتك بنفسك أكبر.

8-علامات القوة و الضعف:

قبل التحدث عن علامات القوة و الضعف يجب الإشارة أن كل فرد منا له سمات نادرة لا تقارن بسمات الآخرين، فتصرفاتنا تعبر عن رؤية كل منا لذاته و نفسه (مفهوم الذات) ورؤية الآخرين لنا(مفهوم الذات الاجتماعي) ، و الصورة التي نتمناها لأنفسنا (مفهوم الذات المثالية)، ومفهومنا عن ذاتنا يؤدي إلى الاستقرار في هويتنا و شخصيتنا . (علي ، 2009 ،ص28).

8-1 - علامات قوة الذات :

-التوافق بين المشاعر الداخلية و السلوك الظاهري.

-القدرة على إبداء ما لديه من آراء ورغبات بوضوح.

-القدرة الرفض و الطلب بأسلوب لبق.

- .القدرة على التواصل مع الآخرين بطريقة لبقة. (سعيد ، 2008 ،ص 379).

8-2- علامات ضعف الذات :

-الميل إلى موافقة الآخرين و مسايرتهم اغلب الأحوال.

- الإذعان لطلبات الآخرين و رغبتهم ولو على حساب حقوق الشخص وراحته.

- ضعف القدرة على إظهار المشاعر الداخلية و التعبير عنها.

- ضعف القدرة على إبداء الرأي.

- الحرص الزائد على مشاعر الآخرين و خشية إزعاجهم.

- ضعف الحزم في اتخاذ القرارات و المضي فيها.

- التواضع الزائد عن حده في مواقف لا يتناسب عنها ذلك ، كان يكون فيها نوع من الإهانة والإذلال. (سعيد ، 2008 ،ص 377) .

ثانيا :تقدير الذات

قبل التطرق إلى مفهومه يجب التوضيح انه لا يجب الخلط بين تقدير الذات وهو من الصفات الجيدة ،وبين التكبر و الغرور وهو من الصفات المذمومة. لان تقدير الذات وهو حالة نفسية صحية ،وهو من الموارد الداخلية التي لا تقدر بثمن والتي تحتاج إلى حمايتها و تنميتها. (ليندنفيلد، 2002 ،ص13).

1-مفهوم تقدير الذات:

تباينت تعاريف تقدير الذات من جانب الباحثين ويمكن أن نشير إلى بعضها:

- روجرزRogers 1951 : يعرف تقدير الذات بأنه اتجاهات الذات التي تنطوي علي مكونات انفعالية وسلوكية.
- يرى كاتل cattle 1964 : أن تقدير الذات هو حكم شخصي لقيمة الذات حيث يقع بين نهايتين إحداهما موجبة و الأخرى سالبة . (أحمد محمد حسن صالح 1995ص215).

ويعرفه روزنبرج: بأنه اتجاه ايجابي أو سلبي نحو شيء معين يعرف باسم الذات و يتضمن تقدير الذات كما يبدوا شعور الفرد بأنه إنسان ذو قيمة ، يحترم نفسه كما هي ولا يلومها على ما لم تحققه.

(جمعة،2007 ، ص35).

ويعرف تقدير الذات كذلك: بأنه مدى تقدير الإنسان لذاته وثقته بنفسه وهويته الذاتية وأهدافه.

(أبو الرياش، 2007 ،ص172).

ويعرفه كوبر سميث: بأنه تقييم الفرد لنفسه ذلك التقييم الذي يعبر عن الاتجاه ،سواء بالقبول أو الرفض، ويشير إلى مدى اعتقاد الفرد في قدرته وقيمته. (جمعة، 2007، ص35).

ويعرف كذلك: هو إحساس الشخص عن نفسه و رأيه و سمعته مع نفسه. وله ثلاثة جذور رئيسية:

- **التقبل الذاتي:** أن يتقبل الإنسان نفسه كما هو ، يتقبل شكله فلا يشعر أن هناك جزء منه لا يحبه سواء كان جسمانيا أو شخصيا و يتقبل عائلته فلا يشعر انه لا يحب عائلته أو يتمنى أن يكون من عائلة أخرى و كذلك يتقبل وطنه و يشعر فيه بالانتماء. (الفقي ، 2009 ،ص60).

ويجدر الإشارة هنا إلى أن الشخصية السوية تطلع على إمكانات القوة و الضعف لديها بحيث يقبل ما هو واقعي فيها دون زيادة أو نقصان. فالزيادة في تقبل الذات تؤدي إلى الشعور بالعظمة و الكبرياء، والنقص أو استحقار الذات يؤدي إلى الشعور بالضعف. (صالح، 2008 ،ص27).

- **القيمة الذاتية:** وهنا يشعر الشخص أن له قيمة و انه عضو مهم في المجتمع و عنده القدرة على الإنتاج و التقدم والنجاح و الانجاز وان حياته لها معنى وان ما يفعله مفيد ومهم وانه يجد تقديرا من الآخرين عن قيمته و قيمة ما يفعله. وهنا لو شعر الشخص انه لا يجد تقديرا من قبل العائلة أو من مدرسيه أو من مديره يشعر بعدم الاتزان وبالشعور بالتمرد و الغضب و العصبية الزائدة أو بالبعد عن الجميع والهروب منهم وتجعله حساسا لأي يقال عنه لأنه يشعر انه اقل من الآخرين وانه مهما عمل لن يجد التقدير.

- **الحب الذاتي:** بمعنى أن يحب الشخص النعم التي انعم الله سبحانه وتعالى عليه بها فمهما كان طوله أو لون جلده أو شكله، فهو يحب كل جزء فيه كما هو. ومن الأسباب الأساسية في الحب الذاتي من عدمه هو البرمجة الأولى للطفل من الوالدين و حملها معه في حياته وفي اتصالاته بالعالم الخارجي. (الفقي ، 2009 ،ص ص60-61).

اتفقت كل التعريفات تقدير الذات السابقة على فكرة أساسية وهي التقييم الذي يقصده الفرد على نفسه سواء كان هذا التقييم ايجابيا وسلبي ،وذلك من خلال خبرته وتفاعله مع مجتمعه واستجابته الانفعالية تجاه المواقف الحياتية المختلفة ، فمن هنا يتضح لنا أن تقدير الفرد لذاته يتأثر بآراء الأشخاص الآخرين كونه يعيش في بيئة اجتماعية وهذا ما لم تشر له التعريفات.

2- الفرق بين مفهوم الذات وتقدير الذات :

لقد ميز فوكس 1990 بين مفهوم الذات و تقدير الذات ،من خلال توضيحه أن مفهوم الذات يشير إلى وصف الذات باستخدام مجموعة من المعلومات مثال : أنا طالب ،أنا عامل...، وذلك لغرض تكوين صورة شخصية متعددة الجوانب ،أما تقدير الذات فيهتم بالعنصر التقييمي لمفهوم الذات ، حيث أن الأفراد يقومون بصياغة وإصدار الأحكام الخاصة بقيمتهم الشخصية كما يرونها ، وبالتالي فان مفهوم الذات يسمح للفرد بان يصف نفسه في إطار تجربة معينة ، أما تقدير الذات فيهتم بالقيمة الوجدانية التي يربطها الفرد بأدائه ضمن هذه التجربة. (عبد العزيز،2012،ص44).

يرى كوبر سميث أن مفهوم الذات يشمل مفهوم الشخص و آراءه. بينما تقدير الذات يتضمن التقييم الذي يضعه ، وما يتمسك به من عادات مألوفة لديه مع اعتباره لذاته و لهذا فان تقدير الذات يعبر عن اتجاه القبول أو الرفض ويشير إلى معتقدات الفرد اتجاه ذاته.

- كما أن تقدير الذات هو الحكم على مدى صلاحيته معبرا عنها بواسطة الاتجاه الذي يحمله نحو ذاته فهو خبرة ذاتية ينقلها عبر التقارير اللفظية و يعبر عنها بالسلوك الظاهر

(يونسي،2012،ص ص 77-78).

ومما سبق نستخلص أن هناك فرق بين مفهوم الذات وتقدير الذات ،فمفهوم الذات هو الصورة التي يكونها الفرد عن ذاته أما تقدير الذات فهو حكم الفرد عن نفسه.

2-3- نظريات تقدير الذات :

وهناك العديد من النظريات ووجهات النظر التي تفسر تقدير الذات و تختلف رؤى أصحاب تلك النظريات باختلاف المدارس النفسية التي ينتمون إليها وما ينطوي عليها من آراء وتوجيهات فكرية وسوف نستعرض أهمها:

3-1-وجهة النظر السيكودينامية :

تتضح وجهة النظر السيكودينامية في تقدير الذات وذلك من خلال إسهامات وايت 1963، و الذي يرى أن تقدير الذات هو الأساس في الكفاءة و القدرة وبذلك فيمكن النظر إليه على انه مكون نمائي يغطي دورة الحياة من الطفولة إلى الرشد. وان تقدير الذات يرتبط بقدرة وكفاءة الفرد على تحمل القلق والواقع بمعنى آخر (قوة الأنا)، إذ العلاقة بين القلق والقدرة هي علاقة تبادلية وان إيصال تقدير الذات مستوى القدرة هو المؤشر الإكلينيكي والمكون النفسي الهام في العلاج النفسي.

(عثمان، 2010، ص111).

3-2- وجهة نظر علم النفس الاجتماعي :

ويمثلها روزنبرج الذي اهتم اهتماما كبيرا بموضوع تقدير الذات ، وتتضح نظريته من خلال توجهه الذي يرى فيه أن الذات هي كيان اجتماعي. وان تقدير الذات ينمو في ظل محيط اجتماعي يتضمن الثقافة تتضمنها من قيم و أن تقدير الذات هو مؤثر قوي في الاتجاهات والسلوك. واعتبر **روزنبرج** أن تقدير الذات مفهوم يعكس اتجاه الفرد نحو نفسه وطرح فكرة أن الفرد يكون اتجاها نحو كل الموضوعات الأخرى إلا انه عاد و اعترف بان اتجاه الفرد نحو ذاته ربما يختلف ولو من الناحية الكمية عن اتجاهاته نحو الموضوعات الأخرى.

3-3-وجهة النظر السلوكية:

ويمثلها كوبر سميث الذي اشتهر بدراسته وإطاره النظري في تقدير الذات على مدى أكثر من8 سنوات، أجرى خلالها العديد من الأبحاث التجريبية في تقدير الذات و خاصة لدى بأطفال ما قبل المدرسة الثانوية، مستندا فيها على مبادئ التعلم بدلا من التأثيرات الاجتماعية التي اهتم بها **روزنبرج** فقد اعتبر سميث التعزيز الباكر للخبرات عاملا هاما في نمو تقدير الذات. ولقد عرف سميث الذات على انه الحكم الذي يصدره الفرد على نفسه متضمنا الاتجاهات التي يرى أنها تصفه على نحو دقيق وينقسم تعبير الفرد عن تقديره لذاته إلى قسمين :

- التعبير الذاتي: وهو إدراك الفرد لذاته ووصفه لها.
- التعبير السلوكي: وهو يشير إلى تلك الأساليب السلوكية التي تعبر عن تقدير الفرد لذاته وهذه الأساليب السلوكية تكون قابلة للملاحظة. (عثمان،2010 ، ص112).

3-4- وجهة النظر الإنسانية:

بدأ مفهوم تقدير الذات من المنظور الإنساني في الظهور أواخر الستينات من خلال مجهودات براندن وقد ظهر ذلك أيضا في كتابه علم نفس تقدير الذات الذي وصف فيه براندن تقدير الذات بأنه حاجة إنسانية أساسية تتضمن مشاعر القدرة والاستحقاق وقد تأثر براندن في ذلك بآراء ماسلو في تنظيم الحاجات الإنسانية. (عثمان، 2010، ص113).

فقد أكد ماسلو أن الحاجات الإنسانية لا تتساوى في أهميتها بالنسبة للفرد.

ويشير إلى أن ظهور بعض تلك الحاجات يعتمد على إشباع بعضها الأخر ، وان الحاجة التي لم تشبع تسيطر على الفرد و سلوكه بدرجة تجعل نظرته إلى الحياة مختلفة وتؤثر تأثيرا بالغا في إدراكه وبالتالي في سلوكه. (كامل، 2000، ص56).

ويرى **براندن** أن رغبة الإنسان في تقدير ذاته هي رغبة ملحة سواء كان ذلك بشكل واضح أو لا.

3- 5- وجهة النظر المعرفية :

يعتبر اينشتاين هو رائد وجهة النظر المعرفية في تقدير الذات.

وأحد الافتراضات الرئيسية لهذه النظرية هو أن عقل الأفراد يميل إلى اخذ المعلومات وعمل ترابطات بين الأحداث ثم يتم بتنظيم هذه الترابطات داخل أنظمة تكاملية مختلفة تتكون من مكونات أكبر وأصغر فان ذلك سيؤدي تباعا إلى ما يسمى بالنظريات الشخصية حول الواقع والتعميمات التي يستخدمها كخطط معرفية من اجل خلق الإحساس بعالمنا. ويصف انشتاين تقدير الذات على انه حاجة إنسانية أساسية للجنس البشري باعتباره يستحق الحب و انه قوة دافعة تدفع الفرد لتغيير.

(عثمان، 2010، ص115).

ويمكن القول أن سبب الاختلاف في وجهات النظر التي اهتمت بتقدير الذات ناتج عن اختلاف المفاهيم و الإطار المرجعي لكل نظرية وان النظر إلى تقدير الذات من منظور أحادي لا يكتمل ، إذ أن وجهات النظر السابقة مكملة لبعضها البعض ولا يمكن الفصل بينها. فوجهة النظر السيكودينامية اهتمت بالكفاءة و القدرة ، حيث اعتبرت أن تقدير الذات يعتمد على كفاءة الفرد ، ووجهة لنظر علم النفس الاجتماعي اهتمت بالاتجاهات و السلوك ، ووجهة نظر السلوكية وعلى رأسها كوبر سميث اعتبرت التعزيز الباكر للخبرات عاملا هاما في نمو تقدير الذات ، ووجهة النظر الإنسانية ركزت على الحاجات ووجهة النظر المعرفية ركزت على طريقة اخذ المعلومات.

2-4- أهمية تقدير الذات:

- ✓ يعتبر تقدير الذات أهم العوامل المؤثرة في حياة الفرد فهو الدافع للوصول إلى تأكيد الذات وتحقيق النجاحات.
- ✓ يعتبر تقدير الذات مؤشرا للصحة النفسية فكلما كان تقدير الذات مرتفعا وايجابيا كان تقدير الذات مرتفعا.
- ✓ يعتبر تقدير الذات دافعا للانجاز و الطموح و النجاح. (القحطاني،2011،ص22).
- ✓ الأشخاص الذين لديهم تقدير ذات مرتفع يميلون إلى الحرية والاستقلال والابتكار والقدرة على التعبير على آرائهم، مهما اختلفت مع آراء الآخرين، كما أنهم يميلون إلى التوافق والخلو من الاضطراب. (عبد الأمير،2011،ص 305).

2 - 5- مستويات تقدير الذات:

5-1- تقدير الذات المرتفع :

ويتمثل في تقييم الفرد لنفسه و شعوره بقيمته و أهميته، و قبوله من غير شرط أو قيد و أنه جدير بالحياة والسعادة فيها، كذلك شعوره بالكفاءة الشخصية ويعبر عنها من خلال مشاعره ، وإحساسه بالنجاح وثقته بنفسه وإيمانه بقدرته على التكيف مع صعوبات الحياة ويظهر في أسلوب علاقته بالآخرين ورضاه عنها ، ويمكن أن يطلق عليه تقدير الذات المرتفع. (القطاني ، 2011 ،ص21).

5-2- تقدير الذات المنخفض :

إن الشخص ذو التقدير المنخفض لذاته هو الذي يفقد الثقة في قدرته ، فيعمل باستمرار على افتراض انه لا يمكنه أن يحقق تطلعاته وانه لسبب أو لأخر يشعر انه مقدر لذاته الفشل بالتالي نجد أن مفهومه لذاته يكون مصورا لعبارات أنا مكروه ، أنا ضعيف...

ونجد أن أصحاب التقدير المنخفض يركزون على عيوبهم و صفاتهم غير جيدة وهم أكثر ميلا لتأثر بضغوط الجماعة و الانصياع لآرائها و أحكامها، ويضعون لأنفسهم توقعات أدني من الواقع ، حيث يسجلون درجات أعلى على مقياس المراقبة الذاتية ، وهم كذلك يعانون من مشاعر العجز والدونية والتفاهة وعدم التقبل و يفتقدون الوسائل الداخلية التي تعينهم على مواجهة المشكلات المختلفة، كما يميل أصحاب التقدير المنخفض إلى عزوا سباب فشلهم إلى أسباب ذاتية.

(قدوري الحاج، 2015، ص188).

2-6- العوامل المؤثرة في تقدير الذات:

هناك عدة عوامل تؤثر في تقدير الفرد لنفسه ومنها:

6-1-البيئة الأسرية :

نمو تقدير الذات يبدأ من الميلاد ، ويتفق علماء النفس عموما على إن التجارب المبكرة أثناء مرحلة الطفولة مرحلة المراهقة يكون لها أثر كبير جدا في نمو تقدير الذات ، والأسرة هي العامل الأساسي في التنشئة الاجتماعية . فهي تزود الطفل بالمؤشرات بخصوص ما إذا كان مقبولا أو غير مقبول، محبوبا أو غير محبوب، جدير بالثقة أو غير جدير بها . (مالهي وريزنر ، د. ت.ص16).

6-2-آراء الآخرين :

كذلك يتأثر مستوى تقدير الذات بالكيفية التي يعاملنا بها الآخرون، فالأفراد الذين تمت معاملتهم باحترام واهتمام من قبل أشخاص مهمين في حياتهم كمعلميهم و زملائهم غالبا ما يكون لديهم قدر مرتفع من تقدير الذات. (نفس المرجع، 18).

6-3- المظهر :

أشارت الأبحاث إلى أن المظهر عنصر مهم في تحديد مستوى تقدير الذات ، وهذا يرجع أساسا إلى حقيقة أن تقييمات و آراء الآخرين غالبا ما تكون مبنية على مظهرنا. فالأشخاص الجذابون أكثر قابلية لان يحبوا مقارنة بالأشخاص غير جاذبين ، وغالبا مايحظون بقدر أكبر من حب الآخرين ومعاملتهم الحسنة. (نفس المرجع ،ص 18).

6-4- الانجاز الأكاديمي :

هناك مصدر آخر لتقدير الذات وهو الانجاز الأكاديمي، فالدرجات الأكاديمية الجيدة تعزز شعور المرء بالقيمة والكفاءة وتقدير الذات والانجاز الأكاديمي و يبدو أنهما مرتبطان بشكل كبير مابين العامين السابع و الخامس عشر . (نفس المرجع.ص19).

6-5- الأفكار الذاتية :

تقديرنا لذاتنا أثناء البلوغ، تحدده أفكارنا الذاتية أو صورتنا التي نرسمها لذاتنا والأفكار الذاتية هي أفكار في عقولنا نقبلها ونسلم أنها حقيقة. فأفكارنا الذاتية تشكل أساس صورتنا الذاتية التي تؤثر بشكل كبير على مستوى تقديرنا لذاتنا، فعندما تكون صورتنا الذاتية ايجابية ينمو لدينا الشعور بالكفاءة و قيمة الذات . (مالهي وريزنر، د. ت،ص19).

6-6- التطبيقات الشخصية : مستويات التطلعات الشخصية تؤثر بالفعل على الشعور بتقدير الذات، فما يمثل النجاح لشخص معين يمكن أن يكون فشلا لآخر. ومستوى تقدير الذات لدى المرء يرتفع إذا قام بتلبية انجازه أو فاق التطلعات الشخصية في جانب جوانب السلوك.

6-7-البراعة في المهام و الانجازات:

بدون الشعور بالانجاز وبدون الشعور انه بمقدورنا أن نكون فعالين في سلوكياتنا ، تصبح الثقة الحقيقية بالنفس و تقدير الذات من الأمور المستحيلة. والبراعة في أداء المهام تعزز من شعور المرء بقيمة ذاته فهي تجعل المرء يشعر بأنه مهم وهذا يزيد من تقدير الذات. (نفس المرجع، ص20).

خاتمة الفصل:

كثيرا ما نخدع أنفسنا بان ضعف ذواتنا في التعامل مع الآخرين هو من أشكال الحياء والتواضع والإيثار ومحبة الآخرين ، ولذلك وجب على أولياء الأمور تنشئة أطفالهم منذ الصغر على القدرة على التعبير الملائم لفظا وسلوكا عن المشاعر والأفكار والآراء تجاه الأشخاص والمطالبة بالحقوق دون ظلم أو عدوان. حتى ينشا لنا جيل يعرف ما يريد واعي بقدراته قادر على تحقيق ذاته، وبالنسبة إلى الأفراد الذين يعانون من تدني أو فقدان ذات وجب عليهم العمل على تطوير قدراتهم.

الفصل الثالث: الطفولة

- ✓ تعريف الطفولة
- ✓ مظاهر النمو في مرحلة الطفولة
- ✓ حاجات الطفولة
- ✓ مشكلات الطفولة
- ✓ العوامل المؤثرة في شخصية الطفل

تمهيد :

إن مرحلة الطفولة هي الركيزة الأساسية في حياة كل فرد فمن خلالها يتحدد نمو الطفل النفسي، الاجتماعي، المعرفي والفيزيولوجي....، حيث يتوقف عليها سلوكه وشخصيته مستقبلا.

كما أن الطفل بحاجة دائمة إلى الحنان والحب والشعور بالأمان لينمو نموا سليما ويفرض نفسه ويثبت وجوده، فشخصية ومستقبل الطفل متعلقة بمدى توفير محيط محفز يساعد على تحقيق عدد من الإكتسابات والوصول إلى مستويات نضج عالية.

كما تعد الأسرة مصدر الأمن والطمأنينة والروابط والعلاقات الوجدانية ذات الأهمية في نمو الطفل، لكن قد تطرأ عليها ظروف تمنعها من تحقيق وظائفها، وخاصة النفسية المتعلقة بتقديرهم لذاتهم ، وسأحاول في هذا الفصل الإلمام بأهم الجوانب المتعلقة بالطفولة بداية من تعريف الطفولة وحاجاتها ومشكلاتها ومراحلها وأهم مظاهر النمو خلالها وفي الأخير نتطرق للعوامل المؤثرة في شخصية الطفل.

1- تعريف مرحلة الطفولة:

1-1 لغة:

حسب تعريف المعجم النفسي: "مرحلة الطفولة هي مرحلة النمو تعبر عن الفترة من الميلاد وحتى البلوغ، وتستخدم أحيانا لتشير إلى الفترة الزمنية المتوسطة بين مرحلة المهد وحتى المراهقة، والتحديد بالمعنى الثاني يستثني فترة العامين الأولين من حياة الطفل، وهي مرحلة المهد"

(فرج عبد القادر طه وآخرون،د.س،ص266).

1-2 اصطلاحا:

بما أن مرحلة الطفولة هي أولى المراحل العمرية التي يمر بها الفرد في حياته، والتي من خلالها تتشكل شخصيته ويحتاج فيها إلى الرعاية واهتمام وحماية الراشدين له. "فالطفولة من منظور الصحة النفسية هي مرحلة لا يحتمل فيها الإنسان مسؤوليات الحياة معتمدا على الأبوين وذوي القربى في إشباع حاجاته البيولوجية والاجتماعية والنفسية، وتمتد زمنيا من الميلاد وحتى قرب نهاية العقد الثاني من العمر، وهي المرحلة الأولى لتكوين الشخصية" (حمزة، 1997،ص152).

كما عرف أحمد بوبازين (2006) مرحلة الطفولة على أنها هي مرحلة من الحياة تمتد من لحظة الميلاد إلى غاية المراهقة، وانطلاقا من نظريات علم النفس الحديث لم يعد الطفل يعتبر كشخص راشد تنقصه المعرفة والقدرة على التقييم وإصدار الحكم وإما كشخص ذو عقلية خاصة ونمو نفسي يسير وفق قواعد وأنظمة متميزة، فالطفولة هي المرحلة من العمر التي يتحول فيها الشخص من مرحلة الرضيع إلى مرحلة الإنسان الراشد.

مرحلة الطفولة عموما تستعمل للدلالة على الفترة الممتدة من الولادة وحتى بلوغ سن الرشد، "وهي مرحلة تتسم بالحركة والدينامية، والقدرة على التقاط واكتساب كل ما يمكن أن يؤثر على الشخصية الفردية" (محمد، 2010، ص13).

يعرفها سعيد محمد فرج على أنها هي المرحلة الأولى من مراحل تكوين الشخصية تبدأ من الميلاد حتى بلوغ طور البلوغ. (السيد، 1988، ص228).

حسب المنظرين، حيث يقول "نوربار سيلامي N.Sillamy" هي مرحلة من حياة الإنسان، تبدأ من الولادة إلى مرحلة المراهقة، ومن وجهة نظر علم النفس الحديث الطفل لا يعتبر كراشد لجهله المعارف والأحكام، فالطفولة مرحلة هامة للتحولات من الولادة إلى الراشد وتخرجه من دائرة الحيوانية. (N.Sillamy,1980,p98)

وحسب "ارنولد جيزل A.Gizol": يقول إن الطفولة عند الإنسان هي زمن التثقيف، فالحضين ينبثق من تيار بني جنسه، ويقذفه به مولده في خضم عالم من وضع يد الإنسان المزدحمة بزاد ثقافة عصرية وما يتعلق بها من أمور الحياة ومطالبها (عبد الباري محمد، 2003، ص15).

ويشير "فيليب اريس F.Arice" إلى أن مصطلح "الطفولة" حديث نسبيا، فالأطفال في القديم كانوا يعيشون بيننا، ويرتدون نفس الطراز من الملابس، وعليهم أن يتصرفوا كالكبار، ولم يكن معروفا أن للطفولة خصائصها وحاجاتها وأغراضها وفرصها كالخيال واللعب، فذروة حياة الكائن الإنساني كانت تنقسم إلى ثلاث مراحل: الرضاعة، ما قبل البلوغ، البلوغ ، وفي مرحلة البلوغ يعد الفرد للعمل والإنتاج، يتحمل المسؤولية، وهذا ما يمارسه في مرحلة البلوغ.

(محمد عودة الريماني، 1998، ص45).

يعرفها N.Sillamy:" الطفولة هي مرحلة من الحياة تمتد من الولادة إلى المراهقة عبر مراحل مختلفة تتضمن له نمو نفسي وعقلي متوازن" . (N.Sillamy,2004,p100)

أما Calapared(كلابارد) يقول:" إن الطفل هو ليس طفلا لأنه صغير، بل هو طفلا ليصبح راشد." (Osterrieth A.P ,1997,p28)

2- حاجات مرحلة الطفولة:

يمكن تعريف الحاجة إلى أنها الافتقاد إلى شيء تكون به الحياة مستمرة عضويا ونفسيا واجتماعيا، وإذا ما تحقق وتوفر هذا الافتقاد يتم هذا الإشباع والرضا والارتياح، حيث أنه لا تخلو أي مرحلة من مراحل عمر الفرد من احتياجات خاصة بها فهي في طلب دائم لإشباعها، وبما أن مرحلة الطفولة أكثر المراحل التي يحتاج فيها الطفل إلى كثير من الأشياء والمتطلبات، باعتباره قاصر فإنه يعتمد على الأشخاص الأكبر منه سنا، لذلك يجب توفير هذه الاحتياجات لضمان سلامة الطفل ونموه نموا سليما من جميع الجوانب العضوية والنفسية والاجتماعية.

"وإذا كانت أبرز هذه الحاجات في الطفولة الأولى هي حاجات فيزيولوجية تتعلق بالجسم، من غذاء وشراب وحركة، فإن لدى الطفل حاجات أخرى لها طابع علائقي كالحاجة للرعاية والطمأنينة والعاطفة، وحاجات اجتماعية أو صحية أو ترويجية، وإن كانت في نهاية الأمر تتكامل تلك الحاجات بحيث تساهم في نمو الطفل، وتشكيل شخصيته وتحديد سلوكه" . (عبد الله، 2003، ص91).

2-1الحاجات البيولوجية:

هذه الحاجات ترتبط بالتكوين البيولوجي الكائن الحي حيث لا يمكن الاستغناء عنها فهي تحافظ على التوازن الحيوي لأجهزة الجسم المختلفة، نذكر منها:

- الحاجة إلى الغذاء الصحي: الطفل بحاجة كبيرة إلى غذاء صحي ومغذي لأن نموه يتأثر بنوع وكمية الغذاء المتناول وهذا حسب المرحلة التي هو فيها وما يبذله من نشاط وحركة، كما أن للغذاء الصحي دور كبير في إصلاح الخلايا التالفة وإعادة بنائها وفي زيادة مناعة الجسم ضد بعض الأمراض.
- الحاجة إلى الإخراج: إشباع هذه الحاجة يكون بواسطة التخلص من الفضلات من الجسم لأن تراكمها يؤدي إلى المرض والتسمم.
- الحاجة إلى الرعاية الصحية: وتعني خلو جسم الطفل من أي مرض، فلابد وأن يعالج إذا ما مرض وأن يحصن ضد كل الأمراض.
- الحاجة إلى الملبس والمسكن المناسب: ينبغي هذا على الأسرة أن توفر لطفلها الملبس الملائم للجو الذي يعيش فيه والذي يضمن له الدفء والراحة والذي يتناسب مع ذوقه، كما أنه ينبغي عليها أيضا توفير المسكن الذي يناسب عدد الأسرة وكذا جميع المرافق المكملة له التي توفر الراحة للطفل.

(فهمي، 2007، ص145).

3-2 الحاجات النفسية والاجتماعية:

هذه الحاجات ترتبط بالوظيفة النفسية للطفل والتي لا يستغني حيث أنها تحافظ على التفاعلات والعلاقات الاجتماعية وبالتالي تحقيق الإشباع العاطفي للطفل، نذكر منها:

- الحاجة إلى الأمن والطمأنينة: يحتاج الطفل إلى الشعور بالأمن والطمأنينة داخل جماعته التي ينتمي إليها سواء كانت هذه الجماعة هي الأسرة أو المدرسة أو الرفاق في المجتمع وأن الطفل يحتاج إلى الرعاية في جو آمن يشعر فيه بالحماية من كل العوامل الخارجية المهددة له ولابد أن يكون هذا

الأمن ممتدا في حياة الطفل في حاضره ومستقبله ويجب مراعاة الوسائل التي تشبع هذه الحاجة لدى الطفل حتى لا يشعر بتهديد خطير لكيانه مما يؤدي إلى أساليب سلوكية قد تكون انسحابية أو عدوانية.

- الحاجة إلى الحب والمحبة: وتعتبر هذه الحاجة من الحاجات المعنوية الهامة للطفل حيث يسعى الطفل إلى إشباعها فهو يحتاج دائما إلى أن يشعر بأنه محب ومحبوب، وأن الحب متبادل ومعتدل بينه وبين والديه وأخواته وأقرانه وهذه الحاجة لازمة وضرورية لصحته النفسية. و كذلك الطفل في حاجة إلى أن يشعر بأنه موضع حب وإعزاز الآخرين وهذه الحاجة تظهر مبكرا في شأنها ومن هناك فإن الذي يقوم بإشباعها خير قيام هما الوالدان حيث يمنحان طفلهما الحب والود والاحترام المتبادل.

- الحاجة إلى التقدير الاجتماعي: من الضروري أن يشعر الطفل في هذه المرحلة بأنه موضع تقدير وقبول واعتراف من الآخرين، وبأنه مرغوب فيه من الجماعة التي ينتمي إليها مما يساعده على القيام بدوره الاجتماعي بصورة صحيحة تتناسب مع سنه وتتواءم مع العادات والتقاليد السائدة في مجتمعه. و تلعب التنشئة الاجتماعية دورا مهما في إشباع هذه الحاجة مما يترتب عليه نشأة الطفل نشأة سوية فيما بعد، وتتفق هذه الحاجة مع الحاجة إلى التقبل والانتماء، فهو يجب أن يشعر بأنه موضع فخر واعتزاز من قبل أسرته والمحيطين به، ويمكن إشباع هذه الحاجة من خلال اشتراك الطفل مع زملائه في الألعاب الجماعية. (فهمي، 2007، ص146).

- الحاجة إلى الانتماء: إن الانتماء إلى جماعة الأسرة حاجة من الحاجيات الأساسية للنمو النفسي والنمو الاجتماعي، وخاصة في السنوات الأولى من حياة الطفل، إلا أنه في بعض الأحيان يقوم بعض الآباء في الأسرة بأنماط من السلوكات تدفع بالأبناء إلى الشعور بأنهم غير مرغوب فيهم ومهملون ومنبوذين، وكلما تكرر هذا السلوك وخاصة في المرحلة الأولى من حياة الطفل أصبح ذا أثر سيء في تكوينه النفسي. (فهمي، 2007، ص147).

2-3 الحاجة إلى الرعاية الوالدية والتوجيه: إن الرعاية الوالدية والتوجيه تحتاج خاصة من جانب الأم للطفل أن تكفل له تحقيق مطالب النمو تحقيقا سليما يضمن الوصول إلى أفضل مستوى من مستويات النمو الجسمي والنفسي ويحتاج إشباع هذه الحاجة إلى والدين يسرهما وجود الطفل ويتقبلانه ويفخران بدورهما ويحيطان الطفل بحبهما ورعايتهما. (أحمد ومحمد، 2002، ص147).

3- مشكلات الطفولة:

بعد التعرض على أهم حاجات مرحلة الطفولة، فإن عدم إشباعها يؤدي إلى ظهور مشاكل عديدة ومتنوعة سواء على الجانب النفسي أو الاجتماعي للطفل، حيث أكد العديد من علماء النفس على مدى أهمية السنوات الأولى من حياة الفرد في تحديد ملامح الشخصية مستقبلا.

ولقد عرض twiford et carson 1980 المشكلات التي يتعرض لها الطفل خلال انتقاله من مرحلة الطفولة إلى مرحلة الرشد ممثلة في مشكلات النمو العضوي، النضج الانفعالي، تطور الشخصية من الإتكالية إلى الاستقلالية، تحديد الهوية، مشكلات النضج الجنسي، الاضطرابات النفسية الناتجة عن الانحرافات السلوكية المتصلة بالإدمان على التدخين والمخدرات.

(عمر، 1992، ص192).

فالمشكلات النفسية هي سلوك مضطرب يؤدي إلى الانحراف عن السواء، وسوء توافق الطفل مع نفسه ومع البيئة المحيطة به. (السويهري، 1430، ص42).

يمكننا هنا أهم المشاكل التي يعانيها الطفل وهي:

1-3 المشكلات الانفعالية:

- **الخجل:** الطفل الخجول نجده دائما يتجنب الآخرين وهو دائما في خوف وعدم ثقة بنفسه، متردد وغير اجتماعي، حيث يجد صعوبة في الاندماج مع الآخرين، يشعر دائما بعدم الراحة والقلق،

وهذا يرجع إلى عدة أسباب منها الشعور بعدم الأمان، الحماية الزائدة من طرف الوالدين أو العكس عدم الاهتمام أو الإهمال الوالدي هناك أيضا النقد السلبي للطفل والمضايقة والتهديد.

- **الغيرة:** هي حالة انفعالية يشعر بها الطفل، حيث يحاول إخفاءها ولا تظهر ألا من خلال أفعال سلكية يقوم بها، وهي مزيج من الإحساس بالفشل وانفعال الغضب، ناتج عن شعور الطفل بفقدان الامتيازات التي كان يحمل عليها خاصة بعد ظهور مولود جديد في الأسرة أو نجاح طفل آخر في المدرسة.
- **الخوف:** حالة شعورية وجدانية يصاحبها انفعال نفسي وبدني ينتاب الطفل عندما يتسبب مؤثر خارجي في إحساسه بالخطر، وقد ينبعث هذا المؤشر من داخل الطفل، ويعد انفعال الخوف واحدا من أهم ميكانيزمات الحفاظ على الذات وبقائها لدى الإنسان وهو وظيفة للحفاظ على البقاء والحياة أيضا لدى الكائنات الأخرى. (أبو سكينة وراغب، 2012، ص76).

3-2 المشكلات السلوكية:

- **الكذب:** يعني الكذب ذكر الطفل لشيء غير حقيقي في القول والعمل والسلوك وبنية الغش أو خداع شخص آخر من أجل الحصول على فائدة، فالكذب عادة غير سوية يكتسبها الطفل من البيئة التي يعيش فيها .والكذب في مرحلة الطفل يرجع إلى عدة عوامل منها" عوامل أسرية، عامل الهروب من العقوبة، الشعور بالنقص، عامل التعزيز" . (ملحم، 2002، ص ص364-365).
- **السرقة:** تظهر على شكل عدوان غير مشروع على ما يمتلكه الآخرون، سواء كان ذلك بقصد أو بدون قصد، بغرض امتلاك شيء يخصه، ولكن لا يوصف السلوك عند الطفل كأنه سرقة إلا إذا عرف أن من الخطأ أخذ الشيء بدون إذن صاحبه وأنه سوف يعاقب عليه. (الزغبي، 2005، ص123).

- **الأنانية:** الأنانية هي سلوك متمركز حول الذات، وهو سلوك مزعج للآخرين، ويؤدي إلى ضعف علاقة الطفل مع أصدقائه في المدرسة وخارجها. والنتائج هي عدم حب الأصدقاء لهذا الطفل الأناني الذي لا يحب إلا نفسه، ولا يهتم بمصلحة الآخرين بل يهتم بمصلحته على حساب مصلحتهم وهو طفل لا يرغب في مساعدة الناس، بل إنه منطو على نفسه يشعر بأن لا أحد يحبه، كما يمكن أن يتعرض للنقد من قبل الوالدين والأخوة، فيرى نفسه بأنه مرفوض ممن حوله.

(بوحجار سناء، 2015-2016، ص59).

3-3 مشكلات وظيفية:

- **مص الأصابع وقضم الأظافر:** "هما حالتين يداوم الطفل فيهما على مص أصابعه أو قضم أظافره، وهو غالبا ما يفعل هذا لاإراديا لأنه لا يأبه للتحذيرات المختلفة من الوالدين" .

(أحمد،1995، ص269).

هذه المشكلة تبدأ في الشهور الأولى من عمر الطفل وقد تستمر إلى سن متقدمة كالعاشرة وأحيانا إلى الثانية عشر أو الخامسة عشر من عمره. هذه المشكلة تكون مصاحبة بأحلام يقظة وسرحان، وتظهر عادة عند التعرض للمشكلات والفشل الدراسي.

- **التبول اللاإرادي:** يعتبر التبول اللاإرادي من أبرز المشكلات النفسية وأكثرها شيوعا في مرحلة الطفولة ويظهر في عدم قدرة الطفل على السيطرة على مثانته فلا يستطيع التحكم في انسياب البول. (شاذلي، 2001، ص239).

يحدث هذا التسرب نتيجة أسباب فيزيولوجية، وأسباب نفسية متمثلة في الخوف من الكائنات الخيالية المرتبطة بالظلام، الغيرة والشعور بالحرمان العاطفي وأيضا المعاملة الوالدية الخاطئة وعدم الاهتمام بالطفل.

- **اضطراب النوم:** تتخذ اضطرابات النوم عدة أشكال:

❖ كالأرق المصحوب بالتقلب وكثرة الحركة وهي حالة يتعذر فيها على الطفل النوم.

❖ إفراط في النوم ويبدو فيها خمول الطفل واضحا وميله إلى النوم ساعات عديدة نهارا بالإضافة إلى ساعات نومه المعتادة في الليل.

❖ الصراخ والخوف الشديد أثناء النوم مصحوبا بالبكاء.

❖ المشي أثناء النوم أو الكلام أو الاستيقاظ المبكر.

قد تعود هذه الاضطرابات إلى العديد من الأسباب كالحرمان من الأم، الرغبات المكبوتة أو الشعور بالذنب أو الخوف من الوقوع في الخطأ والتفكير في ذلك، الممارسات الخاطئة التي يكسبها الوالدين للطفل قبل نومه، وإرغام الطفل على النوم وتخويفه إن لم ينام بالحيوانات أو الوحوش أو نومه في غرفة مظلمة.

3-4 مشكلات اجتماعية:

- **جنوح الأحداث:** وينتج ذلك عن العديد من العوامل الذاتية والأسرية والاجتماعية المرتبطة بالجوانب الجسمية والنفسية، كما يرتبط بالعوامل البيئية الداخلية للأسرة وانخفاض مستواها الاقتصادي، والعوامل البيئية الخارجية ومؤثراتها السلبية على الأطفال، التي تؤدي بها إلى ارتكاب السلوك الانحرافي كتناول المخدرات والسرقة والاعتداء على الممتلكات العامة والخاصة، إن الاستعدادات التي تسبب مثل هذه الجرائم موروثة في نفسية الطفل وخلفيته.

(عبد الله، 1997، ص291).

4- مراحل الطفولة وأهم مظاهر النمو خلالها:

اختلف الباحثون في تقسيمهم لمراحل الطفولة وهذا على حسب اتجاهات كل باحثحيث قسمها بعض الباحثون كالتالي:

- تقسيم يعتمد على الجانب العضوي:

❖ مرحلة ما قبل الولادة (مدتها عادة تسعة أشهر، وتعرف بالمرحلة الجينية).

❖ مرحلة الطفولة الأولى (من الولادة حتى سن السادسة أو السابعة).

❖ مرحلة الطفولة الثانية (من سن السابعة أو الثامنة حتى الثانية عشر).

❖ مرحلة المراهقة (من الثانية عشر إلى حوالي الثامنة عشر).

(البكري،1999، ص28).

- تقسيم يعتمد على الجانب التربوي:

❖مرحلة ما قبل المدرسة(من الميلاد حتى سن السادسة).

❖مرحلة المدرسة الأساسي الأولى (من السن السادسة إلى الثانية عشر).

❖مرحلة المدرسة الأساسية الثانية (من سن السادسة إلى الخامسة عشر).

- تقسيم سيغموند فرويد s.freud :

❖ المرحلة الفمية (من الولادة حى سن العامين).

❖ المرحلة الشرجية (من سن العامين إلى سن أربع سنوات).

❖ المرحلة القضيبية (من سن الرابعة إلى سن السادسة).

❖مرحلة الكمون (من سن السادسة إلى سن الثانية عشر).

- تقسيم سبيتزspits:

- ❖ المرحلة ما قبل الموضوعية(من الميلاد إلى سن 3أشهر).
- ❖ المرحلة الممهدة للموضوع(من سن 3إلى 6 أشهر).
- ❖ مرحلة الموضوع الليبيدي(من سن 6إلى 12 أشهر).

- **تقسيم جون بياجيهJean Piaget:**

- ❖ مرحلة التفكير الحس–حركي (من الولادة حتى سن العامين)
- ❖ مرحلة ماقبل المفاهيم(من سن العامين إلى سن أربع سنوات)
- ❖ مرحلة التفكير الحدسي (من سن أربع سنوات إلى سن سبع سنوات)
- ❖ مرحلة العمليات المحسوسة(من سن سبع سنوات إلى سن الحادية عشر)
- ❖ مرحلة العمليات المجردة(من سن الثانية عشر فما فوق).

(Bertrand ,2002,p12)

بعد عرضنا لأهم التقسيمات لمراحل الطفولة نستنتج أن مراحل النمو عند الطفل ليست جامدة فالحقيقة أن الطفل ينمو منذ اليوم الذي ولد فيه ويجب أن نفهم أن هذه المراحل ماهي سوى علامات أو إشارات وضعها المختصون لتسهيل دراسة نمو الطفل. حيث الحكم على حسن نمو الطفل أو سوءه صعب جدا، ولا يجب أن نقارن ما نلاحظه عند الطفل في مرحلة ما من عمره مع ما يجب أن يكون في هذه المرحلة بالذات ونقول بأن هناك خلل ما، حيث يجب أن ننظر نظرة كلية للطفل مع مراعاة ظروف حياته العائلية فوتيرة النمو تختلف من طفل لآخر، والتواريخ المحددة من أجل الاكتسابات الأولية ماهي إلا إشارات استدلالية حسب الاستعدادات الفيزيولوجية وصفات الطبع والرعاية الوالدية.

ولقد اعتمدنا لعرض مراحل الطفولة ومظاهر نموها على التقسيم الأكثر تناولا وهي كالآتي:

4-1 مرحلة المهد أو الرضاعة:

هذه المرحلة تمتد من الولادة حتى سن الثانية من العمر، وفيها يتم وضع أساس نمو الشخصية، في هذه المرحلة يبدأ الوليد في الصراع من أجل البقاء ويتناسق بين وظائفه الفيزيولوجية، والمؤثرات البيولوجية التي تواجهه. (صالح،دت، ص95).

كما تتميز هذه المرحلة في حياة الوليد بزيادة النشاط تدريجيا وكثرة الحركة وقلة فترات النوم لأجل التعرف على بيئته واستقبال أكبر عدد من المثيرات الخارجية. (القذافي، 2000، ص175).

- **النمو الانفعالي:** يتميز الرضيع بوجود استثارة انفعالية عامة في البداية، تتمايز تدريجيا، فتظهر انفعالات الانشراح والانقباض ثم الغضب والخوف والبهجة والعطف، وتظهر الغيرة في الشهر الثامن عشر وأخيرا انفعال الفرح في عمر أربعة وعشرون شهرا.

- وتتميز انفعالات الرضيع بالقوة وتتصف بسرعة الاستثارة.
- يظهر انفعال الفرح نتيجة الشعور بالارتياح الجسمي، ويعبر عنه بالابتسام كما يظهر نتيجة الشعور بالنجاح. (الشناوي وآخرون، 2001، ص46).
- يبدي الطفل تفاعله مع البيئة المحيطة به ويكتسب أنماط سلوكية معينة تكسبه خبرات معرفية جديدة.
- امتلاك مجموعة من الأفعال الفطرية المنعكسة التي تختفي تدريجيا مع التقدم في النمو والنضوج.
- يكون الطفل ردود فعل ثانوية ويتصف بتكرار السلوك.
- القدرة على تجريب الأنماط السلوكية والبعد عن الأنماط السلوكية التقليدية المعهودة.
- كما تظهر الغيرة عند الرضيع عندما يشعر بأن أحدا يريد مشاركته في محبة والديه.

- **النمو الاجتماعي:**

هذه الفترة أيضا تعتبر بداية السلوك الاجتماعي، حيث يتعلم الطفل التمييز بين الأشخاص والأشياء، ويبدي اهتماما بوجوده للأشخاص الذين يعيشون حوله، ويتعرف على الأشخاص المألوفين له، ويحاول استخدام الكلمات، ويستجيب إلى الأشخاص من نفس عمره، ويقوم بتقليد من يعيشون حوله، كما يعبر الطفل عن بعض مظاهر المنافسة أثناء اللعب مع غيره.

(غنام، 2010، ص64).

- يبدأ الرضيع في الاستجابة الاجتماعية للمحيطين به، ويظهر اهتمامه بما يجري حوله، وذلك في النصف الأول من العام الأول، ويمرح إذا داعبه أحد.
- وعندما يصل الرضيع إلى نهاية السنة الأولى، تكون علاقاته الاجتماعية مع الكبار أكثر منها مع الصغار، ويبدأ الاتصال الاجتماعي بالآخرين الموجودين بالبيت ثم خارجه .وعندما يصل الرضيع إلى السنة الثانية يزداد اتساع البيئة الاجتماعية حوله، وتبدأ علاقته مع الأطفال.
- تتسع البيئة الاجتماعية له لامتلاكه القدرة على المشي والانتقال، وتبدأ العلاقات مع الأطفال الآخرين ويسودها الشجار والنزاع ويكون اللعب فرديا غير تعاوني.

(الشناوي وآخرون،2001، ص47).

- **النمو الجسمي:**

- الأسنان: يبدأ ظهور الأسنان في الشهر السادس غالبا، ويكون ظهورها على مرحلتين :الأولي الأسنان اللبنية المؤقتة وعددها(20) ، والثانية :وهي الأسنان المستديمة وعددها(32) ، وقد يصاحب ظهور الأسنان إسهالٌ وارتفاع في درجة الحرارة، وتظهر عند الإناث مبكرة عنها عند الذكور.

- الطول: في العام الأول تكون الزيادة في الطول أكبر من الزيادة في الوزن، وفي العام التالي يحدث العكس، فيزداد الطول زيادة مطردة، ثم يقل في نهاية المرحلة فيصبح (60) سم بعد أربعة أشهر ثم يصبح (75) سم بعد سنة، ثم يصبح (85) سم بعد سنتين، أي حوالي نصف طوله عند تمام نموه.
- الوزن: في العام الأول تكون الزيادة في الوزن أكبر من الزيادة في الطول، وفي العام التالي يحدث العكس، وتقل الزيادة في نهاية المرحلة، وتصل إلي(6 كلغ) بعد خمسة أشهر، ويمكن للأم الوصول إلي أفضل مستوي للنمو الجسمي عن طريق التغذية الجيدة والنوم المنتظم، والوقاية من الأمراض وحرية الحركة.
- النسب الجسمية :لا ينمو الجسم في هذه المرحلة دفعة واحدة، وفي كل الاتجاهات في وقت واحد، وإنما تحدث تغيرات في أبعاد الجسم ونسبه، ففي النصف الثاني من العام يلاحظ نمو الرأس وزيادة نمو الجذع والأطراف، وهذا عكس ما حدث في النصف الأول وتدريجيا يزداد ضخامة حجم الرأس، ويزداد طول الذراعين واليدين خلال السنتين الأوليين.
- العضلات :تنمو العضلات بمعدلات مختلفة، ويلاحظ أن العضلات القريبة من الرأس والرقبة تنمو مبكرا عن العضلات التي تتصل بالأطراف السفلي.
- الفروق بين الجنسين :يظل الذكور أكبر حجما وأثقل وزناً وأطول قليلا من الإناث، لكن الأسنان عند الإناث تظهر مبكرة عنها عند الذكور، حيث تتفوق البنات في نمو العظام والأسنان على الذكور (بوحجار سناء، 2015-2016، ص65).

- **النمو العقلي:**

يشمل النمو العقلي للوليد على كل العمليات ذات العلاقة بالحصول على المعرفة، إذ تعد الحواس في هذه المرحلة النافذة التي يطل منها الطفل على عالمه الخارجي، فإدراك الطفل لما حوله عبارة عن تفاعل مستمر بين تكوينه النفسي والحسي وعوامل البيئة التي يعيش فيها وهذا ما يقابله حسب **بياجيه** مرحلة التفكير الحس –حركي.

4-2 مرحلة الطفولة المبكرة:

تمتد مرحلة الطفولة المبكرة من سن الثالثة إلى سن ستة سنوات، ويطلق عليها البعض بمرحلة الروضة أو مرحلة ما قبل المدرسة، فبانتهاء السنة الثانية تنتهي مرحلة الرضاعة لتبدأ مرحلة جديدة تمثل أهمية خاصة، وهذا نظرا لأن الأطفال في هذه المرحلة يبدؤون في اكتساب التوافق الصحيح مع البيئة الخارجية فهي مرحلة التعبير العقلي عن الإحساس بالاستقلال الذاتي .كما يشرع الطفل في هذه المرحلة في تكوين العادات الانفعالية نحو الآخرين، ولهذا فقيمة هذه المرحلة من الناحية التربوية مهمة وكبيرة جدا سواء بالنسبة للآباء أو الأخصائيين أو المربيين.

(صالح، د، ت، ص124).

تتميز هذه المرحة ببعض السمات والسلوكات البارزة التي تتميز بها:

- الحالة الجسمية تكون أكثر قدرة على الحركة وتزداد القوة العضلية.
- القدرة على الكلام والتعبير عن النفس.
- التنقل من مرحلة اللعب إلى مرحلة النشاط العقلي.
- الانتقال من مرحلة الاعتماد على الغير إلى مرحلة الاعتماد على النفس.

- يميل الطفل ميلا كبيرا إلى الإكثار من الأسئلة التي تدور حول الأمور التي يشاهدها وما يمر به في حياته من مواقف وموضوعات.

- **النمو الانفعالي:**

- ينتقل السلوك الانفعالي تدريجيا في هذه المرحلة من ردود الأفعال العامة إلى سلوك انفعالي خاص بالطفل.
- ظهور علامات شدة الانفعالات في صورة حدة المزاج وشدة المخاوف وقوة الغيرة قد يؤدي إلى أساليب سلوكية دفاعية مثل مص الأصابع أو التبول اللاإرادي، ويرجع ذلك كله إلى أسباب نفسية.
- زيادة مثيرات الخوف في هذه المرحلة لقدرة الطفل علي إدراكها، فيخاف بالتدريج من الحيوانات والظلام والفشل.
- ظهور نوبات غضب مصحوب بالاحتجاج اللفظي و أيضا العناد والمقاومة والعدوان.
- ظهور حب الاستطلاع والقدرة على تعلم الألفاظ من خلال الاحتكاك مع الآخرين.

(صالح، د، ت، ص125).

- **النمو الاجتماعي:**

- يتأثر السلوك الاجتماعي للطفل بالأسرة من خلال عملية التنشئة الاجتماعية حيث يكتسب الطفل قيم وعادات الوالدين واتجاهاتهما، تعرف عملية التنشئة الاجتماعية على أنها" :عملية تتشكل خلالها معايير الفرد ومهاراته ودوافعه واتجاهاته وسلوكه لكي تتوافق وتتفق مع تلك التي يعتبرها المجتمع مرغوبة ومستحسنة لدوره الراهن أو المستقبل في المجتمع."

(العيسوي،دت، ص218).

- يرتبط الطفل لأمه ارتباطا وثيقا في هذه المرحلة لأنها مصدر إشباع حاجاته، مع تقدم سنوات عمره يتناقص اعتماده على أمه تدريجيا ويزداد استقلاله الاجتماعي عندما تكتمل قدرته على المشي حيث يتمكن من التحرك لأماكن جديدة مما يسهل التواصل الاجتماعي.
- يبدأ الطفل هنا بالوعي بوجود الآخرين مما يظهر عنده القدرة على تكوين الصداقات واللعب معهم ومحادثتهم.
- الميل إلى المنافسة خاصة في سن الخامسة أين تبلغ ذروتها.
- ظهور سلوك التخريب عند الذكور في حين عند الإناث يظهر سلوك العناد.

- **النمو الجسمي:**

- يتميز هنا بزيادة الوزن بالنسبة للذكور والإناث، حيث يبلغ وزن الطفل في نهاية هذه المرحلة سبعة أمثال وزنه عند الولادة غير أن الذكور أكثر تفوقا من الإناث في هذه الزيادة، وهذا نتيجة نمو العضلات وخاصة العضلات الكبيرة التي تساهم في تيسير حركة الطفل وتسهيل القيام ببعض الأنشطة التي لا تحتاج إلى دقة.
- بالنسبة للعظام فتزداد في النمو، محولة شكل الطفل الرضيع إلى شكل الطفل الصغير.
- يكتمل في هذه المرحلة نمو الأسنان المؤقتة مما يمكن الطفل من تناول الطعام وفي نهاية هذه المرحلة تبدأ الأسنان المؤقتة(اللبنية) بالسقوط إذاناً ببداية ظهور الأسنان الدائمة.
- بالنسبة للجهاز العصبي فيستمر بالنمو في هذه المرحلة ويتفوق نموه على سائر الأجهزة عند الطفل.
- يستطيع الطفل السيطرة على العضلات الدقيقة إلى حد ما، حيث يتمكن من مسك القلم والمقص، كما أنه يستطيع أن يرسم خطوطا مستقيمة في كل الاتجاهات.

- يحب الطفل في العادة ممارسة الجري ولكن ليس لذات الجري ولكن الهدف هو جعل الجري وسيلة لسبق أقرانه وفي بعض الأحيان ممن يكبرونهم. (بحرو، د، ت، ص7).

- **النمو العقلي:**

- في هذه المرحلة تتكون المفاهيم المختلفة عند الطفل، مثل :الزمان والمكان والاتساع والعدد، ويتعرف أيضا علي الأشكال الهندسية .ومعظم المفاهيم التي يستطيع الطفل إدراكها تكون حسية، أما المفاهيم الُمجردة فلا يستطيع إدراكها إلا فيما بعد.
- يزداد نمو الذكاء، ويستطيع الطفل التعميم، ولكن في حدود ضيقة.

تتميز هذه المرحلة بصفة عامة باللعب الإيهامي أو الخيالي، ويطغي خيال الطفل علي الحقيقة، لذلك فإن أطفال هذه المرحلة يحبون اللعب بالعرائس وتقليد الكبار، والقيام ببعض الأدوار الاجتماعية وتقمص الأدوار. (بحرو، د، ت، ص7).

3-4 مرحلة الطفولة الوسطى : تمتد مرحلة الطفولة الوسطى من سن 06 سنوات إلى سن 09 سنوات أي ما يقابل الصفوف الأولى من التعليم، توصف هذه المرحلة بأنها المناسبة لعملية التنشئة الاجتماعية ، و غرس القيم الأخلاقية ، كما أنها فترة حرجة للطفل لنمو الاستقلالية عنده و تحمل المسؤولية. وتتميز ب:

- **النمو الانفعالي:**

- تميل انفعالات الطفل إلى الثبات والاستقرار مقارنة بالمراحل السابقة إلا أنه لم يصل بعد إلى مرحلة النضج الانفعالي.

- تنضج بعض العواطف والعادات الانفعالية فالطفل في هذه المرحلة يعبر عن الحب نحو والديه وأخوته والأصدقاء ويحاول الحصول عليه وخاصة من الكبار ، ويميل الطفل إلى المرح واللعب والفكاهة البسيطة.
- لازال الطفل في هذه المرحلة يعبر عن الغيرة من أخوته وزملائه ويعبر عن غضبه ومضايقته من مصدر الغيرة ولو بأساليب أكثر هدوءاً مستبدلاً أسلوب الاعتداء البدني خلال المراحل السابقة بالعقاب أو الانتقام بأسلوب الوشاية أو الألفاظ.
- نتيجة لدخول المدرسة والابتعاد عن البيت لأول مرة قد تظهر على الطفل بعض علامات الاضطراب مثل مص الإبهام أو التبول اللاإرادي أو قضم الأظافر ولكن إذا تعامل الآباء مع هذه الظاهرة السلوكية بهدوء فسوف تنسى تلقائيا بعد تعود الطفل على المدرسة.
- يقبل الصراع النفسي ومناقض العواطف مما يؤدي إلى تخفيف حدة الانفعالات فبدلاً من الحب والكره في آن واحد ونتيجة لاتساع البيئة والانشغال بالأنشطة المتنوعة يستطيع طفل هذه المرحلة إشباع حاجاته وتخفيف حدة انفعالاته.
- إذا رجع الطفل ولم يجد أمه أو أحد أفراد عائلته بالبيت يشعر بالتعاسة والحزن فهو شغوف بلقاء أسرته بعد غياب عنها.
- اللعب مع الأب يعطى متعة وبهجة وسروراً لطفل هذه المرحلة ويساعد الطفل على التخلص من احباطاته ومشكلاته وصراعاته. (أبو جعفر،2014، ص ص99-100).

- **النمو الاجتماعي:**

- السعي الحثيث نحو الاستقلال.
- بزوغ معان وعلامات جديدة للمواقف الاجتماعية.

- تعديل السلوك بحسب المعايير والاتجاهات الاجتماعية وقيم الكبار.
- اتساع دائرة الميول والاهتمامات.
- نمو الضمير ومفاهيم الصدق والأمانة.
- نمو الوعي الاجتماعي والمهارات الاجتماعية.
- اضطراب السلوك إذا حدث صراع أو معاملة خاطئة من جانب الكبار.
- الميل إلى نفس الجنس أثناء اللعب. (زهران،2001، ص252).

- **النمو الجسمي:**

- تهدأ سرعة النمو الجسمي مقارنة بالمراحل السابقة.
- تتغير الملامح العامة للجسم وأطرافه و تتعدل تقاسيم الوجه لتصبح أكثر تناسقاً.
- يصل حجم الرأس في هذه المرحلة إلى ما يقارب حجمه عند الرشد.
- يزداد طول الأطراف في هذه المرحلة بما يساوي ضعف زيادة طول الجسم ويرجع ذلك إلى اختلاف سرعة النمو بين المراحل المختلفة حيث تتناقص سرعة ما أسرع في المراحل السابقة.
- تستبدل الأسنان اللبنية بالأسنان الدائمة.
- يزداد الطول بنسبة 1 % تقريباً في السنة بينما يزداد الوزن بما نسبته 63 % تقريباً في السنة.
- عادة ما يكون الأولاد أطول قليلاً من البنات من نفس العمر والوزن متساو تقريباً.
- تزداد قدرة الطفل على السيطرة على العضلات الدقيقة مثل استخدام الأصابع في الكتابة والإمساك بالقلم أو إمساك الملعقة ويرجع ذلك إلى نمو العضلات الدقيقة بعد أن أخذت العضلات الكبيرة دورها في النمو خلال المراحل السابقة.

- طول البصر أو قصره أو عيوبه تظهر الآن ويمكن علاجها باستخدام النظارات أو العلاج الطبي لأن قدرة الطفل العقلية واللغوية تمكن الطبيب من التشخيص واكتشاف عيوب البصر.
- نمو القلب في المرحلة بطيء مقارنة بنمو الجسم وعليه يجب عدم إرهاق الطفل أو تكليفه بأعمال ترهقه لأن قدرته على التحكم ضعيفة . (مرجع سابق، ص ص95-96).

- **النمو العقلي:**

- تزداد قدرة الطفل على وصف الصور وإدراك العلاقات المكانية والحركات والألوان الموجودة فيها، ويتدرج إدراك الطفل للجهات الأربع بأن يكون بطيئا في بداية المرحلة ثم يتكامل فيما بعد.
- قدرة طفل على الانتباه تكون محدودة في بداية المرحلة ثم يزداد الانتباه بدرجة محددة بتقدم الطفل في السن.
- ينمو لدى طفل السادسة ثبات العدد ، ولدى طفل سبع سنوات ثبات الكتلة، ولدى 9 سنوات ثبات الوزن.
- إدراك القدرة الإحتفاظية لكل من العدد والطول والكتلة والحجم تتزايد عند الأطفال بتزايد العمر وتصل إلى تمام نموها في سن 11 سنة.
- يدرك طفل السابعة المفاهيم الجديدة ويحتاج إلى تكرار كل مفهوم حتى يتعلمه ما بين 10-15 مرة.
- يميل الطفل هذه المرحلة إلى تذكر الموضوعات التي تقوم على الفهم والإدراك فالموضوعات الواضحة التي يمكن فهمها بسهولة يحتاج إلى مجهود أقل في حفظها.

- تفكير الطفل في هذه المرحلة يقوم على الأشياء المحسوسة في بدايتها ثم يتطور في نهايتها وبداية المرحلة التالية لكي تصبح تفكيرا مجردا.
- ينمو التخيل من الإيهام إلى الواقعية والحقيقة والإبداع والتركيب.
- التحصيل العلمي في هذه المرحلة يتأثر بالتعزيز الاجتماعي من قبل الأهل.

(بوحجار سناء، 2015-2016، ص72).

3-4 مرحلة الطفولة المتأخرة:

تمتد هذه المرحلة من سن 09 سنوات إلى سن 12 سنة، يحدث فيها عدة تغيرات على الطفل نفسيا وجسميا واجتماعيا وعقليا، تتميز هذه المرحلة ب:

- **النمو الانفعالي:**

- يحاول الطفل التخلص من الطفولة ويثبت انفعاليا.
- ضبط الانفعالات ومحاولة السيطرة على النفس وعدم إفلات الانفعالات.
- يتضح الميل للمرح ويفهم الطفل النكتة ويطرب لها.
- تنمو الاتجاهات الوجدانية.
- تقل مظاهر الثورة الخارجية ويتعلم الطفل كيف يتنازل على حاجاته العاجلة التي قد تغضب والديه.
- تقل مخاوف الطفل ويستغرق في أحلام اليقظة.
- تتجه الميول إلى التخصيص وتصبح أكثر موضوعية.

- **النمو الاجتماعي:**

- يزداد احتكاك الطفل بجماعات الكبار، واكتسابه معايير واتجاهاتهم وقيمهم كل على حسب جنسه.
- تتقدم وتطرد عملية التنشئة الاجتماعية فيعرف المزيد عن المعايير والقيم، ويهتم بالتقييم الأخلاقي للسلوك.
- يزداد تأثير جماعة الرفاق ويقل تأثير الوالدين.
- يطرد نمو الاستقلال ويقل الاعتماد على الكبار.
- يتوحد الطفل مع الدور الجنسي المناسب.
- يتضح التوحد مع الجماعات أو المؤسسات حيث يفخر الطفل بفوز فريق مدرسته في مباراة أو مسابقة.
- يبتعد كل من الجنسين في صداقته عن الجنس الآخر(دبابنة،محفوظ، 1998،ص ص43-44).

- **النمو الجسمي:**

- تستطيل الأطراف، ويتزايد النمو العضلي وتصبح العظام أقوى من ذي قبل.
- يتتابع ظهور الأسنان الدائمة.
- يشهد الطول زيادة 5% في السنة ثم تشهد نهاية المرحلة طفرة في الطول.
- يشهد الوزن زيادة 10% في السنة.
- يقاوم الطفل المرض ويتحمل التعب ويكون أكثر مثابرة.
- يتزايد وضوح الفروق الفردية حيث يكون نصيب البنين في النسيج العضلي أكثر من البنات، في حين يكون نصيب من الدهن الجسمي أكثر، وتبدأ ظهور الخصائص الجنسية الثانوية لدى البنات قبل البنين في نهاية هته المرحلة.
- يستمر ضغط الدموي في تزايد حتى فترة المراهقة ويستمر النبض في تناقص.

- تتغير وظائف الغدد استعدادا للقيام بالوظائف التناسلية وقد يبدأ الحيض عند الفتاة.
- يقل عدد ساعات النوم حتى يصل إلى 10 ساعات في المتوسط. (زرماني،2012، ص150).

- **النمو العقلي:**

- يزداد نمو الذكاء حتى سن الثانية عشر.
- تتميز القدرات الخاصة عن الذكاء والقدرة العقلية العامة.
- تنمو مهارة القراءة ويميل الطفل إلى البحث عن الحقيقة وحب الاستطلاع.
- تتضح تدريجيا القدرة على الابتكار والعمل المبدع الجديد.
- يستمر التفكير المجرد في النمو ويقوم على استخدام المفاهيم والمدركات الكلية والمجردة.
- تنمو عند الطفل قدرات التفسير و التقسيم وملاحظة الفروق الفردية.
- تنمو الذاكرة نموا مطردا ويكون التذكر عن طريق الفهم ويتضح التخيل الواقعي الإبداعي.
- يتعلم الطفل المعايير والقيم الخلقية والخير والشر.
- يزداد استعداد الطفل لدراسة المناهج الأكثر تعقيدا و تقدما.
- –يهتم الطفل بآراء الآخرين إلا أنه يتحدى هذه الآراء بين الحين والآخر ويوجه إليها النقد.
- يمتاز البنون عن البنات في الذكاء خاصة في سن التاسعة والعاشرة.

(زرماني،2012، ص151).

5- العوامل المؤثرة في تكوين شخصية الطفل:

5-1 العوامل الأسرية:

تعد الأسرة أقوى الجماعات تأثيرا في سلوك الفرد، فالأسرة هي المدرسة الاجتماعية الأولى للطفل، والأسرة هي مهده ومنشؤه ومظلته الاجتماعية، وهي العامل الأول في صبغ سلوك الطفل

بصبغة اجتماعية، فهي التي تقوم بعملية تنشئة الطفل اجتماعيا، لأن الأسرة هي مجتمع صغير، هي الوحدة الاجتماعية الأولى التي يعرفها الطفل، ففيها يولد وينمو.

يختلف الوالدين في أسلوب تعاملهم مع أبناءهم ويرجع هذا الاختلاف لعدة أسباب منها المستوى التعليمي للوالدين والمستوى الاقتصادي للأسرة والاجتماعي، ومن بين هذه الأساليب:

- **أسلوب الإهمال أو النبذ:**

تعد من الأساليب اللاسوية في تنشئة الأبناء، حيث يستخدم الوالدان أو أحدهما أسالىب تنطوي على كراهية الابن وعدم إشباع احتياجاته الاجتماعية من الحنان والدفء وتهديده بالطرد من المنزل وإذلاله بصور متعددة كالنقد أو السخرية أو الذم أمام أقرانه، مما يؤثر على شخصياتهم خاصة في المراحل الأولى من الحياة.

كما أن أسلوب الرفض الوالدي ينطوي برضوخ الابن للقواعد والقيود والأنظمة دون مناقشة لأن الآباء لهم رؤية أفضل من رؤيته، وعدم إثابة سلوكه خشية أن يؤدي ذلك إلى نتائج غير محمودة، والتأكيد على استخدام العقاب البدني أو المعنوي للسلوك الخاطئ دون معرفة أسباب هذا السلوك.

ويؤكد **كولمان** على أن أسلوب الرفض الوالدي المدرك من جانب الأبناء يجعلهم يشعرون بالوحدة والقلق لغياب الأمن النفسي والاجتماعي، وعدم القدرة على التكيف وإقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين.

وكما يؤكد **إلدر** على أن الأسر التي تستخدم أسلوب الرفض والسيطرة، تنشئ أبناءا عاجزين على اتخاذ القرارات أو حل مشكلاتهم التي تصادفهم في الحياة. (إسماعيل،1995،ص ص 81-82).

- **أسلوب التسامح والتساهل:**

يؤدي هذا الأسلوب إلى عدم النضج، وعدم تحمل المسؤولية، والاضطراب النفسي، وعدم التوافق النفسي والاجتماعي للطفل . كما يقوم هذا الأسلوب على أساس التسامح المعقول الذي يجعل تكيف الفرد أسهل تحقيقًا؛ لأن هذا الأسلوب يعطي الفرد شعورا حقيقيا بالأمن، ويخلق له جوا يستطيع فيه أن يتجه نحو الاستقلال الشخصي والتحرر التدريجي . ومن مظاهر هذا الأسلوب أن الأم تكون محبة والأب يكون لينًا، والأطفال لهم حقوق الراشدين ومسؤوليات قليلة.

ويقوم هذا الأسلوب أيضا على أساسٍ من الحرية المطلقة، أو التساهل الزائد في التفاعل الوالدي مع الطفل، وفيه لا يمارِس الوالدان الضب ط المناسب، بل يمنحان الطفل قدرا كبيرا من الحرية لينظِّم سلوكه .ومن مظاهره ترك الطفل دون تشجيعٍ على السلوك المرغوب فيه، أو الاستجابة له دون محاسبة على السلوك غير المرغوب فيه، وترك الطفل دون توجيه أو إرشاد لِما يجب أن يقوم به أو أن يتجنبه .ومن أهم نتائجه أنه يخلق أشخاصا متسيبين غير مسؤولين، لا يحترمون القوانين والأنظمة، مع نمو النزعة الأنانية وحب التملك، بالإضافة إلى كثرة وتنوع المشاكل السلوكية في الأسرة والمدرسة.

(بوحجار سناء،2015-2016، ص76).

- **طموح الآباء الزائد:**

ويعد ذلك من أساليب التربية البيتية الخاطئة التي لها خطورتها وآثارها السيئة في التكوين النفسي للطفل وتكيفه الشخصي والاجتماعي السوي، وتكمن درجة خطورته في أن بعض الآباء يحاولون تحقيق الكثير من طموحاتهم وأحلامهم- التي حرموا من تحقيقها- في شخص أبنائهم، خاصة إذا كان هذا النوع من الطموح الزائد مما لا يتحمله هذا الابن، أو لا يتفق مع إمكانياته وقدراته أو قد لا يساير ميوله ورغباته، إن دفع الطفل لهدف ما دون إدراك ومعرفة ووعي لقدراته وإمكانياته يعرضه

للفشل لأن الطموح أوسع من مستوى القدرات، وهذا الشعور المحبط له نتائجه الوخيمة وأضراره الكبيرة من أبرزها الشعور بالنقص العدواني أو السلوك الاعتدائي كالتخريب والقمع والهرب والمشاكسة... الخ، وفي هذه المظاهر السلوكية المنحرفة يكمن الخطر الكبير، فيدفع الأطفال إلى حالات الاضطراب النفسي والقلق الشديد، ومن ثم الانحراف السلوكي والجنوح، لأن من البديهي أن الطفل لا يتعلم إلا ما يريده ويميل إليه. (حمود،2010،ص30).

- **أسلوب الحماية الزائدة:**

هناك من الآباء من يعطي لأطفاله الحماية الزائدة ومن أمثلة الحماية الزائدة إجبار الطفل على لبس ملابس ثقيلة أكثر من اللازم في فصل الشتاء، وكذلك مصاحبة الطفل الكبير عند الذهاب إلى المدرسة أو انتظار الأم لطفلها عند عودته من المدرسة، أيضا المغالاة في الوقاية من المرض عن طريق تقديم ما يلزم وما لا يلزم من الدواء والفيتامينات، ولكن ما هي الآثار السلبية على سلوك الطفل الناجمة عن الحماية الزائدة .لاشك أن أسلوب الحماية الزائدة قد ترتب عليه سلبيات عديدة على سلوك الطفل منها :حرمان الطفل من الفرص التي تساعده على التعلم لأنه تعود أن يعمل له كل شيء ولذلك نجده لا يقوى على مواجهة الحياة ومشكلاته عندما يصبح كبيرا، أيضا الطفل الذي ينشأ في إطار حماية زائدة يصعب عليه تكوين علاقات ناجحة مع غيره من الناس ويبدو في سلوكه الرغبة في الانسحاب من مجالسة الغرباء وإذا اضطر إلى الاجتماع والتواجد معهم نجده يشعر بالخوف والارتباك. (سرية،2006، ص ص14-15).

- **أسلوب الصرامة والقسوة:**

يتصف بعض الآباء بالصرامة البالغة والجفاء المقيت في تعاملهم اليومي تحت سقف البيت العائلي، حيث تأخذ هذه الصرامة وهذا الجفاء مظاهر مختلفة، منها: الشدة المتناهية، والأوامر الصارمة، والمعارضة غير الواعية لرغبات الطفل، وكبت حريته وتحديد سلوكه على وفق ما يحبه الأب وما يكرهه، وخوفاً من مشاعر الغضب وعواقبه يتقمص الطفل الطاعة العمياء وهو يشعر بأن إرادته قد سلبت فيتنامى لديه الشعور بالانفجار والتحدي، إذ يأخذ هذا الشعور أنماطاً سلوكية مختلفة كالكره وتجنب المواجهة مع الأب والتمرد المستمر عند غياب الأب. (حمود،2010،ص31).

5-2 العوامل المدرسية:

يؤثر المناخ المدرسي في شخصية الطفل من حيث علاقة الطفل بزملائه في المدرسة أو داخل الفصل بمدرسته ومدى استخدام هؤلاء المدرسين لأساليب التدريس الملائمة لقدرات وإمكانية الطفل، وأساليب الثواب والعقاب المستخدمة مع الطفل، كما تساهم فرص النجاح وأشكال الامتحانات على شخصية الطفل في المدرسة.

5-3 العوامل الجسمية والفسيولوجية:

تلعب العوامل الجسمية والفسيولوجية دورا مهما في تكوين شخصية الطفل فمثلا يؤثر شكل الجسم على شخصية الطفل، فالطفل المصاب بعاهة أو مرض ما قد يؤثر على شخصيته أو يصاب بأحد العقد النفسية، أيضا يؤدي الخلل في إفرازات بعض الغدد الموجودة في جسم الطفل إلى خلل في سلوكه فمثلا نقص إفرازات الغدة الدرقية يجعل الطفل خاملا عاجزا عن التركيز.

4-5 العوامل البيئية:

إن البيئة والمحيط الذي يعيش فيهما الطفل لهما تأثير عميق وفعال في حياته وتكون شخصيته، فالإنسان منذ نعومة أظفاره يتأثر وينفعل بما يجري حوله من ممارسات، فهو يكتسب مزاجه وأخلاقه وممارساته و طرق تفكيره من ذلك المحيط أو تلك البيئة .وقد تبين أن للوالدين ولسلوك العائلة، ووضعية الطفل فيها، دورا كبيرا في تحديد شخصيته و صقلها وبلورتها وتحديد معالمها، كما أن للمعلم أيضا وكذا الأصدقاء، والمجتمع ووسائله الفكرية والإعلامية، وعاداته وأسلوب حياته، أثر مباشر كبير على سلوك الطفل وكيفية تفكيره. (سرية،2010،ص 16).

خاتمة الفصل:

في خاتمة هذا الفصل نتوصل إلى أن مرحلة الطفولة من المراحل المهمة في حياة الإنسان، ففيها تنمو قدرات الطفل وإمكانياته وتفتح مواهبه وتنمى، كما تصقل شخصيته وتشكل فيها يساعده على التكيف السليم في مراحل لاحقة من عمره، لذا فإنه من الضروري جدا الاهتمام بالطفل وبسلوكه.

الفصل الرابع : الإعاقة العقلية

- ✓ مفهوم الإعاقة الذهنية
- ✓ أسباب الإعاقة الذهنية
- ✓ تصنيفات الإعاقة الذهنية
- ✓ خصائص المتخلفين عقليا
- ✓ مشكلات الإعاقة الذهنية
- ✓ احتياجات المعاقين ذهنيا

تمهيد:

الإعاقة الذهنية من الموضوعات التي اهتم بها ميدان التربية وعلم النفس، التي تندرج ضمن فئة الأطفال غير العاديين، وهي ظاهرة منتشرة منذ أمد بعيد، حيث كانت النظرة السائدة آنذاك تعتبر العقل البشري أعلى مرتبة، بينما تعد الإعاقة العقلية في الدرجة الدنيا، ونظرا لتعدد الاختصاصات وكثرة العاملين في هذا المجال صعب الأمر في إيجاد تعريف واحد مقبول لمفهوم الإعاقة، هذا لأن المعاقين عقليا يظهرون سلوكات متباينة، ومع اكتشاف هذه الحالات ومعرفة الأسباب والمشاكل وعواقب ذلك سهل تصنيف تلك الحالات ومعرفة خصائصها وتم تصميم برامج علاجية مناسبة تساعدهم في مواكبة تطور الطفل العادي في شتى المجالات (الحسية، الحركية، المعرفية) وبخاصة في مجال التعلم، ومن خلال هذا تزايدت البحوث الأكاديمية و الطبية التي تؤدي إلى التعرف على هذه الفئة و فهمها فهما أفضل.

وسنتناول في هذا الفصل مفهوم الإعاقة الذهنية وأسبابها وكذا تصنيفات الإعاقة الذهنية وخصائص المتخلفين عقليا ومشكلات المعاقين ذهنيا واحتياجات المعاقين ذهنيا.

1- مفهوم الإعاقة:

- **الإعاقة لغة:** ورد في لسان العرب: عوق: رجل عوق، أي ذو تعويق.

(ابن منظور،1988، 930).

وعاق عن الشيء يعوقه عوقًا : صرفه و حبسه، و منه التعريف و الإعتياق، و ذلك إذا أراد أمرا فصرفه عنه صارف، و العوق : الأمر الشاغل، وعوائق الدهر: الشواغل من أحداثه، ويقول المعجم الوسيط في شرح مادة (عوق) عاقه عن الشيء عوقًا أي منعه، و شغله عنه، و الجمع عوق (بتشديد الواو وفتحها) للعاقل و لغيره عوائق و هي عائقة، و عوائق الدهر شواغله و أحداثه، و تعوق أي امتنع و تشبط، والعائق : ما يعوق انتشار البذور والثمار أو النبات من عوامل حيوية أو طبيعية .

(أبو الكاس،2008،ص29).

2-1 اصطلاحا:

مر تعريف الإعاقة الذهنية بتطورات كثيرة وبمراحل عديدة وسوف يظل في حالة تطور مستمر وذلك لتأثره بنظرة المجتمع واتجاهاته نحو هذه الظاهرة ولذلك اختلفت مفاهيمها باختلاف الميادين والتخصصات نجد:

أولا- التعريفات الطبية:

تتناول الإعاقة الذهنية من الزاوية الطبية حيث يرتكزون على الأسباب الإعاقة الذهنية المؤدية إلى إصابة المراكز العصبية والتي تحدث قبل أو بعد الولادة وإلى الأسباب المؤدية إلى عدم اكتمال عمر دماغ الفرد مما يؤدي إلى نقص القدرة العامة للنمو وبالتالي يؤثر على التكيف مع البيئة ومن هذه التعريفات نجد:

- **تعريف تريد جولد:** " هي حالة عدم اكتمال النمو العقلي من نوع ودرجة يكون هذا الفرد غير قادر على تكييف نفسه مع مطالب البيئة التي يعيش فيها بطريقة تحافظ على بقائه"
- **تعريف جيرفيز:** "هي حالة من النمو العقلي المتوقف أو الغير المكتمل نتيجة لمرض أو إصابة تحدث للفرد قبل سن المراهقة أو نتيجة للأسباب وراثية"

(عدنان نصر الحازمي،2007، ص22-23).

ثانيا: التعريفات النفسية:

تعتمد على مقاييس الذكاء كمحك في تعريف الإعاقة الذهنية كمقياس ستانفورد بينيه أو وكسلر والذي اعتبر الأفراد التي تقل نسبة ذكائهم عن 75 درجة

- **تعريف والين:**" الفرد المعاق هو الذي يخفق عن استخدام الاختبارات النفسية المقننة معه في الحصول على نسبة ذكاء أو عمر عقلي معين".
- **تعريف سبتر:**" الإعاقة العقلية هي حالة من النمو العقلي المتأخر تحدد بنسبة ذكاء أدنى من 70 على اختبار فردي مقنن للذكاء".

ثالثا: التعريفات الاجتماعية:

تعتمد على المقاييس الاجتماعية والتي تهتم بعملية التكيف الاجتماعي ضمن البيئة التي يعيش فيها الفرد وقدراته على الاستجابة لمتطلبات الاجتماعية المتوقعة منه مقارنة مع أقرانه ومن هذه المتطلبات نجد التعليم والتأهيل.

- **تعريف مازلاند:**" هو الفرد الغير القادر على الأداء في المستوى المطلوب المتوازن المقبول في إطار بيئته الثقافية".
- **تعريف بوزير:**" تعني الإعاقة الذهنية أن يؤدي الفرد في مستوى أدنى من ذلك المستوى المتوقع في مثل عمره".

- **تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي:** الإعاقة العقلية هي إعاقة تمتاز بمحددات ملحوظة في كل من القدرات الوظيفية الذكائية وفي السلوك التكيفي كما هو معبر عنه في المهارات الذكائية والاجتماعية والمهارات التكيفية الممارسة وتنشأ هذه الإعاقة قبل سن 18 سنة.

(عدنان ناصر الحازمي،مرجع سابق،ص25).

2- أسباب الإعاقة العقلية:

إن للعوامل البيئية دورا كبيرا لا يمكن إنكاره في حدوث الإعاقة العقلية إلا أنه من المؤكد أيضا أن بعض الإصابات والأمراض والاضطرابات تؤدي بدورها إلى التأثير بشكل عميق على وظائف الجهاز العصبي المركزي مما يحد من القدرة على التعلم بشكل عادي ويقلل من الاستفادة من الفرص المتاحة للتفاعل الاجتماعي، فكما أن علماء النفس والاجتماع يرون أن العوامل البيئية ذات أثر هام في حدوث الإعاقة العقلية من جهة، يرى علماء الطب والوراثة أن العوامل البيولوجية والوراثية هي المسئولة في حدوث الإعاقة العقلية.

2-1- العوامل الوراثية:

- انتقال الإعاقة العقلية عن طريق الجينات بما أن الجينات هي التي تحمل الخصائص الوراثية وتحدد صفات الطفل الجسمية والنفسية والإعاقة العقلية خاصية تنتقل من الآباء إلى الأبناء.
- انتقال خصائص وراثية شاذة ويعني انتقال خصائص وراثية دون أن يكون للوالدين سبب فيها هذا الانتقال الذي يؤدي إلى اضطرابات في التمثيل الغذائي في خلايا الجسم وينتج عنه إتلاف في خلايا الدماغ مما يؤدي للإصابة بالإعاقة العقلية.
- اختلاف دم الأم عن الجنين أي عامل الريزوس الذي يؤدي إلى تكسر كريات دم الجنين مما يؤدي إلى حالة من التسمم وهذا يؤثر بدوره على الجهاز العصبي.

- اضطرابات الغدد الصماء أي خلل على مستوى إفراز الغدد الصماء في مرحلة الأجنة والطفولة المبكرة يؤدي للإعاقة العقلية.
- التشوهات الخلقية وهو أن يصاب الطفل بشذوذ فيزيولوجي خلقي غير معروف الأسباب يؤدي إلى التخلف العقلي كشذوذ في شكل عظام الجمجمة.

(كمال إبراهيم مرسي،1999،ص ص119-132).

يمكن أن تحدث الإعاقة الذهنية قبل أو أثناء أو بعد الميلاد، فالحوادث والعدوى وإصابات المخ يمكن أن تحدث إعاقة ذهنية في أي وقت، وقد بلغ عدد الأسباب المعروفة حتى الآن أكثر من (250) سببا، وتكون بدايتها قبل سن الثامنة عشر، كما أن الاختلاف في أسباب الإعاقة الذهنية كبير جدا وبالتالي فإنها تؤدي إلى درجات متفاوتة من الإعاقة الذهنية وقد تكون مصاحبة لإعاقات أخرى.

قد اكتشفت العلوم الطبية أسبابا عديدة للإعاقة الذهنية، بينما هناك عدة أسباب مازالت مجهولة، وهناك أسباب متداخلة حيث لا تعمل العوامل الوراثية بمعزل عن العوامل البيئية والعكس صحيح، أو لأنها تكون ناتجة عن أمراض عديدة، حيث أن هناك بعض الامراض التي يكون المعاق ذهنيا واحدا من أهم ما يميزها. (بوشيل و وايدنمان و سكولا و برنر، 1995، ص101).

ويشير بنروز (penrose) أن 55% إلى 65% من حالات الإعاقة الذهنية عير معروف سببها، و18.5% ترجع أسباب إعاقتها الذهنية إلى العوامل البيئية، 6% إلى العوامل الوراثية، 11.5% إلى العوامل البيئية والوراثية معا. (كمال مرسي،1996، ص 115).

وقد ترجع حالة الإعاقة الذهنية إلى عدة أسباب، فقد ترجع إلى أسباب وراثية نتيجة عوامل داخلية أو أسباب بيئية نتيجة عوامل مكتسبة أو خارجية، وسوف يقوم الباحث بشيء من التفصيل :

- **أسباب وراثية :**

ويقصد بها العوامل التكوينية الأصلية الداخلية الناتجة من فعل الوراثة و ارتباطها بانتقال خصائص موروثة إلى الطفل من أجداده كالضعف العقلي إما مباشرة عن طريق المورثات أو الجينات التي تحملها صبغات أو كروموزومات الخلية التناسلية وفقا لقوانين الوراثة، وإما عن طريق غير مباشر بأن تحمل الجينات عيوبا تكوينية أو خللا يؤدي إلى تلف أنسجة المخ أو إلى عدم تمثيل الغذاء مما يؤثر على النمو عامة وعلى المخ بشكل خاص، كما قد تصاب الجينات بتغيرات مرضية أثناء انقسام الخلية مما يؤدي إلى ظاهرة الإعاقة الذهنية الأمر الذي يحدو بنا إلى اعتباره نتيجة لأسباب منها العوامل الوراثية المذكورة هذا كما إن الإعاقة الذهنية قد تنتقل من أب ذكي ولكنه يحمل احد الجينات المتنحية وذلك وفقا لقوانين الوراثة، إذ أن أي كائن حي يحمل صفات وراثية سائدة و صفات متنحية، و الصفات المتنحية لا تظهر في كل جيل، و ذلك يفسر ظهور حالة الإعاقة الذهنية في الأسرة العادية من حيث الذكاء و كان الاعتقاد قديما أن الوراثة هي المسؤول الأول و الأخير عن حالة الإعاقة الذهنية، ولكن اتضح بالدراسات العملية أن هناك أسبابا أخرى. (ثناء الضبع،2005، ص ص 79-80).

- **أسباب بيئية :**

وهذه العوامل تؤثر على الفرد منذ بدء حياته كبويضة مخصبة في أحشاء الأم أو عندما ينمو كجنين أو أثناء الحمل وعند الوضع أو بعد الولادة و يمكن تلخيص هذه العوامل فيما يلي :

- **عوامل قبل الولادة :** إن هذه العوامل تؤثر على نمو الجنين في الرحم و من أهمها تعرض الجنين للعدوى الفيروسية أو البكتيريا، مثل إصابة الأم الحامل بالحصبة الألمانية حيث تشير الدراسات بأن 16.7% من الأمهات المصابين بها يلدن أطفال لديهم تشوهات جسمية و عقلية و من أكثرها الإعاقة الذهنية، وتعرض الجنين للإشعاعات، أو استعمال الأدوية المؤذية للجنين أو تعرضها للحوادث و الإصابات الجسمية.

- **عوامل أثناء الولادة :** تتعلق هذه العوامل بالولادة المتعسرة فقد يتعرض الوليد أثناءها لظروف قاسية تؤذيه و تتلف خلايا جهازه العصبي وتؤدي به إلى الإعاقة الذهنية، أو تعرض الجنين للاختناق حيث تشير الدراسات إلى أن الأطفال الذين تعرضوا للاختناق أثناء الولادة كان النمو العقلي عندهم عادي ولكن ترتفع بينهم نسبة المعاقين ذهنيا، أو الذين تعرضوا للأذى أثناء الخروج من الرحم فإن ذلك يؤدي إلى اضطراب في عمليات التمثيل الغذائي في خلايا الدماغ وبسبب الإعاقة الذهنية للمولود.
- **الولادة عوامل بعد الولادة :**إن عوامل البيئة تؤثر على النمو العقلي وتسبب الإعاقة الذهنية أيضا ومن أهمها أمراض سوء التغذية حيث تشير الدراسات أن النقص في فيتامينات ب1،ب2،ب3 يؤدي إلى الإعاقة الذهنية، وأمراض الغدد الصماء التي تؤدي إلى اضطرابات في التمثيل الغذائي لخلايا الدماغ وتسبب الإعاقة الذهنية، والتعرض للتسمم أو التهاب السحايا حيث بينت الدراسات أن 15%إلى 20% من الأطفال الذين أصيبوا بهذا المرض يعانون من الإعاقة الذهنية، أو الشلل الدماغي ففي دراسة على 50 حالة شلل مخي وجد 78% منهم معاقين ذهنيا.

(كمال مرسي، 1996، ص ص155-164).

3- تصنيفات الإعاقة الذهنية:

تعددت فئات الإعاقة الذهنية وذلك تبعا لتعدد أبعادها والأسباب المؤدية إليها، وتعدد المظاهر المميزة لها، ويقصد بالتصنيف للإعاقة تلك العملية التي يمكن وضع الفرد في فئة ما وفق خصائص أو مميزات مشتركة بهدف تحديد نوع الخدمات التربوية والاجتماعية والطبية والمهنية اللازمة لكل فئة وإعداد البرامج التي تناسب كل فئة على حدة بما يتناسب مع خصائصهم العقلية والجسمية والانفعالية والاجتماعية ويمكن تصنيفها إلى:

- **التصنيف حسب الأسباب:**

يعتمد هذا التصنيف أساسا على اعتبار الجوانب الطبية البيولوجية التي تقف وراء حدوث الإعاقة الذهنية ويطلق عليه التصنيف الطبي حيث اعتبر الأطباء أن كل سبب أو مجموعة من الأسباب المرضية المتشابهة تؤدي إلى نوع من أنواع الإعاقة الذهنية أو يهدف هذا التصنيف إلى تحديد أنواع العلاج الطبي اللازم لبعض الحالات وتحديد إجراءات الوقاية منها فنجد هناك:

- إعاقة خلقية أو أنها حدثت في الطفولة المبكرة.
- إعاقة بسبب حادث أثاء الحمل.
- إعاقة بسبب حادث.
- إعاقة بسبب مرض أو علة معينة. (كمال مرسي، 1996، ص ص165-167).

- **التصنيف حسب نسبة الذكاء:**

يعتمد هذا التصنيف على نسبة الذكاء فقد اعتبر حالات الإعاقة الذهنية هي الحالات التي ينخفض أداؤها العقلي عن المتوسط بإنحرافين معياريين فتصبح تحت 70 درجة على مقياس وكسلر وتحت 68 درجة على مقياس بينيه وتصنف الإعاقة الذهنية:

- الإعاقة الذهنية البسيطة: هي الفئة التي تتراوح نسبة ذكائهم بين (55-69) درجة على مقياس وكسلر وبين (52-67) درجة على مقياس ستانفورد بينيه والعمر العقلي يتراوح بين (7-11) سنة ومن الصفات الإكلينيكية للطفل الذي يعاني من إعاقة ذهنية بسيطة ضعف الحصيلة اللغوية مما يجعله يعبر بجمل قصيرة ويعاني من عيوب في النطق، إيجاد صعوبة في تطوير استعمال المفاهيم الدلالية.
- الإعاقة الذهنية المتوسطة: هي تلك الفئة التي تتراوح بنسبة ذكائهم بين (40-45) درجة على مقياس وكسلر و (36-51) درجة على مقياس بينيه والعمر العقلي بين (3-7) سنة فهي فئة

يواجهون صعوبات كبيرة في التعلم الأكاديمي بسبب تدني قدراتهم العقلية وضعف في الحصيلة اللغوية والتأخر في اكتساب العادات الأساسية وفي النطق والمشي.

- الإعاقة الذهنية الشديدة: هي تلك الفئة التي تتراوح نسبة ذكائهم بين (25-39) درجة على مقياس وكسلر و (20-35) على مقياس بينيه والعمر العقلي لا يزيد عن ثلاث سنوات وهم أطفال يفشلون في تعلم مهارات للقراءة والكتابة والحساب كما أنهم لا يتمكنوا من اكتساب العادات الأساسية في النظافة، التغذية وضبط عملية الإخراج وصعوبة في النطق.

➢ **التصنيف حسب البعد التربوي:**

يهدف هذا التصنيف إلى وضع الأطفال المعاقين ذهنيا في فئات تبعا لقدراتهم على التعلم وذلك من أجل تحديد البرامج والخدمات التربوية اللازمة للوصول بهم إلى أقصى مستوى ويستعان في ذلك على نسبة الذكاء للطفل في تحديد المستوى ويمكن تحديد التصنيف التربوي إلى:

فئة القابلين للتعلم وتتراوح نسبة ذكائهم بين (50-70) درجة فلا يستطيع أفراد هذه الفئة مواصلة الدراسة وفقا للمناهج العادية فيتم توفير خدمات تربوية خاصة أين يتعلمون المهارات الاستقلالية والحركية واللغوية والمهارات الأكاديمية كالقراءة والكتابة والحساب.

(كمال مرسي، 1996، ص ص169-170).

فئة القابلين للتدريب وتتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة بين (30-49) درجة فلا يستطيعون التعليم إلا من قدر ضئيل من المهارات الأكاديمية إلا أنهم قابلون للتدريب وفقا لبرامج خاصة على مهام العناية الذاتية والوظائف الاستقلالية والمهارات الاجتماعية.

- فئة الاعتماديين وتتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة من 29 درجة فما دون وهذه الفئة تحتاج إلى عناية تامة وإشراف كامل من قبل الآخرين ويظهر على هذه الفئة قصور في التناسق الجسمي والحسي والحركي. (عدنان نصر الحازمي،2007، ص121).

- **التصنيف حسب الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي:**

يعتمد التصنيف عند هذه الجمعية على متغيري نسبة الذكاء والسلوك التكيفي معا وتحدد الإعاقة العقلية وفقا لما يلي:

- الإعاقة العقلية البسيطة ويتراوح معامل الذكاء فيها ما بين (50-69) درجة ويمتاز بأن لديه صعوبات تعلم ولديه قدرة على العمل والمحافظة على العلاقات الاجتماعية.
- الإعاقة العقلية المتوسطة ويتراوح معامل الذكاء فيها ما بين (35-49) درجة ويمتاز بأن لديه تأخر نمائي ملحوظ خلال الطفولة ودرجات من الاستقلالية في الرعاية الذاتية ومهارات أكاديمية.
- الإعاقة العقلية الشديدة يتراوح معامل الذكاء بهذه الفئة ما بين (20-34) درجة ويمتاز المعاق ذهنيا هنا بحاجته إلى الدعم المستمر. (عدنان نصر الحازمي،2007، ص121).

4- خصائص الأشخاص المعاقين ذهنيا :

إن خصائص نمو الأشخاص المعاقين ذهنيا تخضع لقوانين النمو التي يسير عليها الأشخاص العاديين، وتتأثر بعوامل وراثية وبيئية فالنمو الجسمي والعقلي واللغوي والاجتماعي والانفعالي تسير وفقا لتلك القوانين، ويستطيع الأشخاص المعاقين ذهنيا أن يؤدوا الكثير من الأعمال والمهام في حدود ما تسمح به قدراتهم وإمكاناتهم، لذلك كان من المهم الإلمام بخصائصهم لتكوين صورة شاملة عنهم مما يساعد في تزويد المربي والأخصائي والوالدين بالمعلومات الهامة عن جوانب النمو، وفيما يلي شرح لأهم الخصائص:

1- **الخصائص الجسمية** : لا توجد خصائص جسمية تميز الأشخاص المعاقين ذهنيا من الدرجة البسيطة عن أقرانهم العاديين، فالأشخاص المعاقين ذهنيا يشبهون العاديين إلى حد ما في كل من الطول والوزن والحالة الصحية العامة، وقد أكدت الدراسات أن فئة المعاقين ذهنيا من الدرجة

البسيطة يقاربون الأسوياء في معدل النمو الجسمي ويتبعون نفس المعدل في النمو تقريبا، وكلما انتقلنا إلى أسفل منحنى الذكاء فإن الفروق الفردية في المظهر الجسمي تأخذ بالظهور بشكل واضح، وتزداد هذه الفروق وضوحا عندما تصل إلى المستوى الأدنى لفئة ذوي الإعاقة العقلية.

2- **الخصائص العقلية:** يختلف المعاقين ذهنيا عن أقرانهم العاديين في النمو العقلي والقدرات العقلية، والفروق بين حالات الإعاقة الذهنية البسيطة وأقرانهم العاديين في النواحي العقلية تكون بسيطة في مرحلة الطفولة المبكرة وكبيرة في مرحلة الطفولة المتوسطة وما بعدها، ويتعذر في بعض الأحيان تشخيص الإعاقة الذهنية البسيطة في مرحلة الروضة ويفضل تشخيصه بعد التحاقه بالمدرسة الابتدائية وملاحظتها فترة كافية. (عدنان نصر الحازمي،2007، ص122).

إن أهم الخصائص العقلية التي تميز المعاقين ذهنيا عن أقرانهم العاديين هي البطء في النمو العقلي وضعف الانتباه والقصور في الإدراك والذاكرة والتفكير وفيما يلي سوف نتناولها بشيء من التفصيل:

- **البطء في النمو العقلي:** هي من أحد الخصائص الأساسية عند المعاقين ذهنيا فنلاحظ أن الطفل العادي يسير نموه العقلي بنفس القدر الذي يزيد به عمره الزمني، بينما الطفل المعاق ذهنيا من الدرجة البسيطة فإن العمر العقلي ينمو بمعدل أقل من العمر الزمني أي كل سنة زمنية يقابلها ثمانية شهور عمر عقلي والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول رقم (1):

أقصى الأعمار العقلية التي يصل إليها المعاقين ذهنيا والعاديين في الأعمار الزمنية من سنة إلى 18 سنة.

العمر الزمني بالشهور	أقصى عمر عقلي يصل إليه الشخص			العمر الزمني بالشهور	أقصى عمر عقلي يصل إليه الشخص		
	العادي	بسيط التخلف	متوسط التخلف		العادي	بسيط التخلف	متوسط التخلف
12	14	8	6	120	137	83	58
24	26	16	11	132	150	91	64
36	40	25	17	144	164	99	70
48	54	33	22	156	177	107	76
60	67	42	28	168	187	112	80
72	81	50	34	180	196	117	84
84	96	59	40	192	205	122	87
96	109	67	46	204	205	122	87
108	123	75	52	216	205	122	87

من جدول (1) نستخلص أن النمو العقلي عند الشخص العادي يكتمل عند عمر زمني 18 عاما والعمر العقلي مساوي له، ولكن الشخص ذو الإعاقة الذهنية البسيطة و الذي يبلغ عمره الزمني 18 عاما نجد نمو عمره العقلي عند سن العاشرة أو إحدى عشر عاما فقط.

- **الضعف في الانتباه :**

يتزامن زيادة نمو الانتباه مع العمر الزمني لدى العاديين، بينما نجد المعاقين ذهنيا لا يتزامن نمو الانتباه لديهم مع العمر الزمني فنجدهم محدودين في المدة أو المدى ، فلا ينتبهون إلا لشيء واحد ولمدة قصيرة، ويتشتت انتباههم بسرعة، وعندما تمر بهم أشياء كثيرة الانتباه فإنهم لا ينتبهون إليها من تلقاء أنفسهم، ذلك يرجع إلى أن مثيرات الانتباه الداخلية عندهم ضعيفة، ويحتاج إلى ما يثير انتباههم من الخارج وإلى من ينبههم بما يدور حولهم ويشدهم إلى الموضوع الأساسي.

- **القصور في الإدراك :**

يعاني المعاقين ذهنيا من قصور في عمليات الإدراك خاصة في عمليتي التمييز و التعرف التي تقع على حواسهم الخمس بسبب صعوبات الانتباه و التذكر، فهم لا ينتبهون لخصائص الأشياء فلا يدركونها ولا ينسون خبراتهم السابقة بها فلا يتعرفون عليها بسهولة، مما يجعل إدراكهم غير دقيق أو يدركون جوانب غير أساسية فيها، فنلاحظ أن إدراكه لعلاقة التشابه سطحية تشبه إدراك الأطفال فمثلا لو سأل المعاق ذهنيا عن التشابه بين والبرتقال، يجيب بأن لها قشرة أو بداخلها بذور ولكن لا يدرك بأن الاثنان فاكهة.

- **القصور في الذاكرة :**

يظهر الفرق بين الأشخاص المعاقين ذهنيا والعاديين في التعلم والتذكر، فيحتفظ العاديين بالمعلومات والخبرات المتعلمة في الذاكرة الحسية، ومن السهل نقل هذه المعلومات إلى الذاكرة قصيرة المدى أو الذاكرة بعيدة المدى، أما الأشخاص المعاقين ذهنيا فيتعلمون ببطء ومن الصعب الاحتفاظ بما تم تعليمه بسرعة، وذلك يرجع إلى صعوبة الاحتفاظ بالمعلومات في الذاكرة الحسية، ويعاني جميع الأشخاص المعاقين ذهنيا من قصور في الذاكرة القصيرة و البعيدة المدى مما يجعل الأشخاص المعاقين

ذهنيا لا يتقنون ما تعلموه ولا يحتفظون بالمعلومات بذاكرتهم لمدة طويلة، إلا بعد جهد وتكرار كبير لخبرات ومعلومات قليلة وبسيطة.

- **القصور في التفكير :**

التفكير عملية يتم فيها جمع المعلومات والخبرات التي سبق تعلمها وإعادة تنظيمها في اتجاه مواجهة المواقف الجديدة أو حل المشكلة الجديدة، وينمو تفكير الطفل العادي من التفكير الحسي إلى المجرد، أما تفكير الأطفال المعاقين ذهنيا من الدرجة البسيطة فلديهم قصور و ضعف في قدرتهم على اكتساب المفاهيم و المعاني الكلية، وضعف في التفكير المجرد، ويظل التفكير متوقفا عند مستوى المحسوس أو شبه المحسوس، فيكون تفكيرهم سطحي وساذج وبحاجة دائمة إلى مساعدة الآخرين لهم في حل المشكلات، وضعف قدراتهم على اكتساب المفاهيم وتكوين الصور الذهنية و الحركية و ضآلة حصيلتهم اللغوية. (كمال مرسي،1996، ص ص 273- 282).

3- الخصائص الشخصية :

إن الانخفاض في القدرات العقلية و القصور في السلوك التكيفي لدى الأشخاص المعاقين ذهنيا قد يضعهم في موقف ضعيف بالنسبة لأقرانهم العاديين، فقد ينتج إحساس لديهم بالدونية وقد يضاعف هذا الإحساس الانخفاض في التوقعات الاجتماعية منهم، حيث أن الآخرين في معظم الأحيان يعاملونهم على أنهم مختلفين أو لا يتوقعون منهم الكثير. (يوسف القريوتين1996، ص 47).

كما أن الخصائص الشخصية للأشخاص المعاقين ذهنيا تتأثر بعوامل متعددة أسوة بتلك العوامل التي تؤثر في شخصية الأشخاص العاديين، ولكن نجد الأشخاص المعاقين ذهنيا يعانون من سلبيات ذاتية، ذات تأثير مباشر على نمو شخصيتهم وسلوكهم الاجتماعي، كما أن هناك عجز و اضطراب في المهارات الشخصية و الاجتماعية وعدم القدرة على التوجيه الذاتي، بالإضافة إلى صعوبة التعامل مع الأقران، وقد يصابون بالإحباط نتيجة تعرضهم المستمر لمواقف الفشل مما يؤدي إلى نمو الشعور بعدم

الكفاءة لديهم كما أن عدم قدرتهم على التعبير عن حاجاتهم وعدم قدرتهم على الاتصال بالآخرين يجعلهم أكثر عرضة للشعور بالإحباط وإن هذا الإحباط يرتبط لديهم في أغلب الأحيان بالسلوك العدواني الذي لا يتجه غالبا نحو الذات أو الآخرين ولكنه يهدف إلى جذب انتباه الآخرين.

(أمال مايجي،2003، ص 23).

4-الخصائص اللغوية :

هناك بطء في النمو اللغوي بشكل عام خاصة عند الأشخاص المعاقين ذهنيا في مرحلة الطفولة المبكرة، ولدى هذه الفئة أيضا صعوبات في الكلام، ومن أهم المشكلات اللغوية التي تواجههم هي ضعف في الفصاحة في اللغة، ويلاحظ أن المفردات التي يستخدمونها مفردات بسيطة ولا تتناسب مع العمر الزمني. (يوسف القريوتي و عبد العزيز السرطاوي وجميل الصمادي،2001، ص 76).

5-الخصائص الاجتماعية و الانفعالية :

إن التكيف الاجتماعي والانفعالي مرتبطان ارتباطا كبيرا مع القدرة العقلية، ويمكن القول أن ذوي الإعاقة الذهنية يظهرون تدينا واضحا في التكيف الاجتماعي، ونقص في الميول و الاهتمامات، وعدم تحمل المسؤولية، و الانعزالية، والعدوانية مع تدني مفهوم الذات. (عبد الله الوابلي،1993، ص 39).

وفي هذا الصدد نجد أن النقص في بعض من المهارات الاجتماعية الشخصية قد يؤدي إلى الإحباط كأحد الإستثارات التي تثير السلوك العدواني لدى بعض الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، كما أن التدني في مستوى حصيلة المهارات الاجتماعية و الشخصية قد يدفع بالفرد للجوء إلى السلوك العدواني كأسلوب لعملية التعزيز الاجتماعي وكذلك لشد الانتباه. (عبد الله الوابلي،1993، ص 40).

من خلال العرض السابق لخصائص الأشخاص المعاقين ذهنيا من الدرجة البسيطة لا توجد خصائص جسمية تميزهم عن أقرانهم العاديين، وذلك يدعو إلى أن تطول فترة الوعي بالمشكلة للوالدين أو احدهما في بعض الأحيان وقد يؤدي ذلك إلى توتر العلاقة بين الوالدين والمختصين، مما يعطل

وظائف الأسرة و يربكها تجاه الطفل المعاق ذهنيا فهو بحاجة ماسة لخدمات المختصين، فنجد النقص في القدرة العقلية لديه والحاجة الدائمة إلى مساعدة الآخرين له في حل المشكلات يصاحبه في أغلب الأحيان المعانات من مظاهر الاضطرابات و المشكلات الاجتماعية والنفسية و يبدي قدرا أكبر من السلوكيات غير المرغوبة اجتماعيا، وذلك يؤكد على الحاجة إلى وجود علاقات أسرية سليمة و تعاون مع المختصين في دعم البرامج الخاصة بالأطفال المعاقين ذهنيا التي تساعدهم على تحقيق مستوى مناسب في نمو المهارات الاجتماعية وعلى التغلب على مشكلاتهم النفسية. في الصفحات التالية يريد الباحث إبراز مفهوم الأسرة ووظائفها و تأثير الطفل المعاق ذهنيا عليها لما يرى من أهميتها في تكوين شخصية الطفل المعاق ذهنيا والتغلب على المشكلات المصاحبة له.

5-مشكلات الإعاقة الذهنية:

5-1- المشكلات النفسية:

حاول العديد من علماء النفس المعوقين الانتهاء إلى سمات محددة لعالم المعوقين وقد انتهى المؤتمر الدولي الثامن لرعاية المعوقين عام 1968 بنيويورك إلى مجموعة من السمات حددها كليمك Klimikeفي الآتي:

- الشعور الزائد بالنقص مما يعوق تكيفه الاجتماعي، والشعور بالنقص اتجاه يحمل صاحبه على الاستجابة بالخوف الشديد والقلق والاكتئاب، وشعور الفرد بأنه دون غيره وميله إلى التقليل من تقديره لذاته خاصة في المواقف الاجتماعية التي تنطوي على التنافس والنقد وقد يكون لدى المعاق عقدة النقص وهي الاستعداد اللاشعوري المكبوت وينشأ من تعرض الفرد لمواقف كثيرة ومتكررة تشعره بالعجز والفشل والسلوك الصادر من عقدة النقص غالبا ما يكون سلوكا غير مفهوم، هذا إلى جانب طابعه القهري ومن ذلك العدوان والاستعلاء والإسراف في تقدير الذات ومن العوامل التي تحول الشعور بالنقص إلى عقدة النقص وجود إعاقة جسمية بالفرد.

- الشعور الزائد بالعجز مما يولد لديه الإحساس بالضعف والاستسلام للإعاقة، وهو يخلق نمطا من المعاقين ذلك النمط الذي يتقبل قضاءه ويستكين للواقع ويحاول استخدام ضعفه في استجداء عطف الآخرين نمط فقد احترامه لنفسه ويجد في عاهته حجة لكي يتنصل من دوره في أسرته ومجتمعه ولا يوجد ما يمنعه في العيش عالة على الآخرين. (أسماء سراج الدين هلال،2009،ص20).

- عدم الشعور بالأمن والاطمئنان نحو حالته الجسمية مما يولد لديه القلق والخوف من المجهول، فهو لا يطمئن إلى الجري والوثب وقد يحدث اضطراب الإدراك لعدم قدرة المعاق على التقدير أو اعدم الاطمئنان للغير للتفاوت في اتجاهات واستجابات الآخرين نحو عدم وجود أدنى اتساق وانسجام بينهما أو عدم الاطمئنان للنفس فهو في حالة تذبذب وتردد وحيرة.

- الإسراف والسيادة في مظاهر السلوك والوسائل الدفاعية وأبرزها الأفكار والتعويض والإسقاط والأفعال العكسية والتبرير، حيث تتأكد من خلال تقلص حركته للاحتياجات التي يعبر عنها للحفاظ على نفسه وذلك باعتماده على الآخرين وكذلك الكبت حيث يضطر إلى استخدام ميكانيزمات غير توافقية كالإسقاط وتحويل الانفعالية غير السوية مع الآباء إلى الآخرين أيضا العدوان الذي يوجه إلى الآخرين والى نفسه والسلوك التعويضي والإنكار الذي يختفي خلف العناد والإصرار على سلوك صعب الانطواء نتيجة الشعور بالنقص.

- عدم الاتزان الانفعالين مما يولد مخاوف وهمية مبالغ فيها.

5-2- المشكلات الاجتماعية:

ونعني بها المواقف التي تضطرب فيها علاقات الفرد بمحيطه داخل الأسرة وخارجها خلال آدائه لدوره الاجتماعي أو ما يمكن أن نسميه بمشكلات سوء التكيف مع البيئة الاجتماعية الخاصة لكل فرد.

ولقد أصبح من المتفق عليه أن الإعاقة لأي فرد هي إعاقة في نفس الوقت لأسرته مهما كانت درجة الإعاقة ونوعها منذ اعتبرت الأسرة بناء اجتماعيا يخضع لقاعدة التوازن الحدي والتوازن هو المستوى الأمثل للعلاقات الأسرية الإيجابية التي تتميز بالتشابه والتكامل والاستمرار.

ومن صور المشكلات الاجتماعية المشكلات الأسرية ومشكلات العمل ومشكلات الصداقة والمشكلات الترويجية. (أسماء سراج الدين هلال،2009،ص21).

5-3- المشكلات الاقتصادية: تتسبب الإعاقة في الكثير من المشاكل الاقتصادية التي قد تكون سببا في انتكاس المرض ومنها:

- تحمل الكثير من نفقات العلاج.
- قد تكون الحالة الاقتصادية سببا في عدم تنفيذ خطة العلاج، أيضا قد تتبع المشكلة الاقتصادية من عدم وجود دافع، رغبة لدى المعاق في العمل مما يقلل من الأهمية الاقتصادية وفي جميع الأحوال يجب أن يعمل الأخصائي الاجتماعي على توفير المساعدات المالية التي تخدم المعوق وأسرته خلال فترة علاجه أو تأهيله، حتى يمنع حدوث مضاعفات ومشاكل اقتصادية.

5-4- المشكلات التعليمية: يثير عالم المعاقين مشكلة تعليمهم إذا كانوا صغارا أو مشكلة تأهيلهم إذا كانوا كبارا فكثيرا ما يفصل المعاق عن الآخرين ليس فقط لأن مظهره الخارجي أو سلوكه غير ملائم ولكن أيضا لأنه لا يستطيع مشاركة الآخرين خاصة أفكارهم ومشاعرهم، وإن في التمتع بصفات تتكافأ مع أي درجة من الأخذ والعطاء هو غالبا ما يعاني من حرج في الاتصال ويشعر أنه شخص خارجي غريب وهذا الشعور يشجع الآخرين على رفضه بالإضافة إلى عدم توافر ضمانات السلامة للمعوقين الشعور بالرهبة والخوف الذي ينتاب التلاميذ عند رؤية المعاق وانعكاس ذلك على سلوك المعاق.

ومن أهم المشكلات التعليمية التي تواجه العملية التعليمية هي:

- عدم توفر مدارس خاصة وكافية للمعوقين على اختلاف أنواعهم.

- الآثار النفسية السلبية لإلحاق الطفل المعوق بالمدارس العادية.
- شعور الرهبة والخوف الذي ينتاب التلاميذ عند رؤية المعوق وانعكاس ذلك على شعور المعوق الذي يكون انسحابيا أو عدوانيا كعملية تعويضية.
- تؤثر بعض العاهات في قدرة المعوق على استيعاب الدروس.
- بعض حالات الإعاقة كالمعقدين والمكفوفين تتطلب اعتبارات خاصة لضمان سلامتهم خلال توجيههم أو تواجدهم بالمدرسة.

5-5- المشكلات الطبية:

يتعرض المعاق لأشكال مختلفة من المشكلات الطبية منها:

- عدم معرفة الأسباب الحاسمة لبعض أشكال الإعاقة.
- طول فترة العلاج الطبي وكثرة الأمراض وارتفاع تكاليف العلاج.
- عدم انتشار مراكز كافية للعلاج المتميز للمعاقين وكذلك المراكز المتخصصة للعلاج الطبيعي مع عدم توافر الفنيين والأجهزة الفنية لهذا العلاج.

(طارق عبد الرؤوف، ربيع عبد الرؤوف، 2008، ص155-160).

6- احتياجات المعاقين ذهنيا:

المعوق إنسان له حاجاته التي يود إشباعها مثل أبناء جنسه من جانب وله حاجاته الخاصة به من جانب آخر والتي أحدثتها ظروف الإعاقة التي استحدثت عليه

(عثمان لبيب فراح،2002،ص28).

وعليه يمكن تقسيم احتياجات المعاق إلى احتياجات عامة مشتركة بين المعاقين والعاديين، واحتياجات خاصة بالمعاقين وعليه:

6-1 الاحتياجات العامة:

- **الحاجة إلى الأمن:** يقصد بها التحرر من الخوف ويشعر الإنسان بالأمن متى كان مطمئنا على صحته وعمله ومستقبله وحقوقه ومركزه الاجتماعي وقد يكون الإحباط الناتج عن هذه الحاجة إلى أن يكون الشخص متخوفا من كل شيء من المنافسة ومن الإقدام والمغامرة ويبدوا ذلك في عدة صور منها الخجل والتردد والارتباك والانطواء والخوف من شبح الفشل.

(إبراهيم عبد الهادي محمد،2002، ص277).

- **الحاجة إلى مكانة الذات:** وهي الحاجة إلى المراكز والقيمة الاجتماعية والشعور بالعدالة في المعاملة واعتراف الآخرين وتقبلهم له، والحاجة إلى النجاح الاجتماعي وتجنب اللوم والتأنيب.
- **الحاجة إلى احترام الذات:** وترفع الإنسان إلى صون ذاته والدفاع عنها في كل ما ينقص من شأنها في نظر الغير لنفسه. (إقبال إبراهيم مخلوف، 2000، ص302).

6-2 الاحتياجات الخاصة بالمعاقين ذهنيا: احتياجات فردية وتتمثل في احتياجات الطفل المعاق ذهنيا داخل الأسرة:

(شاهين رسلان، ص163).

- **الحاجة للتواصل مع الآخرين:** فاعتبار الطفل المعاق ذهنيا محدود في فهمه للجوانب التجريبية لذا فمن الصعب عليه أن يلحظ التلميحات أو التعبيرات الدقيقة الغير مباشرة والمعاملات الصامتة فهو يحتاج إلى رسائل واضحة ودقيقة ومفهومة.
- **الحاجة للتقبل:** فالأشخاص المعاقين ذهنيا يحتاجون إلى أن يتقبلهم الآخرون كأشخاص لهم قيمة وكذلك أن يتقبلوا أنفسهم فالإعاقة وما يصاحبها من عيوب كالتشوهات، الشلل تؤثر على الطفل بصفة كبيرة لذلك فإنه يحاول إيجاد شخصا يستطيع أن يتطابق معه.

- **الحاجة إلى النمو والارتقاء:** فالطفل المعاق ذهنيا مهما كانت درجة تخلفه فإنه يكبر وينمو فعلى الأسرة أن تهيئ البيئات المناسبة والمناخ الملائم لتحقيق النمو إلى أقصى درجاته وذلك بإتاحة الخبرات التي تساعده على التعلم وذلك باعتماده على الجوانب الحياتية أكثر من التخيل.
- **حاجات الإخوة والأخوات:** إن المعاملة الطيبة والواقعية للوالدين للطفل المعاق ذهنيا وتسهيل فرص التفاعل له مع باقي إخوانه، وتدريبه على السلوك التكيفي، وتعديل السلوك الغير مناسب، عدم التفرقة، وتزويد الإخوة المعاق و إخوانه بالمعلومات المناسبة عن حالته وتهيئة فرص مشاركة الأسرة بأفرادها جميعا كلها أمور تساعد على تحسين اتجاهات إخوة وأخوات المعاق نحوه.
- **الحاجة للرعاية والاهتمام:**إن الطفل المعاق ذهنيا باعتباره عجز عن تلبية حاجاته المختلفة فهو يحتاج إلى الآخرين في مساعدته فهو يحتاج إلى الرعاية والاهتمام به فلا يكون ذلك في إطار الحماية الزائدة أو عزله عن باقي أخواته فهو يحتاج إلى رعاية تتماشى مع باقي أخواته.

(أسماء سراج الدين هلال،2009،ص24).

3-6 احتياجات اجتماعية: تتمثل في مايلي

- دعم وتوثيق العلاقات والصلات ما بين الطفل المعاق ذهنيا وبين المجتمع مع التركيز على تعديل اتجاهات المجتمع نحو الطفل المعاق.
- تفرد في بعض الامتيازات المادية والتربوية.
- توفير الأدوات والوسائل المتاحة لرفع مستوى التعليم والثقافة وإتاحة مجالات المعرفة له لتمكينه من اكتسابها.
- توفير الجو الأسري الآمن للطفل المعاق ذهنيا.
- توفير الجو المناسب للاندماج مع المجتمع وبدوره يستطيع أن يتعامل بكافة الوسائل الاجتماعية مع بقية الأفراد. (أسماء سراج الدين هلال،2009،ص24).

خاتمة الفصل:

الإعاقة العقلية هي حالة انخفاض في الأداء العقلي حيث يظهر هذا الانخفاض خلال مرحلة النمو (من الميلاد حتى سن 18 سنة) ويرافقه عجز في السلوك التكيفي، ويلاحظ الانخفاض في الأداء العقلي إذا كان مقدار الانحراف بانحرافين معياريين عن المتوسط وتتعدد فئات الإعاقة العقلية وهذا بسبب تعدد مستوياتها والأسباب المؤدية إليها، وكذلك تعدد المظاهر المميزة لحالات هذه الإعاقة والتي تختلف الواحدة عن الأخرى وهذا تبعا للاختلاف في درجة الإعاقة ووقت حدوثها وتهدف التصنيفات المتعددة للإعاقة الذهنية إلى تحديد البرامج العلاجية المناسبة لكل تصنيف من تصنيفات الإعاقة الذهنية وما يتناسب مع خصائصهم الجسمية والعقلية والانفعالية....الخ.

الفصل الخامس:الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

- ✓ الدراسة الاستطلاعية
- ✓ منهج الدراسة
- ✓ عينة الدراسة
- ✓ المجال المكاني والزماني للدراسة
- ✓ أدوات الدراسة

تمهيد:

يعتبر الجانب التطبيقي عمل مكمل للجانب النظري فبعد الانتهاء من الجانب النظري والذي تناولنا فيه مختلف الجوانب المتعلقة بمتغيرات الدراسة من تقدير الذات، الطفولة، الإعاقة الذهنية، انتقلنا إلى الجانب التطبيقي وذلك من أجل التحقق ميدانيا من المعطيات النظرية المذكورة سابقا وإثبات أو نفي الفرضية، وحتى نتوصل إلى ذلك قمنا بتقسيم الجانب التطبيقي إلى فصلين: الفصل الأول يتمثل في الفصل المنهجي أما الفصل الثاني يتمثل في عرض وتحليل ومناقشة النتائج، وسيكون الحديث في الفصل المنهجي عن المنهجية المتبعة لإجراء هذه الدراسة وذلك بتعريف كل من الدراسة الاستطلاعية والمنهج المتبع، عينة الدراسة، مكان وزمان إجراء الدراسة، بالإضافة إلى أدوات جمع البيانات والمتمثلة في المقابلة العيادية ، ومقياس تقدير الذات وفي الأخير خلاصة

1- الدراسة الاستطلاعية:

وتسمى كذلك بالدراسة الكشفية وهي لا تحتوي على فروض وإنما على مجرد تساؤلات وتعد خطوة ضرورية لأي بحث علمي للتأكد من سلامة الخطة الموضوعية.

وتعتبر أساسا جوهريا لبناء البحث، فهي تهدف إلى تحديد الإطار العام والميداني الذي تجرى فيه الدراسة، كما تهدف إلى تعميق المعرفة بالموضوع المقترح سواء من الناحية النظرية أو التطبيقية وجمع ملاحظات عن مجموع الظواهر الخاصة بمجال البحث من جميع جوانبه التنظيمية، والبشرية والبيئية والمادية، والتي تغني عن طرح العديد من الأسئلة خلال المقابلة وضمن المقياس المطبق.

حيث يلجأ الباحث إلى تنفيذ دراسة استطلاعية استكشافية للموضوع محل الدراسة ومن نتائج تلك الدراسة يتوصل إلى فرضيات وتصورات أكثر وضوحا عن الموضوع ويمكن أن تضم الدراسات الاستطلاعية الدراسات الميدانية الكشفية والدراسات السابقة، فالإطلاع عليها يمكن اعتباره إطلالة على الموضوع وتساعد الدراسة الاستكشافية على التحديد الجيد للمشكلة بصورة جزئية أو كلية وخاصة إذا كانت الظاهرة تستكشف لأول مرة مما يتيح إجراءات التعديل الضرورية.

وأما بالنسبة للدراسة الحالية فقد قمت بزيارة المركز النفسي التربوي للأطفال المعاقين ذهنيا لاستطلاع البيئة المادية والبشرية من هيكل بنائي للمؤسسة عمال وإداريين وأطفال معاقين ذهنيا لتقريب الموضوع أكثر ومحاولة النظر إليه من زاوية ميدانية تطبيقية على أرض الواقع وتضمنت الدراسة الاستطلاعية طلب قبول بإجراء دراسة ميدانية وإجراء بعض المقابلات الأولية مع العمال والإداريين ومحاولة التقرب من الأطفال المعاقين ذهنيا وكسب ثقتهم وذلك بالتواجد المكثف بالمركز ومعاينة سلوكاتهم بموضوعية أكثر لاعتيادهم على تواجدنا.

ويمكن تلخيص أهداف الدراسة الاستطلاعية الحالية في:

– التعرف على ميدان إجراء الدراسة حيث قمت بالإجراءات الإدارية اللازمة، من أجل الترخيص والموافقة على إجراء دراسة ميدانية بالمركز النفسي التربوي للأطفال المعاقين ذهنيا، وذلك في شهر أفريل 2019 ، حيث استقبلني مدير المركز ووجهني إلى الأقسام التي تتناسب ودراستي.

– معرفة الباحث للاحتياجات اللازمة لجمع البيانات وطرق التعامل مع المجتمع.

– تحديد الحالات أو اقتراح حالات الدراسة.

– إمكانية تسطير خطة عمل واضحة ودقيقة بعد الدراسة الاستطلاعية والاستفادة من ذوي الخبرة في الميدان.

ومن خلال الدراسة الاستطلاعية فقد تم إدراج تقديم مفصل حول المركز النفسي التربوي للأطفال المعاقين ذهنيا بالمدية لتوضيح المجال البشري والمكاني الجغرافي لميدان الدراسة بشيء من التفصيل

1-1تقديم المركز النفسي التربوي للأطفال المعاقين ذهنيا:

تم إجراء الدراسة الميدانية على مستوى المركز النفسي التربوي للأطفال المعوقين ذهنيا بالجهة الغربية لولاية المدية، طريق 15 ديسمبر المؤدي إلى ذراع السمار.

الوصاية: وزارة التضامن الوطني والأسرة و قضايا المرأة.

–المركز النفسي التربوي للأطفال المعوقين ذهنيا: هو مؤسسة ذات طابع اجتماعي أطلقت عليها هذه التسمية بموجب المرسوم رقم 12/05 المؤرخ في 04-01-2012. حيث كان يسمى سابقا " المركز الطبي البيداغوجي للأطفال المعوقين ذهنيا" والذي أنشأ آنذاك بموجب المرسوم رقم 90/267 المؤرخ في 15-11-1999يستقبل أطفال ومراهقين ذوي إعاقة ذهنية من كلا الجنسين.

1- تعداد المستخدمين في المركز:

- مستخدموا الفرقة التقنية البيداغوجية22.

- المستخدمون الإداريون والمهنيون 15.
- المستخدمون المتقاعدون 33.

2- طاقة الاستيعاب:

- نظام نصف داخلي 80.
- نظام خارجي20.

يهدف هذا المركز إلى:

1- المصلحة البيداغوجية:

- تشجيع التفتح وتحقيق كل الإمكانات الفكرية والعاطفية والجسدية والاستقلالية الاجتماعية للطفل والمراهق.

- ضمان التربية الحركية وإعادة التربية الوظيفية والمتابعة النفسية وإعادة التربية الخاصة وتصحيح النطق.

- ضمان التربية المبكرة والدعم المدرسي من أجل اكتساب المعارف.

- ضمان اليقظة وتنمية العلاقة بين الطفل ومحيطه.

- ضمان مرافقة الأسرة والطفل والمراهق.

- دعم إدماج الأطفال والمراهقين المعوقين في الوسط المدرسي العادي أو في التكوين المهني وضمان متابعتهم.

- تنمية الشخصية والاتصال والانسجام الاجتماعي لدى الطفل وضمان مرافقة الأسرة والمحيط.

2- المصلحة الخارجية:تهدف إلى:

- الكشف المبكر عن الإعاقة: تشخيص الاضطرابات في الطفولة الأولى وذلك ليستفيد الطفل من التكفل المبكر به.

- الإحصاء: بحيث يتم جمع المعلومات الأولية حول المعوقين وإحصائهم على مستوى تراب الولاية.

- التوجيه: حيث يتم دراسة كل حالة وتحديد إما قبولها في النظام نصف داخلي أو توجيهها إلى جهات أخرى مختصة.

- إرشاد وتوجيه الأولياء: يهدف إلى دفع الآباء لتقبل إعاقة طفلهم مع توجيههم في طرق التكفل داخل الأسرة.

3- يتكون المركز من الهياكل البيداغوجية التالية:

- ورشة الخياطة والنسيج
- ورشة البستنة وتزيين المحيط-ورشة تربية الحيوانات.
- الأقسام البيداغوجية قاعة نفسي حركي
- قاعة العلاج
- قاعة اجتماعات
- مكتبة سمعية بصرية.
- أماكن اللعب البهو
- ملعب رياضي
- المطعم
- قسم خاص بالأطفال القابلين للتعلم تم فتحه منذ عامين.

4- وضعية ودور الأخصائي النفسي في المركز:

يتمثل دور الأخصائي مع المعاق عن طريق العمل في:

1-دراسة الحالة:

والتي يتم فيها جمع المعلومات الأولية المتعلقة بالحالة عن طريق الأم أو الأشخاص المقربين من الحالة.

وتشمل: المعلومات الشخصية- تاريخ إكتشاف الإعاقة- أسباب وجود الإعاقة- وجود إعاقات أخرى أو أمراض عضوية – العلاجات المستخدمة – علاقة الحالة بأفراد الأسرة – مدى تقبلهم للإعاقة- اعتماد التلميذ على ذاته- حاجته لبرامج تعديل السلوك.

2-التشخيص: لتشخيص عدد من الأركان:

- هدف التشخيص: لابد من تحديد الهدف وهو التعرف على حالة الطفل من حيث كونه يعاني تخلفا أم لا، ووضعه في الفئة المناسبة من فئات التخلف بالإضافة للتعرف على قدرات الطفل وتحديد نواحي القوة والضعف.

- التبكير: كلما كان التشخيص مبكرا أمكن تقديم العلاج اللازم وإنقاذ العديد من حالات التدهور.

علاقة الأخصائي النفسي بالفرقة

وهو أن يعتمد التشخيص على فريق متكامل يتكون من:

- **الطبيب:** يقوم بفحص حالة الطفل الجسمية وما يتصل بالجهاز العصبي والحواس.

الأخصائي الاجتماعي: يقوم بإعداد تقرير عن البيئة التي يعيش فيها الطفل –الخبرات الثقافية التي مر بها، وتاريخ الحالة والأمراض التي أصابت الأم خلال فترة الحمل بالطفل المعاق.

الأخصائي التربوي: يقوم بتقديم تقرير عن مستوى القدرات والمهارات للطفل المعاق، ووضع الخطط لنوع الخدمات التربوية التي يحتاجها الطفل.

3- قياس نسبة الذكاء:

وذلك بتطبيق الاختبارات والمقاييس.

4- إعداد التقرير النفسي للطفل: ويشمل التقرير مايلي:

-وصف حالة الطفل من الناحية السلوكية ومدى حاجته للبرامج لتعديل السلوك.

-وصف حالة الطفل العقلية متضمنة نسبة الذكاء، وذلك لتصنيفه ضمن فئة من فئات الإعاقة المختلفة.

-البسيط50-70.

-المتوسط49-35.

-الشديد34-20.

-الاعتمادي الشديد أقل من 19.

-توصيات للطفل من أجل وضعه في الصف المناسب حسب عمره العقلي وتصنيفه الإكلينيكي ضمن فئات الإعاقة المختلفة وذلك حسب الخدمات التي يقدمها المركز.

-قابلون للتعلم نسبة ذكاؤهم 50-70 ويتراوح العمر العقلي بين 6- 9 سنوات.

-قابلون للتدريب نسبة ذكاؤهم 49- 25ويتراوح العمر العقلي بين 3- 6 سنوات.

-الحالات الشديدة نسبة ذكاؤهم أقل من 25 والعمر العقلي لا يزيد عن 3 سنوات.

5-عمل برامج تعديل السلوك: المقصود هو مجموعة برامج علاجية تعد من أجل:

-خفض معدل ممارسة سلوك غير مرغوب أو القضاء عليه نهائيا.

-تطبيق برامج تربوية تهدف إلى اكتساب الطفل سلوكا جديدا يراد تعلمه.

-ومن أساليب تعديل السلوك:

-التعزيز:وهو إجراء يؤدي لتثبيت السلوك المرغوب أو تثبيت سلوك جديد تم تعلمه.

6-العلاج السلوكي المعرفي:

وهو عبارة عن إجراء عدد من المقابلات بين المرشد النفسي والمسترشد من أجل العلاج وقد يكون هذا الإرشاد فرديا أو جماعيا.

وقد أهمل هذا الجانب كثيرا من حيث الدراسة لاعتقادات سائدة مسبقا بأن المتخلفين عقليا لا يصلحون للعلاج النفسي بالإضافة لصعوبة التواصل اللفظي حيث أن العلاج في السابق كان مبنيا على التفاهم اللغوي بين المعالج والمسترشد.

- اتجاهات العلاج:

- **عن طريق الفن:** تعتمد رسم صور باستخدام الأصابع وأعمال الفخار والمنتجات اليدوية، وهي طريقة جدا ممتازة للتعبير عن المشاعر والأفكار دون الاعتماد على التعبير اللفظي.

- **عن طريق اللعب:** ويكون عبارة عن صور من صور الإسقاط خلال اللعب يوفر بيئة ومجالا لأن يكون الطفل طبيعيا ويمثل أدوار متعددة.

-**السيكو دراما:** عبارة عن أداء الأدوار المختلفة بطريقة يشترك فيها فرد واحد أو عدة أفراد وذلك بهدف التنفيس.

-**مسرح العرائس:** وهو نوع من أنواع السيكو دراما.

7-الإرشاد الأسري: وهو جزء لا يتجزأ من برنامج العلاج النفسي ولا يمكن أن يكتمل العلاج أو أن ينجح دون وضع اتجاه الآباء نحو الإعاقة وتقبلهم لها وأثرها على حياة الطفل.

مسايرة البرامج التكفلية والمرافقة المستمرة لمدى الالتزام بها حتى يستفيد الطفل أكبر قدر ممكن من تطبيق البرامج سواء من حيث: مدى التطبيق – تنوع الفضاءات.

2-منهج الدراسة:

يعتبر اختيار المنهج المستخدم للدراسة أمرا تحدده طبيعة مشكلة الدراسة، وبالتالي فإن لكل منهج خصائصه ومميزاته حيث يكون يتناسب مع طبيعة الدراسة ووفقا لذلك وباعتباري أقوم بهذه الدراسة وقع اختياري على المنهج العيادي لأنه يتناسب مع دراستي.

ويعرف المنهج العيادي على أنه " المنهج الذي يستخدمه المختص النفسي في دراسة المشكلات الشخصية للأفراد الذين يزورون العيادة النفسية، حيث يتم جمع البيانات التفصيلية عن تاريخ حياة الفرد وظروف تنشئته وعلاقاته عن طريق مقابلة الفرد أو من تربطهم علاقة به ومن خلال الاختبارات النفسية. (محمد النوبي محمد علي، 2010، ص53).

كما أنه يمكن القول أنه المنهج الذي يتجه إلى الدراسة المعمقة لحالة الفرد وسلوكه العام، حتى يستخدم في دراسة حالة فردية بعينها، كما نقصد به الدراسة المعمقة للحالات الفردية بصرف النظر عن انتسابها إلى السواء أو المرض. (زينب محمود شقير، 2002، ص41).

ولقد تم الاعتماد على المنهج العيادي منهج دراسة الحالة الذي يعتبر من أكثر الطرق شمولا في تجميع معلومات فردية وتحليلها بغية معرفة مشكلة الفرد الراهنة إذ في كل حالة يهتم الفاحص بفرد معين وكل الملاحظات التي يبحث عنها تخص الفرد في حد ذاته وحتى الأفكار التي يكونها تخص هذا الفرد.

فالدراسة الإكلينيكية تتميز بالطرق التي تدرس الفرد ككل فريد في نوعه أي أنها دراسة الفرد كوحدة متكاملة متميزة عن غيرها وقد يدخل ملاحظة أساليب سلوكية معينة واستخلاص سمات

خاصة ولكن الهدف هو فهم شخصية فرد معين بالذات وتقديم المساعدة إليه.(حلمي المليجي، 2001، ص30).

3- عينة الدراسة:

وتتكون عينة الدراسة من أربع حالات تتراوح أعمارهم ما بين (7- 12) سنة وكلهم معاقين ذهنيا ولقد ركزت اهتمامي عند اختيار عينة الدراسة على معايير وخصائص تتمثل في:

3-1خصائص اختيار عينة الدراسة:

تتكون عينة الدراسة من أربع حالات أطفال معاقين ذهنيا (إعاقة عقلية متوسطة وخفيفة) وتم اختيارهم وفق الشروط التالية:

- **السن:** أن يكونوا أطفال.
- **نوع الإعاقة:** إعاقة ذهنية متوسطة وخفيفة.

تم اختيا ر عينة الدراسة من قسم خاص بالأطفال القابلين للتعلم وتم هذا الاختيار لأنني بعد القيام بالدراسة الاستطلاعية لاحظت خلال زيارة الاقسام وجود أطفال متجاوبين وقابلين للاجابة على المقياس ويفهمونه أكثر من الآخرين.

3-2 خصائص عينة الدراسة:

انطلاقا من معياري السن ونوع الإعاقة اللذان بواسطتهما قمت باختيار عينة الدراسة حيث تكونت مجموعة دراستي من أربع حالات من المعاقين ذهنيا والذين تتراوح أعمارهم ما بين (7-12) سنة.

الجدول رقم (02): يوضح خصائص عينة الدراسة.

الحالات	الاسم	السن	الجنس	نوع الإعاقة
الحالة الأولى	ع	10سنوات	ذكر	إعاقة ذهنية خفيفة
الحالة الثانية	ج	12سنة	ذكر	إعاقة ذهنية متوسطة
الحالة الثالثة	أ	7 سنوات	أنثى	إعاقة ذهنية متوسطة
الحالة الرابعة	س	10سنوات	ذكر	إعاقة عقلية خفيفة

4-المجال المكاني والزماني للدراسة:

من الخطوات المنهجية الهامة في تصميم البحوث هو تحديد مكان إجراء الدراسة، حيث أجريت الدراسة الميدانية بالمركز النفسي التربوي للأطفال المعاقين ذهنيا بالمدية وذلك خلال الفترة الممتدة من شهر مارس إلى شهر ماي.

5-أدوات الدراسة:

دراسة الحالة:

هي مجموعة من الوسائل الهامة يمكن من خلالها جمع بيانات متعددة وشاملة عن الفرد مما يتيح فهم سلوكه أو المشكلة التي يعاني منها ومن خلالها يتم جمع بيانات كثيرة تتعلق بالحالة من حيث

تاريخها وأعراضها وفيها يتم الاتصال المباشر بالأفراد للحصول غلى بعض المعلومات كما يتم اللجوء إلى السجلات والوثائق الطبية والأكاديمية. (عماد عبد الرحيم الزغول،2006، ص46).

5-1 المقابلة العيادية: تعرف المقابلة العيادية في ميدان البحث العلمي على أنها محادثة بين القائم بالمقابلة والمستجيب بغرض الحصول على معلومات يمكن أن لا تظهر في الاستبيانات والمقاييس كما تسمح بإقامة جو من الثقة بين الباحث والمبحوث، كما تصلح للعمل مع الأميين، المسنين والأطفال. (صلاح أحمد، امين علي، 2005، ص308).

ارتأيت في دراستي هذه إلى الاعتماد على المقابلة العيادية النصف موجهة لأنها تسمح للمبحوث أن يجيب بحرية وراحة دون فقدان الموضوع الرئيسي للمقابلة.

المقابلة العيادية النصف موجهة تقع بين المقابلة الحرق والموجهة يقوم فيها العيادي بالاستماع إلى المفحوص والتدخل لغرض توجيهه فيما يخدم مقابلة البحث هذا النوع من المقابلة يسمح للمفحوص بالتعبير بكل ارتياح وطلاقة ويشجعه على الكلام. (محمد خليفة، 1984، ص366).

كما أن هذا النوع من المقابلة هو الأكثر شيوعا في المجال الإكلينيكي حيث يندر استعمال المقابلة العيادية الحرة، حيث يتحدد ذلك حسب طبيعة المشكلة. (إلهام عبد الرحمن،2004،ص67).

5-2 مقياس تقدير الذات:

تم إعداد المقياس من طرف الأمريكي (كوبر سميث) وقام بترجمته ونقله إلى العربية من طرف عبد الفتاح ويهدف إلى قياس درجات تقدير الذات للكبار.

5-2-1 تعريف المقياس:

وهو رائز أمريكي الأصل صمم من طرف الباحث (كوبر سميث) سنة 1967 لقياس اتجاه تقييمي نحو الذات في المجالات الاجتماعية، الأكاديمية، العائلية، الشخصية ويحتوي على نماذج مختلفة خاصة بالكبار وأخرى للصغار، قام عبد الفتاح موسى بترجمته وتكييفه إلى البيئة العربية.

(ليلي عبد الحميد،1985،ص15).

يتكون المقياس من عبارات سالبة وعددها(17) عبارة وأخرى موجبة وعددها (8) عبارات كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (03): يبين العبارات السالبة والموجبة في مقياس تقدير الذات.

العبارات	أرقام العبارات
العبارات السالبة	2- 3- 6-7-10-11-12-13-15-16 - 17- 18- 21- 22- 23-24-25
العبارات الموجبة	1-4-5-8-9-14-19-20

5-2-2 تطبيق المقياس:

هذا المقياس سهل الفهم يمكن تطبيقه على الأفراد فرديا أو جماعيا في مدة غير محددة بما أنه قد وجد الأفراد العاديين يستطيعون الانتهاء من الإجابة في زمن يتراوح من (10-18) دقيقة وذلك بعد إلقاء التعليمة، ويجب على القائم بالتطبيق أن يحاشى كلمة تقدير الذات، أو تقييم الذات سواء عند إلقاء التعليمة أو الكتابة في مواجهة المقياس لمنع الاستجابة المتحيزة.

5-2-3 تعليمة المقياس:

فيما يلي مجموعة من العبارات التي تتعلق بمشاعرك إذا كانت العبارة تصف ما تشعر به عادة ضع علامة (×)داخل المربع الموافق ل خانة تنطبق.أما إذا كانت العبارة لا تصف ما تشعر به عادة ضع علامة (×) داخل الخانة الموافقة ل لا تنطبق.

- ليست هناك إجابة صحيحة وأخرى خاطئة إنما الإجابة الصحيحة هي التي تعبر عن شعورك الحقيقي. يجب على الباحث أن يتحاشى استخدام كلمة تقدير الذات عند قراءته للتعليمة حتى يتجنب تحيز المفحوص في الإجابة. (عبد الفتاح موسى، محمد الدسوقي،1981، ص07).

5-2-4 طريقة تصحيح مقياس(كوبر سميث) لتقدير الذات:

يمكن الحصول على درجات مقياس كوبر سميث بإتباع الخطوات التالية:

- إذا كانت الإجابة "لا تنطبق" على العبارات السالبة نمنحه (1)، أما إذا كانت إجـابته " تنطبق" نمنحه (0).

- إذا كانت الإجابة على العبارات الموجبة " تنطبق" نمنحه (1)، أما إذا كانت الإجابة " لا تنطبق" نمنحه (0).

يمكن الحصول على الدرجة الكلية للمقياس بجمع عدد العبارات الصحيحة وضرب التقدير الكلي في (4) أربعة. (ليلى عبد الحميد عبد الحفيظ،1985، ص15).

5-2-5 مستويات تقدير الذات:

من خلال تطبيق المقياس نحصل على واحدة من مستويات تقدير الذات وهي:

جدول رقم (04): يوضح مستويات تقدير الذات لمقياس كوبر سميث:

مستويات تقدير الذات	الفئات
درجة منخفضة	40-20
درجة متوسطة	60-40
درجة مرتفعة	80-60

(جعفر،2009، ص150).

كما يحتوي رائز تقدير الذات " لكوبر سميث" على أربعة مقاييس فرعية، المتمثلة في الجدول التالي:

جدول رقم (05): يوضح المقاييس الفرعية لمقياس كوبر سميث:

المقاييس الفرعية	أرقام العبارات	الدرجات الخام
الذات العامة	1-3-4-7-10-12-13-15-18-19-24-25	12
الذات الاجتماعية	5-8-14-21	04
المنزل والوالدين	6-9-11-16-20-22	06
العمل	2-7-23	03

5-2-6 ثبات مقياس تقدير الذات:

لقد خلصت نتائج الكثير من الدراسات في البيئات الاجتماعية المختلفة إلى أن معامل الثبات لمقياس تقدير الذات لكوبر سميث تتراوح بين (0.70) حتى (0.88)هذا وقد تم حساب معامل الثبات للمقياس في البيئة العربية بتطبيق معادلة كودر ريتشارد سون رقم (12) (K.R12) على

عينة مقدارها 526 فردا منهم 370 ذكرا، 156 أنثى فوجد أن معامل الثبات يساوي (0.74) عند الذكور و(0.77) عند الإناث، وقد بلغ معامل الثبات لدى العينة الكلية (0.79).

5-2-7 صدق مقياس تقدير الذات:

تم التأكد من صدق المقياس في البيئة العربية عن طريق حساب معامل الارتباط بين درجات المقياس على عينة قدرها 152 طالب وطالبة، حيث بلغ الصدق (0.48) عند الذكور، في حين بلغ الصدق (0.94) عند الإناث ولدى العينة الكلية بلغ (0.88).

(عبد الفتاح موسى، محمد الدسوقي، 1981،ص07).

خلاصة الفصل:

تم التعرض في هذا الفصل إلى الإجراءات الميدانية المتبعة في الدراسة، حيث تم التطرق في بادئ الأمر إلى الدراسة الاستطلاعية ثم إلى المنهج المستخدم والمتمثل في المنهج العيادي والتعرف على أدوات الدراسة التي تم الاعتماد عليها في جمع البيانات، وفي الأخير تم التطرق إلى حالات الدراسة التي تم الاعتماد عليها في تحليل نتائجه الموضحة في الفصل القادم.

الفصل السادس: عرض وتحليل وتفسير ومناقشة نتائج الدراسة

- ✓ عرض وتحليل الحالات
  - عرض وتحليل الحالة الأولى
  - عرض وتحليل الحالة الثانية
  - عرض وتحليل الحالة الثالثة
  - عرض وتحليل الحالة الرابعة
  - عرض وتحليل نتائج مقياس كوبر سميث
- ✓ تحليل ومناقشة نتائج الدراسة
  - تحليل ومناقشة النتائج على ضوء التساؤل الأول
  - تحليل ومناقشة النتائج على ضوء التساؤل الثاني
- ✓ مناقشة النتائج العامة

تمهيد :

في هذا الفصل سيتم عرض النتائج التي تم التوصل إليها من خلال دراسة الحالات عن طريق المقابلة العيادية نصف موجهة، تطبيق مقياس كوبر سميث لتقدير الذات.

أولا–عرض وتحليل الحالات.

1– عرض وتحليل الحالة الأولى:

1–1– تقديم الحالة:

الإسم: ع السن: 10 سنوات عدد الإخوة: 02

الجنس: ذكر مهنة الأب: تاجر مهنة الأم: ماكثة بالبيت

1–2– ملخص الحالة الأولى:

أول اتصال مع الحالة "ع" كان داخل القسم، حيث لاحظته يتبع الدرس مع المعلمة وعندما تسأله يجيب، لديه قدرات للدراسة.

خلال إجراء المقابلات مع الحالة "ع" بالمكتب الخاص بالطبيبة النفسية، والتي تمثلت في مقابلتين، لاحظت أنه لا يتكلم كثيرا، ففي كل لقاء أول كلمات يتلفظ بها: "قريت وكتبت" فقط والطريقة الوحيدة التي يعبر بها عن أحاسيسه، انفعالاته ودوافعه هي "الرسم" بقوله باستمرار "حاب نرسم"،أفصح الحالة "ع" أنه هو الابن الثاني في العائلة يعيش مع والديه وإخوته الاثنان، لم يظهر على الحالة أية أعراض مرضية، حيث تعاني الحالة من إعاقة عقلية خفيفة.

في القسم الذي يدرس فيه يجلس أمام زملائه دائم الابتسامة، يخرج أثناء الراحة ويلعب مع زملائه من نفس القسم لأن هذا القسم الخاص يدرسون في مدرسة عادية.

1-3- ملخص المقابلة مع الأم:

الحالة "ع" هو طفل معاق ذهنيا لكن إعاقته خفيفة يعني ليس كهؤلاء الأطفال الذين في المركز ولديهم إعاقة عقلية شديدة، أنا ابني يفهمني في الدار واش نقولو، أنا نحبو أكثر من إخوته ونخاف عليه، راني حاباتو يقرا مليح، وعجبني، الحال كي دارو هذا القسم الخاص راني حاسا وليدي ماشي معاق، وقالت الحمد الله يا ربي.

2- عرض وتحليل الحالة الثانية:

2-1- تقديم الحالة:

الإسم: ج السن: 12 سنوات عدد الإخوة:04

الجنس: ذكر مهنة الأب: بائع مهنة الأم: ماكثة بالبيت

2-2- ملخص الحالة الثانية:

أول اتصال مع الحالة "ج" كان داخل القسم، حيث لاحظته يتبع الدرس مع المعلمة وعندما تسأله يجيب، خلال إجراء المقابلات مع الحالة "ج" بالمكتب الخاص بالطبيبة النفسية، والتي تمثلت في مقابلتين، لاحظت أنه كان متحمسا كثيرا لاختياري له ، الحالة يعاني من خجل وبخصوص الأصدقاء الحالة يقول عندي صحابي في القسم أما بخصوص العائلة والمنزل فالحالة يبدو شخص هادئ ومن خلال قوله أنا بابا وماما يحبوني وعند سؤاله عن العلاقة بإخوته فقال(كامل يبوسوني ويلعبو معايا ، لم يظهر على الحالة أية أعراض مرضية، حيث تعاني الحالة من إعاقة عقلية متوسطة. في القسم يشارك مع المعلمة ويحب الدراسة، يخرج أثناء الراحة ويلعب مع أصدقائه.

2-3- ملخص المقابلة مع الأم:

الحالة "ج" هو طفل معاق ذهنيا إعاقته متوسطة، خلال المقابلة مع الأم ذكرت أن ابنها معاق ورغم ذلك فهي مرتاحة لأن هذا الشيء لم يؤثر عليها كثيرا لأنه إعاقته متوسطة وتذكر بأن ابنها

يتمدرس بشكل عادي وهذا ما زادني ثقة في مستقبل ابني وراه يتحسن أنا راني نشوف فيه كل مرة يتحسن أكثر ومنحسش بلي وليدي معاق ، راني حابا وليدي يقرا وينجح، أنا منحبش كي يقولولي وليدك معاق ولا كي يشوفوه يبداو يشوفو فيه بنظرة شفقة.

3- عرض وتحليل الحالة الثالثة:

3-1- تقديم الحالة:

الإسم: أ السن: 7 سنوات عدد الإخوة:02

الجنس: أنثى مهنة الأب: طباخ مهنة الأم: ماكثة بالبيت

3-2- ملخص الحالة الثالثة:

تمت المقابلة الأولى داخل القسم من خلال ملاحظة تصرفاتها مع زملائها والمعلمة، حيث لاحظت الحالة لا تتكلم كثيرا صوتها منخفض لأنها تخاف أن تخطئ ، خجولة ولا تثير الضجة، لكن لديها حب للدراسة.

خلال إجراء المقابلات مع الحالة "أ" بالمكتب الخاص بالطبيبة النفسية، والتي تمثلت في مقابلتين، لاحظت الحالة لا تتكلم كثيرا، الحالة تشعر بتدني في تقدير الذات حيث تقول (واحد مايقيمني ومهمش لاهيين بيا) وهذا راجع إلى الخوف الشديد غير راضية عن شخصيتها بقولها (ماشي عاجبتني روحي وحابة نبدل) وفيما يخص الدراسة والأصدقاء فهي ترى نفسها تدرس عادي فالحالة لديها فقدان الثقة في قدراتها وتعتقد أن محاولاتها ستكون فاشلة وبخصوص الأصدقاء فالحالة عاقلة فهي تقول (يحقروني) .

3-3- ملخص المقابلات مع الأم:

الحالة "أ"هي طفلة معاقة ذهنيا لكن إعاقتها متوسطة، أنا نشوف بنتي عادي تخاف من باباها بزاف عندها خوف متحبش تخرج بزاف خارج البيت تخاف من الأشخاص يضربوها ولا يحقروها

دائما تقولي يحقروني وميحبونيش نلعب معاهم أما عن العلاقة مع الأصدقاء في القسم الذي تدرس فيه فهي علاقة عادية والعلاقة مع الأهل عادية كي نروح ليهم نأخذ البنت معايا لأنها هادئة وتخاف كي تشوف ناس متعرفهمش على هاذي كي نديها معايا متقلقنيش كامل نقعد مرتاحة أما عن نظرة الآخرين فهي تقول هناك من نظرته عادية وهناك من نظرته نظرة احتقار أو شفقة.

4- عرض وتحليل الحالة الرابعة:

4-1- تقديم الحالة:

الاسم: س السن: 10 سنوات عدد الإخوة:07

الجنس: ذكر مهنة الأب: بناء مهنة الأم: ماكثة بالبيت

4-2- ملخص الحالة الرابعة:

أول مقابلة كانت داخل القسم، حيث لاحظت الحالة "س" يتبع الدرس مع المعلمة، يجيب المعلمة على الأسئلة.

خلال إجراء المقابلات مع الحالة "ع" بالمكتب الخاص بالطبيبة النفسية، والتي تمثلت في مقابلتين، لاحظت أنه يجيب على الأسئلة ولا يخاف ، لم يظهر على الحالة أية أعراض مرضية، حيث تعاني الحالة من إعاقة عقلية خفيفة.

في القسم الذي يدرس فيه يجلس أمام زملائه دائم الابتسامة، يخرج أثناء الراحة ويلعب مع زملائه من نفس القسم لأن هذا القسم الخاص يدرسون في مدرسة عادية.

4-3- ملخص المقابلات مع الأم:

الحالة "س" هو طفل معاق ذهنيا لكن إعاقته خفيفة، وليدي إعاقته خفيفة، دخل للقسم الخاص ويقرا في الدار يقولي المعلمة مدتلنا تمرين ولا يقولي عاونيني فيه أنا نشوفو يحب يتعلم عندو أصدقاء يلعب معاهم ويحبهم وهوما ثاني يجيو للدار ويقولولو نلعبو كيفكيف، علاقتو مع إخوته علاقة مليحة

يتهلاو فيه أما عن نظرة الآخرين أنا نشوف بلي ينظرو ليه عادي لأنو ميبانش معاق بالنسبة ليهم نتمنى في المستقبل وليدي يقرا ويتعلم وينجح.

5- عرض و تحليل ومناقشة نتائج مقياس كوبر سميث لتقدير الذات:

الجدول الموالي يلخص لنا نتائج الحالات الأربعة على مقياس كوبر سميث لتقدير الذات:

الجدول رقم (06): عرض نتائج الحالات الأربعة:

الحالة	درجة تقدير الذات	مستوى تقدير الذات
ع	30	منخفض
ج	35	منخفض
أ	28	منخفض
س	45	متوسط

من الجدول السابق يتبين لنا أن الحالات الأربعة تقديرها لذاتها مختلف، كما نلاحظ أن نسبة 75% من الأطفال لديهم تقدير ذات منخفض و 25% الأخرى لديهم تقدير ذات متوسط، وبالتالي تحققت الفرضية التي مفادها أن مستوى تقدير الذات لدى الطفل المعاق مختلف، فمن خلال تحليل الحالات تبين لنا أن تقدير الذات يتأثر بتجمع عدة عوامل وخصائص شخصية، فذوي تقدير الذات المنخفض يتميزون بالسلبية والإتكالية وهذا بدوره يولد نوع من المشاعر السلبية كنظرة الأشخاص الآخرين عن نفسهم فذوي تقدير الذات المنخفض يحتاجون إلى تعزيز ودعم من طرف الغير ، أما مجموعة ذوي تقدير الذات

المتوسط فيتميزون بالنشاط ويسعون للوصول إلى النجاح والتألق فالطفل الذي لديه تقدير ذات متوسط نجده واثق من نفسه وكذلك لديه دعم من طرف الأهل والأشخاص الآخرين لذلك نجد تقدير الذات لديه متوسط فالأسرة تشعره أنه ليس لوحده وإنما هم معه وبالتالي لا يفكر في الأفكار السلبية كذلك تلعب المتابعة النفسية للطفل المعاق دورا هاما فهي تساعده على التغلب على مشكلاته ومشاعره السلبية، فذوي تقدير الذات المتوسط لديهم تقدير ذات إيجابي عن أنفسهم.

ثانيا: تحليل ومناقشة نتائج الدراسة:

1- تحليل ومناقشة النتائج على ضوء التساؤل الأول:

لقد أظهرت النتائج أن الحالات الأربعة لديهم تقدير الذات ما بين المنخفض إلى المتوسط، حيث نجد الحالة الأولى والثانية والثالثة لديهم تقدير ذات منخفض والحالة الرابعة تقدير ذات متوسط. أي ما يعادل بالنسب المئوية 75% منخفض و25% متوسط هنا نلاحظ سيطرة المستوى المنخفض وهذا راجع إلى أن أغلب الحالات كان توجههم في الاختبار إلى القطب السلبي أكثر، فذوي تقدير الذات المنخفض يتميزون بالسلبية والإتكالية فهم لا يسعون إلى خلق وضعيات نجاح تعزز تقديرهم لذواتهم وهذا بدوره يولد نوع من المشاعر السلبية والضغط، كما أن أغلب الحالات صورة ذات سلبية حيث أن هؤلاء الأطفال غير راضين عن ذاتهم، وغير متقبلين أنفسهم، وبالتالي فإن تقدير الذات السلبي جعلهم يفقدون الثقة بذاتهم والرضا عنها وبذلك ينخفض مستوى تقدير الذات لديهم. وفي هذا المجال توصلت معظم الدراسات إلى أن الأشخاص الذين لديهم إعاقة ذهنية لديهم تقدير ذات منخفض، حيث أن صاحب الإعاقة يركز دائما على عيوبه ونقاصه وصفاته غير الجيدة.

أما الحالة التي لديها تقدير ذات متوسط لأنها توجهت في معظم العبارات في المقياس إلى القطب الموجب فهي تتميز بالنشاط والسعي إلى جمع أكبر عدد من المعلومات ولديها قابلية للتعلم أكبر

من الحالات الأخرى الذي يمكنها من تحقيق تحسن ملموس وتندمج أكثر في المجتمع وهذا راجع لوجود الدعم الاجتماعي والأسري والمساندة والإرشاد النفسي والمتابعة النفسية التي تجعل هذا الطفل سعيد وتخفف من الأفكار السلبية وهذا النوع من التفكير يجعلهم يشعرون بنوع من الراحة، وكلما كان هذا الدعم زاد تقدير الذات لديهم وزيادة النجاح.

2- تحليل ومناقشة النتائج على ضوء التساؤل الثاني:

توصلت نتائج اختبار مستوى تقدير الذات للحالات الأربعة هو ما بين المجال المنخفض إلى المتوسط، إذ نجد أن معظم الحالات لديهم تقدير ذات منخفض بينما الحالة الرابعة لديها تقدير ذات متوسط. وبالرغم من اختلاف الحالات الثلاث عن الحالة الرابعة إلى أنه كل الحالات يعانون من مشكل تقديره لذواتهم حيث يعاني الطفل من تدني في تقدير الذات، من هنا نلاحظ أن المستوى المنخفض لتقدير الذات راجع إلى أن أغلب الحالات يعانون من نقص الدعم ومن إعاقة ذهنية تجعلهم لا يقدرون ذواتهم ويقعون دائما في مشكلة مقارنة ذواتهم بالآخرين أي الأشخاص العاديين ، وبالتالي فإن تقديرهم لذاتهم يكون منخفض.

نخلص إلى أن مستوى تقدير الذات للطفل المعاق ذهنيا هو منخفض، وهذا يعود إلى أن الحالات ليس لديهم دعم اجتماعي من طرف الآخرين ونقص الوعي في الأفراد المحيطين بالمعاق ذهنيا وأنهم قادرين على جعل الشخص يتجاوز إعاقته ويزيد من مستوى تقديره لذاته عن طريق مساندتهم ودعمهم وجعله يشعر بالراحة وهو معهم وجعلهم يندمجون أكثر في المجتمع.

3- مناقشة النتائج العامة:

لقد بينت النتائج أن كل الحالات لديهم تقدير ذات منخفض باستثناء حالة واحدة لديها تقدير ذات متوسط، أي أن الطفل المعاق ذهنيا يعاني من مشكل نوعا ما في نظرته لذاته والرضا عنها مع إحساسه بالنقص والعجز، وهذا ما ينعكس على تفاعله الاجتماعي مع الآخرين، حيث يشعر بنقص

الكفاءة والقدرة والعجز والفعالية الاجتماعية كما يجعله غير قادر على مواجهة الآخرين والتكيف في المجتمع.

وبناءا على ما سبق يمكننا أن نقول أن الفرضية المقترحة في البحث لم تتحقق كلية أي مع الحالات الأربعة بل البعض منها وهذا راجع إلى وجود متغيرات كالاختلاف في شخصيات الأطفال، بالإضافة إلى الظروف المعاشة اقتصاديا اجتماعيا خاصة من إسناد عائلي وعلاجي، بالإضافة إلى عينة البحث التي تعتبر غير كافية لنعمم الحكم بوجود تقدير سلبي عند كل الأطفال المعاقين ذهنيا.

خاتمـــة

خـــاتـــمـــة:

إن الإعاقة الذهنية هي حتمية اجتماعية خطيرة على الأسرة والمجتمع وهي تمس كل المجتمعات على حد سواء وخاصة المجتمعات المختلفة أين تؤرق المجتمع وتقف عائقا أمامه نظرا لأعباء والصعوبات الاقتصادية والاجتماعية والنفسية لتلك المجتمعات والخطر من ذلك هي تهميش وإهمال هذه الفئة فيكبر المعاق بدون أن يتوفروا على أدنى تأهيل مما يعرفهم إلى خطر السقوط في الانحراف ويصبحوا خطرا على أسرتهم على مجتمعهم يصبحوا مصدر للنشر والإجرام لعدم تبصرهم بما يفعلوا.

فمن المعروف أن الطفل المتخلف ذهنيا لديه قصور جسمي وثقافي وعقلي لا يمكنه من تحديد علاقته وقيمته دون الاعتماد الكيد على أسرته، التي تواجهه بصورة مباشرة حتى يكتسب خلال فترة زمنية معينة الخبرة والقدرة العقلية التي تأهله للاعتماد على نفسه والتعامل مع الآخرين بايجابية.

فقد تناولنا في دراستنا مستوى تقدير الذات لدى الأطفال المعاقين ذهنيا، كون مرحلة الطفولة مرحلة حساسة في حياة الفرد وأن أي احباط في هذه المرحلة يؤدي إلى اختلال توازن الفرد خاصة إذا كان يعاني من إعاقة ذهنية، هذا ما يؤثر على قدراته وعن الرضا عن ذاته كذلك يؤثر على تفاعله في المجتمع وثقته بنفسه وبالتالي يؤثر على مستوى تقديره لذاته ومن خلال تطبيق اختبار تقدير الذات توصلنا إلى تحقيق الفرضية الرئيسية والمتمثلة في أن تقدير الذات لدى الطفل المعاق ذهنيا منخفض.

ومنه نستنتج ما يلي:

- يعاني الطفل المعاق ذهنيا من انخفاض في مستوى تقدير الذات.
- مستوى تقدير الذات عند الطفل المعاق ذهنيا مختلف بطبيعة الظروف المحيطة بالطفل.
- تقدير الذات لدى الطفل المعاق ذهنيا في معظم الحالات منخفض وهذا راجع إلى شخصيات الأطفال

.

– تقدير الذات لدى الطفل المعاق ذهنيا متوسط في حالة واحدة وهذا راجع إلى الدعم العائلي والاجتماعي والإرشاد النفسي.

✓ **الاقتراحات والتوصيات:**

❖ توفير معلومات دقيقة ومبسطة لجميع افراد المجتمع عن الاعاقة الذهنية.

❖ يجب إرشاد و توجيه الأولياء في كيفية بناء علاقة و حوار مع الأطفال المعاقين ذهنيا.

❖ وضع الطفل المعاق فوق كل اعتبار وتهيئة ردود الفعل الايجابية عند التعامل مع هذا النوع من الأطفال ولذلك فعلى كل المجتمعات بما فيه المجتمع الجزائري مدعو اليوم إلى أكثر من أي وقت مضى إلى الاهتمام بهذه الفئة من خلال الوقوف على أوضاعها

❖ يجب توفير مدارس خاصة على مستوى كل بلدية .

❖ اعطاء اولوية لهذه الفئة اكثر مما هي عليه.

❖ توفير الرعاية الكاملة والتكفل والتوجيه المناسب لهذه الشريحة لغرض إدماجها وتأهيلها .

❖ العناية بهؤلاء الأطفال المعاقين في الأوساط الأسرية والاجتماعية .

❖ توعية المختصين والمرشدين وباقي أفراد المجتمع في مساعدة هذه الفئة من أجل إثبات ذاتها وقدراتها وكذا تحقيق أكبر قدر من التحسن والتغلب على مشكلاتها التوافقية وكل هذا من أجل أن يبقى الطفل المعاق في أمن وأمان.

✓ **صعوبات الدراسة:**

❖ تحديد عدد الكتب التي يمكن الحصول عليها من قبل المكتبة وكذا محدودية مدة الإستعارة.

❖ صعوبة إيجاد مذكرات ودراسات سابقة تناولت متغيرات الدراسة.

- ❖ صعوبة في التواصل مع المؤسسة للقيام بالدراسة التطبيقية بسبب عدم السماح لنا بالتواجد الدائم في المؤسسة.
- ❖ قصر الفترة الممنوحة للدراسة مقارنة بموضوع الدراسة.

قائمة المصادر والمراجع

قائمة المصادر والمراجع:
أولا: باللغة العربية:
أ – الكتب:

1) إبراهيم عبد الهادي محمد، (2002)، الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية، بدون طبعة، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.
2) أبو جادو، صالح محمد،(2004)، سيكولوجية التنشئة الاجتماعية،(ط،4)، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان.
3) أبو جعفر، محمد عبد الله العابد، (2014)، علم النفس النمو، مركز المناهج التعليمية والبحوث التربوية، ليبيا.
4) أبو سكينة، نادية حسن وراغب، رشا عبد العاطي، (2012)، مشكلات الطفولة بين النظرية والتطبيق، ط1 ، دار الفكر، الأردن.
5) أحمد سهير كامل، محمد شحاتة سليمان، (2002)، تنشئة الطفل وحاجاته بين النظرية والتطبيق، مركز الإسكندرية للكتاب، مصر.
6) أحمد محمد مصطفى، (1995)، الخدمة الاجتماعية في مجال السكان والأسرة، دار المعرفة الجامعية، مصر.
7) إسماعيل، أحمد السيد محمد، (1995)، مشكلات الطفل السلوكية وأسلوب معاملة الوالدين، ط2،المكتب الجامعي الحديث، مصر.
8) أشرف محمد عبد الغني شريت،(2007)،تنمية الابداع للاطفال ذوي صعوبات التعلم،مؤسسة حورس الديوانية.
9) إقبال إبراهيم مخلوف، (2000)، الرعاية الطبية والصحية ورعاية المعوقين، بدون طبعة،المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.
10) أمال المليجي، (2003)، سيكولوجية غير العاديين (ذوي الاحتياجات الخاصة)، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
11) بوشيل ووايدمان وسكولا وبرنر، (1995)، الأطفال ذو الاحتياجات الخاصة، ترجمة كريمان يدير)، دار عالم الكتب، القاهرة.
12) ثناء الضبع، (2005)، تربية الأطفال ذوي الحاجات الخاصة، مكتبة العلمي للبحوث، القاهرة.
13) جمعة مايسة، (2007)، تعاطي المخدرات بين مشاعر والمشقة وتقدير الذات، مكتبة دار العربية للكتاب، القاهرة.

14) جودة بني جابر، (2004)،علم النفس الاجتماعي، ط1، مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان.
15) الحازمي عدنان ناصر،(2007)، الإعاقة العقلية دليل المعلمين وأولياء الأمور، الطبعة الأولى، دار الفكر، عمان.
16) حلمي المليجي ، (2001) مناهج البحث في علم النفس، الطبعة الأولى ، دار النهضة العربية للطباعة والنشر والتوزيع،
17) خوري، توما جورج،(1996)، الشخصية (مقوماتها سلوكها علاقاتها بالتعلم،(ط1)، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت.
18) دبابنة، ميشيل، ومحفوظ نبيل، (1998)، سيكولوجية الطفولة ، دار المستقبل للنشر والتوزيع، الأردن.
19) رسلان شاهين، (2009)، سيكولوجية أسرة المعوق عقليا، الطبعة الأولى، مكتبة لأنجلو المصرية، القاهرة.
20) الزغبي، أحمد محمد،(2005)، مشكلات الطفولة النفسية والسلوكية والدراسية (أسبابها وسبل علاجها)، ط1، سوريا.
21) زهران حامد عبد السلام، (2003)، دراسات في الصحة النفسية والإرشاد النفسي، ط1، علم الكتب، القاهرة.
22) زهران حامد عبد السلام،(2001)، علم نفس النمو والطفولة والمراهقة، عالم الكتب، مصر.
23) زينب محمود شقير (2001)، مناهج البحث في علم النفس ، الطبعة الأولى، دار النهضة العربية للظباعة والنشر والتوزيع.
24) زينب محمود شقير،(2002)، علم النفس العيادي الاكلينيكي التشخيصي النفسي –العلاج النفسي – الارشاد النفسي، مكتبة النهضة المصرية، مصر.
25) سرية عصام نور، (2006)، سيكولوجية الطفولة ، مؤسسة شباب الجامعة، مصر.
26) سعاد جير، سعيد،(2008)، هندسة الذات وتقدير الذات، دار جدار للكتاب العالمي، الأردن.
27) السيد فؤاد البهي،(1988)، الأسس النفسية للنمو من الطفولة إلى المراهقة وحقائقها الأساسية ، دار العربي للنشر، مصر.
28) شاذلي، عبد الحميد محمد،(2001)، الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية ، المكتبة الجامعية، مصر.
29) الشناوي، محمد حسن وآخرون،(2001)، التنشئة الاجتماعية للطفل، ط1، دار صفاء للنشر والتوزيع، الأردن.

30) صالح مأمون،(2008)، الشخصية بناؤها تكوينها اضطراباتها، (ط1) ، دار أسامة للنشر والتوزيع، الأردن.
31) صالح، أحمد زكي، (دت)، علم النفس التربوي، ط3 ، دار الفكر للنشر والتوزيع، مصر.
32) صبحي، سيد، (2003)، الإنسان وصحته النفسية، ط1، الدار المصرية، القاهرة.
33) صلاح أحمد مراد، أمين علي سليمان، (2005)، الاختبارات والمقاييس في العلوم النفسية والتربوية، الطبعة الثانية، دار الكتاب الحديث، الكويت.
34) طارق عبد الرؤوف عامر، ربيع عبد الرؤوف محمد، (2008)، الإعاقة العقلية، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.
35) عبد الباري محمد داوود،(2003)، فلسفة الطفل التربوية، ط1، مكتبة ومطبعة الإشعاع النفسي، الإسكندرية، مصر.
36) عبد الفتاح دودار ،(2005)، سيكولوجية العلاقة بين مفهوم الذات والاتجاهات ، دار المعرفة الجامعية ،الاسكندرية.
37) عبد الفتاح دويدار ، (1993)، سيكولوجية النمو والارتقاء ، دار النهضة العربية للطباعة والنشر والتوزيع نبيروت.
38) عبد الفتاح دويدار، (1993)، سيكولوجية النمو والارتقاء، ب ط، دار النهضة للنشر والتوزيع، بيروت، لبنان.
39) عبد الفتاح موسى، محمد الدسوقي، (1981)، كراسات تعليمات اختبار تقدير الذات، دار الثقافة، مصر.
40) عبد الله مجدي أحمد، (1997)، الطفولة بين السواء والمرض، دار المعرفة الجامعية، مصر.
41) عبد الله مجدي أحمد، (2003)، النمو النفسي بين السواء والمرض ، دار المعرفة الجامعية، مصر.
42) عثمان محمد سعد حامد،(2010)، الاكتئاب وعلاقته بتقدير الذات معنى الحياة لدى الشباب،(ط1)، دار الفكر العربي، الإسكندرية.
43) عماد عبد الرحيم الزغلول،(2006)، الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال، دار الشروق، الأردن.
44) عمر ماهر محمود،(1992)، سيكولوجية العلاقات الاجتماعية ، دار المعرفة الجامعية، مصر.
45) العيسوي عبد الرحمان، (دت)، علم النفس الأسري وفقا للتصور الإسلامي العلمي، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، لبنان.

46) فراج عثمان لبيب،(2002)، الإعاقة الذهنية في مرحلة الطفولة، بدون طبعة، المجلس العربي للطفولة والتنمية، القاهرة.
47) فرج عبد القادر طه وآخرون،(د،س)، معجم علم النفس والتحليل النفسي، د ط، دار النهضة العربية، بيروت لبنان.
48) الفقي إبراهيم، (2009)، قوة الفكر، (ط1) ، مكتبة عراس للنشر والتوزيع، الجزائر.
49) فهمي محمد سيد أحمد، (2007)، أطفال في ظروف صعبة، ط1، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، مصر.
50) قحطان أحمد الظاهر،(2004)، مفهوم الذات بين النظرية والتطبيق،ط1،دار وائل للنشر، الأردن.
51) القذافي ، رمضان محمد، (2000)، علم النفس النمو الطفولة والمراهقة، المكتب الجامعي الحديث.
52) ليلى عبد الحميد،(1985)، مقاييس تقدير الذات للصغار والكبار، دار النهضة العربية، مصر.
53) مجيد سوسن شاكر،(2008)، العنف والطفولة (دراسات نفسية)، ط1، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان.
54) محمد النوبي،محمد علي،(2010)، إدمان الأنترنت في عصر العولمة، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان.
55) محمد خليفة بركات، (1984)، مناهج البحث العلمي في التربية وعلم النفس، دار العلم، الكويت.
56) محمد عايدة ذيب عبد الله، (2010)، الانتماء وتقدير الذات في مرحلة الطفولة، ط1، دار الفكر، الأردن.
57) محمد علي، عبد الحميد علي،(2009) سلسلة الاضظرابات النفسية، الطبعة الأولى،مؤسسة طيبة،القاهرة.
58) محمد عماد الدين إسماعيل،(1989)، الطفل من الحمل إلى الرشد،ط1، دار القلم للنشر والتوزيع، الكويت.
59) محمد عودة الريماوي،(1998)، علم النفس، ط1، دار الشروق، عمان الأردن.
60) مرسي كمال إبراهيم (1999) مرجع في علم التخلف العقلي، ط2، دار النشر للجامعات، مصر، القاهرة.
61) مرسي كمال إبراهيم ،(1996) ، التخلف العقلي، ط1، دار القلم، الكويت.

62) ملحم سامي محمد، (2002)، مشكلات طفل الروضة(التشخيص والعلاج)، ط1، دار الفكر، الأردن.
63) نايفة قطامي، محمد برهوم، طرق دراسة الطفل، ط1، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان الأردن.
64) الهام عبد الرحمن خليل،(2004)، علم النفس الإكلينيكي المنهج والتطبيق، دار ايتراك، مصر.
65) هلال أسماء سراج الدين، (2009)، تأهيل المعاقين، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان.
66) الهمشري، عمر أحمد، (2003)، التنشئة الاجتماعية للطفل، (ط1) ، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان.
67) يوسف القريوتي، عبد العزيز السرطاوي، جميل الصمادي،(2001)، المدخل إلى التربية الخاصة، ط2، دار القلم، دبي.
68) يوسف القريوتي،(1996)، أساليب تربية الطفل بين النظرية والتطبيق، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

ب – الأطروحات والرسائل:

1) البكري طارق،(1999)، مجلات الأطفال ودورها في بناء الشخصية الإسلامية، رسالة دكتوراه، جامعة الإمام، الأوازعي.
2) رائد محمد أبو الكاس،(2008)، رعاية المعوقين في الفكر التربوي الإسلامي في ضوء المشكلات التي يواجهونها، رسالة ماجستير، غزة.
3) السويهري علي عبد الله،(1430)، المشكلات النفسية والاجتماعية لدى الأيتام في الجمعية الخيرية بمكة المكرمة، رسالة ماجستير، جامعة أم القرى، السعودية.
4) عبد الأمير نصر حسين،(2011)، تقدير الذات وعلاقته بالآداء المهاري للاعبين الناشئين والشباب بكرة السلة.
5) عبد العزيز حنان،(2012)،نمط التفكير وعلاقته بتقدير الذات، رسالة ماجستير، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان.
6) عبد الله الوابلي، (1993)، السلوك العدواني لدى الأطفال المتخلفين عقليا طبيعته وأساليب معالجته، مركز البحوث التربوية، كلية التربية، جتمعة الملك سعود.

7) غنام صليحة،(2010)، عمالة الأطفال وعلاقتها بظروف الأسرة، رسالة ماجستير، جامعة باتنة، الجزائر.
8) القحطاني نوف بنت مبارك،(2011)، قدرات التفكير الابتكاري وعلاقتها بتقدير الذات لدى عينة من الطالبات المبصرات وغير المبصرات بجامعة الملك عبد العزيز، جامعة أم القرى، جدة السعودية.
9) يونسي تونسية، (2012)، تقدير الذات وعلاقته بالتحصيل الدراسي لدى المراهقين المبصرين والمراهقين المكفوفين، رسالة ماجستير، جامعة مولود معمري، تيزي وزو الجزائر.

ج- المجلات والموسوعات:

1) أحمد محمد حسن صالح- قياس تقدير الذات لطلاب الجامعة- مجلة التقويم والقياس النفسي التربوي، عدد6، جامعة الإسكندريةن سبتمبر 1995.
2) بحرو سمية بدر الدين،(دت)، مرحلة الطفولة المبكرة علم النفس الطفل، الأكاديمية.
3) حمزة جمال مختار، عمالة الأطفال رؤية نفسية، علم النفس، (أكتوبر 1996-مارس1997).
4) ليندفليد، ج، (2006)، دستور تقدير الذات المملكة العربية السعودية، مكتبة جرير.
5) مجموعة من الباحثين، موسوعة علم النفس والتربية، الجزء الثاني، دار النشر كريبس، بيروت لبنان.
6) محمود محمد الشيخ، (2010)، أساليب المعاملة الوالدية كما يدركها الأبناء الأسوياء والجانحون، (دراسة ميدانية مقارنة في محافظة دمشق)، مجلة جامعة دمشق العدد4.

ثـــــانيـــا : باللغة الفرنسية

1) Bertrand,tradec,(2002),psychologie de development cognitive,armand colin pvf,paris.
2) Nobert sillamy ,(1980),dictionnaire de la psychologie (s.v) ,la rosse,paris.
3) Ostrrieth,(P.A),introduction a la psychologie de l'enfant,ed paris,de boeck.
4) Sillamy.N,(2004), dictionnaire de psychologie ed janne faire,paris,la rosse.

الملاحق

الملحق رقم 01:

مقياس كوبر سميث لتقدير الذات

التعليمة: فيما يلي مجموعة من العبارات تتعلق بمشاعرك إذا كانت العبارة تصف ما تشعر به عادة ضع علامة(X) داخل المربع الموافق لخانة تنطبق. أما إذا كانت العبارة لا تصف ما تشعر به عادة ضع علامة (X) داخل الخانة الموافقة ل لا تنطبق.

– ليست هناك إجابة صحيحة وأخرى خاطئة إنما الإجابة الصحيحة هي التي تعبر عن شعورك الحقيقي.

– الجنس: السن:

العبارات	تنطبق	لا تنطبق
1) لا تضايقني الأشياء عادة.		
2) أجد من الصعب أن أتحدث أمام مجموعة من الناس.		
3) أود لو استطعت أن أغير أشياء في نفسي.		
4) لا أجد صعوبة في اتخاذ قراراتي بنفسي.		
5) يسعد الآخرون بوجودهم معي.		
6) أتضايق بسرعة في المنزل.		
7) أحتاج إلى وقت طويل كي أعتاد على الأشياء الجديدة.		
8) أنا محبوب بين الأشخاص من نفس سني.		
9) تراعي عائلتي مشاعري عادة.		
10) أستسلم بسهولة.		
11) تتوقع مني عائلتي الكثير.		
12) من الصعب جدا أن أبقى كما أنا.		
13) تختلط الأشياء كلها في حياتي.		
14) يتبع الناس أفكاري عادة.		
15) لا أقدر نفسي حق قدرها.		
16) أود كثيرا لو أترك المنزل.		
17) أشعر بالضيق من عملي غالبا.		

18) مظهري ليس وجيها مثل معظم الناس.		
19) إذا كان عندي شيء أقوله فإني أقوله عادة.		
20) تفهمني عائلتي.		
21) معظم الناس محبوبون أكثر مني.		
22) أشعر كما لو كانت عائلتي تدفعني لعمل أشياء معينة.		
23) ألقى التشجيع عادة فيما أقوم به.		
24) أرغب كثيرا أن أكون شخصا آخر.		
25) لا يمكن للآخرين الاعتماد علي.		