

فعالية برنامج تدريبي سلوكي قائم على العلاج النفسي المتكامل المرتكز على العاطفة لتحسين حدة الصدمة ومهارات حماية الذات للأطفال المساء معاملتهم جنسياً المعاقين ذهنياً القابلين للتعليم

* أ.م.د/ أندريا أنور أيوب البزنت .*

تم إرسال البحث ٢٥/١٢/٢٠٢٤ تم الموافقة على النشر ٣١/١٢/٢٠٢٤

ملخص الدراسة :

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على فاعلية برنامج تدريبي سلوكي قائم على العلاج النفسي المتكامل المرتكز على العاطفة لتحسين حدة الصدمة ومهارات حماية الذات للأطفال المساء معاملتهم جنسياً المعاقين ذهنياً القابلين للتعليم، وتكونت عينة الدراسة الأساسية من (١٠) من الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية المساء معاملتهم جنسياً من الملحقين بالمستوى التمهيدي الثاني في مدرسة ناصر للتربية الفكرية بمحافظة البحيرة، لعام ٢٠٢٣، وترواحت أعمارهم ما بين (٦ - ٨) سنوات، واستخدمت الدراسة المنهج شبه التجريبي ذي المجموعة الواحدة، وقد اشتملت أدوات الدراسة على: مقياس ستانفورد بينيه للذكاء - مقياس مظاهر التعرض للإساءة الجنسية (إعداد: الباحثة)، مقياس أعراض الصدمة (إعداد: الباحثة)، مقياس مهارات الحماية من الإساءة الجنسية للطفل (إعداد: الباحثة)، برنامج تدريبي سلوكي قائم على العلاج النفسي المتكامل المرتكز على العاطفة (إعداد: الباحثة)، وقد توصلت النتائج إلى: وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠٥ بين رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياسي أعراض الصدمة ومهارة حماية الذات للأطفال في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين رتب درجات

* أستاذ مساعد علم نفس الطفل بقسم العلوم النفسية- كلية التربية للطفولة المبكرة- جامعة دمنهور .

المجموعة التجريبية على مقياسي أعراض الصدمة ومهارات حماية الذات
للأطفال في القياسين البعدي والتتبعي.

الكلمات المفتاحية :

العلاج النفسي المتكامل المرتكز على العاطفة - الصدمة - التعرض
للإساءة الجنسية - مهارات حماية الذات - المعاقين ذهنياً القابلين للتعليم -
البرنامج التدريبي السلوكي.

The Effectiveness of a Behavioral Training Program Based on Integrated Emotionally Focused Psychotherapy to Improve Trauma Severity and Self- protection Skills for Sexually abused children with Mental Disabilities Who are Capable of Education

Assis. Prof. Dr/ Andria Anwar Ayob ALbzand. *

Abstract:

The current study aims to measure the effectiveness of a behavioral training Program Based on Integrated Emotionally Focused Psychotherapy to Improve Trauma Severity and Self- protection Skills for Sexually abused children with Mental Disabilities Who are Capable of Education , The primary study sample consisted of (10) children with mental disabilities who were sexually abused and enrolled in the second preparatory level at Nassar school for intellectual Education in Beheira Governorate for the year 2023, Their ages ranged from (6-8)years, The study used the quasi- experimental single- group

* Assistant Professor of Child Psychology - Department of Psychological Sciences - Faculty of Early Childhood Education - Damanhour University.

method. The study tools included: Stanford- Binet Intelligence Scale, Sexual Abuse Exposure Scale (prepared by the researcher), Trauma Symptom Scale (prepared by the researcher), Child Sexual Abuse Protection Skills Scale (prepared by the researcher), Behavioral training program Based on Integrated Emotionally Focused Psychotherapy (prepared by the researcher). The results of the study showed the following: There are statistically significant differences at the 0.05 level between the ranks of the experimental group's Two Scales Symptoms of Shock and on the self-protection skill scale for children in the pre- and post-measurements in favor of the post-measurement. There are no statistically significant differences between the ranks of the experimental group's Two Scales Symptoms of Shock and on the scale of children's self-protection skills in the post- and follow-up measurements, which indicates the continuation of the program's effect.

Keywords:

Integrated Emotionally Focused Psychotherapy – Trauma-Exposure to sexual abuse - Self-protection skills from sexual abuse - Behavioral training program.

مقدمة الدراسة:

بدأت المجتمعات الاهتمام بالأطفال المعاقين ذهنياً على اعتبار أن تلك الفئة بها مشكلات شديدة في المجالات الاجتماعية والسلوكية، ولذلك يجب الاهتمام بمن يقوموا برعاية هؤلاء الأطفال من الأسر والمتخصصين في المجال لتطوير العديد من البرامج السلوكية والإرشادية والتربوية التي تناسب

تلك الفروقات، وتعمل على تحقيق أكبر قدرًا من الاستفادة لهؤلاء الأطفال، وتساعدهم على الإدماج في المجتمع بصورة أسهل، والتقليل قدر الإمكان من المشكلات السلوكية المصاحبة لهذه الإعاقة. (الأعظمي، سعيد، ٢٠١٢، ٣٦)

تُعد ظاهرة الإساءة للأطفال المعاقين ذهنيًا بجميع أشكالها من أوسع وأخطر الظواهر التي تهدد تقدم وتماسك المجتمع، بالإضافة إلى كونها تنتشئ اجتماعية غير صحية، تنشيء جيلاً مضطرباً نفسياً ووجدانياً ، فاقداً لثقته بنفسه ليس لديه هوية نفسية سليمة، وتعتبر الإساءة الجنسية أشد أنواع إساءة المعاملة تأثيراً على الطفل وتُعد سبباً أساسياً في تدمير شخصيته وإصابته بالعديد من الأمراض النفسية، والانحرافات المختلفة، وتُعد سبباً مباشراً لحالات الجناح لدى الأطفال والمراهقين فيما بعد (محمد أبو حلوة، ٢٠١٢ ، ١٣١ - ١٦٥).

وللإساءة أشكال عدة منها الإساءة النفسية، والإساءة الجسدية، والإساءة الجنسية، وسوف ينصب اهتمامنا في هذا البحث على الإساءة الجنسية للأطفال معاقين ذهنيًا، وذلك لأنها أشد أنواع الإساءة التي تلحق ضرراً بالطفل المعاق ذهنيًا كونها صدمة تؤثر عليه، وعلى مراحل نموه المختلفة فلا يقتصر ضررها على الطفل المعاق في الوقت الذي حدثت فيه الإساءة فهي تهدم أهم دعائم الشخصية لدى الطفل المعاق ذهنيًا وهو الجانب الانفعالي أو الوجداني أو العاطفي الذي يُعد المحدد العام لنمو الشخصية السوية من غير السوية في المستقبل. (محمد الذبيحي، ٢٠١٦ ، ٦٨-٨٤) ومشكلة الإساءة الجنسية للأطفال المعاقين ذهنيًا مشكلة يصعب كشفها في الواقع كونها جريمة متستر عليها من قِبَل المجتمع الذي يعتبر مثل هذه الإشكاليات ما يشكك في تدين وأخلاقيات ومبادئ هذا المجتمع. (عادل بضياف، ٢٠١٨، ١-٢١)

والاتجاه الحديث في التعامل مع الأطفال المعاقين ذهنياً يأخذ بعين الاعتبار الطرق والأساليب والبرامج العلاجية السلوكية الموجهة؛ لزيادة القدرات الأطفال على السلوكيات الصحية من تقليل آثار الصدمة الناتجة عن الإساءة الجنسية والتقليل قدر الإمكان من السلوكيات السلبية، ومساعدة الطفل لكي يكون أكثر قدرةً بالوعي بمهارات حماية الذات للتكيف مع البيئة التي يعيش فيها.

وتتكون فنيات العلاج المرتكز على الانفعالات من عنصر أساسي يتمثل في الوعي بالذات ويشمل الوعي العاطفي بالذات، ودقة التنظيم العاطفي والثقة بالنفس، حيث تعتبر مهارة أساسية تتمثل في قدرتنا على الاعتراف بعواطفنا وآثارها علينا، فهي تساعدنا على تحديد حاجاتنا ومعرفة وكشف مشاعرنا فقد نشعر بالحزن أو السعادة والابتهاج أو مزيجاً من الانفعالات، ويشمل الوعي الذاتي على الوعي العاطفي، والتقييم الذاتي الدقيق، والثقة بالنفس (Mersino, 2007, 23-26).

ويهتم الوعي الذاتي باتصال الفرد مع مشاعره ويعتمد على تحقيق الذات ودرجة الأمن الانفعالي للذات ومساعدة الفرد على أن يكون قادراً على إدارة نفسه بشكل أكثر فاعلية وقادراً على السيطرة على مشاعره وضبطها . (Sparrow, 2006, 91-93)

باختصار أشكال التدخل المتنوعة وتطبيقاتها وارتباطاتها لتحقيق تطور هائل وعريض في العديد من مجالات المهارة المختلفة. وفي وجهة نظرنا، فإن برنامج تدريبي سلوكي قائم علي العلاج النفسي المتكامل المرتكز على العاطفة لتحسين حدة الصدمة للأطفال المساء معاملتهم جنسياً المعاقين ذهنياً القابلين للتعليم، تتكون من القياس المتعدد وطرق التدخل المستخدمة بشكل فردي ونشط لتحقيق أفضل النتائج.

كما يعتبر أهم أوجه الاضطراب ظهوراً لدى هؤلاء الأطفال هو المشكلات السلوكية المصاحبة لحالة الإعاقة ذهنياً وخاصةً في الإساءة

الجنسية، نتيجة فقدان القدرة على توظيف الخبرات وتعميمها ونقلها إلى مواقف أخرى مشابهة. (Boyd BA, Bodfish, 2006,123) ولأن الإساءة الجنسية هنا واقعة على فرد غير ناضج لم يدرك معنى الإساءة الجنسية ولا يعرف عن الجنس سوى أعضائه التناسلية والتي تُعد خطأً أحمرًا حيث لا يمكن كشفها للعامة، ولا يجدر الحديث عنها ولا يمكنه التعرف عليها؛ فمن هنا يعتبر الطفل المعاق ذهنيًا فريسة سهلة لمرتكبي مثل هذه الجرائم، وعند وقوع هذه الإساءة عليه تتغير حياته ويتأثر بها تأثرًا شديدًا.

(فتحية قزو ، فاطمة حمزة ، ٢٠١٦ ، ١٠٥-١٣١)

ولما كان مفهوم الإساءة الجنسية لدى الأطفال المعاقين ذهنيًا هو نمط معقد من أنماط سوء المعاملة له تأثيرات خطيرة على الطفل المعاق ذهنيًا ضحية التعرض له، وربما لا يقتصر بالإساءة الجنسية أو لا ينتج عنها أعراضاً بدنية ظاهرة إلا أنها تمتد لتشمل صدمات الطفولة نتيجة للخبرات المؤلمة التي تعرض إليها الطفل ؛ فهذه الخبرات المؤلمة الصادمة تعطل أو تعوق ارتقائه النفسي ولاشك أن تعرض الطفل المعاق ذهنيًا لمثل هذه الخبرات يشكل صدمة في حد ذاته، ولهذه الصدمة تبعات وعواقب تأخذ شتى مظاهر مشكلات الصحة النفسية للطفل. (منال الشيخ ، ٢٠١٢ ، ٤٧٧ - ٥١٨)

وعادةً ما يغفل المجتمع عن أهمية دور أمهات الأطفال المعاقين ذهنيًا فالأهل بشكلٍ عامٍ والأم بشكلٍ خاصٍ تكون متواجدة في كل مراحل حياة الطفل المعاق ذهنيًا المختلفة، وفي كل تفاصيل يومه في كل لحظة يقضيها، والأم هي المسؤول الأول عن أي دعم أو تدريب أو علاج يفيد طفلها، ويساعده على تخطي كل الخبرات السيئة التي يتعرض لها منذ صغره حيث تعاني الأم من العديد من الضغوطات النفسية جراء تعرض طفلها لصدمة لأي نوع من أنواع الإساءة الجنسية، وهذا من أصعب المواقف في حياة الأم

فعندما يخبرها الطفل المعاق ذهنياً بهذه الخبرة السيئة أو تكتشفها، لا يمكنها التصرف السليم ومن هنا تظهر أهمية البرامج التدريبية للطفل والتي تكون بالإستعانة بالأم لكي تأتي بثمارها المرجوة في تعليم الطفل المعاق ذهنياً من تقليل حدة الصدمة ومهارات حماية الذات من الإساءة الجنسية، فهذه الخبرة السيئة يمكن أن تترك وراءها العديد من التأثيرات السلبية على حياة الطفل المعاق ذهنياً. (Dhar,2009,738-755)

وعن مهارات حماية الذات من الإساءة الجنسية أكدت الدراسات على تعليم الأطفال المعاقين ذهنياً مفاهيم حماية الذات، وتحديد المواقف الخطيرة في البداية، ثم بعد ذلك تكون الاستجابة بشكل يساعد على حفظ السلامة الذاتية أو ما يُسمى بتأمين وحماية الذات من الغيباء عن طريق تجنبهم ورفض السلوكيات غير المرغوبة منهم ، وكذلك تحديد ما إذا كان الموقف غريباً أم لا وكيف يمكن للطفل الإفصاح عن هذا الموقف.

(tsang,2003,19-24)- Leung& Li)

ومن هنا انطلقت الدراسة الحالية في محاولة لتقديم برنامج تدريبي سلوكي قائم على العلاج النفسي المتكامل المرتكز على العاطفة لتحسين حدة الصدمة ومهارات حماية الذات للأطفال المساء معاملتهم جنسياً المعاقين ذهنياً القابلين للتعليم، والذي من شأنه أن يساهم في إكساب الأطفال مجموعة من المهارات التي تساعدهم على أن يكونوا أكثر كفاءة في التعامل مع آثار الصدمة الناتجة عن الإساءة الجنسية، بالإضافة إلى تدريبهم على كيفية تطبيق مهارات حماية الذات داخل المنزل، وإكسابهم الفنيات السلوكية التي تمكنهم من التعامل مع المشكلات السلوكية الناتجة عن الإساءة الجنسية التي تظهر عليهم، بالإضافة إلى تعميم المهارات التي يكتسبها الطفل داخل المركز، بما يضمن نجاح وفاعلية البرنامج المُقدّم

للطفل، وكل ذلك ينعكس بدوره على سلوك هؤلاء الأطفال المعاقين، وهذا موضوع الدراسة الحالية.

فقد أثبتت الدراسات أن الطفل المعاق ذهنياً المُساء معاملته جنسياً هو الطفل الذي تم استدرجه وإدماجه في نشاط جنسي لا يفهمه تماماً، ولا يستطيع إعطاء موافقة عليه. ويحدث ذلك من خلال اللمس أو حتى إساءة جنسية لا تتضمن اتصالاً جسدياً مثل عرض صور لنساء أو رجال عراة أمام الطفل أو حتى مشاهدة الطفل فيديوهات لأعمال جنسية من خلال ما يعرض على الطفل على صفحات السوشيال ميديا.

(Barrett A ,et all,2014,10-16)

ومن هنا ظهرت مشكلة هذه الدراسة؛ وذلك لأن معظم الدراسات السابقة التي تناولت هذا الموضوع، بالرغم من قلتها في حدود علم الباحثة، اتخذت عينة الدراسة ولم تتناول جانب حدة الصدمة، ومن هنا انطلقت الدراسة الحالية في محاولة لتقديم برنامج تدريبي سلوكي قائم على العلاج النفسي المتكامل المرتكز على العاطفة لتحسين حدة الصدمة ومهارات حماية الذات للأطفال المُساء معاملتهم جنسياً المعاقين ذهنياً القابلين للتعليم لخفض مستوى الأذى النفسي لديهم ، وهذا هو موضوع الدراسة الحالية.

مشكلة الدراسة:

تتناول الدراسة الحالية ظاهرةً أصبحت تشغل المجتمع بأسره، ولكنها تشغله في صمت، وغير مسموح الإفصاح عنها ألا وهي قضية الإساءة الجنسية أو الاعتداء الجنسي، وخاصةً ضد الأطفال المعاقين ذهنياً فبعد أن كان الاعتداء يقتصر فقط على الإناث أصبح يشمل الإناث، والذكور.

(عادل بضياف، ٢٠١٨، ١-٢١)

ظاهرة الإساءة الجنسية أصبحت في قائمة الأولويات في الجرائم التي تصيب الأطفال المعاقين ذهنياً؛ حيث تقوم الإساءة الجنسية على مجموعة من الأفعال المستهجنة وغير المناسبة تُمارس ضد الضحايا دون رضاهم أو دون رغبتهم، وتحت ستار الإكراه والتهديد ، ويحدث ذلك عند عدم احترام خصوصية الطفل المعاق ذهنياً أو احترام ما يُسمى بالحيز الشخصي له. كأن يقترب المسيء من الطفل أو يتجسس عليه أثناء ارتداء ملابسه، أو أثناء الاغتسال، أو عندما يقوم شخص بملاطفة ومداعبة أعضائه الجنسية وصولاً إلى الاتصال الجنسي الفعلي مع الطفل بعد تهديده أو إكراهه على فعل ذلك. (Cyr ,M. et al,2018,147-167)

ولأن واقع التربية الجنسية في وطننا ومجتمعنا العربي يطرح إشكاليات مختلفة على الجانب السوسيوثقافي في مختلف المنظومات التربوية، وذلك لأن نظرتنا للحياة الجنسية غير مفهومة، وغامضة بل وتعتبر من المواضيع الممنوعة، ومن النقاشات المحرمة على اعتبار أنها تعدي على قيم وتقاليد المجتمع ؛ وهنا نجد أن النظرة التقليدية سيطرت على مجتمعنا بل وانعكس ذلك على الحياة الاجتماعية في صورة انحرافات واعتداءات جنسية وخاصة تلك الموجهة ضد الأطفال المعاقين ذهنياً. ومن هنا فالتربية الجنسية جزء من كل ذلك، لأنها تلعب دوراً مهماً ومكماً في التطور النفسي والجنسي لدى الأطفال المعاقين ذهنياً (حامد زهران ، ١٩٩٥).

وأكدت دراسة (Cyr ,M . et al ,2019,225-236) أن الأطفال المعاقين ذهنياً المُساء إليهم جنسياً أكثر عرضة للإصابة بالاضطرابات النفسية والجنسية بالنسبة لأقرانهم، وأن ٣٠% منهم تُعاد الإساءة له مرة أخرى، مما يؤدي ذلك إلى انحرافهم السلوكي، ويصبحون أنفسهم في المستقبل معتدين على الأطفال جنسياً، ويصاحب ذلك صعوبات ومعاناة في علاقاتهم الشخصية وحياتهم الجنسية فيما بعد .

في حين أشارت دراسة (Van Duin ,E. et al, 2022, 15-21) أن حدوث إساءة جنسية للطفل المعاق ذهنياً لا تؤثر فقط في نفسيته فقط، بل يمتد ذلك إلى الآباء والأمهات مما يزيد مستوى الأسي النفسي لديهم والذي يضم مجموعة من المشاعر والسلوكيات مثل الغضب، والشعور بالذنب، والحزن ، والقلق .

ويُعتبر الاهتمام بإرشاد الأطفال المعاقين ذهنياً في تحسين حدة الصدمة الانفعالية والعاطفية ومهارات الحماية من الإساءة الجنسية نوعاً من التربية التي تساعد الأم والطفل المعاق ذهنياً في مواجهة الاعتداءات الجنسية الواقعة عليه مواجهة واقعية؛ فالتربية الجنسية هي تلك القواعد والأسس والخبرات التي ترسخ في فكر الطفل المعاق ذهنياً ليتمجها في بناء شخصيته، وتوجه خبراته واتجاهاته نحو الحياة الجنسية اتجاهاً إيجابياً ومكماً، مما يجعله قادراً على مواجهة كل المشكلات الجنسية التي تعترض حياته. لذلك كان لزاماً علينا أن نوجه الأمهات وأطفالهن إلى مخاطر الإساءة الجنسية وكيفية السلامة الذاتية منها. (فيكتور سمير، ٢٠٠٢ ، ١-٣٠٣) .

ولأن الإساءة الجنسية التي تحدث للطفل المعاق ذهنياً ماهي إلا عمل مقصود سبق التردد إليه، وأول شرط من شروط حدوثه أن يختلي المسيء بالطفل، ولكي تحدث هذه الخلوة يقوم المسيء بإغراء الطفل بلعبة أو هدية، أو حتى يقوم بتهديده، وعادةً لا يستطيع فعل ذلك غير الأشخاص ذو الصلة الوطيدة بهم ، حيث أثبتت الإحصائيات في الولايات المتحدة الأمريكية أن حوالي ٩٧-٩٩ % من مرتكبي الإساءة الجنسية ضد الأطفال هم أشخاص معروفون لديهم وأيضاً محل ثقة، ومن هنا يأتي دور الأمهات في محاولة من المختصين بإرشادهم، وتعليمهم كيفية حماية أطفالهم من هذه الاعتداءات. (Newberger ,C et al,2014 ,92-102)

حيث يؤكد (صالح الداھري، ٢٠٠٥، ١-٤٣٩) على أهمية البرامج الإرشادية للتخفيف من مستوى القلق الناتج من التعرض لخبرة سيئة أو الناتج من المعاناة النفسية. كما اتفقت معه أمل محمد حسونة (٢٠١٨) على أهمية البرامج الإرشادية وكذلك البرامج التدريبية للتخفيف من آثار ومخاطر الإساءة الجنسية، وما ينتج عنه من زيادة الوعي بالمشكلة ومحو آثارها السلبية .

وكذلك دراسة ليزا (Lisa,2010,618-647) والتي هدفت إلى نقد عدد من الدراسات التي أجريت بين عامي ١٩٨٩ و٢٠٠٢ بهدف تقديم الإرشاد أو العلاج للأطفال المساء إليهم جسماً ، أو جنسياً، أو تعرضوا للإهمال، والتي أكدت على فاعلية برامج الإرشاد المعتمدة على النظرية السلوكية المعرفية، حيث أنها تساعد على التخلص من الخبرات السلبية الناتجة عن التعرض للإساءة الجنسية .

وبناءً على ما سبق فإن اتباع الأساليب التدريبية العلاجية النفسية القائمة على التمرکز حول الانفعال واستخدام البرامج الإرشادية تجعل من القائمين على شؤون الأطفال من آباء، وأمّهات، ومربين، وحتى مؤسسات المجتمع بإمكانها أن تقف حائلاً دون وقوع جرائم مثل هذا النوع ، وانطلاقاً من كون المتخصصين بإمكانهم تقديم يد المساعدة فإن الباحثة تسعى لتقديم برنامج تدريبي للأطفال لتحسين مهارات حماية الذات من الإساءة الجنسية نظراً لما هو مطروح في وسائل التواصل الاجتماعي والسوشيال ميديا من حالات اعتداء جنسي على الأطفال أو حتى الحالات الملموسة لدى أقرانهم، وفي ضوء ما سبق توصلت الباحثة لفكرة الدراسة التالية بعنوان : فعالية برنامج تدريبي سلوكي قائم على العلاج النفسي المتكامل المرتكز على العاطفة لتحسين حدة الصدمة ومهارات حماية الذات للأطفال المساء

معاملتهم جنسياً المعاقين ذهنياً القابلين للتعليم . وفي ضوء ذلك يمكن بلورة وتحديد مشكلة الدراسة في التساؤل التالي:

ما فاعلية برنامج تدريبي سلوكي قائم على العلاج النفسي المتكامل المرتكز على العاطفة لتحسين حدة الصدمة ومهارات حماية الذات للأطفال المساء معاملتهم جنسياً المعاقين ذهنياً القابلين للتعليم؟

وينبثق من هذا التساؤل عدة تساؤلاتٍ فرعية لمشكلة الدراسة تتبلور في الأسئلة التالية:

١. ما فعالية برنامج تدريبي سلوكي قائم على العلاج النفسي المتكامل المرتكز على العاطفة لتحسين حدة الصدمة ومهارات حماية الذات للأطفال المساء معاملتهم جنسياً المعاقين ذهنياً القابلين للتعليم ؟

٢. ما إمكانية استمرارية فعالية برنامج تدريبي سلوكي قائم على العلاج النفسي المتكامل المرتكز على العاطفة لتحسين حدة الصدمة ومهارات حماية الذات للأطفال المساء معاملتهم جنسياً المعاقين ذهنياً القابلين للتعليم؟

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى:

١. إعداد برنامج تدريبي سلوكي قائم على العلاج النفسي المتكامل المرتكز علي العاطفة لتحسين حدة الصدمة ومهارات حماية الذات للأطفال المساء معاملتهم جنسياً المعاقين ذهنياً القابلين للتعليم.

٢. التحقق من فعالية البرنامج التدريبي سلوكي قائم علي العلاج النفسي المتكامل المرتكز علي العاطفة لتحسين حدة الصدمة ومهارات حماية الذات للأطفال المساء معاملتهم جنسياً المعاقين ذهنياً القابلين للتعليم.

أهمية الدراسة:

ترجع أهمية الدراسة الحالية إلى أهمية موضوع الدراسة ذاتها، وأهمية العينة موضع الدراسة، وكذلك النتائج التي قد تسفر عنها، وتتمثل أهمية الدراسة في الأهمية العلمية النظرية، والأهمية العلمية التطبيقية.

أولاً: الأهمية النظرية:

١- تُسهم الدراسة الحالية في إثراء الأطر النظرية النفسية التي تهتم بدراسة الإساءة الجنسية لدى الأطفال المعاقين ذهنياً.

٢- دراسة ظاهرة الإساءة الجنسية في مرحلة الطفولة وآثار الصدمة- توضيح مشكلة الإساءة الجنسية وما يترتب عليها من آثار نفسية للأطفال والأمهات.

ثانياً: الأهمية التطبيقية:

١- التعرف على فعالية برنامج تدريبي سلوكي قائم على العلاج النفسي المتكامل المرتكز على العاطفة؛ لتحسين حدة الصدمة ومهارات حماية الذات للأطفال المساء معاملتهم جنسياً المعاقين ذهنياً القابلين للتعليم.

٢- تسفر نتائج الدراسة الحالية عن نتائج تفيد العاملين في مجال الإرشاد والعلاج على المستويين الإنمائي والوقائي.

٣- بناء عدد من المقاييس ذات الخصائص السيكومترية التي تُستخدم في دراسات أخرى.

٤- حاجة المدارس لمثل هذه الدراسات والتي تسهم في تطوير عمل الأخصائي النفسي داخل المدرسة الخاصة.

مصطلحات الدراسة وتعريفاتها الإجرائية:

(١) المعاقين ذهنياً القابلين للتعليم :

هم الأطفال غير العاديين الذين يعانون من قصور عقلي ترتب عليه آثار اقتصادية أو اجتماعية أو ذاتية بينهم وبين تعلم وأداء بعض الأعمال والأنشطة الفكرية أو الجسمية التي يؤديها الفرد العادي بدرجة كافية من المهارة والنجاح .

وتوجد عدة فئات للمعاقين ذهنياً وهي التخلف العقلي البسيط (القابلين للتعليم) الذي يتراوح نسبة ذكائهم بين (٥٠ : ٧٠ - ٧٥)، والتخلف العقلي المتوسط. (قحطان الظاهر، ٢٠١٠، ٢٩٥).

(٢) الإعاقة العقلية البسيطة (القابل للتعليم) : Mild . M . R Educable

وتحدد الباحثة الإعاقة العقلية البسيطة إجرائياً في الدراسة الحالية بأنها " أقل درجات النقص العقلي والطفل ذو الإعاقة البسيطة هو (الطفل القابل للتعليم)، وهو من كان سنه الزمني بين السادسة والثامنة، ونسبة ذكائه من (٥٠ : ٧٥) والقابلين للتعليم وهم أقرب ما يكونوا إلى الطفل السوي ولا سيما المراتب العليا منهم وهو الطفل المساء معاملتهم جنسياً، وتظهر عليه أعراض الصدمة وتدني مهارات حماية الذات والملتحق بإحدى دور التربية الفكرية والخالي من أية إعاقة أخرى مثل تلف المخ أو أي إعاقة حسية أو جسمية.

(٣) الإساءة الجنسية للطفل:

وتُعرف الإساءة الجنسية وفقاً للقانون الفيدرالي لوقاية وعلاج سوء معاملة الأطفال في الولايات المتحدة الأمريكية (Federal child abuse (2019) Prevention and treatment : بأنها توظيف، أو استخدام، أو تحريض،

أو إقناع، أو إغراء، أو إكراه أي طفل للإنخراط في أو مساعدة أي شخص آخر على الإنخراط في أي سلوك جنسي صريح أو محاكاة مثل هذا السلوك بغرض إنتاج تصوير مرئي لهذا السلوك، أو بغرض الاغتصاب ، أو التحرش ، أو الدعارة ، أو أي شكل من أشكال الاستغلال الجنسي للأطفال. (Shannon & Glenn, 2009, 15-21).

ويعرف إجرائياً بأنه: هو الطفل المعاق ذهنياً المساء معاملته جنسياً، وتعرض لصدمة عاطفية وتم الانغماس في سلوكيات جنسية مع الطفل الذي لا يستطيع الموافقة عليها، وتتسم هذه السلوكيات باستخدام وسائل القمع أو الإكراه للطفل على الخوض في هذه السلوكيات الجنسية سواء كانت بطريقة مباشرة أو غير مباشرة، وقد تكون هذه السلوكيات مع شخص من نفس النوع أو من النوع الآخر.

(٤) الصدمة المركبة:

هي الأعراض العاطفية والمعرفية الأولية لاضطراب الصدمة المعقدة، وهي مزيج من أعراض التجنب والأعراض التداخلية وأعراض الاكتئاب من الأفضل التفكير في العواطف على أنها مزيج من قوى (البيئة - ووعي الجسم أو الاحساس المحسوس - العقل) الذي يصنع المعنى من التجارب بناءً على ذكريات من الماضي، وعندما تعتمد بشكل كبير على مشاعرك المرتبطة بالصدمة فأنت تتصرف كما لو كنت تتأذى في الوقت الحاضر. ونتيجة لذلك قد تفقر بسرعة كبيرة إلى الإستنتاجات دون توقف للتفكير وتؤدي هذه التفسيرات غير الدقيقة لإحداث خسائر مؤلمة كان من الممكن تجنبها. (Ford, 2021).

ويعرف إجرائياً بأنه الدرجة التي يحصل عليها الطفل من مقياس أعراض الصدمة، وهو تضافر عدة مثيرات نفسية ممتزجة، وتفاعل عدة

عوامل نفسية غير محلولة، واندماج عدة ضغوط نفسية مترابطة ومتشابكة، وتتسم كتلة هذا الخليط بالتعقيد لدرجة يصعب اختراقها إلا بحرفية مطلقة فالطفل هو أكثر معاناة وكدرًا وتعكرًا، والصدمة المركبة هنا ذات مكونات جنسية.

(٥) مهارات حماية الذات من الإساءة الجنسية :

تعرف مهارات حماية الذات بأنها تنقيف الطفل وتوعيته وتزويده ببعض المعلومات المبسطة حول الإساءة الجنسية، وكذلك تدريبه على استراتيجيات المواجهة الفعالة، والتصرف بشكلٍ ناجحٍ مثل أن يصرخ أو يبتعد عن الغريب وذلك للحفاظ على نفسه في وضعٍ آمنٍ. (خالد العجمي، ٢٠١٦، .)

تعرف الباحثة مهارات حماية الذات من الإساءة الجنسية إجرائيًا بأنها " الدرجة التي يحصل عليها الطفل من مقياس مهارات حماية الذات من الإساءة الجنسية، وهي عملية توعية وتنقيف الأطفال وأمهاتهم وتزويدهم ببعض المعلومات السهلة البسيطة حول الإساءة الجنسية، وكذلك تدريبهم على استراتيجيات المواجهة الفعالة، والتصرف السليم وبشكلٍ ناجحٍ كأن يصرخ أو يهرب من الموقف وأن يبتعد عن الغريب وأن يمتلك مهارات اللجوء إلى أحد عند تعرضه للاعتداء، وامتلاك القدرة على التمييز بين المقاطع والصور المعروضة على الطفل أثناء استخدامه لوسائل الميديا المختلفة.

(٦) برنامج العلاج النفسي التكاملي المرتكز حول العاطفة :

ويعرف إجرائيًا بأنه هو ناتج عقد (٤٢) جلسةً من جلسات برنامج العلاج النفسي التكاملي المرتكز حول الانفعال العاطفي.

وهو البرنامج الإطاري الشامل المتكامل المرتكز حول الانفعال العاطفي لإحالتهم إلى الإيجابي من خلال استراتيجيات وفنيات متفردة مثل: التعديل الإيجابي للإدراكات، وإعادة معايشة الخبرات، والتعرض والمواجهة للمثيرات، وحل جروح الصدمات وتضميدها، والتعامل مع الانفعالات غير المحلولة، والارتقاء بالخبرات، وهو برنامج مخطط له ومنظم في ضوء أسس علمية لتقديم خدمات الإرشاد المباشر وغير المباشر فردياً وجماعياً لجميع من تضمهم المؤسسة بهدف مساعدتهم في تحقيق النمو السوي والقيام بالاختيار الواعي المتعلق، ولتحقيق التوافق النفسي، وتنفذه الباحثة المؤهلة لذلك، وهو برنامج مخطط ومنظم يتضمن عدد من التدريبات والأنشطة المخططة والمنظمة الموجهة للأطفال المساء إليهم جنسياً قائم على النظرية السلوكية التي تعتبر أن سلوك الفرد قابل للتعديل أو التغيير عن طريق استخدام مجموعة من الفنيات السلوكية لتحسين بعض مهارات حماية الذات من الإساءة الجنسية للأطفال خلال فترة زمنية محددة ، والقيام بتدريبهم عليها من خلال عدة جلسات لدعم عملية حماية الذات والسلامة الذاتية للأطفال من خطر التعرض لآثار الصدمة الناتجة عن الإساءة الجنسية بعد انتهاء البرنامج.

محددات الدراسة:

١- محددات منهجية:

أ- منهج الدراسة : تعتمد الدراسة الحالية على المنهج شبه التجريبي ذي المجموعة الواحدة .

ب- عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من فئة من الأطفال المعاقين ذهنياً المساء معاملتهم جنسياً المحدد قوامها (١٠) من الأطفال بالمستوى الثاني بمدرسة ناصر للتربية الفكرية، وتراوح أعمارهم ما بين (٦-٨) سنوات، وقد تم التجانس بين المجموعة في متغيرات (العمر الزمني (٦-٨) - مستوى

الذكاء نسبة ذكائهم بين (٥٠ : ٧٠ - ٧٥) - المساء معاملتهم جنسياً -
أعراض الصدمة - مهارات الحماية من الإساءة الجنسية).

ج- أدوات الدراسة : استخدمت الباحثة الأدوات التالية:

• مقياس ستانفورد بينيه للذكاء - الصورة الخامسة. تعريب صفوت فرج
(٢٠١٦)

• مقياس أعراض الصدمة للإساءة الجنسية (إعداد: الباحثة)

• مقياس مهارات الحماية من الإساءة الجنسية للطفل (إعداد: الباحثة)

• برنامج تدريبي سلوكي قائم على العلاج النفسي المتكامل المرتكز على
العاطفة (إعداد: الباحثة)

٢- المحددات المكانية: تم تطبيق البرنامج المستخدم بالدراسة الحالية في
مدرسة ناصر للتربية الفكرية (مستوي الثاني) التابعة لمديرية التربية والتعليم
بمحافظة البحيرة .

٣- المحددات الزمنية : تم تطبيق البرنامج خلال الفترة من
(١٠/١ / ٢٠٢٣ حتى ٢٤ / ١٢ / ٢٠٢٣)، واستغرق فترة ثلاثة أشهر بواقع
(١٢) أسبوعاً، بواقع (٤٢) جلسة.

الإطار النظري والدراسات السابقة :

المبحث الأول:الأطفال المعاقين ذهنياً: Intellectual Disabilities

**معايير تشخيص اضطراب النمو الذهني Intellectual
Developmental Disorder .**

اضطراب النمو الذهني هو اضطراب، يبدأ خلال فترة التطور مشتملاً
على العجز في الأداء الذهني والتكيفي في مجال المفاهيم والمجالات
الاجتماعية والعملية، ويجب أن تتحقق المعايير الثلاثة التالية:

- أ- **القصور في الوظائف الذهنية:** مثل التفكير، وحل المشكلات، والتخطيط، والتفكير التجريدي، والمحاسبة، والتعلم الأكاديمي، والتعلم من التجربة، والتي أكدها كل من التقييم السريري واختبار الذكاء المعياري الفردي.
- ب- **إن القصور في وظائف التكيف:** يؤدي إلى الفشل في تلبية المعايير التطورية والاجتماعية والثقافية لاستقلال الشخصية والمسؤولية الاجتماعية. ودون الدعم الخارجي المستمر، فالعجز في التكيف يحد من الأداء في واحد أو أكثر من أنشطة الحياة اليومية مثل التواصل، والمشاركة الاجتماعية، والحياة المستقلة، عبر بيئات متعددة، مثل البيت والمدرسة والعمل والمجتمع.
- ج- **بداية العجز الذهني والتكيفي خلال فترة التطور.**

ملاحظة: إن مصطلح (الإعاقة الذهنية) هو المعادل للمصطلح المستخدم في (ICD-11) لتشخيص الاضطراب النمائي الذهني. فرغم أن الإعاقة الذهنية هي المصطلح المستخدم في هذا الدليل، فقد تم استخدام كلا المصطلحين في العنوان لتوضيح العلاقة مع نظم التصنيف الأخرى. علاوةً على ذلك، فالقانون الاتحادي في الولايات المتحدة (القانون العام 111 - 256، القانون روزا) استبدل مصطلح التخلف العقلي بمصطلح الإعاقة الذهنية، كما تستخدم المجالات البحثية مصطلح الإعاقة الذهنية وبالتالي، فالإعاقة الذهنية هو المصطلح الشائع عند الاستعمال من قبل المهن الطبية، والتعليمية، وغيرها ومن العموم والجماعات المساندة. (APA,2023 39-45)

تعتبر فئة الأطفال المعاق ذهنياً من ذوي الاحتياجات الخاصة من أبناء المجتمع بحاجة ماسة إلى المزيد من الرعاية والاهتمام بهم وبالأخص إذا كان الطفل يعاني أيضاً من الإساءة الجنسية، فقد أوصت بعض المشروعات العالمية التي اهتمت بالطفل المعاق ذهنياً ومنها مشروع المحافظة (SOSO)، وبعض الدراسات ومنها دراسة: فورست جان. (Jan, F).

(1988)، بأهمية إعداد المزيد من البرامج التي تتناسب مع قدراتهم وإمكاناتهم المتاحة، وذلك لتحقيق مبدأ تكافؤ الفرص واعتبارهم قوى فعالة في المجتمع، ويُعد الأطفال المعاقون ذهنياً ضمن فئة ذوي الاحتياجات الخاصة التي تحتاج إلى أساليب رعاية وتعلم خاصة بهم لكي يسمح لهم بالاستفادة إلى أقصى حد ممكن من قدراتهم والتواصل الاجتماعي.

وأن الاهتمام بتلك النوعية من الأطفال يحميهم من الإحباط الناشيء عن آثار الصدمة النفسية الناتجة عن سوء معاملتهم جنسياً.

هو الطفل غير العادي الذي يعاني من قصور عقلي ترتب عليه آثار اقتصادية أو اجتماعية أو ذاتية بينه وبين تعلم وأداء بعض الأعمال والأنشطة الفكرية أو الجسمية التي يؤديها الفرد العادي بدرجة كافية من المهارة والنجاح، وتوجد عدة فئات للمعاقين ذهنياً وهي التخلف العقلي البسيط (القابلين للتعليم) الذي يتراوح نسبة ذكائهم بين (٥٠ : ٧٠ - ٧٥) ، والتخلف العقلي المتوسط. (قحطان الظاهر، ٢٠١٠، ٢٩٥).

الإعاقة العقلية البسيطة (القابل للتعليم) : Mild. M. R Educable

وتحدد الباحثة الإعاقة العقلية البسيطة إجرائياً في الدراسة الحالية بأنها " أقل درجات النقص العقلي ، والطفل ذو الإعاقة البسيطة هو (الطفل القابل للتعليم) وهو من كان سنه الزمني بين السادسة والثامنة ، ونسبة ذكائه من (٥٠ : ٧٥) ، والقابلين للتعليم وهم أقرب ما يكونوا إلى الطفل السوي ولا سيما المراتب العليا منهم وهو الطفل المساء معاملتهم جنسياً، وتظهر عليه أعراض الصدمة وتدني مهارات حماية الذات والملتحق بإحدى دور التربية الفكرية والخالي من أية إعاقة أخرى مثل تلف المخ أو أي إعاقة حسية أو جسمية.

خصائص الطفل المعاق ذهنياً:

• أولاً: الصفات الجسمية:

يتميز بـ (ضعف عام وعادةً ما يحدث قبل دخولهم المدرسة، معدل نمو أقل في تقدمه بالنسبة لمتوسط معدل نمو الأطفال العاديين فهو أقل وزناً وطولاً ، احتمال ضعف السمع، عيوب في الكلام، سوء التغذية ، وعيوب بصرية، كسول بسبب اعتلال صحته، نسبة كبيرة منهم تعاني من أمراض الأنيميا والأمراض الطفيلية واضطرابات الحواس التي تؤثر سلباً في عملية التعلم، والتي تعتمد أساساً على الحواس وتتطلب تركيز الانتباه واليقظة والقدرة على الفهم والاستيعاب). (مجدي عزيز إبراهيم، ٢٠٢٢، ٢٤٤)، (قحطان الظاهر، ٢٠١٠، ٢٩٦)، (William Torgerson, 1957).

• ثانياً: العوامل الشخصية :

شخصية أي فرد على درجة من التعقد وبصعب وصفها وصفاً دقيقاً، ورغم ذلك فقد اعتقد البعض بأن شخصية الطفل المعاق ذهنياً تتصف بالضعف العام، ويقودهم ذلك للقول بأنهم (أقل تكيفاً من الأطفال العاديين، كثير الاعتماد على الآخرين، عدم الثقة بالنفس، احترام زائد للآخر، وهناك بعض الصفات المشتركة مع العاديين وهي (الطاعة والعطف، التعاون، الأنايية، الحماية والكرم). (توما خوري، ٢٠٠٢، ٥٥-٥٦).

• ثالثاً: الخصائص الذهنية والمعرفية:

ضعف القدرة على (التذكر، الاستنتاج، الاستدلال، وربط الأسباب بمسبباتها، التفكير المجرد، التعميم، انخفاض الحصيلة اللغوية، التفكير العياني في وصف الأشياء، انخفاض القدرة اللفظية، صعوبة تركيز الانتباه لفترة طويلة، انخفاض القدرة على التصرف والتمييز والتحليل بدرجة كبيرة). وتؤثر هذه الخصائص سلباً في عملية التعلم لدى التلميذ . (مجدي عزيز إبراهيم، ٢٠٠٢، ٢٤٥).

• رابعاً: الخصائص الاجتماعية والانفعالية:

فهو يعتبر (غير ناضجاً في علاقاته الاجتماعية ، ويتصرف بشكلٍ غير لائق لفظياً واجتماعياً، يميل إلى الاعتماد على الآخرين، ويفتقر إلى الاستقلالية، سهل الانقياد للسلوك الجانح ، يميل الكثير منهم إلى السلوك العدوانى كحالة من التنفيس عن الفشل، مفهوم الذات لديهم منخفض وذلك بسبب نظرة الآخرين لهم، نقص في الثقة بالنفس). (قحطان الظاهر، ٢٠١٠، ٢٩٦-٢٩٧).

• خامساً: الخصائص التعليمية:

يتميز الطفل المعاق ذهنياً بالخصائص التعليمية الآتية: (لا يفكر جيداً فهو أقل تخيلاً، أقل مقدرةً على التنبؤ بنتائج الأعمال سواء الواضحة منها أو الخفية، يميل للوصول إلى النتائج دون التفكير في الاحتمالات الأخرى من غير أن يستفيد بكثرة التأمل في الموضوع الذي يبحثه، على استعداد لقبول أقرب حل أو نتيجة أكثر من كونه حذراً وتكون النتائج سريعةً، قلق ويفقد ميله لنشاط إذا ما تأجلت النتائج أو كانت غير ملموسةً، مستعد للاشتراك في أي نشاط دون تفكير، يعمل ببطء شديد ولا ينهي العمل في الوقت المحدد له أو يعمل بإهمال دون إتقان، ضعيف التنظيم وطاولته في غرفة النشاط تتسم بالفوضى وعدم الترتيب، يصل الفصل متأخراً ويتكأ في الخروج بعد نهاية الدرس، يفقد واجباته المدرسية، يفترق إلى مهارات الدراسة ولا يعلم كيف ينظم عمله ووقته، لا يستطيع تنظيم أوقات فراغه ويتصرف بحماقة أو يعيد النشاط نفسه بشكلٍ متكررٍ عندما يمنح حرية الاختيار) (سالي ليبيرمان سميث، ١٩٩٢، ١٠٥).

جوانب التأخر عند الأطفال المعاقين ذهنياً:

• **الجانب العقلي:** يكون بطيء التعلم نتيجة انخفاض مستوى القدرات العقلية للطفل، وللكشف عن هذا التأخر يمكن اللجوء إلى حساب معدل الذكاء، ويظهر التأخر العقلي قبل سن الثامنة عشر.

• **الجانب النفسي:** وهو بطيء التعلم الناتج عن الاضطرابات في شخصية الطفل، والتي تسبب المشاكل النفسية مثل القلق، والخوف، والانطواء، والصعوبات الناتجة عند اندماج الطفل بأقرانه، بالإضافة إلى الظروف غير المشجعة للتعلم والمثيرات الخارجية.

• **الجانب الاجتماعي:** ويكون نتيجة للأوضاع الصعبة التي تؤثر على شخصية الطفل بصورة سلبية مثل الطلاق، التفكك الأسري، عدم الانسجام بين الطفل والبيئة المحيطة (توما خوري، ٢٠٠٢، ٦٠-٦١).

أسباب الإساءة:

يرجع أسباب الإساءة إلى تضافر عدة عوامل وهي: أسباب (بيولوجية، نفسية، خاصة بالأسرة والمدرسة)، فيما يلي:

• **أولاً: الأسرة:** إن للأسرة تأثير كبير في تنشئة الطفل المعاق ذهنيًا، وخصوصًا في سنواته الأولى، فهي ترسم الملامح الأساسية لما سيكون عليه الطفل مستقبلاً، لذلك يمكن تجزئة المتغيرات المتعلقة بالأسرة على النحو التالي: (أساليب المعاملة الوالدية (السيطرة والتحكم، الحماية الزائدة، التذبذب، التفرة، الإهمال) جميعها أساليب غير تربية، حجم الأسرة، ترتيب الطفل، حوادث الفراق، الخلاف الأبوي).

• **ثانياً: المستوى الاجتماعي والاقتصادي المتدني:** إن المستوى الاجتماعي والاقتصادي المتدني بشكل عام يرتبط بإساءة إلى الطفل المعاق أكثر من غيره من المستويات فهو يزيد من تعرقل استخدام قدراته.

• **ثالثاً: المستوى الثقافي للوالدين:** فالعلاقة بين الأطفال والآباء خصوصاً في مرحلة الطفولة المبكرة، إذ أن لها تأثير كبير في تشكيل انفعالات ومشاعر الأطفال سواء إيجابية أو سلبية، فإذا كانت العلاقة سلبية شعر الأطفال بالإهمال المقصود وغير المقصود، ونحن نعرف أن هذه المرحلة حساسة في رسم الملامح الأساسية لما سيكون عليه الطفل المعاق ذهنياً.

• **رابعاً: المشاكل الصحية:** إن الغذاء مهم في عملية البناء، وأي نقص فيه يؤدي إلى أثر سلبي في عطاء وفاعلية الطفل النفسية والاجتماعية .

• **خامساً: مفهوم الذات:** يمكن الافتراض بشكلٍ عامٍ أن مفهوم الذات لدى الأطفال المعاقين ذهنياً أدنى من مفهوم الذات لدى أقرانهم العاديين .

• **سادساً: القصور في العمليات النمائية وخصوصاً الانتباه والذاكرة والإدراك:** إن التعلم لدى الطفل المعاق ذهنياً يحتاج إلى انتباه وتركيز، فلا يمكن أن يكون هناك تعلم دون انتباه، كما يتطلب ذاكرة بصرية وسمعية وإدراك بصري، وسمعي، وحركي، وأي قصور سيؤدي سلباً في التعلم. (قحطان الظاهر، ٢٠١٠، ٢٥١-٢٦٦)

أعراض الإساءة للطفل المعاق ذهنياً وكيفية اكتشافها :

من خلال (الحركة المفرطة / بطء الاستيعاب / تشتت الانتباه/ ضعف التواصل الاجتماعي/ صعوبة في الاستماع أو التفكير أو الكلام / منخفض في تعلم الأنشطة التربوية تقريباً / مشاكل في السلوك التكيفي: (مهارات التواصل- مهارات الحياة اليومية - التعامل مع الأقران - التعامل مع مواقف الحياة اليومية) . (الخطيب الزبدي، ١٠، ١٩٩١) .

ما يجب على معلمة الطفل المعاق ذهنياً المُساء معاملته جنسياً:

يجب أن: (تدعم ثقة الطفل بنفسه، تحسين ظروف التفاعل داخل غرفة القاعة، التنسيق والمشاورة مع الأهل، تقييم الطفل ومعرفة أماكن القوة والضعف عنده، دراسة الواقع الاجتماعي للطفل ومحاولة فهمه، التدخل لحل المشكلات التي يعاني منها الطفل بالطريقة التي تتناسب معه، محاولة دمج الطفل في مجموعات مع أقرانه، تقديم الأنشطة التي تتقارب مع مذكراته والواقع المحيط به ، توفير العديد من الخامات والوسائل التي تساعد الطفل على الدعم النفسي.

وقد أكدت بعض الدراسات مثل دراسة ملاك اسكندر (١٩٩٢)، ودراسة رود براملد (1995)، ودراسة محمد إبراهيم عبد الحميد (١٩٩٦) ودراسة أميرة طه بخش (٢٠٠١)، على أهمية إشراك الأطفال المعاقين ذهنياً في الأنشطة اللاصفية في المدرسة، وهذا بدوره يعطي الطفل ثقة بالنفس، فمن خلال النجاح الذي يحققونه في الأنشطة اللامنهجية تتغير صورتهم عن الذات وتتحول من صورة سالبة لصورة موجبة، مما يشجعهم على التعلم بصورة أفضل.

استراتيجيات تربية وتدريب الطفل المعاق ذهنياً القابل للتعليم:

هناك مجموعة من الأسس العامة التي يجب مراعاتها في أثناء تربية وتدريب الطفل المعاق ذهنياً، ولديه اضطرابات نفسية نتيجة الصدمة التي يتعرض لها من سوء المعاملة الجنسية.

١. يجب التدرج في أثناء العملية التعليمية من السهل إلى الصعب .
٢. أن يقوم الطفل بالتعبير عن نفسه والتعليق اللفظي على الأشياء والصور والمواقف المختلفة التي يتعرض لها مما سوف يخدم تكوين مفرداته، ويزيد

من فهمه للمواقف، ويساعد على تذكره وتعرفه للأشياء وأيضًا تكوين المفاهيم.

٣. إيجاد مواقف وأنشطة اجتماعية وتعليمية مختلفة لتعزيز عملية التعاون والتواصل الاجتماعي بينه وبين الأقران والمحيطين.

٤. إعادة وتكرار ما نقوم بتعليمه وإكسابه للطفل من حين إلى آخر بقدر الإمكان.

٥. أن نقوم بإكساب مهارة التواصل اللفظي والمهارة الاجتماعية على مراحل وأجزاء، ولا يتم الانتقال من جزء إلى آخر إلا بعد التأكد من نجاح التعليم في الجزء السابق.

٦. استخدام أكثر من مثير بيئي وأكثر من طريقة لتوصيل مفهوم معين.

٧. التعزيز الإيجابي والإثابة في حالة السلوك اللغوي والاجتماعي المرغوب أو النطق.

٨. مراعاة وجود فترات راحة بعد كل مرحلة والتي تليها. (فاروق الروسان، ١٨٨).

ومما سبق يتضح أنه عند تقديم الدعم النفسي نتيجة الصدمة للطفل المعاق ذهنيًا يجب: استخدام الجلسات (الفردية - التعاوني) لأنه يقوم بدور هام في تعلم الطفل المعاق ذهنيًا الثقة بالنفس - والتكلم عن مشكلة والتواصل، وفي تنمية الاتصال اللفظي بين الأطفال داخل فرق صغيرة، فالأطفال يحتاجون إلى التحدث مع بعضهم البعض عن ملاحظاتهم وأفكارهم لمساعدتهم في عملية دعم الثقة بالنفس، والأطفال يمكن تقسيمهم إلى مجموعات صغيرة توجه علميًا في ضوء مستوى القدرة لكي تخدم حاجاتهم الفردية والاختلافات الموجودة بين الأطفال.

ولذلك سوف تقوم الباحثة باستخدام أكثر من طريقة من طرق العلاج التربوي النفسي المتمركز حول العاطفة (الإنفعالات) والاستفادة منهم جميعًا

في أثناء إعداد البرنامج التدريبي السلوكي الخاص بهؤلاء الأطفال وفي أثناء تعليمه التطبيق .

تعقيب الباحثة على الدراسات المرتبطة بالدراسة الحالية:

١. الاهتمام بتنمية مهارات حماية الذات وتعميمها على جميع المراحل العمرية والتعليمية بدايةً من الطفولة المبكرة؛ لما لها من أثرٍ إيجابيٍّ على المجتمع ككل.

٢. إن القدرة على تعديل السلوك يمكن تحسينها على جميع الأعمار، وذلك بتعلم كيفية التفكير الجيد من خلال العلاج النفسي المتكامل المرتكز على العاطفة لتحسين حدة الصدمة والتواصل الاجتماعي.

٣. هناك ارتباط وثيق بين تنمية مهارة حماية الذات وتعديل اضطرابات السلوك والتواصل الاجتماعي.

٤. أن الطفل المعاق ذهنياً له القدرة على تعلم مهارات حماية الذات في المواقف الحياتية المختلفة، من خلال أنشطة تدريبية متنوعة ومختلفة ومتكاملة قائمة على العلاج النفسي، لتحفيز احتياجاته وتنمية قدراته.

المبحث الثاني: الإساءة الجنسية Sexual abuse:

يُشير طلعت منصور غبريال (٢٠٠١) إلى أن مفهوم إساءة المعاملة والإهمال لدى الأطفال يتسع ليشمل حالات عديدة من سوء المعاملة بما في ذلك الأساليب الخاطئة في التنشئة، أيضاً صدمات الطفولة الناتجة عن تعرضهم لخبرات مؤلمة، وهذه الخبرات تعطل وتعرقل ارتقاؤهم النفسي، ولا شك أن تعرض الأطفال لصدمة الإساءة لها تبعات، وعواقب تأخذ شتى مظاهر مشكلات الصحة النفسية للأطفال والتي تؤثر بعد ذلك في نموهم النفسي .

وترى سهى أحمد أمين (١٩٩٨) أن الإساءة الجنسية نمط معقد من أنماط سوء المعاملة، والذي ينتج عنه تأثيرات خطيرة على الطفل ضحية التعرض له، وربما لا يفتقرن بالإساءة الجنسية، أو لا ينتج عنها أعراضاً بدنية ظاهرة، كما أن المؤشرات السلوكية قد تكون غامضة أو ربما يمكن عزوها إلى أسباب أخرى .

وقد أكدت دراسة (Irene,2000,199-215) على تضمن مفهوم الإساءة الجنسية لشقين أساسين أحدهما إجبار طفل قاصر أو مراقب على ممارسة نشاط جنسي لا يفهمه، والآخر انتهاك حرمة الأسرة اجتماعياً .

كما أشارت دراسة (Goebel,2010,87-95) إلى أن استغلال الأطفال والمراهقين جنسياً (ذكوراً كانوا أو إناثاً) يُعد إحدى صور إساءة المعاملة الجنسية، وتكمن خطورة هذا النوع من الإساءة في أنه يمارس بصورة خفية بعيدة عن الأنظار.

ومن ناحية أخرى تعرف الجمعية الطبية الأمريكية American Medical Association الإساءة الجنسية للطفل بأنها الانغماس في سلوكيات جنسية مع الطفل لا يستطيع الطفل الموافقة عليها، وتتسم هذه السلوكيات باستخدام وسائل القمع، أو الإجبار للطفل على الخوض في هذه السلوكيات الجنسية سواء كانت بطريقة مباشرة أو غير مباشرة، وقد تكون هذه السلوكيات مع شخص من نفس النوع، أو من النوع الأخر (ذياب البدانية، ٢٠٠٠، ١٦٧-٢١٣) .

ويتفق رأي الباحثة مع الرأي السابق لرأي الجمعية الطبية الأمريكية (AMA) في أن غالبية الأطفال تُساء معاملةً جنسيةً من قِبَل أشخاص يعرفونهم.

ويذكر Jordan (٢٠٠٢) أن المتعرضين للإساءة الجنسية من الأطفال تكون الاحتمالية الأكثر مُنصبة على الأفراد المعروفين جيداً للطفل المُساء إليه جنسياً مثل أحد أفراد الأسرة، أو القائمين علي رعايته الشخصية أو

المشرفين على تنقلاته من المنزل إلى المدرسة أو أحد المدربين في النوادي(سعيد عبد الغني، ٢٠٠٥، ١٧٩-٢١٧) .

كما أشارت دراسة (Baba tsikos , 2010, 107-129) إلى أن الإساءة الجنسية للأطفال يترتب عليها مجموعة من الآثار النفسية مثل الخجل، ولوم الذات، والاكتئاب، والقلق، وما يُطلق عليه اكتئاب ما بعد الصدمة، والميل إلى إعادة الإيذاء في مرحلة البلوغ؛ ومن هنا أصبحت الإساءة الجنسية للأطفال عاملاً من عوامل الخطر لارتكاب الكثير من الأذى الذي يلحق الضرر بالنفس وبضحية أخرى، ويُصبح ذلك واضحاً بعد سنوات عدة من حدوث الاعتداء.

نسبة انتشار الإساءة الجنسية :

أشارت دراسة فيصل العجمي (٢٠٠٧) وفقاً لما ذكرته منظمة الصحة العالمية بشأن الإساءة إلى الأطفال الى أن (١٥٠) مليون من البنات، و (٧٣) مليون من الأولاد دون الثامنة قد تعرضوا إلى عنف جنسي واستغلال تضمن اتصالاً جنسياً في بعض الحالات .

وبصدد الإحصائيات في الدراسات العربية بشأن الإساءة الجنسية للأطفال فهي قليلة جداً وفقاً لحدود علم الباحثة، وذلك لطبيعة هذا الموضوع فالإساءة الجنسية للأطفال تعد من الموضوعات المحظورة في المجتمع العربي .

فجاءت دراسة (موسى جبريل، ٢٠١٢) لتفصح عن إحصائيات حول انتشار الإساءة الجنسية لدى الأطفال في الأردن حيث احتلت الإساءة الجنسية المرتبة الثالثة بعد الإساءة النفسية، والإهمال، فالإهمال (٦٤%) والإساءة الجسدية (٢٥%)، والإساءة الجنسية (١١%) .

ومن ناحية أخرى جاءت دراسة (منى عمران، ٢٠٠٨) على عينة بلغ عددها (٣٢٧) طفلاً من أطفال المؤسسات، والتي أسفرت عن تعرض ٥٣% من الأطفال للإساءة الجنسية في مصر .

كما أوضحت دراسة (محمد مختار، ٢٠٠٢) أن الاعتداء الجنسي على الأطفال يمثل (١٨%) من إجمالي الحوادث المتعلقة بالطفل .

وتجد الباحثة من الإحصائيات السابقة أن هناك مؤشر خطر من تزايد تعرض الأطفال المعاقين ذهنياً للإساءة الجنسية، وذلك تزامناً مع تدهور الأوضاع الأخلاقية لدى بعض الفئات بسبب ما يتم عرضه وسماعه من وسائل التواصل المختلفة، ورغم ما تم عرضه من إحصائيات إلا أن الأرقام الحقيقة بشأن هذا الموضوع ليست معلنة؛ لأن حالات الإساءة الجنسية أو حتى التحرش الجنسي لا يبلغ عنها وليست كل الحالات معلنة في حقيقة الأمر .

الطفل المعاق ذهنياً المُساء إليه جنسياً :

هو ذلك الطفل المعاق ذهنياً الذي يكون لديه بعض الصفات الجسدية، والعاطفية التي تقلل من حصانته، ومن قدرته أمام الوقوف ضد الإساءة، ونتيجة تفاعل تلك الصفات مع عوامل الإغراء يقع الطفل ضحية، وفريسة للإساءة الجنسية (منى عمران، ٢٠٠٨) .

أسباب تعرض الطفل للإساءة الجنسية :

- محدودية قدرة الطفل على الحركة، مما يتسبب في صعوبة الدفاع عن النفس .

- محدودية الإدراك لدى المُساء إليه، مما يصعب عليه التفرقة بين موقف الأمان والخطر .

- قلة المعلومات عن الإساءة الجنسية وعن رد الفعل المناسب في هذه الحالة.
- معرفة الطفل المحدودة للعلاقات الإنسانية، ومنها العلاقات العامة والخاصة .
- قلة الفرص الاجتماعية مما يؤدي إلى شعور الطفل بالوحدة .
- ضعف قدرة الطفل على الضبط الذاتي خاصة في الاستثارة الحسية .
- صعوبة تمييز الطفل للخصوصية الجسمية للذات وللآخرين .

وتنقسم أسباب الإساءة الجنسية للأطفال إلى ما يلي :

- أسباب لها علاقة بخصائص المسيء: مثل التقدير السلبي للذات، والشعور بالعزلة، وعدم القدرة على تأجيل الرغبات الغريزية، والسلوك العدواني، والقسوة المفرطة، والاعتمادية على الآخرين .
- أسباب لها علاقة بظروف المسيء الاجتماعية، والثقافية، والاقتصادية: في أغلب الأحيان يكون المسيء عاطلاً عن العمل، ويعيش حياة أسرية مضطربة، ولديه مشكلات إدمان خمر، أو مخدرات، وفي كثير من الأحيان يكون سلوك الشخص المسيء انعكاساً لما تعرض له من إساءة في طفولته، وكذلك تُرجع الدراسة عملية الإساءة الجنسية إلى تدني مستوي التعليم، وأيضاً عدم النضج الاجتماعي، والثقافي.(حسن علوان، ٢٠١٦ ، ٤١٧-٤٣٧).

- أسباب لها علاقة بخصائص الطفل المُساء إليه جنسياً: ويرجع ذلك إلى أن بعض الأطفال المعاقين ذهنياً المُساء إليهم يعانون في الغالب من الاضطرابات النفسية والسلوكية، والسلبية، والعزلة ونوبات الغضب والعناد

وضعف الثقة بالنفس، إضافةً إلى ذلك القصور الأكاديمي واللغوي. (سهام الصويغ، ٢٠٠٣، ٢٩ - ٧٠).

بينما ترى (Rose,2004,57-64) أن الإساءة الجنسية ترجع الى بعض العوامل الخارجية التي تزيد من هذه المشكلة، وقد تم تقسيم هذه العوامل إلى :

• **اختلاط الجنسين:** حيث أن ارتفاع نسبة الاختلاط بين الذكور والإناث وكذلك زيادة الصداقات بين الجنسين من العوامل المؤدية إلى توغل ظاهرة الإساءة الجنسية حسب ما أشارت إليه، وأقرت الدراسة .

• **الازدحام :** هناك ما يُطلق عليه المساحة الحضارية وهي حدود المساحة الأمنة وتتراوح من (٤٥ - ٥٠) سم، ومن المتعارف عليه أنه كلما قلت تلك المسافة كلما زاد معدل الاحتكاك والمشكلات بين الأشخاص وزادت الميل للإساءة الجنسية، ونجد ذلك بكثرة من خلال تزامم المدارس والنوادي والمناطق المخصصة لألعاب الأطفال أو ما يُسمى Kids area.

• **الإعلام ومواقع السوشيال ميديا:** يعد الإعلام ومواقع السوشيال ميديا من أكثر العوامل المشجعة على الإساءة الجنسية، وذلك وفقاً لما تبثه بعض المواقع من صور خادشة لحياء الطفل أو حتى بعض الفيديوهات القصيرة التي تعرض على عين الطفل فيديوهات جنسية صريحة، أو حتى دخول بعض الأشخاص المبتزين جنسياً لما يُسمى غرف المحادثة مع الأطفال، وسرعان ما يقع الطفل تحت طائلة أيديهم القدرة، ولا سيما عدم معرفة وإدراك الطفل بما يتم عرضه عليه، وقد يزيد الأمر بلاءً لعدم مراقبة الآباء لما يتم عرضه على أطفالهم .

ونجد أنه تعددت الأسباب التي تؤدي إلى الإساءة الجنسية للأطفال، والتي جاءت دراسة (David,2005,1-311) بتلخيصها في النقاط التالية:

- الانحراف السلوكي للوالدين .
 - انعدام الحوار في الأسرة والبُعد بين الطفل ووالديه.
 - نقص التوعية الجنسية للأطفال في مختلف الأعمار.
 - عدم مراقبة ما يشاهده الطفل عبر وسائل الإعلام.
 - المشكلات النفسية المصاحبة للمسيء.
 - انفصال الوالدين ووجود زوج الأم .
 - مرض عقلي.
 - إدمان المخدرات .
 - تعرض أحد الوالدين للإساءة الجنسية في الطفولة .
- أما عن دراسة (Merkin , 2008,152) فترى أن هناك بعض العوامل الداخلية التي أدت الى حدوث الإساءة الجنسية منها:
- **عوامل مرتبطة بالمسيء** : وهنا يكون الشخص المسيء قد أُسيء إليه في الماضي سواء كانت الإساءة جنسية أو انفعالية أو جسدية أو ربما كان يعاني من الإهمال لفترة في حياته.
 - **عوامل مرتبطة بالمُساء إليه**: من أهم العوامل المرتبطة بالمُساء إليه هي عدم وعيه بمفهوم أو مخاطر الإساءة الجنسية وخاصة إذا كان الطفل المعاق ذهنياً لم يتم إبلاغه عن موضوع الإساءة الجنسية وعدم معرفته بملكياته الخاصة وكيفية الحفاظ عليها.
 - **عوامل مرتبطة بالأسرة** : اتفقت الدراسات على أن ظاهرة الإساءة الجنسية قبل أن تكون مسئولية الجاني فهي مسئولية الأسرة؛ وذلك لإهمالها بعدم توعية الطفل معنى المحافظة على خصوصيته .
- أشكال الإساءة الجنسية :**

تتوعد أشكال الإساءة الجنسية للطفل وفقاً لما أشار له (طه عبد العظيم حسين، ٢٠٠٨)، وجاءت كالتالي :

- لفظية مثل المكالمات الهاتفية والحديث عن الأفعال الجنسية .
- بصرية مثل مشاهدة الطفل أثناء تغيير ملابسه.
- دعارة الطفل وهي إدماج الطفل في سلوك جنسي من أجل الكسب المادي .
- الخلاعة وهي أخذ صور للطفل في أوضاع فاضحة وإجباره على مشاهدة الأفلام الإباحية.
- الاستعراضية حيث يعرض المعتدي جسده أمام الطفل .
- الاختراق الجنسي بوسائل مختلفة وكذا الاغتصاب .
- التحرش الجنسي بالجسد.

في حين جاءت دراسة (Reza,2009,66-72) لتصف الإساءة الجنسية بأنها أحد أنواع العنف الجنسي الواقعة على الطفل ضحية الإساءة، كما عدت أنواعاً أخرى للعنف الجنسي منها (الاستغلال الجنسي للطفل، والمضايقات الإلكترونية، وإستباحة النظر إلى أعضاء الطفل التتاسلية، وعرض الصور الجنسية المسيئة لبراءة الطفل، وكذلك الاعتداء الجنسي).

مؤشرات الإساءة الجنسية :

تنقسم مؤشرات الإساءة الجنسية إلى مؤشرات ودلائل جسدية وأخرى سلوكية عبر الانترنت:

• المؤشرات الجسدية للإساءة الجنسية :

- الحكمة في منطقة الرقبة والمنطقة الحساسة .
- رائحة أو إفراز غير طبيعي في المناطق الحساسة.
- ملابس داخلية ممزقة أو ملطخة بالدماء .
- ألم يظهر عند الجلوس أو المشي أو عند دخول الحمام .

- وجود دم مع التبول أو التبرز .
- إصابات طفيفة أو شديدة في المنطقة الحساسة.
- احمرار، جروح، ألم عند اللمس .
- دلائل على التهابات أو فطريات . (محمد الضمور ، ٢٠١١ ، ٤١)

• المؤشرات السلوكية للإساءة الجنسية :

- محاكاة الفعل الجنسي الواقع عليه .
- معرفة الكثير عن الجنس يفوق معرفة الأطفال في نفس العمر .
- الخوف ورفض التعامل مع الآخرين .
- العدوانية المفرطة .
- عدم الثقة والخوف من الآخرين .
- النفور من السلوك المفاجيء واللجوء إلى التمرد .
- الميل للإنطواء .
- التعرض لنوبات الرعب والبكاء الشديد. (حفصة رزيف ، فضية قنيت ، ٢٠٢١ ، ٥١-٦٤) .

الإساءة الجنسية للطفل عبر الإنترنت:

تعتبر ظاهرة الإساءة الجنسية للطفل المعاق ذهنياً عبر مواقع التواصل الاجتماعي من الظواهر المستحدثة والمعاصرة التي أدت إليها التكنولوجيا المتطورة والتي تشكل خطراً كبيراً على الطفل والأسرة وعلى المجتمع بأسره ، وتحدث الإساءة الجنسية للأطفال عبر الإنترنت من خلال دمج الطفل في أي نشاطات جنسية بشتى الوسائل التقنية الحديثة عبر شبكات الإنترنت؛ وذلك للوصول إلى حالة إشباع الرغبة الجنسية أو تحقيق بعض المكاسب المادية. (عاطف أبو هريبد، نجوان برهامة، ٢٠٢٢ ، ١٠-٣٦).

وتتنوع مصائد الأطفال عبر شبكة الإنترنت من خلال وسائل الخداع والاستدراج المدروسة والممنهجة حيث تشمل خدمة البريد الإلكتروني، وغرف الدردشات والمواقع الإلكترونية المختلفة التي تعرض صوراً جنسية مسبقاً للإعلانات داخل بعض الألعاب التي يقوم الطفل بتحميلها من خلال تلك المواقع. (خالدية يقرو، ٢٠١٢ ، ٣٢٧-٣٤٢) .

أنماط المسيئين جنسياً عبر الإنترنت :

أشارت دراسة (Allen et al , 2012 , 337-350) إلى ثلاثة أنماط للمسيئين جنسياً وهم :

• **النمط الأول:** أشخاص يخشون مواجهة الآخرين، فيقوموا بالإساءة إلى أشخاص لا يعرفونهم للبعد عما يخشونه، وتنتشر الإساءة عبر الإنترنت فيما تُسمى بالإساءة الإلكترونية بكثرة بين الشخصيات المنغلقة التي لا تتمتع بحرية كاملة، حيث أن المُسيء في هذا النمط يجد من الجلوس على مواقع الإنترنت متنفساً له .

• **النمط الثاني:** يشمل هذا النمط الأشخاص الذين يُسعدون بالنصب على الآخرين واستغلالهم، وهذه الشخصيات غير سوية ولديها دوافع تتعلق بشخصيتها .

• **النمط الثالث:** في هذا النمط يشعر الشخص المُسيء جنسياً لغيره بسعادة جنسية لمجرد تحدثهم بكلمات فيها إهانات جنسية على مواقع التواصل الإنترنت، بل وأحياناً يُثارون من هذا، وقد تزداد سعادتهم عندما تقابل أحاديثهم بالرفض أو الإهانة .

أنماط المُساء إليهم إلكترونياً :

تشير الدراسة السابقة إلى أن الفتيات هن الأكثر من ضحايا الإساءة بالرغم من وجود فئات أخرى مثل الأطفال، وتوجد عدة أنماط للمُساءة إليهم جنسياً عبر الإنترنت وهم :

• **النمط الأول:** تستجيب فيه الضحية المُساءة إليها مباشرة وكأنها كانت تنتظر من يتحدث معها، وهذه الشخصية لها نفس سمات من يخشى مواجهة من أمامه، وتريد عمل صداقات وهمية من خلال العالم الافتراضي الذي يوفره الإنترنت.

• **النمط الثاني:** تستجيب فيه الضحية بعد إلحاح وتبدأ استجابتها بعبارات الرفض المتمثلة في الحديث عن القيم والأخلاق، ويكون مدخل التحدث مع هذا النمط الكلام الجميل الأخلاقي، والتأكيد على عدم التجاوز في أي أحاديث.

• **النمط الثالث:** هذا النمط يكون من الأطفال دون سن التاسعة، والذين لا يعرفون في بداية الأمر التفريق بين هذه الممارسات الخاطئة، وذلك نتيجة عدم وعي الأطفال بأشكال ومخاطر الإساءة الجنسية .

مؤشرات تعرض الطفل المعاق ذهنياً للإساءة الجنسية عبر المواقع الإلكترونية :

يرى (Egeland et al, 2002,249-260) أنه غالباً ما تظهر المشكلات التي تنطوي على إساءة معاملة الأطفال المعاقين ذهنياً من خلال اكتشاف عرض الصور على جهاز كمبيوتر أو أجهزة المحمول، ويمكن أن تظهر هذه الصور فجأة من شخص موثوق به وغير مشتبه به، وهذا في حد ذاته يجعل قبول حقيقة الإساءة الجنسية أمراً صعباً بالنسبة لأولئك الذين يعرفون ذلك الشخص، وربما يكون محل ثقة لديهم، ومن المؤلفون أن تكون المؤشرات الأولية لإساءة معاملة هؤلاء الأطفال هي تغيرات في سلوك ومزاج الطفل المُساءة إليه، وكذلك التغير الملحوظ في موقف الطفل من استخدام جهاز الكمبيوتر أو التليفون المحمول، وأيضاً عدم رغبة الطفل في أن يكون

بمفرده مع شخص بعينه، وهذا يدل على أن هناك شيئاً ما يزعجه، ونبأً على ذلك على الآباء والمقربين إدراك ثمة خطر موجود بعد تجمع تلك العلامات والمؤشرات السابقة، ولابد من التحرك السريع في سبيل حماية الطفل المُساء له نتيجة حدة الصدمة .

مخاطر الإساءة الجنسية للأطفال عبر شبكة الانترنت :

- إن الإساءة الجنسية للأطفال عبر شبكة الإنترنت ينتج عنها الكثير من المخاطر والأضرار السلبية، ومن أهمها :
- فقد الطفل لبراءة الطفولة، وكذلك فقدته لإحساسه بإنسانيته مما يصيب الطفل بالإحباط والاكتئاب .
- تشويه الدافع الجنسي الفطري والطبيعي عند الطفل، مما يجعله عاجزاً عن ممارسة الجنس الطبيعي والزواج مستقبلاً، وكذلك تقليل استقرار الحياة الاجتماعية مستقبلاً .
- التأثير سلبيًا على مستوى الطفل التعليمي، وذلك بسبب إدمان الطفل على شبكة الإنترنت.
- شعور الطفل بالقلق الدائم ودخوله في نوبات البكاء (فاطمة زيدان ، ٢٠٠٢، ١٩٢، ٢١٠).

تجريم الإساءة الجنسية للأطفال عبر شبكة الإنترنت:

كثيرٌ من الآباء والأمهات لا يعرفون شيئاً عن تجريم الإساءة الجنسية للأطفال عبر الإنترنت، ولذلك وجب علينا التنويه إلى القانون الذي يضمن للطفل المُساء إليه جنسيًا حقه إذا ما تم الإبلاغ عما يعرض له، وذلك تشجيعاً للأهل بالوقوف بجانب أطفالهم بدلاً من إلقاء اللوم عليهم حيال حدوث الإساءة الجنسية، وعليه فإن القانون المصري قد جرم كافة أشكال الإساءة الجنسية للأطفال الواقعة عليهم عبر شبكات الإنترنت، وذلك

بمقتضى القانون رقم ١٢٦ لسنة ٢٠٠٨ م، والذي أضاف المادة (١١٦) مكرر (أ) إلى قانون الطفل حيث نصت هذه المادة على: " يُعاقب بالحبس مدة لا تقل عن سنتين وبغرامة لا تقل عن عشرة آلاف جنيه ولا تجاوز خمسين ألف جنيه كل من استورد أو صدر أو أنتج أو أعد أو عرض أو طبع أو روج أو حاز أو بث أي أعمال إباحية يشارك فيها أطفال أو تتعلق بالاستغلال الجنسي للطفل، ويحكم بمصادرة الأدوات والآلات المستخدمة في ارتكاب الجريمة والأموال المتحصلة منها، وغلق الأماكن محل ارتكابها مدة لا تقل عن ٦ أشهر وذلك كله مع عدم الإخلال بحقوق الغير .

ويعاقب نفس العقوبة كل من استخدم الحاسب الآلي أو الإنترنت أو شبكة المعلومات أو الرسوم المتحركة؛ لإعداد أو لحفظ أو لمعالجة أو لعرض أو لطباعة أو لنشر أو لترويج أنشطة أو أعمال إباحية تتعلق بتحريض الأطفال أو استغلالهم في الأعمال الإباحية أو التشهير بهم (جميل عبد الباقي، ٢٠٠٢) .

مراحل الإساءة الجنسية للطفل المعاق ذهنياً حسب انعكاسها على الطفل من الناحية النفسية :

يرى (le v, w et al , 2013, 519-533) أن عملية الإساءة الجنسية للطفل تحدث من خلال عدة مراحل أوردها فيما يلي :

- **مرحلة الرعب المتجمد :** وتحدث في بداية التعرض للإساءة حيث يشعر الطفل بالرعب والخوف الشديد وانعدام القوة، فلا يستطيع أن يقاوم أو يحمي نفسه، ومن ثم ينفذ ما يطلبه منه المسيء دون مقاومة .
- **مرحلة الإنكار :** وهو أسلوب دفاعي يلجأ إليه الطفل المُساء إليه جنسياً، حيث يرفض الاعتراف بالإساءة وينكرها، ويكون هذا الإنكار وسيلة فعالة على المدى القصير، وبغرض من الإنكار هنا هو حماية نفسه من لوم الآخرين .

• **مرحلة الخوف والغضب** : في هذه المرحلة لا يستمر الإنكار طويلاً فيحل محله الخوف والغضب والاستياء، حيث ينتاب الطفل حالة خوف لأنه يدرك ما تنطوي عليه هذه الإساءة من خطر .

• **مرحلة الرباط الإيجابي** : نجد هنا أن الإسقاط الخارجي لمشاعر الخوف والغضب لدى الطفل تخلق رباطاً بين الطفل ومن أساء إليه، وفي الغالب يكون هذا الرباط إيجابياً حيث أن الطفل يحاول إقناع نفسه بأن من اعتدى عليه ليس بشخص سيء؛ لأنه في الغالب يسلك معه سلوك المودة والحب كتهينة وترويض للطفل .

• **الاكتئاب واليأس** : خلال هذه المرحلة يتم توجيه مشاعر الغضب الذي يشعر بها الطفل نحو الذات بدلاً من الآخرين، فيشعر بالاكتئاب واليأس، ويزداد هذا الشعور عند اعتقاد الطفل بمعرفة الآخرين بما حدث له .

• **التقبل والاندماج**: في هذه المرحلة نجد أن الاكتئاب واليأس الذي أصاب الطفل نتيجة الإساءة الجنسية قد دفعه إلى تقبل الإساءة، وهذا التقبل يحرم الطفل من حقه في النمو الانفعالي السليم، والذي ينتج عنه نتائج نفسية وسلوكية سلبية .

النظريات المفسرة للإساءة الجنسية للطفل:

تعددت النظريات التي حاولت تفسير الإساءة الجنسية الواقعة على الطفل، ويرجع هذا التعدد بسبب اختلاف التوجهات النظرية للباحثين، ومن أهم هذه النظريات ما يلي:

• **النظرية السلوكية المعرفية**: يرى (Springer, Misurell , 2012) أن النظرية السلوكية المعرفية تركز على أنماط التفكير المختلفة التي كوَّنها الطفل المُساء إليه من الخبرات السيئة نتيجة الإساءة الجنسية التي تعرض لها، والتي بدورها تكشف عن العديد من المشكلات النفسية، والاجتماعية، والانفعالية للطفل، والتي تكوّن لديه اعتقادات سلبية

وأنماط من التفكير المُشوّه، وكل هذا يؤدي إلى تقدير منخفض للذات لدى الطفل، وكذلك معاناته من العزلة الاجتماعية، والانسحاب ثم بعد ذلك يلجأ الطفل إلى مرحلة الخيال السلبي، والتي يقوم فيها برفض الشعور بالنبذ من المجتمع، ويؤدي ذلك إلى خلق مبرر داخلي لديه لحدوث الإساءة، وبالتالي يقوم الطفل بعملية تكرار هذه الإساءة.

• **النظرية البيولوجية:** يرى (Henry , 2017 :270-286) أن أنصار النظرية البيولوجية يهتموا بالتفسيرات العضوية لسلوك الفرد، ولذلك يربط البيولوجيين بين ما يحدث للطفل من إساءة جنسية وبين العوامل البيولوجية، حيث أنهم يشاروا إلى وجود علاقة بين الإساءة الجنسية وبين ارتفاع الهرمون الجنسي الذكري (هرمون التستوستيرون). ومن هنا تلعب العوامل البيولوجية دوراً كبيراً في ما يحدث للطفل من إساءة جنسية للطفل.

• **النظرية السيكو دينامية:** رائد النظرية السيكو دينامية هو العالم فرويد، والذي أقر أن الإنسان يولد ولديه طاقة غريزية قوامها الأساسي هو الجنس والعدوان، ومن هذا المنطلق يُرجع أنصار النظرية السيكو دينامية الإساءة إلى الحالة المرضية للشخص مرتكب الإساءة الجنسية، فهم يؤكدون على أهمية الخبرات والتجارب السابقة التي يمر بها الفرد في تشكيل شخصيته. فخبرات الطفولة السيئة تنمي عند الفرد معتقدات، وسلوكيات خاطئة تصبح بمرور الزمن جزءاً أصيلاً من شخصية الفرد، مما ينتج عنه شخصيات عدوانية مضطربة، ولذلك تربط النظرية السيكو دينامية الإساءة الجنسية للطفل بالصراعات النفسية الداخلية المرتبطة بخبرات الطفولة المبكرة لدى مرتكب الإساءة الجنسية مثل الصراع الأوديبي، حيث قام فرويد بالرجوع إلى (عقدة أوديب) في تفسير الإساءة الجنسية، حيث أكد فرويد على أن السلوك الجنسي المنحرف ما هو إلا تعبير عن مشكلات وصراعات قد حدثت للطفل

أثناء نموه الجنسي النفسي أدت إلى السلوك الجنسي المنحرف (عدنان حب الله، ٢٠٠٤) .

• **نظرية النسق الأسري** : تتبنى هذه النظرية تحليل خصائص الأسر التي تجعل من حدوث الإساءة الجنسية أمراً عادياً، وذلك من خلال دراسة مدى قوة الترابط وشدة الاندماج والتفاعل بين أفراد الأسرة الواحدة، وكذلك دراسة الصراع الداخلي الذي ينشأ بين أفراد هذه الأسرة، والذي ينتج عنه انعكاساً سلبياً على نفسية كل من الآباء والأطفال، وأكدت نظرية النسق الأسري على أن الأسرة التي تعيش في نسق أسري مختلف ينتج عنها اختلالاً وظيفياً في نمط التفاعل، مما يؤدي إلى خلق ضغوطات مستمرة داخل الأسرة ينتج عنها حدوث الإساءة الجنسية لدى الأطفال، كما تؤكد هذه النظرية على أن الآباء المسيئين جنسياً يتصفون بالعزلة الاجتماعية، ولديهم علاقات غير توافقية مع الآخرين (داليا مؤمن، ٢٠٠٤) .

• **نظرية العوامل الأربعة**: تشير هذه النظرية إلى وجود أربعة عوامل رئيسية تتكامل في حدوث الإساءة الجنسية، وهذه العوامل تتلخص في وجود دافع قوي عند المعتدي جنسياً، وكذلك قدرة ذلك الشخص على التعامل مع مشكلاته الداخلية، والتغلب عليها بالإضافة إلى قدرته على التعامل مع المشكلات الخارجية المحيطة به وصولاً إلى قدرة المعتدي جنسياً على إجبار، وقهر الطفل، والسيطرة عليه والتغلب على مقاومة الطفل (Finkelhor, et all,2003) & (Zainab,Melaine,2022).

• **نظرية دورة الإساءة (العنف)** : طبقاً لنظرية دورة العنف والتي تبنتها لينور وولكر علم ١٩٧٩، والتي تصف المراحل التي يمر بها الفرد نظراً إلى تكرار أفعال العنف بنمط دوري من خلال عدة مراحل مختلفة المدة والمظاهر، وتعد هذه النظرية واحدة من أكثر النظريات انتشاراً حول الديناميات الداخلية للعنف داخل النفس البشرية، وتعرف نظرية دورة العنف

بأنها نظرية انتقال العنف عبر الأجيال، حيث يشير العنف إلى سلوك تعلمه الفرد داخل الأسرة، وينتقل هذا السلوك من جيلٍ إلى آخر، وتبنى نظرية دورة العنف فكرة أن الأفراد الذين يقعون ضحايا العنف الموجه لهم أكثر الأفراد الذين يتصفون بالاستعداد المسبق نحو ممارسة سلوكيات غير سوية مثل الإدمان والانتحار والتعدي الجنسي على الآخرين (Walker، 1979، & lenore).

مستويات الإساءة الجنسية :

قسم خليل عليان (٢٠٠٧) الإساءة الجنسية إلى ثلاثة مستويات، وهي كالتالي:

- **المستوى الأول (الإساءة الجنسية الطفيفة):** وتشمل الكلمات البذيئة، والتعليقات المسيئة والنكات التي تتضمن في مغزاها محتوى غير لائقاً، إضافةً إلى ذلك مشاهدة أفلام إباحية، أو عرض محتوى جنسي على صفحات التواصل الاجتماعي.
- **المستوى الثاني (الإساءة الجنسية المتوسطة):** وتتمثل في التلميحات الجنسية الصريحة مع التحرش الجنسي مثل: الاحتكاك واللمس والتقبيل أو العناق بدافع الغرائز الجنسية .
- **المستوى الثالث (الإساءة الجنسية الشديدة):** وتشمل الممارسات الجنسية الكاملة، والممارسة الجنسية العنيفة التي تتسبب في الإيذاء الجنسي للطفل نتيجة الاعتداء عليه .

مبادئ الحماية من الإساءة الجنسية :

- انقسمت مبادئ الحماية من الإساءة الجنسية إلى ثلاثة أنواع، وهي :
- **المبدأ الأول :** منع حدوث الانتهاك الجنسي، وذلك عن طريق :
- الحفاظ على علاقة أسرية جيدة .

- التوعية بمخاطر الإساءة الجنسية عن طريق الأسرة .
- التربية الجنسية للطفل وعدم خجل الآباء والأمهات من أبنائهم.
- كسر حاجز الإنكار بين الأطفال والأبناء؛ وذلك للإفصاح عما يحدث لهم.
- تعليم الأطفال حدود التعامل مع الآخرين .
- تعويد الأطفال على الدفاع عن أنفسهم بطرق متعددة .
- التأكيد للأطفال على خطورة عدم الإفصاح عما يحدث لهم من إساءة.

• **المبدأ الثاني : الاكتشاف المبكر لحالات الإساءة الجنسية:** ويكون ذلك تجنباً لحدوث آثار نفسية للطفل المُساء إليه جنسياً ومحاولة تخفيف الشعور بالذنب، أو العار، أو عدم تقدير الذات .

• **المبدأ الثالث: الحماية من الإساءة الجنسية:** ويهدف هذا المبدأ إلى إعداد برامج تدريبية وقائية وعلاجية؛ وذلك بهدف خفض سلوكيات الاعتداء الجنسي، ويتضمن هذا المبدأ بتصنيفين أحدهما يقدم برامج تدريبية بغرض حماية الذات، والآخر يتضمن التشريعات والسياسات التي تهدف إلى معاقبة المُسيء جنسياً (Grady et al , 2015, 222-248).

طرق مواجهة مشكلة الإساءة الجنسية للأطفال المعاقين ذهنياً :

يجب على الأسرة في العام والأم بوجه خاص أن تمد أطفالها ببعض الإرشادات التي تساعد الطفل في التغلب على ظاهرة الإساءة الجنسية، وكذلك مساعدة الأبناء على الثقة بالنفس وتقليل آثار الصدمة فيهم، وكذلك إبلاغهم عما يحدث لهم من أمور ليست معتادة مثل اللمسات الغريبة، واقتراب الأفراد منهم بشكل مبالغ فيه (موسى جبريل، ٢٠١٢، ٤١١-٤٢٧) وتتضمن هذه الإرشادات ما يلي :

- تجنب الطفل للأماكن المعزولة والمغلقة .

- يجب أن يقوم الطفل بإبلاغ أحد والديه عند صدور الإساءة من أي شخص.
- عدم التصرف باندفاعية إذا علمت الأسرة بحدوث الإساءة لطفلها .
- عدم إلقاء المسؤولية على الطفل .
- الحفاظ على الهدوء النفسي؛ وذلك لتوفير الأمان للطفل .
- تعليم الأبناء كيفية المواجهة .
- يجب أن يخضع المُسيء لجلسات العلاج النفسي، أو العلاج التأهيلي وتقوية الجانب الديني وتعزيز الجانب الروحي لديه .
- مراقبة المحتوى الذي يتم عرضه على الطفل في قنوات التلفزيون، وكذلك الفيديوهات التي تحمل في محتواها الإساءة الجنسية والتي تعرض على الطفل على مواقع الإنترنت .
- ضرورة اعتراف المجتمع بوجود مشكلة الإساءة الجنسية .
- طرح مخاطر، وأسباب، ودوافع، ونتائج الإساءة الجنسية للطفل في وسائل الإعلام، وذلك لرفع الوعي العام بها في المجتمع.
- إشباع الحاجات الجنسية لدى الكبار بطرق مشروعة، والتقليل من ضغوط الحياة، وذلك لتجنب إساءة الكبار للأطفال .
- إعداد محتوى خاص بمنهج التربية الجنسية بطريقة تناسب القدرات العقلية للطفل المعاف عقلياً.
- ضرورة تثقيف الطفل، وإمداده بمعلومات مبسطة عن الإساءة الجنسية، وكذلك تدريب الطفل على استراتيجيات المواجهة الفعالة مثل المواجهة والهرب.
- تشجيع الطفل المُساء له جنسيًا على الكشف والإفصاح عن الإساءة التي حدثت له دون الخوف من أي تهديدات .

- عرض الطفل على أخصائي نفسي؛ لتفادي حدوث مشكلات نفسية مستقبلية.

طرق علاج المشكلات الناتجة عن الإساءة الجنسية :

يؤكد الباحثون على أهمية التعرف المبكر، والتدخل المناسب لمحو آثار المشكلات النفسية الناتجة عن الصدمة الإساءة الجنسية التي تحدث للأطفال في مراحل مبكرة من العمر؛ وذلك لتجنب التشخيص الطبي الخاطيء، وكذلك لاستخدام معالجة نفسية فعالة مع هؤلاء الأطفال، ويحدث ذلك عند الاعتراف بوجود عجز ثقافي جنسي لدى الآباء من الواجب تداركه حتى يمكن التخلص من الاستغلال الجنسي للأطفال، ومن أهم الطرق التي استُخدمت في علاج المشكلات الناتجة من الإساءة الجنسية لدى الأطفال، والتي لاقت نجاحًا ملحوظًا من الباحثين والمتخصصين في مجال الصحة النفسية، وهذا ما أكدته مدارس التحليل النفسي والعلاج السلوكي، والبناء المعرفي السليم (230-188: Boz kurt ,et al , 2006)، وكذلك زيادة الدافع الديني عن طريق العلاج بالإرشاد الديني، ويمكن سرد تلك الطرق على النحو التالي:

• **التحليل النفسي:** يهتم التحليل النفسي بفهم ديناميات النفس والأحداث التي ينتج عنها السلوك الانحرافي لدى الفرد، وكذلك الأحداث اليومية التي يمر بها الفرد، والتي تحرك سلوكه اليومي، ويُرجع العلاج النفسي للطفل ثقته بنفسه، ويساعده على تحسين مهاراته الاجتماعية، وكذلك استخدام التصرف السليم تجاه أي إساءة جنسية تحدث لديه، كما تظهر فائدة استخدام العلاج النفسي التحليلي في متابعة الأسباب، وعوامل الخطر التي ينتج عن الإساءة الجنسية للطفل، ومحاولة استخدام الشرح، والإقناع لتوضيح مدى سلبية الآثار الناتجة عن مشاهدة الصور أو الفيديوهات المسيئة للطفل، وما ينتج

عنها من قلق وخوف، وما تؤدي إليه من تبعات جمة تضر بشخصية الطفل في المستقبل، كما يؤكد التحليل النفسي على تقوية إرادة الطفل والتحكم والضبط الذاتي، وكذلك التربية الجنسية السليمة وتعديل اتجاهات وخبرات وعادات الطفل (فكري لطيف متولي، ٢٠١٢: ١-٢٧٥) .

• **العلاج السلوكي:** يعتمد العلاج السلوكي على نظرية التعلم الشرطي، والتي تعتبر المرض النفسي عبارة عن عادات سلبية مكتسبة، وأنها فعل شرطي منعكس، ويسعى العلاج السلوكي إلى إطفاء الفعل الشرطي، وتكوين فعل شرطي منعكس بديل ذي طابع إيجابي (عبد الرحمن العيسوي، محمد النابلسي، ٢٠٠٠) .

وبناءً على ما سبق أستخدم العلاج السلوكي في حالات الانحراف الجنسي عن طريق ملاحظة سلوك الفرد ومحاولة جمع المعلومات الضرورية التي أدت إلى ظهور هذا السلوك، ويستخدم الإرشاد السلوكي في مجال الإرشاد العلاجي، حيث يعتبر الإرشاد عملية إعادة تعلم، وقد أثبتت التجارب فاعلية العلاج السلوكي في علاج الشذوذات الجنسية عن طريق إزالة النمط الشاذ المتعلم من السلوك، ويكون العلاج السلوكي ناجحاً في حالة توافر الدافع لدى الطفل تجاه العلاج (حسين فايد، ٢٠٠١) .

• **البناء المعرفي السليم :** تشير الدراسات السابقة إلى أن علاج المشكلات الجنسية مثل الإساءة الجنسية وغيرها من المشكلات تعتمد على تعديل الظروف البيئية الخاصة بما يتعلق بأسباب الإساءة الجنسية، وكذلك محاولة تبصير الآباء والأمهات، والمعلمين وكل من يتعامل مع الطفل بدورهم في التربية الجنسية السليمة، ومحاولة خلق بيئة منزلية ومدرسية غنية بالأنشطة الرياضية والثقافية التي تُشبع هوايات، وميول، ورغبات الأطفال بما يساعدهم في استغلال وقت الفراغ لديهم، ومحاولة تقليل وسائل التكنولوجيا الحديثة

مثل الموبايلات وغيرها. فعلاج مثل هذه القضايا الخطيرة يتم عن طريق إغلاق الأبواب المفتوحة على هذه المشكلات مع وجود مصدر معلومات موثوق فيه ينهل منه الطفل معلوماته عن الجنس، وذلك تجنباً لبحثه عن مصادر غير شرعية لحصوله على هذه المعلومات مثل أصدقاء السوء، أو مواقع الإنترنت التي لا يوجد عليها رقابة أو عن طريق الفيديوهات القصيرة التي تعترض طريق الطفل في ألعاب المحمول، والتي تظهر على هيئة إعلانات للطفل في وسط اللعبة. (Frinkelhor , et al , 2003).

• **الإرشاد الديني** : يعتبر الإرشاد النفسي الديني من أهم طرق الإرشاد التي يجب أن تعمل جنباً إلى جنب مع الإرشاد والعلاج السلوكي؛ وذلك لمساعدة الطفل في تكوين حالة نفسية متكاملة يكون فيها السلوك متماشياً مع المعتقدات الدينية للمجتمع، والذي بدوره يؤدي إلى توافق الشخصية وتمتعها بصحة نفسية جيدة (أحمد الزغبى، ٢٠٠٢) .

المبحث الثالث: الصدمة المركبة: Compound Shock

المشكلات المعرفية والعاطفية للصدمة المركبة:

الأعراض العاطفية والمعرفية الأولية لاضطراب الصدمة المعقدة هي مزيج من أعراض التجنب والأعراض التداخلية وأعراض الاكتئاب. من الأفضل التفكير في العواطف على أنها مزيج من قوى (البيئة - ووعي الجسم أو الإحساس المحسوس - العقل) الذي يصنع المعنى من التجارب بناءً على ذكريات من الماضي، وعندما تعتمد بشكل كبير على مشاعرك المرتبطة بالصدمة فأنت تتصرف كما لو كنت تتأذى في الوقت الحاضر؛ ونتيجة لذلك قد تقفز بسرعة كبيرة إلى الاستنتاجات دون توقف للتفكير وتؤدي هذه التفسيرات غير الدقيق للأحداث إلى خسائر مؤلمة كان من الممكن تجنبها. (Ford,2021) .

ويعرف إجرائيًا بأنه الدرجة التي يحصل عليها الطفل من مقياس أعراض الصدمة، وهو تضافر عدة مثيرات نفسية ممتزجة، وتفاعل عدة عوامل نفسية غير محلولة، واندماج عدة ضغوط نفسية مترابطة ومتشابكة، وتتسم كثلة هذا الخليط بالتعقيد لدرجة يصعب اختراقها إلا بحرفية مطلقة فالطفل هو أكثر معاناة وكدرًا وتعكرًا، والصدمة المركبة هنا ذات مكونات جنسية.

ويعرف (برنت ٢٠١٠) أن الصدمة تسبب في بعض المواقف المرتبطة بالقلق والخوف صعوبة في التفكير بفاعلية، وسوف تنشط مراكز العاطفة في الدماغ، مما يقلل نشاط الدماغ في الأجزاء المسؤولة عن عمليات التفكير العقلاني واتخاذ القرارات ومن ثم تصبح السلوكيات متهورة .
تطور استراتيجيات التجنب:

يتضمن هذا في بعض الأحيان تجنب المواقف والأشخاص والأماكن التي تكون بمثابة تذكير بالماضي، ويتم الحفاظ على التجنب أيضًا من خلال الدفاعات مثل الإنكار أو قمع المشاعر أو تقليل الألم (Gold,2019,9-10).

اللجوء إلى سلوكيات إدمانية: (الأكل العاطفي أو ممارسة الرياضة بشكل مفرط لتجنب الشعور بالألم).

الأعراض التداخلية: قد تأتي في شكل إحساس غامض وغير مريح أو ألم جسدي وأعراض الآثار العالية التي تتميز بمشاعر مثل القلق والعدوان والتهيج. غالبًا ما يعاني منها المصابون بالصدمة المعقدة، وغالبًا ما تظهر هذه في ما يعرف بخلل التنظيم العاطفي أو المشاعر الكاسحة للحزن أو الغضب أو الخوف يمكن أن تشعرك هذه الأشياء بالتطفل أو اختطاف علاقتك بنفسك وعائلتك وعالمك والشعور بأنك عالق في أنماط الانفصال أو الإستهاء . (Bryant,2010).

أنواع الصدمات النفسية:

١. الصدمة المركبة (المتكررة): وهي نوع من الأحداث الصادمة التي تحدث بشكلٍ مستمرٍ في حياة الشخص كما هو الحال في مناطق الصراعات والحروب والاعتصاب، وعادةً ما يصاب الشخص الذي يتعرض لمثل هذه الأحداث بالتبند الاجتماعي بمعنى إنكار الحدث كأحد إستراتيجيات التأقلم ضد هذا الخطر المستمر، والتكيف مع هذا الحدث أمر طبيعي لأن الإنسان يكتسب الخبرة من خلال التجارب الحياتية والمواقف المختلفة.

٢. الصدمة المفردة (غير المتكررة): وهي عبارة عن حدث صدام واحد في حياة الإنسان غير المتوقع والسريع والخطير والذي يترك آثار سيئة وتبقى ذكريات هذا الحدث لفترة زمنية طويلة، ويستطيع الشخص استرجاع هذه الذكريات والصور لهذا الحدث الصدام حتى بعد عدة سنوات. (Sbeirah , 2019)

ويرى (Schwartz,2020) أن الأحداث الصادمة تمتلك إمكانية التأثير على المشاعر والتفكير والعلاقات الاجتماعية والتصرفات والسلوكيات والمواقف والأحلام والنظرة للمستقبل وتخلق لدى الفرد مشاعر القلق، والغضب، والشعور بالذنب، وفقدان احترام الذات، وفقدان الثقة بالنفس، كما يؤدي إلى صعوبة التركيز والتذكر وصعوبة التخطيط للمستقبل . وكون تطور الصدمة ليس نتيجة رد فعل للحدث التصادم وإنما قد يكون نتيجة للتشوهات النفسية والاجتماعية الموجودة مسبقاً خلال مراحل ضعفه بالحياة، ولذلك نكون أمام اضطراب نفسي فيه من الشدة والصعوبة، ما يجعله يترك أثراً سلبياً على الاستقرار النفسي، والصحة النفسية للفتاة، وهذا ما يحتاج الاهتمام به. (Doane, 2021, 45-52), (Schwartz,2020,9-10).

العوامل المساهمة في تطوير الصدمة المركبة :

• **الوراثة:** تشير الأبحاث إلى أن الكثير من الاضطرابات وخاصةً اضطراب الصدمة المركبة تميل إلى الانتشار في العائلات، وذلك يرجع إلى أن إصابة أحد الوالدين باضطراب الصدمة المركبة يرتبط بزيادة خطر الإصابة باضطراب الصدمة المركبة، وتشير الأبحاث إلى وجود استعداد بيولوجي لدى هؤلاء الأطفال المعاقين لذلك.

• **البيئة:** يستجيب الآباء أو الأمهات المصابون باضطراب الصدمة المعقدة بشكل مختلف لأطفالهم، مما يؤدي إلى مزيد من الاضطرابات في الرعاية والتعلق وإلى المبالغة في الحماية ورد الفعل، ويؤدي ذلك إلى شعور الأطفال بالتطفل عليهم والتخلي عنهم، وعندما يستجيب الأطفال بالخوف أو الغضب تحدث دورة بيئية من سوء المعاملة، وقد يصبح أحد الوالدين مسيئاً بشكل متزايد.

• **التأثير داخل الرحم :** الأطفال المولودون لأمهات حوامل مصابين باضطراب الصدمة المعقدة، لوحظ أن لديهم وزن أقل عند الولادة وزيادة في مستويات الكورتيزول (المواد الكيميائية التي تستجيب للإجهاد)، وقد يكون من الصعب تهدئة هؤلاء الرضع وأكثر عرضة للمغص وزيادة خطر الإصابة باضطراب الصدمة .

• **ديناميات الأسرة :** يمكن أن تؤدي حالات الحمل غير المرغوب فيها أو الناتجة عند الاغتصاب الجنسي إلى الاستياء أو الغضب تجاه الطفل ويؤدي ذلك إلى رفض الطفل أو إلقاء اللوم عليه (Schwartz,2016,32-37).

أعراض الصدمة المركبة:

• **التكرار:** هو ميكانيزم منظم يستجيب لحاجة داخلية ترمي إلى التخفيف من حدة التوترات عن طريق تفرغها بكميات صغيرة قصد إحياء حالة ما قبل الصدمة". ويكون التكرار هنا ذو طابع مرضي ويظهر في عدة أشكال هي:

أ- **الذكريات المتكررة:** وتكون على شكل صور أو أفكار أو إدراكات تقتحم عقل الفرد لا يستطيع التخلص منها وتسبب الشعور بالضيق وعدم الارتياح.
ب- **الأحلام المتكررة:** تعتبر الكوابيس من أكثر الأعراض شيوعاً في حالات الصدمة، إذ تعتبر مفيدة فهي تقود إلى حل الصدمة في بعض الأحيان فهي ذات أهمية نفسية تفريجية كبيرة.

• **الإنطباعات الفجائية:** تشعر الضحية كأن الحدث الصادم سوف يحدث لها مرة أخرى في شكل هلاوس أو صور مصحوبة بأعراض إعاشة كالهلع والقلق و الصعق مع الشعور بالتهديد من خطر مجهول.

• **التجنب:** وتصبح الضحية هنا تتجنب كل ما له علاقة بالحدث الصادم من أشخاص أو أماكن أو مواضيع.

• **تجمد وظائف الحضور:** تفقد الضحية كل اهتماماتها الحياتية اليومية ولا تصبح تمارس حياتها بشكل طبيعي.

• **تجمد وظائف الحب:** تشعر الضحية أنها شخص منبوذ اجتماعياً وغير مرغوب فيها بسبب ما حدث لها .

• **المعايشة:** تعاني الضحية من الإفراط في اليقظة وشدة الاستثارة وقلة النوم، ونوبات حادة من القلق، كما تحدث الصدمة لدى الضحية ما يُعرف باللاشخصانية (Depersonalization) والتي تعني إصابة الأنا في تكامله وينشطر ويفقد حدوده (Paul, 2021, 30-32).

وتتلخص ردود الفعل على الصدمة النفسية:

- **ردود الفعل الاقترامية: (Reactions Intrusive)** والتي تكون عبارة عن أفكار وصور تقتحم وعي الفرد دون قصد وتعيده لحالة الانزعاج والقلق.
- **ردود الفعل التجنبية: (Reactions Avoidance)** والتي تكون الابتعاد عن كل ما يذكر بالحدث الصدام، مثل رفض الحديث عن الحدث، وعدم

الذهاب إلى مكانه، وقد يبدو التجنب على شكل حالات إغماء، وفقدان ذاكرة جزئي وربما كلي.

- **ردود الفعل الجسدية: (Reactions Somatic)** والتي تكون نتيجة شدة الانفعالات مثل: آلام المعدة، سرعة ضربات القلب، الصداع، فرط التعرق، التهيج واضطرابات النوم. (Connor, 2006).

الآثار النفسية والاجتماعية للاغتصاب : • الآثار النفسية :

١. صعوبة العودة لممارسة الطقوس اليومية المعتادة، والأرق والكوابيس المتكررة أثناء النوم، ومشاكل في الهضم والمعدة، وفقدان الثقة في النفس واتجاه الآخر، والتحقير من الذات، الذل والانهيأ وشعور بالضغط، البكاء، الانطواء على النفس، إختفاء الانفعالات.

٢. بالإضافة إلى نوبات الغضب والعدوان غير المبرر لأسباب واهية، والخوف والقلق وسرعة الاستثارة، وتشويه الجسد بآلات حادة من وقت لآخر، وسيطرة أفكار انتحارية على الضحية، قد يصل إلى إجراء محاولات انتحارية بالفعل .

٣. الإفراط في استخدام آليات دفاعية نفسية مثل: الإنكار أو الطفولية أو انشقاقية الوعي للهروب من الألم النفسي الذي تعاني منه الضحية. (Anderson,2005)

٤. قد تظهر انحرافات سلوكية ليست في سلوك الضحية من قبل مثل: الكذب و السرقة أو الإهمال في المظهر قد يصل إلى الإهمال في النظافة الشخصية .

٥. ظهور الأعراض النفس جسدية مثل الإحساس بالغثيان وسوء الهضم والصداع النصفي ونزيف دموي شديد قد يؤدي إلى الموت .

٦. قد يؤدي إلى ظهور اضطرابات نفسية مثل: الوسواس القهري أو أعراض ذهنية مثل الإحساس بالاضطهاد أو المراقبة. (Beverly,2005, 21-25)

• الآثار الاجتماعية:

١. الإحساس الدائم بالخوف والميل للكآبة والإحباط وصعوبة التواصل مع الأصدقاء المقربين والعجز والخوف من إقامة صداقات جديدة لشعورها بالدونية.

٢. ترسيخ معتقدات سلبية على صورة الذات لدى الفتاة مثل إحساسها الغائر بالضعف واعتقادها بأن ذلك سبب اختيار المعتدي لها من بين الإناث الأخريات.

٣. العزلة الاجتماعية وضعف المهارات الاجتماعية المعتادة للفتاة نتيجة الإحساس بالخزي والعار.

٤. الشعور بالضعف والخضوع والطاعة والسيطرة من الجنس الآخر.

٥. اعتقاد الضحية أحياناً في استخدام الجنس كوسيلة لإخضاع وإذلال المعتدي.

٦. الخوف والفرع من إقامة علاقة جنسية.

٧. العدوان السلبي على نفسها وعلى المحيطين بها، كما يعتمد الأثر النفسي والاجتماعي في شدته على عدة عوامل منها:

- درجة قرابة المعتدي (الأب)، فكلما كان المعتدي يمثل مصدر الأمان والحماية للضحية يكون له بالغ الأثر على الضحية.

- وتكرار مرات الاعتداء على الفتاة والمكان الذي حدث فيه الاعتداء (المنزل)، فكلما تكرر الاعتداء كلما زادت عمق الصدمة النفسية التي تتعرض لها الفتاة.

- المرحلة العمرية التي حدث فيها الاعتداء (مرحلة المراهقة) تختلف آثارها النفسية والاجتماعية عن مرحلة النضج والشباب، ففي هذه المرحلة تبدأ في

تكوين منظومة الأمان والحماية لدى الفتاة، وهذه الصدمة تدمر المنظومة في مهدها.

- خوف الضحية من عواقب تقديم بلاغ ضد المعتدي (الأب) وسهولة اتهامها بالمسؤولية فيما جرى ومن رد فعل المجتمع، والانشغال بأمور تبدو أكثر أهمية من الضحية نفسها مثل (الفضيحة) (Back). (Read,2014). (20-23), (Chu,2011, 2014. 56-68).

ومن وجهة نظر الباحثة أن الطفلة المعاقبة ذهنياً المُساءة معاملتها جنسياً تتابها مشاعر عديدة، وخاصةً إذا كان اغتصاب هذه الطفلة الصغيرة عاجزة عن مقاومة المعتدي (الأب) إما إحساس بالخوف منه أو تنتوع المشاعر التي تتاب الفتاة أو الفتى التي تتعرض للاستغلال الجنسي، فتظهر عليها بعض أعراض الاكتئاب الذي يأخذ شكلاً غير مباشراً تحت أشكال مختلفة، مثل كثرة الشكوى والإحساس بالضعف أو المرض، وبعضهم من الأطفال يحاولون أذية أنفسهم أو الانتحار، كما أن الطفلة المُساءة لها جنسياً تشعر بالظلم، ولذلك فهي تشعر بالعداوة والغضب ضد كل المحيطين بها، وهذا الغضب قد يكون مكبوتاً وغير ظاهراً متخذاً أشكال مختلفة. وتلازم الطفلة المغتصبة مشاعر الخوف من الاعتداء الجنسي، فإذا كان المغتصب فتاة فإنها تخاف، فأول نتاج الإساءة الجنسية هو تدمير الشخصية تدميراً كاملاً وشعور الضحية بالعجز عن تخطي المشاكل الاجتماعية، فالإحساس بالدونية وبالذل بعد تعرض للإساءة الجنسية يجعل في كثير من الأحيان الخوف من الضحك والفرح وكأنه لا حق للطفل في ذلك.

الصفات التي يتسم بها الشخص المسيء جنسياً:

تفيد (سميحة محمود غريب، ٢٠١٠) بأنه توجد معايير النفسية في الصفات المشتركة بين هؤلاء الأشخاص، وتتمثل هذه الصفات ما يلي :

- السلوك العنيف بشكلٍ عامٍ.
 - عدم قدرة الفرد على بناء علاقات حميمة.
 - الانشغال العقلي الكبير بالأمر الجنسي، وكذلك كثرة الحديث عن أمور تتعلق بالجنس.
 - وجود مبررات عقلية تبرر الإساءة الجنسية .
 - عدم الاستقرار العائلي .
 - وجود مشكلة في التحكم في الذات .
 - الاستمتاع بالسيطرة على الآخرين .
- الآثار السلبية لظاهرة الإساءة الجنسية :**

لقد أكدت دراسة (Li et al , 2005 :91-103) على أن أهم الآثار السلبية لظاهرة الإساءة الجنسية ما يلي :

- تأثر الحياة الشخصية للمساء إليه وجعله عرضه للنقد .
- فقدان الثقة بالنفس .
- فقدان الثقة بالآخرين .
- فقد الثقة بالأماكن المشابهة لمكان حدوث الإساءة .
- الإحباط والاكتئاب .
- نوبات من الرعب والأرق.
- صعوبة في التركيز، آلام بالرأس، والإرهاق الدائم .
- الشعور بفقدان القوة وعدم القدرة على حسن التعرف.

المبحث الرابع: مهارات حماية الذات من الإساءة الجنسية :

إن مهارات حماية الذات من الإساءة الجنسية تعتبر من المهارات الأساسية في حياة كل فرد داخل المجتمع سواء كان ذو إعاقة، أو شخص سوي، وذلك لضمان الحماية الشاملة المتكاملة، وكذلك القدر الكافي من

الأمن النفسي والاجتماعي، وإحساسه بالسلامة وقلة شعوره بالخطر . كما أنها تلك التدابير، والأساليب التي يتخذها الفرد بغرض الدفاع عن نفسه، ومواجهة الخطر والتهديد لأن غريزة حماية الذات تتمثل في الإحساس بالضيق عند التعرض لبعض المواقف السيئة (رزان كردي، ٢٠١٢، ٦٦٧-٦٩٠) .

وعرفت وفاء يوسف (٢٠٠٥) مهارات حماية الذات بأنها المهارات التي من شأنها تحقيق الشعور بالأمن لدى الطفل، ودرء مخاطر التعرض للإساءة بكافة أنواعها (الجسمية - الانفعالية - الجنسية والإهمال) من خلال بعض استراتيجيات الوقاية التي تساعد على مواجهة الإساءة الجنسية. كما تُعرف مهارات حماية الذات بأنها مهارات سلوكية معينة تساعد الفرد على التعرف على الإساءة عند التعرض لها، والقدرة على اتخاذ القرار المناسب؛ لمنع حدوث هذه الإساءة بما يضمن للفرد القدرة على الحفاظ على نفسه (Johnston , 2010) .

في حين أشار (Mcgregor,2005) إلى أن مهارات حماية الذات تعرف على أنها استجابة فطرية تساعد الفرد على التكيف، وسرعة التعامل مع المواقف الطارئة في البيئة المحيطة به .

وجاءت دراسة (بشير الرشيدى، ٢٠٠٨) لتثبت أن مهارات حماية الذات تتمثل في مجموعة السلوكيات التي من شأنها الحفاظ على صحة البدن، والنفس معاً فكلاهما يؤثر في الآخر، ويتأثر به .

وانتقلت معه دراسة (أحمد صلاح، ٢٠١١) حيث عرفت مهارات حماية الذات بأنها مجموعة من السلوكيات التي تساعد في رفع مستوى الشعور بالأمان، وذلك عن طريق الابتعاد عن مصادر الإساءة عن طريق رفض الإساءة اللفظية أو غير اللفظية .

أبعاد مهارات حماية الذات :

- أشارت دراسة (Schindl et al, 2003) إلى خمسة أبعاد فقط لمهارات حماية الذات من الإساءة الجنسية تتلخص في :
- تمييز الأجزاء الخاصة بالجسم .
 - الحذر عند التعامل مع الآخرين .
 - الابتعاد عن المصادر المسببة للإساءة والرفض بحزم .
 - الإخبار عن الشخص المسبب للإساءة الجنسية .
 - طلب المساعدة من الآخرين .
- بينما حدد (Spillane, 2006) مجموعة من المهارات الخاصة بحماية الذات من الإساءة الجنسية، كالتالي :
- ملكية الجسد (Body ownership).
 - اللمسة الجيدة مقابل اللمسة السيئة (Good touch versus bad touch).
 - أجزاء الجسم الخاصة (Body private parts).
 - لا أسرار (No secrets).
 - تحديد الغرباء (Identification of strangers).
 - السماح بإخبار الآخرين (Permission to tell).
 - الحيل والخداع (Tricks).
 - اللمسات من الأشخاص المألوفة (Touching by familiar people).
 - الخطأ واللوم (Fault and blame).
 - خطر الإساءة الجنسية على الأولاد الذكور (Boys risk of sexual abuse).
- في حين أشارت دراسة (ذكريات منصور ، ٢٠١١) على أن مهارات حماية الذات من الإساءة الجنسية لدى الأطفال يمكن إدماجها في أربعة مهارات، كالتالي:

- مهارة السر السيء والسر الجيد .
 - مهارة اللمسة السيئة واللمسة الجيدة .
 - مهارة لا للغرباء .
 - مهارة جسمي ملكي .
- بينما جاءت دراسة (رانيا الطباخ، ٢٠٢٢) لتؤكد على أن أبعاد مهارات حماية الذات من الإساءة الجنسية تتلخص في عدة أبعاد أخرى، وهي :
- مهارة التعرف على أجزاء الجسم الخاصة وملكية الجسد .
 - مهارة التعرف على التغيرات الفسيولوجية .
 - مهارة التعرف على المساحة الشخصية .
 - مهارة التعرف على الإساءة الجنسية وتمييز أشكالها .
 - مهارة التعرف على استراتيجيات حماية الذات .

كما أوضحت دراسة (Akmanoglu& Tekin, 2021) أن مهارات حماية الذات تمد الطفل بمجموعة من السلوكيات الوقائية اللفظية، وغير اللفظية التي يستعين بها لكي يتفادى السلوكيات غير المقبولة، والإساءة التي يتعرض لها بالرفض، أو عن طريق التعبير اللفظي بقوله (لا للغرباء)، وكذلك إبلاغ الأشخاص الموثوق بهم عما يحدث له .

وعليه تأتي أهمية إعداد برنامج بناء على ما جاء في نتائج الدراسات السابقة، والتي أكدت على الحاجة لمثل هذه البرامج لرفع وتنمية وتحسين حدة الصدمة ومستوى مهارات حماية الذات لدى الأطفال المعاقين ذهنياً المساء معاملتهم جنسياً .

دور الأسرة في القيام بحماية الطفل عند الإساءة الجنسية :

يرى علاء كفاقي (٢٠٠٨) أن للأسرة الدور الأهم، والأبرز في الحماية من الإساءة الجنسية للطفل، ويتلخص دور الأسرة في النقاط التالية :

- التنقيف الذاتي للطفل حول الإساءة الجنسية الموجهة إليه، وكذلك سبل الحماية منها .
 - نشر ثقافة حماية الطفل، وتبادل الخبرات مع الأسر، وتوسيع دائرة المستفيدين .
 - التعاون الفعال مع الجهات، والمؤسسات، والمراكز، والمتعاملين مع الأطفال في كل مراحل الحماية بدايةً من الوقاية ومروراً بالاكشاف، والابلاغ، والتدخل، والإحالة حتى مرحلة التأهيل .
- دور وسائل الإعلام في حماية الطفل من الإساءة الجنسية :**

- أشار المجلس العربي للطفولة والتنمية (٢٠٠٨) إلى أن وسائل الإعلام المكتوبة أو المسموعة، أو المرئية، وكذلك الإلكترونية في حياتنا المعاصرة تتصاعد أدوارها الاجتماعية، والتنمية ومن هنا تظهر أهمية دعم تلك الوسائل لبرامج حماية الطفل من الإساءة وخاصةً الإساءة الجنسية، ويتلخص الدور الذي تقوم به وسائل الإعلام فيما يلي :
- تنمية الوعي الصحي، وكذلك الإسهام في رفع مستوى الثقافة الجنسية للطفل المعاق، وكذلك الإسهام في الحملات الوقائية من الإساءة الجنسية عبر المواقع الإلكترونية .
 - توفير محتوى متنوع وقيم لجميع الأطفال المعاقين ذهنياً للنشاط الترفيهي والثقافي، مما يعوق دخولهم في محتويات تهدف إلى الإساءة الجنسية عبر المواقع الإلكترونية .
 - رصد بعض صور الإساءة الجنسية للطفل عبر مواقع الإنترنت والقيام بنشرها والتوعية من خلالها .

- تقديم مواد إعلامية توضح علامات الإساءة بأنواعها المختلفة الجنسية، والنفسية، والجسمية وكيفية الاسترشاد بها في اكتشاف نوع الإساءة الواقعة على الطفل .

- الإعلان عن منظمات وهيئات يمكن التواصل معها للإبلاغ عن حالات وقوع الإساءة الجنسية عبر آليات كخطوط التليفونات أو البريد الإلكتروني.

حماية الأطفال من الإساءة الجنسية :

عندما يقوم الشخص بالإساءة الجنسية للطفل يقوم بتهديده بعدم الإفصاح، أو البوح بما حدث معه، ولكن ذلك يصيب الطفل بمستوى عالٍ من القلق والخوف، ويكون الطفل بحاجة ماسة للإحساس بالأمان، وذلك لكي يتكلم عما يحدث بداخله بحرية مطلقة، هذا لكي يستطيع البدء في استعادة ثقته بنفسه وبالآخرين، ومن أجل حماية الطفل من الإساءة الجنسية بعض الإرشادات التالية للحفاظ على الطفل من الإساءة:

- تعليم الأطفال بأن احترام الآخرين لا يعني الطاعة العمياء لكل أوامره .
- التحلي باليقظة والحذر والانتباه لعدم تغييب الطفل طويلاً، وتحذيره من احتمال تعرضه لمثل هذه المشاكل .
- تدريب الطفل علي كيفية حماية ذاته عند تعرضه لمؤشرات الإساءة الجنسية كأن لا يسمح لأحد بتجريده من ملابسه أو أخذه إلى مكان بعيد .
- تعويد الطفل على رفض محاولات الآخرين لمس أعضاء جسده وإخبار الأسرة فور حدوث ذلك التصرف من أي شخص .
- توعية الطفل منذ الصغر بما يتناسب مع عمره بالأمر الجنسية بشكل صريح وغير مبتذل .
- مراقبة الأطفال عند اللعب، خاصةً عندما يختلون بأنفسهم .
- عدم السماح للطفل باللعب مع المراهقين والكبار بعيداً عن العين .

- الحرص على عدم إظهار العلاقة الجنسية أمام الأطفال.
- شغل وقت فراغ الطفل واستثمار طاقته في التمارين الرياضية .
- تعويد الطفل على ارتداء ملابس فضفاضة لا تبرز ملامح جسده .
- تعويد الطفل على النوم في غرفة منفصلة عن الوالدين، وعدم السماح له بالذهاب إلى الفراش إلا وقت النوم.
- وأخيراً زرع الثقة في الطفل لكي تكون دافعاً له للتعبير عما يحدث له بالخارج بعيداً عن الخوف (عبلة مرجان، ٢٠١٠) و(عبد المطلب القريطي، ٢٠١٢).

وبناءً على ما سبق يتضح للباحثة من الدراسات السابقة أن مهارات حماية الذات تتضمن العديد من المصطلحات والمهارات الفرعية التي ينبغي تقديمها للطفل المعاق ذهنياً، والتي تتلخص في الآتي :

- معرفة الطفل لصورة الجسد وحدوده بالنسبة للآخرين .
- التفريق بين اللمسات الآمنة وغير الآمنة .
- المواجهة والدفاع عن النفس ضد أي إساءة .
- التمييز بين ما يصلح أن يكون سراً وما لا يصلح .
- إخبار الكبار بما يحدث وطلب المساعدة .
- التعرف على بعض الحيل والخدع التي تعرض الطفل للخطر.

فتلك المهارات السابقة تساعد على توعية وتنقيف الطفل المعاق ذهنياً، وكذلك تزويده ببعض المعلومات المبسطة حول الإساءة، وكيفية التغلب عليها، وهذا ما اتفقت عليه دراسة كل من العجمي (٢٠١٦)، ودراسة ماجد سليم (٢٠٢٢) .

**المبحث الخامس: البرنامج العلاجي النفسي المرتكز حول الانفعال:
تعريف العلاج المرتكز حول الانفعالات:**

عرفه (Greenberg, 2006, 15) بأنه علاج إنساني انبثق من نظرية الانفعال ونظرية التعلق، حيث تنظر هذه النظرية إلى الانفعالات باعتبارها مركزية لتجارب الذات، وتعتقد أن عملية تغيير الأفراد تحدث من خلال الوعي الذاتي، والتنظيم الذاتي، والتفكير بالعواطف والتعاطف، وتهدف إلى خلق علاقة جديدة، وتحقيق تفاعل بين المشاعر الإيجابية والتعلق الإيجابي. وعرفه (Greenberg, 2007) على أنه أسلوب تجريبي يركز على الانفعالات، والعلاقة العلاجية والمبادئ التوجيهية في تطوير النهج العاطفي، وهو أسلوب يمكن ممارسته في مجال النظريات المعاصرة في العلاج النفسي. وعرفه (Johnson, 2005) بأنه أحد المناهج العلاجية التي تنتفذ خلال وقت قصير لمعالجة العلاقات المتوترة بين الأفراد، وقد أستخدم هذا العلاج بصورة واسعة من قِبَل الباحثين مع القضايا المتعلقة بالأطفال والمراهقين؛ وذلك لأنه يركز على الانفعالات الرئيسية في العمليات والأنماط التي يحدث فيها تفاعلاً بين طرفين، ويقوم هذا العلاج على ثلاث خطوات: تحديد الانفعال السلبي، وإعادة صياغة الرابط العاطفي معه، ومن ثم الاندماج مع الربط العاطفي الجديد، فالمعالج يركز على الانفعالات لأنها تنظم ردود الفعل الرئيسية تجاه الآخرين وتشكل البوصلة الداخلية التي تساعد الأفراد على تحديد احتياجاتهم وأهدافهم.

وعرفه (Karaminezhad, 2017) أنه أحد الأساليب التي تهدف إلى تخليص المرضى من المواقف الانفعالية السلبية، والتعبير عن انفعالاتهم، ومساعدة المرضى على تقبل ذواتهم وتنظيمها والوعي بها، وتحقيق قدر من ضبط واتزان انفعالاتهم، كما أن النقطة الجوهرية في هذه النظرية يتضح من خلال تحسين الخلل العاطفي وأنماط التفاعل، وخلق أنماط تفاعل إيجابية لكي تعزز العلاقة العاطفية، والتغلب على معوقات وصعوبات التفاعل .

فنيات العلاج المرتكز على الانفعالات:

تتكون فنيات العلاج المرتكز على الانفعالات من أربعة عناصر أساسية تتمثل في :

• **الوعي بالذات** : ويشمل الوعي العاطفي بالذات، ودقة التنظيم العاطفي والثقة بالنفس، حيث تعتبر مهارة أساسية تتمثل في قدرتنا على الاعتراف بعواطفنا وأثارها علينا، فهي تساعدنا على تحديد حاجاتنا ومعرفة وكشف مشاعرنا فقد نشعر بالحزن أو السعادة والابتهاج أو مزيج من الانفعالات، ويشمل الوعي الذاتي على الوعي العاطفي، والتقييم الذاتي الدقيق، والثقة بالنفس. (Mersino, 2007,23-26)

ويهتم الوعي الذاتي باتصال الفرد مع مشاعره ويعتمد على تحقيق الذات ودرجة الأمن الانفعالي للذات ومساعدة الفرد على أن يكون قادرًا على إدارة نفسه بشكل أكثر فاعلية وقادر على السيطرة على مشاعره وضبطها . (Sparrow, 2006, 91-93)

• **الوعي بالآخرين Awareness with others** : ويشمل التعاطف والوعي التنظيمي وخدمات التوجيه الأخرى، حيث يحدث من خلال الاتصال بمشاعر الآخرين والوعي بها وفهمها، ويتكون ذلك من خلال احترامهم وقبولهم وإقامة علاقة إيجابية معهم. (Hazrati, 2017)

• **تدبر الذات Self-management** : وتشمل القدرة على ضبط النفس والثقة والتكيف والمبادرة والمثابرة، حيث تعرف الإدارة الذاتية بقدرة الفرد على التحكم بمشاعره، بحيث يستطيع السيطرة عليها من خلال تقنيات تنظيم العواطف، ومن المهارات التي تتضمنها عملية الإدارة الذاتية للعواطف، مهارة ضبط النفس، وهي القدرة على السيطرة على الذات بغض النظر عن الحالة العاطفية. (Naaman, 2005)

• **المهارات الاجتماعية Social Skill** : وتشمل القيادة والتأثير بالآخرين، والاتصال، وإدارة الصراع وبناء العلاقات والعمل الجماعي، وتمثل المهارات الاجتماعية علاقتنا مع الآخرين، حيث أننا لا نستطيع العيش بمعزل عن الآخرين، فامتلاكنا للمهارات الاجتماعية يساعدنا عن الاتصال الفعال وتقوية الروابط الاجتماعية وامتلاك مهارات حل النزاع والثقة بالآخرين، وتقديم المساعدة للآخرين، والاستماع لمشاكلهم، وتقديم الابتسامة التي تجذب الآخرين إليه، والانخراط في الجماعات المهنية . (Kurian, 2014).

ويرى كلٌّ من (Goldman, & Rousmaniere, 2021) أن العلاج المرتكز حول الانفعالات يمر بثلاث مراحل أساسية :

• **المرحلة الأولى:** تتمثل في إنشاء تحالف علاجي قوي، وذلك للوصول إلى تعبير انفعالي من خلال تحديد احتياجات الفرد للوصول إلى المشاعر العميقة .

• **المرحلة الثانية:** فنتضمن تعزيز الهوية وقبول الفرد للآخرين، وذلك من خلال هيكله التفاعلات مع الآخرين بعد تبني استجابات انفعالية مناسبة تلبى احتياجات الفرد .

• **المرحلة الثالثة :** يتم فيها التركيز على ظهور الحلول المناسبة للمشاكل الناتجة عن العلاقات القديمة، وتحسين العلاقات مع الآخرين . (Goldman, 2021, 1-11)

ولكي تتم جميع هذه المراحل يجب على المعالج القيام بتوظيف المهارات والفنيات العلاجية المناسبة وذلك لتحقيق النتائج الممكنة:

ففي المرحلة الأولى التحالف العلاجي: يقوم المعالج باستخدام العديد من الفنيات العلاجية مثل التعاطف مع الطفل من خلال وضع المعالج نفسه مكان الطفل والشعور بمشاعره وأن ينظر إليه المعالج نظرة دون أي تحيز،

بالإضافة إلى فنية الأصالة التي تتضمن تطابق قول المعالج مع فعله وتقديم الاستجابة الانفعالية المناسبة دون تصنع، واستخدام عكس المشاعر والربط بين مشاعر الطفل وأفكاره من أجل مساعدته على فهم خبراته الانفعالية، وتشجيعه على اكتشاف مشاعره الغامضة، والقدرة على قراءه اللغة غير اللفظية معه، وصولاً الى كشف الذات حيث يكشف المعالج عن ذاته لتحقيق هدفه.

أما المرحلة الثانية والثالثة: فيجب على المعالج استخدام العديد من الفنيات، مثل تتبع التفاعلات وعكسها من خلال التوضيح للمريض طبيعة علاقته بالآخرين، والعمل على تمثيل المواقف التفاعلية من أجل الاتصال وتقوية الاستجابة الجديدة وتعزيز الاستجابة الإيجابية، وذلك لتوطيد العلاقة مع الآخرين، والعمل على إقامة تفاعلات اجتماعية معهم .

وذكر (Greenberg, 2004) أن التدريب الانفعالي يمر بثمان خطوات تتمثل في مرحلتين هما الوعي بالانفعالات، ومرحلة قبولها:

١. **مرحلة الوعي بالانفعالات Emotional Awareness** : وهذه المرحلة يمر فيها المسترشد بأربع خطوات متتالية، هي:

- أن يكون الطفل واعياً بانفعالاته.
- أن يدرّب الطفل على تقبل تجربته العاطفية، والاعتراف بها أمام نفسه.
- مساعدة الطفل على التعبير عن مشاعره وذلك لحل مشكلته.
- مساعدة الطفل على أن يكون واعياً فيما إذا كان ردود فعله العاطفية تجاه المواقف هي مشاعر أولية أم لا، ويتم مساعدته على تحديدها.

٢. **مرحلة قبول الانفعالات (Acceptance of Emotion)**:

حيث يتم التركيز في هذه المرحلة على استخدام الانفعالات وتبديلها حيث يتم تبديل المشاعر الأولية وتتمثل فيما يلي:

- مساعدة الطفل على تحديد المشاعر الأولية لديه، ويعمل المعالج والمريض لتحديد فيما إذا كانت انفعالاته تشكل رد فعل صحيحاً أم لا، بالنسبة للموقف.
- أن يحدد الطفل التأثيرات السلبية من ردة فعله غير الصحيحة اتجاه الموقف.
- مساعدة الطفل على إيجاد ردود الفعل الصحيحة والبديلة لردة الفعل السلبية تجاه الموقف.
- أن يُدرب الطفل على تحدي الأفكار الداخلية المتعلقة بانفعالاته غير الصحيحة، بالاعتماد على الانفعالات الإيجابية والصحيحة وتعلم تنظيمها جيداً. (Girod, 2017, 75-82)

دور المعالج :

يلعب المعالج دوراً فعالاً في الخوض في تجربة الطفل المعاق ذهنياً المؤلمة، لذلك يجب أن يكون عنده الشجاعة الكافية وذلك للتركيز على نقاط الألم عنده والتي قد يكون خائفاً من التحدث عنها، فيجب عليه أن يتحلى بالهدوء لبناء الثقة مع طفل، وذلك لكي يتمكن الطفل من الاعتقاد أن هذه المشاعر يمكن الاقتراب منها والإحساس فيها والتعبير عنها، ومن ثم يتم التركيز على احتياجات الطفل الأساسية الكامنة وراء تجربته العاطفية المؤلمة، فالعلاقة العلاجية بين المعالج والمريض تساعد الطفل على الشعور بأن هناك من يحبه ويعتني به ويفهمه بصورة عميقة، وهذا الأمر ذو أهمية لأنه يقود إلى نقطة هدف العلاج، والتي منها نساعد على تبديل هذه التجربة المؤلمة إلى تجربة إيجابية (Timulak , 2014) ، وتتلخص مهام المعالج عند قيامه بعملية العلاج المرتكز حول الانفعالات على أن يكون واعياً لانفعالاته، وأن تكون نظرتَه إيجابية نحو هذه الانفعالات، التي يراها كمصدرٍ مُزوِّداً للمعلومات ومحرِّكاً للسلوك، وأن يرى المعالج أنه عندما يختبر انفعال

الطفل تكون فرصة جيدة لإقامة علاقة علاجية متينة، وأن يستمع المعالج لمشاعر الطفل مثل الحزن والغضب والقلق وأن ينتبه إلى شدة انفعاله وأن يتم تقبلها (Gillespie, 2016, 245-263)، ويتم توضيح تفهمه وتعاطفه لمشاعره، كما يجب على المعالج مساعدة الطفل على ترميز مشاعره بالكلام، وأن يدخل إلى عالمه الانفعالي وتوجيهه في كيفية التعامل مع الانفعالات، وأن يتم تقديم الاستراتيجيات المناسبة لمساعدته في العملية الانفعالية مستخدماً مهارة التعاطف، والتي تعتبر المهارة الأساسية التي يجب توافرها في المعالج الذي يستند إلى العلاج المرتكز حول الانفعالات. (Greenberg, 2002, 63-65)

تقويم العلاج النفسي التكاملي للعلاج المرتكز حول الانفعال :

إن العلاج المرتكز على الانفعال هو علاج تعاوني يستخدم مزيجاً من النهج النظري والنهج القابل للتطبيق، وقد تحقق الباحثون من صحة العلاج المرتكز على الانفعال، وتبين أن العلاج النفسي التكاملي المرتكز على الانفعالات فعال في الحد من أعراض عدة اضطرابات نفسية وطبقت بنجاح على العديد من المشكلات. ومن إيجابيات العلاج الذي يركز على الانفعال أنه يتيح لك التعامل مع مشاعرك بشكل مباشر، مما يساعدك على تطوير فهم أعمق لتجاربك الانفعالية، ويمكن أن يساعدك على تنمية ذكائك العاطفي وإنشاء روايات إيجابية جديدة عن حياتك.

فاعلية العلاج التكاملي المرتكز حول الانفعال في علاج الاضطرابات المختلفة:

يرى Angus, L,(2011) أن استخدام العلاج المرتكز حول الانفعال كان فعالاً للغاية في علاج الاكتئاب، وكان أكثر فاعلية من العلاج التعاطفي الذي يركز على العميل، وكذلك العلاج المعرفي السلوكي على الرغم من كون العلاج المعرفي السلوكي كان فعالاً للغاية في الحد من الاكتئاب، وقد وجد أن العلاج المرتكز حول الانفعال كان أكثر فاعلية في الحد من المشاكل الشخصية، فإنه يعزز أكثر في تغيير الأعراض من العلاج الذي يركز على الشخص، وكان فعالاً للغاية في منع الانتكاس بنسبة ٧٧% معدل عدم الانتكاس .

وفي دراسة York للاكتئاب، و زملاؤه (Goldman, 2006) أدلة للفعالية الفائقة في إنهاء إضافة التدخلات التي تركز على الانفعال إلى أسس تتمحور حول العميل. بالإضافة إلى ذلك، كانت مجموعة العلاج المرتكز حول الانفعال ذات أهمية كبيرة وأداء أفضل بشكل واضح في المتابعة لمدة (١٨) شهرًا. (Elliott, R. 2012)

قام Shahar, B.(2016) بتقييم فاعلية العلاج المرتكز حول الانفعال للبالغين الذين يعانون من اضطراب القلق الاجتماعي تم التعامل مع (١٢) جلسة مع ما يصل إلى (٢٨) جلسة من العلاج المرتكز حول الانفعال، واستند العلاج المرتكز حول الانفعال على علاقة تعاطفية والعمل على النقد الذاتي، ولوحظ تحسناً بشكل كبير أثناء العلاج وظلت تتحسن أثناء المتابعة، تحسن الانفعال بشكل كبير خلال مرحلة المتابعة .

في دراسة Greenberg, (2019) فاعلية العلاج المرتكز حول الانفعال في علاج اضطرابات الأكل، وقدموا أدلة أولية على فاعلية مجموعة العلاج التي تركز على المشاعر للمرضى (النساء اللواتي لديهن تشخيص اضطراب الإفراط في تناول الطعام أو الشره المرضي العصبي أو اضطراب الأكل غير المحدد)، تضمنت مجموعة العلاج المرتكز حول الانفعال عدد

(١٦) جلسة أسبوعية استهدفت شكاية المشاعر المرتبطة بأعراض اضطراب الأكل قبل وبعد العلاج، كانت التغييرات في الشراهة في تناول الطعام والدرجات على مقاييس التقرير الذاتي ذات دلالة إحصائية، وقد أبلغ المشاركون عن انخفاض في تواتر نوبات الشراهة وتحسينات في المزاج وتحسينات في تنظيم العاطفة والكفاءة الذاتية .

وأشار (Johnson, 2004, 5-8) بفاعليته مع اضطرابات جسدية الشكل واضطراب كرب ما بعد الصدمة وخفض مستوى الأمراض المزمنة، وهذا لا يحتاج إلى وقت طويل مقارنة بالأنواع المختلفة من العلاج.

وجهات نظر الباحثين في فاعلية العلاج المرتكز حول الانفعال:

أن التجارب السريرية على العلاج المرتكز حول الانفعال، أثبتت الأبحاث التجريبية حول الدور المستقل للعاطفة في التغيير العلاجي باستمرار وجود علاقة بين التنشيط العاطفي أثناء الجلسة والنتيجة. لقد تبين أن مساعدة الناس على التغلب على تجنبهم للعاطفة، والتركيز بشكلٍ تعاوني على العواطف، واستكشافها في العلاج أمر مهم في التغيير العلاجي بغض النظر عن التوجه العلاجي .

وخلال ملاحظة الباحثين في فاعلية العلاج المرتكز حول الانفعال و مراجعة دراسات نتائج العلاج وجدوا علاقة قوية بين التجربة العاطفية أثناء الجلسة والمكاسب العلاجية في العلاجات الديناميكية والمعرفية والتجريبية . مما أكد فاعلية العلاج في التحسن والقدرة على التعامل مع الانفعال بشكلٍ ملحوظٍ. (Greenberg, 2010)

كما أشاروا إلى أن معالجة تجربة الفرد الجسدية واستكشافها بشكلٍ أعمق في العلاج قد تكون المكونات الأساسية للتغيير في العلاج النفسي، بغض النظر عن وصفة المعالجة العاطفية من منظور العلاج السلوكي وهي

الإثارة. بالإضافة إلى التعود على الحافز المؤلم والتعرض لمعلومات جديدة وبعبارة أخرى، تجربة الضيق القديم في وجود معلومات جديدة تراكمت بشكل تجريبي في الوقت الحالي.

ومن منظور العلاج التجريبي، فإن النهج والإثارة والقبول والتسامح مع التجربة العاطفية ضرورية ولكنها ليست كافية للتغيير. تتضمن المعالجة العاطفية المثالية التقدم من خلال سلسلة من العواطف، بالإضافة إلى تكامل الإدراك والتأثير (Greenberg, 2019).

وقد أشاروا إلى نقاط القوة والضعف للعلاج المرتكز حول الانفعال في الآتي:

يمكن أن يكون العلاج الذي يركز على الانفعال فعالاً في حالة البحث عن استراتيجيات عملية للمساعدة في إدارة انفعالات، ومفتوح على مناقشة لاستكشاف مشاعر مع المعالج الخاص بالفرد، تريد أن تفهم الأسباب الكامنة وراء التحديات التي تواجهها، ويتمثل أحد الانتقادات الرئيسية للعلاج المرتكز على الانفعال في فرضيته القائلة بأن التنظيم العاطفي هو جانب رئيسي من جوانب التغيير العلاجي، وأنه أمر هام للغاية لنجاح العلاج النفسي، ولكن عالم النفس Bruce Ecker لا يتفق مع هذا الانتقاد؛ لأن العنصر الرئيسي للتغيير العلاجي يتلخص في عدم التوافق الملحوظ بين أنماط السلوك المتوقعة والملموسة. وأن المشكلات تحدث عندما يكون هناك تصورًا بأن العالم يسير بشكلٍ مختلفٍ عن النموذج الذي تعلمه الشخص، لذا لا يعتمد التناقض على الانفعال ولكن على الخبرة السابقة.

على الرغم من أن العلاج الذي يركز على الانفعال يمكن أن يكون له الكثير من الفوائد لمجموعة واسعة من المشكلات (Elliott, R. (2012), p.103-111).

وتستنتج الباحثة أنه لا بد من مساعدة الأطفال على أن يكون مدركًا لمشاعره ، وذلك من خلال تقبلها والإحساس بتجارب العاطفية، فالعواطف تعكس تجارب عدة تقود إلى ردود فعل تتكيف مع الموقف، عن طريق للتعبير عن مشاعر من فرح وحزن وغيرها. كما تحاول الباحثة زيادة الوعي الذاتي للهم، والوعي بالآخرين، والذي يتمثل بمقدرهم على معرفة مشاعرهم الانفعالية، والقدرة على التعبير عن أفكارهم ومشاعرهم، وذلك من أجل توجيههم على اتخاذ قرارات عاطفية، كما أن ذلك يتعلق بعلاقة مع الآخرين، فلا بد من معرفة مشاعر الآخرين والوعي بها، والقدرة على بناء مجموعات اجتماعية، وإدارة العلاقات بين الأفراد، وذلك لتحقيق الألفة والاندماج فيما بينهم، من خلال الطلب منهم بتمثيل موقف تعرضوا له، لوحده داخل مجموعة.

وتعتمد نظرية العلاج المرتكز على الانفعالات على التمييز ما بين نوعين مختلفين من الانفعالات: الانفعالات الإيجابية والانفعالات السلبية، ومعرفة أي الانفعالات التي يتم احتياجها للاعتراف والتعبير عنها، وأي الانفعالات التي يجب تفسيرها لحل المشكلة العاطفية، حيث تؤثر الانفعالات في التواصل مع الآخرين بطرق متعددة مثل انفعال القلق، فانفعال الفرد هنا له صور غير لفظية للتفاعل مع الآخرين (Goldman, 2013).

افتراضات العلاج :

ويقوم العلاج القائم على الانفعال على افتراضين أساسيين هما :

• **الافتراض الأول:** "امتلاك البشر أدمغة صعبة، حيث يستند العلاج إلى علم النفس التطوري، والذي يَشُدُّد على أهمية فهم أدمغتنا وعلى كيفية تشكيلها خلال العمليات التطورية عبر ملايين السنين، حيث تطورت من الدوافع الأساسية المتمثلة في تحقيق الحاجات الأساسية مثل الغذاء والتناسل والعناية بالأبناء إلى أن وصلت، ومع التطور المعرفي الهائل إلى القدرة على

التخطيط والتخيل والمراقبة الذاتية، الأمر الذي يسمح لنا بمعالجة المشكلات المعقدة وتشكيل مجموعات اجتماعية كبيرة .

ويرى (Soltani, 2020), (Gilbert, 2014) من الرغم من هذا التطور إلا أنه تسبب في خلق مشاكل الأفراد، حيث تؤدي الانفعالات الشديدة الناتجة عن التهديد إلى إرسال إشارات إلى المخ، مما يؤدي إلى وقوع الفرد في حلقة مفرغة من الشعور بالتهديد، فيؤدي إلى لوم الفرد لذاته بشكل مستمر، وتقديم استنتاجات حول الاحداث الصادمة التي أدت إلى مواصلة التهديد .

● **الفترض الثاني:** "يقوم على أساس أن لدى كل فرد ثلاثة أنظمة أساسية لتنظيم الانفعالات، والذي يساعد الفرد في كيفية الاستجابة للتهديدات، وغالباً ما تكون هذه الأنظمة مسيطرة وتوجه الانتباه إلى طبيعة التهديد الواقع على الفرد، مما يخلق أساليب تفكير تساعد على مواجهة التهديدات المختلفة (Gilbert, 2014). ويؤكد أن التدريب على التعاطف يؤثر بشكل فعال على الجهاز الفسيولوجي والجهاز المناعي للفرد، أسهم في شعور الفرد بالتعاطف والأمان وهي أنظمة التهديد والحماية، أنظمة القيادة والبحث عن الآثار، أنظمة الرضا (Holowaty, 2012) .

نموذج الحلقات الثلاث للانفعالات:

أن جميع الكائنات الحية طورت أنظمة للكشف عن التهديدات تتطلب منها مجموعة من الدفاعات النفسية مثل الغضب والقلق والاكتئاب وغيرها من الاضطرابات، بما يؤدي إلى تثبيط إفراز هرمون السيروتونين المسؤول عن السعادة لدى الفرد، كما تطورت أنظمة الحماية من التهديدات لتتماشى مع أنواع معينة منها وتعمل بطريقة آمنة، مما يؤدي إلى الشعور بالسعادة نتيجة إفراز هرمون الدوبامين داخل المخ. (Engel, 2002, 69-78) ويرى Gilbert, (2009) أن الحساسية والأستجابة للتهديدات المحتملة هي

نتيجة للتفاعل بين الجينات وعملية التعلم، ويمكن أن تتعارض داخل نظام الحماية من التهديد، مما يؤدي إلى حدوث حالة من الارتباك بين أنظمة الحماية من التهديد داخل المخ، الأمر الذي من شأنه أن يؤدي إلى نشوء العديد من الأمراض النفسية، كما أن صعوبة التشغيل السلس والتلقائي لنظام الحماية من التهديدات وذلك لتداخل العديد من خيارات الاستجابة للتهديد مما يؤدي إلى استمرارية السلوك الخاضع للتهديد، ويلعب العلاج القائم على التعاطف دورًا بارزًا في تطوير استراتيجيات الأمان والتي تعمل بشكل تلقائي عند مواجهة أي تهديد، وذلك عن طريق مساعدة المرضى على إدراك أن امراضهم واضطراباتهم النفسية ليست خطأهم، إنما هي ناتجة عن مشكلات في توظيف استراتيجيات الأمان عند مواجهة التهديدات.

وحسب ما جاء في ليون (Lynn,2005, 74-105) هناك ثلاثة

مكونات أساسية للانفعالات :

١. **المكون المعرفي:** ويتضمن الادراكات والأفكار والاعتقادات والتوقعات، فلا يوجد شيء في الحياة جيدًا أو سيئًا، لكن التفكير هو الذي يجعله كذلك فأفكارنا الموجودة في الجزء العقلاني من الدماغ تساهم في حدوث الانفعالات.

٢. **المكون الجسمي:** وهو عبارة عن رد الفعل الجسمي التلقائي الذي تتحكم به أجهزتنا، هذا المكون من الانفعالات يوفر لنا الحماية اللازمة والمسئول عن التحكم في أفعالنا خاصة في المواقف التي نتعرض فيها للهجوم .

٣. **المكون السلوكي:** وهو كيفية التعبير عن الانفعالات، ومن الأمثلة عليها الابتسامة عند الشعور بالفرح، فتعابير الوجه، والإيماءات، ولغة الجسد، وتعبيرات العيون، ونبرة الصوت كلها تعتبر سلوكية عن الانفعالات .
(Lynn, 2005, 89-100)

وتكمن أهمية الانفعالات في أنها توضح طبيعة علاقة الفرد بالآخرين، فهي تشير إذا كانت علاقاته جيدة أم سيئة، فإدارة الانفعالات هي عبارة عن عملية مسؤولة عن مراقبة وتقييم وتعديل ردود الفعل الانفعالية، وذلك ليتمكن الفرد من تحقيق أهدافه، كما أنها تشير إلى وضع الفرد الحالي وحاجاته وأهدافه، فالانفعالات تنظّم علاقة الفرد بذاته وبالآخرين، وأن كل انفعال يحدد علاقة الفرد بالآخرين أو علاقته بالبيئة. (Lynn, 2005, 89-101)

يتضح مما سبق أن تلعب العواطف الدور الأساسي في عملية التغيير في العلاج المرتكز على الانفعالات، ومن تقنيات هذا العلاج: الإدراك العاطفي والاستكشاف العاطفي وعملية التوجيه أو الإرشاد، بالإضافة إلى المشاركة التجريبية والاستجابات المباشرة غير التجريبية للمضمون.

واتفق مع (Johnson , 2005) وينظر للعلاج المرتكز حول الانفعالات بأنه عملية تكاملية تُركز على سلوك الفرد في بيئته التي يتفاعل معها ومع تفاعلاته بالآخرين، حيث يعتبر علاج دينامي (Dynamic)، وذلك لأنه يعمل على إعادة التوازن الانفعالي وضبط للمشاعر وتصحيح رؤية الفرد للآخرين، وهذا يتضمن التركيز على قدرات الفرد وعلاقاته مع الآخرين في ضوء أنماط التعلق التي تم تطويرها في مراحل نموه .

وأيضًا اتفق مع (Mcfee , 2011) أن العلاج المرتكز على الانفعالات هو أحد النظريات الإنسانية العلاجية التي تدمج ما بين مبادئ العلاج المرتكز على الطفل والمبادئ التجريبية، فهو ينبثق من نظرية التعلق (Attachment theory) حيث تدور هذه النظرية حول التعلق الذي يبدأ مع الفرد منذ مرحلة الطفولة مع الوالدين ومقدمي الرعاية له، وفي وقتٍ لاحقٍ يدخل الفرد في علاقات مع أفراد ذوي أهمية في حياته (Maier, 2015) ويستند مبادئ نظرية التعلق، وهذه المبادئ تتضمن، التعلق قوة دافعة موجودة بالفطرة للإنسان، والاعتمادية الآمنة تكمل الاستقلال، والتعلق الآمن

يوفر الراحة ويمنح الفرد قاعدة آمنة لاستكشاف ما حوله. (Johson,2008, 37-39)

واتفق مع دراسة (Shahar (2014 على أهمية استخدام العلاج المرتكز على الأنفعال وهي بعنوان العلاج المرتكز على الانفعال لعلاج القلق الاجتماعي: وتتضمن عمليات التغيير الأساسية في العلاج المرتكز حول الانفعال للقلق الاجتماعي تحسين الوعي العاطفي، وتقليل التجنب وتفعيل وتحويل وصمة العار الذي يكمن وراء القلق العرضي. تؤدي مثل هذه العمليات إلى قدر أقل من النقد الذاتي، وإلى المزيد من التعاطف مع الذات وتهذئة الذات، وإلى تصور أكثر إيجابية للذات. يتم استخدام مثال حالة لتوضيح كيفية تطبيق هذه المبادئ مع مريض قلق اجتماعي.

وأيضاً دراسة بحث خطاطبة، حمدي (٢٠١٥) "أثر برنامج علاجي مرتكز على الانفعالات في خفض الأرق وتحسين مفهوم الذات، هدفت هذه الدراسة إلى قياس فاعلية برنامج علاجي مرتكز على الانفعالات في خفض الأرق وتحسين مفهوم الذات.

فمن حيث الهدف : استهدفت بعض البحوث قياس فاعلية برنامج إرشادي مرتكز على الانفعال في خفض الأرق وتحسين مفهوم الذات كبحث خطاطبة وحمدي، أو معرفة مدى فعالية العلاج المرتكز على الذات في علاج اضطرابات الأكل كبحث (Villalobos & Tamayo ,Osoro).

أما من حيث العينة: طبقت البحوث السابقة على عينات مختلفة العدد، فمثلاً أجري بحث shahar على عينة مكونة من مشارك واحد في أواخر الأربعينات. بينما أجري بحث خطاطبة وحمدي، والدهمشي على عينات صغيرة نسبياً قوامها (٣٠) مشاركاً، أما بحث Villalobos & Tamayo ,Osoro, كانت عبارة عن مراجعة منهجية Pubmed، Cochrane.

ومن حيث الأدوات: أشارت معظم البحوث السابقة إلى استخدام قوائم القياس مثل بحث خطاطبة وحمدي الذي استخدم مقياس الأرق ومقياس مفهوم الذات.

ومن حيث النتائج: أشارت البحوث السابقة إلى وجود فعالية للبرنامج العلاجي المتمركز على الانفعالات في خفض درجة الأرق وتحسين مفهوم الذات في بحث خطاطبة وحمدي. وفاعلية العلاج المتمركز على الانفعالات في خفض مستوى الاليسيثيميا اللواتي تعرضن للعنف في بحث الدهمشي، كان استخدام العلاج المتمركز على الانفعال مفيداً جداً في تخفيف أعراض القلق الاجتماعي وتقليل النقد الذاتي في بحث Shahr. أيضاً أظهرت النتائج تحسينات في كلٍ من الأمراض النفسية والأعراض العاطفية، وأن هناك حاجة إلى مزيد من الأبحاث لتأكيد فعالية العلاج المتمركز على الانفعال كعلاج تم التحقق من صحته تجريبياً في بحث Villalobos & Tamayo, Osoro.

ولذلك اتفق مع تعريف الداھري في أهمية البرنامج التدريبي السلوكي العلاجي المتمركز حول العاطفة بأنه عملية مساعدة الطفل لفهم نفسه واستعداداته، وقدراته وإمكاناته، والتبصر بها، وبمشكلاته النفسية والأسرية وغيرها، كما تساعده في فهم حاضره، والاتصال والتواصل مع العالم الخارجي بصورة منظمة، وذلك بهدف تحقيق التواصل النفسي .

الأساليب المتنوعة لإكساب الطفل المعاق ذهنياً السلوكيات الصحية:

١. **القصة :** وهي من أحب وأمتع الأنشطة، ويمكن من خلالها تنمية السلوكيات الصحية باستخدام الوسائل المساعدة في تقديم القصة .
٢. **اللعب :** يتوافر فيه عنصري الإثارة والتشويق، كما يتوافر فيه السهولة والبساطة والمتعة، حيث يجعل الطفل إيجابياً، ويزيد من دافعيته للاكتشاف والتعلم، ومن ثم يمكن إكسابه بعض المفاهيم الصحية والسلوكيات الوقائية.

٣. **الاكتشاف الموجه** : من الأساليب التي تثري البناء المعرفي للطفل، وتساعد على تكوين المفاهيم الصحية حيث يستخدم حواسه لاكتشاف الحقائق والسلوكيات الصحية. (هدى الناشف، ٢٠١٠، ٢٢٣-٢٣٩).

٤. **المحاكاة والتقليد (التمثيل ولعب الأدوار)**: يتميز الطفل بملاحظة والتقليد، وكما يعتبر التمثيل بمثابة تقليد سلوكي لمواقف من الحياة اليومية.

٥. **حل المشكلات**: إحدى المهام الرئيسية للتعلم هو جعل الأطفال قادرين على استخدام المفاهيم والمبادئ التي سبق أن تعلموها في حل مواقف مشكلة جديدة، لذا ينبغي على الأم أن تفترض أن أطفالها لديهم أساليب معرفية مختلفة لحل المشكلات، وأن تكييف من طرق التدريس بحيث تتواءم هذه الأساليب .

٦. **تعليم الأقران** : الطفل يتعلم من أقرانه الأطفال المعاقين ذهنياً الذين هم في سنه. ومن الضروري أن تقوم الأم بإطراء طفل ما؛ لأنه أتى بسلوك حسن؛ لأن هذا الأمر سيجعل بقية الأطفال المعاقين ذهنياً يقلدونه في هذا السلوك، وسيدفعهم إلى تكراره لإرضاء أم الطفل المعاق ذهنياً .

٧. **التجارب الميدانية** : يحتاج الأطفال المعاقين ذهنياً للتعلم عن طريق الممارسة و التجربة، فذلك أهم لهم بكثير من الإصغاء و الاستماع، وليس المهم هو مقدار ما تفعله أم ذوي للطفل المعاق ذهنياً، وإنما المهم هو ما يقوم به الطفل (زيتون، ٢٠١٣، ٢١٢).

٨. **الرحلات** : إحدى طرق اكتساب الخبرات المليئة بالثراء والتشويق والمتعة.

٩. **الأفلام** : إن الأفلام أو الصور المتحركة تمتاز عن بقية الوسائل و الطرق التعليمية الأخرى بإمكانية توفير خبرات واقعية ومشوقة وواضحة للأحداث والمشكلات والحقائق والمفاهيم، بحيث تساهم في تحقيق الأهداف التربوية المنشودة (حنان العناني، ٢٠١٦، ٥٤).

بعض النقاط التي يجب مراعاتها عند إعداد وتقديم البرنامج التدريبي السلوكي القائم على العلاج النفسي المتكامل المرتكز على العاطفة لطفل الروضة المعاق ذهنياً :

- ضرورة استثارة رغبة الأطفال المعاقين ذهنياً لممارسة السلوكيات الصحية الوقائية المراد تعلمها . ويقضي هذا أن يدركوا أهمية ممارسة مهارات حماية الذات، وأن يكون الهدف من برنامج تدريبي سلوكي قائم العلاج النفسي المتكامل المرتكز على العاطفة واضح لدى الطفل .
- أن تتنوع أنشطة تعلم السلوكيات الصحية وحماية الذات من حيث الهدف والمحتوى وأساليب تقديمها، بحيث تكون مشوقة وهامة في الحياة اليومية للطفل .
- يتطلب تعلم السلوكيات والتدريب عليها إعطاء توجيهات قبل ممارستها وأثناءها، وبعض هذه التوجيهات شفوية أو عروض عملية تؤديها أم أو المربي أمام الطفل أو عرض صور توضح خطوات أداء السلوك .
- ينبغي أن نهتم بملاحظة أخطاء الأطفال المعاقين ذهنياً أثناء ممارستها للسلوكيات الصحية الوقائية، وتوجههم إلى تصحيحها حتى لا تثبت السلوكيات الخاطئة .
- يجب أن نهتم بملاحظة الفروق الفردية بين الأطفال المعاقين ذهنياً أثناء اكتساب السلوكيات حماية الذات، وأن ننظم المواقف اللازمة لمزيد من التدريب الفردي لبعض الأطفال المعاقين ذهنياً الذين يحتاجون إلى ذلك .
- يجب أن تتميز مهارات حماية الذات وتحسين آثار الصدمة للطفل الروضة المعاق ذهنياً بالبساطة والسهولة والابتعاد عن السلوكيات المركبة .
- يجب جذب انتباه الأطفال المعاقين ذهنياً للمهارات المراد تعلمها، وتنمية اهتمامهم بها ومتابعة تقدمهم .

ومما سبق يتضح لنا أن أسلوب العلاج النفسي المتكامل المرتكز على العاطفة يساعد الطفل على ربط المعارف والخبرات المقدمة له مع بعضها البعض وإدراك العلاقات بينها، ويعد أسلوب العلاج النفسي المتكامل المرتكز على العاطفة أساس عمل الأنشطة المتكاملة، والتي يجب أن تراعي الطفل وأمه في تخطيط لهذه الأنشطة وميول وقدرات الأطفال المعاقين ذهنياً والفرق الفردية بين الأطفال المعاقين ذهنياً، كما يجب أن تحدد الإستراتيجية التي تتبعها في تقديم الأنشطة، وكذلك الأساليب والأدوات التي تساعد في تحقيق أهدافها من هذه الأنشطة العلاجية.

فروض البحث:

١. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي على مقياسي أعراض الصدمة ومهارات حماية الذات للأطفال المساء معاملتهم جنسياً المعاقين ذهنياً لصالح القياس البعدي ."

٢. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي والتتبعي على مقياسي أعراض الصدمة ومهارات حماية الذات للأطفال المساء معاملتهم جنسياً المعاقين ذهنياً ."

إجراءات البحث:

أولاً: منهج البحث:

تعتبر هذه الدراسة من الدراسات شبه التجريبية، فاتبعت الباحثة المنهج شبه التجريبي، وإعداد التصميم شبه التجريبي على تصميم المجموعة الواحدة مع الاختبار القبلي والبعدي (الأطفال المعاقين ذهنياً) والتتبعي (الأطفال المعاقين ذهنياً) ، وذلك للتحقق من فعالية البرنامج التدريبي السلوكي قائم

على العلاج النفسي المتكامل المرتكز على العاطفة لتحسين حدة الصدمة ومهارات حماية الذات للأطفال المسأء معاملتهم جنسياً المعاقين ذهنياً القابلين للتعليم، وقامت الباحثة باستخدام القياس القبلي، والبعدي، والتتبعي للمجموعة التجريبية للتحقق من صحة الفروض وفاعلية البرنامج، من خلال الخطوات الآتية:

- ١- التطبيق القبلي لمقياسين أعراض الصدمة ومظاهر التعرض للإساءة الجنسية على (٧٠) طفلاً معاقاً ذهنياً تتراوح أعمارهم بين (٤-٦) سنوات.
- ٢- بلغ عدد الأطفال المعاقين ذهنياً الذين تعرضوا للإساءة الجنسية (١٠) (المجموعة التجريبية).
- ٣- التطبيق القبلي لمقياسين أعراض الصدمة ومهارات الحماية الذات الأطفال المعاقين ذهنياً الذين تعرضوا للإساءة الجنسية.
- ٤- تطبيق البرنامج التدريبي السلوكي على المجموعة التجريبية.
- ٥- التطبيق البعدي لمقياسي أعراض الصدمة ومهارات الحماية الذات الأطفال المعاقين ذهنياً الذين تعرضوا للإساءة الجنسية.
- ٦- التطبيق التتبعي لمقياسي أعراض الصدمة ومهارات الحماية الذات الأطفال المعاقين ذهنياً الذين تعرضوا للإساءة الجنسية.

ثانياً : حدود البحث :

- **الحدود الجغرافية :** تم اختيار العينة الحالية من مدرسة ناصر للتربية الفكرية بمحافظة البحيرة بدمنهور من أطفال رياض الأطفال تمهيدي (المستوى الثاني) للأطفال المعاقين ذهنياً.
- **الحدود البشرية :** تقتصر العينة الأساسية على (٤٠) طفلاً وطفلةً من مدرسة ناصر للتربية الفكرية بدمنهور (مدرسة حكومية)، تقتصر العينة على أطفال المدارس التربية الفكرية، التي تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين

(٦- ٨) سنوات، ونسبة ذكائهم بين (٥٠ - ٧٥) على اختبار ستانفورد بينيه من فئة الإعاقة الذهنية الخفيف (القابلين للتعليم)، وليست لديهم أي إعاقات أخرى، والمنتظمين في الدراسة، وملتحقين بفصول التهيئة (المستوى الثاني)، وعمرهم العقلي من (٤ : ٧) سنوات.

• **الحدود الزمنية :** تستغرق هذه الدراسة الميدانية عام (٢٠٢٣) من (١٠ / ١ / ٢٠٢٣ - ٢٨ / ١٢ / ٢٠٢٣) على مدار ثلاث أشهر ونصف، في أربعة عشر أسبوعاً من بدء التنفيذ العملي للدراسة على الأطفال.

- **القياس القبلي للأطفال:** تطبيق المقياسين (القبلي) من (٢٧-٢٨ / ٩ / ٢٠٢٣).

- **البنائي:** وتم تنفيذ البرنامج على الأطفال، بواقع ثلاث جلسات أسبوعياً مدة الجلسة خمسة وأربعون دقيقة بواقع أربعة عشر جلسة من (١٠ / ١ / ٢٠٢٣ - ٢٨ / ١٢ / ٢٠٢٣).

- **القياس البعدي:** تم تطبيق المقياسين على الأطفال (٣٠-٣١ / ١٢ / ٢٠٢٣).

- **القياس التتبعي:** ثم بعد مرور شهر تم تطبيق المقياسين على الأطفال (٢٩-٣١ / ١ / ٢٠٢٤).

ثالثاً: عينة البحث :

خصائص عينة البحث:

وتم اختيار عينة البحث بالطريقة العمدية، وتتكون من (٧٠) طفلاً وطفلةً، موزعة ما بين :

أ- **عينة التجربة الاستطلاعية السيكومترية :** (٣٠) طفلاً وطفلةً من المدارس الحكومية من المستوى الثاني (التمهيدي) التي تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (٦-٨) سنوات ونسبة ذكائهم بين (٥٠ - ٧٥) على اختبار

ستانفورد بينيه من فئة الإعاقة الذهنية القابلين للتعليم، من الملتحقين بمدرسة ناصر للتربية الفكرية للتأهيل المعاقين عقلياً بدمنهور القابلين للتعليم وليست لديهم أي إعاقات أخرى.

ب- **العينة الأساسية :** (٤٠) طفلاً وطفلةً وتم اختيار مدرسة التربية الفكرية باتياي البارود لاختيار العينة الإستطلاعية (سيكومترية) وقوامها (٣٠) طفلاً وطفلةً ، والمنظمين في الدراسة الملتحقين بفصول التهيئة (المستوى الثاني) وعمرهم العقلي من (٤ : ٧) سنوات، والمنظمين بالدراسة للعام ٢٠٢٣ .
وقد تم اختيار عينة الدراسة الأساسية للأطفال بالطريقة العمدية، وتتكون من (٤٠) طفلاً وطفلةً على أساس :

- أن يتراوح العمر الزمني للأطفال ما بين (٦ - ٨) سنة .
- أن يتراوح العمر العقلي للأطفال ما بين (٤ - ٧) سنة .
- أن يتراوح نسبة الذكاء للأطفال ما بين (٥٠ - ٧٥) على مقياس ستانفورد بينيه.

- أن يتراوح مستوى الحالة الاقتصادية والاجتماعية والثقافية لأسر الأطفال متوسط تقريباً .

- الأطفال الذين حصلوا على أعلى نسب في أعراض الصدمة، في مقياس أعراض الصدمة للطفل المعاق ذهنياً.

- الأطفال الذين حصلوا على أعلى نسب تدني مهارات حماية الذات، في مقياس مهارات حماية الذات للطفل المعاق ذهنياً.

- وقد تم اختيار العينة من مدرسة ناصر للتربية الفكرية بدمنهور، والمنظمين في الدراسة، وليس لديهم أية إعاقة أخرى.

أهداف العينة الاستطلاعية (عينة السيكومترية) (٣٠) طفلاً وطفلةً:

- التعرف على مدى أعراض الصدمة ومهارات حماية الذات داخل هذه المدارس .

- اختيار المساعدين والمعاونين في تطبيق المقياسين والبرنامج (الأطفال) .
- التعرف عن قرب على عينة الدراسة (مدرسة ناصر للتربية الفكرية بدمنهور ومدرسة التربية الفكرية باتياري البارود بمحافظة البحيرة. - وحددت الباحثة عينة الدراسة.
- استخدمت الباحثة المقابلة الشخصية مع المختصين بالمستشفيات الحكومية والزائرات الصحيات بالمدارس والموجهات والأمهات وأولياء الأمور .
- استخدمت الباحثة العينة السيكومترية للأطفال (٣٠) لتقنين المقياسين والبرنامج .
- وجدت الباحثة أن هناك تدني في مهارات حماية الذات، ولا يلقي اهتماماً، وهناك فقر في أنشطة المقدمة في السلوك الصحي الوقائي.
- حددت الباحثة قائمة بالأعراض الصدمة ومهارات حماية الذات، التي تصيب الطفل المعاق عقلياً المُساءة معاملتهم جنسياً.

رابعاً : أدوات البحث :

تتقسم أدوات البحث الحالي إلى :

أ- أدوات جمع البيانات تتمثل في :

١. مقياس ستانفورد بينيه للذكاء - الصورة الخامسة. تعريب صفوت فرج (٢٠١٦)
٢. مقياس مظاهر التعرض للإساءة الجنسية (إعداد: الباحثة).
٣. مقياس أعراض الصدمة (إعداد: الباحثة)
٤. مقياس مهارات الحماية من الإساءة الجنسية للطفل (إعداد: الباحثة)
٥. مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة المصرية (إعداد : بطرس حافظ بطرس).

ب- أدوات الدراسة التجريبية :

تتمثل في :

١. مقياس أعراض الصدمة للإساءة الجنسية للأطفال المعاقين ذهنياً (إعداد الباحثة)
 ٢. مقياس مهارات حماية الذات للأطفال المعاقين ذهنياً المُساءة معاملتهم جنسياً (إعداد: الباحثة) ملحق (٢)
 ٣. البرنامج التدريبي السلوكي القائم على العلاج النفسي المتكامل المرتكز على العاطفة (إعداد: الباحثة).
- وفيما يلي وصف تفصيلي لكل أداة.

١. مقياس أعراض الصدمة للإساءة الجنسية للأطفال المعاقين ذهنياً (إعداد الباحثة):

- أ- الهدف من المقياس: يهدف المقياس إلى الوقوف على أعراض الصدمة للإساءة الجنسية للأطفال المعاقين ذهنياً، وتم إعداد هذا المقياس لكي يتناسب مع خصائص عينة الدراسة وطبيعة المرحلة العمرية (٦-٨) سنوات من أطفال الإعاقة الذهنية.
- ب- خطوات إعداد المقياس:

١. قامت الباحثة بمراجعة عدد من الدراسات النظرية والتطبيقية والمقاييس التي تقيس التعرض للإساءة الجنسية في فترة الطفولة، وهذه الدراسات والمقاييس كالتالي :

- قائمة مراجعة الصدمة (John Briere & Marsha Runtz, 1989)

- "جى يونغ نشوى وكيونج جا أوه" (٢٠١٣) آثار الصدمات الشخصية المتعددة على سوء التوافق النفس للأطفال المعتدي عليهم جنسياً في كوريا.

٢. ومن خلال الإطلاع على البحوث والدراسات والمقاييس المذكورة، قامت الباحثة بتحديد أبعاد المقياس، وكانت ثلاثة أبعاد كالتالي :

- ردود الفعل الجسدية .
- ردود الفعل التجنبية.
- ردود الفعل الاقترامية.
- ردود الفعل المعاشية.

٣. تكون المقياس في الصورة الأولى له من (٤٤) مفردة تتوزع على أربعة أبعاد وهي: (ردود الفعل الجسدية - ردود الفعل التجنبية- ردود الفعل الاقترامية - ردود الفعل المعاشية).

ويوضح جدول (١) عدد وأرقام المفردات في كل بُعد من أبعاد مقياس مظاهر التعرض للإساءة الجنسية.

جدول (١)

عدد وأرقام المفردات في كل بُعد من أبعاد مقياس أعراض الصدمة للإساءة الجنسية

م	الأبعاد	أرقام المفردات	عدد المفردات
١	ردود الفعل الجسدية	١٠-١	١٠
٢	ردود الفعل التجنبية	٢٠-١٦	١٠
٣	ردود الفعل الاقترامية	٣٠-٢١	١٠
٤	ردود الفعل المعاشية	٤٠-٣١	١٠

جدول (٢)

تقدير درجات المقياس

كم مرة خلال الشهرين الماضيين عانيت من أي مما يلي	لا أبداً	أحياناً	متوسطاً	كثيراً
١- الصداق.	٠	١	٢	٣

- حيث تشير الدرجات الأعلى ما بين (١٢٠ - ٨٠) درجة إلى كثيرًا من أعراض الصدمة للإساءة الجنسية.

- حيث تشير الدرجات المتوسطة ما بين (٨٠ - ٤٠) درجة إلى متوسط أعراض الصدمة للإساءة الجنسية.

- حيث تشير الدرجات أحياناً ما بين (٤٠ - ١) درجة إلى انخفاض أعراض الصدمة للإساءة الجنسية.

التعليمات: ضع دائرة حول إحدى خانات الإجابة الأربعة، كما تشعر خلال الشهرين الماضيين، كم عانيت من أي مما يأتي :

الخصائص السيكومترية للمقياس:

أولاً : صدق المقياس:

تم التحقق من صحة المقياس بالاستطلاع على آراء الخبراء حيث أنه بعد إعداد المقياس بصورته الأولية تم عرض على مجموعة من الخبراء، وراعت الباحثة المواصفات التالية في السادة الأساتذة: (أن يكون من أعضاء هيئة التدريس/ وأن لا تقل خبرتهم عن (١٠) سنوات في مجال التدريس) وتكونت عينة المحكمين من (١٢) من الخبراء والعاملين في مجال التربية الخاصة؛ وذلك لإبداء آرائهم في المقياس من حيث: مدى (مناسبة الفقرات - سلامة الصياغة اللغوية- إضافة أو حذف أو تعديل صياغة المفردات - انتماء الفقرات للبعد). ولقد تحددت نسبة قبول المفردة ما بين (٨٨ و ١٠٠%) واستبعد منها (٤) مفردات، وهي كالتالي حذف المفردة (٣) من ردود الفعل الجسدية، وحذف المفردة (١١) من ردود الفعل التجنبية، وحذف المفردة (٥) من ردود الفعل الأفتحامية، وحذف المفردة (١) من ردود الفعل التعايشة. ولذلك لسببين، الأول: لم تحظى هذه المفردات على نسبة القبول المحددة، والثاني: لبعض التحفظات الأخلاقية التي أباها المحكمون وأيضاً تعديل (٥) مفردات من بنود المقياس كما هو موضح في ملحق (١). وبالتالي استقر على تضمين المقياس (٤٠) مفردة، وتتراوح

درجات المقياس ككل من (١ - ١٢٠) لكل بُعد درجة خاصة به تتراوح من (٣٠-١٠) بعد تعديل المقياس بناءً على ملاحظات المحكمين، وبذلك تتوافر دلالة الصدق الظاهري للمقياس من خلال نسب الاتفاق المرتفعة بين المحكمين في تقدير مدى مناسبة الأبعاد وعباراته التي تقيسها، وتم استخدام معادلة لوشي لحساب صدق المحكمين، حيث تم الإبقاء على الأبعاد كلها والتي اتفق عليها ما يزيد عن (٩٠%) من المحكمين، وتم تعديل خمس مفردات، حيث يشير بنيامين بلوم (١٩٨٣، ص١٢٦): إلى أنه يمكن الاعتماد على موافقة آراء المحكمين بنسبة (٨٨%) في مثل هذا النوع من الصدق". وبذلك أصبح عدد أبعاد المقياس (٤) بصورته النهائية حيث يتكون كل بُعد من (١٠) مفردات.

جدول (٣)

النسب المئوية لاتفاق المحكمين وقيمة لوشي على مفردات المقياس

البعد: ردود الفعل التجنبية					البعد: ردود الفعل الجسدية				
مقياس القبول	ص.م	النسبة م/ع	التكرار	ر/م	مقياس القبول	ص.م	النسبة م/ع	التكرار	ر/م
تقبل	0.833	91.67	11	١	تقبل	1	100	12	١
تقبل وتعديل	0.5	75	9	٢	تقبل وتعديل	0.5	75	9	٢
تقبل	1	100	12	٣	تحذف	0.333	66.67	8	٣
تقبل	1	100	12	٤	تقبل	1	100	12	٤
تقبل	0.667	83.33	10	٥	تقبل	1	100	12	٥
تقبل	1	100	12	٦	تقبل	0.833	91.67	11	٦
تقبل	1	100	12	٧	تقبل	0.833	91.67	11	٧
تقبل	0.833	91.67	11	٨	تقبل	1	100	12	٨
تقبل	1	100	12	٩	تقبل	0.833	91.67	11	٩
تقبل	1	100	12	١٠	تقبل	0.667	83.33	10	١٠
تحذف	0.333	66.67	8	١١	تقبل	1	100	12	١١

البعد: ردود الفعل المعايشية					البعد: ردود الفعل الإقتحامية				
معايير القبول	ص.م	النسبة م/ع	التكرار	ر/م	معايير القبول	ص.م	النسبة م/ع	التكرار	ر/م
تحذف	0.333	66.67	8	١	تقبل	0.833	91.67	11	١
تقبل	0.667	83.33	10	٢	تقبل	1	100	12	٢
تقبل	1	100	12	٣	تقبل	1	100	12	٣
تقبل	1	100	12	٤	تقبل	0.833	91.67	11	٤
تقبل	0.833	91.67	11	٥	تحذف	0.333	66.67	8	٥
تقبل	0.833	91.67	11	٦	تقبل	1	100	12	٦
تقبل	1	100	12	٧	تقبل	1	100	12	٧
تقبل	0.833	91.67	11	٨	تقبل	1	100	12	٨
تقبل	1	100	12	٩	تقبل	1	100	12	٩
تقبل	1	100	12	١٠	تقبل وتعدل	0.5	75	9	١٠
تقبل وتعدل	0.5	75	9	١١	تقبل	1	100	12	١١

قامت الباحثة بحساب معامل الارتباط بين الدرجة الكلية على مقياس أعراض الصدمة للإساءة الجنسية للأطفال المعاقين ذهنياً ومقياس قائمة مراجعة الصدمة (John Briere & Marsha Runtz, 1989) كمحك خارجي ٨٨% ، وهذا يدل على أن المقياس يتمتع بمعدلات صدق وثبات مناسبة يمكن الاعتماد عليه عند استخدامه مع الأطفال المعاقين ذهنياً. والتي تشير النتائج إلى تمتعه بدرجة عالية من الصدق والثبات، وعليه تم حساب صدق المحك لدرجات مقياس الحرية الشخصية الحالي ودرجات المحك، وبلغ معامل الارتباط بعد التصحيح ٠ ، ٩٨ وهو دال إحصائياً عند مستوى ١% ، مما يعطي مؤشرات قوية لصدق المحك بما يؤكد تمتع المقياس بمستوى مناسب من الصدق.

ثانياً: ثبات مقياس أعراض الصدمة للإساءة الجنسية للأطفال المعاقين ذهنياً :

١. الثبات باستخدام معامل ألفا لكرونباخ: تستخدم معادلة ألفا لكرونباخ وهي طريقة معدلة من معادلة كودر وريتشاردسون، عندما تكون البيانات أكبر من ١ ومتدرجة ١، ٢، ٣، ...
٢. ولقياس ثبات عبارات المقياس قامت الباحثة بحساب معامل ألفا لكرونباخ للعينة الاستطلاعية للدراسة وبلغ عددها (٣٠)، وقد تم استبعادها من العينة الأصلية، ثم أُعيد تطبيقها مرة أخرى بعد مرور (١٥) يوماً على نفس المجموعة، إذ بلغت قيمة معامل ألفا لكرونباخ (٠,٧٨٦) وهي قيمة عالية جداً تبين ثبات عبارات الأداة وصلاحياتها لتحليل وتفسير نتائج الدراسة، ومن هنا فالمقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات يمكن الاعتماد عليه في التطبيق الميداني للدراسة بحسب مقياس نانلي والذي اعتمد ٠,٧٠ كحد أدنى للثبات. كما قامت الباحثة بحساب قيمة ثبات المقياس في حال حذف كل مفردة، ويوضح جدول (٤) معامل ثبات كل مفردة من مفردات المقياس إذا تم حذف المفردة لطريقة ألفا لكرونباخ لمفردات المقياس ككل. والجدول يوضح حساب قيمة الثبات باستخدام معادلة ألفا لكرونباخ وهي كما في الجدول أدناه وهو: دال عند مستوى دالة عند ٠,٠١

جدول (٤)

معاملات ثبات مقياس أعراض الصدمة للإساءة الجنسية للأطفال المعاقين ذهنياً

ردود الفعل الجسدية		ردود الفعل التجنبية		ردود الفعل الاتهامية		ردود الفعل التعايشية	
ر/م	الثبات	ر/م	الثبات	ر/م	الثبات	ر/م	الثبات
١	٠,٦٨٦	١	٠,٧٦٣	١	٠,٧٧٢	١	٠,٦٥٧
٢	٠,٧٦٥	٢	٠,٦٨٩	٢	٠,٧٠٠	٢	٠,٦٦٥
٣	٠,٦٢٩	٣	٠,٧٣٨	٣	٠,٦٧٣	٣	٠,٧٨١
٤	٠,٧٣٩	٤	٠,٧٣٧	٤	٠,٦٩٠	٤	٠,٦٦٧

ردود الفعل الجسدية		ردود الفعل التجنبية		ردود الفعل الإقترامية		ردود الفعل التعايشية	
م/ر	الثبات	م/ر	الثبات	م/ر	الثبات	م/ر	الثبات
٥	٠,٧٤٥	٥	٠,٦٨٨	٥	٠,٧٤٤	٥	٠,٧٠٣
٦	٠,٧٢٨	٦	٠,٧٣١	٦	٠,٧٥١	٦	٠,٦٨٢
٧	٠,٦٨٠	٧	٠,٦١٠	٧	٠,٦٩٩	٧	٠,٧٠٧
٨	٠,٧٥٢	٨	٠,٧٣١	٨	٠,٧٢٣	٨	٠,٧٠٤
٩	٠,٦٧٣	٩	٠,٧٨٤	٩	٠,٧٢٠	٩	٠,٦٠٧
١٠	٠,٦٧٨	١٠	٠,٦٣٦	١٠	٠,٦٩٦	١٠	٠,٧١٨

جدول (٥)

معاملات ثبات بين درجة كل بعد والدرجة الكلية لمقياس أعراض الصدمة للإساءة الجنسية للأطفال المعاقين ذهنيًا

معامل الثبات	أعراض الصدمة للإساءة الجنسية
0.763	ردود الفعل الجسدية
0.751	ردود الفعل التجنبية
0.782	ردود الفعل الإقترامية
0.755	ردود الفعل التعايشية
0.815	الدرجة الكلية

ثالثاً: الاتساق الداخلي لأبعاد المقياس:

جرى التحقق من ثبات الاتساق الداخلي بحساب معامل ارتباط بيرسون بين درجات كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية للمقياس الذي تنتمي إليه الفقرة، والجدول يوضح معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية للمقياس. وفيما يلي قيم معاملات الارتباط ومستوى دلالتها. تم حساب الاتساق الداخلي لمفردات وأبعاد المقياس من خلال حساب قيم معاملات الارتباط بين درجات أفراد العينة على مفردات المقياس ومجموع درجاتهم على البعد الذي تنتمي إليه، ويوضح جدول (٦) نتائج الاتساق الداخلي على النحو التالي:

جدول (٦)

معاملات الارتباط بين درجة كل مفردة ومجموع درجات البعد الذي ينتمي إليه مقياس أعراض الصدمة للإساءة الجنسية للأطفال المعاقين ذهنياً (N=30)

ردود الفعل الجسدية		ردود الفعل التجنبية		ردود الفعل الإقترامية		ردود الفعل المعاشية	
رقم	معامل الارتباط	رقم	معامل الارتباط	رقم	معامل الارتباط	رقم	معامل الارتباط
١	٠,٦٥١	١١	٠,٥٥٦	٢١	٠,٧٣٨	٣١	٠,٦١٢
٢	٠,٦٩٤	١٢	٠,٦٧٥	٢٢	٠,٥٣١	٣٢	٠,٥٢٧
٣	٠,٧٠٥	١٣	٠,٥٤٤	٢٣	٠,٥٦٨	٣٣	٠,٤٩٩
٤	٠,٥٩٩	١٤	٠,٦٢١	٢٤	٠,٥٨١	٣٤	٠,٦٦١
٥	٠,٥٧٣	١٥	٠,٥٢٩	٢٥	٠,٥٩٢	٣٥	٠,٥٩٥
٦	٠,٦٣٩	١٦	٠,٥٨٤	٢٦	٠,٦٣٥	٣٦	٠,٦٧٢
٧	٠,٦٨٣	١٧	٠,٦٨٨	٢٧	٠,٧٠١	٣٧	٠,٥١٩
٨	٠,٦٢٧	١٨	٠,٥٥٩	٢٨	٠,٦٢٢	٣٨	٠,٥٥٤
٩	٠,٦٥٥	١٩	٠,٦٥٧	٢٩	٠,٥٩١	٣٩	٠,٥٧٥
١٠	٠,٦٨١	٢٠	٠,٦٩٠	٣٠	٠,٦٣٨	٤٠	٠,٧٠٩

** دالة عند مستوى $\geq ٠,٠١$

جدول (٦) نجد أن هناك علاقات ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد العينة على مفردات كل بُعد من الأبعاد الأربعة، والدرجة الكلية للبُعد، وجميعها دالة عند مستوى (٠,٠١) مما يعد مؤشراً على الاتساق الداخلي لكل بُعد. كما تم حساب قيم معاملات الارتباط بين مجموع درجات كل بُعد من الأبعاد الأربعة، ويوضح جدول (٧) نتائج معاملات الارتباط .

جدول (٧)

معاملات الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية لمقياس أعراض الصدمة للإساءة الجنسية للأطفال المعاقين ذهنياً

البعد	معامل الارتباط
ردود الفعل الجسدية	٠,٧٩٢
ردود الفعل التجنبية	٠,٨٥٦
ردود الفعل الإقترامية	٠,٧٨٥
ردود الفعل المعاشية	٠,٧٨٣
الدرجة الكلية	٠,٨٤٣

** دالة عند مستوى $\geq ٠,٠١$

ومن الجدول (٧) نجد أن هناك علاقات ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين درجة كل بُعد والدرجة الكلية للمقياس، مما يعد مؤشراً على تشبع المقياس بالسمة المراد قياسها وهي (أعراض الصدمة للإساءة الجنسية للأطفال المعاقين ذهنياً).

٢- مقياس مهارات حماية الذات للأطفال المعاقين ذهنياً المُساءة معاملتهم جنسيا (إعداد: الباحثة) ملحق (٢):

أ- الهدف من المقياس: الكشف عن مهارات حماية الذات للأطفال المعاقين ذهنياً المُساءة معاملتهم جنسياً أثناء التفاعل الاجتماعي مع الآخرين لملاحظة ورصد السلوكيات اللفظية وغير اللفظية التي تصدر عن الطفل أثناء التواصل الاجتماعي مع الآخرين لتحقيق الأهداف والوظائف الأساسية للتواصل مثل تحية الآخرين، الثقة بالنفس، التعبير عن المطالب والحاجات، التعاون مع الآخرين، طلب المساعدة، التعبير عن المشاعر والانفعالات الرفض ... الخ.

ب- مصادر المقياس:

- الاطلاع على التراث السيكولوجي والكتابات النظرية التي تناولت مهارات حماية الذات عند الأطفال الروضة بصفة خاصة.

- الاطلاع على المقاييس التي صيغت لملاحظة وقياس مهارات حماية الذات مثل (أميرة أبو العينين ، ٢٠١٢ ، ٩٥٣-٩٧٣)، والتي جاءت تحت عنوان تنمية بعض مهارات الحماية من إساءة معاملة الأطفال في مرحلة الطفولة المتوسطة .

- ومن خلال الإطلاع على البحوث والدراسات والمقاييس المذكورة، قامت الباحثة بتحديد أبعاد المقياس، وكانت أربعة أبعاد كالتالي :

• مهارة السر السري والسر الجيد .

- مهارة اللمسة السيئة واللمسة الجيدة .
- مهارة لا للغرباء .
- مهارة جسمي ملكي.

ج - وصف المقياس وطريقة تصحيحه: يتكون المقياس من (٢٤) عبارة تتطلب الإجابة عليها اختياراً بديل من أربعة بدائل هي (دائماً - أحياناً - نادراً - أبداً)، ويتم تقييم الاستجابات بإعطاء الدرجة (٤) (دائماً)، والدرجة (٣) (أحياناً)، والدرجة (٢) (نادراً)، والدرجة (١) (أبداً)، ما عدا العبارات السالبة (٤، ٨، ١٤، ٢٠، ٢٥)، فتعكس الدرجات بحيث تعطى الإجابة ب (دائماً) درجة (١) وللإجابة ب (أبداً) (٤) درجات. وتكونت الصورة النهائية للمقياس من (٢٤) مفردة، وتتراوح الدرجات على المقياس ما بين (٢٤) إلى (٩٦) درجة. وهو يتكون من أربعة أبعاد.

- وتعتبر الدرجة المنخفضة، وهي بين (٢٤ - ٤٨) عن قصور في مهارات حماية الذات الأطفال المعاقين ذهنياً المُساءة معاملتهم جنسياً.
- وتعتبر الدرجة الأعلى، وهي بين (٤٨ - ٩٦) عن ارتفاع في مهارات حماية الذات الأطفال المعاقين ذهنياً المُساءة معاملتهم جنسياً.

د - شروط تطبيق المقياس. يجب أن يكون القائم على التطبيق مدرباً على كيفية تطبيق المقياس والتسجيل وتفسير النتائج، يستطيع ولي الأمر التقييم الطفل، ويستغرق مدة ساعة لتطبيق المقياس.

ويتكون المقياس من عبارات موجبة وعبارات سالبة، ويقوم الأخصائيون أو أحد القائمين للطفل بإختيار استجابة من أربعة بدائل هي: (دائماً - أحياناً - نادراً - أبداً) لمفردات المقياس من خلال إعطاء وجهة نظرهم فيها بوضع علامة (٧) امام الاستجابات واحدة فقط من بين الخانات.

الخصائص السيكومترية للمقياس:

جدول (٨)

عدد وأرقام المفردات في كل بعد من أبعاد مقياس مهارات حماية الذات الأطفال المعاقين ذهنيًا المساواة معاملتهم جنسيا

م	الأبعاد	أرقام المفردات	عدد المفردات
١	مهارة السر السوء والسر الجيد .	٦-١	٦
٢	مهارة اللمسة السيئة واللمسة الجيدة	١٢-٧	٦
٣	مهارة لا للغرباء .	١٨-١٣	٦
	مهارة جسمي ملكي	٢٤-١٩	٦

أ- صدق المقياس :

• **الصدق الظاهري:** تم التحقق من صحة المقياس بالاستطلاع على آراء الخبراء حيث أنه بعد إعداد المقياس بصورته الأولية تم عرض على مجموعة من الخبراء، وراعت الباحثة المواصفات التالية في السادة الأساتذة: (أن يكون من أعضاء هيئة التدريس/ وألا تقل خبرتهم عن (١٠) سنوات في مجال التدريس)، وتكونت عينة المحكمين من (١٢) من الخبراء والعاملين في مجال التربية الخاصة؛ وذلك لإبداء آرائهم في المقياس من حيث: مدى (مناسبة الفقرات - سلامة الصياغة اللغوية- إضافة أو حذف أو تعديل صياغة المفردات - انتماء الفقرات للبعد). ولقد تحددت نسبة قبول المفردة ما بين (٨٨ و ١٠٠%) واستبعد منها (٤) مفردات من عدد المفردات (٢٨) ككل، وهي كالتالي حذف المفردة (٦، ١١، ١٦، ٢٢، ٢٧). ولذلك لسببين الأول: لم تحظى هذه المفردات على نسبة القبول المحددة، والثاني: لبعض التحفظات الأخلاقية التي أبدأها المحكمون وأيضاً تعديل (٣) مفردات من بنود المقياس كما هو موضح في ملحق (١). وبالتالي استقر على تضمين المقياس (٢٤) مفردة، وتتراوح درجات المقياس ككل من (٢٤ - ٩٦) لكل درجات المقياس بعد تعديل المقياس بناءً على ملاحظات المحكمين، وبذلك تتوافر دلالة الصدق

الظاهري للمقياس من خلال نسب الاتفاق المرتفعة بين المحكمين في تقدير مدى مناسبة الأبعاد وعباراته التي تقيسها، وتم استخدام معادلة لوشي لحساب صدق المحكمين، حيث يشير بنيامين بلوم (١٩٨٣، ١٢٦): إلى أنه يمكن الاعتماد على موافقة آراء المحكمين بنسبة (٨٨%) في مثل هذا النوع من الصدق". وأصبح عدد فقرات المقياس (٢٤) بصورته النهائية.

جدول (٩)

النسب المئوية لاتفاق المحكمين وقيمة لوشي على مفردات المقياس

البعد: مهارة السر السيئ والسر الجيد				البعد: مهارة اللمسة السيئة واللمسة الجيدة					
ر/م	التكرار	النسبة ع/م	ص.م	مقيار القبول	ر/م	التكرار	النسبة ع/م	ص.م	مقيار القبول
١	12	100	1	تقبل	٨	11	91.67	0.833	تقبل
٢	9	75	0.5	تقبل وتعدل	٩	9	75	0.5	تقبل وتعدل
٣	12	100	1	تقبل	١٠	12	100	1	تقبل
٤	12	100	1	تقبل	١١	8	66.67	0.333	تحذف
٥	12	100	1	تقبل	١٢	10	83.33	0.667	تقبل
٦	8	66.67	0.333	تحذف	١٣	12	100	1	تقبل
٧	11	91.67	0.833	تقبل	١٤	12	100	1	تقبل
البعد: لا للفرعاء				البعد: مهارة جسمي ملكي					
١٥	11	91.67	0.833	تقبل	٢٢	8	66.67	0.333	تحذف
١٦	8	66.67	0.333	تحذف	٢٣	10	83.33	0.667	تقبل
١٧	12	100	1	تقبل	٢٣	12	100	1	تقبل
١٨	11	91.67	0.833	تقبل	٢٤	12	100	1	تقبل
١٩	9	75	0.5	تقبل وتعدل	٢٥	11	91.67	0.833	تقبل
٢٠	12	100	1	تقبل	٢٦	11	91.67	0.833	تقبل
٢١	12	100	1	تقبل	٢٧	12	100	1	تقبل

صدق المفهوم: الذي يتمثل في طبيعة الفقرات والهدف الذي تتجه إليه، وتخصيص الفقرات، كما أن انبثاق المقياس من إطار نظري محدد يعد مؤشراً واضحاً على صدقه.

• **صدق المحك:** تم التحقق من صدق المقياس من خلال حساب معامل الارتباط بين درجات عينة التحقق من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة على هذا المقياس، ودرجاتهم على مقياس مهارات حماية (أميرة أبو العينين، ٢٠١٢، ٩٥٣ - ٩٧٣ ملحق (٢)، وبلغت قيمة معامل الارتباط (٠,٨٣) وهي دالة إحصائياً عند (٠,٠١)، مما يُعد مؤشراً على صدق المقياس.

ب- ثبات المقياس:

تم حسابه بطريقتين كما يلي:

طريقة معامل ألفا كرونباخ: قامت الباحثة بحساب ثبات المقياس -1 باستخدام معامل ألفا كرونباخ وكان معامل الثبات (٠,٩١)، وهذا يعني أن المقياس يتمتع بدرجة عالية جداً من الثبات، ويوضح جدول (٢) معامل الثبات لكل فقرة من فقرات المقياس، ويوضح الجدول (٣) معاملات ثبات المقياس إذا تم حذف المفردة بطريقة ألفا كرونباخ لمفردات المقياس ككل.

جدول (١٠)

معاملات ثبات مقياس مهارات حماية الذات الأطفال المعاقين ذهنياً المساءة معاملتهم جنسياً إذا تم حذف المفردة، ن=٣٠

م	معامل الثبات	م	معامل الثبات عند حذف المفردة	م	معامل الثبات	م	معامل الثبات عند حذف المفردة	م	معامل الثبات عند حذف المفردة	م	معامل الثبات عند حذف المفردة
١	٠,٩١	٢٢	٠,٩٠٤	١٥	٠,٩٠١	٨	٠,٩٠٧	١	٠,٩٠٧	١٠	٠,٩٠٨
٢	٠,٩١	٢٣	٠,٩٠٣	١٦	٠,٩٠٤	٩	٠,٩٠٧	٢	٠,٩٠٧	١١	٠,٩٠٣
٣	٠,٩١	٢٤	٠,٩٠٤	١٧	٠,٩٠٧	١٠	٠,٩٠٨	٣	٠,٩٠٨	١٢	٠,٩٠٣
٤	٠,٩١		٠,٩٠٤	١٨	٠,٩٠٧	١١	٠,٩٠٣	٤	٠,٩٠٣	١٣	٠,٩٠٨
٥	٠,٩١		٠,٩٠٣	١٩	٠,٩٠٢	١٢	٠,٩٠٣	٥	٠,٩٠٣	١٤	٠,٩٠٣
٦	٠,٩١		٠,٩٠٨	٢٠	٠,٩٠١	١٣	٠,٩٠٨	٦	٠,٩٠٨		
٧	٠,٩١		٠,٩٠٦	٢١	٠,٩٠٥	١٤	٠,٩٠٣	٧	٠,٩٠٣		

٢- طريقة التجزئة النصفية:

وتتضمن هذه الطريقة تجزئة المقياس إلى نصفين أحدهما يضم الأسئلة ذات الأرقام الفردية والآخر يضم الأسئلة ذات الأرقام الزوجية، وقد قامت الباحثة بتطبيق المقياس على عينة التحقق من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة (٣٠) طفلاً وطفلةً، ثم قسمت الدرجة التي حصلت عليها كل طفل إلي جزئين: الأول يمثل مجموع درجات الأسئلة الفردية، والثاني يمثل مجموع درجات الأسئلة الزوجية. وبحساب معامل الارتباط بين درجات العبارات الفردية ودرجات العبارات الزوجية، وبمعالجة تلك القيمة باستخدام معادلة "سبيرمان-براون" بلغت قيمة معامل الثبات للمقياس ككل ٠,٨٣٩.

ج- الاتساق الداخلي للمقياس:

تم حساب الاتساق الداخلي لمفردات المقياس من خلال حساب معاملات الارتباط بين درجات الأطفال بعينة التحقق من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة على مفردات المقياس ومجموع درجاتهم على المقياس ككل، ويوضح جدول (١١) نتائج الاتساق الداخلي للمقياس على النحو التالي:

جدول (١١)

معاملات الارتباط بين درجة كل مفردة والدرجة الكلية لمقياس ن = ٣٠

م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط
١	**٠,٥٧٣	٨	**٠,٧٩٣	١٥	**٠,٦٩٦	٢٢	**٠,٧٨٢
٢	**٠,٥٩٩	٩	**٠,٧٣١	١٦	**٠,٧٣٢	٢٣	**٠,٦٢٤
٣	**٠,٤٩٧	١٠	**٠,٥٧٢	١٧	**٠,٧١٥	٢٤	**٠,٦٥٧
٤	**٠,٧٢٩	١١	**٠,٥٤١	١٨	**٠,٦٢٥		
٥	**٠,٧٣٦	١٢	**٠,٧٩٤	١٩	**٠,٥٥٤		
٦	**٠,٥٠٥	١٣	**٠,٨٦٥	٢٠	**٠,٦١٤		
٧	**٠,٧٦٢	١٤	**٠,٦٨٩	٢١	**٠,٦٥٥		

ومن جدول (١١) نجد أنه توجد علاقات ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد العينة على مفردات مقياس مهارات حماية الذات للأطفال المعاقين ذهنياً المُساءة معاملتهم جنسياً، ومجموع درجاتهم على المقياس ككل، وجميعها دال عند مستوى دلالة (٠,٠١)، مما يعد مؤشراً على الاتساق الداخلي للمقياس.

جدول (١٢)

معاملات الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية لمقياس مهارات حماية الذات الأطفال المعاقين ذهنياً المُساءة معاملتهم جنسياً

معامل الارتباط	البعد
** ٠,٧٥٤	مهارة السر السيء والسر الجيد
** ٠,٨٢٩	مهارة اللمسة السيئة واللمسة الجيدة
** ٠,٧٦٣	مهارة لا للفرقاء
** ٠,٨١٩	مهارة جسمي ملكي
** ٠,٨٦٨	الدرجة الكلية

** دالة عند مستوى $\geq 0,01$

ومن الجدول (١٢) نجد أن هناك علاقات ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين درجة كل بُعد والدرجة الكلية للمقياس، مما يعد مؤشراً على تشعب المقياس بالسمة المراد قياسها وهي (مهارات حماية الذات الأطفال المعاقين ذهنياً المُساءة معاملتهم جنسياً).

٣- البرنامج التدريبي السلوكي القائم على العلاج النفسي المتكامل المرتكز على العاطفة (إعداد الباحثة):

والبرنامج التدريبي السلوكي القائم على العلاج النفسي المتكامل المرتكز على العاطفة يحتوي على (٤٢) جلسة تدريبية الهدف منها تعديل سلوك أفراد عينه الدراسة، ويلعب دوراً أساسياً في تعليمهم وتدريبهم بهدف تنمية مهارات حماية وتأمين الذات من الإساءة الجنسية حتى يصبح الطفل أكثر

تكيفاً مع التفاعل الإجتماعي والتواصل، والباحثة في هذا البرنامج سوف تركز على تنمية مهارات الحماية مثل (مهارة السر السوء والسر الجيد - مهارة اللمسة السيئة واللمسة الجيدة - مهارة لا للغرباء - مهارة جسمي ملكي - المواجهة والدفاع - مهارة طلب المساعدة) .

مفهوم البرنامج :

يتحدد مفهوم البرنامج الحالي بأنه برنامج مخطط ومنظم في ضوء أسس علمية ويتضمن استخدام مجموعة من الأنشطة، والفنيات بهدف إكساب الأطفال العديد من مهارات الحماية الذاتية من الإساءة .

وتعرف الباحثة إجرائياً برنامج العلاج النفسي التكاملي المرتكز حول

العاطفة بأنه : هو ناتج عقد (٤٢) جلسة من جلسات برنامج العلاج النفسي التكاملي المرتكز حول الانفعال العاطفي. هو البرنامج الإطاري الشامل المتكامل المرتكز حول الانفعال العاطفي لإحالتهم إلى الإيجابي من خلال استراتيجيات وفنيات متفردة مثل: التعديل الإيجابي للإدراكات، وإعادة معيشة الخبرات، والتعرض والمواجهة للمثيرات، وحل جروح الصدمات وتضميدها، والتعامل مع الانفعالات غير المحلولة، والارتقاء بالخبرات، وهو برنامج مخطط له ومنظم في ضوء أسس علمية لتقديم خدمات الإرشاد المباشر وغير المباشر فردياً، وجماعياً لجميع من تضمهم المؤسسة بهدف مساعدتهم في تحقيق النمو السوي، والقيام بالاختيار الواعي المتعقل ، ولتحقيق التوافق النفسي، وتنفذه الباحثة المؤهلة لذلك، وهو برنامج مخطط ومنظم يتضمن عدداً من التدريبات والأنشطة المخططة والمنظمة الموجهة للأطفال المساء إليهم جنسياً، قائم على النظرية السلوكية التي تعتبر أن سلوك الفرد قابلاً للتعديل أو التغيير عن طريق استخدام مجموعة من الفنيات السلوكية؛ لتحسين بعض مهارات حماية الذات من الإساءة الجنسية للأطفال

خلال فترة زمنية محددة ، والقيام بتدريبهم عليها من خلال عدة جلسات لدعم عملية حماية الذات والسلامة الذاتية للأطفال من خطر التعرض لآثار الصدمة الناتجة عن الإساءة الجنسية بعد انتهاء البرنامج.

الأسس النظرية التي يقوم عليها البرنامج :

إن مجال رعاية أطفال ما قبل المدرسة من المجالات التي تستخدم أساليب العلاج السلوكي بشكل أساسي؛ لإكساب هؤلاء الأطفال المهارات اللازمة لتحقيق أقصى درجة من التكيف وحماية الذات لكون هذه الفئة من الأطفال وهم ما تحت سن المدرسة لا تمتلك القدرات الكافية التي تجعلها تستوعب البرامج التي تركز على أسس نظرية أخرى مثل البرامج التي اعتمدت في بنائها على مخرجات النظرية السلوكية . فتنمية مهارات حماية وتأمين الذات تطلب استراتيجيات تعتمد علي تقنيات تعمل على تعديل السلوك الظاهر من خلال العلاج النفسي التكاملي المرتكز حول العاطفة.

أهمية البرنامج التدريبي في البحث الحالي :

- يساعد البرنامج في حل كثير من المشكلات التي تواجه الطفل، وجعله قادرًا على معرفة مصادر الخطر من الإساءة المحيطة به .
- البرنامج بعد تطبيقه يساعد الطفل على اتخاذ مهارات الحماية من الإساءة الجنسية في تأمين ذاته ضد أي إساءة .
- تأتي أهمية البرنامج من أهمية الفئة العمرية، وكذلك أهمية الموضوع وهو الإساءة الجنسية للطفل .
- يعتمد البرنامج على نظريات النفسية والتعلم السلوكية، والتي تستند إلى مبادئ المدرسة السلوكية التي تعتقد بأن السلوك الإنساني ما هو إلا مجموعة من العادات التي يتعلمها الفرد، أو يكتسبها أثناء مراحل النمو المختلفة (إيلي المرسومي، ٢٠١١، ٧٩، - ٨٠) .

والباحثة هنا تحاول دمج الفنيات المستخدمة في العلاج السلوكي النفسي التكاملي المرتكز حول العاطفة التي ثبتت نجاحها في التعامل مع هذه الفئة العمرية؛ بهدف إحداث التغيير المطلوب في سلوكه، والذي يساعد في تحسين مهارات الحماية من الإساءة الجنسية. فالمنهج السلوكي سواء كان علاجياً أو تدريبياً يهدف إلى تعديل سلوك الفرد أو إحلال سلوكيات جديدة محل السلوك غير المرغوب فيه (طه عبد العظيم حسين، ٢٠٠٩، ٢١).

والمنهج السلوكي يشتمل على مجموعة كبيرة من الفنيات العلاجية، والتي تهدف إلى إحداث تغيير إيجابي في سلوك الطفل، ومن الفنيات التي اعتمدت عليها الباحثة في تحسين مهارات حماية وتأمين الذات من الإساءة الجنسية ما يلي (الحوار والمناقشة- لعب الأدوار - النمذجة - التعزيز).

• أهداف البرنامج :

الهدف العام للبرنامج: تقليل حدة الصدمة وتنمية مهارات حماية وتأمين الذات من الإساءة للأطفال المعاقين ذهنياً المُساء معاملتهم جنسياً .

• الأهداف الإجرائية للبرنامج :

- فيما يلي عرض للأهداف الإجرائية التي يسعى البرنامج لتحقيقها :
- أن يتم التعرف بين الباحثة والأطفال وذويهم وعلى نظام الجلسات.
 - أن يتعرف الأطفال على المسئول عن حمايتهم من الإساءة .
 - أن يتمكن الطفل من تحديد صور الإساءة الواقعة عليه .
 - أن يتمكن الطفل التفرقة بين الإيذاء المقصود وغيره .
 - أن يتعرف الطفل على أجزاء جسمه الخاصة .
 - أن يفرق الطفل بين المواقف التي من الضروري فيها النظر أو اللمس للأعضاء الخاصة في حالة الكشف عند الطبيب .

- أن يفرق الطفل المواقف الآمنة وغير الآمنة.
 - أن يستطيع الطفل تحديد المواقف التي يحدث فيها الإساءة الجنسية .
 - أن يستطيع الطفل الإبلاغ عن الشخص الذي أساء إليه .
 - أن يستطيع الطفل التعرف على أسباب إخفاء سر عن الآخرين .
 - أن يحدد الطفل من هو الشخص الذي يثق فيه للمساعدة عند الإساءة .
 - أن يزود الطفل ببعض المعلومات المبسطة التي تتماشى مع عمره عن التربية الجنسية .
 - يمثل الطفل أدورًا (قصة تمثيلية - غنائية - أحداث بمسرح العرائس - انفعالات مختلفة) أمام أصدقائه .
- **المستهدف من البرنامج:** الأطفال المعاقين ذهنياً القابلين للتعليم المُساء معاملتهم جنسيًا .

- **أهمية البرنامج في البحث الحالي:** يفيد البرنامج التدريبي السلوكي العلاج النفسي التكاملية المرتكز حول العاطفة في الاهتمام بالأطفال المُساء معاملتهم جنسيًا في مجتمعنا من خلال فنيات المدرسة العلاجية السلوكية النفسية التكاملية المرتكز حول العاطفة.
- يساعد البرنامج في حل كثير من المشكلات التي تواجه الطفل نفسيًا، وجعله قادرًا على معرفة مصادر الخطر من الإساءة المحيطة به.
 - البرنامج بعد تطبيقه يساعد الطفل على اتخاذ مهارات الحماية من الإساءة الجنسية في تأمين ذاته ضد أي إساءة .
 - تأتي أهمية البرنامج من أهمية الفئة العمرية، وكذلك أهمية الموضوع وهي الإساءة الجنسية للطفل .

- **وصف البرنامج :** يشتمل البرنامج على (٤٢) جلسة ومدة كل جلسة (٤٥) دقيقة، وكل نشاط (٣٠) دقيقة، بواقع ثلاث مرات في الأسبوع على مدار

(١٤) أسبوع بواقع (١٥) جلسة في الشهر، وأنشطة البرنامج موزعة كالتالي:
 (أنشطة حركية - أنشطة موسيقية - مسرح العرائس - أنشطة فنية -
 قصصية تمثيلية درامية)، تتنوع هذه الأنشطة داخل كل جلسة، وكل نشاط
 يعقبه تقويم لأداء الطفل في صورة تطبيقات تربوية على حسب طبيعة كل
 نشاط. وتم عرض تخطيط البرنامج ملحق (٣) لتحسين حدة الصدمة
 ومهارات الحماية لدى الأطفال المعاقين ذهنياً مساء معاملتهم جنسياً كما
 يلي :

جدول (١٣)

يوضح جلسات واهداف البرنامج

رقم الجلسة	هدف الجلسة	الفنيات المستخدمة	زمن
من الأولي إلى الحادي والعشرون	- تحسين اعراض الصدمة (أن يكون طفل واعياً بانفعالاته- والاعتراف بها أمام نفسه- التعبير عن مشاعره - تحديد مشكلة)	المناقشة -التعزيز - لعب الأدوار -النمذجة - التغذية الراجعة)	٤٥ دقيقة
من الثانية وعشرون إلى الثانية والأربعون	- مهارات حماية الذات مهارة السر السيئ والسر الجيد - مهارة اللمسة السيئة واللمسة الجيدة - مهارة لا للغرباء - مهارة جسمي ملكي .	المناقشة -التعزيز - لعب الأدوار -النمذجة - التغذية الراجعة)	٤٥ دقيقة

الأدوات المستخدمة في البرنامج : تم تحديد الأدوات الخاصة بكل نشاط
 في البرنامج، ثم مراعاة ما يلي :

- توفير عدد كاف من الأدوات في الأنشطة التي تتطلب أن يكون لكل طفل أداة .
- عدم الإسراف في تقديم الأدوات مرة واحدة .
- تجريب للأدوات المستخدمة قبل أن يستخدمها الطفل .
- إتاحة الفرصة للطفل لاكتشاف الأدوات قبل استخدامها .

- وضوح الوسيلة وجاذبيتها وملائمتها للطفل والنشاط .
 - ملائمة الأدوات للمرحلة العمرية .
 - ملائمة الأدوات للهدف الاجرائي الموجود داخل النشاط .
 - مراعاة شروط الامن والسلامة .
- **تحكيم البرنامج** : قامت الباحثة بتطبيق وحدات من البرنامج على عينة استطلاعية (سيكومترية) قوامها (٣٠) من الأطفال المعاقين ذهنياً بدمنهور بمحافظة البحيرة، وكان الهدف من التأكد من صلاحية البرنامج مع الأطفال، وقد استخدمت الباحثة صدق المحكمين للحكم على البرنامج .

جدول (١٤)

يوضح نسب الاتفاق بين المحكمين على مجالات البرنامج (ن=١٢)

مجال البرنامج	درجات المحكمين موافق	نسبة الدرجة	درجات المحكمين غير موافق	نسبة الدرجة	نسبة الاتفاق
تحسين اعراض الصدمة	١١	%٩١,٧	١	%٨,٣	%٩٠,٧
مهارات حماية الذات	١٢	%١٠٠	.	.	%١٠٠

يتضح لنا أن نسبة الاتفاق على المجالات البرنامج أعلى من %٩١,٧ مما يعني قبول المحكمين لوحدات البرنامج .

- وقد أجمع السادة المحكمون المتخصصون في مجال الصحة والبرامج على أن البرنامج المقترح مناسب وصالح للتطبيق، وبعد إجراء التعديلات المقترحة .

المدى الزمني لتطبيق البرنامج :

- القياس القبلي للأطفال: تطبيق المقياسين (القبلي) من (٢٧-٢٨/٩/٢٠٢٣).

- القياس البنائي: وتم تنفيذ البرنامج على الأطفال، بواقع ثلاث جلسات أسبوعياً، مدة الجلسة خمسة وأربعين دقيقة بواقع أربعة عشر جلسة من (١٠/١ / ٢٠٢٣ - ٢٨/١٢/٢٠٢٣).

- القياس البعدي: تم تطبيق المقياسين على الأطفال (٣٠-٣١/١٢/٢٠٢٣).

- القياس التبعي: ثم بعد مرور شهر تم تطبيق المقياسين على الأطفال (٢٩-٣١/١/٢٠٢٤).

الأساليب الإحصائية:

قامت الباحثة بإستخدام الأسلوب الإحصائي الذي يتناسب مع طبيعة الدراسة الحالية وحجم العينة، حيث أن حجم عينة الدراسة الحالية من النوع الصغير (ن=١٠)، وتم استخدام أساليب إحصائية تعد الأنسب لطبيعة متغيرات الدراسة، وحجم العينة لاستخلاص النتائج واختبار صحة الفروض:

- المتوسط الحسابي (Mean) بهدف مقارنة المتوسطات الحسابية.
- الانحراف المعياري (Std. deviation) لمعرفة مدى التشتت المطلق للقيم حول أوساطها.

- اختبار مان ويتي Mann-Whitney ، وذلك لحساب دلالة الفروق بين متوسطات درجات.

- اختبار "ويلكوكسون" لإشارات رتب الدرجات المرتبطة (Wilcoxon signed-rank test)، للتحقق من دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات الأطفال على أداتي الدراسة.

- معامل الارتباط الثنائي لرتب الأزواج للتأكد من فعالية البرنامج .

- معادلة مربع إيتا " η^2 " لقياس حجم الأثر لاستخدام البرنامج المقترح.
- معامل ارتباط "سبيرمان" للتأكد من صدق أدوات الدراسة بطريقة الإتساق الداخلي.
- معامل "ألفا كرونباخ" (Alpha Cronbach's)، للتحقق من ثبات أدوات الدراسة.

عرض النتائج ومناقشتها :

أولاً : عرض النتائج :

التساؤل الرئيسي في الدراسة الحالية : ما فاعلية برنامج تدريبي سلوكي قائم على العلاج النفسي المتكامل المرتكز على العاطفة لتحسين حدة الصدمة ومهارات حماية الذات للأطفال المساء معاملتهم جنسياً المعاقين ذهنياً القابلين للتعليم. من خلال ما سبق يتم عرض النتائج كالتالي :

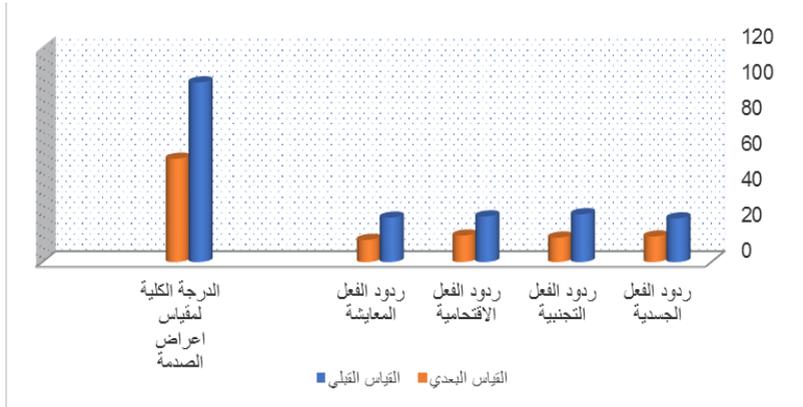
• نتائج الفرض الأول ومناقشته :

للتحقق من صحة الفرض الأول و ينص على: " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي على مقياسي أعراض الصدمة ومهارات حماية الذات للأطفال على (الأبعاد والدرجة الكلية) لصالح القياس البعدي ".
وللتحقق من صحة هذا الفرض بالإحصاء الوصفي يوضح جدول (١٥)
" المتوسطات والانحرافات المعيارية لكلٍ من القياس القبلي والبعدي لأبعاد مقياس أعراض الصدمة والدرجة الكلية .

جدول (١٥)

" المتوسطات والانحرافات المعيارية لكل من القياس القبلي والبعدى لأبعاد مقياس أعراض الصدمة والدرجة الكلية .

القياس البعدي ن=١٠		القياس القبلي ن=١٠		أبعاد أعراض الصدمة
الانحراف المعياري (ع)	المتوسط (م)	الانحراف المعياري (ع)	المتوسط (م)	
٠,٨٨	٣.١٤	٠,٨٩	٢٤,٤	ردود الفعل الجسدية
٠,٧١	٧.١٣	٠,٧٥	٢٦,٧	ردود الفعل التجنبية
٠,٨٣	٨.١٤	٠,٧٨	٢٥,٥	ردود الفعل الإقحامية
٠,٨٩	٤.١٢	٠,٨٩	٢٤,٨	ردود الفعل المعاشية
١,٦٥	٧.٥٧	١,٧٩	١٠٠,٣	الدرجة الكلية



شكل (١) الفرق بين المتوسطات لكل من القياس القبلي والبعدى لأبعاد أعراض الصدمة والدرجة الكلية.

وباستخدام اختبار ويلكوكسون لحساب دلالة الفرق بين القياس القبلي والبعدى لرتب درجات أفراد المجموعة التجريبية، وكانت النتائج كما يلي:
وللتأكد أيضاً من هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار ويلكوكسون Wilcoxon(w) كأسلوب إحصائي لا بارامترى؛ للمقارنة بين عينتين

مرتبطين، وذلك بهدف اختبار دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية على مقياس أعراض الصدمة وأبعاده في القياسين القبلي والبعدي.

جدول (١٦)

نتائج اختبار " ويلكوكسن " لدلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس أعراض الصدمة للأطفال المساء معاملتهم جنسياً المعاقين ذهنياً القابلين لتعليم (ن = ١٠)

حجم التأثير باستخدام معادلة كوهين	مستوي الدلالة	قيمة Z	القياس البعدي (ن=١٠) الرتب الموجبة			القياس القبلي (ن=١٠) الرتب السالبة			الأبعاد أعراض الصدمة	
			متوسط الرتب	مجموع الرتب	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	ن		
مرتفعة	٠,٦٥	٠,٠٥	٢,٠٣	٣	١٥	٨	٠	٠	٠	ردود الفعل الجسدية
مرتفعة	٠,٦٣	٠,٠٥	٢,٠٢	٣	١٥	٨	٠	٠	٠	ردود الفعل التجنبية
مرتفعة	٠,٦٦	٠,٠٥	٢,٠٤	٣	١٥	٨	٠	٠	٠	ردود الفعل الاقتصادية
مرتفعة	٠,٦١	٠,٠٥	٢,٠١	٣	١٥	٨	٠	٠	٠	ردود الفعل المعيشية
مرتفعة	٠,٦٦٢	٠,٠٥	٢,٠٧	٣	١٥	٨	٠	٠	٠	الدرجة الكلية

يتضح من جدول (١٦) ما يلي:

١. وجدت فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) بين رتب أفراد المجموعة التجريبية "لبعد ردود الفعل: (الجسدية - التجنبية - الاقتصادية - المعيشية) بين القياس القبلي والقياس البعدي لصالح القياس البعدي.
٢. وجدت فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) بين رتب أفراد المجموعة التجريبية " للدرجة الكلية لمقياس أعراض الصدمة بين القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي.
٣. أن قيمة حجم التأثير للبرنامج علي تقليل أعراض الصدمة بدلالة مقياس أعراض الصدمة لدى أفراد العينة بلغت (r=0.662) وهي قيمة مرتفعة

وجيدة، في حين بلغت حجم التأثير أعلى درجة في أبعاد ردود الفعل: (الجسدية - التجنبية - الاقتحامية - المعاشية).

ولحساب نسبة الكسب من خلال البرنامج من خلال معادلة ماك جويجان وكانت النتائج:

جدول (١٧)

نسبة الكسب لماك جويجان لمقياس أعراض الصدمة للأطفال المساء معاملتهم جنسياً المعاقين ذهنياً القابلين للتعليم

الأبعاد	القياس القبلي	القياس البعدي	الدرجة العظمي	نسبة الكسب
ردود الفعل الجسدية	٢٤,٤	١٤,٣	٣٠	٧١,٨٢
ردود الفعل التجنبية	٢٦,٧	١٣,٧	٣٠	٦١,١٨
ردود الفعل الاقتحامية	٢٥,٥	١٤,٨	٣٠	٧٢,٥٦
ردود الفعل المعاشية	٢٤,٨	١٢,٤	٣٠	٥٧,١٠
الدرجة الكلية	١٠١,٤	٥٥,٢	١٢٠	٨٣,٨٩

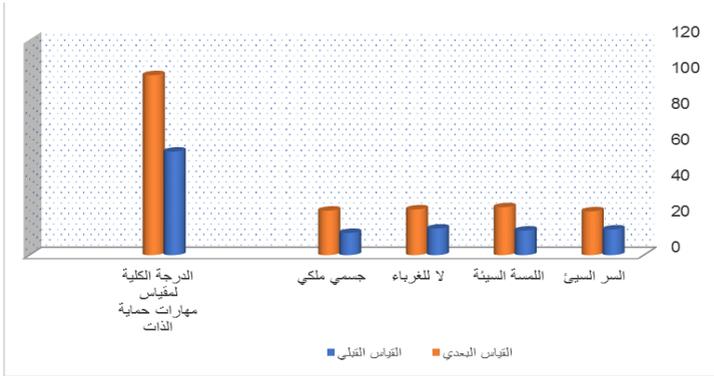
ويتضح من جدول (١٧) ما يلي:

١. نسبة الكسب نتيجة البرنامج على بُعد: (ردود الفعل الجسدية تساوي ٧١,٨٢%) و (ردود الفعل التجنبية تساوي ٦١,١٨%) و (ردود الفعل الاقتحامية تساوي ٧٢,٥٦%) و (ردود الفعل المعاشية تساوي ٥٧,١٠%)، وهي نسب مقبولة طبقاً لمعادلة نسبة الكسب لماك جويجان.

٢. نسبة الكسب نتيجة البرنامج على مقياس أعراض الصدمة تساوي ٨٣,٨٩% وهي نسبة مقبولة طبقاً لمعادلة نسبة الكسب لماك جويجان، ثم قامت الباحثة بالآتي: بالإحصاء الوصفي: المتوسطات والانحرافات المعيارية لكل من القياس القبلي والبعدي لأبعاد والدرجة الكلية مقياس مهارات حماية الذات جدول (١٨).

جدول (١٨)
مقياس مهارات حماية الذات

القياس البعدي ن=١٠		القياس القبلي ن=١٠		الأبعاد مهارات حماية الذات
الانحراف المعياري (ع)	المتوسط (م)	الانحراف المعياري (ع)	المتوسط (م)	
٤٥ ، ١	٧٩ ، ١٣	٠٠ ، ١	٤٠ ، ١	مهارة السر السيء والسر الجيد
٤٥ ، ١	٧٩ ، ١٣	٠٥ ، ١	٢٠ ، ١	مهارة اللمسة السيئة و الجيدة
٢٣ ، ٦	٦٣ ، ٤٣	٢٢ ، ٧	٨٠ ، ٧	مهارة لا للغرباء
٤٨ ، ١	٨٣ ، ١٣	٢٥ ، ٤	٧٦ ، ٤	مهارة جسمي ملكي
٩٣ ، ٨	٠٤ ، ٨٥	٠٦ ، ١٥	١٦ ، ١٥	الدرجة الكلية



شكل (٢)

الفروق بين المتوسطات لكل من القياس القبلي والبعدي لأبعاد مقياس مهارات حماية الذات للأطفال المساء معاملتهم جنسياً المعاقين ذهنياً القابلين للتعليم والدرجة الكلية.

باستخدام اختبار ويلكوكسن لحساب دلالة الفروق بين القياس القبلي والبعدي لرتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس مهارات حماية الذات للأطفال المساء معاملتهم جنسياً المعاقين ذهنياً القابلين للتعليم، وكانت النتائج كما هي موضحة بجدول (١٩).

جدول (١٩)

نتائج اختبار " ويلكوكسن" لدلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس مهارات حماية الذات للأطفال المساء معاملتهم جنسياً المعاقين ذهنياً القابلين للتعليم (ن = ١٠)

الأبعاد مهارات حماية الذات	القياس القبلي (ن=١٠) الرتب السالبة		القياس البعدي (ن=١٠) الرتب الموجبة			قيمة Z	مستوي الدلالة	حجم التأثير باستخدام معادلة كوهين
	ن	مجموع الرتب	متوسط الرتب	ن	مجموع الرتب			
السر السيء	٠	٠	٠	١٠	١٥	٣	٠,٠٥	0.64
اللمسة السيئة	٠	٠	٠	١٠	١٥	٣	٠,٠٥	0.64
لا للغرباء	٠	٠	٠	١٠	١٥	٣	٠,٠٥	0.75
جسمي ملكي	٠	٠	٠	١٠	١٥	٣	٠,٠٥	0.68
الدرجة الكلية	٠	٠	٠	١٠	١٥	٣	٠,٠٥	0.78

ويتضح من جدول (١٩) ما يلي:

- وجدت فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) بين رتب أفراد المجموعة التجريبية " الأبعاد مهارات حماية الذات (السر السيء والسر الجيد - اللمسة السيئة و الجيدة - لا للغرباء - جسمي ملكي) بين القياس القبلي والقياس البعدي لصالح القياس البعدي.
- وجدت فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) بين رتب أفراد المجموعة التجريبية "للدرجة الكلية للمهارات حماية الذات، بين القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي.
- كما يتضح أن قيمة حجم التأثير للبرنامج على مهارات حماية الذات لدى أفراد العينة بلغت (r=0.78) وهي قيمة مرتفعة وجيدة، في حين بلغت حجم التأثير أعلى درجة في مهارة لا للغرباء ثم جسمي ملكي ثم اللمسة السيئة و الجيدة بالتوازي مع السر السيء والسر الجيد .

وتم حساب نسبة الكسب من خلال البرنامج من خلال معادلة ماك جويجان وكانت النتائج:

جدول (٢٠)

نسبة الكسب لماك جويجان لمقياس مهارات حماية الذات

الأبعاد	القياس القبلي	القياس البعدي	نسبة الكسب
السر السيء	١ ، ٤٠	١٣ ، ٧٩	54.10
اللمسة السيئة	١ ، ٢٠	١٣ ، ٧٩	53.58
لا للغرباء	٧ ، ٨٠	٤٣ ، ٦٣	83.89
جسمي ملكي	٤ ، ٧٦	١٣ ، ٨٣	69.58
الدرجة الكلية	١٥ ، ١٦	٨٥ ، ٠٤	85.84

ويتضح من جدول (٢٠) ما يلي:

١. نسبة الكسب نتيجة البرنامج على مهارة: (السر السيء والسر الجيد لطلاقة تساوي ٥٤.١%) و(اللمسة السيئة والجيدة تساوي ٥٣,٦%) و (مهارة لا للغرباء تساوي ٨٣,٩%) و(مهارة جسمي ملكي تساوي ٦٩,٦%) وهي نسب مقبولة طبقاً لمعادلة نسبة الكسب لماك جويجان.

٢. نسبة الكسب نتيجة البرنامج على مهارات حماية الذات تساوي ٨٥,٨% وهي نسبة مقبولة طبقاً لمعادلة نسبة الكسب لماك جويجان.

وما سبق يتضح أن الفروق لصالح القياس البعدي لمقياسي أعراض الصدمة ومهارات حماية الذات، وهذه النتائج تحقق الفرض الأول.

وترجع الباحثة ذلك التقدم نتيجة لان أطفال المجموعة التجريبية تعرضوا لأنشطة البرنامج التدريبي السلوكي القائم على العلاج النفسي المتكامل المرتكز على العاطفة لتحسين حدة الصدمة ومهارات حماية الذات للأطفال المساء معاملتهم جنسياً المعاقين ذهنياً القابلين للتعليم. من خلال الأنشطة الفنية المجسمة والألعاب التربوية، وأن هذه الأنشطة المختلفة المستخدمة تسمح للطفل لعلاج الأنا نتيجة التعرض للإساءة الجنسية

والتفيس عن الذات، وحمايتها من خلال ردود الفعل الجسدية، وردود الفعل التجنبية، وردود الفعل الإقتحامية، وردود الفعل المعايشة بتتمية مهارات مثل مهارة السر السيء والسر الجيد ومهارة اللمسة السيئة و الجيدة ومهارة لا للغرباء ومهارة جسمي ملكي من خلال الجلسات النفسية والألعاب الإنشائية والتشكيل بالمواد المختلفة والألعاب الحركية. وهذه كانت تتطلب بعض الأنشطة الأخرى من الطفل أن يتخيل كيف يمكن أن يغير واقع الأشياء من حوله أو أن يفترض وجود علاقات ليس موجودة في الواقع لمواجهة المشكلة المعروضة أمامه، وتتمثل في السلوك الناجح لمواجهة موقف أو مشكلة معينة وتتطلب تعديلاً مقصوداً للسلوك يتفق مع الحل السليم لمواجهة موقف معين، مما يدل على الحرية، للطفل للتعبير دون وضع قيود على أفكاره دون الخوف من النقد.

واتفقت نتائج الدراسة الحالية مع دراسات كلٍ من :

-دراسة كارسون وغراهام (Carson & Graham, 2016): ركزت هذه الدراسة على برامج التوعية الخاصة بالأمان الشخصي للأطفال في المدارس. وجدت الدراسة أن هذه البرامج كانت فعالة في تحسين مهارات الدفاع عن النفس وتقديم تقارير عن الانتهاكات بين الأطفال المعرضين للإساءة.

-دراسة ستيفنز وجونسون (Stevens & Johnson, 2017): تناولت هذه الدراسة فعالية برامج التدخل السلوكي في تحسين مهارات حماية الذات للأطفال الذين تعرضوا للإساءة الجنسية. أشارت النتائج إلى زيادة كبيرة في الوعي بالأمان الشخصي لدى الأطفال المشاركين بعد البرنامج التدريبي.

-دراسة روبنسون وفيلدز (Robinson & Fields, 2017): هدفت هذه الدراسة إلى تقييم تأثير البرامج التعليمية الوقائية على الأطفال في المراحل الدراسية المبكرة. وجدت النتائج أن الأطفال الذين شاركوا في البرنامج

أظهروا زيادة ملحوظة في وعيهم بمفهوم الحماية الذاتية وقدرتهم على التمييز بين اللمسات الآمنة وغير الآمنة.

-دراسة سميث وآخرون (Smith et al., 2018): تناولت هذه الدراسة تأثير برامج التدخل المعرفي السلوكي على تحسين مهارات الحماية الذاتية للأطفال الذين تعرضوا للإساءة الجنسية. وجد الباحثون أن الأطفال الذين شاركوا في البرنامج أظهروا تحسينات كبيرة في القدرة على التعرف على الأوضاع الخطرة وزيادة الثقة في مواجهة المعتدين.

-دراسة مارتينيز وغارسيا (Martinez & Garcia, 2018): ركزت هذه الدراسة على فعالية برامج التدخل السلوكي في المدارس في تحسين مهارات التعامل مع الغباء وطلب المساعدة للأطفال الذين تعرضوا للإساءة الجنسية. أشارت النتائج إلى تحسينات ملحوظة في قدرة الأطفال على التعرف على المواقف الخطرة والتفاعل معها بطريقة آمنة.

-دراسة وليامز وكريستنسن (Williams & Christensen, 2019): هدفت هذه الدراسة إلى تقييم تأثير البرامج التدريبية المركزة على تعزيز مهارات الحماية الذاتية للأطفال المصابين بصدمات نفسية نتيجة للإساءة الجنسية. وأظهرت النتائج أن الأطفال الذين شاركوا في البرنامج أظهروا تحسناً كبيراً في قدرتهم على التعامل مع المواقف التي تتطلب حماية ذاتية.

-دراسة أندرسون وهاريس (Anderson & Harris, 2019): تناولت هذه الدراسة برامج الدعم النفسي والسلوكي للأطفال الذين تعرضوا لإساءة جنسية، حيث أظهرت النتائج تحسناً كبيراً في المهارات الاجتماعية والعاطفية بالإضافة إلى حماية الذات.

-دراسة براون وويليامز (Brown & Williams, 2019): بحثت هذه الدراسة في تأثير برامج التربية الوقائية على الأطفال المعرضين للإساءة الجنسية. أظهرت النتائج زيادة ملحوظة في قدرة الأطفال على التعرف على المواقف الخطرة وتجنبها بعد تلقي التدريب.

-دراسة ميلر وكوهين (Miller & Cohen, 2020): ركزت هذه الدراسة على برامج الدعم النفسي والسلوكي للأطفال الذين تعرضوا للإساءة الجنسية، حيث أظهرت النتائج أن البرامج قد ساعدت الأطفال في تحسين قدرتهم على الدفاع عن أنفسهم والتميز بين اللمسات الآمنة وغير الآمنة.

-دراسة جونز وآخرون (Jones et al., 2020): تناولت هذه الدراسة تحليل مدى تأثير برامج التوعية المجتمعية على الأطفال في المجتمعات الريفية المعرضة للإساءة. وجدت الدراسة أن التدخلات التعليمية ساعدت الأطفال على تطوير استراتيجيات فعالة لحماية أنفسهم من الاعتداءات.

-دراسة ديفيس وويلسون (Davis & Wilson, 2021): قامت هذه الدراسة بتقييم فعالية البرامج الوقائية التي تُدرّس للأطفال في المجتمعات المعرضة للخطر، حيث وجدت أن هناك زيادة كبيرة في الوعي بأمان الجسد والقدرة على طلب المساعدة بعد التدريبات.

-دراسة تايلور وآخرون (Taylor et al., 2021): تناولت هذه الدراسة برامج التدخل الوقائي التي تستهدف الأطفال في بيئات مجتمعية حساسة. وأظهرت النتائج أن البرامج ساعدت بشكل كبير في تحسين مهارات الأطفال في مواجهة المواقف الخطرة وطلب المساعدة من البالغين الموثوق بهم.

-ويتفق هذا مع دراسة أندرسون وهاريس (2019)، ودراسة تايلور وآخرون (2021)، وآخرون، كما تؤكد هذه النتيجة على أن البرنامج التدريبي السلوكي القائم على العلاج النفسي المتكامل المرتكز على العاطفة حقق الهدف منه في تحسين حدة أعراض الصدمة ومهارات حماية الذات للأطفال المسُاء معاملتهم جنسياً المعاقين ذهنياً القابلين للتعليم، وذلك لإحتوائه على العلاج النفسي المتكامل المرتكز على العاطفة، كما أن فكرة التدريب على مواجهة المشكلات المختلفة ساهمت في نمو قدرة الأطفال المعاقين ذهنياً القابلين للتعليم على مواجهة المشكلات ومحاولة حلها

بصورة أفضل كما ساهمت الأنشطة إلى استثارة التعبير عن الذات، والإقدام على الأنشطة بدل الخوف من تجارب مختلفة.

ويتضح مما سبق تحقق صحة الفرض الأول بصفة عامة في ضوء مقياس أعراض الصدمة ومقياس حماية الذات المستخدم في البحث وقد اتفقت نتيجة مع الدراسات والبحوث المرتبطة بالموضوع، ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن قيام الأطفال بالممارسة القائمة على العلاج النفسي المتكامل المرتكز على العاطفة من خلال الجلسات وأنشطة اللعب والأنشطة التعبير الفني المجسم المختلفة ، ومن خلال التوجيه التربوي المناسب، وكذلك انتقاء الألعاب الملائمة يدرّب ويعزز نمو مهارات حماية الذات ويحدّ ويحسن من أعراض الصدمة والإساءة الجنسية لدى الأطفال المعاقين ذهنياً القابلين للتعليم.

• نتائج الفرض الثاني ومناقشتها :

للتحقق من صحة الفرض الثاني الذي ينص على: " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي والتتبعي على مقياسي أعراض الصدمة ومهارات حماية الذات للأطفال علي (الأبعاد والدرجة الكلية) في القياسين البعدي والتتبعي. وللتحقق من صحة الفرض قامت الباحثة بالآتي:

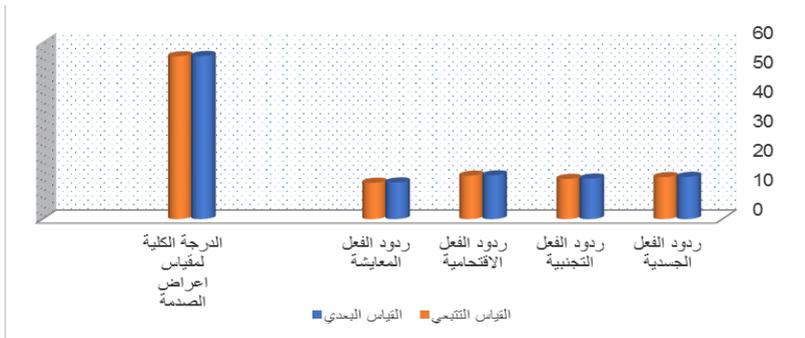
١. الإحصاء الوصفي " المتوسطات والانحرافات المعيارية لكل من القياس التتبعي والبعدي لأبعاد مقياس أعراض الصدمة والدرجة الكلية. كما في الجدول التالي :

جدول (٢١)

المتوسطات والانحرافات المعيارية لكل من القياس التتبعي والبُعدي لأبعاد مقياس أعراض الصدمة والدرجة الكلية

القياس التتبعي ن=١٠		القياس البُعدي ن=١٠		أبعاد مقياس أعراض الصدمة
الانحراف المعياري (ع)	المتوسط (م)	الانحراف المعياري(ع)	المتوسط (م)	
0.89	14.2	0.89	14.3	ردود الفعل الجسدية
0.71	13.6	0.71	13.7	ردود الفعل التجنبية
0.83	14.7	0.83	14.8	ردود الفعل الإفتحامية
0.89	12.3	0.89	12.4	ردود الفعل المعاشية
1	55.1	1	55.2	الدرجة الكلية

ويتضح من الشكل (٣) الفروق بين المتوسطات لكل من القياس التتبعي والبُعدي لأبعاد مقياس أعراض الصدمة والدرجة الكلية.



شكل (٣) الفروق بين المتوسطات لكل من القياس التتبعي والبُعدي لأبعاد مقياس أعراض الصدمة والدرجة الكلية

وباستخدام اختبار ويلكوكسون لحساب دلالة الفروق بين القياس التتبعي والبُعدي لرتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس أعراض الصدمة والدرجة الكلية، وكانت النتائج كما يلي :

جدول (٢٢)

نتائج اختبار " ويلكوسون " لدلالة الفروق بين القياسين التتبعي والبعدى للمجموعة التجريبية على مقياس أعراض الصدمة (ن = ١٠)

مستوي الدالة	قيمة Z	القياس البعدي (ن=١٠) الرتب الموجبة			القياس التتبعي (ن=١٠) الرتب السالبة			أبعاد مقياس أعراض الصدمة
		متوسط الرتب	مجموع الرتب	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	ن	
غير دال	١,٢٢	١,٥	٣	٢	١,٥	٣	٢	ردود الفعل الجسدية
غير دال	١,٢٢	١,٥	١,٥	١	١,٥	١,٥	١	ردود الفعل التجنبية
غير دال	١,٢٤	٢,٥	٥	٢	٢,٥	٥	٢	ردود الفعل الاقترامية
غير دال	١,٠٠	١,٥	٣	٢	١,٥	٣	٢	ردود الفعل المعاشية
غير دال	١,٣٤	٣	١٢	٦	٣	١٢	٦	الدرجة الكلية

ويتضح من جدول (٢٢) ما يلي:

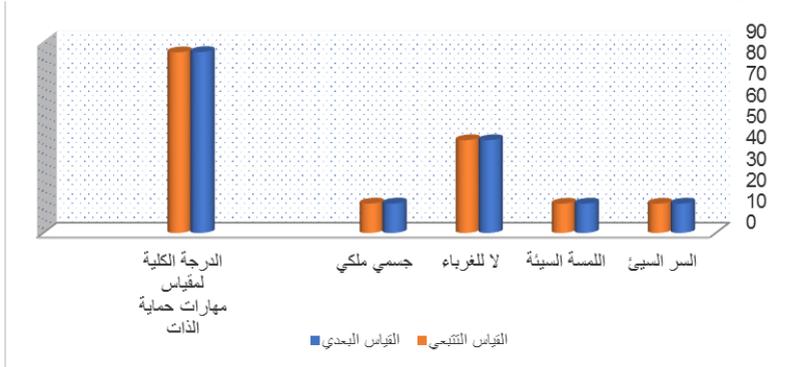
١. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين رتب أفراد المجموعة التجريبية " لأبعاد ردود الفعل: (الجسدية - التجنبية - الاقترامية - المعاشية) " بين القياس التتبعي والقياس البعدي.
٢. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين رتب أفراد المجموعة التجريبية " للدرجة الكلية لمقياس أعراض الصدمة " بين القياس التتبعي والقياس البعدي، ثم قامت الباحثة بالإحصاء الوصفي " المتوسطات والانحرافات المعيارية لكل من القياس التتبعي والبعدى على مهارات حماية الذات للأطفال المساء معاملتهم جنسياً المعاقين ذهنياً القابلين للتعليم.

جدول (٢٣)

المتوسطات والانحرافات المعيارية لكل من القياس البعدي والتتبعي علي مقياس مهارات حماية الذات للأطفال المساء معاملتهم جنسياً المعاقين ذهنياً القابلين لتعليم

القياس البعدي ن=١٠		القياس التتبعي ن=١٠		الأبعاد مقياس مهارات حماية الذات
الانحراف المعياري (ع)	المتوسط (م)	الانحراف المعياري(ع)	المتوسط (م)	
٤٥ ، ١	١٣,٧٩	٤٥ ، ١	١٣,٧٤	السر السيئ
٤٥ ، ١	١٣,٧٩	٤٥ ، ١	١٣,٧٤	اللمسة السيئة
٢٣ ، ٦	٤٣,٦٣	٢٣ ، ٦	٤٣,٦٣	لا للغرباء
٤٨ ، ١	١٣,٨٣	٤٨ ، ١	١٣,٨١	جسمي ملكي
٩٣ ، ٨	٨٥,٠٤	٩٣ ، ٨	٨٤,٩٢	الدرجة الكلية

ويتضح ذلك بالشكل التالي :



شكل (٤) الفروق بين المتوسطات لكل من القياس التتبعي والبعدي لأبعاد الدرجة الكلية لمقياس مهارات حماية الذات للأطفال المساء معاملتهم جنسياً المعاقين ذهنياً القابلين للتعليم. وباستخدام اختبار ويلكوكسون لحساب دلالة الفروق بين القياس التتبعي والبعدي لرتب درجات أفراد المجموعة التجريبية، وكانت النتائج كما يلي:

جدول (٢٤)

نتائج اختبار " ويلكوكسون " لدلالة الفروق بين القياسين التتبعي والبعدى للمجموعة التجريبية على مقياس مهارات حماية الذات للأطفال المساء معاملتهم جنسياً المعاقين ذهنياً القابلين للتعليم

(ن = ١٠)

مستوي الدلالة	قيمة Z	القياس التتبعي (ن=١٠) الرتب الموجبة			القياس البعدى (ن=١٠) الرتب السالبة			الأبعاد مقياس مهارات حماية الذات
		متوسط الرتب	مجموع الرتب	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	ن	
غير دال	١,٣٣	٠	٠	٠	١,٥	٣	٢	السر السيئ
غير دال	٠,٣٤	١	١	١	٢	٢	١	اللمسة السيئة
غير دال	١,٠٠	١	١	١	٠	٠	٠	لا للغرباء
غير دال	١,٣٤	٠	٠	٠	١,٥	٣	٢	جسمي ملكي
غير دال	١,٣٧	٣	٣	١	٣	١٢	٤	الدرجة الكلية

ويتضح من جدول (٢٤) ما يلي:

١. عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوي (٠,٠٥) بين رتب أفراد المجموعة التجريبية " الأبعاد مهارات حماية الذات (السر السيئ والسر الجيد - اللمسة السيئة و الجيدة - لا للغرباء - جسمي ملكي)" بين القياس البعدى والقياس والتتبعى.

٢. عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوي (٠,٠٥) بين رتب أفراد المجموعة التجريبية " للدرجة الكلية للمهارات حماية الذات" بين القياس البعدى والتتبعى.

ومن خلال ما سبق يتضح أن هذه النتائج تحقق الفرض الثاني.

من خلال التحليل الإحصائي لبيانات الدراسة واختبار فرضياتها
اتضح ما يلي:

• إن استخدام البرنامج التدريبي السلوكي القائم على العلاج النفسي المتكامل المرتكز على العاطفة حقق الهدف منه في تحسين حدة أعراض الصدمة ومهارات حماية الذات للأطفال المساء معاملتهم جنسياً المعاقين ذهنياً القابلين للتعليم من خلال التعبير عن الذات والتشكيل الفني الجسم والألعاب التربوية، كان له دوراً فعالاً في تنمية مهارات حماية الذات وتقليل من آثار الصدمة الناتجة عن الإساءة الجنسية للطفل المعاق ذهنياً القابلين للتعليم، وكذلك العديد من الأنشطة العلمية باستخدام التعبير النفسي المتمركز حول الطفل.

• يعود تفوق أطفال عينة الدراسة في تحسين حدة الصدمة ومهارات حماية الذات للأطفال المساء معاملتهم جنسياً المعاقين ذهنياً القابلين للتعليم إلى احتواء البرنامج على أنشطة متنوعة وشائقة استثارت الناحية النفسية الأطفال عندما استخدمت الباحثة أسلوب العلاج النفسي المتكامل المرتكز علي العاطفة من خلال البرنامج التدريبي السلوكي، وكان فيه التعبير الحر عن الذات من خلال جلسات وأنشطة التعبير الفني المفتوح لتشكيل الجسم، وتنوعت في الوسائل والتقنيات، وفي أساليب تقديم الأنشطة، التي تساهم في التحفيز وتنمية مهارات حماية الذات وتوفير بيئة نفسية مناسبة لاستثارة مهارات حماية الذات وتقليل من آثار الصدمة.

• توصلت الدراسة إلى إمكانية قياس أعراض الصدمة و مهارات حماية الذات للأطفال المساء معاملتهم جنسياً المعاقين ذهنياً القابلين للتعليم من خلال العلاج المتمركز حول عاطفة الطفل والتعبير الفني وأنشطة الألعاب التربوية، مما يدل على أهمية دراسة التعبيرات النفسية للأطفال، وهذا ما أكدته دراسة ميلر وكوهين (Miller & Cohen, 2020).

• توصلت الدراسة كذلك إلى إمكانية تنمية مهارات حماية الذات لدى الطفل المساء معاملته جنسياً المعاق ذهنياً القابل للتعليم، وذلك باستخدام البرامج والأنشطة المناسبة، وهي بذلك تتفق مع دراسة جونز وآخرون (Jones et al., 2020).

• منح الأطفال جو من المرح واللعب والحب والثقة في تعبيرهم عن أنفسهم وقدراتهم الفنية والحركية أدى إلى ظهور تفاعل كبير بين الأطفال، وكان ذلك ضرورياً لتنمية مهارات حماية الذات وتقليل آثار الصدمة، وهذا ما أكدته دراسة ديفيس وويلسون (Davis & Wilson, 2021) ودراسة تايلور وآخرون (Taylor et al., 2021).

• بعد استعراض نتائج البحث ونتائج الدراسات السابقة العربية والأجنبية والتي استهدفت البرنامج التدريبي السلوكي القائم على العلاج النفسي المتكامل المرتكز على العاطفة حقق الهدف منه في تحسين حدة أعراض الصدمة ومهارات حماية الذات للأطفال المساء معاملتهم جنسياً المعاقين ذهنياً القابلين للتعليم، وأيضاً الدور الفعال للبرنامج في توصيل مفاهيم ومهارات متعددة لحماية الذات وبشكلٍ فعالٍ وجذابٍ وشيقٍ لطفل الروضة المعاق ذهنياً القابل للتعليم، وأيضاً أن يكون للطفل دوراً فعالاً ونشطاً في التعليم وفي الحياة العملية. والدراسات والأبحاث التي استخدمت أكدت على العديد من الأنشطة ومواقف والألعاب التي يحتويها البرنامج.

توصيات البحث :

1. توعية معلمات رياض الأطفال المعاقين ذهنياً القابلين للتعليم بأهمية عمل برامج تدريبية دورية لتحسين مهارات الحماية من الإساءة الجنسية.
2. إعداد وحدات تدريبية مناسبة لتنمية مهارات حماية الذات من خلال الجلسات النفسية والتعبير الفني .

٣. زيادة الاهتمام بالأطفال المعاقين ذهنياً القابلين للتعليم في محاولة من المختصين لتزويدهم بمعلومات كافية للحفاظ على أنفسهم من الإساءة الجنسية .
٤. الاهتمام بتعبيرات الأطفال النفسية والفنية وتوجيهها في المكان المناسب.
٥. ضرورة حضور المعلمات لورش عمل في كيفية التخطيط للأنشطة التربوية التي تنمي مهارات حماية الذات.
٦. عمل دورات تدريبية للأمهات عن مهارات حماية الذات من الإساءة الجنسية.

البحوث المقترحة :

١. توفير البيئة المحفزة للتعبير النفسي لطفل من خلال العلاج النفسي المتمركز حول العاطفة للطفل المعاق ذهنياً القابل للتعليم من خلال استخدام أساليب وطرق متنوعة تستثيره .
٢. أن تتضمن مناهج رياض الأطفال أنشطة دعم نفسي والتعبير الفني المجسم والألعاب التربوية التي تستثير مهارات حماية الذات لدى طفل الروضة بصفة عامة والطفل المعاق ذهنياً القابل للتعليم بصفة خاصة.
٣. إقامة دورات تدريبية لمعلمات رياض الأطفال لتدريبهم على كيفية تنمية مهارات حماية الذات للأطفال المعاقين ذهنياً القابلين للتعليم .

وتقترح الباحثة الدراسات التالية:

١. برنامج تدريبي قائم على العلاج برنامج إرشادي سلوكي قائم على العلاج النفسي المتمركز حول عاطفة الطفل في تحسين مهارات الحماية من الإساءة الجنسية على الأطفال المعاقين بصرياً .
٢. النفسي المتمركز حول عاطفة الطفل في علاج بعض المشكلات السلوكية.
٣. برنامج معرفي سلوكي لأمهات الأطفال المساء معاملتهم جنسياً المعاقين ذهنياً القابلين للتعليم لتحسين مهارات الوعي بآثار ومخاطر الإساءة الجنسية.

المراجع

أولاً : المراجع العربية :

ابتهاج محمود طلبة (٢٠٠٨) . برامج طفل ما قبل المدرسة . الرياض، دار
زهراء للنشر والتوزيع .

إبراهيم محمد السرخي (٢٠٠٢) . السلوك وبناء الشخصية بين النظريات
العربية وبين المنظور الإسلامي . عمان، دار وائل للطباعة للنشر
والتوزيع .

أحمد عبد اللطيف أبو سعد، أسماء نايف الصرايره (٢٠١١) . مشكلات طفل
الروضة . عمان، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع .

أحمد محمد عكاشة (١٩٩٢) . الطب النفسي المعاصر . مكتبة الأنجلو
المصرية ، القاهرة .

أحمد صلاح الدين مصطفى (٢٠١١) . مدى تناول المناهج الدراسية الخاصة
بالأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بمدارس وبرامج التربية الفكرية
لبعض مفاهيم الحماية من الأخطار والإساءات المحتملة، مجلة الطفولة
العربية .مؤسسة الكويت للتقدم العلمي، ع (٤٨) .

أحمد محمد الزغبى (٢٠٠٢) . الإرشاد النفسي نظرياته، اتجاهاته، مجالاته،
عمان، دار زهران للنشر والتوزيع .

أحمد محمد أبو زيد، هبة جابر عبد الحميد (٢٠١٥) . اضطرابات السلوك
الفوضوي، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية .

أحمد محمد عبد الخالق (٢٠١١) . الأبعاد الأساسية للشخصية، الإسكندرية:
دار المعرفة الجامعية .

أحمد محمد عبد الخالق (٢٠١٧) . الدراسة التطورية للقلق، الإسكندرية: دار
المعرفة الجامعية .

- أمل محمد حسونة (٢٠١٨). برنامج مقترح للوالدين لتنمية بعض مهارات الحماية من الإساءة الجنسية لأطفال ما قبل المدرسة ذوي الإعاقات العقلية القابلين للتعلم، *مجلة كلية رياض الأطفال*. ع (١٣)، ص ١-٤١.
- أميرة أبو العينين (٢٠١٢). تنمية بعض مهارات الحماية من إساءة معاملة الأطفال في مرحلة الطفولة المتوسطة. *مجلة البحث العلمي في التربية*. (٢)، (١٣) ص ص ٩٥٣-٩٧٣.
- التقرير السنوي للممثلة الخاصة للأمين العام المعنية بالعنف ضد الأطفال (٢٠٢١)، *الأمم المتحدة*.
- بشير صالح الرشيدى (٢٠٠٨). *التعامل مع الذات، نموذج الإرشاد النفسي والصحة النفسية*، ط ٢، الكويت، دار الإنجاز للنشر والتوزيع.
- بطرس حافظ بطرس (٢٠١٥). *المشكلات النفسية وعلاجها، عمان: دار المسيرة للطباعة والنشر*.
- توما جورج خوري (٢٠٠٢). *الطفل الموهوب والطفل بطيء التعلم، بيروت: المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر*.
- جميل عبد الباقي الصغير (٢٠٠٢). *الإنترنت والقانون الجنائي، الأحكام الموضوعية للجرائم المتعلقة بالإنترنت*. دار النهضة العربية.
- حامد عبد السلام زهران (١٩٩٥). *علم نفس النمو والطفولة والمرافقة*، ط (٥)، *عالم الكتب، القاهرة*.
- حامد عبد السلام زهران (٢٠٠٣). *دراسات في الصحة النفسية والإرشاد النفسي*، ط ٢. *القاهرة، عالم الكتب*.
- حسن علوان بيعي (٢٠١٦). *التحرش بين تلاميذ المدارس الابتدائية من وجهة نظر المعلمين في محافظة بابل، مجلة جامعة بابل للعلوم الإنسانية، المجلد (٢٤) العدد (١)، ص ص ٤١٧-٤٣٧*.

- حسين فايد (٢٠٠١) . الاضطرابات السلوكية (تشخيصها - أسبابها - علاجها) القاهرة، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع .
- خالد عامر العجمي (٢٠١٦) . برنامج تدريبي للأطفال المعاقين عقلياً في مهارات الحماية من الإساءة الجنسية وأثره على التوافق النفسي لديهم . رسالة دكتوراه، كلية الدراسات العليا للتربية، جامعة القاهرة .
- خالدية يقرو (٢٠١٢) . الاستغلال الجنسي للأطفال عبر شبكة الإنترنت مجلة *Algerian scientific journal platform* ع (١) المجلد (٢٠)، ص ص ٣٢٧-٣٤٢ .
- خليل عليان (٢٠٠٧) . العنف ضد الأطفال في الأردن، عمان، مكتب اليونيسيف .
- داليا مؤمن (٢٠٠٤) . الأسرة والعلاج الأسري، دار السحاب للنشر والتوزيع، الأردن .
- ذكريات حميد منصور سند (٢٠١١) . فاعلية برنامج تدريبي وقائي لتنمية بعض مهارات الحماية من الإساءة الجنسية لدى الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة في مملكة البحرين . رسالة ماجستير، جامعة الخليج العربي .
- ذياب البداينة (٢٠٠٠) . إساءة معاملة الأطفال المملكة العربية السعودية، مجلة الفكر الشرطي، العدد (١١)، المجلد (١١)، ص (١٦٧-٢١٣) .
- رانيا محمد كامل الطباخ (٢٠٢٢) . فاعلية برنامج تأهيلي لتنمية مهارات حماية الذات لدى عينة من المعاقات عقلياً المساء إليهن جنسياً، المجلة العربية لعلوم الإعاقة والموهبة، ع (٢٢)، ص ص ٩٣-١١٤ .
- رزان منصور عبد الحميد كردى (٢٠١٢) تنمية بعض مهارات حماية الذات لدى تلاميذ مدرسة التربية الفكرية ذوي متلازمة داون، رسالة دكتوراه، كلية البنات، جامعة عين شمس، مجلة البحث العلمي في التربية، ع (١٣)، مج (٢)، ص ص ٦٦٧-٦٩٠ .

سالي ليبرمان سميث (١٩٩٢). لماذا لا يتعلم طفلي ؟ الطفل العاجز عن التعلم في المنزل والمدرسة، ترجمة أحمد عباس، الكويت: الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية، سلسلة الدراسات العلمية الموسمية المتخصصة.

سعدية محمد بهادر (٢٠١٤). برامج تربية أطفال ما قبل المدرسة . ط(٤)، عمان، دار المسيرة للطباعة والنشر .

سعید عبد الغني (٢٠٠٥). فاعلية برنامج إرشادي تدريبي للحماية من الإساءة الجنسية لذوات الإعاقة العقلية البسيطة. مجلة كلية التربية - عين شمس، المجلد (٣)، العدد (٢٩)، ص ص: ١٧٩ - ٢١٧ .

سميحة محمود غريب (٢٠١٠). التحرش الجنسي خطر يواجه طفلك . دار الأندلس الجديدة للنشر والتوزيع، ط ١

سهام عبد الرحمن الصويغ (٢٠٠٣). الإساءة إلى الأطفال وإهمالهم . دراسة ميدانية في مدينة الرياض .مجلة الطفولة والتنمية، ع (٩) .مج (٣) ص ص ٢٩-٧٠ .

سهي أحمد أمين (١٩٩٨) . مدى فاعلية برنامج لتعديل السلوك الاجتماعي للأطفال المتخلفين عقلياً المساء معاملتهم وعلاقته بالتوافق الاجتماعي لديهم . الهيئة المصرية العامة للكتاب، ع (٤٨) ص ص ١٧٠ - ١٧٣ .

صالح حسن الداھري (٢٠٠٥). علم النفس الإرشادي (نظرياته وأساليبه الحديثة) . ط٢ القاهرة، دار وائل للطباعة والنشر والتوزيع .

صالح حسن الداھري (٢٠٠٨) . سيكولوجية الإرشاد النفسي المدرسي أساليبه ونظرياته. القاهرة، دار صفاء للنشر والتوزيع .

طلعت منصور غريال (٢٠٠١). نحو استراتيجية لحماية الطفل من سوء المعاملة والإهمال. مجلة الطفولة والتنمية، المجلد الرابع، العدد الأول، شتاء ٢٠٠١، يصدرها المجلس العربي للطفولة والتنمية. ص ص: ١٣ - ٢٨ .

طه عبد العظيم حسين (٢٠٠٨) . إساءة معاملة الأطفال - النظرية والعلاج، ط ١، عمان، دار الفكر.

عادل بضياف (٢٠١٨) . الاعتداء أو الإساءة الجنسية ضد الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المجتمع الجزائري . مجلة البحوث والدراسات العلمية . ع (١٢) . مج (٩) . ص ١ - ٢١

عاطف محمد هريدي، نجوان نبيل براهيمة (٢٠٢٢) . جريمة استغلال الأطفال جنسياً عبر الإنترنت. دراسة فقهية مقارنة مع القانون، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الشرعية والقانون، العدد (١)، المجلد (٣٠)، ص ص ١ - ٣٦.

عبد المطلب أمين القريطي (٢٠١٢) . نحو بيئة آمنة . دليل استرشادي لحماية الطفل العربي ذي الإعاقة من الإساءة . المجلس العربي للطفولة والتنمية.

عبد الرحمن محمد العيسوي، محمد أحمد النابلسي (٢٠٠٠) . العلاج الطبي والنفسي للاضطرابات العقلية والنفسية والسلوكية بيروت، الشركة العالمية للكتاب .

عبلة مرجان (٢٠١٠) . التربية الجنسية للأطفال حق لهم واجب علينا . رسالة دكتوراه، أبو ظبي . الإمارات العربية المتحدة .

عدنان حب الله (٢٠٠٤) . التحليل النفسي للرجولة والأنوثة من فرويد إلى لاكان - ط ١، بيروت دار الفارابي .

علاء كفاقي (٢٠٠٠) . دور الإرشاد الأسري في مناهضة العنف ضد الأطفال، مجلة خطوة، المجلس العربي للطفولة والتنمية، ع (٢٨) مايو .

عماد عبد الرحيم الزغول (٢٠٠٣) . نظريات التعلم، دار الشروق، عمان، الأردن .

فاطمة شحاتة زيدان (٢٠٠٢). الحماية الدولية للأطفال من الاستغلال الجنسي، *المجلة القانونية الاقتصادية جامعة قازف*، ع (١٥)، ص ص ١٩٢-٢١٠ .

فاروق السيد عثمان (٢٠٠٨). القلق وإدارة الضغوط النفسية، القاهرة: دار الفكر العربي.

فاروق فارح الروسان (٢٠١٨). سيكولوجية الأطفال غير العاديين، عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع .

فتحية قزو، فاطمة حمزة (٢٠١٦). الإساءة الجنسية للطفل، مجلة تطوير العلوم الاجتماعية، ع ١٤، مج ٩، ص ص ١٠٥-١٣١ .

فطيمة الزهرة خدة (٢٠١٨). بناء مقياس خبرات الإساءة في مرحلة الطفولة وتقدير خصائصه السيكومترية على عينة من المراهقين المعرضين للخطر. *مجلة البحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية*، (٣٣)، ص ص ٩٧٥-٩٨٢ .

فكري لطيف متولي (٢٠١٢). فعالية برنامج إرشادي في علاج بعض المشكلات الجنسية لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية - رسالة دكتوراه- كلية التربية، جامعة بنها.

فيصل محمد العجمي (٢٠٠٧). أبعاد الإساءة تجاه الأطفال المعاقين ذهنياً لدى كل من المعلمين وأولياء الأمور في دولة الكويت، رسالة ماجستير - جامعة الخليج العربي .

فيكتور سمير نوف - ترجمة فؤاد شاهين - (٢٠٠٢) . التحليل النفسي للولد، ط ٥ ، دار المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر، ص ص ١-٣٠٣ .

قحطان أحمد الظاهر (٢٠١٠). الإعاقة الذهنية وبطء التعلم، الأردن: دار الأوائل للنشر .

ليلي يوسف المرسومي (٢٠١١). فاعلية برنامج سلوكي في تعديل سلوك أطفال الروضة المضطربين بتشتت الانتباه وفرط النشاط الحركي، كلية التربية، جامعة تعز .

ماجد أبو جابر (٢٠٠٩). إدراك الوالدين لمشكلة إهمال الأطفال والإساءة اليهم في المجتمع الأردني، الأردن، المجلد (٥)، العدد (١)، *المجلة الاردنية في العلوم التربوية* .

المجلس العربي للطفولة والتنمية (٢٠٠٨). حماية الأطفال من العنف، دليل تدريبي للإعلاميين العرب، القاهرة .

محمد السعيد أبو حلاوة (٢٠١٢). الإساءة الانفعالية لأطفال المدارس : صيغها، محدداتها، تأثيرها ومداخل الوقاية منها، *رابطة التربويين العرب*، المجلد (٢٨)، العدد الثالث. ص ص ١٣١ - ١٦٥ .

محمد حسن الذبيحي (٢٠١٦). الإساءة الوجدانية للطفل، مجلة تطوير العلوم الاجتماعية، ع (١)، مج (٩)، ص ص ٦٨ - ٨٤ .

محمد قاسم عبد الله (٢٠٢١). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، ط (٣). القاهرة. دار الفكر للنشر والتوزيع، ص ص ١ - ٤٤٨ .

محمد مختار حسني (٢٠٠٢). خصائص شخصية الأطفال المساء معاملتهم مقارنة بأقرانهم العاديين، رسالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة عين شمس .

محمد مسلم الضمور (٢٠١١). الإساءة للطفل الوقاية والعلاج . دار الجنان للنشر والتوزيع . الخرطوم .

مجدي عزيز إبراهيم (٢٠٢٢). مناهج تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة في ضوء متطلباتهم الإنسانية والاجتماعية والمعرفية، القاهرة: الأنجلو المصرية .

منى أحمد عمران (٢٠٠٨). أثر الاتصال الشخصي في تنمية الوعي بمفاهيم الحماية من الإساءة الجنسية للأطفال ذوي التخلف العقلي البسيط .

مجلة دراسات الطفولة، المجلد (١١)، عدد أبريل ٢٠٠٨، عين شمس.
منى أحمد عمران (٢٠٠٨). أثر الاتصال الشخصي في تنمية الوعي بمفاهيم
الحماية من الإساءة الجنسية للأطفال ذوي التخلف العقلي البسيط،
مجلة دراسات الطفولة، المجلد (١١)، عدد أبريل، جامعة عين شمس.
موسى جبريل (٢٠١٢). أثر برنامج وقائي من زيادة وعي طالبات العنف
الأول الأساسي بالإساءة الجنسية وتمكينهم من اكتساب مفاهيم حماية
الذات، الأردن، مجلة دراسات العلوم التربوية. المجلد (٣٩)، العدد (٢)،
الجامعة الأردنية. ص ٤١١-٤٢٧.

موسى عبد الخالق جبريل (٢٠١٢). أثر برنامج وقائي في زيادة وعي طالبات
الصف الأول الأساسي بالإساءة الجنسية وتمكينهم من اكتساب مفاهيم
حماية الذات، الأردن، مجلة دراسات العلوم التربوية، المجلد (٣٩)،
العدد (٢)، الجامعة الأردنية .

وفاء خير مسعود يوسف (٢٠٠٥). فاعلية برنامج مقترح لتنمية الوعي
بمفاهيم الحياه لدى عينة من الأطفال، رسالة دكتوراه، معهد الدراسات
العليا، جامعة عين شمس .

ثانياً : المراجع الأجنبية :

Ademiluka, S. O. (2023). 'And when I came to her I found she was not a virgin': A contextual re-reading of Deuteronomy 22: 13-21 among Nigerian Christians. *Verbum et Ecclesia*, 44(1), 1-10.

Allen J. P., Chngo J ., S Zwedo D., Marston E. (2012). predictors of susceptibility to peer influence regarding substance use in adolescence. *Child development*. PP 337- 350 .

- Anderson, P., & Harris, N. (2019). Psychological and behavioral interventions for sexually abused children: Improving social-emotional and self-protection skills. *Child Abuse Review*, 28(2), 123-136. <https://doi.org/10.1002/car.2542>.
- Anderson, T. (2005). PTSD in children and adolescents. University of Illinois, Chicago, Great Cities Institute Report No. GCP-05, 4, 2005-04.
- Barrett A, Kamiya Y and Sullivan V.(2014).Child hood sexual abuse and later- life Economic consequences. *Journal of Behavioral and Experimental Economics* .53,10-16.
- Babatsikos, Georgia (2010). Parent's knowledge , attitudes and practices about preventing child sexual abuse: a Literature review. *Child Abuse Review*. 19 (2): 107-129.([www.interscience. Wiley](http://www.interscience.Wiley)) DoI. 10.1002/car. 1102.
- Back, S. E., Killeen, T. K., Cotton, B. D., & Carroll, K. M. (2014). Concurrent treatment of PTSD and substance use disorders using prolonged exposure (COPE): Therapist guide. *Treatments That Work.. USA: Oxford University*.
- Bozkurt, Ali & Isikli, Hasmet & Demir, F and Hamdullah (2006). Body Image and Personality traits of male to female transsexuals and homosexuals, social behavior and personal. vol.34, No. 8. , p 188-230, 43p .*Brock university of Catharines*, on tano.
- Brown, T., & Williams, R. (2019). Protective education programs and their effects on at-risk children. *Child Abuse & Neglect*. 93, 191-203. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.04.016>

- Bryant, R. A. (2010). The complexity of complex PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 167(8), 879-881.
- Beverly Engel, (2005) The Emotionally Abusive Relationship How to Stop Being Abused and How to Stop Abusing, *New York: John Wiley & Sons*.
- Carson, L., & Graham, M. (2016). School-based personal safety education programs for children: Effects on self-defense skills and abuse reporting. *Child Maltreatment*, 21(4), 305-318.
- Child development. PP 337- 350 . doi : 10 .1111/j.1467-8624.2011. Child sexual abuse myths :Attitudes, beliefs, and individual, differences *Journal of child sexual abuse*,(19) :618-647.
- Child welfare information gateway (2019).Child abuse and neglect : <https://tedibear.ecu.edu/wp-content/uploads/sites/1189/2019/07/child-Abuse-and-neglect.pdf>.
- Cyr, M., Allard, M. A., Fernet, M., & Hébert, M. (2019). Paternal support for child sexual abuse victims: A qualitative study. *Child Abuse & Neglect*, 89, 2019,pp.225-236.
- Chu, J. A. (2011). Rebuilding shattered lives: Treating complex PTSD and dissociative disorders. *New JERSEY: John Wiley & Sons*.
- Cyr, M., Frappier , J. Y., Hébert, M., Tourigny, M., McDuff, P., & Turcotte , M.E. (2018). Impact of child sexual abuse disclosure on the health of nonoffending parents: A longitudinal perspective. *Journal of child custody*, 15(2), 147-167.

- David Howe (2005). Child Abuse and neglect, Attachment, Development and intervention, *Palgrave Macmillan*.1-311.
- Davis, R., & Wilson, J. (2021). Community-based prevention programs for child sexual abuse: Impact on self-protection awareness and help-seeking behavior. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(15-16), 7391-7410. <https://doi.org/10.1177/0886260519829765>
- Dhar ,R. (2009). Living with developmentally disabled child : Attitude of family members in India . The social science Journal ,46,738-755. 9 18 Cso 504 - 2.(*Google scholar*).
- David Finkelhor & Sharon Araji (1984) . Explanations of pedophilia: A Four Factor model, The *Journal of Sex Research*, 22:2 , 145 - 161. *DoL: 10-1080/002244986095*. 38.
- Doane, J. L., & Hodges, D. L. (2001). Telling incest: Narratives of dangerous remembering from Stein to Sapphire. *USA: University of Michigan Press*.
- Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2004). *Learning emotion-focused therapy: The process-experiential approach to change*. Washington, DC: American Psychological Association
- Finkelhor .D, summers and Maloney Rolf. (2003).The exposure of youth to unwanted sexual material of The internet: National survey of risk, impact and prevention Crimes Against children Research Center, *London: University of New Hampshire from youth and society*, vol. 34 , No. 2.

- Ford, J. D. (2021). Progress and limitations in the treatment of complex PTSD and developmental trauma disorder. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 8, 1-17.
- Gold, S. (2013). *Not trauma alone: Therapy for child abuse survivors in family and social context*. New York, Routledge.
- Goldman, R. N., & Greenberg, L. (2013). Working with identity and self- soothing in emotion- focused therapy for couples. *Family Process* , 52(1), 62-82.
- Goldman, R. N., Vaz, A., & Rousmaniere, T. (2021). Deliberate practice in emotion-focused therapy. *USA: American Psychological Association*.
- Glaser, D and prior, v. (1997). Is the term child protection applicable to emotional. abuse ? *Child Abuse and neglect*, 26,697-714
- Goebel S. Elizabeth (2010). School peer university and teen dating violence, what's the difference?, Ph. D, *the university of Arizona* , 87- 95
- Grady, M.; Hart c. Cronin, K. & Bolder, T. (2015).The state of The State: childhood Sexual abuse prevent efforts in North Carolina. *Sexual abuse prevention efforts in North Carolina*. Sexual Addiction& Compulsivity, 22, 222-248.
- Hani Henry (2017). Sexual Harassment in The Egyptian streets, *The American university in Egypt*, 21, PP .270-286 .
- Irene, p. (2000). Perception of dominance and spillover legal system : *Acomparisons of Dominance and spillover Explanation gender and society* , 11(5) , 199 – 215.

- Ji Young choi & Kyung Ja oh (2013). The Effects of multiple interpersonal Traumas on psychological Maladjustment of sexually Abused children in Korea, *Journal of Traumantic stress*, February, 26, pp, 149-157.
- Johnston, M. (2010). Teaching Sexual Abuse Prevention skills to two children with intellectual disabilities Through game play. *Brock university of Catharines*, on tano.
- Jones, R., Smith, P., & Turner, M. (2020). Community outreach and self-protection in rural children: A study of intervention effectiveness. *Journal of Rural Health*, 36(2), 222-230. <https://doi.org/10.1111/jrh.12401>
- Jordan C. E., M. S. (2002). Child sexual Abuse: A Mental Health Issue? Governor's office of child Abuse and Domestic violence U.S.A.
- K., Van Dulmen. (2002) The Long term consequences of maltreatment in model The early years: A developmental Pathway model to antisocial behavior. *Children's Services: Social policy, Research, and practice*. PP 249 - 260.
- Leung ,C., Li-Tsang, C. (2003). Quality of life of parents who have children with disabilities . *Hong Kong journal of occupational therapy*, 13, 19-24.
- Lev .W, Rachel .c, Markus. B, Liras. " (2013). Perceptions. Circumstances of the Child sexual abuse event in relation to depression and post-traumatic stress symptomatology: *Journal of child sexual Abuse*. Research, Treatment, program Innovations for

- Victims, survivors, and offenders Vol. 22 (5) ,Jul (2013), pp. (519-533).
- Li, Y., Hu, X., Ma, W, Wu, J and Ma, G. (2005). Body image perceptions among Chinese children and adolescents, National Institute For Nutrition and Food Safety, *Chinese Center For Disease Control and Prevention*, vol.2 , Issue 2 , PP. 91-103.
- Lisa, D (2010). Socio-Cultural issues and child sexual Abuse .Child sexual abuse myths :Attitudes, beliefs, and individual, differences. *Journal of child sexual abuse*,(19) :618-647.
- Martinez, L., & Garcia, M. (2018). Behavioral intervention programs in schools: Impact on self-protection and help-seeking behaviors in sexually abused children. *School Psychology Quarterly*, 33(3), 399-411. [https://doi.org/ 10.1037/spq0000249](https://doi.org/10.1037/spq0000249)
- Mc Gregor ,D(2005). Risk perception ,Adaptation and Behavior change :Self- protection in the wild and – Urban interface M oregon M Bats Inc.
- Merkin S, R (2008). Cross-cultural difference in perceiving sexual harassment demographic incidence rates of Sexual harassment / sexual Aggression in Latin America, *American journal of Psychology*, 10(2), p. 152.
- Miller, P., & Cohen, S. (2020). Psychological and behavioral support programs for sexually abused children: A meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 21(2), 265-280. <https://doi.org/10.1177/1524838018776929>

- Nemerofsky, Alan G, and Deborah Carran (2010). What – if Situations-Test -in hand book of sexuality – Related Measured. Terri D- fisher ,Clive M . Davis, William L . Yarber and Sandral .Davis (Abingdon: Routledge,12 Aqs 2010,*Routledge hand book on line* .
- Newberger, C. M., Gremy, I. M., Waternaux, C. M., & Newberger, E. H. (2014). Mothers of sexually abused children: Trauma and repair in longitudinal perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63(1), 92-102.
- Pahlavan, F. (2002). Les conduites agressives. *Paris.: Armand Colin*.
- Paul, H. A. (2021). Treating Adult Survivors of Childhood Emotional Abuse and Neglect: Component-Based Psychotherapy: *Hopper, EK, Grossman, FK, New York: Guilford Press*
- Reza, A et al.(2009).Sexual violence and its health consequences for female children in Swaziland :a cluster survey study. *Lancet*,2009,373(9679):66-72.
- Robinson, C., & Fields, A. (2017). Preventative education programs and their effects on early childhood self-protection skills. *Early Childhood Education Journal*, 45(6), 795-804. <https://doi.org/10.1007/s10643-016-0828-9>.
- Rose K. (2004). Zero Tolerance For sexual harassment by supervisors in The work place. Employers don't have a zeal choice, *Journal of forensic psychology practice*, vol (4). 57-64. [Dol :10.1300/j 158v04n01](https://doi.org/10.1300/j158v04n01).
- Schindl, M., Morden, P., Cetinski, G., Lasky, N., McDowell, C. & Roberts, H. (2003). Teaching staff to respond effectively to cognitively impaired respond who

- display self protection behaviors, *American Journal of Alzheimer's Disease* vol,18. No. 5. Pp273-281.
- Shannon A., & Glenn, E (2009) The roles of situational factors attributions, and guilt in the well - being of women who have experienced sexual coercion the can a dian , *Journal of human asexuality*, 18 (4),15-21.
- Smith, A., Jones, C., & Lee, K. (2018). Cognitive-behavioral interventions and self-protection skills in sexually abused children. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(3), 451-464.
- Spillane, A (2006). The relative's effectiveness of Two approaches to abuse prevention For individual with moderate to severe disabilities, Ph.D,*Columbia university*.
- Springer, C., & Misurell, J. R. (2012).Game-based Cognitive-behavioral therapy individual model for child sexual abuse. *International Journal of play Therapy*, 21 (4) 188-201.
- Stevens, L., & Johnson, M. (2017). The impact of behavioral intervention programs on self-protection skills among sexually abused children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(9), 987-996.
- Sbeirah, F., Sady, R., & Badr, E. (2019). Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) On a Sample of The Wives of The Martyrs-Field Study In Area OF Jablah. *Tishreen University Journal-Arts and Humanities Sciences Series*, 41(2).
- Schneider, S. (2001). In search of realistic optimism. *American Psychologist*, 56 (3), 250-261.
- Schwartz, A. (2016). *The complex PTSD workbook: A mind-body approach to regaining emotional control and becoming whole*. California, Sheldon Press.
- Schwartz, A. (2020). *The Complex PTSD Workbook: A Mind-Body Approach to Regaining Emotional*

- Control and Becoming Whole. Hachette UK. California: Althea Press, Berkeley.*
- Shahar, B.(2016). Practitioner Report Emotion-Focused Therapy for the Treatment of Social Anxiety: An Overview of the Model and a Case Description. (21)1, 536–547.
- Shahar, B., Bar-Kalifa, E., & Alon, E. (2017). Emotion-focused therapy for social anxiety disorder: Results from a multiple-baseline study. *Journal of consulting and clinical psychology*, 85(3), 238.
- Taylor, R., Miller, J., & Davis, K. (2021). Prevention programs for children at risk of sexual abuse: Enhancing self-protection skilseekin Child Abuse & Neglect, 118, 104905. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.104905>
- Teresia Mutavi, Anne Obondo ,Donald kokonya, Lincoln Khasakhala,Anne Mwayo,Francis Njiri and Muthoni Mathai (2018). Incidence of depressive symptoms among Sexually abused children in Kenya :*Child Adolesc psychiatry Ment Health*, 12, 40,pp2-8.
- Van Duin , E. M., Verlinden, E., Tsang, V. M., Verhoeff, A. P., Brilleslijper-Kater, S. N., Voskes, Y., ... & Lindauer, R. J. (2022). A sexual abuse case series of infants and toddlers by a professional caregiver: A qualitative analysis of parents' experiences during the initial crisis period post- discovery. *Child Abuse & Neglect*, 125, 105460.
- Williams, D., & Christensen, J. (2019). Trauma-informed training programs and their impact on self-protection skills in sexually abused children. *Journal of Traumatic Stress*, 32(4), 510-521.
- William torgrrson. (1957) Studying children ,new York the derydeen press , chapter tow .