تاريخ استقبال المقال:2018/02/24 تاريخ قبول نشر المقال:2018/07/29، تاريخ نشر المقال: 2018/12/01

تحسين الاستقلالية لدى طفل متلازمة داون

Improve the independence of a child with Down syndrome

أ. بن قو أمينة *
د. فسيان حسين ♣

ملخص:

هدفت هذه الدراسة إلى تحسين الاستقلالية لدى طفل متلازمة داون عن طريق اقتراح برنامج إرشادي نفسي والدي وقد اختيرت عينة مكونة من 12 أب و أم و 06 أطفال مصابين بمتلازمة داون بالجمعية الوطنية للاندماج المدرسي و المهني للأطفال المصابين بمتلازمة داون فرع وهران، ولتحقيق هذه الدراسة قمنا باستخدام مقياس الاستقلالية الوظيفية،وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود فعالية للبرنامج الإرشادي ألوالدي المستخدم في تحسين الاستقلالية لدى طفل متلازمة داون.

الكلمات المفتاحية : طفل متلازمة داون؛الاستقلالية؛الإرشاد النفسي الوالدي.

Abstract:

This study aimed at identifying the effectiveness of the psychological counseling program and the parents in improving the independence of the child with Down Syndrome. A sample of 12 parents and 06 children with Down syndrome was chosen by the National Society for School and Vocational Integration of children with Down syndrome. Using the measure of functional independence. The results of the study indicated that the parental guidance program used to improve the independence of the child with Down Syndrome was effective.

***Keywords**: Psychological Counseling; Child Down Syndrome; Independence.*

* أستاذة بجامعة وهران 2 - الجزائر ، الهاتف : 06.71.04.14.09 ، البريد الاليكتروني : amina-psy@hotmail.fr

University of -Oran -2 - Algeria

♣ . أستاذ بجامعة وهران 2 - الجزائر

University of - Oran -2 - Algeria

1- مقدمة:

من المسلمات الأساسية والمبادئ العامة في علم النفس النمو أنه بالإمكان دائما استخدام البرامج والأساليب والطرق العلاجية المناسبة لتحقيق تنمية الأطفال والإسراع من معدل نموهم في مختلف جوانبهم وإذا كانت الجهود والبرامج ضرورية بالنسبة للأطفال العاديين فإنها أكثر ضرورة وأهمية في حالة الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بصفة عامة،وأطفال متلازمة داون على وجه الخصوص،فهي من أحدى الإعاقات المتواجدة في مجتمعنا التي تحتاج إلى رعاية واهتمام وتكفل صحي،اجتماعي،تربوي،حس حركي،تكفل أرطوفوني، وتكفل نفسي لما لها من خصائص جسمية، ذهنية...كما تعتبر هذه الإعاقة صدمة للوالدين،حيث أن الأولياء خلال فترة الحمل يكونان تصورات واستهامات عن هذا الطفل المنتظر، لكن عندما يولد بإعاقة تتملكهم مشاعر الحزن والقلق وتكون لديهم ردود أفعال مختلفة نتيجة الصورة و الموقف المتخذ عن هذا الطفل، والتي تنعكس على العلاقة بين الطفل ووالديه مما يؤثر على طرق التعامل معه وهذه الطرق تؤثر على شخصيته بالدرجة الأولى واستقلاليته في الحياة الاجتماعية واندماجه وتكيفه مع المجتمع، إذ تعتبر الاستقلالية من المؤشرات الأولى للتكيف والاندماج وتسهل عليه العيش مع متطلبات الحياة.لكن الأولياء يحتاجون إلى تكفل نفسي لكي يتجاوزوا تلك المشاعر والأحاسيس التي تحول دون رؤية الطفل والتركيز فقط على الإعاقة والقصور، وقد حث العديد من الباحثين على ضرورة التكفل بأولياء الأطفال المعاقين وتقديم المساعدة والنصح والإرشاد، وأحيانا العلاج النفسي لتجاوز الأزمة، في دراستنا هذه اقترحنا الإرشاد النفسي الأبوي لتحسين الاستقلالية لدى أطفال متلازمة داون.

- مشكلة الدراسة وتساؤلاتها :

متلازمة داون Syndrome de Down، تثلث الصبغي 21 Trisomie 21أو المنغولية Le mongolisme كلها أسماء ذات معنى واحد لحالة تتميز بتأخر في النمو النفسي الحركي، اللغوي والمعرفي نتيجة لانحراف في التوزيع العادي للكروموزومات ، ورغم هذا التأخر فان هذه الفئة لديها إمكانيات يمكن أن تتطور ويسهل التعايش مع هذه الإعاقة، ففي دراسة قام بها جون لومبار J.Lambert 1979 عن متلازمة داون توصل إلى أن نمو هذا الطفل من ناحية الحركة اللغة والنمو المعرفي والتنشئة الاجتماعية تشبه لحد كبير النمو عند الطفل العادي من 0 إلى 3 سنوات(J. Lambert, 1979,159) [1]

أي أن الطفل المصاب بمتلازمة داون يستطيع اكتساب وتعلم عدد كبير من السلوك والمهارات مثل الطفل العادي .أما دراسة محفوظ بوسبسي سنة 1984 تبين أن الطفل المصاب بمتلازمة داون لديه إمكانيات يمكن أن تتطور وتستغل لو توفر المحيط الايجابي، فيكون لديه تطور ونمو معرفي كيفي ،ويصل مستوى ذكائه إلى 80 درجة، وهي نسبة فريدة تتميز بها هذه الإعاقة عن باقي الإعاقات الذهنية (M.Boucebci, 1984,178)[2] ما يعني أن هذا الطفل قادر على أن يكتسب استقلاليته في القيام بحاجاته اليومية الضرورية والتي تعتبر كمقدمة لحياته الدراسية والمهنية أو بالأحرى اندماجه الاجتماعي، فقد بين ساغج لوبوفيسي وآخرون S.Lobovici سنة 2004[3] أن طفل متلازمة داون لديه إمكانيات يمكن استثمارها في المجال الدراسي حيث لديه القدرة على اكتساب القراءة والكتابة وممارسة نشاطات حرفية(Daniel Marcelli, 1999,266) [4] فهذه المتلازمة تحمل العديد من الخصائص سواء فيزيائية ، فكرية، وجدانية ،وبالرغم من أنها شائعة إلا أنها غير معروفة عند بعض المتخصصين نظرا للأحكام المسبقة عن هذه الفئة، وكما هو الحال بالنسبة إلى عامة الناس فالصفات الجسمية المميزة لهذه الفئة تجلب العديد من الأحكام والاعتقادات الخاطئة، والمشكل الأكبر هي أنها غير معروفة عند الأولياء الذين في غالب الأحيان ما يتلقون معلومات خاطئة عن هذه الإعاقة، وكذلك طريقة الإعلان عن الإعاقة التشخيص- التي لا تكون بطريقة صحيحة، مما ينعكس سلبا على الأم والأب معا في تقبل هذا الطفل،فقد كانت هناك تصورات

وأستهامات عن الطفل المنتظر كيف سيولد شكلا ؟ ماذا سيفعل في المستقبل؟ وكذا بناء لمشروع حياته؟ لكنه ولد مختلف ولم يطابق تلك التصورات، وكل من الوالدين سيكون لديه نوع من النظام الدفاعي الذي يتخذه انطلاقا من ماضيه وبنية شخصيته(Roger Salbreux et al ,2007,23)

فللأولياء ردود أفعال كثيرة تنعكس على العلاقة بين الطفل ووالديه التي تعتبر كاستراتيجيات للدفاع ضد هذه الأحاسيس كالشعور بالذنب ،الحزن ودونية الإعاقة...ونذكر من بينها: الحماية المفرطة، إلقاء اللوم على الآخر،عقاب الذات، إنكار الإعاقة محاولة الإصلاح والتعويض(Maurice Ringler,2004,53) [5]، ومن هذا المنطلق فإننا نلاحظ أن ردود الأفعال هذه التي تترجم من خلال علاقة الأولياء بطفلهم سوف تنعكس على سلوك الطفل وشخصيته وبالأخص استقلاليته ،فإما تثمنها وتغنيها وإما تحول دون الوصول إليها ،إذ تعتبر الاستقلالية كبداية أولية للاندماج الاجتماعي تمكن الطفل من عيش تجارب يومية يتعرف من خلالها على إمكانياته الجسمية ومن تم تعلم عادات الحياة اليومية انطلاقا من النظافة ،الأكل ولبس الثياب ،وصولا إلى الشراء والتجول خارج المنزل والذهاب والإياب من المدرسة. فالطفل المصاب بمتلازمة داون هو في نمو دائم أين تبنى سلوكاته انطلاقا من قصوره، فهذا النمو يتطلب نوعا من التحكم والوعي لدى الأولياء حيث عليهم حمايته وفي نفس الوقت إعطائه الفرص لتنمية قدراته، أما محاولة إبعاد كل الصعوبات التي تعترضه، تجعله لا ينمي هذه القدرات ولا يبحث عن حلول للمشكلات، حيث أن مبادرة الأولياء سواء الأم أو الأب في قضاء هذه الحاجات تنتزع الطفل من هذه الوضعية الإشكالية التي كان من شأنها دفعه نحو محاولة إيجاد الحلول قبل طلب المساعدة، فينمي الطفل المصاب بمتلازمة داون تصورات يعتبر نفسه فيها مستفيدا من العلاقة وفي هذه الحالات يتكون لديه إحساس ضعيف بالتحكم والتأثير في محيطه، مما يؤدي إلى انعدام أو نقص النشاط للبحث عن الأمان في الحالات المقلقة.

لكن هنا الفكرة التي يجب الانطلاق منها هي أن الأولياء مهما كانت ردود أفعالهم فإنهم ليسوا مرضى بحاجة إلى علاج نفسي و لكن هم بحاجة ماسة إلى الدعم والسند والمساعدة لتخطي تلك الصعوبات التي تواجههم في علاقتهم مع طفلهم المعاق والذي في غالب الأحيان ما يكون عن طريق الإرشاد الأبوي وهو السند المقدم من طرف الأخصائيين للأولياء الذين يواجهون صعوبة في حياتهم اليومية مع أطفالهم وإطراء بعض التعديلات على سلوك الأولياء.

وهناك دراسات عديدة أدمجت الإرشاد النفسي الأبوي لأولياء طفل متلازمة داون كدراسة ماش وتيردال Mash et Terdal ,1973 اللذان ادخلا إرشاد أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون بطريقة فردية باستعمال طرق تربوية عن طريق اللعب، والهدف منه هو تقليص توجهات الأم ،وزيادة التفاعل، وقد استعانا بتصوير أشرطة فيديو لملاحظة تفاعل الأم والطفل مما يسمح لهما بتحليل سلوك الأم والطفل معا
(Esabel Roskan ,2003 ,55) [6]

كما أن جان لوك لامبير وجون غوندال J. Lambert,et A .Rondal سنة 1979 قاما بعملية الإرشاد الأبوي التربوي لأولياء الأطفال المصابين متلازمة داون ،وهذا من خلال إرشاد العائلة في الخدمات المقدمة سواء من طرف الأخصائي النفساني أو الارطفوني وحتى الحس حركي وهذا ما أثمر بنتائج ايجابية على هذا الطفل (Jean Lambert,1979,159) [7]

كوجان،Kogan,1980 هو الآخر قام بالعمل الإرشادي انطلاقا من تقديم أشرطة فيديو للأمهات تحمل مشاهد أم-طفل ثم تحلل هذه المشاهد، والأمهات سيسلكن مثل تلك التصرفات مع أطفالهن ويخضعن بعدها إلى متابعة علاجية (Esabel Roskan ,2003 ,55) [6].

نستخلص من هذه الدراسات أن الإرشاد النفسي الأبوي هو عملية تعلم، تركز على النمو الشخصي للآباء الذين يتعلمون لاكتساب الاتجاهات والمهارات الضرورية وتطويرها واستخدامها لحل مشكلاتهم وهمومهم، حيث

تتم مساعدة الآباء ليصبحوا أفرادا يعملون على مساعدة طفلهم. في ضوء هذا العرض الوجيز لأبعاد مشكلة الدراسة يمكننا طرح التساؤل التالي:

- هل تغيير العلاقة بين الطفل المصاب بمتلازمة داون و والديه من خلال الإرشاد النفسي الأبوي يؤدي إلى تطوير الاستقلالية لديه ؟

فرضية الدراسة:

يمكن للإرشاد النفسي الوالدي تغيير الصورة الو الدية لدى طفل متلازمة داون والذي يؤدي إلى تحسين الاستقلالية لديه.

هدف الدراسة:

إن هدف الدراسة يسعى إلى تحقيق هدف علمي والذي يتجلى في تغيير الصورة الو الدية لدى طفل متلازمة داون والذي يؤدي بدوره إلى تحسين الاستقلالية لديه.

أهمية الدراسة:

هذه الدراسة من الناحية العلمية تحاول أن تضيف أهمية الجانب النفسي ألعلائقي للطفل المصاب بمتلازمة داون مع والديه في نموه ومدى تأثيره في اكتساب استقلاليته في قدرات العناية بالذات.

أما من الناحية العيادية هذا البحث يدرس مدى فعالية الإرشاد الأبوي في تغيير العلاقة بين الطفل المصاب بمتلازمة داون ووالديه لأجل الوصول إلى استقلاليته في القيام بحاجاته اليومية الضرورية.

مفاهيم الدراسة:

الإرشاد النفسي الوالدي:

هو المساعدة النفسية المقدمة من طرف الأخصائي النفسي للأولياء الذين يواجهون صعوبات نتيجة:لمشاكل داخلية أو خارجية أو أزمات عائلية متصاعدة. حيث يوفر لهم فرصة تساعدهم على فهم أنفسهم فهما صحيحا وفهم أطفالهم وتعينهم على الاختيار واتخاذ القرارات وحل الصراعات البسيطة وذلك عن طريق خلق علاقات شخصية وتنمية التفاعل والاتصال بين الأبوين والطفل.

التعريف الاجرائي:هو عملية منظمة ومخططة تهدف إلى مساعدة والدي أطفال متلازمة داون ببعض المعلومات عن هذه الإعاقة بالإضافة إلى تزويدهم ببعض المهارات الضرورية للتعامل مع هذا الطفل بهدف تحسين استقلاليته.

طفل متلازمة داون:

هو الطفل الذي يحمل مجموعة من الصفات تعود إلى اضطراب الكروموزوم 21 بحيث يحتوي على ثلاثة كروموزومات بدل اثنين، وبهذا يصبح عدد الكروموزومات لدى الجنين في حالة متلازمة داون 47 كروموزوما بدل 46 كما هو الحال في الأجنة العادية ،ويتميز الأطفال ذوي متلازمة داون بالمرونة في المفاصل والعمود الفقري والتأخر الحركي والفكري والتأخر في اكتساب الاستجابة و النقص الحسي.

التعريف الاجرائي:طفل متلازمة داون هو الطفل الذي ينتمي إلى الجمعية الوطنية للاندماج المهني و المدرسي للأطفال المصابين بمتلازمة داون فرع وهران،والذي لم يكتسب استقلاليته بعد ويتراوح سنه من05الى12 سنة.

الاستقلالية:

هي القدرة التدريجية للمواجهة الفردية للظواهر والأماكن والعلاقات الاجتماعية،والطفل يكتسب استقلاليته تدريجيا فيبدأ أولا بالنسبة إلى جسمه:(التحكم في عملية الإخراج، التبول، الأكل، التنقل...) ثم بالنسبة إلى محيطه، وأخيرا بالنسبة إلى أبويه الذي عن طريق سلطتهم يستنتج الطفل ما يستطيع فعله وما لا

يستطيع فعله، والطفل يتمكن من الوصول إلى استقلاليته عن طريق مراحل النمو لديه وأيضا عن طريق علاقته مع أبويه.

التعريف الإجرائي:هي الاستقلالية في مهارات الحياة اليومية للعناية بالذات(من أكل،شرب،ملبس ونظافة) وهي الدرجة الذي يتحصل عليها الطفل المصاب بمتلازمة داون في مقياس الاستقلالية الوظيفية.

حدود الدراسة:

الحدود الموضوعية:

اقتصرت هذه الدراسة على عينة من أطفال متلازمة داون لم يكتسبوا استقلاليتهم بعد تتراوح أعمارهم بين 5-10 سنوات وعددهم ستة أطفال، وأوليائهم الذي قدر عددهم ب12 أبا وأما.

الحدود الزمنية:

قدرت المدة الزمنية للقيام بهذا البحث 13 شهرا ابتداء من 15-03-2016 إلى غاية 15-04-2017 وهذه المدة كانت كافية لإيجاد الحالات اللازمة للقيام بهذه الدراسة.

الحدود المكانية:

الجمعية الوطنية للاندماج المدرسي والمهني للأطفال المصابين بمتلازمة داون ANIT فرع وهران.

الدراسات السابقة:

هدفت دراسة ساندول(1980) Sandall إلى معرفة أثر تدريب الوالدين من خلال جلسات إرشادية على السلوك الاجتماعي لأطفالهم المصابين بمتلازمة داون، وشملت العينة 06 آباء وستة أمهات وأطفالهم المصابين بهذه المتلازمة،وتضمن البرنامج التدريبي المناقشة الجماعية ومشاهدة أشرطة الفيديو كنموذج وتوصلت النتائج عن حدوث تطور في الاتصال الاجتماعي لدى خمسة أطفال، كما أصبح هؤلاء الأطفال مشاركين نشطين و ازداد مستوى تفاعلهم مع الآخرين،وقام شاكو (1981) Shakawe بدراسة فاعلية مشاركة الأولياء في تدريب وتأهيل أطفالهم المتخلفين ذهنيا من خلال عينة ضمت مجموعتين من الأطفال إحداهما من القابلين للتعلم و الثانية من فئة الإعاقة المتوسطة إلى جانب أوليائهم،وهدف البرنامج المستخدم مع لمجموعة الأولى إلى تنمية مهارة الاعتماد على النفس وإلحاقهم بورش التأهيل المهني،أما البرنامج الخاص بالمجموعة الثانية فتناول مهارات مثل تناول الطعام،والذهاب إلى الحمام،وارتداء الملابس وبالنسبة للأولياء فقد قام الباحث بتزويدهم بالمعلومات العلمية والموضوعية عن الإعاقة وتحديد دورهم في مساعدة أبنائهم على التوافق وأسفرت نتائج الدراسة عن حدوث تحسن واضح للأطفال في المهارات موضع الدراسة.

كما قام ساندمان وآخرون(1982) Sundman [7] بدراسة أثر مشاركة الأم في تدريب طفلها المتخلف عقليا على تعديل أشكال وأنماط السلوك الاجتماعي غير المرغوب، وشملت العينة طفلين متخلفين عقليا أعمارهما الزمنية 9و7سنوات ونسبة ذكائهما51،55على التوالي،وتم استخدام أساليب تعديل السلوك ومبادئه المتمثلة في المدح والتجاهل خلال البرنامج إضافة إلى مشاركة الأم في التدريب ومتابعتها لطفلها في المنزل وأسفرت النتائج عن حدوث نقص كبير في السلوك الغير مرغوب وذلك بالنسبة لكلا الطفلين هذا وقد قام مارك(1984) Marc[8] بدراسة تأثير إرشاد الأمهات على قدرة أطفالهن المتخلفين ذهنيا على مواجهة المشكلات الاجتماعية وشملت العينة 12طفلا من المتخلفين ذهنيا وأمهاتهم وبعد إرشاد الأمهات قام الباحث بملاحظة المواقف الاجتماعية للأطفال وتسجيل رد الفعل الاجتماعي للأمهات عن طريق الفيديو وذلك في مواقف التعاون والتعلم و اللعب الحر وتوصلت النتائج عن حدوث تحسن في مهارات الأطفال في مواجهة المشكلات وفي دراسته التي أجراه على أمهات ثلاث فئات من الأطفال من بينها فئة المتخلفين ذهنيا (ن=40) للتعرف على الفروق بين هؤلاء الأمهات من حيث قابليتهن للتوجيه وتوافقهن مع أطفالهن،دلت النتائج التي توصل إليها هانزليك(1986) Hanslick[9] إلى

أن أمهات الأطفال المتخلفين ذهنيا هن الأكثر قابلية للتوجيه والأكثر توافقا مع أطفالهن،وذلك مقارنة بأمهات الأطفال المصابين بالشلل الدماغي والأطفال العاديين،كما هدفت الدراسة التي أجرتها إيمان كاشف(1989) [10] إلى إعداد برنامج إرشادي لتحسين الاتجاهات الو الدية نحو الأطفال المتخلفين عقليا واثر ذلك على السلوك ألتكيفي لهؤلاء الأطفال، وتكونت العينة من 13 أبا و13 أما لدى كل منهم طفل متخلف ملتحق بمدرسة التربية الفكرية كمجموعة تجريبية إلى جانب مجموعة ضابطة مماثلة،وتم استخدام مقياس الاتجاهات الوالدية،ومقياس السلوك ألتكيفي إلى جانب البرنامج الإرشادي الذي تم تقديمه للوالدين وتوصلت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائيا في اتجاهات الوالدين نحو أطفالهم المتخلفين عقليا قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية وذلك بعد تطبيق البرنامج إلى جانب وجود فروق دالة إحصائيا على مقياس السلوك ألتكيفي للأطفال فيما يتعلق بالنواحي النمائية، في حين لم تظهر أية فروق دالة بالنسبة للجزء الثاني من المقياس والخاص بالانحرافات السلوكية، وفي دراستها حول أثر برنامج تدريبي تشارك فيه الأمهات على مستوى النضج الاجتماعي للأطفال المتخلفين ذهنيا و ذلك على عينة ضمت ستة أطفال من المتخلفين ذهنيا من فئة القابلين للتدريب تتراوح نسب ذكائهم بين46-51 ونسبة نضجهم الاجتماعي بين 40-60 إضافة إلى أمهاتهم كمجموعة تجريبية إلى جانب مجموعة ضابطة مماثلة استخدمت فاطمة وهبة(1989) [11] مقياس السلوك ألتكيفي للدلالة على النضج الاجتماعي إضافة إلى برنامج تدريبي يتضمن مهارات الأداء الاستقلالي كالعناية بالنفس وغسل اليدين والشرب من الكوب وقد استعانت الباحثة بأمهات هؤلاء الأطفال في اختيار المهارات المطلوب تدريب الأطفال عليها وكذلك في متابعة البرنامج وتدريب الأطفال في المنزل على تلك المهارات المتضمنة في البرنامج وتوصلت النتائج إلى زيادة مهارات السلوك ألتكيفي بعد البرنامج،وكذلك زيادة مهارة العمل الاستقلالي كما حققت الأم المشاركة والمتابعة للبرنامج والتي استخدمت أسلوب الليونة والصرامة في معاملة طفلها المتخلف عقليا أفضل النتائج في إكسابه مهارات العمل الاستقلالي وذلك قياسا بالأم غير المشاركة في البرنامج.وهدفت دراسة حمزة(1992) [12] التعرف على مدى فعالية برنامج إرشادي والدي في تغيير اتجاهاتهم نحو طفل المتخلف ذهنيا وأثر ذلك على تحسين توافق الأبناء وضمت العينة24 أبا وأما(5آباء،19أما) 24طفلا من المتخلفين ذهنيا تتراوح أعمارهم الزمنية بين 8-11سنة ونسب ذكائهم بين 50-70 وجميعهم من المستوى الاقتصادي الاجتماعي المتوسط وقسموا إلى مجموعتين واستخدم الباحث مقياس ستانفورد-بينيه للذكاء، ودليل المستوى الاقتصادي الاجتماعي للأسرة،ومقياس الاتجاهات الوالدية،ومقياس السلوك ألتكيفي إلى جانب البرنامج الإرشادي وأسفرت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائيا في الاتجاهات الوالدية بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية،ووجود فروق دالة في السلوك ألتكيفي للأطفال في القياس ألبعدي لصالح المجموعة التجريبية وذلك فيما يتعلق بالجزء الأول من المقياس و الخاص بالنواحي النمائية،في حين لم توجد فروق دالة بين المجموعتين فيما يتعلق بالجزء الثاني والخاص بالانحرافات السلوكية كما لم توجد فروق دالة بين المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي للسلوك التكيفي.كما وجد هيلر وآخرون(1997) Heller et al [13] الضغوط التي تواجه آباء وأمهات الأطفال المتخلفين عقليا أن الأم تقضي وقتا أطول مع طفلها وتعطي له قدرا أكبر من المساندة وتعاني أكثر من الضغوط المتعلقة برعاية ذلك الطفل ومن تم فان مشاركة الأم في البرامج الإرشادية لهؤلاء الأطفال أو توجيه تلك البرامج الإرشادية للأمهات باتجاه معاملة الأبناء يعطي مردودا ايجابيا بالنسبة لهؤلاء الأطفال.هذا وقد قامت دعاء سيد أحمد (1999) [14] بدراسة حول أثر برنامج إرشادي للأمهات في تحسين بعض جوانب السلوك الاجتماعي لأطفالهن المتخلفين عقليا و ذلك على عينة ضمت 22 طفلا تتراوح أعمارهم الزمنية بين 8-12سنة ونسب ذكائهم 50-70 إضافة إلى أمهاتهم واستخدمت مقياس المستوى الاقتصادي الاجتماعي للأسرة ومقياس السلوك ألتكيفي إلى جانب البرنامج الإرشادي المقترح،وتوصلت النتائج إلى حدوث تحسن في جوانب السلوك الاجتماعي للأطفال حيث

وجدت فروق دالة في السلوك التوافقي(النواحي النمائية) وذلك في القياس البعدي،كما وجدت فروق دالة في أبعاد السلوك الاجتماعي والتي تمثل أبعاد الجزء الأول لمقياس السلوك التوافقي مع استمرار هذا التحسن خلال الدراسة التتبعية بل ووجود فروق بين القياس البعدي والتتبعي لصالح القياس التتبعي.

ويتضح من استعراض الدراسات السابقة:

-ضرورة التدخل المبكر للحد من آثار الإعاقة على الوالدين، وتلبية حاجة الوالدين إلى المعلومات عن كيفية التعامل مع اتجاهاتهم ومشاعرهم اتجاه الإعاقة العقلية.

-فعالية بعض البرامج الإرشادية في تنمية الاندماج الاجتماعي من خلال تطوير المهارات الأساسية في التفاعل مع الآخرين.

-أغلب الدراسات ركزت على الأطفال المتخلفين عقليا بجميع فئاتهم دون التركيز على فئة متلازمة داون ولهذا جاءت دراستنا الحالية للتركيز على هذا النوع من الإعاقة الذهنية كونها تندرج ضمن الإعاقة العقلية المتوسطة.

الإجراءات المنهجية للدراسة:

منهج الدراسة:

بما أن الدراسة الحالية تهدف إلى معرفة فعالية الإرشاد النفسي الوالدي في تحسين الاستقلالية لدى طفل متلازمة داون و التي تقتضي تطبيق برنامج إرشادي نفسي والدي فالمنهج المتبع هو المنهج شبه تجريبي وما يشمله من تطبيق البرنامج الخاص بهذه الدراسة،والقيام بالقياس القبلي قبل تطبيق البرنامج الاشاردي و القياس البعدي بعد تطبيق البرنامج الإرشادي هذا من جهة، ومن جهة أخرى يتطلب فهم موضوع الدراسة الحالية إلى الدراسة المعمقة للحالة الفردية استنادا إلى كل ما يتعلق بتوضيح طرق ووسائل لها صلة مع حياة الشخص لذلك تم الاعتماد أيضا على المنهج العيادي الذي يعتمد على دراسة حالة و الذي يقوم على الدراسة الدقيقة و العميقة للحالة الفردية من خلال إتباع طرق وتقنيات من اجل جمع معلومات ومعطيات عن الفرد و المتمثلة في المقابلة العيادية والملاحظة العيادية،والاختبارات النفسية وانطلاقا من طبيعة الدراسة والسؤال المطروح ومحاولة اختبار الفرضية اعتمدنا على المقابلة العيادية،الملاحظة العيادية وكذلك مقياس الاستقلالية الوظيفية وبعض الوسائل التربوية.

عينة الدراسة: تم إجراء البحث على عينة قوامها12أبا وأما (06أباء و06أمهات) تتراوح أعمارهم بين35 و59 سنة ولديهم أطفال مصابين بمتلازمة داون تتراوح أعمارهم بين04 و12سنة ويتميزون بالمواصفات التالية:

مواصفات عينة الوالدين:

-جدول رقم(1) يوضح مواصفات عينة الأولياء تبعا لمتغير الجنس:

الجنس	التكرار	النسبة
ذكور	06	%50
إناث	06	%50
المجموع	12	%100

يتبن من الجدول(1) أن عدد الإناث يتساوى مع عدد الذكور حيث بلغت نسبة كل منهما 50%

-جدول رقم(2)يوضح مواصفات عينة الأولياء تبعا للسن

السن	التكرار	النسبة
40-31	03	25%
50-41	06	50%
60-51	03	25%
المجموع	12	100

يتبين من خلال الجدول أن أغلبية العينة تتراوح أعمارهم بين 41 -50 سنة حيث بلغت نسبتها50%

جدول رقم(3)يبين مواصفات العينة تبعا للمستوى التعليمي

المستوى التعليمي	التكرار	النسبة
غير متعلم	01	%8.33
ابتدائي	02	%16.66
متوسط	02	%16.66
ثانوي	04	%33.33
جامعي	03	%25
المجموع	12	100

نستنتج من الجدول رقم(03)أن أغلبية عينة الأولياء مستواهم التعليمي ثانوي حيث بلغت النسبة 33.33% وتليها نسبة 25% لصالح المستوى الجامعي في حين الابتدائي والمتوسط نسبتهما 16.66%بالتساوي.

جدول رقم(4)يبين مواصفات عينة الأولياء تبعا للمستوى الاقتصادي

المستوى الاقتصادي	التكرار	النسبة
جيد	02	16.66%
متوسط	07	58.33%
ضعيف	03	25%
المجموع	12	100

يتضح لنا في الجدول رقم(04)أن عينة الأولياء معظمها ذات مستوى اقتصادي متوسط حيث بلغت نسبتها 58.33%

مواصفات عينة الأطفال:

جدول رقم(05) يبن مواصفات عينة الأطفال من ناحية الجنس

الجنس	التكرار	النسبة
ذكور	03	50%
اناث	03	50%
المجموع	06	100

يتبن لنا في الجدول رقم(05)أن نسبة الذكور والإناث في عينة الأطفال متساوية.

جدول رقم (05)يبين مواصفات عينة الأطفال من ناحية السن

السن	التكرار	النسبة
5	01	16.66%
10-5	04	66.66%
10+	01	16.66%
المجموع	06	100

يتبين لنا من خلال الجدول رقم(05)أن أغلبية عينة الأطفال تتراوح أعمارهم بين5الى10سنوات وقد بلغت نسبتها 66.66%

جدول رقم(07) يبين مواصفات العينة تبعا لدرجة الإعاقة

درجة الإعاقة	التكرار	النسبة
بسيطة	04	66.66%
متوسطة	02	33.33%
المجموع	06	100

من خلال الجدول رقم(07)يتبين لنا أن أغلبية عينة الأطفال تنتمي إلى درجة الإعاقة البسيطة والتي بلغت نسبتها66.66%

أدوات الدراسة ووصفها وخصائصها (الصدق والثبات):

بما أننا اعتمدنا في دراستنا على المنهج العيادي فإننا قمنا بدراسة الحالة التي تمثلت في المقابلات العيادية مع الأم للتعرف على ظروف الحمل ،الولادة ،ما بعد ولادة هذا الطفل، مراحل نموه، والتعرف على نوعية علاقة الوالدين بالطفل من خلال المعاش النفسي للوالدين والنشاطات العلائقية اليومية مع هذا الطفل انطلاقا من يوم الإعلان عن تشخيص الإصابة بمتلازمة داون والتعرف على طريقة التعامل وتأثيرها على اكتساب الطفل لاستقلاليته.

-المقابلة العيادية:

اعتمدنا على المقابلة النصف موجهة مكنتنا من جمع المعطيات وفهم نظرة وتصورات كل من الأبوين لطفلهما وكيفية التعامل معه.

-الملاحظة:

قمنا بملاحظة الطفل أثناء الحصص مع المختصة الأرطوفونية ومدى تجاوبه وتفاعله معها.

- ملاحظة استقلالية الطفل في الأكل، النظافة، واللبس و المساعدة التي تقدم له من طرف والديه أثناء الزيارات المنزلية.

- ملاحظة طريقة الكلام و الإيماءات و الإشارات المستعملة أثناء المقابلة مع الأولياء، كما ركزنا على ردود أفعالهم اتجاه الطفل خلال الحصص الارطفونية و التعرف على نوعية تفاعلهم.

- الوسائل التربوية:

للتواصل مع الطفل و جمع المعطيات اعتمدنا على نشاطات تربوية خلال الحصص الأرطفونية التي تأخذ شكل اللعب إذ تعتبر ميلاني كلاين M.Klein اللعب كعملية تعبيرية تشخيصية وعلاجية لاكتشاف مدى معرفة الطفل للألوان، الأشكال، التشابه، مواضع وصورة الجسم و الذاكرة.(M.Klein, 1994 ; 35).

-مقياس الاستقلالية الوظيفية:

وضع هذا الاختبار سنة 1987 من طرف هاملتون وغرانجر Hamilton et Granger في الولايات المتحدة الأمريكية وقد تمت ترجمته إلى اللغة الفرنسية سنة 1992. (F.Bethoux, 2003 ,403) **(15)** هذا الاختبار خاص بالطفل من ستة أشهر إلى غاية السن السابعة ويسمح بتقييم الاستقلالية لديه بمختلف أبعادها:الحركية، السلوكية، المعرفية، النفسية كما يقدم حدود الأفعال ومدى الحاجة للمساعدة إذ يقيس درجة العجز والتبعية في ستة أبعاد تمثل ضروريات الحياة اليومية:

- قدرات العناية بالذات - التحكم السفنكتيري- الحركة- التنقل - الاتصال- التفاعل الاجتماعي القدرات المعرفية.

بدأ استعمال هذا الاختبار في مصلحة طب الأطفال ثم بدأ يستعمل في مراكز إعادة التربية الوظيفية و مراكز التكفل بالأطفال المعاقين كالشلل المخي، التخلف العقلي وقد استخدم في العديد من البحوث والدراسات وأظهر فعاليته في تقييم القدرات الوظيفية بهدف تحليل نمو و تطور الاستقلالية الخاصة بالأطفال.

الخصائص السيكومترية للمقياس:

1-صدق المقياس:

تم إثبات صدق المقياس بعدة طرق وذلك للتأكد من صلاحيته وهي كالتالي:

أ-صدق المحتوى(المحكمين): تم توزيع المقياس بعد ترجمته من اللغة الفرنسية إلى اللغة العربية على مجموع من الأساتذة من قسم علم النفس وعلوم التربية بجامعة وهران بهدف تحديد مدى انتماء الفقرات إلى الأبعاد ومدى سلامة البنية اللغوية للفقرات،وحسب آراء وتقييم المحكمين فقد تم الإبقاء على كل الفقرات،كما بينوا أن الفقرات واضحة وان البنية الغوية للمقياس سليمة.

2-الاتساق الداخلي:

تم حساب الاتساق الداخلي لمقياس الاستقلالية الوظيفية باستخدام معامل الارتباط الخطي و ذلك لحساب معاملات الارتباط بين كل عبارة والبعد الذي ينتمي إليه و حسب معاملات الارتباط بين كل بعد والدرجة الكلية للمقياس اتضح أن قيم معاملات الارتباط التي تم الكشف عنها هي دالة عند مستوى أصغر من 0.01،وقد تراوحت قيم معاملات الارتباط بين كل فقرة و المقياس ككل ما بين 0.56 و0.93 بينما تراوحت قيم معاملات ارتباط كل فقرة بالبعد الذي تندرج تحته ما بين 0.61و 0.95وهي قيم أكبر من قيم معاملات ارتباط كل فقرة بالمقياس ككل ، واصغر من قيم معاملات ارتباط كل عامل بالدرجة الكلية للمقياس والتي تراوحت مابين 0.79 و0.94 وهي نتيجة تبدو منطقية وتعبر عن الانسجام الكبير الذي يتمتع به المقياس، وبما أن قيم معاملات الارتباط كلها كانت تفوق0.50 فهذا يدل على اتساق الفقرات مع المقياس ككل وأبعاده.

ثبات المقياس: لقياس ثبات المقياس اعتمدنا على ثلاث أساليب إحصائية وهي:معامل ثبات جوتمان،معامل ثبات كرونباخ،وطريقة التجزئة النصفية.و قد بينت النتائج أن معاملات ثبات المقياس ككل عالية و هي دالة عند مستوى 0.01 و كذلك معاملات ثبات أبعاد المقياس والتي تراوحت بين 0.70و0.96 وهي قيم تدل على تمتع المقياس في صورته الكلية بثبات عال،وهو ما يؤكد تمتع المقياس بالصفات السيكومترية الجيدة التي تؤهله للاستخدام في جمع معطيات الدراسة الأساسية.

برنامج الإرشاد النفسي ألوالدي:

قمنا بتطبيق الإرشاد النفسي الأبوي الجماعي على أولياء أطفال عينتنا لتطوير الاستقلالية في مجال مهارات العناية بالذات، كونها خطوة أولية لبداية استقلاليته في ضروريات الحياة اليومية، وبالتالي تحقيق

الاندماج والتفاعل الاجتماعي. وقد استعملنا الإرشاد النفسي الجماعي لأنه يخدم التفاعل الاجتماعي للمجموعة من خلال العمل الجماعي والمشاركة الوجدانية والشعور الواحد بالمشكلة حيث ركزنا على ديناميكية الجماعة وهذا:

- لتمكين الأولياء من طرح المشكلات الخاصة والمشتركة والحوار حولها.
- تمكين الأولياء من تغيير نظرتهم لابنهم وذلك بالمقارنة مع الآخر.
- تمكين الأولياء من استيعاب الجوانب الايجابية لدى الأطفال والحديث عنها وليس فقط الجوانب السلبية.
- تقبل الإعاقة وعدم اعتبارها مساس بتقدير الذات.

-كيفية تصميم البرنامج:

لقد صممنا هذا البرنامج انطلاقا من:- دراسات سابقة - مجموعة من البرامج الإرشادية الخاصة بالأطفال المتخلفين ذهنيا:

- برنامج Mash et Terdal ماش و تاردال 1973 اللذان أدخلا إرشاد الأم بطريقة فردية باستعمال طرق تربوية عن طريق اللعب، والهدف منه هو تقليص توجهات الأم ، وزيادة التفاعل، وقد استعانا بتصوير أشرطة فيديو لملاحظة تفاعل الأم والطفل مما يسمح لهما بتحليل سلوك الأم والطفل معا (Esabel Roskan,2003,57)[6]

- نموذج برنامج تيلور توجان T. Tojan1977 و كان يهدف إلى خفض مستوى التوتر بين الأمهات وأطفالهم المعاقين في هذا البرنامج تم إحضار الأمهات وأطفالهن كانت أعمار الأطفال تتراوح بين (7الى 61أسبوعا) بصورة فردية إلى العيادة النفسية وتم تسجيل التفاعل بينهما بواسطة الفيديو ثم قام الباحثان بعد ذلك بإعادة عرض التسجيل على كل أم وقدم اقتراحاته بالنسبة لأشكال السلوك التي يجب على الأم الاستمرار فيها وأشكال السلوك التي يجب على الأم تجنبها، ثم بدأت الأمهات في العمل مع أطفالهن لمدة نصف ساع أسبوعيا ولمدة ثمانية أسابيع في الوقت الذي يقوم فيه الباحثان بملاحظة ما يجري من غرفة مجاورة فعلى الرغم من عدم وجود مجموعة ضابطة فان الباحثين لاحظا انخفاضا في مستوى التوتر مما أدى بهما إلى اعتبار البرنامج برنامجا ناجحا وفي هذا البرنامج لم يتم تعديل السلوك في حد ذاته بل أعطيت لهم تعليمات محددة عن الطريقة التي يعدلون بها سلوكهم الشخصي.

- كما قدم كل من J.Lambert et A.Rondal ج.لامبر و أ.غوندال 1979 برنامج إرشاد أبوي تربوي لأولياء الأطفال المنغوليون وهذا من خلال إرشاد العائلة في الخدمات المقدمة سواء من طرف الأخصائي النفساني أو الارطفوني وحتى الحس حركي، والذي يهدف إلى إشراك الأولياء في تعليم أطفالهم (Jean Lambert, 1979,159)[1]

-و Kogan كوغان 1980 قدم هو الآخر برنامجا إرشادي انطلاقا من تقديم أشرطة فيديو للأمهات تحمل مشاهد أم-طفل ثم تحلل هذه المشاهد، والأمهات سيسلكن مثل تلك التصرفات مع أطفالهن وسيستفدن من متابعة علاجية. (Esabel Roskan, 2003,56)[6]

-كما اقترح الباحث لطفي بركات1981 برنامجا للمتخلفين ذهنيا ويتضمن هذا البرنامج :مساعدة الطفل لنفسه كيفية ارتداء الملابس، الحذاء، الاعتناء بصحته ونظافته، استخدام فرشاة الأسنان.

-التدريب اللغوي وتحسين عيوب النطق:تعلم طريقة إخراج الحروف ومراعاة الوضوح في الكلام مع الطفل واستخدام الأجهزة و اللعب التعليمية.

- البرامج الدراسية كتعلم أساسيات القراءة والكتابة والحساب، بالإضافة إلى التطبيع الاجتماعي

- المهارات الحركية كتعلم الألعاب الجماعية والفردية التي تتطلب التناسق بين أجزاء الجسم، مسك الكرة....بالإضافة إلى الإدراك الحسي التمييز بين الألوان والأشكال رسم الصور التعرف على الوزن والحجم والزمن... .

-برنامج وضعه كل منA. Bilak آ. بيلاك و M. Hirson م. هيرسون و A. Kozdan آ. كوزدن سنة 1985 و قد وضعا نموذج برنامج لتعديل سلوك الأطفال المتخلفين ذهنيا حيث يؤكد البرنامج على أهمية تعلم المهارات الأساسية ومبادئ السلوك لهؤلاء الأطفال وقد اقترح الباحثان تطبيق هذا البرنامج على الأطفال المتخلفين ذهنيا من الفئة المتوسطة والتي تتراوح نسبة ذكائهم ما بين 50-25 والذين الحقوا بالمؤسسات التربوية الخاصة. ويتضمن البرنامج:تعلم مهارات الإخراج، تعلم مهارات تناول الطعام، تعلم قدرات الملبس تعلم مهارات العناية بالنفس، تعلم مهارات اللغة و الاتصال، تعلم المهارات الاجتماعية، تعلم مهارات التأهيل المهني.

-برنامج تعديل سلوك الأطفال المصابين بمتلازمة داون فؤاد إبراهيم 1992 والتي استخدم فيه فنية من فنيات المنحنى السلوكي لتعديل بعض أشكال السلوك التوافقي والاستقلالي لمجموعة من الأطفال المتخلفين ذهنيا والمصابين بمتلازمة داون. (محمد كاشف إيمان،2001،115)[10]

-كيفية تطبيق البرنامج:

- أولا معرفة رأي أولياء الأطفال ومدى استعدادهم للانتظام في البرنامج.

- الاتفاق مع الأولياء الذين وافقوا على الحضور للانتظام في حصص البرنامج وقد تم الاتفاق على أن تكون الحصص بمعدل يوم واحد في الأسبوع و هو يوم الخميس بمكتب المختصة الارطفونية.

- تم تحديد زمن الحصة ما بين 90الى 120 دقيقة و فيها نقوم بتقديم المعلومات والمساعدة و الإرشادات النفسية وشرحها باللغة العامية للأولياء و ذلك مراعاة لجميع المستويات للمجموعة، ثم يفتح باب المناقشة وطرح الأسئلة.

- يتم إشراك الأطفال في البرنامج الإرشادي وذلك في بعض الحصص مثل حصة اكتساب القدرات كمساعدة الذات حيث نقدم المعلومات اللازمة ثم يطبق الأولياء تلك الإرشادات على الأطفال مثال: كيفية لبس المعطف، أو الحذاء، كيفية استخدام أدوات الأكل.....

أهداف البرنامج: لقد ركزنا في هذا البرنامج على الأهداف التالية:

-مساعدة الأولياء في تغيير أفكارهم ومفاهيمهم الخاطئة المرتبطة بإعاقة طفلهم إلى أفكار و مفاهيم سوية و ايجابية عن طريق تزويدهم بالمعلومات اللازمة عن متلازمة داون مما يجعلهم أكثر تفهما وقدرة على التعامل مع طفلهم.

-مساعدة الأولياء على تقبل الطفل كما هو ومعاملته معاملة طبيعية دون تمييزه عن إخوته ودون حماية مفرطة أو تناقض في المعاملة وإظهار انعكاساتها على استقلالية طفلهم.

-التعرف على أساليب التعامل الصحيحة والخاطئة وأثرها على استقلالية الطفل.

-التخفيف من الشعور بالذنب و تأنيب الضمير ولوم الذات ولوم الطفل في حد ذاته وكذا مواجهة ردود الأفعال السلبية التي تصدر عن الأولياء نتيجة لإعاقة طفلهم وعدم اعتبار الإعاقة تقليل من قيمة الذات والخجل بالطفل أمام الآخرين.

-مساعدة الأولياء التعرف على طبيعة القصور وأن طفل متلازمة داون يستطيع أن ينمو ويكتسب كفاءات مختلفة.

-ضرورة ثقة الأولياء في قدرات الطفل وإظهار هذه الثقة لفظيا أو سلوكيا وتحسيسه بإمكانياته وقبول انجازه مهما كان بسيطا في نظر الآخرين دون التركيز على جوانب الضعف فقط، بإشراكه في النشاطات اليومية المختلفة وتبادل الحوار خلالها وإعطائه مسؤوليات تبين أهميته.

-مساعدة الوالدين التعرف على كيفية تنمية مختلف مهارات العناية بالذات لطفلهم وإدراكهم على أنها خطوة أولية لتطوير استقلاليته في ضروريات الحياة اليومية.

جدول رقم (08)يمثل محتوى البرنامج:

الأيام	موعد الحصص	زمن الحصة	عدد الحصص	المكان	مدة البرنامج
الخميس	من 10صباحا حتى12ظهرا	يتراوح مابين الساعة والساعتين	14حصة	الجمعية الوطنية للاندماج المدرسي و المهني للمصابين بمتلازمة داون	14 أسبوع

جدول رقم (09) يمثل مضمون الحصص الإرشادية:

الوحدات الفرعية	أهم الموضوعات التي تتناولها الوحدة	عدد الحصص
التعريف بمتلازمة داون وخصائص طفل متلازمة داون	التعرف على متلازمة داون،أسباب متلازمة داون،من هو طفل متلازمة داون،الفرق بين متلازمة داون والجنون، اللغة و الكلام،الصفات الجسمية والعقلية، نواحي القصور عند طفل متلازمة داون،الأعراض الانفعالية، الأعراض الاجتماعية.	حصتان
علاقة الأولياء بطفل متلازمة داون	علاقة الأب مع طفل متلازمة داون. علاقة الأم مع طفل متلازمة داون. علاقة الإخوة مع طفل متلازمة داون.	ثلاث حصص
التنشئة النفسية السليمة لطفل متلازمة داون	الحاجات الأولية لطفل متلازمة داون. علاقة الطفل بوالديه. الثواب والعقاب كأسلوب للتنشئة. أثر العلاقة بين الوالدين على تنشئة هذا الطفل. أثر قلق الأم على هذا الطفل. حاجة الطفل لإدراك الوالدين لقدراته الحقيقية الواقعية.	ثلاث حصص
إكساب طفل متلازمة داون قدرات مساعدة الذات و العناية بها	التعريف بمعنى قدرات مساعدة الذات وأهميتها. أهمية التعرف على قدرات طفل متلازمة داون.كيفية تعليم الطفل: قدرة الأكل،النظافة،اللبس.	4 حصص 2 نظريتان و 2 تطبيقيتان مع الأطفال.

حاجات طفل متلازمة داون	الحاجات الطبيعية. الحاجة إلى التقبل الاجتماعي. الحاجة إلى الاتصال. الحاجة إلى اللعب الحر. الحاجة إلى جو اسري مستقر. الحاجة إلى الاختلاط بالغير.	حصة واحدة
أهم المشكلات التي تواجه طفل متلازمة داون	مشكلات تتعلق بعلاقة الطفل بذاته مشكلات تتعلق بعلاقة الطفل بالآخرين مشكلات تتعلق بالنواحي التعليمية	حصة واحدة

-كيفية تقييم البرنامج:

- الملاحظة اليومية لاستقلالية الأطفال.
- ملاحظة طريقة تعامل الأولياء مع أطفالهم.
- القيام بتطبيق اختبار الاستقلالية الوظيفية لتقييم مستوى الاستقلالية لدى الطفل و مدى تدخل الأولياء لمساعدته قبل القيام بالبرنامج الإرشادي النفسي الأبوي وبعده.

عرض وتحليل نتائج الدراسة ومناقشتها:

جدول رقم (10) يمثل نتائج اختبار الاستقلالية الوظيفية للحالات الستة:

	ح1	ح2	ح3	ح4	ح5	ح6
نتائج المقياس القبلي	80	85	56	31	69	53
نتائج المقياس البعدي	96	92	84	33	87	78

من خلال الجدول رقم (10) يتبين لنا أن نتائج مقياس الاستقلالية الوظيفية قبل تطبيق البرنامج الإرشادي النفسي الوالدي تراوحت ما بين 31 الى85 درجة من126درجة، الدرجة الكلية للاستقلالية في المقياس، وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي النفسي الوالدي لاحظنا ارتفاعا في درجات استقلالية الحالات حيث ارتفعت درجة الاستقلالية لدى الحالة الأولى ب16درجة، والحلة الثانية ارتفعت ب07درجات،والحالة الثالثة ارتفعت ب28 درجة،والحالة الخامسة ارتفعت ب18درجة والحالة السادسة ارتفعت ب25 درجة أما الحالة الرابعة فقد ارتفعت بدرجتين فقط.

انطلقنا في بحثنا هذا من الإشكالية التالية : هل تغيير العلاقة بين طفل متلازمة داون وأبويه من خلال الإرشاد النفسي الأبوي يؤدي إلى تطوير الاستقلالية لديه؟

عليه افترضنا أنه يمكن للإرشاد النفسي الأبوي أن يغير الصورة الأبوية لدى طفل متلازمة داون الذي يؤدي إلى تحسين الاستقلالية لديه.

قمنا باكتشاف نوعية العلاقة بين الطفل ووالديه وأثرها على استقلالية طفل متلازمة داون، ثم استعملنا مقياس الاستقلالية الوظيفية لمعرفة مدى تبعية الطفل لوالديه في النشاطات اليومية الخاصة بقدرات العناية بالذات، ثم لجأنا إلى الإرشاد النفسي ألوالدي الجماعي بإشراك كل أولياء الحالات وبعدها أعدنا تطبيق مقياس الاستقلالية الوظيفية لمعرفة مدى تطور استقلالية الحالات بعد الإرشاد النفسي الوالدي الجماعي .

من خلال العمل مع الحالات تبين أن الأولياء يبنون تصورات عن طفل متلازمة داون وانطلاقا من هذه التصورات يكونون ردود أفعال وسلوكات يتعود عليها كل طرف، فيما بعد تبنى على أساسها العلاقات ثم يتعمم على باقي المجالات وتتعمق على مستوى الشخصية، أما الطفل فيتخذ من هذا نموذجا ليبني شخصيته،حيث تميزت نوعية المعاملة عند كل من الحالة الأولى (أ)، الحالة الرابعة (م)، الحالة السادسة (س)، بالحماية المفرطة، وبالتناقض في المعاملة بين الحماية المفرطة والإهمال لدى كل من الحالة الثالثة (ق)،والحالة الخامسة (ص)، وهذا ما انعكس على استقلالية الحالات إذ أن استقلالية طفل متلازمة داون تتأثر بنوعية علاقة الأبوين مع الطفل التي تكون نتيجة الموقف والصورة المتخذة منه، فالطفل لكي يستقل وينتقل من حالة التبعية الكلية إلى التبعية الجزئية ،على الأم أن تتخلى تدريجيا على التكيف مع حاجات الطفل و تلبيتها كلها، ووضعه في موقف غضب وإحباط الذي يعتبر المحرك الأساسي للنمو العقلي وصنع القدرات الأولية للطفل(Anna Freud ,1986,57)**(16)**. إذ أظهرت لنا الحالة الأولى (أ)، والحالة الثالثة (ق)، والحالة الرابعة(م)، و الحالة السادسة (س)، أن الحماية المفرطة تسببت في ركود النمو ونمت سلوكات مضطربة جعلتهم في تبعية دائمة للأبوين، مما يجعلهم متمسكين بوضعية المستفيد الدائم من الحماية (Korff-Sausse,1996,152)[15]

وبينت لنا الحالة الخامسة (ص)، والحالة الثالثة(ق)، أن إهمال الأبوين للطفل تجعله ينمي سلوكات مضطربة وعدوان كما تمنعه من الشعور بالأمن و الثقة، مما يجعل تعلمه للاستقلالية صعب وغير ممكنا.كما أن ذلك الموقف المتخذ من طفل متلازمة داون من طرف أبويه الذي انعكس على طريقة التعامل معه ونوعية هذه المعاملة ستحول دون الاستمرارية والمتابعة في تربية هذا الطفل في المنزل والتي تعتبر ضرورية مع طفل من متلازمة داون. أظهر الإرشاد النفسي الأبوي نتائج جيدة على الأولياء من خلال تغير الصورة المتخذة من طفل متلازمة داون عند أولياء الحالة الأولى (أ)، الحالة الثانية (خ)،الحالة الثالثة(ق)، الحالة الخامسة (ص)، الحالة السادسة (س)، إذ تمكن الأولياء من تصحيح وتغيير التصورات وتمكنوا من إيجاد سبل تفهم الطفل، إذ ترجع فعالية الإرشاد النفسي الأبوي وتأثيره الايجابي إلى زرع الثقة في قدرة الأولياء على تربية هذا الطفل وتوفير مجموعة من الخبرات البسيطة التي أثارت اهتمام الأولياء بتنوعها وتضمنها للقدرات الأساسية التي تلبي مطالب واحتياجات طفلهم، والتي تعتبر من أهم العوامل لجذب الأولياء حيث وصلوا إلى الشعور بعد إتباعهم الإرشادات وتعليم أطفالهم قدرات العناية بالذات براحة انفعالية ونفسية خصوصا بعد ملاحظة التطور التدريجي في استقلالية طفلهم، كما اقترب الأبوين من الطفل أكثر وهذا ما اتضح من خلال :

-رؤية الطفل على انه قادر وتعزيز الثقة في نفسه من خلال إشراك الأطفال في الأعمال المنزلية عند كل الحالات عدا الحالة الرابعة (م)

-نقص الشعور بالذنب عند أم الحالة الأولى (أ) والحالة الثالثة (ق) والحالة السادسة (س) وهذا بالشعور الجماعي للمشكلة الواحدة.

- الاهتمام بتنمية قدرات الطفل وخصوصا قدرات العناية بالذات عوض الاهتمام بالبحث عن أسباب الإصابة بمتلازمة داون عند كل من أم الحالة الأولى (أ) الحالة الثانية (خ) الحالة الثالثة (ق) الحالة الخامسة (ص) والحالة السادسة (س).

- استعمال التشجيع الدائم والمستمر للطفل عند إحرازه للتقدم والتطور وهذا باستخدام أسلوب التعزيز الايجابي والعمل على المواظبة والاستمرار في تعليم الطفل الاستقلالية وتشجيعه على ذلك عند كل الحالات عدا الحالة الرابعة(م). كما أن الإرشاد النفسي الأبوي الجماعي والأسلوب المتبع فيه عن طريق تقديم المعلومات ثم فسح المجال للمناقشة وسرد التجارب والخبرات من خلال معاشهم النفسي اليومي مع طفلهم وطرق التعامل معه زاد من التفاعل الجماعي بين الأولياء وجعلهم يستفيدون من كل المعلومات بتطبيق ما يرد في الحصص الإرشادية،

ومكنهم من فهم طبيعة الإعاقة عند طفلهم والمتطلبات الأساسية التي يحتاج إليها ،كما بين الإرشاد النفسي الأبوي الجماعي طرق التعامل الصحيحة مع الطفل المصاب بمتلازمة داون وكيفية تعليمه للقدرات الأساسية لمساعدة الذات.

إذن الإرشاد النفسي الأبوي الجماعي أثر في استقلالية الأطفال نتيجة لتأثيره المباشر على الأبوين، حيث أدى إلى تغيير الصورة والموقف من طفل متلازمة داون واتضح لنا هذا عند كل الحالات مما يؤكده لنا مقياس الاستقلالية الوظيفية بعد الإرشاد النفسي الوالدي ، إذ بلغت درجة الاستقلالية لدى الحالة الأولى **(أ)** بعد الإرشاد النفسي الأبوي 96 درجة بينما كانت قبل الإرشاد النفسي الأبوي 80 درجة.

و بلغت درجة الاستقلالية لدى الحالة الثانية **(خ)** بعد الإرشاد النفسي الأبوي 92 درجة بينما كانت قبل الإرشاد النفسي الأبوي 85 درجة

وبلغت درجة الاستقلالية لدى الحالة الثالثة **(ق)** 82 درجة بعد الإرشاد النفسي الأبوي بينما كانت قبل الإرشاد النفسي الأبوي 56 درجة.

وبلغت درجة الاستقلالية لدى الحالة الخامسة **(ص)** 87درجة بعد الإرشاد النفسي الأبوي بينما كانت قبل الإرشاد النفسي الأبوي 69 درجة.

وبلغت درجة الاستقلالية لدى الحالة السادسة **(س)** 78 درجة بعد الإرشاد النفسي الأبوي بينما كانت قبل الإرشاد النفسي الأبوي 53 درجة.

هذا ما يبين لنا أن هناك تحسن ملحوظ لدى الحالات في استقلاليتهم، ما عدا الحالة الرابعة **(م)** التي بلغت استقلاليته قبل الإرشاد النفسي الأبوي 31 درجة وبعد الإرشاد النفسي الأبوي 33 درجة فلم يكن هناك أي تطور في مجال العناية بالذات عدا الجانب المعرفي، وأرجعنا ذلك إلى التكفل الأرطوفوني فقط ،إذ امتنع الأبوين عن حضور معظم الحصص الإرشادية وقد استنتجنا من خلال المقابلات العيادية أنهما لا يزالا في مرحلة إنكار الإعاقة ولم يتجاوزاها بعد ،هذا ما نرجعه إلى شخصية الأبوان وعمق الجرح النرجسي لديهم بالإضافة إلى تاريخهم الشخصي الذي يؤثر على تعاملهم مع طفلهم مايدل على حاجتهما إلى أكثر من إرشاد نفسي أبوي جماعي.

خلاصة:

من خلال دراستنا اتضح لنا أن للإرشاد النفسي الوالدي الجماعي فعالية في تغيير الصورة والموقف من طفل متلازمة داون لدى الأولياء وبالتالي تحسين الاستقلالية لديه ،كما أن الأولياء ليسوا مرضى بحاجة إلى علاج نفسي وإنما هم بحاجة إلى الإرشاد والمعلومة لمعرفة كيفية التعامل الصحيح مع طفلهم المصاب بمتلازمة داون بالتعرف على خصائصه، إذ أن المعلومة المقدمة للأولياء هي ضرورية لتعلم الإحساس بالقدرة والثقة بالنفس بمنابعها وجذورها، والتمكن من مواجهة المسؤولية وتقرير وتحديد حاجاتهم وأدوارهم في الحياة اليومية وفي التكفل بطفلهم. كما أن التوازن المثالي بين التوقعات المرتفعة من ناحية والحماية الزائدة من ناحية أخرى يكمن في مساعدة الطفل على أن يصل بقدراته وإمكانياته إلى أقصى حد ممكن في المجالات التي يكون عاجزا فيها، وأن يعوض عن عجزه في بعض المجالات بالانجاز في مجالات أخرى.إذ يجب الفهم الشامل والعميق لإمكانيات هذا الطفل ومواطن قصوره في جميع المجالات وأن الألم والإحباط هما النتيجة الوحيدة التي نحصل عليها لو حاولنا الضغط على الطفل متلازمة داون .

قائمة المراجع:

1-السيد عبيد ماجدة.(2000) : تعليم الأطفال ذوي الحاجات الخاصة. دار الصفاء للنشر والتوزيع. عمان

2-ميلاني كلاين. (1994) : التحليل النفسي للأطفال. ترجمة عبد الغني الديدي. دار المقر اللبناني.

3-حامد عبد السلام زهران.(1980) : التوجيه والإرشاد النفسي. الطبعة الثانية. القاهرة.

4-حمزة جمال مختار(1992): مدى فعالية برنامج ارشادي للوالدين في تغيير اتجاهاتهم نحو ابنهم المعاق عقليا وفي تحسين توافقه.رسالة دكتوراه كلية التربية. بجامعة عين شمس.**(12)**

5-محمد كاشف إيمان(2001) : الإعاقة العقلية بين الإهمال والتوجيه. دار قباء للطباعة للنشر و التوزيع. القاهرة.**(10)**

6-سلامة محمد.(2003) :رعاية الفئات الخاصة في محيط الخدمة الاجتماعية. المكتب الجامعي الحديث الإسكندرية.

7-السيد عبد الكريم فتحي.(1982) : سيكولوجية الأطفال الغير عاديين استراتيجيات التربية الخاصة. الجزء الأول. دار القلم الكويت.

8-السيد أحمد ، دعاء عوض(1999):فاعلية برنامج ارشادي مقترح لامهات الاطفال المعاقين عقليا في تحسين بعض جوانب السلوك الاجتماعي لابنائهن رسالة ماجستير كلية التربية بجامعة عين شمس.**(14)**

1- Alain. B. (2009): Aspect neuropsychosonsoriel de développement de l'enfant. 4eme édition. Masson.

2- Angel .P. Mazet .P. (2004): Guérir les souffrances familiales. 1 er ed. PUF. Paris.

3- Abric J (1994) : pratique sociales et représentation. PUF. Paris3

4- Boucebci. M. (1984) Maladie mentale et handicape mentale. écrit des oliviers. Alger. **(2)**

5- Bruner. J.(1993) : le développement de l'enfant savoir faire savoir dire. Ed PUF. 4 ème édition.

6-Chahraoui .K, Bénony. H. (2003):méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique. Dunod. Paris.

7-Claude .J. (2001) :Le parent responsabilité et culpabilité en question. 1er édition. De boeck. Bruxelles.

8- Cuilleret M. (2007) : trisomie 21 et handicaps génétiques associés potentialité compétence devenir Masson.

9- Cuilleret M (1981) : les trisomique parmis nous ou le mongolisme ne sont plus . Simep. France.

10-Freud. A (1968): le normale et le pathologique chez l'enfant. Ed Gallimard. **(16)**

11-Golze B. (1999) : Du corps à la pensée, PUF. Paris.

12- Graindorge. C. (2005) : Comprendre l'enfant malade , Dunod .Paris.

13- Houzel. D. (1978): psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. 5eme tirage volume 2 ed Maloine. Paris.

14- Jonckeere. P; Salbreux .R; Chislain .M; (2007): Handicap Mentale prévention et accueil. 1er éd. De bœck Bruxelles.

15- Korff -Sausse. S. (1996) : L'enfant handicap' et sa famille et le psychanalyste. Calmann-lévy éd. Paris.

16-Korff-Suasse .S (1996): le miroir brisé. L'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste, Galmann-Lévy. Paris. **(15)**

17- Lambert .J. (1978) : l'arriération mentale. Éd pierre Mardaga. Bruxelles. **(7)**

18-Lambert J . Rondal. A(1979) :Le mongolisme. Éd Pierre Mardaga. Bruxelles.**(1)**

19- Lacombe .D. Brun. V. (2008): rencontre en éducation trisomie 21 communications et insertion. Masson

20- Lemay .M. (2004): l'autisme aujourd'hui, Odile Jacob, Paris.

21- Lobivici. S. Diatkine. R. Soulé. M. (2004) : Nouveaux traités de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. 2eme éd. volume 2. PUF. Paris.**(3)**

22-Mannoni .M. (1964) : L'enfant arriéré et sa mère. Ed.Seuil.

23-Maque. T. (2007): se former à la relation d'aide. Dunod. Paris.

24- Marcelli . D. (1999) : enfance et psychopathologie 6eme édition Masson Paris.(**4)**

25- Rey .A. (1967) : Arriération mentale et premiers exercices éducatives .édt dalachaux et niestlé. Suisse.

26 - Ribas. D. (2004): Contreverses sur l'autisme et témoignages, PUF. Paris.

27-Ringler. M. (2004): comprendre l'enfant handicapé et sa famille. Dunod. Paris.**(5)**

28- Roskan. I. (2003) :évolutions des théories implicites des mères à propos du développement de leur enfant handicapé. volume 35. PUF. Paris**(6)**

29- Selvini M. (2008): Rienventer la psychothérapie 1er édt édition de Boeck Université, Bruxelles.

30- Scelles R (1997): fratrie de handicap. Ed. L'Hartmann.

31- Selvini. M. (2008) : réinventer la psychothérapie .1ere édition. De Boeck .Bruxelles.

32- Simon. J. (1964) : La débilité mentale chez l'enfant. Edouard .Privat Ed 2eme. Edition.

33- Tourette. C. (2006): évalué les enfants avec déficience ou troubles de développement. Paris.

34- Wallon. H. et all. (1994): l'enfant turbulent. PUF.

المجلات العلمية:

35-Decant.D. (1989): l'annonce du handicap, le point de vue du psychanalyste. L'enfant. N6. P 28-36.

36-Barbot. F. et Terrier. F. (1989): L'annonce du handicap d'un enfant à ses parent, Journal de pédiatrie et de puériculture, , N 4. P 210-215.

37-Gold. F. (1995): problèmes éthiques posés par la naissance d'un enfant gravement malformé, éthique. La vie en question, N 16,2, P 22-35.

28-Safraty.J. (1998): le temps de la parentalité, contraste. N8. p123-128.

39-Sanchez. A. (2009) : la guidance parentale : un travail sur les compétences des parents. Le journal des psychologues. 03/2009 .N 265.

40-Sandman,M et al (1982) : Reduction of inappropriate Behavior with primary mentally handicapped and hyperactive children, Unplished ph.d, university of Kentuky.**(11)**

41-Marc,H (1984): social problem solving and mother-child interaction of educable mentally retarded children.psychological astract,Vol 07,N 08.**(08)**

42-Maamria. B. (2006): prise en charge des personnes des besoins spécifiques .revue développement des ressources humaines. Tome 1. N3 université Ferhat Abbas- Sétif .

43-Hanzlik, Margurite B.(1986): interactions of mothers with their infants who are mentally retarded with cerebral palsy or non retarded , American journal of mental deficiency, vol-90 N 03.**(09)**

45-Heller,et al (1997): Maternal and parental caregiving of person with mental retardation across the life span.Intrdiciplinary Journal of applied family studies,vol 46,N02.**(13)**