

الخصائص السيكومترية لمقياس السلوك التكيفي للأطفال ذوي الشلل الدماغي المصاحب بإعاقة عقلية

ياسين محمد حسن سالم

ماجستير الدراسات التربوية، تخصص التربية الخاصة، معهد البحوث والدراسات العربية، مصر
yassin_eltawel@ymail.com

يوسف عبد الصبور عبد اللاه

المشرف الأكاديمي، أستاذ الصحة النفسية، كلية التربية، جامعة سوهاج، مصر

مستخلص

هدف البحث إلى دراسة الخصائص السيكومترية لمقياس السلوك التكيفي من خلال تطبيقه على الأطفال من ذوي الشلل الدماغي المصاحب بإعاقة عقلية، وذلك لتوفير أداة ملائمة لقياس السلوك التكيفي لعينة من ذوي الشلل الدماغي المصاحب بإعاقة عقلية، حيث قام الباحث بالاطلاع على بعض الدراسات العربية والأجنبية التي تناولت السلوك التكيفي لدى هذه العينة، وفي ضوء ذلك تمكن الباحث من بناء مقياس السلوك التكيفي للأطفال من ذوي الشلل الدماغي المصاحب بإعاقة عقلية، حيث اشتمل على ثلاث محاور لقياس السلوك التكيفي وهم (المحور الاجتماعي – محور التواصل -محور الرعاية الذاتية)، وتكون المقياس من 27 بند مقسمة على الثلاث محاور. وتكونت العينة من (70) طفل يتراوح عمرهم بين (8:10) سنوات، بمتوسط عمري (8,05) سنوات، وبانحراف معياري (1,53) من ذوي الشلل الدماغي ومصاحبون بإعاقات عقلية، مع العلم أن الإعاقة الحركية تتركز في القدمين وليس الذراعين، واستخدم البحث المنهج التجريبي باعتباره يتناسب مع أهداف البحث وفروضه، واستخدم الباحث الأدوات الآتية: مقياس السلوك التكيفي (إعداد الباحث)، وقد تبين من المعاملات الإحصائية توافر الخصائص الإحصائية من حيث الصدق والثبات، ويوصي الباحث باستعمال هذا المقياس في قياس السلوك التكيفي لدى الأطفال من ذوي الشلل الدماغي المصاحب بإعاقة عقلية.

الكلمات المفتاحية: السلوك التكيفي، الشلل الدماغي، الإعاقة العقلية.

Psychometric Properties of the Adaptive Behavior Scale for Children with Cerebral Palsy and Intellectual Disability

Yassin Mohamed Hassan Salem

Master's Degree in Educational Studies, Special Education, Institute of Arab Research and Studies, Egypt
yassin_eltawel@ymail.com

Youssef Abdelsabour Abdellah

Academic Supervisor, Professor of Mental Health, Faculty of Education, Sohag University, Egypt

Abstract

The study aimed to investigate the psychometric properties of the Adaptive Behavior Scale by applying it to children with cerebral palsy accompanied by intellectual disabilities, in order to provide a suitable tool for measuring adaptive behavior in a sample of individuals with cerebral palsy and comorbid intellectual disabilities. The sample consisted of 40 children aged 8 to 10 years with cerebral palsy and intellectual disabilities, noting that their motor disability was concentrated in the lower limbs (legs) rather than the upper limbs (arms). The study adopted the experimental method, as it aligns with the research objectives and hypotheses. The researcher utilized the following tools: the Adaptive Behavior Scale (developed by the researcher). The study yielded the following results: The validity indicators of the scale demonstrated its ability—based on its variables—to measure adaptive behavior in children with cerebral palsy accompanied by intellectual disabilities.

Keywords: Adaptive Behavior, Cerebral Palsy, Intellectual Disability.

المقدمة

يُعد السلوك التكيفي جانبًا بالغ الأهمية في تقييم القدرات الوظيفية للأطفال المصابين بالشلل الدماغي المصاحب بإعاقة عقلية، فهو يشمل مجموعة من المهارات الضرورية للحياة اليومية، مثل التواصل والتفاعل الاجتماعي والعناية الذاتية (الشخص، عبد العزيز 1998). ويُعتبر قياس السلوك التكيفي لدى هذه الفئة أمرًا ضروريًا لتطوير برامج تدخلية تدريبية وسلوكية وتقييم فعاليتها. ومع ذلك، فإن الخصائص السيكومترية لمقاييس السلوك التكيفي المخصصة للأطفال المصابين بالشلل الدماغي المصاحب بإعاقة عقلية تحتاج إلى دراسة متعمقة لضمان موثوقيتها وصدقها وقابليتها للتطبيق في كل من البيئات السريرية والبحثية.

يُعتبر الشلل الدماغي من أكثر الإعاقات الحركية شيوعًا لدى الأطفال، وقد يصاحبه مجموعة من الاضطرابات الأخرى مثل صعوبات التعلم، واضطرابات التواصل، والمشكلات الحسية. ومع أن الشلل الدماغي يُعرف بشكل رئيسي بتأثيره على القدرات الحركية، إلا أنه قد يؤثر أيضًا على الجوانب السلوكية والنفسية، بما في ذلك السلوك التكيفي. (Boer and moll, 2006)

ويواجه الأطفال المصابون بالشلل الدماغي صعوبات في تعلم المهارات الحياتية الأساسية مثل تناول الطعام، واللبس، والنظافة الشخصية بسبب القيود الحركية. هذه الصعوبات يمكن أن تؤثر على استقلاليتهم وتزيد من اعتمادهم على الآخرين. وقد يعاني هؤلاء الأطفال من مشكلات في التواصل اللفظي وغير اللفظي، مما يعيق قدرتهم على التفاعل الاجتماعي وتكوين العلاقات. هذا بدوره يمكن أن يؤثر على نموهم الاجتماعي والعاطفي. بالإضافة إلى ذلك، قد يعاني بعض الأطفال المصابين بالشلل الدماغي من صعوبات إدراكية تؤثر على قدرتهم على فهم التعليمات، وحل المشكلات، والتخطيط للمهام اليومية. هذه الصعوبات يمكن أن تعيق تطور السلوك التكيفي وتجعل من الصعب عليهم التكيف مع البيئات الجديدة أو المتغيرة.

من المهم أن يتم تقديم الدعم المناسب للأطفال المصابين بالشلل الدماغي لتعزيز مهاراتهم التكيفية. يمكن أن يشمل هذا الدعم العلاج الطبيعي، والوظيفي، وعلاج النطق، بالإضافة إلى البرامج التعليمية المصممة خصيصًا لاحتياجاتهم. كما أن دعم الأسرة والمجتمع يلعب دورًا حاسمًا في مساعدة هؤلاء الأطفال على تحقيق أقصى قدر من الاستقلالية والاندماج الاجتماعي.

وتُعد القدرة على التكيف من أهم المهارات اللازمة والأساسية في حياة الطفل ذو الإعاقة بشكل عام، فيكتسب الطفل هذه السلوكيات والمهارات كمن خلال التنشئة الاجتماعية من الأسرة والتدريب والتوجيه المستمر من جانب الأم أو الوالدين، ليصبح الطفل على قدر مناسب من التكيف الاجتماعي يسمح له بالعيش داخل المجتمع حياة سليمة (أبو الحسن، شيماء 2016).

في الختام، العلاقة بين الشلل الدماغي والسلوك التكيفي معقدة ومتعددة الأوجه. في حين أن الشلل الدماغي قد يفرض تحديات كبيرة على تطور المهارات التكيفية، فإن التدخل المبكر والدعم المناسب يمكن أن يحدث فرقًا كبيرًا في تحسين جودة حياة الأفراد المصابين بهذه الحالة.

وتهدف هذه الدراسة إلى استكشاف الخصائص السيكومترية لمقياس السلوك التكيفي المصمم خصيصًا للأطفال المصابين بالشلل الدماغي المصاحب بإعاقة عقلية. من خلال فحص موثوقية المقياس وصدقه وهيكله العاملي، ويسعى هذا البحث إلى توفير أداة قوية لتقييم السلوك التكيفي بدقة لدى هذه الفئة. وستساهم

النتائج في تحسين دقة التشخيص، وتخطيط التدخلات، وتقييم النتائج، مما يعزز في النهاية جودة الحياة للأطفال المصابين بالشلل الدماغي المصاحب بإعاقة عقلية.

مشكلة البحث

بدأ الباحث الشعور بالمشكلة من خلال احتكاكه بفئة الأطفال ذوي الشلل الدماغي المصاحب بإعاقة عقلية، حيث لاحظ الباحث وجود صعوبة في التكيف لهذه الفئة مع المجتمع، ولاحظ الباحث عدم وجود مقاييس للسلوك التكيفي تناسب هذه الفئة وهذه المرحلة السنية. وبذلك يمكن صياغة مشكلة البحث في الأسئلة التالية:

- ما دلالة الاتساق الداخلي لمقياس السلوك التكيفي لدى الأطفال ذوي الشلل الدماغي المصاحب بإعاقة عقلية؟
- ما دلالة صدق مقياس السلوك التكيفي لدى الأطفال ذوي الشلل الدماغي المصاحب بإعاقة عقلية؟
- ما دلالة ثبات مقياس السلوك التكيفي لدى الأطفال ذوي الشلل الدماغي المصاحب بإعاقة عقلية؟

أهداف البحث

يهدف هذا البحث إلى إعداد مقياس للسلوك التكيفي للأطفال ذوي الشلل الدماغي والتحقق من صدقه وثباته.

أهمية البحث

- تتمثل الأهمية في هذا البحث في محاولة إلقاء الضوء على مفهوم السلوك التكيفي لدى الأطفال ذوي الشلل الدماغي المصاحب بإعاقة عقلية.
- يقدم هذا البحث إطاراً نظرياً قد يفيد الباحثون والعاملون والمهتمون في مجال التربية الخاصة.
- تأتي أهمية البحث من خلال تعاملها مع فئة الأطفال من ذوي الشلل الدماغي المصاحب بإعاقة عقلية التي أصبحت أعدادها في تزايد مستمر واحتياجاتهم للعديد من البرامج لزيادة سلوكهم التكيفي.
- تبرز الأهمية في هذا البحث في تقديم مقياس للسلوك التكيفي للأطفال من ذوي الشلل الدماغي المصاحب بإعاقة عقلية تتحقق به الخصائص الإحصائية والتي تتمثل في الصدق الداخلي والثبات لهذا المقياس.
- مساعدة الباحثين في استخدام هذا المقياس كأداة لقياس نمو السلوك التكيفي للأطفال من ذوي الشلل الدماغي المصاحب بإعاقة عقلية.

المفاهيم الإجرائية للدراسة

تشتمل الدراسة على المصطلحات الآتية:

• الشلل الدماغي:

عرفه الباحث إجرائياً: هو اضطراب نمائي يحدث نتيجة تلف في الدماغ أثناء تكوينها، ويؤثر هذا على القدرة على الحركة أو الاتزان للشخص.

• الإعاقة العقلية:

عرفه الباحث إجرائياً: هي حالة تتمثل في قصور في الأداء الذهني أو السلوك التكيفي للشخص، مما يؤثر على قدرته على التعلم والتواصل والتفاعل الاجتماعي وأداء المهام اليومية.

• السلوك التكيفي:

عرفه الباحث إجرائياً: هو مجموعة من المهارات الاجتماعية ومهارات التواصل ومهارات الرعاية الذاتية التي يحتاجها الفرد للتعامل بفاعلية مع البيئة المحيطة به بما يتناسب مع عمره وثقافته.

الإطار النظري

أولاً: الشلل الدماغي:

تعريف الشلل الدماغي:

لقد بُدلت جهود كبيرة من أجل وضع تعريف محدد للشلل الدماغي ومع ذلك لم يتم الاتفاق على تعريف واحد له، فكلمة (Cerebral) تشير إلى الدماغ، وكلمة (Palsy) تشير إلى اضطرابات الحركة.

وقد عرفه (جندل، جاسم 2016) أنه أحد حالات الإعاقة المتعددة التي تصاب فيها خلايا المخ بتلف وغالباً ما تتم الإصابة به أثناء فترة الحمل أو بعد الولادة مباشرة، وهو يتضح بعدم القدرة على الحركة.

وعرفته (دردور، أسماء 2021) أنه هو الطفل الذي يتحصل على نتائج ضعيفة في أداء التمرينات والنشاطات المقدمة له من خلال البروتوكول التشخيصي الأطفوني للطفل المصاب بالشلل الدماغي أثناء تطبيقه عليه سواء تعلق الأمر بالمهارات الحركية العامة والحركات الفموية الوجيهة وكذلك النشاطات المعرفية إلى جانب المهارات اللغوية.

مؤشرات وأعراض الشلل الدماغي:

يوجد مجموعة من المؤشرات أو الأعراض والعلامات التي تشترك فيها كل أنماط الشلل الدماغي والتي تدل على

الإصابة بالشلل الدماغي، حيث يلاحظ أن لون بشرة الأطفال المصابة بالشلل الدماغي تميل إلى اللون الأزرق، وذلك بسبب التقلص الحاصل بالعضلات والذي يؤثر على الأوعية الدموية، وكذلك يعاني الطفل المصاب بالشلل الدماغي من صعوبة في المص والبلع والمضغ. وهو غير قادر على أن يدير رأسه باتجاه اليمين أو الشمال عند لمس خده (Bax and, Golstein 2005).

وأن الطفل المصاب بالشلل الدماغي يبدي حساسية للتلامس الجسدي، ويبكي أحياناً فجأة وأحياناً يهدأ بشكل ملحوظ، وقد يحرك جسمه حركات غير طبيعية. ويظهر تقلص في ذراعيه وساقيه بشكل غير طبيعي. ويبدي بطيء في الحركة وعدم القدرة على التحرك بمفرده. ويبدو غير قادر على أن يسيطر على رقبته وذلك بسبب ضعف العضلات والتقلص الحاصل فيها، ويبكي بطريقة مختلفة عن الوضع الطبيعي ويختل في البكاء طبقاً لنوع الإزعاج الذي يتعرض له -ويبكي كذلك عند تغير أوضاعه. ويبدو إبهامه منقبضاً داخل قبضة اليد. ولا يستطيع أن يثبت رأسه وسط جسمه، وغير قادر على أن يتابع الجسم الذي يتحرك أمامه.

ويؤكد (Creboy and Elizabeth 2002) على أن الطفل المصاب بالشلل الدماغي يتأخر في استعمال اليدين -ويتأخر في الجلوس المستقل. وقد يحصل لدي بعض الأطفال المصابين بالشلل الدماغي ارتخاء في العضلات. وتكون استجابة الطفل لتعابير الوجه ملفتة فهو لا يحافظ على رأسه وصدره منتصبين أثناء استلقائه على البطن. ولا يستطيع الاستلقاء على بطنه مستنداً على ساعديه، ويميل إلى رفع رأسه إلى الخلف عندما يحمل. ويقوم بحركات للسان داخل فمه أو خارجه بطريقة ملفتة للنظر.

ويشير (الروسان، فاروق 2018) إلى أن هنالك أعراضاً ومؤشرات أخرى تظهر لدى الطفل المصاب بالشلل الدماغي، مثل المزاج الحاد وكثرة الصراخ. ومد رجليه عندما يتم ثنيهما. وعدم الاستقرار في النوم. ويتأخر في عملية الوقوف. ويكون لديه ضعف في التركيز البصري للمثيرات. ويقوم أحياناً بحركات تلقائية غير منتظمة، ويحدث له تيبس في الجسم وخاصة عند حمله، ويكون تطوره بطيئاً والنطق لديه متأخر، ويتقيأ أحياناً عند البلع، ويكون لديه اضطرابات في السمع والنطق.

تشخيص الشلل الدماغي:

هنالك أساليب مختلفة تستخدم في تشخيص حالات الشلل الدماغي، لكن تشخيص الشلل الدماغي يعتمد بالدرجة الأولى على الفحص السريري، ومدى معرفة الطبيب بنمو الحركة الطبيعي وتنوعها، وتشير بعض الدراسات إلى أن حالات الشلل الدماغي عادة ما يتم تشخيصها من عمر سنة إلى ثلاث سنوات (Kate 2007) and Eva. وغالباً يمكن الكشف عن معظم حالات الشلل الدماغي في فترة تتراوح ما بين سنة إلى (18) شهراً باستثناء الحالات الخفيفة منها التي لا تكون أعراضها ومظاهرها واضحة حيث تظهر خلالها علامات وإشارات

تحدد (Scholtes Becher and Beceien, 2014) حالة الشلل الدماغي والتي منها عدم تطور المهارات الحركية مثل التقلب، والزحف، والوقوف، والمشي مقارنة مع تطور تلك المهارات لدى الطفل العادي، كما وقد يظهر بعض الأطفال الرضع المصابين بالشلل الدماغي تناغماً عضلياً شاذاً. وهذه التطورات غير الطبيعية والاضطرابات لدى الطفل قد تأخذ شكلين مختلفين. أما أحدهما فهو الخمول، وأما الآخر فهو الزيادة في التوتر العضلي عن الوضع الطبيعي حيث يبدو الطفل في وضعيات تقلصيه شديدة. بالإضافة إلى ما يظهر من علامات لدى الطفل المصاب بالشلل الدماغي، فإن هنالك وسائل حديثة يمكن استخدامها في عملية التشخيص ومن ذلك اختبار الرسم المقطعي (Computer Tomography)، والذي يكشف فيما إذا كان هنالك مناطق شاذة في الدماغ أم لا. وكذلك يمكن استعمال تقنية التصوير بالرنين المغناطيسي (Magnetic Resonance Imaging, MRI) لتشخيص الأحوال غير الطبيعية في الدماغ.

أسباب الشلل الدماغي:

أولاً: العوامل المرتبطة بمرحلة ما قبل الولادة:

وهي ترتبط بأي اضطراب أو خلل يحدث منذ لحظة الإخصاب إلى لحظة الولادة، وهي كما ذكرها (جندل، جاسم 2016) كالآتي:

1. نقص الأكسجين في مرحلة ما قبل الولادة والذي يسببه في كثير من الأحيان التفاف الحبل السري حول عنق الجنين.
2. إصابة الأم الحامل باضطرابات مزمنة مثل السكري والربو وتضخم الغدة الدرقية.
3. تعرض الأم الحامل لبعض الأمراض مثل الحصبة الألمانية.
4. عدم توافق العامل الريزيبي، وهو في حال كان العامل الريزيبي لدى الجنين موجباً ولدى الأم سالباً مما يجعل دم الأم ينتج أجساماً مضادة يؤدي إلى تحطم كريات الدم الحمراء لدى الجنين.
5. العوامل الجينية حيث تشير بعض الدراسات أن ما نسبته من 5-10% من حالات الشلل الدماغي قد تكون نتيجة لعوامل وراثية.
6. ولادة الطفل قبل موعده الطبيعي (طفل الخداج)، أو الطفل الذي يولد ووزنه أقل من (2500) جرام.
7. العوامل المرتبطة بسوء حالة الأم الصحية من مثل سوء التغذية، وتناول العقاقير والكحول، وتسمم الحمل والتعرض للأشعة السينية.

ثانياً: العوامل المرتبطة بمرحلة الولادة:

وهي تشير إلى العوامل التي تحدث منذ مخاض ولادة الطفل إلى وقت خروجه من غرفة عمليات الولادة، وهي كما ذكرها (Smith, 2004) كالآتي:

1. الرضوض والإصابات في أثناء الولادة أو النزيف.
2. تعرض رأسه في أثناء عملية الولادة لضغط غير عادي مما قد يترتب عليه نزيف داخلي.
3. استخدام العقاقير المخدرة في عملية الولادة فذلك قد يؤثر على عملية التنفس لدي الطفل ويؤدي إلى نقص الأوكسجين.
4. الاختناق الناتج عن انسداد ميكانيكي في مجرى التنفس لدي الطفل.
5. نقص الأوكسجين، وقد يحدث في أثناء عملية الولادة لأسباب كثيرة منها: انفصال المشيمة قبل الموعد المناسب، نزيف المشيمة، إصابة الطفل ذات الرئة أو أية اضطرابات رئوية أخرى أو التفاف الحبل السري أو انسداده لسبب أو لآخر، أو الولادة غير الطبيعية.

ثالثاً: الأسباب التي تحدث بعد عملية الولادة:

وتشمل هذه الفئة الأسباب التي تحدث مع الطفل بعد انتهاء عملية الولادة مباشرة وإلى نهاية مرحلة نمو القشرة الدماغية والتي تصل إلى نهاية الخمس سنوات الأولى من عمر الطفل حيث يشير (Kennes 2020) Rosenbaum, Hanna Rana إلى عدة أسباب وتحدث خلال هذه الفترة والتي منها:

1. تأثر خلايا الدماغ التي تتحكم بالحركة نتيجة سقوط الطفل من مكان مرتفع، أو بسبب للحوادث المختلفة والتي منها حوادث السير، مما قد ينتج عنه تلف في خلايا الدماغ ويكون سبباً في حدوث الشلل الدماغي.
2. تعرض الطفل إلى التهابات تصيب الدماغ أو أغشية السحايا مما قد يسبب ارتفاعاً شديداً في درجة الحرارة لدى الطفل، ويؤثر ذلك على خلاياه الدماغية ويؤدي إلى تلفها.
3. تعرض الطفل إلى نقص حاد في الأوكسجين، نتيجة حوادث مثل الغرق أو نتيجة لأمراض معينة كالانخفاض الحاد في نسبة السكر في الدم، مما يؤدي إلى عدم وصول الأوكسجين بكميات كافية إلى دماغ الطفل مما يحدث تلفاً فيه، وبالتالي يكون ذلك سبباً لإصابة الطفل بالشلل الدماغي.
4. تعرض الطفل لحالات التسمم من خلال تناول العقاقير الطبية بطريقة غير مناسبة أو تناول مواد كيميائية سامة مثل الرصاص، أو الزئبق، أو مواد التنظيف المختلفة. أو من خلال تناول الأغذية الفاسدة، أو استنشاق غازات سامة مثل غاز أكسيد الكربون.

أنواع الشلل الدماغي:

ومن دواعي تصنيف الإعاقة هي أن الأطفال المعاقين يختلفون في مستوى قدراتهم الذهنية والسلوكية ونضجهم الاجتماعي ووضعهم الجسمي، ويختلفون كذلك من حيث الأسباب التي قادت إلى حالة إعاقتهم، وعلاوة على ذلك فإنهم ليسوا على سواء تماماً في قدراتهم على التعلم والتدريب والتكيف الاجتماعي والتحكم في انفعالاتهم

وعواطفهم، وكذلك فهم مختلفون في وسائل اتصالاتهم المتعلقة باللغة الاستقبالية والتعبيرية، مما يساعد واضعي البرامج التربوية للأطفال المعاقين على الفهم العميق لهم ومن ثم تخصيص البرامج المناسبة لكل صنف منهم (حسان، نورا 2017)

وللشلل الدماغي أكثر من نوع، حيث يصنف الشلل الدماغي إلى ثلاثة أصناف كما هو مشار إليه في الخطيب (2010):

1. الشلل الدماغي تبعاً لأطراف الجسم المصابة:

حيث يتم التصنيف من خلال عدد الأعضاء المصابة وهو كالآتي:

- أ. الشلل النصفي: وهو الشلل الدماغي الذي تقتصر الإصابة فيه على أحد جانبي الجسم (الجانب الأيمن أو الجانب الأيسر)، وتكون هذه الإصابة عادة من النوع التشنجي (أي ارتفاع مستوى التوتر العضلي).
- ب. الشلل الرباعي: في هذه الحالة تصاب الأطراف الأربعة بالشلل، إلا أن شدة الإصابة في هذه الأطراف العليا تكون أكبر من الأطراف السفلى، كذلك فإن شدة الإصابة غالباً ما تكون غير متماثلة في الجانبين، ويعاني معظم الأطفال المصابين بهذا النوع من عدم القدرة على ضبط حركات الرأس ومن مشكلات في الكلام، وإن الأغلبية العظمى منهم وكثيراً من المصابين بالشلل التخبطي يعانون من هذا النوع.
- ت. الشلل في طرف واحد: وهذه الحالة نادرة من حالات الشلل الدماغي، وتكون الإصابة في طرف واحد من الجسم.
- ث. الشلل في ثلاثة أطراف: وهذه الحالة أيضاً نادرة عند أطفال الشلل الدماغي، حيث تكون الإصابة في ثلاثة أطراف فقط.

2. الشلل الدماغي حسب طبيعة الضعف العضلي:

حيث يتم التسمية من خلال شكل الضعف العضلي، وهو التصنيف الأكثر شيوعاً وهو المقدم من الأكاديمية الأمريكية للشلل الدماغي (الريح، عايدة 2016) وهو كالآتي:

الشلل الدماغي التشنجي: يشير التشنج إلى ازدياد في التوتر أو الاشتداد في العضلات وباستجابة العضلات للإثارة على نحو مبالغ فيه، وبالتالي يفقد الطفل توازنه وتظهر حركات لا إرادية مع تشنجات عضلية في عضلات مختلفة حسب الإصابة، ويعتبر هذا الشلل من أكثر الأنواع شيوعاً حيث تبلغ نسبته حوالي 50% من حالات الشلل الدماغي.

نتائج الشلل الدماغي التشنجي: هناك عدة نتائج لهذا الشلل حيث إنه يؤثر على حياة الفرد من جميع النواحي ومن هذه الآثار ما يلي:

1. منع القدرة على الحركة.
2. الكبح الطولي لنمو العضلات.
3. منع تركيب البروتين في خلايا العضلات.
4. امتداد محدود للعضلات في سياق النشاط اليومي.
5. تشوه في نمو العضلات والمفاصل.

ويصنف الشلل الدماغي التشنجي إلى عدة أنواع وهي كالآتي:

1. الشلل الدماغي التشنجي الرباعي: تكون أطراف الجسم كلها مصابة في هذا النوع من الشلل، إلا أن مستوى التوتر العضلي في أطراف الجسم يتصف بكونه غير متماثل في كلا الجانبين حيث تكون الإصابة في أحد الجانبين أشد منها في الجانب الآخر، وتكون الإصابة في الأطراف العليا أشد منها في الأطراف السفلى، ولا يستطيع الطفل التحكم برأسه، وتكون قدرته على الكلام والتهجئة ضعيفة جداً ويعاني الطفل من عدم الشعور بالأمن والطمأنينة، وهو يعتمد اعتماداً كاملاً على غيره لتلبية احتياجاته، كما أنه لا يستطيع التحرك والتنقل بشكل فعال، ولا يستطيع التكيف مع التغيرات في أوضاعه الجسمية ولا يستطيع أيضاً الحفاظ على توازنه أو النهوض من وضع غير مريح، وهو يشعر بخوف دائم من السقوط على الأرض إذا لم يتوافر له دعم خارجي، إضافة إلى ذلك عدم قدرته على التعبير عن حاجاته، وتتطور لديه أفعال قهرية ويمتنع عن عمل الأشياء تجنباً للشلل والإحباط.

2. الشلل الدماغي التشنجي السفلي: في هذا النوع من الشلل تكون الأطراف السفلى مصابة أكثر من الأطراف العليا ويستطيع الشخص أن يتحكم برأسه إلى حد ما، ولكنه لا يستطيع ضبط حركة العينين ويصيب هذا النوع من الشلل الأطفال الذين لم يكتمل نمو الدماغ لديهم، وتكون الأعراض المرضية واضحة عندما يقترب الطفل من السنة الأولى من عمره.

3. الشلل الدماغي التشنجي النصفي: إن التشخيص المبكر لهذا النوع من الشلل الدماغي أمر ممكن، وذلك لأن الأنماط الحركية والوضعية غير المتماثلة في أطراف الجسم تتضح مبكراً، وغالباً ما تكون اليد المصابة مغلقة، فلا يستطيع الطفل أن يفتحها أو أن يستخدمها لدعم نفسه للنهوض، وبعيدة عن مركز الجسم، كما لا يستطيع أن يحرك رجله المصابة وعندما يتعلم الطفل الوقوف والذي يتأخر في العادة فهو يعتمد على الأطراف غير المصابة وقد يسقط أحياناً على الأرض، وعند الوقوف قد

يحدث لديه تيبس وتصلب في القدم والرجل يزداد مع الأيام في شدته، وهذا ينتج عنه تشوهات وضعية في الكاحل أو في أصابع القدمين.

4. الشلل الدماغي الالتوائي: موقع هذه الإصابة يكون في جذع الدماغ وتشكل حوالي ٢٥% من حالات الشلل الدماغي وأن الفرد المصاب بهذا الشلل تتصف حالته بحركات لا إرادية وغير منتظمة حيث يرتفع مستوى التوتر العضلي لدى المصاب عند استجابته للمثيرات المختلفة على شكل حركات تخبطيه غير هادفة وراقصة في كثير من الأحيان ويصاحب هذه الحركات عدم القدرة على ضبط الفم وبالتالي سيلان اللعاب وصعوبات واضحة في النطق والكلام وكذلك انبساط في أصابع اليد وانحناء الرأس إلى الخلف وصعوبات سمعية. وبما أن موقع هذه الإصابة يكون بعيداً عن مراكز الدماغ العليا فإننا نجد أن المصابين بهذا النوع لا يتأثر أداؤهم العقلي، فمنهم المبدعون في مجالات الطب والعلوم والفنون والآداب. نلاحظ أن الشلل الدماغي الالتوائي أو التخبطي يختلف عن الشلل الدماغي التشنجي ففي الشلل الدماغي الالتوائي تكون أطراف المصاب مرنة مهما بلغت شدة التوتر العضلي بينما في حالة الشلل الدماغي التشنجي فإن أطراف المصاب تكون أكثر تيبساً وصلابة بعد حدوث التوتر العضلي. (جندل، جاسم 2016)

5. الشلل الدماغي التخليجي: وينتج عن إصابة المخيخ الذي هو مركز ومنسق حركات العضلات والتوازن وتكون حركات الطفل غير متزنة يسير بخطوات واسعة ويسقط بسهولة وذلك لعدم القدرة على حفظ التوازن، كما أنه يؤدي إلى حركات غير منتظمة في العينين وهذا يؤدي إلى صعوبة التوجيه الحركي المكاني، ويكتشف هذا الشلل عندما يبدأ الطفل في المشي، فيمشي ويده ممتدتان إلى الأمام ليحافظ على توازنه، لذا يتم وصفهم بالسكاري.

6. الشلل الدماغي الارتعاشي: إن هذا الشلل يعتبر حالة نادرة حيث يحدث فيها ارتعاشات لا إرادية وحركات نمطية في الأطراف تتفاوت في شدتها وسرعتها وتظهر هذه الحركات عادة عندما يحاول الطفل القيام بنشاطات هادفة مثل محاولة الوصول إلى شيء ما. (دردور، أسماء 2021)

7. الشلل الدماغي التيبسي: إن الشلل الدماغي التيبسي من الحالات النادرة جداً وهي من أكثر حالات الشلل الدماغي شدة بحيث يكون معها جسم المصاب في حالة تصلب وتشنج وتوتر دائم مما يحول دون حركته وحريته في التنقل، وتتصف هذه الإصابة بانعدام الحركات اللاإرادية وزيادة شديدة جداً في مستوى التوتر العضلي مما يؤدي إلى تشنج الأطراف وبالتالي انقباضها ومقاومتها للحركة وحدث تشوهات شديدة.

3. تصنيف الشلل الدماغي تبعاً لشدة الإعاقة:

يصنف (محمد، عادل عبد الله 2021)، الشلل الدماغي تبعاً لشدة الإعاقة إلى ثلاثة أنواع شائعة ومعروفة وهي:

- أ. **الشلل الدماغي البسيط:** يعاني الطفل المصاب بهذا الشلل من مشكلات بسيطة لا تستلزم العلاج، فهو يستطيع الاعتناء بنفسه، ويستطيع المشي دون استخدام أجهزة أو أدوات مساندة، وبالتالي فهذه الحالة لا تستلزم تدخلاً علاجياً، لكن الإصابة قد تحد من قدرة الطالب المصاب على الاستفادة من البرامج التربوية العادية، مما يستلزم تزويده بالخدمات التربوية والتي تلبى احتياجاته.
- ب. **الشلل الدماغي المتوسط:** يكون النمو الحركي في الشلل الدماغي المتوسط بطيئاً جداً، إلا أن الأطفال المصابين بهذا النوع تتطور لديهم القدرة على ضبط حركة العضلات الدقيقة، ويتعلمون المشي في النهاية باستخدام أدوات مساندة أحياناً، وبشكل عام هؤلاء الأطفال بحاجة إلى الخدمات العلاجية للتغلب على المشكلات المتعلقة بالكلام والعناية بالذات.
- ت. **الشلل الدماغي الشديد:** تكون الإعاقة الحركية شديدة جداً، فتحد من قدرة الطفل على العناية الذاتية، والحركة المستقلة والكلام، لذلك فهؤلاء الأطفال بحاجة إلى علاج مكثف ومنظم ومتواصل.

علاج الشلل الدماغي:

مع العلم بعدم وجود علاج شاف لشلل الدماغي فإن هناك العديد من الطرق المساعدة لهؤلاء الأطفال للحصول على أفضل نتيجة محتملة للنمو والتطور، لكي يتمكن الأطفال من تحسين قدراتهم العضلية لأداء كثير من المهام التي يحتاجها في حياته اليومية كالمشي، الأكل، والتواصل مع الآخرين عن طريق الكلام، فالتشخيص السليم والتدخل المبكر ذو أهمية كبيرة، حيث تقوم المجموعة العلاجية خاصة بوضع خطة علاجية ويمكن أن يكتب لها النجاح عندما يكون لوالدي الطفل دور كبير في التخطيط لها وتطبيقها. ولا يوجد علاج جراحي للشلل الدماغي ولكن هنالك بعض العمليات الجراحية التي يتم عملها لتسهيل عملية العلاج الطبيعي وتقليل من التشوهات الحركية. وكما لا يوجد أدوية علاجية تشفى الطفل بالشلل الدماغي نهائياً.

الشلل الدماغي المصاحب بإعاقة عقلية:

يشير كل من بور ومول (Bord and Moll, 2006) إلى أن التلف الدماغي الذي يؤدي إلى الشلل الدماغي عند الطفل نادراً ما تقتصر آثاره على مظاهر النمو الحركي فقط، وإنما يتعداه إلى أشكال أخرى من المشكلات والإعاقات. وقد سمي الشلل الدماغي أصلاً بهذا الاسم لأن الشلل الحركي العارض هو الأكثر تواجداً بين الأعراض المختلفة لإصابات الدماغ وليس قطعاً الوحيد. وإن المشكلات والإعاقات الأخرى غير الحركية والتي تلاحظ

لدى الطفل المصاب لا تكون ناتجة عن الشلل الدماغى وإنما مصاحبة له، إذ إن الإصابة العضوية فى الدماغ والى تؤدى إلى الشلل الدماغى قد تؤدى هى نفسها إلى حدوث إعاقة عقلية أو حسية أو صحية. لكن وبسبب وضوح الشلل الحركى والاضطراب فى النمو الحركى يسمى الشلل الدماغى بالإعاقة الأولية، بينما الإعاقة العقلية المصاحبة والإعاقة الحسية وغيرها إن وجدت مع حالة الشلل الدماغى تسمى بالإعاقة الثانوية. ومن هذه الإعاقات المصاحبة للشلل الدماغى الإعاقة العقلية، ونوبات الصرع، والإعاقة السمعية، والإعاقة البصرية، واضطراب النطق.

ولعل الفئة المصابة بالشلل الدماغى المصحوب بالإعاقة العقلية يشكل محور الاهتمام لهذه الأطروحة. وذلك لأن نسبة انتشارها بين الأطفال المصابين بالشلل الدماغى مرتفعة، حيث يشير إلى أن نسبة انتشار الإعاقة العقلية كإعاقة مصاحبة لحالات الشلل الدماغى تصل ما بين (50- 70) وتكون أعلى نسبة للإعاقة العقلية المصاحبة للشلل الدماغى فى حالة الشلل الدماغى التشنجى. ويؤكد سلازور وكاسترو على أن الطفل الذى يكون مصاباً بالشلل الدماغى والذى يؤثر على الحركة ومصاباً بالإعاقة العقلية تؤدى هذه الازدواجية إلى إحداث اضطرابات فى الإدراك لديه. ويكون وضع الطفل أصعب من الذى لديه شلل دماغى فقط، ولذلك تم توجيه البرنامج التدرىي المقترح فى هذه الأطروحة ليراعى هذه الخصوصية لدى الأطفال الذى لديهم الإعاقة المزدوجة وهى الشلل الدماغى المصحوب بالإعاقة العقلية.

تعقيب على الإطار النظرى للشلل الدماغى:

يلاحظ مما سبق أن للشلل الدماغى آثاره الواضحة على الشخص المصاب به سواء كانت آثار يمكن ملاحظاتها بالعين المجردة مثل عدم القدرة على الأداء المثلالى أو الطبيعى للحركة وعدم قيام أعضاء الشخص المسئولة عن الحركة فى القيام بوظيفتها بشكل طبيعى كما يلاحظ فى بعض الأشخاص الأخرى عدم القدرة على الاتزان سواء أثناء الوقوف أو الحركة بشكل طبيعى.

وهناك أيضاً آثار للشلل الدماغى لا ترى بالعين المجردة وتحتاج لمعرفة إلى الملاحظة والتقييم مثل عدم قدرة الشخص المصاب على ممارسة الكثير من الأنشطة التفاعلية مع المحيطين به مما يؤثر ذلك فى التكيف معهم، وهذا هو الهدف من هذه الدراسة.

ثانياً: السلوك التكييفى:

مفهوم السلوك التكييفى:

السلوك التكييفى هو قدرة الشخص على التكيف فى البيئة المحيطة به والتعامل بشكل مناسب مع الأشخاص

المحيطين به. (عبيد، ماجدة 2017)

وقد عرفته (حسان، نورا 2017) على أنه هو درجة التفاعلية التي يقابل بها الشخص المعايير الخاصة باستقلالية الشخص ومسئولياته الاجتماعية المتوقعة حسب عمره الزمني وثقافته.

يُعد السلوك الإنساني محصلة تفاعل الفرد مع العوامل الداخلية الخاصة به، أو مع العوامل الخارجية، كما اعتبر التكيف مؤشراً لمسار النمو الطبيعي، سواء كان تكيفاً بيولوجياً أو نفسياً أو اجتماعياً (راغب، شريفة 2014).

خصائص السلوك التكيفي:

1. يصبح السلوك التكيفي أكثر تعقيداً بزيادة العمر الزمني للفرد. فسلوك الأطفال التكيفي في المراحل النمائية المبكرة أقل تعقيداً.
2. السلوك التكيفي يتأثر بتوقعات المجتمع والثقافة التي ينتمي إليها الفرد.
3. يتأثر السلوك التكيفي بالظروف والمواقف الأسرية التي يتعرض لها الفرد أثناء نموه والتغيرات التي تطرأ على حياته، كفقدان أحد أفراد الأسرة، أو غيابه المتكرر أو انتقال من مدينة إلى أخرى وغيرها من الظروف.
4. يعتمد قياس السلوك التكيفي على قياس ما يقوم به الأفراد من ممارسات يومية فعلية أكثر من اعتماده على القدرات الحقيقية التي يملكونها (المالكي، فاطمة 2010).

النظريات المفسرة للسلوك التكيفي:

وفيما هو تالي عرض لأهم النظريات المفسرة للسلوك التكيفي:

• أولاً: النظرية البيولوجية:

ويشير روادها إلى أن جميع أشكال الفشل في التوافق تنتج عن أمراض تصيب أنسجة وخاصة المخ، يمكن توارثها أو اكتسابها من خلال الحياة عن طريق الإصابات والجروح والعدوى والخلل الهرموني الناتج عن الضغط الواقع على الفرد، وترجع اللبنة الأولى لوضع هذه النظرية الجمهور كل من داروين، مندل، وجالون، كالمان وغيرهم (حافظ، نسرين 2015).

• ثانياً: نظرية التحليل النفسي:

يرى فرويد أن التكيف الشخصي غالباً ما يكون لا شعورياً؛ أي أن الفرد لا يعي الأسباب الحقيقية لكثير من سلوكياته، فالإنسان المتوافق هو من يستطيع إشباع المتطلبات الضرورية للهو بوسائل مقبولة اجتماعياً؛ أي أن التكيف يتحقق عندما يكون الأنا عند الفرد بمكانة المدير المنفذ للشخصية، فهو الذي يسيطر على كل من الهو والأنا الأعلى، ويتحكم فيهما ويدير حركة التفاعل مع العالم الخارجي، وتفاعل تراعي فيه

الشخصية بأسرها، فبدأء الأنا لوظائفها في حكمة واتزان يسود الانسجام ويتحقق التكيف (عبد الوهاب، مروة 2022) وقد تحدث ايدلبرج أن التوافق هو تكامل الحاجات العززية ومتطلبات الأنا، وتلك مهمة الأنا الأعلى، وذلك عن طريق التعلم واختبار الواقع. كما اعتقد (يونج) أن مفتاح التكيف والصحة النفسية يكمن في استمرار النمو الشخصي دون توقف أو تعطل، كما وأكد أهمية الذات الحقيقية، وأهمية التوازن في الشخصية السوية المتكيفة، وأخيراً زاد اريكسون التركيز على إبراز تأثير العوامل الاجتماعية والعوامل الشخصية ممثلة في فاعلية الأنا في بناء الشخصية، وتشكل نظرية اريكسون واحدة من النظريات الحديثة في التحليل النفسي، حيث تؤكد فاعلية الأنا، وقد طور مفهوماً أسماه أزمة النمو، فكل مرحلة نمو خصائص لها طابع الأزمة، والأزمة هنا لا يقصد بها مفهوم الكارثة، وإنما يقصد أن لكل مرحلة نمائية نقطة تحول مصيرية، لهذا يكون الحل لكل أزمة نمو جانبا الإيجابي والسلبي لكي يسهم الحل الإيجابي لأزمة المرحلة في قوة الأنا وإيجابية التكيف، في حين يسهم الحل السلبي في إضعاف الأنا. (عودة، محمد 2016)

● ثالثاً: النظرية السلوكية:

يشير رواد النظرية السلوكية إلى أن التكيف عملية مكتسبة عن طريق التعلم والخبرات التي يمر بها الفرد، وكيفية الاستجابة لتحديات الحياة التي سوف تقابل بالتعزيز أو التدعيم، ويرى واطسون وسكينر أن عملية التكيف تتشكل بطريقة آلية عن طريق تلميحات البيئة وإثابتها، وقد رفض بندور هذا التفسير الكلاسيكي الذي يعمل على تشكيل طبيعة الإنسان بطريقة ميكانيكية حيث أكد أن الكثير من الوظائف البشرية تتم والفرد على درجة عالية من الوعي والإدراك، حيث إن السلوك وسمات الشخصية نتاج للتفاعل المتبادل بين ثلاث عوامل وهي: النماذج والسلوك الإنساني، والعمليات العقلية والشخصية (عودة، كمال 2016)، ويقوم مفهوم التكيف عند السلوكيين على اكتساب الفرد لمجموعة من العادات المناسبة والفعالة في معاملة الآخرين، والتي سبق أن تعلمها الفرد وأدت إلى خفض التوتر أو شبعته ودوافعه وحاجاته، وبذلك دعمت وأصبحت سلوكاً يستدعيه الفرد كلما وقف في ذلك الموقف مرة أخرى (حمدان، محمد 2017).

● رابعاً: النظرية الإنسانية:

ترى هذه النظرية أن الإنسان خير بطبعه ومطالبه تتفق مع مطالب المجتمع، وهو حر له إرادة في اختيار أفعاله التي يتكيف بها مع نفسه ومع مجتمعه، فقد نظر كارل روجر إلى التكيف بأنه يتحقق عندما يمكن دمج كل الخبرات الجسدية والإدراكية والحسية للفرد بصورة رمزية مع صورة الذات ضمن علاقة توافق، أما في حالة سوء التكيف عندما ينكر الفرد الخبرات أو يرمز ضمن بنية الذات سواء كانت هذه الخبرات حسية آتية من طريق الحواس أو جسدية آتية من داخل الجسد، أما ماسلو فيشير إلى أن التكيف مرتبط

بتحقق الذات، وأن الكائن الحي ينشط ليحقق إشباعاً لاحتياجاته، حيث يندفع الكائن الحي لإشباع الحاجات الأولية أو الفسيولوجية، فإذا أشبعها اختفت من مجال دافعيته لتفسح المجال للمستوى الثاني من الدوافع، فإذا أشبع هذا المستوى أيضاً اختفى وأفسح المجال للمستوى الثالث (الحماعي، 2005) ويرى البورت أن التكيف هو غاية كل كائن حي دافعاً أساسياً للسلوك، بمعنى أن كل فرد يتكيف مع بيئته بطريقته الخاصة، ويرتبط التكيف السوي بامتداد الذات، ويعني ذلك أن حياة الفرد لا ينبغي لها أن تتقيد في نطاق تلك المجموعة من النشاطات التي ترتبط وثيقاً بحاجاته وبواجباته المباشرة، وينبغي أن تكون إشاعته وتوتراته أكثر ميلاً إلى الكثرة والتعدد، وهذا يتضمن إسقاطاً على المستقبل في صورة تخطيط وأمال (مصطفى، محمد 2019).

الأطفال ذوي الشلل الدماغي والسلوك التكيفي:

على الرغم من الجهود الكبيرة التي تبذل في معظم الدول لتعديل الاتجاهات نحو الأشخاص المعاقين فإنهم لا يزالون يتعرضون لمستويات متباينة من الرفض والعزل الاجتماعي. وذلك صحيح على وجه التحديد في الحالات التي تكون فيها إعاقة الشخص شديدة كبعض أنواع الشلل الدماغي. وعلى أي حال، فإن المشاركة في الحياة الاجتماعية حق أساسي وينبغي الاستمرار في بذل المزيد من الجهود لإتاحة الفرص لهم بالمشاركة في الأنشطة الاجتماعية، والترويحية، والثقافية، والرياضية، وغيرها. مما يؤدي بالتالي إلى تعزيز السلوك التكيفي لدى هؤلاء المعاقين (الخطيب، 2010).

ويرى (زوقاع، ميلودي 2018) أن الأطفال المصابين بالشلل الدماغي يعانون مشاكل في السلوك التكيفي، وأن السبب في حدوثها ليس إصابة الدماغ ولكن تتركز الأسباب في الضغوط النفسية على الطفل والعائلة، مما يسبب ضيقاً لمن يقوم برعايته، وإعاقة قد تؤدي إلى زيادة إحباطاته، ومن أهم هذه المشاكل اضطراب النوم والاستيقاظ المتكرر، والبكاء الذي قد يكون تعبيراً من الطفل عن تضايقه من وضعه العام أو عدم الاهتمام به، والانطوائية، وقلة التركيز.

لا يقتصر الأمر على المجتمع، بل إن العديد من الدراسات بينت فشل الأسر في تقبل إعاقات أطفالهم، ووجود صعوبات حقيقية في علاقات تلك الأسر مع أطفالهم من ذوي الشلل الدماغي.

ترى (الفيتوري، سعاد 2004) أن المشكلات التي تواجه الطفل المعاق هي غالباً التي تضمن علاقته بالمحيط الاجتماعي المرتبط به وظهور علامات لسوء التكيف مع هذا المحيط مما يؤثر سلباً على فاعلية أدائه لدوره الاجتماعي في المجتمع وتأخذ مشكلات التكيف التي تواجه الطفل المعاق من الناحية الاجتماعية صوراً متعددة منها:

1. فيما يتعلق بالأسرة: إن وجود طفل معاق في الأسرة من شأنه أن يحدث عدم استقرار داخل نسق العلاقات الاجتماعية، فلا يخفى على أحد أن الأسرة لا ترحب ولا ترغب في أن يكون أحد أفرادها من المعاقين ولهذا الموقف آثار سلبية يمكن توضيحها فيما يلي:

أ. هذا الشعور قد ينعكس على المعاق بطريقة سلبية فيضطر أعضاء الأسرة إلى معاملة المعاق معاملة حسنة تتسم بالعطف والشفقة الزائدة وقد يرفض كثيراً من المعاقين هذا السلوك.

ب. قد ينعكس نفس الشعور بطريقة عكسية فيعامل أفراد الأسرة الطفل المعاق بطريقة استفزازية تعيق تكيفه مع أعضائها وبذلك تؤثر على مشاعره.

ت. كثيراً ما تخفي الأسرة الطفل عن المجتمع الخارجي وتشعر بالخجل وربما بالعار من وجود الطفل مما يؤثر على علاقة الطفل بالبيئة.

2. المشكلات التي يعلمها المجتمع: يمكن القول إن الطفل المعاق لا يعاني من النفسي بقدر ما يعاني مشكلات التكيف الاجتماعي في المجتمع الخارجي فنظرات العطف التي يلقاها المعاق تؤثر على توافقه الذاتي في قبول إعاقته اجتماعياً أصعب بكثير من قبولها ذاتياً، إلا أن رفض المجتمع له يؤثر على توافق الطفل مع المجتمع إذا كان هذا لا يرضى له شعورياً أو لا شعورياً.

3. مشكلات الترويح: إن الإعاقة تؤثر على قدرة الطفل المعاق على الاستمتاع بوقت الفراغ فممارسة المعاق أي نوع من أنواع النشاط تتطلب طاقات خاصة قد لا تتوافر لديه، كما أن الأدوات المستخدمة في أماكن الترويح العامة ليست معدة للأطفال المعاقين، فضلاً عن الصعاب التي تواجه المعاق عند ارتياد أماكن اللهو أو الحدائق العامة.

4. مشكلات الصداقة: تمثل الصداقة حاجة أساسية للفرد في المراحل الأولى من العمر، إلا أن شعور الطفل المعاق بعدم المساواة مع زملائه، وعدم شعور هؤلاء بكفايته لهم يؤدي إلى اتجاهات سلبية تنعكس على المعاق نفسه، وتكثر الصداقات بين المعاقين من نفس الإعاقة لنا يجب على أفراد المجتمع والأسرة والعاملين في مجال التربية الخاصة العمل على مساعدة هؤلاء الأطفال والتعامل معهم بالطريقة العلمية والتربوية السليمة حتى يتمكن هؤلاء الأطفال من الاعتماد على أنفسهم.

تعقيب على الإطار النظري للسلوك التكيفي:

السلوك التكيفي كما وضح يؤثر على علاقة الطفل من ذوي الشلل الدماغي مع علاقته بالبيئة المحيطة به سواء داخل أو خارج المنزل. وقد يؤدي عدم وجود سلوك تكيفي بين الطفل والبيئة المحيطة نشأة الكثير من السلوكيات الغير إيجابية بسبب عدم قدرته على التكيف.

تتغير الأنماط السلوكية خلال تطور الشخص، وإعدادات الحياة والبنى الاجتماعية وتطور القيم الشخصية،

وتوقعات الآخرين، لذلك من المهم تقييم السلوك التكيفي من أجل تحديد مدى جودة أداء الفرد في الحياة اليومية مهنيًا واجتماعيًا وتعليميًا.

ولهذا إدراكًا من الباحث بأهمية توافر السلوك التكيفي للأطفال من ذوي الشلل الدماغي المصاحب بإعاقة عقلية ومدى تأثيره على شتى مجالات الحياة ومدى إمكانية مساهمة مجال اللعب في تحسين السلوك التكيفي فقام بإعداد هذه الدراسة.

دراسات سابقة

- دراسة: بشارة، فيفيان نبيل نجيب (2023) بعنوان: "فعالية برنامج تدريبي قائم على التكامل الحسي لتنمية المهارات اللغوية وخفض السلوك اللاتكيفي لدى التلاميذ ذوي الشلل الدماغي المدمجين":

الهدف من الدراسة: الكشف عن فاعلية برنامج تدريبي قائم على التكامل الحسي لتنمية المهارات اللغوية وخفض السلوك اللاتكيفي لدى التلاميذ ذوي الشلل الدماغي المدمجين". العينة: تكونت العينة من 12 تلميذاً من ذوي الشلل الدماغي المدمجين تتراوح أعمارهم بين (6-8) سنوات. وكانت النتيجة: وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٢٠٠١) بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس المهارات اللغوية لدى التلاميذ ذوي الشلل الدماغي المدمجين لصالح المجموعة التجريبية، ومقياس السلوك اللاتكيفي لدى التلاميذ ذوي الشلل.

- دراسة: السيد، زينب ماضي محمود (2022) بعنوان: "النموذج البنائية للعلاقات السببية بين التجول العقلي ببعديه الداخلي والخارجي والشعور بالتماسك لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية والسلوك التكيفي لأبنائهن":

هدف الدراسة: الكشف عن الفروق بين الأمهات مرتفعات ومنخفضات التجول العقلي والشعور بالتماسك في السلوك التكيفي وأبعاده الفرعية لأبنائهن، عينة الدراسة: مكونة من (٧٦) طفلاً من الأطفال ذوي الإعاقة العقلية ممن تتراوح أعمارهم بين (٣: ٦) سنوات بمتوسط عمر (٥,٠٩) وانحراف معياري قدره (٠,٩٤). نتائج الدراسة: وجود علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين التجول العقلي لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية والسلوك التكيفي لأبنائهن، ووجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين الشعور بالتماسك لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية والسلوك التكيفي لأبنائهن. كما كشفت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي السلوك التكيفي لدى مرتفعي ومنخفضي التجول العقلي، في اتجاه منخفضي التجول العقلي.

- دراسة: خاضر، عبد القادر (2021)، بعنوان: "فعالية برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات السلوك التكيفي لدى الأطفال الإعاقة العقلية":

هدف الدراسة: التعرف على فعالية برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات السلوك التكيفي لدى الأطفال المعاقين عقلياً. عينة الدراسة: 10 أطفال ودرجة ذكاءهم متوسطة ما بين 50-65 درجة، لديهم إعاقة عقلية، نتائج الدراسة: وجود فروق دالة لصالح القياس البعدي أن للبرنامج فعالية في تنمية مهاراتي التواصل والحياة اليومية للأطفال المعاقين عقلياً.

- دراسة: (2020) **Abd El Fadil, Dina Mohamed** بعنوان: "تقييم التوازن والتكيف البيئي لدى الأطفال المصابين بالشلل الدماغي التشنجي":

الهدف من الدراسة: تقييم التوازن وجودة الحياة في الأطفال الذين يعانون من الشلل الدماغي التشنجي، العينة: 56 طفل من كلا الجنسين، النتيجة: أسفرت نتائج البحث عن أن كلاً من مقياس التوازن الطفولي ومقياس التحكم الاختياري للأطراف السفلية يعتبروا وسائل فعالة لتقييم التوازن. كذلك أن التكيف البيئي والمشاركة المجتمعية للأطفال ذوي الشلل الدماغي التشنجي تتأثر وتؤثر بمستوى المهارات الحركية وجودة الحياة. الخلاصة مقياس التوازن الطفولي ومقياس التحكم الاختياري للأطراف السفلية يعتبروا وسائل فعالة لتقييم التوازن في الأطفال ذوي الشلل الدماغي التشنجي كذلك التكيف البيئي للأطفال ذوي الشلل الدماغي التشنجي تتأثر بمستوى المهارات الحركية وجودة الحياة.

- دراسة: شعبان، سحر محمد سيد (2020) بعنوان: "برنامج إرشادي لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية المتوسطة المساء معاملتهم وأثر ذلك على السلوك التكيفي لأطفالهن":

هدف الدراسة: التعرف على مدى فاعلية برنامج إرشادي مقترح لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية المتوسطة المساء معاملتهم في إكساب أطفالهن السلوك التكيفي، عينة الدراسة: ١٥ أمّاً يشكّن المجموعة التجريبية للأطفال الملتحقين بمدرسة التربية الفكرية بمدينة الفيوم، نتائج الدراسة: اتضح من نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية المتوسطة المساء معاملتهم على مقياس السلوك اللاتكيفي قبل وبعد التدخل مع أمهاتهم باستخدام البرنامج الإرشادي.

- دراسة: القحطاني، هنادي حسين آل هادي (2018) بعنوان: "فاعلية برنامج إرشادي لتنمية المرونة الأسرية وأثره في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال مزدوجي الإعاقة":

هدف الدراسة: التحقق من فعالية برنامج إرشادي للعمل على تنمية المرونة الأسرية لدي عينة من أمهات الأطفال ذوي الشلل الدماغي المصحوب بالإعاقة الفكرية والتعرف على فاعليته وأثره في خفض الضغوط النفسية، عينة الدراسة: تكونت عينة البحث من (40) أمّاً لأطفال من ذوي الشلل الدماغي مصحوب بإعاقة عقلية، نتائج الدراسة: وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية لصالح التطبيق البعدي في متغيري المرونة الأسرية والضغوط النفسية، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي في متغيري

المرونة الأسرية والضغط النفسية لصالح المجموعة التجريبية.

- دراسة: (2018) Marzieh Pashmdarfard & Malek Amini بعنوان: "العوامل المؤثرة على مشاركة الأطفال المصابين بالشلل الدماغي في الأنشطة الهادفة":

الهدف من الدراسة: مراجعة منهجية تستخدم إرشادات PRISMA لاستعراض العوامل التي تؤثر على مشاركة الأطفال ذوي الشلل الدماغي، العينة: مجموعة من الأشخاص من ذوي الشلل الدماغي، النتيجة: تشير النتائج إلى أن أخصائي العلاج الوظيفي يجب أن يقوموا بتقييم العملاء في جميع العوامل المبينة التي تسهل أو تعوق المشاركة لضمان وجود خطة تدخل مناسبة. ومع ذلك، فإن تقييم كل حالة فردية في عملية العلاج الوظيفي يستغرق وقتاً طويلاً وصعباً.

- دراسة: أبو الحسن، شيماء جمال الدين عبد الله (2016)، بعنوان: "التفكير الإيجابي لعينة من الأمهات وأثره في السلوك التكيفي لأطفالهن المعاقين عقلياً القابلين للتعلم":

هدف الدراسة: الكشف عن الفرق في السلوك التكيفي بين أمهات مرتفعي ومنخفضي التفكير الإيجابي، عينة الدراسة: مكونة من (100) من الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم. نتائج الدراسة: وجود فرق دال إحصائياً بين عينة الأطفال في السلوك التكيفي يعزى لأمهات التفكير الإيجابي المرتفع، وكذلك وجود فرق دال إحصائياً في السلوك التكيفي يعزى للأطفال ذوي أمهات المستوى التعليمي العالي، وكذلك وجود فرق بين عينة الأطفال في السلوك التكيفي يعزى للنوع (ذكور - إناث) لصالح الذكور، كما وجد فرق في السلوك التكيفي يعزى للتفاعل الثنائي بين التفكير الإيجابي والنوع لصالح الذكور لأمهات التفكير الإيجابي المرتفع، وجود فرق في السلوك التكيفي يعزى للتفاعل الثنائي بين التفكير الإيجابي ومستوى التعليم لصالح أمهات التفكير الإيجابي المرتفع ذوات التعليم العالي.

- دراسة: زهران، محمد حامد عبد السلام (2015)، بعنوان: "فاعلية برنامج للتدخل المبكر للأمهات لتنمية بعض مهارات السلوك التكيفي لدى أطفالهن ذوي الإعاقة العقلية":

هدف الدراسة: الكشف عن فاعلية برنامج للتدخل المبكر للأمهات لتنمية بعض مهارات السلوك التكيفي لدى أطفالهن ذوي الإعاقة العقلية، وتكونت عينة الدراسة من مجموعة البحث من 5 أمهات وأطفالهن ذوي الإعاقة العقلية، وكانت نتائج الدراسة: فاعلية وجدوى برنامج التدخل المبكر في تنمية مهارات الأمهات، للتعامل مع أطفالهن ذوي الإعاقة المتوسطة للتعلم لدى الأمهات المشاركات في البرنامج التدريبي وتنمية بعض مهارات السلوك التكيفي لدى أطفالهن.

- دراسة: عبد الحافظ، نجاح أحمد 2014 بعنوان: "برنامج تدريبي لأطفال الشلل الدماغي وأثره على السلوك التوافقي ومهارات الأداء الاستقلالي لديهم":

الهدف من الدراسة: التعرف على فاعلية البرنامج التدريبي المقترح لأطفال الشلل الدماغي في تحسين سلوكهم

التوافقي، العينة ضمت 20 طفلاً تتراوح أعمارهم ما بين (3-11) سنة من أطفال الشلل الدماغي النصفي بمدينة المنصورة، وكانت نتائج الدراسة: توجد فروق دالة إحصائياً بين القياس القبلي والبعدي والتتابعي لمقياس السلوك التوافقي لدي عينة المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج التدريبي لصالح المجموعة التجريبية.

- دراسة: العطيوي، ولاء محمد محمود (2014) بعنوان "فاعلية برنامج تعليمي في التدخل المبكر مستند إلى نظرية التعلم باللعب في تحسين مهارات السلوك التكيفي لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة في عينة أردنية":

هدف الدراسة: التعرف على فاعلية برنامج تعليمي في التدخل المبكر مستند إلى نظرية التعلم باللعب في تحسين السلوك التكيفي، وكانت عينة الدراسة: تكونت من أربعة أطفال من ذوي الإعاقة العقلية البسيطة تراوحت أعمارهم بين (50-78) شهراً، وتم اختيارهم بطريقة قصدية من أحد مراكز التربية الخاصة بعمان، وكانت نتائج الدراسة: تحسن في مهارات السلوك التكيفي لدي عينة الدراسة بشكل متفاوت، وأشارت النتائج إلى احتفاظ الأطفال بهذه المهارات في مرحلة المتابعة، كما أشارت النتائج أيضاً إلى تحسن أداء جميع عينة الدراسة في مهارات الحياة اليومية في البرنامج بنسبة نجاح (100%)، وبشكل عام أشارت النتائج إلى فاعلية اللعب في تحسن مهارات السلوك التكيفي لدي أطفال ذوي الإعاقة البسيطة في مراحل عمرية مبكرة.

- دراسة: القحطاني، هنادي حسين آل هادي (2013) بعنوان "فاعلية برامج الدمج في خفض بعض أنماط السلوك اللاتكيفي لدى التلاميذ ذوي الشلل الدماغي المصحوب بالإعاقة العقلية":

الهدف من الدراسة: التعرف على الفروق في الأداء على مقياس السلوك اللاتكيفي بين التلميذات المدمجات وغير المدمجات من ذوي الشلل الدماغي المصحوب بالإعاقة العقلية، وتكونت عينة الدراسة من سبعين تلميذة من ذوات الشلل الدماغي المصحوب بالإعاقة العقلية مقسمين إلى مجموعتين. وكان المدى العمري لعينة الدراسة من (9-21) سنة، وكانت النتيجة: وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية لصالح الطالبات المدمجات من ذوي الشلل الدماغي المصحوب بالإعاقة العقلية في النشاط الزائد. كما أشارت النتائج إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الطالبات المدمجات وغير المدمجات من ذوي الشلل الدماغي المصحوب بالإعاقة العقلية في العادات السلوكية غير المناسبة.

- دراسة: مرزوق، مريم ثابت (2011) بعنوان: "أثر برنامج تدريبي لتنمية القدرات المعرفية والسلوك التكيفي لدى عينة من الأطفال المصابين بالشلل الدماغي المعاقين عقلياً":

الهدف من الدراسة: معرفة أثر برنامج تدريبي لتنمية القدرات المعرفية والسلوك التكيفي لدى عينة من الأطفال المصابين بالشلل الدماغي المعاقين عقلياً. وعينة الدراسة: أجريت الدراسة على 18 من الأطفال المصابين بالشلل الدماغي المعاقين عقلياً تتراوح أعمارهم ما بين (5-10) سنوات، من الذكور والإناث، وكانت

النتيجة: هناك فروق دالة إحصائياً بين وسيط درجات المجموعة التجريبية والضابطة عليم مجالات البورتيج في القياس البعدي في اتجاه المجموعة التجريبية.

- دراسة: الإمام، محمد صالح ٢٠١٠ بعنوان: "بناء برنامج إرشادي قائم على تطوير مهارات التعامل لأمهات الأطفال ذوي الشلل الدماغي وقياس أثره في تنمية السلوك التكيفي لدى أطفالهن":

هدف الدراسة: التعرف على فاعلية برنامج إرشادي قائم على تطوير مهارات التعامل لأمهات الأطفال ذوي الشلل الدماغي وقياس أثره في تنمية السلوك التكيفي لدى أطفالهن، تكون أفراد الدراسة من جميع الأمهات وأطفالهن من ذوي الشلل الدماغي ممن انتظمين في مراجعة المركز الطبي الشامل التابع للجنة زكاة وصدقات مخيم الوحدات في الأردن يبلغ المتوسط الحسابي لأعمار الأمهات (32.8) سنة، وبالنسبة للأطفال ذوي الشلل الدماغي تتراوح أعمارهم ما بين 6-12 سنة) وبمتوسط حسابي (7.4) سنة وبانحراف معياري (1.8)، وكانت نتائج الدراسة: توجد فروق دالة إحصائياً بين القياس القبلي والبعدي والتتبعي لمقياس السلوك التوافقي لدي عينة المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج التدريبي لصالح المجموعة التجريبية.

- دراسة: عايش، محمد يعقوب خليل (2008) بعنوان "فعالية برنامج إرشادي في تطوير مهارات الأمهات في التعامل مع أطفالهن ذوي الشلل الدماغي وأثره على سلوكهم التكيفي":

هدف الدراسة: تقصي فاعلية برنامج إرشادي في تطوير مهارات الأمهات في التعامل مع أطفالهن ذوي الشلل الدماغي في المجالين الصحي والاجتماعي، وقياس أثر ذلك على السلوك التكيفي للأطفال. وكانت عينة الدراسة (40) من الأمهات وأطفالهن من ذوي الشلل الدماغي ممن ينتظمين في مراجعة المركز الطبي الشامل التابع للجنة زكاة وصدقات مخيم الوحدات في عمان-الأردن. وقد أظهرت النتائج ما يلي: وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات الأمهات في مهارات التعامل مع أطفالهن ذوي الشلل الدماغي في المجموعتين التجريبية والضابطة، ولصالح الأمهات في المجموعة التجريبية التي خضعت للبرنامج الإرشادي.

إجراءات البحث

عينة الدراسة

عينة حساب الخصائص السيكومترية تكونت العينة من 70 طفل من ذوي الشلل الدماغي المصاحب بإعاقة عقلية، يتراوح عمرهم من (8-10) سنوات بمتوسط عمري (8.05). حيث تم أخذ من ثلاث مراكز متخصصة لتدريب الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة بالقاهرة.

خطوات الدراسة

• اطلاع الباحث على ما توفر من الغطر النظرية والدراسات ذات الصلة والتي تناولت مفهوم السلوك التكيفي

والشلل الدماغي المصاحب بالإعاقة العقلية.

- الاطلاع على ما أتيح لها من بحوث ودراسات عربية وأجنبية ذات العلاقة بالمقياس المراد تصميمه.
- الاطلاع على بعض المقاييس التي أعدها بعض الباحثين لقياس السلوك التكيفي بهدف الحصول على فقرات مناسبة للأداة ومن المقاييس التي تم الاطلاع عليها الآتي بعد مراجعة الباحث لإبراز المقاييس في مجال السلوك التكيفي مثل:

المؤلف	تاريخ نشر المقياس	اسم المقياس	الأبعاد	المقياس منشور أو غير منشور	أوجه الاستفادة من المقياس
العلي، صفاء محمد	2015	الصورة الأردنية (ABAS-II)	1. التواصل 2. المهارات المجتمعية 3. المهارات الأكاديمية. 4. المهارات المدرسية. 5. المهارات الصحية والسلامة. 6. مهارات وقت الفراغ 7. مهارات العناية الذاتية. 8. مهارات التوجيه الذاتي. 9. المهارات الاجتماعية.	منشور	- استعان الباحث بأكثر من بند من هذا المقياس. - يوجد بعض الأبعاد لا تناسب عينة الدراسة الحالية
نهير، ليلاند	2018	مقياس السلوك التكيفي (الصورة المدرسية)	1. الوظائف الاستقلالية. 2. النمو الجسدي. 3. النشاط الاقتصادي. 4. النمو اللغوي. 5. الأرقام والوقت. 6. قبل المهني. 7. التوجيه الذاتي. 8. تحمل المسؤولية. 9. التطبع الاجتماعي.	منشور	- استعان الباحث بأكثر من بند من هذا المقياس. - يوجد بعض الأبعاد لا تناسب عينة الدراسة الحالية
شنيكات، فريال عبد الهادي	2020	مقياس السلوك التكيفي	1. الاستقلالي. 2. التواصل. 3. الاجتماعي. 4. المعرفي. 5. الحركي.	منشور	- استعان الباحث بأكثر من بند من هذا المقياس. - استبعد الباحث البعد الحركي بسبب قصور العينة في هذا المجال.

- تم الاطلاع على البرامج التي تضمنت محاور السلوك التكيفي في المقياس كبرنامج VB-MAPP إعداد (Sundberg, 2008)، وبرنامج الايبلز المعدل (Partington, 2006).
- تم تحديد مفهوم السلوك التكيفي وتحديد محاوره، وصياغة بنوده ومفرداته بأسلوب بسيط خالي من التعقيد.
- تم تحديد محاور المقياس حيث اشتمل على ثلاث محاور وهما:

1. محور الجانب الاجتماعي.
2. محور التواصل.
3. محور الرعاية الذاتية.

• وبعد انتهاء الباحث من إعداد المقياس بصورته المبدئية قام الباحث بعرض المقياس في صورته الأولية على مجموعة من المتخصصين في مجال علم النفس والصحة النفسية؛ وذلك لإبداء الرأي حول مدى انتماء العبارات للمقياس وذلك وفقاً لبديلين (مرتبط / غير مرتبط)، ومدى صحة ووضوح العبارات وفقاً لبديلين (سليم / غير سليم)، واقترح التعديل بما يروونه مناسباً سواء بالحذف أو بالإضافة، وبناءً على آراءهم قام الباحث بإجراء التعديلات التي اتفق عليها المحكمين، وقد استبق الباحث على العبارات التي اتفق على صلاحيتها السادة المحكمين بنسبة 80% فأكثر، وكان نسبة الاتفاق بين فقرات المقياس بين 85.7% إلى 100% وهي نسبة مقبولة مما يدل على صدق المقياس.

جدول (1): نسبة اتفاق المحكمين على عبارات مقياس مهارات السلوك التكيفي لدى الأطفال ذوي الشلل الدماغي

محور الرعاية الذاتية			محور التواصل			محور الجانب الاجتماعي		
نسبة الاتفاق	عدد مرات الاتفاق	رقم العبارة	نسبة الاتفاق	عدد مرات الاتفاق	رقم العبارة	نسبة الاتفاق	عدد مرات الاتفاق	رقم العبارة
%80	8	1	%90	9	1	%90	9	1
%70	7	2	%80	8	2	%70	7	2
%90	9	3	%80	8	3	%80	8	3
%90	9	4	%90	9	4	%70	7	4
%90	9	5	%90	9	5	%90	9	5
%90	9	6	%90	9	6	%90	9	6
%90	9	7				%80	8	7
%80	8	8				%70	7	8
						%90	9	10
						%80	8	11
						%70	7	12
						%80	8	13
						%80	8	14
						%70	7	15
						%80	8	16
						%90	9	17
						%90	9	18

جدول (1) يوضح نسبة اتفاق المحكمين على عبارات مقياس مهارات السلوك التكيفي لدى الأطفال ذوي الشلل الدماغي في المحاور الثلاثة (الجانب الاجتماعي – محور التواصل – محور الرعاية الذاتية) فقد اتفق أغلب المحكمين على النسبة المئوية ما بين (70%) إلى (90%) وكل ما قل عن (80%) تم حذفه.

- بعد ذلك تم اختيار العينة (70) طفل من بين 3 مراكز مختلفة من مراكز التربية الخاصة بمحافظة القاهرة، والحصول على موافقات رسمية من أولياء الأمور هؤلاء الأطفال.
- تطبيق المقياس بصورته النهائية بعد التحكيم على عينة الدراسة.

هدف المقياس:

يهدف المقياس إلى قياس تحسن السلوك التكيفي لدى الأطفال ذوي الشلل الدماغي المصاب بإعاقة عقلية.

وصف المقياس:

في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة والمقاييس المختلفة حيث توصل الباحث إلى تحديد المقياس إلى ثلاث محاور يتكون المحور الأول (الجانب الاجتماعي) من 13 بند تقيس النواحي الاجتماعية لدى الطفل، والمحور الثاني (التواصل) يتكون من 6 بنود تقيس تواصل الأطفال مع الآخرين، وأخيراً المحور الثالث (الرعاية الذاتية) الذي يتكون من 8 بنود تقيس مهارات الطفل الاستقلالية ومدى قدرته واعتماده على ذاته.

تقدير درجات المقياس:

يتم تصحيح المقياس وفقاً لاستجابتين وهما (نعم – لا)، ولتصحيح المقياس وضعت لكل استجابة من الاثنين وزناً، تعطى الإجابة بنعم درجة، وتعطى الإجابة بلا صفر.

وقام الباحث بتطبيق المقياس على عينة استطلاعية تتكون من (70) طفل من ذوي الشلل الدماغي المصاب بإعاقة عقلية من بين 3 مراكز مختلفة من مراكز التربية الخاصة بمحافظة القاهرة للتحقق من الخصائص الإحصائية للمقياس.

الخصائص السيكومترية لمقياس السلوك التكيفي:

الصدق:

التحليل العاملي الاستكشافي لمفردات مقياس السلوك التكيفي:

هدفت هذه الخطوة إلى الكشف عن البنية العاملية Factorial Structure للمقياس وتحديد العوامل المتميزة فيه، وقد طبق المقياس على (70) طفل. واستخدم التحليل العاملي الاستكشافي لمفردات المقياس

(27 مفردة) بطريقة المكونات الأساسية (PC) Principal Components لهوتلينج والتدوير المتعامد بطريقة الفاريمكس Varimax، واعتمد على محك كايزر Kaiser (لا تقل قيمة الجذر الكامن / القيمة المميزة Eigenvalue عن الواحد الصحيح)، واستبعدت المفردات ذات التشعبات الأقل من (0.30). وقد أسفر التحليل عن ظهور 3 عوامل "بجذر كامن قيمته 3.2 فأكثر" تفسر (27.08%) من قيمة التباين الكلي للمقياس. ويمكن عرض نتائج التحليل العاملي في الجدول التالي:

جدول (2): تشعبات مفردات مقياس السلوك التكييفي بعد التدوير باستخدام التحليل العاملي الاستكشافي

المفردة	العامل	الأول	الثاني	الثالث
6		0.67		
2		0.62		
11		0.62		
9		0.59		
12		0.58		
4		0.52		
8		0.44		
13		0.41		
7		0.40		
10		0.38		
3		0.38		
1		0.37		
5		0.33		
19			0.62	
15			0.56	
17			0.54	
14			0.41	
18			0.35	
16			0.30	
26		0.62		
23		0.58		
22		0.50		
24		0.48		
27		0.41		
20		0.38		
21		0.35		
25		0.32		
القيمة المميزة		7.23	5.71	3.20

الثالث	الثاني	الأول	العامل
8.19	9.40	9.49	المفردة % للتباين المفسر لكل عامل
27.08			قيمة التباين المفسر للمقياس ككل

يتضح من جدول (2) ظهور ثلاثة عوامل: الأول كان عدد المفردات التي تشبعت عليه 13 مفردة امتدت تشعباتها من 0.33 إلى 0.67، وفسر هذا العامل 9.49% من التباين الكلي المفسر بواسطة المقياس، وبلغت قيمته المميزة (7.23)، ويمكن تسمية هذا العامل في ضوء أعلى تشعبات "الجانب الاجتماعي".

والثاني كان عدد المفردات التي تشبعت عليه 6 مفردات امتدت تشعباتها من 0.30 إلى 0.62، وفسر هذا العامل 9.40% من التباين الكلي المفسر بواسطة المقياس، وبلغت قيمته المميزة (5.71)، ويمكن تسمية هذا العامل في ضوء أعلى تشعبات "التواصل".

والثالث كان عدد المفردات التي تشبعت عليه 8 مفردات امتدت تشعباتها من 0.32 إلى 0.62، وفسر هذا العامل 8.19% من التباين الكلي المفسر بواسطة المقياس، وبلغت قيمته المميزة (3.20) ويمكن تسمية هذا العامل في ضوء أعلى تشعبات "الرعاية الذاتية".

الاتساق الداخلي:

تم حسابه عن طريق إيجاد معامل الارتباط بين العبارة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه والجدول التالي يوضح هذه المعاملات:

جدول (3): الاتساق الداخلي لعبارة مقياس السلوك التكيفي (ن = 70)

الرعاية الذاتية		التواصل		الجانب الاجتماعي	
معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة
**0.64	20	**0.77	14	**0.70	1
**0.70	21	**0.55	15	**0.74	2
**0.46	22	**0.54	16	**0.79	3
**0.64	23	**0.65	17	**0.62	4
**0.58	24	**0.63	18	**0.65	5
**0.59	25	**0.62	19	**0.44	6
**0.61	26			**0.57	7
**0.54	27			**0.69	8
				**0.69	9
				**0.64	10
				**0.51	11

				**0.57	12
				**0.61	13

** دالة عند 0.01

يتضح من جدول (3) أن جميع مفردات أبعاد المقياس كانت دالة عند مستوى 0.01، والذي يؤكد الاتساق الداخلي للمقياس، كما تم حساب الارتباط بين الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية للمقياس وكانت النتائج كما بالجدول التالي:

جدول (4): معاملات الارتباط بين الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لمقياس السلوك التكيفي

المعامل الارتباط بالدرجة الكلية	البعد
**0.87	الجانب الاجتماعي
**0.84	التواصل
**0.88	الرعاية الذاتية

** دال عند 0.01

يتضح من جدول (4) أن الأبعاد تتسق مع المقياس ككل حيث تتراوح معاملات الارتباط بين: (0.88- 81.0) وجميعها دالة عند مستوى (0.01) مما يشير إلى أن هناك اتساقاً بين جميع أبعاد المقياس، وأنه بوجه عام صادق في قياس ما وضع لقياسه.

ثبات المقياس:

حسبت قيمة الثبات للعوامل الفرعية باستخدام معامل ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية، والجدول التالي يوضح هذه المعاملات:

جدول (5): ثبات مقياس السلوك التكيفي والمقياس ككل

التجزئة النصفية (سبيرمان براون)	معامل ألفا كرونباخ	البعد
0.83	0.82	الجانب الاجتماعي
0.73	0.73	التواصل
0.83	0.87	الرعاية الذاتية
0.91	0.92	المقياس ككل

يتضح من الجدول السابق (5) أن جميع معاملات الثبات مرتفعة والذي يؤكد ثبات المقياس وذلك من خلال أن قيم معاملات ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية كانت مرتفعة، وبذلك فإن الأداة المستخدمة تتميز بالصدق والثبات ويمكن استخدامها علمياً.

مجمل نتائج الدراسة

تكون المقياس في صورته النهائية من ثلاث محاور في المحور الأول 13 بند وفي المحور الثالث 6 بنود والمحور

الأخير من 8 بنود، ومجموع كلي (27) بند. وقد تحقق للمقياس الخصائص السيكموترية على النحو التالي:
تم التحقق من الخصائص الإحصائية باستخدام صدق بينة المقياس، ولذلك فإن الأداة المستخدمة تتميز
بالصدق والاتساق والثبات ويمكن استخدامها علمياً.

التوصيات

لقد أظهرت النتائج أن هذا المقياس يتمتع بخصائص سيكموترية مقبولة تجعله مؤشراً مقبولاً للاستدلال على
دركية السلوك التكيفي لدى الأطفال من ذوي الشلل المصاحب بإعاقة عقلية، ولكن كغيره من المقاييس التي
تطور للمرة الأولى فإن مزيداً من الدراسات عليه من شأنه أن تساعد في وصول المقياس إلى صورة ذات دلالات
سيكموترية أفضل وأكثر استقراراً.

المراجع

- أبو الحسن، شيماء جمال الدين عبد الله (2016). التفكير الإيجابي لعينة من الأمهات وأثره في السلوك التكيفي لأطفالهن المعاقين عقلياً القابلين للتعلم. دراسات تربوية واجتماعية.
- الحمحامي، محمد محمد (2005) فلسفة اللعب. (2) القاهرة: مركز الكتاب للنشر والتوزيع.
- الخطيب، جمال محمد (2010) مقدمة في الإعاقة. دار وائل للنشر والتوزيع.
- الروسان، فاروق (2018). أساليب القياس والتشخيص في التربية الخاصة، عمان دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- الدسوقي، هاني الدسوقي إبراهيم (2022) برنامج حركي مقترح لتنمية بعض المهارات الحركية الأساسية لمصابي الشلل الدماغي، جامعة جنوب الوادي، كلية التربية الرياضية بقنا.
- الشخصي، عبد العزيز والسرطاوي، زيدان (1998م). دراسة احتياجات أولياء الأمور الأطفال المعاقين لمواجهة الضغوطات النفسية. ورقة مقدمة إلى المؤتمر القومي السابع لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بجمهورية مصر العربية من 8-10 ديسمبر.
- الريح، عايذة هاشم محمد، (2016)، فاعلية برنامج تدريبي لتنمية مهارات السلوك التكيفي دراسة تجريبية للأطفال قابلي التعلم على معهد أسرنا بمحلية كسلا، جامعة أم درمان الإسلامية.
- الفيتوري، سعاد (2004). المشكلات الاجتماعية للطفل المعاق طرابلس الغرب من شورات الجمعية الليبية للإعاقة.
- القحطاني، محمد علي (2020) فاعلية برنامج قائم على العلاج باللعب الجماعي في تنمية المهارات الاجتماعية لدى التلاميذ ذوي الإعاقة الفكرية، جامعة الزقازيق، كلية علوم الإعاقة والتأهيل.

- الهنداوي، علي فالح (2003). سيكولوجية اللعب الأردن: دار حنين للنشر والتوزيع.
- بلقيس، أحمد ومرعي، توفيق (2013). الميسر في سيكولوجية اللعب، عمان الأردن، دار الفرقان للنشر والتوزيع.
- جندل، جاسم محمد (2016). موسوعة المتلازمات في الطب المتلازمات الإعاقيه، عمان، دار المستقبل للنشر والتوزيع.
- حسان، نورا إسماعيل 2017، البيئة الأسرية واضطراب السلوك التكيفي لدى أطفال الشوارع، رسالة ماجستير جامعة الرقازيق.
- حافظ، نسرین (2015م). الذكاء العاطفي وعلاقته بالسلوك التكيفي والتحصيل الدراسي لدى عينة من أطفال دور الايواء في مكة المكرمة. رسالة ماجستير غير منشورة جامعة أم القرى، مكة المكرمة.
- حمدان محمد (2017م). الضغوط النفسية لدى أولياء أمور الأطفال المعوقين وأساليب مواجهتها، دراسة ميدانية، ط1. السعودية: مركز البحوث التربوية بجامعة الملك سعود.
- دردور، أسماء، 2021 اقتراح بروتوكول تشخيصي أرطوفوني للطفل المصاب بالشلل الدماغي، جامعة وهران 2 محمد بن أحمد.
- راغب، شريفة (2014). الخصائص السيكومترية لمقياس السلوك التكيفي للأطفال المكفوفين في مرحلة الروضة مجلة الإرشاد النفسي بمصر.
- زوقاع وميلودي، (2018) دور التربية الحسية الحركية والنشاط البدني المكيف في إعادة التأهيل الحركي عند أطفال الشلل الدماغي.
- عبد الوهاب، مروة عبد القادر، (2022) تأثير برنامج تدريبي باستخدام اللعب الجماعي على التفاعل الاجتماعي والوعي بالانفعالات لدى أطفال التوحد بمحافظة المنيا، جامعة بني سويف، كلية التربية الرياضية.
- عبید، ماجدة 2017. الإعاقات، المملكة الأردنية الهاشمية، دار صفاء للطباعة والنشر والتوزيع.
- عودة، محمد، ومرسي، كمال (2016م). الصحة النفسية في ضوء علم النفس والإسلام. ط2. الكويت: دار القلم.
- محمد، عادل عبد الله (2021)، إعداد برامج التدخل في التربية الخاصة. مصر، مؤسسة حورس الدولية.
- Bax M, Goldstein R, Riosenbaum S, 2005. Proposed definition and classification of cerebral Palsy. Developmental Medicine Child Neurology.
- Bord, and Moll F, 2006 the Co-ordination and Regulation.
- Craft, A. (2000) Communication Power for Individuals with Autism development disability, J autism Dev. discord. 13 (2):124-132.

- Cerboy D, Elezabeth S, 2002 willard and Spackmans occupational therapy. Philadelphia: Lippwcot-Raven.
- Kennes, J. Tosenbaum p, Hanna S, Raina, P, 2020. Health status of schoolag children with cerebral palsy information for population. Based Maclennan.
- Smith. (2004). Understanding stress and coping. Macmillan Publishing Company, New York.
- Susheel Joginder Singh, Teresa Iacono, An Investigation of the Intentional Communication and Symbolic Play Skills of Children with Down Syndrome and Cerebral Palsy in Malaysia, Volume 36, Issue 2, 2014.

الملاحق

ملحق (1): يوضح أسماء السادة المحكمين على أدوات الدراسة (ملحوظة: تم ترتيب الأسماء بحسب الترتيب الأبجدي)

م	الاسم	الوظيفة
1	أ. د/ أماني سيد إبراهيم	أستاذ ورئيس قسم علم النفس التربوي - كلية الدراسات العليا للتربية - جامعة القاهرة.
2	أ. د/ سمير أحمد عبد الجواد	أستاذ الصحة النفسية - كلية التربية - جامعة بنها.
3	أ. د/ سميرة جعفر أبو غزاله	أستاذ متفرغ بقسم علم النفس الإرشادي - كلية الدراسات العليا للتربية - جامعة القاهرة.
4	أ. د/ سوسن إبراهيم أبو العلا	أستاذ بقسم علم النفس التربوي - كلية الدراسات العليا للتربية - جامعة القاهرة.
5	أ. د/ علي محمد علي	أستاذ الصحة النفسية - كلية التربية - جامعة المنوفية.
6	أ. د/ محمد السيد صديق	أستاذ متفرغ بقسم علم النفس الإرشادي - كلية الدراسات العليا للتربية - جامعة القاهرة.
7	أ. د/ محمد النوبي محمد	أستاذ الصحة النفسية - كلية التربية - جامعة الأزهر.
8	أ. د/ محمد عيسى محمد	أستاذ الصحة النفسية - كلية التربية - جامعة دمنهور.
9	أ. د/ مصطفى السيد ترك	أستاذ متفرغ بقسم علم النفس الإرشادي - كلية الدراسات العليا للتربية - جامعة القاهرة.
10	أ. د/ منال منصور الحملوي	أستاذ بقسم علم النفس الإرشادي - كلية الدراسات العليا للتربية - جامعة القاهرة.
11	أ. د/ منال عبد النعيم السيد	أستاذ ورئيس قسم علم النفس الإرشادي - كلية الدراسات العليا للتربية - جامعة القاهرة.
12	أ. د/ منى حسن السيد	أستاذ متفرغ بقسم علم النفس التربوي - كلية الدراسات العليا للتربية - جامعة القاهرة.
13	أ. د/ نادية محمود شريف	أستاذ متفرغ بقسم علم النفس التربوي - كلية الدراسات العليا للتربية - جامعة القاهرة.

ملحق رقم (2): الصورة النهائية لمقياس السلوك التكيفي

مقياس مهارات السلوك التكيفي

إعداد الباحث / ياسين محمد حسن سالم

لاستكمال نيل درجة الماجستير في الدراسات التربوية

"تخصص التربية الخاصة"

التاريخ...../...../.....

تحية طيبة..... وبعد

هذا المقياس معد لقياس السلوك التكيفي للأطفال من ذوي الشلل الدماغي المصاحب بإعاقة عقلية، لذا أرجوا من سيادتكم التعاون في المساعدة في تطبيق هذا المقياس على العينة المذكورة بأعلى.

اسم الطالب:

تاريخ الميلاد:

السن عند التقييم:

التشخيص:

اسم المركز:

تعليمات:

- الرجاء وضع علامة (نعم) إذا كان الطفل يستطيع أداء هذه المهارة، ووضع علامة (لا) إذا كان الطفل لا يستطيع أداء هذه

المهارة أو إذا كان الطفل يستطيع أداء هذه المهارة بمساعدة.

- تم ترتيب بنود المقياس حسب درجة الصعوبة، بشكل تصاعدي أي من الأقل صعوبة إلى الأكثر صعوبة.

- يجب قراءة البنود جيداً قبل التطبيق على الطفل أو إعطاء التقدير في المقياس.

الترقيم	البند	نعم	لا
أولاً: محور الجانب الاجتماعي			
التعريف الإجرائي: هو الجانب الذي يقيس قدرة الطالب على التفاعل الاجتماعي مع الأشخاص المختلفة في المواقف المختلفة.			
1	يتقبل الطفل وجوده مع أحد الأشخاص المألوفين له في غرفة واحدة.		
2	يتقبل الطفل وجوده مع أحد أقرانه في غرفة واحدة.		
3	ينظر الطفل للآخرين لبدء تواصل بصري مع أقرانه.		
4	يتقبل الطفل ملامسة أقرانه له بطريقة إيجابية.		
5	يستجيب الطفل لمبادرة أقرانه لمشاركتهم اللعب.		
6	يبادر الطفل لمشاركة الكبار في اللعب.		
7	يبادر الطفل لمشاركة أقرانه في اللعب.		
8	يمارس الطفل أنشطة مع الكبار لمدة 10 دقائق.		
9	يهتم الطفل بسلوك أقرانه.		
10	يتقبل الطفل مكسب وخسارة أقرانه باللعب.		

	ينتظر الطفل دوره في الألعاب.	11
	يتبع الطفل تعليمات موجه للمجموعة كلها.	12
	يتقبل الطفل بعض السلوكيات الصادرة أقرانه مثل (البكاء - الصراخ -.....الخ)	13
ثانياً: محور التواصل		
التعريف الإجرائي: هو المحور الذي يقيس القدرة على التواصل مع الأشخاص سواء كان التواصل لفظي أو بصري.		
	يحرك عينه ورأسه نحو الصوت	1
	يستمتع للحظه على الأقل عندما يتحدث معه من يقوم برعيته.	2
	يبتسم لحضور أشخاص يعرفهم.	3
	يتصرف بشكل يدل على فهمه لما يعينه كلمة لا.	4
	يصغى بانتباه للتعليمات.	5
	ينفذ التعليمات البسيطة مثل هات وخذ التي تصدر من يقوم برعايته.	6
ثالثاً: محور الرعاية الذاتية.		
التعريف الإجرائي: هذا المحور يقيس قدرة الطالب على التكيف واعتماده على ذاته في جانب مهارات الرعاية الذاتية.		
	يشرب الماء بالكوب.	1
	يعبر عن احتياجه لقضاء حاجاته.	3
	يخلع الشراب الخاص به.	4
	يرتدي الملابس الخاص به.	5
	يخلع الملابس الخاص به.	6
	يرتدي الحذاء الخاص به.	7
	يساعد الأم في تحضير المائدة.	8