



جامعة الملك عبدالعزيز
كلية التربية
قسم التربية الخاصة

فاعلية العلاج التكاملي في تنمية بعض مهارات الحياة لدى عينة من الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم

إعداد

دكتور / أيمن رمضان زهران

أستاذ التربية الخاصة المساعد
كلية التربية – جامعة الملك عبدالعزيز

المكتبة الإلكترونية



www.gulfkids.com

يعد العلاج التكاملي أو الانتقائي نوعاً من العلاج القائم على الانتقاء من مختلف النظريات بحيث يتضمن التعامل مع الشخص كله جسمه وعقله وانفعالاته وروحه ومحيطه، وقد بدء هذا الاتجاه في عام 1950م على يد فريدريك ثورن ثم محاولات دولاردوميلر Doller & Miller وفي عام 1965م قدم لازاروس Lazarous محاولة انتقائية لعلاج الإدمان، وهكذا بحلول عام 1975م أصبح حوالي 50% من العلماء انتقائيين، ويؤكد هذا الاتجاه على عدم الاهتمام بنظرية واحدة بل على المعالج ذي الشخصية المتميزة الاعتماد على أكثر من نظرية في تعامله مع الاضطرابات نفسية المنشأ وتلك النظرية تؤكد على مرونة العلاج النفسي ومرونة المعالج الفعال، وتهدف الطريقة العلاجية التكاملية للوصول إلى مستويات أعلى من تحقيق الذات (محمود عطا حسين، 2000: 42).

والعلاج النفسي التكاملي اتجاه يسعى إلى التكامل بين النظريات العلاجية المختلفة سواء على مستوى التنظيم أو مستوى انتقاء الفنيات العلاجية، أو مستوى العوامل المشتركة بين النظريات المختلفة، وهو بصورة عامة يعتبر منحى علاجياً لا يتقيد ولا يلتزم بنظرية علاجية محددة أثناء العملية العلاجية، بل يتجاوز حدود النظرية الواحدة مستفيداً من إسهامات النظريات العلاجية المختلفة من خلال دمجها في نموذج علاجي تكاملي شرط أن يكون هناك انسجام وتناسق وعدم تناقض بين ما يختاره هذا النموذج التكاملي من نظريات أو فنيات مختلفة (Helign & Whit Bourne, 2000, 131; Feixas & Botella, 2004، في بكر فرج نمر (2008: 14).

وبناء عليه يكون على المعالج ذي التوجه التكاملي خلال العملية العلاجية أن يزيد من استبصار المريض بدفاعاته وحيله الدفاعية (علاج بالتحليل النفسي)، وأن يدرك كل ما حوله، ويعيش حاضره في اللحظة التي هو فيها الآن (علاج جشطالتي)، يدعم كل سلوك إيجابي يقوم به المريض (علاج سلوكي)، يعدل من أنماط التفكير السلبي (علاج معرفي)، يقوم بتدريب المريض على المهارات الاجتماعية وتحسين التفاعل البيئشخصي لديه (علاج بين شخصي)، يركز على الجانب الأسري (علاج أسري)، كما يركز على وجود الفرد وحتمية الاختيار (علاج وجودي)، وهكذا يمكن دمج هذه العلاجات النفسية معاً في إطار تكاملي متناسق ومنسجم (رشدي فام، 2000: 207)؛ (أيمن زهران، 2010: 7).

وقد استفاد العلاج التكاملي من إسهامات التحليل النفسي والعلاج المعرفي السلوكي والمنحى الإنساني والنظريات الأخرى بغرض تطوير نماذج علاجية تكاملية تجمع بين مختلف الاتجاهات العلاجية، ومن الباحثين الذين اهتموا بتلك النظرية العلاجية ببيير 1966Beier، ماركس وجيلدر 1966Marks & Gelder، وايتزمان 1967Weitzman، مارمور 1971Marmor، فيزر وروادس 1972Feather & Rhoades، بيرك وبرنكلي بيرك 1974Birk & Brinkley Brik، وجولد فريد وديفسون 1976Gold Fried & Davison، (Stricker & Gold, 1996: 2).

ويشير فرنانديز وزملاؤه Fernandez, et al. (27:1999) بمدى أهمية العلاج النفسي عامة والعلاج التكاملي خاصة في دراسته لتحسين خبرة الفرد وتخفيف الضغوط الأسرية لديه، إضافة إلى أنه يساعد الفرد عامة على تحسين عاداته ومهاراته اليومية، وتخففه من الضغوط التي تواجهه، وتحسين مشاعره تجاه نفسه والآخرين وتغلبه على مشكلاته التي تواجهه، وتدعيم السلوكيات الإيجابية من خلال الجلسات العلاجية.

ومن ناحية أخرى فمشكلة الإعاقة العقلية مشكلة إنسانية يعاني منها أي مجتمع، وهي مشكلة توجد في جميع المستويات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، وعلاوة على كون الإعاقة العقلية مشكلة متعددة الجوانب والأبعاد فهي في ازدياد مستمر كما قررت الجمعية الدولية لدراسة الضعف العقلي أنه يولد كل 20 ثانية طفلاً معاقاً عقلياً، ولولا أن كثيراً منهم يموتون في سن مبكرة لعدم رعايتهم في بعض جهات العالم لأصبح عددهم في العالم يقارب مجموع سكان الولايات المتحدة (عايدة درويش، 2005: 14).

ويشير فاروق الروسان (2003:17) بأن الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي تعبر عن الإعاقة العقلية بأنها تشير إلى عددا من جوانب القصور في أداء الفرد والتي تظهر دون سن 18 وتتمثل في التدني الواضح في القدرة العقلية عن متوسط الذكاء يصاحبها قصور واضح في اثنين أو أكثر من مظاهر السلوك التكيفي مثل مهارات: الاتصال اللغوي، العناية الذاتية، الحياة اليومية، الاجتماعية، التوجيه الذاتي، الخدمات الاجتماعية، الصحة والسلامة، الأكاديمية، وأوقات الفراغ والعمل.

وقد أصدرت الجمعية العامة للأمم المتحدة (1993) الإعلان الخاص بحقوق المتخلفين عقليا والذي بموجبه يمارس المتخلفون عقليا حقوقهم الطبيعية مثل العاديين حيث اشتمل هذا القرار على أنه للمتخلف عقليا الحق في الحصول على الرعاية الطبية والنفسية إضافة إلى حقه في ممارسة كافة أنشطة ومهارات الحياة مع الآخرين وحقه في الرعاية والتعليم والمشاركة المجتمعية في كافة الأنشطة.

ومن أغلب المشكلات التي تواجه المعاقين عقليا هي انخفاض الوظائف العقلية لديهم، إضافة إلى ضعف قدرتهم على التكيف مع الآخرين، وفي حال إذا تلقى الشخص ذو الإعاقة العقلية تدريباً خاصاً على أعمال تناسب قدراته وإمكاناته المحدودة فإن ذلك يساعده على اكتساب الخبرات الحياتية والمهارات الاجتماعية والعملية وحسن التكيف مع بيئته (Olivier & Williams, 2005:21).

وعلى الجانب الآخر تشير مهارات الحياة إلى مستوى النمو الوجداني للفرد، كما تشير أيضا إلى نمط حياة الفرد، هذا وتوجد اختلافات كبيرة في اكتساب مهارات الحياة اليومية بين الأشخاص إذا كانوا عاديين أو من ذوي الاحتياجات الخاصة، وتتمثل تلك المهارات في التواصل مع الآخرين وإدارة الذات، وإدارة الوقت أو الاستقلالية والأنشطة وعادات الأكل والشرب والنوم ومهارات كثيرة أخرى، وبالنسبة للطفل المعاق عقليا عادة ما تنخفض مستويات التكيف له، إضافة إلى استخدام مهارات حياة يومية خاطئة ناتجة عن تأثره بالإعاقة أكثر من غير المعاقين عقليا، وتقاس مهارات الحياة اليومية المكتسبة بمستوى السلوك التكيفي للفرد عند التعامل مع الآخرين (Anamarija, 1996:10).

ومن أهم مهارات الحياة التي تناولها البحث الحالي إدارة الذات وإدارة الوقت، الاستقلالية، ويشير مصطلح إدارة الذات إلى قدرة الفرد على إدارة سلوكه في المواقف المختلفة، كما يعبر هذا المفهوم عن التطبيق الشخصي والمنظم للاستراتيجيات المطلوبة لتغيير السلوك، هذا ويشير مصطلح إدارة الذات بالنسبة للطفل المعاق عقليا إلى قدرته على إدارة سلوكه والتصرف في المختلفة التي يتعرض لها والتي قد تؤثر عليه وتجعله لا يستطيع أن يحسن التعامل معها (نشوى البربري، 2008:31).

ويوضح سليمان زهران (2010:10) بأن مفهوم إدارة الذات هو أحد مفاهيم الوعي بالذات حيث أن الوعي بالذات يهتم بوعي الفرد بذاته الشخصية وانتباهه بأفكاره ومشاعره الداخلية، كما أنه يعني بوعي الذات العامة عند التعامل مع الآخرين، كما أنه يشير إلى حسن إدارة الفرد لذاته في المواقف المختلفة.

وقد قدمت هورنى مفهوما ثلاثيا للذات، فهي ترى أن الذات المثالية مفهوم رئيسي وهام في التوافق النفسي أو الاضطراب النفسي، تسعى لتحقيق الاكتفاء الذاتي والاستقلال، وإذا كانت الذات المثالية غير واقعية ولا يمكن تحقيقها تظهر الصراعات الداخلية، وتضيف أن الذات الواقعية تشير إلى الفرد بمجموع خبراته وقدراته وأنماط سلوكه ... إلخ، وتعرف الذات الواقعية على أنها القوى الداخلية أو المركزية التي تميز الفرد وهي مصدر النمو والطاقة والمشاعر والقرارات والميول، وتأتي إدارة الذات من فهم الشخص لذاته (حامد زهران، 1980:66).

وتشير هترمان جوليا (Hintermann Julia 2009:11) بأن البرامج العلاجية المبنية على إدارة الذات تساعد في تحويل المريض من الاعتماد على الآخرين إلى الاعتماد على ذاته إضافة إلى مساعدته في التعرف على قدراته العقلية، وتحمله مسؤولية أعماله التي يقوم بها.

وتشير فيوليت فؤاد (1985:269) بأن إدارة الذات هو الإطار المرجعي الذي يعطي القوة والمرونة للسلوك الإنساني، حيث يمكن تقويم الشخصية من خلاله، وبذلك فيعتبر إدارة الذات من المفاهيم الواقعية للسلوك الإنساني، ولذا فإن أفضل طريقة لتغيير سلوك الإنسان هي تغيير مفهومه عن ذاته.

في حين أن عواض الحربي (2003:15) قد أشار إلى أن إدارة الذات تحتوي على مفهوم ذات إيجابي وآخر سلبي يكونه الشخص عن ذاته، كما أنه أحادي البعد حيث أنه لا يمكن تقسيمه إلى أبعاد فهو يشير إلى كلية الذات وفهم الشخص لذاته، وقد تناولته نظريات كثيرة بالتحليل والتفسير مثل نظرية التحليل النفسي والنظرية الظاهريّة والنظرية السلوكية، ونظرية السمات.

وعن إدارة الوقت إسلامياً نجد أن المولى سبحانه وتعالى أورد في الوقت الكثير من الآيات حيث يقول في سورة الواقعة (49،50) "قل إن الأولين والآخرين لمجموعون إلى ميقات يوم معلوم" وفي سورة النبأ (17) يقول تعالى "إن يوم الفصل كان ميقاتاً" والمثل الشائع يقول "الوقت كالسيف إن لم تقطعه قطعك"، ويقول فيه حسن البنا "الوقت هو الحياة، فما حياة الإنسان إلا الوقت الذي يقضيه من ساعة الميلاد إلى ساعة الوفاة".

من هنا يتبين أهمية الوقت وإدارته لنا بما يعني أن يتكيف الشخص مع الوقت ولا يضيعه في أمور تافهة من خلال التخطيط والتنظيم الفعال للوقت والتخلص من العادات السيئة التي لا تحقق أهداف الشخص، وقد تحتاج إدارة الوقت إلى تغيير نمط شخصية الفرد بحيث يستطيع استغلال الوقت ولا يضيعه، فالأشخاص الذين ينظرون للوقت بعين الاهتمام هم الذين يحققون ما يريدون بأقصر الطرق (نادر أبو شيخة، 1991:28).

وإدارة الوقت تحتاج إلى عمليات معرفية لا بد أن يمتلكها الفرد من حيث التحليل والتقويم والتخطيط والتنظيم، حيث يتعين على الشخص التعرف على المشاكل والصعاب التي تواجهه عند تحقيق أهدافه، وتحتاج أيضاً إلى أن يغير الشخص من عاداته وأفكاره القديمة الخاطئة تجاه الكثير من الأمور في حياته، بحيث يعرف إمكاناته وقدراته وتقسم أوقاته ما بين ساعات العمل والنوم والفراغ وفق أسلوب معين وتحديد واضح ومقسم يحدده الشخص لوقته بحيث يستطيع الاستفادة من كل دقيقة تمر عليه (ماريون. هابنز، ترجمة عبدالله بلال. 1999:11).

ويتحتم على الطفل المعاق إدارة وقته حتى يستطيع أن يتكيف مع إعاقته بشكل جيد، ويتغلب على المشكلات التي تواجهه طوال يومه، والشعور بالمسؤولية تجاه الأمور التي يطلب منه تنفيذها من مذاكرة وواجبات وغيره، المشاركة الفعالة في الأنشطة والتفاعل مع زملائه، وزيادة الإحساس بالآخرين والتفاعل معهم، التخطيط لمستقبله الذي يكون غالباً مليء بالمشكلات والتعقيدات، وتحفيز هذا الطفل ودفعه للتقدم والنجاح، وإتاحة فرص التفكير والإبداع لديه وتحسين معنوياته ورفع معدلات ذكاؤه وتقكيره (ربحي عليان، 2004:31-36).

أما بالنسبة لبعد الاستقلالية فقد أشار كريستيان مايلز (2010) Chrestian Mayels بأن مفهوم الاستقلالية عند الطفل المعاق يشير بأن يستطيع هذا الطفل الاعتناء بنفسه مثل المأكل والمشرب والملبس والنظافة دون الاعتماد على غيره، والاعتناء بالبيئة المحيطة به مثل الالتزام بقواعد المرور والقواعد المؤسسية والالتزام بالواجبات المنوطة به تجاه البيئة التي يعيش فيه، إضافة إلى التعاون مع المجتمع والأسرة، وتحمل مسؤولية أفعاله. هذا وقد أشار نوسك وفوهرل (1992:18) Fuhrer & Nosek بأن الاستقلالية تشتمل على أربعة أبعاد هي الاعتماد الذاتي النفسي، الاعتماد الجسمي الذاتي، التحكم بالذات المدركة والتحكم في المصادر البيئية المحيطة بالشخص، أي يستطيع الشخص التحكم في أفعاله وانفعالاته وتحركاته وسائر أموره معتمداً على ذاته دون الاعتماد على غيره.

في حين أن أكيكو وزملاؤه (2007) Akiko, et al قد أكدوا على أن الاستقلالية عند المعاقين تعني الكفاءة في أداء الأعمال للفرد دون مساعدة من أحد وإنهاؤها بشكل جيد، إضافة إلى أنها تعني القدرة على التحكم في الذات وإنهاء ما يطلب من الفرد في شتى المهارات اليومية، وكذا تعني بأنها سمة نفسية تجعل الشخص المعاق التحول من الاعتماد على الآخرين إلى الاعتماد على ذاته.

وأوضحت ريما البراهيمي (2010) بأن الطفل المعاق عقليا يمكن تعويده الاستقلالية حينما قدمت برنامج تدريبي لتلك الفئة من الأطفال حيث دربتهم على الاستقلالية من خلال تدريبهم على بعض المهارات الأساسية التي كانوا يعتمدون في أدائها على غيرهم مثل قضاء الحاجة والأكل والشرب واللبس، وقد انتهت بأنهم استطاعوا الاعتماد على ذواتهم إلى حد ما.

مشكلة الدراسة

على الرغم من عدم وجود معلومات دقيقة عن حجم المعاقين عقليا إلا أنه هناك اتفاق على أن نسبة المعاقين عقليا تتراوح بين 1% إلى 3% في المجتمع العربي وتزداد هذه النسبة في عمر الطفولة أكثر من أي عمر آخر حيث أن أغلبهم قد يصبح طبيعيا بالتقدم في العمر (نجيب خزام، 1998:71).

وقد أثبتت بعض الدراسات حاجة المعاقين عقليا للمزيد من البرامج العلاجية حيث أشار كل من جزيبرج وزملاؤه (1963:1998) Gzeberg, et al؛ دافيس (1963:2002) Davis، واللذان قامتا بمتابعة المتخلفين عقليا بعد خروجهم من مراكز التدريب والتأهيل المهني والتحاقهم للعمل، حيث أن حوالي 48% منهم انقطعوا عن العمل بعد فترة وجيزة وتحولوا إلى التسول ومضايقة المارة في الشوارع، كما قام بعضهم بالعديد من الجرائم، من هنا كانت الحاجة ماسة إلى إعادة تقديم خدمات علاجية لمثل هذه الفئة، إضافة إلى تنويع تلك البرامج.

وتشير انتصار يونس (1991:34) بأن مشكلة الإعاقة العقلية لا تقتصر على مستوى اجتماعي بعينه، بل توجد في جميع المستويات الاجتماعية والثقافية، من هنا لزم تقديم الخدمات الطبية والعلاجية لهم، فهي حق كفلته لهم الجمعية العامة للأمم المتحدة (1993)، فلم يعد الشخص المعاق عقليا شخص منبوذ من المجتمع بل هو فرد له كيانه وحقوقه وواجباته.

يتضح مما سبق أن تلك الفئة من الأطفال المعاقين يعانون من الاضطرابات النفسية الكثيرة، ووضعت الدراسة الحالية برنامجا علاجيا تكامليا في محاولة لتعديل بعض مهارات الحياة الخاطئة لدى فئة الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعليم لمساعدتهم على التكيف مع المجتمع والتفاعل مع رفاقهم، وعلى ذلك فقد تحددت مشكلة البحث في التساؤل التالي:-

- ما مدى فاعلية العلاج التكاملي في تعديل بعض مهارات الحياة الخاطئة (إدارة الذات-إدارة الوقت- الاستقلالية) لدى عينة من الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعليم؟ ويتفرع من هذا التساؤل الرئيسي عدة تساؤلات فرعية هي:-

- 1- هل توجد فروق بين متوسطات رتب التطبيقين القبلي والبعدي بالنسبة لبعد إدارة الذات بعد تطبيق جلسات العلاج التكاملي؟
- 2- هل توجد فروق بين متوسطات رتب التطبيقين القبلي والبعدي بالنسبة لبعد إدارة الوقت بعد تطبيق جلسات العلاج التكاملي؟
- 3- هل توجد فروق بين متوسطات رتب التطبيقين القبلي والبعدي بالنسبة لبعد الاستقلالية بعد تطبيق جلسات العلاج التكاملي؟

أهداف الدراسة

الهدف الأساسي للبحث الحالي محاولة وضع برنامج علاجي يعتمد على التراث الثقافي للعلاج التكاملي بفنياته المتنوعة وذلك في محاولة لتعديل مهارات الحياة الخاطئة التي اعتاد عليها عينة من الأطفال المعاق عقليا القابلين للتعليم، وذلك بهدف إعادة تكيفهم مع أقرانهم والمجتمع.

مصطلحات الدراسة

العلاج التكاملي Integrative Therapy

يشير بكر نمر (2008:8) بأن العلاج التكاملي هو العلاج الذي يفتح على كافة التيارات العلاجية، بحيث يتجاوز حدود النظرية التقليدية العلاجية الواحدة الضيقة سعياً نحو التكامل بين النظريات العلاجية المختلفة، والذي من خلاله يمكن التدخل بفاعلية لعلاج الجوانب المختلفة للاضطراب في شخصية الفرد.

الإعاقة العقلية Mental Handicapped

تعرف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (2002:4) بأنه قصور في الوظائف العقلية والمعرفية والمهارية العامة أثناء النمو مما ينتج عنه صعوبة في التكيف للشخص المصاب بتلك الإعاقة، والذي يبدو بدوره في الانخفاض في الوظائف العقلية والمعرفية والاجتماعية للفرد.

المعاقون عقلياً القابلون للتعلم Learned Mental Handicapped

يرى عادل عبدالله (2002:407) أن المعاق عقلياً هو الشخص لا تتلاءم نسبة عمره الزمني مع نسبة عمره العقلي حيث تتراوح نسبة ذكاؤه بين (50 إلى 70) درجة على أحد اختبارات الذكاء الفردية، وهو شخص يمكن تعليمه وتدريبه وتحسين العمليات العقلية له من خلال التدريب.

مهارات الحياة Life Skills

يعرف كريستيان مايلز (2010) Chrestiane Myels مهارات الحياة بأنها المهارات العملية التي تمكن الفرد من أن يعيش حياة أكثر استقلالية بذاته مندمجاً في المجتمع بإيجابية، ويشير مصطلح مهارات الحياة في البحث الحالي إلى نمط حياة المعاق وكيفية إدارته لذاته ووقته ومدى اعتماده على ذاته أو الآخرين.

إدارة الذات Self Concept

يشير مصطلح إدارة الذات إلى التطبيق الشخصي والمنظم لاستراتيجيات تغيير السلوك، بحيث يفهم الشخص قدراته وإمكاناته ويستطيع الاستفادة منها، بحيث يستطيع الشخص أن يصبح نافعا في المجتمع (نشوى البربري، 2008:31).

إدارة الوقت Time Management

إدارة الوقت هي مقدار الانجاز والاستخدام الرشيد للزمن، وحسن استثماره بشكل فعال بحيث يكون قائماً على التخطيط والتنظيم والتنسيق والتحفيز والتوجيه والمتابعة والاتصال، وحسن توظيف قدرات وإمكانات الفرد في الأزمنة الملائمة، وإدارة الوقت عملية كمية ونوعية معا في ذات اللحظة، وهي عملية موجهة إلى المستقبل والتنبؤ به (ربحي عليان، 2007:28).

الاستقلالية Independency

يعرف نوسك وفوهرل (1992:18) Nosck& Fuhrer الاستقلالية بأنها الإدراك الذاتي لكافة إمكانيات الشخص وقدرته على حل مشكلاته بذاته دون الاعتماد على غيره، والاستقلالية بالنسبة للإعاقة تعني قدرة الشخص المعاق على أداء الأنشطة الحياتية اليومية من مأكلاً ومشرباً وملبس وحده. بدون مساعدة الآخرين.

الدراسات السابقة

أولاً: دراسات اهتمت بدراسة فاعلية العلاج التكاملي في تخفيف الاضطرابات النفسية لدى المعاقين دراسة دي بارانشيو (1980 De Baranchu) تناولت تلك الدراسة العلاج التكاملي كأداة فعالة في التعامل مع المرضى النفسيين في الأرجنتين، وكانت العينة من الأشخاص المصابين بشلل الأطفال (17 طفلاً)، بهدف فحص صلاحية العلاج التكاملي في التخفيف من معاناتهم النفسية، هذا وتم التركيز أثناء الجلسات على مشاعر وأحاسيس المرضى في الوقت الذي يعيشون فيه الآن، والتركيز على أهمية العمل الجماعي أثناء تنفيذ الجلسات، وانتهت الدراسة إلى فعالية الجلسات العلاجية.

دراسة اناماريجا وآخرين (1996 Anamarija, et al.) هدفت هذه الدراسة إلى خفض أشكال السلوكيات غير المقبولة لدى الأطفال ذوي العجز الحركي، وتغيير تلك السلوكيات بأخرى مقبولة، واشتملت العينة على (13) طفلاً

يعيشون في مدينة زاجرب Zagreb في كرواتيا، وتم تطبيق مقياس السلوك التكيفي للمنظمة الأمريكية لذوي الإعاقة العقلية (AAMD)، وأشارت النتائج إلى أن أفراد العينة أوضحوا تحسنا ملحوظا في العادات اليومية لهم، وأنهم قد اكتسبوا عادات جيدة وذلك بفضل جلسات العلاج التكاملية التي تلقوها.

دراسة سحر عبد الحميد الكحكي (1997) حاولت الباحثة أن تقدم برنامجا علاجيا تكامليا يتضمن فنيات متنوعة من العلاجات النفسية الشهيرة من أجل علاج التلعثم لدى عينة من الأطفال المعاقين، والتي تكونت من (12) طفلا معاقا إعاقات مختلفة، واستخدمت فنية هنا والآن بمعنى أن يعيش الطفل المعاق الحالة التي هو عليها الآن ولا يفكر في أي شيء غيرها، ومن خلال النتائج اتضح بأن الفنيات التي تم استخدامها كانت ذات فاعلية في علاج التلعثم عند الأطفال المعاقين.

دراسة فيرناندز وزملاؤه 1999 (Fernandez, et al) حاولت تلك الدراسة تقديم برنامج علاجي يعتمد على العلاج التكاملية لعينة مكونة من (35) شخص مصابين بالشيزوفرينيا، من الملتحقين بمركز تورلافيجا رينوزا للصحة العقلية بسانتابيريا بأسبانيا **mental health centre of the Torrelavega-Reinosa (Cantabria, northern Spain)** تراوحت أعمارهم من (18 إلى 45) عاما، تم اختيارهم عشوائيا وقسموا إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، وقام الباحثون باستخدام فنيات علاجية متنوعة معتمدة على فنيات علاجية من العلاج السلوكي والعلاج النفسي والأسري التربوي مشتملة على 24 جلسة إضافة إلى العلاج الطبي، هذا وقد أوضحت النتائج تحسن في الحالة العقلية والصحية للعينة التجريبية مقارنة بالعينة الضابطة وذلك بعد تطبيق الجلسات العلاجية المتكاملة.

دراسة بكر نمر (2008) هدفت تلك الدراسة إلى تقديم برنامج علاجي تكاملي لعلاج الاكتئاب لدى عينة مكونة من (40) طالبة من طلاب كلية الآداب بجامعة المنوفية، وقام الباحث باستخدام مقياس بيك الاكتئاب الذي ترجمه غريب عبدالفتاح (2000)، وطبق عددا من الجلسات العلاجية التكاملية معتمدة على أساليب علاجية متنوعة المصدر، وفي نهاية الدراسة توصل الباحث إلى فاعلية الجلسات العلاجية التكاملية في تخفيف الأعراض الاكتئابية لدى عينة الدراسة التجريبية.

دراسة لورينتزين 2010 (Lorentzen) قدمت تلك الدراسة برنامجا علاجيا تكامليا معتمدة على فنيات العلاج الجمعي الانتقائي لعينة من المعاقين عقليا الملتحقين بالمراكز الصحية بالدانمارك بهدف تقديم خدمات علاجية تخفف من الاضطرابات النفسية الشائعة لدى عينة البحث التي اشتملت على (41) من المرضى المعاقين عقليا الملتحقين بالمراكز الصحية من مختلف الأعمار بمدينة نوروي Norway، وقد انتهت الدراسة إلى فاعلية العلاج التكاملية الجمعي في التخفيف من حدة العقد النفسية والاضطرابات الشائعة مثل القلق وإيذاء الذات وإدارة الذات مع الأطفال، لكن اتضح أن كبار السن لم يستجيبوا إلى حد ما وذلك نظرا لئسهم من العلاج حسب ما أوردته الدراسة.

ثانيا: دراسات اهتمت بتناول البرامج العلاجية لتعديل بعض مهارات الحياة لدى المعاقين عقليا القابلين للتعليم
دراسة ديفيز وروسيل 1990 (Davis &) طبقت تلك الدراسة بكندا حيث اشتملت العينة على (94) شخصا من الجنسين من المعاقين عقليا الملتحقين بالمؤسسات العلاجية بكندا، وقد هدفت إلى دراسة فاعلية العلاج السلوكي في تحسين إدارة الذات، العقاب والتعزيز، طبق عليهم الباحثون مقياس المتغيرات النفسية من إعداد الباحثين في الدراسة، وبعد الانتهاء من تطبيق العلاج السلوكي اتضح فاعلية العلاج السلوكي في تعديل صورة كل من العقاب والتعزيز لدى عينة الدراسة، بينما لم تشر النتائج إلى وجود فاعلية في تحسين إدارة الذات لدى عينة الدراسة.

دراسة سميث وزملائه 1992 (Smith, et al) حاولت تلك الدراسة أن تقدم إطارا مرجعيا عن إدارة الذات ومدى فاعليتها كعلاج يصلح للتعامل مع المعاقين عقليا في الفصول الدراسية وكذا تحصيلهم الدراسي، وقد اشتملت عينة الدراسة على ثمانية أطفال من المعاقين عقليا والقابلين للتعليم، تم اختيارهم من مدارس التربية الخاصة في أوتاوا، تم تقديم جلسات علاجية لهم لتعليمهم حسن إدارة ذواتهم وكيفية التعامل مع المواقف الصعبة التي يواجهونها، وفي

النهاية أشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية إدارة الذات في التحصيل الأكاديمي حيث ارتفعت درجاته الدراسية بعد تلقي الجلسات العلاجية، وتحسن أدائهم بصفة عامة في المهارات الحياتية، التي ركزت عليها الدراسة.

دراسة هوبز وزملاؤه 2001 (Hoppes, et al.) حاولت هذه الدراسة مناقشة أهم المشكلات النفسية المرتبطة بالإعاقة العقلية من خلال عينة مكونة من 39 شخص من الجنسين (24 إناث، 15 ذكور) بأحد المراكز الصحية العقلية بفرنسا، وقد ركزت الدراسة على عدد من الاضطرابات النفسية كان أهمها الوحدة النفسية إضافة إلى الاستقلالية بأبعادها المختلفة، واستخدم الباحثون مقياسين للوحدة النفسية وآخر للاستقلالية، بهدف قياس مدى الاضطراب لدى أفراد العينة، وفي النهاية توصلت الدراسة إلى ارتفاع الوحدة النفسية لدى العينة بجانب اعتمادهم بصفة كبيرة على غيرهم في أداء أنشطتهم المختلفة أي انخفاض درجات الاستقلالية لديهم؛ لذا فقد طالبت الدراسة في توصياتها ضرورة وضع البرامج العلاجية لرفع درجات الاستقلالية لدى العينة.

دراسة كورمر 2004 (Cormer) هدفت تلك الدراسة إلى تقديم برنامج علاجي تكاملي معتمدا على فنيات إدارة الذات والعلاج السلوكي المعرفي بهدف التخفيف من حدة الاكتئاب التي يعانيها عينة مكونة من (520) فردا من الملحقين بمركز Sick Cell Center للرعاية الطبية بأمريكا من المعاقين عقليا من الجنسين، وقد قسم الباحث عينته إلى مجموعات علاجية مختلفة وطبق عليهم اختبار بيك للاكتئاب، وقد توصلت نتائج الدراسة إلى فاعلية برنامج إدارة الذات في تخفيف حدة الاكتئاب للعينة، وذلك بعد أن تفهم كل مفحوص لذاته.

دراسة سحر عبد الفتاح خير الله (2005) هدفت تلك الدراسة إلى تقديم برنامج علاجي تعليمي يسمى بالتعليم الحاني بهدف تنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم، ومن تلك المهارات كانت مهارة الاستقلالية لدى عينة الدراسة، وأجريت الدراسة على عينة مكونة من (5 أطفال) معاقين عقليا من القسم الخارجي بمدرسة التربية الفكرية ببها (6-9 أعوام) ونسبة ذكائهم (50-70)، واستخدمت الباحثة مقياس المهارات الاجتماعية وكانت أبعاده الاستقلالية والتعاون، وأشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية التعليم الحاني في تنمية مهارة الاستقلالية والتعاون لدى عينة الدراسة.

دراسة أوليف وويليامز 2005 (Oliver & Williams) ناقشت تلك الدراسة أغلب المشكلات التي تواجه معلمي الأطفال المعاقين عقليا واشتملت العينة على (220) من معلمي مدارس ذوي الاحتياجات الخاصة ممن صنفوا على أنهم معلمي الإعاقة العقلية بالولايات المتحدة في جامعة بور إليزابيث، وقاما الباحثان بعمل مسح لأغلب المشكلات التي تواجه عينة البحث، وقد أوضحت النتائج وجود مشكلات كبيرة يعاني منها هؤلاء المعلمون كان أكثرها شيوعا عدم الاستقلالية للطلاب المعاقين عقليا القابلين للتعلم، واعتمادهم الكثير على غيرهم، وقلة الثقة بالنفس، وانخفاض المستوى الدراسي لديهم، لذا أوصت الدراسة بضرورة وضع البرامج التربوية والعلاجية لتلك الفئة من القابلين للتعلم.

دراسة أكيكو وآخرون 2007 (Akiko, et al) حاولت تلك الدراسة مناقشة الاستقلالية لدى المعاقين عقليا القابلين للتعلم من خلال عينة مكونة من (18) معالجا نفسيا في كل من كندا واليابان، وسؤالهم عن مدى فاعلية العلاجات النفسية المختلفة في جعل الأطفال المعاقين عقليا أكثر استقلالية، وقد أوضحت نتائج الدراسة اتفاق المعالجين في أن العلاجات النفسية المختلفة تساعد الأطفال المعاقين أكثر استقلالية إذا طبقت عليهم.

دراسة كينيدي وآخرون 2009 (P, Kennedy, et al) اشتملت تلك الدراسة على عينة مكونة من (28) فردا من المعاقين عقليا نتيجة لإصابة الحبل الشوكي لديهم بمركز إصابات الحبل الشوكي بمستشفى مانديفل بإنجلترا، وهدفت الدراسة بحث النتائج المترتبة عن الإعاقة العقلية لعينة الدراسة، وتقديم كورسات علاجية للعينة، وقد ركزت الدراسة على الاستقلالية لدى العينة من خلال مقياس الحاجات النفسية للمعاقين، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى ارتفاع درجات الاستقلالية في مقياس الحاجات، وهذا يعني حاجة العينة إلى الاستقلالية، من هنا اهتمت تلك الدراسة بتوضيح البرامج العلاجية التي قد تساعد على زيادة الاستقلالية لدى تلك الفئة مستقبلا.

دراسة داجنان 2006 (Dagnan) هدفت هذه الدراسة إلى تقديم برنامج علاجي يعتمد على فنيات العلاج المعرفي السلوكي لذوي الإعاقات الذهنية القابلين للتعلم لتعديل أفكارهم عن ذواتهم واتجاهاتهم نحوها وحسن إدارة الذات بالنسبة لهم، حيث اشتملت العينة على (17) فردا، قدمت لهم الجلسات العلاجية من خلال استخدام نموذج أليس ABC، وقد انتهت الدراسة إلى فاعلية الجلسات العلاجية في تعديل أفكار عينة الدراسة لذواتهم وتحسين إدارة الذات لديهم.

دراسة كيرنز وجاردينر (2007) (Kearns & Gardiner) طبقت تلك الدراسة بجامعة فلندرز Flinders بإستراليا، بهدف دراسة العلاقة بين تنظيم السلوك وإدارة وقته وبين حسن الأداء والإنجاز لدى عينة مكونة من (269) من الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم بمراكز المعاقين عقليا، وقد أوضحت النتائج وجود علاقة إيجابية بين حسن الأداء وإنجاز الأعمال بسهولة وبين تنظيم الوقت وحسن إدارته، وأوضحت النتائج أن إدارة الوقت لدى عينة البحث ساعدت على الأداء الجيد للأعمال التي طلبت من عينة الدراسة.

دراسة جي جانيزلات وآخرين 2008 (G. Janeslatt, et al) اهتمت تلك الدراسة بدراسة مفهوم إدارة الوقت لفئة من المعاقين عقليا القابلين للتعلم بمركز الأبحاث الطبية بمدينة فالون بالسويد، لعينة مكونة من (144) طفل تراوحت أعمارهم بين خمس إلى عشرة أعوام، وحاولت تلك الدراسة إعادة تقييم الوقت للعينة، وتقديم معلومات جديدة للعينة تساعد على الاستفادة القصوى من الوقت وحسن إدارته، وطبق الباحثون اختبار إدارة الوقت اليومي لهم، وقد أظهرت النتائج في النهاية سوء إدارة أفراد العينة لأوقاتهم اليومية، وعدم الاستفادة من الوقت لديهم، لذا فأكدت تلك الدراسة على أهمية تقديم البرامج التي تساعد تلك الفئة على حسن إدارة الوقت لديهم.

دراسة فيلاز وفان 2009 (Vilas & Van) اهتمت تلك الدراسة بتقديم استراتيجيات علاجية معتمدة على التدريب على إدارة الوقت لدى عينة من الأطفال المعاقين عقليا وذلك لتنمية القدرات المعرفية لدى تلك الفئة، وقد اشتملت العينة على (50) فردا من المعاقين عقليا الملحقين بمراكز التأهيل بهولندا، وقد اهتم الباحثون في الدراسة باستخدام استراتيجيات إدارة الوقت وفق أعمال ميقون Micon، وتم عمل جلسات للمرضى وفي النهاية توصلت الدراسة إلى فاعلية استخدام استراتيجيات إدارة الوقت في تحسين العمليات العقلية العليا لعينة البحث مثل الوعي والإدراك والتذكر.

فروض الدراسة

- 1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب التطبيقين القبلي والبعد بالنسبة لبعد إدارة الذات بعد تطبيق جلسات العلاج التكاملي لصالح التطبيق البعدي.
- 2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب التطبيقين القبلي والبعد بالنسبة لبعد إدارة الوقت بعد تطبيق جلسات العلاج التكاملي لصالح التطبيق البعدي.
- 3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب التطبيقين القبلي والبعدي بالنسبة لبعد الاستقلالية بعد تطبيق جلسات العلاج التكاملي لصالح التطبيق البعدي.
- 4- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب التطبيقين القبلي والبعدي والمتابعة بالنسبة لمقياس مهارات الحياة.

عينة الدراسة

تكونت عينة البحث من (15) طفلا (7 ذكور - 8 إناث) بمدرسة التربية الفكرية بشبين الكوم بمحافظة المنوفية تراوحت أعمارهم بين (9 أعوام إلى 12 عام) تقريبا بمتوسط عمري (10.4) عام، وانحراف معياري (7.6)، حيث تم اختيارهم بعد تطبيق مقياس ستانفورد بينيه إعداد وتعريب لويس مليكة (2006). أدوات الدراسة

تمثلت أدوات البحث في جلسات العلاج التكاملي ومقياس مهارات الحياة للأطفال المعاقين من إعداد الباحث، إضافة إلى مقياس ستانفورد بينيه إعداد وتعريب لويس مليكة (2006).

أولاً: برنامج العلاج التكاملي

مع تطور البرامج العلاجية ونموها واختلاف نظرياتها، انتقل الاهتمام إلى التركيز على البرامج العلاجية التكاملية التي يمكن من خلالها التعامل مع الاضطرابات والاختلالات النفسية والبيولوجية والسلوكية، بدلا من الاعتماد على نظرية علاجية واحدة قد تصلح أو تفشل في تحقيق الهدف المنشود؛ في حين أن البرامج العلاجية التكاملية تتميز بأنها تنتقي أفضل الفنيات العلاجية من الاتجاهات العلاجية المختلفة وذلك تبعا لحالة العميل وحاجته للعلاج، ونوع العميل كبير أم صغير، عادي أم ذوي احتياجات خاصة، وكذلك تبعا لشدة المرض الذي يعانيه الشخص.

ولذا فقد تزايد الاهتمام بوضع العلاج التكاملي موضع الاهتمام والبحث، حيث يرى عدد كبير من المهتمين بمجال العلاج النفسي أنه يجب الاستفادة من جميع الأطر النظرية العلاجية بفنيتها المختلفة، وبشكل يسمح للمعالجين من أن يختاروا بحرية الفنيات المناسبة ودمجها في نماذج تكاملية متناسقة معا تتناسب مع طبيعة الاضطراب النفسي وطبيعة العينة (Arkowitz, 1992; Kown, 1999:645& Mayers, 2004, 1311). وأكدت الدراسات السابقة على فاعلية العلاج التكاملي في تناول الاضطرابات النفسية لدى مختلف الفئات من خلال فنيات مختلفة التي تتسم بالشمول والنظرة الكلية إلى شخصية العميل مثل دراسة فرنانديز وزملاؤه (1999) Fernandez, et al؛ و دراسة دي بارانشيو (De Branchu 1980)؛ وسيتم إيضاح ملامح العلاج التكاملي والتخطيط لسير الجلسات كالتالي:-

- هدف البرنامج العلاجي التكاملي

يهدف العلاج التكاملي إلى تعديل مهارات الحياة الخاطئة المتمثلة في إدارة الذات وإدارة الوقت والاستقلالية لعينة البحث من الأطفال المعاقين عقليا والقابلين للتعلم، وكذلك يهدف أيضا تعويدهم على تحسين تفاعلهم مع غيرهم وتسهيل تحرك المريض من الاعتماد على البيئة إلى الاعتماد على الذات، ويهدف البرنامج العلاجي التكاملي إلى إحداث التكاملي في شخصية الفرد بكل جوانبها، ومساعدته على تحمل مسؤولية أعماله وتصرفاته. والهدف الرئيسي للعلاج التكاملي تفعيل العملية العلاجية لمواجهة الاضطراب النفسي وتخفيفه، كذلك يزيد من قدرة المريض على المشاركة في الأنشطة الاجتماعية، وتعديل أفكار المريض عن ذاته والعالم، وتمكين العميل من اكتساب الاعتقادات والمعارف والمفاهيم التي تحسن من ذاته، إضافة إلى تعديل كفاءة عينة البحث في الوعي بالذات والتدريب على كيفية تكوين علاقات شخصية مع الآخرين (بكر نمر، 2008:16).

- إعداد البرنامج العلاجي

- 1- سار البرنامج العلاجي التكاملي وفق عدة خطوات عدة هي:-
- 1- الاطلاع على التراث الثقافي والسيكولوجي للعلاج التكاملي العربي والأجنبي
- 2- إعداد مقترحات مبدئية للبرنامج العلاجي التكاملي بحيث يشمل على فنيات متنوعة ومتناسقة.
- 3- تم تحديد مراحل البرنامج وعدد جلساته ومدته وطريقة تطبيقه.
- 4- تم عرض البرنامج في صورته المبدئية على السادة المحكمين والمختصين من أجل الوصول إلى أفضل تصور للبرنامج العلاجي.
- 5- الوصول إلى الشكل النهائي للبرنامج العلاجي التكاملي.

- مبادئ البرنامج العلاجي التكاملي

ومن أهم مبادئ العلاج التكاملي أنه يسير وفق إطار متناسق ومنسجم من الفنيات المترابطة التي تشمل مناحي علاجية متنوعة بهدف تحسين مهارات الحياة المختلفة وفق الدراسة الحالية.

- بناء الجلسات العلاجية

سوف تسير كل جلسة علاجية وفق عدة نقاط هي:-

- 1- **موضوع الجلسة:** حيث ستشتمل كل جلسة على موضوع رئيسي تدور حوله.
 - 2- **أهداف الجلسة:** فكل جلسة لها هدف رئيسي وأهداف أخرى فرعية تتحقق أثناءها.
 - 3- **الفنيات العلاجية:** وهي محل سير الجلسة حيث أن لكل جلسة فنية أو أكثر يتم استخدامها أثناء العمل مع العينة.
 - 4- **الإطار المرجعي للجلسة:** فلكل جلسة بناء على الفنية المستخدمة إطار مرجعي من الأطر العلاجية المختلفة.
 - 5- **زمن الجلسة:** حيث أن لكل جلسة زمن محدد وسوف يدور زمن كل جلسة ما بين 30 إلى 45 دقيقة.
 - 6- **الواجب المنزلي:** في بداية كل جلسة يتم مراجعة الواجب المنزلي للتأكد من متابعة العينة للتقدم في العلاج، ثم يتم في نهاية كل جلسة تحديد الواجب المنزلي الجديد.
- **محتوى الجلسات العلاجية**

اشتمل البرنامج العلاجي التكاملي على خمس عشرة جلسة مستخدما فنيات متنوعة المصادر العلاجية وذلك للتدريب على تحسين مهارات الحياة المختلفة الخاطئة لدى عينة البحث المتمثلة في إدارة الذات وإدارة الوقت والاستقلالية والجدول (1) يوضح سير الجلسات العلاجية كالتالي:-

جدول (1) يوضح ملخص لجلسات العلاج التكاملي للأطفال المعاقين عقليا

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	الهدف	الفنيات المستخدمة	الإطار المرجعي العلاجي
1	التعارف	تكوين علاقة جيدة مع العينة وتحقيق قدر من الثقة المتبادلة بين الباحث وأفراد العينة	المناقشة الجماعية	علم النفس العلاجي
2	التهيئة للبرنامج العلاجي	تقديم وصف لما سيتم في المستقبل وتعميق العلاقة العلاجية مع العميل	المناقشة الجماعية	علم النفس العلاجي
3	مقدمة عن الإعاقة العقلية	مناقشة مشكلة الإعاقة العقلية وآثارها	المحاضرة والحوار	علم النفس العلاجي وذوي الاحتياجات الخاصة
4	تحديد المهارات الحياتية الخاطئة	مناقشة العينة في المهارات المكتسبة ومعرفة المهارات السلبية لديهم	مراقبة الذات	العلاج المعرفي السلوكي
5	تحديد المهارات الصحيحة	توضيح أهم العادات السليمة لإدارة الذات والوقت والاستقلالية	مراقبة الذات	العلاج المعرفي السلوكي
6	دور الأسرة	كيف تتعامل الأسرة مع تلك المهارات الحياتية الخاطئة للطفل المعاق عقليا؟	الواجب المنزلي	العلاج الأسري
7	الوعي	إدراك العينة بمهارات الحياة الخاطئة المتمثلة في إدارة الذات وإدارة الوقت والاستقلالية	متصل الوعي	العلاج الجشطالتي

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	الهدف	الفنيات المستخدمة	الإطار المرجعي العلاجي
8	تفسير التداعيات	الاستبصار بالمهارات والتوعية بأهمية الوقت وكيفية إدارة الذات وعدم الاعتماد على الغير	التفسير	العلاج بالتحليل النفسي
9	الترفيه	تقديم بعض الألعاب المختلفة	اللعب	العلاج باللعب
10	العمل الجماعي	مشاركة الجماعة والتواصل معها	الحلقات والألعاب الجماعية	العلاج الجماعي
11	تعديل الأفكار	التغلب على المهارات الخاطئة في إدارة الذات وإدارة الوقت والاستقلالية	إعادة البناء المعرفي	العلاج المعرفي السلوكي
12	المسؤولية	التدريب على كيفية مواجهة المشكلات الحياتية والعادات السلبية	تحمل المسؤولية	العلاج التكاملي
13	المحاكاة	تقديم نموذج لشخص يواجه مواقف صعب يتصرف فيها بحكمة	النمذجة	العلاج بالنمذجة والمحاكاة
14	المشاركة الأسرية	التركيز على دور الأسرة ومشاركة أفرادها في العلاج من خلال التواصل مع أفرادها	العمل الأسري	العلاج الأسري
15	التأكد من التقدم في العلاج	تحسن ونمو المهارات الحياتية اليومية والعادات	أسلوب حل المشكلة والواجب المنزلي	العلاج البينشخصي
16	إنهاء العلاج	توديع العينة	المناقشة والحوار	الإرشاد والعلاج النفسي

ثانياً: مقياس مهارات الحياة للأطفال المعاقين إعداد أيمن زهران 2011

وصف مقياس المقياس

اشتمل المقياس على (50) عبارة تناولت المواقف الحياتية التي يتعرض لها الطفل المعاق وكيفية أدائه لتلك المواقف والمهارات اللازمة للتعامل مع مثل تلك المواقف، هذا وقد ركز المقياس على كيفية إدارته لذاته ووقته ومدى اعتماده أو استقلاله عن الآخرين في تلك المواقف، واشتمل المقياس على ثلاثة أبعاد هي كالتالي:-
 - البعد الأول: إدارة الذات - البعد الثاني: إدارة الوقت - البعد الثالث: الاستقلالية
 صدق المقياس

1- **صدق المحكمين** حيث تم عرض مقياس مهارات الحياة للطفل المعاق في صورته الأولية على المحكمين، وتم تحديد العبارات التي اتفقوا عليها، وتم تعديل العبارات التي كانت في حاجة إلى إعادة نظر أو إعادة صياغة، بالإضافة إلى أخذ الملاحظات في الاعتبار، وتم استبعاد العبارات التي لم يتم الاتفاق عليها.

2- **صدق الاتساق الداخلي** وقد تم حساب معاملات الارتباط بين كل عبارة والبعد الذي تنتمي إليه كما تم حساب معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس والدرجة الكلية له والجدولين رقم (2) و (3) يوضحان معاملات ارتباط كل عبارة بالدرجة الكلية للاختبار وارتباط أبعاد الاختبار بالدرجة الكلية كالتالي:-

جدول (2) يوضح معاملات ارتباط درجات العبارات بالبعد الذي تنتمي إليه لاختبار مهارات الحياة

العبارة	الارتباط بالبعد	البعد	العبارة	الارتباط بالبعد	البعد	العبارة	الارتباط بالبعد	البعد
1	**0.67	الاستقلالي	18	**0.83	إدارة الوقت	36	**0.59	إدارة الذات
2	**0.80	,, ,,	19	**0.74	,, ,,	37	**0.67	,, ,,
3	**0.81	,, ,,	20	**0.86	,, ,,	38	**0.84	,, ,,
4	**0.77	,, ,,	21	**0.55	,, ,,	39	**0.90	,, ,,
5	**0.91	,, ,,	22	**0.53	,, ,,	40	**0.55	,, ,,
6	**0.88	,, ,,	23	**0.73	,, ,,	41	**0.78	,, ,,
7	**0.66	,, ,,	24	**0.88	,, ,,	42	**0.69	,, ,,
8	**0.59	,, ,,	25	**0.70	,, ,,	43	**0.96	,, ,,
9	**0.93	,, ,,	26	**0.66	,, ,,	44	**0.60	,, ,,
10	**0.89	,, ,,	27	**0.69	,, ,,	45	**0.83	,, ,,
11	**0.76	,, ,,	28	**0.93	,, ,,	46	**0.64	,, ,,
12	**0.86	,, ,,	29	**0.80	,, ,,	47	**0.72	,, ,,
13	**0.59	,, ,,	30	**0.90	,, ,,	48	**0.91	,, ,,
14	**0.69	,, ,,	31	**0.89	,, ,,	49	**0.85	,, ,,
15	**0.75	,, ,,	32	**0.69	,, ,,	50	**0.87	,, ,,
16	**0.87	,, ,,	34	**0.87	,, ,,	51	**0.90	,, ,,
17	**0.96	,, ,,	35	0.90	,, ,,	52	**0.67	,, ,,

** دالة عند مستوى (0.01)

يتضح من الجدول السابق أن معاملات الارتباط للمفردات بالنسبة لبعد الاستقلالية تراوحت بين 0.96 إلى 0.59، وبالنسبة لبعد إدارة الوقت فتراوحت المعاملات بين 0.93 و 0.53، بينما تراوحت معاملات الارتباط بالنسبة لبعد إدارة الذات بين 0.96 و 0.55، والجدول (4) يشير إلى معاملات ارتباط أبعاد اختبار مهارات الحياة للطفل المعاق بالدرجة الكلية كالتالي:-

جدول (4) يوضح معاملات ارتباط أبعاد اختبار مهارات الحياة للأطفال المعاقين بالدرجة الكلية

البعد	بيرسون	جتمان	ألفا كرونباخ
إدارة الذات	0.87	0.59	0.95

إدارة الوقت	0.77	0.65	0.87
الاستقلالية	0.85	0.73	0.90

ويتضح من الجدول السابق قوة ارتباط بنود اختبار مهارات الحياة للطفل المعاق بالدرجة الكلية، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين 0.54 0.85 وهي معاملات ارتباط دالة إحصائياً عند مستوى 0.01. ثبات المقياس

1- إعادة التطبيق: تم حساب الثبات في مقياس مهارات الحياة للأطفال المعاقين عن طريق إعادة التطبيق والجدول التالي يوضح معاملات الارتباط كما يلي:-

جدول (5) يوضح ارتباط أبعاد اختبار مهارات الحياة للأطفال المعاقين بين التطبيق وإعادة التطبيق

البعد	معاملات الارتباط عن طريق بيرسون	معاملات الارتباط عن طريق ألفا كرونباخ
مفهوم الذات	0.83	0.93
إدارة الوقت	0.77	0.89
الاستقلالية	0.69	0.88
الدرجة الكلية	0.65	0.87

يتضح من الجدول السابق وجود ارتباط بين أبعاد مقياس مهارات الحياة للأطفال المعاقين، فكان معامل الارتباط بالنسبة لبعد مفهوم الذات عن طريق بيرسون 0.83 وعن طريق ألفا كرونباخ 0.93، أما بالنسبة لبعد إدارة الوقت فقد كان معامل الارتباط عن طريق بيرسون 0.77، وعن طريق ألفا كرونباخ كان معامل الارتباط 0.89، وقد كان معامل الارتباط بالنسبة لبعد الاستقلالية عن طريق بيرسون 0.69، وعن طريق ألفا كرونباخ 0.88، وقد كانت معاملات الارتباط للدرجة الكلية بالنسبة لبيرسون 0.65، وألفا كرونباخ 0.87 وكلها كانت معاملات ارتباط دالة تشير إلى ثبات مقياس مهارات الحياة للأطفال المعاقين.

2- التجزئة النصفية Split – Half Method

للتأكد من ثبات مقياس مهارات الحياة للأطفال المعاقين تم حسابه عن طريق التجزئة النصفية في الجدول التالي:-

جدول (6) يوضح معاملات ثبات اختبار مهارات الحياة للأطفال المعاقين بطريقة التجزئة النصفية

الاختبار	معامل الارتباط بين النصفين بطريقة بيرسون	معامل الارتباط بطريقة كيودر ريتشاردسن
مفهوم الذات	0.60	0.78
إدارة الوقت	0.77	0.79
الاستقلالية	0.81	0.64
الدرجة الكلية	0.59	0.61

يتضح من الجدول (6) أن الاختبار يتميز بثبات مرتفع بعد استخدام طريقة التجزئة النصفية باستخدام معاملات الارتباط بيرسون وكيودر ريتشاردسن ، حيث كانت معاملات الارتباط دالة عند مستوى 0.01.

ج: مقياس ستانفورد بينيه الصورة الرابعة المختصرة إعداد وتعريب لويس كامل مليكة (1994)

وتم استخدام هذا الاختبار لصدقه وثباته المرتفع، فقد قام معد الاختبار بالتحقق من صدقه وثباته، ونظرا لصدق وثبات هذا الاختبار فقد تم تطبيقه في الكثير من الدراسات في البيئة العربية في المجالات النفسية والاجتماعية والتربوية بهدف تحديد القدرات العقلية لدى الأطفال مثل دراسة عايدة درويش (2005) ودراسة نشوى البربري (2008)، وقد استخدمه الباحث نظرا لسهولة استخدامه وقدرة عينة البحث على الإجابة على أسئلته.

صدق الاختبار: تم حساب الصدق عن طريق المقارنة الطرفية وذلك لمعرفة قدرة الاختبار على التمييز بين الأطفال في القدرات العقلية، وتم حساب معامل التمييز بين الإرباعي الأعلى في عينة الصدق والثبات والإرباعي الأدنى وذلك باستخراج معامل القوة الفارقة بينهما، ودلت النتائج أن متوسط المجموعة الأكثر سلبية 3.4 بانحراف معياري 0.4 والخطأ المعياري 0.2، في حين كان متوسط المجموعة الأقل سلبية 2.3 بانحراف معياري 1.1، والخطأ المعياري 4.46، والنسبة الحرجة 7.4 عند مستوى دلالة 0.01، ويشير هذا بأن الاختبار يميز بين المستويات المرتفعة والمستويات المنخفضة في الذكاء.

ثبات الاختبار: للتأكد من الثبات تم ذلك من خلال استخدام طريقة التطبيق وإعادة التطبيق وذلك بفاصل زمني 21 يوما فكانت معاملات الارتباط 0.79 بين التطبيقين، وهذا يدل على أن الاختبار يتميز بثبات مرتفع ويصلح للتطبيق في البحث الحالي.

منهج الدراسة

تم استخدام المنهج التجريبي على عينة البحث حيث تم تطبيق اختبار مهارات الحياة بأبعاده المختلفة قبل تطبيق الجلسات التكاملية، ثم تم التطبيق البعدي لمناقشة مدى فاعلية الجلسات العلاجية في تعديل مهارات الحياة موضع البحث.

نتائج الدراسة

بعد تطبيق جلسات العلاج التكاملية تم القيام بالقياس البعدي بالنسبة لاختبار مهارات الحياة والذي من خلاله تم حساب الفروق بالنسبة للتطبيقين القبلي والبعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة من خلال قيمة (Z)، وبعد ذلك تم قياس الفروق في التطبيق البعدي للمجموعة التجريبية للتأكد من استمرار التحسن في أبعاد اختبار مهارات الحياة لعينة البحث والجدولين (7)، (8) يوضح ذلك كالتالي:-

جدول (7) يوضح قيمة Z ودلالاتها الإحصائية للفروق بين متوسطات الرتب لدرجات المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق جلسات العلاج التكاملية

الأبعاد	المجموعة	ن	م الرتب	مج الرتب	قيمة Z
إدارة الذات	بعدي تجريبية	15	8.00	120.00	-4.7*
	بعدي ضابطة	15	15.00	245.00	
إدارة الوقت	بعدي تجريبية	15	8.07	121.00	.91
	بعدي ضابطة	15	16.93	244.00	
الاستقلالية	بعدي تجريبية	15	8.03	120.50	-4.4*
	بعدي ضابطة	15	16.97	244.50	
الدرجة الكلية	بعدي تجريبية	15	8.00	120.00	-3.6*
	بعدي ضابطة	15	23.00	240.00	

* دالة عند مستوى 0.05 حيث قيمة Z > 0.05

يتضح من الجدول السابق وجود فروق بين المجموعتين التجريبيية والضابطة بعد تطبيق جلسات العلاج التكاملي بالنسبة لدرجات العينة في أبعاد اختبار مهارات الحياة، حيث بلغت قيمة Z المحسوبة لأبعاد الاختبار كالتالي إدارة الذات -4.7، إدارة الوقت 1.3، بعد الاستقلالية -4.4، الدرجة الكلية لمقياس مهارات الحياة -4.6، على التوالي وكلها أقل من قيمة (Z) الجدولية 0.11، عدا بعد إدارة الوقت، وذلك يعنى وجود فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين بعد تطبيق البرنامج العلاجي بالنسبة لأبعاد الاختبار، في بعدي إدارة الذات والاستقلالية إضافة للدرجة الكلية للمقياس، أي أن الفروق بين درجات المجموعتين بعد تطبيق البرنامج كانت ذات دلالة في كل من إدارة الذات والاستقلالية، فيما لم تكن ذات دلالة بالنسبة لبعد إدارة الوقت، وهذا يؤكد فاعلية العلاج التكاملي في تعديل مهارات الحياة لدى عينة الدراسة.

والجدول (8) يوضح عدم وجود فروق ذات دلالة في قيمة (Z) بالنسبة للتطبيقين البعدي والمتابعة في أبعاد الاختبار كما يلي:-

جدول (8) يوضح قيمة Z ودلالاتها الإحصائية للفروق بين متوسطات الرتب لدرجات التطبيقين البعدي والمتابعة للمجموعة التجريبية بالنسبة لمقياس مهارات الحياة

الأبعاد	التطبيق	ن	الرتب الموجبة	الرتب السالبة	الرتب المتماثلة	م الرتب	مج الرتب	Z
إدارة الذات	بعدي	15	6	5	4	7.3	73.0	*0.3
	متابعة	15				6.0	18.0	
إدارة الوقت	بعدي	15	6	6	3	8.0	48.0	*0.5
	متابعة	15				5.0	30.0	
الاستقلالية	بعدي	15	4	7	4	4.9	19.5	*0.3
	متابعة	15				6.6	46.5	
الدرجة الكلية	بعدي	15	5	7	3	7.2	36.0	*0.2
	متابعة	15				6.0	24.0	

$$0.05 < Z^*$$

يتضح من الجدول (8) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية عند التطبيقين البعدي والمتابعة بالنسبة لأبعاد اختبار مهارات الحياة وذلك يؤكد استمرار التحسن لدى العينة التجريبية بعد تطبيق جلسات العلاج التكاملي حيث أن قيمة Z كانت أكبر من 0.05.

تفسير نتائج الدراسة

اتضح من النتائج التي توصلت إليها الدراسة فعالية جلسات العلاج التكاملي في تعديل بعض مهارات الحياة التي اشتمل عليها البحث وهي إدارة الذات والاستقلالية، في حين لم توضح النتائج وجود فروق ذات دلالة بين المجموعتين التجريبية والضابطة في إدارة الوقت وسوف يتم تفسير النتائج حسب كل فرض على حدة.

أولاً: نتائج الفرض الأول وقد نص الفرض الأول على "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب التطبيقين القبلي والبعدي بالنسبة لبعد إدارة الذات بعد تطبيق جلسات العلاج التكاملي لصالح التطبيق البعدي" وقد بلغت قيمة (Z) -4.7 بالنسبة لمتغير إدارة الذات وتلك القيمة أقل منة قيمة (Z) الجدولية.

وبذلك فقد أشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية الجلسات العلاجية في إيجاد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في اختبار مهارات الحياة بالنسبة لبعد إدارة الذات، وهذا ما اتضح من خلال النتائج الخاصة بهذا الفرض حيث تعدلت أساليب إدارة الذات للمجموعة التجريبية بعد الجلسات العلاجية أكثر من المجموعة الضابطة.

هذا وقد أيد كل من دي بارانشيو De Baranchu 1980، فرنانديز وزملاؤه (Fernandez, et al (1999)، بكر نمر (2008) فاعلية العلاج التكاملي في التخفيف من حدة الاضطرابات النفسية، وقد أشارت دراسات كلا من ديفيز وروسيل (Davis& Russell (1990)، سميث وزملاؤه (Smith, et al (1992)، كورمر (2004) Corner، إلى فاعلية البرامج العلاجية التي وجهت للمعاقين عقليا في تحسين إدارة الذات لديهم، وصلاحية إدارة الذات كعلاج في الأصل يصلح للتعامل مع المعاقين عقليا، إضافة إلى ارتفاع درجات التحصيل الدراسي لدى المعاقين عقليا وتحسن الأداء بصفة عامة في المهارات الحياتية اليومية نتيجة لحسن إدارة الذات لدى المعاقين عقليا.

في حين أن دراستي أوليفر وويليامز (Oliver& Williams (2005)، داجنان (2006)، أكدت على أن انخفاض درجات إدارة الذات حيث كانت من العوامل التي أدت إلى انخفاض التحصيل الدراسي وقلة الثقة بالنفس، إضافة إلى أن الارتفاع في درجات ساهم في خفض درجات الاكتئاب حينما استخدمت إدارة الذات كطريقة علاجية تساعد في التخلص من الاضطرابات النفسية المختلفة، وقد أكدت أغلب الدراسات السابقة على أهمية تقديم البرامج العلاجية التي تساعد على تحسين إدارة الذات لدى المعاقين عقليا.

هذا وقد أكدت دراسة هنترمان جوليا Hintermann Julia 2009 على أهمية تقديم البرامج العلاجية لتحسين إدارة الشخص لذاته وخاصة المعاقين عقليا، كما أشارت بأن مرضى الزهايمر تتحسن الوظائف العقلية لديهم إذا ما تم تقديم برامج علاجية لهم تساعد على حسن إدارتهم لذواتهم، ولذا فإن الدراسة الحالية من الدراسات التي تناولت إحدى الطرق العلاجية لرفع درجات إدارة الذات لدى المعاقين عقليا، وهذا ما توصلت إليه من خلال النتائج الخاصة بالفرض الأول.

ثانيا: نتائج الفرض الثاني وقد نص الفرض الثاني على "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب التطبيقين القبلي والبعدي بالنسبة لبعد إدارة الوقت بعد تطبيق جلسات العلاج التكاملي لصالح التطبيق البعدي" بالنسبة لمتغير إدارة الوقت فقد أشارت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في اختبار مهارات الحياة، حيث بلغت قيمة (Z) 4. بالنسبة لمتغير إدارة الذات وتلك القيمة أقل من قيمة (Z) الجدولية مما يؤكد .

وفي ضوء الدراسات السابقة التي تناولتها الدراسة الحالية يتضح أن دراسات كلا من كيرنز وجاردينر (2007) Kearns& Gardiner، جي جانيزلات وزملاؤه (2008) G. Janeslatt, et al أشارتا بأهمية تنظيم الوقت وحسن إدارته بالنسبة للطفل المعاق وأن حسن إدارة الوقت للأشخاص كان عاملا على الأداء الجيد للأعمال التي طلبت منهم، في حين أن سوء إدارة الوقت جعل الأشخاص يفشلون في تحقيق أهدافهم المنشودة في حين أن دراسة فيلانز وفان (2009) Vilans& Van، أكدت على أن حسن إدارة الوقت وتنظيمه بالنسبة للشخص من العوامل التي تساعد على تحقيق أهدافه بسهولة، حيث أن الجلسات التي قدمت للعينة كان من عوامل تحسين الأشخاص لأسلوب إدارتهم لأوقاتهم مما ساعدهم على تحسين العمليات العقلية العليا لديهم.

وقد أشار فينر وستوك (2010: 429) Fner& Stock، بأن القدرة على إدارة الوقت تساعد الفرد على التخلص من الضغوط التي يواجهها، وأن غالبية الأشخاص ينقصهم حسن إدارة أوقاتهم وخاصة ذوي الاحتياجات الخاصة، وهم بالفعل في حاجة إلى الاعتناء بإدارة أوقاتهم للتخلص من حالات الكسل والملل التي يعانونها، ولم تتوصل نتائج الدراسة الحالية إلى نتائج قد تساعد المعاقين عقليا على تحسين إدارتهم لأوقاتهم.

وقد يرجع ذلك إلى تعدد متغير إدارة الوقت واشتماله على عدد كثير من الأبعاد، إضافة إلى قلة الدراسات النفسية التي حاولت استخدام الفنيات العلاجية في تحسين إدارة الوقت للمعاقين عامة والمعاقين عقليا بصفة خاصة، وأنه من المتغيرات التي تحتاج تخلص الفرد من الكثير من السلبيات في حياته، مثل النوم المبكر والتركيز في الأعمال، والمواظبة عليها، وهذا من الصعب على عينة المعاقين عقليا.

ثالثاً: نتائج الفرض الثالث وقد نص الفرض الثالث على "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب التطبيقين القبلي والبعدي بالنسبة لبعد الاستقلالية بعد تطبيق جلسات العلاج التكاملي لصالح التطبيق البعدي" وإذا نظرنا لنتائج هذا الفرض يتضح ارتفاع درجات الاستقلالية بالنسبة للمجموعة التجريبية عن المجموعة الضابطة، وهذا يؤكد فاعلية جلسات العلاج التكاملي في تحسين الاستقلالية عند المعاقين عقليا القابلين للتعلم. وتؤيد نتائج الفرض الثالث ما توصلت إليه سحر عبد الحميد الكحكي (1997)، لورينتزين (2010) Lorentzen، بفاعلية جلسات العلاج التكاملي في علاج الاضطرابات النفسية المختلفة للمعاقين عقليا مثل التلعثم والاكنتاب والقلق وذلك باستخدام فنيات علاجية متنوعة تنتمي إلى طرق علاجية مختلفة، ومفاد ذلك صلاحية العلاج التكاملي في التعامل مع مختلف الاضطرابات النفسية للمعاقين عقليا، وبهذا فإن النتائج الخاصة بهذا الفرض تتفق مع ما توصل إليه التراث الثقافي بصلاحية العلاج التكاملي في تعديل والتخفيف من الاضطرابات النفسية المختلفة والتي منها انخفاض الاستقلالية عند المعاقين عقليا.

وتتفق دراسات كل من هوبز وزملائه 2001 (Hoppes, et al.)، دراسة سحر عبد الفتاح خير الله (2005)، مع نتائج الدراسة الحالية بتقديمهم برامج علاجية هدفت إلى تحسين درجات الاستقلالية لدى عينة المعاقين عقليا، حيث اهتمت الدراسة الأولى بضرورة التركيز على تقديم البرامج العلاجية المختلفة التي تساعد تلك الفئة في تحسين درجات الاستقلالية لديهم، فيما قدمت الدراسة الثانية برنامجا علاجيا ساعد على جعل المعاقين عقليا يتعودون على الاعتماد على أنفسهم أكثر من اعتمادهم على غيرهم.

هذا وقد توصل كل من أوليفر وويليامز 2005 (Oliver & Williams)، أكيكو وآخرون 2007 (Akiko, et al) و كينيدي وآخرون 2009 (P, Kennedy, et al) إلى ضرورة تشجيع فئة المعاقين عقليا على الاستقلالية، وتقديم البرامج العلاجية الملائمة لهم، وحاجتهم إلى الاستقلالية في حياتهم، بحيث يستطيعون أداء مهامهم اليومية بأنفسهم دون مساعدة من أحد مما يجعلهم يعدلون من أنماط حياتهم ويستطيعون تحقيق مستوى دراسي أفضل، ولذا فقد توصلت نتائج الدراسة الحالية أن جلسات العلاج التكاملي ساعدت على تحسين الاستقلالية لدى عينة الدراسة، مما يجعلهم في المستقبل أكثر استقلالية في أعمالهم المختلفة.

وبالنظر إلى قيمة (Z) بالنسبة للدرجة الكلية لاختبار مهارات الحياة يتضح أنها -3.6 وهذا يعني أن الفروق في الدرجة الكلية بين المجموعتين التجريبية والضابطة بالنسبة لاختبار مهارات الحياة كانت ذات دلالة إحصائية، مما يؤكد فاعلية جلسات العلاج التكاملي في إيجاد فروق ذات دلالة إحصائية بين التجريب القبلي والبعدي في الدرجة الكلية لاختبار مهارات الحياة بأبعاده الحالية، وهذا يتفق مع ما توصلت إليه نتائج الدراسات السابقة والتراث الثقافي.

رابعاً: نتائج الفرض الرابع وقد نص الفرض الرابع على "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب التطبيقين القبلي والبعدي والمتابعة بالنسبة لمقياس مهارات الحياة" ويبدو ذلك واضحا من خلال الجدول الخاص بنتائج هذا الفرض، حيث لم يتضح وجود فروق ذات دلالة بين التطبيقين البعدي والمتابعة بالنسبة للمجموعة التجريبية، ويتضح من الجدول رقم (8) أن قيمة (Z) كانت بالنسبة لبعد إدارة الذات 0.3، وبالنسبة لبعد إدارة الوقت كانت 0.5، وبالنسبة لبعد الاستقلالية كانت 0.3، فيما كانت 0.2 بالنسبة للدرجة الكلية لاختبار مهارات الحياة بأبعاده الحالية.

وهذا يشير إلى ثبات التحسن لدى العينة التجريبية مما يعني أن الجلسات العلاجية التكاملية كانت ذات فعالية في تحسن كلا من بعدي إدارة الذات والاستقلالية، فيما لم تتحسن درجات إدارة الوقت بالنسبة لعينة الدراسة، وهنا يشير الباحث إلى ضرورة أخذ متغير إدارة الوقت عند المعاقين عقليا موضع البحث في المجال النفسي بالنسبة للمعاقين عامة والمعاقين عقليا بصفة خاصة.

مراجع الدراسة

-
- 2- أيمن رمضان زهران (2010): فعالية العلاج الجشطالتي كمدخل لتخفيف بعض الاضطرابات النفسية لدى عينة من الأطفال المعاقين جسمياً. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية بشبين الكوم.
 - 3- بكر فرج نمر (2008): مدى فعالية برنامج علاج نفسي تكاملي في علاج الاكتئاب النفسي. رسالة دكتوراه، كلية الآداب، جامعة المنوفية.
 - 4- حامد عبدالسلام زهران (1980): الإرشاد النفسي. ط2، عالم الكتب، القاهرة.
 - 5- حقوق الإنسان (1993): مجموعة صكوك دولية، المجلد الأول، الأمم المتحدة، نيويورك.
 - 6- ربحي مصطفى عليان (2007): إدارة الوقت. دار جرير للنشر والتوزيع، عمان.
 - 7- رشدي فام منصور (2000): علم النفس العلاجي والوقائي، رحيق السنين، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
 - 8- ريماء البراهيمي (2010): برنامج تدريبي على مهارة الاعتماد على الذات لفئة المتخلفين عقلياً. www.google.com
 - 9- سحر عبدالفتاح خير الله (2005): مدى فاعلية التعليم الحاني في تنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المعاقين عقلياً من فئة قابلي التعليم. رسالة ماجستير، كلية التربية، بنها.
 - 10- سليمان رمضان زهران (2010): جودة الحياة وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية لدى عينة من المعاقين سمعياً. رسالة ماجستير، كلية التربية بشبين الكوم.
 - 11- صالح حسن الداهري (2005): علم النفس الإرشادي، دار وائل للطباعة والنشر، العراق.
 - 12- عادل عبدالله محمد (2000): العلاج المعرفي السلوكي- أسس وتطبيقات، دار الرشاد، القاهرة.
 - 13- عادل عبدالله محمد (2002): جداول النشاط المصورة للأطفال التوحديين وإمكانية استخدامها مع المعاقين عقلياً، دار الرشاد، القاهرة.
 - 14- عايدة مصطفى درويش (2005): تنمية بعض مهارات سلوك حل المشكلات الاجتماعية لدى عينة من الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعليم. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية بشبين الكوم.
 - 15- عوض بن محمد عويض الحربي (2003): العلاقة بين إدارة الذات والسلوك العدواني لدى الطلاب الصم. رسالة ماجستير، أكاديمية نايف للعلوم العربية الأمنية، كلية الدراسات العليا.
 - 16- فاروق الروسان (2003): مقدمة في الإعاقة العقلية. ط2، دار الفكر للطباعة، القاهرة.
 - 17- فيوليت فؤاد ابراهيم (1985): العلاقة بين إدارة الذات وبعض العوامل الاقتصادية والاجتماعية والبيئية لدى أطفال دور الحضانه. الجمعية المصرية للدراسات النفسية، المؤتمر الأول لعلم النفس، ص121:135.
 - 18- كريستيان مايلز (2010): التربية المختصة (دليل لتعليم الأطفال). www.proquest.com.
 - 19- لويس كامل مليكة (2006): دليل مقياس ستانفورد بينيه للذكاء، الصورة الرابعة، ط4، مطبعة فيكتور كيرلس، القاهرة.
 - 20- محمود عطا حسين (2000): الإرشاد النفسي والتربوي، (المداخل النظرية- الواقع- الممارسة). دار الخريجي للنشر، الرياض.
 - 21- نادر فهمي الزبيد (1998): نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، دار الفكر، عمان.
 - 22- نجيب خزام (1998): التخلف العقلي في بحوث عن الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وسبل التعامل معهم ورعايتهم. مركز دراسات الطفولة، جامعة عين شمس.
 - 23- نشوى عبدالحليم البربري (2008): فاعلية برنامج قائم على مفهوم الذات في التخفيف من حدة العجز المتعلم لدى عينة من المتخلفين عقلياً القابلين للتعليم. رسالة دكتوراه غير، كلية التربية بشبين الكوم.
 - 24- نادر أحمد أبو شيخة (1991): إدارة الوقت. دار مجدلاوي للنشر، عمان.
-

-
- 25- Akiko, Tamaru; Ann, McColl & Setsuko, Yamasaki (2007): Understanding independence: perspective of occupational therapists. **Journal of Disability & Rehabilitation**; Jul 2007, Vol. 29 Issue 13, p1021-1033.
- 26- American Association of Mental Retardation (2002): Mental retardation: definition, classification, systems of support. Available at www.sciencedirect.com
- 27- Anamarija Zic, Nikolic Branko & Igricljil Jana. (1996): The influence of integrative gestalt therapy on acquisition of daily life skills and habits. 10th world congress of international association for the scientific study of intellectual disability. 8-3 July, Helsinki, Finland.
- 28- Arkowitz, H. (1992): Integrative theories of therapy in Freud, D.K (ed) history of psychotherapy, **A century of change American psychological Association Washington**.
- 29- Chrestian, Mayels. (2010) Special education, (Guide for child learning). available at 7/6/2010 <http://www.askeric.com>.
- 30- Comer, Enda, W (2004) Integrating the health and mental health needs of the chronically: A Group for individual with depression and sickle cell disease. **Social Work in Health Care**. V38, n4. Pp:57:76.
- 31- Dagnan, D. (2006): Cognitive – Behavior intervention for people with intellectual disabilities. **American Journal of Mental Retardation**, 104(3), 399:409.
- 32- Davis John, R & Russell, Robert, H (1990): Behavioral staff management: An analogue study of Acceptability and its of behavioral correlates. **Journal of Behavioral Residential Treatment**, V5, N4, pp:259-270.
- 33- Davis, L. (2002): People with mental retardation in the criminal justice system. Arlington, the arc national headquarters.
- 34- Fernandez, Vallina, Oscar; Gieraldez, Serafin, Lemos; Saiz, Ana Garcia & et al. (1999): Integrated psychological treatment for schizophrenic patients. **Journal of Psychology in Spain**, 1999, Vol. 3. No 1, 25-35.
- 35- Fner, Alexander, HD & Stock, Armin (2010); Time Management Training and Perceived Control of Time at Work. **The Journal of Psychology**, 2010, 144(5), 429–447.
-

-
- 36- G. Janeslätt; M. Granlund; I. Alderman & A. Kottorp (2008): Development of a new assessment of time processing ability in children, using Rash analysis. **Journal of Child: care, health and development**, v34,n 6, 771–780.
- 37- Gzeberg, P. Thomas, M. & Vernnon, G. (1998): Mental retardation A longitudinal study. **Journal of Abnormal Child Psychology**, 19, (3), 60:67.
- 38- Hintermann, Julia. (2009): Financial benefits of self management. www.scindirect.com.
- 39- Hopps, Sandra, L; Pepin, Michel; Arseneau, Isabelle; Frechette, Melanie& Begin, Genevieve (2001) Disability related associated with loneliness among people with disabilities. **Journal of rehabilitation**, v1,n67,Issue3.
- 40- Kwon, Paul. (1999): Attribution style psychodynamic defense mechanism: toward integrative model of depression. **Journal of personality**. V76, No4, Augst,PP,646:648.
- 41- Lorentzen, Steinar (2010): Group therapy in community mental health centers: A Norwegian survey. **Journal of Nordic Psychology** V 62(3), Oct, 2010. pp. 21-35,
- 42- Mayer, J, D. (2004) How does psychotherapy in flounce personality? Theoretical integration. **Journal of clinical psychology**, Vo1, 24, issue 2.
- 43- Nosek, Margret, A& Fuhrer, Marcus, J (1992) Independence among people with disabilities: A heuristic model. **Rehabilitation Counseling Bulletin**. Vl. n36, Issue1.
- 44- Oliver, Jam & Williams, E E (2005): Teaching time mentally handicapped child: Challenges teachers facing. **The international Journal of Special Education**. V20, n2, 19-31.
- 45- P Kennedy^{1,2}, O Sherlock¹ and N Sandu¹ (2009) Rehabilitation outcomes in people with pre-morbid mental health disorders following spinal cord injury. **Journal of Spinal Cord**, v47, pp:290–294.
- 46- Smith, Deborah, J; Richard, Young, K; Ron, Nelson, J& West, Richard (1992): The effect of a self-management procedure on the classroom and academic behavior of students with mild handicaps. **School Psychology Review**, V21(1), pp. 59-72.
- 47- Strieker, G. & Gold, J, R. (1996): Psychotherapy integration: An assimilative, psychodynamic approach. Cyberpsych <http://www.ccyper-psycho.org>. Available at 15/8/2010.
- 48- Vilans, Leke, Winknes; Van, Carloline (2009) Training patients in Time Pressure Management, a cognitive strategy for mental slowness. **Journal of Clinical Rehabilitation**. v 23: 79–90.
-