

مركب النقص لدى الطفل المصاب بشلل الأطفال  
وعلاقته بعاملَي الذكاء والدافع للإنجاز

دكتوراه

عواطف محمد محمد حسانين  
المدرس بقسم علم النفس التعليمي  
بكلية التربية بسوهاج -  
جامعة أسيوط

مقدمة :

تعد السنوات الأولى من حياة الطفل أهم فترة في حياته ، بل هي الدعامة الأساسية التي تقوم عليها حياته ، وفي خلالها يتقرر ما إذا كان سينشأ على درجة كبيرة من الامن والطمأنينة أو سيعانى من القلق النفسى . ذلك لأن أى خبرة نفسية وجدانية يصادفها الإنسان في طفولته تسجل في نفسه وتظل هائلة معها وقد يستعد بها - لا شعوريا - وقد يسقط مشاعرها على المواقف والخبرات المشابهة في حياته المستقبلية فتؤثر على نمو شخصيته .

وقد يولد الإنسان معوقا أو قد يصير معوقا نتيجة لمرض اصيب به أو حادث وقع له ، وتشير الدراسات الى أن حجم المعوقين في العالم يتجاوز ٥٠٠ مليون نسمة حتى عام (١٩٨٠) وان نسبة الاطفال المعوقين يتراوح بين (١٠-١٥) % من مجموع الاطفال في العالم وان نسبة ٨٠ % من المعوقين في العالم تعيش في العالم الثالث . وقد يرجع ذلك لخروف الفقر والجهل والمرض التي تشمل معظم بلدانه . ( لطفى بركات أحمد ، ١٩٨١ ) .

وقد أوضح التعداد العام للسكان في مصر (١٩٦٠) ان نسبة المعوقين الى جملة السكان تبلغ ١% ( صلاح الدين الحمصانى ، ١٩٨٠ ) .

وهذه النسبة الضعيفة تؤكد قصور سياسة التعداد العام للسكان في مصر وبخاصة ، ان كشوف التعداد لا تتضمن فئات كثيرة من المعوقين ، بل تتضمن فقط حالات كف البصر والصم وحالات فقد أحد العينين ، وحالات بتر الاطراف العليا والسفلى ، وكذلك لم تنشر هذه الاحصاءات الا لزيادة قدرها ستة آلاف نسمة من المعوقين في الفترة ( ١٩٦٠ - ١٩٧٦ ) الستى زاد خلالها تعداد السكان بحقدار (١٤) مليون نسمة .

وشلل الاطفال يعد من أخطر الامراض التي تصيب الاطفال فسي سن مبكره ، ومن الملاحظ والهام ان الاصابة به تقيد نشاط الطفل بالنسبة لزملائه ، وهو أمر يضايقه كثيرا أو يعطيه انطباعا بأنه أقل من زملائه وانه مختلف عن اقرانه وهي حال تسبب له كثيرا من الاضطرابات فى الشخصية ( Blumbery, 1975 ) .

وتتجمع دراسات كل من ( Chenoweth and a Elkirk, 1975, and Haggerty, Rohmann and Pless, 1974, Hughes, 1976 ) على ان الاطفال المصابين بمرض مزمن أو عاهة مستديمة لديهم قدر مرتفع من المشكلات الانفعالية مثل عسدم الاستقرار والانسحاب والاكتئاب والعدوان والنقص ، وشلل الاطفال واحد من هذه الامراض المزمنة التي يمكن ان تضررب شخصية الطفل نتيجة له بطريقة أو بأخرى .

ويمكن أن يترتب على تقييد حركة الطفل المريض بشلل الاطفال آثار سيئة فى شخصيته ، وذلك لأن نمو الشخصية وثيق المسلة بالنمو الحركى ويتأثر به فان توجه الطفل بالنسبة للزمان والمكان ، وتقديره لكفاءته البدنية وتوازنة ووضع جسمه كلها أمور تعتمد على قوة جهازه العصبى والعضلى وكفاءته . ( Brker, R. G. 1980 )

كما ان نقص المنبهات التي تشير الطفل نتيجة لتقييد حركته البدنية ، والاحباط الناتج عن ذلك واتجاه الاخرين نحوه ... الى غير

ذلك من أهم العوامل التي تؤثر بدرجات متفاوتة في نمو شخصيته .  
( Blumery, 1975 )

وقد أثبتت ( Fox, 1977 ) ان الطفل السعوق بدنيا أكثر حساسية من الطفل السوي وهذه الحساسية تجعله سريع التأثر ، لديه احساس عظيم بالذنب لانه يدرك انه يكلف والديه مالا كثيرا في علاجه وورغباته .

وتشير نتائج دراسة ( Prenko, 1963 ) التي اجراها لفحص اثر الاعاقة البدنية في الشخصية . الى انه ليس هناك قاعدة محددة ، فان بعض الاطفال الذين يعانون من مرض مزمن يمكن ان ينجحوا في التوافق في حين يفشل آخرون . واذا ما نظرنا الى المجموعة بوصفها كلاً يظهر ان متوسط ادائهم لم يختلف عن أداء اطفال العينة الضابطة لهم من الاسوياء . كما اتضح ان الارتباط بين درجة العجز ومشكلات الشخصية يقترب من الصفر .

كما اثبتت نتائج دراسة ( Meyerson, 1984 ) ان العامل السعوق الذي يؤدي عملاً يتناسب وحالته العقلية يكون أكثر تفوقاً في آدائه لهذا العمل من العامل السوي ، والسبب في ذلك يرجع الى حرصه الشديد على تحقيق النجاح ورغبته في تفادي الانتقادات وخوفه من حرمانه من مواصلة هذا العمل الذي يؤكد به ذاته بين الآخرين .

فقد حقق بعض من نسميهم معوقين أمجاداً لم يمل اليها الاسوياء وفي ضوء دراستنا هذه نذكر على سبيل المثال لا الحصر ، اسم الكاتبة ( سلما لا جروف ) السويدية الحاصلة على جائزة " نوبل " التي اصيبت في طفولتها بالشلل وظلت عرجاء على طول مدى عمرها كله ، ولكن ذلك لم يخل بينها وبين النجاح فسجلت في مجال الادب ما يخلدها وما يجعل الانسانية تمنحها اكبر جائزة فيه ، ويكفي ان كتابها للافال " رحلات نيلز هلجرسون العجيبه " قد ترجم الى عشرات اللغات ، وقد قضت الكاتبة الانجليزيه " أنا سويل " سبع سنوات

طريحة الفراش بعد ان عجزت ساقها عن حملها ولكنها لم تياس وظللت  
تكتب طيلة هذه السنوات ( عبد التواب يوسف ، ١٩٨٠ ) .

#### تحديد المشكلة :

ما سبق ترى الباحثة ان نتائج الدراسات والبحوث السابقة تكاد  
تتفق على وجود أثر واضح للاصابة بشلل الاطفال على شخصية الطفل ،  
واهم تلك الاثار هي احساس الطفل بالنقص أو الحرص على بذل الجهد ،  
الا أن تلك النتائج يمكن تقسيمها الى قسمين رئيسيين :

**الأول :** ويرى ان مركب النقص لدى الطفل المصاب الشلل  
يؤدى به الى الشعور بالاحباط والانطواء والعزلة عن المجتمع .

**الثاني :** فيرى انه يدفع به الى زيادة الدافع للانجاز ، والرغبة  
فى التفوق .

وفى ضوء تلك النتائج تحاول الدراسة الحالية الكشف عن مركب  
النقص لدى الاطفال المصابين بالشلل ، ومقداره ، ومدى علاقته بذكاء  
الطفل ، وقدرته على الانجاز وما أثر تفاعل عاملى الاحساس بالنقص  
والذكاء على رغبة الطفل المعوق فى الانجاز والتفوق .

#### أهمية البحث :

ان بداية الاصابة بشلل الاطفال غالبا ما تحدث فى مدى عمرى  
غاية فى الاهمية من ٦ شهور حتى سنتين أو ثلاث سنوات (Donofrio  
) 1984 وهنا تكمن اهمية الدراسة فى هذا الموضوع ، فان اسلوب حياة  
الفرد يتكون فى فترة مبكرة للغاية من الطفولة قرابة السنة الرابعة أو  
الخامسة ، وفى ذلك الوقت يتمثل الفرد الخبرات ويستغلها حسب هذا  
الاسلوب الفريد للحياة ، فتثبت اتجاهاته ومشاعره ويثبت تفهمه بصورة  
اليه فى سن مبكرة ، ليصبح من المستحيل عمليا ان يتغير اسلوب  
حياته الجديد ولكنها تكون مجرد امثلة عيانية وخاصة لنفس الاسلوب

الاساسى الذى تكون فى سن مبكرة .

ويوجه العلماء ورجال التربية الآن اهتماما كثيرا للتعرف المبكر والتعليم الخاص للاطفال المعوقين بدنيا حسب طبيعة وبداية ودرجة واستمرار العجز أو المرض ، ومثل هذا العجز ينتج عنه آثار تختلف باختلاف اختلافها كبيرا فيما يتعلق بالعملية التعليمية ، فحركات هؤلاء الاطفال المحدودة تحد من فرصهم للاحتكاك بالآخرين واكتشاف الاشياء والظواهر التى تتضمنها بيئتهم والقيام بانشطة عملية وفكرية وعاطفية وارادية واجتماعية وبالتالي تحد من اكتسابهم للخبرة بصفة عامة ( Combs ، 1979 ) .

ان رعاية المعوقين عامة والاطفال منهم خاصة ، واحدة من مقاييس تقدم الامم وتحضرها وسمة من سماتها الانسانية أو يدل ذلك على التصدى لواحدة من المشاكل الصعبة ، وتقادى اثارها الوخيمة العاقبة ، اذ قد ينقلب هؤلاء الاطفال الى مخربين للمجتمع انتقاما منه وينحرف بعضهم عن الطريق السوى أو يصبحون مشردين ومتسولين وعالة على مدى عمرهم كله ويصبحون معوقين لحركة المجتمع .

مع ان رعايتهم مهما كلفنا ماديا ومعنويا فان عائدها أكبر من نفقاتها ويبدو لنا الفارق واضحا حين نقارن بين واحدا من المعوقين يعرض عاهته يستجدى منها ويسئء بذلك الى سمعة مجتمعه ، ويشير الى انسانية هذا المجتمع ، وبين آخر لقى الرعاية وأحسن توجيهه وامكن تأهيله فأصبح يعتمد على نفسه ويعولها ، بل يقدم انتاجا لمجتمعه ، هذه المقارنة بلا شك محسومة النتيجة . لذلك لجأت الدول الى وضع تشريعا لرعاية المعوقين بجانب اقامة المؤسسات العلاجية والتعليمية والانتاجية التى تمد لهم يد العون وينقف الاعلان العالمى لحقوق الطفل الذى صدر فى نوفمبر عام ١٩٥٩ على قمة التشريعات الصادرة لصالح الاطفال المعوقين ، وهو فى مادته يساوى بين استمتاع الاطفال بهذه الحقوق دون استثناء أو تمييز ، أى أنه يساوى فى الحقوق بين الاسوياء

والمعوقين • وهو فى المبدأ الخامس منه ( برغم المساواه بين جميع الاطفال ) الا أنه يميز المعوقين ويستثنىهم ويعطيهم رعاية أكبر فهو نص على :

"يجب توفير العلاج الخاص ، التربىة ، الرعاية التى تقتضيها حالة الطفل المصاب بعجز بسبب احدى العاهات " ( ادث م • سيتسرن ، الزاكاستنديك ، ١٩٦١ ) •

بالاضافة الى ذلك ، فقد حددت اليونسكو فى عام ١٩٨٠ فى دورتها المنعقدة فى بلخراد ، أن يكون عام ١٩٨١ عاما دوليا للمعوقين حرصا منها على تقديم كل عون لمساعدتهم • ومع هذا فلم تصل نسبة من ترعاهم ادارة التربية الخاصة فى العالم العربى حتى عام ١٩٧٤ الى ٢٥% من الفرص المطلوبة للاطفال المعوقين فى سن التعليم • ( حسين كامل ابو الليف ، ١٩٧٤ ) •

يتضح أهمية المشكلة من جوانب متعددة منها الجانب الاجتماعى والتربوى والاقتصادى والانسانى والمهنى •

### الاطار النظرى للبحث

\_\_\_\_\_

#### تعريف شلل الاطفال :

شلل الاطفال أو " البوليو " والاصح ان نقول : التهاب السنجايبه الحاد " الوبائى " هو مرض انتانى سار حاد ووبائى ، يصيب الاطفال والاولاد اكثر مما يصيب البالغين ، ويتمف باعراض سريرية تشبه اعراض التهاب القسم العلوى من الجهاز التنفسى فى بعض الحالات ، أو اعراض التهاب الجهاز الهضمى وخاصة الحميات المعويه ، فى بعضها الاخر ( محمد على الحاج ، ١٩٨٤ ) •

وفى الحالات الشديدة الوطأة يتمف هذا المرض بظهور شلل

جزئى أو كلى فى عضلات الجسم الهيكلية . فالشلل اذا ليس نتيجة حتمية لالتهبات السنجابية الحاد . اذ فى بعض الحالات ينتهى هذا الالتهاب بالشلل وفى بعضها الاخر . وهى الكثرة البالغة لا يظهر اى شلل فى عضلات الجسم ، بل يعود الى ما كان عليه من قبل .

#### أسباب الامابة بالشلل :

يتسبب شلل الاطفال عن حمة راشحه " فيروس " القرنين الاماميين من النخاع الشوكى حيث توجد المراكز المغذيه للجهاز الحركى وخاصة فى الجزئين القطنى والسعنى من هذا النخاع الشوكى . كما يصيب خلايا الجهاز الحركى فى لحاء المخ ( Ford, 1966 ) .

والحمى المسببه لشلل الاطفال أقل مقاومة للعوامل الفيزيائية ، فالحرارة المرتفعة الى حد الخمسين درجة تكفى لقتلها خلال ثلاث دقائق وكذلك الاشعة فوق البنفسجية ، فانها ذات أثر فعال فى قتلها والقضاء عليها ( Krugman and Word, 1968 ) .

#### انتشار مرض شلل الاطفال :

ينتشر شلل الاطفال على شكل وافدات تظهر فى الصيف واوائل الخريف وهو داء يصيب الاحداث أكثر مما يصيب البالغين .

ففى سنة ١٨٤٠ نشر المجرى الالمانى هاين Heine ومفصا دقيقا لمرض الشلل ، وفى سنة ١٨٩٠ نشر الطبيب الاسوجى مديسن Medine تقريرا وأفيا عن الخمائص الوبائية لمرض الشلل ، ولذا اصبح هذا المرض يعرف باسم : مرض ( هاين - مدين ) اعترافا بفضل هذين الرجلين اللذين كانا أول من أوضح صفات هذا المرض واعراضه وطرق عدواه وانتشاره ( Topetal, 1972 ) .

وهذا المرض أكثر انتشارا فى المدن عنها فى القرى والأرياف .

### الأشكال السريرية للتهاب السنجابية الحاد :

لقد ذكرنا فيما تقدم أن الشلل ليس نتيجة حتمية للتهاب السنجابية الحاد ، ففي بعض الحالات ينتهي هذا الالتهاب بالشلل ، وفي بعضها الآخر ، وهي الكثرة الغالبة ، لا يظهر أى شلل في عضلات الجسم ، بل يعود كل شىء الى ما كان عليه قبل بدء المرض .

وهكذا يمكن ايجاز الاشكال السريرية للتهاب السنجابية الحاد .  
فيما يلي :

- ١ - عندما ينتهى التهاب السنجابية الحاد عند دور الصولة نسميه  
" التهاب السنجابية المجبض " .
- ٢ - وعندما يتوقف عند الدور الذى يسبق ظهوره الشلل نسميه " التهاب السنجابية الغير شلى " .
- ٣ - وعندما تكون مجموعة العضلات المصابة بالشلل هي عضلات الاطراف والرقبة والبدن نسمى الالتهاب السنجابي : " التهاب السنجابية الشوكي " .
- ٤ - وعندما يصيب الشلل أعصاب الجمجمة أو مركز التنفس أو مركز القلب والأوعية الدموية نسميه " الشلل البصلى " .
- ٥ - وعندما يصيب الشلل عضلات الاطراف والرقبة والبدن وأعصاب الجمجمة أو مركز التنفس أو مركز القلب والأوعية الدموية فسمى آن واحد ، أى عندما يكون الشلل مزيجاً من الحالتين السابقتين نسميه " الشلل البصلى الشوكي " .

وتنشأ الاضطرابات التنفسية فى شلل الاطفال عن أربعة أسباب

هي :

- أ - اصابة الخلايا الشوكية للاعصاب التي تغذى عضلات التنفس كالحجاب الحاجز وعضلات الصدر والبطن والعضلات الموجودة بين



- اضلاع القفص الصدرى
- ب - اصابة عضلات البلع وحركات الحنجرة •
- ج - اصابة مركز التنفس فى البصلة السيسائية •
- د - سوء تبادل الاوكسجين وثانى اكسيد الكربون فى الحجيرات الهوائية نتيجة الاستسقاء والتقلص الرئوى •

#### التلقيح ضد شلل الاطفال :

يلقح الاطفال ضد شلل الاطفال باحدى طريقتين :

- أ - أما بحقن تحت الجلد بلقاح " سالك " الامريكى Salk أولقاح " لا بين " Lepine الفرنسى •
- ب - واما بطريق الفم ويستعمل لذلك لقاح " سابين " Sabin •

#### العييب الجسمى والشخصية :

ان حالة الطفل الجسمية يمكن ان تؤثر على توافقه الانفعالى والاجتماعى ، فالمرض المزمن ( شلل الاطفال ) قد يعنى ان الطفل يتعب بسهولة أو كثيرا ما يستثار ونتيجة لذلك يجد صعوبة فى العلاقات الاجتماعية وفى العمل المدرسى •

واصابة الطفل بشلل الاطفال أو ضعف قلبه قد يؤدي الى افسراط أو مبالغة فى العناية به من الكبار فى بيئته ، بينما قد ينبذه الاطفال الآخرون باعتباره متخلفا عنهم • فالاطفال الاكبر قد يقبلونه كقائد بسهولة أكثر عن صغورهم ، وقد يحمل الاطفال ذوى العاهات البصرية أو السمعية على درجات مدرسية أقل • وقد ينظر الى الاطفال الاصحاء على انهم اكثر ذكاء من زملائهم المرضى •

وقد فحص عدد كثير من الباحثين العلاقة بين العيب الجسمى ونمو الشخصية وقد أظهرت تلك الفحوص ان المنظر غير السار للنظارات

الطبية السميكة وعجز الطفل عن المشاركة في كثير من الألعاب يؤدي الى ابتعاد مثل هؤلاء الاطفال عن غيرهم ، وهناك احتمال هو انه ينتج عن محاولة الرؤية مع نقص في البصر وتوتر عصبي شديد .

وقد يشعر كثير من الاطفال بمشاعر النقص وعدم الكفاية لانهم عاجزون عن ملاحظة الاطفال ذوو البصر الجيد ، وقد اتضح ان الاطفال المعوقين بصريا أكثر دماثة وأقل نشاطا وأقل مبادأة اذا قورنوا بالأطفال ذوي البصر السليم من نفس عمرهم .

وإذا كان الوالدان منذ البداية غير سعيدين وخجلين من منظر الطفل مبالغين في حمايته مبعدين اياه عن الاختلاط بالآخرين فانه معرض لان يكبر بحيث ينشغل بنفسه وينطوى عليها ولا يرضى بها ويشعر انه شاذ وغريب اما اذا قبلوا علامة الميلاد المشوهة أو الاذن المعيبة باعتبارها غير ذات أهمية كبيرة ، وتصرفوا كما لو كانوا يعتبرونه طفلا سويا تاركين اياه ليذهب الى الاماكن التي يذهب اليها غيره دون قلق أو خوف من نظرات الآخرين نحوه أو تعليقات الهامسين عليه فانه يعتقد انه عادى ولا يفكر الا قليلا في ذاته .

ما الذي يحدد أسلوب الحياة لدى الفرد ؟

لقد قال " ادلر " في كتاباته المبكرة الذي يحدده - الى حد كبير - النقائص العضوية التي يعانها الشخص سواء أكانت وهمية أم حقيقية ، فأسلوب الحياة تعويض عن نقص معين .

وإذا كان الطفل قليل الجسم ، فان أسلوب حياته سيأخذ شكل القيام بتلك الاشياء التي ستؤدي الى القوة البدنية والطفل الغبي يكافح من أجل تحقيق التفوق العقلي .

ولقد تحدد أسلوب الحياة عند " نابليون " وهو الاسلوب القائم على القهر والغروب فعل قصر قامته . كما تحدد عشق " هتلر " القائم على القهر والغروب فعل قصر قامته .

للاغتصاب والسيطرة على العالم بعجزه الجنسي ولكن هذا التفسير البسيط لمسلك الانسان والذي راق الكثير من قراء " ادلر " واستخدم على نطاق واسع في تحليل الطابع خلال الاعوام من ١٩٢٠ - ١٩٣٠م لم يكن محل رضا " ادلر " نفسه . فهو بالغ البساطة شديد الحساسية الالهية ولذلك فقد بحث عن مبدأ أكثر دينامية ووحدة في الذات الخلاقة .

### الذات الخلاقة :

لقد توج " ادلر " بهذا المفهوم انجازه كصاحب نظرية فسي الشخصية فعندما اكتشف الذات الخلاقة اخضعت لها مفهوماته الاخرى ، ذلك انه عشر أخيرا على المحرك الرئيسي والسبب الاول لكل ما هنـو انساني ، انه الذات الموحدة ، الثابتة والخلاقة هي صاحبة السيادة في بناء الشخصية . والذات الخلاقة مثلها مثل جميع الاساليب الاولى يصعب وصفها ، اننا نستطيع رؤية اثارها ولكننا لا نستطيع رؤيتها ذاتها ، انها شيء يحتل مكانا متوسط بين المنبهات المؤثرة في الشخص والاستجابات التي يستجيب بها لهذه المنبهات .

ونظرية الذات الخلاقة هي في جوهرها ان الانسان يضع شخصيته فهو يبنيتها من المواد الخام ( كالفين هول وجاردنر ليندري ، ١٩٧٨ ) .

### الابحاث والدراسات السابقة

ـــــــ

ذكر Hughes (١٩٧٦) انه ليس هناك ثمة مرض عضوي خالص او اضطراب انفعالي صرف وانما كل مرض عضوي يمكن ان يرتبط بدرجة معينة من الاضطراب النفس ، وكذلك فان كل اضطراب انفعالي يرتبط الى حد ما باضطراب الوظائف البدنية .

ففي دراسة Meyerson, 1984 التي اجراها على مجموعة من

الاطفال المصابين بشلل الاطفال الطرفى فى ولاية كاليفورنيا ، تسراوح العمر الزمنى لهم ما بين (١٠-١٣) سنة ، اثبت فيها ان الاصابة بشلل الاطفال تخلق لدى الطفل الشعور بالنقص ويساعد على ظهور هـذا الشعور افراد المجتمع انفسهم فهم يفترضون ان المصاب بالعاهة شخص أقل منهم لا فى الناحية التى فقدتها فحسب ، بل فى باقى النواحي الاخرى من شخصيته ، فتصبح النظرة عامة الى الشخص بأكمله ، ولا يكتفى بعضهم باظهار هذا الشعور البيغض امام صاحب العامة بل انهم يرون انه يجب ان يشعر هو فى قرارة نفسه بهذا الشعور مما يسيء الى نفسية الطفل .

وأكدت دراسة Donfrio, 1984 التى اجراها على اطفال المدارس المصابين بالشلل الطرفى ودور الوالدين تجاه ابنائهم ، ان الاطفال المصابين بالشلل يسهل تعرضهم للانعصاب أو المواقف العصبية، والحالات النفسية المرضية وخاصة فى حالة غياب السند الاسرى .

وباستخدام اختبار رسم الرجل استنتج Machover, 1982 وجود اختلاف بين الاطفال المصابين بشلل الاطفال والاطفال العاديين، فى ان الاطفال المصابين بالشلل يتصفون بارتفاع مستوى شعورهم بالنقص والقلق والعدوان .

وباستخدام اختبار الصور لروسينزويج لقياس الاحباطات Rosenzweig Picture Frustration Test وجد Lang, 1982 ان شعور الاطفال المصابين بالاحباط هو رد فعل لاصابتهم بالشلل ، والاهم من ذلك ، فأن الاعاقة تقيد حرية الطفل واستقلاله ومن ثم يصبح غير قادر على التفاعل مع أقرانه .

وفى دراسة أخرى عن الاثار النفسية للاعاقاة البدنية اجراها كل من : Fernald and Aplitt, 1981 على مجموعة من الاطفال ممن اصابوا فى طفولتهم ( بفقد السمع أو ضعف البصر أو الاصابة بشلل

الاطفال ) بلغ عددهم ١٢٠ طفل وطفلة في الاعمار ما بين ٦ - ١٣ سنة في احدى مؤسسات رعاية الاطفال المعوقين بالولايات المتحدة ، وكان من أهم ما توصل اليه ان هناك علاقة بين اصابة الطفل بشلل الاطفال وعدم قبوله ونبذه من الاطفال الاخرين ، كما ستنتج ان أهم العوامل التي تؤدي الى نبذ الطفل المعوق من جماعته هو عدم قدرته على التعبير عن نفسه .

واستنتج كل من ( Bender and Silver, 1979 ) وBender, 1978 من خلال دراساتهم التي اجروها عن النمو النفسي للاطفال المعوقين بدنيا في مراحل النمو المختلفة ، ان صورة الجسم تعتبر مؤشر هام لمرحلة نمو الفرد أو علامة لمستوى النمو الذي ادركه ، ففي مرحلة الطفولة المبكرة يشكل الجسم جزءا هاما في حياة الشخص ويستقبله .

وأضاف Peters, 1975 من خلال الدراسة التي اجراها على مجموعة من الاطفال والمراهقين المعوقين بدنيا ، بلغ عددهم ٦٨ شخص ، مستخدما منهج دراسة الحالة ان ثقافة المجتمع تعتبر مؤشرا آخر على نمو الطفل المعوق وتوافقه ، فاستجابة الطفل المعوق لمثيرات البيئة تشكل جزءا هاما في نموه النفسي .

وافترضت دراسات Max6 - Rosenau, 1973, Morris, 1975, Tavormina, Kastner, Siater and Wantt, 1976. ان الاعاقة البدنية ومنها شلل الاطفال يمكن ان تكون مصدر تهديد للشخصية نتيجة لتدخلها في الانشطة السوية للطفل متقليل صلاته باقرانه وتشجيعه لاتجاه قبول الحماية الزائدة من الوالدين والمعلمين ، واشعار الطفل بانه مختلف . ومن ثم تؤدي كل ذلك أو بعضه الى شعور الطفل بالنقص والتعاسة .

وقد لاحظ " كولبرج " ان الاطفال المنعزلين اقل تقدما في حكمهم الخلفي من قادة مجموعات الرفاق وقد ارجع هذا الى قلة الفرصة للعب الادوار المتاحة لهؤلاء الاطفال المنعزلين ، وقد يرجع التقدم

للعب الادوار المتاحة لهؤلاء الاطفال المنعزلين ، وقد يرجع التقسّم هذا الى أسباب خارجة عن ارادة التلميذ كأن يكون محدود المهارة الاجتماعية أو ذا عاهة جسمية أو صفات جسمية منفردة ، أو يكون مشغولا بمشكلاته الداخلية ( Sugarman, 1973 ).

وباستخدام أسلوب الملاحظة كأداة للبحث قرر كل من Hanks and Hanks, 1967 ان اسهام الطفل المعوق في المجتمع يشعره بالاهمال والنبذ والاحباط والحقد والاحساس بالذنب ، ومع ذلك يمكن ان نجعله متوافقا اجتماعيا وذلك بمساعدته على تحمل المسؤولية .

#### الذكاء :

أما فيما يتعلق بالدراسات التي أجريت على العلاقة بين ذكاء الاطفال واصابتهم بالشلل الطرفي ، فقد اجريت دراسة حديثة قام بها Mittler, 1985 على مجموعة من الاطفال المصابين بالشلل ، بلغ عددهم ٩٤ طفلا وطفله تراوحت اعمارهم ما بين (١٢-١٥) سنه وباستخدام اختبار وكسلر لذكاء الاطفال ، وقد توصل الى أن نسبة ذكاء هؤلاء الاطفال تراوحت ما بين ٨٥ - ١١٠ .

وقد أجرت Lee, 1980 دراسة لذكاء ١٤٨ طفل مصاب بالشلل في مستشفى واشنطن تراوحت أعمارهم ما بين (٣-١٦) سنه مستخدمة في ذلك اختبار استانفورد - بينية لقياس الذكاء ، وقد توصلت الى أن نسبة ذكاء هؤلاء الاطفال تتراوح ما بين ٣٥-١٣٨ بمتوسط قدره ٨٦ .

وقد اثبتت Lee من تلك الدراسة ، اختلاف نسبة ذكاء الاطفال حسب نوع الشلل ، قد بلغت نسبة ذكاء الاطفال المصابين بشلل الاطفال ٩٢ ، ولدى الاطفال المصابين بشلل مخي ٦٩ ، وفي الاطفال المصابين بشلل في العظم ٨٨ ، أما في الاطفال المصابين بشلل في الجهاز العصبي المركزي فبلغت ٧٤ .

وفى دراسة أخرى اجراها Dietrich, 1980 على ذكاء  
الاولاد المصابين بشلل فى الاطراف فى لوس انجلوس باستخدام مقياس  
وكسلر لذكاء الاطفال فبلغت نسبة ذكائهم ١٢١ ، وقد كشفت نتائج  
الدراسة عن اصابة أفراد العينة بالاحباط الاكاديمى والمهنى .

واجرى كل من Witty and Smith, 1975 دراسة  
على ذكاء ١٤٨٠ طفل مصاب بشلل الاطفال ، اظهرت نتائجها ان  
متوسط نسبة الذكاء لديهم بلغت ٨٤ ٪ .

وفى دراسات Fishman and Stanton, 1977,  
Gordon, Roberts and Griffith, 1978. على مجموعة  
من الاطفال المصابين بشلل الاطفال بلغ عددهم ٣٠٠ طفل ، بلغ متوسط  
نسبة ذكائهم ٩٩ .

واجريت دراسات اخرى عديدة على ذكاء الاطفال المصابين  
بشلل فى المخ تأتى فى مقدمتها دراسة Fermal and Arlitt,  
1981. على مجموعة من الاطفال المصابين بشلل مخي ، بلغ عددهم  
١٩٤ طفل ، وقد اظهرت نتائج الدراسة ان ذكاء هؤلاء الاطفال تراوح ما  
بين ٣٠ - ١٣٨ بمتوسط قدره ٨٢٫٣٥ .

وفى دراسة اخرى اجراها Donofrio, 1983 على مجموعة  
من الاطفال مصابين بشلل فى المخ وباستخدام اختبار استانفورد- بينيه  
للذكاء قرر ان منحى ذكاء هؤلاء الاطفال يتجه نحو النهاية السفلى من  
المنحنى .

وباستخدام اختبار القدرة على الادراك قرر Wedell's  
1972. ان اصابة الاطفال بشلل فى المخ بعد سن ٦ سنوات يسؤدى  
الى ارتفاع ادائهم العقلى عن الاطفال المصابين بالشلل دون ذلك  
العمر ، فقد استطاع أكثر من نصف افراد العينة الاستجابة لاربعة  
اختبارات فرعية أو أكثر من الاختبار الكلى .

كما اثبتت دراسة كل من Hirschenfang and Bento: Benton, 1975 على مجموعة الاطفال والمراهقين المصابين بشلل في المخ باستخدام اختبار كولومبيا للنضج العقلي The Columbia Mental Maturity Test ارتفاع مستوى الاداء العقلي للاطفال المصابين بالشلل المخى بارتفاع العمر الزمني .

بينما في دراسة أخرى اجراها Delaney, 1979 باستخدام اختبار Galdstein Scheerer Test اثبت ان الادراك البصري والحركي للاطفال المصابين بشلل في المخ يرتبط في المقام الاول بالعمر العقلي فقط

وفي عام (١٩٦٦) اجرى Heliman مقارنة لنتائج خمس دراسات اجريت على نكاه الاطفال المصابين بشلل في المخ بما فيهم دراسته هو ، وقد سجلت نتائج تلك المقارنة على النحو التالي :

### جدول (١)

نتائج بعض الدراسات حول نكاه الأطفال المصابين بشلل الأطفال

البيان	روزنفيو و ميلر	الكيري المستشفيات نخبة من أساتذة الكيري	اشير وكونتيرل	هولوران	هيلمان	العينة الكلية
بحجم عينة البحث	٢٦١	٩٠	٣٤٠	١٣٣	١٧٨	١٠٠٢
ضعف عقلي	٤٩	٤٣	٤٧	٣٦	٤٧	٤٥
أقل من المتوسط	٢٥	٣٠	٢٨	٣٨	٣٠	٢٩
نكاه مرتفع	٢٦	٢٦	٢٥	٢٦	٢٣	٣٥



وكما هو واضح من الجدول السابق انه من بين ١٠٠٢ طفل مصاب بشلل مخي حوالي ٢٥٪ متوسطي أو مرتفعي الذكاء ، وحوالي ٣٩٪ أقل من المتوسط أو أغيباء ، بينما ٤٥٪ منهم مصابون بالضعف العقلي .

أما عن الدراسات التي تناولت الدافع للإنجاز والتحصيل لدى الاطفال المعوقين بدنيا فقد اجري كل من Landis and Bolles, 1982 دراسة على ١١٢ طفلا من المصابين بشلل الاطفال من الاعمار من ٨ : ١٧ سنة واستنتجا أن هؤلاء الاطفال حصلوا على درجات مدرسية أقل نتيجة لانخفاض الدافع للإنجاز لديهم ، وقد عللا سبب تلك النتيجة بقولهما : ان عجز الطفل المعوق بدنيا عن المشاركة في كثير من الانشطة العلمية والهوايات الاخرى يؤدي الى نقص خبراته ويشعره بالاحباط ومن ثم تقل درجة مباداته وينخفض مستوى طموحه ورغبته في التفوق .

وفي دراسة اخرى اجراها Freedman, 1979 استنتج ان حالة الطفل الجسمية تؤثر على توافقه الانفعالي والاجتماعي ، والاصابة بشلل الاطفال تجعل الطفل يتعب بسهولة وكثيرا ما يستثار ، ونتيجة لذلك يجد صعوبة في العلاقات الاجتماعية والعمل المدرسي .

وبعزز تلك النتيجة ما توصل اليه Kichard, 1978 من دراسته التي اجراها على مجموعة من الاطفال المعوقين بدنيا بلغ عددهم ٩٤ طفل وطفلة ، باحدى المعاهد الخاصة بتربية الاطفال المعوقين بدنيا في الولايات المتحدة في الاعمار ما بين ( ٦ - ١٣ ) سنة .

ان الطفل المعوق بدنيا يشعر بالبدونية واحتقار الذات وانسه قليل القيمة عديم الفائدة ومن ثم يستغرق في احلام اليقظة ويقل الدافع للإنجاز لديه .

بينما ذكر Mumssen, 1969 ان السلوك الكامن وراء دافع الانجاز قد يحقق الاشباع لدوافع اخرى ، فالحصول على درجات مدرسية جيدة قد يحقق للطفل المعوق الاحترام من زملائه مما يساعده على اشباع

حاجته لتحقيق منزلة اجتماعية مقبولة .

#### فروض الدراسة :

ومن النظر في البحوث السابقة والآراء النظرية يمكن صياغة الفروض الآتية :

- ١ - يوجد لدى الاطفال المصابين بشلل الاطفال مركب نقص يمكن تحديده وقياسه من خلال مواقف مقننة .
- ٢ - توجد علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين مركب النقص ونسبة الذكاء لدى الاطفال المصابين بشلل الاطفال .
- ٣ - توجد علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين مركب النقص والدافع للانجاز لدى الاطفال المصابين بشلل الاطفال .
- ٤ - يوجد أثر دال احصائيا لكل من عاملي الشعور بالنقص ونسبة الذكاء وتفاعلهما على الدافع للانجاز لدى الاطفال المصابين بشلل الاطفال .

#### الاجراءات التجريبية للبحث

\_\_\_\_\_

#### عينة البحث :

تكونت عينة البحث من مجموعتين احدهما تجريبية والاخرى ضابطة ، بلغ عدد كل منهما ٦٤ طفل وطفله تم اختيارهم من بين تلاميذ ٢٥ مدرسة ابتدائية واعدادية ومدارس التعليم الاساسى بمحافظة سوهاج وأسيوط .

وقد تمت المزاجية أو المضاهاة بين كل طفل في المجموعة التجريبية ( المصاب بشلل الاطفال ) ونظيره في المجموعة الضابطة ( الطفل العادى ) واحدا واحدا في المتغيرات الآتية :

- ١ - العمر الزمني ( اقصى فرق سمح به هو ثلاثة شهور زيادة أو نقصانا ) .
- ٢ - الصف الدراسى ، فقد اختير اطفال المجموعتين التجريبية والضابطة من الصفوف الخامس وحتى الثامن .
- ٣ - تقارب المستوى الاجتماعى - الاقتصادى لاطفال كلتا المجموعتين التجريبية والضابطة حسب تقدير دليل المستوى الاجتماعى - الاقتصادى المتوسط ، وذلك حسب تقدير دليل المستوى الاجتماعى - الاقتصادى للأسرة المصرية اعداد الدكتور عبد السلام عبد الغفار والدكتور ابراهيم قشقوش .
- ٤ - خلواطفال المجموعتين التجريبية والضابطة من الاعاقات الاخرى كالصم أو ضعف البصر ، أو الامراض المزمنة كالربو الشعبي ، روماتيزم القلب ، مرض السكر ... الخ . وقد تم التأكد عن طريق فحص سجلات الصحة المدرسية للاطفال .

### جدول (٢)

#### العمر الزمني لاطفال المجموعتين التجريبية والضابطة

المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية		المجموعات الجنس
متوسط العمر الزمني	ن	متوسط العمر الزمني	ن	
١٣٣٣ + ١٣٣٧	٣٣	١٣٣٣ + ١٣٤٠	٣٣	تلاميذ
١٣٢١ + ١٣٤١	٣١	١٣٢٠ + ١٣٤٢	٣١	تلميذات

#### أدوات البحث :

- ١ - مقياس مركب النقص للاطفال والمراهقين

اعداد : الباحثة

٢ - اختبار عين شمس للنكاه الابتدائى  
اعداد : د٠ عبد العزيز القوصى وآخرون

٣ - اختبار تقدير الذات

اعداد : د٠ فاروق عبد الفتاح ، د٠ محمد احمد دسوقي

٤ - اختبار الدافع للإنجاز للأطفال والراشدين  
اعداد : د٠ فاروق عبد الفتاح

### نتائج البحث فى ضوء الفروض

—————

#### الفرض الأول :

يوجد لدى الأطفال المصابين بشلل الأطفال مركب نقص يمكن  
تحديده وقياسه من خلال مواقف مقننة .

#### مناقشة نتائج الفرض الأول :

لأثبت صحة هذا الفرض قامت الباحثة بتصميم مقياس لمركب  
النقص لدى الأطفال والمراهقين ، يتكون هذا المقياس من ٤٠ موقفا  
سلوكيا يتعرض لها الطفل أو المراهق فى حياته اليومية سواء فى المنزل  
أو المدرسة أو المجتمع .

وقد اختيرت تلك المواقف من تحليل سلوك مجموعة من الأطفال  
المصابين بشلل الأطفال والعادين ، بلغ عددهم ٨٠ طفل وطفلة فى  
الاعمار ما بين (١١-١٤) سنة باستخدام منهج تحليل السلوك عند كانفر  
وجريم Kanfer and Gremm ١٩٧٧ بالإضافة الى تحليل  
استجاباتهم على استفتاء مفتوح يظهر مدى احساس الطفل بمركب نقص  
فى شخصيته ، الى جانب المقابلة الشخصية لبعض هؤلاء الأطفال .

وقد قننت تلك المواقف على مجموعة اخرى من الأطفال المصابين

بشلل الاطفال بلغ عددها ثلاثون طفل وطفلة وذلك لايجاد المدق والشبات  
اللازمين ، كما هو واضح فى كراسة تعليمات المقياس .

ثم طبق هذا المقياس بعد تقنينه على مجموعة من الاطفال  
المصابين بالشلل بلغ عددهم ٦٤ طفل وطفلة فى الاعمار ما بين ١١ - ١٤  
سنه ، اختيروا من بين تلاميذ ٢٥ مدرسة ابتدائية واعدادية ومـسـدـارـس  
التعليم الاساسى بمحافظة سوهاج وأسـيـوط ، وذلك لتحديد مستويات  
الشعور بالنقص لدى هؤلاء الاطفال كما يوضحها الجدول التالى :

### جدول (٣)

مستويات الشعور بالنقص لدى عينة الاطفال المصابين بالشلل

المستوى	العينة الكلية	البنين	البنات
مركب نقص مرتفع	١١٠ - ١٣٩	١١٠ - ١٢٩	١١٠ - ١٣٩
مركب نقص متوسط :	٨٠ - ١٠٩	٧٠ - ١٠٩	٨٠ - ١٠٩
مركب نقص منخفض	٥٠ - ٧٩	٥٠ - ٦٩	٦٠ - ٧٩

ولمعرفة الفرق بين درجة احساس الطفل المعوق بشلل الاطفال  
بمركب نقص عن الطفل العادى ، اختارت الباحثة عينة اخرى من الاطفال  
العاديين بلغ عددها أيضا ٦٤ طفل وطفلة فى الاعمار من ١١ - ١٤  
سنه ، وقد اعتبرت تلك العينة عينة ضابطة بالنسبة للعينة السابقة التى  
اعتبرت عينة تجريبية . وقد تم حساب قيمة " ت " ، لدلالة الفرق بين  
متوسطات درجات كلتا العينتين على مقياس مركب النقص كما هو واضح  
من الجدول التالى :

جدول (٤)  
المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة "ت" للمجموعتين

المجموعة	م	ع	"ت"	الدلالة
المجموعة التجريبية	٩٠ر٦٧	٢٤ر١٠	٣ر٦٦	٠ر١
المجموعة الضابطة	٨١ر٣٠	١٦ر٢٩		

يتضح من الجدول السابق وجود فروق جوهرية دالة عند مستوى ٠ر١ بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس النقص . وقد جاءت تلك الفروق دالة احصائيا لصالح المجموعة التجريبية بمعنى ان الاطفال المصابين بالشلل لديهم احساس بالنقص بصورة اوضح مما لدى الاطفال العاديين ، وتلك النتيجة تتفق مع نتائج عديد من الدراسات السابقة مثل : ( Maxy - Rosenau, 1973; Morris, 1975; Tavormina, Kastner, Siater and Wantt, 1976 ) التي أثبتت ان الاعاقة البدنية ومنها شلل الاطفال تكون مصدر شهيد للشخصية فهي تشعر الطفل بانه مختلف عن الاخرين . ومن ثم يؤدي ذلك الى شعوره بالنقص والتعاسة .

كما اتفقت نتيجة هذا الفرض مع نتائج دراسة ( Meyerson, 1984 ) التي أثبتت ان الشعور بالنقص هو الناتج الاول لاصابة الطفل بشلل الاطفال ويساعد على ظهور ذلك الشعور افراد المجتمع انفسهم فهم من خلال سلوكهم مع الطفل في مواقف الحياة اليومية يجبروه على الاحساس بهذا الشعور البغيض .

كما أكدت نتائج الدراسات الاكلينيكية على الاطفال المصابين بشلل الاطفال نفس النتيجة ، فباستخدام اختبار رسم الرجل استنتج

( Machover, 1983 ) ان الاطفال المصابين بالشلل يتمفون  
بارتفاع مستوى القلق والعدوان ولشعور بالنقص .

وباستخدام اختبار الصور لروسينزويج لقياس الاحباط  
Rosenzweig Picture Frustration Test أثبتت  
Lang, 1982 ان شعور الطفل المعوق بالاحباط هو رد فعل أولي  
لاصابته بشلل الاطفال ، وباستخدام اختبار رسم الرجل أيضا استنتج كل  
من : Bender and Silver, 1979 ان صورة الجسم تكون مؤشر  
على نمو الطفل وادراكه ، كما تؤثر تأثيرا بالغا على حياة الشخص  
الانفعالية ، فالإصابة بالاعاقة تلفت نظر الاخرين للطفل وتسبب له مزيد  
من القلق .

وباستخدام اسلوب الملاحظة كمنهج للبحث أثبت كل من  
Hanks and Hanks, 1967 ان الاصابة بالاعاقة البدنية تعوق  
اسهام الطفل في المجتمع من جانب وتشعره بالنبذ والاحباط وتولد لديه  
الاحساب بالذنب من جانب آخر .

وباستخدام منهج دراسة الحالة أكدت نتائج دراسة Peters,  
1975 ان ثقافة المجتمع لها دلالة في نمو شخصية الطفل المعوق  
وتوافقه .

مما سبق ترى الباحثة انه برغم اختلاف مناهج البحث في  
الدراسات السابقة ( الاكلينيكية والسكومترية ) التي اجريت على الاطفال  
المصابين بالشلل الطرفي ، الا أن جميع نتائج تلك الدراسات تدعم  
نتيجة الفرض الاول ، والتي تؤكد على وجود مركب نفس لدى الاطفال  
المعوقين وهو رد فعل أولي لاصباتهم بشلل الاطفال .

#### الفرض الثاني :

توجد علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين مركب النقص ونسبة

• الذكاء لدى الاطفال المصابين بشلل الاطفال .

#### مناقشة نتائج الفرض الثانى :

لا ثبات صحة هذا الفرض قامت الباحثة بتطبيق اختبار عين شمس للذكاء الابتدائى على أفراد المجموعة التجريبية وايجاد معامل الارتباط بين درجاتهم على مقياس مركب النقص واختبار الذكاء . وقد بلغت قيمة  $r = ١٢$  وهى قيمة غير دالة احصائيا ، أى أنه لا توجد علاقة بين شعور الطفل بالنقص نتيجة اصابته بشلل الاطفال الطرفى ونسبة ذكائه وتلك النتيجة أكدتها معظم الدراسات التى اجريت على ذكاء الاطفال المصابين بالشلل الطرفى .

فقد أثبت كل من Witty and Smith, 1979 ان نسبة ذكاء هؤلاء الاطفال تتراوح ما بين ٥٠ - ١٣٠ بمتوسط قدره ٨٤٫٥ ، بينما أثبت Dietrich, 1980 ان نسبة ذكائهم بلغت ١٢١ على مقياس وكسر لذكاء الاطفال . وقد بلغ متوسط نسبة ذكائهم ٩٢ كما فى دراسة Lee, 1980 ، ٩٩ كما فى نتائج دراسات Fishman and Stanton 1978, Gordon, Roberts and Griffith, 1977 . وهذا يعنى ان الاصابة بالشلل الطرفى لا ينعكس اثرها على نسبة ذكاء الطفل بالانخفاض أو بالضعف العقلى كما هو واضح فى حالة الاصابة بالشلل المخى . فقد انخفضت نسبة ذكاء الاطفال المصابين بالشلل المخى بدرجة ملحوظة كما هو واضح من نتائج دراسة Dono Frio, 1984 التى أكدت وباستخدام اختبار استانفورد - بينيه للذكاء ان منحى ذكاء هؤلاء الاطفال يتجه نحو النهاية السفلى للمنحنى .

#### الفرض الثالث :

توجد علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين مركب النقص والدافئغ للانجاز لدى الاطفال المصابين بشلل الاطفال .

#### مناقشة نتائج الفرض الثالث :

لا ثبات صحة هذا الفرض حسبت الباحثة معامل الارتباط بين



درجات أفراد العينة التجريبية على مقياسي مركب النقص والدافع للانجاز وقد بلغت قيمة  $r = -0.6$  ، وهو معامل ارتباط سالب ومرتفع - ودال احصائيا عند مستوى  $0.01$  .

ويعنى ذلك أن شعور الطفل بالنقص نتيجة اصابته بشلل الاطفال يرتبط ارتباطا سلبا بالدافع للانجاز ، اي انه كلما ارتفع الشعور بالنقص كلما انخفض الدافع للانجاز والعكس صحيح . وتشير تلك النتيجة الى أن ارتفاع مستوى الدافع للانجاز يعد بمثابة دافع تعويضي عن الشعور بالنقص لدى الاطفال المصابين بشلل الاطفال .

وتلك النتيجة تتفق مع ما ذكره Musen , 1969 ، أن السلوك الكامن وراء الدافع للانجاز قد يحقق الاشباع لدوافع أخرى : فالحصول عليه درجات مدرسية جيدة - قد يحقق للطفل الاحترام من زملائه مما يساعد على اشباع حاجته لتحقيق منزلة اجتماعية مقبولة واطهار حب وتعاطف الوالدين .

فقد اثبتت نتائج دراسة Richard, 1978 ان الطفل المعوق يشعر بالدونية واحتقار الذات وانه أقل قيمة ، عديم الكفاءة فيستغرق في احلام اليقظة ومن ثم يقل لديه الدافع للانجاز .

وكذلك نتائج دراسة كل من Landis and Bolles, 1982 . فالاطفال ذوي العادات البدنية يحصلون على درجات مدرسية أقل من الاطفال الاصحاء ، نتيجة عجزهم من المشاركة في كثير من الانشطة العلمية والهوايات الاخرى ومن ثم يؤدي نفس الخبرة لديهم الى شعورهم بالاحباط وتقل لديهم درجة المبادأة وينخفض مستوى طموحهم وورغبتهم في التفوق .

أيضا وفي دراسة Freedman, 1979 اشارت النتائج الى ان حالة الطفل الجسمية تؤثر على توافقه الانفعالي والاجتماعي ، بالاصابة بشلل الاطفال تؤدي بالطفل الى الاحساس بالتعب والاستثارة بسهولة ،

ونتيجة لذلك يجد صعوبة فى العلاقات الاجتماعية وفى العمل المدرسى ،  
وتأتى تلك النتيجة مخالفة لنتائج الفرض الثالث .

#### الفرض الرابع :

يوجد أثر دال احصائيا لكل من عاملى الشعور بالنقص ونسبة الذكاء ، وتفاعلهما على الاداء فى اختبار الدافع للانجاز لدى الاطفال المصابين بشلل الاطفال .

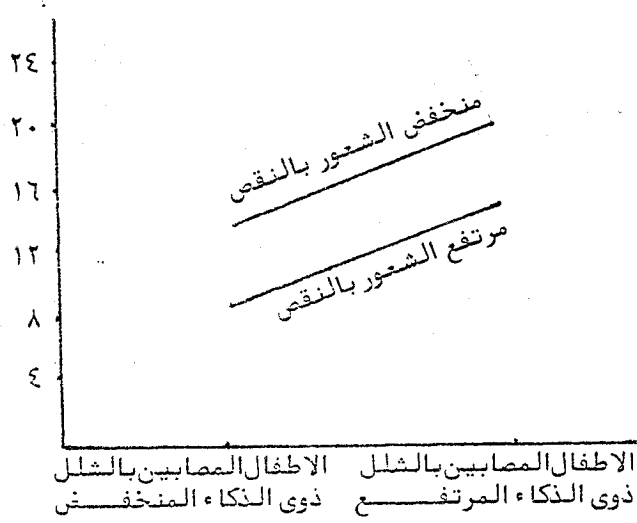
#### مناقشة نتائج الفرض الرابع :

لاثبات صحة هذا الفرض ، اجرت الباحثة تقسيما لأفراد العينة التجريبية ( الاطفال المصابين بالشلل ) فى ضوء عاملى الشعور بالنقص ونسبة الذكاء ، فأصبح لديها أربعة مجموعات فرعية هى :

- ١ - مجموعة الاطفال المصابين بالشلل مرتفعى الشعور بالنقص مرتفعى نسبة الذكاء .
- ٢ - مجموعة الاطفال المصابين بالشلل منخفضى الشعور بالنقص مرتفعى نسبة الذكاء .
- ٣ - مجموعة الاطفال المصابين بالشلل مرتفعى الشعور بالنقص منخفضى نسبة الذكاء .
- ٤ - مجموعة الاطفال المصابين بالشلل منخفضى الشعور بالنقص منخفضى نسبة الذكاء .

وحسبت الباحثة تحليل التباين مزدوج الاتجاه (٢×٢) لدراسة تأثير العامل الاول ( الشعور بالنقص ) ، والعامل الثانى ( نسبة الذكاء ) وتفاعلهما على أداء الاطفال المصابين بالشلل فى اختبار الدافع للانجاز .

ويوضح الشكل والجدول التاليين نتائج هذا الفرض



شكل (١)

أثر عاملى الشعور بالنقص ونسبة الذكاء وتفاعلهما على الاداء فى اختبار الدافع للانجاز

جدول (٥)

تحليل التباين مزدوج الاتجاه ٢×٢ لتأثير عاملى الشعور بالنقص ونسبة الذكاء وتفاعلهما على الدافع للانجاز

المتغير	درجة الحرية	متوسط المربعات	" ف "	الدلالة
الشعور بالنقص أ	١	٣١٢٥	٥٠٤٠	٠٠١
نسبة الذكاء ب	١	١٩٠١	٧٦٧	٠٠١
أ × ب	١	١٢٥	١١٣	٠٠٠
داخل المجموعات	٦٠	٠٦٢		

يتضح من شكل (١) وجدول (٥) وجود تأثير دال احصائيا عند مستوى ٠.٠١ للمعامل الاول ( الشعور بالنقص ) كما يوجد تأثير دال احصائيا عند مستوى ٠.٠١ أيضا للعامل الثاني ( نسبة الذكاء ) على أداء الاطفال في اختبار الدافع للانجاز بينما لا يوجد تأثير دال احصائيا لتفاعلهما معا على الاداء في نفس الاختبار .

وتلك النتيجة تعنى ان أداء الاطفال المصابين بالشلل ولديهم احساس بالنقص مرتفع أو منخفض من ذوى الذكاء المرتفع يختلف عن أداء الاطفال المصابين بالشلل ولديهم أيضا احساس النقص مرتفع أو منخفض ولكنهم من ذوى الذكاء المنخفض في اختبار الدافع للانجاز .

كما تعنى تلك النتيجة أيضا أن أداء الاطفال المصابين بالشلل من ذوى الذكاء المرتفع أو المنخفض ولديهم احساس بالنقص مرتفع عن أداء الاطفال المصابين بالشلل من ذوى الذكاء المرتفع أو المنخفض ولديهم احساس بالنقص منخفض في اختبار الدافع للانجاز .

وبحساب قيم "ت" لمعرفة دلالة الفروق في الاداء على اختبار الدافع للانجاز لمجموعات الاطفال المصابين بالشلل من ذوى الذكاء المرتفع أو المنخفض ، ولديهم احساس بالنقص مرتفع أو منخفض . وقد أظهرت النتائج ارتفاع أداء مجموعة الاطفال المصابين بالشلل من ذوى الذكاء المرتفع ومركب نقص منخفض . وقد بلغت قيمة "ت" ٧.٨٦ وهي قيمة دالة احصائيا عند مستوى ٠.٠١ .

وتتفق تلك النتيجة مع القول : بأن النجاح الذى يستمر من خلفه مركب نقص يتوقف قبل كل شىء على الموهبة .

ان رد الفعل لمركب النقص له ايجابيته اذا كانت هناك الموهبة ، ومن اشهر الامثلة على ذلك العلامة الكبير ( اسحق نيوتن ) الذى يقول أحد الذين كتبوا عن حياته فى مجلة Saturday Review عدد " ١٠ سبتمبر ١٩٦٠ " ، " كانت نقطة التحول فى حياة " نيوتن "

ضربة سددها اليه من كان يكبره سنا ، وأكثر منه اجتهادا فى التحصيل الدراسى ، وخيل لنيوتن وهو يتلقاها انه سيهوى تحتها ويغدوا اصحوكة الضاحكين ، وبعدها لم يلبث أمدا طويلا حتى أصبح طليعة مدرسته وجبينا اغر لعالم العلماء على مر الاجيال " لقد كان هذا النوع من التعويض ايجابيا يتفرد صاحبه بقدرات عقلية رفيعة الشأن ، عظيمة القدر ، كانت له سندا فى بلوغه مصاف العلماء المبرزين والمرموقين بعين التقدير ، حتى قيل : لو لم يكن نيوتن لما كان اينشتاين ( فخرى حسين عربى ، لطفى بركات أحمد ، ١٩٨٤ ) .

وتتفق نتيجة تلك الفرض مع نتيجة دراسة Mussen, 1969 التى تشير الى أن ارتفاع الدافع للانجاز يحقق الاشباع لدوافع أخرى أهمها التغلب على الاحساس بالنقص ويحقق للطفل وخاصة المعسوق الاحترام والتقدير من زملائه .

بينما تأتى تلك النتيجة مخالفة لنتائج دراسات كل من : Richard, 1978, Freedom, 1979, Landis and Bolles, 1982 التى تكاد تجمع على أن الطفل المعسوق يستغرق دائما فى احلام اليقظة فينخفض مستوى طموحه ورغبته فى التفوق ويقل الدافع للانجاز لديه .

#### توصيات البحث :

فى ضوء نتائج البحث الحالى توصى الباحثة بما يلى :

١ - ضرورة الاهتمام بالاطفال المعوقين بدنيا بصفة عامة والاطفال المصابين بشلل الاطفال بصفة خاصة ، وتوفير الانشطة المدرسية الجماعية المناسبة لهم حيث انها تنمى روح التعاون والتنافس لديهم وتقضى على شعورهم بالنقص .

٢ - قيام الاخصائى الاجتماعى بدور العامل الوسيط بين الطفل ووالديه ومتابعة ذلك حتى يحدث تغيرا حقيقيا فى تقبل

الوالدين لطفلهم المعوق ومساعدته على القيام بدور تعويضي موجب في شخصيته يحقق له التوافق النفسي والاجتماعي ،

٣ - قيام الاخصائي النفسي بدور المرشد النفسي للطفل المعوق بشبل الاطفال واسرته للتغلب على المشكلات السلوكية أو الانفعالية والعاطفية التي تعوق توافق الطفل مع نفسه ومع الوالدين ومع زملاءه ، وبذلك يكون عمل الاخصائي النفسي مع الطفل واسرته على المستوى الدقيق لديناميات السلوك .  
Micro Behavioral Dynamics.

٤ - ضرورة قيام المدرس بدوره في تنمية شخصية الطفل المعوق حيث يرى " اورلاندو " Orlando (١٩٨١) ان دور المدرس هو استثمار وترجمة لنواتج عمليات القياس والتقييم الى خطة عمل في البرنامج التعليمي الفردي للطفل . فالمدرس يشرف مباشرة على التفاعل الادائي مع الطفل خلال عملية التعليم أو اعادة التعليم ، وهو محور المساعدة المباشرة للطفل خلال هذه المواقف والعامل الوسيط الاساسي بين الطفل والمواقف .

٥ - ضرورة الأخذ بعين الاعتبار مستوى ذكاء التلميذ وقدراته وخاصة التلميذ المعوق عند توجيهه الى المستوى التعليمي أو المهني المناسب له حتى نتيح له الفرصة للتعويض الايجابي عن جوانب النقص في شخصيته ، وتساعده على تحقيق مكانة اجتماعية مرموقة في المجتمع .

### المراجع العربية والاجنبية

\_\_\_\_\_

١ - ابو الليف ، حسين كامل . تربية الموهوبين والمعوقين . حلقنة تربية الموهوبين والمعوقين في البلاد العربية المنعقدة في الكويت في الفترة من ١٧-٢٢ مارس

- ١٩٧٣ ، القاهرة : جامعة الدول العربية ، ١٩٧٤ ، ص ٢٦ .
- ٢ - أحمد ، لطفى بركات • تربية المعوقين فى الوطن العربى • الرياض : دار المريخ ، ١٩٨١ ، ص ٧ :
- ٣ - الحجاج ، محمد على • طفلك وسعادتك • بيروت : دار الفرقان ، ١٩٨٤ .
- ٤ - السيد ، فؤاد البهى • علم النفس الاحصائى وقياس العقل البشرى • ط ٣ ، القاهرة : دار الفكر العربى ، ١٩٧٩ .
- ٥ - الحممانى ، صلاح الدين • تأهيل ورعاية المعوقين فى مصر • مجلة كلية التربية - جامعة عين شمس ، العدد الثالث ١٩٨٠ ، ص ٣٧٨ .
- ٦ - ستيرن ، ادث م • والزكاكاستنديك ، الطفل: العاجز ترجمه
- ٧ - سميث ، نج • ملتون • الدليل الى الاحصاء فى التربية وعلم النفس • ترجمة ابراهيم بسيونى عميرة ، ط ١ ، القاهرة : دار المعارف ، ١٩٧٨ .
- ٨ - عربى ، فخرى حسين ولطفى بركات أحمد ، اتجاهات نفسيه وتربوية • ط ١ ، المملكة العربية السعودية : تهامة ، ١٩٨٤ .
- ٩ - ماكبرىيد ، وج • الخوف ، سلسلة المشكلات النفسية • ترجمة سيد محمد غنيم ، القاهرة : دار الفكر العربى ، ١٩٧٧ .
- ١٠ - هول ، كاليفين وجاردنر ليندزى • نظريات الشخصية •

ط ٢ ، ترجمة فرج احمد فرج وآخرون ، القاهرة : دار  
الشايح للنشر ، ١٩٧٨ .

١١- يوسف ، عبد التواب . كتابك - رعاية الطفل المعسوق .  
القاهرة : دار المعارف ، ١٩٨٠ .

12- Barker, R. G. The Social Psychology of  
Physical Disability Journal of  
Abnormal and Social Psychology,  
1980, 41, 258 - 290.

13- Bender, C. Psychoses Associated with  
Somatic Disease that Distort  
body Structure. British Medical  
Journal 1978 : 59, 172 - 178.

14- Bender, L. & Silver, A. A. Body Image  
Problems of the Brain Injured  
Child. Journal Social Issues,  
1979, 4, 84 - 89.

15- Blumlerg, M. L. Psychodynamic of the  
Young Handicapped Person. Ameri-  
can Journal of Psychology, 1975,  
29, 466 - 476.

16- Clark, L. P. What is the Psychology of  
Little's Disease ? American Jou-  
rnal of Psychotherapy, 21, 131 -  
146.

17- Chenoweth, L. Band Selkirk, T. K. School  
Health Problems New York :Appleton,  
1974.



- 18- Combs, R. Effects of Labels on Attitudes of Educators Toward Handicapped Children. Exceptional Children, 1979, 43, 399 - 403.
- 19- Cruickshank, W. M. Psychology of Exceptional Children and Youth. New York : Prentice-Hall; Inc., 1971.
- 20- Delaney, F. I. Cerebral Palsy- An Investigation into certain Aspects of Visual and Visio-Motor Perception in Children with Cerebral Palsy . Dissertation Abstract International, 1979, 28, 4A.
- 21- Dietrich, S. Hemophilia : A total Approach to Treatment and Rehabilitation , Los Angeles : Orthopedic Hospital, 1980.
- 22- Donfrío, A. F. A study of Crippled Children in an Orthopedic Hospital Schools. British Journal Medical Psychology, 1984, 18, 33 - 38.
- 23- Fernald, M. R. & Aplitt, A. H. Psychological Findings Regarding Crippled Children. School and Society, 1981, 21, 499 - 452.

- 24- Fishman, L. B. and Stanton, A. Nature of Intelligence for Crippled Children. American Journal of Mental Deficiency. 1977, 37, 325 - 331.
- 25- Ford, G. A. Young Children in Hospitals. London: Victor Collanz, Lte , 1966.
- 26- Fox, A. M. Psychological Problems Physically Handicapped Children. British Journal of Hospital Medicine, 1977, 17, 479 - 490.
- 27- Freedman, R. D. Emotional Reactions of Handicapped Children. Rehabilitation Literture, 1979, 19, 274 - 282.
- 28- Cordon, R. G., Rolerts, J. A. Griffiths , R. Doeds Poliomyelities Affect Interllectual Capacity ? British Medical Journal, 1978, 2, 802-805.
- 29- Haggerty, R. J. Roghmann, K. T. and Pless, I. B. Child Health and Community. New York : Wiley, 1875.
- 30- Hanks, J. R., & Hanks, L. H. The Physically Handicapped in Certain Nonoccidental Societies. Ex Ceptional Children, 1967, 34, 399 - 403.

- 31- Heilman, A. Intelligence in Cerebral Palsy. The Crippled Child, 1966, 30, 11-13.
- 32- Hirschenfang, S. & Benton, J. Delayed Intellectual Development in Cerebral Palsy Children. British Medical Journal, 1975, 60, 235 - 238.
- 33- Hughes, I, G. The Emotional Impact of Chronic Disease. American Journal of Disease of Children, 1976, 130, 1199 - 1203.
- 34- Kanfer, F. H., and Grimm, L. G. Behavioral Analysis Affecting Target Behaviors in the Interview. Behavior Modification, 1977, 1, 21- 28.
- 35- Kichard, C. M. The Psychology of the Physically handicapped. New York : Appletoncentury-Crofts, 1978.
- 36- Krugman, I and Word, H. Physical Disability Apsychological Approach. New York : Harper Row, 1968.
- 37- Landis, C. & Bolles, M. M. Personality and Sexuslity in the Physically Handicapped Children, New York : Paul B. Hoeber, Inc., 1982.

- 38- Lange, P. Frustration Reaction of Physically Handicapped Children. *Exceptional Children*. 1982, 25, 355-357.
- 39- Lee, M. V. The Children's Hospital a Survey of the Intelligence of Crippled Children. *British Journal of Medical Psychology*, 1980, 2, 164 - 167.
- 40- Machover, K. Personality Projection in Drawing of Human Figure. *Exceptional Children*, 1983, 18, 33-38.
- 41- Maxcy-Rosenau, M. J. Preventive Medicine and Public Health. New York : Appleton, 1973.
- 42- Mehrens, W. A. and Lehmann, I. J. Measurement and Evaluation in Psychology and Education. New York : Holt Rinhart, 1978.
- 43- Meyerson, L. Physical Disability as a Social Psychological Problem , *Journal of Social Issues*, 1984, 4, 2 - 10.
- 44- Mittler, P. The Psychological Assessment of Mental and Physical Handicaps. London : Methuen, 1985.

- 45- Moreis, A. Facilities for the Care and Education of Handicapped School Children and Adolescent. Proceedings of the Royal Society of Medicine, 1975, 68, 307 - 308.
- 46- Mourad, F. C. Psychological Aspects of Physical Illness and Disability New York : Mac Millan, 1984.
- 47- Mussen, P. H. Conger, J. J. and Kagen, J. Child Development and Personality. New York : Harper and Row, 1969.
- 48- Orlando, C. Multidisciplinary Team Approaches in the Assessment of Handicapped Proeschool Children Topics In Early Childhood Special Education, 1981, 1, 23, - 30.
- 49- Peters, D. M. The Social Psychology Dynamic of Physical Disability. Journal of Social Isses, 1975, 4, 39-54.
- 50- Pronko, N. H. Textlook of Abnormal Psychology. Baltimore Williams, 1963.
- 51- Reese, E. P. Human Behaviour : Analysis and Application. Dubuqu Jowa : Wm. C. Brown Co. 1978.

- 52- Sugarman, B. The School and Moral Education Great Britain : Ebenezer Baylis & Sons Ltd., 1973, PP. 49 - 51.
- 53- Topeta, W. C. Is Your Child Handicapped? Boston : Peter Sargent, 1972.
- 54- Tavormina, J. B. and Other's Chronically Ill Children : Psychologically and Emotionally Deviant Population ? Journal of Abnormal Child Psychology, 1976, 4, 99 - 110.
- 55- Wedell, K. Follow-up Study of Perceptual Ability in Children with Hemiplegia. Journal of Rehabilitation , 1972, 25, 4 - 6 .
- 56- Witty, A. P. Smith, M. B. The Mental Status of 1,480 Crippled Children. Educational Trends, 1979, 1, 82 - 84 .