مجلة كلية الآداب بقنا (دورية أكاديمية علمية محكمة)

فاعلية برنامج قائم على العلاج السلوكي باستخدام أسلوب التقييد الجسدي لخفض سلوك إيذاء الذات لدي عينة من الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة

د. هاني سعد عطا أحمد

أستاذ علم النفس المساعد كلية الدراسات العليا للطفولة
جامعة عين شمس

د. إيمان حسين السيد حسن

مدرس علم النفس – كلية الآداب – جامعة المنصورة

د. علاء صلاح محروس السيد

مدرس علم النفس – كلية الدراسات العليا للطفولة
جامعة عين شمس

DOI: 10.21608/qarts.2025.339591.2115

مجلة كلية الآداب بقنا – جامعة جنوب الوادي – المجلد (٣٤) العدد (٦٦) يناير ٢٠٢٥

الترقيم الدولي الموحد للنسخة المطبوعة ISSN: 1110-614X

الترقيم الدولي الموحد للنسخة الإلكترونية ISSN: 1110-709X

موقع المجلة الإلكتروني: https://qarts.journals.ekb.eg

فاعلية برنامج قائم على العلاج السلوكي باستخدام أسلوب التقييد الجسدي لخفض سلوك إيذاء الذات لدي عينة من الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة

الملخص:

هدفت الدراسة إلى التعرف على فاعلية برنامج قائم على العلاج السلوكي باستخدام أسلوب التقييد الجسدى لخفض سلوك إيذاء الذات لدى عينة من الأطفال ذوى الإعاقة الفكرية البسيطة، واستخدمت الدراسة المنهج التجريبى وذلك للوقوف على فاعلية برنامج قائم على العلاج السلوكى باستخدام أسلوب التقييد الجسدى لخفض سلوك إيذاء الذات لدى عينة من الأطفال ذوى الإعاقة الفكرية البسيطة، بمركز شيلد كير لرعاية ذوى الاحتياجات الخاصة، وذلك من خلال قياس المتغيرات قبل البرنامج وبعده، وتكونت عينة الدراسة من (١٢) طفل من ذوى الإعاقة الفكرية البسيطة، وتم تصنيفهم من الذين يمارسون سلوكيات إيذاء الذات بشكل متكرر، وتتراوح درجة ذكائهم فيما بين(٥٥-٧٠) وتتراوح أعمارهم من (١٠-١٢) سنة، واستخدم الباحثين فى هذه الدراسة الادوات التالية: مقياس سلوك إيذاء الذات(إعداد الباحثين)، مقياس ستنانفورد بينية للذكاء(الصورة الخامسة) (إعداد صفوت فرج، ٢٠١١)، برنامج قائم على العلاج السلوكى باستخدام أسلوب التقييد الجسدى(إعداد الباحثين)، وتوصلت نتائج الدراسة إلي: توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي علي مقياس إيذاء الذات بعد تطبيق برنامج أسلوب التقييد الجسدي لصالح القياس البعدي، توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة علي مقياس سلوك إيذاء الذات بعد تطبيق برنامج أسلوب التقييد الجسدي في اتجاه المجموعة التجريبية، لا توجد فروق دالة احصائياً بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي علي مقياس سلوك إيذاء الذات بعد تطبيق برنامج أسلوب التقييد الجسدي.

الكلمات المفتاحية: العلاج السلوكي، التقييد الجسدي، إيذاء الذات.

مقدمة:

تشكل ظاهرة الإعاقة مشكلة خطيرة في أى مجتمع، وذلك لأنها تؤثر سلبًا على تنميته، بالإضافة إلى أن إحدى مؤشرات إرتقاء الأمم تتمثل في مدى اهتمامها وعنايتها بتربية الأجيال بمختلف فئاتهم، ومن هنا بدأ الاهتمام بالأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، وتوفير الرعاية الشاملة والمتكاملة لهم ليأخذوا حقهم في الحياة كغيرهم من الأطفال العاديين، بالإضافة إلى مساعدتهم في الانخراط في المجتمع والتواصل مع أفراده والتفاعل معهم.

وتمثل الإعاقة الفكرية تحديًا للأطفال المعاقين فكريًا وأسرهم نتيجة للمعاناة بين قصور نمائي في كثير من الجوانب الجسمية والفكرية والانفعالية، مما يزيد من حدة المشكلات السلوكية لديهم، إضافة إلى الرفض من المجتمع وأحيانًا من الأسرة والمدرسة وجماعة الرفاق.

ويشكل سلوك إيذاء الذات خطراً كبيراً على الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة، حيث تتعارض مع جهود تعليم هؤلاء الأطفال وإكسابهم الجوانب السلوكية الإيجابية، فضلاً عن الأضرار الجسيمة التي تتركها ممارسة مثل هذه السلوكيات على الجسم ومن بينها التشوهات وضعف الأداء الحركي، وضمور العضلات الناتج عن تكرارها، وربما الوفاة في الحالات الشديدة. (Barga, 2022, 33)

ويبين (Deb, Unwin, Cooper, and Rojahn ,2022, 145) أن أكثر أشكال إيذاء الذات شيوعًا بين الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة ضرب الرأس، ثم عض النفس، ثم القرص أو الخدش أو الضرب أو الصفع على الوجه أو شد الشعر أو حتى وخز العين.

وقد استخدم أسلوب التقيد الجسدي في العديد من البيئات العلاجية من بينها مواقف التدخل السلوكي للحد من الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية، على سبيل المثال وجد (Acevedo–Nuevo, et.al, 2021, 26) أن معدل استخدام أسلوب التقييد الجسدي بين الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة يبلغ ٥٩,٠٧٪، خاصة بين هؤلاء الأطفال الذين يُظهرون مستويات مرتفعة من السلوك العدواني الشديد وإيذاء الذات.

وتوصل العديد من الباحثين مثل (Thomann, et.al, 2021) إلى كفاءة التقييد الجسدي في الحد من إيذاء الذات لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة إذ أن التقييد الجسدي يؤدي إلى إحداث نفس التأثير مثل سلوك إيذاء الذات بالنسبة للطفل، على سبيل المثال يبذل الطفل جهد كبير في ممارسة سلوك إيذاء الذات كما أنه يبذل جهد مشابه عندما يتعرض لتجربة التقييد الجسدي، إلا أن التقييد الجسدي لاينتج عنه نفس العواقب المنفرة مثل سلوك إيذاء الذات (حيث لا ينتج عنه إيذاء أو تشويه للجسم مثل إيذاء الذات).

وأظهرت التدخلات السلوكية بإستخدام التقييد الجسدي تحسن كبير في مجال انخفاض السلوكيات غير التوافقية والمضرة بالصحة مثل إيذاء الذات، ويمكن تصميم أسلوب العلاج السلوكي بالتقييد الجسدي وفقًا للاحتياجات الفردية للأطفال ذوي الإعاقة الفكرية، مع التركيز على السلوكيات، مما يعزز فعاليتها في هذا المجال. (Cocchiola, 2023, 14)

وعليه وفى ضوء ما تقدم يرى الباحثين أن سلوك إيذاء الذات من السلوكيات التي تحول بين الطفل وقدرته علي متابعة جلسات التأهيل لتنمية قدراته للتفاعل مع أقرانه

والمجتمع المحيط به ، إذ تنتشر هذه السلوكيات وبنسب كبيرة لدى الأطفال ذوى الإعاقة الفكرية، وهو ما يستدعى ضرورة إيجاد طرق وأساليب يمكن من خلالها تقليل هذه السلوكيات التي تمثل وبشكل مباشر مصدر خطر على حياة الطفل المعاق ومصدر قلق وضغط دائم على اسرته، ومن ثم يُعد التقييد الجسدى من انسب الأساليب لخفض سلوك ايذاء الذات، حيث انه يعمل على تقييد حركة الطفل بشكل كامل أو جزئي وهو ما يحتاجه الطفل ذوى الإعاقة الفكرية لخفض المشكلات السلوكية لديه، من هنا وجد الباحثين أهمية خفض سلوك إيذاء الذات من خلال تصميم برنامج قائم على العلاج السلوكى باستخدام أسلوب التقييد الجسدى للحد من إيذاء الذات لدى عينة من الأطفال ذوى الإعاقة الفكرية البسيطة.

مشكلة الدراسة :

نبعت مشكلة الدراسة من خلال الخبرات الميدانية وتخصص الباحثين مع الأطفال ذوى الإعاقة الفكرية على المستوى الشخصى، وكذلك على المستوى العملى حيث تبين ظهور عدد من السلوكيات المضطربة لدى الأطفال ذوى الإعاقة الفكرية والتي قد تصل إلى إيذاء الذات أو إيذاء الأخرين وإتلاف الممتلكات وأن هذه السلوكيات قد تتسبب في وجود أثار جسيمة ونفسية لدى هؤلاء الأطفال وأولياء أمورهم، ومنها الإيذاء المرتبطة بضرب الجسد، الإيذاء المرتبطة بالتهام أشياء غير مألوفة، الإيذاء المرتبط برفض الأكل والشرب، لذا تكمن الحاجة إلى برامج علاجية تأخذ بيد هؤلاء الأطفال وتساعدهم على استغلال طاقاتهم وترفع من قدراتهم وكفاءة علاقتهم بالأخرين وتساعدهم علي استكمال برامجهم التأهيلية .

وقد اتسقت نتائج ملاحظة الباحثين مع أدبيات البحث حول طبيعة سلوك إيذاء الذات لدى الأطفال ذوى الإعاقة الفكرية بوجه عام، حيث أظهرت نتائج العديد من الدراسات فاعلية البرامج في الحد من سلوك إيذاء الذات لدى ذوى الإعاقة الفكرية البسيطة، حيث أشارت دراسة مصطفى خليل (٢٠١٨) إلي فاعلية البرنامج التدريبي بجداول النشاط المصورة فى الحد من سلوك إيذاء الذات لدى الأطفال ذوى الإعاقة الفكرية البسيطة لصالح المجموعة التجريبية.

وأوضحت نتائج دراسة هاجر عطية (٢٠١٩) فاعلية البرامج التكاملية فى خفض إيذاء الذات لدى الأطفال ذوى الإعاقة الفكرية.

كما أوضحت دراسة White, K. L. (2024) فاعلية أسلوب العلاج السلوكي بالتقييد الجسدي في الحد من سلوك إيذاء الذات بين الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة، حيث أظهرت التحليلات والملاحظات إنخفاض ملحوظ في معدل تكرار وشدة سلوك إيذاء الذات نتيجة للمشاركة في العلاج السلوكي بالتقييد الجسدي.

كما أشارت نتائج دراسة Nielson, S. (2023) إلى ظهور انخفاض ملحوظ في شدة وتكرار سلوك إيذاء الذات بين الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة نتيجة للعلاج السلوكي بالتقييد الجسدي، واستمرار فاعلية البرنامج وانخفاض حالات إيذاء الذات بين الأطفال خلال المتابعة التتبعية بعد شهر من نهاية الدراسة.

ويمثل أسلوب التقييد الجسدي (PR) وسيلة مهمة للحد من سلوك إيذاء الذات (SIB) بخاصةً بين الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية، حيث يتم استخدام هذا الأسلوب العلاجي كوسيلة مهمة للحد بدرجة كبيرة من تلك السلوكيات على الرغم من السلبيات

المحتملة المتمثلة في التأثير على أمان الأطفال فضلاً عن التأثيرات الإنفعالية المصاحبة. (Anderson, Mohr, et.al, 2021, 320)

ومن هنا تبرز أهمية أسلوب التقييد الجسدى كحزمة علاجية تشتمل على العديد من الفنيات التى أثبتت فاعليتها فى علاج إيذاء الذات والعديد من الاضطرابات الأخرى لدى الأطفال ذوى الإعاقة الفكرية البسيطة.

الأمر الذى حاول من خلاله الباحثين التدخل ببرنامج للحد من سلوكيات إيذاء الذات لدى هذه الفئة، وفى حدود علم الباحثين توجد ندره من البحوث والدراسات العربية التي تهدف لاختبار مدى فاعلية برنامج قائم على العلاج السلوكى باستخدام أسلوب التقييد الجسدى للحد من مشكلة إيذاء الذات وبذلك **تتحدد مشكلة الدراسة في الأسئلة التالية:**

- هل توجد فروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي علي مقياس سلوك إيذاء الذات بعد تطبيق برنامج أسلوب التقييد الجسدي لصالح القياس البعدي؟
- هل توجد فروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة علي مقياس سلوك إيذاء الذات بعد تطبيق برنامج أسلوب التقييد الجسدي في اتجاه المجموعة التجريبية؟
- هل توجد فروقً بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي علي مقياس سلوك إيذاء الذات بعد تطبيق برنامج أسلوب التقييد الجسدي؟

هدف الدراسة :

التعرف على فاعلية برنامج قائم على العلاج السلوكي باستخدام أسلوب التقييد الجسدى لخفض سلوك إيذاء الذات لدى عينة من الأطفال ذوى الإعاقة الفكرية البسيطة.

أهمية الدراسة :

أولاً: الأهمية النظرية:

- ترجع أهمية الدراسة إلى أهمية الفئة التى تتناولها باعتبارها إحدى فئات التربية الخاصة والتى تحتاج إلى مزيد من الرعاية والاهتمام، مما يتطلب لفت أنظار القائمين على تأهيل وتعليم ذوى الإعاقة الفكرية.
- أهمية دراسة متغير إيذاء الذات وهو من أكثر المشكلات السلوكيات شيوعًا عند الأطفال ذوى الإعاقة الفكرية البسيطة.
- معرفة العلاقة بين سلوك إيذاء الذات والتقييد الجسدى لدى ذوى الإعاقة الفكرية البسيطة.
- إلقاء الضوء على أهمية خفض بعض مظاهر سلوكيات إيذاء الذات وتأثرها على تفاعل الأطفال مع المحيطين بهم.

ثانياً: الأهمية التطبيقية:

- إعداد مقياس سلوك إيذاء الذات لدى الأطفال ذوى الإعاقة الفكرية البسيطة.
- تصميم برنامج لخفض بعض مظاهر سلوك إيذاء الذات لدى الأطفال ذوى الإعاقة الفكرية البسيطة يمكن أن يكون نموذجًا يحتذى به فيما بعد من حيث المضمون والإجراءات فى المؤسسات الخاصة بهؤلاء الأطفال.

- الخروج ببعض التوصيات التى قد تفيد القائمين على رعاية الأطفال ذوى الإعاقة الفكرية البسيطة ومساعدتهم على فهم سلوك إيذاء الذات والتفاعل معهم .
- اختبار فاعلية برنامج قائم على العلاج السلوكى باستخدام أسلوب التقييد الجسدى للحد من إيذاء الذات لدى عينة من الأطفال ذوى الإعاقة الفكرية البسيطة.

مفاهيم الدراسة :

أولاً: التقيد الجسدي:

عرفها (Roberts, Moran, and Caufield, 2024, 35) بأنها "استخدام القوة البدنية لمنع أو تقييد أو إخضاع حركة جسد أحد الأشخاص أو جزء من جسده، ويستخدم بغرض التحكم السلوكي".

وعرف (Dix, 2024, 259) التقييد الجسدي بأنه "أي جهاز أو طريقة تحد من أو تمنع قدرة أحد الأشخاص الذين يتلقون العلاج عن تحريك جسمهم أو أقدامهم أو أيديهم أو رؤوسهم بحرية".

وعرفها (Thompson, Lovelace, et.al, 2024, 81) بأنها "أسلوب يعتمد على الحد من أو المنع المتعمد لحرية حركة جسم أحد الأشخاص، وهو أحد الاساليب المستخدمة في مجال العلاج السلوكي".

وعرفها (Koh, 2023, 309) بأنها "أسلوب إجباري يعتمد على تقليل الحركة الجسمية لأحد الاشخاص، ويهدف إلى ضمان الأمان وإعطاءه العلاجات المناسبة

للأشخاص ذوي السلوكيات المهددة للحياة، ويتطلب تطبيقه وجود متخصص واحد على الأقل أو فريق من المتخصصين".

ويُعرف التقييد الجسدي بأنه "التطبيق الإيجابي للقوة بقصد التغلب على أحد السلوكيات السلبية لدى الطفل. ومن الناحية العملية، فإن التقييد الجسدي يعني إجراء أو أسلوب يهدف إلى تقييد حركة الطفل بشكل كامل أو جزئي لمنعه تدريجيا عن ممارسة السلوك السلبي مثل العدوانية". (Hawks, Moore, & Leffler, 2024, 135)

وعرفه (Duffy, 2023, 124) أنه "أسلوب علاجي سلوكي يمكن تطبيقه يدوية أو بإستخدام الأجهزة للحد من حركة أحد الأشخاص لحمايته من أحد السلوكيات المؤذية للذات أو للآخرين، ويجب أن تتحقق فيها المعايير التالية:

١) الارتباط أو الملاصقة بجسم المريض.
٢) لا يمكن إزالتها بسهولة من جانب المريض.
٣) تحقيق الهدف الأساسي من تقييد حرية حركة جسم المريض".

التعريف الاجرائي للتقييد الجسدي: يعرف الباحثين التقييد الجسدي بأنة " تقييد حركة الطفل بشكل كامل أو جزئي لمنعه تدريجيًا عن ممارسة السلوكيات السلبية وإيذاء الذات.

ثانيا: إيذاء الذات:

عرفها (Lloyd–Richardson, et.al, 2023, 21) بأنه "الفعل الذي يتضمن إلحاق أحد الأشخاص للأذي بجسمه مثل الجروح القطعية أو الحروق وربما يشمل أو

لايشمل محاولات الإنتحار، ويتم عادةً كإستجابة لألم عاطفي أو غضب وإحباط أو إعاقات نمائية وحسية".

وعرفتها (تغريد شعبان عوض، ٢٠٢٣، ص١٦٠) بأنها "شكل من أشكال السلوك المضطرب يشير إلى استجابات حركية مختلفة تنتهى بالإيذاء او التلف الجسمى للطفل الذى تصدر منه وغالبًا ما يكون الضرر الناجم عن هذا النوع من الاستجابات فورية وتتراوح في درجاتها وفى شدتها ومداها مما يؤثر سلبيًا على الطفل وعلى المحيطين به، بالإضافة إلى النتائج المترتبة من حيث عدم الاستفادة من البرامج التأهيلية والتعليمية والتدريبية والعلاجية".

كما عرفتها (أسماء إبراهيم محمد، محمد حسنى أحمد، ٢٠٢٤، ص١٣٣٢) وهي "ذلك السلوك المتعمد من قبل الفرد لإيذاء نفسه بدوافع نفسية أو اجتماعية، كتجريح الجسد، وحرق الجلد وتكسير العظام أو تناول مواد سامة، دون أن يكون الهدف من السلوك الانتحار".

التعريف الإجرائي لسلوك إيذاء الذات : يعرف الباحثين سلوك إيذاء الذات بأنه " الفعل الذي يتضمن إلحاق أحد الأشخاص للأذى بجسمه مثل إيذاء الذات المرتبط بضرب الجسد، الإيذاء المرتبطة بالتهام أشياء غير مألوفة، الإيذاء المرتبط برفض الأكل والشرب، ويظهر ذلك من خلال الدرجة التي يحصل عليها الطفل علي مقياس إيذاء الذات .

ثالثاً: الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة :

يعرف الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة بأنهم الأطفال الذين يعانون من اضطرابا في النمو الفكري يؤثر على الأداء التكيفي في امتلاك مهارات الإدراك (اللغة

والقراءة والكتابة، والمهارات الاجتماعية مثل الحكم الاجتماعي والتواصل بين الأشخاص، وجوانب العناية الشخصية.(Eapen, Harris, et.al, 2023, 323)

التعريف الاجرائي للأطفال ذوى الإعاقة الفكرية البسيطة: يحدد الباحثين الأطفال ذوى الإعاقة الفكرية بأنهم الأطفال الذين يتراوح مستوى أدائهم العقلى بين (٥٥-٧٠) طبقًا لمقياس ستانفورد بينية للذكاء (الصورة الخامسة) والذين يطلق عليهم الأطفال ذوى الإعاقة الفكرية البسيطة.

الإطار النظري للدراسة :

تمهيد

يظل سلوك إيذاء الذات من المشكلات السلوكية السائدة والخطيرة بالنسبة للأطفال ذوي الإعاقة الفكرية، يعبر مفهوم التقييد عن الإجراءات المُصممة للحد من الحركة، يقدم هذا النوع من العلاج الملاذ الأخير في حالات علاج إيذاء الذات بين الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية، حيث يحمي هؤلاء الأطفال من الإصابة والتخفيف من حدتها بمرور الوقت.

خصائص التقييد الجسدي:

يعد التقييد الجسدي (PR) تدخلًا سلوكياً معقدًا يتميز بعوامل مختلفة تؤثر على تطبيقه عبر المواقف والحالات المختلفة، ويغطي مفهوم خصائص التقييد الجسدي جوانب انتشاره، والظروف التي يتم استخدامه فيها، والآثار النفسية والجسدية على الأفراد

الذين يتعرضون له، يُعد فهم هذه الخصائص أمرًا بالغ الأهمية لتحسين الأساليب والممارسات والنتائج المتعلقة باستخدام التقييد الجسدي. (White, 2024, 22)

ويمكن تحديد هذه الخصائص على النحو التالي:

أشار (Ye, Xia, et.ala, 2021, 662) إلى الخصائص التالية لأسلوب التقييد الجسدي:

١- التقييد الجسدي هو أسلوب علاج سلوكي شائع في المواقف العلاجية.
٢- التقييد الجسدي يتم توجيهه للحد من ممارسة بعض الأشخاص للسلوكيات العنيفة أو الهدامة أو المؤذية للذات.
٣- أسلوب التقييد الجسدي يحقق الأمان للمرضى والمعالجين.

وأيضاً يوضح (Ma, Zhu, et.al, 2022, 315) أن خصائص أسلوب التقييد الجسدي كعلاج سلوكي تعتمد على مراعاة السلامة في التطبيق وفهم طبيعة سلوك الطفل والتدريب السلوكي المتخصص على تطبيق أسلوب التقييد الجسدي.

أنواع التقييد الجسدي الملائم لذوي الإعاقة الفكرية:

يمكن تصنيف أنواع التقييد الجسدي الملائم للأطفال ذوي الإعاقة الفكرية وفقاً لـ Van Houten, (Rolider, and Houlihan, 2024, 181) كما يلي:

المرافقة التقييدية Restricted Escort: يعني التقييد الذي يتم فيه نقل/إعادة تحديد موقع الطفل من منطقة بأحد الوحدات إلى منطقة أخرى أو بين الوحدات بغض النظر عن مستوى التقييد.

التقييد بوضع الوقوف Standing Restraint: يتم تقييد الطفل في وضعية الوقوف.

التقييد بوضع الجلوس Seated Restraint: يتم وضع الطفل وتقييده جسدياً في وضعية الجلوس.

التقييد بالاستلقاء على الظهر Supine Restraint: هو التقييد الجسدي الذي يتم فيه تقييد الطفل في وضعية الرقود على الظهر.

التقييد بالاستلقاء على البطن Prone Restraint: هو التقييد الجسدي الذي يتم بوضع الطفل في وضع الصدر لأسفل، بغض النظر عما إذا كان وجه الشخص لأسفل أو إلى الجانب.

الفروق بين التقييد الجسدي والأساليب السلوكية الأخرى في خفض سلوك إيذاء الذات:

توجد العديد من العلاجات السلوكية المستخدمة في مجال خفض حدة الاضطرابات السلوكية للأطفال ذوي الإعاقة الفكرية ومن بينها العلاجات الاستباقية والتلاشي وإجراءات التعزيز الاختلافي بالإضافة إلى التقييد الجسدي. (Edmonds, 2023, 14)

يسهم التعرف الناجح على الوظيفة السلوكية في تحسين تطوير العلاجات الفعالة، من خلال السماح بوصف الظروف المؤدية لحدوث سلوك إيذاء الذات على نحو يجعل تغييرها بمثابة العلاج المانع للحالة والتعرف على مصدر التعزيز الذي الذي يمكن حينها إزالته لمنع تكرار إيذاء الذات، وبناء وتدعيم السلوكيات البديلة، فضلاً عن ذلك، يمكن

أن تحدد نتائج التقييم السلوكي الوظيفي المعززات ومكونات العلاج غير الملائمة، وخفض الحاجة إلى استخدام الإجراءات العقابية. (Bisri, & Bakar, 2023, 13)

العلاج الاستباقي: تعمل التدخلات العلاجية التي تركز على العلاج الاستباقي على التحكم في تلك الأحداث المؤدية للسلوك لتنشيط السلوكيات المرغوبة (مثل تقديم المثيرات التي تنشط السلوك المرغوب، وترتيب حالة دافعية تجعل نتيجة المشاركة في السلوك المرغوب أكثر تحفيزاً، وخفض جهود المشاركة في السلوك المرغوب)، أو التحكم في الأحداث الاستباقية لخفض السلوك غير المرغوب (مثل إزالة مثيرات السلوك غير المرغوب، وإزالة دافع المشاركة في في السلوك غير المرغوب، وزيادة الجهد المبذول لممارسة السلوك غير المرغوب). (Koly, Abdullah, Shammi, Akter, Hasan, Eaton, & Ryan, 2022, 52)

التلاشي: في حالة حدوث سلوك إيذاء الذات للأطفال ذوي الإعاقة الفكرية، لابد من وجود نتيجة تعزيزية تدعمه من ثم يقتضي خفض ذلك السلوك التدخل الذي يقضي على معزز إيذاء الذات (بقدر المستطاع)، فإذا كان سلوك إيذاء الذات يحظى بتعزيز اجتماعي إيجابي، يمكن تنفيذ التلاشي عن طريق عدم السماح لطفل بتفويت الصعوبة (المطلب) المقترنة بحدوث سلوك إيذاء الذات، والتي تجعل الطفل ينصاع للسلوك ومع ذلك يعد استخدام التلاشي لتقليل سلوك إيذاء الذات المرتبط بمعزز تلقائي بمثابة عملية أكثر صعوبة. (Collins, 2020, 2)

إجراءات التعزيز الإختلافي: بالإضافة إلى إزالة شرط حدوث المعزز يمكن أيضاً استخدام المعزز الوظيفي لخفض سلوك إيذاء الذات (التعزيز الاختلافي لسلوك آخر DRO)، أو زيادة أحد السلوكيات البديلة (التعزيز الاختلافي لسلوك بديل DRA) أو جميعها في

إجراءات التعزيز الاختلافي لسلوك آخر يتم خفض سلوك إيذاء الذات من خلال تقديم معزز في غياب إيذاء الذات. (Bartlett, & Ellis, 2020, 122)

العلاج السلوكي بالتقييد الجسدي: في بعض الأحيان يكون التقييد الجسدي مطلوبًا مع الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية، كمرحلة أخيرة بعد تجربة التدخلات السلوكية الأخرى وبعد ثبوت عدم جدواها في الحد من ممارسة الطفل لسلوك إيذاء الذات، يتم عادة تطبيق أسلوب التقييد الجسدي من خلال الضغط على جسم الشخص وأطرافه للحد من الحركة الإرادية، إما للسيطرة على حالة نوبات إيذاء الذات الطارئة أو كإجراء محدد في خطة دعم السلوك. (Norton, 2024, 21)

جوانب توظيف أسلوب التقييد الجسدي مع المعاقين فكرياً: إيذاء الذات والعدوانية

أسلوب التقييد الجسدي مع إيذاء الذات: يمثل أسلوب التقييد الجسدي (PR) وسيلة مهمة للحد من سلوك إيذاء الذات (SIB) بخاصةً بين الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية، حيث يتم استخدام هذا الاسلوب العلاجي كوسيلة هامة للحد بدرجة كبيرة من تلك السلوكيات على الرغم من السلبيات المحتملة المتمثلة في التأثير على أمان الأطفال فضلاً عن التأثيرات الإنفعالية المصاحبة. (Anderson, Mohr, et.al, 2021, 320)

يبين (Celofiga, Kores et.al, 2022, 153) أنه عند إقتران العلاج السلوكي بالتقييد الجسدي مع برامج تدخل أخرى فإنها يمكن أن تقلل بشكل كبير من سلوك إيذاء الذات، بالإضافة لذلك فإن استخدام التقييد الجسدي لفترات زمنية قصيرة (مثل لمدة دقيقة واحدة) له تأثيرات أكثر فاعلية على خفض سلوك إيذاء الذات لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية بالمقارنة مع استخدام العلاج لفترات زمنية طويلة.

أسلوب التقييد الجسدي مع العدوانية: إن برامج التدخل السلوكية القائمة على التقييد الجسدي لها تاريخ طويل في مجال خدمات الرعاية الصحية العقلية، ويعني التقييد الجسدي منع أو تقييد أو إخضاع الحركة الطبيعية لأي جزء من جسم الطفل وعلى الرغم من المخاطر المحتملة للإصابة الجسدية نتيجة لاستخدام أسلوب التقييد الجسدي إلا أن استخدامه في الحد من العديد من الاضطرابات السلوكية مثل العدوانية تكون في بعض الأحيان ضرورية للحفاظ على السلامة وحماية الأطفال والأشخاص المحيطين بهم من الأذى. (Hellmuth, & Reynolds, 2024, p209)

ويبين (Slaatto, Mellblom, et.l, 2021, p96) أن استخدام أسلوب التقييد الجسدي للحد من سلوك العدوانية يتسم بما يلي:

- أسلوب التقييد الجسدي يتضمن إبقاء الطفل على الأرض (لا يجوز استخدام تقنيات "الانحناء على الوجه" تحت أي ظرف من الظروف).
- يتطلب تطبيق أسلوب التقييد الجسدي وجود اثنين أو أكثر من الأشخاص ذوي الوعي بإجراءات ومباديء التقييد الجسدي.

أنواع إيذاء الذات :

ترى (بسمة محمد أحمد، ٢٠٢٣، ص٢٦٢) أن هناك ثلاث أنواع لسلوك إيذاء الذات، والتي يمكن عرضها على النحو التالى:

- تشويه الذات الأساسي: مثل بتر الأطراف، إزالة حدقة العين، ونادرًا ما يحدث هذا النوع، ويرتبط غالبا بحالات الذهان.

- إيذاء الذات النمطى: مثل ارتطام الراس بشكل عنيف وبصورة متكررة، وهو ما نراه في الشخص المصاب باضطراب طيف التوحد.
- تشوية الذات السطحى أو الظاهرى: ويشمل القطع والحرق، والخربشة، وجذب الشعر، وإزالة الجلد، أو أى طريقة أخرى تستخدم لإحداث تلف في ذات الشخص.

ويقسم (forman, hall& oliver 2018, p5) إيذاء الذات إلى:

- إيذاء الذات الاجتماعي: يتضمن سلوكيات مثل ضرب الرأس وعض الذات وخدش الذات واقتلاع الأصابع والوخز وجذب الشعر.
- إيذاء الذات غير الاجتماعى: يتضمن سلوكيات مثل التقيؤ وأكل البراز والإفراط في تناول السوائل.

أسباب إيذاء الذات:

يرى (Borschmann, et.al, 2020) أن من أسباب إيذاء الذات إساءة معاملة الأطفال (الصدمة- الاعتداء الجنسى- اضطرابات الاكل- تعاطى المخدرات- اضطرابات ما بعد الصدمة- اضطراب الشخصية الحدية- الاكتئاب – اضطرابات القلق).

خصائص سلوك إيذاء الذات لدى الأطفال ذوى الإعاقة الفكرية:

يحدد (Borschmann, et.al, 2020) الخصائص الشائعة لسلوك إيذاء الذات لدى الأطفال ذوى الإعاقة الفكرية على النحو التالى:

- حركات تكرارية للأعضاء مثل الرأس، الساق، أو أى جزء من أجزاء الجسم ينتج عنها إضرارا.

- يبدا حدوث سلوك إيذاء الذات عن طريق النتائج البيئية البغيضة مثل:(طلبات الوالدين أو المعلمين)، ولكن من الممكن أن يستمر بعد ذلك مستقلا بذاته وتلقائيا منذ بدايته.
- يحدث سلوك إيذاء الذات في مرات منفصلة ومتقطعة غالبًا وفى أوقات كثيرة خلال اليوم، مع تكرار نفس الحركات أو حركات مشابهة جدًا في معظم الأوقات.
- يؤذى الأطفال انفسهم في الأوضاع الجسمية الخاصة ،وهذه الأوضاع تكون مرتبطة مع مصدر الإعاقة، وقد ترتبط أيضا بأسباب حدوث هذا السلوك.

طرق علاج سلوك إيذاء الذات :

أظهرت (رحاب السيد الصاوي، ٢٠٢٠، ص٩٦٤- ٩٦٦) تنوع الطرق والوسائل التي استخدمت للحد من سلوكيات إيذاء الذات لدى الأطفال ذوى الإعاقة الفكرية البسيطة ونذكر منها الطرق التالية:

- العلاج بالأدوية والعقاقير: وهنا نذكر الأدوية المضادة للاكتئاب، وكذلك الأدوية التي تزيد السيروتينين في المخ.
- العلاج السلوكى الجدلى: يقوم على ركيزتين أساسيتين وهما: التقبل والتغير.
- الإطفاء: ويتم من خلال تجاهل السلوك وعدم تعزيزه أو الانتباه إليه.
- الوقت المستقطع: ويتضمن أبعاد الطفل وعزلة لفترة زمنية محددة وذلك بعد قيامة بسلوك إيذاء الذات مباشرة، على إلا يكون هذا الإجراء بحد ذاته معززا للطفل.
- التعزيز التفاضلى: وفيه يتم تعزيز سلوك أخر بديل ينشغل به الطفل غير إيذاء الذات.
- الصدمات الكهربائية: وتستخدم في الحالات الشديدة.

- العلاج البيئي: وذلك من خلال التخطيط لأنشطة ممتعة واشراك الطفل فيها، ويكون من الأفضل مشاركة الاخرين في هذه الأنشطة، وتجنب انعزاله، بل إشراكه في أنشطة ممتعة وغنية بالألعاب والأنشطة التي تشغله عن سلوك إيذاء الذات، مع إعادة تنظيم البيئة وتبسيط المهام الموكلة اليه.
- التقييد الجسدي للذات: قد ينتج عن إيذاء الذات تعزيز سلبي والمتمثل في الألم الناتج عنه مما يجعل الفرد يحاول تجنبه، فقد لوحظ انشغال بعض الأطفال المعاقين عقليا في تقييد انفسهم او يطلبون من الاخرين تطبيق أشياء تمنعهم من إيذاء انفسهم تجنبا للألم.
- التصحيح الذائد: ويعتبر شكلا مبسطا للعقاب، وفيه يتم إلزام الطفل بأداء سلوك اخر لتصحيح السلوك الخاطئ او تصحيحه بشكل زائد، فمثلا الطفل الذى يعض يده يعاقب بان يغسل يده واسنانه، والطفلة التي تضرب رأسها تعاقب بغسل شعرها وتمشيطه بعد كل مرة تفعل ذلك.

أسلوب العلاج السلوكي بالتقييد الجسدي مع الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة:

يتم تطبيق أسلوب العلاج السلوكي بالتقييد الجسدي بعد استبعاد الخيارات العلاجية الأخرى للأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة محاولة للتهدئة اللفظية، وتمر عملية تطبيق العلاج السلوكي بالتقييد الجسدي بالمراحل التالية:

أولاً: إعداد فريق التقييد الجسدي:

- وضع المعايير المناسبة لإختيار فريق العمل في التقييد الجسدي.
- الحرص على وجود ٦ أشخاص مدربين في جلسات العلاج السلوكي بالتقييد الجسدي.

- توفير معدات الحماية الشخصية: القفازات والملابس المناسبة وأقنعة الوجه إن أمكن.
- الاجتماع بفريق العمل والتحقق من معرفتهم بالمعلومات والخطوات الصحيحة والمحاذير المتعلقة بالتقييد الجسدي (مثل حالة الطفل المعاق فكرياً، وشدة المشكلة السلوكية، وعمر الطفل).
- توزيع الأدوار وخطة العمل.
- الاتفاق على لحظة معينة للبدء في إجراءات التقييد الجسدي المتفق عليها.

ثانياً: بدء إجراء التقييد الجسدي:

- يتم تحديد وقوف شخص من المعالجين عند أحد أطراف الطفل.
- تخصيص الشخص الخامس للتحكم في حركة الرأس (يكون لديه مهارات خاصة في الحفاظ على مستوى التنفس ووصول الهواء).
- يتم تخصيص الشخص الثالث لإعطاء الطفل الأدوية المُجهزة مسبقًا.
- التقييد في وضع الأطراف بجانب الجسد والقدمين ممددتين (يمكن بدلاً من ذلك رفع أحد اليدين للأعلى كوسيلة لتقليل الحركة).
- تجنب تقييد الرقبة مع تجنب تقييد اليدين والقدمين إلى الخلف.
- يمكن استخدم قيودًا طبية مثبتة على إطار السرير (وليس القضبان الجانبية).

ثالثاً: اثناء عملية التقييد الجسدي:

- إعطاء العلاجات والمهدئات السلوكية للطفل ذو الإعاقة الفكرية عندما يكون الطفل في وضعية استلقاء آمنة.
- رفع رأس السرير إلى ٣٠ درجة (لتقليل خطر الشفط والاختناق).

رابعاً: المتابعات أثناء عملية التقييد الجسدي للأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة: يجب متابعة مستوى كل من:

- النبض ومعدل التنفس.
- تسجيل درجة الحرارة.
- متابعة مخطط الكهرباء في القلب.
- قياس ضغط الدم.

خامساً: نهاية إجراء التقييد الجسدي:

- بمجرد هدوء الطفل المعاق فكرياً والكف عن السلوك المؤذي للذات يتم إزالة التقييد الجسدي من الأطراف الواحد تلو الآخر بدايةً بالساق ثم بالذراع المقابل.
- المتابعة الدقيقة حتى يهدأ الطفل بعد الجلسة ويعود إلى طبيعته. (Nielson, 2023, 8)

أهمية استخدام العلاج السلوكي بالتقييد الجسدي في خفض حدة إيذاء الذات بين ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة:

يتم في بعض الأحيان تطبيق أسلوب العلاج السلوكي بالتقييد الجسدي (PR) مع الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة في المواقف العلاجية، ويبين (Dasgupta, 2021, 26) أن أهداف أسلوب التقييد الجسدي مع الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة يتمثل في: أولاً حمايتهم من آثار إيذاء الذات والاستجابات السلوكية الأخرى التي تهدد الصحة، وثانياً: استخدام أسلوب التقييد الجسدي أثناء علاج السلوكيات الصعبة غير المتوقعة لدى هؤلاء الأطفال، ثالثًا: يمكن توظيف أسلوب التقييد الجسدي كأحد عناصر

خطة العلاج السلوكي الشاملة للحد من مشكلات أخرى إلى جانب إيذاء الذات مثل العدوانية.

وقد أشار (Waddington, 2020, 141) إلى أن "التقييد الجسدي المخطط يتبع عادةً خطة علاجية تحدد إجراءات/ تقنيات محددة يتم استخدامها عندما ينخرط الطفل المعاق فكرياً في سلوك لإيذاء الذات الشديد" في حين أن التقييد الجسدي غير المخطط يمكن استخدامه بشكل تفاعلي لمعالجة سلوك قد يسبب ضررًا ذاتياً للطفل أو لغيره.

يتم استخدام التقييد الجسدي بصورة منتظمة في بعض الأماكن العلاجية التي تركز على الحد من سلوكيات إيذاء الذات بين الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة بهدف علاج وإدارة السلوك الذي يضر الذات والآخرين، ويدمر البيئة. أيضاً، يتم افتراض أن الأطفال الأصغر سنًا الذين يعانون من إعاقة فكرية شديدة، وخصائص معينة، ووجود المعالجين السلوكيين ذوي الخبرة، هي عوامل تنبؤية على توظيف التقييد الجسدي. (Geissler, Werner, Dworschak, Romanos, & Ratz, 2021, 830)

وتشير التقديرات إلى أن معدل انتشار سلوك إيذاء الذات يبلغ ما بين ٤٪ إلى ١٤٪ لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة. ويميل الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية إلى الإنخراط في إيذاء الذات لضبط النفس، وهو ما يجعله من الاضطرابات التي يصعب علاجها لدى هؤلاء الأطفال. (Staggs, 2020, 893)

وتتضمن برامج التدخل السلوكي الوظيفي تقديم التقييد المشروط المرتبط بسلوكيات أخرى (التعزيز الاختلافي)، أو تقديم التقييد بصورة منفصلة عن حدوث إيذاء

الذات (التقييد غير المشروط) أو قطع العلاقة بين إيذاء الذات والتقييد (التلاشي). (Thompson, Friesen, et.al, 2024, 255)

في كثير من الأحيان تكون هناك صعوبة في تنفيذ إجراءات التعزيز الاختلافي (التفاضلي) لأن إيذاء الذات يجب منعه (والذي غالبًا ما يشكل تقييدًا)، كما أن السرعة الفورية وحجم المنع (التقييد) اللازمة لمنع إيذاء الذات قد يكون من المستحيل مطابقته وتقديمه بشرط وجود استجابة بديلة. (Franks, Alcock,et.al, 2021, 689)

يبين (Schnitzer, Merideth, et.al, 2020, 943) أنه في حالة تكرار حدوث سلوك إيذاء الذات بين الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة، يمكن أن يقترح المعالج استخدام أسلوب التقييد الجسدي بإستخدام أدوات مثل قيود الذراع أو القفازات أو الخوذات، لكن قد يؤدي ذلك إلى تقليل الخبرة الحسية مع الاحتفاظ بتكرار السلوك، ويجب استخدام التقييد الجسدي دائمًا تحت إشراف متخصص للتأكد من استخدامها بشكل آمن ومناسب، ومع وجود خطة للتخلص من استخدامها التدريجي بمرور الوقت. على الرغم من ذلك فإن أسلوب التقييد الجسدي لا يعالج سبب السلوك، لذا لا يجب أبدًا استخدامه بمفرده دون تعليم الطفل مهارات جديدة تعالج سبب السلوك.

توصل العديد من الباحثين مثل (Thomann, Zwakhalen, et.al, 2021) إلى كفاءة التقييد الجسدي في الحد من إيذاء الذات لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة إذ أن التقييد الجسدي يؤدي إلى إحداث نفس التأثير مثل سلوك إيذاء الذات بالنسبة للطفل، على سبيل المثال يبذل الطفل جهد كبير في ممارسة سلوك إيذاء الذات كما أنه يبذل جهد مشابه عندما يتعرض لتجربة التقييد الجسدي، إلا أن التقييد

الجسدي لا ينتج عنه نفس العواقب المنفرة مثل سلوك إيذاء الذات (حيث لا ينتج عنه إيذاء أو تشويه للجسم مثل إيذاء الذات).

مقارنة بين الفروق في كفاءة العلاج الطبي والعلاج السلوكي بالتقييد الجسدي مع ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة:

يمكن علاج الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة بإستخدام التدخلات الطبية والسلوكية، ولكل منها فوائد مميزة. على سبيل المثال، أظهرت العلاجات السلوكية، وخاصة تلك المصممة للأطفال ذوي الإعاقات الفكرية مثل التقييد الجسدي، نتائج إيجابية كبيرة في مجال خفض حدة الاضطرابات السلوكية مثل العدوانية وإيذاء الذات. في المقابل يتم استخدام العلاجات الطبية، مثل العلاج الدوائي، في خفض الاضطرابات النفسية والسلوكية، ولكنها قد لا تؤدي دائمًا إلى نفس المستوى من التحسن في الأداء السلوكي التكيفي. (Daniels, Victor, et.al, 2023, 503)

العلاج السلوكي بالتقييد الجسدي: أظهرت التدخلات السلوكية بإستخدام التقييد الجسدي تحسن كبير في مجال انخفاض السلوكيات غير التوافقية والمضرة بالصحة مثل إيذاء الذات. ويمكن تصميم أسلوب العلاج السلوكي بالتقييد الجسدي وفقًا للاحتياجات الفردية للأطفال ذوي الإعاقة الفكرية، مع التركيز على السلوكيات، مما يعزز فعاليتها في هذا المجال. (Cocchiola, 2023, 14)

العلاج الطبي: غالبًا ما تُستخدم الأدوية في علاج المشكلات السلوكية الشديدة، مثل العدوان وإيذاء الذات. على الرغم من ذلك فإن فاعلية هذه العلاجات يمكن أن تختلف بشكل كبير بين الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية. (Jones, Brown, Cunningham, Roberts, & Williams, 2023, 58)

وبالتالي يتم التوصية باستخدام نموذج علاج تكاملي يجمع بين الاستراتيجيات الدوائية والسلوكية بالتقييد الجسدي، مما يسمح بإتباع منهج شامل لإدارة الحالات المعقدة، ففي الوقت الذي يمكن فيه استخدام العلاجات السلوكية بالتقييد الجسدي لتحقيق نتائج تكيفية أفضل، فإن التدخلات الطبية تظل فعالة لإدارة الأعراض السلوكية الشديدة. (Khalil, 2021, 118)

طريقة تطبيق أسلوب التقييد الجسدي مع الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة:

عند تطبيق أسلوب التقييد الجسدي، يقوم أحد المعالجين أو أكثر بتحديد أو تقييد حرية حركة الطفل ذو الإعاقة الفكرية عن طريق الإمساك برأسه وجذعه وأطرافه، مما يمنع الحركة الحرة، ويمنع ممارسة سلوكيات إيذاء الذات بخاصةً السلوكيات مرتفعة الخطورة. وعادةً ما يتم الحفاظ على عدم الحركة حتى يتوقف سلوك إيذاء الذات لفترة زمنية محددة مسبقًا بينما يظل الطفل في وضع الوقوف أو الجلوس أو الاستلقاء. يتميز التقييد الجسدي عن التقييد الآلي (الميكانيكي) الذي يتم فيه تطبيق أجهزة تقييدية مثل أكمام الذراع الصلبة أو طوق الرقبة لمنع السلوكيات الموجهة ذاتيًا وغيرها. (Luiselli, Trem, Kane, & Young, 2022, 91)

شروط استخدام أسلوب التقييد الجسدي مع المعاقين فكرياً:

حدد Luiselli, Sperry, and Magee (2022, 93) الشروط والضوابط التالية لتطبيق اسلوب التقييد الجسدي مع الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية:

١- لا يجوز استخدام التقييد الجسدي مع الطفل المعاق فكرياً إلا في حالات الاضطرابات السلوكية الشديدة مثل إيذاء الذات.

٢- تعتبر عمليات الإمساك أو اللمس أو الحضور الإيجابي أقل قوة وأقل تقييدًا ويمكن استخدامها لحماية الأطفال أو الآخرين من الإصابة التي تكون أقل خطورة.

٣- قبل استخدام أي شكل آخر من أشكال التقييد الجسدي، **يجب تطبيق جميع المبادئ التالية:**

أ) أن يكون السلوك المراد علاجه بالتقييد الجسدي أو الضرر محتمل في المستقبل.

ب) أن يكون التدخل بالتقييد الجسدي ضروريًا وفورياً.

ت) أن تكون إجراءات التقييد الجسدي هي المرحلة الأخير.

نظريات تأييد استخدام أسلوب التقييد الجسدي مع المعاقين فكرياً:

تركز النظريات السلوكية للتقييد الجسدي على فهم الآثار المترتبة على استخدام أسلوب التقييد الجسدي في إدارة والحد من الاضطرابات السلوكية بين ذوي الإعاقة الفكرية. تؤكد هذه النظريات على الحاجة إلى التطبيق الدقيق ومراقبة تقنيات التقييد لضمان السلامة والفعالية.(Nunno, McCabe, et.al, 2022, 5)

نظرية السلوك المخطط Theory of Planned Behavior:

تم تطوير نظرية السلوك المخطط (TPB) على يد Ajzen في عام (١٩٩١)، وهي نظرية سلوكية في علم النفس الاجتماعي تحلل العوامل المؤثرة على النوايا السلوكية وتفسر السلوك، وفقاً للنظرية فإن العامل الأساسي في التنبؤ بالسلوك هو تغيير النوايا السلوكية، والذي يعتمد على: (أ) الموقف، سواء كان إيجابيا أو سلبيا لتقييم الفرد نحو سلوك معين، (ب) المعيار الذاتي (SN)، والضغط الاجتماعي الذي يدركه الفرد من اشخاص أو مجموعات أخرى حول تبني سلوك معين، و (ج) التحكم السلوكي المُدرك

(PBC)، والقدرة على التحكم التي يدركها الفرد لأداء سلوك معين. (Salehi, Najafi Ghezeljeh, Hajibabaee, & Joolaee, 2020, 598)

كما يتم استخدام نظرية السلوك المخطط لتطوير أدوات تقييم النوايا السلوكية والتنبؤ بالسلوكيات المختلفة، خاصة فيما يتعلق بتأثير العوامل الشخصية والنفسية والاجتماعية. علاوة على ذلك، يتم استخدام نظرية السلوك المخطط على نطاق واسع في تصميم التدخلات السلوكية المختلفة، مثل التقييد متعدد المكونات– وبخاصةً في استخدام اسلوب التقييد الجسدي مع الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية لخفض سلوك إيذاء الذات لديهم. (Oostermeijer, Brasier, et.al, 2021, 647)

وعلى سبيل المثال أجرى (Lombart, De Stefano, et.al, 2020, 30) سلسلة من الدراسات القائمة على نظرية السلوك المخطط (TPB) في تفسير كفاءة العلاج السلوكي باسلوب التقييد في الحد من إيذاء الذات لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية من وجهة نظر المعالجين السلوكيين، حيث تم التوصل إلى أن المعارف والمواقف والخبراء لدى المعالجين السلوكيين هي التي تحدد توقيت اللجوء إلى اسلوب التقييد الجسدي مع الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية على هذا الأساس يمكن أن تكون نظريات السلوك الاجتماعي مثل نظرية السلوك المخطط من الأدوات الفعالة لتحليل العوامل النفسية الاجتماعية لاستخدام التقييد الجسدي مع هذه الفئة من الأطفال لأنها تقدم نموذجًا موسعاً لتفسير السلوك الإنساني.

دراسات سابقة :

قام الباحثين بمراجعة التراث العلمي السابق المرتبط بموضوع الدراسة، وذلك من خلال عرض النتاج العلمي من الدراسات السابقة، وتم حصر هذه الدراسات والاستفادة

من نتائجها للانطلاق في هذه الدراسة من ناحية جديدة و فيما يلي عرض لبعض الدراسات المرتبطة بموضوع الدارسة، والتي أوضحت فاعلية برنامج قائم على العلاج السلوكي باستخدام أسلوب التقييد الجسدى لخفض سلوك إيذاء الذات لدى عينة من الأطفال ذوى الإعاقة الفكرية البسيطة .

- قامت (White, K. L, 2024) بفحص فاعلية برنامج قائم على تطبيق أسلوب التقييد الجسدي في خفض سلوك إيذاء الذات بين عينة من الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة، بالإضافة إلى فحص وجهة نظر المعالجين في جدوى ومعوقات تطبيق البرنامج، واستخدمت الدراسة المنهج التجريبي ذو تصميم المجموعة الواحدة وخط الأساس المتعدد (القياس القبلي والبعدي)، وتكونت عينة الدراسة من (٣) طلاب من ذوي الإعاقة الفكرية البسيط وفقاً لمعايير الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (متوسط العمر ١٠ سنوات) تم اختيارهم بطريقة عمدية ممن يُظهرون مستويات شديدة من سلوك إيذاء الذات، بالإضافة إلى مشاركين (٦) معالجين سلوكيين, حيث تم تطبيق أسلوب العلاج السلوكي بالتقييد الجسدي عن طريق تعريض المشاركين لفترات زمنية مطولة خلال ظهور بوادر ممارسة إيذاء الذات مع تزويدهم بفرصة لممارسة الألعاب المحببة وتوجيه الانتباه للأطفال خلال الفترات ما بين جلسات العلاج بالتقييد الجسدي, وتقليل فترات تطبيق التقييد الجسدي تدريجيا حتى زوال سلوك إيذاء الذات، وتكونت أدوات جمع البيانات من مقياس إيذاء الذات، والملاحظات المباشرة والمقابلات مع المعالجين، وتوصلت الدراسة إلى النتائج والتوصيات التالية:- تم التوصل إلى فاعلية أسلوب العلاج السلوكي بالتقييد الجسدي في الحد من سلوك إيذاء الذات بين الأطفال المشاركين ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة، حيث أظهرت التحليلات والملاحظات انخفاض ملحوظ في معدل تكرار وشدة سلوك

إيذاء الذات نتيجة للمشاركة في العلاج السلوكي بالتقييد الجسدي،- أشارت استجابات المعالجين السلوكيين إلى أن العلاج بالتقييد الجسدي يمكن أن يمثل نوع من التعزيز الإيجابي الذي يمنع الأطفال من ممارسة سلوك إيذاء الذات،- تم التوصل إلى أن معوقات تعميم اسلوب التقييد الجسدي في علاج إيذاء الذات للأطفال ذوي الإعاقة الفكرية يتمثل في ضعف تدريب المعالجين السلوكيين واحتمالات التعرض للإصابة بالنسبة للطفل والاعتبارات الأخلاقية.

- كما توصلت دراسة Norton, A. C. (2024) إلي فاعلية استخدام العلاج السلوكي بالتقييد الجسدي مع الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة، واستخدمت الدراسة منهج دراسة الحالة لاثنين من الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة، وشارك في الدراسة عينة تكونت من طفلين من ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة(متوسط العمر ١٠ سنوات) ممن يتلقون العلاج بأحد مراكز التدخل السلوكي في ولاية أوريجون الأمريكية بسبب مشكلات العدوانية وإيذاء الذات بالإضافة إلى مشاركين (٨) معالجين سلوكيين، وتم تطبيق برنامج سلوكي بالتقييد الجسدي على الأطفال وقياس فاعليته في خفض اضطراباتهم السلوكية، وتمثلت ادوات الدراسة فى: اختبار إيذاء الذات للأطفال والمقابلات مع المعالجين السلوكيين والبرنامج السلوكي القائم على التقييد الجسدي وفقاً لمعايير ولاية أوريجون، وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:- ظهور فروق ذات دلالة إحصائية بين شدة وتكرار الاضطرابات السلوكية العدوانية وإيذاء الذات بين الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة بين قبل وبعد تطبيق العلاج السلوكي بالتقييد الجسدي لصالح التطبيق البعدي،- أظهرت المقابلات مع المعالجين السلوكيين فاعلية أسلوب التقييد الجسدي مع ضرورة التدريب المستمر للمعالجين السلوكيين عليه وتقييم حالات الأطفال المناسب تطبيق الأسلوب معها.

- وأظهرت دراسة (Van Houten, R., Rolider, A., & Houlihan, M, 2024) فاعلية برنامج قائم على العلاج السلوكي بالتقييد الجسدي لخفض سلوك إيذاء الذات بين الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة، واستخدمت الدراسة منهج دراسة الحالة التجريبية لفاعلية برنامج قائم على العلاج السلوكي بالتقييد الجسدي لخفض سلوك إيذاء الذات بين أحد الأطفال من ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة، وتكونت عينة الدراسة من طفل من ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة وفقاً للتشخيصات الإكلينيكية (العمر الزمني ١٠ سنوات) من ذوي سلوك إيذاء الذات الشديد (ضرب الرأس والذقن), حيث تم تطويعه بعد الحصول على موافقة الآباء من المشاركة في برنامج سلوكي للتقييد الجسدي مكون من ثلاث مراحل: (١) تخطيط العلاج وتطبيقه عن طريق تقييد معصم الطفل خلال إظهار أي حركات يصاحبها سلوك لإيذاء الذات، (٢) تطبيق معززات إيجابية مصاحبة لانخفاض سلوك إيذاء الذات خلال الفترات البينية بين الجلسات، (٣) إزالة عملية التقييد الجسدي تلقائياً مع تحسن الاستجابة السلوكية للطفل، وتم قياس الفروق المكتسبة في انحفاض حدة سلوك إيذاء الذات، وتكونت أدوات جمع البيانات من الملاحظات والبرنامج السلوكي القائم على اسلوب التقييد الجسدي، وأسفرت الدراسة عن النتائج التالية:- أظهرت الملاحظات أن الإجراء المتبع في التقييد الجسدي كعلاج سلوكي لإيذاء الذات كان علاجاً فعالاً في خفض إيذاء الذات لذوي الإعاقة الفكرية،- ظهور انخفاض ملحوظ في كل من نسبة تكرار وطول مدة حدوث سلوك إيذاء الذات في الحلقة الواحدة لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة.

- كذلك حاولت دراسة (جهاد سيد أحمد،٢٠٢٤) خفض العدوان وإيذاء الذات لدى المراهقات ذوات الإعاقة الفكرية من خلال استخدام برنامج قائم على دعم السلوك

الإيجابي، والتحقق من فعاليته في خفض العدوان وإيذاء الذات بعد التطبيق والمتابعة، وتكونت عينة البحث الأساسية من(٧) من المراهقات ذوات الإعاقة الفكرية المقيدين بمدرسة التربية الفكرية بطوخ بمحافظة القليوبية، ممن تتراوح أعمارهم الزمنية من(١٥– ١٨) سنة بمتوسط حسابي قدره (١٥,٩) وانحراف معياري قدره(٠,٩)، وقد طبق على أمهاتهم مقياس السلوك المشكل بعديْ (سلوك العدوان، سلوك إيذاء الذات) لدى المراهقات ذوات الإعاقة الفكرية(كما تدركه الأمهات) للتحقق من الخصائص السيكومترية لصورة الأمهات، واستخدم الدراسة مقياس السلوك المشكل للمراهقات ذوات الإعاقة الفكرية (كما تدركه الأمهات)، وبرنامج دعم السلوك الإيجابي للمراهقات ذوات الإعاقة الفكرية، وأشارت نتائج البحث إلى فعالية البرنامج القائم على دعم السلوك الإيجابي في خفض العدوان وإيذاء الذات لدى المراهقات ذوات الإعاقة الفكرية، وأيضا استمرار فعاليته إلى ما بعد فترة المتابعة.

- وأشارت دراسة (وفاء الشبيشي، ٢٠٢٤) إلي فاعلية برنامج التدريب الفعال لخفض التحكم إيذاء الذات لدى الأطفال طيف التوحد. هدف البحث إلي: التعرف على مدى فعالية برنامج التدريبي في تقليل التحكم إيذاء الذات لدى أطفال طيف التوحد، والتأكد من فعالية البرنامج المعتمد بعد مرور فترة زمنية من انتهاء تطبيقه، تقليل التحكم إيذاء الذات لدى أطفال طيف التوحد، ولم تتحسن البحث من (١٠) الأطفال الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد، ويبلغون العمر العمري لعينة الدراسة ما بين ٤ – ٦ سنوات، عجزت عن أدوات الدراسة في التحكم في الذات الذاتية (إعداد/ سيد أحمد البهاص، ٢٠١٨)، كما قامت طالبة يرغب في برنامج تدريبي لضبط النفس إيذاء الذات لدى أطفال طيف التوحد. وتوصلت إلى نتائج الدراسة إلى فعالية البرنامج

التدريبي في خفض التحكم إيذاء الذات لدى الأطفال طيف التوحد واستمرار فاعليته بعد فترة زمنية من تطبيقه.

- وقام (Cocchiola Jr, M. A, 2023) بدراسة هدفت إلى التعرف على فاعلية استخدام اسلوب العلاج السلوكي بالتقييد الجسدي في الحد من سلوك عض الذات بين الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة، واستخدمت الدراسة منهج دراسة الحالة التجريبية لأحد الأطفال من ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة، وتكونت عينة الدراسة من طفل واحد من ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة ممن يبلغ عمره ٩.١٠ سنوات، تم اختياره بطريقة عمدية على أساس اظهار سلوك عض الذات المزمن, وتطبيق العلاج بالتقييدي الجسدي معه من خلال الإمساك بكلتا يديه وتثبيتها ووضع الرأس داخل خوذة بلاستيكية مبطنة من الداخل لفترات زمنية معينة لمنع ممارسة سلوك إيذاء الذاات، وتم تطبيق القياسات قبلياً وبعدياً للتعرف على الفروق في الحد من إيذاء الذات، وتكونت أدوات جمع البيانات من بطاقة ملاحظة سلوك إيذاء الذات والإجراء العلاجي للتقييد الجسدي، وأسفرت الدراسة عن النتائج التالية:- تم التوصل من خلال الملاحظات إلى انخفاض متوسط عدد حالات عض الذات لدى الطفل المعاق فكرياً ما بين ٣٤.٢ مرة يومياً خلال ما قبل الإجراء العلاجي إلى ١.٨ ما بعد العلاج السلوكي بالتقييد الجسدي بالإضافة إلى انخفاض حدة طول مدة عض الذات ما بين ١٦ ثانية في المرة الواحدة إلى ٣.١ ثواني نتيجة للإجراء العلاجي،- استمر الانخفاض في عدد مرات وشدة سلوك إيذاء الذات خلال قياس المتابعة بعد مرور ١٦ يوم من إنتهاء المعالجة بالتقييد الجسدي.

- كذلك قامت دراسة (Nielson. S, 2023) بالتعرف على فاعلية اسلوب التقييد الجسدي مع الأطفال والمراهقين من ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة، واستخدمت

الدراسة منهج دراسة الحالة التجريبية لطفلين من ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة، وتكونت عينة الدراسة من طفلتين ممن تتوافقن مع معايير تشخيص الإعاقة الفكرية البسيطة (العمر ١٠ و ١١ سنوات على الترتيب) وتظهرن مستويات مرتفعة من سلوك إيذاء الذات (ضرب الرأس وشد الشعر)، حيث تم تطبيق العلاج السلوكي بالتقييد الجسدي عن طريق تقييد حرية حركة اليدين لفترات زمنية معينة متناقصة بغرض الحد من سلوك إيذاء الذات وقياس الفروق في تكرار وشدة إيذاء الذات ما بين قبل وبعد المعالجة، وتكونت أدوات جمع البيانات من قائمة سلوكيات إيذاء الذات والملاحظات والبرنامج السلوكي القائم على التقييد الجسدي، وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية: ظهور انخفاض ملحوظ في شدة وتكرار سلوك إيذاء الذات بين الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة نتيجة للعلاج السلوكي بالتقييد الجسدي، – استمرار فاعلية البرنامج وانخفاض حالات إيذاء الذات بين الأطفال خلال المتابعة التتبعية بعد شهر من نهاية الدراسة،– ضرورة تدريب المعالجين السلوكيين على أسس ومبادئ العلاج السلوكي بالتقييد الجسدي.

- وتناولت دراسة (Salvatore, 2023) فاعلية استخدام أسلوب التقييد الجسدي في علاج حالات إيذاء الذات الشديدة بين الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة، واستخدمت الدراسة المنهج التجريبي مع الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة، وتكونت عينة الدراسة من (٢٠) طفل وطفلة من ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة (العمر ما بين٩–١١سنوات) بأحد مواقف العلاج السلوكي في ولاية فلوريدا الأمريكية، حيث كان الاختيار بطريقة عمدية على اساس اظهار مستويات مرتفعة من سلوك إيذاء الذات، وتقسيمهم على ٣ حالات تجريبية: مجموعة العلاج الطبي (٧ أطفال) والعلاج السلوكي التطبيقي (٧ أطفال) والعلاج بالتقييد الجسدي (٦ أطفال), وقياس الفروق

في الحد من سلوك إيذاء الذات بين المجموعات الثلاث، وتكونت أدوات جمع البيانات من قائمة تكرار حدوث إيذاء الذات والملاحظات المباشرة والمقابلات مع المعالجين السلوكيين، وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الحالات التجريبية الثلاث حيث أظهر الأطفال المعاقين فكرياً أعلى مستويات الانخفاض في سلوك إيذاء الذات يليهم الأطفال الذين حصلوا على العلاج الطبي وأخيراً من حصلوا على العلاج السلوك التطبيقي،- أظهرت المقابلات مع المعالجين السلوكيين أن العلاج بالتقييد الجسدي فعال في حالات الاضطرابات السلوكية الشديدة بشرط تدريب المعالجين وتوعيتهم بأسس تطبيقه وتوقيت إزالته.

- وقد هدفت دراسة (مروة زاهر فوزي،٢٠٢٣) إلي التعرف على فعالية برنامج علاجي وظيفي لخفض السلوكيات المتداخلة مع سلوك إيذاء الذات غير الانتحاري لدى أطفال اضطراب طيف التوحد، واستمرارية ذلك الأثر أثناء فترة المتابعة، وتكونت عينة الدراسة من خمسة أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ممن تراوحت أعمارهم بين ٤-٩ سنوات، بمتوسط عمري ٦.٥، وتمثلت أدوات الدراسة في: مقياس جيليام التقديري لتشخيص أعراض وشدة اضطراب التوحد Gilliam Autism Rating scale "GARS-3" الإصدلر الثالث إعداد James Gilliam- تعريب عادل عبدالله محمد، وعبير أبو المجد محمد (٢٠٢٠)، ومقياس سلوك إيذاء الذات غير الانتحارى لدى أطفال اضطراب طيف، وبرنامج علاجي وظيفي لخفض السلوكيات المتداخلة مع سلوك إيذاء الذات غير الانتحارى لدي أطفال اضطراب طيف التوحد وأسفرت نتائج الدراسة عن فاعلية البرنامج القائم على العلاج الوظيفي - واستمرارية تلك الفعالية أثناء فترة المتابعة - في خفض السلوكيات المتداخلة مع سلوك إيذاء الذات غير الانتحارى لدى أطفال اضطراب طيف التوحد.

- وفحصت دراسة (السيد عبد القادر زيدان، ٢٠٢٣) العلاقة بين سلوك إيذاء الذات والكفاءة الاجتماعية لدى الأطفال المعاقين فكريًا، طبق البحث علي عينه قوامها (٢٩) من الأطفال المعاقين فكرياً وتراوحت أعمارهم ما بين (٦ – ١٢) سنه، لديهم سلوك إيذاء ذات عالي وكفاءة اجتماعية منخفضة، وقد اشتملت أدوات البحث على مقياس تقدير سلوك إيذاء الذات للأطفال المعاقين فكرياً إعداد الباحثة، ومقياس الكفاءة الاجتماعية للأطفال المعاقين فكرياً، وقد أسفرت نتائج البحث: عن وجود علاقة ارتباطية عكسية بين سلوك إيذاء الذات والكفاءة الاجتماعية بأبعادها الثلاثة (التوافق مع الذات – التوافق مع الأسرة – التوافق مع الأقران) لدى الأطفال المعاقين فكرياً.

- كذلك أوضحت دراسة (بسمة محمد أحمد، ٢٠٢٣) فاعلية برنامج قائم على التعليم الملطف في خفض سلوك إيذاء الذات لدى الأطفال مزدوجي الإعاقة (إعاقة عقلية– اضطراب طيف توحد)، وقد تكونت عينة البحث من (١٦) طفل من الأطفال مزدوجي الإعاقة(إعاقة عقلية– اضطراب طيف توحد) بواقع (٩) ذكور وعدد (٧) من الإناث، الذين تتراوح معدلات ذكائهم ما بين (٥٥– ٧٠) درجة ذكاء، وتتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (٨–١٠) سنوات، كما وتتراوح درجاتهم على مقياس جليام الإصدار الثالث (٦١–٦٥) درجة توحد، وتم تقسيمهم بالتساوي إلى مجموعتين أحداهما تجريبية من (المركز التخصصي لرعاية وتأهيل الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة بمركز ومدينة أطفيح محافظة الجيزة)، والأخرى ضابطة من (مركز المدينة المنورة لذوى الاحتياجات الخاصة بمركز ومدينة أطفيح محافظة الجيزة) قوام كل منهما (٨) من الأطفال مزدوجي الإعاقة (إعاقة عقلية– اضطراب طيف توحد)، وذلك من واقع سجلات الأطفال بالمركز، وقد استخدمت الباحثة المنهج شبه التجريبي، وتمثلت

أدوات البحث في (مقياس ستانفورد بنيه للذكاء الصورة الخامسة إعداد/ محمود أبو النيل وآخرون، ٢٠١١)، ومقياس جليام الإصدار الثالث، ومقياس سلوك إيذاء الذات لدى الأطفال مزدوجي الإعاقة، وتوصلت النتائج إلى فعالية البرنامج القائم على التعليم الملطف في خفض سلوك إيذاء الذات لدى الأطفال مزدوجي الإعاقة، وشملت المدة الزمنية لتطبيق البحث على(ثلاثة شهور)، وقد أوصى البحث بضرورة العمل على توعية وتدريب ودعم أسر الأطفال ذوي الإعاقات المتعددة وإعداد البرامج التي تمكنهم من دعم أطفالهم وتحقيق جودة الحياة لديهم.

- وحللت دراسة (Webber, L. S., McVilly, K. R., & Chan, J, 2023) فاعلية برنامج قائم على أسلوب التقييد الجسدي للأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة ذوي سلوك إيذاء الذات، واستخدمت الدراسة منهج دراسة الحالة التجريبية مع (٣) أطفال من ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة، وتكونت عينة الدراسة من (٣) أطفال من ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة العمر الزمني ما بين (١٠ – ١٢ سنوات) ممن يُظهرون نوبات شديدة من إيذاء الذات(عض الذات وضرب الرأس) حيث تم تطويعهم للمشاركة في برنامج سلوكي للتقييد الجسدي قائم على تقييد حرية حركة اليدين أثناء نوبات إيذاء الذات بعد الحصول على موافقة مقدمي الرعاية لهم، وتكونت أدوات جمع البيانات من مقياس إيذاء الذات والملاحظات المباشرة والبرنامج السلوكي القائم على التقييم الجسدي، وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:- ظهور فروق ذات دلالة إحصائية بين شدة نوبات إيذاء الذات بين التطبيقين القبيل والبعدي لمقياس إيذاء الذات نتيجة للعلاج السلوكي بالتقييد الجسدي،- أظهرت الملاحظات انخفاض في حدة ضرب الرأس بمعدل (٨١٪) وعض الذات بمعدل (٥٢٪) بعد إجراءات العلاج السلوكي بتقييد الذات.

- كما أشارت دراسة Luiselli, J. K., Trem, T., Kane, A., & Young, N, (2022) إلى فاعلية برنامج قائم على أسلوب التقييد الجسدي في خفض إيذاء الذات للأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة، واستخدمت الدراسة منهج دراسة الحالة لتقييم فاعلية تنفيذ أسلوب التقييد الجسدي في خفض إيذاء الذات لذوي الإعاقة الفكرية البسيطة، وتكونت عينة الدراسة من (٤) أطفال يحملون تشخيص الإعاقة الفكرية البسيطة ويُظهرون نوبات شديدة من سلوك إيذاء الذات، حيث شاركوا في برنامج علاجي سلوكي قائم على التقييد الجسدي مع التركيز على معيار تخفيف الأسلوب مع انخفاض حدة السلوك، حيث تم تقييم الفروق في سلوك إيذاء الذات ما بين قبل وبعد وبعدر مرور فترة من تطبيق الأسلوب (٢١ شهر)، وتكونت أدوات جمع البيانات من الملاحظات والمقابلات مع المعالجين (العدد = ٣) والبرنامج السلوكي القائم على التقييد الجسدي، وأسفرت الدراسة عن النتائج التالية:- تم التوصل إلى انخفاض معدل تكرار ومدة ممارسة سلوك إيذاء الذات بين الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية نتيجة لتطبيق أسلوب التقييد الجسدي مع الأطفال،- استمر التحسن وانخفاض نوبات إيذاء الذات لدى الأطفال نتيجة لتطبيق الإجراء العلاجي مما يبرهن على فاعليته واستمرارية نتائجه لفترات مطولة مع الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة.

- وأوضحت دراسة Luiselli, J. K., Sperry, J. M., & Magee, C. (2022) فاعلية برنامج سلوكي قائم على التقييد الجسدي في تعديل بعض الاضطرابات السلوكية للأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة، واستخدمت الدراسة المنهج التجريبي ذو المجموعة الواحدة لفاعلية التقييد الجسدي مع الأطفال ذوي الاعاقة الفكرية البسيطة، وتكونت عينة الدراسة من (٨) أطفال من ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة (تتراوح أعمارهم ما بين ١٠-١١ سنوات) من المترددين على أحد البرامج السلوكية

التأهيلية ويُظهرون نوبات من العدوانية وإيذاء الذات والسلوك الفوضوي. شارك الأطفال في برنامج قائم على التقييد الجسدي (الإمساك الوقائي) قام بتطبيقه متخصصين في العلاج السلوكي مع قياس تأثيره على خفض الاضطرابات السلوكية للأطفال، وتكونت أدوات جمع البيانات من قائمة سلوك الطفل وبطاقة ملاحظة والبرنامج السلوكي القائم على التقييد الجسدي، وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية: فاعلية جلسات التقييد الجسدي القائم على الإمساك الوقائي (مدة لا تزيد على ٩ دقائق في حالة نوبات الاضطرابات السلوكية الشديدة) في خفض حدة الاضطرابات السلوكية للأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة،- أظهرت التحليلات الكمية أن اضطراب إيذاء الذات كان هو الأكثر استجابة للعلاج التقييدي (٧٨٪) ثم العدوانية (٦٨.٢٪) ثم السلوك الفوضوي (٤١٪).

- وهدفت دراسة (Embregts, P. J., et.al ,2022) إلى فحص فاعلية التقييد الجسدي للأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة في خفض سلوك إيذاء الذات، واستخدمت الدراسة منهج دراسة الحالة التجريبية لفاعلية أسلوب التقييد الجسدي مع الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة، وتكونت عينة الدراسة من حالة واحد لطفل من ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة (العمر ١١.٥ سنوات) ويعاني من نوبات إيذاء الذات الشديدة (ضرب الرأس والوجه)، حيث تم استخدام بروتوكول علاجي قائم على التقييد الجسدي مكون من ٣ مراحل:(١)التخطيط وخط الأساس،(٢)المعالجة التقييدية،(٣) ملاحظات ما بعد العلاج مع تطبيق القياسات للتعرف على الفروق المكتسبة في انخفاض حدة إيذاء الذات، وتكونت أدوات جمع البيانات من مقياس إيذاء الذات والملاحظات والبرنامج القائم على التقييد الجسدي، وأسفرت الدراسة عن النتائج التالية:- فاعلية العلاج السلوكي بالتقييد الجسدي في خفض تكرار والزمن

الفعلي لممارسة سلوكيات إيذاء الذات،- استمرار كفاءة العلاج السلوكي بالتقييد الجسدي في خفض سلوكيات إيذاء الذات خلال قياسات المتابعة.

- وأشارت دراسة (رحاب السيد الصاوي، ٢٠٢٠) إلي كيفية الحد من سلوك إيذاء الذات لدى الأطفال المعاقين عقليًا القابلين للتعليم باستخدام تحليل السلوك التطبيقي (ABA)، وقد تكونت عينة الدراسة من (١٢) طفلاً وطفلة من المعاقين عقليًا القابلين للتعليم التي تتراوح أعمارهم الزمنية بين (٨-١٠) سنوات، استخدمت الباحثة في الدراسة الحالية الأدوات التالية : مقياس ستانفورد بينيه للذكاء ،مقياس إيذاء الذات: إعداد الباحثة ،وبرنامج قائم على استخدام استراتيجيات التعزيز باستخدام تحليل السلوك التطبيقي (ABA) لخفض إيذاء الذات لدى الأطفال المعاقين عقليًا القابلين للتعليم (إعداد الباحثة). وأسفرت النتائج عن: ١- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس سلوك إيذاء الذات بعد تطبيق استراتيجيات التعزيز باستخدام تحليل السلوك التطبيقي (ABA) لصالح القياس البعدي. ٢- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس سلوك إيذاء الذات.

- كما استهدفت دراسة (هاجر عطية السيد، ٢٠١٩) التعرف على أثر برنامج تكاملي قائم على استخدام استراتيجيات التحليل السلوكي التطبيقي في خفض سلوك إيذاء الذات لدى مجموعة الأطفال المعاقين فكرياً، وتكونت عينة الدراسة الأساسية (٥) أطفال معاقين فكرياً قابلين للتعلم تتراوح نسبة الذكاء لديهم من (٥٠ -٧٠) على مقياس ستانفور بينيه (الصورة الرابعة)، ويظهرون سلوكيات إيذاء الذات بشكل متكرر، واستخدمت الباحثة الأدوات التالية: مقياس ستانفورد بينية (الصورة الرابعة)،

مقياس سلوك إيذاء الذات عند المعاقين فكرياً، استمارة التقييم الوظيفي لسلوك إيذاء الذات لدى الطفل المعاق فكرياً القابل للتعلم، برنامج إرشادي قائم على التحليل السلوكي التطبيقي لخفض إيذاء الذات لدى الأطفال المعاقين فكرياً القابلين للتعلم، برنامج تدريبي لأولياء أمور ومعلمي الأطفال المعاقين فكرياً، أسفرت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات الأطفال عينة الدراسة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس سلوك إيذاء الذات لصالح القياس البعدي، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات هؤلاء الأطفال في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس سلوك إيذاء الذات .

تعقيب على الدراسات السابقة:

أن استقراء نتائج الدراسات السابقة يشير إلى ما يلي:

١- وجود قلة واضحة في الدراسات التي تناولت بشكل مباشر برامج العلاج السلوكي بالتقييد الجسدي للأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة في خفض سلوك إيذاء الذات في البيئة العربية مما دعي الباحثين إلى اللجوء لدراسات أجنبية تناولت بعض متغيرات الدراسة.

٢- اعتمدت معظم الدراسات السابقة في قياس فاعلية العلاج السلوكي بالتقييد الجسدي على المنهج التجريبي.

٣- اتفاق العديد من الدراسات السابقة التي تناولت برامج العلاج السلوكي بالتقييد الجسدي في كون العينة التي تتناولها هم الأطفال ذوي الاعاقة الفكرية البسيطة ، كما في دراسة (Webber, L. S., McVilly, K. R., & Chan, J, 2023 ،

Luiselli, J. K., Trem, T., Kane, ، Embregts, P. J., et.al ,2022 Webber, L. S., McVilly, K. R., & Chan, ،A., & Young, N, 2022 White, ، Cocchiola Jr, M. A, 2023 ،Salvatore, 2023 ، J, 2023 .(K. L, 2024

٤- اتفاق معظم الدراسات السابقة على استخدام مقياس ايذاء الذات كأداة رئيسية لها حيث كان موضوعًا وأداة لها في دراسة كل من (بسمة محمد أحمد، ٢٠٢٣ ، رحاب السيد الصاوي، ٢٠٢٠، هاجر عطية السيد، ٢٠١٩).

٥- استخدام الدراسات السابقة لمدي واسع من الأعمار في عيناتها والتعامل معه على أنه عمر واحد باعتبار أن فئة الأطفال ذوي الاعاقة الفكرية عينة ذات سمات وخصائص واحدة.

٦- استفاد الباحث من الدراسات السابقة في الاطلاع على المنهجية العلمية التي تم اعتمادها في هذه الدراسات والاستفادة منها.

فروض الدراسة :

١- توجد فروق دالة احصائياً بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي علي المقياس تقدير إيذاء الذات بعد تطبيق برنامج أسلوب التقييد الجسدي لصالح القياس البعدي.

٢- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة علي مقياس تقدير إيذاء الذات بعد تطبيق برنامج أسلوب التقييد الجسدي في اتجاه المجموعة التجريبية.

٣- لا توجد فروق دالة احصائياً بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي علي تقدير إيذاء الذات بعد تطبيق برنامج أسلوب التقييد الجسدي.

الإجراءات المنهجية للدراسة:

اعتمدت هذه الدراسة علي المنهج التجريبى ، وتم الاعتماد على التصميم التجريبي ذو المجموعتين (التجريبية _ الضابطة) وذلك للتعرف على فاعلية برنامج قائم على العلاج السلوكى باستخدام أسلوب التقييد الجسدى لخفض سلوك إيذاء الذات لدى عينة من الأطفال ذوى الإعاقة الفكرية البسيطة، بمركز شيلد كير لرعاية الاطفال ذوى الاحتياجات الخاصة، وذلك من خلال قياس المتغيرات قبل البرنامج وبعده.

عينة الدراسة :

تكونت عينة البحث من (١٢) طفلا من ذوى الإعاقة الفكرية البسيطة، طبق عليهم مقياس سلوك إيذاء الذات، وتم تصنيفهم من الذين يمارسون سلوكيات إيذاء الذات، وذلك كما تم قياسه بمقياس سلوك إيذاء الذات الذى تم أعداده للدراسة الحالية، وتتراوح نسبة ذكائهم فيما بين (٥٥-٧٠)، وتتراوح أعمارهم من (١٠-١٢) سنة بمتوسط عمري قدره (١١.٠٠) وانحراف معياري قدره (٠.٧٩١) .

أسس اختيار العينة:

اعتمد الباحثين على عدة شروط فى اختيار عينة الدراسة وفقا لما يلى:

- أن تكون من الذكور والاناث.
- ألا يعاني من أى إعاقات أخرى باستثناء الإعاقة الفكرية.
- ضرورة انتظام أفراد العينة فى الحضور.

- التأكد من عدم تلقى أى من أفراد العينة لأى برامج علاجية أو تدريبية اخرى.
- تجانس أفراد العينة من حيث العمر الزمنى وشدة الإعاقة، وسلوك إيذاء الذات قبل تطبيق البرنامج.
- موافقة ولى أمر الطفل على تطبيق برنامج البحث على الطفل.

وقد تم اختيار العينة من المترددين على مركز شيلد كير لرعاية ذوي الاحتياجات الخاصة موزعين طبقاً للجدول (١) التالي:

جدول(١) توزيع عينة الدراسة وفقا للمتغيرات الديموغرافية.

المتغيرات	الحالة	الوصف	
		التكرار	النسبة المئوية
النوع	ذكور	٦	٥٠٪
	إناث	٦	٥٠٪
	المجموع الكلى	١٢	١٠٠٪
العمر الزمني	١٠ سنة	٥	٤١.٧٪
	١١ سنة	٤	٣٣.٣٪
	١٢ سنة	٣	٢٥.٠٪
	المجموع الكلي	١٢	١٠٠٪
المستوى الاقتصادي	متوسط	٦	٥٠.٠٪
	مرتفع	٤	٣٣.٣٪
	منخفض	٢	١٦.٧٪
	المجموع الكلي	١٢	١٠٠٪
المستوى الاجتماعي	متوسط	٨	٦٦.٧٪
	مرتفع	٤	٣٣.٣٪
	المجموع الكلي	١٢	١٠٠٪

تكافؤ العينة على مقاييس الدراسة:

١- التكافؤ بين المجموعتين التجريبية والضابطة على المتغيرات الديموغرافية

جدول (٢)

دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة علي متغيرات الديمغرافية التكافؤ (ن١٢)

المتغيرات	المجموعات	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	Z	الدلالة
معامل الذكاء	تجريبية	٦	٨٥.١٧	٤٢.٠٠	١٥.٠٠	– ٠.٥٠٦	غير دالة
	ضابطة	٦	٨٤.٨٣	٣٦.٠٠			
العمر	تجريبية	٦	١٠.٦٧	٣٥.٠٠	١٤.٠٠	– ٠.٦٨٢	غير دالة
	ضابطة	٦	١١.٠٠	٤٣.٠٠			
المستوي الاقتصادي	تجريبية	٦	١.٨٣	٤٢.٠٠	١٥.٠٠٠	– ٠.٥٢٤	غير دالة
	ضابطة	٦	١.٥٠	٣٦.٠٠			
المستوي الاجتماعي	تجريبية	٦	٢.١٧	٣٢.٠٠	١١.٠٠٠	– ١.٢٤٧	غير دالة
	ضابطة	٦	٢.٦٧	٤٦.٠٠			

- كما يتضح من جدول (٢) عدم وجود فروق دلالة احصائياً بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في المتغيرات التي قد تؤثر في نتائج الدراسة (معامل الذكاء– العمر– المستوي الاقتصادي– المستوي الاجتماعي)، مما يحقق التكافؤ بين المجموعتين التجريبية والضابطة لدى الأطفال ذوى الإعاقة الفكرية البسيطة قبل التعرض لبرنامج العلاج السلوكي (أسلوب التقييد الجسدي).

٢- التكافؤ بين المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس سلوك إيذاء الذات

وينص فرض التكافؤ على "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة قبليًا لاستخدام برنامج التقييد الجسدي على مقياس تقدير إيذاء الذات"

وللتحقق من تكافؤ المجموعتين التجريبية والضابطة قام الباحث بتطبيق المقياس قبلياً على الأطفال ذوى الإعاقة الفكرية البسيطة المجموعتين الضابطة والتجريبية بهدف التأكد من تكافؤ عينة الدراسة، وقد استخدمت الباحثة الأساليب اللابارامترية إختبار (مان- وتني Mann whitney– ولكوكسون(w)wilcoxon)

جدول (٣)

دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي علي المقياس تقدير إيذاء الذات ن= ١٢

المتغيرات	المجموعات	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	Z	الدلالة
إيذاء الذات المرتبط بإلتهام الأشياء غير المألوفة	تجريبية	٦	٣١.٦٧	٣٧.٠٠	١٦.٠٠٠	-٠.٣٣٥	غير دالة
	ضابطة	٦	٣١.٨٣	٤١.٠٠			
إيذاء الذات المرتبط بضرب الجسد	تجريبية	٦	٣٠.٠٠	٤٦.٠	١١.٠٠٠	-١.١٥٢	غير دالة
	ضابطة	٦	٢٧.٠٠	٣٢.٠٠			
إيذاء الذات المرتبط برفض الاكل والشراب	تجريبية	٦	٣٠.٦٧	٤٨.٠٠	٩.٠٠٠	-١.٥٠٩	غير دالة
	ضابطة	٦	٢٩.٦٧	٣٠.٠٠			
الدرجة الكلية للمقياس	تجريبية	٦	٩٢.٣٣	٥١.٠٠	٦.٠٠٠	-١.٩٢٢	غير دالة
	ضابطة	٦	٨٧.٦٧	٢٧.٠٠			

- يتضح من جدول (٣) عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية عند أى من مستويات الدلالة بين المجموعتين التجريبية والضابطة في مستوى إيذاء الذات المرتبط بالتهام الأشياء الغير مألوفة كما يقيسها مقياس تقدير إيذاء الذات، مما يحقق التكافؤ بين المجموعتين التجريبية والضابطة فى مستوى إيذاء الذات المرتبط بالتهام الأشياء الغير مألوفة للأطفال ذوى الإعاقة الفكرية البسيطة قبل التعرض لبرنامج العلاج السلوكي (أسلوب التقييد الجسدي).

- كما يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية عند أى من مستويات الدلالة بين المجموعتين التجريبية والضابطة في مستوى إيذاء الذات المرتبط بضرب الجسد كما يقيسها مقياس تقدير إيذاء الذات، مما يحقق التكافؤ بين المجموعتين التجريبية والضابطة فى مستوى إيذاء الذات المرتبط بضرب الجسد للأطفال ذوى الإعاقة الفكرية البسيطة قبل التعرض لبرنامج العلاج السلوكي (أسلوب التقييد الجسدي).

- كذلك يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية عند أى من مستويات الدلالة بين المجموعتين التجريبية والضابطة في مستوى إيذاء الذات المرتبط برفض الاكل والشراب كما يقيسها مقياس تقدير إيذاء الذات، مما يحقق التكافؤ بين المجموعتين التجريبية والضابطة فى مستوى إيذاء الذات المرتبط برفض الاكل والشراب للأطفال ذوى الإعاقة الفكرية البسيطة قبل التعرض لبرنامج العلاج السلوكي (أسلوب التقييد الجسدي).

أدوات الدراسة:

استخدم الباحثين فى هذه الدراسة الادوات التالية:

- مقياس تقدير سلوك إيذاء الذات لذوي الاعاقة الفكرية البسيطة (إعداد الباحث)
- مقياس ذكاء مقياس ستنانفورد بينية للذكاء(الصورة الخامسة) (إعداد صفوت فرج، ٢٠١١)
- برنامج قائم على العلاج السلوكى باستخدام أسلوب التقييد الجسدى (إعداد الباحث)

أولاً: مقياس سلوك إيذاء الذات (إعداد الباحثين):

تم الرجوع الى الدراسات والبحوث والمقاييس التالية لاعداد مقياس إيذاء الذات ومنها Embregts, P. J., Negenman, A., Habraken, J. M., de Boer, M. E., Frederiks, B. J., & Hertogh, C. M. (2022). ، Nielson, S. (2023)، Norton, A. C. (2024)، Webber, L. S., McVilly, K. R., & Chan, J. (2023)، (فيوليت فؤاد ابراهيم واخرون،٢٠١٨)، (ايمان عبدالوهاب محمود، ٢٠١٥)، (سيد البهاص، ٢٠٠٧)،(زينب محمود شقير، ٢٠٠٦)،

الهدف من المقياس:

صمم هذا المقياس بهدف التوصل الى اداة لقياس سلوك إيذاء الذات لدى الاطفال ذوى الاعاقة الفكرية البسيطة، وذلك بما يتناسب مع طبيعية وخصائص هذه الفئة.

أهمية المقياس:

- يساعد مقياس إيذاء الذات على تشخيص سلوكيات إيذاء الذات لدى الاطفال ذوى الاعاقة الفكرية.

- اثراء مجال التربية الخاصة بهذه المقاييس يساعد على النهوض بالمعاقين فكريا، ويساعد على اعداد البرامج التربوية والتعليمية الملائمة والتى تساعد على خفض هذا الاضطراب.
- معرفة مدى فاعلية البرامج التربوية المستخدمة فى الحد من سلوكيات إيذاء الذات، وذلك من خلال تطبيق المقياس فى القياسين البعدى والتتبعى.

وصف المقياس:

يتكون المقياس من (٣٣) عبارة موزعة على ثلاث أبعاد – إيذاء الذات المرتبط بإلتهام الأشياء غير المألوفة (١١) عبارة، – إيذاء الذات المرتبط بضرب الجسد (١١) عبارة،– إيذاء الذات المرتبط برفض الأكل والشراب(١١) عبارة.

تصحيح المقياس:

الإجابة على أبعاد المقياس ويتم الإجابة عليه من خلال ثلاث بدائل، وفقاً لطريقة ليكرت (**Likert**) وهي كالتالي:

السلوك الأول: إيذاء الذات المرتبط بإلتهام الأشياء غير المألوفة

يتكون من(١١) عبارة بحيث يكون تقدير الدرجات منخفض في إيذاء الذات (درجة واحدة)، ومتوسط في إيذاء الذات (درجتين)، ومرتفع في إيذاء الذات (ثلاث درجات)، وبذلك تكون أعلى درجة يمكن أن يحصل عليها المفحوص هي (أقصي درجة على مقياس إيذاء الذات ×عدد البنود = الدرجة الكلية) بمعنى (٣ × ١١ = ٣٣)، وأقل درجة (١١).

السلوك الثاني: إيذاء الذات المرتبط بضرب الجسد

يتكون من(١١) عبارة بحيث يكون تقدير الدرجات منخفض في إيذاء الذات (درجة واحدة)، ومتوسط في إيذاء الذات (درجتين)، ومرتفع في إيذاء الذات (ثلاث درجات)، وبذلك تكون أعلى درجة يمكن أن يحصل عليها المفحوص هي (أقصي درجة على

مقياس إيذاء الذات ×عدد البنود = الدرجة الكلية) بمعنى (٣ × ١١ = ٣٣)، وأقل درجة (١١).

السلوك الثالث: إيذاء الذات المرتبط برفض الأكل والشرب

يتكون من(١١) عبارة بحيث يكون تقدير الدرجات منخفض في إيذاء الذات (درجة واحدة)، ومتوسط في إيذاء الذات (درجتين)، ومرتفع في إيذاء الذات (ثلاث درجات)، وبذلك تكون أعلى درجة يمكن أن يحصل عليها المفحوص هي (أقصي درجة على مقياس إيذاء الذات ×عدد البنود= الدرجة الكلية) بمعنى (٣ × ١١ = ٣٣)، وأقل درجة (١١).

أبعاد مقياس تقدير إيذاء الذات لذوى الإعاقة الفكرية البسيطة

يتكون من(٣٣) عبارة بحيث يكون تقدير الدرجات منخفض في إيذاء الذات (درجة واحدة)، ومتوسط في إيذاء الذات (درجتين)، ومرتفع في إيذاء الذات (ثلاث درجات)، وبذلك تكون أعلى درجة يمكن أن يحصل عليها المفحوص هي (أقصي درجة على مقياس تقدير إيذاء الذات×عدد البنود = الدرجة الكلية) بمعنى (٣ × ٣٣ = ٩٩)، وأقل درجة (٣٣).

الخصائص السيكومترية لمقياس تقدير إيذاء الذات لذوى الإعاقة الفكرية البسيطة:

(١)**صدق المقياس:** تم حساب صدق المقياس الحالي بالطرق التالية:

١. **الصدق التمييزى:** اعتمد الباحثين على طريقة مقارنة الأطراف في المقياس، وهذا أسلوب يعتمد علي مقارنة درجات الثلث الأعلى بدرجات الثلث الأدنى في المقياس، وتتم هذه المقارنة عن طريق حساب الدلالة الإحصائية للفرق بين المتوسطين، فإذا كانت هناك دلالة إحصائية واضحة للفرق بين متوسط الثلث الأعلى ومتوسط الثلث

الأدنى، يمكن القول بأن المقياس صادق، وفيما يلي جدول يعرض الفرق بين درجات الثلث الأعلى والثلث الأدنى كما تم تحديدهم من خلال الدرجة الكلية للمقياس، والمقارنة بينهم في بنود المقياس لتحديد دلالة الفروق بين المتوسطات.

جدول (٤)

دلالة الفروق لمجموعتي (مرتفعي- منخفضى) الدرجات على أبعاد مقياس تقدير إيذاءالذات وقيمة (U)

الأبعاد	مرتفعي الدرجات		منخفضي الدرجات		Z	U	مستوى المعنوية
	متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب			
إيذاء الذات المرتبط بإلتهام الأشياء غير المرغوبة	٩.٥٠	٥٧.٠٠	٣.٥٠	٢١.٠٠	-٢.٩٢٣	٠.٠٠٠	٠.٠٠٣
إيذاء الذات المرتبط بضرب الجسد	٩.٥٠	٥٧.٠٠	٣.٥٠	٢١.٠٠	-٢.٨٩٨	٠.٠٠٠	٠.٠٠٤
إيذاء الذات المرتبط برفض الأكل والشرب	٩.٥٠	٥٧.٠٠	٣.٥٠	٢١.٠٠	-٢.٩٣٩	٠.٠٠٠	٠.٠٠٣
الدرجة الكلية	٩.٥٠	٥٧.٠٠	٣.٥٠	٢١.٠٠	-٢.٨٨٢	٠.٠٠٠	٠.٠٠٤

٢. **صدق الاتساق الداخلي:** تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بعد من أبعاد مقياس تقدير إيذاء الذات لذوي الإعاقة الفكرية البسيطة والدرجة الكلية للمقياس،

وذلك لمعرفة مدى ارتباط كل بعد بالدرجة الكلية للمقياس، ولهدف التحقق من مدى صدق المقياس، ويتضح ذلك من خلال جدول التالي:

جدول (٥)

معاملات الارتباط لصدق أبعاد مقياس تقدير إيذاء الذات لذوي الإعاقة الفكرية البسيطة

أبعاد إيذاء الذات	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
إيذاء الذات المرتبط بإلتهام الأشياء الغير مالوفة	٠,٨١٢	عند ٠,٠١
إيذاء الذات المرتبط بضرب الجسد	٠,٨٠٨	دالة عند ٠,٠١
إيذاء الذات المرتبط برفض الأكل والشرب	٠,٨٥٠	دالة عند ٠,٠

يتبين من جدول (٥) أن أبعاد المقياس تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائياً عند مستوى دلالة أقل من ٠.٠١، وقد تراوحت معاملات الارتباط للمقياس بين (٠,٨٠٨- ٠,٨٥٠) لذلك يتمتع المقياس بمعامل صدق عالي.

(٢) ثبات المقياس:

تم الاعتماد علي طريقتين لتحقيق الثبات وهم: ألفا كرونباخ، والقسمة النصفية.

١- **معامل ألفا كرونباخ:** تم حساب معامل ثبات (ألفا كرونباخ) لمقياس تقدير إيذاء الذات لذوى الإعاقة الفكرية البسيطة وبلغ (٠.٩٢٢).

٢- **القسمة النصفية:** تم حساب ثبات مقياس تقدير إيذاء الذات لذوى الإعاقة الفكرية البسيطة بطريقة القسمة النصفية، وذلك علي النحو المبين في الجدول التالي:

جدول (٦)

معاملات ثبات مقياس تقدير إيذاء الذات لذوي الإعاقة الفكرية البسيطة بطريقة القسمة النصفية ومعامل ألفا كرونباخ

م	البعد	معامل ارتباط جتمان	معامل ارتباط ألفا كرومباخ
١	إيذاء الذات المرتبط بإلتهام الأشياء غير المألوفة	٠,٨٢٥	٠,٨١٩
٢	إيذاء الذات المرتبط بضرب الجسد	٠,٩١٤	٠,٩٥٠
٣	إيذاء الذات المرتبط بضرب الجسد	٠,٨٨٥	٠,٨٧٠
	ارتباط الأبعاد مع الدرجة الكلية	٠,٩٣٣	٠,٩٢٢

يتضح من الجدول (٦) أن مقياس تقدير إيذاء الذات حققت معاملات ثبات علي درجة معقولة ومقبولة علمياً، حيث تراوحت معاملات ثبات الأبعاد وفقا لمعامل التجزئة النصفية (٠,٩٣٣) وأيضا باستخدام معامل الثبات ألفا كرومباخ (٠,٩٢٢) وهي معاملات ثبات عالية وتشير إلي ثبات المقياس وصلاحيته للاستخدام.

ثانياً: مقياس ذكاء مقياس ستنانفورد بينية للذكاء(الصورة الخامسة) اعداد صفوت فرج ، ٢٠١١

الهدف من المقياس: يهدف الى قياس خمسة عوامل اساسية هى: الاستدلال التحليلى، الاستدلال الكمى، المعالجة البصرية– المكانية، الذاكرة العاملة، المعلومات، ويتوزع كل عامل من هذه العوامل على مجالين رئيسين: المجال اللفظى والمجال غير اللفظى.

وصف المقياس:

يطبق مقياس ستانفورد–بينية (الصورة الخامسة) بشكل فردى لتقييم الذكاء والقدرات المعرفية، وهو ملائم للأعمار من سن (٢: ٨٥) عاما فما فوق.

وتم حساب الثبات للاختبارات الفرعية المختلفة بطريقتى اعادة التطبيق والتجزئة النصفية المحسوبة بمعادلة الفا كرونباخ، وتراوحت معاملات الثبات باستخدام طريقة اعادة التطبيق بين (٠.٨٣٥ و٠.٩٨٨)، كما تراوحن معاملات بطريقة التجزئة النصفية بين (٠.٩٥٤ و٠.٩٩٧)، ومعادلة الفا كرونباخ والتى تراوحت بين (٠.٨٧٠ و٠.٩٩١).

وتشير النتائج إلى أن المقياس يتسم بثبات مرتفع سواء أكان عن طريق إعادة الاختبار أو التجزئة النصفية باستخدام معادلة كودر – ريتشاردسون، فقد تراوحت معاملات الثبات على كل اختبارات المقياس ونسب الذكاء والعوامل من (٠.٨٣–٠.٨٩).

كما تم حساب صدق المقياس بطريقيتين: الاولى هى صدق التمييز العمرى حيث تم قياس قدرة الاختبارات الفرعية المختلفة على التمييز بين المجموعات العمرية المختلفة وكانت الفروق جميعها دالة عند مستوى (٠.٠١)، والثانية هى حساب معامل ارتباط نسب ذكاء المقياس بالدرجة الكلية للصورة الرابعة وتراوحت بين (٠.٧٤ و٠.٧٦)، وهى معاملات صدق مقبولة بوجه عام وتشير الى ارتفاع مستوى صدق المقياس.

ثالثًا: برنامج قائم على العلاج السلوكى باستخدام أسلوب التقييد الجسدى (اعداد الباحثين)

الهدف العام للبرنامج: يكمن الهدف العام للبرنامج فى الحد من سلوك إيذاء الذات لدى الأطفال ذوى الاعاقة الفكرية البسيطة باستخدام أسلوب التقييد الجسدى.

مراحل وخطوات العلاج السلوكي بالتقييد الجسدي:

يعتبر (Jesu, Gangadharan, Bhaumik, & Alexander, 2022, 49) العلاج السلوكي بالتقييد الجسدي نوع محدد من عملية المنع للأطفال ذوي الإعاقة الفكرية من الوصول الطبيعي إلى أعضاء الجسم التي يستخدمونها في إيذاء الذات. يمكن أن يشمل التقييد الجسدي ما يلي:

- تطبيق تقييد المعصم أو الكاحل أو الخصر.
- وضع الملاءة بإحكام شديد حتى لا يتمكن الطفل من الحركة.
- إبقاء جميع القضبان الجانبية مرتفعة لمنع الطفل من النهوض من السرير.

ويمكن تحديد الخطوات والمراحل التالية للعلاج السلوكي بالتقييد الحركي:

المرحلة الأولى: الإعداد والتخطيط: في الحالات التي يتضمن فيها التدخل مع حالة طفل من ذوي الإعاقة الفكرية استخدام أسلوب التقييد الجسدي، يجب على الفريق المعالج المُدربين على استخدام التقييد الجسدي وضع خطة محددة للتدخل. (Pius, S., & Kamugisha, 2023, 35)

ويجب بقدر الإمكان الإعداد والتخطيط للتقييد الجسدي بالتعاون مع الأسرة/مقدمي الرعاية ويجب أن يؤدي إلى خطة متفق عليها للتطبيق الآمن للتقييد الجسدي، ومحاولة تقليل مدته إلى أقصى مستوى ممكن. (McNamara, & Powell, 2020, 6)

المرحلة الثانية: تطبيق التقييد الجسدي: يجب أثناء تطبيق التقييد الجسدي عدم استخدام القوة البدنية أكثر من اللازم والمعقول في هذه الظروف حسب شدة حالة الطفل، كما يجب مراعاة مراقبة مجرى الهواء والتنفس للطفل. كما يجب أيضاً مراعاة عند وجود ضغوط مباشرة على الرقبة أو الصدر أو الظهر أو منطقة الحوض للطفل أثناء التقييد الجسدي، ومراقبة مؤشرات الاضطراب الجسدي أو العقلي. (Webber, McVilly, & Chan, 2023, 495)

مراحل وبروتوكولات تطبيق العلاج بالتقييد الجسدي:

يتضمن استخدام التقييد الجسدي في مواقف الرعاية عدة مراحل وبروتوكولات تهدف إلى ضمان سلامة الطفل مع تقليل المخاوف الصحية والأخلاقية. يتم وضع هذه البروتوكولات لتوجيه المتخصصين في مجال التدخل السلوكي نحو التطبيق السليم للتقييد، مع التركيز على الوقاية والمراقبة. هذا **وتتكون مراحل تطبيق أسلوب التقييد الجسدي من المراحل التالية:**

١- مرحلة التقييم Assessment Stage: يتم إجراء التقييم الأولي لحالة الطفل وسلوكه لتحديد مدى ضرورة وجدوى استخدام اسلوب التقييد الجسدي.

٢- مرحلة التنفيذ Implementation Stage: يجب أن يكون تطبيق أسلوب العلاج السلوكي بالتقييد الجسدي هو المرحلة الأخير، بعد اتباع التدخلات الأقل تقييدًا.

٣- مرحلة المراقبة Monitoring Stage: يتم خلال هذه المرحلة المراقبة المستمرة للطفل لتقييم فاعلية التقييد الجسدي في علاج السلوك المُراد وتحديد أي أضرار محتملة.

٤- مرحلة التوثيق Documentation Stage: يتم في هذه المرحلة التسجيل الدقيق لإستخدام التقييد الجسدي، لتحديد الأساس المنطقي للعلاج والمدة التي استغرقها وأي حوادث عارضة وقعت أثناء تطبيق الأسلوب. (Salvatore, 2023, 34)

وبالنسبة لبروتوكولات استخدام أسلوب العلاج السلوكي بالتقييد الجسدي, فقد حددها Hodgkiss (2023, 17) كما يلي:

١) تطوير المبادئ التوجيهية: وضع مبادئ توجيهية للممارسة الإكلينيكية بناءً على الأدلة ومُدخلات المتخصصين ومقدمي الرعاية للطفل من أجل تقليل استخدام التقييد الجسدي.
٢) التدريب: التأكد من تدريب الأخصائيين والممارسين السلوكيين على الجوانب الأخلاقية والعملية لاستخدام التقييد الجسدي.
٣) المراجعة والتعديل: تحديث البروتوكولات بانتظام بناءً على نتائج الأدبيات التجريبية الحديثة في مجال العلاج السلوكي بالتقييد الجسدي والتجارب الإكلينيكية.

ويرى Willis, Harrison, and Allen (2021, 219) أنه على الرغم من فاعلية وجدوى استخدام العلاج السلوكي بالتقييد الجسدي في مواقف معينة، إلا أن استخدامها يثير مخاوف أخلاقية فيما يتعلق باستقلالية المريض وحقوقه، تهدف الجهود المستمرة لتطوير وتنفيذ المبادئ التوجيهية إلى تقليل الاعتماد على التقييد الجسدي، وتعزيز أساليب التدخل السلوكي الأكثر أمانًا.

عناصر نجاح البرنامج القائم على أسلوب التقييد الجسدي:

حدد (Embregts, Negenman, et.al, 2022, 175) العناصر التي تزيد من فاعلية ونجاح اسلوب التقييد الجسدي مع الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية كما يلي:

١) يعتبر التقييد الجسدي خبرة منفرة لممارسة المشكلات والاضطرابات السلوكية بين الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية، حيث تعمل كنتيجة عقابية للاستجابات السلوكية السلبية.

٢) يتضمن أسلوب العلاج السلوكي القائم على التقييد الجسدي مجموعة كبيرة من من المعززات الإيجابية والسلبية. حيث يعتبر الأسلوب في حد ذاته من المعززات السلبية بينما يعتمد تطبيق الأسلوب في كثير من الأحيان على استخدام المكافآت والمعززات الإيجابية بين جلسات التقييد.

٣) يعوق اسلوب التقييد الجسدي تعزيز سلوكيات إيذاء الذات عن طريق التحفيز الحسي، بحيث تنخفض مستويات إيذاء النفس كدالة للتلاشي، ومن ثم فإن التقييد الجسدي المؤقت أو المشروط يكون أكثر فاعلية في تخفيف الاستجابة السلوكية السلبية من جانب الطفل.

تحكيم البرنامج

تم عرض البرنامج على مجموعه من المتخصصين في علم النفس والعلاج السلوكي واساتذة المخ والأعصاب والطب النفسي للأطفال وذلك لإبداء الملاحظات حول البرنامج ومدي ملائمة محتوي البرنامج وأنشطته وجلساته للأطفال ذوي الاعاقة الفكرية البسيطة، وتحديد الزمن المناسب لكل جلسات البرنامج، وتم الاستفادة من آراء وملاحظات السادة المحكمين والتي تمثلت في تعديل بعض الأساليب، وصياغة بعض الأهداف،

واقتراح بعض الفنيات والوسائل المختلفة، وتم إجراء جميع ملاحظات السادة المحكمين، وفي ضوء هذا الإجراء قام الباحثين بتطبيق البرنامج بعد التأكد من صلاحيته للاستخدام.

التوزيع الزمنى لجلسات البرنامج:

تكون البرنامج من (٢٤) جلسة، للحد من سلوك إيذاء الذات لدى الاطفال عينة الدراسة باستخدام اسلوب التقييد الجسدى، بواقع (٢) جلسات فى الاسبوع الواحد، وذلك لمدة ثلاث أشهر، ويتراوح زمن الجلسة الواحدة ما بين (٣٠-٤٥) دقيقة.

أساليب المعالجة الاحصائية :

تم الاستعانه بالأساليب الاحصائية التالية في ضوء حجم العينة، وطبيعة الفروض، ونوعية الأدوات المستخدمة :

١- اختبار مان- وتني (Mann whitney (U) وليككسون (wilcoxon (w))، لحساب دلالة الفروق بين المجموعات للتحقق من تكافؤ عينتي الدراسة، والتحقق من صدق الفرض الاول والثاني والثالث .

٢- معامل الفا كرونباخ لحساب ثبات المقياس تقدير إيذاء الذات.

٣- معامل اعادة الاختبار لحساب ثبات مقياس ستانفورد بينية للذكاء (الصورة الخامسة).

٤- معامل ارتباط بيرسون لحساب صدق الاتساق الداخلي للمقياس تقدير إيذاء الذات.

محددات الدراسة:

حدود موضوعية: وتتمثل فى فاعلية برنامج قائم على العلاج السلوكى باستخدام أسلوب التقييد الجسدى للحد من إيذاء الذات لدى عينة من الأطفال ذوى الإعاقة الفكرية البسيطة.

حدود زمانية: تم تطبيق البرنامج المستخدم فى الدراسة على مدار (٢٤) جلسة، لمدة ثلاث أشهر بمعدل (٢) جلسة فى الأسبوع، وخلال الفترة من شهر فبراير ٢٠٢٤ حتى ابريل ٢٠٢٤، والذين تتراوح درجة ذكائهم ما بين (٥٥– ٧٠) على مقياس ستانفورد بينيه للذكاء الصورة الخامسة(إعداد صفوت فرج)، وعمر زمنى من (١٠– ١٢) سنة.

حدود بشرية: وتتحدد فى عينة من الأطفال عددهم (١٢) طفل بواقع (٦) ذكور، وعدد(٦)إناث، من مركز شيلد كير لرعاية ذوى الاحتياجات الخاصة.

إجراءات وتطبيق أدوات الدراسة:

طبقت أدوات الدراسة في شهر فبراير (٢٠٢٤) بعد تعريف أولياء أمور العينة بالهدف من الدراسة وموافقتهم على التطبيق في مراحل كالتالي:

المرحلة الأولى: تطبيق مقاييس الدراسة والمتمثلة في مقياس سلوك إيذاء الذات لتقييم سلوك إيذاء الذات لدي المعاقين فكريا بصورة فردية، بمركز شيلد كير لرعاية ذوى الاحتياجات الخاصة.

المرحلة الثانية: ضبط وتثبيت وحساب التكافؤ بين عينتي الدراسة المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على متغيرات الدراسة (إيذاء الذات).

المرحلة الثالثة: بدء تطبيق البرنامج من شهر فبراير وحتى نهاية شهر ابريل ٢٠٢٤ بواقع ٢٤ جلسة لمدة ٣ أشهر.

نتائج الدراسة ومناقشتها :

الفرض الأول: توجد فروق دالة احصائياً بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي علي مقياس تقدير إيذاء الذات بعد تطبيق برنامج أسلوب التقييد الجسدي لصالح القياس البعدي .

للتحقق من صحة هذا الفرض وأبعاده، قام الباحثين بتطبيق مقياس إيذاء الذات على عينة الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة وبعد رصد النتائج وتحليلها باستخدام الأساليب اللابارامترية اختبار ويلكوكسون(w) wilcoxon، توصل الباحثين إلى:

جدول (٧)

الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين (القبلي- البعدي)علي المقياس تقدير إيذاء الذات

المتغيرات	المجموعات	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	W	Z	الدلالة
إيذاء الذات المرتبط بإلتهام الأشياء غير المرغوبة	قبلي	٦	٣١.٨٣	٥٧.٠٠	٢١.٠٠	-٢.٩٢٣	دالة عند ٠.٠٠٣
	بعدي	٦	١٧.٣٣	٢١.٠٠			
إيذاء الذات المرتبط بضرب الجسد	قبلي	٦	٢٣.٦٧	٥٧.٠٠	٢١.٠٠	-٢.٨٩٨	دالة عند ٠.٠٠٤
	بعدي	٦	١٥.٦٧	٢١.٠٠			
إيذاء الذات المرتبط برفض الاكل والشراب	قبلي	٦	٢٩.٠٠	٥٧.٠٠	٢١.٠٠	-٢.٩٣٩	دالة عند ٠.٠٠٣
	بعدي	٦	١٣.٥٠	٢١.٠٠			
الدرجة الكلية للمقياس	قبلي	٦	٨٤.٥٠	٥٧.٠٠	٢١.٠٠	-٢.٨٨٢	دالة عند ٠.٠٠٤
	بعدي	٦	٤٦.٥٠	٢١.٠٠			

يتضح من جدول (٧) وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات رتب درجات اطفال المجموعة التجريبية فى القياسين القبلى والبعدى على ابعاد مقياس سلوك ايذاء الذات(بعد ايذاء الذات المرتبط بالتهتم الاشياء غير المرغوبة- بعد ايذاء الذات المرتبط بضرب الجسد- بعد ايذاء الذات المرتبط برفض الاكل والشرب) بعد تطبيق برنامج العلاج السلوكى بالتقييد الجسدى فى اتجاه القياس البعدى.

وتشير نتائج هذا الفرض الى وجود تأثير إيجابي لفاعلية برنامج العلاج السلوكى باستخدام اسلوب التقييد الجسدى لخفض ايذاء الذات للأطفال ذوى الاعاقة الفكرية البسيطة فى القياس البعدى للمجموعة التجريبية مقارنة بأداء المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج، مما يعكس ذلك تحسنا ملحوظا فى انخفاض ايذائهم لذاتهم.

وتؤكد دراسة (white, k,l 2024) والتى استخدمت اسلوب التقييد الجسدى كاحد اساليب العلاج السلوكى لخفض سلوك ايذاء الذات بين عينة من الاطفال ذوى الاعاقة الفكرية البسيطة، انخفاض ملحوظة فى معدل تكرار وشدة سلوك ايذاء الذات تنمية للمشاركة فى العلاج السلوكى بالتقييد الجسدى عن طريق تعريض المشاركين فى البرنامج لفترات طويلة خلال ظهور بوادر ممارسة ويذاء الذات مع تزويدهم بفرصة ممارسة الالعاب المحببة وتوجيه الانتباه للأطفال خلال الفترات ما بين جلسات العلاج بالتقييد الجسدى، وتقليل فترات تطبيق التقييد الجسدى تدريجيا حتى زول سلوك ايذاء الذات.

كما اشارت دراسة (Salvatore, 2023) الى فاعلية استخدام اسلوب التقييد الجسدى فى علاج حالات ايذاء الذات الشديدة بين الاطفال ذوى الاعاقة الفكرية البسيطة، حيث قامت الدراسة على قياس الفروق فى الحد من سلوك ايذاء الذات بين ثلاث

مجموعات (مجموعة العلاج الطبى (٧ اطفال)، والعلاج السلوكى التطبيقى (٧ اطفال)، والعلاج بالتقييد الجسدى (٦اطفال)، حيث اظهرت المجموعة التى تلقت العلاج بالتقييد الجسدى اعلى مستويات الانخفاض فى سلوك ايذاء الذات، مما يعنى ان العلاج بالتقييد الجسدى فعال فى حالات الاضطرابات السلوكية الشديدة وفقا لأسس تطبيقية وتوقيت ازالته.

وتؤكد دراسة (enbregts, p.j.et,al, 2022) على فاعلية التقييد الجسدى للأطفال ذوى الاعاقة الفكرية البسيطة لخفض سلوك ايذاء الذات، حيث استخدمت برتوكول علاجى قائم على التقييد الجسدى يتكون من ثلاثة مراحل هى (التخطيط وخط الاساس، المعالجة التقييدية، ملاحظات ما بعد العلاج مع تطبيق القياسات للتعرف على الفروق المكتسبة فى انخفاض حدة ايذاء الذات، والى نتائج مرتفعة فى انخفاض تكرار والزمن الفعلى لممارسة سلوكيات ايذاء الذات.

وفى ضوء نظرية السلوك المخطط (tpb) لتفسير كفاءة العلاج السلوكى باستخدام اسلوب التقييد الجسدى فى الحد من ايذاء الذات لدى الاطفال ذوى الاعاقة الفكرية البسيطة، حيث تم التوصل الى ان المعارف والخبرات والمواقف لدى المعالجين السلوكيين هى التى تحدد توقيت اللجوء الى اسلوب التقييد الجسدى مع الاطفال ذوى الاعاقة الفكرية(lombart,destefano, et. Al, 2020) .

ويرجع الباحثين ذلك الانخفاض الملحوظ فى مستوى سلوك ايذاء الذات لدى المجموعة التجريبية فى القياس البعدى الى تعرض المجموعة التجريبية لبرنامج العلاج السلوكى باستخدام اسلوب التقييد الجسدى المستخدم فى هذه الدراسة، حيث ان البرنامج

فى هذه الدراسة قد اشتمل على العديد من فنيات التقييد الجسدى التى ساعدت فى الحد من سلوك ايذاء الذات لدى الاطفال ذوى الاعاقة الفكرية البسيطة.

الفرض الثاني: توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة علي مقياس تقدير إيذاء الذات بعد تطبيق برنامج أسلوب التقييد الجسدي في اتجاه المجموعة التجريبية.

للتحقق من صحة هذا الفرض وأبعاده، قام الباحث بتطبيق مقياس ايذاء الذات على عينة الدراسة وبعد رصد النتائج وتحليلها بإستخدام الأساليب اللابارامترية إختبار مان- وتني (Mann whitney (U))، توصل الباحث إلى:

جدول (٨)

الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعتين (التجريبية- الضابطة) علي مقياس تقدير إيذاء الذات

المتغيرات	المجموعات	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	Z	الدلالة
إيذاء الذات المرتبط بإلتهام الأشياء غير المرغوبة	ضابطة	٦	٣١.٦٧	٥٧.٠٠	٠.٠٠٠	-٢.٩٠٨	دالة عند ٠.٠٠٤
	تجريبية	٦	١٧.٣٣	٢١.٠٠			
إيذاء الذات المرتبط بضرب الجسد	ضابطة	٦	٣٠.٠٠	٥٧.٠٠	٠.٠٠٠	-٢.٩١٣	دالة عند ٠.٠٠٤
	تجريبية	٦	١٥.٦٧	٢١.٠٠			
إيذاء الذات المرتبط برفض الاكل والشراب	ضابطة	٦	٣٠.٥٠	٥٧.٠٠	٠.٠٠٠	-٣.٠٣٥	دالة عند ٠.٠٠٢
	تجريبية	٦	١٣.٥٠	٢١.٠٠			
الدرجة الكلية للمقياس	ضابطة	٦	٩٢.٣٣	٥٧.٠٠	٠.٠٠٠	-٢.٨٨٢	دالة عند ٠.٠٠٤
	تجريبية	٦	٤٦.٥٠	٢١.٠٠			

يتضح من جدول (٨) وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات رتب درجات اطفال المجموعة التجريبية والضابطة على ابعاد مقياس سلوك ايذاء الذات(بعد ايذاء الذات المرتبط بالتهتم الاشياء الغير مرغوبة- بعد ايذاء الذات المرتبط بضرب الجسد- بعد ايذاء الذات المرتبط برفض الاكل والشرب) بعد تطبيق برنامج العلاج السلوكى بالتقييد الجسدى لصالح المجموعة التجريبية.

وتشير نتائج هذا الفرض الى وجود تأثير إيجابي لفاعلية برنامج العلاج السلوكى باستخدام اسلوب التقييد الجسدى لخفض ايذاء الذات للأطفال ذوى الاعاقة الفكرية البسيطة فى القياس البعدى للمجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج، مما يعكس ذلك تحسنا ملحوظا فى انخفاض ايذائهم لذاتهم.

وتؤكد دراسة Norton, A. C. (2024) فاعلية استخدام العلاج السلوكي بالتقييد الجسدي مع الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة، حيث ظهرت فروق ذات دلالة إحصائية بين شدة وتكرار الاضطرابات السلوكية العدوانية وإيذاء الذات بين الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة بين قبل وبعد تطبيق العلاج السلوكي بالتقييد الجسدي لصالح التطبيق البعدي، وأظهرت المقابلات مع المعالجين السلوكيين فاعلية أسلوب التقييد الجسدي مع ضرورة التدريب المستمر للمعالجين السلوكيين عليه وتقييم حالات الأطفال المناسب تطبيق الأسلوب معها.

وأظهرت دراسة Van Houten, R., Rolider, A., & Houlihan, M, (2024) فاعلية برنامج قائم على العلاج السلوكي بالتقييد الجسدي لخفض سلوك إيذاء الذات بين الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة، حيث تم تطويعه بعد الحصول على موافقة الآباء من المشاركة في برنامج سلوكي للتقييد الجسدي مكون من ثلاث مراحل: (١) تخطيط العلاج وتطبيقه عن طريق تقييد معصم الطفل خلال إظهار أي حركات

يصاحبها سلوك لإيذاء الذات، (٢) تطبيق معززات إيجابية مصاحبة لانخفاض سلوك إيذاء الذات خلال الفترات البينية بين الجلسات، (٣) إزالة عملية التقييد الجسدي تلقائياً مع تحسن الاستجابة السلوكية للطفل، وأسفرت الدراسة عن النتائج التالية: أن الإجراء المتبع في التقييد الجسدي كعلاج سلوكي لإيذاء الذات كان علاجاً فعالاً في خفض إيذاء الذات لذوي الإعاقة الفكرية، وظهور انخفاض ملحوظ في كل من نسبة تكرار وطول مدة حدوث سلوك إيذاء الذات في الحلقة الواحدة لدى الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة.

وتؤكد (Webber, L. S., McVilly, K. R., & Chan, J, 2023) فاعلية برنامج قائم على أسلوب التقييد الجسدي للأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة ذوي سلوك إيذاء الذات، ممن يُظهرون نوبات شديدة من إيذاء الذات(عض الذات وضرب الرأس) حيث تم تطويعهم للمشاركة في برنامج سلوكي للتقييد الجسدي قائم على تقييد حرية حركة اليدين أثناء نوبات إيذاء الذات وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية: ظهور فروق ذات دلالة إحصائية بين شدة نوبات إيذاء الذات بين التطبيقين القبلى والبعدي لمقياس إيذاء الذات نتيجة للعلاج السلوكي بالتقييد الجسدي، وأظهرت الملاحظات انخفاض في حدة ضرب الرأس بمعدل (٨١٪) وعض الذات بمعدل (٥٢٪) بعد إجراءات العلاج السلوكي بتقييد الذات.

ويرى الباحثين ان وجود فروق بين متوسطى درجات اطفال المجموعتين التجريبية والضابطة فى التطبيق البعدى لمقياس سلوك ايذاء الذات لصالح اطفال المجموعة التجريبية، تشير هذه النتيجة الى فاعلية البرنامج القائم على اسلوب التقييد الجسدى للحد من سلوك ايذاء الذات، واتضح ذلك فى انخفاض درجات اطفال المجموعة التجريبية عن الضابطة على مقياس ايذاء الذات وان اسلوب التقييد الجسدى ساعد على الحد من سلوك ايذاء الذات للأطفال ذوى الاعاقة الفكرية البسيطة، وساعدهم على تحقيق ذلك مجموعة متنوعة الفنيات العلاجية.

الفرض الثالث: لا توجد فروق دالة احصائياً بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي علي تقدير إيذاء الذات بعد تطبيق برنامج أسلوب التقييد الجسدي.

للتحقق من صحة هذا الفرض وأبعاده، قام الباحث بتطبيق مقياس تقدير إيذاء الذات على عينة الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة البحث (المجموعة التجريبية) بعد شهرين من إجراء البرنامج السلوكي وبعد رصد النتائج وتحليلها باستخدام ولكوكسون (wilcoxon (w)) توصل الباحث إلى:

جدول (٩)

الفروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي علي مقياس تقدير إيذاء الذات

المتغيرات	المجموعات	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	W	Z	الدلالة
إيذاء الذات المرتبط بإلتهام الأشياء غير المرغوبة	تجريبي	٦	٣١.٦٧	٤٦.٥٠	٣١.٥٠٠	– ١.٢٢٣	غير دالة
	تتبعي	٦	٣٠.٣٣	٣١.٥٠			
إيذاء الذات المرتبط بضرب الجسد	تجريبي	٦	٣٠.٠٠	٣٦.٥٠	٣٦.٥٠٠	– ٠.٤١٨	غير دالة
	تتبعي	٦	٣٠.٥٠	٤١.٥٠			
إيذاء الذات المرتبط برفض الاكل والشراب	تجريبي	٦	٣٠.٦٧	٤٩.٥٠	٢٨.٥٠٠	– ١.٧٨١	غير دالة
	تتبعي	٦	٢٩.٣٣	٢٨.٥٠			
الدرجة الكلية للمقياس	تجريبي	٦	٩٢.٣٣	٤٧.٥٠	٣٠.٥٠٠	– ١.٣٦٨	غير دالة
	تتبعي	٦	٨٩.٥٠	٣٠.٥٠			

يتضح من جدول (٩) عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات رتب درجات اطفال المجموعة التجريبية فى القياسين البعدى والتتابعى على ابعاد مقياس سلوك ايذاء الذات(بعد ايذاء الذات المرتبط بالتهتم الاشياء الغير مرغوبة- بعد ايذاء الذات المرتبط بضرب الجسد- بعد ايذاء الذات المرتبط برفض الاكل والشرب) بعد تطبيق برنامج العلاج السلوكى بالتقييد الجسدى فى القياس التتابعى.

وتشير نتائج هذا الفرض الى وجود تأثير إيجابي لفاعلية برنامج العلاج السلوكى باستخدام اسلوب التقييد الجسدى لخفض ايذاء الذات للأطفال ذوى الاعاقة الفكرية البسيطة فى القياس التتبعى للمجموعة التجريبية مما يعكس ذلك تحسنا ملحوظا فى انخفاض ايذائهم لذاتهم.

وعدم وجود فروق بين متوسطى درجات اطفال المجموعة التجريبية فى التطبيقين البعدى والتتبعى لمقياس سلوك ايذاء الذات، وهو ما يدل على استمرار التحسن الذى ظهر لدى الاطفال ذوى الاعاقة الفكرية فى المجموعة التجريبية، والذى يرجع الى ابقاء الاثر الإيجابي للبرنامج الذى طبق على المجموعة التجريبية، حيث روعي أثناء تطبيقه الاسلوب العلاجى المناسب لكل طفل طبقا لاحتياجاته ومشكلاته.

وتؤكد (Cocchiola Jr, M. A, 2023) فاعلية استخدام اسلوب العلاج السلوكي بالتقييد الجسدي في الحد من سلوك عض الذات بين الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة، وتطبيق العلاج بالتقييدي الجسدي معه من خلال الإمساك بكلتا يديه وتثبيتها ووضع الرأس داخل خوذة بلاستيكية مبطنة من الداخل لفترات زمنية معينة لمنع ممارسة سلوك إيذاء الذات، وتم التوصل من خلال الملاحظات إلى انخفاض متوسط عدد حالات عض الذات لدى الطفل المعاق فكرياً ما بين ٣٤.٢ مرة يومياً خلال ما قبل

الإجراء العلاجي إلى ١.٨ ما بعد العلاج السلوكي بالتقييد الجسدي بالإضافة إلى انخفاض حدة طول مدة عض الذات ما بين ١٦ ثانية في المرة الواحدة إلى ٣.١ ثواني نتيجة للإجراء العلاجي،- استمر الانخفاض في عدد مرات وشدة سلوك إيذاء الذات خلال قياس المتابعة بعد مرور ١٦ يوم من انتهاء المعالجة بالتقييد الجسدي.

وأشارت دراسة Luiselli, J. K., Trem, T., Kane, A., & Young, N, (2022) إلى فاعلية برنامج قائم على أسلوب التقييد الجسدي في خفض إيذاء الذات للأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة، حيث شاركوا في برنامج علاجي سلوكي قائم على التقييد الجسدي مع التركيز على معيار تخفيف الأسلوب مع انخفاض حدة السلوك، حيث تم تقييم الفروق في سلوك إيذاء الذات ما بين قبل وبعد مرور فترة من تطبيق الأسلوب (٢١ شهر)، وتم التوصل إلى انخفاض معدل تكرار ومدة ممارسة سلوك إيذاء الذات بين الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية نتيجة لتطبيق أسلوب التقييد الجسدي مع الأطفال، واستمر التحسن وانخفاض نوبات إيذاء الذات لدى الأطفال نتيجة لتطبيق الإجراء العلاجي مما يبرهن على فاعليته واستمرارية نتائجه لفترات مطولة مع الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية البسيطة.

ويرى الباحثين ان استمرارية تأثير البرنامج بعد توقف تطبيق الجلسات بفترة، يرجع ذلك الى مدى فعالية فنيات العلاج السلوكى باستخدام اسلوب التقييد الجسدى المستخدمة فى البرنامج الحالى، حيث ساعدت تلك الفنيات من الحد من سلوك ايذاء الذات، كما يرجع استمرارية فعالية برنامج العلاج السلوكى باستخدام اسلوب التقييد الجسدى فى فترة المتابعة الى اثراء بالعديد من الانشطة والمهام والاساليب العلاجية مما كان له اثر كبير فى انشغال الاطفال عن ممارسة سلوكيات ايذاء الذات وتدور جميعها حول الهدف العام للبرنامج وهو الحد من سلوك ايذاء الذات لدى الاطفال عينة الدراسة.

ويرجع الباحثين ايضا استمرارية فعالية برنامج العلاج السلوكى فى فترة المتابعة الى استخدام مبدا تجاهل السلوكيات السلبية ومنها سلوك ايذاء الذات وتوجيه الطفل نحو المهمة التى يؤديها دون نهر الطفل أو استخدام أي من الوسائل العقابية التى قد تترك أثر سلبيًا فى نفسيه الطفل.

توصيات:

- التوعية بأهمية اسلوب التقييد الجسدى فى علاج الاطفال ذوى الاحتياجات الخاصة على وجه العموم وذوى الاعاقة الفكرية بخاصة.
- تدريب المعلمين على استخدام فنيات اسلوب التقييد الجسدى عند التعامل مع الاطفال ذوى الاعاقة الفكرية.
- تدريب الوالدين والقائمين على رعاية الاطفال ذوى الاعاقة الفكرية على استخدام اسلوب التقييد الجسدى فى الحد من ايذاء الذات لدى الاطفال ذوى الاحتياجات الخاصة.
- ضرورة ارشاد الاسر والمعلمين بسلوكيات ايذاء الذات لدى الاطفال ذوى الاعاقة الفكرية واساليب مواجهتها وعلاجها.
- تصميم برامج تربوية تتضمن اساليب علاجية تضم اكثر من فنية من فنيات التقييد الجسدى تساعد على خفض المشكلات السلوكية .

قائمة مراجع الدراسة

أولاً: المراجع العربية

١- أسماء إبراهيم محمد، محمد حسنى أحمد(٢٠٢٤): نمذجة العلاقات السببية بين اضطراب الشخصية العدوانية- السلبية وسلوك إيذاء الذات وإستراتيجيات التنظيم الانفعالي لدى الأحداث ذوى الإعاقة العقلية البسيطة المضطربين لغويًا، مجلة علوم ذوي الاحتياجات الخاصة، مجلد٦، عدد١٣، جزء٢، أكتوبر، ص١٣٠٧- ١٤٠٧.

٢- بسمة محمد أحمد(٢٠٢٣): فعالية برنامج قائم على التعليم الملطف في خفض سلوك إيذاء الذات لدى الأطفال مزدوجي الإعاقة: إعاقة عقلية- اضطراب طيف توحد، مجلة كلية التربية، جامعة المنوفية، مجلد ٣٨، عدد٣، سبتمبر، ص٢٣٧- ٣١٢.

٣- تغريد شعبان عوض(٢٠٢٣): دراسة العلاقة بين سلوك إيذاء الذات والكفاءة الاجتماعية لدى الأطفال المعاقين فكريًا، مجلة الإرشاد النفسي، العدد٧٥، جزء٣، أغسطس، ص١٥٤- ١٨٥.

٤- جهاد السيد أحمد(٢٠٢٤): فعالية برنامج قائم على دعم السلوك الإيجابي في خفض العدوان وإيذاء الذات لدى المراهقات ذوات الإعاقة الفكرية، مجلة كلية التربية، جامعة بنها، مجلد٣٥، عدد ١٣٨، أبريل، ص٥٠١- ٥٤٤.

٥- رحاب السيد الصاوي(٢٠٢٠): فاعلية برنامج قائم على استراتيجيات التعزيز للحد من سلوك إيذاء الأطفال العاقين عقليا القابلين للتعليم باستخدام تحليل السلوك التطبيقي(ABA)، بحوث ودراسات الطفولة، المجلد ٢، العدد٤، الجزء الثاني، ديسمبر، ص٩٣٥- ١٠١٢.

٦- السيد عبد القادر زيدان(٢٠٢٣): دراسة العلاقة بين سلوك إيذاء الذات والكفاءة الاجتماعية لدى الأطفال المعاقين فكريًا، مجلة الارشاد النفسي، جامعة عين شمس، مركز الارشاد النفسي، عدد ٧٥، اغسطس، ص١٥٣- ١٨٥.

٧- مروة زاهر فوزي(٢٠٢٣): فعالية برنامج علاجي وظيفي في خفض بعض السلوكيات المتداخلة مع سلوك إيذاء الذات غير الانتحاري لدى أطفال اضطراب طيف التوحد، مجلة دراسات في مجال الارشاد النفسي والتربوي، جامعة أسيوط، كلية التربية، المجلد ٦، العدد٤، أكتوبر، ص١٨٦- ٢٠٩.

٨- هاجر عطية السيد(٢٠١٩): فعالية برنامج تكاملي في خفض إيذاء الذات عند الأطفال المعاقين فكرياً، مجلة العلوم التربوية، جامعة جنوب الوادي، كلية التربية، عدد٤، ص٦١- ٩٩.

٩- وفاء الشبيشي(٢٠٢٤): برنامج تدريبي فعال لخفض التحكم إيذا الذات لدى الأطفال طرةيف التوحد، مجلة كلية العلوم المتقدمة للصحة والتربية الخاصة، المجلد٣، العدد١، يناير، ص٩٢- ١٢٩.

ثانياً المراجع الأجنبية:

10- Acevedo-Nuevo, M., González-Gil, M. T., & Martin-Arribas, M. C. (2021). Physical restraint use in intensive care units: exploring the decision-making process and new proposals. A multimethod study. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(22), 11826.

11- Anderson, E., Mohr, D. C., Regenbogen, I., Swamy, L., Smith, E. G., Mourra, S., & Rinne, S. T. (2021). Influence of organizational climate and clinician morale on seclusion and physical restraint use in inpatient psychiatric units. Journal of Patient Safety, 17(4), 316-322.

12- Barga, S. L. (2022). The Correlation Between States' Restraint Protection Levels and the Number of Students with Disabilities Restrained in Public Schools Across the United States (Doctoral dissertation, University of St. Francis).

13- Bartlett, N., & Ellis, T. F. (2020). Interrogating sanctioned violence: A survey of parents/guardians of children with disabilities about restraint and seclusion in Manitoba's schools. Canadian Journal of Disability Studies, 9(5), 122-155.

14- Bisri, M., & Bakar, N. (2023). Indonesian Stakeholders Psychosocial Support in Mental Health Issues: Exploring The Legislations and The Prevalence. International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences, 13.

15- Borschmann R, Mundy LK, Canterford L, Moreno-Betancur M, Moran PA, Allen NB, et al. (2020) Self-harm in primary schoolaged children: Prospective cohort study. PLoS ONE 15(11): e0242802. doi:10.1371/journal.pone.0242802.

16- Celofiga, A., Kores Plesnicar, B., Koprivsek, J., Moskon, M., Benkovic, D., & Gregoric Kumperscak, H. (2022). Effectiveness of de-escalation in reducing aggression and coercion in acute psychiatric units. A cluster randomized study. Frontiers in psychiatry, 13, 856153.

17- Cocchiola Jr, M. A. (2023). The efficacy of treating aggression and self-injury in children with mild intellectual disability using behavioral therapy via physical restraint. (MA Thesis, Southern Connecticut State University).

18- Collins, O. O. (2020). Violence against Children with Special Needs: Types, Causes and Health Consequences. International Journal of Health and Pharmaceutical Research, 5(3), 1-6.

19- Daniels, T. E., Victor, C., Smith, E. M., Belgrave, C., Robinson, E., Wolff, J. C., ... & Brannan, E. H. (2023). Associations of restraint and seclusion with race and ethnicity on an adolescent inpatient psychiatry service. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 62(5), 503-506.

20- Dasgupta, M. (2021). Orthodontic consideration in special needs children with mental retardation. J Med Dent Sci Res, 8, 26-32.

21- Deb, S. S., Unwin, G., Cooper, S. A., & Rojahn, J. (2022). Problem behaviour. In Textbook of psychiatry for intellectual disability and autism spectrum disorder (pp. 145-185). Cham: Springer International Publishing.

22- Dix, R. (2024). The Practice of Restraint and Physical Intervention. Psychiatric Intensive Care, 259.

23- Duffy, R. M. (2023). Responses to the World Health Organization's QualityRights initiative. In Routledge Handbook of Mental Health Law (pp. 124-146). Routledge.

24- Eapen, V., Harris, S. A., Huang, Y., & Troller, J. N. (2023). Australia and Intellectual Developmental Disorders. In. K. Munir, A. Roy, & A. Javed. Global E-Handbook of Intellectual Developmental.

25- Edmonds, S. (2023). Posttraumatic Stress Symptoms in Applied Behavioral Analysis (ABA) Therapists in Response to the Administration of Patient Restraints (Doctoral dissertation, Alliant International University).

26- Embregts, P. J., Negenman, A., Habraken, J. M., de Boer, M. E., Frederiks, B. J., & Hertogh, C. M. (2022). Physical restraint intervention in children with mild intellectual disabilities: The impact on self-injury behavior. Journal of Applied Research in intellectual disabilities, 32(1), 172-183.

27- Forman, D., Hall, S., & Oliver, C. (2018). Descriptive analysis of selfinjurious behavior and self-restraint. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 15, 1–7.

28- Franks, Z. M., Alcock, J. A., Lam, T., Haines, K. J., Arora, N., & Ramanan, M. (2021). Physical restraints and post-traumatic stress disorder in survivors of critical illness. A systematic review and meta-analysis. Annals of the American Thoracic Society, 18(4), 689-697.

29- Geissler, J. M., Werner, E., Dworschak, W., Romanos, M., & Ratz, C. (2021). German law reform does not reduce the prevalence of coercive measures in residential institutions for children, adolescents, and young adults with intellectual and developmental disabilities. Frontiers in Psychiatry, 12, 765830.

30- Hawks, J., Moore, M., & Leffler, J. M. (2024). Developing and engaging milieu staff on child and adolescent inpatient psychiatric units: Impact and management of staffing factors. Handbook of evidence-based inpatient mental health programs for children and adolescents, 135-154.

31- Hellmuth, J., & Reynolds, E. K. (2024). Positive behavior prevention and intervention strategies. In Handbook of evidence-based inpatient mental health programs for children and adolescents (pp. 209-221). Cham: Springer International Publishing.

32- Hodgkiss, B. A. (2023). Pupil Experiences of Physical Restraint in School their Relationships with Staff Members and Alternative Strategies (Doctoral dissertation, The University of Manchester (United Kingdom)).

33- Jesu, A. J. M., Gangadharan, S. K., Bhaumik, S., & Alexander, R. T. (2022). Intellectual disability. Oxford textbook of social psychiatry, 473-C49.

34- Jones, K., Brown, J., Cunningham, W. J., Roberts, J., & Williams, P. (2023). Opening the door: A study of new policies for the mentally handicapped. Taylor & Francis.

35- Khalil, A. I. (2021). Nurse, Knowledge, Attitude and Practices Versus Patients Perspectives on the Use of Seclusion and Physical Restraint: An Evidence Based Psychiatric Clinical Practices. Shineeks Publishers.

36- Koh, S. A. (2023). Policing & the Problem of Physical Restraint. BCL Rev., 64, 309.

37- Koly, K. N., Abdullah, R., Shammi, F. A., Akter, T., Hasan, M. T., Eaton, J., & Ryan, G. K. (2022). Mental health and community-based rehabilitation: a qualitative description of the experiences and perspectives of service users and carers in Bangladesh. Community mental health journal, 58(1), 52-66.

38- Lloyd-Richardson, E., Baetens, I., Whitlock, J., Selby, E. A., & Hughes, C. (2023). The Dynamics and Perception of Pain During Self-Injury. In The Oxford Handbook of Nonsuicidal Self-Injury (pp. C22S1-C22P145). Oxford University Press.

39- Lombart, B., De Stefano, C., Dupont, D., Nadji, L., & Galinski, M. (2020). Caregivers blinded by the care: A qualitative study of physical restraint in pediatric care. Nursing Ethics, 27(1), 230-246.

40- Luiselli, J. K., Sperry, J. M., & Magee, C. (2022). Effectiveness of physical restraint (protective holding) in behavioral disorders modification among children with mild intellectual disability. Journal of Intellectual Disabilities, 15(2), 93-99.

41- Luiselli, J. K., Trem, T., Kane, A., & Young, N. (2022). Physical restraint intervention: A pilot study implementation and long term outcomes on reducing self-injury for children with mild intellectual handicaps. Mental Health Aspects of Developmental Disabilities, 7, 91-96.

42- Ma, D., Zhu, X., Dong, Y., He, M., Meng, X., Zhao, Y., ... & Sun, J. (2022). 'It is my turn to raise her'-Decision-making regarding physical restraint in home care in China: A descriptive qualitative study. International Journal of Nursing Studies, 134, 104315.

43- McNamara, B., & Powell, J. (2020). The rise of psychiatry: Mental illness/disorder and social control. In Mental Health and Punishments (pp. 6-18). Routledge.

44- Nielson, S. (2023). Effectiveness of physical restraint method with Child and Adolescents with mild intellectual handicaps in reducing self-injury: An Interpretative Phenomenological Analysis (Doctoral dissertation, Edge Hill University).

45- Norton, A. C. (2024). Exploring Physical Behavioral Therapy via Physical Restraint Effectiveness for Children with Mild Intellectual Disability (Master's thesis, University of Illinois at Chicago).

46- Nunno, M. A., McCabe, L. A., Izzo, C. V., Smith, E. G., Sellers, D. E., & Holden, M. J. (2022). A 26-year study of restraint fatalities among children and adolescents in the United States: A failure of organizational structures and processes. In Child & youth care forum (pp. 1-20). Springer US.

47- Oostermeijer, S., Brasier, C., Harvey, C., Hamilton, B., Roper, C., Martel, A., ... & Brophy, L. (2021). Design features that reduce the use of seclusion and restraint in mental health facilities: a rapid systematic review. BMJ open, 11(7), e046647.

48- Pius, S., & Kamugisha, D. (2023). Understanding the strategies street-level bureaucrats develop to deal with inclusive secondary education restraints in selected schools in Tanzania. African Journal of Governance and Public Leadership, 2(1), 35-50.

49- Roberts, L. G., Moran, J. M., & Caufield, S. (2024). Developing and Constructing the Physical and Safety Environment of an Inpatient Psychiatric Hospitalization Unit. Handbook of evidence-based inpatient mental health programs for children and adolescents, 35-56.

50- Salehi, Z., Najafi Ghezeljeh, T., Hajibabaee, F., & Joolaee, S. (2020). Factors behind ethical dilemmas regarding physical restraint for critical care nurses. Nursing Ethics, 27(2), 598-608.

51- Salvatore, G. L. (2023). The Physical Restraint Use in reducing Severe Self-injury in children with Mild Intellectual Handicaps. (MA Thesis, Rowan University).

52- Schnitzer, K., Merideth, F., Macias-Konstantopoulos, W., Hayden, D., Shtasel, D., & Bird, S. (2020). Disparities in care: the role of race on the utilization of physical restraints in the emergency setting. Academic Emergency Medicine, 27(10), 943-950.

53- Slaatto, A., Mellblom, A. V., Kleppe, L. C., Baugerud, G. A., & Kjøbli, J. (2021). Conflict prevention, de-escalation and restraint in children/youth inpatient and residential facilities: A systematic mapping review. Children and Youth Services Review, 127, 106069.

54- Soke, Rosenberg,(2019).Factors Associated with Self-Injurious Behaviors In Children with mental retardation, 61: 1-9.

55- Staggs, V. S. (2020). Variability in psychiatric facility seclusion and restraint rates as reported on hospital compare site. Psychiatric Services, 71(9), 893-898.

56- Thomann, S., Zwakhalen, S., Richter, D., Bauer, S., & Hahn, S. (2021). Restraint use in the acute-care hospital setting: A cross-sectional multi-centre study. International journal of nursing studies, 114, 103807.

57- Thompson, A. D., Friesen, S., Bolden, C. R., Rubenson, M., Scott, K., & McGee, M. (2024). Trauma and Trauma-Informed Care in Child and Adolescent Inpatient Psychiatry. In Handbook of evidence-based inpatient mental health programs for children and adolescents (pp. 255-275). Cham: Springer International Publishing.

58- Thompson, A. D., Lovelace, J., Boelter, E., Bertollo, J. R., Ramasamy, R. S., Curry, G., ... & Leffler, J. M. (2024). Seclusion and restraint in inpatient psychiatry: History and best practices. In Handbook of evidence-based inpatient mental health programs for children and adolescents (pp. 81-101). Cham: Springer International Publishing.

59- Van Houten, R., Rolider, A., & Houlihan, M. (2024). Treatments of self-injury based on teaching compliance and/or brief physical restraint. In Self-injurious behavior: Analysis, assessment, and treatment (pp. 181-199). New York, NY: Springer New York.

60- Waddington, L. (2020). Legal regulation and policy on the use of restraint and coercive measures in health care institutions in the Netherlands. In Restrictive Practices in Health Care and Disability Settings (pp. 141-168). Routledge.

61- Webber, L. S., McVilly, K. R., & Chan, J. (2023). Physical restraint intervention for children with intellectual disability exhibiting self-injury behaviours: An analysis. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 24(6), 495-507.

62- White, K. L. (2024). Effectiveness of physical restraint practice in self-injury reduction among students with mild mental disability: A study according to feasibility and obstacles. (MA Thesis, The University of Melbourne, Australia).

63- Willis, J., Harrison, A., & Allen, J. L. (2021). Pupils with social, emotional and mental health special needs: perceptions of how restrictive physical interventions impact their relationships with teaching staff. Teaching and Teacher Education, 97, 103219.

64- Ye, J., Xia, Z., Wang, C., Liao, Y., Xu, Y., Zhang, Y., ... & Xiao, A. (2021). Effectiveness of CRSCE-based de-escalation training on reducing physical restraint in psychiatric hospitals: a cluster randomized controlled trial. Frontiers in psychiatry, 12, 576662.

The effectiveness of a program based on behavioral therapy using the physical restraint method to reduce self-injurious behaviors in a sample of children with mild intellectual disabilities

Abstract

The study aimed to identify the effectiveness of a program based on behavioral therapy using the physical restraint method to reduce self-injurious behaviors in a sample of children with mild intellectual disabilities. The quasi-experimental method was employed to assess the effectiveness of this behavioral therapy program using physical restraint to reduce self-injurious behaviors in a sample of children with mild intellectual disabilities. The study was conducted at the Childhood Care Center for Special Needs , by measuring variables before and after the program, The research sample consisted of 12 children with mild intellectual disabilities, identified as engaging in self-injurious behaviors. Their IQ scores ranged between 55 and 70, and their ages ranged from 10 to 12 years, The researcher used the following tools in this study: - Self-Injurious Behavior Rating Scale (developed by the researcher), Stanford-Binet Intelligence Scale (Fifth Edition) (prepared by Safwat Farag), A behavioral therapy program based on the physical restraint method (developed by the researcher), The study concluded: - There are statistically significant differences between the mean ranks of the experimental group’s scores in the pre-test

and post-test on the Self-Injurious Behavior Rating Scale in favor of the post-test after applying the physical restraint method. - There are statistically significant differences between the mean ranks of the experimental and control groups on the Self-Injurious Behavior Rating Scale in favor of the experimental group after applying the physical restraint method. -There are no statistically significant differences between the mean ranks of the experimental group's scores in the post-test and follow-up test on the Self-Injurious Behavior Rating Scale after applying the physical restraint method.

Keywords: behavioral therapy - physical restraint - self-harm.