

تصورات مدراء ومدرسي الأطفال ذوي الإعاقة المرتبطة بحالات الإساءة بين الأطفال ذوي الإعاقة

The perceptions of principals and teachers of children with disabilities related to abuse among children with disabilities

د. عائشة محمد محمود عجوة

Aysha Mohammad Mahmud Ajweh

مركز الإرشاد الطلابي / جامعة السلطان قابوس / سلطنة عمان

Students Counseling Center, Sultan Qaboos University, Oman

الملخص: استهدفت الدراسة فحص تصورات المدراء والمدرسين العاملين في مدارس الأطفال ذوي الإعاقة في سلطنة عمان المرتبطة بقدرتهم على تمييز مؤشرات الإساءة بين الأطفال المعاقين. تم استخدام تصميم استطلاعي كمي، حيث استخدم مقياس تقرير ذاتي (استبيان) للحصول على فهم أكثر عمقاً لتصوراتهم وخبراتهم الذاتية في العمل مع الأطفال ذوي الإعاقة. طبقت أداة البحث على (102) مشارك، تم اختيارهم بطريقة غير عشوائية استناداً إلى مساهمهم الوظيفي، وبناءً على الموافقة المطلعة، من ثلاثة مدارس للأطفال ذوي الإعاقة في مدينة مسقط عاصمة سلطنة عمان. أظهرت نتائج الدراسة بأن أغلبية المشاركين كان لديهم خبرات سابقة في تمييز حالات إساءة تعرض لها أطفال ذوي إعاقة في مدارسهم. كما تبين أن المشاركين مدركون بأن الأطفال ذوي الإعاقة تحت خطر مرتفع للتعرض للإساءة. في حين أظهرت النتائج أن هناك تناقض بين تقدير المشاركين الذاتي لما يمتلكونه من معرفة وقدرة وما يمتلكونه من قدرة ومعرفة فعلية على تمييز حالات الإساءة بين الأطفال ذوي الإعاقة. بالإضافة إلى وجود تناقض بين تقدير المشاركين الذاتي لما يمتلكونه من معرفة ومعرفتهم الفعلية فيما يتعلق بالجهة التي يمكن أن يتواصلوا معها، والإجراءات التي عليهم اتخاذها للتعامل مع حالات الإساءة المؤكدة أو المحتملة بين الأطفال ذوي الإعاقة. نتائج هذه الدراسة قد تساعد بتزويد القادة والمشرفين على المؤسسات التعليمية للأطفال ذوي الإعاقة بالوعي للمخاوف المرتبطة بنقص التدريب الشامل

والمناسب للعاملين مع الأطفال ذوي الإعاقة، في ضوء ضعف هذه الفئة من الأطفال، حيث يمثل مدراءهم ومدرسيهم خط الدفاع الأول وحلقة الوصل مع المؤسسات المتخصصة بحماية الأطفال من الإساءة.

الكلمات المفتاحية: تصورات مدراء ومدرسي، الإساءة، الأطفال ذوي الإعاقة، سلطنة عمان.

Abstract:

The purpose to examine the perceptions of principals and teachers working in schools for children with disabilities in Oman related to their ability to distinguish indicators of abuse among children with disabilities. A quantitative exploratory design was used, using a self-report scale (questionnaire) to gain a deeper understanding of their own perceptions and experiences in working with children with disabilities. The research tool was applied to (102) participants, selected in a non-random manner based on their job title and informed consent, from three schools for children with disabilities in the city of Muscat, capital of the Sultanate of Oman. The results of the study showed that the majority of participants had previous experience in identifying cases of abuse of children with disabilities in their schools. Participants were also aware that children with disabilities were at high risk of abuse. While the results showed that there was a contradiction between the participants' self-assessment of their knowledge and ability and their actual capacity and knowledge to identify cases of abuse among children with disabilities. In addition, there is a discrepancy between participants' self-assessment of their knowledge and actual knowledge of who can communicate with them, and the actions they must take to deal with confirmed or potential abuse cases of children with disabilities.

The results of this study may help provide leaders and supervisors of educational institutions for children with disabilities with awareness of issues related to the lack of comprehensive and appropriate training for workers with children with disabilities, with the weakness of this group of children, where their managers and teachers represent the first line of defense and the link with specialized institutions to protect children from abuse,

Key words: Keywords: perceptions of principals and teachers, abuse, children with disabilities, Sultanate of Oman.

مقدمة

هناك العديد من المهنيين الذين يعملون مع الأطفال لا يستطيعون تمييز مؤشرات الإساءة التي يمكن أن تساعدهم في التعرف على الأطفال الذين يواجهون الإساءة الجسدية أو الجنسية. وهذا يمكن أن يضع الطفل تحت خطر عدم تلقي الرعاية الصحية الطبية والنفسية المناسبة خلال حياته. ويتعاضم الخطر لدى الأطفال ذوي الإعاقة، بسبب انعدام التعاون من قبل الطفل ذوي الإعاقة، وضعف التعاون من قبل عائلته. وبذلك فإن الطفل ذوي الإعاقة الذي يتعرض للإساءة قد لا يتلقى العلاج الصحيح، مما قد يؤدي إلى تأثير حياته السلوكية والاجتماعية والانفعالية والإدراكية بشكل سلبي.

إن المهنيين الذين يتعاملون مع الأطفال ذوي الإعاقة يزودون الخدمات إما إلى الطفل نفسه أو إلى عائلته. إلا أن عوامل مثل قيود الوقت، وضعف فهم الأدوار لبعضهم البعض، وعوامل السرية، وسياسات المؤسسة قد تعيق التعاون الناجح. وفي غياب التعاون فإن الإساءة الجسدية أو الجنسية قد تمر بدون أن يتم الكشف عنها. وبالتالي فإن المعالجة المناسبة لن تزود للأطفال ذوي الإعاقة (1). واستناداً إلى ذلك فمن من الضروري أن يكون المهنيون العاملون مع الأطفال ذوي الإعاقة قادرين على تمييز مؤشرات الإساءة الجسدية والجنسية بشكل صحيح، حيث أن هذا سيضمن إلى حد ما توفير درجة مناسبة من الحماية للطفل ذوي الإعاقة في وجه المسيئين.

يميل الأخصائيين إلى استخدام مصطلحات متعددة للتعبير عن حالات الإساءة، كمصطلح "سوء المعاملة" أو "العنف" أو "الاعتداء". وعلى الرغم من أن الإساءة غير محددة بعمر معين، إلا أن الأطفال الأصغر عمراً والأقل قدرة في الدفاع عن أنفسهم أكثر عرضة لها. وتعرف منظمة الصحة العالمية الإساءة على الأطفال بأنها "تشمل كل أشكال سوء المعاملة الجسدية أو العاطفية، أو الجنسية، أو الإهمال، أو التقصير في المعاملة، أو الاستغلال، والذي يؤدي بشكل فعلي أو محتمل إلى إيقاع الأذى على صحة الطفل، وبقائه، ونموه، وكرامته، في ظل علاقة مبنية على المسؤولية، والثقة والقوة" (2). وبذلك فإن للإساءة شكلان أحدهما ينتج عن فعل مثل: العنف أو الإساءة الجسدية، أو العاطفية، أو الجنسية. وأخر ينتج عن غياب للفعل أي الإهمال. وستركز الدراسة الحالية على الإساءة الجنسية والجسدية.

مشكلة الدراسة:

أن الأطفال المعاقين في خطر كبير للتعرض للإساءة، حيث وجد سوبسي (Sobsey, 2002) أن ثلث الأطفال ذوي الإعاقة تقريباً مسجلين على أنهم تعرضوا لأحد أنواع الإساءة، كما أنه من المتوقع أن يكون هناك عدد أكبر من الحالات التي لم يتم تسجيلها (3). كما أن الأطفال ذوي الإعاقة أكثر عرضة للتعرض للإساءة مقارنة بنظائهم من الأطفال من غير ذوي الإعاقة، حيث وجد سوبسي وزملاءه (Sobsey, et al., 1997) أن الأطفال المعاقين أكثر تعرض للإساءة الجنسية بمرّة ونصف مقارنة بالأطفال الذين لا يعانون من الإعاقة (4).

Identification and treatment of child physical abuse through medical and mental health collaborations, 1 Swenson, & Spratt (1999)

2. وزارة التربية والتعليم المملكة الأردنية الهاشمية، 2007

Exceptionality, education and maltreatment, Sobsey (2002).3

Gender differences in abused children with and without disabilities, Sobsey, Randall. & Parrila (1997).4

وقد عرض سوبسي (Sobsey, 2002) ثلاثة فرضيات توضح السبب لزيادة خطر تعرض الأطفال المعاقين

للإساءة تتمثل ب (1):

1. احتمالية أن الإساءة على الطفل تكون سبباً مهماً للإعاقة.

2. احتمالية أن وجود الإعاقة لدى الطفل تزيد من خطر تعرضه للإساءة بطريقة ما.

3. احتمالية أن نفس العوامل السببية الأساسية التي تزيد من خطر وجود الإعاقة لدى الطفل، تزيد الخطر للإساءة له.

إن الأطفال الذين تحت الخطر للتعرض للإساءة بحاجة للحماية، كما أن الأطفال الذين تعرضوا للإساءة بحاجة إلى خدمات رعاية صحية طبية ونفسية. وفي غياب مثل هذه الخدمات فإن حياة الطفل الاجتماعية والسلوكية والانفعالية والإدراكية ستتأثر سلباً. ومن هنا تأتي أهمية أن يمتلك المهنيين العاملين مع الأطفال ذوي الإعاقة المعرفة والثقافة الكاملة لمفهوم "الإساءة والاعتداء على الأطفال"، بالإضافة إلى امتلاك المهارة والقدرة على كشف الأطفال الذين من المحتمل أنهم يتعرضوا للإساءة. حيث إن المدرء والمدرسين في مدارس الأطفال ذوي الإعاقة، يمثلون حلقة الوصل الأولى بين الطفل ومقدمو الخدمات الصحية الطبية والنفسية الأخرى، كما أنهم يمثلون خطوط الدفاع الأولى للأطفال ذوي الإعاقة في وجه الأشخاص المسيئين. من هنا تأتي أهمية أن يمتلكوا القدرة على تمييز حالات الإساءة الجنسية والجسدية بشكل صحيح. واستناداً إلى ذلك تتحدد مشكلة الدراسة الحالية في السؤال الآتي:

ما تصورات مدرء ومدرسي الأطفال ذوي الإعاقة المرتبطة بحالات الإساءة بين الأطفال ذوي الإعاقة؟
أهمية الدراسة:

تتمثل أهمية الدراسة بما يلي:

- 1) تعد الدراسة الأولى -في حدود علم الباحثة- التي تناولت موضوع تصورات العاملين مع الأطفال ذوي الإعاقة المرتبطة بحالات الإساءة للأطفال ذوي الإعاقة في سلطنة عمان والدول العربية.
- 2) كما قد تكون إضافة علمية للجهد العالمي والعربي الساعي لتحسين الفهم حول ما يمتلكه العاملين مع الأطفال ذوي الإعاقة من معلومات ومفاهيم للإساءة التي قد تقع على الأطفال ذوي الإعاقة.
- 3) يمكن أن تزود القائمين على خدمة الأطفال ذوي الإعاقة بمعلومات حول الحاجات التدريبية المتعلقة بموضوع الإساءة للعاملين مع الأطفال ذوي الإعاقة.

قد تصل إلى توصيات تفيد الباحثين والمهتمين ووسائل الإعلام ومؤسسات المجتمع بشكل عام لإجراء البحوث وتأسيس المؤسسات وإقرار التعليمات والقوانين والقيام بالجهد الإعلامي الذي من شأنه الإسهام في حماية الأطفال ذوي الإعاقة من الإساءة، ويوفر الخدمات الصحية والنفسية لمن قد يتعرض للإساءة منهم.

1. Exceptionality, education and maltreatment, Sobsey (2002).

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى

- 1) فحص تصورات المدرء والمدرسين العاملين في مدارس الأطفال ذوي الإعاقة في سلطنة عمان المرتبطة بقدرتهم على تمييز إشارات الإساءة الجنسية والجسدية على الأطفال.
- 2) التعرف على حدوث الإساءة بين الأطفال ذوي الإعاقة من وجهة نظر المدرء والمدرسين العاملين مع الأطفال ذوي الإعاقة.
- 3) التعرف على التدريب الذي تلقاه العاملين مع الأطفال ذوي الإعاقة فيما يتعلق بموضوع الإساءة على الأطفال.
- 4) التعرف على ما يمتلكه العاملين مع الأطفال ذوي الإعاقة من معرفة ترتبط بالجهات التي تقدم خدمات الحماية والرعاية للأطفال ذوي الإعاقة الذين يتعرضوا للإساءة.
- 5) التعرف على ما يمتلكه العاملين مع الأطفال ذوي الإعاقة من معرفة ترتبط بدورهم في حماية الأطفال ذوي الإعاقة من الإساءة.

أسئلة الدراسة:

تسعى الدراسة الحالية الإجابة على الأسئلة التالية:

- 1) ما هي تصورات المدرء والمدرسين العاملين في مدارس الأطفال ذوي الإعاقة في سلطنة عمان المرتبطة بقدرتهم على تمييز إشارات الإساءة الجنسية والجسدية على الأطفال؟
- 2) ما نسبة حدوث الإساءة بين الأطفال ذوي الإعاقة من وجهة نظر المدرء والمدرسين العاملين مع الأطفال ذوي الإعاقة؟
- 3) ما التدريب الذي حصل عليه العاملين مع الأطفال ذوي الإعاقة المرتبط بموضوع الإساءة على الأطفال.
- 4) ما المعلومات التي يمتلكها العاملون مع الأطفال ذوي الإعاقة المتعلقة بالجهات التي تقدم خدمات الحماية والرعاية للأطفال المعاقين الذين يتعرضوا للإساءة.
- 5) ما المعلومات التي يمتلكها العاملون مع الأطفال ذوي الإعاقة المتعلقة بدورهم في حماية الأطفال ذوي الإعاقة من الإساءة.

مصطلحات الدراسة:

التصورات: تعرف بأنها نتاج أو مسار نشاط ذهني يقوم الفرد من خلاله بإعادة بناء الواقع كما واجهه ويعطيه معنى خاص (1). كما أن التصور عملية بناء وتركيب يقوم بها الفرد من خلال الإدراك والفكر وذلك عن طريق استدخال موضوع خارجي على المستوى الذاتي ويقوم بربطه كع مواضيع موجودة مسبقاً (2).

وتعرفه خروف (2006) إجرائياً بأنه " عملية ونشاط ذهني يشكل نظاماً لمعارف حول موضوع ما والتي تمثل محتوى عملية التصور. ويختلف هذا البناء من فرد إلى آخر حسب مجموعة من العوامل الذاتية والموضوعية والاجتماعية التي تتعلق بالفرد وبيئته والمواقف التي يتواجد بها (1). وتهتم الدراسة الحالية بتصورات معلمي ومدراء الأطفال ذوي الإعاقة المرتبطة بموضوع الإساءة للأطفال ذوي الإعاقة.

الإساءة الجسدية: تُعرف الإساءة الجسدية، بأنها الأذى الجسدي الذي يلحق بالطفل على يد أحد والديه أو ذويه، وقد لا ينجم بالضرورة عن رغبة متعمدة في إلحاق الأذى بالطفل، بل قد ينتج عن أساليب تربية قاسية أو عقوبات بدنية (2). ويعتبر كل عنف إساءة جسدية إذا تسبب في أذى للطفل، ويشمل ذلك الضرب بأداة أو بقبضة اليد واللطم والحرق والصفع والخنق والإغراق والرض والعض، وإن لم تسفر عن جروح أو كسور بدنية ظاهرة (3).

يذكر ديوبويتز ودييانفيليس (2000) Dubowitz & Depanfilis مجموعة من المؤشرات التي قد تشير إلى تعرض الطفل للإساءة الجسدية وهي: وجود آثار للجروح، وحروق أو رضوض متكررة غير مبررة. وتبرير غير منطقي للآثار الظاهرة وإعطاء أسباب مختلفة ومتعددة لها، والهروب المتكرر، والخوف من الفحص الطبي أو الكشف السريري، وميول لتدمير الذات، وتذبذب متطرف بين العدوانية الشديدة والاستسلام، والتبول الليلي اللاإرادي، وقلة أو انعدام الثقة بالذات والقدرات الذاتية، وغياب مدرسي متكرر، والحمول وعدم قبول التحدي، والخوف من أي قرب جسدي من الآخرين، زالخوف من أن يتم الاتصال بالشخص المعتدي (4).

الإساءة الجنسية: عُرفت الإساءة الجنسية من قبل منظمة الصحة العالمية (1986) على أنها "استخدام الطفل بطريقة غير مشروعة بهدف الحصول على اللذة الجنسية لراشد أو مراهق". وقد تنطوي هذه الإساءة على أشكال عدة منها (5)

- 1) التحرش الجنسي: ملامسة الطفل أو حمله على ملامسة المتحرش جنسياً، أو كشف الأعضاء التناسلية، أو إزالة الملابس والثياب عن الطفل، أو التلصص على الطفل، أو تعريضه لصور أو أفلام إباحية.
- 2) الاتصال الجنسي: وهو قيام فرد راشد باتصال جنسي مع طفل.
- 3) الشذوذ الجنسي: وهو الاعتداء الجنسي الشاذ على طفل من قبل فرد راشد مماثل له في الجنس.
- 4) الاستغلال الجنسي: وهو قيام الراشد بإغراء واستدراج الطفل لاستغلاله جنسياً، مثل بغاء الطفل، وتوزيع صور إباحية.
- 5) سفاح الأقارب: وهو قيام أحد الأبوين أو الأقارب بعمل علاقة جنسية مع أحد أطفالهم.
- 6) الاغتصاب: وهو تعرض الطفل للإساءة الجنسية بالقوة من قبل أي فرد راشد.

1. تصورات العمل لدى إطارات الهيئة الوسطى والعمال المنفذين دراسة ميدانية مقارنة بين مؤسسة إنتاجية وخدمية (2006).
2. وزارة التربية والتعليم المملكة الأردنية الهاشمية (2007).
3. موقع مجموعة المساندة لمنع الاعتداء على الطفل والمرأة. www.musanadah.com.
4. Handbook for Child Protection Practice. Dubowitz & Depanilis (2000).
5. وزارة التربية والتعليم المملكة الأردنية الهاشمية (2007).

يذكر ديوبويتز وديبانفيليس (2000) Dobowitz & Depanilis مجموعة من المؤشرات التي قد تشير إلى تعرض الطفل للإساءة الجنسية وهي: التصرف بشكل يوحى بمعرفة قضايا جنسية لا تتلاءم وعمر الطفل، والآم في الأعضاء التناسلية، والاكتماب، ومحاولات الانتحار، أو انعدام الثقة بالذات، والنكوص إلى مسلكيات الأصغر سناً مثل مص الأصبع، واضطراب الأكل، كفقدان الشهية، أو الإقبال غير الطبيعي على الأكل، وعدم القدرة على التركيز. وعدم الثقة أو الخوف بشكل مباشر من أحد الأشخاص الذين يرتبط بهم الطفل، التبول اللاإرادي، ورسم صور لمشاهد جنسية، التصرف مع الأخوة والأصدقاء بطريقة حميمة (1).

التعريف الإجرائي: تعرف تصورات مدراء ومدرسي الأطفال ذوي الإعاقة المرتبطة بمجالات الإساءة بين الأطفال ذوي الإعاقة إجرائياً بتكرارات ونسب درجات المشاركين على المقياس المعتمد في الدراسة الحالية.

محددات الدراسة:

تحدد نتائج هذه الدراسة بطبيعة الدراسة وبطبيعة العينة وأداة القياس المستخدمة فيها وتشمل هذه المحددات:

(1) الدراسة استطلاعية اعتمدت نتائجها على التكرارات والنسب المئوية وبالتالي فهي تقدم نتائج أولية، ويمكن أن يعمق الفهم لبيانات هذه الدراسة من خلال استخدام معالجات إحصائية أخرى.

(2) مجتمع الدراسة محصور بمدراء ومعلمين ثلاث مدارس للأطفال ذوي الإعاقة في مدينة مسقط عاصمة سلطنة عمان، وهي: المدرسة الفكرية للمعاقين عقلياً، ومدرسة الأمل للصم، ومدرسة عمر بن الخطاب للمكفوفين، حيث يمكن أن تختلف نتائج الدراسة باختلاف مجتمع الدراسة، استناداً إلى العديد من الخصائص والمتغيرات المرتبطة بالأفراد العاملين مع الأطفال ذوي الإعاقة كمؤهلاتهم العلمية، والتدريب المرتبط بموضوع الإساءة وغيرها من العوامل. كما أن حجم العينة كان صغيراً، وعينة غير عشوائية وبالتالي قد تكون غير ممثلة لمجتمع المدراء والمدرسين العاملين مع الأطفال ذوي الإعاقة.

(3) أن نتائج الدراسة محصورة بالأداة المستخدمة في الدراسة، حيث استخدمت الدراسة استبيان تقرير ذاتي يعكس آراء ومعرفة وخبرات المشاركين الخاصة، كما أنها لم تستعمل في دراسات سابقة، وهي من تصميم الباحثة وتم الاقتصار على استخراج الصدق الظاهري لها، وربما يعكس استخدام أدوات أخرى نتائج مختلفة.

الدراسات السابقة

بالاطلاع على الدراسات السابقة التي تناولت الظاهر موضوع الاهتمام يمكن عرض الدراسات السابقة في أربعة محاور كما يأتي: الإساءة بين الأطفال ذوي الإعاقة، والعوامل الصارمة للإساءة الموجهة للأطفال ذوي الإعاقة، وتأثير الإساءة على حياة الطفل، وتدريب المهنيين كوسائل لتمييز الإساءة الموجهة للأطفال ذوي الإعاقة.

Handbook for Child Protection Practice. Dubowitz & Depanfilis (2000).1

الإساءة بين الأطفال ذوي الإعاقة:

يوجد القليل من الدراسات التي تشير إلى أن الأطفال ذوي الإعاقة أكثر عرضة للإساءة مقارنة بالأطفال غير ذوي الإعاقة، إلا أن نقص الدليل لا يعني بالضرورة أن الأطفال ذوي الإعاقة ليسوا في خطر أكبر للإساءة مقارنة بالأطفال غير المعاقين، إنما قد يعني ضعف الاهتمام بهذه الفئة من الأطفال. فقد أشار سوبسي وزملاءه Sobsey, et al., (1997) أن تعرض الأطفال ذوي الإعاقة للإساءة يزيد إلى الضعف مقارنة بالأطفال العاديين. كما ذكروا بأن هناك اختلاف في نوع الإساءة ترتبط بالجنس بين الأطفال ذوي الإعاقة، حيث وجدوا أن ما نسبته (21%) من الأطفال ذوي الإعاقة الذكور يتعرضوا للإساءة الجسدية مقابل ما نسبته (7,7%) من الإناث يتعرضون للإساءة الجسدية. إضافة إلى أن الذكور يواجهون على الأرجح إساءة جسدية أكثر حدة مقارنة بالإناث من ذوي الإعاقة، بينما يتعرض الإناث ذوي الإعاقة إلى إساءة جنسية أكثر من الذكور ذوي الإعاقة. إلا أن نتائج بحث سوبسي وزملاءه أظهرت أن العدد الإجمالي لضحايا الإساءة بين الأطفال ذوي الإعاقة بعيداً عن نوع الإساءة يتساوى بين الذكور والإناث (1).

كما وجد سويليفان وكنيوتسون (2000) Sullivan & Knutson أن الأطفال الذين تم تمييزهم في مدارسهم على أنهم يحتاجون لخدمات تعليم خاصة من المحتمل أن يتعرضوا للإساءة أكثر ب (3,4) مرة مقارنة بالأطفال الذين لم يتم تمييزهم على أنهم يحتاجون لخدمات تعليم خاصة. وهذا يعني بأن تقريباً (22%) أي ربع الأطفال الذين يتعرضون للإساءة صنفوا على أنهم يحتاجون إلى خدمات تعليم خاصة، وتقريباً ثلث (31%) من الأطفال في التعليم الخاص كانوا قد تعرضوا للإساءة خلال مرحلة الطفولة (2).

ويعرض المختصون ثلاثة فرضيات توضح السبب لزيادة خطر تعرض الأطفال المعاقين للإساءة هي:

الفرضية الأولى: احتمالية أن الإساءة على الطفل تكون سبباً مهماً للإعاقة. حيث إن العديد من حالات الإعاقة يمكن أن تكون نتيجة للإساءة التي يتعرض لها الطفل خلال مرحلة الطفولة (3).

الفرضية الثانية: احتمالية أن وجود الإعاقة لدى الطفل تزيد من خطر تعرضه للإساءة بطريقة ما. فقد وجد سوبسي وزملاءه (1997) Sobsey, et al., أن الأطفال الذين يمتلكون مهارات اتصال ضعيفة، والذين لا يمتلكون مهارات اتصال، والذين لا يمتلكون مهارات الدفاع عن الذات، أكثر احتمالية لأن يكونوا عرضة للإساءة الجنسية. ولاحظوا أن الأفراد ذوي الإعاقة يتعرضوا للإساءة الجنسية أكثر بمرّة ونصف من الأشخاص من غير ذوي الإعاقة، ذلك أن الأطفال ذوي الإعاقة يفتقرون إلى القوة ومهارات التفادي والهروب من المعتدي، كما يفتقرون إلى مهارات مقاومة المعتدين الأقوياء (4). كما وجد كيندال-تاتشجرت وزملاءه (2005) Kendall-Tackett, et al., أن الأطفال ذوي الإعاقة يظهروا صعوبة كبيرة في الاتصال مع أفراد الجهة التي تقدم لهم الحماية. كما وجدوا أن الطفل من ذوي الإعاقة لا يدرك أن ما يتعرض له من إساءة شيء خطأ (5).

Gender differences in abused children with and without disabilities, Sobsey, Randall. & Parrila (1997).1

Exceptionality, education and maltreatment, Sobsey (2002).2

Exceptionality, education and maltreatment, Sobsey (2002).3

Gender differences in abused children with and without disabilities, Sobsey, Randall. & Parrila (1997).4

Why child maltreatment researchers should include children's disability status in their maltreatment studies,5

Kendall-Tackett, Lyon, Taliaferro & Little (2005)

الفرضية الثالثة: احتمالية أن نفس العوامل السببية التي تزيد من خطر وجود الإعاقة لدى الطفل، تزيد من الإساءة عليه. حيث وجد فيرديوجو وبيرميجو (1995) Verdugo & Bermejo, أن الآباء الذين يسوؤون لأطفالهم من ذوي الإعاقة لديهم واحد أو أكثر من العوامل التي تعرض في العديد من الدراسات كأسباب أو عوامل متبعية للإعاقة والإساءة. ومن هذه العوامل: الإدمان على الخمر، والاضطرابات النفسية، والتأخر العقلي، والصراعات بين الأزواج، والمرض الجسدي. والمستوى الاجتماعي والاقتصادي للعائلة كان عاملاً متنبأً قوي للإساءة للأطفال المعاقين، حيث وجدوا أن الإساءة التي يتعرض لها الطفل المعاق تكون أكثر شدة داخل العائلات الأكثر انخفاضاً في المستوى الاجتماعي والاقتصادي. كما وجدوا أن هذه العائلات لا تعاني من تدني المستوى الاجتماعي والاقتصادي فقط، ولكن الوالدين فيها كان لديهم انخفاضاً في المستوى التعليمي أيضاً (1).

العوامل الضارة للإساءة الموجهة للأطفال ذوي الإعاقة:

الإساءة التي يتعرض لها الأطفال لها نتائج سلبية على جميع الأطفال سواء كانوا من ذوي الإعاقة أو غير ذوي الإعاقة. حيث وجد سوبسي (2002) Sobsey أن الإساءة مضرّة لجميع الأطفال، إذ أنها تؤدي إلى العديد من النتائج الضارة كالمشاكل التربوية الشديدة (2). وقد وجدت مانسيل وزملاءها (1998) Mansell, et al., أن الأطفال ذوي الإعاقة الذين كانوا ضحايا للإساءة الجنسية مالوا إلى عرض الكثير من المشاكل والاضطرابات السلوكية والانفعالية: كالسلوك العدواني، والغضب غير الملائم، وسلوك السيطرة، وإيذاء الذات. والتي يفهم منها ضمناً أن ضعف الإجراءات

والبيئة الأكثر تقيداً قد لا تكون مساعدة للتعامل مع مشاكل الأطفال السلوكية والانفعالية، مع أن الأطفال ذوي الإعاقة ومن ضمنهم الأطفال الذين ذوي الإعاقات الشديدة يستفيدون من التسهيلات البيئية في حال توافرها (3). ويشير كوكو وستاندين (2002) Cooke & Standen إلى عامل ضار آخر للإساءة للأطفال ذوي الإعاقة. حيث يذكر بأنه يتم الاعتراف بإعاقة الطفل بسهولة أكثر من الاعتراف لتعرضه للإساءة. حيث ينظر إلى الكدمة التي تظهر على الطفل من ذوي الإعاقة على أن الطفل أحرق، وأنه غير قادر على المشي أو اللعب بشكل صحيح دون التعرض لاحتمالية تعرض الطفل للإساءة. كما ينظر إلى السلوك الجنسي غير الملائم الذي يعرض من قبل الطفل ذوي الإعاقة، كسلوك يرتبط بكون الطفل لديه صعوبة تعلم (4). ويرى ووستيرهورن وكيندرايك (2001) Oosterhoorn & Kendrick أن الأشخاص المحيطين بالأطفال المعاقين ليس لديهم إدراك كافي فيما يتعلق بأن الأطفال ذوي الإعاقة أكثر عرضة للإساءة من غيرهم، لذلك فإنهم يميلوا إلى ربط المؤشرات التي قد تشير إلى تعرض الشخص للإساءة إلى أنها انعكاس لشيء آخر عند الأطفال ذوي الإعاقة. كما أن المظهر الجسدي للطفل، وطرق الاتصال غير الشفهية لديه تخلق موانع إضافية تحول دون التنبؤ لتعرض الطفل من ذوي الإعاقة للإساءة (5).

The maltreatment of intellectually handicapped children and adolescents, Verdugo & Bermejo, (1995).1

Exceptionality, education and maltreatment, Sobsey (2002).2

Exceptionality, education and maltreatment, Sobsey (2002).3

Abuse and disabled children: Hidden need, Cooke & Standen, (2002).4

No sign of harm: Issues for disabled children communicating about abuse, Oosterhoorn & Kendrick (2001)5

كما يذكر هاميلتون وزملاءه (1987) Hamilton, et al., أن الأطفال من ذوي الإعاقة العقلية والجسدية يحتاجون لرعاية أكثر من الوالدين ومقدمو الرعاية، بالإضافة إلى أنهم يحتاجون لمتطلبات مالية أكثر، الأمر الذي يؤدي إلى الإزعاج العاطفي للوالدين ومقدمي الرعاية. وهذه العوامل والمتضمنة إعاقه الطفل، مع الضغط الذي يتعرض له الوالدين ومقدمي الرعاية، إضافة إلى ضعف الطفل يجعل الإساءة الموجه للطفل من ذوي الإعاقة أكثر بروزاً مقارنة بالأطفال من غير ذوي الإعاقة (1).

وقد دعم ووستيرهورن وكيندرايك ووستيرهورن وكيندرايك ووستيرهورن وكيندرايك Oosterhoorn & Kendrick (2001) فكرة أن اعتماد الأطفال ذوي الإعاقة على الآخرين يمثل عامل ضار آخر للإساءة للأطفال ذوي الإعاقة، حيث ذكر "أن تلك التبعية والاعتماد من الأطفال ذوي الإعاقة على شبكة عريضة من مقدمي الرعاية والراشدين الآخرين يزيد من ضعفهم. حيث أن هذا الاعتماد على الآخرين يكون دائم في أغلب الأحيان، ويكبر الأطفال ذوي الإعاقة مع الناس الذين يلمسون الأجزاء الخاصة من جسدك كجزء من الحياة اليومية، فنشاطات الرعاية العميقة مثل الاستحمام، والإخراج يعطي المسيء سبب محتمل للشروع بلمس الطفل (2).

تأثير الإساءة على حياة الطفل:

الإساءة للأطفال لها تأثير سلبي على حياة الطفل بصرف النظر عن معاناته من الإعاقة. فقد وجد فايني (1991) أن الأطفال الذين لديهم تقدير ذات منخفض، والمهددين، والذين لديهم اضطرابات انفعالية، يمكن أن يتضرروا نفسياً كنتيجة لتعرضهم للإساءة بطريقة تؤثر على تفاعلاتهم مع نظائريهم داخل مدارسهم وفي مجتمعاتهم. كما ذكر أن الأطفال ضحايا الإساءة والذين يشهدوا الصراع بين الوالدين يكونون في خطر متزايد لمجموعة متنوعة من التعقيدات الشخصية والاجتماعية التي يمكن أن تستمر لمدة بعيد (3).

وقد وجد (Sobsey, 2002) أن الإساءة للأطفال يساهم في الصدمة النفسية والنفس جسدية. حيث إن الأطفال الذين يتعرضون للإساءة يعانون من اضطراب قلق ما بعد الصدمة post-traumatic stress disorder هذه النتائج تتضمن تأثيرات اجتماعية وانفعالية وسلوكية، والتي تشمل -ولكنها لا تقتصر على- الانسحاب، والعدوان، والسلوك غير الملائم جنسياً، والاكتماب، واضطرابات النوم، وتضرر صورة الذات (4).

كما أظهرت أن نتائج دراسة سيوللبفان وكنتسون (Sullivan & Kntson, 2002) أن الإساءة تزيد من مشاكل التعلم كالمشاكل الإدراكية لدى الطفل. حيث وجد أن الأطفال غير ذوي الإعاقة من ضحايا الإساءة خلال مرحلة الطفولة أحرزوا نتائج اختبار شفوي وغير شفوي أكثر انخفاضاً، وقد بلغ هذا الانخفاض (15%) مقارنة بالأطفال الذين لم يتعرضوا للإساءة. واستناداً إلى ذلك، اقترحا بأن الأطفال الذين يتعرضون للإساءة في الطفولة يميلوا إلى إظهار العديد من صعوبات التعلم (5).

A multilevel comparison of comparison of child abusers with non-abusers, Hamilton, Stiles, Melowsky & 1
Beal (1987)

No sign of harm: Issues for disabled children communicating about abuse, Oosterhoorn & Kendrick (2001)2

Intervening with abusing parents of handicapped children, Fine, (1991).3

Exceptionality, education and maltreatment, Sobsey (2002).4

Exceptionality, education and maltreatment, Sobsey (2002).5

وعلى الرغم من أن الاهتمام بتأثير الإساءة على لعب الأطفال كان قليلاً أو يكاد يكون معدوماً. إلا أن كووبير (Cooper, 2000) يرى أن الإساءة الموجهة للأطفال لها تأثير كبير على اللعب لديهم. حيث أشار إلى أن الطفل عندما يشعر بالأمان في البيت والمجتمع يكون قادر على اللعب والتطور والتعلم كفرد مؤهل. ويرى أن الإساءة تتحدى هذه التوقعات والفرضيات المرتبطة بالتطور الطبيعي للطفولة. فالإساءة يمكن أن تعيق فرصة الطفل للعب، وبالتالي فإن التجارب والخبرات التي يمكن أن يكتسبها الطفل من خلال اللعب تتناقض. وقد أوضح كووبير (Cooper 2000) تأثير الإساءة على حياة الطفل من خلال تأثيرها على اللعب بقوله "أن اللعب يساعد الطفل على تطوير إحساسه الخاص بالذات، ومهاراته الاجتماعية. كما أن تجارب التفاعلات الإيجابية خلال اللعب يزيد الثقة بين الطفل وبيئته وعندما ينشأ الطفل في بيئة يشيع فيها العنف والإساءة، فإن عدم قابلية الطفل لتطوير هذه المهارات خلال اللعب ستمدد إلى أي حالة اجتماعية جديدة يصبح الطفل جزء منها لاحقاً. وبالتالي فإن تطور الثقة والشعور بالأمان في البيئات الاجتماعية الجديدة كالمدرسة سيعرقل". كما يرى أن نوع الإساءة التي يتعرض لها الطفل ستؤثر على نوع

السلوك الذي سيعرضه الطفل كنتيجة لهذه الإساءة، حيث يرى أن الإساءة الجسدية ستؤدي بالطفل إلى لوم ذاته على ما حدث له، وبالتالي سيقوم بإيذاء ذاته، وبعد ذلك سيؤدي بالطفل إلى أن يعرض سلوكاً تدميراً مثل: عرقلة لعب الأطفال الآخرين، وتحطيم الألعاب متعمداً، والانشغال بسلوك نكوصي. في حين أن الطفل الذي يتعرض للإساءة العاطفية المتمثلة بالإهمال، سيصبح أكثر تيقظاً، حيث سيكون لديه وعياً متزايداً من الإحاطة والترقب، وهذا سيؤثر على فضول الطفل للعب، وانحراف انتباهه لمراقبة بيئته بشكل مستمر تحسباً لأي خطر محتمل. وهذا يؤدي إلى مجموعة من النتائج السلبية ومنها: نقص اللعب المشبع، وسيطرة غير مناسبة في اللعب، وسلوك لعب مشوش، وضعف الاستمتاع والاهتمام باللعب. وبالتالي فإن الأطفال الذين ينشئون في بيئات مهملة يكونوا أكثر احتمالية لأن يعاقق لديهم تطوير مهارات التكيف مع الحياة الاجتماعية، وذلك كنتيجة لحرمانهم من فرص اللعب الإيجابية (1).

تدريب المهنيين كوسائل لتمييز الإساءة الموجهة للأطفال ذوي الإعاقة:

يذكر سوينسون وسبرات (Swenson & Spratt, 1999) أن هناك عدد من العوامل التي قد تعيق المهنيين العاملين مع الأطفال من تمييز حالات الإساءة التي قد يتعرض لها الأطفال، ونتيجة لذلك فإن التدخلات الوقائية والعلاجية قد تعاق. ومن بين تلك العوامل المعيقة: قيود الوقت، وضعف فهم الأدوار، والسرية، وسياسات المؤسسة، ونقص التدريب للعاملين مع الأطفال (2).

ويرى كوووير (Cooper, 2000) أن عدم الكشف المكبر للإساءة للأطفال يؤدي إلى مجموعة من التأثيرات السلبية: كتأخر النمو، وعدم تطوير مهارات المقاومة الاجتماعية والنفسية. كما يرى أنه لمنع مثل هذه المخاطر من الحدوث ينبغي على المهنيين العاملين مع الأطفال أن يكونوا متيقظين لأي إشارات قد تشير إلى تعرض الطفل للإساءة، وأن يكونوا متفهمين لأي مؤشرات لفظية أو سلوكية تظهر من قبل الطفل قد تشير لتعرضه للإساءة (3).

The impact of child abuse on children's play: A Conceptual Model, Cooper, (2000).1
Identification and treatment of child physical abuse through medical and mental health collaborations,2
Swenson & Spratt, (1999).

The impact of child abuse on children's play: A Conceptual Model, Cooper, (2000).3
ويشير كوكوي وستاندين (Cooke & Standen, 2002) أن درجة الصعوبة لتمييز مؤشرات الإساءة تتفاقم بين الأطفال ذوي الإعاقة، ذلك أن الإساءة للأطفال تم تعريفه كأعراض إجمالية ولم تناقش أو يتم تعريفها إلى الآن بخصوصية للأطفال ذوي الإعاقة (1).

وفي حين يؤكد رياناجير وزملاءه (Reiniger, et al., 1995) أن جميع المهنيين العاملين مع الأطفال مخولين للتبليغ عن أي شك للإساءة، إلا أنهم لاحظوا أن نسبة الحالات المبلغ عنها للإساءة الموجهة للأطفال لم تزداد عبر السنوات. ويشيروا إلى أن ضمن إحصائيات عام 1986 كان هناك (44%) من حالات الإساءة الموجهة للأطفال تم التبليغ عنها من قبل مكاتب الصحة العامة والمحاكم، و (28%) فقط من حالات الإساءة تم التبليغ عنها من قبل

المستشفيات، ومراكز الرعاية اليومية، والمدارس، والخدمات الاجتماعية. وعلى الرغم من أن انخفاض نسبة التبليغ عن حالات الإساءة قد يفسر بالانخفاض الفعلي لحالات الإساءة الموجهة للأطفال، إلا أن رياناجير وزملاءه عرضوا سببين لنسب التبليغ المنخفضة للإساءة الموجهة للأطفال: أولهما عدم معرفة المهنيين العاملين مع الأطفال لمؤشرات الإساءة، وكيف يبحثون عن تلك المؤشرات. وثانيهما عدم معرفة المهنيين العاملين مع الأطفال لجهة التبليغ وكيفية التبليغ عن حالات الإساءة المؤكدة أو المحتملة على الأطفال. كما رياناجير وزملاءه أن الدراسة التي تم إجرائها على مجتمع نيويورك "لمنع الوحشية على الأطفال"، وجدت أن مهني الصحة العقلية كان لديهم معرفة أفضل فيما يتعلق بالتبليغ عن حالات الإساءة المحتملة على الأطفال مقارنة بالمهنيين الآخرين، بما فيهم المعلمين الذين كان لديهم القليل من المعرفة أو لا يمتلكون معرفة مطلقاً ترتبط بكيفية يبلغون عن الإساءة الموجهة للأطفال (2).

في حين وجد سوبسي (2002) Sobsey، أن موظفي المدرسة يميلوا إلى التبليغ عن حالات الإساءة الموجهة للأطفال المعاقين على قاعدة أكثر شمولاً مقارنة بالأطفال غير المعاقين. حيث أظهرت نتائج دراسته أن نسبة التبليغ عن حالات الإساءة بين الأطفال ذوي الإعاقة من قبل موظفي المدرسة كان (36,2%) مقارنة بنسبة تبليغ بلغت (21,3%) بين الأطفال من غير ذوي الإعاقة (3).

التعقيب على الدراسات السابقة

من خلال استقراء الدراسات السابقة يمكن استنتاج ما يلي:

- 1) الأطفال المعاقين أكثر عرضة للإساءة بسبب ضعفهم، وحقائق أنهم لا يمتلكون مهارات الدفاع عن النفس، ومهارات المقاومة، وحقائق أنهم لا يستطيعون الاتصال مع الآخرين بشكل صحيح.
- 2) أن الكشف المبكر ومن ثم التبليغ عن حالات الإساءة يزداد صعوبة بين الأطفال المعاقين. وذلك كنتيجة لمجموعة من العوامل والتي من أهمها الميل إلى الاعتراف بإعاقة الطفل أكثر من الإساءة. حيث يؤدي ذلك إلى تفسير المؤشرات التي قد تشير إلى تعرض الطفل المعاق للإساءة إلى ربطها بإعاقتهم، مما يزيد احتمالية إهمال تلك المؤشرات مثل الكدمات والحدوش العميقة، أو الحروق.

Abuse and disabled children: Hidden need, Cooke & Standen, (2002).1

Mandated training of professionals: A means for improving reporting of child abuse, Reiniger,, Robison &2
McHugh (1995)

Exceptionality, education and maltreatment, Sobsey (2002).3

- 3) أن الإساءة بجميع أنواعها لها نتائج وتأثيرات سلبية اجتماعية ونفسية وسلوكية على جميع الأطفال الذين يتعرضون للإساءة. إلا أن تلك النتائج والتأثيرات السلبية تزداد خطورة وعمقاً عند بعض الفئات من الأطفال الأكثر ضعفاً ومن بينهم الأطفال المعاقين، والتي تحول مجموعة من العوامل المختلفة المرتبطة بالطفل نفسه، أو بيئته، من الكشف المبكر عن حالات الإساءة ومن ثم تقل فرصتهم لتلقي الخدمات الوقائية والعلاجية التي قد تحميهم أو تخفف من أثار تلك النتائج السلبية.

4) ضعف الأطفال المعاقين يزيد من مسؤولية المهنيين العاملين معهم في حمايتهم من الإساءة، إلا أن نقص التدريب للمهنيين العاملين مع الأطفال المعاقين يحول دون تمييزهم لمؤشرات الإساءة المحتملة أو المؤكدة، أو لا يعرفون كيف يبلغوا عن تلك الحالات أو الجهة المخولة بالتبليغ.

5) إن تزويد التدريب الكافي والمناسب للمهنيين العاملين مع الأطفال بما في ذلك: التدريب على مؤشرات الإساءة، وعلى كيف يبلغوا عن حالات الإساءة، والجهة التي يمكن أن يتصلوا معها، وعلى كيف يفحصوا وقيموا الإساءة الموجهة للأطفال بشكل ملائم، ضروري لضمان سلامة الأطفال. حيث أن الكشف والتبليغ عن حالات الإساءة بين جميع الأطفال ومن ضمنهم الأطفال المعاقين سيزداد، ومن ثم فإن الخدمات والإجراءات الوقائية والعلاجية المناسبة سيتم تزويدها.

منهجية الدراسة وإجراءاتها

المنهج:

تم استخدام تصميم استطلاعي كمي للدراسة الحالية.

مجتمع وعينة الدراسة:

العينة في الدراسة الحالية لم تكن عينة عشوائية. وقد بلغ مجموع العينة (102) فرد شاركوا في الإجابة على استبيان الإدارة الذاتي بناء على الموافقة المطلعة، توزعوا على ثلاثة مدارس للأطفال ذوي الإعاقة في مدينة مسقط هي: المدرسة الفكرية لذوي الإعاقة العقلية، ومدرسة الأمل للصم، ومدرسة عمر بن الخطاب للمكفوفين.

وقد حصلت الباحثة على موافقة مكتوبة من قبل وزارة التربية والتعليم في سلطنة عمان لتطبيق أداة الدراسة على مرحلتين، المرحلة الأولى: الموافقة من قبل مكتب التطوير والبحوث في وزارة التربية والتعليم. والمرحلة الثانية: الموافقة من قبل دائرة التربية الخاصة في وزارة التربية والتعليم. وقد تم اختيار المشاركون في هذه الدراسة استناداً إلى المسمى الوظيفي للمشاركين كمدراء أو معلمين للأطفال ذوي الإعاقة. وبلغ عدد المشاركين استناداً إلى الموافقة المطلعة من المدرسة الفكرية للإعاقة العقلية (35) مشارك، (34) معلم ومعلمة و (1) مديرة المدرسة، و (32) مشارك من مدرسة الأمل للصم، (31) معلم ومعلمة و (1) مديرة المدرسة، و (35) مشارك من مدرسة عمر بن الخطاب للمكفوفين (34) معلم ومعلمة و (1) مديرة المدرسة.

أداة القياس:

تم تصميم استبيان الإدارة الذاتي من قبل الباحثة بالاستعانة بالدراسات السابقة. وتكون الاستبيان من ثلاثة أجزاء.

الجزء الأول بيانات الديمغرافية للمشارك مثل: المسمى الوظيفي، والفئة العمرية، والانتماء العرقي، والخبرة العملية مع الأطفال المعاقين.

الجزء الثاني تكون من (12) فقرة تعكس ما يمتلكه المشارك من: معرفة وخبرات وتصورات خاصة ترتبط بالإساءة الجنسية والجسدية بين الأطفال ذوي الإعاقة. وقد تم استعمال مقياس من نوع ليكرت لهذا الجزء من الاستبيان، حيث طلب من المشاركين تقدير أجوبتهم على مقياس من (1-5) بوضع إشارة بمحاذاة الفقرة أسفل بديل الإجابة الذي يمثل رأي المشارك الشخصي. حيث مثل البديل (1) موافق بشدة، والبديل (2) موافق، والبديل (3) لا أعرف، والبديل (4) غير موافق، والبديل (5) غير موافق بشدة.

الجزء الثالث تكون من حالتين افتراضيتين تعكس معرفة المشارك الخاصة للجهة التي يتصل معها في حالة الإساءة الجنسية أو الجسدية المحتملة الموجهة للطفل ذوي الإعاقة، كما يعكس رأي المشارك الخاص حول ما يعتبره إساءة تستدعي تدخله لحماية الطفل. وقد ارتبط بكل حالة افتراضية ثلاث فقرات، طلب من المشاركين تقدير أجوبتهم لكل فقرة على مقياس من (1-5) بوضع إشارة بمحاذاة الفقرة أسفل بديل الإجابة الذي يمثل رأي المشارك الشخصي. حيث مثل البديل (1) موافق بشدة، والبديل (2) موافق، والبديل (3) لا أعرف، والبديل (4) غير موافق، والبديل (5) غير موافق بشدة. حيث كان المقياس المستخدم لهذا الجزء من الاستبيان مقياس من نوع ليكرت أيضاً.

وحيث أن أداة القياس من تصميم الباحثة، فإن خصائص الأداة السيكومترية من صدق وثبات غير معروفة سابقاً. وقد عملت الباحثة على استخراج الصدق الظاهري للأداة، وذلك من خلال عرضه على (7) من المحكمين المختصين، وتراوح معامل الاتفاق بين المحكمين على فقرات المقياس ما بين (0.76-1.0). وقد تم تعديل صياغة ثلاثة فقرات بناء على إجماع المحكمين. حيث تم تعديل صياغة كل من الفقرات (8، 9، 11) من فقرات الجزء الثاني للمقياس، وذلك لوجود إجماع بين المحكمين أن صياغة هذه الفقرات يجاب عليها بخيارات الإجابة (نعم أو لا). ومثلت الفقرات التي تم تعديلها مع صيغة التعديل الفقرات التالية:

1- الفقرة رقم (8) حصلت على تدريب يتعلق بتمييز إشارات الإساءة بين الأطفال المعاقين.

التعديل: من الضروري أن يحصل العاملين مع الأطفال المعاقين على تدريب يتعلق بتمييز إشارات الاعتداء.

2- الفقرة رقم (9) حدث وأن استعنت بإحدى مؤسسات الرعاية الصحية أو النفسية التي تقدم الخدمات للأطفال المساء إليهم.

التعديل: ينبغي التعاون مع مؤسسات الرعاية الصحية والنفسية التي تقدم الخدمات للأطفال المساء إليهم.

3- الفقرة (11) حدث وأن تعرض أطفال للإساءة من ضمن الأطفال المعاقين الذين أشرف عليهم السنة الماضية.

التعديل: أن الأطفال المعاقين أكثر عرضة للتعرض للإساءة مقارنة بنظرائهم غير المعاقين.

كما تم استخراج معامل الثبات باستخدام معامل الاتساق الداخلي وتراوحت قيم ألفا كرونباخ لأجزاء الأداة بين (70, إلى 82,)

الاجراءات والتحليل الإحصائي:

الإجراءات: بعد أن حصلت الباحثة على الموافقة المكتوبة من الجهات المختصة، وجمعت المعلومات لأساسية من وزارة التربية والتعليم في سلطنة عمان، توجهت الباحثة إلى المدارس الثلاث المتوفرة لذوي الإعاقة بسلطنة عمان في مدينة مسقط وفي حوزتها ثلاثة مغلقات يحتوي كل منها على عدد إجمالي من استبيان الإدارة الذاتي بعدد معلمي كل مدرسة مع المدير استناداً إلى المعلومات التي تم جمعها مسبقاً، مع الموافقة المكتوبة للتطبيق أداة البحث. وقد تم تطبيق أداة البحث في كل مدرسة بطريقتين وذلك استجابة لظروف المدارس.

الطريقة الجمعية: حيث تم الالتقاء بمجموعة من المشاركين، عملت الباحثة على توضيح مجموعة من المعلومات المرتبطة: بالغرض البحثي لتطبيق الأداة، والسرية، كما تم التأكيد على الحرية الشخصية للمشاركة في الإجابة على الأداة، مع التأكيد على عدم كتابة الاسم أو أي معلومات أخرى تكشف عن شخصية المشارك. وبعد أن تم عرض المعلومات تم توزيع الاستبيان على المعلمين الذين وافقوا على المشاركة، مع بقاء الباحثة مع المشاركين للإجابة على أي استفسار. وبعدما كان ينتهي المشارك من ملء جميع أجزاء الاستبيان كانت الباحثة تعمل على مراجعة سريعة للتأكد من أن المشارك أجاب على جميع فقرات الاستبيان، وفي حال نقص أي بيانات كانت تطلب من المشارك العمل على الأجزاء الناقصة، ومن ثم تم وضع الاستبيانات المكتملة البيانات في مغلف آخر خاص بالمدرسة التي ينتمي إليها المشارك.

الطريقة الفردية: تم الالتقاء بمدبرات المدارس الثلاثة، وعدد من معلمات ومعلمي المدارس بشكل فردي. حيث تم تطبيق نفس الإجراءات التي تم تطبيقها في إطار المجموعة بشكل فردي. حيث تم جمع البيانات على أداة البحث من قبل المعلمين الذين وافقوا على المشاركة.

التحليل الإحصائي: باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) تم حساب النسب المئوية للتكرارات.

نتائج الدراسة

الخصائص السكانية للمشاركين

يوضح جدول رقم (1) الخصائص السكانية للمشاركين موضحة. حيث تراوح عمر المشاركون من (20-50) سنة، وقد كانت النسبة الأكثر للمشاركين تقع في الفئة العمرية من (20-30) سنة بنسبة (62,8%)، تلاها الفئة العمرية من (31-40) سنة بنسبة (29,4%)، والفئة الأقل تمثيلاً للمشاركين كانت من (41-50) سنة بنسبة (7,8%). في حين لم يكن أي مشارك عمره أكبر من (50) سنة. أغلبية المشاركون كانوا من الإناث بنسبة (78,4%)، و

(21,6%) من الذكور. أما الانتماء العرقي للمشاركين، فكانت النسبة الأعلى من العمانيين بنسبة (76,5)، و (23,5) من الوافدين العرب.

جدول (1): الخصائص السكانية للمشاركين

| الخصائص | التكرارات | النسب المئوية |
|------------------------|-----------|---------------|
| الفئة العمرية | | |
| 20-30 سنة | 64 | 62,8% |
| 31-40 سنة | 30 | 29,4% |
| 41-50 سنة | 8 | 7,8% |
| أكبر من 50 سنة | 0 | 0 |
| الفئة الجنسية | | |
| ذكر | 22 | 21,6% |
| أنثى | 80 | 78,4% |
| الانتماء العرقي | | |
| عماني | 78 | 76,5% |
| وافد عربي | 24 | 23,5% |

ويوضح الجدول رقم (2) التاريخ التعليمي والوظيفي للمشاركين والمتضمن: عدد سنوات الخدمة داخل المدرسة الحالية التي طبق فيها الاستبيان، وعدد سنوات عمل المشاركين مع الأطفال المعاقين، والدرجة العلمية، والدورات التدريبية التي حصل عليها المشاركون والمرتبطة بموضوع الإساءة الموجهة للأطفال ذوي الإعاقة، والمرحلة الدراسية التي يتعامل معها المشاركون من الأطفال ذوي الإعاقة. حيث كانت سنوات الخدمة لأغلب المشاركين في مدارسهم الحالية من (1-5) سنوات بنسبة (72,5%)، في حين (15,7%) كان لهم سنوات خدمة من (6-10) سنوات، و (7,8%) كانت سنوات خدمتهم في مدارسهم من (11-15) سنة، وقد كان نسبة المشاركين الذين كان لهم سنوات خدمة من (16-20) سنة و (أكثر من 20) سنة متشابهة، حيث كانت النسبة (2%) لكل فئة. أما عدد سنوات الخدمة للعمل مع الأطفال ذوي الإعاقة، فكانت أكثر سنوات الخدمة للمشاركين من (1-5) سنوات بنسبة (62,8%)، و (16,7%) من المشاركين عملوا مع الأطفال ذوي الإعاقة من (6-10) سنوات، و (14,7%) كان عدد سنوات خدمتهم مع الأطفال ذوي الإعاقة من (11-15) سنة، وتشابهت نسبة المشاركين الذين عملوا مع الأطفال ذوي الإعاقة من (16-20) سنة و (أكثر من 20) سنة، حيث كان لكل فئة (2,9%). جميع المشاركين وبنسبة (100%) ذكروا أنهم لم

يحصلوا على أي دورة تدريبية ترتبط بموضوع الإساءة الموجهة للأطفال ذوي الإعاقة. أما المرحلة الدراسية التي يتعامل معها المشاركون فكانت على الترتيب من حيث النسبة الأكثر فالأقل: المرحلة الأساسية (7,7%)، وجميع المراحل الدراسية (7,13%)، والمرحلة الثانوية (8,10%)، ومرحلة التهيئة (9,2%).

جدول (2): التاريخ التعليمي والوظيفي للمشاركين

| المتغير | التكرارات | النسب المئوية |
|---|-----------|---------------|
| مدة الخدمة في المدرسة الحالية | | |
| 1-5 سنوات | 74 | 72,5% |
| 6-10 سنوات | 16 | 15,7% |
| 11-15 سنة | 8 | 7,8% |
| 16-20 سنة | 2 | 2% |
| أكثر من 20 سنة | 2 | 2% |
| مدة الخدمة مع الأطفال المعاقين | | |
| 1-5 سنوات | 64 | 62,8% |
| 6-10 سنوات | 17 | 16,7% |
| 11-15 سنة | 15 | 14,7% |
| 16-20 سنة | 3 | 2,9% |
| أكثر من 20 سنة | 3 | 2,9% |
| الدرجة العلمية | | |
| دبلوم | 7 | 6,9% |
| بكالوريوس | 92 | 90,2% |
| ماجستير | 3 | 2,9% |
| دكتوراه | 0 | 0% |
| عدد الدورات التدريبية في موضوع الاعتداء على الأطفال المعاقين | | |
| لم أحصل على أي دورة تدريبية | 102 | 100% |
| 1-5 دورات تدريبية | 0 | 0% |
| أكثر من 5 دورات تدريبية | 0 | 0% |
| المرحلة الدراسية للأطفال المسؤول عنهم | | |
| تهيئة | 5 | 4,9% |

| | | |
|--------------|----|-------|
| أساسي (1-10) | 69 | 67,7% |
| ثانوي | 11 | 10,8% |
| محو أمية | 3 | 2,9% |
| جميع المراحل | 14 | 13,7% |

استجابة المشاركون على السؤال الأخير من مجموعة بيانات الجزء الأول للاستبيان، والذي عكس معرفة المشاركين للجهة التي تقدم خدمات الحماية والرعاية. والتي جمعت من خلال السؤال المفتوح التالي: "الجهة التي تعنى بتقديم خدمات الحماية والرعاية للأطفال ذوي الإعاقة الذين يتعرضون للإساءة في سلطنة عمان هي..؟". موضحة في جدول رقم (3). وقد كانت إجابات المشاركين على الترتيب من حيث النسبة الأعلى فالأقل: لا أعرف (9,56%)، و لا يوجد (8,7%)، ووزارة الشؤون والتنمية الاجتماعية (8,7%)، ووزارة التربية والتعليم متمثلة بدائرة التربية الخاصة (9,5%)، وإدارة المدرسة (9,5%)، وجمعية حقوق الإنسان (9,4%)، والشرطة (9,4%)، ومؤسسة رعاية الطفل المعاق (9,3%)، واليونسف (2%).

جدول (3): معلومات المشاركين المرتبطة بالجهة التي تعنى بالأطفال المعاقين الذين يتعرضون للاعتداء

| استجابة المشاركون | التكرارات | النسب المئوية |
|--------------------------------------|-----------|---------------|
| لا اعرف | 58 | 56,9% |
| لا يوجد | 8 | 7,8% |
| وزارة التربية (دائرة التربية الخاصة) | 6 | 5,9% |
| إدارة المدرسة | 6 | 5,9% |
| وزارة الشؤون والتنمية الاجتماعية | 8 | 7,8% |
| جمعية حقوق الإنسان | 5 | 4,9% |
| رعاية الطفل المعاق | 4 | 3,9% |
| اليونسف | 2 | 2% |
| الشرطة | 5 | 4,9% |

تصورات المدراء والمدرسين في مدارس الأطفال ذوي الإعاقة لحالات للإساءة بين الأطفال ذوي الإعاقة يوضح جدول رقم (4) تصورات المشاركين المرتبطة بالإساءة بين الأطفال ذوي الإعاقة. عكست النتائج أن النسبة الأكبر من المشاركين يوافقون على التصور الأول والمتمثل بتعرض الأطفال ذوي الإعاقة للإساءة على الأرجح من قبل الأطفال غير ذوي الإعاقة، وتباينت الموافقة بين الموافقة بنسبة (47%) والموافقة الشديدة بنسبة (6,18%). بينما قريب من الربع (6,21%) لم يوافقوا على هذا التصور. كما أن أغلب المشاركين وافقوا على أنهم يمتلكون القدرة على

تمييز إشارات الإساءة الموجهة للأطفال ذوي الإعاقة بنسبة (62,8%)، تلاها (14,7%) لا يعرفون فيما إذا كان لديهم القدرة على تمييز إشارات الإساءة، في حين (13,7%) ذكروا أنهم يوافقون بشدة على هذا التصور، وأقل المشاركون كانوا غير موافقين بشدة على التصور بنسبة (2%)، أما إجابة المشاركون على الفقرة الثالثة والتي عكست تجاربهم في تمييز حالة إساءة سابقة على طفل من ذوي الإعاقة، فقد تركز معظمها بين الموافقة بنسبة (37%) والموافقة الشديدة بنسبة (23,5%)، وأقل نسبة كانت (7,8%) بعدم الموافقة الشديدة. وفيما يتعلق بالفقرة الرابعة، التي تعكس إجراءات المشاركين في حال واجهتم حالة إساءة مشكوك فيها، فالنسبة الأكبر للمشاركين وافقوا بشدة على الاتصال بالمسؤول المباشر، حيث كانت النسبة (45%)، تلاها (36,3%) وافقوا على الاتصال الفوري مع المسؤول المباشر، في حين النسبة الأقل لم يوافقوا بشدة بنسبة (1%). الفقرة الخامسة والتي عكست تصورات المشاركين حول ما يمتلكونه من معرفة ترتبط بإشارات الإساءة الموجهة للأطفال ذوي الإعاقة، فقد كان أكثر المشاركون موافقون على هذه الفقرة بنسبة (62,8%)، وأقل نسبة كانت (1%) غير موافقين بشدة. إجابات المشاركون على الفقرة السادسة التي عكست بعض المؤشرات لإساءة الجنسية، نصف المشاركون كانوا بين الموافقين بنسبة (36,3%) والموافقين بشدة بنسبة (14,7%)، والنصف الآخر بين غير الموافقين بنسبة (26,5%) ولا يعرفون بنسبة (19,6%). في حين إجابات المشاركون على الفقرة السابعة التي عكست أيضاً بعض مؤشرات الإساءة الجنسية، فقد كان ثلاثة أرباع المشاركون موافقون على هذا التصور، بين الموافقة بنسبة (41,1%) والموافقة بشدة بنسبة (20,6%)، وتشابهت نسبة المشاركون الذين لا يعرفون فيما إذا كان التصور صحيح

جدول (4) تصورات مدرء ومعلمي الأطفال المعاقين المرتبطة بالإساءة بين الأطفال المعاقين

| الرقم | الفقرة | | موافق بشدة | | وافق | | لا أعرف | | غير موافق بشدة | |
|-------|--|--------|------------|--------|-----------|--------|-----------|--------|----------------|--------|
| | التكرارات | النسبة | التكرارات | النسبة | التكرارات | النسبة | التكرارات | النسبة | التكرارات | النسبة |
| 1- | يتعرض الأطفال المعاقين للإساءة على الأرجح من قبل الأطفال غير المعاقين | | | | | | | | | |
| | 19 | 18,6% | 48 | 47% | 11 | 10,8% | 22 | 21,6% | 2 | 2% |
| 2- | أنا واثق من أنني أمتلك القدرة على تمييز إشارات الإساءة على الأطفال المعاقين | | | | | | | | | |
| | 14 | 13,7% | 64 | 62,8% | 15 | 14,7% | 8 | 7,8% | 1 | 1% |
| 3- | مررت بتجربة سابقة ميزت فيها حالة إساءة كانت واقعة على أحد الأطفال المعاقين | | | | | | | | | |
| | 24 | 23,5% | 38 | 37,3% | 19 | 18,6% | 13 | 12,8% | 8 | 7,8% |
| 4- | إذا كان لدي شك أن أحد الأطفال يتعرض للإساءة أقوم على الفور بالاتصال بمسؤولي المباشر | | | | | | | | | |
| | 46 | 45% | 37 | 36,3% | 6 | 5,9% | 12 | 11,8% | 1 | 1% |
| 5- | أنا واثق بأنني أعرف الإشارات التي تدل على أن الطفل المعاق قد يكون يتعرض للإساءة | | | | | | | | | |
| | 19 | 18,6% | 52 | 51% | 19 | 18,6% | 12 | 11,8% | 0 | 0% |
| 6- | إذا رأيت طفل معاق يلمس نفسه على نحو غير ملائم، فإن سلوكه قد يكون إشارة على أن الطفل يتعرض للإساءة الجنسية. | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--|---|-------|----|-------|----|-------|----|-------|----|--|
| 2,9% | 3 | 26,5% | 27 | 19,6% | 20 | 36,3% | 37 | 14,7% | 15 | |
| 7- إذا رأيت طفل معاق يلمس أطفال آخرين على نحو غير ملائم، فإن سلوكه قد يكون إشارة على أن الطفل يتعرض لإساءة جنسية. | | | | | | | | | | |
| 5,9% | 6 | 16,7% | 17 | 16,7% | 17 | 40,1 | 41 | 20,6% | 21 | |
| 8- من الضروري أن يحصل العاملين مع الأطفال المعاقين على تدريب يتعلق بتمييز إشارات الإساءة | | | | | | | | | | |
| 0 | 0 | 2,9% | 3 | 2% | 2 | 24,5% | 25 | 70,6% | 72 | |
| 9- ينبغي التعاون مع مؤسسات الرعاية الصحية الطبية والنفسية التي تقدم الخدمات للأطفال المساء إليهم | | | | | | | | | | |
| 1% | 1 | 0 | 0 | 2,9% | 3 | 23,5% | 24 | 72,6 | 74 | |
| 10 كدمة، خدش، نتوء، ورم على الطفل المعاق قد تكون إشارة لتعرضه للإساءة | | | | | | | | | | |
| 2% | 2 | 19,6% | 20 | 13,7% | 14 | 40,1% | 41 | 24,6% | 25 | |
| 11 إن الأطفال المعاقين أكثر عرضة للتعرض للإساءة مقارنة بنظرائهم العاديين | | | | | | | | | | |
| 1% | 1 | 19,6% | 20 | 11,8% | 12 | 33,3% | 34 | 34,3% | 35 | |
| 12 لدي معرفة واضحة حول ما علي فعله، والجهة التي استعين بها في حال حصل لدي شك، أو تأكدت أن أحد الأطفال المعاقين يتعرض للإساءة | | | | | | | | | | |
| 2,9% | 3 | 13,7% | 14 | 25,5% | 26 | 42,2% | 43 | 15,7% | 16 | |

والذين لا يوافقون على صحة هذا التصور بنسبة (16,7%). أما التصور الذي عكسته الفقرة الثامنة والمرتبطة بضرورة حصول العاملين مع الأطفال ذوي الإعاقة على التدريب المرتبط بموضوع الإساءة الموجه للأطفال ذوي الإعاقة، فكانت النسبة الأكبر للمشاركين (70,6%) يوافقون بشدة على هذا التصور، في حين لم يكن هناك أي مشارك يوافق بشدة على هذا التصور. كما أن أكثر المشاركين وافقوا بشدة على الفقرة التاسعة التي عكست ضرورة التعاون مع مؤسسات الرعاية الصحية الطبية والنفسية التي تقدم الخدمات للأطفال المعتدى عليهم بنسبة (72,6%). أما فيما يتعلق بالفقرة العاشرة التي تعكس بعض مؤشرات الإساءة الجسدية أو الجنسية كالكدمات والخدوش والنتوءات، كان ثلثي المشاركون تقريباً موافقين، بين الموافقة بنسبة (40,1%) وموافقين بشدة بنسبة (24,6%)، وثلث المشاركون كانوا بين لا يعرفون بنسبة (13,7%) ولا يوافقون بنسبة (19,6%). الفقرة الحادية عشر والتي تعكس تصور أن الأطفال ذوي الإعاقة أكثر عرضة للتعرض للاعتداء مقارنة بنظرائهم غير ذوي الإعاقة، كان ثلثي المشاركون تقريباً موافقين على هذا التصور، بين موافقين بشدة بنسبة (34,3%) وموافقين بنسبة (33,3%)، وثلث المشاركون تقريباً بين لا يوافقون على صحة هذا التصور بنسبة (19,6%) ولا يعرفون فيما إذا كان هذا التصور صحيح بنسبة (11,8%). أما الفقرة الثانية عشر والتي عكست تصورات المشاركين بدقة ما يمتلكونه من معرفة ترتبط بما عليهم فعله والجهة التي يستعينوا بها في حال تمييزهم لحالة إساءة مؤكدة أو مشكوك فيها لطفل من ذوي الإعاقة، فإن ثلثي المشاركين تقريباً (57,9%) وافقوا على هذا التصور، بين الموافقة بنسبة (42,2%) والموافقة الشديدة بنسبة (15,7%)، في حين أن أكثر من ربع المشاركين كانوا غير متأكدين أن لديهم معرفة واضحة، حيث أن نسبة (25,5%) كانت إجاباتهم لا أعرف.

ردود فعل المشاركون على الحالات الافتراضية

يوضح الجدول رقم (5) و (6) إجابات المشاركين على الحالات الافتراضية بشكل منفصل. حيث احتوى الجزء الثالث من الاستبيان على حالتين افتراضيتين، إحداها حالة إساءة جنسية، والأخرى حالة إساءة جسدية يتعرض لها أطفال معاقين. أسفل كل حالة تم عرض ثلاث فقرات، تمثل كل فقرة رد فعل حيال حالة الإساءة، كان على المشاركين الإجابة على كل فقرة باستخدام أحد البدائل من بين خيارات خمس: موافق بشدة، موافق، لا أعرف، غير موافق،

جدول (5): تصورات مدراء ومعلمي مدارس الأطفال المعاقين المرتبط بردود فعلهم المرتبط بحالة الإساءة الافتراضية (1)

| الحالة الافتراضية (1) | | | | | | | | | |
|---|-----------|------------|-----------|-------|-----------|---------|-----------|----------------|-----------|
| قدمت لك ملاحظة أن طالباً معاقاً عمره (8 سنوات) يمس ويتحسس أطفال آخرين على نحو غير ملائم داخل الصف. عندما تم استجواب الطفل ذكر أنه رأى والديه يمارسون ذلك السلوك. وعرفت أن هذا الطفل عرض هذا السلوك غير الملائم أكثر من مرة، ومن المحتمل أنه يتعرض لإساءة جنسية" | | | | | | | | | |
| المتغيرات | | موافق بشدة | | موافق | | لا أعرف | | غير موافق بشدة | |
| النسب | التكرارات | النسب | التكرارات | النسب | التكرارات | النسب | التكرارات | النسب | التكرارات |
| التواصل مباشرة مع الجهة المخولة بحماية الطفل | 12 | 11,8% | 0 | 0 | 12,7% | 13 | 61,8% | 14 | 13,7% |
| مشاهدة الطفل للممارسات الجنسية بين الراشدين إساءة تستوجب التدخل | 31 | 30,4% | 1 | 1% | 56,8% | 58 | 11,8% | 12 | 0 |
| التشاور فوراً مع المسؤول المباشر حول إمكانية تبليغ الجهة المخولة بحماية الطفل | 75 | 73,5% | 20 | 19,6% | 0 | 0 | 6,9% | 7 | 0 |

غير موافق بشدة. أسفل الحالة الافتراضية الأولى مثلت الفقرات ردود الفعل التالية: (1) التواصل المباشر من قبل المشارك بالمؤسسات التي تقدم خدمات الحماية والرعاية للأطفال المساء إليهم للتبليغ عن الحالة، ومن ثم يخبر مسؤوله المباشر بتصرفه. (2) اعتبار أن مشاهدة الطفل للممارسات الجنسية بين الراشدين إساءة يستند عليها لتبليغ الجهات المختصة بحماية الطفل. (3) تشاور المشارك الفوري مع مسؤوله المباشر حول إمكانية التبليغ عن حالة الإساءة للجهات المختصة بحماية الطفل أو توفير المساعدة الطبية والنفسية له. أظهرت النتائج أن ثلثي المشاركين تقريباً غير موافقين على التواصل المباشر مع المؤسسات التي تقدم خدمات الحماية والرعاية بنسبة (61,8%). أما اعتبار أن مشاهدة الطفل للممارسات الجنسية بين الراشدين يعتبر إساءة تستدعي التدخل فكان قريب من ثلثي المشاركين وبنسبة (56,8%) لا يعرفون فيما إذا كان رد الفعل هذا صحيح، في حين كان ثلث المشاركون تقريباً وبنسبة (30,4%) يوافقون بشدة على صحة رد

الفعل هذا. في حين كان أكثر المشاركون يوافقون على التشاور الفوري مع المسؤول المباشر حول إمكانية توفير خدمات الحماية والرعاية للطفل بنسبة (73,5%).

أسفل الحالة الافتراضية الثانية مثلت الفقرات ردود الفعل التالية: (1) التواصل المباشر من قبل المشارك بالمؤسسات التي تقدم خدمات الحماية والرعاية للأطفال للمساء إيهم للتبليغ عمما لديه من شكوك حول الإساءة الموجهة للطفل. (2) مناقشة ولي أمر الطفل بموضوع الكدمات الظاهرة عليه. (3) استشارة المشارك مع مسؤوله المباشر حول إمكانية التبليغ عن حالة الإساءة للجهات المختصة بحماية الطفل. أظهرت النتائج أن ثلثي المشاركين تقريباً غير موافقين على التواصل المباشر مع المؤسسات التي تقدم خدمات الحماية والرعاية بنسبة (61,8%). في حين أن قريب الثلثي وبنسبة (58,8%) وافقوا بشدة على مناقشة موضوع الكدمة مع ولي الأمر. وكان أكثر المشاركون (72,6%) يوافقون بشدة على استشارة المسؤول المباشر حول إمكانية تبليغ الجهات المختصة عن حالة الإساءة المشكوك فيها على الطفل.

جدول (6): تصورات مدرءاء ومعلمي مدارس الأطفال المعاقين المرتبط بردود فعلهم المرتبط بحالة الاعتداء الافتراضية (2)

| الحالة الافتراضية (2) | | | | | | | | | | |
|---|-----------|-------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|------|
| "أثناء تجولك بين الأطفال رأيت كدمة عميقة على ذراع طفل معاق بعمر سبع سنوات. عندما سألته عن الكدمة. ذكر أن والده أمسكه من ذراعه عندما كان غاضباً. سيكون لديك توقع أن الطفل بعرض للإساءة لأنك لاحظت سابقاً علامات مشكوك فيها على جسم الطفل". | | | | | | | | | | |
| المتغيرات | التكرارات | النسب | التكرارات | النسب | التكرارات | النسب | التكرارات | النسب | التكرارات | |
| تبلغ الجهة المخولة بحماية الطفل مباشرة | 12 | 11,8% | 3 | 2,9% | 14 | 13,7% | 63 | 61,8% | 10 | 9,8% |
| مناقشة موضوع الكدمة مع ولي الأمر | 60 | 58,8% | 22 | 21,6% | 5 | 4,9% | 13 | 12,7% | 2 | 2% |
| التشاور فوراً مع المسؤول المباشر حول إمكانية تبليغ الجهة المخولة بحماية الطفل | 74 | 72,6% | 20 | 19,6% | 0 | 0% | 8 | 7,8% | 0 | 0% |

مناقشة النتائج

سيتم في هذا الجزء مناقشة النتائج التي سبق عرضها بربطها بأهداف الدراسة، وذلك من خلال إلقاء الضوء على دلالات النسب، بربط نسبة إجابة المشاركين على فقرات الاستبيان المختلفة بعضها ببعض، وما تتضمنه من اتساق أو تعارض. وبيان ما تثيره النتائج من أسئلة أو مشكلات تحتاج لمزيد من البحث.

بالنسبة للهدف الرئيسي للدراسة: والتمثل بفحص قدرة المدراء والمدرسين العاملين مع الأطفال ذوي الإعاقة على تمييز مؤشرات الإساءة الجنسية والجسدية بين الأطفال ذوي الإعاقة. بالنظر إلى نتائج الجزء الثاني من الاستبيان الموضحة في جدول رقم (4)، يلاحظ أن الفقرات التي تعكس التصورات الشخصية المرتبطة بما يمتلكه المشاركون من قدرة ومعرفة تمييز المؤشرات التي تشير إلى احتمالية تعرض الطفل ذوي الإعاقة للإساءة، يظهر تقدير المشاركون المرتفع لامتلاكهم للقدرة من خلال إجاباتهم على الفقرة الثانية، حيث أن ما نسبته (73,5%) أشاروا إلى أنهم يمتلكون القدرة، وتراوح تقديريهم بين الموافقة الشديدة بنسبة (13,7%) والموافقة بنسبة (62,8%). كما يظهر تقدير المشاركون المرتفع لامتلاكهم للمعرفة من خلال إجاباتهم على الفقرة الخامسة. حيث أن ثلاثة أرباع المشاركين تقريباً (69,6%) أشاروا إلى أنهم يمتلكون المعرفة، وتراوح تقديريهم بين الموافقة الشديدة بنسبة (18,6%) والموافقة بنسبة (51%). في حين أن إجابة المشاركين على الفقرات التي تعكس تصوراتهم حول بعض المؤشرات التي يستند إليها الأدب للتقرير المحتمل لتعرض الطفل للإساءة الجنسية أو الجسدية، تظهر أن قدرة ومعرفة المشاركين الفعلية أقل من تقديريهم الشخصي لما يمتلكونه من قدرة ومعرفة، على الرغم من أن الفجوة تظهر أكثر اتساعاً في تقديريهم الشخصي لقدراهم من تقديريهم الشخصي لمعرفتهم. حيث يظهر ذلك في إجابة المشاركين على ثلاث فقرات من الجزء الثاني للاستبيان والتي تمثل: الفقرة السادسة: حيث أن نسبة الموافقة من قبل المشاركين على صحة ما تضمنته الفقرة كانت (59%) تراوحت بين الموافقة الشديدة بنسبة (14,7%) والموافقة بنسبة (36,3%). والفقرة السابعة: حيث أن (60,7%) من المشاركين وافقوا على صحة ما تضمنته، تراوحت بين الموافقة الشديدة بنسبة (20,6%) والموافقة بنسبة (40,1%). والفقرة العاشرة: حيث أن نسبة الموافقة من قبل المشاركين على صحة ما تضمنته كانت (64,7%) تراوحت بين الموافقة الشديدة بنسبة (24,6%) والموافقة بنسبة (40,1%). وتتسع الفجوة بين تقدير المشاركين الشخصي لما يمتلكونه من قدرة ومعرفة، والقدرة والمعرفة الفعلية في إجاباتهم على الفقرة الثانية المرتبطة بالحالة الافتراضية الأول من الجزء الثالث للاستبيان: حيث كانت نسبة المشاركين الذين لا يعرفون صحة ما تضمنته (56,8%)، في حين (30,4%) وافقوا على صحة ما تضمنته الفقرة.

وإذا ما أخذنا بعين الاعتبار اكتشافات (Kendall-Tackett, et al., 2005) بأن الأطفال ذوي الإعاقة يظهروا صعوبة كبيرة في الاتصال مع أفراد الجهة التي تقدم لهم الحماية. وأن الأطفال المعاقين لا يدركون أن ما يتعرضون له من إساءة شيء خطأ (1). فإن ضعف الأطفال المعاقين يزيد من مسؤولية المهنيين العاملين معهم في الكشف عن ما

Why child maltreatment researchers should include children's disability status in their maltreatment studies, 1
Kendall-Tackett, Lyon, Taliaferro & Little (2005)

يمكن أن يواجهون من إساءة، إذ يرى كووبير (Cooper, 2000) أن عدم الكشف المكبر للإساءة للأطفال يؤدي إلى مجموعة من التأثيرات السلبية: كتأخر النمو، وعدم تطوير مهارات المقاومة الاجتماعية والنفسية. كما يرى أنه لمنع

مثل هذه المخاطر من الحدوث ينبغي على المهنيين العاملين مع الأطفال أن يكونوا متيقظين لأي إشارات قد تشير إلى تعرض الطفل للإساءة، وأن يكونوا متفهمين لأي مؤشرات لفظية أو سلوكية تظهر من قبل الطفل قد تشير لتعرضه للإساءة (1).

الهدف الأول: التعرف على حدوث الإساءة بين الأطفال ذوي الإعاقة من وجهة نظر المدرء والمدرسين العاملين مع الأطفال ذوي الإعاقة. تظهر نتائج الفقرات التي تعكس تصورات مدرء ومدرسي الأطفال ذوي الإعاقة المرتبطة بحدوث الإساءة بين الأطفال ذوي الإعاقة، والتي تظهر في جدول رقم (4) والمتضمنة: الفقرة الأولى، والفقرة الحادية عشر من الجزء الثاني للاستبيان. أن النسبة الأكبر للمشاركين يوافقون على صحة كلا التصورين المتضمنين في كلا الفقرتين. حيث أن نسبة موافقة المشاركون للفقرة الأولى كان (65,6%) تراوحت بين الموافقة الشديدة بنسبة (18,6%) والموافقة (47%). ونسبة موافقة للفقرة الحادية عشر (67,6%) تراوحت بين الموافقة الشديدة بنسبة (34,3%) والموافقة بنسبة (33,3%). كما أظهرت النتائج للفقرة التي تعكس تجارب المشاركون السابقة في تمييز حالة إساءة بين الأطفال المعاقين، والتي مثلت بالفقرة الثالثة، أن ثلاثة أرباع المشاركين مروا بخبرة تمييز حالة إساءة على طفل معاق، حيث بلغت نسبة الموافقة على هذه الفقرة (60,8%) تراوحت بين الموافقة الشديدة بنسبة (23,5%) والموافقة بنسبة (37,3%). أن هذه النتائج تتفق مع نتائج الدراسات السابقة كدراسة (Sobsey et al., 1997: Sullivan & Knutson 2000) (2,3)، التي أظهرت أن الأطفال ذوي الإعاقة تحت خطر عالي للتعرض للإساءة، وأنهم أكثر عرضة للإساءة مقارنة بالأطفال غير ذوي الإعاقة. وعلى الرغم من أن هذا الجزء من نتائج الدراسة غير مفاجئ، ويتفق مع نتائج الدراسات السابقة. إلا أن هذه النتائج تحمل في طياتها خطورة كبيرة إذا ما تم ربطها مع نتائج الهدف الرئيسي للدراسة، إذ ظهر أن أكثر من ثلث المشاركين لا يمتلكون القدرة والمعرفة لتمييز مؤشرات الإساءة الجنسية والجسدية الموجهة للأطفال. بل أن أكثر من النصف لا يمتلكون المعرفة إذا ما كان " مشاهد الطفل لممارسات جنسية بين الراشدين يعتبر إساءة يستدعي التدخل ". وهذا قد يقودنا لتوقع أن كثير من حالات الإساءة بين الأطفال ذوي الإعاقة قد تمر دون اكتشاف.

الهدف الثاني: التعرف على التدريب الحاصل عليه العاملين مع الأطفال ذوي الإعاقة فيما يتعلق بموضوع الإساءة الموجهة للأطفال. على الرغم من أن (95,1%) من المشاركين وافقوا على ضرورة حصول العاملين مع الأطفال ذوي الإعاقة على تدريب يتعلق بموضوع الإساءة الموجهة للأطفال، كما يظهر من نتائج الفقرة الثامنة للجزء الثاني من الاستبيان الموضحة في جدول رقم (4)، إلا أن جميع المشاركين (100%) ذكروا أنهم لم يتلقوا أي نوع من التدريب

The impact of child abuse on children's play: A Conceptual Model, Cooper, (2000).1

Gender differences in abused children with and without disabilities, Sobsey, Randall. & Parrila (1997).2

Exceptionality, education and maltreatment, Sobsey (2002).3

يرتبط بموضوع الإساءة، كما يظهر في جدول رقم (2) الذي يعرض نتائج الجزء الأول للاستبيان المرتبط بالتاريخ التعليمي والوظيفي للمشاركين.

الهدف الثالث: التعرف على ما يمتلكه العاملين مع الأطفال ذوي الإعاقة من معرفة ترتبط بالجهات التي تقدم خدمات الحماية والرعاية للأطفال ذوي الإعاقة الذين يتعرضون للإساءة. بالنظر إل نتائج المشاركين الخاصة بالفقرة الثانية عشر من الجزء الثاني للاستبيان الموضحة في جدول رقم (4)، يظهر أن قريب من ثلثي المشاركين (57,9) قدروا أنفسهم بأنهم يمتلكون معرفة واضحة لما عليهم فعله والجهة التي يمكنهم الاتصال بها في حال تمييزهم لحالة إساءة يتعرض لها طفل من ذوي الإعاقة. في حين تظهر نتائج السؤال الأخير من الجزء الأول للاستبيان الموضحة في جدول رقم (3)، والمتضمن الطلب من المشاركين ذكر الجهة التي تعنى بتقديم خدمات الحماية والرعاية للأطفال ذوي الإعاقة الذين يتعرضون للإساءة في سلطنة عمان، إن الإجابات عكست عدم معرفة المشاركين للجهة المعنية، فعلى الرغم من عدم وجود مؤسسة خاصة تعنى بهذه الخدمات في سلطنة عمان، فإن المشاركين الذين أجابوا "لا يوجد" لم تتجاوز نسبتهم (7,8%). والمعمول به في حالة تمييز حالة إساءة يتعرض لها طفل من ذوي الإعاقة فإن إدارة المدرسة بالاستعانة مع دائرة التربية الخاصة في وزارة التربية والتعليم تتعامل مع الحالة، إلا أن نسبة المشاركين الذين أشاروا إلى أن إدارة المدرسة هي الجهة المعنية بتقديم الخدمات كانت (5,9%)، والذين أشاروا لدائرة التربية الخاصة (7,8%)، في حين أن قريب من ثلثي المشاركين (56,9%) ذكروا أنهم لا يعرفون فيما إذا كان هناك جهة تقدم مثل هذه الخدمات.

الهدف الرابع: التعرف على ما يمتلكه العاملين مع الأطفال ذوي الإعاقة من معرفة ترتبط بدورهم في حماية الأطفال ذوي الإعاقة من الإساءة. تظهر النتائج أن مدراء ومدربي الأطفال ذوي الإعاقة مدركون لأهمية التعاون مع المؤسسات التي تقدم خدمات الحماية والرعاية للأطفال ذوي الإعاقة الذين يتعرضون للإساءة. حيث أن (96,1%) من المشاركين وافقوا على ما تضمنته الفقرة التاسعة من الجزء الثاني للاستبيان الموضحة في جدول رقم (4). هذه النتائج قد تعكس إدراك العاملين في مدارس الأطفال ذوي الإعاقة لدورهم كخط دفاع أول للأطفال وحلقة وصل مع المؤسسات المتخصصة بتقديم الخدمات. أما الفقرات التي ترتبط بالإجراءات العملية التي يتخذها العاملين في مدارس الأطفال ذوي الإعاقة مع حالات الإساءة المحتملة أو المؤكدة، والتي تتضمن الفقرتين: الرابعة والخامسة من الجزء الأول للاستبيان الموضحة في جدول رقم (4)، والفقرات الستة التي ترتبط بالحالتين الافتراضيتين من الجزء الثالث للاستبيان والموضحة في الجدولين رقم (5) و(6). تظهر أن أكثر المشاركين يروا أن دورهم في حماية الأطفال يتمثل في الاتصال بالمسؤول المباشر. وقد تعكس هذه النتائج معرفة المشاركين لدورهم في حماية الأطفال من الإساءة في ضوء التعليمات المعمول بها في مؤسساتهم. أما إذا ما ربطنا هذه النتائج مع النتائج المناقشة أسفل الهدف الثالث، والمتضمنة أن نسبة المشاركين الذين لديهم معرفة صحيحة بالجهة المسؤولة عن تقديم الخدمات للأطفال ذوي الإعاقة المساء إليهم في مؤسساتهم لم تتجاوز

(7,13%) فيمكن أن ندرك الخطورة من تناقض إجابات المشاركين في ضوء ما تم ذكره من قبل Swenson & Spratt, (1999) للعوامل التي قد تعيق المهنيين العاملين مع الأطفال من تمييز حالات الإساءة للأطفال (1) Identification and treatment of child physical abuse through medical and mental health collaborations,1 Swenson & Spratt, (1999).

ومن بينها: ضعف فهم الأدوار، وسياسات المؤسسة، ونقص التدريب للعاملين مع الأطفال، وكنتيجة لذلك فإن التدخلات الوقائية والعلاجية قد تعاق. وإذا ما كان ضعف الأطفال ذوي الإعاقة يزيد من مسؤولية المهنيين العاملين معهم من خلال زيادة تيقظهم لأي مؤشرات لفظية أو غير لفظية يمكن أن تشير إلى تعرض الطفل للإساءة، فإن مسؤولية قادة المؤسسات التعليمية للأطفال ذوي الإعاقة تزداد في تزويد التدريب الكافي والمناسب للمهنيين العاملين مع الأطفال بما في ذلك: التدريب على مؤشرات الإساءة، وعلى كيف يبلغوا عن حالات الإساءة، والجهة التي يمكن أن يتصلوا معها، والتعليمات والقوانين المعمول بها في المؤسسة، وعلى كيف يفحصوا وقيموا الإساءة الموجهة للأطفال بشكل ملائم لضمان سلامة الأطفال. حيث أن الكشف والتبليغ عن حالات الإساءة بين جميع الأطفال ومن ضمنهم الأطفال ذوي الإعاقة سيزداد، ومن ثم فإن الخدمات والإجراءات الوقائية والعلاجية المناسبة سيتم تزويدها.

التوصيات

في ضوء نتائج الدراسة، توصي الباحثة بما يأتي:

1- تزويد التدريب الشامل والمناسب للمهنيين العاملين مع الأطفال بما في ذلك: التدريب على مؤشرات الإساءة، وعلى كيف يبلغوا عن حالات الإساءة، والجهة التي يمكن أن يتواصلون معها، والتعليمات والقوانين المعمول بها في المؤسسة، وكيف يفحصوا وقيموا الإساءة الموجهة للأطفال بشكل ملائم، لضمان سلامة الأطفال. حيث أن الكشف والتبليغ عن حالات الإساءة بين جميع الأطفال ومن ضمنهم الأطفال ذوي الإعاقة سيزداد، ومن ثم فإن الخدمات والإجراءات الوقائية والعلاجية المناسبة سيتم تزويدها.

2- في غياب المؤسسات المتخصصة بحماية الأطفال ذوي الإعاقة من الإساءة، من المفيد أن يركز جزء من التدريب على تزويد العاملين مع الأطفال ذوي الإعاقة على خدمات الدعم النفسية. وأن يضع قادة المؤسسات التعليمية تعليمات واضحة للتعامل مع حالات الإساءة بين الأطفال المعاقين يتم تعريف المدراء والمدرسين بها وتدريبهم عليها.

3- تنظيم برامج تدريبية للأطفال بشكل عام، والأطفال ذوي الإعاقة بصورة خاصة، لتعريفهم بالممارسات التي تعتبر إساءة (خطأ وغير مقبولة)، وتدريبهم على مهارات الدفاع عن النفس.

4- أن يتبنى القادة والعاملين في المؤسسات التعليمية للأطفال ذوي الإعاقة حملات إعلامية لإظهار جدية وخطورة الموضوع، لتأسيس قاعدة مجتمعية تتبنى إيجاد مؤسسات حماية الأطفال من الإساءة، بالإضافة إلى إيجاد الأنظمة والقوانين التي تحمي حقوق الأطفال ذوي الإعاقة وتؤمن سلامتهم في إطار من السرية.

- في ضوء نتائج الدراسة الحالية ومحدداتها يمكن صياغة التوصيات التالية للبحث المستقبلي للحصول على نتائج أكثر عمقاً، وإكساب أداة البحث المستخدمة خصائص سيكومترية أكثر ثقة ودقة:
- 1) تطبيق الدراسة على عينة أكبر، بحيث تعطي الفرصة للاختيار العشوائي للمشاركين من مؤسسات تعليمية أكثر.
 - 2) استخدام معالجات إحصائية تساعد في إظهار الفروق بين نتائج المشاركين استناداً إلى مجموعة من خصائصهم: كالجنس، والخبرة العملية، والمؤهلات العلمية، ومتوسط عدد الأطفال المشرف عليهم.
 - 3) تطبيق الدراسة على مهنيين آخرين يتعاملوا مع حالات الأطفال المساء إليهم كأخصائي النفس والاجتماع، والأطباء.
 - 4) تطبيق الدراسة في دول عربية تتوفر فيها مؤسسات حماية الأطفال من الإساءة وأخرى لا توجد فيها مثل هذه المؤسسات.

المراجع

- تصورات العمل لدى إدارات الهيئة الوسطى والعمال المنفذين دراسة ميدانية مقارنة بين مؤسسة إنتاجية وخدمية، رسالة ماجستير، الجزائر، جامعة قسنطينة/كلية التربية، علم النفس والتنظيم، خروف، حياة (2006).
- موقع مجموعة المساندة لمنع الاعتداء على الطفل والمرأة. www.musanadah.com.
- دليل المرشدين والمرشحات التربويين في المدارس الأردنية حول حماية الأطفال من الإساءة (8-12). عمان: مطبوعات وزارة التربية والتعليم-الطبعة الثانية. وزارة التربية والتعليم (2007).
- Méthodes d'étude des représentations sociales**, Ed érés. France, Abric, J.C (2003).
- Abuse and disabled children: Hidden need. *Child Abuse Review*, 11, 1-18. Cooke, P. & Standen, P.J. (2002).
- The impact of child abuse on children's play: A Conceptual Model. *Occupational Therapy International*, 7(4), 259-276. Cooper, R.G. (2000).
- Handbook for Child Protection Practice**. Dubowitz, H & Depanfilis, D. edit. (2000).
- Intervening with abusing parents of handicapped children. In Collaboration With Parents of Exceptional Children**. Brandon, VT: Clinical Psychology. Fine, M. (Ed.). (1991).
- Introduction à la psychologie sociale**, Moscovici (1972).
- A multilevel comparison of comparison of child abusers with non-abusers. *Journal of Family Violence*, 2(3) 215-225. Hamilton, A., Stiles, W.B., Melowsky, F. & Beal, D.G. (1987).
- Why child maltreatment researchers should include children's disability status in their maltreatment studies. *Child Abuse and Neglect*, 29(2), 147-151. Kendall-Tackett, K., Lyon, T., Taliaferro, G. & Little, L. (2005).
- No sign of harm: Issues for disabled children communicating about abuse. *Child Abuse Review*, 10, 243-253. Oosterhoorn, R. & Kendrick, A. (2001).

Mandated training of professionals: A means for improving reporting of child abuse. *Child Abuse & Neglect*, 19(1), 63-69. Reiniger, A., Robison, E. & McHugh, M. (1995).

Gender differences in abused children with and without disabilities. *Child Abuse & Neglect*, 21(8), 707-720. Sobsey, D., Randall, W. & Parrila, R.K. (1997).

Exceptionality, education, and maltreatment. *Exceptionality*, 10(1), 29-46. Sobsey, D. (2002).

Identification and treatment of child physical abuse through medical and mental health collaborations. *Children's Health Care*, 28(2), 123-139. Swenson, C.C. & Spratt, E.G. (1999).

The maltreatment of intellectually handicapped children and adolescents. *Children Abuse & Neglect*, 19(2), 205-215. Verdugo, M.A. & Bermejo, B.G. (1995).