

الإساءة النفسية والاجتماعية تجاه الأطفال المعاقين بالإمارات العربية المتحدة (في ضوء بعض المتغيرات)

روحي مروح عبادات

إدارة رعاية وتأهيل المعاقين - وزارة الشؤون الاجتماعية

الإمارات العربية المتحدة

الملخص:

هدفت الدراسة إلى التعرف على الإساءة النفسية والاجتماعية للأطفال المعاقين في الإمارات العربية المتحدة بعد تطبيقها على الأطفال الملتحقين بمراكز تأهيل المعاقين التابعة لوزارة الشؤون الاجتماعية في الإمارات، وذلك تبعاً لمتغيرات (نوع الإعاقة، جنس المعاق، مكان السكن) والتي قامت على أساسها فرضيات الدراسة الثالث.

وقد تم بناء أداة الدراسة من قبل الباحث، وهي عبارة عن استبانة الإساءة النفسية والاجتماعية التي يتم تعيبتها بناء على دراسة الحالة النفسية والاجتماعية للطفل المعاق وأسرته، حيث تم تقنينها بالاعتماد على صدق المحكمين واستخراج معاملات ارتباط الفقرات مع الدرجة الكلية، وتم التحقق من ثباتها باستخراج معامل ثبات الاتساق الداخلي للفقرات. وبعد استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسب المئوية لمستويات الإساءة للأطفال، وفحص الفرضيات الصفرية للدراسة باستخدام البرنامج الإحصائي (SPSS)، أظهرت النتائج أن هناك فروقاً دالة إحصائية في مستوى الإساءة النفسية والاجتماعية التي يتعرض لها الأطفال المعاقون، تعزى إلى متغيري نوع الإعاقة ومكان السكن، فيما لم تكن هناك فروق دالة إحصائية تبعاً لجنس الطفل المعاق.

وبناءً على ذلك قدمت الدراسة مجموعة من التوصيات أهمها: توفير برامج الدعم النفسي والاجتماعي للأطفال المعاقين خاصة ذوي الإعاقة الذهنية والسمعية، وتوفير الإرشاد الأسري لأولياء الأمور حول كيفية التعامل مع أبنائهم المعاقين، وتعزيز التواصل الأسري مع المعاق والتوعية الاجتماعية.

Psychological and Social Abuse Toward Disabled Children in the United Arab Emirates (in the Light of Some Variables)

Rawhi M. Abdat

Dept. of Welfare & Rehabilitation of Persons with Disability

Ministry of Social Affairs, UAE

Abstract

The aim of this study was to identify the psychological and social abuse toward disabled children in the disability rehabilitation centers in UAE. The study put forward three hypotheses to test their validity according to three independent variables (the disability, gender of disabled and the place of living). An instrument was designed by the researcher for the purpose of this study. Validity and reliability of the instrument were obtained.

Results of this study revealed that there are statistical significant differences in the level of disabled children abuse according to the type of disability and the place of living, but there are no statistical significant differences according to the gender of disabled.

Depending on the results of the study, the researcher has come up with some important recommendations, such as providing psychosocial support programs to the disabled children in the rehabilitation centers and the counseling services to their families.

مقدمة:

تمثل الأسرة الوحدة الجماعية الطبيعية الأساسية للمجتمعات، وشكل البيئة الطبيعية لنمو ورفاه جميع أفرادها- وبخاصة الأطفال- مما يمكنها من توفير الحماية لهم، والوفاء بمتطلبات سلامتهم الجسدية والعاطفية. وتعتبر خصوصية الأسرة واستقلالها من القيم المصونة في جميع المجتمعات، وتكفل الصكوك الدولية لحقوق الإنسان الحق في الحصول على الخصوصية والحياة الأسرية والمأوى والتوافق (الأمم المتحدة، 1990).

وعلى الرغم من أن الأسرة هي المكان الطبيعي لكل فرد، وخاصة الأطفال، حيث ينمون ويشعرون بالأمان والحماية؛ فإن أطفالاً عديدين في مختلف أنحاء العالم لا يوفر لهم المنزل مكاناً آمناً على الإطلاق، وكثيراً ما يكون العنف داخل الأسرة مخفياً، وحتى عندما يحاول طفل التكلم عن العنف الذي تعرض له، فقد ينكر الراشدون أنه حدث (كواست وصوفي، 2007).

وتعتبر مشكلة سوء معاملة الأطفال في المجتمعات الإنسانية عامة، وفي المجتمع العربي خاصة من المشكلات التي تهدد الطفل وحقه في الحماية، إذ تعتبر من المشكلات غير الظاهرة اجتماعياً أو رسمياً، وذلك لأسباب ثقافية واجتماعية. ومن المنظور الاجتماعي، فإن الثقافة الاجتماعية العربية تقبل استخدام الإساءة للطفل واستخدام العنف ضده كنوع من أساليب التأديب (البدائية، 2001)، حيث تعتبر أشكال هذه الإساءة كثيرة، كالإيذاء البدني، أو اتخاذ إجراءات من شأنها أن تحول دون إشباع حاجات الطفل المتنوعة، التربوية والنفسية والانفعالية، والاجتماعية، والجسمية، سواء بصورة متعمدة أو غير متعمدة من القائمين على تنشئته، مما يعيق نموه نمواً متكاملاً وسليماً (عبد الغفار، 1997).

ويرى أبو حلاوة (1988) أن الأطفال المعاقين هم أكثر عرضة لإساءة المعاملة من غيرهم، وذلك لأنهم أقل قدرة من الأطفال العاديين على الدفاع البدني عن أنفسهم، وقد تنقصهم القدرة على التعبير عن واقع الإساءة، وكونهم أكثر اعتماداً على الآخرين وأكثر حاجة لهم، إضافة إلى ميل المجتمع إلى عدم تصديق المعاقين في حال تعبيرهم عن تعرضهم للإساءة.

وتشير نتائج العديد من الدراسات إلى أن الأطفال المعاقين يمثلون العدد الأكبر من إجمالي ضحايا الإساءة والإهمال (NCCAN, 1982) حيث أكدت دراسة زانتال ووينر (Zantal-Wiener, 1987) على أن الإساءة للأطفال تكثر عند المعاقين ذوي الإعاقات العقلية والاضطرابات السلوكية، والإعاقات الجسمية، وأن ما يزيد من تعرضهم للإساءة هو حاجتهم المستمرة إلى الاعتماد على الآخرين والمساعدة والرعاية، وعدم قدرتهم على الدفاع عن أنفسهم. وبينت دراسة براون (Brown, 2000) حول إساءة معاملة الأطفال ذوي التأخر النمائي، أن هناك علاقة بين إهمال الأطفال والإساءة لهم وبين التأخر النمائي، وأن الأطفال المتأخرين نمائياً هم أكثر تعرضاً للإهمال والإساءة النفسية وأقل تعرضاً للإساءة الجسمية، فيما أفادت دراسة سوليفان وكورك (Sullivan & Cork, 1996) أن الأطفال المعاقين هم أكثر عرضة للإساءة مقارنة مع الأطفال غير المعاقين، وأنهم أكثر عرضة للإهمال بنسبة 1.8 مرة بالمقارنة مع غير المعاقين. وبحسب دراسة أميرمان وآخرين (Ammerman, Van Hasselt, Hersen, McGonigle, Lubetsky, 1989)

التي أجريت على عينة مكونة من (150) طفلاً من ذوي الإعاقات المتعددة، فقد بلغت نسبة الأطفال الذين يتعرضون للإساءة 39 %، وتبين أيضاً أن 45 % من هؤلاء الأطفال قد تعرضوا للإهمال من قبل أسرهم.

وعلى الرغم من أن الإساءة النفسية تعتبر من أكثر أنواع الإساءة انتشاراً في المجتمعات الإنسانية، إلا أنها لا تلقى الاهتمام ذاته الذي تلقاه الإساءة الجسدية، وهذا الأمر ينطبق أيضاً على الإهمال الاجتماعي أو الأسري للطفل، حيث هناك قلة في الدراسات والتقارير العلمية التي تناولتهما، نظراً لصعوبة إثبات هذه الأنواع من الإساءة النفسية أو الاجتماعية، وكذلك صعوبة تحديد تعريف هذا الإيذاء (عسيري، 2001).

وتتضمن الإساءة النفسية للطفل عدة أنواع من السلوك مثل: التخويف والفساد والإرهاب والتجاهل والعزلة والنبذ أيضاً، والعدوان اللفظي والرمزي، وهو شكل سلبي من التواصل يقصد به إحداث الألم النفسي للفرد، فيما تشمل الإساءة الاجتماعية عزل الطفل عن المشاركة الاجتماعية وتكوين الأصدقاء، وحرمانه من الخبرات الاجتماعية السوية، وتجاهله من المحيطين، وعدم الاهتمام بسلوكه وإنجازاته (حسين، 2008).

وتشير (كواست وصوفي، 2007) إلى أن الإساءة للأطفال يمكن أن تترك الكثير من التأثيرات عليهم لسنوات عديدة، كالمشكلات الصحية والبدنية، وصعوبة في التعامل مع الناس، ومشاكل في التعلم، وصعوبة في التعبير عن المشاعر بطريقة يستطيع أن يفهمها الآخرون. فيما يشير (حسين، 2008) أن إساءة المعاملة الاجتماعية والنفسية تجاه الأطفال تؤدي إلى ظهور سلوكيات تدمير الذات، وسلوكيات غير توافقية، إضافة إلى الاكتئاب والقلق والكوابيس المتكررة، ومستويات مرتفعة من الغضب والعدوانية، والتبول اللاإرادي، وضعف الثقة بالنفس، والانسحاب والعزلة الاجتماعية.

ومن أجل ضمان عدم الإساءة للطفل المعاق بمختلف أشكالها، دعت المادة (16) من الاتفاقية الدولية لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، إلى عدم تعرض المعاقين للاستغلال والعنف والاعتداء، حيث تتخذ الدول الأطراف جميع التدابير التشريعية والإدارية والاجتماعية والتعليمية وغيرها من التدابير المناسبة لحماية الأشخاص ذوي الإعاقة، داخل منازلهم وخارجها على السواء، من جميع أشكال الاستغلال والعنف والاعتداء، بما في ذلك جوانبها القائمة على نوع الجنس (الأمم المتحدة، 2006).

كما خصصت المادة (23) من الاتفاقية الدولية لحقوق الطفل، لحقوق الطفل المعاق، إذ تؤكد على منح الحماية الخاصة للأطفال المعوقين وضمنان التعليم والتدريب لهم، بما يساعدهم على التمتع بحياة كريمة لأقصى درجة من الاعتماد على النفس والانخراط في المجتمع (هلاوي، 2001).

وفي ضوء العديد من الدراسات التي بينت تعرض الأطفال المعاقين للإساءة بمختلف أشكالها بشكل أكبر من غيرهم (Diamond & Judes, 1983; Ratnofsky & Crosse, 1991; Cross, Kaye, Ratnofsky, 1993; Sullivan & Knutson, 2000)، ونظراً للمشكلات السلوكية والاجتماعية التي تنعكس على الطفل نتيجة هذه الإساءة، وقلة الدراسات التي تعرضت للإساءة نحو الأطفال المعاقين في عالمنا العربي، فقد جاءت هذه

الدراسة للتعرف على واقع التعامل الأسري والمحيط الاجتماعي مع الأطفال المعاقين في دولة الإمارات العربية المتحدة، ومدى تعرضهم للإساءة النفسية والاجتماعية.

مشكلة الدراسة:

تعتبر الإساءة النفسية والاجتماعية من أكثر أنواع الإساءة التي يتعرض لها الأطفال، والتي لا تلقى نفس الاهتمام الذي لاقته الإساءة الجسدية، وذلك كونها مخفية وغير ظاهرة (عسيري، 2001)، ويعتبر المعاقون من أكثر فئات الأطفال تعرضاً للإساءة لكونهم أكثر اعتماداً على الآخرين، وأكثر حاجة لهم (Sullivan & Cork, 1996; NCFV, 2000)، وكونهم يتطلبون مطالب عاطفية واجتماعية وجسدية واقتصادية، أكثر من غيرهم من الأطفال في هذه الأسر (Benedict, White, Wulff, Hall, 1990)، ونظراً لأنهم لا يستجيبون لوسائل التعزيز المستخدمة مع الأطفال العاديين، وتظهر لديهم بعض المشكلات السلوكية (Sullivan & Cork, 1996).

وبالإشارة إلى أعداد الطلاب المعاقين الملتحقين بمراكز تأهيل المعاقين للعام الدراسي 2007 - 2008م، يتبين أنهم (463) شخصاً معاقاً غالبيتهم من ذوي الإعاقة الذهنية (355)، فيما يتوزع البقية على الإعاقات السمعية والبصرية والجسدية (وزارة الشؤون الاجتماعية، 2007)، وهذا يدل على العدد الكبير من المعاقين الذي يستحق الدراسة.

وإن معرفتنا لحجم الإساءة التي يتعرض لها هؤلاء الأطفال المعاقون في دولة الإمارات، من شأنه أن يفيد في نجاح التخطيط للبرامج النفسية والاجتماعية والأسرية المقدمة لهم ولأولياء أمورهم والعاملين معهم، وفي بث التوعية المجتمعية في كيفية التعامل السليم مع الطفل المعاق وتلبية احتياجاته التأهيلية والاجتماعية والنفسية. لذلك فقد تحددت مشكلة الدراسة الحالية في الإجابة عن السؤال الرئيسي الآتي:

ما مدى الإساءة النفسية والاجتماعية التي يتعرض لها الأطفال المعاقين في الإمارات العربية المتحدة في ضوء بعض المتغيرات؟

أهمية الدراسة:

تنبع أهمية هذه الدراسة من كونها من الدراسات النادرة التي تناولت الإساءة النفسية والاجتماعية التي يتعرض لها الأطفال المعاقين في عالمنا العربي، وخاصة في دولة الإمارات، لذلك فهي تعتبر إضافة علمية جديدة، وتفيد الجهات المعنية في تجنب أسباب الإساءة والتعامل مع الأطفال المساء لهم.

أهداف الدراسة:

سعت هذه الدراسة إلى تحقيق الأهداف الآتية:

- 1- التعرف على مدى الإساءة النفسية والاجتماعية للأطفال المعاقين في الإمارات العربية المتحدة.
- 2- التعرف على أوجه الاختلاف في الإساءة النفسية والاجتماعية التي يتعرض لها

الأطفال المعاقون باختلاف متغيرات (نوع الإعاقة، جنس المعاق، الإمارة التي يسكن فيها الطفل المعاق).

فرضيات الدراسة:

1. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (ألفا = 0.05) في مستوى الإساءة النفسية والاجتماعية للأطفال المعاقين في دولة الإمارات، تعزى إلى متغير نوع الإعاقة (جسدية، عقلية، سمعية، بصرية).
2. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (ألفا = 0.05) في مستوى الإساءة النفسية والاجتماعية للأطفال المعاقين في دولة الإمارات، تعزى إلى متغير جنس المعاق (ذكر، أنثى).
3. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (ألفا = 0.05) في مستوى الإساءة النفسية والاجتماعية للأطفال المعاقين في دولة الإمارات، تعزى إلى متغير مكان السكن (دبي، الشارقة، عجمان، أم القيوين، رأس الخيمة، الفجيرة).

حدود الدراسة:

لقد تم تطبيق إطار هذه الدراسة على عينة بلغت (301) طفلاً من الأطفال المعاقين الملتحقين بمراكز تأهيل المعاقين التابعة لوزارة الشؤون الاجتماعية في دولة الإمارات العربية المتحدة، خلال الفصل الثاني من العام الدراسي 2007 / 2008م، من أجل التعرف على الإساءة النفسية والانفعالية التي يتعرضون لها، باستخدام أداة الدراسة التي تم تصميمها من قبل الباحث لهذا الغرض.

مصطلحات الدراسة:

تبنى الباحث لأغراض الدراسة الحالية التعريفات العلمية الآتية، وأخذ بها، وبني عليها أداة دراسته:

الإساءة Abuse:

هي سلوك وأفعال مستهجنة وغير مرغوب فيها يقوم بها الفرد المعتدي عن قصد، بهدف إلحاق الضرر والأذى الجسدي أو النفسي أو الجنسي للضحية، مما يؤدي إلى ظهور نتائج نفسية واجتماعية خطيرة على شخصية الضحية (حسين، 2008).

الإساءة الاجتماعية Social Abuse:

منع الطفل من المشاركة الاجتماعية وتكوين الأصدقاء، ومنعه من التفاعلات مع الزملاء والكبار خارج الأسرة، وحرمانه من الخبرات الاجتماعية السوية. وعدم مشاركته في نشاطات الأسرة وتفاعلاتها، وعدم الاهتمام بسلوكه وانجازاته، وتركه دون إشراف من قبل أفراد الأسرة. (حسين، 2008)، ويضاف إلى ذلك عدم تقبله من أفراد الأسرة، وعدم تلبية احتياجاته الاجتماعية.

ولأغراض الدراسة الحالية يعرف الباحث الإساءة الإجتماعية إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها الأطفال المعاقون، على بُعد الإساءة الاجتماعية الذي أعد خصيصاً لهذا الغرض من قبل الباحث.

الإساءة النفسية Psychological Abuse :

سلوك دائم متكرر غير مناسب يلحق ضرراً بالطفل، أو على الأقل يقلل بصورة مؤكدة من الارتقاء النفسي السوي للقدرات العقلية والعمليات النفسية المهمة للطفل مثل الذكاء، الذاكرة، التعرف، الإدراك، الانتباه، النمو اللغوي والخلقي (O'Hagan, 1993).

ولأغراض الدراسة الحالية يعرف الباحث الإساءة النفسية إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها الأطفال المعاقون، على بُعد الإساءة النفسية الذي أعد خصيصاً لهذا الغرض من قبل الباحث.

الإساءة للطفل Child Abuse :

أي نوع من الأذى للأطفال، بما في ذلك الإهمال والعنف البدني والجنسي والنفسي والاجتماعي، من قبل شخص مسؤول عنهم أو يملك النفوذ أو السيطرة عليهم، والذي يفترض أن يكونوا قادرين على الوثوق به (كواست وصوفي، 2007).

الإعاقة البصرية Visual Impairment :

هي الحالة التي يفقد فيها الفرد القدرة على حاسة البصر بفاعلية لتأدية نشاطات الحياة اليومية، وينتج عن هذا العجز إصابة دائمة في الجهاز البصري، ويحتاج الطلاب المعاقون بصرياً إلى تعديلات في أساليب التدريس، وإلى منهاج إضافي يلبي حاجاتهم الفردية الخاصة في مختلف المجالات، كالقراءة والكتابة، والتعرف والتنقل، وتنمية الحواس (المكتب التنفيذي، 2001).

الإعاقة الجسمية Physical Disability :

حالة عجز عصبية أو عضلية أو عظمية مزمنة تحد من قدرة الشخص على استخدام جسمه بشكل طبيعي، وتتأثر نشاطات حياته اليومية تبعاً لذلك، ومن ثم فهو بحاجة إلى تجهيزات خاصة وتهيئة في بيئة العمل حتى يتمكن من أداء المهام الوظيفية المطلوبة منه بيسر (المكتب التنفيذي، 2001).

الإعاقة السمعية Hearing Impairment :

هي فقدان كلي أو جزئي في حاسة السمع، إلى الحد الذي يؤثر على قدرة الفرد على استخدامها في التواصل أو التعلم في بيئة تعليمية عادية، وتشمل هذه الإعاقة الصمم الذي تكون فيه حاسة السمع غير وظيفية في الحياة اليومية، ويبدأ ضعف السمع البسيط عند الشخص الذي يسمع عند درجة 25 ديسبل فما فوق، ويعتبر الفرد معاقاً سمعياً عند الدرجة التي يحتاج فيها إلى خدمات خاصة من أجل تطوير اللغة والكلام والتواصل الشفهي،

والتفاعل في الحياة اليومية وميدان العمل (المكتب التنفيذي، 2001).

الإعاقة العقلية Mental Retardation:

انخفاض ملحوظ في مستوى الأداء العقلي العام، يصاحبه عجز في مجالين أو أكثر من مجالات السلوك التكيفي الآتية: التواصل، العناية بالذات، الحياة الأسرية، المهارات الاجتماعية، الحياة المجتمعية، التوجيه الذاتي، الصحة والسلامة، المهارات الأكاديمية والوظيفية، الترويج والعمل، وذلك في مرحلة النمو (يحيى وعبيد، 2004).

الطفل The Child:

هو كل إنسان لم يتجاوز الثامنة عشرة ما لم يبلغ سن الرشد قبل ذلك بموجب القانون المنطبق عليه (الأمم المتحدة، 1990).

الإطار النظري والدراسات السابقة

تعمل وزارة الشؤون الاجتماعية في دولة الإمارات على الإعداد لقانون حماية الطفل، لضمان حقوقه التي نصت عليها اتفاقية حقوق الطفل التي وقعت عليها الدولة، ومن أهم ما تضمنه مشروع القانون استحداث وظيفة مرشد حماية الطفولة لدى الوزارة، والذي أعطيت له صفة الضبطية القضائية بحيث يمكنه اتخاذ عدد من الإجراءات بشأن حماية الطفل منها:

- إبقاء الطفل في عائلته مع التزام الوالدين باتخاذ الإجراءات اللازمة لرفع الخطر المحقق به، وذلك في آجال محددة ورهن رقابة دورية من مرشد حماية الطفولة.
- إبقاء الطفل في عائلته مع أخذ الاحتياطات اللازمة لمنع كل اتصال بينه وبين الأشخاص الذين من شأنهم أن يتسببوا له فيما يهدد صحته أو سلامته البدنية أو المعنوية.
- إيداع الطفل مؤقتاً لدى عائلته أو هيئة أو مؤسسة اجتماعية أو تربية أخرى ملائمة (إدارة رعاية الأسرة والطفولة، 2008).

وتتولى جمعية حقوق الإنسان في الإمارات متابعة قضايا الطفولة وتلقي الشكاوي المتعلقة بتعرض الأطفال لأي انتهاك لحقوقهم، أو لسوء المعاملة والاستغلال أيا كان نوعه (إدارة رعاية الأسرة والطفولة، 2008).

الخدمات المقدمة للمعاقين في الإمارات:

بدأ الاهتمام بالأشخاص ذوي الإعاقة في دولة الإمارات العربية المتحدة مع قيام الاتحاد، حيث صدر عدد من التشريعات والقوانين في مجال تقديم الخدمات لذوي الإعاقة، وكان أولها المادة 16 من الدستور المؤقت. ويعد القانون الاتحادي رقم (29) لسنة 2006 في شأن حقوق ذوي الاحتياجات الخاصة أحدث هذه التشريعات، وقد كفلت المادة (3) من هذا القانون حق صاحب الاحتياجات الخاصة في المساواة بينه وبين أمثاله من غير ذوي الاحتياجات الخاصة، وعدم التمييز بسبب الاحتياجات الخاصة في جميع التشريعات، وأقر القانون

مجموعة من اللجان تحت مسؤولية وزارة الشؤون الاجتماعية، ووزارة التربية والتعليم، ووزارة الصحة، ووزارة الثقافة والشباب وتنمية المجتمع، تتولى تسهيل تقديم مختلف الخدمات للأشخاص المعاقين في الدولة (وزارة الشؤون الاجتماعية، 2006).

وتقدم وزارة الشؤون الاجتماعية عبر مراكز تأهيل المعاقين التابعة لإدارة رعاية وتأهيل المعاقين، مجموعة من الخدمات التأهيلية والتعليمية للمعاقين الملتحقين في هذه المراكز، ومن أهم هذه الخدمات:

- الخدمات التربوية والاجتماعية والنفسية.
- الخدمات العلاجية والتأهيلية.
- خدمات الإرشاد الأسري.
- توفير الأجهزة الطبية والأدوات المساعدة والمعينات.
- التأهيل المهني والتشغيل والمتابعة.

إساءة معاملة الأطفال:

يعرف جاربيريانو وجليام (Garuarino & Gilliam, 1980) سوء معاملة الطفل (Maltreatment) بأنها القيام بأفعال أو سلوكيات، أو الامتناع عن القيام بأفعال أو سلوكيات من قبل الوالدين، أو أولياء الأمور، يحكم عليها من قبل منظومة القيم الاجتماعية أو الخبرة المهنية بأنها غير مناسبة ومؤذية، ويشتمل هذا التعريف على العناصر الآتية:

- 1- السلوك غير المناسب (Inappropriate) لوصف سلوك الأب، أو أولياء الأمور.
- 2- سلوك إيذاء (Damaging) لوصف نتائج السلوك
- 3- له معيار حكم (Standards of Judgment) وهو المعيار الاجتماعي والمهني في الحكم على السلوك.
- 4- يشمل القيام بالفعل (Commission) مثل إساءة المعاملة
- 5- يشمل الامتناع عن الفعل (Omission) الإهمال والرفض.

وفي العقود الأخيرة، تم التسليم بانتشار ممارسة العنف ضد الأطفال -العنف الجسدي والجنسي والنفسي، علاوة على الإهمال المتعمد - بواسطة الوالدين وأفراد الأسرة الأقربين الآخرين، ويكون الأطفال ابتداء من طفولتهم المبكرة وحتى سن 18 سنة، عرضة لأشكال مختلفة من العنف داخل منازلهم، بحيث يختلف مرتكبو هذا العنف باختلاف المرحلة العمرية، ووفقاً لدرجة النضج لدى الضحية، وهم يشملون الوالدين، وأزواج الوالدين، والوالدين بالتبني، والأخوة والأخوات، وأفراد الأسرة، والقائمين بالرعاية. وكثيراً ما يكون العنف الجسدي مصحوباً بعنف نفسي، فالإهانات والسباب والعزل والصد والتهديد وعدم الاكتراث العاطفي والتحقيق، كلها من أشكال العنف الذي قد يؤثر بشكل حاسم على نمو الطفل النفسي ورفاهه - وبخاصة حينما تأتي من شخصية جديرة بالاحترام كأحد الوالدين. ومن الأهمية بمكان أن يتم تشجيع الوالدين على الاقتصار على استخدام وسائل تأديبية خالية من العنف (الأمم المتحدة، 2006). وتشير (كواست وصوفي، 2007) إلى أن من

أنواع العنف المستخدم في الأسرة العنف النفسي والانفعالي، وكثيراً ما تلجأ الأسرة إلى العنف الانفعالي إلى جانب العنف البدني في عقاب الأطفال. ومن أشكال العنف الانفعالي توجيه الإهانات، المناداة بألقاب غير محببة، التهديدات، أو عزل الطفل ورفضه.

أسباب إساءة معاملة الأطفال المعاقين:

يشير حسين (2008) إلى أن من أسباب الإساءة للأطفال تأخرهم في النمو، وهذا يعرضهم للإهمال غالباً، وذلك مقارنةً بالأطفال مكتملي النمو، إذ إن هؤلاء الأطفال غير الناضجين نمائياً يكونون أقل استجابة للأسرة، ويظهرون مستوى مرتفعاً من الغضب؛ مما يجعلهم عرضة للإساءة، وكذلك الأطفال ذوي الاحتياجات نظراً لأنهم يشكون ضغطاً على الوالدين وبخاصة ذوو الإعاقة العقلية الذين يظهرون سلوكيات تدمير الذات مما يعرضهم لسوء المعاملة، إضافة إلى الأطفال ذوو النشاط الزائد والأطفال الذين يعانون من صعوبات مدرسية ولديهم اضطرابات في التعلم، مضيفاً أنه بوجه عام فإن الأطفال المعاقين ونظراً لاختلافهم عن الآخرين من أقرانهم العاديين، يكونون أكثر عرضة للإساءة والإهمال.

وتزيد احتمالات تعرض الأطفال المعاقين للإساءة أيضاً، نظراً لعدم قدرتهم على الاعتماد على الذات، وضعف الحواس أو الحركة أحياناً تجعلهم أكثر عرضة للتعامل الخشن، والإهمال والتجاهل، وعدم العدالة نحوهم وعدم الاحترام بالمقارنة مع أخوانهم أو الأطفال الذين في نفس عمرهم، ولحاجتهم إلى المساعدة في عمل أشياء يستطيع أقرانهم عملها بسهولة، مما يشكل لديهم ضعفاً في تقدير الذات، وإن اختلافهم عن الآخرين يجعل من الصعب عليهم المشاركة في النشاطات الاجتماعية بدون مساعدة، مما يعرضهم للعزلة من قبل الأقران، وهو ما يشكل إساءة اجتماعية لهم، وكذلك يتم إهمال الأطفال الذين لديهم مشكلات في التواصل، والميل إلى عدم الاستماع لهم وتجاهلهم إذا حاولوا التعبير والتواصل مع الآخرين (NCFV, 2000).

تأثيرات الإعاقة على الوالدين:

عندما يعلم الوالدان أن طفلهم من ذوي الإعاقة، تأتي هذه المعلومات عليهما كالصاعقة، حيث يشعر البعض بالارتباك تجاه هذا الخبر، فيما يصفه البعض الآخر بأنها مصيبة سوداء سقطت فوق رؤوسهم، وعطلت قدرتهم على السمع والرؤية والتفكير بطريقة طبيعية، ويصفها الآخرون بالطعنة القوية في القلب، وبطرق مختلفة (NDCCD, 2003).

وعلى الرغم من اختلاف ردود الفعل وشدتها فإنها متشابهة من حيث طابعها العام على الأسرة، وكونها تضع الأسرة أمام حالة من التحدي والمواجهة، حيث يبدأ الوالدان بالإنكار، على اعتبار أن هذا من المستحيل أن يحدث للوالدين أو للأسرة أو الطفل، وقد يكون هذا الإنكار مختلطاً بمشاعر الغضب تجاه الطاقم الطبي الذي شخّص الطفل، أو الغضب تجاه أسرة كل طرف من الزوجين، أو تجاه كل طرف نحو الآخر كونه المسبب للإعاقة، وهذا كله قد يكون ممزوجاً بحالة من الحزن الشديد (Lavin, 2001)

ويسيطر التشوش الذهني على هذه المرحلة الصادمة من حياة الأسرة، كنتيجة لعدم فهم ما حدث وما سيحدث فيما بعد، وينعكس ذلك على شكل مظاهر سلوكية كعدم النوم

الطبيعي، عدم القدرة على اتخاذ القرارات، العبء الذهني، فيسمع الوالدان الكلمات والمصطلحات التي لم يسمعوها بها من قبل.

ويشير ماكهوج (McHugh, 2002) إلى أن الوالدين يشعرون بعدم القدرة على تغيير حقيقة أن طفلهم معاق، فهما يريدان أن يشعرا بأنهما قادران على اتخاذ قراراتهما الحياتية، إلا أنهما مجبران على الاستماع لتقويمات الآخرين وآرائهم وتوصياتهم حول طفلهم، ومن ثم اتباعها على الرغم من أنهم من الغرباء. ويؤكد فينستون (Finston, 1990) على ظهور مشاعر الرفض عند الوالدين سواء نحو الطفل أو الطاقم الطبي، أو نحو أعضاء الأسرة، ويعتبر تمني الموت للمعاق من أسوأ حالات الرفض التي قد يشعر بها الوالدان على الرغم من أنها قليلة الحدوث، وهي حالة تعبر عن نقطة من الاكتئاب العميق التي وصل إليها الوالدان، مع العلم أن هذه المشاعر قد لا تحدث جميعها عند أسرة الطفل المعاق وبنفس الترتيب.

الإعاقة كمصدر ضغط للأسرة:

أجرى فولر ورانكين (Fuller & Rankin, 1994) دراسة هدفت إلى المقارنة بين مستويات الضغط التي مرت بها أمهات الأطفال ذوي صعوبات التعلم وذوي الإعاقات الانفعالية، بالمقارنة مع مستوى الضغوط عند أمهات الأطفال في المدارس العامة، ونظراً لأن اتجاه وسلوك الأم يؤثر مباشرة في اتجاه وسلوك الطفل والعكس بالعكس، تم إدراج كل العاملين وفحص العلاقة بينهما في الدراسة. حيث تم إجراء الدراسة على 75 أماً لأطفال في المدارس العامة، و25 أماً لأطفال ذوي صعوبات تعلم، و25 أماً لأطفال من ذوي الإعاقة الانفعالية، وتبين من النتائج أن أمهات الأطفال الملتحقين بالمدارس العامة كانت مستويات الضغط لديهم في المستوى الطبيعي، فيما كانت مستويات الضغط لدى أمهات ذوي صعوبات التعلم والإعاقة الانفعالية أعلى من المعدل الطبيعي، وذلك من جراء التعامل مع أطفالهن، وأفادت أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الانفعالية بأن علاقتهن مع أطفالهن تنقصها الخبرة الإيجابية، وشعرن بأنهن مرفوضات من قبل أطفالهن، وبعدم الكفاءة في التعامل معهم.

إن وجود طفل معاق في الأسرة لا يؤثر فقط على مستوى الضغط الذي يتعرض إليه الوالدان، وإنما على القرارات الحياتية العامة، فحسب دراسة كيسكلي وآخرين (Cuskelly, et al., 1998) يتبين أن نسبة صغيرة من أمهات الأطفال المعاقين يعملن بالمقارنة مع أمهات غير المعاقين، في حين أن 100% من أمهات الأطفال المعاقين يعملن بدوام جزئي، في حين أن 50% من أمهات الأطفال غير المعاقين يعملن بدوام جزئي، وهذا يؤكد أن وجود طفل معاق في الأسرة يقيد نظام عمل الأم، وتشير الدراسة أيضاً إلى أن الأطفال المعاقين يحتاجون إلى تكاليف إضافية من أجل العناية الصحية، وهذا ينعكس على المستوى الاقتصادي لأسرهم، وزيادة الضغوط على الوالدين، إضافة إلى أن هناك نتائج اجتماعية انعكست من جراء وجود الأم في البيت دون عمل، والتي تتمثل في العزلة الاجتماعية، والتخفيف من شبكة العلاقات الاجتماعية التي تتم عبر علاقات العمل، والتي تعتبر مصدراً لتخفيف ضغوطها، إضافة إلى أن الأم تشعر بالعزلة إذا لم يتفهم المحيطون بها علاقتها مع طفلها المعاق، وإذا لم يرتاحوا في التعامل معها في ظل وجوده، مما يزيد من ضغوطها بشكل أكبر.

لذلك فإن إساءة معاملة الوالدين لطفلهم المعاق ليست ناتجة عن الظروف الخاصة بالطفل فحسب، بل ترجع أيضاً إلى الضغوط التي يتعرضون لها من قبل المجتمع المحيط والأقارب والأصدقاء، والتي تسبب لهم الوصمة الاجتماعية من جراء وجود طفل في الأسرة، وهذا ينعكس على طريقة تعاملهم مع طفلهم. (NCCAN, 1993)

كما يؤكد (حسين، 2008) بأن الضغوط الحياتية اليومية التي تواجهها الأسرة من مسببات الإساءة للأطفال، والأحداث الضاغطة التي يتعرض لها الوالدان، كالضغوط الاقتصادية ونقص الموارد، ومرض شخص في الأسرة، وكذلك عندما لا تملك الأسرة مهارات المواجهة لهذه الضغوط فإنها تصبح في أزمة حقيقية، وربما يؤدي ذلك إلى زيادة إساءة معاملة الأطفال، خاصة عند الآباء غير القادرين على التعامل مع الضغوطات ومواجهة الأزمات. وتزداد هذه الضغوط الاجتماعية والاقتصادية عند أسر الأطفال المعاقين حيث إن وجود طفل معاق في الأسرة يستنزف إمكانيات وموارد الأسرة المادية، لما تنفقه على علاجه وتقديم البرامج الصحية والتربوية له، إضافة إلى تكاليف الأجهزة والأدوات المساعدة التي يحتاجها الطفل، وتتعرض أسرة الطفل المعاق أيضاً لضغوط اجتماعية أكثر من غيرها من الأسر، ويشمل ذلك المواقف والظروف التي تتطلب تغييراً في أنماط الحياة (عبدات، 2007)، ويتفق (البداينة، 2001) مع هذا الرأي، مؤكداً أن المشكلات الاقتصادية أو الاجتماعية أو النفسية التي تواجهها الأسرة بفعل الظروف الحياتية التي تقع على المجتمع، تُسهم في جعلهم يسيئون معاملة الأطفال، إضافة إلى غياب الأسس التربوية في التنشئة الاجتماعية للأطفال.

ويشعر الآباء ومقدمو العناية للطفل بالإحباط نظراً لأن الأطفال المعاقين لا يستجيبون لوسائل التعزيز المستخدمة مع الأطفال العاديين، ووجود بعض المشكلات السلوكية لديهم مثل: العدوان، وعدم الطاعة، ومشكلات التواصل، ونوبات الغضب، مما يشعرهم بالإحباط (Sullivan & Cork, 1996). وكون هؤلاء الأطفال لهم مطالب عاطفية واجتماعية وجسدية واقتصادية أكثر من غيرهم من الأطفال في هذه الأسر (Benedict et al. 1990). علماً أن الآباء الذين يسيئون معاملة أطفالهم غالباً ما يعانون من نقص في المساندة الاجتماعية، أو يميلون إلى العزلة الاجتماعية، وغالباً لا يشاركون في النشاطات الاجتماعية الموجودة في مجتمعاتهم، إذ أن الأسر التي تعيش بعيداً عن المجتمع، وتكون معزولة اجتماعياً تسيء معاملة أطفالها (حسين، 2008).

الإساءة النفسية Psychological Abuse:

يعتبر (أبو حلاوة، 1988) الإساءة النفسية للأطفال بأنها كل سلوك من شأنه إيذاء مشاعر الطفل وإحساسه بذاته، ويؤثر في بنائه النفسي، ويتعارض مع الصحة النفسية للطفل، ويتضمن ذلك التهديد اللفظي والعزلة الاجتماعية، والتخويف والاستغلال، وفرض مطالب غير مقبولة على الطفل، كما يتضمن ترهيبه وترويعه والسب والشتم، والألفاظ الجارحة والمقارنة السلبية للطفل بالآخرين لإشعاره بأنه غير جدير بالاستحقاق أو القيمة، وال فشل في تزويده بالحب والدعم الضروري لنموه.

وتميز (كواست وصوفي، 2007) بين الإساءة النفسية والإساءة الانفعالية على اعتبار

أن الإساءة النفسية هي إهانة شخص ما أو الحط من كرامته أو إذلاله، أو جرح مشاعر الشخص أو التسبب بأذى نفسي له. فيما أن الإساءة الانفعالية هي جعل الطفل يشعر بشعور سيء يمكن أن يتم باستخدام الإهانات، أو الألقاب، أو عزل الطفل أو رفضه، أو التهديد، أو عدم الاكتراث بما يحدث له.

عناصر الإساءة النفسية والاجتماعية:

يعتبر (حسين، 2008) الرفض من أهم عناصر الإساءة النفسية نحو الطفل، والذي يتمثل في رفض الاعتراف باستحقاق الطفل ومشروعية حاجاته، كالهجر وعدم تقدير مشاعره وسلوكه، وعدم إتاحة المجال له للتعبير عن مشاعره، إضافة إلى التخويف الذي يعني خلق مناخ من التهديد والتخويف، وإجباره على طاعة الأوامر والتعليمات بشكل حرفي ودون نقاش، وتحقير الطفل والتقليل من شأنه وأهميته وحاجاته، وإطلاق الألفاظ النابية والسيئة عليه، وإشعاره بأنه عالة على الآخرين. فيما تشمل الإساءة الاجتماعية منع الطفل من المشاركة الاجتماعية وتكوين الأصدقاء، وجعله يعتقد بأنه وحيد في هذا العالم، ومنعه من التفاعل مع الكبار خارج الأسرة، وحرمانه من الخبرات الاجتماعية السوية. إضافة إلى تعرضه للتجاهل من المحيطين، وحرمانه من المثيرات التي تؤثر في نموه العقلي والاجتماعي السوي، وعدم إشراكه في نشاطات الأسرة وتفاعلاتها، وعدم الاهتمام بسلوكه وإنجازاته، وعدم مساعدته في حل مشكلاته والصعوبات التي تواجهه، وترك الطفل دون إشراف من قبل أفراد الأسرة.

ويصنف (تومبسون، 1996) عناصر الإساءة النفسية للطفل إلى خمس صيغ سلوكية:

- 1- النبذ أو الرفض Rejection وهي سلوكيات تتضمن إيصال رسالة للطفل مفادها أنه غير مرغوب فيه، كرفض الآباء إظهار الحب أو الود للطفل، وجعله عرضة للهجر أو التخلي.
- 2- العزل Isolation وتشمل منع الطفل من الاشتراك في الفرص الطبيعية للتفاعل الاجتماعي.
- 3- التخويف أو الترويع Terrorizing وتشمل تهديد الطفل بشكل دائم بإيقاع عقاب شديد بدون شفقة، أو وضع الطفل في مناخ تفاعل محمل بالخوف والتهديد.
- 4- التجاهل Ignoring وفيه يكون الآباء أو مقدمو الرعاية غير متاحين نفسياً للطفل، ويفشلون في الاستجابة السوية لانفعالات الطفل وسلوكياته التعبيرية.
- 5- الإفساد أو الحث على الفساد السلوكي Corruption وفيه يشجع سلوك الآباء أو مقدمو الرعاية على تبني قيم سلوكية خاطئة تدعم أو تستحثه على الإتيان بأنماط سلوك منحرف.

وقد حدد جاربريانو وجليام (Garbarino & Gilliam, 1980) أربعة مبادئ لإساءة المعاملة النفسية للطفل هي:

المبدأ الأول: معاقبة السلوك الإيجابي والإجرائي مثل الابتسام، أو الحركة، أو النطق.

المبدأ الثاني: خذلان الطفل وعدم تعزيزه وتشجيعه على الالتصاق الانفعالي.

المبدأ الثالث: معاقبة سلوك تقدير الذات

المبدأ الرابع: معاقبة مهارات السلوك بين الشخص في بيئات غير الأسرة، كالمدرسة.

مظاهر الإساءة للأطفال:

ومن أهم العلامات التي تدل على تعرض الطفل للإساءة: مخاوف غير طبيعية، الرغبة في جلب الانتباه، الخوف من الذهاب للبيت، السلوك التدميري تجاه الذات أو الآخرين، ضعف العلاقات الاجتماعية، التعب، ضعف التركيز (NRCRCCS, 1994).

إضافة إلى علامات أخرى مثل:

- الخوف غير المتوقع من شخص معين أو النفور منه

- العدوان أو السلوك الانسحابي غير الاعتيادي

- مشكلات النوم

- التغيرات في نمط الأكل

- عدم القدرة على إقامة علاقات مع الآخرين وبناء الصداقات (NSPCC, 2006).

الأطفال المعاقون أكثر عرضة للإساءة:

تعتبر الاتجاهات المجتمعية السلبية نحو المعاقين، وعدم تقدير وتمكين المجتمع لهم، من الأسباب التي تجعلهم أكثر عرضة للإساءة، إضافة إلى المعوقات الكثيرة التي تواجهها أسرهم أمام انخراطهم الكامل في المجتمع، مما يعيق استفادتهم من مختلف المصادر المجتمعية، وكذلك نقص معرفة مقدمي الرعاية والأخصائيين بالمؤشرات التي تدل على أن الطفل مساء إليه من قبل الأسرة أو المجتمع المحيط، والاعتقاد بأن المعاق لا يتم الإساءة إليه، بل يتم التعامل معه بشفقة ورحمة، وتعود المعاقين على الإذعان وطاعة من يقدم الرعاية لهم وعدم الشكوى منهم (Miller, 2002).

وقد تبين من خلال دراسة المركز الوطني لإساءة وإهمال الطفل، أنه يتم الإساءة إلى الأطفال المعاقين بمقدار 1.7 مرة بالمقارنة مع غير المعاقين، وأن من أهم الأسباب التي تؤدي إلى زيادة الإساءة من قبل الوالدين هو شعورهم بأنهم غير مهياين للتعامل مع الطفل المعاق، بما في ذلك عدم تقبلهم لاختلافه عن الأطفال الآخرين، والأعباء المالية التي عليهم للوفاء بمتطلبات علاجه ورعايته، ونقص الدعم الاجتماعي لأسرة الطفل المعاق (NCCAN, 1993).

وتعتبر طبيعة إعاقة الطفل عنصراً مساعداً في زيادة حجم الإساءة له من الأسرة، وعدم قدرته على تجنبها، فالمعاق جسدياً لا يستطيع الهروب من الشخص المعتدي، أو الخروج من جو البيت لحظة وقوع العدوان، وكذلك المعاق سمعياً فلا يستطيع سماع الإساءات اللفظية التي توجه له، وتوقعه إعاقة في الشك والحيرة والارتباك نحو من يستهزئ به أو يصدر حركات ساخرة نحوه، والمعاق ذهنياً لا يمتلك القدرة العقلية الكافية التي تمكنه من عدم ارتفاع وتيرة غضب والديه عليه، أو معرفة متى عليه مغادرة الغرفة عندما يقع

في مأزق (UNICEF, 2005). وغالباً ما يكون الوالدان الراضان لأطفالهم مشغولين بأفكارهم ونشاطاتهم الخاصة، وإشباع حاجاتهم على حساب حاجات الطفل، ويكون لديهما إحساس بالغضب والكراهية نحو الطفل، ويفرضان رغباتهم عليه دون الاهتمام بمشاعره، لذلك يدرك الآباء أن الطفل المعاق مصدر إزعاج لهم، ولضبط سلوكه والتحكم فيه يميلون إلى ممارسة القسوة والعنف والعقاب ضده، في حين أن الوالدين المتقبلين لطفلهما المعاق يتقبلان مسؤولية الاهتمام والرعاية به، ويظهران علامات قليلة من الانزعاج منه ويحترمان استقلالته، ويسعون إلى إشباع حاجاته البيولوجية والنفسية (البدائية، 2001).

ومن خلال دراسة سوليفان وكنوتسون (Sullivan & Knutson, 2000) التي تمت بعد مراجعة مجموعة كبيرة من ملفات الأطفال الذين تعرضوا لإساءة المعاملة من قبل أسرهم خلال العامين 1994-1995، أشارت النتائج إلى أن 9% منهم ليس لديهم إعاقات، ووجد أن 31% منهم من الأطفال ذوي الإعاقة، وخلصت الدراسة إلى أن الأطفال المعاقين يتعرضون للإساءة بنسبة 3.4 أضعاف ما يتعرض له الأطفال غير المعاقين. وأشارت دراسة راتنوفسكي وكروس (Ratnofsky & Crosse, 1991) التي أجريت على حالات الإعاقة الجسدية والانفعالية وصعوبات التعلم أن هناك علاقة ارتباطية بين الإعاقة وبين سوء معاملة الأسرة للطفل وإهماله.

فيما كشفت دراسة مورس وآخرون (Morse, Sahler, O. & Friedman, 1970) والتي أجريت على 52 طفلاً أسيء معاملتهم، أن 42% كانت معاملات ذكائهم أقل من (80)، وثبت أن كل هؤلاء الأطفال باستثناء طفل واحد كان لديهم إعاقة عقلية مشخصة. وخلصت دراسة سانجرند وآخرون (Sandgrund, Gaines, & Green, 1974) والتي تكونت عينتها من (120 طفلاً، 60 منهم مثبت تعرضهم لإساءة المعاملة، و30 طفلاً مثبت تعرضهم للإهمال، و30 طفلاً منهم لم يتعرضوا للإساءة أو الإهمال)، إلى أن (20%) من أطفال المجموعة المساء معاملتهم مثبت تشخيصهم تحت فئة الإعاقة العقلية، و(20%) من أطفال المجموعة المثبت تعرضهم لإهمال هم معاقون عقلياً، في حين أن الأطفال المعاقين الذين لم يتعرضوا للإساءة أو الإهمال عددهم قليل.

أما دراسة جيل (Gil, 1970) والتي تكونت عينتها من ستة آلاف طفل تعرضوا لإساءة المعاملة، بينت أن 29% منهم فقط أظهروا سلوكاً اجتماعياً مقبولاً قبل التعرض للإساءة، فيما لم يستطع بقيتهم إدراك أو اكتساب قواعد السلوك الاجتماعي، وهذا يدل على أن معظم هؤلاء الأطفال يتمتعون بقدرات عقلية ومهارات تكيفية متدنية.

وكشفت دراسة دياموند وجودس (Diamond & Judes, 1983) عن أن 29% من الأطفال المصابين بالشلل الدماغي Cerebral Palsy يتعرضون لإساءة المعاملة، وأن 14% من المصابين بالشلل الدماغي يحتمل أن يتعرضوا لإساءة المعاملة فيما بعد.

ووجد كروس وآخرون (Cross, et al., 1993) أن الأطفال المعاقين يتعرضون للإساءة النفسية من قبل أسرهم بدرجة 2.8 أضعاف الأطفال الآخرين، وبشكل عام فهم مهملون ويتعرضون للإساءة بمختلف أشكالها لدرجة 1.7 مرة أكثر من الأطفال غير المعاقين. وفي دراسة إدارة الصحة في بريطانيا (1999) ضمن برنامج «نعمل معاً لحماية

الأطفال» تبين أن هناك أدلة واضحة على أن الأطفال المعاقين يتعرضون لمخاطر الإساءة والإهمال الاجتماعي بشكل كبير وبخاصة الأطفال ذوو الإعاقات المتعددة

ومن حيث أثر جنس الطفل المعاق على درجة الإساءة الموجهة له، أفادت دراسة سيدلاك وبرادهورست (Sedlak & Broadhurs, 1996) أن الأطفال الذكور والإناث يتساوون في أنماط إساءة المعاملة. ويشير اختلال التوازن في النسبة بين الجنسين، وسط البنات والأولاد في بعض المناطق، إلى أن تصبح البنات معرضات بشكل خاص لمخاطر الإهمال، وكذلك العنف. وتزيد الإعاقة أيضاً من مخاطر التعرض للإهمال، فقد يتم نبذ الأطفال المعاقين وهي ممارسة ربما تعتبر مقبولة أو تشجع لدى بعض المجتمعات أحياناً (الأمم المتحدة، 2005).

وفي ضوء الدراسات الكثيرة التي أفادت بتعرض الأطفال المعاقين إلى الإساءة بمختلف أشكالها بالمقارنة مع بقية الأطفال الآخرين، فلا بد من بذل الجهود من أجل التعرف المبكر على الأطفال المساء معاملتهم، وذلك بالتعاون مع مختلف المختصين وبخاصة أطباء الأطفال، وتقديم التدريب للمختصين من أجل التعرف على الطفل المساء معاملته خاصة عندما لا تكون الإساءة واضحة المعالم كالإساءة النفسية والإهمال الاجتماعي من قبل الأسرة والمحيطين بالطفل (Roberta, Hibbard & Desch, 2001)

الآثار السلبية للإساءة:

تنعكس ردود الأطفال نتيجة تعرض الأطفال لإساءة المعاملة إلى داخل البناء النفسي Internalizing problems فيصبحون مكتئبين، ولديهم اضطرابات في الأكل والنوم بأشكالها المختلفة، بينما تنعكس بعض ردود الفعل إلى الخارج نحو الآخرين والبيئة الخارجية (Externalizing problems) مثل العدوان البدني، والسرققة والمشكلات السلوكية الأخرى (Dore, Doris, & Wright, 1995).

ويشير (البدائية، 2001) إلى أنه تظهر لدى الأطفال المساء معاملتهم سلوكيات تدمير الذات، وسلوكيات غير توافقية، ويظهرون كثيراً من الأعراض النفسية والسلوكية والانفعالية والاجتماعية على النحو الآتي:

الآثار النفسية: يعانون من المشكلات النفسية مثل اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، والمشكلات النفسية وإيذاء الذات، والاكتئاب والقلق والكوابيس المتكررة، ومستويات مرتفعة من الغضب والعدوانية، والشعور بالذنب، ويعانون من بعض الأعراض السيكوسوماتية التي تتضمن الألم في المعدة والصداع النصفي، وتوهم المرض والتبول اللاإرادي، وضعف الثقة بالنفس، والانسحاب والعزلة الاجتماعية.

الآثار السلوكية: والتي تتمثل في الخجل المفرط، والخوف من الغرباء وظهور بعض الأنماط السلوكية غير المقبولة اجتماعياً، وانخفاض التوافق الدراسي.

الآثار الاجتماعية: والتي تتمثل في ظهور المشكلات الاجتماعية، إذ يميلون إلى تجنب الألفة والثقة في علاقاتهم مع الآخرين، وقلة الأصدقاء، والشعور بالعزلة الاجتماعية، وسلوكيات اجتماعية من نوع الانسحاب أو الحركة الزائدة وإحراق الأذى بالآخرين والسلوكيات

المضادة للمجتمع **Antisocial Behaviors**، والنقص في المهارات الاجتماعية وظهور سلوكيات غير ملائمة وغير مقبولة اجتماعياً، ونقص الكفاءة الاجتماعية وفي القدرة على التعاطف **empathy**.

إن رفض الأهل للطفل له آثار سلبية انفعالية كثيرة، فهو سلوك غير مناسب، ويمكن أن يؤدي إلى ضبط ذات منخفض، كما يمكن أن يؤدي رفض الأهل إلى ظهور السلوكيات العدوانية عند الطفل والاعتمادية ومفهوم الذات السلبي ... إلخ، واعتقاد الأطفال بأنهم غير محبوبين من الآخرين، ولا يمكن لشخص ما أن يحبهم.

وتلخص (كواست وصوفي، 2007) تأثيرات الإساءة النفسية على الأطفال، والتي يمكن أن يبقى أثرها لسنوات عديدة، في النقاط الآتية:

- مشاكل صحية بدنية، مثل تغيرات في نمو الدماغ، وإصابات وكدمات وكسور.
- صعوبة في التعامل مع الناس.
- مشاكل في التعلم.
- صعوبة في التعبير عن المشاعر بطريقة يستطيع أن يفهمها الآخرون.
- مشاكل صحية انفعالية، بما في ذلك القلق والاكتئاب والعدوانية أو حتى الرغبة بالانتحار.
- الميل لارتكاب أعمال خطيرة، مثل تعاطي المخدرات أو ممارسة الجنس في سن مبكرة جداً.

الطريقة والإجراءات

مجتمع الدراسة وعينتها:

تكون مجتمع الدراسة من جميع الأطفال المعاقين الملتحقين بمراكز تأهيل المعاقين التابعة لوزارة الشؤون الاجتماعية بدولة الإمارات العربية المتحدة، علماً أن عدد الطلاب المعاقين الملتحقين بهذه المراكز على مختلف مراحلهم العمرية للعام الدراسي 2007 / 2008 هو (463) طالباً وطالبة، منهم (322) طفلاً تتراوح أعمارهم بين (3 - 18) سنة، تمكن الباحث من تطبيق الدراسة على (301) طفل منهم. ويوضح الجدول رقم (2) توزيع الأطفال الذين تم تطبيق الدراسة عليهم بعد استيفاء الاستبانات الصالحة للتحليل الإحصائي:

جدول (1) توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغيرات
(نوع الإعاقة، جنس المعاق، مكان السكن)

نوع الإعاقة	التكرار	النسبة المئوية
جسدية	28	9.4%
عقلية	225	74.7%
سمعية	37	12.3%
بصرية	11	3.6%
جنس المعاق	التكرار	النسبة المئوية
ذكر	171	56.8%
أنثى	130	43.2%
مكان السكن	التكرار	النسبة المئوية
دبي	79	26.2%
الشارقة	63	21%
عجمان	29	9.6%
أم القيوين	60	20%
رأس الخيمة	11	3.6%
الفجيرة	59	19.6%
المجموع	301	100%

يلاحظ من خلال الجدول السابق رقم (1) أن غالبية الأطفال الملحقين بمراكز تأهيل المعاقين والذين طبقت عليهم الدراسة هم من ذوي الإعاقة العقلية، يتوزعون على مختلف الإمارات.

أداة الدراسة:

اشتملت أداة الدراسة بصورتها النهائية على استبانة مكونة من (40) فقرة، تمثل أول (20) فقرة منها أنماط الإساءة الاجتماعية، فيما تمثل الفقرات من (21 - 40) مظاهر الإساءة النفسية للأطفال المعاقين. وقد تضمنت الاستبانة أيضاً هدف الدراسة وكيفية الإجابة عن الأسئلة، بالإضافة إلى المعلومات الشخصية التي تمثل متغيرات الدراسة المستقلة.

وقد قام الباحث ببناء هذه الاستبانة الخاصة بمستوى الإساءة النفسية والاجتماعية للأطفال المعاقين، وذلك بالاعتماد على الأدب التربوي وواقع خبرة الباحث كأخصائي نفسي تربوي يعمل في إدارة رعاية وتأهيل المعاقين، ويشرف على عمل الأخصائيات النفسيات والاجتماعيات في مراكز تأهيل المعاقين. وقد تم صياغة فقرات الدراسة صياغة إيجابية، حيث استخدم الباحث المقياس الخماسي التالي للدلالة على مدى تعرض الطفل لمظاهر الإساءة النفسية والاجتماعية: كثيراً جداً (5 درجات)، كثيراً (4 درجات)، بدرجة متوسطة (3 درجات)، قليلاً (درجتان)، نادراً (درجة واحدة).

وللتحقق من صدق أداة الدراسة، فقد عرضت على عدد خمسة (5) من حملة الدكتوراه في مجالات التربية وعلم النفس والتربية الخاصة، كما عرضت كذلك على عدد خمسة (5) من الأخصائيات النفسيات والاجتماعيات العاملات في مراكز تأهيل المعاقين. وطلب منهم جميعاً الحكم على كل فقرة من فقرات الاستبانة من حيث صياغتها اللغوية ومدى علاقتها بالموضوع الذي صممت لقياسه. ولدى مراجعة ردود المحكمين واستجاباتهم تم حذف 3 فقرات نظراً لتداخلها مع الفقرات الأخرى أو لعدم اتصالها مباشرة بموضوع الدراسة، كما تم تنقيح وتجميع عدد 4 فقرات أخرى وصياغتها بطريقة ملائمة. وعقب هذه التعديلات اقتصرت فقرات الدراسة على (40) فقرة، بحيث أصبحت (20) فقرة تمثل الإساءة الاجتماعية، و(20) فقرة تمثل الإساءة النفسية للأطفال المعاقين.

وقد تم إيجاد معامل الارتباط بين الدرجات التي حصل عليها المستجيبون في كل عبارة من عبارات الاستبانة والدرجة الكلية، ويوضح الجدولان رقم (2، 3) معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة من فقرات الاستبانة والدرجة الكلية للمجال الذي تنتمي إليه:

جدول (2) معاملات الارتباط بين فقرات مجال الإساءة الاجتماعية والدرجة الكلية

رقم العبارة	معامل الارتباط ببعيد الإساءة الاجتماعية	رقم العبارة	معامل الارتباط بالدرجة الكلية	معامل الارتباط ببعيد الإساءة الاجتماعية	رقم العبارة
1	**0.88	11	**0.82	**0.83	11
2	**0.89	12	**0.82	**0.90	12
3	**0.88	13	**0.81	**0.89	13
4	**0.77	14	**0.66	**0.78	14
5	**0.91	15	**0.85	**0.82	15
6	**0.89	16	**0.84	**0.83	16
7	**0.90	17	**0.84	**0.81	17
8	**0.89	18	**0.81	**0.83	18
9	**0.89	19	**0.82	**0.88	19
10	**0.90	20	**0.84	**0.89	20

** دالة إحصائياً عند مستوى (0.01).

* دالة إحصائياً عند مستوى (0.05).

جدول (3) معاملات الارتباط بين فقرات مجال الإساءة النفسية والدرجة الكلية

رقم العبارة	معامل الارتباط ببعيد الإساءة النفسية	معامل الارتباط بالدرجة الكلية	رقم العبارة	معامل الارتباط ببعيد الإساءة النفسية	معامل الارتباط بالدرجة الكلية
21	**0.63	*0.48	31	**0.51	*0.33
22	*0.41	*0.43	32	**0.52	*0.43
23	*0.42	*0.36	33	**0.53	*0.43
24	**0.70	*0.41	34	*0.46	*0.35
25	**0.62	*0.33	35	**0.71	*0.44
26	*0.48	*0.32	36	**0.60	*0.42
27	**0.69	*0.37	37	**0.57	*0.42
28	*0.45	*0.29	38	**0.66	*0.29
29	**0.55	*0.33	39	**0.51	*0.41
30	**0.74	*0.41	40	*0.37	*0.25

** دالة إحصائياً عند مستوى (0.01).

* دالة إحصائياً عند مستوى (0.05).

ويتضح من الجدولين السابقين رقم (2، 3) أن جميع معاملات الارتباط بين فقرات الاستبانة والدرجة الكلية هي دالة إحصائياً إما عند مستوى (0.05)، أو عند مستوى (0.01) وتؤكد هذه الارتباطات صدق فقرات الاستبانة.

أما بالنسبة لثبات الأداة، فقد تم التأكد من ثباتها بحساب معامل الارتباط عن طريق معادلة كرونباخ ألفا للاتساق الداخلي بين الفقرات، والذي بلغ (0.98) لمجال الإساءة الاجتماعية، و (0.88) لمجال الإساءة النفسية، و (0.95) للدرجة الكلية للمقياس، وهو ما يعتبر مناسباً لأغراض الدراسة.

منهج الدراسة:

أتبع الباحث المنهج التحليلي لملفات الأطفال المعاقين، في مراكز تأهيل المعاقين التابعة لوزارة الشؤون الاجتماعية بدولة الإمارات لمناسبته لأغراض الدراسة.

إجراءات الدراسة

بعد التأكد من صدق وثبات أداة الدراسة، قام الباحث بالإجراءات المنهجية اللازمة من أجل تطبيقها على عينة الدراسة وذلك على النحو الآتي:

1. تم توزيع الاستبانة على الأخصائيات النفسيات والاجتماعيات، في مراكز تأهيل المعاقين التابعة لوزارة الشؤون الاجتماعية.
2. طلب من الأخصائيات الاجتماعيات تعبئة فقرات الاستبانة من (1 - 20) وهي التي

- تمثل الإساءة الاجتماعية التي يتعرض لها الطفل، وذلك بناء على تحليل ملفات دراسة الحالة التي قامت بها الأخصائيات في وقت سابق، وتعامل أسرته معه، والتي تشمل طبيعة التعامل الأسري مع الطفل وعلاقته مع القائمين على رعايته.
3. طلب من الأخصائيات النفسيات تعبئة فقرات الاستبانة من (21 - 40)، وهي التي تمثل الإساءة النفسية التي يتعرض لها الطفل، وذلك بناء على دراسة الحالة النفسية للطفل، وتقويمه النفسي التربوي الموجود في ملفه الخاص، والذي يشمل المشكلات السلوكية والنفسية التي يعاني منها الطفل، ومشكلاته مع القائمين على رعايته.
4. بعد جمع الاستبانات الموزعة وفرزها، تبين أن هناك (301) استبانة صالحة لأغراض التحليل الإحصائي، وبذلك تم احتسابها أصحابها على أنهم أفراد عينة الدراسة.
5. تم تبويب البيانات وترميزها وإدخالها إلى الحاسوب، ومن ثم عولجت البيانات إحصائياً باستخدام برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية Statistical Packages for Social Sciences (SPSS) والتي تمثلت بإجراء اختبار (ت) لعينتين مستقلتين Independent T test وتحليل التباين الأحادي One way ANOVA، واختبار LSD للمقارنات البعدية، واستخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية.

نتائج الدراسة ومناقشتها

اشتملت نتائج الدراسة ومناقشتها على الجزأين الآتيين:

الجزء الأول: يقتصر التحليل في هذا الجزء على الإجابة عن سؤال الدراسة الرئيسي والذي يتمثل في معرفة مستوى الإساءة النفسية والاجتماعية للأطفال المعاقين في الإمارات العربية المتحدة، لذلك تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل فقرة من فقرات الاستبانة. ويوضح الجدول رقم (4) ذلك.

ومن أجل تفسير النتائج اعتمدت الدراسة على التقدير الآتي:

- المتوسط الحسابي من (2.5) فأقل يمثل مستوى منخفض من الإساءة.
- المتوسط الحسابي من (2.6 - 3.5) يمثل مستوى متوسط من الإساءة.
- المتوسط الحسابي من (3.5 فما فوق) يمثل مستوى مرتفع من الإساءة.

جدول (4) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات الاستبانة

ترتيب الفقرة	الفقرات حسب الترتيب	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	مستوى الإساءة
1	يتعرض الطفل للإهمال المتعمد من الوالدين أو أحدهما	4.2	1.27	84%	مرتفع
2	يتعرض الطفل إلى تأديب قاسي من أسرته	4.2	1.16	84%	مرتفع
3	يتعرض الطفل إلى الإهانات اللفظية	4.2	1.22	84%	مرتفع
4	ينظر المحيطين إلى الطفل على أنه عاجز وغير قادر	3.8	1.42	76%	مرتفع
5	يوصف الطفل باللقاب السلبية من المحيطين	4.1	1.17	82%	مرتفع
6	يتعرض الطفل إلى العزل من قبل أسرته	4.2	1.15	84%	مرتفع
7	يعتبر الطفل مرفوضاً من قبل أخوته	4.2	1.06	84%	مرتفع
8	يتعرض الطفل إلى التهديد من أسرته	4.2	1.14	84%	مرتفع
9	يتعرض الطفل للإهمال العاطفي من قبل الأم أو الأب	4.0	1.34		مرتفع
10	لا تكثر الأسرة بما يحدث للطفل	4.1	1.25	82%	مرتفع
11	هناك تمييز في الأسرة بين الطفل وإخوته غير المعاقين	4.0	1.26	80%	مرتفع
12	الطفل غير متكيف مع البيئة الاجتماعية المحيطة	4.2	1.23	84%	مرتفع
13	الطفل غير مقبول من قبل أقرانه غير المعاقين	4.1	1.14	82%	مرتفع
14	هناك سخرية واستهزاء نحو الطفل من المحيطين به	4.2	1.14	84%	مرتفع
15	يعتبر الطفل غير مقبول من قبل جيران الأسرة	4.0	1.11	80%	مرتفع
16	يعتبر الطفل غير مقبول من قبل أقارب الأسرة	4.1	1.10	82%	مرتفع
17	لا تلبى الأسرة احتياجات نمو الطفل الأساسية	4.2	1.26	84%	مرتفع
18	تخجل الأسرة من إظهار الطفل أمام المجتمع	4.4	1.07	88%	مرتفع
19	علاقة الطفل مع أفراد أسرته باردة	4.0	1.34	80%	مرتفع
20	لا يسمح للطفل بالتعبير عن حاجاته	4.2	1.19	84%	مرتفع
21	يشعر الطفل بالقلق الدائم	3.7	1.09	74%	مرتفع
22	لا يحصل الطفل على المديح والتشجيع من أسرته	3.6	1.12	72%	مرتفع
23	يعاني الطفل من أحلام اليقظة	3.8	0.88	76%	مرتفع
24	يلاحظ على الطفل سلوكيات غير طبيعية	3.2	1.13	64%	متوسط
25	الطفل غير متكيف أو منقلب لذاته	3.5	1.01	70%	متوسط
26	ليس هناك من يستمع للطفل داخل الأسرة	3.5	1.11	70%	متوسط
27	الطفل متردد في سلوكياته	3.5	1.10	70%	متوسط
28	يعتبر الطفل سريع الحساسية في أبسط المواقف	3.3	1.13	66%	متوسط
29	من السهل استنارة الطفل لأتفه الأسباب	3.3	1.14	66%	متوسط
30	يلاحظ على الطفل عدم شعوره بالأمان	3.7	1.7	74%	مرتفع
31	الطفل دائم الانعزال عن الآخرين	4.1	0.98	82%	مرتفع
32	يعاني الطفل من التبول اللاإرادي لأسباب غير جسدية	4.0	0.92	80%	مرتفع
33	يعاني الطفل من كوابيس مزعجة	4.0	0.68	80%	مرتفع
34	هناك اضطرابات في النوم عند الطفل	3.8	0.76	72%	مرتفع
35	هناك حالة من التقلب المزاجي عند الطفل	3.5	1.17	70%	متوسط
36	يعاني من اضطرابات في الأكل أسبابها نفسية	4.5	0.85	90%	مرتفع
37	يدعي الطفل التمارض دون وجود أسباب عضوية	4.9	0.82	98%	مرتفع
38	لدى الطفل مشكلات سلوكية	3.8	1.25	76%	مرتفع
39	يشعر الطفل بالآم في رأسه أو معدته ليس لها أسباب عضوية	4.2	0.84	84%	مرتفع
40	يتغيب الطفل كثيراً عن المركز دون وجود مبررات لذلك	4.1	1.05	82%	مرتفع

يتضح من الجدول السابق رقم (4) أن المتوسطات الحسابية لعينة الدراسة على فقرات الاستبانة تراوحت بين (3.2-4.9)، وهذا يدل على أن تقديرات الإساءة النفسية والاجتماعية نحو الأطفال المعاقين في دولة الإمارات تتراوح بين المستوى المتوسط والمستوى المرتفع، وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسات (Diamond & Judes, 1983; Ratnofsky & Cross, 1991; Cross, et al., 1993; Sullivan & Knutson, 2000)، في تعرض الأطفال المعاقين لمستوى عالي من الإساءة النفسية والاجتماعية.

ويلاحظ أن جميع فقرات الإساءة الاجتماعية (الفقرات من 1-20) هي في مستوى مرتفع وكانت أعلاها ارتفاعاً الفقرة رقم (18) المتعلقة بخجل الأسرة من إظهار طفلها المعاق أمام المجتمع وهو ما يتفق مع (حسين، 2008) بأن الآباء الذين يسيئون معاملة أطفالهم غالباً ما يميلون إلى عدم المشاركة في النشاطات الاجتماعية، ومع نتيجة دراسة (NCCAN, 1993) التي أشارت إلى الوصمة الاجتماعية التي يشعر بها والدي الطفل المعاق، وهذا ينعكس على طريقة تعاملهم السلبية معه.

فيما ظهرت بعض فقرات الإساءة النفسية (الفقرات من 21-40) بمستوى متوسط، إلا أنه من الواضح ظهور مجموعة من السلوكيات اللا تكيفية لدى الأطفال المعاقين والتي تعبر عن الإساءة النفسية التي يتعرضون لها، مثل سلوكيات التمارض والشعور بالألم دون وجود أسباب عضوية، والتبول اللا إرادي والكوابيس المزعجة. وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (Dore, et al., 1995) في أن الأطفال الذين يتعرضون للإساءة النفسية تظهر عندهم اضطرابات في الأكل والنوم والمشكلات السلوكية الأخرى، وتتفق كذلك مع (البداينة، 2001) في أنهم يعانون من بعض الأعراض السيكوسوماتية التي تتضمن الألم في المعدة والصداع النصفي.

الجزء الثاني: فحص الفرضيات الصفرية:

فحص الفرضية الصفرية الأولى:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (ألفا = 0.05) في الإساءة النفسية والاجتماعية للأطفال المعاقين في دولة الإمارات تعزى إلى متغير نوع الإعاقة (جسدية، عقلية، سمعية، بصرية).

ولاختبار صحة هذه الفرضية، فقد تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين متوسطات استجابات أفراد عينة الدراسة بحسب متغير نوع الإعاقة، وكانت النتائج على النحو الآتي:

جدول (5) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لعينة الدراسة بحسب متغير نوع الإعاقة

نوع الإعاقة	بُعد الإساءة النفسية		بُعد الإساءة الاجتماعية		الدرجة الكلية	
	المتوسطات	الانحرافات المعيارية	المتوسطات	الانحرافات المعيارية	المتوسطات الحسابية	الانحرافات المعيارية
جسدية	3.64	0.62	2.82	1.66	3.23	1.07
عقلية	3.83	0.58	4.50	0.70	4.16	0.51
سمعية	3.96	0.41	3.70	0.78	3.83	0.44
بصرية	3.70	0.52	2.80	1.37	3.25	0.86
الدرجة الكلية	3.82	0.57	4.18	1.05	4.00	0.67

يظهر الجدول رقم (5) أن المتوسط الحسابي للدرجة الكلية لأفراد عينة الدراسة هو بمستوى مرتفع (4.00)، ويظهر أن المتوسط الحسابي للإساءة التي يتعرض لها ذوي الإعاقة العقلية هو الأكثر ارتفاعاً (4.16) الأمر الذي يشير لتعرضهم لمستوى أعلى من الإساءة النفسية والاجتماعية بالمقارنة مع غيرهم من المعاقين، فيما حصل ذوي الإعاقات الجسدية والبصرية على متوسطات أقل، مما يشير إلى أن تعرضهم للإساءة النفسية والاجتماعية بشكل أقل من الإعاقات الأخرى.

ومن الملاحظ أيضاً أن المتوسط الحسابي للإساءة الاجتماعية (4.18) هو أعلى من المتوسط الحسابي للإساءة النفسية (3.82)، علماً أن كلا المتوسطان يمثلان تعرض الأطفال المعاقين لمستوى مرتفع من الإساءة النفسية والاجتماعية.

ومن أجل معرفة فيما إذا كانت هذه الفروق بين المتوسطات دالة إحصائياً أم لا، فقد تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي الموضح في الجدول رقم (6).

جدول (6) نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين متوسطات عينة الدراسة بحسب متغير نوع الإعاقة

مصدر التباين	مجموع مربعات الانحراف	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
الإساءة النفسية	بين المجموعات	3	0.626	1.927	0.125
	داخل المجموعات الكلي	297	0.325		
	300				
الإساءة الاجتماعية	بين المجموعات	3	34.612	45.118	*0.000
	داخل المجموعات الكلي	297	0.767		
	300				
المقياس الكلي	بين المجموعات	3	9.941	28.135	*0.000
	داخل المجموعات الكلي	297	0.353		
	300				

*مستوى الدلالة (ألفا=0.05).

يظهر اختبار تحليل التباين الأحادي الموضح في جدول رقم (6) وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (0.05) في مستوى الإساءة الاجتماعية للأطفال المعاقين تبعاً لمتغير نوع الإعاقة، وكذلك على الدرجة الكلية لاستبانة الإساءة النفسية والاجتماعية، إلا أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات تعرض الأطفال المعاقين للإساءة النفسية ترجع إلى نوع الإعاقة.

ومن أجل التأكد لصالح من ترجع هذه الفروق بين المتوسطات على بعد الإساءة الاجتماعية، وعلى الدرجة الكلية للاستبانة، فقد تم استخدام اختبار LSD للمقارنات البعدية، وبينت نتائج ما يلي:

- توجد فروق دالة إحصائية في مستوى تعرض الأطفال المعاقين للإساءة الاجتماعية بين الأطفال ذوي الإعاقة الجسدية من جهة، وبين الأطفال ذوي الإعاقة العقلية والإعاقة السمعية من جهة أخرى، وذلك لصالح الأطفال ذوي الإعاقة العقلية والإعاقة السمعية، فيما لم تكن هناك فروق في مستوى الإساءة الاجتماعية بين ذوي الإعاقات الجسدية والبصرية.

- توجد فروق دالة إحصائية في مستوى تعرض الأطفال المعاقين للإساءة الاجتماعية بين الأطفال ذوي الإعاقة العقلية من جهة، وبين الأطفال ذوي الإعاقة السمعية والإعاقة البصرية من جهة أخرى، وذلك لصالح الأطفال ذوي الإعاقة العقلية.

- توجد فروق دالة إحصائية في مستوى تعرض الأطفال المعاقين للإساءة الاجتماعية بين الأطفال ذوي الإعاقة السمعية من جهة، وبين الأطفال ذوي الإعاقة البصرية من جهة أخرى، وذلك لصالح الأطفال ذوي الإعاقة السمعية، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (NCFV, 2000) في أنه يتم إهمال الأطفال الذين لديهم مشكلات في التواصل، وتجاهلهم إذا حاولوا التعبير والتواصل مع الآخرين.

وقد يرجع السبب في هذه النتائج إلى متطلبات العناية الذاتية التي يتطلبها ذوو الإعاقة الذهنية، والمشكلات السلوكية التي تظهر عندهم وعدم استجابتهم لوسائل التعزيز المستخدمة مع الأطفال العاديين (Sullivan & Cork, 1996). إضافة إلى بعض المشكلات التكيفية لدى ذوو الإعاقة السمعية التي تتطلب جهداً من الأهل، والأعباء الاقتصادية عليهم لتوفير المعينات السمعية، حيث أفادت بعض الدراسات عن العلاقة بين الأعباء الاقتصادية التي تواجهها أسرة الطفل المعاق وبين إساءة معاملته (حسين، 2008)، فيما تساعد القدرات العقلية السليمة التي يتمتع بها الأطفال المعاقون جسدياً وبصرياً على تكيفهم الاجتماعي مع بيئة الأسرة واستجابتهم السلوكية لمطالب الوالدين والتواصل الشفوي معهم، مما يقلل من تعرضهم للإساءة الاجتماعية من قبل أفراد الأسرة.

فيما بينت نتائج اختبار LSD للمقارنات البعدية للفروق بين متوسطات الدرجة الكلية لمقياس الإساءة النفسية والاجتماعية تبعاً لمتغير نوع الإعاقة، ما يلي:

- توجد فروق دالة إحصائية في الدرجة الكلية لاستبانة الإساءة النفسية والاجتماعية بين الأطفال ذوي الإعاقة الجسدية من جهة، وبين الأطفال ذوي الإعاقة العقلية والإعاقة السمعية من جهة أخرى، وذلك لصالح الأطفال ذوي الإعاقة العقلية والإعاقة السمعية،

فيما لم تكن هناك فروق في الدرجة الكلية للإساءة النفسية والاجتماعية بين ذوي الإعاقات الجسدية والبصرية.

وقد يرجع السبب في ذلك إلى أن المعاقون عقلياً أقل تكيفاً من الناحية الاجتماعية، وأكثر عرضة للمشكلات السلوكية، وأكثر اعتمادية على الآخرين، وأقل استيعاباً للتعليمات، وعدم قدرهم الكاملة على فهم وتفسير الإساءة التي يتعرضون لها.

- توجد فروق دالة إحصائياً في الدرجة الكلية لاستبانة الإساءة النفسية والاجتماعية بين الأطفال ذوي الإعاقة العقلية من جهة، وبين الأطفال ذوي الإعاقة السمعية والإعاقة البصرية من جهة أخرى، وذلك لصالح الأطفال ذوي الإعاقة العقلية، وتتفق هذه النتيجة مع دراسات (Morse, et al., 1970; Sandgrund, et al., 1974) التي أكدت تعرض الأطفال المعاقين عقلياً إلى الإساءة والإهمال أكثر من غيرهم من ذوي الإعاقات الأخرى.

- توجد فروق دالة إحصائياً في الدرجة الكلية لاستبانة الإساءة النفسية والاجتماعية بين الأطفال ذوي الإعاقة السمعية من جهة، وبين الأطفال ذوي الإعاقة البصرية من جهة أخرى، وذلك لصالح الأطفال ذوي الإعاقة السمعية. وقد يرجع السبب في ذلك إلى أن ذوي الإعاقة السمعية لا يستجيبون لبعض التعليمات والأوامر الموجهة لهم، مما يفسره الآخرون على أنه تمرد أو رفض لهذه التعليمات، وعدم الميل إلى التواصل معهم من قبل المحيط الاجتماعي نظراً لأنهم يتطلبون لغة إشارات خاصة لا يفهمها عامة الناس، ومن ثمّ فهم عرضة للنزب والإهمال الاجتماعي (الحديدي والخطيب، 1997).

الفرضية الصفريّة الثانية:

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (ألفا = 0.05) في الإساءة النفسية والاجتماعية للأطفال المعاقين في دولة الإمارات تعزى إلى متغير جنس المعاق (ذكر، أنثى).

ومن أجل اختبار صحة الفرضية تم استخدام اختبار (ت) لعينتين مستقلتين لدلالة الفروق بين متوسطات عينة الدراسة حسب متغير الجنس ونتائج الجدول (7) تبين ذلك:

جدول (7) نتائج اختبار (ت) لعينتين مستقلتين
لدلالة الفروق بين متوسطات عينة الدراسة بحسب متغير جنس المعاق

مستوى الدلالة	درجات الحرية	قيمة (ت)	إناث = (130)		ذكور = (171)		مقياس الإساءة النفسية والاجتماعية
			الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
0.23	299	1.190	1.17	4.10	0.94	4.24	الإساءة الاجتماعية
0.76		0.301	0.61	3.81	0.54	3.83	الإساءة النفسية
0.28		1.061	0.76	3.95	0.59	4.04	الدرجة الكلية

*مستوى الدلالة (ألفا = 0.05).

ويتضح من خلال الجدول السابق رقم (7) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية، في مستوى تعرض الأطفال المعاقين للإساءة النفسية والاجتماعية في دولة الإمارات تعزى

إلى متغير جنس المعاق، حيث تبين المتوسطات الحسابية أن مستوى الإساءة النفسية والاجتماعية هي مرتفعة على الأبعاد الفرعية للمقياس وعلى الدرجة الكلية أيضاً، إلا أن المتوسطات الحسابية على بعد الإساءة الاجتماعية، هي أعلى من المتوسطات الحسابية لبعد الإساءة النفسية عند كل من الأطفال المعاقين ذكوراً وإناثاً.

ويرجع الباحث السبب في ذلك إلى أن السمات السلوكية والاجتماعية للإعاقة لا تختلف بين الذكور والإناث، حيث إن المتطلبات المادية والاجتماعية والنفسية واحدة، إضافة إلى أن كلا الجنسين يتطلب تلبية احتياجات خاصة وبنفس المستوى، علماً أن الكثير من مقدمي الرعاية في المجتمع الإماراتي هم من المستخدمين والمربيين في البيوت، والذين يقضون وقتاً أطول مع الطفل المعاق ويتحملون مسؤوليات تلبية احتياجاته، ومن ثم فإن عملية التمييز في المعاملة بين المعاقين على أساس الجنس هي اعتبارات ليست واردة في حساب مقدم الرعاية الذي هدفه القيام بواجباته المهنية، وذلك على الرغم أن المرأة المعاقة في المجتمعات العربية تواجه مشكلات أكبر من الذكور، إلا أن هذه المشكلات قد تظهر بشكل واضح على مستوى المجتمع الخارجي، وليس على مستوى الأسرة، وفي مراحل متقدمة من العمر وليس في مرحلة الطفولة. وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (Sedlak & Broadhurs, 1996) في أن الأطفال الذكور والإناث يتساوون في أنماط إساءة المعاملة.

الفرضية الصفريّة الثالثة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (ألفا = 0.05) في الإساءة النفسية والاجتماعية للأطفال المعاقين في دولة الإمارات تعزى إلى متغير مكان السكن (دبي، الشارقة، عجمان، رأس الخيمة، أم القيوين، الفجيرة).

ولاختبار صحة هذه الفرضية، فقد تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين متوسطات استجابات أفراد عينة الدراسة بحسب متغير نوع الإعاقة، وكانت النتائج على النحو الآتي في جدول رقم (8):

جدول (8) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأفراد عينة الدراسة بحسب متغير نوع الإعاقة

الدرجة الكلية	بُعد الإساءة الاجتماعية		بُعد الإساءة النفسية		مكان السكن	
	الانحرافات المتوسّطات المعيارية	المتوسّطات الحسابية	الانحرافات المعيارية	المتوسّطات الحسابية		
دبي	0.91	3.75	1.47	3.84	0.60	3.65
الشارقة	0.56	3.96	0.88	4.09	0.50	3.83
عجمان	0.49	4.12	0.65	4.20	0.51	4.04
أم القيوين	0.56	4.15	0.91	4.32	0.54	3.98
رأس الخيمة	0.61	4.17	0.68	4.20	0.59	4.14
الفجيرة	0.46	4.14	0.69	4.58	0.54	3.70
الدرجة الكلية	0.67	4.00	1.05	4.18	0.57	3.82

يظهر الجدول رقم (8) أن المتوسطات الحسابية لعينة الدراسة على الدرجة الكلية لمقياس الإساءة النفسية والاجتماعية كانت في مستوى مرتفع عند الأطفال المعاقين في جميع الإمارات التي أجريت عليها الدراسة، بحيث ظهرت أعلى المتوسطات لدى الأطفال المعاقين في إمارة رأس الخيمة (4.17)، فيما كانت أدناها في إمارة دبي (3.75). أما المتوسطات الحسابية لبعدها الإساءة الاجتماعية فكانت أكثر ارتفاعاً لدى أطفال إمارة الفجيرة (4.58) وهذا يدل على إهمال الطفل المعاق وقلة تواصله مع البيئة الاجتماعية المحيطة، فيما ظهرت المتوسط الحسابي للإساءة النفسية في إمارة رأس الخيمة في أعلى مستوى له (4.14) الأمر الذي يدل على عدم التكيف النفسي وظهور المشكلات النفسية والانفعالية لدى هؤلاء الأطفال، علماً أن متوسطات الإساءة نحو الأطفال المعاقين في إمارة دبي كانت هي الأدنى على كلا البعدين، بالمقارنة مع الإمارات الأخرى التي أجريت عليها الدراسة.

ومن أجل معرفة فيما إذا كانت هذه الفروق بين المستجيبين دالة إحصائياً أم لا، فقد تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي الموضح في جدول رقم (9).

جدول (9) نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي
لدلالة الفروق بين متوسطات عينة الدراسة بحسب متغير مكان السكن

مستوى الدلالة	قيمة (ف)	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع مربعات الانحراف	مصدر التباين	
*0.000	4.618	1.429	5	7.143	بين المجموعات	الإساءة النفسية
		0.309	295	91.270	داخل المجموعات	
			300	98.413	الكلية	
* 0.002	3.861	4.074	5	20.372	بين المجموعات	الإساءة الاجتماعية
		1.055	295	311.308	داخل المجموعات	
			300	331.681	الكلية	
* 0.002	3.967	1.698	5	8.491	بين المجموعات	المقياس الكلي
		0.428	295	126.272	داخل المجموعات	
			300	134.763	الكلية	

* مستوى الدلالة (ألفا = 0.05).

يظهر اختبار تحليل التباين الأحادي الموضح في جدول رقم (9) وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى (0.05) على الدرجة الكلية لاستبانة الإساءة النفسية والاجتماعية التي يتعرض لها الأطفال المعاقون، وكذلك على بعدها النفسية، وبعدها الإساءة الاجتماعية أيضاً، تبعاً لمتغير مكان السكن.

ومن أجل التأكد لصالح من ترجع هذه الفروق بين المتوسطات، فقد تم استخدام اختبار LSD للمقارنات البعدية، والتي بينت نتائجها ما يلي:

- توجد فروق دالة إحصائياً في مستوى تعرض الأطفال المعاقين الذين يسكنون في إمارة دبي للإساءة النفسية، وبين الأطفال المعاقين الذين يسكنون في إمارة دبي عجمان ورأس الخيمة من جهة أخرى، وذلك لصالح الأطفال المعاقين الذي يسكنون في إمارة دبي عجمان ورأس الخيمة. فيما لم يتبين وجود أي فروق دالة إحصائياً في مستوى الإساءة النفسية التي يتعرض لها الأطفال المعاقون في بقية الإمارات التي أجريت عليها الدراسة.

فيما بينت نتائج اختبار LSD للمقارنات البعدية للفروق بين متوسطات الإساءة الاجتماعية تبعاً لمتغير مكان السكن ما يلي:

- توجد فروق دالة إحصائياً في مستوى تعرض الأطفال المعاقين الذين يسكنون في إمارة دبي للإساءة الاجتماعية، وبين الأطفال المعاقين الذين يسكنون في إمارة دبي الفجيرة من جهة أخرى، وذلك لصالح الأطفال المعاقين الذي يسكنون في إمارة دبي الفجيرة. فيما لم يتبين وجود أي فروق دالة إحصائياً في مستوى الإساءة الاجتماعية التي يتعرض لها الأطفال المعاقون في بقية الإمارات التي أجريت عليها الدراسة.

فيما بينت نتائج اختبار LSD للمقارنات البعدية للفروق بين متوسطات الدرجة الكلية لاستبانة الإساءة النفسية والاجتماعية تبعاً لمتغير مكان السكن ما يلي:

- توجد فروق دالة إحصائياً في متوسطات الدرجة الكلية لاستبانة الإساءة النفسية والاجتماعية عند الأطفال المعاقين الذين يسكنون في إمارة دبي من جهة، والأطفال المعاقين الذين يسكنون في إمارة رأس الخيمة وإمارة الفجيرة من جهة أخرى، وذلك لصالح الأطفال المعاقين الذي يسكنون في إمارة رأس الخيمة وإمارة الفجيرة. فيما لم يتبين وجود فروق دالة إحصائياً في على الدرجة الكلية لاستبانة الإساءة النفسية والاجتماعية عند الأطفال المعاقين في بقية الإمارات التي أجريت عليها الدراسة.

ويعزو الباحث هذه النتائج التي أشارت إلى تعرض الأطفال المعاقين إلى الإساءة النفسية أو الاجتماعية في كل من إمارات عجمان ورأس الخيمة والفجيرة بشكل أكبر من تعرضهم في إمارة دبي، إلى النمو الاقتصادي الكبير الذي تشهده إمارة دبي بالمقارنة مع بقية الإمارات، والذي يصاحبه نهضة اجتماعية وثقافية انعكست على حياة السكان، وطريقة تربيتهم لأطفالهم، والانفتاح على العالم الخارجي والثقافات الأخرى من خلال العدد الكبير من الجنسيات التي تسكن الإمارة، والمرافق الحياتية والترفيهية المتوافرة للأسرة والأطفال، والتي انعكست جميعها على خلق علاقة إيجابية ونوعاً من التواصل بين أفراد الأسرة، وتوفير الخدمات المقدمة للمعاقين في هذه الإمارة بشكل مبكر ومتطور عن الإمارات الأخرى، بما فيها حملات التوعية الاجتماعية والإرشاد الأسري، وهذا خفف من تعرض الأطفال المعاقين لأشكال الإساءة النفسية والاجتماعية.

التوصيات:

بناءً على نتائج الدراسة يوصي الباحث بما يلي:

- التركيز على الأماكن النائية خلال حملات التوعية المجتمعية بالإعاقة، وإمداد أفرادها بتعريف موضوعي عن قدرات الأطفال المعاقين وكيفية التعامل معهم.

- تنظيم برامج الدعم النفسي والاجتماعي للأطفال المعاقين وبخاصة ذوو الإعاقة الذهنية والسمعية.
- توفير الإرشاد الأسري للوالدين حول آليات التخلص من الضغوط التي يواجهونها من جراء ولادة طفل معاق في الأسرة، والتغلب على المشاعر النفسية والانفعالية، والتعامل الإيجابي مع أبنائهم المعاقين.
- إشراك جميع أفراد الأسرة في البرامج التأهيلية والعلاجية المقدمة للطفل المعاقين في مراكز تأهيل المعاقين، بصفتهم جزءاً من نجاح هذه البرامج، وتعزيز التواصل الأسري بين المعاق وبقية أفراد أسرته.
- إعداد برامج تدريبية للأطفال المعاقين حول ما يعرف بالتربية الوقائية لتعليمهم مهارات حماية الذات، وتعليمهم كيفية الإبلاغ عن حالات تعرضهم للإساءة.
- إعداد البرامج التدريبية للأخصائيين النفسيين والاجتماعيين العاملين مع الأطفال المعاقين، فيما يتعلق بكيفية الكشف المبكر والتعرف على الأطفال المساء معاملتهم.
- تنظيم البرامج العلاجية للحالات التي تعرضت لأشكال الإساءة النفسية والاجتماعية، للتخلص من آثار الإساءة على المدى البعيد.
- تفعيل دور وسائل الإعلام في إبراز قدرات الطفل المعاق، والتوعية بحقوقه الإنسانية.
- إجراء المزيد من البحوث والدراسات حول أشكال الإساءة التي يتعرض لها الأطفال المعاقون من مختلف الإعاقات، وتناول متغيرات أخرى اجتماعية وثقافية واقتصادية وفحص مدى علاقتها بالإساءة.

المراجع

المراجع العربية:

- أبو حلاوة، محمد (1988). إساءة معاملة وإهمال الأطفال المعاقين، القضية المهملة، جامعة الإسكندرية.
- إدارة رعاية الأسرة والطفولة (2008). مسودة التقرير الثاني حول اتفاقية حقوق الطفل، دولة الإمارات العربية المتحدة، وزارة الشؤون الاجتماعية.
- الأمم المتحدة (2006). اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، نيويورك.
- الأمم المتحدة (2006). حقوق الطفل، مذكرة من الأمين العام، تقرير الخبير المستقل المعني بإجراء دراسة للأمم المتحدة بشأن العنف ضد الأطفال، الجمعية العامة، الدورة الحادية والستون، أغسطس.
- الأمم المتحدة (2005). دراسة الأمين العام للأمم المتحدة بشأن العنف ضد الأطفال، استعراض أجراه المكتب الإقليمي للعنف ضد الأطفال في غرب ووسط أفريقيا، صفحة (11).
- الأمم المتحدة (1990). اتفاقية حقوق الطفل رقم 260 لسنة 1990.
- البدائية، ذياب (2001). سوء معاملة الأطفال: الضحية المنسية، مجلة الفكر الشرطي، المجلد (11)، عدد (11)، ص 167 - 213.
- تومبسون، آدام (1996). الإساءة الانفعالية القضية المهملة، الصيغة غير الظاهرة من صيغ إساءة معاملة الأطفال، ترجمة وتحقيق: محمد أبو حلاوة، جامعة الإسكندرية.
- الحديدي، منى؛ الخطيب، جمال (1997). المدخل إلى التربية الخاصة، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى.
- حسين، طه (2008). إساءة معاملة الأطفال، النظرية والعلاج، دار الفكر ناشرون موزعون، عمان.
- عبدت، روجي (2007). الآثار النفسية والاجتماعية للإعاقة على أخوة الأشخاص المعاقين -دراسة ميدانية،

منشورات مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية، الشارقة.

- عبد الغفار، عبد السلام (1997). مظاهر إساءة معاملة الطفل المصري، أكاديمية البحث العلمي، القاهرة.
- عسيري، عبد الرحمن (2001). الأنماط التقليدية والمستحدثة لسوء معاملة الأطفال والآثار المترتبة عليها، الندوة العلمية: سوء معاملة الأطفال واستغلالهم غير المشروع، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض.
- كواست، إليزابيث؛ صوفي، لاوس (2007). دراسة الأمين العام للأمم المتحدة بشأن العنف ضد الأطفال، نسخة معدلة للأطفال والفئات الشابة، منظمة الأمم المتحدة للطفولة - يونيسف، ترجمة: مالك قطينة.
- المكتب التنفيذي؛ مجلس وزراء الشؤون الاجتماعية العرب (2001). الدليل الموحد لمصطلحات الإعاقة والتربية الخاصة والتأهيل، الدوحة.
- هلاوي، حاتم (2001). حقوق الطفل وأشكال سوء معاملته في الأسرة، الندوة العلمية: سوء معاملة الأطفال واستغلالهم غير المشروع، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض.
- وزارة الشؤون الاجتماعية (2007). التقرير السنوي، قسم البحوث والدراسات.
- وزارة الشؤون الاجتماعية (2006). قانون إتحادي رقم (29) لسنة 2006م في شأن حقوق ذوي الاحتياجات الخاصة، دبي.
- يحيى، خولة؛ عبيد، ماجدة (2004). الإعاقة العقلية، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان.

المراجع الأجنبية:

- Ammerman, R., Van Hasselt, V., Hersen, M., McGonigle, J. & Lubetsky, M. (1989). Abused and neglect in Psychiatrically hospitalized multihandicapped children. *Child Abuse & Neglect*, 13:33-343.
- Benedict, M., White, R., Wulff, L. & Hall, B. (1990). Reported maltreatment in children with multiple disabilities. *Child Abuse & Neglect*, 14:207-217.
- Brown, L., (2000). Child abuse statistics. *American Journal of Psychiatry*, 157: 1413 -1415
- Cross, S., Kaye, E., & Ratnofsky, A. (1993). A report on the maltreatment of children with disabilities. Washington, D.C.: National Center on Child Abuse and Neglect.
- Cuskelly, M., Pulman, L. & Hayes, A. (1998). Parenting and Employment Decisions of Parents with a Preschool Child with a Disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 23 (4). 319-332.
- Diamond, L. & Jaudes, (1983). Child Abuse in Cerebral Palsied Population. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 25: 169-174.
- Dore, M., Doris, J. & Wright, P. (1995). Identifying substance abuse in maltreating families: A child welfare challenge. *Child Abuse & Neglect*, 19, 5:531- 43.
- Finston, P. (1990). Parenting plus: Raising children with special health needs, New York: Dutton, p. 188.
- Fuller, G. & Rankin, R. (1994). Differences in Levels of Parental Stress among Mothers of Learning Disabled, Emotionally Impaired, and Regular School Children. *Perceptual and Motor Skills*, 78(2). 583-592.
- Garbarino, J. & Gilliam, G. (1980). Understanding Abusive Families. Lexington, Mass: Lexington Books.
- Lavin, J. (2001). Special kids need special parents: A resource for parents of children with special needs. New York: Berkley Books.
- Miller, D. (2002). Disabled children and abuse, February McHugh, M. (2002). Special siblings: Growing up with someone with a disability. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Morse, C., Sahler, O. & Friedman, S. (1970). A Three-Year Follow-Up Study of Abused and Neglected Children. *American journal of diseases of children*, 120: 439-446.
- National Center on Child Abuse and Neglect (NCCAN) (1993). A report on the maltreatment of children with disabilities. U. S. Department of Health and Human Services, Washington, D.C.
- National Center on Child Abuse and Neglect (NCCAN) (1982). Profile of child abuse and neglect. Washington, DC.

National Clearinghouse on Family Violence (NCFV). (2000). Abuse of children with disabilities, NCFV, Public Health Agency of Canada.

NDCCD (2003). Parenting a Child with Special Needs, A publication of the National Dissemination Center for Children with Disabilities, 3rd Edition

NRCRCCS (1994). Abuse and neglect of children with disabilities, National Resource Center for Respite and Crisis Care Service, ARCH factsheet Number 36, Sept.

NSPCC (2006). Protecting disabled children, Cruelty to children must stop, Full stop.

O'Hagan, K. (1993), Emotional and Psychological Abuse of Children, Open University Press, Buckingham

Ratnofsky, A. & Crosse, S. (1991). The maltreatment of children with disabilities and child maltreatment in substance abusing families, National Data Archive on Child Abuse and Neglect, Cornell University.

Roberta, A., Hibbard, L. & Desch, W. (2001). Assessment of maltreatment of children with disabilities, Pediatrics, 108(2), 508-512, August.

Sandgrund, H., Gaines, R. & Green, A. (1974). Child Abuse and Mental Retardation: A Problem of Cause and Effect. *America Journal of mental deficiency*, 79: 327-330.

Sedlak, A. & Broadhurst, D. (1996). The Third National Incidence Study of child abuse and neglect. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children, Youth, and Families.

Sullivan, P. & Cork, P. (1996). Developmental Disabilities Training Project. Omaha, NE: Center for abused children with disabilities, Boys Town National Research Hospital, Nebraska Department of Health and Human Services.

Sullivan, P. & Knutson, J. (2000). Maltreatment and disabilities: a population-based epidemiological study. *Child Abuse and Neglect*, 24(10): 1257-1273.

UNICEF (2005). Violence against Disabled Children, UN Secretary Generals Report on Violence against Children Thematic Group on Violence against Disabled Children, Findings and Recommendation, Convened by UNICEF at the United Nations, New York, July 28.

Zantal-Wiener, K. (1987). Child abuse and the handicapped child, ERIC clearinghouse on handicapped and gifted children.