



جامعة الشهيد حمه لخضر بالوادي
كلية العلوم الاجتماعية والانسانية
قسم العلوم الاجتماعية



**فعالية برنامج إرشادي تدريبي مقترح لتحسين جودة
الحياة الأسرية لأسر الأطفال المتخلفين عقليا**

دراسة ميدانية بالمركز البيداغوجي للمتخلفين عقليا بالشط - ولاية الوادي

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر LMD في علوم التربية تخصص: تأهيل
تربية خاصة

إشراف الدكتور:

شوقي ممادي

إعداد الطالبة:

زينب مسعي أحمد

لجنة المناقشة

الاسم واللقب	الصفة	الجامعة
د/ خليفة زواري أحمد	رئيسا	جامعة الشهيد حمه لخضر - الوادي
د/ شوقي ممادي	مشرفا ومقررا	جامعة الشهيد حمه لخضر - الوادي
د / كريمة مقاوسي	عضوا مناقشا	جامعة الشهيد حمه لخضر - الوادي

السنة الجامعية: 2017/2016

شكرو عرفان

الحمد لله حمدا كثيرا على إحسانه و توفيقه لنا لإتمام هذا العمل النير، فخير عمل هو طلب العلمو العمل الصالح فهما إلى سبل الهدى سبان، و البر هو ما ارتاحت له النفس والنفس ترتاح بالإيمان الذي يصدقه العمل و الصلاة و السلام على نبيه المصطفى معلم الناس الخير و على آله و صحابته الأطهار و من تبعهم بإحسان ما تعاقب الليل و النهار.

أُتقدم بأسمى معاني الشكر و التقدير و العرفان لمن كانوا سندي و يدي اليمنى في إنجاز هذا العمل، إلى كل من مد يد المساعدة و ساهم من قريب أو بعيد في إتمام العمل بشكل جيدو أخص بالذكر رفيق دربي و شريك حياتي و نور بيتي زوجي العزيز وليد.

كما أُتقدم بأسمى معاني الشكرو عظيم التقدير و الامتتان إلى من علماني النجاح والصبر و مواجهة الصعاب إلى من تتسابق الكلمات لتخرج معبرة على مكنون ذاتهم .. والدي الكريمين أطال الله في عمرهم و إلى كل أسرتي الكريمة كبيرهم و صغيرهم .

كما أخص بالذكر كذلك أستاذي و دكتور الفاضل الدكتور ممادي شوقي الذي سعدت بإشرافه على هذا البحث، و الذي لم ييخل بتوجيهاته لي و نصحه و إرشاده من أجل الوصول إلى عمل متقن و متميز، فجزاه الله عني خير الجزاء.

كما لا أنسى الدكتور زواري أحمد خليفة و الذي عمل على مساعدتي في التعامل مع نظام (exel) .

و كذلك أُتقدم بالشكر و الامتتان إلى كل من أساتذة كلية العلوم الاجتماعية و بالأخص إلى أساتذة تخصص تأهيل تربية الخاصة، و لا أنسى الأستاذ غربي عبد الناصر و الأستاذ اسماعيل بن خليفة و الأستاذ محمد الأبرش للذين لم ييخلوا بإرشاداتهم و توجيهاتهم المفيدة وأرجو من الله لهم الأجر و الثواب و لهم مني أسمى معاني الشكر و التقدير و الاحترام .

ملخص الدراسة:

تعالج الدراسة الحالية فاعلية برنامج إرشادي تدريبي مقترح لتحسين جودة الحياة الأسرية
لأسر الأطفال المتخلفين عقليا

حيث هدفت الدراسة إلى بناء و تطبيق برنامج مقترح لتحسين جودة الحياة الأسرية لأسر
الأطفال المتخلفين عقليا بحيث اختيرت الأسر بطريقة قصدية مكونة من 10 أعضاء أمهات
و آباء لتكون 5 أسر لديها طفل متخلف عقلي عمره أقل من 7 سنوات، و لتحقيق الأهداف
المذكورة استندت الباحثة على المنهج التجريبي البدائي ذلك لتحديد أثر البرنامج المقترح على
أسر الأطفال المتخلفين عقليا، ذو تصميم للمجموعة واحدة (اختبار قبل و اختبار بعدي).

باستخدام أدوات جمع البيانات التي تمثلت في مقياس جودة الحياة الأسرية " لأسر ذوي
الاحتياجات الخاصة " للدكتورة أماني عبد المقصود عبد الوهاب (2015)، و تم استخدام
أسلوب احصائي هو اختبار "ت"، فتم التوصل إلى:

- أن البرنامج المقترح ساهم في تحسين جودة الحياة الأسرية لأعضاء البرنامج،
و تبين ذلك من خلال نتائجهم في القياس البعدي مقارنة بالقياس القبلي .
- لا توجد فروق بين جنس الوالدين في ما يخص درجات القياس البعدي لمقياس جودة
الحياة الأسرية لأسر الاطفال المتخلفين عقليا و أبعاده، مقارنة مع درجات القياس القبلي
لجنس الوالدين .

و في الأخير توصل البرنامج المقترح بعد إعداده و بنائه و تحكيمه و تطبيقه، أن له
أثر على العينة المختارة، و هو حدوث تحسن في جودة الحياة الأسرية لأسر الأطفال
المتخلفين عقليا، التي كان البرنامج المقترح يطمح إليها باعتبارها خطوة لتقبل و تكيف
الوالدين مع إعاقة ابنهم و تقديم المساندة و الدعم و الرعاية في وجهها الصحيح للطفل
المتخلف عقليا.

Résumé d'étude

L'étude actuelle traite l'efficacité du programme d'orientation et d'entraînement proposé pour améliorer la qualité de vie familiale concernant des familles avec des enfants arriérés mentaux.

L'étude a pour objectif de concevoir et d'appliquer le programme proposé à l'amélioration de qualité de vie familiale concernant des familles avec des enfants arriérés mentaux qui ont été choisies d'une manière ciblée, formées de dix membres : des mamans et des pères formant ainsi cinq familles ayant un enfant arriéré mental âgé de moins de sept ans. Pour réaliser les objectifs cités, la chercheuse s'est basée sur la méthode expérimentale primitive et cela pour déterminer et reconnaître l'impact du programme proposé aux familles des enfants arriérés mentaux. La méthode suivie se consacre à la conception d'un seul ensemble pour un test avant et un autre après.

Les outils employés à la collecte des données sont la mesure de qualité de vie familiale pour des familles aux besoins spéciaux pour le Dr. Amani Abdelmarsoud Abdelouahab (2015) qui a employé la méthode statistique « tests », et en est arrivé à :

Le programme proposé a participé à l'amélioration de qualité de vie familiale pour les membres de ce programme et cela est apparu d'après les résultats de mesure d'après en comparaison à celui d'avant.

Il n'y avait pas de différences entre le sexe des parents en ce qui concerne les degrés de mesure d'après pour mesurer la qualité de vie familiale pour les familles des enfants arriérés mentaux et ses conséquences en comparaison avec les degrés de mesure d'avant au sexe des parents.

Enfin, le programme proposé est arrivé après sa préparation, sa conception et son application qu'il a un impact sur l'échantillon choisi et cela par l'amélioration de qualité de vie familiale des enfants arriérés mentaux que ce programme proposé visé en le considérant comme un pas pour que les parents acceptent et s'adaptent avec le handicap de leur enfant et présentent un renfort, un support et de soin en sa juste valeur pour l'enfant arriéré mental.

فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
	شكر و عرفان
01	ملخص الدراسة بالعربية
02	ملخص الدراسة باللغة الاجنبية
03	فهرس المحتويات
08	فهرس الجداول و الأشكال
09	مقدمة
12	الجانب النظري
13	الفصل الأول: الإطار العام للدراسة
14	1- إشكالية الدراسة
17	2- فرضية الدراسة
17	3- أهداف الدراسة
18	4- أهمية الدراسة
18	5- الدراسات السابقة
18	5-1- الدراسات المتعلقة بجودة الحياة
24	5-2- الدراسات المتعلقة بالتخلف العقلي
31	5-3- الدراسات المتعلقة بجودة الحياة والتخلف العقلي
33	6- لتعاريف الإجرائية لمفاهيم الدراسة

35	ملخص الفصل
36	الفصل الثاني: جودة الحياة الأسرية
37	تمهيد
38	1- تعريفات جودة الحياة
43	2- مؤشرات جودة الحياة
47	3- مظاهر جودة الحياة
47	4- مقومات جودة الحياة
49	5- قياس جودة الحياة
54	6- الاتجاهات النظرية المفسرة لجودة الحياة
55	7- معوقات و قدرات لتحقيق جودة الحياة
57	8- جودة الحياة و علاقتها ببعض المصطلحات
60	9- دور جودة الحياة في تحقيق استقلالية المعاق
61	10- مفهوم جودة الحياة الأسرية
64	ملخص الفصل
65	الفصل الثالث: التخلف العقلي
66	تمهيد
67	1- مفهوم التخلف العقلي

71	2- تصنيفات التخلف العقلي
75	3- أسباب التخلف العقلي
77	4- الفرق بين التخلف العقلي والمرض العقلي
78	5- خصائص المتخلفين عقليا
83	6- قياس وتشخيص التخلف العقلي
84	7- اتجاهات المختلفة نحو المتخلفين عقليا
87	8- حاجات النمو المختلف للمتخلف عقليا ومعوقات تحقيقها
88	9-المهارات المطلوبة في البرنامج التربوي التعليمي الخاص بالمتخلفين عقليا
91	ملخص الفصل
92	الجانب الميداني
93	الفصل الرابع: البرنامج الإرشادي التدريبي المقترح
94	تمهيد
95	1- مفهوم الإرشاد النفسي
97	2- مجالات الإرشاد النفسي
97	3- أهداف الإرشاد النفسي في التربية الخاصة
99	4- أهمية الإرشاد النفسي في التربية الخاصة
100	5- اتجاهات الإرشاد النفسي

105	6- البرنامج الإرشادي التدريبي
114	ملخص الفصل
115	الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية
116	تمهيد
117	1- الدراسة الاستطلاعية
117	2- حدود الدراسة
118	3- منهج الدراسة
122	4- عينة الدراسة
123	5- أدوات الدراسة
123	5-1- مقياس جودة الحياة الأسرية
127	5-2- موجز جلسات البرنامج الإرشادي
136	6- الأسلوب الإحصائي المستخدم
137	ملخص الفصل
138	الفصل السادس: عرض وتحليل وتفسير ومناقشة نتائج الدراسة
139	تمهيد
140	1- عرض وتحليل نتائج الدراسة
140	1-1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى

143	1-2- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية
145	2- تفسير ومناقشة نتائج الدراسة
145	2-1- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى
153	2-2- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية
154	3- خلاصة نتائج الدراسة
155	خاتمة الدراسة
156	اقتراحات
158	قائمة المراجع
	الملاحق

فهرس الجداول

الصفحة	الموضوع
56	جدول (01): معوقات و قدرات لتحقيق جودة الحياة
78	جدول (02): الفرق الجوهرى بين التخلف العقلي و المرض العقلي
125	جدول (03): مكونات مقياس جودة الحياة الأسرية
140	جدول (04): دلالة الفروق بين متوسطي درجات أبعاد مقياس جودة الحياة الأسرية لأسر الأطفال المتخلفين عقليا و الدرجة الكلية في القياسين القبلي و البعدي
143	جدول (05): الفروق بين جنس الوالدين فيما يخص درجات القياس البعدي لمقياس جودة الحياة الأسرية لأسر الأطفال المتخلفين عقليا و أبعاده

فهرس الأشكال

الصفحة	الموضوع
40	الشكل (01): مفهوم جودة الحياة حسب منظمة الصحة العالمية
42	الشكل (02): مفهوم جودة الحياة حسب أندرسون
44	الشكل (03): مؤشرات جودة الحياة حسب نوردينفالت
45	الشكل (04): يمثل النموذج العربي لجودة الحياة
121	الشكل (05): خصائص التصميم قبل التجريبي (البداي) للمجموعة الواحدة اختبار قبلي و اختبار بعدي
142	الشكل (06): المقارنة البيانية للقياسين القبلي و البعدي لأبعاد مقياس جودة الحياة الأسرية لأسر الأطفال المتخلفين عقليا و الدرجة الكلية
144	الشكل (07): المقارنة البيانية بين جنس الوالدين فيما يخص درجات قياس جودة الحياة الأسرية لأسر الأطفال المتخلفين عقليا و أبعاده بعد القياس البعدي

مقدمة

تعد مرحلة الطفولة من اهم المراحل في حياة الفرد، حيث يمتد تأثيرها على باقي المراحل العمرية، و تزيد أهمية هذه المرحلة إذا لازمتها إعاقة، الإعاقة العقلية التي هي أشد الإعاقات تأثيرا و تعتبر مشكلة ذات أبعاد متداخلة و متشابكة، مما يدفع اختصاصي التربية الخاصة إلى ضرورة تلبية حاجات هذا الفئة بهدف تحسين حالتهم البدنية و النفسية والعقلية والاجتماعية، و العمل على تنمية مهاراتهم في الاعتماد على النفس مما يكسبهم الثقة في الذات و يسهم في تنمية شخصيتهم و هذا بدوره يحد من حجم المشكلة، و يخفف العبء على المجتمع أيضا و يشعر الطفل بالكفاءة و الفعالية من خلال اكسابه العديد من المهارات التي تعينه على مواجهة الحياة بشكل أفضل .

المعاق في أغلب الأحيان يمكنه الحياة بصورة مستقلة عن الآخرين، و ممارسة عمل أو حرفة يكتسب منها، فالنجاح في الحياة لا يعتمد فقط على الذكاء الفردي بل يعتمد أيضا على القدرات المختلفة و النضج الانفعالي و العاطفي في العلاقات الاجتماعية التي لم يستطع أحد أن يوفرها بقدر ما توفرها الأسرة .

تمثل الأسرة الركيزة الأساسية في تخطيط و بناء شخصية الأبناء من خلال الرعاية الدينامية لهم، كما تؤثر الفعالية الوالدية الهادفة في تشكيل شخصيتهم المستقلة لتدريبهم على التعامل مع المواقف التي يواجهونها بكفاءة و السعي لإنجاز أعمالهم، حيث توجد علاقة إيجابية بين الفاعلية الوالدية الداعمة و الفاعلية الذاتية للأبناء المثابرين على تحقيق أهدافهم لأن الأسرة هي الخلية التي ينشأ فيها الطفل و يتفاعل معها، و منها تتكون شخصيته واتجاهاته و قيمه و يتم اشباع حاجاته الأساسية الفيزيولوجية و النفسية، فقد تساهم الأسرة عن طريق أساليب المعاملة الوالدية التي يتبعها الوالدين نحو أبنائهم في توافقهم أو عدم توافقهم النفسي، كما تلعب الأسرة دور بالغ الأهمية في عمليات نمو السلوك الاجتماعي والقدرة على التواصل، فالوالدين بالنسبة لطفلهم هما مفتاح الحياة، إذ منهما يستمد العطف

والحنان والدفء والأمان، و عن طريقهما يتعلم ضبط و الشجاعة والثقة، كما يلعب التفاعل الاجتماعي بين أفراد الأسرة دورا هاما في تعلم السلوك الاجتماعي و اكتساب القيم .

فإدراك أهمية الأسرة عامق الوالدين خاصة في الخدمات المقدمة هو تطور جديد نسبيا في مجال الإرشاد النفسي، حيث كان التركيز قائما في تقديم الخدمات التربوية و التعليمية والإرشادية و التدريبية و العلاجية على الاطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، اما حاجات الآباء وأدوارهم في تنشئة الأطفال و تشكيل شخصياتهم و تحسين مفهوم ذواتهم و تعديل إدراكاتهم نحو الحياة كما يتم تجاهلها أو التغاضي عنها، و بعد وضع التشريعات الخاصة بدأ الاهتمام بتنفيذ برامج شاملة لأسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، مما توجه اهتمام الباحثين في البيئة الأجنبية إلى دراسة جودة الحياة الأسرية لدى الاسر التي لديها طفل معاق اعتقادا منهم بأهمية الأسرة كمؤسسة أولية ذو مصادر متاحة و داعمة لرعاية أبنائها المعاقين بالإضافة إلى ضرورة خدمات إرشادية لهم، حيث تلعب المشاركة الأسرية دورا كبيرا في نجاح الخدمات و البرامج التربوية المقدمة للأطفال المتخلفين عقليا.

لذا فقد ركزت هاته الدراسة على إعداد و تطبيق برنامج إرشادي تدريبي مقترح لتحسين جودة الحياة الأسرية لأسر الأطفال المتخلفين عقليا .

و قد تمت معالجة هذا الموضوع من خلال تقسيمه إلى جانبين نظريو ميداني، وفي ما يلي نورد المحتوى الكامل للدراسة:

الجانب النظري: يحتوي على ثلاث فصول هي :

الفصل الأول: ويتضمن تحديد اشكالية الدراسة و التساؤلات المقترحة ثم فرضياتها وأهداف الدراسة و أهميتها و التعريف الإجرائي لمتغيراتها و الدراسات السابقة و التعقيب عليها ثم حدود الدراسة .

الفصل الثاني: ويتضمن تعريفات جودة الحياة، مظاهرها، مقوماتها، قياسها، اتجاهاتها النظرية المفسرة لها، معوقات وقدرات لتحقيقها، جودة الحياة و علاقتها ببعض المصطلحات دور جودة الحياة في تحقيق استقلالية المعاق، مفهوم جودة الحياة الأسرية

الفصل الثالث: يتضمن مفهوم التخلف العقلي مع تصنيفه و أسبابه وخصائصه وقياسه وتشخيصه واتجاهات المختلفة نحوه مع الفرق بين التخلف العقلي و المرض العقلي وحاجات النمو المختلفة ومعوقات في تعليم المتخلفين عقليا، المهارات المطلوبة في البرامج الخاصة بهم.

أما الجانب الميداني يحتوي على ثلاث فصول:

الفصل الرابع: يتضمن مفهوم الإرشاد النفسي مع تحديد مجالاته و أهدافه وأهميته من ناحية التربية الخاصة، و اتجاهاته، البرنامج الإرشادي التدريبي.

الفصل الخامس: يتضمن الدراسة الاستطلاعية، متغيرات الدراسة، و منهج الدراسة العينة وأدوات الدراسة و الأسلوب الإحصائي المستخدم .

الفصل السادس: يتضمن عرض النتائج لفرضيتي الدراسة، تفسير و مناقشة نتائج الدراسة، خلاصة نتائج الدراسة و خاتمة.

و أخيرا خلاصة و اقتراحات، ثم ملاحق الدراسة و قائمة المراجع .

الجانب النظري

الفصل الاول:

الاطار العام للدراسة

1- إشكالية الدراسة

2- فؤضيات الدراسة

3- أهداف الدراسة

4- أهمية الدراسة

5- الدراسات السابقة

5-1- الدراسات المتعلقة بجودة الحياة

5-2- الدراسات المتعلقة بالتخلف العقلي

5-3- الدراسات المتعلقة بجودة الحياة و التخلف العقلي.

6- التعريفات الإجرائية لمصطلحات الدراسة.

ملخص الفصل

1- إشكالية الدراسة:

إن الكيان البدني لأي فرد يتعرض دائماً للآزمات و التحديات التي تواجهه كبنيان واحد لا يتجزأ، و على سبيله نفس السبب الذي من أجله تعيش أسر الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة حياة إنفعالية ذات طابع خاص، حيث تأثر بصورة مباشرة و سالبة على الكيان الأسري بأكمله، خاصة من الناحية النفسية و الإجتماعية لجميع أفرادها بشكل ملحوظ.

فلا تكون الذرية قرة عين تطيب بها النفس و تهنأ بها الحياة إلا عندما تكون سليمة معافاة و إذا كان العكس بإصابة الذرية بإعاقة ما أو نقص في الخلق، فإنها تصبح عبئاً ثقيلاً ليس على الوالدين فحسب بل على المجتمع بأسره .(اسامة، 2005، 8)

فوجود طفل معاق في أسرة ما يسبب لها مشكلات إضافية و علاقات أسرية أكثر تعقيداً، وقد يكون له الأثر الكبير في إحداث تغيير سلبي لتكيف الأسرة، و إيجاد خلل في التنظيم النفسي الإجتماعي لأفرادها بغض النظر، عن درجة تقبل الأسرة لهذا الطفل، و من أبرز المشكلات التي تواجهها أسر المعاقين بشكل عام :الآزمات الزوجية، وزيادة العدوانية والإكتئاب، والشعور بالذنب والقلق والتوتر والصعوبات المادية، والعزلة عن الناس .

(خولة، 2003، 35)

عندما يولد معاق في الأسرة، فإن ذلك يؤثر جميع أفراد الأسرة من آباء وأجداد وأشقاء وأقارب آخرين، فمسؤولية الآباء إتجاه أطفالهم هي التربية و تنشئة الصحيحة، وان هذه المسؤولية كبيرة و مهمة صعبة و شاقة بالنسبة للأطفال العاديين، أما بالنسبة لتربية الطفل المعوق أكثر صعوبة و أكبر مشقة لأن الأسرة الطفل المعوق تواجه مشكلات وتتصدى للتحديات خاصة، إضافة الى تلك التي تواجهها الأسر جميعاً، فلكل منهم ردة فعل يختلف عن الآخر، وتسعى أفراد الأسرة الى كيفية التعامل مع الطفل وكيفية التكيف مع الواقع الجديد فالأسرة في حاجة الى طرح وإيجاد حلول للتحديات الجديدة الناجمة عن الإعاقة. (جمال و منى، 2009، 13) .

نظراً لأهمية البرامج الإرشادية والبرامج التدخل المتعددة الجوانب من خدمات صحية ونفسية واجتماعية وغيرها، كان لا بد من توفير هذه البرامج والخدمات الأسر الأطفال المتخلفين عقلياً، للحد من الآثار السلبية للإعاقة، وتحديد الإحتياجات الأسرية للطفل

المعاق، وذلك في مرحلة مبكر عقب إكتشاف الإعاقة على الفور، للإسهام لتحقيق أقصى درجات الإحتواء والإندماج في المجتمع، ومن هنا تعتبر أسر الأطفال المتخلفين عقليا في حاجة الى برامج تساعد على التوافق مع متطلبات الحياة في ظل وجود الإعاقة، وتعتبر جودة الحياة من المؤشرات المهمة لجودة البرامج المقدمة لهذه الأسر والرضا الأسري عنها والإقتناع بأهميتها وفاعلية نتائجها.

و يشير الشناوي و التويجري (1990) الى أن المعلومات المتوفرة لدى الوالدين عن أبنائهم المتخلفين عقليا تكون في العادة قاصرة و غير مترابطة و يصعب الإستفادة منها كما أنهما قد يجهلان في بعض الأحيان الخطوات أو الاجراءات التي يجب أن يسيرا فيها، ويصبح الحصول على المعلومات في هذه الحالة أمرا هاما بالنسبة لهما مما يجعلهما في حاجة الى التوجيه و الى الشعور بالإرتياح و أن يتجردا بشكل دوري من عبئهما الثقيل في تقديم ما يحتاجه ذلك الطفل من رعاية من قبل والديه. (الشناوي و التويجري، 1990، 57)

كما يضيف الأشول أن الوالدين يحتاجان الى الإرشاد و التوجيه و تبصيرهما بمشكلة التخلف العقلي و ابعادها كما أن الإرشاد الوالدي يقوم بدور فعال في زيادة تقبل الوالدين لطفليهما. (الأشول، 1993، 93).

أن جودة الحياة للفرد التي ترتبط في الأصل بجودة الحياة لأشخاص آخرين في بيئته وأن جودة الحياة للشخص تعكس الميراث الثقافي للفرد والذين يحيطون به، فإن جودة الحياة للفرد التي ترتبط وتتأثر بجودة الحياة الأسرية والتي هي محصلة لجودة حياة أفرادها كأعضاء في النسق الأسري، وباعتباره أن الأسرة هي البيئة الأولى والأقرب للفرد من الناحية المادية والنفسية ومن هنا يكمن الدور الذي يجب أن تلعبه الأسرة في تحسين جودة الحياة للفرد أو تدهورها. (إيمان، 2009، 123-125)

وهذا ما أكدته النتائج العديد من على التأثير المتبادل في جودة الحياة بين الأباء والأمهات والأبناء، فالأمهات الاتي حدث لهن تغير مقصود في جودة حياة هن أصبحن أكثر قدرة على التعامل مع أطفالهن ذوي الإحتياجات الخاصة، وهذا في حد ذاته يمكن أن تؤثر بإيجاب على جودة الحياة لدى هؤلاء والأبناء، وبالتالي لايمكن أن نتحدث عن جودة

الحياة لدى الفرد دون الآخر في الإعتبار جودة الحياة لدى من يقعون في دائرة تفاعلات هذا الفرد.(الأشول، 2005) .

و بالتالي إن الرؤية الشاملة لضمان جودة الحياة الأسرية وتلبية حاجات ذوي الإحتياجات الخاصة وما تفرضه الإعاقة من ضغوط يؤكد أن مسؤولية الرعاية يجب أن تخضع لنوعي من المشاركة لمتصل أقصى اليمين للأسرة(باعتبارها الأساس في الحياة الطفل المعاق أو الدعم الإجتماعي للطفل) وفي أقصى اليسار لمتصل بالإختصاصيون مقدمي الخدمة لطفلهم من ذوي الإعاقة، وبين طرفي المتصل الجهود المبذولة من طرفي العلاقة والتعاون بينهما، وهذا هو رأس المال الإجتماعي الذي يمكن أن يحدث تغير جوهريا في حياة الطفل ذي الإحتياج الخاص. (علي عبد النبي وصفاء، 2010، 102)

يستقر في أذهان آباء حدود غير واقعية عن إمكانية الطفل وقدراته على الأداء الوظائف والتي قد تكون أقل من قدراته العقلية ويعمل الآباء على أن يحتفظوا بالطفل في مدى هذه الحدود اينما يرفض البعض الآخر تخلف طفلهم ويرفضون الطفل نفسه فيميلون كما ترى نادية إلى إهماله وإساءة معاملته . (نادية، 1990، 20)

وبالتالي فالتخلف العقلي مشكلة متعددة الأبعاد النفسية، الإجتماعية، التعليمية، تأهيلية مهنية تتطلب تكاثف جميع الجهود لتحسين جودة الحياة الأسرية لدى أسر الأطفال المتخلفين عقليا فجودة الحياة الأسرية تتلخص في دورها الفعال في الحد من آثار الإعاقة، حل مشكل الطفل المتخلف عقليا من حل مشكل الأسرة و من هذا المنطلق تتحدد لنا بضرورة وضع الأسر محل إهتمام الأخصائيين للمساندة و الدعم بهدف تحقيق أعلى مستويات الجودة لجميع أفراد الأسرة وبناء رؤية إيجابية جديدة لهم بشأن الإعاقة، وبهدف تحسين جودة الحياة أسر، مما تتطلب التدخل بإعداد وتطبيق برنامج إرشادي تدريبي مقترح لتحسين جودة الحياة الأسرية للأسر ذوي الأطفال المتخلفين عقليا ولقياس أثر البرنامج الإرشادي التدريبي يطرح التساؤل التالي:

هل للبرنامج الإرشادي التدريبي المقترح أثر على تحسين جودة الحياة الأسرية لدى أسر الأطفال المتخلفين عقليا؟

هل يختلف متوسط درجات مقياس جودة الحياة الأسرية باختلاف جنس الوالدين بعد تطبيق البرنامج؟

2- فرضيات الدراسة :

2-1- يساهم البرنامج الإرشادي التدريبي في تحسين جودة الحياة الأسرية لدى أسر الأطفال المتخلفين عقليا.

2-2- لا يختلف متوسط درجات مقياس جودة الحياة الأسرية باختلاف جنس الوالدين بعد تطبيق البرنامج.

3- أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية الى استعراض مفهوم و جوانب جودة الحياة لدى الأسرة التي لديها طفل متخلف عقليا من جانب، و إلى الإعداد و التحقق من فاعلية برنامج الإرشادي التدريبي المقترح لتحسين جودة الحياة الأسرية من جانب آخر و يتضمن الهدف من البرنامج الإرشادي التدريبي المقترح الى:

- تحسين الظروف البيئية التي يعيش فيها الطفل عن طريق الوالدين و تبصريهما بخصائص نموه و تدريبهما على كيفية التعامل معه و تشجيعهما على تجاوز مرحلة الأزمة في تقبل الطفل، فكثيرا ما تكون الاستجابات الوالدية الشائعة نحو علاقة الطفل تتصف بالقلق و الشعور بالذنب و الإحباط و اليأس و العجز عن مواجهة المشكلة ثم التشكيك في التشخيص ثم الاعتراف بمشكلة الطفل و قبول إعاقته و السعي الى تأهيله.

- مساعدة الوالدين على تنمية استعداداتهما النفسية و علاج مشاكلهما الزوجية والأسرية و غيرها حتى تكون أسرة متماسكة قادرة على رعاية طفلها المتخلف عقليا.

- مساعدة أخوة و أخوات الطفل المتخلف عقليا و إرشادهم نفسيا و تربويا على تقبل حالة أخيهام و مطالب نموه و تخفيف مشاعر القلق و التوتر التي تنتابهم و إرشادهم بأهمية تعليم و تدريب و تأهيل أخيهام في الطفولة و المراهقة.

و تدريب الأخوة على معاملته معاملة حسنة و تكوين اتجاهات إيجابية نحو أخيهام وزيادة تقبلهم النفسي له.

- مشاركة الوالدين في جماعات آباء أطفال متخلفين عقليا، ما يعرف باسم إرشاد الجمعي و له نتائج إيجابية مع الوالدين الذين يشعرون بالعزلة عن الآخرين نتيجة ما يعانيه طفلهم من المعايير غير السوية مثل هذه الجماعات تكون فاعلة و مؤثرة نظرا للعون المتبادل الذي تمكن أن يقدمه المشاركون في هذه الجماعات كل منهم للآخر، بحكم أنهم يواجهون نفس الظروف و المشكلات.

4- أهمية الدراسة:

يتضح من هذا البرنامج أنه يلعب دور اكبير ا في إحداث التكيف الأسري مع واقع الإعاقة الحاصلة لجعل التوافق النفسي و الاجتماعي داخل النسق الأسري و محاولة دمج المعاق في المجتمع و حتى يتحقق ذلك لابد من سعي الوالدين للعمل على ذلك.

5- الدراسات السابقة:

5-1- الدراسات المتعلقة بجودة الحياة:

5-1-1- الدراسات الأجنبية:

دراسة كوير هندرسون و روبرستون وهاتون (1995):

التي هدفت الى فحص جودة الحياة و التكاليف الخدمات السكنية للبالغين المصابين بإعاقات متعددة، حيث تكونت عينة الدراسة من $n=40$ من الأفراد الذين يعانون من إعاقات متعددة ثم اختارهم من أربعة نماذج في تقديم الخدمة وهي: مؤسسات متخصصة، مؤسسات تابعة للتعليم الجامعي، مؤسسات حكومية تتبع نظام الأم البديلة، يعيشون مع عائلتهم، حيث ثم استخدام مقياس أحدهما: جودة الحياة و الآخر لفحص الكلفة الاقتصادية للمؤسسات، وأبرزت النتائج وجود فروق دالة إحصائية بين أفراد المؤسسات الأربع و كانت لصالح الأفراد الذين يعيشون مع عائلهم في ظل وجود.

دراسة أوتزوسكي (1998):

هدفت الى تبيان المشكلات التي تواجه المعاقين عقليا في تحقيق جودة الحياة باختلاف نوعية المؤسسات، و تكونت عينة الدراسة من مجموعتين إحداها تقيم في سكن المؤسسات و الأخرى تقيم جميع عائلتها و طبق عليهم مقياس الشعور الذاتي في جودة

الحياة، حيث تركت المجموعة الأولى بدون برامج تنشيطية و تعرضت المجموعة الثانية لبرامج تنشيطية مع تنسيق كامل و برنامج منظم، مع تنسيق في وقت تنفيذ الجلسات وأبرزت النتائج وجود فروق دالة إحصائية لصالح أفراد المجموعة الثانية في جودة الحياة، كما بينت النتائج ضرورة إعادة التأهيل المجتمعي للأفراد ذوي الإعاقات حيث أظهرت الدراسة أفضل وسيلة لتحقيق الجودة العالية للاستمتاع بالحياة لهؤلاء الأفراد.

دراسة كراوس وسيلزر (2001):

تهدف الى فحص جودة الحياة لدى البالغين الذي يعيشون مع عائلاتهم و يعانون من عاهات خلقية و إعاقات عقلية، صممت أدوات القياس منها الملاحظة و المقابلة فالملاحظة شملت الحالات و كذلك السلوكيات داخل البيئة المنزلية للأباء و الأبناء، و المقابلة شبه المقننة للأباء و الأمهات توصلت الدراسة الى ضرورة وجود مجموعة من الخدمات و الدعم حتى تتحقق جودة الحياة لأبنائهم المعاقين و أظهرت النتائج أيضا وجود النتائج فروق دالة إحصائية بين الذين يعيشون مع عائلاتهم و بين الذين يعيشون في مساكن معدة للمعاقين وأوصت الدراسة بضرورة الاهتمام ببعض القضايا منها الصحية و الاجتماعية و الاقتصادية مع مراعاة العمر الزمني للذين يعانون من الإعاقات. (فؤاد، 2013، 388-399)

دراسة جات أن سومرو (2007):

أشارت الى خطورة الآثار السلبية الناتجة عن وجود أخ معاق في الأسرة على جودة الحياة الأسرية خاصة في الأبعاد المرتبطة بالجوانب لفعالية و قد أكدت هذه الدراسات أن وجود فرد معاق عقليا في الأسرة يعد من أهم المؤشرات المنبئة بنوعية الحياة الأسرية خاصة في مجال التفاعلات الأسرية و أنماط الوالدية، و أن شدة الإعاقة و عمر الطفل المعاق، ونوع جنسه و المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة كانت من أهم العوامل المؤثرة في تحديد مدى تأثير الإعاقة على نوعية الحياة الأسرية كما كشفت نتائج هذه الدراسات أيضا عن أن معاناة الأسرة كانت تتزايد عند إقامة الأخرى المعاقين في المنزل بصورة دائمة، و أن الإقامة الداخلية للمعاقين في المؤسسات الخاصة بهم كانت تخفف كثيرا عن المشاكل والأعباء الملقة على جميع أفراد الأسرة . (جابر ودعاء و أماني، 2013)

دراسة جريروباود و جبير بالي (2008) :

قامت الدراسة و التي كانت بعنوان جودة الحياة لدى البالغين الذين يعانون من الاعاقات التطورية و الفكرية و قد هدفت الدراسة الى مراقبة جوة الحياة لدى هذه الفئة من الأطفال حيث تم تقسيم العينة الى ثلاث مجموعات، أولها مجموعة تعرضت الى برنامج تنموي و ثانيتهما تعاني في اضطرابات سلوكية حادة و ثالثتهما تعرضت الى برنامج تقليدية و استخدمت أداة المراقبة جودة الحياة تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعات الثلاث لصالح المجموعة التي تعرضت لبرامج التنمية من ذوي الاعاقات التطورية والفكرية و يليها بالترتيب المجموعة التي تعرضت لبرامج تقليدية ثم المجموعة التي تعاني من اضطرابات سلوكية حادة بالنسبة كمتغير الانسحاب الاجتماعي تبين أن المجموعة الثانية أكثر انسحابا من المجموعتين الأولى و الثالثة و في نهاية البرنامج تبين أن هناك تحسنا في جودة الحياة، لدى المجموعات الثلاث في الدرجات الخام على المقياس إلا أنها كانت دالة إحصائيا لصالح المجموعة التي تعرضت للبرنامج التنموي. (فؤاد، 2013، 388-399)

5-1-2- الدراسات العربية:

دراسة ليندا (2005) :

دراسة تهدف الى تقييم جودة الحياة لدى الاشخاص المعاقين عقليا، حيث اختوت العينة و طبقت عليها مقياسا موزعا على أربعة أبعاد : الجسدية و المادية و الاجتماعية و العاطفية وقد توصلت الى ضرورة اهتمام بتهيئة المناخ الذي ينتج الرفاهية محققا بجودة الحياة لهذه الفئة من الأشخاص وكما توصلت الى ضرورة الاهتمام بكل مجالات الحياة لهؤلاء الأفراد وأوصت بتناول جودة الحياة في السياق الأوسع لعمليات التقييم.

دراسة الجوالدة (2008):

استهدفت استقصاء فاعلية برنامج تربوي قائم على نظرية العقل في تحسين جودة الحياة للأطفال ذوي الاعاقات التطورية الفكرية، حيث بلغ عدد أفراد الدراسة ن=74 منهم ن=48 ذكرا و ن=26 أنثى، و تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين -6-9) سنة بمتوسط عمر زمني بلغ 7.09 سنة و بانحراف معياري مقداره 1.63 و صممت الدراسة برنامجا تربويا قائما على نظرية العقل عدد جلساته 32 جلسة على مدار شهرين ونصف، و قد أعد الباحث مقياس

جودة الحياة كما تدركه البيئة المنزلية، و قد توصلت الدراسة الى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس جودة الحياة على الأداء البعدي، و تبين وجود فروق لصالح الذكور في مقياس جودة الحياة في التطبيق البعدي، كما تبين عدم وجود فروق في التفاعل بين الجنس و البرنامج، و بناء عليه توصى الدراسة بضرورة الاهتمام بنوعية الحياة لذوي الاعاقات. (فؤاد، 2013، 388-399)

دراسة نهى عبد الرحمن (2008):

تناولت التحقق من فاعلية برنامج إرشادي باللعب في تحسين جودة الحياة لدى عينة من الأطفال المصابين بمتلازمة دوان القابلين للتعلم، و تكونت العينة من خمسة أطفال مصابين بمتلازمة دوان فئة القابلين للتعلم بالمستوى الثاني من مرحلة التهنئة و أول و ثان تعليمي بمدرسة التربية الفكرية بطرة، تر وحت أعمارهم الزمنية بين (8-10) سنة ومعاملات ذكائهم بين (50-64) كما أجرى البحث على أمهاتهم اللاتي تتراوح أعمارهن بين (37-50) سنة وتر وحت مستوياتهن التعليمية بين أمية و حاصلة على مؤهل جامعي و مستوياتهن الاقتصادية درجات الأطفال في القياسين القبلي و البعدي على مقاييس جودة الحياة في الأبعاد الآتية: الصحة إحصائيا في بعدى الآثار النفسية للإعاقة على الوالدين و القيود على الأنشطة الأسرية كما وجد تحسن ملحوظ في مستوى الوعي الصحي الغذائي لأمهات الأطفال المصابين بمتلازمة دوان و انعكس ذلك على أطفالهن إيجابيا.

دراسة هيل (2008):

هدفت الى تحسين جودة الحياة لدى آباء الأطفال المعاقين و تعديل اتجاهاتهم اللاسوية نحو أبنائهم المعاقين، و طبقت الدراسة على 60 هن الآباء و أمهات الأطفال المعاقين بصريا و كانت أدوات الدراسة عبارة عن مقياس الجودة الحياة، و برنامج الارشادي للوالدين، وتوصلت نتائج الى أن الحالة الاقتصادية و مستوى التعليم و برامج الدعم التي تقدم للوالدين لها أهمية كبيرة في تحسين جودة دالة إحصائيا بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية و درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقاييس جودة الحياة و اتجاهاتهم نحو أبنائهم المعاقين بصريا لصالح المجموعة التجريبية.

دراسة وردة حسن (2010):

تناولت التعرف على مدى تقبل الوالدين لطفلها المعاق و معرفة العلاقة بين تقبل الوالدين للإعاقة و بين جودة الحياة معرفة العلاقة بين نوع الإعاقة و تقبل الوالدين للمعاق وتعرف الدرجة الاختلاف في إدراك الوالدين لجودة الحياة بناء على اختلاف الإعاقة (عقلية -جسدية- حسية) و تكونت عينة الدراسة من (30) من أباء و أمهات الأطفال المعاقين عقليا و (30) من أباء و أمهات الأطفال المعاقين سمعيا و (30) من أباء و أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الحسية و قد أشارت النتائج إلى أنه:

- توجد علاقة موجبة دالة إحصائية بين إدراك الوالدين لجودة الحياة و تقبلهم لطفلهم المعاق.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات مرتفعي جودة الحياة ومنخفضي جودة الحياة في درجة تقبلهم لطفلهم المعاق لصالح مرتفعي جودة الحياة.

- يختلف تقبل الوالدين للطفل المعاق اختلافا دالا إحصائيا باختلاف نوع الإعاقة (عقلية -جسدية - حسية)

- اختلاف جودة الحياة (الاستقرار في مستوى الاقتصادي - الدخل) الاستقرار واجتماعي و تكوين علاقات مع الآخرين باختلاف نوع إعاقة.

(جابر ودعاء و أماني، 2013)

دراسة رانيا عبد الله دراز عبد الله (2014):

تنص الدراسة على فاعلية برنامج إرشادي في تحسين جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين سمعيا مما قدمت هذه الدراسة لآباء و أمهات الأطفال المشخصين بالإعاقة السمعية، قوامها 8 أسر ممن تتراوح أعمارهم بين 4 - 6 سنوات ملتحقين بجمعية الصم وضعاف السمع لمدينة بنها محافظة القليوبية، حيث استخدمت الباحثة أداتين هما مقياس جودة الحياة الأسرية للأطفال المعاقين سمعيا و كان ذلك من إعدادها بحيث تضمن 65 بندا لأربعة أبعاد (العلاقات الأسرية - التوافق مع الإعاقة - الخدمات المساندة - السعادة) والبرنامج الإرشادي أعدته كذلك و طبقته على عينة الدراسة حيث انتهجت المنهج الشبه تدريبي ذي المجموعة الواحدة، لاختيارها للعينة بطريقة قصدية، ووضعت فرضياتها بأنه

توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي رتب درجات القياس البعدي لمجموعة الدراسة على مقياس جودة الحياة لأسر الأطفال المعاقين سمعيا و ذلك لصالح القياس البعدي، كما لا يوجد فروق بين القياس البعدي و القياس التتبعي (شهر و نصف) لمجموعة الدراسة، حيث استخدمت اختبار ولكولسون فخلصت بأن جميع فرضياتها دالة احصائية، مما استنتجت أن للبرنامج المقترح ذو أثر و فاعلية معتبرة و لوحظ ذلك من خلال حدوث تحسن ملحوظ في جودة الحياة الأسرية. (رانيا عبد الله، 2014، 428)

تعقيب على الدراسات:

برزت أهمية المعيشة مع الأهل حيث بينت دراسات كوبر 1995 وكروس وسيلتز (2001) و أوتريكسي (1998) وجود فروق دالة إحصائية بين البيئات المختلفة في جودة الحياة لدى ذوي الاعاقات و كذلك تبين في دراسة الجوالده (2008) أن البيئات الأكثر حظا كانت ذات أداء مرتفع مقارنة بالبيئات الأقل حظا و هذا في حد ذاته يبرز أهمية البيئات في تحقيق جودة الحياة

- و بينت دراسة (ليندا 2005) تحسن في النواحي الجسدية و المادية و الاجتماعية والعاطفية للمجموعة التي هيئ لها مناخ الرفاهية.

- تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعات الثلاث (تعرضت 01 البرنامج تنموي 2 تعاني من اضطرابات سلوكية حادة و 3 تعرضت برامج تقليدية) و كانت لصالح المجموعة التي تعرضت الى برامج التنمية من ذوي الاعاقات التطورية الفكرية، وبنبت النتائج أيضا تحسن في جودة الحياة لدى المجموعات الثلاث في الدرجات الخام على المقياس إلا أنها كانت دلالة إحصائية لصالح لمجموعة التي تعرضت للبرنامج التنموي. (Gerberied , 2008) .

- وتم استنتاج من دراسة نهى عبد الرحمن 2008 وهيل 2008 و وردة حسن 2010 وجان أن سومرز 2007 :

- يوجد ارتباط بين جودة الحياة و التكيف الأسري.

- الحالة الاقتصادية و مستوى التعليم و برامج الدعم التي تقدم للوالدين لها أهمية كبيرة في تحسين جودة حياتهم.

- أكثر المشكلات تكرار معاناة الأطفال المعاقين عقليا من عدم الاستقلالية و انخفاض الثقة بالنفس و اعتمادهم على غيرهم.

- توجد علاقة بين إدراك جودة الحياة و تقبل الطفل المعاق عقليا و تختلف جودة الحياة باختلاف نوع الإعاقة

- احتياج هذه الأسرة الى وعي تام بخصائص هذه الإعاقة و أوجه القصور التي تسببها للطفل المعاق و حاجات هذا الطفل من أجل الحفاظ على هذه الأسرة وعلى مستقبل هذا الطفل.

5-2- الدراسات المتعلقة بالتخلف العقلي:

5-2-1- الدراسات الأجنبية:

دراسة شاكو (1981):

قام نقلا عن (Widerymshi 1986) بدراسة مدى فاعلية مشاركة الوالدين في تأهيل وتدريب أطفالها المتخلفين عقليا من خلال عينة ضمت مجموعتين من الأطفال إحداها من القابلين للتعلم و الثانية من فئة الإعاقة العقلية المتوسطة الى جانب والدي هؤلاء الأطفال وهدف البرنامج المستخدم مع المجموعة الأولى الى تنمية مهارة الاعتماد على النفس ولاحقهم بورش التأهل المهني أما البرنامج الخاص بالمجموعة الثانية فتناول مهارات مثل تناول الطعام و الذهاب الى الحمام، و ارتداء الملابس و بالنسبة للوالدين فقد قام الباحث بإمدادهم بالحقائق العلمية و الموضوعية عن الإعاقة و تحديد دروهم في مساعدة أبنائهم المتخلفين عقليا على التوافق و أسفرت نتائج تلك الدراسة عن حدوث تحسن واضح للأطفال في المهارات موضع الدراسة.

الدراسة ساندمان و آخرون (1982):

قام بدراسة أثر مشاركة الأم في تدريب طفلها المتخلف عقليا على تعديل أشكال وأنماط السلوك الاجتماعي غير المرغوب و شملت العينة طفلين متخلفين عقليا أعمارهم الزمنية 7.9 سنوات و نسبة ذكائها 55-51 على التوالي و تم استخدام أساليب تعديل السلوك ومبادئ المتمثلة في المرح و التجاهل خلال البرنامج إضافة الى مشاركة الأم في التدريب

ومتابعته لطفلها في المنزل و أسفرت النتائج عن حدوث نقص الكبير في السلوك غير المرغوب و ذلك بالنسبة لكلا الطفلين.

دراسة هيلر و آخرون (1997) :

تتعلق بالضوابط التي تواجه أباء و أمهات الأطفال المتخلفين عقليا إن الأم تقضي وقتا أطول مع طفلها المتخلف عقليا و تعطي له قدرا أكبر من المساندة و تعافي بصورة أكبر من الضغوط المتعلقة برعاية ذلك الطفل و من ثم فإن مشاركة الأم في البرنامج الارشادية لهؤلاء الأطفال أو توجيه تلك البرامج الارشادية للأمهات باتجاه معاملة الأبناء تغطي مردودا إيجابيا بالنسبة لهؤلاء الأطفال. (أميرة، ب س، ب ص)

دراسة تلي أونجان (2001):

تناولت خدمات التدخل المبكر مع الاطفال الصغار المعاقين عقليا تكونت عينة الدراسة من 06 أطفال معاقين عقليا وأسرهم، يتراوح أعمارهم ما بين 3-5 سنوات، ونسبة ذكائهم 50-75 درجة .

استخدم الباحث برنامجا لتنمية المهارات العناية بالذات ثم قياس البرامج ببطاقة ملاحظات السلوك الاجتماعي مستخدما فنيات النمذجة والتلقين والتدعيم، استر البرنامج مدة ستة أشهر، بمعدل جلستين في الاسبوع، مدة الجلسة 55 دقيقة وقد أسفرت النتائج الآتي :

تفوق الاطفال المعاقين عقليا في مهارة العناية بالذات بعد انتهاء من البرنامج.

مع تحسين السلوك الاجتماعي للأطفال المعاقين عقليا نتيجة اشتراك الاسر مع الابناء في البرنامج ووجود فروق دلالة احصائية في متوسطات درجات الاطفال المعاقين قبل البرنامج وبعد الانتهاء منه .

دراسة تومالين أنجلة (2002) :

تهدف الى فاعلية برنامج للتدخل المبكر مع الأطفال المعاقين عقليا في مرحلة ما قبل المدرسة تكونت عينة الدراسة، من 3 آباء لديهم أطفال معاقين عقليا، يتراوح أعمار لأباء ما بين (35-45) سنة و عمر الأطفال ما بين (2-4) سنوات استخدمت الباحثة برنامجا يحتوي على مهارات عقلية و لغوية مستخدمة فنيات و يؤدي الى حدوث توافق مع الآخرين

وأن الأطفال المعاقين عقليا أصبح لديهم القدرة على الاتصال بعد انتهاء البرنامج مما يجعلهم يندمجون مع الأطفال العاديين و زيادة الحصيلة اللغوية لدى الأطفال المعاقين عقليا. (آمال و سلوى و وفاء، 2013، ب ص)

5-2-2- الدراسات العربية:

دراسة أميرة طه بخش:

تحت عنوان فاعلية برنامج إرشادي مقترح للأمهات الأطفال المتخلفين عقليا في تنمية السلوك التكيفي لأطفالهن و ضمت عينة الدراسة بالنسبة للأمهات 12 أما هن أمهات أطفال المجموعة التجريبية، أما بالنسبة للأطفال فقد تضمنت العينة مجموعتين إحداها تجريبية والأخرى ضابطة قوام كل منهما 12 طفلا من البنات المتخلفات عقليا القابلات للتعليم والملتحات بمدرسة التربية الفكرية للبنات بجدة استخدمت الباحثة الى جانب البرنامج الإرشادي الذي قامت بإعداده الصورة (ل) من مقياس ستانفورد - بنية للذكاء إعداد عبد السلام و مليكة (1988) و مقياس المستوى الاقتصادي الاجتماعي إعداد الشخص (1995) ومقياس السلوك التكيفي للأطفال إعداد الشخص (1998)

وكشفت النتائج عن وجود فروق دالة بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لسلوك التكيفي و أبعاده ترجع الى البرنامج المستخدم و ذلك لصالح المجموعة التجريبية، و وجود فروق دالة بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في القياس القبلي و البعدي للسلوك التكيفي و أبعاده لصالح القياس البعدي و عدم وجود فروق دالة بين متوسطي درجات المجموعة الضابطة في القياس القبلي و البعدي و التتبعي للسلوك التكيفي و أبعاده.

دراسة إيمان كاشف (1989) :

قامت بإعداد برنامج إرشادي التحسين الاتجاهات الوالدين نحو الأطفال المتخلفين عقليا و أثر ذلك على السلوك التكيفي لهؤلاء الأطفال و تكونت العينة من 13 أبا و 13 أما دي كل منهم طفل مختلف ملتحق بمدرسة التربية الفكرية كمجموعة تجريبية الى جانب مجموعة ضابطة مماثلة و تم استخدام الاتجاهات الوالدية، ومقياس السلوك التكيفي الى جانب البرنامج الارشادي الذي تم استخدام مقياس الاتجاهات الوالدية، و مقياس السلوك التكيفي

الى جانب البرنامج الارشادي الذي تم تطبيقه على الوالدين قبل وبعد التطبيق البرنامج لصالح القياس البعدي، ووجود فروق دالة إحصائية بين الاتجاهات الوالدية للمجموعتين لصالح المجموعة التجريبية، وذلك بعد تطبيق البرنامج الى جانب وجود فروق لم تظهر أي فروق دالة بالنسبة للجزء الثاني من المقياس و الخاص بالانحرافات السلوكية.

(أميرة، ب س، ب ص).

دراسة فرج (1990):

قدم برنامج إذاعي في التربية الأسرية للأطفال المتخلفين عقليا و أسرهم و تم تطبيق البرنامج على (20) من والدي الأطفال المتخلفين عقليا في الصفوف الأولى للتعليم الأساسي بمدارس التربية الفكرية، و تكون البرنامج من 8 حلقات إذاعية (من خلال برنامج الى ربات البيوت) و تضمنت حلقات البرنامج التخلف العقلي و أنواعه مع توضيح دور الأسرة في التعاون مع المدرسة بالنسبة للواجبات المنزلية و النظرة المتطورة للطفل المعوق، و أهمية التربية الأسرية مع الطفل التخلف العقلي و أسرته و دور المعلمة مع هذا الطفل، ثم قدمت تدريبات مختلفة تقوم بها الأم و الأسرة التدريب الطفل على ارتداء ملابس، نظافة أسنانه تناول طعامه و أداب تناول الطعام و أخيرا دور الأم و الأسرة في تعويد الطفل على الاعتماد على النفس في المحيط الخارجي عن الأسرة، و قدمت الباحثة أداة القياس (استبيان) مكون من جزأين الجزء الأول عبارة عن بيانات شخصية، و الجزء الثاني مكون من تسعة أسئلة تتطلب الإجابة عن سبعة منها بنعم أو بلا، أما السؤالان الأخيران يتطلبان إجابة مفتوحة للتعرف على التعمير الحادث للوالدين بعد سماع حلقات البرنامج.. وجاءت النتائج مؤكدة تعالیه المعلومات التي قدمت لأسرة الطفل المتخلف عقليا.

(علي عبد النبي، 2007، 275-280)

دراسة حمزة (1992) :

استهدفت التعرف على مدى فاعلية برنامج ارشادي للوالدين في تغيير اتجاهاتهما نحو الابن المتخلف عقليا و أثر ذلك على تحسين توافق الأبناء و قمت العينة 24 أبا و أما (5) أبناء 19 أما، 24 طفلا من المتخلفين عقليا تتراوح أعمارهم الزمنية بين (8-11 سنة) ونسب ذكائهم بين 50-80 و جميعهم من المستوى الاقتصادي الاجتماعي المتوسط وقسموا

الى مجموعتين و استخدام الباحث مقياس ستانفورد - بينة للذكاء و دليل المستوى الاقتصادي الاجتماعي للأسرة و مقياس الاتجاهات الوالدية، ومقياس السلوك التكيفي الى جانب البرنامج الارشادي و أسفرت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائية في الوالدية بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية. (أميرة، ب س، ب ص).

دراسة جميل (1998):

قام بإعداد برنامج إرشادي أسري لمواجهة الضغوط الواقعة على أسر الأطفال المعوقين عقليا و تشترك في البرنامج 30 أسرة لدى كل منها ابن مختلف عقليا تخرجوا في معهد ناصر للتربية الفكرية بحيث تم تدريب مجموعة الآباء و مجموعة الأمهات مجموعة الأخوة كل منهم بحيث يتم تدريب مجموعة الآباء و مجموعة الأمهات مجموعة الأخوة كل منهم على حدا في جلسات منفصلة و قد تم تطبيق البرنامج الإرشادي على مدى ستة أسابيع بواقع جلستين في الأسبوع لكل مجموعة و يتراوح زمن الجلسة بين الساعة والساعتين حسب مضمون كل جلسة و مراعاة ظروف العينة، وقد أثبت البرنامج فعاليته في خفض الضغوط الأسرية. (علي عبد النبي، 2007، 275-280)

دراسة دعاء سيد أحمد (1999):

دراسة حول أثر برنامج ارشادي للأمهات في تحسين بعض الجوانب السلوك الاجتماعي لأطفالهن المتخلفين عقليا و ذلك على عينة ضمت 22 طفلا من المتخلفين عقليا تتراوح أعمارهم الزمنية بين 8-12 سنة و نسب ذكائهم 50-70 إضافة الى أمهاتهم واستخدمت مقياس المستوى الاقتصادي الاجتماعي للأسرة و مقياس السلوك التكيفي الى جانب البرنامج الارشادي المقترح و أسفرت النتائج عن حدوث السلوك الاجتماعي لأولئك الأطفال حيث و بدت فروق دالة في السلوك التوافقي (النواحي الثمانية و ذلك في القياس البعدي كما وجدت فروق دالة في أبعاد السلوك الاجتماعي و التي تمثل أبعاد الجزء الأول لمقياس السلوك التوافقي مع استمرار هذا التحسن خلال الدراسة التبعية بل و وجود فروق بين القياس البعدي و التتبعي لصالح القياس التتبعي. (أميرة، ب س، ب ص) .

دراسة مني حلمي سند (2002):

تناولت برنامج للتدخل المبكر مع الأطفال المعاقين عقليا، تكونت عينة الدراسة من (19) طفلا معاق عقليا، قسمت المجموعة الى قسمين مجموعة تجريبية مكونة من (8) طفلا معاق عقليا، قسمت الى 2 ذكور و 6 إناث مجموعة ضابطة مكونة من 11 طفلا معاق عقليا، قسمت الى (5) ذكور و (6) إناث تراوحت أعمارهم ما بين 3 شهور الى سنة و تراوحت نسبة ذكائهم (50-75 درجة) استمر البرنامج لمدة 3 سنوات، وكان بمعدل جلسة واحدة في الأسبوع و مدتها 45 دقيقة، استخدمت الباحثة مقياس ستانفورد بيئة الصورة الرابعة، ثم القياس باختبار فانيلانغ للنضج الاجتماعي أنشطة لغوية و اجتماعية.

(آمال وسلوى و وفاء، 2013، ب ص)

دراسة عبد المنعم (2003):

قدم برنامجا للتدخل المبكر لإكساب مهارات السلوك التكيفي لدى المتخلفين عقليا و ذلك من خلال مشاركة 10 من الأمهات في برنامج يقوم على عدة أسس تربوية، نفسية، وتضمن البرنامج 96 جلسة بواقع جلستين أسبوعا تستغرق كل جلسة 60 دقيقة أي ساعة لمدة عام.

و تضمن البرنامج إكساب المتخلفين عقليا ثلاث مهارات كما يلي:

(1) إكساب الطفل المعوق عقليا مهارات الاعتماد على النفس و العناية بالذات
48 جلسة

(2) إكساب الطفل المعوق عقليا مهارات اللغة و اتصال 24 جلسة.

(3) إكساب الطفل المعوق عقليا المهارات الاجتماعية 24 جلسة

وقد توصلت الباحثة الى فاعلية مشاركة الأمهات في برنامج التدخل المبكر للأطفال المتخلفين عقليا في إكسابهم بعض مهارات السلوك التكيفي.

(على عبد النبي، 2007، 275-280)

دراسة الإمام و الجوالدة (2008) :

دراسة بعنوان فاعلية برنامج تربوي قائم على نظرية العقل في تنمية مهارات أدائية حياتية لدى الأطفال المعاقين عقليا في الأردن حيث هدفت استقصاء فاعلية برنامج تربوي قائم على نظرية العقل في تنمية مهارات أدائية حياتية لدى الأطفال المعاقين عقليا في الأردن، و بلغ عدد أفراد الدراسة ن=42 منهم ن = 25 ذكرا، ن=17 أنثى تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين 8-15 سنة متوسط عمر زمني يبلغ 11.37 سنة و بانحراف معياري مقداره 1.88 و صمم برنامج تربوي قائم على نظرية العقل بلغ 39 جلسة بواقع 45 ساعة كما أعدت قائمتي الملاحظة المنزلية و المدرسية و لصالح المجموعة التجريبية التي تعرضت للبرنامج التربوي القائم على نظرية العقل، و وجود فروق بين متوسطات درجات الذكور ومتوسطات درجات الإناث من الأطفال المتخلفين عقليا للتعلم في المهارات الأدائية الحياتية في قائمة الملاحظة المنزلية و عدم وجود فروق بين الجنبيين في قائمة الملاحظة المنزلية و عدم وجود تفاعل بين نوع البرنامج و الجنس في أداء أطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعلم في المهارات الأدائية الحياتية كما تفلس بالأدوات الدراسية، و أوصت الدراسة بضرورة إجراء دراسات مستقبلية تقوم على تصميم برامج مستندة الى نظرية العقل في تنمية مهارات السلامة العامة للأطفال المعاقين عقليا. (فؤاد، 2003، 369-367)

تعقيب على الدراسات:

بينت دراسة الإمام و الجولدة (2008) وجود فروق في قائمتين لصالح المجموعة التجريبية التي تعرضت للبرنامج التربوي القائم على نظرية العقل و وجود فروق بين متوسطات درجات الذكور و متوسطات درجات الإناث من الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم في المهارات الأدائية الحياتية في قائمة الملاحظة المدرسية لصالح الذكور في المجموعة التجريبية كما تبين عدم وجود فروق بين الجنبيين في قائمة الملاحظات المنزلية.

أجمعت دراسات أميرة طه بخش، وشاكو، و ساندمان و آخرون و إيمان كاشف وحمزة و هيلر و آخرون و دعاء السيد أحمد على أن الأم هي الأكثر تعاملًا مع الطفل المتخلف عقليا و أكثر احتكاكًا به و تلبية لاحتياجاته و أن إرشادهم الى الأساليب الملائمة للتعامل معه و تدريبها على ذلك يؤدي الى تنمية العديد من مهارات ذات الصلة بالسلوك الاجتماعي

للطفل مما يؤدي الى تحسين و تنمية سلوكه الاجتماعي و تحسين توافقه و من ثم إكسابه السلوك التكيفي.

و تم استنتاج من دراسات منى حلمي و تالي أونجان و تومالين أنجيله لأهمية التدخل المبكر للأطفال المعاقين عقليا و تحسن أداء أباء و أمهات مع ابنهم المعاق و فاعلية مشاركتهم في تدريب و تعليم أبنائهم بالعناية بالذات مع تحسن السلوك الاجتماعي لأبنائهم من خلال احتكاك الوالدين أو أسرهم لهم مما أدى الى التكيف السلوكي لهؤلاء الأطفال وذلك في سن مبكر لما قبل التمدرس.

كما اتفقت دراسات فرج و جميل و عبد المنعم على الدوار الفعال للبرامج الارشادية أو لإذاعية الموجه الى الأسرة أو الوالدين أو الأم لما تترك من بصمات إيجابية لإحداث التوافق النفسي للأسرة و للطفل المعاق و يساعده ذلك في تحسين السلوك التكيفي و المهارات الشخصية و اجتماعية لدى هؤلاء الأطفال المعاقين عقليا و إتباع أسلوب إيجابي للإثابة الى خفض المشكلات النفسية لديهم.

ضرورة اشتراك المؤسسات المجتمعية في تقديم خدمات المساندة للأسرة المعاقين عقليا واعداد برامج لتدريبهم على التفاعل و التواصل الأسري و التعرف على طبيعة الإعاقة وأساليب التعامل مع المعاق.

5-3- الدراسات المتعلقة بجودة الحياة و التخلف العقلي:

دراسة كرافتر وكانتر :

قام بها كل منهما بدراسة بعنوان مهام نظرية العقل و جودة الحياة من وجهة نظر الأفراد البالغين ذوي الاعاقة العقلية، حيث تكونت العينة ن=75 معاقا عقليا بالغاً متوسط العمر الزمني 39 عاماً و انحراف معياري 8.9 و نسبة ذكاء من 40-70 درجة استخدمت الدراسة مقاييس متعددة الأوجه، مقياس GOL للمصادر الوظيفية الفرعي أبرزت النتائج عدم وجود علاقة بين تطور نظرية العقل وجودة الحياة، وجدت علاقة دالة إحصائياً بين مهام نظرية العقل و متغيرات الدراسة، بينت النتائج أن عينة الدراسة لم يناقضوا أنفسهم بالاستجابة على العبارات المتناقضة الموجودة في مقاييس الدراسة مما يدل على نضوج نظرية العقل لديهم وجود علاقة طردية بين تطور نظرية العقل والاستعدادات البين شخصية و الاجتماعية وجود

علاقة طردية بين تطور نظرية العقل و القدرات اللغوية و جود علاقة طردية بين تطور نظرية العقل وجودة الحياة . (فؤاد، 2013، 397)

دراسة صلاح الدين و افة محمد(2006):

بعنوان فعالية برنامج إرشادي للآباء لتحسين جودة الحياة لدى أبائهم ذوي الاحتياجات الخاصة، قام الباحث إعداد البرنامج إرشادي للآباء و إعداد مقياس جودة الحياة ذوي الاحتياجات الخاصة و عرضه للمحكمين و كانت الخطوات الدراسات كالتالي:

قام الباحث بتطبيق المقياس جودة الحياة على مجموعة من الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس التربوية الخاصة في مدينة بنها على النحو التالي: مدرسة الأمل للصم و عددهم 23 طفلا، أعمارهم بين 10-15 سنة و مدرسة النور للمكفوفين و عددهم 21 طفلا تتراوح أعمارهم بين 10 حتى 15 سنة . و مدرسة التربية الفكرية و عددهم 11 طفلا أعمارهم بين 9-16 سنة ثم قام الباحث بتصحيح مقياس الجودة الحياة بعد تطبيقه على الأطفال، و تم الاختبار العشوائي لعدد (11) طفلا أظهروا انخفاض على المقياس جودة الحياة للأطفال (5 صم - 3 مكفوفين، 3 معاقين عقليا) ثم تم مقابلة الآباء من خلال أبناءهم وتم إخبارهم بالهدف من البحث و تقديم برنامج إرشادي نفسي يهدف الى تحسين جودة الحياة أبناءهم من خلالهم و دورهم في ذلك و أن عليهم حضور جلسات البرنامج الإرشادي في إحدى المدارس و تم اتفاق على حضور جلسات البرنامج الإرشادي للوالدين 12 جلسة ثم تقسيم البرنامج الارشادي بتطبيق مقياس جودة الحياة للأطفال مباشرة و كذلك بعد شهرين من المتابعة، فنصت النتائج على وجود فروق دالة إحصائية بين درجات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة على المقياس جودة الحياة قياس قبلي و بعدي و أسفرت النتائج إيجابية لصالح القياس البعدي و زادت جودة الحياة لهؤلاء الأطفال بعد شهرين من تطبيق البرنامج الإرشادي على آبائهم. (صلاح الدين، 2006، 3).

6- التعريفات الاجرائية لمصطلحات الدراسة:

تستعرض الباحثة التعريف الاجرائي لمصطلحات الدراسة على النحو التالي:

6-1- الفاعلية:

هي درجة مساهمة البرنامج في تحسين جودة الحياة الأسرية للأسر ذوي أطفال متخلفين عقليا و تقاس بالدرجة التي يحصل عليها الآباء و الأمهات على مقياس جودة الحياة الأسرية لأمني عبد المقصود و المستخدم في الدراسة الحالية.

6-2- البرنامج الارشادي التدريبي المقترح:

من الناحية الإجرائية: يعرف البرنامج المقترح: أنه برنامج مخطط لأسر الأطفال المتخلفين عقليا يتضمن مجموعة من الاجراءات الإرشادية التي تقدم لأسر الأطفال المتخلفين عقليا لمساعدتهم على تخطي الصعوبات الناجمة عن الإعاقة و كيفية التعامل معها وفق جلسات تدريبية للوالدين للتوافق مع الوضع التي تواجهه الأسرة بشأن الإعاقة وبجانب تبصير الوالدين بالخدمات المساندة و الدعم المتوفر في المجتمع، مما يسمح للوالدين بتدعيم تطبيق الخدمة الإرشادية و التعليمية والتدريبية على ابنهم المعاق.

6-3- جودة الحياة الأسرية:

مصطلح يشير الى توافق أفراد الأسرة مع المتطلبات التي تفرضها الإعاقة عليهم وإقامة علاقات أسرية فعالة بين أفراد الأسرة و بالتالي شعورهم بالسعادة و الرضا عن الحياة الأسرية في ظل وجود طفل متخلف عقلي، و مساعدة أفرادها من خلال تقديم الخدمات المساندة و خدمات الدعم المتنوعة، بهدف تحقيق التوازن بين الجوانب الحياة المختلفة وتحقيق مستقبل أفضل للجميع.

و تقاس بالدرجة التي يحصل عليها أحد الأبوين على مقياس جودة الحياة الأسرية لأمني عبد المقصود (2010) قبل تطبيق البرنامج و بعد تطبيق البرنامج .

6-4- الأطفال المتخلفين عقليا:

تحدده الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (1994) بأنه انخفاض في مستوى الأداء الوظيفي العقلي العام للفرد عن المتوسط انخفاضا ذو دلالة و يرتبط بخلل في سوك الفرد التكيفي تظهر آثاره في مرحلة النمو و يتحدد هذا الأداء المنخفض بإنحراف معيارين عن الأداء المتوسط (محمد، 2000، 25)

فالأطفال المتخلفين عقليا لهذه الدراسة تشترط أعمارهم ان تكون أقل من 7 سنوات ممن لهم متابعات خارجية في المركز البيداغوجي للأطفال المتخلفين عقليا بالوادي.

خلاصة الفصل:

يتناول الفصل الأول الإطار العام لمشكلة البحث من حيث إيضاح أهميتها و ضرورة البحث و الدراسة في هذا المجال لما وجدت الباحثة من نقص في هذا المجال في البيئة المعاشة و العمل على الإجابة عن التساؤلات التي لم تجب عنها الدراسات السابقة و تغطية الجوانب التي لم تغطيها الدراسات السابقة و الحاجة الملحة له من طرف الوالدين خاصة بعد مقابلة الباحثة للوالدين أطفال ذو تخلف عقلي، كما بنيت هذا الفصل فرضيات الدراسة والتي تتمثل في الفرضية العامة و تفضيلها في الفرضيات الجزئية أو الفرعية لها بحيث تهدف الدراسة الحالية الى إختبار الفرضيات كما يوضح هذا الفصل الأهداف التي تحققها الدراسة الحالية من الناحية النفسية و الحياة الاجتماعية كما يبرز هذا الفصل أهمية موضوع الدراسة من حيث وزن و ثقل الموضوع و جدارته و فائدته من حيث الجديد الذي يضيفه في مجال الدراسة والبحث، كما يعرف هذا الفصل بالمصطلحات الأساسية للدراسة تعريفا إجرائيا بمعنى تعريف الذي نتبناه الباحثة في الدراسة منها تعريف البرنامج المقترح و تعريف جودة الحياة الأسرية وتعريف التخلف العقلي بمعنى أنه يوضح إطار العام للدراسة.

الفصل الثاني :

جودة الحياة الاسرية

تمهيد :

- 1- تعريفات جودة الحياة
- 2- مؤشرات جودة الحياة
- 3- مظاهر جودة الحياة
- 4- مقومات جودة الحياة
- 5- قياس جودة الحياة
- 6- الاتجاهات النظرية المفسرة لجودة الحياة
- 7- معوقات و قدرات لتحقيق جودة الحياة
- 8- جودة الحياة و علاقتها ببعض المصطلحات
- 9- دور جودة الحياة في تحقيق استقلالية المعاق
- 10- مفهوم جودة الحياة الأسرية

خلاصة الفصل

تمهيد :

الفكرة الأولى لجودة الحياة بدأ ظهورها في المناقشات التاريخية لفلاسفة اليونان (أرسطو وسقراط - بلاتو) حول طبيعة جودة الحياة و مواصفاتها، و رغم أن مبدأ مؤشرات جودة الحياة بدأ في الظهور من خلال تطور فكرة المؤشرات الاجتماعية خلال الستينات إلا أنها لها جذور في وسائل القياس الاقتصادية خلال القرنين 18 و 19 وأوائل العشرين . هذه المؤشرات المبكرة وما حولها انقسمت إلى نوعين من المؤشرات الكمية و المؤشرات النوعية.

فأصبح ينظر لإدراك الفرد لجودة حياته من المنظور النفسي كقضية تتداخل مع أبعاد جودة الحياة من المنظورات الأخرى، باعتبارها من العوامل الأساسية المساعدة على حسن استثمار ما لدى الفرد من طاقات وإمكانات، وتؤثر بصورة مباشرة على سعادته وتكيفه واستقراره ومدى إيجابيته أو إعاقته عن أداء أدواره الطبيعية في الحياة و لتحقيق ذلك اهتم علم النفس بهذا المصطلح و اعتبر مصطلحا أساسيا في عدة علوم منها : علم البيئة و الصحة و الطب النفسي.

1- تعريفات جودة الحياة :

1-1- لغة :

يأتي تعبير الجودة في أصل اللغة العربية من الفعل " جود " أي الشيء جيد و جمع جياذ، و جياذ بالهمزة، ومنها أجاد الشيء أي أحسنه، و جود تجويدا " أي قدمه على أكمل و أحسن وجه ممكن. (غرب، 2014، 585)

و كذلك من الناحية اللغوية : يرتبط مفهوم الجود، بالكلمة اللاتينية qualite وهي تعني طبيعة الفرد أو طبيعة الشيء، و تعني الدقة و الاتقان.

كما تعني الجود، حسب قاموس اكسفورد :الدرجة العالية من النوعية أو القيمة، فالجودة عبارة عن مجموعة من المعايير الخاصة بالأداء الممتاز و التي لا تقبل المناقشة أو الجدل ويشير هذا إلى ان الافراد يتعلمون من خلال خبراتهم أن يميزوا بين الجودة العالية و الجودة المنخفضة عن طريق استخدام مجموعة من المعايير التي تميز بين النوعين من الجودة. (سلاف، 2014، 223-224).

فعادة ما يتم تعريف مفهوم جودة الحياة في ضوء بعدين أساسيين لكل منهما مؤشرات معينة: البعد الذاتي و البعد الموضوعي، الا ان غالبية الباحثين ركزوا على مؤشرات الخاصة بالبعد الموضوعي الجود الحياة، و يتضمن هذا الاخير من مؤشرات القابلة للملاحظة و القياس المباشر مثل: أوضاع العمل، مستوى الدخل، المكانة الاجتماعية و حجم المساندة المتاح من شبكة العلاقات الاجتماعية. (ابو حلاوة، 2010، 3)

و من جهة أخرى قد أوضح ديولينغ و آخرون (2002) إلى ان المؤشرات الذاتية هي اكثر اهمية في تحديد جودة الحياة من المؤشرات الموضوعية فالجوانب الاجتماعية الدالة على الترابط الاجتماعي و القيم الاجتماعية و المعتقدات الدالة على السلوك الاجتماعي و غيرها من المتغيرات النفسية هي من العوامل التنبؤية لجودة الحياة عند الافراد . و هذا ما أكدته شالوك (2002) عندما قدم تحليلا مفصلا لتعريف جودة الحياة (أمنية، 2014، 20)

في حين أنه توجه الكثير من الباحثين في تعريفهم لمفهوم جودة الحياة إلى الجمع بين مؤشرات موضوعية و هي كل ما يظهر على الفرد و قابل للملاحظة و القياس و بين المؤشرات الذاتية التي ترجع إلى الفرد نفسه و مدى شعوره بالرضا في شتى المجالات.

1-2- التعريفات الاصطلاحية:

حيث يرى فرانك (2000) أن جودة الحياة هي إدراك الفرد للعديد من الخبرات، وبالمفهوم الواسع شعور الفرد بالرضا مع وجود الضروريات في الحياة مثل الغذاء و المسكن و ما يصاحب هذا الاحساس من شعور بالإنجاز و السعادة. (الهمص، 2010، 5)

و في نفس السياق يعرفها العرف بالله (1999) على أنها البناء الكلي الذي يتكون من مجموعة من المتغيرات التي تهدف إلى اشباع الحاجات الأساسية للإنسان بحيث يمكن قياس هذا الإشباع بمؤشرات موضوعية نقيس الامكانيات المتدفقة على الفرد و مؤشرات ذاتية نقيس مقدار الاشباع الذي تحقق للأفراد.

و يرى كل من عبد الفتاح و حسن (2006) أن جودة الحياة هي درجة الاستمتاع بالظروف المادية في البيئة الخارجية و الإحساس بحسن الحال و اشباع الحاجات و الرضا عن الحياة، فضلا عن مدى ادراك الفرد لجوانب حياته و شعوره بمعنى الحياة إلى جانب الصحة الجسمية الايجابية وتوافقه مع القيم السائدة في المجتمع. (المسني و كاظم، 2010، 44)

و عرف عبد المعطي (2005) جودة الحياة على أنها أرقى مستوى الخدمات المادية والاجتماعية التي تقدم لأفراد المجتمع، و النزوح نحو نمط الحياة التي تتميز بالترف، و هذا النمط من الحياة لا يستطيع تحقيقه سوى مجتمع وقره، ذلك المجتمع الذي استطاع ان يحل كافة المشكلات المعيشية لغالبية سكانه.

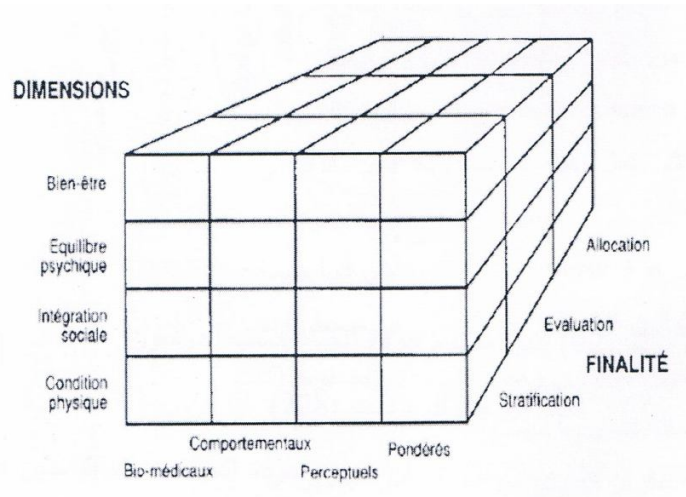
في حين عرف بنومي و باتريك و بوشنيل (2000) جودة الحياة على أن لها مفهوما واسعا يتأثر بجوانب متداخلة من النواحي الذاتية و الموضوعية، مرتبطة بالحالة الصحية والحالة النفسية للفرد، و مدى استقلال الذي يتمتع به و العلاقات الاجتماعية التي يكونها فضلا عن علاقته بالبيئة التي يعيش بها. (أحمد، 2015، 205)

و توصلت هناء الجوهري (1994) دراسة لها إلى ان جودة الحياة تعتبر نتاج لكل من العوامل الاجتماعية (دخل، و خدمات، الصحة، و مسكن و تعليم) و العوامل الذاتية و هي عوامل نفسية مثل نوعية إدراك الفرد لمدى مناسبة هذا العوامل الإجتماعية له و بالتالي فالإدراك و معه بقية المؤشرات النفسية تمثل المخرجات التي تظهر من خلالها جودة حياة الفرد.

(فوقيه و محمد، 2006، 6)

و يتوافق هذا التعريف نسبيا مع التعريف الذي وضعته المجموعة الدولية التابعة لمنظمة الصحة العالمية (1995) على أنها إدراك الفرد لوضعه في الحياة في سياق الثقافة و أنساق القيم التي يعيش فيها و مدى تطابق ذلك مع : أهدافه، توقعاته، قيمه و إهتماماته المتعلقة بصحته البدنية، حالته النفسية، مستوى إستقلاليته، علاقاته الإجتماعية، اعتقاداته الشخصية وعلاقته بالبيئة بصفة عامة، و بالتالي فإن جودة الحياة بهذا المعني تشير إلى تقييمات الفرد الذاتية لظروف حياته. (أبو حلاوة، 2010، 03)

الشكل (1) : يبين مفهوم جودة الحياة حسب منظمة الصحة العالمية



نقلا عن (أماني و شند، 2010، 4)

و تصنف منظمة الصحة العالمية (who) إلى أن يعد بعد الشعور بالإرتياح (bien-etre) مفهوما جامعا لكل الأبعاد السابفة كرها و له أهمية لكونه يتميز بالسهولة.

(Launis, 1992, 2-3)

بينما يرى منسى كاظم (2006) إلى أن الشعور بجودة الحياة يمثل امرا نسبيا، لأنها مرتبطة بالفرد مثل المفهوم الإيجابي للذات، و الرضا عن الحياة و عن العمل و الحالة الإجتماعية و السعادة التي يشعر بها الفرد، كما يرتبط ببعض العوامل الموضوعية التي يمكن الحكم عليها مباشرة مثل :

الإمكانات المادية المتاحة و الدخل و النظافة البيئية، و الحالة الصحية و الحالة السكنية والوظيفية و مستوى التعليم، و غير ذلك من العوامل التي تؤثر في الفرد، و هذه العوامل الذاتية والموضوعية تجعل أمر تقدير جودة الحياة لدى الفرد أمرا ضروريا لأن الفرد الذي يتفاعل مع أفراد مجتمعه يحاول دائما أن يحقق مستوى معيشيا أفضل و الحصول على خدمات أجود، أو يحافظ أو مستوى معيشيا لا يقل عن مستوى الحياة التي كان يعيشها في الماضي.

(شاهر، 2007، 121).

كما استهل مفهوم جودة الحياة في موسوعة علم النفس على مجموعة من الأبعاد لخصها كل من ويبستر و آخرون (1999) على أنها سبعة محاور و هي كالتالي :

التوازن الانفعالي حيث يتمثل في ضبط الانفعالات الإيجابية و الانفعالات السلبية كالحنن والكآبة و القلق و الضغوط النفسية ... الخ

- الحالة الصحية للجسم
- الاستقرار المهني يتمثل في الرضا عن العمل أو الدراسة وهو بعدا هام في جودة الحياة
- الاستقرار الأسري و تواصل العلاقات داخل البناء العائلي.
- استمرارية و تواصل العلاقات الاجتماعية خارج نطاق العائلة.
- الاستقرار الاقتصادي وهو ما يرتبط بدخل الفرد الذي يعينه على مواجهة الحياة.

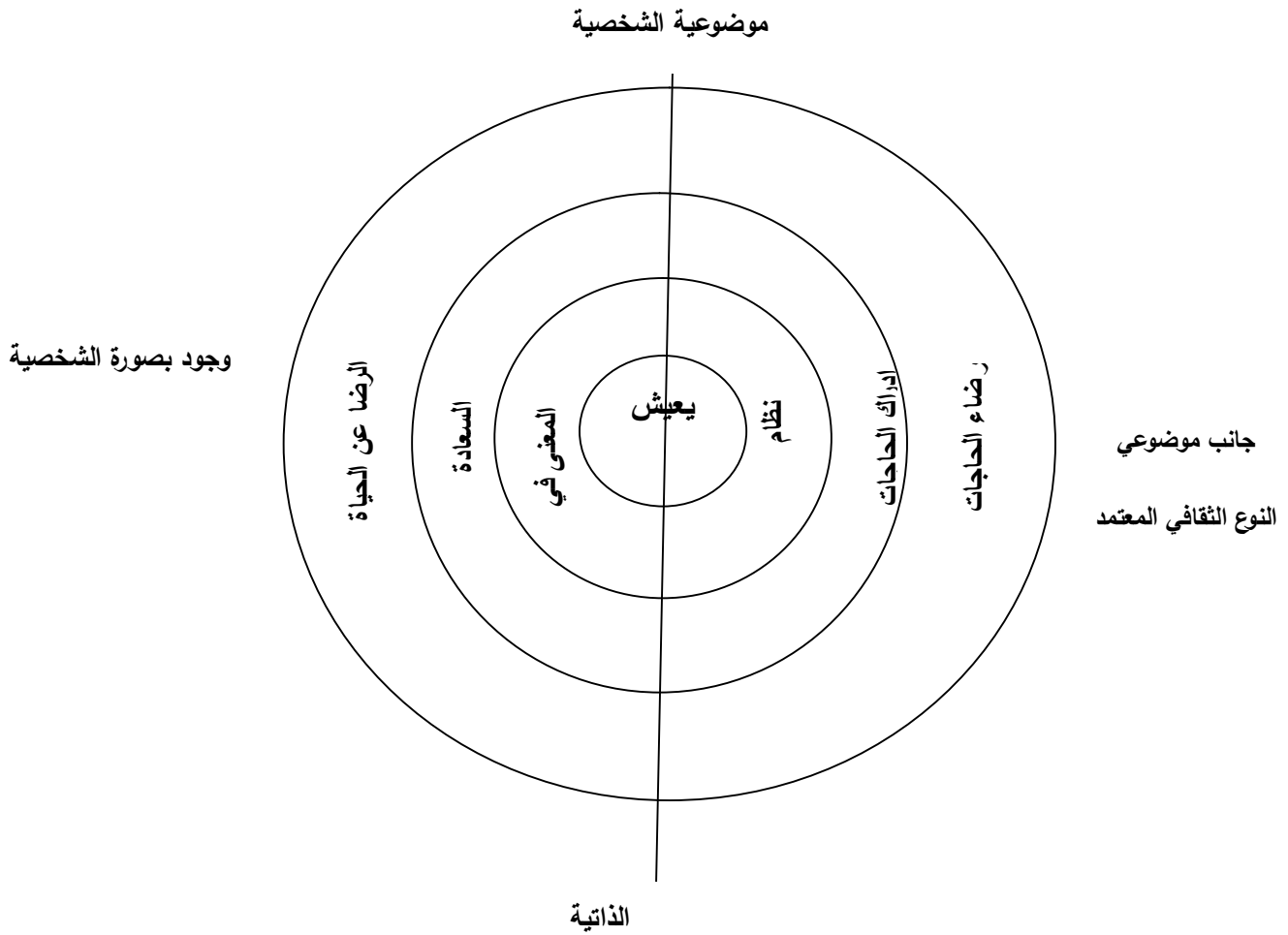
- التوأم الجنسي و يرتبط ذلك بما يتعلق بصورة الجسم و حالة الرضا عن المظهر
والشكل العام (المحرزي و آخرون، 2006، 290)

و قد اتفق كل من أندرسون (2003) و أوليفر وهوكسلاي، بريدج وهدى (1996) على أن
جودة الحياة عبارة عن مفهوم تكاملي يتمثل في : السعادة، و معنى الحياة، و نظام المعلومات
البايولوجي و الحياة الواقعية، و تحقيق الحاجات فضلا عن العوامل الموضوعية الأخرى.

(Joseph, 1996, 32)

و يوضح الشكل التالي تفصيلا لتعريف أندرسون (2003) لجودة الحياة

الشكل 2 يبين مفهوم جودة الحياة حسب أندرسون



2- مؤشرات جودة الحياة

تتحكم في تحديد مؤشرات جودة الحياة عدة عوامل و هي تختلف من فرد لأخر و ذلك حسب ما يراه من معايير لتقييم حياته، و قد ظهر هذا الاختلاف جليا في تباين التعريف الاصطلاحي للمفهوم من طرف الباحثين :

و تتمثل مؤشرات جودة الحياة حسب بعض الباحثين في :

- القدرة على التفكير و أخذ القدرات
- القدرة على التحكم
- الصحة الجسمانية و العقلية
- الأحوال المعيشية و العلاقات الاجتماعية
- المعتقدات الدينية و القيم الثقافية و الحضارية.
- الأوضاع المالية و الاقتصادية و التي عليها يحدد كل شخص ما هو الشيء الأهم بالنسبة له و الذي يحقق سعادته في الحياة (الهمص، 2010، 45)

من جهته فقد حدد فلوفيلد (1990) مؤشرات لجودة الحياة في ما يلي :

2-1- المؤشرات النفسية : تبتدئ في درجة شعور الفرد في القلق و الاكتئاب أو التوافق مع المرض، أو الشعور بالسعادة و الرضا.

2-2- المؤشرات الاجتماعية :

تتضح من خلال القدرة على تكوين العلاقات الشخصية و نوعيتها فضلا عن ممارسة الفرد للأنشطة الاجتماعية و الترفيهية.

2-3- المؤشرات المهنية :

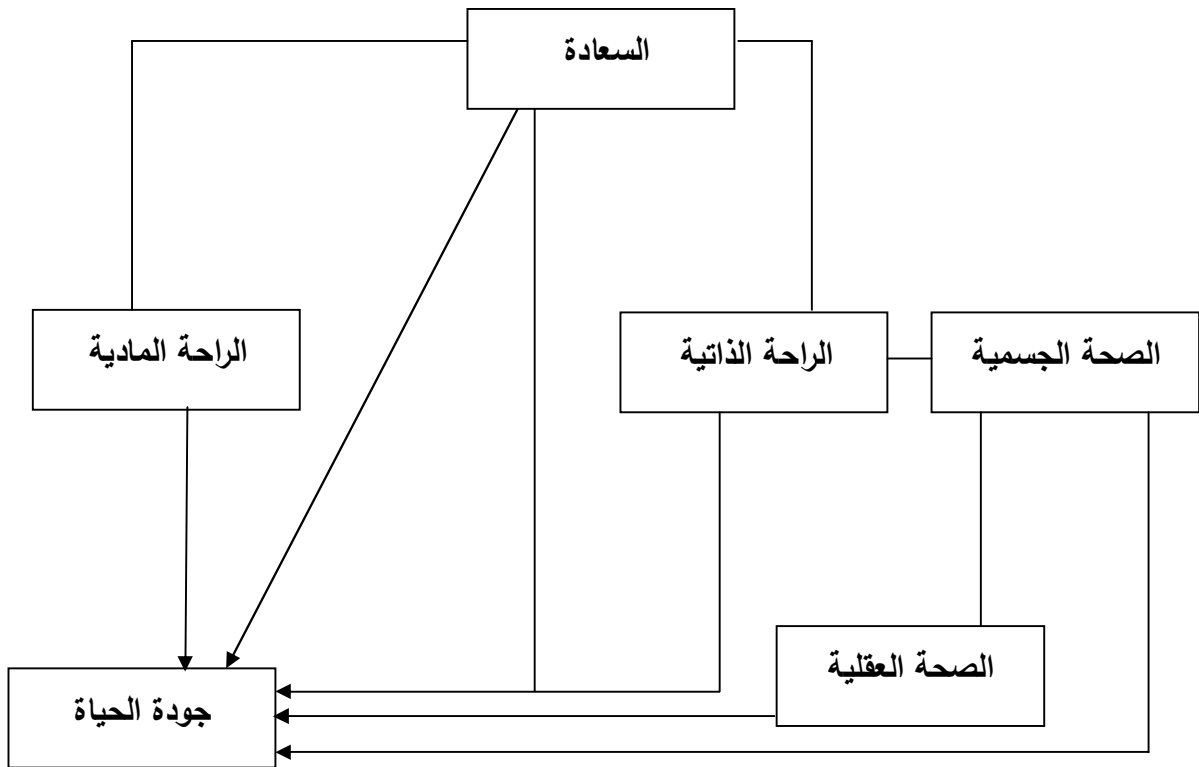
و تتمثل بدرجة رضا الفرد على مهنته و حبه له، و القدرة على تنفيذ مهام وظيفته، وقدرته على التوافق مع واجبات عمله.

2-4- المؤشرات الجسمية و البدنية :

وتتمثل في الرضا الفرد على حالته الصحية، و التعايش مع الآلام و النوم و الشهية في تناول الغذاء. (فوزية و آمال، 2013، 09-10)

كما وقد اقترح نوردنغالت (1994) مخطط بين فيه وجهة نظره التي تتمثل في كون مفهوم جودة الحياة يكون بإدماج مختلف المؤشرات كالسعادة التي هي ذات أصل فلسفي و الراحة المادية والوجود الذاتي ذوي الأصل الاجتماعي و النفسي و الصحة الجسمية ذا الأصل الطبي بالإضافة إلى الصحة العقلية و تمكين إظهار ذلك من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم 03 يبين مؤشرات جودة الحياة حسب نوردنغالت

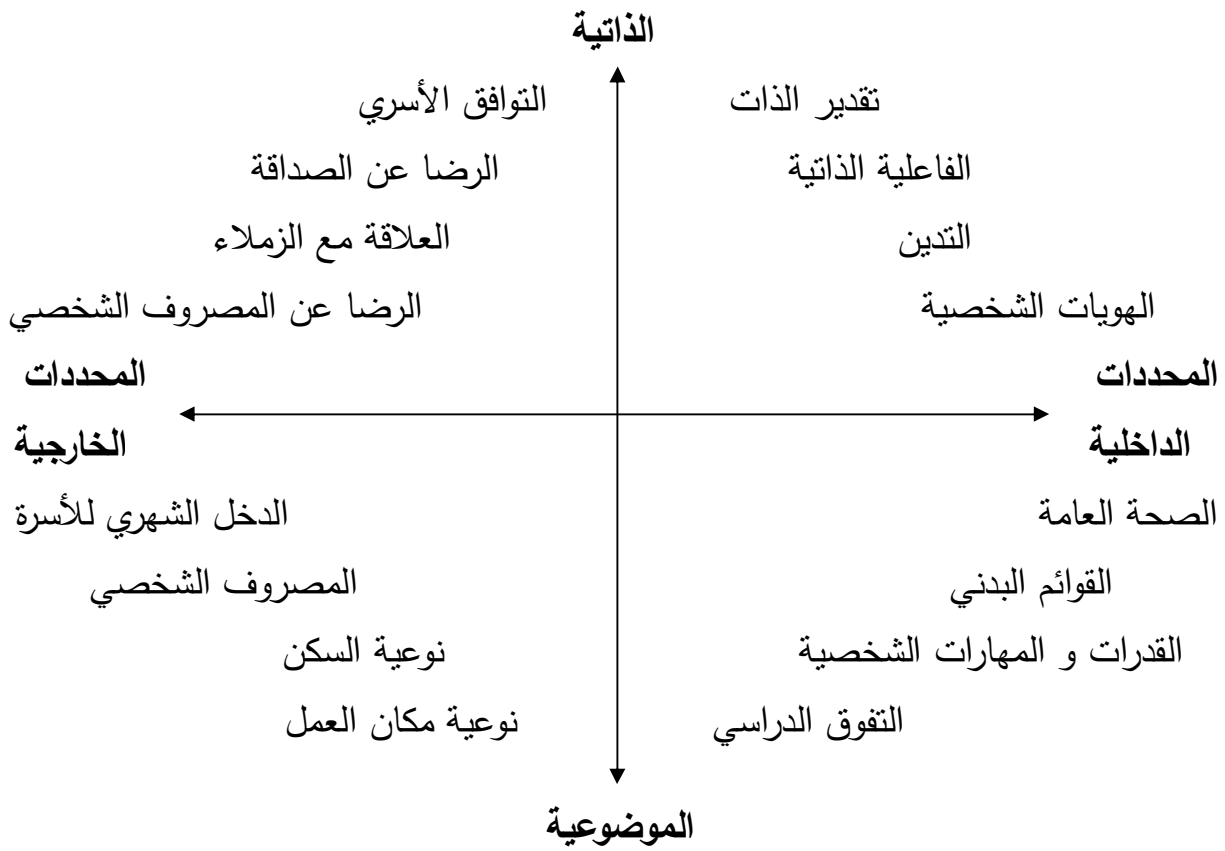


(أمنية، 2014، 27)

بينما أبو سريع و آخرون 2006 فقد قام نموذجاً نظرياً عربياً لتقدير و تقييم جودة الحياة يعتمد على تصنيف المتغيرات المؤثرة في جودة الحياة وهي موزعة على بعدين متعامدين و التي يمكن تلخيصها في المخطط التالي:

الشكل رقم 04 يمثل النموذج العربي لجودة الحياة

الشكل رقم 04 يمثل النموذج العربي لجودة الحياة



ويمكن تفسير النموذج العربي لجودة الحياة بالآتي :

البعد الأفقي : يمثل قطبي توزيع محددات جودة الحياة كونها من داخل الشخص أو خارجه و تسمى ب (بعد المحددات الداخلية أو الخارجية).

البعد الرأسي : يمثل توزيع تلك المحددات على وفق قياسها و تحققها وهي تتوزع بين الأسس الذاتية (المنظور الشخصي للفرد) و الأسس الموضوعية التي تشمل الاختيارات التي تتيح للفرد موازنة نفسه غير ه أو بمتوسط جماعة المعيارية.

و على وفق هذا التطور فإن مصطلح جودة الحياة يمثل ظاهرة متعددة الجوانب صحية ونفسية و اقتصادية تتأثر بالنظام السائد في المجتمع فضلاً عن النظام السياسي و التقاليد الاجتماعية ومفهوم الرفاهية ومعتقدات الأفراد بإضافة إلى إشباع الحاجات الإنسانية المادية وغير المادية مثل الرضا والقناعة و التوافق الشخصي و الأسري و الاجتماعي، مفهوم الذات و الوعي بها.(مبارك، د.ت، 729)

و مما سبق خلصت الدراسة على أنه هناك إتفاق لكل من فلوفيلد (1990) ونوردنفالت (1994) وسريع وآخرون (2006) إلى أنه تفسير كل من الصحة الجسمية للفرد و الحالة المادية و الشعور بالسعادة وبناء علاقات اجتماعية من بين مؤشرات صورة الحياة التي لا يستغني عنها، وبعد اطلاعها على بعض الدراسات وجدت أن المؤشر المادي لا يعتبر بالضرورة معياراً أو مؤشراً أساسياً، مباشراً وحاسماً لجودة الحياة كما يتصور الكثيرون والشهادة الدراسية للبحوث التي قامت من أجل ذلك ومن بينها دراسة تيليوين الحبيب رئيس المخبر العمليات التربوية و السياق الاجتماعي بجامعة وهران سنة 2003. (Tilioune ، 2003، 1-2)

وكذلك دراسة مطر (2006) و في عام (2004) قام باحثون بدراسة القياس لمستوى جودة الحياة لدى عينة من الأفراد ومن خلال الدراسات السابقة لاحظت الباحثة إلى انه لم يهتم الباحثين بعامل السن عند وضعهم المؤشرات جودة الحياة حيث يؤكد جود 1994 على أن جودة الحياة تختلف لدى المسنين و يوضح ان السعادة تضعف مع تقدم العمر بينما يزداد الرضا بصورة مشتقة كما أن جودة الحياة عموماً لدى المسنين تتأثر بالصحة و الدعم الاجتماعي للمسن، كما تتأثر أيضاً بالمتغيرات التي يتعرض لها في جوانب الحياة المتعددة.

(هاشم، 2001، 135)

3- مظاهر جودة الحياة:

هناك خمسة مظاهر رئيسية الجودة الحياة و يتضمن كل مظاهر بعض المكونات الفرعية على النحو الآتي:

3-1- العوامل المادية و التعبير عن حسن الحال : ويتضمن هذا المظهر العوامل المادية والموضوعية وحسن الحال.

3-2- اشباع الحاجات و الرضا عن الحياة: و يتضمن إشباع و تحقيق الحاجات والرضا عن الحياة.

3-3- إدراك للقوى و المتضمنات الحياتية و احساسه بمعنى الحياة : و يشمل القوى والمتضمنات الحياتية و معنى الحياة.

3-4- الصحة والبناء البيولوجي وإحساس الفرد بالسعادة: ويتضمن هذا المظهر الصحة والبناء البيولوجي و السعادة.

3-5- جودة الحياة الوجودية: وهي الوحدة الموضوعية و الذاتية بجوانب الحياة كما أنها تمثل جودة الحياة الأكثر عمقاً داخل النفس .(حسن، 2005، 20).

4- مقومات جودة الحياة:

توجد عوامل كثيرة تتحكم في تحديد مقومات جودة الحياة:

- القدرة على التفكير و أخذ القرارات

- القدرة على التحكم

- الصحة الجسمية و العقلية

- الأحوال المعيشية و العلاقات الاجتماعية

- المعتقدات الدينية

- القيم الثقافية الحضارية.

- الأوضاع المالية و الاقتصادية و التي عليها يجدد كل شخص ما هو الشيء الأهم بالنسبة له و الذي يحقق سعادته في الحياة التي يحياها.

وإذا تحدثنا عن مقومات جودة الحياة وتعني هنا الناحية الصحية نجدها تتمثل في أربع نواحي أساسية و التي تؤثر بشكل أو بآخر على صحة الإنسان بل و على نموه كما أنها تفاعل مع بعضها البعض:

الناحية الجسمانية، الناحية الشعورية، الناحية العقلية، الناحية النفسية، يشمل هذه النواحي الأربع في الاحتياجات الأساسية الأخرى الضرورية لحياة الإنسان التي لا يستطيع العيش بدونها والتي يمكن أن تطلق عليها الاحتياجات الأولية.

وهذه الاحتياجات تقف جنباً إلى جنب مع مقومات جودة الحياة بل تعتبر جزءاً مكملًا لها والإخلال بأي عنصر فيها تؤدي إلى خلق الصراع و لكن هذا لا يمنع من وجود عوامل أخرى خارجة عن إرادة الإنسان تؤثر على مقومات حياته و التي تتصل بالناحية الصحية و يتمثل في:

العجز، التقدم في العمر، الألم، الخوف، ضغط العمل، الحروب، الموت، الإحباط، الأمل اللياقة الجسمانية، بل و الراحة أيضاً .

لكنه لا بد أن تفرق بين ما هو طبيعي و بين ما يحدث نتيجة إتباع أسلوب حياة خاطئ أو مرض.

فتمثل مقومات جودة الحياة في حالة المعافاة الكاملة بدنياً و عقلياً و نفسياً و اجتماعياً ووفق تعريف منظمة الصحة العالمية فإن الصحة عناصر عدة هي :

4-1- الصحة الجسدية: القدرة على القيام بوظائف الجسم الديناميكية وحالة مثلى من اللياقة البدنية.

4-2-الصحة النفسية : القدرة على التعرف على المشاعر والتعبير عنها وشعور الفرد بالسعادة و الراحة النفسية دون اضطراب أو تردد.

4-3-الصحة الروحية : وهي صحة تتعلق بالمعتقدات والممارسات الدينية للحصول على سلامة مع النفس.

4-4-الصحة العقلية: وهي صحة تتعلق بالقدرة على التفكير بوضوح و تناسق والشعور بالمسؤولية،وقدرة على الخيارات و اتخاذ القرارات و صنعها.

4-5-الصحة الاجتماعية: و هي القدرة على إقامة العلاقات مع الآخرين والاستمرار بها الاتصال و التواصل مع الآخرين و احترامهم.

4-6-الصحة المجتمعية: وهي القدرة على إقامة العلاقة مع كل ما يحيط بالفرد من مادة وأشخاص و قوانين و أنظمة و وزارة الصحة الأردنية، اليونيسيف 2003.

ومن خلال التعريفات المتعددة لهذا المفهوم يمكن تمييز ثلاثة أبعاد الجودة الحياة:

أ-جودة الحياة الموضوعية: وتشمل هذه الفئة الجوانب الاجتماعية لحياة الأفراد و التي يوفرها المجتمع من مستلزمات المادية.

ب-جودة الحياة المادية: و يقصد بها مدى الرضا الشخصي بالحياة، وشعور الفرد بجودة الحياة.

ج-جودة الحياة الوجودية : وتتمثل في الحد المثالي لإشباع حاجيات الفرد، و استطلاع له للعيش بتوافق روحي و نفسي مع ذاته ومع مجتمعه.(فوزية و آمال، 2013، 10-12).

5- قياس جودة الحياة :

لقد أصبح تصميم مقياس لجودة الحياة في البحوث الإكلينيكية مهمة أساسية بالنسبة لكثير من الباحثين في هذا المجال، وذلك بسبب التنوع في السياقات التي يستخدم فيها هذا المفهوم حيث يشير تستا ويسمونسون (1996) إلى أن مقاييس جودة الحياة يمكن أن تكون شاملة أو

مخصصة لهدف محدد، أو مركب كما يمكن أن تكون بطريقة القوائم، إلا أنه في جميع الأحوال فإن هذه المقاييس يجب أن تتسم بتغطية الأحداث و الثبات و الصدق و الحساسية كما يضيف ترجوسون (1999) أن المقاييس المستخدمة في هذا المجال ثلاث مجموعات هي:

5-1-المقاييس النوعية : وهي المقاييس المرتبطة بمواقف و ظروف معينة و أهداف محددة مثل المقاييس التي تتضمن أسئلة حول بعض الأعراض التي يهدف العلاج إلى التخلص منها.

5-2-المقاييس العامة او الشاملة : و هي التي تتضمن أسئلة حول الصحة العامة للفرد ومجالات حياته المتلفة.

5-3-المقاييس المؤسسة على النفع أو الفائدة : والتي تتضمن أسئلة عامة تدور حول تفضيلات الفرد في فترات معينة.

ويشير مسني و كاظم (2006) بأن القياس الجيد لجودة الحياة يتوقف على الوصف الدقيق للحياة الجيدة و التعرف على مستويات الجودة في هذه المقاييس:

5-4- مقياس جودة الحياة لفريش (1992):

وهو يقيس الرضا عن الحياة (جودة الحياة) و يتضمن مقياس الجودة الذاتية الذي يغطي 17 مجال للحياة مثل : العمل و وقت الفراغ، و العلاقات مع الأصدقاء و الأبناء، ومستوى المعيشة وفلسفة الحياة و العلاقات مع الأقارب و الجيران، و العمل الوطني.. الخ

حيث يتطلب من الفرد تقدير الرضا في مجال معين من الحياة وكذلك قيمة أو أهمية ذلك المجال بالنسبة للسعادة العامة للفرد. (محمد، د. ت، 340-341)

5-5- مقياس بيرنس(1995):

أن جودة الحياة تشتمل على أربعة مقاييس فرعية مرتبطة بالشخصية و الحالة الاجتماعية و الحالة الأسرية و العمل، كما يساعد هذا المقياس على تقدير الرضا الشخصي و الإنجاز (الهنداوي، 2011، 92)

5-6- مقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية (1997) :

ومن جهتها منظمة الصحة العالمية OMS يضع مقياس شامل لقياس جودة الحياة لدى الفرد ولكي يصبح وسيلة موجهة للاستخدام عالميا مع الأخذ بعين الاعتبار تماثل الثقافات بين بلدان العالم ككل.

يتكون whoqol من 100 بند في شكله الأصلي و آخر مختصر تم إعداده و تكيفه في 15 دولة تحت إشراف المنظمة نفسها، حيث يسمح المقياس في صورته المطولة بتقدير 6 ميادين لجودة الحياة: الصحة الجسمية، الصحة النفسية، الاستقلالية، العلاقات الاجتماعية، المحيط، الجانب الروحي.

أما النسخة المختصرة فتتكون من 28 بندا و سؤال تقيس أربعة ميادين وهي: الصحة الجسمية، الصحة النفسية، العلاقات الاجتماعية، المحيط، و الاستجابة من خمس نقاط وفقا لسلم التقدير لليكرت و تتراوح درجات المقياس من 28 إلى 140 وتشير الدرجات المرتفعة إلى جودة الحياة المرتفعة.

أما النسخة الفرنسية المعدة من طرف لوبلاج و آخرون (2000) ثم تطبيقها على عينة من 2012 فردا يعانون من مرضى عصبي عضلي و تمت ترجمته لـ 20 لغة، علما أنه تم إضافة بعض البنود الخاصة لبعد الصحة الجسمية لأمراض معينة (عمران، 2009، 63)

5-7- مقياس جودة الحياة للأطفال ذوي الصعوبات التعلم الأكاديمية من إعداد كومينس (1997)

قام بتصميم هذا المقياس كومينس (1997) لقياس جودة الحياة لدى الأطفال و المراهقين ذوي صعوبات التعلم في الفترة ما بين 11-18 سنة و يتكون المقياس من ثلاثة أجزاء وتستغرق الإجابة عنها 15-20 دقيقة، وفيما يلي وصف المقياس:

5-7-1- الجزء الأول (الجانب الموضوعي):

و يهتم هذا الجانب بالسؤال عن بعض المعلومات المرتبطة بالطفل، وهو يتكون من 24 سؤال موزعة على 7 أبعاد فرعية بواقع 3 أسئلة لكل بعد كالارتياح المادي، الصحة الإنتاجية، الألفة، الأمان، المكانة الاجتماعية السعادة الوجدانية.

5-7-2- الجزء الثاني (الجانب الذاتي):

أ-الأهمية: و يركز هذا الجزء على شعور الطفل نحو بعض الجوانب المتعددة في حياته من حيث درجة الأهمية التي تمثلها له، و يتكون في 7 عبارات.

ب-الرضا: و يركز هذا الجزء على شعور الطفل نحو بعض الجوانب المتعددة في حياته، من حيث درجة الرضا عن هذه الأشياء، و يتكون من 7 عبارات باستخدام ملم ليكرت السباعي، إذ يختار الطفل من الاختيارات السبعة وهي: مسرور جداً، مسرور، مسرور إلى حد ما، لا أستطيع التحديد، غير مسرور جداً، غير مسرور، مقوع. (فوقية وآخرون، 2006، 30).

5-8- استبيان للمنظمة الأوروبية لعلاج السرطان:

و يستعمل لتقييم جودة الحياة المرتبطة بالصحة و يكون من 30 مفردة تقيس الأبعاد التالية: الحالة الصحية الشاملة، الأداء البدني، الدور الانفعالي و المعرفي و الاجتماعي و النواحي المالية، و تمثل الدرجات المرتفعة لجودة الحياة الجيدة (عمران، 2009، 63)

إلا أنه انتقد كومينز وماك كيب (1994) مقياس جودة الحياة عموماً لما تتضمنه من جوانب قصور فالعمليات التي تتم من خلالها بناء مقاييس جودة الحياة لم يتم عرضها و شرحها بالتفصيل كما أن البحث في غالبية الأحوال كان يتم استخدام مقاييس سابقة بعد تعديلها بينما ترى ساندرو وآخرون (1998) أن النقص في وجود تعريف واضح لجودة الحياة انعكس على العديد من الأدوات التي صممت لقياسه (هاشم، 2001، 143-144)

و يرى ماتندريك وميلان (2005) أن هناك صعوبات تواجه الباحثين في قياس جودة الحياة تتمثل في الآتي:

- أن الأفراد يعتمدون في تقييم جودة حياتهم على انطباعاتهم الشخصية.

- يربط الأفراد رضاهم عن حياتهم بمدى قيامهم بالأدوار هم في المجال الاجتماعي (المساندة الاجتماعية و الأدوار الاجتماعية، الصداقة، الأسرة، المشاعر، الممتلكات) و البعد النفسي (الحالة الانفعالية الروح و المعنوية، الدافعية للإنجاز، الإشباع الشخصي، و القدرة الجسمية)

- و جود بعض المعايير الموضوعية، و التي تكمل إدراك وفهم الفرد لجودة حياته مثل الحالة الصحية و القدرة الوظيفية(الهنداوي، 2011، 93)

- ولذلك أشار هاشم (2001) إلى أن بناء أي مقياس لجودة الحياة يجب أن يعتمد على عدة أسس و هي كالتالي:

- التركيز على المؤشرات الموضوعية و المؤشرات الذاتية لجودة الحياة.

- أن تكون لغة المقياس بسيطة و سهلة و مفهومة.

- أن يكون المقياس عاما و شاملا، و غير قاصرا على فئة أو موقف محدد.

- أن يؤخذ في الاعتبار التراث السابق في مجال قياس جودة الحياة

- أن يتميز المقياس بالصدق و الثبات و الدقة في الحصول على البيانات

- أن يعتمد المقياس على وجهة نظر الفرد و ليس من وجهة نظر الآخرين.

- أن تكون طرق تقدير الدرجات و تفسيرها واضحة و بسيطة (هاشم، 2001، 148).

6- الاتجاهات النظرية المفسرة لجودة الحياة:

توجد أربعة اتجاهات رئيسية في تعريف جودة الحياة تمثل في:

6-1- الاتجاه الفلسفي:

و ينظر إلى جودة الحياة من منظور فلسفي على أن هذه السعادة المأمولة لا يمكن للإنسان الحصول عليها إلا إذا حرر نفسه من أسر الواقع و حلق في فضاء مثالي يدفع بالإنسان إلى التسامي على ذلك الواقع الخالق و ترك العنان للحظات من خيال إبداعى، وبالتالي فجودة الحياة من هذا المنظور "مفارقة للواقع تلمسا لسعادة متخيلة حاملة يعيش فيها الإنسان حالة من التجاهل التام لآلام و مصاعب الحياة و الذوبان في صنعاء روحي مفارق لكل قيمة مادية (سليمان، 2009، 25)

6-2- الاتجاه الاجتماعي:

الاهتمام بدراسات جودة الحياة قد بدأت منذ فترة طويلة و قد ركزت على المؤشرات الموضوعية في الحياة مثل معدلات المواليد، معدل الوفيات، معدل ضحايا المرض، نوعية السكن المستويات التعليمية لأفراد المجتمع، إضافة إلى مستوى الدخل، وهذه المؤشرات تختلف من مجتمع إلى آخر وترتبط جودة الحياة بطبيعة العمل الذي يقوم به الفرد وما يجنبه من عائد مادي من وراء عمله ومكانته المهنية و تأثيره على الحياة و يرى العديد من الباحثين أن علاقة الفرد مع الزملاء تعد من العوامل الفعالة في تحقيق جودة الحياة فهي تؤثر بدرجة ملحوظة على رضا أو عدم رضا الفرد عن عمله. (أحمد، 2015، 206)

6-3- الاتجاه الطبي:

ويهدف هذا الاتجاه إلى تحسين جودة الحياة للأفراد الذين يعانون من أمراض الجسمية مختلفة أو نفسية أو عقلية و ذلك عن طريق البرامج الإرشادية و العلاجية، تعتبر جودة الحياة من الموضوعات الشائعة للمحاضرات التي تتعلق بالوضع الصحي و في تطوير الصحة.

إن تطوير جودة الحياة هو الهدف المتوقع لمقدمي الخدمة الصحية و تقييم حاجة الناس لجودة الحياة تشمل أيضا تقييم احتياجات الأفراد و توفير البدائل لهذه الاحتياجات حتى ولو لم يكن هناك تشخيص لمرض معين و مشكلة.

و تعطي جودة الحياة مؤشر للمخاطر الصحية و التي من الممكن أن تكون جسدية أو نفسية، و ذلك في غياب علاج حالي أو الاحتياج للخدمات (Rapheal and others, 1996, 66)

6-4- الاتجاه النفسي:

إن الحياة بالنسبة للإنسان هو ما يدركه منها حتى أن تقييم الفرد للمؤشرات الموضوعية في حياته كالدخل، المسكن العمل، و التعليم يمثل انعكاسا مباشرا لإدراك الفرد لجودة الحياة في وجود هذه المتغيرات بالنسبة لهذه الفرد و ذلك في وقت محدد و في ظل ظروف معينة و يظهر ذلك في مستوى السعادة و الشقاء الذي يكون عليه، و يرتبط بمفهوم جودة الحياة العديد من المفاهيم النفسية في مستوى السعادة و الشقاء الطي يكون عليه، و يرتبط بمفهوم جودة الحياة العديد من المفاهيم النفسية منها: القيم للإدراك الذاتي، الحاجات، مفهوم الاتجاهات، مفهوم الطموح، مفهوم الطموح، مفهوم التوقع إضافة إلى مفاهيم الرضا، التوافق الصحة النفسية و يرى البعض أن جوهر الحياة يكمن في إشباع الحاجات كمكون أساسي لجودة الحياة و ذلك وفقا لمبدأ إشباع الحاجات في نظرية أبراهام ماسلو. (رغداء، 2012، 154)

7- معوقات و قدرات لتحقيق جودة الحياة:

يتضمن البناء النفسي لكل منا مكان من قوة و مواطن ضعف هذا أمر مسلم به، فإذا نظرنا إلى مواطن الضعف أو القصور من جهة السياق الاجتماعي الثقافي العام الذي يعيش فيه الإنسان من جهة أخرى لأمكن تحديد مجموعة من الظروف التي قد تحول دون تحقيق الإنسان لأحلامه وطموحاته بل أيضا قد تسبب كفا أو كمونا لمكامن القوة التي لديه في نفس الوقت، وتجدر الإشارة إلى أن غالبية مواقف الرعاية و التعليم تركز بصورة مبالغ فيها في الحقيقة على حل مشكلة أو مشكلات الشخص هذا أمر محمود و إيجابي

نعم لكن إذا أردنا أن نحسن جودة الحياة الشخصية للإنسان علينا أن لا نركز فقط على المشكلات (مواطن الضعف) بل يتعين التركيز كذلك على كل أبعاد الحياة و استخدام وتوظيف مكامن القوة و كافة الإمكانيات المتاحة لتحسين نوعية أو جودة الحياة الشخصية له.

ويجب عند وصف مكامن القوة بمواطن الضعف انطلاقاً من دلالة عنوان هذه الفقرة (معوقات، قدرات) أن تميز بين الظروف الداخلية و الظروف الخارجية و يقصد بالظروف الداخلية الخصائص البدنية و النفسية و الاجتماعية للفرد، أما الظروف الخارجية فيقصد بها تلك العوامل المرتبطة بتأثيرات الآخرين أو البيئة التي يعيش فيها ذلك الشخص و يوضح الجدول التالي بعض الأمثلة:

معوقات	قدرات	
- المرض - الاعاقات - الخبرات الحياتية السلبية	- المهارات - الخبرات الحياتية الايجابية - الحالة المزاجية الذهنية الايجابية و روح الدعابة و المرح	الظروف الداخلية
- نقص المساندة الاجتماعية - و الانفعالية ظروف الحياة أو المعيشة السيئة	- توافر مختلف المصادر المساندة الاجتماعية و انفعالية و تعدد الباحثين لها - توافر نماذج رعاية جيدة أو طبية	الظروف الخارجية

جدول(01): معوقات و قدرات لتحقيق جودة الحياة

(أبو حلاوة، 2010، 13-14)

8- جودة الحياة و علاقتها ببعض المصطلحات :

8-1- جودة الحياة و علم النفس الايجابي:

يعد مصطلح جودة الحياة من المصطلحات في مجال علم النفس، و الذي يمثل بؤرة اهتمام ما يعرف بعلم النفس الايجابي و الذي لم يدخل المسار الأكاديمي لمجال علم النفس إلا في سنة (1998) عندما تناول مارتن سلجمان علم النفس الايجابي فرع من فروع علم النفس يؤكد على دراسة كل ما من شأنه أن يؤدي إلى تحسين الأداء الوظيفي للكائن البشري بما يتجاوز نطاق أو حدود الصحة النفسية العادية وقد انشغلت منذ نشأة الحياة على سطح الأرض بالإجابة ومناقشة قضية أو مسألة سعادة الإنسان ومن خلال تعريفها، صيغها، محدداتها، تأثيرها على الأقل منذ الحضارة الإغريقية القديمة.

بصورة عامة يصف العاملون في مجال علم النفسي الإيجابي هذا العلم بأنه: دراسة لكافة مكامن القوة لدى البشرية و دراسة لكل ما من شأنه وقاية البشر من الوقوع في برائن الاضطرابات النفسية السلوكية، إضافة إلى دراسة كل العوامل الفردية الاجتماعية و المجتمعية التي تجعل الحياة الانسانية جديرة بأن تعاش. (Crystal, 2003, 3)

و يفيد كريستال بارك(2003) في إطار اجابته عن السؤال الخاص ما هو علم النفس الايجابي؟ أن التعريف الذي قدمه كل من مارتن سيلجمان وشيكرز ينتمهالي (2000) لعلم النفس الايجابي في مقال لهما نشر بمجلة الاخصائي النفسي الامريكي، و من التعاريف الجيدة التي توفر أرضية نظرية مقنعة لمواصلة البحث في هذا المجال و ينص هذا التعريف على أن " مجال علم النفس الايجابي على المستوى الذاتي أو الشخصي هو علم يهتم بدراسة و تحليل الخبرات الشخصية الذاتية المقدرة أو ذات القيمة مثل: الرفاهية الشخصية أو جودة الوجود الذاتي الشخصي، القناعة والرضا (في الماضي)، الأمل و التفاؤل (في المستقبل) التدفق و السعادة (في الحاضر) و على المستوى الفردي يتعلق علم النفس الايجابي بدراسة و تحليل السمات الايجابية للفرد: القرة على الحب والعمل، السيالة والجرأة، مهارات العلاقات الاجتماعية المتبادلة مع الآخرين، الإحساس و التدنوق الجمالي، المثابرة، التسامح، الأصالة الانفتاح العقلي و التطلع للمستقبل، الشغف الروحي، الموهبة العالية، و الحكمة و على مستوى الجماعة يدور

علم النفس الايجابي حول الفضائل والمؤسسات المدنية التي تحرك الأفراد تجاه المواطنة الصالحة ومسؤولية التواد مع الآخرين والاهتمام بهم، الإيثار، الأدب و الأخلاق الاعتدال التحمل، وخلق العمل. (Seligman, 2000, 5)

و يمكن تفهم مؤسسي على النفس الايجابي على أن بؤرة تركيز هذا العلم هو مفهوم جودة الحياة من خلال التوقف عن المجالات الأساسية لبحوثه و التي تتمثل فيما يلي:

- بحوث في مجال طبيعة ومحددات الحياة المبهجة أو الممتعة أو السارة، وتتناول هذه البحوث فحص و تحليل كيف يصل البشر إلى الاستمتاع و المحافظة على التعميم للمشاعر والانفعالات الايجابية و تفعيلها و توظيفها في الحياة الانسانية اليومية مثل (العلاقات، الهوايات، الاهتمامات صيغ الترقية أو الاستمتاع والترويج عن الذات.

- دراسة الحياة الطيبة أو الحسنة أو الخيرة أو حياة الاندماج و يناط بمثل هذه البحوث الاهتمام بدراسة التأثيرات المفيدة للانطباعات الايجابية للاستيعاب والتدفق وكل ما يؤدي إلى احساس الأفراد بالاندماج المثالي في أنشطة حياتهم اليومية العادية، والحالات المشار إليها كالاستغراق و التدفق والاندماج لحالة إنسانيةخير ها الإنسان عندما يوجد نوعا من التطابق أو الاتساق بين قدراته وإمكانياته المهمة التي يؤديها، وبالتالي عندما يشعر الإنسان بالثقة في قدرته على إنجاز و تحقيق أو إنهاء المهام التي يولجها بنجاح وفعالية وبمستوى راق من الاقتدار والتمكن.

- دراسة كل ما يؤدي بالحياة الهادفة ذات المعني والقيمة أو حياة الانتماء ويحاول هذا المسار البحثي الإجابة عن السؤال التالي : كيف يتوصل الأفراد إلى الإحساس الإيجابي بجودة الحياة، بالانتماء والمنفعة، وبالغرض من خلال الانضمام للحياة والإسهام في نشاطات وخبرات أوسع وأسمى وأكثر دواما من الذات مثل (الطبيعة، الجماعات الاجتماعية المؤسسات الحركات التقاليد ونظم الاعتقاد).

(Haidet et Gable , 2005 , 103 - 110)

8-2- جودة الحياة والصحة:

ظهر المصطلح في القاموس الطبي عام (1984) بعد تعريف لمنظمة الصحة العالمية لمفهوم الصحة عام (1978) والذي يربط مفهوم الصحة ببعض الأبعاد الاجتماعية والنفسية الضرورية لحياة الفرد وأصبح يفهم كمعاش ذاتي يختلف من شخص لآخر ويتأثر بالتصورات الثقافية والاجتماعية والدينية.

وينبغي الإشارة إلى أن مفهوم جودة الحياة المرتبطة بالصحة عرف تدرجا وتطورا مهما ليرتبط بالحركة والنشاط اليومي إذ ربط المهتمون بين الإعاقة الحركية وجودة الحياة.

كما عرفت نهاية الثمانينات الاهتمام بالبعد العقلي في مفهوم جودة الحياة من خلال الاهتمام بالقدرات العقلية أو (الشيخوخة والتخلف العقلي) ثم الآثار والتعقيدات المترتب عليها فيما بعد والتي أشارت إلى مشكلة فقدان الاستقلالية، كما تواصل تطور الدراسات حول الأعراض النفسية وبدأ الاهتمام بجودة الحياة المرتبطة بالسرطان وجراحة القلب و أثر المرض على المحيط الأسري كما ظهر اتجاه آخر ركز على عوامل الخطر، ومفاعلات الدخول في المرض، وتركيز آخر على البحوث العيادية (السريرية) للكشف عن الآثار الثانوية للأدوية وأثرها على الكفاءات الوظيفية، وخلال التسعينات وجه الاهتمام للتركيز على الجوانب الذاتية للصحة بإدماج بعد طبي أساسي يتعلق بالمعاناة المرتبطة بالألم والضيق والشدة النفسية من خلال الاهتمام بأحداث الحياة والضغط واستراتيجيات المواجهة.

لذلك يمكن القول أن مصطلح جودة الحياة ارتبط أكثر بالدراسات في مجال علم النفس الاجتماعي وظهرت مفاهيم مثل الضغط أو الكرب والمساندة الاجتماعية مصدر لضبط الكفاءات والقدرات (نادية، 2010، 3-4)

8-3- جودة الحياة والتوازن:

يمكن النظر إلى كل بعد من الأبعاد الثماني الأساسية التي أشير إليها باستخدام مصطلحات سياسية الجودة كنوع من العلاقة أو التوازن بين الجودة والواقع، بمعنى إذا فاق أو تجاوز واقع التوقعات سيخبر الفرد بالجودة المرتبطة بهذه القيمة أو تلك بصورة شديدة الإيجابية

وإذا كان هناك نوعا من التوازن بين الواقع والتوقعات يخبر الشخص بجودة حياته الشخصية بصورة محايدة وتقل جودة الحياة الشخصية إلى أدنى مستوياتها إذا فاقت أو تجاوزت الأهداف والتوقعات الشخصية الواقع بكثير.

ويجب أن يناضل الناس بكل ما أوتوا من قدرات وإمكانات للتوصل على الأقل إلى نقطة التوازن بين أهدافهم وتوقعاتهم والواقع الذي يعيشون فيه، ولسوء الحظ لا يصل بعض الناس إلى نقطة التوازن هذه وتظل الفجوة بين طموحاتهم، أهدافهم، وتوقعاتهم، والواقع كبيرة بل قد تزداد اتساعا مما يضر بطبيعة الحال بنوعية وجودة الحياة الشخصية لمثل هؤلاء الناس.

وتوجد في الحقيقة الكثير من العقبات أو عوامل الخطورة التي قد تحاول دون تحقيق أهدافنا وتوقعاتنا وطموحاتنا المتعلقة ببعد أو أكثر من أبعاد القيم الثماني الأساسية المشار إليها، مما يدعوا إلى التفكير في الحقيقة التي مفادها أن نوعية وجودة الحياة الشخصية للإنسان تتوقف فقط على بعد أو آخر من أبعاد هذه القيم بل هي في واقع الأمر محصلة أو ناتج التفاعل بين الإنجازات والعثرات المتعلقة بها جميعا.

وإذا نجحنا في استخدام بعض من القيم الأساسية الأخرى للشخص ربما نعظم من إنجازات القيم الأساسية وبالتالي تحسين جودة ونوعية حياتنا الشخصية والوصول بها إلى الصيغة المثالية، وفي هذه الحلة علينا أن نبحث داخل أبنائنا وتلاميذنا عن الإمكانيات الذاتية المتميزة وأن ننظم مسارات تفاعلاتنا اليومية معهم بما يمكن أن يقضي إلى توظيفها بصورة إيجابية وإخراجها من حيز الوجود بالقوة إلى فضاء الوجود بالفعل. (أبو حلاوة، 2010، 10-11).

9- دور جودة الحياة في تحقيق استقلالية المعاق:

ذكرنا من قبل أن "جودة الحياة هي إدراك الفرد لمكانته في الوجود في النسق الثقافي ونسق القيم والمعايير الذي يعيش فيها، في علاقاته بأهدافه وانتصاراته، قيمة اهتمامه ومخاوفه، وحسب هذا التعريف فإن تقدير جودة الحياة يتطلب اهتمام بـ:

- كافة الإدراكات أحاسيس انفعالات و أفكار المعاق.

- كافة نشاطاته وأفعاله.

- كافة نجاحاته.

- كافة الأحداث والعوامل المؤثرة فيها. (نادية، 2010، 5).

حيث تلعب الأسرة (المقدم للرعاية الأول) دورا حيويا في صحة ورفاهية الأطفال وأن الإحساس بجودة الحياة تكون في النمو المتكامل جسميا وعقليا واجتماعيا وانفعاليا، وأن يحيا الفرد في إطار يؤكد على القيم الخلقية والاجتماعية وتنمية المهارات اليومية، وفي إطار يؤكد على المشاركة الفعالة في المجتمع وحمانيته من العنف والإهمال والانحراف ليعيش الطفل المعاق في توافق مع نفسه وتعد قضية الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة من أهم قضايا عصرنا الحالي، لما لها من أبعاد تربوية ووقائية وعلاجية، وهذا يدل على أهمية الاهتمام بهؤلاء الاطفال، فهم في حاجة ملحة إلى الاهتمام والجهد المستمر، والتواصل من شتى المؤسسات الاجتماعية كالأسرة، والمدرسة والجامعة، والمجتمع ككل، فضلا عن أن هؤلاء الأطفال إذا ما أحسن مساعدتهم على الإحساس بجودة الحياة والعمل على تحسينها من بداية بالدائرة الصغيرة والتي نقصد بها الأسرة حتى نصل إلى الدائرة الكبيرة من خلال تمكن من تأهيلهم للاندماج في المجتمع وتحقيق ذاتهم، مما قد يعود على المجتمع بالخير والمنفعة.

10- مفهوم جودة الحياة الأسرية:

كما نعرف أن الأسرة هي الوحدة الاولى للمجتمع، وأولى مؤسساته التي تكون العلاقات فيها الغالب مباشرة ويتم بداخلها تنشئة الفرد اجتماعيا، ويكتسب فيها الكثير من معارفه ومهاراته وميوله وعواطفه واتجاهاته في الحياة، ويجد فيها الأمان والسكينة .

ولكل أسرة نظام والذي يقصد به الأحكام والمبادئ والقواعد التي تتناول الأسرة بالتنظيم جزءا من تكوينها، ومرورا بقيامها واستقرارها، وانتهاءا بتفريقها وما يترتب على ذلك من آثار، قصدا إلى إرسائها على أسس متينة تكفل ديمومتها وإعطائها الثمرات المرجوة منها.

(هوزية وآمال، 2013، 1)

ويعتبر مفهوم جودة الحياة الأسرية من المفاهيم التي نادرا ما خطيت باهتمام واسع سواء على مستوى الاستخدام العلمي أو على مستوى الاستخدام العملي العام في حياتنا اليومية، غير أن مستخدمي هذا المفهوم لم يتفقوا بعد على معنى محدد لهذا المصطلح، وقد يرجع ذلك إلى حداثة المفهوم على مستوى التناول العلمي الدقيق، وتطرق هذا المفهوم للاستخدام في العديد من العلوم، حيث يستخدم أحيانا للتعبير عن الرقي في مستوى الخدمات المادية والاجتماعية التي تقدم لأفراد المجتمع، كما يستخدم التعبير في إدراك الأفراد مدى قدرة هذه الخدمات على إشباع حاجاتهم المختلفة.

يعتبر جيمس (2002) الحياة الأسرية للأطفال والمراهقين أهم مؤشرات جودة الحياة وبعد أساسي من أبعادها.

كما يعرف بوستون وآخرون (2003. 2008) الأسرة بأنها الأفراد الذين يعتقدون في أنفسهم أنهم جزء من العائلة، ويرتبطون ببعضهم من خلال صلة الدم أو الزوج أو خلافة، وهؤلاء الأفراد يساندون ويقومون برعاية بعضهم البعض من خلال أسس وقواعد منظمة.

ويعرف مركز الشاطئ المعني بالإعاقة الأسرة بأنها "الأفراد الذين يشاركون بشكل وثيق في الشؤون المنزلية يوما بعد يوم ودعم بعضهم البعض على أساس منتظم، ويرتبطون ببعضهم سواء كان الارتباط عن طريق الدم، الزواج، أو علاقة شخصية وثيقة".

وتعتبر جودة الحياة الأسرية من الموضوعات التي زاد الاهتمام بها في الآونة الأخيرة نظرا لأهميتها في توافق الأبناء على المستوى الاجتماعي، الانفعالي والنفسي ومن ثم رفع مستوى الصحة النفسية لديهم.

كما يعرفها بارك وآخرون (2003) أن جودة الحياة الأسرية الدرجة التي عندها تشبع حاجة أفراد الأسرة إلى الالتقاء أو التجمع، واستمتاع أفراد الأسرة بحياتهم معا، وتوفر الفرص لديهم لإنجاز أهدافهم التي تعتبر هامة بالنسبة لهم ، حيث يعرف سميث (2005) جودة الحياة الأسرية بأنها الحاجة إلى الترابط القوي للأفراد الأسرة.

ويرى كل من بروان وبروان (2006) أن جودة الحياة الأسرية هي "الدرجة التي يحتاج فيها أفراد الأسرة إلى الالتقاء والمدة الذي يستمتعون فيه بوقتهم معاً، والمدة الذي يكونون فيه قادرين على فعل أشياء هامة مع بعضهم البعض".

ويعرف إيزاكس وآخرون (2007) جودة الحياة الأسرية بأنها الأداء الجيد للوالدين في الأسرة أو السعادة الأسرية، ويعتبر الرضا والفرص المتاحة لزيادة دخل الأسرة أو فرص الاشتراك في أنشطة وقت الفراغ تعتبر من أهم المؤشرات لجودة الحياة الأسرية.

ويعرف كذلك مركز الشاطئ المعني بالإعاقة (Parli، 2001) جودة الحياة الأسرية بأنها الظروف التي من خلالها يتم إشباع احتياجات الأسرة واستمتاع أفراد الأسرة بالحياة معاً كأ أسرة واحدة وتتاح الفرصة لفعل أشياء هامة مع بعضهم البعض.

وقد اعتبر عدد من الباحثين جودة الحياة الأسرية هي نتيجة للخدمات المقدمة واعتبرها أوشر "نتيجة للخدمات والسياسات المقدمة للأسر المعاقين".

ويرى عدد من الباحثين أن جودة الحياة الأسرية تتضمن القدرة الأسرة على تحسين العلاقات بين أفراد الأسرة لتحقيق صحة الأسرة والسعادة، والأسرة التي لديها القدرة على الترابط يكون لديها القدرة على تحسين جودة الحياة بصفة عامة.

وبالتالي تتلخص تعريف جودة الحياة الأسرية من خلال التعاريف السابقة "بأنها العلاقات والممارسات الإيجابية التي يتبعها الوالدين في تنشئة الأبناء، وما تتسم به من دفء وتقبل ومشاركة وتشجيع واستحسان في المواقف الحياتية المختلفة وإدراك الأبناء ذلك وردود أفعالهم تجاه هذه الممارسات والعلاقات المتبادلة بين أفراد الأسرة وما تتسم به هذه العلاقات من أساليب سوية في التعامل لتحقيق الأهداف وإنجاز الأعمال والمهام ودعم أفراد الأسرة في المواقف المختلفة" (أمانى، 2015، 2-5).

خلاصة الفصل:

ومما سبق توصلت الباحثة إلى أنه لا يوجد اتفاق بين الباحثين حول تعريف لمفهوم جودة الحياة، لكن يمكن القول بأنه مفهوم واسع يمثل إشباع الحاجات جزءاً أكبر وهو نفسه المعني الذي تتبناه منظمة الصحة العالمية.

وكما أنه مفهوم جامع بين العوامل الموضوعية والذاتية، حيث خصت الباحثة يتوضح مؤشرات الجودة الحياة وهي: الصحة الجسمية والعلاقات الاجتماعية والحالة المادية والصحة النفسية بالعموم، ولكن لم يوضح مدى أهمية كل مؤشر بالنسبة للمراحل العمرية للأفراد كما بينت الباحثة قياس لجودة الحياة مع التعرف على بعض مصطلحات ومدى ارتباطها بجودة الحياة والعوائق والقدرات التي تخدمها.

وكما شمل هذا الفصل التعرف على جودة الحياة ودورها في تحقيق استقلالية عند المعاق ومن هم المسؤولين الأوائل على ذلك وبالتالي لتحسين جودة الحياة الأسرية وهو ما تحاول الباحثة معرفته والكشف عنه .

بحيث وضحت الباحثة مصطلح جودة الحياة الأسرية ومدى أهميته التي تتحدد بعدد من المظاهر الداخلية والخارجية، وترتبط المظاهر الداخلية بكيفية رؤية الأسرة لأنفسهم من الناحية الوظيفية أما المظاهر الخارجية فترتبط بكيفية رؤية الأسرة لأنفسهم من ناحية الأحداث الخارجية ومن بينها السعادة المادية، الدعم من الآخرين في المجتمع والدعم من المؤسسات ومراكز الخدمات ذات العلاقة بالإعاقة.

الفصل الثالث:

التخلف العقلي

تمهيد

- 1- مفهوم التخلف العقلي
- 2- تصنيفات التخلف العقلي
- 3- أسباب التخلف العقلي
- 4- الفرق بين التخلف العقلي والمرض العقلي
- 5- خصائص المتخلفين عقليا
- 6- قياس وتشخيص التخلف العقلي
- 7- اتجاهات المختلفة نحو المتخلفين عقليا
- 8- حاجات النمو المختلفة للمتخلف عقليا ومعوقات تحقيقها
- 9- المهارات المطلوبة في البرنامج التربوي التعليمي الخاص بالمتخلفين عقليا

ملخص الفصل

تمهيد:

تعد الإعاقة العقلية مشكلة قديمة جدا قدم وجود الإنسان ،حيث اختلفت النظرة إلى الإعاقة العقلية عبر العصور، مما تشير الدلائل والظواهر إلى أن الطفل المعاق كان يعامل معاملة سيئة تتراوح بين الضرب والاحتقار والربط بالسلاسل أو الحرق، مروراً بالحبس والتعذيب وهذه الممارسات لم تكن قاصرة على مجتمع بعينه بل شملت جميع الطبقات الاجتماعية، فقيمة الفرد كانت تحدد بمقدار صلاحيته لأداء وظيفة.

فالإعاقة العقلية مشكلة ذات جوانب وأبعاد متعددة، فأبعاد الإعاقة العقلية هي أبعاد طبية وصحية واجتماعية وتعليمية ونفسية وتأهيلية مهنية، هذه الأبعاد لا يمكن فصلها عن بعضها البعض لأنها متداخلة في حقيقة الأمر، الذي جعل من هذه المشكلة نموذجا فريدا في التكوين، لذا يقتضي الأمر التعاون بين الأجهزة المختلفة في هذه النواحي لحل المشكلة أي أنها تتضمن تعدد النظم أو الأجهزة للعمل على حلها.

إن موضوع الإعاقة العقلية يأتي ضمن فئات مهنية مختلفة، ولهذا فقد حاول المهتمون في ميادين الطب، والاجتماع والتربية وغيرهم التعرف على ماهية هذه الإعاقة من حيث طبيعة مسبباتها وطرق الوقاية منها، وأفضل السبل لرعاية الأشخاص المعاقين عقليا، لم يتوقف الأمر عند هذا الحد، بل تعداه إلى درجة وضع الضوابط والمعايير التي تحدد أهلية الفرد للاستفادة من خدمات التربية الخاصة المناسبة لهذه الفئة وتحديد الشروط الواجب توافرها في تلك الخدمات، ولقد أدى التطور في هذا الميدان إلى جعل الإعاقة العقلية قضية اجتماعية تهتم بها كافة مرافق الدولة من أجل تقديم الخدمات المناسبة، ليتسنى لهذه الفئة الخاصة القدرة على التكيف مع مطالب الحياة وشق طريقهم لها في الحدود التي تسمح بها قدراتهم وطاقاتهم، ولعل ما يؤكد هذه النظرة التفاضلية لحملة المبادئ الإنسانية السامية التي أقرتها مواثيق حقوق الانسان كالمساواة وتكافؤ الفرص وحق كل إنسان أن ينال نصيبه من التربية والتعليم في الحدود التي تسمح بها قدراته وطاقاته.

1- مفهوم التخلف العقلي:

يعتبر مفهوم التخلف العقلي مفهوماً متعدد الجوانب حيث يمكننا أن ننظر إليه من زوايا عدة يهتم كل منها بمنظور معين بحيث يتباين ذلك بين المنظور الطبي، والمنظور الاجتماعي، والمنظور السيكميومتري، والمنظور التربوي، ويمكن أن نتناول هذا المفهوم بجوانبه المتعددة على النحو التالي:

1-1- تعريف التخلف العقلي من المنظور الطبي:

من المعروف أن الأطباء هم أول مجموعة من الأخصائيين الذين تعاملوا مع حالات الإعاقة العقلية، وقد عرفها الأطباء على أنها حالة من النقص العقلي ناتجة عن سوء التغذية أو عن مرض ناشئ عن الإصابة في مركز الجهاز العصبي. (محمد النوبي، 2010، 187) فركزت التعريفات الطبية عن أسباب الإعاقة العقلية ومن بين هذه التعاريف ما يلي:

1-1-1- تعريف تريديجولد (1938): عرفها بأنها "حالة يعجز فيها العقل عن الوصول إلى مستوى النمو السوي، أو اكتمال ذلك النمو"

1-1-2- تعريف جيرفيز (1952): وهي "حالة من النمو العقلي المتوقف أو غير المكتمل ناتجة عن مرض أو إصابة قبل المراهقة أو ناشئة عن أسباب وراثية" (فتيحة، 2005، 64)

1-1-3- تعريف الشناوي (1997): إلى أن الجمعية الملكية الطبية في إنجلترا قد أشارت منذ سبعينيات القرن الماضي إلى التخلف العقلي على أنه حالة من التوقف النمو العقلي للطفل أو عدم اكتماله تظهر في صورة مختلفة، وتعد الصورة المعتادة له هي الإخفاق في تكوين ما يعرف بتلك الوظائف المتعدد الذكاء وبالتالي يركز على عدم اكتمال النمو العقلي للطفل، وعدم قدرته على الوصول إلى السلوك الاجتماعي العادي.

1-1-4- تعريف منظمة الصحة العالمية (1992): هي حالة من توقف النمو العقلي أو عدم اكتماله، والتي تنسم بشكل خاص بقصور المهارات التي تظهر أثناء مراحل النمو وتؤثر في المستوى العام للذكاء أي القدرات المعرفية، اللغوية، الحركية، والاجتماعية وغيرها وقد تحدث الإعاقة مع أو بدون اضطراب نفسي أو جسمي آخر، ويركز التعريف على أن التخلف العقلي تحدث إذا كان هناك ما يلي:

- انخفاض في مستوى الأداء الذهني الذي يقاس باختبارات الذكاء.
 - ارتباطا لانخفاض في مستوى الأداء الذهني بانخفاض في القدرة على التكيف
 - قد يصاحب التخلف العقلي في بعض الأحيان اضطرابات نفسية وجسمية.
- (عبد الفتاح، 2011، 355)

وبعد ذلك أقرت الجمعية الأمريكية للطب النفسي في الطبعة الرابعة من دليل التصنيفي التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية (DSM-IV(1994 وجود ثلاث محكات رئيسية للتخلف العقلي وهي كالتالي:

- أداء عقلي عام دون المتوسط ونسبة ذكاء حوالي 70 أو أقل على أحد مقاييس الذكاء الفردية للأطفال .
- قصور في السلوك التكيفي للطفل أي فيما يتعلق بكفاءته في الوفاء بالمستويات المتوقعة ممن هو في نفس عمره الزمني وفي جماعته الثقافية وذلك في اثنين على الأقل من المجالات التالية :
- التواصل والاستفادة من إمكانات المجتمع وموارده والسلامة.
- أن يحدث ذلك خلال فترة النمو أي قبل سن 18 سنة.(عادل، 2004، 71- 72)

1-2- تعريف التخلف العقلي من المنظور السيكومتري:

يقوم المنظور السيكومتري في تحديده لمفهوم التخلف العقلي على استخدام نسبة الذكاء التي يصل إليها الطفل ويحققها، فظهرت تعريفات سيكومترية عدة للتخلف العقلي نتيجة للتطور الواضح في حركة القياس النفسي على يد بنيه الذي حاول سنة (1905) وضع القواعد الأولى من أجل تعريف التخلف العقلي عن طريق المستوى العقلي، وقد ظهر بذلك مقياس ستانفورد بنية للذكاء ومن ثم ظهرت مقاييس أخرى للقدرة العقلية منها مقياس وكسلر للذكاء سنة (1949)، وبالتالي نذكر البعض من هذه التعاريف:

- 1-2-1- تعريف كريستين أنجرام (1953): الطفل المتخلف عقليا هو "الطفل الذي لا يستطيع التحصيل الدراسي في نفس مستوى زملائه في الفصل الدراسي وتقع نسبة ذكائه بين (50- 75) ويطلق على هذا الطفل مصطلح بطيء التعلم".

1-2-2- تعريف سيترز (1963): هي "حالة من النمو العقلي المتأخر، تحدده نسبة ذكاء أدنى من 70 على اختبار فردي مقنن للذكاء، من خلال التعريف يتضح لنا أن سيترز قد اعتمد في تشخيصه للتخلف العقلي على نسبة ذكاء الفرد فقط، بينما أهمل بعدا هاما جدا في التشخيص هذه الحالة ألا وهو البعد الاجتماعي.

1-3- تعريف التخلف العقلي من المنظور الاجتماعي:

ظهرت التعريفات الاجتماعية للإعاقة العقلية نتيجة للانتقادات المتعددة لمقاييس القدرة العقلية وخاصة مقياس ستانفورد بنيه، ومقياس وكسلر في قدرتها على قياس القدرة العقلية للفرد، فقط وجهت انتقادات إلى محتوى تلك المقاييس وصدقها وتأثيرها بعوامل عرقية وثقافية وتحصيلية واجتماعية والأمر الذي أدى إلى ظهور المقاييس الاجتماعية والتي تقيس مدى تفاعل الفرد مع المجتمع واستجابته للمتطلبات الاجتماعية، وتركز التعاريف الاجتماعية على مدى نجاح أو فشل الفرد في الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية المتوقعة منه مقارنة مع نظرائه من نفس المجموعة العمرية، ونذكر بعض من هذه التعاريف وهي كالتالي.

1-3-1- تعريف دول (1941): فهو شخص غير كفاء اجتماعيا، ولا يستطيع أن يسير أموره وحده، وهو أقل من الأسوياء في القدرة العقلية، وتخلفه يحدث منذ الولادة أو في سن مبكرة" (فتيحة، 2005، 64-65)

ومن خلال هذه التعريف اعتمد دول على عدد من المحكات ومنها ما يلي:

- إن التخلف ليست وليدة وقت ما و إنما هي موجودة عند الشخص منذ الولادة .
- القدرة العقلية للشخص المعاق منخفضة مقارنة مع من هم في مثل سنه.
- غير قادر على التكيف مع البيئة الاجتماعية التي يوجد فيها.
- يمكن ملاحظة التخلف في مرحلة النضج .
- يعود التخلف إلى عوامل وراثية أو نتيجة لمرض ما.
- التخلف غير قابل للشفاء (تسير مفلح وعمر فواز، 2003، 59)

1-3-2- تعريف سارسون (1953): فعرفها على أنها "حالة يظهر فيها عدم التوافق الاجتماعي وتصاحب بقصور في الجهاز العصبي المركزي" فأشار في هذا التعريف العقلي أن التخلف هي حالة عجز في النمو العقلي مع قصور في السلوك التكيفي إلا أنه لم يحدد

مستوى الأداء الذهني للأفراد الذين يعانون من التخلف العقلي، وكذلك الفترة التي تحدث فيها.

كما جاء أول محاولة لتوحيد المعيار السيكومتري والاجتماعي معا في تعريف التخلف عقلي من قبل هير (1959) والذي تبنته الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي حيث يشير تعريف هير إلى أنه "يمثل مستوى الأداء الوظيفي الذي يقل عن متوسط الذكاء بانحراف معياري واحد، ويصاحبه خلل في السلوك التكيفي ويظهر في مراحل العمر النهائية من الميلاد وحتى سن 16 سنة "وبعد ذلك عدل هذا التعريف من طرف جروسمان في عام (1973) حيث أشار إلى أن "مستوى الأداء الوظيفي العقلي والذي يقل عن متوسط الذكاء بانحرافين معياريين ويصاحب ذلك خلل واضح في السلوك التكيفي، ويظهر في مراحل العمر النهائية منذ الميلاد وفي سن 18 سنة". (فتيحة، 2005، 66-67).

1-4- تعريف التخلف العقلي من منظور التربوي:

يقوم المنظور التربوي على قدرة هذا الطفل على التعلم والتي تعد بمثابة المعيار في هذا الصدد وبالتالي للفهم أكثر هناك تعريفات وهي:

1-4-1- تعريف كيرك: الذي يتميز بنظرته التربوية فيرى الطفل القابل للتعلم وهو الطفل غير القادر على الاستفادة من برامج المدارس العادية كأقرانه الآخرين نتيجة لبطء نموه العقلي، ولكن يمكن تعليمه القراءة والكتابة في الفصول الخاصة. اما الطفل القابل للتدريب فهو الطفل غير القادر على التعلم في فصول المتخلفين عقليا القابلين للتعلم بسبب ذكاؤه المنخفض، ولكن يمكن تدريبه على بعض المهن البسيطة التي لا تحتاج إلى قدرات عقلية عالية، خاصة تلك التي تعتمد على الجانب الجسدي. (قحطان، 2008، 66-67).

1-4-2- تعريف وزارة التربية والتعليم السعودية: وهو صادر عن الأمانة العامة للتربية الخاصة في المملكة وينص على ما يلي: أن التخلف العقلي حالة تشير إلى جوانب القصور ملموسة في الأداء الوظيفي الحالي للفرد، وتنظف الحالة بأداء العقلي أقل من المتوسط بشكل واضح يكون متلازم مع جوانب قصور في مجالين أو أكثر من المهارات التكيفية التالية: التواصل- العناية الذاتية- الحياة المنزلية - ويظهر هذا التخلف قبل سن الثامنة عشر. (عبد الفتاح، 2011، 355-356).

بعدما وضعت مجموعة من التعاريف للتخلف العقلي لكل منظور تبني اتجاه أو مجال معين وكلا وجه له انتقادات بالتركيز على جانب والتخلي عن جانب آخر مما يسمع بعدم شمولية التعريف الواحد. وكان تعريف الجمعية الأمريكية أكثر التعريفات انتشارا أو أكثر توضيحا فشمّل سنة (2002، AAMA) على ثلاث عناصر أساسية هي :

- القدرات الوظيفية الذكائية: ويمتاز الأفراد المتخلفين عقليا بأن لديهم قدرات وظيفية ذكائية أدنى من المتوسط ويستعمل فريق الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي الصادر عام (2002) علامة الفصل 70 على اختبار الذكاء.
- السلوك التكيفي: هو مجموعة من المهارات المفاهيمية والاجتماعية والعملية والتي تتم تعلمها من قبل الأفراد ليتمكنوا من العيش في الحياة، ويعاني الأفراد المتخلفون عقليا من صعوبات في هذه المجالات بسبب عدم امتلاكهم المهارات اللازمة في مواقف محددة.
- أنظمة الدعم: ويحتاج كل فرد إلى أنظمة الدعم الخاصة في الحياة وقد حددت تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي الصادر عام (2002) هذه الأنظمة من الدعم كعنصر من عناصر الإعاقة العقلية ويحدد الدعم وفقا لدرجة الشدة، ويشمل أنظمة الدعم على أربعة مستويات هي المتقطع، والمحدد والمكشّف الدائم.

2- تصنيفات التخلف العقلي:

لا يوجد تصنيف واحد للمتخلفين عقليا يتفق عليه المختصون في هذا المجال، بل هناك عددا من المحكات التي يمكن أن نصل في ضوءها إلى عدد من التصنيفات التي يمكننا اللجوء إليها، ومن أهمها ما يلي:

2-1- مصدر التخلف العقلي وأسبابه:

وهنا يعد مصدر التخلف العقلي سواء كان ذلك يرجع إلى عوامل داخلية أو خارجية هو الأساس الذي يقوم عليه هذا التصنيف، ومن ثم يتراوح التخلف العقلي وفقا لذلك بين إعاقة أولية و أخرى ثانوية:

2-1-1- التخلف العقلي الأولي: وتعرف بأنها أولية إذا كان مصدرها يرجع إلى عوامل داخلية أي وراثية بيولوجية كما هو الحال في الشذوذ الكروموزي من الكروموزوم المحدد للجنس FRAGILE CHROMOSOME .

2-1-2- التخلف العقلي الثانوي: ويطلق عليها ثانوية إذا كانت ترجع إلى أسباب بيئية أو عوامل خارجية كما هو الحال في الإصابة بالأمراض التي يمكن أن تؤدي إلى الإعاقات كالسحايا الزهري وغيرها، أو التعرض للحرمان البيئي الشديد أو الصدمات الشديدة في الرأس خلال مرحلة الطفولة.

2-2- توقيت حدوث الإعاقة:

ويعتمد هذا التصنيف على الترتيب الزمني لحدوث الإعاقة وما يمكن أن يؤدي إلى ذلك من الأسباب، ومن هذا المنطلق يمكن تصنيف الإعاقة بناءً على عوامل وذلك على النحو التالي:

2-2-1- قبل الولادة : وترجع تلك الأسباب في معظمها إلى عوامل وراثية جينية تترك آثار مباشرة على الجنين من خلال المورثات والجينات التي تحملها كروموزومات الخلية التناسلية، وقد يرجع ذلك أيضاً إلى أسباب قد تحدث بعد عملية الإخصاب وتكوين الجنس ومنها تعرض الأم الحامل للأمراض الزهري أو الجذري أو أمراض القلب أو حمى الصفراء أو الحصبة الألمانية أو السحايا أو ضمور بالمش أو إصابتها بالتسمم العضوي وخاصة خلال الشهور الثلاثة الأولى من الحمل وإذا ما حدث ذلك فإنه يسبب تلف وضمور في مخ الجنين، ويؤثر سلباً على جهازه العصبي، ويعوق نموه، كذلك فهناك العامل الريزي RH والذي يقصد به اختلاف دم الأم عن دم الجنين وهو ما يؤدي إلى عدم نضج الخلايا المخ لدى الجنين وإلى جانب ذلك هناك إدمان الأم للمخدرات أو الكحوليات أو التدخين السجائر أو تعاطيها للعقاقير والأدوية دون استشارة الطبيب أو اضطرابات إفراز غددها الصماء، أو تعرضها للأشعة (x) أو محاولات الإجهاض المتكرر من جانبها، ومن هذه العوامل والأسباب أيضاً الأمراض والاضطرابات الدماغية والتي تشمل العيوب المخية التي تستقل عن طريق الجينات والتي قد يصاحبها نمو شاذ في الجمجمة قد يؤدي إلى صغر الحجم الدماغ لدى الطفل أو كبيرة، كذلك هناك أسباب أخرى يأتي في مقدمتها اضطراب تكوين الخلايا واضطراب التمثيل الغذائي، وجميعها بينهم بشكل مباشر في حدوث التخلف العقلي.

2-2-2- أثناء الولادة: ويحدث ذلك بسبب حالات الولادة غير الطبيعية كما هو الحال في الولادات العسيرة حيث يترتب عليها حدوث إصابات في الجمجمة نتيجة اضطراب الطبيب

إلى استخدام الجفت أو الملاقط وقد تؤدي تلك الإصابات إلى حدوث خلل عقلي أو قصور في بعض النواحي الإدراكية أو العقلية، كذلك فقد يتعرض الجنين إلى نقص الأوكسجين أثناء الولادة مما يؤدي أيضا إلى التخلف العقلي بسبب حدوث التلف أو ضمور في خلايا المخ نتيجة لذلك.

2-2-3- بعد الولادة: قد يتعرض الطفل إلى بعض الحوادث أو الصدمات بالرأس مما يؤدي إلى إصابة الدماغ، كما يتعرض لبعض الأمراض التي تؤدي إلى الإعاقة العقلية ومن أمثلتها الالتهاب السحائي أو الحمى الشوكية، أو الحمى القرمزية، أو التهاب الدماغ، أو الزهري، أو التهاب الرئوي، أو الحصبة، أو يحدث اضطراب في إفراز الغدد لديه وخاصة الغدة الدرقية والغدة النخامية بالإضافة إلى ذلك هناك حالات سوء التغذية الشديدة أو نقص البروتينات خلال العام الأول من عمره، أو الحرمان البيئي والثقافي وهو ما يمكن أن يؤدي إلى نفس النتيجة. (عادل، 2004، 97-101)

2-3- حسب المظاهر الجسمية والإكلينيكية:

ويعتمد هذا النوع من التصنيف التخلف في ضوء هذا المنظور على تلك المظاهر الجسمية التي تصاحب حالات التخلف العقلي ويتدرج ضمن هذا التصنيف الحالات التالية:

- حالات المنغولية أو عرض داون.
- حالات كبر الدماغ.
- حالات صغر الدماغ.
- حالات القصاص أو القرمزية.
- حالات العامل الريزوسي.
- حالات الفشل كيتوفوريا.
- حالات الجلاكتوسيميا.
- حالات تاي ساكس.

فالتخلف العقلي أنماط إكلينيكية متعددة، والتصنيف الإكلينيكي يعتمد على وجود بعض الخصائص الجسمية والتشريحية، والفيزيولوجية والمرضية المميزة بجانب التخلف العقلي والتي تجعل التعرف الإكلينيكي على حالات التخلف أمرا سهلا. (فتيحة، 2005، 79-80).

2-4-4- حسب درجة الإعاقة وشدها:

يعد هذا التصنيف الأوسع انتشارا واستخداما لأنه يعتمد على مستوى الأداء الوظيفي العقلي من ناحية وعلى درجة النمو والنضج، بالإضافة إلى درجة القصور في السلوك التكيفي من ناحية أخرى وتصنف التخلف العقلي وفقا لذلك أي:

2-4-4-1- التخلف العقلي البسيط: ويطلق عليهم القابلين للتعلم وتتراوح نسبة ذكائهم

بين (55. 70) درجتين يتوقف النمو العقلي عند مستوى طفل عادي يتراوح عمره ما بين (7-10) سنوات و(9-21) سنة، ويمكن أن يستفيد أطفال هذه الفئة من البرامج التعليمية العادية، حيث يستطيعون تعلم القراءة والكتابة ومبادئ الحساب، والتقدم عندهم بطيء، وتظهر لديهم صعوبات رئيسية في مجال التحصيل الأكاديمي خاصة في القراءة ومن الدلالات على وجود تخلف عقلي بسيط، بطء التعلم بشكل ملحوظ، والتأخر في معظم مجالات النمو، التأخر اللغوي الملحوظ، عدم القدرة على تعميم المهارات ونقل أثر التعلم وعدم تمتع بالكفاءة الاجتماعية ويمكن أن يحقق هؤلاء استقلالاً شخصياً واقتصادياً بصورة تامة أو جزئية حسب استعداداتهم.

2-4-4-2- التخلف العقلي المتوسط: تتراوح نسب الذكاء لهذه الفئة بين (40-54)

درجة على اختبارات الذكاء، ويطلق على هذه الفئة مصطلح القابلين للتدريب، وتتميز هذه الفئة بخصائص جسمية وحركية قريبة من مظاهر النمو العادي، ولكن يصاحبها أحيانا مشكلات في المشي والوقوف، والجري ومشكلات الصحية أخرى ومشكلات حسية كالمشكلات السمعية والبصرية، وكما يواجه ذوي التخلف العقلي من هذه الفئة مشكلات في السلوك التكيفي مثل مهارات الحياة اليومية وظهور ما يسمى بالسلوكيات اللاتكيفية غير المقبولة اجتماعيا هناك عدة مهارات تعتبر مهمة في تدريب المتخلفين عقليا تخلف متوسط وهي مهارات العناية بالذات، ومهارات الاتصال الاجتماعي والشخصي ومهارات التأزر الحركي والمهارات المهنية.

2-4-4-3- التخلف العقلي الشديد: تتراوح نسبة الذكاء لهذه الفئة ما بين (25-39)

درجة على اختبارات الذكاء يحتاج هؤلاء بسبب مشاكلهم الجسمية والعقلية والعاطفية إلى برامج حياتية اليومية واجتماعية نفسية وطبية مختصة للوصول إلى كفاءة عملية وحياتية،

تساعدهم على الاستقلالية وقد يتعلم هؤلاء القليل من المهارات الشخصية للاعتماد على الذات، ولكنهم بحاجة إلى إشراف ورعاية كاملة، كما يعانون من إعاقات مصاحبة.

2-4-4- التخلف العقلي الشديد جدا: تكون نسبة الذكاء هذه الفئة 25 درجة فما دون لديهم قدرة محدودة على فهم التعليمات، والاستجابة لها، وهم مقيدون بدرجة كبيرة في الحركة، يصاحب التخلف العقلي الشديد جدا تدهور في الحالة الصحية، والتأزر الحركي وقصور في استعداد اللزم للغة والكلام، ولديهم عجز في الكفاءة الشخصية والاجتماعية ويحتاج هؤلاء إلى رعاية إشراف مستمرين لرعاية حاجاتهم الشخصية .

(خولة، 2006، 49-50)

3- أسباب التخلف العقلي:

اختلف العلماء في تحديدهم للأسباب أو العوامل الطبية للتخلف العقلي، فتنحصر في مجموعتين رئيسيتين هما: تلف الدماغ والعوامل الوراثية ولتوضيح أكثر تفصيل لهذه الأسباب:

3-1- عطب في الدماغ:

العتب أو التلف في الدماغ يمكن أن ينجم عن أذى يصيبه قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها .

3-2- أثناء الولادة:

تتلخص الأسباب الشائعة للعتب في انحباس ووصول الأكسجين (الذي قد يكون نتيجة لطول فترة المخاض) أو في ضغط بشدة على رأس المولود أو الإصابة الدماغ عند السقوط على رأس أثناء الولادة.

3-1-2- قبل الولادة: قد يتأذى الجنين بالأمراض المعدية، ومنها: الحميراء (الحصبة الألمانية) وهي مرض يصيب الأم، خاصة إذا تعرضت الحامل في أشهر الحمل الثلاثة الأولى فقد يسبب للطفل العمى أو الصم أو التخلف العقلي، ويمكن حتى الإصابة الأخف والتي قد لا تدري الأم بها، أن تؤذي دماغ الجنين (أحيانا كذلك ومن الأمراض المعدية أيضا

مرض الزهري (السيفلس) الخلقي الذي قد يؤدي إلى التخلف العقلي وقد ترافق هذه الحالة مع مظاهر جسدية تجعلها ظاهرة).

كذلك فإن الأدوية التي تتناولها الأم قد تؤدي الجنين، كما قد يؤديه تعرض الحامل للأشعة السينية (أشعة إكس) في بعض أشهر الحمل، وقد يؤدي التدخين وتناول الكحول أثناء الحمل إلى ولادة أطفال أصغر حجما وأكثر ضعفا يكونون عرضة للمرض أو لتلف الدماغ.

3-1-3- بعد الولادة: هناك أسباب كثيرة محتملة لحصول عطب في الدماغ منها:

- ارتفاع درجة الحرارة (الحمى) يمكنه أن يسبب تلف الدماغ.
- انخفاض درجة حرارة الجسم يمكن أن يؤدي إلى تلف الدماغ وهذا قد يحدث إذا شعر بالبرد الرضيع كثيرا لعدم ارتدائه ملابس كافية تدفئه في الشتاء، أو إذا ترك طويلا في المياه الباردة.
- اليرقان (الصفيرة/ الجوندايين) هو أحد الأسباب الأخرى، سواء جاء من عدوى أم من اختلاف فئات دم الأبوين أو إذا كانت فئة دم الزوج إيجابية وفئة دم الأم سلبية فإن عليهما استشارة طبيب بأسرع ما يمكن، إذ قد يمكن إيجاد علاج يمنع الأذى عن أي مولود مقبل لهما.
- التهاب الدماغ أو خمج الدماغ: يمكن لعدد من الأمراض أن يصيب الدماغ كالحصبة وبعض أنواع الإنفلونزا .
- إصابات الحوادث قد تنتج الضربة المباشرة، على الرأس التي تؤدي إلى تلف الدماغ عن أنواع كثيرة من الحوادث .
- سوء التغذية يؤدي إلى العطب أو التلف في الدماغ الذي ينجم عن عدم تغذية الطفل كما يجب في طفولته المبكرة، وقد يعاني الأطفال في بعض المناطق الجبلية من نقص في مادة اليود في غذائهم مما يؤدي إلى إعاقة حادة تسمى القدامة يكون الطفل المصاب بها جاف البشرة، قليل الشعر، صغير الجسم بالإضافة كونه متخلفا، وهي أصبحت نادرة اليوم قابلة للعلاج خصوصا إذا اكتشفت بعد الولادة مباشرة.

- العقاقير و الأدوية (طبية كانت أم لا) يمكن للجرعات الكثير من العقاقير إن تسبب تلف الدماغ.

- التسمم بالملوثات وعلى سبيل المثال فإن التسمم بالرصاص قد ينجم عن السكن في بيت يكثر فيه الدخان والغازات المنطلقة من عوادم السيارات، أو عن أنابيب الماء الرصاصية، أو عن بعض أنواع مستحضرات التجميل (مثل بعض أنواع الكحل)..
الخ.

3-2- الأسباب الوراثية للتخلف العقلي:

يولد بعض الأطفال متخلفين نتيجة خلل أو عيب في آلية الوراثة عن الأهل وهذا ما يعرف باسم السبب الوراثي "أي" العامل الوراثي".

هناك نمط شائع من التخلفات العقلية الناجمة عن سبب وراثي تسمى متلازمة داون أو (منغولية) وليس هذا النوع من التخلف وراثي يعني أنه ينتقل من جيل إلى آخر في العائلة بل هي تتجم عن خلل يصيب المادة الوراثية حيث يكون للطفل صبغي (كروموزوم) زائد في كل خلية، ويزداد احتمال إصابة الأطفال بمتلازمة داون عندما تكون الأم قد تجاوزت الخامسة والثلاثين من العمر. (كريستين مايلز، 1994، 9-12).

4- الفرق بين التخلف العقلي والمرض العقلي:

يختلف التخلف العقلي عن المرض العقلي اختلافا واضحا من عدة جوانب يمكن توضيحها في الجدول التالي:

التخلف العقلي:	المرض العقلي:
يرجع في معظمه إلى أسباب وراثية أو عوامل جينية.	يحدث نتيجة تأثيرات بيئية ولا دخل للوراثة أو العوامل الجينية في حدوثه.
حالة تحدث عند الولادة أو قبلها يولد بها الطفل وتظهر في مراحل العمر النهائية.	يحدث في مرحلة العمر المتوسط ولا يحدث في الطفولة
حالة يصعب علاجها (حتى الآن) إذ يصاحبها تلف في خلايا المخ والخلية المخية التي تتلف لا تعوض ولا تعالج	مرض ليس حالة ويمكن علاجه بالعقاقير الطبية أو بالتحاليل النفسية أو بالصدمات الكهربائية.
يصاحبها بعض التشوهات الجسمية أو الاضطرابات النفسية.	ليس له تأثيرات جسمية ولكن بعض حالاته يصاحبها تغير في بنية الشخصية مثل مرض انفصام الشخصية.

جدول 02 يوضح الفرق الجوهرى بين المصطلح التخلف العقلي والمرض العقلي.

5- خصائص المتخلفين عقليا:

أظهرت نتائج الدراسات التي أجريت للمتخلفين عقليا للكشف عن الخصائص المميزة لهذه الفئة مما وجد أن الكثير من هذه الخصائص لا تنطبق على كل الأطفال عند المتخلفين عقليا بل تختلف باختلاف درجات و شدة التخلف ولكن كذلك يشتركون في معظمها من الخصائص وعموما:

أشارت أسماء العطية (1995) إلى أن التخلف العقلي تترك آثار سلبية تنعكس مباشرة على مختلف مظاهر سلوك الطفل وذلك بدرجات ونسب متفاوتة، فهي تنعكس على أدائه في القدرات المعرفية وتنعكس على قدراته في التكيف الاجتماعي وعلى نموه اللغوي ومن هذا المنطلق يرى أنه بشكل عام هنالك العديد من الخصائص التي سيتم بها الأطفال المتخلفين عقليا والتي تعد من الأدلة التي يمكن الرجوع إليها عند التعرف على الحالة وتشخيصها ويأتي في مقدمة تلك السمات قدرة الطفل محدودة على القيام بما يلي:

- تكوين المفاهيم المجردة
- أداء العمليات العقلية العليا.
- العيش مستقلا عن الآخرين.
- انتصار العلاقة بين الأهداف والوسائل التي يمكن تحقيقها بمقتضاها.
- الالتزام بالقيم والعادات والتقاليد التي يأتي بها الأطفال في نفس العمر الزمني والجماعة الثقافية.
- التركيز.
- اتخاذ الحيطة والحذر.
- ممارسة أي عمل نافع.
- العناية بالنفس.
- تكوين صداقات وعلاقات بين الشخصية.
- الاستفادة من برامج التدريب التي يتم تقديمها لهم. (عادل، 2004، 76-77)

وتناولنا ذلك بمزيد من التفصيل والتوضيح لهذه الخصائص وهي كالتالي:

5-1- الخصائص العقلية والمعرفية:

5-1-1- التعلم: يعاني الطفل المتخلف عقليا وبشكل واضح من ضعف في القدرة على التعلم وفي القدرة على التحصيل مقارنة بالطفل العادي الذي هو في مثل سنة وهذا ما أثبتته الدراسات العديدة التي أجريت حول هذا الموضوع (مع العلم بالخطأ المقبول في هذه الدراسات لم يتجاوز 0.01% ومن هذه الدراسات التي أجريت: بني مستتر (1976) ودراسة ماكيميلات (1977) ومن الدراسات العربية دراسة الروسان (1988) ودراسة الروسان والعامري (1988) ودراسة البيطامي، جميع هذه الدراسات كانت نتائجها لصالح الطلبة العاديين في جميع المواد وخاصة في القراءة والحساب والكتابة.

(تيسير مفلح وعمر فواز، 2016، 70-71)

بل لاحظ أنهم متأخرين عن العاديين بسنتين أو ثلاث دراسيا، هؤلاء الفئة من المتخلفين لا يكتسبون المهارات إلا عند بلوغهم السن الثامنة فما فوق، ونظرا لمعدل النمو العقلي المنخفض فإن هؤلاء الأطفال غير قادرين على إنهاء المقرر السنة الدراسية في وقت المحدد، وإنما يحتاج إلى سنتين أو أكثر، ويحتاج أيضا إلى مساعدات فعالة للتغلب على المشكلات الدراسية وأنهم بحاجة إلى مناهج دراسية تتفق مع قدراته المحدودة وطرق التدريس ملائمة لهم وبرامج الموضوعات لأجلهم. (سامية، 2011، 104)

5-1-2- الانتباه: لا شك أن للانتباه دورا بارزا في عملية التعلم، فإذا كان الفرد يعاني من اضطرابات في القدرة على الانتباه سيؤثر ذلك بشكل مباشر في القدرة على التعلم، وقد أثبتت الدراسات التي أجريت حول شدة الانتباه عند الطفل المعاق عقليا على أن معظم هؤلاء الأطفال لديهم نقص واضح في قدراتهم على الانتباه والتعلم التمييزي بين المثيرات لذا فهم مصابون بالإحباط والفشل والدونية.

وهم يعانون أيضا من نقص عملية الاستقبال وتسلسل المعلومات ومن تجميع الأشياء وتضييعها مما يؤدي إلى إعاقة عملية التعلم لديهم.

5-1-3- التذكر: مما لا شك فيه أن القدرة على التذكر ترتبط ارتباطا وثيقا بالقدرة العقلية، حيث نجد الطفل المعاق عقليا لديه ضعف عام في قدرته على تذكر الأسماء والموضوعات والأشكال ويظهر ذلك واضحا في الذاكرة قصيرة المدى، ويعود السبب في ذلك إلى عدم قدرة الطفل على استعمال الاستراتيجيات المناسبة للتذكر التي يقوم بها عادة الطفل العادي، حيث نجد أن أسلوب تعليم الطفل المتخلف عقليا يركز على التعلم الحسي أكثر من المجرد، لذا فإن المناهج التي تعطى للمتخلفين عقليا يجب أن تأخذ بعين الاعتبار الخطة التربوية والتعليمية الفردية لكل فرد من الأفراد ويجب على المعلم اتخاذ الأساليب المناسبة لعملية التعلم والتي تعتمد على الطريقة الحسية لا المجردة حتى يتمكن هؤلاء الأطفال من استيعابها. (تيسير مفلح وعمر فواز، 2018، 70-71).

ولقد أشار (صادق) إلى أن هيبز و زملائه قاموا بسلسلة من الأبحاث للكشف عن العوامل التي تؤثر في عملية التذكر لدى المعاقين عقليا ومقارنتهم مع العاديين واستخلص هيبز من هذه الأبحاث ما يلي:

- إن المتخلفين عقليا يقعون أقل من العاديين في التذكر المباشر وإن الحال ليست في التذكر غير المباشر.
- إن الفرق يتلشى بين المجموعتين في التذكر غير المباشر إذا قيس بالنسبة للمادة الأصلية في الموقف التعليمي.
- إن التكرار بعد تمام التعلم يفيد المعاقين عقليا بوجه عام، ولكنه يشئت انتباه الأطفال العاديين مما يؤثر على ما يؤثر على ما تعلموه بالفعل.
- تؤثر صعوبة المادة وطولها على نتائج التعلم بصورة واضحة.
- يكون للتعزير أثره الإيجابي في نتائج التعلم.

5-1-4- التمييز: لما كانت عملية الانتباه والتصنيف والتذكر لدى المتخلفين عقليا تواجه قصورا، فإن عملية التميز بدورها تتكون دون المستوى مقارنة بالعاديين، هذا وتختلف درجة الصعوبة في القدرة على التمييز تبعا لدرجة الإعاقة وعوامل أخرى متعددة وتكون صعوبات التمييز واضحة بين الاشكال والألوان والأحجام والأوزان والروائح والمذاقات المختلفة.

5-1-5- التخيل: يلاحظ أن المتخلفين عقليا بشكل عام ذوي خيال محدود، حيث أن عملية التخيل تتطلب درجة عالية من القدرة على استدعاء الصورة الذهنية وترتيبها في سياق منطقي ذي معنى وأسوة بالعمليات العقلية الأخرى فإن القصور في القدرة على التخيل تزداد بازدياد درجة الإعاقة.

5-1-6- الإدراك والتفكير: أشارت الأبحاث المعتمدة في مجال الإدراك عند المتخلفين عقليا أن لديهم قصورا في عمليات الإدراك، ثم أثبتت هذه الأبحاث أن المتخلفين عقليا لا يستطيعون فهم الأفكار المجردة، كما أنهم لا يستطيعون التعبير عن الأسس العامة وإن من خصائص تفكيرهم أنه يدور حول "هنا" و"الآن"، وهناك أيضا دلائل تشير إلى أنهم يفشلون في إظهار التفكير الابتكاري أو الإبداعي الذي يتناسب مع عمرهم العقلي.

وبالرغم من كثيرا من الدراسات والأبحاث قد كشفت عن فروق في الأداء بين المتخلفين عقليا والعاديين من الاطفال في مجال الإدراك، إلا أنه يصعب الوصول إلى استنتاجات قاطعة في هذا الشأن. (مصطفى و خليل، 2007، 59-60).

5-2- الخصائص اللغوية:

من المظاهر المميزة للمتخلفين عقليا المشكلات المرتبطة بالخصائص اللغوية، ونجد لدى المتخلف عقليا تصورا واضحا في استخدام اللغة والكلام فهو لا يستطيع استخدام اللغة الصحيحة أو الكلام المتناسق المعني، فمنذ عهد إسكيرول استطاع المهتمون لتعرف إلى علاقة الذكاء باللغة، مما دعا إسكيرول إلى محاولة تقسيم فئات المتخلفين عقليا حيث اعتمد في تقسيمه على مستوى اللغة التي يستخدمها الطفل، حيث أن اللغة التي يستخدمها الطفل أهمية بالغة في عملية التفاهم بين الناس، لذا فإننا نجد أن الطفل يتعرف على الأشياء وفهم الأحداث ويتفاعل مع غيره، ويتعامل مع مواقف الحياة اليومية عن طريق التفاهم بالكلام واللغة.

ومن أهم ما يميز الكلام واللغة عند المتخلف عقلي تأخر النمو اللغوي بصورة واضحة فنجد لديهم أن إخراج الأصوات ونطق الكلام واستخدام الجمل والتعبير اللفظي والمشاعر تظهر في عمر متأخر وبمستوى نضج أقل من الأطفال العاديين.

(تيسير مفلح وعمر فواز، 2010، 71-72).

5-3- الخصائص الاجتماعية:

لا يمكن النظر إلى الخصائص الاجتماعية لأولئك الأطفال بمعزل عن خصائصهم الجسمية والعقلية والمعرفية واللغوية، والانفعالية حيث أن هناك علاقة وثيقة بين هذه الخصائص، فانخفاض التكيف الاجتماعي لهذه الفئة إنما تعد نتاجا لتلك الخصائص وبالتالي قد تجعل بالطفل المتخلف عقليا منسحبا من المواقف والتفاعلات الاجتماعية ومن أهم المظاهر الاجتماعية المميز لهؤلاء الأفراد:

- قصور في الكفاءة الاجتماعية.
- عجز عن التكيف مع تلك البيئة التي يعيشون فيها.
- صعوبة إقامة علاقات إيجابية مع الآخرين.
- قصور في القدرة على التواصل.
- تدني مستوى المهارات اللازمة للتواصل سواء اللفظي أو غير اللفظي.
- عدم القدرة على المبادرة بالحديث مع الآخرين .

- قصور في المهارات الاجتماعية.
 - صعوبة في القدرة على التعلق بالآخرين والانتماء إليهم .
 - لا يهتمون بإقامة علاقات اجتماعية مع من هم في مثل عمرهم .
 - الميل إلى المشاركة من يصغرونهم سنا في أي ممارسات اجتماعية.
 - عدم القدرة على الفهم إدراك القواعد والمعايير الاجتماعية .
 - قصور في المهارات العناية بالذات .
 - قصور في المهارات اللازمة لأداء مختلف أنشطة الحياة اليومية.
- (عادل، 2004، 89-90).

5-4- الخصائص الجسمية والحركية : مما يلاحظ عليهم :

- بطء في معدل النمو الجسدي برغم تشابه تسلسل نموهم البدني مع أقرانهم العاديين.
 - بعض الحالات يصاحبها تشوهات جسمية.
 - اضطراب في النشاط الحركي خاصة ما يتعلق بالجري والوثب.
- (عبد الفتاح، 2001، 370).

6- قياس وتشخيص التخلف العقلي:

تتم عملية التشخيص ضمن برنامج متكامل من قبل فريق من المتخصصين متعددي التخصصات، بحيث يشمل جوانب النمو الجسمية والحسية والحركية والمعرفية والانفعالية والاجتماعية حتى تظهر جوانب القصور والضعف بدقة، مما يساعد على تقديم الخدمات العلاجية والتأهيلية المتكاملة اللازمة، للارتقاء بالطفل وتنميه في جميع نواحي النمو في نفس الوقت بحيث لا يتم الاهتمام بناحية أو أكثر دون النواحي الأخرى ويتفق الباحثون على ضرورة التقسيم الشامل والتشخيص التكاملي أو متعدد الأبعاد في تحديد الإعاقة العقلية وعلى عدم الاعتماد على اختبارات الذكاء وحدها في هذا الصدد، بحيث يغطي التشخيص التكاملي النواحي والجوانب الطبية التكوينية والصحية، والنفسية، والأسرية، والاجتماعية، والتربوية والتعليمية، وبذلك يكون التشخيص شاملا لكل مظاهر التخلف العقلي وفيما يلي شرح موجز للاتجاه التكاملي في تشخيص التخلف العقلي:

6-1- التشخيص الطبي: يتضمن التشخيص الطبي والذي يقوم به عادة أخصائي في طب الأطفال تقريراً عن عدد من الجوانب منها: تاريخ الحالة الوراثي، وأسباب الحالة، وظروف الحمل، ومظاهر النمو الجسمي للحالة واضطراباتها، والفحوص المخبرية اللازمة.

6-2- التشخيص السيكومتري: يقوم بهذا العمل أخصائي علم النفس، ويتضمن تقريراً عن القدرة العقلية للمفحوص، وذلك باستخدام إحدى مقاييس القدرة العقلية (test, i.Q) مثل مقياس ستانفورد بنية أو مقياس وكسلر أو مقياس الذكاء المصور وفي كثير من البلدان العربية مثل مصر والأردن والكويت وغيرها، جرى تطوير وتقنين عدد من هذه المقاييس، وقد تكون أكثر من تلك المقاييس صلاحية في تشخيص القدرة العقلية للمفحوص مقاييس ستانفورد بنية إذا لم يعاني المفحوص من اضطرابات لغوية، وألا يعتبر مقياس وكسلر لذكاء الأطفال، خاصة الجانب، الأدائي منه، أكثر مناسبة من غيره، ويهدف استخدام أي من هذه المقاييس إلى تقديم معلومات عن القدرة العقلية للمفحوص يعبر عنها بنسبة الذكاء .

6-3- التشخيص الاجتماعي:

يتضمن التشخيص الاجتماعي، والذي يقوم به عادة أخصائي في التربية الخاصة تقريراً عن درجة السلوك التكيفي ويعتبر هذا المقياس أكثر المقاييس صلاحية في تشخيص السلوك التكيفي للمتخلف عقلياً، بسبب تقنية على البيئة العربية.

6-4- التشخيص التربوي:

ويتضمن التشخيص التربوي، والذي يقوم به عادة أخصائي التربية الخاصة، تقريراً عن المهارات الأكاديمية للمفحوص وذلك باستخدام إحدى مقاييس المهارات الأكاديمية كمقياس المهارات اللغوية للمتخلفين عقلياً ومقياس المهارات العددية، ومقياس التهيئة المهنية للمتخلفين عقلياً، ومقياس مهارات لكتابة ومقياس مهارات القراءة.

(مصطفى و خليل، 2007، 64).

7- اتجاهات المختلفة نحو المتخلفين عقلياً:

يعتبر موضوع الاتجاهات نحو المتخلفين عقلياً متشعباً وعماماً ولغايات التسهيل على القارئ فسوف يتم تناوله بصورة مجزأة على النحو التالي:

7-1-1- اتجاهات الأسرة نحو ولادة طفل متخلف عقليا:

جميعنا يعلم بأن جميع أفراد الأسرة وخصوصا الأم والأب عندما ينتظرون مولودا جديدا، ويتأملون أن يكون هذا الطفل القادم جميلا وذكيا وسليما من جميع الجوانب ولكن تكون الصدمة الكبرى عندما يخبرهم الطبيب بأن طفلهم الموعود متخلف عقلي أو قد يتوقع أن يكون كذلك.

ويمكن أن نلخص ردود فعل الأسرة أو اتجاهاتها نحو الطفل المعاق إلى ما يلي:

7-1-1-1- الاتجاه السلبي أو الاتجاه الرفض: حيث نلاحظ أن بعض الأسر لم تكن

توقع أن يكون لها طفل متخلف و لذلك فهي لا تتقبل هذا الوضع المؤلم وتتهرب منه وترفضه بأشكال شتى، كأن يتبادل الزوجان التهم حول السبب في وجود الطفل المتخلف وقد يستمر ذلك طويلا وتتحول البيئة الأسرية إلى جحيم لا يطاق ويسبب مزيدا من الألم والتعاسة للزوجين وللأبناء الآخرين وقد يطلب الزوجان أو أحدهما الطلاق، وقد أشارت الدراسات في هذا الجانب أن نسبة الطلاق بين الأسر التي يوجد بها المتخلفين أعلى من نسبة الأسر التي لا يوجد بها متخلفين، ومثل هذه الحالات تحتاج إلى الإرشاد الأسري المكثف من قبل المتخصصين في مجالات التربية الخاصة وعلم النفس.

7-1-2- عدم الاكتراث والإهمال: حيث لوحظ أن بعض الأسر أو بعضا من أفرادها

يتكون لديهم اتجاهات سلبية نحو أطفالهم المتخلفين، فلا يتقبلونه إطلاقا وهذا الاتجاه يؤدي إلى إهمالهم بدرجة كبيرة، فلا يكثرثون لمظهره وملابسه وطعامه ولا يوفرّون له العناية الصحية الكافية، ويحاولون إخفائه عن حياتهم اليومية، ووضعه في مؤسسة داخلية للمتخلفين أو إبعاده عن أنشطة الأسرة وخصوصا الاجتماعية منها، مما يؤدي إلى زيادة درجة تخلف الطفل المعاق وخصوصا في القرى والأماكن النائية، ولذا كان لابد من وجود البرامج الإعلامية والتثقيفية المستمرة لأهالي المتخلفين.

7-1-3- الاهتمام الزائد بالطفل المتخلف : يتكون لدى البعض الأسر اتجاهات مغايرة

للاتجاهات الواردة في البندين السابقين، حيث أن أحد الوالدين أو كلاهما قد يبدي اهتماما زائدا في الرعاية والعناية بطفله المتخلف مما يعيق برامجه التعليمية والتدريبية ونشأته السلمية، يعود ذلك في كثير من الأحيان إلى الشعور بالإثم حيث يعتقد أحد الوالدين أو الذين

أو كلاهما بأنه السبب في وجود التخلف عند الطفل، ويمكن القول أن اتجاهات الأسرة نحو طفلها المتخلف قد تبدلت كثيرا من الاتجاهات السلبية إلى الإيجابية وذلك بسبب تقبل المجتمعات لها و توفر الرعاية والعناية لهم وصدور تشريعات خاصة بالتخلفين أقرتها هيئة الأمم المتحدة.

7-2- اتجاهات المحيط المدرسي:

تشير الدراسات بأن أقل المشكلات الاجتماعية التي يواجهها المتخلف العقلي هي في المدرسة، حيث تبنى الدراسات بأن معظم زملاء المتخلف في المدرسة يبدون نحوه التقبل والتفهم والتعاون، كذلك فإن المعلمين أيضا في معظم الأحيان يظهرون التقبل والتعاون مع الطفل المتخلف ويحاولون المساعدة بقدر المستطاع وإذا توافرت الإدارة المدرسية الجيدة والمتفهمة لمشكلات المتخلف وحاجاته فإنها بالتالي تعمل على توفير البيئة المدرسية الملائمة للطلاب المتخلف، وبالرغم من كل ما ذكر فإن الطالب المتخلف عقليا يواجه الإحباطات في المدرسة بسبب عدم قدرته على التحصيل الأكاديمي والسير مع زملائه في البرامج التربوية، وهذا يسبب للمعاق و أسرته كثيرا من إحباط.

7-3- اتجاهات المجتمع واتجاهات أصحاب العمل:

بالإضافة إلى الإحباطات التي يواجهها المتخلف في الأسرة والمدرسة، كما ذكرنا سابقا فإنه يواجه الإحباط في حياته اليومية في الشارع وفي الأماكن العامة وخلال استخدامه للمرافق العامة و استخدامه لوسائل المواصلات وغير ذلك من جوانب الحياة اليومية والسبب أن المتخلف يحتاج إلى تفهم الآخرين لكيفية التعامل معه ولكن من الصعب أن نجد لدى كافة أفراد المجتمع الفهم الجيد الإيجابي للمتخلف عقليا والقدرة على تقبله لذلك فهو معرض للإحباط. في مواقف كثيرة في حياته اليومية، كذلك نلاحظ أن غالبية أصحاب العمل والمصانع والشركات يترددون في توظيف المتخلف عقليا علما بأن الكثير من الوظائف والمهام يمكن أن يقوم بها المتخلف العقلي وبدرجة مقننة من الأداء إذا توافر له التدريب والتأهيل المهني الملائم وحديثا بدأت كثير من دول العالم تنص في قوانينها على ضرورة تشغيل التخلفين في مؤسساتها كذلك تعمل على توفير الحوافز المختلفة لتشجيع أصحاب العمل في القطاع الخاص على توظيف التخلفين. (مصطفى و خليل، 2007، 38-39).

8- حاجات النمو المختلفة للمتخلف عقليا ومعوقات تحقيقها :

8-1- حاجات النمو المختلفة للمتخلف عقليا :

يتنوع النقص في حاجات النمو المتخلف عقليا ما بين الحاجات الجسمية و العقلية والانفعالية والاجتماعية وغير ذلك . والتي تتطلب إزالة أهم المعوقات التي تقف عائقا في سبيل تحقيقها ومن هذه الحاجات :

- الحاجة إلى الغذاء الصحي المتكامل لأن العقل السليم في الجسم السليم .

- الحاجة للراحة و الاسترخاء والنوم .

- الحاجة إلى النشاط والحيوية لتنمية حركات الجسم والعضلات وباقي أجهزة الجسم المختلفة .

- الوقاية من الأمراض والوقاية المختلفة التي قد يتعرض لها المعاق بسبب نقص القصور في قدراته العقلية .

- الحاجة إلى الرعاية التربوية المختلفة لتنمية أوجه النشاط العقلي المختلفة بالتدريب المستمر والمتواصل على تنشيط العمليات المختلفة : تفكير، فهم ،إدراك ،تذكر، تخيل وغيرها .

- الحاجة إلى الثراء اللغوي وتنمية مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي .

- الحاجة إلى الانتماء والاجتماعية من خلال شعوره بالأمن النفسي ومن خلال المساندة الاجتماعية له حتى يتخلص من مشاعر الخوف والانسحابية والانطوائية .

- الحاجة إلى النشاط الرياضي المتنوع لخفض النشاط الزائد لديه .

8-2- صعوبات ومعوقات تعليم ورعاية المتخلفين عقليا :

8-2-1- معوقات حركية : تتمثل في صعوبة التنقل من مكان لآخر لعدم اعتماده على

نفسه في حمايته من المخاطر، وكذلك في صعوبة التوازن الحركي والتآزر العضلي وصعوبة قيامه بأداء عمل منفرد .

8-2-2-2- معوقات صحية : تتمثل في انخفاض مقاومته للأمراض الأمر الذي يتسبب في حدوث اضطرابات في وظيفة أجهزة الجسم المختلفة الداخلية منها والخارجية .

8-2-3- معوقات التواصل الشخصي والاجتماعي: سواء في تعرضه للعديد من الاضطرابات الانفعالية: قلق، توتر، عدوان، انسحاب، انطواء، مخاوف، فرط ، نشاط، أو في صعوبة إدراك فهم إشارات ومثيرات العالم الخارجي من حوله، أو في صعوبة واضطرابات الكلام والنطق لديه مع صعوبة استخدام الألفاظ الصوتية استخداما يتناسب مع المعنى والمضمون الحقيقي لها .

8-2-4- معوقات تربوية عقلية معرفية: حيث يجد المعاق ذهنيا صعوبة في الفهم والإدراك والتفكير المنطقي والتخيل والتحصيل مما يعوق قدرته على التعلم والاستيعاب .

(زينب، 2005، 255-256)

9- المهارات المطلوبة في البرنامج التربوي التعليمي الخاص بالمتخلفين عقليا :

9-1- مهارات التوجه : تشمل جوانب أربعة أساسية :

9-1-1- الذات: وتشمل معلومات عن الشخصية كالاسم والجنس والعمر الزمني والعنوان ، كما تشمل فكرة عن مكونات جسم الفرد ووظائفها علاوة على الانفعالات المختلفة من غضب ومرح وغيرها .

9-1-2- الأسرة: وتشمل أفراد الأسرة ومواصفات كل فرد ووظيفته ودرجة القرابة، وأهم المناسبات التي تجرى بالأسرة .

9-1-3- الحي : وتشمل معلومات عن المكان الذي يسكنه والعنوان والطرق التي يسير فيها وأماكن عامة كالصيدلية والمدرسة والمسجد والكنيسة والمستشفى التي توجد بالحي وغيرها .

9-1-4- المجتمع: إعطائه فكرة عن الحياة الاجتماعية العامة والوطن العربي والجغرافي وأسماء البلاد المحيطة وغير ذلك .

9-2- المهارات الاستقلالية : وتشمل :

9-2-1- مهارات الحياة اليومية : تدريبه على الأنشطة اليومية في البيت والحي والمدرسة.

9-2-2- مهارات العناية الذاتية : مثل استعمال المرافق الصحية والغسيل وأدوات التنظيف، وارتداء الملابس وخلعها، وآداب المائدة والطعام الخاصة بالأكل والشرب وكيفية استخدام الخدمات العامة كالتليفون ومركز الشرطة ومكتب البريد وغيرها .

9-3- المهارات الحركية : وتشمل :

9-3-1- المهارات الحركية العامة : أي الكبيرة: التدرج، الحبو، المشي، القفز .

9-3-2- المهارات الحركية الدقيقة : كالقبض على الأشياء، وتناول الأشياء بالأصابع، تركيب الأشكال، استخدام المقص ... الخ .

وتهدف إلى تقوية الجسم والعضلات بجانب تحقيق التآزر الحركي علاوة على تدريبه من خلالها على مهارات التنقل مثل السير في الأماكن المزدحمة، عبور الشارع، استعمال وسائل المواصلات المختلفة .

9-3- مهارات اللغة والاتصال : وتشمل

9-3-1- اللغة الاستقبالية (الفهم): كالاستجابة للمثيرات السمعية _ البصرية، وتنفيذ التعليمات، والتعرف على الأشياء واستخدامها، وفهم الجمل البسيطة .

9-3-2- اللغة التعبيرية : كالتقليد الحركي، والصوتي وإعطاء إجابات لفظية .

9-3-3- المفاهيم اللغوية : فهم وتسمية الأشكال والألوان، أسماء الأماكن، المترادفات، المتضادات، الفرد والجمع، الأفعال والصفات .

9-4- المهارات الأكاديمية : وتشمل :

9-4-1- مهارات القراءة : اكتساب المفاهيم، والقراءة البصرية، والهجيرية .

9-4-2- مهارات الكتابة : كتابة الحروف من خلال التقطيط والخرشة، كتابة جمل وكلمات، تقليد الأشكال، التدريب على الكتابة من اليمين إلى اليسار .

9-4-3- مهارات الحساب: الجمع والطرح ، والأحجام والأشكال، والتساوي بين الأشياء ومفهوم الكسر العادي، ووحدات قياس الزمن والطول والحجم والسعة والوزن .

9-5- المهارات الحسية :

التدريب على الوعي والفهم وتمييز المثيرات الخارجية من خلال تدريب الحواس السمعية والبصرية على أن يشمل البرنامج التدريبي: استقبال المثيرات والتعرف عليها والاستجابة لها.

9-6- المهارات الاجتماعية :

بهدف تطوير قدرة المعاق على التعامل والتفاعل بحيث ينسجم مع متطلبات الحياة الاجتماعية والتكيف داخل الأسرة والمجتمع وتحمل المسؤولية مثل: مهارة الانتقال والسفر ومهارات القيام بالعبادات، مهارة استعمال النقود، ومهارة الترويج عن النفس .

9-7- مهارات الأمن والسلامة:

تشمل تعليم الطفل مهارات السير في الأماكن العامة والشوارع مع حماية نفسه أثناء التنقل وتجنب المخاطر بنفسه .

9-8- المهارات العقلية المعرفية:

تشمل تعليم الطفل مهارات التمييز الحركي والبصري والتذكر والتخيل والادراك والفهم والتعميم والتمييز وتطور المفاهيم وأسلوب حل المشكلات ... وغيرها .

9-9- المهارات المهنية:

تعلم المهارات التي يحتاجها المعاق في ممارسة الأعمال المهنية المستقبلية من خلال برامج التعليم والتدريب والتشغيل . (زينب، 2005، 256-258)

ملخص الفصل:

التخلف العقلي هي حالة انخفاض في الأداء العقلي العام يظهر في مرحلة النمو (أثناء الفترة من الميلاد حتى سن 18 سنة) ويرافقه عجز في السلوك التكيفي، وانخفاض في الأداء العقلي الملحوظ إذا كان بمقدار إنحرافين معياريين عن المتوسط أما العجز في السلوك التكيفي فهو يعني افتقار الفرد إلى الكفاية اللازمة لتحمل المسؤولية الاجتماعية، والتمتع بالاستقلالية الذاتية المتوقعة من مجموعة عمرية وثقافية مماثلة لحالته.

تنوعت فئات التخلف العقلي وذلك تبعاً لتعدد مستوياتها وتعدد الأسباب المؤدية إليها، وتعدد المظاهر المميزة لحالات هذه الإعاقة والتي تختلف بدورها تبعاً لدرجة التخلف ووقت حدوثها، والحالة الإكلينيكية لها، حيث تتصف بعض الحالات بمظاهر وملامح جسمية معينة تميزها من غيرها من الحالات.

وتهدف تصنيفات التخلف العقلي إلى تحديد برامج تعليمية وعلاجية وفقاً لكل فئة ولما يحتاجه أفرادها وبما يناسب خصائصهم ومميزاتهم في جميع جوانبها العقلية واللغوية والاجتماعية وحركية وجسمية.

الجانب الميداني

الفصل الرابع:

البرنامج الإرشادي التدريبي المقترح

تمهيد

- 1- مفهوم الإرشاد النفسي
 - 2- مجالات الإرشاد النفسي
 - 3- أهداف الإرشاد النفسي في التربية الخاصة
 - 4- أهمية الإرشاد النفسي في التربية الخاصة
 - 5- اتجاهات الإرشاد النفسي
 - 6- البرنامج الإرشادي التدريبي
- خلاصة الفصل.

تمهيد:

يعد الإرشاد النفسي أحد فروع علم النفس التطبيقي و هو علم موجه لجميع المراحل العمرية بدءا من الطفولة حتى الشيخوخة، و مع جميع الفئات العادية و ذوي الاحتياجات الخاصة، لذا من الصعب وضع تعريف محدد للإرشاد النفسي حيث يركز بعضها على الإرشاد النفسي كمفهوم، و البعض يركز على العلاقة المهنية بين المرشد و المسترشد والبعض يركز على أهداف الإرشاد فضلا على أنه عملية إنسانية أو نشاط تعاوني بين مرشد مؤهل و ذي خبرة و مسترشد لديه مشكلة في حاجة إلى حلها .

1- مفهوم الإرشاد النفسي :

من الصعب وضع تعريف محدد للإرشاد، و ذلك لتعدد مجالاته و اختلاف نظرياته وبالتالي سوف نعرض بعض من التعريفات للإرشاد النفسي:

- يعرف روجرز (1970) الإرشاد النفسي بأنه العملية التي يحدث فيها تعديل لبنية الذات لدى العميل في إطار الأمن الذي توفره العلاقة مع المرشد و التي يتم فيها إدراك الخبرات المستبعدة في ذات جديدة .

- و يرى نيسنيل (1993) أن الإرشاد هو عملية تعلم تتيح للمسترشد اكتساب مهارات جديدة يستطيعون بواسطتها تغيير سلوكهم و ضبطه .

- و يعرف جلادنج (1996) الإرشاد بأنه نشاط مهني قصير المدى قائم على نظرية و توجهه معايير أخلاقية و قانونية، و يركز على مساعدة الأفراد اللذين هم في الأساس أسوياء نفسيا من أجل حل المشكلات النمائية الموقفية.

- بينما يؤكد الشناوي (1996) على الإرشاد النفسي كعملية تعليمية فيعرفه على أنه عملية ذات طابع تعليمي تتم وجها لوجه بين مرشد مؤهل و مسترشد يبحث على المساعدة ليحل مشكلاته و يتخذ قراراته حيث يساعده المرشد باستخدام مهاراته و العلاقة الإرشادية على فهم ذاته و ظروفه و الوصول إلى أنسب القرارات في الحاضر و المستقبل.

- بينما يقدم زهران (2005) تعريفا دقيقا للإرشاد، حيث يؤكد أن الإرشاد النفسي عملية بناءة تهدف إلى مساعدة الفرد لكي يفهم ذاته و يدرس شخصيته و يعرف خبرته ويحدد مشكلاته و ينمي امكاناته، و يحل مشكلاته في ضوء معرفته، و رغبته و تعليمه وتدريبه لكي يصل إلى تحقيق أهدافه و تحقيق الصحة النفسية و التوافق شخصيا و تربويا ومهنيا و زواجيا و أسريا .

هذا بالإضافة إلى تعريفات أخرى تؤكد على أن الإرشاد النفسي بأنه ممارسة في خدمة مهنية صممت لتوجيه الفرد نحو فهم أفضل للمشكلات و الامكانيات، باستخدام مبادئ علم النفس الحديثة .

و عموما في ضوء ما سبق يتضح مايلي:

- الإرشاد النفسي عملية تتم من خلال خطوات معينة و محددة
- الإرشاد النفسي عملية تعلم يسعى المرشد فيها إلى تعليم المسترشد القدرة على مواجهة مشكلاته و فهمه لذاته و البيئة التي يعيش فيها و استغلال امكانياته الذاتية و البيئية
- الإرشاد النفسي عملية جوهرها مساعدة المسترشد و تقديم العون له خلال موقف يسمح بتقديم ذلك العون
- الإرشاد النفسي يقوم به مرشد مؤهل ذو خبرة و لديه مهارات و قدرات معينة
- المسترشد شخص لديه ظروف أو مشاكل و يحتاج للإرشاد و التوجيه، و له خصائص شخصية يمكن أن تساهم في نجاح أو فشل عملية الإرشاد النفسي
- الإرشاد النفسي علاقة إنسانية بين المرشد و المسترشد قوامها التقبل الإيجابي غير المشروط
- الإرشاد النفسي ليس مجرد إعطاء النصائح أو حل لمشكلة لدى المسترشد بل هو مساعدة الفرد على التخلص مما يعانيه و المشكلات.

(علي عبد النبي، 2007، 153-155)

خلاصة القول أن الإرشاد النفسي أحد قنوات الخدمة النفسية، التي تقدم للأفراد و الجماعات بهدف التغلب على بعض الصعوبات التي تعترض سبيل الفرد أو الجماعة، و تعوق توافقهم و انتاجيتهم . فالإرشاد النفسي خدمة توجه إلى الافراد و الجماعات اللذين مازالوا قائمين في المجال السوي و لم يتحولوا بعد إلى المجال الغير سوي و لكنهم مع ذلك يواجهون مشكلات لها صبغة انفعالية حادة أو تتصف بدرجة من التعقيد و الشدة، بحيث يعجزون عن مواجهة هذه المشكلات بدون عون أو مساعدة من الخارج و الإرشاد النفسي يتركز على الفرد ذاته أو على الجماعة ذاتها بهدف إحداث التغيير في النظرة، و في التفكير و في المشاعر و الاتجاهات نحو المشكلة، و نحو الموضوعات الأخرى التي ترتبط بها و نحو العالم المحيط بالفرد أو الجماعة .

2- مجالات الإرشاد النفسي:

إن موضوع مجالات الإرشاد النفسي موضوع واسع يشمل العديد من جوانب الحياة، حيث أن بعض وجهات النظر تميل إلى تصنيف الإرشاد النفسي إلى ثلاث مجالات رئيسية هي : الإرشاد العلاجي - الإرشاد التربوي - الإرشاد المهني

في حين أن هناك وجهات نظر تميل إلى تقسيم مجالات الإرشاد النفسي إلى أكثر من ثلاثة، حيث تضم بالإضافة إلى ما ذكر: الإرشاد الزواجي - الإرشاد الأسري - إرشاد الأطفال - إرشاد المراهقين و الشباب - إرشاد كبار السن - إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة و ذويهم و هو مبحثنا الرئيسي في هذه الدراسة، حيث تقدم لأسرة الطفل المعاق وصولاً لتحقيق التوافق الأسري و تقبل حالته من ذوي الاحتياجات الخاصة و مساعدتهم على كيفية رعايته .

3- أهداف الإرشاد النفسي في التربية الخاصة:

مما لا شك فيه أن الإرشاد النفسي يسعى لتحقيق العديد من الأهداف التي تختلف باختلاف مجالات الإرشاد النفسي (تربوي - مهني - زواجي الخ) أو باختلاف المسترشدين، أو باختلاف النظرية الإرشاديةو لكن هناك اتفاق على أن الهدف العام لعملية الإرشاد النفسي هو تحقيق أقصى درجات التوافق المسترشد و تكيفه سواء مع نفسه أو مع بيئته و بمعنى آخر تحقيق الصحة النفسية .

و قد ذكر الشناوي و التويجري (1996) أن هناك اتفاق على أن الأهداف التالية مناسبة للإرشاد و هي:

- تسهيل عملية تغيير سلوك المسترشد
- زيادة مهارات المواجهة و التعامل مع المواقف الضاغطة
- النهوض بعملية اتخاذ القرارات للمسترشد و تمكينه من اتخاذ قرارات حاسمة وهامة في حياته
- تحسين العلاقات الشخصية في إطار العمل، المدرسة الأسرة .. الخ

- المساعدة على تنمية طاقات و امكانيات المسترشد

و قد لخص زهران (2005) أهداف الإرشاد النفسي في ما يلي :

- تحقيق الذات و هو دافع على حد تعبير روجرز يوجه سلوك الفرد و يجعله على استعداد دائم لتنمية فهم ذاته و معرفة و تحليل نفسه و فهم استعداداته و امكانياته
- تحقيق التوافق في كافة مجالاته (الشخصي - التربوي - المهني - الاجتماعي) للفرد.

- تحقيق الصحة النفسية و تحسين العملية التربوية .

بينما يرى القريطي (2005) أن المساعدة و التعليم هما جوهر الإرشاد النفسي وعماده، و أنه لكي تحقق العملية الإرشادية أهدافها بنجاح، فيجب أن تجري في اطار من العلاقة التي تحكمها مبادئ معينة من أهمها التأييد و الفهم و الاعتبار الإيجابي والإخلاص والاهتمام و التقبل الغير مشروط من قبل المرشد إزاء المسترشد...و أن هذه الأهداف تدور حول مساعدة المسترشد على فهم ذاته و الاستبصار بخصائصه و قدراته على حقيقتها وبالضغوط الواقعة عليه و اكتشاف الصعوبات التي تعترض نموه في الوسط الذي يعيش فيه و تمكينه من التحرر من الأنماط السلوكية الجامدة و الخاطئة أو تعديلها من خلال مصادره و امكانياته الشخصية إلى أقصى ما يمكنها بلوغه، و اكتساب مهارة شخصية و اجتماعية وأنماط جديدة ملائمة للتعامل بطريقة أكثر فاعلية مع نفسه و بيئته، و الضغوط الموقفية اليومية الحاضرة، و تجعله قادرا على تقرير الاختيارات الهادفة واتخاذ القرارات والحلول المناسبة للمشكلات . (علي عبد النبي، 2007 ، 156-158)

أما في مجال التربية الخاصة تهدف عملية الإرشاد النفسي لأسر ذوي الاحتياجات الخاصة:

- تحسين الظروف البيئية التي يعيش فيها الطفل عن طريق الوالدين و تبصيرهما بخصائص نموه و تدريبهما على كيفية التعامل معه و تشجيعهما على تجاوز مرحلة الأزمة في تقبل ابنهم المعاق

- مساعدة الوالدين على تنمية استعدادهما النفسي و علاج مشاكلهما الزوجية والأسرية و غيرها حتى تكون الأسرة متماسكة قادرة على رعاية طفلها من ذوي الاحتياجات الخاصة

- مساعدة الإخوة و أخوات الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة و إرشادهم نفسيا وتربويا على تقبل أخيهام و مطالب نموه و تخفيف مشاعر القلق و التوتر التي تنتابهم وإرشادهم بأهمية تعليم و تدريب و تأهيل أخيهام لتكوين اتجاهات إيجابية نحو أخيهام و زيادة تقبلهم النفسي لهم و زيادة تقبله النفسي له

- مشاركة الوالدين في جماعات آباء الاطفال ذوي الاحتياجات الخاصة او ما يعرف بالإرشاد الجمعي الكشف المبكر من خلال عملية الفرز و التمشيط و الحصر

- التقييم الشامل للحالة للتعرف على امكانات الحالة و أوجه القصور فيها عن طريق مقابلة ولي الأمر، ثم تصنيف الحالة و تسكينها في مستوى مناسب أو مجموعة مناسبة

- رسم البرنامج الفردي أو الجماعي و تنفيذه حسب طبيعة الحالة

- إعادة تأهيل و الفاع الاجتماعي عنهم في التعليم والتأهيل و الدمج في المجتمع

4- أهمية الإرشاد النفسي في التربية الخاصة:

يعتبر ميدان التربية الخاصة عموما أحد الميادين الحديثة التي لقت اهتمام متزايدا من قبل المختصين و العاملين في مختلف المجالات المهنية، و قد شهد تطور هذا المجال انطلاقة قوية و سريعة نتيجة لعوامل و متغيرات اجتماعية و ثقافية عديدة إنسانية و اخلاقية و تشريعية، تنادي بضرورة الحقوق الأساسية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة التي تتعلق بالصحة و التربية و العمل على الوصول بهم إلى أقصى درجة ممكنة تسمح بها طاقاتهم وقدراتهم أسوة بأقرانهم العاديين .

هذا فيما يتعلق بشكل عام بالأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة أنفسهم، و لكن ماذا عن موضوعنا الأساسي، ألا و هو أسر ذوي الاحتياجات الخاصة، فكما تؤثر الإعاقة في الطفل فإنها تؤثر في حياة أسرته و تؤدي إلى شعور والديه بالصدمة و خيبة الأمل، و الإحباط، والشعور بالذنب و القلق و عدم السيطرة أحيانا كما سيتضح لنا بالتفصيل أثناء استعراضنا

لهذا الموضوع لاحقا مما يؤثر سلبا في بناء العلاقات و التفاعلات بين الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة و أفراد أسرته نظرا لمحدودية قدرته على النمو و التطبيع الاجتماعي أو لصعوبة التفرغ الكامل من قبل الوالدين أو أحدهما لرعايته، و غالبا ما يعجز الوالدان عن مواجهة مشكلات طفليهما بالاحتياجات الخاصة بطريقة واقعية و موضوعية لعدم معرفتهما الكافية و وعيهما باحتياجاته و قلة الكفاءات و المهارات اللازمة للتعامل معه، الأمر الذي يستلزم ضرورة تضمين رعاية الوالدين و إرشادهما و مشاركتهم الفاعلة كأهداف أساسية لا ينبغي إغفالها في برامج (الإرشاد النفسي لذوي الاحتياجات الخاصة) و ذلك لما لهذه المشاركة من دور هام في حياة الطفل و في انجاح تلك البرامج، و يراعي إرشاد الوالدين جنبا إلى جنب مع الطفل لتعديل سلوكه الشخصي، و إزالة عوامل التوتر و عدم الانسجام في المحيط الأسري و إشراك الوالدين في برامج رعاية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، يعد أمرا لازما لتحقيق التكامل و الفاعلية لهاته البرامج نظرا لما تلعبه من دور هام في التنشئة الاجتماعية للطفل و رعاية جوانب نموه المختلفة .

فبذلك تتلائم عملية إرشاد الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة مع عملية إرشاد والديه و ذويه من الإخوة و بقية أفراد أسرته، أو تكون عملية إرشاد الطفل تقتصر عليه، أو تقتصر على والديه و ذويه فقط .(الخطيب وآخرون، 1992 ، 10)

5- اتجاهات الإرشاد النفسي :

للخدمة التي تقدم في الإرشاد النفسي خلفيات نظرية تعد هي الطريقة التي يمارس من خلالها المرشد عمله، إذ تتنوع و تتعدد هذه الاتجاهات و في ما يلي نعرض إلى أهمها بالنسبة للبرنامج المقترح و التي أستند عليها تطبيقيا و نظريا:

5-1- الإرشاد العقلاني الانفعالي :

قدم ألبرت أليس هذا الأسلوب خلال سلسلة من المقالات بدأت عام 1955م و بلغت ذروتها في كتاب (العقل و الانفعال في العلاج النفسي) الذي جمع فيه كل شروحه و قد صدر بعدها عددا من الكتب دعمت طريقته بالدراسات و الأدلة الاكلينيكية.

(جنان، 2005، 427)

حيث تقوم هذه النظرية على افتراض أن الأشياء في ذاتها لا تثير الخوف أو القلق لدى الفرد و لكن الآراء و المعتقدات التي يكونها الفرد من هذه الأشياء و الموضوعات أو الطريقة التي يدرك بها تلك الأشياء هي السبب في ذلك . لذلك تقوم هذه النظرية الإرشادية على قدرة المرشد باستخدام فنيات معرفية و انفعالية لمساعدة المسترشدين في التغلب على ما لديهم من أفكار و معتقدات خاطئة و غير عقلانية و التي يصاحبها اضطراب في السلوك و شخصية الفرد و استبدالها بأفكار و معتقدات أكثر عقلانية و منطقية تساعد على التوافق مع المجتمع .

و يرى أليس أن معظم المشكلات النفسية لا تتجم عن ضغوط خارجية بل تأتي من وجود الأفكار و المعتقدات الخاطئة التي يعتنقها الفرد نتيجة لنقص المعلومات و الأفكار الصحيحة لديه . و بالتالي ما يعانيه المسترشد من مشاكل هو السبب فيها و ليس الخبرات أو المواقف المسببة للمشكلة، لذلك يجب على المرشد لعب الدور مثل المناقشة و الاسترخاء و الانموذج و التشكيل و التخيل ... الخ .

و للمرشد دور فعال في هذه النظرية من خلال استخدام مجموعة من الفنيات المعرفية و الانفعالية و السلوكية لتحليل الأفكار الغير منطقية و اللاعقلانية لمساعدة المسترشد على تكوين أفكار منطقية و عقلانية، حيث أن الإرشاد العقلاني الانفعالي يهتم بالصلة المتداخلة بين التفكير و الانفعال حيث أن الحوار الداخلي و معتقدات الشخص ينتج عنها السلوك الانفعالي و تهدف العملية الإرشادية إلى تغيير الأفكار و الحديث الذاتي التي يتمخض عنها الانفعالات غير الملائمة و السلوك المضطرب و عليه يكون تغيير الأفكار لتصبح أكثر عقلانية .

و لتفعيل دور الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي في مجال التربية الخاصة و أسر المعوقين، يجب توعية و تبصير أولياء الأمور بأن الحدث (A) لا ينتج عنه النتيجة الانفعالية (C) و لكن معتقدات الشخص (B) هي التي ينتج عنها الاستجابة (C) و يجب أن تكون استجابة الشخص لهذا النموذج:

(A) هو الحدث النشط و هو يمثل شخص أو حدث أو اتجاه .

(B) نظام اعتقاد الفرد و تفسيره للحدث (A) .

(C) النتيجة السلوكية و الانفعالية كرد فعل للمعتقدات اتجاه الحدث (A) كانهال جديد ملائم .

(D) و هي التنفيذ و المجادلة و التوضيح حتى يكتسب سلوك جديد (E)

(E) فلسفة جديدة ايجابية ملائمة للموقف و العقلانية .

(F) المشاعر الإيجابية المترتبة على الحدث (A) .

(علي عبد النبي، 2007، 188-190)

5-2- الإرشاد السلوكي:

يطلق على النظرية السلوكية اسم " نظرية المثير و الاستجابة " و تعرف كذلك باسم نظرية التعلم، حيث انها تركز على المفاهيم و المبادئ و القوانين التي تتعلق بالسلوك وعملية التعلم و حل المشكلات، و قد تزعم واتسون هاته النظرية و من أبرز روادها بافلوف، ثورندايك .

حيث يركز الإرشاد السلوكي على تعديل السلوك الخاطئ بدلا من التركيز على إحداث تغيرات أساسية في الشخصية، و بدلا من سبر غور اللاشعور أو النفاذ إلى أفكار المريض و مشاعره، فإن المعالج السلوكي يهتم باستبعاد الأعراض و تعديل الأنماط القاصرة و المعبرة عن سوء التكيف بتطبيق فنيات التعلم الأساسية مثل التشريط البافلوفي و التشريط الإجرائي و العلاج التفييري و الكف المتبادل و التحصين التدريجي .

تتوقف فاعلية الإرشاد السلوكي في مجال العمل مع أسر ذوي الاحتياجات الخاصة على كفاءة المرشد في اتباع الخطوات أو الإجراءات الإرشادية التالية و التي تهدف إلى تعديل السلوك المضطرب و منها ما يلي :

- تحديد السلوك المضطرب أو المشكلة التي يعاني منها المسترشد (الوالدان)
- تحديد المواقف و الظروف التي يحدث فيها هذا السلوك المضطرب .
- تحديد العوامل المسؤولة عن استمرارية السلوك المضطرب .

- اختيار أفضل الطرق والأساليب الإرشادية المناسبة لتعديل السلوك مثل الاسترخاء، خفض الحساسية التدريجي، النمذجة، برامج التدريب التوكيدي، برامج إدارة الذات
 - تنفيذ الطريقة الإرشادية المناسبة عبر الجلسات الإرشادية .
 - إعداد جداول التعديل أو التغيير أو الضبط .
 - تنفيذ خطة التعديل أو التغيير أو الضبط عمليا . (زهران، 2005، 120)
- و يعتقد البعض أن الآباء يلعبون دورا هاما في التأثير على سلوك الطفل المعاق وتغييره و إدارته، و في هذا الصدد ذكر استيوارت (1996) أربع طرق يستطيع بها الآباء التأثير على سلوك الطفل و تغييره و إدارته:

- الزيادة: حيث يمكن للآباء زيادة أو تقوية السلوك الجيد الذي لا يحدث دائما .
- النقصان: يستطيع من خلاله الآباء إضعاف السلوك الغير مرغوب فيه .
- التشكيل: يمكن للآباء مساعدة الطفل على تعلم سلوك ما من خلال مكافأة السلوك القريب من السلوك المرغوب تعلمه، و كلما تم أداء استجابة بشكل متكرر فإنه يجب على الآباء مكافأة الطفل على الخطوات أو الاستجابات الأقرب للسلوك المرغوب .
- الاستمرارية: لكي يحافظ الطفل على بقاء السلوك المرغوب فإن على الآباء الاستمرار في مكافأته على هذا السلوك .

و هكذا يتضح أن للآباء دور فعال في تشكيل سلوك الطفل المعوق من خلال تعزيز السلوكيات المرغوبة و العكس، و مما ينمي هذا الدور الوالدي هو تدريب الوالدين على برامج تعديل سلوك الطفل على أيدي أخصائيين في مجال التربية الخاصة حتى يكون لديهم وجهة نظر علمية فيما يتعلق بتعديل سلوك الطفل . (علي عبد النبي، 2007، 183-184)

5-3- الإرشاد النفسي الديني:

يعد الإرشاد الديني من أنجح أساليب الإرشاد في مساعدة الوالدين في التخفيف من مشاعر الصدمة، و تحريكهما صوب الرضا بما أصابهما و تقبل ابنهما من ذوي الاحتياجات الخاصة، لاسيما أن تدين الوالدين هو أحد العوامل الهامة و المؤثرة في نمط استجابتهما

وطبيعة ردود أفعالهما إزاء أزمة ولادة طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة، و على هذا الأساس فإن الإيمان بقضاء الله و قدره هو من أهم مصادر السكينة و الطمأنينة و الأمن النفسي، و التكيف مع المتغيرات و الأحداث من حولنا، و السيطرة على مشاعر القلق والخوف و الجزع و اليأس التي تولدها المصائب و الاحداث الأليمة و المفجعة في حياتنا وذلك بالصبر على المكاره و التحرر من مشاعر الإثم و التحلي بروح الأمل و التفاؤل والاختذ بالأسباب و تحمل المسؤولية عن طريق العامل الموضوعي في مواجهتها ابتغاء لرحمة الله و مثوبته، مصدقا لقوله سبحانه و تعالى " .. و لنجزين للذين صبروا أجرهم بأحسن ما كانوا يعملون " و قوله عز و جل " من عمل صالحا من ذكر أو أنثى و هو مؤمن فلنجزيه حياة طيبة و لنجزينهم أجرهم بأحسن ما كانوا يعملون " .

5-4- الإرشاد النفسي الجماعي:

يقصد بالإرشاد الجماعي مقابلة المرشد لأكثر من فرد واحد أثناء الفترة المخصصة للعلاج، إذ يشترط في الإرشاد بهذه الطريقة مجموعة من الأفراد يتراوح عددها من (6 إلى 12) شخصا. (جودت، 2002، 388)

يعتبر الإرشاد الجماعي أحد أهم طرق الإرشاد النفسي حيث تتم العملية الإرشادية في موقف جماعي مع آباء الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة، أو اعضاء أسرهم لمناقشة همومهم و انفعالاتهم، و خبراتهم و همومهم المشتركة بهدف زيادة فهمهم لها و إدراكهم لأنفسهم، و مساعدتهم على تعديل أو تغيير اتجاهاتهم، و تطوير قدراتهم على التعامل مع مشكلاتهم على أسس واقعية بطريقة بناءة .

و يتميز الإرشاد الجماعي لآباء ذوي الاحتياجات الخاصة، و أسرهم بمميزات عديدة من أهمها ما يلي :

- كسر طوق العزلة الاجتماعية الذي ربما فرضته أسرة الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة حول نفسها، و الانفتاح على الآخرين ممن لهم ظروف مماثلة، و تبادل التجارب والخبرات معهم، مما يساهم في تحسين توافقها من جانب، و تعلم اكتساب مهارات و أنماط سلوكية جديدة تزيد من درجة التكيف مع الصعوبات التي تواجهها من جانب آخر .

- الحد من مقاومة الوالدين و أعضاء الأسر، و طرح مشاعرهم و أحاسيسهم بخصوص الطفل و مشكلته، و مساعدتهم على التنفيس الانفعالي عنها في مناخ يتسم بالود و الفهم، مما يتيح مزيد من الفرص لتخفيض حدة التوتر و القلق و الضغوطات الانفعالية ويساعد على عدم الاستغراق في لوم الذات .

- إشعار الوالدين بالمساندة و التأييد و الدعم الانفعالي من خلال شعورهما المتزايد بأنهما ليسا الوحيدان اللذان يعانيان بمفردهما من مشكلات الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة .

- يتضمن الإرشاد النفسي الجماعي قدرا أقل من الشعور بالتهديد لاسيما بالنسبة للآباء اللذين يتخرجون من التعبير اللفظي عن مشاعرهم و يتجنبون الإرشاد الفردي المباشر فضلا عن أنه من حيث الكلفة و يخدم مجموعة من الأفراد في وقت واحد بكلفة أقل .
(علاء الدين، 1999، 53)

إن و في آخر هذا العرض لأهم الاتجاهات في الإرشاد النفسي و حسب المعمول بها في هذه الدراسة، فإنه يمكن القول أن لكل إرشاد من هذه الأساليب دوره في عملية الإرشاد النفسي و جانبه الذي يختص به وقت أداء الخدمة النفسية، و البرامج الإرشادية تعد وجها تطبيقيا لهذه العملية الذي لا يختص بأسلوب واحد دون غيره، بل انه يمتاز بأنه قابل لأن يشمل العديد من الأساليب، و لعل هذا ما يبرر التعدد الذي سار عليه البرنامج الإرشادي التدريبي المقترح مستفيدا من هذه الخاصية و لكن ما هو البرنامج الإرشادي التدريبي

6- البرنامج الإرشادي التدريبي:

يومي البرنامج الإرشادي التدريبي إلى تحقيق أهداف معينة بحيث تمهد كل خطوة للخطوة التي تليها، البرنامج عملية منظمة و مخططة أين ترتبط البداية بنهاية العمل و تؤدي إلى تعديل الأساليب السلوكية الخاطئة و المعارف السلبية لدى الأفراد باستبدالها بأساليب سلوكية جديدة و أفكار و اتجاهات أكثر ايجابية مما يترتب عليها التوافق لدى المشاركين في البرنامج الإرشادي التدريبي .

6-1- تعريف البرنامج الإرشادي :

يعرف ريبر (1985) البرنامج الإرشادي بأنه خطة مصممة لبحث أي موضوع يخص الفرد أو المجتمع شريطة أن تكون هادفة لأداء بعض العمليات المحددة .

كما يعرفها عزة حسين (1989) على أنه خطة تتضمن عدة أنشطة تهدف إلى مساعدة الفرد على الاستبصار بسلوكه و الوعي بمشكلاته، و تدريبه نحو توظيف طاقات الفرد وتنمية قدراته و مهاراته. (رياض، 2008، 15)

عرف حامد زهران (1998) البرنامج الإرشادي بأنه برنامج مخطط و منظم في ضوء أسس علمية، لتقديم الخدمات الإرشادية المباشرة، و الغير مباشرة، فرديا و جماعيا لجميع من تضمهم المؤسسة بهدف مساعدتهم في تحقيق النمو السوي و القيام بالاختيار الواعي المتعلق لتحقيق التوافق النفسي داخل المؤسسة و خارجها و يقوم بتخطيطه و تنفيذه و تقييمه لجنة و فريق من المسؤولين المتخصصين المؤهلين. (هشام، 2007، 298)

6-2- تعريف البرنامج التدريبي:

يعرف عبد الجليل التدريب على أنه عملية تزويد الأفراد أو الجماعات بالمعلومات والخبرات و المهارات و طرق الأداء و السلوك بحيث يكون هؤلاء الافراد أو الجماعات قادرين على القيام بوظائفهم بفعالية و كفاءة . (نبيل، 1980، 183)

كما يعرف البرنامج التدريبي على أنه عبارة عن عملية مخططة و منظمة و مستمرة تهدف إلى تنمية مهارات و قدرات المستهدف و زيادة في مهاراته و تحسين سلوكه بما يمكن من إدماجه الاجتماعي و الأسري بشكل مقبول . (يونس، 1995، 59)

6-3- الخلفية النظرية للبرنامج الإرشادي التدريبي :

يزخر ميدان الإرشاد النفسي بالعديد من النظريات الإرشادية تتضمن النظرية التحليلية و نظرية الإرشاد السلوكي العقلاني و الانفعالي و التعديل السلوكي عند سكينر، ونظرية الإرشاد المتمركز على العميل و صاحبها كارل راجرز و نظرية التعلم الاجتماعي عند باندورا، و الإرشاد الأسري و الإرشاد بالواقع و غيرها من النظريات الإرشادية والعلاجية فهي كثيرة و متنوعة و هذا التعدد يفيد في مواجهة المشكلات لدى الأفراد، كما يمكن

للبرنامج الإرشادي التدريبي أن يعتمد على نظرية واحدة من نظريات الإرشاد النفسي، ويفضل الاعتماد على أكثر من نظرية إرشادية و الاستفادة منها لما تشتمل عليه من فنيات تسهم بفعالية و ايجابية البرنامج الإرشادي التدريبي و على أساس النظريات التي يستند إليها يمكن تحديد الفنيات الإرشادية المستخدمة في البرنامج . (طه، 2004، 283)

و هذا يبرر استخدام الباحثة لأوجه مختلفة من النظريات و التي تم التركيز عليها في ما سبق و التي ذكرت في اتجاهات الإرشاد النفسي المستخدمة في البرنامج المقترح على شكل خدمات للإرشاد الأسري لأسر ذوي الاحتياجات الخاصة .

6-3-1- تعريف إرشاد أسر ذوي الاحتياجات الخاصة:

يشير مفهوم الإرشاد النفسي لآباء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة و أسرته إلى تلك العملية التي يستخدم خلالها المرشد خبراته و كفاءته المهنية في مساعدة آباء و أخوة الطفل المعاق على الوعي بمشاعرهم نحوه و تفهم حالته و تقبلها، و تطوير و استثمار أكبر قدر مما لديهم من امكانات للنمو و التعلم و التغيير في اكتساب المهارات اللازمة لمواجهة المشكلات و الضغوط الناتجة عن وجوده بالأسرة و المشاركة بفعالية في دمج و تعليمه و تدريبه و التعاون المثمر مع مصادر تقديم الخدمات بما يحقق له أقصى إمكانات النمو والتوافق .

الإرشاد هو علاقة مساندة بين أخصائي مدرب و والدي طفل غير عادي، يعملون للوصول إلى فهم أفضل لاهتمامهم و مشاكلهم و مشاعرهم الخاصة، فهو عملية تعليمية تركز على استشارة و تشجيع النمو الشخصي الذي عن طريقه يساعد المرشد الوالدين لاكتساب و تنمية و استخدام مهارات و اتجاهات ضرورية للوصول إلى حل مرضي لمشكلاتهم أو اهتماماتهم، فيساعد الإرشاد الوالدين على أن يصبحوا ذو فعالية تامة لخدمة طفلهم و على أن يقدروا قيمة العيش المنسجم، كأعضاء في وحدة أسرية مكتملة التوافق .

6-3-2- دواعي إرشاد أسر ذوي الاحتياجات الخاصة:

يمكننا أن نجل أهم ضرورات و دواعي الإرشاد النفسي لآباء الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة و أسرهم فيما يلي :

أ- التأثير العميق للوالدين في التعليم المبكر للطفل:

إن كثير من آباء هاته الفئة لا يحسنون رعاية أطفالهم، إما لجهل بحالة الطفل واحتياجاته، أو لنقص في خبرة بتعليم الطفل، أو لفهم خاطئ لمسؤوليات الأسرة أو إهمال أو تقاعس عن الواجبات، أو لعدم توافر امكانيات الرعاية و العناية بالطفل و في هذا الإطار يمكن النظر إلى أن إرشاد الوالدين و أسر الأطفال المعاقين يجب ان يكون جزءا أصيلا ضمن برامج التدخل المبكر لرعاية الطفل، حيث يسهم الإسراع بتقديم الخدمات الإرشادية للوالدين و الأسرة في التعجيل بتخفيف الآثار النفسية السلبية المترتبة على ميلاد طفل معاق و تحريك الوالدين نحو تقبل الطفل و الاندماج معه و زيادة مستوى الرضا .

ب- ردود الأفعال الوالدية و الأسرية السلبية إزاء أزمة ميلاد طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة:

نستخلص من نتائج البحوث و الدراسات، أن أهم ردود الأفعال و الاستجابات الوالدية الشائعة اتجاه أزمة طفل معاق ما يلي :

- الشعور بالصدمة و الذهول و خيبة الأمل .
- التشكيك في التشخيص و عدم تصديقه و الإنكار .
- الشعور بالإحباط و الأسى و الحزن .
- الخوف الزائد من نواحي عديدة .
- الشعور بالارتباك و التشويش و العجز عن مواجهة المشكلة بواقعية .
- الشعور العميق بالذنب و لوم الذات و التأنيب الذاتي .
- رفض الطفل .
- الشعور بالاكتئاب .
- البحث عن علاج لحالة الطفل بأي و سيلة و ثمن .

إن وجود طفل معاق من شأنه أن يستثير لدى أبويه استجابات و ردود أفعال سلبية تختلف من أب إلى آخر، و بذلك تستلزم تدخلا إرشاديا .

ج- الضغوط النفسية التي يتعرض لها آباء و أسر أطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة و افتقارهم إلى كيفية التعايش معها :

من بين أهم الضغوط التي يعيش تحت وطأتها آباء و أسر هؤلاء الأطفال المعاقين فهي كما يلي:

- قلة المعلومات بشأن طبيعة المشكلة و أسبابها و كيفية التعامل معها .
- عدم معرفة لمصادر الخدمات المتاحة، و في برامج الرعاية العلاجية والتدريبية و التأهيلية المتوفرة .
- التوتر و القلق و الانشغال إلى حد الخوف على مستقبل الطفل .
- المشكلات السلوكية و الصحية لدى الطفل المعاق .
- ضغوط مادية تتمثل في زيادة الأعباء المالية نتيجة ما تستلزمه رعاية الطفل من كلفة اقتصادية و ما يترتب عنه استنزاف لمعظم موارد الأسرة .
- شكوك الوالدين في جدوى تعليم الطفل و تدريبه .
- الشعور المرير بالجرح و الحساسية و عدم الارتياح في المواقف و المناسبات الاجتماعية .
- صرف معظم وقت الوالدين في رعاية الطفل، و شعورهما بالإرهاق لما تتطلبه حالته من الاهتمام المستمر .
- ضالة الوقت المتاح لرعاية بقية الأبناء، و قلة فرص الشعور بمتعة الحياة الأسرية .

6-3-3- خطة إرشاد أسر ذوي الاحتياجات الخاصة :

غالبا ما تواجه أسر ذوي الاحتياجات الخاصة جملة من المشكلات الخاصة أثناء محاولتها التكيف و التعايش مع وجود الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة .

و في الوقت ذاته، فإن هذه الأسر عرضة للضغوط و التوترات التي تواجهها كل أسرة في المجتمعات المعاصرة و بالتالي هناك 6 خطوات فعلية يمكن أن يكون لها دور في وضع خطة بإرشاد أسر الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة، و مساعدتهم على التكيف مع الوضع الذي يعيشونه، و هذه الخطوات هي :

- مساعدة الوالدين للنظر للشخص من ذوي الاحتياجات الخاصة و الإعاقة بصورة موضوعية بقدر الإمكان .
- مساعدة الوالدين على فهم ما هو محتمل أن يكون سلوك الشخص من فئة الاحتياجات الخاصة مستقبلا .
- مساعدة الوالدين على التعلم و التعرف على الأساليب التي تساعدكم على التكيف و التأقلم مع الشخص من فئة ذوي الاحتياجات الخاصة .
- مساعدة كافة أفراد الأسرة بما فيهم الأخوة على فهم بأن الشخص من ذوي الاحتياجات الخاصة لديه نفس الاحتياجات التي لديهم مثل الاحتياجات الجسمية و الجنسية و الترفيهية و التربوية .
- مساعدة الوالدين على التعلم و التعرف على كافة المصادر المتوفرة في المجتمع
- مساعدة الوالدين بالاستمرارية في التعقب أو اقتفاء أثر التحسن لدى الشخص من ذوي الاحتياجات الخاصة، نحو الأهداف العامة و الأهداف الفرعية التي يجب وضعها من أجل تأسيس جهد الحوار المشترك ما بين المرشد و الوالدين .

(الخطيب و آخرون، 1992، 40)

6-4- الأسس التي تقوم عليها البرامج الإرشادية التدريبية:

عند تصميم و بناء برنامج في الإرشاد النفسي لابد أن يؤخذ في الحسبان الاعتبارات التالية لضمان نجاح و فاعلية البرنامج:

- مراعاة التجانس لتكوين الجماعة للبرنامج من حيث العمر الزمني بحيث لا يصلح تطبيقه على كل الفئات العمرية كذلك مراعاة الاحتياجات الإرشادية حسب نوع وطبيعة المشكلة التي يعاني منها المشاركون في البرنامج و تشمل مراعاة المستوى الثقافي والاقتصادي و الاجتماعي بين هذه الجماعة .

- أن يكون القائم بالبرنامج مرشد خبير بدينامية الجماعة .

- أن يكون البرنامج واقعي في حدود الامكانيات المتاحة و الممكنة .

- مراعاة الفروق بين الجنسين .

- أن يكون حجم الجماعة الإرشادية ما بين 6-7 أو 10 أشخاص على الأكثر بحيث يتيح للأعضاء المشاركين فيها الحديث بحرية، كما يتيح فرصاً أوسع للتفاعل اللفظي و التعبير عن الذات و المشاركة التعاونية.

- أن تكون مدة الجلسة ما بين 45 دقيقة إلى ساعة و نصف .

(طه، 2004، 283)

و عليه فإن كل برنامج إرشادي تدريبي يمتاز بصفات خاصة و دالة على طبيعة المشكلة المراد معالجتها و من هم الأفراد المعنيين له، كما يعكس الصورة العامة للخدمة الإرشادية أو التدريبية أو العلاجية أو جميعاً حسب مضمون كل برنامج .

6-5- الخصائص العامة التي تقوم عليها البرامج الإرشادية التدريبية :

حتى يمكن الحكم عن البرنامج الإرشادي التدريبي بأنه استراتيجية منظمة لها أهدافها كما تسير بخطوات منظمة و واضحة و لها نتائج يمكن التعرف على مدى الأثر الذي أحدثه البرنامج في شخصية المسترشدين، و بصورة عامة أهم الخصائص التي يتمتع بها البرنامج الإرشادي هي كالتالي:

6-5-1- التنظيم و التخطيط: فالبرنامج الإرشادي التدريبي استراتيجية منظمة مخطط

لها من قبل الخبراء ذوي الكفاءة العلمية و العملية في مجال تصميم البرنامج الإرشادي التدريبي، مما يعني تغطية جميع عناصر البرنامج من حيث التمهيدية، ووضع الأهداف واختيار الأفراد المستهدفون و خطوات سيره، بحيث لا تسبق مرحلة أخرى .

6-5-2- المرونة : و يقصد بها أن البرنامج ليس ثابتاً قطعياً و إنما هو مرن قابل

للتعديل من حيث الجلسات و الفنيات المستخدمة في ظل ما يطرأ من مستجدات و ظروف على العملية الإرشادية التدريبية، و المرشد و المسترشد و البيئة المحيطة بالعملية .

6-5-3- الشمول : أي أن يكون البرنامج يحوي جميع جوانب مشكلة المسترشد

وجميع أبعادها الاجتماعية، و الانفعالية و النفسية، كما يتضمن الشمول جميع أدوات القياس المناسبة و الفنيات و غيرها من العناصر الأساسية في البرنامج .

6-5-4- التكامل : أي تكامل عناصر البرنامج مع معطيات حالة المسترشد النفسية

أثناء عملية تفسير في التغيرات التي حدثت في سلوك المسترشد ضمن الوجه التاريخي والحالي فالمعطيات التي تم جمعها ينبغي أن تتألف و تنتظم ضمن الشخصية برمتها في وحدتها التاريخية و في علاقتها الراهنة بالبيئة .

6-5-5- الموضوعية : يجب أن يكون البرنامج موضوعياً من حيث:

- النظرية الأرضية التي استند عليها .
- نظرة المرشد إلى مشكلة المسترشد بصورة كلية .
- الأدوات و المقاييس الخاصة بالفحص و التشخيص و التقويم و التقييم
- الفنيات المستخدمة في البرنامج .
- أحكام المرشد على الآخرين و على عملية الإرشاد النفسي برمتها .
- الإطار المرجعي الثقافي الذي يطبق فيه البرنامج، أين يجب أن تكون نتائج البرنامج مناسبة للبيئة الاجتماعية بما فيها من قيم و عادات اجتماعية أصيلة .

6-5-6- الدقة و سهولة التطبيق : أي أن يكون البرنامج دقيق في تحديد أهدافه وسيره و تفسير نتائجه و أن تكون إجراءاته سهلة التطبيق من قبل المرشد النفسي والمسترشد قادر على فهمها و تمثلها دون أدنى صعوبة .

6-5-7- امكانية التعميم : أي امكانية تطبيقه على أفراد آخرين يعانون من نفس المشكلة التي يتصدى لها هذا البرنامج . (طه، 2004، 25-26)

و عليه فإن من شأن هذه الخصائص إن توفرت في برامج إرشادية تدريبية معينة فنتوقع أداؤه لما وضع له بتحقيق أهدافه بنجاح، و هو التوقع الأول الذي يطرحه المقيمون للبرنامج كاستراتيجية تخدم الأفراد في التصدي لمشكلة معينة .

خلاصة الفصل :

من خلال هذا الفصل يمكن الانتهاء إلى أن خدمة الإرشاد النفسي في مجملها تسعى إلى مساعدة الأفراد و الجماعات من أجل تحقيق أكثر توافق نفسي و توازن مع المواقف الحياتية المتباينة، بحيث تعتبر الخدمات الموجهة لأسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة كعميل مختلف أشكال الدعم الأسري و العاطفي و الاجتماعي و الاقتصادي و الإرشادي والتدريبي بهدف تحسين نوعية حياتها، و مساعدتها على فهم حالة الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة و مشكلاته و تقبله، و تحسين أنماط الاتصال و التفاعل المبكر بين الوالدين و الطفل، و تهيئة بيئة منزلية مواتية و معززة لنموه الصحي و المتكامل في إطار تركيزها على برامج التوجيه و الإرشاد النفسي التي يقوم عليها فريق من الأعضاء متعددي التخصصات .

الفصل الخامس

الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

تمهيد

1- الدراسة الاستطلاعية

2- حدود الدراسة

3- منهج الدراسة

4- عينة الدراسة

5- أدوات الدراسة

5-1- مقياس جودة الحياة الأسرية

5-2- موجز جلسات البرنامج الإرشادي

6- الأسلوب الإحصائي المستخدم

خلاصة

تمهيد:

بعد التعرف على ماهية التخلف العقلي و اتجاه الأسرة نحو هذه الإعاقة و أسس المبادئ في التعليم و التدريب هذه الفئة، لجأنا إلى جودة الحياة الأسرية لتحسينها للوصول للرضى عن الحياة من أجل تحقيق استقلالية المتخلف عقلياً ، و الذي كان موضوع الفصل الثالث، وعلى أساس جودة الحياة الأسرية تم تصميم البرنامج الارشادي والتدريبي المقترح لتحسين الحياة في ظل وجود طفل متخلف عقلياً ، وفي هذا الفصل سننتاول :

1- الدراسة الاستطلاعية:

تعد الدراسة الاستطلاعية دراسة مبدئية يقوم بها الباحث بهدف التعرف علي ميدان الدراسة وبالتالي ضبط المتغيرات و تحديد الإشكالية بدقة، كما تعرف الدراسة الاستطلاعية صياغة فرضيات الدراسة و اختيار عينة الدراسة.

و قد قامت الباحثة بإجراء الدراسة الاستطلاعية من خلال فترة التريص التي كانت في 19 فيفري إلى 08 مارس 2017 بالمؤسسة التعليمية الخاصة بالأطفال المتخلفين عقليا بالشط لولاية الوادي.

حيث عمدت الباحثة في هذا التريص بالتقرب أكثر من الأطفال المتخلفين عقليا بكافة أعمارهم وملاحظة المربين لكيفية التعامل معهم خلال الجلسة الدراسية وفترة الراحة وتخصيص يوم لكل قسم من أقسام المؤسسة، كذلك تخصيص يوم لعيادة المؤسسة للتعرف على دور كل مختص في العيادة وما مدى تقديمه للخدمات المساندة لهذه الفئة ولأسرهم .

فكان لهذا التريص الاستفادة في اعداد البرنامج الدراسة الحالية، وذلك من خلال الالتقاء بأسر الحالات الخارجية المتابعين في المؤسسة كل يوم ثلاثاء والتماس احتياجاتهم المعرفية والنفسية والاجتماعية وكيفية حل مشكلاتهم مع إعاقه ابنهم .

2- حدود الدراسة:

2-1- الحدود الزمنية:

تم إجراء الدراسة في 21 مارس الى 29 أفريل من العام 2017، التي دامت مدة شهر ونصف.

2-2- الحدود المكانية:

في القاعة العلاج المخصصة للباحثة حيث جهزت قاعة خاصة بالعمل فيها.

1. الحدود المنهجية: استخدمت الباحثة المنهج التجريبي ذي المجموعة الواحدة

2. الحدود البشرية: اقتصرَت الدراسة الحالية على عينة من الآباء و الأمهات لأطفال متخلفين عقليا تتراوح أعمارهم بين (31-42) سنة ممن يتابعون أبنائهم في المركز البيداغوجي للمتخلفين عقليا بالوادي .

3- منهج الدراسة:

3-1- المنهج المعتمد في الدراسة:

إن أول خطوة هامة هي اختيار المنهج الملائم للدراسة، باعتباره حسب "بدوي" الطريق المؤدي إلى الكشف عن الحقيقة في العلوم بواسطة طائفة من القواعد العامة تهيمن على سير العقل وتحديد عملياته حتى يصل إلى نتيجة معلومة. (عبد الرحمن، 1977، 5)

وبالتالي يحدد موضوع الدراسة طبيعة المنهج المستخدم، حيث يتمثل المنهج المستخدم في الدراسة الحالية المنهج التجريبي .

ويعرف المنهج التجريبي بأنه المنهج الذي يهدف إلى إقامة العلاقة التي تربط السبب بالنتيجة بين الظواهر أو المتغيرات، وإقامة العلاقة بين السبب والنتيجة فإننا نقوم بإجراء التجربة التي يتم من خلالها معالجة متغير أو أكثر بتغيير محتواه عدة مرات، ويسمى هذا المتغير بالمتغير المستقل. إن هذه العملية تسمح بدراسة آثار المتغير المستقل في المتغير الذي يتلقى تأثيره، والمسمى بالمتغير التابع. (أنجرس، 2004، 102)

انطلاقاً من هذا التحديد يمكننا القول أن المنهج التجريبي يقوم على العامل التجريبي أو المتغير المستقل المتمثل في البرنامج الإرشادي المقترح المصمم لأسر الأطفال المعاقين عقلياً وهو المتغير المراد قياس مدى تأثيره على الموقف، أما المتغير التابع لهذا البحث فيتمثل في جودة الحياة الأسرية الذي يتغير ويتأثر نتيجة تأثير المتغير المستقل.

3-2- التصميم قبل التجريبي (البدائي):

التصميمات قبل التجريبية (البدائية) يُلجأ إلى تطبيقها إلا عندما يكون من غير الممكن أو من الصعب كما ذكر "تكمان" (1978) تطبيق التصميمات التجريبية الحقيقية أو الشبه التجريبية. (صالح، 1995، 315)

وتتلخص حسب عبد اللطيف الغامدي (1999) في الشكل الموالي خصائص التصميم قبل التجريبي (البدائي) للمجموعة الواحدة اختبار قبلي واختبار بعدي، والمتمثلة في تصميمه وبناءه وأثر العامل (المتغير المستقل)، ثم فاعلية هذا التصميم في ضبط المهددات المؤثرة على صدقه الداخلي والخارجي، مع الإشارة إلى مميزاته وعيوبه :

التصميم ذو المجموعة الواحدة
واختبار قبلي واختبار بعدي

التصميمات قبل
التجريبية (البدائية)

التصميم والبناء			
A	O ₁	X	O ₂
المجموعة الاختبار التجريبية والتعينين الغير عشوائى.	القياس القبلي لمقياس جودة الحياة الأسرية لأسر الأطفال المتخلفين عقلياً .	ادخال المتغير التجريبى المتمثل في البرنامج الإرشادي التدريبي المصمم لتحسين جودة الحياة الأسرية لأسر الأطفال المتخلفين عقلياً .	القياس البعدي لمقياس جودة الحياة الأسرية لأسر الأطفال المتخلفين عقلياً .
أثر المتغير المستقل			
O ₂ - O ₁			
فاعلية التصميم في ضبط المهددات المؤثرة على:			

ضبط الصدق الخارجي					ضبط الصدق الداخلي						
تد	أثار	أثار	أثر	التفاعل بين الاختيار والنضج	الفناء التجريبي	أسلوب اختيار العينة	الاتحدار الاحصائي	اداة القياس	عملية الاختبار	التصحيح	التاريخ
خل أثر المتغيرات المستقلة	ردود الفعل للإجراءات التجريبية	ردود (تحيز الاختيار) على المتغير المستقل	الاختبار القبلي على مستوى الاستجابة للمتغير المستقل								
	؟	-	-								
عيوب التصميم					مميزات التصميم						

الصدق الداخلي	- الاختبار القبلي يجعل هذا التصميم أفضل، بحيث لا يعاني من تأثير محتمل لبعض مهدّات هذا الصدق ومنها (أسلوب اختيار العينة، والفناء التجريبي) بمعنى أصبح لديه مناعة ضد تأثير المهدّات.	لهور العديد من المهدّات التي يمكن أن تؤثر على النتائج منها: 1- الأحداث العارضة (التاريخ) 2- النضج نتيجة النمو وزيادة زمن الدراسة. 3- التعود على طريقة وموقف الاختبار 4- أداة القياس من حيث السهولة والصعوبة، وكذلك صعوبة الحصول على صور متكافئة للتطبيقين. 5- التفاعل بين الاختيار والنضج. 6- التأثير المحتمل للانحدار الاحصائي الناتج عن موقف الاختبار الغير مضبوط من ناحية الأداء وانحداره نحو المتوسط في التطبيقين.
الصدق الخارجي	- ليس هناك مزايا تذكر لعدم قدرته على ضبط مهدّات هذا الصدق.	صعوبة تعميم النتائج لهذا التصميم لعدم قدرته على ضبط بعض مهدّات هذا الصدق منها: 1- أثر الاختبار القبلي على التجربة (المتغير المستقل). 2- أثر تفاعل تحيزات الاختيار للعينة مع المتغير المستقل فيصعب التعميم. 3- احتمال ظهور بعض مؤشرات عدم الصدق الخارجي ومنها تفاعل المتغير المستقل مع الاختبار القبلي والاجابة بطريقة مغايرة.

الشكل (05): خصائص التصميم قبل التجريبي (البدائي) للمجموعة الواحدة اختبار قبلي واختبار بعدي. (عبد اللطيف، 1999، 17)

يتضح من خلال قراءة الشكل (05): أننا نخضع في التصميم البدائي ذي المجموعة الواحدة بدون مجموعة ضابطة وبدون اختيار أو تعيين عشوائي واختبار قبلي (O_1) واختبار بعدي (O_2) المعتمد في بحثنا هذا، المجموعة الواحدة التجريبية للمتغير المستقل بعد أن يتم اختبارها اختباراً قبلياً، ثم تختبر أيضاً بعد التجربة باختبار بعدي لمقارنة نتائجه بنتائج الاختبار القبلي، وذلك من أجل معرفة أثر المتغير المستقل، أما بخصوص فاعلية التصميم في ضبط المهددات المؤثرة على صدقه الداخلي والخارجي نجد أن تطبيق القياس القبلي لقياس جودة الحياة الأسرية لأسر الأطفال المتخلفين عقلياً. على المجموعة التجريبية يعتبر ميزة إيجابية لهذا التصميم أنه يمنع تأثير بعض المعوقات المهددة للصدق الداخلي للتصميم والمُشار إليها بالإشارة (+) وهي العوامل التي تم ضبطها في التصميم ولا تؤثر في صدقه وهي: أسلوب اختيار العينة، والفناء التجريبي.

كما نجد بالمقابل أن هذا التصميم لا يخلو من وجود عيوب والمتمثلة في العديد من العوامل المهددة لصدقه الداخلي والخارجي والمُشار إليها بالإشارة (-) وهي العوامل التي لم يتم ضبطها في التصميم كونها تؤثر في صدقه، والتي يجب على الباحث توفير الحد الأدنى منها، بذلك نكون قد قللنا من عوامل الخطأ التي تؤثر على بناء هذا البحث وفيما يلي العوامل المهددة للصدق بشقيه:

4- عينة الدراسة:

تمثل العينة جزء من المجتمع الأصلي أو مجموعة من المفردات التي يجري عليها البحث العينة هي تلك التي تحتار بشكل يجعلها ممثلة للمجتمع الأصلي تمثيلاً صحيحاً وعندئذ يستطيع الباحث أن يستخلص من دراسة العينة نتائج تصلح للتعبير عن المجتمع بأكمله.

(الخضر، 2004، 26).

إن تحديد العينة و ضبطها بدقة يساعد الباحث على إنجاح بحثه و التخفيف من الفرضيات التي وضعت للدراسة، و بالتالي ثم اختيار عينة هذه الدراسة "بطريقة قصدية" حيث

عمد الباحث باختيار هذه العينة اختياراً حراً على أساس أنها تحقق أغراض الدراسة التي يقوم بها. (عبد المنعم، 2006، 32).

و ذلك نظراً لطبيعة موضوع الدراسة التي تقتصر على الأسر الذين لهم أطفال متخلفين عقلياً أعمارهم أقل من 7 سنوات، فتم اختيار العينة من خلال الأسر المتابعين خارجياً الموجودين في مؤسسة الأطفال المتخلفين عقلياً ، فتم عرض الفكرة على هذه الأسر و حوصلة عن موضوع الدراسة ثم بعدئذ تم اختيار 5 أسر من المجموع 10 أسر على أساس قبول لكلا الوالدين للمشاركة في البرنامج للدراسة الحالية، مع التركيز على نوع الإعاقة لابنهم (تخلف عقلي) عمره المحدد في الدراسة و هو أقل من 7 سنوات حيث كانت مجموعة واحدة مكونة من 5 أسر (5 أمهات و 5 آباء) ذوي أطفال متخلفين عقلياً أقل من 7 سنوات، و بالتالي تم تطبيق البرنامج الإرشادي التدريبي المقترح على هؤلاء الأسر خلال 21 مارس إلى 29 أبريل 2017.

5- أدوات الدراسة :

أدوات جمع البيانات في البحث العلمي ضرورة أساسية من أجل قياس متغيرات الدراسة قياساً صحيحاً ، بحيث يختلف أدوت جمع البيانات باختلاف طبيعة الظاهرة المدروسة و في الدراسة الحالية تتمثل أدوات جمع البيانات في : مقياس جودة الحياة الأسرية - موجز جلسات البرنامج المقترح.

5-1 مقياس جودة الحياة الأسرية:

هذه الأداة موجهة للأسر ذوي الاحتياجات الخاصة لتقيس درجة جودة الحياة الأسرية لهم في ظل وجود الطفل المعاق، حصلت الباحثة على هذا المقياس عن طريق شرائه من البروفسورة "أماني عبد المقصود عبد الوهاب"، أستاذة الصحة النفسية و الإرشاد النفسي، بمصر و التي قامت بالإعداد سنة 2015 حيث وضحت معدة المقياس بأنه نظراً لحدثة المفهوم والاهتمام بالفرد المعاق بدلاً من الأسرة الراحية له، ترتب عليه ندرة في وجود أدوات موثوقة وصحيحة لتقييم جودة الحياة للطفل و الأسرة، فوجدت سوى أداتين فقط في البيئة الأجنبية

الاولى ثم اعدادها بواسطة مركز الشاطئ المعني للإعاقة، والأخرى بواسطة المشروع القومي لجودة الحياة الأسرية. حيث دعا العديد من الباحثين في مجال الإعاقة إلى الاهتمام بجودة الحياة الأسرية و الانتقال من الاهتمام بالفرد إلى الاهتمام بوحدة الأسرة و وضع تصور و طرق قياس تتاسب المفهوم، كما أوضح عدد من الباحثين وجود نقص في المقاييس الخاصة بتقدير جودة الحياة الأسرية، خاصة للأسر التي لديها أطفال معاقين و قد قام بإعداد هذه الأداة مركز الشاطئ المعني بالإعاقة، قامت معدة المقياس بتقنين هذه الأداة بعد أن تبين لها وجود حاجة ملحة لوجود أداة تقيس جودة الحياة الأسرية لأسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.

و الهدف من هذا المقياس حسب أمني عبد المقصود أنها أداة عامة للاستخدام مع الأم التي لديها أطفال معاقين بمختلف الأعمار من الميلاد حتى 21 سنة، و لجميع أنواع الإعاقات و شدتها مثل: الإعاقة العقلية، اضطراب طيف التوحد، تأخر النمو، الاضطرابات الانفعالية، صعوبات التعلم، الإعاقة الجسدية، اضطرابات النطق/اللغة، الإعاقة البصرية، الإعاقة السمعية، و إصابات الدماغ و المرض العقلي، كما يهدف هذا المقياس إلى تقديم الدعم والمساندة للقائمين على رعاية الأطفال، و توجيه مقدمي الخدمات الذين يعملون مع الأفراد والأسر، فضلا عن مديري المؤسسات و السياسيين و الباحثين في مختلف نظم الخدمة الاجتماعية، و تشجيع جودة الرعاية لكل الأسر في مختلف جوانب الحياة الأسرية نظراً لأن الأسرة هي الوحدة الأساسية لبناء المجتمع.

في أصل المقياس للبيئة الأجنبية، حيث يتكون من 25 بندا مقسمة على خمس أبعاد هي:

التفاعل الأسري (6 بنود)، الوالدية (6 بنود)، السعادة انفعالية (4 بنود)، السعادة المادية و الصحية الجسمية (5 بنود)، و العدم المرتبط بالإعاقة (4 بنود)، و قد قام معدو المقياس بحساب الصدق و الثبات بعدة طرق: فبنسبة للصدق فقد تم استخدام الصدق الظاهري و صدق المحتوى و بالنسبة للثبات فقد أوضح معدو المقياس أنه طبق في عدد كبير من الدول، مستخدمين الاشتياق الداخلي و إعادة الاختبار و تراوحت قيمة ألفا كرونباخ بين 0.76-0.90

بالإضافة إلى إعادة الاختبار، كما أوضح معدو القياس ان المقياس بحاجة إلى تطوير و أن يشمل الأم التي لها أطفال ذوي إعاقة نهائية و يقيمون مع أسرهم.

ثم قامت "أماني عبد المقصود" بترجمة المقياس إلى العربية، ثم عرضته على متخصصين في اللغة العربية و علم النفس و الصحة النفسية للتأكد من سلامة الترجمة و عدم الإخلال بالمعنى النفسي لبنود المقياس، و لتقنين الأداة تم تطبيق المقياس على عينة مكونة من 100 أب و أم ومن أسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة إعاقات متعددة و مختلفة الشدة.

أما عن طريقة الاستجابة فكانت اختيار استجابة واحد من خمس استجابات هي "نعم بدرجة كبيرة" اذا كانت العبارة تنطبق تماماً على المفحوص و تعطي "خمس درجات"، و"نعم بدرجة متوسطة" اذا كانت العبارة تنطبق بدرجة متوسطة أو بعض الشيء على المفحوص وتعطي "أربع درجات" و "نعم بدرجة قليلة" إذا كانت العبارة تنطبق بدرجة ضعيفة على المفحوص و تعطي "ثلاث درجات" و "نادراً" إذا كانت العبارة تنطبق على المفحوص لدرجة قليلة جداً و تعطي "درجتان" و "لا" اذا كانت العبارة لا تنطبق على المفحوص و تعطي درجة "واحدة"، ومن ثم تراوحت درجات الاستجابة من (25- 125 درجة)، و فيما يلي جدول التالي يوضح أرقام العبارات لكل بعد من أبعاد المقياس :

المجموع	أرقام العبارات	الأبعاد
06	1.7.10.11.12.18	التفاعل الأسري
06	2.5.8.14.17.19	الوالدية
04	3.4.9.13	السعادة الانفعالية و العاطفية
05	6.15.16.20.21	السعادة المادية و الصحة الجسمية
04	22.23.24.25	الدعم المرتبط بالإعاقة
25	مج	

جدول 03 مكونات مقياس جودة الحياة الأسرية

بحيث قامت معدة المقياس بإجراء الصدق و الثبات للتحقق من سلامة المقياس في تطبيقه على الوالدين أو القائمين برعاية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.

فتم إتباع عدة إجراءات للتحقق من صدق الأداة هي : صدق المحكمين، و صدق الاتساق الداخلي.

فيما يتعلق بالصدق المحكمين اعتمدت معدة المقياس على آراء عدد من المحكمين وهم عشرة من الأساتذة علم النفس و الصحة النفسية بالجامعات المصرية، حيث كان الاتفاق بنسبة 90 بالمائة على البنود التي يتضمنها المقياس.

أما فيما يتعلق بالاتساق الداخلي تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بعد من الأبعاد المتضمنة في المقياس و الدرجة الكلية فكانت النتيجة ارتفاع ودالة عند 0.01 لكل معاملات الارتباط مما أشار على أن المقياس على درجة مناسبة من الصدق، مما يثبت صلاحيته للاستخدام فيما صمم من أجله.

ثم تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بعد من الأبعاد و المتضمنة في المقياس والدرجة الكلية للمقياس فوجدت أن جميع المعاملات الارتباط مرتفعة و دالة مما يشير أنه على درجة مناسبة من الصدق و له صلاحياته للاستخدام فيما صمم من أجله.

أما الثبات فعملت " أماني عبد المقصود " بحساب الثبات للمقياس بطريقتين:

- طريقة إعادة الإجراء: حيث تم تطبيق الأداة مرتين بفواصل زمني أسبوعين على مجموعة قوامها 50 أم من أسر الأطفال المعاقين، و يصاب معامل الارتباط بين الدرجات التي حصل عليها الأفراد في التطبيقين الأول و الثاني كان 0.747 وهو معامل ارتباط عالٍ يشير إلى أن المقياس يتمتع بقدر عالٍ من الثبات.

- طريقة ألفا كرونباخ: تم تطبيق المقياس على مجموعة كلية قوامها 50 أم من أسر الأطفال المعاقين. حيث بلغ معامل الثبات ألفا 0.811 وهو معامل عالٍ، مما يطمئن معدة القياس إلى إمكانية استخدام المقياس.

كما أشارت "أماني عبد المقصود" لإمكانية صلاحيته المقياس في أي بيئة عربية لبساطته من ناحية المفردات و الأسلوب طرحه و استعمال اللغة العربية التي تنتهج في أي بيئة العربية و بالتالي يعتبر جاهز للاستخدام في أي بيئة عربية، و الملحق (1) يوضح الصورة النهائية للمقياس جودة الحياة الأسرية ذوي الاحتياجات الخاصة من إعداد "أماني عبد المقصود عبد الوهاب" (2015). (أماني، 2015، 5-10).

5-2- موجز جلسات البرنامج الإرشادي التدريبي:

بعد إعداد البرنامج المقترح من طرف الطالبة الباحثة و اعتماداً على عدد من المراجع المتخصصة: منها : " لمحمد النوبي علي" (2010)، " علي عبد النبي حنفي"، (2007)، "مدحت محمد أبو النصر" (2000)، "عصام أنور" (2004)، "عبد المحسن المقصود سلطان" (2005) ... إلخ .

إضافة إلى البرامج الإرشادية منها: "لصلاح الدين عراقة"، (2006)، "فؤاد عبد الجوالدة " 2013 (دراسة جابر عبد الحميد جابر)، " دعاء السيد محمد الراجحي"، "أماني سعيدة سيد إبراهيم" (2013). ودراسة "رانيا عبد الله دراز عبد الله " (2014) .

و بذلك تم إعداد البرنامج الإرشادي التدريبي المقترح، وكما هو معمول به في البرامج تم عرض البرنامج الإرشادي في صورته الأولية على عدد من الأساتذة الجامعيين بجامعة حماة لخضر بالوادي القسم العلوم الاجتماعية قصد تحكيمه من حيث:

- تناسب مع الهدف العام للدراسة .
- تناسب محتواه مع الأهداف الإجرائية للبرنامج المقترح.
- مدى توافق عدد الجلسات مع الأهداف الإجرائية.
- الأهداف الإجرائية و الأهداف العامة
- الأهداف و الغايات
- التقنيات أو الفنيات المستخدمة، و التقدير الزمني للجلسات.

و بعد تحكيم البرنامج الارشادي التدريبي المقترح تم أخذ جميع ملاحظات الأساتذة المحكمين بعين الاعتبار في إعداد الصورة النهائية للبرنامج الإرشادي التدريبي، و في ما يلي موجز جلسات البرنامج المقترح مع العلم أن المدة الزمنية لكل جلسة ساعة و نصف تقريباً .

5-2-1-الأهداف الإجرائية:

- التقدير الإيجابي غير المشروط للطفل المتخلف عقلياً من خلال الدعم المعلوماتي

و المعرفي عن الإعاقة.

- استبصار لمدى تأثير العلاقة الزوجية على النسق الأسري و تصحيح أفكارهم اللاعقلانية عن الإعاقة.

- التفاعل و التواصل بين الطفل و والديه وتفعيل دور الإخوة بإيجابية لمساندة أخوهم المعاق.

- أهمية دور الوالدين في تنمية الكفاءة الاجتماعية للطفل و العناية بالذات

- الاهتمام بالرعاية الصحية و التربوية و العلاجية للمعاق.

- التعرف على مختلف المؤسسات و المراكز المتخصصة في تقديم الخدمات المساندة و الدعم للطفل المعاق.

5-2-2- مخطط سير الجلسات:

• الجلسة الأولى :

- الموضوع : التمهيد للبرنامج المقترح

- الأهداف:

التعارف بين المرشد و أعضاء الجماعة البرنامج

بناء الثقة بين المرشد و الأعضاء

تطبيق مقياس جودة الحياة الأسرية

- التقنيات المستخدمة

المحاضرة و المناقشة

- محتوى الجلسة:

بعد التعارف و التعريف بالبرنامج الارشادي التدريبي المقترح، ستقوم المرشدة بشرح طريقة العمل مع المجموعة أو أعضاء البرنامج، و شروط نجاح العمل و هي: القبول و الإقبال و التقبل.

- القبول : بإنجاز جميع الجلسات البرنامج الارشادي التدريبي المقترح و الاستفادة من جميع نشاطاته.

- الإقبال : وهو حضور أعضاء إلى جلسات البرنامج المقترح بدون شروط، أي دون أن يكون ذلك عامل ضغط على الأعضاء .

- التقبل: وهو الجو الإرشادي و التدريبي القائم على الثقة بين المرشدة و الأعضاء الذي يضمن السرية و الجدية و الانضباط في العمل الجماعي بين الأعضاء و كذا العلاقة الإرشادية.

- الاتفاق على مواعيد سير الجلسات القادمة الإحدى عشرة.

• الجلسة الثانية:

- الموضوع: التعرف على مفهوم التخلف العقلي بجميع أجزائه.

- التقنيات المستخدمة:

المحاضرة، مناقشة، واجب منزلي.

- محتوى الجلسة:

ستقوم المرشدة بشرح مفهوم التخلف العقلي و تحديد أنواعها

توضيح الأسباب المحدثة للتخلف العقلي.

عرض معلومات عن النمو و التغيرات التي تحدث للطفل المتخلف عقلياً .

و توضيح لمجموعة الخصائص الجسمية و العقلية والمعرفية و الانفعالية والاجتماعية للمتخلف عقلياً .

• الجلسة الثالثة:

- الموضوع: التعرف لمدى تأثير العلاقة الزوجية على النسق الأسري و العمل لتصحيح الأفكار اللاعقلانية للوالدين.

- التقنيات المستخدمة:

المحاضرة،مناقشة عامة، إعادة البناء المعرفي.

- محتوى الجلسة:

مناقشة عامة للواجب المنزلي لمعرفة مدى استيعاب الأعضاء للجلسة الفارطة والمعلومات المقدمة فيها.

الحديث عن طبيعة العلاقة بين الزوجين و تأثيره على الرعاية و التربية للأطفال و تأثير على النسق الأسري.

طلب من المرشدة للوالدين بكتابة شعور كل واحد عند معرفته بإعاقه ابنه ومدى التأثير ذلك على النسق الأسري ؟

ثم القيام بتعليق الإجابات على السبورة و قبل البدء بمناقشة الإجابات توضيح و شرح مفصل للردود المتباينة و المتوقعة عند معرفة الوالدين لإعاقه ابنهم اعتمادا على الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي "لألبيرت أليس" .

ثم إعطاء المجموعة الأعضاء مهلة 15 د بتحليل المنطقي بصياغة أفكار عقلانية من أفكار غير عقلانية، و تفيد الاستنتاجات المنطقية بمثابة حافز لقبل الطفل.

• الجلسة الرابعة:

- الموضوع: أهمية التفاعل و التواصل بين الطفل و الوالدين و تفعيل دور الإخوة لمساندة أخيهام المعاق.
- التقنيات المستخدمة
- المحاضرة، مناقشة.
- محتوى الجلسة :

تقوم المرشدة بشرح أهمية التفاعل بين الطفل و والديه في التكوين النفسي للطفل

تتاول توضيح مدى أهمية التواصل اللفظي و غير اللفظي مع الطفل لجعله مشاركاً فعالاً داخل النسق الأسري و شعوره بالأمان النفسي.

الحديث على دور الوالدين في أهمية مشاركة الأخوة و تفعيل دورهم بالإيجابية.

• الجلسة الخامسة:

- الموضوع: " التعرف على حاجات الطفل المتخلف عقلياً و مختلف المهارات لتساعده على إشباع حاجياته.
- التقنيات المستخدمة:
- المحاضرة، مناقشة، واجب منزلي.
- محتوى الجلسة :

توضح المرشدة الحاجات الفسيولوجية و الاجتماعية و النفسية و التربوية و الحركية للطفل المتخلف العقلي.

التفصيل بالحديث عن مختلف المهارات اللازمة و الضرورية لإشباع حاجات الطفل المتخلف عقلياً و بكل ما تتطلبه من جزئيات لتعليمها و تدريبها للطفل المعاق.

التعرف على تطور الحركة و الاتصال و اللغة الكلام و مراحلها لاكتساب اللغة و ماذا تعني بالمهارات الحياة اليومية و الحديث على قدرة المعاق على تعلم المواد التعليمية النظامية للمؤسسة الخاصة وصولاً للمهارات قبل المهنة.

طلب المشردة من أعضاء البرنامج بالقيام بالواجب المنزلي: بكتابة ملخص ما يكتسب الطفل من مهارات المذكورة و أهم ما يخصه من المهارات السابقة.

• الجلسة السادسة:

- الموضوع: التعرف على أسس و مبادئ تعليم و تدريب الطفل المتخلف عقلياً .

- التقنيات المستخدمة:

المحاضرة، مناقشة.

- محتوى الجلسة:

توضيح أساسيات و مبادئ في تعليم الطفل المتخلف عقلياً :

بداية بشرح المرشدة لمجموعة من المفاهيم: المهارة، النشاط، تجزئة المهارة.

الحديث على التقنيات المعتمدة في تعليم الطفل المتخلف عقلياً :

النمذجة، مبدأ التكرار، التعزيز المادي و المعنوي، إطفاء.

إلقاء الضوء على انتهاج أسلوب التشجيع المستمر من قبل الوالدين للطفل مع ضرورة الحديث بنبرة صوت هادئة و ودودة توافقها تغيرات الوجه الانفعالية ونظرات العيون و حركات الجسم.

أساس تعلم الطفل بالتعرف على جسده أولاً وحواسه و إدراكه لجسمه.

عرض شريطي فيديو :

الأول فيه عرض حول جلسة تخاطب مع طفل و أرطوفونية ومعها أمه تعاود كل نشاط تقوم به الأرطوفونية وهي عبارة على حركات لتنشيط الخدين و عضلات الفم أما الثاني فيه

كيفية تعليم الطفل التفريق بين أشكال و أدوات المطبخ و الآلات المنزلية و تبين طريقة مكافأة الطفل.

حيث كل شريط فيديو 5 دقائق.

مناقشة جماعية حول الوقت أو المدة الزمنية التي ستغرق في تدريب أو تعليم الطفل المعاق و تختلف من طفل إلى آخر و التشجيع المستمر للوالدين بالاستمرارية و المواظبة.

• الجلسة السابعة :

- **الموضوع:** تدريب الوالدين لعمل مخطط لخطة فردية لبناء برنامج مصغر للطفل المعاق .

- **التقنيات المستخدمة :**

المحاضرة عمل جماعي، مناقشة.

- **محتوى الجلسة:**

شرح المرشدة لكيفية عمل برنامج مصغر لتعليم الطفل المعاق مهارة معينة من خلال توضيح معاني ما يلي:

- الهدف من المهارة بالتحديد طويل المدى و قصير المدى
- تجزئة المهارة إلى نشاطات.
- الوسائل التي تستعمل لغرض التدريب
- الحديث على المدة التي تستغرق
- من يقوم به
- كيف يكون التقييم للطفل المدرب.
- انطلاقا من الواجب المنزلي لجلسة الخامسة : تقام مناقشة جماعية حول كل واجب ومدى تناسبه مع المعطيات.

• الجلسة الثامنة :

- الموضوع: تدريب الوالدين لعمل مشروع شخصي أو خطة فردية للطفل المتخلف عقلياً

- التقنيات المستخدمة:

مناقشة عمل تطبيقي

- محتوى الجلسة:

جعل هذه الجلسة أعمال تطبيقية على شكل مجموعات للأمهات، و الآباء عرض المرشد لكلا المجموعتين مهارة التحية و السلام بتوظيفها و وضعها في خطة البرنامج لتعليمها للطفل بإتباع الخطوات السابقة لعمل مشروع شخصي في مدة 25 دقيقة.

ثم تعليق المخططين لكلا المجموعتين ومناقشة جماعية.

• الجلسة التاسعة :

- الموضوع: تدريب الوالدين لعمل مشروع أو خطة فردية للطفل المتخلف عقلياً

- التقنيات المستخدمة:

مناقشة، عمل تطبيقي.

- محتوى الجلسة:

طلب المرشدة من الأعضاء البرنامج بعمل تطبيقي فردي لكل واحد على حدى حسب ابن كل واحد ببناء خطة فردية حسب ما يخص ابنه عن طريق اختيار المهارة الأنسب و إتباع الخطوات الفارطة لعمل مشروع شخصي لابنه مدة حوالي 30 دقيقة.

المناقشة الجماعية لكل عمل.

• الجلسة العاشرة "

- الموضوع: التعرف على مختلف الرعايات العلاجية و الصحية للطفل المعاق
- التقنيات المستخدمة:

المحاضرة، الحوار.

- محتوى الجلسة :

توضيح الوشدة لمختلف التخصصات التي يلزم الاستفادة منها في رعاية الطفل المختص الأطوفوني، المختص النفسي، الطبيب العام، المختص النفسي الحركي، طبيب أسنان، المختص الطبيعي طبيب القلب... إلخ.

بالتعرف على دور كل مختص في كيفية الرعاية أو المساعدة و المساندة للطفل و أسرته.

• الجلسة الحادي عشرة:

- الموضوع: التعرف على حقوق الطفل المتخلف عقلياً و أنواع لدعم الضرورية لمساعدته للاستقلالية
- التقنيات المستخدمة:

المحاضرة، الحوار.

- محتوى الجلسة:

الحديث عن حقوق الطفل المعاق و حقه بالمساواة مثل الطفل العادي بالعناية

و الرعاية و الدعم المادي و النفسي و الصحي و الاجتماعي و حقه في الترفيه و الدمج الاجتماعي.

عرض لمختلف المؤسسات و الجمعيات و المراكز المتواجدة بالولاية.

طرح المرشدة أفكاراً على أعضاء البرنامج و تشجيعهم على عمل جمعيات خيرية و عمل
إفادة معلوماتية بما استفادوا من دعم معارفي عن الإعاقة لمن تنقصهم و يجهلون عن ماهية
التخلف العقلي.

• الجلسة الثانية عشرة :

- الموضوع: ختام البرنامج المقترح

- التقنيات المستخدمة:

المحاضرة

- محتوى الجلسة :

تقدم المرشدة للأعضاء البرنامج، مخلص عما ورد في البرنامج المقترح في شكل سرد
لقصة حقيقية لشخص عانت ابنته من إعاقة فعمل على البحث و السفر للدراسة عن نوع
إعاقتها وكيفية التعامل معها، ثم قام بعمل جمعية خيرية خاصة للمعاقين بأنواعهم المتخلفين
عقلياً ، التوحد، صعوبات التعلم، إعاقة سمعية ...

- يجب الأعضاء على مقياس جودة الحياة الأسرية.

- تشكر المرشدة المشاركين في البرنامج المقترح.

6- الأسلوب الإحصائي المستخدم :

يحدد منهج الدراسة وكذا طبيعة المتغيرات الأسلوب الإحصائي المناسب لغرض تحليل
البيانات و اختيار فرضيات الدراسة، و المنهج التجريبي في هذا البحث بهدف إلى دراسة
الفروق بين القياس القبلي و البعدي، و بذلك فإن الأسلوب الإحصائي الملائم لهذه الدراسة:

اختبار (t) لعينتين مترابطتين

اختبار (t) لعينتين مستقلتين متجانستين و غير متجانستين.

خلاصة الفصل :

يتناول هذا الفصل الإجراءات المتبعة في الدراسة الميدانية، وهي الدراسة الاستطلاعية، متغيرات الدراسة، و المنهج العلمي المستخدم في الدراسة و عتبة الدراسة و أدواتها و الأسلوب الإحصائي المتعمد في تنظيم و تحليل البيانات.

و يتناول لفصل الموالي عرض نتائج الدراسة الأساسية و تحليلها و مناقشتها للتحقق من صحة فرضيات الدراسة.

الفصل السادس:

عرض وتحليل وتفسير ومناقشة نتائج الدراسة

تمهيد

1- عرض وتحليل نتائج الدراسة.

1-1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى.

1-2- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية.

2- تفسير ومناقشة نتائج الدراسة.

2-1- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى.

2-2- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية.

3- خلاصة نتائج الدراسة.

خاتمة الدراسة.

اقتراحات.

تمهيد:

بعد عرضنا في الفصول السابقة للإطار العام والتراث النظري للدراسة، وكذا إجراءات تطبيق البرنامج الإرشادي التدريبي المقترح بجلساته الاثني عشر امة د لأجل تحسين جودة الحياة الأسرية لأسر الأطفال المتخلفين عقلياً ، ثم تفرغ نتائج القياس القبلي و القياس البعدي لمقياس جودة الحياة الأسرية، ومعالجتها إحصائياً، وسنتناول في هذا الفصل عرض النتائج مع تحليلها ومناقشتها على ضوء الدراسات السابقة وأدبيات الموضوع.

1- عرض وتحليل النتائج:

1-1- عرض وتحليل النتائج الخاصة بالفرضية الأولى:

يساهم البرنامج الإرشادي التدريبي المقترح في تحسين جودة الحياة الأسرية لأسر الأطفال المتخلفين عقلياً .

تمّ التحقق من صدق هذه الفرضية باختبار "t" لدلالة الفروق بين متوسطي درجات أبعاد مقياس جودة الحياة الأسرية لأسر الأطفال المتخلفين عقلياً والدرجة الكلية في القياسين القبلي والبعدي.

جدول(04): دلالة الفروق بين متوسطي درجات أبعاد مقياس جودة الحياة الأسرية

لأسر الأطفال المتخلفين عقلياً والدرجة الكلية في القياسين القبلي والبعدي.

أبعاد مقياس جودة الحياة الأسرية	المتوسط الحسابي $\bar{X}$		متوسط الفروق $\bar{D}$	الانحراف المعياري لمتوسط الفروق $s\bar{D}$	قيمة اختبار t	درجة الحرية df	الدلالة الاحصائية	قيمة حجم التأثير d (الدلالة العملية)
	القياس القبلي	القياس البعدي						
التفاعل الأسري	22.60	26.40	3.8	0.65	5.88	09	دال عند $\alpha = 0.01$	1.35 تأثير كبير
الوالدية	16.40	24.20	7.8	0.93	8.40			1.72 تأثير كبير
السعادة الانفعالية والعاطفية	9.50	15.90	6.4	0.75	8.55			3.39 تأثير كبير
السعادة المادية والصحية	14.90	18.40	3.5	1.40	2.50			0.91 تأثير كبير
الدعم المرتبط بالإعاقة	15	18.30	3.3	1.36	2.43			0.92 تأثير كبير
الدرجة الكلية للمقياس	78.40	103.2	24.8	2.64	9.41			2.44 تأثير كبير

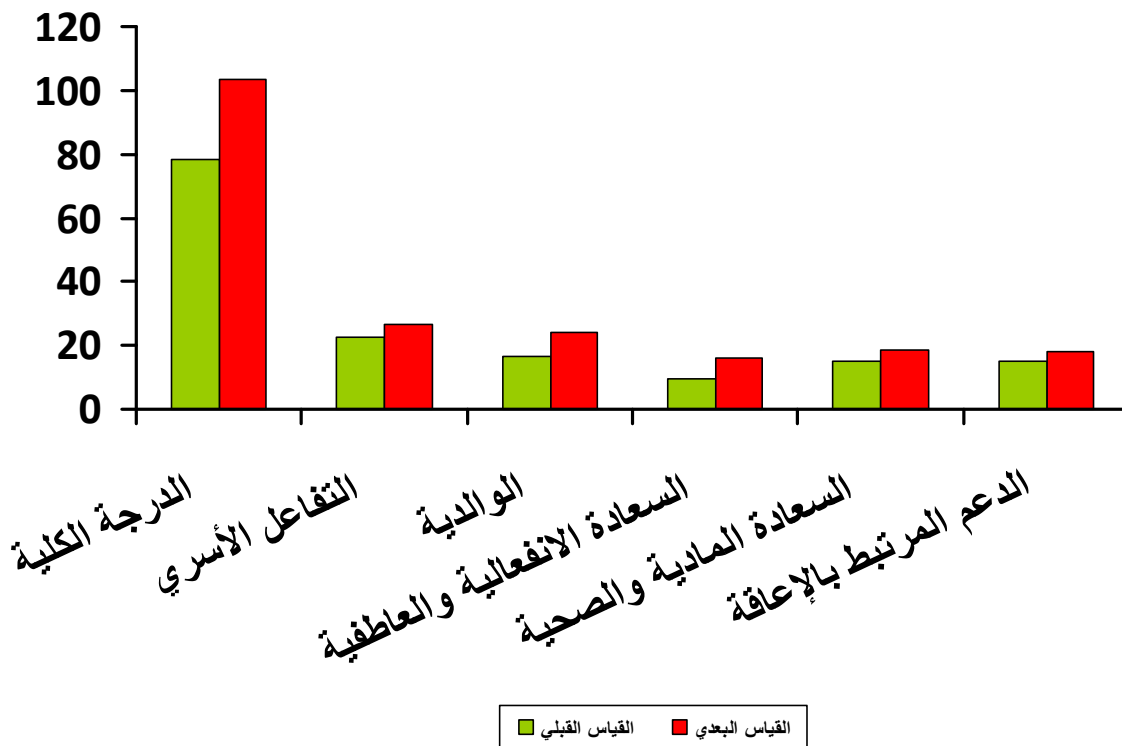
قيمة t المجدولة (2.26)

يتبين من الجدول (04): أن الفرق بين متوسط درجة جودة الحياة الأسرية الكلية لأسر الأطفال المتخلفين عقلياً في القياس القبلي (78.40)، متوسط درجة جودة الحياة الأسرية الكلية لأسر الأطفال المتخلفين عقلياً في القياس البعدي (103.20) المقدّر بـ: (24.8) والفرق بين متوسط درجة بعد التفاعل الأسري للمقياس في القياس القبلي (22.60) ومتوسط درجة بعد التفاعل الأسري للمقياس في القياس البعدي (26.40) المقدّر بـ: (3.8)، والفرق بين متوسط درجة بعد الوالدية للمقياس في القياس القبلي (16.40) ومتوسط درجة بعد الوالدية للمقياس في القياس البعدي (24.20) المقدّر بـ: (7.8)، والفرق بين متوسط درجة بعد السعادة الانفعالية والعاطفية للمقياس في القياس القبلي (9.50) ومتوسط درجة بعد السعادة الانفعالية والعاطفية للمقياس في القياس البعدي (15.90) المقدّر بـ: (6.4)، والفرق بين متوسط درجة بعد السعادة المادية والصحية للمقياس في القياس القبلي (14.90) ومتوسط درجة بعد السعادة المادية والصحية للمقياس في القياس البعدي (18.40) المقدّر بـ: (3.5) والفرق بين متوسط درجة بعد الدعم المرتبط بالإعاقة للمقياس في القياس القبلي (15) ومتوسط درجة بعد الدعم المرتبط بالإعاقة للمقياس في القياس البعدي (18.30) المقدّر بـ: (3.3)، كلها فروق حقيقية ودالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.01$). مما يدل على أنّ تطبيق البرنامج الإرشادي التدريبي المقترح بجلساته الاثني عشرة قد ساهم فعلاً في تحسين جودة الحياة الأسرية لدى أسر الأطفال المتخلفين عقلياً، وذلك بارتفاع متوسطات درجات أبعاد مقياس جودة الحياة الأسرية لأسر الأطفال المتخلفين عقلياً والدرجة الكلية في القياس البعدي مقارنة بالقياس القبلي.

ولتقويم البرنامج الإرشادي التدريبي من خلال نتائج التجربة، تم التحقق من الدلالة العملية بحساب حجم تأثير البرنامج الإرشادي التدريبي وهو الوجه المكمل للدلالة الإحصائية لمقياس جودة الحياة الأسرية، وذلك بتطبيق معادلة كوهن (1977) Cohen كمؤشر للدلالة على حجم الأثر في اختبار "t" لمتوسطين مرتبطين، وأشار كوهن إلى معايير محكية للحكم على قيمة حجم الأثر المستخرجة بواسطة مؤشر "d"، حيث اعتبر حجم التأثير ضعيفاً عند القيمة (0.20 - 0.50)، ومتوسطاً عند القيمة (0.50 - 0.80) وكبيراً عند القيمة (0.80 - 0.80). (فأكثر). (عبد المنعم، 2006، 79)

وبالرجوع للجدول (04): وبعد عرض المعايير المحكية للحكم على قيمة حجم الأثر المستخرجة بواسطة مؤشر "d"، يتبين لنا أن القيم المعيارية المحسوبة لحجم تأثير البرنامج الإرشادي التدريبي على أبعاد جودة الحياة الأسرية لأسر الأطفال المتخلفين عقلياً والدرجة الكلية المقدره ب: 2.44 على التوالي (1.35، 1.72، 3.39، 0.91، 0.92، 2.44)، تُثبت أن للبرنامج الإرشادي التدريبي دلالة عملية درجة تأثير كبير على أبعاد مقياس جودة الحياة الأسرية لأسر الأطفال المتخلفين عقلياً، بعد التفاعل الأسري، وبعد الوالدية، وبعد السعادة الانفعالية والعاطفية وبعد السعادة المادية والصحية، وبعد الدعم المرتبط بالإعاقة، والدرجة الكلية للمقياس.

وهذا ما يؤكد صحة فرضية دراستنا الأولى. والشكل الموالي يوضح المقارنة بين القياسين القبلي والبعدى لأبعاد مقياس جودة الحياة الأسرية لأسر الأطفال المتخلفين عقلياً والدرجة الكلية.



الشكل (06): المقارنة البيانية للقياسين القبلي والبعدى لأبعاد مقياس جودة الحياة الأسرية لأسر الأطفال المتخلفين عقلياً والدرجة الكلية

يتضح جلياً من خلال المقارنة البيانية بالشكل (06) أن القياس البعدى لأبعاد مقياس جودة الحياة الأسرية لأسر الأطفال المتخلفين عقلياً والدرجة الكلية يزيد عن القياس القبلي للمقياس، وترجع هذه الزيادة إلى الأثر الإيجابي للبرنامج الإرشادي التدريبي الذي ساهم فعلاً

في تحسين جودة الحياة الأسرية لأسر الأطفال المتخلفين عقلياً ، وهذا يؤكد صحة فرضية دراستنا الأولى.

1-2- عرض وتحليل النتائج الخاصة بالفرضية الثانية:

لا توجد فروق بين جنس الوالدين (أب - أم) فيما يخص جودة الحياة الأسرية لأسر الأطفال المتخلفين عقلياً وأبعاده بعد تطبيق البرنامج.

جدول (05): الفروق بين جنس الوالدين فيما يخص درجات القياس البعدي

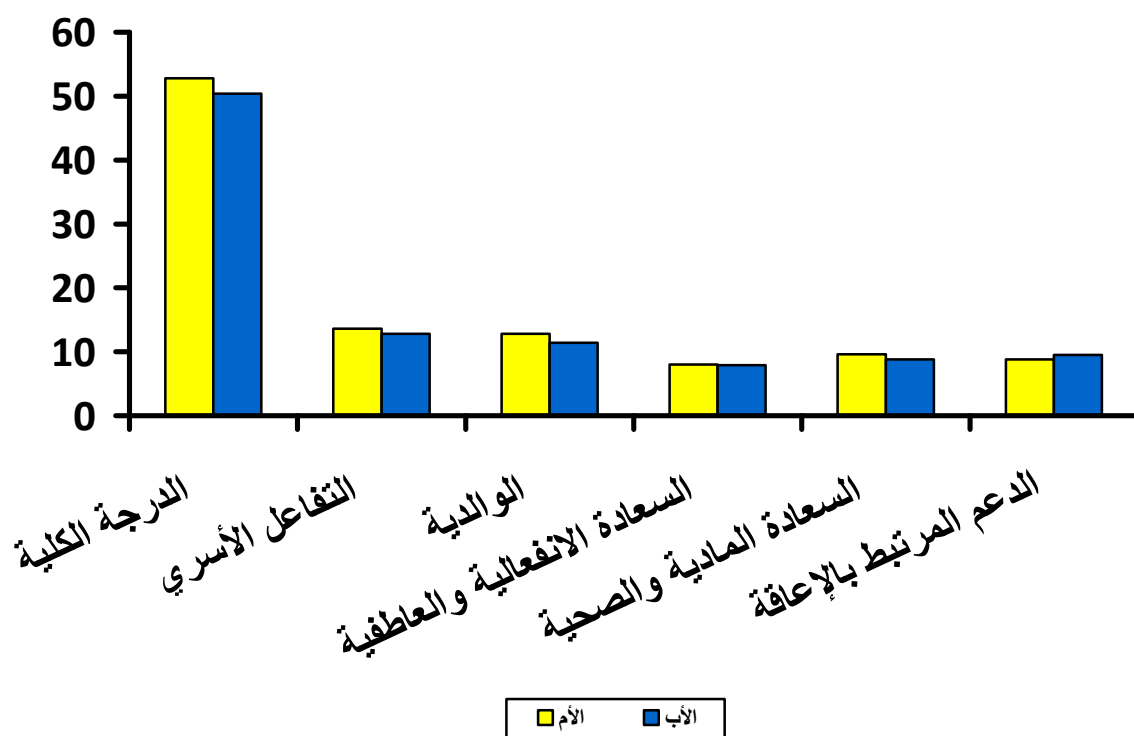
لمقياس جودة الحياة الأسرية لأسر الأطفال المتخلفين عقلياً وأبعاده

أبعاد مقياس جودة الحياة الأسرية	n	$\bar{X}$	S	متوسط الفروق	قيمة f لتجانس	قيمة t _c	df	الدلالة الاحصائية		
غير دالة	أم	13.60	1.48	0.80	1.95	0.70	08	غير دالة		
		05	12.80		2.07				غير دال	
	أم	12.80	1.81	1.40	1.22	1.28			غير دال	السعادة الانفعالية والعاطفية
		05	11.40		1.64					
	أم	08	2	0.10	2.35	0.09			غير دال	السعادة المادية والصحية
		05	7.90		1.30					
	أم	9.60	3.11	0.80	3.56	0.51			غير دال	الدعم المرتبط بالإعاقة
		05	8.80		1.67					
	أم	8.80	2.51	-0.70	2.62	-0.33			غير دال	الدرجة الكلية
		05	9.50		4.06					
	أم	52.80	5.17	2.40	15.76	1.01	05	الدرجة الكلية		
		05	50.40		1.30				دال	

نتراوح قيمة t المجدولة (2.31-2.57)

يتبين من الجدول (05) أن متوسط الفروق بين درجات الأمهات $\bar{X} = (52.80)$ والآباء $\bar{X} = (50.40)$ في مقياس جودة الحياة الأسرية (2.40) غير دال إحصائياً، ومتوسط الفروق بين درجات الأمهات $\bar{X} = (13.60)$ والآباء $\bar{X} = (12.80)$ في بعد التفاعل الأسري (0.80)

غير دال إحصائياً، ومتوسط الفروق بين درجات الأمهات $\bar{X} = (12.80)$ والآباء $\bar{X} = (11.40)$ في بعد الوالدية (1.40) غير دال إحصائياً، ومتوسط الفروق بين درجات الأمهات $\bar{X} = (8)$ والآباء $\bar{X} = (7.90)$ في بعد السعادة الانفعالية والعاطفية (0.10) غير دال إحصائياً، ومتوسط الفروق بين درجات الأمهات $\bar{X} = (9.60)$ والآباء $\bar{X} = (8.80)$ في بعد السعادة المادية والصحية (0.80) غير دال إحصائياً، ومتوسط الفروق بين درجات الأمهات $\bar{X} = (8.80)$ والآباء $\bar{X} = (9.50)$ في بعد الدعم المرتبط بالإعاقة (-0.70) غير دال إحصائياً، مما يدل على أن اختلاف جنس الوالدين (أمهات - آباء) لا يؤدي إلى التباين في درجات مقياس جودة الحياة الأسرية لأسر الأطفال المتخلفين عقلياً وأبعاده. والشكل الموالي يوضح المقارنة بين جنس الوالدين فيما يخص درجات قياس جودة الحياة الأسرية لأسر الأطفال المتخلفين عقلياً وأبعاده بعد القياس البعدي.



الشكل 07: المقارنة البيانية بين جنس الوالدين فيما يخص درجات قياس جودة الحياة

الأسرية لأسر الأطفال المتخلفين عقلياً وأبعاده بعد القياس البعدي

يتضح من خلال المقارنة البيانية بالشكل (07): أن اختلاف جنس الوالدين (أمهات - آباء) لا يؤدي إلى اختلاف في درجات القياس البعدي للدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة الأسرية لأسر الأطفال المتخلفين عقلياً وأبعاده الخمسة، بعد تطبيق البرنامج الإرشادي

التدريبي المقترح المطبق لأجل تحسين جودة الحياة الأسرية لأسر الأطفال المتخلفين عقلياً ، وهذا يؤكد صحة فرضية دراستنا الثانية.

2- تفسير ومناقشة النتائج:

2-1- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى:

يتضح من خلال عرض النتائج المبينة في الجدول (04): لدلالة الفروق بين متوسطي درجات أبعاد مقياس جودة الحياة الأسرية لأسر الأطفال المتخلفين عقلياً والدرجة الكلية في القياسين القبلي والبعدي، أن البرنامج الإرشادي التدريبي قد ساهم مساهمة ايجابية في تحسين جودة الحياة الأسرية لأسر الأطفال المتخلفين عقلياً وذلك بدلالة الفروق بين متوسطي درجات أبعاد مقياس جودة الحياة الأسرية لأسر الأطفال المتخلفين عقلياً والدرجة الكلية في القياسين القبلي والبعدي، إذ جاءت قيمة اختبار (t) للدرجة الكلية للمقياس مساوية لـ (9.41) ودالة إحصائية عند مستوى $\alpha = 0.01$. ومعنى هذه النتيجة أن العينة تمثل مجتمعاً من أسر الأطفال المتخلفين عقلياً قد استجابوا لمحتوى جلسات البرنامج الإرشادي التدريبي والتفاعل معها، وهي نتيجة إيجابية تعكس مدى تحقق الأهداف الخاصة والإجرائية للجلسات الاثني عشرة للبرنامج الإرشادي التدريبي، وتتفق هذه النتيجة مع ما توصل إليه شاكو (1981) في دراسته لمدى فاعلية مشاركة الوالدين في تأهيل و تدريب أطفالهم المتخلفين عقلياً، فتوصل إلى ملاحظة تحسن واضح للأطفال في المهارات المختلفة بفضل مشاركة الوالدين و بقيام الباحث بمدى حقائق علمية و موضوعية عن الإعاقة و تحديد دورهم في مساندة أبنائهم المتخلفين عقلياً و مساعدتهم على التوافق، كما توصل جميل (1998) من خلال إعداد برنامج إرشادي أسري لمواجهة الضغوط الواقعة على أسر الأطفال المتخلفين عقلياً، بحيث تم تدريب مجموعة من الآباء و الأمهات و الإخوة، كل منهم على حدة في جلسات منفصلة بحيث أثبت هذا البرنامج فاعليته في خفض الضغوط الأسرية، وأشار صلاح الدين عرافة محمد (2006) في دراسته بعنوان فاعلية برنامج إرشادي للآباء لتحسين جودة الحياة لدى أبنائهم ذوي الاحتياجات الخاصة، حيث طبق البرنامج على آباء الأطفال بمختلف إعاقاتهم (صم- مكفوفين- متخلفين عقلياً) فجاءت النتائج ايجابية و ذو دلالة احصائية لدرجات الأطفال على مقياس جودة الحياة للقياس البعدي، و تواصلت النتائج الايجابية حتى في القياس التتبعي (بعد شهرين من تطبيق البرنامج الإرشادي على الآباء). كما عبرت دراسة هيل (2008) تحت عنوان تحسين جودة الحياة لدى آباء الأطفال المعاقين

بصريا و تعديل اتجاهاتهم اللاسوية نحو أبنائهم المعاقين بصريا مما نتج عنها دلالة احصائية لدرجات أفراد المجموعة التي طبق عليها البرنامج و ظهر عليهم تحسن واضح في جودة الحياة و تغيير اتجاهاتهم نحو أبنائهم المعاقين بصريا، بينما أظهرت وردة حسن (2010) في دراستها التي كانت تكشف على مدى تقبل الوالدين لابنهم المعاق، ومعرفة العلاقة بين تقبل الوالدين للإعاقة و بين جودة الحياة و معرفة العلاقة بين نوع الإعاقة و تقبل الوالدين للطفل المعاق، من خلال البحث لدرجة اختلاف في ادراك لجودة الحياة بناءا على اختلاف الإعاقة (عقلية - جسدية - حسية)، فحصلت على النتائج التالية: بوجود علاقة موجبة و نو دلالة احصائية بين إدراك الوالدين لجودة الحياة و تقبله للإعاقة واختلاف تقبل الوالدين للإعاقة باختلاف نوعها و اختلاف جودة الحياة باختلاف الإعاقة، و من خلال الدراسات السابقة التي تتفق مع الدراسة الحالية على ضرورة إعداد برامج إرشادية و توجيهها للوالدين و أسر ذوي الاحتياجات الخاصة وتنوعها باختلاف الإعاقة، مما يستلزم ذلك تهيئة البيئة المنزلية لأنها البيئة الأولى في حياة الطفل المعاق والدائمة له و بالتالي فلإعاقة تأثير على الحياة الأسرية مما تؤدي إلى الشعور بالصدمة وخيبة الأمل و الإحباط و الشعور بالذنب و القلق و الإنكار و عدم السيطرة و حتى الانعزال عن العالم الخارجي، و من ذلك يظهر عجز الوالدين على مواجهة مشكلات الطفل المعاق بطريقة واقعية و موضوعية لعدم معرفتهما الكافية ووعيهما باحتياجاته مع قلة الكفاءات والمهارات اللازمة للتعامل مع هذا الطفل، فالبرامج الإرشادية التدريبية أثبتت أن لها دور فعالا في تقديم خدمات الدعم والمساعدة العاطفية و الاجتماعية و الإرشادية لهؤلاء الأسر ذوي الأطفال المتخلفين عقليا، مما يسهم في تحسين نوعية حياتهم و مساعدتهم على فهم حالة ابنهم المتخلف عقليا بوضوح مشكلاته و تقبله مع تحسين أنماط الاتصال و التفاعل بين الوالدين و الطفل المتخلف عقليا، بتهيئة بيئة منزلية مواتية و معززة لنموه الصحي والنفسي المتكامل، وبالتالي النتائج الايجابية لهاته الدراسة تجزم على تحسين جودة الحياة الأسرية لهؤلاء الأسر و تحقيق الهدف المنشود لجميع جلسات البرنامج المقترح و بالتالي نستنتج كيف الآباء و الأمهات مع إعاقة ابنهم باختفاء الصورة الضبابية و المبهمة لحالة ابنهم من خلال العمل على حل مشكلاته بكل واقعية و شفافية .

وبالرجوع إلى الجدول(04) نناقش نتائج الفرضية الأولى من خلال نتائج أبعاد مقياس جودة الحياة الأسرية لأسر الأطفال المتخلفين عقليا بدءاً ببعد التفاعل الأسري، ومن خلال

عرض النتائج المبينة بذات الجدول نجد أن قيمة اختبار (t) لدرجة بعد التفاعل الأسري لمقياس جودة الحياة الأسرية مساوية لـ (5.88) ودالة إحصائية عند مستوى $\alpha = 0.01$ ، وهي نتيجة إيجابية تدل على استفادة الآباء و الأمهات من الجلسة الرابعة للبرنامج المقترح التي هدفت لتحقيق التفاعل و التواصل بين الطفل و والديه مع تفعيل دور الأخوة لمساندة اخوهم المعاق و هذه النتيجة تؤكد على ضرورة التفاعل و التواصل الأسري مع الطفل المتخلف عقليا، كما أثبتت دراسات فرج (1990) و تومالين أنجر (2002) و جان انسومرز (2007) و صلاح الدين عرافة محمد (2006) اتفاقها مع الدراسة الحالية على أهمية التفاعل الأسري و التواصل اللفظي و غير اللفظي مع الطفل المتخلف عقليا، التي تتم عن طريق التنشئة الاجتماعية للطفل المعاق و معاملته على أنه طفل بالدرجة الأولى و معاق بالدرجة الثانية فمشاركة الوالدين بإدخال الطفل دائرة اهتمامهم بإيجابية في البيت أو داخل النسق الأسري من خلال التأقلم مع إعاقته يطور بذلك شعور الوالدين بالثقة و الكفاءة ويحسن نوعية التفاعلات بين الوالدين و الطفل، و هذا الأخير يلعب دورا هاما في كيفية إدراك الطفل للمناخ الانفعالي داخل أسرهم و في كيفية تفسيره و إدراكه لجوانب الحياة المختلفة، و في كيفية توافقه مع جوانب الحياة المختلفة، و بالتالي فالتفاعل الدينامي بين الطفل المعاق و والديه يمهّد الأرضية لإدراك مجالات الحياة المختلفة بشكل صحيح أو شكل غير ملائم مما يدعم الشعور بجودة الحياة من عدمها، كذلك إن إهمال المساندة الأسرية المعرفية و الانفعالية و السلوكية تدعم الإدراك الذاتي السيء لجوانب جودة الحياة، إذن إن الكيفية التي ينظر بها الوالدين نحو الطفل المعاق في كيفية تربيته و مواجهته أحداث الحياة، يتوقف عليها تكيف و توافق الطفل و نموه و تطوره، و لذلك فإن الوالدين قد يستنتجا ان التفاعل مع الطفل مسألة ضاغطة أو غير ضاغطة، فالوالدان يقيما الموقف باعتباره مثيرا للضغط لأنه يأخذ من رفايتهما الشخصية، هذا التقييم الضاغط (بوجود طفل معاق) يجعل الوالدين إما أن يتوقعا الضرر أو التهديد و من ثم الانفعالات السلبية أو التحدي و الحماس و من ثم الانفعالات السارة، بحيث يتحكم في ذلك كم و كيف المعرفة لأساليب التربية والمواجهة التي في ضوءها يدرك الوالدان موقف وجود طفل معاق على أنه ضاغط أو غير ضاغط، مما يجسد دور التفاعل الأسري في تحقيق جودة الحياة الأسرية في ظل وجود طفل متخلف عقليا .

وبالنظر إلى معطيات الجدول (04)، ومن خلال عرض النتائج الخاصة ببعد الوالدية نجد أن قيمة اختبار (t) لدرجة بعد الوالدية لمقياس جودة الحياة الأسرية مساوية لـ (8.40) ودالة إحصائية عند مستوى $\alpha = 0.01$ ، وهي نتيجة إيجابية تدل على أن جلسات البرنامج المخصصة لهذا البعد و هي على التوالي (5 - 6 - 7 - 8 - 9) لها مفعول إيجابي بتوضيح دور الوالدية في تربية و تدريب الطفل على حاجته الأساسية و الحياتية و حل مشكلاته اليومية، من خلال تدريب الوالدين أساسيات تعليم و تدريب ابنهم المتخلف العقلي عن طريق عمل مشروع شخصي في إعداد خطة فردية مصغرة لتعليم الطفل المتخلف عقليا مهارة معينة، فهناك بعض الدراسات منها: دراسة أميرة طه بخش (د، ت) و دراسة شاكو (1981) كذلك ساندمان و آخرون (1982) و إيمان الكاشف (1989) و حمزة (1992) ودعاء السيد أحمد (1999) هيلر و آخرون (1997) تتفق مع نتائج الدراسة الحالية بوجوب تدريب الوالدين لتسهيل عليهم رعاية و مساندة ابنهم المتخلف عقليا، كما خلصت الدراسات السابقة على أن هناك علاقة ايجابية بين الاتجاهات الوالدية القائمة على التقبل للطفل المتخلف عقليا و بين التوافق الاجتماعي لهؤلاء الأطفال، في حين توجد علاقة سالبة بين كل الاتجاهات القائمة على التفرقة، الرفض القسوة و التذبذب من جانب الوالدين و بين التوافق الاجتماعي للأطفال، باعتبار أن الأم تقضي وقتا أطول مع الطفل المتخلف عقليا قياسا بالوقت الذي يقضيه الأب معه و تعد الأم هي أكثر احتكاك به و أكثر تعاملًا معه لتلبية احتياجاته و تعطيه المزيد من المساندة و تحمل القدر الأكبر من رعايته، و يقع على عاتقها الدور الأكبر من فرض السيطرة و الرقابة على سلوكه و توجيهه، و على هذا الأساس ترى جميع الدراسات السابقة أن تدريب الأم و إرشادها إلى أساليب مناسبة للتعامل مع ابنها المعاق يمكن أن يؤدي إلى حدوث تحسن ملموس لسلوك الطفل و تنمية مهاراته المختلفة و بالتالي عملت لدراسة الحالية بتضمين البرنامج الإرشادي التدريبي المقترح على تدريب الأم و الأب معا من أجل تحميل الأب بجزء من المسؤولية و يبين له دوره الكبير في مجال التدريب و الإتصال الخارجي، بكل ما يتعلق بالابن المعاق للعلاج و التدريب والتأهيل و اتصالات مع الأخصائيين، فتدريب الوالدين المنزلي للطفل أفضل من التدريب بمؤسسة علاجية أو تربوية التي يؤهل بها الطفل، خاصة فيما يتعلق بالتدريب على الامور الحياتية المنزلية مثل إعداد الطعام، أو خلع الثياب ... الخ، فهذا يعطي صورة طبيعية لمثل هذه الأمور، مما يكون الطفل في حالة من الاطمئنان و الاستقرار تمكنه من الأداء بطريقة

أفضل، إذن فالتفاعل و التعاون بين الآباء و الأمهات و المرشدة ساعد الآباء بالاشتراك بطريقة فعلية في تعليم أو تدريب ابنائهم، و ذلك بعد الحصول كليهما (الأب والأم) على خطوات و مبادئ في تعليم و تدريب الطفل المتخلف عقليا مما يدعم ظهور النتائج الخاصة بهذا البعد دالة احصائية في القياس البعدي و مما تعكس بإيجابية و جدية محتوى الجلسات الخاصة ببعد الوالدية .

وبالرجوع الجدول(04) وكما موضح من خلال عرض نتائج دلالة الفروق بين متوسطي درجات أبعاد مقياس جودة الحياة الأسرية لأسر الأطفال المتخلفين عقليا في القياسين القبلي والبعدي إلى أن قيمة اختبار (t) لدرجة بعد السعادة الانفعالية والعاطفية مساوية لـ (8.55) ودالة إحصائية عند مستوى $\alpha = 0.01$ ، وهذه النتيجة تؤكد أن بعد السعادة العاطفية و الانفعالية له أهمية كبيرة ظل وجود طفل متخلف عقلي و بما أن الجلسة الثالثة للبرنامج المقترح ذو محتوى ايجابي مما تظهر إيجابيتها في نتائج القياس البعدي، مما يثبت فاعلية الجلسة الثالثة التي تعبر عن بعد السعادة العاطفية و الانفعالية فدراسة إيمان كاشف (1989) و ليندا (2005) تتفق مع الدراسة الحالية على أن تحقيق السعادة العاطفية والانفعالية لها دور كبير في تحسين جودة الحياة الأسرية، و تسهل مهام الوالدين في تقديم الرعاية و المساندة النفسية لابنهم المعاق، فإن أفراد الأسرة تشعر بمشاعر كثيرة و متنوعة كالحب و الكره و المتعة و الأسى إضافة إلى مشاعر الإحساس بالذنب و الغضب والاحباط، بالإضافة لمواجهة الاسرة اتجاهات و نظرة المجتمع فيصبح نسق مهين و جاهز للتشاك في علاقاته، لاعتبار عجز الطفل يمثل الخصيصة المركزية الهامة للأسرة، التي تؤدي إلى فقدان الهوية الشخصية، بالتالي تميل الأسرة بأن تنمي الموقف التقليدي حيث تقبل الأم بالمسؤولية لوحدها عن إدارة شؤون الطفل، كما يقرر بيرجر أن مهمة ترتيبات علاج الطفل تقع في معظمها على عاتق الأم مع وجود نمط فيه علاقة أم طفل علاقة ثنائية، ومنه يقع ضمن مسؤولية الأم تدريب الطفل المتخلف عقليا الذي ينتج عنه معاناة الأسر لدرجة عالية من التوتر و الشقاء الزوجي، حيث وصف من جانب الباحثين (أنه محاولة أحد الوالدين أن ينشئ تحالف مع الطفل صاحب العجز)، فيظهر بعد ذلك اللوم والإحساس بالذنب و الأسى المتبادل، و بالطبع فإن هذا الصراع بين الوالدين يعتبر جزءا طبيعيا من تقبل الطفل المتخلف عقليا، و عندما تستمر هذه الديناميات لفترة طويلة فإن التباعد الزوجي و سوء أداء النسق الفرعي الزوجي لوظائفه يكون أمرا لا يمكن تجنبه، و إذا لم يحدث

التدخل الإرشادي يؤثر على كافة العلاقات الأسرية الداخلية و الخارجية و يمكن أن تؤثر على التنشئة الاجتماعية للأطفال خاصة الطفل المتخلف عقليا و منه يحتاج الزوجان أو الوالدين إلى تقديم المساعدة لهم و الدعم لفهم طبيعة العلاقات الزوجية و تأثيرها على البيئة الأسرية من خلال تصحيح أفكارهم اللاعقلانية عن إعاقة ابنهم، حيث اعتمدنا في الجلسة الثالثة على النظرية العقلانية الانفعالية السلوكية لأليس لمساعدة الوالدين للاعتراف بإعاقة الطفل و تصحيح إدراكهم الغير دقيق على أنه وصمة عار، وهذا الاعتراف بمثابة مواجهة لميكانيزم الانكار اللاشعوري و الشعور بالذنب و الرفض، و لكن التقدير الواقعي لحالة الطفل من جانب الأب بمساعدة المرشدة يمثل ميكانيزم المواجهة الذي يشعر الطفل بالتقبل و الثقة و أن يعيش انفعالات ايجابية سارة مع الأسرة، كذلك معرفة بإعاقة الطفل و قدراته على النمو يمثل دعما معرفيا و انفعاليا للوالدين لكي يواجه ضغوط الطفل المتخلف عقليا ورغبتهم في تربية الطفل و العمل على مساندة الزوجين لبعضهما البعض مما يسهل عليهما حياتهم الزوجية و الأسرية لتحقيق جودة الحياة الأسرية الداخلية و الخارجية فالبرنامج الحالي يهدف إلى زيادة وعي الآباء بالحاجات الوجدانية (الانفعالية) للأطفال و تنمية مهارات الآباء في اشباع تلك الحاجات و خفض الاحساس بالضغوط و منع أو ايقاف نمو المشكلات السلوكية الانفعالية في مرحلة الطفولة، هذا الدعم الاجتماعي و المعلوماتي و التدريب يدعم الصحة النفسية للطفل و هذا ما أكدته النتائج الكمية و الاحصائية الخاصة لبعد السعادة العاطفية و الانفعالية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي التدريبي المقترح .

ومن خلال عرض النتائج الموضحة بالجدول(04): لدلالة الفروق بين متوسطي درجات أبعاد مقياس جودة الحياة الأسرية لأسر الأطفال المتخلفين عقليا في القياسين القبلي والبعدي، إلى أن قيمة اختبار (t) لدرجة بعد السعادة المادية والصحية مساوية لـ (2.50) ودالة إحصائيا عند مستوى $\alpha = 0.01$ إن النتيجة المتوصل إليها على مستوى بعد السعادة المادية والصحية لمقياس جودة الحياة الأسرية لأسر الأطفال المتخلفين عقليا تتماشى مع دراسة ليندا (2005) و كوبر هاندروسون و روبر ستون و هاتون (1995) و دراسة نهى عبد الرحمان (2008) و هيل (2008) و صلاح الدين عرافة محمد (2006) اجمعوا على أن الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة تستلزم رعايتهم و الرقابة الصحية الدائمة و التي تتطلب تكاليف مادية من أجل علاجه و تأهيله اللغوي و الحركي و النفسي، فنمو الطفل المعاق له حاجات أساسية و ضرورية للنمو الشخصي و العقلي و الاجتماعي و الانفعالي

والصحة الجسمية و الاستقلال الذاتي و الاندماج الاجتماعي و الحصول على حقوقه والشعور بالاستقرار المالي و الاتجاه الإيجابي نحو الحياة و بالتالي يتحقق ذلك بتكاتف جميع المسؤولين عن رعاية الطفل المعاق من أفراد أسرته و المصادر المجتمعية المتاحة لرعايته و تعليمه فنجد بعض الدراسات السابقة تستنتج أن تقديم خدمات الإرشادية للطفل المعاق أفضل في البيئة المنزلية و أقل تكاليف مادية و اقتصادية مقارنة بالمؤسسات المتخصصة أو مؤسسات حكومية تتبع نظام الأم البديلة، فإن الأعباء المادية تخلق ضغطا حادا داخل النظام الأسري و أمل الأسرة في شفاء الطفل أو تحسنه يخلق نوع من الانهاك و خاصة عندما تكون إعاقة الأطفال مزمنة مما يفرض على الوالدين حاجات متزايدة لهذا الطفل المتخلف عقليا التي قد تجهد الوالدين فتقل قدرة الأسرة على المواجهة و خاصة أن هذه الحاجات كتغذية الطفل و تنظيفه و رعايته طبيا و تربويا و سلوكياته اليومية تعتبر من المهام الكثيرة التي يجب على الآباء الاطلاع عليها كما يتلقون الأطفال المتخلفين عقليا علاجا طبيا و حركيا لتحسين وظائفهم البدنية من خلال علاج أسبوعي يركز على ثلاث جوانب هي البدن و العمل و التحدث، مما قد يفرض على الأسرة الحاجة إلى الحصول على الخدمات الإرشادية التدريبية و التخصصية ممن يفهمون الحاجات الخاصة للطفل المتخلف عقليا، و هذا ما جسده الجلسة العاشرة للبرنامج المقترح لدراسة الحالية بتوضيح لمختلف الاختصاصات العلاجية للتخلف العقلي التي تقدم خدماتها الإرشادية و التدريبية للتأهيل النفسي و اللغوي و الحركي و الطبي لمعرفة نقاط القوة و نقاط الضعف لدى الطفل المتخلف عقليا و مستوى قدراته لبداية العمل على تعليمه و تدريبه على أساس نقاط القوة لتدارك نقاط الضعف التي لديه، و بذلك خلصت النتائج بتحقيق الهدف المنشود لهذه الجلسة للتعرف على مختلف التخصصات التي تعمل على الرعاية البدنية و الصحية و النفسية للطفل المتخلف عقليا التي تجعل الأسرة على دراية كاملة لمختلف الخدمات الطبية و التربوية والعلاجية لتحقيق السلامة الجسمية للطفل المتخلف من أجل الوصول به إلى أقصى درجات الصحة في جميع جوانب الحياة .

وننتوصل لعرض آخر نتيجة موضحة بالجدول (04): لدلالة الفروق بين متوسطي درجات أبعاد مقياس جودة الحياة الأسرية لأسر الأطفال المتخلفين عقليا في القياسين القبلي والبعدي، إلى أن قيمة اختبار (t) لدرجة بعد الدعم المرتبط بالإعاقة مساوية لـ (2.43) ودالة إحصائيا عند مستوى $\alpha = 0.01$ ، وهذه النتيجة تتفق مع دراسة فرج (1990) التي تبين مدى

تأثير البرنامج الإذاعي في التربية الأسرية المكون من ثمانية حلقات إذاعية تضمنت التخلف العقلي و أنواعه مع توضيح دور الأسرة في التعاون مع المدرسة بالنسبة للواجبات المنزلية والنظرة المتطورة للطفل و أهمية التربية الأسرية مع الطفل المتخلف عقلياً... الخ، كما تتفق دراسة رانية عبد الله دراز عبد الله (2014) مع الدراسة الحالية التي أثبتت من خلال إعداد و تطبيق برنامج إرشادي لتحسين جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين سمعياً، حيث طبق البرنامج على آباء و أمهات الأطفال المشخصين بإعاقة سمعية قوامها ثمانية أسر ممن تتراوح أعمار أبنائهم من 4 إلى 6 سنوات، فاستخدمت الباحثة مقياس جودة الحياة الأسرية المكونة من 4 أبعاد (العلاقات الأسرية - التوافق مع الإعاقة - الخدمات المساندة - السعادة)، من خلال النتائج التي تحصلت عليها في القياس البعدي أثبت جدية البرنامج وأثره الفاعل على الأسر آباء و أمهات الأطفال المعاقين سمعياً خاصة بالبعد الخدمات المساندة، حيث أثبت البرنامج نجاعته في تقديم يد العون و المساعدة لهؤلاء الأسر ذوي الأطفال المتخلفين عقلياً، فكان هذا النوع من الدعم الاجتماعي له تأثير خاص على الأسر مما يؤكد ما جاء في الدراسة الحالية للجلستين الثانية و الحادية عشر بتوضيح معلوماتي عن نوع الإعاقة و طبيعة المؤسسات و الجمعيات الخاصة و العامة و ما تتوفر بها من مصادر دعم و مساعدة للأسر لما يحتاجونه للتعرف على كافة الخدمات المتوفرة في البيئة الحالية أو الموطن الأصلي و من خلال النتائج الإيجابية المتحصل عليها بعد تطبيق البرنامج المقترح لهذا البعد و هو الدعم المرتبط بالإعاقة، خلصت لتحقيق الهدف من الإرشاد والتوجيه للوالدين بالسيطرة على أحداث في حياتهم و حياة أبنائهم و العمل على رفاهية الأبناء مما يسهم في شعور أفراد الأسرة بجودة الحياة و تشجيع الوالدين على الحديث لمشكلاتهم و آلامهم بدلاً من انكارها مما يدعم الرابط القوي بين الطفل و أبويه و يشجع الوالدين بالانخراط في الأنشطة الاجتماعية مثل الخروج للتنزه و الأنشطة الرياضية و الالتقاء بالأصدقاء و الجماعات مما تساهم بالحصول على التقدير الشخصي و المجتمعي نتيجة العلاقات و التفاعلات الاجتماعية و تمهد الأرضية لتحقيق الدعم الاجتماعي .

وعلى ضوء ما تم تفسيره ومناقشته، ومن خلال المقارنة بين القياسين القبلي والبعدي لأبعاد مقياس جودة الحياة الأسرية لأسر الأطفال المتخلفين عقلياً والدرجة الكلية، التي تقضي بوجود فروق جوهرية ودالة إحصائياً بين القياسين، مما يؤكد على أن البرنامج الإرشادي التدريبي المقترح قد ساهم فعلاً في تحسين جودة الحياة الأسرية لأسر الأطفال

المتخلفين عقلياً في الدراسة الحالية، وعلى أساس ما سبق ذكره نقبل بالفرضية الأولى لدراستنا.

2-2- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية:

يتضح من خلال عرض النتائج المبينة في الجدول (05): أن الفروق بين جنس الوالدين (أب - أم) فيما يخص جودة الحياة الأسرية لأسر الأطفال المتخلفين عقلياً وأبعاده بعد تطبيق البرنامج الإرشادي التدريبي المقترح والقياس البعدي، كلها فروق غير دالة إحصائياً، مما يدل على أن اختلاف جنس الوالدين (أمهات - آباء) لا يؤدي إلى الاختلاف في درجات مقياس جودة الحياة الأسرية لأسر الأطفال المتخلفين عقلياً وأبعاده مما يبين لنا استفادة كلا الوالدين من البرنامج الإرشادي التدريبي المقترح بجميع جلساته، وتتفق نتائج هذه الفرضية مع دراسة هيل (2008) ودراسة صلاح الدين عرافة محمد (2006) ودراسة جميل (1998) كذلك دراسة شاكو (1981)، الذين اثبتوا فاعلية برامجهم المقدمة لكلا الوالدين وتحسن لكلاهما، ذلك يفسر بأن كلا الوالدين لديهم اهتمامات و مشاعر واحدة وحاجات إرشادية متشابهة لوجود معاناة متماثلة لأنهما تجمعهما أسرة واحدة، حيث يعمل كل منهما على توفير الراحة و السعادة النفسية و الاجتماعية و الاقتصادية للعيش بجو يضمن السلامة لكل أفرادها و بوجود طفل متخلف عقلياً تتوقف آمال الوالدين مما يعرضها لقصور في تسيير شؤونها و أدوارها الوظيفية داخل الأسرة و خارجها و بالتالي تستلزم تدخل إرشادي و علاجي و تدريبي لتحقيق نمو شامل و متكامل لأفرادها، حيث ظهر ذلك من خلال الفرضية الثانية بأنه لا يوجد تباين في درجات مقياس جودة الحياة الأسرية لكلا الوالدين الأب و الأم، مما يستنتج أن كلاً الوالدين استفادا من جلسات البرنامج بنفس المستوى مع اختلاف بسيط و بسيط جداً، الشكل (06) يوضح ذلك .

وعلى إثر ما سبق ذكره، ومن خلال المقارنة بين جنس الوالدين (أمهات - آباء) على أساس درجات القياس البعدي لأبعاد مقياس جودة الحياة الأسرية لأسر الأطفال المتخلفين عقلياً والدرجة الكلية، التي تقضي بعدم وجود فروق دالة إحصائياً بين الجنسين، مما يدل على أن اختلاف جنس الوالدين (أمهات - آباء) لا يؤدي إلى التباين في درجات مقياس جودة الحياة الأسرية لأسر الأطفال المتخلفين عقلياً وأبعاده، وهذا ما يؤكد صحة فرضية دراستنا الثانية والقبول بها.

3- خلاصة نتائج الدراسة:

أجرينا دراسة ميدانية تجريبية تهدف من خلال تطبيق برنامج إرشادي تدريبي مقترح إلى تحسين جودة الحياة الأسرية لأسر الأطفال المتخلفين عقليا، وللتحقق من مساهمة البرنامج الإرشادي التدريبي استخدمنا مقياس أماني عبد المقصود عبد الوهاب (2015) لقياس جودة الحياة الأسرية لأسر الأطفال المتخلفين عقلياً أين اعتمدنا الدرجة الكلية ودرجات أبعاد المقياس الخمسة التالية وهي: بعد التفاعل الأسري - بعد الوالدية - بعد السعادة العاطفية الانفعالية - بعد السعادة المادية و الجسمية . بعد الدعم المرتبط بالإعاقة، في القياسين القبلي والبعدي، وعلى ضوء ما سبق ذكره، ومن خلال عرض وتفسير ومناقشة نتائج فرضيات الدراسة، توصلنا إلى نتيجتين أساسيتين هما:

ان البرنامج الارشادي التدريبي المقترح لتحسين جودة الحياة الأسرية لأسر ذوي أطفال متخلفين عقليا ذوي درجة معتبرة من الفاعلية من خلال النجاح بتحقيق الايجابية لجميع ابعاد جودة الحياة الاسرية.

ان البرنامج المقترح موجه لكلا الجنسين بحيث اثبت عدم وجود فروق وعدم وجود تباين في النتائج بين الجنسين وانه صالح لكل الامهات والاباء.

خاتمة الدراسة:

من خلال الدراسات السابقة والاطار النظري الذي تطرق لموضوع جودة الحياة الاسرية لأسر الاطفال المعاقين ,ان مصطلح جودة الحياة الاسرية يعد من المفاهيم الحديثة نسبية التي لقت الضوء على الأسر الاطفال المعاقين وكيفية التعامل معهم ومساعدتهم على تخطي الآثار الناجمة عن الاعاقة والتوافق معها, وذلك من خلال التركيز ببرامج وخدمات التربية الخاصة بشكل اساسي على الاسرة بحيث اصبحت محور العديد من البرامج الارشادية وبرامج التدخل المبكر لأطفالها ,لان وجود طفل معاق يحتاج الى اعداد برامج واستراتيجيات متنوعة الجوانب الارشادية والتدريبية للوالدين بشأن الاعاقة ,وبذلك انطلقت الدراسة الحالية ببناء وتطبيق البرنامج ارشادي تدريبي مقترح لتحسين جودة الحياة الاسرية لأسر الاطفال المتخلفين عقليا فاثبتته البرنامج المقترح لدراسة الحالية فاعليته بترك اثر لكلا الوالدين بملاحظة ذلك من خلال النتائج التي حصله عليها من تطبيق مقياس جودة الحياة الاسرية في القياس البعدي .مما يستنتج ان الاسرة تقوم بأدوار لا يمكن لأي برنامج ان ينوب عنها في القيام بها مهما كانت فعاليته ,اي ان تحسين جودة الحياة الاسرية لأسر الاطفال المتخلفين عقليا يرجع الى قدرة الاسرة على التفاعل وتوافق مع العلاقات الاسرية وقيام الوالدين بدوريهما على اكمل وجه ,مع تقديم المساندة لأسر الطفل المعاق لتحقيق الاستقرار والسعادة الصحية والمادية والرضاء عن الحياة الاسرية في ظل وجود طفل متخلف عقليا داخل الاسرة.

اقتراحات:

بناء على النتائج المتوصل إليها من خلال هذه الدراسة نقدم مجموعة من الاقتراحات في نقاط:

تعميم هذا البرنامج الإرشادي التدريبي المقترح على أكبر عدد ممكن من أسر الأطفال المعاقين عقلياً ، للتأكد أكثر من مصداقيته.

توفير مراكز للتدخل المبكر متخصصه وتوفير الكوادر المتخصصة ذات الخبرة والكفاءة في مجال التخلف العقلي .

تنظيم برامج لتثقيف الآباء بوسائل الاعلام المختلفة وتنظيم لقاءات شهرية بين الآباء والاختصاصيين والمهتمين برعاية الاطفال المتخلفين عقليا.

توفير البرامج والخدمات التدريبية والعلاجية للأطفال ، والخدمات والبرامج الإرشادية لأسر الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة.

-توفير أدوات التشخيص اللازمة والإكتشاف المبكر عن التخلف العقلي ، وتوفير

الكوادر المتخصصة القادرة على إستخدام الأساليب التكنولوجية الحديثة مع الاطفال المتخلفين عقليا.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

المراجع العربية:

- 1- أبو حلاوة، محمد السعيد. (2010). **جودة الحياة المفهوم والأبعاد**. مؤتمر العلمي بجامعة كفرالشيخ الإسكندرية. 7 أوت 2010. 12:49.
- 2- أبو حلاوة، محمد السعيد. (2010). **النكاء الانفعالي و المعنى الشخصي و جودة الحياة النفسية: دراسة مقارنة بين المراهقة المبكرة و المراهقة المتأخرة**. كلية التربية. جامعة الاسكندرية.
- 3- أسامة، بن حسن محمد معاجيني. (2005). **الوقاية من الإعاقة من منظورالإسلامي**. لندوة تطوير الأداء في مجال الوقاية من الإعاقة:مكتبة التربية العربي للأمانة العامة للتربية الخاصة. دول الخليج. من 12-14 فيفري.
- 4- الأشول، عادل عز الدين. (1993). **الضغوط النفسية و الإرشاد الأسري للأطفال المتخلفين عقليا**. مجلة الإرشاد النفسي بجامعة عين شمس. العدد الأول.
- 5- الأشول، عادل عز الدين. (2005). **نوعية الحياة من المنظور الإجتماعي والنفسي و الطبي**. المؤتمر العلمي الثالث: "للإنماء النفسي و التربوي للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة. كلية التربية جامعة زقازيق. من 15-16 مارس 2005.
- 6- أمال، محمد يوسف و سلوى سيد موسى ووفاء السيد محمود. (2013). **فاعلية برنامج التدخل المبكر بنظام الدمج في تنمية بعض المهارات السلوك التكيفي لطفل ما قبل المدرسة المعاقين ذهنيا**. ملتقى العلمي الثالث: أوراق علمية للتدخل المبكر واستثمار للمستقبل. جمعية الخليجية للإعاقة بالمنامة مملكة البحرين. من 2-4 ابريل 2013.
- 7- أماني، عبد المقصود عبد الوهاب و شند، سميرة محمد. (2010). **جودة الحياة الأسرية و علاقتها بفعالية الذات لدى عينة من الأبناء المراهقين**. المؤتمر السنوي الخامس عشر. جامعة عين شمس بمصر.

- 8- أماني، عبد المقصود عبد الوهاب. (2015). **مقياس جودة الحياة الأسرية "للأسر ذوي الاحتياجات الخاصة"**. أستاذة الصحة النفسية و الإرشاد النفسي. مصر: مطبعة الشمس شبين الكوم.
- 9- أحمد، مسعودي. (2015). **بحوث جودة الحياة في العالم العربي (دراسات تحليلية)**. مجلة العلوم الإنسانية و الاجتماعية، العدد 20، 203-220.
- 10- أميرة، طه بخش. (ب س). **فعالية برنامج إرشادي مقترح لأمهات الأطفال المتخلفين عقليا في تنمية السلوك التكيفي لأطفالهن**. كلية التربية. مكة المكرمة: جامعة أم القرى.
- 11- أمينة، حرطاني. (2014). **جودة الحياة لدى الأمهات و علاقتها بالمشكلات السلوكية عند الأبناء (دراسة وصفية تحليلية في وجود بعض المتغيرات: سن الأم - عمل الأم - المستوى التعليمي للأم)**. ماجستير منشورة لعلم النفس الأسري. جامعة وهران.
- 12- إيمان، رجب سيد قنديل. (2009). **فعالية برنامج إرشادي لتنمية بعض المهارات الإستقلال الذاتي لتحسين جودة الحياة لدى عينة أطفال معاقين عقليا قابلين للتعليم**. رسالة دكتوراء غير منشورة. كلية التربية: جامعة بنها.
- 13- تيسير مفلح، كوافحة و عمر فواز، عبد العزيز. (2003). **مقدمة في التربية الخاصة**. ط1. الأردن: دار المسيرة
- 14- جابر، عبد الحميد جابر و دعاء، السيد محمد الراجحي و أماني، سعيدة سيد ابراهيم. (2013). **دراسة مقارنة للمهارات الحياتية للأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعليم في ضوء مستويات جودة الحياة لدى أمهاتهم**. العلوم التربوية لجامعة القاهرة، العدد الثالث، ب ص.
- 15- جمال، محمد الخطيب ومنى، صبحي الحديدي. (2009). **المدخل إلى التربية الخاصة**. ط1. الأردن: دار الفكر

- 16- جنان، سعيد الرحو. (2005). *أساسيات في علم النفس*. ط1. بيروت: الدار العربية للعلوم.
- 17- جودت، بني جابر و آخرون. (2002). *مدخل إلى علم النفس*. ط1. عمان: مكتبة دار الثقافة للنشر و التوزيع و الدار العملية الدولية.
- 18- حسن، مصطفى عبد المعطي. (2005). *الإرشاد النفسي و جودة الحياة في المجتمع المعاصر*. المؤتمر العلمي الثالث : الإنماء النفسي و التربوي للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة. كلية التربية جامعة بالزقازيق. 15 - 16 مارس 2005.
- 19- الخطيب و آخرون. (1992). *إرشاد أسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة قراءات حديثة*. ط1. العين: مكتبة الفلاح للنشر و التوزيع.
- 20- خولة، أحمد يحيى. (2003). *إرشاد أسر ذوي الإحتياجات الخاصة*. ط1. عمان: دار الفكر للنشر و التوزيع.
- 21- خولة، أحمد يحيى. (2006). *البرامج التربوية للأفراد ذوي الحاجات الخاصة*. ط1. الاردن: دار المسيرة.
- 22- رانيا عبد الله، دراز عبد الله. (2014). *فاعلية برنامج إرشادي في تحسين جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين سمعياً*. رسالة ماجستير غير منشورة. مجلة كلية التربية بجامعة بنها، 25(99). 445-437.
- 23- رغداء، علي نعيمة. (2012). *جودة الحياة لدى طلبة جامعتي دمشق و تشرين*. مجلة جامعة دمشق، 28 (1).
- 24- رياض، نايل العاسمي. (2008). *برامج الإرشاد النفسي (الجزء الأول)*. دمشق.
- 25- زهران، حامد عبد السلام. (2005). *الصحة النفسية و العلاج النفسي*. القاهرة: عالم الكتب.

- 26- سامية، عبد الرحيم. (2011). *فاعلية برنامج سلوكي في تنمية بعض مهارات السلوك التكيفي للأطفال المعوقين عقليا القابلين للتعلم*. مجلة جامعة دمشق، مج(27)، 89-156.
- 27- سلاف، مشري. (2014). *جودة الحياة من منظور علم النفس الإيجابي (دراسة تحليلية)*. مجلة الدراسات و البحوث الاجتماعية، 08، 215-237.
- 28- سليمان، رجب سيد أحمد. (2009). *جودة الحياة ذوي صعوبات التعلم و جودة حياة أسرهم*.
- 29- شاهر، خالد سليمان. (2007). *قياس جودة الحياة لدى عينة من طلاب جامعة تبوك بالمملكة العربية السعودية و تأثير بعض التغيرات عليها*. مجلة الخليج العربي، العدد(117).
- 30- الشناوي، محمد محروس و التويجري، محمد عبد المحسن. (1995). *إرشاد والدي أطفال ذوي الحاجات الخاصة*. القاهرة: المؤتمر الدولي الثاني لمركز الإرشاد النفسي بجامعة عين شمس.
- 31- صالح، بن حمد العساف. (1995). *المدخل إلى البحث في العلوم السلوكية*. ط1. الرياض: مكتبة العبيكان.
- 32- صلاح الدين، عراقة محمد. (2006). *مذكرة فاعلية برنامج إرشادي لتحسين جودة الحياة لدى أبنائهم ذوي الاحتياجات الخاصة*. مجلة كلية التربية، 16 (66)، 219-258.
- 33- طه، عبد العظيم حسين. (2004). *الإرشاد النفسي و النظرية و التطبيق والتكنولوجيا*. ط1. عمان: دار الفكر.
- 34- عادل، عبد الله محمد. (2000). *العلاج المعرفي السلوكي. أسس و تطبيقات*. القاهرة: دار الرشاد.
- 35- عادل، عبد الله محمد. (2004). *الإعاقات العقلية*. ط 1. مصر: دار الرشاد

- 36- عبد الرحمان، بدوي. (1977). **مناهج البحث العلمي**. الكويت: وكالة المطبوعات.
- 37- عبد الفتاح، عبد المجيد الشريف. (2011). **التربية الخاصة و البرامج العلاجية**. ط1. مصر: دار مكتبة أنجلو المصرية
- 38- عبد اللطيف، الغامدي. (1999). **تصميم الدراسات التجريبية**. كلية التربية. مكة المكرمة: جامعة القرى. [www. al-mostafa. com](http://www.al-mostafa.com)
- 39- عبد المنعم، أحمد الدريد. (2006). **الاحصاء البارامتر واللابارامتري في فرضيات البحوث النفسية و التربوية و الاجتماعية**. ط1. القاهرة: عالم الكتب.
- 40- عزب، حسام الدين محمود. (2004). **برنامج إرشادي لخفض الاكتئاب و تحسين جودة الحياة لدى عينة من معلمي المستقبل**. المؤتمر العلمي السنوي الثاني عشر: بكلية التربية جامعة عين شمس. من 28 - 29 مارس 2004.
- 41- علاء الدين، كفاي. (1999). **الأرشاد و العلاج النفسي الأسري المنظور النفسي الإتصالي**. ط1. القاهرة: دار الفكر العربي.
- 42- علي عبد النبي، الحنفي. (2007). **أسر ذوي الإحتياجات الخاصة (دليل المعلمين و الوالدين)**. السعودية: دار العلم و الإيمان
- 43- علي عبد النبي، حنفي وصفاء، رفيق قرقيش. (2010). **أبعاد ومظاهر المشاركة التعاونية بين الإختصاصيين والأسر الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة في ضوء بعض المتغيرات دراسة وصفية**. مجلة الإرشاد النفسي، العدد 23، كلية التربية بالسعودية: جامعة الملك سعود.
- 44- فتيحة، سعدي. (2005). **فعالية برامج مراكز التربية الخاصة في تعديل سلوك الأطفال المعاقين عقليا**. رسالة ماجستير منشورة. جامعة الجزائر، بن عكنون

- 45- فؤاد، عبد الجوالده. (2013). *فاعلية برنامج تربوي قائم على نظرية العقل في تحسين جودة الحياة للأطفال ذوي الإعاقات التطورية و الفكرية*. دراسات العلوم التربوية والنفسية بجامعة عمان العربية، 40 (1)، 388-409.
- 46- فوزية، محمدي و أمال، بوعيشة. (2013). *معوقات جودة الحياة الأسرية*. الملتقى الوطني الثاني: حول إتصال و جودة الحياة في الأسرة. جامعة قاصدي مرباح بورقلة. 9-10 أفريل 2013.
- 47- فوقية، سيد عبد الفتاح و محمد، حسين سعيد. (2006). *العوامل الأسرية و المدرسية و المجتمعية المنبئة بجودة الحياة لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم بمحافظة بني سويف*. المؤتمر العلمي الرابع " دور الأسرة ومؤسسات المجتمع المدني في اكتشاف ورعاية ذوي الاحتياجات الخاصة ". لكلية التربية ببني سويف بمصر.
- 48- قحطان، أحمد الظاهر. (2008). *مدخل إلى التربية الخاصة*. ط2. الأردن: دار وائل
- 49- كريستين مايلز. (1994). *التربية المختصة، دليل لتعليم الاطفال المعوقين عقليا*. ط ترجمة عربية. الاردن: ورشة الموارد العربية
- 50- لخضر، عزوز. (2004). *مقياس منهجية البحث العلمي في علم النفس التربوي*. قسنطينة: جامعة منتوري.
- 51- لخضر، عمران. (2009). *الإصابة بداء السكري و علاقتها بتدهور جودة الحياة لدى المصابين*. رسالة ماجستير غير منشورة. قسم علم النفس و علوم التربية: جامعة باتنة.
- 52- مبارك، بشرى عناد. (د. ت). *جودة الحياة و علاقتها بالسلوك الاجتماعي لدى النساء المتأخرات عن الزواج بحث منشور*. مجلة كلية الآداب. العدد 99.
- 53- المحرزي، راشد بن سيف و حسن، عبد الرحمان سعيد و ابراهيم، محمود محمد. (2006). *جودة الحياة و علاقتها بالضغوط التقنية و استراتيجيات و مقاومتها لدى طلبة*

جامعة السلطان قيكوس. بحث مقدم في ندوة علم النفس وجودة الحياة بمسقط. 17- 19 ديسمبر 2006.

54- محمد النوبي، محمد علي. (2010). **التنشئة الأسرية و طموح الأبناء العاديين ونوي الإحتياجات الخاصة**. ط1. الأردن: دار صفاء للنشر

55- محمد، عبد الرحمان سعيد عبد الرحمان. (د. ت). **استخدام بعض استراتيجيات التعايش في تحسين جودة الحياة لدى المعاقين سمعيا**. الندوة العلمية الثامنة للاتحاد العربي للهيئات العاملة في رعاية الصم. مصر: كلية التربية بنها.

56- مصطفى، نوري القمش و خليل، عبد الرحمان المعايطه. (2007). **سيكولوجية الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة**. ط1. الأردن: دار المسيرة

57- المنسي، محمد عبد الحليم و كاظم، علة مهدي. (2010). **تطوير وتقنين مقياس جودة الحياة لدى طلبة جامعة سلطنة عمان**. مجلة أمارلباك العلمية، 1(1).

58- موريس، أنجريس. (2004). **منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية**. تدريبات عملية. الجزائر: دار القصبة للنشر.

59- نادية، بعبيع. (2010). **جودة الحياة لذوي الإحتياجات الخاصة الوجه الآخر للاستقلالية**. قسم علم النفس جامعة باتنة. جمعية ستيفس للصحة النفسية لولاية سطيف. 18 ماي 2010، 5:55

60- نادية، بنا. (1990). **مساعدة الأسرة من خلال برنامج التدخل المبكر**. مؤتمر مستقبل خدمة المعاق في مصر. القاهرة: مركز سيتي للتدريب و الدراسات في الإعاقة العقلية.

61- نبيل، أحمد على صبيح. (1980). **دراسات في إعداد و تدريب معلمي التربية الخاصة**. مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.

62- هاشم، سامي محمد موسى. (2001). **جودة الحياة لدى المعوقين جسميا والمسنين و طلاب الجامعة**. مجلة إرشاد النفسي العدد 13، 126-179.

63- هشام، عبد الرحمان الخولي. (2007). *دراسات و بحوث في علم النفس والصحة النفسية*. ط1. الاسكندرية: دار الوفاء.

64- الهمص، صالح اسماعيل عبد الله. (2010). *قلق الولادة لدى الأمهات في المحافظات الجنوبية لقطاع غزة و علاقتها بجودة الحياة*. رسالة ماجستير منشورة. الجامعة الاسلامية: غزة.

65- الهنداوي، محمد حامد ابراهيم. (2011). *الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركيا بمحافظة غزة*. ماجستير منشورة. جامعة الأزهر: فلسطين.

66- يونس، ناصر. (1995). *الاحتياجات التدريبية*. للدورة التدريبية لمسؤولي تدريب المعلمين أثناء الخدمة: وزارات التربية و التعليم في الدول العربية. المنظمة العربية للتربية والثقافة و العلوم بليبيا. من 21-31 أكتوبر 1995.

المراجع الاجنبية:

67- Crystal L ،Park (2003). **The Psychology of Religion and positive psychology**. Psychology of Religion News. letter volume 28. No. 4.

68- Gable ،S ،L ،& Haidt ،J. (2005). ***What (and Why) is positive psychology ?*** Review of general psychology. vol. 9-No 2.

69- Joseph ،Oliver et Peter ،Huxley et Keith ،Bridges et Hadi ،Mohamed. (1996). ***Quality of life and Mental Health Services***. Routledj. fust édditim: London and new york.

70- Launois ،Robert. (1992). ***la qualité de vie panorama et mise en perspective***. John libbey Enrote Xt. Paris

71–Raphael D., Brown, I., Renvick, R. & Rootman, I. (1996).

Quality of life indicator and health.

72–Seligman, M., E., P., & Csikszentmihalyi, M. (2000).

Positive Psychology: An introduction American Psychologist 5 S.

الملاحق

قائمة الملاحق

الموضوع
الملحق (01): مقياس جودة الحياة الأسرية
الملحق (02): قائمة الأساتذة المحكمين للبرنامج المقترح
الملحق (03): الصورة النهائية للبرنامج الإرشادي التدريبي المقترح
الملحق (04): جدول للفروق بين جنس الوالدين فيما يخص درجات القياس القبلي لمقياس جودة الحياة الأسرية لأسر الأطفال المتخلفين عقليا و أبعاده

ملحق رقم (01)

جامعة حمة لخضر بالوادي قسم العلوم الاجتماعية و الإنسانية

مقياس :

في إطار انجاز و إعداد مذكرة لنيل شهادة الماستر و التي بعنوان:

فاعلية البرنامج الإرشادي التدريبي لتحسين جودة الحياة الأسرية لأسر الأطفال المتخلفين عقليا .

نضع بين أيديكم هذا المقياس و الذي نرجو أن تجيب على عباراته مع العلم أن إجاباتكم ستحظى بالسرية التامة و الهدف منها انجاز البحث العلمي فقط .

نرجو الإجابة على جميع العبارات مع العلم انه لا توجد إجابة صحيحة أخرى خاطئة فكل الإجابات تعبر عن رأيك فعلا .

و شكرا لتعاونكم

مقياس (ج. ح. س. خ)

بيانات عن الآباء

اسم الوالد /الوالدة : -----

وظيفة الوالد /الوالدة : -----

مستوى تعليم الوالد : فوق عالي () مؤهل عالي ()
الشهادة الثانوية () دون المتوسط ()

مستوى تعليم الأم : فوق عالي () مؤهل عالي ()
الشهادة الثانوية () دون المتوسط ()

مستوى تعليم القائم بالرعاية : فوق عالي () مؤهل عالي ()
الشهادة الثانوية () دون المتوسط ()

الحالة الاقتصادية للوالدين / القائم بالرعاية :

- وجود متاعب مالية ()
- العيش بشكل مريح إلى حد ما ()
- العيش بشكل مريح جدا ()
- أفضل عدم الإجابة ()

م	العبارة	نعم بدرجة كبيرة	نعم بدرجة متوسطة	نعم بدرجة قليلة	نادرا	لا
1	تستمتع أسرتي بقضاء الوقت مع بعضها					
2	أفراد أسرتي يساعدون الأطفال على الاعتماد على أنفسهم					
3	تقدم أسرتي المساندة والدعم الذي تحتاجه					
4	أفراد أسرتي لديهم أصدقاء وآخرون يقدمون الدعم والمساندة لنا					
5	أفراد أسرتي يساعدون الأطفال في الواجبات المدرسية والأنشطة .					
6	أفراد أسرتي لديهم وسائل انتقال للأماكن التي يحتاجونها .					
7	أفراد أسرتي يتحدثون مع بعضهم البعض بحرية .					
8	أفراد أسرتي يعلمون الأطفال كيفية التعامل مع الآخرين.					
9	أفراد أسرتي لديهم وقت لممارسة الهوايات .					
10	أسرتي تحل المشاكل مع بعضها البعض .					
11	أفراد أسرتي يساعدون بعضهم البعض للوصول إلى الأهداف .					
12	أفراد أسرتي يظهرون حبهم ورعايتهم لبعض .					
13	أسرتي تتلقى مساعدات خارجية لتلبية الاحتياجات الخاصة بأفراد الأسرة .					
14	الكبار في العائلة يعلمون الأطفال اتخاذ القرارات المناسبة .					
15	أسرتي تحصل على الرعاية الطبية عند الحاجة .					
16	أسرتي لديها مصادر دخل للإنفاق.					
17	الكبار في الأسرة يعرفون الآخرين حياة الأطفال .					

م	العبارة	نعم بدرجة كبيرة	نعم بدرجة متوسطة	نعم بدرجة قليلة	نادرا	لا
18	أسرتي قادرة على التعامل مع الحياة صعودا وهبوطا (حلوها ومرها)					
19	الكبار في أسرتي لديهم الوقت لإشباع احتياجات كل طفل.					
20	أسرتي تحصل على الدعم/المساعدة عند الحاجة					
21	أسرتي تشعر بالأمان في المنزل، العمل، المدرسة، في الحي					
22	أسرتي تساعد الطفل المعاق للتقدم في المدرسة					
23	أسرتي تساعد الطفل المعاق للتقدم في المنزل					
24	أسرتي تساعد الطفل المعاق لتكوين صداقات					
25	أسرتي لديها علاقات جيدة مع مقدم الخدمة الذي يعمل مع الطفل المعاق.					

ملحق رقم (02): قائمة الأساتذة المحكمين للبرنامج المقترح

الإسم	التخصص	الدرجة العلمية
سلاف مشري	علم النفس	دكتوراه
الزهرة الأسود	علم التدريس	دكتوراه
علي خرف الله	علم النفس العيادي	دكتوراه
بوبكر منصور	علم النفس	دكتوراه
صالح خشخوش	علم النفس العيادي	ماجستير
شنة محمد رضا	عمل و تنظيم	ماجستير
هند غدايفي	علم نفس عيادي	ماجستير
يمينة فالح	الإرشاد و الصحة النفسية	ماجستير

البرنامج الإرشادي التدريبي المقترح
جامعة الشهيد حمة لخضر بالوادي
كلية العلوم الاجتماعية و الإنسانية
قسم العلوم الاجتماعية
تخصص تأهيل تربية خاصة

البرنامج الإرشادي التدريبي المقترح لتحسين جودة الحياة
الأسرية لأسر الأطفال المتخلفين عقليا

تحت الدكتور:

ممادي شوقي

من إعداد الباحثة:

مسعي أحمد زينب

تقديم البرنامج الإرشادي:

يعتبر البرنامج عمل مخطط و منظم لتقديم مجموعة من الخدمات الإرشادية المباشرة والغير مباشرة فرديا أو جماعيا للمسترشدين داخل الأسرة و خارجها، بهدف مساعدتهم بتحقيق النمو السوي، و تحقيق الصحة النفسية و التوافق النفسي و الاجتماعي و التربوي والاقتصادي بشكل سليم .

حيث ان البرنامج الحالي هو برنامج مخطط لأسر الأطفال المتخلفين عقليا يتضمن مجموعة من الإجراءات و الخطوات و الفنيات التي تقدم لأسر الأطفال المتخلفين عقليا لمساعدتهم على تخطي الصعوبات الناجمة عن الإعاقة و كيفية الوقاية منها و التوافق معها و التخفيف من الضغوط النفسية التي تواجه الأسرة بشأن الإعاقة بجانب تبصير الأسرة بالخدمات المساندة المتوفرة في المجتمع، حيث يستند البرنامج على أسس و مبادئ نظريات الإرشاد الأسري وفقا لحاجات أعضاء الجماعة الإرشادية، حيث تم الاعتماد على أسلوب الإرشاد الجماعي في تطبيق البرنامج الذي يتضمن مجموعة من الجلسات الإرشادية والتدريبية تقدم للوالدي الأطفال المتخلفين عقليا .

1- الأساس الذي بني عليه البرنامج:

1-1- الأطر النظرية للبرنامج:

1. تم إعداد هذا البرنامج من منطلق النظريات المفسرة لمراحل التكيف الأسري مع الإعاقة، حيث تم الاعتماد على النظرية المعرفية التي يتبناها أليس و التي تعرف بالنظرية العقلانية الانفعالية و تعمل من خلالها خدمات المعلومات بإلقاء الضوء على الخدمات التي توفر الحقائق و المعلومات الأساسية اللازمة لإشباع الاحتياجات المعرفية للوالدين فيما يتعلق بحالة الطفل الراهنة و مستقبله و الخدمات المتاحة، او توجيههم الى كيفية البحث عن مصادر هذه المعلومات لفهم أكثر من أجل إعادة البناء المعرفي للمشكلة وتصحيح إدراكهم الخاطئ على الإعاقة، كما تم الاعتماد على النظرية السلوكية حيث تهدف من خلالها لتدريب الوالدين و الأسرة لحل المشكلات و تختص بخدمات التدريب للوالدين بمساعدتهم

برسم خطط لحل المشكلات الخاصة بالطفل المتخلف العقلي للتحرر من الاستجابات والأنماط السلوكية غير الملائمة للتعامل مع المشكلة و تطوير مهارات أكثر فاعلية في رعاية الطفل سواء بالمشاركة في خطط تعليمه و تدريبه في البيت، إضافة الى تمكين الوالدين من إتخاذ القرارات المناسبة و جعلهما أكثر مقدرة على التحكم في الاحتمالات المستقبلية لمشكلة الطفل، بالإضافة إلى بعض المقابلات التي أجرتها الباحثة مع أسر الأطفال المتخلفين عقليا اللذين لديهم متابعات خارجية في المؤسسة الخاصة للأطفال المتخلفين عقليا، فلمست الباحثة مجموعة من الاحتياجات المعرفية و النفسية و الاجتماعية التي تشكل عائقا أمام دور الوالدين و مهام الأسرة في رعاية ابنهم المتخلف عقليا .

بذلك دعت الحاجة الملحة إلى إعداد البرنامج الحالي، من خلال مجموعة من الجلسات الإرشادية و التدريبية، و ما تتضمنه من تقنيات و وسائل و أدوات إرشادية لتحسين جودة الحياة الأسرية في ظل وجود طفل متخلف عقلي .

1-2- الأسس التي يقوم عليها البرنامج الإرشادي التدريبي المقترح:

أثناء القيام ببناء و تصميم البرنامج المقترح يجب مراعات الأسس التالية :

1-2-1- الأسس العامة: و تتضمن مراعاة الفروق الفردية بين أعضاء الجماعة من

ناحية المستوى الثقافي، و حقهم في التعبير عن آرائهم بكل حرية، و عدم السخرية منهم أو التقليل من شأنهم مع الأخذ بعين الاعتبار نوع المشكلة و طبيعتها، و وجوب امكانية تطبيق البرنامج المقترح واقعيا مع تعميم الفائدة منه، و مراعاة الامكانيات المتاحة .

1-2-2- الأسس الفلسفية و النفسية: حيث يستمد البرنامج أصوله من نظرية

الإرشاد العقلاني الانفعالي و نظرية الإرشاد السلوكي، إلى جانب الاعتماد على الأسس الفلسفية التي تحوي أخلاقيات الإرشاد النفسي (بالاعتماد على جانب الإرشاد الديني)، والفصل الرابع لهاته الدراسة يورد شيء من التفصيل للنظريات المفسرة و المعتمد عليها في الإرشاد الجماعي الأسري للبرنامج الحالي .

1-2-3- الأسس الاجتماعية: تتمثل في استخدام الفنيات و الأساليب الإرشادية والتدريبية المستخدمة في الجلسات الجماعية مع أفراد المجموعة الواحدة التدريبية .

1-2-4- الأسس الفيزيائية: و تشمل تهيئة البيئة الإرشادية المناسبة لتطبيق البرنامج الإرشادي التدريبي (المكان - الزمان - الوسائل - الأدوات ... إلخ) .

2- أهداف البرنامج الإرشادي التدريبي المقترح:

2-1- الهدف العام: بناء برنامج إرشادي تدريبي مقترح لتحسين جودة الحياة الأسرية لأسر الأطفال المتخلفين عقليا، و تطبيقه لمعرفة مدى فاعليته من خلال الأثر الذي يتضمن في التقبل و التكيف و الأسري مع الوضع الذي يعيشونه في ظل وجود طفل متخلف عقليا .

2-2- الأهداف الإجرائية: تصميم البرنامج المقترح في ضوء النظرية المعرفية السلوكية التي استخدمت لإعادة البناء المعرفي لتصحيح إدراك الوالدين و تعليمهم و تدريبهم للتعامل الصحيح مع ابنهم المتخلف عقليا، و تستعمل تلك النظريات ضمن نظريات الإرشاد الأسري، اضافة إلى الأهداف الاجرائية التي خصصت لجلسات البرنامج (مذكورة في الفصل الخامس في للدراسة الحالية بشيء من التفصيل) .

3- المقياس المستخدم لتقييم البرنامج المقترح:

باستعمال الباحثة لمقياس جودة الحياة الأسرية للدكتورة أماني عبد المقصود عبد الوهاب (2010) المعد خصيصا للأسر ذوي الاحتياجات الخاصة حيث يتضمن هذا المقياس خمسة أبعاد و للتوضيح أكثر نعرف عليها وهي كالاتي:

1- التفاعل الأسري: و الذي يتكون من ستة بنود تتمثل في العلاقات بين أفراد الأسرة بعضهم ببعض و بينهم وبين البيئة الخارجية التي تعمل فيها الأسرة، كما يشير هذا البعد الى درجة التواصل بين أفراد الأسرة و بعضهم البعض و إظهار مدى حبهم و رعايتهم لبعضهم البعض، و الاستمتاع بالوقت مع بعضهم و حل المشاكل معا، و دعم كل منهما للآخر، و يقاس هذا من خلال ست عبارات موقفية .

2- الوالدية: و تعني الأبوة و الأمومة و تمثل الأنشطة التي يقوم بها أفراد الأسرة الكبار أو الوالدين أو الآخرين قائمين بالرعاية لمساعدة الأطفال على النمو و التطور في مجالات متعددة من الحياة، و تقاس من خلال ست عبارات أو بنود .

3- السعادة الانفعالية و العاطفية: تتمثل في الجوانب العاطفية و الداخلية للحياة الأسرية التفكير الإيجابي -القدرة على التوافق المساندة الانفعالية بالانتماء الشعور بالاحترام، الانسجام الشخصي و يقاس من خلال أربع بنود .

4- السعادة المادية و الصحة الجسمية: تتمثل في الصحة البدنية و النفسية و قدرة أفراد الأسرة على الحصول على الرعاية الصحية اللازمة لهم، و الإنفاق على متطلبات الأسرة و احتياجاتها، و هي الدرجة التي تشعر عندها الأسرة بالأمان في المنزل، الحي، المدرسة، والعمل و تقاس من خلال خمس عبارات موقفية .

5- الدعم المرتبط بالإعاقة: يتناول المدى الذي يمكن للأسر أن تكون علاقة جيدة مع مقدمي الخدمات و يشعر الفرد الذي لديه إعاقة نمائية بالدعم اللازم لتكوين صداقات والتقدم في المنزل و المدرسة .

4- أعضاء المشاركين في البرنامج المقترح:

تكونت الدراسة الحالية من خمسة أسر أي 10 أفراد بالمجمل مكونة من 5 آباء و 5 أمهات تتراوح أعمارهم بين 31-44 سنة و هذه الأسر لأطفال متخلفين عقليا أعمارهم تتراوح (6-7 سنوات) .

5- خطوات بناء و تصميم جلسات البرنامج المقترح:

5-1- المراجع و الكتب و الدراسات:

تم بناء البرنامج استنادا على جودة الحياة لدى أسر الأطفال المتخلفين عقليا على النحو التالي:

• الاطلاع على الدراسات التي تضمنت فئة المتخلفين عقليا

- البرامج الإرشادية و برامج التدخل المبكر لفئة الدراسة: منها دراسة (صلاح الدين عراقية، 2006) كذلك دراسة آمال محمد يوسف، سلوى سيد موسى وفاء السيد محمد، (2013) دراسة (فؤاد عبد الجوالدة، 2013) دراسة (جابر عبد الحميد جابر، دعاء السيد محمد الراجحي، أماني سعيدة سيد إبراهيم، 2013) .. إلخ .
- المراجع و الكتب منها: (محمد النوبي علي (2010)، علي عبد النبي حنفي 2007، مدحت محمد أبو النصر 2000 ، عصام أنور 2004، عبد المحسن المقصود سلطان 2005، ... إلخ .

5-2- الفنيات المستخدمة في البرنامج المقترح:

تم اختيار بعض الفنيات و الاساليب المناسبة و الملائمة لبناء البرنامج المقترح و ذلك حسب الهدف من كل جلسة سواء كانت إرشادية أو تدريبية، و هي كما يلي :

5-2-1- المحاضرة: تعتبر طريقة المحاضرة إحدى الوسائل الهامة لنقل المعلومات والأفكار و الحقائق من الباحثة إلى أعضاء الجماعة الإرشادية .

5-2-2- الحوار و المناقشة: و هو طرح مجموعة من الأفكار و الآراء و مناقشتها بين الباحثة و الأسر لمعرفة أفكارهم الايجابية و السلبية، و كذا تدريبهم على التعبير عن مشاعرهم بكل حرية .

5-2-3- النمذجة: و هي عبارة عن وسيلة لتوصيل أفكار و معلومات عن طريق تقديم نماذج مصورة أو حية لتجارب ناجحة عن طريق الباحثة أو شريط فيديو، الهدف منه الاقتداء به و الابتعاد عن نقاط الفشل .

5-2-4- الواجبات المنزلية: هو تمرين أو عمل تمليه الباحثة على أعضاء الجماعة للبرنامج المقترح، و تطلب منهم القيام به في المنزل، و يكون في نهاية الجلسة الإرشادية والتدريبية و تصححه لهم في بداية الجلسة الموالية .

5-3- الوسائل و الأدوات المستخدمة في التنفيذ:

5-3-1- العرض الإيضاحي: و ذلك لمساعدة الباحثة في طرح و شرح عنوان كل

جلسة و أهدافها، و مساعدتها على تسجيل المحاضرة في شكل نقاط و مخططات .

5-3-2- الأوراق و الأقلام: ذلك بهدف تسجيل الملاحظات المقدمة من طرف

أعضاء الجماعة و التساؤلات أثناء شرح المحاضرة

5-3-3- كراس الواجبات المنزلية: و هو كراس تقدمه الباحثة لأعضاء الجماعة

الإرشادية بهدف حل الواجب المنزلي فيه .

5-3-4- مطبوعات : تحتوي على جداول لمختلف المهارات المتطلبة في تعليم

وتدريب الطفل المتخلف عقليا، و تسلم لجميع أعضاء البرنامج للاستفادة منه .

5-4- الأهداف الخاصة بجلسات البرنامج المقترح:

يهدف هذا البرنامج المقترح من طرف الباحثة و الذي يتألف من 12 جلسة بواقع جلستين أسبوعيا مدة كل منها ساعة و نصف كأقصى تقدير تهدف لعمل إرشادي و تدريبي مع والدي الأطفال المتخلفين عقليا و تزويدهم بقدر معقول من المعلومات و الحقائق والخبرات التعليمية و المفاهيم حول طبيعة التخلف العقلي و خصائصه المميزة عن الأطفال العاديين بهدف تشجيعهم على رعاية الطفل المتخلف عقليا و تقبل إعاقته ليتقبل الطفل نفسه، و يتكيف مع البيئة الأسرية و المجتمعية، و عمل الوالدين على إكساب ابنهم المتخلف عقليا على مهارات خاصة لتدريب الطفل على سلوكيات اجتماعية مقبولة تتعلق بالاستقلال الذاتي إضافة الى بعض جوانب السلوك الاجتماعي الأخرى و التي تهدف الى الوصول لتكيف الوالدين مع الإعاقة لوصول الابن الى التكيف مع البيئة التي تساعد على الانخراط في المجتمع، و لذا يعد البرنامج الحالي من البرامج الموجهة للأسرة و الوالدين بالأخص لما لهم دور كبير أكثر من أي مؤسسة أو مركز آخر فيعتبرون بدور المعلمين من الدرجة الأولى بالنسبة لطفلهم، كما يقوم الوالدين بدور العميل و العملية من حيث تلقيهما الخدمة والدعم و المساندة من قبل الباحثة في شكل جلسات و معلومات و محاضرات و إرشادات.

5-5 - أهمية البرنامج المقترح و الحاجة إليه:

و تتلخص في النقاط التالية:

- التأكد على أهمية الوحدة الأسرية في التواصل و التفاعل الأسري و إقامة علاقات الأسرية خارج و داخلها
- التأكيد على أهمية ودور رعاية الوالدين لطفلهم و توعيتهم بالإجراءات و الأساليب الناجحة للتدخل المبكر و من أجل الاستفادة من الخدمات المساندة و الوقاية لأطفالهم.
- ركزت الباحثة على برامج و الخدمات الفاعلة من أجل التدخل المبكر في التربية الخاصة و أهمية و دور المؤسسات و الجمعيات التي تقدم الدعم و المساعدة.
- تعريفهم بمصادر الدعم المتوفرة في المجتمع لتسهيل اندماجهم مع المحيطين بهم بقدر الإمكان لتحقيق الاستقرار و السعادة الأسرية داخل الكيان الأسري ليغلب عليه التوافق و الرضا الأسري عن الحياة الأسرية.

5-6- الترابط بين جلسات البرنامج المقترح و أبعاد مقياس جودة الحياة الأسرية :

5-6-1- التفاعل الأسري: تضمنت الجلسة الرابعة

5-6-2- الوالدية: تضمنت خمس جلسات تدريبية و هي الجلسة الخامسة و السادسة

و السابعة و الثامنة و التاسعة

5-6-3- السعادة العاطفية و الانفعالية: تضمنت الجلسة الثالثة

5-6-4- السعادة المادية و الصحة الجسمية: تضمنت الجلسة العاشرة

5-6-5- الدعم المرتبط بالإعاقة: تتضمن الجلستين الثانية و الحادية عشر

أما الجلستين الأولى و التي تضمنت التمهيد لجلسات البرنامج، و الثانية عشر التي تضمنت إنهاء جلسات البرنامج .

6- مخطط سير الجلسات:

6-1- الجلسة الأولى:

اليوم و التاريخ	21 / 03 / 2017، الساعة: 16:30 مساء
موضوع الجلسة	تمهيد البرنامج المقترح
أهداف الجلسة	- التعرف بين المرشدة و أعضاء الجماعة - بناء الثقة بين المرشدة و الأعضاء - تطبيق مقياس جودة الحياة الأسرية
محتوى الجلسة	بداية الجلسة بالتعارف من خلال الترحيب بالأعضاء المشاركين ثم التعريق بالبرنامج المقترح، مما تقوم المرشدة بشرح طريقة العمل مع المجموعة، و شروط نجاح العمل يجب أن تتوفر فيه ثلاث عناصر أساسية و هي القبول، الإقبال، التقبل، مع شرح لكل واحدة من قبل المرشدة، فالقبول بإنجاز جميع جلسات البرنامج المقترح و الاستفادة من جميع نشاطاته، أما الإقبال فهو شرط حضور أعضاء البرنامج إلى جلساته دون شروط، أي دون أن يكون ذلك عامل ضغط على الأعضاء بينما يقصد بالتقبل أنه الجو الإرشادي و التدريبي القائم على الثقة بين المرشدة و الأعضاء اللذين يضمنون السرية و الجدية و الانضباط في العمل الجماعي بين الاعضاء، و كذا العلاقة الإرشادية مع الاتفاق على مواعيد سير الجلسات الإحدى عشر
الفنيات المستخدمة	محاضرة، مناقشة
الأدوات المستخدمة	العرض الإيضاحي (data show)
المدة الزمنية	ساعة و نصف

اليوم و التاريخ	25 / 03 / 2017، الساعة: 08:30 صباحا
موضوع الجلسة	التعرف على مفهوم التخلف العقلي بجميع أجزائه
أهداف الجلسة	- معرفة التخلف العقلي مع استبصار لأنواعه - فهم الأسباب المؤدية للإعاقة - التعرف على مراحل النمو و التغيرات الطارئة في جميع مراحل النمو - تحديد الخصائص بجميع مجالاتها الخاصة بالتخلف العقلي
محتوى الجلسة	ستقوم المرشدة بشرح مفهوم التخلف العقلي بمنظور تربوي و نفسي و اجتماعي و طبي مع توضيح لجميع أنواعه، كما ستقوم بطرح الأسباب المحدثة لهذه الإعاقة مع عرض معلومات معرفية عن التغيرات التي تطرأ على الطفل المتخلف عقليا بجميع مراحل النمو، كما تسمح بتوضيح لمجموعة من الخصائص الجسمية و العقلية و المعرفية و الانفعالية و الاجتماعية التي تميز الطفل المتخلف عقليا عن غيره، و بالتالي تعمل المرشدة بختام الجلسة لتحديد واجب منزلي لأعضاء البرنامج و ذلك بكتابة تقرير مبسط عن مراحل نمو طفلهم و مدى وجود الخصائص التي ذكرت عند ابنهم
الفنيات المستخدمة	المحاضرة، الحوار و المناقشة، واجب منزلي
الأدوات المستخدمة	العرض الايضاحي، كراس الواجب المنزلي
المدة الزمنية	ساعة و نصف

اليوم و التاريخ	28 /03 /2017، الساعة: 16:30 مساء
موضوع الجلسة	العلاقة الزوجية و تأثيرها على النسق الأسري مع العمل على إعادة البناء المعرفي
أهداف الجلسة	- التعرف على مدى تأثير الإعاقة على العلاقة الزوجية و تأثيرها المباشر على العلاقات الأسرية - الوصول لتصحيح الأفكار اللاعقلانية المتعلقة بالإعاقة للوالدين
محتوى الجلسة	بداية بالترحيب مجدداً بأعضاء الجماعة ثم مناقشة عامة للواجب المنزلي المقدم في الجلسة الفارطة لمعرفة مدى استيعاب و انسجام الأعضاء لمحتوى الجلسة السابقة و المعلومات المقدمة فيها، ثم الحديث عن طبيعة العلاقة بين الزوجين في ظل وجود طفل متخلف عقلي و تأثيرها على الرعاية و تربية الأطفال كما يوضح تأثيرها أيضاً على العلاقات الداخلية للأسرة، وقبل الشروع في تصحيح الأفكار اللاعقلانية للوالدين طلبت المرشدة من الوالدين بكتابة شعور كل واحد منهم عند معرفته بإعاقة ابنه، مع ذكر تأثير ذلك على الهيكل الداخلي للأسرة ؟ في غضون 10 دقائق، كما يتم تعليق الإجابات على اللوحة الحائطية و قبل البدء بمناقشة الإجابات توضح المرشدة بشرح مفصل للردود المتباينة و المتوقعة عند معرفة الوالدين بالإعاقة، و ذلك اعتماداً على النظرية العقلانية الانفعالية لألبرت أليس و تفسير تلك الردود اعتماداً على (A)(B)(C) بعد ذلك تعطي الباحثة لمجموعة الأعضاء مهلة ربع ساعة بتحليل منطقي بصياغة أفكار عقلانية من خلال أفكار

لا عقلانية اعتمادا على النظرية العقلانية، و تنفيذ الاستنتاجات التي يصلون إليها بمثابة حافز لتقبل الطفل	
محاضرة، مناقشة عامة، إعادة البناء المعرفي	الفنيات المستخدمة
العرض الايضاحي، أوراق و أقلام	الأدوات المستخدمة
ساعة و نصف	المدة الزمنية

6-4- الجلسة الرابعة:

اليوم و التاريخ	01 /04 /2017، الساعة: 08:30 صباحا
موضوع الجلسة	أهمية التفاعل و التواصل بين الطفل و الوالدين و تفعيل دور الإخوة لمساندة أخيهام المعاق
أهداف الجلسة	- الفهم لمبدأ تحقيق التفاعل الأسري - التعرف على أهمية التواصل اللفظي و الغير لفظي بين الطفل المعاق و والديه - إبراز دور الأخوة بإيجابية مع تفعيل مساندة الإخوة لأخيهم المعاق
محتوى الجلسة	بداية بشرح أهمية التفاعل بين الطفل و والديه و دورها الإيجابي في التكوين النفسي للطفل المعاق، مع تناول و توضيح لأهمية التواصل اللفظي و غير اللفظي الذي يساهم بنمو الذات و الكفاءة الاجتماعية للطفل المعاق و التي تبرز بمشاركة فعالة للطفل داخل النسق الأسري و شعوره بالأمان النفسي، ثم تناول الحديث على دور الوالدين في أهمية مشاركة الإخوة و تفعيل دورهم بإيجابية في خدمة أخيهام
الفنيات المستخدمة	المحاضرة، مناقشة
الأدوات المستخدمة	العرض الايضاحي
المدة الزمنية	ساعة و نصف

اليوم و التاريخ	04 /04 /2017، الساعة: 16:30 مساء
موضوع الجلسة	التعرف على حاجات الطفل المتخلف عقليا و المهارات الأساسية الضرورية لإشباع حاجاته الحياتية
أهداف الجلسة	- معرفة و فهم المتطلبات الأساسية لحاجات الطفل المتخلف عقليا - التعرف على مختلف المهارات الأساسية في نمو الطفل المتخلف عقليا في مختلف مجالات الحياة
محتوى الجلسة	تعمل المرشدة على توضيح الحاجات الفيزيولوجية والاجتماعية و النفسية و التربوية و الحركية للطفل المتخلف عقليا مع التفصيل في شرح عن مختلف المهارات اللازمة و الضرورية لإشباع حاجات الطفل المتخلف عقليا و بكل ما تتطلبه المهارة الواحدة من جزئيات لتعليمها و تدريبها للطفل المتخلف عقليا ثم الاستفسار على أنواع المهارات الحركية و تطورها مع إيضاح لمهارة الاتصال و اللغة و الكلام و مراحلها في اكسابها للطفل المعاق مع التوضيح بمهارات الحياة اليومية الاستقلالية مع الحديث عن قدرة المعاق في تعلم المواد التعليمية و النظامية للمؤسسة الخاصة وصولا للتعرف على المهارات قبل المهنية وهذا التفسير اعتمادا على المطبوعة المقدمة من قبل المرشدة التي تحمل جزئيات لجداول مختلف المهارات، في ختام الجلسة تطلب المرشدة من أعضاء البرنامج بالقيام بواجب منزلي و ذلك بكتابة ملخص عن مختلف ما يخص ابنهم من المهارات السابقة
الفنيات المستخدمة	المحاضرة، الحوار و المناقشة، الواجب المنزلي

الأدوات المستخدمة	العرض الايضاحي، كراس الواجب المنزلي، مطبوعات لجداول مختلف المهارات
المدة الزمنية	ساعة و نصف

6-6 - الجلسة السادسة:

اليوم و التاريخ	08 / 04 / 2017، الساعة: 08:30 صباحا
موضوع الجلسة	التعرف على أسس و مبادئ لتعليم و تدريب الطفل المتخلف عقليا
أهداف الجلسة	- فهم الأساسيات التي تستخدم في تعليم و رعاية الطفل المعاق - التعرف على المعاني لمجموعة من المصطلحات التي تستخدم في الحديث عن تدريب الطفل
محتوى الجلسة	الشروع بشرح المبادئ الأساسية الضرورية في تعليم الطفل المتخلف عقليا مع تأكيد وجوب توفرها في الخطة التعليمية مع توضيح و شرح لمجموعة من المفاهيم كالمهارة و النشاط و التعرف على معنى تجزئة المهارة مع الحديث عن الفنيات المعتمدة في تعليم الطفل المعاق و منها النمذجة و مبدأ التكرار و التعزيز المادي و المعنوي و كيفية استعمال أسلوب الإطفاء مع إلقاء الضوء على أسلوب التشجيع المستمر من قبل الوالدين للطفل مع ضرورة التواصل بنبرة و صوت هادئ و ودود توافقها تعبيرات الوجه الانفعالية و نظرات العيون و حركات الجسم ثم توضيح الأساس في تعلم الطفل بداية بالتعرف على جسده و حواسه و إدراكه لجسمه بعد ذلك تقوم المرشدة بعرض شريطي فيديو لتوثيق أكثر للمعلومات السابق ذكرها، فالعرض الأول يحتوي جلسة تخاطب مع طفل متخلف عقليا بواسطة اخصائية أروطوفونية مع حضور أمه لتكرر كل نشاط تقوم به الأروطوفونية، بحيث تتضمن النشاطات حركات لتنشيط الخدين و عضلات الفم، أما العرض الثاني فيحتوي على كيفية تعليم الطفل المتخلف عقليا

للأشكال و أدوات المطبخ و الآلات المنزلية باستخدام مجسمات صغيرة أو صور لتساعد الطفل بتوسيع قدرته على التفريق بين مختلف الأدوات و الآلات المنزلية مع كيفية مكافأة الطفل، حيث تضمن كل شريط فيديو مدة عشر دقائق،و بعد عرض شرائط الفيديو خصلت إلى مناقشة جماعية حول الوقت أو المدة الزمنية المستغرقة في تعلم و تدرب الطفل المعاق و توضيح الاختلاف للمدة الزمنية من طفل إلى آخر مع وجوب التشجيع المستمر للوالدين بالاستمرارية و المواظبة	
المحاضرة، المناقشة الجماعية	الفنيات المستخدمة
العرض الايضاحي، شريطي الفيديو	الأدوات المستخدمة
ساعة و نصف	المدة الزمنية

اليوم و التاريخ	11 / 04 / 2017، الساعة: 16:30 مساء
موضوع الجلسة	تدريب الوالدين لعمل مخطط لخطة فردية (بناء برنامج فردي) للطفل المعاق
أهداف الجلسة	- معرفة أهمية و دور الوالدين في تدريب ابنهم - الوصول لمقدرة الوالدين على بناء مشروع شخصي (خطة أو برنامج فردي)
محتوى الجلسة	بداية بالترحيب بالأفراد المشاركين في البرنامج و من ثم شروع المرشدة بالحديث عن دور الوالدين في المشاركة الفعالة لبناء خطة فردية من أجل تدريب أبنائهم على الاستقلالية و الاعتماد على النفس و تنمية الكفاءة الاجتماعية و العناية بالذات ثم الانتقال مباشرة لعمل تطبيقي جماعي لتوضيح كيفية بناء و إعداد برنامج تدريبي مصغر لتعليم الطفل المعاق مهارة معينة، بدءا بتوضيح خطوات البرنامج و معانيها: - التفصيل بالحديث عن الهدف من المهارة، و ذلك بتحديد الأهداف طويلة المدى و الأهداف قصيرة المدى - شرح كيفية تجزئة المهارة إلى نشاطات - إلقاء الضوء على الوسائل المتاحة التي تستعمل لغرض التدريب مع الحديث عن المدة التي تستغرق في التدريب ثم الإجابة عن السؤال من يقوم به - عرض كيف يكون التقييم للطفل المعاق خلال تدريبه - و أخيرا تقام مناقشة جماعية حول الواجب المنزلي الذي حدد في الجلسة الخامسة
الفنيات المستخدمة	المحاضرة، المناقشة، العمل الجماعي (بناء خطة)
الأدوات المستخدمة	العرض الايضاحي، كراس الواجب المنزلي
المدة الزمنية	ساعة و نصف

اليوم و التاريخ	15 / 04 / 2017، الساعة: 08:30 صباحا
موضوع الجلسة	تكملة للجلسة السابعة بعمل مشروع شخصي أو خطة فردية للطفل المتخلف عقليا
أهداف الجلسة	- الوصول بالوالدين من خلال تدريبهم إلى تمكنهم من عمل و بناء مشروع شخصي و فردي - تنمية الروح العملية و الدافعية الذاتية للوالدين لمساعدة ابنهم
محتوى الجلسة	جعل هذه الجلسة عبارة عن أعمال تطبيقية، و ذلك بتقسيم الأعضاء المشاركين إلى مجموعتين (مجموعة للأمهات، مجموعة للآباء) ثم عرض المرشدة و اختيار مهارة التحية و السلام و طلب من المجموعتين عمل مشروع شخصي فردي لطفل متخلف عقليا و ذلك بتوظيف ما عرض في الجلسة السابقة حيث حددت مدة زمنية قدرها 25 دقيقة، و بعد ذلك القيام بتعليق المخططين لكلى المجموعتين ثم مناقشة جماعية حول الأعمال ثم تطلب المرشدة من المجموعتين باختيار مهارة معينة و عمل مخطط لمشروع شخصي فردي اعتمادا على الخطوات السابقة ثم مناقشة جماعية
الفنيات المستخدمة	الحوار و المناقشة الجماعية و عمل تطبيقي جماعي
الأدوات المستخدمة	الأوراق و الأقلام الملونة
المدة الزمنية	ساعة و نصف

اليوم و التاريخ	18 /04 /2017، الساعة: 16:30 مساء
موضوع الجلسة	استكمال للجلستين السابقتين في تدريب الوالدين
أهداف الجلسة	- تحقيق الكفاءة العملية من التدريب على عمل مشروع شخصي فردي
محتوى الجلسة	طلب المرشدة من الأعضاء المشاركين بعمل تطبيقي فردي لكل واحد على حدى و ذلك لبناء خطة فردية بحسب المهارة التي يختارها بموجب ابنه و الأنسب له و ذلك باتباع الخطوات الفارطة، مع تحديد المدة الزمنية و تقدر بنصف ساعة، بعد ذلك مناقشة جماعية لكل عمل
الفنيات المستخدمة	مناقشة جماعية، عمل تطبيقي فردي
الأدوات المستخدمة	الأوراق و الأقلام الملونة
المدة الزمنية	ساعة و نصف

اليوم و التاريخ	22 / 04 / 2017، الساعة: 08:30 صباحا
موضوع الجلسة	الرعاية العلاجية و الصحية و النفسية للطفل المتخلف العقلي
أهداف الجلسة	- فهم لمختلف أنماط الرعاية الصحية و العقلية إلخ - التعرف على مختلف التخصصات التي يجب المرور بها في رعاية الطفل المتخلف عقليا
محتوى الجلسة	توضيح المرشدة لمختلف التخصصات التي يلزم الاستفادة منها في رعاية الطفل و فهم دور كل مختص في علاج الطفل المتخلف العقلي ثم شرح لكل مختص على حدى لدوره و أهمية عمله و منهم المختص النفسي و المختص الأروطوفوني و المختص النفسي الحركي و المختص الطبيعي و الطبيب العام و طبيب الأسنان و طبيب القلب ... إلخ، و التعرف على كيفية تقديم الرعاية و المساعدة و المساندة من طرف كل مختص للطفل و أسرته
الفنيات المستخدمة	المحاضرة، الحوار
الأدوات المستخدمة	العرض الايضاحي
المدة الزمنية	ساعة و نصف

6-11- الجلسة الحادية عشر:

اليوم و التاريخ	25 /04 /2017، الساعة: 16:30 مساء
موضوع الجلسة	حقوق الطفل المتخلف عقليا و عرض لأنواع الدعم الضرورية لمساعدته
أهداف الجلسة	- التعرف على حقوق الطفل المعاق بجميع مجالاتها -استبصار الوالدين لأنواع الدعم و المساندة المتاحة في البيئة
محتوى الجلسة	عرض بالحديث عن حقوق الطفل المعاق، و حقه بالمساوات في العيش مثل الطفل العادي بالعناية و الرعاية و الدعم الأسري بجميع جوانبه المادية و النفسية و الصحية و الاجتماعية، و حقه في الترفيه و الدمج المجتمعي ثم توضيح لمختلف المؤسسات و الجمعيات و المراكز المتواجدة بالولاية، ثم طرح المرشدة من خلال تشجيعهم على أفكار ايجابية للتكاتف و التعاون فيما بينهم على عمل جمعيات خيرية، و عمل إفادة معلوماتية بما استفادوا من هذا البرنامج للأسر التي تعاني من نفس المشكل
الفنيات المستخدمة	المحاضرة، الحوار و المناقشة
الأدوات المستخدمة	العرض الايضاحي
المدة الزمنية	ساعة و نصف

6-12- الجلسة الثانية عشر:

اليوم و التاريخ	29 /04 /2017، الساعة: 08:30 صباحا
موضوع الجلسة	ختام البرنامج الإرشادي التدريبي
أهداف الجلسة	تقييم البرنامج الإرشادي من خلال مقياس جودة الحياة الأسرية
محتوى الجلسة	تقدم المرشدة للأعضاء المشاركين ملخص عن ما ورد في البرنامج الحالي ثم سرد لقصة حقيقة لشخص من نفس البيئة عانى من ابنته التي تعاني من إعاقة فتحدى كل هذا و سافر للدراسة عن نوع الإعاقة و البحث عن كيفية التعامل معها و علاجها، ثم خلص من هذه الضغوطات و المشاكل بعمل جمعية خيرية لمساعدة الفئات الخاصة و أسرهم لتحدي هذه الإعاقة ثم يجيب الأعضاء المشاركين على مقياس جودة الحياة الأسرية و في الأخير تشكر المرشدة الأعضاء على الاستمرارية و المشاركة الدائمة و الفعالة
الفنيات المستخدمة	المحاضرة
الأدوات المستخدمة	العرض الايضاحي
المدة الزمنية	ساعة و نصف

تقييم البرنامج الإرشادي :

يتم تقييم جلسات البرنامج الحالي عند إنتهاء كل جلسة، و ذلك عن طريق إطاء واجب منزلي أو عمل تطبيقي تدريبي ، بحيث تم التقييم الكلي للبرنامج في نهاية الجلسة الختامية والتي يتم فيها إنهاء العلاقة الإرشادية ، وتقييم البرنامج بصفة كاملة و ذلك بترك الحرية لأعضاء الجماعة المشاركين بالتعبير عن رضاهم عن البرنامج في كلمة واحدة .

ملحق (04):

جدول لفروق بين جنس الوالدين فيما يخص درجات القياس القبلي لمقياس جودة الحياة الأسرية لأسر الأطفال المعاقين عقلياً وأبعاده

أبعاد جودة الحياة	مقياس الحياة	n	$\bar{X}$	S	متوسط الفروق	قيمة f لتجانس	قيمة t_c	df	الدلالة الاحصائية
غير دالة	التفاعل الأسري	أم	05	11.90	3.03	1.20	1.26	08	0.66
		أب	05	10.71	2.70		غير دال		
	الوالدية	أم	05	9	2.34	1.60	5.58	08	0.59
		أب	05	7.40	5.54		غير دال		
	السعادة الانفعالية والعاطفية	أم	05	4.80	1.34	0.10	4.61	08	0.07
		أب	05	4.70	2.88		غير دال		
	السعادة المادية والصحية	أم	05	8	4	1.10	1.76	08	0.37
		أب	05	6.90	5.31		غير دال		
	الدعم المرتبط بالإعاقة	أم	05	7.70	5.54	0.40	13.39	05	0.16
		أب	05	7.30	1.51		دال		
	الدرجة الكلية	أم	05	41.40	9.31	4.40	1.34	08	0.69
		أب	05	37	10.77		غير دال		

تتراوح قيمة t المجدولة (2.31-2.57)