

This file has been cleaned of potential threats.

To view the reconstructed contents, please SCROLL DOWN to next page.

فاعلية برنامج لتحسين مستوى جودة الحياة الأسرية للوالدين وتحسين التوافق النفسي لأبنائهم المعاقين عقليا القابلين للتعلم

أ.د/ أمانى عبد المقصود عبد الوهاب* أ.د/ عبير عبد الله شعبان**
أ.م.د/ إيمان حمدى عمار*** أ.م.د/ سماح حلمى يس**** د/مصطفى سلامة*****

ملخص البحث

يهدف البحث الحالى إلى تحسين مستوى جودة الحياة الأسرية لدى والدي الأطفال المعاقين عقليا "من خلال برنامج تدريبي معد لذلك وأثر ذلك على مستوى التوافق النفسي لأبنائهم" من خلال: تدريب والدي الأطفال المعاقين على أساليب المعاملة الوالدية السوية،- وأساليب المساندة الوالدية اللازمة للتعامل مع أبنائهم. والتأهيل النفسي والتربوي للوالدين وباقي الأبناء من غير المعاقين على التعامل مع الابن المعاق عقليا والأساليب المختلفة لإشباع احتياجاته. وتدريب الوالدين على بعض المهارات الخاصة بالتفاعلات البيئشخصية، وحل المشاكل الزوجية والأسرية وصولاً إلى درجة مناسبة من التوافق الزواجى. وتوجيه أسرة الطفل المعاق بأهمية تعليم وتأهيل وتدريب طفلهم المعاق. بالإضافة إلى رفع مستوى فاعلية الأسرة وجودة أدائها وانعكاس ذلك على التوافق النفسى للطفل المعاق. وقد تم صياغة عدد من الفروض بهدف التحقق منها. وأظهرت النتائج أن الاحتياجات المادية كانت الاحتياج الأول والأهم، يليها الإحتياجات النفسية والاجتماعية، وأخيراً تأتي الإحتياجات المعرفية فى المرتبة الأخيرة. ووجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات أمهات الأطفال المعاقين قبل تطبيق البرنامج ومتوسطات درجاتهن بعد تطبيق البرنامج لصالح القياس البعدى لمستوى جودة الحياة الأسرية على مقياس جودة الحياة الأسرية(الأبعاد والدرجة الكلية)". ووجود تأثير دال لمتغير النوع/الجنس والمعالجة والتفاعل بينهما على تباين الدرجات التى حصل عليها أفراد العينة فى القياس البعدى لمقياس التوافق النفسى.

** أستاذ ورئيس قسم التربية الفنية

*أستاذ ورئيس قسم العلوم التربوية والنفسية

*****مدرس تكنولوجيا التعليم

**** أستاذ المناهج وطرق التدريس المساعد

*** أستاذ أصول التربية المساعد

كلية التربية -جامعة المنوفية

Effectiveness of a training program to improve the family quality of life Of parents of children with mental disabilities who are able to learn and its effect on children's psychological adjustment

Prof.Dr./Amany Abdel-Maksoud, Abdul Wahab* Prof.Dr./Abir Abdullah Shaaban **.
*****Dr./Eman Hamdy Ammar **** Dr. / Samah Helmy Yasin **** Dr./Mustafa Salama*******

Research Summary

The present research aims to improve the quality of family life to parents and improve the psychological adjustment of children with mental disabilities who are able to learn "through a training program prepared for it and its impact on psychological adjustment to their children".

It emerges from this goal several objectives: training the parents of disabled children on the normal parental treatment methods, and methods of parental support needed to deal with their children. And psychological rehabilitation and educational for the parents and the rest of the non-disabled children to deal with the mentally handicapped son and various methods to satisfy their needs. And training parents on some special skills interpersonal interactions, and resolving marital and family problems, and access to an appropriate degree of marital compatibility. And directing a disabled child's family the importance of education and rehabilitation and training of their child with a disability. In addition to raising the level of effectiveness of the family and the quality of its performance and its impact on psychological adjustment of the child with a disability. The formulation of a number of assumptions in order to check them out. The results showed that the material needs was the first requirement and most important, followed the psychological and social needs, and finally comes the knowledge needs in the third and final place. And the presence of statistically significant differences between mean scores of mothers of disabled children after the program. "The presence of effect to the variable of type / sex, treatment, and the interaction between them on the contrast grades obtained by the respondents in the telemetric scale psychological adjustment.

Professor and Chairman, Department of Educational and Psychological ** Professor and Head of the Department of Art Education, Science ***Professor of Foundations of Education * Assistant Professor of Curriculum and Instruction *****Technology education teacher.**

Faculty of Education, University of Menoufiya

مقدمه:

تمثل الأسرة الركيزة الأساسية في تخطيط وبناء شخصية الأبناء من خلال الرعاية الدينامية لهم، كما تؤثر الفاعلية الوالدية الهادفة في تشكيل شخصيتهم المستقلة بتدريبهم على التعامل مع المواقف التي يواجهونها بكفاءة، والسعي لإنجاز أعمالهم.

وقد لوحظ في السنوات الأخيرة تناول المتخصصون مفاهيم الأداء الأسرى بصورة أكثر جدية خاصة الذين يعملون مع أسر أحد أفرادها ذو إعاقة حادة أو مرض مزمن. وقد شاب الدراسات في هذا الميدان قصوراً ملحوظاً حيث ركز الباحثون على الفرد ذو الإعاقة وتجاهل باقي أفراد الأسرة، متخذين الطفل كوحدة أساسية ومتجاهلين الأسرة كوحدة تكاملية للدراسة، مما يعد قصوراً حيث أنه يتجاهل الطبيعة الدينامية للأداء الأسري، لأن التجربة التي يعيشها أحد أفراد الأسرة تؤثر في النظام ككل. كما أن المعالجين أو الدارسين للأسرة لم يظهروا اهتماماً خاصاً بالأفراد ذوي الإعاقات داخل محيط الأسرة، وأيضاً الأخصائيون الذين يقدمون الرعاية، يقدمونها في نطاق الاهتمام بالشخص المريض أو المعاق فقط (McDaniel,etal,1992;Park,etal.,2004). ومن ثم كان الاهتمام بأسرة الطفل المعاق، والتركيز على الرعاية المتمركزة حول الأسرة وتفهم الأداء الأسري وتقديم الرعاية الأسرية خاصة عند وجود طفل ذو إعاقة لديها.

كما أن ميلاد طفل معوق في الأسرة قد يكون بؤرة محتملة للشقاق والمشاحنات الزوجية، وقد يصعب جو الأسرة بلون خاص، فمن حيث علاقة الوالدين بالطفل المعوق نجد أنهما يتعاملان معه على نحو يختلف عما يحدث مع بقية الأبناء، فحالة القلق والأسى أو الإشفاق والضييق التي تظهر في نظرة الوالدين نحوه توجد ميلاً إلى التدخل الزائد في حياته، ويحدث هذا بصفة خاصة من جانب الأم بحكم قربها من الطفل والأولى برعايته، ويضطر الوالدان إلى تعديل بعض عادات الرعاية وإجراءات توجيه أطفالهما على نحو يتوافق مع رعاية الابن المعوق. أما من حيث علاقة الإخوة بهذا الطفل المعوق فإنهم يدركون على نحو ما أن أخاهم له حاجات خاصة، وأنه يختلف عنهم، مما يجعل له وضعاً خاصاً ويترتب على ذلك أن يروض الأخوة أنفسهم على نقص الرعاية الوالدية التي تتوفر لهم، وقد يميل إخوة الطفل المعوق إلى أن يكونوا لذواتهم مفهومًا سالبًا إذا ما قورنوا بين أنفسهم ومجموعات الأشقاء في الأسر الأخرى التي ليس لديها أخ معوق. وقد يخشى هؤلاء الأخوة أن يذكروا لأصدقائهم شيئاً عن أخيهام المعوق، وما تعاني منه الأسرة خوفاً من أن يتعرضوا لنبذ أصدقائهم، وقد

يرجع الأبناء والوالدين نسبة المشكلات والمصاعب التي تعاني منها الأسرة إلى وجود هذا الطفل المعوق، فقد يدركون مثلاً أن الأسرة لا تحظى بفرص ترفيه كافية، ولا تحظى بعلاقات أسرية هادئة، وأنها أسرة معزولة لا تزار من جانب الأسر الأخرى بسبب هذا الطفل المعوق (علاء الدين كفاي، ٢٠٠٣، ١١-١٢).

ومن ثم فالأطفال المعاقون عقلياً في أمس الحاجة إلى جهد مستمر ومتواصل ورعاية شاملة ومتكاملة من شتى المؤسسات الاجتماعية، سواء كانت الأسرة أو المدرسة أو المجتمع بشكل عام، وذلك بهدف رعايتهم لكي يستطيعوا أن يحيوا حياة طبيعية فعالة ومنتجة، وأن أى تقصير في تقديم هذه الرعاية تدفعهم إلى مزيد من العزلة والإحساس بالفشل والعدوانية من خلال مظاهر الإحباط المحيطة بهم.

مشكلة البحث:

تتبع مشكلة البحث الحالي من خلال ما أشارت إليه نتائج بعض البحوث والدراسات من أن العلاقات الأسرية المضطربة وعدم القدرة على حل المشكلات البيئشخصية بين الأفراد، والصراعات بين الأفراد داخل الأسرة تؤثر في حدوث القلق والاكتئاب لدى الأبناء (Pool,1993)، كما أن ضعف البناء الشخصى المتمثل فى العلاقات بين الأشخاص يعتبر من العوامل الهامة لحدوث هذه الاضطرابات لدى الأبناء (Davila, 1993).

وينشأ عن الطفل المعاق عقلياً لدي والديه ردود فعل قد تحد من التواصل الفعال والتفاعل البناء بين الوالدين وبينه، وبين الوالدين والمجتمع بشكل عام، ويذكر "جوردان" Jordan، أن هناك توقعات يحتفظ بها الوالدان خاصة بأطفالهما حديثي الولادة فإذا ما حدث ذلك تكون النتيجة مفزعة لهما، وغالباً ما تشير هذه النتيجة مشاعر يمتزج فيها الخوف بالألم، وخيبة الأمل بالشعور بالذنب، والارتباك والعجز والقصور (Jordan,1991,P.30-31). كما أن وجود طفل معاق عقلياً فى الأسرة يعتبر من أهم المشكلات والتحديات التي تواجهها أسر الأطفال المعاقين عقلياً، وقد يكون له أثراً كبيراً فى إحداث تغيير فى تكيف الأسرة، وإيجاد خلل فى التنظيم النفسى والاجتماعى لأفرادها.

وعلى الرغم من تعدد الدراسات والبحوث فى الأدبيات السيكولوجية فى مجال الأسرة بصفة عامة وأساليب التنشئة الخاصة بها، إلا أن بحوث جودة الحياة الأسرية بصفة عامة ولدى المعاقين خاصة لم تكن كافية،

بالإضافة إلى ندرة البحوث العربية المهتمة بدراسة طبيعة الخدمات المقدمة للأسرة كما وكيفاً حتى تستطيع التعامل مع الطفل تعاملاً إيجابياً دون أى مشاكل أو عقبات.

وبناء على ما سبق يتضح وجود هناك حاجة ماسة لحياة أسرية جيدة لما يترتب عليها من توافق نفسى واجتماعى ومستوى مرتفع من الصحة النفسية لدى الأبناء. ومن هنا يمكن صياغة مشكلة البحث فى التساؤل الرئيسى التالى: "ما فاعلية برنامج تدريبي لتحسين جودة الحياة الأسرية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم وعلاقته بتحسين التوافق النفسى لديهم"

ويتفرع من هذا التساؤل الأسئلة الفرعية الآتية:

- ١- ما ترتيب حاجات أسر الأطفال المعاقين؟
- ٢- ما ترتيب أهمية الخدمات المقدمة للطفل المعاق وأسرته؟
- ٣- ما مدى اختلاف جودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين قبل البرنامج وبعده؟
- ٤- ما مدى اختلاف درجة التوافق النفسى بين الأطفال (ذكور-إناث-العينة الكلية) قبل البرنامج وبعده؟

أهداف البحث:

يهدف البحث الحالى إلى الوقوف على مدى وطبيعة العلاقة بين جودة الحياة الأسرية بصفة عامة والتوافق النفسى لدى الأطفال المعاقين عقليا. كما يهدف إلى تحسين مستوى جودة الحياة الأسرية لدى والدي الأطفال المعاقين عقليا "من خلال برنامج تدريبي معد لذلك وأثر ذلك على تحسين التوافق النفسى لأبنائهم".

وينبثق من هذا الهدف عدة أهداف فرعية تتمثل فى:

- أ- تدريب والدي الأطفال المعاقين على أساليب المعاملة الوالدية السوية، وأساليب المساندة الوالدية اللازمة للتعامل مع الأبناء المعاقين.
- ب- التأهيل النفسى والتربوي للوالدين وباقى الأبناء من غير المعاقين على التعامل مع الابن المعاق عقليا والأساليب المختلفة لإشباع احتياجاته.

ت- تدريب الوالدين على بعض المهارات الخاصة بالتفاعلات البينشخصية، وحل المشاكل الزوجية والأسرية وصولاً إلى درجة مناسبة من التوافق الزوجي والرغبة في التعامل مع الابن المعاق بطرق سليمة.

ث- توجيه أسرة الطفل المعاق بأهمية تعليم وتأهيل وتدريب طفلهم المعاق.

ج- رفع مستوى فاعلية الأسرة وجودة أدائها وإنعكاس ذلك على التوافق النفسي للطفل المعاق. وذلك من خلال:- مساعدة الأسرة على تقبل طفلهم المعاق، وتنظيم لقاءات بين أسر الأطفال المعاقين لمناقشة المشكلات التي تعاني منها الأسر وتبادل الخبرات فيما بينهم، ومساعدة أسر الأطفال المعاقين عقلياً على تحفيز أطفالهم على الاتصال مع الآخرين، وتوجيه أسر الأطفال المعاقين عقلياً على كيفية مواجهة السلوك السلبي لدى الطفل، بغلاضافة إلى تشجيع الأسر على دمج أطفالهم مع المجتمع من خلال الأنشطة المختلفة والزيارات لبعض المنشآت والمؤسسات المختلفة.

كما يهدف البحث إلى تدريب الأطفال المعاقين عقلياً-من خلال برنامج تدريبي- على المهارات الاجتماعية والعملية والتدريب على بعض الأنشطة التي من شأنها مساعدة المعاق على التوافق مع نفسه ومع مجتمعه.

أهمية البحث:

تكمن أهمية البحث الحالي في المتغيرات النظرية التي يحاول بحثها وهي جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم وأسلوب تحسينها لدى الأمهات على تكيف الأطفال اجتماعياً. وهذه المتغيرات من الأهمية بما يؤثر منها في الأخرى، وهي لم تدرس بهذا المعنى في البيئة العربية بما يجعل قيمة نظرية للبحث الحالي.

كما تشير مراجعة التراث إلى أهمية مفاهيم البحث الحالي لارتباطها بتوافق الفرد وصحته النفسية، ومضار سوء المناخ الأسري، وما ينجم عن هذا الشعور من عواقب وآثار مرضية تنعكس على سلوك الفرد وتوافقته في الحياة، خاصة في مرحلة تتميز بكونها مرحلة عمرية تتشكل فيها شخصية الطفل، مما قد يجعل الطفل في احتياج لمناخ أسري سوى وعلاقات سوية بينه وبين والديه، ومن ثم بناء ثقته بنفسه وتنمية شعوره بالفاعلية، وذلك لما أوضحت نتائج العديد من الدراسات أهمية العلاقات الأسرية والمعاملة الوالدية الجيدة ووجود مناخ

أسرى جيد في رفع مستوى التوافق النفسي لدى الأبناء (Bandura,1997;Lev,et al.,2006; Foehrkolb, 2007). كما أن دراسة جودة الحياة الأسرية، قد يوفر قدراً من المعرفة يساعد الوالدين على نهج أساليب مناسبة في تنشئة أبنائهم وتقديم ما يتناسب مع سماتهم الشخصية واحتياجاتهم النفسية والاجتماعية في البيئات المختلفة الفقيرة منها والغنية.

ومن خلال نتائج هذا البحث يمكن تقديم معلومات مفيدة للقائمين على برامج التأهيل للمعوقين، بالإضافة لبرامج الخدمات الصحية والنفسية، نظراً للاهتمام العالمي والامتدادى بذوى الاحتياجات الخاصة من أبناء المجتمع، كما تعتبر أيضاً أحد الأسس في بناء برامج الإرشاد النفسي الخاصة بذوى الاحتياجات الخاصة.

أما عن أهمية البحث من الناحية التطبيقية فتتمثل في التعرف على فعالية برنامج تدريبي لتحسين جودة الحياة الأسرية لدى أمهات الأطفال المعاقين القابلين للتعلم والتعرف على مدى الاحساس بجودة الحياة لدى الأمهات قبل البرنامج وبعده، بالإضافة إلى التعرف على العلاقة الارتباطية بين جودة الحياة الأسرية والتوافق النفسي لدى هؤلاء الأطفال قبل البرنامج وبعده.

ويمكن أن يساعد البرنامج- بشقيه الخاص بالوالدين والأطفال- محور اهتمام هذا البحث في تدريب القائمين بمراكز الأسرة والطفولة المهتمة بمجال ذوى الاحتياجات الخاصة على إشباع احتياجات المعاقين عقلياً بتدريبهم على العديد من المهارات الحياتية اللازمة لنموهم النفسي والاجتماعي. والمساهمة في تفعيل الخدمات المقدمة لأسر الأطفال المعاقين من خلال مركز الطفولة والأمومة التابع للجامعة. نظراً لأن أحد الأهداف من خدمات التدخل المبكر هو تحسين جودة الحياة للطفل والأسرة.

الإطار النظري والمفاهيم الأساسية:

جودة الحياة الأسرية: (FQOL) Family quality of life

على الرغم من الاهتمام بدراسة العلاقات بين الوالدين- الطفل لها تاريخ طويل يعكس كبر حجم وغنى التراث الأدبي والنفسي، أو دراسة الأسرة بصفة عامة وأثرها على شخصية الأبناء، وكذلك

ارتباطها بعدد من المتغيرات النفسية والاجتماعية والديموجرافية، إلا أنه لوحظ قلة الدراسات التي تناولت جودة الحياة الأسرية بصفة عامة، وفي ارتباطها بالتوافق النفسى بصفة خاصة، ولذوى الاحتياجات الخاصة بصفة أخص على مستوى البيئة العربية (Hair,et al.,2003; Benjamin ,et al.,2004; Henery,2006)، لذلك كان من الأهمية فهم طبيعة العلاقة بين جودة الحياة الأسرية والتوافق النفسى لدى الطفل المعاق. نظراً لأن نقص الرعاية الأسرية من شأنه أن يؤدي إلى ظهور العديد من الاضطرابات كالاكتئاب والضغط (Trunbull,et al.,2005). كما لاحظ الباحثون ندرة الدراسات العربية التي تناولت جودة الخدمات المقدمة للأسر التي لديها طفل معاق كما وكيفا، ومن ثم كان اهتمام الباحثين بهذا الموضوع رغبة منهم فى تفعيل البرامج والخدمات المقدمة للأسر التي لديها طفل معاق وكذلك للأطفال أنفسهم لزيادة توافقه النفسى. وأوصى عدد من الباحثين بضرورة الاهتمام بدراسة واختبار جودة الحياة الأسرية المدركة بصفة عامة، وأوضحت نتائج دراساتهم أهمية وجود أداة لقياس جودة الحياة الأسرية بفاعلية نظراً لوجود قصور فى المقاييس الخاصة بتقدير جودة الحياة الأسرية، مما يوضح أهمية البحث الحالي فى إعداد مقياس لتقدير جودة الحياة الأسرية (Turnbull,et al.,2004; Verdugo,et al.,2005)، ومن ثم تحديد خدمات الدعم الأسرى (Hoffman,et al.,2006; Werner,et al.,2009). وعلى الرغم من اهتمام بعض الدراسات بتطوير أداة لتقدير جودة الحياة الأسرية، إلا أن دراسات أخرى ركزت على دراسة العوامل المنبئة بجودة الحياة الأسرية دون الاهتمام بدراسة جودة الحياة الأسرية فى علاقتها ببعض المتغيرات الأخرى (Turnbull,et al.,2007; Wang,et al.,2009). ولأن الأسرة هى الخلية الأولى ووحدة بناء المجتمع، ولها دورا هاما وقوى فى بناء شخصية الطفل وسواءه أو عدم سواءه. ومن خلال الدعم النفسى والاجتماعي الذى تقدمه الأسرة للطفل بما يمكن أن يساعد فى رفع مستوى كفاءته النفسية بما يجعله قادرا على التفاعل بإيجابية بدرجة ما مع نفسه ومع مجتمعه (Turnbull,et al.,2004). كان اهتمام البحث الحالي بأسر الأطفال المعاقين بالإضافة إلى المعاقين أنفسهم.

ويرى عدد من الباحثين أن جودة الحياة تتمثل فى "رضا الفرد عن حياته بصفة عامة وحياته الأسرية بصفة خاصة (Campbell,et al.,1976; Andrews&Withey,1977; James, 2002).

ويرى دنيس وآخرون (Dennis, et al. 1993) أن جودة الحياة للفرد في جوهرها ترتبط بالأسرة، والجهود المبذولة لمعرفة جودة حياة الفرد يجب أن تضع في اعتبارها تفسير الأسرة لجودة الحياة (ص 503). واعتمد كيومنز Cummins على مفهوم جودة حياة الفرد واستخدمه كإطار لجودة حياة الأسرة، بالرغم من أنه لا يمثل جودة الحياة الأسرية بشكل كاف. واعتبر كامبل Campbell (1981) أن الحياة الأسرية هي مجال أساسي من مجالات جودة الحياة. وبناء على نظرية النظم الأسرية، فإن جودة الحياة الأسرية ليست مجرد مجموع جودة حياة الأفراد وهي أكثر من مجرد المتوسط أو مجموع تصورات الفرد (Broderick, 1993). ويعتبر جيمس James (2002) الحياة الأسرية للأطفال والمراهقين أحد مؤشرات جودة الحياة وبعد أساسي من أبعادها.

وتعتبر جودة الحياة الأسرية من الموضوعات التي زاد الاهتمام بها في الآونة الأخيرة نظراً لأهميتها في توافق الأبناء على المستوى الاجتماعي، الانفعالي، والنفسي، ومن ثم رفع مستوى الصحة النفسية لديهم (Azhar & Casta, 2005; Turnbull & Turnbull, 2006).

ويعزى مفهوم جودة الحياة الأسرية إلى السعادة الشاملة للأسرة والقدرة على إشباع احتياجاتها والاستمتاع بالحياة. وقد تم اشتقاق هذا المفهوم FQOL من مفهوم جودة الحياة QOL. ويرى بوتنم Putnam (1995) أن جودة الحياة الأسرية من أكثر الموضوعات أهمية، حيث افترض أن الأسرة هي المنظمة الأساسية الأكثر تماسكاً في المجتمع وهي تمثل رأس المال الاجتماعي في المجتمع.

ويعرف جايون Jiyeon (2001) جودة الحياة الأسرية بأنها "الظروف التي من خلالها تشبع احتياجات الأسرة، ويستمتع أفراد الأسرة بحياتهم معاً كأسرة واحدة، ولديهم الفرصة لفعل أشياء مهمة معاً". في حين يعرف بارك وآخرون Park, et al. (2003) جودة الحياة الأسرية بأنها "الدرجة التي عندها تكون الأسرة التي لديها طفل معاق قادرة على تلبية احتياجاتها الأساسية وحاجة أفراد الأسرة إلى الالتقاء أو التجمع والاستمتاع بالوقت معاً، وقضاء وقت الفراغ وممارسة الأنشطة وتحقيق المصالح وتوفير الفرص لديهم لإنجاز أهدافهم الهامة بالنسبة لهم".

ويعرف مركز الشاطئ المعنى بذوى الاحتياجات الخاصة Beach Center on Disability (٢٠١٣) جودة الحياة الأسرية بأنها "الظروف التي من خلالها يتم إشباع احتياجات الأسرة واستمتاع أفراد الأسرة بالحياة معاً كاسرة واحدة، وتتاح الفرصة لفعل أشياء هامة مع بعضهم البعض".

ويعرف سميث Smith (٢٠٠٥) جودة الحياة الأسرية بأنها "الحاجة إلى الترابط القوي لأفراد الأسرة". في حين يرى كل من براون وبراون Brown&Brown (٢٠٠٦) أن جودة الحياة الأسرية هي "الدرجة التي يحتاج فيها أفراد الأسرة إلى الالتقاء، والمدى الذي يستمتعون فيه بوقتهم معاً، والمدى الذي يكونون فيه قادرين على فعل أشياء هامة مع بعضهم البعض".

ويعرف إيزاكس وآخرون Isaacs,et al. (٢٠٠٧) 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 مؤشرات جودة الحياة الأسرية.

وتعتبر جودة الحياة الأسرية ظاهرة تنمو وتتسع في مجال بحوث الأسرة، وقد اهتمت البحوث في جودة الحياة الأسرية على أساس معرفة مدى جودة حياة الفرد والممارسات الأسرية الخاصة به. وهي تركيب إجتماعي متعدد الأبعاد يتضمن أبعاد أساسية ومؤشرات (Samuel,et al.,2013)، كما أنها مفهوم معقد أو مركب (Denise,2003). ويرى جايون بارك Jiyeon,Park (٢٠٠١) أنه كما أن تعريف الأسرة في المجتمع المعاصر تعريف معقد فإن تعريف جودة الحياة الأسرية يعتبر تعريف معقد، ويواجه تحديات كبيرة (Turnbull,et al.,2000).

وقد اعتبر عدد من الباحثين جودة الحياة الأسرية هي نتيجة للخدمات المقدمة (Turnbull & Osher نتيجة للخدمات والسياسات المقدمة لأسر المعاقين. Brunk,1997; Baiely,et al.,1998; Beach Center on families and Disability,1998)، واعتبرها

ويرى عدد من الباحثين أن جودة الحياة الأسرية تتضمن قدرة الأسرة على تحسين العلاقات بين أفراد الأسرة لتحقيق صحة الأسرة والسعادة (Smith,et al.,2005; Summers,et al., 2005). والأسر التي لديها القدرة على الترابط يكون لديها القدرة على تحسين جودة الحياة بصفة عامة.

ويرى بارك وآخرون Park,et al. (٢٠٠٢) أن هناك عدد من العوامل المؤثرة على جودة الحياة الأسرية، ومن أكثر هذه العوامل أهمية هو الفقر الذى يؤثر على جودة الحياة بصفة عامة وجودة الحياة الأسرية بصفة خاصة. ومن ثم يرى كل من "هى هونج ومارى ونتر" Hee&Winter (٢٠٠٨) أن عمل الزوجين يزيد من الدخل الاقتصادى للأسرة، ومن ثم زيادة جودة الحياة بصفة عامة.

وتزداد معاناة الأسرة ويقل استمتاعها بالحياة وينخفض مستوى جودة الحياة لديها عندما يكون لديها طفل معاق، حيث تواجه أسر الأطفال المعاقين تحديات أكثر بكثير من أسر الأطفال العاديين خاصة عندما يكون لدى الطفل أكثر من إعاقة فى ذات الوقت. كما أن وجود طفل معاق ينطوى على درجة مرتفعة ومستمرة من التوتر ومواجهة عديد من الأزمات الأسرية بالإضافة إلى إجهاد الوالدين والضيق النفسى، وشعور الوالدين بضيق فى الأوساط الاجتماعية المختلفة والمناسبات الاجتماعية، مما يؤثر على جودة الحياة لديهم (Abdulahde& Radi,2012). كما أن الإعاقة العقلية تؤثر بشكل واضح على الحياة الأسرية كأحد أبعاد جودة الحياة (تامر شرباصى، ٢٠١٣، ٣٥٠٠)، ولذلك فإن أنظمة الدعم للأسرة وجودة العلاقات تلعب دورا كبيرا فى جودة الحياة لكل من الأطفال والمراهقين من ذوى الإعاقة (Davis,et al., 2008,P.196).

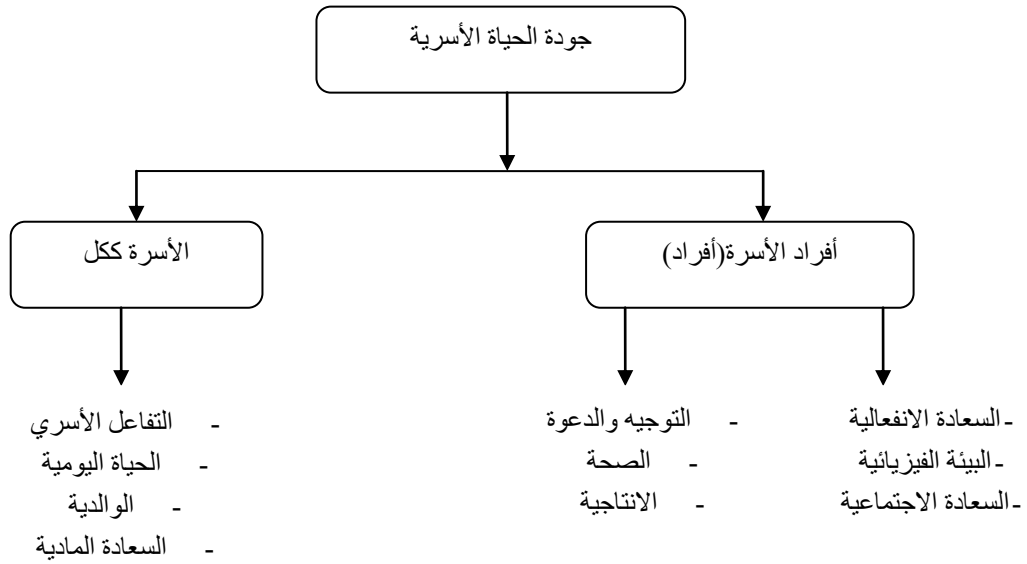
ويرى عدد من الباحثين أنه يجب تحسين التفاعل بين الأسرة والأصدقاء، وإشراك الأسرة فى التخطيط والرعاية وتشجيع التنشئة الاجتماعية الذى من شأنه تحسين السعادة الاجتماعية والعاطفية الشاملة لهؤلاء الأطفال المعاقين (Davis,et al.,2008;Shelly,et al.,2008;Samuel,2011).

أبعاد جودة الحياة الأسرية:

يمكن تحديد مفهوم جودة الحياة الأسرية فى مجال الإعاقة من خلال تسعة أبعاد لجودة الحياة الأسرية هى: الصحة، السعادة المادية، العلاقات الأسرية، الدعم من أشخاص آخرين، الدعم من مراكز الخدمات

المتصلة بالإعاقة، المعتقدات الدينية والثقافية والمهنية، والإعداد للمهنة، الترفيه والتمتع بالحياة، المشاركة الاجتماعية والمدنية (Brown,etal.,2003;Denise,2003;Mian Wang,2004). ويرى جايون بارك Jiyeon, Park (٢٠٠١) أن أبعاد جودة الحياة الأسرية هي: التفاعل الأسري، الحياة اليومية، الوالدية، والسعادة المادية.

ويحدد مركز الشاطئ المعنى بذوى الاحتياجات الخاصة Beach Center on Disability أبعاد جودة الحياة الأسرية بعشر أبعاد هي: التوجيه، الحياة اليومية، السعادة الانفعالية/العاطفية، التفاعل الأسري، السعادة المادية، الصحة، الوالدية، البيئة المادية، الانتاجية، والسعادة الاجتماعية (٢٠١٣). وقد تم تصنيفها إلى مجموعتين: أبعاد فردية تختص بجودة حياة الفرد وهي: التوجيه، السعادة الانفعالية/العاطفية، الصحة، البيئة المادية، الانتاجية، والسعادة الاجتماعية. وأبعاد أسرية موجهة نحو الأسرة وهي: التفاعل الأسري، الحياة اليومية للأسرة، الوالدية، السعادة المادية، ويوضح الشكل التالي الإطار العام لجودة الحياة الأسرية.



شكل (١) الإطار العام لجودة الحياة الأسرية

التوافق النفسي: Psychological Adjustment:

يعد التوافق عماد الصحة النفسية السليمة ومحورها، فحسن التوافق للفرد دليل على صحته النفسية، وسوء توافقه Maladjustment يعد مؤشراً على اختلالها، وذهب آخرون إلي أن الصحة النفسية يعني سيكولوجية التوافق وهو عبارة عن "دراسة لعملية التوافق" (عبد المطلب القريطي، ٢٠٠٣، ٦٣).

وتعرف أمانى عبد المقصود (١٩٩٩) التوافق النفسي بأنه محصلة لبعدين أساسيين هما: التوافق الشخصي والتوافق الاجتماعي. ويقصد بالتوافق الشخصي "إحساس الطفل بأنه يتمتع بأمن داخلي وقدرة على الإعتماد على نفسه، وقدرته على الإحساس بقيمته، وإحساسه بأنه يتمتع بالحرية فى سلوكه، ورضائه عن نفسه". أما التوافق الاجتماعي فيقصد به "إحساس الطفل بالقدرة على تكوين علاقات إجتماعية سليمة مع الآخرين فى المجتمع، ومعرفة الطفل للاتجاهات الاجتماعية المختلفة، ويظهر التوافق الاجتماعي من خلال شعور الطفل بالأمن الاجتماعي وتحقيق علاقات طيبة مع أفراد الأسرة والمدرسة والآخرين فى البيئة المحيطة".

ويعرفه أنور إبراهيم (٢٠٠٦، ٨) بأنه "عملية دينامية مستمرة يهدف الفرد من خلالها إلي أحداث توافق بينه وبين بيئته، وقدرة الفرد على حل الصراعات الداخلية حلا ملائماً، وذلك لحدوث التوازن بين الوظائف المختلفة للشخصية ليشبع حاجاته ودوافعه، وهذا يظهر فى شعوره بالرضا عن نفسه، وتقبل الظروف البيئية ومراعاة ظروف الآخرين وأنه قادر على تعديل سلوكه وعاداته".

كما عرفه السيد مصطفى (٢٠٠٧) بأنه "عملية ديناميكية مستمرة تشمل التغيرات التي تحدث في السلوك، والتي تؤدي إلي إشباع حاجات الفرد ودوافعه، مما يؤدي إلي حالة من التوافق والانسجام بين الفرد ونفسه وبينه وبين البيئة التي يعيش فيها".

ومن التعريفات السابقة يتضح أن التوافق النفسي هو "قدرة الطفل علي إثبات ذاته والتعبير عن آرائه ومشاعره بحرية والتصرف في المواقف المختلفة بطريقة سليمة ومناسبة. ويعرف إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها الأطفال علي مقياس التوافق النفسي المستخدم فى البحث".

جودة الحياة الأسرية وعلاقتها بالتوافق النفسي للأطفال المعاقين:

أوضحت نتائج العديد من البحوث والدراسات على أن الأطفال ذوى الإعاقة لديهم إنخفاض فى مستوى التوافق النفسى ويظهر فى مشاكل فى التوافق بالمقارنة بالأطفال العاديين (John & Joan, 2013)، وأشار "اسبرنجر وآخر" (Springer, et al., 2007) أن الأطفال المعاقين عادة ما يخبرون مشاكل فى التوافق. لذا كان من الأهمية إشراك الوالدين فى برامج خاصة لتحسين مستوى التوافق النفسى لدى الأطفال المعاقين عقليا، حيث أكد العديد من علماء علم النفس على أهمية وجود الأب والأم معاً لإحداث تنمية وتشكيل شخصية الأبناء بما يحقق لهم التوافق النفسى، فالأسرة هي البيئة القادرة على تحقيق مطالب النمو النفسى والاجتماعى للطفل فهي تقوم بدور لا يستطيع أي مؤسسة أخرى القيام به (محمد خليفة، 2001، 86).

وأوضح عدد من الباحثين أنه يمكن تحسين نوعية حياة الأطفال ذوى الإعاقة وزيادة توافقهم النفسى من خلال الفهم الصحيح لطبيعة إعاقتهم والدعم الاجتماعى القوي لهم ولوالديهم، والمساعدة فى تحسين العلاقات بين الأطفال وأسرهم وتقبلهم لإعاقتهم (White, et al., 2004; Bjornson, et al., 2008).

ويرى عدد من الباحثين أن المساندة من قبل الأسرة للطفل المعاق تؤدي إلى خفض الاضطرابات النفسية للطفل وتزيد من درجة الصحة النفسية لديه (Harry, 2002; Panos & Judith, 2013).

ويرى كل من بانوس وجوديث (Panos & Judith, 2013) وجود علاقة بين الاتجاهات الوالدية الإيجابية المتمثلة فى التماسك الأسرى والدفء العاطفى وبين النمو النفسى السوى للطفل المعاق.

وللوالدين (الأب- الأم) وخاصة الأم دور كبير فى تنمية قدرات الطفل وإشباع احتياجاته ورغباته ودوافعه، وذلك للارتقاء بمستوي توافقه النفسى، فالطفل المتوافق نفسياً هو الذي يستطيع تحقيق ذاته وإشباع حاجاته إشباعاً مناسباً، كما أن الطفل المتوافق لديه خصائص معينة تتوافر لديه مثل الإدراك الحقيقى للذات وللآخرين، كما يتصف بالتلقائية والالتزام والبساطة والقدرة على الاستقلال فى البيئة، وبذلك يكون الشخص متوافقاً نفسياً مع نفسه ومع بيئته ومع الآخرين، أما الطفل المعاق عقليا (القابل للتعلم)، فهو فى أمس الحاجة لهذا التوافق ويتم ذلك من خلال الأسرة وخصوصاً الوالدين

(الأب والأم)، والأم على الأخص لقربها من أطفالها وإحساسها بهم، فالطفل المعاق بصفة عامة في أمس الحاجة للشعور بالأمن والأمان وزيادة ثقته بنفسه وبالأخرين، فالوالدين هما الخلية الأولى والأساسية في الأسرة التي لولاها لن يشعر الطفل بالسعادة والتوافق والالتزان النفسي والانفعالي، وبذلك فمساعدة الوالدين وخصوصاً الأم لطفلها يؤدي إلى ارتقاء النمو النفسي للطفل عامة والمعاق عقلياً خاصة لكي يستطيع التوافق مع البيئة الخارجية بمختلف تغيراتها والتفاعل الإيجابي مع الآخرين ومع كل من حوله، كما أن الوالدين عندما لا تتوفر لديهما مهارات الوالدية والأساليب المساندة الإيجابية فقد يؤدي ذلك إلى جعل إحساس الطفل المعاق بالعجز والإحباط، ومن ثم عدم قدرته على التوافق فيؤثر عليه وينتهي به للفشل مع متطلبات الحياة، ومن هنا يرى الباحثين أن الوالدين هما الخلية الأولى والأساسية في تكوين شخصية الطفل المعاق عقلياً (القابل للتعلم)، وفي تنشئته اجتماعياً، وفي وصوله لمستوي مناسب من التوافق النفسي من خلال البرنامج المقترح في البحث الحالي.

وبذلك فحياة الفرد بأكملها تمثل سلسلة من المحاولات للوصول إلى حالة الاتزان عن طريق خفض التوترات الناشئة عن الحاجات وعن طريق الوصول إلى أهداف شعورية أو لاشعورية، لذا فإن وصول الفرد إلى حالة من الاتزان يعد درجة من درجات التوافق الجيد في حين يؤدي عدم الاتزان إلى سوء التوافق.

ومن هنا يرى الباحثين أنه يمكن القول بأن التوافق الناجح في سنوات الطفولة يعتمد على جودة الحياة الأسرية، كما أن العلاقة الإيجابية بين الوالدين والطفل بصفة عامة، والمعاق عقلياً (القابل للتعلم) بصفة خاصة تؤثر على الإحساس بالكفاءة والتفوق لديه وتسهل عليه تخطي هذه المرحلة بما فيها من صعوبات نتيجة إعاقته فتساعد على تنمية قدراته وإحساسه بالاتزان النفسي والانفعالي وبعده عن الاضطرابات الناتجة بسبب إعاقته، كما أن المساعدة الوالدية تجعل هؤلاء الأطفال المعاقين عقلياً (القابلين للتعلم) يظهرون أقل قدر من السلوكيات غير المقبولة اجتماعياً بالمقارنة بسلوكيات الأطفال الآخرين الذين لا يتعرضون للمساعدة الوالدية والتي تحدث نتيجة عدم وعي الوالدين بإعاقة أبنائهم أو أنهم يؤديون أدوارهم بطريقة غير فعالة.

الإعاقة العقلية: Mental Retardation

تعددت التعريفات الخاصة بالإعاقة العقلية حسب المعيار أو المنحى المستخدم في تعريفها، حيث ركز المهتمون بالجوانب الطبية على تطور نمو الفرد والأسباب التي أدت إلى تلك الحالة، واعتمد المهتمون في مجال القدرة العقلية على تقدير نسبة الذكاء مقاسة بمقاييس الذكاء، بينما اعتمد المهتمون بالجوانب الاجتماعية على مدى نجاح الفرد أو فشله في الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية المتوقعة منه، أي القدرة على التوافق الاجتماعي، أما المهتمون بالجوانب التربوية فقد اعتمدوا على قدرة الفرد على التعلم والاستفادة من التدريب (Hallahan&Kauffman, 2006). لذلك فإن التعريف المقبول للإعاقة العقلية يجب أن يتضمن كل العوامل الاجتماعية والنفسية والاقتصادية والجسمية والتربوية المتداخلة.

وتعرف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية American Association of Mental Retardation (AAMR) الإعاقة العقلية بأنها "قصور ملحوظ في عدد من جوانب أداء الفرد دون سن (١٨) سنة وتبدو في التدنى الواضح في القدرة العقلية عن متوسط الذكاء ويصاحبها قصور واضح في إثنين أو أكثر من مظاهر السلوك التكيفي كمهارات الاتصال اللغوي، والعناية بالذات، والحياة اليومية، والاجتماعية، والتوجيه الذاتي، والخدمات الاجتماعية، والمهارات الأكاديمية، والصحة والسلامة، وأوقات العمل والفرغ (Hallahan& Kauffman, 2006).

وتُعرف الأطفال المعاقين عقليا في هذا البحث بأنهم "الأطفال الملتحقون بمدارس التربية الفكرية، أو في فصول داخل المدارس العادية وتم تشخيصهم على أنهم معاقون عقلياً وفقاً لمقاييس الذكاء من قبل مراكز متخصصة".

إرشاد أسر الأطفال المعاقين عقليا:

إن الأطفال المعاقين عقليا في أمس الحاجة إلى جهد مستمر ومتواصل ورعاية شاملة ومتكاملة من شتى المؤسسات الاجتماعية، سواء كانت الأسرة أو المدرسة أو المجتمع بشكل عام، وذلك بهدف رعايتهم كي يستطيعوا أن يحيوا حياة طبيعية فعالة ومنتجة، وأي تقصير في تقديم هذه

الرعاية تدفعهم إلى مزيد من العزلة والإحساس بالفشل والعدوانية من خلال مظاهر الإحباط المحيطة بهم.

وتتطوّر رعاية الطفل المعاق عقليا على تحديات وصعوبات لأسرته لأنها تواجه مشكلات وتتصدى لتحديات خاصة، فوجود طفل معاق عقليا غالبا ما ينطوى على صعوبات نفسية ومادية وطبية واجتماعية وتربوية لأسر الأطفال المعاقين عقليا سواء على مستوى العلاقات الاجتماعية الداخلية (بين الأخوة والمعاق عقليا أو بين الزوجين)، أو على صعيد العلاقات الاجتماعية الخارجية (العلاقة مع الجيران أو الأصدقاء أو الأقارب) مما يؤدي إلى تعرض الأسرة إلى عديد من المشكلات النفسية كالقلق والخوف ولوم الذات (ترنبول وترنبول Turnbull & Turnbull، ٢٠٠٥؛ جمال الخطيب، ٢٠٠٩؛ عمر فواز، ٢٠١٢، ٨١٥).

وتحتاج أسر الأطفال المعاقين إلى نظام من الدعم الذي يساعدهم على اكتساب المعرفة والمهارات اللازمة لتربية وتعليم أبنائهم بفاعلية. ويتمثل ذلك الدعم في توفير المعلومات عن إعاقة ولدهم والمساندة الاجتماعية والمادية والنفسية، والتي تجعلهم يشعرون بأنهم يحظون بعناية وتقدير الآخرين (Turnbull & Turnbull, 2005). وقد أوضحت العديد من نتائج الدراسات الاحتياج الشديد لوالدي الطفل المعاق عقليا إلى المعلومات كأحد مصادر المعرفة الضرورية في مواجهة مسئولية تربية وتعليم أبنائهم التكيف داخل نطاق الأسرة وخارجها وطبيعة ومستقبل إعاقة أبنائهم، والحاجة إلى المعلومات عن طبيعة المشكلات السلوكية التي يأتي بها الأطفال وكيفية التعامل معها (Adams, 1987; Rodrigue, et al., 1992; Turnbull & Ruef, 1996). كما أوضحت نتائج العديد من الدراسات أهمية المساندة والدعم الاجتماعي للأباء والأمهات، وخدمات الرعاية من قبل المحيطين بالأسرة والأقارب في التخفيف من حدة الإحساس بالضغط، والعمل على مواجهتها بفاعلية، كما أن الدعم الاجتماعي يزيد من استقرار الأسرة ويزيد من قدرة الأمهات على مواجهة المشكلات، والأحداث الأسرية الضاغطة، كما يساعد على تحقيق الراحة النفسية للأمهات، وزيادة قدرتها على مواجهة عبء رعاية الطفل ومشقتها (Stoneman & Crapps, 1990; Flynt, et al., 1992; Warfield & Hausercram, 1996; Greenberg, et al., 1997).

ويخلص سليجمان ودارلنج (Shiljman&Darling, 2001) أهم حاجات أسر المعاقين عقليا تتمثل في: الحاجة إلى الرعاية الطبية المستمرة، الحاجة إلى الخدمات التربوية للطفل المعاق عقليا، الحاجة إلى المعلومات لمواجهة المشكلات السلوكية، الحاجة إلى الدعم المادي، الحاجة إلى الدعم الاجتماعي. كما أشار كل من هيوفز وهوانج (Hughes&Hwang, 1996) إلى أن تلقى خدمات الدعم، والحالة المادية الجيدة والتنمية الذاتية من أهم مجالات جودة الحياة.

ويؤكد براون (Brown, 2009) على أهمية دور الأسرة والدور المعزز لها في تقديم الدعم للأبناء المعاقين والمساعدة في اتخاذ قرارات حاسمة حول حياتهم، ونتيجة لذلك كان هناك زيادة في الاعتماد على الأسر لتكون بمثابة مقدمي الرعاية الرئيسية ومتخذى القرار بشأن دعم المعاقين.

ويرى عدد من الباحثين أن الكفاءة الذاتية للأسرة والقدرة على تحسين جودة الحياة الأسرية يتحسن من خلال بناء المهارات الأسرية، والتمكين وهو يعد نهج عملي لمعالجة احتياجات الدعم للأفراد ذوي الإعاقة. وتشير البيانات النوعية المبكرة من برامج دعم الأسرة أن الأسلوب القائم على التركيز على الأسرة وقوة التمكين يكون فعال في تمكين الأسر من التعامل مع إعاقة أطفالهم (Liewellyn, et al., 1999, 2003; Morrissey, 2005). كما أن الدعم الأسري يحسن جودة الحياة، وتحسين جودة الحياة يكون من خلال تدعيم الرضا عن الحياة، وتدعيم العلاقات الاجتماعية، والحياة الأسرية والدراسية (تامر الشرباصي، 2013).

كما يرى عدد من الباحثين أن جودة الحياة الأسرية هو "تجسيد لنقطة نوعية" في توفير خدمة الإعاقة، وهي تنتقل من التحديد إلى الدعم، من القصور إلى القوة، ومن الطفل إلى الأسرة، والتركيز على الدعم (Turnbull, et al., 2007). ويتم دعم الأسر من خلال التركيز على جوانب قوة الأسرة كنموذج للتدخل، بدلاً من التركيز على نقاط ضعفها (Turnbull&Turnbull, 2001; Blue-). وتعتبر دراسة جوانب قوة الأسرة، واحتياجاتها (Banning, et al., 2004; Seligman&Darling, 2007). وأولوياتها يعتبر منبئ لجودة الحياة الأسرية (Zuna, et al., 2011).

دراسات سابقة:

قام دينيس Denise (٢٠٠٢) بدراسة موضوعها "التحليل النوعي لوضع تصور لمجالات جودة الحياة الأسرية لأسر الأطفال ذوي الإعاقة. وذلك للإجابة على عدة تساؤلات هي: ما هي مجالات جودة الحياة الأسرية الجيدة؟ ما هي النطاقات الفرعية التي تضمن كل مجال؟ كيفية وضع تصور محدد عن جودة الحياة الأسرية؟. وقد تم جمع البيانات من خلال المقابلات الفردية في المناطق الحضرية والريفية للتعرف على مدى فهم المشاركين عن جودة الحياة الأسرية. وكان المشاركون (١٨٧) فرد تمثلت في الآباء، والأجداد، والآباء الكافلين، والأشقاء للأطفال ذوي الإعاقة، والأطفال المعوقين ممن لديهم اللغة الإنجليزية ليست لغتهم الأولى، والأطفال دون إعاقة، ومقدمي الخدمة، والإداريين. وتم تحديد عشر مجالات لجودة الحياة الأسرية ووصفها من حيث المجالات الفرعية والنقاط الرئيسية التي أثرت من قبل المشاركين. وتم تصنيف المجالات إلى عشر مجالات موجهة نحو الفرد (الدفاع أو التحبذ والرفاهية العاطفية والصحة والبيئة المادية، والإنتاجية، والرفاهية الاجتماعية) والمجالات الموجهة نحو الأسرة (الحياة الأسرية اليومية، والتفاعل الأسري، والرفاهية الاقتصادية، والأبوة والأمومة). وبناء على استجابات المشاركين تم تقديم تعريف ونموذج لجودة الحياة الأسرية، بالإضافة إلى اقتراح ١٢ مبدأ للاسترشاد بها في تطبيق نظم الجودة للحياة الأسرية. ومناقشة الآثار المترتبة من حيث التوجهات المستقبلية للبحوث ودعم الأسرة.

وقام سيمبسون Simpson (٢٠٠٤) بدراسة موضوعها "المنزل، المدرسة، والعوامل الاجتماعية المؤثرة على جودة الحياة للأطفال والشباب ذوي الإعاقة العقلية. وذلك بهدف دراسة علاقة البيت والمدرسة والعوامل الاجتماعية على جودة الحياة لكل من الأطفال والشباب ممن يعانون من حالات إعاقة مختلفة، وكيف تتفاعل هذه العوامل البيئية لتؤثر على جودة الحياة للأطفال. وذلك على عينة قوامها (٩٣) طفل ومراهق من سن الميلاد وحتى ٢٣ عاماً ممن يعانون من إعاقة نمائية، الصم/ضعاف السمع، وقصور كلوى، حيث بلغ عدد الفتيان ٤٨ والفتيات ٤٥. وقد تم تحليل البيانات المستمدة من ٩٣ زوج من القائمين بالرعاية للأطفال والمراهقين المشاركين في الدراسة. وأظهرت نتائج الدراسة أن الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة الذين يعيشون مع أسر تتمتع بمستوى عالي من

جودة الحياة ومصادر اتصال عالية كان لديهم مستوى عال بجودة الحياة من قبل القائمين بالرعاية. وأن الأطفال الصغار الذين يعيشون مع أسر داعمة ومتماسكة يتمتعون بمستوى عالي من جودة الحياة من قبل القائمين بالرعاية. وأن جودة الحياة للقائمين بالرعاية لا تتأثر بكل من مستوى تعليم الوالدين، ومستوى دخل الأسرة، ومكان الإقامة على نوعية الرعاية المقدمة للأطفال.

وقام ميلتون Milton (٢٠٠٦). بدراسة موضوعها "جودة الحياة لأفراد المعاقين الخاضعين لبرنامج الدعم السكنى". وذلك بهدف زيادة معرفة العوامل التي تساهم بشكل إيجابي في جودة الحياة لذوي الإعاقة الذهنية من الأطفال والشباب والبالغين والأسر. وتقييم خدمات البرنامج الذي يقدم الدعم للأفراد ذوي الإعاقة العقلية الذين اختاروا العيش بصورة مستقلة في المجتمع. وذلك على عينة مكونة من ٩ من المشاركين في البرنامج حيث استخدم تقنية مبتكرة "Photovoice" الذي يسمح للمشاركين بالكلام من خلال استخدام الصور الفوتوغرافية. ومن المجالات التي تم قياسها لتحقيق جودة الحياة (الحقوق، وتقرير المصير أو محددات الذات، والسعادة العاطفية، الرفاهية الاقتصادية، والتنمية الذاتية، والعلاقات الشخصية، والاندماج الاجتماعي والسعادة الزوجية (Schalock, 1999). ثم أجريت مجموعات التركيز على المشاركين الآخرين في برنامج المعيشة (دعم وحدة سكنية). وأظهرت نتائج الدراسة أن الخدمات المناسبة في دعم وحدة سكنية لذوي الإعاقات الذهنية للعيش بشكل مستقل تسهم في جودة الحياة لديهم في كافة المجالات. وتعتبر نتائج هذه الدراسة ذات فائدة للوكالات والممولين التي لهم أن يخططوا لتطوير أو توسيع برامج المعيشة (السكن المدعوم) للأفراد ذوي العاهات الخلقية.

وقام كانتريل Cantrell (٢٠٠٧) بدراسة موضوعها "الكشف عن جودة الحياة لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، وذلك نظراً لأن العديد من الدراسات أوضحت أنه نتيجة الإجهاد والعبء الواقع على الأمهات من رعاية أبنائهن ذوي الإعاقة الذهنية يتولد انخفاض في مستوى جودة الحياة لهن. بهدف دراسة تأثير عبء الرعاية على نفسية الفرد، والدعم الاجتماعي والأمل والتكيف الديني على جودة الحياة لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية. وذلك على عينة مكونة من (٧١) أم لأبناء ذوي إعاقة ذهنية من سن الميلاد إلى عمر ٢١ سنة، مستخدماً في ذلك عدة أدوات تضمنت:

مقياس جودة الحياة، مقياس التأقلم الديني، مقياس الأمل، مقياس الاستعداد الاجتماعي، مقابلات شخصية مع القائمين بالرعاية (عينة الدراسة). وقد استخدم الانحدار الهرمي لدراسة أهمية إضافة كل هذه المتغيرات إلى جودة الحياة للأمهات الأطفال ذوى الإعاقة الذهنية. وأظهرت النتائج أن الدخل والدعم الاجتماعي، والأمل يسهم بدرجة كبيرة فى زيادة جودة الحياة لدى الأمهات، وجميع المتغيرات باستثناء التأقلم الديني ساهم بدرجة كبيرة فى زيادة جودة الحياة للأمهات، وأن الدعم الاجتماعي هو المتغير الأهم المرتبط بجودة الحياة للأمهات تليه عبء الرعاية والأمل، ويقترح أن تساعد الأمهات على بناء الدعم الاجتماعي، والحد من عبء الرعاية لهم، وتعزيز مشاعرهم من الأمل، وتعلم كيفية زيادة الصلابة من داخل الشخص نفسه وإمكانية العمل كمجموعة من أجل تعزيز جودة الحياة للأمهات.

وقامت كل من سيسيليا وسيسيليا Cecilia&Cecilia (٢٠٠٩) بدراسة موضوعها "جودة الحياة الأسرية للوالدين الذين لديهم أطفال ذوى إعاقة عقلية" حيث أوضحت الباحثتان أن الوالدين الذين لديهما طفلا معاق أقرأ اضطرابات عضوية ونفسية فى كثير من الأحيان تعزى إلى رعاية أطفالهم، مما يؤثر على مستوى جودة الحياة لديهم. وبحثت هذه الدراسة جودة الحياة الأسرية للوالدين الذين لديهم أطفال مع أو بدون الإعاقة. على عينة قوامها (١٤٧) أسرة قسمت إلى مجموعتين (٧١ أسرة لديها أطفال ذوى إعاقة عقلية، ٧٦ أسرة لديهم أطفال بدون إعاقة) مستخدمة فى ذلك أدوات تضمنت النسخة المختصرة من مقياس منظمة الصحة العالمية لقياس جودة الحياة للوالدين، كما تم استخدام مقياس الاستقلال الوظيفى لتحديد مستوى الإعاقة لدى الأطفال، كما سجلت البيانات الأساسية مثل الظروف المالية والخلفية العائلية. وأظهرت نتائج الدراسة: وجود فروق دالة بين المجموعتين فى الأبعاد الاجتماعية والبيئية لجودة الحياة الأسرية، وعدم وجود فروق دالة بين المجموعتين فى أبعاد الصحة الجسمية والنفسية لجودة الحياة الأسرية. وجود علاقة ارتباطيه موجبة قوية بين جودة الحياة للوالدين ومستوى الإعاقة للأطفال، حيث وجد أن من لديهم أطفال ذوى إعاقة شديدة قد سجلوا درجات منخفضة فى الجوانب المادية والنفسية والاجتماعية والبيئية لأن أطفالهم يعتمدون عليهم جسدياً اعتماد كلى مما يشكل عليهم ضغطا كبيرا، ومن ثم تتأثر الحالة المادية والنفسية للوالدين نتيجة لرعاية أبنائهم المعاقين.

وقام جان وآخرون (Jan,et.al) (٢٠١٣) بدراسة موضوعها "جودة الحياة الأسرية للوالدين ممن لديهم أطفال يعانون من متلازمة داون ممن تتراوح أعمارهم بين (٦: ٨) سنوات. وذلك بهدف اكتشاف أى العوامل الاجتماعية- الديموغرافية المؤثرة على جودة الحياة للوالدين ممن لديهم طفل يعانى من متلازمة داون. الكشف عن أى العوامل النفسية والوظيفية للأطفال الذين يعانون من متلازمة داون وتأثير ذلك على جودة الحياة للوالدين. وذلك على عينة مكونة من (٩٨) من والدى أطفال يعانون من متلازمة داون، مستخدمين أدوات تضمنت: استبيان جودة الحياة للراشدين، استبيان لتقييم الحالة الاجتماعية- الديموغرافية للآباء والأمهات، أداة للتنبؤ بالحالة النفسية وأداء الطفل الذى يعانى من متلازمة داون. وتم استخدام تحليل الانحدار الخطى المتعدد للوصول للتباين بين الفئات المختلفة للمتغيرات. وأظهرت نتائج الدراسة أن وجود علاقة قوية بين العوامل النفسية والاجتماعية وجودة الحياة الأسرية للوالدين. وأن الارتباط بين وجود شبكة رئيسية داعمة للوالدين والترفيه عنهم يؤدى إلى جودة أفضل لحياة الوالدين. ووجود علاقة بين الأنشطة اليومية والحيوية وجودة الحياة للوالدين. ووجود علاقة بين المتغيرات (النفسية- الاجتماعية) بجودة الحياة للوالدين أكبر من علاقة المتغيرات (الاجتماعية- الديموغرافية) بجودة الحياة للوالدين؛ هذه المتغيرات النفسية الاجتماعية مرتبطة بالدعم الاجتماعي للوالدين وضغط الوقت حيث كان من الممكن تخلى الآباء والأمهات عن هواياتهم فى سبيل الاعتناء بالطفل الذى يعانى من متلازمة داون. وقد وجد أن تربية طفل يعانى من متلازمة داون يرتبط بانخفاض مستوى جودة الحياة للوالدين حيث يؤثر على الوظيفة المعرفية والوظيفة الاجتماعية وأنشطة الحياة اليومية والحيوية، وأن جودة حياة الوالدين ترتبط بقوة بشبكة العلاقات الاجتماعية الداعمة وأنشطة وقت الفراغ.

وقام بودزنك Podzinek (٢٠١٤) بدراسة موضوعها "بحث جودة الحياة على الطلاب ذوي الإعاقة العقلية في مونروفيا، وليبيريا". وأوضحت الدراسة أن خطط التنمية عادة ما تدرج الأطفال المعاقين فى آخر مجموعة أو فى آخر اهتماماتها، وهذا يترجم إلى الإقصاء فى الإعداد التربوي من قبل الحكومات المختلفة. فى ليبيريا، حيث يتم استبعاد الأطفال ذوي الإعاقة من الفصول الدراسية، ومن الصعب أن تجد البحوث حول المعوقين فى البلدان ذات الدخل المنخفض. فى محاولة لفهم أفضل للحياة للأطفال ذوي الإعاقة فى ليبيريا، وضعت ونفذت دراسة الحالة لدراسة

حياة الأسر مع الأطفال المعوقين في مركز تعليمي في مونروفيا، ليبيريا حيث دعا مركز التحالف من أجل الأطفال ذوي الإعاقة، وأعد إطار جودة الحياة (QOL) لقياس تأثير المركز على حياة الأسر والأشخاص ذوي الإعاقة. وتخلص الدراسة من خلال تحليل مكثف من النصوص للمقابلات والوثائق والملاحظات، أن العائلات المرتبطة بمركز للرعاية لديها تحسن في جودة الحياة عن تلك التي ليس لديها مركز يراهم.

فروض البحث:

- ١- يختلف ترتيب الحاجات اللازمة لمهات الأطفال المعاقين عقليا تبعاً لأولوية احتياجاتهم".
- ٢-تختلف نسبة رضا المهات عن الخدمات المقدمة لهم ولأطفالهم المعاقين.
- ٣-توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات مهات الأطفال المعاقين قبل تطبيق البرنامج ومتوسطات درجاتهم بعد تطبيق البرنامج لصالح القياس البعدي في مستوى جودة الحياة الأسرية على مقياس جودة الحياة الأسرية(الأبعاد والدرجة الكلية).
- ٤-لا يوجد تأثير دال لمتغير النوع/الجنس والمعالجة والتفاعل بينهما على تباين الدرجات التي حصل عليها أفراد العينة (الأطفال) في القياس البعدي لمقياس التوافق النفسي".

الطريقة والإجراءات البحث:

١- عينة البحث:

تألفت عينة الدراسة في صورتها النهائية من عدد (٤٩) أم من مهات الأطفال المعاقين عقليا، ممن تتراوح أعمارهن بين (٢٥-٤٤) عاما بمتوسط عمري قدره(٣٥.٨) عام وانحراف معياري قدره (٠.٦٤٨). وكن جميعهن من غير العاملات ومن مستوى اجتماعي اقتصادي منخفض(وفقا للواقع). وقد روعي تواجد الأب داخل الأسرة. و(٤٩) طفل ممن يعانون من الإعاقة العقلية والقابلين للتعلم، ممن يتراوح أعمارهم بين (٩-١٥) عام من الجنسين. مع مراعاة أن يكون لديهم مهات قائمات على رعايتهم، ولا يعانون من أمراض جسمية أو إعاقات غير الإعاقة العقلية. وقد تم اختيارهم من مدرسة التربية الفكرية بقرية سمدون التابعة لإدارة أشمون التعليمية محافظة المنوفية.

ج- أدوات الدراسة:

١- استمارة بيانات أولية خاصة بالطفل والأسرة: إعداد/ الباحثين
تم تصميم هذه الاستمارة لتشمل مجموعة من البيانات الأولية عن الطفل (السن - درجة الإعاقة - المستوى العام للسلوك (ضعيف-متوسط-مرتفع) يجب عليها الأخصائى المسئول فى المدرسة، وبيانات عن الأسرة (الأم) (السن-المستوى التعليمى-الحالة الوظيفية-تقييم أو لا تقييم مع الطفل) تجيب عليها الأم (ملحق ١).

٢-استمارة الخدمات المقدمة للطفل المعاق وأسرتة ومدى الرضاء عنها: إعداد/ الباحثين
بهدف تحديد كم ونوعية الخدمات التى يمكن أن تقدم لأسرة الطفل المعاق والطفل نفسه ومدى الرضا عنها ومدى الاحتياج لهذه الخدمات أو خدمات أخرى لم تقدم لهم بعد ويجب على هذه الاستمارة الأمهات(ملحق ٢).

٣-استمارة الحاجات المعرفية والنفسية والمادية والإجتماعية لأسر الأطفال المعاقين إعداد/ الباحثين
بهدف تحديد نوع الاحتياجات المعرفية والنفسية والمادية والإجتماعية التى يحتاجها الوالدين (ملحق ٣).

٤-بطاقة ملاحظة الأنشطة الفنية (ملحق ٤) إعداد الباحثين

٥- الأنشطة المسرحية (ملحق ٥)

٦-بطاقة ملاحظة أنشطة المهارات الإجتماعية ومهارات رعاية الذات بالحاسب الآلى.إعداد الباحثين
تم إعداد قائمة بالمهارات المطلوب تنميتها للتلاميذ المعاقين عقليا القابلين للتعلم بهدف تحديد المهارات المتضمنة فى المشروع الحالى للتلاميذ المعاقين عقليا القابلين للتعلم(ملحق ٦).

إعداد الصورة المبدئية لقائمة المهارات :

تضمنت الصورة المبدئية لقائمة المهارات:

- مهارات النظافة الشخصية، وتتكون من (٥) مهارة رئيسية و(٤٦) مهارة فرعية .
- مهارات اختيار وخلع وارتداء الملابس، وتتكون من (٦) مهارة رئيسية و(٢٠) مهارة فرعية .
- مهارات آداب السلوك الاجتماعى وتتكون من (٧) مهارة.
- مهارات إتباع القواعد والتعليمات المدرسية، وتتكون من (٥) مهارة .

وتم إعداد تقدير مستوى تقدير الأداء بصورة مبدئية كالاتي:

- إما أن يؤدي أداء صحيحا بمفردة ويحصل على الدرجة كاملة (تقدر بدرجتين).
- إما أن يؤدي أداء صحيحا بمساعدة ويحصل على (تقدر درجة).
- إما أن يؤدي أداء خطأ ولا يحصل على درجة (تقدر بصفر).

وللتحقق من صدق بطاقة الملاحظة تم عرض الصورة الأولية على السادة المحكمين فى مجال

تكنولوجيا التعليم والتربية الخاصة ومناهج وطرق التدريس، وذلك لإبداء الرأي حول ما يلي:

- مدى ملائمة المهارة للأهداف المراد تحقيقها. - مدى مناسبة بطاقة الملاحظة لعينة البحث.
- مدى مناسبة تقدير مستوى الأداء. - مدى صحة الصياغة اللغوية والعلمية لبطاقة الملاحظة .
- التعديل المقترح لبنود بطاقة الملاحظة .

وبناء على آراء المحكمين تم إجراء بعض التعديلات منها: إعادة صياغة بعض العبارات فى بطاقة

الملاحظة لتكون صالحة للقياس مثل حذف كلمة لا من بعض المهارات مثل: لا يرمى المهملات على

الأرض، لا يكتب على الكتب والكراسات، كما تم تصحيح بعض الأخطاء اللغوية.

وقد تم إجراء تجربة استطلاعية لبطاقة الملاحظة وذلك للتأكد من صدق البطاقة، التأكد من ثبات

البطاقة.

أ- صدق بطاقة ملاحظة.

بعرض الصورة الأولية لبطاقة الملاحظة على مجموعة من المتخصصين وإجراء التعديلات السابق

الإشارة إليها.

ب- ثبات بطاقة ملاحظة .

تم حساب ثبات بطاقة الملاحظة للمهارات كل مهارة على حدة عن طريق أسلوب تعدد الملاحظين

على أداء الطالب الواحد ثم حساب معامل الاتفاق بين تقديرهم للأداء عن طريق استخدام معادلة "كوبر"

لتحديد نسب الاتفاق، حيث تم الاستعانة بأحد المعلمين وبعض طلاب الدراسات العليا وتدريبهم على

استخدام بطاقة الملاحظة، ويوضح الجدول التالي معامل الاتفاق بين الملاحظين فى المهارات.

جدول (١) يوضح معامل الاتفاق بين الملاحظين في المهارات

المهارات	
معامل الاتفاق في حالة التلميذ الأول	معامل الاتفاق في حالة التلميذ الثاني
%٨٩	%٩٠

يتضح من الجدول السابق أن بطاقة ملاحظة الأداء للمهارات التي تم تجربتها صالحة للقياس حيث بلغ متوسط اتفاق الملاحظين ٨٩.٥% مما يعنى أنها ثابتة إلى حد كبير.

بعد إجراء التعديلات اللازمة وذلك وفقاً لآراء المحكمين تم إعداد الصورة النهائية لقائمة المهارات الحياتية والاجتماعية ورعاية الذات المتضمنة في المشروع البحثي الحالي.

٧- اختبار تحصيلي لقياس المهارات الاجتماعية ومهارات رعاية الذات بالحاسب الآلي. إعداد الباحثين يهدف الاختبار إلى قياس الجانب المعرفي للمهارات الحياتية والاجتماعية ورعاية الذات المتضمنة في المشروع البحثي الحالي (ملحق ٨). وقد تم إعداد الاختبار في ضوء الأهداف التعليمية العامة وتحليل الأهداف العامة إلى أهداف سلوكية.

جدول (٢) يوضح الأهداف العامة والسلوكية

م	الأهداف العامة	الأهداف السلوكية
١	يعتني التلميذ بنظافته الشخصية.	<ul style="list-style-type: none"> - ينظف التلميذ يديه. - ينظف التلميذ وجهه. - ينظف التلميذ شعر الرأس. - يمشط التلميذ شعر الرأس. - ينظف التلميذ أسنانه.
٢	يختار ويخلع ويرتدى التلميذ الملابس .	<ul style="list-style-type: none"> - يختار التلميذ الملابس النظيفة. - يختار التلميذ الملابس المناسب في كلا من فصل (الصيف والشتاء). - يخلع التلميذ القميص . - يخلع التلميذ البنطلون .

<ul style="list-style-type: none"> - يرتدى التلميذ القميص. - يرتدى التلميذ البنطلون. 	
<ul style="list-style-type: none"> - يستأذن من الآخرين عند طلب الأشياء المختلفة منهم . - يشكر الأصدقاء في حالة تقديم المساعدة له. - يعتذر في حالة صدور أي خطأ منه سواء كان هذا الخطأ مقصود أم غير مقصود. - يودع الأصدقاء عند فراقهم. - يدعوا الأصدقاء بالمشاركة في تناول الطعام أو الشراب. - يلقى السلام والتحية عند الدخول والخروج على الأصدقاء والمعلمة في الفصل. - يتقدم بعرض المساعدة على من يحتاج المساعدة. 	<p>٣ يلتزم بأداب السلوك الاجتماعي .</p>
<ul style="list-style-type: none"> - يحافظ على نظافة المدرسة والفصل. - يحافظ على نظافة الكتب والكراسات. - يتناول الطعام والشراب في الوقت المسموح له بتناولهما فيه. - يحترم ويقدر المعلم . - يلتزم بزي المدرسة . 	<p>٤ يلتزم بالقواعد والتعليمات المدرسية.</p>

مواصفات الاختبار:

تم إعداد جدول مواصفات ليشمل أسئلة الاختبار كافة الأهداف المراد تحقيقها محتويًا على المستويات المعرفية الثلاث (تذكر، فهم، تطبيق) وبوضوح ملحق (٧) مواصفات الاختبار التحصيلي للمهارات الحياتية والمهارات الاجتماعية رعاية الذات.

وتم إعداد الاختبار بطريقة الاختبارات الموضوعية (الصواب والخطأ، الاختيار من متعدد) وذلك لما تتميز به من الموضوعية في التصحيح وسهولة قياس ثباتها وعدم التأثر بذاتية المصحح وسهولة تصحيحها، وروعي أن يحتوى السؤال على فكرة واحدة، وعدم احتوائه على أي تلميحات

بالإجابة. وقد روعي توزيع مفردات الاختبار بحيث تشمل كافة المهارات المطلوب التدريب عليها وإكسابها للأطفال، ليشمل كل هدف سلوكي عدد من الأسئلة ومن ثم أصبح عدد الأسئلة ٣٠ سؤال. وتم إعداد نموذج للإجابة مع إعطاء درجة واحدة لكل إجابة صحيحة وصفر لكل إجابة خاطئة وبالتالي تكون الدرجة الكلية للاختبار التحصيلي للمهارات = ٣٠ درجة.

وقد تم اختيار عينة عشوائية عددها (٤) تلاميذ معاقين عقليا قابلين للتعلم وذلك لإجراء الاختبار التحصيلي بهدف: حساب ثبات الاختبار، التأكد من صدق الاختبار، حساب معاملات السهولة والصعوبة لكل مفردة من مفردات الاختبار، حساب معاملات التمييز لمفردات الاختبار، تحديد زمن الإجابة على الاختبار. وقد أسفر تطبيق التجربة الاستطلاعية النتائج التالية:

أ- ثبات الاختبار.

تم حساب معامل ثبات الاختبار عن طريق استخدام طريقة التجزئة النصفية (سيبرمان وبراون) حيث بلغ معامل ثبات الاختبار المهارات (٠.٩٢) وهذه النتيجة تعنى أن الاختبار يتسم بالثبات.

ب- صدق الاختبار.

تم عرض الصورة الأولية للاختبار على السادة المحكمين، وذلك لإبداء الرأي حول ما يلي: مدى ارتباط الأسئلة للأهداف المراد تحقيقها، مدى مناسبة الأسئلة لعينة البحث، مدى صحة الصياغة اللغوية والعلمية لبنود الاختبار، التعديل المقترح لبنود الاختبار .

وفى ضوء آراء السادة المحكمين تم إجراء بعض التعديلات.

ج- حساب معاملات السهولة والصعوبة لكل مفردة من مفردات الاختبار .

لحساب معامل السهولة والصعوبة لكل مفردة من مفردات الاختبار، وتراوحت معاملات سهولة الاختبار للمهارات بين (٠.٢٠ : ٠.٨٠)، وقد اعتبر أسئلة الاختبار التي بلغ معامل سهولتها (٠.٨٠) أسئلة شديدة السهولة، واعتبرت أسئلة الاختبار التي بلغ معامل سهولتها (٠.٢٠) أسئلة شديد الصعوبة إلا إذا كان معامل تمييزها كبيراً، وتشير هذه النتائج إلى مناسبة قيم معاملات السهولة والصعوبة لأسئلة الاختبارين لمستوى تلاميذ عينة المشروع البحثي.

د- حساب معاملات التمييز لمفردات الاختبار .

بهدف تحديد قدرة كل مفردة من مفردات الاختبار على التمييز بين الأداء المرتفع والأداء المنخفض لإفراد العينة في الإجابة على أسئلة الاختبار ولحساب معامل التمييز من المعادلة التالية

$$\text{معامل التمييز} = \text{معامل السهولة} \times \text{معامل الصعوبة}$$

وقد تراوح معامل التمييز للاختبار بين (٠.٢٠ ، ٠.٦٧) مما يشير إلى قوة تمييز مناسبة للاختبار.

هـ- تحديد زمن الإجابة على الاختبار.

بعد تطبيق الاختبار مع أفراد عينة التجربة الاستطلاعية ، تم حساب الزمن الذي أستغرقه التلاميذ عند الإجابة على الأسئلة، وذلك عن طريق حساب متوسط زمن الاختبار من خلال المعادلة التالية: (الزمن الذي أستغرقه كل التلاميذ ÷ عددهم) = $\frac{120}{4} = 30$ دقيقة. وبعد التأكد من ثبات وصدق الاختبار تم إعداد الصورة النهائية للاختبار التحصيلي للمهارات ملحق (٧).

٨- مقياس جودة الحياة الأسرية: تقنين: أماني عبد المقصود (٢٠١٥) (ملحق ٨)

قام بإعداد هذه الأداة مركز الشاطئ المعنى بالإعاقة، ويهدف هذا المقياس إلى تطوير أداة عامة للاستخدام مع الأسر التي لديها أطفال معاقين في مختلف الأعمار، ولجميع أنواع الإعاقات وشدتها. كما يهدف هذا المقياس إلى تقديم الدعم والمساندة للقائمين على رعاية الأطفال، وتوجيه مقدمي الخدمات الذين يعملون مع الأفراد والأسر، فضلا عن مديري المؤسسات والساسيين والباحثين في مختلف نظم الخدمة الاجتماعية. وتشجيع جودة الرعاية لكل الأسر في مختلف جوانب الحياة الأسرية.

وقد تم ترجمة المقياس إلى العربية، ثم عرضه على متخصصين في اللغة العربية وعلم النفس للتأكد من سلامة الترجمة وعدم الإخلال بالمعنى النفسي لبنود المقياس. ولتقنين الأداة تم تطبيق المقياس على عينة مكونة من (١٠٠) أب وأم من أسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.

صدق المقياس:

تم التحقق من صدق الأداة من خلال: صدق المحكمين، وصدق الاتساق الداخلي. ففيما يتعلق بصدق المحكمين: فقد اعتمدت معدة المقياس على آراء عدد من المحكمين "عشرة" من أساتذة علم النفس والصحة

النفسية بالجامعات المصرية، حيث كان الاتفاق بنسبة ٩٠% على البنود التي يتضمنها المقياس. وفيما يتعلق بالاتساق الداخلي: ١- تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من العبارات المتضمنة في المقياس والدرجة الكلية للمقياس. وفيما يلي جدول يوضح ما تم التوصل إليه من نتائج في هذا الصدد.

جدول (٣)

معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من العبارات المقياس والدرجة الكلية للمقياس

رقم العبارة	معامل الارتباط	الدلالة	رقم العبارة	معامل الارتباط	الدلالة	معامل الارتباط	الدلالة
١	٠.٧٤٩	٠.٠١	١٠	٠.٥٧٧	٠.٠١	٠.٥٢٥	٠.٠١
٢	٠.٦٨٤	٠.٠١	١١	٠.٧٠٤	٠.٠١	٠.٥٣٢	٠.٠١
٣	٠.٨٦٨	٠.٠١	١٢	٠.٧٤٢	٠.٠١	٠.٥٩٧	٠.٠١
٤	٠.٧٨٨	٠.٠١	١٣	٠.٥٥٦	٠.٠١	٠.٥٨٤	٠.٠١
٥	٠.٦٣٣	٠.٠١	١٤	٠.٥٨٥	٠.٠١	٠.٥٥٩	٠.٠١
٦	٠.٦٤٤	٠.٠١	١٥	٠.٧٢٠	٠.٠١	٠.٧٢٠	٠.٠١
٧	٠.٦٤١	٠.٠١	١٦	٠.٧٦٩	٠.٠١	٠.٧٨١	٠.٠١
٨	٠.٧٨٣	٠.٠١	١٧	٠.٨٧٧	٠.٠١		
٩	٠.٦٨١	٠.٠١	١٨	٠.٨٣٣	٠.٠١		

ينتضح من الجدول السابق أن جميع معاملات الارتباط مرتفعة ودالة مما يشير إلى أن المقياس على درجة مناسبة من الصدق، مما يثبت صلاحيته للاستخدام فيما صمم من أجله.

٢- تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بعد/عامل من الأبعاد المتضمنة في المقياس والدرجة الكلية للمقياس. وفيما يلي جدول يوضح ما تم التوصل إليه من نتائج في هذا الصدد.

جدول (٤)

معاملات الارتباط بين درجة كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس

العامل	التفاعل الأسرى	الوالدية	السعادة الانفعالية	السعادة المادية والصحة الجسمية	الدعم المرتبط بالاعاقة
التفاعل الأسرى	-----				
الوالدية	٠.٧٨	-----			
السعادة الانفعالية	٠.٦٩	٠.٧٤	-----		
السعادة المادية والصحة الجسمية	٠.٦٥	٠.٧١	٠.٦٣	-----	
الدعم المرتبط بالاعاقة	٠.٧٥	٠.٧٨	٠.٦٤	٠.٧٢	-----

يتضح من الجدول السابق أن جميع معاملات الارتباط مرتفعة ودالة مما يشير إلى أن المقياس على درجة مناسبة من الصدق، مما يثبت صلاحيته للاستخدام فيما صمم من أجله.

ب- الثبات:

تم حساب الثبات بعدة طرق تمثلت في: ١- طريقة إعادة الإجراء Test-retest، حيث تم تطبيق الأداة مرتين بفاصل زمني أسبوعين على مجموعة قوامها (٥٠) أم من أسر الأطفال المعاقين، وبحساب معامل الارتباط بين الدرجات التي حصل عليها أفراد العينة في التطبيقين الأول والثاني كان (٠.٧٤٧)، وهو معامل ارتباط عال، مما يشير إلى أن المقياس يتمتع بقدر عال من الثبات. ٢- طريقة ألفا كرونباخ: تم تطبيق المقياس على مجموعة كلية قوامها (٥٠) أم من أسر الأطفال المعاقين، حيث بلغ معامل الثبات "ألفا" (٠.٨١١) وهو معامل عال، مما يطمئن الباحثة إلى إمكانية استخدام المقياس.

٩- مقياس التوافق النفسي للأطفال إعداد/أمانى عبد المقصود (٢٠١٤)

تم إعداد هذا المقياس (ملحق ١٠) بهدف قياس درجة التوافق النفسي للأطفال بصفة عامة والأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بصفة خاصة. كما يساهم التشخيص من خلال هذا المقياس في تعريف الأمهات كيفية التعامل مع الأطفال، والتدريب على الفنيات والاستراتيجيات اللازمة، لتحسين مستوى التوافق النفسي لأطفالهن. وتنمية القدرة على إشباع احتياجاتهم النفسية والانفعالية والاجتماعية الأمر الذي يساعد على تحسين توافقهم النفسي، ومن ثم تعديل سلوكياتهم واستثمار طاقاتهم بما يتناسب مع إمكاناتهم.

الخصائص السيكومترية للمقياس:

تم اتخاذ عدة إجراءات للتحقق من الصدق والثبات التي من شأنهما التحقق من صلاحية المقياس للتطبيق وقياس ما وضع لقياسه للعينة المستهدفة في البحث.

١٠- أ- البرنامج الخاص بتحسين جودة الحياة الأسرية للأمهات (ملحق ١١-أ) إعداد الباحثين

يعرف البرنامج بأنه "عملية منظمة مخططة تهدف إلى مساعدة أمهات الأطفال المعاقين عقليا بإكسابهم وإمدادهم ببعض الحقائق والمعلومات عن الطفل وعن أفضل أساليب التعامل والتفاعل بين أفراد الأسرة واطفالهن المعاقين، بالإضافة إلى تدريبهن على بعض المهارات اللازمة للتعامل مع

الطفل بما ينعكس على تحسين مستوى جودة حياتهن الأسرية وما يعكسه ذلك من تحقيق قدر من التوافق النفسى للطفل تتضح فى الاستقلال الذاتى وإقامة علاقات اجتماعية ناجحة عن طريق تنمية قدراته واستعداداته إلى أقصى حد ممكن".

ويهدف البرنامج الخاص بأسر الأطفال المعاقين عقليا(الأمهات) القابلين للتعلم لتحسين جودة الحياة الأسرية لديهم.

-تقديم المعلومات والدعم والمساعدة لأسر الأطفال المعاقين عقليا، وللجمعيات المهتمة بهذا المجال.

-تقديم المساعدة للوالدين للتعرف على أساليب المساندة الوالدية وممارستها ودحض أساليب الرعاية أو المعاملة غير السوية لتأكيد التفاعل الايجابي مع طفلهم المعاق، كما يهدف البرنامج إلى مساندة وتوعية وإكساب الأمهات مهارات التعامل مع الأطفال المعاقين عقليا ومشاركتهم بعض أنشطة البرنامج لمساعدتهم على زيادة توافقهم النفسى وجعلهم بقدر الإمكان أطفالاً يتمتعون بدرجة مناسبة من التوافق.

-كما أن البرنامج يسعى إلى تحسين جودة الحياة الأسرية التى يحيها أسر الأطفال المعاقين عقلياً، ويتيح لأفراد الأسرة إمكانية التفاعل الايجابى المثمر بينهم مما يسهم فى تحقيق إشباع احتياجاتهم والعمل على حل ما يواجهونه من مشكلات حياتية.

-أن تكتسب الأمهات "أفراد العينة" معلومات عن الإعاقة العقلية وطرق التواصل مع الأطفال والتفاعل الاجتماعى معهم.

-أن تتعرف الأمهات على الاحتياجات النفسية والاجتماعية للأطفال فى هذه المرحلة بصفة عامة والأطفال المعاقين بصفة خاصة وطرق وأساليب إشباع هذه الاحتياجات.

-أن تتعلم الأمهات أساليب المعاملة الوالدية السوية، وتدريب عليها.

-أن تتدرب الأمهات على فنيات المساندة الوالدية.

-أن تكتسب الأم أصول الحياة الأسرية السليمة.

-أن تتقبل الأم إعاقة طفلها، وتدريب على استثمار قدرات الطفل مهما كانت هذه القدرات.

- أن تتاح الفرصة للأمهات للتحدث عن خبراتهن مع أطفالهن بغرض التنفيس الانفعالي لمشاعر الإحباط واليأس، ومساعدتهن في شحذ الهمم لمواصلة مشوار حياتهن.
- أن تتعلم الأم التفكير بطريقة إيجابية لتعديل الأفكار الخاطئة وتبنى أفكار صحيحة.

مضمون البرنامج:

يعتمد البرنامج على الإرشاد الجماعي Group Counseling Program: لأسرة الطفل المعاق، حيث تحتاج الأسرة للإرشاد التربوي التثقيفي نظراً لاحتياجها للمعلومات عن إعاقة ولدها، ولتقبل الضغط الذي هو بشكل جزئي نتيجة لعدم معرفة المعلومات الجوهرية وعدم معرفة السبيل للعلاج، وهو هام في المرحلة المبكرة على وجه الخصوص.

كما يحتاج أفراد الأسرة إلى معرفة الخدمات المتاحة وقراءة المواد المتعلقة بحالتهم والحقوق الشرعية في الخدمة والتعليم، وكذلك عن المنظمات الوالدية، ومجموعات مساعدة الذات والأخصائيين المحليين ممن يمكنهم المساعدة في المشكلات ذات الطبيعة النفسية.

كما يعتمد البرنامج على الأم باعتبارها المسئولة الأولى عن رعاية الطفل وإشباع احتياجاته، وأكثر أفراد الأسرة تواجداً مع الطفل المعاق عقلياً، والمسئولة الأولى عن تربية الطفل وتعليمه وتوجيهه. وقد أشارت نبيلة الشورجي (٢٠٠٢) إلى أن أول أساس لصحة الجسد والنفس معا يستمد من العلاقة الوثيقة الدائمة التي تربط الطفل بأمه وأن أي حرمان للطفل من هذه العلاقة يساهم في تعطيل نموه الجسمي والعقلي والنفسى والاجتماعي. كما يركز البرنامج في مضمونه على استحداث مناخ أسري إيجابي قائم على معرفة واعية للأمهات بأساليب التفاعل السوي مع الطفل المعاق وكيفية الحصول على الخدمات اللازمة والدعم اللازم لهم، وأساليب المعاملة السوية والتعامل مع الضغوط والتي من شأنها رفع المعاناة عن الأم والطفل معاً بالإضافة إلى تحسين مستوى توافق الطفل المعاق عقلياً وجعله طفلاً إيجابياً قدر الإمكان.

ويستند البرنامج على جهود مهنية منظمة يبذلها الباحثين مع أمهات الأطفال المعاقين عقلياً (القابلين للتعلم)، ومساعدتهن على التخلي عن الأفكار اللاعقلانية والخاطئة المتعلقة بالتأخر

العقلي ومساعدتهن على تعلم طرق جديدة، بالإضافة إلى تعليمهن أساليب معاملة إيجابية تعتمد على المساندة والشحن واستثارة الدافعية للأُم والطفل معاً، مستعينة لتحقيق ذلك بعدد من المقابلات والجلسات والمناقشات الجماعية والفردية فيما يخص الأمهات، وعدد من الأنشطة فيما يخص أطفالهن.

وفيما يلي ملخص الجلسات:

جدول (٥)

محتوى جلسات عينة الأمهات

م	الموضوع	عدد الجلسات	الأنشطة والفنيات المصاحبة
١	تعارف - التعريف بالبرنامج - ومضمونه وأهدافه - وأهميته	الجلسة الأولى	-محاضرة- مناقشة وحوار -تطبيق استمارة جمع البيانات- مقياس جودة الحياة الأسرية - استبيان الاحتياجات- استبيان عن طبيعة الخدمات المقدمة ومدى الرضا عنها-اختبار تحصيلي للمهارات الاجتماعية-بطاقة ملاحظة للمهارات الاجتماعية والأنشطة الفنية.
٢	التأخر العقلي - ماهيته -أسبابه-العوامل المرتبطة به-المشكلات المرتبطة به- خصائص الأطفال المعاقين عقلياً-المفاهيم الخاطئة عن الإعاقة العقلية.	الثانية-الرابعة	محاضرة-مناقشة وحوار - واجب منزلي(أهم المشكلات التي تواجه الطفل المعاق عقلياً)
٣	الاحتياجات النفسية والاجتماعية للطفل المتأخر عقلياً وطرق الإثبات.	الخامسة-السابعة	محاضرة-مناقشة وحوار-تصحيح الأفكار الخاطئة.
٤	جودة الحياة الأسرية -المساندة الوالدية (التعريف - الأساليب - الممارسات) العوامل المرتبطة	الثامنة-العاشرة	محاضرة-مناقشة وحوار-التدريب على المهارات-النمذجة

٥	أساليب رعاية الطفل غير السوية وآثارها على نفسيته .	الحادية عشر	محاضرة-مناقشة وحوار-التدريب على المهارات - النمذجة
٦	بعض استراتيجيات المواجهة الأسرية لخفض الضغوط الوالدية- التدريب على بعض المشروعات الصغيرة لتحويلهن إلى وحدات منتجة.	الجلسة الثانية عشر	محاضرة- مناقشة وحوار-أنشطة-التدريب على الاسترخاء- ورش عمل فنية لمشروعات صغيرة
٧	طرق التواصل بين الأسرة والطفل المعاق- التدريب على بعض المشروعات الصغيرة لتحويلهن إلى وحدات منتجة.	الثالثة عشر	محاضرة- مناقشة وحوار- أنشطة- ورش عمل فنية لمشروعات صغيرة
٨	نماذج من الأسر الناجحة في كيفية معاملة أطفالهم المعاق عقليا. التدريب على بعض المشروعات الصغيرة لتحويلهن إلى وحدات منتجة.	الرابعة عشر- الخامسة عشر	محاضرة- مناقشة وحوار- فنية التحصين التدريجي- التدريب على حل المشكلات- ورش عمل فنية لمشروعات صغيرة
٩	كيفية تدريب الطفل على مهارات الاستقلالية. التدريب على بعض المشروعات الصغيرة لتحويلهن إلى وحدات منتجة	السادسة عشر- السابعة عشر	محاضرة- مناقشة وحوار - ورش عمل فنية لمشروعات صغيرة
١٠	تنمية بعض المهارات الاجتماعية (الاستماع- المشاركة والتعاون). التدريب على بعض المشروعات الصغيرة لتحويلهن إلى وحدات منتجة	الثامنة عشر- العشرون	محاضرة- مناقشة وحوار-أ ورش عمل فنية لمشروعات صغيرة
١١	مناقشة مواقف منزلية- التدريب على بعض المشروعات الصغيرة لتحويلهن إلى وحدات منتجة	الواحد والعشرون- الثاني والعشرون	محاضرة- مناقشة وحوار- ورش عمل فنية لمشروعات صغيرة
١٢	المستقبل المهني للطفل المعاق عقليا. التدريب على بعض المشروعات الصغيرة لتحويلهن إلى وحدات منتجة	الثالثة والعشرون	محاضرة- مناقشة وحوار- ورش عمل فنية لمشروعات صغيرة
١٣	الختامية	الرابعة والعشرون	محاضرة- مناقشة وحوار-تعزيز إيجابي- قياس بعدى

١٠ب- البرنامج الخاص بالأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم(ملحق ١٠ب) إعداد الباحثين تم إعداد وتصميم البرنامج بهدف تحسين مستوى التوافق النفسى لدى الأطفال، وذلك عن طريق "تهيئة الطفل لاكتساب عدد من المعلومات والمفاهيم والاتجاهات والمهارات الاجتماعية الحياتية والأنشطة المرتبطة بالبيئة المحيطة والتي تساعده علي التوافق مع نفسه ومع الآخرين، ومن ثم توافقه على المستوى النفسى الانفعالى والاجتماعى". ويمكن تحديد الأهداف العامة لهذا البرنامج على النحو التالي:

- أن ينمو لدى الطفل مهارات التفاعل الاجتماعي الايجابي مع الآخرين .
- أن يعرف الطفل كيفية تكوين علاقات ايجابية مع الآخرين .
- أن ينمو لدى الطفل مهارات التواصل مع الآخرين.
- أن يدرك المعاق معني بعض المناسبات الاجتماعية.
- أن ينمي لدي الطفل احترام خصوصية الآخرين.
- أن ينمي لدي الطفل الإحساس بقيمته كإنسان .
- أن ينمي لدي الطفل مهارات حل المشاكل كفرد وبالمشاركة مع الآخرين.

أهداف خاصة:

- أن يستطيع تحديد السلوك المقبول وغير المقبول في مواقف معينة.
- أن يستطيع الطفل تحديد الطرق التي يتمكن بها من حماية نفسه.
- أن يخلع أو تخلع ملابسها في أماكن خاصة.
- أن يميز بين الأماكن العامة والخاصة .
- أن يلتزم بعدم التعدي على ممتلكات الغير .
- أن يتمكن من التعرف على العادات الاجتماعية المتعارف عليها من المجتمع.
- أن يتصرف بشكل اجتماعي مقبول مع المحيطين .
- أن يقدر المساحة المناسبة بينه وبين الآخرين.
- ألا يندفع في تقبيل الآخرين.
- أن يعبر عن مشاعر الحب بشكل لائق.

- أن يعبر عن مشاعر الغضب بشكل مقبول
مضمون البرنامج:

يهتم البرنامج بالطفل ويتطلب ذلك الحصول على معلومات حول الأسرة والطفل، والرؤية المستقبلية له، واهتمامات الوالدين وما يريدونه لطفلها من خدمات، وماهى اهتمامات الطفل وما يمكن للبرنامج أن يحققها له، وماهى جوانب القوة والضعف لدى الطفل، مع الأخذ فى الاعتبار جميع المعلومات التى تتعلق بالتاريخ الأكاديمى، والصحى، والرغبات الشخصية للطفل. كما يتضمن البرنامج مجموعة من الأنشطة الفنية والرياضية التى تختص بالنمو العقلى المعرفى، يقوم بها الباحثين مع الأطفال وبعضها بمشاركة الأم للطفل فى النشاط.

الفنيات والأساليب المستخدمة:

٢- النمذجة

١- لعب الدور : Role Playing

٣- التعزيز الإيجابي : Positive Reinforcement

٤- الأنشطة (فنية - تكنولوجية - قصصية- مسرحية)

٥- التدريب على بعض المهارات الحياتية باستخدام البرامج التكنولوجية- والأنشطة المسرحية المشاركين فيها.

وفيما يلى ملخص الجلسات:

جدول (٦)
محتوى الجلسات لعينة الأطفال

م	الموضوع	عدد الجلسات	الأنشطة المصاحبة
١	جلسة تمهيدية -إيجاد جود من الألفة بين الباحثة والأطفال. -أن يتعرف الأطفال على الجلسات والمكان الذي تجرى فيه وتوقيتها الزمني. -عرض لمحتوى البرنامج . -تطبيق المقاييس (قياس قبلى)	الأولى	-تطبيق مقاييس: مقياس التوافق النفسى (قياس قبلى)- بطاقة ملاحظة للأنشطة الفنية للأطفال- اختبار تحصيلى خاص بالمهارات المنتجة تكنولوجيا فى البرنامج. -مدعمات أولية: حلوى. -مدعمات ثانوية: المدح والثناء.
٢	تحسين التفاعل الاجتماعى مع الآخرين عن طريق التدريب على ايجابية تعبيرات الجسم. والاستجابة للنقد بصدر رحب -التدريب على المبادأة فى التحدث.	الثانية-الرابعة	-نشاط فنى بالورق. -نشاط فنى مسرحى- لعب أدوار

		-التدريب علي التوقف علي استخدام التهديد للآخرين لفظيا أو بعدوان بدني، ولا يضايق الآخرين ، أو يؤذي زملائه.	
٣	-تعليم الطفل المشاركة -ينجح الطفل في مساعدة زملائه الذين يتعرضون للخطر- يحب الطفل الألعاب التي يشترك فيها زملائه- بث روح التعاون والمشاركة الإيجابية من خلال الألعاب الجماعية. -يحب الطفل الألعاب التي يشترك فيها زملاؤه. -تعلم مهارة القدرة علي المشاركة الوجدانية ومجاملة الآخرين.	الخامسة- السابعة	- نشاط فني مسرحي- لعب أدوار. -فني جماعي (التشكيل بالطين/الخزف) (تعزيز - النموذج)
٤	-تعليم السلوك الاجتماعي المقبول عن طريق:- أن يتعلم الطفل أن يعتذر إذا أخطأ.-التدريب على الضحك بصوت ملائم. -أن يتعلم الطفل استخدام كلمات المدح والثناء للآخرين -أن يتعلم الطفل استخدام كلمات الشكر والثناء مع الآخرين	الثامنة-الحادي عشر	نشاط فني مسرحي- لعب أدوار. تعزيز - واجبات منزلية -تمثيلي - الإثابة- تقليد أدوار.
٨	-أن يتدرب الطفل على مهارات سلوكية لفظية -أن يعبر الطفل عن مشاعره الايجابية مع الآخرين -يتعلم الطفل أن يحترم لغته ذاته والآخرين -يتدرب على الكلام بصوت هادئ. -أن يجامل الطفل الآخرين بالتصفيق لهم عند نجاحهم عندما يتطلب منه ذلك .	الثانية عشر- الرابعة عشر	نشاط فني مسرحي-تقليد ادوار- الإثابة. نشاط تكنولوجي
١٠	-تدريب على الالتزام بالجلوس على مقعد لفترة طويلة -يمشي متزنا -يتدرب علي ثبات الجسم- تمرير الكرة من أعلى ثم من أسفل.	الخامسة عشر- السادسة عشر	- نشاط تمثيلي مسرحي -تقليد ادوار - نشاط تكنولوجي
١١	جلسة ختامية- حفلة ختامية وتوزيع هدايا رمزية علي الأطفال.	السابعة عشر	مسابقات متنوعة. تعزيز - قياس بعدى

نتائج البحث ومناقشتها:

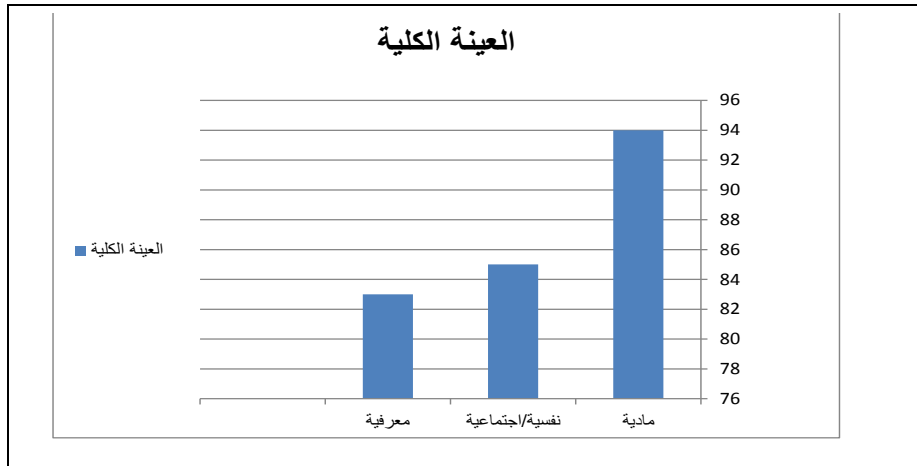
قام الباحثون بعرض نتائج الفروض ومناقشتها الخاصة بالأمهات أولاً ثم نتائج الفروض الخاصة بالأطفال المعاقين عقليا، وفيما يلي عرض لهذه النتائج مع مناقشتها ثم التعقيب عليها.

أولاً : النتائج المتعلقة بالفرض الأول وتفسيرها:

ينص الفرض الأول على أنه "يختلف ترتيب الحاجات اللازمة لأسر الأطفال المعاقين تبعاً لأولوية احتياجاتهم".

ويوضح الشكل رقم (٢) ترتيب الحاجات لأمهات الأطفال المعاقين.

شكل (٢)



يتضح من الشكل (٢) أن ترتيب الاحتياجات الخاصة بأسر الأطفال المعاقين عقليا وأطفالهم من وجهة نظر الأمهات ومدى الرضا عنها، كانت كالتالي: الاحتياجات المادية، يليها الاحتياجات النفسية والاجتماعية، وأخيراً تأتي الاحتياجات المعرفية في المرتبة الأخيرة.

وتتفق هذه النتيجة مع عدد من الدراسات التي أوضحت أن الدعم المادي يعزز قدرة الأسرة على التعامل مع متطلبات طفلهم الذي لديه إعاقة (Lightburn&Pine,1996)، وأن ارتفاع المستوى الاجتماعي الاقتصادي يساعد الأسرة على التكيف (Yau&Li-Tsang,1999). وقد وجد يلوبى وجليدين Willoughby&Glidden (1995) علاقة ارتباطية بين الدخل والرضا الزواجي للآباء من ناحية وعلى الصحة الشخصية للأمهات (Scorgie&Sobey,2000). كما تتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة عبد العزيز الشخص وآخر (1998) في جزء منها على أن الدعم المادي كان أول الحاجات يليه الاحتياجات المعرفية يليه الدعم المجتمعي وأخيراً الدعم الاجتماعي. كما أشار كل من هيوفز وهوانج

Hughes & Hwang (1996) إلى أن تلقى خدمات الدعم، والحالة المادية الجيدة والتنمية الذاتية من أهم مجالات جودة الحياة.

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة "تالي هيمن" Hayman (2002) أن معظم والدى الأطفال المعاقين يحتاجون إلي المساندة والدعم الاجتماعي للاطمئنان على مستقبل طفلهما. واحتياج الأمهات إلى الدعم العائلي والاجتماعي والنفسي نظراً للجهد والأحداث الأسرية الضاغطة اللاتي يتعرضن لها نتيجة رعاية طفلهما المعاق (Bailey,etal.,1992;Flynt,etal.,1992;Seligman,et al.,1997;Shin,2003). وأكدت دراسة جاث Gath (1993) على أن الاحتياجات الأسرية (المادية والنفسية والتربوية) الخاصة بالطفل المعاق على طبيعة الحياة الأسرية، وعلى طبيعة العلاقات الأسرية المتبادلة بين أعضائها، وعلى التكيف والتوافق الأسرى. لذا أكد هذا البحث على أهمية المساندة والدعم الاجتماعي، والحاجة إلي برامج التدخل المبكر المؤثرة على هؤلاء الأطفال.

ثانياً: النتائج المتعلقة بالفرض الثانى وتفسيرها:

ينص الفرض الثانى على أنه "يختلف ترتيب أهمية الخدمات المقدمة لأسر الأطفال المعاقين ولأبنائهم ونسبة رضاهم عنها".

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم اعتماد النسبة المئوية للتكرارات على بدائل الاستجابات لتصنيف الخدمات المقدمة للطفل المعاق وأسرته حيث أظهرت النتائج أن ترتيب الخدمات على حسب النسبة المئوية وكان كالتالى: احتلت كل من الفقرة (٥ ، ٧) المرتبة الأولى بنسبة (٧٩%) لمستوى استجابة (نعم) والتي تنص على (مدى الاحتياج إلى وسائل مواصلات خاصة لتوصيل الطفل إلى المدرسة والعكس) و(مدى تمتع الطفل بقدر من الأمان فى المدرسة) على الترتيب مما يظهر مدى معاناة الأطفال وأسرهم فى المواظبة على الذهاب للمدرسة على الرغم من توافر عنصر الأمان فى المدرسة.

كما احتلت الفقرة رقم (١) المرتبة الثانية بنسبة (٧٥%) لمستوى استجابة (لا) والتي تنص على (هل تم تقديم برامج تدريبية أو خدمات دعم أو مساعدة من جهات حكومية أو جمعيات أهلية لك بغرض رعاية الطفل وكيفية التعامل معه) مما يشير إلى تدنى فى توجيه أى برامج تدريبية أو

خدمات دعم من كافة المستويات إلى الأطفال المعاقين وأسرههم مما يسترعى الانتباه لتصميم برامج تدريبية تقدم الدعم والمساعدة لكيفية رعاية الطفل المعاق والتعامل معه.

وبينت النتائج مدى تمتع الأطفال بقدر من الاهتمام والتقدير والاحترام من قبل المعلمين حيث بلغت النسبة المئوية لمستوى استجابة (نعم) (٦٥%، ٦٧%) على الترتيب لكل من الفقرة (٩،١٠) على الترتيب والتي تنص على (يتمتع الأطفال بقدر من الاحترام من قبل المعلمين بالمدرسة) و(يهتم المعلمون بالأطفال المعاقين) على الترتيب، وبذلك تحتل المرتبة الثالثة لتقارب النسبة المئوية.

كما أظهرت النتائج عدم مشاركة الأسر في القرارات المرتبطة بالجانب النفسى والتربوى المتعلق بأبنائهم حيث كانت النسبة المئوية لمدى المشاركة (٥١%) لمستوى استجابة (لا) للفقرة رقم (٣) والتي تنص على (هل لديك الفرصة فى المشاركة فى القرارات المتعلقة بالخدمات النفسية والتربوية المقدمة للطفل)، كما تبين من الفقرة رقم (٨) التي تنص على (يحترم الأطفال بعضهم البعض داخل المدرسة) كانت النسبة المئوية لها (٥١%) لمستوى استجابة (إلى حد ما) مما يسترعى الانتباه إلى ضرورة تصميم برامج تربوية بالمشاركة مع أسر الأطفال المعاقين لتعديل السلوك لديهم وتنمية السلوكيات الايجابية لديهم؛ وبذلك احتلت كل من الفقرة (٣،٨) على الترتيب المرتبة الرابعة.

كما أظهرت النتائج رغبة (٤٦%) من العينة الكلية فى الحصول على برامج تدريبية وخدمية تتبع جهة حكومية لتقديم الدعم والخدمات للقائم على رعاية الطفل المعاق؛ كما فى نتائج الفقرة رقم (١٤) التي تنص على (تنظيم برنامج تدريبى يتبع جهة حكومية لدعم وتقديم خدمات للقائم على رعاية الطفل المعاق)؛ وبذلك تحتل رغبة الأسر فى توجيه برامج تدريبية وخدمية لهم من قبل جهة حكومية وليست أهلية المرتبة الخامسة.

كما بينت النتائج تساوى كل من الفقرة رقم (٤،٦) على الترتيب فى النسبة المئوية (٤٢%) لمستوى استجابة (لا) التي تنص على (هل الخدمات النفسية والتربوية المقدمة للطفل مناسبة مع الفترة التي يقضيها الطفل فى المدرسة يوميا) و(هل تقدم خدمات علاجية للطفل مثل: العلاج الطبيعى- العلاج النفسى- تعديل السلوك- جلسات تخاطب- التمريض- كيفية التواصل بالأسرة-

تدريب على مهارات اجتماعية) على الترتيب مما يبين عدم مناسبة الخدمات النفسية والتربوية المقدمة للطفل المعاق، وبذلك تأخذ الفقرة (٤، ٦) المرتبة السادسة.

أما النتائج بالنسبة للخدمات التي تقدمها المدرسة للطفل والتي تساعده على التعايش مع ظروفه والتوافق معها فيمكن إجمالها على النحو التالي:

تعليم مهارات القراءة (٥١%)، تعليم مهارات الكتابة (٥٣%) - تعليم الرياضيات (٥٣%)، تعليم مهارات الاتصال (٢٠%)، إكساب الطفل بعض المهارات الاجتماعية (٤%)، إكساب الطفل بعض المهارات المنزلية (٤%)، توفير برامج ترفيهية (لا يوجد) - إكساب الطفل مهارات التفكير (لا يوجد)، إكساب الطفل قيم الانتماء (لا يوجد)، إكساب الطفل مهارات المشاركة المجتمعية (لا يوجد)، إكساب الطفل مهارات حركية مثل رمى والتقاط الكرة (٣٢%)، إكساب الطفل مهارات حركية مثل: القص واللصق (٢٤%)، إكساب الطفل مهارات حركية مثل استخدام الأقلام في الكتابة (٣٢%)؛ مما يدعو إلى إعادة النظر في مستوى الخدمات التي تقدمها المدرسة وكيفية تقديمها للطفل المعاق حتى ينتهي له التعايش مع الظروف المحيطة به.

أما النتائج التي ظهرت عن مستوى الرضاء عن الخدمات العلاجية المقدمة ومستوى الرعاية المقدمة للطفل فكانت بنسبة (٦٣%) (غير راضى) عن كمية الخدمات العلاجية المقدمة للطفل المعاق حيث أظهرت الفقرة رقم (١٣) التي تنص على (هل أنت راضى عن كمية الخدمات العلاجية التي يتلقاها الطفل). كما بينت نتائج الفقرة رقم (١٢) التي تنص على (ما مدى رضاك عن جودة الرعاية المقدمة للطفل في المدرسة) على (٥٧%) (راضى إلى حد ما) عن جودة الرعاية المقدمة للطفل في المدرسة.

ثالثاً: النتائج المتعلقة بالفرض الثالث وتفسيرها:

ينص الفرض الثالث على أنه "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أمهات الأطفال المعاقين قبل تطبيق البرنامج ومتوسطات درجاتهن بعد تطبيق البرنامج لصالح القياس البعدى فى مستوى جودة الحياة الأسرية على مقياس جودة الحياة الأسرية (الأبعاد والدرجة الكلية)".

وقد تم استخدام اختبار "ت" لتحديد مدى دلالة الفروق ووجهة كل من هذه الفروق، وفيما يلي جدول (٧) يوضح ما تم التوصل إليه من نتائج في هذا الصدد.

جدول (٧)

نتائج اختبار "ت" للمقارنة بين المتوسطات الحسابية للدرجات التي حصلت عليها أمهات التلاميذ المعاقين عقليا في كل من القياس القبلي والقياس البعدي لمقياس جودة الحياة الأسرية (الأبعاد والدرجة الكلية) (ن=٨٤)

أبعاد جودة الحياة الأسرية	المجموعة	المتوسط "م"	الانحراف المعياري "ع"	قيمة "ت"	دلالة الفروق
التفاعل الأسري	قبل	٢٢.٠٦٢	٥.٥٥٦	٧.٥٣	دالة عند ٠.٠١
	بعد	٢٤.٨٩	٤.٦٦٩		
الوالدية	قبل	١٨.٧٠	٦.١٧١	٢.٩٦	دالة عند ٠.٠١
	بعد	٢٢.١٧	٥.٥٤١		
السعادة الانفعالية	قبل	٩.٩٧٩	٣.٨٦٤	٤.٧٢	دالة عند ٠.٠١
	بعد	١٣.٥٧٤	٣.٣٠٨		
السعادة المادية	قبل	١٤.١٦٦	٤.٧٦٤	٥.٧٩	دالة عند ٠.٠١
	بعد	١٧.٠٠	٣.٤١٥		
الدعم المرتبط بالإعاقة	قبل	١٤.٥٤٣	٤.١١٣	٣.٠١	دالة عند ٠.٠١
	بعد	١٦.٦٩٥	٢.٨٩٧		
الدرجة الكلية	قبل	٧٧.٦٢	٢٢.٤٧	١٥.٦٧	دالة عند ٠.٠١
	بعد	٩٣.٦٦	١٧.٧٦		

يتضح من الجدول السابق (٧) وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات الأمهات قبل تطبيق البرنامج ومتوسطات درجاتهن بعد تطبيق البرنامج من حيث درجة جودة الحياة الأسرية سواء على الأبعاد أو الدرجة الكلية، حيث بلغت قيمة "ت" الخاصة بالمقارنة (٧.٥٣) (٢.٩٦) (٤.٧٢) (٥.٧٩) (٣.٠١) على الترتيب بالنسبة للأبعاد و(١٥.٦٧) بالنسبة للدرجة الكلية وجميعها قيم دالة عند مستوى الدلالة (٠.٠١)، وجاءت هذه الفروق لصالح الأمهات بعد انتهاء تطبيق البرنامج، مما يوضح فاعلية البرنامج المستخدم في إرشاد الأمهات إلى الأساليب الوالدية السوية

وكيفية التعامل مع الأبناء بعد معرفة طبيعتهم وخصائصهم، وكيفية التعامل مع الضغوط والخدمات المقدمة بالإضافة إلى ورش العمل على الصناعات الصغيرة.

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة نادر فتحى (٢٠٠٨) التى أوضحت وجود فروق دلالة إحصائياً بين أساليب معاملة الأمهات وأساليب معاملة الآباء فى تنشئة أطفالهم غير العاديين. كما تتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة عبد اللاه محمود (٢٠١٤) التى أوضحت فاعلية البرنامج الإرشادى فى رفع مستوى التمكين النفسى للأمهات، وإنعكاس هذا التمكين بصورة إيجابية على تحسين مستوى جودة الحياة لدى الأطفال المعاقين عقلياً.

كما تتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة أحمد محمود (٢٠١٥) التى أوضحت وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطى رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية (الأمهات) على مقياس نوعية الحياة فى القياسين القبلى والبعدى لصالح القياس البعدى.

وقد أوضحت نتائج دراسة يونج وآخرون Young,etal. (٢٠٠٦) أن هناك عوامل مهمة تساهم فى جودة حياة المعاقين تشمل: حياة المنزل، الجيران، أعضاء العائلة من غير اولياء الأمور، علاقات الأصدقاء، الألم، الراحة، مسكن المعاق، توافر معايير الأمن والسلامة، الموازنة المالية المخصصة له، الوقت المتوفر)، مما يوضح أهمية جودة الحياة الأسرية لأسر الأطفال المعاقين عقلياً.

كما أكد ريكو Reiko (٢٠٠٦) على أن التنشئة الإجتماعية تعد أحد المجالات الهامة الذى يواجه فيها الأطفال المعاقين بعض الصعوبات ومن خلال المناقشات أكد أولياء الأمور على ضرورة التنشئة الإجتماعية ووجود نظام دعم وإرشاد لأولياء الأمور لتحسين نوعية وجود حياتهم وحياة أطفالهم، إذ لوحظ أن هذا المدخل أكثر فاعلية عن التدخل الطبى المتمركز على الإعاقة إذ يرتبط هذا المدخل بحاجات الأطفال والمتعلقة بالتنشئة الإجتماعية وكذلك حاجات أولياء الأمور.

كما أن البرامج التى تعتمد على المساندة الوالدية تعتبر هامة فى تحسين جودة الحياة لدى الأطفال المعاقين عقلياً حيث أوضحت نتائج دراسة ميلتون Milton (٢٠٠٦) أن المعيشة المستقلة والإمداد بخدمات كافية من خلال دعم برنامج المعيشة فى إتجاهات جديدة، يساهم فى جودة الحياة

فى كل المجالات، وأوضح الباحث أهمية الدراسة للوكالات ومؤسسيها الذين يخططون لتنمية أو توسيع المجتمع داعمًا برامج المعيشة للأفراد ذوى الإعاقة الفكرية، مما يؤكد على أهمية البرنامج المستخدم بفاعليته المتعددة فى إرشاد أمهات الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم فى تحسين مستوى المساندة الوالدية من جهتهم تجاه أبنائهم.

وتعنى النتيجة السابقة فاعلية البرنامج المستخدم فى رفع مستوى جودة الحياة والمهارات الوالدية فى التعامل مع الأطفال. حيث يهدف البرنامج من ضمن ما يهدف إلى مساعد الأمهات على التخلّى عن الأفكار اللاعقلانية والخاطئة المتعلقة بالتأخر العقلى ومساعدتهم على تعلم طرق جديدة، بالإضافة إلى إستراتيجية الإقناع وتعديل الأفكار والاتجاهات(الإقناع والاستبصار) التى من خلالها يتم إقناع الأم بضرورة تغيير الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية وغير المنطقية وتوضيح نواتج هذه الأفكار وما يترتب عليها من آثار سلبية تتعكس على نفسية الطفل وسلوكه ومن ثم توافقه، ومساعدتهن على تبنى أفكار إيجابية وأكثر عقلانية. وذلك لتمكين أمهات الأطفال المعاقين عقليا وفعاليا ومعرفيا ومهاريا بما يساعدهن على التعامل مع مشكلة الإعاقة بشكل أكثر تقبلا وتكيفًا. حيث يرى البعض أهمية احتياج الوالدين إلى الوقوف على أسلوب معاملة المعاق عقليا والتدريب على أساليب ومهارات من شأنها تحسين حالته النفسية ومهاراته الوظيفية (نادية رجب، ١٩٩٦، ٣٤١)، وأهمية مشاركة الوالدين فى تعليم وتدريب الطفل بالطرق المناسبة للتوصل إلى أفضل مستوى يمكن للطفل التوصل إليه(فاروق صادق، ١٩٩٨، ١٨)، وأهمية تطوير شعور الوالدين بالثقة والكفاءة وتحسين نوعية التفاعلات بين الوالدين وطفلهما(منى الحديدى، جمال الخطيب، ١٩٩٣، ٧٠). مع الاستعانة لتحقيق ذلك بعدد من المقابلات والجلسات والمناقشات الجماعية والفردية فى بعض الجلسات فيما يخص الأمهات، وعدد من الأنشطة فيما يخص أطفالهن. لاستحداث مناخ أسرى ايجابي قائم على معرفة واعية للأمهات بأساليب المعاملة الوالدية التى من شأنها ومن خلال ممارستها رفع المعاناة عن الأم والطفل معاً بالإضافة إلى تحسين مستوى توافق الطفل المعاق عقلياً وجعله طفلاً إيجابياً قدر الإمكان.

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة ديكسون وآخرون. Dixon,et al. (٢٠٠٣) التي أكدت على العلاج المتمركز حول الأسرة كأحد أشكال العلاج الأسرى لمواجهة المشكلات الأسرية للأطفال المعاقين عقليا، لكن البحث الحالي أكد على الأم باعتبارها الأكثر ارتباطا واهتماما بالطفل.

كما تتفق هذه النتيجة مع نتائج العديد من الدراسات التي أوضحت أهمية وجود البرامج الخاصة بالوالدين من أجل التفاعل الايجابي مع أطفالهم (Harrey,2005; Zmichm, Derek, etal.,2008; Milone,etal.,2008;Derek,etal.,2008;Piotro.,etal.,2009;Floyd&Phillipe,2010). وأوصت نتائج العديد من الدراسات بضرورة توفير برامج إرشادية للوالدين لتحسين وتدعيم اتجاهات الوالدين الموجبة نحو الأطفال ذوى الإعاقة العقلية وإكسابهم المفاهيم والمتغيرات الحديثة فى فهم التفاعل الوالدى، وممارسة أساليب تفاعل تربوية ووالدية سليمة نحو أطفالهم المعاقين عقليا، ووجود حاجة للوالدين إلى برامج سلوكية وعلاجية للممارسات الخاطئة فى الاتجاهات الوالدية لدى الأطفال المعاقين عقليا، لما لهذه الممارسات من آثار سلبية على هؤلاء الأطفال تتمثل فى: اضطراب اللغة وفقدان الهوية ونقص فى تقدير الذات وزيادة الاضطرابات العصابية والنفسية، ونقص فى التوافق النفسى. وأهمية وجود برامج الإرشاد السلوكى للوالدين لتقليل السلبية فى التفاعل الوالدى مع الأطفال المعاقين عقليا. كما أشارت هذه الدراسات إلى وجود حاجة ملحة للعديد من البرامج السلوكية الصحيحة للأطفال المعاقين عقليا لتدعيم مهاراتهم وقدراتهم نحو التوافق مع الوالدين والمحيطين بهم (Harrey, 2005; Zmichm, Derek,etal. ,2008; Milon, etal. 2008; Piotro, etal., (2009; Floyd&Phillipe,2010). وترى روزكام وآخر Roskam,I,et al. (٢٠٠٦) أنه يجب مساندة الوالدين من خلال تقديم خدمات الدعم الانفعالى، والعملية، وتدريبهم على مهارات الوالدية ومساعدتهم فى التعامل مع التحديات التى تؤثر سلبا على قدرتهم على أن يصبحوا آباء على مستوى جيد بما فيه الكفاية. كما أكد كل من زايدمان وجيمسون Zaidman&Jamieson (٢٠٠٧) على أهمية وجود برامج خاصة بدعم الوالدين وإكسابهم معلومات عن الاعاقة وطرق التعامل مع الأطفال المعاقين، والتدريب على مهارات الوالدية، وتقديم خدمات المعلومات والدعم للوالدين والمصادر المتاحة لتعليم ومساندة أطفالهم.

وأكدت نتائج العديد من الدراسات على أهمية مساندة أسر الأطفال المعاقين من خلال التكامل بين برامج الرعاية المبكرة والتربية والصحة وفي ضوء احتياجات كل طفل وقدراته وإمكاناته (James, et al., 2010). ومن ثم كان هناك ضرورة إشراك الأمهات في البرامج التدريبية لأطفالهن المعاقين عقليا ومعرفة أثر هذه المشاركة ليس على الأطفال فقط وإنما على الأمهات أيضاً. وذلك بهدف زيادة التفاعلات الإيجابية بين أمهات الأطفال المعاقين وأبنائهن (Piver&Pless, 1980).

وبصفة عامة تعنى النتيجة السابقة تحقق الفرض الثالث وفاعلية البرنامج المستخدم في تنمية جودة الحياة الأسرية للأمهات لعينة البحث.

رابعاً: النتائج المتعلقة بالفرض الرابع وتفسيرها:

ينص الفرض الرابع على أنه "لا يوجد تأثير دال لمتغير النوع/الجنس والمعالجة والتفاعل بينهما على تباين الدرجات التي حصل عليها أفراد العينة في القياس البعدى لمقياس التوافق النفسى".

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام تحليل التباين الثنائى، وفيما يلي جدول يوضح ما تم التوصل إليه من نتائج في هذا الصدد.

جدول (٨)
نتائج تحليل التباين ثنائى الاتجاه (٢×٢) للدرجات التي حصل عليها أفراد المجموعات الفرعية على مقياس التوافق النفسى

الدالة	قيمة "ف"	م المربعات	د.ح	مج المربعات	مصدر التباين
غير دال	٢.٨٧٣	٣٦٦	١	٥٦٦	أ-الجنس
دال عند ٠.٠١	٥٦.٧٥٧	٧٢٣١.٥١٠	١	٧٢٣١.٥١٠	ب-المعالجة
غير دال	٠.٠١٠٧	١.٣٦٤	١	١.٣٦٤	تفاعل أ×ب
		١٢٧.٤١٢	٩٢	١١٧٢١.٨٨٦	داخل المجموعات (الخطأ)

يتضح من الجدول السابق (٨) أن قيمة النسبة الفائية الخاصة بتأثير الجنس والتفاعل بين الجنسين والمعالجة على تباين درجات أفراد المجموعات الفرعية على مقياس التوافق النفسى، لم تصل إلى القيمة الحدية المطلوبة (٣.٩٦) لكي تصبح دالة عند مستوى (٠.٠٥) وهو الحد الأدنى

الذى يمكن أن يقبل بالنسبة لدلالة تأثير هذين المتغيرين حيث كانت قيمة النسبة الفائية الخاصة بهما هي (٢.٨٧٣) (٠.٠١٠٧) على الترتيب. وللتأكد من عدم وجود فروق بين الذكور والإناث فى القياس البعدى من حيث التوافق النفسى، فقد تم استخدام اختبار "ت" للتحقق من ذلك، وفيما يلى جدول يوضح ما تم التوصل إليه من نتائج فى هذا الصدد .

جدول (٩)

نتائج اختبار "ت" للمقارنة بين المتوسطات الحسابية للدرجات التى حصل عليها الذكور والإناث فى مقياس التوافق النفسى (الأبعاد والدرجة الكلية).

أبعاد التوافق النفسى	المجموعة	م	ع	قيمة "ت"	الدلالة
التوافق الذاتى/ الشخصى	ذكور	٢٦.٢٩٠	٣.٩٥١	١.١٦٧٦	غير دال
	إناث	٢٧.٥٨٨	٢.٨٧٦		
التوافق الاجتماعى	ذكور	٢٧.١٦١	٢.٦٤٧	٠.٦٢٩	غير دال
	إناث	٢٧.٦٤٧	٢.٢٣٤		
التوافق الأسرى	ذكور	٢٤.١٩٤	٢.٤١٤	٠.٠٢٥٢	غير دال
	إناث	٢٤.١٧٧	١.٧٠٤		
الدرجة الكلية لمقياس التوافق النفسى	ذكور	٧٧.٢٥٨	٨.٣١٦	٠.٦٧٣	غير دال
	إناث	٨٠.٠٥٩	٦.١٥٩		

يتضح من الجدول السابق (٩) عدم وجود فروق دالة بين المتوسطات الحسابية للدرجات التى حصل عليها الذكور، والمتوسطات الحسابية للدرجات التى حصلت عليها الإناث على مقياس التوافق النفسى (الأبعاد والدرجة الكلية)، حيث بلغت قيم "ت" الخاصة بالمقارنة (١.١٦٧٦)، (٠.٦٢٩)، (٠.٠٢٥٢)، (٠.٦٧٣) على الترتيب وجميعها غير دالة إحصائياً، مما يوضح عدم وجود فروق بين الذكور والإناث من حيث التوافق النفسى.

وتختلف هذه النتيجة مع نتائج دراسة نادر فتحى (٢٠٠٨) التى أوضحت أن الأساليب الوالدية فى تنشئة الأطفال لدى كل من الأمهات والأباء تتأثر بشكل دال إحصائياً بمتغيرات (جنس الطفل، نوع الإعاقة).

كما يتضح من نفس الجدول وجود تأثير دال لمتغير المعالجة بين المجموعات الفرعية، حيث بلغت قيمة "ف" (٥٦.٧٥٧) وهي قيمة دالة عند مستوى ٠.٠٠١، وهي نتيجة يمكن معها القول أن هناك فروقاً جوهرية بين المجموعات الفرعية في متغير التوافق النفسي يعزى إلى فاعلية البرنامج المستخدم مع الأطفال.

لذا؛ فقد تم استخدام اختبار "ت" لتحديد مدى دلالة الفروق بين المجموعات الفرعية المتضمنة في البحث، وتحديد وجهة كل من هذه الفروق. وفيما يلي جدول يوضح ما تم التوصل إليه من نتائج في هذا الصدد.

جدول (١٠)

نتائج اختبار "ت" للمقارنة بين المتوسطات الحسابية للدرجات التي حصل عليها التلاميذ المعاقين عقليا (الذكور - الإناث-العينة الكلية) في كل من القياس القبلي والقياس البعدي لمقياس التوافق النفسي (الأبعاد والمقياس ككل)

الدالة	قيمة "ت"	بعد		قبل		النوع	التوافق النفسي
		ع	م	ع	م		
دالة عند ٠.٠١	٤.٢١٢	٣.٥٧٣	٢٩.٩٦٨	٣.٩٥١	٢٦.٢٩٠	ذكور	التوافق الذاتي
دالة عند ٠.٠١	٣.٠١٣	٣.٦٣١	٢٧.٥٨٨	٢.٨٧٤	٢٧.٥٨٨	إناث	
دالة عند ٠.٠١	٥.٤٧٠	٣.٤٥٩	٣٠.١٠٤	٣.٥٤٩	٢٦.٧٠٨	العينة الكلية	
دالة عند ٠.٠١	٤.٦٧٥	٢.٧٣٢	٢٩.٩٣٦	٢.٦٤٧	٢٧.١٦١	ذكور	التوافق الاجتماعي
دالة عند ٠.٠١	٤.٦٨٤	١.٧٤٩	٣٠.٠٥٩	٢.٢٣٤	٢٧.٦٤٧	إناث	
دالة عند ٠.٠١	٥.٩٩٠	٢.٣١٥	٢٩.٩٥٨	٢.٤٨٩	٢٧.٣٧٥	العينة الكلية	
دالة عند ٠.٠١	٣.٧٠١	٢.٨٥٠	٢٥.٥١٦	٢.٤١٤	٢٤.١٩٤	ذكور	التوافق الأسرى
دالة عند ٠.٠١	٣.٣١٢	٢.٥٠٠	٢٦.٠٠	١.٧٠٤	٢٤.١٧٧	إناث	
دالة عند ٠.٠١	٤.٧٣٦	٢.٦٩٢	٢٥.٦٦٧	٢.٠٨٣	٢٤.٢٠٨	العينة الكلية	
دالة عند ٠.٠١	٩.٥٩٨	٨.١٣٤	٨٥.٨٠٧	٨.٣٠٧	٧٧.٢٥٨	ذكور	المقياس ككل
دالة عند ٠.٠١	٦.٦٣٥	٥.٧٠٦	٨٥.٩٤١	٦.١٥٩	٨٠.٠٥٩	إناث	
دالة عند ٠.٠١	١١.٤٣٣	٧.١١٥	٧.٥٣٦	٨٥.٩١٧	٧٨.٢٧١	العينة الكلية	

يتضح من الجدول السابق (١٠) وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات التلاميذ (الذكور- الإناث-العينة الكلية) قبل تطبيق البرنامج ومتوسطات درجاتهم بعد تطبيق البرنامج من حيث التوافق النفسى على مستوى الأبعاد والمقياس ككل، حيث بلغت قيمة "ت" الخاصة بالمقارنة (٤.٢١٢)، (٤.٦٧٥)، (٣.٧٠١)، (٩.٥٩٨) على الترتيب فى حالة التلاميذ الذكور لصالح القياس البعدى بالنسبة للأبعاد، وبلغت قيمة "ت" (٣.٠١٣)، (٤.٦٨٤)، (٣.٣١٢)، (٦.٦٣٥) على الترتيب فى حالة الإناث لصالح القياس البعدى، و (٥.٤٧٠)، (٥.٩٩٠)، (٤.٧٣٦)، (١١.٤٣٣) على الترتيب بالنسبة للعينة الكلية على كل بعد والدرجة الكلية للمقياس، وجميعها قيم دالة تعدت مستوى الدلالة (٠.٠١)، وجاءت هذه الفروق لصالح أفراد العينة الذكور والإناث والعينة الكلية بعد تطبيق البرنامج، مما يوضح فاعلية البرنامج المستخدم بأساليبه وفنياته المتعددة فى تحسين التوافق النفسى لديهم. حيث تضمن البرنامج فنيات تهدف إلى مساعدة التلاميذ على تنمية مهاراتهم الحياتية إلى أقصى درجة ممكنة.

وفيما يخص الجانب التكنولوجى من البرنامج حيث تم تقديم عديد من المهارات الاجتماعية ومهارات رعاية الذات بصورة إلكترونية باستخدام الحاسب الآلى، وقياس المهارات من خلال اختبار تحصيلى معد لذلك وبطاقة ملاحظة، وفيما يلى جدول ١١، ١٢ يوضح ما تم التوصل إليه من نتائج فى هذا الصدد:

جدول (١١)

نتائج اختبار "ت" للمقارنة بين المتوسطات الحسابية للدرجات التى حصل عليها الأطفال فى الاختبار التحصيلى للمهارات الاجتماعية ومهارات رعاية الذات

الاختبار التحصيلى	المجموعة	ن	المتوسط "م"	الانحراف المعياري "ع"	قيمة "ت"	دلالة الفروق
الدرجة الكلية	قبل	٤٨	٦.١٦٦٧	١.٨٨٣	٤٠.٧٤٥	دالة عند ٠.٠١
	بعد	٤٨	٢٠.٩٣٨	١.٥٨٩٩		

جدول (١٢)

نتائج اختبار "ت" للمقارنة بين المتوسطات الحسابية للدرجات التي حصل عليها الأطفال في بطاقة ملاحظة المهارات الاجتماعية (الأبعاد والدرجة الكلية).

بطاقة الملاحظة	المجموعة	م	ع	قيمة "ت"	الدلالة
مهارة النظافة الشخصية	قبلي	١٢.٣٣٣	٤.٤٦٤	٥٠.٨٥٢	دال عند ٠.٠٠١
	بعدي	٦٨.٠٦٣	٧.٢٠٩		
مهارة خلع وارتداء الملابس	قبلي	٧.٨٧٥	٣.٢٤٦	٤٠.٨٦٥	دال عند ٠.٠٠١
	بعدي	٢٩.٥٢١	٢.٩٦١		
مهارة آداب السلوك الاجتماعي	قبلي	٣.٥٠٠	١.٢٧١	٢٥.٩٦٩	دال عند ٠.٠٠١
	بعدي	١٠.٢٢٩	١.٤١٢		
مهارة اتباع القواعد والتعليمات في المدرسة	قبلي	٣.٠٢١	٢.٠٤٧	٢٥.٨٩٧	دال عند ٠.٠٠١
	بعدي	١٣.٤٧٩	٢.١٧٣		
الدرجة الكلية لبطاقة الملاحظة	قبلي	٢٦.٧٢٩	١٠.٣٥٥	٤٦.٠٧٢	دال عند ٠.٠٠١
	بعدي	١٢١.٢٩٢	١٢.٥٢٩		

يتضح من جدول (١١) وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات التلاميذ في القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي على الاختبار التحصيلي الذي يقيس الجانب المعرفي للمحتوى التعليمي الخاص بمجموعة المهارات الاجتماعية ومهارات رعاية الذات حيث بلغت قيمة "ت" الخاصة بالمقارنة (٤٠.٧٤٥) وهي قيمة دالة إحصائية عند مستوى ٠.٠٠١. كما يتضح من جدول رقم (١٢) وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات التلاميذ في القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي على بطاقة الملاحظة (تضمنت ٤٢ مهارة من مهارات النظافة الشخصية، و ٢٠ مهارة لرعاية الذات مثل اختيار وخلع وارتداء الملابس، ٧ مهارات اجتماعية مثل مهارة آداب السلوك الاجتماعي، و ١٠ مهارات لاتباع القواعد والتعليمات في المدرسة). حيث بلغت قيمة "ت" الخاصة بالمقارنة (٥٠.٨٥٢)، (٤٠.٨٦٥)، (٢٥.٩٦٩)، (٢٥.٨٩٧)، (٤٦.٠٧٢) على الترتيب للأبعاد والدرجة الكلية وجميعها دالة إحصائية عند مستوى ٠.٠٠٠١. مما يوضح فاعلية البرنامج المستخدم بما يتضمنه من جانب تكنولوجي لتعليم والتدريب على المهارات الاجتماعية والحياتية.

وفيما يخص الأنشطة الفنية من البرنامج الذي تضمن عديد من الأنشطة الخزفية النسيج، جدل الخيوط، وتشكيل الورق، وفيما يلي جدول (١٣) يوضح ما تم التوصل إليه من نتائج في هذا الصدد:

جدول (١٣)
نتائج اختبار "ت" للمقارنة بين المتوسطات الحسابية للدرجات التي حصل عليها
الأطفال في بطاقة ملاحظة الأنشطة الفنية (الأبعاد والدرجة الكلية).

بطاقة الملاحظة الأنشطة الفنية	المجموعة	م	ع	قيمة "ت"	الدالة
الخزف	قبلي	١٦.٠٠٠	٧.٢٤٦	٢٣.٨١٦	دال عند ٠.٠٠١
	بعدي	٣٨.٨٠٩٥	٩.٥٣٢		
النسيج	قبلي	٤.٠٠٠	٢.٨٩٨	١٢.٦٩٢	دال عند ٠.٠٠١
	بعدي	١٥.٨٥٧	٣.٤٨٣		
الجدل	قبلي	٩.٧١٤	٣.٢٧٣	٢٩.٨٢٥	دال عند ٠.٠٠١
	بعدي	٢٣.١٤٣	٣.٧٣٢		
تشكيل الورق	قبلي	٨.٤٢٩	٢.٨٢١	٢٨.٠٧٥	دال عند ٠.٠٠١
	بعدي	٢٠.٥٧١	٣.١٧١		
الدرجة الكلية للأنشطة الفنية	قبلي	٣٨.١٤٣	١٣.٥٢٩	٣٢.١٥٧	دال عند ٠.٠٠١
	بعدي	٩٨.٣٨١	١٦.٤٦٩		

يتضح من جدول (١٣) وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات التلاميذ في القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي على بطاقة الملاحظة الخاصة بالأنشطة الفنية (تذكر الأنشطة الفنية). حيث بلغت قيمة "ت" الخاصة بالمقارنة (٢٣.٨١٦)، (١٢.٦٩٢)، (٢٩.٨٢٥)، (٢٨.٠٧٥)، (٣٢.١٥٧) على الترتيب بالنسبة للأنشطة والدرجة الكلية، وجميعها دالة إحصائية عند مستوى ٠.٠٠١. مما يوضح فاعلية البرنامج المستخدم بما يتضمنه من جانب التدريب على الأنشطة الفنية.

وتتفق هذه النتائج بصفة عامة مع نتائج دراسة صلاح الدين العراقي (٢٠٠٦) التي أوضحت وجود فروق دالة إحصائية بين درجات الأطفال ذوى الإحتياجات الخاصة على مقياس جودة الحياة للأطفال (الدرجة الكلية) قبل تقديم البرنامج الإرشادي لأبائهم ودرجاتهم على نفس المقياس بعد تقديم البرنامج الإرشادي لأبائهم لصالح القياس البعدي. كما تتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة وفاء شلبي (٢٠٠٧) التي أوضحت وجود فروق ذات دلالة إحصائية في معدل النمو الإجتماعي بين كل

من العينة التجريبية والعينة الضابطة لصالح العينة التجريبية في القياس البعدى. ودراسة هيل Heal (٢٠٠٨) التى أوضحت وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطى درجات أفراد المجموعة التجريبية ودرجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس نوعية الحياة لصالح المجموعة التجريبية بعد إنتهاء البرنامج.

كما تتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة تامر الشرباصى (٢٠١٣) التى أوضحت وجود علاقة بين تصميم برنامج مقترح فى خدمة الجماعة وتحسين نوعية الحياة للأطفال المعاقين ذهنياً ذوى صعوبات التعلم وذلك من خلال تدعيم الرضا عن الحياة وتدعيم العلاقات الإجتماعية والحياة الأسرية والدراسية وتدعيم تقبل الذات لديهم.

كما تتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة إسراء عبد المقصود (٢٠١٤) التى أوضحت وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية المعاقين عقلياً فى القياسين القبلى والبعدى على مقياس التوافق النفسى فى إتجاه القياس البعدى.

مما يوضح أهمية البرنامج المستخدم فى البحث الحالي فى تحسين التوافق النفسى لدى الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم.

ويرجع الباحثين التحسن الذى أحرزه الأطفال إلى أن البرنامج قد لعب دوراً ملموساً فى التأثير على الأطفال وزيادة درجة توافقهم النفسى، حيث أن البرنامج قد تضمن مجموعة من الأنماط السلوكية والخبرات والأنشطة الخاصة بالتفاعل الاجتماعى الإيجابى والمهارات اللازمة لتحسين مستوى التوافق لما يتضمنه من أنشطة جماعية ومهارات خاصة بذلك، ومدى توافق هذه الأنشطة والمهارات مع طبيعة هؤلاء الأطفال وطبيعة المرحلة العمرية لهم.

وقد أوضح كل من فابس وآخرون Fabes,etal (١٩٩٩) ولارا مايكوس وآيسون Mayeux & Allesson (٢٠٠٣)، ولانهيوتشى Lanhutchby (٢٠٠٥) أن المواقف القائمة على التفاعل الاجتماعى، واللعب المنظم، ولعب الدور، وممارسة العديد من الأنشطة الأخرى من شأنه زيادة مستوى التوافق النفسى.

كما تتفق هذه النتيجة أيضاً مع نتائج دراسة روبرت هولمر Holmar (٢٠٠٠) التي اهتمت بتحسين القدرة الوظيفية للأطفال المعاقين ومتعددي الإعاقة، من خلال التدريب علي مهارات الحركة، اللعب، التنبيهات الأساسية والتنبيهات البصرية وأيضاً تنمية القدرة والمهارات الأساسية ومهارات الكفاءة حتى يكون قادراً علي إعادة التأهيل والتكيف مع المجتمع، وقد أوضح الباحثين ضرورة الاهتمام بالتدريب الفردي وتنمية المهارات الإنسانية ومهارات الاتصال، الاستقلالية والوعي بالذات، وقد أوضح البرنامج فاعليته.

كما تتفق هذه النتيجة مع نتائج العديد من الباحثين الذين أوضحوا ضرورة إعطاء الفرصة للأطفال للتدريب، واستخدام اللغة مع الأطفال أثناء العمل واللعب وتنمية مهارات التعاون (Haufman,2002; Byers,2002).

وتتفق هذه النتيجة أيضاً مع ما أكدته نتائج دراسات وبحوث العديد من الباحثين علي أن التدريب علي مهارات الاتصال، وتعلم السلوكيات المتوقعة اللازمة لبدء الاتصال، والاستجابة في المواقف الاجتماعية، والتدريب علي المهارات الاجتماعية الإيجابية مع النظراء في مرحلة الطفولة يمكن أن يؤدي إلي نمو العلاقات الإيجابية مع النظير، والتقبل، وتكوين الصداقات (Borey& Straion,2004; Walver,2004).

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج العديد من الدراسات التي أوضحت أهمية وجود حاجة ملحة للعديد من البرامج السلوكية الصحيحة للأطفال المعاقين عقلياً لتدعيم مهاراتهم وقدراتهم نحو التوافق مع الوالدين والمحيطين بهم (Harrey, 2005;Zmichm,Derek,etal.,2008;Milone,et al., 2008; Piotro,et al.,2009; Floyd&Phillipe,2010).

ثانياً: تعقيب عام على نتائج البحث:

إن نتائج هذا البحث تلقى الضوء على والدي الطفل المعاق عقلياً القابل للتعلم وأهميه تقديم برامج إرشادية لهم لتبصيرهم بإحتياجات طفلهم المعاق عقلياً وكيفية تلبيتها، وأيضاً تبصيرهم بكيفية التعامل معه بإعتبارهم المسؤولين مسؤلية كاملة عن تربية هذا الطفل وتنشئته والقيام بواجباتهم ناحيته وتلبية إحتياجاته، كما أوضحت نتائج البحث أثر البرنامج الإرشادي التدريبي لأمهات

الأطفال المعاقين على تحسين مستوى جودة الحياة الأسرية لديهم، وكذلك أثر جلسات البرنامج التدريبي التي قام الباحثين بتطبيقها على الأطفال المعاقين عقلياً على تحسين مستوى التوافق النفسي لديهم. وأظهرت نتائج البحث وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات الأمهات قبل تطبيق البرنامج ومتوسطات درجاتهن بعد تطبيق البرنامج من حيث مستوى جودة الحياة الأسرية، لصالح الأمهات بعد انتهاء تطبيق البرنامج، مما يوضح فاعلية البرنامج المستخدم.

كما أثبتت نتائج البحث وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات التلاميذ قبل تطبيق البرنامج ومتوسطات درجاتهم بعد تطبيق البرنامج من حيث مستوى التوافق النفسي لصالح التلاميذ بعد تطبيق البرنامج، كما أظهرت وجود فروق في الأنشطة الفنية (جانب الأنشطة الفنية في البرنامج) والمهارات المختلفة سواء الاجتماعية أو رعاية الذات (الجانب التكنولوجي للبرنامج)، مما أسهم في فاعلية البرنامج المستخدم بأساليبه وفتياته المتعددة في تحسين مستوى التوافق النفسي لديهم. حيث تضمن البرنامج فنيات تهدف إلى مساعدة التلاميذ على تنمية مهاراتهم الحياتية إلى أقصى درجة ممكنة. كما أظهرت النتائج حاجة الأمهات إلى المزيد من الخدمات المادية والنفسية والاجتماعية والعلاجية، والقصور في الخدمات المقدمة لأسر الأطفال المعاقين وأبنائهم مما أظهر الشعور بعدم الرضا من القصور في الاهتمام بهذه الفئة من الأطفال وأسره.

التوصيات:

من خلال ما أظهرته نتائج البحث الحالي يمكن تقديم التوصيات التالية:

- الاهتمام بأسر ذوى الاحتياجات الخاصة من خلال:
- تفعيل المراكز الإرشادية المتخصصة والموجهة للمعاقين وأسره.
- تفعيل البرامج التوعوية الموجهة الى المجتمع لتوضيح حاجات وخصائص وحقوق المعاقين وأسره.
- التوسع في عمليات دمج المعاقين مع العاديين في المدارس مع التوعية بحقوقهم في الدراسة والانشطة.
- الاهتمام بإنشاء الجمعيات التي تعنى بالمعاقين بشكل عام والمعاقين عقليا بشكل خاص وأسره.
- تقديم خدمات التوعية والتثقيف وتقديم المعلومات حول أسباب الإعاقة وكيفية الوقاية منها مثل: التغذية الجيدة للحامل، والابتعاد عن زواج الأقارب بشكل مستمر ولأجيال متلاحقة، والتعريف بالإعاقات وإمكانات المعاقين وحقوقهم، ومؤسسات التأهيل والعلاج.

- التنسيق فى تقديم الخدمات بين المنظمات الاجتماعية والتربوية والصحية المختلفة والتتويج فى البرامج وفق ما تقتضيه أنواع الحالات الموجودة.
- المتابعة المنظمة للآباء والأمهات للتعرف على المشكلات والعمل على حلها فى الوقت المناسب.
- وجود شبكة داعمة للوالدين فى مختلف التخصصات .

البحوث المقترحة:

- بحث العلاقة بين جودة الحياة الأسرية كما يدركها الأطفال المعاقين وغير المعاقين لدى إعاقات مختلفة.
- دراسة جودة الحياة الأسرية لدى أسر لديها أبناء معاقين وأسر عادية.
- بحث العلاقة بين جودة الحياة الأسرية وعلاقتها بعدد من المتغيرات لدى شرائح عمرية متباينة.
- دراسة للعلاقة بين جودة الحياة الأسرية وأنواع أخرى من الإعاقات.

المراجع

أولاً: المراجع العربية:

- ١- أسامة محمد البطاينة، عبد الناصر ذياب الجراح، ومأمون محمود غوانمة (٢٠٠٧). علم نفس الطفل غير العادى. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- ٢- السيد مصطفى السنباطى (٢٠٠٧). تقدير الذات وعلاقته بالتوافق النفسى لدى الاطفال بلا مأوى مع تصور مقترح لبرنامج ارشادى لتحسين مستوى تقدير الذات-رسالة دكتوراه- معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
- ٣- أماني عبد المقصود عبد الوهاب (١٩٩٩). القبول/الرفض الوالدى وعلاقته بالتوافق النفسى لدى عينة من أطفال الريف" مؤتمر "نحو رعاية أفضل لطفل الريف"، مارس ١٩٩٩ م - معهد الدراسات العليا للطفولة ومركز الطفولة، بجامعة عين شمس.
- ٤- أماني عبد المقصود عبد الوهاب (٢٠١٤). مقياس التوافق النفسى للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة. القاهرة: الأنجلو المصرية.
- ٥- أماني عبد المقصود عبد الوهاب (٢٠١٥). مقياس جودة الحياة الأسرية لأسر الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة. القاهرة: الأنجلو المصرية.
- ٦- أنور إبراهيم أحمد (٢٠٠٦). التوافق النفسى والاجتماعى لأبناء النوبة وكوم امبو فى ضوء البناء الثقافى والاجتماعى لكل من المجتمعين-رسالة دكتوراه- معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
- ٧- إيمان الكاشف (٢٠٠١). إعداد الأسرة والطفل لمواجهة الإعاقة. القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
- ٨- تامر الشرباصى محمد الراجحى (٢٠١٣). برنامج مقترح فى خدمة الجماعة لتحسين جودة الحياة للأطفال المعاقين ذهنيا ذوى صعوبات التعلم "دراسة وصفية مطبقة على مدرسة التربية الفكرية بالمنصورة"، المؤتمر الدولى السادس والعشرون للخدمة الاجتماعية، العدد التاسع، كلية الخدمة الاجتماعية- جامعة حلوان.
- ٩- جمال محمد الخطيب (١٩٩٥). العمل مع أسرة الطفل المعاق، منشورات مركز التدخل المبكر، ط١. مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية الامارات العربية المتحدة.
- ١٠- جمال محمد الخطيب (٢٠٠٩). التربية الخاصة المعاصرة قضايا وتوجهات. عمان: دار وائل.

- ١١- صلاح الدين عراقة (٢٠٠٦). فعالية برنامج إرشادي للآباء لتحسين جودة الحياة لدى أبنائهم ذوي الاحتياجات الخاصة، مجلة كلية التربية، جامعة بنها، المجلد السادس عشر، العدد ٦٦ إبريل.
- ١٢- عبد المطلب القريطي (٢٠٠٣). في الصحة النفسية، ط٢. القاهرة: دار الفكر العربي.
- ١٣- علاء الدين كفاي (٢٠٠٣). الإرشاد الأسري للطفل المعوق، ط١. القاهرة: دار الفكر العربي.
- ١٤- عمر فواز عبد العزيز (٢٠١٢). حاجات أسر الأطفال ذوي الععاقة العقلية وعلاقتها بالجنس والعمر ودرجة الاعاقة للمعاقين عقليا. المجلة الدولية التربوية المتخصصة، المجلد ١، العدد (١١).
- ١٥- محمد خليفه بركات (٢٠٠١). علم النفس العام. الفيوم: مكتبة الصفوة للنشر والتوزيع، ص ٧٨
- ١٦- منى الحديدي وجمال الخطيب (١٩٩٣). إرشاد أسر أطفال ذوي الحاجات الخاصة. عمان. الأردن.
- ١٧- نبيلة الشوربجي (٢٠٠٢). المشكلات النفسية للأطفال أسبابها-علاجها. القاهرة: دار النهضة العربية.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

- 18-Abdulahde I. Haimour and Radi M. Abu-Hawwash(2012). Evaluating Quality Of Life of parents having a child with disability, International Interdisciplinary Journal of Education - March, Volume 1, Issue 2.
- 19-American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD): Defintion of MentalRetardation (on-line). Available: www.aaidd.org/policies/faq_mental_retardation.shtml,
- 20-Andrews, F. M., & Withey, S. B. (1977). Social indicators of well being: American's perceptions of life quality. New York: Plenum Press.
- 21-Aznar , A. S. , & Castañón , D. G . (2005) . Quality of life from the point of view of Latin American families: A participative research study . Journal of Intellectual Disability Research , 49 , 784 – 788 . doi:10.1111/j.1365-2788.2005.00752.x
- 22-Bailey,D.B.,Winton, P. J., Rouse, L., & Tumbull, A. P. (1992). Family goals in infant intervention: Analysis and issues. Journal of Early Intervention, 14(1), 15-26.
- 41-Bailey,D.B.,McWilliam,R.A.,Darkes,L.A.,Hebbeler,K.,Simeonsson,R.J.,Spiker,D.,& Wagner,M.(1998). Family outcomes in early intervention: A framework for program evaluation and efficacy research. Exceptional Children, 64(3), 313-328.
- 42-Bandura,A.(1997).Human Agency in Social Cognitive Theory ., American Psychologist, 14 , 1175-1184.
- 43-Benjamin Shaw;Kraus Neal;Chatters,Lindao(2004).Emotional support from parents early in life, Aging, and health. Psychology and Aging, vol. 19, no. 1,4-12.
- 44-Beach Center on Families and Disability (1998). NIDRR rehabilitation research and training center on policies affecting families of children with disabilities. Unpublished grant proposal, University of Kansas.

- 45-Beach Center(2001).Family Quality of Life Survey. Beach Center on Disability, University of Kansas, Lawrence, KS.
- 46-Beach Center on Disability. (2013). Beach Center on Disability: Positive contributions . Retrieved from <http://beachcenter.org/default.aspx?JScript=1>
- 48-Bjornson, K.F., Belza, B., Kartin, D., Logsdon, R.G., & McLaughlin, J. (2008). Selfreported health status and quality of life in youth with cerebral palsy and typically developing youth. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 89, P. 121-127. Doi : 10. 1016/j.apmr.2007.09.016.
- 49-Blue-Banning, M., Summers, J. A., Franland, H. C., Nelson, L. L., & Beegle, G. (2004).Dimensions of family and professional partnerships: Construction guidelines for collaboration. *Exceptional Children*, 70(2), 167-184.
- 51-Brodine,J.(1991).Communication in profoundly mental retarded and multiply handicapped children paper presented at the annual meeting of the international neuro-psychological society 19th San-anomie feb,13-16.
- 52-Brown, I., Anand, S., Fung, W.L.A., Isaacs, B., & Baum, N. (2003). Family quality of life: Canadian results from an international study. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 15(3), 207-229.
- 54-Brown,I.;Brown,R.(2006).Individual and family quality of life. Mukibaum Treatment Centers for Children and Adults with complex disabilities.
- 56-Campbell,A.;Converse,P.E.&Roders,W.L.(1976).The quality of American life. New York: Russell Sage Foundation.
- 57- Campbell, A. (1981). The sense of well-being in America: Recent patterns and trends. New York: McGraw-Hill Book Company ; p. 13
- 58-Cantrell, Kathleen Kivi(2007). edictors of quality of life of mothers of children with intellectual disabilities. University of Denver, ProQuest, UMI Dissertations Publishing. 3270532.
- 59-Cecilia Wai Ping Li-Tsang&Cecilia Yuen Shan Leung(2009). Quality of Life of Parents who have Children With Disabilities. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, Volume 13, Issue 1, 2003, Pages 19–24.
- 60-Davis,E.,Shelly,A.,Waters,E.,Boyd, R., Cook, K., & Davern, M. (2009). The impact of caring for a child with cerebral palsy: Quality of life for mothers and fathers. *Child: Care, Health, and Development*,36, 63-73. doi:10.1111/j.1365-2214.2009.00989.x.
- 61-Dennis, R.E.,Williams,W.,Giangreco,M.F.,&Cloninger,C.J.(1993). Quality of life as context for planning and evaluation of services for people with disabilities. *Exceptional Children*. 59(6). 499-512.
- 62-Denise, Jensen, Poston (2002). A qualitative analysis of the conceptualization and domains of family quality of life for families of children with disabilities. University of Kansas, ProQuest, UMI Dissertations Publishing,. 3067092.
- 63-Felce,D.&Perry,J.(1995).Quality of life: Its definition and measurement .*Research in Developmental Disabilities* 16,pp.51-74.

- 64-Foehrkolb,Cynthia(2007).Quality of family life as a factor of self-esteem. *American Psychologist*,46,PP.333-341.
- 66-Floyd, Frank, J., & Phillippe, k.(2010):Marriage and the parenting partnership: Perceptions and interactions of parents with mentally retarded and typically developing children. *Child Development*, Vol. 62 (6), PP.1434-1448.
- 67-Flynt, Samuel W., et al.(1992).Social support of mothers of children with mental retardation, V.30,N.4,PP.233-36.
- 69-Gath,A.(1993).Changes that occur in families as children with intellectual disabilities. *Journal of Disability Development and Education*.V.40,N.3.
- 70-Greenberg,Jan,S.;SeltzerMarsha,M.;KraussMarty,W.;Kim,Heawon(1997).The differential effects of social support on the psychological well-being of aging mothers of adults with mental illness or mental retardation.*Family Relations*,V.46, N.4, PP.383-94.
- 72- Harry,B.(2002). Trends and issues in serving culturally diverse families of children with disabilities. *Journal of Special Education*, 36, 131–138.
- 73-Hair,Elizabeth,C.; Moorekristin; Garrett, Sarah,B.; Kinukawa, Akemi; Lippman, Laura and Michelson Erik(2003).Psychometric analysis of the parent- adolescent relationship scale. Washington, DC, Child Trends.
- 74-Harrey,Beth(2005): Making sense of disability: Low-income. Puerto Rican parents` theories of the problem, *Exceptional Children*.Vol.59(1),PP.27-40.
- 75-Heather,F.,Lundy(2011). Parental Stress, Socioeconomic Status, Satisfaction with Services, with Services, and Family Quality of Life among-Parents of Children Receiving Special Education Services Georgia State University Scholar Works @ Georgia State University, [http:// scholar works. gsu. Edu / cps_ diss](http://scholarworks.gsu.edu/cps_diss)
- 76-Hee Hong,Sung;Winter,Mary(2008).Time management strategies and quality of life in family business. *Journal of Family and Economic Issue*, 13(3), PP.279-297.
- 77-Henry,Carolyn(2006).Perceptions of family dynamics as predictors of adolescent adaptation. *Journal of Family Issues*,14(2),PP.261-278.
- 78-Hoffman,L.;Marquis,L.G;Poston,D.;Summers,J.&Turnbull,A.(2006).Assessing family outcomes: psychometric evaluation of the family quality of life scale. *Journal of Marriage and family*,68,1069-1083.
- 79-Howard,W.(1994). In service for parents of special needs children. *Journal of Abnormal psychology*, Vol.34, PP.,289-374.
- 80-Hsieh,Pei-Chun(2011).Contributions of leisure participation in predicting stress coping and quality of life among parental caregivers of children with developmental disabilities. Indiana University, Pro Quest,UMI Dissertations Publishing. 3466346.
- 81-Hughes,C.,&Hwang,B.(1996): Attempts to conceptualize and measure quality of life. In R. L. Schalock (Ed.),*Quality of life: Volume I:Conceptualization and measurement*,Washington, DC: American Association on Mental Retardation , (PP.51-61).

- 82-Isaacs,B.;Brown,I.;Brown,R.;Baum,N.;Myerscough,T.;Neikrug,S.;Roth, D.;Shearer,J.&Wang,M.(2007).The internal family quality of life project: Goals and practice in Intellectual Disabilities,vol.4,n.,3,pp.177-185.sep.
- 83-James,K.Haveman(2002).Statewide quality of life and service satisfaction study for children and families. Division of Quality Management and Planning Quality Management and Customer Services Administration.
- 84-James,H.Douglas;Louise,Eldridge;Robert,D.Hofmann;Armando Vilaseca & Stephen, R.Dale.(2010) Supporting Children with Disabilities and Their Families. Vermont Agency of Human Services Head Start State Collaboration Office 103 South Main Street, 2 North Waterbury, VT 05671-2901.
- 85-Jan Pieter Marchal; Heleen Maurice-Stam; Janneke Hatzmann; A.S. Paul van Trotsenburg; Martha A.Grootenhuis(2013). Health related quality of life in parents of six to eight year old children with Down syndrome. Research in Developmental Disabilities.Volume 34, Issue 11, November, Pages 4239–4247.
- 86-John,V.L. & Joan, F. Routman (2013).Psychological Adjustment to Pediatric Psychological disorders:A Meta-Analytic Review.Journal of Pediatric Psychology, Vol. 17 Issue2, PP.133-157.
- 87-Jiyeon,Park (2001). How to define and measure outcomes of early intervention:An examination of family quality of life. Dissertation Defended: April.
- 88-Jordan,T.E.(1991).The mentally retarded.Columbus,Ohio,U.S.A.
- 90-Kelly,J.F.,Buehlman,K.,&Caldwell,K.(2000). Training personnel to promote quality parent-child interaction in families who are homeless. Topics in Early Childhood Special Education. 20(3). 174-185.
- 91-Lassiter,Suzie Murray(1998). mental retardation living in an institutional setting and for those living in a community setting .The University of Southern Mississippi, ProQuest, UMI Dissertations Publishing, 9916035.
- 92-Leone,S..L.,& Wiltz,J.(2006). The impact of behaviour problems on caregiver stress in young people with autism spectrum disorders. Journal of Intellectual Disability Research, 50(3), 172–183.
- 93-Lev,Elise&Steven,V.Owen(2006).Association of cancer patients quality of life symptoms, moods, and self-care, self efficacy with family caregiver, depression, reaction and health. Self-Care dependent-care nursing, The official .Journal of the International Orem Society,Vol.10,no.2,PP.125-131.
- 94-Liewellyn, G., McConnell, D., Cant, R., & Westbrook, M. (1999). Support network of mothers with an intellectual disability: An exploratory study. Journal of Intellectual and Developmental Disability. 24(1), 7-26.
- 97-Mian Wang(2004).Perspectives of fathers and mothers in assessing FQOL in early intervention programs programs. Submitted to the Department of special Education and the Faculty of the Graduate School of the University of Kansas in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy.

- 98-Milone, Annarita, et al. (2008). The mother –child relationship in the precocious neuropsychiatry disorders, dell'infanzia. *Psichiatria dell' adolescenza*. Vol. 64 (6), PP. 681-692.
- 99-Milton, Heather, A. (2006). Quality of life for individuals with developmental disabilities in a supported apartment living program. University of Manitoba (Canada), ProQuest, UMI Dissertations Publishing. MR50592.
- 100-Mytko, J. J., & Knight, S. J. (1999). Body, mind and spirit: Towards the integration of religiosity and spirituality in cancer quality of life research. *Psycho-Oncology*, 8, 439-450.
- 101-Panos Vostanis & Judith Nicholl (2013). The Family Environment Scale: Comparison with the construct of expressed emotion. The Association For Family Therapy. Blackwell Publishers, 108. Cowley, USA.
- 102-Park, J., & Turnbull, A. P. (2001). Cross-cultural competency and special education: Perceptions and experiences of Korean parents of children with special needs. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 36(2), 133-147.
- 103-Park, J., Turnbull, A. & Turnbull, H., R. (2002). Impacts of poverty on quality of life in families of children with disabilities. *Exceptional Children*, 68(2), PP. 151-170.
- 104-Park, J., Hoffman, L., Marquis, J., Turnbull, A. P., Poston, D., Mannan, H., Wang, M., & Nelson, L. L. (2003). Toward assessing family outcomes of service delivery: Validation of a Family Quality of Life Survey. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47(5), 367-384.
- 105-Piotro, Majwicz, et al. (2009): Parental attitudes and anxiety in pupils of an elementary school for the mildly retarded, *Psychologies Wychowawcza*. Vol., (41), No. (1), PP. (64-69).
- 106-Piver, R. & Pless, I. (1980). Early intervention for mentally retarded children for increasing sensitive skills. *Journal of Speech*, Vol. 29, N. 4, PP. 558-565.
- 107-Podzimek, Kimberly. (2014). Quality of life research on students with disabilities in Monrovia, Liberia University of Maryland, College Park, ProQuest, UMI Dissertations Publishing, 3627668.
- 108-Pool, Elsa (1993). Adolescent depression: The impact of parental divorce during childhood as it manifests itself in adolescence. DSW. Tulane University School of School Work, Diss. Abs. Inter. No: AAC9403436.
- 110-Poston, D.; Turnbull, A.; Park, J.; Mannan, H.; Marquis, J. & Wang, M. (2008). Family quality of life outcomes: A qualitative inquiry launching a long-term research program. *Mental Retardation*, 41(5), 313-328.
- 112-Powell, D. R. (2006). Families and early childhood interventions. In W. Damon & I. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology* (6th ed.) New York: Wiley.
- 113-Putnam, R. D. (1995). Bowling alone: America's declining social capital. *Journal of Democracy*, 6, PP. 65-77.

- 114-Rachel A. Bowman, M.A.(2002). Quality of Life Assessment for Young Children with Developmental Disabilities and their Families: Development of a Quality of Life Questionnaire Dissertation submitted to the Eberly College of Arts and Sciences at West Virginia University in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy.Child Clinical Psychology. UMI Number: 3022039.
- 119-Roberts,R.N.;Innocenti,M.S.&Goetz,L.P.(1999).Emerging issues from state level evaluations of early intervention programs. *Journal of Early Intervention*, 22(2),152-163.
- 120-Rodrigue, J.Morgan, S.& Geffken, G. (1992). Psychosocial Adaptation of Fathers of Children with Autism, Down Syndrome, and Normal Development. *Journal of Autism & Developmental Disorders* 22,2
- 122-Samuel,P.S., Rillotta, F. &Brown,I.(2013). The development of family quality of life concepts and measures .*Journal of Intellectual Disability Research*, Volume 56 part 1 PP. 1–16 January 2012.
- 124-Scouras,Susan(2005).The impact of the Americans with Disabilities Act on quality of life issues experienced by disabled professionals in the state of Washington. Gonzaga University, ProQuest, UMI Dissertations Publishing. 3170690.
- 125- Seligman,M.,&Darling,R.B.(2007). Ordinary families, special children: A systems approach to childhood disability. New York: Guilford Press.
- 127-Shek,D.T.;Chan,Y.&Lee,P.(2007).Quality of in the global context: A Chinese response. *Social Indicators Research*,71,pp.1-10.
- 128-Shelly,A.,Davis,E.,Waters,E.,Mackinnon,A.,Reddihough, D., Boyd, R., Reid, S., & Graham,H.K.(2008). The relationship between quality of life and functioning for children with cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 50, 199-203. doi:10.1111 / j.1469-8749.2008.02031.x.
- 129-Sheriff,Jamie,Lyn(2003).Children's perception of quality of life: Congenital physical disabilities vs. acquired physical disabilities. University of Central Florida, ProQuest, UMI Dissertations Publishing. 3094818.
- 130-Simpson, Yolanda Nikki(2004). Home, school, and community factors as predictors of quality of life of children and youth with disabilities The University of North Carolina at Chapel Hill, ProQuest, UMI Dissertations Publishing, 3156205.
- 131-Shin,Jin,Y.(2003).Social support fov families of children with mental retardation. *Amercain Journal on Mental Retardation*,V.40,N.2,PP.103-18.
- 133-Smith, T., Buch, G. A., & Gamby, T. E. (2000). Parent-directed, intensive early intervention for children with pervasive developmental disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 21, 297-309
- 134-Smith-Bird,E.&Turnbull,A.P.(2005).Linking positive behavior support to family quality-of-life outcomes. *Journal of Positive Behavior Interventions*,7 (3), 174-180.

- 136-Stoneman, Z., & Crapps, J. M. (1990). Mentally retarded individuals in family care homes: Relationships with the family-of-origin. *American Journal on Mental Retardation*, 94(4), 420-430.
- 137-Summers, J.A., Behr, S.K., & Turnbull, A.P. (1989). Positive adaptation and coping strengths of families who have children with disabilities. In G.H.S. Singer & L. K. Irvin (Eds.), *Support for caregiving families: Enabling positive adaptation to disability* (PP. 27-40). Baltimore: Brookes.
- 138-Summers, T., Poston, D.; Turnbull, A.; Marquis, J.; Hoffman, L.; Mannan, H. Wang, M. (2005). Conceptualizing and measuring family quality of life. *Journal of Intellectual Disability Research*, vol.49, PP.777-783 .
- 139-Turnbull, H. R., & Brunk, G. L. (1997). Quality of life and public policy. In R. L. Schalock & G.N. Siperstein (Eds.), *Quality of life: Vol. 2. Application to persons with disabilities* (PP.201-209). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- 140-Turnbull, A.P., Turnbull, H.R., Poston, D., Beegle, G., Blue-Banning, M., Diehl, K., Frankland, C, Lord, L., Marquis, J., Park, J., Matt, S., & Summers, J.A. (2000, August). Enhancing quality of life of families of children and youth with disabilities in the United States. A paper presented at Family Quality of Life Symposium, Seattle, WA. Lawrence, KS: Beach Center on Families and Disability.
- 141-Turnbull, A.P. & Turnbull, H.R. (2001). *Families, professionals, and exceptionality : A special partnership* (4th ed.). Columbus, OH: Charles, E. Merrill.
- 142-Turnbull, Ann P., Janet, G. Marquis, Lesa Hoffman, Denise, J. Poston, Hasheem Mannan, Mian Wang, Jean Ann Summers (2004). A New Tool for Assessing Family Outcomes: Psychometric Evaluation of the Family Quality of Life Scale Submitted to *The American Journal on Mental Retardation*, May, University of Kansas.
- 143-Turnbull, A.P. & Turnbull, H.R. (2005). From the old to the new paradigm of disability and families: Research to enhance family quality of life outcomes. In J.L. Paul, C.D. Lavelly, A. Cranston-Gingras, & E.L. Taylor (Eds.), *Rethinking professional issues in special education* (PP. 83-117). Westport, CT: Ablex Publishing.
- 144-Turnbull, A.; Marquis, J.; Hoffman, L.; Poston, D.; Summers, J.; Mannan, H. & Wang, M. (2005). A new tool for assessing family outcomes: Psychometric evaluation of the Beach Center Family Quality of life scale. *Journal of Marriage and Family*, 68, 1069-1083.
- 145-Turnbull, A.P., Turnbull, H.R., Erwin, E. & Soodak, L. (2006). *Families, professionals, and exceptionality: Positive outcomes through partnerships and trust* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Merrill /Prentice Hall.
- 146-Turnbull, A.; Summers, J.; Lee, S.; Kyzar, K. (2007). Conceptualization and measurement of family outcomes associated with families of individuals with intellectual disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, B., PP.346-356.

- 147-Verdugo,M.A.;Cordoba,L.&Gomez,J.(2005).Spanish adaptation and validation of the family quality of life survey. *Journal of Intellectual Disability Research*, Vol. 49, Part 10,PP.794-798 ,Oct.
- 148-Wallander,J.et al(2001).Quality of life measurement in children and adolescent: Issues, instruments, and applications. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 57, Issue 4, PP.571-585.
- 150-Wang Mian& Brown Roy (2009).Family quality of life: for policy and social service provisions to support families of children with disabilities. *Journal of Family Social Work*,Vol.12,Issue2,April,pp.144-167.
- 151-Werner,S.;Edwards,M.;Baun,N.;Brown,I.;Brown,R.&Isaacs,B.(2009).Family quality of life among families with a member who has an intellectual disability: an exploratory examination of key domains and the revised FQOL Survery. *Journal of Intellectual Disability Research*,Vol. 53, Issue 6, P.501-511,Mar.
- 152-WHOQOLGroup(1995).The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL).Position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*,41,1403-140.
- 153-White,N&Hasting,R.,(2004). Social Professional Support for Parents of adolescents with Sever Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 17, 181-190.
- 154-Willoughby,Jennifer,C.&Glidden,Laraine,M.(1995).Fathers helping out: Shared child care and marital satisfaction of parents of children with disabilities. *American Journal on Mental Retardation*,V.99,N.4,PP.399-406.
- 155-Winer,John Joseph(2000). Quality of life and the work environment: The relationship between integration in the work environment and quality of life as perceived by individuals with mental retardation. Yeshiva University, ProQuest, UMI Dissertations Publishing, 9973143.
- 156- Yau, M. K., &LiTsang,C. W. (1999). Adjustment and adaptation in parents of children with developmental disability in two-parent families: A review of the characteristics and attributes. *British Journal ofDevelopmental Disability*,45 (1), 38-51.
- 157-Zaidman,Anat Zait, MA; Jamieson, Janet R., PhD(2007). Providing Web-based Support for Families of Infants and Young Children With Established Disabilities *Infants & Young Children*,Vol.20,No.1,PP.11–25,Lippincott Williams& Wilkins, Inc.
- 158-Zmichm, Derek,et al.(2008).Parental attitudes perceptions and interaction of parents with mentally retarded and typically developing children. *Journal of Child Development*,Vol.93,No.6,P.1434.
- 159-Zuna N., Summers J. A., Turnbull A. P., Hu X. & Xu S. (2010) Theorizing about family quality of life. In: *Enhancing Quality of Life for People with Intellectual Disabilities: From Theory to Practice* (ed. R. Kober), pp. 241–78. Springer Publishing, Dordrecht.

