



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد الصديق بن يحيى - جيجل

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا



مذكرة بعنوان :

دور الإرشاد النفسي في تحقيق جودة الحياة

لأسر الأطفال المعاقين ذهنيا

- دراسة ميدانية بالمركزين النفسيين البيداغوجيين للأطفال المعاقين ذهنيا بجيجل والظاهير -

مقدمة استكمالاً لنيل شهادة الماستر في علوم التربية تخصص إرشاد وتوجيه

تحت إشراف :

د/براجل إحسان

إعداد الطالبين :

✓ بودلال راج

✓ كلواش صبيحة

السنة الجامعية : 2021/2020م

الأهل

إلى أمي وأبي قرّتا عيني، وسببا لسعادتي وتوفيقتي، ومنبعا وجودي . . .

إلى أحبائي وأصدقائي وزملائي وزميلاتي، وكلّ الطيّبين الذين

مرافقوني في مسيرتي الدراسية . . .

إلى كل من أعانني على إتمام هذا العمل المتواضع من قريب أو من

بعيد، سواء بكلمة طيبة أو بنية حسنة . . .

أهل لكم ثمرة جهدي . . .

رابطه بوسائل

إهداء

إلى روح أبي الطاهرة...

إلى أي الحنونة أطال الله في عمرها وبارك فيها...

إلى زوجي العزيز...

إلى فلذات كبدي، وقرّة عيني وأمي...

أبنائي الأعرّاء... الفارس **محمد رشيد**، والحلوتان **بشري وماريا**...

إلى الذين إن تعثرتُ وجدتهم سندًا وعودًا لي... إخوتي وأخواتي...

إلى الأستاذة المشرفة الدكتورة **براجل إحسان**...

إلى الدكتورة **بشّة حنان** وكلّ من أعانني ووجهني لإتمام هذا العمل المتواضع...

أهدي لكم جميعاً ثمرة جهدي هذه...

عبيحة

شكر وتقدير

نرى لزاما علينا وإقرارا بفضل الله ونعمه أن نحمده تعالى ونشكره على أن وفقنا لإتمام هذا العمل المتواضع، وما توفيقنا إلا بالله عليه توكلنا، وعليه فليتوكل المتوكلون.

ثم نتقدم بالشكر الجزيل إلى الأستاذة **د/ براجل إحسان** لقبولها الإشراف على مذكرتنا المتواضعة، والتي لم تبخل علينا بالنصائح والإرشادات؛ فجزاها الله عنا كل خير.

كما لا ننسى بتشكراتنا من أعانتنا في التحليل الإحصائي الزميلة **س.ولطاف** وفقها الله إلى كل خير وسدد خطاها.

وأخيرا وليس آخرا نتقدم بالشكر إلى كل من أعاننا بمد يد المساعدة لإنجاز وإنجاح هذا العمل.

رابع و صبيحة

فهرس المحتويات

الصفحة	المحتوى
	الإهداء
	شكر وتقدير
أ	فهرس المحتويات
د	فهرس الجداول
5	مقدمة
الباب الأول: الجانب النظري	
الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة	
10	مشكلة الدراسة
12	فرضيات الدراسة
12	أهمية الدراسة
13	أهداف الدراسة
13	مصطلحات الدراسة
14	الدراسات السابقة والتعقيب عليها
الفصل الثاني: الإرشاد النفسي	
31	تمهيد
32	أولاً: مفهوم الإرشاد النفسي
33	ثانياً: نشأة الإرشاد النفسي وتطوره
35	ثالثاً: مجالات الإرشاد النفسي
36	رابعاً: أسس الإرشاد النفسي
38	خامساً: طرق الإرشاد النفسي
42	سادساً: خصائص وسمات المرشد النفسي
43	سابعاً: نظريات الإرشاد النفسي
63	ثامناً: أهداف الإرشاد النفسي في التربية الخاصة وأهميته
65	خلاصة الفصل
الفصل الثالث: جودة الحياة لدى أسر المعاقين ذهنياً	
68	تمهيد
69	أولاً: مفهوم جودة الحياة الأسرية

71	ثانيا: مقومات جودة الحياة وفق منظمة الصحة العالمية
71	ثالثا: النظريات المفسرة لجودة الحياة
72	رابعا: أهمية التدخل المهني مع أسرة المعاق ذهنيا لتحسين جودة حياتها
74	خامسا: جودة الحياة والإعاقة الذهنية
76	سادسا: دور جودة الحياة في تحقيق استقلالية المعاق ذهنيا
77	سابعا: حاجات أسرة الطفل المعاق ذهنيا
78	ثامنا: خصائص أسرة الطفل المعاق ذهنيا
79	تاسعا: مشكلات الطفل المتخلف ذهنيا
83	عاشرا: أدوار ووظائف الأسرة اتجاه الطفل المعاق ذهنيا
87	حادي عشر: تأثير وجود الأطفال المعاقين ذهنيا على جودة حياة الأسرة
88	ثاني عشر: النماذج التي درست أبعاد جودة الحياة للمعوقين
90	ثالث عشر: أهمية قياس جودة حياة أسرة الطفل المعاق ذهنيا
91	خلاصة الفصل
الباب الثاني: الجانب الميداني	
الفصل الرابع: إجراءات الدراسة الميدانية	
95	تمهيد
96	أولا: الدراسة الاستطلاعية
101	ثانيا: الدراسة الأساسية
101	1-2- حدود الدراسة
102	2-2- منهج الدراسة
102	3-2- أدوات جمع البيانات
103	4-2- عينة الدراسة
107	5-2- أساليب المعالجة الإحصائية لبيانات الدراسة
108	6-2- تنفيذ الدراسة
109	خلاصة الفصل
الفصل الخامس: عرض نتائج الدراسة ومناقشتها	
112	تمهيد
113	أولا: عرض وتحليل النتائج في ضوء الفرضيات

فهرس المحتويات

121	ثانيا: مناقشة وتفسير نتائج الدراسة
125	خلاصة الفصل
126	خاتمة
127	توصيات الدراسة واقتراحاتها
128	قائمة المراجع
134	الملاحق
	ملخص الدراسة

رقم الجدول	العنوان	الصفحة
01	نماذج ومؤشرات جودة الحياة وفقا لمجالات الدراسة	89
02	توزيع العينة الاستطلاعية حسب جنس ولي الأمر	96
03	توزيع العينة الاستطلاعية حسب العمر	97
04	توزيع العينة الاستطلاعية حسب الحالة الاجتماعية	97
05	توزيع العينة الاستطلاعية حسب الدخل العام لأسرة	98
06	توزيع العينة الاستطلاعية حسب نوع عمل ولي الأمر	98
07	توزيع العينة الاستطلاعية حسب درجة إعاقة الطفل	99
08	قيمة معامل ألفا كرونباخ للاستبيان	100
09	معامل الارتباط للاستبيان	100
10	مدى الاتساق الداخلي للاستبيان ومعامل الارتباط	101
11	عدد كل من الأطفال المعاقين ذهنيا وأسرهم بالمركزين النفسيين البيداغوجيين بجيجل والطاهير	102
12	توزيع العينة الأساسية حسب جنس ولي الأمر	104
13	توزيع العينة الأساسية حسب العمر	104
14	توزيع العينة الأساسية حسب الحالة الاجتماعية	105
15	توزيع العينة الأساسية حسب الدخل العام لأسرة	105
16	توزيع العينة الأساسية حسب عمل ولي الأسرة	106
17	توزيع العينة الأساسية حسب درجة إعاقة الطفل	106
18	توزيع العينة الأساسية حسب نوع السكن	107
19	المتوسط الحسابي لدرجة جودة حياة أسرة المعاق ذهنيا	113
20	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والدرجة المعيارية لاستجابات أفراد العينة على بنود البعد الأول (المجال الاجتماعي)	114
21	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والدرجة المعيارية لاستجابات أفراد العينة على بنود البعد الثاني (الإرشاد والصحة النفسية)	116
22	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والدرجة المعيارية لاستجابات أفراد العينة على بنود البعد الثالث (المجال الاقتصادي)	118
23	الانحراف المعياري والمتوسط الحسابي للدرجة الكلية لأبعاد الدراسة	119
24	ترتيب المجالات والدرجة الكلية حسب درجة جودة الحياة لدى أسرة المعوق ذهنيا	120

مقدمة:

إن ظهور طفل ذو إعاقة عقلية في حياة الأسرة يجعل الأسرة تعيش تحت تأثير ضغوطات شديدة أثناء سعيها للتعامل مع هذه المشكلة، وتتعرض الأسرة لأزمة تجعلها في تحدّ يتمثل في إنكار هذا الواقع أو السعي لإخفائه عن الآخرين، أو التأقلم معه بمساعدة المرشدين التربويين والأخصائيين الاجتماعيين، وكل ذلك ينعكس بشكل مباشر أو غير مباشر على أفراد الأسرة جميعاً وبالتالي على حياتهم وجودتها، كما يواجه الشخص المعوق في تعامله مع من حوله من الأشخاص العديد من المشكلات الشخصية والاجتماعية في وقت واحد، كما أنه يعيش حالة نفسية مزدوجة يترتب عليها سوء التكيف الاجتماعي والنفسي بسبب عيشه في مجتمع غالبية من العاديين، مما يجعله يعيش في عالم خاص به، وشعوره بالغربة عن البيئة التي يترعرع فيها، فهو من حين إلى آخر يحتاج إلى تغيير إيجابي لنمط حياته، وقد يأتي هذا التغيير من قبل المرشدين النفسيين في مجال التربية الخاصة، حيث أن دور الإرشاد النفسي في مجال الإعاقة بصفة عامة، والإعاقة الذهنية بصفة خاصة يهدف إلى تقديم خدمات نفسية لأولياء أمور المعوقين، ويساعدهم على اكتساب وتنمية المهارات اللازمة لمواجهة متطلبات إعاقة أبنائهم، كما يساعدهم على حل ما تواجههم من مشاكل لتحقيق أفضل تكيف مع البيئة المحيطة، وذلك من خلال استخدام منهجية علمية محكمة ودقيقة تساعد أولياء الأمور في فهم ذواتهم، وتبني اتجاهات إيجابية نحو أبنائهم المعاقين، ورفض الأفكار اللاعقلانية حول الإعاقة والمعاق، وبالتالي التغلب على الأزمات التي قد تحدث.

ومن جهة أخرى فقد أولت علوم الطب والاقتصاد والاجتماع والسياسة اهتماما كبيرا بمفهوم جودة الحياة، وزاد حديثاً الاهتمام بمفهوم جودة الحياة في مجال علم النفس وعلوم التربية، حيث أن جودة الحياة ترتبط ببيئة الفرد، والعوامل البيئية تعتبر من المحددات الأساسية لإدراك الفرد لجودة الحياة، وهذا يبدو في تركيز العديد من الدراسات على جودة الحياة في بيئات محددة، وستحتل جودة الحياة دوراً محورياً في مجالات الخدمات المتعددة التي تقدم لأبناء المجتمع، أي أن جودة الحياة ترتبط بالبيئة المادية والنفسية والاجتماعية التي يعيش فيها الفرد.

وفي ضوء ما سبق وجدنا حاجة وضرورة لدراسة دور الإرشاد النفسي في تحقيق جودة حياة أسرة المعاق ذهنياً، وتحديد مدى ارتباط هذه الخدمات الإرشادية بجودة حياة أسرة المعاق ذهنياً.

وقد تناولنا الموضوع ببحثنا هذا، والذي يتكون في مجمله من خمسة فصول:

الفصل الأول يحتوي على مشكلة الدراسة وفرضيتها الرئيسية وثلاث فرضيات جزئية، ثم أهمية الدراسة وأهدافها، مروراً بالمصطلحات الأساسية، والتي كلاً تعتبر منطلقاً هاماً لأيّة دراسة. أما **الفصل الثاني** الذي كان بعنوان " الإرشاد النفسي " فقد تناولنا فيه مفهوم الإرشاد النفسي ونشأته وتطوره، وتبيان مجالاته وأساسه وأهمّ طرقه، وبعد ذلك أشرنا إلى خصائص وسمات المرشد النفسي، كما وتطرقنا إلى أبرز نظريات الإرشاد النفسي، وختمنا الفصل بأبرز أهداف الإرشاد النفسي في التربية الخاصة وأهميته.

وأما **الفصل الثالث** فتناول جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين ذهنياً، إذ بدأناه بمفهوم جودة الحياة ومقوماتها وفقاً لمنظمة الصحة العالمية، ثم تطرقنا إلى نظرياتها، ثم انتقلنا بعدها إلى أهمية التدخل المهني مع أسرة المعاق ذهنياً لتحسين جودة حياتها، كما وأشرنا إلى العلاقة بين جودة الحياة والإعاقة العقلية ودور جودة الحياة في تحقيق استقلالية المعاق، ثم عرجنا إلى حاجات وخصائص أسرة الطفل المعاق ذهنياً ومشكلاته المختلفة، مع التلميح إلى أدوار ووظائف الأسرة اتجاه هذا الطفل المعاق ذهنياً وتأثير وجوده على جودة حياة الأسرة، وأنهينا الفصل بأهمية قياس جودة حياة أسرة المعاق ذهنياً.

وفي الباب الثاني من دراستنا الحالية الذي خصصناه للجانب التطبيقي وما تعلق به فقد استهيناه **بالفصل الرابع** المخصّص لتوضيح الطريقة والإجراءات المنهجية للدراسة، حيث بيّنا من خلاله المنهج المعتمد، وخصائص العينة المستهدفة، وقمنا بإجراء الدراسة بشطريها (الاستطلاعية والأساسية)، وذلك بعد تحديد معالمها وحدودها الزمنية والمكانية، واستحضار أدواتها التي تم قياس مدى صدقها وملاءمتها لمتغيرات الدراسة، وإبراز الخصائص السيكومترية الخاصة بها، وكذلك لم نَسَ ذكر أهمّ أساليب المعالجة الإحصائية المعتمدة في هذه الدراسة، وذلك بالاستعانة بالحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS).

وفي **الفصل الخامس** والأخير قمنا بعرض النتائج المتوصل إليها من خلال هذه الدراسة، ومناقشتها وتحليلها، والخروج بمجموع من الاقتراحات والتوصيات، ثم أنهينا بحثنا هذا بملخص عامة (خاتمة)، واستحضارٍ لأهمّ الملاحق، وتدوين قائمة المراجع والمصادر المعتمدة في الدراسة من كتب ودراسات محلية وعربية وأجنبية، والتي وصل عددها الكلي إلى أكثر من (60) مرجعاً.

الباب الأول:

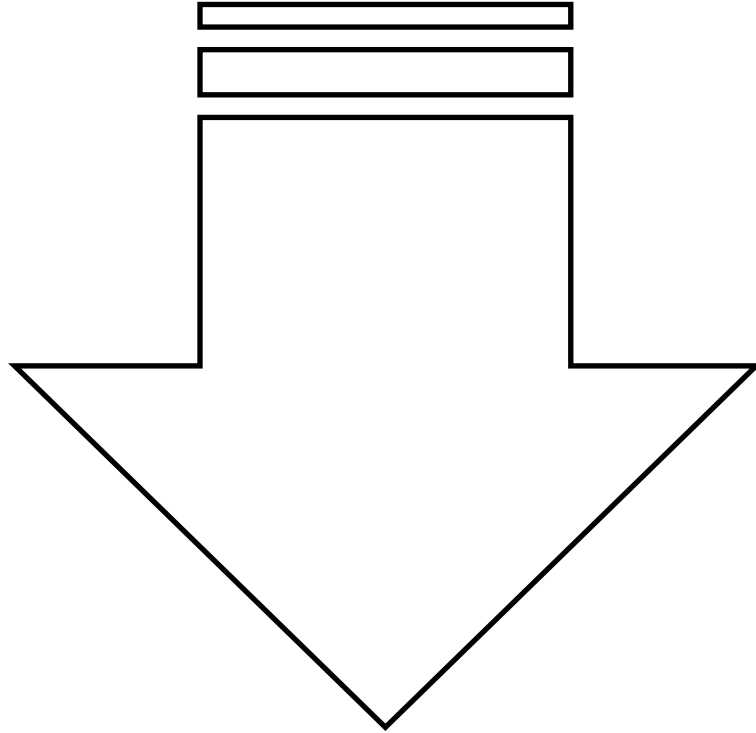
الجانب النظري

الفصل الأول:

مدخل إلى الدراسة

الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة

- ❖ مشكلة الدراسة
- ❖ فرضيات الدراسة
- ❖ أهمية الدراسة
- ❖ أهداف الدراسة
- ❖ مصطلحات الدراسة
- ❖ الدراسات السابقة والتعقيب عليها



مشكلة الدراسة:

يعتبر وجود الأطفال حسب عقائد بعض المجتمعات نوعاً من البقاء والاستمرارية، في حين يرى البعض الآخر أنه لكي تكون إنساناً طبيعياً يجب أن تنجب أطفالاً، وإنّ قدوم الطفل في العائلة يعني وجود تغيير فيها، ومزيداً من الأنشطة الاجتماعية في محاولة للتكيف مع الوضع الجديد، فإذا كان الطفل العاديّ يحدث كلّ هذه التغيرات؛ فإنّ الطّفّل ذو الاحتياجات الخاصّة لا شكّ أن يكون أكثر تأثيراً، ويختلف هذا التأثير من أسرة لأخرى حسب نوع الاضطراب أو الاحتياجات الخاصّة بأطفالها.

وتعدّ الإعاقات بأنواعها المختلفة بصفة عامة، والإعاقة الذهنية بصفة خاصة؛ مؤثراً على الجوانب الجسمية والنفسية والمعرفية والاجتماعية للفرد من ذوي الاحتياجات الخاصّة، ولا يقتصر أثرها على المصابين فحسب؛ وإنما يشمل الأسرة والمجتمع الذي يعيشون فيه، وتعتبر الإعاقة الذهنية من أهمّ وأبرز المشكلات التي تصادف الأطفال وأسرهم وأخطرها، وهي عبارة عن تدنّ كبير في مستوى الأداء الفكريّ للشخص منذ الولادة أو الطفولة المبكرة، مما يؤدي إلى محدودية في القدرة على القيام بأنشطة الحياة اليومية الاعتيادية، وحسب الدراسة التي قام بها مرسى (1999) فإنّه يوجد من 2 إلى 3 في المئة من الأشخاص المصابين بها عالمياً، ويرى الخطيب وآخرون (2009) أنّ أكثر فئات الإعاقه شيوعاً في الولايات المتحدة الأمريكية بعد فئة صعوبات التعلم هي فئة المعاقين ذهنياً، وفي أحدث مسح وطني تم إجراؤه في الصين عام 2006 عن الإعاقات؛ كان تقدير نسبة انتشار الإعاقه الذهنية 0,75%، وقد وجد أن المعدلات في المناطق الحضرية 0,4% أقلّ من المناطق الريفية التي هي بنسبة 1,02%. (Chu-Chao. 2015).

إنّ تعرّض الأسرة لإعاقه أحد أبنائها يحدث في أغلب الأحيان ردود أفعال انفعالية مختلفة تبعاً لشدة الإعاقه ومدى استمراريتها مع الطّفّل، مما يحول دون قدرتها على رعايته والعناية به، وسرعان ما يبدأ لدى الوالدين الإحساس بالصدمة، والذي قد يترتب عليه شعورهما بالأسى والحزن، أو النقص والانتكاس، وبالتالي فإنّ هذه الاخيرة (الأسرة) تسعى جاهده بشتى الطرق الممكنة والميكانيزمات المختلفة للتصدي لها ومجابتها، فقد تلجأ إلى الجوانب الطيبية، وذلك من خلال

التردد المستمرّ والزيارات المتتالية للأطباء سواء العامّين منهم أو المختصّين، كما وقد تحتاج إلى الدّعم النفسيّ والإرشاد التربوي في محاولة منها لامتصاص الصدمة الطارئة، وتلبية الاحتياجات الخاصة لأفراد هذه الفئة بفاعلية، والوصول بهم إلى أقصى درجة من النمو الذي تسمح به طاقاتهم وقدراتهم، ولا بدّ من تنفيذ برامج متنوعة وبمستويات مختلفة، تأخذ بعين الاعتبار الجوانب التي تأثرت بالإعاقة، بحيث تشمل برامج التربية الخاصة، والتدخل والعلاج، وبرامج تأهيل مختلفة، وهو الذي يُعتبر جوهر العملية الإرشادية التي يقوم بها المرشد النفسي، وذلك من أجل تحقيق التكيف لأولئك الأفراد مع إعاقتهم، والعيش باستقلالية في أسرة متفهمة ومجتمع داعم.

وتعتبر القدرة على تبني أسلوب حياة يُشبع الرغبات والاحتياجات لدى الأفراد، وشعورهم بالكفاءة الذاتية والسعادة، والرضا عن الذات، والتحسّن المستمر في شتى المجالات، وإجادة التعامل مع التحديات والأزمات، وإدراك كلّ فرد لوضعه في سياق الثقافة وأنساق القيم التي يعيش فيها، ومدى تطابق أو عدم تطابق ذلك مع أهدافه وتوقعاته واهتماماته المتعلقة بصحته البدنية والنفسية والعلاقات الاجتماعية المختلفة؛ أو ما يعرف بصفة عامة بجودة الحياة من أهمّ ما يطمح إليه كلّ فرد على وجه الخصوص والعائلات بصفة عامة.

فإذا صادفت الإعاقة الذهنية أحد أفراد الأسرة كما قلنا سابقاً فإنها ستؤثر على جودة الحياة فيها حتماً وتعكّرها، ومن هذا المنطلق يتبادر إلى أذهاننا تساؤل رئيسي وأساسيّ، وهو كالتالي:

هل للإرشاد النفسيّ دور في تحقيق جودة الحياة لأسر الأطفال المعاقين ذهنياً؟، والذي تندرج من خلاله التساؤلات الفرعية الآتية:

- هل للإرشاد النفسي دور في تحقيق جودة الحياة لأسر الأطفال المعاقين ذهنياً من الجانب الاجتماعي؟.
- هل للإرشاد النفسي دور في تحقيق جودة الحياة لأسر الأطفال المعاقين ذهنياً من جانب الصحة النفسية؟.
- هل للإرشاد النفسي دور في تحقيق جودة الحياة لأسر الأطفال المعاقين ذهنياً من الجانب الاقتصادي؟.

❖ فرضيات الدراسة:

الفرضية الرئيسية:

للإرشاد النفسي دور في تحقيق جودة الحياة لأسر الأطفال المعاقين ذهنياً.

الفرضيات الفرعية:

- للإرشاد النفسي دور في تحقيق جودة الحياة لأسر الأطفال المعاقين ذهنياً من الجانب الاجتماعي.
- للإرشاد النفسي دور في تحقيق جودة الحياة لأسر الأطفال المعاقين ذهنياً من جانب الصحة النفسية.
- للإرشاد النفسي دور في تحقيق جودة الحياة لأسر الأطفال المعاقين ذهنياً من الجانب الاقتصادي.

❖ أهمية الدراسة:

إن قيمة أي بحث علمي هي من قيمة متغيراته، وعيّنته، والأدوات المستخدمة فيه، وما يقدمه بشقيه النظري والميداني لإثراء الساحة العلمية بمزيد من المعلومات والمعارف، ويمكن إيجاز أهمية دراستنا الحالية من خلال النقاط التالية:

- أهمية موضوع جودة الحياة لأسر الأطفال المعاقين ذهنياً على وجه الخصوص، وذلك لأنّ أغلب البحوث والدراسات اهتمت بالمعاقين أكثر من أوليائهم.
- أهمية الإرشاد النفسي وما يلعبه من أدوار في شتى مناحي الحياة للإنسانية على حدّ سواء.
- أهمية دراسة فئات التربية الخاصة بصفة عامة؛ وفئة المعاقين ذهنياً على وجه الخصوص، ومحاولة تحقيق حاجاتهم ومتطلباتهم من جميع النواحي كتلّة بشرية تحتاج إلى دعم ومساندة.

❖ أهداف الدراسة:

تهدف دراستنا الحالية إلى ما يلي:

❖ كشف وإبراز الدور الذي يؤديه الإرشاد النفسي في تحقيق جودة الحياة لأسر الأطفال المعاقين ذهنياً.

❖ الكشف عن العلاقة بين مستوى الإعاقة الذهنية عند الأطفال وجودة الحياة لدى أسرهم.

❖ الكشف وإبراز الدور الذي يؤديه الإرشاد النفسي في شتى مجالات جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين ذهنياً.

❖ مصطلحات الدراسة:

الإرشاد النفسي: هو تلك الخدمات النفسية التي تقدم للأفراد والجماعات بهدف التغلب على بعض الصعوبات التي تعترض سبيلهم وتعوق توافقهم النفسي والاجتماعي.

أما إجرائياً فيعرف بأنه تلك الخدمات التي تقدم لأسر الأطفال المعاقين ذهنياً من خلال برامج معدة على أساس علمي لها أهداف وخطوات محددة يتم تنفيذها باستخدام فنيات الإرشاد النفسي، وذلك لتحسين جودة الحياة لأسر وأولياء الأطفال المعاقين ذهنياً.

جودة الحياة: هي الشعور الشخصي بالكفاءة الذاتية، وتقييمات الفرد لظروف حياته، وإجادة التعامل مع مختلف التحديات التي قد تصاحب حياته.

أما إجرائياً فيعرف بأنه وصول أسر الأطفال المعاقين إلى الرضى عن الحياة، وتقبل الطفل المعاق، والتعايش مع المجتمع بشكل سوي لا يؤثر على حالتهم النفسية، وتلبية كافة متطلبات الرعاية الخاصة، والتأهيل للطفل المعاق.

الإعاقة الذهنية: هي ذلك الاضطراب والقصور أو الشلل والتلف الذي يطرأ على إحدى مناطق المخ الرئيسية مما يؤدي إلى إلغاء وظائفها، وتثبيط عملها.

أما إجرائيا فتعرف على أنها المستوى الوظيفي للأداء العقلي في اختبارات الذكاء المعروفة والذي يقل عن الأداء المتوسط، بانحرافين سالبين، يصاحبه عدم القدرة على الاستجابة لمتطلبات الحياة الاجتماعية اليومية (السلوك التكيفي)، ويظهر خلال مراحل نمو الطفل من الولادة وحتى سن الثامنة عشر.

❖ الدراسات السابقة والتعقيب عليها:

تعتبر أدبيات البحث حجر الزاوية في البحث العلمي لما لها من أهمية للباحث في اكتسابه للمعرفة حول طبيعة المشكلة التي يريد دراستها، وتضيف إلى ذلك أساليب جديدة في البحث العلمي ربما يكون قد غفلها، حيث نبدأ من نقطة انتهاء الآخرين، ولذلك يجب البحث والاطلاع الشامل والمتعمق على الدراسات السابقة ذات العلاقة بموضوع البحث والتي يتم عرضها كالآتي:

أولا: الدراسات المحلية:

❖ دراسات تتعلق بجودة الحياة لأسر المعاقين ذهنيا:

- دراسة بوعمامة حكيم وهوادف رابح: هدفت هذه الدراسة والتي بعنوان جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين عقليا وعلاقتها ببعض المتغيرات الديموغرافية، إلى معرفة العلاقة بين كل من جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين عقليا بالمستوى التعليمي للوالدين، وقد تم تطبيق هذه الدراسة على عينة من 128 ولي من أسر الأطفال المعاقين عقليا، في مراكز التربية الخاصة بكل من ولايات الجزائر، تيبازة، البليدة، عين الدفلى، وقد تم الاعتماد على المنهج الوصفي لملاءمته لموضوع الدراسة، وتم استخدام كل من مقياس جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين عقليا (من إعداد الباحث بوعمامة)، وأظهرت النتائج انخفاضا في مستوى جودة الحياة بانخفاض المستوى التعليمي للوالدين لدى أسر الأطفال المعاقين عقليا.
- دراسة زينب مسعي أحمد (2017): تعالج الدراسة فاعلية برنامج إرشادي تدريبي مقترح لتحسين جودة الحياة الأسرية لأسر الأطفال المتخلفين عقليا، حيث هدفت الدراسة إلى بناء

وتطبيق البرنامج المقترح، واختيرت الأسر بطريقة قصدية مكونة من 10 أمهات وآباء من 5 أسر لديها طفل متخلف عقليا عمره أقل من 7 سنوات، ولتحقيق الأهداف المذكورة اعتمدت الباحثة على المنهج التجريبي ذو التصميم للمجموعة الواحدة (اختبار قبلي واختبار بعدي)، وذلك لتحديد أثر البرنامج المقترح على أسر الأطفال المتخلفين عقليا، وهذا عن طريق استخدام أدوات جمع البيانات التي تمثلت في مقياس جودة الحياة الأسرية لأسر ذوي الاحتياجات الخاصة للدكتورة "أماني عبد المقصود عبد الوهاب (2015)" ، وتم استخدام أسلوب إحصائي وهو الاختبار التائي (T-Test)، فتم التوصل إلى أن البرنامج المقترح ساهم في تحسين جودة الحياة الأسرية لأعضاء البرنامج، وتبين ذلك من خلال نتائجه في القياس البعدي مقارنة بالقياس القبلي، ولا توجد فروق بين جنس الوالدين في ما يخص درجات القياس البعدي لمقياس جودة الحياة الأسرية لأسر الأطفال المتخلفين عقليا وأبعاده مقارنة مع درجات القياس القبلي لجنس الوالدين، وفي الأخير توصل الباحث إلى أن البرنامج المقترح بعد إعداده وبنائه وتحكيمة وتطبيقه له أثر على العينة المختارة تمثل في حدوث تحسن في جودة الحياة الأسرية لأسر الأطفال المتخلفين عقليا، والتي كان البرنامج المقترح يطمح إليها باعتبارها خطوة لتقبل وتكيف الوالدين مع إعاقة ابنهما وتقديم المساندة والدعم والرعاية في وجهها الصحيح للطفل المتخلف عقليا.

❖ دراسات تتعلق بجودة الحياة:

- دراسة أمينة حرطاني وكريمة أزيدي: هدفت هذه الدراسة إلى البحث في العلاقة بين جودة الحياة لدى الأمهات والمشكلات السلوكية عند أبنائهن، وكذلك البحث في إمكانية تأثر هذه العلاقة بمتغيرات سنّ الأمّ وعملها ومستواها التعليمي، ولتحقيق أهداف الدراسة استخدمت الباحثتان المنهج الوصفي، وتمثلت أدوات الدراسة في استبيان جودة الحياة من إعدادهما، ومقياس المشكلات السلوكية للأبناء (بعدها تم تكيفه على البيئة الجزائرية)، أما عينة الدراسة فتمثلت في 165 تلميذة (ة) يتابعون دراستهم بالمدارس الابتدائية لولاية سيدي بلعباس والجزائر، و تتراوح أعمارهم ما بين 10 و 13 سنة، إلى جانب أمهاتهم (في المجموع 330 فردا)، وقد

توصلت الدراسة إلى أن غالبية الأمهات تحصّلن على درجة مرتفعة من جودة الحياة، بينما تحصّل غالبية أبائهن على درجة منخفضة من المشكلات السلوكية، وأنه يوجد ارتباط دال إحصائياً وعكسي بين درجات الأبناء على مقياس المشكلات السلوكية، ودرجات أمهاتهم على مقياس جودة الحياة، بالإضافة إلى أن العلاقة بين متغيري المشكلات السلوكية عند الأبناء و جودة الحياة عند الأمهات لا تتأثر بمتغيرات سن الأم وعملها ومستواها التعليمي، كما لا تختلف قوة العلاقة بين متغيري المشكلات السلوكية عند الأبناء وجودة الحياة لدى الأمهات باختلاف الأبعاد المكوّنة لمتغير جودة الحياة.

- **دراسة ميلودي حسينة (2018):** تركزت هذه الدراسة حول جودة الحياة الأسرية عند الأم التي تعرض أحد أبنائها للاختطاف، والتي تهدف إلى معرفة مدى نوعية أو جودة الحياة عند الأمهات بعد اختطاف أبنائهن حيث، اعتمدت على المنهج العيادي ذو التصميم المبني على دراسة حالة. أما بالنسبة الأدوات الدراسة فقد استعملنا كل من المقابلة العيادية نصف الموجهة واستبيان جودة الحياة. وشملت مجموعة الدراسة حالتين، ومن خلال تحليل نتائج الدراسة وجدنا أن جودة الحياة ضعيفة عند الحالة الثانية. ومستوى حسن إلى متوسط لجودة الحياة عند الحالة الأولى. وفي الأخير نرى أنه من الضروري التكفل بهؤلاء الأمهات، والأطفال المخطوفين ومساعدتهم على تحسين نوعية حياتهم، وتوظيف أساليب تفكير إيجابية.

❖ دراسات تتعلق بالإرشاد النفسي لأسر المعاقين:

- **دراسة سمية دهان (2014):** هذه الدراسة التي بعنوان: "أثر برنامج إرشادي لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية لخفض حدة السلوك العدواني - دراسة تجريبية لأمهات الأطفال بالمركز النفسي البيداغوجي بورقلة" إلى التعرف على أثر البرنامج الإرشادي لخفض السلوك العدواني لأبنائهن، ويتحدد هذا الأثر بقدرة البرنامج على خفض السلوك العدواني لدى الأطفال المعاقين ذهنياً، واستخدمت الباحثة المنهج التجريبي، وأجرت الدراسة على عينة تكونت من 10 أمهات لأطفال معاقين ذهنياً والمسجلين بالمركز النفسي البيداغوجي بورقلة، أما فيما يخص أدوات الدراسة فاستخدمت الدراسة كل من استبيان السلوك العدواني، والبرنامج الإرشادي، حيث توصلت في الأخير إلى النتائج التالية:

1. أثر كبير للبرنامج الإرشادي للأمهات في خفض حدة السلوك العدوانى لدى عينة الدراسة قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي.
2. وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.01 في السلوك العدوانى لدى عينة الدراسة قبل وبعد تطبيق البرنامج.
3. وجود فروق دالة إحصائية في مستوى السلوك العدوانى لدى عينة الدراسة قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي، وذلك من خلال ارتفاع المتوسطات والنسب المئوية في أبعاد المقياس قبل تطبيق البرنامج.

التعقيب على الدراسات المحلية:

تناولت الدراسات المحلية موضوع جودة الحياة الأسرية، وأغلبها كان مرتبطاً بجودة الحياة عند أسر المعاقين ذهنياً، وكان المنهج المتبع لأغلب الدراسات هو المنهج الوصفي، عدا دراسة ميلودي حسينة (2018) التي اعتمدت على المنهج العيادي ذو التصميم على دراسة حالة، وكانت طبيعة العينة في هذه الدراسات تختلف بين أسر الأطفال المعاقين وأبنائهم، كما أن الأدوات المستخدمة تختلف تبعاً لطبيعة الدراسة وأهدافها وكذا طبيعة عينة الدراسة، هذا وقد استفدنا من هذه الدراسات من حيث الوسائل المستخدمة فيها، والنتائج المتوصل إليها، والتي ساعدتنا على البناء النظري لإشكالية البحث.

ثانياً: الدراسات العربية:

❖ دراسات تتعلق بجودة الحياة لأسر المعاقين ذهنياً:

- دراسة عيد أبوحمزة وسجى يونس: هدف هذا البحث الى الكشف عن فاعلية برنامج إرشادي لتحسين جودة الحياة لأسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، حيث تكونت عينة الدراسة من 12 امرأة (6 في المجموعة الضابطة، 6 في المجموعة التجريبية) من أسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، حيث أن جميع أفراد العينة لديهم صلة قرابة أولية مع الطفل المعاق، وتتراوح أعمار الأطفال من الميلاد إلى 10 سنوات سنوات، واستخدم الباحثان مقياس جودة

الحياة لأسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، وبرنامجاً إرشادياً لتحسين جودة الحياة، وقد اعتمدا على المنهج شبه التجريبي، حيث أنه اختبر مدى فاعلية البرنامج الإرشادي لتحسين مستوى جودة الحياة لأسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، وذلك باستخدام الاختبار التائي، وتوصلت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي، كما أظهرت النتائج أيضاً على عدم وجود فروق دالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي في المجموعة والضابطة، وأخيراً وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس البعدي في المجموعة الضابطة والقياس البعدي في المجموعة التجريبية، وهذا يطابق بعض نتائج الدراسات السابقة التي استخدمت برامج مشابهة للبرنامج المقدم في هذا البحث.

● **دراسة حسن (2010):** بعنوان "تقبل الوالدين للإعاقة وعلاقته بجودة الحياة"، وهدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين تقبل الوالدين للإعاقة وبين جودة الحياة، وشملت عينة الدراسة 30 من آباء وأمهات الأطفال المعاقين عقلياً، و30 من آباء وأمهات المعاقين سمعياً، و30 من الآباء والأمهات ذوي الإعاقة الحسية من محافظتي القاهرة والجيزة، وقد استخدمت الباحثة مقياس جودة الحياة، ومقياس درجة تقبل الآباء للطفل المعوق في الأسرة أعدهما محمود منسي (2009)، وقد أشارت الدراسة إلى النتائج التالية:

1. وجود علاقة موجبة إحصائية بين إدراك الوالدين لجودة الحياة وتقبلهم لطفلهم المعاق.
2. وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات مرتفعي ومنخفضي جودة الحياة في درجة تقبلهم لطفلهم.
3. تختلف جودة الحياة (الاستقرار في المستوى المادي، الدخل، والاستقرار الاجتماعي وتكوين علاقات مع الآخرين) باختلاف نوع الإعاقة.

● **دراسة بسمة سعد الطناني (2015):** بعنوان جودة الحياة آباء المعاقين عقلياً وعلاقتها بالمهارات الحياتية للأبناء، وقد هدفت الدراسة إلى الكشف عن عالقة جودة الحياة لدى آباء المعاقين عقلياً بالمهارات الحياتية لدى أبنائهم، وقد استخدمت الباحثة المنهج الوصفي الارتباطي، وتكونت عينة الدراسة من 40 أب وأم من آباء الأطفال المعاقين عقلياً بعمر زمني

للأبناء (5-7) سنوات، ونسبة ذكاء بين (55-70) درجة على مقياس ستانفورد بينيه من الأطفال الملحقين بمراكز الرعاية بالإسكندرية، واشتملت الدراسة على مقياس ستانفورد بينيه الصورة الرابعة (إعداد مصري حنورة 2003)، ومقياس جودة الحياة إعداد زينب شقير (2010) ومقياس المهارات الحياتية لدى الأطفال المعاقين عقلياً (إعداد الباحثة)، وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات الأطفال لأباء مرتفعي جودة الحياة على مقياس المهارات الحياتية لصالح الآباء مرتفعي جودة الحياة.

دراسة خلف الله صلاح (2015): يهدف هذا البحث إلى معرفة مستوى جودة الحياة لأسر الأطفال ذوي الإعاقة العقلية بمراكز التربية الخاصة بمحلية الخرطوم. استخدمت الباحثة المنهج الوصفي، ولتحقيق أهداف البحث استخدمت الباحثة استبانة البيانات الأولية و(مقياس جودة الحياة وهو مقياس منظمة الصحة العالمية تعريب بشرى أحمد (2008) حيث قامت الباحثة بتعديله على عينة البحث الحالي، وكان العدد الكلي لعينة البحث "71" فرداً من أولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقة العقلية، تم اختيارهم عن طريق العينة العشوائية الطبقية المتناسبة، بعد جمع البيانات ثم استخدم الحاسب الآلي وبرنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) حسب الأساليب الإحصائية ألفا كرونباخ لحساب الصدق والثبات، والنسبة المئوية واختبار (ت) لعينة واحدة لمعرفة الفروق، وقيمة معامل الارتباط بيرسون لمعرفة العلاقة بين المتغيرات وتحليل التباين الأحادي (ف) لمعرفة الفروق. وبعد التحليل كانت النتائج كالتالي: السمة العامة لجودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً بمراكز التربية الخاصة بمحلية الخرطوم تتسم بالسلبية. توجد علاقة ارتباطية سلبية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة مع درجة الإعاقة لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً بمراكز التربية الخاصة بمحلية الخرطوم تبعاً لمتغير النوع (ذكر، أنثى). توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً بمحلية الخرطوم تبعاً للمستوى التعليمي للوالدين. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً بمحلية الخرطوم تبعاً لمتغير المستوى الاقتصادي. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً بمحلية الخرطوم تبعاً لمستوى الحالة الصحية للوالدين. واختتمت الباحثة البحث الحالي بعدد من التوصيات

والمقترحات ، وهي توفير المساعدة المعنوية والمادية لأسر الأطفال المعاقين عقلياً التي تعتبر من مقومات جودة الحياة.

دراسة فؤاد صقر (2018): هدفت الدراسة للتعرف على العلاقة بين كل من قلق الإنجاب وجودة الحياة لدى الأسر التي لديها أبناء ذوي إعاقة سابقة، كما هدفت إلى الكشف عن مستوى كل من قلق الإنجاب وجودة الحياة لدى الأسر التي لديها أبناء ذوي إعاقة سابقة، كذلك الكشف عن علاقة كل من قلق الإنجاب وجودة الحياة ببعض المتغيرات الديمغرافية الآتية : (الجنس، نوع الإعاقة، وجود طفل معاق سابقاً في الأسرة، المستوى التعليمي للوالدين، المستوى الاقتصادي)، وتكوّنت عينة الدراسة من (285) من الأسر التي لديها أبناء ذوي إعاقة سابقة، واستخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي، وطبق الباحث المقاييس الآتية: مقياس قلق الإنجاب من إعداد الباحث، ومقياس جودة الحياة إعداد منظمة الصحة العالمية (WHO) تعريب بشري أحمد (2008) بينت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية عكسية ذات دلالة إحصائية بين قلق الإنجاب وجودة الحياة لدى أفراد عينة الدراسة، كما بيّنت نتائج الدراسة أ مستوى قلق الإنجاب بلغ (65.3 %) ومستوى جودة الحياة بلغ (63.6 %) وهما ذوا مستوى متوسط، كذلك أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية لدى أفراد عينة الدراسة على مقياس قلق الإنجاب تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث و متغير وجود طفل معاق مسبقاً لصالح طفل واحد أو أكثر من ذلك، و متغير المستوى الاقتصادي يُعزى لصالح الفئة أقل من (1000) شيكل، في حين كشف نتائج الدراسة عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية لدى أفراد عينة الدراسة على مقياس قلق الإنجاب تُعزى لمتغير نوع الإعاقة و متغير المستوى التعليمي للوالدين.

❖ دراسات تتعلق بجودة الحياة:

- دراسة سعاد موسى(2000): هدفت الدراسة إلى التعرف إلى جودة الحياة لدى أسر أم درمان القديمة وعلاقتها بالصحة النفسية لربات البيوت، وتكونت عينة الدراسة من 63 امرأة من ربات البيوت، واستخدمت الباحثة مقياس جودة الحياة المصمم من قبلها، ومقياس الصحة النفسية لمنظمة الصحة العالمية، اتبعت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي، وتوصلت إلى النتائج الآتية:

1. توجد ثلاثة مستويات في جودة الحياة لدى الأسر في أم درمان القديمة، وهي: أسر نوعية حياتها منخفضة، وأسر متوسطة، وأسر مرتفعة في نوعية حياتها.
 2. الصحة النفسية لربات البيوت وسط هذه المستويات الثلاثة لنوعية حياتها تضمن فروق في الأعراض النفسية (فرط الحركة، المخاوف، صعوبات النوم).
 3. مستوى التعليم لديه دلالة هامة في الصحة النفسية لربات البيوت وجودة الحياة لأسر أم درمان القديمة ككل.
- دراسة هاشم محمد (2001): بعنوان "جودة الحياة لدى المعاقين جسمياً والمسنين وطلاب الجامعة بالقاهرة"، هدفت الدراسة إلى معرفة جودة الحياة لديهم، وتكونت عينة الدراسة من 62 معاقاً جسمياً بدرجة بسيطة أو متوسطة، والذين يترددون على مراكز الرعاية ونوادي العزيمية بالإسماعيلية وبورسعيد، وتتراوح أعمارهم من 25-40 سنة، من 24 مسناً و38 مسنة من المرضى بأمراض مزمنة والذين يترددون على المستشفيات، واتبعت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وخلصت إلى النتائج التالية:
1. عدم وجود فروق جوهرية بين الذكور والإناث في جودة الحياة سواء لدى المسنين أو طلاب الجامعة.
 2. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين ذوي الإعاقة البسيطة وذوي الإعاقة المتوسطة في جودة الحياة.
 3. إن المعاقين بدرجة بسيطة لا يختلفون بصورة جوهرية عن طلاب الجامعة في جودة الحياة، وأن المعاقين من الدرجة المتوسطة كانوا أقل من الطلاب بصورة جوهرية في جودة الحياة.
 4. لا توجد فروق جوهرية في جودة الحياة بين المقيمين في الريف أو الحضر من جميع فئات عينة الدراسة.
 5. وجود ارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة 0.01 بين جودة الحياة والتماسك الأسري.

❖ دراسات تتعلق بالإرشاد النفسي للمعاقين وأسرهم:

دراسة أبو الحلاوة (2004): هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على فاعلية برامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي في خفض الضغوط النفسية لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقة العقلية، وقد تألف

مجتمع الدراسة من أسر الأطفال ذوي الإعاقة العقلية المنتفعين من برامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي في الأردن وغير المنتفعين من تلك البرامج والمسجلين على قوائم الانتظار في المراكز التابعة لوكالة الغوث الدولية ووزارة التنمية الاجتماعية في الأردن، وقد بلغ حجم العينة (110) أسرة منها (60) أسرة منتفعة من برامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي، و(50) أسرة غير منتفعة من برامج التأهيل المبني (Hollroyd) على المجتمع المحلي. استخدم الباحث الصورة العربية المختصرة من مقياس هولرويد للضغوط النفسية لكل العينة، واستخدمت المقابلات الفردية مع الأسر المنتفعة من برامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي بهدف التعرف على الخدمات المقدمة لهم، وأساليب تعاملهم مع الضغوط النفسية وأثر ذلك في التقليل من الضغوط النفسية وأظهرت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية بين مجموعة الأسر المنتفعة من برامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي ومجموعة الأسر غير المنتفعة من برامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي والمسجلة على قوائم الانتظار تعزى لمتغيرات: الجنس، والعمر، ومستوى دخل الأسرة الشهري ودرجة الإعاقة، في حين أظهرت النتائج فرقاً دالاً إحصائياً في مستوى الضغوط النفسية لدى أسر الأطفال المعوقين إعاقة عقلية بسيطة.

• **دراسة موسى (2005):** بعنوان "الحاجات الإرشادية لآباء المعوقين في محافظة جرش في ضوء بعض المتغيرات"، هدفت الدراسة إلى الكشف عن الحاجات الإرشادية الأكثر أهمية لدى آباء المعوقين في محافظة جرش، وإلى التعرف على أثر متغيرات الجنس، والمستوى التعليمي، والعمر، والدخل الشهري للوالدين، إضافة إلى نوع الإعاقة، وشدها للابن أو الابنة على تلك الحاجات، وتألقت عينة الدراسة من (240) فرداً من آباء وأمهات الأطفال ذوي الإعاقات السمعية والعقلية والحركية المسجلين في مراكز التأهيل المجتمعي في محافظة جرش، أظهرت النتائج أن أكثر الحاجات النفسية أهمية لدى أمهات المعوقين هي حاجة المجتمع لبرامج إرشادية متخصصة، بينما أقلها هي الحاجة إلى برامج إرشادية تدريبية لإخراج أبنائها المعوقين من الشعور بالوحدة أو العزلة، وأن أكثر الحاجات الاقتصادية أهمية لدى آباء وأمهات المعاقين هي الحاجة إلى توفير مراكز حكومية لتأهيل المعوقين بتكاليف قليلة أو مجانية، وأن أكثر الحاجات الاجتماعية أهمية لدى آباء وأمهات المعاقين هي الحاجة إلى وجود مؤسسات اجتماعية تقوم برعاية المعوقين، وإلى عدم وجود فروق دالة أيضاً لمتغير عمر الوالدين على الحاجات

الاقتصادية والاجتماعية والمعلوماتية والأسرية للآباء، كما أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائياً لمتغير مستوى الدخل على الحاجات النفسية والاقتصادية والاجتماعية والمعلوماتية والأسرية، وإلى عدم دلالة هذه الفروق لمتغير نوع الإعاقة على الحاجات الاجتماعية والمعلوماتية والأسرية للآباء، بينما كانت الفروق دالة إحصائياً لمتغير مستوى الإعاقة على الحاجات النفسية والاقتصادية والاجتماعية.

● **دراسة شيماء فكري:** هدفت الدراسة إلى التعرف على فعالية برنامج إرشادي انتقائي في تحسين جودة الحياة لدى أمهات الأطفال التوحديين بمحافظة البحر الأحمر، والتحقق من استمرارية فعالية البرنامج الإرشادي الانتقائي بعد فترة المتابعة، تكونت عينة الدراسة من 16 أم من أمهات الأطفال التوحديين الملحقين بمراكز التوحد الأهلية، وكانت أعمارهن تتراوح بين 22 و 35 عاماً، وقد تم تقسيم العينة إلى مجموعتين كل منيا تتكون من 8 أمهات، المجموعة الضابطة، المجموعة التجريبية، وقد تم استخدام مقياس "جيليام" لتشخيص التوحد من إعداد محمد عبد الرحمن ومنى خليفة (2004) ومقياس جودة الحياة لأمهات الأطفال التوحديين من إعداد الباحثة، وقد توصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أمهات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس جودة الحياة بأبعاده في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية، كذلك وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أمهات المجموعة التجريبية على مقياس جودة الحياة بأبعاده في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي، مما يشير إلى فعالية البرنامج الإرشادي في تحسين جودة الحياة لدى أمهات الأطفال التوحديين، كما وأشارت النتائج أيضاً إلى وجود فروق غير دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أمهات المجموعة التجريبية على مقياس جودة الحياة بأبعاده في القياسين البعدي والتتبعي مما يشير إلى استمرارية فعالية البرنامج الإرشادي.

● **دراسة الحازمي (2009) :** هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على الحاجات المعرفية، والمادية والاجتماعية، لأولياء أمور التلاميذ ذوي الإعاقة الفكرية، وعلاقتها ببعض المتغيرات ذات العلاقة بخصائص التلميذ المعوق فكرياً والمتمثلة في عمره الزمني، درجة إعاقته (بسيطة، متوسطة)، وخصائص أولياء أمورهم المتمثلة في مستواهم التعليمي والاقتصادي. وتكونت عينة الدراسة من (383) من أولياء أمور التلاميذ ذوي الإعاقة الفكرية من الذكور الملحقين بمعهد

وبرامج التربية الفكرية في المدينة المنورة، حيث قام الباحث بتطوير استبانة تحتوي على ثلاثة أبعاد وهي الحاجات المعرفية، والحاجات المادية، والحاجات الاجتماعية، وقد كان من نتائج الدراسة أن الحاجات المادية جاءت في المرتبة الأولى وفقاً لأهميتها بالنسبة لأولياء الأمور، ثم الحاجات المعرفية، والحاجات الاجتماعية على التوالي، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين حاجات أولياء أمور التلاميذ المعاقين فكرياً باختلاف عمر التلميذ، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أولياء أمور التلاميذ المعاقين فكرياً بإعاقه بسيطة وأولياء المعاقين فكرياً بإعاقه متوسطة في درجة (الحاجات المعرفية، المادية، الاجتماعية) لصالح أولياء أمور التلاميذ المعوقين فكرياً بإعاقه بسيطة، كما أظهرت عدم وجود فروق بين حاجات أولياء الأمور التلاميذ المعوقين فكرياً باختلاف المستوى التعليمي لأولياء الأمور، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين حاجات أولياء أمور التلاميذ المعوقين فكرياً باختلاف المستوى الاقتصادي لأولياء الأمور.

- **دراسة محمد إبراهيم (2010):** بعنوان "الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضى عن جودة الحياة لدى المعاقين حركيا بمحافظة غزة"، هدفت هذه الدراسة إلى معرفة الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضى عن جودة الحياة لدى المعاقين حركيا بمحافظة غزة واشتملت الدراسة على عينة استطلاعية قوامها (63) من المعاقين حركيا من كلا الجنسين من مجتمع الدراسة الأصلي، منهم (23) من العاملين و (38) من المتزوجين، وتم التوصل إلى أنه توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مصادر الدعم الاجتماعي والرضى عن جودة الحياة لدى المعاقين حركيا من أفراد العينة، كما توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدعم الاجتماعي بأبعاده ودرجته الكلية والرضى عن جودة الحياة لدى المعاقين حركيا من أفراد العينة، كما أظهرت النتائج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرضى عن جودة الحياة باختلاف مصادر الدعم الاجتماعي لدى المعاقين حركيا من أفراد العينة، وكانت الفروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01) بين مستوى الدرجات (منخفض ومرتفع) على مصدر الأسرة والأقارب والدعم الاجتماعي على جميع أبعاد الرضى عن جودة الحياة والدرجة الكلية، وأخيراً توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرضى عن جودة الحياة باختلاف الدعم الاجتماعي بأبعاده الكلية (منخفض، مرتفع) لدى المعاقين من أفراد العينة.

التعقيب على الدراسات العربية:

اتفق البحث الحالي مع الدراسات العربية السابقة من حيث المنهجية حيث أن معظم الدراسات السابقة اتبعت المنهج الوصفي التحليلي باعتباره مناسباً لطبيعة الدراسات الإنسانية، وذلك لأنه يكشف عن آراء الناس ووجهات نظرهم اتجاه موقف معين، باستثناء دراسة عيد أبوحمزة وسجى يونس، التي اعتمدت على المنهج شبه التجريبي، والهدف العام لجميع هذه الدراسات والبحث الحالي هو قياس جودة الحياة، وقد استخدمنا في بحثنا الحالي مقياساً لجودة الحياة الأسرية، حيث اتضح من خلال الدراسات العربية السابقة أن أغلب أدوات الدراسة هي مقاييس للاتجاهات النفسية التي تعبر عن مدى إدراك واتجاه المستجيبين لموقف أو حدث معين حسب قيم ومعايير موجودة لديهم، واختلفت الدراسات العربية السابقة من حيث العينة والزمان والمكان والموضوع، وأن أكثر المتغيرات المستخدمة في الدراسات هي متغيرات: جنس المعوق، العمر، نوع ودرجة الإعاقة، كما اتضح كذلك من هذه الدراسات الاهتمام بأخذ وجهات نظر الأهالي والعاملين في مجال التربية الخاصة والإعاقات، وفي اعتقادنا أن هذا يعود لطبيعة قرب العلاقة بين المعاق وأسرته والعاملين معه كالمُرشدين والمعالجين، وكذلك تبين من خلال الدراسات أن معظمها تقوم بالبحث في مجالات حياة المعوق وأسرته من النواحي النفسية والاجتماعية والاقتصادية.

ثالثاً: الدراسات الأجنبية:

- دراسة دافيد وجافيديا (David & Javidia) (2009): بعنوان: "أثر خصائص الطفل، الأسرة، والدعم المهني على نوعية الحياة في أسر الأطفال الصغار المعوقين"، كان الهدف العام من الدراسة هو دراسة خصائص الطفل والأسرة والدعم المقدم في تحسين جودة الحياة لأسر الأطفال الصغار المعوقين، والعينة تم اختيارها من عدة برامج للتدخل المبكر في مرحلة الطفولة داخل المدن الكبرى في ملبورن، أستراليا، وتألقت من 64 أسرة من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 3 و 5 سنوات الذين يعانون من التأخر في النمو أو الإعاقة، كانت النتيجة أن التصورات وتجارب الدعم المهني واحدة من أعظم المتنبئات في تعزيز النتائج الإيجابية على جودة حياة الأسرة، ومن الضروري أن يفهم مقدمي الخدمات أن مواقفهم وسلوكياتهم تؤثر على

جودة حياة الأسرة، فضلا عن الدعم من أفراد الأسرة الممتدة، والتي تمثل أيضا نسبة كبيرة من الفروقات الفريدة من نوعها في توقع نوعية حياة الأسرة.

- دراسة هيسي هوانغ لن يو (Heassy Hewong Lyne Yoo) (2009): قام بإجراء دراسة هدفت إلى الكشف عن مستوى جودة الحياة لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقة النمائية، وتكونت عينة الدراسة من 70 شخصا من مقدمي الرعاية لأطفال ذوي الإعاقات النمائية اختيروا بالطريقة العشوائية في تايوان، أُستخدم مقياس جودة الحياة، وكشفت النتائج أن مستوى جودة الحياة لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقات النمائية من وجهة نظر مقدمي الرعاية للأطفال ذوي الإعاقة النمائية جاءت بمستوى متوسط.

- دراسة رولتا وكبري وآخرون (Rulta & Keepery & al) (2010): بعنوان: "جودة حياة أسرة من الأسر الأسترالية التي لديها شخص معوق عقليا بالبيت"، هدفت هذه الدراسة إلى إظهار نتائج مهمة عن جودة حياة أسرة شخص ذو إعاقة عقلية، وذلك لأن الأسرة هي وحدة الدعم الأساس للمعوق أكثر من المؤسسات، وقد أجريت مقابلة مع 42 أسرة راعية لشخص معوق عقليا بالبيت من جنوب أستراليا، وذلك للإجابة على مجالات مقياس جودة الحياة كمجالات الصحة للأسرة، والرفاهية المالية، والعلاقات الأسرية، والدعم من الآخرين، والدعم من الخدمات التابعة للإعاقة، والتأثر بالقيم، والعمل، والرفاهية، والانسجام، والتفاعل الاجتماعي، وقيست هذه المجالات من حيث الأهمية والفرص، والتحصيل، والثبات، والاكتفاء الفعلي، وقد أظهرت نتائج الدراسة أن الأسر اعتبرت مجالات المقياس لجودة الحياة مهمة، وأن الصحة والعلاقات الاجتماعية والرفاهية المالية تعتبر أكثر أهمية من الدعم الفعلي والعاطفي من الآخرين، بينما الانتماء للعلاقات الاجتماعية، والصحة، والرفاهية والانسجام قدرت بأن أهميتها متدنية جداً، لكن الدعم الفعلي من الآخرين قدر بأن أهميته متدنية، كما ويوجد لدى العائلات بشكل عام رضياً عن مجالات المقياس، وقد أشارت النتائج أيضا إلى أن هناك حاجة للتمييز بين توفير الدعم الفعلي والدعم العاطفي من الآخرين، لأن النتائج أعطت الدعم العاطفي تقديرا أعلى قليلا من الدعم الفعلي.

• دراسة دارلنغ سيناتور وستراشان (Darling Synature & Straching) (2012): والتي هدفت إلى الكشف عن مستوى جودة الحياة لدى آباء الأطفال ذوي الإعاقة في الولايات المتحدة الأمريكية، حيث بلغت عينة الدراسة 85 من آباء الأطفال ذوي الإعاقة، وأستخدم مقياس جودة الحياة، وبينت النتائج أن مستوى جودة الحياة لدى آباء الأطفال ذوي الإعاقة جاء بمستوى متوسط، ووجود علاقة دالة إحصائياً بين دخل الأسرة وأبعاد جودة الحياة.

• دراسة ماكستي، تريمبات وديسانايك (Maxty & Trempet & Dyanike) (2014): هدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى جودة الحياة لدى آباء وأمهات أطفال اضطراب طيف التوحد، وتكونت عينة الدراسة من 169 أب وأم من آباء وأمهات أطفال اضطراب طيف التوحد في الفئة العمرية من 4 إلى 16 عاماً في أستراليا، وأستخدم مقياس جودة الحياة في عملية جمع البيانات، وبينت النتائج أن مستوى جودة الحياة لدى أفراد عينة الدراسة منخفضاً، وأظهرت أيضاً عدم وجود فروق تعزى إلى المؤهل العلمي والعلاقة بالطفل في مستوى جودة الحياة.

التعقيب على الدراسات الأجنبية

يتضح من العرض السابق تنوع الدراسات الأجنبية التي تناولت جودة الحياة إلا أنه يلاحظ تركيزها على ذوي الاحتياجات الخاصة أو مراحل عمرية معينة، كما يلاحظ أن معظم هذه الدراسات ركزت على ربط جودة الحياة ببعض المتغيرات الأخرى.

مكانة الدراسة الحالية:

في ضوء ذلك تتميز الدراسة الحالية من حيث تفردتها في تركيزها على دور الإرشاد النفسي على أسر المعاقين ذهنياً، وفي الكشف عن دور الإرشاد النفسي في تحقيق جودة الحياة لدى عينتها، ورغم ذلك استفادت الدراسة من تلك الدراسات بعض المفاهيم النظرية وصياغة المشكلة وتحديدها وصياغة الفروض الملائمة، وبناء أدوات القياس، وتحديد أهداف الدراسة، والأسلوب الإحصائي لتحليل النتائج ومناقشتها، وزادت هذه الدراسة ثراء للدراسات التي تتعلق بجودة الحياة

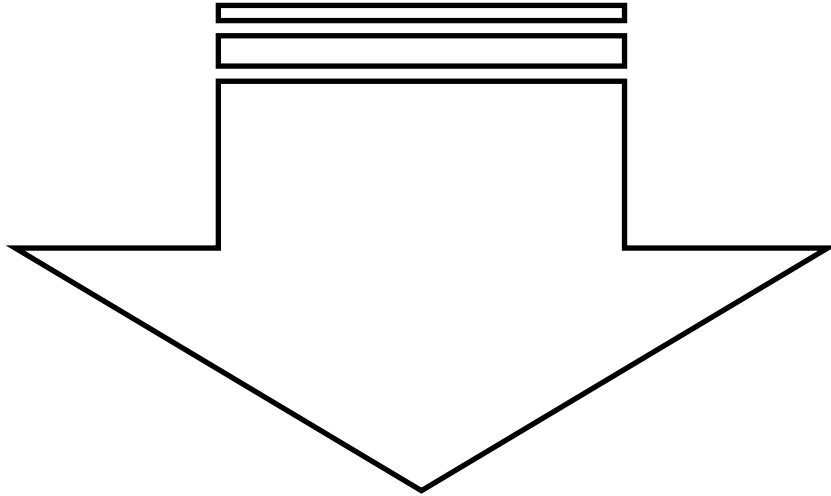
الأسرية لأسر المعوقين بصفة عامة، ولأسر المعوقين ذهنياً بصفة خاصة، حيث سارت إلى محاولة الوقوف على دور الإرشاد النفسي في تحقيق جودة حياة أسر المعوق ذهنياً وتحسينها.

الفصل الثاني:

الإرشاد النفسي

الفصل الثاني: الإرشاد النفسي

- تمهيد
- أولا: مفهوم الإرشاد النفسي
- ثانيا: نشأة وتطور الإرشاد النفسي
- ثالثا: مجالات الإرشاد النفسي
- رابعا: أسس الإرشاد النفسي
- خامسا: طرق الإرشاد النفسي
- سادسا: خصائص وسمات المرشد النفسي
- سابعا: نظريات الإرشاد النفسي
- ثامنا: أهداف الإرشاد النفسي في التربية الخاصة وأهميته
- خلاصة الفصل



تمهيد:

يعتبر الإرشاد النفسي واحداً من أهم الركائز التي تستند إليها الصحة النفسية للأفراد، وذلك لما يلعبه من دور بارز في تحسينها وتطويرها وإصلاح الخلل والأعطاب التي قد تطرأ عليها، ومن هذا المنطلق سنتكلم في هذا الفصل عن مفهوم الإرشاد النفسي، ونشأته، ومجالاته، وأهم الأسس التي يقوم عليها، والطرق التي يعتمدها، وأهم النظريات التي تناولته، كما سنشير إلى أهم الخصائص والسمات التي تميز المرشد النفسي، وبعدها سنتحدث بصفة عامة عن أهدافه في التربية الخاصة وأهميته فيها.

أولاً: مفهوم الإرشاد النفسي:

يعرف "شاكر قنديل" الإرشاد النفسي بأنه العلاقة المهنية والصلة الانسانية المتبادلة التي يتم من خلالها التفاعل بين الطرفين أحدهما المتخصص وهو المرشد النفسي، والذي يسعى إلى مساعدة الطرف الآخر، وهو صاحب المشكلة في موقف الإرشاد، أو هو المسترشد والعميل، والهدف من تلك العلاقة المهنية هو المساعدة في فهم المشكلة، والكشف عن مواطن القوة في شخصية العميل، ومن ثم يحرك لديه الدوافع لحل مشكلته. (حسين، 2004).

أو "هو مجموعة الخدمات التي تهدف إلى مساعدة الفرد على أن يفهم نفسه ويفهم مشكلاته وأن يستغل إمكانياته الذاتية من قدرات ومهارات واستعدادات وميول، فيتمكّن بذلك من حلّ مشاكله حلولاً عمليةً تؤدّي إلى تكيفه مع نفسه ومع مجتمعه فيبلغ أقصى ما يمكن أن يبلغه من النموّ والتكامل في شخصيته". (الزبادي وآخرون، 2001، ص187).

ويُعرّف الإرشاد النفسيّ عند الجمعية الأمريكية بأنّه عبارة عن الخدمات وفقاً لمبادئ متفق عليها من قبل علماء النفس المختصون في علم النفس الإرشاديّ؛ وذلك لدراسة السلوك الإنسانيّ خلال مراحل النّموّ المختلفة، ويسعون لمساعدة المسترشد لتأكيد الجانب الإيجابيّ بشخصيته، والعمل على مساعدته ليكون أكثر تكيفاً مع نفسه وبيئته، ويقوم الأخصائيّ النفسي بتدريب المسترشد على أساليب حل المشكلات، وكسب القدرة على صنع القرار، ويقدم الإرشاد لجميع الأفراد في مختلف المراحل العمريّة في مجالات عديدة كالمجال الأسري، والمجال المدرسي، ومجالات العمل المختلفة. (أبو أسعد، 2015).

ويرى العالم "باترسون" بأنّ الإرشاد النفسيّ هو عبارة عن عملية إرشادية بين المرشد والمسترشد، يُحدّد لها المكان والزمان، حيث يستمع فيها المرشد للمسترشد، ويحاول فهمه ومعرفة كيف يفكر وما هي الأمور التي يمكن تعديلها في السلوك بطريقة يختارها العميل، وتكون لدى المرشد جملة من المهارات والأساليب المختلفة للعمل على حل مشكلة العميل والوصول إلى الحل المناسب. (أبو أسعد، 2015).

كما ويعرفه العالم "جلاتز" بأنه "عملية تشاركية تنشأ بين المرشد وهو متخصص في الإرشاد والنفسي وبين المسترشد وهو الذي يحتاج إلى مساعدة، ويقوم المرشد بواسطة هذه العلاقة بمساعدة العميل على مواجهة تحدياته وتحديد جوانب القوة والضعف فيها وذلك لتعديل سلوكه والأساليب المتبعة في التعامل مع المشكلات التي يواجهها، ويقوم المرشد باستخدام أساليب وفتيات متخصصة في الإرشاد، وتتم المقابلة وجهاً لوجه في جو من الثقة والشعور بالأمن والتقبل والتسامح بحيث يتمكن العميل من التعبير عن مشاعره بحرية". (أبو أسعد 2015، ص24).

وبالنظر إلى التعاريف السابقة يمكن استخلاص تعريف شامل للإرشاد النفسي بأنه الجانب التطبيقي لعلم النفس الإرشادي، وهو عملية واعية مستمرة بناءً ومخططة، تهدف إلى مساعدة وتشجيع الفرد لكي يفهم نفسه ويحلها، ويفهم ميوله واستعداداته وقدراته ويعرف نواحي قصوره، وأن يستخدم وينمي كل إمكانياته بذكاء إلى أقصى حدّ مستطاع عن طريق مواهبه وذكائه، وفي ضوء معرفته وخبراته ورغبته في عمل ذلك.

ثانياً: نشأة الإرشاد النفسي وتطوره:

الإرشاد النفسي بمفهومه العام الواسع قديم قدم العلاقات الانسانية، فمن طبيعة الإنسان عندما تواجهه مشكلة شخصية أن يحكي لأصدقائه أو والديه أو أقاربه؛ فيلقى مشاركة وجدانية وتقبلاً واحتراماً لبعض الحلول لهذه المشكلة، إلا أن أصول هذا العلم تمتد إلى القرن التاسع عشر، أي إلى عام 1850 أو 1880، أو قد يعود هذا العلم إلى ما قبل هذين التاريخين.

فقد كان ظهور الارشاد النفسي استجابة للظروف الاقتصادية والاجتماعية وما ترتب عليها من مشكلات، فقد أدت الثورة الصناعية وما ترتب عليها من إحلال الآلة محل العامل إلى استغلال أصحاب الأعمال للعمال وإلى عدم المساواة الاجتماعية والاقتصادية، بالإضافة إلى مظاهر الفقر والظلم والفساد، مما دعى المعنيين بالأمر إلى البحث عن علاج العيوب الاجتماعية التي نتجت عن هذا التحول الصناعي، ونادوا بضرورة استئصال الأسباب الحقيقية للفقر والجهل والجريمة، وكان هذا المناخ الذي أوجدته حركة الإصلاح الاجتماعي قد عامل على نشأة الإرشاد النفسي وتيسير نموه.

ويذكر الباحثون أن هناك عوامل عديدة تعدّ الأسس التي قام عليها الإرشاد النفسي، وهي:

- التوجيه المهني.
- حركة القياس النفسي.
- التأكيد على العوامل المعرفية والدافعية للسلوك.

وهذه هي أصول علم النفس الإرشادي التي ذكرتها التعريفات في قسم علم النفس التابعة لرابطة علم النفس الأمريكية (APA).

أما في القرن العشرين فقد ظهر الإرشاد النفسي مرتبطاً بحركة التوجيه المهني على يد "فرانك بارسونز"، الذي أسس في عام 1908 مكتب التوجيه المهني في "بوسطن" بأمريكا، وقد كتب بارسونز كتاباً أسماه "اختيار مهنة"، وكانت مهمته إيجاد وسائل يمكن بها وضع الشخص المناسب في المكان المناسب وكانت مهمة الإرشاد جمع المعلومات عن الفرد وعن المهنة والتوافق بينهما. وتطور هذا العلم وفقاً لما يلي:

- صدرت في عام 1910 أول مجلة للتوجيه المهني.
- وفي العام 1913 أسست أول جمعية للإرشاد النفسي.
- وفي الثلاثينات من القرن الماضي بدأ الإرشاد العلاجي يتميز عن كلٍّ من الإرشاد المهني والإرشاد التربوي، حيث أخذ يركز على المشكلات الشخصية وأصبح يعرف باسم "الإرشاد الشخصي".

وكانت البداية الحقيقية لنشأة الإرشاد النفسي على يد "سيموندرز" في كتابه: "تشخيص الشخصية والسلوك"، وعلى يد "ويليام سون" في كتابه: "كيف نرشد الطلبة؟"، ودخل الإرشاد النفسي بذلك إلى المدارس من أوسع أبوابها، وأصبح يُنظر إليه على أنه سلسلة من النشاطات والأفعال تسري من خلاله كل النشاطات التربوية، وبذلك دخل إلى ميدان التربية على أساس أن كل شخص له فريدته، ومن حقّه تلقي التعليم الذي يتفق وتلك الفردية.

وتعد مرحلة الأربعينات والخمسينات من القرن العشرين مرحلة الولادة والنمو السريع للإرشاد النفسي، حيث أصبح هذا العلم أكثر تخصصاً، وله وسائله المتعددة، ومراكزه الخاصة، كما

أصبح للإرشاد النفسي خدمات ذات برامج مخطط لها بعد أن كان مجرد خدمات محددة وأصبح متركزا حول المرشد أكثر من تركزه حول المشكلات.

واستمر الاهتمام بالإرشاد النفسي بشكل واضح، وذلك من خلال ازدياد عدد المرشدين، وازدياد فرص تأهيلهم، حيث مكنهم ذلك من شغل المراكز الهامة في حقل الإرشاد، كما ازداد عدد الدوريات والكتب والدراسات في هذا المجال وما تقدمه من خدمات، وهكذا استمر الحال بهذا العلم بالتقدم والتطور. (الزعيبي، 1994).

ثالثا: مجالات الإرشاد النفسي:

إن موضوع مجالات الإرشاد النفسي موضوع واسع، يشمل العديد من جوانب الحياة، حيث أن بعض وجهات النظر تميل إلى تصنيف مجالات الإرشاد النفسي إلى ثلاثة مجالات رئيسية وهي:

- الإرشاد العلاجي.
- الإرشاد التربوي.
- الإرشاد المهني.

في حين أن هناك وجهات نظر تميل إلى تقسيم مجالات الإرشاد النفسي إلى أكثر من ثلاثة، حيث تضم بالإضافة إلى ما ذكر:

- الإرشاد الزواجي.
- الإرشاد الاسري.
- إرشاد الأطفال.
- إرشاد المراهقين والشباب.
- إرشاد كبار السن.
- إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة وذويهم... الخ. (الزعيبي، 1994).

رابعاً: أسس الإرشاد النفسي:

أ- الأسس العامة:

تتمثل في المبادئ والمسلمات العامة للسلوك والعمل والعملية الإرشادية، وهي على العموم ما يلي:

(1) - ثبات ومرونة السلوك الانساني وإمكانية التنبؤ به:

فالسلوك في مجمله مكتسب من البيئة الخارجية المحيطة بالفرد، وبما أنه يكون ثابتاً نسبياً فإنه يمكننا التنبؤ به في المستقبل، وبما أن المرشد لديه الكفاءة في تعديل السلوك وتغييره؛ فإن طرق تعديله أمر ضروري في عملية التوجيه والإرشاد النفسي.

كما يعني ذلك بأنه رغم الثبات إلا أنه قابل للتعديل والتغيير عن طريق التعلم والتعليم، فلا يقتصر مبدأ مرونة السلوك على السلوك الظاهري فقط؛ بل يشمل التنظيم الأساسي للشخصية ومفهوم الذات أيضاً.

(2) - السلوك الإنساني فردي-جماعي:

وذلك من خلال تأثير السلوك الفردي بالجماعة وتأثر السلوك داخل الجماعة بالشخصية الفردية، لأن لكل فرد أدوار اجتماعية مختلفة ومتعددة لها وظائف مختلفة، ومعايير سلوكية يتقيد الفرد بها، وتحددها الجماعة المنظمة للسلوك الفردي، ولا بد للمرشد النفسي أن يأخذ ذلك بعين الاعتبار حتى يتمكن من توجيه الأفراد إلى ما يحقق مصلحة الجماعة التي ينتمي إليها ويحقق له التوافق والصحة النفسية.

(3) - استعداد الإنسان للتوجيه والإرشاد:

عندما يواجه العميل مشكلة ما يشعر بحاجة أساسية لطلب التوجيه والإرشاد النفسي، لأن الإنسان العادي لديه القدرة على الاستبصار بحالته مما يشعره بالرغبة في التغيير، وهذا يحقق الهدف من عملية الإرشاد، وهو دليل على أن لدى الإنسان استعداد قوي لتغيير السلوك غير الصحيح واستبداله بسلوك أفضل.

4- تقبل المسترشد واستمرار عملية الإرشاد:

بما أن عملية الإرشاد النفسي هي عملية تعاونية إذا هي قامت على أساس تقبل المرشد للمسترشد من دون شروط ومهما كان سلوكه، ولكن لا يتقبل السلوك الشاذ أو المنحرف، ولكنه يساعده في تغيير هذا السلوك واستبداله بسلوك سوي، ويحتاج الإنسان إلى الإرشاد النفسي من الطفولة وحتى نهاية عمره، أي منذ الطفولة المبكرة ثم الوالدان والمعلمون في المدرسة، وفي المرحلة الجامعية عند اختيار التخصص الدراسي إلى مشكلات تتعلق بدراسته أو بعلاقاته مع الآخرين عند ممارسته لمهنته، أو عند الزواج، أو عند التقاعد، أو عندما تواجهه مشكلات شخصية يعجز عن مواجهتها بنفسه.

ب- الأسس النفسية والتربوية:

الفروق الفردية: "ينبغي وضع الفروقات الفردية في الحسبان في عملية الإرشاد، إذ أن بعض العوامل قد تسبب مشكلة عند فرد ما، ولا تسببه لدى فرد آخر، وقد تكون هذه المشكلة في إدراك الفرد لذاته وللآخرين"، وهذه الفروق قد تكون في الكم أو الكيف". (أبو عيطة، درويش، 1988، ص 89).

الفروق بين الجنسين:

ترجع إلى عوامل بيولوجية أصلاً، وإلى عوامل التنشئة الاجتماعية التي تبرز هذه الفروقات أو تقلل من أهميتها.

مطالب النمو:

تحقيق مطالب النمو يؤدي إلى سعادة الفرد، كما أن عدم تحقيقها يؤدي إلى شقاء الفرد وفشله، وتختلف هذه المطالب من مرحلة عمرية لأخرى.

الفروق بين الفرد الواحد:

ليست قدرات الفرد واستعداداته وميوله واحدة من حيث الدرجة، فقد يتقدم النضج العقلي على النضج الاجتماعي.

ج- الأسس الاجتماعية:

تؤثر الجماعة المرجعية على سلوك الفرد، إضافة إلى ميوله واتجاهاته الفردية، وقد يتأثر الفرد بالجماعة والسلوك الاجتماعي لتقافة المجتمع الذي ينتمي إليه، وبالتالي على المرشد أن يراعي ذلك لكي يتمكن من فهم المسترشد و فهم دوافع سلوكه، ولا يتأتى له ذلك إلا بالاهتمام بالجوانب الاجتماعية للفرد، والاستفادة من المؤسسات الاجتماعية في العملية الإرشادية كالمدرسة وغيرها من المؤسسات التي تقدم الخدمات الإرشادية لأكثر عدد من الأفراد، ومساعدتهم وتوجيههم لإحداث التوافق النفسي والاجتماعي والمهني.

د- الأسس العصبية والفيزيولوجية:

يلزم أن يلم المرشد النفسي بمدى تأثيرات الجهاز العصبي والهرمونات على الجسم، وتأثير الانفعالات على الجسم والجهاز العصبي، والأمراض السيكوسوماتيكية، وذلك لأن الحالة الجسمية تتأثر بالحالة النفسية والعكس صحيح، فالجسم يكون وسيطاً بين البيئة الخارجية والذات ككيان نفسي، كما يجب عليه التفريق بين الاضطرابات العادية، والهستيرية اللاإرادية.

هـ- الأسس الأخلاقية:

من أهم الأسس الأخلاقية التي يجب على المرشد التحلي بها ومراعاتها أثناء العملية الإرشادية كفاية المرشد العلمية والمهنية، فيجب على المرشد النفسي الذي يمارس عمله أن يكون مؤهلاً تأهيلاً علمياً وعملياً كافيين حتى يعلم ما يجب عمله في العملية الإرشادية، وتحديد مسؤولياته اتجاه العميل، والحفاظ على سرية المعلومات والعلاقة المهنية بين المرشد والمسترشد، ويجب العمل كفريق أو ما يعرف بمؤتمر الحالة. (الشناوي، 1996).

خامساً: طرق الإرشاد النفسي:

للإرشاد النفسي الذي يُقدم من قبل المرشد النفسي إلى المسترشد عدة أشكال، تختلف باختلاف وجهات نظر الباحثين والمتخصصين في مجال علم النفس الإرشادي بصفة عامة، والمرشدين في حد ذاتهم، فهناك من قسمها وفقاً لطريقة تقديمه إلى إرشاد مباشر وغير مباشر،

وهناك من يرى بأنّ التقسيم يكون على حسب عدد المسترشدين ونوعية مشكلاتهم؛ أي هناك إرشاد فردي، وآخر جماعي، وفيما يلي سنحاول التطرّق إلى أهم هذه الطرق والتقسيمات بصفة عامة، والتي من أهمها:

الإرشاد الفردي:

يعتبر الإرشاد الفردي أحد العمليات والجوانب الأساسية لبرنامج وخدمات الإرشاد النفسي، وهو عبارة عن علاقة مهنية مخططة بين طرفين، تتم وجها لوجه بين المرشد والمسترشد بهدف مساعدته في فهم ذاته وحل مشكلاته، ويُستخدم الإرشاد الفردي لمعالجة الحالات ذات المشكلات التي يغلب عليها الطابع الفردي كالانحرافات السلوكية، والسرقه، والكذب، والانحرافات الجنسية، وغيرها من الحالات التي لا يمكن علاجها بأيّة طريقة أخرى.

الإرشاد الجماعي:

ويعرّف الإرشاد الجماعي بأنه تحقيق خدمات الإرشاد النفسي لفردين أو أكثر، والذين تتفق ميولاتهم وحاجاتهم الإرشادية إلى حد ما، والتي يمكن تحقيقها لهم في مجموعة صغيرة أو كبيرة في موقف جماعي باستخدام أسس وأساليب معيّنة.

وهناك بعض الأسس النفسية والاجتماعية التي يجب على المرشد أخذها بعين الاعتبار عند إجراءه لعملية الإرشاد الجماعي ومن بينها:

- الإنسان كائن اجتماعي لديه حاجات نفسية واجتماعية لا بدّ من إشباعها في إطار اجتماعي، مثل الحاجة إلى الأمن والنجاح والاعتراف والتقدير والمكانة والشعور والضبط والتوجيه... الخ.
- تتحكم المعايير الاجتماعية التي تحدد الأدوار الاجتماعية في سلوك الفرد وتخضعها للضغوط الاجتماعية.
- تعتمد الحياة في العصر الحاضر على العمل في جماعات، وتتطلب ممارسة أساليب التفاعل الاجتماعي السوي، واكتساب ممارسات التفاعل مع الجماعة.
- يعتبر تحقيق التوافق الاجتماعي هدفا هاما من أهداف الإرشاد النفسي.
- تعتبر العزلة الاجتماعية سبباً من أسباب المشكلات والاضطرابات النفسية.

مزايا الإرشاد الجماعي:

إن الإرشاد الجماعي يعد من أهم طرق الإرشاد النفسي، وذلك لعدة مميزات منها:

- يستطيع العميل أن يستتبط العبرة والموعظة من خبرات الآخرين.
- وجود الاطمئنان وقلة اليأس؛ لأنه ليس الوحيد الذي يشعر بهذه المشكلة.
- وجود السند الانفعالي والتفيس من خلال العلاقات الاجتماعية بين الجماعة الإرشادية.
- يوفر الوقت والجهد، وبالتالي ليست هناك ضرورة إلى عدد كبير من المرشدين.

عيوب الإرشاد الجماعي:

- الإرشاد الجماعي يعتبر أصعب من الإرشاد الفردي.
- يحتاج الإرشاد الجماعي إلى دراية وخبرة أكبر من قبل المرشد.
- عدم التمكن من إحداث تغييرات جوهرية في البناء الأساسي لشخصية العميل.
- شعور بعض العملاء بالخجل عندما يكشفون عن مشاكلهم أمام الآخرين.
- قد تضيع مشكلة فرد واحد وقت الجماعة.
- عدم استفادة بعض العملاء بالدرجة المطلوبة من حيث الاهتمام، لأن المرشد غالباً يكون مركزاً حول مشكلات الجماعة.

وأما التقسيم الآخر لطرق الإرشاد النفسي فكان كالتالي:

الإرشاد المباشر:

ويقوم هذا النوع من الإرشاد على الفرضية القائلة أن العميل لديه نقص في المعلومات وعاجز عن حل مشكلاته، بالإضافة إلى زيادة تلك المعلومات والخبرات عند المرشد، لذلك يقوم المرشد بدور فعال وإيجابي، حيث يفسر المعلومات ويكتشف الصراعات ويوجه سلوك العميل نحو السلوك السليم، وتعديل سلوكياته السلبية وتغيير شخصيته، لذلك فمسؤوليات المرشد ودوره أكبر من مسؤوليات ودور المسترشد.

ويهدف الإرشاد المباشر إلى حل المشكلات للعميل التي جاء بها، ويعتقد أن الإشباع والرضى اللذان يتحققا للعميل نتيجة حل مشكلاته يزيدانه ثقة بنفسه وبالمرشد وبالعملية الإرشادية.

الإرشاد غير المباشر:

يقوم هذا النوع من الإرشاد على العميل أو المسترشد، من خلال إعطائه فرصة كافية للتعبير عن نفسه، والمساهمة في إيجاد حل مناسب لمشكلته.

مزايا الإرشاد غير المباشر:

- يفيد العميل في فهم نفسه وزيادة ثقته بها، ويكتسب كيفية حل مشكلاته واتخاذ قراراته.
- له نظرة إنسانية، حيث يقوم العميل بتقرير مصيره، وفي ذلك احترام لشخصية العميل.
- تنظر للمسترشد على أساس أنه إنسان خير بطبعه، وأنه ليس شريراً، فهو يسعى للنضج والنمو ليحل مشكلاته بنفسه، ويتخذ القرارات الخاصة به.

عيوب الإرشاد غير المباشر:

- يحتاج العميل أحياناً للنصح والإرشاد من المرشد، ويشعر بعدم الراحة عندما يحجب عنه المرشد ذلك.
- فيه إهمال لعملية التشخيص التي هي أساس عملية الإرشاد النفسي.

وهناك من أضاف نوعاً آخر، وطريقة من طرق الإرشاد، وهي ما تعرف بطريقة الإرشاد عن طريق اللعب، وهي مختصة بالأطفال بدرجة كبيرة.

الإرشاد باللعب:

يعد الإرشاد باللعب طريقة شائعة الاستخدام في مجال إرشاد الأطفال علي أساس أنها تُستمد من أسس نفسية، ولها أساليب تتفق مع مرحلة النمو التي يمر بها الأفراد وتناسبها، وأنها تفيد في تعليم الأطفال، وتشخيص المشكلات، وفي علاج الاضطرابات السلوكية، ويُفترض في الإرشاد باللعب أن الطفل يقوم ويلعب بعملية؛ أي ما يعرف بلعب الأدوار، ويعبر فيها عن مشاعره

ومشكلاته، وأنه ليس كالكبار الذين يمكنهم عمل ذلك بالكلام والتعبير، وهو من أنسب الطرق لإرشاد الطفل، وذلك لعدة أمور، وهي:

- يصلح في حالات التعليم والتشخيص والعلاج.
- يساعد علي نمو شخصية الطفل من جميع جوانبها المختلفة.
- يتيح الفرصة للطفل للتعبير عن انفعالاته.
- تعتبر فرصة للطفل للتعاون واكتساب القيم والاتجاهات. (الخطيب وآخرون، 1992، ص117).

سادسا: خصائص وسمات المرشد النفسي:

المرشد النفسي هو الشخص الذي يقوم بمساعدة المسترشدين في حل مشكلاتهم النفسية والسلوكية والاجتماعية والتعليمية والأخلاقية بالطرق الخاصة بذلك.

وحتى يكون المرشد النفسي ناجحا يُتوقع منه أن يكون قادرا على إعداد برنامج إرشادي، وتحقيق أهداف هذا البرنامج، والقدرة على إدارة الجلسة الإرشادية عن طريق تكوين الثقة المتبادلة بينه وبين المسترشد، وتفهم السلوك الاجتماعي، بالإضافة إلى مواصفات يجب توافرها في المرشد وشخصيته والمتمثلة فيما يلي:

1- **معرفة المرشد لذاته:** فالمعرفة الجيدة للذات تتضمن وعي المرشد لحاجاته وانفعالاته، والتعرف على مصادر توتره أثناء عملية الإرشاد ومحاولة التغلب عليها ومعالجتها، والتعرف على جوانب قوته وضعفه.

2- **الكفاءة:** وتعني امتلاك المرشد لمجموعة من المواصفات التي تجعله شخصا مفيدا في مساعدة الآخرين، ويمتلك مواصفات عقلية واجتماعية وانفعالية وخلقية وبدنية. والمرشد الفعال هو الذي يتمكن من المزاجية بين معارفه الأكاديمية وسماته الشخصية.

3- **الصحة النفسية:** يتّصف المرشد بالصحة النفسية عندما يتمكن من الإشباع المناسب لحاجاته النفسية والاجتماعية والبيولوجية، وتحديد خبراته السابقة والحالية عن المواقف الإرشادية

المختلفة، وإدراك ووعي تحيزاته ونقاط ضعفه التي يمكن أن تؤثر في المساعدة الإرشادية، والتمتع بحياة هادئة مستقرة.

4- **الثقة:** تعني أن المرشد لا يشكّل موضع تهديد للمسترشد في العملية الإرشادية، والمرشد الثقة هو الذي يتصف بالثبات والاتساق في أقواله وأفعاله، وفي سلوكه اللفظي وغير اللفظي وحسن الانتباه بدون إصدار أحكام قيمية مسبقة، والتجاوب مع المسترشد في إطار قواعد العلاقة الإرشادية.

5- **الأمانة:** تعني أن المرشد يتصف بالأصالة والصدق والوضوح في علاقته مع المسترشد.

1- **الصبر والحرية:** وتعني أن المرشد يعطي الفرصة لتطور المسترشد أثناء العملية الإرشادية بصورة طبيعية تلقائياً حتى يصبح المسترشد أكثر قدرة على النضج والتعلم والاعتماد على الذات، وتعني الحرية قدرة المرشد على وعي الجوانب التي يمكن أن تُلحق الأذى بمشاعر المسترشد. (الخطيب وآخرون، 1992).

سابعاً: نظريات الإرشاد النفسي:

يرى جونز (Jones) نقلاً عن (الخطيب، 2009، ص325) أن هناك ثلاث وظائف أساسية لنظريات الإرشاد والعلاج النفسي، وهي:

- تزويد المرشدين بالمفاهيم التي تعد إطار مرجعياً لفهم النمو الإنساني، والعملية الإرشادية.
- تزويد المرشدين بالأساليب الإرشادية المناسبة.
- مساعدة المرشدين في إجراء البحوث العلمية وصياغة فروضها.

1- نظرية التحليل النفسي (S.Freud):

يعتبر الاتجاه التحليلي واحداً من أقدم النظريات في الإرشاد وعلم النفس، توسّع من أوروبا إلى الولايات المتحدة، وُضعت للعلاج التحليلي مفاهيم معقدة ومتعددة الأوجه للعقل البشري، وخلق تأثيراً على الممارسة السريرية والنظرية والأكاديمية، وقد جاء التحليل النفسي من تجارب فرويد (Freud) المبكرة مع التنويم المغناطيسي، وهو ما سمح للعملاء بالكشف عن مشاعرهم الداخلية وأفكارهم. (Chu - Chao, 2015, p58).

ينظر فرويد (Freud) إلى الطبيعة الإنسانية نظرة متشائمة محدودة، ويرى أن الناس كائنات بيولوجية، دافعهم الأساسي هو إشباع الحاجات الجسمية بشكل عام، والإنسان مخلوق موجّه نحو اللذة، فهو محكوم بقوى غير منطقية مثل: حوافز اللاشعور، والحاجات البيولوجية، والغريزة، والدوافع، وتسيّر حياته غريزة العدوان، فهو بذلك مشحون ومدفوع بالشرّ من داخله. (الخطيب، 2009، ص328).

أ- المفاهيم الأساسية في النظرية:

الغرائز (Instincts): يرى فرويد أن كثيرا من اضطرابات الفرد ومشكلاته، ناجمة عن الغرائز، ويبيّن أنّ الغريزة قوة داخلية بيولوجية في الفرد، هدفها التصدي لعوامل التوتّر الناتج عن الحاجات البيولوجية، ويرى أن هناك غرائز كثيرة يمكن تجميعها في مجموعتين رئيسيتين هما:

- مجموعة إروس (Eros): وهي غريزة الحياة (Life instinct) وتسمى الغريزة الجنسية أيضا، وتعمل على حفظ الذات وحفظ الكائنات الحية.
- مجموعة ثاناتوس (Tanatos): ويطلق عليها غريزة الموت (Death instinct) وتسمى أيضا غريزة التدمير أو التخريب وتشمل العدوان والاندفاعات القهرية المتكررة.

ب- مكونات العقل:

الشعور واللاشعور: نتيجة لدراسة فرويد للأحلام، فقد ميّز بين الشعور واللاشعور، لكنه فيما بعد أضاف إليهما ما قبل الشعور.

الشعور (Conscious): يشير الشعور إلى وعي الفرد لمدرّكاته الحالية، ومشاعره وأفكاره وذاكراته وأحلامه، أو أيّ حادثة في عالمه الخارجي، وبهذا فإنّ مادة الشعور تأتي، إما من العالم الخارجي، وإما من العالم الداخلي للفرد.

ما قبل الشعور (Pre-Conscious): يتصل بكل ما هو غير موجود في منطقة الشعور، ولكن يسهل على الفرد استدعاؤه إلى تلك المنطقة، ومن أمثله الذكريات والمعارف.

اللاشعور (Unconscious): يكون اللاشعور معظم الجهاز النفسي، ويعد خارج الوعي، لكنه قوة محرّكة للسلوك، ويقوم بخزن التجارب والذكريات والرغبات والأفكار التي لا تتوافق مع الشعور وتحولها إلى اللاشعور إمّا بسبب كبتها، أو لأنّ وجودها في الشعور يسبّب ألما للفرد، ويصعب

استدعاء هذه الخبرات إلى الشعور، لكنها تحاول التسلل أو إيجاد منفذ لها نحوه، ولو بصورة رمزية كما يحدث في الأحلام. (الخطيب، 2009، ص330).

ج-بنية الشخصية (Structure of Personality):

تتكون الشخصية من ثلاثة أجزاء لكل جزء منها خصائصه ومميزاته، وهي:

الهو (Id): أشار باترسون (Patterson) إلى أن الهو تمثل الحقيقة النفسية الصحيحة، حيث تمثل عالم الخبرات الداخلية للفرد وليس لديها أي معرفة بالحقيقة الموضوعية وتعمل على تحقيق الرغبات دون الاهتمام بالقيم أو العادات والتقاليد والأعراف، أو بما هو خير أو شر ولا يحكمها المنطق.

الأنا (The Ego): يشير باترسون (Patterson) إلى أن الأنا هي الجزء المنفذ في الشخصية وتحول احتياجات الهو القوية (الغريزية-الفطرية) بمساعدة الأنا الأعلى إلى حاجات ضعيفة مقبولة، عن طريق إعادة تنظيمها لكي تتماشى مع متطلبات الأنا الأعلى، ويظهر من ذلك أن الأنا تستمد طاقتها من الهو وتعمل لخدمته.

الأنا الأعلى (Super Ego): يمثل الجانب الأخلاقي للشخصية ويمثل ما هو مثالي وواقعي ومحاولة الوصول بالفرد إلى الكمال بدل اللذة، وهذا عن طريق:

- كبح جماح الهو وخاصة العدوانية والجنسية.
- محاولة الوصول بالفرد إلى الكمال.

تعمل الأنا الأعلى على إمكانية إقناع الأنا بأن تحلّ الأهداف الأخلاقية محل الأهداف الواقعية. (الزيود، 2008، ص23-24).

د-النظرة إلى الاضطراب النفسي:

يرجع فرويد الاضطرابات النفسية والعصاب إلى الصراع بين الأنا و الهو، فالأنا يحاول أن يجمع بعض أجزاء الهو بما يتناسب مع متطلبات العالم الخارجي، ويرى فرويد كذلك أن التكوين البيولوجي والوراثي والنفسي للطفل يمثل العوامل التي تسهم في نشأة الاضطراب النفسي، وتعود أسباب الاضطرابات النفسية إلى ما يلي:

- إحباط الرغبات الجنسية عن طريق الأنا الذي مازال ضعيفا في مقابل الرغبات الجنسية، وينشأ الإحباط كرد فعل للقلق، حيث يتوقع الأنا أن إشباع الرغبة الجنسية البازغة سيؤدي

للخطر فيكبت هذه الرغبة الخطيرة في الطفولة، وعن طريق الكبت يستعيد الأنا جانبا من تنظيمه، وتبقى الرغبة المكبوتة غير متاحة.

- التحويل الممكن للدرجات الجنسية المحيطة إلى أعراض عصابية، والتي تعتبر كإشباعات بديلة للدرجات الجنسية المحبطة.
 - عدم ملائمة الكبت مع استيقاظ وشدة الجنسية عند البلوغ بعد أن كان فعلا خلال الطفولة وفي أثناء فترة الكمون، وبذلك يعيش الفرد صراعا عصابيا مركزا.
 - الطريقة غير المرضية التي ينظم بها المجتمع الأمور الجنسية، ومن شأن الأخلاق أو الأنا الأعلى أن يطلب التضحية بالدرجات الجنسية لصالح المجتمع.
 - الصراع بين الأنا والأنا الأعلى والهو، وتقع مسؤولية القيادة على الأنا التي تحاول حل الصراع بين الهو والأنا الأعلى وإقامة التوازن بينهما.
 - أساليب التعلم الخاطئة في مرحلة الطفولة (وخاصة الخمس سنوات الأولى من عمر الطفل).
- (بلان، 2015، ص94).

هـ- آليات الدفاع:

ومن أبرز هذه الآليات:

(الكبت، الإسقاط، الإزاحة، التبرير، النكوص، الإنكار، التقمص، التعويض، التحويل، العكسي، التسامي...).

و- نقد نظرية التحليل النفسي: التحليل النفسي كنظرية وكطريقة علاج له مزايا أهمها:

- الاهتمام بعلاج أسباب المشكلات والاضطرابات.
 - تناول الجوانب اللاشعورية إلى جانب الشعورية في الحياة النفسية للعميل.
 - تحرير العميل من دوافعه المكبوتة وإعلانها واستثمار طاقتها.
 - الاهتمام بالسنوات الأولى من حياة العميل.
 - الاهتمام بأثر الوسط الاجتماعي والثقافي للفرد في نموه وسلوكه.
- ومع ذلك فقد لاقى هذا الاتجاه معارضة ونقدا شديدين خاصة في ميدان الإرشاد، على

أساس:

❖ أن التحليل النفسي يهتم بالمرضى والمضطربين أكثر من اهتمامه بالأسوياء والعاديين.

- ❖ أن عملية طويلة وشاقة ومُكَلِّفة في الوقت والجهد والمال، كما ويحتاج إلى خبرة واسعة.
- ❖ أن هناك خلافات نظرية ومنهجية بين طريقة التحليل النفسي الكلاسيكي وبين طرق التحليل النفسي الحديث والمعدل. (زهرا، 1977، ص136).

2- النظرية السلوكية (Behavior Theory) :

تعود جذور النظرية السلوكية إلى العالم الروسي إيفان بافلوف (Ivan Pavlov) صاحب نظرية الإشراف الكلاسيكي من خلال تجاربه على الكلاب، كما يرتبط اسم هذه النظرية باسم كل من العلماء (واطسون، سكينر، ثورندايك، جون دولارد، نيل، ميلر، روتر، بندورا...)، فقد حاول هؤلاء تفسير السلوك، وكيفية حدوث التعلم، فسلوك الإنسان من وجهة نظرهم متعلم، وأن لدى الفرد دوافع فسيولوجية هي الأساس في سلوك الإنسان، وعن طريق التعلم يكتسب الفرد دوافع جديدة تستند إلى الدوافع الفسيولوجية وتسمى بالدوافع الثانوية، وهذه الدوافع هي التي توجه سلوك الإنسان للوصول إلى أهدافه. (الزعيبي، 2004، ص61).

2-1- تفسير الاضطرابات النفسية:

يرى السلوكيون أن الاضطرابات النفسية، والمشكلات السلوكية، ما هي إلا عادات متعلّمة خاطئة، أو سلوكيات غير متكيفة، يحتفظ بها الفرد لفاعليتها كوسيلة دفاعية لتجنب مواقف غير مرغوبة، أو ليقفل من قلقه وتوتراته، مما جعلها ترتبط شرطياً بالموقف الذي أدّى إليه. (الزعيبي، 2004، ص63).

إن الشخصية السوية في نظر السلوكيين رهن بتعلم عادات صحيحة وسليمة، وتجنب اكتساب عادات سلوكية غير صحيحة، وتحدد الصحة والسلامة بناءً على المعايير الاجتماعية السائدة بالفرد، وبذلك فإنّ مظاهر الشخصية السوية عند السلوكيين هي أن يأتي الفرد بالسلوك المناسب في كل موقف بحسب ما تحدده الثقافة التي يعيش في ظلها. (الخطيب، 2009، ص371).

2-2- المفاهيم الأساسية في هذه النظرية:

سلوك الإنسان متعلم: أي أن الفرد يتعلم السلوك السويّ ويتعلّم السلوك غير السويّ وأن السلوك المتعلم يمكن تعديله.

المثير والاستجابة: بموجب النظرية السلوكية فإن كل سلوك أو استجابة له مثير، وإذا كانت الأمور سليمة يكون السلوك سوياً، ففي الإرشاد التربوي لا بدّ من دراسة المثير والاستجابة وما يتخللهما من عوامل الشخصية جسمياً وعقلياً واجتماعياً وانفعالياً.

الدافعية: لا يوجد هناك تعلم بدون دافع، والدافع طاقة كامنة قوية بدرجة كافية لكي تدفع الفرد وتحركه إلى السلوك، ووظيفة الدوافع في عملية التعلم ثلاث هي:

- ❖ يحرر الطاقة الكامنة الانفعالية في الفرد.
- ❖ يملي على الفرد أن يستجيب ويهتم لموقف معين ويمهل المواقف الأخرى.
- ❖ يوجه السلوك وجهة معينة ليشبع حاجة معينة عند الفرد.

الشخصية: هي التنظيمات السلوكية المتعلّمة الثابتة نسبياً، والتي تميّز الفرد عن غيره من الناس.
التعزيز: هو التقوية والتدعيم والتثبيت بالإثابة، والسلوك يُتعلّم ويقوى ويُدعم ويُثبّت إذا تم تعزيره.
الانطفاء: وهو ضعف وتضاؤل وخمود واختفاء السلوك المتعلم إذا لم يُمارس ويُعزّز، أو إذا ارتبط شرطياً بالعقاب بدل الثواب.

العادة: والعادة هي رابطة تكاد تكون وثيقة بين مثير واستجابة، وتتكون العادة عن طريق التعلم والتكرار والممارسة ووجود رابطة قوية بين المثير والاستجابة، وهي في معظمها مكتسبة وليست موروثاً.

التعميم: إذا تعلم الفرد استجابة، وتكرّر الموقف؛ فإنّ الفرد غالباً ما يتوجّه إلى تعميم الاستجابة المتعلّمة على استجابات أخرى تشبه الاستجابة المتعلّمة، وإذا مرّ الفرد بخبرات في مواقف محدودة فإنه يميل إلى تعميم حكم يطبقه على المواقف الأخرى بصفة عامة.

التعلم ومحو التعلم وإعادة التعلم: التعلم وتغيير السلوك نتيجة للخبرة والممارسة، ومحو التعلم يتم عن طريق الانطفاء، وإعادة التعلم تحدث بعد الانطفاء بتعلم سلوك جديد، وهذه سلسلة من عمليات التعلم تحدث في التربية والإرشاد والعلاج النفسي، بمعنى محاولة محو ما تعلّمه الفرد ثم إعادة التعليم من جديد. (منسي، ص 179-180).

2-3- أهمية النظرية السلوكية في المؤسسات التعليمية:

تفسّر النظرية السلوكية المشكلات السلوكية بأنها أنماط من الاستجابات الخاطئة أو غير السوية المتعلّمة بارتباطها بمثيرات منفّرة، ويحتفظ بها الفرد في تجنب مواقف أو خبرات غير مرغوب فيها، ويركّز الإرشاد النفسي على ما يلي:

- تعزيز السلوك السوي المتوافق.
- مساعدة الطالب في تعلم سلوك جديد مرغوب والتخلص من سلوك غير مرغوب ومساعدته في أن الظروف الأصلية قد تغيرت بحيث تصبح الاستجابات غير المرغوبة غير ضرورية لتجنب المواقف غير السارة التي سبق أن ارتبطت بها.
- تغيير السلوك غير السوي أو غير المتوافق؛ وذلك بتحديد السلوك المراد تغييره والظروف والشروط التي يظهر فيها والعوامل التي تكتنفه وتخطيط مواقف يتم فيها تعلم ومحو تعلم لتحقيق التغيير المنشود، من خلال إعادة تنظيم الظروف البيئية.
- ضرب المثل الطيّب والقُدوة الحسنة سلوكيًا أمام العميل لعلّه يتعلم أنماطاً مفيدة من السلوك عن طريق محاكاة المرشد خلال الجلسات الإرشادية المتكررة.

2-4- نقد النظرية السلوكية:

من الانتقادات الموجهة للإرشاد السلوكي ما يلي:

- الإرشاد السلوكي لا يعالج الأسباب، وإنما يتعامل وبصورة سطحية مع الأعراض.
- لا يمكن استخدام الإرشاد السلوكي مع الأفراد الذين لديهم مستوى ثقافي مرتفع، لأنه يهتم فقط بمستوى القدرة على التحمل، فالأفراد الذين يبحثون عن معنى في الحياة، أو الوصول بطاقتهم إلى أعلى حد، فإنّ الإرشاد السلوكي لا يمكن أن يساعدهم في ذلك.
- إن حرية المسترشد ومسؤوليته قد تقلّ، لأن المرشد ينظر إلى نفسه على أنه مهندس لسلوك المسترشد، مما يعني سيطرته عليه.
- قد يغيّر الإرشاد السلوكي سلوك المسترشد، لكنه لا يغيّر مشاعره، وهناك من يرى أنه لا بد أن يتغير الشعور إذا أردنا تغيير السلوك.
- لا يزود الإرشاد السلوكي المسترشد بالقدرة على التبصّر الداخلي.
- يتجاهل الإرشاد السلوكي الأسباب التاريخية للسلوك الحالي. (الخطيب، 2009، ص384).

3- نظرية الذات (Self-theory):

تعتبر هذه النظرية من أهم نظريات الإرشاد النفسي وأقدمها، إذ تعود في تاريخها إلى الفكر اليوناني عند أفلاطون وأرسطو، كما أنها تعتبر حديثة، إذ جدد مفهومها ودعا إليها في القرن العشرين كارل روجرز (Carl Rogers)، وترى هذه النظرية أن البشر عقلانيون، اجتماعيون، يتحركون للأمام وواقعيون، وأن البشر بطبيعتهم متعاونون ويمكن الوثوق بهم، وعندما يتحررون من الدافعية فإن استجاباتهم تكون ايجابية ومتقدمة للأمام وبناءة، وحينئذ لا تكون هناك حاجة للانفعال بضبط دوافعهم العدوانية والمضادة للمجتمع لأنها سوف تنظم ذاتيا ومحدثة توازنا للحاجات في مقابل بعضها البعض، وأن الميل نحو التوافق هو الميل نحو تحقيق الذات. (منسي، ص189).

3-1- المفاهيم الأساسية في النظرية:

تتكون النظرية من مجموعة من المفاهيم منها: المجال الظاهري والكائن العضوي وتحقيق الذات، والانسجام والتناظر.

المجال الظاهري: إن الفرد مركز لعالم كثير التغير من خلال الخبرة، والخبرة تعني الظواهر الداخلية والخارجية، وأن ما يدركه الفرد في المجال الظاهري هو الشيء المهم بالنسبة له وليس الواقع الفعلي أن ما يدرك الفرد هو واقعه.

الكائن العضوي: وهو الفرد ككل، وهو يستجيب ككل منظم للمجال الظاهري لإشباع حاجاته المختلفة، كما أن تحقيق الذات وصيانتها وترقيتها هي دافع هذا الكائن العضوي الأساسي؛ وبعبارة أخرى أن الدافع الأساسي لكل نشاط الكائن هو رغبته في الوصول إلى أقصى نمو والتحرر من كافة القيود التي تعوق هذا النمو.

تحقيق الذات: إن السلوك هو محاولة غرضية موجهة لتحقيق حاجات الكائن كما يفهمها أو يدركها، كما أن الانفعالات التي يعاني منها الفرد تسهل عملية النمو، في حين أن نكرانها أو تشويهها يؤدي إلى الهدم والتخريب لحياة الفرد، وأن تحقيق الذات كما يرى روجرز يظهر بحرية أكثر عندما يكون الشخص متقبلاً ومدركاً بجميع خبراته الحسية أو الداخلية أو الانفعالية، ويرى روجرز أن الكبت ليس ضرورياً، فالشخص الذي يستخدم حواسه وانفعالاته ويثق فيهم إلى حد كبير هو الشخص الذي يتيح لعملية تحقيق الذات أن تتطور.

الذات: تكوين معرفي منظم ومتعلم للمدركات الشعورية، ويعتبره تعريفا نفسيا لذاته، ويتكون مفهوم الذات من أفكار الفرد الذاتية المنسقة والمحددة الأبعاد عن العناصر المختلفة لكيونته الداخلية والخارجية، وتشمل هذه العناصر المدركات والتصورات التي تحدد خصائص الذات والتي تنعكس في وصف الفرد لذاته كما يتصورها هو "مفهوم الذات المدرك"، والمدركات أو التصورات التي تحدد الصورة التي يعتقد أن الآخرين في المجتمع ويتصورونها، والتي بتمثلها الفرد من خلال التفاعل الاجتماعي مع الآخرين "مفهوم الذات الاجتماعية"، والمدركات والتصورات التي تحدد الصورة المثالية للشخص الذي يود أن يكون "مفهوم الذات المثالية". (منسي، ص190-191).

3-2- أشكال الذات:

ومن أنواع الذات كما يراها كارل روجرز:

الذات الحقيقية The Real Self: وهي الذات كما يدركها الفرد فعلا؛ أي كما هي في الواقع دون أي تغيير أو تشويه.

الذات المدركة Perceived Self: وهي صورة الفرد عن ذاته كما يراها تنمو من خلال التفاعل مع الآخرين ومع البيئة، فإذا كان الفرد محبوبا أو مكروها، فإن الذات ترى كذلك، وإذا وصف الفرد بأنه مجتهد أو ذكي أو غبي، فإنه يرى نفسه كذلك.

الذات الاجتماعية Social Self: وتعني إدراك الفرد لتقييم الآخرين له، أو أفكار الآخرين عن الفرد كما يتصوروه، فالفرد يحاول أن يعيش في مستوى توقعات الآخرين منه، فقد يتوقعون منه أن ينجز إنجازا كبيرا أو إنجازا ضعيفا، وتنشأ الصراعات الداخلية والاضطرابات النفسية عندما تكون الفجوة واسعة بين الذات المدركة والذات الاجتماعية.

الذات المثالية Ideal Self: وهي تمثل طموحات الفرد والمستويات التي يرغب في الوصول إليها، أو ما يود الفرد أن يعمل أو يتمنى أن يكون عليه، فالشخص يتمنى أن ينجز إنجازا معينا، أو يدرس تخصصا محددًا. (الزعيبي، 2005، ص83).

3-3- نقد نظرية الذات:

يوجه إلى نظرية الذات بعض الانتقادات، ومن هذه الانتقادات ما يلي:

- أن النظرية لم تبلور تصورا كاملا لطبيعة الإنسان وذلك لتركيزها الكامل على الذات ومفهوم الذات.

- يرى روجرز أن الفرد له وحده الحق في تحقيق أهدافه وتقرير مصيره، ولكنه نسي أن الفرد ليس له الحق في السلوك الخاطئ.
- يؤكد روجرز أن الفرد يعيش في عالمه الخاص ويكون سلوكه تبعاً لإدراكه الذاتي؛ أي أنه يركّز على الأهمية الذاتية على حساب الموضوعية.
- يضع روجرز أهمية قليلة أو ثانوية للاختبارات والمقاييس كوسيلة لجمع المعلومات للإرشاد النفسي وأشار أن الاختبارات يمكن استخدامها حين يطلبها المسترشد. (زهران، 1977، ص104).

4- نظرية الجشطالت (Gestalt theory):

إن السيكولوجيا الجشطالتية تعتبر ثورة على الثنائية الديكارتية التي ظهرت في القرن السابع عشر، والتي قسّمت العقل إلى جزئيات أولية من الأحاسيس والصور، فلقد قاد كلٌّ من فريتمر وكوفكا وكوهلر بصفتهم أقطاب هذه المدرسة تمرّداً على ذلك الضرب من التحليل العقلي، وكانت حركتهم تمثل نوعاً جديداً من التحليل للخبرة الشعورية انطلاقاً من المجال الإدراكي، حيث تسلك العضوية دائماً ككلٍّ واحد وليس كأجزاء متميزة، فالعقل والجسم ليسا كيانين منفصلين، كما أن العقل لا يتكوّن من مكّات أو عناصر مستقلة، وكذلك لا يتكوّن الجسم من أعضاء وعمليات منفردة، فالكائن العضوي وحدة واحدة، وما يحدث للجزء يؤثّر في الكل، وهناك قوانين للكل تحكم أداء الجزء لوظائفه، ولا يمكن فهم الكيفية التي يؤدي وفقها الجزء لوظائفه إلا بكشف القوانين التي يؤدي وفقها الكائن العضوي الكلي لوظائفه حسب قوانين لا يمكن استخلاصها من الأجزاء، وهذا يعني أن الكل أكثر من مجرد مجموعة الأجزاء؛ وهذا يعني كمحصلة أن الجزء لا يعني شيئاً خارج الكل الذي يحتويه. (العزة، 2005، ص226).

4-1- ماذا يقصد بكلمة جشطالت؟:

تعني كلمة جشطالت (Gestalt) في الألمانية الشكل أو الهيئة التي تميّز شيئاً ما على حدّ قول كوهلر، وكلمة الجشطالت عند بيرلز تشير أيضاً إلى كلفة الأنظمة المتكاملة بين الأجزاء المنفصلة في الشخصية، وقد جمعها في كلفة واحدة لتحقيق الذات.

4-2- المفاهيم الأساسية في النظرية:

أشار كلٌّ من باترسون (1973) والشناوي (1994) نقلا عن (الخطيب، 2009، ص418)

إلى مجموعة من المفاهيم جاءت بها هذه النظرية، منها ما يأتي:

مبدأ التكوين الكلي: يؤدي الإنسان ووظائفه في وحدة كاملة، فهو كائن كلي متحد يشعر ويفكر ويتصرف، فالجوانب العقلية والانفعالية والجسمية لا توجد مستقلة عن الإنسان، أو عن بعضها البعض.

مبدأ القاعدة الثنائية للتوازن: انبثقت هذه القاعدة من مفهوم التفكير المتميز، أو التفكير في مقابلات أو أقطاب ثنائية، فكلّ حادث يبدأ من نقطة الصفر، ثم يبدأ منها التمايز إلى مقابلات أو متعاكسات، وهذا التمايز هو خاصية أساسية لأداء الإنسان العقلي وللحياة نفسها، ويؤدي إلى التوازن.

الغرائز: يرى بيرلز أنّ هناك غريزتان ضروريتان للمحافظة على الفرد هما: الجنس، وغريزة الجوع، وأنّ جميع الغرائز الأخرى يمكن أن تصنف تحت إحدى هاتين الغريزتين.

العدوان والدفاع: العدوان عملية ديناميكية لاشعورية، بها يتصل الكائن مع البيئة لإشباع حاجاته، وليست وظيفتها التدمير، بل محاولة التغلب على المعوقات التي تمنعه من إشباع حاجاته، أمّا الدفاع فيمتمثل نشاطا بيولوجيا للمحافظة على الذات، وله أشكال مختلفة لدى الكائنات الحية مثل هرب الكائن لدى مواجهته موقفا يهدده.

الواقع: يرى بيرلز أنّ الإنسان يتفاعل باستمرار مع بيئته، ليصل إلى حالة التوازن، ويفترض أنّ هناك عالما موضوعيا يشتقّ منه الفرد عالمه الذاتيّ باختيار أجزاء من العالم المطلق تبعا لميوله، وبذلك فهي تعود إلى ما أسماه بيرلز بالشكل والخلفية.

الاتصال: يتفاعل الفرد مع بيئته بـصـور شتى كي يشبع حاجاته، وهذا الاتصال مع البيئة ضروري للتغيير والنمو، ويكون الاتصال فعّالا عندما يتفاعل الفرد مع الطبيعة أو مع الأفراد الآخرين دون أن يفقد فرديّته، ونقطة التفاعل بين الفرد والبيئة يطلق عليها حدود الاتصال.

الأنا: الأنا عند بيرلز ليس غريزة، ولا يحتوي على غرائز بداخله، وليس مادة محددة أو متغيرة، وتعمل الحدود ونقاط الاتصال على تكوينه، أما وظائف الأنا فتتلخص في تنظيم اتصال الكائن بالبيئة، وتنظم المجال أو البيئة المحيطة به بشكل يتناسب مع درجة إلحاح الحاجة على الإشباع.

التقدير: وهو عملية يكتشف الفرد ذاته من خلالها، فالطفل يسعى للحصول على تقدير والديه من خلال لعبه، لأنه بحاجة إلى تقدير الآخرين.

4-3- أساليب الإرشاد المستخدمة في هذه النظرية:

هناك مجموعة من الأساليب الإرشادية التي يشتمل عليها الإرشاد الجشطالتي، وأهمها: (الوعي بـ"هنا والآن"، تكوين المسؤولية في المسترشد، استخدام الدراما والتخيل، أسلوب المكوك، الصوت العالي والصوت السفلي، أسلوب المقعد الخالي، العمل مع الأحلام، الواجبات المنزلية).

4-4- نقد نظرية الجشطالت:

- الإرشاد الجشطالتي لا يحاول أن يعالج الماضي عن طريق التحليل، ويركز العلاج على السلوك في هنا والآن.
- إغفال الإرشاد الجشطالتي لجانب الهو في شخصية الإنسان.
- إن طابع نظرية الجشطالت ضبابي، حيث تعتمد على التنظير أكثر من اعتمادها على الجانب العملي.
- إن التجريب عند الجشطالتيين قليل الضبط وغير كمّي ولا إحصائي.
- لا ينفع الإرشاد الجشطالتي مع الأفراد المفتقدين للسلوك الاجتماعي مثل السيكوباتية. (بلان، 2015، ص185).

5- نظرية السمات والعوامل لصاحبها "وليامسون" (E.G. Williamson):

5-1- التعريف بنظرية السمات والعوامل:

صاحب هذه النظرية آدموند وليامسون حيث عبرت هذه النظرية عن افتراضات أساسية أن الإنسان عقلائي ولديه قدرة كامنة يمكن توجيهها نحو الخير والشر، وتشير إلى تكوين الشخصية من خلال التفاعل بين جوانبها المختلفة مع البيئة الخارجية، ومن أهداف الإرشاد تزويد الفرد بالمعلومات اللازمة والقدرة على اتخاذ القرارات. (الداهري، 2011، ص584).

تسمى نظرية السمات والعوامل في بعض الأحيان بالإرشاد المباشر ونظرية الإرشاد المتمركز حول المرشد؛ وهذا يعني أن الإرشاد في هذه النظرية يعتمد اعتمادا كاملا على المرشد،

لأنه يستطيع أن يختار الحل المناسب لمشكلة المسترشد الذي لا يستطيع أن يختار الحل المناسب لمشكلته. (أبو أسعد وعريبات، 2012، ص238).

5-2- المفاهيم الأساسية لنظرية السمات والعوامل:

من أهم مفاهيم نظرية السمات والعوامل ما يلي:

السلوك: تفترض هذه النظرية أن سلوك الإنسان يمكن أن ينظم بطريق مباشر وأنه يمكن قياس السمات والعوامل المحددة لهذا السلوك باستخدام الاختبارات والمقاييس للوقوف على الفروق والسمات المميزة للشخصية، وترى النظرية أن السلوك يتقدم من الطفولة إلى الرشد من خلال نضج السمات والعوامل.

الشخصية: كما أن الشخصية وفقاً لهذه النظرية عبارة عن نظام يتكون من مجموعة من السمات والعوامل المستقلة التي تمثل مجموع أجزائها. (زهرا، 1977، ص122).

السمات: والسمات أنماط سلوكية عامة دائمة نسبياً وثابتة نسبياً تصدر عن الفرد في مواقف كثيرة، وتعبّر عن توافقه مع البيئة، والسمة هي الوحدة المناسبة لوصف الشخصية، وليست في رأيه صفة مميزة لسلوك الفرد فقط، بل إنها أكثر من ذلك، إنها استعداد أو قوة أو دافع داخل الفرد يدفع سلوكه ويوجهه بطريقة معينة. (كامل، 2000، ص101).

وتقسم السمات بصفة عامة حسب ما نقله زهران (1977) على النحو التالي:

سمات مشتركة: يتسم بها جميع الأفراد أو على الأقل جميع الأفراد الذين يشتركون في خبرات اجتماعية معينة.

سمات فريدة: لا تتوافر إلا لدى فرد معين، ولا توجد على نفس الصورة بالضبط لدى الآخرين.

سمات سطحية: وهي السمات الواضحة والظاهرة.

سمات مصدرية: وهي السمات الكامنة التي تعتبر أساس السمات السطحية.

سمات مكتسبة: تنتج عن فعل العوامل البيئية وهي سمات متعلمة.

سمات وراثية: وهي سمات تكوينية تنتج عن العوامل الوراثية.

سمات دينامية: تهَيء الفرد وتدفعه نحو الأهداف.

سمات قدرة: تتعلق بمدى الفرد على تحقيق الأهداف. (ص124).

العوامل (Factors): العامل مفهوم رياضي إحصائي يوضح المكونات المحتملة للظواهر، وتفسيره النفسي يسمى القدرة، والتحليل العاملي أسلوب إحصائي يهدف إلى تحديد القدرات الأولية للسلوك بتحديد القدرات الأولية في النشاط العقلي والعلاقة القائمة بين تلك القدرات.

يرى وليامسون أنه يجب أن تتوفر في المرشد الذي يستخدم أسلوب الإرشاد المباشر القدرة على تشخيص الحالة، واستخدام أساليب جمع البيانات المتعلقة بها، والقدرة على تقييم هذه البيانات، ثم تدريب أو تعليم المسترشدين على أن يفهموا أنفسهم، بهدف الوصول إلى حياة منتجة، ويرى وليامسون أن الإرشاد الواقعي المباشر يتم باتباع الخطوات التالية:

التحليل: يتضمن جمع البيانات من مصادر متعددة واسعة، تساعده على فهم المسترشد، وذلك باستخدام أساليب الإرشاد المختلفة من مقابلة وملاحظة وتطبيق اختبارات ودراسة السيرة الذاتية وغير ذلك.

التركيب والبناء: يتضمن تلخيص البيانات وتنظيمها بما يوضح جوانب القوة والضعف لدى المسترشد.

التشخيص: تعرف أسباب المشكلة وموافظاتها، وذلك بناء على المعلومات التي تم جمعها في عملية التحليل، وتنظيمها وتصنيفها في عملية التركيب والتأليف.

التكهن والمأل: وهي مرحلة التنبؤ بمستقبل المسترشد لمساعدته على تقبل العملية الإرشادية بالتوافق أو إعادة التكيف.

الإرشاد: وهو الأسلوب الذي يستخدمه المرشد لمساعدة المسترشد ليصل لمرحلة التوافق أو إعادة التكيف، أي تحقيق مرحلة المأل.

المتابعة: وتتضمن وقاية المسترشد من الرجوع إلى الحالة التي يشتكي منها، أو بهدف الوقاية من مشكلات مستجدة، وكذلك لتقييم فعالية العملية الإرشادية. (أبو عطية، 2015، ص97).

5-3- إسهامات النظرية في ميدان الإرشاد:

تفترض هذه النظرية نقص المعلومات لدى المسترشد وصعوبة حل مشكلاته بنفسه ووفرة المعلومات لدى المرشد والخبرة التي يتحلى بها في حل المشكلات، لذا يفضل استخدام هذا النوع من الإرشاد مع المسترشدين ذوي المشكلات الواضحة المحددة، كما يرى البعض أن أسلوب

الإرشاد المباشر أكثر ارتباطاً في حقل التربية والتعليم، لأنه يتضمن قدراً كبيراً من التوجيه وتقديم المعلومات.

ويتم استخدام الاختبارات والمقاييس في هذا النوع من الإرشاد في التشخيص وتحديد المشكلة وبكثرة، ويقوم المرشد باستشارة المسترشد للحصول على المعلومات ويقدمها له بالمساعدة المباشرة والنصح المباشر، ويناقش معه قراراته، ويقدم له حلولاً جاهزة، ويعلمه ويخطط له، ويكون المسترشد بهذه الحالة مستقبلاً للمعلومات، ويأخذ الحوار، ويتلقى التعليمات وهو يُعتبر سلبياً بنسبة معينة. (أبو أسعد وعريبات، 2012، ص246).

5-4- نقد نظرية السمات والعوامل:

ورغم الإسهامات الواضحة لنظرية السمات والعوامل في الإرشاد النفسي إلا أنه يوجه إليها بعض الانتقادات، أهمها:

- لا يوجد اتفاق عام حول معاني السمات والعوامل.
- التحليل العامل أسلوب إحصائي كثيراً ما أحسن استخدامه، وكذلك أسوأ استخدامه في بعض الأحيان.
- لم تتمكن النظرية حتى الآن من تقديم وصف كامل للشخصية على كل أبعادها.
- بالنسبة لوحدة وتكامل الشخصية الإنسانية وضرورة فهمها فهما متكاملتان فإن البعض يشكون في قيمة نظرية السمات والعوامل كنظرية أساسية في ميدان الإرشاد والعلاج النفسي. (زهران، 1977، ص126).

6- الاتجاه العقلاني الانفعالي السلوكي لصاحبه إيليس (Ellis):

يذكر كوري (1996) أن الإرشاد العقلاني الانفعالي كأحد أساليب الإرشاد المعرفية يقوم على افتراض أن الإنسان يولد ولديه الفرصة لأن يكون عقلياً مستقيماً في تفكيره، أو لاعقلانياً مُعوجاً في التفكير، ولديه نزعة فطرية للحفاظ على بقائه، وعلى النمو وتحقيق الذات، وعلى السعادة والحب والعيش الجماعي مع الآخرين، إلا أنه أيضاً يمتلك ميلاً طبيعياً لتدمير الذات وتجنب التفكير، والتسوية ومعاودة الوقوع في الأخطاء والتفكير الخرافي، وعدم الصبر أو

الاحتمال والنزعة إلى الكمال، ولوم الذات، وتجنب تنمية الإمكانيات التي تحقق الذات، هذا الميل يوجد لدى جميع الناس بغض النظر عن مستوى تعليمهم وثقافتهم. (شاهين وحمدى، 2007).

6-1- الفروض والتصورات النظرية:

ويقدم إيليس (Ellis) بعض الأفكار والتصورات والفروض حول طبيعة الإنسان والاضطرابات الانفعالية، والتي يلخصها باترسون (Patterson) فيما يلي:

- الإنسان كائن عاقل متفرد في كونه عقليا و غير عقلائي، فحين يفكر ويتصرف بعقلانية يصبح ذا فاعلية ويشعر بالسعادة والكفاءة.
- إن الاضطراب الانفعالي والنفسي هو نتيجة للتفكير غير العقلاني وغير المنطقي، ويصاحب الانفعال التفكير.
- ينشأ التفكير غير العقلاني في أصله إلى التعلم المبكر غير المنطقي والذي يكون والفرد مهياً له من الناحية البيولوجية والذي يكتسبه بصفة خاصة من والديه ومن المجتمع.
- إن البشر هم كائنات ناطقة، وفي المعتاد أن يتم التفكير عن طريق استخدام الرموز واللغة، وطالما أن التفكير يصاحب الانفعال فإن التفكير غير المنطقي من الضروري أن يثابر إذا استمر الاضطراب الانفعالي، ويبقى الشخص المضطرب على اضطرابه محافظاً على السلوك غير المنطقي عن طريق الكلام الداخلي والأفكار غير المنطقية.
- إن استمرار حالة الاضطراب الانفعالي نتيجة لحديث الذات لا يتقرر بفعل الظروف والأحداث الخارجية فقط، وإنما يتحدد أيضاً من خلال إدراكات الفرد لهذه الأحداث واتجاهاته نحوها.
- ينبغي مهاجمة وتحدي الأفكار والانفعالات السلبية أو القاهرة للذات، وذلك بإعادة تنظيم الإدراك والتفكير بدرجة يصبح معها الفرد منطقياً وعقلانياً، وهدف الإرشاد والعلاج النفسي هو أن يوضح للمسترشد أن حديثه مع ذاته (حديث النفس) هو المصدر الأساسي للاضطراب الانفعالي، وأن يبين له كيف أن هذه الأحاديث الذاتية غير منطقية، وأن يساعده على تعديل تفكيره، بحيث يصبح أكثر عقلانية وبالتالي تقل الانفعالات السلبية أو قهر الذات أو تنتهي تماماً. (الشناوي، 1994، ص 97).

- الإنسان ليس ضحية لظروفه أو لماضيه، ولكن الطريقة التي يتحدث بها الفرد إلى الآخرين أو يحدث بها نفسه هي التي تحدد مدى تكيفه. (الغامدي، 2009، ص24).
 - تأثير توقع الفرد على انفعاله وسلوكه: إذ يؤدي توقع الفرد الذي تسيطر عليه الأفكار اللاعقلانية إلى حدوث الاضطراب الانفعالي، وإلى الاستجابة بطريقة خاطئة، بينما عندما يستخدم الفرد توقعات تعتمد على الأفكار العقلانية عن نفسه وعن الآخرين، يساعده في التخلص من الاضطراب الانفعالي وتعديل السلوك.
 - الوعي والاستبصار وتبنيه الذات: وهي من العمليات المعرفية التي لها دور هام في القيام بسلوك معين أو العمل على تغيير هذا السلوك وتعديله إلى الأفضل.
 - التصور والتخيل: إن تفكير الأفراد فيما يحدث حولهم يكون بطريقة لفظية بالكلمات والجمل، وأيضاً بطرق غير لفظية كالتصور والتخيل والأحلام، وهي تلعب دور الوسيط المعرفي، الذي يؤثر في انفعال الفرد وسلوكه.
 - تأثير خصائص الفرد من دافعية وغرضية وسببية على الانفعال والسلوك: إن هذه الخصائص عندما تكون قائمة على أفكار لاعقلانية، فإنها تؤدي إلى زيادة الاضطراب الانفعالي لدى الفرد، وعندما يعمل الفرد على فهم وتغيير هذه الخصائص وملاعتها لقدراته فإنه يقلل من اضطرابه ويعدل من سلوكه. (دردير، 2010، ص17-18).
- 3-6- سلبيات الاتجاه العقلاني الانفعالي السلوكي (REBT):
- عدم تأكيدها على العلاقة العلاجية بين العميل والمرشد أو على الألفة الواجب تكوينها.
 - يؤكد أنصار (REBT) على أنه يجب مواجهة العميل منذ البداية بالأفكار اللاعقلانية التي يحملها دون اعتبار لعامل الزمن.
 - تأكيدها على أن المرشد يجب أن يكون مهاجماً قوياً منذ البداية وحتى النهاية على العميل، وهذا يؤدي إلى أن يعرف المرشد المشكلة تعريف خاطئاً.
 - تأكيدها التام والكلي على تغيير عواطف وانفعالات الشخص عن طريق تغيير طريقة تفكيره نحو الإيجابية.
 - أنها تؤثر بشكل فعال مع الأشخاص الأذكى والنشطين، وليس مع من يعانون من اضطرابات عنيفة. (الزيود، 2008، ص270).

6-4-الاتجاه المعرفي بيك(Beck):

من بين نماذج الإرشاد نموذج بيك(Beck)، حيث يرى أن الهدف من الإرشاد المعرفي هو تصحيح نمط التفكير لدى المسترشد أو المريض، بحيث تصحح صورة الواقع في نظره ويصبح التفكير منطقياً، ويركز الإرشاد المعرفي على حل المشكلات. (بلان، 2015، ص360).

يرى المعرفيون أنّ الإنسان نفسه هو المسؤول عما يقوم به من أعمال وليس الناس من حوله، وأن الإنسان قادر على التخلص من الحالة التي هو عليها عن طريق تصحيح الاستنتاجات الخاطئة، وهو قادر أيضاً على أن يحلّ جميع مشكلاته، ولكنه بحاجة ماسة إلى من يأخذ بيده ويوجهه. (أبو أسعد وعريبات، 2012، 220).

6-4-1-الفروض والتصورات النظرية:

ويمكن تحديد أهم الافتراضات الأساسية التي يستند عليها الإرشاد المعرفي حسب ما أكّده، وجاء به بلان (2015) بما يلي:

- الاضطرابات الانفعالية هي نتاج نماذج وأساليب خاطئة ومختلة وظيفياً، أي أن الأفكار والاعتقادات لدى الفرد هي المسؤول الأول عن حدوث انفعالاته وسلوكه.
- هناك علاقة تبادلية بين الأفكار والمشاعر والسلوك، فهي تتفاعل مع بعضها بعضاً، ولهذا فالعلاج يشمل التعامل مع المكونات الثلاث معاً.
- أن المعارف السلبية الخاطئة وأنماط التشويه المعرفي متعلمة يتعلمها الفرد من الخبرات السابقة وأحداث الماضي.
- أن الأبنية المعرفية للفرد (الأفكار والصور العقلية والتخيلات والتوقعات والمعاني...) ذات علاقة وثيقة بالانفعالات والسلوكيات المختلة وظيفياً.
- أن المعارف المختلة وظيفياً قد تبدو غير منطقية للآخرين، ولكنها تعبر عن وجهات نظر العميل الشخصية عن الواقع.
- التحريفات المعرفية تعكس وجهات نظر غير واقعية وسلبية للعميل عن الذات والعالم والمستقبل.
- تعديل الأبنية المعرفية للعميل يشكل أسلوباً هاماً لإحداث تغيير في انفعالاته وسلوكه.

- التحريفات المعرفية يتم استثارها غالبا عن طريق أحداث الحياة غير الملائمة بالإضافة إلى أنه قد تم الإبقاء عليها عن طريق الإدراك الثابت للقواعد والمخططات.
- المخططات المعرفية هي الأساس المسؤول عن انتظام وتصنيف وتقييم الخبرات الجديدة للفرد وذكريات الأحداث الماضية والحكم عليها.
- إن المخططات غالبا ما تنمو مبكرا في الحياة ويتم تشكيلها عن طريق الخبرات الملائمة.
- إن المخططات المعرفية المختلة وظيفيا هي المسؤولة عن الاضطرابات الانفعالية للفرد.
- إن تغيير الأفكار والاعتقادات السلبية للفرد يترتب عليها تغيرات جوهرية في الانفعالات والسلوك. (ص 359).

6-4-2- مستويات الأفكار عند بيك:

ويركز بيك على ثلاثة مستويات من المعرفة، وهي:

الأفكار الأوتوماتيكية: ويطلق عليها أيضا الحوار الداخلي أو الحديث الذاتي أي الحديث داخل النفس وما يدور بها من حوار داخلي وهو الذي لا يلاحظه الشخص غالبا وعادة ما تعكس فيه الأفكار التي تسبب ضغطا أو عدم قدرة على التكيف والنظرة السلبية للمستقبل والشك في الذات والتشويش والانزعاج بشأن الحياة وقد أشار بيك إلى هذه الاعتبارات نحو الذات والعالم والمستقبل على الثالث المعرفي.

العمليات المعرفية: وتشتمل على كيفية وأسلوب تفاعل الفرد مع المثير؛ أي طرق تقديم المعلومات عن البيئة والذات وأسلوب التنبؤ وتقييم أحداث المستقبل، فعندما ينجم عن العمليات المعرفية نتائج لا تتفق مع المقاييس الموضوعية للواقع فإنها تكون محرقة، وعندما ينتج عنها نتائج سلبية تؤدي إلى التوتر عن الذات، وتكون مشوهة، وهذه الانحرافات المعرفية تشمل على عدة عمليات منها:

لوم الذات: نظرا لوعي الفرد بنقائصه، والتي تعطي له مفهوما غير إيجابي عن الذات وانخفاض المستوى النقدي للذات.

التفكير المتجمع: التفكير في الحصول على كل شيء أو لا شيء.

الاختيار التجريدي: والذي يشير إلى الوصول إلى النتائج السلبية من أحد التفاصيل اتجاه السياق والجوانب الإيجابية.

الاستنتاج العشوائي: والذي يشير إلى الوصول للنتائج دون أن تدعمه أدلة ثابتة.

التعميم الزائد: والذي يشير إلى اعتناق معتقدات متطرفة قائمة على بعض الأحداث وتطبيقها على مواقف مختلفة.

المبالغة: وتشير إلى تقييم معنى مبالغ فيه للأحداث السلبية.

التركيبات المعرفية أو المخططات: وتتضمن المعتقدات أو الافتراضات التي تؤثر في ما يعتني به الفرد من تأويله للأحداث، فهي تكوّن الهيكل الأساسي الذي يستخدمه الفرد للإدراك والفهم والتفكير والتذكر فيما يحيط به في هذا العالم. (عطية، 2010، ص76).

أوجه التشابه والاختلاف بين نظريات الإرشاد النفسي:

إن أوجه التشابه بين النظريات أكثر من أوجه الاختلاف، وهذه النظريات وإن اختلفت فهي تختلف بدون تعارض، فالأسس واحدة خاصة فيما يتعلق بالعلاقة بين المرشد والعميل، وعلينا أن نعلم أن الاختلاف أساساً هو أن كل نظرية تقوم على ملاحظات ودراسات تجريبية، وممارسات إكلينيكية تختلف عن بعضها البعض، وأن الاختلاف بين النظريات يفيد بأنها في الحقيقة مجتمعة، وتعلّمنا الكثير، وأنّ كلا منها يعلّمنا شيئاً، ونستطيع نحن انتقاء ما يفيدنا.

أولاً: أوجه الشبه بين نظريات الإرشاد:

- 1- جميع النظريات تؤكد أن على المرشد أو المعالج إعطاء التقبل والأمان والاطمئنان للعميل وهدفها واحد هو تحقيق الذات.
- 2- كل النظريات تحاول فهم كيف ينشأ القلق وكيف تهب وسائل الدفاع وأساليب التوافق وكيف يمكن تعديل السلوك.
- 3- أن الفرد لديه دوافع وحاجات وقوى حيوية تتحكم في سلوكه.
- 4- أن التعلم خطوة أساسية من أجل تحقيق التوافق النفسي عن طريق تغيير وتعديل السلوك.
- 5- أن أهم ما في عملية الإرشاد هو العلاقة الإرشادية التي تتسم بالجو النفسي المتقبل الخالي من التهديد، الذي يحرر قوى النمو والتوافق لدى الفرد لتحقيق الصحة النفسية.

ثانياً: أوجه الاختلاف بين نظريات الإرشاد:

- 1- توجد اختلافات حول الأهمية النسبية للمحددات الشعورية والمحددات اللاشعورية للسلوك.
- 2- تختلف النظريات حول الدور الذي يلعبه التعزيز.

- 3- تختلف النظريات حول أهمية الحياة الماضية بالنسبة للمريض في الطفولة.
- 4- تختلف النظريات حول أهمية البيئة وعضوية الجماعة في السلوك.
- 5- تتفاوت النظرة إلى أهمية الخبرات الخاصة والذاتية، فالبعض يؤكد أهمية السلوك الملاحظ، والبعض يؤكد أهمية الخبرات الداخلية.
- 6- تحترم بعض النظريات الاختبارات النفسية وتعظمها، بينما تؤكد بعضها أن الأساس الأهم هو مفهوم الفرد عن ذاته الذي يحدد سلوكه بصرف النظر عن درجات الاختبار.
- 7- تؤكد بعض النظريات أن الماضي يؤثر في الحاضر ويشير إلى المستقبل.
- 8- تؤكد بعض النظريات على (Now & Here)؛ أي هنا والآن. (الفرخ وتيم، 1999، ص77).

ثامنا: أهداف الإرشاد النفسي في التربية الخاصة وأهميته:

يعتبر ميدان التربية الخاصة عموماً أحد الميادين الحديثة التي لاقَت اهتماماً متزايداً من قبل المختصين والعاملين في مختلف المجالات المهنية، وقد شهد تطور هذا المجال انطلاقة قوية وسريعة نتيجة لعوامل ومتغيرات اجتماعية وثقافية عديدة إنسانية وأخلاقية وتشريعية، تنادي بضرورة إعطاء الحقوق الأساسية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة التي تتعلق بالصحة والتربية، والعمل على الوصول بهم إلى أقصى درجة ممكنة تسمح بها طاقاتهم وقدراتهم تأسياً بأقرانهم العاديين. هذا فيما يتعلق بشكل عام بالأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة، ولكن ماذا عن موضوعنا الأساسي ألا وهو أسر ذوي الاحتياجات الخاصة، فكما تؤثر الإعاقة في الطفل؛ فإنها تؤثر في حياة أسرته، وتؤدي إلى شعور الوالدين بصدمة وخيبة الأمل والإحباط والشعور بالذنب والقلق وعدم السيطرة أحياناً؛ مما يؤثر سلباً في بناء العلاقات والتفاعل بين الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة وأفراد أسرته، وذلك نظراً لمحدودية قدرته على النمو والتطبيع الاجتماعي، أو لصعوبة التفرغ الكامل من قبل الوالدين أو أحدهما لرعايته، وغالباً ما يعجز الوالدان عن مواجهة مشكلة طفلهم ذوي الاحتياجات الخاصة بطريقة واقعية وموضوعية لعدم معرفتهما الكافية ووعيهما باحتياجاته وقلة الكفاءات والمهارات اللازمة للتعامل معه، الأمر الذي يستلزم ضرورة تضمين رعاية الوالدين وإرشادهما ومشاركتها أهدافاً أساسية لا ينبغي إغفالها في برامج الإرشاد النفسي لذوي الاحتياجات الخاصة، وذلك لما لهذه المشاركة من دور هام في حياة الطفل، وفي إنجاح تلك

البرامج، ويراعي إرشاد الوالدين جنباً إلى جنب مع الطفل لتعديل سلوكه الشخصي، وإزالة عوامل التوتر وعدم الانسجام في المحيط الأسري، وإشراك الوالدين في برامج رعاية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة اللازمة لتحقيق التكامل والفعالية لهذه البرامج؛ نظراً لما تلعبه من دور هام في التنشئة الاجتماعية للطفل، ورعاية جوانب نموه المختلفة.

فبذلك يؤكد كل صبحي وتيسير(1994) على ضرورة تلازم عملية إرشاد الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة مع عملية إرشاد والديه وذويه من إخوة وبقية أفراد أسرته. (ص67).

أهداف الإرشاد النفسي في التربية الخاصة:

تهدف عملية الإرشاد النفسي في ميدان التربية الخاصة بصفة عامة إلى ما يلي:

- تحسين الظروف البيئية التي يعيش فيها الطفل عن طريق الوالدين وتبصيرهما بخصائص نموه، وتدريبهما على كيفية التعامل معه، وتشجيعهما على تجاوز مرحلة الأزمة في تقبل الطفل والاعتراف بمشكلاته وقبول إعاقته.
- مساعدة الوالدين على تنمية استعداداتهما النفسية وعلاج مشكلاتهما الزوجية والأسرية وغيرها حتى تكون أسرة متماسكة قادرة على رعاية طفلها من ذوي الاحتياجات الخاصة.
- مساعدة إخوة وأخوات الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة وإرشادهم نفسياً وتربوياً قصد تقبل حالة أخيه ومطالب نموه وتخفيف مشاعر القلق والتوتر التي تنتابهم وإرشادهم بأهمية تعليم وتدريب وتأهيل أخيه في مرحلتي الطفولة والمراهقة، وتدريب الإخوة على معاملته معاملة حسنة وتكوين اتجاهات إيجابية نحوه.
- مشاركة الوالدين في جماعات مع أطفالهم ذوي الاحتياجات الخاصة، أو ما يعرف بالإرشاد الجمعي، لأنّ مثل هذه التجمعات تكون فاعلة ومؤثرة في أغلب الظروف والمشكلات.
- الكشف المبكر من خلال عملية الفرز.
- التقييم الشامل لمحاولة التعرف على الإمكانيات وأوجه الضعف والقصور.
- رسم البرنامج الفردي أو الجماعي وتنفيذه حسب طبيعة الحالة. (القيروني وآخرون، 1995، ص 25).

خلاصة الفصل:

إنّ الإرشاد النفسي يعمل على تقديم أفضل الخدمات النفسية والتربوية للأفراد والجماعات، ولا يتحقّق ذلك إلّا من خلال تضافر جهود المرشدين الأكفاء؛ الذين قد أحاطوا بكلّ ما تناولته نظريات الإرشاد النفسي، فيقطفون من كلّ بستان زهرة، ويجمعون بذلك باقة زهور أخرى يستنشقها المسترشدون المتعطّشون لمثل هذه الخدمات بطرق خاصّة وسلسلة يتّبعتها أولئك المرشدون؛ فنتحصّن حالهم، وترتقي شخصياتهم، ويتحقّق بذلك الهدف الأسمى للعملية الإرشادية.

الفصل الثالث:

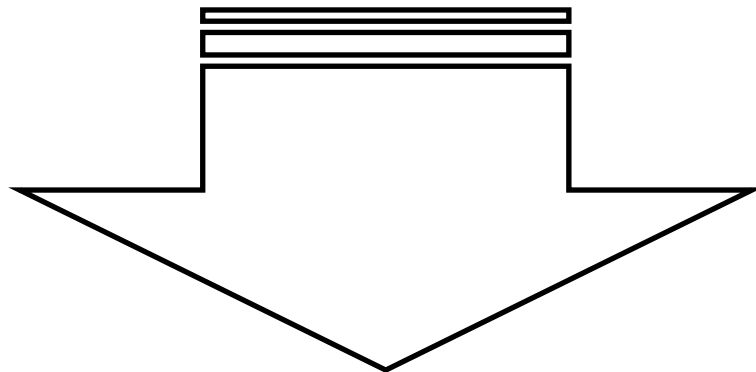
جودة الحياة

لدى أسر المعاقين ذهنيا

الفصل الثالث:

جودة الحياة لدى أسر المعاقين ذهنيا

- تمهيد
- جودة الحياة الأسرية
- مقومات جودة الحياة وفق منظمة الصحة العالمية
- النظريات المفسرة لجودة الحياة
- أهمية التدخل المهني مع أسرة المعاق ذهنيا لتحسين جودة حياتها
- جودة الحياة والإعاقة الذهنية
- دور جودة الحياة في تحقيق استقلالية المعاق
- حاجات أسرة الطفل المعاق ذهنيا
- خصائص أسرة الطفل المعاق ذهنيا
- مشكلات الطفل المعاق ذهنيا
- أدوار ووظائف الأسرة اتجاه الطفل المعاق ذهنيا
- تأثير وجود الأطفال المعاقين ذهنيا على جودة حياة الأسرة
- أهمية قياس جودة حياة أسرة المعاق ذهنيا
- خلاصة الفصل



تمهيد:

إن مشكلة الإعاقة الذهنية من المشكلات المتعددة الأبعاد، وآثارها لا تقتصر على الطفل المعاق فقط، بل تمتد إلى الأسرة كذلك، ونظرا لما أصبحت عليه توجهات البحوث في العصر الحديث بعد ظهور علم النفس الإيجابي وتبلور مفهوم الصحة النفسية كحالة من الرفاه؛ فقد بات من الضروري التركيز على تناول الإعاقة الذهنية كحدثٍ أسريّ ضمن مفاهيم جديدة كمفهوم جودة الحياة الذي قد اكتسب بدوره أهمية كبيرة وخاصة في علم النفس الإيجابي.

فجودة الحياة التي تسعى إليها الأسر تتحدد من خلال عدة عوامل تتداخل فيما بينها، ومن خلال هذا الفصل سنتعرف على مفهوم جودة الحياة الأسرية بصفة عامة، وإبراز أهم خصائصها، ومقوماتها والنظريات المفسرة لها، كما وسنخرج إلى أهمية التدخل المهني مع الأسرة لتحسين جودة حياتها، وبعدها سنتكلم عن الإعاقة الذهنية، ودور جودة الحياة في تحقيق استقلالية المعاق، وعن حاجات وخصائص ومشكلات أسرة الطفل المعاق ذهنيا، وأدوار ووظائف الأسرة اتجاه الطفل المتخلف ذهنيا، والإشارة إلى تأثير وجود الأطفال المعوقين ذهنيا على جودة حياة أسرهم، وإلى أهمية قياس جودة الحياة لأسرهم.

1- جودة الحياة الأسرية:

تعتبر الأسرة أولى المجتمعات التي يتعامل معها الفرد في حياته وأساس كل المجتمعات، فنجاح الأسرة واستقرارها مؤشر قوي لاستقرار المجتمع ورفاهيته.

تعريف الأسرة :

لا خلاف في أن الأسرة هي أساس المجتمع ولبنة من لبناته، فهي المسؤولة على تنشئة الأفراد وإكسابهم مهارات الحياة ومعارفها، وفيها تتكون ميولاتهم وعواطفهم، وتشكل الأسرة مركزاً لبناء الهوية الذاتية، وأساس صحة أبنائها النفسية وحصانتهم الخلقية، كما تنمي في نفوسهم بذور احترام الذات والثقة بالنفس، فبمقدار استقامة أمور الأسرة تستقيم النظرة إلى نوعية الحياة. والأسرة هي أكثر من تجمع من الأفراد الذين يتفاسمون حيزاً مكانياً ونفسياً خاصاً، فهي منظومة طبيعية لها خصائص تميزها عن سواها، وطورت طاقماً من القواعد والأدوار المحددة لأفرادها، حيث يرتبط الأفراد ضمن هذه المنظومة بارتباطات عاطفية متبادلة ومستمرة، فالأسرة هي الجماعة المرجعية الأولى التي ينشأ بها الفرد ويؤدي أكبر تأثير في تنشئته الاجتماعية، حيث تنمو البذور الأولى لسماته الشخصية وفيها يقضي الفرد معظم وقته، ويتحدد توافقه الأسري في ضوء ظروفها ومدى قيامها بمسؤولياتها في رعاية الفرد وتحديد مطالبه. (أبو زعزع، 2009، ص369).

ويعرف كولي الأسرة بأنها الجماعات التي تؤثر على نمو الأفراد وأخلاقهم منذ المراحل الأولى من العمر وحتى يستقل الإنسان بشخصيته ويصبح مسؤولاً عن نفسه وعضواً فعالاً في المجتمع (سعد وآخرون، 2016، ص22).

مفهوم جودة الحياة الأسرية:

تعبّر جودة الحياة الأسرية عن الاهتمام بالحالة النفسية للفرد، والتي تتأثر بدورها بكثير من الصعوبات التي تواجهه في حياته، وتؤثر على نوعية وطبيعة حياته ومستوى الصحة النفسية لديه، ويمكن تحقيق جودة الحياة الأسرية في مقدار التآلف والمحبة والاحترام داخل الأسرة نفسها، فهي مركز مشاركة يتقاسم فيها الآباء والأبناء الواجبات والحقوق، ويؤدي كل فرد ما عليه ويأخذ ما يحتاجه.

وعرّف بارك جودة الحياة الأسرية بأنها اعتقاد الأفراد في أنفسهم بأنهم جزء من الأسرة، ويرتبطون من خلال صلة الدم أو الزواج أو غير ذلك، ويرعون بعضهم البعض على أسس وقواعد منظّمة، وهي الدرجة التي تُشبع عندها حاجة أفرادها للالتقاء أو التجمّع واستمتاعهم بحياتهم معاً، وتوفّر الفرص لهم لإنجاز أهدافهم التي تعتبر هامة بالنسبة إليهم. (عبد الوهاب وشند، 2010).

الخصائص المميزة لمفهوم جودة حياة الأسرة:

يمتاز مفهوم جودة حياة الأسرة بعدد من الخصائص التي يمكن تلخيصها من خلال النقاط التالية: (Turnbull et al. 2004).

- ✓ الطبيعة الديناميكية: حيث تتغير نظرة الأسرة لجودة الحياة بتغير ظروف الحياة.
- ✓ العلاقة بامتداد الحياة: ترتبط جودة الحياة لدى الأسرة بامتداد الحياة، الذي يرتبط بالطبيعة.
- ✓ الديناميكية لجودة الحياة: وهو ما يؤكد ضرورة النظر للأسر والأفراد في أزمة مختلفة، وأن يؤخذ كيفية تأثير مراحل الحياة السابقة على القادمة بعين الاعتبار.
- ✓ الطبيعة الشمولية: فجميع العوامل المؤثرة على جودة الحياة مترابطة، ويؤثر بعضها ببعض وكذلك حياة أفراد الأسرة.
- ✓ تعتمد جودة حياة الأسرة على الإدراك والقيم، وعلى أنه من الممكن التوصل إلى وجهة نظر الأسرة نحو جودة الحياة خلال مدركات أفرادها.
- ✓ التنوع: فتنوع وتختلف جودة الحياة من أسرة إلى أخرى، ويختلف مستوى تحقيق الأسر لإنجازاتها، ومدى توافر الفرص واستغلالها، كما تختلف الأسر في مستوى الرضا، لذلك يجب الأخذ بعين الاعتبار تنوع واختلاف الاحتياجات، ولا يعني ذلك عدم وجود معايير عامة لتحسين جودة حياة الأسرة.
- ✓ الصور الذاتية للأسرة وأفرادها: وتمثل طريقة الأسرة في إدراك ذاتها ككيان اجتماعي مميز.
- ✓ علاقة جودة الحياة بالقضايا الاجتماعية: فالأسر التي تعيش ضمن مجتمعات، تؤثر خصائص هذه المجتمعات وأنشطتها بشكل كبير على جودة حياة الأسرة.

2- مقومات جودة الحياة وفق منظمة الصحة العالمية:

الصحة الجسدية: هي القدرة على القيام بوظائف الجسم الديناميكية وسلامته، مثل اللياقة البدنية .
 الصحة النفسية: القدرة على التعرف على المشاعر والتعبير عنها، وشعور الفرد بالسعادة والراحة النفسية دون اضطراب أو تردد.
 الصحة الروحية: هي صحة تتعلق بالمعتقدات والممارسات الدينية، للوصول إلى الرضا مع النفس.
 الصحة العقلية: وهي صحة تتعلق بالقدرة على التفكير بوضوح وتناسق، والشعور بالمسؤولية والقدرة على حسم الخيارات واتخاذ القرارات وصنعها.
 الصحة الاجتماعية: هي القدرة على إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين والاستمرار بها والاتصال والتواصل معهم واحترامهم. (بوعيشة، 2004، ص25).

3- النظريات المفسرة لجودة الحياة:

3-1- نظرية التحليل النفسي:

يذكر فوزي جبل (2001) أن فرويد هو الأب الشرعي للتحليل النفسي فهو يرى أن الشخصية تتكون من ثلاثة أنظمة هي الهو والأنا والأنا الأعلى، فالهو هو الذات اللاعقلانية والتي لا تقيم وزناً لمعايير المجتمع، وتتضمن الغرائز الجينية والعدوانية، وهي تقوم على مبدأ اللذة الفورية، أما الأنا فهي الضابط الوسيط، حيث تقف بالمرصاد لأفعال الهو حتى لا تخرج إلى عالم الواقع، أما الأنا الأعلى فهي منظومة اجتماعية تسعى لطبع الشخصية أخلاقياً وفق النمط الثقافي السائد في البيئة والمجتمع وذلك في ضوء الواقع المثالي، وتتبثق من الأنا وتتفرع مع الحياة، فهي تتجه نحو المثالية في تجاوز الواقع، فتحكم عليه حكماً قيمياً بالصواب أو بالخطأ في نسق السلوك وتمثيل دور الأنا العليا في الكف لكل رغبات الهو من الجنس والعدوان. (ص135)

ويرى الباحثان من خلال هذه النظرية أن الشخص الذي يستطيع الموازنة بين الهو والأنا والأنا الأعلى يتمتع بجودة حياة جيدة.

3-2- النظرية السلوكية:

ذكر ربيع (2006) أن الاهتمام الرئيسي لهذه النظرية هو السلوك، فهي ترى أن معظم سلوكيات الإنسان متعلمة، وهي بمثابة استجابات لمثيرات محددة و موجودة في البيئة التي تركز على كيفية تعلم السلوك وتعديله، وهذه النظرية ترى أن الإنسان عبارة عن آلة يتصرف من خلال قوانين وأساليب استجابة للقوة الخارجية أو المتغيرات التي تؤثر عليه، وهذا يشير إلى أن للشخصية سمات مكتسبة ومتعلمة، والتعلم يفيد في احتمال حدوث الاستجابة مرة أخرى عن طريق الإشارات الإجرائي، وعن طريق التعزيز أي الثواب والعقاب. (ص220)

ويرى الباحثان وفقاً لهذه النظرية أن الوصول إلى جودة الحياة المرغوبة مرتبط بالبيئة المحيطة به.

3-3- نظرية ماسلو للحاجات:

يذكر الغندور (1999) أن لبّ موضوع جودة الحياة يتمثل في شكل هرم ماسلو، والذي يعبر عن الحاجات المتمثلة في:

1. الحاجات الفسيولوجية.
2. الحاجة للأمن.
3. الحاجة للانتماء.
4. الحاجة لتحقيق الذات.
5. الحاجة لتقدير الذات.
6. الحاجة إلى المعرفة.

4- أهمية التدخل المهني مع الأسرة لتحسين جودة حياتها:

إن المهنيين يقدرّون أهمية الأسرة في توجيه نمو الطفل وكذلك أهمية البيئة الخارجية، أي الدعم المهني والدعم الاجتماعي في أداء الأسرة، وترتبط هذه الآراء حول تنمية المعوق بشدة مع جودة الحياة في نظام الأسرة، والذي يؤكد على أهمية التفاعل الأسري وكيفية تأثر أعضاء الأسرة ببعضهم البعض، فعندما تكون الأسرة صحية جسدياً ونفسياً يكون أفرادها أقدر على تسهيل وتعزيز رفاه المعوق ونموه، وقد أدى هذا بدوره إلى الاعتقاد بأن برامج التدخل المبكر في مرحلة الطفولة

يمكن أن تؤثر بشكل غير مباشر على المعوقين من خلال التركيز على جوانب أخرى من نظام الأسرة وتعزيز نظام جودة الحياة فيها.

لقد ظهرت أهمية تقديم الدعم الأسري وتقديم الخدمات باستخدام النهج الذي يركز على الأسرة بوصفها عنصراً حيوياً في توفير الخدمات، فالنهج الذي يركز على الأسرة معترف به على نطاق واسع باعتباره فلسفة مهمة في توفير الخدمات للمعوقين وأسرههم، والممارسات المهنية التي تركز على الأسرة تعترف بأن الأسر هي كيانات فريدة من نوعها، وأنها العمود الفقري في حياة المعوق، ولذا ينبغي اعتبار الأسر كمختصين في قدرات أبنائهم واحتياجاتهم. (Davis et al. 2009)

إن دور الأسرة هو أن توفر الدعم الضروري للأفراد المعوقين عقلياً، وبالتالي فإن وجود المعوق في البيت يؤثر على جودة حياة الأسرة، والتفاعل بين أفرادها يكون بالتركيز على الشخص المصاب بالإعاقة، ويصاحب ذلك أحياناً عواقب وخيمة. ومن هنا فإن أحد الجوانب المهمة لتطبيق جودة الحياة هو جعلها ذات صلة بالأسرة كوحدة واحدة. ويشدد الدعم الذي يركز على الأسرة على أهمية أن يلعب الآباء دوراً فعالاً في رعاية أبنائهم، والحاجة للتعامل مع الأسر باحترام ودعم بما في ذلك تزويد الآباء والأمهات بجميع المعلومات ذات الصلة بما يحتاجون إليها لاتخاذ قرارات يعتبرونها مهمة بالنسبة لهم، وأن معرفة هذه المعلومات عن حالة إبنهم وكذلك العناية الداعمة هو عامل حيوي لتحسين شعورهم وضبط نمط حياتهم وجودتها، وأن تنفيذ خدمات التدخل المهني التي تستهدف احتياجات الوالدين بما يخص الشراكة والمعلومات والتفاهم يؤثر بشكل كبير على جودة حياة الأسرة ويخفف من مستوى الإجهاد الأسري. (Roy et al, 2009)

وهناك عوامل تلعب دوراً في مثل هذا التدخل المهني مع أسرة المعوق كطول برنامج التدخل، وموقع تقديم الخدمة، ومدى استمرار التواصل بين المعوق والوالدين وبين المهنيين. إن هذه العوامل ترتبط أيضاً بتحسين جودة الحياة الأسرية، بالإضافة إلى الدعم الاجتماعي الذي يشكل مكوناً أساسياً للممارسة التي تركز على الأسرة. (Davis et al, 2009)

5- جودة الحياة والإعاقة الذهنية:

إن مصطلح جودة الحياة يشير إلى كيفية الاستمتاع بمجالات الحياة المختلفة ويتطلب ذلك فهم الفرد لذاته وقدراته، وهي ملائمة لعلاقات الطفل داخل الأسرة والخدمات التربوية والصحية وبرامج التأهيل والخدمة الاجتماعية، ومع ذلك فقد درست مع الأطفال المعوقين ذهنياً وذوي الاضطرابات العضوية والنفسية.

ومفهوم جودة الحياة للمعوق ذهنياً يعكس إلى أي مدى يرى المعوق مجالات حياته جيدة ليعيش إحساساً بالرضا والتوافق النفسي والاجتماعي والفاعلية النشطة في مواقف ومجالات الحياة المختلفة، وفي ضوء أهدافه وتوقعاته واهتماماته وطموحه. (محمد، 2006، ص81)

لقد تغيرت النظرة الاجتماعية للمعوقين بشكل كبير خلال السنوات الثلاثين الماضية، ويتجلى هذا التغيير في تطور الاتفاقات الدولية الرامية لتوجيه السياسة العامة للدول، بعد صدور الإعلان العالمي لحقوق الإنسان عام 1948 وإعلان حقوق الأشخاص المعوقين عقلياً عام 1971 الذي حدد حقوق المساواة والحقوق الأساسية للأشخاص ذوي الإعاقة العقلية ولكن هذه الحقوق لن تكون كافية إذا لم تقترن بفرص لممارسة هذه الحقوق، فذكرت القواعد والشروط الاجتماعية والسياسية لتحقيق المساواة، والاستقلال الذاتي، وعدم التمييز، والمشاركة والدمج في المجتمع، والاتفاقية تؤكد أن الأشخاص ذوي الإعاقة يجب أن يكونوا قادرين على المشاركة الكاملة في جميع جوانب الحياة، وتحدد الشروط والمواقف القانونية اللازمة لتحقيق هذه المشاركة والمجالات التي يجب المشاركة بها لنوعية حياة أفضل، هي: الحقوق، الحكم الذاتي، حق الاختيار وتقرير المصير، الاستقرار المادي، الصحة الجسمية، الاستقرار العاطفي، التنمية الشخصية (WIL.H.E. 2010)

إن مفهوم جودة الحياة خلال الثمانينات والتسعينات كان يستخدم بشكل واسع أساساً في مجال الإعاقة الذهنية كمفهوم توعية، وأدى ذلك إلى تأسيس وتوجيه الجهود الأولية لفهم عناصره وتطبيقاته المحتملة، وقد ظهر مفهوم جودة الحياة في مجال الإعاقة الذهنية بشكل ملموس نتيجة مصادر رئيسة، هي: (Claudia. 2010).

1- الاعتقاد بأن التطورات العلمية والطبية والتكنولوجية وحدها لا تؤدي إلى تحسين الحياة نحو فهم الشخصية والأسرة والمجتمع ورفاه المجتمع التي تبرز من تركيبات معقدة من هذه التطورات، بالإضافة إلى القيم والتصورات والظروف البيئية.

2- الخطوة المنطقية التالية من التطبيع التي شددت على الخدمات المجتمعية لقياس نتائج حياة الفرد وتطبيقها على المجتمع.

3- زيادة تمكين المنتفع تزامناً مع ظهور الحركات المطالبة بالحقوق المدنية، وتركيزها على تخطيط يتمحور حول الشخص والنتائج الشخصية وحق تقرير المصير.
ويمثل مصطلح جودة حياة أسر الأفراد ذوي الإعاقة بنية جديدة، تتألف من اتجاهين هما الممارسة المتمحورة حول الأسرة، وجودة الحياة الفردية، وتركز الممارسة المتمحورة حول الأسرة على ما يلي: (Bird & turnbull. 2005)

- احتياجات أفراد الأسرة بدلاً من التركيز على العلاقة الثنائية بين الأم والطفل.
- أهمية الأسر التي تعمل بشكل مشترك مع الأخصائيين لمناقشة أولوياتهم وأهدافهم.
ويركز اتجاه جودة حياة الفرد على مجموعة من المبادئ الرئيسية التي تقوم عليها نوعية الحياة الفردية وهي: (Bird & turnbull. 2005)

- جودة الحياة هي مجموعة من العوامل والعلاقات في حياة الأشخاص الذين يعانون من الإعاقة وهي نفسها علاقات ضرورية للأشخاص الذين لا يعانون من إعاقة.
- يتم تجربة جودة الحياة الفردية عندما تلبي احتياجات ورغبات الفرد، وعندما تتوفر الفرص لإثراء خبراته في مختلف المواقف الحياتية.
- لجودة الحياة الفردية عناصر شخصية، وأخرى موضوعية تمثل إدراك الشخص الذي يعكس جودة الحياة التي يعيشها الفرد.
- تعتمد جودة الحياة الفردية على الاحتياجات، والاختيارات، والسيطرة الفردية.
- إن جودة الحياة الفردية تمثل عنصراً متعدد الأبعاد يتأثر بالعوامل الشخصية والبيئية مثل: العلاقات العاطفية، والحياة الأسرية، والصدقات، والعمل، والخبرة، والسكن، والتعليم، والصحة، ومستوى المعيشة.
كما أن هنالك عدداً من المبادئ الأساسية المتعلقة بجودة حياة أسر الأفراد ذوي الإعاقة، والتي يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار، وهي:
- تتغير جودة حياة الأسرة كلما زادت خبرتها وخبرة أفرادها في الحياة.
- يؤثر أفراد الأسرة في بعضهم البعض.

- لا توجد جودة حياة معيارية لحياة الأسرة، والتي تقرر ما الذي تعنيه كلمة جودة بالنسبة إليهم. (عامر، 2011، ص188)

6- دور جودة الحياة في تحقيق استقلالية المعاق:

إن جودة الحياة هي إدراك الفرد لمكانته في الوجود في النسق الثقافي ونسق القيم والمعايير التي يعيش فيها في علاقاته، وحسب هذا التعريف فإن تقدير جودة الحياة يتطلب الاهتمام بـ:

- كافة إدراكات وأحاسيس وانفعالات و أفكار المعاق.
- كافة نشاطاته وأفعاله.
- كافة نجاحاته.
- كافة الأحداث والعوامل المؤثرة فيها. (نادية، 2010، ص5).

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

7- حاجات أسرة الطفل المتخلف ذهنيا:

الاحتياجات الأسرية: تتمثل في حاجة أسر المعاقين ذهنيا لأنماط متعددة من الدعم وهي:

- حاجات معرفية: و تشمل حاجة الوالدين الى المعلومات والبرامج الارادية للعمل مع أطفالهم بالإضافة الى الحاجة لتزويدهم بالأساليب المناسبة لمواجهة السلوكيات المضطربة لأطفالهم و كيفية التعامل معها.
- حاجات نفسية: تتمثل في الحاجة الى عدم الإحساس بالفشل في إنجاب الطفل الذي يعاني من إعاقة أيا كان حجمها، والحاجة لبناء علاقة عاطفية مناسبة لتنظيم العلاقة مع الطفل، و تطوير أساليب ملائمة للتعامل مع مشكلاته، والحاجة للاقتناع بأهمية عدم مقارنة الطفل المتخلف بأطفال آخرين، والحاجة لتنظيم المشاعر وضبطها والسيطرة على ردود الأفعال التي قد تؤدي لمشاكل أسرية، ودعم وإرشاد الإخوة والأخوات، وهذا يتطلب توفير النشرات والكتب المتخصصة التي تمكنهم من التعرف المبكر على مشكلاتهم و توفير البرامج التدريبية التي يمكن تطبيقها مع أطفالهم. (خالد عبد الغني، 2009)
- الحاجة للدعم الاجتماعي: يعتبر الدعم الاجتماعي بمثابة استراتيجية مواجهة خارجية تقلل من الضغط الأسري الناتج عن وجود الطفل ذو الاعاقة، وتزيد من مقدرة الاسرة على التكيف و تمثل، الاسرة الممتدة و الجيران، والأقرباء و الأصدقاء جماعات الدعم الاجتماعي غير الرسمي التي تحتاجه أسر الأطفال المتخلفين ذهنيا فمن خلال علاقاتهم الاجتماعية والاقتصادية لأسرة الطفل المعاق، ولكن هذا الدعم لا يكون دائما ذو جانب إيجابي؛ فقد يحتوي على نوع آخر سلبي، فجماعات الدعم الاجتماعي المذكورة قد تكون لها اتجاهات سلبية نحو التخلف الذهني، وتحدث أن يواجه الوالدان انطباعات و تعليقات سلبية عن حالة الطفل، مما يزيد من حدة العبء الملقى على عاتقهما، ويدفع بالأسرة إلى تجنب الطفل المعاق مثل هذه المواقف والمناسبات الاجتماعية، فيزداد الشعور بالوحدة و العزلة عند الطفل والوالدين، فيكون عليهما البحث في مكان آخر عن الدعم، ومن هذا وُجد أن أفضل مجموعات الدعم هي أسر الأطفال المعاقين نظرا للاشتراك في الأدوار والمهام البالغة الأهمية التي تؤديها؛ كتخفيف الوحدة والعزلة، وتقييم المعلومات، وتقييم نماذج الأدوار، وتقييم أساس المقارنة، حيث تشارك هذه الأسر نفس المشاكل والضغوط، كما تحدث الاستفادة من الأسر التي استطاعت التعايش مع علة الاعاقة بنجاح، كما

تقدم صوراً وواقعا صعبا تعيشه أسر الأطفال ذوي إعاقات أصعب وأساء من التخلف الذهني، وبالفعل يمكن أن تشكل أسر المعاقين مجموعة دعم اجتماعي ونفسي كبيرين لغيرها من الأسر.

(عبد اللطيف، ص122)

• الحاجة للدعم المادي: فالإعاقة تتطلب تكاليف أكبر في الإنفاق الطبي والتأهيلي والتربوي للمعاق؛ لذا يجب على الحكومات أن تتخذ تدابير اقتصادية تهدف الى منح قروض وإعفاءات ضريبية وإعانات ومنح مخصصة للأسر، وكذلك تخصيص بعض المميزات للأطفال المعاقين وأسره. (عبد اللطيف، ص124).

• الحاجة للدعم الرسمي المناسب: أكدت العديد من المنظمات الدولية التابعة لهيئة الأمم المتحدة على ضرورة توفير العديد من أوجه الدعم الرسمي لأسر المعاقين، والذي يقصد به مجموعة الخدمات التي تعتبر حقوقاً أصلية للإنسان المعاق وأسرتة، كالخدمات الطبية بشقيها الوقائية والعلاجية، والخدمات التعليمية سواء في قطاع التعليم العام أو التربية الخاصة، لأن التعليم حق للإنسان المعاق، ويجب توفير وتطوير المناهج بما يتناسب مع هذه الفئة، وكذلك يجب أن يكون إلزامياً ومتوفراً لكل أنواع ودرجات الإعاقة البسيطة منها والشديدة، وخدمات التأهيل الصحي التي تعني اهتمام وسائل الإعلام بثقافة الإعاقة من أجل توعية أعضاء المجتمع، وخدمات التأهيل المهني و التوظيف، والخدمات المتعلقة بتوفير الرعاية للطفل المتخلف ذهنياً بعد وفاة الوالدين؛ إذ لا يستطيع المعاق عقلياً الاستقلالية بحياته بسبب عدم كفاءته العقلية. (عبد اللطيف، ص125).

8- خصائص أسرة الطفل المتخلف عقلياً:

من الصعب أن نفهم خصائص أسرة الطفل المتخلف ذهنياً واحتياجاتها دون أن نشير إلى دورة الحياة الأسرية العادية، فلما كانت الأسرة بناءً ديناميكياً؛ فبمرور الوقت تحدث التغيرات في بنائها وأدواتها، وهذه التغيرات تؤثر على الطريقة التي يتفاعل بها أفراد الأسرة لمواجهة الأحداث كالإعاقة الذهنية واحتياجاتها، ودورة الحياة الأسرية سلسلة من المراحل التنموية، فهي تتغير بتغير الأدوار التي يلعبها أعضاها، وقد تتسبب هذه التغيرات في اضطراب أو احتياج أولي لتحقيق التوازن، لأنه لكل مرحلة عمرية وظائفها التنموية الخاصة بها، فما يقدمه الوالدان في مرحلة الرضاعة يختلف عما يقدمانه في مرحلة المدرسة، وفي حين يكون الترابط والاتصال ذو أهمية في

مرحلة الطفولة، والانطلاق والاستقلال يكون هدفا عندما يصل الأبناء إلى مرحلة المراهقة، وهكذا يكون هناك تغير دائم في الأدوار الأسرية. (الكاشف، 2000، ص91).

وبالنسبة لأسرة الطفل المتخلف ذهنيا نجدها تتميز بالخصائص التالية:

- استمراريتها في رعاية الابن المتخلف ذهنيا لفترات زمنية طويلة: إذ أنّ السمة الرئيسية التي تميّز أسر الأطفال المتخلفين ذهنيا عن الأسر الأخرى هي استمراريتها في رعاية هذا الابن وخاصة في حالات التخلف الشديدة أين قد تصل مدة الرعاية إلى 24 ساعة يوميا ولسنوات عديدة، مما ينهك الأسرة جسديا ونفسيا، فضلا عن الضغط المادي الذي تتطلبه الرعاية الطبية والنفسية والتربوية لهؤلاء الأطفال.
- التبعية المستمرة للطفل المتخلف ذهنيا للأسرة: فالابن يكون في حالة تبعية مستمرة اتجاه أسرته حسب درجة أو شدة الإعاقة، فإن كان الطفل ذوي الدرجة البسيطة أو المتوسطة من التخلف يمكنهم أن يصبحوا أقل اعتمادية على أسرهم مع مرور الوقت بالتدريب والتعليم، لكن ذوي الدرجة الشديدة والعميقة تكون قدرتهم على التوصل للاستقلالية محدودة أو منعدمة، فالأسرة تستغرق وقتها كله في رعايتهم.

9-مشكلات الطفل المتخلف ذهنيا:

في ضوء ما سبق يمكن القول أن اكتشاف حالة تخلف ذهني في الأسرة يشكل صدمة للوالدين، ثم يترتب عن تلك الصدمة مشكلات و تأثيرات عميقة لا يمكن التغاضي عن آثارها النفسية على كل أفراد الأسرة، فكما يقول كرينيك و آخرون (1983) أنه لا يوجد مكان يتأثر لوجود طفل معوق أكثر من الأسرة. ولذا نجد أسر الأطفال المتخلفين ذهنيا يواجهون جملة من المشكلات التي تحول دون استعداداتهم لرعاية أطفالهم والتعايش معهم، ومن ثم التكيف الاجتماعي، والتوافق النفسي مع الإعاقة، وقد أثبتت الدراسات أن أسر المعوقين أكثر عرضة للضغوط النفسية والاجتماعية من الأسر الأخرى، وتتمثل هذه الضغوط في:

- 1- **الضغط الشخصي:** أي ردود الأفعال الفردية مثل اليأس من الإنجاب في المستقبل، أو توقع وفاة الطفل المعوق.

2- **الضغط الوالدي (الآمال واليأس):** الإحساس بالذنب من خلال مسؤوليتهما عن إنجاب هذا الطفل خصوصا إذا تأكدا بأن لديهما سمات وراثية كانت سببا لذلك، مما قد يولد لديهما شعورا بفقدان الذات، ويرتبط بهذه الضغوط قرار إنهاء الحمل.

3- **ارتفاع احتمالات القابلية للتهديد بالأخطار:** حيث يتكوّن لدى الآباء قدر من الخوف على أبنائهم المتخلفين ذهنيا وخاصة مصيرهم بعد وفاتهما أو عجزهما، وتتجاوز هذه الأفكار من كونها وقتية وعابرة إلى هواجس دائمة تزداد حدتها كلما تقدم الطفل في العمر، وبالتالي يكون الوالدان عرضة للتهديد بالأخطار الاقتصادية والاجتماعية.

4- **ضغط البيئة وقيم المجتمع:** حيث يؤدي تكرار حدوث المرض الوراثي لأكثر من طفل بأسرة واحدة إلى وصم هذه العائلة بهذا المرض، مما يؤثر على الأجيال القادمة، وترتبط بهذه الضغوط المشكلات لها علاقة بقرار الإبقاء على الحياة الزوجية والإنجاب. (حلاوة، ص98-99).

كما وترتبط هذه الضغوط أيضا بمجموعة من المشكلات تتمثل فيما يلي:

- **صعوبة تكيف الطفل المعاق مع المجتمع:** وهي إحدى أهم المشكلات التي تواجه أسرة هذا الطفل الذي قد يتجه إلى إيذاء نفسه أو غيره، والتصرف بشكل سيء، فهو بحكم عدم كفاءته والقصور الشديد في قدراته العقلية والمعرفية قد لا يمثل المعايير الاجتماعية بشكل جيد مما قد يؤثر سلبا على أسرته سواء داخلها أو خارجها، كما أن هذا قد يؤدي إلى إساءة معاملته، وهو لا ينطبق على السلوك السيء فحسب، بل ينطبق أيضا على حالات الانطوائية، والخجل، والعزلة، والخوف الشديد من الناس التي يعاني منها كثير من الأطفال المتخلفين ذهنيا.
- **المشاكل السلوكية للطفل المتخلف ذهنيا:** يضطرب سلوك المتخلفين ذهنيا كما تضطرب حياتهم النفسية مثلهم في ذلك مثل العاديين، ويرى الباحثون أن اضطراب السلوك يرجع إلى المشكلات العضوية المصاحبة لحالات التخلف بقدر ما يعود إلى الظروف الاجتماعية والبيئية المحيطة به، فصحيح أن هذه الاضطرابات تحدث أساسا نتيجة إصابة الجهاز العصبي في مرحلة الطفولة مما يترك آثارا في وظائف هذا الجهاز، إلا أن التفاعلات التي تحدث لهؤلاء مع أسرهم، والبيئة و المجتمع معقدة جدًا لدرجة يصعب معها تحديد سبب واحد لهذه الاضطرابات السلوكية، ومع ذلك يمكن تحديد المجالات التي يمكن أن تسبب هذه الاضطرابات كما يلي: (عفيفة، ص90).

▪ الحماية الزائدة: حيث تحرم الأبناء من التمتع بنموهم النفسي والانفعالي، ومن

ممارسة مختلف النشاطات مما يؤدي إلى الشعور بالنقص و التبعية.

- فرض الآباء لأهداف أعلى من قدرات الطفل الحقيقية ومستواه الأدائي واستعداداته المهنية وإمكانياته، مما يدفعه الى الشعور بالفشل والإحباط والعدوانية كرد فعل معارض لسلوك الآباء.
- رفض بعض الأسر تقبل المتخلف ذهنياً والاتجاهات السلبية التي يتبنونها، والتي تؤدي إلى إظهار مشاعر الكراهية والحقد عليه، والخجل والتضايق منه، وعزله، ومنعه من ممارسة بعض النشاطات، وعدم رغبتهم في تحمّل مسؤولية العناية به، مما يؤثر على عمليات النمو العقلي والتفاعل والتكيف النفسي الاجتماعي له.
- المعاملات البيئية السيئة كالإهمال الذي يتعرض له المتخلفون ذهنياً في بعض المراكز والمؤسسات الخاصة بهم. (الفذافي، ص98-99).
- افتقار البيئة المحيطة بالمتخلف عقلياً سواء الأسرة أو المراكز للوسائل الكفيلة لإثارته. (خالد عبد الغني، ص71).
- مشكلات الأداء الاستقلالي للطفل: تتضمن مشاعر القلق والألم، وحتى التعب والإجهاد بسبب عجز الطفل عن القيام بالوظائف الاستقلالية الضرورية مثل ارتداء الملابس، واستخدام الحمام، وتناول الطعام، والمحافظة على نظافته، والالتزان في الحركة والمشى...إلخ، وهذه المشاكل تزداد أو تتناقص تبعاً لدرجة ذكاء الطفل أو تخلفه.
- مشكلات التخطيط الأسري لمستقبل الطفل المتخلف ذهنياً: إن من أهم ما يشغل آباء الأطفال المتخلفين ذهنياً هو ما يخبئه المستقبل لهؤلاء الأطفال عندما لا يكون في وسعهم المداومة على خدمتهم ورعايتهم بعد وفاتهما أو عجزهما عندما يكبران في السن، ويتمركز تفكيرهما حول أين وكيف سيتم الوفاء بحاجات الابن المتخلف ذهنياً، فعدم كفاءته أو نجاحه في أي عمل يقوم به يعد من أكبر المشكلات التي تواجه الوالدين، فحتى عند خروجه من مدارس التربية الخاصة عند نهاية السن القانوني يكون المتخلف ذهنياً لا يزال في حاجة إلى دعم أسرته، لأنه لا يتمكن من الناحية الاجتماعية والذهنية أن يسلك كما يسلك الراشد السوي، كما أنه يكبر سنّه تزداد مطالبه، ولذا يجب التركيز على تأهيل المعاق، والمقصود بالتأهيل هنا هو التأهيل العضوي والنفسي والاجتماعي، واستغلال وقت الفراغ، ويجب العناية بتشغيل المتخلفين ذهنياً في الأعمال الحرفية البسيطة التي تناسب قدراتهم، ويكون الهدف من ذلك الاعتماد على النفس

بإمكانياتهم الذاتية والاستقلالية قدر الإمكان، وفي حالات التخلف البسيطة يستطيعون تحقيق الاكتفاء الاقتصادي. (عبد اللطيف، ص133).

• المشكلات الجنسية للطفل المتخلف ذهنيا: من المشاكل الكبرى التي توقع أسر المتخلفين ذهنيا (البالغين منهم على وجه الخصوص) تحت ضغوط نفسية شديدة هي الحياة الجنسية لهؤلاء الأبناء، ومدى إمكانية التوافق والزواج لديهم، وهي من المشكلات المتعلقة بخصائص الابن، وقد أشارت نتائج دراسة أدجرتون إلى أن الحياة الجنسية للمتخلفين ذهنيا ومدى قدراتهم على القيام بمسؤوليات الأبوة والأمومة تعد من أهم مصادر الضغوط النفسية التي تقع على الوالدين، ويتم التخفيف من حدتها من خلال مناقشة المتخصصين عن قرار الزواج لهذه الفئة حيث أن نسبة كبيرة من حالات فئة التخلف الذهني البسيط يتمكن من النجاح في الزواج بصورة أقرب للطبيعية، ومن الناحية العلمية وجد أن معظم أفراد هذه الفئة يمرّون بمراحل النمو الطبيعي نفسها التي يمرّ بها العاديون، وإن كان المتخلفون ذهنيا يمرّون بهذه المراحل أيضا بل وأحيانا أسرع من غيرهم، وبالتالي فإنهم في الغالب يمرون بمرحلة البلوغ الجنسي، كما أن لهم في الأغلب الاحتياجات نفسها للعاديين، و بالنظر لضعف إدراك المتخلفين ذهنيا للقيم والمعايير التي تحكم السلوك الاجتماعي، فإن كثيرا منهم لا يميزون بين السلوك المقبول والغير مقبول اجتماعيا، وبالتالي قد نجدهم يطوّرون في هذا المجال (بدوافع عاطفية أو جنسية) بعض أنماط السلوك التي قد تعزز نتيجة لبعض ردود الأفعال التي يظهرها بعض المحيطين بهم لأنّ المتخلفين ذهنيا يتّسمون بشكل عام بسهولة انقيادهم للأخرين، وهو أمر قد يعرضهم للاستغلال في أمور لأخلاقية.

ويوجد الكثير من المعتقدات الثقافية الخاطئة وهي أنّ المتخلفين ذهنيا لا علاقة لهم بالسلوك الجنسي، والحقيقة أنّ كلّ الأطفال كائنات اجتماعية وجنسية منذ ولادتهم، إذ ينمون ويصبحون مراهقين بأجسام مكتملة النضج مصحوبين بالكثير من الاحتياجات الاجتماعية والجنسية، كما توجد معتقدات أخرى أنّ هؤلاء الأطفال ينزعون إلى الجريمة أو الانحراف الجنسي، والعكس هو الصحيح؛ فهم بحاجة للحبّ و الحنان أكثر من العاديين، ولذا يجب توظيف السلوك الجنسي للمتخلفين ذهنيا في إطار ضوابط قيمية وثقافية، وتوعية الأسرة بالأساليب العلمية السليمة التي تمكّنها من التفاعل مع هؤلاء الأبناء في هذه المرحلة. (عبد اللطيف، ص130-132).

• المشكلات الاجتماعية: توجد العديد من المشكلات الاجتماعية تعاني منها أسر المعاقين، ولعلّ أهمّها تلك الوصمة الاجتماعية المحيطة بالإعاقة والمعاق، والوصمة معناها الاتجاه أو التصوّر السلبي الخاطئ اتجاه فكرة أو شخص ما نتيجة قصور يعاني منه هذا الشخص، سواء أكان هذا القصور ذهنيا أو جسديا، والموصوم اجتماعيا هو الشخص المرفوض المنبوذ اجتماعيا، تحيط به نظرات الازدراء و الاحتقار أو الخوف أو الإشفاق، ويحيط بالمتخلف ذهنيا هالة اجتماعية تبدو فيها الإعاقة و التشوهات العضوية الظاهرة المصاحبة لها أكثر وضوحا، وتتسم بأنها غير مقبولة اجتماعيا، والمجتمع يعتبر المتخلف ذهنيا شخصا غير اجتماعي، وغير سوي، وغير كفء، وغير قادر على الوفاء بالتزاماته الاجتماعية، فهو ليس بإمكانه أن يؤدي دوره في الحياة الاجتماعية في نظر الآخرين، وبالتالي تظهر الإعاقة الذهنية كأشدّ الحالات المرّضية تعبيراً عن عدم الصلاحية وعدم الكفاءة، أو القصور الاجتماعي والنفسي، وذلك بسبب التدني الشديد في مستوى ذكائه، ويتضح هذا الميل نحو الاستهزاء والتجنّب والرفض للمعاق وأسرته، وهذه الأخيرة لا ترتبط فقط بالفرد المعاق ذهنيا؛ بل و بأسرته أيضا، وفي المحيط الاجتماعي تشعر هذه الأسرة بالنقص الناجم عن الإحساس بالخزي بسبب حالة الابن المتخلف ذهنيا.

وقد أكدت أغلب الدراسات أنّ المصدر الأساسي لهذه الأحكام التقييمية هي الثقافة السائدة، وبالتالي تختلف هذه التصورات والأحكام الخاصة بهذه الفئة، كما أن للتسميات دور في تكوين هذه التصورات، فنجد صعوبات التّعلم مسمّى يُنظر إليه بشكل إيجابي من قبل أعضاء المجتمع مقارنة بمفهوم التخلف الذهني.

10- أدوار ووظائف الأسرة اتجاه الطفل المتخلف ذهنيا:

تكتسب أسرة الطفل المتخلف ذهنيا قدرا كبيرا من الأهمية في دورها ووظائفها، ونستطيع أن نميّز على الأقل سببين رئيسيين لأهميتها بالنسبة لهذا الطفل:

السبب الأول: هو أن هذا الطفل يميل لأن يكون عرضة لمواقف الضغط والتوتر والاحباط سواء داخل المنزل أو خارجه لدرجة أكبر مما يواجهه الطفل العادي، كذلك أن قدرته على المحافظة على دور الصداقة ودوره بين رفاقه أقلّ من الأطفال الأسوياء، يضاف لذلك أن الطفل المتخلف ذهنيا لا يستطيع المنافسة في الأنشطة العقلية بنفس الدرجة التي يتمتع بها الأسوياء من الأطفال، ومثل هذه

الفروق يمكن أن تُنتج استجابات عاطفية متطرفة من جانب الوالدين، تتراوح بين الحماية الزائدة والرفض الصريح للطفل. (الفيلكاوي، ص42).

السبب الثاني: يكمن في أهمية إدراك حقيقة أنه على الرغم من حاجة الطفل المتخلف ذهنيا إلى ظروف أسرية متوازنة وثابتة من الناحية العاطفية والانفعالية، فإن حالة الإعاقة عنده تميل بطبيعتها إلى خلق الوضع العكسي لإشباع هذه الحاجة، ففي كثير من الأحيان يخلق المتخلف ذهنيا موقفا انفعاليا مشحونا للعناية في محيط الأسرة، مما يضع الطفل في مواقف تتسم بعدم الاستقرار. (وليد، 2006، ص141-142).

وعلى هذا فإن عملية تنشئة وتعليم وتدريب الطفل المتخلف ذهنيا قد تكون صعبة للغاية.

أولا: الوظائف والأدوار السلبية للأسرة اتجاه الطفل المتخلف ذهنيا:

إن لأساليب المعاملة الوالدية وجودة الحياة لديهم أهمية كبرى في تنمية الشخصية والسلوك الاجتماعي السليم للأبناء، ولها أيضا شقّ سيء وهو بناء شخصية مضطربة ومنحرفة نفسيا، وقد أشارت نتائج بعض الدراسات التي اهتمت بسوء علاقة الطفل بوالديه أن حوالي من 80 إلى 90% من الأحداث الجانحين والأطفال العدوانيين والانطوائيين كانوا في طفولتهم ضحايا لسوء معاملة الوالدين، فقد تعرّضوا للإهمال وعدم التقبّل، وبالتالي أظهروا سوء توافق في علاقتهم بمن حولهم. إن الوالدين يقومون بتوفير الرعاية الصحية والاجتماعية والنفسية للطفل مع الأخذ بوسائل الضبط المناسبة، وتندرج وتتسع مطالب واحتياجات الطفل، والتي يجب أن تقابل من الآباء بفهم وإدراك شديدين لتلك المطالب، ولكن في غياب الوعي والإدراك بأهمية مرحلة الطفولة يتناسى الآباء ويتجاهلون حقوق و احتياجات الطفل، وذلك في ظل متغيرات عديدة تنتج للإساءة.

والإساءة للأطفال واحدة من أخطر الظواهر التي تجتاح أيّ مجتمع من المجتمعات، ويذكر ستروس أن ظاهرة الإساءة تحدث في جميع الطوائف الاجتماعية والاقتصادية، ولكل الفئات إناثا أو ذكورا، وتحدث بمعدلات عالية في جميع المجتمعات المتحضرة منها والنامية، وتحدث الإساءة أكثر لبعض الفئات والتي من بينها فئة الأطفال المعاقين، وذلك لما تحتاجه هذه الفئة من عناية ورعاية، وهذه المهمة تكون صعبة للغاية مع طفل لديه إعاقة في النمو، وبالأخصّ عندما تكون إعاقة ذهنية؛ أي أنّ هناك صعوبة في التواصل مع هذا الطفل، وتشكّل العناية بهذا النوع من الأطفال ضغوطا عاطفية وجسمية ومالية على آبائهم، ويزيد من قابلية هؤلاء الأطفال للتعرّض للإساءة، وتشير

الأدبيات المعنية بهذه الظاهرة أنّ لها العديد من الصور والأبعاد، فقد أوجز كلّ من دومبروكي وجيشلار (2006) هذه الأبعاد في كلّ من الإساءة الجسدية، والإساءة الانفعالية، والإهمال.

ثانيا: الوظائف والأدوار الإيجابية للأسرة اتجاه الطفل المتخلف ذهنيا:

إنّ الطفل المتخلف ذهنيا كغيره من الأطفال عرضة للعواطف والانفعالات الإنسانية، ويحتاج لإشباع حاجاته الأساسية النفسية والتربوية والاقتصادية، ومن هذا المنطق يرتكز الأساس العلمي لرعاية الطفل المتخلف على دور ووظائف الأسرة المتنوعة والحيوية، حيث تعمل على تنشئته وإعداده إعدادا يكفل له مواجهة الحياة، أو ما يطلق عليه "تدريب وتأهيل المتخلفين ذهنيا"، حيث تهدف برامج التأهيل إلى إعداد الطفل للحياة، وتزويده بمجموعة من المهارات التي تساعده على التوافق الاجتماعي والانفعالي، وتدريبه على مهارات الاندماج داخل مجتمعه المحلي. (عبد اللطيف، ص156-157).

وقامت دراسات وبحوث عديدة في مجال الأطفال المتخلفين ذهنيا بإبراز دور الوالدين (وخصوصا الأم) في تعليمهم وتدريبهم مثل دراسة روز شاكو (1981) التي هدفت للتعرف على أهمية إسهام الأسرة في تأهيل، وعلاج الأطفال المتخلفين ذهنيا عن طريق برامج التأهيل بالتعاون مع الأسر، وقد أظهرت نتائج الدراسة أهمية الدور الذي يقوم به الوالدان في تدريب الطفل المتخلف، ولكن مع ضرورة الاقتناع الكامل للوالدين بأهمية ما يمكن أن يقوموا به، وكذلك اقتناعهما بأن طفلها يمكن أن يؤدي بعض الأعمال مع شيء من التدريب والحب المتبادل والفهم الكامل لظروف الإعاقة. (الكاشف، ص96-97).

وعلى هذا الأساس توجد وظائف وأدوار أسرية نموذجية لأسر الأطفال المتخلفين ذهنيا تتمثل في:

- إكساب الطفل المتخلف ذهنيا مهارات الاعتماد على النفس: فلا يجب على الوالدين أن يقوموا بدلا من الطفل بالمهارات الأساسية التي تساعده على رعاية نفسه، فيمنعانه من أن يقوم بأي مجهود، أو أي محاولة لتعلم شيء بحجة أنه طفل متخلف ذهنيا لا يستطيع فعل أي شيء، ولكن الحقيقة أنّ هذا الطفل لديه قدرات أقل من العادي لكنها تحتاج إلى التدريب والتنمية حتى تقوى، ولا بدّ عند تدريبه أن نضع بعين الاعتبار تقدير قدرته الفعلية تقديرا واقعا وواضحا، وتحديد نقاط العجز عنده، حتى نستطيع مساعدته في التغلب على هذا العجز، وأنه كلما بدأ التدريب

مبكرا كلما كانت فاعليته أكثر إيجابية، ومن المهارات التي يجب تعليمها للطفل المتخلف التي تساعده على التوافق الاجتماعي كمهارات الإخراج والأكل وارتداء الملابس وخلعها وغسل اليدين قبل وبعد الأكل، ومهارات البيع والشراء، ومهارات العناية بالنواحي الجنسية عند البلوغ. (الكاشف، ص136-142).

ويجب أن يكون التدريب سهلا مع تجنب إعطاء التعليمات الغامضة وغير المفهومة، أو إعطائه الأعمال التي لا يستطيع إنجازها، ويكون هذا التعليم وفقا لخطوات مجزئة كالتالي:

1-النموذج: أي قيام المعلم بالفعل كاملا أمام الطفل، ثم يتم التوجيه اليدوي عن طريق الطفل نفسه

2-المراقبة والإشراف والتكرار لمدة كافية: لأنّ الطفل سريع النسيان كما عرفنا سابقا، وهذا ما يساعد على تنمية قدراته على المشاركة في تحمل المسؤولية نحو أفراد الأسرة قدر إمكانياته و نحو نفسه. (الكاشف، ص147-148).

دور الوالدين:

إنّ الطفل المتخلف ذهنيا يحتاج كباقي الأطفال إلى عناية بدنية ونفسية واجتماعية، وإلى تفهم وقبول، وإلى جودة حياة وجوّ أسري هادئ ومستقر يشعر فيه بالحبّ من المجتمع، وتلعب الأم الدور المهم في عملية تنشئة الطفل المتخلف عقليا، ولذا يقع على عاتقها رعاية شؤونه منذ ولادته، وتولي إشباع حاجاته، ففي حجرها يبني الطفل أولى خبراته، ونظرا للاحتياج الشديد للطفل المعاق للسند، فإنّ من يقوم بتفعيل هذا الدور هي الأم، ويرجع ذلك إلى علاقة الالتصاق بينها و بينه، وما تتمتع به من حبّ وحنان، ولذا تلعب الأم دور المساندة العاطفية، ومصدرا للإشباع المادي والنفسي، إلّا أنّ سلوكها نحوه يتّسم في معظم الحالات بالحماية الزائدة، وأحيانا بالرعاية التي تتضمن الرفض اللاشعوري غير الواضح لها و للآخرين.

ولهذا يحدد كابل و ماسون أربع مهام لإرساء الأساس المناسب لعلاقة صحيحة بين الأم وطفلها المعاق، والتي تتمثل فيما يلي:

- المهمة الأولى: وتحدث عموما وقت الولادة، وتتمثل في التحضير لاحتمالية فقدان طفلها، مع إحساس بالأسى وأمل في أن يعيش.
- المهمة الثانية: وتتضمن اعتراف الأم، ومواجهتها لإخفائها الولادي في عدم إنجاب طفل عادي

- المهمة الثالثة: تبدأ الأم في بناء علاقة عاطفية مع طفلها المعاق، والاستمرار في ذلك.
- المهمة الرابعة: وتتناول فهم الام لأوجه الاختلاف بين طفلها و الأطفال الآخرين، من حيث حاجاته الخاصة وأنماط النمو لديه.
- كما يجب على الوالدين أن يدربا أطفالهما العاديين على تقبل أخيهام المتخلف ذهنياً، وأن يظهروا لهم أنه لا يقل عنهم أهمية في الأسرة، مع ضرورة مراعاة ظروفه. (الكاشف. ص146-147).

11-تأثير وجود الأطفال المعوقين ذهنياً على جودة حياة الأسرة:

- إن وجود طفل معوق أو أكثر في الأسرة يؤثر بشكل مباشر على حياة الأسرة ككل، ويبرز هذا التأثير من خلال جانبين رئيسيين يرتبطان بجودة حياة الأسرة ككل، وهما:
- الإجهاد والتعب في الرعاية يؤثر في الحياة الأسرية، وأن أولياء أمور الأطفال المعوقين يواجهون المزيد من التحديات والضغوط، ولديهم مستويات أعلى من الضغط والإجهاد مقارنة مع الآباء الذين ليس لديهم أطفال معوقين، وأن هذا الإجهاد يختلف باختلاف خصائص الطفل، فإذا كان الطفل يعاني من مشاكل سلوكية فسيكون مستوى الإجهاد أعلى، وبالتالي يقلل ذلك من رفاهية الأسرة، كما أن شدة الإعاقة للطفل تقلل من جودة حياتها.
 - التكيف العائلي: فهناك روتين يومي للعائلات في الحياة الاجتماعية والعمل، وبالتالي فالأثر هو إعاقة الطفل التي تتطلب من الأسرة إعادة تنظيم روتين حياتها، وهناك مجالات تلعب دوراً مهماً في التكيف، كالوضع الاجتماعي والاقتصادي، واتجاه العمل الوظيفي، وتشكيل بيئة المنزل، وترابط الوالدين، واستخدام المعلومات من المهنيين. (Summers et al. 2005).
 - إن الوضع الاقتصادي يؤثر على رفاهية الأسرة، فالأسرة ذات الدخل الجيد تظهر اهتماماً عاطفياً وتفاعلاً اجتماعياً أكثر مع الطفل المعوق، والوضع الاقتصادي الجيد يؤثر على الرضا الزوجي فيزيد من مشاركة الوالدين في الاعتناء بالطفل المعوق. كما أن الوضع الاجتماعي في الأسرة يظهر أيضاً مدى اهتمام وتلبية احتياجات الطفل، فالانفصال بين الزوجين يؤثر بشكل سلبي على تلبية حاجات المعوق، لأن الوالد الذي يتحمل تجربة الإعاقة لوحده، يشعر بعبء ثقيل ويفتقد دعم ومساندة الطرف الآخر. (Davis et al. 2009).

12-النماذج التي درست أبعاد جودة الحياة للمعوقين:

1- نموذج فليس (1997): الذي أشار إلى أن جودة حياة أسر الأفراد ذوي الإعاقة تتألف من ستة أبعاد هي: الحالة المادية، والحالة الجسمية، والحالة الاجتماعية، والحالة العاطفية،

الإنتاجية، والحقوق المدنية. (Claudia et al. 2010).

2-نموذج سكالوك (1996): الذي قام باقتراح ثمانية أبعاد تبنتها مجموعة من الباحثين في عدة دراسات، وتضمنت الأبعاد التالية: (Claudia et al. 2010).

- الحالة العاطفية: السلامة، والأمان، والبيئة الانتاجية الثابتة، والتغذية الراجعة الإيجابية.
- العلاقات الشخصية: التفاعل، وعلاقات الصداقة والتأثير.
- الحالة المادية: الممتلكات، والوظيفة.
- التطوير الشخصي: التعليم، والتأهيل، والنشاطات، والتكنولوجيا المساندة.
- التقرير الذاتي: الخيارات، والضبط الذاتي، والقرارات، والأهداف الشخصية.
- الدمج الاجتماعي: الدعم الاجتماعي، وبيئة الدمج.
- الرفاه الجسدي: الرعاية الصحية.
- الحقوق: الخصوصية، والملكية، وبيئة خالية من المعوقات.

3- نموذج مركز بيتش: التابع لجامعة كنساس للأبحاث المتعلقة بأسر الأفراد ذوي الإعاقة، وقسم إلى خمسة أبعاد مكونة لمفهوم جودة الحياة هي: (Summers et al. 2005).

- الرفاه المالي والجسدي: كالحصول على الرعاية الطبية عند الحاجة، وتوفير وسائل المواصلات، واهتمام أفراد الأسرة بالنفقات، والشعور بالأمان والسلامة بالمنزل والعمل والحي.
- الدعم المتصل بالإعاقة: حصول الأفراد ذوي الإعاقة في الأسر على الدعم لتحقيق التقدم في المدرسة أو مكان العمل والمنزل، وتكوين الصداقات، والعلاقات الجيدة مع مقدمي الخدمات.
- التفاعل الأسري: الاستمتاع وقضاء الوقت معاً، والتحدث بانفتاح مع الآخرين، وحل المشكلات معاً، وتقديم أفراد الأسرة الدعم لبعضهم البعض.
- الأبوة والرعاية الأسرية: يساعد الوالدان طفلها المعوق للوصول للاستقلالية من خلال المساعدة في الأنشطة والواجبات المدرسية، وتقديم العناية لجميع الأطفال في الأسرة.

- الحالة العاطفية: ويتمثل هذا البعد في حصول الأسرة على الدعم الذي تحتاج إليه للتخلص من القلق الذي يظهر في دور الأصدقاء في تقديم الدعم، كما يظهر في توافر الوقت لمتابعة الاهتمامات الخاصة.

التعليق على النماذج:

من خلال النماذج الثلاثة التي درست أبعاد جودة الحياة لاحظنا أنها تتشابه في الكثير من الأبعاد فيما بينها، حيث أنها تشاركت في البعد المادي والجسمي والعاطفي والاجتماعي. أما نموذج فليس Face ونموذج سكالوك schalock فقد اشتركتا معا في بعد الحقوق أي حقوق الطفل المعاق، وتفرد نموذج مركز بيتش Beach center في بعد الإنتاجية. وتبعاً لدراستنا للنماذج السابقة فقد تم الاستفادة منها في بناء نموذج للدراسة حسب الآتي:

الجدول رقم (01): يوضح نماذج ومؤشرات جودة الحياة وفقاً لمجالات الدراسة:

المجال	مؤشرات جودة الحياة	مثال
الاجتماعي	الدمج في المجتمع، الشعور بالحب والانتماء، الاستقلالية، خلق صداقات مع الأقران.	يسهم توافر خدمات الإرشاد النفسي للطفل المعوق ذهنيا في إمكانية دمجها في العائلة والمجتمع.
الارشاد والصحة النفسية	تخفيف الضغط النفسي، التعرف قدرات المعوق، ارشاد للتعامل مع المعوق، التواصل مع الأخصائيين.	يخفف الإرشاد النفسي المقدم للابن من حدة الضغوط النفسية على أفراد الأسرة.
الاقتصادي	منحة العجز، نفقات العلاج، المواصلات.	يساعد حق الابن المعوق ذهنيا من منحة العجز على تحسين مستوى معيشته.

13-أهمية قياس جودة حياة أسرة المعوق ذهنيا:

يجب أن يتم تصميم أنظمة الخدمات لتحسين قدرة الأفراد ذوي الإعاقة وأسره على القيام بأدوار في البيئات الطبيعية، وأن الخدمات لم تعد تقدم للأفراد ذوي الإعاقة فقط بل شملت أسرهم كمستهلكين رئيسيين للخدمات، لذا يجب احترام الأسرة وقراراتها وتقديم الدعم لمساعدة الأسر في تحقيق أهدافها المحددة، فالهدف من قياس جودة حياة أسرة المعوق ذهنيا هو تحديد أهم مقومات جودة الحياة لدى أسر الأفراد ذوي الإعاقة، وتطوير وتقديم خدمات نوعية بناء على هذه المقومات، ووضع السياسات لتعزيز مفهوم جودة الحياة الأسرية. (Park et al. 2004).

خلاصة الفصل:

أصبحت جودة الحياة الأسرية من أهم القضايا التي تشغل حياة الأفراد والجماعات على حد سواء، لكونها تمثل القاعدة الأساسية لتفادي الكثير من المشكلات التي قد تواجه النمو السليم للفرد وخاصة الطفل المعاق ذهنياً وأسرته التي تعتبر الأساس الذي تبنى عليه الحياة الاجتماعية بصفة عامة، من أجل تحقيق توافقه النفسي والاجتماعي، ولكي ينشأ كمواطن صالح وإيجابي في المجتمع.

الباب الثاني:

الجانب الميداني

الفصل الرابع:

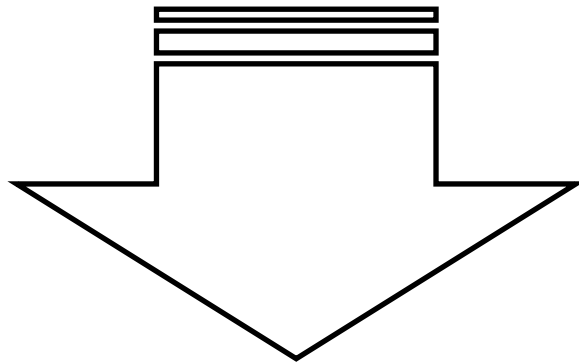
إجراءات الدراسة

الميدانية

الفصل الرابع:

إجراءات الدراسة الميدانية

- الدراسة الاستطلاعية
- خصائص العينة الاستطلاعية
- إجراءات الدراسة الأساسية
- حدود الدراسة
- خصائص عينة الدراسة الأساسية
- أداة الدراسة الأساسية
- الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة الأساسية
- الأساليب الإحصائية المستخدمة



تمهيد:

بعد استكمال الجانب النظري الذي تضمن عدة معلومات ومفاهيم حول كل من الإرشاد النفسي وجودة الحياة لأسر المعاقين ذهنياً سنخصص هذا الجزء من الدراسة للجانب التطبيقي، والذي سنتطرق فيه للحديث عن الجانب المنهجي الذي يبرز المنهج المتبع في الدراسة، وتوضيح مجتمع وعينة الدراسة، إضافة إلى شرح موضح لأدوات جمع البيانات المستخدمة في الدراسة، كما وعرجنا إلى أهم الأساليب الإحصائية التي تم استخدامها في معالجة هذه البيانات باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS).

1-الدراسة الاستطلاعية:

1-1-أهداف الدراسة الاستطلاعية:

هدفت الدراسة الاستطلاعية إلى الكشف والتعرف على موضوع الدراسة، ومعرفة أبعادها ومؤشراتها، والتعرف عن كثب على عينة الدراسة، كما هدفت إلى ضبط أداة الدراسة والتحقق من خصائصها السيكومترية.

1-2-إجراءات الدراسة الاستطلاعية:

● عينة الدراسة الاستطلاعية:

قام الطالبان بدراسة استطلاعية على عينة قدرها (30) أسرة من أسر الأطفال المعاقين ذهنيا التابعين للمركزين النفسيين البيداغوجيين للأطفال المعاقين ذهنيا بكل من دائرتي جيجل والطاهير، حيث تم توزيع الاستمارة عليهم من أجل تفنيها والتعرف على مدى صدقها وثباتها، وتمثلت خصائص هذه العينة فيما يلي:

● حسب جنس ولي الأمر:

الجدول رقم (02) يمثل توزيع العينة الاستطلاعية حسب جنس ولي أمر:

النوع	التكرارات	النسبة المئوية%
رجل	19	63,3
امرأة	11	36,7
المجموع	30	100,0

نلاحظ من خلال الجدول رقم (02) أن جنس أفراد العينة من الرجال بلغ 19 رجلا أكثر عددا من النساء اللاتي قدر عددهن بـ 11 امرأة.

• حسب العمر:

الجدول رقم (03) يمثل توزيع العينة الاستطلاعية حسب العمر:

فئات العمر	التكرارات	النسبة المئوية %
أقل من 30 سنة	3	10,0
من 30 إلى 45 سنة	14	46,7
أكثر من 45 سنة	13	43,3
المجموع	30	100,0

نلاحظ من خلال الجدول رقم (03) أن أولياء المعوقين ذهنيا التي تتراوح أعمارهم من 30 إلى 45 سنة هي الأكبر عددا حيث بلغت 14 ولي أمر، ثم تليها التي أعمارهم أكثر من 45 سنة التي بلغت 13 ولي لأمر، وأقل عددا فيهم هي التي أعمارهم تقل عن 30 سنة وقدرت بـ 10 أولياء.

• حسب الحالة الاجتماعية:

الجدول رقم (04) يمثل توزيع العينة الاستطلاعية حسب الحالة الاجتماعية:

الحالة الاجتماعية	التكرارات	النسبة المئوية %
متزوج (ة)	25	83,3
منفصل (ة)	3	10,0
أرمل (ة)	2	6,7
المجموع	30	100,0

نلاحظ من خلال الجدول رقم (04) أن الحالة الاجتماعية المستقرة لأولياء المعاقين ذهنيا نسبتها أكبر، حيث بلغ عدد المتزوجين 25 متزوجا بنسبة 83.3%، أما عدد المنفصلين فكان 3 فقط بنسبة 10%، والأرامل لم يزد عددهم عن اثنين، وبنسبة قدرها 6.7%.

• حسب الدخل العام للأسرة:

الجدول رقم (05) يمثل توزيع العينة الاستطلاعية حسب الدخل العام للأسرة:

الدخل العام للأسرة	التكرارات	النسبة المئوية %
متدني	13	43,3
متوسط	16	53,3
مرتفع	1	3,3
المجموع	30	100,0

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن عدد أسر المعاقين ذهنياً ذوي الدخل المتوسط بلغ 16 أسرة بنسبة قدرها 53.3%، وهو أكبر من عدد الأسر ذوي الدخل المتدني، الذي بلغ 13 أسرة وبنسبة 43.3%. وأما عدد الأسر ذوي الدخل المرتفع فهو قليل جداً مقارنةً بسابقه؛ حيث لم يزد عن أسرة واحدة فقط، وبنسبة لم تتعدَّ 3.3% من العدد الإجمالي لعينة هذه الدراسة.

• حسب نوع العمل:

الجدول رقم (06) يمثل توزيع العينة الاستطلاعية حسب نوع عمل ولي الأمر:

العمل	التكرارات	النسبة المئوية %
موظف	13	43,3
أعمال حرة	7	23,3
بطل	10	33,3
المجموع	30	100,0

يوضح الجدول رقم (06) نوع عمل أولياء أسر المعاقين ذهنياً، فعدد الموظفين بلغ 13 موظفاً، بنسبة مئوية بلغت 43.3%، وهي الأكبر عدداً، يليها عدد البطالين، والذي كان 10 بطالين بنسبة 33.3%، أما عدد العمال الذين يمارسون نشاطات وأعمال حرة فكان 07 عمال فحسب، أي بنسبة 23.3%.

• حسب درجة إعاقة الطفل:

الجدول رقم (07) يمثل توزيع العينة الاستطلاعية حسب درجة إعاقة الطفل:

درجة الإعاقة	التكرارات	النسبة المئوية %
بسيطة	4	13,3
متوسطة	16	53,3
شديدة	10	33,3
المجموع	30	100,0

نلاحظ من خلال الجدول رقم (07) أن عدد الأسر التي يعاني طفلها (أو أطفالها) من درجة إعاقة متوسطة بلغت 16 أسرة، بنسبة 53.3%، وهي أكبر عدداً من الأسر التي يعاني أطفالها من درجة إعاقة شديدة، والتي بلغت 10 أسر بنسبة قُدرت بـ 33.3%، وأقلها عدداً هي الأسر التي يعاني طفلها من درجة إعاقة بسيطة، والتي كان عددها 4 أسر فقط، وبنسبة ضعيفة لم تزد عن 13.3%.

1-3- نتائج الدراسة الاستطلاعية:

بعد توزيع الاستمارة وتطبيقها تم التوصل إلى النتائج التالية:

- التعرف على ميدان الدراسة.
- ضبط بعض بنود الاستمارة غير الدقيقة وإعادة صياغتها بعد التأكد من صدقها ومدى ملاءمتها لموضوع الدراسة.

1-4-4- الخصائص السيكومترية للأداة:

1-4-1- الثبات: تم حساب ثبات الاستبيان بطريقتين :

أ- طريقة ألفا كرونباخ:

الجدول رقم (08) يوضح قيمة معامل ألفا كرونباخ للاستبيان:

العينة	عدد البنود	معامل ألفا كرونباخ
30	30	0.87

نلاحظ من خلال الجدول رقم (08) أن معامل ألفا كرونباخ يقدر بـ 0.87، وهو معامل مقبول جداً، ويعبّر عن ثبات الاستبيان.

ب- طريقة التجزئة النصفية :

الجدول رقم (09) يوضح قيمة معامل الارتباط للاستبيان:

العينة	عدد البنود	معامل الارتباط
30	30	0.88

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن معامل الارتباط قُدّر بـ 0.88، وهو معامل عالٍ جداً، ويعبّر عن ثبات الاستبيان.

1-4-2- صدق الأداة:

● صدق الاتساق الداخلي:

ويقصد بصدق الاتساق الداخلي لعبارات الاستبيان مدى اتساق جميع فقرات الاستبيان مع المحور الذي تنتمي إليه، أي أن العبارة تقيس ما وضعت لقياسه ولا تقيس شيء آخر. وعليه قمنا بحساب معامل الارتباط "بيرسون" بين درجة كل عبارة من عبارات المجال للدرجة الكلية للمجال الذي تنتمي إليه هذه الفقرة. وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

الجدول (10) يوضح مدى الاتساق الداخلي للاستبيان ومعامل الارتباط:

مستوى الدلالة	الدرجة الكلية	المجال الاقتصادي	مجال الإرشاد والصحة النفسية	المجال الاجتماعي	معاملات الارتباط
0.01	0,839	0,401	0,637	1	معامل ارتباط المجال الاجتماعي
	0,855	0,637	1	0,637	معامل ارتباط مجال الإرشاد والصحة النفسية
	0,779	1	0,522	0,401	معامل ارتباط المجال الاقتصادي
	1	0,779	0,855	0,839	معامل ارتباط الدرجة الكلية

نلاحظ من خلال الجدول رقم (10) أن معامل الارتباط للمجال الاجتماعي قدر بـ 0.83، وفي مجال الإرشاد والصحة النفسية بلغ 0.85، وفي المجال الاقتصادي قدر بـ 0.77، وهي كلها دالة عند مستوى الدلالة 0.01.

2- الدراسة الأساسية:

تهدف الدراسة الحالية إلى معرفة دور الإرشاد النفسي في تحسين جودة الحياة لأسر الأطفال المعاقين ذهنياً.

2-1- حدود ومجالات الدراسة:

تم إجراء الدراسة الميدانية خلال فترة النصف الثاني من شهر ماي 2021، إلى بدايات شهر جوان من نفس السنة، وذلك من خلال توزيع الاستبيان المستخدم في الدراسة على أسر المعاقين ذهنياً بالمركزين النفسيين البيداغوجيين للمعاقين ذهنياً بكل من جيجل والطاهير، حيث تم توزيع (64) استمارة، ونظراً لعدم صلاحية أربع (04) استمارات فقد تم إلغاؤها ليكون العدد

الإجمالي والنهائي هو (60) استمارة، والجدول التالي يبين المعلومات الأساسية للمركزين النفسيين البيداغوجيين للمعاقين ذهنياً اللذان تمت فيهما الدراسة الميدانية.

الجدول رقم (11) يوضح عدد كل من الأطفال المعاقين ذهنياً وأسرههم بالمركزين النفسيين البيداغوجيين بجيجل والطاهير:

عدد الأسر بالمركز	عدد الأطفال بالمركز	المراكز
206	208	المركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنياً بالطاهير
191	193	المركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنياً بجيجل
397	401	المجموع

2-2- منهج الدراسة:

إن المنهج الذي يتم اتباعه في أيّ بحث علمي لا يكون من المنطلقات الذاتية للباحث، وإنما يكون من خلال مقتضيات البحث والسيرورة العامة له وفق ما تطرحه الإشكالية وأهداف الدراسة، وهو مرتبط بطبيعة الظاهرة المدروسة.

وقد اعتمد الطالبان على المنهج الوصفي التحليلي لتناسبه وطبيعة هذه الدراسة، حيث يهتم بدراسة الحقائق الراهنة المتعلقة بهذه الظاهرة، ومعرفة خصائصها وتغيراتها ودرجات ارتباطها مع الظواهر الأخرى، ويهدف هذا المنهج إلى وصف الظاهرة كما هي في الواقع، ومن ثم تحليلها ومحاولة تفسيرها وربطها بالظواهر الأخرى. وقد تم استقصاء مستوى جودة الحياة لدى أسرة المعاق ذهنياً الذي يتلقى خدمات الإرشاد النفسي بأحد المركزين النفسيين البيداغوجيين للأطفال المعاقين ذهنياً اللذان تمت دراستنا فيهما (مركزا جيجل والطاهير).

2-3- أدوات جمع البيانات

لكل دراسة أو بحث علمي مجموعة من الأدوات والوسائل التي يستخدمها الباحث ويكيفها للمنهج الذي تبناه من أجل توصله إلى الحقائق المرجوة والأهداف المسطرة. واعتمد الباحثان على أداة من أدوات البحث العلمي ألا وهي الاستمارة، حيث تعتبر من أكثر وسائل البحث العلمي استخداماً في البحوث الاجتماعية، ويرجع ذلك لكونها تختصر كلا من الجهد والوقت والتكلفة في معالجة الباحث للبيانات.

وتكوّنت الاستبانة من جزأين؛ الأول يتعلق بالمعلومات الشخصية التي ترتبط بالدراسة، والثاني يتعلق بمستوى جودة الحياة، ويتكون من (30) فقرة صيغت لتتلاءم مع طبيعة الدراسة، وقياس دور الإرشاد النفسي المقدم في المركزين في تحقيق جودة حياة أسرة المعوق ذهنياً. وقد وزعت فقرات المقياس على ثلاثة مجالات لجودة الحياة؛ تشمل المجالات التي تخص قياس جودة الحياة لأسر المعوقين ذهنياً الذين يتلقون خدمات إرشادية بالمركزين النفسيين البيداغوجيين لولاية جيجل، وهي كالتالي:

المجال الاجتماعي (10) فقرات، مجال الإرشاد والصحة النفسية (10) فقرات، المجال الاقتصادي (10) فقرات، وبحسب منهجية الدراسة وأهدافها فقد صيغت فقرات المقياس لتحديد دور الخدمات الإرشادية للمركز النفسي في تحقيق جودة الحياة لأسرة المعوق عقلياً الذي يتلقى هذه الخدمات، فكانت قد تضمنت كل فقرة من فقرات جودة الحياة ارتباطاً بالخدمة المقدمة ضمن أي من المجالات التي تكوّن منها المقياس.

وقد صيغت فقرات هذا الجزء لتكون الاستجابة للمفحوصين، وطريقة التصحيح ثلاثية الأبعاد، حيث تكون استجابة وليّ الأمر على الفقرات بالموافقة حسب التدرج الآتي: أبداً، أحياناً، دائماً، وبُنيت الفقرات بالاتجاهين السلبي والإيجابي، وأعطيت الأوزان للفقرات كما هو آت:

• أبداً: درجة واحدة

• أحياناً: 2 درجة (درجتان)

• دائماً: 3 درجات

كما وقد عكست الأوزان في الفقرات السلبية.

وقد جاءت محاور الاستمارة مجسّدة للتساؤلات التي يُحاول الإجابة عليها من خلال هذه الدراسة، كما وجاءت جميع أسئلتها مغلقة حتى يسهل على المبحوث الإجابة عليها من جهة؛ ومن جهة أخرى حتى يتيسّر على الباحثين تحويل الإجابات إلى أرقام وجدولتها وتحليلها.

2-4- عينة الدراسة الأساسية:

تمثّل مجتمع الدراسة في أسر المعاقين ذهنياً لولاية جيجل، وقد تم اختيار عينة الدراسة الأساسية بطريقة عشوائية، والتي تمثلت في ستين (60) أسرة، موزعة كما يلي:

- خصائص عينة الدراسة الأساسية من حيث جنس ولي الأمر:

الجدول رقم (12) يمثل توزيع العينة الأساسية حسب جنس ولي الأمر:

المتغير	مستويات المتغير	التكرار	النسبة المئوية (%)
جنس ولي الأمر	رجل	45	75.0
	امراة	15	25.0
	المجموع	60	100

نلاحظ من خلال الجدول رقم (12) أن جنس أفراد العينة من الرجال بلغ 45 رجلا أكثر عددا من النساء حيث قدرت بـ 15 امرأة.

- خصائص عينة الدراسة الأساسية من حيث عمر ولي الأمر:

الجدول رقم (13) يمثل توزيع العينة الأساسية حسب العمر:

المتغير	مستويات المتغير	التكرار	النسبة المئوية (%)
العمر	أقل من 30 سنة	3	5.0
	من 30 إلى 45 سنة	23	38.3
	أكثر من 45 سنة	34	56.7
	المجموع	60	100

نلاحظ من خلال الجدول رقم (13) أن أولياء المعوقين ذهنيا التي أعمارهم أكثر من 45 سنة هي الأكبر عددا حيث بلغت 34 ولي أمر، وبنسبة 56.7%، ثم تليها الفئة العمرية من 30 إلى 45 سنة، والتي بلغت 23 ولي أمر بنسبة 38.3%، وأقل عددا فيهم هي التي أعمارهم تقل عن 30 سنة وقدرت بـ 3 أولياء فقط، أي بنسبة 5%.

• خصائص عينة الدراسة الأساسية من حيث الحالة الاجتماعية:

الجدول رقم (14) يمثل توزيع العينة الأساسية حسب الحالة الاجتماعية:

المتغير	مستويات المتغير	التكرار	النسبة المئوية (%)
الحالة الاجتماعية	متزوج(ة)	50	83.3
	منفصل(ة)	6	10.0
	أرمل(ة)	4	6.7
	المجموع	60	100

نلاحظ من خلال الجدول رقم (14) أن الحالة الاجتماعية المستقرة لأولياء المعاقين ذهنياً نسبتها أكبر، حيث بلغت 83.3%، والتي تُمثّل (50) متزوجاً، أما نسبة المنفصلين كان عددها (63)، وعدد الأرمال (4).

• خصائص عينة الدراسة الأساسية من حيث الدخل العام للأسرة:

الجدول رقم (15) خصائص عينة الدراسة الأساسية من حيث الدخل العام للأسرة:

المتغير	مستويات المتغير	التكرار	النسبة المئوية (%)
الدخل العام للأسرة	متدني	20	33.3
	متوسط	39	65.0
	مرتفع	1	1.7
	المجموع	60	100

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن عدد أسر المعاقين ذهنياً ذوي الدخل المتوسط قد بلغ (39) أسرة، بنسبة قُدرت بـ 65%، وهو أكبر من عدد الأسر ذوي الدخل المتدني، الذي بلغ (20) أسرة، وبنسبة بلغت 33.3%. أما عدد الأسر ذوي الدخل المرتفع فهو قليل جداً، حيث لم تمثّله سوى أسرة واحدة فقط، أي بنسبة 1.7%.

- خصائص عينة الدراسة الأساسية من حيث نوع عمل ولي الأسرة:

الجدول رقم (16) يمثل توزيع العينة الأساسية حسب عمل ولي الأسرة:

المتغير	مستويات المتغير	التكرار	النسبة المئوية (%)
العمل	موظف	28	46.7
	أعمال حرة	14	23.3
	عاطل	18	30.0
	المجموع	60	100

يوضح الجدول رقم (16) نوع عمل أسر المعاقين ذهنياً، فعدد الموظفين بلغ (28) موظفاً وهي أكبر عدداً، تليها عدد الباطلين التي قدرت بـ (18) بطّالاً، أما عدد العمال الأحرار فقد بلغ (14) عاملاً.

- خصائص عينة الدراسة الأساسية من حيث درجة إعاقة الطفل:

الجدول رقم (17) يمثل توزيع العينة الأساسية حسب درجة إعاقة الطفل:

المتغير	مستويات المتغير	التكرار	النسبة المئوية (%)
درجة إعاقة الطفل	بسيطة	10	16.6
	متوسطة	37	61.7
	شديدة	13	21.7
	المجموع	60	100

نلاحظ من خلال الجدول رقم (17) أن عدد الأسر التي يعاني طفلها (أو أطفالها) من درجة إعاقة متوسطة بلغ 37 أسرة بنسبة مئوية قدرت بـ 61.7%، وهي أكبر عدداً من الأسر التي

يعاني طفلها من درجة إعاقة شديدة، حيث بلغت (13) أسرة بنسبة 21.7%، وأقلها عددا هي الأسر التي يعاني طفلها من درجة إعاقة بسيطة، والتي عددها (10) أسر وبنسبة 16.7%.

• خصائص عينة الدراسة الأساسية من حيث نوع السكن:

الجدول رقم (18) يمثل توزيع العينة الأساسية حسب نوع السكن:

المتغير	مستويات المتغير	التكرار	النسبة المئوية (%)
السكن	إيجار	13	21.7
	ملك	31	51.7
	مع الأقارب	16	26.6
	المجموع	60	100

من خلال هذا الجدول نلاحظ بأن 51.7% من عينة الدراسة كانوا يمتلكون سكنا مستقلا، أي ما يعادل (31) أسرة. أما (13) أسرة فكانت سكناتهم إيجارا، أي بنسبة 21.7% من العدد الكلي لعينة الدراسة. وتبقى نسبة 26.6% من الأسر عينة الدراسة يتقاسمون السكن مع أقاربهم، وهو ما كان عددهم (16) أسرة.

ملاحظة: فيما يخص متغير "المعاناة من أي مرض مزمن" فقد كانت نسبة 100% من عينة الدراسة قد أجابت بـ: "لا"، أي أن كل أفراد العينة (60 أسرة) لا يعانون من مرض مزمن.

2-5- أساليب المعالجة الإحصائية لبيانات الدراسة:

تعد أساليب المعالجة الإحصائية لبيانات الدراسة من أهم الخطوات التي يجب على الباحث أن يمرّ بها، حيث قام الطالبان بمعالجة البيانات بالاعتماد على برنامج التحليل الإحصائي (SPSS)، وذلك بحساب ما يلي:

- المتوسط الحسابي: لمعرفة مدى تماثل أو اعتدال صفات أفراد العينة.
- الانحراف المعياري: لمعرفة طبيعة توزيع أفراد عينة الدراسة ومدى انسجامها، والذي يتأثر بالدرجات المتطرفة عن الوسط الحسابي.

2-6- تنفيذ الدراسة:

بعد التحقق من الشروط السيكمترية للأداة تم تنفيذ الدراسة وتوزيع الاستمارة على العينة المتمثلة في (60) أسرة من أسر الأطفال المعاقين ذهنيا بالمركزين النفسيين البيداغوجيين للأطفال المعاقين ذهنيا بكل من جيجل والطاهير.

خلاصة الفصل:

وختاماً لهذا الفصل فقد قمنا بتوضيح الإجراءات المنهجية التي تمت خلال هذه الدراسة، والتي حددنا فيها الطريقة العلمية المتبعة، والأداة المستخدمة، وذلك بالتعرف على المنهج المتبع، وتحديد الخصائص السيكومترية من صدق وثبات لأداة الدراسة، وكل ذلك من أجل إجراء الدراسة في أحسن الظروف، وبالتالي الوصول إلى أفضل النتائج.

الفصل الخامس:

عرض نتائج الدراسة

ومناقشتها

الفصل الخامس:

عرض نتائج الدراسة ومناقشتها

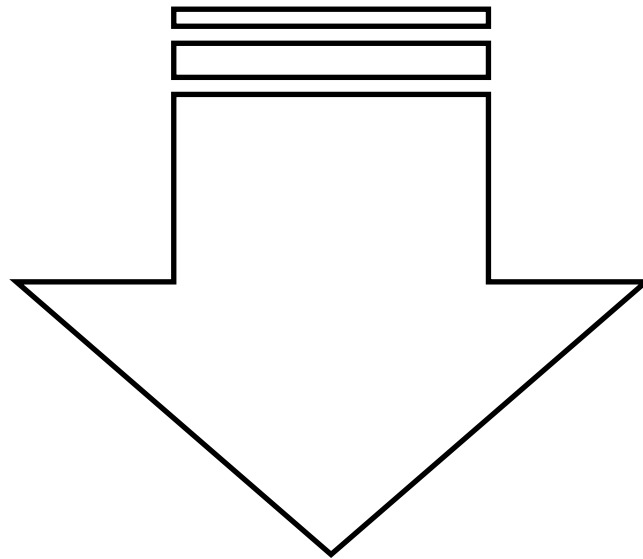
• تمهيد

1- عرض وتحليل نتائج الدراسة في ضوء الفرضيات

2- مناقشة وتفسير نتائج الدراسة

3- اقتراحات وتوصيات

• خلاصة



تمهيد:

بعد جمع بيانات الدراسة الحالية، ومعالجتها بواسطة الأساليب الإحصائية المناسبة تولدت عنها مجموعة من النتائج، والتي سنعرضها من خلال هذا الفصل مدعّمة بتحليل ومناقشة لها في ضوء الفرضيات لنصل إلى النتائج العامة، وبعدها نختم هذا الفصل بمجموعة من الاقتراحات والتوصيات التي قد يستفيد منها الباحثون من بعدنا.

يتضمن هذا الفصل عرضاً كاملاً ومفصلاً لنتائج الدراسة، وذلك للإجابة على تساؤلات الدراسة والتحقق من صحة فرضياتها، وذلك بعد تحديد مجالات انتماء كل عبارة والمجال ككل، وتحديد مجالات متوسطات الإجابات على الاستبيان، حيث تم اعتماد مفتاح تصحيح للتعرف على نتائج الدراسة، وذلك كما هو وارد في الجدول التالي:

جدول رقم (19) المتوسط الحسابي لدرجة جودة حياة أسرة المعاق ذهنياً:

درجة جودة حياة أسرة المعاق ذهنياً	المتوسط الحسابي \bar{X}	درجة المبحوث على الاستبيان
متدنية	$\bar{X} \in [1 \text{ — } 1.66]$	أبداً
متوسطة	$\bar{X} \in [1.67 \text{ — } 2.33]$	أحياناً
عالية	$\bar{X} \in [2.34 \text{ — } 3]$	دائماً

وقد استندنا في تفسير نتائج الاستبيان في ضوء درجة المبحوثين (أبداً، أحياناً، دائماً) على تقسيم مجالات الاستبيان بعد تحديد مجالات انتماء كل عبارة والمجال ككل وفقاً للقانون التالي:

<p>أعلى درجة يتحصل عليها المبحوث - أدنى درجة</p> <hr/> <p>عدد البدائل</p>

وبعد تحديد متوسطات الإجابات على الاستبيان في المجالات الثلاث حيث يحدد درجة جودة حياة أسرة المعوق ذهنياً بإعطاء أوزان مختلفة للاستجابة، فيستجيب المبحوث على ميزان متصل رتبي متدرج يشتمل على ثلاث نقاط.

1- عرض وتحليل نتائج الدراسة في ضوء الفرضيات:

1-1- عرض ومناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضية الجزئية الأولى:

الجدول رقم (20) يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والدرجة المعيارية لاستجابات أفراد العينة على بنود البعد الأول (المجال الاجتماعي):

الدرجة المعيارية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	العبارات	المجال أو البعد
عالية	2,57	0,533	العبارة 1	لمجال الاجتماعي
متوسطة	2,07	0,778	العبارة 2	
عالية	2,45	0,699	العبارة 3	
متوسطة	2,30	0,809	العبارة 4	
عالية	2,43	0,722	العبارة 5	
عالية	2,60	0,527	العبارة 6	
عالية	2,38	0,691	العبارة 7	
متوسطة	2,03	0,736	العبارة 8	
عالية	2,40	0,588	العبارة 9	
عالية	2,38	0,691	العبارة 10	
عالية	2,3617	0,35228	الدرجة الكلية للمجال	

من خلال الجدول رقم (20) يتضح بأن درجة استجابات أفراد العينة كانت عالية، وبالتالي فقد تحققت الفرضية الفرعية الأولى التي تنصّ على أن للإرشاد النفسي دور في تحقيق جودة الحياة لأسر الأطفال المعاقين ذهنياً من الجانب الاجتماعي، وبالرجوع إلى درجات البنود المشكّلة للمحور الأول (المجال الاجتماعي) يتّضح ما يلي:

لقد استجاب أفراد العينة على العبارة الأولى التي نصّها: "يسهم توافر خدمات الإرشاد النفسي للطفل المعوق ذهنياً في إمكانية دمجهم في العائلة والمجتمع" بدرجة عالية، حيث بلغ متوسطها الحسابي (2.57) بانحراف معياري قيمته (0.533)، وهذا يدل على أنّ لخدمات الإرشاد

النفسي المقدمة في المركزين دور في الدمج الاجتماعي للأطفال المعاقين ذهنياً. وبالعودة إلى العبارة الثانية التي نصّها: "يعكس توافر خدمات الإرشاد النفسي للطفل المعوق ذهنياً مشاركة المجتمع في المسؤولية اتجاه ابني" فقد كانت استجابة أفراد العينة بدرجة متوسطة، حيث كانت قيمة المتوسط الحسابي لها (2.07) وانحرافها المعياري بلغ (0.778)؛ أي أنّ توافر خدمات الإرشاد النفسي للطفل المعوق ذهنياً لا تشارك المجتمع بشكل كبير في المسؤوليات اتجاه هذا الطفل المعاق حسب رأي عينة الدراسة. أما العبارة الثالثة التي نصّها: "تساهم التفاعلات الاجتماعية من خلال الخدمات الإرشادية والنفسية المقدمة لابني في تغيير وجهات النظر السلبية عنه لدى العائلة والمحيط الاجتماعي" فقد كان أفراد العينة موافقون لها بدرجة عالية، حيث بلغ متوسطها الحسابي (2.45) وانحرافها المعياري (0.699)؛ أي أنّ الإرشاد النفسي يعمل على تسديد وجهة نظر أفراد عائلة الطفل المعاق ذهنياً ومجتمعه وتصحيحها. وفيما يخص العبارة الرابعة في هذا البعد، والتي تقول بأنّ التعرف على عائلات أخرى من خلال خدمات المركز النفسي المقدمة للطفل المعاق ذهنياً يخفف من الإحساس السلبي لعائلته بأنّ لديها مشكلة تميّزها وتقتصر عليها فحسب، فقد كانت استجابة أغلب أفراد العينة بـ: "أحياناً"، حيث كان المتوسط الحسابي لهذا البند هو (2.30) وانحرافه المعياري (0.809)؛ أي بمعنى أنّ تلك الخدمات الإرشادية والنفسية المقدمة في المركزين لا تؤدي دوماً إلى التخفيف من ذلك الشعور السلبي لعائلة الطفل المعاق ذهنياً، وهذا حسب آراء أغلبية أفراد العينة. أما العبارات الست المتبقية في هذا المحور، وبالاستعانة بالنتائج الموضحة في الجدول السابق (الجدول رقم 20) فقد كانت درجات استجابة الباحثين عليها عالية سوى العبارة الثامنة التي نصّها: "يزيد تلقي ابني المعوق لخدمات المركز النفسي من إحساس الآخرين بأننا لدينا مشكلة خاصة" فقد كانت درجة استجابتها متوسطة، بمتوسط حسابي قدره (2.03) وانحراف معياري بلغ (0.736)؛ أي أنّ للخدمات النفسية داخل المركز النفسي البيداغوجي دور في التخفيف من إحساس عائلة الطفل المعاق ذهنياً بأنّ لها مشكلة خاصة.

من خلال ما سبق وبالرجوع إلى الجدول رقم 20 يتضح بأنّ المتوسط الحسابي للمحور ككل بلغ (2.36) بانحراف معياري قيمته (0.352)، والذي يؤكد أنّ درجة استجابة أفراد العينة كانت عالية؛ أي بمعنى آخر: للإرشاد النفسي دور في تحقيق جودة الحياة لأسر الأطفال المعاقين ذهنياً من الناحية الاجتماعية.

1-2- عرض وتحليل نتائج الدراسة في ضوء الفرضية الجزئية الثانية:

الجدول رقم (21) يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والدرجة المعيارية لاستجابات أفراد العينة على بنود البعد الثاني (الإرشاد والصحة النفسية):

الدرجة المعيارية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	العبارات	المجال أو البعد
عالية	2,50	0,651	العبارة 1	مجال الإرشاد والصحة النفسية
متوسطة	2,33	0,729	العبارة 2	
عالية	2,58	0,645	العبارة 3	
عالية	2,57	0,563	العبارة 4	
عالية	2,65	0,577	العبارة 5	
متدنية	1,28	0,613	العبارة 6	
عالية	2,60	0,527	العبارة 7	
عالية	2,57	0,593	العبارة 8	
عالية	2,53	0,650	العبارة 9	
متدنية	1,43	0,789	العبارة 10	
متوسطة	2,3050	0,33111	الدرجة الكلية للمجال	

من خلال الجدول رقم (21) يتضح بأن درجة استجابات أفراد العينة كانت متوسطة، وبالتالي فقد تحققت الفرضية الفرعية الثانية أيضا التي تنصّ على أن للإرشاد النفسي دور في تحقيق جودة الحياة لأسر الأطفال المعاقين ذهنيا من جانب الإرشاد والصحة النفسية، وبالرجوع إلى درجات البنود المشكّلة للمحور الثاني (مجال الإرشاد والصحة النفسية) يتّضح ما يلي:

كانت استجابات أفراد العينة في العبارة الأولى من هذا البعد، والتي نصّها: "يخفف الإرشاد النفسي المقدم لابني من حدة الضغوط النفسية على أفراد الأسرة" عالية، بدليل أن متوسطها الحسابي بلغ (2.5) وانحرافها المعياري كان (0.651)، ما يعني أنّ الخدمات الإرشادية المقدمة في المركزين كانت ناجعة وراجعة بالإيجاب على أسرة الطفل المعاق ذهنيا حسب رأيهم. أما العبارة

الثانية التي قلنا فيها بأن الإرشاد النفسي المقدم للطفل المعاق ذهنيا يخفف من شعور أسرته بالإحباط فهو كذلك، ولكن بدرجة متوسطة حسب رأي أفراد العينة، إذ كان المتوسط الحسابي لهذه العبارة في حدود (2.33) بانحراف معياري قدر بـ (0.729). هذا ويلاحظ أيضا من خلال نتائج الجدول رقم (21) أنّ خدمات الإرشاد النفسي تعزز من نقاط قوة الطفل المعاق ذهنيا، وتزيد من شعور أسرته بالراحة والاستقرار؛ وذلك من خلال استجابات هؤلاء الأسر على هاتين العبارتين بدرجة عالية، حيث بلغ متوسطهما الحسابي على التوالي: (2.58) و (2.57)، وانحرافهما المعياري على التوالي أيضا: (0.645) و (0.563). أما البند الخامس في هذا المجال فكان هو الآخر أيضا قد تميز بدرجة استجابة عالية للمبحوثين، حيث يرون بأن تلقّي أبناءهم المعاقين ذهنيا للخدمات الإرشادية في المركزين يبعث الأمل في نفوسهم بتحسين قدرات أطفالهم في المستقبل، حيث كان متوسط استجاباتهم قد بلغ (2.65) بانحراف قدره (0.577). أما بإسقاط نتائج الجدول رقم (21) حول العبارة السادسة من الاستبيان التي كان نصّها: "أشعر بالخجل لتواجد ابني مع المعوقين ذهنيا في الأطر التي تقدّر خدمات إرشادية بالمركز النفسي" فيلاحظ بأن درجة استجابة أسر الأطفال المعاقين ذهنيا عليها كانت متدنية بمتوسط حسابي قدر بـ (1.28) فقط، وانحراف معياري قيمته (0.613)؛ أي أنّ الخدمات الإرشادية المقدمة للأطفال المعاقين ذهنيا ليست عيبا يُخجل أسرهم حسب رأي الأغلبية. ويرى غالب أفراد العينة بأن تلقّي أطفالهم المعاقين ذهنيا للخدمات الإرشادية في المركزين يوفرّ لهم برامج إرشادية تساعدهم في التعامل معهم بإيجابية، وتمكنهم من معرفة أساليب التعامل مع سلوكياتهم غير المناسبة، وشعورهم بأن أطفالهم المعاقين ذهنيا هم أناس قادرين على الإنجاز بدرجة عالية حسب النتائج المدونة في الجدول السابق (الجدول رقم 21). ومما يزيد هذه النتائج قوة ما جاء في البند العاشر والأخير في هذا المجال من الاستبيان، والذي نصّه كالآتي: "يزيد التواصل مع أكثر من أخصائي في خدمات الإرشاد النفسي المقدمة لابني المعوق من انزعاجي"، فكانت استجابة أفراد العينة متدنية، وبمتوسط حسابي لم يتجاوز (1.43) وانحراف معياري قيمته (0.789)؛ أي أن تعدد الأخصائيين النفسانيين لا يؤدي إلى الانزعاج مادام لهؤلاء الأخصائيين نفس الأهداف والبرامج الإرشادية المقدمة.

ومن خلال ما تم ذكره، وبالاستعانة بما في الجدول رقم (21) اتضح لنا تحقق الفرضية الفرعية الثانية التي ترى بأن للإرشاد النفسي دور في تحقيق جودة الحياة لأسر المعاقين ذهنيا من

ناحية الإرشاد والصحة النفسية، ولكن بدرجة متوسطة، إذ بلغ المتوسط الحسابي للدرجة الكلية لهذا المجال أو البعد (2.305) بانحراف معياري قيمته (0.331).

1-3- عرض وتحليل نتائج الدراسة في ضوء الفرضية الجزئية الثالثة:

الجدول رقم (22) يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والدرجة المعيارية لاستجابات أفراد العينة على بنود البعد الثالث (البعد الاقتصادي):

المجال أو البعد	العبارات	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	درجة جودة الحياة
المجال الاقتصادي	العبارة 1	0,725	2,32	متوسطة
	العبارة 2	0,469	2,68	عالية
	العبارة 3	0,725	2,50	عالية
	العبارة 4	0,809	2,30	متوسطة
	العبارة 5	0,896	1,90	متوسطة
	العبارة 6	0,880	1,85	متوسطة
	العبارة 7	0,606	2,65	عالية
	العبارة 8	0,645	2,58	عالية
	العبارة 9	0,720	2,58	عالية
	العبارة 10	0,865	1,78	متوسطة
البعد الاقتصادي		0,39092	2,3150	متوسطة

نلاحظ من خلال الجدول رقم (20) أن درجة استجابات أفراد العينة كانت متوسطة، وبالتالي فقد تحققت الفرضية الفرعية الثالثة، والتي تنصّ على أن للإرشاد النفسي دور في تحقيق جودة الحياة لأسر الأطفال المعاقين ذهنياً من الجانب الاقتصادي، وبالرجوع إلى درجات البنود المشكلة لهذا البعد (المحور) يتضح ما يلي:

في العبارات (1، 4، 5، 6، 10) استجاب أفراد العينة بدرجة متوسطة، حيث كانت المتوسطات الحسابية محصورة في المجال من 1.78 إلى 2.32؛ أي أنه حسب العبارة الأولى يرى أغلب المفحوصين بأن خدمات المركزين النفسيين المؤطرة والمنظمة تتيح لهم فرص الخروج للعمل بدرجة متوسطة، أما عن منحة العجز التي تناولتها العبارتان (5، 6) فإنها لا تساعد بشكل كاف الأطفال المعاقين ذهنياً في إلحاقهم ببرامج ترفيهية وتحسين مستوى معيشتهم خاصة وأن أغلب أولياء أمورهم لا يمتلكون وسيلة نقل خاصة تمكنهم من التنقل من وإلى المركزين النفسيين، وهذا حسب رأي أسرته، وعلى عكس هذا فترى غالبية أسر الأطفال المعاقين ذهنياً، وبدرجات عالية أن الخدمات المقدمة في المركزين تخفف من تكاليف ونفقات التشخيص والعلاج لأبنائهم المعاقين ذهنياً، وتوفر لهم الوجبات الصحية لتأهيلهم.

ومن خلال كل ما ذكرناه مع العودة إلى البيانات والنتائج المدونة في الجدول رقم (20) نجد بأن للإرشاد النفسي دور في تحقيق جودة الحياة لأسر الأطفال المعاقين ذهنياً من الناحية الاقتصادية بدرجة متوسطة، وهو ما لم يتعارض مع الفرضية الفرعية الثالثة، فقد تحققت بدليل أن المتوسط الحسابي الكلي لهذا المحور قد بلغ (2.31) بانحراف معياري قيمته (0.390).

1-4- عرض وتحليل نتائج الدراسة في ضوء الفرضية العامة:

الجدول رقم (23) يمثل الانحراف المعياري والمتوسط الحسابي للدرجة الكلية لأبعاد الدراسة:

الدرجة الكلية للأبعاد	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	درجة جودة الحياة
	0,29925	2,3272	متوسطة

نلاحظ من خلال الجدول رقم (23) الذي يمثل المتوسط الحسابي والانحراف المعياري الكليين، والدرجة النهائية لأبعاد الدراسة معاً، حيث كانت متوسطة بدليل متوسطها الحسابي الذي لم يزد عن 2.327 بانحراف معياري قدره 0.299، وهو ما يؤكد صحة الفرضية الرئيسية لدراستنا الحالية، أي بمعنى آخر أنّ للإرشاد النفسي دور في تحقيق جودة الحياة لأسر الأطفال المعاقين ذهنياً بدرجة متوسطة.

الجدول رقم (24) يمثل ترتيب المجالات والدرجة الكلية حسب درجة جودة الحياة لدى أسرة المعوق ذهنيا:

حجم العينة (ن = 60)			المجالات	الرقم
درجة جودة الحياة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري		
عالية	2,3617	0,35228	المجال الاجتماعي	1
متوسطة	2,3150	0,39092	المجال الاقتصادي	2
متوسطة	2,3050	0,33111	مجال الارشاد والصحة النفسية	3
متوسطة	2,3272	0,29925	الدرجة الكلية لجودة الحياة	

يتضح من خلال الجدول رقم (24) ما يلي:

1-الدرجة الكلية لجودة الحياة لدى أسرة المعوق ذهنيا هي متوسطة، حيث بلغ المتوسط الحسابي الكلي لمتوسط استجابات المبحوثين على جميع العبارات لجميع المجالات 2.32

2-ترتيب المجالات تبعا لدرجة جودة الحياة لدى أسرة المعوق ذهنيا جاء على النحو التالي:

1-المرتبة الأولى: المجال الاجتماعي.

2-المرتبة الثانية: المجال الاقتصادي.

3-المرتبة الثالثة: مجال الإرشاد والصحة النفسية.

ثانياً: مناقشة وتفسير نتائج الدراسة:

2-1- مناقشة وتفسير نتائج الفرضيتين الأولى والثانية:

التذكير بالفرضيتين الأولى والثانية على التوالي:

- للإرشاد النفسي دور في تحقيق جودة الحياة لأسر المعاقين ذهنياً من الجانب الاجتماعي.
 - للإرشاد النفسي دور في تحقيق جودة الحياة لأسر المعاقين ذهنياً من جانب الصحة النفسية.
- يتضح من خلال عرض النتائج المبينة في الجدول رقم (24) أن المجال الاجتماعي حصل على جودة حياة عالية لدى أسرة المعوق ذهنياً بمتوسط حسابي يقدر بـ 2.361، وانحراف معياري يساوي 0.352، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة حسن (2010)، التي أقرت بوجود علاقة موجبة إحصائياً بين إدراك الوالدين لجودة الحياة وتقبلهم لطفلهم المعاق عقلياً، كما اتفقت مع دراسة بسمة سعد الطناني (2015)، التي أظهرت وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال الآباء مرتفعي جودة الحياة على مقياس المهارات الحياتية لصالح الآباء مرتفعي جودة الحياة، إلا أنها اختلفت مع دراسة محمد إبراهيم (2010)، التي أظهرت نتائجها أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرضى عن جودة الحياة باختلاف مصادر الدعم الاجتماعي (منخفض، مرتفع) لدى المعاقين حركياً من أفراد العينة. وتم تفسير هذه النتيجة بأن أسر المعاقين تحتاج إلى تقديم المساعدة لهم والدعم لفهم طبيعة العلاقات الاجتماعية وتأثيرها على البيئة الأسرية من خلال تصحيح أفكارهم اللاعقلانية حول إعاقة ابنهم، حيث أن الخدمات الإرشادية المقدمة من طرف المرشد الاجتماعي تساعد الأولياء على الاعتراف بإعاقة الطفل وتصحيح إدراكهم غير الدقيق على أنه وصمة عار، وهذا الاعتراف بمثابة مواجهة لميكانيزم الإنكار اللاشعوري، والشعور بالذنب والرفض، ولكن التقدير الواقعي لحالة الطفل من جانب الأب بمساعدة المرشد يمثل ميكانيزم المواجهة الذي يشعر الطفل بالتقبل والثقة، وأن يعيش انفعالات إيجابية مع الأسرة، كذلك معرفة إعاقة الطفل وقدراته على النمو تمثل دعماً معرفياً وانفعالياً للوالدين لكي يواجهوا ضغوطات الطفل المتخلف عقلياً مما يسهل عليهما حياتهما الأسرية لتحقيق جودة الحياة الداخلية والخارجية، وهذا الدعم الاجتماعي والتدريب يدعم الصحة النفسية للطفل. وهو ما أكدته نتيجة دراستنا الحالية.

وتعزى هذه النتيجة إلى فلسفة الخدمات الإرشادية المبنية على أساس الشمولية، أي التعامل مع جميع درجات الإعاقة العقلية من الشديدة إلى المتوسطة ثم البسيطة، وعلما أن أعلى نسبة درجة الإعاقة في دراستنا بلغت 61.7% بإعاقة متوسطة، ويغطي المركز النفسي جميع درجات الإعاقة، وهذه الخدمات الإرشادية بالمركز تلبي احتياجات الأسر، ولهذا لم تشعر الأسر بأنها تحمل عبء إعاقة ابنها حتى لو كانت هذه الإعاقة شديدة، وهذا يعني أيضا أن سلسلة الخدمات نجحت بصورة كبيرة جدا في الأخذ بعين الاعتبار الذاتية والخصوصية لكل حالة، وأن مبدأ الخصوصية من أبعاد جودة الحياة، وهذا يشير إلى نجاح هذه الطريقة في العمل.

ومن وجهة نظرنا فنحن نرى أن الأسر تنظر إلى الإعاقة باعتبارها وحدة واحدة وليست مجزأة، ولا تهمهم درجة الإعاقة أو مركباتها، فكثيراً ما تلتقي هذه الأسر في أماكن الخدمات ويصبح لديهم شعور متجانس، كما أن العائلات تتشابه في معاناتها، فالأسر التي يعاني أولادها من إعاقة شديدة يكون أسهل عليها إيصال وضعه للمجتمع لأن إعاقة تكون واضحة للآخرين، فتنشغل بسهولة في متابعة احتياجاته، أما الأسر التي يعاني أولادها من إعاقة بسيطة، وتكون الإعاقة غير واضحة للآخرين فإنها تحتاج فقط إلى بذل مجهود أكبر في إيصال وضع ابنها إلى الآخرين، لذلك تساوت النتائج في الجهود المبذولة في المعاناة.

واتفقت هذه النتيجة أيضا مع ما توصلت إليه دراسة رولتا وكبري وآخرون (2010) أنه يوجد لدى العائلات بشكل عام رضياً عن مجالات مقياس جودة الحياة وأن الدعم النفسي والعاطفي تقديرها أعلى قليلا من الدعم المادي والفعلي.

وتدل كل هذه النتائج على أن الخدمات الإرشادية تلبي احتياجات الأسرة من الناحية الاجتماعية في تحقيق جودة حياة المعوق وتحسينها بشعوره بالحب والانتماء، ودمجه في المجتمع، ومساواته مع أفراد الأسرة الذي ينعكس بشكل مباشر على جودة حياة الأسرة وبدرجة عالية.

2-2- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة:

- التذكير بالفرضية: للإرشاد النفسي دور في تحقيق جودة الحياة لأسر الأطفال المعاقين ذهنيا من الجانب الاقتصادي.

يتضح من خلال عرض النتائج المبينة في الجدول رقم (24) أنه حصل المجال الاقتصادي على درجة متوسطة في جودة الحياة لدى أسر المعاقين ذهنيا، وقد اتفقت نتائجها مع نتائج دراسة

الحازمي (2009) بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين حاجات أولياء أمور التلاميذ ذوي الإعاقة العقلية تبعاً لاختلاف المستوى الاقتصادي لهم، كما اتفقت مع دراسة أبو الحلاوة (2004) بعدم وجود فروق في مستوى الضغوط النفسية بين مجموعة الأسر المنتفعة من برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي، ومجموعة الأسر غير المنتفعة من برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي والمسجلة في قوائم الانتظار تعزى لمستوى دخل الأسرة، إلا أنها اختلفت مع دراسة موسى (2005) التي أظهرت وجود فروق دالة إحصائية لمتغير مستوى الدخل على الحاجات النفسية والاقتصادية والاجتماعية والمعلوماتية والأسرية.

أما عند الحديث عن أسباب هذه النتيجة فقد أخذنا بعين الاعتبار مستوى المعيشة أو مستوى الدخل العام لأسرة المعاق ذهنياً في دراستنا الحالية، وكان متوسطاً كذلك، إذ بلغ نسبة 51.7%، وأكثرهم كانوا موظفين، ومن خلال مقابلاتنا الميدانية بالمرشدين النفسيين بالمركزين، وبأسر المعوقين ذهنياً لاحظنا أن الأسرة التي يكون دخلها عالياً فإن لديها توقعات أن تلبي جميع احتياجات ابنها المعوق لدرجة أن هذه الأسرة تقوم بإدخال خدمات خاصة وعالية الجودة على حسابها الخاص لابنها لاعتقادها أن هذه الخدمات ستحسن من وضعه وتجعله دون إعاقة، أما الأسرة التي يكون دخلها متدنياً أو متوسطاً فهي تعتقد بأن دخل ابنها (منحة العجز)، أو المساعدات المادية التي تحصل عليها من المركز النفسي هي ليس لذاته ولا لاحتياجاته، إنما تعتبرها مخصصة لكل فرد في الأسرة، وبالتالي لا يظهر هذا الوضع أي تحسن بالنسبة لها في جودة الحياة، وخاصة عند العائلات كثيرة الأولاد، ضف إلى ذلك ونحن في زمن وباء كورونا، وبعد إجراءات الغلق الأخيرة التي كانت تمثل سلسلة قيود لا سبيل لهم للفكاك منها، فأسرة الطفل المعوق ذهنياً كانت بين نارين إما صحة الطفل، وإما تعليمه وتنمية مهاراته، فمستوى جودة الحياة الأسرية انخفض بسبب غلق أبواب العمل في وجه الكثير منهم، وخاصة الأسر التي يعتمد دخلها بالدرجة الأولى على الأعمال الحرة، والتي بلغت نسبتهم في دراستنا 23.3%، ناهيك عن الأسر التي تسبح في بحر البطالة، والذين بلغت نسبتهم 30%، حيث تحول دون حصول أطفالها المعاقين ذهنياً على المعلومات والخدمات الاجتماعية، والرعاية الصحية، والإدماج الاجتماعي، والتعليم، وهو ما يعكس جودة الحياة المتوسطة لديهم.

2-3- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية العامة:

• التذكير بالفرضية: للإرشاد النفسي دور في تحقيق جودة الحياة لأسر الأطفال المعاقين ذهنياً. يتضح من خلال عرض النتائج المبينة في الجدول رقم (23) أن درجة جودة الحياة الكلية لدى أسر المعاقين ذهنياً هي متوسطة، وقد اتفقت هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة شيماء فكري بفاعلية برنامج إرشادي في تحسين جودة الحياة لدى أمهات الأطفال التوحديين، كما اتفقت مع دراسة هيسي هوانغ لن يو(2009)، حيث كشفت نتائجها أن مستوى جودة الحياة لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقات النمائية من وجهة نظر مقدمي الرعاية للأطفال ذوي الإعاقات النمائية جاءت بمستوى متوسط.

واختلفت نتائجها مع دراستي بوعمامة حكيم وهوادف رابح، حيث أظهرت النتائج انخفاضاً في مستوى جودة الحياة بانخفاض المستوى التعليمي للوالدين لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً. وتفسير هذه النتيجة بأن تبادل المعلومات الطبية والنفسية والتربوية والاجتماعية تمت بمشاركة حقيقية وفعالة من الأسر والأخصائيين النفسيين والأخصائيين التربويين والأخصائيين الاجتماعيين على حدّ سواء، وأنّ هذه الإجراءات تجعل الأسرة على علم ومعرفة كاملة بوضع ابنها، وهو ما يزيد في تقبلها النفسي لوضعها، ويجعل قدرتها أفضل في التعامل معه.

خلاصة الفصل:

تطرقنا من خلال هذا الفصل إلى عرض وتحليل نتائج الدراسة في ضوء الفرضيات، كما
وقمنا أيضا بمناقشتها وتفسيرها بالاستعانة بالتراث النظري الذي استحضرناه في الباب الأول،
واستنادا أيضا للنظريات التي لها علاقة بمتغيرات هذه الدراسة، وذلك من أجل أن تكون نتائجها
الحالية منطقية، ويمكن الأخذ بها مستقبلا.

تعدّ الإعاقات بصفة عامة والإعاقة الذهنية على وجه الخصوص من بين أهمّ وأبرز المشكلات التي تعوق استقرار الأسرة، وتنغصّ عليها معيشتها، وتؤثر سلباً في جودة حياتها، مما يضطرّ بها إلى اتخاذ إجراءات معيّنة، والبحث عن السبل المناسبة، والحلول الممكنة للحدّ من آثارها وتابعاتها، ولعلّه من أنجع الحلول وأيسرها التوجّه نحو المراكز النفسية البيداغوجية للحصول على الخدمات الإرشادية المناسبة من طرف الأخصائيين النفسيين المتواجدين هناك.

إنّ مثل هذه الخدمات التي لاقت استحساناً كبيراً، وأثبتت نجاحها في مجالات عديدة من حياة الأفراد والأسر ممّا لفت انتباه الباحثين والمختصين في علم النفس وعلوم التربية بصفة عامة، ودفع بنا نحن أيضاً للبحث عن دور الإرشاد النفسي في تحقيق جودة الحياة لأسر الأطفال المعاقين ذهنياً.

فبعد إنجازنا لهذه الدراسة بالاستعانة بالدراسات السابقة والنظريات التي تطرّقنا لها في الباب الأول المخصص للجانب النظري، وفي ضوء ما قمنا به من خلال جمع البيانات وتحليلها بواسطة الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) قد تمّ التوصل إلى النتائج التالية:

- * للإرشاد النفسي دور في تحقيق جودة الحياة بصفة عامة لأسر الأطفال المعاقين ذهنياً بدرجة متوسطة.
- * للإرشاد النفسي دور في تحقيق جودة الحياة لأسر الأطفال المعاقين ذهنياً من الجانب الاجتماعي بدرجة عالية.
- * للإرشاد النفسي دور في تحقيق جودة الحياة لأسر الأطفال المعاقين ذهنياً من جانب الصحة النفسية بدرجة متوسطة.
- * للإرشاد النفسي دور في تحقيق جودة الحياة لأسر الأطفال المعاقين ذهنياً من الجانب الاقتصادي بدرجة متوسطة.

توصيات الدراسة واقتراحاتها

❖ توصيات الدراسة واقتراحاتها:

من خلال نتائج الدراسة، حاولنا صياغة بعض التوصيات والمقترحات التي قد تخدم الباحثين في هذا المجال في قادم الأوقات من خلال مخرجات هذه الدراسة ومجال مشكلتها، ومن بين هذه التوصيات والمقترحات ما يلي:

- ✓ توعية الأسر بضرورة دمج المعوقين ذهنياً في سوق العمل، وبما يتلاءم مع قدراتهم.
- ✓ إقامة مجموعات الدعم الذاتي لأسر المعوقين عقلياً لتبادل الخبرات ووجهات النظر بين الأسر لتقويتهم ودعمهم.
- ✓ تطوير عمل لجان أولياء أمور للمعوقين ذهنياً وتأهيلهم بحيث يكون لديهم القدرة في الدفاع عن حقوق أبنائهم.
- ✓ تزويد الأسر بنشرات باللغة العربية توضح حقوق المعوقين.
- ✓ عمل مجموعات إرشادية للأسر للتعريف بحقوق المعوقين ذهنياً من نفس المرحلة العمرية لأبنائهم.
- ✓ بناء برامج إرشادية متخصصة لمراحل العمر المتقدمة للمعوقين ذهنياً، وتطوير هذه البرامج بحيث تشمل كافة احتياجاتهم.
- ✓ تنظيم برامج لتتقيف الآباء بوسائل الإعلام المختلفة وتنظيم لقاءات شهرية بين الآباء والأخصائيين والمهتمين برعاية الأطفال المتخلفين عقلياً.
- ✓ توفير أدوات التشخيص اللازمة للكشف المبكر عن التخلف العقلي، وتوفير الكوادر المتخصصة القادرة على استخدام الأساليب التكنولوجية الحديثة مع الأطفال المتخلفين عقلياً.
- ✓ إجراء دراسة حول مدى جودة كل خدمة من خدمات المركز النفسي البيداغوجي للمعوقين ذهنياً بمفردها وتأثير هذه الجودة على جودة حياة الأسرة.
- ✓ إجراء دراسات حول خدمات المركز النفسي تركز على وجهة نظر الإخوة للمعوق، ودراسات مقارنة بين أسر تلقت خدمات المركز النفسي والتي لم تتلق خدمات المركز النفسي.

قائمة المراجع:

أولاً: المراجع باللغة العربية:

1. أبو أسعد، أحمد. (2012). *علم النفس الإرشادي*. (ط2). دار المسيرة. المملكة الأردنية الهاشمية.
2. أبو أسعد، أحمد. (2015). *المهارات الإرشادية*. (ط3). دار المسيرة. المملكة الأردنية الهاشمية.
3. أبو أسعد، أحمد. (2015). *الإرشاد المدرسي*. (ط4). دار المسيرة. المملكة الأردنية الهاشمية.
4. أبو أسعد، عبد اللطيف وعريبات، عبد الحليم. (2012). *نظريات الإرشاد النفسي والتربوي*. (ط1). دار المسيرة للنشر والتوزيع والإشهار. الأردن.
5. أبو زعيزع، عبد الله. (2009). *أساسيات الإرشاد النفسي والتربوي بين النظرية والتطبيق*. (ط1). دار يافا العلمية. الأردن.
6. أبو عطية، سهام درويش. (2015). *مبادئ الإرشاد النفسي*. (ط2). دار الفكر ناشرون وموزعون. عمان. الأردن.
7. أبو عطية، سهام درويش. (1988). *مبادئ الإرشاد النفسي*. (ط2). دار القلم. القاهرة. مصر.
8. باعامر، منال يحيى إبراهيم. (2011). *مستوى نوعية الحياة الأسرية لأسر الأفراد المعاقين في المملكة العربية السعودية وعلاقتها بالتماسك الأسري* [أطروحة دكتوراه غير منشورة]. الجامعة الأردنية.
9. بعبيع، نادية. (2010). *جودة الحياة لنوي الاحتياجات الخاصة الوجه الآخر للاستقلالية*. جمعية ستيفس للصحة النفسية لولاية سطيف. الرابط الإلكتروني:
<https://assps.yoo7.com/t238-topic>
10. بلان، كمال يوسف. (2015). *نظريات الإرشاد والعلاج النفسي*. (ط1). دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع. عمان. الأردن.
11. بوعيشة، أمال. (2014). *جودة الحياة وعلاقتها بالهوية النفسية لدى ضحايا الإرهاب بالجزائر*. [أطروحة دكتوراه]. جامعة محمد خيضر بسكرة.

قائمة المراجع

12. الجوهري، محمد ربيع. (2006). *ضوابط الفكر*. (ط5). مكتبة الإيمان. القاهرة. مصر.
13. حجازي، مصطفى. (2015). *الأسرة وصحتها النفسية المقومات، الديناميات، العمليات*. (ط1). المركز الثقافي العربي بيروت. لبنان.
14. حرطاني، أمينة، وإزيدي، كريمة. (2015). *علاقة المشكلات السلوكية عند الأبناء بجودة الحياة لدى الأمهات* [رسالة ماجستير]. جامعة وهران 2. الجزائر.
15. حسن، وردة محمد. (2010). *تقبل الوالدين للإعاقة وعلاقته بجودة الحياة*. كلية رياض الاطفال القاهرة.
16. الخطيب، صالح أحمد. (2009). *الإرشاد النفسي في المدرسة: أسسه ونظرياته وتطبيقاته*. (ط3). دار الكتاب الجامعي. الإمارات العربية المتحدة.
17. خلف الله، صلاح. (2012). *جودة الحياة لدى أسر ذوي الإعاقة الذهنية بمراكز التربية الخاصة بالخرطوم* [رسالة ماجستير منشورة]. جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا.
18. الخولي، سناء. (1984). *الأسرة والحياة العائلية*. (دط). دار المعرفة الجامعية الاسكندرية. مصر.
19. الداھري، صالح، حسن، أحمد. (2011). *علم النفس الإرشادي نظرياته وأساليبه الحديثة*. (ط2). دار وائل للنشر. عمان. الأردن.
20. دردير، كرم عمار. (2010). *البحث العلمي أساسياته النظرية وممارسته العملية*. (ط1). دار الفكر. دمشق. سوريا.
21. دياب، سارة. (2014). *الضغوط النفسية وعلاقتها بجودة الحياة لدى والدي أطفال التوحيدين* [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة الخرطوم السودان.
22. رانيا، عبد الله (2014). *فاعلية برنامج تدخل مبكر في تحسين جودة الحياة الأسرية لدى عينة من الأطفال المعاقين سمعياً* [رسالة ماجستير].
23. الزبادي وأحمد محمد والخطيب وهشام إبراهيم. (2001). *مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي*. (ط1). الدار العلمية الدولية ودار الثقافة. عمان. الأردن.
24. الزعبي، أحمد. (د.ت). *الإرشاد النفسي: نظرياته، اتجاهاته، مجالاته*. (ط1). دار الحكمة اليمنية. صنعاء. اليمن.

قائمة المراجع

25. الزعبي، أحمد، محمد. (2005). *التوجيه والإرشاد النفسي أسسه، نظرياته، طرائقه، مجالاته، برامجهم*. (ط2). دار الفكر. دمشق. سوريا.
26. الزعبي، أحمد، محمد. (2007). *التربية الخاصة للموهوبين والمعوقين وسبل رعايتهم وإرشادهم*. (ط2). دار الفكر للنشر والتوزيع. دمشق. سوريا.
27. زهران، حامد عبد السلام. (1977). *التوجيه والإرشاد النفسي*. (دط). عالم الكتب، القاهرة. مصر.
28. الزبيد، نادر فهمي. (2008). *نظريات الإرشاد والعلاج النفسي*. (ط2). دار الفكر ناشرون وموزعون. عمان. الأردن.
29. سمية، سعد الطنطاني. (2015). *جودة حياة أباء المعاقين عقليا وعلاقتها بالمهارات الحياتية للأبناء* [رسالة ماجستير]. جامعة القاهرة.
30. الشناوي. محمد. (1996). *العملية الإرشادية*. (دط). دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة.
31. الشناوي، محمد. (1994). *نظريات الإرشاد والعلاج النفسي*. (دط). دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع. القاهرة. مصر.
32. صبحي وتيسير. (1994). *رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة*. منشورات جامعة القدس المفتوحة. عمان.
33. طه، حسين. (2004). *الإرشاد النفسي: النظرية والتطبيق*. (دط). دار الفكر، عمان.
34. العارف بالله، الغندوز. (1999). *أسلوب حل المشكلات وعلاقته بنوعية الحياة* [بحث مقدم]. المؤتمر الدولي السادس بعنوان: "جودة الحياة"، مركز الإرشاد النفسي. جامعة عين شمس.
35. عبد الرحمان، سعد، وآخرون. (2016). *سيكولوجية البيئة الأسرية والحياة*. (دط). مكتبة الفلاح. الأردن.
36. عبد الرحمان، نهى. (2008). *فاعلية برنامج إرشادي باللعب في تحسين جودة الحياة لدى عينة من الأطفال المصابين بمتلازمة داون القابلين للتعلم*. [رسالة ماجستير].
37. عبد الفتاح، فوقية، ومحمد، حسين. (2006). *العوامل الأسرية والمدرسية والمجتمعية المنبئة بجودة الحياة لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم بمحافظة بني سويف*. [رسالة ماجستير]. جامعة بني سويف.

38. عبد القادر، أشرف أحمد. (2013). *فاعلية التدخل المبكر في تحسين جودة حياة أسر أطفال الأوتيزم*. (دط). دار الكتاب للنشر والتوزيع. مصر.
39. عبد الوهاب، أماني، وشند، سميرة. (2010). *جودة الحياة الأسرية وعلاقتها بفاعلية الذات لدى عينة من الأبناء المراهقين* [بحث مقدم]. المؤتمر السنوي الخامس عشر بعنوان: "الإرشاد الأسري وتنمية المجتمع نحو آفاق إرشادية رحبة". جامعة عين شمس.
40. عزام، ريمة. (2012). *دور خدمة الرفاه الاجتماعي التأهيلية في تحسين جودة الحياة لدى أسر المعاقين عقليا في القدس من وجهة نظر الوالدين* [درجة ماجستير]. جامعة القدس.
41. العزة، سعيد حسني. (2005). *دليل المرشد التربوي في المدرسة*. (ط1). دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان. الأردن.
42. عطية، محمود. (2010). *ضغوط الشباب والمراهقين وكيفية مواجهتها*. (ط1). مكتبة الأنجلو المصرية. مصر.
43. عيادي، نادية، وكشيشب، مراد. (2018). *جودة الحياة الأسرية لدى طلبة الجامعة*. المجلة العربية في العلوم الانسانية والاجتماعية، (العدد10).
44. عيد، أبوحمزة، ويونس، سجي. (2019). *فاعلية برنامج إرشادي لتحسين جودة الحياة لأسر الاطفال ذوي الاحتياجات*. مجلة التربية الخاصة والتأهيل، (العدد8).
45. الغامدي، عبد الرزاق صالح. (2009). *التفكير العقلاني وغير العقلاني ومفهوم الذات والدافعية للإنجاز لدى عينة من المراهقين المتفوقين دراسيا والعاديين بمدينة جدة وأم القرى*، (دط). المملكة العربية السعودية.
46. الفرخ، كاملة شعبان وتيم، عبد الجبار. (1999). *مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي*. (ط1). دار صفاء للنشر والتوزيع. عمان. الأردن.
47. فؤاد، صقر. (2018). *قلق الإنجاب وعلاقته بجودة الحياة لدى الأسر التي لديها أبناء ذوي إعاقة سابقة* [رسالة ماجستير]. الجامعة الإسلامية غزة.
48. كامل، مليكة لويس. (2000). *العلاج السلوكي وتعديل السلوك*. (ط2). مكتبة الأنجلو المصرية. القاهرة. مصر.

قائمة المراجع

49. لشهب، أسماء. (2017). *جودة الحياة الأسرية وعلاقتها بسلوك المواطنة لدى الأبناء*. مجلة البحوث والدراسات (العدد 24)، جامعة الوادي.
50. محمد جبل، فوزي. (2001). *الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية*. (ط1). المكتب الجامعي الحديث.
51. محمد، ابراهيم. (2010). *الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضى عن جودة الحياة لدى المعاقين حركيا بمحافظة غزة*. [رسالة دكتوراه غير منشورة]. جامعة الأزهر. مصر.
52. منسي، محمود وآخرون. (2002). *الصحة المدرسية النفسية للطفل*. (دط). مركز الإسكندرية للكتاب. الإسكندرية. مصر.
53. موسى، سعاد. (2000). *جودة الحياة لدى أسر أم درمان القديمة وعلاقتها بالصحة النفسية لربات البيوت في أم درمان القديمة* [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة السودان.
54. موسى، فواز. (2005). *الحاجات الارشادية لآباء المعوقين في محافظة حرش في ضوء بعض المتغيرات* [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة اليرموك.
55. هاشم، محمد. (2001). *جودة الحياة لدى المعاقين جسميا والمسنين وطلاب الجامعات بالقاهرة* [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة القاهرة.

ثانيا: المراجع باللغة الأجنبية:

56. B
ird, S., Turbull, P. (2005). linking positive behavior support to family quality of life autcomes. *Journal of positive behavior intervention*, 7(3), 174-180.
57. C
laudia,L., Geat, V., et al V., et al. (2010). Quality of life measurment in the field of inttectual disability , Eight principle for Assessing quality of life related personal autcomes. *Socindickec*, 98, 61-72.
58. D
ardas, L and Ahmed, M. (2014). quality of life among parents of children

- with autistic disorder. A sample from the Arab world, research in developmental disabilities, 35. 278-287.
59. D
 arling, C., Senatore, N. and Strachan ,J. (2012).Fathers of children with disabilities stress and life satisfaction. stress and Health, 28, 269-278.
60. D
 avis,K.,Gavidia-payne,S.(2009).the impect of child, familys and professional support characteristics on the quality of life in families of gong children with disabilities,*journal of intellectual & develapmental disability*, 34(2).153-162.
61. H
 sieh,R.,Huang,H.,Lin,M.,Wu,C. & Lee,W.C.(2009)optimism and Heath Related quality of life,Heath satisfaction and family impact on caregivers of children with developement al delays *journal compilation*,35(2),243-249.
62. M
 cstay, R., trembath ,D. and dissanayke, C. (2014).stress and family quality of children with Autism spectrum disorder, parent gender and the double ABCX Model. *J ournal of Autism & developmental disorders*, 44. (12).3101-3118.
63. R
 ilotta,F.,Kirby,N;et al.(2010).Family quality of Australian families with a member with an intellectual developmental disability , *journal of intelectual disability research*,55.issue 10.
64. R
 oy, I., Broun, Robert, L, Schalock, (2010). Models of disability, quality of life, and individualized supports implications for professional pratice in intellectual disability, *journal of policy and pratice in intellectual disabilities*, 7(04), 283-294.
65. R
 uth Chu-Lien Chao. (2015). ***Counseling Psychology: An Integrated Positive Psychological Approach***. first published, John Wiley & Sons. UK.
66. S
 ummers J, A., Paston D,J.,et al.(2005). Conceptualizing and measuring family quality of life. *Journal of intellectual diability research*, 49(10), 777-783.

جامعة محمد الصديق بن يحيى- جيجل

كلية العلوم الانسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا



بحث بعنوان:

دور الإرشاد النفسي في تحقيق جودة الحياة لأسر الأطفال المعاقين ذهنيا

في إطار إعداد مذكرة ماستر في علوم التربية تخصص إرشاد وتوجيه، نضع

بين أيديكم هذه الاستمارة التي تحتوي على مجموعة من الأسئلة، راجين منكم

الإجابة عليها بوضع علامة (X) في الخانة المناسبة، مع العلم أن إجاباتكم على هذه

الأسئلة تحاط بالسرية التامة، ولن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي، وفي الأخير

تقبلوا منا فائق الاحترام والتقدير.

الموسم الجامعي: 2021/2020 م

البيانات الشخصية لأسر الأطفال المعاقين ذهنياً:

- النوع: رجل امرأة
- العمر:
- الحالة الاجتماعية: متزوج(ة) منفصل(ة) أرمل(ة)
- الدخل العام للأسرة: متدني متوسط مرتفع
- العمل: موظف أعمال حرة بطال
- درجة الإعاقة التي يعاني منها طفلك: بسيطة متوسطة شديدة
- هل تعاني من أي مرض مزمن: نعم لا
- إذا كانت الإجابة بنعم، أذكر نوع المرض:
- السكن: إيجار ملك مع الأقارب

درجة الموافقة			الفقرات	الرقم
أبداً	أحياناً	دائماً		
أولاً: البعد الاجتماعي				
			يسهم توافر خدمات الإرشاد النفسي للطفل المعوق ذهنياً في إمكانية دمجه في العائلة والمجتمع.	1
			يعكس توافر خدمات الإرشاد النفسي للطفل المعوق ذهنياً مشاركة المجتمع في المسؤولية اتجاه ابني.	2
			تساهم التفاعلات الاجتماعية من خلال الخدمات الإرشادية والنفسية المقدمة لابني في تغيير وجهات النظر السلبية عنه لدى العائلة والمحيط الاجتماعي.	3
			يخفف التعرف على عائلات أخرى من خلال خدمات المركز النفسي المقدمة لابني من الاحساس بأن لدينا مشكلة تميزنا وتقتصر علينا فقط.	4
			يساعد التعرف على عائلات أخرى من خلال خدمات المركز النفسي المقدمة لابني في تشكيل مجموعة داعمة ومساندة للعائلة.	5
			يشعر ابني المعوق ذهنياً بالحب والانتماء للآخرين نتيجة تلقيه خدمات الإرشاد النفسي بالمركز.	6
			تتيح خدمات المركز النفسي المقدمة لابني فرصة للوالدين لقضاء احتياجاتهم اليومية باستقلالية وحرية.	7
			يزيد تلقي ابني المعوق لخدمات المركز النفسي من إحساس الآخرين بأننا لدينا مشكلة خاصة.	8
			يساعد تلقي ابني لخدمات المركز النفسي في خلق صداقات مع الأقران.	9
			يتيح تلقي ابني لخدمات المركز النفسي فرصة التفاعل مع أشخاص من ذوي المواهب والقدرات نفسها.	10
ثانياً: بعد الإرشاد والصحة النفسية				
			يخفف الإرشاد النفسي المقدم لابني من حدة الضغوط النفسية على أفراد الأسرة.	1
			يخفف الإرشاد النفسي المقدم لابني من شعورنا بالإحباط.	2
			يزيد الإرشاد النفسي المقدم لابني من درجة شعورنا بالراحة والاستقرار.	3
			يعزز توافر الخدمات الإرشادية لابني نقاط القوة لديه.	4
			يبعث تلقي ابني لخدمات الإرشاد النفسي في نفسي الأمل بتحسّن قدراته في المستقبل.	5
			أشعر بالخجل لتواجد ابني مع المعوقين ذهنياً في الأطر التي تقدم خدمات	6

			إرشادية بالمركز النفسي.	
			يشعرنا تلقي ابني المعوقّ للخدمات الإرشادية النفسية بأنه إنسان قادر على الإنجاز.	7
			الخدمات الإرشادية النفسية لابني المعوقّ توفّر للأسرة برامج إرشادية تساعدنا في التعامل معه بإيجابية.	8
			تمكّني الخدمات الإرشادية المقدمة من معرفة أساليب التعامل مع السلوكيات غير المناسبة لابني المعوقّ عقليا.	9
			يزيد التواصل مع أكثر من أخصائي في خدمات الإرشاد النفسي المقدمة لابني المعوقّ من انزعاجي.	10
ثالثا: البعد الاقتصادي				
			تتيح خدمات المركز النفسي المؤطرة للوالدين تنظيم الوقت للخروج للعمل لتوفير دخل للأسرة.	1
			تساعد الخدمات الإرشادية ابني في الحصول على تأهيل مناسب لقدراته.	2
			تخفف علينا الخدمات الإرشادية للمركز من تكاليف نفقات علاج ابني في المراكز النفسية الخاصة.	3
			يمكننا حق ابني المعوقّ ذهنيا بالتشخيص الطبي والنفسي الدقيق من التعرف على احتياجاته وتلبيتها.	4
			يساعدنا حق ابني المعوقّ ذهنيا من منحة العجز على تحسين مستوى معيشتنا.	5
			تساعدنا منحة العجز ابننا المعوق في إلحاقه ببرامج ترفيهية.	6
			يوفر المركز النفسي الوجبات الغذائية اللازمة لصحة ابني.	7
			توفر خدمات المركز النفسي نشرات تزودنا بالمعلومات عن حقوق ابني المعوقّ عقليا واحتياجاته.	8
			يقدم المركز النفسي إرشادات للأهل حول حق التعليم المستمر لابنهم المعوقّ ذهنيا لتطوير مهاراته وقدراته.	9
			أسرتي لديها وسيلة نقل خاصة تمكنهم من التنقل من وإلى المركز النفسي.	10

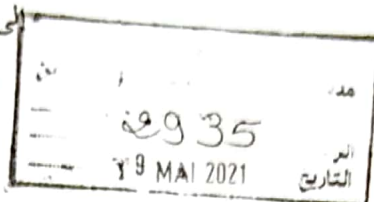
الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد الصديق بن يحيى - جيجل

جيجل في: 27 ماي 2021



كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
نيابة العمادة المكلفة بما بعد التدرج
والبحث العلمي والعلاقات الخارجية
مصلحة التعاون والعلاقات الخارجية

الى السيد/ هودل بولال بنسساط الاجتماعي
والشهاة لولاية جيجل



الموضوع/ طلب تقديم تسهيلات في إطار إعداد البحث العلمي

يشرفني أن أتقدم إلى سادتكم المحترمة بهذا الطلب والمتضمن الترخيص للطلبة الآتية أسماؤهم:
بودلال رايح، كلواش صبيحة، مسنة ثانياة ماستر، تخصص ارشاد وتوجيه، تسم علم النفس وعلوم
التربية والأرطوفونيا، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد الصديق بن يحيى- جيجل.
بالاتصال بمصالح مركزكم.
وهذا في إطار القيام بإعداد مذكرة الماستر، الموسومة ب: دور الارشاد النفسي في تحقيق جودة
الحياة لأسر الأطفال المعاقين ذهنيا، تحت إشراف الأستاذة براجل إحسان.
حيث من المقرر أن يساهم الطلبة في القيام بإعداد مذكرتهم المذكورة أعلاه، وهو ما يتطلب القيام
بدراسات استطلاعية وتوزيع استمارات والقيام بدراسات ميدانية، وعليه أرجو من سيادتكم المحترمة
تقديم التسهيلات اللازمة لإعداد هذا العمل، وهذا للفترة الممتدة من 23 ماي إلى 27 ماي 2021.
وفي الأخير تقبلوا منا فائق مشاعر الاحترام والتقدير.



رئيس مصلحة التعاون والعلاقات الخارجية

مصلحة التعاون والعلاقات الخارجية
C14P
29 MAI 2021

ملخص الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة دور الإرشاد النفسي في تحقيق جودة الحياة لأسر الأطفال المعاقين ذهنيا المتواجدين على مستوى المركزين النفسيين البيداغوجيين بكل من جيجل والطاهير، وتكونت عينة الدراسة من ستين (60) أسرة من أسر الأطفال المعاقين ذهنيا، تم اختيارهم بطريقة عشوائية، وتم جمع بيانات الدراسة عن طريق استبيان تم بناؤه لأغراض الدراسة؛ أي لتقيس بنوده الدور الذي يلعبه الإرشاد النفسي على جودة حياة هؤلاء الأسر، وتكون من جزأين؛ حيث تضمن الجزء الأول معلومات عامة عن المجيب، والجزء الثاني مقسم بدوره إلى ثلاثة محاور لجودة الحياة، وهي على التوالي: الجانب الاجتماعي، جانب الإرشاد والصحة النفسية، الجانب الاقتصادي، موزع على (30) فقرة، وقد توصلت الدراسة إلى أن للإرشاد النفسي دور في تحقيق جودة الحياة لأسر الأطفال المعاقين ذهنيا بدرجة متوسطة، حيث بلغ المتوسط الحسابي النهائي للعينة (2.327) بانحراف معياري قدره (0.299).

Study summary:

This study aimed to know the role of psychological counseling in achieving the quality of life for families of mentally handicapped children located at the level of the two pedagogical psychological centers in Jijel and Taher. The study sample consisted of sixty (60) families of mentally handicapped children, they were randomly selected, and data was collected. Study by means of a questionnaire built for the purpose of the study; That is, its provisions measure the role that psychological counseling plays on the quality of life of these families, and it consists of two parts; Where the first part included general information about the respondent, and the second part, in turn, is divided into three axes of quality of life, which are, respectively: the social aspect, the counseling aspect and mental health, and the economic aspect, distributed over (30) paragraphs, and the study concluded that psychological counseling has a role in Achieving the quality of life for families of mentally handicapped children in a medium degree, where the final arithmetic mean of the sample was (2.327) with a standard deviation of (0.299).