



جامعة بنها  
كلية التربية  
مجلة كلية التربية

## فعالية برنامج إرشادي للآباء لتحسين جودة الحياة لدى أبنائهم

ذوي الإحتياجات الخاصة

إعداد

الدكتور / صلاح الدين عراققة محمد

مدرس الصحة النفسية بكلية التربية - جامعة بنها

المجلد السادس عشر

العدد ٦٦

إبريل ٢٠٠٦

# فعالية برنامج إرشادي للآباء لتحسين جودة الحياة لدى أبنائهم ذوي الاحتياجات الخاصة

إعداد د/ صلاح الدين عراقي محمد  
مدرس الصحة النفسية بكلية التربية جامعة بنها

## مقدمة:

مع تزايد الاهتمام منذ عقد الثمانينات من القرن الماضي بعمليات دمج ذوي الاحتياجات الخاصة في المجتمع، وخاصة بعد التحول من سياسة التأهيل داخل مؤسسات متخصصة إلى استراتيجيات التأهيل المرتكز على المجتمع، استتبع ذلك البدء في تخطيط وتنفيذ برامج تأهيل شامل وبرامج إرشاد لذوي الاحتياجات الخاصة في مراحل النمو المختلفة أو لأسرهم.

فإدراك أهمية الأسرة عامة والوالدين بصفة خاصة في الخدمات المقدمة هو تطور جديد نسبياً في مجال الإرشاد النفسي. حيث كان التركيز قائماً في تقديم الخدمات التربوية والتعليمية والإرشادية والتدريبية والعلاجية على الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، أما حاجات الآباء وأدوارهم في تنشئة الأطفال وتشكيل شخصياتهم وتحسين مفهوم ذواتهم وتعديل إدراكاتهم نحو الحياة كان يتم تجاهلها أو التغاضي عنها وبعد وضع التشريعات الخاصة، بدأ الاهتمام بتنفيذ برامج شاملة لأسر الأطفال ذوي الحاجات الخاصة. وكذلك نفس الشئ لمصطلح جودة الحياة لدى المعاقين، فهو مجال حديث نسبياً، بدأ الاهتمام به في نهايات القرن العشرين.

ويشير مصطلح جودة الحياة إلى كيفية الاستمتاع بمجالات الحياة المختلفة، ويتطلب ذلك فهم الفرد لذاته وقدراته. وهي نتيجة ملائمة لعلاقات الطفل داخل الأسرة والخدمات التربوية والصحية وبرامج التأهيل والخدمة الاجتماعية ومع ذلك فقد تم دراستها مع الأطفال المعاقين عقلياً وذوي الاضطرابات العضوية والنفسية (شالوك، ٢٠٠٤، ٠).  
إلا أن دور الآباء في تحسين جودة حياة أبنائهم ذوي الاحتياجات الخاصة فهو من الموضوعات الحديثة نسبياً، حدثت الاهتمام بالخدمات الإرشادية المقدمة لأسر (آباء) هؤلاء الأطفال.

وتهدف البرامج الإرشادية لآباء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة إلى التعرف على مشاعرهم وفهمها وما لديهم من معلومات ومعارف ووضعها في الاعتبار، بالإضافة إلى الطريقة التي بها يستطيع المرشد توجيه الآباء لتحسين مستوى جودة حياة أبنائهم ذوي الاحتياجات الخاصة. مما يتطلب التعرف على الحاجات الإرشادية لآباء الأطفال ذوي

الاحتياجات الخاصة من جانب، ومجالات الحياة لدى أبنائهم والتي تتطلب تحسيناً لمستواها من جانب آخر.

ومن ثم فإن تفهم مشاعر وقيم وأنماط سلوك الوالدين يمكن المرشد من التدخل بفعالية نحو مساعدة الآباء في تعليم وتطوير أنواع السلوك المناسبة لتحسين مستوى جودة حياة أبنائهم ذوى الاحتياجات الخاصة.

### مشكلة الدراسة:

إن التأثير القوي بالطفل غير العادى يكون فى محيط الأسرة، فعادة ما يغير مولد طفل ذو احتياجات خاصة وحدة الأسرة الاجتماعية، فقد يصاب الآباء والأبناء العاديون فى الأسرة بالصدمة والغضب والحيرة، وعادة ما تتغير العلاقات بين أفراد الأسرة كوحدة كما هي من قبل (هاردمان وآخرون Hardman, M.L, ١٩٨٤، ص ١٨-١٩).

هذا التأثير فى محيط الأسرة، قد يترتب عليه إحساس أفراد الأسرة بانخفاض مستوى جودة لحياة كنتاج للإدراك الذاتى للحياة وبالتالي يمكن توضيح مشكلة الدراسة الحالية إلى التساؤلات التالية:

- ما مدى فعالية البرنامج الإرشادى للآباء فى تحسين مستوى جودة الحياة عامة ومن حيث الأهمية والرضا لدى أبنائهم ذوى الاحتياجات الخاصة؟
- هل تستمر فعالية البرنامج الإرشادى للآباء فى تحسين مستوى جودة الحياة عامة ومن حيث الأهمية والرضا لدى أبنائهم ذوى الاحتياجات الخاصة فى فترة المتابعة؟

### هدف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى استعراض مفهوم وجوانب جودة الحياة لدى هؤلاء الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة من جانب وإلى إعداد والتحقق من فعالية برنامج إرشادى لآباء الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة (سمعية- بصرية- عقلية) فى تحسين مستوى جودة الحياة لدى هؤلاء الأبناء، من جانب آخر، ونظراً - فى حدود علم الباحث- لعدم وجود دراسات وبحوث عربية تناولت المتغير الرئيسى للبحث الحالى وهو تتبع فعالية تأثير البرنامج الإرشادى للوالدين على تحسين جودة حياة أطفالهم ذوى الاحتياجات الخاصة- حيث هناك دراسات تناولت إرشاد الوالدين أو أسر لأطفال ذوى احتياجات خاصة (دراسة عبدالمطلب القريطى، ١٩٩٩ عادل الأشول ١٩٩٣، عبد العزيز الشخص ، زيدان السرطاوي، ١٩٩٨، أحمد عبدالله ، ١٩٩٩، جميل الصاوى ١٩٩٩) فإن الدراسة الحالية تهدف أيضاً إلى معرفة- ليس فقط فعالية البرنامج الإرشادى فى تطوير معارف الوالدين ومهاراتهم بل أيضاً تطبيق الوالدين

للمعرفة والمهارات الجديدة على تحسين جوانب جودة الحياة الموضوعية والذاتية لأبناءهم ذوى الاحتياجات الخاصة.

### أهمية الدراسة:

تلعب الأسرة- مقدم الرعاية الأول- دوراً حيوياً فى صحة ورفاهية الأطفال وأن الإحساس بجودة الحياة تكون فى النمو المتكامل جسمياً وعقلياً واجتماعياً وانفعالياً. وأن يحيا الفرد فى إطار أسرة متماسكة ومتفاعلة، وفى إطار تعليم جيد النوعية لاستثارة الابتكار والإبداع، وفى إطار يؤكد على القيم الخلقية والاجتماعية وتنمية المهارات اليومية، وفى إطار يؤكد على المشاركة الفعالة فى المجتمع وحمايته من العنف والإهمال والانحراف ليعيش الطفل المعاق فى توافق مع نفسه والآخرين.

وتعد قضية الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة من أهم قضايا عصرنا الحالى، لما لها من أبعاد تربوية، ووقائية وعلاجية. وهذا إن دل على شئ إنما يدل على أهمية الاهتمام بهؤلاء الأطفال، فهم فى حاجة ملحة إلى الاهتمام والجهد المستمر، والتواصل من شتى المؤسسات الاجتماعية كالأسرة، والمدرسة والجامعة، والمجتمع ككل. فضلاً عن أن هؤلاء الأطفال إذا ما أحسنا مساعدتها على الإحساس بجودة الحياة (أهمية الحياة والرضا عن الحياة) فإننا نتمكن من تأهيلهم للاندماج فى المجتمع وتحقيق ذاتهم، مما قد يعود على المجتمع بالخير والمنفعة.

لذلك كانت هذه الدراسة لتحسين جودة حياة الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة من خلال الوالدان اللذان يقومان بدور حيوى فى دعم ومساندة هؤلاء الأطفال. حيث يتوقف نجاح الوالدين فى دعم وتحسين جودة الحياة لدى هؤلاء الأطفال على ما يتوفر لهم من معلومات عن مختلف جوانب شخصية هؤلاء الأطفال داخل إطار المجتمع الذى ينتمون إليه.

### مصطلحات الدراسة:

#### البرنامج الإرشادى:

مجموعة مترابطة ومتكاملة من الخدمات النفسية تهدف إلى تحديد وعلاج حاجات ومشكلات نفسية مستهدفة لدى مجموعة من الأفراد.

ويقصد به فى هذه الدراسة نقل الآباء لخبرات الإرشاد النفسى من الدعم السلوكى (معرفى- اجتماعى- انفعالى- مهارى) الذى يقدمه الوالدان ويؤدى إلى إشباع حاجات أطفالهم والشعور بالانتماء والأمن داخل الأسرة والأمان من المجتمع.

وذلك من خلال: توفير المأكل والملبس والمال والحماية لأفراد الأسرة وتوفير الراحة والدفع والطمأنينة والخدمات الصحية والتعليمية وطرق التواصل وتوفير متطلبات النمو

الحاضرة والمستقبلية . أى الشعور بجودة الحياة والسعادة والرفاهية وفهم الآباء لحاجات للطفل، مما يسمح للآباء بتدعيم تطبيق الخدمة الإرشادية الوالدية على طفلهم .

الآباء:

الوالدين (الآباء أو الأمهات) ممن لديهم طفل معاق سمعياً أو بصرياً أو عقلياً .

جودة الحياة:

مفهوم يعكس إلى أى مدى يرى الطفل المعاق مجالات حياته جيدة ليعيش إحساساً بالرضا والتوافق النفسى والاجتماعى والفاعلية النشطة فى مواقف ومجالات الحياة المختلفة فى ضوء أهدافه وتوقعاته واهتماماته وطموحاته .

وهى الدرجة التى يحصل عليها الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة على مقياس جودة الحياة بصفة عامة ومن حيث الأهمية والرضا .

الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة:

هم الأطفال الذى يعانون من مشكلات نمائية (عقلية أو حسية أو انفعالية أو اجتماعية)

مزمنة .

ويقصد بهم فى هذا الدراسة الأطفال المعاقين عقلياً (القابلية للتعلم) وسمعياً وبصرياً،

فى مدارس التربية الخاصة .

الإطار النظرى:

مقدمة:

تتم عملية التنشئة الاجتماعية للطفل- أى طفل، عادى أو غير عادى- من خلال التفاعل المشترك بين الوالدين والطفل . ويضيف وجود طفل معاق داخل الأسرة إلى التنشئة الاجتماعية من جانب الوالدين حاجة إلى معرفة طبيعة وشخصية الطفل المعاق، حاجة إلى فهم دقيق لإمكانات الطفل المعاق وحاجاته مثله مثل الطفل العادى، حتى يستطيع الطفل المعاق أن يشعر بالرضا عن الحياة والسعادة وجودة الحياة، وأن يسعى إلى تحقيق ذاته .

وتحصيل هذه المعرفة وهذا الفهم من جانب الوالدين يكون من خلال الإرشاد والتوجيه . وبالتالي يسعى الباحث إلى استعراض آثار وجود طفل معاق فى الأسرة وحاجات الطفل المعاق من الأسرة وحاجات الوالدين الإرشادية لتحسين جودة حياة الطفل المعاق وأخيراً البرنامج الإرشادى للوالدين .

١- الأسرة والطفل المعاق:

إن ما يتوقعه الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة وما ينتظرونه من أسرهم وبينتهم أثناء عملية التنشئة الاجتماعية ومراحل النمو المختلفة، إنما يلعب دوراً هاماً فى كيفية إدراك الأطفال

للمناخ الانفعالى داخل أسرهم، وفى كيفية تفسيرهم وإدراكهم لجوانب الحياة المختلفة، وفى كيفية توافقهم مع جوانب الحياة المختلفة .

هذا السياق الأسرى يوفر متطلبات النمو الملائمة، والتعاون وأنماط التعلق الوالدى الأمن بين الطفل ووالديه، والتفاعلات الإيجابية بين أعضاء الأسرة وشبكة العلاقات الاجتماعية، والتي جميعها تلعب دوراً حاسماً فى تيسير النمو الاجتماعى والمعرفى والانفعالى والعقلى للأطفال .

ويشير ماكوبى Maccoby أن هناك اتجاهات شديدة التباين فى تربية الطفل تنشأ من تفاعل بعدين رئيسيين للتربية الوالدية Parenting هما: درجة الحزم الوالدى Parental demandingness ودرجة الحساسية الوالدية Parental sensitivity . ويشير إلى الحزم بأنه درجة الضبط التى يحاول الأب ممارستها على الطفل، أما الحساسية الوالدية فتشير إلى تكرار التفاعلات الوالدية الإيجابية والسلبية المتمركزة حول الطفل فى مقابل تلك المتمركزة حول الوالد (مثال الدرجة التى يسلك بها الوالد استجابة للحاجات والسلوك الذى يظهره الطفل) . ويوضح الشكل التالى هذا التصور لأنماط التربية الوالدية .

الحزم / الحساسية	القبول، والتمركز حول الطفل	الرفض والتمركز حول الوالد
الحزم والسيطرة عدم الحزم وانخفاض السيطرة	حازم متساهل	متسلط مهمل

شكل (١) التفاعل بين نمطى التربية الوالدية

فالوالدان الحساسون لحاجات وقدرات طفلهم (الحازمون) والتمركزون حول الطفل فى استجاباتهم يدعمون نمو الطفل نحو السلوك الناضج والاستقلال ويكونا متسقين فى سلوكهما نحو تقبل الطفل والاختيار من مدى واسع من أساليب التنشئة الاجتماعية لإعطاء الطفل فرصاً للتعليم، كما يثنون على طفلهم لإطاعة التعليمات .

وفى المقابل، فإن أساليب التربية الوالدية الأخرى (كما هو فى الشكل) ترتبط بالصراع بين الطفل والوالدين وما يترتب على ذلك من نمو سلبى - مما يؤدي إلى إدراك سئ من جانب الطفل للمناخ الانفعالى داخل الأسرة، وإدراك سئ لجوانب الحياة المختلفة مما يسهم فى انخفاض الشعور بالرضا عن الحياة والتوافق النفسى وانخفاض فى إدراك مستوى جودة مستوى المعيشة والعاطفة والرعاية الطبية والتعليم والعلاقات الاجتماعية والعلاقات الأسرية والنمو العقلى والمعرفى والخبرات الشخصية... إلخ .

فيحتاج الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة إلى والدين يقدمون الحماية والتغذية وفرص التنشئة الاجتماعية في ضوء القيم والمعتقدات، والمساندة والاتصال بالأقران (ماكوبي وآخرون Maccoby&et.al، ١٩٨٣ ص ٣٩).

وتتمثل محددات العلاقة السليمة بين الطفل والوالدين ودور الأسرة في دعم نمو الطفل على النحو التالي:

- معرفة كافية بنمو وتوقعات الطفل.
  - مهارة كافية في مواجهة الضغوط المرتبطة برعاية الأطفال.
  - تنمية التواصل والتعلق بين الطفل والوالدين.
  - تنمية مهارة إدارة الحاجات الأساسية كإدارة المنزل والغذاء ومستوى الدخل والرعاية الصحية والتعليمية ووسائل الانتقال.
  - شبكة العلاقات الاجتماعية وأشكال المساندة المجتمعية كالترفيه ونشاط وقت الفراغ وممارسة الهوايات والاهتمامات (سيشيتي وآخرون Cicchetti,&et.al، ١٩٩٥).
- هذا الدور الوالدى نحو الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة بمثابة مشاركة إيجابية وتأثير متبادل، بمعنى ينظر إلى الأطفال على أنهم مشاركون إيجابيون في هذا المناخ الأسرى. فكلاهما- الطفل والوالدين- يساهم في الإحساس بجودة الحياة والرضا عن الحياة. فكلًا منهما لا يمكن فصله عن الآخر (العلاقة بين الطفل ووالديه والشعور بجودة الحياة).
- حيث تمثل استجابية الوالدين لحالة الطفل الحالية عاملاً مهماً يؤثر في مدى رغبة الطفل في الاندماج والتعاون مما يؤدي إلى تطور النمو بشكل صحيح لدى الطفل. فالسلوك التوافقي هو عملية نمائية مستمرة ودينامية.
- لذلك فإن الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة يتعرضون لمشكلات انفعالية أو سلوكية كمتربيات طويلة المدى للمعاملة الوالدية (ماش وآخرون Mash &et.al، ١٩٩٦). فهي تمس الحياة اليومية للطفل فالإساءة والإهمال والحرمان العاطفى تؤثر بلا شك في إدراك الطفل لذاته ولجوانب جودة الحياة المختلفة وانخفاض الشعور بالرضا عن الحياة وتقدير الذات والوعى بالذات وعندما يكون الوالدين مصدرًا للحب والمعرفة والتعلق الآمن تكون الأطفال في وضع أفضل لإدراك ذواتهم والشعور بجودة الحياة.
- فالعلاقة الدافئة بين الوالدين والطفل تحول بين الطفل وبين تعرضه لضغوط الحياة المختلفة (هيلسون وآخرون Hillson&et.al، ١٩٩٤) مما يدعم دور التدخل الإرشادى للوالدين لتوفير فرص النمو الملائمة للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة والشعور بالسعادة وبجودة الحياة.

فالتفاعلات غير الودودة وفرص التعلم الضئيلة وأسلوب الحياة غير المستقر والافتقار إلى الرعاية الصحية تمثل ضغوطاً تغير من إدراك الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة نحو أنفسهم ونحو موضوعات وجوانب الحياة المختلفة. فالطفل يريد الانتماء إلى أسرة قوية تشعره بالأمان والحماية حيث تمثل خبرات الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة مع والديهم أرضية مناسبة لكيفية الاندماج والرضا عن الحياة. تشكل أرضية مناسبة لانتظام/ أو عدم انتظام انفعالاتهم ولأشكال الوعي/ أو القصور فى الوعي الاجتماعى (شيسى وآخرون، ١٩٩٥).

ويرى الباحث أن الانتظام فى الانفعالات يودى إلى إدراك جيد لجوانب الحياة المختلفة (الوعي الاجتماعى). فمن الأهمية بمكان التعويل على الإدراك الذاتى لجوانب الحياة أكثر منه مدى توفر أو مدى مناسبة موضوعات وجوانب الحياة المختلفة- فالانتظام فى الانفعالات يشير إلى القدرة على تعديل أو التحكم فى كل من شدة المشاعر والتعبير عنها. فالانفعالات تؤثر فى المعالجة المعرفية للأحداث وفى إدراك الأطفال لذواتهم وجوانب الحياة المختلفة.

فالاستهجان والتجنب أو الإساءة من جانب الوالدين للطفل المعاق تكون لدى الطفل ميل إلى كف التعبير الانفعالى وتنظيم انفعالاته الداخلية ولا يفعلون للكلمات الحانية أو ابتسامه الآخرين المعروفين ولا يستفيدون من خدمات المجتمع المتاحة كالتعليم أو الترفيه (بيجلى وآخرون Beeghly&et.al، ١٩٩٤).

وبالتالى فإن التفاعل الدينامى بين الطفل المعاق ووالديه يمهّد الأرضية لإدراك مجالات الحياة المختلفة بشكل صحيح أو بشكل غير ملائم مما يدعم الشعور بجودة الحياة من عدمه، كذلك فإن إهمال المساندة الأسرية المعرفية والانفعالية والسلوكية تدعم الإدراك الذاتى السئ لجوانب جودة الحياة.

إن الكيفية التى ينظر بها الوالدان نحو الطفل المعاق فى كيفية تربيته ومواجهته أحداث الحياة، يتوقف عليها تكيف وتوافق الطفل ونموه وتطوره. ولذلك فإن الوالدان قد يستنتجان أن التفاعل مع الطفل المعاق مسألة ضاغطة أو غير ضاغطة. فالوالدان يقيما الموقف باعتباره مثيراً للضغط لأنه يأخذ من رفاهيتهما الشخصية. هذا التقييم الضاغط (لوجود طفل معاق) يجعل الوالدان إما أن يتوقعا الضرر أو التهديد ومن ثم الانفعالات السلبية أو التحدى والحماس ومن ثم الانفعالات السارة. ويتحكم فى ذلك كم وكيف المعرفة عن أساليب التربية والمواجهة التى فى ضوءها يدرك الوالدان موقف وجود طفل معاق على أنه ضاغطة أو غير ضاغطة (كندال، Kendall، ١٩٩٣).

فقد كشفت مقاييس التقرير الذاتى عن عدم ألفة الآباء والأمهات لدورهم كآباء وأمهات وتوقعاتهم عن النمو والسلوك السوى للطفل المعاق (آذار، Azar، ١٩٩٧). فالقصور المعرفى (غباب التفكير فى الحالات التى يكون فيها التفكير مطلوباً) والتحريف المعرفى (نقص القدرة



على تنظيم ومعالجة المعلومات) هما اللذان يعكسان الإدراكات المحرفة أو السلبية التي ترتبط بإدراكات الوالدين بدورهم نحو الطفل المعاق، مما يؤدي إلى أحكام والدية خاطئة في اتجاهين: نحو قدرة أبناءهم ذوي الاحتياجات الخاصة المتوقعة غير الواقعية أو نحو إدراك أنفسهم كضحايا مع أطفال ذوي احتياجات خاصة.

وبالتالي- في ظل علاقة التفاعل بين الطفل المعاق والوالدين- يعيش الطفل المعاق نفسه أو يدرك نفسه إما على أنه مرغوباً من الوالدين أو مرفوضاً من الوالدين ومن ثم، في الحالة الأخيرة ينخفض لديه الشعور بالرضا عن الحياة أو الإحساس بجودة الحياة.

وتصبح الحياة الاجتماعية للطفل المعاق محاطة بالعزلة الاجتماعية كأن يحبوه عن الناس (فريدريك، Friedrich، ١٩٩٠) ويشعر بالإحباط والغضب أو يصبح أكثر عدواناً أو يصبح ذو نشاطاً زائداً (هوايتمور وآخرون، Whitmore&et.al، ١٩٩٣).

فكما جاء في تعريف "منظمة الصحة العالمية" لجودة الحياة بأنها إدراك الفرد لوضعه في الحياة في ضوء النظام القيمي والثقافي الذي يعيش فيه وفي علاقته بأهدافه وتوقعاته ومعاييره واهتماماته (شالوك، ٢٠٠٤).

فهي درجة استمتاع الفرد بتطلعاته المهمة في حياته، أو جوانب الحياة كما يدركها الفرد والتي تؤثر بدورها على درجة الرضا التي يشعر بها الفرد في ظل ظروفه الحالية كالعدم الأسري والاجتماعي والخدمات الصحية والتعليمية والمجتمعية المقدمة له. هذه العلاقات بين الشخصية والأسرية والاجتماعية تؤثر بلاشك في رفاهية المعاق وإحساسه بالرضا عن الحياة.

وبالتالي يمكن تحقيق تحسين جودة الحياة كهدف واقعي لدى المعاقين من خلال أو أثناء التنشئة الاجتماعية داخل الأسرة فهي التي تعمل على تعزيز الإحساس بجودة الحياة الذاتية المدركة لدى الفرد المعاق.

كما أن جودة الحياة لدى المعاق تزداد حين يعيش الأفراد في ظروف أسرية وأساليب تربية وظروف ثقافية تشعرهم بالتقبل وأنهم مرغوب فيهم.

فعندما يعم الشعور باليأس والعجز والفشل والإحباط والشعور بالضغط، فيكون صعباً على الطفل المعاق إلا أن يعيش - في ظل هذا الأسلوب وهذا المناخ من التفاعل- انخفاضاً في مستوى جودة الحياة، والتي تعمل على زيادة الضغوط الوالدية وكنيجة لذلك احتمال أن يصبح المعاق كارهاً للحياة أو يحمل الكثير من الأساليب التعويضية السلبية لكرهية الأقران أو العنف أو التسول أو الاتجاهات والمعتقدات المضادة والفشل الدراسي وتدهور الحالة الصحية وعدم الاهتمام بالمظهر الشخصي (ولف وآخرون، Wolfe&et.al، ١٩٩٧).

مما يؤدي كذلك إلى قصور في الحساسية والاستجابية الاجتماعية والحياتية لدى الطفل المعاق مما يترتب عليه مشكلات في نمو التعاطف والتعبير عن الوجدان وفي النمو المعرفي والخلقي والأحكام الاجتماعية وفي ضبط النفس، ويغذى ذلك الخلافات الزوجية أو التفاعلات الأسرية أو العزلة الاجتماعية وتحريف إدراك الخدمات السكنية والتعليمية وخدمات الدعم الصحية وفرص العمل، ومجالات الحياة المختلفة.

### ٢- حاجات الطفل المعاق من الأسرة:

إن الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في حاجة إلى النمو الشخصي العقلي والاجتماعي والانفعالي والصحة الجسمية والاستقلال الذاتي والاندماج الاجتماعي والحصول على حقوقه والشعور بالاستقرار المالي والاتجاه الإيجابي نحو الحياة. هذه الحاجات هي في نفس الوقت أبعاداً لجودة الحياة، التي هي دالة التغير النفسي والاجتماعي الإيجابي الذي يحدث في استجابة الفرد والجماعة تجاه البرامج والخدمات المقدمة ويمكن إجمال هذه الحاجات في ما يلي:

- الخدمات الصحية.
- أساليب المعاملة الودية من حيث الحماية من التسرب والتشرد، والإساءة والإهمال ومن العمل في مرحلة الطفولة ومن الثقافة الواردة.
- إشباع الحاجات النفسية والشخصية وتعلم معايير السلوك والانتماء.
- الرعاية الاجتماعية والحرية والمسؤولية والرعاية التعليمية والتربوية والثقافية.
- خدمات الإرشاد والعلاج النفسي.
- تدعيم النمو الشخصي والوجداني والاجتماعي من خلال المناخ الأسري.
- تدعيم النمو الخلقي وتطور الطفل سلوكياً.
- حماية الطفل من العنف الأسري والمدرسي ومن التفكك الأسري.
- تنمية قدرات الإبداع والاتجاهات الإيجابية نحو الحياة.
- المشاركة المجتمعية ومقابلة الناس والمشاركة النشطة في الفعاليات المختلفة.
- تحقيق الشعور بجودة الحياة والسعادة.
- تنمية الصحة النفسية.

وكما أشار الأشول، ١٩٩٩، إلى أن حاجات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة تتمثل في: الحاجات النفسية والاجتماعية (كالحاجة إلى الحب والانتماء والتقبل الاجتماعي والإنجاز والشعور بالكفاءة ومفهوم الذات والإرشاد النفسي).

فوجود الطفل المعاق تواجهه الأسرة أولاً بالإنكار والذي يتطور إلى الغضب والتي قد تدفع بعض الآباء إلى التفاوض وقد تصل إلى حد الاكتئاب.

٣- الحاجات الإرشادية لآباء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة لتحسين جودة الحياة للطفل  
يشير حامد زهران (١٩٩٨) إلى أن خدمات الإرشاد الأسرى فى مجال التربية الخاصة تبدأ منذ مجئ الطفل المعوق.. بما يحقق للطفل المعوق أقصى إمكانات النمو العادى. ويؤكد قاروق صادق، ١٩٨٢، على أن أى جهد يبذل فى رعاية الطفل المتخلف عقلياً كفرد.. سواء أكان جهداً علاجياً أو تعليمياً أم تدريبياً أم إرشادياً... يعد جهداً منقوصاً محدود الفائدة ما لم يصاحبه تدخلاً موازياً مكملاً له على مستوى أسرته.. كالعلاقات الأسرية واتجاه الآباء نحو الإعاقة.

فالبيئة الأسرة هى الوسيط الدائم والداعم لنمو الطفل عقلياً ومعرفياً واجتماعياً وانفعالياً، هى عالمه الخارجى، فإذا كنت جيدة أترك الحياة بشكل جيد وشعر بجودة الحياة، فهى المسئولة عن توفير متطلبات ذلك النمو وصولاً إلى النضج، وإن كانت غير ذلك أتركها على شاكلتها وعاش الحياة كذلك.

فاستجابات الوالدين وتوقعاتهم وطموحاتهم نحو الطفل تحدد الكيفية التى يدرك بها الطفل عالمه البيئى والنفسى، فتتشكل صورة ذات الطفل المعوق، ويتحدد سلوكه وتوافقه فى ضوء صورة الذات تلك، ونظراته لجوانب الحياة المختلفة تكون مرتبطة بتلك المتغيرات فى بيئته الأسرية.

ويشير إلى ذلك، عبدالمطلب القريطى، ١٩٩٩ حيث يذكر أن الخدمات الموجهة إلى الأسرة كعميل مختلف أشكال الدعم الأسرى للعاطفى والاجتماعى والاقتصادى والإرشادى بهدف تحسين نوعية حياتها، ومساعدتها على فهم حالة الطفل المعوق ومشكلاته وتقبله، وتحسين أنماط الاتصال والتفاعل المبكر بين الوالدين والطفل.

ويستطرد، عبدالمطلب القريطى، ١٩٩٨ فى ذلك بقوله عن الخدمات الإرشادية للوالدين، تعريفهم باحتياجاته وسبل إشباعها وتطوير مهاراتهم فى معاملة الطفل.

ولما كانت عملية الإرشاد النفسى هى عملية تعلم - وإن اختلفت النظريات الإرشادية فيما بينها فى كيف يحدث هذا التعلم - فإن المرشد يستطيع من خلال خبراته وكفاءاته المهنية ومؤهلاته فى مساعدة الآباء على الوعى بمشاعر أطفالهم ذوي الاحتياجات الخاصة وتفهم حالتهم وتقبلها ومواجهة الضغوط الناتجة عن وجود هذا الطفل والعمل على تنمية إمكانات نموه وفرص تعلمه وتوفير مستوى ثقافى واجتماعى ومحاولة توفير الخدمات المناسبة بما يحققه ذاته ونجاحه والشعور بالكفاءة مما يؤدي إلى توافق أسرى واجتماعى والشعور بجودة الحياة والرضا عن الحياة.

فالمرشد يقدم خدمة (نفسية) تتضمن معرفة عن ديناميات الأسرة والقضايا المتعلقة بالإعاقة. وكيفية تأثير إعاقة الطفل في الأداء الوظيفي للأسرة تستلزم من جانب المرشد الكفاءة الشخصية والشعور بالثقة والوضوح، متوجه نحو المجتمع ونحو الوالدين والشعور بانفعالاتهم واهتماماتهم ومشكلاتهم وقادر على تحديد المشكلات بشكل محدد وبشكل واقعي، وأن يظهر الدفء والتقدير الإيجابي غير المشروط للوالدين (مارشاك وآخرون Marshake&et.al، ١٩٩٣).

ذلك لأن الأسرة هي المسئول الأول عن إشباع الحاجات النفسية والفسولوجية للطفل. وإذا كان إشباع الحاجات الفسيولوجية مطلب ضروري للبقاء، فإن إشباع الحاجات النفسية يكون مطلباً ضرورياً ليعيش الطفل الحياة بشكل أفضل. فهي أول من يدعم شعور الطفل بقيمته ووجوده والثقة بالنفس وقواعد تكوين العلاقات مع الآخرين ومعايير السلوك.

ويذكر كمال مرسى، ١٩٩٦، أن الآباء لا يحسنون رعاية أطفالهم المتخلفين عقلياً. ويستطرد شاكر قنديل، ١٩٩٦، في هذا المجال فيرى أن مجرد وجود طفل معوق من شأنه أن يبعث لدى الآباء استجابات سلبية تستلزم تدخل إرشادياً. وتختلف هذه الاستجابات من أب إلى آخر حسب درجة وشدة إعاقة الطفل وخصائصه وجنسه والمصادر المجتمعية المتاحة لرعايته وتعليمه، وإدراك الآباء للموقف وخصائصهم الشخصية وخبرائهما في الحياة، واتجاهات الأهل والأقارب.

وهذه البرامج الإرشادية تهدف إلى زيادة وعي الآباء بالحاجات الوجدانية (الانفعالية) للأطفال، وتنمية مهارات الآباء في إشباع تلك الحاجات وخفض الإحساس بالضغط، ومنع أو إيقاف نمو المشكلات السلوكية والانفعالية في مرحلة الطفولة. هذا الدعم الاجتماعي والمعلومات والتدريب يدعم الصحة النفسية للطفل.

فالصحة النفسية، كما يرى سيد صبحي، ٢٠٠٣ هي قيمة الشخص من خلال أفعاله وتكوين تصرفاته. وينحى "صلاح مخيمر، ١٩٧٢ إلى أن الصحة النفسية هي عملية تكيف الفرد مع بيئته، إذا ما تناولنا عملية التكيف من زاوية الفرد من حيث موقفه مع ذاته (دينامية) ومن زاوية البيئة من حيث موقفه من بيئته (الوظيفية). وأن التكامل هو اتزان بين مكونات الشخصية وهو اتزان بين الشخصية والبيئة.. عندئذ يكون بوسعها أن تبلغ الأمن والرضا عن ذاتها وعالمها.

فموقف الفرد مع ذاته (الإدراك الذاتي) وموقفه من بيئته يكونان الشعور بجودة الحياة والرضا عن الحياة. فالحالات الانفعالية الإيجابية ترتقى بالإدراكات وبالتالي تتطور السلوكيات. وتم تعريف جودة الحياة على أنها أحد الوسائل الضرورية للأفراد من ناحية الظروف الخارجية والظروف بين الأشخاص والظروف الشخصية.

كما أن أفراد الأسرة تشعر بمشاعر كثيرة متناقضة كالحب والكره والمتعة والأسى، إضافة إلى مشاعر الإحساس بالذنب والغضب والإحباط، إضافة إلى مواجهة الأسرة لاتجاهات ونظرة المجتمع (أبشر، Upshur، ١٩٩١).

وكذلك فإن الأعباء المادية تخلق ضغطاً حاداً داخل النظام الأسرى، وأمل الأسرة في شفاء الطفل أو تحسنه يخلق نوع من الإنهاك، خاصة وأن الأطفال نوى الاحتياجات الخاصة (إعاقة عقلية أو سمعية أو بصرية) تكون مزمنة، مما يفرض على الوالدين حاجات متزايدة لهذا الطفل المعوق التي قد تجهد الوالدين فتقل قدرة الأسرة على المواجهة. وخاصة وأن هذه الحاجات كتغذية الطفل وتنظيفه ورعايته طبياً وتربوياً وسلوكياته اليومية تعتبر من المهام الكثيرة التي يجب على الآباء الإضطلاع بها (رولاند، Rolland، ١٩٩٤).

ما قد يفرض على الأسرة الحاجة إلى الحصول على الخدمات الإرشادية والتخصصية ممن يفهمون الحاجات الخاصة للطفل المعاق. الأمر الذي قد يؤدي إلى تعزيز لغة الحوار بين الآباء والطفل والذي يعود على الطفل بالشعور بقيمة ذاته ويعيش انفعالات إيجابية ترتقى بإدراكات الطفل نحو ذاته ونحو جوانب الحياة المختلفة.

وكما سبق، فإن سلسلة مشاعر الآباء (الإنكار - الغضب - التفاوض - الاكتئاب) تعتبر من الحاجات الهامة لأي تدخل إرشادي مع آباء الأبناء نوى الاحتياجات الخاصة. ففي مرحلة الإنكار يقدم المرشد تقييماً واقعياً للموقف الذي يواجهه الوالدان بوصف حالة الطفل بموضوعية والنصح بالرعاية والعناية اللازمة للطفل. وأن يهيئ جواً متسامحاً لأن يعبر الآباء عن غضبهم وهمومهم. فالغضب يعكس مدى قلق الوالدين على مستقبل طفلهم أو حياتهم بصورة عامة. ثم توجيه الوالدين إلى الدخول في أنشطة إرشادية، وذلك بتوضيح خصائص الطفل الإيجابية وإقامة علاقة تعاطف ودفء مع الأبناء وألا يعتقدوا المقارنات بين حياتهم قبل وبعد وجود الطفل المعوق. وفي مرحلة الاكتئاب يجب الانتباه إلى مشاعر الحزن واليأس (الاكتئاب الكليينيكى) العارضة والتغيرات المزاجية الحادة فهذه المشاعر من الحزن واليأس قد تبرز نتيجة للمشكلات السلوكية المرتبطة بمراحل نمو الطفل.

ويهدف الإرشاد إلى توجيه الآباء إلى السيطرة على الأحداث في حياتهم وحيات أبنائهم والعمل على رفاهية الأبناء مما يسهم في الشعور بجودة الحياة. فتشجيع الوالدين على الحديث عن مشكلاتهم وآلامهم بدلاً من إنكارها وبحثها يدعم الرابطة القوية بين الطفل وأبويه. والانخراط في الأنشطة مثل الخروج للتنزه والأنشطة الرياضية والالتقاء بالأصدقاء وجماعات الدعم الذاتى والتي يمكنها أن تقلل من مشاعر العزلة وكيف نجح الآخرون فى مواجهة مشكلاتهم (مارشاك وآخرون، ١٩٩٣).

كما لاحظنا كلاً من (ريكو وآخرون. Reiko&et.al) أن الأطفال ذوي الإعاقات غالباً ما يتلقون علاجاً طبياً لتحسين وظائفهم البدنية، من خلال علاج أسبوعي يركز على ثلاث جوانب هي: البدني والمهني والتحدث. وهذه المداخل تركز على الإعاقة ويتم تقديمها باستمرار سواء إذا كانت تدعم بنجاح جودة حياة الأطفال أم لا. في الوقت الذي لاحظنا فيه أن هناك اهتماماً قليلاً بتلك النواحي من النواحي التي يعتقد أن أولياء الأمور والأطفال أنها مطلوبة أكثر لحياتهم اليومية حيث أن جودة الحياة تتحدد من خلال الاستمتاع الذي يستطيع الفرد استخراجه من المعنى الذي يلحقه بثلاثة أبعاد للحياة هي: الوجود Being، الانتماء Belonging والصيرورة (Reiko, 2006).

وبالتالي يجب أن تهدف البرامج إلى تحسين جودة الحياة لدى الأطفال المعاقين من خلال أولياء أمورهم.

أن اعتراف الوالدين بإعاقة الطفل بمثابة تصحيح لإدراكهم غير الدقيق على أنه عار ووصمة. هذا 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 سارة مع الأسرة. وبالتركيز على أوجه الشبه بين الطفل المعاق وغير المعاق يساعد الآباء على رؤية أبنائهم بشكل أكثر سوية، مع الأخذ في الاعتبار عدم إنكار الإعاقة. وكذلك فإن المعرفة بإعاقة الطفل وقدراته على النمو تمثل دعماً معرفياً وانفعالياً للوالدين لكي تواجه ضغوط الطفل فضلاً عن الخدمات التربوية والطبية ورغبتهم في تربية الطفل.

وقد قام سليجمان، دار لنج بمسح لحاجات الوالدين الإرشادية التي تمثلت فيما يلي:

- ١- معلومات عن إعاقة الطفل.
- ٢- معلومات عن رعاية الطفل.
- ٣- الرعاية الطبية للطفل.
- ٤- معلومات عن نمو الطفل.
- ٥- معلومات عن مشكلات السلوك.
- ٦- معلومات عن البرامج المساعدة للطفل.
- ٧- الإرشاد لمواجهة موقف الطفل المعاق.
- ٨- خدمات تربوية وعلاجية أفضل للطفل.
- ٩- معلومات عن التنشئة الاجتماعية للطفل.
- ١٠- معلومات عن إشباع حاجات الطفل.
- ١١- أصدقاء ممن لهم طفل معاق.
- ١٢- شخص أتحدث إليه عن مشكلاتي.
- ١٣- وقت أكثر لأكون مع طفلي.
- ١٤- وسائل انتقال جيدة. خدمات مجتمعية لطفلي.
- ١٥- معلومات عن كيفية مساعدة الطفل.

كما أشار الباحثان سليجمان، دارلنج إلى استمارة المقابلة الأسرية لمساعدة المرشد في جمع المعلومات (إيمان فؤاد الكاشف، ٢٠٠١).

هذا وقد قام الباحث بتصميم قائمة بحاجات الوالدين الإرشادية. وقد استخدم الباحث قائمة حاجات الوالدين الإرشادية في تقييم فاعلية البرنامج الإرشادي وذلك بتطبيقها على الوالدين قبل وبعد وفي المتابعة (بعد شهرين) في ضوء مدى حصولهم على طرق إشباع حاجتهم تلك أثناء البرنامج الإرشادي، بالإضافة إلى مقياس جودة الحياة الذي تم تطبيقه على الأطفال قبل وبعد وفي المتابعة (بعد شهرين) لتبين مدى فاعلية البرنامج الإرشادي للوالدين في تحسين جودة حياة أطفالهم ذوي الاحتياجات الخاصة.

٤ - دراسات وبحوث سابقة:

قام ريكو وآخرون، ٢٠٠٦، Reiko بدراسة عن تحسين جودة الحياة بالنسبة للأطفال ذوي الصعوبات وذلك في برامج التأهيل.

وتم إجراء هذه الدراسة بهدف فحص منظور الأطفال وأولياء أمورهم حول القضايا الهامة في حياتهم وإعداد أدوات لقياس رضا أولياء الأمور عن حياة وأداء أطفالهم ذوي الاحتياجات الخاصة. وما إذا كانت خدمات البرنامج تحسن جودة حياة الأطفال من وجهة نظر الأطفال وأولياء الأمور ومقدمي الرعاية.

وكانت مجموعة أولياء الأمور (ن = ١٠) ومجموعة الأطفال ذوي الإعاقات (ن = ٥) إعاقات عقلية وبدنية وأكدت الآباء أن التنشئة الاجتماعية تعد أحد المجالات الهامة التي يواجه فيها أطفالهم بعض الصعوبات، وهناك مشكلات أدائية تتعلق بالعناية والرعاية الشخصية، مثل ارتداء الملابس والاستحمام والتغذية ومن خلال المناقشات أكد أولياء الأمور على ضرورة التنشئة الاجتماعية للأطفال ووجود نظام دعم وإرشاد من أجل أولياء الأمور من أجل تحسين جودة حياة الأطفال وأن عمليات التدخل الطبي والعلاج الطبيعي تميل إلى التركيز على الإعاقة، وأن المدخل الأكثر فاعلية هو المرتبط بحاجات الأطفال المتعلقة بالتنشئة الاجتماعية وكذلك حاجات أولياء الأمور.

كما قام ليندستروم وآخرون، Lindstrom&et.al، ٢٠٠٦ بدراسة عن "جودة الحياة بالنسبة للأطفال ذوي الإعاقات" من منطلق أن الدراسات التي أجريت على الأطفال ذوي الحاجات الخاصة تركز في الأساس على المشكلات الصحية للطفل بسبب الإعاقة، وتهمل النواحي الإيجابية المتعلقة بجودة الحياة من ناحية، ودور الوالدين في تحسين جودة حياة أطفالهم ذوي الاحتياجات الخاصة من ناحية أخرى.

لذلك فإنه فى هذه الدراسة تمت مقارنة جودة الحياة لدى الأطفال الذين يعانون من إعاقات عقلية ومخية (التهاب الغشاء السحائى) وحسية (بصرية) بجودة الحياة لدى عينة الأطفال نوى إعاقات مختلفة تم توفير برنامج دعم لأبائهم.

وبالتالى، فإن الهدف الرئيسى لهذه الدراسة هو إدراك كيفية تفاعل الآباء مع الأبناء وتأثير هذا التفاعل على جودة حياة الأبناء.

وأوضحت نتائج الدراسة أن الأطفال نوى الإعاقات يدركون أنهم يعيشون ظروف مادية واقتصادية اجتماعية جيدة فى حين أن استحسنهم للظروف النفسية الشخصية، مقارنة بالأطفال نوى الإعاقات الذين توفر لأبائهم برنامجاً لدعم جودة حياة أبنائهم، فقد أوضحوا إدراكاً ذاتياً إيجابياً لظروفهم النفسية الشخصية، مما يشير إلى أن هذا الجانب يعد مؤشراً هاماً فى الإحساس بجودة الحياة لدى الأطفال المعاقين

كما قامت سوزانا وآخرون. Susanna&et.al ٢٠٠٥، بدراسة عن جودة الحياة المدركة ذاتياً لدى الأطفال والمراهقين نوى الإعاقات البدنية فى هونج كونج.

من منطلق أن الإعاقات المختلفة والأمراض لها تأثير عكسى على جودة الحياة وأنه نادرًا ما تم فحص ما إذا كان الأطفال نوى الإعاقات البدنية منذ سن مبكرة يتكيفوا مع تأثير الإعاقات النمائية أم لا.

وتهدف هذه الدراسة إلى تقييم الصحة الذاتية (الداخلية)، وفحص العلاقة بين جودة الحياة الموضوعية والذاتية لدى الأطفال نوى الإعاقات البدنية المختلفة والعقلية من خلال تقديم الدعم الأسرى لأولياء الأمور. كما تم إجراء مقارنة بين جودة الحياة لدى الأطفال المعاقين تراوحت أعمارهم بين ١٣ عاماً إلى ٢٠ عاماً، وبين هؤلاء الذين ليس لديهم إعاقات.

وأوضحت النتائج أن المجموعتان لم يختلفا بشكل دال فى درجة جودة الحياة الذاتية، إلا أن مجموعة الإعاقات البدنية المختلفة والعقلية حصلت على درجة أقل فى جودة الحياة الموضوعية. وأنه ليس هناك ارتباط بين جودة الحياة الذاتية والموضوعية فى المجموعة ذات الإعاقة البدنية والعقلية (تراوح معامل الارتباط ما بين ٠,٠٦ و ٠,١٩)، وأرجع ذلك ربما إلى التكيف مع الإعاقات النمائية والعقلية.

وقام "هوايت وآخرون. White,et.al ، ٢٠٠٤، بدراسة دور المساندة الاجتماعية والمهنية لأباء مراهقين (١٣-١٨) عاماً يعانون من الأوتيزم، ومتلازمة "داون" وشلل مخى وأوضحت النتائج ارتفاع الشعور بالرضا والتوافق النفسى لدى الأبناء بمقارنتهم بمراهقين لم يتلق أبائهم البرنامج التدميى التربوى.

وفى دراسة "فيلدمان، وآخرون. Feldman,&et.al ٢٠٠٢، قاما بالتدريب السلوكى لمجموعة من الآباء (ن = ١٨) لأطفال نوى صعوبات نمائية واضطرابات سلوكية، وتم



مقارنتهم بأباء (ن=١٨) لأطفال ذوى صعوبات نمائية واضطرابات سلوكية ولكنهم فى انتظار تناول التدريب السلوكى. وأشارت النتائج إلى تحسن فى المشكلات السلوكية للأطفال وانخفاض الضغوط لدى الآباء الذين تناولوا البرنامج التدرى السلوكى.

وفى دراسة لـ "أندرز وآخرون (٢٠٠١)، Anders, et.al قام الباحثون بتحليل ١٣ مشروعاً لتحسين جودة الحياة لدى أفراد ذوى صعوبات عقلية فى الهند ورومانيا وكينيا وجنوب أفريقيا بهدف تزويد الآباء بالمعرفة التى يحتاجونها لتحسين جودة التخطيط للحياة المستقبلية للطفل ذوى الصعوبات. وهذه المعلومات تدعيمية لكل الأسر بغض النظر عن عمر وعجز الطفل. حيث يأمل الآباء للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة تعليم جيد، وحياة اجتماعية جيدة وأن يجدوا وظيفة ومنزل ملائم وخدمات صحية وترفيهية ملائمة، فضلاً عن الشعور بالأمن والأمان فى المجتمع. مما يشعره بجودة الحياة، فبدون دفاع عنهم وتدعيمهم سيصبحون ضحايا.

وأوضحت النتائج أنه برغم من محلية المشروع التدعيمى وارتباطه بالثقافة المحلية، إلا أن المشاريع التدعيمية (١٣) للآباء تشابهت فى أهمية معرفة الوالدين لفرص نمو الطفل، وحاجات الأطفال وأهمية إشباعها وأهمية توفير الرعاية التعليمية والصحية والمجتمعية مما يساعد هؤلاء الأطفال على الشعور بقيمة الذات والرضا عن الحياة.

وفى دراسة "مير" ١٩٨٢، Muir هدفت إلى إعداد مشروع تربوى تعليمى يتم تدريسه للآباء لتعليم مهارات الدفاع الضرورية لنجاح التفاعل مع مختلف أشكال القوى المؤثرة على رفاهية أطفالهم العميان (خمس سنوات فأكثر). وأوضحت النتائج تحسن استجابة الطفل لأنشطة الحياة اليومية وتحسن تقدير ذاتهم والصحة النفسية والعناية الصحية. والتى تشكل أبعاداً هامة فى جودة الحياة، وإن لم تشير إليها الدراسة بشكل مباشر وصريح.

كما قام آن وآخرون ٢٠٠٣ Anne,&et.al بدراسة عن قياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى عينة من الأطفال تم تشخيصهم بعجز الانتباه و/أو النشاط الزائد. وهدفوا إلى تقديم دعماً إرشادياً لآباء الأطفال، وأفترضوا أن دعم الوالدين إرشادياً سيزيد من جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى الأطفال ذو عجز الانتباه و/أو النشاط الزائد، وسيقلل من تأثير شدة الأعراض على الصحة المدركة ذاتياً لدى الأطفال.

وتم تطبيق مقياس جودة الحياة المرتبط بالصحة على ١٦٥ طفلاً ذوى عجز انتباه و/أو النشاط الزائد وتم الاختيار العشوائى لعدد ٤٥ طفلاً فى ثلاثة مجموعات المجموعة الأولى (ن=١٧) تناولت الأطفال برنامج متخصص لعلاج عجز الانتباه و/أو النشاط الزائد، والمجموعة الثانية (ن=١٥) مجموعة ضابطة، والمجموعة الثالثة (ن=١٣) تم تقديم برنامج

إرشادى تربوى لوالديهم لتحسين مستوى جودة الحياة لأطفالهم مع تقديم البرنامج المتخصص للأطفال لعلاج عجز الانتباه و/أو النشاط الزائد.

وأوضحت النتائج استمرار أعراض عجز الانتباه والنشاط الزائد وزيادة شدتها لدى أفراد المجموعة الضابطة، وتحسن ذو دلالة تمثل في انخفاض أعراض عجز الانتباه و/أو النشاط الزائد لمجموعة البرنامج العلاجي المتخصص مع استمرار انخفاض الإحساس بالسعادة وأبعاد الصحة النفسية، وانخفاض في جودة الحياة المدركة نحو الصحة البدنية، في حين أن الأطفال في مجموعة البرنامج العلاجي المتخصص لخفض أعراض عجز الانتباه و/أو النشاط الزائد مع التدخل التدمي الإرشادى لوالديهم، أظهروا تحسناً في جودة الحياة المدركة نحو الصحة البدنية متمثلاً في الأداء الوظيفي، والأدوار الاجتماعية والصحية النفسية وتقدير الذات والسلوك العام كنتيجة للتحسن في الإدراك الذاتى للصحة البدنية والتأثير الانفعالى للوالدين.

وأكدت الدراسة على أن ارتفاع مستوى الإحساس بجودة الحياة يزيد من الانفعالات الإيجابية للطفل ويقلل من الضغوط الوالدية ويزيد من الأنشطة الأسرية ومدى تفهم حاجات الأطفال وإشباعها.

#### تعليق على الدراسات والبحوث السابقة:

يتضح من استعراض الدراسات السابقة أن استهداف تحسين جودة الحياة لدى الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة من خلال أولياء أمورهم يعتبر هدفاً حديثاً نسبياً، حيث التركيز العلاجي يكون على الإعاقة (ريكو وآخرون، ٢٠٠٦) أو على المشكلات الصحية للطفل بسبب الإعاقة (ليندستروم وآخرون، ٢٠٠٦)، (سوزانا وآخرون، ٢٠٠٥).

وتعتبر دراسات (هوايت، ٢٠٠٤، وفيلدمان، ٢٠٠٢، مير ١٩٨٢) دراسات تدخل تدمي تربوى للوالدين وتأثير ذلك على التوافق النفسى أو انخفاض السلوك الفوضوى لدى الأطفال، إلا أنها لم تستهدف بشكل مباشر تحسين جودة حياة الأطفال من خلال أولياء أمورهم إلا أن دراسة "أندرز ٢٠٠١ ودراسة "آن، ٢٠٠٣) أكدت على أهمية التدخل الإرشادى لأولياء الأمور لتحسين جودة الحياة لدى الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة.

ومع ذلك فإن الباحث يرى أن تأثير البرامج الإرشادية للوالدين على تفاعل الوالدين مع أبنائهم أو تحسين التوافق النفسى يوضح بجلاء أهمية الدور الوالدى والنماذج السلوكية التى يؤدونها الوالدان فى إشباع حاجات الأطفال والشعور بالانتماء والأمن داخل الأسرة والمجتمع.

وبالتالى، تسأل الباحثة عن مدى فاعلية برنامج إرشادى للوالدين لتحسين جودة حياة أبنائهم ذوى الاحتياجات الخاصة فى جوانب الحياة الموضوعاتية مثل التعليم، والصحة

والترفيه والأمن أو جوانب الحياة الذاتية مثل الصحة النفسية والأدوار الاجتماعية وتقدير الذات والإدراك العام للصحة البدنية.

وفى ضوء الإطار النظري للبحث الحالى والدراسات والبحوث السابقة، يفترض الباحث الفروض التالية:

#### فروض الدراسة:

١- توجد فروق دالة إحصائياً بين درجات الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة على المقياس الفرعى الأول (الأهمية) لجودة الحياة للأطفال قبل تقديم البرنامج الإرشادى لآباءهم ودرجاتهم على نفس المقياس بعد تقديم البرنامج الإرشادى لآباءهم، لصالح التقييم البعدى.

٢- توجد فروق دالة إحصائياً بين درجات الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة على المقياس الفرعى الثانى (الرضا) لجودة الحياة للأطفال قبل تقديم البرنامج الإرشادى لآباءهم ودرجاتهم على نفس المقياس بعد تقديم البرنامج الإرشادى لآباءهم، لصالح التقييم البعدى.

٣- توجد فروق دالة إحصائياً بين درجات الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة على مقياس جودة الحياة للأطفال (الدرجة الكلية) قبل تقديم البرنامج الإرشادى لآباءهم ودرجاتهم على نفس المقياس بعد تقديم البرنامج الإرشادى لآباءهم، لصالح التقييم البعدى.

٤- توجد فروق دالة إحصائياً بين درجات الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة على المقياس الفرعى الأول (الأهمية) لجودة الحياة للأطفال بعد تقديم البرنامج الإرشادى لآباءهم ودرجاتهم على نفس المقياس عند المتابعة، لصالح التقييم فى المتابعة.

٥- توجد فروق دالة إحصائياً بين درجات الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة على المقياس الفرعى الثانى (الرضا) لجودة الحياة للأطفال بعد تقديم البرنامج الإرشادى لآباءهم ودرجاتهم على نفس المقياس عند المتابعة، لصالح التقييم فى المتابعة.

٦- توجد فروق دالة إحصائياً بين درجات الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة على مقياس جودة الحياة للأطفال (الدرجة الكلية) بعد تقديم البرنامج الإرشادى لآباءهم ودرجاتهم على نفس المقياس بعد تقديم البرنامج الإرشادى لآباءهم، لصالح التقييم فى المتابعة.

## إجراءات الدراسة:

### ١ - عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من إحدى عشر أباً لإحدى عشر طفلاً ذوى احتياجات خاصة (بمتوسط عمرى ١٢ عاماً وست شهور تقريباً بانحراف معيارى قدره [٠,٥٤]) وتراوح أعمار الوالدين بين ٤١ و ٥٦ عاماً بمتوسط عمرى ٤٨ عاماً وخمس شهور .

### ٢ - أدوات الدراسة:

استخدم الباحث فى دراسته الحالية الأدوات التالية:

#### أ- البرنامج الإرشادى:

قام الباحث بإعداد برنامج إرشادى للوالدين (انظر الملاحق) بهدف تحسين جودة حياة أبناءهم ذوى الاحتياجات الخاصة. بهدف إكساب الوالدين المعلومات عن نمو الطفل وعن الإعاقة (كل على حده) وحاجات الأطفال مثل تنمية اللغة اللفظية أو الإشارية والقراءة والتفكير وحل المشكلات والتركيز على الأنشطة والاستراتيجيات المستخدمة، والطلب إلى الوالدين تعميم وتطبيق المعلومات والمهارات المكتسبة مع الطفل بهدف تحسين جودة حياة الأطفال .

حيث أن انخفاض جودة حياة الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة يدل على عدم كفاية أو عدم ملائمة التدخل الذى مع الطفل كالرعاية الجسمية والتغذية وأساليب تربية الطفل ونوعية وكمية الاستثارة الحسية والوجدانية والاجتماعية الموجودة والمناخ الانفعالى الأسرى والفرص التعليمية والمعلومات والمعارف المتوفرة عن احتياجات الطفل النفسية وإمكاناته ووسائل الترفيه.. إلخ مما يقلل من اشتراكهم من خبرات الحياة والاستفادة منها. وهذا الانخفاض فى اشتراكهم فى خبرات الحياة والاستفادة منها يتحول إلى عدم الشعور بالرضا عن الحياة أو جودة الحياة .

وعندما يكون الوالدان أكثر استجابية وأكثر مهارة كمعلم ومرشد، فإن الطفل يكتسب مهارات الاستمتاع بخبرات الحياة. حيث يبدأ الطفل فى استدخال الخبرات فى علاقته بوالديه فى شكل رموز أو صور ذهنية. وفى ضوءها تحدث المعالجة المعرفية لمواقف الحياة المختلفة. ويكون التوافق الشخصى والشعور بجودة الحياة أكثر سهولة إذا كان مستوى الكفاية المعرفية للطفل مساوياً لنوع الخبرات المعروضة عليه .

فإن اعتقاد لدى الطفل بأنه عبء ومكروه ولديه عيوب خلقية، تخفض شعوره بجودة الحياة الموضوعاتية والذاتية. فالطفل يفتقد إلى الإشباع والدعم الخارجى والاجتماعى، وبالتالي يصبح غير كفؤاً فى المهارات الاجتماعية الضرورية .

وبالتالى فإن البرنامج الإرشادى هو إرشاد متمركز حول الوالدين، يقدم فيه معلومات عن نمو الطفل وفرص التعلم والرعاية اليومية والطبية ووسائل الترفيه وضروريات الحياة من مأكّل وملبس وانتقالات وتنمية الطفل عقلياً واجتماعياً وانفعالياً والمشاركة فى تنفيذ ذلك فى تربية الطفل. وتمثل ذلك فيما يلى فى مجموعة من الجلسات (١٢ جلسة) على النحو التالى:

- إعاقة الطفل وتقديره الإيجابى غير المشروط.
- أهمية التفاعل بين الطفل ووالديه فى التكوين النفسى للطفل.
- أهمية التواصل مع الطفل، وأهمية كيف يجعل الطفل مشاركاً فعالاً.
- إعطاء الطفل فرصة للتعبير عن حاجاته واهتماماته وطموحاته ومشكلاته.
- التحدث بصوت هادئ ونبرة ودودة وتوافقها تعبيرات الوجه الانفعالية ونظرات العيون وحركات الجسم.
- عند قيام الطفل بسلوك غير صحيح، اغتنمها كفرصة لتعليم الطفل السلوك الصحيح.
- تدعيم الطفل بالحركات الجسمية أثناء نشاط اللعب.
- أهمية الترفيه للطفل.
- الاهتمام بالرعاية الصحية والتربوية.
- الفروق بين الطفل وأخواته العاديين.
- الإرشاد من حيث أنه يسهل عملية التوافق مع الحياة.
- تنمية الكفاءة الاجتماعية للطفل والعناية بالذات.

#### تقييم البرنامج الإرشادى:

تم تقييم البرنامج الإرشادى بتطبيق مقياس جودة الحياة على الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة بعد الانتهاء منه مع الوالدين، ثم بعد شهرين من تطبيقه على الوالدين تم تطبيقه مرة أخرى على الأطفال، ثم تم معالجة النتائج إحصائياً.

#### ب- مقياس جودة الحياة للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة:

- استعرض الباحث بعض الدراسات عن جودة حياة الأطفال ذوى الصعوبات، للإطلاع على أدوات قياس جودة الحياة لدى هؤلاء الأطفال (دراسات: أيسر وآخرون ٢٠٠١، Eiser فالينسيا وآخرون ٢٠٠٤، Valencia&et.al، بيسيل وآخرون ٢٠٠٢ Bethell &et.al مالكويسكا وآخرون ٢٠٠٤ Malkowska &et.al، زكلاد وآخرون، ٢٠٠٤ (Zaklad &et.al).

كما استعرض الباحث مفهوم جودة الحياة لدى الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة من حيث الأهمية والرضا عن جوانب جودة الحياة بالإضافة إلى حاجات الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة من خلال سؤال الأطفال (ن = ١١١: ٥٦ طفلاً أصم، ٣٢ طفلاً مكفوناً، ٢٣ طفلاً

معافاً عقلياً) وجميعهم فى مدارس التربية الخاصة فى مدينة بنها) عن الجوانب الحياتية المهمة التى تجعل الحياة جيدة ويعيشوها هكذا.

وفى ضوء كل ما سبق، حصل الباحث على أبعاد جودة الحياة لدى الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة متمثلة فى ما يلى:

- \* التفاعل الأسرى
- \* الوالدية
- \* السعادة الانفعالية
- \* السعادة المادية
- \* الصحة البدنية
- \* المساعدة المتعلقة بالعجز
- \* أنشطة الحياة اليومية
- \* السعادة الاجتماعية
- \* الأمان
- \* الخدمات التعليمية.

ثم قام الباحث بتعريف كل بعد، ووضع العبارات المقيسة للبعد، ثم تم عرضه على مجموعة من المحكمين (ن = ١١) من أساتذة علم النفس والصحة النفسية بكلية التربية ببناها، للوقوف على مدى صحة هذه الأبعاد لجودة الحياة، ومدى قياس العبارات لكل بعد. وبعد استعراض آراء السادة المحكمين على أبعاد وعبارات المقياس والأخذ بالتعديلات التى اتفق عليها ٨٠% منهم. قام الباحث بتطبيق المقياس على عدد (١١١) طفلاً ذوى احتياجات خاصة فى مدارس التربية الخاصة ببناها، لتبين مدى وضوح تعليمات وعبارات المقياس وفهمها من جانب الأطفال من حيث طريقة الاستجابة، وأثناء التطبيق تحقق للباحث وضوح عبارات وطريقة الاستجابة للمقياس.

وبذلك تحقق الباحث من صدق المحكمين والصدق الظاهرى للمقياس.

وصف المقياس:

يتكون مقياس جودة الحياة للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة من مقياسين فرعيين:

- المقياس الفرعى الأول يقيس أهمية جوانب جودة الحياة لدى الطفل على متصل يتدرج من: غير مهم جداً (١)، غير مهم (٢)، غير مهم أحياناً (٣)، مهم (٤)، مهم جداً (٥)، وتكون من (١٠) أبعاد عالية الذكر.

- المقياس الفرعى الثانى، وهو يقيس مدى رضا الأطفال وشعورهم بالاستمتاع، على متصل يتدرج من: غير مرضى جداً (١)، غير مرضى (٢)، غير مرضى أحياناً (٣)، مرضى (٤)، مرضى جداً (٥).

ويتكون بعد التفاعل الأسرى من (٦) عبارات، وبعد الوالدية من (٥) عبارات، وبعد السعادة الانفعالية من (٥) عبارات، وبعد السعادة المادية من (٤) عبارات، وبعد الصحة البدنية من (٥) عبارات، وبعد المساعدة المتعلقة بالعجز من (٧) عبارات، وبعد أنشطة الحياة اليومية من (٤) عبارات، وبعد السعادة الاجتماعية من (٥) عبارات، وبعد الأمان من (٥) عبارات، وبعد الخدمات التعليمية من (٥) عبارات.

وتتراوح درجة الطفل ذوى الاحتياجات الخاصة على المقياس الفرعى الأول (الأهمية) ما بين ١٠ إلى ٥٠ وعلى القياس الفرعى الثانى (الرضا) تتراوح الدرجات ما بين ٥٠ - ٢٥٠ ويتم تقديم المقياسين الفرعيين فى مقياس واحد وتكون عبارات القياس الفرعى الأول (الأهمية) مستقلاً عن عبارات المقياس الفرعى الثانى (الرضا) عند الاستجابة وكذلك عند التصحيح. (انظر الملاحق).

والطفل الذى يحصل على درجة تساوى أو أقل من ٣٠ فى المقياس الفرعى الأول، فى المقياس الفرعى الثانى تساوى أو أقل من ١٥٣ يكون منخفضاً فى مستوى جودة الحياة حيث أن المقياسين معاً يقيسان جودة الحياة الموضوعية والذاتية ودرجتاهما تمثل قياساً لجودة الحياة. والطفل الذى يحصل على درجة تساوى أو أكبر من ٣٥ فى المقياس الفرعى الأول، وعلى درجة تساوى أو أكبر من ١٥٨ فى المقياس الفرعى الثانى يكون راضياً عن الحياة. وبصفة عامة، فإن الطفل الذى يحصل على درجة تساوى أو أقل من ١٨٣ يكون منخفضاً فى مستوى جودة الحياة والطفل الذى يحصل على درجة تساوى أو أكبر من ١٩٣ فى المقياس بفرعيه يكون مرتفعاً فى مستوى جودة الحياة.

والجدول التالى يوضح أرقام عبارات أبعاد مقياس جودة الحياة الفرعى للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة فى صورته النهائية.

#### جدول (١)

أرقام عبارات أبعاد مقياس جودة الحياة الفرعى (الرضا) فى الصورة النهائية

م	البعد	أرقام العبارات
١	التفاعل الأسرى	٤٩-٤١-٣١-٢١-١١-١
٢	الوالدية	٤٢-٣٢-٢٢-١٢-٢
٣	السعادة الانفعالية	٤٣-٣٣-٢٣-١٣-٣
٤	السعادة الاجتماعية	٤٤-٣٤-٢٤-١٤-٤
٥	السعادة المادية	٣٥-٢٥-١٥-٥
٦	الصحة البدنية	٤٥-٣٦-٢٦-١٦-٦
٧	المساندة المتعلقة بالإعاقة	٥٠-٤٦-٣٧-٢٧-١٧-٧
٨	أنشطة الحياة اليومية	٣٨-٢٨-١٨-٨
٩	الأمان	٤٧-٣٩-٢٩-١٩-٩
١٠	الخدمات التعليمية	٤٨-٤٠-٣٠-٢٠-١٠

صدق القياس:

قام الباحث بتطبيق مقياس جودة الحياة على ١١٣ طفلاً ذوى احتياجات خاصة فى مدارس التربية الخاصة فى مدينة بنها: (٥٦ طفلاً أصم، ٣٩ طفلاً كفيفاً، ١٨ طفلاً معاقاً عقلياً) وبعد

تصحيح المقياس طبقاً للتعليمات، استبعد الباحث ١٣ استمارة لعدم إكمال الاستجابة عليها من جانب الأطفال أو لوجود أخطاء في الاستجابة أو لوجود أكثر من استجابة أمام العبارة الواحدة. وبالتالي تصبح عينة التقنين ١٠٠ طفلاً من ذوى الاحتياجات الخاصة (٥٢ طفلاً أصم، ٣٦ طفلاً مكفوهاً، ١٢ طفلاً معاقاً عقلياً).

- صدق المحكمين ..... تم عرضة سابقاً.
- الصدق الظاهري ..... تم عرضة سابقاً.

#### الصدق الداخلى:

قام الباحث بحساب صدق المحتوى وذلك بحساب معاملات ارتباط أبعاد جودة الحياة (الأهمية) بالمقياس الفرعى الثانى (الرضا)، والجدول التالى يوضح ذلك.

#### جدول (٢)

معاملات ارتباط أبعاد مقياس جودة الحياة (الأهمية) بالمقياس الفرعى الثانى (الرضا)

مقياس جودة الحياة (الأهمية)	مقياس جودة الحياة (الرضا)	
	معامل الارتباط	الدلالة
التفاعل الأسرى	٠,٧٦٣	٠,٠١
الوالدية	٠,٦٥١	٠,٠١
السعادة الانفعالية	٠,٦٤٣	٠,٠١
السعادة الاجتماعية	٠,٧٤٢	٠,٠١
السعادة المادية	٠,٦٥٣	٠,٠١
الصحة البدنية	٠,٧٨١	٠,٠١
المساندة المتعلقة بالإعاقة	٠,٧٣٦	٠,٠١
أنشطة الحياة اليومية	٠,٧٢١	٠,٠١
الأمان	٠,٧٤٥	٠,٠١
الخدمات التعليمية	٠,٧١١	٠,٠١

قام الباحث بحساب معامل الارتباط بين درجات عينة التقنين على المقياس الفرعى الأول ودرجاتهم على المقياس الفرعى الثانى فبلغ قيمته ٠,٦٧١ ومعامل الارتباط بين درجاتهم على المقياس الفرعى الأول (الأهمية) والدرجة الكلية لهم على المقياسين الفرعيين فبلغ ٠,٨٣١ كما تم حساب معامل الارتباط بين درجاتهم على المقياس الفرعى الثانى (الرضا) والدرجة الكلية لهم على المقياسين الفرعيين فبلغ ٠,٧٤٥ ومعاملات الارتباط هذه دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ مما يؤكد صدق المقياس (بفرعه) فى قياس جودة الحياة للأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة.



## صدق المقارنة الطرفية:

### جدول (٣)

متغيرات حساب قيمة (ت) ودلالاتها الإحصائية بالنسبة للمستويين المرتفع والمنخفض

لدرجات الأفراد عنى مقياس جودة الحياة (الأهمية والرضا)

المقياس	البيان	المقياس الفرعى الأول (الأهمية)				المقياس الفرعى الثانى (الرضا)			
		المستوى المرتفع	الميزانى المنخفض	قيمة ت	مستوى الدلالة	المستوى المرتفع	الميزانى المنخفض	قيمة ت	مستوى الدلالة
عدد الأفراد (ن)		٢٧	٢٧			٢٧	٢٧		
المتوسط الحسابى للدرجات		٣٩	٢١,١٤٨			٢٠٣,٣٣٣	٩٥,٧٠٣		
الانحراف المعياري للدرجات		٣,٠٥٥	٢,٨٥	٢١,٧٨٧	٠,٠١	١٤,٩٩٦	٢٣,١١٩	١٩,٩١٥	٠,٠١
تباين الدرجات		٩,٣٣٣	٨,١٢٢			٢٢٤,٨٨	٥٣٤,٤٨٨		
درجة الحرية لكل مجموعة (ن-١)		٢٦	٢٦			٢٦	٢٦		

وينتضح من الجدول السابق رقم (٣) أن قيمة (ت) التجريبية للفرق بين متوسطى درجات مجموعتى المستويين الميزانيين المرتفع والمنخفض دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ وذلك بالنسبة لكل من المقياسين الفرعيين، مما يدل على أن كلا المقياسين يميز تمييزاً واضحاً وقوياً بين مرتفعى ومنخفضى الدرجة على المقياس ٠. وهذا يعنى أن المقياس (بفرعيه) صادق فى قياس جودة الحياة للأطفال نوى الاحتياجات الخاصة.

### ثبات مقياس جودة الحياة:

١- قام الباحث بحساب ثبات مقياس جودة الحياة للأطفال نوى الاحتياجات الخاصة

بفرعيه الأهمية، الرضا) على النحو التالى .

أ- طريقة الفا كرونباخ، حيث بلغ معامل ثبات المقياس الفرعى الأول (الأهمية) ٠,٩٤، والمقياس الفرعى الثانى (الرضا) ٠,٨٨، مما يؤكد أن المقياس (بفرعيه) يتمتع بدرجة عالية من الثبات فى قياس جودة الحياة للأطفال نوى الاحتياجات الخاصة.

ب- إعادة تطبيق الاختبار:

قام الباحث بإعادة تطبيق الاختبار على عينة التقنين بعد أسبوعين من التطبيق الأول، وبحساب معامل الارتباط بين درجات أفراد العينة فى التطبيق الأول والتطبيق الثانى، فكانت النتائج

د، النحو التالى:

جدول (٤)

معامل الارتباط بين درجات أفراد العينة في التطبيق الأول

والتطبيق الثاني على مقياس جودة الحياة بفرعيه

المقياس	الأهمية	الرضا	مستوى الدلالة
	معامل الارتباط	معامل الارتباط	
التفاعل الأسرى	٠,٥٤	٠,٧٥	٠,٠١
الوالدية	٠,٦٦	٠,٧١	٠,٠١
السعادة الانفعالية	٠,٧٠	٠,٧٦	٠,٠١
السعادة الاجتماعية	٠,٥٢	٠,٧٧	٠,٠١
الوضع المادى	٠,٤٢	٠,٧٧	٠,٠١
الصحية البدنية	٠,٥١	٠,٧٣	٠,٠١
المساعدة المتعلقة بالعجز	٠,٧٧	٠,٦٠	٠,٠١
أنشطة الحياة اليومية	٠,٦٣	٠,٧١	٠,٠١
الأمان	٠,٥٥	٠,٧٣	٠,٠١
الخدمات التعليمية	٠,٦١	٠,٦٥	٠,٠١
الدرجة الكلية	٠,٦٧	٠,٧٣	٠,٠١

ويتضح من الجدول السابق رقم (٤) أن المقياس (بفرعيه) يتمتع بدرجة عالية من الثبات فى قياس جودة الحياة للأطفال نوى الاحتياجات الخاصة.

### ٣- خطوات الدراسة:

- ١- قام الباحث بتطبيق مقياس جودة الحياة على مجموعة من الأطفال نوى الاحتياجات الخاصة فى مدارس التربية الخاصة فى مدينة بنها على النحو التالى:
- فى مدرسة الأمل للصم وعددهم ٢٣ طفلاً، تراوحت أعمارهم بين ١٠-١٥ عاماً بمتوسط ١٢ عاماً وخمس شهور.
- مدرسة النور للمكفوفين وعددهم ٢١ طفلاً، تراوحت أعمارهم بين ١٠ سنوات وست شهور و ١٥ عاماً وشهران بمتوسط ١٢ عاماً وتسع شهور.
- مدرسة التربية الفكرية وعددهم ١١ طفلاً، تراوحت أعمارهم بين ٩ أعوام، ١٦ عاماً بمتوسط ١٢ عاماً وخمس شهور.
- ٢- تم تصحيح مقياس جودة الحياة بعد تطبيقه على الأطفال، وتم الاختيار العشوائى لعدد (١١) طفلاً أظهروا انخفاضاً على مقياس جودة الحياة للأطفال (٥ أطفال صم، ٣ مكفوفين، ٣ معاقين عقلياً).

والجدول التالى يوضح درجات الأطفال على مقياس جودة الحياة قبل تطبيق البرنامج الإرشادى على آبائهم.

جدول (٥)

درجات الأطفال نوى الاحتياجات الخاصة على مقياس جودة الحياة (بدرجه)

قبل تطبيق البرنامج الإرشادى لآباءهم

م	الدرجة		
	الأهمية	الرضا	الدرجة الكلية
١	٢١	١٣٩	١٦٠
٢	٢٣	١٣٤	١٥٧
٣	١٩	١٣٨	١٥٧
٤	٢٧	١٢٧	١٥٤
٥	٢٦	١٣٠	١٥٦
٦	٢١	١٢٤	١٤٥
٧	٢٠	١١٧	١٣٧
٨	٢٥	١٢١	١٤٦
٩	٢٥	١٣٢	١٥٧
١٠	٢٤	١١٨	١٤٢
١١	٢٤	١١٣	١٣٧

٣- تم مقابلة الآباء من خلال أبناءهم، وتم إخبارهم بالهدف من البحث وتقديم برنامج إرشادى نفسى يهدف إلى تحسين جودة حياة أبناءهم من خلالهم ودورهم فى ذلك وأن عليهم حضور جلسات البرنامج الإرشادى فى إحدى المدارس، وتم الاتفاق على حضور جلسات البرنامج الإرشادى فى مدرسة النور للمكفوفين فى مدينة بنها بواقع جلسة أسبوعياً لمدة ساعة تقريباً، كما تم تحديد أول موعد للجلسة الأولى ثم تم تحديد مواعيد الجلسات التالية تبعاً.

٤- وبعد الانتهاء من تقديم جلسات البرنامج الإرشادى للوالدين (اثنى عشر جلسة) تم تقييم البرنامج الإرشادى، بتطبيق مقياس جودة الحياة للأطفال مباشرة، وكذلك بعد شهرين من المتابعة.

والجدول التالى يوضح درجات الأطفال على مقياس جودة الحياة بعد تطبيق البرنامج الإرشادى على آباءهم.

جدول (٦)

درجات الأطفال نوى الاحتياجات الخاصة على مقياس جودة الحياة

بعد تطبيق البرنامج الإرشادى على آباءهم

م	الدرجة		
	الأهمية	الرضا	الدرجة الكلية
١	٣٧	١٨٠	٢١٧
٢	٣٩	١٩٠	٢٢٩
٣	٣٩	١٧٥	٢١٤
٤	٣٩	١٩٦	٢٣٥
٥	٤١	٢٠٠	٢٤١
٦	٣٩	١٨٦	٢٢٥
٧	٤٣	١٩٥	٢٣٨
٨	٤١	١٩٤	٢٣٥
٩	٤١	١٧٩	٢٢٠
١٠	٣٩	١٧٩	٢١٨
١١	٤١	١٩٧	٢٣٨

ويوضح الجدول التالي درجات الأطفال على مقياس جودة الحياة في المتابعة بعد شهرين من تطبيق البرنامج الإرشادي على آبائهم

جدول (٧)

درجات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة على مقياس جودة الحياة

بعد شهرين من تطبيق البرنامج الإرشادي على آبائهم

م	الدرجة		
	الأهمية	الرضا	الدرجة الكلية
١	٣٩	١٩٦	٢٣٥
٢	٤٠	٢٠٦	٢٤٦
٣	٤٠	١٩٨	٢٣٨
٤	٤٠	١٩٨	٢٣٨
٥	٤٣	٢١٦	٢٥٩
٦	٤٢	٢٠٣	٢٤٥
٧	٤٢	٢٠٤	٢٤٦
٨	٤٢	٢٠٢	٢٤٤
٩	٤٢	١٨٥	٢٢٧
١٠	٤١	١٩٩	٢٤٠
١١	٤٢	٢٠٨	٢٥٠

#### ٤- نتائج الدراسة:

**الفرض الأول:** ينص الفرض الأول من فروض الدراسة على أنه توجد فروق دالة إحصائية بين درجات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة على المقياس الفرعي الأول (الأهمية) لجودة الحياة للأطفال قبل تقديم البرنامج الإرشادي لآبائهم ودرجاتهم على نفس المقياس بعد تقديم البرنامج الإرشادي لآبائهم، لصالح التقييم البعدي.

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار رتب إشارات المجموعات المتزاوجة لـ ويلكوكسون Wilcoxon والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (٨)

خطوات إجراء اختبار ويلكوكسون على درجات أفراد عينة الدراسة

في المقياس الفرعي الأول قبل تطبيق البرنامج وبعد التطبيق

أفراد العينة	درجات العينة في المقياس الفرعي الأول قبل تطبيق البرنامج	درجات العينة في المقياس الفرعي الأول مع مراعاة الإشارات	الفروق المطلقة	رتب الفروق دون مراعاة الإشارات	رتب الفروق الموجبة	رتب الفروق السالبة
١	٢١	٣٧	١٦-	١٦	٥,٥	٥,٥-
٢	٢٣	٣٩	١٦-	١٦	٥,٥	٥,٥-
٣	١٩	٣٩	٢٠-	٢٠	١٠	١٠-
٤	٢٧	٣٩	١٢-	١٢	١	١-
٥	٢٦	٤١	١٥-	١٥	٢,٥	٢,٥-
٦	٢١	٣٩	١٨-	١٨	٩	٩-
٧	٢٠	٤٣	٢٣-	٢٣	١١	١١-
٨	٢٥	٤١	١٦-	١٦	٥,٥	٥,٥-
٩	٢٥	٤١	١٦-	١٦	٥,٥	٥,٥-
١٠	٢٤	٣٩	١٥-	١٥	٢,٥	٢,٥-
١١	٢٤	٤١	١٧-	١٧	٨	٨-
					صفر	٦٦-

(\*) القيمة الحرجة عند مستوى (٠,٠١) = ٥، وعند مستوى (٠,٠٥) = ١٠

\* قام الباحث باستخراج القيمة الحرجة بالرجوع إلى جدول (١٥) للقيم الحرجة لاختبار إشارات الرتب لويلكسون (صلاح الدين علام، ١٩٩٣) بتحديد قيمة ف وهى = ١١ فى العمود الأول بالجدول ومستوى الدلالة ٠,٠٠١، ٠,٠٥، ٠,٠١ إزولين فى الصف المناسب. ويتضح من الجدول السابق رقم (٨) أن قيمة مجموع رتب الإشارات الموجبة = صفر، وقيمة مجموع رتب الإشارات السالبة = ٦٦ فى المقياس الفرعى الأول، وأن قيمة الحرجة التى = ٥ عند مستوى (٠,٠١) مما يشير إلى وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) لصالح الأطفال فى القياس البعدى وهذا يؤيد الفرض الأول.

### الفرض الثانى:

وينص على أنه توجد فروق دالة إحصائية بين درجات الأطفال نوى الاحتياجات الخاصة على المقياس الفرعى الثانى (الرضا) لجودة الحياة للأطفال قبل تقديم البرنامج الإرشادى لآباءهم ودرجاتهم على نفس المقياس بعد تقديم البرنامج الإرشادى لآباءهم، لصالح التقييم البعدى. وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدام الباحث اختبار رتب إشارات المجموعات المتزاوجة لويلكسون والجدول التالى يوضح ذلك:

#### جدول رقم (٩)

خطوات إجراء اختبار ويلكسون على درجات أفراد عينة الدراسة

فى المقياس الفرعى الثانى قبل تطبيق البرنامج وبعد التطبيق

الفراد العينة	درجات العينة فى المقياس الفرعى الثانى قبل تطبيق البرنامج	درجات العينة فى المقياس الفرعى الثانى بعد التطبيق	الفروق مع مراعاة الإشارات	الفروق المطلقة	رتب الفروق دون مراعاة الإشارات	رتب الفروق الموجبة	رتب الفروق السالبة
١	١٣٩	١٨٠	٤١-	٤١	٢		٢-
٢	١٣٤	١٩٠	٥٦-	٥٦	٤		٤-
٣	١٣٨	١٧٥	٧٧-	٣٧	١		١-
٤	١٢٧	١٩٦	٦٩-	٦٩	٧		٧-
٥	١٣٠	٢٠٠	٧٠-	٧٠	٨		٨-
٦	١٢٤	١٨٦	٦٢-	٦٢	٦		٦-
٧	١١٧	١٩٥	٧٨-	٧٨	١٠		١٠-
٨	١٢١	١٩٤	٧٣-	٧٣	٩		٩-
٩	١٣٢	١٧٩	٤٧-	٤٧	٣		٣-
١٠	١١٨	١٧٩	٦١-	٦١	٥		٥-
١١	١١٣	١٩٧	٨٤-	٨٤	١١		١١-
						صفر	٦٦-

ويتضح من الجدول السابق رقم (٩) أن قيمة مجموع رتب الإشارات الموجبة = صفر، وقيمة مجموع رتب الإشارات السالبة = ٦٦ فى المقياس الفرعى الثانى، وأن قيمة المجموع الأصغر التى حصل عليها هى صفر وهى أقل من القيمة الحرجة التى = ٥ عند مستوى (٠,٠١) مما يشير إلى وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) لصالح الأطفال فى القياس البعدى وهذا يؤيد الفرض الثانى.

### الفرض الثالث:

ينص على أنه توجد فروق دالة إحصائية بين درجات الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة على مقياس جودة الحياة للأطفال (الدرجة الكلية) قبل تقديم البرنامج الإرشادى لآباءهم ودرجاتهم على نفس المقياس بعد تقديم البرنامج الإرشادى لآباءهم، لصالح التقييم البعدى. وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار رتب إشارات المجموعات المتزاوجة لويلكوكسون والجدول التالى يوضح ذلك:

جدول رقم (١٠)

خطوات إجراء اختبار ويلكوسون على درجات أفراد عينة الدراسة فى

المقياس ككل قبل تطبيق البرنامج وبعد التطبيق

أفراد العينة	درجات العينة فى المقياس ككل قبل تطبيق البرنامج	درجات العينة فى المقياس ككل بعد التطبيق	الفروق مع مراعاة الإشارات	الفروق المطلقة	رتب الفروق دون مراعاة الإشارات	رتب الفروق الموجبة	رتب الفروق السالبة
١	١٦٠	٢١٧	٥٧-	٥٧	١,٥		١,٥-
٢	١٥٧	٢٢٩	٧٢-	٧٢	٤		٤-
٣	١٥٧	٢١٤	٥٧-	٥٧	١,٥		١,٥-
٤	١٥٤	٢٣٥	٨١-	٨١	٧		٧-
٥	١٥٦	٢٤١	٨٥-	٨٥	٨		٨-
٦	١٤٥	٢٢٥	٨٠-	٨٠	٦		٦-
٧	١٣٧	٢٣٨	١٠١-	١٠١	١٠,٥		١٠,٥-
٨	١٤٦	٢٣٥	٨٩-	٨٩	٩		٩-
٩	١٥٧	٢٢٠	٦٣-	٦٣	٣		٣-
١٠	١٤٢	٢١٨	٧٦-	٧٦	٥		٥-
١١	١٣٧	٢٣٨	١٠١-	١٠١	١٠,٥		١٠,٥-
					صفر	٦٦-	

ويتضح من الجدول السابق رقم (١٠) أن قيمة مجموع رتب الإشارات الموجبة = صفر، وقيمة مجموع رتب الإشارات السالبة = ٦٦ فى المقياس ككل، وأن قيمة المجموع الأصغر التى حصل عليها هى صفر وهى أقل من القيمة الحرجة التى = ٥ عند مستوى (٠,٠١)، مما يشير إلى وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) لصالح الأطفال فى القياس البعدى، وهذا يؤيد الفرض الثالث.

### الفرض الرابع:

وينص على أنه توجد فروق دالة إحصائية بين درجات الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة على المقياس الفرعى الأول (الأهمية) لجودة الحياة للأطفال بعد تقديم البرنامج الإرشادى لآباءهم ودرجاتهم على نفس المقياس عند المتابعة، لصالح التقييم فى المتابعة. وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار رتب إشارات المجموعات المتزاوجة لويلكوكسون، والجدول التالى يوضح ذلك:

جدول رقم (١١)

خطوات إجراء اختبار ويلكوسون على درجات أفراد عينة الدراسة في المقياس الفرعى الأول

أفراد العينة	درجات العينة فى المقياس الفرعى الأول بعد تطبيق البرنامج	درجات العينة فى المقياس الفرعى الأول بعد فترة المتابعة	الفروق مع مراعاة الإشارات	الفروق المطلقة	رتب الفروق دون مراعاة الإشارات	رتب الفروق الموجبة	رتب الفروق السالبة
١	٣٧	٣٩	٢-	٢	٩		٩-
٢	٣٩	٤٠	١-	١	٤		٤-
٣	٣٩	٤٠	١-	١	٤		٤-
٤	٣٩	٤٠	١-	١	٤		٤-
٥	٤١	٤٣	٢-	٢	٩		٩-
٦	٣٩	٤٢	٣-	٣	١١		١١-
٧	٤٣	٤٢	١+	١	٤	٤+	
٨	٤١	٤٢	١-	١	٤		٤-
٩	٤١	٤٢	١-	١	٤		٤-
١٠	٣٩	٤١	٢-	٢	٩		٩-
١١	٤١	٤٢	١-	١	٤		٤-
					٤		٦٢-

ويتضح من الجدول السابق رقم (١١) أن قيمة مجموع رتب الإشارات الموجبة = ٤، وقيمة مجموع رتب الإشارات السالبة = ٦٢ فى المقياس الفرعى الأول، وأن قيمة المجموع الأصغر التى حصل عليها هي ٤ وهى أقل من القيمة الحرجة التى = ٥ عند مستوى (٠,٠١) مما يشير إلى وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) لصالح الأطفال بعد المتابعة، مما يؤيد الفرض الرابع .

الفرض الخامس:

وينص توجد فروق دالة إحصائياً بين درجات الأطفال نوى الاحتياجات الخاصة على المقياس الفرعى الثانى (الرضا) لجودة الحياة للأطفال بعد تقديم البرنامج الإرشادى لآباءهم ودرجاتهم على نفس المقياس عند المتابعة، لصالح التقييم فى المتابعة .  
وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار رتب إشارات المجموعات المتزاوجة لويلكوسون، والجدول التالى يوضح ذلك:

جدول رقم (١٢)

خطوات إجراء اختبار ويلكوسون على درجات أفراد عينة الدراسة فى

المقياس الفرعى الثانى بعد تطبيق البرنامج وبعد فترة المتابعة

أفراد العينة	درجات العينة فى المقياس الفرعى الثانى بعد تطبيق البرنامج	درجات العينة فى المقياس الفرعى الثانى بعد فترة المتابعة	الفروق مع مراعاة الإشارات	الفروق المطلقة	رتب الفروق دون مراعاة الإشارات	رتب الفروق الموجبة	رتب الفروق السالبة
١	١٨٠	١٩٦	١٦-	١٦	٧		٧-
٢	١٩٠	٢٠٦	١٦-	١٦	٧		٧-
٣	١٧٥	١٩٨	٢٣-	٢٣	١١		١١-
٤	١٩٦	١٩٨	٢-	٢	١		١-
٥	٢٠٠	٢١٦	١٦-	١٦	٧		٧-
٦	١٨٦	٢٠٣	١٧-	١٧	٩		٩-
٧	١٩٥	٢٠٤	٩-	٩	٤		٤-
٨	١٩٤	٢٠٢	٨-	٨	٣		٣-
٩	١٧٩	١٨٥	٦-	٦	٢		٢-
١٠	١٧٩	١٩٩	٢٠-	٢٠	١٠		١٠-
١١	١٩٧	٢٠٨	١١-	١١	٥		٥-
					صفر		٦٠-

ويتضح من الجدول السابق رقم (١٢) أن قيمة مجموع رتب الإشارات الموجبة = صفر، وقيمة مجموع رتب الإشارات السالبة = ٦٦ فى المقياس الفرعى الثانى، وأن قيمة المجموع الأصغر التى حصل عليها هى صفر وهى أقل من القيمة الحرجة التى = ٥ عند مستوى (٠,٠١) مما يشير إلى وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) لصالح الأطفال بعد المتابعة مما يؤيد الفرض الخامس.

#### الفرض السادس:

وينص على أنه توجد فروق دالة إحصائياً بين درجات الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة على مقياس جودة الحياة للأطفال (الدرجة الكلية) بعد تقديم البرنامج الإرشادى لآباءهم ودرجاتهم على نفس المقياس بعد تقديم البرنامج الإرشادى لآباءهم، لصالح التقييم فى المتابعة. وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار رتب إشارات المجموعات المتراوحة لويلكوسون، والجدول التالى يوضح ذلك:

#### جدول رقم (١٣)

خطوات إجراء اختبار ويلكوسون على درجات أفراد عينة الدراسة فى المقياس

ككل بعد تطبيق البرنامج وبعد فترة المتابعة

أفراد العينة	درجات العينة فى المقياس ككل بعد تطبيق البرنامج	درجات العينة فى فترة المتابعة المقياس ككل بعد فترة المتابعة	الفروق مع مراعاة الإشارات	الفروق المطقة	رتب الفروق دون مراعاة الإشارات	رتب الفروق الموجبة	رتب الفروق السالبة
١	٢١٧	٢٣٥	١٨-	١٨	٧,٥		٧,٥-
٢	٢٢٩	٢٤٦	١٧-	١٧	٦		٦-
٣	٢١٤	٢٣٨	٢٤-	٢٤	١١		١١-
٤	٢٣٥	٢٣٨	٣-	٣	١		١-
٥	٢٤١	٢٥٩	١٨-	١٨	٧,٥		٧,٥-
٦	٢٢٥	٢٤٥	٢٠-	٢٠	٩		٩-
٧	٢٣٨	٢٤٦	٨-	٨	٣		٣-
٨	٢٧٥	٢٤٤	٩-	٩	٤		٤-
٩	٢٢٠	٢٢٧	٧-	٧	٢		٢-
١٠	٢١٨	٢٤٠	٢٢-	٢٢	١٠		١٠-
١١	٢٣٨	٢٥٠	١٢-	١٢	٥		٥-
						صفر	٦٦-

ويتضح من الجدول السابق رقم (١٣) أن قيمة مجموع رتب الإشارات الموجبة = صفر، وقيمة مجموع رتب الإشارات السالبة = ٦٦ فى المقياس ككل، وأن قيمة المجموع الأصغر التى حصل عليها هى صفر وهى أقل من القيمة الحرجة التى = ٥ عند مستوى (٠,٠١) مما يشير إلى وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) لصالح الأطفال بعد المتابعة مما يؤيد الفرض السادس.



## تفسير النتائج:

أوضحت نتائج الدراسة الحالية فعالية البرنامج الإرشادي للآباء فى تحسين مستوى جودة الحياة من حيث الأهمية، وتحسين مستوى جودة الحياة من حيث الرضا عن الحياة لدى أبناءهم ذوى الاحتياجات الخاصة (إعاقة سمعية، وبصرية، وعقلية قابلية للتعليم)، ويتفق ذلك مع دراسات "هوايت ٢٠٠٤، فيلدمان، ٢٠٠٢، آن، ٢٠٠٣، وأندرز، ٢٠٠١" وكذلك مع النظريات والبحوث التى تؤكد على أهمية الدور الحيوى للوالدين والأسرة فى تنشئة الأطفال وتشكيل خصائصهم الشخصية.

وبالتالى يكون من المهم بالنسبة للوالدين تفهم الطبيعة النفسية للطفل وحاجاته ومتطلبات نموه، وخاصة إذا كان طفلاً معاقاً، إعاقة مزمنة.

والتدخل الإرشادى للوالدين يكون مفيداً أكثر منه مع الطفل فى رأى الباحث حيث قد ينتاب الوالدين بعض القلق عند دخول طفلهم فى علاقة إرشادية مع شخص غير معروف لهما شخصياً، أو الشعور بالتهديد نتيجة قيام طفلهم بالحديث عن شئون الأسرة الداخلية وأحوالهما الخاصة.

ويعد محاولة الوالدين تنفيذ الخطة والمنافع الإرشادية أثناء الجلسات الإرشادية وتطبيقها مع أبناءهم ذوى الاحتياجات الخاصة أمراً رئيساً فى نجاح وفعالية البرنامج الإرشادى، فإكتساب المعلومات عن نمو وتطور الطفل الحالية والمستقبلية وإكتساب مهارات التواصل مع الطفل ومهارات إدارة الذات فى التواصل مع الطفل، ومهارات إدارة المشكلات والتحدث عنها والتعبير عن المشاعر ومساعدة الطفل فى أداء مهامه اليومية كلها تساعد الطفل والوالدين على التفاعل الإيجابى والشعور بالانفعالات الإيجابية التى تعمل على تعديل إدراكات الطفل نحو نفسه ونحو جوانب الحياة المختلفة.

وكذلك فإن تنمية مهارات حماية الذات والدفاع عنها من جانب الوالدين لدى أبنائهم ضد الأذى (سواء العنف الأسرى أو العلاقات مع الأقران) تساعد الأبناء على أن يتحولوا بالترجى من السيطرة الوالدية (الحماية الزائدة) الكاملة تقريباً إلى السيطرة المشتركة، إلى الضبط الذاتى المتزايد لدى الطفل ثم إلى استقلاله. مما يجعله يشعر بثقته بنفسه وباندماجه فى مجالات الحياة المختلفة فيشعر بالتوافق النفسى والرضا عن الحياة. فتوجيه الآباء إلى السيطرة على الأحداث فى حياتهم ونقلها إلى الأبناء ليشعر بالاستقلال أسهم فى رفاهية الأبناء. كذلك فإن الخروج للتنزه ومقابلة الأصدقاء وجماعات الدعم الذاتى والأعمال المجتمعية قللت من مشاعر العزلة لدى الأبناء مما جعلهم يعيشون بالفعل انفعالات إيجابية سارة نحو أنفسهم ونحو مجالات الحياة.

هذه الانفعالات الإيجابية طورت إدراكات الطفل وبالتالي تطور سلوكه فالإدراك الذاتى يلعب دوراً محورياً فى الشعور بالرضا وبجودة الحياة وبالتالي فإن تطور علاقة الوالدين بالطفل أدى إلى تطور علاقة الطفل بوالديه، مما شكل تخفيفاً بالشعور بالضغط من جانب الوالدين . فأصبح الآباء مهتمين بحاجات أطفالهم وإمكاناتهم، وكذلك أصبح الأبناء مهتمين بحاجات آبائهم . هذه العلاقة الصحية هى علاقة تكيفية توافقية أدت إلى الشعور بجودة الحياة لدى الآباء والأبناء .

فأصبح الآباء لا ينظرون إلى الأبناء بأنهم عائق فى سبيل تحقيق مصالحهم الشخصية ولا يمثلون عبئاً . هذا الشعور الإيجابى أدى إلى تحرير الآباء من الشعور بالغضب والاكنتاب مما فتح قناة للتواصل مع الأبناء الذى انعكس على شعور الأبناء بجودة الحياة .

كذلك فإن التدخل الإرشادى الذى استهدف تحسين خدمات السكن والإنفاق ودعم الصحة الجسمية والدعم والمساندة المتعلقة بالإعاقة، بحيث يعمل الوالدين على استعادة أقصى مستوى من الأداء، سواء فى ما يتعلق بخدمات علاج أو غذاء أو تحسين وتنظيم الإنفاق الأسرى أو خدمات تربية وتوفير سبل الأمان، من شأنها أدت إلى تغيرات نمائية معرفية وانفعالية واجتماعية لدى الطفل، كذلك فإن قيام الوالدان بمقابلات مع المدرسين والاستفسار عن أبنائهم أعطى شعوراً للطفل بقيمته مما زاد من توافقه النفسى وشعوره الإيجابى بالحياة . فاستجابات الوالدين نحو الطفل تحدد الطريقة التى ينظر بها الطفل إلى نفسه وإلى جوانب الحياة فتتشكل صورته عن ذاته ويتحدد سلوكه وتوافقه فى ضوء صورة الذات تلك . وجودة الحياة لدى الطفل المعاق تزداد حين يمكن للوالدين تحقيق جودة الحياة كهدف واقعى لدى المعاقين كذلك فإن التفاعل الأسرى مع الطفل المعاق شكل أرضية مهدت إلى تغير إدراك مجالات الحياة وأهميتها بشكل صحيح لدى الطفل المعاق .

هذا الدور الوالدى نحو أبنائهم ذوى الاحتياجات الخاصة كان بمثابة مشاركة إيجابية وتأثير متبادل بين الوالدين وطفلهم . أدى إلى تطور النمو والتوافق بشكل صحيح . فالشعور بجودة الحياة هى عملية دينامية نمائية مستمرة مما يفسر استمرار شعور الأطفال بجودة الحياة بعد شهرين من انتهاء تطبيق البرنامج الإرشادى على آبائهم .

وفى ضوء ما سبق، يوصى الباحث بأهمية التدخل الإرشادى المبكر للوالدين لأطفال ذوى احتياجات خاصة، لتوفير معلومات مناسبة ومهارات تفاعل مناسبة فى الوقت المناسب، حيث أشار الوالدين فى البحث الحالى - إلى أهمية مثل هذه البرامج فى وقت مبكر . وأن كثير من الأسر تحتاج على مثل هذه البرامج، كما يوصى الباحث بأهمية توفير مرشد نفسى فى مدارس التربية الخاصة يقدم الخدمات الإرشادية النفسية لأولياء أمور الأطفال، بشكل دورى .

كما يوصى الباحث بأهمية توفير مصادر مجتمعية لخدمات تربية وصحية وترفيهية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ويقترح الباحث استخدام برامج إرشادية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة تعمل على تحسين جودة الحياة لديهم . كما يقترح الباحث استخدام برامج إرشادية مع معلمى الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة لتحسين جودة حياة هؤلاء الأطفال .

## مراجع الدراسة

### أولاً: المراجع العربية:

أحمد عباس عبدالله (١٩٩٩): إرشاد أسر الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة، رسالة إلى العاملين فى مجال الإرشاد، ندوة الإرشاد النفسى والمهنى من أجل توعية أفضل لحياة الأشخاص ذوى الاحتياجات الخاصة، جامعة الخليج العربى، بالتعاون مع الجمعية العمانية للمعوقين، مسقط، ١٩-٢١ أبريل ص ٤١-٦٩  
إيمان فؤاد الكاشف ٢٠٠١ (مترجم): إعداد الأسرة والطفل لمواجهة الإعاقة ٢٠٠١، القاهرة، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

جاءك س إستيورت (ترجمة عبدالصمد قائد الإغيرى، فريدة عبد الوهاب آل مشرف) (١٩٩٦): إرشاد الآباء ذوى الأطفال غير العاديين، الرياض، النشر ومطار بجامعة الملك سعود، المملكة العربية السعودية.

جميل محمود الصاوى (١٩٩٩): الإرشاد النفسى للأفراد ذوى الاحتياجات الخاصة وأسرهم، ندوة الإرشاد النفسى والمهنى من أجل توعية أفضل لحياة الأشخاص ذوى الاحتياجات الخاصة، جامعة الخليج العربى، بالتعاون مع الجمعية العمانية للمعوقين، مسقط، ١٩-٢١ أبريل ص ٤١-٦٩

حامد عبدالسلام زهران (١٩٩٨): التوجيه والإرشاد النفسى، ط الثالثة، القاهرة، عالم الكتب.  
ديفيد أ وولف ترجمة جمعة سيد يوسف (٢٠٠٥): الإساءة للطفل... متربّاتها على نمو الطفل واضطرابه النفسى، الطبعة الأولى، المجلس الأعلى للثقافة، المشروع القومى للترجمة.

سيد صبحى (١٩٩٤): الإنسان وسلوكه الاجتماعى، القاهرة، الدار المصرية اللبنانية.  
سيد صبحى (٢٠٠٣): الإنسان وصحته النفسية، القاهرة، الدار المصرية اللبنانية.  
شاكر قنديل (١٩٩٦): الاستجابات الانفعالية السلبية لآباء الأطفال المعاقين عقلياً ومسئولية المرشد النفسى، دراسة تحليلية، بحوث المؤتمر الدولى الثالث (الإرشاد النفسى فى عالم متغير) مركز الإرشاد النفسى بجامعة عين شمس سبتمبر ١٩٩٦ (ص ٦٢٥-٦٤٢).

صلاح الدين علام (١٩٩٣): الأساليب الإحصائية الاستدلالية البارامترية واللابارامترية فى تحليل بيانات البحوث النفسية والتربوية، ط ١، القاهرة: دار الفكر العربى.  
صلاح مخيمر (١٩٧٢): مدخل إلى الصحة النفسية، القاهرة، الأنجلو المصرية.

عادل الأشول (١٩٩٣): الضغوط النفسية والإرشاد الأسرى للأطفال المتخلفين عقلياً، مجلة الإرشاد النفسي، مركز الإرشاد النفسي جامعة عين شمس.

عبد العزيز الشخص، زيدان السرطاوي (١٩٩٨): دراسة احتياجات أولياء أمور الأطفال المعوقين لمواجهة الضغوط النفسية. بحوث المؤتمر القومي السابع لاتحاد هيئات رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة، المجلد الثاني، ص ٥٥-٨١.

عبدالمطلب أمين القريطى (١٩٩٨): التدخل المبكر كوسيلة للحد من الإعاقة، بحوث لمؤتمر الدولي الأول لطفل الروضة في الكويت، الكويت.

عبدالمطلب أمين القريطى (١٩٩٩): الإرشاد النفسي لأباء وأسر الأطفال المتخلفين عقلياً، ندوة الإرشاد النفسي والمهني من أجل توعية أفضل لحياة الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة، جامعة الخليج العربي، بالتعاون مع الجمعية العمانية للمعوقين، مسقط، ١٩-٢١ أبريل ص ٤١-٦٩.

فاروق صادق (١٩٨٢): سيكولوجية التخلف العقلي، ط الثانية، الرياض، عمادة شئون المكتبات، جامعة الملك سعود.

كمال إبراهيم مرسى (١٩٩٦): مرجع في علم التخلف العقلي، القاهرة، دار النشر للجامعات المصرية.

ناهد صالح (١٩٩٠): مؤشرات نوعية الحياة... نظرة عامة على المفهوم والمدخل المجلة الاجتماعية القومية، المؤتمر القومي للبحوث الاجتماعية، مجلد ٢٧، العدد الثاني، مايو، ص ٥٣-٨١.

### ثانياً: المراجع الأجنبية:

Agee, L.C., Innocenti, & Boyce, G.C. (1995). I'm all Stressed out: the impact of parenting stress on the effectiveness of a parent involvement program. Center for Persons With Disabilities News, Vol. 8, PP. 4-7.

Anders, G. , Johan,s., Lannart, N.( 2001) Across-national analysis of 13 projects that have improved the quality of life of people with intellectual disabilities in India, Romania, Kenya and South Africa, American Academy of Pediatrics, Vol. 17,Pp. 279-283.

diagnosis of attention- deficit/ hyperactivity disorder,  
Journal of Pediatrics Psychology, Vol. 114, No. 5, PP.  
541-547.

**Azar, S.T.(1992).** A cognitive behavioral approach to understanding and treating parents who physically abuse their children. In D.A. wolf R.J. McMahon, & R. Dev Peters (Eds.), child abuse: New directions in prevention and treatment across the lifespan (pp. 78-100). Thousand Oaks, CA: Sage.

**Beeghly, M. & Cicchetti, D. (1994).** Child maltreatments attachment, and the Self system: Emergence of an internal state lexicon in Toddlers at high social risk. Development and Psychopathology, Vol. 6, PP 5-30.

**Bethell C., Read, D. & Wells, N. (2002):** Identifying children with special health care needs: development and evaluation of a short screening instrument, Ambul. Pediatr. Vol. 2 (1) PP. 38-48.

**Cicchetti, D. & Lynch, M. (1995).** Failures in the expectable environment and their impact on individual development: The case of child maltreatment. In D. cicchetti & D.J. Cohen (Eds.) Developmental psychology: Vol.2.Risk, disorder, and adaption (PP. 32- 71). New York: John Wiley.

**Eiser, G, Morse (2001):** Quality of life measures in chronic diseases of childhood, Health Technol. Assess. Vol. 5 (4), PP 1-157.

**Feldman, M.A. & Werner, S.E. (2002)** collateral effects of behavioral parent training on families of children with developmental disabilities and behavior disorders, Behavioral Interventions, Vol. 17 (2) , pp. 75-83

**Friedlich, W.N. (1990)** Psychotherapy of sexuality abused children and their families: New York: W.W. Norton.

- Friedrich, W.N. (1990)** Psychotherapy of sexually abused children and their families: New York: W.W. Norton.
- Hardman, M.L., Drew, C.J., & Egan, M.W. (1984)** Human exceptionality: society school and family. Boston: Allyn & Bacom.
- Hillson, J.M.C & Kuiper, N.A.(1994).** A stress and coping model of Child maltreatment. Clinical Psychology Review, Vol. 14, PP. 261-285.
- Hornby, G.(1994).** Counseling in child disability: skills for working with parents. London: Chapman & Hall.
- Kendall, P.C. (1993)** cognitive-behavioral therapies with youth: Guiding theory, current status, and emerging developments. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 61, PP. 235-247.
- Lindstrom,B.,Eriksson, B. (2006).** Quality of life for children with disabilities. Nordic School of Public Health, Goteborg, Vol. (2), PP. 83-90.
- Maccoby, E.E. & Martin, J.A. (1983)** Socialization in the context of the Family: Parent child interaction. In P.H. Mussen (Ed.). Handbook of child psychology, 4<sup>th</sup>. Ed. pp 1-101. New Youk: John Wiley.
- Malkoska, A., Mazur, J., Woynarowska, B (2004):** Level of perceived social support and quality of life in children and adolescents aged 8-18 years, Med. Wieku Rozwoj, Vol. 8 (3 PT 1), PP 55-66.
- Marshake,l.e. & Seligman, m. (1993).** Counseling persons persons with disabilities: theoretical and clinical perspectives. Austin. TX: pro. Ed.

- R.A. Barkley (Eds) Child Psychology (PP.3-62). New York: Guilford.
- Muir, Katherine (1982):** Advocacy training for parents of handicapped children: A staff responsibility, *Yong children*, Vol. 37, No. 2, PP. 41-46.
- Reiko, H., Caren, J. Frost (2006).** Improving quality of life for children with disabilities in rehabilitation: How social workers can bridge the rehabilitation gap, *Journal of Society for Social work and Research*, Vol. (15), pp. 8-45.
- Rolland, J.S. (1994).** Families, illness, and disability: An integrative treatment model. New York: Basic Books.
- Schalock, R.L. (2004).** The concept of quality of life: What we know and do not know. *Journal of Intellectual Disability Research*, Vol. 48, No. 3, PP. 203-216.
- Susanna, M.K. chow, sing Kailo & Robert A. Cummins (2005).** Self-perceived quality of life of children and adolescents with physical disabilities in Hong Kong, *Journal of Quality of life Research*, Vol.(14), no. 2, pp. 415-423.
- Upshur, C.C (1991).** Families and the community service maze. In M. Seligman (Ed.) *the family with a handicapped child* (2<sup>nd</sup> ed., PP. 91-118). Boston: Allyn & Bacom.
- Valencia P. Remple, B. Ann Hilton, Pamel A. and David R. Burdge (2004):** Psychometric assessment of the multidimensional quality of life questionnaire for persons with HIV/ AIDS (MQOL- HIV) in a sample of HIV- infected women, *Quality of Life Research*, Vol. 13 (5), PP. 947-957.
- White, N. & Hastings, R.P. (2004)** Social and professional support for parents of adolescents with severe intellectual disabilities,



Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities,  
Vol. 17,pp. 181-190.

*Whitmore, E.A.W. , Karmer, J.R. & Knutson. J.F. (1993).* The association between punitive childhood experiences and hyperactivity. Child Abuse & Neglect, Vol. 17 PP. 357-366.

*Wolfe, D.A. Wekerle, C. & Scott, K . (1997).* Alternative to violence: Empowering youth to develop healthy relationships. Thousand Oaks, CA: Sage.

*Zaklad, E., Instytut, M. Dzicka, K. (2004):* Development and initial psychometric analysis of the generic quality of life questionnaire for polish children and adolescents, Med. Wieku Rozywoj, Vol. 8 (3 PT 1) PP 513-33.