



## الجلسة الثانية

# تحسين جودة الحياة كمنبئ للحد من الإعاقة

إعداد

الدكتور أشرف أحمد عبدالقادر

أستاذ ورئيس قسم الصحة النفسية

بكلية التربية بينها - جامعة الزقازيق

مقدم إلى

( ندوة تطوير الأداء في مجال الوقاية من الإعاقة )

الإثنين-الأربعاء

١٤٢٦/١/٧-٤ هـ ٢٠٠٥/٢/١٦-١٤ م



### تحسين جودة الحياة كمنبئ للحد من الإعاقة الدكتور أشرف أحمد عبدالقادر

لا شك أن الغد يصنعه اليوم، واليوم هو نتاج الأمس، لذا فإن كل ما نبذله في الحاضر من جهد علمي وعملي توجهاً نحو " جودة الحياة " هو بناء للمستقبل الممكن والمنشود.

ولقد حظي مفهوم " جودة الحياة " *Quality of Life* باهتمام كبير في علوم الطب، والاقتصاد، والاجتماع، والسياسة، وحديثاً في مجال علم النفس، ولقد تعددت استخدامات مفهوم الجودة بصورة واسعة في السنوات الأخيرة في جميع المجالات مثل جودة الحياة، جودة الزواج، جودة التعليم، جودة المستقبل.. الخ.

وتعتبر الدراسات التي أجريت في منطقتنا العربية تحت عنوان " جودة الحياة " محدودة ونادرة، كما أنها أجريت في مجالي علم الاجتماع، وعلم الطب، وأن المتخصصين في مجال علم النفس يكادون يكونون غائبين ببحوثهم المتخصصة في هذا المجال - إلا فيما ندر - حيث برزت الحاجة إلى مثل هذه الدراسات والتأكيد على أهميتها في مؤتمر عقد لدراسات جودة الحياة بمركز الإرشاد النفسي - جامعة عين شمس (١٩٩٩)، اتخذ شعاراً له " جودة الحياة - توجه قومي للقرن الحادي والعشرين "، مما يعتبر دعوة للباحثين للاهتمام بهذا المجال الجديد، وضرورة إجراء الدراسات المتعددة فيه، وسد الفجوة التي تركتها ندرة أبحاث علم النفس في هذا المجال.

وبعد، فالباحث إذ يتقدم بهذه الأطروحة العلمية التي تتناول واحداً من الموضوعات حديثة الطرح على المستوى النفسي بشكل خاص، وأعني بالطبع موضوع "جودة الحياة"، ليتمنى أن تكون هذه الأطروحة دافعاً للباحثين في التخصص إلى العمل على تفعيل بحوث التربية الخاصة بمجالاتها المختلفة، لتحقيق الهدف الأسمى نحو مستقبل أفضل للمعاقين.

وسوف يحاول الباحث في الأطروحة الحالية أن يركز على المحاور التالية:

- ١- مفهوم جودة الحياة.
- ٢- جودة الحياة الأسرية.
- ٣- أهمية روضة الأطفال كبيئة للحد من الإعاقة.
- ٤- فهم شخصية الطفل المعاق وكيفية التعامل معه.
- ٥- تحسين جودة حياة المجتمع.



## المحور الأول: مفهوم جودة الحياة:

يُعد تعريف "جودة الحياة" من المهام الصعبة نظراً لما يحمله من جوانب متعددة ومتفاعلة مع بعضها البعض. كما أن مستخدم هذا المفهوم لم يتفقوا بعد على معنى محدد لهذا المصطلح. يرجع هذا إما لحدائث المفهوم على مستوى التناول العلمي الدقيق، أو أن التخصصين في المجالات العلمية المختلفة اعتبروا دراسة هذا المفهوم "مفهوماً خاصاً بمجالهم". وعرفوه من وجهة نظرهم المتخصصة. فهو يستخدم أحياناً للتعبير عن الرقي في مستوى الخدمات المادية والاجتماعية التي تقدم لأفراد المجتمع. كما يستخدم أحياناً أخرى للتعبير عن إدراك الأفراد لقدرة هذه الخدمات على إشباع حاجاتهم المختلفة.

ويؤكد روجرسون (1999) Rogerson على أن جودة الحياة ترتبط ببيئة الفرد. فالعوامل البيئية تعتبر من المحددات الأساسية لإدراك الفرد لجودة الحياة. وهذا يبدو في تركيز العديد من الدراسات على جودة الحياة في بيئات محددة. كما أن الاهتمام بجودة الحياة لن يتوقف بل سيزداد بصورة ملحوظة... وستحتل جودة الحياة دوراً محورياً في مجالات الخدمات المتعددة التي تقدم لأبناء المجتمع. كما أن العنصر الأساسي في كلمة جودة Quality يتضح في العلاقة الانفعالية القوية بين الفرد وبيئته. هذه العلاقة التي تتوسطها مشاعر وأحاسيس الفرد ومدركانه. كما يؤكد على أهمية دور البيئة والعوامل الثقافية كمحددات لجودة الحياة.

وهناك من ينظر إلى جودة الحياة باعتبارها دالة التغير النفسي الاجتماعي الإيجابي الذي يحدث في استجابة الأفراد والجماعات تجاه البرامج والخدمات المقدمة. بمعنى أن هذه الخدمات عندما تحدث أثراً إيجابياً يعبر عن الفاعلية الإشباعية للسلوك في الاتجاه الصحيح. فإن ذلك هو معيار مساهمتها في تحقيق جودة الحياة. ولذا يرى ليمان Leitman (1999) أن قياس جودة الحياة يجب أن يتم على المستويين:

الشخصي: حيث يقيس رضا الشخص في إطار مناخ حياته الخاصة.

والبيئي: الذي يقيس متغيرات البيئة التي تساعد على خلق الإحساس بالرضا أو عدم الرضا.

وتعرف هناء الجوهري (1994) جودة الحياة بأنها "ذلك البناء الكلي الشامل الذي يتكون من مجموعة من المتغيرات المتنوعة التي تهدف إلى إشباع الحاجات الأساسية للأفراد الذين يعيشون في نطاق هذه الحياة. بحيث يمكن قياس هذا الإشباع بمؤشرات موضوعية تقيس القيم المتدفقة. ومؤشرات ذاتية تقيس قدر الإشباع الذي تحقق.

وقد قدمت منظمة الصحة العالمية W.H.O مقياساً لجودة الحياة يعتمد على تعريفها بأنها "إدراك الفرد لوضعه في الحياة في ضوء النظام القيمي والثقافي الذي يعيش فيه. وفي علاقته بأهدافه وتوقعاته ومعاييره واهتماماته. ويعتبر ذلك من التعريفات التي تركز على الجوانب الذاتية أكثر من الجوانب الموضوعية. بينما يرى مالدون وبارجر *Muldoon & Barger (1998)* أن جودة الحياة تتضمن الجوانب الموضوعية والذاتية. ويتضمن الجانب الموضوعي قياس مدى قدرة الفرد على إنجاز بعض المهام أو الأنشطة. أما الجانب الذاتي فيتضمن إدراك الفرد للآثار التي تتركها حالته الصحية على صلاحيته الجسمية.

أما منظمة اليونيسكو. فتعتبر جودة الحياة مفهوماً شاملاً يضم كل جوانب الحياة كما يدركها الأفراد. وهو يتسع ليشمل الإشباع المادي للحاجات الأساسية. والإشباع المعنوي الذي يحقق التوافق النفسي للفرد عبر تحقيقه لذاته.

ولعلنا نجد في إسهامات كل من ليمان *Leitman (1999)* وأدمز *Adams (2002)* ما يشير إلى هذا المعنى. حيث يرى الأول أنه لا بد من النظر إلى مفهوم جودة الحياة من خلال الإحساس بالرفاهية والرضا التي يشعر بها الفرد في ظل ظروفه الحالية. والثاني يربط بين نوعية الحياة بمحددات ذاتية أخرى من قبيل مشاعر الحب والسعادة وتقدير الذات. كما يؤكد على فكرة إدراك الفرد لقيمة الحياة.

وقد توصل كيث وهيل *Keith & Heal (1996)* في دراستهما لتحديد المفاهيم الأساسية لجودة الحياة عبر الثقافات المختلفة. إلى وجود عشرة مفاهيم أساسية أو مكونات لجودة الحياة. هي الحقوق *Rights*. العلاقات *Relations*. الرضا *Satisfaction*. البيئة *Environment*. الاحتواء الاجتماعي *Social inclusion*. الخصوصية *Privacy*. الصحة *Health*. النضج والنمو *Growth & Development*. الضبط الفردي *Individual Control*. الأمن الاقتصادي *Economic Security* وتدرج هذه المفاهيم ضمن ثلاثة أبعاد رئيسية هي القيم *Values* والفاعلية *Potency* والنشاط *Activity* ويرى جود *Goode (1994)* أن جودة الحياة نتاج لتفاعلات فريدة بين الفرد والمواقف الحياتية الخاصة. وعرفها بأنها درجة استمتاع الفرد بإمكانياته المهمة في حياته. أو بمعنى آخر إلى أي حد يرى الفرد حياته جيدة. وأن جودة الحياة مفهوم يعكس مواقف الحياة المرغوبة لدى الفرد في ثلاثة مجالات رئيسية للحياة هي: الحياة الأسرية المجتمعية. والعمل. والصحة. ويضيف جود *Goode (1994)* أربعة عوامل أساسية في تشكيل جودة الحياة هي:

- أ- حاجات الفرد (الحب. والتقبل. والجنس. والصدقة. والصحة. والأمن).
- ب- التوقعات بأن هذه الحاجات خاصة بالمجتمع الذي يعيش فيه الفرد.
- ج- المصادر المتاحة لإشباع هذه الحاجات بصورة مقبولة اجتماعياً.
- د- النسب البيئي المرتبط بإشباع هذه الحاجات.



كما توصل "جود" إلى بعض الحقائق الخاصة بجودة الحياة منها:

- ١- يشعر الفرد بجودة الحياة عندما تشبع حاجاته الأساسية، وتكون لديه الفرصة لتحقيق أهدافه في مجالات حياته الرئيسية.
- ٢- تتكون جودة الحياة للأشخاص المعاقين من نفس العوامل والعلاقات ذات الأهمية في تكوين جودة الحياة للأشخاص العاديين.
- ٣- ترتبط جودة الحياة لدى الفرد بجودة حياة الأشخاص الآخرين الذين يعيشون في البيئة نفسها.
- ٤- تعزيز جودة الحياة يتضمن الأنشطة، وبرامج التأهيل والعلاج، والمساندة الاجتماعية.
- ٥- جودة الحياة بناء نفسي يمكن قياسه من خلال المؤشرات الذاتية، والمؤشرات الموضوعية.

ورغم قلة ما كتب في جودة الحياة من المنظور النفسي، إلا أن المدقق في مباحث علم النفس ونظرياته - إضافة إلى ما كتبه الباحثون في العلوم الإنسانية والاجتماعية عامة- سوف يجد أن علم النفس له السبق في فهم وتحديد المتغيرات المؤثرة على جودة حياة الإنسان. ويرجع ذلك بالدرجة الأولى، لكون جودة الحياة في النهاية هي تعبير عن الإدراك الذاتي لجودة الحياة *Perceived Quality of Life* فالجياة بالنسبة للإنسان، هي ما يدركه منها. حتى إن تقييم الفرد للمؤشرات الموضوعية في حياته، كالمسكن، والتعليم، والعمل، والصحة... إلخ يمثل في أحد مستوياته انعكاساً مباشراً لإدراك هذا الفرد لجودة الحياة في وجود هذه المتغيرات على هذا المستوى، والذي يتوقف على مدى أهمية كل متغير من هذه المتغيرات بالنسبة لهذا الفرد، وذلك في وقت محدد، وفي ظل ظروف معينة، ويظهر ذلك بوضوح في مستوى السعادة أو الشقاء الذي يكون عليه، والذي يؤثر بدوره على تعاملات هذا الإنسان مع كافة المتغيرات الأخرى التي تدخل في نطاق تفاعلاته.

وتتداخل جودة الحياة من المنظور النفسي مع أبعاد جودة الحياة من وجهات النظر الأخرى. فمن منظور الصحة البدنية تذهب بعض الدراسات إلى أن "جودة الحياة" تصبح مفهوماً محورياً لتطوير وزيادة فاعلية التدخلات العلاجية للحالات التي تعاني عجزاً، ولتحقيق هذا المفهوم لا بد من توفير مقومات العناية الجيدة ومعالجة الآثار النفسية التي عادة ما تصاحب الإعاقة.

ويشير هامبتون (1999) *Hampton* إلى أن تعريف جودة الحياة لدى المعاقين يعتبر من المهام الصعبة. فالمفهوم من الصعب تحديده. ويرى أن جودة الحياة يجب أن تحدد من وجهة نظر المعاقين فهم أكثر من يدركون أهمية الفقد أو العجز. كما أن الرضا عن الحياة هو العامل الأساسي في إدراك الفرد المعاق لجودة الحياة. وقد توصل في دراسة أجراها على ١٤٤ من المعاقين تتراوح أعمارهم بين ١٦ و٣٥ سنة، إلى أن كلاً من درجة الإعاقة، وعجز الفرد، وتاريخ بداية الإعاقة، والدعم الاجتماعي، ترتبط بصورة دالة بجودة الحياة لدى المعاقين.

ويرتبط إدراك الفرد المعاق لجودة الحياة بمجموعة من المتغيرات الشخصية والاجتماعية والثقافية. ولقد أجري العديد من الدراسات على المعاقين من فئات عمرية مختلفة للتوصل إلى محددات جودة الحياة لديهم .. فنجد دراسة ميشيل *Michael* (2003) أكدت على أهمية ما يقدمه المجتمع من خدمات للمعاقين. ويرى أن الدعم الاجتماعي الذي يتلقاه المعاق يؤثر بصورة جوهرية على جودة الحياة لديه. كما تتأثر جودة الحياة لدى المعاق بمدى الاستقلالية التي يشعر بها في حياته.

وقد أكد سميث (2002) *Smith* على أنه يمكن تحسين جودة الحياة لدى المعاقين من خلال تقديم بعض البرامج التي تعمل على زيادة مشاركتهم في أنشطة الحياة اليومية. وتكسبهم مهارات خاصة من أجل تقليل أثر مشكلات الإعاقة. علاوة على ذلك فقد توصل هوف (2002) *Hoff* إلى أن الإعاقة والظروف المحيطة بها يمكن أن تؤثر على إدراك جودة الحياة. وهذا ما أكدته جود (1994) *Goode* حين أشار إلى أن المعاقين يشتركون في الرغبة الشديدة للانخراط في مجتمعاتهم والعيش باستقلالية. والرغبة في أن يتم النظر إليهم ومعاملتهم كراشدين. والحصول على مهنة. إنهم يريدون أن يكون لهم حرية الاختيار والسفر والمشاركة. كما أن لديهم الرغبة في بناء علاقات مع الآخرين وتكوين أسرة. وكل ذلك يحدد إدراكهم بصورة أو بأخرى لجودة الحياة.

وقد قام أحد مراكز الأمم المتحدة بدراسة عن "تحسين جودة الحياة لدى المعاقين" (Wally, 2004) بهدف مساعدة القائمين على صناعة القرار على عمل برامج لمناقشة المشكلات العامة التي تواجه المعاقين وتحسين جودة حياتهم اليومية. وكان من أهم نتائجها: أن المشكلات التي تعاني منها معظم البلدان هي عزل المعاقين مما يؤدي بهم إلى إحساسهم بالعزلة واليأس والإحباط. ولعلاج هذه المشكلات اقترحت الدراسة:

- العمل على دمج المعاقين في المجتمع ما يفيدهم ويساعدهم على تغيير نظرتهم للحياة ومن ثم تحسن جودة الحياة لديهم. ويشعرون أنهم مواطنون عاديون لا ينقصهم سوى السمع أو البصر على سبيل المثال.

- إشراكهم في الأنشطة التي تخدم المجتمع ومن ثم تحسن رؤية الناس لهم. ويشعرون أنهم فئة ذات قيمة ولا ينبغي إهمالها.

- ينبغي تعاون الأسرة والمجتمع معاً من أجل إخراج أهداف الدمج. وتحقيق المساواة والتألف من خلال قيام كل منهما بدوره في تلبية احتياجات المعاقين.

ما سبق يتضح أن الجودة أصبحت هدفاً للدراسة والبحث باعتبارها الناتج أو الهدف الأسمى نحو مستقبل أفضل للحياة. فالمجتمع بما يمتلكه من طاقات مادية وبشرية



واسعة له الإسهام الأكبر والمباشر في الوقاية من الإعاقة والحد من أثارها. حيث إن اهتمام المجتمع بالمعاقين والرقي بهم، وتحسين جودة الحياة لديهم يعتبر من أهم المؤشرات الدالة على تقدم هذا المجتمع.

ويعتبر المعاقون من الفئات التي تحتاج إلى رعاية خاصة، وهم ينظرون إلى الحياة بنظرة تختلف عن الآخرين، وتتأثر نظرتهم للحياة بظروف الإعاقة وما يحصلون عليه من دعم من قبل الآخرين في الأسرة أو المجتمع. وتحتاج هذه الفئات المهمة إلى خدمات تساعدهم على التوافق مع ظروف الحياة في ظل الإعاقة، وتعتبر جودة الحياة من المؤشرات الهامة لجودة الخدمات المقدمة لهذه الفئات، ورضا الفرد عنها وإحساسه بالسعادة والرغبة في الحياة.

وجودة الحياة لدى المعاقين تقوم على أساس تمكين المعاق سواء كان طفلاً أو راشداً أو كهلاً من حقه في الاندماج أسرياً ومهنياً لتحقيق احترام الفرد المعاق وحماية حقوقه الإنسانية ودعوته بالالتزام بواجباته كمواطن. شأنه في ذلك شأن أي مواطن عادي يعيش في مجتمع متحضر يكفل له الحرية الاجتماعية، ويتيح الفرصة المتكافئة للجميع، ويحترم القيم الإنسانية والاجتماعية لأفراده.

ولا شك أن أثر الإعاقة على الفرد المعاق وعلى المجتمع تفرض الاهتمام بالبحث عن كيفية تجنبها بالوقاية من حدوثها، وتجنب أسبابها، والحد من أثارها البدنية والنفسية والاجتماعية حال حدوثها، وذلك بتحسين جودة الحياة من خلال جودة البرامج الوقائية، والعلاجية، ونحن في العالم العربي اليوم في حاجة ماسة إلى تضافر كل الجهود المبذولة لتخطيط وتنفيذ هذه البرامج على أسس علمية سليمة.



## المحور الثاني: جودة الحياة الأسرية:

### أولاً: فيما يتعلق بالوقاية من الإعاقة:

الأسرة هي الأرض الطيبة إذا ما صلح قوامها، وهي التربة الخصبة إذا ما توافرت عناصر خصوبتها لرعاية وحماية أبنائها. ولقد فرض الإسلام على الوالدين تجاه أطفالهما بعض الواجبات، منها ضرورة حسن الاختيار لكل من الزوج والزوجة وأثر ذلك على الأطفال:

حيث يقول الرسول "صلى الله عليه وسلم" "تخيروا لنطفكم فإن العرق دساس". وعن أبي هريرة - قال: كنت عند النبي "صلى الله عليه وسلم" فأتاه رجل فأخبره أنه تزوج امرأة من الأنصار فقال رسول الله "صلى الله عليه وسلم": أنظرت إليها؟ قال: لا. قال عليه الصلاة والسلام: فأذهب وانظر إليها لأن في عين الأنصار شيئاً" (رواه مسلم).

وروي عن عمر بن الخطاب - رضى الله عنه - قال: "لا تنكحوا القرابة فإن الولد يخلق ضاوباً". وفي هذا تنبيه لخطر زواج الأقارب لأسباب وراثية .. حيث تلعب الوراثة دوراً كبيراً في حالات الإعاقة الجسمية والعقلية التي تنتقل من جيل إلى جيل عن طريق الموروثات بشكل مباشر أو غير مباشر، وقد يكون العامل الموروث الذي حمله جينات الكروموسومات متنحياً لا تظهر آثاره مباشرة من الجيل السابق ولكنها تظهر بعد ذلك في أجيال تالية مما يترتب عليه وراثته نماذج من التخلف العقلي، أو فقدان البصر أو السمع أو ضمور العضلات، أو التشوهات الخلقية (يكسر الخاء) وغيرها.

ومن هنا يتضح أن هناك ثوابت يمكن أن تلعب دوراً أساسياً في مجال العوامل الوراثية، منها احتمال حدوث الإعاقة لدى الأطفال مع وجود قرابة بين الزوجين، أو في حال وجود إعاقة في الأصول والفروع الأسرية من جانب الأب أو الأم.

### الإرشاد الوراثي:

يتضمن الإرشاد الوراثي إحاطة الزوجين علماً باحتمالات إيجاب طفل غير طبيعي، وبذلك فإن هذا الإرشاد يعتبر نوعاً من الوقاية من بعض فئات الإعاقة في الأسر التي لديها تاريخ في إيجاب أطفال معاقين على وجه التحديد.

والإرشاد الوراثي يمكن أن يتم قبل الحمل: فيتم وضع الزوجين في صورة الاحتمالات التي ينبغي لهما أخذها بالحسبان لاتخاذ قرارهما، وقد يتم بعد حدوث الحمل، حيث جرى اختبارات تشخيصية لتزويد الزوجين بمعلومات محددة حول بعض أنواع الاضطرابات الجينية بعينها، ومثل هذا الأمر لا ينبغي أن يحدث دون تفهم مشاعر الأشخاص حيث إن تشخيص اضطراب جيني له أثر نفسي سيء بدرجة كبيرة.



هذا وقد أصبح الإرشاد الجيني في بعض الدول يتوفر بشكل تطوعي. بمعنى أن الهدف ليس إعطاء أوامر للأسر حول ما يجب عليها أن تعمله أو إصدار الأحكام على القرارات التي تتخذها. وإنما تقديم المعلومات لها بشكل واضح وصحيح. بحيث يمكن لها أن تتخذ قراراتها الذاتية فيما يتعلق بالأطفال. وفي هذه الدول. فإن الفئات المستهدفة الرئيسية هي الأسر التي لديها خصائص وتعرضت لخبرات تجعلها أكثر قابلية للتعرض للاضطرابات الجينية عن غيرها كما هو الحال بالنسبة للأسر التي يوجد فيها أفراد معاقون. ثبت أن إعاقتهم ناتجة عن أسباب جينية. وبالنسبة للأمهات اللاتي تزيد أعمارهن عن ٤٠ سنة أو تقل عن ١٧ سنة.

من كل ما تقدم نرى أن الاختيار السليم للزوج والزوجة يجب أن يراعى فيه كل ما سبق سواء بالنسبة لزواج الأقارب. أو الأسر التي ظهرت فيها حالات إعاقة. أو السن غير الملائمة للإيجاب.. كفيل بالحد من الإعاقة. ولواجهة مثل هذه الحالات يجب مراعاة ما يلي:

- ١- الإقلال ما أمكن من زواج الأقارب وهي سمة منتشرة في المجتمع العربي والعشائري.
- ٢- إنشاء مكاتب لفحص الراغبين في الزواج مدعمة بالخبرات والتخصصات المختلفة وبالأخص ذوو الخبرة والتخصص في الوراثة البشرية.
- ٣- فحص وتوجيه الراغبين في الزواج وخاصة من أفراد الأسر التي ظهرت فيها حالات إعاقة. أو ثبت ذلك عن طريق الفحص الكروموسومي أو غيره من الفحوص الطبية.
- ٤- إصدار تشريع يجعل الفحص الطبي قبل الزواج إجبارياً بحيث تصبح شهادة الخلو من الأمراض -خاصة الوراثية منها- ضمن مستندات توثيق الزواج.
- ٥- الاهتمام ببرامج الإرشاد الوراثي كأسلوب وقائي لتجنب حدوث الإعاقة ونشر الوعي الصحي بواسطة وسائل الإعلام المرئية والمسموعة والمقروءة لتوضيح كيفية الإقلال من حدوث الأمراض الوراثية.
- ٦- يمكن الإقلال من حدوث الأمراض الوراثية السائدة والاختلال في الكروموسومات عن طريق تجنب الإيجاب بعد سن معينة. ولذلك ينبغي لكل سيدة أن تستشير الأطباء قبل الحمل لدراسة الكروموسومات لتجنب ولادة طفل معاق.
- ٧- تفعيل دور مراكز بحوث الوراثة البشرية وزيادة كفاءتها وعددها باعتبارها تقدم الإرشاد الوراثي للأسر التي بها طفل معاق كما تقوم بالاكتشاف المبكر للأمراض الوراثية في الجنين.
- ٨- ضرورة قيام التوعية الدينية بواسطة أئمة المساجد بتفسير وشرح حديث الرسول الكريم -صلى الله عليه وسلم - "تخيروا لنطفكم فإن العرق دساس" فإن في شرح هذا الحديث توعية صحية بالغة الأهمية.

### ثانياً: دور الأسرة في الحد من آثار الإعاقة:

إن جودة الحياة الأسرية تتلخص في دورها الفاعل في الحد من آثار الإعاقة. وإعداد المجتمع لتقبل المعاقين وإدماجهم من خلال العمل على إدخال تغييرات في المواقف السلوكية. وفي اتجاهات التصورات الاجتماعية. وفي تنفيذ السياسات النشيطة والفاعلة للنهوض بها. وبالتالي يجب أن تعيش الأسرة حياة عصرية ولا تعيش في غياهب الماضي وظلماته. وأن تتطور مع تطورات العصر بأحداثه وتغييراته المستجدة في الحياة. فلا تعيش الأسرة شاعرة بالنقمة والضيق والأسى والألم والبكاء والنحيب لأن طفلاً من أطفالها ثبت بعد شهور من ولادته أنه ضعيف العقل. أو أنه مصاب بصمم. أو أكم. أو أنه كفيف.

إذن كيف يمكن أن تتحول هذه النظرة البائسة أو السلبية إلى نظرة إيجابية فاعلة. ينتفع منها المعاق نفسه. ويستفيد منها المجتمع وتسعد بها الأسرة في نهاية الأمر؟ لا سبيل إلى ذلك إلا بتوفير جو من الحب والعطف والحنان والأمن والأمان والتقبل. فالأسرة هي الجهة الوحيدة التي يعتمد عليها في توفير الجو المناسب والأسلوب السليم لمعاونة المعاق على حوض كفاح الحياة واقتحامها. والسير فيها والانطلاق بين أرجائها - فهي بأفرادها القائمين بمسئولياتها التي تحول اليأس إلى أمل. والتي تحول الخيال إلى حقيقة والأمل المأمول إلى واقع ملموس. على أن هذا كله يحدث بالإدراك والفهم والتخطيط والعمل والإحساس بالمسئولية وتحملها... كيف يحدث كل ذلك؟

### إحساس الأسرة بمسئولياتها:

فالأسرة هي التي تتحمل مسئولية تربية وتنشئة أطفالها. وتتابع مراحل نموهم وخصائصهم طبقاً لإدراك ومفهوم علمي يجب أن يتوافر لها الوعي لإعداد أبنائها للحياة الأسرية السليمة. ويتأكد الوالدان من سير النمو السليم للطفل. وما قد يظهر من مظاهر غير عادية للطفل من حيث البصر والسمع والإدراك والاستجابة والتعلم لما يقدم للطفل في كل جانب من جوانب حياته. وعندما تظهر أية ظاهرة تتنافى مع النمو السليم يجب عدم الإهمال والتدخل المبكر... حيث إن القاعدة الأساسية في التدخل المبكر هي رعاية الأطفال وهم يعيشون في أسرهم. لأن الأسرة أفضل مكان لرعايتهم وحمايتهم. ففي الأسرة يجدون الرعاية الفردية التي تشبع حاجاتهم الجسمية والنفسية والعقلية والاجتماعية.



## الرضا بالواقع:

يجب على الوالدين وأفراد الأسرة عدم المكابرة والادعاء على غير الحقيقة. فإذا ما اتضح أمامهم شيء غير عادي ولا يتفق مع النمو السليم للطفل. فإنه لا بد من تقبل الحقيقة والرضا بالواقع. فالقضاء والقدر أمر لا بد للإنسان فيه. فهي إرادة الله طالما لم يهمل الفرد نفسه وتسبب فيما أصابه. وحتى ولو كان للإنسان يد فيه فإنه لن يفيد الندم ولا الشعور بالذنب نتيجة لما حدث. ونحن أمة بأمرونا ديننا أن نؤمن بالقضاء والقدر خيره وشره.

يقول الله سبحانه وتعالى "يا أيها الإنسان ما غرك بربك الكريم الذي خلقك فسواك فعدلك في أي صورة ما شاء ركبك" (آية ٧ سورة الانفطار).

وقوله تعالى "فقدرونا نعم القادرون" (آية ٢٣ سورة المرسلات) وقوله تعالى "ما أصاب من مصيبة في الأرض ولا في أنفسكم إلا في كتاب من قبل أن نبرأها إن ذلك على الله يسير". (آية ٢٢ سورة الحديد).

وقوله تعالى "إنا كل شيء خلقناه بقدر" (آية ٤٩ سورة القمر).

ويجب على كل إنسان عادي أن يتدبر هذه الآيات الكريمة ... فإذا نظرنا إلى معاق افتقد نعمة ما "تسجد لله شاكرين" وأيضاً فاقد هذه النعم أو بعضها يحمده الله على نعمة الابتلاء. إذن نصل معاً إلى النتيجة الحتمية بأن شأن الله في الاثنين خير لهما. هذا بحمده على نعمة الصحة. وذلك بحمده على نعمة الابتلاء. لأنه سبحانه وتعالى ما خلق شيئاً إلا بقدر.

## الإرشاد الأسري:

بعد إرشاد أسر الأطفال المعاقين من الأمور المهمة في هذا الإطار. حيث من المؤكد أن الأسرة هي التي تضطلع بالمسئولية الأكبر في رعاية الطفل المعاق وتأهيله. ومساعدته على الاندماج مع الآخرين.

ولا شك أن وجود طفل معاق سواء كان ذلك بدون مقدمات أو بعد مرحلة من المرض أو الإصابة يعتبر حادثاً كبيراً في حياة الأسرة. وفي بعض الحالات فإن الوالدين تعتبرهما حالة من الصدمة ويمران بمرحلة من الضغوط النفسية. كما أنهما قد يستجيبان لشاعرهما بسلوكيات مختلفة تجاه الطفل كأن يكونا مبالغين في الحماية. أو أن يرفضوا هذا الطفل ويتجاهلاه أو يهملاه. وفي معظم الأحوال فإن الوالدين تنقصهما المعلومات الكافية حول طبيعة حالة العجز التي ألمت بالطفل وكذلك المعلومات الخاصة بالتعامل معه. وتلبية احتياجاته. وكيفية توفير مناخ مناسب في المنزل لتنمية قدراته وإمكاناته.

وفى هذا الصدد، أوضح زيدان السرطاوى (١٩٩١) أن وجود طفل معاق فى الأسرة يمثل خبرة جديدة لأعضاء النسق الأسرى، ويفرض عليهم واقعاً جديداً لم يأفوه من قبل. وتكمن مشكلته فى إيجاد طريقة للتواصل معه، مما يزيد من حدة التوتر والقلق والإحباط الذى يشعر به الوالدان أثناء محاولتهما التفاهم مع طفلهم المعاق.

كما أوضح عبد العزيز الشخص وزيدان السرطاوى (١٩٩٨) إلى أن آباء الأطفال المعاقين فى أشد الحاجة إلى الاحتياجات المادية والمعرفية والمجتمعية. وهذا أمر متوقع فكل إنسان يواجه محنة لا بد وأن يتعرض لعدم الاتزان. ومن ثم يحتاج إلى من يساعده على تخطي أزمته واستعادة اتزانه. خاصة إذا كان الأمر يتعلق بوجود ابن معاق يحتاج إلى رعاية مستمرة وجهد شاق يتطلب ضرورة التدخل المبكر مع الوالدين لإرشادهما حول كيفية اكتشاف إعاقه الأبناء مبكراً، وأيضاً كيفية التعامل معهم بصورة مناسبة فى مرحلة مبكرة من حياتهم. بحيث يؤدي هذا التدخل فى النهاية إلى التغلب على المشكلة، أو التقليل من آثارها السلبية. لتحقيق أفضل توافق ممكن بين الطفل وكل من أسرته وبيئته. وهو أمر يحتاج إلى توفير البرامج الإرشادية لأولياء أمور المعاقين مما يساعدهم على مواجهة أعباء رعاية أبنائهم المعاقين والإسهام فى تحقيق مستوى النمو المناسب لهم فى جميع جوانب حياتهم.

وأكد جمال الخطيب (١٩٩٦) على أن العمل الناجح مع أسرة الطفل المعاق يفرض على المرشد النفسى تذكر أن مشكلة هذا الطفل هي مشكلة الأسرة كلها. فوراء كل إنسان معاق أسرة ذات حاجات خاصة. وأن لكل أسرة خصائصها الفريدة. وأن يدرك أن مسؤوليات والدي الطفل المعاق لا تقتصر على رعايته فقط. بل تقوم على إقامة علاقات بناءة بين الوالدين والطفل المعاق والتي تعود بفوائد جمة على الطفل والأسرة معاً.

ومن هنا جاءت برامج التدخل فى مرحلة الطفولة الباكرة للسيطرة أساساً على الإعاقة كهدف من أهداف الوقاية الأولية. وإن لم يكن للسيطرة على متضمناتها فى وقت مبكر وحصر حدودها فى أضيق نطاق. وإتاحة الفرصة للمعاق أن يحقق أقصى قدر من إمكاناته كمواطن صالح له حقوق المواطنة وعليه واجباتها. فهل يمكن أن تنتقل إلى عصر التدخل للسيطرة على إعاقات الطفولة.

وحدد فاروق صادق (١٩٩٥) أن هناك العديد من المبررات لتعليم والدي الطفل المعاق وإرشادهم. ومن هذه المبررات المسؤولية الشرعية باعتبار أن الوالدين هما المسئولان عن الطفل. وهما اللذان أتيا به إلى الوجود. ولا بد لهما من تحمل المسؤولية فى رعايته بالإضافة إلى مفهوم البيئة الكلية حول الطفل. فكلما كانت الخدمات الصحية والتربوية والاجتماعية والنفسية متكاملة فى بيئة الطفل كلما كان أثر البرنامج أفضل. وكلما ساعد على الاكتشاف المبكر للإعاقة.



- ويحدد فاروق صادق (١٩٩٢) أهداف الإرشاد الأسري لذوي الاحتياجات الخاصة فيما يلي:
- ١- تحسين الظروف البيئية التي يعيش فيها الطفل عن طريق الوالدين وتبصيرهما بخصائص نموه، وتدريبهما على كيفية التعامل معه، وتشجيعيهما على تجاوز مرحلة الأزمة في تقبل الطفل.
  - ٢- مساعدة الوالدين على تنمية استعداداتهما النفسية، وعلاج مشاكلهما الزوجية والأسرية وغيرها حتى تكون الأسرة قادرة على رعاية طفلها.
  - ٣- مساعدة إخوة وأخوات الطفل المعاق وإرشادهم نفسياً لتقبل حالة أخيهم، وذلك بتبصيرهم بخصائص أخيهم ومطالب نموه، وإرشادهم بأهمية تعليم وتدريب وتأهيل أخيهم في مرحلة الطفولة والمراهقة.
  - ٤- مشاركة الوالدين في جماعات آباء الأطفال المعاقين، مما يعرف باسم الإرشاد الجمعي.

### لماذا تحتاج الأسرة للإرشاد وتبحث عنه؟

- هناك كثير من الأسئلة التي تدور في ذهن الوالدين لا توجد إجابة مباشرة لها أو واضحة مما يتيح الفرصة لبعض القلق أن يواصل وجوده... ومن بين الأسئلة التي تشغل الوالدين:
- ما سبب هذه الإعاقة؟
  - هل سيتقدم الطفل المعاق سريعاً ويسلك طريقه مثل الطفل العادي... أم أنه سيظل على حاله دون أي تقدم؟
  - كيف يمكن التعامل معه... وكيف تنمي قدراته وإمكاناته ونهذب سلوكه؟
  - هل إذا أجبنا أطفالاً آخرين... هل سيكونون أيضاً معاقين؟
- مثل هذه الأسئلة يبحث الوالدان عن إجابات لها، وقد تعوزهما الخبرات والمعلومات المناسبة حول إعاقة الطفل. وبذلك لا يكون لديهم تصور مسبق يبنون عليه آمالهم أو يساعدهم على التحكم في مخاوفهم، لكن بوسع المتخصصين أن يساهموا في هذا المجال عن طريق تقديم المعلومات المناسبة والصحيحة لهما، وإن لم يستطيعوا فيمكنهم أن يرشدوا الوالدين للمصادر التي تزودهم بالمعلومات اللازمة.
- والعلاقة الإرشادية التي تربط المرشد بوالدي الطفل المعاق من المتوقع أن تحقق مجموعة من الأهداف منها:
- ١- مساعدة الوالدين - وجميع أفراد الأسرة - على تقبل الطفل المعاق.
  - ٢- تعليم الوالدين المهارات اللازمة لمساعدة أطفالهما على أن يتعلموا السلوكيات الوظيفية التي تناسب بيئة المنزل.

- ٣- أن يتفهم الوالدان بشكل أكبر حاجات أطفالهما المعاقين والأهداف التي يسعى لها المتخصصون.
  - ٤- تزويد الوالدين بمعلومات حول حقوقهم ومسئولياتهم كأباء لأطفال غير عاديين.
  - ٥- تمكين الوالدين من إدراك طفلهم باعتباراه أولاً إنساناً وثانياً طفلاً لديه درجة من درجات النقص.
  - ٦- مساعدة الوالدين على أن يصبحوا واعين بالمشاعر المتفردة لديهما وأن يفهموها.
- وما لا شك فيه أن التفكير في إعداد برامج واستراتيجيات لإرشاد الوالدين يعد مطلباً هاماً وضرورياً. على أن يقوم في جوهره على الأسس النظرية المستخدمة بشكل عام في كل برامج الإرشاد ومنها الإرشاد السلوكي، والإرشاد المعرفي، والإرشاد المتمركز على الشخص، والإرشاد، بالواقع وغيرها.
- ولقد أثبتت البحوث والدراسات أنه كلما اندمجت الأسرة في برنامج الطفل، وتفهمته جيداً، كلما كانت فاعليات البرنامج أكثر نجاحاً وأفضل أثراً في حياة الطفل المعاق. ومن ثم فإن تعليم الوالدين وإرشادهما ومساندتهما يمكن تبريره على أنه دور أساسي ومهم في حياة الطفل المعاق. انطلاقاً من أن الأسرة هي البيئة الأولى الأكثر فاعلية في مواجهة مشكلات الطفل المعاق.



## نموذج مقترح "جودة الحياة" لأسر الأطفال المعاقين للحد من الإعاقة

### تمهيد:

ما لا شك فيه أن مشكلة الطفل المعاق هي مشكلة الأسرة كلها. ولهذا فإن ميلاد طفل لديه إعاقة أو اكتشاف إعاقته في مرحلة مبكرة من مراحل عمره يمثل صدمة شديدة لجميع أفراد الأسرة. ومن ثم فإنها تزلزل الكيان الأسري حتى الأعماق... إذن لا بد من ضرورة التدخل المبكر للحد من الإعاقة من خلال إرشاد جميع أفراد الأسرة - من آباء وأمهات وإخوة وأخوات- وإشراكهم بصورة فاعلة في البرنامج التدريبي لأطفالهم. على أساس أن الأسرة هي الجهة الأكثر فاعلية والأكثر اهتماماً إذا أردنا وضع برنامج تدريبي لدعم نمو مهارات الطفل والحفاظ على استمرارية هذا النمو. فلا شك أن مساهمة الأسرة في عملية التدخل تدعم أثر برنامج التدخل القائم وتحافظ على هذا الأثر حتى بعد انتهاء البرنامج.

### مبشرات عمل النموذج:

- 1- لقد لاحظت من خلال تخصصي أثناء إشرافي ومتابعتي للتدريب الميداني بمدارس التربية الخاصة أنه يوجد بعض الأطفال يعانون من إعاقات سببها عدم وعي الأسرة بأسلوب التربية - وخاصة الأم-. وعدم وجود جهات متخصصة تتابع المعاق في منزله قبل دخوله المدرسة.. وأيضاً لاحظت في مدارس رياض الأطفال أن هناك بعض الأطفال يعانون من إعاقات جزئية. ولم تنتبه الأسرة إلى ذلك. وتمثلت هذه الإعاقات في ضعف السمع. وضعف البصر. والتخلف العقلي البسيط. وإعاقات انفعالية سلوكية. وبعض عيوب النطق والكلام.
- 2- إن وجود المؤسسات والمراكز والجمعيات التي تقدم خدمات وقائية وتأهيلية للمعاق - إذا توافرت- لا يمكن أن تحل محل الرعاية الأسرية مهما بلغت براعة المتخصصين فيها. ولهذا فإني أعتبر دور الأسرة أمراً مصيرياً لا سيما في ندرة الخدمات التي يحتاجها الطفل المعاق في المجتمع.
- 3- غياب البرنامج التدريبي الموجه للأسرة، والذي يمكنها من متابعة تدريب طفلها في المنزل. والتعرف عن كثب على مدى العجز لدى طفلها. والعمل على معالجته قبل أن يتحول إلى إعاقة. رغم نتائج الأبحاث الدالة على فاعلية مشاركة الأسرة في نجاح البرامج المقدمة لأطفالهم.



٤- إن الأسرة التي لديها طفل معاق لا تعرف كيف تتعامل معه؟ ولا ما أسباب الإعاقة؟ وما المستقبل الذي ينتظر هذا الطفل؟ ولذلك فهي تتلهف بشدة إلى من يقدم لها يد العون والمساعدة لتنمية اتجاهات المعاق نفسه نحو الإعاقة وتقديم المشورة والنصيحة لأفضل الطرق للتعامل والتواصل معه. والأدوار المطلوبة من كل فرد من أفراد الأسرة.

### المبادئ الأساسية للنموذج:

- ١- مدى تقبل الأسرة للطفل المعاق وهو مفتاح تقبل المجتمع له. وأسرة الطفل المعاق هي خير من يقوم بتوعية المجتمع والمناداة بحقوق طفلها.
- ٢- مشاركة جميع أفراد الأسرة في البرنامج الإرشادي تزيد من فاعليته وتؤدي إلى استمرارية التقدم حتى بعد توقف البرنامج. وتؤثر بصورة إيجابية على ثقة الوالدين في إمكانيات طفلها.
- ٣- الأمومة الواعية هي التي تدفع إلى تقبل ابنها كما هو بمميزاته ونقائصه دون الشعور بخيبة الأمل لأنه لم يحقق حلماً راودها طوال حياتها. أو أنه لم يصل إلى المستوى الذي رسمته له قبل ولادته.
- ٤- البرامج التي تحترم الوضع القائم للأسرة والبيئة والمنزل لها حظ من النجاح أكبر من تلك التي تفرض تعديلاً على أسلوب العيشة أو تتجاهل الأوضاع القائمة للأسرة ولتنشئة الأطفال.
- ٥- الأسرة هي خير من تقوم بإعطاء إرشادات ونموذج للتعامل لأسرة أخرى لديها طفل معاق.

### أهداف النموذج:

- ١- التعرف على مراحل أزمة الوالدين في تشخيص الإعاقة. وكذلك استجابة الأم -خاصة لمولد طفل معاق- وطبيعة العلاقة بين الأم وطفلها التي تظهر خلال التفاعلات أثناء الحياة اليومية. مع تقديم المساندة والمشورة للأمهات منذ لحظة ميلاد الطفل المعاق.
- ٢- تشخيص المتغيرات الأسرية والتي تتضمن قياس الممارسات الوالدية والعلاقات بين أفراد الأسرة بالطفل قبل البدء في عمليات التدخل المبكر.
- ٣- التركيز على ما هو موجود فعلاً لدى الطفل المعاق. والتعرف على الصعوبات التي يمكن الوقاية منها. وليس الاهتمام بالتنبؤ بالمشكلات في مستقبل الطفل.
- ٤- التدريب المبكر للأطفال بهدف إكساب الطفل المعاق المهارات الحياتية المختلفة والتي تمكنه من الاعتماد على النفس (الاستقلالية) مع تنمية قدراتهم الحركية والعقلية واللغوية والاجتماعية.
- ٥- الاهتمام بإعداد البيئة المناسبة لكل إعاقه وفقاً لنوعها. ودرجتها. والتي تعمل الأسرة على توفيرها له في حدود قدراتها وإمكاناتها. وهذا يعمل على تفاعل الطفل المعاق مع الأشياء الحقيقية والتعرض للمواقف الطبيعية داخل المنزل وخارجه (البيئة).



- ٦- إعداد الأمهات لتدريب أطفالهن. ولتدريب أمهات أخريات لا يحصل أطفالهن على خدمة.
- ٧- تعديل الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية لأولياء أمور الأطفال المعاقين تجاه الإعاقة. وتشجيعهم على تبني أفكار أكثر عقلانية ومنطقية بدلاً منها.
- وتتلخص عملية إرشاد أولياء أمور الأطفال المعاقين وتدريبهم على القيام بعدة أدوار:
  - دورهم كأباء وأمهات (التحلي بخصائص الأبوة والأمومة).
  - دورهم كمدرسين لأطفالهم.
  - دورهم كموجهين لأسر أخرى لم تحصل على خدمة.
  - دورهم كمطالبين بحقوق أطفالهم.

### محتوى البرنامج:

يقدم البرنامج خدمة تاهيلية لأسر الأطفال المعاقين لتحسين جودة حياتهم من خلال جلسات إرشادية لجميع أفراد الأسرة. وجلسات تدريبية مع الأم والطفل. وأنشطة مختلفة للأسرة بأكملها من فيهم الآباء والأخوة والأخوات. ولقاءات وندوات بين الأمهات وبعضهن وبين الأمهات والإخصائيين.

وقد اعتمد الباحث في بناء محتوى البرنامج على مصادر عديدة منها ما يلي:

- ١- الإطار النظري: الاطلاع على العديد من المراجع المتخصصة في مجال سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة. وتربيتهم وإرشادهم وعلاجهم. والتوجهات والاتجاهات الحديثة في التربية الخاصة.
- ٢- الاطلاع على الدراسات والبحوث الحديثة والتي تناولت برامج الإرشاد والعلاج الأسري في التدخل المبكر وتأهيل المعاقين والتي أكدت على فاعلية تلك البرامج في تحسين التفاعل الأسري في ظل وجود طفل معاق.
- ٣- قام الباحث بإجراء العديد من الزيارات لمدارس التربية الخاصة بفئاتها المختلفة لمعايشة هؤلاء الأطفال. والاطلاع على ملفاتهم. ومقابلة الإخصائيين النفسيين والاجتماعيين لمعرفة أهم خصائصهم ومشكلاتهم.
- ٤- قامت مدارس التربية الخاصة بينها (التربية الفكرية - النور للمكفوفين - الأمل للصم) - بناءً على طلب الباحث - بتوجيه دعوة لأولياء الأمور للحضور إلى المدرسة لعمل ندوة عن "مشكلات الطفل المعاق" وقام الباحث بإلقاء محاضرة عن مفهوم الإعاقة وكيفية الوقاية والحد من أثارها. ومن خلال ورشة العمل تم التعرف على نوعية المشكلات للطفل المعاق. وكذلك تم تحديد الاحتياجات الخاصة لأولياء الأمور.

وقد تم بناء البرنامج على ثلاث مراحل:

#### - مرحلة التقييم:

وتتم باستخدام الاختبارات المقننة. والقوائم الارتقائية البسيطة. بهدف تحديد مستوى الطفل في كل من المجال الإدراكي والحركي والتواصل الاجتماعي ورعاية الذات بالتعاون مع أولياء الأمور.

#### - مرحلة تحديد الاحتياجات:

يتم تحديد احتياجات الطفل وأوليائها من خلال أولياء الأمور - وخاصة الأم - وصياغتها في صورة برنامج تدريبي.

#### - مرحلة تنفيذ البرنامج:

- تدريب نظري للوالدين عن طريق ملاحظة عمل المرشد مع الأطفال وحضور المحاضرات لإكسابهم معلومات في مجال الإرشاد الأسري.
- جلسات إرشادية للأم والطفل يكون للأم دور فاعل في تنفيذ الأنشطة الموضوعة مع طفلها. وتعديلها لتلائم احتياجاته. واقتراح أنشطة إضافية أو بديلة مع توفير الوسائل المعينة.
- تدريب عملي من خلال المشاركة في اليوم التدريبي بهدف تصميم وتنفيذ أنشطة مشتركة لدمج الإخوة والأخوات مع أطفالهم المعاقين.
- تعديل الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية لأعضاء الأسرة تجاه الطفل وإعاقته باستخدام فنية A.B.C.
- تعديل أساليب المعاملة الوالدية للطفل المعاق من خلال استخدام فنيي التعزيز والتعلم بالأمثلة.
- تحسين التواصل الأسري من خلال فنية لعب الدور.
- تنظيم ورش عمل تتعلم فيها الأمهات كيفية صنع واستخدام الأدوات التعليمية منخفضة التكلفة. وتنظيم الأنشطة الجماعية الترفيهية بين الأسر وبعضها.
- تكوين مجموعات دعم متبادل عن طريق لقاءات الأمهات بين الأسر وبعضها وعرض خبرة الأسرة المدربة على الأسر الأخرى.
- تشجيع أعضاء الأسرة على تطبيق ما تعلموه في البرنامج الإرشادي على حياتهم اليومية. وتأهيل طفلهم بما يتلاءم مع قدراته وإمكاناته.
- يتم العمل في هذه المراحل حسب جدول زمني محدد لمدة تتراوح بين 9-12 شهراً وبمتوسط مرتين أسبوعياً لكل مجموعة من الأسر.



## مميزات النموذج:

- ١- التوجه إلى كافة المنظمات في المجتمع للاعتراف بأهمية دور الأسرة - وخاصة الأم - وعدم تهميش دورها في الحد من الإعاقة.
- ٢- يقلل إلى درجة ما من الإحساس بالذنب، والإحساس بالوصمة الاجتماعية والتي تعاني منها أسر الأطفال المعاقين بدرجة كبيرة.
- ٣- حرص الأسرة على الاطلاع والاستقصاء عن المعلومات والاكتشافات الحديثة ومتابعة الإصدارات والبرامج الإرشادية والإحاطة بالمستجدات في مجال الإعاقة.
- ٤- العمل في بيئة الطفل الطبيعية من خلال تفعيل دور أولياء الأمور وخاصة الأمهات مع مناسبة الأنشطة للاحتياجات والإمكانات الفردية لكل طفل بالإضافة لإمكانات الأسرة.
- ٥- يتميز نظام الجلسات الإرشادية الأسبوعية والواجبات المنزلية بإتاحة الفرصة والوقت للأم لتكرار التدريبات في المنزل مرات عديدة كما يتيح للإخصائية إمكانية المتابعة لتقديم الطفل وتعديل الأنشطة والإرشادات إذا دعت الحاجة إلى ذلك.
- ٦- يحقق الطفل تقدماً في مجالات التدريب المختلفة كما تدل التقييمات التي جرى قبل التدريب وبعده.
- ٧- يكتسب الإخوة والأخوات مهارة التعامل مع أحيهم من خلال ترحيبهم باللعب معه وبإشراكه في أنشطتهم المختلفة ويشكلون مجموعات مساندة فيما بينهم.
- ٨- إن مشاركة الأسرة في تقييم وتدريب طفلها توضح لها مواطن الثقة لديه. وليس فقط مظاهر العجز ما يزيد من ثقته في إمكانياته. كما أن نجاحه في الوصول إلى هدف معين يزيد من ثقته في إمكانياتها على تدريبه.
- ٩- يتيح هذا النموذج الفرصة للتفاعل بين أفراد الأسرة ما يساعد على تعرف كل فرد من أفراد الأسرة على مشاعر الآخرين. ما يؤدي إلى تفهم أفراد الأسرة لأنفسهم ولكل فرد فيها، وبنعكس ذلك بالتأكيد على الطفل المعاق وعلى جودة حياة الأسرة.

## الخلاصة:

يتضح مما سبق أن الأسرة مسئولة مسئولية أولية عن حالة ابنها المعاق. لذلك فإن تفهم واستيعاب الأسرة للإعاقة، ومعرفتها بماهية الإعاقة، وأسبابها، ومظاهرها، وتأثيرها على الطفل والأسرة، ومعرفتها باحتياجات طفلها المعاق، والتغلب على مشكلاته ومساعدته على التوافق النفسي والاجتماعي، واقتناعها بالبرامج الإرشادية، كلها أمور لها أهميتها من أجل أسرة قادرة على تحسين جودة حياتها، ومن أجل مستقبل أفضل لابنها المعاق.

## المحور الثالث: أهمية روضة الأطفال كبيئة للحد من الإعاقة:

يخطئ من يعتقد بأن الإعاقة تقتصر على ما حدث منها بل تتضمن أيضاً ما سوف يحدث. ويعتقد البعض أنه لو تفحصنا الحقائق التي تحيط بشخصية المعاق من كبار لوجدنا أن إعاقاتهم عند جذورها تعود إلى الطفولة.

وتعد السنوات الأولى من حياة الطفل المعاق من أهم مراحل حياته. باعتبارها الفترة الأكثر مرونة والتي يتم فيها تشكيل الطفل وتكوينه. كما أن الطفل المعاق يمكن أيضاً استثماره عن طريق الاهتمام بتربيته والاستفادة من قدراته وإمكاناته إلى أقصى حد ممكن ليصبح إنساناً منتجاً في مجتمعه ليشعر بالثقة والأمان.

ولروضة الأطفال أهميتها التربوية والنفسية لطفل ما قبل المدرسة فيما توفره من مناخ تربوي مناسب يكتسب منه الطفل الكثير من المفاهيم والاتجاهات الإيجابية نحو نفسه والآخرين والعالم المحيط به. وهي بيئة معدة منظمة تنشر الطفل جسمياً وحركياً. وتنميته عقلياً. ومعرفياً. وانفعالياً. وجعله متوافقاً اجتماعياً. حيث تلعب الخبرات الباكرة فيها دوراً أساسياً في نموه يوازي الدور الذي تلعبه الوراثة.. إن بيئة الروضة التي تشجع الأطفال على القيام بالمهارات - بدون إجبارهم على ذلك - تساعد على تطور المهارات لدى الأطفال في وقت مبكر من غيرهم من الأطفال الذين لم يلقوا نفس التشجيع.

وقد أشارت كثير من الدراسات إلى أهمية الخبرات الباكرة في معظم مظاهر النمو الحركي واللغوي والعقلي والاجتماعي) مما يقود إلى الاعتقاد بوجود حلقة مستمرة من التفاعل بين



عوامل النضج وخبرات البيئة في تحقيق أقصى طاقات النمو. وأنه لا يوجد هناك سلوك ينمو ويتطور نتيجة عوامل البيئة فقط أو عوامل النضج فقط. أن بعض البنات الدماغية والجسدية يجب أن تنضج قبل أن يصبح بالإمكان حدوث سلوك معين. ولكن الخبرات الباكرة ضرورية أيضاً لتطور إمكانية الدماغ لتنظيم ومزج المعلومات التي يتلقاها. ولإعطاء الاستجابة المناسبة.

وقد أظهرت نتائج بعض الدراسات الحديثة أن برامج التدخل المبكر للأطفال المعاقين في بيئة الروضة لا تقتصر على الجانب العقلي فقط. بل اشتملت على مختلف جوانب النمو. ففي دراسة تتبعية قام بها سميث وسالند (2... - 2..3) Smith & Salend أجريت على عينة من الأطفال ذوي التخلف العقلي البسيط (ذكائهم يتراوح بين 58-71) وتتراوح أعمارهم بين (2-1 سنوات) اتضح من نتائجها أن الأطفال المعاقين عقلياً حققوا تحسناً كبيراً في النمو العقلي والاجتماعي واللغوي والحركي والمهارات الاستقلالية. وأن حب المعلمة واهتمامها بالطفل المعاق يظهر تحسناً في سلوكه. وأن الأطفال الذين لا يحصلون على العناية والاهتمام الكافي والانتباه اللازم يصبحون أكثر تخلفاً. وهذا ما يقودنا إلى طرح بعض الأسئلة في هذا المجال هي:

### **هل إهمال الطفل يترك آثاراً مستديمة؟ وهل يتمكن فيما بعد من التعويض ليصبح فرداً سوياً في المجتمع؟**

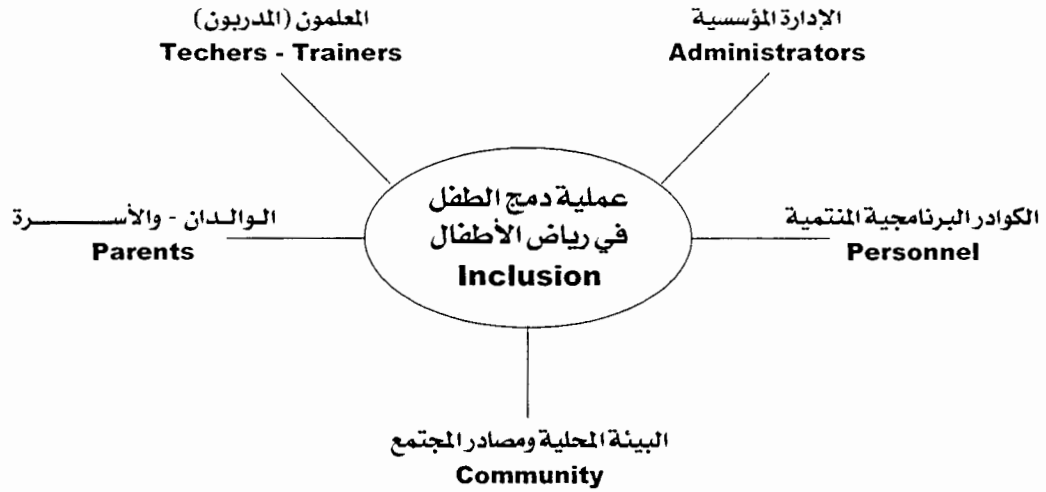
تشير كثير من الدراسات حول هذا الموضوع إلى أن الأطفال الذين تعرضوا لحرمان كبير في طفولتهم أظهروا آثاراً مستديمة فيما بعد. تتمثل في التخلف والشعور بالعجز والفضول في مواجهة الحياة بصفة عامة. فالطفل يأتي إلى الحياة ومعه الموروثات من آبائه وأجداده. هذه الموروثات تحدد معالم شخصيته وأسس نموه. متفاعلة مع البيئة التي تلعب دوراً هاماً وبارزاً في حياة الطفل ومراحل نموه.

وفي دراسة عن أثر التدخل المبكر للأطفال ما قبل المدرسة على النمو العقلي والاجتماعي قام إيفرت (2..2) Evert باختبار عينة الدراسة من الأطفال الذين يتراوح ذكاؤهم ما بين (7-8). وتم توزيعهم على مجموعتين: المجموعة التجريبية الأولى أدخلت روضة أطفال. والمجموعة التجريبية الثانية أبقيت في مؤسسة رعاية داخلية. وقد أظهرت نتائج الدراسة أن الأطفال في المجموعة التجريبية الأولى حققوا تقدماً ملحوظاً في النمو العقلي واللغوي والاجتماعي وتحسناً في مستوى مهارات العناية بالذات مقارنة بالمجموعة التجريبية الثانية.

هذا وتهتم الدول المتقدمة حالياً بإدماج الطفل المعاق مع الطفل العادي في دور الحضانة ورياض الأطفال. مستهدفة التفاعل الذي يتم بين جميع الأطفال بحيث يستفيد كل من الآخر ويتربى الطفل المعاق في مناخ يشبه إلى حد بعيد مناخ المنزل. فعملية دمج الطفل المعاق في رياض الأطفال تحتاج إلى تخطيط وتهئية كل من روضة الأطفال. والمعلمة. وطبيب الروضة. والإخصائيين الذين يعملون مع الطفل

## تطوير الأداء في مجال التوعية من الإعاقة

لتعليمه وإعداده وإرشاده. وإرشاد أسرته. ويذكر فاروق صادق (١٩٩٨) أنه لا بد أن يكون البرنامج محققاً للشراكة بين كل عناصر العملية التربوية أو التأهيلية. ولا بد أن يمتد التخطيط والتنفيذ إلى البيئة المحلية وهي التي يأتي منها الطفل ويعود إليها بعد انتهائه من البرنامج. ويوضح الشكل التالي عناصر عملية الدمج:



إن الدمج يمثل علامة على الطريق في النظام التربوي الخاص العالمي. ولا بد أن نكون على نفس الطريق. وبالفعل قطعت بعض الدول العربية خطوات جادة نحو تطبيق الدمج حتى يجوز القول بأن تلك الدول تتابع مضيها على طريق التقدم والسيروء. حيث بدأت بالفعل في الانتقال من مرحلة التجريب إلى ما بعدها. وهذا إن دل على شيء فإنما يدل على اهتمام ودعم غير محدود من تلك الدول لمجال التربية الخاصة.

وما لا شك فيه أن إدراك روضة الأطفال لاحتياجات الطفل المعاق في مرحلة ما قبل المدرسة يضمن عليها بعداً جديداً. فبجانب دورها ومسئولياتها في الرعاية التربوية والنفسية والاجتماعية للطفل العادي فهي أيضاً بيئة مسؤولة عن وقاية الطفل من الإعاقة. وعن تعويضه من الحرمان الناتج عن نقص رعايته الأسرية. وهذا إن دل على شيء فإنما يدل على ضرورة إعداد وتهيئة بيئة الروضة الصالحة والسليمة التي تحمي الطفل من الإعاقات. وأن تتدخل في الوقت المناسب لوقاية الطفل من الإعاقة أو الحد من أثارها. وهنا يحق لنا أن نتساءل هل تستطيع روضة الأطفال بمواصفاتها وشروطها ومعلماتها أن تصبح بيئة تقي الطفل الإعاقة وتتوافر فيها المقومات اللازمة لنجاحها في أداء دورها لتحقيق النمو المتكامل للطفل المعاق؟ لا شك أن هذا يتطلب:

١- مراجعة إمكانيات روضة الأطفال. ومواصفاتها. والخدمات بها. وتدبير بيئة بدون عوائق. وأن يكون الفصل بيئة للدمج بسعته وجهيزاته واستراتيجياته والمرونة الكافية لدمج الطفل المعاق في مرحلة ما قبل المدرسة.



٢- تأهيل معلمة الروضة بحيث يكون لديها الرغبة في العمل مع الأطفال المعاقين والحساسية لمشكلاتهم وانفعالاتهم. بحيث تستطيع إكسابهم المعلومات والمهارات الحياتية المختلفة والتي تمكنه من الاستقلالية وتأكيد ذاته. وحبه للاستطلاع. كما تلعب معلمة الروضة دوراً هاماً في تنمية الشخصية الاجتماعية للطفل المعاق مع إشباع حاجاته النفسية. وهذا يتطلب إنشاء أقسام في كليات معلمات رياض الأطفال خاصة بالأطفال المعاقين.

٣- الاكتشاف المبكر للأطفال الذين يعانون ضعفاً في الحواس. أو مشكلات خاصة بالناحية العقلية أو الناحية الانفعالية. وهذا يتطلب وجود طبيب داخل الروضة حتى يتم تحويل الحالة بعد اكتشافها إلى الجهة المختصة لإجراء الفحوص اللازمة لها.

٤- لا بد أن تكون روضة الأطفال بيئة مناسبة للنضج الانفعالي حيث إن لها أهمية كبيرة في تحديد تفاعل الطفل المعاق مع الإعاقة. فالطفل المعاق الناضج انفعالياً تكون لديه القدرة على استيعاب الصعوبات النفسية والجسمية الناشئة عن الإعاقة ومن ثم لا يستطيع أن يتكيف لإعاقته دون صعوبة... وهذا يتطلب وجود إخصائي نفسي يبحث عن الأسباب الحقيقية للاضطراب الانفعالي وإزالتها بالتعاون مع المعلمة وأولياء الأمور. بحيث يتمكن الطفل المعاق من حل مشكلاته النفسية ويصبح أكثر ثباتاً. كما تنضح الأهمية الانفعالية للروضة من خلال اللعب التربوي الذي توفره للطفل المعاق. فهي تدرب انفعالاته وتعلمه ضبطها عن طريق العمل الجماعي والتعاون والمشاركة والجو الانفعالي السائد فيها من هدوء ودفء وسعادة. كل هذا يؤدي في النهاية إلى تنمية الانفعالات الإيجابية لدى الطفل المعاق.

٥- تأتي أهمية الكشف والتدخل المبكر ليس فقط عن طريق إدماج الأطفال المعاقين في رياض الأطفال بل عن طريق التوسع في برامج الحضانه ورياض الأطفال (سن ما قبل المدرسة). وإعداد وتدريب الزائرات أو الزائرات اللاتي يزرن بشكل دوري أسر المجتمع لإرشاد الأمهات إلى أساليب اكتشاف حالات الإعاقة في السنوات الأولى من العمر. وتدريبهم على أساليب التعامل مع أطفالهم المعاقين.

وأخيراً تتحدد أهمية روضة الأطفال في تحسين جودة الحياة لدى الأطفال المعاقين من خلال ما تتيحه لهم من:

- الاستمتاع بالحركة والمرح والاستمتاع بالروضة).
- عدم الشعور بالوحدة أو الإهمال.
- الفرص في المشاركة.
- الإحساس بقيمة الذات.
- إشباع الرغبة في حب الاستطلاع.
- الاستقلالية.



## المحور الرابع: فهم شخصية الطفل المعاق:

لا شك أن الإعاقة ذات تأثير شديد في اضطراب واهتزاز البناء النفسي للفرد مهما كانت درجة صحته النفسية. ونحن ندرك قدر المصاعب التي تواجه الطفل المعاق خاصة وأن هناك فرقاً زمنياً بالغ الأهمية بين ميلاد الطفل واكتشاف الإعاقة، ثم بين الكشف عن الإعاقة وتقبلها. ثم التوافق معها بعد ذلك... فالاضطرابات النفسية للطفل المعاق أمر تفرضه الإعاقة من جانب، ومدى تقبل وتفهم من يتولون أمر رعايته من جانب آخر، وتباين هذه الاضطرابات وفقاً لنوع الإعاقة ودرجتها.

ففي الإعاقة العقلية: نجد أنها تترك آثاراً سلبية تنعكس بشكل مباشر على مختلف مظاهر سلوك الطفل وذلك بدرجات ونسب مختلفة. فهي تنعكس على أدائه في القدرات العقلية والمعرفية، وتنعكس كذلك على قدرته على الاتزان الانفعالي والتوافق الاجتماعي وعلى خصائص شخصيته ككل.

ويصنف كمال مرسى (1999) المعاقين عقلياً حسب النمو الانفعالي إلى فئتين: تتمثل الأولى في تلك الفئة التي تعتبر مستقرة انفعالياً إلى حد ما، والتي تبدو متعاونة ومطبعة. ولا تؤذي أحداً. أما الفئة الثانية فهي تلك الفئة غير المستقرة انفعالياً التي تتسم بكثرة الحركة، وعدم الاستقرار في نشاط معين، والثورة والغضب لأسباب بسيطة. كما أنها تكون متقلبة المزاج حيث تكون هادئة أحياناً، بينما تكون شرسة في أحيان أخرى. ويمكن أن تؤذي نفسها أو غيرها.

وقد أكدت كثير من الدراسات والبحوث: دراسة لايبوث وويس (2003) *Lauth & Weiss*. دراسة روث (2003) *Roth* أن الطفل المعاق عقلياً يعاني من بعض المشكلات النفسية والاجتماعية والتي تنعكس من خلال قدراته العقلية وتتمثل في التبدل الانفعالي واللامبالاة وعدم الاكتران بما يدور حولهم، والاندفاعية وعدم التحكم في الانفعالات والشعور بالدونية وضعف الثقة بالنفس، وسرعة الإحباط وقلة المثابرة، ولديهم قصور واضح في القدرة على التوافق الاجتماعي ومن ثم يميلون إلى العزلة والانسحاب في المواقف الاجتماعية، وسهولة الانقياد وسرعة الاستهواء، ولديهم قصور في القدرة على التواصل والمهارات الاجتماعية نتيجة عدم قدرتهم على فهم وإدراك القواعد والمعايير الاجتماعية.

كما أكدت دراسات كل من عادل عبد لله (2002)، ديوراند ومارك (2001) *Durand & Mark*، مكينلس (1999) *Mcneillis* أن القصور في المهارات الاجتماعية له دور أساسي في



حدوث المشكلات السلوكية والعدوان لدى الأطفال المعاقين عقلياً مما يكون سبباً في إحالة عدد كبير منهم إلى مراكز الصحة النفسية. وأن هذا السلوك نأخ عن التعلم الخاطئ الذي يتعرضون له من الآخرين. ويمكن التغلب على تلك المشكلة عن طريق تنمية مهاراتهم وتحسين قدرتهم على التواصل مع الآخرين في المواقف المختلفة.

لذلك فإن أي برنامج لتربية وتأهيل الأطفال المعاقين عقلياً يجب أن يوجه نحو تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي لهؤلاء الأطفال. ويتم ذلك من خلال تنمية القدرة على التعامل مع الآخرين عن طريق التدريب على التواصل. هذا ويقع جزء كبير منه على الأسرة. فهي العامل الأول في تكوين شخصية الطفل المعاق عقلياً، وتتوقف عناية الأسرة بالطفل على اتجاه الوالدين نحو الطفل ودرجة تقبلهم وفهمهم له.

أما "اضطراب التوحد" يعد بمثابة زملة أعراض مرضية يعتمد تعريفها على الأنماط السلوكية التي تصدر عن الطفل والتي تتمحور في ثلاثة اضطرابات سلوكية يحددها دينيس وآخرون (Dennis et. al. (1999 فيما يلي:

- 1- اضطرابات عامة في السلوك الاجتماعي.
- 2- اضطرابات في النشاط التخيلي والقدرة على التواصل.
- 3- انغلاق على الذات. وضعف في الانتباه المتواصل للأحداث والموضوعات الخارجية. وقد أكدت معظم الدراسات الحديثة مثل فولكمار (1996) Volkmar. أن الأطفال التوحديين يظهرون العديد من أشكال السلوك مثل:
- 1- تفاعل قليل مع الآخرين. وانسحاب كثير من المواقف والتفاعلات الاجتماعية وهو أمر يرتبط بالدرجة الأولى بمستوى مهاراتهم الاجتماعية اللفظي - غير اللفظي.
- 2- السلوك النمطي ويعني تكرار نفس السلوك بشكل مستمر بدون الشعور بالملل أو التعب.
- 3- السلوك التخريبي: ويتمثل في العدوان تجاه الآخرين وإيذاء الذات.
- 4- نقص أو قصور واضح في انتباههم للمواقف والمثيرات المختلفة.
- 5- يتسم الأطفال التوحديون بدرجة من النشاط الزائد تفوق مستوى أقرانهم المتخلفين عقلياً.
- 6- عدم إظهارهم تعبيرات انفعالية مناسبة أو مصاحبة.

وهناك العديد من البرامج التدريبية التي يتم تقديمها سواء للأطفال التوحديين أو والديهم وذلك في سبيل تأهيل هؤلاء الأطفال ورعايتهم. ونعمل تلك البرامج على الحد من السلوكيات غير اللائمة. ومن ثم تؤدي إلى تحسين جودة الحياة الاجتماعية لهؤلاء الأطفال.

وتعد زملة أو متلازمة داون *Down's Syndrome* شكلاً من أشكال الإعاقة العقلية. كما تعد حالة وليست مرضاً أو اضطراباً، تنتج عن حدوث خلل أو شذوذ كروموسومي حيث تتضمن كروموسوماً إضافياً في تلك الخلايا التي يتألف الجسم منها. وهناك العديد من الخصائص التي تميز الجوانب النمائية المختلفة لأولئك الأطفال، فمن الناحية الانفعالية:

١- لا يستطيعون السيطرة على انفعالاتهم أو ضبطها.

٢- قد يظهر بعضهم سلوكاً عدوانياً إلى جانب الاندفاعية وسرعة التهيج.

٣- قدرتهم على مقاومة الإحباط ضعيفة، وقد تتطور لديهم بعض الاضطرابات النفسية والمشكلات السلوكية من جراء ذلك.

٤- يفتقدون الثقة بالنفس، والثقة في قدرتهم على الأداء.

أما من الناحية الاجتماعية فنجد أن الطفل يتميز بروح الفكاهة والدعابة، ويميل إلى التعلق بالآخرين، ولا يخاف الغرباء، ومقدوره أن يقوم بتطوير بعض العلاقات الحميمة مع الآخرين. وعندما اختبر هذا الأمر ثبت أن ذلك يعود إلى أن تشخيص هذه الإعاقة يتم منذ وقت مبكر مما يجعل المحيطين بالطفل يتوقعون له سلوكاً أقل نضجاً، وأقل اجتماعية، وحينما يجدون أن السلوك الفعلي أعلى مما توقعوه يميلون إلى المبالغة في تقييمه بأكثر من حجمه، وفي بعض الأحيان قد يميلون إلى الانسحاب من المواقف والتفاعلات الاجتماعية، ويعجزون عن تحقيق التكيف مع البيئة التي يعيشون فيها. وقد يعانون من بعض القصور في المهارات الاجتماعية، ومع ذلك فإن الطفل من فئة عرض داون يكون أكثر اجتماعية بصفة عامة من غيره من فئات الإعاقة العقلية الأخرى.

وهناك العديد من المحاولات للحد من تلك الآثار السلبية التي تترتب على هذه المتلازمة وهو ما يمكن أن يساعد في إكساب الطفل مهارة معينة، أو تنمية مهارة موجودة لديه، أو تدريبه على أداء نمط سلوكي مرغوب، أو الحد من أدائه لنمط سلوكي آخر غير مرغوب، أو تعليمه مهارات السلوك الاستقلالي، أو مهارات السلوك التكيفي أو مهارات الحياة اليومية وما إلى ذلك حتى يمكن لنا أن نقوم بتحسين جودة حياته.

أما بالنسبة للإعاقة البصرية : فيشير جيرنيجان (1995) *Jernigan* إلى أنه عندما يفقد أحد الأفراد بصره تواجهه مشكلتان أساسيتان هما :

١- أنه يجب عليه أن يتعلم تلك المهارات والأساليب التي يتمكن بمقتضاها من القيام بدوره في المجتمع كمواطن عادي منتج.

٢- أنه يجب أن يكون على وعي باتجاهات الآخرين ومفاهيمهم الخاطئة عن العمى، وأن يتعلم كيف يتمكن من مسابرتها.



وقد أكدت كثير من الدراسات والبحوث : دراسة فرانك (2002) Frank. دراسة كونت (2003) Conte أن الإعاقة البصرية تؤثر سلباً على مفهوم الذات نتيجة اختلال صور الجسم، كما أن لديهم شعوراً بالعجز والدونية والإحباط والتوتر، والافتقار وانعدام الأمن، كما أنهم أكثر استخداماً للحيل الدفاعية في سلوكهم كالكبت والتبرير والتعويض.

كما أن للإعاقة البصرية تأثيرات سلبية على السلوك الاجتماعي للفرد، حيث يترتب عليها الكثير من المشاكل في عمليات النمو والتفاعل الاجتماعي. وفي اكتساب المهارات الاجتماعية اللازمة لتحقيق الاستقلالية والشعور بالاكتمال الذاتي وذلك لعجز المعاقين بصرياً أو لمحدوديتهم على الحركة. وعدم استطاعتهم ملاحظة سلوك الآخرين ونشاطاتهم اليومية. وتعبيراتهم الوجهية كالشاشة والعبوس، والرضا والغضب، وغيرها مما يعرف بلغة الجسم *Body Language* وتقليد هذه السلوكيات أو محاكاتها بصرياً والتعلم منها، ونقص خبراتهم والفرص الاجتماعية المتاحة أمامهم للاحتكاك بالآخرين والاتصال بالعالم الخارجي المحيط بهم، فهم لا يتحركون بالسهولة والمهارة والطلاقة التي يتحرك بها المبصرون. وقد نجد يبعد وجهه عن المتحدث ويدير أذنه تجاهه. وهو ما قد يفسره البعض -وخصوصاً الأصغر سناً- بأنه عدم اهتمام أو تهرب. مع أنه يكون في الواقع زيادة اهتمام وإنصات من جانبه. كما نلاحظ أنه يبدى اهتماماً بنفسه أكثر من اهتمامه بغيره أثناء الأنشطة المختلفة.

وما لا شك فيه أن الأطفال المكفوفين في حاجة ماسة إلى الرعاية بأشكالها المختلفة، ومن جميع الجهات والجماعات داخل المجتمع، وفي سبيل ذلك يجب أن تراعى البرامج والخدمات المقدمة لهم الحاجات النفسية والاجتماعية وأن تعمل على إشباعها. وهو الأمر الذي يمكن أن يحدثه الوالدان بأن يقوموا بتحسين جودة الحياة الأسرية من خلال:

١- تشجيعه على اكتشاف البيئة من حوله وذلك بتوفير العديد من الخبرات له.

٢- إتاحة الفرصة له كي يتفاعل مع أقرانه المعاقين بصرياً وغير المعاقين.

٣- تشجيعه على الانضمام إلى جماعة معينة بحسب اهتماماته وقدراته.

٤- توفير فرص مناسبة للعب التخيلي تركز على المشاركة.

٥- إتاحة الفرصة له لكي يدعو أقرانه إلى المنزل ومشاركته في بعض أنشطته وألعابه.

وللإعاقة السمعية آثار سلبية سلبية على الجوانب المختلفة لشخصية الطفل الأصم وضعف السمع وبخاصة الجوانب النفسية والاجتماعية. حيث إن الأصم في مرحلة الطفولة الباكرة لا يشعر بحنان الأمومة وعطفها الدافئ، ويرجع ذلك إلى عدم سماع صوت أمه وترانيمها خلال فترة عنايتها به وهو في حضانتها. ولذلك يعيش الطفل الأصم في قلق واضطراب انفعالي بسبب وجوده في عالم صامت خال من الأصوات والكلام. فهو معزول سمعياً عن العالم الخارجي به. وهو في ذلك محروم من معاني الأصوات التي ترمز للحنان

والعطف والتقدير، مما يعمق مشاعر النقص والعجز لديه، مما يجعله يعاني من بعض المشكلات النفسية مثل عدم الثبات الانفعالي، الميل إلى الانطواء والعزلة. يتصف بالتصلب والجمود، والتمركز حول ذاته، وتظهر لديه بعض الاستجابات العصابية بوضوح.

كما كشفت دراسة عبد العزيز الشخص (١٩٩٢) من انخفاض مستوى السلوك التكيفي، وارتفاع مستوى النشاط الزائد لدى الأطفال الصم، ويؤكد على أن لجوء المعاق سمعياً إلى ممارسة النشاط الزائد ما هو إلا تعبير عن ضيقه وتنفيس عن كبتة وإحباطه، إذ يرى أشياء كثيرة تحدث من حوله لا يمكنه فهمها، ولا يجد من يوضحها له، كما أن لديه طاقة يرغب في التعبير عنها، فإذا لم يجد المجال المناسب لذلك، فإنه غالباً ما يخرجها في صورة نشاط زائد.

ويؤكد عبد الغفار الدماطي (١٩٨٧) على أن معظم المشكلات التي يعاني منها الأطفال الصم ليست ناجمة بصفة مباشرة عن فقدان السمع، بل تحدث نتيجة لمجموعة من الأنماط الانفعالية، فالمشكلة ليست في القصور السمعي في حد ذاته بل في كيفية استجابة المحيطين لإعاقة، وكيفية تقبلهم له، وبخاصة الوالدان، فكثير من المشكلات لديه ترجع إلى عدم تقبل الآخرين المحيطين به في بيئته لعجزه وقصوره.

كما يرى علي حنفي (٢٠٠٠) أن الأطفال المعاقين سمعياً يبدون قدراً كبيراً من التفاعل مع أقرانهم المعاقين سمعياً وذلك بشكل يفوق ما يحدث بين فئات الإعاقة الأخرى، وهو ما يعني التعصب من جانبهم لفئة المعاقين سمعياً حتى يحصلوا على القبول من الآخرين، وقد قدم صورة شاملة لأثر الإعاقة السمعية على شخصية الأصم موضحاً أن الأصم يفهم ما يريد منه الآخرون من تعبيرات وجوههم فقط، حيث إنه يفتقد سماع أصواتهم، لذلك نلاحظ عجزه عن إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين، وعجزه عن الاتصال الفكري بهم، مما يؤدي إلى سوء التوافق الاجتماعي، ولذلك فإن الأصم يفضل الحياة المدرسية عن المنزلية لسهولة تواصله مع زملائه.

ولذا ينبغي تهيئة جو أسرى يشبع حاجات الطفل المعاق سمعياً من خلال:

- ١- إشاعة جو من الثقة في إطار الأسرة يسهم في تنمية ثقة الطفل بنفسه وبالآخرين.
- ٢- إعداد الطفل منذ وقت مبكر من حياته لتقبل ومواجهة الظروف المختلفة التي يمكن أن تصادفه وإيجاد حلول مناسبة لما تواجهه من مشكلات.
- ٣- مساعدة الطفل وتشجيعه على الأداء الاستقلالي.
- ٤- تعليم الأصم إنماء إحساسه بالمحبة المتبادلة بينه وبين الآخرين حتى تتكون لديه العاطفة والانتماء للآخرين، لتشجيعه على إقامة علاقات اجتماعية مع العاديين في الأسرة والمدرسة من أجل تحقيق مزيد من التوافق النفسي والاجتماعي.



أما بالنسبة للإعاقة الحسية المزدوجة (السمعية - البصرية) تعد بمثابة حالة تجمع بين عدم القدرة على الإبصار، وعدم القدرة على السمع نتيجة لفقد هاتين الحاستين أو أدائهما الوظيفي. والمعاق -بصرياً وسمعياً - لديه خبرة فريدة بالعالم حيث إنه إذا كان العالم يمتد إلى آخر نقطة يمكن أن يصل إليها ببصره، أو إلى أبعد مؤثر صوتي يمكن أن يسمعه فإن العالم بالنسبة لهذا الفرد على الجانب الآخر لا يتجاوز أطراف أصابعه وما يمكنه أن يصل بها إليه. يظل الطفل وحيداً ما لم يقم أحد بالاقتراب منه ولمسه. فييدي له بذلك نمطاً من أنماط التواصل حيث إنه يعيش في معزل عن كل من الأشخاص والأشياء، إذ إنه إذا كانت الإعاقة البصرية تعزل الفرد عن الأشياء، وتعزله الإعاقة السمعية عن الأشخاص، فإن الإعاقة الحسية المزدوجة (السمعية - والبصرية) تعزله دون شك عن كل منهما.

ويشير الخطيب (١٩٩٨) إلى أن هؤلاء الأطفال يعانون من العديد من المشكلات النفسية من جراء إعاقاتهم تلك. حيث يصبحون على أثرها في وضع صعب للغاية، إذ لا يتسع عالمهم لأكثر مما يستطيعون الوصول إليه بأيديهم وبحاستي الشم والتذوق. وهو الأمر الذي يفرض عليهم وحدة أو عزلة إجبارية لا دخل لهم بها مطلقاً. ومن ثم فإنهم يميلون إلى التمرکز حول الذات، وتصبح حاجاتهم ورغباتهم الفورية محور اهتمامهم. كما أنهم نتيجة لما يشعرون به من تئذ وإهمال يقومون بتطوير استراتيجيات دفاعية نفسية لحماية أنفسهم مثل الغضب والخوف والانسحاب.

وعندما تحدث هذه الحالة في مرحلة الطفولة فعادة ما يترتب عليها وجود حاجة ماسة من جانب الطفل للتواصل. وتتمثل أهم التحديات التي تواجه الوالدين والقائمين على رعاية هؤلاء الأطفال في تلك الكيفية التي يتمكنون بموجبها من التواصل ذي المعنى معهم. حيث إن هذا التواصل له أهميته الكبرى بالنسبة لأولئك الأطفال إذ يزيد من معدل نموهم في جوانبه المختلفة. باستخدام بعض أساليب التواصل مثل الإشارات اللمسية، الهجاء الإصبعي، الكتابة باستخدام طريقة برايل، وقراءة الشفاه، وأنه لا يمكن أن يقوم شخص واحد باستخدام هذه الأساليب، بل لابد عند رعاية مثل هؤلاء الأطفال أن يكون هناك فريق متكامل يضم إلى جانب الوالدين والقائمين على رعايته، طبيب أطفال، طبيب عيون، وطبيب أذن وحنجرة، وإخصائي تخاطب، وينبغي أن يحدث التكامل بينهم جميعاً من خلال التشاور المستمر حول الطفل من ناحية، والمساعدة التي يقوم كل منهم بتقديمها من ناحية أخرى مع الأخذ في الاعتبار أن هذا الطفل لا يستجيب للجهود المختلفة التي يتم بذلها من أجله بالطرق التي تتوقعها حيث إن له حركاته التي تميزه، والتي يعبر بها عما يريد وهو ما يتم إدراكه من خلال التفاعل المستمر معه.

## الخلاصة:

إن أشد أنواع المعاناة فسوة على النفس أن تكون الإعاقة سبباً للعزلة، والانسحاب، والانتواء سبباً للامبالاة، وعدم الاكتراث سبباً للعدوان على الذات، وعلى الآخرين سبباً لسوء التوافق بكل أشكاله، مع النفس، ومع الآخرين، ومع المجتمع. ولهذا كان ولا بد أن يكون واجبنا أن نتجه بجهودنا وطاقاتنا نحو تحويل تلك الإعاقة إلى أن تكون بمثابة قوة دافعة إلى البناء والنماء بدلاً من الهدم والتدمير. وهذا لا يتحقق إلا من خلال الإرادة والتحدي.

إننا نرى أن الوقت قد حان لإجراء إصلاحات عميقة للأوضاع المتعلقة بذوي الاحتياجات الخاصة تعيد لهم إنسانيتهم .. وتشيع بينهم جواً من الثقة، وتبعث فيهم الحماس وتحيي لهم الأمل، وتبديد غيوم الخوف من قلوبهم، وتقضي على إحجامهم عن المشاركة في الحياة العامة للمجتمع .. لقد حان الوقت لتحسين جودة حياة المعاق بالاعتماد على أمرين:

- أن يشعر المعاق أنه قادر نسبياً على حياة أقرب إلى الحياة الطبيعية، وأن احتياجه للآخرين قليل، وأنه قادر على الإنتاج والإضافة.
  - أن وجوده مهم للآخرين على المستوى المعنوي وليس حسب قدرته على العطاء المادي، أي أن يكون هناك حب حقيقي في حياته.
- الحياة الطبيعية حق لكل معاق، وأن كل فرد ميسر لما خلق من أجله، ولكل إنسان الحق



## المحور الخامس: تحسين جودة حياة المجتمع:

في أن يتمتع بإنسانيته. وأن يحيا حياة كريمة .. فالطفل المعاق -بصرف النظر عن درجة إعاقته- هو قبل أن يكون معاقاً هو إنسان. له حقوقه وعليه واجباته. شأنه في ذلك شأن أي طفل عادي يعيش في مجتمع حضاري يكفل له الحرية الاجتماعية. ويتيح الفرصة المتكافئة للجميع. ويحترم القيم الإنسانية والاجتماعية لأفراده. وأن الاهتمام بالأطفال المعاقين يعتبر من بين المؤشرات التي نستطيع أن نحكم بها على جودة حياة المجتمع.

إن المجتمع ما زال لا يتفهم حاجة المعوقين من ذوي الاحتياجات الخاصة. وكثيرون ما زالوا يعتقدون أن الإعاقة مشكلة فردية أحادية الجانب تخص المعاق وأسرتة فقط. وأن المجتمع ينظر إليهم نظرة دونية. ليسوا سوى أفراد لهم خصائص سلبية شكلاً وموضوعاً ولا يستحقون بذل الجهد لمعاونتهم لأنهم بطبيعتهم أقل إدراكاً. ومعنى آخر ميئوس منهم. وهكذا نرى أن كثيراً من العاديين في مجتمعاتنا - العربية خصوصاً - يفضلون عدم التعامل مع المعاقين بأي صورة .. حتى المجتمع ذاته -سواء بقصد أو بدونه- قد جاهل احتياجات هؤلاء المعاقين.

إننا نلاحظ -وخاصة في العالم العربي- أنه وفقاً لثقافتنا المجتمعية الشعبية السائدة فقد اعتاد العامة. بل وكثيرون من المتعلمين. التركيز دائماً على العجز ذاته -Dis-ability فنحدث ببساطة عن فلان "الأعمى" وفلان "الأطرش" أو "الأصم" وفلان "الأعرج" أو "المشلول" وفلان "المجنون" حتى ولو كان الأخير يعاني من مجرد تخلف عقلي بسيط لا علاقة له من قريب أو بعيد بالمرض العقلي... وننسى أو نتناسى العديد من القدرات والطاقات والإمكانات الباقية ظاهرة أو كامنة التي ما زالت متوافرة لدى كل معاق.

ومثل هذه المعتقدات والاتجاهات السلبية من المجتمع بما فيه ومن فيه تحتاج بالضرورة إلى توعية وتغيير وتحسين ... ولا بد أن نعمل على أن تتبدل هذه النظرة المجتمعية إلى المعاقين باعتبارهم من العاديين في حدود قدراتهم. وأنهم قادرين على العطاء في حدود ما يتدربون ويؤهلون عليه وأنهم أيضاً يمكن أن يتحولوا إلى عناصر فاعلة في الحياة المجتمعية ... فلدى المعاقين كثير من الطاقات الكامنة *Potential Abilities* تحتاج إلى مخرج ماهر محترف يستطيع الغوص في أعماقهم لاكتشافها ثم صقلها ثم تفجيرها وتوظيفها بعد توجيهها الوجهة المناسبة. وهذا لا يتأتى إلا بتحسين جودة حياة المجتمع باعتبارها استراتيجية تدخل في إطار تنمية المجتمع بكافة مؤسساته التعليمية والإعلامية والصحية... الخ.



## في مجال التعليم:

تحسين جودة التعليم تقوم على ضمان فرص متكافئة للتربية والتعليم لجميع الأشخاص المعاقين منذ مرحلة الطفولة المبكرة ضمن جميع المؤسسات التربوية والتعليمية في صفوفها النظامية. وفي مؤسسات خاصة في حالة عدم قدرتهم على الاندماج أو التحصيل المناسب. ولتحقيق ذلك نسعى إلى:

- 1- تطوير التعليم لاستيعاب ذوي الاحتياجات الخاصة وتهيئة المدارس العادية لهم من إدخال تصميمات هندسية ملائمة وغرف مصادر للمناهج الإضافية كلما كان ذلك ممكناً.
- 2- توفير الكوادر البشرية التربوية والتعليمية المؤهلة لتربية وتعليم الأطفال المعاقين وتدريبها وتأهيلها وفق التكنولوجيا الحديثة.
- 3- أن تتبنى الجامعات ومراكز البحوث وضع سياسة إعداد الكوادر الفنية المتخصصة للعمل في مجال الحد من الإعاقة. وإدخال مادة التأهيل في برامج كليات التربية وكليات خدمة المجتمع كمادة أساسية تخصصية.
- 4- التوسع في البعثات الداخلية والخارجية بما يضمن رفع مستوى أداء العاملين في مجال التربية الخاصة. والاستفادة من التطورات العلمية والثقافية في مجال تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة مع تنظيم برامج تدريبية أثناء الخدمة بالتعاون مع المنظمات الدولية والإقليمية والعربية بحيث تشمل التدريب على المهارات الخاصة بإعداد الطفل حياة الكبار ومهارات التدريب المهني. والتوسع في عقد الندوات والمؤتمرات.
- 5- توعية الأسرة والمجتمع بأهمية دمج الأطفال المعاقين في المدارس العادية مع تدعيم وتفعل دور أولياء الأمور وتأهيل الأطفال والمعلمين والإداريين لاستقبال الأطفال المعاقين.
- 6- تطوير البرامج الحالية للتربية الخاصة لمواكبة التطور العالمي والانفتاح على المجتمع الخارجي والأخذ ببرامج جديدة لمساندة أسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.
- 7- العمل على تحقيق التعاون وتبادل التجارب والخبرات بين مختلف الجامعات وسائر المؤسسات التعليمية المتخصصة للأشخاص المعاقين. مع دعوة الجامعات في الدول العربية إلى تخصيص بعثات للطلبة المعاقين الذين يرغبون في الالتحاق بها.
- 8- التوسع في إنشاء دور الحضانه ورياض الأطفال الخاصة برعاية الأطفال المعاقين لإمكان رعايتهم في سنوات الطفولة المبكرة.
- 9- إجراء كشف طبي شامل على الطلاب. وإصدار البطاقة الصحية المدرسية لتسهيل حصول الطلبة المعاقين على العينات والأجهزة التعويضية والمتابعة الصحية والعلاجية المدعومة.
- 10- تطوير البناء المنهجي للبرامج التعليمية. وإعداد خطط تربوية فردية تتلاءم مع الخصائص النمائية والنفسية للأشخاص المعاقين ومع روح العصر والتطور التكنولوجي.



## في مجال الإعلام:

- 1- تحسين جودة الإعلام من خلال العمل على تغيير رؤية المجتمع نحو الإعاقة والابتعاد عن كل ما يقلل من شأن الأشخاص المعاقين في وسائل الإعلام المختلفة. ولتحقيق ذلك نسعى إلى:
  - 1- وضع خطة إعلامية تصاحبها حملة مدروسة وواعية ومستمرة لتعريف المجتمع بمشكلة الإعاقة ومظاهرها. والتعرف على أعراضها مبكراً، والعوامل المسببة لها. وطرق الوقاية منها. وأن تكون هذه الحملة نواة لإنشاء إذاعة وقناة تليفزيونية خاصة للمعاقين.
  - 2- التأكيد على أن يكون الإعلام عن الأشخاص المعاقين جزءاً من سياسة الإعلام العامة. وتشجيع إصدار المجلات والدوريات والنشرات المتخصصة. وإنتاج البرامج الإذاعية والتليفزيونية عن الإعاقة والأشخاص المعاقين والاستفادة من قدرات البارزين منهم.
  - 3- وضع برامج من خلال أجهزة وزارة الإعلام المرئية والمسموعة والمقروءة تقوم بدور فاعل في تثقيف المواطنين وتوعبتهم فيما يتعلق بأسباب الإعاقة أو الإصابة بها وكيفية الوقاية منها.
  - 4- وضع برامج إذاعية وتليفزيونية تعمل على تنمية وغرس القيم الروحية في نفوس المعاقين وتعميق الاتجاهات الإيجابية لدى الرأي العام حول حقوق المعاقين.
  - 5- إبراز الكثير من التجارب الناجحة والإبداعات التي حققها بعض المعاقين في شتى المجالات من خلال وسائل الإعلام المختلفة.
  - 6- التأكيد على استعمال لغة الإشارة في وسائل الإعلام المرئية لضمان حق الأصم في الحصول على المعلومات والمعارف.
  - 7- عرض البرامج التأهيلية والتيسيرات المتاحة للأشخاص المعاقين والبعد في البرامج عن المواقف السلبية التي تمس مشاعر المعاقين.
  - 8- وضع برامج للاحتفال بالمناسبات الخاصة بالأشخاص المعاقين وتغطيتها بوسائل الإعلام المختلفة.
  - 9- إصدار النشرات وغيرها المكتوبة بالحروف البارزة (برايل) التي تتيح للشخص الكفيف قراءة الرسائل الإعلامية.

## في مجال الصحة:

- 1- تحسين جودة الصحة من خلال العمل على تنظيم ودعم البرامج الوقائية. وتدريب وإعداد القائمين بالعمل فيها. مع توفير الخدمات التشخيصية والعلاجية والتأهيلية الشاملة للأشخاص المعاقين ولتحقيق ذلك نسعى إلى:
  - 1- تطوير برامج المراكز الصحية لرعاية الطفولة والأمومة بحيث تؤدي وظيفتها الرئيسية الأصلية وهي الوظيفة الوقائية بدلاً من الوضع الحالي الذي تتوارى فيه البرامج الوقائية في زحام الخدمات العلاجية التي تستنفد طاقات وجهود العاملين فيها على حساب البرامج الوقائية.

## تطوير النقل من مبان الوقاية من الإعاقة

- ٢- توفير إمكانات متابعة نمو الطفل وتدريب العاملين في برامج رعاية الطفولة على استخدامها، وتوعية الأمهات نحو ضرورة وطريقة استخدامها في متابعة النمو الطبيعي لنمو الطفل، والكشف المبكر عن أي قصور وظيفي أو إعاقة بمجرد ظهورها، والمبادرة بعلاجها، والاستفادة من جهود منظمة الصحة العالمية في هذا المجال.
- ٣- توفير الكوادر البشرية المتخصصة في مجال الإعاقة بمختلف أنواعها، وتدريبها وتأهيلها، مع الاستفادة من التقنيات والتكنولوجيا الحديثة المتوفرة.
- ٤- توفير فحص الدم الشامل قبل الزواج للزوجين، وتوفير الفحوصات اللازمة للطفل مباشرة بعد الولادة، والتي تسمح بتفادي أو علاج مبكر لعدد من الإعاقات.
- ٥- الالتزام بالتحصين الإلزامي للطفل خلال الشهور والسنوات التالية للولادة ضد أمراض الطفولة السنة مع متابعة الطفل صحياً خلال هذه السنوات.
- ٦- توفير العديد من الخدمات التي يحتاج إليها المعاقون وخصوصاً الخدمات الصحية، مثل حاجاتهم إلى عيادات تعني بهم وبأطفالهم وتعمل على الارتقاء بصحتهم.
- ٧- الالتزام بإجراءات الرقابة الغذائية على استيراد وإنتاج وتداول أغذية الأطفال، وإصدار التشريعات المنظمة، وتزويد المختبرات المعدة لذلك بأحدث وسائل الفحص.
- ٨- إجراء الولادات في الأماكن المجهزة لذلك من حيث النظافة، مع توفير وسائل الإسعاف اللازمة للأم والجنين والحضانات.
- ٩- توفير المعينات والأجهزة التعويضية التي تساهم في تحقيق اندماج الأشخاص المعاقين في المجتمع وتيسر لهم حياتهم وجعلها في متناول إمكاناتهم المادية.
- ١٠- تضمين الخطط الدراسية في كليات الطب والمعاهد الصحية المتخصصة المواد التعليمية التي تمكن الخريجين من تشخيص الإعاقة وخاصة الإعاقات النمائية.
- ١١- إعداد دراسات وطنية للتعرف على أسباب الإعاقة وتداعياتها وتعميمها على الجهات المختصة في الدول العربية.

### في مجال النقل والمواصلات:

- ١- تحسين جودة المواصلات من خلال العمل على تأمين حق الشخص المعاق في تيسير سفره وتنقله والوصول إلى البلدان والأماكن والمرافق العامة دون عوائق ولتحقيق ذلك نسعى إلى:
  - ١- إدخال التقنيات الحديثة في وسائل النقل العامة لتناسب مع ظروف الأشخاص المعاقين وذلك من أجل تسهيل تنقلهم بحرية.
  - ٢- تعديل وتهيئة البيئة التي تمكن الشخص المعاق من الوصول إلى مواقع السكن والتعليم والعمل والأماكن العامة.



- ٢- إدخال المعايير الإنشائية التي تلبى احتياجات الأشخاص المعاقين في الخطط الدراسية لكليات الهندسة.
- ٤- تخصيص مواقف لوسائل نقل الأشخاص المعاقين. وتوعية المجتمع على المستويات الرسمية والشعبية للالتزام بذلك ومعاقبة المخالفين.
- ٥- إنشاء المزالق الخاصة في مداخل الأبنية العامة والمؤسسات ومرافق الخدمات ومراعاة الشروط الواجب توافرها في تصميم إنشاء مباني وتجهيزات هيئات المعاقين.
- ٦- إعفاء المعاقين من أجور الانتقال داخل البلد. ومن ٥٠٪ من قيمة تذاكر الطائرات.

---

## خاتمة:

---

إن الجودة لا ترتبط بالمكان والزمان. وإنما تتحقق في أي وقت. وتنطلق لتحمل أي عنوان. المهم أن يكون الساعون إليها والخالون بها لديهم الرغبة الصلبة والرغبة القوية في تحويلها من حلم إلى حقيقة. وأود أن أشير إلى أنها أطروحة نظرية حاولت أن أقدمها هكذا مختصرة. وهي عناوين لتفصيلات أخرى كثيرة. وهي أيضاً قابلة للإضافة والتطوير... فإذا كان فيها خير فقد أصبت وإلا فيكفيني شرف المحاولة.

## المراجع

### المراجع العربية:

- ١- العارف بالله محمد الغندور (١٩٩٩) : أسس حل المشكلات وعلاقته بنوعية الحياة. المؤتمر الدولي السادس لمركز الإرشاد النفسي. جامعة عين شمس. ص ص ١-١٧٧ .
- ٢- إبراهيم محمد الخليفي (٢٠٠٠) : الإرشاد النفسي كمدخل لتحقيق جودة الحياة من منظور التعامل مع الذات (دراسة تقييمية لأثر الدورات الإرشادية. في التحكم السلوكي. مجلة كلية التربية بينها. المجلد العاشر. العدد ٤٤. ص ص ١٥٧-١٩٤ .
- ٣- أشرف أحمد عبد القادر (١٠٠٢) : التفكير - الانفعال - السلوك "نظرية في العلاج النفسي". القاهرة : مكتبة الأجلو المصرية.
- ٤- \_\_\_\_\_ (٢٠٠٢) : الطفل بطئ التعلم. القاهرة : مكتبة الإخلاص للطباعة والنشر.
- ٥- \_\_\_\_\_ (٢٠٠٢) : سيكولوجية التفوق والتخلف العقلي. القاهرة : مكتبة الإخلاص للطباعة والنشر.
- ٦- \_\_\_\_\_ (٢٠٠٥) : تحسين جودة حياة المعاقين - تحت الطبع.
- ٧- جمال الخطيب (١٩٩٦) : تربية وتأهيل المعوقين سمعياً. الأمانة العامة لجامعة الدول العربية. سلسلة الدراسات الاجتماعية في التدريب الاجتماعي. القاهرة.
- ٨- جمال الخطيب (١٩٩٨) : مقدمة في الإعاقات الجسمية والصحية. عمان : دار الشروق للنشر والتوزيع.
- ٩- جمال الخطيب ومنى الحديدي (١٩٩٦) : أثر إعاقة الطفل على الأسرة. مجلة كلية التربية. جامعة المنصورة. ٣١. ص ص ١-٢٣
- ١٠- زيدان السرطاوي (١٩٩١) : أثر الإعاقة السمعية للطفل على الوالدين وعلاقة ذلك ببعض المتغيرات. مجلة جامعة الملك سعود. العلوم التربوية. المجلد الثالث. ص ص ٢٣٥-٥٠٢
- ١١- سامي محمد هاشم (٢٠٠١) : جودة الحياة لدى المعوقين جسمىاً والمسنين وطلاب الجامعة. مجلة الإرشاد النفسي. العدد الثالث عشر. ص ص ١٢٥-١٨.
- ١٢- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٢) : فعالية تدريب الأطفال المتخلفين عقلياً على استخدام جداول النشاط المصورة في الحد من سلوكهم العدوانى. المؤتمر السنوي الثامن عشر. الجمعية المصرية للدراسات النفسية. من ٤ - ٦ فبراير.
- ١٣- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٤) : الإعاقات العقلية. الطبعة الأولى. القاهرة : دار الرشاد.
- ١٤- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٤) : الإعاقات الحسية. الطبعة الأولى. القاهرة : دار الرشاد.
- ١٥- عبد الحميد يوسف كمال (٢٠٠٤) : خواطر تأهيلية. الاتحاد النوعى لهيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين. النشرة الدورية. ص ص ٤٤-٥٣
- ١٦- عبد العزيز الشخص (١٩٩٢) : دراسة لكل من السلوك التكيفي والنشاط الزائد لدى عينة من الأطفال المعوقين سمعياً وعلاقتها بأسلوب رعاية هؤلاء الأطفال. بحوث المؤتمر السنوي الخامس المصري. مركز دراسات الطفولة. جامعة عين شمس. القاهرة.
- ١٧- عبد العزيز الشخص. زيدان السرطاوي (١٩٩٨) : دراسة احتياجات أولياء أمور الأطفال المعوقين لمواجهة الضغوط النفسية. بحوث المؤتمر القومي السابع لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة لذوى الاحتياجات الخاصة والقرن الحادي والعشرين في الوطن العربي. المجلد الثاني. ص ص ٥٥-٨١



- ١٨- عبد الغفار الدماطي (١٩٨٧) : الخصائص الفكرية والنفسية والاجتماعية للصم. ندوة المعوقين بين الواقع وتطلعات المستقبل. جامعة الملك سعود. الرياض. ص ١-٢٤
- ١٩- عبد المطلب القريطي (١٩٩٦). سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم. القاهرة. مكتبة دار الفكر العربي.
- ٢٠- علي حنفي (٢٠٠٠) : مدى فاعلية العلاج الأسري في تحسين مفهوم الذات لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية. رسالة دكتوراه غير منشورة. كلية التربية بينها. جامعة الزقازيق.
- ٢١- فاروق صادق (١٩٨٨) : التربية الخاصة في مصر. تكون أو لا تكون. المؤتمر الأول للطفل المصري. تنشئة ورعايته. مركز دراسات الطفولة. جامعة عين شمس. القاهرة.
- ٢٢- \_\_\_\_\_ (١٩٩٢) : دور الإخصائي النفسي في برامج ذوي الحاجات الخاصة. مجلة مركز معوقات الطفولة. العدد الأول.
- ٢٣- \_\_\_\_\_ (١٩٩٣) : أسس برامج التدخل المبكر لذوي الحاجات الخاصة. مجلة معوقات الطفولة. المجلد الثاني. العدد الأول. ص ٩-٤٩
- ٢٤- \_\_\_\_\_ (١٩٩٥) : الإعاقة العقلية في مجال الأسرة. مراحل الصدمة والأدوار المتوقعة للوالدين. المؤتمر القومي الأول للتربية الخاصة. بحوث ودراسات في التربية الخاصة. المجموعة الثالثة. ص ٢١٦-٢٢٤
- ٢٥- \_\_\_\_\_ (١٩٩٧) : الحاجة إلى حقيبة إرشادية لأسرة الطفل المعوق سمعياً. توجيه للدول العربية. اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعاقين. النشرة الدورية. العدد ٥٢. ص ١٣-٢٧
- ٢٦- \_\_\_\_\_ (١٩٩٨) : من "الدمج" إلى "التألف" و"الاستيعاب الكامل" تجارب وخبرات عالمية في دمج الأفراد المعوقين في المدرسة والمجتمع وتوصيات إلى الدول العربية. المؤتمر القومي السابع للاتحاد. ص ٢١٤-٢٩٤
- ٢٧- كمال إبراهيم مرسي (١٩٩٩) : الطفل غير العادي من الناحية الذهنية. الطفل المتخلف عقلياً. القاهرة : دار النهضة العربية.
- ٢٨- محمد محروس الشناوي ومحمد بن عبد المحسن التويجري (١٩٩٥) : إرشاد والدي الأطفال ذوي الحاجات الخاصة. المؤتمر الدولي الثاني لمركز الإرشاد النفسي. القاهرة. جامعة عين شمس. ص ٥١٢-٦٠٦
- ٢٩- محيي الدين نوق وعبد الرحمن عدس (١٩٨٤) : أساسيات علم النفس التربوي. عمان : الجامعة الأردنية.
- ٣٠- هناء محمد الجوهري (١٩٩٤). المتغيرات الاجتماعية الثقافية المؤثرة على نوعية الحياة في المجتمع المصري في السبعينات - دراسة ميدانية على عينة من الأسر بمدينة القاهرة. رسالة دكتوراه. كلية الآداب. جامعة القاهرة.

#### المراجع الأجنبية:

- 31- Adams, G. A. (2..2) : The Comprehensive Quality of life Scale; Educational & Psychological Measurement, Vol. 62 (3), PP. 481-49..
- 32-Conte, M. (2..3) : Causes of blindness in the adult Population of the Republic adult Population of the republic of Ireland. British Journal of Ophthalmology, Vol. 87, No. 4, PP 411-42.
- 33-Dennis, M. et. al. (1999) : Intelligence Patterns among children with high-Functioning autism, Phenylketonuria, and childhood head injury, Journal of Autism and Developmental Disorders, Vol. 29, No.1.
- 34-Durand, V. & Mark, E. (2..1) : Functional Communication Training : Acsntemporary behavior analytic intervention for Problem behaviors focus of autism, other Developmental Disabilities, Vol. 16, No.2, PP. 11.-119.

- 35-Evert, S. T. (2..2) : Developmental Psychology, An International Thomson Publishing Company, Washington.
- 36-Fabian, E. S. (1991) : Using quality of life indicators in rehabilitation program evaluation Rehabilitation consoling Bulletin, Vol. 34 (4) PP. 344-356.
- 37-Frank, S. (2..2) : Beyond Insight to Vision, Journal of Visual Impairment and Blindness 2..., Vol. 24, No.2, PP. 1.1-11..
- 38-Goode, D. (1994) : Quality of life for Persons with disabilities : International Perspectives and issues; in : Mitchel, D. (1997) : Book Review; Journal of Intellectual & Developmental Disability; Vol.22 (1), PP. 63-75.
- 39-Hampton, N. 2. (1999) : Quality of life of People With Substance disorders in Thailand : An Exploratory Study; Journal of Rehabilitation, Vol. 65, 3, PP. 42-55.
- 4-Hoff, E. S. (2..2) : Quality of Life for Persons with disabilities, Journal of the American Medical Association, Vol. 28. (6), PP. 716-725.
- 41-Jernigan, K. (1995) : Blindness : Concepts and misconcepts. Washington, DC : National Federation of the Blind.
- 42-Keith, K.D. & Heal, L. W. (1996) : Cross - Cultural Measurement of Critical Quality of Life Concepts; Journal of Intellectual & Developmental Disability, Vol. 21 (4), PP. 273-294.
- 43-Lauth, G & Weiss, R (2..3) : Modification of self - injury and self - Mutilation behavior analysis of single cases intervention study of a boy in School for mentally retarded. American Journal on Mental Retardation, Vol. 1.8. No.2, PP. 1.9-121.
- 44 -Leitman, J. (1999) : Can City QOL indicators be Objective and relevant? Towards participatory tool for Sustaining Urban development. Local Environment, Vol. 4 (2), PP 169-181.
- 45-Mcnellis, C. A. (1999) : Aggression and mental retardation: Application of Social in formation Processing theory to develop amodel Treatment Program. D. A. I. Vol. (6.). No. 5-B.
- 46-Michael, R. (2..3) : The Quality of life instrument; Clinical Nussing Research, Vol. 12 (2), PP. 246-257.
- 47-Muldoon, M. F. & Barger, S. D. (1998) : What are quality of life measurements measuring? British Medical Journal; Vol. 316 (713.) PP. 342 - 346.
- 48-Rogerson, R.J. (1999) : Quality of Life and City Competitiveness; Urban Studies; Vol. 36 PP. 969-986.
- 49-Roth, G. (2..3) : Effects of appositive support approach to enhance communication Behaviors of children with mental Retardation who have challenging behaviors, American Journal on mental Retardation, Vol. 1.8, No.1, PP. 26-35.
- 5-Smith, R. (2..2) : A quality of Life Interview for the chronically mentally ill Evaluation and Program Planning, Vol. 25, PP. 1.1-111.
- 51-Smith, R. & Salend , E. (2..3) : Facilitating Development in the pre-school Child. Early child Development, Vol. 56, PP. 151-159.
- 52-Volkmar, F. R. (1996) : Brief report : Diagnostic issues in autism, results of DSM - IV Field Trial. J. of Autism and Developmental Disorders, Vol 26, No.1.
- 53-Wally, D. (2..4) : Improving the Quality of life of the Elderly and Disabled People in Human Settlements, United Nations Centre for Human Settlements (Habitat).
- 54-Whitehouse, P. J. (1999) : Al Zheimer's disease : Past, Present and Future. European Archives of Psychiatry and Clinical Neurons Science. Vol. 249 (3) 43-45.