برنامج ارشادي نفسي ديني لتحسين جودة الحياة كمدخل لخفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً.

دراسة مقدمة كمتطلب للحصول على درجة دكتوراه الفلسفة في التربية (علم نفس تعليمي).

إعداد الباحث
رضوان عبد الرحمن أحمد أبو ركبة

تحت إشراف
أ.د. شادية أحمد عبد الخالق.

أستاذ علم النفس التعليمي (صحة نفسية).
كلية البنات - جامعة عين شمس.
فاعليية برنامج ارشادي نفسي ديني في تحسين جودة الحياة كمدخل لخفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً.

ملخص الدراسة:

مقدمة الدراسة:

إن انتظار وولادة طفل جديد في الأسرة ينظر إليه بابتهاج كبير وتوقع مستقبل للطفل مليء بالسعادة والنجاح، ولكن هذا الشعور بالفرح والاعتراف في التوقعات ممكن أن يتغير عند وولادة طفل معاك، فالعائلة التي يولد فيها طفل معاك سوف تتغير بطريقة أو بآخر مما يجعلها تتعرض إلى كثير من الضغوط التي بدورها ستؤثر على ديناميكية الحياة لدى هذه الأسرة.

إن أثر الإعاقة العقلية على أولياء الأمور لاقت اهتماماً كبيراً من قبل الباحثين والعديد من الدراسات أكدت أن كلا من أمهات وأباء المعاقين يعانون من ضغوط نفسية أكثر من أولياء أمور الأطفال العاديين، وهذا الارتفاع في مستوى الضغوط النفسية لدى أولياء الأمور له علاقة مباشرة بمستندات إنجاب الأطفال، والقلق على مستقبل الطفل ومشاعر الإزعاج أكثر من أولياء أمور الأطفال العاديين.(Vermaes et al., 2008:665)

وتتضمن ردوت أفعال الوالدين على الصدمة، وعدم الإيمان بأن الطفل معاك، والشعور بالذنب، والحزن، والرفض، والخيال، والأذى، والشعور بالآلام، كما أن بعضهم يعيشوا فترات من الألم والقلق والبأس والعجز واللامبالاة والغضب والانتظار والمرارة، بالإضافة إلى أن ردوت فعل الوالدين تتأثر بالحالة الاقتصادية، وسمات الشخصية، والاستقرار الزواجي (Vijesh & Sukumaran, 2007).

وهناك أدلة واضحة تشير إلى أن أولياء أمور الأطفال المعاقون عيالياً يعانون من ضغوط نفسية عالية وجودة حياة متلفة وضعيفة، أكثر من أولياء أمور الأطفال العاديين (Shahzadi et al., 2013)، كما أنهم يعانون من ألم جسدي ونفسى وذلك بسبب المستندات الملقاة عليهم لرعاية طفلهم المعاك، مما يؤثر على جودة الحياة لديهم (Leung & Li-Tsang, 2003).

وعرف بارك (Park et al., 2003) جودة حياة الأسرة بأنها درجة التي يصبح منها أسر الأشخاص المعاقين قادرين على تحقيق احتياجات الأساسي، والاستمتاع بالأوقات التي يقضونها مع بعضهم البعض، والاهتمام والمشاركة بالأنشطة الترفيهية، والأفكار السعيد اليوم عالمياً أن الأشخاص المعاقين وأسرهم وبعض النظرة على نوع الإعاقة، لهم الحق في الحياة بدون عزلة. وفي هذا السياق أكد الباحثون أن إعاقة الطفل يمكن أن تؤثر إيجابياً على جودة الحياة لدي الوالدين وذلك من خلال نمو مشاعر الحب والحنان.
والصبر والتحمل والعلاقات الجيدة بينهم (Kausar et al., 2003).
(Trute et al., 2007).
في المقابل الدراسات في مجال الصحة النفسية والطب والمجالات الإكلينيكية، أكدت وجود بعض المعيقات التي تعق أسر الأطفال المعاقين من تحسين جودة الحياة لديهم مثل: زيادة الضغوط النفسية لدى الوالدين، والصعوبات المالية، بالإضافة إلى الصعوبات التي تتعلق بالوصول إلى الرضا عن الخدمات الاجتماعية المقدمة (Freedman et al., 2000).
ويمكن تبشير ما تعانيه الأم من ردود فعل سلبية تجاه ابنها المعوق، إلى دورها المهم في حياة طفلها المعاق عقليا، فالأم تأخذ دور الحماية البدنية والوصية على حاجات الطفل، بينما يكون الأب أكثر تحفظا في دوره، وقد ينحصر تعامله في اللاسحاب أو الاستدامة الداخلي لمشاعره، لذا فإن إرشاد الوالدين وخاصة الأم ومساعدتها لمواجهة تلك الإعاقة العقلية والعمل على الحد من تأثيراتها النفسية يمكن أن يلعب دورا مهما في تحسين توافق الأم النفسي (محمد الشناوي، 1997: 15)، لاسيما وأن من أهداف التوجيه والتشخيص النفسي تحقيق التوافق، أي تناول السلوك المضطرب والبيئة الطبيعية والاجتماعية بالتعبير والتعامل قبل يحدث توازن بين الفرد وبينه ويتطلب تحقيق هذا الهدف تنمية طاقات المسترشد، وإكسابه مهارات التعامل مع الموقف وخاصة المواقف الصعبة، والتوهيم بعملية اتخاذ القرار (حامد زهران، 1998: 41).
وهما تحدثنا عن النظريات الإرشادية وإبداع أصحابها، وما بحمله المرشد من خبرات ومهارات علمية لا يصل مع عمله أو مع من يطلب منه المساعدة هو أو سواء إذا اعتمد الدين كعنصر أساسي في عملية الإرشاد النفسي (أحمد الزبيدي وهشام الخطيب، 2001: 5).
ويأتي الإرشاد النفسي الديني كطريقة أجمع المرشدون على Religios Psychological Counseling اختلاف أدائهم سواء كانوا يهودا أو مسيحيين أو مسلمين، على أنه إرشاد يقوم علي أسس ومفاهيم وبمبادئ وأساليب دينية روحية أخلاقية، مقابل الإرشاد الديني، الذي يقصد به بقية طرق الإرشاد النفسية التي تقوم على أسس ومفاهيم ومبادئ وأساليب وضعها البشر (حامد زهران، 1998: 346).
يقول تعالى: "اللذي خلق الإنسان وهو يعلم من خلق وهو المخلص الخبير" (14) و
"الذي خلق النجوم 78 وهو يطيعي ويسبي (79) وإذا مرضت فهؤه تفيين"
مشكلة الدراسة وأسئلتها

هناك أدلة واضحة تشير إلى أن أولياء أمور الأطفال المعاقين عادةً يعانون من ضغوط نفسية عالية وجودة حياة منخفضة وضيقة، أكثر من أولياء أمور الأطفال العاديين (Shahzadi et al., 2013) وكما أنهم يعانون من ألم جسدي ونفسي وذلك بسبب المسؤوليات الملحة عليهم لرعاية طفليهم المعاق، مما يؤثر على جودة الحياة لديهم (Leung & Li-Tsang, 2003).

و هناك العديد من الدراسات التي أشارت وأوصت بضرورة تقديم برامج الدعم والمساعدة لأمهات وأولياء أمور المعاقين من أجل تحسين جودة الحياة لديهم، وإلى ضرورة توزيع أمهات الأطفال المعاقين بالمعلومات اللازمة عن إعاقة الطفل بالإضافة إلى توفير الدعم المناسب للأميات، وضرورة تركز الاحتياجات على استراتيجيات التكيف وعلى الأساليب التي تسهل عملية التكيف في التأهيل، والعمل على تصميم استراتيجيات التكيف المختلفة والبرامج النفسية والاجتماعية (Dadkhah et al., 2009)؛ وأهمية تعليم الوالدين بفهامتهم تربية الأبناء واستراتيجيات التكيف اللازمة ويشمل ذلك توفير الفرص لتعزيز التعاون والترابط الأسري من خلال مجموعات الدعم الوالدية وبرامج تدريب الأسرة (Shahzadi et al., 2013) وضرورة توزيع أولياء الأمور بالبيانات الدينية، وأهمية الإيمان بالله والمعتقدات الدينية والدعاء (Poston & Turnbull, 2004).

لذلك تحدد مشكلة الدراسة في التساؤلات التالية:

1. هل توجد فروق جوهرية بين متوسطات رتب درجات أمهات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج على مقياس جودة الحياة؟

2. هل توجد فروق جوهرية بين متوسطات رتب درجات أمهات المجموعة المضابطة والمجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج على مقياس جودة الحياة؟
3. هل يوجد فروق جوهرية بين متوسطات رتب درجات أمهات المجموعة التجريبية بعد انتهاء البرنامج وبعد انتهاء فترة المتابعة (شهرين تقريبا) على مقياس جودة الحياة؟

4. هل يوجد فروق جوهرية بين متوسطات رتب درجات أمهات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج على مقياس جودة الحياة؟

5. هل يوجد فروق جوهرية بين متوسطات رتب درجات أمهات المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج على مقياس جودة الحياة؟

6. هل يوجد فروق جوهرية بين متوسطات رتب درجات أمهات المجموعة التجريبية بعد انتهاء البرنامج وبعد انتهاء فترة المتابعة (شهرين تقريبا) على مقياس جودة الحياة؟

أهمية الدراسة:

تكون أهمية هذه الدراسة في النقطة التالية:

1. ترجع أهمية الدراسة كونها تتناول مفهوم جودة الحياة وتتناول أيضا أمهات المعاقين عقليا كفئة مجتمعية مهمة ذات خصائص معينة، حيث أن شدة الإعاقة لدى الطفل تؤثر بشكل سلبي على رضا الوالدين و ذلك على مقياس جودة الحياة لدى الأسرة (2003)، (Park et al.,).

2. كما ترجع أهمية الدراسة الحالية إلى أنها تلقي مزيد من الضوء على الجانب الديني المتمثل في الإرشاد النفسي الديني. والإرشاد النفسي الديني كطريقة أجمع المرشدون على اختلاف أديانهم سواء كانوا يهودا أو مسيحيين أو مسلمين، على أنه إرشاد يقوم على أسس ومفاهيم ومبادئ وأساليب دينية روحية أخلاقية، مقابل الإرشاد الدنيوي، الذي يقصد به بقية طرق الإرشاد النفسي التي تقوم على أسس ومفاهيم ومبادئ وأساليب وضعها البشر (حاجد زهران، 1998: 46).

3. يمكن أن تقيد نتائج الدراسة الحالية في مجال علم النفس الديني والإرشاد النفسي والعلاجي وديني للأفراد الذين يتعرضون باستمرار لأحداث سلبية ضاغطة تؤثر على أدائهم النفسي وتوافقهم المهني والاجتماعي والعاطفي والتحصيلي...الخ.
4. يمكن أن يُعيد نتائج الدراسة الحالية كل من المعالجين والمرشدين النفسيين عن طريق إمدادهم بالبيانات والمعلومات عن الخصائص النفسية بغض الاستفادة منها في وضع البرامج الإرشادية الخاصة بمقاومة الضغوط على أساس ديني.

5. تقدم الدراسة برنامجاً تدريباً يعكس منظومة منهجية تشتمل على الأهداف والمحتوى والأنشطة والترقيم لتحسين جودة الحياة لدى أمهات المعاقين عقلياً، كما تقدم الدراسة أدوات بحثية جديدة في البيئة الفلسطينية يمكن أن يستفيد منها باحثون حديث، وهذه الأدوات مثل: مقياس جودة الحياة.

6. تبلغ نسبة الأطفال المعاقين عقلياً حوالي (390) ميزة عقلية أي ما يقارب (51%) من مجموع الإعاقات، حيث أن هناك عدد كبير من الاحتياجات غير محققة سواء بالنسبة للطفال أو أسرة الطفل. فهناك ثمانية مؤسسات فقط متخصصة في الإعاقة العقلية تغطي فقط (40%) من الأطفال المعاقين عقلياً، وعدد كفاءة العملاء في هذا المجال، والصعوبات المالية والقلق والبطالة ونقص الإمكانيات بالإضافة إلى المشاكل السلوكية التي تصدر عن الطفل جميعها تشكل ضغوط نفسية على الأمهات وبالتالي تؤثر على جودة الحياة لديهن (الهيئة الفلسطينية المستقلة لحقوق الإنسان، 2001).

**مصطلحات الدراسة:**

**Religious Psychological Counseling Program**

**البرنامج الإرشادي النفسي الديني:**


ويعرف البرنامج الإرشادي بأنه "مجموعة من الخطوط المنظمة والقادمة على أسس علمية، تهدف إلى تقديم الخدمات لمساعدة الفرد أو الجماعات لفهم مشاكلهم والتواصل إلى حلول بشأنها، وتدمير مهاراتهم وقدراتهم لتحقيق النمو الدياني في شتى مجالات حياتهم، ويتضمن صورة جلسات منظمة في إطار علاقة متبادلة بين المرشد والمستشار (شادية أحمد عبد الخالق، 2002: 87)."
ويعرف أحمد علي الأميري (2004: 363) الإرشاد النفسي الديني على أنه مجموعة من الأساليب والمحارف والخدمات يقدمها أخصائيون في الإرشاد معتمدين على القرآن والسنة، بهدف تحقيق الصحة النفسية.

ومبرر الباحث أن برنامج الإرشاد النفسي الديني هو عبارة عن برنامج مخطط ومنظم على أسس علمية يتم خلاله إقامة علاقة متبادلة بين المرشد النفسي والمسترشد، أو مجموعة من المسترشدين، ويتضمن بإشراف معينة للأمهات والأطفال المعاقين عقلانيا لاستخدام المعطيات الدينية من القرآن والسنة للوصول إلى حالة من السعادة والuadaرة والتفوق تساهم لهن بالقدرة على التغلب على المشاكل والضغوط الناجمة عن إعاقة أطفالهن بالقدر الذي يساعدهن على النجاح وتحقيق مستوى أفضل من جودة الحياة لديهن.

**Quality of Life:**

جودة الحياة:

يعترف عادل الأشول (2005: 3) على أنها درجة الرقي في مستوى الخدمات المادية، والاجتماعية التي تقدم لأفراد المجتمع، وإدراك هؤلاء الأفراد لقدرة الخدمات على إشباع حاجاتهم، ولا يمكن أن يدرك الفرد جودة الخدمات التي تقدم له ببعض الأفراد الذين يتفاعلون معهم من الأصدقاء والأقارب، أي أن جودة الحياة ترتبط بالبيئة المادية، والنفسية والاجتماعية التي يعيش فيها الفرد.

وقد قام بدراسة وقياس جودة الحياة في هذه الدراسة بالدرجات التي يحصل عليها أمم الأطفال المعاقين عقليا على مقياس جودة الحياة الخاص بذلك و الذي يشمل على الأبعاد التالية: جودة الحياة الصحية، وجودة الحياة النفسية، وجودة إدارة الوقت، وجودة الحياة الدينية، والمساندة الاجتماعية، والرضاعة عن الحياة، والصلابة النفسية.

**Psychological Stress:**

الضغط النفسي:

"حالة يتعرض فيها الفرد لظروف أو مطالب تقفون عليه نوعاً من التوافق، وتزداد تلك الحالة إلى درجة الخطر كلما ازدادت شدة الظروف أو المطالب لو استمرت فترة طويلة" (فؤاد هدية، 1995: 3)، كما "أنها حالة نفسية تتعكس في ردود الفعل الجسمية والسلوكية الناشئة عن التهديد الذي يدركه الفرد عندما يتعرض للمواقف والأحداث الضاغطة في البيئة المحيطة" (شورية السمادوني، 1993).
Mothers of Children with Mental Retardation

• أمم الأطفال المعاقين عقلياً:

هم عينة من أمم الأطفال المعاقين عقلياً المسجلون الذين يتلقون خدمات التأهيل والترميم الخاصة في مركز لا تنسوني أبدا و التابع لمؤسسة السويدية للإعاقة الفردية في شمال قطاع غزة.

الدراسات السابقة: قسم الباحث الدراسات السابقة إلى محورين:

المحور الأول: دراسات تناولت برامج تمرين جودة الحياة لدى أمهات المعاقين عقلياً.

هدفت دراسة محمد أحمد نصر (2007) للتعرف على فاعلية برنامج ارشادي اجتماعي ديني في تخفيف الضغوط النفسية لدى أمم الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعليم، واستخدم في هذه الدراسة المنهج شبه التجريبى مع إجراء القياس القلبي والقياس البخذي مع وجود مجموعة ضابطة. وتكونت عينة الدراسة من (20) من أمم الأطفال المعاقين عقلياً، وتم تقسيم عينة الدراسة عشوائيا إلى مجموعتين مجموعة ضابطة ومتكون من (10) أمم وأخرى تجريبية ومتكون من (10) من أمم الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعليم، وأشارت النتائج إلى وجود فروق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البخذي، وكانت هذه الفروق لصالح المجموعة التجريبية، حيث أن البرنامج الارشادي الاجتماعي الديني أظهر فاعلية في تخفيف الضغوط النفسية لدى أفراد المجموعة التجريبية من أمم الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعليم.

وهدفت دراسة حجازي وآخرون (2013) إلى تقييم فاعلية برنامج تدريبي لتحسين جودة الحياة لدى أمم الأطفال المعاقين عقلياً بناء على أسلوب جلاسر. وتقسم عينة الدراسة من (60) من أمم الأطفال المعاقين عقلياً، وتم تقسيم عينة الدراسة عشوائياً إلى مجموعتين مجموعة ضابطة ومتكون من (30) من الأمهات وأخرى تجريبية ومتكون من (30) من الأمهات، كما و تم استخدام مقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية والذي يتكون من (26) بند وقيس النسبة، والتفاعليات الاجتماعية، بالإضافة للصحة البدنية، وأظهرت نتائج الدراسة أن أسلوب جلاسر كان له أثر فعال في تحسين جودة الحياة لدى أمم الأطفال المعاقين عقلياً.

هدفت دراسة شاهور وآخرون (2013) إلى الكشف عن فاعلية برنامج تدريبي معرفي سلوكى لتحسين الصحة النفسية وجودة الحياة لدى أمم الأطفال المعاصرين بالتوجد، وتكونت عينة الدراسة من جميع أمم أطفال التوحد في مدينة بندر آزاد، واستخدم الباحث في هذه الدراسة المنهج الوصفي.
المنهج شبّة التجربي لمجموعة واحدة تجريبية بدون وجود مجموعة ضابطة مع إجراء القياس القبلي ثم تطبيق البرنامج المعرفي السلوكى من خلال (12) جلسة تدريبية، ثم إجراء القياس البعدى. استخدم الباحث مقياس جودة الحياة من اعداد أولسون (1992)، ومقياس الصحة العامة من اعداد جولدبيرج (Goldberg,1999). أظهرت النتائج أن البرنامج المعرفي السلوكى كان له أثر دال على الصحة النفسية وجودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

المحور الثاني: دراسات تناولت برامج لخفض الضغوط النفسية لدى أمهات المعاقين علاجياً

هدفت دراسة فاطمة أبو رمان (2005) إلى التعرف على فاعلية برنامج ارشادي جمعي مستند إلى النظرية المعرفية السلوكية في خفض الضغوط النفسية وتعديل الأفكار السلبية الاقتلاعية لدى عينة من أمّات الأطفال المعاقين واللواتي بلغ عددهن (33) أمّا. تم تقسيمهم بشكل متساوي إلى مجموعتين واحدة تجريبية وأخرى ضابطة. طبق على المشاركين في الدراسة مقياسين وهما: مقياس الضغوط النفسية، ومقياس المعتقدات الاقتلاعية واللاعقلانية قبل تقديم البرنامج الإرشادي وبعده، وأشارت النتائج إلى انخفاض الضغوط النفسية وتحسين المعتقدات الاقتلاعية لدى أمهات المجموعة التجريبية.

كما وهدفت دراسة منار مدانات (2008) إلى التعرف على فاعلية برنامج إرشادي جمعي في خفض الضغوط النفسية لدى أمّات الأطفال المعاقين بالشلل الدماغي في الأردن. تألقت عينة الدراسة من (60) أمّا تلقين البرنامج الإرشادي المستند إلى النظرية المعرفية السلوكية، ومجموعة ضابطة مؤلفة من (30) أمّا لم تلقين البرنامج الإرشادي. أشارت النتائج إلى فاعلية البرنامج الإرشادي في خفض مستوى الضغوط النفسية لدى أمّات المجموعة التجريبية وزيادة وعى الأمّات والحاجات النفسية للأطفال المعاقين بالشلل الدماغي.

كما وهدفت دراسة بندرى بن جابر (2008) إلى فحص فاعلية برنامج إرشادي يستند إلى النظرية المعرفية السلوكية في خفض الضغوط النفسية لدى عينة من أمّات الأطفال التوحديين في مدينة الرياض. وقد اشتمل البرنامج على تعليم مهارات حل المشكلات والاسترخاء والتحسين ضد التوتر ومهارات الاتصال ومهارة إعادة البناء. تألقت عينة الدراسة من (30) أمّا، ممن حصلوا على درجات متفقية على مقياس الضغوط واللوئاتي قام بتقسيمهم عشوائياً إلى مجموعتين إحداهما تجريبية تلقى البرنامج الإرشادي
وأخرى ضابطة لم تتكليك البرنامج الإرشادي. أظهرت النتائج إلى أن هناك فاعلية للبرنامج في خفض مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات المجموعة التجريبية.

وهدفت دراسة عبد الباقى أحمد وترشيد عمران (2011) إلى التعرف على فاعلية برنامج إرشاد جمعي في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعااقين عقبًا، وامتدت العينة على (40) أماً ممن يعانون من الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة، وطبق على العينة مقياس الضغوط النفسية، وأظهرت النتائج أنه تم خفض مستوى الضغوط النفسية لدى الأمهات.

تعقيب على الدراسات السابقة:


فرضية الدراسة:

1. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05 ≥ α) بين درجات القياس القبلي

ودرجات القياس البعدي في مستوى جودة الحياة لدى أفراد المجموعة التجريبية.

2. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تحسين جودة الحياة عند مستوى دلالة (0.05 ≥ α) بين أفراد المجموعة التجريبية وثاني أفراد (المجموعة الضابطة) في القياس البعدي.

3. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05 ≥ α) بين درجات القياس البعدي

ودرجات القياس التنبغي في مستوى جودة الحياة لدى أفراد المجموعة التجريبية.

4. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05 ≥ α) بين درجات القياس القبلي

ودرجات القياس البعدي في خفض مستوى الضغوط النفسية لدى أفراد المجموعة التجريبية.

5. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في خفض مستوى الضغوط النفسية عند مستوى دلالة (0.05 ≥ α) بين أفراد (المجموعة التجريبية) وبين أفراد (المجموعة الضابطة) في القياس البعدي.
لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (\( \alpha \geq 0.05 \)) بين درجات القياس بعدي ودرجات القياس التنبغفي في مستوى الضغوط النفسية لدى أفراد المجموعة التجريبية.

منهج وإجراءات الدراسة:

أولاً: منهج الدراسة: تتبع هذه الدراسة منهج التجريبي في تصميم تجريبي من مجموعتين إحداهما المجموعة التجريبية والأخرى المجموعة الضابطة حيث أن المتغير المستقل هو البرنامج الإرشادي والمتغيرات التابعة هي جودة الحياة والضغط النفسية.

ثانياً: عينة الدراسة:

تم اختيار عينة الدراسة بطريقة قصدية من الأمهات الذين أطفالهم معاقين عقلياً وذين حصلوا على درجات منخفضة في مستوى جودة الحياة وعدهم (٢٨) أمان، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين مجموعات تجريبية تكونت من (١٤) أم، ومجموعة ضابطة تكونت من (١٤) أم، وتم مجاورة أو تكافؤ بين المجموعتين في المتغيرات التالية (عمر الأب، عمر الأم، الخصائص التعليمية وعملية للأب والأم، مستوى الدخل الشهري، عدد الأبناء في الأسرة، ترتيب الطفل المعاق، عدد الأبناء المعاقين، نوع الطفل المعاق، عمر الطفل المعاق)، وأيضاً التجانس والتكافؤ في جودة الحياة والضغط النفسية ويتضح ذلك من خلال التالي:

التكافؤ بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في المتغيرات الديموغرافية:

جدول رقم (1)

<table>
<thead>
<tr>
<th>الدالة الإحصائية</th>
<th>كم مربع</th>
<th>المجموعة التجريبية</th>
<th>المجموعة الضابطة</th>
<th>الفئة</th>
<th>المتغير</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>عدد %</td>
<td>عدد %</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>// .115</td>
<td>5.932</td>
<td>63.6%</td>
<td>36.4%</td>
<td>4</td>
<td>25 - 30</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>57.1%</td>
<td>42.9%</td>
<td>3</td>
<td>30 - 35</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>50.0%</td>
<td>50.0%</td>
<td>2</td>
<td>35 - 40</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>0.0%</td>
<td>100.0%</td>
<td>5</td>
<td>سنة أكثر</td>
</tr>
<tr>
<td>// .703</td>
<td>1.409</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>66.7%</td>
<td>33.3%</td>
<td>2</td>
<td>30 - 35</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>50.0%</td>
<td>50.0%</td>
<td>3</td>
<td>35 - 45</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>44.4%</td>
<td>55.6%</td>
<td>5</td>
<td>45 - 50</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>33.3%</td>
<td>66.7%</td>
<td>4</td>
<td>سنة أكثر</td>
</tr>
</tbody>
</table>

الخصائص الديموغرافية بين أفراد المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية حسب المتغيرات الديموغرافية لأمهات الأطفال المعايقين عقلياً.
<table>
<thead>
<tr>
<th>الحالة التعليمية للأم</th>
<th>النسبة</th>
<th>عدد الأطفال</th>
<th>العدد</th>
<th>100.0%</th>
<th>1</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>إعدادي – إعدادي</td>
<td>14.3%</td>
<td>1</td>
<td>54.5%</td>
<td>6</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>ثانوية عامة</td>
<td>60.0%</td>
<td>9</td>
<td>30.8%</td>
<td>4</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>مؤهل جامعي</td>
<td>25.8%</td>
<td>3</td>
<td>66.7%</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>النتائج الوفرة</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>100.0%</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>الحالة التعليمية للأب</th>
<th>النسبة</th>
<th>عدد الأطفال</th>
<th>العدد</th>
<th>100.0%</th>
<th>1</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>إعدادي – إعدادي</td>
<td>14.3%</td>
<td>1</td>
<td>54.5%</td>
<td>6</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>ثانوية عامة</td>
<td>60.0%</td>
<td>9</td>
<td>30.8%</td>
<td>4</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>مؤهل جامعي</td>
<td>25.8%</td>
<td>3</td>
<td>66.7%</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>الحالة المهنية للأم</th>
<th>النسبة</th>
<th>عدد الأطفال</th>
<th>العدد</th>
<th>100.0%</th>
<th>1</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>تعمل</td>
<td>50.0%</td>
<td>13</td>
<td>50.0%</td>
<td>13</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>لا تعمل</td>
<td>50.0%</td>
<td>4</td>
<td>50.0%</td>
<td>4</td>
<td>4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>الحالة المهنية للأب</th>
<th>النسبة</th>
<th>عدد الأطفال</th>
<th>العدد</th>
<th>100.0%</th>
<th>1</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>تعمل</td>
<td>50.0%</td>
<td>13</td>
<td>50.0%</td>
<td>13</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>لا تعمل</td>
<td>50.0%</td>
<td>4</td>
<td>50.0%</td>
<td>4</td>
<td>4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>الدخل الشهري للأسرة</th>
<th>النسبة</th>
<th>عدد الأطفال</th>
<th>العدد</th>
<th>100.0%</th>
<th>1</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>أقل من 1000 نطاق</td>
<td>14.3%</td>
<td>1</td>
<td>85.7%</td>
<td>6</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>من 1000 - 2000 نطاق</td>
<td>60.0%</td>
<td>9</td>
<td>30.8%</td>
<td>4</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>من 2000 - 3000 نطاق</td>
<td>25.8%</td>
<td>3</td>
<td>66.7%</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>3000 نطاق فما أكثر</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>100.0%</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>عدد الأطفال</th>
<th>النسبة</th>
<th>عدّة الأطفال</th>
<th>العدد</th>
<th>100.0%</th>
<th>1</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>واحد</td>
<td>100.0%</td>
<td>1</td>
<td>50.0%</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>اثنين</td>
<td>66.7%</td>
<td>2</td>
<td>33.3%</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>ثلاثة</td>
<td>100.0%</td>
<td>3</td>
<td>0.0%</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>أربعة فأكثر</td>
<td>38.1%</td>
<td>8</td>
<td>61.9%</td>
<td>13</td>
<td>13</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>ترتيب الطفل المعاق بين أبنائه</th>
<th>النسبة</th>
<th>عدد الأطفال</th>
<th>العدد</th>
<th>100.0%</th>
<th>1</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>الأول</td>
<td>50.0%</td>
<td>3</td>
<td>50.0%</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>الثاني</td>
<td>71.4%</td>
<td>5</td>
<td>28.6%</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>الثالث</td>
<td>40.0%</td>
<td>2</td>
<td>60.0%</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>الأخر</td>
<td>28.6%</td>
<td>2</td>
<td>71.4%</td>
<td>5</td>
<td>5</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>عدد الأطفال المعاقين في الأسرة</th>
<th>النسبة</th>
<th>عدد الأطفال</th>
<th>العدد</th>
<th>100.0%</th>
<th>1</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>واحد</td>
<td>57.9%</td>
<td>11</td>
<td>42.1%</td>
<td>8</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>اثنين فأكثر</td>
<td>25.0%</td>
<td>2</td>
<td>75.0%</td>
<td>6</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>آخر</td>
<td>75.0%</td>
<td>3</td>
<td>25.0%</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>أثناي</td>
<td>43.5%</td>
<td>10</td>
<td>56.5%</td>
<td>13</td>
<td>13</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>نوع الطفل المعاق</th>
<th>النسبة</th>
<th>عدد الأطفال</th>
<th>العدد</th>
<th>100.0%</th>
<th>1</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>عمر الطفل المعاق</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>أقل من 6 سنوات</td>
<td>30.0%</td>
<td>3</td>
<td>70.0%</td>
<td>7</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>6 سنوات - 9 سنوات</td>
<td>75.0%</td>
<td>6</td>
<td>25.0%</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>9 سنوات - 14 سنة</td>
<td>44.4%</td>
<td>4</td>
<td>55.6%</td>
<td>5</td>
<td>5</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* دالة إحصائيات عند 0.01 ** دالة إحصائيات عند 0.05

أظهرت النتائج عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالات إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية وبين أفراد المجموعة الضابطة في المتغيرات الديموغرافية التالية (عمر الأب، عمر الأم، الخصائص التعليمية والعملية للأم والأب، مستوى الدخل الشهري، عدد الأبناء في الأسرة، ترتيب الطفل المعاق، نوع الطفل المعاق، عمر الطفل المعاق).
عدد الأبناء المعاقين، نوع الطفل المعاق، عمر الطفل المعاق)، وهذا يدل على وجود تجانس وتكافؤ بين أفراد المجموعة التجريبية وبين أفراد المجموعة الضابطة في المتغيرات الديموغرافية.

ثالثًا: أدوات الدراسة:

أولاً: مقياس جودة الحياة لأمهات المعاقين عقلياً:

يعرض الباحث في هذا الجزء الأدوات التي استخدمها لجمع البيانات والتي ساعدت في تحقيق أهداف الدراسة وبين الوصف والتصحيح والخصائص السيكومترية، وللتحقيق من صحة فروض الدراسة قام الباحث باستخدام الأدوات التالية:

1. مقياس جودة الحياة لأمهات الأطفال المعاقين عقلياً (من اعداد الباحث).

2. برنامج ارشادي نفسي ديني لتحسين جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً (من اعداد الباحث).

3. مقياس الضغوط النفسية (اعداد عبد العزيز الشخص وزيدان السرطاوي، 1998).

4. استمارة المستوى الاجتماعي الثقافي الاقتصادي للامرأة (من اعداد الباحث).

أولاً: مقياس جودة الحياة: اعداد الباحث (ملحق رقم)

قام الباحث بإعداد مقياس جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً بعد الاطلاع على الأدوات المتعلقة بالدراسة الحالية، وذلك من خلال الاطلاع على مقياس مركز الشاطئ لجودة الحياة الأسرية (Park et al., 2003) Center Family Quality of Life Scale، أما المقياس الثاني هو مسح جودة الحياة الأسرية(Family Quality of Life Survey) والذى تم تطويره بواسطة فريق دولي من الباحثين ويستخدم بشكل متزايد مع أسر الأشخاص المعاقين عقلياً والإعاقات التطورية الأخرى

(I. Brown et al., 2006; Isaacs et al. 2007)

كما اعتمد الباحث على العديد من الدراسات التي تعلقت بالبرامج الإرشادية لتحسين جودة الحياة، والوجودة في الدراسات السابقة. ويتكون مقياس جودة الحياة في صورته الأولية من (121) فقرة، وبعد التحكم بقي المقياس يتكون من (99) فقرة، ويحتوي المقياس على سبعة مجالات وهي (جودة الحياة الصحية، وجودة الحياة النفسية، وجودة إدارة الوقت، وجودة الحياة الدينية، والمساندة الاجتماعية، والرضا عن الحياة،
والصحة النفسية) وهي تتضمن عدة مستويات من جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المعاقين علبياً. وتمعملياً التصحيح لعبارات المقياس من خلال قيام المفعولب بقراءة العبارة، ثم يدور إجابته في الجزء المخصص، بعد ذلك يقوم المفعولب بوضع إشارة (x) تحت الخيار الذي يناسبه أمام العبارة، والتي تمثل واحدة من خمس مستويات (أبداً، قليلاً جداً، إلى حد ما، كثيراً جداً)، فإذا أجاب (أبداً) يحصل على صفر درجة أي لا درجة، وإذا أجاب (قليلاً جداً) يحصل على درجة واحدة، وإذا أجاب (إلى حد ما) يحصل على درجتين، وإذا أجاب (كثيراً جداً) يحصل على أربع درجات، وبالتالي تتراوح درجات هذا المقياس من (صفر) درجة وحتى (396) درجة، حيث يشير ارتفاع الدرجة إلى ارتفاع مستوى جودة الحياة، وانخفاضها إلى انخفاض جودة الحياة، وقد توزعت فترات المقياس على سبعة أبعاد تمثل جميعها جودة الحياة.

أما فيما يتعلق بصدور وثبات مقياس الضغوط قام الباحث باستخراج صدق البناء للفترات ومعاملات الثبات للأبعاد الفرعية للاستبان عن طريق تطبيقه على كل أفراد العينة وقد بلغت معاملات الثبات باستخدام معادلة ألفا كرونباخ للأبعاد الفرعية (0.853)، (0.912)، (0.50)، (0.680)، (0.634)، (0.925)، (0.734) على التوالي وهي معاملات مناسبة وتسهم باستخدام الأدائه في البحث الحالي لقياس جودة الحياة.

ثانياً: مقياس الضغوط النفسية: قام بتصميمه عبد الخيزز الشخص وزيدان السرطاني (1998) ويشمل هذا المقياس على أربعة أبعاد وهي: المشكلات المعرفية والنفسية (13) فقرة، ومشاعر البأس والاحباط (13) فقرة، والتقبل الاجتماعي (5) فقرات، وعدم القدرة على تحمل أعباء الطفل المعاق علبياً (7) فقرات، أما فيما يتعلق بتصحيح المقياس فقد تم وفقاً لدرجة أهمية الضغوط بالنسبة لأمهات حيث تم تقدير مشكلاتها وفقاً لمقياس مكون من خمس مستويات (1-5) حيث يعني الرقم (5) درجة كبيرة جداً، ورقم (4) يعني بدرجة كبيرة، والرقم (3) يعني بدرجة متوسطة، والرقم (2) يعني بدرجة صغيرة، والرقم (1) يعني بدرجة صغيرة جداً. أما فيما يتعلق بصدق وثبات مقياس الضغوط قام الباحث باستخراج صدق البناء للفترات ومعاملات الثبات للأبعاد الفرعية للاستبان عن طريق تطبيقه على كل أفراد العينة وقد بلغت معاملات الثبات باستخدام معادلة ألفا كرونباخ
للأبعاد الفرعية (0.803، 0.811، و 0.790، و 0.774) على التوالي وهي معاملات مناسبة وتسمح
باستخدام الأداة في البحث الحالي لقياس جودة الحياة.

ثالثاً: البرنامج الإرشادي:

يعد هذا البرنامج من الأدوات الأساسية التي تم إعدادها لتحقيق أهداف الدراسة الحالية الأساسية وهو
برنامج مخطط منظم في ضوء الأسس العلمية النفسية والدينية لتقديم الخدمات الإرشادية لتحسين جودة
الحياة لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً.

الأهداف العامة للبرنامج

1. يهدف البرنامج الحالي إلى تحسين جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً.
2. إكساب الأمهات الاستراتيجيات السلوكية الإيجابية من خلال الإرشاد النفسي الجماعي والمساندة
الدينية والتمسك بالعبادات التي تساعد الأم في التمتع بالهدوء والاستقرار النفسي.

الأهداف الخاصة للبرنامج

1. تحسين جودة الحياة لدى الأمهات إلى القدر الذي يحقق التوافق الأسري والصحة النفسية للأسرة.
2. تزويد الأمهات بالمعلومات الدينية والأوراد والأذكار التي تساعد على الاستمرار في حالة
الطمأنينة والرضي بقدر الله عز وجل.
3. تزويد أمهات الأطفال المعاقين بالمعلومات اللازمة والتي تتعلق بمفهوم الإعاقة بشكل عام والإعاقة
العقلية بشكل خاص.
4. أن تتعلم أمهات الأطفال المعاقين على أسباب وخصائص الإعاقة العقلية.
5. أن تتعلم أمهات الأطفال المعاقين على الآثار السلبية المترتبة نتيجة إنكار الإعاقة وإهمال الطفل
المعاق وموقف الإسلام منها.
6. أن تتعلم أمهات المعاقين على مفهوم جودة الحياة وأبعادها ومظاهرها وأهميتها.
7. أن توفر الأمهات المفاهيم الدينية في التخفيف من الآثار السلبية للإعاقة.
8. إكساب الأمهات الرغبة في تحسين جودة الحياة لديهن وانعكاسات ذلك على تقبل الطفل المعاق.
9. أن تطبق الأمهات المناهج الإسلامي والممارسات الإسلامية في تحسين جودة الحياة.

10. تنمية الاتجاهات الإيجابية لدى الأمهات نحو الإرشاد النفسي والإرشاد الديني.

مكونات البرنامج:

يشتمل البرنامج على (21 جلسة) تتضمن فعاليات ارشادية جماعية بهدف تحسين جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المعاقين عفنياً. يستغرق زمن الجلسة الواحدة ساعة واحدة فقط. سيتم عقد البرنامج خلال عشر أسابيع بمعدل جلستين كل أسبوع.

في نهاية الجلسة الحادية والعشرون والأخيرة سيتم التطبيق البدني لمقياس جودة الحياة ثم تقييم البرنامج بشكل نهائي.

اللغة المستخدمة في البرنامج هي اللغة العربية السهلة مع تناول الأيات والأحاديث بالعربية الفصيح.

سيستخدم الباحث العديد من الفئات التي تساعد على تحقيق أهداف البرنامج ومن هذه الفئات: المحاضرة، المناقشة الجماعية، النمذجة، والتعزيز، وتبادل الأدوار، ومجموعات العمل، والواجبات البيئية، والممارسة العملية لبعض الأعمال الدينية بالإضافة إلى الاسترخاء. أما بالنسبة لموضوعات جلسات البرنامج فهي: تمهيد وتعارف، التعبير عن المشاعر، الإعاقة العقلية، أساليب التعامل مع الطفل المعاق عفنياً، الوصول إلى المعلومات والخدمات، جودة الحياة، جودة الحياة من منظور إسلامي، الثقافة النفسية، المساندة الاجتماعية، الصلاحية النفسية، اتخاذ القرار، حل المشكلات، تبادل أدوار، إدارة الوقت، الصبر والرضا بالقدر، قراءة القرآن، الاسترخاء، ذكر الله، إقامة الصلاة، الدعاء، ونشاط تروحي وختم.

إجراءات تطبيق البرنامج:

1. يجري اختيار قليلي على أفراد العينة من الأمهات ككل (المجموعة الضابطة، والمجموعة التجريبية) وذلك قبل إدخال المتغير المستقل (البرنامج الارشادي).

2. يطبق البرنامج الارشادي على أفراد المجموعة التجريبية فقط.
3. يجري اختبار بعدي على أفراد المجموعة التجريبية، وذلك للتفحص على تأثير البرنامج على المجموعة التجريبية.

4. يحسب الفرق بين القياس القبلي والقياس البعدي لأفراد المجموعة التجريبية، ثم تكتب دالة هذا الفرق احصائياً.

5. يحسب الفرق بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج ثم تختبر دالة هذا الفرق احصائياً.

6. بعد القياس البعدي بشهرين تطبق أدوات الدراسة مرة أخرى على أفراد العينة التجريبية (القياس التنبغي)، وذلك للتأكد من مدى التزام العينة بالبرنامج، ومدى فاعليته والاستفادة منه بالنسبة لهن.

رابعاً: أساليب المعالجة الإحصائية:

لمعالجة البيانات الإحصائية استخدم الباحث المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، واختبار "ت".

عرض النتائج وتفسيرها:

أولاً: نتائج الفرض الأول، والثاني، والثالث:

1. لا توجد فروق ذات دالة إحصائية عند مستوى دالة (0.05 α ≤ ) بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في مستوى جودة الحياة لدى أفراد المجموعة التجريبية.

2. لا توجد فروق ذات دالة إحصائية عند مستوى دالة (0.05 α < ) بين أفراد (المجموعة التجريبية) وبين أفراد (المجموعة الضابطة) في القياس البعدي.

3. لا توجد فروق ذات دالة إحصائية عند مستوى دالة (0.05 α > ) بين درجات القياس التنبغي ودرجات القياس البعدي في مستوى جودة الحياة لدى أفراد المجموعة التجريبية.

ب)
جدول رقم (2) نتائج الفرض الأول

<table>
<thead>
<tr>
<th>مستوىendlالدالة</th>
<th>قيمة ت</th>
<th>المجموعة التجريبية (ن=14)</th>
<th>المجموعة المختبرة (ن=14)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>ع</td>
<td>م</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>.001</strong></td>
<td>3.084</td>
<td>3.9</td>
<td>40.8</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>.001</strong></td>
<td>3.503</td>
<td>9.0</td>
<td>43.5</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>.001</strong></td>
<td>3.227</td>
<td>7.4</td>
<td>35.1</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>.005</strong></td>
<td>2.346</td>
<td>6.1</td>
<td>49.1</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>.001</strong></td>
<td>5.220</td>
<td>8.8</td>
<td>31.6</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>.005</strong></td>
<td>3.440</td>
<td>8.4</td>
<td>53.5</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>.001</strong></td>
<td>2.643</td>
<td>8.1</td>
<td>35.9</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>.001</strong></td>
<td>5.361</td>
<td>38.0</td>
<td>289.5</td>
</tr>
</tbody>
</table>

بезاعدة عن إحصائيًا * دالة عند 0.05 ** دالة عند 0.01

جدول رقم (3) نتائج الفرض الثاني

<table>
<thead>
<tr>
<th>مستوىendlالدالة</th>
<th>قيمة T</th>
<th>المجموعة التجريبية (ن=14)</th>
<th>المجموعة المختبرة (ن=14)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>ع</td>
<td>م</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>.002</strong></td>
<td>-3.625</td>
<td>3.9</td>
<td>40.8</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>.001</strong></td>
<td>-3.384</td>
<td>9.0</td>
<td>43.5</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>.396</strong></td>
<td>-0.864</td>
<td>7.4</td>
<td>35.1</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>.005</strong></td>
<td>-2.215</td>
<td>6.1</td>
<td>49.1</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>.002</strong></td>
<td>-3.617</td>
<td>8.8</td>
<td>31.6</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>.002</strong></td>
<td>-3.469</td>
<td>8.4</td>
<td>53.5</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>.002</strong></td>
<td>-2.524</td>
<td>8.1</td>
<td>35.9</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>.005</strong></td>
<td>-3.110</td>
<td>38.0</td>
<td>289.5</td>
</tr>
</tbody>
</table>

بезاعدة عن إحصائيًا * دالة عند 0.05 ** دالة عند 0.01

جدول رقم (4) نتائج الفرض الثالث

<table>
<thead>
<tr>
<th>مستوىendlالدالة</th>
<th>قيمة T</th>
<th>المجموعة التجريبية</th>
<th>المجموعة المختبرة</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>القياس البدني</td>
<td>القياس التنسيبي</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>ع</td>
<td>م</td>
</tr>
<tr>
<td>غير دالة</td>
<td>-0.312</td>
<td>4.3</td>
<td>40.3</td>
</tr>
<tr>
<td>غير دالة</td>
<td>-0.237</td>
<td>8.2</td>
<td>44.3</td>
</tr>
<tr>
<td>غير دالة</td>
<td>-0.034</td>
<td>7.5</td>
<td>35.0</td>
</tr>
<tr>
<td>غير دالة</td>
<td>-0.300</td>
<td>5.8</td>
<td>48.4</td>
</tr>
<tr>
<td>غير دالة</td>
<td>-0.144</td>
<td>8.8</td>
<td>32.1</td>
</tr>
<tr>
<td>غير دالة</td>
<td>-0.123</td>
<td>8.2</td>
<td>53.1</td>
</tr>
<tr>
<td>غير دالة</td>
<td>-0.096</td>
<td>7.8</td>
<td>35.6</td>
</tr>
<tr>
<td>غير دالة</td>
<td>0.062</td>
<td>36.0</td>
<td>288.6</td>
</tr>
</tbody>
</table>

بезاعدة عن إحصائيًا * دالة عند 0.05 ** دالة عند 0.01
تشير نتائج الفرض الأول والثاني على الانتقادات إلى أن هذه الفروض من حيث فاعلية إجراءات البرنامج في تحسين جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المعافين عقلياً، وكما يتضح تحسن درجات أمهات المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس جودة الحياة بين القياس الافتراضي والتجربي لصالح القياس البعدي، كما كانت هناك فرق دالة إحصائياً على أبعاد مقياس جودة الحياة بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية، كما لا يوجد فرق دالة إحصائياً على أبعاد مقياس جودة الحياة للمجموعة التجريبية على القياس البعدي والقياس التتبعي للبرنامج مما يؤيد فاعلية البرنامج في تحسين جودة الحياة لدى الأمهات المشاركات بالبرنامج. ويفيد ذلك مع نتائج الدراسات السابقة في إمكانية خفض الضغوط النفسية من خلال البرامج الإرشادية مثل دراسة محمد أحمد نصر (2007)، ودراسة (Shahbour et al., 2013) ودراسة حجازي وأخرون (2013).

ويذكر الباحث هذه النتائج في ضوء الأثر الإيجابي الذي تحدثه التدخلات والمعالجة الإرشادية المنظمة تخطيطاً وتنفيذًا، وتقييمها في مساعدة أعضاء المجموعة الإرشادية في تحسين جودة الحياة من خلال تنمية الممارسات السلوكية الصحية السليمة، وتنمية الشعور بالسعة والأمل والتفاؤل، والتغلب على مشاعر الخوف والأرق بالإضافة إلى اتخاذ القرارات السليمة، وتنمية القدرة على إدارة وتنظيم أوقات التفرغ واستغلالها في الأشياء المفيدة، والقيام بالأنشطة الاجتماعية والترويج عن النفس، وتمتع الأمهات بحالة دينية وإيمانية وروحانية من خلال المحافظة على الصلاة، وقراءة القرآن، وذكر الله، والاستغفار، والتوبة، والصبر على المحن، وتنمية الأمهات لأساليب وممارسات جديدة للحصول على الدعم المعلوماتي فيما يتعلق بإطالة المواعيد عقلياً، وكتساب الأمهات لمهارات إدارة الوقت بالإضافة إلى الدعم والموارد والمساعدة من قبل الأسرة والأقارب والجيران والأصدقاء والمجتمع المؤسسات الاجتماعية، وتنمية شعور الأمهات بالرضا عن أنفسهن وعلى الأطراف ورواية عن خدمات التأهيل المقدمة لأطفالهن المعافين، وتنمية قدراتها على مواجهة وإدراك وتحسين الضغوط الناتجة عن الإعاقة وذلك من خلال مقدرةهن على التحكم وضبط انفعالاتهن، والالتزام باتجاه أنفسهن واتجاه الآخرين، واعتراب التغيير بقدر الطفل المعاق كفرصة لنمو الذات وليس تهديداً للذات. كما يقدر الباحث هذه النتائج في ضوء اعتماد البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة على الإرشاد النفسي الديني الذي يتمثل ممارسة إرشادية تساعد في تحقيق الأهداف الإرشادية
تؤكد هذه النتائج إلى كفاءة وفعالية البرنامج الإرشادي الحالي في استخدام فئات متعددة منها فئات فنية، ومنها فئات معرفية ومنها فئات دينية، وأيضاً إلى فعالية أساليب الإرشادي الجماعي المستخدمة والتي تشعر الأعضاء بالانتماء والأهمية والقيمة الشخصية والاجتماعية وإتاحة الفرصة لتعلم أنماط سلوكيّة جديدة وأساليب حل المشكلات وتفريغ المشاعر والانفعالات وتربية الثقة بالنفس وفي الأخر بين المساعدة الاجتماعية ومواجهة الضغوط بشكل مباشر وإيجابي وفعال، وتتعلم مهارات التواصل الإيجابي مع الآخرين وتكوين العلاقات وتحقيق التوافق النفسي الاجتماعي من خلال التأثير والتأثير المتبايد بين الأعضاء.

كما يرى الباحث أن فئة الواجب المنزلي واستمرار تقديم البرنامج لعبت دوراً كبيراً في تحسين جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المعاقين عقليةً، كما أثنت أمام الواجبات المنزلية، امتداد البرنامج وجعله جزءاً من حياة أفراد المجموعة التجريبية من خلال تضمنه لأنشطة معنوية ومشاعر إيجابية، وسلاسة ودينية مارستها الأمهات بعد انتهاء البرنامج.

ثانياً: نتائج الفرض الرابع والخامس والسادس:

1. لا توجد فروق ذات دلالّة إحصائيّة عند مستوى دلالّة (0.05 ≥ α) بين درجات القياس الشهري ودرجات القياس البعدي لخفض مستوى الضغوط النفسية لدى أفراد المجموعة التجريبية.

2. لا توجد فروق ذات دلالّة إحصائيّة في خفض مستوى الضغوط النفسية عند مستوى دلالّة (0.05 ≥ α) بين أفراد (المجموعة التجريبية) وبين أفراد (المجموعة الضابطة) في القياس البعدي.

3. لا توجد فروق ذات دلالّة إحصائيّة عند مستوى دلالّة (0.05 ≥ α) بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التنبيهي في مستوى الضغوط النفسية لدى أفراد المجموعة التجريبية.
جدول رقم (5): نتائج الفرض الرابع

<table>
<thead>
<tr>
<th>مستوى الدلالة</th>
<th>قيمة ت</th>
<th>القياس القياسي</th>
<th>القياس الثاني</th>
<th>الضغوط النفسية</th>
<th>المعاينة النفسية والعقلية للأم</th>
<th>مشاعر البالس والإحباط</th>
<th>التقبل الاجتماعي</th>
<th>عدم القدرة على تحمل الأعباء</th>
<th>الدرجة الكلية للضغط النفسية</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>**.001</td>
<td>9.1</td>
<td>1.9</td>
<td>9.4</td>
<td>3.8</td>
<td>20.1</td>
<td>15.3</td>
<td>18.7</td>
<td>13.1</td>
<td>67.2</td>
</tr>
<tr>
<td>**.001</td>
<td>6.5</td>
<td>1.5</td>
<td>8.6</td>
<td>3.4</td>
<td>15.3</td>
<td>11.2</td>
<td>16.7</td>
<td>12.1</td>
<td>62.0</td>
</tr>
<tr>
<td>**.001</td>
<td>4.76</td>
<td>2.9</td>
<td>10.5</td>
<td>5.5</td>
<td>18.7</td>
<td>13.1</td>
<td>16.7</td>
<td>11.1</td>
<td>61.4</td>
</tr>
<tr>
<td>**.001</td>
<td>5.23</td>
<td>1.7</td>
<td>8.1</td>
<td>3.0</td>
<td>13.1</td>
<td>10.2</td>
<td>15.3</td>
<td>9.9</td>
<td>60.7</td>
</tr>
<tr>
<td>**.001</td>
<td>30.5</td>
<td>5.7</td>
<td>36.7</td>
<td>10.2</td>
<td>67.2</td>
<td>55.6</td>
<td>55.6</td>
<td>49.5</td>
<td>55.6</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* دالة عند 0.01 ** دالة عند 0.05

// غير دالة إحصائياً

جدول (6) نتائج الفرض الخامس

<table>
<thead>
<tr>
<th>مستوى الدلالة</th>
<th>قيمة T</th>
<th>المجموعة التجريبية (n=14)</th>
<th>المجموعة الضابطة (n=14)</th>
<th>المجموعة المتغير</th>
<th>المعاينة النفسية والعقلية للأم</th>
<th>مشاعر البالس والإحباط</th>
<th>التقبل الاجتماعي</th>
<th>عدم القدرة على تحمل الأعباء</th>
<th>الدرجة الكلية للضغط النفسية</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>**.001</td>
<td>-10.6</td>
<td>1.9</td>
<td>9.4</td>
<td>3.1</td>
<td>20.2</td>
<td>16.7</td>
<td>18.3</td>
<td>13.5</td>
<td>68.7</td>
</tr>
<tr>
<td>**.001</td>
<td>-6.4</td>
<td>1.5</td>
<td>8.6</td>
<td>4.3</td>
<td>16.7</td>
<td>11.2</td>
<td>15.3</td>
<td>11.1</td>
<td>67.2</td>
</tr>
<tr>
<td>**.001</td>
<td>-5.2</td>
<td>2.9</td>
<td>10.5</td>
<td>4.6</td>
<td>18.3</td>
<td>13.1</td>
<td>16.7</td>
<td>11.1</td>
<td>66.7</td>
</tr>
<tr>
<td>**.001</td>
<td>-5.8</td>
<td>1.7</td>
<td>8.1</td>
<td>2.9</td>
<td>13.5</td>
<td>12.4</td>
<td>15.3</td>
<td>9.9</td>
<td>66.7</td>
</tr>
<tr>
<td>**.001</td>
<td>-8.46</td>
<td>5.7</td>
<td>36.7</td>
<td>12.4</td>
<td>68.7</td>
<td>55.6</td>
<td>55.6</td>
<td>49.5</td>
<td>55.6</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* دالة عند 0.01 ** دالة عند 0.05

// غير دالة إحصائياً

جدول رقم (7): نتائج الفرض السادس

<table>
<thead>
<tr>
<th>مستوى الدلالة</th>
<th>قيمة T</th>
<th>القياس النتيجي</th>
<th>القياس البالس</th>
<th>السلوك العدواني</th>
<th>المعاينة النفسية والعقلية للأم</th>
<th>مشاعر البالس والإحباط</th>
<th>التقبل الاجتماعي</th>
<th>عدم القدرة على تحمل الأعباء</th>
<th>الدرجة الكلية للضغط النفسية</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>غير دالة</td>
<td>-0.2</td>
<td>1.6</td>
<td>9.2</td>
<td>1.9</td>
<td>9.4</td>
<td>8.6</td>
<td>10.5</td>
<td>8.1</td>
<td>36.7</td>
</tr>
<tr>
<td>غير دالة</td>
<td>-0.3</td>
<td>1.2</td>
<td>8.3</td>
<td>1.5</td>
<td>8.6</td>
<td>9.2</td>
<td>10.5</td>
<td>8.1</td>
<td>36.7</td>
</tr>
<tr>
<td>غير دالة</td>
<td>-0.4</td>
<td>2.6</td>
<td>10.1</td>
<td>2.9</td>
<td>10.5</td>
<td>10.1</td>
<td>10.5</td>
<td>8.1</td>
<td>36.7</td>
</tr>
<tr>
<td>غير دالة</td>
<td>-0.2</td>
<td>1.9</td>
<td>7.9</td>
<td>1.7</td>
<td>8.1</td>
<td>9.2</td>
<td>10.5</td>
<td>8.1</td>
<td>36.7</td>
</tr>
<tr>
<td>غير دالة</td>
<td>-0.9</td>
<td>4.9</td>
<td>35.8</td>
<td>5.7</td>
<td>36.7</td>
<td>5.7</td>
<td>10.5</td>
<td>8.1</td>
<td>36.7</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* دالة عند 0.01 ** دالة عند 0.05

// غير دالة إحصائياً

تشير نتائج الفرض الرابع والخامس والسادس إلى تحقيق هذه الفروض من حيث فاعلية إجراءات البرنامج في خفض مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقباً، وكما يتضح بحسن درجات أمهات المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس الضغوط النفسية بين القياس القياسي والباقي لصالح القياس البالس، كما كانت هناك فرق دالة إحصائياً على أبعاد مقياس الضغوط النفسية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البالس لصالح المجموعة التجريبية، كما لا يوجد فروق دالة إحصائياً على أبعاد مقياس الضغوط النفسية للمجموعة التجريبية على القياس البالس والقياس التنبغيي للبرنامج مما يؤيد فاعلية البرنامج.

وي نفس الباحث هذه النتائج في ضوء الأثر الإيجابي للبرنامج الإرشادي النفسي الذي والذي عمل على توفير وتهيئة الجو النفسي الآمن وسهل لأعضاء المجموعة التجريبية الأقل من خلال العملية الإرشادية والمشاركة والتفاعل الإيجابي كما عمل على إعطاء مساحات نفسية واجتماعية لأعضاء المجموعة التجريبية لرؤية أنماط تفكيرهم وسلوكهم اللاعبين من زوايا متعددة ودعوهم للحكم على هذه التصرفات وتبقيهم ذاكرةً كما شاهم في تحديم وعي وقدرة أمهات المجموعة التجريبية على استشعار المفاهيم الدينية والأخلاقية التي تبذل الممارسات السلبية وتدعم للرفق والتسامح والمحبة والتعاون والسلام كما عمل على تنمية المساندة الشخصية والاجتماعية لدى أمهات المجموعة التجريبية من ناحية الفهم والاهتمام والمشاركة بجلسات البرنامج الإرشادي، وعلى تنمية مهارات التسامح والاستماع الناقد والتعامل مع الآخرين بأسلوب الحوار والمناقشة والإقناع والإقناع، والتحرك بإيجابية نحو الآخرين و نحو المواقف و نحو الأحداث خاصة نحو الطفل المعقق. كما ساعد البرنامج أمهات المجموعة التجريبية على تنمية الأفكار العقلانية والمشاعر والسلوكيات الإيجابية وتنمية المهارات الاجتماعية ومهارات مواجهة المواقف والأحداث الضاغطة والثقة بالنفس وإتخاذ القرارات وحل المشكلات بأساليب فعالة وأكثر إيجابية وتنمية الممارسات الإنسانية والاجتماعية والدينية والأخلاقية لتحل محل الممارسات السلبية وبالتالي أدى ذلك إلى المساعدة في خفض الضغوط النفسية لدى الأمهات. كما يرى الباحث أن فئة الواجب المنزلي واستمرار تقييم البرنامج لعبت دوراً كبيراً في تحسين جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً، كما أتاح الواجبات المنزلية بامتلاك البرنامج وجعله جزءاً من حياة أفراد المجموعة التجريبية من خلال تضمينها لأنشطة معرفية وانفعالية وسلوكية ودينية مارستها الأمهات بعد انتهاء البرنامج مما أتاح للأمهات فرصة لمواجهة الضغوط بشكل أفضل.
تصويتات الدراسة:

1. إقامة ندوات تدريبية تتعلق بالإعاقة العقلية وأهمية جودة الحياة لأمهات الأطفال المعاقين عقلياً.

2. التركيز على أهمية الرشاد النفسي الذي يحسن جودة الحياة لأمهات المعاقين عقلياً وأمهات المعايقين بشكل عام.

3. إشراك الأمهات في عملية التأهيل الشامل بالنسبة للطفل المعاق بحيث يصبح الأم عضواً أساسياً في فريق التأهيل.

4. تدريب الأمهات على مهارات تحسين المهارات الاجتماعية للطفل المعاق مما يحسن من سلوك الطفل وبالتالي ينبغي على جودة الحياة لدى الأمهات.

5. تسليط الضوء على أهمية طرح قضايا الإعاقة في الإعلام.

بحث مقتضبة:

1. برنامج ارشادي نفسي ديني لتحسين جودة الحياة لدى الأمهات كمدخل لخفض العنوان لدى أطفالهم المعاقين عقلياً.

2. برنامج ارشادي نفسي ديني لتحسين جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً كمدخل لتحسين استراتيجيات التعامل مع الضغوط.

3. برنامج ارشادي نفسي ديني لتحسين جودة الحياة لدى المعاقين سمعياً كمدخل لتحسين مهارات التواصل الاجتماعي لديهم.

قائمة المراجع:

- القرآن الكريم.
- أحمد الزبيدي و هشام الخطيب (1401). مبادئ التوجيه و الإرشاد النفسي، عمان، الدار العلمية الدولية للنشر و التوزيع و دار الثقافة للنشر و التوزيع، ط.1.


بTEDS الذات، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، بنها، جامعة الزقازيق.


عهد الباصي أحمد، وسلوى عثمان (2011). دور الإرشاد الوالدي في رعاية الأطفال المعاقين عقلياً، مجلة معاونات الطفلة، مركز إعاقة الطفلة، القاهرة، جامعة الأزهر، 2 ، (6)، ص 71-71.


فاطمة أبو رمان (2005). فاعلية برنامج إرشادي جامعي في خفض الضغوط النفسية وتعديلا الأفكار اللافتة لدى أمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في مدينة عمان، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الجامعة الهاشمية، الزرقاء، الأردن.


