"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.

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

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى فاعلية برنامج إرشادي نفسي ديني في تحسين جودة الحياة وأثر ذلك في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً. **المنهج:** استخدم الباحث المنهج التجريبي حيث البرنامج المعد وهو المتغير المستقل، وجودة الحياة والضغوط النفسية هي المتغيرات التابعة، ويتكون التصميم التجريبي من عينتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة، وتراوحت أعمار الأمهات من (٢٥-٤٠) سنة، **الأدوات:** استعان الباحث بأدوات هي: مقياس جودة الحياة لأمهات الأطفال المعاقين عقلياً (اعداد الباحث)، مقياس الضغوط النفسية لأمهات ذوي الاحتياجات الخاصة (اعداد عبد العزيز الشخص وزيدان السرطاوي، ١٩٩٨)، استمارة المستوى الاقتصادي والاجتماعي (اعداد الباحث)، والبرنامج الارشادي (اعداد الباحث). **النتائج:** أسفرت النتائج عن فاعلية البرنامج المستخدم في تحسين جودة الحياة لدى المجموعة التجريبية، وانخفاض الضغوط النفسية لديهم، وقد اتضح ذلك من خلال حساب الفروق بين درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج وفي القياس التتبعي، ومن خلال حساب الفروق بين كل من المجموعة التجريبية والضابطة.

مقدمة الدراسة:Introduction

ان انتظار ولادة طفل جديد في الأسرة ينظر إليه بابتهاج كبير وتوقع مستقبل للطفل ملئ بالسعادة والنجاح، ولكن هذا الشعور بالفرح والافراط في التوقعات ممكن أن يتغير عند ولادة طفل معاق، فالعائلة التي يولد فيها طفل معاق سوف تتغير بطريقة أو بأخري مما يجعلها تتعرض الي كثير من الضغوط و التي بدورها ستؤثر علي دينامية الحياة لدي هذه الأسرة.

إن أثر الإعاقة العقلية علي أولياء الأمور لاقت اهتماما كبيرا 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 مستوي الضغوط النفسية لدي أولياء الأمور له علاقة مباشرة بمسئوليات إنجاب الأطفال، والقلق علي مستقبل الطفل ومشاعر الانعزال أكثر من أولياء أمور الأطفال العاديين(Pisula,2007:277; Vermaes et al., 2008:665).

وتشتمل ردود أفعال الوالدين على الصدمة، وعدم الإيمان بأن الطفل معاق، والشعور بالذنب، والحزن، والرفض، والخجل، والإنكار، والشعور باليأس، كما أن بعضهم يعيشوا فترات من الألم والقلق واليأس والعجز واللامبالاة والغضب والاكتئاب والمرارة، بالإضافة إلى أن ردود فعل الوالدين تتأثر بالحالة الاقتصادية، وسمات الشخصية، والاستقرار الزواجي (Vijesh & Sukumaran, 2007).

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

وعرف بارك (Park et al., 2003) جودة حياة الأسرة بأنها الدرجة التي يصبح عندها أسر الأشخاص المعاقين قادرين علي تحقيق احتياجاتهم الأساسية، والاستمتاع بالأوقات التي يقضونها مع بعضهم البعض، والاهتمام والمشاركة بالأنشطة الترفيهية، والاعتقاد السائد اليوم عالميا أن الأشخاص المعاقين وأسرهم وبغض النظر عن نوع الإعاقة، لهم الحق في الحياة بجودة عالية. وفي هذا الصدد أكد الباحثون أن إعاقة الطفل ممكن أن تؤثر إيجابيا علي جودة الحياة لدي الوالدين وذلك من خلال نمو مشاعر الحب والحنان

والصبر والتحمل والعلاقات الجيدة بينهم(Kausar et al., 2003)، بالإضافة إلي التغيرات الإيجابية في القيم الدينية والروحانية (Trute et al., 2007).

في المقابل الدراسات في مجال الصحة النفسية والطب والمجالات الإكلينيكية، أكدت وجود بعض المعيقات التي تعيق أسر الأطفال المعاقين من تحسين جودة الحياة لديهم مثل: زيادة الضغوط النفسية لدي الوالدين، والصعوبات المالية، بالإضافة إلي الصعوبات التي تتعلق بالوصول إلى والرضا عن الخدمات الاجتماعية المقدمة (Freedman et al., 2000).

ويمكن تبرير ما تعانيه الأم من ردود فعل سلبية اتجاه 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 الانسحاب أو الاستدماج الداخلي لمشاعره، لذا فإن إرشاد الوالدين وخاصة الأم ومساندتها 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 والإرشاد النفسي تحقيق التوافق، أي تناول السلوك المضطرب والبيئة الطبيعية والاجتماعية بالتغيير والتعديل حتي يحدث توازن بين الفرد وبيئته ويتطلب تحقيق هذا الهدف تنمية طاقات المسترشد، وإكسابه مهارات التعامل مع الموقف وخاصة المواقف الضاغطة، والنهوض بعملية اتخاذ القرار (حامد زهران ،1998: 41).

ومهما تحدثنا عن النظريات الإرشادية وإبداع أصحابها، وما يحمله المرشد من خبرات ومؤهلات علمية لا يصل مع عميله أو مع من يطلب منه المساعدة هو أو سواه إلا إذا اعتمد الدين كعنصر أساسي في عملية الإرشاد النفسي (أحمد الزبادي وهشام الخطيب، 2001: 5).

ويأتي الإرشاد النفسي الديني Religious Psychological Counseling كطريقة أجمع المرشدون علي اختلاف أديانهم سواء كانوا يهودا أو مسيحيين أو مسلمين، علي أنه إرشاد يقوم علي أسس ومفاهيم ومبادئ وأساليب دينية روحية أخلاقية، مقابل الإرشاد الدنيوي، الذي يقصد به بقية طرق الإرشاد النفسي التي تقوم علي أسس و مفاهيم و مبادئ و أساليب وضعها البشر (حامد زهران ، 1998: 346).

الله سبحانه خلق الإنسان وهو يعلم من خلق، قال تعالي : "أَلَا يَعْلَمُ مَنْ خَلَقَ وَهُوَ اللَّطِيفُ الْخَبِيرُ" (14) و قال تعالي : "الَّذِي خَلَقَنِي فَهُوَ يَهْدِينِ (78) وَالَّذِي هُوَ يُطْعِمُنِي وَيَسْقِينِ (79) وَإِذَا مَرِضْتُ فَهُوَ يَشْفِينِ"

(80) ، والله سبحانه وتعالي يعرف كيف يصير الإنسان سويا، ووضع لذلك القوانين السماوية، والله يعرف أسباب فساد الإنسان وانحراف سلوكه، وهو الذي يعرف طرق وقايته، وهو الذي طرق علاجه وصلاحه (أحمد الزبادي و هشام الخطيب ، 2001: 5).

مشكلة الدراسة وأسئلتها Study problem and Questions:

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

وهناك العديد من الدراسات التي أشارت وأوصت بضرورة تقديم برامج الدعم والمساندة لأمهات وأولياء أمور المعاقين من أجل تحسين جودة الحياة لديهم، وإلى ضرورة تزويد أمهات الأطفال المعاقين بالمعلومات اللازمة عن إعاقة الطفل بالإضافة إلى توفير الدعم المناسب للأمهات؛ وضرورة تركيز 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 بمفاهيم 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 تزويد أولياء الأمور بالبيانات الدينية، وأهمية الإيمان بالله والمعتقدات الدينية والدعاء(Poston & Turnbull, 2004).

لذلك تتحدد مشكلة الدراسة في التساؤلات التالية:

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

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

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

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

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

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

أهمية الدراسة: Study Significant

تكمن أهمية هذه الدراسة في النقاط التالية:

١. ترجع أهمية الدراسة كونها تتناول مفهوم جودة الحياة و تتناول 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 لدي الأسرة (Park et al., 2003).

٢. 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 (حامد زهران، 1998: 346).

٣. يمكن أن تفيد نتائج الدراسة الحالية في مجال علم النفسي الإكلينيكي والإرشاد النفسي والعلاجي و الديني للأفراد الذين يتعرضون باستمرار لأحداث سلبية ضاغطة تؤثر على أدائهم النفسي وتوافقهم المهني والاجتماعي والعائلي والتحصيلي ...الخ .

٤. يمكن أن تفيد نتائج الدراسة الحالية كل من المعالجين والمرشدين النفسيين عن طريق إمدادهم بالبيانات والمعلومات عن الخصائص النفسية بغرض الاستفادة منها في وضع البرامج الإرشادية الخاصة بمقاومة الضغوط على أساس ديني.

٥. تقدم الدراسة برنامجاً تدريبياً يعكس منظومة منهجية تشتمل على الأهداف والمحتوى والنشاطات والتقويم لتحسين جودة الحياة لدى أمهات المعاقين عقليا، كما تقدم الدراسة أدوات بحثية جديدة في البيئة الفلسطينية يمكن أن يستفيد منها باحثون جدد، وهذه الأدوات مثل: مقياس جودة الحياة.

٦. تبلغ نسبة الأطفال المعاقين عقليا حوالي (٣٣٩٠) معاق عقليا أي ما يقارب (١٥%) من مجموع الإعاقات، حيث أن هناك عدد كبير من الاحتياجات غير محقق سواء بالنسبة للطفل أو أسرة الطفل. فهناك ثمانية مؤسسات فقط متخصصة في الإعاقة العقلية تغطي فقط (٢٠%) من الأطفال المعاقين عقليا، وعدم كفاءة العاملين في هذا المجال، والصعوبات المالية والفقر والبطالة ونقص الإمكانيات بالإضافة إلى المشكلات السلوكية التي تصدر عن الطفل جميعها تشكل ضغوط نفسية على الأمهات وبالتالي تؤثر على جودة الحياة لديهن (الهيئة الفلسطينية المستقلة لحقوق المواطن،2001).

مصطلحات الدراسة: Study Terms

- **البرنامج الإرشادي النفسي الديني: Religious Psychological Counseling Program**

يعرف حامد زهران (1998) البرنامج الإرشادي بأنه برنامج مخطط ومنظم في ضوء أسس علمية لتقديم الخدمات الإرشادية المباشرة وغير المباشرة فرديا وجماعيا لجميع من تضمهم المؤسسة أو الجماعة بهدف مساعدتهم في تحقيق النمو السوي والقيام بالاختيار الواعي المتعقل ولتحقيق التوافق النفسي داخل الجماعة وخارجها (حامد زهران، 1998: 11).

ويعرف البرنامج الإرشادي بأنه "مجموعة من الخطوات المنظمة والقائمة على أسس علمية، تهدف إلى تقديم الخدمات لمساعدة الفرد أو الجماعات لفهم مشاكلهم والتوصل إلى حلول بشأنها، وتنمية مهاراتهم وقدراتهم لتحقيق النمو السوي في شتى مجالات حياتهم، ويتم في صورة جلسات منظمة في إطار علاقة متبادلة بين المرشد والمسترشد (شادية أحمد عبد الخالق، 2002: 87).

ويعرف أحمد علي الأميري (2004: 363) الإرشاد النفسي الديني على أنه مجموعة من الأساليب والمعارف والخدمات يقدمها أخصائيون في الإرشاد معتمدين على القرآن والسنة؛ بهدف تحقيق الصحة النفسية.

و يرى 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، ويقصد به مساعدة أمهات الأطفال المعاقين عقليا لاستخدام المعطيات الدينية من القرآن والسنة للوصول إلى حالة من السعادة والرضا والتوافق تسمح لهن بالقدرة على التغلب على المشكلات والضغوط الناجمة عن إعاقة أطفالهن بالقدر الذي يساعدهن على النجاح و تحقيق مستوى أفضل من جودة الحياة لديهن.

- **جودة الحياة: Quality of Life**

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

و تقاس جودة الحياة في هذه الدراسة بالدرجات التي يحصل عليها أمهات الأطفال المعاقين عقليا على مقياس جودة الحياة الخاص بذلك و الذي يشتمل على الأبعاد التالية: جودة الحالة الصحية، وجودة الحياة النفسية، وجودة إدارة الوقت، وجودة الحياة الدينية، والمساندة الاجتماعية، والرضا عن الحياة، والصلابة النفسية.

- **الضغوط النفسية: Psychological Stress**

"حالة يتعرض فيها الفرد لظروف أو مطالب تفرض 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 تنعكس في ردود الفعل الجسمية والسلوكية الناشئة عن التهديد الذي يدركه الفرد عندما يتعرض للمواقف والأحداث الضاغطة في البيئة المحيطة" (شوقية السمادوني، 1993)

- **أمهات الأطفال المعاقين عقلياً: Mothers of Children with Mental Retardation**

هم عينة من أمهات الأطفال المعاقين عقليا المسجلون والذين يتلقون خدمات التأهيل والتربية الخاصة في مركز لا تنسوني أبداً والتابع للمؤسسة السويدية للإغاثة الفردية في شمال قطاع غزة.

الدراسات السابقة: قسم الباحث الدراسات السابقة إلى محورين:

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

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

وهدفت دراسة حجازي وآخرون (2013) إلى تقويم فاعلية برنامج تدريبي لتحسين جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً بناء على أسلوب جلاسر Glasser Method. وتكونت عينة الدراسة من (60) من أمهات الأطفال المعاقين عقلياً، وتم تقسيم عينة الدراسة عشوائياً إلى مجموعتين مجموعة ضابطة وتتكون من (30) من الأمهات وأخرى تجريبية وتتكون من (30) من الأمهات، كما وتم استخدام مقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية والذي يتكون من (26) بند ويقيس الصحة الجسمية، والنفسية، والعلاقات الاجتماعية، بالإضافة للصحة البيئية، وأظهرت نتائج الدراسة أن أسلوب جلاسر كان له أثر فعال في تحسين جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً.

هدفت دراسة شاهبور وآخرون (Fariba et al., 2013) إلى الكشف عن فاعلية برنامج تدخل معرفي سلوكي لتحسين الصحة النفسية وجودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد، وتكونت عينة الدراسة من جميع أمهات أطفال التوحد ي مدينة بندر آزاد، واستخدم الباحث في هذه الدراسة المنهج الوصفي

والمنهج شبه التجريبي لمجموعة واحدة تجريبية بدون وجود مجموعة ضابطة مع إجراء القياس القبلي ثم تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي من خلال (12) جلسة تدريبية، ثم إجراء القياس البعدي. استخدم الباحث مقياس جودة الحياة من اعداد أولسون (Olsson, 1992)، ومقياس الصحة العامة من اعداد جولدبيرج (Goldberg,1999). أظهرت النتائج أن البرنامج المعرفي السلوكي كان له أثر دال علي الصحة النفسية وجودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

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

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 اللاعقلانية لدى عينة من أمهات الأطفال المعاقين واللواتي بلغ عددهن (33) أماً. تم تقسيمهن بشكل متساو إلى مجموعتين واحدة تجريبية وأخرى ضابطة. طبق على المشاركين في الدراسة مقياسين وهما: مقياس الضغوط النفسية، ومقياس المعتقدات العقلانية واللاعقلانية قبل تقديم البرنامج الإرشادي وبعده، وأشارت النتائج إلى انخفاض الضغوط النفسية وتحسن المعتقدات العقلانية لدى أمهات المجموعة التجريبية.

كما وهدفت دراسة منار مدانات (2008) إلى التعرف على فاعلية برنامج إرشادي جمعي في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالشلل الدماغي في الأردن. تألفت عينة الدراسة من (60) أماً تلقين البرنامج الإرشادي المستند إلى النظرية المعرفية السلوكية، ومجموعة ضابطة مؤلفة من (30) أماً لم يتلقين البرنامج الارشادي. أشارت النتائج إلى فاعلية البرنامج الإرشادي في خفض مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات المجموعة التجريبية وزيادة وعي الأمهات بالحاجات النفسية للأطفال المصابين بالشلل الدماغي.

كما وهدفت دراسة البندري بن جابر (2008) إلى فحص فاعلية برنامج إرشادي يستند إلى النظرية المعرفية السلوكية في خفض الضغوط النفسية لدى عينة من أمهات الأطفال التوحديين في مدينة الرياض. وقد اشتمل البرنامج على تعليم مهارات حل المشكلات والاسترخاء والتحصين ضد التوتر ومهارات الاتصال ومهارة إعادة البناء. تألفت عينة الدراسة من (30) أماً ممن حصلن على درجات مرتفعة على مقياس الضغوط، واللواتي قام بتقسيمهن عشوائياً إلى مجموعتين إحداهما تجريبية تلقت البرنامج الارشادي

وأخرى ضابطة لم تتلقى البرنامج الارشادي. أظهرت النتائج إلى أن هناك فاعلية للبرنامج في خفض مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات المجموعة التجريبية.

وهدفت دراسة عبد الباقي أحمد وسلوى عثمان (2011) إلى التعرف على فاعلية برنامج إرشاد جمعي في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً، واشتملت 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:

أيدت الدراسات فاعلية البرامج الارشادية في تحسين جودة الحياة لدى أمهات المعاقين مثل دراسة محمد أحمد نصر (2007)، ودراسة (Shahbour et al., 2013)، ودراسة حجازي وآخرون (2013).

أيدت نتائج الدراسات السابقة أهمية وفاعلية البرامج الارشادية في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات المعاقين مثل دراسة فاطمة أبو رمان (2005)، ودراسة منار مدانات (2008)، ودراسة البندري بن جابر (2008)، دراسة عبد الباقي أحمد وسلوى عثمان (2011).

فروض الدراسة:

١. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في مستوى جودة الحياة لدى أفراد المجموعة التجريبية .
٢. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تحسين جودة الحياة عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين أفراد (المجموعة التجريبية) وبين أفراد (المجموعة الضابطة) في القياس البعدي.
٣. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي في مستوى جودة الحياة لدى أفراد المجموعة التجريبية.
٤. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في خفض مستوى الضغوط النفسية لدى أفراد المجموعة التجريبية .
٥. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في خفض مستوى الضغوط النفسية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين أفراد (المجموعة التجريبية) وبين أفراد (المجموعة الضابطة) في القياس البعدي.

٦. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي في مستوى الضغوط النفسية لدى أفراد المجموعة التجريبية.

منهج وإجراءات الدراسة:

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

ثانياً: عينة الدراسة:

تم اختيار عينة الدراسة بطريقة قصدية من الأمهات الذين أطفالهم معاقين عقلياً والذين حصلوا على درجات منخفضة في مستوى جودة الحياة وعددهم (٢٨) أماً، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين مجموعة تجريبية تكونت من (١٤) أم، ومجموعة ضابطة تكونت من (١٤) أم، وتم مجانسة أو تكافؤ بين المجموعتين في المتغيرات التالية (عمر الأب، عمر الأم، الخصائص التعليمية والعملية 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 والضغوط النفسية ويتضح ذلك من خلال التالي:

التكافؤ بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في المتغيرات الديمغرافية:

جدول رقم (1)

الخصائص الديمغرافية بين أفراد المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية حسب المتغيرات الديمغرافية لأمهات الأطفال المعاقين عقلياً

المتغير	الفئة	المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية		مربع كاي	الدلالة الاحصائية
		عدد	%	عدد	%		
عمر الأم	25 - 30 *سنة	4	36.4%	7	63.6%	5.932	//.115
	30 - 35 *سنة	3	42.9%	4	57.1%		
	35 - 40 *سنة	2	50.0%	2	50.0%		
	40 *سنة فأكثر	5	100.0 %	0	0.0%		
عمر الأب	30 - 35 *سنة	2	33.3%	4	66.7%	1.409	//.703
	35 - 45 *سنة	3	50.0%	3	50.0%		
	45 - 50*سنة	5	55.6%	4	44.4%		
	50 *سنة فأكثر	4	66.7%	2	33.3%		

الحالة التعليمية للأم	امية	1	100.0 %	0	0.0%	**2.343**	**//.504**
	ابتدائي – اعدادي	5	45.5%	6	54.5%		
	ثانوية عامة	8	57.1%	6	42.9%		
	مؤهل جامعي	0	0.0%	1	100.0%		
الحالة التعليمية للأب	امي	1	100.0%	0	0.0%	**2.133**	**//0.545**
	ابتدائي – اعدادي	6	50.0%	6	50.0%		
	ثانوية عامة	2	33.3%	4	66.7%		
	مؤهل جامعي	5	62.5%	3	37.5%		
الحالة المهنية للأم	تعمل	1	100.0%	0	0.0%	**0.964**	**//0.326**
	لا تعمل	13	50.0%	13	50.0%		
الحالة المهنية للأب	تعمل	10	52.6%	9	47.4%	**0.016**	**//0.901**
	لا تعمل	4	50.0%	4	50.0%		
الدخل الشهري للأسرة	أقل من 1000 شيكل	6	85.7%	1	14.3%	**5.8**	**//0.122**
	من 1000 - 2000 شيكل	4	30.8%	9	69.2%		
	من 2000 - 3000 شيكل	2	66.7%	1	33.3%		
	3000 شيكل فأكثر	1	50.0%	1	50.0%		
عدد الأبناء	واحد	0	0.0%	0	0.0%	**4.493**	**//0.106**
	اثنين	1	33.3%	2	66.7%		
	ثلاثة	0	0.0%	3	100.0%		
	أربعة فأكثر	13	61.9%	8	38.1%		
ترتيب الطفل المعاق بين أخوته	الأول	3	50.0%	3	50.0%	**2.74**	**//0.434**
	الثاني	2	28.6%	5	71.4%		
	الثالث	3	60.0%	2	40.0%		
	الأخير	5	71.4%	2	28.6%		
عدد الأبناء المعاقين في الأسرة	واحد	8	42.1%	11	57.9%	**2.44**	**//0.118**
	اثنان فأكثر	6	75.0%	2	25.0%		
نوع الطفل المعاق	ذكر	1	25.0%	3	75.0%	**1.356**	**//0.244**
	أنثى	13	56.5%	10	43.5%		
عمر الطفل المعاق	اقل من 6 سنوات	7	70.0%	3	30.0%	**3.679**	**//0.159**
	من 6 سنوات - 9 سنوات	2	25.0%	6	75.0%		
	من 9 سنوات - 14 سنة	5	55.6%	4	44.4%		

** دالة احصائيا عند 0.01 * دالة احصائيا عند 0.05 \\ غير دالة احصائيا

أظهرت النتائج عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية وبين أفراد المجموعة الضابطة في المتغيرات الديمغرافية التالية (عمر الأب، عمر الأم، الخصائص التعليمية والعملية للأب والأم، مستوى الدخل الشهري، عدد الأبناء في الأسرة، ترتيب الطفل المعاق، ترتيب 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 الديمغرافية.

ثالثاً: 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 ويبين الوصف والتصحيح والخصائص السيكومترية، وللتحقق من صحة فروض الدراسة قام الباحث باستخدام الأدوات التالية:

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

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

٣. مقياس الضغوط النفسية (اعداد عبد العزيز الشخص وزيدان السرطاوي، ١٩٩٨).

٤. استمارة المستوى الاجتماعي الثقافي الاقتصادي للأسرة (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 الأدبيات المتعلقة بالدراسة الحالية، وذلك من خلال الاطلاع على مقياس مركز الشاطئ لجودة الحياة الأسرية The Beach Center Family Quality of Life Scale (Park et al., 2003)، أما المقياس الثاني هو مسح جودة الحياة الأسرية(Family Quality of Life Survey(FQOLS-2006 والذي 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 الارشادية لتحسين جودة الحياة والموجودة بالدراسات السابقة. ويتكون مقياس جودة الحياة في صورته الأولية من (121) فقرة، وبعد التحكيم بقي المقياس يتكون من (99) فقرة، ويحتوى المقياس على سبعة مجالات وهي (جودة الحالة الصحية، وجودة الحياة النفسية، وجودة إدارة الوقت، وجودة الحياة الدينية، والمساندة الاجتماعية، والرضا عن الحياة،

والصلابة النفسية) وهي تغطى عدة مستويات من جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً. وتتم عملية التصحيح لعبارات المقياس من خلال قيام المفحوص بقراءة العبارة، ثم يدون إجابته في الجزء المخصص، بعد ذلك يقوم المفحوص بوضع إشارة (x) تحت الخيار الذي يناسبه أمام العبارة، والتي تمثل واحدة من خمس مستويات (أبداً، قليلا جداً، إلى حدما، كثير، كثير جداً)، فإذا أجاب (أبداً) يحصل على صفر درجة أي ولا درجة، وإذا أجاب (قليلاً جداً) يحصل على درجة واحدة، وإذا أجاب (إلى حد ما) يحصل على درجتين، وإذا أجاب (كثيراً) يحصل على ثلاث درجات، 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 فقرات المقياس على سبعة أبعاد تمثل جميعها جودة الحياة.

أما فيما يتعلق بصدق وثبات مقياس الضغوط قام الباحث باستخراج صدق البناء للفقرات ومعاملات الثبات للأبعاد الفرعية للاستبيان عن طريق تطبيقه على كل أفراد العينة وقد بلغت معاملات الثبات باستخدام معادلة ألفا كرونباخ للأبعاد الفرعية (0.853)، و(0.912)، و(0.850)، و(0.680)، و(0.634)، و(0.925)، و(0.734) على التوالي وهي معاملات مناسبة وتسمح باستخدام الأداة في البحث الحالي لقياس جودة الحياة.

ثانياً: مقياس الضغوط النفسية:

قام بتصميمه عبد العزيز الشخص وزيدان السرطاوي (1998) ويشتمل هذا المقياس على أربعة أبعاد وهي: المشكلات المعرفية والنفسية (13) فقرة، ومشاعر اليأس والاحباط (13) فقرة، والتقبل الاجتماعي (5) فقرات، وعدم القدرة على تحمل أعباء الطفل المعاق عقلياً (7) فقرات. أما فيما يتعلق بتصحيح المقياس فقد تم وفقاً لدرجة أهمية الضغوط بالنسبة للأمهات حيث تم تقدير مشكلاتهن 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 للفقرات ومعاملات الثبات للأبعاد الفرعية للاستبيان عن طريق تطبيقه على كل أفراد العينة وقد بلغت معاملات الثبات باستخدام معادلة ألفا كرونباخ

للأبعاد الفرعية (0.803)، و(0.811)، و(0.790)، و(0.774) على التوالي وهي معاملات مناسبة وتسمح باستخدام الأداة في البحث الحالي لقياس جودة الحياة.

ثالثاً: البرنامج الارشادي:

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 عقليا.

الأهداف العامة للبرنامج

١. يهدف البرنامج الحالي إلى تحسين جودة الحياة لدي أمهات الأطفال المعاقين عقليا.
٢. 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

١. تحسين جودة الحياة لدى الأمهات إلى القدر الذي يحقق التوافق الأسري والصحة النفسية للأسرة.
٢. تزويد الأمهات بالمعلومات الدينية و الأوراد والأذكار التي تساعد على الاستمرار في حالة الطمأنينة والرضى بقدر الله عز وجل.
٣. تزويد أمهات الأطفال المعاقين بالمعلومات اللازمة والتي تتعلق بمفهوم الإعاقة بشكل عام والإعاقة العقلية بشكل خاص.
٤. أن تتعرف أمهات الأطفال المعاقين على أسباب وخصائص الإعاقة العقلية.
٥. أن تتعرف أمهات الأطفال المعاقين على الآثار السلبية المترتبة نتيجة إنكار الإعاقة وإهمال الطفل المعاق وموقف الإسلام منها.
٦. أن تتعرف أمهات المعاقين على مفهوم جودة الحياة وأبعادها ومظاهرها وأهميتها.
٧. أن توظف الأمهات المفاهيم الدينية في التخفيف من الآثار السلبية للإعاقة.
٨. إكساب الأمهات الرغبة في تحسين جودة الحياة لديهن وانعكاسات ذلك على تقبل الطفل المعاق.

٩. أن تطبق الأمهات المنهاج الإسلامي والممارسات الإسلامية في تحسين جودة الحياة.

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

مكونات البرنامج:

يشتمل البرنامج على (٢١ جلسة) تتضمن فعاليات ارشادية جماعية بهدف تحسين جودة الحياة لدي أمهات الأطفال المعاقين عقليا. يستغرق زمن الجلسة الواحد ساعة واحدة فقط. سيتم عقد البرنامج خلال عشر أسابيع بمعدل جلستين كل أسبوع.

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

اللغة المستخدمة في البرنامج هي اللغة العربية السهلة مع تناول الآيات والأحاديث بالعربية الفصحي.

سيستخدم الباحث العديد من الفنيات التي تساعد على تحقيق أهداف البرنامج ومن هذه الفنيات : المحاضرة، والمناقشة الجماعية، والنمذجة، والتعزيز، وتبادل الأدوار، ومجموعات العمل، والواجبات البيتية، والممارسة العملية لبعض الأعمال الدينية بالإضافة إلى الاسترخاء. أما بالنسبة لموضوعات جلسات البرنامج هي: تمهيد وتعارف، التعبير عن المشاعر، الإعاقة العقلية، أساليب التعامل مع الطفل المعاق عقلياً، الوصول إلى المعلومات والخدمات، جودة الحياة، جودة الحياة من منظور إسلامي، الثقة بالنفس، المساندة الاجتماعية، الصلابة النفسية، اتخاذ القرار، حل المشكلات، تبادل أدوار، إدارة الوقت، الصبر والرضا بالقدر، قراءة القرآن، الاسترخاء، ذكر الله، إقامة الصلاة، الدعاء، ونشاط ترويحي وختامي.

إجراءات تطبيق البرنامج:

١. يجرى اختبار قبلي على أفراد العينة من الأمهات ككل (المجموعة الضابطة، والمجموعة التجريبية) وذلك قبل إدخال المتغير المستقل (البرنامج الارشادي).

٢. يطبق البرنامج الارشادي على أفراد المجموعة التجريبية فقط.

٣. يجرى اختبار بعدي على أفراد المجموعة التجريبية، وذلك للتعرف على تأثير البرنامج على المجموعة التجريبية.

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

٥. يحسب الفرق بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج ثم تختبر دلالة هذا الفرق احصائياً.

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

رابعاً: أساليب المعالجة الاحصائية:

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

عرض النتائج وتفسيرها:

أولاً: نتائج الفرض الأول، والثاني، والثالث:

١. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي في مستوى جودة الحياة لدى أفراد المجموعة التجريبية .

٢. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تحسين جودة الحياة عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين أفراد (المجموعة التجريبية) وبين أفراد (المجموعة الضابطة) في القياس البعدي.

٣. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي في مستوى جودة الحياة لدى أفراد المجموعة التجريبية.

جدول رقم (2) نتائج الفرض الأول

المجموعة / المتغير	المجموعة التجريبية قبلي (ن=14)		المجموعة التجريبية بعدي (ن=14)		قيمة ت	مستوى الدلالة
	م	ع	م	ع		
جودة الحالة الصحية	35.1	9.3	40.8	3.9	3.084	.001**
جودة الحياة النفسية	33.1	12.3	43.5	9.0	3.503	.001**
جودة إدارة الوقت	27.5	9.2	35.1	7.4	3.227	.001**
جودة الحياة الدينية	43.4	4.0	49.1	6.1	2.346	.005**
المساندة الاجتماعية	17.3	4.6	31.6	8.8	5.220	.001**
الرضا عن الحياة	38.6	15.2	53.5	8.4	3.440	.001**
الصلابة النفسية	31.4	5.9	35.9	8.1	2.643	.005**
الدرجة الكلية لجودة الحياة	243.2	29.0	289.5	38.0	5.361	.001**

** دالة عند 0.01 * دالة عند 0.05 // غير دالة إحصائياً

جدول رقم (3) نتائج الفرض الثاني

المجموعة / المتغير	المجموعة الضابطة (ن=14)		المجموعة التجريبية (ن=14)		قيمة ت	مستوى الدلالة
	م	ع	م	ع		
جودة الحالة الصحية	31.3	8.5	40.8	3.9	-3.625	.002
جودة الحياة النفسية	29.6	7.7	43.5	9.0	- 3.834	.001
جودة إدارة الوقت	32.8	6.8	35.1	7.4	- 0.864	//.396
جودة الحياة الدينية	45.3	4.5	49.1	6.1	- 2.215	.005
المساندة الاجتماعية	20.7	2.3	31.6	8.8	- 3.617	.002
الرضا عن الحياة	39.2	11.3	53.5	8.4	- 3.469	.002
الصلابة النفسية	27.4	7.3	35.9	8.1	- 2.524	.002
الدرجة الكلية لجودة الحياة	243.2	29.0	289.5	38.0	- 3.110	.005

** دالة عند 0.01 * دالة عند 0.05 // غير دالة إحصائياً

جدول (4): نتائج الفرض الثالث

المجموعة / المتغير	القياس البعدي		القياس التتبعي		قيمة ت	مستوى الدلالة
	م	ع	م	ع		
جودة الحالة الصحية	40.8	3.9	40.3	4.3	- 0.312	غير دالة
جودة الحياة النفسية	43.5	9.0	44.3	8.2	- 0.237	غير دالة
جودة إدارة الوقت	35.1	7.4	35.0	7.5	- 0.034	غير دالة
جودة الحياة الدينية	49.1	6.1	48.4	5.8	- 0.300	غير دالة
المساندة الاجتماعية	31.6	8.8	32.1	8.8	- 0.144	غير دالة
الرضا عن الحياة	53.5	8.4	53.1	8.2	- 0.123	غير دالة
الصلابة النفسية	35.9	8.1	35.6	7.8	- 0.096	غير دالة
الدرجة الكلية لجودة الحياة	289.5	38.0	288.6	36.0	- 0.062	غير دالة

** دالة عند 0.01 * دالة عند 0.05 // غير دالة إحصائياً

تشير نتائج الفرض الأول والثاني والثالث إلى تحقق هذه الفروض من حيث فاعلية إجراءات البرنامج في تحسين جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً، وكما يتضح تحسن درجات أمهات المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس جودة الحياة بين القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي، كما كانت هناك فوق دالة احصائياً على أبعاد مقياس جودة الحياة بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية، كما لا توجد فروق دالة احصائياً 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. ويتفق ذلك مع نتائج الدراسات السابقة في امكانية خفض الضغوط النفسية من خلال البرامج الارشادية مثل دراسة محمد أحمد نصر (2007)، ودراسة (Shahbour et al., 2013)، ودراسة حجازي وآخرون (2013).

ويفسر الباحث هذه النتائج في ضوء الأثر الإيجابي الذي تحدثه التدخلات والمعالجة الإرشادية المنظمة تخطيطاً وتنفيذاً وتقييماً في مساعدة أعضاء المجموعة الإرشادية في تحسين جودة الحياة من خلال تنمية الممارسات السلوكية الصحية السليمة، وتنمية الشعور بالسعادة والأمل والتفاؤل، والتغلب على مشاعر الخوف والأرق بالإضافة الى اتخاذ القرارات السليمة، وتنمية القدرة على إدارة وتنظيم أوقات الفراغ واستغلالها في الأشياء المفيدة، والقيام بالأنشطة الاجتماعية والترويح 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 بأطفالهن المعاقين عقلياً، واكتساب الأمهات لمهارات إدارة الوقت بالإضافة إلى الدعم والمؤازرة والمساندة من قبل الأسرة والأقارب والجيران والأصدقاء والمجتمع والمؤسسات الاجتماعية، وتنمية شعور الأمهات بالرضا عن أنفسهن وعن الآخرين والرضا عن خدمات التأهيل المقدمة لأطفالهن المعاقين، وتنمية قدراتهن على مواجهة وإدراك وتفسير الضغوط الناتجة عن الإعاقة وذلك من خلال مقدرتهن على التحكم وضبط انفعالاتهن، والالتزام اتجاه أنفسهن واتجاه الآخرين، واعتبار التغيير بقدوم الطفل المعاق كفرصة لنمو الذات وليس تهديداً للذات. كما يفسر الباحث هذه النتائج في ضوء اعتماد البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة على الإرشاد النفسي الديني الذي يمثل ممارسة إرشادية تساعد في تحقيق الأهداف الإرشادية

بأفضل مستوي ممكن وتقوم على التنظيم والتنوع والاختيار بأسلوب متكامل. كما يرجع الباحث هذه النتائج إلى كفاءة وفاعلية البرنامج الإرشادي الحالي في استخدام فنيات متعددة منها فنيات سلوكية ومنها فنيات معرفية ومنها فنيات دينية، وأيضا إلي فعالية أساليب الإرشادي الجماعي المستخدمة والتي تشعر الأعضاء بالانتماء والأهمية والقيمة الشخصية والاجتماعية وإتاحة الفرصة لتعلم أنماط سلوكية جديدة وأساليب حل المشكلات وتفريغ المشاعر والانفعالات وتنمية الثقة بالنفس وفي الآخرين والمساندة الاجتماعية ومواجهة الضغوط بشكل مباشر وايجابي وفعال، وتعلم مهارات التواصل الايجابي مع الآخرين وتكوين العلاقات وتحقيق التوافق النفسي والاجتماعي من خلال التأثر والتأثير المتبادل بين الأعضاء.

كما يرى الباحث أن فنية الواجب المنزلي واستمارة تقييم البرنامج لعبت دوراً كبيراً في تحسين جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً، كما أتاحت أمام الواجبات المنزلية بامتداد البرنامج وجعله جزءاً من حياة أفراد المجموعة التجريبية من خلال تضمنه لأنشطة معرفية وانفعالية وسلوكية ودينية مارستها الأمهات بعد انتهاء البرنامج.

ثانياً: نتائج الفرض الرابع والخامس والسادس:

١. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي لخفض مستوى الضغوط النفسية لدى أفراد المجموعة التجريبية.

٢. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في خفض مستوى الضغوط النفسية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين أفراد (المجموعة التجريبية) وبين أفراد (المجموعة الضابطة) في القياس البعدي.

٣. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي في مستوى الضغوط النفسية لدى أفراد المجموعة التجريبية.

جدول رقم (5): نتائج الفرض الرابع

الضغوط النفسية	القياس القبلي		القياس البعدي		قيمة ت	مستوى الدلالة
	م	ع	م	ع		
المعاناة النفسية والعقلية للأم	20.1	3.8	9.4	1.9	9.1	.001**
مشاعر اليأس والإحباط	15.3	3.4	8.6	1.5	6.5	.001**
التقبل الاجتماعي	18.7	5.5	10.5	2.9	4.76	.001**
عدم القدرة على تحمل الأعباء	13.1	3.0	8.1	1.7	5.23	.001**
الدرجة الكلية للضغوط النفسية	67.2	10.2	36.7	5.7	30.5	.001**

** دالة عند 0.01 * دالة عند 0.05 // غير دالة إحصائياً

جدول (6) نتائج الفرض الخامس

المجموعة / المتغير	المجموعة الضابطة (ن=14)		المجموعة التجريبية (ن=14)		قيمة ت	مستوى الدلالة
	م	ع	م	ع		
المعاناة النفسية والعقلية للأم	20.2	3.1	9.4	1.9	- 10.6	.001**
مشاعر اليأس والإحباط	16.7	4.3	8.6	1.5	- 6.4	.001**
التقبل الاجتماعي	18.3	4.6	10.5	2.9	- 5.2	.001**
عدم القدرة على تحمل الأعباء	13.5	2.9	8.1	1.7	- 5.8	.001**
الدرجة الكلية للضغوط النفسية	68.7	12.4	36.7	5.7	- 8.46	.001**

** دالة عند 0.01 * دالة عند 0.05 // غير دالة إحصائياً

جدول رقم (7): نتائج الفرض السادس

السلوك العدواني	القياس البعدي		القياس التتبعي		قيمة ت	مستوى الدلالة
	م	ع	م	ع		
المعاناة النفسية والعقلية للأم	9.4	1.9	9.2	1.6	- 0.2	غير دالة
مشاعر اليأس والإحباط	8.6	1.5	8.3	1.2	- 0.3	غير دالة
التقبل الاجتماعي	10.5	2.9	10.1	2.6	- 0.4	غير دالة
عدم القدرة على تحمل الأعباء	8.1	1.7	7.9	1.9	- 0.2	غير دالة
الدرجة الكلية للضغوط النفسية	36.7	5.7	35.8	4.9	- 0.9	غير دالة

** دالة عند 0.01 * دالة عند 0.05 // غير دالة إحصائياً

تشير نتائج الفرض الرابع والخامس والسادس إلى تحقق هذه الفروض من حيث فاعلية إجراءات البرنامج في خفض مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً، وكما يتضح تحسن درجات أمهات المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس الضغوط النفسية بين القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي، كما كانت هناك فوق دالة احصائياً على أبعاد مقياس الضغوط النفسية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية، كما لا توجد فروق دالة احصائياً على أبعاد مقياس الضغوط النفسية للمجموعة التجريبية على القياس البعدي والقياس التتبعي للبرنامج مما يؤيد فاعلية البرنامج

في خفض الضغوط النفسية لدى الأمهات المشاركات بالبرنامج. ويتفق ذلك مع نتائج الدراسات السابقة في امكانية خفض الضغوط النفسية من خلال البرامج الارشادية مثل دراسة فاطمة أبو رمان (2005)، ودراسة منار مدانات (2008)، ودراسة البندري بن جابر (2008)، دراسة عبد الباقي أحمد وسلوى عثمان (2011).

ويفسر الباحث هذه النتائج في ضوء الأثر الإيجابي للبرنامج الإرشادي النفسي الديني والذي عمل على توفير وتهيئة الجو النفسي الآمن وسهل لأعضاء المجموعة التجريبية الأقبال على العملية الإرشادية والمشاركة والتفاعل الإيجابي كما عمل على إعطاء مساحات نفسية واجتماعية لأعضاء المجموعة التجريبية لرؤية أنماط تفكيرهم وسلوكهم اللاعقلاني من زوايا متعددة ودعوتهم للحكم على هذه التصرفات وتقويمها ذاتياً كما ساهم في تحسين وعي وقدرة أمهات المجموعة التجريبية على استشعار المفاهيم الدينية والأخلاقية التي تنبذ الممارسات السلبية وتدعو للرفق والتسامح والمحبة والتعاون والسلام كما عمل على تنمية المسئولية الشخصية والاجتماعية لدى أمهات المجموعة التجريبية من ناحية الفهم والاهتمام والمشاركة بجلسات البرنامج الارشادي، وعلى تنمية مهارات التسامح والاستماع الواعي والتواصل مع الآخرين بأسلوب الحوار والمناقشة والإقناع والاقتناع، والتحرك بإيجابية نحو الآخرين ونحو المواقف ونحو الأحداث وخاصة نحو الطفل المعاق. كما ساعد البرنامج أمهات المجموعة التجريبية على تنمية الأفكار العقلانية والمشاعر والسلوكيات الايجابية وتنمية المهارات الاجتماعية ومهارات مواجهة المواقف والأحداث الضاغطة والثقة بالنفس واتخاذ 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 فنية الواجب المنزلي واستمارة تقييم البرنامج لعبت دوراً كبيراً في تحسين جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً، كما أتاحت الواجبات المنزلية بامتداد البرنامج وجعله جزءاً من حياة أفراد المجموعة التجريبية من خلال تضمنه لأنشطة معرفية وانفعالية وسلوكية ودينية مارستها الأمهات بعد انتهاء البرنامج مما أتاح للأمهات فرصة لمواجهة الضغوط بشكل أفضل.

توصيات الدراسة:

١. إقامة ندوات تثقيفية تتعلق بالإعاقة العقلية وأهمية جودة الحياة لأمهات الأطفال المعاقين عقلياً.
٢. التركيز على أهمية الإرشاد النفسي الديني لتحسين جودة الحياة لأمهات المعاقين عقلياً وأمهات المعاقين بشكل عام.
٣. إشراك الأمهات في عملية التأهيل الشامل بالنسبة للطفل المعاق بحيث تصبح الأم عضواً أساسياً في فريق التأهيل.
٤. تدريب الأمهات على مهارات تحسين المهارات الاجتماعية للطفل المعاق مما يحسن من سلوك الطفل وبالتالي ينعكس على جودة الحياة لدى الأمهات.
٥. تسليط الضوء على أهمية طرح قضايا الإعاقة في الإعلام.

بحوث مقترحة:

١. برنامج إرشادي نفسي ديني لتحسين جودة الحياة لدى الأمهات كمدخل لخفض العدواني لدى أطفالهن المعاقين عقلياً.
٢. برنامج إرشادي نفسي ديني لتحسين جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً كمدخل لتحسين استراتيجيات التعامل مع الضغوط.
٣. برنامج إرشادي نفسي ديني لتحسين جودة الحياة لدى المعاقين سمعياً كمدخل لتحسين مهارات التواصل الاجتماعي لديهم.

قائمة المراجع:

- القرآن الكريم.
- أحمد الزبادي و هشام الخطيب (٢٠٠١). **مبادئ التوجيه و الإرشاد النفسي**، عمان، الدار العلمية الدولية للنشر و التوزيع و دار الثقافة للنشر و التوزيع، ط١.
- البندري بن جابر (٢٠٠٨). فاعلية برنامج ارشادي في خفض الضغوط لدى أمهات الأطفال التوحديين في مدينة الرياض، **رسالة ماجستير غير منشورة**، الجامعة الاردنية، عمان، الأردن.

- أحمد علي الأميري (2004). "فعالية برنامج إرشادي ديني لمواجهة الضغوط النفسية لدى طلبة الجامعة"._**مؤتمر حقوق الإنسان التجديد، التبديد، رؤى تربوية**، 14-15 يوليو 2004.
- حامد عبد السلام زهران (١٩٩٨). **الصحة النفسية و العلاج النفسي، القاهرة**، عالم الكتب، ط٣.
- شادية أحمد عبد الخالق (٢٠٠٢): أثر برنامج إرشادي في خفض العدوان بين الأشقاء، **أبحاث المؤتمر السنوي التاسع لمركز الإرشاد النفسي**، جامعة عين شمس، مجلد ٢، ص ص ٨٣-١١٦.
- شوقية السمادوني (1993). الضغوط النفسية لدى معلمي ومعلمات التربية الخاصة وعلاقتها بتقدير الذات، **رسالة ماجستير غير منشورة**، كلية التربية، بنها، جامعة الزقازيق.
- عادل عزالدين الأشول (٢٠٠٥). نوعية الحياة من المنظور الاجتماعي والنفسي والطبي. المؤتمر العلمي الثالث: "الإنماء النفسي والتربوي للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة"، كلية التربية، جامعة الزقازيق، في الفترة من ١٥-١٦ مارس، ٣ - ١١.
- عبد الباقي أحمد، وسلوى عثمان (٢٠١١). دور الارشاد الوالدي في رعاية الأطفال المعاقين عقلياً، مجلة معوقات الطفولة، مركز إعاقات الطفولة، القاهرة، جامعة الأزهر، ٢ ، (٦)، ص٧١-٨٧.
- عبد العزيز السيد الشخص، وزيدان السرطاوي (١٩٩٨). الضغوط النفسية لدى اولياء أمور الأطفال المعاقين وأساليب مواجهتها، **مركز البحوث التربوية**، الرياض.
- فاطمة أبو رمان (٢٠٠٥). فاعلية برنامج ارشادي جمعي في خفض الضغوط النفسية وتعديا الأفكار اللاعقلانية لدى أمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في مدينة عمان، **رسالة ماجستير غير منشورة**، الجامعة الهاشمية، الزرقاء، الأردن.
- فؤاد هدية (1995). دراسة مقارنة الضغوط الوالدية لدى ثلاث شرائح من الأمهات، **مجلة علم النفس**، الهيئة العامة للكتاب، القاهرة، العدد 23 ، ص٣.
- منار مدانات (٢٠٠٨). برنامج ارشاد جمعي في خفض الضغوط النفسية وزيادة الوعي بالحاجات لدى أمهات ذوي الاحتياجات الخاصة. **رسالة دكتوراه غير منشورة**، جامعة عمان العربية، الأردن.

- محمد أحمد نصر (2007) للتعرف على فاعلية برنامج ارشادي اجتماعي ديني في تخفيف الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم،
- محمد محروس الشناوي (١٩٩٧). **التخلف العقلي، الأسباب – التشخيص – البرامج**، القاهرة، دار غريب للطباعة و النشر و التوزيع.
- Brown R. I., MacAdam-Crisp J., Wang M. & Iarocci G. (2006) Family quality of life when there is a child with a developmental disability. ***Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*** **3(4),** 238–45(8).
- Dadkhah et al. (2009). Quality of Life of Disabled Children Mother's: a Comparative Study. **Iranian Rehabilitation Journal**, Vol.7, No. 10. 36-38.
- Freedman, R. I., & Capobianco Boyer, N. (2000). The power to choose: Supports for families caring for individuals with developmental disabilities. ***Health and Social Work***, *25*(1), 59-68.53
- Isaacs B. J., Brown I., Brown R. I. et al. (2007) Development of a Family Quality of Life Survey. **Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities** 4, 85-177.
- Kauser, S., Jevne, R. F., & Sobsey, D. (2003). Hope in families of children with developmental disabilities. ***Journal on Developmental Disabilities***, *10*(1), 35-46.
- Leung & Li-Tsang (2003). Quality of Life for Parents Who Have Children with Disabilities. **Hong kong Journal of Occupational Therapy**, Vol. 13, Issue 1, 19-24.

- Park, J., Hoffman, L., Marquis, J., Turnbull, A. P., Poston, D., Mannan, H., . . . Nelson, L. L. (2003). Toward assessing family outcomes of service delivery: Validation of a family quality of life survey. ***Journal of Intellectual Disability Research***, *47*, 367-384.
- Pisula, E. (2007). A comparative study of stress profiles in mothers of children with autism and those of children with Down's syndrome. ***Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities***, *20*, 274-278.
- Poston & Turnbull (2004). Role of Spiritualy and Religion in Family Quality of Life for Families of Children With Disabilities. **University of Kansas**, 39(2), 95-108.
- Shahzadi M. et al. (2013). Family Environment as a Determinant of Quality of Life of Mothers of Children with Intellectual Disability. **Delhi Psychiatry Journal**, Vol. 16 No.1
- Fariba sh. Et al. (2013). Determinate the effectiveness of cognitive behavioral intervention on mental health and life quality of mothers of children with autism. International Journal of Psychology and Behavioral Research, 2(5), 260-264.
- Trute, B., Heibert-Murphy, D., & Levine, K. (2007). Parental appraisal of the family impact of childhood developmental disability: Times of sadness and times of joy. *Journal of Intellectual and Developmental Disability, 32*, 1-9.
- Vermaes, I. P. R., Janssens, J. M. A. M., Mullaart, R. A., Vinck, A., & Gerris, J. R. M.(2008). Parents' personality and parenting stress in families

of children with spina bifida. *Child: Care, Health and Development, 34*, 665-674.

- Vijesh, P.V., & Sukumaran, P.S.(2007). Stress among mothers of children with cerebral palsy attending special schools. Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal 18 (1): 76- 92.