



جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا

كلية الدراسات العليا

كلية التربية – قسم علم النفس

جودة الحياة لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية بمراكز التربية الخاصة محلية الخرطوم

*Quality of life Among Families of Children with
Mental Disability in the Special Education Centers
in Khartoum Locality*

بحث تكميلي لنيل درجة الماجستير في الإرشاد النفسي والتربوي

إشراف

إعداد الطالبة

د. بخيتة محمد زين علي محمد

عذبة صلاح خضر خلف الله

2015م – 1436هـ

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

الآية

قال تعالى :

﴿مَنْ عَمِلْ صَالِحًا مِّنْ ذَكَرٍ أَوْ أُنْثَىٰ وَهُوَ مُؤْمِنٌ فَلَنُحْيِيَنَّهٗ حَيَاةً
طَيِّبَةً وَلَنَجْزِيَنَّهُمْ أَجْرَهُم بِأَحْسَنِ مَا كَانُوا يَعْمَلُونَ﴾

(النحل: 97).

صدق الله العظيم

الإهداء

إلى أمي وأبي وأخواتي وجدتي العزيزة وروح عمتي الغالية - لها الرحمة والمغفرة ..

إلى الدكتورمة خينة محمد زين ، كل التقدير والاحترام وفاءً لعطائها ..

إلى أصدقائي جميعاً لهم الحب والوفاء ..

إلى كل من ساهم في إنجاز هذا العمل المتواضع

لهم مني كل الشكر والتقدير ..

وأهديكم ثمرة هذا الجهد المتواضع

البارئ

الشكر والعرفان

" وَاتَّبَعْتُ مِلَّةَ آبَائِي إِبْرَاهِيمَ وَإِسْحَاقَ وَيَعْقُوبَ مَا كَانَ لَنَا أَنْ نُشْرِكَ بِاللَّهِ مِنْ شَيْءٍ ذَلِكَ مِنْ فَضْلِ اللَّهِ عَلَيْنَا وَعَلَى النَّاسِ وَلَكِنَّ أَكْثَرَ النَّاسِ لَا يَشْكُرُونَ . . :

أرى لزماً علي وإقراراً بفضل الله ونعمه أن أحمده تعالى وأشكره على أن منّ علي بنعمه ووفقني لإنجاز هذا العمل المتواضع ، وما توفيقي إلا بالله عليه توكلت وعليه فليتوكل المتوكلون.

ثم أتقدم بالشكر الجزيل إلى جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا المتمثلة في كلية الدراسات العليا، ثم الشكر موصول لكلية التربية ومن ثم قسم علم النفس الذي يعد منهج العلوم التربوية والنفسية ، بفضل الله وجهود القائمين عليه الذين أمدونا بالكثير .

وعرفاناً مني بالجميل فإنني أتقدم بخالص شكري وتقديري إلى أستاذتي العزيزة د/ بخيته محمد زين علي لقبولها الإشراف على رسالتي المتواضعة والتي شملتني بعطفها ورعايتها ، ولم تبخل علي بالنصح والإرشاد والتوجيه فجزاءها الله عني كل الخير .
كما أتقدم بالشكر والتقدير إلى الأساتذة اللذين تفضلوا بطيب نفس ورحابة صدر لقبولهم تحكيم أدوات الدراسة.

كما أتقدم بجزيل الشكر والعرفان إلى كل اللذين ساعدوني في تطبيق أدوات الدراسة (مراكز التربية الخاصة) وأولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقة العقلية. وأشكر أيضاً من ساعدني في التحليل الإحصائي.

وأخيراً وليس بآخر أتقدم بخالص الشكر والتقدير إلى كل من مد يد العون والمساعدة وكان خير عون لي وخير سند لي حتى تمكنت من إنجاز هذا الجهد المتواضع.

الباحثة

مستخلص البحث

يهدف هذا البحث إلى معرفة مستوى جودة الحياة لأسر الأطفال ذوي الإعاقة العقلية بمراكز التربية الخاصة بمحلية الخرطوم . استخدمت الباحثة المنهج الوصفي، ولتحقيق أهداف البحث استخدمت الباحثة استبانة البيانات الأولية و(مقياس جودة الحياة وهو مقياس منظمة الصحة العالمية تعريب بشرى أحمد (2008م) حيث قامت الباحثة بتعديله على عينة البحث الحالي ، وكان العدد الكلي لعينة البحث "71" فرداً من أولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقة العقلية ، تم اختيارهم عن طريق العينة العشوائية الطبقية المتناسبة ، بعد جمع البيانات ثم استخدم الحاسب الآلي وبرنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) حسب الأساليب الإحصائية ألفا كرونباخ لحساب الصدق والثبات ، والنسبة المئوية واختبار (ت) لعينة واحدة لمعرفة الفروق، وقيمة معامل الارتباط بيرسون لمعرفة العلاقة بين المتغيرات وتحليل التباين الأحادي (ف) لمعرفة الفروق . وبعد التحليل كانت النتائج كالتالي :

السمة العامة لجودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً بمراكز التربية الخاصة بمحلية الخرطوم تتسم بالسلبية. توجد علاقة إرتباطية سلبية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة مع درجة الإعاقة لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً بمراكز التربية الخاصة بمحلية الخرطوم تبعاً لمتغير النوع (ذكر ، أنثى). توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لد أسر الأطفال المعاقين عقلياً بمحلية الخرطوم تبعاً للمستوى التعليمي للوالدين. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لد أسر الأطفال المعاقين عقلياً بمحلية الخرطوم تبعاً لمتغير المستوى الاقتصادي. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً بمحلية الخرطوم تبعاً لمستوى الحالة الصحية للوالدين.

وأختتمت الباحثة البحث الحالي بعدد من التوصيات والمقترحات ،وهي توفير المساعدة المعنوية والمادية لأسر الأطفال المعاقين عقلياً.التي تعتبر من مقومات جودة الحياة .

Abstract

This study aims at identifying the level of quality of life among the families of the children with intellectual disability in special education centers in Khartoum locality. The researcher used the descriptive analytic method, to achieve the goal of the study the researcher used the primary information sheet and the scale of quality of life, it is the Who scale which is translated into Arabic by Bushra Ahmed(2008), and the researcher standardized to suit the population of this research. the total number of the sample was "71" objects of the parents of the children with intellectual disability, chosen according to the stratified random sample. After data collection, the SPSS program was used through the Alpha Chronbach to calculate the validity and reliability, percentages, (T) test for one sample to identify differences, and Pearson correlation coefficient to identify the relationship between the variables, and one way ANOVA to identify the differences. After analysis the results were as follows:

Quality of life among the children with intellectual disability in special education centers in Khartoum locality is high. There is a negative significant correlation between quality of life and severity of the disability among the families of the children with intellectual disability. There are no significant differences in quality of life among the families of the children with intellectual disability according to gender variable (male, female). There are significant differences in quality of life among the families of the children with intellectual disability according to the education level of the parents. There are no significant differences in quality of life among the families of the children with intellectual disability according to the health condition of the parents.

The researcher terminate this study by a number of recommendations and suggestions, that moral and material support is to be provided for the families of the children with mental disabilities which is considered the elements of quality of life.

قائمة المحتويات

رقم	الموضوع	رقم الصفحة
1.	الآية .	أ
2.	الإهداء .	ب
3.	الشكر والعرفان .	ج
4.	المستخلص	د
5.	Abstract	هـ
6.	فهرس الموضوعات	و
7.	فهرس الجداول	ح
8.	فهرس الأشكال	ح
الفصل الأول: الإطار العام للبحث		
9.	مقدمة	1
10.	مشكلة الدراسة .	2
11.	أهمية الدراسة	3
12.	أهداف الدراسة	4
13.	فروض الدراسة	4
14.	مصطلحات الدراسة	5
15.	حدود البحث	7
الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة		
16.	المبحث الأول: جودة الحياة	8
17.	تعريف جودة الحياة	9
18.	مفهوم جودة الحياة	14
19.	اتجاهات رئيسية في تعريف جودة الحياة	14
20.	مقومات جودة الحياة لدى منظمة الصحة العالمية	15
21.	مسئولية الارتقاء بمستوى جودة حياتنا	17
22.	مؤشرات جودة الحياة	20
23.	مظاهر جودة الحياة	21
24.	مجالات و ابعاد جودة الحياة	23
25.	النظريات المفسرة لجودة الحياة	31
26.	المبحث الثاني: الإعاقة العقلية	34
27.	مفهوم الإعاقة العقلية .	35
28.	أسباب الإعاقة العقلية .	36
29.	تصنيف الإعاقة العقلية	38
30.	خصائص المعاقين ذهنياً	41
31.	انتشار الإعاقة العقلية عالمياً.	42
32.	انتشار الإعاقة العقلية في السودان	43
33.	الحالة النفسية للمعاق عقلياً	44
34.	حاجات أسر الأطفال ذوي الإعاقة العقلية	45

35.	أهمية تدريب وإعداد الوالدين في التعامل مع إعاقة أبنائهم	46
36.	مراكز التربية الخاصة	56
37.	مراكز التربية الخاصة في السودان	57
38.	تعريف أسرة الطفل المعاق ومفهوم الإعاقة	58
39.	دور أسرة الطفل المعاق	59
40.	الإستراتيجية الإرشادية للآباء	60
41.	المبحث الرابع : الدراسات السابقة	61
42.	أولاً: الدراسات العربية	61
43.	الدراسات الأجنبية	64
44.	الدراسات المحلية (السودانية)	67
45.	تعقيب على الدراسات السابقة	72
الفصل الثالث : منهج وإجراءات البحث		
46.	أولاً: منهج البحث	73
47.	ثانياً : مجتمع البحث	74
48.	ثالثاً : عينة البحث	74
49.	رابعاً : أدوات البحث	83
50.	طريقة إعداد المقياس لاستخدامه في البحث الحالي	84
51.	طريقة تصحيح المقياس	85
52.	خامساً : الثبات والصدق الإحصائي	87
53.	سادساً : إجراءات البحث الميداني	88
54.	سابعاً : الأساليب الإحصائية المستخدمة في البحث	89
الفصل الرابع : عرض وتحليل ومناقشة النتائج		
55.	عرض وتحليل النتائج	90
56.	تفسير ومناقشة النتائج	96
الفصل الخامس : النتائج والتوصيات والمقترحات		
57.	النتائج	102
58.	التوصيات	103
59.	المقترحات	103
60.	المصادر والمراجع	104
61.	الملاحق	110

فهرس الجداول

رقم الصفحة	اسم الجدول	رقم
24	مجالات وأبعاد جودة الحياة.	2-1
23	تصنيف وإحصائيات الإعاقة	2-2
74	مجتمع البحث الأصلي	3-1
75	توصيف العينة	3-2
75	توزيع أفراد عينة البحث حسب النوع	3-3
76	توزيع أفراد عينة البحث حسب العمر	3-4
77	توزيع عينة البحث حسب المستوى التعليمي	3-5
78	توزيع أفراد عينة البحث حسب المستوى الاقتصادي للأسر	3-6
79	توزيع أفراد توزيع عينة البحث حسب العمل	3-7
80	درجة الإعاقة التي يعاني منها طفلك	3-8
81	توزيع أفراد عينة البحث حسب الحالة الاجتماعية	3-9
82	هل تعاني من اي مرض مزمن	3-10
84	تعديل عبارات المقياس	3-11
86	معامل ارتباط بيرسون بين درجات البنود والدرجة الكلية للمقياس	3-12
88	الثبات والصدق الإحصائي لإجابات أفراد العينة الاستطلاعية على الاستبانة	3-13
90	الوسط الحسابي والانحراف المعياري	1-4
91	جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً ودرجة الإعاقة.	2-4
92	متغير النوع السمة العامة لجودة الحياة لدى أسر الأطفال المعوقين عقلياً.	3-4
93	متغير المستوى التعليمي للوالدين.	4-4
94	متغير المستوى الاقتصادي	5-4
95	الحالة الصحية للوالدين.	6-4

فهرس الأشكال

رقم الشكل	اسم الشكل	رقم الصفحة
(2-1)	جودة الحياة في إطار النموذج العام للضغوط النفسية	28
(2-2)	متصل جودة الحياة والعوامل ذات التأثير المباشر	29
(3-1)	توزيع أفراد عينة البحث حسب النوع	76
(3-2)	توزيع أفراد عينة البحث حسب المستوى التعليمي	77
(3-3)	أفراد عينة البحث حسب المستوى التعليمي	78
(3-4)	أفراد عينة البحث حسب المستوى الاقتصادي للأسرة	79
(3-5)	توزيع أفراد عينة البحث حسب العمل	80
(3-6)	درجة الإعاقة التي يعاني منها طفلك	81
(3-7)	توزيع عينة البحث حسب الحالة الاجتماعية	82
	توزيع عينة البحث هل تعاني من مرض مزمن	83

الفصل الأول

الإطار العام للبحث

الفصل الأول الإطار العام للبحث

مقدمة

إن جودة الحياة تعالج القضايا المرتبطة بالصحة النفسية في الوقت الراهن تحت مصطلح أعم و أوسع دلالة و هو مصطلح جودة الحياة.

ويرتبط مفهوم جودة الحياة في أدبيات المجال بمفهوم جودة الحياة النفسية فقد أصبح موضوع جودة الحياة في السنوات الأخيرة بؤرة تركيز الكثير من الدراسات و البحوث . ومن الصعب الاتفاق على ما هي جودة الحياة أو كيف يتم رصدها أو قياسها وتكون على الحد الأدنى على المستوى الاقتصادي و الاجتماعي و السياسي و النفسي(ناهد صالح :1999).

ونجد أن هناك علاقة بين جودة الحياة والأسرة . الأسرة هي وحدة المجتمع الأولى و هي الوسيط أو حلقة الوصل بين الفرد و المجتمع و عند وجود طفل معاق ذهنياً داخل الأسرة فانه يؤثر على تكيف الأخوة و الإخوان و على كافة أعضاء الأسرة و يفرض قيود مادية و اجتماعية ومعنوية اتجاه الأسرة (سليمان طعمة ، 2010 :196).

مما يجعل حجم العبء الواقع على الأسرة اتجاه الابن المعاق ذهنياً و ما يتطلبه ذلك من توفير القدر الكافي من الوعي و المعرفة و المهارة للأسرة و المشكلات التي تواجهها الأسرة (سليمان رجب، 2009م: 15).

وجودة الحياة هي تقويم الشخص لردة فعله للحياة سواء تجسد في الرضا عن الحياة أو ردود الفعل الانفعالية المستمرة بظروف الحياة و لمدى توفر فرص و إشباع و تحقيق الاحتياجات سواء كانت نفسية أو مادية(ناهد صالح 1999).

نظراً لأهمية العلاقة التي تربط بين جودة الحياة و أسر الأطفال المعاقين ذهنياً و إسهاماً في رفع أداء الفرد في المجتمع و لذلك ترى الباحثة من خلال ارتفاع جودة

الحياة من خلال إمداد سلوك الفرد بالطاقة و النشاط و بث روح التفوق و المنافسة التي تعد أمراً ضرورياً لرفع أداء الأسرة ذات الأطفال الأسوياء و تحسينها وأيضاً رفع مستوى جودة الحياة في المجتمع متمثلاً ذلك في رفع مستوى جودة الحياة لأسر المعاقين ذهنياً ، أن تبحث عن جودة الحياة بمراكز التربية الخاصة بمحلية الخرطوم حتى تتأكد من جودة الحياة لدى أسر المعاقين ذهنياً بتلك المراكز .

مشكلة الدراسة .

إن قدوم طفل متخلف ذهنياً يسبب مشكلات سلوكية وصعوبات اجتماعية واقتصادية للأسرة. فعندما يكتشف الوالدان تخلف طفلهما يشعران بالغم والهم ويتغير لون الحياة أمام أعينهما وينتابهما الخوف الزائد على مستقبله ، ويعانيان من قلق التردد بين الأمل في العلاج واليأس من الشفاء وهذا ما لاحظته الباحثة عن قرب من خلال عملها كمشرفة نفسية في المدارس ومن خلال زياراتها المتكررة لمراكز التربية الخاصة ومعايشتها لحالة الوالدين وعدم شعورهم بجودة الحياة لهذه المشكلة التي تحتاج لدراسة بعمق .

لذا تم حصر مشكلة الدراسة في السؤال الرئيسي التالي :

ما هي درجة جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين ذهنياً بمحلية الخرطوم؟

ويتفرع من السؤال الرئيسي السابق الأسئلة التالية :

1. السمة العامة المميزة لجودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين ذهنياً بمحلية الخرطوم

بمراكز التربية الخاصة ؟

2. هل توجد علاقة ارتباطية بين جودة الحياة درجة الإعاقة لدى أسر الأطفال المعاقين

ذهنياً بمراكز التربية الخاصة بمحلية الخرطوم ؟

3. هل توجد فروق في جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين ذهنياً بمحلية الخرطوم

تبعاً للنوع (ذكر - أنثى)؟

4. هل توجد فروق في جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين ذهنياً بمحلية الخرطوم تبعاً للمستوى التعليمي للوالدين؟

5. هل توجد فروق في جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين ذهنياً بمحلية الخرطوم تبعاً لمتغير المستوى الاقتصادي؟

6. هل توجد فروق في جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين ذهنياً بمحلية الخرطوم تبعاً لمتغير الحالة الصحية للوالدين؟

أهمية الدراسة:

تظهر أهمية الدراسة في النواحي التالية :

أولاً: الناحية النظرية

1. تسليط الضوء على أسر المعاقين ذهنياً و قياس جودة الحياة لديهم و إجراء البحوث و الدراسات العلمية التي تساعد على الارتقاء بجودة الحياة.

2. تزويد المكتبة ببحث علمي يستفيد منه الدارسين .

3. ندرة البحوث الموجودة في السودان عن جودة الحياة، حسب علم الباحثة حيث يعتبر هذا البحث إضافة للمعرفة .

4. وضع مرجعية علمية عن جودة الحياة لجميع طلبة العلم الذين يريدون التبحر في بحر العلم.

5. مساعدة الأسرة والأطفال المعاقين بصورة علمية من خلال التعرف على احتياجاتهم من جميع النواحي والتعرف على كيفية تقديم المساعدة لهم.

ثانياً : الناحية التطبيقية :

تبرز الأهمية التطبيقية لهذا البحث من إمكانية الإفادة من نتائجه في المجالات التربوية والاجتماعية التالية :

1. مساعدة الأسرة والأطفال المعاقين بصورة علمية من خلال التعرف على احتياجاتهم من جميع النواحي .

2. استخدام المربين وأولياء الأمور المعاقين ذهنياً لأساليب التعزيز المختلفة ، مما يسهم في الاهتمام بأطفالهم والإحساس بطعم الحياة والقدرة على إضافة مساندة ودعم أكبر لهذه الفئة .

3. تقديم بحث علمي يمكن أن يكون انطلاقةً لبحوث أخرى في نفس المجال .

أهداف الدراسة .

هدفت هذه الدراسة الى اختبار جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين ذهنياً بمحلية الخرطوم ومن ثم صاغت الباحثة مجموعة من الأهداف المتمثلة في الآتي:

1- التعرف على السمة العامة المميزة لجودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين ذهنياً (بمحلية الخرطوم بمراكز التربية الخاصة)؟

2- الكشف عن العلاقة ارتباطيه بين جودة الحياة وحجم الإعاقة لدى أسر الأطفال المعاقين ذهنياً .

3- توضيح الفروق في جودة الحياة لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقة العقلية بمراكز التربية الخاصة بمحلية الخرطوم تبعاً لمتغيرات (النوع ، المستوى التعليمي ، ومتغير السكن).

فروض الدراسة .

في ضوء الأهداف النظرية للبحث وطبقاً لما أسفرت عنه بعض الدراسات السابقة وملاحظات الباحثة، والإطار النظري للدراسة، قامت الباحثة بصياغة فروض البحث كما يلي:

1. تميزت السمة العامة لجودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين ذهنياً بمحلية الخرطوم بالمراكز العلاجية بالسلبية.

2. توجد علاقة ارتباطيه بين جودة الحياة وحجم الإعاقة لدى أسر الأطفال المعاقين ذهنياً بمحلية الخرطوم .

3. توجد فروق في جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين ذهنياً بمحلية الخرطوم تبعاً للنوع (ذكر - أنثى) .

4. توجد فروق في جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين ذهنياً بمحلية الخرطوم تبعاً للمستوى التعليمي للوالدين.

5. توجد فروق في جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين ذهنياً بمحلية الخرطوم تبعاً لمتغير المستوى الاقتصادي.

6. توجد فروق في جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين ذهنياً بمحلية الخرطوم تبعاً لمتغير الحالة الصحية للوالدين.

مصطلحات الدراسة :

تشتمل هذه الدراسة على المصطلحات التالية :

(1) جودة الحياة:

إن جودة الحياة بالمعنى الكلي أو العام تنظم وفقاً لميكانيزمات داخلية ، وبالتالي يتعين على الباحثين التركيز على المكونات الذاتية لجودة الحياة بما تتضمنه من التقرير الذاتي عن الاتجاه نحو الحياة بصفة عامة (Whool Cruop , 1990).

اصطلاحاً : يشير (الغنبوصي سليم ، 2006م : 192) إلى وجود العديد من المفاهيم المتعددة التي تقابل هذا المفهوم مثل جودة الحياة والتميز والإتقان والأحسن ويضيف (كاظم والبهارلي ، 2006 : 252) إن المتبع بالدراسات النفسية الحديثة بالحياة تختلف وجهات النظر وتتعدد الطرق التي يمكن أن تقاس بها.

إجرائياً : هو مجموع الدرجات التي يحصل عليها المفحوص في المقياس المستخدم في البحث الحالي وهو مقياس جودة الحياة، حيث تدل الدرجة المرتفعة على نوعية حياة أفضل وتدل الدرجات المنخفضة على نوعية حياة أقل.

(2) أسر أطفال المعاقين:

هي وحدة المجتمع الأول و هي الوساطة أو حلقة الوصل بين الفرد و المجتمع و هي الوسط الإنساني الأول الذي ينشأ فيه الطفل. و يكتسب في نطاقه أول أساليبه السلوكية التي تمكنه من إشباع حاجته و تحقق إمكانياته والتوافق مع المجتمع . (الإرشاد الأسري ،

2010م: 18)

(3) الإعاقة العقلية:

تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية بأنها تتميز بمحددات ملحوظة في كل من القدرات الوظيفية العقلية و السلوك التكيفي كما يعبر عنه في المهارات العقلية و الاجتماعية والمهارات التكيفية الممارسة ، و تنشأ هذه الإعاقة قبل سن الثامنة عشر، ويشتمل هذا التعريف على ثلاثة عناصر أساسية، وهي الأداء الوظيفي العقلي، و السلوك التكيفي، وأنظمة الدعم(سعيد حسني ، 2009م: 81).

(4) التربية الخاصة :

هي الخدمات الخاصة أو العناية الفائقة بكل ما يقدم ويستخدم لذوي الاحتياجات الخاصة من تسهيلات وبرامج ومواد وأجهزة وأساليب رعاية صحية وتربوية وتعليمية ونفسية واجتماعية وتأهيلية ومهنية وثقافية وإعلامية وهي تلك البرامج التعليمية التي تم إعدادها لمواكبة الاحتياجات الخاصة بالطفل ومشاكله (زكريا الشرييني ، 2004م : 22).

(5) مراكز التربية الخاصة :

تعرف مراكز أو مؤسسات التربية الخاصة بأنها مدارس داخلية أو نهائية تخدم ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة فقط (أحمد محمود ، 2010م : 198) .

(6) محلية الخرطوم:

تقع محلية الخرطوم في قلب ولاية الخرطوم يحدها من الناحية الشمالية النيل الأزرق ومن الناحية الغربية النيل الأبيض ومن الناحية الجنوبية محلية جبل أولياء، ومن الناحية الجنوبية الشرقية ولاية الجزيرة. (محمد أبو سليم، 2011م، abusaleem.net)

حدود البحث .

الحدود الزمنية : نوفمبر 2014 – مارس 2015م.

الحدود المكانية : محلية الخرطوم الكبرى.

الحدود البشرية : اسر الأطفال المعاقين ذهنياً

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

المبحث الأول جودة الحياة

تمهيد:

تعتبر جودة الحياة من أهم المتغيرات النفسية والاجتماعية التي ظهرت بعد منتصف القرن العشرين، بدءاً بالدراسات الاقتصادية والسياسية، ثم الاجتماعية والنفسية، وتالياً الطبيعة والصحة (Pukelien, 2011, 2) وأن جودة الحياة من المفاهيم المركبة والمعقدة وإلى الآن لم يتم الاتفاق على تعريف ومفهوم جودة الحياة (علي كاظم، ونجم البهادلي، 2005م :123).

ويذكر (علي كاظم ، 2005م : 67) أن تعريف جودة الحياة يتم في ضوء بعدين أساسيين: البعد الذاتي ، والبعد الموضوعي. إلا أن الباحثين ركزوا على المؤشرات الخاصة بالبعد الموضوعي لجودة الحياة. ويتضمن البعد الموضوعي لجودة الحياة مجموعة من المؤشرات القابلة للملاحظة والقياس المباشر مثل: أوضاع العمل ،مستوى الدخل ، المكانة الاجتماعية الاقتصادية ، وحجم المساندة متاح من شبكة العلاقات الاجتماعية .

وعلى الرغم من عدم الاتفاق على تعريف واحد لمفهوم جودة الحياة إلا أن عادة ما يشار في أدبيات المجال إلى تعريف منظمة الصحة العالمية (1990) بوصفه أقرب التعريفات إلى توضيح المضامين العامة لهذا المفهوم ، ينظر فيه إلى جودة الحياة بوصفها " إدراك الفرد لوضعه في الحياة وفي سياق الثقافة واتساق الفهم التي يعيش فيها ومدى تطابق أو عدم تطابق ذلك مع أهدافه ، توقعاته ، قيمه ، واهتماماته المتعلقة بصحته البدنية، حالته النفسية، مستوى استقلاليته ، علاقاته الاجتماعية ، اعتقاداته الشخصية علاقاته بالبيئة بصفة عامة ، وبالتالي فإن جودة الحياة بهذا المعنى تشير إلى تقييمات الفرد الذاتية لظروف حياته " (Whool Croup, 1990:7).

ويعرف ايضا العالم جلمان واشريورك وفراي (2004) أن جودة الحياة بالمعنى الكلي أو العام تنظم وفقاً لميكانيزمات داخلية ، وبالتالي ، يتعيت على الباحثين التركيز على المكونات الذاتية لجودة الحياة بما تتضمنه من التقرير الذاتي عن: الإتجاه نحو الحياة بصفة عامة (Whool Cruop , 1990) .

ترى الباحثة أن جودة الحياة تتأثر بالبيئة والظروف التي يعيشها الفرد فهي التي تصنع جودة حياته، وتوضح المراد من فك شفرات الغموض الذي يكتنف معناها الحقيقي .

تعريف جودة الحياة في المعاجم والمعارف النفسية والصحية والدينية.

أولاً : جودة الحياة من الناحية اللغوية:

الجودة : أصلها من فعل جاد، الجودة :جاد، جود، جودة، أي صار جيداً، وهو ضد الردى، (وجود الشيء: أي حسنه وجعله جيداً) (البستاني، 1998م) ويضيف (ابن منظور ، 1993 :215) عن الجودة في اللغة، من الفعل جود، الجيد :نقيض الردى، والجمع جياذ، وجياذات : جمع الجمع، وجاد الشيء جودةً وجوداً :أي صار جيداً، وقد جاد جودةً وأجاد :أتى بالجيد من القول أو الفعل.

مما سبق تستنتج الباحثة أن البستاني وابن منظور إتفقا على أن أصل جودة الحياة هو الجودة من القول أو الفعل .لذا هذا يتفق مع فهم الباحثة لجودة الحياة .

وأيضاً من هذا المنطلق يرى المختصون ان مصطلح جودة الحياة تتراوح درجته من مرتفعة إلى منخفضة، ومن الأحسن إلى الأسوأ. و أيضاً يشير إلى البقاء و المنفعة و يستخدم استخدامات متعددة فقد يستخدم ليدل على حالة الكائن الحي الذي يستطيع بفاعلية ان يثبت وجوده و أنه لم يمت و يدل أيضاً على مجمل الأحداث الجارية التي تحدث على الأرض و تشارك بها كافة الكائنات الحية (أماني عبد الهادي: 2010).

ثانياً : جودة الحياة من الناحية النفسية:

هو دراسة كافة مكامن القوة لدى البشر و دراسة كل ما من شأنه وقاية البشر من الوقوع في براثن الاضطرابات النفسية و السلوكية إضافة إلى دراسة كل العوامل الفردية

و الاجتماعية و المجتمعية التي تجعل الحياة الإنسانية جديرة أن تعاش (كريستال بارك 2003م:85).

ذكر (منذر وعبد الحميد ، 2006 : 15) انه يعد مصطلح جودة الحياة النفسية من المعقدة نسبياً إذ يسهم فيه مجموعة متنوعة من المكونات.

وجودة الحياة النفسية بوصفه العامل الثاني المكون للصحة النفسية إجرائياً من خلال رصد وتقييم المؤشرات الدالة على الرضا عن الحياة والسعادة الشخصية ، والوجدان الموجب أو الحالة الوجدانية الإيجابية ، بمعنى آخر يمكن اعتبار عامل الضيق والكدر الانفعالي ممثلاً لصحة النفسية السلبية بينما تمثل جودة الحياة النفسية المكون الإيجابي منها.

بينما صاغ ماسي وآخرون (1998) مقياساً للصحة النفسية تضمن الأبعاد التالية ، انفعال الذات ، العلاقات الاجتماعية الإيجابية مع الآخرين ، الاستقلالية ، السيطرة على البيئة ، الغرض من الحياة ، والتطور الشخصي.

وأيضاً تعرف جودة الحياة النفسية ، إجرائياً من خلال قياس ضبط الذات والأحداث ، والسعادة ، الاندماج الاجتماعي ، تقدير الذات ، الاتزان الانفعالي ، المرغوبة الاجتماعية والمميل التي تفضل إقامة علاقات اجتماعية إيجابية متبادلة مع الآخرين.

ومن وجهة نظر الباحثة أن جودة الحياة النفسية يمكن أن تقاس بالانفعالات وتقدير الذات والإحساس بالرضا وإشباع الرغبات.

ثالثاً : جودة الحياة من الناحية الصحية:

يذكر (سليمان رجب ، 2009 : 105) ظهرت البحوث الأولية عن تقييم جودة الحياة في مجال الطب من خلال العديد من الدراسات الوبائية والخاصة منها والأمراض الجديدة أو الناشئة (الإيدز والسرطان والأمراض القلبية الوعائية والسمنة) بحكم التعريف يعتبر الإنسان حيواناً اجتماعياً ورفاهية الفرد لا يمكن فصلها عن رفاهية المجتمع الذي

ينتمي إليه ، حيث يعيش الناس كلهم في وئام ، يوفر للمواطن الأمن والسلام ، اللذان يعتبران كضرورة لجودة الحياة.

رابعاً : تعريف جودة الحياة من الناحية الدينية :

لأهمية هذا الموضوع تأخذه الباحثة من وجهات نظر منهج القرآن الكريم والسنة المطهرة وهي كالآتي :

أ. منهج القرآن في تحديد علامات الصحة النفسية للإنسان:

ذكر أبو عبد الله ، الجامع ، (2002م ، 521) أن القرآن الكريم منهجاً واضحاً في تحديد علامات الصحة النفسية للإنسان وفيه يقول تعالى : ﴿ مَنْ عَمِلَ صَالِحاً مِنْ ذَكَرٍ أَوْ أَنْتَى وَهُوَ مُؤْمِنٌ فَلَنُحْيِيَهُ حَيَاةً طَيِّبَةً وَلَنَجْزِيَنَّهُمْ أَجْرَهُمْ بِأَحْسَنِ مَا كَانُوا يَعْمَلُونَ ﴾ (97) النحل: ٩٧.

يقول ابن كثير " هذا وعد من الله تعالى لمن عمل صالحاً ، وهو العمل المتبع لكتاب الله تعالى وسنة نبيه من ذكر أو أنثى من بني آدم ، وقلبه مؤمن بالله ورسوله ، وأن هذا العمل المأمور به مشروع من عد الله بأن يحيه حياة طيبة في الدنيا وأن يجزيه بأحسن ما عمل في الدار الآخرة والحياة الطيبة تشمل وجوه الراحة من أي جهة كانت ويقول القرطبي : " من عمل عملاً صالحاً وهو مؤمن في فاقة أو ميسرة فحياته طيبة ، ومن أعرض عن ذكر الله فلم يؤمن ولم يعمل صالحاً عيشته ضنكة لا خير فيها ، وقال آخرون: الحياة الطيبة السعادة .

ويقول (محمد نجاتي، 2002م : 274) إن علامات الصحة النفسية التي وصفها علماء النفس المحدثون من الغربيين والعرب ، تدور كلها حول تكيف الفرد أو توافقه مع نفسه ومع المجتمع ، وهدى قدرته وفاعليته في القيام بشؤون حياته الواقعية وإشباع حاجاته المادية الدنيوية.

وهؤلاء العلماء أغفلوا دور الدين والإيمان بالله في مؤشرات وعلامات الصحة النفسية للإنسان، إلا أن أشارت بقولها إن علماء النفس المحدثين ، تمشياً مع النزعة

المادية التي تغلب على دراسات علم النفس الحديث ، لم يوجهوا أي اهتمام نحو الجانب الروحي في الإنسان وإلى أهمية الدين والإيمان في الصحة النفسية، غير أن عدداً قليلاً جداً من علماء النفس المحدثين ، والمحللين النفسيين ابتدعوا أخيراً أن يدركون أهمية الدين والإيمان بالله في الصحة النفسية ، وأشاروا إلى الدور العام الذي يقوم به الإيمان في بث الأمن والطمأنينة في النفس .

وورد في (أبو عبد الله القرطبي ، 2002 : 223) أن علامات الصحة النفسية من وجهة نظر: محمد عودة محمود و كمال مرسي المقتبسة من القرآن الكريم تتمثل في الآتي:

1. الجانب الروحي:

الإيمان بالله وأداء العبادات ، والقبول بقضاء الله وقدره ، الإحساس بالقرب من الله ، إشباع الحاجات الحلال ، المداومة على ذكر الله.

2. الجانب النفسي :

الصدق مع النفس ، سلامة الصدر من الحقد والحسد والكراهة ، وقبول الذات ، القدرة على تحمل الإحباط والقلق والتمسك بالمبادئ المشروعة ، الإلتزان الانفعالي ، الإقبال على الحياة ، السيطرة وضبط النفس ، البساطة ، الاعتماد على النفس.

3. الجانب الاجتماعي :

حب الوالدين ، حب شريك الحياة ، حب الأولاد ، مساعدة المحتاجين ، الجرأة في قول الحق ، الصدق مع الآخرين ، تحمل المسؤولية الاجتماعية والابتعاد عن كل ما يؤذي الإنسان.

4. الجانب البيولوجي:

سلامة الجسم من الأمراض ، سلامته من العيوب الخلقية ، تكوين مفهوم موجب للجسم ، العناية الصحية بالجسم وعدم تكليفه إلا في حدود طاقة (أبو عبد الله القرطبي ، 2002 : 223).

ب. السنة النبوية وتعليم المسلم الخصال المتصلة بالصحة النفسية:

ورد في (محمد بن الحسن الشيباني ، 275هـ ، 191) : أن السنة النبوية قد سبقت علماء النفس العرب الذين أشاروا في أواخر القرن العشرين إلى مؤشرات ضرورية هامة يجب أن تتواجد لتوفر الصحة النفسية للإنسان ، ومن هذه المؤشرات أن يتسم الإنسان ببعض السمات والخصائص التي تؤهل للتوافق النفسي أولاً ثم التوافق الاجتماعي ثانياً أي توافقه مع الآخرين بالمجتمع فالإنسان اجتماعي بطبيعته وفطرته ولا يستطيع أن يعيش بدون وجود أناس آخرين معه يتفاعل معهم ، ومن هنا كان لا بد له من التواءم والتكيف والتوافق حتى يستطيع العيش في أمن وأمان ورضا عن حياته الاجتماعية.

والتوافق النفسي والاجتماعي من أهم مؤشرات الصحة النفسية ومن متطلبات ذلك ضرورة أن يتسم الإنسان ببعض السمات الخلية والعقلية والاجتماعية الناتجة عن إدراك وتفكير عقلي سليم (الاعتماد على النفس ، الثقة بالذات ، الشعور بالمسؤولية ، الاستقلال في الرأي وتأکید الذات) والأخلاق الحميدة والعادات الحسنة في ممارستهم المختلفة في حياتهم اليومية ، كحب الناس ، التعاون ، مد يد العون والمساعدة إلى الغير ، الرضا بما قدره الله لهم)

ولقد عني الرسول صلى الله عليه وسلم ، في السنوات الأولى من الدعوة الإسلامية بمكة بناء الإنسان وتربية ، وإعداده لتحمل مسئوليات نشر الدعوة الإسلامية ، وإقامة دولة إسلامية وتعليم أصول الدين الإسلامي وأداء العبادات وبتث جذور الإيمان والتقوى في نفوسهم وكان صلى الله عليه وسلم يعلمهم أيضاً الاستقامة في السلوك والأخلاق الحميدة والعادات الحسنة ويغرس في نفوسهم الأمن والطمأنينة والتحرر من الجهل والأوهام والخرافات فإنه كان يعلم أصحابه كل ما هو حسن وجميل من الخصال والأخلاق التي يعتبرها علماء النفس المحدثين من مؤشرات الصحة النفسية لكي تصبح شخصياتهم سوية .

وترى الباحثة أن مؤشرات الصحة النفسية في منهج القرآن الكريم والسنة المطهرة تؤدي إلى الوصول إلى صحة نفسية ممتازة لأن الدين والإيمان أساس كل شيء وهو الذي يكون الأخلاق وإذا توصل الإنسان إلى صحة نفسية عالية فإن ذلك يعني أن جودة الحياة لديها فإن الدين أساس كل شيء وإذا كان إيمانهم بالله عز وجل وبالقدر تكون جودة الحياة لديهم عالية (محمد بن الحسن الشيباني ، 275هـ ، 193).

مفهوم جودة الحياة

مفهوم جودة الحياة يستخدم في أدبيات المجال في ثلاث مكونات رئيسية تتمثل فيما يلي:

1- الإحساس الداخلي بحسن الحال و الرضا عن الحياة الفعلية التي يعيشها المرء (بينما يرتبط الإحساس بحسن الحال بالانفعالات، يرتبط الرضا بالقناعات الفكرية او المعرفية الداعمة لهذا الإحساس و كليهما مفاهيم نفسية ذاتية ، أي ذات علاقة برؤية و إدراك و تقييم المرء بنظرته لتلك الحياة).

2- القدرة على رعاية الذات و الالتزام و الوفاء بالأدوار الاجتماعية (تمثل الإعاقة المنظور المناقض لهذه القدرة، وترتبط بعجز المرء عن الالتزام أو الوفاء بالأدوار الاجتماعية)

3- القدرة على الاستفادة من المصادر البيئية المتاحة الاجتماعية (المساندة الاجتماعية) و المادية (مقياس الحياة) و توظيفها بشكل ايجابي. (على مهدي ، 2005).

اتجاهات رئيسية في تعريف جودة الحياة

ذكر كل من (عبد القادر وعرفة ، 2010م : 190) أن جودة الحياة تتطوي تحت :

أ/ الاتجاه الفلسفي:

على أن جودة الحياة حق متكافئ في الحياة والازدهار ، وهناك كثير من المواطن التي تتطلب على الجودة حتى يحصل الإثبات على جودة " مفهوم جودة الحياة حيث المنظور الفلسفي جاء من أجل وضع مفاهيم السعادة ضمن الثلاثية البراجماتية

المشهورة والمتمثلة في أن الفكرة لا يمكن أن تتحول إلى اعتقاد إلا إذا أثبتت نجاحها على المستوى العلمي أو القيمة الفورية وليست المرجاة.

ب/ الاتجاه الاجتماعي:

جودة الحياة من منظور يركز على الأسرة والمجتمع وعلاقات الأفراد والمتطلبات الحضارية والمكان والدخل والعمل ، وضغوط الوظيفة والمتغيرات الاجتماعية الأخرى.

ج/ الاتجاه الطبي:

فقد إعتد على تحديد مؤشرات جودة الحياة ولم يحدد تعريفاً واضحاً لهذا المفهوم، وقد زاد اهتمام الأطباء والمتخصصين في الشؤون الاجتماعية وفي العلوم الاجتماعية بتعزيز ودفع جودة الحياة لدى مرضى من خلال توفير الدعم النفسي والاجتماعي لهم.

مقومات جودة الحياة:

هو تعريف نسبي يختلف من شخص لآخر حسب ما يراه من معايير تقييم حياته ، ونعني هنا الناحية الصحية التي تتمثل في أربعة نواحي أساسية وتتمثل هذه النواحي الأربع في الاحتياجات الأساسية الأخرى الضرورية لحياة الإنسان التي لا يستطيع العيش بدونها والتي يمكن أن يطلق عليها الاحتياجات الأولية وهي كالآتي :

1. الاحتياجات الفسيولوجية :

الهواء ، الطعام ، المسكن ، النوم ، وغيرها من الاحتياجات الأخرى.

2. الاحتياج إلى الأمن والأمان:

الحاجة إلى العيش في مجتمع آمن بعيد عن المخاطر .

3. الاحتياجات الخاصة بالانتماء:

القبول الاجتماعي - التفاعل الاجتماعي -الولاء الاجتماعي.

4. الاحتياج إلى تقدير النفس:

الإحساس بالذات والمهارات المكتسبة ، التقدير ، والاحترام .

5. الاحتياج إلى تحقيق الذات :

احتياج جسماني - احتياج شعوري - احتياج عقلي - احتياج نفسي.

وهذه الاحتياجات تقف جنباً إلى جنب مع مقومات جودة الحياة بل تعتبر جزءاً مكملاً لها. و هنالك عوامل تتصل بالناحية الصحية وتتمثل في: العجز - التقدم في العمر - الألم - الخوف - ضغط العمل - الحروب - الموت - الإحباط - الأمل - اللياقة الجسمانية بل والراحة أيضاً، لكنه لا بد أن نفرق بين ما هو طبيعي وبين ما يحدث نتيجة إتباع أسلوب حياة خاطئ. (أحمد علي ، 2010م).

وترى الباحثة أن مقومات الحياة تختلف من شخص لآخر حسب البيئة التي تعيش فيها والظروف المحيطة به والعادات والتقاليد التي ينتمي إليها الفرد تضع أساس لمعوقات جودة الحياة.

مقومات جودة الحياة لدى منظمة الصحة العالمية:

ذكرت (رشا إبراهيم ، 2010 : 31) أن مقومات جودة الحياة وفق تعريف منظمة الصحة العالمية ولذا فإن للصحة عناصر عدة هي:

1-الصحة النفسية: القدرة على التعرف على المشاعر والتعبير عنها . وشعور الفرد بالسعادة والراحة النفسية دون اضطراب أو تردد.

2-الصحة الروحية : هي صحة تتعلق القدرة على التفكير بوضوح وتناسق والشعور بالمسؤولية والقدرة على حسم الخيارات واتخاذ القرارات .

3-الصحة الاجتماعية : هي القدرة على إقامة العلاقات مع الآخرين والاستمرار والاتصال والتواصل مع الآخرين واحترامهم .

4-الصحة المجتمعية : هي القدرة على إقامة علاقة مع كل ما يحيط بالفرد من مادة أو أشخاص وقوانين وأنظمة(وزارة الصحة الأردنية اليونيسيف: 2003م).

مسئولية الارتقاء بمستوى جودة الحياة

أشار (أحمد بن علي ، 2006م: 201) إلى إن المسؤولية تكمن في قدرة المرء على الاستجابة على نحو صحيح لتحديات الحياة بما يتفق مع طبيعته كثيراً لأن ذلك ينعكس على حياته في هذا العالم ولهذا تقع مسؤولية الارتقاء بجودة الحياة على هؤلاء:

أولاً: المسؤولية للفرد تجاه النفس:

وتبدأ هذه المسؤولية منذ إدراك الفرد العام وتعرفه على المسؤولية، وتمتد الأخيرة إلى المكان الذي يعيش فيه ، والعمل في المكان الذي يلعب فيه، هي مسؤولية تجاه صحته الجسدية، المادية ،الشعورية ، العقلية ، النفسية ، مسؤوليته تجاه تطوير وتعليم نفسه واكتسابه الخبرات ، مسؤولياته تجاه المستقبل الذي ينتظره وخاصة عند تقدمه في السن.

ثانياً: المسؤولية تجاه من يعتمدون على الفرد:

وهم (الأزواج ، الأطفال ، الزملاء في العمل ، والمدرسة والجامعة الكبير في السن ،الآباء الرؤساء في العمل ، المدرسون ، والأصدقاء).

ثالثاً: المسؤولية تجاه من نتعامل معهم بغض النظر عن عمق العلاقات التي تربطك بهم:

يحتاج هذا النوع من المسؤولية إلى مجموعة من العناصر كما ذكر (عباس ، وآخرون، 2006: 19) وتتمثل هذه العناصر في .

1. دعم العلاقة وتمثل مدى المشاركة الإيجابية التي تسهم في إنماء العلاقة.
2. تقدير الطرف الآخر والاحتراف بمساهماته.
3. الاحترام المتبادل ، لا توجد علاقة حقيقة بدون توفر الاحترام المتبادل بين كافة أطرافه وينبغي أن تسود هذه الصفة بين الآباء وأبنائهم.
4. فهم احتياجات كل طرف.
5. العطاء ويتمثل في العطاء دون مقابل.

6. توفير وسيلة الاتصال وهو الجزء الفعال الذي تبني عليه أي علاقة بل هو أساس قيام أية علاقة.

7. التأكيد على حرية الآخرين ،كل واحد من احتياجاته وأفكاره في اختيار أسلوب حياتهم لكن مع التوجيه من جانب ، وممارسة الديمقراطية يؤدي إلى التعاون والاحترام المتبادل والاطمئنان النفسي.

8. لابد من التغيير ، شرط ألا يكون هذا التغيير مقتصرًا على البيئة المحيطة بنا بل يمتد ليشملنا نحن أيضاً لاكتشاف ما إذا كنا على الطريق الصحيح أم لا؟

وترى الباحثة أن مسؤولية الارتقاء ،بجودة حياة تتمثل في المسؤولية التي ذكرت بالإضافة إلى مسؤولية الدولة التي تضمن فيه من توفير وسائل حياة الإنسان سواء من الناحية المادية أو الصحية أو التعليمية أو الدينية ، كي نحاول أن نصل إلى الارتقاء بجودة حياتنا لا بد من وضع خطة لكي نصنع جودة حياة جيدة للأفراد.

وذكر (المعشي بن علي، 2006م: 21) لكي نصنع جودة حياة لابد من أن تشمل هذه العناصر:

1/ العناصر النفسية والسلوكية والصحية

- 1-التغذية :الاهتمام بالتغذية الجيدة التي تؤمن صحة سليمة.
- 2-النوم والراحة :احتياجك للراحة شيئاً ملحاً وذلك عن طريق الاسترخاء والنوم الزمن الكافي.
- 3-اللياقة الجسمانية : التحكم في النفس والاسترخاء وضبط النفس والسيطرة عليها أثناء الغضب.
- 4-تدوين يومياتك: أنه نوع من العلاج النفسي لأي شخص وتحقق للإنسان نوع من الرضا والإشباع الوجداني.
- 5-التدريب وقوة الإيمان بالله .
- 6-أداء العبادات وشرائع الله.

2/ العناصر الخاصة بالدولة :

1. التثقف الصحي ، يدي إلى التقليل من الأمراض والصحة أهم جانب من جوانب جودة الحياة.

2. مواكبة التغيرات السريعة التي تميز بها الصحة على مستوى العالم باره ويكون ذلك بإنشاء هيئة استشارية رسمية في كل بلدان العالم لمتابعة ما يطرأ من تغيرات في مجال الصحة .

3. الحد من انتشار الأمراض العضوية.

4. توفير الصحة العامة.

5. الحد من استخدام العقاقير ، السجائر ، الكحوليات ، المهدئات ، الحبوب المنومة.

6. تقديم الدعم المالي.

7. وجود برامج خاصة بـ(الخدمات الصحية الداعمة) .

8. توفير العناية الصحية لمن لا مأوى لهم (المشردون).

9. الاهتمام بالمرأة.

10.تطبيق برامج الإنفاق في العمل.

11.كفاية برامج التأمين الصحي.

12.ضمان سلامة الغذاء والماء والهواء.

13.المحافظة على البيئة.

وترى الباحثة أن وضع خطة لجودة الحياة عبارة دائرة قطرية إذا ابتدأت صحيحة تنتهي صحيحة ،لكي نعيش في جودة حياة مرتفعة .وعناصر خطة جودة الحياة لا تقتصر فقط على الفرد والدولة. قبل الفرد على الوالدين ومن ثم البيئة ،ومن ثم المجتمع والدولة،فهي عبارة عن شبكة عنكبوتية متواصلة الأطراف لكي تصنع جودة حياة جيدة.

مؤشرات جودة الحياة:

ذكرت (رغداء على ، 2012م: 230) أن فلوفيد (1990) حدد مؤشرات لجودة

الحياة تتمثل في الآتي :

أ/ الإحساس بجودة الحياة :

حالة شعورية تجعل الفرد يرى نفسه قادراً على إشباع حاجاته المختلفة (الفطرية والمكتسبة) والاستمتاع بالظروف المحيطة به ، وتقاس عادة بالدرجة التي يحصل عليها المجيب عن فقرات مقياس الإحساس التي يعدها الباحثون.

ب/ المؤشرات النفسية:

وتتبدى في شعور الفرد بالقلق والاكتئاب ، أو التوافق مع المرض ، والشعور بالسعادة والرضا.

ج/ المؤشرات الاجتماعية:

وتتضح من خلال العلاقات الشخصية ونوعيتها فضلاً عن ممارسة الفرد للأنشطة الاجتماعية والترفيهية.

د/ المؤشرات المهنية:

وتتمثل بدرجة رضا الفرد عن مهنته وحبها لها والقدرة على تنفيذ مهام وظيفته ، وقدرته على التوافق مع واجبات عمله.

هـ/ المؤشرات الجسمية والبدنية:

وتتمثل في رضا الفرد عن حالته الصحية والتعايش مع الآلام ، والنوم ، والشهية في تناول الغذاء ، والقدرة الجنسية .

وترى الباحثة أن مؤشرات جودة الحياة تتمثل جميعها في قوة الإيمان وأن نكون مؤمنين وليس مسلمين ، فالمسلم هو الذي ينطق الشهادة ، أما المؤمن هو الذي ينفذ جميع شرائح الدين الإسلامي التي تشمل جميع مؤشرات جودة الحياة التي تجعل الإنسان لديه جودة حياة عالية(رغداء على ، 2012م)

مظاهر جودة الحياة:

إقترح (عبد المعطي، 2005 :13) خمسة مظاهر رئيسية لجودة الحياة تتمثل في

خمس حلقات ترتبط فيها الجوانب الموضوعية والذاتية، وهي كالتالي:

الحلقة الأولى: العوامل المادية والتعبير عن حسن الحال:

1-العوامل المادية الموضوعية Objective Factors: والتي تشمل الخدمات المادية

التي يوفرها المجتمع لأفراده إلى جانب الفرد وحالته الاجتماعية والزواجية والصحية

والتعليمية، حيث تعتبر هذه العوامل عوامل سطحية في التعبير عن جودة الحياة ، إذ

ترتبط بثقافة المجتمع وتعكس مدى قدرة الأفراد على التوافق مع هذه الثقافة.

2-حسن الحال Well being: ويعتبر هذا بمثابة مقياس عام لجودة الحياة، ويعتبر

كذلك مظهراً سطحياً للتعبير عن جودة الحياة، فكثير من الناس يقولون بأن حياتهم

جيدة ولكنهم يختزنون معنى حياتهم في مخازن داخلية لا يفتحونها لأحد.

الحلقة الثانية: إشباع الحاجات والرضا عن الحياة:

1- إشباع وتحقيق الحاجات Fulfillment of Needs :

وهو أحد المؤشرات الموضوعية ، لجودة الحياة، فعندما يتمكن المرء من إشباع

حاجاته فان جودة حياته ترتفع وتزداد، وهناك حاجات كثيرة يرتبط بعضها بالبقاء، كالطعام

والمسكن والصحة، ومنها ما يرتبط بالعلاقات الاجتماعية ، كالحاجة للأمن والانتماء

والحب والقوة والحرية، وغيرها من الحاجات التي يحتاجها الفرد والتي يحقق من خلالها

جودة حياته.

2- الرضا عن الحياة Satisfaction of Life ويعتبر الرضا عن الحياة أحد الجوانب

الذاتية لجودة الحياة، فكونك راضياً فهذا يعني أن حياتك تسير كما ينبغي، وعندما يشبع

الفرد كل توقعاته واحتياجاته ورغباته، يشعر حينها بالرضا.

الحلقة الثالثة: إدراك الفرد القوى والمتضمنات الحياتية وإحساسه بمعنى الحياة:

1- القوى والمتضمنات الحياتية Life Potentials : قد يرى البعض أن إدراك القوى والمتضمنات الحياتية بمثابة مفهوم أساسي لجودة الحياة، فالبشر كي يعيشوا حياة جيدة لا بد لهم من استخدام القدرات والطاقات والأنشطة الابتكارية الكامنة داخلهم، من أجل القيام بتتمية العلاقات الاجتماعية، وأن ينشغلوا بالمشروعات الهادفة، ويجب أن يكون لديهم القدرة على التخطيط واستغلال الوقت وما إلى ذلك، وهذا كله بمثابة مؤشرات لجودة الحياة.

2- معنى الحياة Meaning Life: يرتبط معنى الحياة بجودة الحياة، فكلما شعر الفرد بقيمته وأهميته للمجتمع وللآخرين، وشعر بإنجازاته ومواهبه، وأن شعوره قد يسبب نقصاً أو افتقاراً للآخرين له، فكل ذلك يؤدي إلى إحساسه بجودة الحياة.

الحلقة الرابعة : الصحة والبناء البيولوجي وإحساس الفرد بالسعادة:

الصحة والبناء البيولوجي Health and Biological State: وتعتبر حاجة من حاجات جودة الحياة التي تهتم بالبناء البيولوجي للبشر، والصحة الجسمية تعكس النظام البيولوجي، لأن أداء خلايا الجسم ووظائفها بشكل صحيح يجعل الجسم في حالة صحية جيدة وسليمة.

الحلقة الخامسة: جودة الحياة الوجودية:

وهي الوحدة الموضوعية لجوانب الحياة، وهي الأكثر عمقا داخل النفس، وإحساس الفرد بوجوده، وهي بمثابة النزول لمركز الفرد، والتي تؤدي بالفرد إلى إحساسه بمعنى الحياة الذي يعد محور وجوده، فجودة الحياة الوجودية هي التي يشعر من خلالها الفرد بوجوده وقيمه، من خلال ما يستطيع أن يحصل عليه الفرد من عمق للمعلومات البشرية المرتبطة بالمعايير والقيم الجوانب الروحية والدينية التي يؤمن بها الفرد، والتي يستطيع من خلالها تحقيق وجوده.

وأضاف (عبد المعطي، 2005) أن مظاهر جودة الحياة تتعدد لتشمل العوامل المادية، وإشباع الحاجات، والرضا عن الحياة ، وإدراك الفرد الايجابي لمعنى الحياة ، ومدى إحساس الفرد بالسعادة والصحة النفسية والجسمية، فضلاً عن جودة الحياة الوجودية وهي الأعمق تأثيراً، والذي يتضمن الاستمتاع بالظروف المادية في البيئة الخارجية، والإحساس بحسن الحال، وإشباع الحاجات، والرضا عن الحياة، وإدراك الفرد لقوى ومتضمنات حياته، وشعوره بمعنى الحياة، إلى جانب الصحة الجسمية الايجابية، وإحساسه بمعنى السعادة، وصولاً إلى عيش حياة متناغمة متوافقة بين جوهر الإنسان والقيم السائدة في المجتمع (عبد المعطي 2005 :13) ..

وترى الباحثة بأن جودة الحياة تمتاز بعدة مظاهر متعددة، قد يشعر المعاق بافتقادها أو إفتقاد البعض منها، ويرى الباحث أن للإعاقة تأثيراً كبيراً على جودة الحياة للأفراد المعاقين، حيث يشعر البعض منهم بالهموم، والضغوط الحياتية، فبالتالي هم بحاجة إلى إدراك هذه الحياة بمعناها الايجابي، وهذا لا يتم إلا من خلال المحيطين بهم والمقربين، والذي يتم من خلالهم توفير سبل الراحة ومن ثم الشعور بالسعادة والطمأنينة والاستمتاع بالحياة، والرضا عن أنفسهم وعن الحياة التي يعيشونها، وصولاً إلى التوافق والتكيف مع الإعاقة والمجتمع.

مجالات و أبعاد جودة الحياة

أولاً: ذكر الوارد في (محمد أبو حلاوة) أن كارييج (2010) وصف جودة الحياة من خلال المسميات الآتية :

(أ) الكينونة Being :

(ب) الانتماء Belonging :

(ج) الصيرورة Becoming :

ويوضح الجدول التالي تفاصيل المكونات الفرعية لهذه المجالات.

جدول رقم (1-2) مجالات وأبعاد جودة الحياة.

المجال	الأبعاد الفرعية	الأمثلة
الكيونة (الوجود)	الوجود البدني	(أ) القدرة البدنية على التحرك وممارسة الأنشطة الحركية. (ب) أساليب التغذية وأنواع المأكولات المتاحة.
	الوجود النفسي	(أ) التحرر من القلق والضغط. (ب) الحالة المزاجية العامة للفرد (ارتياح / عدم ارتياح).
	الوجود الروحي	(أ) وجود أمل في المستقبل (الاستبشار). (ب) أفكار الفرد الذاتية عن الصواب والخطأ.
الانتماء	الانتماء المكاني (البدني)	(أ) المنزل أو الشقة التي أعيش فيها. (ب) نطاق الجيرة التي تحتوي الفرد.
	الانتماء الاجتماعي.	(أ) القرب من أعضاء الأسرة التي أعيش معها. (ب) وجود أشخاص مقربين أو أصدقاء (شبكة علاقات اجتماعية قوية).
	الانتماء المجتمعي	(أ) توافر فرص الحصول على الخدمات المهنية المتخصصة (طبية، اجتماعية،...الخ). (ب) الأمان المالي.
الصيرورة	الصيرورة العملية	(أ) القيام بأشياء حول منزلي. (ب) العمل في وظيفة أو الذهاب إلى المدرسة.
	الصيرورة الترفيهية	(أ) الأنشطة الترفيهية الخارجية (التنزه، التريض). (ب) الأنشطة الترفيهية داخل المنزل (وسائل الإعلام والترفيه).
	الصيرورة التطورية (الارتقائية)	(أ) تحسين الكفاءة البدنية والنفسية. (ب) القدرة على التوافق مع تغيرات وتحديات الحياة.

المصدر : (محمد أبو حلاوة ، 2008:ص 15).

ويمكن الانتهاء من العرض السابق إلى التأكيد على أن جودة الحياة في تحليلها

النهائي "وعي الفرد بتحقيق التوازن بين الجوانب الجسمية والنفسية والاجتماعية لتحقيق

الرضا عن الحياة والاستمتاع بها والوجود الإيجابي. فجودة الحياة تعبر عن التوافق النفسي كما يعبر عنه بالسعادة والرضا عن الحياة كنتاج لظروف المعيشة الحياتية للأفراد وعن الإدراك الذاتي للحياة، حيث ترتبط جودة الحياة بالإدراك الذاتي للحياة لكون هذا الإدراك يؤثر على تقييم الفرد للجوانب الموضوعية للحياة كالتعليم والعمل ومستوى المعيشة والعلاقات الاجتماعية من ناحية، وأهمية هذه الموضوعات بالنسبة للفرد في وقت معين وظروف معينة من ناحية أخرى (محمد أبو حلاوة ، 2008م :16).

ثانياً: أبعاد مفهوم جودة الحياة:

يتكون مفهوم جودة الحياة ، كما يستخدم في أدبيات المجال من ثلاث مكونات رئيسية تتمثل فيما يلي:

1. الإحساس الداخلي بحسن الحال والرضا عن الحياة الفعلية التي يعيشها المرء (بينما يرتبط الإحساس بحسن الحال بالانفعالات، يرتبط الرضا بالقناعات الفكرية أو المعرفية الداعمة لهذا الإحساس؛ وكليهما مفاهيم نفسية ذاتية، أي ذات علاقة برؤية وإدراك وتقييم المرء).

2. القدرة على رعاية الذات والالتزام والوفاء بالأدوار الاجتماعية (تمثل الإعاقة المنظور المناقض لهذه القدرة، وترتبط بعجز المرء عن الالتزام أو الوفاء بالأدوار الاجتماعية).

3. القدرة على الاستفادة من المصادر البيئية المتاحة الاجتماعية منها (المساندة الاجتماعية)، والمادية (معيار الحياة) وتوظيفها بشكل إيجابي (محمد أبو حلاوة ، 2008م :17).

و طرح فيلسي وبيري (1995) نموذج ثلاثي العناصر لجودة الحياة يعكس التفاعل بين: ظروف الحياة، الرضا عن الحياة، والقيم الشخصية. وقدما تعريفات محددة لهذه العناصر على النحو التالي :

(أ) ظروف الحياة :

وتتضمن الوصف الموضوعي للأفراد وللظروف المعيشية لهم.

(ب) الرضا الشخصي عن الحياة

ويتضمن ما يعرف بالإحساس بحسن الحال والرضا عن ظروف الحياة أو أسلوب الحياة.

(ج) القيم الشخصية والطموح الشخصي:

وتتضمن القيمة أو الأهمية النسبية التي يسقطها الفرد على مختلف ظروف الحياة الموضوعية أو جودة الحياة الذاتية.

من أهم التصورات التي طرحت لتحديد أبعاد جودة الحياة في إطار التوفيق بين البعد الذاتي والبعد الموضوعي، إذ صاغوا ما يعرف بمتصل جودة الحياة وطرخوا في ضوئه ما يعرف بالنظرية التكاملية لجودة الحياة.

يتضح أن جودة الحياة أو ما يطلق عليه حسب مضامين الشكل "جودة الحياة الوجودية وفقاً لرؤية فينتيجودت وآخرون (2003) تتضمن بعدين:

(أ) البعد الذاتي

ويتضمن أبعاد فرعية تتمثل في: الرفاهية الشخصية والإحساس بحسن الحال، الرضا عن الحياة، السعادة، الحياة ذات المعنى.

(ب) البعد الموضوعي:

ويتضمن أبعاد فرعية تتمثل في: عوامل موضوعية (مثل المعايير الثقافية، إشباع الاحتياجات تحقيق الإمكانيات، السلامة البدنية).

وطرحت تصورات أخرى كثيرة تحاول أن تفصل الأبعاد الفرعية لكل من البعد الذاتي والبعد الموضوعي لجودة الحياة ففيما يتعلق بالبعد الذاتي نجد أن ستلز و ونز (2002) يقدم نموذجاً نظرياً يربط بين جودة الحياة من المنظور الذاتي وفكرة السعادة والرضا عن الحياة والوصل في نهاية الأمر إلى ما يعرف بالوجود الذاتي الأفضل.

محددات جودة الحياة المرتكزة على التقييم الذاتي لهذه الجودة، ويلاحظ أن جودة الحياة من المنظور الذاتي (وليس الموضوعي أو الواقعي) دالة لتفاعل ثلاث محددات تأخذ ترتيباً معيناً من حيث درجة التأثير وهي على النحو التالي:

1/ المحددات من الرتبة الأولى: (طبيعة الشخصية من حيث المكونات والخصائص).
وتتضمن بعدين رئيسيين هما:

(أ) الانبساطية في مقابل الانطوائية.

(ب) العصابية في مقابل الاتزان الانفعالي.

2/ المحددات من الرتبة الثانية: المرشحات الداخلية الخاصة بالفرد، وتتضمن مجموعة من الأبعاد الشخصية مثل:

(أ) وجهة الضبط أو مركز التحكم.

(ب) تقدير الذات.

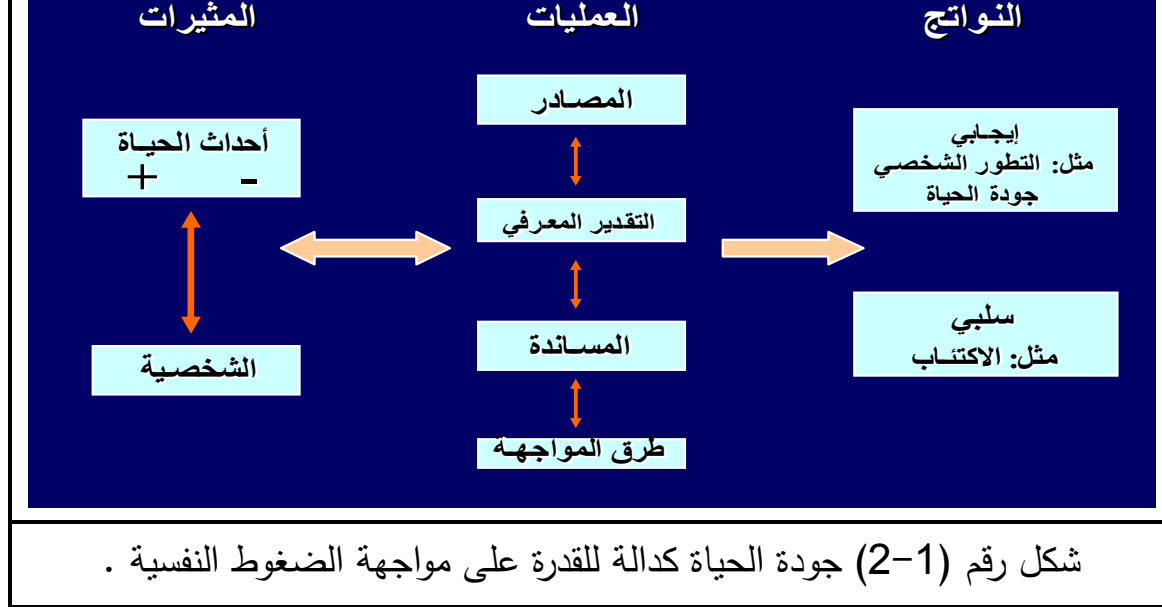
(ج) التفاؤل في مقابل التشاؤم.

3/ المحددات من الرتبة الثالثة:

المدخلات الخبرية (البيئية) وتتضمن كافة المكونات والأبعاد البيئية سواء المادية أو الاجتماعية وما تتضمنه من مصادر إشباع ومساندة.

وجودة الحياة في التحليل النهائي تصور أو صورة ذاتية للحياة الشخصية التي يود الفرد أن يعيشها، وبالتالي تختلف من فرد إلى آخر. وتتأسس رؤيتنا لمعنى الجودة. يقصد هنا جودة الحياة الشخصية بالطبع. على الطريقة التي نترجم بها عدداً من الأبعاد الأساسية إلى أهداف وتوقعات ملموسة أو عينية ذات طابع مادي يمكن قياسه وملاحظته، وبالتالي السعي النشط إلى تحقيقها (وينز ، 2002م).

جودة الحياة في إطار النموذج العام للضغوط النفسية



المصدر: (محمد أبو حلاوة ، 2008 : 20)

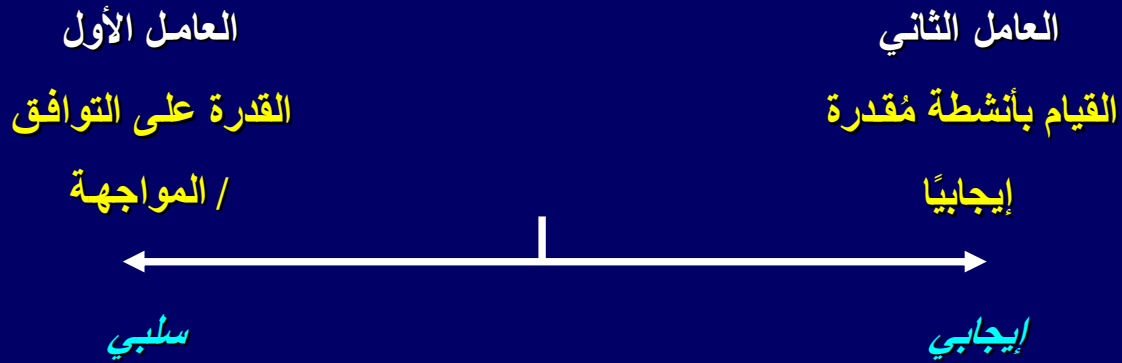
(1) القيام /عدم بأنشطة مُقدرة إيجابياً تدفع/ تبعد الفرد عن اتجاه تحقيق /عدم تحقيق إشباع احتياجاته وتحقيق ذاته.

ويؤكد جوتاي وآخرون (1992) على أهمية هذا العامل في تحقيق جودة الحياة، إذ يعرفون جودة الحياة في إطاره بأنها حالة من الوجود الأفضل أو التنعم والرفاهية تتضمن مكونين أساسيين:

(أ) القدرة على أداء أنشطة الحياة اليومية التي تعكس جودة الوجود البدني والنفسي والاجتماعي.

(ب) رضا الفرد عن مستويات أدائه السلوكي المتعلق بدفعه باتجاه تحقيق حاجاته من خلال هذه الأنشطة.

عوامل أساسيين في جودة الحياة



متصل جودة الحياة

شكل رقم (2-2) متصل جودة الحياة والعوامل ذات التأثير المباشر.

المصدر: محمد أبو حلاوة ، 2008 : 22

وتلعب دورة الحياة والخبرات المتباينة التي نتعرض لها في كل مرحلة من مراحل حياتنا دوراً شديداً الأهمية في واقع الأمر في ثبات أو تغير رؤيتنا لجودة الحياة الشخصية. وعلى الرغم من أن لكل شخص توقعاته الكيفية الخاصة، يوجد نمط يمكن في ضوءه تحديد ثماني أبعاد عامة تؤدي إلى إمكانية تقييم جودة الحياة الشخصية لكل إنسان بغض النظر عن تصوراته ورؤاه الشخصية. وهذه الأبعاد هي:

(1) السلامة البدنية والتكامل البدني العام.

(2) الشعور بالسلامة والأمن.

(3) الشعور بالقيمة والجدارة الشخصية.

(4) الحياة المنظمة المقننة.

(5) الإحساس بالانتماء إلى الآخرين.

(6) المشاركة الاجتماعية.

(7) أنشطة الحياة اليومية ذات المعنى أو الهادفة.

(8) الرضا والسعادة الداخلية.

ولا يوجد لهذه الأبعاد تنظيم هرمي محدد أو ثابت. بل ينظم كل فرد هذه الأبعاد في بناء هرمي خاص وفق أولوياته ورؤاه الذاتية لأهمية كل قيمة بالنسبة لجودة حياته الشخصية. ومع ذلك يمكن القول بأن ترتيب هذه الأبعاد حسب أولوياتها يعتمد على الخبرات الذاتية بكل فرد وعلى الثقافة التي يعيش في إطارها. ومن هنا يمكن رؤية نوع من التشابه في الترتيب الهرمي لهذه الأبعاد لدى غالبية الأفراد الذين يعيشون في ثقافات أو جماعات اجتماعية واحدة إذ يتعرض مثل هؤلاء الأشخاص إلى ظروف حياة مشتركة وبالتالي خبرات حياتية متشابهة إلى حد بعيد.

ويمكن من خلال تتبع أو رصد مسار حياة شخصاً ما والنظر في البدائل أو الاختيارات التي يفضلها وفحص رؤاه أو تصوراتها للحياة التي يود أن يعيشها ومدى رضاه عن حياته الشخصية رسم أهم ملامح بروفيل جودة حياته الشخصية. مما يفضي إلى احتمالات التوصل إلى الإطار المرجعي العام لهذه الشخص وبالتالي الاستبصار بنمط حياة الشخص وتحديد متطلبات تحسين نوعية أو جودة حياته إن كان يعاني من قصور أو مشكلات نفسية أو سلوكية ذات علاقة مباشرة بهذا النمط.

ومن هنا تتضح أهمية فحص ودراسة مقدمو الرعاية لنمط حياة هذا الشخص أو ذاك تمهيداً لتقديم الرعاية والمساندة المناسبة. استرشاداً بالأسئلة التالية:

- كيف يمكن ترجمة الأبعاد الثمانية الأساسية إلى أهداف وتوقعات أكثر قابلية للتحقيق؟
- كيف ترتبط هذه الأبعاد الثمانية مع بعضها (وترتيبها من حيث الأولوية)؟.
- من الأشخاص الذين يمكنهم تقديم المساندة النفسية والاجتماعية؟ وما متطلبات تمكين الشخص من إدراك أو تحقيق احتياجاته؟
- ما أنواع المساندة المطلوبة لمساعدة الشخص على إنجاز أهدافه وطموحاته الشخصية؟

وقد لا يدرك الناس دائماً الأهداف والتوقعات التي يريدون تحقيقها خاصة ذوي الاحتياجات الخاصة لكونهم غير قادرين علي إشباع احتياجاتهم المهمة بأنفسهم ولتركيزهم الشديد علي التخلص من معاناتهم الحياتية الشخصية الناتجة عن الإعاقة المصابون بها.

وفيما يتعلق بذوي الاحتياجات الخاصة ربما يكونون غير مدركين لأهدافهم وتوقعاتهم وطموحاتهم الشخصية في الحياة بسبب الحقيقة التي مفادها تركيز آبائهم ومقدمو الرعاية لهم نقاط الضعف وصور الخلل البدني والنفسي والسلوكي التي قد تكون لديهم ومحاولة العمل علي التخلص من هذه الصور.(محمد أبو حلاوة ، 2008: 25).

ومع ذلك ترى الباحثة إن حل المشكلات الظاهرة أو المرئية لهؤلاء الأشخاص لا يعني بالضرورة أن نوعية أو جودة حياتهم الشخصية أصبحت إيجابية إذ لا بد أن تقترن الجهود المشار إليها بتلمس الآباء ومقدمو الرعاية لجوانب القوة ونقاط التميز بل المواهب التي قد تكون موجودة لدي هؤلاء الأشخاص والسعي للنشط الإيجابي لحثهم ومساندتهم في تحقيقها ومن هنا تتحسن بالفعل جودة حياتهم الشخصية.

النظريات المفسرة لجودة الحياة.

أولاً : نظرية التحليل النفسي:

يذكر (فوزي جيل ، 2001م) إن فرويد هو الأب الشرعي للتحليل النفسي فهو يرى أن الشخصية تتكون من ثلاثة أنظمة في الهو والأنا والأنا الأعلى.

فالهو هو الذات للعقلانية والتي لا تقيم ورزناً لمعايير المجتمع وتتضمن الغرائز الجينية والعنوانية وهي تقوم على مبدأ اللذة الفورية.

أما الأنا فهي الضابط الوسيط بين الهو ، حيث تقف بالمرصاد لأفعال الهو حتى لا تخرج إلى عالم الواقع.

أما الأنا الأعلى فهي منظومة اجتماعية تسعى لطبع الشخصية أخلاقياً وفق النمط الثقافي السائد في البيئة والمجتمع ، وذلك في ضوء الواقع المثالي وتتبع من الأنا

وتتفرع مع الحياة فهي تتجه نحو المثالية فيتجاوز الواقع فتحكم عليه حكماً قيمياً (صواب أو خطأ) في نسق السلوك وتميل دور الأنا العليا في الكف لكل رغبات الهو من الجنس والعدوان (فوزي أبو جبل ، 2001م :135) .

وترى الباحثة أن الشخص الذي يستطيع الموازنة بين (الهو والأنا والأنا الأعلى) يتمتع بجودة حياة جيدة.

ثانياً : النظرية السلوكية:

ورد في (محمد ربيع 2006 : 220) أن الاهتمام الرئيسي **للهو** النظرية هو السلوك وهي ترى أن معظم سلوكيات الإنسان متعلمة وهي بمثابة استجابات لمثيرات محددة وموجودة في البيئة وتركز على كيفية تعلم السلوك وتعديله.

وهذه النظرية ترى أن الإنسان عبارة عن آله يتصرف من خلال قوانين وأساليب وذلك في استجابة للقوة الخارجية أو المتغيرات التي تؤثر عليه وهذا يشير إلى أن الشخصية سمات مكتسبة متعلمة. والتعلم يفيد في احتمال حدوث الاستجابة وهذا التغير تم عن طريق الاشتراط الإجرائي وعن طريق التعزيز أي الثواب والعقاب.

وترى الباحثة وفقاً لهذه النظرية أن الوصول إلى جودة الحياة المرغوبة مرتبط بالبيئة المحيطة، إذ أن البيئة الطبيعية والاجتماعية أهم من احتياجات الفرد. حيث تحكم العالم المحيط في الفرد والأفراد الآخرين.

ثالثاً : نظرية ماسلو للحاجات:

يذكر (العارف بالله الغندور، 1999م) :أن لب موضوع جودة الحياة يتمثل في شكل هرم ماسلو:

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

وذكر ماسلو في تحليله للحاجات أن المستوى الأول هو مستوى الحاجات الأساسية اللازمة لبقاء الشخص حياً ، وفي المستوى الثاني الحاجة للأمن وهذه الحاجة تعني بعد إشباعه للحاجات الفسيولوجية بدرجة معقولة، يتطلع في التأكد رغباً بأن هذه الحاجات سوف تجد لها إشباعاً فيما بعد ومن هنا كانت جهود الأفراد من أجل ضمان الأمن من كل جوانب الحياة ، الأمن الاقتصادي ، والغذائي وغيره .

أما فيما يتعلق بحاجات الانتماء وتحقيق الذات لها خاصية تميزها ،مقارنة بالحاجات السابقة، حيث توجد حدود مثلى لإشباع كل منها بحيث إذا تجاوز الشخص انتقل الإشباع إلى تخمة ضارة ، أما الحاجة إلى تقدير الذات فهي تعني نجاح الفرد في أن يصبح على الصورة التي يبتغها لنفسه(العارف بالله الغندور ، 1999م: 73).

وترى الباحثة أن هرم ماسلو للحاجات يشكل الأساس في جودة الحياة مقارنة بنظرية التحليل النفسي التي اهتمت فقط بالجانب الذاتي للفرد أما النظرية السلوكية فقد اهتمت بالسلوك فقط ولكن نظرية ماسلو اهتمت بالفرد من جميع الجوانب الذاتية والسلوكية والحياتية والنفسية والدينية لذلك تعتبر الأساس في تكوين جودة الحياة مما جعل الباحثة تتبنى نظرية ماسلو للبحث الحالي.

المبحث الثاني الإعاقة العقلية

تمهيد:

تعتبر الإعاقة العقلية من أصعب الإعاقات التي تؤثر على النفس مما ينعكس ذلك بصورة واضحة على جودة الحياة لدى أولياء الأطفال المعاقين ذهنياً ، فتظهر الهموم وانخفاض الذات والتوقعات المتشائمة من نوعية الحياة التي يعيشونها وفي هذا المبحث نتناول الباحثة الإعاقة العقلية بشيء من التفصيل.

تعريف الإعاقة العقلية في المعاجم والمعارف النفسية والتربية الخاصة:

أولاً : تعريف الإعاقة العقلية في المعاجم :

الإعاقة لغوياً: تعني التأخير أو التعوق ، ومنها اشتقت المعوق ، وورد في المعجم الوسيط: عاق عن الشيء عوقاً أي منع منه وشغل عنه ، فهو عائق ، والجمع عوق ، وعوق في كذا : أي عاقهن وتعوق أي امتنع(المعجم الوسيط ، 637).

ثانياً : تعريف الإعاقة العقلية في المعارف النفسية :

لقد اختلفت تعاريف الإعاقة العقلية من عالم لآخر وهي كالتالي:

1. عرفها سعيد حسن (2009م:59) بأنها عيب يرجع إلى العجز الذي يمنع الفرد أو يحد قدرته على أداء دور طبيعي بالنسبة للسن والجنس والعوامل الاجتماعية والثقافية والتخلف العقلي ليس مرضاً وإنما يشير إلى نمط سلوكي معين ينحرف عن المعايير الاجتماعية ، ولقد مر تعريف التخلف العقلي بمراحل عديدة سوف يظل في حالة تطور مستمر متأثراً بنظرة المجتمع واتجاهاته بالإضافة إلى كفاءة أساليب وأدوات التشخيص.

2. كما عرفتھا (الجمعية الأمريكية للتخلف الذهني الإعاقة الذهنية، 1973م) التخلف العقلي حالة ينخفض فيها الذكاء العام عن المتوسط بشكل ملحوظ وينتج عنه أو يصاحبه سلوكيات توافقية بيئية ، ويحدث في مرحلة النمو.

3. و ذكر أحمد قطب (2003م : 22) أن المعاق ذهنياً هو ذلك الشخص العاجز عن إدارة شئونه أو تعلم كيف يرعى نفسه ويحتاج لإشراف ورعاية لشئونه الخاصة وشئونه المجتمعة .

4. وأضاف سعيد حسني(2009: 60) أن بويتون أشار إلى أن عجز وظائف الذكاء ناتج عن عوامل عديدة تعود إلى داخل الفرد وخارجه منها ما هو نفسي وعصبي وبيئي.

5. أما سميث فقد عرف ذكاء الفرد المعاق ذهنياً أقل من المتوسط أي أنه أقل من 16% من أبناء عمره في أدائه العقلي ، ويجب تقييم أدائه الوظيفي من خلال اختبار شامل يغطي خصائصه العقلية.

6. وقد أوضح عبد الرحمن (2010م : 13) الفرق بين الإعاقة العقلية والمرض العقلي حيث يخلط البعض أحياناً خاصة في الأوساط غير المتخصصة بين مفهوم الإعاقة العقلية وبين مفهوم المرض العقلي، أو يصنف المعوقين ضمن مرض العقول أو العكس ، والخلط بين هذين المفهومين يؤدي إلى تأخر العلاج اللازم لكل من مرض العقول والمعوقين ذهنياً ، ويترتب على ذلك تأخر فرص الشفاء وفرص التنمية لهؤلاء الأفراد.

مفهوم الإعاقة العقلية .

ذكر عبد الرحمن (2010: 14) إن الإعاقة العقلية تحدث قبل أو أثناء الولادة وقد تحدث عند الولادة أثناء فترة النمو وقبل سنا لمراهقة والإعاقة العقلية قد تحدث نتيجة عوامل وراثية أو عامل بيئية مكتسبة بسبب مرض أو فيروس أو اضطرابات أثناء التكوين أو إصابات مباشرة للدماغ تؤثر على وظائف المخ.

والإعاقة العقلية ليست مرضاً وإنما حالة نقص في القدرة العقلية وانخفاضاً في درجة الذكاء المتوسط انخفاض في الأداء العقلي ، وهذا النقص والانخفاض يرجع إلى عدم اكتمال أو توقف أو تأخر نمو العقل لأسباب تحدث في مراحل النمو الأولى منذ لحظة الإخصاب وحتى سن المراهقة.

أسباب الإعاقة العقلية

تعددت أسباب الإعاقة العقلية عند كثر من الخبراء ونجد أحمد قطب(2003م:31) حددها في الأسباب الآتية:

أولاً: الأسباب البيولوجية:

تنقسم الأسباب البيولوجية إلى ثلاثة أقسام رئيسية هي:

أ/ أسباب قبل الولادة (أثناء فترة الحمل):

من أهم الأسباب لحدوث حالات التخلف العقلي والتي تنقسم للأسباب قبل الولادة هي:

ب/ الوراثة :

تلعب الوراثة دوراً هاماً ورئيسياً في حدوث التخلف العقلي سواء منذ اللحظة الأولى للإخصاب كما في حالات داون أو عن طريق غير مباشرة متمثلة في العوامل البيئية كأمراض التمثيل الغذائي الموروثة كعوامل مساعدة كما في حالة الفينيل كيتون وبوريا والجلالكيوسيميا.

وعادة ما تحدث حالات الإعاقة الذهنية من خلال الطفرات الوراثية أو من خلال وجود شذوذ في الكروموسومات الجنسية (الزوج 23) ، ومن أكثر حالات الشذوذ في الكروموسومات شيوعاً هي حالات ثلاثية الكروموسومات وأشهرها شيوعاً على الإطلاق زملة داون والتي يحمل فيها الفرد ثلاثة من الكروموسومات بدلاً من اثنين وترجع حالات ثلاثية الكروموسومات إلى أحد الأسباب الثلاثة التالية:

1. عدم الانفعال.

2. تغيير الموقع.

3. التخطيط.

والذي يحدث بمجرد انقسام الخلية المخصبة وعدم قدرتها على الانقسام السليم.

ثانياً : الأسباب البيئية التي تقع أثناء الحمل:

إن العوامل البيئية التي تقع أثناء الحمل يمكن أن تؤثر تأثيراً سلبياً على الجنين وقبل مولده ومن أهم هذه الأسباب:

1/ تغذية الأم أثناء الحمل:

إن العادات العامة التي تتبعها الأم في التغذية وكذلك الصحة البدنية لها تؤثر إلى حد بعيد في نمو الجنين لذا يجب أن يشتمل غذاء الأم على العناصر اللازمة كما يجب أن يكون جسمها قادراً على تمثيل الغذاء إلى المواد التي يمكن لها ولجنينها الاستفادة منها. كذلك يجب أن تكون المشيمة في وضع صحيح ويؤدي وظيفتها في نقل المواد الغذائية والأكسجين والفضلات من الجنين بشكل طبيعي وتتمثل الحاجات الأساسية من الغذاء في كمية السعرات الحرارية والبروتين والفيتامينات والمعادن والإنزيمات (أحمد قطب ، 2003م:31).

2/ العدوى والتسمم:

ذكر أحمد قطب (2003 : 32) إن العدوى والتسمم يقصد بها إصابة الأم أثناء الحمل ببعض الأمراض المعدية، التي يكون لها تأثير خطير على الجنين وخاصة خلال الثلاثة أشهر الأولى من الحمل. ومن أهم هذه الأمراض الحصبة الألمانية، والزهرى وهي أمراض تؤدي إلى تلف خلايا المخ أو الأنسجة العصبية، مما يؤدي إلى إصابة الطفل بالتخلف العقلي والصمم، وأحياناً إلى الوفاة.

أما التسمم فيقصد به حالات تسمم الدم أو زيادة نسبة الصفراء في الدم أو تعاطي الأم لبعض العقاقير والأدوية دون إشراف الطبيب (كالمضادات الحيوية ، الأسبرين ، مركبات الثاليدوميد ، وكذلك المواد المخدرة والكحوليات أو التعرض المباشر لمركبات الرصاص الموجود في عوادم السيارات والبويات ولعب الأطفال).

3/ الإصابات والعوامل الجسمية:

وتشتمل تعرض الأم لمستويات عالية من الإشعاع أو السقوط من مكان مرتفع أو الإصابة بالإنيسيا الحادة أو وجود الجنين في وضع غير عادي داخل الرحم أو طول فترة الحمل وكذلك عدم توافق مجموعات الدم.

ثالثاً: أثناء عملية الولادة:

وتشتمل الولادات المبسترة (عدم اكتمال نمو الجنين) أو الولادات المعسرة استخدام الجفت مما قد يؤدي إلى تلف أنسجة المخ نتيجة الضغط على رأس الجنين ، أيضاً من ضمن الأسباب التي تحدث أثناء الولادة التفاف الحبل السري حول رقبة الجنين مما يؤدي إلى نقص الأكسجين وتلف خلايا المخ.

رابعاً: أسباب ما بعد الولادة:

وتمثل إصابة الطفل بالحمى الشوكية أو وجود اضطرابات في التمثيل الغذائي أو اضطراب إفراز الغدة الدرقية أو تعرض الطفل للصدمات المباشرة للدماغ مثل السقوط من مكان مرتفع أو الحوادث أو ارتفاع درجات الحرارة نتيجة الإصابة بأي أمراض أخرى ولفترات طويلة.

تصنيف الإعاقة العقلية

تعددت تصنيفات الإعاقة العقلية إلى أربعة تصنيفات :

أولاً: التصنيف الطبي : أشار أحمد الزغبى (2012م:93) إلى أن الأسباب الطبية

المؤدية للإعاقة العقلية تنقسم إلى عدة أسباب :

1-أسباب وراثية : وهي نوعان

أ. أسباب وراثية مباشرة : يرث الفرد الإعاقة العقلية من والديه وأجداده عن طريق الجينات الوراثية ، فقد تكون العقلية موروثة عن طريق الجينات الوراثية السائدة ويسمى تخلفاً ذهنياً سائداً ، ويظهر في الأجيال جميعاً بنسبة من 1-3% حسب قوانين مندل الوراثية وينتج هذا النوع من التخلف العقلي عند اقتران كروموسومات غير متآلفة .

ب.أسباب وراثية غير مباشرة : حسب هذه الأسباب فإن الجنين يرث صفات مختلفة عن الصفات التي ذكرت في العوامل الجينية المباشرة ، وأهم العوامل الجينية غير المباشرة التي تؤدي إلى الإعاقة العقلية :

1/ العيوب المخية : وهذه العيوب تنتقل إلى الجنين ويصاحبها أحياناً نمواً شاذاً في الجمجمة ، سواء من حيث صغر الدماغ أو كبره .

2/ الاضطرابات في تكوين الخلايا : تنتقل هذه الاضطرابات إلى الجنين عن طريق جينات معينة تؤثر في سلامة تكوين الخلايا بشكل عام .

3/ شذوذ الكروموسومات : يعتمد نمو الخلية الملقحة (زيجوت) من نقطة إلى علقه فمضغة ثم إلى جنين على سلامة الكروموسومات وكذلك سلامة عملها ، إذاً أي خطأ في الكروموسومات يؤدي إلى اضطرابات ، وتكون هذه الاضطرابات أو الشذوذ على شكل عرض داون (المنقولية) ، الميكروسيفالي أو صغر الجمجمة .

2-الأمراض التي تصيب الأم :

إتفق كل من فاروق الروسان وأمل الهجرس (2007م،2002) إلى أنه تتعرض الأم الحامل لعدد من الأمراض التي يمكن أن تؤثر على نمو الجنين ولكن أكثر الأمراض خطورة هي الحصبة الألمانية ، وخاصة إذا أصيبت الأم بهذا المرض في الشهور الثلاثة الأولى من الحمل حيث يؤثر فيروس الحصبة الألمانية على الجهاز العصبي المركزي للجنين ، ومن الأمراض أيضاً السكري الذي تصاب به الأم أثناء فترة الحمل فقد يؤثر على نمو الجنين .

3-سوء تغذية الأم الحامل : يقصد بالتغذية الجيدة التغذية التي تتضمن العناصر الأساسية اللازمة لنمو الفرد من الناحيتين الجسمية والعقلية، وتتمثل هذه العناصر الأساسية في البروتين والكربوهيدرات والفيتامينات والأملاح المعدنية.

4-الأشعة السينية والإشعاعات : تعتبر الأشعة السينية والإشعاعات سبباً رئيسياً في حدوث حالات الإعاقة بشكل عام ، ومنها الإعاقة العقلية ، وتستخدم في جميع المستشفيات والعيادات بسبب قدرتها على اختراق المواد والأجسام .

5-العقاقير والأدوية والمشروبات الكحولية: تعتبر الأدوية والمشروبات الكحولية سبباً رئيسياً من أسباب الإصابة بالإعاقة العقلية ويعتمد الأمر على نوع تلك العقاقير والأدوية والمشروبات الكحولية وكميتها وخاصة إذا تناولتها الأم الحامل أو اعتادت عليها .

6-تلوث الماء والهواء : الماء الملوثة والهواء الفاسد من العوامل التي تؤثر بطريقة غير مباشرة على نمو الجنين ، لأنها تؤدي إلى نتائج غير مرغوب بها ، وخاصة على الجهاز العصبي المركزي للجنين .

7-أسباب أثناء الولادة : ومنها نقص الأكسجين ، عسر الولادة ، إصابات الدماغ .

8-أسباب بعد الولادة : إصابة الطفل بأمراض بعد الولادة فقد يكون ولد سليماً من تلك الأمراض (الالتهاب السحائي ، الإصابات المباشرة للدماغ ، حالات تسمم الطفل) (فاروق الروسان وأمل الهجرس ، 2007م ، 2002م: 165) .

وترى الباحثة أن في حالة التصنيف الطبي تقع المسؤولية على الوالدين في قدوم طفلهم سليم من خلال اتباع جميع الإرشادات الطبية المذكورة أعلاها ما عدا التصنيف للأسباب الوراثية فهي من عند الله ولا يمكن السيطرة عليها.

ثانياً: التصنيف من حيث الشكل النفسي (السيكولوجي) :

ذكرت (أمل الهجرس ، 2002م: 173) أن علماء النفس صنفوا الإعاقة العقلية إلى

ثلاثة تصنيفات حسب الذكاء وهي :

أ. أعاقة بسيطة تتراوح نسبة الذكاء لديهم ما بين 50 - 70 .

ب.إعاقة متوسطة : تتراوح نسبة الذكاء لديهم ما بين 25-49 .

ج.إعاقة شديدة تقل الذكاء لديهم عن 25 .

ثالثاً : التصنيف التربوي(التعليمي) :

إتفق كل من (محمد الإمام و فؤاد الجوالده ،2010م:139) كما إتفق معهم أيضاً (أحمد الزغبى ،2012م) وفقاً لهذا التصنيف التربوي، حيث صنفوا المعاقين إلى ثلاثة فئات رئيسية :

1. القابلون للتعلم: وتتراوح نسبة الذكاء لهذه الفئة بين 50 - 55 إلى 75-79 درجة ولا يستطيع أفراد هذه الفئة الاستفادة من البرامج التربوية في المدارس العادية بشكل يوازي الطلاب الأسوياء .
2. القابلون للتدريب : تظهر الإعاقة العقلية لدى أفراد هذه الفئة في مراحل مبكرة جداً قد تبدأ بالرضاعة أو الطفولة المبكرة ، يرافقه تأخر في القدرة على الكلام بالإضافة إلى بعض العيوب في الأعضاء الجنسية ، تتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة ما بين 30-50 إلى 35-55 درجة ، وهم غير قادرين على التعلم في مجال التحصيل الأكاديمي.
3. الاعتماديون : وهي حالات الإعاقة العقلية الشديدة وهي أكثر مستوياتها تدنياً وتدهوراً ، وهم غير قادرين حتى في العناية بأنفسهم أو حمايتها من الأخطار، ويطلق عليهم غير قادرين على التدريب ، وتقل نسبة الذكاء لديهم عن 25-30 درجة .

وترى الباحثة أن فئة الاعتماديون هم الأكثر تأثراً على جودة الحياة لدى الوالدين بالسلبية ،لأنهم معتمدون كلياً عليهم. من حيث الرعاية الذاتية وغيرها من متطلبات الحياة ، مما يمثل ضغطاً نفسياً وجسماً على الوالدين .

خصائص المعاقين ذهنياً.

ذكر أحمد قطب (2003م : 33) بالرغم من الفروق الفردية الموجودة بين الأفراد ومن بينهم المعاقين ذهنياً إلا أن هنالك عدة خصائص عامة يشترط فيها المعاقين ذهنياً وتميزهم عن غيرهم ويمكن تقسيم هذه الخصائص إلى:

الخصائص العقلية المعرفية:

- 1- انخفاض مستوى الذكاء عن المتوسط.
- 2- ضعف القدرة على التركيز أو الانتباه لفترات طويلة.
- 3- ضعف القدرة على التذكر.
- 4- تأخر النمو اللغوي.
- 5- ضعف القدرة على الملاحظة.

الخصائص الجسمية:

1. أكثر عرضة للإصابة بالأمراض .
2. وجود مشكلات في الحواس (السمع والبصر ..إلخ).
3. قصور الوظائف الحركية (التوافق ، التأذر ..إلخ).
4. وجود عيوب في جهاز الكلام.
5. فرط النشاط الحركي .

الخصائص النفسية:

1. غالبا ما يفضلون الانسحاب أو الانعزال عن المواقف الإجتماعية.
2. يقلب عليهم التبلد الانفعالي واللامبالاة.
3. قد يعاني بعضهم من وجود نزعات عدوانية.
4. يعاني بعضهم من التمسك بسلوكيات رتيبة وغير ذات فائدة.

انتشار الإعاقة العقلية عالميا:

أوضح (الزبير طه ،ورقية الطيب ، 2010م :14) ان تحديد نسبة الإعاقة أمراً بالغ الصعوبة ، وقد تضاربت الإحصائيات وتعددت وكل ذلك يرجع إلى قلة الدراسات المسحية من جهة ، وقلة عدد المختصين في هذا المجال من جهة أخرى . وقد قررت منظمة الصحة العالمية نسبة الإعاقة عام 1980م بحوالي 10% ولكن في التسعينيات شك كثير من العلماء في صحة هذه النسبة وعلى رأسهم العالم (هيدرالاندر 1993م)

(ومالكون بيت 1997م) وأكدوا بعد كثير من الدراسات أن نسبة الإعاقة تتراوح ما بين 5% إلى 7% . وهناك إجماع عالمي على أن ما يزيد عن 10% من الأطفال في سن المدرسة في أي مجتمع يحتاجون لبرامج تربوية خاصة ، وتزيد هذه الدول النامية ،وتصل في بعض الأحيان إلى 15% من عدد السكان .

و نجد أن الإعاقة العقلية من الإعاقات الأكثر انتشاراً في العالم بنسبة تفوق الإعاقات الأخرى ، مما دعا الباحثة للقيام بهذا البحث والجدول التالي يوضح النسب التقريبية فئات الإعاقة :

جدول (2-2) يوضح تصنيف وإحصائيات الإعاقة

النسبة التقريبية	فئة الإعاقة
2.3	الإعاقة العقلية
3	صعوبات التعلم
0.6	الإعاقة السمعية
0.1	الإعاقة البصرية
0.5	الإعاقة الجسدية
2	الاضطرابات السلوكية
3.5	اضطرابات اللغة الكلام
12%	المجموع

المصدر : (الزبير طه رقية السيد ، 2010م:49).

ونجد أن إن أحدث الإحصائيات العالمية تشير إلى أن نسبة الإعاقة في العالم تتراوح بين 10% إلى 12%.

انتشار الإعاقة العقلية في السودان .

لا تتوفر إحصائيات دقيقة عن نسبة انتشار الإعاقات المختلفة في السودان فإن نسبة الإعاقة حسب الإحصاء السكاني الرابع تساوي 1.7 % أو حوالي (510) معوقاً من 30 مليون نسمة حسب النسبة العالمية يكون عدد المعاقين من 30 مليون حوالي 3

مليون معاق ، وهذا فرق كبير ويعتقد الباحثان أن نسبة الإعاقة في السودان تفوق هذا العدد نسبة لظروف الحرب الأهلية التي امتدت أكثر من 4 قرون (الزبير طه و رقية الطيب ، 2010م : 49).

الحالة النفسية للمعاق ذهنياً .

أشار عبد الرحمن محمد(2004م) بأنه يمكن تمييز مجموعة من السمات أو الحالات المصاحبة للإعاقة العقلية ومن ذلك:

1. أن فشله في الأداء العقلي والواجبات والأعمال الذهنية يهيئ المعاق Retardate للشعور بأنه لا قيمة له أنه عديم القيمة ، والشعور بأنه لا حول ولا قوة مع الشعور بالاكتئاب وقد يصاحب ذلك شعور بالنقص والدونية والعجز .

2. وكلما تقدم المعاق في السنة كلما تأخر وتخلف عن زملائه وأصدقائه ، وكلما زاد استبعاده أو زادت عزلته عن ذلك وعن الاختلاط بالجماعات الاجتماعية وبذلك يصعب عليه إشباع حاجاته إلى الصحبة والرفاق أو الصداقة The psychological needs of companionship فإنه يصعب عليه إشباعها قوية عنده عن الجماعات قد يؤدي ذلك ببعض المعاقين إلى الشعور بالغضب والتمرد والعصيان angry and Rebellious feel To

3. الجو العائلي المفروض أن يتكيف وأباه الطفل المعاق يصبح هذا الجو أكثر تعقيداً عن طريق الشعور بالذنب ، بعض الآباء يشعرون بالذنب لأنهم أتوا إلى هذه الحياة بطفل معاق وليس له إلا قدرات محدودة وقد يعبر الآباء عن شعورهم بالذنب هذا عن طريق الحماية الزائدة للطفل Over Protection قبولاً من قيام الآباء بتنمية المهارات الاستقلالية، أو المتعلقة بعزيمة ذاته يستمرون في إلباس الطفل ملابس، وإطعامه حتى سن متقدمة مثل هذا النمط السلوكي من الآباء يقابله الطفل بنوع من الاعتمادية. وهناك آباء آخرون يعبرون عن شعورهم بالذنب عن طريق أفكارهم لعجز الطفل ، مثل هذه الأنماط السلوكية في التعامل مع الطفل المعاق قد تؤدي إلى صعوبات يجدها في

التكيف ، أن أسلوب رد فعل الآباء والأمهات للطفل المعوق في مجتمعاتنا العربية جديدة بإجراء الدراسة الميدانية حوله للتعرف على النمط الصائب والإرشاد نحوه(عبد الرحمن محمد،2004م، 24).

حاجات أسر الأطفال ذوي الإعاقة العقلية.

إن وجود طفل ذو إعاقة يفرض علي والديه وأسرته ظروفًا خاصة وحاجات خاصة لمواجهة هذه الظروف والتعامل معها ، يمكن القول بأن وجود مثل هذا الطفل من الأسرة يمثل مصدر من مصادر الضغوط المزمنة والتي قد تتحول إلى أزمات عند نقاط زمنية معينة ، وهذا يفرض علي الوالدين مجموعة من المهام، ويولد لهما مجموعة من الحاجات الخاصة بهم .

وان العبء الأكبر تتحمله الأمهات مع تقديم الآباء للدعم ومن ثم يأتي الأخوان. وقليلًا ما قد يوجد الدعم من مصادر أخرى ناحية التوجيه والمعلومات والدعم المعنوي والمادي.

وان آباء المراهقين والراشدين والمعاقين ذهنيًا يواجهون مجموعة من الآلام ويحاولون البحث في معظم الأحيان لمواجهة تلك الآلام وكيفية تخطيها . وأن عدد كبير من شرائح المعاقين ذهنيًا يواجهون مشكلة الاعتماد على النفس والعمل وذلك يشغل تفكير أولياء الأمور حول مستقبل أبنائهم حينما لا يستطيعون توفير الدعم الوافر لهم.

وكذلك إن حاجات واتجاهات أخوة الأطفال المعاقين ذهنيًا قليلًا ما يتم الاهتمام بها فقد عبر كثير من هؤلاء الأخوة عن رغبتهم في الحصول على المزيد من المعلومات عن إعاقة إخوتهم وعن المصادر التي تساعد في كيفية التعامل معها. وأيضًا عبروا عن الحاجة إلى التوجيه فيما يتعلق بكيفية التوافق معهم(بطرس حافظ 2007 : 171).

وترى الباحثة أن أسر المعاقين ذهنيًا تحتاج إلى متطلبات كثيرة أهمها كيفية التعامل مع الابن المعاق ذهنيًا وذلك على حسب درجة إعاقتهم ومراحلهم العمرية من أجل الوصول إلى مراحل متقدمة في العناية بطفلهم وذلك من أجل توصيلهم في النهاية للاعتمادية على أنفسهم مستقبلاً ليتذوق هؤلاء الآباء طعم ونوعية الحياة .

أهمية تدريب وإعداد الوالدين في التعامل مع إعاقة أبنائهم

وقد بين (جلال الجزائري، 2011م) بأن تدريب الوالدين يجب أن يشار إليه سواء كان الأطفال عاقلين أو غير عاقلين ، الحالة هي واحدة ، ولكن ما يهمنا هنا من خلال هذا التعريف هو تديم الخدمات التدريبية والإرشادية الدائمة من الناحية النفسية والاجتماعية والتربوية للأسرة التي يتوقع أن يكون لديها في يوماً ما طفل معاق. وتكون ذلك من خلال:

1/ التوعية الأسرية :

هذا الأسلوب يقوم على توعية الأسرة قبل وبعد وجود الطفل المعوق داخل الأسرة وقد تكون التوعية الأسرية مجتمعة وقد تأخذ الشكل الإرشادي من المحاضرات والنشرات.

2/ الندوات والمحاضرات:

وتعتبر الندوات والمحاضرات وسيلة وقائية وعلاجية فيما يتعلق بالأسرة وأطفالهم، إضافة إلى الندوات والمحاضرات تبرز فيها الخبرة العلمية للأخصائيين والكوادر المدرسية في خضم الظروف الأسرية العسيرة.

3/ الدعم الأسري:

والدعم الأسري هو تلك الخدمات التي تقدم للأسرة من حيث الدعم العاطفي والنفسي من حيث تلبية الحاجات الغذائية والسكن والتأمين الصحي.

4/ إعداد الوالدين من خلال أسرة أخرى:

وهذا الأسلوب يعتمد على وجود الأسرتان وتعريف كل منها أنها ليست هي الوحيدة ونظراً لتساوي الحال فإنه يتوقع أن تحصل على أفضلية في المشاركة. نظراً للرغبة التي ستتولد لدى الأسر وهدى الحاجات التي تأتي من خلال تفاعله وكذلك المراجعة الدورية للظروف اليومية التي تعيشها الأسرتان وتشعر الأسرة بأنها

متشابهة وأن مثلها الكثير في العالم فإنها تأخذ من تجارب غيرها وكذلك ستقدم نفسها بنفسها وصولاً إلى الاستقرار المتوفر لدى الأسرة .

5/ دور وسائل الإعلام:

نتحدث عن وسائل الإعلام المرئية والمسموعة والمقروءة حيث تلعب دوراً بارزاً معها في إعداد الوالدين من خلال ما يقدمه من برنامج وأشرطة مسجلة ومقالات وكتيبات ومنشورات تتضمن نصائح وإرشادات للأسر ، حول كيفية التفاعل الفعل مع نشاطات فعلية تزيد من خبرة وإمكانية الأسرة في التعلم مع طفلها المعاق.

6/ الدورات التدريبية:

وهي المراكز والجمعيات والمؤسسات الخاصة من خلال إعداد دورات تدريبية للأسرة وخصوصاً بالذكر الوالدين لإعطائهم صورة من التعامل العلمي والمنطقي مع المعاق والإعاقة (جلال الجزائري، 2011م : 195) ..

وترى الباحثة أهمية تدريب الوالدين لأن ذلك يساعد الوالدين على تخطي إعاقة ابنهم ومعرفة التعامل معها مما يساعد الوالدين إلى الوصول إلى جودة حياة مرتفعة.

تأثير التخلف العقلي على الأسرة :

1. تزداد الروابط قوة بين الزوجين قبل قدوم طفل.

2. تتفكك الروابط بين الزوجين إذا كان الزواج هو الرباط الوحيد بينهما، وليس بينهما مودة ورحمة حيث يتسبب قدوم الطفل المتخلف في خلافات أسرية قد تنتهي بالانفصال.

3. ترضى الأم المتدينة بقدوم الطفل المتخلف ذهنياً وتحمد الله عليه.

4. تتعلق بعض الأمهات بالطفل المتخلف ذهنياً فتعطيهِ رعاية زائدة.

5. تجعل بعض الأسر الأخت الكبيرة (أماً صغيرة لطفلها المتخلف ذهنياً فتكرس حياتها لرعايته وحمايته). (كمال إبراهيم ، 1996م ، 20)

مراكز التربية الخاصة.

ذكر (سعيد العزة ، 2009م:17) أن التنظيم الهرمي لبرامج التربية الخاصة يأتي من أوضاع هؤلاء الأطفال ودرجة ومستوى الصعوبات التي يواجهونها، ويجب أن لا يغيب عن البال بأن الطلبة الموهوبين غير مستثنين من مثل هذه البرامج وتنقسم مراكز التربية الخاصة إلى :

أولاً : مراكز الإقامة الكاملة : ظهرت هذه المراكز كمراكز إيواء للأطفال وذويهم بعد الحرب العالمية الأولى وما بعدها وتعتبر من أقدم البرامج التربوية ، وكانت هذه المراكز متواجدة في مواقع بعيدة عن التجمعات السكنية وكانت تقدم خدمات صحية وتربوية ، وإيوائية واجتماعية ، وكان النزلاء من ذوي الإعاقات المختلفة ومن الأيتام والمشردين والعجزة .

ثانياً : مراكز التربية الخاصة النهارية : تقدم هذه المراكز خدمات تربوية اجتماعية للأطفال ذوي الحاجات الخاصة ، ولقد جاءت هذه المراكز كرد فعل على الانتقادات التي تواجه مراكز الإقامة الدائمة والسلبيات وهي تقدم خدمات على مدار 12 ساعة ويكون الدوام فيها منذ الصباح وحتى بعد الظهر ، وبعد ذلك يعودون إلى البيت ليتابع ذويهم دراستهم ، وهذه البرامج تسعى لإتاحة الفرصة للأهل في متابعة أبناءهم، وتقوم هذه المراكز بأخذ الطلبة إليها وإرجاعهم إلى منازلهم . إن هذه المراكز تتيح الفرصة أمام النزلاء وذويهم لتبادل الآراء حول الصعوبات التي تواجه الأطفال والتفكير في الأفضل لهم . واختصر موضوع الباحثة في المراكز النهارية .

ثالثاً : الصفوف الخاصة الملحقة بالمدرسة العادية : بعد أن تحسنت نظرة المجتمع نحو أصحاب الحاجات الخاصة ، وخاصة المعوقين منهم، ألحقت بعض الصفوف الخاصة بهم بالمدرسة العادية ، ليشعر هؤلاء وذويهم بأنهم جزء من أفراد المجتمع . ويساعدهم على الحصول على الدعم الاجتماعي وعدم النبذ أو الحرمان الاجتماعيين، حيث يتلقى كل صف بحسب نوع إعاقته طلابه البرامج التربوية

والتعليمية التي تناسبهم ، بالإضافة إلى تلقيهم برامج تعليمية مشتركة في الصفوف العادية مع الطلبة العاديين .

رابعاً : الدمج الأكاديمي : يسعى هذا البرنامج إلى وضع الطفل غير العادي في الصف العادي مع الطلبة العاديين لبعض الوقت وفي بعض المواد التي لا يستطيع أن يجاريها ويستفيد منها وفقاً لطبيعة إعاقته ومستواها وشدتها مع تكييف غرف الصف بحيث تحتوي على العناصر التي تساعد على التعلم بهدف أن يشعر الطفل بأنه طفل عادي لا يختلف عن الأطفال العاديين.

خامساً : الدمج الاجتماعي : يعكس هذا البرنامج الاتجاه الذي يقول بان كل الطلبة هم بحاجة إلى خدمات وحاجات خاصة سواء كانوا عاديين أو غير عاديين ويعتبر هذا الاتجاه اتجاهاً إيجابياً نحو العاديين لأنه ينادي بدمج غير العاديين في الحياة الاجتماعية والعادية وعدم عزلهم في مدارس خاصة بهم ، ويأخذ هذا الدمج شكل العمل في مجال العمل وتأهيل المعاقين للحصول على مهنة بعد التدريب .

اتفق (سعيد العزة ، 2009م) مع (حمدي محمود ، 2005م) في تصنيف مراكز التربية الخاصة إلى خمسة مراكز وهي مراكز الإقامة الكاملة والنهارية الصفوف الخاصة الملحقة المدرسة العادية والدمج الأكاديمي والدمج الاجتماعي .

مراكز التربية الخاصة في السودان .

أشار كل من (الزبير طه ورقية الطيب، 2010: 50) إلى أن في السودان بدأ العمل في مجال التربية الخاصة عام 1946م حيث أنشأ وقف (أوكاد) منذ عام 1992م ،نسبة لشح الإمكانات وفي عام 1981 تم تكوين اللجنة القومية للعام الدولي للمعوقين ، والتي كانت من المعلمين ، ومن إنجازاتها إعداد قانون رعاية وتأهيل المعوقين 1984م، وفي هذا العقد قامت إدارة التربية الخاصة في الفترة من 1981-1992م في معاهد التدريب في الداخل عن طريق دورات تدريبية ما بين

21-30 يوم أما في الخارج فتتراوح ما بين 3 شهور إلى سنتين في كل من مصر ، الكويت، سوريا، تونس ولكن بعد عام 1992م توقف هذا التدريب بعد حرب الخليج. وأنشئت إدارة التربية الخاصة بوزارة التربية والتعليم بقرار وزاري من الوزير الأستاذ دفع الله الحاج يوسف عام 1980م . وانقسمت إلى مؤسسات قامت بالجهد الحكومي وأخرى بالخاص .

تتمن الباحثة على دور القائمين بجهود التربية الخاصة في السودان. وتأمل من الباحثين في المجال للتكاتف والتعاضد مع هؤلاء المختصين؛ من أجل إعطاء هذه الشريحة حقها الشرعي في العيش بأمان. حتى يشعر أولياء الأمور بالرضا من الحياة والتقبل للأبن المعاق.

تعريف أسرة الطفل المعاق ومفهوم الإعاقة لديها .

ذكر (محمد الإمام وفؤاد الجوالدة ، 2010م : 270) بأن الأسرة هي المؤسسة التربوية الأولى التي تزود الطفل بالقيم والمعايير الاجتماعية والأخلاقية والدينية التي تلازمه طوال حياته ، ففيها تبدأ عملية التكوين الاجتماعي التي من خلالها يستطيع الطفل أن يؤثر ويتأثر بالآخرين ويتكيف مع مجتمعهم ، فالأسرة هي الجهة الرئيسية التي تشرف على النمو النفسي والاجتماعي للطفل .

وعند وجود طفل معاق يكون العبء كبير على الوالدين لأنه لا يستطيع الاعتماد على نفسه وبالتالي يتوجب عليهم مساعدتها ومحاولة تأمين المساعدة له والحياة الطيبة بقدر المستطاع لذلك يحتاج الوالدين للدعم النفسي والاجتماعي والمادي، للوصول إلى ابنهم المعاق بأفضل نتيجة ممكنة .

ويعرف (أمل الهجرس ، 2002م : 116) بأن الشخص المعاق هو المواطن الذي استقر به عائق أو أكثر يوهن من قدرته ويجعله في أمس الحاجة إلى تقبل الوالدين أولاً، ثم إلى عون خارجي ودعم مؤسسي على أسس علمية وتكنولوجية يعيدها إلى المستوى العادي أو أقل أو أقرب ما يكون إلى هذا المستوى .

دور أسرة الطفل المعاق .

ذكر (محمد الإمام وفؤاد الجوالدة ، 2010م ، 213) أن دور أسر الأطفال المعاقين ذهنياً تمر في كل مرحلة من مراحل دورة حياتها بدرجات متباينة من الصحة النفسية ، ودرجة الموازنة عند الأسر التي تسهم إلى حد كبير في الطريقة التي ينمو بها الأبناء فالحالة النفسية والمزاجية والاجتماعية والصحية والاقتصادية والثقافية والتعليمية التي يكون عليها الآباء تنعكس بكل تأكيد على الأبناء .

ولا يستطيع الآباء مساعدة هؤلاء الأطفال إلا إذا تخطوا دائرة الضغوط ودائرة السباق الثقافي في المجتمع ودائرة الوحدة .لكي يستطيعوا مساعدة طفلهم وتكون تلك المساعدة من خلال الوعي الأسري في كيفية التعامل مع إعاقة ابنهم المعاق ، والإمام أسر الأطفال المعاقين بحقوق أبنائهم والخدمات المتوفرة والمشاركة الأسرية تلعب دوراً فعالاً في البرامج العلاجية للطفل المعاق .

بينما يختلف (جمال الخطيب ، ومنى الحديدي ، 2010م :259) مع (محمد الإمام وفؤاد الجوالدة:2010م) في الآتي :

أن دور الأسرة يختصر أولاً على تقبل الإعاقة والاكتشاف المبكر والتدخل المبكر، وهو أكبر دور للأسرة يجب معرفته .وعلى أولياء الأمر معرفة المهارات المتعلقة والمحددة ذات الصلة بتحسين نمو الطفل المعاق؛ وذلك من خلال تدريب أولياء الأمور في مراكز خاصة. وأيضاً دور الأسر ودعم الطفل المعاق نفسياً وعدم عزله ، والتعامل معه كأنه فرد كامل ذو فاعليه ووجود .

الإستراتيجية الإرشادية للآباء .

ذكر(سليمان الريحاني وآخرون، 2010م:17) بأن الإرشاد النفسي : هو الموقف الذي يقوم به المعالج على مساعدة المريض على تقوية ذاته والقيام بشيء يمكنه القيام به أو كأن يعد نفسه للقيام به لكنه لم يمتلك الإرادة للقيام بذلك لأنه لم يكن مؤمناً بأنه ممكن .

وفي مجال ذوي الحاجات الخاصة أن آباء الأطفال غير العاديين يطلبون المساعدة الإرشادية لعدم فهمهم السبب وراء إعاقة طفلهم ، وقد يشعرون بطريقة ما بأنهم يتحملون اللوم أو المسؤولية عن شيء يفعلونه أو لم يفعلوه . وكرد فعل لهذا الشعور ربما يلجئون إلى رفض الطفل أو يقدمون له حماية زائدة أو يطلبون منه ما فوق استطاعته .

ولقد ذكر (حسن منسي، 2004م: 109) أن أي إستراتيجية إرشادية يضعها المرشد النفسي لأولياء الأمور الذين يربون أطفالاً معوقين تعتبر قاصرة عن تحقيق أهدافها؛ ما لم يأخذ بالحسبان الأهمية القصوى لمشاركتهم الإيجابية في أي برنامج للتوجيه النفسي يخص أطفالهم .

وتدور حاجات الآباء الذين يربون أطفالاً معوقين في ثلاثة اتجاهات أساسية : -

1. حاجات تتعلق بالآباء أنفسهم للتعرف على مدى استعدادهم وقدراتهم من حيث المساهمة الإيجابية والمشاركة الفعالة في أي برنامج للتوجيه النفسي .
2. حاجات تتعلق بأطفالهم المعوقين للتعرف على مدى استعدادهم وقدرتهم على الانتظام في برنامج التربية الخاصة وإعادة التأهيل .
3. حاجات تتعلق بمعرفة الفرص والمصادر المتاحة في المجتمع والتي يمكن استثمارها لأقصى درجة ممكنة في إعادة تأهيل أطفالهم من ناحية ، تصحيح اتجاهاتهم نحوهم ونحو أنفسهم من ناحية أخرى .

فالمرشد النفسي الجيد ، الكفاء في عمله يجعل إستراتيجيته لأولياء الأمور مرنة بحيث تشبع حاجاتهم التي يشترك فيها الجميع ، وحاجاتهم الخاصة قد تختلف من فئة لأخرى ، وبما يتلائم مع استعداداتهم وقدراتهم المتباينة بينهم .

المبحث الثالث

الدراسات السابقة

مقدمة .

يتم في هذا المبحث عرض الدراسات السابقة وقد اشتملت على دراسات سودانية ودراسات عربية ودراسات أجنبية وهذه الدراسات لها علاقة مباشرة أو غير مباشرة بموضوع البحث الحالي ، ونظراً لندرة موضوع البحث لم تستطيع الباحثة الحصول على دراسات لجودة الحياة لأسر الأطفال المعاقين ذهنياً ، فجميع هذه الدراسات تختص بجودة الحياة لمتغيرات أخرى .

أولاً. الدراسات العربية

1/دراسة: هناء غنيمه، (2011) :بغنوان: العنف الأسري ضد المسنين وعلاقته بالاكنتاب والرضا عن الحياة، رسالة ماجستير ، غير منشورة ..

هدفت الدراسة إلى التعرف على العنف الأسري ضد المسنين وعلاقته بالاكنتاب والرضا عن الحياة ، و تتلخص مشكلة البحث في التساؤلات التالية: هل هناك علاقة ارتباطيه بين درجات أفراد عينة البحث من المسنين على مقياس العنف الأسري ودرجاتهم على كل من مقياس الاكنتاب ومقياس الرضا عن الحياة؟ وقامت الباحثة بتصميم مقياس العنف الأسري الموجه ضد المسنين واستعانت بمقياس الاكنتاب من إعداد غريب عبد الفتاح ، ومقياس الرضا عن الحياة من إعداد مجدي محمد الدسوقي وتأكدت الباحثة من صدق وثبات تلك المقاييس باستخدام العديد من العمليات الإحصائية التي أثبتت أن جميع المقاييس على درجة عالية من من الصدق والثبات ، وتم تطبيقها على عينة من المسنين قوامها (243) مسناً ومسنه موزعة ديموغرافيا وأسفرت النتائج عما يلي:

النتائج:

1-وجود علاقة ارتباطيه دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 بين درجات أفراد عينة من المسنين على مقياس العنف الأسري ودرجاهم على كل من مقياس الرضا عن الحياة وكانت العلاقة الأولى موجبة والثانية سالبة.

2-وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المسنين على معظم أبعاد العنف الأسري الموجه ضدهم عند مستوى 0.01 ، وذلك بالنسبة لمتغير النوع.

3-أوضحت النتائج أيضاً وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المسنين على كل أبعاد العنف الأسري الموجه ضدهم عند مستوى 0.01 وذلك نسبة لمتغير مستوى التعليم فكان المسنين الأقل تعليماً أكثر عرضة العنف الأسري لجميع أبعاده.

4-وأظهرت النتائج أيضاً أن هناك فروق دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 بين متوسطات درجات المسنين مرتفعي ومنخفضي العنف الأسري الموجه ضدهم وكذلك في متغيري الاكتئاب والرضا عن الحياة بكل أبعاده.

5-والنتيجة الأخيرة أثبتت أن التحليل العلمي لم يسفر عن وجود بنية علمية تجمع بين أبعاد العنف الأسري الموجه ضد المسنين والمتغيرات السيكولوجية الأخرى التي تم قياسها بالبحث.

2/دراسة : محمد إبراهيم ، 2001م: بعنوان: الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركياً بمحافظة غزة ، بحث دكتوراه، غير منشورة .

هدفت الدراسة إلى معرفة الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركياً بمحافظة غزة واشتملت عينة الدراسة على عينة استطلاعية قوامها (63) من المعاقين حركياً من كلا الجنسين من مجتمع الدراسة الأصلي منهم (23) من العاملين و(38) من المتزوجين .

النتائج:

1-تود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مصادر الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركياً من أفراد العينة.

2-توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدعم الاجتماعي بأبعاده ودرجته الكلية والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركياً من أفراد العينة

3-توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرضا عن جودة الحياة باختلاف مصادر الدعم الاجتماعي (منخفض ، مرتفع) لدى المعاقين حركياً من أفراد العينة ، وكانت الفروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01) بين مستوى درجات منخفض ومرتفع لدرجة على مصدر الأسرة والأقارب والدعم الاجتماعي على جميع أبعاد الرضا عن جودة الحياة والدرجة الكلية.

4-توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الرضا عن جودة الحياة باختلاف الدعم الاجتماعي بأبعاده الكلية (منخفض ، مرتفع) لدى المعاقين من أفراد العينة.

3/دراسة : هاشم محمد، 2001م: بعنوان: جودة الحياة لدى المعاقين جسمياً والمسنين وطلاب الجامعة بالقاهرة ،رسالة ماجستير ، غير منشورة .

هدفت الدراسة إلى معرفة جودة الحياة لدى المعاقين جسمياً والمسنين وطلاب الجامعات بالقاهرة. وتكونت عينة الدراسة : (62) معاقاً جسمياً بدرجة بسيطة أو متوسطة وهم من الذين يترددون على مراكز الرعاية ، ونوادي العزيمه بالإسماعيلية وبورسعيد وتتراوح أعمارهم من 25-40 سنة ومن (24) مسناً و(38) مسنة من المرضى بأمراض مزمنة والذين يترددون على المستشفيات. واتبعت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي.

النتائج :

1-عدم وجود فروق جوهرية بين الذكور والإناث في جودة الحياة سواء لدى المسنين أو طلاب الجامعة.

2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين ذوي الإعاقة البسيطة وذوي الإعاقة المتوسطة في جودة الحياة.

3- إن المعاقين بدرجة بسيطة لا يختلفون بصورة جوهرية عن طلاب الجامعة في جودة الحياة، وأن المعاقين من الدرجة المتوسطة كانوا أقل من الطلاب بصورة جوهرية في جودة الحياة.

4- لا توجد فروق جوهرية في جودة الحياة بين المقيمين في الريف أو الحضر من جميع فئات عينة الدراسة.

5- وجود ارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01) بين جودة الحياة والتماسك الأسري.

الدراسات الأجنبية.

4/دراسة بريدجيت يونج وآخرون ، (2007): بعنوان إدراك الأطفال المعاقين لجودة الحياة. رسالة ماجستير ، غير منشورة .

هدفت الدراسة إلى معرفة إدراك الأطفال المعاقين لمفهوم جودة الحياة ، حيث كانت الفئة المستهدفة من الدراسة عبارة عن مجموعات صغيرة من العائلات والتي اشتركت في دراسات جودة الحياة وقد قسمت هذه المجموعات إلى عينات مستهدفة معتمدين على (28) طفلاً ، منهم (15) من الذكور (13) من الإناث و (35) من أولياء الأمور ، وقد استخدم الباحثون أدوات الدراسة منها: مقياس يقيس مفهوم جودة الحياة لدى المعاقين ويحتوي المقياس على عدة أبعاد منها ، البعد الاجتماعي (الأصدقاء القراء) (البيئة المدرسية) ، (بية البيت ، ذات المعاق) وأسلوب المقابلة في دراستهم.

النتائج:

1-أن 86% من العائلات قد وافقت على التواصل مع المجتمع المحلي ، بينما كان هناك (3) عائدات لم يتم الوصول إليها بسبب الوقت المستغرق للحصول على الموافقة الأخلاقية.

2- أن الأبعاد يتم تحديدها وفقاً للتوازن الموجود في استبانته ، والتي تعكس بوضوح الأبعاد المختلفة لحياة الطفل المعاق.

3- أن هناك عوامل مهمة وذات تأثير في مفهوم جودة الحياة لدى الأطفال المعاقين لم يتم تمثيلها أو إيضاحها في استبانته، ولكن هذه العوامل تبين من خلال بأن هناك عوامل مهمة تساهم في جودة الحياة للمعاقين وتشمل (حياة المنزل ، الجدران ، أعضاء العائلة من غير أولياء الأمور ، علاقات الأصدقاء ، الألم ، الراحة ، ومسكن المعاق ، وتوافر معيار الأمن والسلامة ، والموازنة المالية المتخصصة له ، الوقت المتوفر له.

5/دراسة ستانفورد روبن وآخرون (2003م) بعنوان: تقييم التغيرات في المهارات الحياتية وجودة الحياة الناتجة عن خدمات التأهيل للمعاقين، رسالة ماجستير ، غير منشورة .

هدفت الدراسة للتعرف إلى المدى الذي تسهم فيه خدمات التأهيل في رفع رفاهية المعاق، والتعرف على الرغبات. وتكونت عينة الدراسة من الجنسين (ذكوراً وإناثاً) من المجتمع الأمريكي ، والمجتمع الإنجليزي، وقد اعتمدت الدراسة على استبانات تقييميه ، شملت عدة محاور:

1-مهارات الاعتماد على النفس.

2-مهارات الاتصال.

3-مهارات الحركة الذاتية.

4-مهارات الإدارة الصحية.

5-مهارات البحث عن العمل.

6-المهارات الاجتماعية.

7-المهارات الجسدية.

النتائج:

1- أنه كلما انخفضت نسبة العجز في توفير الخدمات اللازمة زادت قدرة الشخص

المعاق على تأدية وظائفه الحياتية بطريقة مستقلة وزادت الدافعية والحافز لديه.

2- أنه كلما أصبح الشخص المعاق أكثر استقلالية في تأدية مهامه الوظيفية ، كما ساهم

ذلك في تطوير أسلوب حياته ، ومن ثم يصبح شخصاً إيجابياً متفائلاً ومقبلاً على

الحياة.

3- لا يزال مفهوم جودة الحياة صعب في التعامل معه لأنه يعتمد على مفهوم الفرد

للفاهية.

4- أهمية تقييم نواقص وضعف المهارات الحياتية التي يبحث عنها المعاق ، من أجل

تحديد الاحتياجات ، الخدمات ، الواجب توفيرها والتي من شأنها أن تحسن جودة

الحياة للمعاقين.

6/دراسة: بروس باول ، (2002): بعنوان: قياس مدى تأثير خدمات التأهيل على

جودة الحياة لدى المعاقين في كمبوديا رسالة ماجستير ، غير منشورة .

هدفت الدراسة إلى التعرف على قياس مدى تأثير خدمات التأهيل على جودة

الحياة لدى المعاقين في كمبوديا. وتكونت عينة الدراسة من (164 معاقاً) وهم من

مجتمعات تصنف على أنها حضارية وريفية واعتمدت الدراسة على استبانة لجودة

الحياة.

النتائج:

1- أن مستوى جودة الحياة على المقياس كانت متدنية لدى المعاقين في كمبوديا ، حيث

أنهم لم يتلقوا أي خدمات تأهيلية مقارنة مع الذين تلقوا خدمة واحدة من الخدمات

التأهيلية الأنفة الذكر.

2- أن مستوى جودة الحياة على المقياس كان مرتفعاً بالنسبة للمعاقين الذين تلقوا الأنواع الثلاثة من الخدمات التأهيلية.

3- تبين مدى فقر بعض المجموعات والذين يحتاجون إلى اكتساب مهارات التخطيط ، ورسم السياسات ، وإيصال الخدمات.

4- توصل الباحثون من خلال هذه الدراسة بأن طريقة المتكاملة من حيث الخدمات التأهيلية ربما تكون أفضل الطرق من أجل من رفع كفاءة جودة الحياة عند الأشخاص المعاقين في كمبوديا.

الدراسات المحلية (السودانية).

7/ دراسة: منتصر كمال الدين محمد ، (2007):

بغنوان: جودة الحياة وعلاقتها بالرضا الوظيفي والضغط النفسية وتأکید الذات لدى العاملين ببعض المؤسسات التقنية بولاية الخرطوم رسالة ماجستير ، غير منشورة .

هدفت الدراسة إلى التعرف على جودة الحياة وعلاقتها بالرضا الوظيفي والضغط النفسية وتأکید الذات لدى العاملين ببعض المؤسسات التقنية بولاية الخرطوم ، وتكونت عينة البحث من (294) فرداً ، (168 ذكور) و (81 إناث) يمثلون بعض المؤسسات التقنية للهيئة القومية للكهرباء (153) وهيئة السكة حديد (70) والمؤسسة السودانية للنفط (26). وقد اتبعت الدراسة المنهج الوصفي الارتباطي في جمع البيانات وتحليلها.

استخدم الباحث مقياس جودة الحياة من تصميمه مقتبساً من مقياس جودة الحياة الذي أعده فريش (1989) ومقياس الرضا الوظيفي ومقياس الضغوط النفسية من تصميمه مقتبساً من مقياس زينب محمود لمواقف الحياة الضاغطة ، ومقياس تأکید الذات الذي صممه الباحث مقتبس من مقياس (وولب ولازاروس).

ثم تحليل بيانات البحث إحصائياً بواسطة المعالجات الإحصائية باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية .

وقد توصلت إلى النتائج التالية:

- 1- إيجابية جودة الحياة لدى العاملين ببعض المؤسسات التقنية بولاية الخرطوم.
- 2- عدم وجود فروق لدى العاملين ببعض المؤسسات التقنية بولاية الخرطوم.
- 3- عدم وجود فروق في جودة الحياة لدى العاملين ببعض المؤسسات التقنية بولاية الخرطوم تعزى لمتغير مسمى الوظيفة أو طبيعة العمل (عامل ، موظف ، مهندس ، فني ، أخرى).
- 4- عدم وجود فروق في جودة الحياة لدى العاملين ببعض المؤسسات التقنية بولاية الخرطوم تعزى لمتغير مسمى المؤسسة (الهيئة القومية للكهرباء ، هيئة السكة حديد والمؤسسة السودانية للنفط).
- 5- عدم وجود علاقة ارتباطيه بين جودة الحياة والعمر لدى العاملين ببعض المؤسسات التقنية بولاية الخرطوم.
- 6- عدم وجود علاقة ارتباطيه بين جودة الحياة والمستوى التعليمي لدى العاملين ببعض المؤسسات التقنية بولاية الخرطوم.
- 7- وجود علاقة ارتباطيه طردية موجبة بين جودة الحياة والرضا الوظيفي لدى العاملين ببعض المؤسسات التقنية بولاية الخرطوم.
- 8- وجود علاقة ارتباطيه طردية موجبة بين جودة الحياة وتأثير الذات لدى العاملين ببعض المؤسسات التقنية بولاية الخرطوم.
- 9- وجود علاقة ارتباطيه عكسية سالبة بين جودة الحياة والضغط النفسية لدى العاملين ببعض المؤسسات التقنية بولاية الخرطوم.
- 10- عدم وجود تفاعل بين المؤهل الدراسي والمؤسسة على جودة الحياة لدى العاملين ببعض المؤسسات التقنية بولاية الخرطوم.
- 11- عدم وجود تفاعل بين الرضا الوظيفي وتأکید الذات على جودة الحياة لدى العاملين ببعض المؤسسات التقنية بولاية الخرطوم.

12- عدم وجود تفاعل بين النوع (ذكر ، أنثى) والضغط النفسية على جودة الحياة

لدى العاملين ببعض المؤسسات التقنية بولاية الخرطوم

8/ دراسة : منال مبارك بدر المعارف، (2001) بعنوان: جودة الحياة لمرضى السرطان وعلاقتها ببعض المتغيرات الديموغرافية، دراسة ميدانية بمركز القوس للعلاج بالأشعة والطب النووي، رسالة ماجستير ، غير منشورة .

هدفت هذه الدراسة لمعرفة نوعية حياة مرضى السرطان ، استخدمت الباحثة المنهج الوصفي ، تمثل مجتمع الدراسة في المرضى بالمركز القومي للعلاج بالأشعة والطب النووي ، بلغ حجم عينة الدراسة (50) مريضاً تم اختيارهم عن طريق المعاينة العشوائية البسيطة، وقد تمثلت أدوات الدراسة في استمارة المعلومات الأولية ومقياس جودة الحياة. استخدمت الباحثة طرقاً مختلفة في المعالجات الإحصائية تمثلت في النسبة المئوية ، معامل الارتباط الثنائي الأصل ، معامل الارتباط الرتب لسبيرمان واختبار مربع كاي، وتوصلت الدراسة لعدد من النتائج يمكن إيجازها على النحو التالي:

النتائج:

- 1-لا توجد علاقة ارتباطيه بين تدني وتدهور نوعية الحياة بمستويات مختلفة.
- 2-لا توجد علاقة ارتباطيه بين تدني وتدهور جودة الحياة نتيجة للإصابة بالسرطان والنوع.
- 3-لا توجد علاقة ارتباطيه بين تدني وتدهور جودة الحياة نتيجة للإصابة بالسرطان والنوع.
- 4-لا توجد علاقة ارتباطيه بين تدني وتدهور جودة الحياة نتيجة للإصابة بالسرطان والعمر.
- 5-لا توجد علاقة ارتباطيه بين تدني وتدهور جودة الحياة نتيجة للإصابة بالسرطان والمستوى الاقتصادي.

6- لا توجد علاقة ارتباطيه بين تدني وتدهور جودة الحياة نتيجة الإصابة بالسرطان المستوى التعليمي.

7- لا توجد علاقة ارتباطيه بين درجة التدني والتدهور في جودة الحياة نتيجة للإصابة بالسرطان والحالة الاجتماعية للمريض.

وضعت الباحثة في نهاية الدراسة مجموعة من التوصيات وكذلك مجموعة من المقترحات للدراسات المستقبلية في نفس مجال هذه الدراسة.

9/ دراسة : سارة عبد العظيم دياب (2014م)، بعنوان: الضغوط النفسية وعلاقتها بجودة الحياة لدى والدي أطفال التوحيديين ، رسالة ماجستير ، غير منشورة .

هدفت هذه الدراسة لمعرفة الضغوط النفسية وعلاقتها بجودة الحياة لدى والدي أطفال التوحد في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية (النوع ، العمر ، المستوى التعليمي) استخدمت الباحثة المنهج الوصفي الارتباطي . وتكونت عينة الدراسة من (30) عينة (14 ذكور و 16 إناث) من والدي أطفال التوحد بمراكز التربية الخاصة بولاية الخرطوم. استخدمت الباحثة مقياس الضغوط النفسية من إعداد زينب محمود شقير 2003م مقياس جودة الحياة من إعداد الأمم المتحدة للصحة العالمية 1997م والتي تم ترجمتها في الأردن - عمان 2004م وتم تحليل بيانات الدراسة بواسطة المعالجات الإحصائية التالية: اختبار (ت) للعينة الواحدة . اختبار (ت) لعينتين مستقلتين. معامل الفا كارونباخ للمعامل الثابت. كاي اسكوير. معامل ارتباط اسبيرمان. المتوسطات والمنحرفات. وتوصلت الدراسة إلى الآتي:

1. أن الضغوط النفسية لدى والدي أطفال التوحد تتسم بالارتفاع .
2. توجد علاقة ارتباطيه عكسية بين الضغوط النفسية وجودة الحياة لدى والدي أطفال التوحد.
3. لا توجد فروق في الضغوط النفسية بين الذكور والإناث لدى والدي أطفال التوحد.
4. لا توجد فروق بين الضغوط النفسية والمستوى التعليمي لدى والدي أطفال التوحد.

10/دراسة سعاد موسى ، (2000م).بعنوان: جودة الحياة لدى أسر أمدرمان القديمة وعلاقتها بالصحة النفسية لربات البيوت في أمدرمان القديمة، رسالة ماجستير ، غير منشورة .

هدفت الدراسة إلى التعرف إلى جودة الحياة لدى أسر أمدرمان القديمة وعلاقتها بالصحة النفسية لربات البيوت في أمدرمان القديمة. و تكونت عينة الدراسة (63) امرأة من ربات البيوت واستخدمت الباحثة مقياس جودة الحياة المصمم من قبلها ، ومقياس الصحة النفسية لمنظمة الصحة العالمية. اتبعت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي.

وتوصلت إلى النتائج الآتية:

1-توجد ثلاث مستويات في جودة الحياة لدى أسرة في أمدرمان القديمة وهي أسر نوعية حياتها منخفضة وأر متوسطة وأسرة مرتفعة في نوع حياتها.

2-الصحة النفسية لربات البيوت وسط هذه المستويات الثلاثة لنوعية حياتها تضمن فروق في الأعراض النفسية.

أ/ فرط الحركة

ب/ المخاوف .

ج/ صعوبات النوم.

3-الاختلاف بين ربات البيوت لوحظ بين الأسرة إلى نوعية حياتها مرتفعة مقارنة بالمتوسطة بين المنخفضة في نوعية حياتها مقارنة بالمتوسطة.

4-مستوى التعليم لديه دلالة هامة في الصحة النفسية لربات البيوت وجودة الحياة للأسر أمدرمان القديمة ككل سوى كانت جودة الحياة منخفضة أو متوسطة أو مرتفعة. .

التعقيب على الدراسات السابقة

اتفق البحث الحالي مع الدراسات السابقة من حيث المنهجية حيث أن معظم الدراسات السابقة اتبعت المنهج الوصفي التحليلي باستثناء الدراسات الأجنبية. والهدف العام لجميع هذه الدراسات السابقة والبحث الحالي هي قياس جودة الحياة. استخدم البحث الحالي مقياس لجودة الحياة واختلفت الدراسات السابقة من حيث العينة والزمان والمكان والموضوع الذي أجريت فيه الدراسات السابقة. وتميز البحث الحالي عن الدراسات السابقة بندرته وأنه أول بحث في السودان يبحث عن قياس جودة الحياة لأولياء أمور الأطفال المعاقين ذهنياً حيث أن معظم الدراسات السابقة تحدثت عن جودة الحياة للمعاقين أنفسهم. وترى الباحثة أن أهمية هذا البحث تكمن في أهمية الاهتمام بجودة الحياة لأولياء أمور المعاقين لأن جميع البحوث والدراسات اهتمت بالمعاق فقط أكثر من أولياء الأمور. وترى الباحثة أن جودة حياة أولياء الأمور هي التي تساعد المعاق على تخطي كل عقبات الإعاقة التي يعاني منها لأنهم هم الأساس الذي يبنى عليه مستقبل هؤلاء المعاقين.

الفصل الثالث

منهج واجراءات الدراسة

الفصل الثالث

منهج وإجراءات البحث

يتناول هذا الفصل شرحاً مفصلاً للمنهج والإجراءات التي ستتبعها الباحثة لإجراء هذا البحث والذي يدور حول جودة الحياة لأسر الأطفال ذوي الإعاقة العقلية بمراكز التربية الخاصة (بمحلية الخرطوم) ويتضمن الفصل الآتي:

أولاً: منهج البحث

اتبعت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي وأسلوب العينة العشوائية المنتظمة لأنها تتناسب مع موضوع الدراسة.

حيث يشير عبد الرحمن سيد سليمان (2004م : 83) إلى أن المنهج الوصفي بأنه منهج يهدف أساساً إلى دراسة الظروف أو الظواهر أو المواقف أو العلاقات كما هي موجودة والحصول على وصف دقيق لها يساعد على تفسير المشكلات التي تتضمنها أو الإجابة على الأسئلة الخاصة بها ويجب أن لا نفهم أن مهمة الوصفي هي مجرد لجمع البيانات أو المعلومات عن الظواهر أو الموضوعات التي يتعرض لدراساتها وإنما مهمة البحث الوصفي تمتد إلى ما هو أبعد من ذلك حيث يهدف إلى توضيح العلاقات بين الظواهر وتحليلها وتفسيرها (نظمي عودة ، 2002م: 65) يذكر أن المنهج الوصفي بأنه ذلك المنهج الذي يهدف إلى وصف ما هو كائن وتمييزه عن البحوث الوصفية لرصد الوقائع ويحاول معرفة ما وراء الظواهر التي حدثت بالفعل بينما في البحوث التجريبية يرتب الباحث الظروف لكي تقع الأحداث ، ويضيف بأنه نظراً لأن التربية تهتم أساساً بنمو الأفراد جسدياً وذهنياً ووجدانياً مما تهتم بهذا النمو ، ومتابعته فإن الدراسات الوصفية يطلق عليها أحياناً الدراسات التنموية وهي تحتل مكاناً رئيسياً بين الطرق المستخدمة في البحوث التربوية.

مبررات استخدام المنهج الوصفي للبحث :

1. وقع اختيار الباحثة للمنهج الوصفي لأنه يناسب بحثها ، حيث ذكر العلماء أن المنهج الوصفي هو الأنسب لمواضيع الدراسات النفسية والتربوية حيث أن هذا البحث تربوي نفسي يهدف إلى معرفة جودة الحياة لدى أولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقة العقلية .
2. ومن خلال إطلاع الباحثة على البحوث والدراسات السابقة وجدت أن جميع الدراسات المماثلة للبحث الحالي استخدمت المنهج الوصفي .

ثانياً .مجتمع البحث.

يقصد بالمجتمع جميع الأفراد (أو الأشياء ، أو العناصر) التي لها خصائص واحدة ويمكن ملاحظتها (رجاء أبو علام ، 2007م:160) ، وفي البحث الحالي يضم المجتمع الأصلي كل أسر الأطفال المعاقين بمدينة الخرطوم ،والجدول التالي يوضح ذلك :

جدول رقم (1-3) يوضح مجتمع البحث الأصلي

اسم المركز	عدد الطلاب		المجموع الكلي
	ذكور	إناث	
جمعية المبارك	20	26	46
مدرسة الرضا	50	70	120
الشامل للتأهيل	17	23	40
السودانية لتنمية القدرات	26	13	39
الأنيس	40	25	65
الشريف	39	3	42
الأحباب	15	12	27
الثقة	18	6	24
إيمان الخيرية	6	9	15
عائشة	60	40	80
توتي	12	12	24
تنمية القدرات توتي	10	8	18
فرسان الإرادة	20	10	30
جود	8	16	24
المجموع			352

ثالثاً : عينة البحث :

يقصد بالعينة مجموعة جزئية (أو مجموعات) من الأفراد ، يفترض فيها أنها تمثل المجتمع الأصلي تمثيلاً حقيقياً صادقاً (حمدي أبو الفتوح، 2002م: 272) وقد اختارت الباحثة عينة البحث الحالي عن طريق العينة العشوائية الطبقية المتناسبة ، إذ تم تقسيم مجتمع البحث إلى طبقات. يمثل كل مركز طبقة، وكل مركز قُسم إلى طبقتين ذكور وإناث فكان عدد التلاميذ: 352 ، يمثلوا آباءهم وأمهاتهم أفراد عينة البحث الحالي المستهدفة بمحلية الخرطوم. واختير من كل طبقة 20% من كل من مجموع طبقتي الذكور والإناث يمثلون أسر هؤلاء الأطفال البالغ عددهم (71 فرداً) .

جدول رقم (2-3) توصيف العينة

اسم المركز	ذكور	إناث	عينة البحث	النسبة المئوية %
1. جمعية المبارك	4	5	9	12,7
2. مدرسة الرضا	10	14	24	33,8
3. الشامل للتأهيل	3	5	8	11,3
4. السودانية لتنمية القدرات	5	3	8	11,3
5. الأنيس	8	5	13	18,3
6. الشريف	8	1	9	12,7
المجموع الكلي	38	33	71	100%

ملحوظة :

- استبعدت عدد إحدى عشر استبانة من جملة 71 استبانة نسبة لعدم استيفاء إكمال البيانات فأصبح عدد العينة 60 .
- كذلك صعوبة الوصول لبعض المراكز بسبب قفل إغلاقها أو بسبب عدم التعاون لذلك اقتصر على عينة البحث على المراكز المذكورة أعلاه .

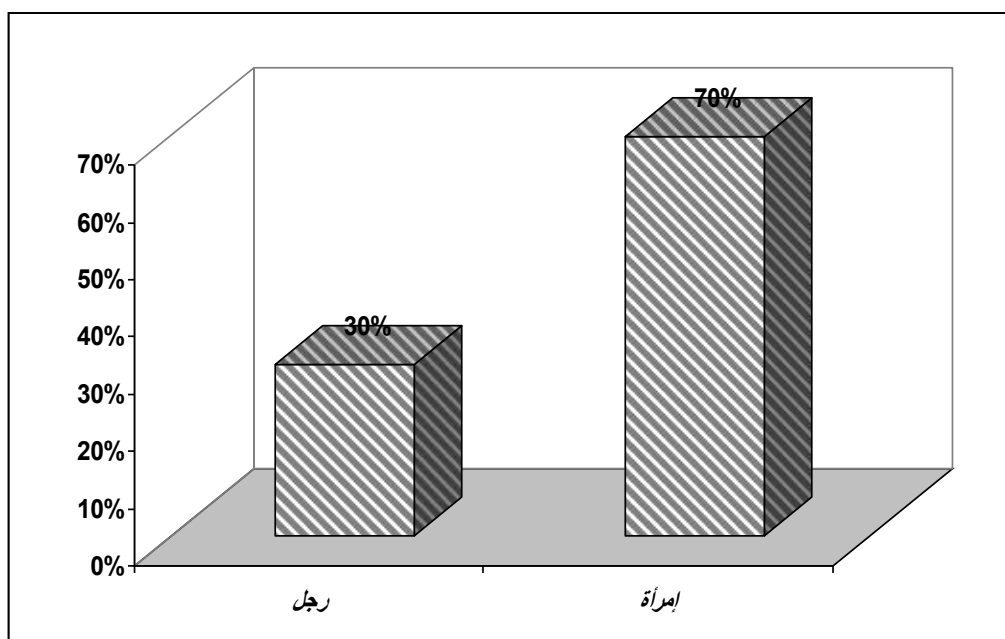
جدول رقم (3-3)

توزيع أفراد عينة البحث حسب النوع

النوع	التكرار	النسبة%
رجل	18	30
إمرأة	42	70
المجموع	60	100

يتضح من الجدول أعلاه توزيع عينة البحث تبعاً للنوع حيث كان عدد المشاركين من الرجال 18 بنسبة 30% والمشاركات من النساء 42 بنسبة 70% أي هي النسبة الغالبة. والشكل الآتي يبين هذا الإجراء.

شكل رقم (3-1)
توزيع أفراد عينة البحث حسب النوع

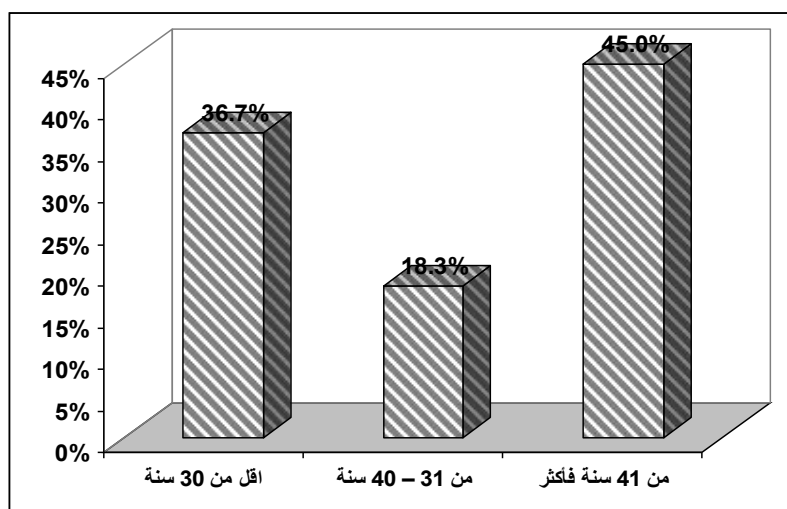


جدول رقم (3-4)
توزيع أفراد عينة البحث حسب العمر

العمر	التكرار	النسبة %
أقل من 30 سنة	22	36.7
من 31 - 40 سنة	11	18.3
من 41 سنة فأكثر	27	45
المجموع	60	100

يتضح من الجدول أعلاه توزيع عينة البحث تبعاً للعمر ويتبين أن نسبة 36.7% من عينة البحث كانت أعمارهم أقل من 30 سنة ، حيث أن 18.3% من أفراد العينة تتراوح أعمارهم بين (31-40 سنة) ، كما أن 45% تتراوح أعمارهم بين (41 سنة فأكثر) . وعليه يمكن استنتاج أن غالبية أفراد العينة كانت أعمارهم أكثر من 41 سنة ، أي أن عدد التكرارات 27 هو أعلى تكرار والرسم البياني يوضح ذلك.

شكل رقم (2-3)
توزيع أفراد عينة البحث حسب العمر



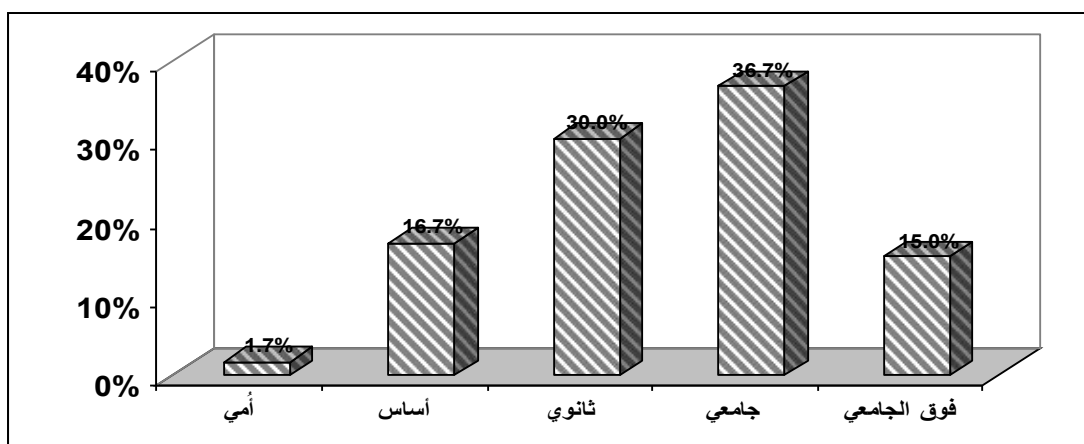
جدول رقم (5-3)
توزيع عينة البحث حسب المستوى التعليمي

النسبة %	التكرار	المستوى التعليمي
1.7	1	أمي
-	-	خلوة
16.7	10	أساس
30	18	ثانوي
36.7	22	جامعي
15	9	فوق الجامعي
100	60	المجموع

المصدر: إعداد الباحث من بيانات الإستبانة، 2014 م

كما يتضح من الجدول أعلاه أن وصف العينة حسب المستوى التعليمي حيث نلاحظ أن درجة الأمية بين أفراد العينة قليلة جداً أي بنسبة 1.7% ، وأن المستوى الجامعي كان بنسبة 36.7% ، وأن المستوى فوق الجامعي كان بنسبة 15% ، ولكن رغم هذا المستوى التعليمي الكبير تستنتج الباحثة أن هذا المجتمع يعاني من الوصمة الاجتماعية التي تلحقه جراء الإعاقة التي يعاني منها أبناءه .والشكل الآتي يوضح هذا .

شكل رقم (3-3)
أفراد عينة البحث حسب المستوى التعليمي



جدول رقم (3-6)

توزيع أفراد عينة البحث حسب المستوى الاقتصادي للأسر

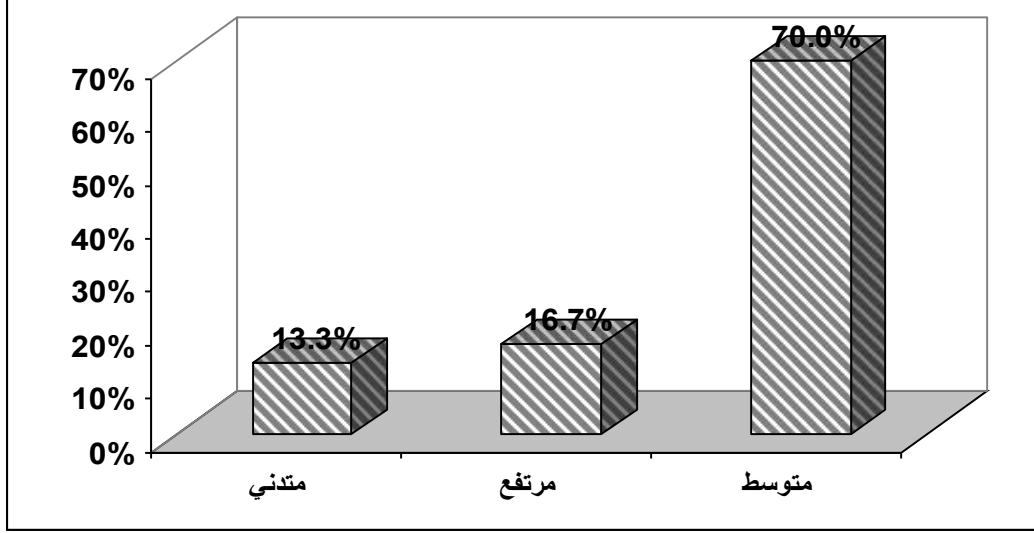
النسبة %	التكرار	المستوى الاقتصادي
13.3	8	متدني
16.7	10	مرتفع
70	42	متوسط
100	60	المجموع

المصدر: إعداد الباحث من بيانات الإستبانة، 2014 م

يتضح من الجدول أعلاه أن المستوى الاقتصادي لعينة البحث لا بأس به حيث كان أغلب الأسر في درجة متوسطة من الحالة الاقتصادية حيث كانت النسبة 70% الأمر الذي جعل هذه الأسر تلحق أبناءها بمراكز الرعاية . والشكل الآتي يوضح هذا

شكل رقم (4-3)

أفراد عينة البحث حسب المستوى الاقتصادي للأسرة



جدول رقم (7-3)

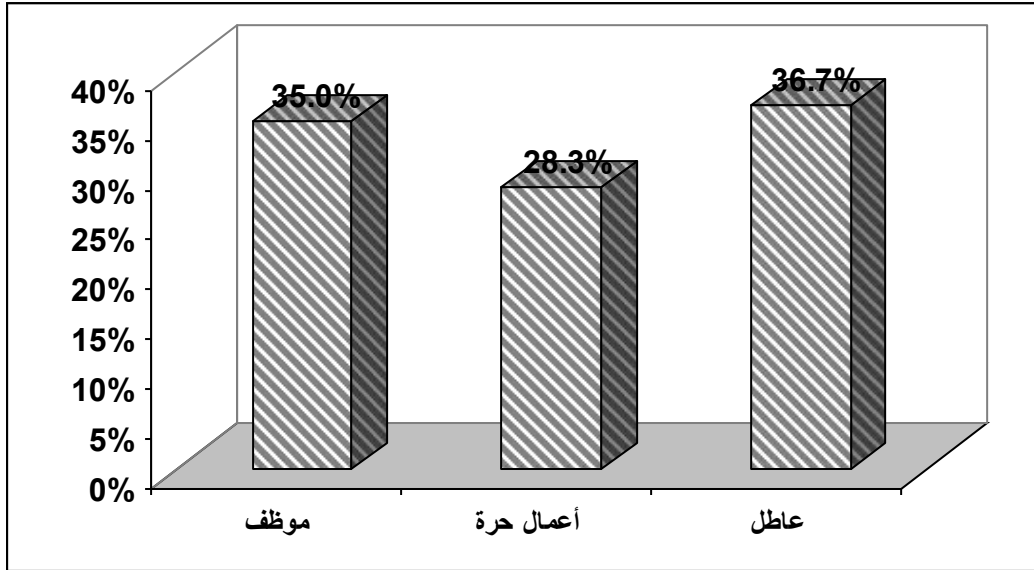
توزيع أفراد عينة البحث حسب العمل

العمل	التكرار	النسبة %
موظف	21	35
أعمال حرة	17	28.3
عاطل (ربة منزل)	22	36.7
المجموع	60	100

المصدر: إعداد الباحث من بيانات الإستبانة، 2013 م

تلاحظ الباحثة هناك تناقض بين الجدول السابق الذي يوضح الحالة الاقتصادية، وهذا الجدول الذي يبين حالة العمل ، حيث سجلت نسبة البطالة بين أفراد الأسر 36.7% ولكن هذا يدل على أن هذه الأسر لها مصدر دخل آخر مما جعل حالتها الاقتصادية العامة متوسطة والشكل الآتي يوضح الناحية العملية.

شكل رقم (3-5)
توزيع أفراد عينة البحث حسب العمل



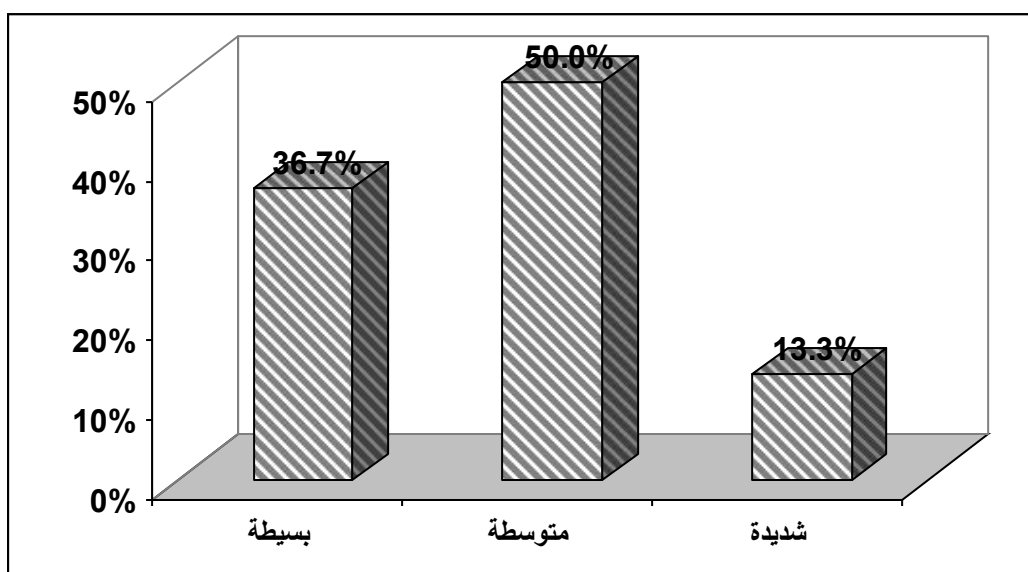
جدول رقم (3-8)
درجة الإعاقة التي يعاني منها طفلك

النسبة %	التكرار	درجة الإعاقة
36.7	22	بسيطة
50	30	متوسطة
13.3	8	مزدوجة
100	60	المجموع

المصدر: إعداد الباحث من بيانات الإستبانة، 2014 م

بالنظر للجدول رقم (8) أعلاه نلاحظ تباين درجة الإعاقة بين البسيطة والمتوسطة والشديدة ، حيث بلغت نسبة الأخيرة 13.3% والشكل الآتي يوضح هذا الإجراء

شكل بيان رقم (3-6)
درجة الإعاقة التي يعاني منها طفلك



جدول رقم (3-9)
توزيع أفراد عينة البحث حسب الحالة الاجتماعية

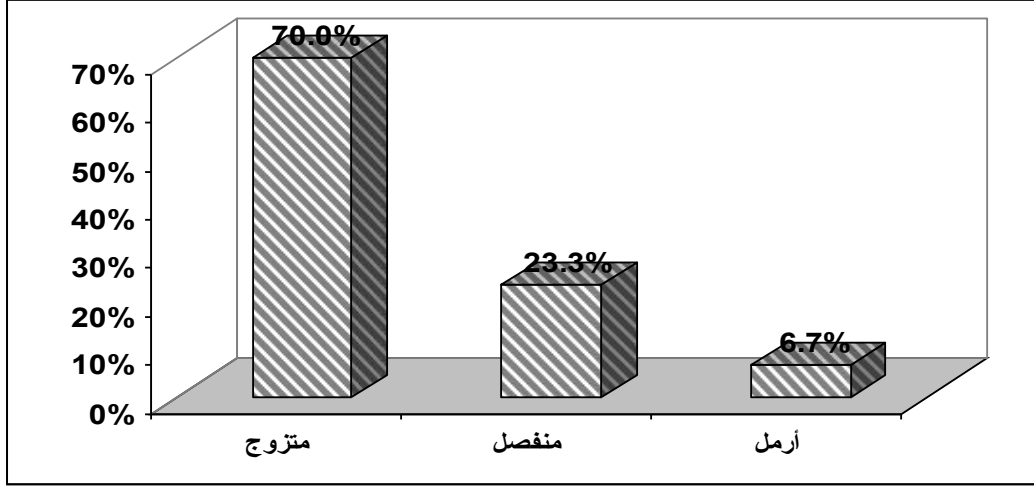
النسبة %	التكرار	الحالة الاجتماعية
70	42	متزوج/متزوجة
23.3	14	منفصل
6.7	4	أرمل
100	60	المجموع

المصدر: إعداد الباحث من بيانات الإستبانة، 2014 م

نلاحظ من خلال النظر للجدول أعلاه أن نسبة الانفصال سجلت مستوى كبير يبلغ ربع العينة تقريباً ، وهذا يدل على أن الإعاقة ربما تكون هي السبب في الانفصال حيث بلغت نسبة 23.3% وإن دل هذا يدل على عدم جودة الحياة ، والشكل الآتي يوضح هذا الإجراء.

شكل بياني رقم (3-7)

توزيع عينة البحث حسب الحالة الاجتماعية



المصدر: إعداد الباحث من بيانات الإستبانة، 2014 م

جدول رقم (3-10)

هل تعاني من اي مرض مزمن

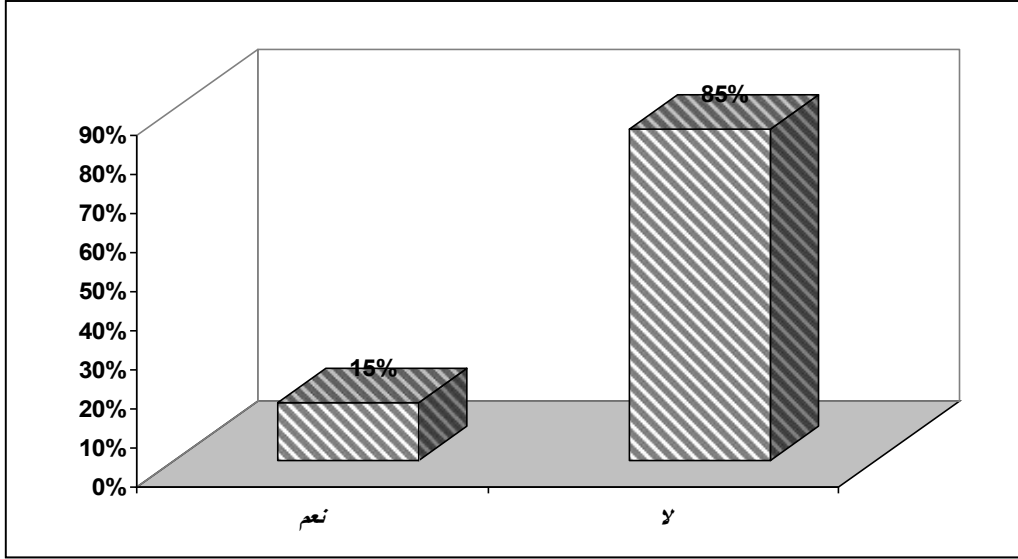
الاجابة	التكرار	النسبة %
نعم	9	15
لا	51	85
المجموع	60	100

المصدر: إعداد الباحث من بيانات الإستبانة، 2014

نلاحظ من الجدول أعلاه أن نسبة 85 أفراد العينة أصحاء ونسبة 15% يعانون من أمراض مزمنة وهذه النسبة لا يستهان بها ، وإن دلت إنما تدل على انخفاض جودة الحياة لديهم والشكل الآتي يوضح هذا الإجراء .

شكل بياني رقم (8-3)

توزيع عينة البحث هل تعاني من مرض مزمن



المصدر: إعداد الباحث من بيانات الإستبانة، 2014 م

رابعاً : أدوات البحث

بعد أن قامت الباحثة بعمل مسح للدراسات والبحوث التي تناولت موضوع جودة الحياة، وقع اختيارها على مقياس جودة الحياة ؛ ليكون أداة لقياس جودة الحياة لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقة العقلية بمحلية الخرطوم . وذلك للأسباب التالية :

1. يعتبر مقياس جودة الحياة من المقاييس المعتمدة من منظمة الصحة العالمية .
2. وهو من المقاييس الموثوق بها حيث طبق على عدد كبير من الدراسات والبحوث العلمية.

وصف مقياس جودة الحياة :

وضعت المنظمة هذا المقياس في العام 1996م ليقدم بروفایل مختصر عن مستوى الجودة السائد في حياة الفرد وهو يتكون من 26 بند ويتضمن بندين لجودة الحياة العامة وللصحة العامة وبند واحد فقط من أربعة وعشرين بند الذي تتكون فيه الصورة الأصلية لمقياس جودة الحياة والذي أعدته أيضاً منظمة الصحة العالمية (1995م، والمكون من 100 عبارة) لتصبح الصورة المختصرة شاملة ومتكاملة ، حيث تمت ترجمته للعربية من (بشرى إسماعيل أحمد ، 2008م) حيث قامت أولاً بترجمته ثم عرضه على أهل الاختصاص في علم النفس لتحكيمه ، حيث وصلت الصورة النهائية للمقياس لستة وعشرين عبارة وكان صدقه وثباته عالياً حيث بلغ 85% .

طريقة إعداد المقياس لاستخدامه في البحث الحالي

تحصلت الباحثة على النسخة الأصلية المعربة من قبل بشرى أحمد (2008م) بجامعة أم القرى في المملكة العربية السعودية ، وقامت الباحثة بعرضها على المشرفة وتم تعديل بعض العبارات ، ومن ثم تم عرضها على عدد من الخبراء والمختصين في التربية وعلم النفس والإرشاد النفسي والصحة النفسية بالجامعات السودانية (أنظر ملحق رقم "4") ، وذلك للاستفادة من ملاحظاتهم والتأكد من المقياس يعمل لتحقيق هدف البحث حيث أنه يرى الحارث المذكور (محمد المتوكل ، 1996م : 101) أن استخدام المحكمين يعمل على تحسين الصورة المبدئية للمقياس وذلك عن طريق الإشارة إلى العبارات أو البنود المكررة أو المتشابهة ، وعن طريق إضافة أي عبارة أو بند يزيد من تغطية العبارات للمجال المراد قياسه . حيث أجمع المحكمون على صحة العبارات وكانت لهم بعض الملاحظات في الصياغات اللغوية :

جدول رقم (11-3) يوضح تعديل عبارات المقياس

العبارات قبل التعديل	بعد التعديل
1. ما هو تقديرىك لجودة الحياة.	تقديرى لنوعية حياتى صعبة
2. هل أنت تعتقد أن مرض ابنك يعجزك عن القيام بالعمل.	مرض ابني يجعلني عاجز عن العمل
3. حتى تستمر حياتك ما مقدار الرعاية التي يحتاجها ابنك.	أشعر أن حياتي مستمرة رغم مقدار الرعاية التي يحتاجها ابني.
4. ما مدى استمتاعك بالحياة .	هل أنت مستمتع بالحياة؟
5. بوجود ابنك المعاق ما مى شعورك بمعنى حياتك.	أشعر بمعنى للحياة رغم وجود ابني المعاق.
6. هل يمكنك التركيز في عملك ببساطة.	هل يمكنك التركيز في عملك؟
7. ما مدى شعورك بالأمن في الحياة.	لا يوجد شعور بالأمن في الحياة لديك.
8. هل لديك الكفاية والفاعلية الكافية للقيام	لدي الكفاية والفاعلية في القيام بواجبات

بواجبات الحياة اليومية.	الحياة اليومية.
9. ما مدى توافر المعلومات اللازمة التي تحتاج إليها في حياتك اليومية عن إعاقة ابنك.	لديك معلومات كافية عن إعاقة ابنك.
10. شعورك بالحزن والاكتئاب والقلق أشنت إلى ثلاثة جمل	1/ أشعر بالحزن. 2/ أشعر بالاكتئاب. 3/ أشعر بالقلق.
11. ما هو مدى رضاك عن الخدمات الصحية التي يقدمها المجتمع	ما هو مدى رضاك عن الخدمات الصحية التي تقدم لعائلتك

طريقة تصحيح المقياس :

أعطيت خيارات الإجابة الدرجات (1، 2، 3، 4، 5) على الترتيب وذلك في حالة الفقرات الموجبة الوجهة التي تدل على جودة الحياة ، وتعكس الدرجات لنفس الخيارات في حالة الفقرات سالبة الوجهة .

الدراسة الاستطلاعية (المقياس):

ذكر خليل معوض (1982م:59) أن العينة الاستطلاعية تهدف إلى تلمس الطريق والتعرف على معالجته قبل أن يخطو الباحث الخطوات النهائية .بعد أن أجرت الباحثة التعديلات التي أشار إليها المحكمون والتي رأت المشرفة أنها مناسبة قامت الباحثة بإجراء بحث استطلاعي لمقياس جودة الحياة على عينة من المجتمع الأصلي وذلك بأخذ عينة استطلاعية بحجم (20) من(أسر الأطفال ذوي الإعاقة العقلية بمحلية الخرطوم) ، وذلك لتحقيق الأهداف الآتية :

- 1-اختبار مدى وضوح العبارات من المفحوصين .
- 2-تلافي أي سوء فهم يمكن أن يحدث في الإجابة من قبل المبحوثين .
- 3-الوقوف على صدق وثبات المقياس .

جدول رقم (12-3) يوضح معامل ارتباط بيرسون بين درجات البنود والدرجة الكلية للمقياس
جودة الحياة للعينة الاستطلاعية .

البند	العبارات	معامل الارتباط مع الدرجة الكلية للمحور	معامل الارتباط مع الدرجة الكلية للمقياس	البند	العبارات	معامل الارتباط مع الدرجة الكلية للمحور	معامل الارتباط مع الدرجة الكلية للمقياس
السمة العامة	1	0.68	0.69	درجة الإعاقة	1	0.67	0.70
	2	0.64	0.81		2	0.78	0.84
	3	0.61	0.86		3	0.69	0.74
	4	0.55	0.69		4	0.65	0.71
	5	0.62	0.81		5	0.85	0.90
	6	0.55	0.68		6	0.70	0.77
	7	0.67	0.72	الطاقة الشخصية	1	0.69	0.72
	8	0.63	0.78		2	0.67	0.76
	9	0.65	0.73		3	0.62	0.69
	10	0.62	0.71		4	0.82	0.91
	11	0.64	0.69		5	0.87	0.92
	12	0.69	0.75		6	0.89	0.95
	13	0.70	0.77				
	14	0.68	0.73				

ومن خلال الجدول أعلاه وجدت الباحثة أن الفقرات مترابطة ومتشعبة، ولذلك لم تضطر الباحثة لحذف أي فقرة من فقرات المقياس . و من ثم تم توزيع الإختبار على أفراد العينة .وبعد تصحيح الإجابات قامت الباحثة برصد الدرجات وإدخالها في الحاسب الآلي من ثم تم إجراء الآتي :

خامساً : الثبات والصدق الإحصائي.

يقصد بثبات الاختبار أن يعطي المقياس نفس النتائج إذا ما استخدم أكثر من مرة واحدة تحت ظروف مماثلة، ويعني الثبات أيضاً أنه إذا ما طبق اختبار ما على مجموعة من الأفراد ورصدت درجات كل منهم، ثم أُعيد تطبيق الاختبار نفسه على المجموعة نفسها وتم الحصول على الدرجات نفسها يكون الاختبار ثابتاً تماماً. كما يعرف الثبات أيضاً بأنه مدى الدقة والاتساق للقياسات التي يتم الحصول عليها مما يقيسه الاختبار. ومن أكثر الطرق استخداماً في تقدير ثبات المقياس هي: معامل الفا - كرونباخ.

صيغة حساب معامل كرونباخ ألفا

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum s_i^2}{s_T^2} \right)$$

عدد العناصر

مجموع كبايات العناصر

تباين الدرجة الكلية

أما الصدق فهو مقياس يستخدم لمعرفة درجة صدق المبحوثين من خلال إجاباتهم على مقياس معين، ويحسب الصدق بطرق عديدة أسهلها كونه الجذر التربيعي لمعامل الثبات، وتتراوح قيمة كل من الصدق والثبات بين الصفر والواحد الصحيح.

والصدق الذاتي للاستبانة هو مقياس الأداة لما وضعت له، وقياس الصدق هو معرفة صلاحية الأداء لقياس ما وضعت له. قامت الباحثة بإيجاد الصدق الذاتي لها إحصائياً باستخدام معادلة الصدق الذاتي هي :

$$\text{الصدق} = \sqrt{\text{الثبات}}$$

وذلك بحساب معامل ثبات المقياس المستخدم في الاستبيان بطريقة الفا - كرونباخ والجدول الآتي يوضح هذا الإجراء:

جدول رقم (13-3) : الثبات والصدق الإحصائي لإجابات أفراد العينة

البند	العبارات	الفا	معامل الصدق (الجزرالتريعي لالفا)
السمة العامة	14	0.84	0.92
درجة الإعاقة	6	0.76	0.87
الحالة الصحية	6	0.78	0.88

يتضح من نتائج الجدول أعلاه أن معامل الثبات والصدق لإجابات أفراد العينة الاستطلاعية على بنود المقياس الثلاثة أكبر من (0.60) مما يدل على أن الاستبيان يتصف بالثبات والصدق الكبيرين جداً بما يحقق أغراض البحث، ويجعل التحليل الإحصائي سليماً ومقبولاً.

سادساً : إجراءات البحث الميداني .

1/بعد أن تم اختيار العينة وفق الخطوات الواردة في الجزء الخاص بالعينة قامت الباحثة بتوزيع أداة البحث على العينة المختارة .

2/ طلب من أفراد العينة قراءة كل فقرة بتمعن واختيار الخيار الذي يرويه مناسباً والذي ينطبق عليهم .

3/ وكان التطبيق يجرى مباشرة . وبعدها تم تسليم الاستبانات

4/واستمر توزيع الاستبانات وجمعها شهرين نسبة لرفض الأمهات تعبئة الاستبانات وقد ذكرنا ذلك في الجدول السابق للعينة.

5. وقد تم توزيع 71 استبانة فكان عدد الاستبانات المستردة والمكتملة المعلومات 60 استبانة .

سابعا الأساليب الإحصائية المستخدمة في البحث .

للوصول إلى نتائج البحث الحالي بعد جمع البيانات الخاصة بالعينة قامت الباحثة بتحليل تلك البيانات بواسطة الحاسب الآلي وباستخدام الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية المختصرة في (SPSS) حيث تمت المعالجة للبيانات بالأساليب الإحصائية التالية:

- 1-ألفا كرونباخ لحساب الصدق والثبات.
- 2-النسبة المئوية لمعرفة الفروق .
- 3-اختبار (ت) لعينة واحدة.
- 4-معامل ارتباط بيرسون لمعرفة العلاقة بين المتغيرات.
- 5-اختبار (ف) لمعرفة الفروق .

الفصل الرابع

عرض وتفسير ومناقشة النتائج

الفصل الرابع

عرض وتحليل ومناقشة النتائج

تمهيد .

تناولت الباحثة في هذا الفصل عرض النتائج التي توصلت إليها بعد تحليل البيانات التي تم جمعها عن طريق أداة جمع البيانات والمقياس المستخدم لهذا الغرض مع كل فرض من فروض البحث واختيار الأسلوب الإحصائي الذي يناسبه ، ثم عرض قراءة لنتائج الفروض وتفسيرها والتعليق عليها بالاستشهاد بنتائج الدراسات السابقة المشابهة التي تنطبق مع نتائج الفروض في الإطار النظري ، وأوجه والاختلاف مع ختمه برأي الباحثة .

عرض وتحليل النتائج

عرض نتيجة الفرض الأول: السمة العامة لجودة الحياة لدى أسر الأطفال المعوقين ذهنياً بمحلية الخرطوم بالمراكز العلاجية بالسلبية.

جدول رقم (1-4) يوضح الوسط الحسابي والانحراف المعياري بالإضافة إلى القيمة الاحتمالية لاختبار (ت) لعينة واحدة لمعرفة ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية للسمة العامة لجودة الحياة لدى أسر الأطفال المعوقين ذهنياً بمحلية الخرطوم بالمراكز العلاجية بالسلبية.

البند	الوسط النظري (القيمة المحكية)	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (ت)	مستوى الدلالة	الاستنتاج
السمة العامة	27	53.9	8	59	25.3	0.00	توجد فروق
درجة الإعاقة	5	23.2	4	59	34.9	0.00	توجد فروق
الحالة الصحية	4	21	3.7	59	36.4	0.00	توجد فروق

يلاحظ من الجدول رقم (11) أن الوسط الحسابي للبنود أكبر من الوسط الحسابي المحكي وهذا يشير إلى أن إجابات المبحوثين نحو هذه العبارات تسير في الاتجاه الايجابي أي موافقتهم عليها. أما الانحراف المعياري لهذه العبارات يتراوح ما بين (0.8 - 1.2) وهذا يشير إلى تجانس إجابات المبحوثين. وبالنظر إلى قيم (ت) المحسوبة لجميع العبارات فهي أكبر من قيمة (ت) الجدولية (0.00) وهذا يشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إجابات أفراد لعينة وتعزى هذه الفروق لصالح موافقتهم على المقياس.

وكانت النتيجة كالآتي: "السمة العامة لجودة الحياة لدى أسر الأطفال المعوقين ذهنيًا بمحلية الخرطوم بالمراكز العلاجية تتسم بالسلبية".
مناقشة وتفسير نتيجة الفرض الأول .

تلاحظ الباحثة من خلال تفاصيل النتيجة الموضحة بالجدول (11) أن الفرضية جاءت على حسب ما توقعت الباحثة حيث كانت النتيجة أن السمة العامة لجودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين ذهنيًا بمحلية الخرطوم تتسم بالسلبية .
واتفقت مع دراسة كل من سعاد موسى 2000م وسارة دياب 2014م حيث كانت الأولى تشير إلى وجود ثلاثة مستويات في نوعية الحياة لدى أسر أم درمان القديمة وهي أسر نوعية الحياة فيها منخفضة وأسر نوعية الحياة بها متوسطة وأسر نوعية الحياة فيها مرتفعة. وكانت الثانية تشير بأن الضغوط النفسية لدى والدي أطفال التوحد تتسم بالارتفاع.

واختلفت هذه النتيجة مع دراسة منتصر الدين (2007م) التي أشارت بوجود إيجابية في نوعية الحياة لدى العاملين ببعض المؤسسات التقنية بولاية الخرطوم . وتتأكد نتيجة الفرضية من خلال الإطار النظري حيث يشير (محمد الإمام وفؤاد الجوالدة ،2010م) إلى أن الآباء لا يستطيعون مساعدة هؤلاء الأطفال إلا إذا تخطوا دائرة الضغوط ودائرة السباق الثقافي في المجتمع ، ودائرة الوحدة لكي يستطيعوا مساعدة

أطفالهم ، وتكون تلك المساعدة من خلال الوعي الأسري في كيفية التعامل مع إعاقة ابنهم المعاق والمم أسر الأطفال بكيفية التعامل مع إعاقة ابنهم .

وأيضاً ذكر (سليمان الريحاني وآخرون ، 2010) في مجال ذوي الحاجات الخاصة أن أباء الأطفال غير العاديين يطلبون المساعدة الإرشادية لعدم فهمهم السبب وراء إعاقة طفلهم، وقد يشعرون بطريقة ما بأنهم يتحملون اللوم أو المسؤولية عن شيء يفعلونه أو لم يفعلوه .

وكرر فعل لهذا الشعور ربما يلجئون إلى رفض الطفل أو يقدمون له حماية زائدة أو يطلبون منه ما فوق استطاعته.

وترى الباحثة أن ما ذكر في الإطار النظري يثبت صحة الفرضية التي تنص على أن جودة الحياة لأولياء الأمور تتسم بالسلبية، وهذا ما رأيته الباحثة من خلال عملها الميداني على عينة البحث أن أولياء الأمور يفتقرون للمعلومات العلمية والخدمات الإرشادية ويعانون من الوصمة الاجتماعية وبعض أولياء الأمور يرفضون تقبل أطفالهم وكل ذلك يؤكد أن جودة الحياة لدى أولياء الأمور تتسم بالسلبية وفق ما أوضحت نتائج الفرضية .

عرض نتيجة الفرض الثاني وتفسيرها الذي نصه :

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين ذهنياً ودرجة الإعاقة.

جدول رقم (2-4) يوضح معامل ارتباط بيرسون لمعرفة ما إذا كانت هناك علاقة بين جودة

الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين ذهنياً ودرجة الإعاقة.

المجموعة	معامل بيرسون	قيمة (ف) الجدولية	الاستنتاج
جودة الحياة	-0.43	0.01	توجد علاقة
درجة الإعاقة			

من الجدول أعلاه نجد معامل ارتباط بيرسون بين جودة الحياة ودرجة الإعاقة يساوي (-0.43) وهذا يشير إلى وجود ارتباط عكسي بين المتغيرين أي أنه كلما زادت درجة الإعاقة كلما قلت جودة الحياة.

بالنظر إلى القيمة الاحتمالية لمعامل الارتباط تساوي (0.01) وهي أقل من مستوى المعنوية 0.05 وهذا يشير إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين ذهنياً ودرجة الإعاقة.

وكانت النتيجة كالآتي: "توجد علاقة ارتباطية سلبية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة مع حجم الإعاقة لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً".

مناقشة وتفسير نتيجة الفرض الثاني .

تلاحظ الباحثة من خلال تفاصيل النتيجة الموضحة في الجدول رقم (12) أن نتيجة هذا الفرض جاءت كما توقعت الباحثة ، حيث كانت النتيجة أنه توجد علاقة ارتباطية سلبية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة مع حجم الإعاقة لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً". حيث اتفقت نتيجة الفرضية مع دراسة هاشم سامي 2001م التي توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين ذوي الإعاقة البسيطة وذوي الإعاقة المتوسطة في جودة الحياة.

كما اتفقت النتيجة مع الإطار النظري حيث يذكر (محمد الإمام وفؤاد الجوالدة، 2010 م) بأن التصنيف للأطفال حسب درجة الإعاقة ينقسم إلى البسيطة والمتوسطة والشديدة في البعد التربوي أو التعليمي فئة الإعاقة البسيطة اللذين يكونون قابلية للتعليم والمتوسطة قابلة للتدريب والشديدة غير قابلين للتعليم والتدريب.

وترى الباحثة أن درجة الإعاقة ترتبط ارتباطاً وثيقاً بجودة الحياة لأولياء أمور الأطفال المعاقين عقلياً، فكلما كانت درجة الإعاقة أقل أو معدومة إرتفعت جودة الحياة للأسرة وكلما كانت درجة الإعاقة كبيرة قلت جودة الحياة للأسرة، أي أنه تتناسب جودة الحياة تناسباً عكسياً مع درجة الإعاقة. وهذا في حد ذاته يتطلب منهم جهداً أكبر في

الرضا بالإصابة وتقبل الطفل المعاق .وأيضاً الإهتمام الكبير والاعتناء بأطفالهم رغم أنه يكلفهم مجهود كبير من جميع النواحي لأنهم يعتمدون عليهم اعتماداً كلياً ، إلا أن أجرهم عند الله أعظم مما يجعل التفكير في مستقبل هؤلاء الأطفال يتزايد بصورة كبيرة حسب درجة الإعاقة . وتدعم نتيجة الفرضية الثانية صحة نتيجة الفرضية الأولى .

عرض نتيجة الفرض الثالث وتفسيرها : توجد فروق في جودة الحياة لدى أسر الأطفال

المعاقين ذهنياً بمحلية الخرطوم تبعاً للنوع (ذكر ، أنثى).

جدول رقم (3-4) يوضح الوسط الحسابي والانحراف المعياري بالإضافة إلى القيمة الاحتمالية

لاختبار (ت) لمعرفة ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية لدى أسر الأطفال المعاقين

ذهنياً بمحلية الخرطوم تبعاً للنوع (ذكر ، أنثى).

الاستنتاج	قيمة (ت) الجدولية	درجة الحرية	قيمة (ت) المحسوبة	الانحراف	الوسط الحسابي	العدد	
لا توجد فروق	0.98	58	0.03	14.1	105.5	18	ذكر
				14.5	105.6	42	انثى

من الجدول أعلاه نجد متوسط جودة الحياة لدى الذكور من أسر الأطفال

المعاقين ذهنياً بمحلية الخرطوم يساوي (105.5) بينما متوسط جودة الحياة لدى الاناث يساوي (105.6).

كما نجد الانحراف المعياري لدرجات الذكور والاناث للمقياس يساوي

(14.1 – 14.5) على التوالي وهذا يشير إلى تجانس درجاتهم.

أما قيمة (ت) المحسوبة تساوي (0.03) وهي أقل من قيمة (ت) الجدولية

(0.98) وهذا يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات الذكور

والاناث في جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين ذهنياً بمحلية الخرطوم.

وكانت النتيجة كالاتي : "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين ذهنياً بمراكز التربية الخاصة بمحلية الخرطوم تبعاً لمتغير النوع (ذكر، أنثى)".

مناقشة وتفسير نتيجة الفرض الثالث .

تلاحظ الباحثة من خلال تفاصيل النتيجة الموضحة في الجدول رقم (13) أن نتيجة هذا الفرض جاءت عكس ما توقعته الباحثة ، حيث كانت نتيجة الفرضية أنه لا توجد فروق في جودة الحياة لدى أولياء أمور الأطفال المعاقين ذهنياً بمحلية الخرطوم تبعاً للنوع ذكر وأنثى.

اتفقت الدراسة مع (هاشم سامي، 2001م) بعدم وجود فروق جوهريّة بين الذكور والإناث، ودراسة (منتصر كمال الدين، 2007) بعدم وجود تفاعل بين النوع والضغط النفسية على نوعية الحياة لدى العاملين ببعض المؤسسات التقنية بولاية الخرطوم وكذلك اتفقت الدراسة مع دراسة (منال مبارك، 2001م) في عدم وجود علاقة ارتباطية بين تدني نوعية الحياة ونتائج الإصابة بالسرطان حسب النوع .

كما اتفقت أيضاً مع دراسة سارة عبد العظيم دياب (2014م) بأنه لا توجد فروق في الضغوط النفسية بين الذكور والإناث لدى والدي أطفال التوحد. وترى الباحثة بأن جودة الحياة لا تتأثر بالنوع لأن العبء يقع على الوالدين معاً من أجل الوصول بطفلهم إلى أفضل نتيجة ممكنة.

عرض نتيجة الفرض الرابع وتفسيرها الذي نصه: توجد فروق في جودة الحياة لدى

أسر الأطفال المعاقين ذهنياً بمحلية الخرطوم تبعاً للمستوى التعليمي للوالدين.

جدول رقم (4-4) يوضح الوسط الحسابي والانحراف المعياري بالإضافة إلى القيمة الاحتمالية

لاختبار (ف) لمعرفة ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى أسر الأطفال

المعاقين ذهنياً بمحلية الخرطوم تبعاً للمستوى التعليمي للوالدين.

المجموعة	العدد	الوسط الحسابي	الانحراف	قيمة (ف) المحسوبة	قيمة (ف) الجدولية	الاستنتاج
أمي	1	84	0	3.1	0.02	توجد فروق
أساس	10	107	17			
ثانوي	18	100	10			
جامعي	22	105	12			
فوق الجامعي	9	117	14			

الجدول أعلاه يوضح متوسط والانحراف المعياري لمستوى جودة الحياة لدى أسر

الأطفال المعاقين ذهنياً بمحلية الخرطوم تبعاً للمستوى التعليمي للوالدين .

وبالنظر إلى قيمة (ف) المحسوبة تساوي (3.1) وهي أكبر من قيمة (ت) الجدولية (0.02)

وهذا يشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين

ذهنياً بمحلية الخرطوم تبعاً للمستوى التعليمي للوالدين وتعزى هذه الفروق لصالح الوالدين

الذين مستوى تعليمهم فوق الجامعي .

مما سبق توصلنا إلى النتيجة التالية : "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة

الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين ذهنياً بمحلية الخرطوم تبعاً للمستوى التعليمي للوالدين".

مناقشة وتفسير نتيجة الفرض الرابع .

من خلال تفاصيل الجدول (14) الذي يوضح نتيجة الفرضية التي تنص على أن أنه توجد فروق في جودة الحياة لأولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقة العقلية بمحلية الخرطوم تبعاً للمستوى التعليمي.

اتفقت هذه النتيجة مع دراسة (هناك أحمد متولي ، 2011م) التي توصلت إلى وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات المسنين وذلك نسبة لمتغير مستوى التعليم وكان المسنين الأقل تعليمياً أكثر عرضاً للعنف الأسري بجميع أبعاده ما يعين عدم الرضا عن الحياة.

واتفقت أيضاً مع دراسة (سعاد موسى ، 2000م) بأن مستوى التعليم لديه دلالة هامة في الصحة النفسية لربات البيوت ونوعية الحياة لأسر أم درمان القديمة ككل سواء كانت نوعية الحياة منخفضة أو متوسطة أو مرتفعة.

اختلفت الدراسة مع دراسة (منتصر كمال الدين ، 2007م) حيث أشارت إلى عدم وجود علاقة ارتباطية بين نوعية الحياة والمستوى التعليمي لدى العاملين ببعض المؤسسات التقنية بولاية الخرطوم .

كما اختلفت مع دراسة سارة عبد العظيم دياب (2014م) بأنه لا توجد فروق بين الضغوط النفسية والمستوى التعليمي لدى والدي أطفال التوحد.

ترى الباحثة بأن المستوى التعليمي للوالدين لديه دلالة هامة في الإشارة لجودة الحياة لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقة العقلية التي أكدته الدراسة الحالية وكان ارتفاع جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين ذهنياً لصالح الوالدين ذوي التعليم فوق الجامعي.

كشفت الدراسة للفرضية الخامسة بوجود علاقة ارتباطية بين جودة الحياة لأولياء أمور الأطفال المعاقين ذهنياً بمحلية الخرطوم تبعاً للمستوى الاقتصادي. وهذا يؤكد أن أولياء أمور الأطفال ذوي التعليم فوق الجامعي يستطيعون الاهتمام بطفلهم بصورة علمية أفضل ، ووعي بإعاقة أبنائهم مما يرفع درجة جودة الحياة لديهم وهذه فئة قليلة .

وترى الباحثة أن هذا الرأي ليس حكماً. لأن من خلال عمل الباحثة بالمراكز المختلفة للتربية الخاصة ، وجدت أن كثير من الأمهات ذات التعلم البسيط في درجة الإهتمام بطفلهم ودرجة التقبل ربما تفوق أولياء الأمور ذوي المستوى الجامعي.

عرض نتيجة الفرض الخامس وتفسيرها الذي نصه: توجد فروق في جودة الحياة لد

أسر الأطفال المعاقين ذهنياً بمحلية الخرطوم تبعاً لمتغير المستوى الاقتصادي.

جدول رقم (4-5) يوضح الوسط الحسابي والانحراف المعياري بالإضافة إلى القيمة الاحتمالية لاختبار (ف) لمعرفة ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لد أسر الأطفال المعاقين ذهنياً بمحلية الخرطوم تبعاً لمتغير المستوى الاقتصادي.

المجموعة	العدد	الوسط الحسابي	الانحراف	قيمة (ف) المحسوبة	قيمة (ف) الجدولية	الاستنتاج
متدني	8	95	10	5.3	0.01	توجد فروق
مرتفع	10	115	15			
متوسط	42	105	13			

من الجدول أعلاه نجد متوسط جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين ذهنياً حسب المستوى الاقتصادي (متدني - مرتفع - متوسط) يساوي (95 - 115 - 105) على التوالي.

كما نجد الانحراف المعياري لدرجات افراد العينة يتراوح ما بين (10 - 13) وهذا يشير إلى تجانس درجات جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين .

بالنظر إلى قيمة (ف) المحسوبة تساوي (5.3) وهي أكبر من قيمة (ت) الجدولية (0.01) وهذا يشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين ذهنياً حسب المستوى الاقتصادي وتعزى هذه الفروق لصالح المستوى الاقتصادي المرتفع.

وكانت النتيجة كالاتي : "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لد أسر

الأطفال المعاقين ذهنياً بمحلية الخرطوم تبعاً لمتغير المستوى الاقتصادي".

مناقشة وتفسير نتيجة الفرض الخامس .

من خلال تفاصيل الجدول (15) الذي يوضح نتيجة الفرضية جاءت حسب توقعات الباحثة حيث نصت نتيجة هذه الفرضية على أن أنه توجد فروق في جودة الحياة أسر الأطفال ذوي الإعاقة العقلية بمحلية الخرطوم تبعاً للمستوى الاقتصادي .

اتفقت الدراسة مع دراسة (سعاد موسى ، 2000م) بأن الاختلاف بين ربات البيوت لوحظ في الأسرة التي نوعية حياتها مرتفعة مقارنة بالمتوسطة والمنخفضة في نوعية الحياة، واختلفت الدراسة مع دراسة (منال مبارك ، 2001م) بعدم وجود علاقة ارتباطيه بين تدني وتدهور نوعية الحياة نتيجة للإصابة بالسرطان والمستوى الاقتصادي.

وترى الباحثة بأن متغير المستوى الاقتصادي لديه دلالة هامة في جودة الحياة لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقة العقلية بمحلية الخرطوم حيث أكدت الدراسة بأن أسر الأطفال المعاقين ذهنياً ذوي المستوى الاقتصادي المرتفع كانت أعلى حيث بلغ المتوسط الحالي 115 مقارنة مع الأسر ذوات مستوى الدخل المتدني والمتوسط وذلك لأن تكلفة الرعاية الصحية والنفسية تحتاج لدعم مادي كبير ، وخاصة أن أغلب مراكز التربية والرعاية الخاصة تفرض رسوم عالية على تقديم الخدمات الإرشادية والعلاجية .

عرض نتيجة الفرض السادس وتفسيرها والذي نصه: توجد فروق في جودة الحياة لدى

أسر الأطفال المعاقين ذهنياً بمحلية الخرطوم تبعاً لمستوى الحالة الصحية للوالدين.

جدول رقم (4-6) يوضح الوسط الحسابي والانحراف المعياري بالإضافة إلى القيمة

الاحتمالية لاختبار (ت) لمعرفة ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية لدى أسر

الأطفال المعاقين ذهنياً بمحلية الخرطوم تبعاً لمستوى الحالة الصحية للوالدين.

الحالة الصحية	العدد	الوسط الحسابي	الانحراف	قيمة (ت) المحسوبة	درجة الحرية	قيمة (ت) الجدولية	الاستنتاج
مريض	9	104	17	0.36	58	0.72	لا توجد فروق
غير مريض	51	105.8	14				

من الجدول أعلاه نجد متوسط جودة الحياة لدى الوالدين المرضى من أسر الأطفال المعاقين ذهنياً بمحلية الخرطوم يساوي (104) بينما متوسط جودة الحياة لدى الوالدين الأصحاء يساوي (105.8).

كما نجد الانحراف المعياري لدرجات المرضى والأصحاء للمقياس يساوي (14 - 17) على التوالي وهذا يشير إلى تجانس درجاتهم.

أما قيمة (ت) المحسوبة تساوي (0.36) وهي أقل من قيمة (ت) الجدولية (0.72) وهذا يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات الوالدين (المرضى والأصحاء) في جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين ذهنياً بمحلية الخرطوم.

وكانت النتيجة كالآتي : "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين ذهنياً بمحلية الخرطوم تبعاً لمستوى الحالة الصحية للوالدين".

مناقشة وتفسير نتيجة الفرض السادس .

من خلال تفاصيل الجدول (16) الذي يوضح نتيجة هذه الفرضية جاءت عكس ما توقعته الباحثة حيث نصت نتيجة هذه الفرضية على أن أنه لا توجد فروق في جودة الحياة أسر الأطفال ذوي الإعاقة العقلية بمحلية الخرطوم تبعاً للمستوى الحالة الصحية للوالدين.

واتفقت هذه النتيجة مع دراسة (منال المبارك ، 2001م) التي توصلت إلى عدم وجود علاقة ارتباطيه بين تدني وتدهور نوعية الحياة نتيجة للإصابة بالسرطان للمستويات المختلفة.

وترى الباحثة أنه لا توجد فروق في جودة الحياة لأسر الأطفال المعاقين ذهنياً تبعاً للحالة للوالدين ، وترجع ذلك إلى أن إحساس الوالدين بالمسؤولية تجاه أطفالهم لا يتأثر بالحالة الصحية لديهم.

الفصل الخامس

الخاتمة والتوصيات

الفصل الخامس

الخاتمة والتوصيات

مقدمة

هدفت الباحثة في هذه الدراسة إلى قياس جودة الحياة لأولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقة العقلية بمراكز التربية الخاصة بمحلية الخرطوم.

وتتلخص مشكلة الدراسة في أن هنالك اهتمام واضح لدى كثير من العلماء والباحثين والمفكرين في مجال علم النفس بموضوع الصحة وندرة الدراسات في جودة الحياة ، حيث هذين المتغيرين مرتبطان ببعضهما البعض ، لذا ظهر ذلك جلياً في تناولها كل على حدة ومع العوامل الأخرى التي ترتبط بينهما وذلك لأهمية أَر الأطفال ذوي الإعاقة العقلية وإسهاماً في رفع أداء الفرد في المجتمع وذلك من خلال ما تقوم به نوعية الحياة. واستخدمت الباحثة في هذه الدراسة المنهج الوصفي التحليلي واستخدمت الأساليب الإحصائية التالية: ألفا كرونباخ ، النسبة المئوية ، الوسط الحسابي ، اختبار (ت) لعينة واحدة ، تحليل التباين أحادي (ف).

وتوصلت الباحثة إلى النتائج التالية

1. السمة العامة لجودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين ذهنياً بمراكز التربية الخاصة بمحلية الخرطوم تتسم بالسلبية.
2. توجد علاقة ارتباطية سلبية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة مع حجم الإعاقة لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً.
3. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين ذهنياً بمراكز التربية الخاصة بمحلية الخرطوم تبعاً لمتغير النوع (ذكر ، أنثى).
4. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين ذهنياً بمحلية الخرطوم تبعاً للمستوى التعليمي للوالدين.

5. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين ذهنياً بمحلية الخرطوم تبعاً لمتغير المستوى الاقتصادي.

6. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين ذهنياً بمحلية الخرطوم تبعاً لمستوى الحالة الصحية للوالدين.

التوصيات

علي ضوء النتائج التي توصلت إليها الباحثة توصي بالآتي :

1. إنشاء المزيد من المراكز للتأهيل والإرشاد النفسي لأولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقة العقلية في جميع الأحياء السكنية وأن تكون مجانية منذ اكتشاف الإعاقة.

2. إنشاء المزيد من مراكز الرعاية الكاملة للمعاقين ذهنياً تحتوي على ثلاثة أقسام حسب درجات الإعاقة.

3. إقامة محاضرات إرشادية وندوات تثقيفية دورية للأسر عن طريق مختصين لتعريفهم بكيفية التعامل مع إعاقة أبنائهم.

5. توفير مساعدات للأسر الفقيرة التي لا تستطيع معالجة طفلها عن طريق المنظمات الإنسانية .

6. توفير مجانية العلاج للأطفال ذوي الإعاقة العقلية لارتفاع ثمن الأدوية والعقاقير الطبية مما يقلل العبء على الوالدين.

7. إقامة جمعية طوعية لمساعدة أسر الأطفال المعاقين ذهنياً .

المقترحات

1. إجراء دراسة لجودة الحياة لأسر الأطفال المعاقين ذهنياً وحديثي الولادة.

2. إجراء دراسات مقارنة لجودة الحياة لأسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بكل فئاتها.

المصادر والمراجع

أولاً: المصادر:

1. القرآن الكريم .
2. السنة النبوية.
3. أبو عبدالله محمد بن أحمد الأنصاري القرطبي، الجامع لأحكام القرآن ، دار الحديث، ج5 ، 521 ، 2002م.

ثانياً: المراجع:

- 1- أحمد عبد الكريم الحاج محمود، الصعوبات التعليمية - الإعاقة العقلية - (المفهوم - التشخيص - العلاج) الطبعة العربية ، 2010م، دار وائل للنشر والتوزيع .
- 2- أحمد قطب محمود ، دليل الأخصائي النفسي للقياس النفسي وتعديل السلوك للأفراد المعاقين ذهنياً ، ط1 ، القاهرة ، 1424هـ-2003م، جامعة أسيوط للتنمية، الجمعية النسائية.
- 3- أحمد محمد الزغبى ، التربية الخاصة للموهوبين والمعوقين وسبل رعايتهم وإرشادهم، الطبعة الأولى ، 2012م، دار زهران للنشر والتوزيع.
- 4- أمل معوض الهجرس ، تربية الأطفال المعاقين ذهنياً ، الطبعة الأولى، 2002م، دار الفكر العربي .
- 5- بدر الدين محمد الأنصار ، الإضرابات الشخصية ، دار الكاتب الحديث ، ط1، القاهرة ، 2006.
- 6- بطرس حافظ ، إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرههم ، دار المسيرة للنشر والتوزيع ، عمان ، 2007م
- 7- جلال علي الجزائري ، إرشاد ذوي الحاجات الخاصة وأسرههم ، ط1، 2011م.

- 8- جمال محمد الخطيب ومنى صبحي الحديدي ، قضايا معاصرة في التربية الخاصة، الطبعة الأولى ،عمان، 2010م ، الجامعة الأردنية دار وائل للنشر والتوزيع.
- 9- حسن المنسي ، التربية الخاصة ، الطبعة الأولى ، 2004م ، دار الكندي للنشر والتوزيع .
- 10- حمدي شاكر محمود ، التربية الخاصة للمعلمين والمعلمات ، الطبعة الأولى ، 2005م ، دار الأندلس للنشر.
- 11- خولة أحمد يحيى وأيمن يحيى عبد الله ، التربية الخاصة وأطفال مرض السرطان، الطبعة الأولى ، 2010م ، عمان دار المسيرة للنشر .
- 12- رجاء محمود أبو علام ، مناهج البحث العلمي ، الطبعة الأولى ، 2007م
- 13- الزبير بشير طه ورقية السيد الطيب ، تأهيل ذوي الحاجات الخاصة داخل المجتمع، 2010م.
- 14- سعيد حسن العزة ، التربية الخاصة لذوي الإعاقات العقلية والبصرية والسمعية والحركية ، ط1 ، عمان ، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ، 2001م.
- 15- سعيد حسني ، كتاب التربية الخاصة ، ط1 ، 2009م.
- 16- سعيد حسني العزة ، مدخل التربية الخاصة للأطفال ذوي الحاجات الخاصة ، الطبعة الأولى ، 2009م ، عمان ، دار الثقافة للنشر.
- 17- سليمان طعمة الريحاني و إبراهيم عبد الله الرزيقات ، وعادل جورج ، إرشاد ذوي الحاجات الخاصة وأسرههم ، الطبعة الأولى، 2010م ،دار الفكر ناشرون وموزعون.
- 18- سنن أبو داود (الشيباني ، 275هـ، الجزء الرابع ، ج 5-18).
- 19- سوسن شاكر مجدي، الاختبارات النفسية (نماذج) ، ط1 ، عمان ، دار صفاء للنشر ، 2010م.

20- عبد الرحمن محمد عيسوي ، الأسس البيولوجية للشخصية والسلوك ، رواد المعرفة الجامعية ، 2002م.

21- فاروق الروسان ، قضايا ومشكلات في التربية الخاصة ، الطبعة الأولى ، 2007م ، الجامعة الأردنية - قسم الإرشاد التربوي الخاص ، دار الفكر ، عمان.

22- فوزي محمد جبل ، الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية ، المكتب الجامعي الحديث ، الطبعة الأولى ، 2001م.

23- كمال إبراهيم مرسى ، علم التخلف العقلي ، ط1 ، دار القلم ، دار النشر للجامعات المصرية ، 1996م.

24- ماجدة السيد عبيد ، مناهج وأساليب تدريس ذوي الحاجات الخاصة ، الطبعة الاولى ، 2010م ، دار الصفاء للنشر ، عمان .

25- محمد ربيع الجوهري ، ضوابط الفكر ، مكتبة الإيمان ، ط5 ، 2006م.

26- محمد صالح الإمام وفؤاد عيد الجوالدة ، الإعاقة العقلية ومهارات الحياة في ضوء نظرية العقل ، الطبعة الأولى ، 2010م ، دار الثقافة للنشر والتوزيع .

27- محمد عثمان نجاتي ، الحديث النبوي وعلم النفس ، دار الشروق ، ط1 ، 2002م.

ثالثاً: المجلات والدوريات والأوراق العلمية:

28- المعشي ، أحمد بن علي ، حاجات الجودة الشخصية المهنية للشباب العماني ، بحوث ندوة علم النفس وجودة الحياة، 2006.

29- الضامن (منذر عبد الحميد) ، قيم العمل ودورها في جودة الحياة لدى طلبة جامعة السلطان قابوس ، وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة ، جامعة السلطان قابوس، 2006م.

30-الغنبوصي سالي سليم ، جودة المناخ الجامعي من وجهة نظر كلية التربية بجامعة السلطان قابوس ، ندوة علم النفس وجودة الحياة ، جامعة السلطان قابوس، 2006م.

31-العارف بالله الغندور ، أسلوب حل المشكلات وعلاقته بنوعية الحياة، دراسة نظرية مقدمة إلى المؤتمر الدولي السادس حول جودة الحياة ، جامعة عين شمس ، مركز الإرشاد النفسي 1999م.

32-جمعة ، ناريمان محمود والعاني وجيهة ثابت ، 2006م ، تعليم الكبار من أجل جودة حياة ، ندوة علم النفس وجودة الحياة لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم بمحافظة بني سويف ، ورقة عمل مقدمة للمؤتمر الرابع: دور الأسرة في الكشف المدني في اكتشاف ورعاية ذوي الاحتياجات ، جامعة السلطان قابوس ، 2006م.

33-عباس ، سهيلة ، محمد الزاملي ، علي عبد جاسم، التطوير التنظيمي وجودة حياة العامل ، ندوة علم النفس وجودة الحياة، جامعة السلطان ، مسقط ، ديسمبر، 2006م.

34-عبد المعطي، حسن مصطفى، الإرشاد النفسي وجودة الحياة في المجتمع المعاصر، ورقة عمل منشورة في وقائع المؤتمر العلمي الثالث للإنماء النفسي والتربوي للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة ، جامعة الزقازيق ، مصر، 2005م.

35-علي مهدي كاظم ، عبد الخالق نجم البهادلي، جودة الحياة لدى طلبة الجامعة العمانيين والليبيين ، دراسة ثقافية مقارنة ، مجلة الأكاديمية العربية المفتوحة ، الدنمارك، 2005م.

36-رغداء على تعيس، جودة الحياة لدى طلاب جامعتي دمشق وتشرين ، مجلة جامعة دمشق، كلية التربية، جامعة دمشق ، المجلد 28 ، العدد الأول، 2012م.

37-كاظم علي مهدي البهادلي ، عبد الخالق نجم م ، مستوى جودة الحياة لدى طلبة الجامعة ، ندوة علم النفس، 2006.

38-محمد السعيد أبو حلاوة ، ورقة عمل ، مدرس الصحة النفسية كلية التربية بدمنهور ، جامعة الاسكندرية ، ضمن إطار فعاليات المؤتمر العلمي السنوي لكلية التربية ، جامعة كفر الشيخ، 2008م.

39-وزارة الصحة الأردنية ، ومنظمة اليونيسيف ، دليل الشاب التثقيفي ، الأردن : منظمة اليونيسيف، 2003.

رابعاً: البحوث والدراسات العلمية:

40-بردجيت يونج ، رايس وكولخير ، دراسة نوعية لمفهوم جودة الحياة لدى الأطفال المعاقين ، جامعة ليفربول، دراسة علمية غير منشورة، 2007م.

41-بروس باول ، قياس مدى تأثير خدمات التأهيل على جودة الحياة لدى المعاقين في كمبوديا ، جامعة كمبوديا ، دراسة علمية غير منشورة.

42-رشا بسام إبراهيم زريعة ، عوامل استقرار الأسرة في الإسلام، مذكرة ماجستير ، 2010م.

43-سارة عبد العظيم دياب ، الضغوط النفسية وعلاقتها بنوعية الحياة لدى والدي أطفال التوحيدين ، جامعة السودان ، دراسة ماجستير غير منشورة، 2014م.

44-ستانفورد روبن وآخرون ، تقييم المتغيرات في المهارات الحياتية وجودة الحياة الناتجة عن خدمات التأهيل للمعاقين ، جامعة أوكسفورد ، دراسة علمية غير منشورة.

45-سعاد موسى ، نوعية الحياة لدى أسر أمدرمان القديمة وعلاقتها بالصحة النفسية لربات البيوت في أمدرمان القديمة ، جامعة الخرطوم ، دراسة ماجستير غير منشورة، 2000 م .

46-محمد حامد إبراهيم ، الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركياً بمحافظة غزة ، جامعة الأزهر ، دراسة دكتوراه غير منشورة ، 2010 م

47- منال مبارك بدر العارف ، نوعية الحياة لمرضى السرطان وعلاقتها ببعض

المتغيرات الديمغرافية ، دراسة ميدانية بالمركز القومي للعلاج بالأشعة والطب

النووي ، جامعة النيلين ، دراسة ماجستير غير منشورة ، 2001م.

48-منتصر كمال الدين محمد ، نوعية الحياة وعلاقتها بالرضا الوظيفي والضغط

النفسية وتأکید الذات لدى العاملين ببعض المؤسسات التقنية بولاية الخرطوم ،

جامعة النيلين ، دراسة ماجستير غير منشورة ، 2007م

49- هاشم سامي محمد ، جودة الحياة لدى المعاقين جسمياً والمسنين وطلاب الجامعة

، مجلة الإرشاد النفسي ، جامعة عين شمس ، دراسة ماجستير غير منشورة،

2001م.

50- هناء أحمد متولي غنيمه ، العنف الأسري الموجه ضد المسنين وعلاقته بالاكتئاب

والرضا عن الحياة ، مركز الإرشاد النفسي ، جامعة عين شمس ، دراسة ماجستير

غير منشورة، 2011م.

خامساً: الإنترنت:

1- أحمد علي ، جودة الحياة ، 2010 م . <http://www.Feodo.net>

2- محمد إبراهيم أبو سليم ، 2011 م <http://www.abusaleem.net/ar>

الملاحق

ملحق رقم (1)

بسم الله الرحمن الرحيم

جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا

كلية الدراسات العليا

كلية التربية

ماجستير الإرشاد النفسي والتربوي

الموضوع: خطاب الحكمين

...../السيد الدكتور/

...../السيدة الدكتورة/

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته ،،

تقوم الباحثة بإعداد بحث بعنوان :

جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين ذهنياً بمحلية الخرطوم لبعض المراكز

بمحلية الخرطوم

وبما أنكم من ذوي الاختصاص والخبرة في المجال أرجو شاكراً إبداء رأيكم فيما ترونه مناسباً في الآتي:

1- الصياغة اللغوية.

2- بنود المقياس والأبعاد التي تحتها.

3- الإضافة أو الحذف لعبارات المقياس.

4- شمولية الاستبانة على جميع محاور الموضوع.

مع فائق الشكر والتقدير ،،

إعداد الباحثة/

عذبة صلاح خضر خلف الله

إشراف الدكتورة: د. بخيتة محمدزين علي محمد

ملحق رقم (2)

**مقياس جودة الحياة لأسر الأطفال المعاقين ذهنياً .
لنمظمة الصحة العالمية تعريب بشرى اسماعيل أحمد (2008م)
(قبل التعديل)**

يرجى العمل على ملء البيانات أدناه:

البيانات الأساسية :

النوع: ذكر ☐ أنثى ☐

العمر:

المستوى التعليمي:

أمي ☐ الأساس ☐ ثانوي ☐ جامعي ☐ فوق الجامعي ☐

المستوى الاقتصادي للأسرة:

متدني ☐ مرتفع ☐ متوسط ☐

العمل :

ثابت ☐ حر ☐ متذبذب ☐

درجة الإعاقة التي يعاني منها طفلك:

بسيطة ☐ متوسطة ☐ شديدة ☐

الحالة الاجتماعية:

زواج ثابت ☐ منفصل ☐ أرمل ☐

هل تعاني من أي مرض مزمن:

نعم ☐ لا ☐

إذا كانت الإجابة بنعم ، أذكر نوع المرض.

السكن:

إيجار ☐ ملك ☐ مع الأقارب ☐

المقياس :

م	العبارات	سيئة جداً	سيئة إلى حد ما	جيدة إلى حد ما	لا سيئة ولا جيدة	جيدة جداً
1	ما هو تقديرك لنوعية الحياة					
2	ما هو مدى رضاك عن حالتك الصحية					
3	هل أنت تعتقد أن مرض ابنك يعجزك عن القيام بالعمل					
4	حتى تستمر حياتك مع مقدار الرعاية التي يحتاجها ابنك					
5	ما مدى استمتاعك بالحياة.					
6	بوجود ابنك المعاق مامدى شعورك بمعنى لحياتك					
7	هل يمكنك التركيز في عملك ببساطة					
8	ما مدى شعورك بالأمن في الحياة					
9	ما مدى الاهتمام الصحي في البيئة لديك.					
10	هل لديك الكفاية والفاعلية الكافية للقيام بواجبات الحياة اليومية.					
11	هل أنت متقبل لبنيانك الجسدي.					
12	هل أنت كفء لإشباع احتياجاتك.					
13	ما مدى توافر المعلومات اللازمة التي تحتاج إليها في حياتك اليومية عن إعاقة ابنك.					
14	إلى أي مدى تتوافر لديك الفرصة للراحة والاسترخاء.					
15	كم أنت قادر على التنقل هنا وهناك بوجود ابنك المعاق.					
16	إلى أي مدى انت راضٍ عن نومك.					
17	ما مدى رضاك عن أدائك لواجباتك اليومية.					
18	ما مدى رضاك عن قدراتك عن العمل.					

					19 ما مدى رضاك عن نفسك.
					20 إلى أي مدى أنت راضٍ عن علاقاتك الشخصية والاجتماعية.
					21 ما مدى رضاك عن حياتك الجنسية.
					22 كم أنت راضٍ عن المساندة الاجتماعية التي تقدمها لك عائلتك.
					23 ما مدى رضاك عن سكنك أو المكان الذي تعيش فيه.
					24 ما هو مدى رضاك عن الخدمات الصحية التي يقدمها المجتمع
					25 ما هو مدى رضاك عن مزاجك العام.
					26 شعورك بالحزن والاكتئاب والقلق

ملحق رقم (3)

مقياس جودة الحياة لأسر الأطفال المعاقين ذهنياً

(بعد التعديل)

أخي /أختي/ ولي أمر الطلاب.....المحترمين

تضع الباحثة بين يديكم مقياس جودة الحياة الذي تستخدمه الباحثة لبحثها /بعنوان: جودة الحياة لدى أسر الأطفال المعاقين عقلياً. وذلك لمعرفة نوع جودة الحياة لهذه الأسر، وذلك بهدف البحث العلمي. فالرجاء التعاون معنا .وأعلم أن هذه الإجابات سوف تكون سرية خدمة للبحث العلمي فقط.

يرجى العمل على ملء البيانات أدناه:

البيانات الأساسية :

النوع: رجل ☐ امرأة ☐

العمر:

المستوى التعليمي:

أمي ☐ خلوة ☐ لأساس ☐ ثانوي ☐ جامعي ☐ فوق الجامعي ☐

المستوى الاقتصادي للأسرة:

متدني ☐ مرتفع ☐ متوسط ☐

العمل :

موظف ☐ أعمال حرة ☐ عاطل ☐

درجة الإعاقة التي يعاني منها طفلك:

بسيطة ☐ متوسطة ☐ شديدة ☐

الحالة الاجتماعية:

متزوج ☐ منفصل ☐ أرمل ☐

هل تعاني من أي مرض مزمن:

نعم ☐ لا ☐

إذا كانت الإجابة بنعم ، أذكر نوع المرض.

السكن:

إيجار ☐ ملك ☐ مع الأقارب ☐

تعليمات المقياس:

الرجاء وضع إشارة (/) تحت العبارة التي تناسبك ،ويجب أن تكون إجابتك صادقة تحكي الواقع الذي تعيشه مع ابنك المعاق وأعلم أن هذه الإجابات لا تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي فقط.

المقياس :

م	العبارات	سيئة جداً	سيئة	جيدة	إلى حد ما	جيدة جداً
1	تقديري لنوعية حياتي سيئة					
2	ما هو مدى رضاك عن حالتك الصحية					
3	مرض ابني يجعلني عاجز عن العمل					
4	أشعر أن حياتي مستمرة رغم مقدار الرعاية التي يحتاجها ابني					
5	هل أنت مستمتع بالحياة					
6	أشعر بمعنى للحياة رغم وجود ابني المعاق					
7	هل يمكنك التركيز في عملك.					
8	لاي يوجد شعور بالأمن في الحياة لديك.					
9	ما مدى الاهتمام الصحي في البيئة لديك.					
10	لدي الكفاية والفاعلية في القيام بواجبات الحياة اليومية.					
11	هل أنت متقبل لبنيانك الجسدي.					
12	هل أنت كفء لإشباع احتياجاتك.					
13	لديك معلومات كافية عن إعاقة ابنك.					
14	إلى أي مدى تتوفر لديك الفرصة للراحة والاسترخاء.					
15	كم أنت قادر على التنقل هنا وهناك بوجود ابنك المعاق.					
16	إلى أي مدى انت راضي عن نومك.					

					17	ما مدى رضاك عن أدائك لواجباتك اليومية.
					18	ما مدى رضاك عن قدراتك عن العمل.
					19	ما مدى رضاك عن نفسك.
					20	إلى أي مدى إنت راضٍ عن علاقاتك الشخصية والاجتماعية.
					21	ما مدى رضاك عن حياتك الجنسية.
					22	كم أنت راضٍ عن المساندة الاجتماعية التي تقدمها لك عائلتك.
					23	ما مدى رضاك عن سكنك أو المكان الذي تعيش فيه.
					24	ما هو مدى رضاك عن الخدمات الصحية التي تقدم لعائلتك.
					25	ما هو مدى رضاك عن مزاجك العام.
					26	أشعر بالحزن .
					27	أشعر بالاكتئاب.
					28	أشعر بالقلق..

ملحق رقم (4)
أسماء المحكمين

الاسم	الجامعة	الدرجة
د. علي فرح	جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا	أ.م / قسم علم النفس، كلية التربية
د. نهى الصادق	جامعة الأحفاد	أ.م/ قسم علم النفس
د. سلوى الحاج	جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا	أ.م/ رئيس قسم علم النفس، كلية التربية
د. سعاد موسى	جامعة الأحفاد	أ.م/ قسم علم النفس
د. هويدا الحاج	جامعة الزعيم الأزهرى	أ.م/ رئيس قسم علم النفس