مجلـة الإرشـــاد النفســي

Journal of psychological Counseling

مجلة علمية دورية محكمة

تصدر عن مركز التوجيه والإرشاد النفسي

بكلية التربية – جامعة المنيا

Issn Print 2682-4566 Issn on-line 2735 - 301X

/https://sjsm.journals.ekb.eg

المجلد الأول العدد الأول ٢٠١٥

فعالية برنامج إرشادى انتقائي في تحسين جودة الحياة لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد

إعداد

د. شيماء بدري فكري

مخلص الدراسة

هدفت الدراسة الى التعرف على فعالية برنامج إرشادى انتقائي في تحسين جودة الحياة لدى أمهات الأطفال التوحديين بمحافظة البحر الأحمر، والتحقق من استمرارية فعالية البرنامج الارشادى الإنتقائى بعد فترة المتابعة. تكونت عينة الدراسة من (١٦) أم من أمهات الأطفال التوحديين الملحقين بمراكز التوحد الأهلية، وكانت أعمارهن تتراوح بين (٢٢-٣٥) عاماً. وقد تم تقسيم العينة إلى مجموعتين كل منها تتكون من (٨) أمهات: المجموعة الضابطة، المجموعة التجريبية. وقد تم استخدام مقياس جيليام لتشخيص التوحد إعداد محمد عبد الرحمن، ومنى خليفة (٢٠٠٤)، ومقياس جودة الحياة لأمهات الطفل التوحدى إعداد الباحثة (٢٠١٤). توصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أمهات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس جودة الحياة بأبعاده فى القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية، كذلك وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أمهات المجموعة التجريبية على مقياس جودة الحياة بأبعاده فى القياسين القبلى والبعدى لصالح القياس البعدي، مما يشير إلى فعالية البرنامج الإرشادي في تحسين جودة الحياة لدى أمهات الأطفال التوحديين. كما أشارت النتائج إلى وجود فروق غير دالة احصائياً بين متوسطي رتب درجات أمهات المجموعة التجريبية على مقياس جودة الحياة بأبعاده فى القياسين البعدي والتتبعي مما يشير إلى استمرارية فعالية البرنامج الإرشادي.

The Effectiveness of a selective Counseling Program to improve the quality of life by Mothers of children with autism

Dr. Shaimaa Badry Fekry

Abstract

The study aimed to identify the effectiveness of selective counseling program to improve the quality of life by mothers of

children with autism in Red Sea Governorate, and investigate the continuity of the effectiveness of the counseling Programme after follow-up period. The study sample consisted of (16) mothers of children with autism centers attached to civil autism, and were between the ages of (22 - 35) years. The sample was divided into two groups, each consisting of (8) Mothers: a control group, the experimental group. Gilliam has been used to diagnose autism scale preparation Mohammed Abdel-Rahman, and Mona Khalifa (2004), and the measure of the quality of life for mothers of autistic child researcher preparation (2014). The study found the presence of statistically significant differences between the averages Order degrees mothers experimental and control groups on the quality of life dimensions measure in telemetric for the experimental group, as well as the presence of statistically significant differences between the averages Order degrees mothers of the experimental group on the quality of life dimensions measure in the two measurements pre and post for the benefit of the dimensional measurement, indicating the effectiveness of the counseling program in improving the quality of life of mothers of children with autism. The results also indicated that there is statistically significant differences between the averages Order degrees mothers of the experimental group on a scale the quality of life in the two measurements dimensions and dimensional iterative indicating continuity of the effectiveness of the counseling program.

مقدمة

يشكل إضطراب التوحد لبعض الأسر مصدر للقلق والضغوط النفسية والنظرة غير الايجابية للحياة لذلك فإن ارشاد الوالدين وخاصة الأم ومساندتها لتحسين جودة الحياة لديها والاستمتاع بها فى ظل الإعاقة لابنها والعمل على الحد من تاثيرها النفسى ضروره حتميه.

فنشر الوعى بين أمهات الأطفال التوحدبين عن معنى اضطراب التوحد وتوضيح خصائص هذا الاضطراب والمشكلات النمائية التى تترتب عليه لدى الأطفال المصابين به يعتبر مفتاح النجاح لأى محاولة علاجية أو تنموية يكمن فى عدة عناصروهى (الأخصائى – المعلم أو المربى – الوالدين – الأخوة – القرناء المخالطين للطفل ثم الطفل نفسه).

وزيادة حجم الصلات الأسرية الحميمة وإعطاء طفل التوحد فرصا للتوحد بين الآخرين مع أسرته ليشعر بالأمن والطمأنينة والقضاء على شعوره بالغربة وعدم القيمة فالتوحد إعاقة ارتقائية مركبة تتمثل فى عدم قدرة المخ على القيام بوظائفه الطبيعية فى مجالات التفاعل الاجتماعى والتواصل اللفظى والإهتمامات الشخصية والأنشطة والمهامم الحياتية. (Volkmar, 2005, P16)

وهو إضطراب من الإضطرابات التى زاد الاهتمام بها فى السنوات الاخيرة وذلك لما يتصف به من اعراض حادة ومؤثرة فى مجالات عدة لدى الفرد المصاب مثل القصور فى التفاعل الاجتماعى، نقص وقصور المهارات الاجتماعية والتواصلية، وصعوبات فى نمو سلوكيات اللعب خاصة اللعب التخيلى بالاضافة إلى السلوك النمطى وسلوك ايذاء الذات ويمثل ذلك عقبة رئيسية لهم داخل الاسرة، المؤسسة التعليمية والترفيهية والمجتمع بصورة عامه لما يفرضه هذا الاضطراب من قيود على سلوك الطفل التوحدى وعلى من حوله (أحمد عكاشة، ٢٠٠٠).

يرى الكثير من الباحثين اهمية الاتجاه الى دراسة اسرة الطفل التوحدى وبشكل خاص الأم (Palacios, 2004 ; Gross, 2004).

حيث أن الأمهات هم الأكثر تأثر ومعاناة بسبب أطفالهن لأنهن يتحملن الأعباء معظم الوقت حيث تعاني أم الطفل التوحدى من صدمة نتيجة لإكتشاف اضطراب التوحد وعدم استجابة طفلها لاى مشاعر مما يحرمها من اشباع حاجتها للامومة مما يولد شعور بالألم الشديد والفشل (Pottie & Ingram, 2008).

ولهذا ولما تعانيه أم الطفل التوحدى من مشكلات نفسية من عدم الاحساس بالسعادة وعدم الرضا عن الحياة وتضهور العلاقة الاسرية والاجتماعية وسوء الصحة البدنية وبالتالى تؤثر على رعايتها لطفلها فلابدمن توفير مساعدة متخصصة وخدمات ارشادية مناسبة تمكن الام من تحسين جودة الحياة وتقوية حياة الأسرة فتزويد الام بالبرامج الارشادية ومهارات تعامل فعالة لتحسين جودة الحياة لتمكنها من مواصلة جهودها واستعادة طاقتها لرعاية طفلها التوحدى.

مشكلة الدراسة:

إن جودة حياة الفرد تتضمن شعوره بالحب والأمن والرضا النفسي (نادية الجميل، ٢٠٠٨، ٥)؛ حيث إن المؤشرات الذاتية هي الأكثر أهمية في تحديد جودة الحياة ومن المؤشرات الموضوعية، فالجوانب الاجتماعية الدالة على الترابط الاجتماعي والقيم الاجتماعية والمعتقدات الدالة على السلوك الاجتماعي وغيرها من المتغيرات النفسية من العوامل التنبؤية لجودة الحياة عند الافراد (Bowling et al. , 2002, 355-371).

وبالنسبة للامهات التوحديين فإن الظروف البيئية المناسبة والعلاقات الاجتماعية الجيدة هي التي تمنحهن القدرة على الإحساس بجودة الحياة (Ryff, 1981, 16) .

لاشك أن كل أم تتطلع بلهفة وشوق كبيرين إلى ذلك الطفل المنتظر قدومه ويمثل ذلك بالممارسات السلوكية التى تظهر على الأم والحالة النفسية التى يتمتع بها والتى تظهر استعدادهما لاستقبال ذلك الطفل ومن هذه المظاهر اهتمام الأم بنفسها للمحافظة على حملها وصحة جنينها ويظهر ذلك فى ادائها الحذر لمهامها الوظيفية فى البيت ومراجعتها المستمرة للطبيب المختص ولكن تعتبر اللحظة التى يتم فيهااكتشاف اعاقة الطفل فى الاسرة مرحلة حاسمة فى حياة الاسرة وافرادها.وتعود اهمية هذه المرحلة من حيث انها تعود إلى احداث تغيير جذرى على مسار الحياة النفسية والاجتماعية وحتى السلوكية للوالديين وخاصة الأم وكذلك لكل فرد من افراد الاسرة (فاروق صادق، ١٩٩٨).

كما أكدت الدراسات أن الأمهات هن أكثر أفراد الأسرة تعرضاً للضغوط النفسية حيث يمكن ملاحظة ذلك من خلال المظاهر السلوكية التى تبدو على الأمهات كمشاعر الذنب الرفض المستمر للطفل، الحماية الزائدة، حبس الطفل بالمنزل وعدم إظهاره للناس، الشعور بفقدان الطفل، الانعزال عن الحياة الاجتماعية، الشعور بالعدوانية والنقص، الهروب من الواقع عدم القدرة على التخيل أو مواجهة الحقيقة، عدم الانسجام النفسى بين الوالدين ومع بقية افراد

الاسرة كما يلاحظ من الامور الهامة التى تنتج عن الضغوط النفسية التى يحدثها وجود طفل توحدى فى الاسرة يؤدى الى تعلق الامهات بطفلهم التوحدى تعلقا اعمى بدافع الشفقة والحماية الزائدة وبالتالى لا يدركون حقيقة اعاقته ولا يعرفون كيف يواجهون تلك المشكلة (هلا السعيد،٢٠٠٩، ص ١٣٩).

كما أن انحراف الطفل التوحدى فى خصائصة الشخصية عن أقرانه العاديين يلقى آثار سلبية على الأم بصفة خاصة باعتبار هذا الطفل يعتبر امتداد فيما بعد وإعاقة الطفل يكون لها أثار على جوانب شخصيته، وقد ذكر قنديل (١٩٩٥) أن القدرات العقلية للطفل التوحدى تتأثر سلبياً نتيجة إعاقته بسبب نقص تفاعلة مع المثيرات الحسية فى البيئة مما يترتب عليه قصور فى مدركاته ومحدوديته فى المجال المعرفى وأحياناً تأخر فى نموه العقلى مقارنه بأقرانه من العاديين.

ويسبب بعض أنماط السلوكيات المضطربة والتى تنشأ بسسبب ضغوط سلبية على الأم حيث يتسم ذلك الطفل بكثرة التملل ونقص الاستقرار والهدوء وقصور الإنتباه ونقص الأصدقاء وصعوبة اتخاذ أى مهمة موجه له وهذا يمثل ضغوط نفسية سلبية على الأم. ومما يزيد من الضغوط النفسية للأم أن يصدر الطفل أنماطاً سلوكية غير سوية تسبب إيذاء نفسية أو ايزاء الآخرين مما يسبب الإحراج للوالدين ويسبب التوتر فى بعض الأحيان. القلق الزائد عند الآباء على مصير طفلهم وذلك لعدم قدرته على تحمل المسئولية أو الاعتماد على الذات (هلا السعيد، ٢٠٠٩، ص ص ١٤٠ – ١٤١).

شعور الوالدين بالنقص الاجتماعى عن باقى الاباء وأنهم ينتمون لاسرة ذات وصمة وجميع هذه المشاعر تعمل على عرقلة سير البرنامج الذي يوضع للطفل (عبد المطلب القريطى، ٢٠٠٥).

قد تؤثر إدراك أم الطفل التوحدى للحياة التى تعيشها وتتمتع بما فيها من إمكانات وموارد متاحة على جودة الحياة لديها واشار بايومجارتين (Baumagarten, 2004) على مستوى جودة الحياة التى يدركها الفرد يرتبط بالنمو الإنفعالى والتحكم فى المشاعر السلبية للفرد والتحكم فى المشاعر السلبية للفرد فمفهوم جودة الحياة يشير إلى الصحة الجيدة أو السعادة أو تقدير الذات أو الرضا عن الحياة أو الصحة النفسية (Cummins, 1997, p 373)

كما أن جودة الحياة تتضمن الوظائف الجسمية المتمثلة فى انجاز المهام اليومية، والوظائف النفسية المتمثلة فى الأفكار والانفعالات والحياة الاجتماعية والبيئية والرضا عن الحياة بشكل عام (Donvon, 1998, pp 1192-1193)

يفتقد أطفال التوحد إلى التعلق بالوالدين أو الأخوة الكبار ويفشلون فى الارتباط النوعى بشخص ما فى الأسرة ولا يبدون التعرف أو التمييز للأشخاص المهمين فى حياتهم كالآباء والاخوة والأقارب وإذا وضعوا فى بيئة غريبة أو غير مألوفة فلا يبدو عليهم قلق الانفصال الذى يبدو على غيرهم من الأطفال العاديين ولا يهتمون بمن حولهم من الأسره أو كانو غرباء وهم لا يكترثون بوجود الآخرين معهم ولا يظهر عليهم أي علامات للفرح عند رؤية الأم أو الأب كما أنهم لا ينظرون إلى الشخص الذى يخاطبهم ولا يحاولون الاقتراب منه ولا يبدو عليهم أي ترحيب أو استمتاع بوجوده مع الآخرين من أفراد العائلة ولا يشاركوهم اهتماماتهم أو أنشطتهم ولا يحبون اللعب معهم ولامخالطتهم (علا عبد الباقى، ٢٠١١، ص ٤٦).

وبذلك فإن أمهات الأطفال التوحديين يتعرضون لمشكلات نفسية كثيرة وذلك لافتقادهم التواصل وخاصة التواصل اللفظى مع أطفالهم (ابراهيم الزريقات، ٢٠٠٤، ص ٢٤٥). وبذلك فإن النظرة الإيجابية والسعادة تختفى وتسوء الحياة عندهم وبما أن الهدف الذى ينشده أى مجتمع فى الفترة القادمة هو تحسين جودة الحياه للأفراد لما لجودة الحياة من أهمية كبرى وخاصة لأمهات التوحديين حيث أنها هى القادره على إعداد مناخ أسرى طبيعى فى المنزل والعمل على توطيد علاقات إيجابية بين الطفل وبين والديه، وبينه وبين إخوته بحيث يشعر الطفل أنه عضو مرغوب فيه فى هذه الأسرة وأنه متقبل منهم، تلك هى البيئة التى يرجى أن تساعد على إنجاح محاولات العلاج والتدريب ويجب أن يتم التعاون بين الأخصائى وبين الأمهات وأن تتلقى بعض الإرشادات النفسية والتربوية من المرشد أو الأخصائى النفسى لكى يتعرفوا على المشكلات الحقيقية للطفل ولكى تقل حدة التوتر والضغوط النفسية على الأسرة والتى يسببها اضطراب النمو لدى الطفل كما أن الإرشاد النفسى للأسرة وخاصه الأم يساهم فى فهم الدور أو الأدوار التى يقوم بها كل فرد فى هذه الأسرة تجاه الطفل المضطرب. وتصبح بذلك العملية العلاجية والتنموية للطفل عملية تكاملية بين المعالج والأسرة مما يسرع فى تحقيق النتائج المرجوة من العلاج والتدريب.

وتؤكد نتائج الدراسات على أن الأطفال الذين يتمتعون بالتقبل داخل أسرهم تتحسن حالاتهم أسرع من غيرهم من الأطفال الذين لا يحظون بإهتمام (علا عبد الباقى، ٢٠١١، ص

١٦٦). فالنتائج السلبية التى ترتبط باضطراب التوحد لاتقتصر على جودة حياة الام وحدها ولكنها قد تمتد إلى الطفل ذاته عن طريق مستوى الرعاية المقدمة له (Warren et al; 2008).

فمن الضرورى تقديم التوجية والإرشاد لأمهات الطفل التوحدى التى تساعدهم على التعامل مع أطفالهم ورعايتهم الرعاية المناسبة فى ظل حياة نفسية واجتماعية أفضل للأم، ولذلك فإن عملية التدخل الإرشادى تصبح أمراً ضرورياً والدراسة الحالية محاولة للتدخل الإرشادي والذي يهدف إلى تحسين جودة لدى أمهات الأطفال التوحديين.

ولهذا يمكن تحديد مشكلة الدراسة فى الإجابة على السؤال التالى:

ما فعالية برنامج إرشادى فى تحسين جودة الحياة لدى أمهات الاطفال التوحديين؟

ويتفرع من التساؤل الرئيسي السابق التساؤلات التالية:

١ – هل توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس جودة الحياة بأبعاده فى القياسين القبلى والبعدى.

٢ – هل توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس جودة الحياة بأبعاده فى القياسين القبلى والبعدى.

٣ – هل توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس جودة الحياة بابعاده فى القياس البعدي.

٤ – هل توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس جودة الحياة بأبعاده فى القياسين البعدى والتتبعى.

أهداف الدراسة: تهدف الدراسة إلى:

١ – تصميم برنامج إرشادى ذو طبيعة انتقائية تكاملية كاتجاه حديث فى مجال الإرشاد النفسى اتجاه مترابط منفتح للاضافات فى مجال الفنيات الارشادية ليكون البرنامج الارشادى فى اعداده وبناءه وتطبيقه وتقيمه منظومة إرشادية مترابطة تعتمد على الفنيات الإرادية بانتقاء بحيث تسهم فى تحسين جودة الحياة لامهات الاطفال التوحديين.

٢ – تحديد مدى فعالية برنامج إرشادى لتحسين جودة الحياة لدى أمهات الأطفال التوحديين من خلال المعالجة الإرشادية والإحصائية للمجموعة التجريبية.

٣ – التعرف على مدى استمرارية أثر البرنامج الارشادى الانتقائى فى تحسين جودة الحياة لدى عينة الدراسة بعد الانتهاء من الجلسات الإرشادية واثناء فترة المتابعة.

٤ – الاستفادة من نتائج الدراسة فى تقديم الخدمات الإرشادية لتحسين جودة الحياة لأمهات الأطفال التوحديين فى مجتمعات متشابه لمجتمع الدراسة.

أهمية الدراسة: تتضح أهمية الدراسة من خلال:

أ . الأهمية النظرية: تتلخص الأهمية النظرية في:

١.إن امهات الأطفال التوحدين هم الذين يواجهون التحديات المباشرة لإعاقة أطفالهم ويتحملون آثارها السلبية والدراسة الحالية يمكن أن تساهم فى إعانتهم على القيام بدورهم فى الحياة تجاه أطفالهم من خلال تحسين جودة الحياة لديهم.

٢. إن برامج الإرشاد والعلاج النفسى لدى الطفل التوحدى لا يمكن أن تؤتى ثمارها ولا تحقق نجاحها إلا من خلال إشراك أم الطفل التوحدى لإنها عنصر محورى وتتوقف فعالية هذا الاشراك على ممارسة الأم للحياة ونظرتها لها بشكل صحيح ومن ثم فإن تحسين جودة الحياة لأمهات الطفل التوحدى من خلال برنامج إرشادى مقدم للأمهات هى محاولة لتحسين فعالية برامج الإرشاد المقدمة للطفل التوحدى أيضاً.

٣. إن عدم التدخل الإرشادى لتحسين جودة الحياة قد يؤدى إلى زيادة النظرة السلبية وعدم الرضا عن الحياة وعدم السعادة إلى حد لا تستطيع الأم أن تؤهلها امكانتها إلى حدود التحمل ومهارات المواجهة الاجتماعية وممارسة الصحة النفسية.

ب . الأهمية التطبيقية: تتلخص الأهمية التطبيقية فيما يلي:

١. تصميم برنامج إرشادى انتقائى لتحسين جودة الحياة لامهات الاطفال التوحديين وتطبيق البرنامج يهدف إلى تحسين جودة الحياة لدى عينة الدراسة، مما يساهم على التفاعل الإيجابى مع الحياة وتحقيق التوافق الشخصى والإجتماعى فى ظل وجود اضطراب التوحد لاطفالهم والتوصل إلى أعلى مستوى ممكن من الصحة النفسية.

٢ . نتائج الدراسة التي يمكن أن تسهم من الناحية التطبيقية فى امكانية استفادة المتخصصين والباحثين والممارسين للعمل الإرشاردى من هذه الدراسة وتطبيق خطواتهافى حالات أخرى كما يمكن أن تكون دعوة وتشجيع للمتخصصين لتكثيف الجهودالعلمية فى هذا المجال وكذلك لفت النظار إلى أهمية مثل هذه الموضوعات وأهمية الدراسات التى تعتمد على البرامج الإرشادية.

مصطلحات الدراسة:

التوحد:

تعريف التوحد إجرائيا هو السلوك الصادر عن الطفل والمتمحور في ثلاثة اضطرابات سلوكية، اضطراب في التفاعل الاجتماعي، واضطراب في النشاط التخيلي والقدرة على التواصل، وانغلاق على الذات وضعف في الانتباه المتواصل للأحداث والموضوعات الخارجية مما ويؤثر سلبا على اللغة وخمول النشاط وتبلد الإحساس والمشاعر.

جودة الحياة:

حالة عامة ايجابية يشعرخلالها الفرد بالصفاء والهدوء والطمأنينة والارتياح والرضا وحسن الحالة الصحية والنفسية وفيها درجة شعور الفرد بالسعادة النفسية الناتجة من رضاه بظروف حياته وبالقدرة على اشباع الحاجات في ابعاد الحياة الذاتية والموضوعية والتي تشمل النمو الشخصي، والسعادة البدنية والمادية والاندماج الاجتماعي، والحقوق البشرية درجة رضا أو عدم الرضا التي يشعر بها الفرد اتجاه المظاهر المختلفة في الحياة ومدى سعادته بالوجود الانساني، وتشمل الاهتمام بالخبرات الشخصية لمواقف الحياة، كما انها تشتمل على عوامل داخلية ترتبط بافكار الفرد حول حياته وعوامل خارجية كتلك التي تقيس سلوكيات الاتصال الاجتماعي النشاطات ومدى انجاز الفرد للمواقف (سناء جسام، ٢٠٠٩، ص ٣٣).

وتقاس جودة الحياة إجرائيا فى هذه الدراسة بمجموعة الدرجات الكلية التى تحصل عليها أمهات الأطفال التوحديين على أبعاد مقياس جودة الحياة والتى تتضمن (جودة الحياة الأسرية، الرضاعن الحياة، الأمن الاقتصادى، جودة الحياة الاجتماعية، السعادة، جودة الحياة الصحية).

البرنامج الإرشادى:

تعريف البرنامج فى هذه الدراسة اجرائيا يقصد به خطة محددة ودقيقة تشمل مجموعة من الاجراءات المنظمة والاجراءات التعليمية الارشادية المقدمة لامهات الاطفال التوحديين من أجل مساعدتهم على تحسين جودة الحياة لديهم وتشمل هذه الخطة اسلوب التنفيذ وأدوات التقييم والمدة الزمنية للتطبيق والبرنامج يعتمد على نظرية الارشاد الانتقائى والتى تقوم على قيام المرشد بانتقاء واختيار عدد من الاساليب والفنيات العلاجية ودمجها معا بما يتناسب وطبيعة المشكلة وحدتها وخصائص المسترشد بهدف تحقيق أفضل النتائج.

الإطار النظري :

جودة الحياة Quality of life

يعتبر مفهوم جودة الحياة من المفاهيم التى نادراً ما حظيت بإهتمام الواسع سواء على مستوى الاستخدام العلمى والاستخدام العملى فى حياتنا اليومية وبهذه السرعة غير أن مستخدمى هذا المفهوم لم يتفقوا بعد على معنى محدد لهذا المصطلح (فوقية عبد الفتاح، محمد حسين، ٢٠٠٦ ،٢).

شعور الفرد بالرضا هو الذي يشعره بجودة حياته، وأن هذا الشعور يتحقق باستغلال الفرد لإمكانياته في نشاطات إبداعية، وعلاقات اجتماعية جيد، واهداف ذات معنى، وبعائلة تبث فيه الاحساس بالحياة هو الذي يشعره بجودة الحياة (Nordenfelt,1999, P92)

وأشارت تيتمانس واخرون (Titmans et al; 1997) إلى أنه من الصعوبة صياغة تعريف محدد لجودة الحياة، ذلك لحداثة هذا المفهوم على مستوى التناول العلمي، وقد تطرق هذا المفهوم للاستخدام في العديد من العلوم، إذ يستخدم أحياناً للتعبير عن الرقي في مستوى الخدمات المادية والاجتماعية التي تقدم لأفراد المجتمع كما أنه يستخدم للتعبير عن إدراك الأفراد لمدى قدرة هذه الخدمات على إشباع حاجاتهم، ولا يرتبط هذا المفهوم بمجال محدد من مجالات الحياة أو بفروع من فروع العلم، إنما هو مفهوم موزع بين العلماء والباحثين بمختلف اختصاصاتهم نادراً ما حظى مفهوم بالتبني الواسع على مستوى الاستخدام العلمي والعملي وبهذه السرعة مثلما حدث لمفهوم جودة الحياة، وأن في العلوم النفسية تم تبني هذا المفهوم في مختلف التخصصات النفسية، والنظرية منها والتطبيقية، فقد كان لعلم النفس السبق في تحديد المتغيرات المؤثرة على جودة حياة الإنسان وأن ذلك يعود في المقام الأول إلى أن جودة الحياة في النهاية هي تعبير عن الإدراك الذاتي لتلك الجودة، فالحياة بالنسبة للفرد هي ما يدركه منها (عادل الاشول، ٢٠٠٥، ص ٩٣).

على أن هناك نسبة في درجة هذا الشعور فالعامل الحاسم في ذلك يكمن في طبيعة إدراك الفرد لجودة حياته (سعيد عبد الرحمن، ٢٠٠٧، ص ٣).

إن العنصر في كلمة جودة Quality يتضح في العلاقة الانفعالية القوية بين الفرد وبيئته، هذه العلاقة التي تتوسطها مشاعر الفرد واحاسيسه ومدركاته فضلاً عن أهمية دور البيئة والعوامل الثقافية كونها محددات لهذا المفهوم (Watson & Clark, 1997, p 267).

أن مفهوم جودة الحياة مكون من ثمانية مجالات وكل مجال يتكون من ثلاثة مؤشرات تؤكد جميعها على أثر الأبعاد الذاتية كونها المحددات الأكثر أهمية من الأبعاد الموضوعية في تحديد درجة شعور الفرد بجودة الحياة والمجالات هما: السعادة الوجدانية، العلاقات بين الأشخاص، السعادة المادية، النمو الشخصى، السعادة البدنية، تقرير المصير، الاندماج الاجتماعى، الحقوق البشرية والقانونية (Chou et al, 2007).

كما أكدت دراسة لويس (2002) Lewis ودراسة بايومجارتين (Baumagarten, 2004) على أن مستوى جودة الحياة الذى يدركه الفرد إنما يرتبط بالنمو الانفعالى والتحكم فى المشاعر السلبية للفرد، كما يرى كومنس (1997) Cummins إن مفهوم جودة الحياة يشير إلى الصحة الجيدة، أو السعادة أو تقدير الذات أو الرضا عن الحياه أو الصحة النفسية ويرى دونفان Donvan (1998) أيضا أن جودة الحياة تتضمن الوظائف الجسمية المتمثلة فى انجاز الانشطة اليومية والوظائف النفسية المتمثلة فى الافكاروالانفعالات والنشاط الاجتماعى والبيئى والرضا عن الحياة بشكل عام.

وتشير نتائج العديد من الدراسات إلى التأثير المتبادل فى جودة الحياة بين الأباء والأمهات والأبناء فالأمهات اللاتى حدث لهن تغير مقصور فى جودة حياتهن أصبحن أكثر قدرة فى التفاعل مع الحياة ومع أطفالهن ذو الاحتياجات الخاصة (فوقية عبد الفتاح، محمد حسين، ٢٠٠٦، ص ٢).

وأيضاً اختلف الباحثون على أختلاف تخصصاتهم واهتمامتهم البحثية حول مفهوم جودة الحياة وتعددت المؤشرات التى أشارت بها الباحثون لجودة الحياة ما بين المؤشرات موضعية وأخرى ذاتية.

ولقد أشار العديد من الباحثين إلى صعوبة وضع تعريف محدد لجودة الحياة (Andrens, 1986 ; Schalock, 1990; Timon&others, 1997).

وعلى الرغم من أن جودة الحياة مفهوم شائع إلا انه لا يزال غير واضح وتحتوى أدبيات البحث على تعريفات جديدة لجودة الحياه حيث أن جودة الحياة مفهوم ينتمى إلى عائلة من المفاهيم المتشابهة معه مثل السعادة والرضا والحياة الجيدة والرضا الذاتى (Andelman et al., 1999, p 106).

وتشمل التعريفات الأخرى لجودة الحياة رضا الفرد بنصيبه وقدره فى الحياة والشعور الداخلى بالراحة (Taylor & Bogdan, 1990).

وكذا الشعور بالاستقلال والرضا الذاتى (Keith, 1990) وامتلاك الفرص لتحقيق أهداف ذات معنى (Good,1990) والشعور العام بالراحة والرضا عن الحياة والسرور والسعادة والنجاح (Stark & Gold Sbury, 1990) والقدرة على تبنى أسلوب حياتى يشبع الرغبات الفريدة واحتياجات الفرد (Karen&others, 1990).

ويعرف دوسون (Dodson, 1994, P 218) جودة الحياة على أنها الشعور الشخصي للكفاءة وإجادة التعامل مع التحديات.

وتشير نتائج العديد من الدراسات إلى التأثير المتبادل فى جودة الحياة بين الأباء والأمهات والأبناء فالامهات اللاتى حدث لهن تغير مقصور فى جودة حياتهن أصبحن أكثر قدرة فى التعامل مع أطفالهن ذوي الاحتياجات الخاصة وهذا فى حدذاته يمكن أن يؤثر بالإيجاب على جودة الحياة لدى هؤلاء البناء (عادل الأشول، ٢٠٠٥).

الطفل التوحدى

حاول كثير من الباحثين والتخصصين تعريف الطفل المصاب باضطراب التوحد وذلك من أجل التمييز بينه وبين الأطفال المصابين باضطراب نمائية أخرى أو إعاقات عقلية تتشابه بعض أعراضها مع أعراض اضطراب التوحد.

وقد توصل كابوت وزملائه (Kabot, et al., 2003) لتعريف أكثر شمولية للسمات الأساسية لهذا الاضطراب أنه إضطراب يمكن التعرف عليه من خلال ثلاثة محاور تعتمد على بعضها البعض وتظهر فى آن واحد وهى اضطراب عصبى يرتبط بنمو المخ، اضطراب نفسى يشمل النمو المعرفى والإنفعالى والسلوكى، اضطراب فى النمو الاجتماعى وينتج عنه عجز شديد فى العلاقات الاجتماعية والتواصل وفشل فى الاتصال بالبيئة الاجتماعية ومن ثم فالطفل المصاب بهذا الاضطراب لا يستطيع الاستجابات للمثيرات الحسية ولدية قصور شديد فى نمو اللغة والكلام ويلاحظ عليه سلوكيات تكرار نمطية غير هادفة ودائما تتضح معالم هذا الاضطراب خلال السنوات الثلاث الولى من عمر الطفل.

عرفه إبراهيم بدر (٢٠٠٤) بأنه الطفل الذي فقد الاتصال بالآخرين أو لم يحقق هذا الاتصال قط وهو منسحب تماماً ومنشغل انشغالاً كاملاً بخيلاته وسلوكيات مقبولة كبرم الأشياء أو لفها أو الهزهزة ومن خصائصه اللامبالاة إيذاء الوالدين والآخرين، وعجزه عن تحمل التغيير وعيوب النطق وأحيانا عدم النطق.

ويصفه هشام الخولى (٢٠٠٨) بأنه ضعف الانتباه وخاصة الانتباه المشترك حيث يبدو الطفل وكأنه أصم فهو لا يعير الآخرين أي اهتمام أو انتباه ولا يعير الأصوات انتباه وتظهر عليه فى كثير من الاحيان علامات اللامبالاة السمعية على الرغم من أنه ليس بأصم ولا ضعيف السمع بل على العكس من ذلك، كما أن الأوتيزم يتأخر لديه نمو اللغه والكلام ويلاحظ عليه القصور الشديد في التواصل والتفاعل الاجتماعى، ويتصف سلوكه بالنمطية والتكرار ويعانى من نقص فى اللعب والتخيل والاجتماعى المناسب لمستوى النمو فهو يفتقد لخبرات اللعب المبكرة وما يترتب على ذلك من عدم استخدام الألعاب والأشياء بأسلوب عادى مثل الأطفال الآخرين، وأن تشارك الأسرة فى عملية التقييم وأن يتم دعمها وتشجيعها لملاحظة الطفل وتقيمه جنباً إلى جنب مع الفريق المختص وأن مشاركة الأسرة لها دور كبير فى اختصار الوقت والجهد (Patricia & Holuin, 1997).

تأثير الطفل التوحدى على الأسرة:

الأسرة مؤسسة إجتماعية نجدها فى كل المجتمعات البشرية وهى تتأثر بالتطور الاقتصادي والاجتماعي والثقافي الذي يعيشه المجتمع، وتعتبر الأسرة من أهم الجماعات فهى الوحدة البنائية الأساسية التى تنشأ عن طريقها مختلف التجمعات الإسكانيه حيث تقوم بالدور الرئيسى فى بناء المجتمع وتدعيم وحدته وتنظيم سلوك أفراده بما يتناسب مع الأدوار الاجتماعية المحددة وفقا للشكل الحضارى العام. كما تعتبر الأسرة نسق أو نظام بالغ التفرد والخصوصية لأنه النسق الذي ينضم إليه الطفل العادى أو المعاق منذ بداية حياته، ويشبع فيه حاجاته ويستمد منه مصادر الدعم، وتتوقف الصحة النفسية للطفل وبخاصة فى الحياة على المتغيرات المرتبطة بهذا النسق (سعيد حسنى، ٢٠٠٠، ص ١٨).

والأسرة هى وحدة المجتمع الأولى وهي الواسطة أو حلقة الوصل بين الفرد والمجتمع أو الواسطة بين الثقافة والشخصية، والأسرة هى الوسط الإنسانى الأول الذي ينشأ فيه الطفل ويكتسب فى نطاقها أول أساليبه السلوكية التى تمكنه من إشباع حاجاته وتحقيق إمكانياته والتوافق مع المجتمع (كمال سالم، ٢٠٠٢).

وتمثل الأسرة شبكة من العلاقات الإنسانية وينشأ الطفل فى هذه الشبكة ويعتمد عليها إعتمادا كلياً فى سنوات حياته المبكرة وهي السنوات ذات الأهمية الباقية فى تشكيل شخصيته فالأسرة جماعة من نوع خاص يرتبط أفرادها بعلاقة الشعور الواحد الذي يجمعه الألفة والترابط بالتعاون والمساعدة المتبادلة (شاهين رسلان، ٢٠٠٦، ص ٥).

إن وجود طفل ذاتوى فى الأسرة يضاعف إلى حد كبير الضغوط الأسرية، وتصبح بداية لسلسلة هموم نفسية لا تحتمل بإعتبار أن الوالدين بصفة خاصة يتطلعان لميلاد طفل عادى ومعافى صحياً وجسمياً ؛ وحيث يمثل الطفل إمتداد بيولوجياً ونفسياً لهما فيما يرونه مشروع المستقبل الذى يستثمران فيه عطائهما النفسى والمادى فى الحياة (على حنفى، ٢٠٠٧، ص ١)، ولذا فإن ميلاد طفل ذى إعاقة فى الأسرة أو اكتشاف إعاقته يمثل صدمة شديدة لأعطاء النسق الأسرى حيث تضيع الآمال والطموحات وفرصة لتبادل الإتهامات وإختلافات الآراء ولوم الذات والآخرين بل وتحطيم للثقة فى الذات وتعطيل للإرادة ويمتد لعدم الرضا عن الحياة (عمر نصر الله، ٢٠٠١).

مما سبق فإنه يمكن القول إن إتجاهات الأم بشكل خاص والوالدين بشكل عام نحو الطفل الذاتوى مهمة جديدة وذلك للمشكلات الإنفعالية والعاطفية التى تعاني الأسرة منها تنعكس وتؤثر بشكل كبير على شخصية الطفل، والطفل الذاتوى مثله مثل أى طفل آخر يمكن أن يشعر بعدم الإرتياح والخذلان عندما يدرك أنه غير مرغوب أو مهمل ومنبوذ لذلك إن وضع الطفل فى نطاق الأسرة يتقدر لإتجاهات أفراد الأسرة ونموه وأن يكون مطمئنا وآمنا إذا علم أنه مرغوب فيه وأن المحيطون به يبادلونه الحب والعطف والحنان.

ويحتاج الأمر دائماً إلى تقديم الإرشاد النفسى للوالدين وخاصة للام لكي تتعلم أن تعرف كيف يفكر طفلها وما هو عالمه الخاص به وما هى وسيلة التواصل معه وكيفية تهيئة المنزل ليكون بيئة مناسبة لتنمية قدرات الطفل. وكيف يحدث التواصل الاجتماعى للطفل مع الآخرين وكيف تعمل الأم على تقوية هذا التواصل. كما يجب أن تتعرف الأم على كيفية تعليم المشاعر الإنسانية للطفل (علا عبد الباقى، ٢٠١١، ص ٩٣).

فكلما كانت إمكانات الأسرة والبيئية مواتية ويحظى الطفل بالتقبل فى أسرته والرعاية والتعليم والعلاج والتدريب، كلما كان مسار التحسن والتطوير أفضل، وإن دراسة التطور اللاحق لحالة الطفل والتنبؤ بما يمكن أن يكون عليه مستوى النمو والتحسن لتلك الحالة يساعد على وضع خطة علاجية ونمائية سليمة، وكذلك إعداد برامج التدريب والتعليم الملائمة لاستثمار قدرته أفضل استثمار من أجل تحقيق نمو أفضل فى جميع الجوانب النمائية للطفل عقلياً واجتماعياً ونفسياً وحركياً وبدنياً ايضاً (علا عبد الباقى، ٢٠١١، ٩٦).

الإرشاد الانتقائى

الاتجاه الانتقائي يمثل النضج الإرشادي والصورة المثلى للممارسة الإرشادية المتخصصة تتكامل فيه الفنيات الإرشادية وتعمل على مواجهة الاختلافات، والفروق والتغيرات في المواقف والحالات والمشكلات والمسترشدين. حيث إن الإرشاد بالاتجاه الانتقائي التكاملي التوفيقي متعدد الأبعاد، والوسائل هو الصورة الإرشادية الحديثة الفعالة التي تحقق المرونة والاتزان والشمول وتقوم على التنظيم والتنوع والاختيار بأسلوب متلاحم ومنسجم ومتسق الانتقائية" منظومة ذات طابع متسق من الفنيات الإرشادية والعلاجية، تنتمي فيها كل فنية إلى نظرية علاجية خاصة بها، إلا أن انتقاء هذه الفنيات يتم بشكل تكاملي بحيث تسهم كل منها في علاج جانب من جوانب اضطراب شخصية العميل، ويتم انتقاء هذه الفنيات لتشكيل منظومة تكاملية بالرجوع إلى تشخيص دقيق لحالة العميل لتحديد أفضل الفنيات ومدى ملائمتها للخطة العلاجية ولطبيعة الاضطراب أو المشكلة السلوكية (حسام الدين عزب، ٢٠٠٢ ، ص ٥).

والإرشاد الانتقائي" شكل من أشكال الإرشاد النفسي قائم على نظرية العلاج النفسي الانتقائي، والذي يعد نظامًا يقوم على تحديد المبادئ والاستراتيجيات الأساسية الفعالة في العلاجات النفسية الأخرى، خاصة تلك الاستراتيجيات التي ثبت فعاليتها في علاج المشكلات وتلائم حاجات العميل (محمد أبو النور، ٢٠٠٠، ٢٥٢).

يمثل الإرشاد الانتقائي الإرشاد في ثوبه الجديد المتكامل الناضج والتيار الإرشادي المرن والمنفتح لكل إضافة ولكل إسهام جاد في الإرشاد النفسي ليكون النظام المتناسق الذي يقوم بانتقاء ودمج الأساليب والفنيات الإرشادية لتحقيق أفضل النتائج الانتقائية "منظومة ذات طابع متسق من الفنيات الإرشادية والعلاجية، تنتمي فيها كل فنية إلى نظرية علاجية خاصة بها، إلا أن انتقاء هذه الفنيات يتم بشكل تكاملي بحيث تسهم كل منها في علاج جانب من جوانب اضطراب شخصية العميل، ويتم انتقاء هذه الفنيات لتشكيل منظومة تكاملية بالرجوع إلى تشخيص دقيق لحالة العميل لتحديد أفضل الفنيات ومدى ملائمتها للخطة العلاجية ولطبيعة الاضطراب أو المشكلة السلوكية (حسام الدين عزب، ٢٠٠٢٥).

دراسات سابقة

تعتبر أدبيات البحث حجر الزاوية فى البحث العلمى لما لها من أهمية للبحث فى اكتساب المعرفة لطبيعة المشكلة التي يريد دراستها وتضيف إلى ذلك أساليب جديدة فى البحث العلمى ربما يكون قد غفلها. حيث نبدأ من نقطة انتهاء الآخرين ولذلك يجب البحث والاطلاع الشامل والمتعمق على الدراسات السابقة التى ذات علاقة بموضوع البحث والتى يتم عرضها كالأتى:

هدفت دراسة انتيل (Antle, 2005) إلى معرفت العلاقة بين التوافق الأسرى وجودة الحياة لدى (٢٥) من المراهقين ذو الأعاقة البصرية وأسرهم وأشارت النتائج إلى وجود علاقة إرتباطية موجبة بين التفكير العقلانى والتوافق الأسرى مما يعكس أهمية العقلانية فى التفكير كأحد أبعاد جودة الحياة.

بينما هدفت دراسة شالوك (Shalock, 2004) إلى دراسة هل تحسين جودة الحياة لدى المعاقين يعتمد فى الأساس على نشر مفهوم جودة الحياة، وأن تحسين جودة الحياة هدف واقعي يمكن تحقيقه لجميع أفراد أسرة المعاقين وهذا ما قد يؤدى إلى التغلب على العقبات وتذليل الصعوبات. وقد أشارت النتائج إلى أن خفض بعض التناقضات بين الفرد وبيئته الأسرية والاجتماعية يعمل على تحسين جودة الحياة لدى أفراد الأسرة جميعا وأن تحسين جودة الحياة لدى المعاقين يعتمد بالأساس على نشر مفهوم جودة الحياة وأن تحسين جودة الحياة هدف واقعي يمكن تحقيقه لكافة الأفراد المعاقين.

وقد هدفت دراسة جيان وآخرين (Jiyean et al; 2002) إلى معرفة مدى تأثير الفقر على جودة الحياة لدى الأطفال المعاقين، وقد استندت هذه الدراسة على فهمها لجودة الحياة بالتركيز على جودة الحياة وجودة المخرجات المقدمة للمعاقين وقد اعتمدت الدراسة على البحث الوصفي النوعي مع الاعتماد على الإحصائيات والمعاقين وظروف معيشتهم السكنية والعائلية. وأسفرت الدراسة عن وجود مجموعة من النتائج: توجد علاقة ارتباطية بين الفقر وكل من الدخل والإعاقة كما أشارت إلى ضرورة اتباع مفهوم فكري جديد لجودة الحياة هذا المفهوم الذي يعتمد على تحسين أساليب الجودة وجودة الاحتياجات التى يفضلها المعاق.

دراسة عادل عبد الله (٢٠٠١) هدفت الدراسة إلى التحقق من مدى فعالية برنامج إرشادى يتم تقديمه لأمهات الأطفال التوحديين فى تنمية بعض المهارات ذات الصلة بالسلوك الإجتماعى المقبول لهؤلاء الأطفال من خلال زيادة الوعى للأمهات بطبيعة هذا الأضطراب

وأبعاده وكانت النتائج تتمثل فى وجود فروق ذات دلالة احصائية فى القياس البعدى للسلوك الانسحابى للمجموعة الضابطة والتجريبية لصالح المجموعة التجريبية مما يعكس انخفاض السلوك الانسحابى لصالح القياس البعدى للمجموعة التجريبية ولا توجد فروق ذات دلالة احصائية للمجموعة الضابطة فى القياس القبلى والبعدى للسلوك الانسحابى.

تعليق على الدراسات السابقة

من الملاحظ خلال اطلاع الباحثة على الدراسات السابقة وجود اتفاق على أن الإعاقة عامة تؤثر على جودة حياة الطفل المعاق وعلى جميع أفراد أسرة المعاق والتى تؤثر تاثير مباشر أيضا على صحتة النفسية والجسدية ومن الملاحظ ايضا ان هناك ندرة على حسب علم الباحثة فى الابحاث العربية التى تناولت جودة حياة المعاق وجميع افراد اسرتة وكذلك جودة حياة الأم عامة وأم الطفل التوحدى خاصة وعلاقتها بالمشاكل الجسمية والنفسية.

فروض الدراسة:

فى ضوء الإطار النظرى والدراسات السابقة يمكن صياغة فروض الدراسة التالية:

١ – توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس جودة الحياة بأبعاده فى القياسين القبلى والبعدى لصالح القياس البعدي.

٣ – توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس جودة الحياة بأبعاده فى القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية.

٤ – لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس جودة الحياة بأبعاده فى القياسين البعدى والتتبعى.

الطريقة والاجراءات:

أولاً: منهج الدراسة: المنهج التجريبى أكثر المناهج ملائمة لتحقيق هدف الدراسة فى قياس فعالية برنامج إرشادى مقدم لأمهات الأطفال التوحديين لتحسين جودة الحياة لديهم كما يقيسها مقياس جودة الحياة بأبعاده.

ثانيا العينة: تكونت عينة الدراسة من (١٦) أم من أمهات الأطفال التوحديين الملحقين بمراكز التوحد الأهلية بمحافظة البحر الأحمر وكانت أعمارهم تتراوح من (٢٢ – ٣٥) عاماً بمتوسط قدره (٣٠.٢) وانحراف معيارى (١.٠٢) وتم تقسيم العينة إلى مجموعتين: مجموعة التجريبية وتتضمن (٨) أمهات، والمجموعة الضابطة وتتضمن (٨) أمهات وكان لابد من التأكد أن المجموعتين الضابطة والتجريبية متكافئتان من حيث درجاتهم على مقياس جودة الحياة

وبالنسبة لمتغيرات المستوى الاجتماعى والثقافى للأسرة وعمر الأمهات حيث اثبتت الدراسات السابقة أن هذين المتغيرين يؤثران على مستوى جودة الحياة لهذا تم التجانس بين المجموعتين بحساب الفروق بين المجموعتين للعينات غير المرتبطة ويوضح الجدولين التاليين نتائج ذللك.

جدول (١)

الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس جودة الحياة بأبعاده فى القياس القبلى

أبعاد المقياس	المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	Z	مستوى الدلالة
جودة الحياة الاسرية	الضابطة	٨	٨.٠٠	٥٨.٠٠	٢٥.٠	صفر	غير دالة
	التجريبية	٨	٨.٠٠	٦٣.٠٠			
الرضاعن الحياة	لضابطة	٨	٧.٥٦	٥٩.٥٠	٢٤.٣٠	٠.٤٦	غير دالة
	التجريبية	٨	٨.٥	٦٠.٥٠			
الأمن الاقتصادى	الضابطة	٨	٧.٥٦	٥٩.٠٠	٢٣.٥٠	٠.٢٢	غير دالة
	التجريبية	٨	٨.٠٠	٦٠.٤٥			
جودة الحياة الاجتماعية	الضابطة	٨	٨.٢٩	٦٢.٠٠	٢٧.٠٠	٠.٢٥	غير دالة
	التجريبية	٨	٧.٧٠	٥٨.٠٠			
السعادة	الضابطة	٨	٨.٠٠	٥٦.٠٠	٢٦.٠٠	٠.٢٤	غير دالة
	التجريبية	٨	٧.٨٠	٧٠.٠٠			
جودة الحياة الصحية	الضابطة	٨	٧.٥٦	٥٩.٠٠	٣٠.٠٠	٠.٢٣	غير دالة
	التجريبية	٨	٨.٥	٦٤.٠٠			
الدرجة الكلية	الضابطة	٨	٧.٨٦	٦١.٠٠	٢٢.٠٠	٠.٦٧	غير دالة
	التجريبية	٨	٧.٢٧	٥٨.٣٠			

ويلاحظ من الجدول السلبق أنه توجد فروق غير دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أمهات المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس جودة الحياة بابعاده فى القياس القبلى.

جدول (٢)

الفروق بين متوسطي رتب درجات أمهات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس المستوى الاجتماعى والاقتصادى والثقافى للأسرة وعمر الأمهات فى القياس القبلى

أبعاد المقياس	المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	Z	مستوى الدلالة
المستوى الاجتماعى . الاقتصادى والثقافى للاسرة	الضابطة	٨	٨.٢٥	٥٨.٠٠	٢٦.٠٠	٠.٢٦	غير دالة
	التجريبية	٨	٧.٥٠	٦٠.٠٠			
عمر الأمهات	لضابطة	٨	٨.٥٠	٦٨.٠٠	٢٤.٠٠	٠.٤٤	غير دالة
	التجريبية	٨	٧.٥٦	٦٠.٥٠			

ويلاحظ من الجدول السابق أنه توجد فروق غير دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أمهات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة فى مستوى الاجتماعى – الاقتصادى والثقافى للأسرة وعمر الأمهات فى القياس القبلى.

ثالثا ـ أدوات الدراسة:

استخدمت الباحثة الأدوات التالية:

١ - مقياس جيليام لتشخيص التوحد إعداد محمد عبد الرحمن، منى خليفة (٢٠٠٤)

أعد هذا المقياس للبيئة العربية حيث تم إعادة حساب صدقه ومعاييره فى البيئة المصرية وهو عبارة عن قائمة سلوكية تساعد على تحديد الأشخاص الذين يعانون من التوحد، ويتكون المقياس من أثنا وأربعون بندا تتدرج تحت ثلاث أبعاد فرعية، بالإضافة إلى أربعة عشر بنداً إضافياً تقوم الأمهات من خلالها أبناءهم خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل وتشتمل أبعاد المقياس أربعة أبعاد هي: البعد الأول وهو السلوكيات النمطية، والبعد الثاني وهو التواصل، والبعد الثالث: التفاعل الاجتماعي، البعد الرابع: الاضطرابات النمائية.

الشروط السيكومترية للمقياس فى الدراسة الحالي:

أ – الصدق: تم حساب صدق المقياس فى الدراسة الحالية بطريقتين : الصدق المرتبط بالمحك بحساب معامل الارتباط بين درجات المقياس الحالي على عينة من الأطفال (٢٩) طفلاً ودرجات نفس الأطفال على مقياس الطفل التوحدى إعداد (عادل عبد الله، ٢٠٠٠) وكانت قيمة معامل الارتباط (٠.٨٤) وهى دالة احصائياً عند مستوى (٠.٠١).

ب – الثبات: تم حساب الثبات بطريقتين: الثبات بطريقة التجزئة النصفية؛ حيث تم حساب ثبات المقياس فى الدراسة الحالية باستخدام طريقة التجزئة النصفية بمعادلة سبيرمان براون وذلك كما ذكرها (صلاح مراد، ٢٠٠٠) حيث كانت جميع معاملات الثبات دالة عند مستوى (٠.٠١) مما يحقق ثبات المقياس، والثبات بطريقة إعادة التطبيق: على عينة (٢٩) بفاصل زمني مقداره (٢١) يوماً وتم حساب معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس والدرجة الكلية فى التطبيقين حيث كانت جميع معاملات الثبات دالة عند مستوى (٠.٠١) مما يؤكد درجة الثبات العالية للمقياس.

ج – وصدق الاتساق الداخلي حيث تم حساب معاملات الارتباط بين الدرجات المعيارية للأبعاد الأربعة الفرعية وبعضها البعض فى علاقتها بالدرجة الكلية معامل التوحد لاستجابات كل من آباء ومعلمى الأطفال الذاتويين وكانت جميع معاملات الارتباط دالة عند مستوى (٠.٠١) مما يحقق صدق الاتساق الداخلى للمقياس.

٢- مقياس جودة الحياة لأمهات الطفل التوحدى

خطوات إعداد المقياس:

قامت الباحثة بالإطلاع على الدراسات السابقة وعدد من المقاييس التى بقياس مستوى جودة الحياة لدى عينات مختلفة مثل مقياس مانشستر المختصر لقياس جودة الحياة إعداد (Priebe, 1999) ومقياس هوثروني (Hawwthorne, 2006) ومقياس (منسي وكاظم، ٢٠٠٦) ومقياس الصحة النفسية من إعداد منظمة الصحة العالمية (WHO QOL) تعريب بشرى إسماعيل (٢٠٠٨).

يتكون المقياس في صورته النهائية من (٤٨) عبارة، وأمام كل عبارة يحدث كثير اً، يحدث غالباً، يحدث أحياناً، يحدث قليلاً، لا يحدث أبداً ويطلب من المفحوص تحديد بديل من ستة بدائل هي:

البديل الذي ينطبق عليه، وقد وضعت الباحثه أوزانا مختلفة للبدائل الايجابية هي: يحدث كثيراً =٥ يحدث غالبا =٤، يحدث أحيانا =٣، يحدث قليلا =٢، لا يحدث أبدا=١، في حين تكون درجة العبارات السلبية معكوسة والتي تحمل الأرقام التالية: ٩، ١٤، ١٨، ١٩، ٢٠، ٢٣، ٢٤، ٢٥، ٢٨، ٢٩، ٣٣، ٣٦، ٣٨، ٤٨. وبالتالي فإن أعلى درجة كلية محتملة للمفحوص هي درجة (٢٤٠)، وأدنى درجة كلية محتملة هي (٤٨) وكلما ارتفعت درجة

المقحوص على المقياس كان ذلك على ارتفاع مستوى جودة الحياة، وإذا إنخفضت كان ذلك مؤشراً على ضعف مستوى جودة الحياة. وتم تقنين المقياس تبعاً للخطوات التالية:

صدق المقياس

صدق المحكمين: تم عرض عبارات المقياس في صورته المبدئية على مجموعة من المحكمين بلغ عددهم (٧) من أساتذة ومدرسي علم النفس والتربية بهدف الحكم على المقياس الكشف عن مدى صدق عبارات المقياس وملاءمتها لقياس ما وضعت لقياسه، من حيث وضوح العبارات وسلامة ووضوح الصياغة اللغوية، وتم أخذ العبارات التي اتفق عليها أكثر من ٨٠% من جملة المحكمين بعد التعديل وحذف بعض العبارات غير المناسبة.

اختارت الباحثه عينة عشوائية استطلاعية قوامها (٦٠) بمحافظة البحر الأحمر بهدف التحقق من صلاحية مقياس جودة الحياة للتطبيق من خلال حساب معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة مع البعد الذي تنتمي اليه، وأيضاً حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية والجداول التالية توضح ذلك:

جدول رقم (٣) معاملات ارتباط درجة كل عبارة مع درجة البعد الذي تنتمي إليه

جودة الحياة الاسرية		الرضاعن الحياة		الامن الاقتصادى		جودة الحياة الاجتماعية		السعادة		جودة الحياة الصحية	
م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط
١	٠.٥٣	٢	٠.٤٨	٣	٠.٦٤	٤	٠.٥٤	٥	٠.٦٨	٦	٠.٦١
٧	٠.٧٧	٨	٠.٦٩	٩	٠.٧٦	١٠	٠.٥٦	١١	٠.٦٣	١٢	٠.٧٧
١٣	٠.٦١	١٤	٠.٧٢	١٥	٠.٤٤	١٦	٠.٧٢	١٧	٠.٤٤	١٨	٠.٥٥
١٩	٠.٤٨	٢٠	٠.٤٥	٢١	٠.٦٣	٢٢	٠.٥٢	٢٣	٠.٦٤	٢٤	٠.٦٦
٢٥	٠.٥٥	٢٦	٠.٦٨	٢٧	٠.٤٧	٢٨	٠.٦٥	٢٩	٠.٦٦	٣٠	٠.٦٥
٣١	٠.٦١	٣٢	٠.٥٥	٣٣	٠.٥٧	٣٤	٠.٦٦	٣٥	٠.٦٤	٣٦	٠.٤٧
٣٧	٠.٥٦	٣٨	٠.٤٧	٣٩	٠.٤٠	٤٠	٠.٥٠	٤١	٠.٥١	٤٢	٠.٦٨
٤٣	٠.٦٨	٤٤	٠.٣٩	٤٥	٠.٥٦	٤٦	٠.٥٧	٤٧	٠.٥٣	٤٨	٠.٥٥

يتبين من الجداول السابقة أن جميع عبارات المقياس قد حققت ارتباطات دالة مع درجة البعد الذي تنتمي إليه عند مستوى دلالة (٠.٠١).

جدول (٤) معامل ارتباط درجة كل بعد من أبعاد مقياس جودة الحياة مع الدرجة الكلية له

أبعاد مقياس جودة الحياة	معامل الارتباط
جودة الحياة الاسرية	٠.٧٢
الرضاعن الحياة	٠.٧٧
السعادة	٠.٨٢
الامن الاقتصادى	٠.٨٠
جودة الحياة الاجتماعية	٠.٨٦
جودة الحياة الصحية	٠.٧٦

بالنظر إلى الجدول يتضح وجود ارتباطات دالة إحصائياً بين درجة كل بعد من أبعاد مقياس جودة الحياة والدرجة الكلية للمقياس عند مستوى دلالة (٠.٠١).

الصدق التلازمي: للتحقق من أن المقياس سيعطي نتائج دقيقة قامت الباحثة بتطبيق مقياس جودة الحياة موضوع الدراسة الحالية ومقياس جودة الحياة من إعداد كل من محمد المنسي وعلي كاظم (٢٠٠٦) والذي يتكون من (٦٠) عبارة، وذلك بهدف حساب الصدق التلازمي من خلال حساب الارتباط بين درجات المقياسين.

جدول رقم (٥) يبين معامل ارتباط درجات الأبعاد والدرجة الكلية للمقياسين

أبعاد مقياس جودة الحياة	معامل الارتباط
جودة الحياة الاسرية	٠.٨٤
الرضاعن الحياة	٠.٧٦
السعادة	٠.٧٤
الامن الاقتصادى	٠.٨٠
جودة الحياة الاجتماعية	٠.٧٥
جودة الحياة الصحية	٠.٧٨
الدرجة الكلية	٠.٨٢

بالنظر إلى الجدول يتبين وجود ارتباطات دالة إحصائياً بين درجات أبعاد مقياس جودة الحياة موضوع الدراسة الحالية ودرجته الكلية مع الدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة الذي تم

إعداده من قبل محمد المنسي وعلي كاظم (٢٠٠٦) عند مستوى دلالة (٠.٠١) أي أن المقياس يتسم بدرجة عالية من الصدق التلازمي وأنه يصلح لقياس جودة الحياة.

ثبات المقياس:

جرى حساب الثبات بطريقتين هما:

الثبات بإعادة التطبيق: حيث تم استخرج معامل الثبات بطريقة إعادة التطبيق على عينة مكونة من (٦٠) أم من أمهات التوحد ثم أعيد تطبيق المقياس للمرة الثانية على العينة نفسها بعد مضي ثلاثة أسابيع من التطبيق الأول وجرى استخرا ج معاملات الثبات للأبعاد المختلفة عن طريق حساب معامل ارتباط بين التطبيقين الأول والثاني Pearsoon . بيرسون الثبات بطريقة ألفا كرونباخ : تم حساب معامل الثبات من خلال استخدام معادلة ألفا كرونباخ حيث ن = (٦٠) وفيما يلي جدول يبين نتائج معامل الثبات بالطريقتين.

جدول رقم (٦) يبين معامل ارتباط الثبات بطريقة إعادة اتطبيق وألفا كرونباخ

أبعاد جودة الحياة	طريقة الاعادة	طريقة الفا كرونباخ
جودة الحياة الاسرية	٠.٧٢	٠.٧٨
الرضاعن الحياة	٠.٨٤	٠.٨٣
السعادة	٠.٧٦	٠.٨١
الامن الاقتصادى	٠.٦٩	٠.٧٦
جودة الحياة الاجتماعية	٠.٨١	٠.٨٥
جودة الحياة الصحية	٠.٧٤	٠.٧٩
الدرجة الكلية	٠.٧٨	٠.٨٢

بالنظر إلى الجدول يلاحظ ان معاملات ثبات الإعادة تراوحت بين (٠.٦٩ – ٠.٨٤) وهي قيم دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠١) ، الأمر الذي يدلل على درجة جيدة من الثبات تفي بمتطلبات الدارسة،أما معاملات ثبات ألفا كرونباخ فقد تراوحت بين (٠.٧٦ – ٠.٨٣) وهي قيم أيضاً دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠١) ، الأمر الذي يدلل على أن المقياس يتسم بدرجة جيدة من الثبات يفي بمتطلبات الدارسة.

٣- البرنامج الإرشادي الانتقائى لتحسين جودة الحياة لأمهات الاطفال التوحديين ملخص لجلسات البرنامج الارشادى:

جدول (٧) جلسات البرنامج الإرشادي

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	زمن الجلسة	محتوى الجلسة	الفنيات المساعدة	الأنشطة المستخدمة
الجلسة الأولى	التعارف وبناء العلاقة الإرشادية	٦٠ دقيقه	معرفة وتاهيل امهات المجموعة الارشادية للعملية الارشادية وعلى أهمية وأهداف البرنامج وإقامة علاقة ودية وتحقيق الألفة والثقة المتبادلة بيين الباحثة والأمهات والاتفاق على موعد الجلسات الإرشادية ومكانها ومدتها.	التعاقد التبادلى المحاضرة – المناقشة الجماعية – الواجبات المنزلية.	"حفل ترفيهى"
الجلسة الثانية والثالثة	التدريب على فنية الاسترخاء	٦٠ دقيقة	التاكيد على الأثر النفسي والاجتماعي على الاسترخاء، والتأكيد على أهمية فنية الاسترخاء فى مواجهة مثيرات الغضب والتوتر، وتدريب الأمهات على تمرينات الاسترخاء وإكسابهم مهارة ضبط الانفعالات والتحكم فى المخاوف والصدمات.	المحاضرة– المناقشة الجماعية – الاسترخاء– التنفيس الانفعالى– النمذجة – لعب الأدوار– التعزيز– الواجب المنزلى.	نشاط ثقافي نشاط تعليمي"تبد يل الأسماء"

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	زمن الجلسة	محتوى الجلسة	الفنيات المساعدة	الأنشطة المستخدمة
الجلسة الرابعة والخامسة	تغير نمط التفكير وزيادة الثقة بالنفس	٦٠ دقيقة	إعطاء الأمهات فرصة التعبير عن أفكارهم بحرية والثقة بالنفس والقدرة على تعديل التصورات الخاطئة (انتقائية التصورات الخاطئة)، تعليم تصحيح أنماط التفكير غير المنطقى (بيك).	المناقشة الجماعية – الاسترخاء – التنفيس الانفعالى – النمذجة – لعب الأدوار – التعزيز – التغذية الرجعية – الواجب المنزلى	نشاط ثقافي نشاط تعليمى"التا مل
الجلسة السادسة والسابعةوالثامنة	التدريب على إعادة البناء المعرفي	٦٠ دقيقة	تدريب الأمهات أعضاء البرنامج الإرشادى كيفية إجراء الحوار الإيجابي مع الذات وإعادة البناء المعرفي، وممارسة الأمهات الحوار الإيجابي مع الذات وتدريب الأمهات على استخدام فنية إعادة البناء المعرفي.	المناقشة الجماعية – الاسترخاء – التنفيس الانفعالى – النمذجة – لعب الأدوار – التعزيز – التغذية الرجعية – الواجب المنزلى	نشاط فني نشاط ثقافي نشاط "اكتبى عبارة إيجابية لكل عبارة سلبية"

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	زمن الجلسة	محتوى الجلسة	الفنيات المساعدة	الأنشطة المستخدمة
الجلسة التاسعة والعاشرة	المفهوم الإيجابى للذات وللحياة	٦٠ دقيقة	محو الأفكار السلبية عن الذات وعن الحياة المليئة بالصعاب واستبدالها بالممارسات الإيجابية البديلة، وتعميق مفهوم العلاقات الإيجابية للذات فى تكوين حياة إنسانية اجتماعية أسرية إيجابية مليئة بالسعادة والأمل والتفاؤل.	المحاضرة – المناقشة الجماعية – النمذجة بالمشاركة – الاسترخاء – التنفيس الانفعالى – النمذجة – لعب الأدوار – التعزيز – الواجب المنزلى	نشاط قصصي نشاط" رسومات"

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	زمن الجلسة	محتوى الجلسة	الفنيات المساعدة	الأنشطة المستخدمة
الجلسة الحادية و الثانية عشر	تأصيل مفهوم المواجهة الذاتية لمصاعب الحياة	٦٠ دقيقة	تطبق الأمهات فنية التعزيز الذاتى وتدعيم الأنماط السلوكية السوية للذات، تطبق الأمهات عمليا هذه المعادلة: موقف (مثير ضاغط)+ تفكير (ايجابى)+احساس(مشاعر) = سلوك سوى تقوية الوازع الينى والاخلاقى كعامل هام ومؤثر فى مواجهة الحياة ودعوة لحياة هادئة ليست خالية من المصاعب والمسئوليات ولكن خالية من الهموم والضغوط	المحاضرة- المناقشة الجماعية – النمذجة بالمشاركة – الاسترخاء – التنفيس الانفعالى – النمذجة – لعب الأدوار – التعزيز – الالتزام بالخطط – الواجب المنزلى	نشاط رياضي نشاط قصصى سرد القصص الانبياء" الابتلاء والصبر"

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	زمن الجلسة	محتوى الجلسة	الفنيات المساعدة	الأنشطة المستخدمة
الجلسة والثالثة والرابعة عشر	مهارت حل المشكلات	٦٠ دقيقة	تعريف الأمهات طرق حل المشكلات وتجميع المهارات التى سبق اكتسابها واستخدمة فى منظومة متناسقة لتحسين جودة الحياة وزيادة الفعالية الذاتية وإدخال السعادة والرضا عن النفس والحياة، تدريب الأمهات على كيفية مواجهة المشكلات التى يتعرضون لها بعقلانية وأسلوب منظم فى التفكير حتى يمكنهم ممارسة يومهم الملئ بالمسئوليات والصعاب تجاة طفلهم التوحدى وباقى أفراد الأسرة حتى يمكنهم اتخاذ القرارات الأسرية الحياتية بعيد عن الضغوط والانفعال		نشاط فني نشاط " رسم شجرة العيلة"

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	زمن الجلسة	محتوى الجلسة	الفنيات المساعدة	الأنشطة المستخدمة
الجلسة الخامسة والسادسة والسابعة عشر	من أجل حياة أفضل	٦٠دقيقه	تبنى مفهوم من اجل حياة افضل وتحسين جودة الحياة الصحية والنفسيةالعمل على محو المفاهيم السلبية (توتر – قلق – خوف – حزن) والتركيز على (السعادة – الحب – الرحمة – الفرحة).	المحاضرة – المناقشة الجماعية – الضبط الذاتى – الاسترخاء – التنفيس الانفعالى – النمذجة – لعب الأدوار – التعزيز – الواجب المنزلى	نشاط "جمع وتمثيل الاحلام" نشاط " نصف الكوب"
الجلسة الثامنةعشر	الانهاء والتقييم	٦٠ دقيقة	إنهاء العلاقة الإرشادية، والتأكد من كفاءة البرنامج الارشادى والاطمئنان على تحسين جودة الحياة لدى أمهات المجموعة الإرشادية، مراجعة وتلخيص جماعى للمساهم فى جلسات البرنامج الإرشادى ومناقشة ما تم طرحة من الأمهات إعضاء البرنامج، تطبيق الاختبار البعدى.	المحاضرة – المناقشة الجماعية – لعب الأدوار – التعزيز	حفل ختامى

رابعاً: اجراءات الدراسة

قامت الباحثة لإجراء هذه الدراسة بالخطوات التالية:

١. مراجعة الدراسات السابقة والمراجع المرتبطة بموضوع الدراسة.

٢. إعداد مقياس جودة الحياة لأمهات الأطفال التوحديين وحساب ثبات وصدق مقياس أدوات الدراسة.

٣. إعداد البرنامج الإرشادي المستخدم فى الدراسة.
٤. اختيار عينة الدراسة بتطبيق مقياس جودة الحياة لأمهات الأطفال التوحديين (القياس القبلى).
٥. تقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين تجريبية وضابطة.
٦. إجراء المجانسة بين المجموعتين التجريبية والضابطة.
٧. تطبيق البرنامج الإرشادى على أفراد المجموعة التجربية دون الضابطة.
٨. إجراء القياس البعدى بتطبيق مقياس جودة الحياة لأمهات الأطفال التوحديين بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج (القياس البعدى).
٩. إجراء القياس التتبعى بتطبيق مقياس جودة الحياة لأمهات الأطفال التوحديين بعد مرور شهرين من القياس البعدى (القياس التتبعى).
١٠. المعالجة الإحصائية لبيانات الدراسة فى القياسين القبلى والبعدى والتتبعى باستخدام الحزمة الإحصائية للبحوث الاجتماعية SPSS .

نتائج الدراسة ومناقشتها:

أ - نتائج الفرض الأول: وينص على أنه توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أمهات المجموعة التجريبية على مقياس جودة الحياة بأبعاده فى القياسين القبلى والبعدى لصالح القياس البعدى. وتم اختبار صحة هذا الفرض عن طريق استخدام اختبار ويلكوكسن للعينات المرتبطة ويوضح جدول (٩) هذه النتائج.

جدول (٩) دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس جودة الحياة بأبعادة فى القياسين القبلي والبعدي

أبعاد المقياس	الرتب	العينة (ن)	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
الرضاعن الحياة	الرتب السالبة	٧	٤.٠٠	٢٨.٠٠	٢.٤٧	٠.٠١
	الرتب الموجبة	صفر	صفر	صفر		
	التساوي	١	–	–		
	المجموع	٨	–	–		
السعادة	الرتب السالبة	٧	٤.٠٠	٢٨.٠٠	٢.٣٥	٠.٠١
	الرتب الموجبة	صفر	صفر	صفر		
	التساوي	١	–	–		

أبعاد المقياس	الرتب	العينة (ن)	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
جودة الحياة الأسرية	الرتب السالبة	٧	٤.٠٠	٢٨.٠٠	٢.٣٤	٠.٠١
	الرتب الموجبة	صفر	صفر	صفر		
	التساوي	١	–	–		
الأمن الاقتصادى	الرتب السالبة	٧	٤.٠٠	٢٨.٠٠	٢.٣٧	٠.٠١
	الرتب الموجبة	صفر	صفر	صفر		
	التساوي	١	–	–		
جودة الحياة الإجتماعية	الرتب السالبة	٧	٤.٠٠	٢٨.٠٠	٢.٣٩	٠.٠١
	الرتب الموجبة	صفر	صفر	صفر		
	التساوي	١	–	–		
جودة الحياة الصحية	الرتب السالبة	٧	٤.٠٠	٢٨.٠٠	٢.٤٣	٠.٠١
	الرتب الموجبة	صفر	صفر	صفر		
	التساوي	١	–	–		
الدرجة الكلية	الرتب السالبة	٨	٤.٤٥	٠.٤٨	٢.٥٧	٠.٠١
	الرتب الموجبة	صفر	صفر	صفر		
	التساوي	صفر	صفر	صفر		

ويتضح من الجدول السابق أنه توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى (٠.٠١) بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس جودة الحياة بأبعاده فى القياسين القبلى والبعدى لصالح القياس البعدى.

نتائج الفرض الثاني: وينص على أنه توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أمهات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس جودة الحياة بأبعاده فى القياسين البعدى لصالح المجموعة التجريبية، وتم اختبار صحة هذا الفرض باستخدام اختبار مان وتنى للعينات غير المرتبطة ويوضح جدول (١٠) نتائج ذلك.

جدول (١٠)

الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس جودة الحياة بأبعادها فى القياس البعدى

أبعاد المقياس	الرتب	العينة (ن)	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	قيمة Z	مستوى الدلالة
الرضا عن الحياة	الضابطة	٨	١١.٨٦	٨٠.٠٠	٢.٠٠	٣.٠٢	٠.٠١
	التجريبية	٨	٤.٢٥	٣٩.٠٠			
السعادة	الضابطة	٨	١٢.٠٠	٨٤.٠٠	٢.٠٠	٣.٠٧	٠.٠١
	التجريبية	٨	٤.٠٠	٣٧.٠٠			
جودة الحياة الأسرية	الضابطة	٨	١٢.٠٠	٨٠.٠٠	صفر	٣.٠٥	٠.٠١
	التجريبية	٨	٤.٠٠	٣٨.٠٠			
الأمن الاقتصادى	الضابطة	٨	١١.٨٠	٨٢.٠٠	صفر	٣.٤٠	٠.٠١
	التجريبية	٨	٤.٥٠	٣٨.٠٠			
جودة الحياة الاجتماعية	الضابطة	٨	١١.٩٠	٨٤.٠٠	صفر	٣.٣٤	٠.٠١
	التجريبية	٨	٤.٧٥	٣٦.٠٠			
جودة الحياة الصحية	الضابطة	٨	١٢.٠٠	٨٢.٠٠	صفر	٣.٣٩	٠.٠١
	التجريبية	٨	٣.٩٠	٣٩.٠٠			
الدرجة الكلية	الضابطة	٨	١١.٥٠	٨٧.٠٠	صفر	٣.٢٧	٠.٠١
	التجريبية	٨	٤	٣٧.٠٠			

ويلاحظ من الجدول السابق أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠١) بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس جودة الحياة بأبعاده فى القياس البعدى.

نتائج الفرض الثالث: وينص على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أمهات المجموعة التجريبية على مقياس جودة الحياة بأبعاده فى القياسين البعدى والتتبعى. وتم اختبار صحة هذا الفرض عن طريق استخدام اختبار ويلكوكسن للعينات المرتبطة ويوضح جدول (١١) هذه النتائج.

جدول (١١) دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس جودة الحياة بأبعاده فى القياسين البعدى والتتبعى

أبعاد المقياس	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
الرضا عن الحياة	الرتب السالبة	١	١.٥٠	١.٥٠	١.٠٠	غير دالة
	الرتب الموجبة	صفر	٢.٨٣	١.٥٠		
	التساوي	٧				
	المجموع	٨				
السعادة	الرتب السالبة	صفر	٢.٠٠	٢.٠٠	١.٠٠	غير دالة
	الرتب الموجبة	١	٢.٦٧	٢.٠٠		
	التساوي	٧				
	المجموع	٨				
جودة الحياة الأسرية	الرتب السالبة	صفر	٢.٥٠	١.٥٠	صفر	غير دالة
	الرتب الموجبة	١	٢.٥٠	١.٥٠		
	التساوي	٧				
	المجموع	٨				
الأمن الاقتصادى	الرتب السالبة	١	١.٥٠	١.٥٠	٠.٨٣	غير دالة
	الرتب الموجبة	صفر	١.٥٠	١.٥٠		
	التساوي	٧				
	المجموع	٨				
جودة الحياة الاجتماعية	الرتب السالبة	صفر	٤.٥٠	٣.٥٠	صفر	غير دالة
	الرتب الموجبة	١	٢.٥٠	١.٥٠		
	التساوي	٧				
	المجموع	٨				
جودة الحياة الصحية	الرتب السالبة	١	٢.٥٠	٢.٥٠	١.٠٠	غير دالة
	الرتب الموجبة	١	٢.٥٠	٧.٥٠		
	التساوي	٦				
	المجموع	٨				
الدرجة الكلية	الرتب السالبة	٢	٢.٢٥	٤.٠٠	٠.٨٠	غير دالة
	الرتب الموجبة	١	١.٥٠	١.٥٠		
	التساوي	٥				
	المجموع	٨				

ويتضح من الجدول السابق أنـه لاتوجد فروق ذات دلالـة احصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس جودة الحياة بأبعاده فى القياسين البعدى والتتبعى.

تفسير النتائج:

تشير نتائج الفرض الأول إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس جودة الحياة فى القياسين القبلى والبعدى، أما فيما يتعلق بالمجموعة التجريبية فقد أشارت نتائج الفرض الثانى إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠١) بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس جودة الحياة فى القياسين القبلى والبعدى لصالح القياس البعدى. وفيما يتعلق بالفروق بين المجموعة التجريبية والضابطة فقد أشارت نتائج الفرض الثالث إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠١) بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية على مقياس جودة الحياة فى القياس البعدى لصالح أفراد المجموعة التجريبية. إن هذه النتائج تشير إلى أن درجات أفراد المجموعة التجريبية قد تحسنت بينما لم يحدث تحسنا ملحوظ فى درجات المجموعة الضابطة على مقياس جودة الحياة وحيث أنه تم إجراء ضبط تجريبى بين المجموعتين الضابطة والتجريبية قبل تطبيق البرنامج الإرشادي فإن وجود فروق دالة بين المجموعتين في القياس البعدى، وعدم وجود فروق دالة بين القياسين القبلى والبعدى للمجموعة الضابطة يعزى إلى البرنامج الإرشادى المستخدم فى الدراسةوتتفق هذه النتائج مع نتائج الدراسات السابقة التى تم عرضها (Robert et al; 2009) .

ولهذا يمكننا القول بأن هذه النتائج تدعم ما توصلت إليه الدراسات السابقة والتى أشارت إلى أنه يمكن تحسين جودة الحياة لدى أمهات الأطفال التوحدين من خلال تقديم برامج إرشادية تراعى احتياجات أمهات هؤلاء الأطفال فتزويد أمهات الأطفال التوحدين بمهارات فعالة لتحسين جودة الحياة كتدريب على فنية الاسترخاء ومهارت حل المشكلات يمكن أن يساعد على تحسين جودة الحياة.

وأخيراً أشارت نتائج الفرض الرابع إلى عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس جودة الحياة فى القياسين البعدى والتتبعى، وهذا يعنى أن أفراد المجموعة التجريبية الذين طبق عليهم البرنامج الإرشادى استفادوا منه وظلوا يستخدمون محتواه مما أدى إلى استقرار التحسن ويمكن تفسير ذلك بأن نجاح الأمهات فى الوصول إلى الرضا عن الحياة والشعور بالسعادة وتحسين العلاقة الاسرية والإجتماعية وتحسين جودة الحياة الصحية ووذ نتيجة لممارستهم ما تعلموه فى الجلسات الارشاديه من اساليب وفنيات الإرشاد الانتقائى فى

الواقع وما لمسوه من تحسن فى توافقهم كان بمثابة دافع لهم الى المزيد من التكرار من استخدام فنيات الارشاد الانتقائى.

التوصيات

فى ضوء ما أسفرت عنه نتائج الدراسة فإنه يمكن تقديم مجموعة من التوصيات إلى عدة مجالات إلى مجال الاسرة ومجال التعليم ومجال الصحة:

- تدعيم والدي الطفل التوحدى بكافة أوجه الدعم وخاصة توفير البرامج الإرشادية التى تؤهلهما لمساعدة أطفالهما، والتعرف على طرق تشخيص اضطراب التوحد، وتقديم المساندة والمشورة للأمهات منذ لحظة اكتشاف الاضطراب وتوضيح طبيعة العلاقة بين الأم وطفلها التوحدى التي تظهر خلال التفاعلات أثناء الحياة اليومية.
- التدريب المبكر للأطفال التوحدين على الاستقلالية وإكسابهم المهارات الحياتية المختلفة والتى تمكن الطفل التوحدى من الاعتماد على نفسه مع تنمية قدراتهم الحركية والعقلية واللغوية والاجتماعية.
- قياس الممارسات الوالدية والعلاقات بين أفراد الأسرة بالطفل وتشخيص المتغيرات الأسرية قبل البدء فى عمليات التدخل المبكر.
- تدريب وتأهيل الكوادر البشرية التربوية والتعليمية المؤهلة لتربية وتعليم الأطفال التوحديين وفق التكنولوجيا الحديثة.
- تحسين جودة التعليم وتهيئة المدارس العادية لإستيعاب ودمج الأطفال التوحديين.
- تعريف وتوعية المجتمع بإضطراب التوحد ومظاهرة والتعرف على أعراضه مبكرا والعوامل المسببة له وطرق الوقاية منه.
- تحسين جودة الصحة من خلال تنظيم ودعم البرامج الوقائية وتدريب القائمين بالعمل فيها مع الخدمات التشخيصية والعلاجية والتأهيل الشامل للأطفال وأسرهم.

المراجـــــــع

إبراهيم بدر (٢٠٠٤). *الطفل التوحدى*. القاهرة: الانجلو المصريه.

إبراهيم الزريقات (٢٠٠٤). *التوحد: الخصائص والعلاج*. عمان: دار وائل للطباعة والنشر.

أحمد عكاشة (٢٠٠٠). *الطب النفسى المعاصر*. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

حسام الدين عزب (٢٠٠٢). فعالية برنامج علاجي تفاوضي تكاملي في التغلب على سلوكيات العنف لدى عينة من المراهقين. *أبحاث المؤتمر السنوي التاسع لمركز الإرشاد النفسي*، جامعة عين شمس، المجلد٢، ص ص١-٨١.

سعيد حسنى العزه (٢٠٠٠). *الإرشاد الأسرى*. ماجستير إرشاد وصحة نفسية مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع.

سعيد عبد الرحمن محمد (٢٠٠٧). استخدام بعض استراتيجيات التعايش في تحسين جودة الحياة لدى المعوقين سمعياً، *الندوة العلمية الثامنة للاتحاد العربي للهيئات العاملة في رعاية الصم*، تطوير التعليم والتأهيل للاشخاص الصم وضعاف السمع.

سناء احمد جسام (٢٠٠٩). فاعلية برنامج ارشادي عقلاني انفعالي لتحسين جودة الحياة وبعض المتغيرات المرتبطة بها لدى عينة من المسنين، *رسالة دكتوراه* غير منشورة، كلية التربية، الجامعة المستنصرية، بغداد.

شاكر قنديل (١٩٩٦). الاستجابات الانفعالية السلبية لأباء الاطفال المعاقين عقليا ومسؤولية المرشد النفسى (دراسة تحليلية). *المؤتمر الولى الثانوى لمركز الارشاد النفسى فى عالم متغير* ، جامعة عين شمس.

شاكر قنديل (٢٠٠٠). الاعاقة التدخل طبيعتها وخصائصها نحو رعاية نفسية وتربية افضل لذوى الاحتياجات الخاصة. *المؤتمر السنوى لكلية التربية*، جامعة المنصورة، ص ص ٤٥ - ١٠٠.

شاهين رسلان (٢٠٠٦). *سيكلوجية أسرة الطفل المعوق عقليا*، مكتبة النهضة المصرية صحة نفسية- جامعة القاهرة.

صلاح احمد مراد (٢٠٠٠). *الأساليب الإحصائية في العلوم النفسية والتربوية والاجتماعية*. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

عادل عبد الله محمد (٢٠٠٠). فاعلية برنامج تدريبى لتنمية بعض المهارات الاجتماعية على مستوى التفاعلات الاجتماعية للاطفال التوحديين. *مجلة بحوث كلية الاداب جامعة المنوفية*، سلسلة الاصدارات الخاصة، العدد السابع.

عادل عبدل الله (٢٠٠١). فعالية برنامج ارشادى معرفى سلوكى لأمهات الأطفال التوحديين فى الحد من السلوك الأنسحابى لهؤلاء الأطفال. *مجلة الأرشاد النفسي*، العدد الرابع، جامعة عين شمس ومركز الارشاد النفسى.

عادل عز الدين الاشول(٢٠٠٥). نوعية الحياة Quality of Life من المنظور الاجتماعى والنفسى والطبى. *المؤتمر العلمى الثالث الانتماء النفسى والتربوى للانسان العربى فى ضوء جودة الحياة*. كلية التربية –جامعة الزقازيق فى الفترة من ١٥-١٦ مارس، ص ص٣-١٣.

عبد المطلب القريطى (٢٠٠٥). *سيكلوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم*، ط٥، القاهرة: دار الفكرى العربى.

علا عبد الباقى إبراهيم(٢٠١١). *اضطراب التوحد " الاوتيزم" أعراضه، أسبابه وطرق علاجه مع برامج تدريبية وعلاجية لتنمية قدرات الاطفال المصابيين به*. القاهرة: علم الكتاب.

على عبد النبى حفنى (٢٠٠٧). *العمل مع أسر ذوي الإحتياجات الخاصة*، العلم والإيمان للنشر والتوزيع.

فاروق صادق (١٩٩٨). الإعاقة العقلية فى مجال الأسرة مراحل الصدمة والأدوار المتوقعة للوالدين – اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعاقيين (النشرة الدورية) العدد ٥٥.

كمال سالم (٢٠٠٢). موسوعة التربية الخاصة والتأهيل النفسى. العين: دار الكتاب الجامعى.

محمد السيد عبد الرحمن، منى محمد خليفة (٢٠٠٤). *مقياس جيليام لتشخيص التوحدية*. القاهرة: دار الفكر العربي.

محمد عبد التواب أبو النور (٢٠٠٠). أثر الارشاد الانتقائى فى تعديل الاتجاه نحو الزواج العرفى لدى عينة من الشباب الجامعى، *مجلة البحث فى التربية وعلم النفس*، كلية التربية – جامعة المنيا، يناير ٢٠٠٠ المجلد الثالث ص ص ٢٤٧-٢٩٣.

نادية جودت حسن الجميل (٢٠٠٨). جودة الحياة وعلاقتها بتقبل الذات لدى طلاب الجامعة، *رسالة دكتوراه غير منشورة*، كلية التربية للبنات / جامعة بغداد طلبة.

هشام عبد الرحمن الخولى (٢٠٠٨). *الاوتيزم، الايجابيات الصامته*، بنها دار المصطفى للطباعة.

هلا السعيد (٢٠٠٩). *الطفل الذاتوى بين المعلوم والمجهول – دليل الاباء والمختصين*، القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

Antle, B. (2005). Family's adaptation to child's Blindness, *Journal of visual impairment & Blindness*, 99(4), pp 209 – 218.

Baumgarten, V. (2004). Job characteristics in the United States Air force and Mental Health service utilization. *Dissertation Abstracts International section AL Humanities and social sciences*, 65 (2A), PP697.

Bowling, A; Banister, D; Sutton, S; Evans, O. & Windsor, J. (2002). A multidimensional model of life in order. *Aging and Mental Healthy,* 6 (4), pp. 355-371

Chou,y. C; Scholock, R. L; Tzou, P. Y; Lin, L. C; Chang, A. L; Lee, W. P. & Chang. S. C. (2007). Quality of life of adults with intellectual disabilities who live with families. *Journal of intellectual Disability Research*, 5 (11), pp 875 – 887

Cummins, R. A. (1997). Assessing Quality of life. In R. I. Brown (Eds.). Quality of life for people with disabilities: Model research, and practice, Cheltenham u.kL Stanley Thrones PP 116 – 150.

Donvon, J. (1998). Reporting on Quality of life in Randomized Controlled trials; Bibographic study. *British Medical Journal*, 3 (17), pp 1191 - 1195.

Freeman, N; Perry, A. & Facto R. D. (1992). Child behaviors as stressors: replicating and extending the use of the CARS as a measure of stress: A research note. Journal child psychology psychiatry, 32(6), 1025-30.

Gross, J. (2004). For Families of outistic, the fight for ordinary. (over story). New York Times; Vol.154 issue 53010 pal, 0P, IC, 3bw.

Hastings, R. & Jonson, E. (2001). Stress in UK families conducting intensive home-based behavioral intervention for their young child with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorder,* 31(3), 327-336.

Herrimg, S; Gray, K; Taffe, J; Tonge, B; Sweeney, D. & Einfeld, S. (2003). Behavior and emotional problems in toddlers with pervasive developmental disorders and developmental delay: associations with parental mental health and family functioning. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50 (12), 874 - 882.

Jennifer B. Mactavish & Kelly J. MacKay (2007). Family Caregivers of Individuals with Intellectual Disability: Perspectives on Life Quality and the Role of Vacations. Journal leisure research, 39 (I), pp. 127 - 155.

Jiyeon Park, Ann, P. turnbull. H Rutherford, Turn bull, J. (2002). Impact of poverty quality of life in families of

children with disabilities. *Journal of Exception children*, 68 (2), p151.

Kabot, S. (2003). Advances in Diagnosis and treatment of Autism, *Professional Psychological Research and Practice*, 343 (1), PP 26.

Kandace. M. (2008). The role of maternal responsivity in young children with fragile X Syndrome. From www.erf-Conference.org/prezentacije/ warren 20% et 20% al.

Lecavalier, S. & Wiltz, J. (2006). The impact of behavior problems on caregivers stress in young people with autism spectrum disorder. *Journal of intellectual disability research*, 50 (3), 172 – 184.

Nordenfelt, L. (1999). *Quality of life and Health, Theory and Critigue* Almqvist & wiksell Stockholm. (Swedish)

Palacios, Art. (2004). Stress and Coping among parents of children with outism. MSW, California state University.

Patricia Holuin (1997). *Autism preparing for adulthood*, Roulledge, New York, U. S. A.

Pottie, C; Cohen, J. & Ingram, K. (2009). Parenting a child with Autism: Contextual Factors Associated with Enhanced Daily Parental mood. *Journal of pediatric Psychology*, 43 (4), 49 – 429.

Recurrent and emergent issues, *Journal of Personality Assessment*, 6 (8), p867.

Robert W; Motl, Edward McAuley, Erin M. Snook and Rachael C Gliottoni (2009). Physical activity and quality of life in

multiple sclerosis: Intermediary roles of disability, fatigue, mood, pain, self-efficacy and social support, *Psychology, Health & Medicin*e, 14 (1), 111-124.

Ryff, C. D. (1981). Happiness in everything or is it exploration on the meaning of psychological well being. *Journal of Personality and Social Psychology*, (57).

Robert W. Motl, Edward McAuley, Erin M. Snook and Rachael – Gliottoni (2009). Physical activity and quality of life in multiple sclerosis: Intermediary roles of disability, fatigue, mood, pain, self-efficacy and social support, *Psychology, Health & Medicine*, 14 (1), pp 111 – 124.

Sholock, P. (2004). Need Analysis and measure of Quality of life of people suffering of Blindness and Deafness, Revue francophone De la Deficiency in tellectually, 14 (1), pp 5-39.

Volkmar, F. R. (2005). *Hand book of Autism and pervasive Developmental disorders.* John Wiley and Sons.

Watson, D. & Clark, L. A. (1997). Measurement and mix measurement of mood.