

جامعة ابن خلدون-تيارت
University Ibn Khaldoun of Tiaret



كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
Faculty of Humanities and Social Sciences
قسم علم النفس والفلسفة والأورطفونيا
Department of Psychology, Philosophy, and Speech Therapy

مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر الطور الثايل.م.د.
تخصص علم النفس العيادي

العنوان

جودة الحياة لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية
-دراسة عيادية بجمعية ضياء لأطفال التوحد والترزوميا وصعوبات التعلم بولاية تيارت

إشراف:

د. حوتي سعاد

إعداد:

▪ ديب مروة
▪ زادت فاطمة

لجنة المناقشة

الصفة	الرتبة	الأستاذ (ة)
رئيسا	مساعد أ.	حامق محمد
مشرفا ومقررا	أستاذ محاضر -أ-	حوتي سعاد
مناقشا	محاضر ب.	قمرابي إيمان

الموسم الجامعي : 2023/2022

شكر وتقدير

قال تعالى (وَمَنْ يَشْكُرْ فَإِنَّمَا يَشْكُرُ لِنَفْسِهِ) [سورة لقمان: الآية 12]

الحمد لله حمدا كثيرا طيبا مباركا مليء السماوات والأرض على ما أكرمنا به من إتمام هذه الدراسة

التي نرجو أن تنال رضا

والصلاة والسلام على معلم البشرية وهادي الإنسانية وعلى آله وصحبه ومن تبعهم بإحسان إلى يوم

الدين

نتقدم بالشكر الجزيل والخالص الامتنان والتقدير إلى أساتذتنا المحترمة حوتبي سعاد التي تكرمته

بقبول الإشراف على بحثنا المتواضع هذا ولم تبخل علينا بتوجيهاتها العلمية واقتراحاتها البذاعة

كما نتقدم بالشكر الجزيل إلى أساتذتنا الكرام لجنة المناقشة التي تكبدت عناء قراءة بحثنا وبيان

نواقصه وإلى الإرشاد إلى إكماله وإلى كل طاقم قسم علم النفس القانونيين على العمادة والإدارة

إلى جامعة ابن خلدون تيارت

و نسجل شكرنا وتقديرنا إلى كل من ساهم برأي أو نصيحة أو مساعدة في هذه الدراسة

و إلى كل من ساهم في إنهاء هذا البحث بما فيهم حالة الدراسة

و إلى كل طاقم جمعية ضياء.

إهداء

إلى من كان يقول لي ستزهر أيامك بنيتي وهذه هي أول وردة تزهر إلى أبي الغالي

إلى من كانت تسهر بجانبني تخفف عنى الآلام إلى أمي نبع العنان

إلى أجمل هدية في الحياة أختاي فتية وعانثة

إلى أخي الحبيب

إلى ابنة عمي وأختي فاطمة الزهراء

إلى صديقتي مروة التي شاركتني هذا العمل

إلى البروفيسور محراب عبد الصمد بمستشفى أول نوفمبر بوههران

إلى كل من زرع البسمة في قلبه مكسور

وفي الأخير إلى نفسي التي صارعته للوصول إلى هذا اليوم

إِهْدَاء

الحمد لله الذي تتم بنعمته الصالحات، لك الحمد يا رب حتى ترضى ولك الشكر بعد الرضا ولك

الحمد والشكر إذا رضيت

والصلاة على الحبيب المصطفى عليه أفضل الصلوات وأزكى التسليم

بمناسبة تخريج أهدي فرحتي الغامرة

إلى أبي وأمي النور الكريم لحياتي، حفظهما الله لي ورحمهما وأدامهما تاجا على رأسي

إلى زوجي الغالي الذي وقف إلى جانبي لأحقق طموحي العلمي

إلى إخوتي الرائعين الذين انتظروا فرحة تخريج

إلى صديقتي فاطمة التي كانت خير رفيقة وداعمة لي خلال رحلة إنجازنا لبحثنا المتواضع

إلى كل الأساتذة والزملاء الكرام الذين عرفتهم ومنحوني إبتسامة أو كلمة طيبة أهديكم بوجد

خالص ثمرة جهودي

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن مستوى جودة الحياة لدى أمهات أطفال الإعاقة العقلية حيث إنطلقنا من التساؤل التالي: ما مستوى جودة الحياة لدى أمهات أطفال الإعاقة العقلية؟

ولتحقيق أهداف الدراسة اعتمدنا على المنهج العيادي (دراسة الحالة) لملائمته متغيرات الدراسة كما تم إختيار حالة واحدة بطريقة قصدية، وإعتمدنا على الأدوات التالية: المقابلة العيادية النصف موجهة، والملاحظة العيادية، مقياس جودة الحياة لدى الأمهات للباحثة حرطاني أمينة، وإختبار الإدراك الأسري FAT.

حيث توصلت النتائج إلى:

- مستوى جودة الحياة لدى الحالة متوسط.

الكلمات المفتاحية: جودة الحياة، الإعاقة العقلية.

Study summary:

The current study aims to reveal the quality of life of mothers who have children with mental disabilities where we started from the following question :

What is the level of quality of life for mothers who have children with mental disabilities ?

To achieve the study objectives we relied on the clinical approach (case study) because it fits the study variables, as one case was selected in a deliberate manner relying on the following tools :

Half-oriented clinical interview, Clinical Observation, A measure of quality of life for mothers by the researcher Hartani Amina , Family perception test.

The results revealed that the level of quality of life is average.

Keywords: Quality Of Life, Mental Disability.

فهرس المحتويات

شكر وتقدير

الإهداء

ملخص الدراسة

فهرس المحتويات

قائمة الجداول

قائمة الأشكال

أ..... مقدمة:

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

4..... تمهيد

5..... 1. إشكالية الدراسة:

6..... 2. الفرضيات:

7..... 3. دواعي وأسباب إختيار موضوع الدراسة

7..... 4. أهداف الدراسة

7..... 5. أهمية الدراسة

8..... 6. التعاريف الإجرائية لمفاهيم الدراسة

9..... 7. الدراسات السابقة والتعقيب عليها

15..... 8. التعقيب على الدراسات السابقة

17..... خلاصة الفصل

الفصل الثاني: جودة الحياة

19..... تمهيد

20..... 1. تعريف علم النفس الإيجابي

20..... 2. تعريف جودة الحياة

22..... 3. علم النفس الإيجابي وجودة الحياة

24..... 4. نشأة مفهوم جودة الحياة

26..... 5. المفاهيم والمتغيرات النفسية المتعلقة بجودة الحياة

6. أبعاد جودة الحياة 30
7. النظريات المفسرة لجودة الحياة 35
8. الإتجاهات النظرية المستخدمة في تفسير جودة الحياة 37
9. مظاهر جودة الحياة 38
10. مجالات جودة الحياة 41
11. مقومات جودة الحياة..... 42
12. كيفية تحقيق جودة الحياة 47
13. معوقات جودة الحياة 49
14. قياس جودة الحياة 49
15. أدوات قياس جودة الحياة..... 53
- خلاصة الفصل..... 56

الفصل الثالث: الإعاقة العقلية

- تمهيد..... 58
1. مفهوم الإعاقة 59
2. مفهوم التخلف العقلي..... 60
3. مصطلح التخلف العقلي..... 61
4. الفرق بين التخلف العقلي والمرض العقلي 61
5. أسباب التخلف العقلي 63
6. حاجات المتخلفين عقليا 65
7. تصنيف الإعاقة العقلية 68
8. مظاهر التخلف العقلي 70
9. خصائص المعاقين عقليا 77
10. تشخيص الإعاقة العقلية 83
11. التشخيص الفارق 85
12. الصعوبات والمعوقات التي تواجه المتخلفين عقليا..... 87
13. علاج الإعاقة العقلية..... 88

92.....	14. الوقاية والرعاية في مجال الإعاقة العقلية
93.....	15. رعاية وتربية المعاقين عقليا
95.....	16. إستراتيجيات التربية الخاصة للمعاقين عقليا
97.....	17. أهداف وتربية المعاقين عقليا
97.....	18. أنواع البرامج التعليمية للمتخلفين عقليا
98.....	19. الإتجاهات الحديثة في التقييم النفسي والتربوي لأطفال المعاقين عقليا
99.....	20. إجراءات التقييم النفسي للأطفال معاقين عقليا
103.....	21. ردود الفعل التي تظهر على الوالدين أثناء إدراكهما بأن طفلهما متخلف عقليا
103.....	22. دور الأسرة وعلاقتها بالطفل المتخلف عقليا
104.....	خلاصة الفصل

الفصل الرابع : الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

106	تمهيد
107	1. الدراسة الاستطلاعية
108	2. الدراسة الأساسية
122	خلاصة الفصل

الفصل الخامس: دراسة الحالات وتفسير النتائج على ضوء الفرضيات والدراسات السابقة

124	تمهيد:
125.....	أولاً: دراسة الحالة.....
141	ثانياً: تفسير النتائج على ضوء الفرضيات والدراسات السابقة.....
144.....	خلاصة الفصل.....
146	الخاتمة.....
146	صعوبات البحث.....
147	التوصيات والاقتراحات.....

قائمة المصادر والمراجع

الملاحق

قائمة الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	ت
49	معيقات تحقيق جودة الحياة	1
68	تصنيف منظمة الصحة العالمية للخلف العقلي	2
81	خصائص الإعاقة العقلية المعتمد على درجة الإعاقة العقلية وتطورها مع التقدم في العمر	3
110	خصائص حالة الدراسة	4
111	المحاور الأساسية لدليل المقابلة	5
113	توزيع فقرات إستبيان جودة الحياة لدى الأمهات	6
114	معاملات ألفا كرومباخ لأبعاد إستبيان جودة الحياة لدى الأمهات	7
115	حساب الثبات بالتجزئة النصفية على معامل جوتمان Gutman ومعامل سبيرمان براون Spearman Brawne	8
116	فقرات كل بعد والعبارات الموجبة والسالبة	9
127	التكوين الأسري للحالة	10
128	سيرورة وتنظيم المقابلات التي طبقت على الحالة	11
135	نتائج مقياس جودة الحياة لدى الأمهات للحالة	12
138	نتائج تفريغ معطيات إختبار الإدراك الأسري للحالة	13

قائمة الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	ت
40	شكل يوضح نموذج المسارات الثلاث للسعادة	1
53	شكل العوامل الستة حسب رايف وكايز	2

مقدمة

مقدمة:

من المفاهيم البارزة والحديثة في علم النفس والتي تناولتها والأبحاث والدراسات لتطوير خدمات عديدة في ميادين متصلة بالفرد مفهوم جودة الحياة الأساسي في علم النفس الإيجابي، والذي يعتبر من إحدى المتغيرات الأساسية للشخصية وكذلك من أهداف الإنسان التي يسعى إلى تحقيقها كونها تؤدي إلى التوجه الإيجابي للحياة.

وتتمثل جودة الحياة حسب **lehavan** في ظل الظروف التي يحيها الفرد، كما أن الحياة تتطلب المزيد من الجهد والمواجهة والتحدي لكل المعوقات خاصة ما تتعرض له الأسرة من مشكلات قد تعيق تحقيق كل من طموحات أفرادها وتحسين جودة الحياة لديهم بخفضها أو التقليل من مستواها. (بخش، 2006: 28)

ومن بين هذه المشكلات التي تواجهها الأسرة وجود طفل معاق داخلها أو الإصابة أحد أفرادها بمرض مزمن أو اضطراب ما، مما يؤثر بشكل عام على الأسرة وعلى الأم بشكل خاص، فقد تشعر هذا الأخيرة بالنقص أو ربما تنعزل عن الوسط الاجتماعي وتفقد التواصل مع الآخرين، بالإضافة إلى الضغوطات العديدة التي تتلقاها كذلك من نواحي الحياة النفسية والاجتماعية والإقتصادية وكل هذا يؤثر على جودة الحياة لدى الأمهات وأساليهن في كيفية مواجهة تلك الصعوبات والضغوطات ومن هذا المنطق جاءت فكرة دراسة موضوع جودة الحياة لدى الأمهات لما له من أهمية، وحاولنا من خلال دراستنا الكشف عن مستوى جودة الحياة لدى أمهات أطفال الإعاقة العقلية بالدرجة المتوسطة.

بحيث تضمنت دراستنا الحالية جانبين: جانب نظري، جانب ميداني حيث يحوي الجانب النظري على ثلاث فصول :

- الفصل الأول: احتوى على إشكالية الدراسة وفرضيتها وأسباب اختيار موضوع الدراسة وأهداف الموضوع وأهميته ثم تحديد مفاهيم الدراسة والدراسات السابق مع التعقيب عليها.
- الفصل الثاني: خاص بجودة الحياة حيث تطرقنا إلى تعريف علم النفس الإيجابي، تعريف جودة الحياة، علم النفس الإيجابي وجودة الحياة، أبعاد جودة الحياة، النظريات المفسرة لجودة الحياة، الإتجاهات النظرية المستخدمة في تفسير جودة الحياة، مظاهر جودة الحياة، مجالات جودة الحياة، مقومات جودة الحياة، كيفية تحقيق جودة الحياة، معوقات جودة الحياة، قياس جودة الحياة، أدوات قياس جودة الحياة.

- الفصل الثالث: خاص بالإعاقة العقلية حيث تطرقنا إلى مفهوم الإعاقة، مفهوم الإعاقة العقلية، مصطلح التخلف العقلي، الفرق بين التخلف العقلي والمرض العقلي، أسباب التخلف العقلي، حاجات المتخلفين عقليا، تصنيف الإعاقة العقلية، مظاهر التخلف العقلي، خصائص المعاقين عقليا، تشخيص الإعاقة العقلية، التشخيص الفارقي للإعاقة العقلية، الصعوبات والمعوقات التي تواجه المتخلفين عقليا، علاج الإعاقة العقلية، الوقاية والرعاية في مجال الإعاقة العقلية، رعاية وتربية المعاقين عقليا، إستراتيجيات التربية الخاصة للمعاقين عقليا، أهداف وتربية الأطفال المتخلفين عقليا، أنواع البرامج التعليمية للمتخلفين عقليا، الإتجاهات الحديثة في التقييم النفسي والتربوي للأطفال المعاقين عقليا، إجراءات التقييم النفسي للأطفال المعاقين عقليا، ردود الفعل التي تظهر على الوالدين أثناء إدراكهما بأن طفلهما متخلف عقليا، دور الأسرة وعلاقتها بالطفل المتخلف عقليا.

أما الجانب التطبيقي يتضمن فصلين هما:

- الفصل الرابع: الذي خصص للدراسة الاستطلاعية والأساسية ويمثل منهجية البحث والإجراءات المنهجية والخطوات المتبعة في الجانب الميداني في منهج البحث المستخدم في العينة والأدوات المستعملة.

- أما الفصل الخامس: خصص لتحليل الحالات ومناقشة النتائج والفرضيات والإجابة على تساؤلات الدراسة وأخيرا خاتمة البحث والتوصيات والاقتراحات وقائمة المراجع والملاحق.

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

تمهيد

1. إشكالية الدراسة
 2. الفرضيات
 3. دواعي وأسباب إختيار موضوع الدراسة
 4. أهداف الدراسة
 5. أهمية الدراسة
 6. التعاريف الإجرائية لمفاهيم الدراسة
 7. الدراسات السابقة والتعقيب عليها
- خلاصة الفصل

تمهيد

إعتمدنا في الفصل الأول والذي يمثل مدخل عام للدراسة على خطوات منهجية حيث بدأنا بإشكالية الموضوع والتي تتبع بفرضيات التي هي بمثابة إجابات إحتمالية للأسئلة التي دارت حولها الإشكالية وبعدها ذكرنا الأسباب التي جعلتنا نختار الموضوع هذا وكذا أهمية الدراسة وأهدافها وبعد ذلك تطرقنا إلى التعاريف الإجرائية لمفاهيم الدراسة، وأخيرا تناولنا الدراسات السابقة التي لها علاقة بموضوعنا الحالي مع التعقيب عليها.

1. إشكالية الدراسة:

الأمومة حلم جميع النساء فهي رابطة متمثلة في العلاقة بين الأم وطفلها والتي تتكون نتيجة الحمل والولادة ولكن مع الأسف أحيانا قد تتعرض هذه الأم إلى عوامل ما أثناء الحمل أو الولادة مما يؤثر على صحة الجنين أو الطفل فيما بعد، وقد يظهر ذلك بشكل إعاقات بمختلف أنواعها منها الإعاقة العقلية أو ما يعرف بالتخلف العقلي الذي أشار إليه العالم هير (1961) بأنه إنخفاض عام في الأداء العقلي يظهر خلال مرحلة النمو مصاحبا بقصور في السلوك الكيفي". (القمش، 2011: 21) كما عرفته الجمعية الأمريكية عام (1962) على أنه حالة تشير إلى جوانب القصور ملموسة في الأداء الوظيفي الحالي للفرد بحث ينخفض الأداء العقلي عن الذكاء عن المتوسط بمقدار إنحرافين معياريين يترافق مع خلل في مجالين أو أكثر من مجالات السلوك التوافقي التالية: العناية بالذات، التواصل، الحياة المنزلية، المهارات الإجتماعية، إستخدام وقت الفراغ، مهارات العمل، وتظهر إعاقة قبل سنة 18. (ابن الطيب، 2008: 13) وهذا ما أشارت إليه دراسة (litte et al (2004) التي توصلت إلى أن الأفراد المتخلفين يعجزون عن إدراك أكثر المفاهيم ببساطة، لا يوجد لديهم مفهوم أودراية حول أجسامهم وإعتبروا أن هاته الإعاقة لا يوجد لديها شفاء تام بل تكفل علاجي فقط لهؤلاء الأفراد (بارك، بلواد، 2019: 9) وخبر إصابة الطفلهذه الإعاقة يؤثر بدرجة كبيرة على الأولياء وخاصة الأمهات بصفة شديدة وفي هذا السياق نذكر دراسة piovesan , scortegagna & marchi (2015) التي كان موضوعها تحقيق جودة الحياة الأسرية ووجود أعراض الإكتئاب لدى أمهات الأفراد ذوي اضطراب طيف التوحد خلصت بأن عمر الأمهات وسنوات التعليم والحالة الإجتماعية ومنطقة الإقامة ونشاط العمل لم تظهر إرتباطا كبيرا مع وجود جودة الحياة ووجود أعراض الإكتئاب (الشبراوي، 2021: 526). فعادتما تبني هذه الأم أمالا كبيرة حول طفلها المنتظر وتنتظر ولادته ليكون مصدر سعادتها فيما بعد.

والمفاجأة للوالدين تحدث عند إكتشاف إعاقة الطفل وهنا تنقلب كل الموازين بما فيها المشاعر من إيجابية إلى سلبية فبعض الأمهات قد يجدن أنفسهن في دوامة من الصراعات النفسية التي تعكس صعوبة تقبلهن للإعاقة وتختلف ردات فعل لدى الكثير منهن في كيفية تفاعلهن مع الحدث وهذا أشار إليه خير الدين شواهين وآخرون في ردود فعل الوالدين التي

تظهر عليهما حين إدراكهما بأن طفلهما متخلف عقليا فمنهم منيعترف بإعاقة طفله ويتقبله ومنهم من يشعر بالشفقة والذنب والإنكار لإعاقة طفلهما وهذا ما يؤدي إلى الحيرة والإرتباك وإلقاء اللوم على بعضهما البعض (أم-أب). (شواهين وآخرون، 2008: 52،53)

فجودة الحياة كما عرفها أبو الحلاوة "أنها تعكس وعي الفرد بتحقيق التوازن بين النفسية والاجتماعية بتحقيق الرضا عن الحياة والإستمتاع بها والوجود الإيجابي ذلك لأن جودة الحياة تعبر التوافق النفسي كما يعكسه الشعور بالسعادة والرضا عن الحياة كنتائج لظروف الحياة المعيشية والحياتية للأفراد والإدراك الذاتي لهذه الحياة". (أبو الحلاوة، 2007: 15)

وأشار براون (2003) "إلى ثلاث مستويات تحدد المدخل الى جودة الحياة لدى الأشخاص وهي الحصول على ضروريات الحياة الأساسية والشعور بالرضا عن جوانب الحياة المهمة في حياة الشخص وكذلك تحقيق مستويات عالية من المتعة الشخصية والإنجازات".

(بن عطية، 2017: 05)

ومن هذا المنطلق تعد جودة الحياة لدى أمهات أطفال الإعاقة العقلية موضوع يندرج ضمن القضايا النفسية في علم النفس الصحة وعلم النفس الإيجابي حيث تؤثر الإعاقة على نمط الحياة النفسية والاجتماعية للأسرة بصفة عامة والأم بصفة خاصة كونها المسؤولة على الدور الأكبر في التربية والرعاية للأطفال وهذا ما توصل إليه (Millan.M(19977 في دراسته لأثر أزمة التخلف العقلي بولاية شفليد بالمملكة المتحدة وتبين له أن الأم تعيش قلق زائد وبأس من حالة إبنا مما يجعلها تتمنى موته وقد تسعى لقلقه. (مرسى، 1996: 234)

وهنا تكمن أهمية الدراسة في هذا الموضوع المعنون بجودة الحياة لدى أمهات أطفال الإعاقة العقلية التي جاءت للتعلم فيه أكثر من خلال طرح التساؤل التالي:

- ما مستوى جودة الحياة لدى أمهات أطفال الإعاقة العقلية؟

2. فرضية الدراسة:

- مستوى جودة الحياة لدى أمهات أطفال الإعاقة العقلية منخفض.

3. دواعي وأسباب اختيار موضوع الدراسة:

- ✓ موضوع جودة الحياة من المواضيع المعاصرة والمتناولة في علم النفس الإيجابي لما له من أهمية بالغة في وقتنا الحالي وهذا ما شد انتباهنا لدراسته ضمن مجال الإعاقة العقلية من خلال تسليط الضوء على الأمهات لكونهن أكثر تأثرا وقربا بأطفالهن.
- ✓ الارتفاع المتزايد لحالات الإعاقة العقلية.
- ✓ دراسة تأثير الإعاقة العقلية على جودة حياة أمهات أطفال الإعاقة العقلية.

4. أهداف الدراسة:

- ✓ معرفة أشكال وأبعاد جودة الحياة.
- ✓ معرفة أكثر الأبعاد تأثيرا على جودة الحياة لدى أمهات أطفال الإعاقات العقلية.
- ✓ تعتبر جودة الحياة من أهم قضايا حياة الفرد والمجتمع وهي مطلب ضروري وأساسي في عالم اليوم.
- ✓ الكشف على مستوى جودة الحياة لأمهات أطفال الإعاقات العقلية.
- ✓ معرفة ما إذا مستوى الإعاقة العقلية يؤثر على مستوى جودة الحياة لدى أمهات أطفال الإعاقة العقلية.

- ✓ إكتساب الخبرة في ميدان علم النفس العيادي خاصة ممارسة المقابلات العيادية.

5. أهمية الدراسة:

تكمُن أهمية الدراسة في موضوع الدراسة بحد ذاته، جودة الحياة لدى أمهات أطفال الإعاقات العقلية من المواضيع الأساسية التي تهدف إلى تنمية وإستثارة جوانب شخصية الإنسان والوصول بها إلى أسمى معاني الحياة، فهذا المفهوم يعد من المفاهيم الإيجابية في علم النفس ويعتبر من أهداف التنمية البشرية لأي مجتمع، وكذا إلقاء الضوء على فئة أمهات الأطفال المعاقين عقليا، ومنه تندرج أهمية الموضوع في النقاط التالية:

- تعتبر هذه الدراسة من الإضافات الجديدة التي تثري علم النفس الإيجابي والعيادي المتعلق بجودة الحياة لأمهات أطفال الإعاقة العقلية.
- تتناول هذه الدراسة موضوع جودة الحياة لدى أمهات أطفال الإعاقة العقلية وهو من أهم المواضيع في العلاجات الأسرية.

- لفت الإنتباه إلى منحنى تصاعد حالات الإعاقات العقلية وكذلك معاناة أمهات مع أطفالاالإعاقة العقلية.
- الإستفادة من تجارب أمهات أطفال الإعاقة العقلية.
- التوعية بأهمية البحث في موضوع جودة الحياة النفسية والإجتماعية لأمهات أطفال ذوي الإحتياجات الخاصة بشكل عام.
- تعكس هذه الدراسة واقع أمهات أطفال الإعاقة العقلية.
- إلقاء الضوء على جوانب متعددة في جودة الحياة.
- تعتبر هذه الدراسة إحدى محاولات العلمية للتعرف على مستوى جودة الحياة لدى أمهات أطفال إعاقة العقلية والتقرب منهم ومعرفة معاناتهم.
- الإستفادة من تطبيق المقياس في قياس مستوى جودة الحياة لدى أمهات أطفال الإعاقة العقلية.
- الإستفادة من نتائج الدراسة في تشكيل مستوى جودة الحياة لدى أمهات أطفالاالإعاقة العقلية.
- تكمن أهمية الموضوع في النتائج التي سيتم التوصل إليها ومن خلالها سنتعرف على مستوى جودة الحياة لدى أمهات أطفال الإعاقة العقلية ويمكن أن تعطينا تصور واضح عن طبيعة الواقع النفسي والمعيشي الذي يكتنف هذه الفئة من الأمهات.
- يعتبر مرجع يستفيد منه الباحثين كما أن نتائج الدراسة الحالية تساعد على بناء قاعدة بحثية للدراسات التالية.

6. التعاريف الإجرائية لمفاهيم الدراسة:

- 1.6 جودة الحياة:** هي الدرجة التي تتحصل عليها أمهات أطفال الإعاقة العقلية في مقياس جودة الحياة لدى الأمهات للباحثة حرطاني أمينة والمستخدم في الدراسة الحالية.
- 2.6 الإعاقة العقلية المتوسطة:** هي ضعف القدرة على التعلم وتواصل الفرد مع غيره كما هو معتاد لكنه قد يكتسب مهارات القراءة ولكتابة بمرور الوقت، ومعدل ذكاء هذه الفئة من 35 إلى 50 درجة.

7. الدراسات السابقة والتعقيب عليها:

1.7 الدراسات السابقة:

تعتبر الدراسات السابقة بمثابة الأدبيات التي تقدم موضوع البحث بحيث تكسب الباحث خلفية نظرية تساهم في تنويره وترشيده لبناء معالم دراسته. ومن خلال إطلاع الطالبين على الدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة والربط بين متغيراتها تم تصنيفها إلى:

1. الدراسات المحلية :

1.1.1. دراسة كوكب الزمان بليردوح (2021) بعنوان: جودة الحياة لدى أشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة في ظل جائحة كورونا (كوفيد19) بجامعة العربي بن مهيدي أم البواقي، الجزائر. هدفت هذه الدراسة الى معرفة مستوى جودة الحياة لدى أشخاص ذوي الإحتياجات الخاصة في ظل جائحة كورونا، إضافة إلى معرفة ما إذا كانت هناك فروق في مستوى جودة الحياة حسب متغير الجنس، السن ونوع الإحتياج. ومن أجل تحقيق أهداف الدراسة تم استخدام المنهج الوصفي، وتم الإعتماد على مقياس جودة الحياة لبشرى إسماعيل (2008)، والذي تم تطبيقه خلال سنة (2021) على عينة مكونة من (38) شخص من ذوي الإحتياجات الخاصة الجزائريين (12 إناث، 26 ذكور)، وبعد جمع البيانات إلكترونيا تم تحليلها بالإعتماد على المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية، إضافة إلى إختبار مان ويتي، (U De Mann) Whitney لعينتين مستقلتين. وإختبار كروسكال واليس (Kruskal Walis Test) لأكثر من عينتين وذلك من خلال استخدام البرنامج الإحصائي للعلوم الإجتماعية (SPSS) وأسفرت النتائج أن ذوي الإحتياجات الخاصة يتمتعون بدرجة متوسطة من جودة الحياة في ظل جائحة كورونا، وأنه لا توجد فروق دالة إحصائية في جودة الحياة تعزى لمتغير الجنس، السن ونوع الإحتياج. (بليردوح، 2021: 81)

2.1.1. دراسة نعيمة بوعامر آمال بن عبد الرحمان (2021)، عنون الدراسة: مستوى جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد في ضوء بعض المتغيرات "دراسة ميدانية بولاية الأغواط" مخبر الإرشاد النفسي وتطوير أدوات القياس في الوسط المدرسي جامعة غرداية، هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد في ضوء بعض المتغيرات الوسيطة: "المستوى التعليمي للأم، المستوى الإقتصادي

للأسرة، درجة الإصابة الطفل بالتوحد". ولتحقيق أهداف الدراسة من 50 أم لطفل مصاب بالتوحد، وإعتمدنا على مقياس جودة الحياة من إعداد الباحثة. وبعد المعالجة الإحصائية توصلنا الى النتائج التالية:

- مستوى جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد يتسم بالإنخفاض.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى أفراد العينة تبعا لمتغير درجة إصابة الطفل بالتوحد.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى أفراد العينة تبعا لمتغير المستوى التعليم للأم.
- توجد فروق دالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى أفراد العينة تبعا لمتغير المستوى الإقتصادي للأسرة. (بوعامر عبد الرحمن، 2021: 1449)

3.1. دراسة صباح عايش (2021) بعنوان: جودة الحياة الأسرية لدى أسر المعاقين عقليا -دراسة ميدانية على أسر المعاقين عقليا بالشلف وتيارت هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مستوى جودة الحياة الأسرية لدى أسر المعاقين عقليا، تم إجراء الدراسة على عينة مكونة من 84 أسرة من جمعية الأمل والمركز البيداغوجي لأطفال المعاقين عقليا على مستوى ولايتي الشلف وتيارت، تم إختيارهم بطريقة عرضية، ولتحقيق أهداف الدراسة تم إستخدام المنهج الوصفي بالإعتماد على أداة القياس المتمثلة في مقياس جودة الحياة الأسرية من إعداد « Beach Center On Disability » وترجمة الباحثة. تم معالجة بيانات الدراسة بإستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الإجتماعية بإستخدام: المتوسط الحسابي، الإنحراف المعياري، المتوسط النظري، اختبار ت لعينتين مستقلتين، تحليل التباين الأحادي، الإختبار التائي لعينة واحدة، معامل إرتباط بيرسون. وقد توصلت الدراسة الى رضا مرتفع عن جودة الحياة الأسرية، وعدم وجود فروق في مستوى رضا الأسر المعاقين عقليا عن جودة الحياة الأسرية تبعا لنوع الإعاقة العقلية وسن الطفل المعاق، فيما توصلت الدراسة الى وجود فروق في مستوى رضا الأسر المعاقين عقليا عن جودة الحياة الأسرية تبعا لجنس الطفل المعاق.

(صباح عايش، 2021: 231)

4.1.دراسة قوعيش مغنية (2018) بعنوان جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيافي ضوء بعض المتغيرات -دراسة وصفية لأمهات الطفل المعاق ذهنيًا بولاية مستغانم -جامعة عبد الحميد بن باديس -مستغانم (الجزائر). هدفت هذه الدراسة الى التعرف على مستوى جودة الحيا لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيًا في ضوء بعض المتغيرات (المستوى التعليمي، نوع إعاقة الطفل)، وتكونت عينة الدراسة من 178 أما بالمرز البيداغوجية لأطفال المعاقين ذهنيًا بمستغانم، تم إختيارهم بطريقة مقصودة خلال السنة البيداغوجية (2013/2014) ولجمع البيانات استخدمت مقياس جودة الحياة. وتوصلت الدراسة الى النتائج التالية:

- توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات أبعاد جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيًا.

- توجد فروق دالة احصائيا في جودة الحياة تعزى لمتغير نوع الإعاقة العقلية.
- توجد فروق دالة إحصائيا في جودة الحياة تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

(قوعيش، 2018: 125)

2. الدراسات العربية:

1.2.دراسة الشبراوي أحمد حسن، وليد عاطف منصور الصياد(2021) بعنوان: جودة الحياة الأسرية والمساندة الإجتماعية والصمود النفسي لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية وذوي إضطراب طيف التوحد في مصر:دراسة تنبؤية فارقة:تهدف هذه الدراسة إلى الكشف عن مستوى جودة الحياة الأسرية والمساندة الإجتماعية والصمود النفسي لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية وذوي إضطراب طيف التوحد في مصر، وكذلك الكشف عن الفروق في هذه المتغيرات الثلاثة وفقا لإختلاف متغير نوع الإعاقة (إعاقة عقلية - توحد)، ومتغير نوع الطفل ذي الإعاقة العقلية (ذكور/إناث)، والتفاعل بينهما، والكشف عن العلاقة بين جودة الحياة الأسرية والمساندة الإجتماعية والصمود النفسي وإمكانية التنبؤ بجودة الحياة الأسرية من خلال المساندة الإجتماعية والصمود النفسي. تكونت عينة البحث من 250 أما بواقع (130) من أمهات أطفال ذوي الإعاقة العقلية و(120) من أمهات ذوي إضطراب طيف التوحد. وأسفرت النتائج عن حصول أفراد العينة على مستوى مرتفع على معظم أبعاد جودة الحياة والمساندة الإجتماعية، في حين حصلن على مستوى متوسط في الصمود النفسي. ولم يسفر البحث

الحالي عن فروق جوهرية في جودة الحياة الأسرية والمساندة الإجتماعية والسمود النفسي وفقا لإختلاف نوع الإعاقة (إعاقة عقلية - توحّد) في حين وجدت فروق في بعض أبعاد جودة الحياة والمساندة الإجتماعية وفقا لنوع الطفل ذي الإعاقة (ذكر - أنثى) لصالح الإناث. كما كشفت نتائج البحث الحالي عن وجود علاقة موجبة بين جودة الحياة الأسرية وكل من المساندة الإجتماعية والسمود النفسي. وقد تم مناقشة النتائج في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة، كما تم تقديم عدد من التوصيات والمقترحات البحثية.

(شبراوي، عاطف، 2021: 519)

2.2.دراسة سلمى مالك أحمد الخضر (2019) بعنوان : المساندة الإجتماعية وعلاقتها بجودة الحياة لدى أمهات أطفال ذوي الإعاقة بمركز قدراتي بمحلية الخرطوم، مصر. تهدف هذه الدراسة إلى معرفة المساندة الإجتماعية وعلاقتها بجودة الحياة لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة بمركز قدراتي بمحلية الخرطوم ولتحقيق هذا الهدف إستخدمت الباحثة المنهج الوصفي حيث بلغ مجتمع الدراسة (50) أما، وتمثلت أدوات الدراسة في مقياسي المساندة الإجتماعية من إعداد (عبد المعبود) وتعديل الباحثة، وجودة الحياة من إعداد (صلاح حمدان)، تم تحليل البيانات بواسطة برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الإجتماعية والتربوية (SPSS) متمثلة في إختبار (ت) و إختبار أنوفا ومعامل ألفا كرونباخ ومعامل إرتباط بيرسون. وتوصل البحث للنتائج الآتية: تتسم المساندة الإجتماعية لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة بالإرتفاع. توجد علاقة إرتباطية طردية ذات دلالة إحصائية بين المساندة الإجتماعية وجودة الحياة لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة. لا توجد فروق دالة إحصائية بين المساندة الإجتماعية وجودة الحياة لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الإجتماعية وفقا لتعليم الأم. توجد فروق ذات دلالة إحصائية لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة وفقا للمستوى الإقتصادي ، توجد فروق ذات دلالة إحصائية من المساندة الإجتماعية لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة لصالح درجة الإعاقة. وقامت الباحثة بوضع بعض التوصيات أهمها: الإهتمام بأمهات الأطفال ذوي الإعاقة وتقديم الخدمات الإرشادية والعلاجية لهن، تقديم المساندة الإجتماعية لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة من خلال تصميم برنامج من قبل التربويين وعلماء النفس). (مالك أحمد الخضر، 2019: دص)

4.2.دراسة سمير عبد العزيز الغولة،بعنون: مستوى جودة الحياة لدى الطلبة ذوي الإعاقة بجامعة الملك عبد العزيز والجامعة الأردنية وعلاقتها ببعض المتغيرات، كلية الدراسات العليا التربوية -جامعة الملك عبد العزيز.هدفت هذه الدراسة الى التعرف على مستوى جودة الحياة لدى الطلبة ذوي الإعاقة بجامعة الملك عبد العزيز والجامعة الأردنية وعلاقتها ببعض المتغيرات. تكونت العينة من (160) طالبا وطالبة مسجلين بمركزي ذوي الإحتياجات الخاصة بجامعة الملك عبد العزيز والجامعة الأردنية. قامت الباحثة بتطوير مقياس جودة الحياة الذي أعده منسي وكاظم(2006). أشارت النتائج إلى توسط مستوى جودة الحياة لدى الطلبة ذوي الإعاقة في جامعة الملك عبد العزيز، بينما كان مستوى جودة الحياة مرتفعا لدى نفس الطلبة في جامعة الأردنية. وأشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى أفراد عينة الدراسة الكلية تعزى لمتغير الجنس، ولصالح الذكور، كما أشارت النتائج إلى وجود فروق في مستوى جودة الحياة لدى أفراد عينة الدراسة الكلية تعزى لمتغير نوع الإعاقة لصالح الطلبة ذوي الإعاقات البصرية. في حين لم تكن هناك فروقا تعزى لمتغير المستوى التعليمي.(غولة، 2018: 1)

3.الدراسات الأجنبية:

1.3.دراسة Misura & Memisevic(2017): تهدف هذه الدراسة إلى فحص جودة الحياة الأسرية وتأثير النوع والحالة التعليمية على جودة الحياة الأسرية لأباء الأطفال ذوي الإعاقة العقلية ف كرواتيا. وقد تكونت عينة الدراسة من 50 من والدي الأطفال ذوي الإعاقة العقلية و 50 من الوالدين لأطفال عادين، وقد أظهرت النتائج أن هناك فرقا بين جودة الحياة الأسرية لأباء الأطفال ذوي الإعاقة العقلية وآباء الأطفال العاديين، كما كانت تأثيرات النوع والحالة التعليمية على نوعية حياة آباء ذوي الأطفال الإعاقة العقلية أيضا لصالح الآباء حيث أظهرت النتائج أن الآباء ذو المستوى التعليمي المرتفع يتمتعون بجودة حياة أسرية أفضل من الأمهات. (Misura&Memisevic, 2017)

2.3. دراسة piovesan, scortegagna & marchi (2015): تهدف هذه الدراسة الى تحقيق جودة الحياة الأسرية ووجود أعراض الإكتئاب لدى أمهات الأفراد ذوي اضطراب طيف التوحد. وقد تكونت عينة الدراسة من 40 أما، تتراوح أعمارهن ما بين 28 و72 عاما، وذوات الدخل

المتوسط أو منخفض ومستويات تعليم مختلفة، ولديهين أبناء تتراوح أعمارهم بين 10-40 عاما، وقد أظهرت النتائج أن عمر الأمهات وسنوات التعليم والحالة الاجتماعية ومنطقة الإقامة ونشاط العمل لم تظهر ارتباطا كبيرا مع جودة الحياة ووجود أعراض الإكتئاب، كما أظهرت النتائج وجود علاقة إيجابية بين الدخل وجودة الحياة فكلما إنخفض الدخل إنخفض مجال البيئة سواء السلامة الجسدية، أو الحماية، أو موارد المالية أو الصحة، أو الرعاية الاجتماعية، الأمر الذي يشير إلى إنخفاض جودة الحياة بإنخفاض الدخل.

(piovesan.scortegagna& marchi,2015)

3.3.دراسة Baicells- Balcells et al (2019): تهدف هذه الدراسة حول تأثير المساندة والشراكة على جودة حياة الأسرة، وقد تكونت عينة الدراسة من 202 أسرة مع أطفال تتراوح أعمارهم ما بين 0-6 مع إعاقات عقلية ونمائية. وقد أظهرت نتائج الدراسة أن الأسر لديها إحتياجات مساندة في اللغة والكلام لأطفالها وإحتياجات المعلومات لأنفسهم وأنهم في الغالب راضون عن شراكتهم مع المهنيين وجودة حياتهم الأسرية. كما أظهرت النتائج أيضا أن درجة رضاهم عن المساندة كانت مؤشرا جيدا على جودة الحياة الأسرة، وأن تقييماتهم لجودة الشراكة كانت عاملا رئيسيا في هذا التأثير. (Baicells- Balcells et al ، 2019)

4.4. دراسة Boehm & Carter (2019): تهدف هذه الدراسة الى الكشف عن العلاقة بين جودة الحياة الأسرية والعلاقات الاجتماعية والروحانية والتدين لدى أباء وأمهات الأطفال والبالغين من ذوي الإعاقة العقلية في ولايتي إلينوي وتينيسي بالولايات المتحدة الأمريكية. وقد أظهرت النتائج أهمية العلاقات الاجتماعية غير الرسمية مثل العلاقات الأسرية والأصدقاء والرسمية مثل علاقات زملاء العمل في جودة الحياة الأسرية، كما أظهرت أهمية الروحانية والتدين كعوامل تسهم في جودة الحياة الأسرية. (Boehm & Carter,2019)

5.4. دراسة Jones (2018): تهدف هذه الدراسة الى الكشف عن العلاقة بين جودة الحياة الأسرية والمساندة الاجتماعية والمشكلات السلوكية للطفل وشدة الإعاقة وتقبل الوالدين للإعاقة، والكفاءة الوالدية وإستراتيجيات المواجهة لدى أولياء الأمور الأطفال ذوي إضطراب طيف التوحد، وأسفرت النتائج عن وجود جودة الحياة الأسرية من خلال المساندة الاجتماعية.

(Jones,2018)

2.7 التعقيب على الدراسات السابقة:

يلاحظ من خلال مراجعة البحوث والدراسات السابقة الأمور التالية:

لقد تعددت أهداف الدراسات السابقة التي إهتمت بمفهوم جودة الحياة فمنها من هدفت إلى الكشف أن المساندة الإجتماعية تلعب دور في تحقيق جودة الحياة مثل دراسة: **Balcells- 2019**، ودراسة **Balcells et al 2019**، ودراسة **Jones 2018**. ودراسة **الشبراوي أحمد أمين حسن ووليد عاطف منصور العياد (2021)**، ودراسة **سلمى مالك أحمد الخضر (2019)**.

-تتوعدت الدراسات السابقة في إختيار المتغيرات المدروسة مع جودة الحياة فمنها من ربطت جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد مثل دراسة **وليد عاطف منصور العياد (2021)**، دراسة **نعيمة بوعامر آمال بن عبد الرحمن (2021)** وأخرى درست جودة الحياة مع أشخاص إحتياجات الخاصة في ظل جائحة كورونا **كوكب الزمان بليدوح (2021)**، اما دراسة **سمير عبد العزيز غولة (2018)** هدفت للتعرف على مستوى جودة الحياة لدى الطلبة ذوي الإعاقة. كذلك تتوعدت الدراسات من حيث العدد والجنس ونوعية، ايضا بتعدد إختلاف أهدافها مثل :

-الدراسات الآتية حيث كان التنوع من خلال عدد الحالات مثل دراسة **Misura & Memisevic 2017** ودراسة **Provesan, Scortegagna & Marchi 2015**، دراسة **سمير عبد العزيز الغولة (2018)**، دراسة **كوكب زمان بليدوح (2021)** ، دراسة **عامر آمال عبد الرحمن (2021)**، دراسة **صباح عايش (2011)**، دراسة **قوعيش مغنية (2018)**.

من خلال الجنس دراسة **سلمى ملك أحمد الخضر (2019)**، دراسة **الشبراوي أحمد حسن العاطف، منصور الصياد (2021)**.

- إختلفت الدراسات السابقة فيما بينها في الأدوات المستخدمة: منها من إعتمدت على المقاييس مثل: مقياس جودة الحياة كدراسة **سمير عبد العزيز غولة (2018)**، ودراسة **كوكب الزمان بليدوح (2021)**. ومقياس جودة الحياة الأسرية دراسة **صباح عايش (2021)**.

- إختلفت الدراسات السابقة فيما بينها في المنهج المستخدم مثل المنهج الوصفي في دراسة **قوعيش مغنية (2018)** ودراسة **سلمى مالك أحمد خضر (2019)**.

- إختلفت الدراسات السابقة فيما بينها في حجم العينة وطريقة الحصول عليها.

- إختلفت الدراسات السابقة في النتائج المتحصل عليها وذلك حسب إختلاف أهدافها ومتغيراتها من نتائج الدراسة كشفت وجود علاقة إيجابية بين الدخل وجودة الحياة فكلما إنخفض مجال البيئة سواء السلامة الجسدية والحماية... الخ يشير إلى إنخفاض جودة الحياة. أن أباء ذو المستوى التعليمي المرتفع يتمتعون بجودة الحياة الأسرية أفضل من الأمهات، وجود فروق في بعض أبعاد جودة الحياة والمساندة الإجتماعية وفقا لنوع الطفل ذي الإعاقة (ذكر-أنثى) لصالح الإناث.

أما الدراسة الحالية فإنها:

- تتفق مع الدراسات السابقة على أهمية دراسة جودة الحياة لدى أسر أطفال الإعاقة العقلية.
- تتشابه الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة فيجودة الحياة.
- إستفادت الدراسة الحالية من الدراسات السابقة في إختيار الأدوات المناسبة للدراسة وتحديد معالمها بشقيها النظري والميداني.
- إختلفت الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في حجم العينة وفي المنهج المستخدم.

خلاصة الفصل:

من خلال التعرض إلى الخطوات سابقة الذكر والمتمثلة في طرح الإشكالية وصياغة الفرضيات وكذلك أسباب إختيار موضوع الدراسة وأهمية وأهداف الدراسة وتحديد المفاهيم الإجرائية للدراسة، وكذلك عرض الدراسات السابقة والتعقيب عليها تبين أن للجانب التمهيدي أهمية كبيرة في البحث العلمي الذي يعتبر من أساسياته ولا يمكن أن يقوم البحث من دونه لأنه يساعد الباحث على الإحاطة بموضوع دراسته وفهم أبعاده من جهة ويساعد القارئ على فهم الموضوع المتناول والإستفادة منه من جهة أخرى.

الفصل الثاني: جودة الحياة

تمهيد.

1. تعريف علم النفس الإيجابي.
2. تعريف جودة الحياة.
3. علم النفس الإيجابي وجودة الحياة.
4. نشأة مفهوم جودة الحياة.
5. المفاهيم والمتغيرات النفسية المتعلقة بجودة الحياة.
6. أبعاد جودة الحياة.
7. النظريات المفسرة لجودة الحياة.
8. الإتجاهات النظرية المستخدمة في تفسير جودة الحياة.
9. مظاهر جودة الحياة.
10. مجالات جودة الحياة.
11. مقومات جودة الحياة.
12. كيفية تحقيق جودة الحياة.
13. معوقات جودة الحياة.
14. قياس جودة الحياة.
15. أدوات قياس جودة الحياة.

خلاصة الفصل

تمهيد:

لا تنحصر مقومات الكائن البشري في تأمين حاجاته الأساسية الضرورية لبقائه، بل تتعدى ذلك إلى ما يشمل كل ما يحسن جودة حياته، يتجلى ذلك في قياس وبناء وتطوير مكامن القوة في شخصية الفرد نحو سبيل أفضل لتحقيق حياة متوازنة وجديدة فقد اختلفت وجهات النظر حول مفهوم جودة الحياة حسب ذات الشخص أو إدراكه وفقا للمتغيرات البيئية والمادية التي تحيط به وهذا ما جعل إعتبار هذا المفهوم نسبيا وأصبح موضوع إهتمام العديد من البحوث والدراسات.

1. تعريف علم النفس الإيجابي:

يقصد بعلم النفس الإيجابي Positive Psychology الدراسة العلمية ذات الطبيعة النظرية والتطبيقية للخبرات الإيجابية، وللخصال أو السمات الشخصية الفردية الإيجابية Positive individual traits، وللمؤسسات النفسية والاجتماعية والمتعة والتطور المستمر. بعبارة أخرى يرى علم النفس الإيجابي أن المرضى النفسيين بحاجة ماسة لتطوير مهاراتهم وقدراتهم وخصالهم الشخصية الإيجابية، وليس فقط تخفيف المعاناة النفسية من أمراضهم وتصحيح جوانب الضعف في شخصياتهم وتمييزها. هم بحاجة لبناء قواهم النفسية. فيما يرى سليجمان Seligman (2001) وأن تصبح حياتهم ذات معنى ودلالة، وأن يكون لهم هدف في الحياة، وأن كل هذه القدرات والخصال الشخصية والمهارات لن تهبط عليهم من السماء لمجرد زوال المعاناة والتخلص من اضطراباتهم النفسية. أضف إلى ما سبق أن أصحاب علم النفس الإيجابي المعاصرون يرون أن تربية الوجدان الإيجابي Positive emotion وبناء الشخصية الفعالة المؤثرة الناجحة يمكن أن تخفف المعاناة النفسية من ناحية أخرى. وهذا هو علم النفس الإيجابي وهذه هي أهدافه النظرية والتطبيقية. (الصبوة، 2008: 20، 21)

2. تعريف جودة الحياة:**1.2. التعريف اللغوي :**

- معجم العين : جود: جاد الشيء يجود جودة فهو جيد، وجاد الفرس يجود جودة فهو جواد.
- ابن المنظور: الجودة أصلها الفعل الثلاثي "جود" والجيد، نقيض الرديء وجاد بالشيء جوده وجودة، أي صار جيداً.
- المعجم الوسيط: جاد-جودة: صار جيداً. يقال جاد المتاع، وجاد العمل: فهو جيد. جياذ والرجل: أتى بالجيد من قول أو عمل، فهو مجاد.
- المنجد في اللغة: جاد: جودة وجودة: صار جيد وهو ضد الرديء، جود الشيء: حسنه: جعله جيداً.
- علي بن هادية: جاد يجود، جودة الشيء: صار جيداً، وجوداً: بماله أو بنفسه: سخا وبذل وتكرم.

-ترجمة لأزروس: جاد، جودة، جيداً: Qualite ;Exellence ;Perfection Superiorite .

2.2. التعريف الإصطلاحي: بما أن مفهوم جودة الحياة مفهوم جديد مازال قيد الدراسة فقد تعددت واختلفت تعريفاته نظرا لتعدد وجهات النظر. (صندوق، 2015: 29)

3.2. التعاريف جودة الحياة التي تندرج تحت الجانب الموضوعي:

-**تعريف عبد المعطي:** "هو تعبير عن مدى إدراك الفرد وتقييمه للجوانب المادية وأهميتها في حياته في ظل الظروف التي يعيشها، حيث تتضح في مستويات السعادة والشقاء التي قد يؤثر بشكل كبير في طريقة تعامل الفرد في حياته اليومية".

-**تعريف الأشول:** هي "درجة رقي مستوى الخدمات المادية والإجتماعية التي تقدم لأفراد المجتمع ومدى إدراكهم لقدرة الخدمات على إشباع حاجاتهم"

4.2. التعريفات التي تندرج تحت الجانب الذاتي: وهي التي تبنت العوامل الذاتية للفرد ومن بينها:

-**تعريف فرانك (Frank):** يعرفها بأنها "حس إمكانية توظيف إمكانيات الإنسان العقلية والإبداعية وإثراء وجدانه ليتسامى بعواطفه وبمشاعره وقيمه الإنسانية".

-**تعريف روبن (Rubin):** هي الدمج والتكامل بين عدة إتجاهات لدى الفرد من ناحية الصحة النفسية والجسمية والحياة الإجتماعية، متضمنة كلا من المكونات الإدراكية والذي يشمل الرضا والمكونات العاطفية والتي تشمل السعادة".

-**تعريف كارول رايف وآخرون (Ryff et all):** "تتمثل في الإحساس الإيجابي بحسن الحال كما يتم رصده بالمؤشرات السلوكية التي تدل على إرتفاع مستويات رضا الفرد عن ذاته وحياته بشكل عام كذلك سعيه المتواصل لتحقيق أهداف شخصية مقدره، وذات قيمة له لتحقيق الإستقلالية في تحديد وجهة ومسار حياته، وإقامته لعلاقات إجتماعية إيجابية متبادلة مع الآخرين، كما ترتبط بالإحساس بالسعادة والإستمتاع بالحياة والسكينة والطمأنينة النفسية".

(صندوق، 2015: 30)

-**تعريف لي مان 1998:** هي الإحساس بالرفاهية والرضا الذي يشعر به الفرد في ظل ظروفه الحالية".

-**تعريفات للجانبين معا:** ومن بين الذين أخذوا بالجانبين:

-**تعريف منظمة الصحة العالمية:** إدراك الأشخاص لمركزهم في الحياة وسياق الثقافة ونسق القيم الذي يعيشون فيه، وفي علاقة ذلك بأهدافهم وتوقعاتهم ومستوياتهم وأنه مفهوم واسع ومعقد يتأثر بصحة الفرد الجسمية، وحالته النفسية، ومستوى استقلاله وعلاقاته الإجتماعية وعلاقته بالجوانب المهمة في البيئة التي يعيش فيها.

تعريف كاظم وعبد الحليم منسي: "جودة الحياة هي شعور الفرد بالرضا والسعادة وقدرته على إشباع حاجاته من خلال ثراء البيئة ورفي الخدمات التي تقدم له في المجالات الصحية والإجتماعية والتعليمية والنفسية مع حسن إثرائه للوقت". (صندوق، 2015: 31)

3. علم النفس الإيجابي وجودة الحياة:

يمثل جودة الحياة بؤرة اهتمام ما يعرف بعلم النفس الإيجابي والذي لم يدخل المسار الأكاديمي لمجال علم النفس إلا في سنة 1998 عندما تناوله "مارتين سيلجمان" (عالم نفس أمريكي ورئيس سابق للرابطة الأمريكية العقلية) في خطاب للدورة الإفتتاحية للجمعية الأمريكية لعلم النفس، وعلم النفس الإيجابي هو فرع من فروع علم النفس يؤكد على دراسة كل ما من شأنه أن يؤدي إلى تحسين الأداء النفسي الأداء الوظيفي للكائن البشري بما يتجاوز نطاق أو حدود الصحة النفسية العادية.

وينظر علم النفس الإيجابي إلى الإنسان نظرة مختلفة تماما وهي أن الأصل هو الصحة وليس المرض من خلال السعادة ودراسة العوامل التي تجعل الحياة الإنسانية جديرة بأن تعايش. (شيخي، 2014: 87)

حيث إستخدم "سيلجمان" (2005) كلمتي السعادة وطيب الحال تبادليا كمصطلحات لوصف أهداف علم النفس الإيجابي ويتضمنان المشاعر والأنشطة الإيجابية:

-**تعريف السعادة في علم النفس الإيجابي:** عرفت سهير سالم (2008) أن السعادة سمة من سمات شخصية الفرد يتميز أصحابها معظم الوقت بالنشاط (خارجي أو داخلي) والحيوية والراحة لديهم القدرة على الإستمتاع ويتمتعون بالوقت بطريقتهم الخاصة ولديهم مشاعر الحب والصدقة ونظرتهم للحياة الإيجابية ومعظم تعاملاتهم وعلاقاتهم ناجحة.

- مفهوم التوجه نحو الحياة: يعرفها موسى (2001): "انه إتجاه من جانب فرد ما نحو الحياة أو نحو أحداث معينة، يميل أحيانا إلى حد مفرط للعيش على الأمل نحو التركيز على الناحية المشرقة من الحياة أو الأحداث أو الجانب المفعم بالأمل و الخير".

- المرونة النفسية: وردت في إصدارات الجمعية الأمريكية لعلم النفس (APA 2002) في نشرة بعنوان الطريق إلى المرونة النفسية التي يوجهها الأفراد مثل: المشكلات الأسرية، مشكلات العلاقة مع الآخرين، المشكلات الصحية الخطيرة، ضغوط العمل.

- الرضا عن الحياة: ويعرف الدسوقي (1998) الرضا عن الحياة بأنه تقييم الفرد لنوعية الحياة التي يعيشها طبقا لنسقه القيمي ويعتمد هذا التقييم على أنه مقارنة الفرد لظروفه الحياتية بالمستوى الأمثل التي يعتقد أنه مناسب لحياته. ويعرف جاسم (2009) درجة الرضا أو عدم الرضا التي يشعر بها الفرد إتجاه المظاهر المختلفة في الحياة ومدى سعادته بالوجود الإنساني وتشمل الإهتمام بالخبرات الشخصية لمواقف الحياة كما أنها تشمل على عوامل داخلية ترتبط بأفكار الفرد حول حياته وعوامل خارجية كتلك التي تقيس سلوكيات الإتصال الإجتماعي- النشاطات ومدى إنجاح الفرد للمواقف. (شيخي، 2014: 98)

من خلال ما تم استعراضه يتبين وجود علاقة وثيقة بين مفهومي الرضا عن الحياة وجودة الحياة، حيث يعتبر الرضا عن الحياة عنصرا أساسيا لتحقيق جودة الحياة، ويدعم هذا الرأي مقياس جودة الحياة الذي أعده "بيكر" وآخرون 1993 يتكون من عدة مجالات للرضا عن الحياة تمثلت في الرضا عن العمل، الرضا عن الصحة، الرضا عن الحالة الجسمية... ويتفق ذلك مع ما قدمه "ليمان" (lehman, 1988) من نموذج جودة الحياة يعرفها بأنها بالضرورة مسألة ذاتية تتعكس في صورة احساس عام بالرفاهية والسعادة، والمؤشرات الذاتية بصفة عامة أكثر حساسية لجودة الحياة، وتتكون غالبا من تقديرات للرضا عن الحياة.

وتفيد "كريستال بارك" (Crystal L. Park, 2003) في إطار إجابتها عن السؤال الخاص بما هو علم النفس الإيجابي، أن التعريف الذي قدمه كل من "مارتن سيلجمان" هو يهتم بدراسة وتحليل الخبراء الشخصية الذاتية أو ذات القيمة مثل: الرفاهية الشخصية أو وجود الوجود الذاتي الشخصي، القناعة والرضا (في الماضي) الأمل والتفاؤل، السعادة في الحاضر وكذا

تحليل السمات الإيجابية للفرد، القدرة على الحي والعمل، الإحساس، التذوق الجمالي، المثابرة التسامح، الأصالة الانفتاح العقلي والتطلع للمستقبل، الشغف الروحي. واهم مجالات لبحوثه في مفهوم جودة الحياة:

- بحوث في مجال طبيعة ومحددات: "الحياة الممتعة أو السارة".
- دراسة الحياة الطيبة أو الحسنة.
- الحياة الهادفة. (شيخي، 2014: 99)

4. نشأة جودة الحياة:

ترجع نشأة مفهوم جودة الحياة في بعض الأدبيات إلى القرن الثامن عشر، حيث أصبح الإهتمام بالحياة ذاتها وتحقيق الذات والسعادة من القيم الأساسية، فالمجتمع من هذا المنطلق هو أداة لإمداد المواطنين بالإحتياجات المطلوبة للحياة الجيدة.

وكما فينوهوفان، تم ترسيخ هذا المفهوم في القرن التاسع عشر من خلال فكرة أو عقيدة "إن أفضل مجتمع هو الذي يوفر لأكبر عدد من أفراده أكثر سعادة ممكنة". ومع بداية القرن العشرين كانت هناك محاولات للإصلاح الإجتماعي والتأثير في حال الرفاه، حيث تم تعزيز الجهود التي تؤدي الى خلق مجتمع أفضل في مكافحة مثل الرعب وهو الجهل والفقر والمرض كما يرجع البعض مفهوم نشأة جودة الحياة إلى إكتتاب كارل ماركس، حيث إهتم في كتاباته بالفروق في أسلوب الحياة لدى الطبقات الإجتماعية المختلفة، كما يعزى البعض الآخر ظهور مفهوم جودة الحياة إلى حقبة الستينات من القرن الماضي، حيث إرتبط بنمط معين تميز بالترف، وهو ذلك النمط من الحياة الذي لا يستطيع تحقيقه سوى تلك المجتمعات التي حققت نموا إقتصاديا لسنوات وإستطاعت أن تجعل جميع المشاكل لغالبية سكانها. أي إن مفهوم جودة الحياة في تلك الفترة يمثل إضافة الجانب الكيفي، بمعنى أن مضمونه يعني الأفضل والتميز والمنفرد في الأشياء والسلع وبالتالي نمط الحياة الأفضل. (زدادقة، 2020: 20)

ومع التوسع في مفهوم دولة الرفاه في معظم دول الغرب خلال عقد الستينات وبلورت الفكر الجديد القائمة على ظهور محددات النمو الإقتصادي في الأجندة السياسية جاءت القيم لتنتقل الى ما وراء إشباع الماديات. ومن ثم ظهور أوسع للحياة الجيدة السياسية، ومع تطور إستخدام هذا المفهوم كان هناك جدل حول حقيقة وجود ما هو أكثر من الرفاه المادي للبشر، أثمر مثل

هذا الفكر عن التفكير في مرحلة ما بعد الصناعة وإستخدام ناتج النمو الإقتصادي السائد في دول الغرب الصناعية الذي كان هدفه هو إنتاج السلع التي من شأنها تحقيق نوعية الحياة الفاضلة أما في عقد السبعينات قد إتخذ مفهوم نوعية الحياة إتجاها آخر ليعبر عن عدم الرضا عن الوضع القائم وهو رفضه للمجتمع الإستهلاكي، ومن ثم طرحت فكرة ونوعية أو كيفية الحياة كمعارضة لفكرة الكم. فهو مفهوم يؤكد على أهمية التغير الكيفي لجوانب نوعية الحياة مادام تغييرها لا يمثل تعديلا جوهريا في الدعائم السياسية والإقتصادية والإجتماعية للنظام. وفي هذا الوقت طرح مصطلح جودة الحياة من جانب المهتمين بالأبعاد البيئية والإيديولوجية لنوعية الحياة والتي تهتم بتأثير النظام الإقتصادي والإجتماعي على البعد البيئي لجودة الحياة. (زادقة، 2020: 21)

وفي هذا السياق وبعد نهاية الحرب العالمية الثانية حدث تطور متسارع للدول الغربية المتقدمة، وتضاعفت الثروات التراكمية لتلك الدول بصورة متسارعة. وبالتالي تحسن مستوى المعيشة غير أن مشكلة الخبرات الذهنية الحياتية للأفراد قد إزدادت في ذات الوقت. لذا تم وضع إطار نظري لمفهوم نوعية الحياة من قبل الإقتصاديين بالدول الغربية. وتم إستخدام الدخل كمؤشر لقياس التطور الإجتماعي ومستوى المعيشة القومي في الإقتصاد في ذلك الوقت. إعتد مفهوم جودة الحياة في البدايات على المفاهيم المالية الإقتصادية، حيث كان مفهوم جودة الحياة يرتبط بشكل أساسي بالدخل القومي وحسابات الناتج والتي كانت أكثر شيوعا في قياس تقدم المجتمعات ونوعية حياة الناس، وذلك بإفتراض أن الأبعاد المالية أو الإقتصادية تتضمن الكثير من العوامل الأخرى. ثم تغير مفهوم جودة الحياة ليشتمل على بعض الجوانب الإجتماعية والنفسية التي تؤثر على رفاهية الإنسان بحلول القرن الحادي والعشرين، حيث إرتفعت أسهم العوامل الأخرى غير المالية أو الإقتصادية في تحديد مفهوم جودة الحياة الأمر الذي وصل إلى إعتراف دولي (من خلال إعلان إسطنبول في 30 يونيو 2007) بالحاجة إلى إجراء قياس التقدم الإجتماعي في كل بلد بأساليب تتجاوز المقاييس الإقتصادية التقليدية، وفي عام 2009 تم التأكيد على البعد الإقتصادي لا يكفي لتحديد مفهوم جودة الحياة، حيث صدر تقرير لجنة قياس الأداء الإقتصادي والتقدم الإجتماعي والتي نشأت من قبل الرئيس الجمهورية الفرنسية. تعتبر مكانة الداعمين الإقتصاديين الذين أنتجوا التقرير ومضمون التقرير

ذاته وأهمية المنظمات التي أيدت إعلان إسطنبول أكبر دلالة على استخدام البعد الإقتصادي كمحدد لمفهوم التقدم أو جودة الحياة يعد كافيا. (زدادقة، 2020: 22)

5. المفاهيم والمتغيرات النفسية المتعلقة بجودة الحياة:

هناك عدد كبير من المفاهيم النفسية المرتبطة بجودة الحياة وفيما يلي عرض لبعض المفاهيم:

1.5. الصحة النفسية الإيجابية: أشار دينر 1955 Denier إلى أن مفهوم جودة الحياة يحل بديلا في كثير من الدراسات لمفهوم الصحة النفسية الإيجابية، كما ورد هذا المصطلح في تعريف منظمة الصحة العالمية الذي ينص على أن الصحة النفسية حالة من الشعور بالسعادة يتضمن بصفة عامة بعدين هما: الضيق أو الكدر النفسي وجودة الحياة، وبهذا يكون أحدهما بعدا سلبيا متمثلا في الضيق والكدر النفسي والثاني إيجابيا المتمثل في جودة الحياة، ويرى الباحث أن مفهوم الصحة النفسية مفهوم واسع يشتمل على جودة الحياة، بل أن جودة الحياة بعد من أبعاد الصحة النفسية.

2.5. المرونة النفسية: يربط بعض الباحثين بين مفهوم جودة الحياة ومصطلح الرئيسي يستخدم في مجال علم النفس الإيجابي في الوقت الراهن، وهو مصطلح المرونة النفسية Psychological Resilience أو الصمود النفسي، أو المرونة الإيجابية، وعند استخدام مصطلح المرونة النفسية نجد البعض يستخدمه بصورة غامضة وشديد العمومية بشكل يتعذر تمييزه عن دلالات كلمات أخرى مثل القدرة على التحمل، والقدرة على مواجهة الشدائد بصلابة، والقدرة على التعافي، وتجاوز السريع لتأثيرات السلبية لأحداث الحياة. (نواوي، 2020: 47)

3.5. إشباع الحاجات Need Hierachy: يعد إشباع الحاجات من أهم المفاهيم المرتبطة بجودة الحياة، انطلاقا من أن جودة الحياة لأي فرد هي عبارة عن مجموعة من الحاجات، التي يصبح الفرد بعد إشباعها راضيا. وهذا ما تؤكدُه هناء الجوهري 1994 أن جودة الحياة تهدف إلى إستجلاء العائد والمردود النفسي للظروف المعيشية للأفراد.

وقد أسهمت نظرية تتدرج الحاجات لماسلو إسهاما كبيرا فهو يرى أن الحاجات الحيوية تؤلف الأساس في الدراسة جودة الحياة، ويشتمل مدرج ماسلو الحاجات النفسية على خمس

مستويات (الحاجات الفسيولوجية، حاجات الأمن، حاجات الإنتماء والحب، حاجات التقدير، الحاجة إلى تحقيق الذات)، وبين ماسلو أن إشباع حاجات التنظيم الهرمي يعد أمراً أساسياً للصحة النفسية، وتمنع المرض النفسي وبالتالي تؤدي إلى تحسين جودة الحياة.

4.5. الرضا عن الحياة Life Satisfaction: يذكر مجدي الدسوقي 1999 أن الرضا عن الحياة هو تقييم الفرد لجذبه الحياة التي يعيشها طبقاً لنسقه القيمي، ويعتمد على المقارنة الفرد لظروفه الحياتية بالمستوى الأمثل الذي يعتقد أنه مناسب لحياته.

وترى مديحة العزبي 1982 أن الرضا هو حالة داخلية للفرد، ويظهر في سلوكه وإستجابته وتشير إلى تقبله لحياته الماضية والحاضرة وتقاؤله بمستقبل حياته، وتقبله لبيئته المدركة وتفاعله مع جوانبها.

ونستطيع القول أن رضا عن الحياة هو أساس جودة الحياة، فالرضا عن الحياة وتقبل الفرد لذاته وأسلوب الحياة التي يحيها، وتوافقه مع نفسه وعمله، متقبلاً لأصدقائه وزملائه ورؤسائه، راضياً عن إنجازاته متفائلاً بمستقبله مسيطراً على بيئته، صاحب القرار وقادر على تحقيق أهدافه. (نواوي، 2020: 48)

5.5. مفهوم الذات Self Concept: إن مفهوم الذات من المفاهيم الأساسية في جودة الحياة، حيث أن مفهوم الذات هو الجوهر الشخصي، وهو حجر الزاوية فيها فهو منظم للسلوك، ومحدد لجميع تصرفات الفرد، حيث أنه تؤثر أدائياً في كل شيء نفعله.

ويرى عماد الدين إسماعيل أن مفهوم الذات هو مصدر التأثير بالنسبة للآخرين وأنه التنظيم الإدراكي والإنفعالي، الذي يتضمن إستجابات الفرد نحو نفسه ككل.

ومن أهم النظريات التي درست مفهوم الذات نظرية الذات عند كارل روجرز 1951 الذي يرى أن مفهوم الذات هو المحدد لكيفية إستجابة الفرد فيما يواجهه من مواقف، ويتضمن أيضاً الصورة التي يدرك فيها ذاته من خلال إستجابات الآخرين الذين يتعامل معهم، فهو يحدد جميع صور السلوك، فمعظم السلوكيات التي تصدر عن الإنسان هدفها الحفاظ على هذه الذات ويعتبر ذلك جوهر جودة الحياة. إذ يمكن القول أن جودة الحياة تتحدث من خلال تعديل مفهوم الفرد عن ذاته، وبالتالي يمكن تحسين جودة الحياة من خلال تعديل وتغيير مفهومه عن ذاته،

والشيء نفسه في العلاج النفسي فيتم التغيير تعديل مفهوم المريض عن ذاته لإحداث التغيير في السلوك.

(نواوي، 2020: 49)

6.5. الرفاهية well-being: يتفق معظم الباحثين في تعريفهم لمفهوم الرفاهية على أنه يتضمن جانبين:

✓ الجانب المعرفي: ويتمثل في الرضا عن الحياة أو جملة المعتقدات التي يكونها الفرد إزاء العالم.

✓ الجانب الوجداني: ويتمثل في الشعور بالسعادة أو سيطرة المشاعر السارة والإيجابية في مقابل مشاعر المكدر.

ويعرف كل من ويندي وآخرون (wendy at al 1989)، الرفاهية بأنها تقييم الفرد الإيجابي لظروفه حياته، وينعكس ذلك التقييم في صورته الكلية من خلال الرضا العام عن الحياة، والشعور بالسعادة كما ينعكس في صورته الجزئية من خلال الرضا الشخصي عن سياقات الحياة الجيدة كالصداقة والحياة الأسرية وما إلى ذلك.

وتوجد العديد من وجهات النظر حول العلاقة بين جودة الحياة والرفاهية، حيث يعتبر البعض أن هذين المصطلحين قابلين للتبادل بينما يعتبر البعض الآخر الرفاهية مكونا لمفهوم جودة الحياة العريض.

وقد وضع علماء الإقتصاد تميزا واضحا بين الرفاهية، والتي هي من وجهة نظرهم تتعلق بالأفراد، وجودة الحياة التي تهتم بمقارنات السعادة بين الأفراد.

ونجد أن النماذج الذاتية للرفاهية متشابهة مع نماذج جودة الحياة، حيث ترتبط الرفاهية الذاتية بمدى الذاتية والعوامل الخارجية المتعلقة بحياة الفرد، ويعرف البعض جودة الحياة على أنها الرفاهية.

ويوضح هاس Hass المستويات والمظاهر المختلفة للمفهوم الواسع جودة الحياة، ويرى أن من يختار التركيز على المؤشرات الذاتية لجودة الحياة أنه يناقش إما الرفاهية أو جودة حياة المدركة ذاتيا، وأما من يختار التركيز على المؤشرات الموضوعية لجودة الحياة فهو مطالب بأن يزودنا بتقييم كل من المؤشرات الذاتية والموضوعية. (نواوي، 2020: 49)

7.5. القيم Values: يعتبر مفهوم القيم من المفاهيم التي تحثل الصدارة بالنسبة لجودة الحياة، وهذا ما أكده ميلتون روكيتش **Milton Rokeach**، 1973 فهو مفهوم له دور مهم في حياة الأفراد، إضافة لأهميته في تفسير الطموحات والتوقعات الخاصة بالأفراد، كما أن متغير القيم يسهم في تحديد مستويات الأهمية النسبية لمجالات الحياة المتعددة، وطبيعة تدرجها وفقا للنسق القيمي الخاص بالفرد، ويتفق عدد من علماء النفس على أهمية القيم كمؤشر نفسي دال على تقدير الفرد لقيمة الحياة في جوانبها المختلفة ومن هؤلاء العلماء نجد كل من اندروز **F. Andrews**، كامبل **Kampel**، ستيفني ويتي **S. Withy**، منفيرس **P. Converse**، البورت **T. Alport**، روجرز **Roodgers**.

ويؤكد عبد اللطيف خليفة 1992 أن القيم تمثل إنعكاسات الأسلوب الذي يفكر به الأشخاص في ثقافة معينة، فهي توجه سلوك الأفراد وأحكامهم إتجاهاتهم فيما يتصل بما هو مرغوب فيه أو مرغوب منه من أشكال السلوك في ضوء ما يضمه المجتمع من قواعد ومعايير، وقد تتجاوز الأهداف المباشرة للسلوك إلى تحديد الغايات المثلى، وهي على حد تعبير روكيتش إحدى المؤشرات العامة لجودة الحياة ومستوى الرقي أو التحضر في أي مجتمع من المجتمعات.

حيث أن القيم هي إتجاهات مركزية نحو ما هو مرغوب أو غير مرغوب أو نحو ما يصح وما لا يصح، وتشمل القيم المركزية محورا لكثير من الإعتقادات والإتجاهات والسلوك، وقد تؤثر في أحكامنا وأفعالنا إلى ما هو أبعد من الموقف المباشر أو الموقف المعين، وذلك عن طريق إمداد الفرد بإطار مرجعي لإدراك وتنظيم الخبرة لإختيار من بدائل الفعل.

(نواوي، 2020: 50)

8.5. الإدراك: يعتبر الإدراك محددًا أساسيا لمفهوم جودة الحياة، وبالرغم من قلة ما كتب في جودة الحياة من المنظور النفسي إلى أن المدقق في مباحث علم النفس يجد أن مفهوم الإدراك له السبق في فهم وتحديد المتغيرات الأساسية لجودة الحياة لكون جودة الحياة في النهاية هي التعبير عن الإدراك الذاتي لجودة الحياة، فالحياة بالنسبة للفرد هي ما يدركه منها حتى أن تقييم الفرد للمؤشرات الموضوعية في حياته يمثل في أحد مستوياته انعكاسا مباشرا لإدراك هذا الفرد لجودة الحياة في وجود هذه المتغيرات على هذا المستوى، والذي يتوقف على مدى أهمية كل

متغير من متغيرات الفرد، وذلك في وقت محدد وفي ظل ظروف معينة، ويظهر ذلك بوضوح في مستوى السعادة أو الشقاء الذي يكون عليه، والذي يؤثر بدوره على تعاملات هذا الإنسان مع كافة المتغيرات الأخرى التي تدخل في نطاق تفاعلاته، وبما أن الإدراك يعني فهمنا وتأويلنا وتفسيرنا لما يأتي من العالم الخارجي عن طريق حواسنا، فلا بد أن تتأثر إستجابتنا وأوجه نشاطاتنا بعملية الإدراك تلك، ولا شك أن في إستجابتنا لما ندركه على أنه إيجابي ومفيد تختلف عن إستجابتنا فيما لو أدركناه على أنه سلبي وضار، وحتى يستطيع الفرد أن يكيف سلوكه ونشاطه ويتوافق مع من حوله توافق ناجحاً، فلا بد من النظر إلى هذا المفهوم من خلال إحساس وإدراك الفرد بالرضا وإدراكه لقيمة الحياة.

9.5. أسلوب الحياة: مفهوم أسلوب الحياة من المفاهيم التي تفرض نفسها في أدبيات جودة الحياة، فهو أحد المكونات الأساسية التي يتم الإعتماد عليها في بناء المؤشرات لجودة الحياة والتي يستند إليها في تفسير إدراك الناس لجودة الحياة، ومدى رضاهم عما تحققه الحياة لهم من إشباعات أو مدى سخطهم عما تسببه لهم من إحباطات. (نواوي، 2020: 51)

6. أبعاد جودة الحياة:

1.6. جودة الصحة العامة:

أشار إليها محمود والجمالي بأنها " إدراك الفرد بأنه يتمتع بصحة جيدة وبالحيوية والنشاط والطاقة وإهتماماته بالتغذية ووعيه بالتنقيفي بها لوقايتها من الأمراض وأيضاً إهتماماته بحالته الصحية والمتابعة وإجراء الفحوصات للإطمئنان.

بحيث يذكر الراسبي (2006) معاييرها والتي تتمثل في: ممارسة النشاط البدني وسلوكيات غذائية صحية، يتجنب العادات والممارسات الضارة بالصحة، يفهم مشاكل البلوغ الجسدية والنفسية والإجتماعية يمارس النظافة الشخصية، يفحص بشكل دوري يتناول أدوية العلاج حسب إستشارة الطبيب. يتبنى ويمارس شعار (الوقاية خير من العلاج).

تشير التواتي (2018) بأن جودة الصحة العامة ترتبط بكل ماله علاقة بالحيوية والنشاط وذلك من خلال ممارسة الرياضة والمحافظة على صحة والمواقيت الصحية لواجبات الطعام الصحية والتقيد بفترات النوم الكافية لراحة الجسم، والمتابعة المستمرة للطبيب.

2.6. جودة الحياة الأسرية:

ذكرت بحرى في دراستها تفسيرات لبوتنم (putnam 1990) بأن جودة الحياة الأسرية من أكثر الموضوعات أهمية حيث إفترض أن الأسرية هي المنظمة الأساسية أكثر تماسكا في المجتمع وتمثل رأس المال الإجتماعي في المجتمع. (بوخرص، 2022: 48) وهي إدراك الفرد بأنه يتمتع بحياة أسرية ومستقرة يسودها الحب والود والتفاهم والثقة والمساندة والشعور بالسعادة وحرصه على التواجد في المنزل الذي يتوافر فيه التوافق الأسري والتفاعل الإجتماعي بين أفراده.

وتشير أمال إبراهيم بأنها فعالية في القيام بإحتياجات الأسرة وتتمتع أعضائها بحياتهم معاً أسرة متناغمة وإمتلاك الفرصة لجودة الحياة الأسرية وهي: التفاعل الأسري ومهارات الحياة اليومية والحالة المادية المتيسرة للوالدين والإتزان الإنفعالي والبيئة المادية والصحة الإجتماعية والتماسك (الترابط).

بحيث يشير رضوان (2005) بأن جودة الحياة الأسرية تكمن في صحة الدور الذي يقوم به كل فرد من أفراد الأسرة، بمعنى توزيع الأدوار فيما بينهم وقدرتهم على إنجازهم لهذه الأدوار وعندما تتلاقى هذه الأدوار تكون أسرة تتسم بحياتها بالجودة بأن تلاقي هذه المكونات جمعياً في شخصية كل فرد داخل الأسرة بطريقة صحية يؤدي هذا إلى صحة الدور الذي يقوم به داخل الأسرة. (بوخرص، 2022: 49)

3.6. جودة الحياة الإجتماعية:

جودة الحياة الإجتماعية هي إدراك الفرد برضاه عن تفاعلاته الإجتماعية مع الآخرين، وإستمتاعه بالوقت الذي يقضيه معهم ورضاه عن أصدقائه لأنهم مصدر للثقة والحب والإنسجام والمساندة والسعادة.

تتسم بعض الخصائص منها التواصل الإجتماعي الذي يتميز ببعض المعايير ومنها الإنصات للآخرين بإهتمام، يقدم أفكار بشكل واضح ومتناسق، يستعمل مفردات اللغة بشكل صحيح للتعبير عن أفكاره، يحترم وجهات نظر الآخرين يستخدم أساليب متنوعة في الإتصال مع الآخرين، مرن في التعامل مع الآخرين.

أشارت التواتي (2018) بأن جودة الحياة الإجتماعية هي إدراك الفرد بإنتمائه للآخرين والدعم والمساندة الإجتماعية والقدرة على إقامة علاقات إيجابية والتواصل معهم وعلى مساعدتهم في حدود قدراته وإمكاناته وإحساسه بالرضا والمتعة بذلك. (بوخرص، 2022: 49)

4.6. السعادة الشخصية:

هي حالة نفسية من المشاعر الراحة والطمئينة والرضا عن النفس والقناعة بما كتب الله سبحانه وتعالى، وهي أمر يميل إلى الديمومة والإستمرار في نفس الإنسان إجمالاً وتعتبر مؤشراً على مدى علاقته بربه وخالقه ورازقه.

وتعرف بأنها حالة إنفعالية وعقلية تتسم بالإيجابية يخبرها الإنسان ذاتياً، وتتضمن الشعور بالرضا والمتعة والتفائل والأمل والإحساس بالقدرة على تأثير في الأحداث بشكل إيجابي.

(بوخرص، 2022: 50)

5.6. الرضا عن الحياة:

يعرفها وست (2006) بأنها محرك جوهري للسلوك الإنساني وهو تقييم الفرد للجوانب المتنوعة التي تجعله يشعر بالرضا عن حياته.

كما يضيف مقدادي والإبراهيم بأنه كيف يحكم ويقيم الأفراد حياتهم من وجهة نظرهم الخاصة، وهذا التقييم يكون من الجانبين: الأول: معرفي يتمثل في إدراك الأفراد وتقييمهم للحياة بشكل عام أو تقييم جوانب محددة للحياة مثل الرضا عن الحياة والرضا الزواجي أو الرضا عن العمل والثاني: تقييم الأفراد لحياتهم بناء على تكرار الأحداث السارة أو الغير السارة التي تسبب إما السعادة والفرح أو التوتر والقلق والإكتئاب وبالتالي لشعور بالرضا بدرجات مختلفة.

يتفق عدد من الباحثين على أن الإحساس بالرضا عن الحياة يشير إلى تقييم الفرد لمدى صحته النفسية في الحياة إستناداً إلى سماته الشخصية. وأثبتت نتائج دراسات بأنه يرتبط إيجابياً بتقدير الفرد لذاته، ويرى شين وجونسن (shin and johnson 1978) أن الرضا عن الحياة هو تقدير عامل نوعية الحياة حسب المعايير التي إنتقاها لنفسه. (بوخرص، 2022: 50)

6.6. جودة الصحة النفسية:

عرفتها منظمة الصحة العالمية بأنها حالة من العافية التي يحقق الفرد قدراته ويمكن أن يتغلب على الإجهادات العادية في الحياة ويمكن أن يعمل بإنتاجية ويكون قادرا على المساهمة في مجتمعه. (بوخرص، 2022: 50)

يعرفها حامد عبد السلام بأنها حالة من الإستقرار النسبي، يكون فيها الفرد متوافقا نفسيا (شخصيا وإنفعاليا وإجتماعيا أي مع نفسه وبيئته)، ويشعر بالسعادة مع نفسه ومع الآخرين ويكون قادر على تحقيق ذاته وإستغلال قدراته إلى أقصى حد ممكن ويكون قادر على مواجهة مطالب الحياة وتكون شخصيته متكاملة سوية، ويكون سلوكه عاديا يكون حسن الخلق بحيث يعيش في سلامة وسلام. وأن للصحة النفسية شقان أولهما شق نظري علمي يتناول الشخصية والدوافع والحاجات والأسباب والأمراض النفسية وأعراضها وحيل الدفاع النفسي والتوافق، وتعليم الناس وتصحيح المفاهيم الخاطئة وإعداد وتدريب الأخصائيين والقيام بالبحوث العلمية والشق الثاني تطبيقي علمي يتناول الوقاية من المرض النفسي وتشخيص وعلاج الأمراض النفسية.

(بوخرص، 2022: 51)

7.6. جودة الحياة الزوجية:

تشير عباس (2016) إلى أن جودة الحياة الزوجية مرتبطة بالتوافق الزوجي والسعادة الزوجية.

ويقول إبراهيم " بأن التوافق الزوجي هو قدرة الزوجين على التواءم مع بعضهما البعض ومع مطالب الزواج، يظهر من خلال أسلوب كل منهما في تحقيق أهدافه من الزواج، مواجهة الصعوبات الزوجية في التعبير عن إنفعالاته."

ويرى سليمان (2003) أن التوافق الزوجي هو التوافق في الإختيار المناسب للزوج، والإستعداد للحياة الزوجية والدخول فيها والحب المتبادل بين الزوجين والإشباع الجنسي وتحمل مسؤوليات الحياة الزوجية والقدرة على حل مشكلاتها والإستقرار الزوجي والرضا والسعادة الزوجية.

ويعرفها مرسى (2008) بأنها شعور الزوجين في تفاعلها معا بالسكن والمودة والمحبة والرحمة، ما يتولد لديهما من أفكار حسنة نحو الزواج، ويجد كل منهما في وجود مع الآخر والأمان والإستقرار، فيتمسك به ويرتبط به ويحافظ عليه ويتفاعل معه إيجابيا.

(بوخرص، 2022: 51)

من مؤشرات جودة الحياة الزوجية: التفاعل الزوجي التوافق في العلاقة الزوجية والإرتياح الشخصي والوضع الصحي والأنشطة المشتركة والرفاهية المادية، الشعور بالأمن.

8.6. جودة الحياة الدينية:

تشير التواتي إلى أن جودة الحياة الدينية هي شعور الفرد بالقناعة والرضا عن الحياة وإيمانه بأن الحياة التي يحيها من أمره سبحانه وتعالى وكل يحدث بإذنه لا جدال فيه، عليه بالصبر في قوله سبحانه وتعالى: "يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا اسْتَعِينُوا بِالصَّبْرِ وَالصَّلَاةِ إِنَّ اللَّهَ مَعَ الصَّابِرِينَ" (سورة البقرة - الآية - 153). يعتبر الجانب الديني من المعتقدات التي يؤمن بها من تربي عليها وآمن بوجودها ويرتبط هذا بتربية الوسط الذي يعيش فيه. فغرس الإيمان والمعتقد مرتبط بالوسط الذي يولد فيه الفرد ويتربص فيه فيكتسب أولويات العقيدة من تربية البيت ومن سلوكات التصرفات التي تكون أمامه من الوالدين والإخوة ثم تنتقل إلى الوسط الخارجي أي الحي والمدرسة ثم الأصدقاء وهذا فهي تكبر مع كبره وتتطبع وتنمو مع ثقافته وتعليمه، وإن الجانب الديني يعتمد على المواقف والأحاسيس الداخلية التي تتربى عند الفرد فتزيد من حماسه وترتبط بكينونته وتركيبته الداخلية. (بوخرص، 2022: 52)

7. النظريات المفسرة لجودة الحياة:

1.7. نظرية لاوتن (Lawton Theory):

طرح لاوتن (1996) مفهوم طبيعة البيئة ليوضح فكرته عن جودة الحياة، والتي تدور حول الآتي:

إن إدراك الفرد لنوعية حياته يتأثر بظرفين هما:

الظرف المكاني، إذ إن هناك تأثيرا للبيئة المحيطة بالفرد على إدراكه لجودة حياته، وطبيعة البيئة في الظرف المكاني لها تأثيران أحدهما مباشر على حياة الفرد كالتأثير على الصحة مثلا، والآخر تأثيره غير مباشر إلا أنه يحمل مؤشرات إيجابية كرضا عن البيئة التي يعيش فيها.

الظرف الزمني، إن إدراك الفرد لتأثير البيئة على جودة حياته يكون أكثر إيجابيا كلما تقدم في العمر، فكلما تقدم في عمره كان أكثر سيطرة على ظروف بيئته، وبالتالي يكون التأثير أكثر إيجابية على شعوره بجودة الحياة. (أبو هشيش، 2018: 20)

2.7. نظرية رايف (Ryff, 1984):

تدور نظرية رايف (Ryff, 1984) حول مفهوم السعادة النفسية، إذ إن شعور الفرد بجودة الحياة ينعكس في درجة إحساسه بالسعادة التي حددها رايف بستة أبعاد يضم كل بعد ست صفات تمثل هذه الصفات نقاط التقاء لتحديد معنى السعادة النفسية، الذي يتمثل في وظيفة الفرد الإيجابية في تحسين مراحل حياته، وهذه الأبعاد هي:

- **البعد الأول:** الإستقلالية، وصفاته تتمثل بقدرة الشخص على أن:

يقرر مصيره بنفسه، ويكون مستقلا بذاته، قادرا على مقاومة الضغوط الإجتماعية، يتصرف بطرائق مناسبة، منظما في سلوكه، يقيم ذاته يتناسب وقدراته الشخصية.

- **البعد الثاني:** التمكّن البيئي ومن صفاته:

الكفاية الذاتية للفرد، قدرة على التحكم وإدارة نشاطاته وبيئته، قدرته على الاستفادة من الفرص المتاحة لديه، قدرته على إتخاذ الخيارات الملائمة لحاجاته النفسية والإجتماعية، قدرته على إختبار قيمة الشخصية، قدرته على التصرف بما يتناسب ومعايير مجتمعه.

(أبو هشيش، 2018: 21)

- **البعد الثالث:** النمو الشخصي ومن صفاته:

شعور الفرد بالنمو والإرتقاء المستمر، إدراكه لتطور وتوسع ذاته إنفتاحه للتجارب الجديدة، إحساسه الواقعي بالحياة، شعوره بتحسن ذاته وتطور سلوكه يوما بعد آخر، سلوكه يتغير بطرائق تزيد من معرفته وفعاليته الذاتية.

- **البعد الرابع:** العلاقات الإيجابية مع الآخرين، ومن صفاته:

رضا الفرد عن علاقاته الإجتماعية، ثقته بالآخرين من حوله، قناعته برفاهية الآخرين، قدرته على التعاطف والتودد للآخرين، إهتمامه بالتبادل الإجتماعي، إظهاره للسلوك التواصلي مع الآخرين.

- **البعد الخامس:** تقبل الذات ومن صفاته:

إظهار الفرد توجهها إيجابيا نحو ذاته، قبوله بالسمات أو الخصائص المكونة لذاته (السلبية والإيجابية)، الشعور الإيجابي لحياته الماضية، تفكيره الإيجابي لذاته المستقبلي، يشعر بالخصائص ذاته المتميزة، يظهر النقد الإيجابي لذاته.

-**البعد السادس:** الهدف من الحياة ومن صفاته:

أن يمتلك المعتقدات التي تعطي معنى للحياة الماضية والحاضرة، وأن يضع أهدافا تجعل حياته ذات معنى في تحقيقها، أن يسعى لتحقيق غاياته في الحياة، أن تكون له القدرة على توجيه أهداف حياته، أن يكون قادرا على الإدراك الواضح لأهداف حياته، أن يدرك أن صحته النفسية تكمن في إحساسه بالحياة. (أبو هشش، 2018: 22)

3.7. نظرية أندرسون (anderson, 2003):

طرح أندرسون (anderson, 2003) شرحا تكمليا لمفهوم جودة الحياة، متخذا من مفاهيم السعادة، ومعنى الحياة، ونظام المعلومات البيولوجي، وتحقيق الحاجات والحياة الواقعية فضلا عن العوامل الموضوعية الأخرى إطار نظريا تكامليا لتفسير جودة الحياة. لقد أشار أندرسون (2003) إلى إدراك الفرد لحياته، يجعله يقيم شخصا ما يدور حوله، كما يمكنه من أن يكون أفكارا كي يصل الى الرضا عن الحياة، وإن هناك ثلاث سمات مجتمعة معا تؤدي الى الشعور بجودة الحياة:

الأولى: وهي تتعلق بالأفكار ذات العلاقة بالهدف الشخصي الذي يسعى الفرد الى تحقيقه.

الثانية: المعنى الوجودي الذي يصف العلاقة بين الأفكار والأهداف.

الثالثة: الشخصية والعمق الداخلي. (أبو هشش، 2018: 23)

8. الإتجاهات النظرية المفسرة لجودة الحياة:

توجد أربعة إتجاهات رئيسة في تعريف جودة الحياة وتتمثل في:

أ- **الإتجاه الفلسفي:** وينظر إلى جودة الحياة من منظور فلسفي على أن السعادة المأمولة لا يمكن لإنسان الحصول عليها إلا إذا حرر نفسه من أسر الواقع وحلق في فضاء مثالي يدفع بالإنسان إلى التسامي على ذلك الواقع الخائق وترك العنان للحظات من خيال إبداعى، وبالتالي فجودة الحياة من المنظور "مفارقة للواقع تلمسا لسعادة متخيلة حاملة يعيش فيها الإنسان حالة من التجاهل التام لآلام ومصاعب الحياة والذوبان في صفاء روحي مفارق لكل قيمة مادية.

ب- **الإتجاه الإجتماعي:** الإهتمام بدراسات جودة الحياة قد بدأت منذ فترة طويلة وقد ركزت على المؤشرات الموضوعية في الحياة مثل معدلات المواليد، معدلات الوفيات، معدل ضحايا المرض، نوعية السكن، المستويات التعليمية لأفراد المجتمع، إضافة إلى مستوى الدخل، وهذه المؤشرات تختلف من مجتمع إلى آخر، وترتبط جودة الحياة بطبيعة العمل الذي يقوم به الفرد وما يجنيه من عائد مادي وراء عمله ومكانته المهنية وتأثيراته على الحياة، ويرى العديد من الباحثين أن علاقة الفرد مع الزملاء تعد من العوامل الفعالة في تحقيق جودة الحياة فهي تؤثر بدرجة ملحوظة على رضا أو عدم رضا الفرد عن عمله. (مسعودي، 2015: 206)

ت- **الإتجاه الطبي:** ويهدف هذا الإتجاه إلى تحسين جودة الحياة لأفراد يعانون من أمراض جسمية مختلفة، أو نفسية أو عقلية وذلك عن طريق البرامج الإرشادية والعلاجية، تعتبر جودة الحياة من الموضوعات الشائعة للمحاضرات التي تتعلق بالوضع الصحي وفي تطوير الصحة. إن تطوير جودة الحياة هو الهدف المتوقع لمقدمي الخدمة الصحية، وتقييم حاجة الناس لجودة الحياة تشمل أيضا تقييم إحتياجات الأفراد وتوفير البدائل لهذه الإحتياجات حتى ولم يكن هناك تشخيص لمرض معين أو مشكلة.

وتعطي جودة الحياة مؤشرا للمخاطر الصحية والتي من الممكن أن تكون جسدية أو نفسية، وذلك في غياب علاج حالي أو الإحتجاج للخدمات.

ث- **الإتجاه النفسي:** ينظر إلى مفهوم جودة الحياة وفقا للمنظور النفسي على أنه "البناء الكلي الشامل يتكون من المتغيرات المتنوعة التي تهدف إلى إشباع الحاجات الأساسية للأفراد الذين يعيشون في نطاق هذه الحياة، بحيث يمكن قياس هذا الإشباع بمؤشرات موضوعية ومؤشرات ذاتية". وكلما انتقل الإنسان إلى مرحلة جديدة من النمو فرضت عليه متطلبات وحاجات جديدة لهذه المرحلة تلح على الإشباع، مما يجعل الفرد يشعر بضرورة مواجهة متطلبات الحياة في المرحلة الجديدة فيظهر الرضا " في حالة الإشباع" أو عدم الرضا "في حالة عدم الإشباع" نتيجة لتوافر مستوى مناسب من جودة الحياة. (مسعودي، 2015: 206)

9. مظاهر جودة الحياة:

الحلقة الأولى: العوامل المادية والتعبير عن حسن الحال:

-العوامل المادية: تشمل الخدمات المادية التي يوفرها المجتمع لأفراده، إلى جانب الفرد وحالته الإجتماعية والزوجية والصحية، والتعليمية، حيث تعتبر هذه العوامل سطحية في التعبير عن جودة الحياة، إذ ترتبط بثقافة المجتمع وتعكس مدى قدرة الأفراد على التوافق مع هذه الثقافة.

-حسن الحال (Well Belling): ويعتبر هذا بمثابة مقياس عام لجودة الحياة، ويعتبر كذلك مظهرا سطحيا للتعبير عن جودة الحياة، فكثير من الناس يقولون بأن حياتهم جيدة ولكنهم يخزنون معنى حياتهم في مخازن داخلية لا يفتحونها لأحد. (عبد الحفيظي، 2016: 38)

الحلقة الثانية: إشباع الحاجات والرضا عن الحياة

-إشباع وتحقيق الحاجات (Ful Fillment Of Lveeds): يعتبر أحد المؤشرات الموضوعية لجودة الحياة، فعندما يتمكن المرء من إشباع حاجاته فإن جودة حياته ترتفع و تزداد، وهناك حاجات كثيرة يرتبط بعضها بالبقاء، كالطعام، والمسكن، والصحة، ومنها ما يرتبط بالعلاقات الإجتماعية كالحاجة الى الأمن، والانتماء، والحب، والقوة، والحرية، وغيرها من الحاجات التي يحتاجها الفرد، والتي يحقق من خلالها جودة حياته. ويعتبر تصنيف ماسلو للإحتياجات عنصر هام، ولا غنى عنه في المساهمة في فهم أعمق لجودة الحياة من خلال العرض البياني للعنصر، وعلاته بجوانب جودة الحياة، والتي تتمثل في المجالات البيئية وما يقابلها من تحسين في نوعية الحياة في الجوانب التالية:

▪ الجوانب البيئية و تتناول سلام البيئة الطبيعية.

▪ الجوانب الأمنية وتتناول السلامة والأمن.

▪ الجوانب الإقتصادية وتؤكد على حقوق الرفاهية المادية.

▪ الجوانب الإجتماعية والقائمة على الإنسجام الإجتماعي والعدالة.

▪ الجوانب السياسية وتؤكد على الحرية وحقوق الإنسان وكرامته.

▪ الجوانب الثقافية القائمة على خطط لتنمية القيم الثقافية. (عبد الحفيظي، 2016: 39)

-الرضا عن الحياة (Satisfaction Of Life): يعتبر الرضا عن الحياة أحد الجوانب الذاتية لجودة الحياة، والذي يمثل حكما أو تقويما معرفيا عاما لجودة الحياة التي يعيشها الفرد، ويعكس

الشعور بالرضا (أو عدم الرضا) عن الحياة نظرة الفرد وتقديره أو تقويمه القائم خبراته وإنجازاته الشخصية وما إستطاع أن يحققه في أرض الواقع من جهة وبين آماله وتطلعاته في وقت من الأوقات من جهة أخرى، ومن هذه الزاوية يتحدد الشعور بالرضا بالمسافة الفاصلة التي يقدرها الفرد بنفسه بينما أنجزه فعلا عند نقطة زمنية معينة وبين أهدافه وطموحاته ورؤيته أو تصوره للعالم كما يجب أن يكون.

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

-القوى والمتضمنات الحياتية (life potentials): قد يرى البعض أن إدراك القوى والمتضمنات الحياتية بمثابة مفهوم أساسي لجودة الحياة، فالبشر كي يعيشوا حياة جيدة، لابد لهم من إستخدام القدرات والطاقات، والأنشطة الإبتكارية الكامنة داخلهم، من أجل القيام بتنمية العلاقات الإجتماعية، وأن ينشغلوا بالمشروعات الهادفة، ويجب أن يكون لديهم القدرة على التخطيط، وإستغلال الوقت، إذ يؤكد بيسيوني البرادعي (2003) على أن حسن إدارة الوقت والإستفادة منه بأسلوب سليم من الأهداف التربوية الهمة، ومن خلاله يتمكن الطالب من اكتسابالمهارات، والقيم والخبرات التربوية والإجتماعية، ويتم إشباع الهوايات، والترويح عن الذات وتنمية المواهب والقدرة على الابتكار وتجديد حيوية الطلاب، وتحقيق التوازن النفسي.وعلى هذا فإن حسن إدارة الوقت والإستفادة منه يمكن الفرد من إشباع حاجاته الجسمية والإجتماعية والعقلية والانفعالية مما ينعكس إيجابا على جودة حياته.(عبد الحفيظي، 2016: 39)

-معنى الحياة (Meaning Life):يرتبط معنى الحياة بجودة الحياة، فكلما شعر الفرد بقيمته وأهميته بالنسبة للمجتمع والآخرين شعر بإنجازاته ومواهبه وأن شعوره قد يسبب نقصا أو إفتقادا للآخرين له، فكل ذلك يؤدي الى إحساسه بجودة الحياة.

الحلقة الرابعة: الصحة والبناء البيولوجي وإحساس الفرد بالسعادة:

الصحة والبناء البيولوجي (HealthAnd Biological State):تعتبر حاجة من حاجات جودة الحياة التي تهتم بالبناء البيولوجي للبشر، والصحة الجسمية تعكس النظام البيولوجي لأن أداء خلايا الجسم في حالة صحية جيدة وسليمة.

-السعادة:تتمثل في الشعور بالرضا والإشباع وطمأنينة النفس وتحقيق الذات، وهي شعور بالبهجة والاستمتاع واللذة، وهي نشوة يشعر بها الفرد عند إدراكه لقيمة متضمنات حياته.

ويطرح أبو حلاوة (2014) تصورا شارحا للسعادة في إطار علم النفس الإيجابي كمؤشر لجودة الحياة. (عبد الحفيظي، 2016: 40)

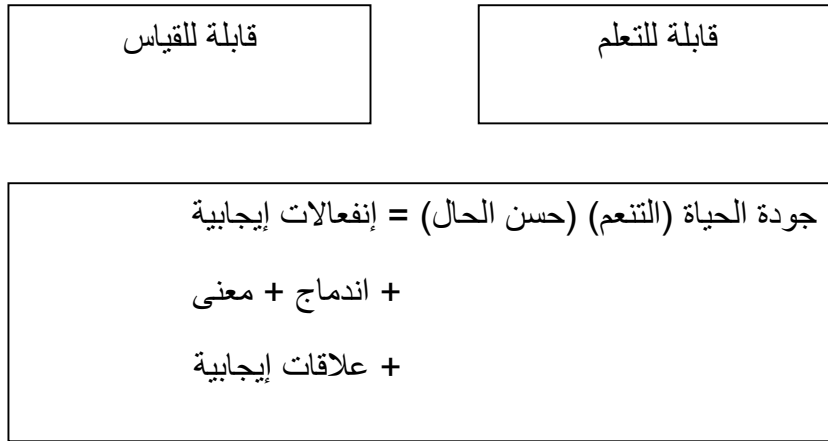
تتضمن السعادة كمؤشر لجودة الحياة أو حسن الحال أو الرفاه:

الإنفعالات الإيجابية: **Positive Emotion** (الحياة السارة أو المتعة **The Pleasant Life**)

الصفات أو الخصائص الإيجابية **Positive Character** (حياة الاندماج **The engaged Life**)

العلاقات الإيجابية **Positive Relationship** (الحياة الإجتماعية **The Social Life**)

المؤسسات الإيجابية: **Positive Institution** (الحياة الهادفة ذات المعنى **The Meaningful life**)



شكل (01) يوضح نموذج المسارات الثلاث للسعادة.

ويتضح من خلال هذا النموذج هذا النموذج أن للسعادة ثلاث مسارات متميزة:

1. الإنفعالات الإيجابية وترتكز على حياة البهجة والاستمتاع.

2. الاندماج "حياة الاندماج والتدفق، والتعايش التام مع الحدث أو الموقف".

3. المعنى ويعني أن الحياة ذات معنى، واضحة للغاية. (عبد الحفيظي، 2016: 41)

الحلقة الخامسة: جودة الحياة الوجودية: تعتبر الوحدة الموضوعية لجوانب الحياة، وهي الأكثر عمقا داخل الإنسان، وبإحساس الفرد بوجوده وهي بمثابة النزول لمركز الفرد، والتي تؤدي بالفرد إلى إحساسه بمعنى لحياة الذي يعد محور وجودنا فجودة الحياة الوجودية هي التي يشعر من خلالها الفرد بوجوده وقيمه، ومن خلال ما يستطيع ان يحصل عليه الفرد من عمق للمعلومات

البشرية المرتبطة بالمعايير والقيم والجوانب الروحية، والدينية التي يؤمن بها الفرد، والتي يستطيع من خلالها تحقيق وجوده. (عبد الحفيظي، 2016: 41)

10. مجالات جودة الحياة:

- الصحة الجسدية والأمن المادي.
- العلاقات مع الآخرين.
- النشاطات الإجتماعية.
- الطموحات والمشاريع الذاتية.
- التسلية والترفيه.

ويشير كامبل (Campell) عند تطرقه للعناصر المكونة لمفهوم جودة الحياة إدراج عنصر مستوى الرضا للفرد عن حياته في مختلف جوانبها وعلاقتها بالمحيط الإجتماعي. ويحدد باحثون آخرون أمثال لونو (Lounoi 1994) جودة الحياة في أربع مكونات أساسية هي:

- الحالة الجسدية الجيدة.
- الشعور بالسعادة.
- التوازن الإنفعالي.
- مستوى مرضى من الإندماج الإجتماعي.

ومن التصنيفات الأكثر شيوعا وإستخداما في تحديد مجالات جودة الحياة تلك التي تحدد مكوناتها على مجال جسدي ونفسي ومجال إجتماعي وسنعرض في بقية هذا الفصل إلى هذه المجالات بنوع من التدقيق والتفصيل. (بعلول، 2020: 11)

1.10. المجال الجسدي لجودة الحياة: يصنف في هذا المجال كل من الصحة الجسدية ومجموعة المهارات الوظيفية التي تحدد مستوى أداء الفرد.

- ويتم التعرف على مستوى الصحة الجسدية من خلال مؤشرات معينة كالطاقة والحيوية والتعب والراحة والنوم والألم وغيرها من المؤشرات البيولوجية، بينما يتم التعرف على مستوى الأداء الوظيفي من خلال سهولة الحركة، على القيام بالنشاطات اليومية ومستوى الإستقلالية الذاتية.

2.10. المجال النفسي لجودة الحياة: تختلف مكونات المجال النفسي لجودة الحياة حسب الباحثين طبقاً لوجه نظرهم حول الصحة النفسية إذ يختصرها البعض منهم فقط في وجود المشاعر والإنفعالات الإيجابية وفي غياب الإنفعالات السلبية كالقلق والإكتئاب، بينما يرى البعض الآخر مكونات المجال النفسي يمكن أن تحمل بالإضافة إلى المشاعر والإنفعالات السلبية والإيجابية مكونات أخرى كتحقيق الذات، القدرة على الإبداع وحتى المعتقدات الخاصة مع أن آخرون يفضلون فصل المعتقدات الخاصة والحياة الزوجية في المجال النفسي ويضعونها في مجال لوحدها. (بعلول، 2020: 11)

3.10. المجال الإجتماعي لجودة الحياة: يضم المجال الإجتماعي لجودة الحياة العلاقات والنشاط الإجتماعيين للفرد في الجوانب المختلفة العائلية منها المهنية والإجتماعية العامة أو ما يعرف بالصحة الإجتماعية.

يركز هذا المجال على الكيفية التي يقدر بها الفرد نفسه إجتماعياً ومستوى فعاليته الذاتية وقدرته على النجاح والإبداع وعلاقة كل ذلك بوجود دعم أو سند إجتماعي أو غيابه.

(بعلول، 2020: 12)

11. مقومات جودة الحياة:

كي يستطيع الإنسان الشعور بجودة الحياة والوصول إليه لا بد مجموعة من العوامل تتمثل فيما يلي:

أولاً: تحقيق الفرد لذاته وتقديرها: يعرف كلا من عبد الحميد وكفاي (1995) مفهوم الذات على أنه فكرة الفرد وتقييمه لنفسه بما تشمل عليه من قدرات وأهداف وإستحقاق شخصي، وتذكر فرغلي (1994) إن مفهوم الذات لدى الفرد يتكون من مجموعة من العوامل أهمها (تحديد الدور، والمراكز والمعايير الإجتماعية والتفاعل الإجتماعي واللغة والعلاقات الإجتماعية).

كما يرى البعض إن عاطفة إعتبار الذات سبب التفاعلات القائمة بين الفرد والمحيطين به وهي تنشأ على مراحل كما يلي:

■ عند صغار الأطفال نجد أن تصرفاتهم تتعدل تبها لمبدأ اللذة والألم أي على المستوى الغريزي.

- يتعدل المستوى الغريزي لسلوك بالثواب والعقاب فإذ كبر الطفل وعوقب على فعل أتاها بحرمانه من الحلوى مثلا أو رياضة يحبها وألعاب يفضلها تعدل سلوكه على اساس الثواب والعقاب محل اللذة والألم في المستوى الغريزي السابق.
- في المرحلة الثالثة نجد أن السلوك يتعدل بالمدح والذم أو بعلامات الرضا والغضب أو السخط. (بن عطية، 2016: 50)

ويرى كلا من كروت توراي أن السعي وراء تحقيق الذات هو بمثابة الهدف الإسمي النهائي للطموح الإنساني، وتشير مجدي (2009) إلى علاقة تحقيق الذات بجودة الحياة فقد قام فيترسو (2004) بدراسة السعادة الشخصية مقابل تحقيق الذات من أجل تنمية جودة الحياة على (264) من طلبة المرحلة الثانوية والجامعية حيث أسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية موجبة بين كم من السعادة الشخصية وتحقيق الذات من ناحية وجودة الحياة من ناحية أخرى.

ثانيا: إشباع الحاجات ككمون أساسي لجودة الحياة: ويذكر الغندور (1999) أن البعض قد يرى إن لب الموضوع جودة الحياة يكمن أن في دراسة ماسلو عن الحاجات الإنسانية، والنظرية الإقتصادية للمتطلبات الإنسانية، ومن المعلوم لدى أهل التخصص بعلم النفس إن تصنيف ماسلو للحاجات الإنسانية يشتمل على خمسة مستويات متدرجة حسب أولويتها هي كالتالي:

- الحاجات الفيزيولوجية.
- حاجة الأمن.
- حاجة الإنتماء.
- حاجة المكانة الإجتماعية.
- الحاجة لتقدير الذات. (بن عطية، 2016: 51)

إن إشباع الحاجات الأساسية هل حاجات ضرورية لكل فرد من أفراد المجتمع بشكل عام، قد تتفاوت من فرد الى آخر من حيث درجة تحقيقها وإشباعها، ولكنها حاجة يسعى الكل الى تحقيقها، على الرغم من وجود بعض الظروف المحيطة بالفرد والتي تحول بين الفرد وبين تحقيق البعض من هذه الحاجات الضرورية للفرد، وقد يكون الفرد ليس له دخل فيها، إلا أن

تحقيقها لا يتم إلا من خلال عملية متكاملة بين أفراد المجتمع والوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه الفرد.

ثالثاً: الوقوف على المعنى الإيجابي للحياة: يعتبر مفهوم معنى الحياة مفهومها هاما جدا، ويعتبر فرانكل (1996) إن مفهوم معنى الحياة يجب أن يكون له معنى تحت كل الظروف، وإن هذا المعنى في حالة دائمة من التغيير، إلا أنه يظل موجودا دائما، ويرى فرانك لأن الإنسان يستطيع إكتشاف ذلك المعنى في حياته بثلاثة طرق وهي كالتالي:

- عمل شيء جديد أو القيام بعمل ما.
- تجربة خبرات وقيم سامية مثل الخير والحق والجمال.
- الإلتقاء بإنسان آخر في أوج تفرده الإنساني. (بن عطية، 2016: 52)

ولقد حدد فرانكر ثلاثة مصادر يستطيع الإنسان من خلالها تحقيق معنى لحياته وهي كالتالي:
القيم الإبداعية: وتشمل كلما يستطيع الفرد إنجازها، فقد يكون ذلك الإنجاز عملا فنيا أو إكتشافا علميا.

القيم الخبراتية: وتتضمن كلما تحصل عليه الإنسان من خبرات حسية ومعنوية وخاصة ما يمكن أن يحصل عليه من خلال الإستمتاع بالجمال، أو محاولة البحث عن الحقيقة، أو الدخول في علاقات إنسانية مشبعة بالحب أو الصداقة.

القيم الإتجاهية: وتتكون من الموقف الذي يتخذه الإنسان إزاء معاناته التي لا يمكن أن يتجنبها كالتقدير أو المرض أو الموت.

فمعنى الحياة يمكن تحقيقه من خلال الإتجاه الذي يتخذه الإنسان حيال مواقف الألم والمعاناة التي لا يمكنه تجنبها في رحلته مع الحياة.

وبشير الأنصاري (2002) إلى مفهوم التوجه نحو الحياة، ويتضح من خلال إن معنى الحياة لدى الفرد هو الذي يجعل من السعي الدؤوب وتحمل المشقة شيئا يرفع من قيمة الحياة، ويجعلها تستحق أن تعاش، وهذا يعني أن الإيمان بمعنى الحياة يمد الفرد بالقدرة على إعطاء والتسامي على الذات، ومن هذا يكون إدراك قيمة الحياة. (بن عطية، 2016: 53)

رابعاً: وجود علاقة إجتماعية ودعم إجتماعي: ويذكر عثمان (2001) إن العلاقات الجيدة تعتبر من أهم مصادر السعادة، وكأن يكون الفرد متزوجا زيجة سعيدة، وله أصدقاء و أن تكون

علاقاته جيدة مع أفراد الأسرة والأقارب وزملاء العمل والجيران، وربما يحتاج الفرد إلى التدريب على المهارات الإجتماعية التي تجلب له السعادة.

خامسا : الرضا عن الحياة: يعرف **الدسوقي (1998)** الرضا عن الحياة بأنهم تقييم الفرد لنوعية الحياة التي يعيشها طبقا لنسقه القيمي وهو يعتمد على مقارنة الفرد لظروفه الحياتية وما يتعلق بها من جوانب أخرى، من الموضوعات الهامة التي تحظى بالإهتمام العاملين في مجال الصحة النفسية وعلم الأمراض العقلية على حد سواء كذلك يعتبر الشعور بالرضا عن الحياة مؤشرا مهما من مؤشرات الصحة النفسية السليمة، فالرضا يدفع الفرد الى الحياة ويزيد من رغبته فيها.

إن منظمة الصحة العالمية تصف الرضا عن الحياة بأنه معتقدات الفرد عن موقعه في الحياة، وأهدافه، وتوقعاته، ومعاييرها وإهتماماته في ضوء السياق الثقافي ومنظومة القيم في مجتمع الذي يعيش فيه، وهو مفهوم واسع يتأثر بطريقة مركبة بالصحة الجسمية للفرد وبالحالة النفسية والإستقلالية وعلاقته الإجتماعية وعلاقاته بكل مكونات البيئة التي يعيش فيها.

(بن عطية، 2016: 54)

سادسا: توافر الصلابة النفسية: تعرفها **حمزة (2002)** بأنها مجموعة متكاملة من الخصال الشخصية ذات الطبيعة النفسية والإجتماعية، وهي خصال تضم الإلتزام والتحدي والتحكم، والتي يرها الفرد على أنها خصال مهمة له تمكنه من مجابهة المواقف الصعبة والتصدي لها، وكذلك المواقف المثيرة للمشقة النفسية، والتي تمكنه من التعايش معها بنجاح.

سابعا: التدين: ترى **مجدي (2009)** أن التعامل الديني يعتبر من العوامل أن التعامل الديني يعتبر من العوامل المؤثرة في مدى ما يشعر به الإنسان من الرضا عن الحياة، كما أن التدين يمكن أن يتخذ كقيمة تنمي لدى الفرد المعنى الإيجابي للحياة، وتجعله أكثر قدرة على التكيف مع الضغوط وأكثر قدرة على مواجهة الصعاب.

ويضيف **حسن مصطفى (2005)** بأن الإرشاد الديني يستخدم لخفض الإحساس بضغط الحياة، ويجعل الفرد أكثر قدرة على ضبط إنفعالاته إلى الحد الذي يساعده على النجاح في الحياة. **(بن عطية، 2016: 54)**

أن العامل الديني مهم ومؤثر في حياة الفرد، فمن خلال الوازع الديني لدى الفرد المعاق والتسليم بقضاء الله وقدره وبأن يسلم بهذا الأمر الواقع، فإن هذا يبعث لدى الفرد معنى إيجابيا لدى الحياة، ويجعله أكثر قدرة على التكيف والتوافق ومواجهة الصعاب.

ثامنا: السعادة: السعادة هي قدرة الفرد على الشعور بالرضا عن نفسه وعن الآخرين والإستمتاع بالحياة والتعبير عن المشاعر الإيجابية.

إن الشعور بالسعادة هو حالة من المرح والهناء والإشباع تنشأ أساسا من خلال إشباع الدوافع، ولكنها تسمو إلى الرضا النفسي، وهي بذلك وجدان يصاحب تحقيق الذات، وترى مجدي (2009) أن الشعور بالسعادة بأمر عدة أهمها: تكامل شخصية الفرد، تقبل الذات، الرضا عن الحياة بما فيه من ضغوط وصعاب، وكذلك الحرص على إقامة علاقات جديدة وبالتالي فالشعور بالسعادة يعتبر جزءا من شعور الفرد بجودة حياته سواء النفسية والإجتماعية.

(بن عطية، 2016: 55)

تاسعا: التوجه نحو المستقبل: إن قلق المستقبل يمثل أحد أنواع القلق والذي يشكل خطورة في حياة الفرد، والذي يمثل خوف من المجهول عن خبرات ماضية وحاضرة أيضا يعيشها الفرد، والذي جعله يشعر بعدم الأمن وتوقع الخطر، ومن ثم شعوره بعدم الإستقرار، وقد تسبب له هذه الحالة شيئا من التشاؤم واليأس الذي قد يؤدي به في النهاية الأمر الى إضطراب حقيقي وخطير، كالإكتئاب والإضطرابات النفسية العصبية الخطيرة وتشير أيضا إلى أن قلق المستقبل قد ينشأ عن الأفكار خاطئة وغير عقلانية لدى الفرد تجعله يؤول الواقع من حوله، وكذلك المواقف والأحداث والتفاعلات بشكل خاطئ، مما يدفعه إلى حالة من الخوف والقلق الذي يفقده السيطرة على مشاعره على أفكاره العقلانية، ومن ثم عدم الأمن والإستقرار النفسي وقد يتسبب هذا القلق في حالة من عدم الثقة بالنفس، وعدم القدرة على مواجهة المستقبل، وكذلك الخوف والذعر الشديد من المتغيرات الإجتماعية والسياسية المتوقع حدوثها في المستقبل، مصحوبا بالتوقعات السلبية لما يحمله هذا المستقبل، ومن ثم الثورة النفسية التي تأخذ أشكالا مختلفة كالخوف من المجهول (المستقبل). (بن عطية، 2016: 56)

ويشير حبيب (2006) إلى وجود خطوات هامة يستطيع الفرد إستخدامها من أجل الوصول إلى جودة الحياة وتتمثل في التالي:

- بناء الوعي بالضرورة الحاجة إلى التحسن والتطور.
 - تحديد أهداف التحسن المستمر لأداء، وبناء تنظيم لتحقيق تلك الأهداف.
 - تنفيذ جوانب جودة الحياة.
- ويلخص القول بأنه ينبغي أن يتبنى الفرد منظور التحسن المستمر لجوانب الشخصية وأبعادها النفسية والعقلية والاجتماعية والثقافية والرياضية والدينية والجسمية كأسلوب حياة مع تلبية إحتياجاته ورغباته بالقدر المتوازن، وإستمراريته في توليد الأفكار والإهتمام بالإبداع والإبتكار والتعلم التعاوني، بما ينمي المهارات النفسية والاجتماعية.
- تعتبر جودة الحياة مفهوم نسبي يختلف من شخص إلى آخر حسب ما يراه من إعتبرات تقييم حياته، وتوجد عوامل كثيرة تتحكم في تحديد مقومات جودة الحياة وهي:
- القدرة على التحكم.
 - الصحة الجسمانية والعقلية.
 - الأحوال المعيشية والعلاقات الإجتماعية.
 - القدرة على التفكير وإتخاذ القرارات.
 - الأوضاع المالية والإقتصادية.
 - المعتقدات الدينية والقيم الثقافية. (بن عطية، 2016: 57)

12. كيفية تحقيق جودة الحياة:

لكي يستطيع الإنسان الشعور بجودة الحياة والوصول إليها، لا بد أن تتضافر وتتوافر مجموعة من العوامل، تتمثفيمًا يلي:

1.12. إشباع الحاجات كمكون أساسي لجودة الحياة: ويذكر العارف بالله الغندور أن البعض يرى لب موضوع جودة حياة يكمن في دراسة ماسلو عن الحاجات الإنسانية والنظرية الإقتصادية للمتطلبات الإنسانية وإن تصنيف ماسلو للحاجات يشمل على خمسة مستويات متدرجة حسب وألويتها وهي:

- ❖ الحاجات الفسيولوجية.
- ❖ الحاجة للأمن.
- ❖ الحاجة لإنتماء.

❖ الحاجة للمكانة الاجتماعية.

الحاجة لتقدير الذات.(عبيد، د س: 358)

حيث أن إشباع الحاجات هي الأساسية هي ضرورية لكل فرد من أفراد المجتمع بشكل عام قد تختلف من فرد لآخر من حيث درجة تحقيقها على الرغم من وجود بعض الظروف المحيطة بالفرد.

2.12. تحقيق الفرد لذاته: حيث يعرف كل من عبد الحميد وكافي مفهوم الذات على أنه "فكرة الفرد وتقييمه لنفسه بما تشتمل عليه من قدرات وأهداف وإستحقاق شخصي". وتذكر فرغلي "أن مفهوم الذات لدى الفرد يتكون من مجموعة من العوامل من أهمها: تحديد الدور والمركز، والمعايير الاجتماعية، والتفاعل الإجتماعي، واللغة، والعلاقات الاجتماعية".

(عبيد، د س: 359)

ويرى كل من Kurt & Tory أن السعي وراء تحقيق الذات هو بمثابة الهدف الإسمي والنهائي للطموح الإنساني، وتشير مجدي إلى علاقة تحقيق الذات بجودة الحياة، فقد قام Viterso (2004) بدراسة السعادة الشخصية مقابل تحقيق الذات من أجل تنمية جودة الحياة على (264) من طلبة المرحلة الثانوية والجامعة، حيث أسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية موجبة بين كل من السعادة الشخصية وتحقيق الذات من ناحية، وجودة الحياة من ناحية أخرى.

وعليه يجب على الفرد أن يدرك بأنه يمتلك القدرات والطاقات، وأن يقدر ذاته وأن يعمل جاهدا لتحقيقها على الرغم من وجود العقبات التي تعترضه في الحياة، فتحقيق الذات يعتبر بمثابة قمة الشعور والإحساس بالرضا عن الذات ومن ثم شعوره بجودة الحياة.

(عبيد، د س: 360)

13. معوقات جودة الحياة:

يتضمن البناء النفسي لكل من مكامن قوة وبمواطن ضعف، وإذا أردنا أن نحسن جودة الحياة، لإنسان علينا أن لا نركز فقط على مشكلات بل يتعين تركيز كذلك على كل أبعاد الحياة وإستخدام وتوظيف قدرات وكافة الإمكانيات المتاحة لتحسين جودة الحياة يجب أن نميز بين الظروف الداخلية والظروف الخارجية.(قاسمي، 2020: 14)

جدول (01) معيقات تحقيق جودة الحياة.

الظروف	المعوقات	القدرات
الداخلية	المرض	المهارات
الداخلية	- الإعاقات. - الخبرات الحياتية.	- الخبرات الحياتية الإيجابية. - الحالة المزاجية. - الإيجابية والسرور.
الخارجية	- نقص المساندة الإجتماعية والانفعالية. - ظروف الحياة والمعيشة السيئة. - سوء الاختيار.	- توافر مختلف مصادر المساندة الإجتماعية. - توافر نماذج رعاية جيدة أو طيبة. - وجود برامج توجيه وإرشاد.

وهنا نقصد بالظروف الداخلية الخصائص البدنية والنفسية و الإجتماعية للفرد، أما الظروف الخارجية فيقصد بها تلك العوامل المرتبطة بتأثير الآخرين أو البيئة التي يعيش فيها ذلك الشخص. (قاسمي، 2020: 15)

14. قياس جودة الحياة:

يعتبر قياس جودة الحياة من المجالات التي مازالت تحتاج جهدا كبيرا من المتخصصين، فعلى الرغم من وجود مقاييس عديدة في هذا المجال، إلا أن غالبيتها ليست شاملة، ويرى جيل وفينستين (Gill & Feinstein)، أن مقاييس جودة الحياة قد تطورت منذ السبعينيات، وأصبحت تتسم ببعض الخطوات المهمة في الإعداد مثل إختيار البنود وحذف البنود غير مناسبة، والإختبار القبلي للقياس، والتقييم الكلي إلا أن بعض المقاييس ينقصها الصدق الظاهري، وتشير تستا وسيمونسون (Testa & Simonson 1996) إلى أن مقاييس جودة الحياة يمكن أن تكون شاملة، أو مركبة، كما يمكن أن تكون بطريقة القوائم، في جميع الأحوال يجب أن تتسم هذه

المقاييس بتغطية الأحداث والصدق والثبات والتجانس، ويصنف تورجرسون (totgeron 1999) أن المقاييس المستخدمة في هذا المجال مقسمة إلى ثلاث مجموعات تتمثل في التالي: (نواوي، 2020: 52)

❖ **المقاييس النوعية:** وهي المقاييس المرتبطة بمواقف وظروف وعينات وأهداف محددة مثل المقاييس التي تتضمن أسئلة حول بعض الأعراض التي يهدف العلاج التخلص منها.

❖ **المقاييس العامة أو الشاملة:** وهي التي تتضمن أسئلة حول الصحة العامة للفرد، ومجالات حياته المختلفة.

❖ **المقاييس المؤسسة على النفع أو الفائدة:** التي تتضمن أسئلة عامة التي تدور حول تفضيلات الفرد في فترات معينة. (نواوي، 2020: 52)

وتضمنت جهود قياس جودة الحياة مجموعتين من المؤشرات الذاتية والموضوعية، وترى باري وكروسبي (Barry & Crosby 1993) جهود قياس جودة الحياة مجموعتين من المؤشرات الذاتية لجودة الحياة تعكس إدراك الفرد ومشاعره الذاتية فيما يتعلق في المواقف الحياتية الجارية، وتعتبر ذات أهمية محورية في قياس جودة الحياة، ويؤكد ليمنان (Lihman 1988) على أهمية المؤشرات الذاتية باعتبارها أكثر حساسية لجودة الحياة، وتتكون غالبا من تقديرات الرضا على الرغم من تأثيرها بالمرغوبية الإجتماعية والإستجابات المستحسنة والتوقعات والخبرات السابقة، وإدراك المواقف الجارية والعوامل الذاتية الأخرى، ويرى ضرورة البحث عن وسيلة لجعل المقاييس الذاتية تعكس قياسات مستقرة متسقة نسبيا مع مرور الوقت، وتحديد مدى حساسيتها للتغيرات الموضوعية في الحياة، ويؤكد روجرسن (Rogerson 1999) على أهمية الفرد ووجهات نظره التي تعبر عن درجة الرضا أو عدم الرضا، التي يشعر بها نحو مظاهر حياته ومدى السرور والسعادة والرضا، الذي يميز حياته بصفة عامة. (نواوي، 2020: 53)

يؤكد سامي محمد هاشم أن جودة الحياة يمكن أن تقاس من خلال مجموعتين من المؤشرات التي تشير إلى إرتفاع -انخفاض جودة الحياة، والمجموعة الأولى عبارة عن إدراك الرضا عن الحياة باعتبارها دالة شخصية يمكن تحديدها من خلال وجهة النظر الشخصية ويطلق عليها جودة الحياة الذاتية، أما المجموعة الثانية تتضمن خصائص الفرد في وضعه الحالي، ويمكن قياسها بصورة موضوعية ويطلق عليها جودة الحياة الموضوعية.

كما قسم ويكلاند وآخرين (Waklund & Others 2000) قياس جودة الحياة إلى ثلاثة أنواع تتمثل في التالي:

❖ **القياس العالمي:** بحيث صمم لقياس جودة الحياة بصورة متكاملة وشاملة، وذلك من خلال توجيه السؤال لدى الشخص لحسابه مقياس جودة الحياة للفرد، بصورة مقياس فلانجان الذي سأل عن رضا الأفراد عن جودة الحياة في 15 مجال من مجالات الحياة.

(نواوي، 2020: 54)

❖ **القياس العام:** وهو مشترك مع القياس العالمي، وصمم من أجل مهام وظيفية في الرعاية الصحية، ومن مميزات هذا المقياس أنه يعطي تغطية شاملة وعمل مقارنة بين المجموعات المختلفة من المرضى، ومن عيوبه أنه لا يعطي عناوين ذات صلة بمرض معين.

❖ **المقياس الخاصة بالمرض:** وهو يقيس ردة الفعل في العلاج بعض الأمراض مثل الألم والتعب.

❖ وبمراجعة المناهج التي زدنا بها شالوك Chalock والذي يدافع عن المذهب المنهجي مؤديا التعددية، لأنه ينصب على الطبيعة المتعددة لجودة الحياة، ويسلم بأن جودة الحياة تقاس من كل الإدراكات الموضوعية معا، وتتضمن كلا من التقييمات الذاتية والموضوعية للعوامل الموضوعية أي لابد من اتحاد مذاهب البحث المتعددة حول موضوع البحث واحد مما يؤدي إلى تغلب على بعض النقاط الضعف والمشكلات في طرق البحث الفردية وينتج عنه نتائج بحث قوية. (نواوي، 2020: 54)

ومن بين المحاولات التي هدفت إلى قياس جودة الحياة وفقا لثلاثة مكونات تتمثل في التالي:

❖ **جوانب الحياة الموضوعية:** وتشمل الرفاهية الصحية، الرفاهية المادية، الرفاهية الإجتماعية ممارسة ممارسة النشاط والارتقاء، الرفاهية الانفعالية.

❖ **جوانب الحياة الذاتية:** وتشمل: المعيشة الصحية، المعيشة المادية، المعيشة الإجتماعية، ممارسة النشاط وجوانب الارتقاء.

❖ **القيم الشخصية وإضفاء قيمة وأهمية لكل من:** المعيشة الصحية، المعيشة المادية، المعيشة الإجتماعية، ممارسة النشاط وجوانب الارتقاء.

ونلاحظ مما سبق أنه توجد عدة مشكلات لقياس جودة الحياة يمكن إجمالها فيالتالي:

❖ **تعريف جودة الحياة:** يختلف الباحثون في إعطاء مفهوم لجودة الحياة، ونتيجة لذلك يختلف القياس في الإضافة إلى المعلومات الناقصة حول المقاييس المتاحة، والتي تقودنا إلى اختيار مقياس غير ملائم، وفي هذا الصدد يذكر منسي وكاظم أن القياس الجيد لجودة الحياة يتوقف على الوصف الدقيق للحياة الجيدة، ومن أهم هذه المشكلات صعوبة تحديد مفهوم جودة الحياة، ولذلك فقد تعددت المفاهيم وتباينت.

❖ **تعريف الأبعاد اختيارها:** من خلال البحث عن مجموعة محددة وحاسمة من الأبعاد المركزية لجودة الحياة، نلاحظ أن أغلب البحوث تفرض نماذج جودة الحياة على الأفراد، وأنه يتضمن الأفراد كمشاركين، عندما يفرض الباحثون أبعادا لقياس جودة الحياة فهم يقعون في خطر حذف مظاهر مهمة ربما وثيقة الصلة بالموضوع بدرجة كبيرة للفرد، أو فرض مظاهر وثيقة الصلة بالموضوع بدرجة ضئيلة. (نواوي، 2020: 55)

❖ **جدل الذاتية والموضوعية:** اختلاف الباحثون حول ما يحاولون قياسه إذ ربما يحاولون قياس الإدراك الذاتي ضد الظروف الموضوعية، أو الإدراك الذاتي والمؤشرات الموضوعية، معا في دليل فردي لجودة الحياة أو مؤشرات الموضوعية وحدها لظروف الحياة الخارجية.

✓ إن المستويات المختلفة للملاحظة الفردية والجماعية يمكن أن تؤدي إلى نتائج متعارضة.

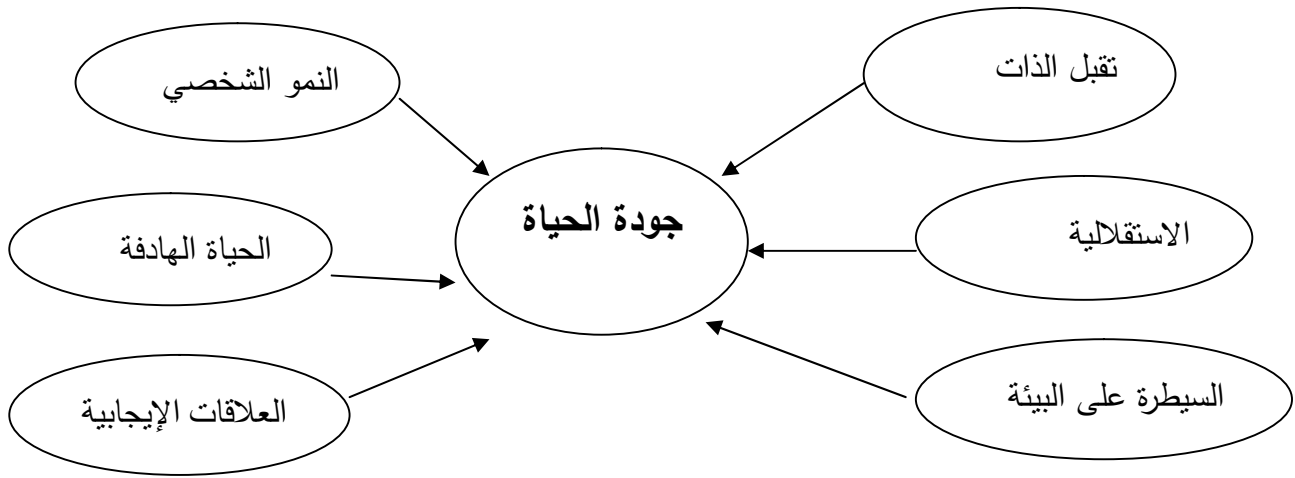
✓ أن الاختلاف والتنوع في التعريفات التي بنيت عليها مقاييس جودة الحياة يمكن أن تؤدي إلى إجابات مختلفة للسؤال الواحد.

✓ أن العوامل الثقافية والحضارية يمكن أن تؤدي اختلاف تعريف جودة الحياة.

ويرى سامي محمد أبو هاشم 2001 أ، بناء أداة لقياس جودة الحياة يجب أن تعتمد على عدة أسس من أهميتها: التركيز على المؤشرات الموضوعية والمؤشرات الذاتية لجودة الحياة، وأن يكون المقياس عاما وشاملا وغير قاصر على فئة أو موقف محدد، وأن يأخذ في الاعتبار التراث السابق في مجال قياس جودة الحياة وأن يعتمد المقياس على وجهة نظر الفرد وليس وجهة نظر الآخرين. (نواوي، 2020: 55)

15. أدوات قياس جودة الحياة:

قسم ويكلاند (2000) : أنواع قياس جودة الحياة إلى ثلاث أنواع: عالمي، عام، خاص. وضع رايف وكيز علماء علم النفس الإيجابي (1995) نموذج لجودة الحياة يعرف بإسم العوامل الستة.



الشكل (02) يمثل العوامل الستة حسب رايف وكايز.

وقد تعددت الأدوات والمقاييس في جودة الحياة بتعدد المؤشرات النفسية المرتبطة بها، من جهة ويأتي في مقدمة هذه المتغيرات الرضا عن ميادين الحياة والحاجات النفسية.

- كإختبار مانشستر للتقييم المختصر لنوعية الحياة: وقد تم تطوير إختبار مانشستر المختصر لنوعية الحياة ليكون بمثابة أداة مكثفة و معدلة قليلا بغرض تقييم جودة الحياة وبالتركيز على عامل الرضا عن الحياة بصفة عامة. (ساسي قداوي، 2018: 49)

- مقياس جودة الحياة لفرينش (1992): وهو يقيس الرضا عن الحياة (جودة الحياة) ويتضمن مقياس الجودة الذاتية 14 مجال للحياة مثل: الصحة، العمل، وقت الفراغ، العلاقات

مع الأصدقاء والأبناء، مستوى المعيشي، فلسفة الحياة، العلاقات مع الأقارب والجيران والعمل... إلخ حيث يطلب من المفحوص تقدير الرضا في مجال معين من الحياة وكذلك قيمة أو أهمية ذلك المجال بالنسبة للسعادة العامة للفرد.

-أنواع القياسات:

قسم "ويكلاند" (2000): أنواع قياس جودة الحياة إلى 3 أنواع: عالمي، عام، خاص بالمرضى.

أولاً: القياس العالمي: وصمم أسلوبه العام من أجل قياس جودة الحياة بصورة متكاملة وشاملة، وهذا قد يكون سؤالاً وحيداً يتم سؤاله للشخص لحساب مقياس جودة الحياة بصورة عامة له مثل مقياس "فلانجان" لجودة الحياة الذي يسأل الناس عن رضاهم عن 15 مجالاً من مجالات الحياة. (ساسي قداوي، 2018: 50)

ثانياً: المقياس العام: له أمور مشتركة مع المقياس العالمي وصمم من أجل مهام وظيفية، في الرعاية الصحية ثم تحديده ليكون بصورة شاملة مثل احتمالية تأثير المرض أو أعراض المرض على حياة المريض.

ويطبق المقياس العام على مجموعة كبيرة من السكان والميزة الكبرى لهذا المقياس هي تغطيته الشاملة وكذلك حقيقة أنه يسمح بعمل مقارنة مجموعات مختلفة من المرضى، أما عيوبه فهو لا يعطي عناوين ذات صلة بمرض معين.

ثالثاً: المقياس الخاص بالمرض: تم تطويره لمراقبة ردة الفعل للعلاج في حالات خاصة، وهذه الخطوات محصورة لمشاكل تميز مجموعة خاصة مع المرضى، حيث يكون لهؤلاء المرضى حساسية للتغيير وكذلك قلة التصوير لديهم في الربط مع تعريف معنى جودة الحياة.

-مجالات المقياس الخاص بالمرضى: حيث يركز على مشكلة معينة لمجموعة من المرضى مثل: الألم، التعب، الوظائف الجسدية الأمراض العصبية، اضطرابات النوم، الأمراض

السرطانية، فهي على العموم تهتم بتقييم حالة مرضية معينة من حيث عدة مجالات وكيفية تطور هذه الحالة خلال الزمن، ونذكر منها: سلم جودة الحياة المتعلق بالمصابين بمرض الربو، سلم جودة الحياة المتعلق بالمصابين بنوع معين من السرطانات. (ساسي، قداوي، 2018: 51)

خلاصة الفصل:

من خلال ما سبق طرحه حول مفهوم جودة الحياة نستنتج أنه من المفاهيم الحديثة والرائدة في علم النفس الإيجابي والنسبية نظرا لإختلاف العلماء في تعريفه، ولتحقيق معنى جودة الحياة من الواجب البحث في كافة تفاصيلها من النواحي الصحية بشقيها النفسي و العضوي، الإجتماعية والإقتصادية، فكلما كانت تحتوي كل منها على جوانب إيجابية تتحقق مؤشرات جودة الحياة المرجوة، كما ينبغي على الفرد كذلك تبني منظور التحسين المستمر لمختلف جوانب شخصيته مع تلبية رغباته بشكل متوازن بإهتمام وإبداع وإبتكار لتنمية مختلف المهارات التي يحتاجها.

الفصل الثالث: الإعاقة العقلية

تمهيد

1. مفهوم الإعاقة.
2. مفهوم الإعاقة العقلية.
3. مصطلح التخلف العقلي.
4. الفرق بين التخلف العقلي والمرض العقلي.
5. أسباب التخلف العقلي.
6. حاجات المتخلفين عقليا.
7. تصنيف الإعاقة العقلية.
8. مظاهر التخلف العقلي.
9. خصائص المعاقين عقليا.
10. تشخيص الإعاقة العقلية.
11. التشخيص الفارق.
12. الصعوبات والمعوقات التي تواجه المتخلفين عقليا.
13. علاج الإعاقة العقلية.
14. الوقاية والرعاية في مجال الإعاقة العقلية.
15. رعاية وتربية المعاقين عقليا.
16. إستراتيجيات التربية الخاصة للمعاقين عقليا.
17. أهداف وتربية الأطفال المتخلفين عقليا.
18. انواع البرامج التعليمية للمتخلفين عقليا.
19. الإتجاهات الحديثة في التقييم النفسي والتربوي لأطفال المعاقين عقليا.
20. إجراءات التقييم النفسي للأطفال معاقين عقليا.
21. ردود الفعل التي تظهر على الوالدين أثناء إدراكهما بأن طفلهما متخلف عقليا.
22. دور الأسرة وعلاقتها بالطفل المتخلف عقليا.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

يعد التخلف العقلي من أكثر الإعاقات شيوعاً في مجتمعات العالم المتخلف، ومن الظواهر التي تستدعي الاهتمام والبحث حيث أن أطفال هذه الفئة ذوي مستويات أدائية عقلية وظيفية منخفضة مما يعيق قدراتهم على التعلم والاكساب والتكيف مع مطالب المجتمع وتوقعاته، ولكن هذا لا ينفي أن هؤلاء الأطفال كغيرهم من المعاقين لهم حقوق، على المجتمع توفيرها وتلبيتها لهم بل ربما فهم أكثر حاجة للرعاية والتأهيل لأنهم غير قادرين على التمييز ما ينفعهم وما يضرهم.

1. مفهوم الإعاقة :

تعددت تعريفات الخاصة بالإعاقة، وقد اختلف الباحثون في تعريفهم للإعاقة حسب تخصصاتهم ونحاهم الفكري، فمنهم من تناولها من زاوية جسمية وحسية، ومنهم من اهتم بالجوانب الطبية، ومنهم من اهتم بها من زوايا نفسية وإجتماعية وتربوية، ومنهم من نظر إليها نظرة شاملة.

وتعتبر الإعاقة عقبة في طريق الفرد بالإضافة إلى صعوبة الإعاقة في عملية النمو، ولذلك يشعر الفرد ذو الإعاقة بالتحدي من خلال مدى صعوبة الإعاقة بجميع أنواعها، سواء ، سواء إنفعالية ، أو جسمية، أو عقلية أو إجتماعية.

وتعرف الإعاقة لغويا بأنها مشتقة من الفعل عاق، عوق، وعاق عن الشيء ، يعوقه عوقا، أي صرفه وحبسه وعطله.

وقد وضع الإتحاد النوعي لرعاية المكفوفين تعريفا للمعوقين بأنه فرد لديه قصور حسي أو عقلي يترتب عليه آثار بدنية، ونفسية، وتعليمية جعلته غير قادر على الوفاء بإحتياجاته الأساسية في الحياة، أو بتعبير آخر الذي فقد قدرته على مزاوله عمله أو القيام بعمل آخر نتيجة نقص أو قصور بدني أو حسي سواء كان هذا القصور بسبب مرض أو إصابة أو كان خلقيا منذ الولادة.

وعرفها **عبد الفتاح عثمان** بأنها "قصور أو تعطيل عضو أو أعضاء الداخلية للجسم عند القيام بوظائفها نتيجة لأسباب وراثية أو مكتسبة ميكروبية أو فيروسية أو أمراض أو حوادث معينة". (عبد المنصور العنزي، 2008: 34)

وعرفها **زهير السباعي** بأنها "كل ما يحد من قدرات الإنسان العقلية أو النفسية أو الجسدية ويجعله غير قادر على أن يمارس حياته الطبيعية المتوقعة منه في حدوده عمره الجنسية وظروفه البيئية".

ويطلق لفظ المعاق على الشخص الذي فقد أحد أجزاء جسمه أو أصيب بعاهة أو مرض قبل الميلاد أو بعده مما يجعله غير قادر على الإستجابة بشكل مناسب لما يرد إليه من المنبهات سواء كانت هذه المنبهات داخلية أو خارجية.

ويشكل مصطلح "الأطفال المعوقين" المتخلفين عقليا ومن لديهم صعوبة في السمع والصمم ومن لديهم صعوبة في السمع والصمم ومن لديه إعاقة في الكلام أو أي إعاقة ومن لديهم

صعوبة في السمع والصمم ومن لديهم صعوبات معينة في التعليم وهم الذين يحتاجون إلى تربية خاصة وخدمات أخرى مرتبطة بها، وعلى ذلك نجد أن الإعاقة البصرية تعنى "ضعف البصر حتى مع العلاج ويشمل المصطلح المكفوفين كلياً والمكفوفين جزئياً. ويحتاج الطفل المعاق بصفة عامة إلى رعاية خاصة تساعد على تكيف مع من حوله من أقرانه والإعتماد على نفسه وتنمية حواسه وقدراته للاستفادة منها بأقصى درجة ممكنة.

ويشير عبد الرحمان سليمان إلى الإعاقة الجسمية بأنها "تلك الإصابة الجسمية التي لها صفة دائمة وتؤثر تأثيراً حيوياً على ممارسة الفرد لحياته الطبيعية في المجتمع".
ويشير عادل عبد الله إلى الإعاقة الجسمية بأنها "حالة تعوق الفرد عن أن يقوم باستخدام جسمه أو أجزاء منه استخداماً كاملاً ذا فعالية مما يؤثر على كم وكيف أدائه".

(عبد المنصور، 2008: 35)

وأيضاً هي عدم تمكن المرء من الحصول على الإكتفاء الذاتي وجعله في حاجة مستمرة أي معونة الآخرين، وإلى تربية خاصة تساعد على التغلب على إعاقته.
والمعاق هو ذلك الطفل أو الشخص الذي يعاني من حالة عجز تحد من قدرته أو تمنعه من القيام بالوظائف والأدوار المتوقعة من هم في عمره بالاستقلالية.

(بنت قاسم العنزي، 2011: 15)

2. مفهوم الإعاقة العقلية:

1.2. تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية:

إن الإعاقة العقلية تشير إلى وجود أداء عقلي عام أقل من المتوسط يرتبط بقصور في السلوك التكيفي، ويمكن ملاحظته أثناء فترة نمو الطفل التي لم تصل إلى سن 16 عام.
أي جاء تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي نتيجة للإنتقادات التي وجهت إلى التعريف السيكومتري والذي يعتمد على معايير القدرة العقلية وحدها في تعريف الإعاقة العقلية ونتيجة للإنتقادات التي وجهت إلى التعريف الاجتماعي والذي يعتمد على معايير الصلاحية الإجتماعية وحدها في تعريف الإعاقة العقلية. (متولي، 2015: 16)

هو أيضا إنخفاض ملحوظ في مستوى القدرات العقلية العامة (درجة الذكاء تقل عن 70) وعجز في السلوك التكيفي أي (عدم القدرة على الأداء المستقل أو تحمل المسؤولية المتوقعة منهم في نفس العمر). (هلال، 2012: 19)

3. تعريف التخلف العقلي:

-تعريف أحمد زهران: التخلف العقلي هو حالة نقص أو تأخر أو عدم إكمال النمو العقلي المعرفي، يولد بها الفرد أو تحدث في سن مبكرة نتيجة العوامل الوراثية أو المرضية أو البيئية التي لها تأثير على الجهاز العصبي مما ينعكس على نقص درجة الذكاء وتنتج آثارها في ضعف مستوى أداء الفرد في المجالات التي ترتبط بالنضج والتعلم والتوافق النفسي.

-تعريف ترد جولد Tred Gold: الإعاقة العقلية هي حالة عدم إكمال النمو العقلي بحيث لا يستطيع الفرد التكيف مع نفسه ومع البيئة من حوله. (هلايلي، 2007: 18)

-تعريف منظمة الصحة العالمية: ترى أن التخلف العقلي عبارة عن نمو ناقص أو غير مكتمل في القدرات أو الإمكانيات العقلية والنمو العام للإمكانيات العقلية.

-تعريف جمعية الطب العقلي الأمريكي: تشير إلى أن التخلف العقلي ضعف عام وشذوذ في الوظائف العقلية، تلك التي تظهر في أثناء مراحل النمو ويصاحبها عجز في التعلم والتكيف الاجتماعي للمريض أو في النضوج أو في كلاهما. (هلايلي، 2007: 19)

4. الفرق بين الإعاقة العقلية والمرض العقلي:

يخلط البعض أحيانا خاصة في الأوساط غير المتخصصة بين مفهوم الإعاقة العقلية وبين مفهوم المرض العقلي وقد يعتبرونه شيئا واحدا، ولكن الواقع غير ذلك وإن كان هناك بعض الحالات التي قد يجتمع فيها التخلف العقلي مع المرض العقلي في شخص واحد، حيث أن التخلف العقلي حالة وليس مرضا فالمرض العقلي عبارة اختلال في التوازن العقلي فالشخص المريض عقليا يكون عادي الذكاء وقد يكون عبقريا وليس ذكيا فقط...

ولتوضيح الفرق وإزالة اللبس بينهما ينبغي الإشارة إلى كل من هذين المفهومين -كل على حدة- ثم نذكر أسباب الخلط بينهما.

1.4.1. الإعاقة العقلية: تحدث الإعاقة العقلية قبل وأثناء وبعد الولادة خلال فترة النمو وقبل سن 18، والإعاقة العقلية قد تحدث نتيجة عوامل وراثية أو عوامل بيئية مكتسبة بسبب مرض أو مرض أو فيروس أو اضطرابات أثناء التكوين أو إصابات مباشرة للدماغ تؤثر على وظائف المخ.

والإعاقة العقلية ليست مرضاً، وإنما هي حالة نقص في القدرة العقلية، وانخفاض في درجة الذكاء عن المتوسط وانخفاض في الأداء العقلي، وهذا النقص والانخفاض يرجع إلى حالة عدم اكتمال أو توقف أو تأخر نمو العقل لأسباب تحدث في مراحل النمو الأولى منذ لحظة الإخصاب حتى سن المراهقة. (وادي، 2009: 72)

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

2.4. المرض العقلي: يحدث المرض العقلي في أي مرحلة في مراحل العمر بلا حدود، وعادة يحدث بعد سن المراهقة.

وفي معظم الحالات يحدث المرض العقلي للفرد بعد مروره بخبرة فشل في تعامله مع بعض عناصر البيئة التي يعيش فيها، أو بعد فشل الفرد في التعامل مع أشخاص بعينهم، أو عجز الفرد عن حل بعض المشكلات، وقد يحدث نتيجة لمغالاة الفرد في طموحاته وتوقعاته بما لا يتلاءم مع قدراته وإمكاناته فيجد نفسه عاجزاً عن تحقيق تلك الطموحات ويفشل في الوصول إلى تلك التوقعات.

وقد يحدث المرض العقلي للشخص الذي يشعر دائماً أن الآخرين يرونه غير كفء وغير قادر على عمل معين، وتكرار تلك المواقف في حياة الفرد يؤدي به إلى الإتيان بأنماط سلوك الإنفعالي مثل: الاكتئاب، والانسحاب، والعدوانية، والانطواء، والعزلة... وغير ذلك. ومن أهم ما يميز المرض العقلي أنه يحدث بعد اكتمال نمو العقل، وأن العجز الظاهر في أداء العقلي لدى الشخص المريض عقلياً ويرتبط بفترة المرض فقط وبعد الشفاء يعود الفرد إلى حالته العقلية السوية قبل الإصابة بالمرض العقلي. (وادي، 2009: 73)

3.4. أسباب الخلط بين مفهومي الإعاقة العقلية والمرض العقلي: يتضح مما سبق أن هناك فروقا واختلافات جوهرية وأساسية بين مفهومي الإعاقة العقلية والمرض العقلي، وأن تخطب بينهما ينشأ نتيجة لتشابه بعض الأعراض الانفعالية والعقلية التي قد تظهر في سلوك كل من المعاقين عقليا ومرضى العقول.

4.4. فالشخص المعاق عقليا: لا يستطيع اكتساب المهارات الأساسية إلا في مراحل متأخرة من النمو، ولا يمتلك القدرة اللازمة لأداء الأعمال والمهام التي تتطلب قدرات عقلية معنية، ويفشل دائما في أداء تلك الأعمال والمهام.

ونتيجة لهذا الفشل المستمر والعجز عن أداء ما يطلب من الأعمال لا تناسب قدراته العقلية المحدودة، يصاب بالإحباط ويرى نفسه عديم القيمة لا شأن له مما يؤدي إلى ظهر بعض الأعراض الانفعالية في سلوكه مثل: الاكتئاب والعدوانية والانطواء والعزلة، فيتوهم من يرى هذا الشخص أنه مريض عقلي لأن هذه الأعراض تشبه الأعراض الانفعالية التي تظهر في سلوك الشخص المريض عقليا، والواقع أنها قد حدثت للمعاق عقليا نتيجة لقصور العقلي.

(وادي، 2009: 74)

5.4. أما الشخص المريض عقليا: هو في الواقع شخص معاق انفعاليا ووجدانيا، ونتيجة للمشكلات الانفعالية والوجدانية التي تعاني منها قد تظهر عليه بعض الأعراض العقلية مثل: عدم الكفاءة في أداء بعض المهام التي تتطلب قدرات عقلية معينة، وعدم القدرة على حل المشكلات، وقصور في أداء بعض الأنشطة العقلية معينة، وعدم القدرة على حل المشكلات، وقصور في أداء بعض الأنشطة العقلية، فيتوهم من يرى هذا الشخص أنه معاق عقليا.

وفيما يختص بالعلاج قد يستجيب العلاج في المرض العقلي وذلك على شكل تخفيف الأعراض المؤدية لهذا المرض مما يؤدي إلى الشفاء، بينما في حالة التخلف العقلي لا يمكن الشفاء منها إذا حدثت. (وادي، 2009: 74)

5. أسباب التخلف العقلي:

إختلف العلماء في تحديدهم للعوامل التي تؤدي إلى التخلف العقلي، بحيث أنه يمكن تقسيم الأسباب إلى ثلاثة أقسام على أساس المرحلة التي حدث فيها التخلف العقلي على النحو التالي:

1.5. عوامل ما قبل الولادة: وهي العوامل التي تؤثر على الطفل قبل ميلاده والتي تؤدي إلى تخلفه العقلي إذ ينشأ التخلف العقلي نتيجة لعوامل تؤثر على الطفل قبل ولادته، وتتصف هذه العوامل أنواعا متعددة، منها حالات وراثية، هناك حالات تحدث طفرات في الجينات في أثناء تكوين الأجنة وينشأ عنها أنواع من الإضطرابات في بعض النواحي الفسيولوجية كإضطرابات الإنزيمات التي قد تؤدي إلى تلف الخلايا المخية مما يؤدي إلى التخلف العقلي.

(فرج، دس: 111)

2.5. عوامل أثناء الولادة: تعتبر الولادة من مراحل حياة الطفل تتأثر بالمرحلة التي قبلها وتترك بصماتها على الطفل في مراحل حياته التالية، فإذا تمت الولادة طبيعيا مرت بسلام دون مشاكل، وإذا حدثت الولادة عسرة أدى ذلك إلى التخلف العقلي. وفي حالات الولادة العسرة يتعرض الوليد أثناء الولادة لظروف قاسية تؤذي وتلف خلايا جهازه العصبي وتؤدي به إلى التخلف العقلي من أسباب التخلف العقلي أثناء الولادة:

➤ حجم الجنين.

➤ إختناق الجنين.

➤ طول فترة الولادة.

3.5. عوامل ما بعد الولادة: قد يولد الطفل ولادة طبيعية ومع هذا يكون عرضه للإصابة بالتخلف العقلي إذا تعرض لمرض أو لحادثة تؤذي دماغه وجهازه العصبي في مرحلة الرضاعة والطفولة أو الأمراض أو الحوادث التي تسبب التخلف العقلي ومن هذه الأمراض والعوامل ما يلي:

-إلتهاب المخ: وينتج من إلتهاب الأذن أو دخول فطريات وفيروسات أو بكتيريا إلى المخ فتتلف خلاياه مما يسبب التخلف.

-شلل المخ: ينتج هذا الشلل عن تلف يصيب المخ أو أجزاء فيه تتصل بحركة الجسم.

(فرج، دس: 112)

-إلتهاب السحايا: مرض ينتج عن دخول نوع البكتيريا إلى سحايا الدماغ فتسبب إلتهابها مثل مرض الحمى الشوكية أو السل أو الأنفلونزا.

-أمراض الطفولة: مثل الحصبة، الغدة النكفية، السعال الديكي، إحتمال علاج هذه الأمراض تؤدي إلى التخلف العقلي.

-الحوادث: مثل حوادث المتزل وخاصة إصابات السقوط أو الإرتطام.

-الإصابات الناتجة عن الحروب.

-الإصابات الناتجة عن الكوارث الطبيعية.

-التلوث البيئي: يعتبر الرصاص أكثر الملوثات الكيميائية في علاقته بالإعاقة فهو يعمل بشكل مباشر في الحد من الذكاء الأطفال في مرحلة نموهم فهو يؤثر على الجهاز العصبي وعلى الجنين في بطن أمه. (فرج، دس : 113)

6. حاجات المتخلفين عقليا:

تتعدد الحاجات النفسية لأطفال المتخلفين عقليا كغيرهم من الأطفال العاديين بل هم في حاجة أكثر من العاديين نظرا لقدراتهم العقلية المحدودة وإحساسهم بالدونية بالنسبة لأقرانهم العاديين. ويذكر صموئيل مغاريوس (1974) أن الفرد في نموه، ولإعتباره كائنا إجتماعيا يحتاج إلى إشباع حاجات نفسية أساسية عنه وتتأثر شخصية الفرد تأثيرا كبيرا بما يصيب هذه الحاجات أو بعضها من إهمال أو حرمان وتتأثر بصفة عامة بالأسلوب أو طريقة التي تواجه بها هذه الحاجات وخاصة في الطفولة.

والطفل المتخلف عقليا له نفس الحاجة العميقة التي للطفل العادي وهي أن يكون محبوبا، ومرغوبا فيه، وإنه يحتاج إلى الإحساس بالأمان، ويحتاج إلى أن ينتمي إلى الآخرين وأن تكون علاقته بهم طيبة كما يحتاج إلى أن يكون نشيطا مبدعا. (منصور محمد، 2012: 26)

ومن أهم الحاجات النفسية التي تحتاج إلى إشباع عند الطفل المتخلف عقليا الحاجات الآتية:

1.6. الحاجة إلى التقبل الإجتماعي: إن الأطفال المتخلفين عقليا في حاجة أكبر إلى التقبل

الإجتماعي من أقرانهم العاديين بسبب حرمانهم الدائم من هذا النوع من التفاعل وتتنوع هذه الحاجات بين أوساط المتخلفين عقليا أنفسهم، إذ يحتاج طفل المؤسسة إلى تقبل إجتماعي أكبر.

حيث يذكر عبد العزيز على السيد (1983) أنه من نتائج دراسة ستيفنسون وكروز Cruse (1983) أن الحاجة للتقبل الإجتماعي عند المتخلفين عقليا أعلى منها عند

العاديين وعند المتخلفين عقليا نزلاء المؤسسات الإجتماعية أعلى منها عند المتخلفين عقليا الذين يعيشون مع أسرهم.

وقد فسر الباحثان هذه النتيجة بالحرمان الإجتماعي الذي يعيش فيه الطفل المتخلف عقليا حيث يشعر بعدم التقبل الإجتماعي في البيت والمدرسة ومع أصحابه مما يجعله يسعى للحصول على التقبل الإجتماعي. كما يرى ستيفنون وكروز أنه وفقا لفروض الحرمان وجد أن الأطفال المتخلفين عقليا يتأبرون على العمل مدة أطول من أقرانهم العاديين إذا ما تلقوا تعزيزا إجتماعيا وذلك بسبب حرمانهم من مثل هذه التفاعلات الإجتماعية.

(منصور محمد، 2012: 26)

وكثيرا ما نجد أن الجماعة تهمل الطفل المتخلف عقليا بسبب قصوره وعجزه وكثرة فشله، بل قد يصل الأمر إلى أن تسخر منه والأدهى من ذلك والأمر أن الأسرة أحيانا لا تعترف به (لا تقبله)، وبذلك يشعر بأنه مخلوق مهدد نفسيا وإجتماعيا كما يشعر بالحاجة الشديدة إلى الإنتباه.

2.6. الحاجة إلى الأمن: هناك عوامل كثيرة قد تؤدي إلى عدم أمن الفرد منها النقد والعقاب والتهديد وعدم وجود سياسة ثابتة في المعاملة ويحتاج الأطفال من الناحية النفسية أول ما يحتاجون إلى الشعور بالأمان العاطفي بمعنى أنهم كأفراد ومرغوب فيهم لذواتهم وأنهم موضوع حب وإعزاز من الآخرين.

3.6. الحاجة إلى العمل والنجاح: وهذه الحاجة تشعر الطفل المعاق عقليا بالرغبة في إشباعها، ومن المعروف نفسيا أن الإنسان عندما يقوم بعمل ما ويستطيع إنجازه فإنه يشعر بالسعادة والرضا عن نفسه. إلا أن كل ما يحيط بالطفل المعاق الآباء في الأسرة، وزملاء اللعب، وزملاء الدراسة لا يساعد على إشباع هذه الحاجة لديه، فالآباء يتوقعون منه أكثر ما يستطيع أن يفعل - وأصدقائه يتوقعون أن يفعل أشياء لا يستطيع ان يفعلها، كل هذا يؤدي إلى جميعا ينظرون إليه نظرة فيها تحقير له، وأنه أقل منهم شأنًا وهذا بدوره يجعل الطفل المعاق يشعر بأنه مهدد في حياته اليومية.

كما أن الجميع يكلفونه بأعمال سواء في المنزل أو في المدرسة دون إدراكهم منهم لإمكاناته الواقعية والنتيجة أنه يفشل في أدائها ويكظم غيظه وتبدأ سلسلة من المشكلات بسبب هذا الفشل ولا يجوز أن نهمله ولا نكلفه بعمل، إنه يريد أن يعمل العمل المناسب الذي يستطيع أن ينجح

في أدائه، إن تلك المواقف التي يتعرض لها الطفل المعاق تؤدي إلى صراعات كثيرة دون الوصول إلى حلول ملائمة مما يزيد الأمر تعقيدا ويصعب تكيف الطفل إزائها.

(منصور محمد، 2012: 27)

ولذلك يرى **فتحي السيد عبد الرحيم** (1981) أنه على المرشد الذي يعمل مع الأطفال المتخلفين عقليا أن يتذكر دائما أن هؤلاء الأفراد لديهم الحاجة إلى النجاح والحاجة إلى المرور بخبرات ناجحة.

كما يجب ضرورة تقديم التعزيز المناسب فور حدوث كل سلوك مقبول أو فور أداء أي عمل ناجح يتقرب من السلوك المقبول يصدر من الطفل المتخلف عقليا، وذلك لمساعدتهم على إدراك النجاح والمرور بخبرات ناجحة وخاصة أنه يقوم بسلوك مناسب ومقبول.

3.6. الحاجة إلى التقدير: إن إحساس الفرد بتقدير الآخرين له يؤدي إلى إرتفاع تقديره لنفسه وبالتالي إلى إحساسه بالأمن والطمأنينة النفسية وعلى العكس عندما يحرم الطفل من التقدير في المنزل أو في المدرسة فربما يغريه باللجوء إلى النشاط التخريبي والعدوان لإشباع حاجته إلى التقدير عن طريقها.

فالطفل المعاق عقليا يشعر دائما بالخيبة عندما يعجز عن القيام بها يطلب منه من أعمال في المواقف الإجتماعية المختلفة وكل ذلك لا يجعله يشعر بأنه عضو مفيد في الجماعة التي يعيش فيها.

كما أن الطفل يحتاج إلى تقدير وإعجاب من يحيطون به من كبار، ومن العوامل التي تساعد على إشباع الحاجة إلى التقدير عند الطفل هو أن يشعر أنه مرغوب فيه.

(منصور محمد، 2012: 28)

7. تصنيف الإعاقة العقلية:

1.7 الجدول (02) يمثل تصنيف منظمة الصحة العالمية للتخلف العقلي:

نوع التصنيف	نسبة الذكاء IQ	النسبة المئوية للمتخلفين عقليا (%)
حالات عميقة Profound	صفر-20	5%
حالات شديدة Severe	35-20	الشديدة والمتوسطة 20%
حالات متوسطة Moderate	50-35	
حالات خفيفة Mild	75-50 أو 75	75%

(منظمة الصحة العالمية 1989 منشور رقم 82)، مع ملاحظة أنه نفس - التصنيف المقترح
ألا أنه يستبعد منه فئة (بين 70-75)

وقد أكد تقرير منظمة الصحة العالمية أن إختبارات نسبة الذكاء IQ ليست المقياس الدقيق، وأن الفئات المختلفة من التخلف العقلي قد تتداخل عمليا، وينصح دائما بعدم الإعتماد على مقياس واحد لتحديد نسب الذكاء.

وعادة ما يقسم التخلف العقلي إلى مجموعتين كبيرتين:

1- التخلف العقلي الخفيف (يشمل التخلف العقلي العميق والشديد والمتوسط).

2- التخلف العقلي الخفيف (فئة الأطفال القابلين للتعلم).

وتختلف هذه المجموعات في معدلات وقوعها وانتشارها وكذلك في درجة الإعاقة التي تسببها والنتائج التي تترتب عليها وذلك على النحو التالي:(الطواب، 2008: 206)

أولا: التخلف العقلي العميق Profoundly Retarded

وهم فئة قليلة من الأطفال المتخلفين عقليا والتي تكون نسبة ذكائهم أقل من 20 وهو مستوى عقلي يقابل طفل العاميين من عمره. وغالبا ما يعاني هؤلاء الأطفال أيضا من إعاقات جسمية أخرى مثل عدم القدرة على التجوال وعدم القدرة على التحكم في عمليات الإخراج. كما أنهم لا يستطيعون العناية بأنفسهم، وأنهم بحاجة دائمة إلى الخدمات والرعاية المستمرة.

وحتى وقت قريب لم تكن حياة الأطفال أصحاب التخلف العقلي العميق طويلة الأمد، وغير أن الرعاية الصحية المتطورة خاصة في البلاد المتقدمة أدت إلى البلوغ، كما أن متوسط أعمارهم المتوقعة بدأ يزداد مع تطور الرعاية الطبية، كما أثبتت التجربة أن باستطاعة هؤلاء الأطفال (رغم المعاناة من التخلف الشديد) أن تستجيب للبرامج المتدرجة قصيرة الخطوات التي تهدف في الدرجة الأولى إلى مساعدتهم على زيارة التواصل مع بيئاتهم.

ثانياً: التخلف العقلي الشديد والمتوسط Severe & Moderate Retarded

إن حوالي 3% من جميع الأطفال مصابة بالتخلف العقلي إما شديد أو متوسط ورغم أن العديد منهم يبقى عالة على غيره بدرجة ما أثناء الطفولة والمراهقة، إلا أن مستوى أدائهم الوظيفي في الحياة اليومية يعتمد في نهاية الأمر على نوعية التعليم والتدريب الذي يلتقونه. فإذا قدمت لهم خبرات تعليمية وتدريبية جيدة ومناسبة لحاجاتهم، إستطاعوا التوافق مع أنفسهم ومع البيئة التي يعيشون فيها. ولذلك ينصب الإهتمام في تدريبهم وتدريبهم على المهارات الحياتية اليومية مثل العناية بالذات، وليس على التعليم الأكاديمي حيث أن قدراتهم العقلية تحد من إمكاناتهم في عمليات التعلم المدرسية. (الطواب، 2008: 207)

ثالثاً: التخلف العقلي الخفيف (البسيط) Mild Retarded

إن حجم هذه المجموعة كبير مقارنة بالمجموعات السابقة، فقد وجد في البلاد النامية أن نسبة الأطفال الذين تقع نسب ذكائهم بين (50-70) بين 2 أو 3% من أطفال في سن المدرسة. وهم الأطفال الذين يطلق عليهم إسم "الأطفال القابلين للتعلم". إن لدي هؤلاء الاطفال مهارات لغوية وشخصية إجتماعية مقبولة نسبياً، مع ملاحظة إمكانية حدوث تغير ملحوظ مع تقدم العمر خاصة مع الرعاية والإهتمام. فقد يصبح الأطفال ذو التخلف العقلي الخفيف في الرشد قادرين على الحياة بصورة طبيعية إلى حد ما في المجتمع الكبار، فليس بالضرورة أن تظل نسبة الذكاء ثابتة خلال حياة الفرد وفقاً للنظريات الحديثة في الذكاء.

كما أنه من الصعب (إن لم يكن من المستحيل) إثبات حالة هذا النوع من التخلف قبل دخول المدرسة وإكتشاف تدني مستوى درجات الطفل المدرسية مقارنة بزملائه، ومن المحتمل أيضاً عدم وجود أية مشكلات قبل الذهاب إلى المدرسة. كما يمكنهم بعد ترك المدرسة إجادة بعض الأعمال الروتينية التي لا تحتاج إلى مهارة، كما يمكنهم الزواج وإنجاب الأطفال.

ومن الضروري أن تفهم طبيعة مشكلة التخلف العقلي وأسبابها حتى يمكن تقديم أفضل الخدمات المتاحة لمساعدة هؤلاء الأطفال على التكيف مع حياتهم الشخصية والاجتماعية. كما يجب أن نعرف المعوقات الموجودة حتى يمكن إزالتها والتغلب عليها. والتدخل بفاعلية لحل هذه المشكلة. (الطواب، 2008: 208)

8. مظاهر التخلف العقلي حسب درجة الإعاقة:

أولاً: مظاهر التخلف العقلي البسيط أو الخفيف: Mild

يتميز أفراد هذه الفئة من المتخلفين عقلياً بخصائص عقلية ومعرفية تميزهم عن الفئات الأخرى، حيث يتمتعون بالقدرة على التعلم ويطلق عليهم المتخلفون عقلياً القابلون للتعلم، وتتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة بين 50-70 سنوات حيث ينمو العقل لدى هؤلاء الأفراد بمعدل $\frac{1}{2}$ إلى $\frac{3}{4}$ سنة خلال السنة الزمنية والأسباب ترجع إلى الفرق بين المستوى الأساسي بالذكاء والمستوى الوظيفي له، لا يستطيع أفراد هذه الفئة الوصول في التعليم العادي لأكثر من السنة الثالثة أو الرابعة، لذا ينصح بعدم الإلحاق هؤلاء الأطفال بالمدارس العادية حتى لا يحبطون بفشلهم نتيجة عجزهم عن مواصلة مسار التعليم العادي مع أقرانهم من الأطفال العاديين في مثل سنهم، كما أن وجود هؤلاء الأطفال في فصول عادية يؤدي بإصابتهم بآثار نفسية وخيمة على نفسيتهم، فالطفل العادي حيث يلتحق بالمدرسة "سن 6 سنوات" نجد لديه القدرة على القراءة والكتابة، بينما لا تنمو هذه القدرة لدى الطفل المتخلف عقلياً القابل للتعليم، إلا في سن متأخر قد يصل إلى 11 أو 12 سنة وذلك حسب العمر العقلي للطفل وحسب درجة إعاقته، لهذا يكون من الأجدر أن يتلقى هؤلاء الأطفال تعليمهم في فصول خاصة تراعي قدراتهم وإمكانياتهم العقلية المحدودة حيث يتلقون فيها برامج تربوية متكاملة، تهدف إلى تنمية المهارات الشخصية الاجتماعية لدى الطفل بالإضافة إلى تعليم المبادئ الأساسية للقراءة والكتابة والحساب بالقدر الذي تسمح به إمكانيات الطفل وقدراته. (هلايلي، 2007: 52)

- السمات والملاح التعليمية: يتسم الأطفال المتخلفون عقلياً القابلون للتعلم بعدد من السمات والملاح في نواحي التعليم والتدريب، ينبغي أن يدركها كل من المعلمين والمربين وكذا الوالدين وجميع القائمين على تربية وتأهيل هؤلاء الأطفال، لتكون مرشداً أمامهم موجهاً لإجراءات

تعليمهم وتدريبهم ولتؤخذ في الحسبان عند تخطيط البرامج التربوية لهؤلاء الأطفال وعند إختيار الأنشطة والمهارات التي تحتويها هذه البرامج.

وفيما يلي نوضح هذه السمات والملامح:

-**القصور في الإنتباه على المثيرات:** إن الطفل العادي ينتبه إلى الموقف التي تعرض أمامه ويلتفت لأي مثير في البيئة من حوله، ولكن الطفل المتخلف عقليا لا يمكنه الإنتباه إلى تلك المواقف أو المثيرات من تلقاء نفسه، حيث تنقصه القدرة على الإنتباه لذا فهو يحتاج الى ما يجذب إنتباهه بإستمرار أثناء عملية التعليم أو التدريب على أي مهارة أو نشاط سواء كانت مهارات أو نشاطات تعليمية أو علمية.

-**ضعف القدرة على إستخدام العلامات أو الإشارات في المواقف التعليمية:** يفقد الطفل المتخلف عقليا القدرة على الالتفات إلى ما يحتويه الموقف التعليمي من إشارات أو علامات للاسترشاد بها في أداء المهارة المطلوب تعلمها والتدريب عليها، وهذا يستلزم من القائمين على تعليم هذا الطفل التركيز المباشر على عناصر الموقف التعليمي وإبرازها وتوضيحها بطريقة مقصودة ومباشرة.

-**القصور في التميز بين المتشابهات أو التعرف على أوجه الاختلاف بين الموضوعات والمواقف:** يتطلب التمييز بين الموضوعات والمواقف المتشابهة قدرات عقلية مينة وكذلك بالنسبة للتعرف على أوجه الاختلاف، ويفتقر الطفل المتخلف عقليا إلى مثل هذه القدرات، ويبقى شارد الذهن في مثل تلك المواقف عاجزا عن التصرف إزاءها لذا ينبغي توضيح كل موقف أو موضوع على حده مع ربط هذا الموقف أو الموضوع بشيء مألوف لدى الطفل في البيئة التي يعيش فيها، وهذا لتوضيحه وتعليمه له.

-**نقص البصيرة والفتنة:** يعجز الطفل المتخلف عقليا عن التبصر بعواقب السلوك أو التنبؤ واستنتاج ردود الأفعال ولذلك يجب تبصيره لما وراء السلوك وما يترتب على الأفعال بطريقة محسوسة وملموسة. (هلايلي، 2007: 53)

-**نقص القدرة على التعلم العرضي "غير مقصود":** يقصد بالتعلم العرضي إكتساب الكثير من المهارات عن طريق الملاحظة في المواقف المختلفة من خلال الحياة اليومية العادية، وهذه

القدرة على الملاحظة التلقائية مفقودة لدى الطفل المتخلف ولا يمكنه إكتساب أي مهارة دون تدريب.

وهذا يتطلب تدريب الطفل على شكل نريد تعليمه له، وأن نجذب إنتباهه ونوجه اهتمامه إلى كل ما يجب ملاحظته أو تعلمه وهذا ما يطلق عليه في مجال تعلم ذوي التخلف العقلي "بالتعلم المقصود" أو "القصد في التعلم".

-**القصور في القدرة على إستخدام الخبرة:** يصعب على الطفل المتخلف عقليا إستخدام ما تعلمه في المواقف السابقة في تعلم لاحق، وهذا يتطلب توزيع الأنشطة وتعدد أماكن التعليم، فلا يقتصر التعليم في الفصل، بل يجب أن يمتد إلى أماكن متعددة في البيئة التي يعيش فيها الطفل وإستخدام عناصر هذه البيئة في مواقف التعلم.

-**صعوبة التذكر والحاجة إلى التكرار:** إن الطفل المتخلف عقليا لا يستوعب الموقف التعليمي إلا بعد التكرار مرات ومرات وهذا ضروري لتمكينه من التذكر والإستفادة من مواقف التعلم ولذا يجب تطبيق مبدأ "التعلم بعد تمام التعلم" Over Learning وهذا يعني أن تكرار الموقف العلمي أمام الطفل أكثر من مرة حتى بعد التأكد من إستيعاب الطفل له.

-**القصور في التعبير اللغوي:** يفترق الطفل المتخلف عقليا إلى القدرة على إستخدام الألفاظ في التعبير عن نفسه وعن حاجاته، ويفشل في الإتصال اللفظي بالآخرين وهذا يستلزم البعد عن إستخدام المجردات في تعليمه وتدريبه ومحاولة التركيز أكثر فأكثر على الأشياء المادية الملموسة، وأن تشير إلى الشيء وإستخدامه وما يدل عليه من مسميات وأن نقلل من إستخدام التعليمات اللفظية المجردة. (هلايلي، 2007: 54)

-**عدم القدرة على ملاحظة التلميحات :** Gués تحتوي بعض المواقف التعليمية على بعض الإشارات الضمنية غير الصريحة وهذا ما تسمى ب "التلميحات" ويحتاج الأمر إلى فطنة التلميذ وإلى ملاحظته لها والإهتمام بها في عمليات التعلم، وهذا ما يفترقه الطفل المتخلف عقليا، ويجب الإبتعاد عن هذا الأسلوب أثناء تعليم هذا الطفل ويجب التقيد بأسلوب المباشر، والوسائل الإيضاحية المجسمة الملموسة الواضحة.

-**ضعف القدرة على التخيل والتصور:** يصعب على الطفل المتخلف عقليا أن يتخيل الأماكن أو الأشياء وإستخدامها وهذا يتطلب تجسيد كل ما نريد تعليمه له والإستعانة بأكثر من حاسة من حواس الطفل في الموقف التعليمي فيرى الشيء ويلمسه أو يشمه حسب كل حالة.

-**المظاهر الجسمية والحركية:** تعتمد الصفات الجسمية العامة كالطول، الوزن والبنيان الجسمي بصفة عامة على الخصائص الوراثية للطفل، إلا إذا كانت الإعاقة العقلية من ذلك النوع المصحوب بمظاهر جسمية معينة، كما في حالات الأنماط الإكلينيكية فما عدا هذه الحالات تكون الفروق بين ذوي التخلف العقلي البسيط وبين الأسوياء في نواحي النمو الجسمي أقل بكثير من معدلات النمو العقلي والمعرفي لدى الفرد هذه الفئة، وأنهم يحققون نجاحا في تعلم المهارات الحركية والأعمال اليدوية قد يعادل العاديين في هذه المهارات والأعمال، ولهذا ينصح بإستثمار هذه الخاصية الإيجابية لدى هؤلاء الأطفال وتربيتهم على مهارات الحركية والأعمال اليدوية تدريباً جيداً يحقق لهم تفوقاً في أدائهم ويعوضهم عن الفشل الذي يلاحقونه في تعلم المهارات العقلية والمعرفية، أما عن بدايات مظاهر النمو الحركي فإنها تكون متأخرة عند هؤلاء الأطفال حيث يتأخر الطفل المتخلف عقليا في الجلوس والحبو والوقوف والمشي والكلام كما تتأخر القدرة على القفز والجري والتوازن الحركي وتنمية القدرات الحركية بصفة عامة.

(هلايلي، 2007: 55)

-**المظاهر الإجتماعية والإنفعالية:** من أهم هذه المظاهر عند الطفل المتخلف عقليا القصور في الكفاية الإجتماعية، والعجز عن التكيف مع البيئة التي يعيش فيها ويصعب عليه إقامة علاقات إجتماعية ناجحة مع الآخرين ويميل في علاقته ومشاركته لمن هم أصغر منه سناً في أنشطتهم وألعابهم ويبدو عليه الشعور بالخوف وعدم الأمن ويغلب عليه العزلة والإنسحاب من الجماعة وتزداد هذه المظاهر سواء بسبب الإتجاهات السالبة للآخرين نحو الإعاقة العقلية وعدم تقبلهم للطفل المعوق عقليا ورفضهم له وقد يؤدي هذا إلى أن يصدر عن الطفل سلوكاً عدوانياً موجهاً إلى الآخرين وأحيانا يكون العدوان موجهاً إلى ذاته بسبب الإحباط الذي يصاحبه نتيجة لعجزه عن القيام بالأعمال التي يقوم بها أقرانهم العاديين وفشله المتكرر في الكثير من المواقف بسبب قصوره العقلي، فالطفل المتخلف عقليا يقارنه والديه بإخوته العاديين الذين يصغرونه سناً فيشعر بالإحباط والفشل في المنزل، وحين يلتحق بالمدرسة يطلب منه القيام

بالأعمال التي يقوم بها زملائه العاديين ويفشل في إقامة علاقات إجتماعية مع الآخرين في مثل سنه وهذا لعجزه لمشاركتهم فيما يقومون من أنشطة ورفضهم له وعدم تقبلهم له فيما بينهم، ويمكن أن تعدل قليلا من هذه المظاهر عن طريق تغيير الظروف البيئية المحبطة بالمتخلف وتعمل دائما على تعديل الإتجاهات السلبية لدى الآخرين نحوه. (هلايلي، 2007: 56)

ويعتبر تعليم المتخلفون عقليا القابلين للتعلم في فصول خاصة تراعي قدراتهم وإمكانياتهم المحدودة، من أهم العوامل التي تساعد على تحقيق التكيف الإجتماعي لهؤلاء الأفراد حيث لا يتعرضون فيها لمواقف الفشل المبكرة التي تواجههم في المدارس العادية والتي تسبب لهم إحباطا دائما وعدم تقدير الذات ويتعلمون في هذه الفصول الخاصة أو المراكز المعدة لهم مهارات وأنشطة عملية يحققون فيها نجاح يعوضهم عن الفشل في مجال التعليم الاكاديمي، وفي نفس الوقت يمكنهم القيام وتطبيق تلك المهارات والأنشطة العلمية في البيئة التي يعيشون فيها، وتزداد ثقتهم في أنفسهم وفي الآخرين وهذا له بصمات واضحة في التقليل من مشكلاتهم النفسية والإجتماعية، ويمكن أن يحققوا إكتفاء إقتصادي والإعتماد على أنفسهم في سن الرشد إذا ما التحقوا بالوظائف الروتينية ذات الصفة التكرارية. (هلايلي، 2007: 57)

ثانيا : مظاهر الإعاقة العقلية المتوسطة:

-المظاهر العقلية المعرفية: تتراوح نسب ذكاء أفراد هذه الفئة بين 35-49. والعمر العقلي يقع بين 5-6 سنوات ويتأخر النمو اللغوي لدى هؤلاء الأفراد كثيرا، ولا يستطيعون القراءة والكتابة، وإن كان من الممكن تعليمهم بعض الكلمات البسيطة للتعرف عليها قراءة وكتابة ولكن هذا يحتاج جهدا كبيرا. وتكثر بين هؤلاء الأفراد عيوب النطق والكلام ويحتاجون إلى تدريب على التخاطب وعلاج للنطق وإخراج الكلمات.

-المظاهر الجسمية والحركية: بالنسبة للنمو الجسمي لأفراد هذه الفئة فإنهم يقعون دون الأسوياء من حيث الطول والوزن والصحة العامة. وتظهر بينهم التشوهات الجسمية من أهمها تشوهات العظام والأسنان، ويكون أقل مقاومة للأمراض إذا ما قورنوا بالعاديين، أما عن النمو الحركي فإنه يتأخر كثيرا، وتظهر بينهم الإعاقات الحركية، كما يتسمون بعدم التوازن الحركي وصعوبة القبض على الأشياء، ويتأخر لديهم التحكم في الإخراج ويحتاج هؤلاء الأفراد إلى

تدريبات مكثفة لتنمية المهارات الحركية، كما يحتاجون إلى علاج تصحيحي وعلاج طبيعي لمواجهة التشوهات الجسمية والإعاقات الحركية. (عبد الباقي، إبراهيم، 2018: 92)

- **المظاهر الاجتماعية والإنفعالية:** يبدو على الأفراد هذه الفئة القصور في النضج الاجتماعي، وسوء التكيف، حيث يفشلون في التكيف مع لبيئة الاجتماعية التي يعيشون فيها، ويظهر عليهم الإنسحاب والعزلة والبلادة ويتسم بعضهم بالتمرد والعدوان، وعدم التوافق.

ويحتاج هؤلاء الأفراد تدريباً على جميع مهارات العناية بالنفس مثل: الطعام والشراب والملبس وعادات والتقاليد والنظافة الشخصية، ويمكن تدريبهم على مهارات الاجتماعية مثل الأعمال المنزلية اليومية وبعض الأعمال اليدوية البسيطة التي تناسب قدراتهم وإمكاناتهم المحدودة، وذلك لمساعدتهم على الإعتماد على أنفسهم في قضاء بعض شؤونهم اليومية، ويقلل إعتمادهم على آخرين، فيشعرون بالقيمة والمعنى والوجود، وفي هذا العلاج للعديد من مشكلاتهم النفسية والاجتماعية، ويمكن لبعض هؤلاء الأفراد بعد تلقي التدريب الجيد أن يلتحقوا بالأعمال اليدوية الروتينية البسيطة لكسب عيشهم في سن الرشد.

(عبد الباقي إبراهيم، 2018: 93)

ثالثاً: مظاهر الإعاقة العقلية الشديدة أو الحادة:

- **المظاهر العقلية والمعرفية:** تقع نسبة ذكاء أفراد هذه الفئة بين 25-34 ويتراوح العمر العقلي لهم ما بين 3-5 سنوات، ولا تتمو لديهم القدرة على القراءة أو الكتابة، وتتأخر القدرة على الكلام كثيراً كما يتأخر النمو اللغوي بدرجة ملحوظة، ولا يمكن تعليمهم القراءة ولا الكتابة، وتكثر بينهم عيوب النطق والكلام، وبعضهم لا تتمو لديه القدرة على الكلام.

- **المظاهر الجسمية والحركية:** ينمو الجسم لدى أفراد هذه الفئة بمعدل بطئ، ويقعون دون الأسوياء بكثير من حيث البنيان الجسمي والصحة العامة، وتكثر بينهم الأمراض، كما تكثر بينهم التشوهات الجسمية، ويبدأ النمو الحركي متأخراً لدى هؤلاء الأفراد ويظل دون الأسوياء بكثير، وتكثر بينهم الإعاقات الحركية، ومعظمهم يعاني صعوبة في القبض على الأشياء وعدم التوازن الحركي، ويحتاجون إلى تدريبات مكثفة لتنمية المهارات الحركية بالإضافة إلى العلاج التصحيحي لمواجهة بعض تشوهات الجسم والعلاج الطبيعي لمن يعانون من إعاقات حركية.

(عبد الباقي إبراهيم، 2018: 94)

-المظاهر الإجتماعية والإنفعالية: يعاني أفراد هذه الفئة من عدم القدرة على التكيف وقصور شديد في نواحي النضج الإجتماعي، ويلاحظ أنهم يصادقون الأطفال الصغار ويتعلقون بشدة بالكبار الذين يعرفونهم ويبدو على هؤلاء الأفراد كثير من المظاهر الإنفعالية المرضية كالبلادة أو التهور والعدوان، ويغلب على أكثرهم الشعور بالخوف.

ومعظمهم لا يتحكم في الإخراج، ويحتاجون إلى تدريبات مكثفة على كل مهارات العناية بالنفس وهي الطعام والشراب وعادات التواليت والنظافة الشخصية والشعور بالأخطار، وطلب الحماية والمساعدة عند التعرض لأي خطر، كما ينبغي تدريبهم على الكلام والمشي والقبض على الأشياء، ويتطلب تدريبهم وقتا طويلا، ويمكن لهؤلاء الأفراد بعد تلقي التدريب الكاف أن يعتمدوا على أنفسهم في بعض شئونهم الشخصية البسيطة مثل الطعام والشراب وقضاء الحاجة فيقل بذلك إعتمادهم على الآخرين، ومع ذلك فإنهم يحتاجون إلى الرعاية من الكبار طيلة حياتهم. (عبد الباقي إبراهيم، 2018: 95)

رابعا: مظاهر الإعاقة العقلية المطبقة أو الأساسية:

لا تزيد نسب ذكاء أفراد هذه الفئة عن 24، ولا يتجاوز العمر العقلي عن 3 سنوات ولا تنمو لديهم القدرة اللغوية، ولا يستطيعون الكلام إلا بعدد قليل من الكلمات وتكون مبهمه غير واضحة بسبب كثرة ما يعانون من عيوب النطق والكلام وانعدام النمو اللغوي. ومعظم حالات هذه الفئة مصابون بالتهلف العصبي للمخ، وتنتشر بينهم إعاقات أخرى بالإضافة إلى الإعاقة العقلية.

-الخصائص الجسمية والحركية: ويختلف لبنيان الجسمي كثيرا لأفراد هذه الفئة، وتكثر بينهم الإعاقات الحركية والحسية، ونسبة كبيرة منهم لا تنمو لديهم القدرة على المشي ويقضون عمرهم رقادى الفراش، ولا يتحكمون في الإخراج. كما تكثر بينهم حالات الشلل، وحالات الصرع وتنقشى بينهم العيوب والتشوهات الجسمية ويفقدون التوازن الحركي وعدم القدرة على القبض على الأشياء.

المظاهر الإجتماعية والإنفعالية: يحتاج هؤلاء الأفراد إلى رعاية كاملة مدى حياتهم حيث لا يستطيعون حماية أنفسهم ضد الأخطار لعدم نمو الإحساس بالخطر لديهم، ومعظمهم لا يستطيعون إطعام أنفسهم ولا يتحكمون في الإخراج، وتكثر بينهم الإضطرابات السلوكية

والإنفعالية مثل: إيذاء الذات أو العدوان الموجه إلى النفس، والخوف الشديد، والغضب والتهور. (عبد الباقي إبراهيم، 2018: 96)

وكان يطلق على هذه الفئة "فئة العزل" حيث يودعون في مؤسسات إيوائية طويلة حياتهم دون رعاية تربوية لعدم الثقة في نتائج علاجهم، ولكن حديثاً، أمكن تدريب عدد كبير من هؤلاء الأفراد على مهارات العناية بالنفس وأهمها بالنسبة لهذه الفئة الطعام أو طلبه، الشراب أو طلبه وطلب قضاء الحاجة والإحساس بالخطر وطلب الحماية والمساعدة.

وباستخدام إجراءات وفتيات تعديل السلوك وطرق الحديثة في تعليم وتدريب المعوقين عقليا أمكن تحقيق نتائج إيجابية ومشجعة بالنسبة لهؤلاء الأفراد. (عبد الباقي إبراهيم، 2018: 97)

9. خصائص المعاقين عقليا:

يتصف المعاقون عقليا بشكل عام، بتأخرهم في النمو وقابليتهم للتعرض للإصابة بالأمراض ونقص القدرة على ضبط السلوك الاجتماعي، كما أنهم يتصفون بإخفاقهم جزئياً أو كلياً عن إعالة أنفسهم، ورغباتهم من المستوى الغريزي، فهم يسيرون حسب مبدأ اللذة بالدرجة الأولى، أما بنسبة لمتوسط العمر، فهم يتصفون بقصر العمر مقارنة مع الأسوياء.

أولاً: الخصائص العامة للمعاقين عقليا:

يمكن الحديث هنا عن خمس فئات من الخصائص العامة للمعاقين عقليا هي:

-**الخصائص الجسمية:** يتصف المعاقون عقليا بالتأخر النمو الجسمي وبطئه وصغر الحجم بشكل عام، كما أن وزنهم أقل من العيادي ويصغر حجم الدماغ ويقل وزنه لدى المعاق عن المتوسط كما تظهر أحيانا تشوهات في شكل الجمجمة والعينين والفم واللسان والأطراف والأصابع، أما بنسبة للنمو الحركي فيظهر الأفراد المعاقون عقليا صعوبات حركية وعدم دقة في التآزر الحركي البصري وعدم الاتزان الحركي في بعض الحالات، وكذلك في استخدام العضلات العامة والدقيقة كالمشي والركض والكتابة وتزداد الصعوبات الحركية مع زيادة حدة الإعاقة، وكذلك الأمر بالنسبة للنشاط الجنسيين حيث نجد تأخراً فيه وفي بعض الأحيان نجد ضموراً في الأعضاء التناسلية لدى الذين يعانون من الإعاقة العقلية، وتشير نتائج الأبحاث التي أجريت في هذا الميدان إلى وجود فروق بين القابلين للتعلم والعاديين من حيث مستوى

نموهم الجسمي والحركي، فهم بصفة عامة أقل طولا وزنا ومتأخرون عن العاديين في نموهم الحركي. (عيد الجولدة، 2012: 48)

-**الخصائص العقلية:** تتلخص الخصائص العقلية للمعاقين عقليا بوجه عام في التأخر النمو العقلي وتدني نسبة الذكاء بحيث تقل عن (70) درجة، وكذلك الأمر فيما يتعلق بالعمليات العقلية الأخرى، مثل ضعف الذاكرة والانتباه والإدراك والتخيل والتفكير والقدرة على الفهم والمحكمة، والقدرة على التركيز وتكون نتيجة ذلك ضعفا في التحصيل ونقصا في المعلومات والخبرة، كما أن معدل نموهم العقلي أقل من النمو العقلي لأطفال العاديين في هذه الفئة عن طريق الممارسة والخبرة المباشرة، كما يستطيعون أن يستخدموا عمليات التفكير والتمييز والتقييم في حدود مستواهم العقلي المحدود، ومن أهم الخصائص العقلية لهذه الفئة ما يلي:

- الميل نحو تبسيط المفاهيم: حيث لا يستطيعون استخدام المجردات ويستخدمون المحسوسات في تفكيرهم، ويعرفون الأشياء على أساس الشكل أو الوظيفة.
- ضعف القدرة على التذكر والانتباه: إن قدرة الفرد المعاق عقليا أقل وأضعف من قدرة الأفراد العاديين على تركيز الانتباه.
- يعتبر ضعف الانتباه من أهم العوامل التي تكمن وراء الصعوبة في تعلم التي يواجهها أفراد هذه الفئة. (عيد الجولدة، 2012: 49)

-**الخصائص الإجتماعية:** يتصف المعاقون عقليا بضعف القدرة على التكيف الإجتماعي لدرجة دعت بعض علماء النفس إلى اتخاذ القدرة على التكيف الإجتماعي أساسا في تصنيف المعاقين عقليا إلى فئات وفق قدراتهم على هذا التكيف، وبالطبع هناك تفاوت كبير بين هذه الفئات في القدرة على التكيف الإجتماعي، وبشكل عام فإننا نجد أيضا أن المعاقين عقليا يتصفون بنقص الميل والاهتمامات وعدم تحمل المسؤولية، وكذلك نجد أن من الخصائص التي يتصف المعاقون عقليا بها إضطراب مفهوم الذات، حيث نجد أن المعاق عقليا كثيرا ما ينظر لنفسه بالدونية، وأنه أقل من غيره أو أنه لا قيمة له، وبالطبع فإن هذا المفهوم المضطرب ينعكس إلى حد كبير جدا على سلوكه الإجتماعي بشكل خاص واهتمامه بنظافته الشخصية أيضا، فنجده لا يهتم بتكوين علاقات إجتماعية وخاصة مع أبناء عمره، ولهذا فإنه يميل إلى مشاركة مع من هم أصغر منه سنا في ممارسات إجتماعية، ومن الخصائص التي يتصفون بها لعدم القدرة على

إبداء ردود فعل وعدم القدرة على إنشاء علاقات إجتماعية فعالة مع الغير، والميل نحو المشاركة الأصغر سنا في نشاطاتهم، وعدم تقدير الذات ويظهر بعض المعاقين عقليا مشكلات سلوكية وأنماطا شخصية غير تكيفية، وانفعالات شديدة وغير مبررة.

(عيد الجوالدة، 2012: 50)

-**الخصائص اللغوية:**التأخر في النمو اللغوي يساير إلى حد كبير التأخر في النمو العقلي حيث يواجه الافراد المعاقون عقليا صعوبات واضحة في التعلم اللغوي وخاصة في التعبير اللغوي وسبب ذلك هو إرتباط النمو اللغوي بالقدرات المعرفية وما تتطلبه اللغة من إدراك للمعاني والمفاهيم، وأشارت الدراسات إلى أن الإختلاف بين العاديين والمعوقين عقليا هو إختلاف في درجة النمو اللغوي ومعدله كما يعاني معظم المعاقين عقليا من مشكلات لغوية مختلفة كالإبدال وضعف التعبير وقلة المحصول اللغوي من المفردات والجمل وأكثر المشكلات اللغوية شيوعا لدى المعوقين عقليا هي مشكلات النطق والتأتأة وقلة عدد المفردات اللغوية، وضعف بناء القواعد اللغوية ويبقى شيوع مشكلات اللغة عند المعوقين عقليا أكثر منها عن العاديين.

وتتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة عامة بين (55-70) درجة، وعمرهم العقلي في أقصى حدوده يتراوح بين (7-11) سنة بمعنى أن مستوى تحصيلهم يكون للصف الخامس الابتدائي، ويتأخرون في الكلام لكنهم نادرا ما يعانون من البكم، ويشيع البكم بين الأطفال شديدي الإعاقة ويكون مستوى اللغة لهذه الفئة بدائيا فهم يصدرن أصواتا وألفاظا غير مفهومة وكلامهم يعوزه الوضوح والمعنى والترابط وقد تبين بأن تأخر الكلام الناجم عن ضعف في القدرة العقلية يأخذ صورا و أشكال متعددة، أي درجة من درجات الإعاقة العقلية تؤثر في تطور الكلام وفي القدرة على النطق والتعبير، فهو إما أن يكون على شكل إحداث أصوات لا دلالة لها يستخدمها الطفل المتأخر عقليا كوسيلة للتخاطب والتفاهم، وهو في هذه الحالة يكون أقرب للطفل الأصم الأبكم، وإما أن يكون على شكل آخر حيث نجد الطفل وقد تقدم به السن وتجاوز مرحلة استعمال اللغة جيدا، ولكنه ما يزال يستخدم الإشارات و الإيماءات وحركات الوجه والجسم.(عيد الجوالدة، 2012: 50)

-**الخصائص العاطفية والانفعالية:**يتصف المعاقون عقليا من الناحية العقلية بعدم الإلتزان الإنفعالي وعدم الإستقرار والهدوء، كما يتميزون بسرعة التأثر أحيانا وبطء الإنفعال أحيانا

أخرى، أما ردود الفعل العاطفية والإنفعالية عندهم فهي أقرب إلى المستوى البدائي، وهم أيضا أقل قدرة على تحمل القلق والإحباط، كما يتميزون بعدم إكمال نمو الإنفعالات وتهذيبها بصفة عامة كما يتصفون بالإنسحاب والعدوان. (عيد الجولدة، 2012: 51)

ثانيا: الخصائص الخاصة للمعاقين عقليا: تظهر لدى كل فئة من فئات الإعاقة العقلية صفات وخصائص قد تختلف نوعا وكما عن صفات وخصائص الفئة الأخرى، فالقدرة العقلية على التعلم، والقدرة على تكيف الإجماعي- وإن كانت متدنية لدى جميع الفئات الإعاقة العقلية- بالمقارنة مع الأفراد الأسوياء الذين يتمتعون ذكاء فوق مستوى الضعف العقلي، إلا أنها لا توجد بنفس الدرجة لدى جمي الفئات الإعاقة العقلية، إذ نجد أن بعض فئات الإعاقة العقلية قادرة على التعلم الأكاديمي إلى حد ما، في حين أن الفئات أخرى لا تملك تلك القابلية، كما نجد أن بعض الفئات قادرة على إنشاء علاقات إجتماعية مقبولة في حين أن فئات أخرى لا تملك تلك القدرة، أما من ناحية الخصائص التي تصف الفئات المختلفة فإنه سيتم توضيحها وفق جدول والذي يعتمد على أساسين هما:

- الأساس الأول: هو درجة الإعاقة العقلية وذلك اعتمادا على تصنيف الجمعية الأمريكية للإعاقات التطورية والفكرية (AAIDD).
- الأساس الثاني: هو تطور هذه الخصائص مع التقدم في العمر.

(عيد الجولدة، 2012: 52)

الجدول (03) يبين خصائص الإعاقة العقلية المعتمدة على درجة الإعاقة العقلية وتطورها مع التقدم في العمر.

درجة الإعاقة العقلية	مرحلة ما قبل المدرسة من الولادة حتى سن الخامسة (النضج والنمو)	مرحلة المدرسة من سن 6 سنوات إلى 20 سنة (التدريب والتعليم)	من بداية سن الشباب 21 سنة فما فوق (الكفاءة الإجتماعية والمهنية)
الإعاقة العقلية البسيطة (Mild)	- يستطيع تنمية المهارات الإجتماعية ومهارات الإتصال. - تكون الإعاقة العقلية بسيطة في المهارات الحسية الحركية ويغلب أن لا يميز عن الاسوياء حتى سن متأخرة.	- يستطيع الإستمرار في التحصيل الأكاديمي في أواخر العقد الثاني. - يمكن توجيهه نحو التوافق الإجتماعي. - قابل للتعلم.	- يستطيع إكتساب أدنى حد من المهارات الإجتماعية والمهنية التي يستطيع بها تدبير أمور نفسه. - قد يحتاج إلى التوجيه والمساعدة عندما يواجه ضغوطا إجتماعية واقتصادية قوية.
الإعاقة العقلية المتوسطة (Moderate)	- يستطيع الكلام. - يستطيع تعلم مهارة الإتصال. - ضعف الوعي الإجتماعي. - إعتدال النمو الحركي. - يستفيد من التدريب في مساعدة نفسه. - يستطيع تدبير	- يستطيع الإستفادة من التدريب في المهارات الإجتماعية والمهنية. - لا يحتمل أن يصل إلى أكثر من مستوى الصف الثاني الابتدائي. - يستطيع التنقل وحده في الأماكن المألوفة.	- يمكن أن يعيل نفسه عن طريق بعض الأعمال التي تتطلب مهارة جزئية أو لا تتطلب مهارة في ورشات محمية. - يحتاج إلى الإشراف والتوجيه عندما يكون تحت ضغوط إجتماعية

وأقتصادية بسيطة.		أمور نفسه متوسط. بإشراف	
الإعاقة العقلية الشديدة (Severe)	- يستطيع تعلم الكلام أو تعلم مهارة الإتصال. - يمكن تدريبه على العادات الصحية البسيطة. - يستفيد من التدريب من التدريب المنظم على العادات.	- ضعف في النمو الحركي. -أدنى حد من القدرة على الكلام بشكل عام. - لا يستطيع الإستفادة من التدريب ليعتمد على نفسه. - مهارات الإتصال ضعيفة أو معدومة.	- قد يشارك جزئياً بالإعتماد على نفسه تحت الإشراف الكامل. - يستطيع تطوير مهارات لحماية نفسه بأدنى مستوى في بيئة مقيدة.
إعاقة عقلية شديدة جداً (Profoud)	- قد ينمي بعض المهارات الحركية والقدرة على الكلام. - قد يستطيع رعاية نفسه بشكل محدود جدا. - يحتاج إلى رعاية صحية مباشرة.	- أدنى حد من القدرة في مجال القدرة الحركية. - يحتاج إلى رعاية صحية مستمرة.	- قد ينمي بعض المهارات الحركية والقدرة على الكلام. - قد يستطيع رعاية نفسه بشكل محدود جدا. - يحتاج إلى رعاية صحية مباشرة.

(عيد الجوالدة، 2012: 53) من خلال استعراض الجدول يتبين أنه من ناحية النمو الجسمي وغالبا ما يمر الأطفال المعاقون بنس المراحل التي يمر بها الاطفال الغير معاقين إلا أنه يمرون بها غالبا ببطيء، كما أنه يحتاجون عادة إلى وقت أطول فهم : يتأخرون في الزحف و في الوقوف و المشي و في ضبط التبول والتبرز كما أن مهارات التآزر والتناسق الحسي الحركي لديهم تكون أضعف مما هي عليه عند الأفراد العاديين. من ناحية أخرى فإن قدرة

هؤلاء الأفراد على التعليم تتأثر بإعاقتهم حيث يكونون عادة أبطأ في التعليم والتحصيل المدرسي ويحتاجون إلى وقت وتكرار أطول في التعلم والتحصيل المدرسي وللتعليم نفس المهارات، وهم في العادة أكثر استيعاباً للمفاهيم والأفكار المجردة، كما أن قدرتهم على التذكر تتأثر وخاصة الذاكرة قصيرة المدى وكذلك تتأثر قدرتهم على التصميم ونقل أثر التعليم من موقف إلى آخر كما أنهم أقل قدرة على التعلم العفوي أو التلقائي مقارنة بغيرهم.

إضافة إلى ذلك فإن النمو اللغوي لدى الأفراد المعاقين عقلياً يتأثر، فهم غالباً ما يتأثرون بالكلام مقارنة بأقرانهم غير المعاقين وأخيراً المعاقين عقلياً هم بشكل عام أقل اعتماداً على أنفسهم في تدبير أمورهم الحياتية ويبقون بحاجة إلى نوع أو آخر من الإشراف على شؤونهم كما أنهم أكثر قابلية للانتقاد من قبل الآخرين. (عيد الجولدة، 2012:54)

10. تشخيص الإعاقة العقلية:

يقوم تشخيص الإعاقة العقلية على أساس البحث عن أعراضها، أو علاماتها الجنسية والنفسية والاجتماعية والتربوية والمهنية. فيما يلي مجالات التشخيص:

1.10. المجال النفسي: هذا المجال من الأعراض الرئيسية للإعاقة العقلية، لأن النمو العقلي يتوقف قبل إكمال النضج العقلي، وحيث يلاحظ تأخر النمو العقلي والنمو الوجداني، والنمو في بعض الاستعدادات السلوكية وحيث يكون التوافق سيئاً للغاية، لذلك يتضمن التشخيص النفسي لأعراض الإعاقة العقلية دراسة نسبة الذكاء والنمو الإنفعالي وسمات الشخصية.

2.10. المجال الاجتماعي: تحدد الجمعية الأمريكية لرعاية المتخلفين AAMR مظاهر السلوك التوافقية غير السوي عند المتخلفين عقلياً، من حيث إختلاله بحسب العمر الزمني، وفق مراحل العمر التالية:

➤ **مرحلة الطفولة المبكرة:** يتأخر الطفل عند تخلفه العقلي في إكتسابه المهارات الحسية الحركية في الجلوس، والوقوف، والمشي، والجري، وفي ضبط الإخراج، وفي النطق والكلام والتواصل اللغوي مع الآخرين. (شاكر مجيد، 2008: 46)

➤ **مرحلة الطفولي المتأخرة والمراهقة المبكرة:** يظهر التأخر في إكتساب المهارات الاجتماعية الخاصة بالإعتماد على النفس، وفي التعامل مع الآخرين وتصريف الأمور وفي التوجه وفقاً للزمان، والمكان، وتحمل المسؤولية، والمحافظة على الممتلكات، وفي الدفاع عن النفس.

➤ **مرحلة المراهقة والرشد:** يظهر التأخر في السلوك التوافقي في مظاهر النضج الاجتماعي والإنفعالي، وعدم القدرة على الإعتماد على النفس، وتحمل المسؤولية، وضعف الإرادة في إتخاذ القرارات والتردد فيها، وضعف المهارات الاجتماعية في التعامل الاجتماعي، والتعامل مع الآخرين، مما يجعل سلوكيات المراهق، أو الراشد المتخلف عقليا، دليل على نقص الكفاءة الاجتماعية وعدم إكمال الأهلية.

3.10. المجال التربوي: يتضح التشخيص في الفشل في التحصيل الدراسي عند الالتحاق بالتعليم الأساسي. وهذا مظهر رئيسي لا يقل أهمية عن انخفاض نسبة الذكاء، والأساليب التوافقية السيئة، كما أن التخلف الدراسي والذي أساسه التخلف العقلي، من أعراضه تكرار الرسوب، وعدم التجاوب مع المعلم، وأضطراب العلاقات بزملاء الدراسة، وعدم المحافظة على الأدوات والكتب، شرود الذهن، وتشتت الانتباه. (شاكور مجيد، 2008: 47)

4.10. المجال الطبي: يقوم التشخيص على الاهتمام بالأعراض الجسمية البيولوجية والفيسيولوجية يفترض وجود علاقة مباشرة بين العوامل المرضية الوراثية والمكتسبة وبين إصابة الجهاز العصبي، حيث يتتبا بوجود تخلف عقلي...

هذا وهناك تشخيص تم جمعه، وسمي التشخيص التكاملية Diagnosis Integrated حيث أشار إليه (دول 1941- Doll)، يقوم به فريق من المتخصصين من النواحي النفسية والاجتماعية والتربوية والطبية يتضمن تشخيص الجوانب التالية:

- ❖ **التشخيص النفسي:** ويشمل تحديد مستوى الذكاء، وسمات الشخصية، والنمو الإنفعالي.
- ❖ **التشخيص الاجتماعي:** ويشمل التاريخ الخاص بتطور التخلف العقلي ومستوى النضج الاجتماعي، والظروف الأسرية، وخبرات الشخص ومهاراته في الاعتماد على النفس.
- ❖ **التشخيص التربوي:** ويشمل التاريخ الدراسي، ومستوى التحصيل الدراسي في المرحلة التعليمية الأساسية (التعليم الابتدائي).
- ❖ **التشخيص الطبي:** ويشمل التاريخ الصحي، والعوامل الفسيولوجية والبيولوجية، والعيوب والعياهات الجسمية، والأمراض والإصابات والحوادث، وعندما يجمع فريق التشخيص على وجود هذه الجوانب، فإن ما يدل على انتماء الفرد إلى فئة المتخلفين عقليا.

(شاكور مجيد، 2008: 48)

11. التشخيص الفارق:

القدرة العقلية مزيج من القدرات الوظيفية التي يستخدمها الإنسان، تختلف من شخص لآخر حسب العمر والبيئة التي يعيش فيها، وما الوظيفية التي يستخدمها الإنسان، تختلف من شخص لآخر حسب العمر والبيئة التي يعيش فيها، وما اكتسبه الفرد في هذه الحياة من التجارب. أما الذكاء هو قدرة عقلية عامة تستلزم القدرة على الاستدلال، التخطيط، حل المشكلات، التفكير المجرد، فهم الأفكار المعقدة، التعلم بسرعة، التعلم من الخبرة.

1.11. الفرق بين التخلف العقلي وحالات أخرى:

في الحديث عن تصنيفات التخلف العقلي تبين وجود التعريفات التالية:

- **التعريف الطبي:** فالأطباء يركزون على وصف الحالة -الأعراض- المسببات.
- **التعريف السيكومتري:** أخصائي علم النفس يركزون على معدل الذكاء.
- **التعريف الإجتماعي:** المختصين في علم الاجتماع يقيمون الذكاء من خلال مقدرة الفرد على التفاعل مع المجتمع وإستجابته للمتطلبات الإجتماعية، وهو ما يسمى السلوك التكيفي. (حسن رضوان، 2008: 32)

ومن ثم ظهر تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي الذي مزج تلك التعريفات في تعريف واحد، وقد اختلف هذا التعريف خلال السنوات الماضية، حت ظهر التعريف الأخير عام 2002 ونصه -إعاقة تتميز بقصور واضح في كلا من القدرات العقلية والسلوك التكيفي المعبر عنه بالمهارات الكيفية العلمية- الاجتماعية- التصورية، ويظهر قبل الثامنة عشر من العمر.

أضف إلى هذا أن التعريف على جوانب القصور لدى المعاق عقليا يحتاج إدراك النقاط التالية:

- ❖ يعتبر التقييم جيدا عندما يأخذ في الحسبان الفروق الثقافية واللغوية، وكذا الإختلاف في العوامل التواصلية، الحسية، الحركية، والسلوكية.

- ❖ في نفس الفرد فإن القصور عادة ما يصاحب جوانب القوة.

- ❖ الهدف الرئيسي من وصف القصور هو إيجاد خطة فردية علاجية أو تدريبية على المدى البعيد فإن الحياة الوظيفية للشخص المصاب بالتخلف العقلي عادة ما يتحسن.

وقد سبق تعريف الجمعية الأمريكية تعريف "جروسمان" عام 1983 Grossman ونصه: "تمثل الإعاقة العقلية مستوى من الأداء الوظيفي العقلي والذي يقل عن متوسط الذكاء بإنحرافيين

معياريين، ويصاحب ذلك خلل واضح في السلوك التكيفي، ويظهر في مراحل العمر النمائية منذ الميلاد وحتى سن 18. (حسن رضوان، 2008: 33)

2.11. وحينا نتحدث عن التشخيص الفارق لابد أن نتعرف على مفاهيم أخرى حتى لانخلط بينها بين التخلف العقلي:

المرض العقلي (الجنون) والتخلف:

هناك خلط في المفاهيم لدى أغلب الناس بين التخلف العقلي والمرض العقلي، ففي حالة المرض العقلي المسمى أحيانا بالجنون، يولد الطفل وتنمو قواه العقلية وذكاءه بطريقة طبيعية، ولكن وجود عوامل وأسباب عديدة تؤثر على قواه العقلية وتصبح تصرفاته غريبة وغير مقبولة من المجتمع الذي يعيش فيه، وقد يكون ضارا لنفسه والآخرين لدرجة تمنعه من العيش معهم. أما التخلف العقلي فهو القصور والتوقف عن إكتساب المهارات الفردية، مما يؤدي إلى قصور ونقص في القدرات الذهنية مقارنة بالأطفال في نفس العمر ونفس المجتمع.

○ المرض العقلي نادرا ما يحصل في سن الطفولة المبكرة.

○ المرض العقلي لا يشترط أن يكون فيه قصورا في الأداء العقلي.

○ المرض العقلي يحدث نتيجة لإضطرابات إنفعالية ونفسية داخل الفرد.

-**بطيء التعلم:** هي تلك الحالات التي يكون فيها معدل الذكاء 70-84، أي أن معدل الذكاء يقل عن متوسط بانحراف معياري واحد، فهم ليسوا متخلفين عقليا، وليس السبب هو وجود صعوبات محددة للتعلم.

-**صعوبات التعلم:** هي تلك الحالات التي يكون معدل الذكاء فيها طبيعيا، ولكن هناك صعوبات قد تكون محددة في التعلم مثل صعوبة القراءة أو صعوبة في الكتابة، أو صعوبة في الرياضيات، وفي باقي الأنشطة التعليمية يكون جيدا. وهذا ما يطلق عليه صعوبات أكاديمية. (حسن رضوان، 2008: 34)

12. الصعوبات والمعوقات التي تواجه المتخلفين عقليا:

1.12. معوقات في الإدراك الحسي: تعتبر الحواس أهم وسائل التعرف على المحيط بما فيه من مثيرات صوتية وبصرية وحسية أخرى، فهي وسيلة إلى إكتساب المعرفة، وعن طريقها يتلقى الطفل تأثير المحيط وتصل إليه المعلومات عن البيئة المحيطة.

2.12. معوقات في التفكير والعمليات العقلية العليا: نتيجة لضعف القدرة العقلية العامة عند الأطفال المتخلفين عقليا فإنهم يواجهون صعوبات واضحة في التفكير والتذكر والتخيل والإدراك وغير ذلك من العمليات العقلية مما يؤثر في قدرة الطفل على التعلم.

(شواهين وآخرين، 2008: 53)

3.12. معوقات حركية: أن الخصائص الجسمية وخاصة نمو العضلات تؤثر في قدرتهم على تعلم المهارات والأعمال الضرورية لأداة مهما التعلم مثل الكتابة ولجلوس والانتباه لتدني قدرتهم على الإتزان الحركي والمشي.

4.12. صعوبات في إستيعاب الأمور النظرية: يعود لتدني القدرة على التجريد عند الأطفال المتخلفين عقليا مما يؤثر في قدرتهم على إستيعاب الأفكار والخبرات المجردة والنظرية لذلك يعتمد تدريبهم على الخبرات العملية والحسية.

5.12. معوقات صحية: وذلك لأن المتخلفين عقليا عرضه لإصابة بالأمراض بسبب تدني القدرة على الرعاية الذاتية وتدني مستوى البيئة الإجتماعية والصحية، لهذا نجدهم أكثر عرضة للإصابة بأمراض الجهاز التنفسي والجهاز البولي، والعصبي، مما يعوق قدرتهم لتعلم.

6.12. معوقات نفسية: حيث يتميز الأطفال المتخلفين عقليا بالإتكالية وعدم الإستقرار وعدم القدرة على التركيز والحركة الزائدة، في حين يتصف بعض الآخر بالخمول وعدم النشاط، لذلك لا بد للمناهج من أن يحتوى على بعض النشاطات التي فيها إثارة أو نشاط للتقليل من الحركة الزائدة.

7.12. معوقات في الكلام والنطق واللغة: يعاني هؤلاء الأطفال من صعوبات في النطق والكلام مما يعوق قدرتهم على التفكير لذلك نلجأ لبرنامج النطق، الذي يعتبر من أهم الأسس التي تقوم عليها ترتيبهم. (شواهين وآخرين، 2008: 54)

13. علاج الإعاقة العقلية:**1.13. العلاج بالعقاقير:**

من أشهر العقاقير المستخدمة في علاج الإعاقة العقلية أقراص الجلوتامين (glutamin)، حيث شاع بين الأطباء أو الجلوماتين يزيد الذكاء ويقوي الذهن. واستمدوا معلوماتهم من تجارب على الحيوانات وجدوا أنها ساعدت على زيادة تعلمها السير في المتهات وزيادة نشاطها وتصرفاتها، ومن تجارب على إنسان وجدوا أنها ساعدت على زيادة نشاطها وتصرفاتها، ومن تجارب على الإنسان وجدوا أنها ساعدت على زيادة نسب الذكاء، وعلاج اضطرابات التعلم، ففي تجربة زيمارن وزملائه (zmmarman putnam, and burgemaniester) إتضح لهم زيادة نسب ذكاء الأطفال المعاقين عقليا (6) درجات بعد ستة شهور من العلاج بأقراص الجلوتامين، في حين نقص ذكاء الأطفال المعاقين عقليا الذين لم يتعاطوا العلاج (مجموعة ضابطة) درجة ونصف بعد ثلاث سنوات من التجربة. (عبيد، 2013: 249)

وفي دراسة بلار و هيرولد (blair & herold) وجد أن الكاروبروميدين (centrophanoxine) ساعد على زيادة نسبة الذكاء درجة واحدة. وتشير دراسات كثيرة إلى عقاقير أخرى تستخدم في علاج الإعاقة العقلية مثل سنتروينوكسين (centrophanoxine) وأنيورين (Aneurine) وبيردوكسين (Pyridoxin) ودايمكس (Diamax) وغيرها.

ومهما يكن من شيء فإن علاج الإعاقة العقلية بالأدوية والعقاقير الطبية لا يزال قيد الدراسة والبحث. ففي دراسة أوزيك (OzeK) سنة (1964) على (30) طفلا معاقا عقليا عالجهم بحبوب بيرثيوكسين (Pyrithioxine)، لم يصل إلى نتائج ذات قيمة علمية، لذا أشار إلى أن العلاج الطبي في ميدان الإعاقة يجب يتضمن الآتي:

- 1- علاج البيئة أولا وجعلها تتقبل الطفل وترضى عن تصرفاته، من غير إعتقاد في الشياطين، والأرواح الشريرة والأحجية والأدعية.
- 2- العلاج النفسي ذو أهمية كبيرة في التخفيف من آثار الإعاقة العقلية على الفرد وأسرته والمجتمع. (عبيد، 2013: 249)

3- تدريب حاسة التذوق عن طريق التمييز بين الأطعمة المختلفة.

4- تدريب حاسة الشم عن طريق التمييز بين الروائح الطيبة والنافذة.

- 5- تدريب حاسة الإبصار عن طريق التمييز بين الألوان والأشكال والأحجام.
6- زيادة اعتماد الطفل على نفسه.

وعموماً تقوم طريقة منتسوري على البساطة والإيجاز والموضوعية، ولكن يؤخذ عليها اهتمامها الكبير بالوظائف الحسية، أكثر من إهتمامها بالوظائف النفسية وعدم وضوح الهدف من برمجتها.

طريقة ديكرولي (Dr. Decroly) سنة (1920): كان الدكتور ديكرولي من علماء الطبيعة الفرنسيين. أنشأ مدرسة لتعليم المعاقين عقلياً بباريس، سماها مدرسة تعليم الحياة من الحياة (L ;Ecole De H Vie Par La Vie) ركز فيها على تعليم الطفل ما يريد ويرغب فيه، وتعليمه الأخلاق الطيبة، وتعديل سلوكه، وتخليصه من العادات السيئة، وتدريبه على تركيز الإنتباه ودقة الملاحظة وتنمية قدرته على التمييز الحسي، ويقوم منهج ديكرولي ومساعدته الدكتور ديسكودرز (DescouduresDr ;) على تعليم الطفل من خلال لعبه، وإستغلال الخبرات التي تتعرض حياته، تعليمه وإكتسابه المعلومات والعادات الإجتماعية المقبولة.

وظهرت بعد ذلك عدة مناهج تربوية من أشهرها منهج جون ديوي (Dewey) الذي يقوم على تعليم الطفل من خلال خبرته اليومية سماه مناهج التعليم من خلال الخبرة (Learning Through Experience). وطريقة أنسكيب (Anskiep) التي تقوم على تعليم المعاقين عقلياً عن طريق اليد والرأس والقلب.

والتعليم بمعناه الواسع يتضمن كل شيء يؤثر في الطفل. يكون من شأنه أن يكسبه شيئاً جديداً في النواحي الإجتماعية والذهنية والسلوكية والجسمانية. وهذا التعريف يعني أن جميع المعاقين عقلياً تتوفر لديهم القابلية للتعلم، ولكنهم يتفاوتون في مدى هذه القابلية، فمنهم من يتسع وسعه الذهني بحيث يمكنه تعلم القراءة والكتابة والحساب، ومنهم من لا يتسع وسعه إلا لتعليم العمليات الإجتماعية والتدريب على بعض المهارات اليدوية، لذلك تختلف برامج تعليم الأطفال الذين يعانون من إعاقة عقلية بسيطة كما وكيفا عن برامج الأطفال الذين يعانون من إعاقة عقلية شديدة أو متوسطة. (عبيد، 2013: 250)

2.13. العلاج الإجتماعي: تعاني حالات الإعاقة العقلية من تأخر في النضوج الإجتماعي، وفشل في التكيف وإكتساب العادات الضرورية في الحياة، وغباء التصرف والسلوك في المواقف

التي تعترض حياتهم، وجمود العلاقات الإجتماعية، وفشل في الإستفادة من الخبرات السابقة، وتكرار الوقوع في المحذور، ومخالفة المألوف من غير وعي أو تبصر، وهروب من تحمل المسؤولية الشخصية والإجتماعية. وهي في حاجة إلى الرعاية والتربية والتوجيه والإرشاد المستمر.

وعلاج الإجتماعي مهمة شاقة، لا تقل لأهمية عن العلاج الطبي والنفسي والتربوي. وهو لا يقتصر على علاج الفرد المعاق عقليا فقط بل يمتد إلى علاج البيئة الإجتماعية والأسرة التي أتى منها ويعود إليها. (السيد عبيد، 2013: 257)

إذ يمكن للأسرة والمجتمع أن يقدم العون و المساعدة والتعزيد والرعاية للمعاقين عقليا، حتى نحيلهم إلى طاقة منتجة بدلا من البقاء عالة على المجتمع، وعلى ذويهم، وحتى نعيد إليهم البسمة والتكيف أو التوافق.

في معظم الأنظمة المدرسية الكبيرة هناك محاولات لتدريب المعلمين أو المعلمات الجدد ومعلمي الصفوف الخاصة لتدريس المعاقين عقليا، لفئة الإعاقة العقلية البسيطة والفئة العليا من أرباب الإعاقة العقلية المتوسطة، وهناك محاولات لتعليم هؤلاء الأطفال القراءة والكتابة والمهارات المهنية لكي يتمكنوا من الحصول على وظيفة مناسبة مع ما تبقى لديهم من قدرات وإستعدادات عقلية وجسمية.

على كل حال المجهود الأكبر نحو إكتساب هؤلاء الأطفال المهارات الشخصية والإجتماعية لكي يتمكن الطفل من رعاية نفسه وتدريب نفسه مع الحد الأدنى من الإشراف اللازم له أو أقل من الإشراف عليه. من ذلك إلباس وتنظيف جسمه وقضاء حاجاته وتناول طعامه وتنظيف مائدة الطعام... الخ. (السيد عبيد، 2013: 258)

3.13. العلاج النفسي: ينصف التخلف العقلي الى تخلف عقلي مستقر، وآخر غير مستقر، ويعاني الصنف المستقر من إضطرابات وجدانية، وإهتزازات في الشخصية، وضعف في القدرة على تكوين علاقات شخصية وإجتماعية، مثل هذه الحالات في الحاجة إلى العلاج النفسي لمساعدتها على أن يعيشوا في سلام مع أنفسهم، ومع الآخرين، وأن يتغلبوا على معوقات سلوكهم وتكيفهم.

ويقوم العلاج النفسي مع حالات التخلف العقلي على أساس تكوين علاقة طبية مع العميل، وإعادة الرابط بينه وبين المجتمع، ومنحه العطف والحنان، وإزالة مخاوفه التي إكتسبها من البيئة القاسية التي كان يعيش فيها، ومساعدته على التكيف الإجتماعي مع الأسرة والمجتمع. لذلك كان من أهم أهداف العلاج النفسي تدريب العميل على حل مشكلاته، ويتصرف أموره وغرس ثقته بنفسه، وإدراكه لإمكانياته المحدودة، وتبصيره بها، وكيف يستغلها ويستفيد منها.

1.3.13. خطوات العلاج النفسي:

1- يبدأ المعالج في المرحلة الأولى بإزالة مخاوف العميل نحو أسرته والمجتمع، وتصحيح بعض المفاهيم البسيطة عن المجتمع والناس.

2- في الخطوة الثانية يعمل على تخليصه من نزعاته العدوانية تجاه الناس. وإتجاه نفسه، لأن المعاملة القاسية والحرمان من العطف والحنان تجعل الطفل قاسياً في معاملته لنفسه، وللأطفال الآخرين.

3- زيادة ثقة الطفل بنفسه وبالناس، وتبصيره بإمكانياته، وقدراته الشخصية، وكيف يستغلها، ويستفيد منها إلى أقصى قدر ممكن، ويقوم التبصير الذاتي على أساس جعل الطفل يشعر بخبرات النجاح في العمل وتجنبيه مواقف الإحباط وال فشل. فيبدأ الأخصائي معه من العمليات التي يستطيع القيام بها في سهولة ويسر ويشجعه ويمدحه ويكافئه، حتى تزداد ثقته بنفسه، ومن ثم ثقته في قيامه بعمل يرضى عنه الآخرين. (عبيد، 2013: 2051)

4.13. العلاج الطبي:

التخلف العقلي مشكلة طبية وقد أشرنا فيما سبق إلى العوامل العضوية والبيو كيميائية التي تسببه ويهدف العلاج الطبي إلى القضاء على أسباب التخلف العقلي العضوية والوقاية منها مثل علاج أخطاء التمثيل الغذائي، ووجود الأحماض في البول ودم المريض وأخطاء تركيب الدم، وسحب السائل النخاعي في حالة إستسقاء الدماغ حتى تستطيع أنتقوم بواجباتها، وتتحمل تعويض الخلايا والأنسجة التالفة، ومن أشكال العلاج الطبي للإعاقة العقلية ما يلي:

1.4.13. علاج أخطاء التمثيل الغذائي:

أجريت دراسات كثيرة لإكتشاف أخطاء التمثيل الغذائي بعد ولادة الطفل مباشرة كان من نتائجها الكشف عن وجود حوالي (30) عامل تسبب أخطاء التمثيل الغذائي:

- اختبار حامض الفيريك (Ferric Chloride Test) حيث تخط بعض من النقاط حامض الفيريك مع بول الطفل فإذا تغير لون البول إلى اللون الأخضر فهذا يعني وجود اضطراب في التمثل الغذائي (pKU) للطفل.

- اختبار شريط كل وريد الحديد (Ferric Chloride Reagent Strip Test): في هذا الإختبار يوضع شريط كلوريد الحديد في بول الطفل أو على منشفة الطفل، ثم يقارن لون الشريط مع لوحة الألوان التي تبين وجود الحالة من عدمها.

- إختبار جثري، أو ما يسمى بإختبار نسبة وجود الفينين بالدم، وفي هذا الإختبار تؤخذ عينة من دم كعب الطفل فإذا تبين أن مستوى الفينيلين في الدم هو 20 مليجرام لكل 100 ملم من الدم، فهذا يعني وجود اضطراب التمثيل الغذائي (pKU) للطفل. ولا تزال التجارب مستمرة في علاج العوامل التي تسبب أخطاء التمثيل الغذائي من أحدثها ما يقوم بها أطباء الدنمارك من إجراء للكشف عن السالب والموجب (إختلاف عامل RH) فإذا ثبت وجودها في دم الطفل، يسحب ويستبدل بدم جديد في الأسبوعين الأولين بعد الميلاد مباشرة قبل أن يتسبب في تلفيات في الدماغ أو في الأنسجة العصبية. (عبيد، 2013: 252)

14. الوقاية والرعاية في مجال الإعاقة العقلية:

هناك ثلاث مستويات من الوقاية في ميدان الإعاقة العقلية وهما:

1.14. الوقاية الأولية Primary Prevention: أي الوقاية من الدرجة الأولى ويقصد بها الحدود التي تبذل بإتخاذ الإجراءات والتدابير الوقائية أي التدابير التي تبذل في رعاية الأجنة وذلك من خلال إختبارات يمكن إجرائها أثناء فترة الحمل مقل إختبار نسبة البروتين في الدم، فحص السائل الأمني وإختبار (Rh)، إختبار المناسب للعمل.

2.14. الوقاية الثانوية Secondary Prevention: أي الوقاية من الدرجة الثانية ويقصد بها الجهود التي تبذل في تحديد الظروف البيئية التي لها علاقة بالإعاقة العقلية وعلاجها وذلك بإتخاذ الإجراءات والتدابير الوقائية التي تحول دون تطور الإصابة بالإعاقة العقلية مثل تجنب تكرار التعرض للأشعة السينية، إختيار العناية الطبية الملائمة، تجنب حالات الولادة المبكرة.

(خير الله، 2013: 104)

3.14. الوقاية الثلاثية tertiary prevention: أي الوقاية من الدرجة الثالثة ويقصد بها الجهود التي تبذل في رعاية المعاقين عقليا وتعليمهم وتأهيلهم وتشغيلهم في أعمال مفيدة لهم ولمجتمعهم مثل رعايتهم في سنوات الطفولة المبكرة، وهو ما يهدف إليه التدخل المبكر الإرشاد الأسري بالإضافة إلى جهود الأطباء في تنشيط خلايا المخ بالأدوية والعقاقير وضرورة تعقيم المعاقين عقليا لأن نسبة الوراثة في الإعاقة العقلية قد تصل إلى 70% وهذا يتم في كثير من الدول الأوروبية.

أن برنامج المستوى الثالث للوقاية يجب أن يوجه نحو تحقيقه الاهداف التالية:

- ❖ التوافق الشخصي والإنفعالي.
 - ❖ التوافق الإقتصادي.
 - ❖ وهذا يتحقق من خلال الإكتشاف المبكر للحالة والتأهيل لحالات الإعاقة العقلية بأنواعها قبل أن يستفحل الخطر.
 - ❖ تدريب الآباء والأمهات على احترام السلوك الشخصي للمعاق عقليا وتقبله وتكوين رأي عام حول مشكلة الإعاقة يكون له ثقة ويصبح قوة ضاغطة مؤثرة في الجهتين التشريعي والتنفيذي لمساندة قضية الإعاقة.
 - ❖ توسيع فرص العمل أمام المعاقين عقليا عن طريق التشريع وتوجيه المسؤولين في مجالات العمل، وعن طريق فتح مجالات جديدة لتدريب وتشغيل أفراد هذه الفئة من الشباب، والتخطيط المتكامل تربويا وصحيا ومهنيا وإعلاميا لبرامج رعاية المعاقين عقليا وتأهيلهم اجتماعيا.
- (خير الله، 2013: 105)

15. رعاية وتربية المعاقين عقليا:

إن أكبر تغير حدث في هذا المجال هو الانصراف عن الإيداع في مؤسسات وتوفير الرعاية في المنزل، ولا يعني هذا مجرد تغير في الفلسفة ولكنه يتطلب أيضا توفير الخدمات البيئية المحلية مثل: المدارس الخاصة وورش العمل، و تيسيرات الإقامة والمعيشة وخدمات التشخيص والعلاج.

وتشير الدراسات النفسية إلى أن البيئة غير السوية تعوق الفرد عن النمو السليم، ومع أن تأثيرها على نمو الذكاء لا يكاد يذكر، إلا أن الذكاء يزيد إلى حد ما بالممارسة ويضمربعدم

الممارسة، بمعنى أنه كلما كانت المنبهات البيئية غنية تتيح للفرد ممارسة ذكائه، ساعد ذلك على تقديمه والاستفادة منه والعكس صحيح، فنشاط الفرد العقلي لا يتأثر بدرجة نضجه فحسب، بل أيضا يتأثر بنوع الخبرات التربوية والثقافية التي يتعرض لها، وإنه من الخطأ أن ينظر إلى المعاق عقليا على أنه لا فائدة من تعليمه أو تدريبيه لأن عناية الأسرة بالابن المتخلف عقليا تتوقف إلى حد كبير على إتجاه الوالدين، أن يتقبلا كما هو. (شريت، 2009: 94)

أما من حيث علاقة الطفل المعاق عقليا ببقية أخته فيجب أن تقوم العلاقة على تقبله وتقبله وتقديم المساعدات له، وإشراكه بقدر ما يستطيعون في نشاطهم وألعابهم، ويجب على الأسرة تمرين طفلها على التفاعل التلقائي داخل الأسرة حتى يستطيع أن يتفاعل مع الجماعة ويكون ذلك عن طريق تشجيعه على أي عمل يؤديه بنجاح حتى ولو كان أقل من مستوى عمره الزمني بكثير، لأن ذلك يشعر الطفل بالرضا والثقة في نفسه.

بالإضافة إلى الأسرة ودورها في رعاية الطفل المعاق عقليا فإن مراكز ومؤسسات ومعاهد رعاية وتعليم وتأهيل المعاقين عقليا تعمل على تحقيق الأهداف التالية:

- ✓ تنمية قدرات المعاقين عقليا العقلية والجسمية من خلال برامج تربوية علاجية منظمة.
- ✓ توفير الخدمات الصحية والنفسية والاجتماعية والتربوية لهم.
- ✓ تدريبهم على السلوك الاجتماعي المقبول لمساعدتهم على التكيف والاندماج في المجتمع.
- ✓ علاج اضطرابات النطق والكلام المصاحبة لحالات الإعاقة العقلية.
- ✓ تأهيلهم مهنيا عن طريق برامج تدريبية هادفة، على بعض الحروف البسيطة التي تتلاءم مع قدراتهم وإمكاناتهم واستعداداتهم.
- ✓ توفير فرص عمل تمكنهم من الاعتماد على أنفسهم وتشعرهم بأنهم ذات قيمة في المجتمع.
- ✓ تدريب المعاقين عقليا لاكتساب المهارات الحركية حتى يمكن تحقيق التأثير الحركي لديهم.
- ✓ رعاية وحماية الأطفال المعاقين عقليا من خلال برامج تربوية علاجية.
- ✓ تقديم العون والمشورة والمساعدة لأسر المعاقين عقليا، وذلك عن طريق برنامج منظم لإرشاد والتوجيه النفسي.

✓ تنمية حواس الطفل المعاق عقليا: البصرية والسمعية واللمسية والشمية والتذوق.

✓ تنمية المهارات والاتجاهات السلوكية السليمة. (شريت، 2009: 95)

✓ تدريبهم على وسائل متنوعة لتشغل أوقات فراغهم بما يعود عليهم بالنفع.
 ✓ تزويدهم بالثقافة الدينية التي تساعدهم على أن يكونوا مواطنين صالحين.
 ✓ مساعدتهم على أن ينمو نموا متكاملًا من جميع النواحي العقلية والجسمية والاجتماعية والوجدانية إلى أقصى درجة ممكنة.
 ✓ تزويدهم بالقدر الضروري من المعرفة والخبرات الأساسية التي تناسبهم، وذلك باستثمار ما لديهم من قدرات ليكونوا بقدر الإمكان قوى عاملة بناءة في المجتمع بجانب أقرانهم الأسوياء.
 ✓ تنمية ثقتهم بأنفسهم وإدراكهم إلى نجاحهم في الحياة يتوقف إلى حد كبير على فهمهم لأنفسهم ومعرفة نواحي القوة ونواحي الضعف فيهم وأنهم قادرون على مواكبة مسيرة الحياة.
 ✓ رعاية صحتهم النفسية، عن طريق الأنشطة التربوية العلاجية التي تساعد على تحقيق الشعور بالأمن.

✓ مساعدتهم على تحقيق الإستقلال الإقتصادي من خلال إعدادهم للعمل.

✓ تمكينهم من التكيف والتوافق النفسي والشخصي في الأسرة والمجتمع.

✓ تنمية القدرة على التعامل مع الآخرين عن طريق إشراكهم في مواقف والخبرات الإجتماعية.

(شريت، 2009: 96)

ويتضح مما سبق أن الإهتمام بالأطفال المعوقين عقليا واجب إنساني، فهو لا يخلو من الفائدة الإجتماعية لأن التدريب والتعليم سيخلق من أفرادها أناسا عاملين يستطيعون القيام ببعض الأعمال التي تعينهم على فهم حدود إمكانياتهم وقدراتهم المحدودة أو على الأقل تمكينهم من خدمة ورعاية أنفسهم.

لذلك يجب على الدول تهيئة فصول خاصة بالمعاقين عقليا ومناهج خاصة بهم كما سيتوفر لدى أسرهم الإستقرار النفسي مما يساعد على التفاعل الإجتماعي السليم، حيث أن الأسرة هي الأول وسائل التطبيق الإجتماعي وأهم عامل في تكوين شخصية الطفل وتربيتهم، فعليها يقع العبء الأكبر في التهيئة. (شريت، 2009: 97)

16. إستراتيجيات التربية الخاصة لفئات التخلف العقلي:

تضع مختلف المجتمعات في عصرنا الحديث قيمة كبرى على العملية التعليمية بحيث أصبحت الآن أكثر من مجرد نظام لإكتساب الأفراد معلومات ومهارات معينة، بل تجاوزت ذلك بكثير

بحيث أصبحت معيارا للحكم على المكانة الإجتماعية للفرد، بدأت قيمة التعليم تسيطر على المجتمعات على الحد الذي بدأت تصل فيه على مرحلة يقيم الفرد بشكل أساسي في ضوء عدد السنوات التي يقضونها في التعليم المدرسي، وعلى أساس الدرجات العلمية التي يحصلون عليها.

لعل خبرة الذهاب إلى المدرسة تعتبر أكثر الخبرات الثقافية التي يشترك فيها الطفل بعيدا عن نطاق أسرته. لذلك يعتبر قبول الطفل بالمدرسة حدثا مثيرا لكل من الطفل والوالدين. وبالتالي عندما يفشل الطفل في قبول بالمدرسة نتيجة للقصور الجسمي أو العقلي فإن الموقف يمكن أن يحمل أثارا مضجعة لأسرة بأكملها. من ناحية أخرى فإن المبدأ الذي ينادي بالحاجة إلى توفير فرص متكافئة أمام الأطفال للحصول على تعليم المناسب مبدأ مقبول بوجه عام، ومن ثم فإن إخفاق طفل ما في الإلحاق بالمدرسة يعتبر حدثا محطما من الناحية النفسية للجو الأسري. (شريت، 2009: 91)

ينظر معظم الأفراد على المدرسة على أنها تلك المؤسسة التي يتعلم الطفل من خلالها المهارات الخاصة اللازمة للفرد حتى يتمكن من إسهام في الأنشطة الأعضاء الراشدين في مجتمعه، يضع الناس بوجه عام ثقة كبرى في الدور الذي تقوم به المدرسة في تعليم الأطفال قيما مثل الإستقلال إن والقيادة، وبناء الأسرة، ومقومات المواطنة الصالحة.

ترتب على ذلك أن الطفل الذي يحجز عن تعلم مثل هذه المهارات أو من جانب المجتمع، وهذا التقليل من الإعتبار ومن القيمة الذاتية يعتبر خبرة مؤلمة ليس للطفل فقط بل لأسرة أيضا. إلى وقت قريب كانت النظم التعليمية تبدو مترددة في تقديم وتطور برامج تعليمية للأطفال المتخلفين عقليا. بزغ هذا الإتجاه من العوال الثلاثة الآتية:

1. إتجاه عام يحمل طابعا دفاعيا ساد فيما بين المربين يتعلق بمدى ملائمة البرامج التعليمية للطفل العادي، وشعور ساد بينهم من أن البدئ في تقديم برامج للمتخلفين عقليا قد يعرض البرامج القائمة بالفصل للخطر.

2. نقص في المعلومات الخاصة بالعمليات الإنمائية لدى الطفل الأطفال المتخلفين عقليا والطريقة التي يمكن أن تصمم بها برامج تعليمية تخدم هذه المظاهر الإنمائية على أحسن وجه.

3. تباين واسع في وجهات النظر الفلسفية تجاه تعريف العملية التربوية وأهدافها، وطرق تكيف هذه الفلسفات والأهداف لتناسب الأطفال المتخلفين عقليا. (شريت، 2009: 92)

17. أهداف تربية الأطفال المتخلفين عقليا:

1. مساعدتهم على التعايش مع الآخرين.

2. مساعدتهم على تنمية الإستقلالية.

3. مساعدتهم على الأخذ بالعادات الصحية المناسبة. (شواهين وآخرون، 2008: 54)

18. أنواع البرامج التربوية للمتخلفين عقليا:

1.18. المدرسة الداخلية:

يعد هذا النوع أكثر ملائمة للحالات الحادة أو المتوسطة من المتخلفين عقليا أو تلك التي تستلزم العزل والرعاية اليومية المستديمة، ولا تسمح ظروفهم الأسرية والوالدية لسبب أو لآخر بتأمين هذه الرعاية لها. وكذلك لأطفال المتخلفين الذين يعانون من صعوبات تكيفية ومشكلات سلوكية شديدة تستدعي عزلهم لفترة ربما تطول أو تقصر حتى يتسنى ضبط سلوكهم وتصرفاتهم وعلاجهم، كما يلائم هذا النوع من البرامج الأطفال الذين يفدون من مناطق نائية أو بعيدة لتلقي الخدمات التربوية والتعليمية مما يصعب معه العودة يوميا لذويهم أو يؤدي ذلك على عدم إنتظامهم في تلقي مثل هذه الخدمات، (شريت، 2009: 92) ومن ثم يفشلون في تحقيق الإفادة المرجوة منها. ويستلزم هذا البرنامج ضمان تيسير التفاعل بين الأطفال المتخلفين عقليا وكل من الأطفال العاديين، والمجتمع الخارجي من خلال الرحلات والزيارات وغيرها.

2.18. المدرسة الخاصة:

ويلحق المتخلفين عقليا طبقا لهذا البرنامج إما بمدارس للتربية الخاصة تقدم خدماتها لأكثر من فئة من فئات ذوي الإحتياجات الخاصة، أو بمدارس مستقلة للتربية الفكرية خاصة بالمتخلفين عقليا على أن يعود الأطفال إلى أسرهم في نهاية كل يوم دارس لمزاولة حياتهم الاعتيادية معها. وقد يحتاج هذا البرنامج إلى متابعة نمو الطفل ونشاطاته في نطاق أسرته من قبل أخصائيين زائرين كالمدرسين والأطباء، وعلى تدريب الوالدين للمشاركة في البرنامج التعليمي أثناء تواجد الأطفال في المنزل. (شريت، 2009: 93)

3.18. الفصول الخاصة بمدارس العاديين: وهي أوسع البرامج انتشارا بالنسبة للمتخلفين بدرجة بسيطة، كما أنها أكثر تحبيذا من قبل المتخصصين نظرا لعدم ارتفاع تكلفتها الاقتصادية من جانب، ولما توفره من فرص للتفاعل بين الطفل المتخلف ودمجه مع أقرانه من الأطفال العاديين على الأقل من خلال الانشطة المدرسية والتواجد في بيئة حياتية طبيعية، نظرا لتحسين مستوى التحصيلي والتكيفي للطفل المتخلف عقليا في إطارها، ولعل مما يحقق الإفادة القصوى من هذا البرنامج ضرورة بذل الجهود اللازمة للعمل على تغيير الاتجاهات السلبية لدى العاديين نحو الأطفال المتخلفين عقليا. (شريت، 2009: 94)

19. الإتجاهات الحديثة في التقييم النفسي والتربوي لأطفال المعاقين عقليا: تعتبر إجراءات التقييم النفسي والتربوي والأدوات المستخدمة فيه من العناصر الأساسية التي تتضمنها برامج التربية الخاصة لأطفال المعوقين عقليا، إن التقييم النفسي والتربوي يسمح بجمع المعلومات ضرورية عن الأطفال تساعد في إتخاذ القرارات هامة في ما يتعلق بالتعرف على درجة الإعاقة وتحديد إستراتيجيات التدريس المناسبة لهم وكذلك تقويم فعالية البرامج التربوية المقدمة لهم. إن عملية التقييم النفسي والتربوي لأطفال المعاقين عقليا تعتبر بمثابة خطوة أساسية وأولية في نفس الوقت. وحيث أن نتائج تلك العملية لا تقتصر على تحديد البرنامج التربوي المناسب للطفل، فإن آثار وقرارات عملية التقييم تحدد وبشكل كبير ملامح مستقبل الفرد المعاق عقليا. ومن هنا فمن الضروري أن تتصف إجراءات التقييم وشروطه بموصفات ومعايير تتضمن التوصل إلى أحكام ونتائج دقيقة تخدم هدفه الأساسي المتمثل في تطوير البرامج التربوية المناسبة، وتتضمن في نفس الوقت تجنب الخطأ في إتخاذ قرارات تربوية ذات آثار وعواقب نفسية وإجتماعية تؤثر سلبا على حياة الفرد وأسرته على حد سواء.

(شاكرا مجيد، 2008: 48)

تطبق إجراءات التقييم النفسي والتربوي على جميع الأطفال المعاقين عقليا دون إستثناء. إذ أنها ضرورية من أجل تشخيص الأطفال بالإعاقة العقلية خاصة في حالات الإعاقة العقلية البسيطة التي لا يمكن التعرف عليها إلا بإستخدام إجراءات التقييم النفسي والتربوي. والتي تشكل أكثر من 80% من حالات الإعاقة العقلية كما أن إجراءات التقييم النفسي والتربوي ضرورية في

الحالات المتوسطة والشديدة التي تشخص من قبل الأطباء وذلك من أجل التعرف على نقاط الضعف ونقاط القوة بغية تصميم برامج التدخل التربوي والعلاجي.

(شاكور مجيد، 2008: 49)

20. إجراءات التقييم النفسي والتربوي للأطفال المعاقين عقليا:

إن القيام بعملية التقييم النفسي والتربوي للأطفال المعوقين عقليا تتطلب القيام من الأخصائي النفسي والتربوي والمعلم بعدد من الإجراءات في مراحل مختلفة يمكن تقييم هذه المراحل:

1. مرحلة ما قبل التقييم.

2. التقييم.

3. مرحلة تفسير وتنظيم النتائج.

4. مرحلة توصيل النتائج.

وفي كل مرحلة، يجب على الأخصائي النفسي أن يأخذ بعين الاعتبار الطفل المعاق عقليا من النواحي الجسمية والعقلية والانفعالية والتربوية والاجتماعية.

1.20. مرحلة ما قبل التقييم: وتسمى هذه المرحلة بمرحلة التحويل حيث يتم تحويل الطفل

المعاق عقليا من عدة مصادر كالوالدين والمعلمين والمشدين والباحثين والاجتماعيين والأطباء. إذا كانت إعاقة الطفل شديدة أو اعتمادية فإنه على الأغلب يتم اكتشافها من قبل الطبيب مبكرا بعد الولادة بقليل. أما إذا كانت إعاقة الطفل بسيطة فإنه عادة لا يتم اكتشافها إلا بعد وصول الطفل إلى عمر المدرسة ويبدأ يعاني من عدم مجارة متطلبات المدرسة.

ومع وجود نظام تحويل رسمي ومتفق عليه في الدول المتقدمة التي يطبق فيها قوانين حقوق المعوقين ومنهم المعوقين عقليا، إلا أن الوضع في الوطن العربي كما في الدول النامية لا يخضع إلى إجراءات رسمية ومتفق عليها وإنما يتم التحويل بأشكال وأنماط متباينة تعكس اهتمام الفرد الذي يقوم بعملية التحويل. (شاكور مجيد، 2008: 55)

قبل تحديد موعد مع الأخصائي النفسي لإجراء التقييم النفسي التربوي للطفل المحول، يتم إرسال استبيانته بواسطة البريد تشمل على أسئلة عن تاريخ الولادة، التاريخ الصحي والنمائي وتتضمن أيضا شكاوي الوالدين. يمكن الاستعانة أيضا بالاستبيانات مختصرة تتم تعبئتها في غرفة

الإنتظار قبل موعد وقد تستخدم بعض الأدوات القصيرة الرسمية والتي عادة ما تطبق بشكل روتيني.

في الحالات التي تتضمن شكاوي عن إنخفاض مستوى التعليمي أو أية مشكلات مدرسية فهناك إستبيانات ترسل بالبريد للمعلم على عنوان المدرسة أو البيت. كما يتم طلب السجلات المدرسية وأي تقييم نفسي تربوي سابق للطفل. وقد يفضل الأخصائي النفسي مقابلة الوالدين والطفل قبل أن يطلبو هذه المعلومات، وهذا يعتمد في سهولة الحصول على المعلومات وكيفية تنفيذ التقييم يسر وسهولة للطفل ووالديه.

في هذه المرحلة، على الأخصائي النفسي أن يكون على دراية بالمظاهر الجسمية غير الطبيعية والصعوبات ذات دلالة خلال مرحلة الحمل والولادة، أو أية جروح أو حالات تتطلب المعالجة الطبية، كذلك يجب الإهتمام بإدراكات الوالدين والآخرين لبعض مظاهر عدم السواء في التطوير الحسي أو الحركي من أجل تقصي مثل هذه المظاهر فيما بعد. وفي حالة النتائج الإيجابية فعلى الأخصائي النفسي أن يطلب التقدير من طبيب الطفل والتحويل إلى الأخصائيين الآخرين قد يؤخر حتى يأخذ كل منهم الفرصة لرؤية الطفل ووالديه.

(شاعر مجيد، 2008: 56)

من الناحية العقلية، يجب على الأخصائي النفسي في هذه المرحلة أن يحدد المظاهر التي تدل على مستوى الإعاقة العقلية بالإضافة إلى تقارير سابقة عن الطفل في ما يتعلق بإختبارات الذكاء إن وجدت أما من الناحية الإنفعالية والإجتماعية فعلى الأخصائي النفسي أن يأخذ بعين الإعتبار العبارات التي يستخدمها الوالدين لوصف الطفل عند الحديث عن الإنفعالات وثورات الغضب أو السلوكيات الإنسحابية وعلاقات الطفل مع أقرانهم ومع الكبار.

2.20. مرحلة التقييم: يتم في هذه المرحلة تطبيق الإختبارات النفسية والتربوية التي لا علاقة بالمحكات التشخيصية بالإضافة إلى فحص الجوانب الأكاديمية والسلوكية وذلك من أجل التعرف على جوانب القوة والضعف لدى الطفل المعاق عقليا. بعد جمع المعلومات العامة عن الطفل يرجى تطبيق أحد إختبارات الذكاء الفردية كإختبار الذكاء، يجرى تطبيق إختبار السلوك التكيفي إذ يطلب من الوالدين الإستجابة إلى فقرات الإختبار وملاحظة تقدير سلوك الطفل على بعض الفقرات.

ولتقييم الجانب الإنفعالي تجرى مقابلة للوالدين وللطفل وذلك للتعرف على الخصائص الإنفعالية لكل من الطفل والأسرة معاً، وعلى الأخصائي أن يتجنب العبارات الغامضة أو المبهمة مثل عبارة (سلوك عدواني) ولكن يجب أن تؤخذ الظروف التي تثير هذا السلوك بعين الاعتبار. إن أول نصيحة للشخص الذي يقوم بعملية المقابلة هي عدم إنتقاد الطفل أو الوالدين عند سردهم للأحداث، وكذلك أن يظهر القبول والتعاطف للفرد الذي يقوم بسرد الأحداث. والمستمع الذي لا يظهر الإحترام، قد لا يستمع إلى بقية التفاصيل لحادثة معينة والتي قد يكون فهمها أكثر أهمية من كل درجات الإختبارات. إن من أفضل الإختبارات في هذا المجال هو إختبار الشخصية للأطفال وكذلك إختبار العلاقات العائلية.

ولتقييم الجانب التربوي يتم جمع البيانات عن التحصيل الأكاديمي من المدرسة إن كان الطفل قد التحق بها بالإضافة إلى تطبيق إختبارات التحصيل الرسمية وغير الرسمية وفيها يتم التعرف على جوانب قصور الطفل للإستفادة منها في بناء البرنامج التربوي الفردي.

3.20. مرحلة تفسير وتنظيم النتائج: إن القرار الذي يجب على الأخصائي النفسي إتخاذه في ما يتعلق بالجانب العقلي هو في ما إذا كانت درجات الذكاء تصف القدرة العقلية العامة للأفراد. وإذا كانت الملاحظات والبيانات تؤكد هذه الدرجات، فإن الأخصائي النفسي يستطيع أن يقبل جزئياً التصنيف للوظائف العقلية لأفراد. (شاكر مجيد، 2008: 56)

وفي الجانب الإنفعالي يجب أن تخدم المقابلة ملاحظة السلوك الإنفعالي للطفل وللوالدين. إن سلوك الطفل خلال المقابلة يعطي معلومات عن هذا الطفل ولكن على الأخصائي أن يدرك بأن سلوك الطفل قد يختلف من موقف لآخر، فقد يكون الطفل خجولاً وصامتاً خلال الفترة الأولى للتقييم ولكن سلوكه قد يختلف من موقف لآخر، فقد يكون الطفل خجولاً وصامتاً خلال الفترة الأولى للتقييم ولكن سلوكه قد يختلف في ساحة اللعب، ولكي يوازن الفاحص الملاحظات الذاتية، عليه أن يأخذ وزناً للبيانات الموضوعية التي يمكن الحصول عليها من خلال تطبيق إختبارات الشخصية.

إن تفسير نتائج السلوك التكيفي يتطلب معرفة بمظاهر ضعف الإختبار ومقاييس السلوك التكيفي الحالية تتطلب أن تستخدم من قبل فاحص مدرب وذلك بسبب أن الدرجات على

الفقرات تتطلب حكم الفاحص على هذه الأجزاء، وأكثر من ذلك فإن الفاحص قد يلاحظ أشكالاً معينة من الإجابات وهذه بدورها تؤثر على التفسير اللاحق.

من المشكلات التي قد تواجه الأخصائي النفسي في ممارسات الخاصة هي أنه عندما يتطلب منه رأي ثانٍ في ما يتعلق بتصنيف الطفل على أنه معاق عقلياً، فقد يطبق الأخصائي مقياس السلوك التكيفي مع الأم وقد يتوصل إلى نتيجة مفادها أن الطفل غير معوق اجتماعياً وبالتالي يجب أن لا يتصف على أنه معوق عقلياً وفي هذه الحالة على الأخصائي النفسي أن يتأكد من تقارير الوالدين.

4.20. مرحلة توصيل النتائج: وهي المرحلة الأخيرة والتي يتم فيها التوصيل النتائج وتفسيرها للوالدين أو المعلمين أو الأشخاص المعنيين. يعتبر تسجيل نتائج اختبارات الذكاء وتصنيف الإعاقة العقلية من أكثر المهمات الرئيسية صعوبة لأخصائي النفسي. إن تحديد اختبارات الذكاء وطرق تحديد السلوك التكيفي المقبولة في تعريف الإعاقة العقلية هي التي حددت للأخصائي هذا الدور المركزي. (شاكر مجيد، 2008: 57)

في حالة الإعاقات المتوسطة والشديدة والإعتمادية يكون التشخيص قد تم غالباً في سن الطفولة المبكرة ويتم عادة من قبل أما اصلاح الإعاقة العقلية البسيطة فإنه يعتبر من أكثر الإصطلاحات صعوبة على الفهم من قبل الوالدين عندما يسمعه للمرة الأولى، إذ لا تظهر لدى الطفل عادة صعوبات جسمية رغم أن الوالدين قد يلاحظون أن الطفل بطيء النمو إلا أنهما يحاولان تفسير وتبرير الأمر بطرق متنوعة ويميلان للإعتقاد بأن الطفل سيجتاز هذا الوضع وهناك عدد من الإستراتيجيات التي قد تساعد الأخصائي على توصيل المعلومات الصحيحة للأهل عن معنى الإعاقة البسيطة.

إحدى الإستراتيجيات تتضمن أن يسأل الأخصائي الأهل عن الوظائف التي يقوم بها الطفل، وفي أي عمر يقوم بها الأطفال حسب ما يعتقد الأهل وتأتي الإجابات عادة من نوع كما يقوم بها أخوه الأصغر، وهنا يقارن الأخصائي هذا بالعمر الزمني للطفل، ويشير إلى الفجوة هي التي تعرف بالإعاقة العقلية البسيطة.

إستراتيجية أخرى هي أن يقوم الأخصائي بعرض الفقرات الأساسية أو المجالات الوظيفية للسلوك التكيفي، ويطلب من الأهل أن يقرروا ما يقوم به الطفل وما لا يقوم به ثم يوضح أن

الفجوة بين ما يقوم به الطفل زما يقوم به الأطفال عادة في مثل عمر هذا الطفل، ومن ثم تفسير الإعاقة العقلية البسيطة بأنها عدم قدرة الطفل على إظهار أو أداء السلوكيات التي لم يظهرها.

إن القاعدة العامة هي أن الأخصائي النفسي من مهماته المهنية أن يكتب تقريراً عن نتائج الواقع، لذلك على الأخصائي أن يكتب تقريره بلغة يفهمها الشخص العادي غير المتخصص وبشكل دقيق. (شاكر مجيد، 2008: 57)

21. ردود الفعل التي تظهر عند الوالدين عند إدراكهما بأن طفلهما متخلف عقلياً:

1. الاعتراف بوجود الطفل المتخلف وتقبله.
2. الشعور بالصدمة ونكران وجود التخلف عند الطفل.
3. الشعور بالشفقة.
4. الشعور بالذنب والعار.
5. الحيرة والإرتباك.
6. إلقاء اللوم على بعض (الأم والأب). (شواهين وآخرون، 2008: 52)

22. دور الأسرة في علاقتها مع طفلها (المتخلف عقلياً):

1. حاجة الطفل المتخلف لإهتمام به داخل الأسرة وخارجها أكثر من الطفل السوي.
2. يعاني الطفل المتخلف من صعوبات في إقامة علاقات إجتماعية مع الأطفال الأسرية وهذه الفروق تسبب ردود أفعال عاطفية متطرفة لدى الوالدين تتراوح ما بين الحماية الزائدة للطفل المتخلف والرفض من جهة أخرى مما يؤثر على نمو الطفل. (شواهين وآخرون، 2008: 52)

خلاصة الفصل:

يمكننا القول من خلال ما سبق طرحه في هذا الفصل، ان مشكلة التخلف العقلي ليس ميؤوس منها، على العكس يمكننا إكساب المتخلفين عقليا مهارات الحياة اليومية وتعليمهم مختلف السلوكات المقبولة عن طريق إستخدام مبادئ إجرائية ممنهجة للتعلم والاكساب ولا ننتظر الاستجابة لذلك من كل أطفال المعاقين نظرا لشدة ونوعية إعاقتهم.

الفصل الرابع : الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

تمهيد

1. الدراسة الإستطلاعية

2. الدراسة الأساسية

1.2 منهج الدراسة

2.2 حالات الدراسة

3.2 أدوات الدراسة

خلاصة الفصل

تمهيد:

يعتبر هذا الفصل من الدراسة تجسيدا للجزء التطبيقي لها والمكمل للجانب النظري، حيث سنقوم فيه بعرض مختلف الخطوات المنهجية التي اعتمدنا عليها لتحقيق أهداف الدراسة المذكورة سابقا وتتمثل هذه الإجراءات في الدراسة الاستطلاعية والدراسة الأساسية، عرض المنهج المستخدم في الدراسة، وسنقوم بعرض الأدوات المستعملة في الدراسة وسنتطرق إلى مكان ومدة إجراء الدراسة، وفيما يلي عرض مفصل لما يرد في هذا الفصل.

1. الدراسة الاستطلاعية:

-الدراسة الاستطلاعية هي الخطوة الأولى والمهمة في القيام بأي بحث علمي فهي تساعدنا في التعرف واختيار حالات الدراسة.

-تحتل الدراسة الاستطلاعية أهمية بالغة في البحث العلمي وذلك لأنها تعتبر دراسة أولية و بداية للتعرف على الظاهرة التي يريد الباحث دراستها بهد توفير الفهم الدقيق للدراسة المطلوبة، والتعرف على اهم الفروق التي يمكن وضعها واخضاعها للبحث العلمي، وكذا التأكد من الخصائص السيكومترية، وتطبق عادة على عينة صغيرة، وما تمكنه أيضا من اختيار أكثر الوسائل الصلاحية للدراسة، هذا الى جانب تحديد الأسئلة التي تتطلب اهتماما وتركيزا وتفصيلا وفحصا وقد ترشد هذه الدراسة الى الصعوبات الخفية لهذا البحث. (مروان، 2000: 68)

بعد تحديد متغيرات البحث قمنا بالبحث عن الحالات دراسة المتمثلة في أمهات أطفال الإعاقة العقلية وكان ذلك في مارس 2023 فقمنا بزيارة بعض المراكز، وتم تأكد من توفر الحالات، وقد أجرينا مقابلة عيادية مع حالة حيث تم تأكد من إمكانية تطبيق دليل المقابلة العيادية و مقياس جودة الحياة لدى الأمهات واختبار الإدراك الأسري FAT.

1.1. خصائص الدراسة الإستطلاعية:

في بداية المشوار قمنا بتطبيق دليل المقابلة على حالة وبعد ذلك تطبيق مقياس جودة الحياة لحرطاني أمينة بغية معرفة مدى إجابة الحالة للعبارات الموجودة داخل المقياس ومدى رضا الحالة عن الحياة التي تعيشها من خلال النتيجة المتحصل عليها بعد تصحيح المقياس، بالإضافة إلى تطبيق إختبار الإدراك الأسري FAT للمساعدة في تحليل النتائج.

1.2. الهدف من الدراسة الاستطلاعية:

- الإحاطة الشاملة بالمشكلة وموضوع الدراسة.
- التعرف على ميدان الدراسة والحصول على المعلومات الأولية.
- تساعد على التعرف على خصائص الحالات المعنية بالدراسة.
- التعرف على الصعوبات التي قد تواجه الباحث وكل ما يعرقل الدراسة الأساسية قصد تفاديها.

- إثراء الدراسة الأساسية بالمعلومات والمعطيات الميدانية.

3.1. مكان ومدة الدراسة الاستطلاعية:

- مكان الدراسة: قمنا بإجراء الدراسة الاستطلاعية على مستوى مقر الفدرالية الوطنية الجزائرية للتوحد جمعية ضياء لأطفال التوحد والتريزوميا وصعوبات التعلم حي ديار الشمس (الحضانة) -تيارت-

- مدة الدراسة: قمنا بإجراء الدراسة في الفترة الممتدة من 20 مارس 2023 إلى غاية 03 ماي 2023.

حيث تم تحديد عينة الدراسة واختيار حالة واحدة للدراسة الأساسية وذلك في 20 مارس 2023.

2. الدراسة الأساسية:

-المجال المكاني والزمني للدراسة:

أ. المجال المكاني: تم إجراء الدراسة الفدرالية الوطنية الجزائرية للتوحد جمعية ضياء لأطفال التوحد والتريزوميا وصعوبات التعلم حي ديار الشمس (الحضانة) -تيارت-

ب. المجال الزمني: قمنا بإجراء الدراسة في مدة شهر و نصف بمعدل 7 جلسات.

1.2. منهج الدراسة:

-**تعريف المنهج:** هو مجموعة من القواعد العامة التي تحدد عمليات الباحث حتى يصل إلى نتيجة معينة هي الكشف عن حقيقة مجهولة أو البرهنة على صحة حقيقة معلومة.

-وهو أيضا إجراء يستخدم في بلوغ غاية محددة. (الكلاب، 2018: 42)

قمنا في هذا البحث بتطبيق المنهج الإكلينيكي (العيادي) لملائمته للدراسة، فهو يتعلق بطريقة علاجية و دراسة المفحوصين الذين يمثلون حالات البحث دراسة إكلينيكية عميقة بجميع تقنياتها، و لما له من خصائص تخدم الموضوع.

-**تعريف المنهج الإكلينيكي:** يعتبر فرع من فروع علم النفس الذي يتناول بالدراسة والتحليل

سلوك الأفراد الذين يختلفون في سلوكهم إختلافا كبيرا عن غيرهم من الناس، مما يدعو إلى إعتبارهم أسوياء أو غير أسوياء وذلك بقصد مساعدتهم في التغلب على مشكلاتهم وتحقيق

تكيف أفضل لهم. (حاج سليمان، 2021: 11)

يعتمد على دراسة الحالة الفردية التي تسمح الإهتمام المباشر بالفرد، ومحاولة فهمه بشكل معمق، وهي طريقة عيادية استطلاعية في منهجها تهدف إلى التوصل إلى الفروض فهي

الوعاء الذي ينظم فيه الإكلينيكي ويقيم كل المعلومات والنتائج التي تحصل عليها من المفحوص وذلك بواسطة الملاحظة والمقابلة بالإضافة إلى التاريخ الاجتماعي والفحوصات الطبية والاختبارات السيكولوجية، وهي تسمح بوصف ظواهر سوية وغير سوية ووضع فرضيات لأجل دراسة الشخصية والبحث في السببية المرضية أو علاج الإضرابات النفسية.

(محسن، أبو أسعد، 2015: 62)

-دراسة حالة:

يستخدمها الباحث من أجل دراسة حالة واحدة من جوانبها المتعددة، وقد تكون هذه الحالة فردا، أو أسرة، أو مؤسسة، أو مجتمعا محليا، أو مجتمع كله، أو نظاما إجتماعيا أو الظواهر الإجتماعية والعادات والتقاليد.

وأهم مصادر جمع البيانات في دراسة الحالة هي الوثائق الشخصية والمذكرات اليومية والرسائل. (سليمان، 2009: 148)

كما يعرفها لاغاش (lagache) فيعرفها بأنها التعرف على إضطراب ما من خلال تطبيق معطيات عامة على حالة فردية مع إستيعاب خصوصيات المريض. (عزوز، 2016: 06)

في حين يقول حسن مصطفى عبد المعطي أنها الإطار الذي ينظم ويقيم فيه الأخصائي الإكلينيكي كل المعلومات والنتائج التي يحصل عليها من الفرد وذلك عن طريق الملاحظة، المقابلة، التاريخ الاجتماعي، السيرة الشخصية الإختبارات السيكولوجية والفحوص الطبية... إلخ.

(عزوز، 2016: 07)

2.2. حالات الدراسة:

تم إختيار حالة الدراسة بطريقة قصدية غرضية حيث تكونت من حالة واحدة -أملطفة ذو إعاقة العقلية متوسطة شخصت من طرف طبيب النفسي للأطفال على مستوى مستشفى الأمراض العقلية بتيارت.

-معايير إختيار حالات الدراسة:

عند إختيار حالات الدراسة تم مراعاة الشروط التالية:

➤ مستوى الإعاقة العقلية: المستوى المتوسط.

-خصائص حالات الدراسة:

تكونت عدد حالات الدراسة من حالة واحدة (01) من أمهات أطفال الإعاقة العقلية (المستوى المتوسط) من فئة إناث، عمرها (09 سنوات)، يمثل الجدول رقم (04) يلخص خصائص الحالة.

جدول رقم(04) يمثل خصائص حالة الدراسة.

الحالات	الإسم	السن	الجنس	رتبة الطفل ذو	جنس الطفل ذو	مستوى الإعاقة العقلية
الحالة	(م)	30	أنثى	الأولى	أنثى	متوسط

يبين الجدول رقم (04) أن حالة الدراسة من فئة أمهات أطفال الإعاقة العقلية عمرها 30 سنة فئة إناث، يوضح الجدول أن حالة الدراسة أم لطفلة ذات الإعاقة العقلية (المستوى المتوسط) والذي تم الإشارة إليه في الجانب النظري.

3.2. أدوات الدراسة:

لقد إعتدنا في هذه الدراسة على تقنيتين هما الملاحظة والمقابلة العيادية النصف موجهة ومقياس حرطاني أمينة لجودة الحياة لدى الأمهات، وإختبار الإدراك الأسري FAT.

- المقابلة العيادية :

هي محادثة تتموجها لوجه بين العميل والأخصائي النفساني الإكلينيكي، غايتها العمل على حل المشكلات التي يواجهها الأول، والإسهام في تحقيق توافقه، ويتضمن ذلك التشخيص والعلاج. تستعمل المقابلة حسب سيلامي كطريقة ملاحظة للحكم على شخصية المفحوص، إنها جزء لا يتجزأ نجده في جميع الإختبارات السيكولوجية، حيث تسهل فهم مختلف النتائج المتحصل عليها، كما أنها تستعمل في علم النفس العيادي بانتظام وتساعد في إعطاء حلول للمشاكل. (مقراني، 2022: 58)

-المقابلة نصف الموجهة: يتقدم الفاحص على مقابلة المفحوص وتكون في ذهنه مجموعة من المحاور أو رؤوس مواضيع بدل الأسئلة التي نجدها في الشكل الموجه، كأن يفكر في أن يتطرق على المحاور الآتية:

الأسرة، المرض الحالي، الطفولة، سنوات التعلم، العمل، مكان الإقامة، الحوادث والأمراض، الحقل الجنسي، العادات والهويات، الإتجاه نحو الأسرة، الإتجاه نحو المرض الحالي، الأحلام.

(مقراني، 2022: 61)

ولإجراء هذه المقابلة وضعنا الأسئلة في صورة دليل المقابلة الذي يحتوي على سبع (07) محاور هي:

المحور الأول: إنشاء علاقة بين الحالة و الباحثين و تهيئة الحالة و كسب ثقتها.

المحور الثاني: جمع المعلومات عن التاريخ المرضي للحالة والتعرف على الصحة الجسمية.

المحور الثالث: محور الصحة النفسية.

المحور الرابع: محور الجانب الأسري والإجتماعي.

المحور الخامس: محور الجانب الإقتصادي والنظرة المستقبلية.

المحور السادس: تطبيق مقياس جودة الحياة لدى الأمهات.

المحور السابع: تطبيق إختبار الإدراك الأسري FAT.

جدول رقم (05) المحاور الأساسية لدليل المقابلة.

المحور	موضوعه
المحور الأول (01)	البيانات الشخصية
المحور الثاني (02)	التاريخ المرضي والتعرف على الصحة الجسمية
المحور الثالث (03)	الصحة النفسية
المحور الرابع (04)	الجانب الأسري والإجتماعي
المحور الخامس (05)	الجانب الإقتصادي والنظرة المستقبلية
المحور السادس (06)	تطبيق مقياس جودة الحياة
المحور السابع (07)	تطبيق إختبار الإدراك الأسري FAT

-الملاحظة العيادية: هي توجيه الحواس لمشاهدة ومراقبة سلوك معين أو ظاهرة معينة وتسجيل جوانب ذلك السلوك أو خصائصه. فهناك ظواهر لا يتمكن الباحث من دراستها عن طريق

المقابلة أو الإستبانة ولا بد له من إختبارها بنفسه مباشرة مثل: العادات والتقاليد الإجتماعية والإحتفالات والأعياد وغيرها، حيث تتطلب هذه المواقف من الباحث أن يعيشها بنفسه بملاحظة واعية، وهي تتيح للباحث فرصة جمع بيانات حية في مواقف حية.

هدفها: ملاحظة سلوك المريض والسيميولوجية التي يتميز بها، كما تعطي له الفرصة للنظر إلى ما يجري في الموقع وليس ما يتوفر في متناول اليد، وهكذا يتمكن الباحث من فهم سياق البرامج.

وقد إعتدنا في الدراسة الحالية على الملاحظة المباشرة هي التي يقوم فيها الباحث بملاحظة سلوك معين من خلال إتصاله مباشرة بالأشخاص أو الأشياء التي يقوم بدراستها.

(نوفل، 2010: 263)

-الإستبانة:

أداة لجمع البيانات المتعلقة بموضوع بحث محدد عن طريق إستمارة يجرى تعبئتها من قبل المستجيب. وهو أنواع وتم إستخدام الإستبيان المغلق في هذه الدراسة بحيث يطلب إلى المفحوص إختيار الإجابة الصحيحة من مجموعة من الإجابات مثل: نعم، لا، غالبا، أحيانا، نادرا، إذ يساعد الباحث في الحصول على معلومات وبيانات أكثر مما يساعده على معرفة العوامل والدوافع والأسباب. (ملحم، 2010: 309، 308)

-مقياس جودة الحياة لدى الأمهات:

هو إستبيان من إعداد الطالبة **حرطاني أمينة** في مذكرتها لنيل شهادة الماجستير في علم النفس الأسري وكان موضوع دراستها "جودة الحياة لدى الأمهات وعلاقتها بالمشكلات السلوكية عند الأبناء."

وحسب حدود إطلاعها لم تعثر على أية أداة خاصة متعلقة بجودة الحياة لدى الأمهات والمتعلقة بالجانب النفسي-الإجتماعي الأمر الذي دفعها في التفكير في تبني مقياس جودة الحياة المصمم من قبلها والذي تناول ذلك وهو يطبق على الأمهات فقط.

يتكون المقياس من عبارات سالبة وأخرى موجبة كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (06) يبين توزيع فقرات إستبيان جودة الحياة لدى الأمهات:

الرقم	الأبعاد	عدد الفقرات	الفقرات الموجبة	الفقرات السالبة
01	الصحة الجسمية	11	3	8
02	العلاقات الأسرية والإجتماعية	14	8	6
03	الشعور بالسعادة والرضا	13	6	7
04	الدخل المادي	10	7	3
05	الصحة النفسية	14	5	9

تعليمات مقياس جودة الحياة لأمهات:

ضمن التعليمات الموجهة العينة الدراسة الإستطلاعية (الأمهات)، عمدت الطالبة الباحثة إلى التأكيد على إظهار الهدف من البحث وهذا لدفعهن لإلتزام والجدية، مع دعوة كل مبحوثة أن تجيب بصراحة على كل فقرة قراءتها بوضع علامة (X) في الخانة التي تناسبها. وقد تمت الإشارة إلى أن المعلومات المستقاة سينظر سرية لغرض البحث العلمي فقط وللازم المبحوثة كامل الحق في قبول أو رفض المشاركة.

بدائل مقياس جودة الحياة لدى الأمهات:

نظرا لإعتماد أغلب المقاييس التي إطلعت عليها الباحثة على السلم الرباعي للإجابة فإنها إرتأت تبني له والمتمثل في: دائما، أحيانا، نادرا، أبدا.

الخصائص السيكومترية للمقياس جودة الحياة لدى الأمهات: قامت الطالبة الباحثة حرطاني أمينة بإختبار صدق وثباته ببعض الطرق العلمية المعمول بها والمتمثلة في:

وقد تناولت العديد من الدراسات السابقة مسألة ثباته و صدقه و كانت على النحو التالي:

الصدق: إختارت الطالبة الباحثة نوعين من أنواع قياس صدق الأداة وصدق المحكمين وصدق الإتساق الداخلي:

صدق المحكمين: يعتبر صدق المحكمين عن آراء مجموعة من الأساتذة من جامعات خارج الوطن وأساتذة من جامعة وطنية محيط تم عرض الإستبيان المكون من 62 فقرة على (17)

أستاذ من داخل وخارج الوطن مختصين في علم النفس وعلوم التربية والقياس النفسي وباحث في مجال جودة الحياة.

-أما الأساتذة المحكمين من داخل الوطن فهم ينتمون إلى جامعة أبو بكر د.سليمان وجامعة الجيلالي إلياس (سيدي بلعباس) وجامعة الهواري بومدين (وهران) وبلغ عددهم (07) أساتذة.

- وقد بلغ عند عدد الأساتذة المحكمين من خارج الوطن (10) استاذ ينتمون إلى جامعة سيدي محمد بن عبد الله (المغرب) وجامعة الخرطوم (السودان) وجامعتي: جازان والملك عبد العزيز (المملكة العربية السعودية) وجامعة البصرة (العراق) وكل من جامعة: المانيا والمنصورة والزقزيق (مصر) بحيث قامة الطالبة بتوزيع وإرسال نسخة من الإستمارة الأولية على الأساتذة. **صدق الإتساق الداخلي:** تم تقدير صدق إستبيان جودة الحياة لدى الأمهات بطريقة الإتساق الداخلي بين كل فقرة والبعد الذي ينتمي إليه، وكذلك بين الأبعاد والدجة الكلية للإستبيان وهذا بإعتماد إستجابة (50) أو على أداة.

الثبات: ولمزيد من الدقة والتأكد أكثر من صلاحية الأداة إعتمدت الطالبة الباحثة على معامل الثبات بطريقة التناسق الداخلي وطريقة التجزئة النصفية.

حساب الثبات عن طريق ألفا كرونباخ: إستخدمت الطالبة الباحثة معامل ألفا كرونباخ لقياس التناسق الداخلي لأداة بعد إستبعاد الفقرات التي ثبت عدم توفرها على مستوى كاف من الصدق فكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم(07) يوضح معاملات ألفا كرونباخ لأبعاد إستبيان جودة الحياة لدى أمهات

قيمة معامل ألفا كرونباخ	البعد
0,79	الصحة الجسمية
0,75	العلاقات الأسرية
0,76	الشعور بالسعادة
0,72	الرضا عن الحياة
0,59	الدخل المادي
0,78	الصحة النفسية

- طريقة التجزئة النصفية (split half): إتمدت الطالبة الباحثة في حساب ثبات الأداة بالتجزئة النصفية على معامل جوثمان guttman ومعامل سبيرمان براون spearman brawn والجدول التالي رقم (08) يوضح ذلك:

جدول رقم (08) يمثل حساب الثبات بالتجزئة النصفية على معامل جوثمان guttman ومعامل سبيرمان براون spearman brawn

البعد	قيمة معامل جوثمان	قيمة معامل سبيرمان براون
الصحة الجسمية	0,82	0,82
العلاقات الأسرية	0,63	0,64
الشعور بالسعادة	0,79	0,79
الرضا عن الحياة	0,63	0,64
الدخل المادي	0,58	0,76
الصحة النفسية	0,73	0,74

- يتضح من الجدول أن ثبات مقياس جودة الحياة لدى الأمهات جاء قويا، بكل من طريقة معامل ألفا كرونباخ ومعامل جوثمان ومعامل سبيرمان براون. طريقة التصحيح إستبيان جودة الحياة لدى أمهات: يتم تحويل إستجابات أفراد عينة الدراسة على فقرات إستبيان جودة الحياة مع مراعاة إتجاه الفقرة وعدد بدائل الإجابة وكان تصحيح بدائل الإجابة وكان التصحيح كالآتي:

- فقرة موجبة: دائما: 4 - أحيانا: 3 - نادرا: 2 - أبدا: 1-
- فقرة سالبة: دائما: 1 - أحيانا: 3 - نادرا: 3 - أبدا: 4-

الجدول رقم (09) التالي يمثل فقرات كل بعد والعبارات الموجبة والسالبة:

أرقام العبارات	العبارات السالبة	العبارات الموجبة	الفقرات	الأبعاد
1.7.13.30.35.41.46.47.54.55	8	2	10	بعد الصحة الجسمية
2.3.8.14.20.21.31.36.42.48.56.57.58.	6	7	13	بعد العلاقات الأسرية والإجتماعية
4.9.10.15.16.19.22.32.33.37.49.26	3	9	12	بعد الرضا والسعادة
5.11.17.23.28.34.39.44.38.53	2	8	10	البعد المادي
6.12.18.24.25.27.29.40.43.45.50.51.52	11	2	13	البعد النفسي

وفي الأخير يتم جمع كل درجات الفقرات للحصول على الدرجة الكلية التي تعبر عن الدرجة العامة للمبحوثة حول جودة الحياة لديها والتي يتراوح مداها النظري بين 58 و 232 درجة من مجال [174 - 116] درجة متوسطة، و من مجال [232-174] درجة متوسطة، ومن مجال [232-174] درجة مرتفعة.

-الإختبارات الإسقاطية: نستخدمها في هذه الدراسة لمعرفة وتوضيح نوع العلاقات الأسرية وكيفية إسهامها في حل الصراعات الأسرية مثل إختبار تفهم الأسرة FAT المراد تطبيقه في دراستنا.

إختبار تفهم الأسرة FAT هو إختبار إسقاطي مخصص للأطفال الأكثر من 06 سنوات والراشدين يساعد في إكتشاف العلاقات الدينامية في العائلة ومكان ظهور الاضطرابات فيها وبناء برامج علاجية ويحتوي هذا الإختبار على 21 بطاقة.

كيفية تطبيق الإختبار:

نري كل البطاقات للمفحوص وتدوم مدة تطبيقه من 30 إلى 35 بطاقة الأجوبة يجب أن تكتب بالكلمة على ورقة.

تعليمية الإختبار: يبدأ إجراء الإختبار بإختيار المكان المناسب والهادئ و الذي يعتبر من شروط المقابلة العيادية إضافة إلى الوقت المناسب لكل من المفحوص والفاحص ثم يعبر المفحوص على كل اللوحات في زمن يتراوح بين 30 و35 دقيقة، في حالة نقص المحتوى المقدم من طرف المفحوص يمكن إضافة مجموعة أسئلة رئيسية لتصحيح الإختبار وهي كالتالي:

- ماذا يحدث؟ ماذا حدث سابقاً؟ بماذا يحس أو تحس؟ عن ماذا يتحدث؟ كيف ستنتهي القصة؟

يهدف هذا الإختبار النفسي إلى معرفة طبيعة العلاقات داخل الأسرة والنظام السائد في العائلة ومدى تأثيره على الحالة.

كيفية تحليل الإختبار (التتقيط):

عند نهاية تمرير الصور، يصبح البروتوكول قابل للتحليل من وجهة نظر عيادية، حيث يتم جمع الإجابات الفردية على ورقة التتقيط المفصل في دليل الإختبار، وتدور أصناف نظام تتقيط FAT حول جوانب مختلفة ل 04 متغيرات نسقية هي: الصراع الظاهر / حل الصراع / تعريف الحدود / أنماط العلاقات، كما هي بالتفصيل في كراس التتقيط (صالح، 2018: 88)

محتوى لوحات إختبار FAT ودلالاته:

اللوحة رقم (01) العشاء: تعكس اللوحة رجل وامرأة وثلاث أطفال (ولدان وبنات) يجلسون حول طاولة أكل، الكبار يتناقشون، بينما أحد الأولاد يأكل.

اللوحة رقم (02) المسجل: تظهر اللوحة طفلاً جالساً القرفصاء أمام مسجل يحمل في يديه قرص غناء، أمامه مباشرة شخص من جنس أنثوي يمدده بشيء شكله مستطيل.

اللوحة رقم (03) العقوبة: تظهر طفلا جالسا القرفصاء بجانب مزهرية مكسرة، ماؤها وأزهارها منتثران فوق الأرضية في الواجهة شخص غامض يحمل شيء وراء ظهره شكله أسطواني وملتفت إلى الطفل.

اللوحة رقم (04) متجر الثياب: في محل الثياب تعرض امرأة فستانا على فتاة صغيرة مربعة الذراعين بينما تعبير وجهها غير واضح.

اللوحة رقم (05) قاعة الجلوس: يجلس رجل وامرأة وولد أمام تلفزيون، تضع فتاة يدها فوق زر التلفاز. شخص يقف في آخر القاعة أمام الآخرين ويضع يده على مفتاح باب قاعة نصف المفتوح.

اللوحة رقم (06) تنظيم الغرفة: شخص من جنس أنثوي، يقف على عتبة غرفة نوم أمام ولد جالس فوق سرير متوجه بظهره نحو الملاحظ. درج مفتوح في خزانة ثياب، كرة سلة فوق الأرض، قميص وثياب مرميان فوق سرير مبعثر.

اللوحة رقم (07) فوق السلالم: طفل ينظر من غرفة نوم نحو سلالم مضاعة، سرير مبعثر، منبه يشير إلى الساعة الحادية عشر ونصف موضوع فوق طاولة صغيرة.

اللوحة رقم (08) السوق: أمام محل تجاري، تمر امرأة وولد يحتضن بعضهما في واجهة متجر تعرض أحذية ولافتة تشير إلى تخفيضات تحمل امرأة أشياء في حقيبة، يسير ولد وبنت خلفها بيتسمان ويومئان بحركات.

اللوحة رقم (09) المطبخ: رجل جالس إلى طاولة مطبخ يحرك يده وينظر إلى مذكرة يحملها في اليد الأخرى. تقف امرأة أمام طبخة تدير ملعقة داخل قدر، في عتبة الباب طفل يحرق في هذا المشهد.

اللوحة رقم (10) ميدان اللعب: يقف ولدان بجانب بعضهما البعض يرتديان ثياب رياضية يحمل كل منهما عصا كرة مضرب أحدهما يرتدي قفازات. في خلفية الصورة تجرى مقابلة في كرة المضرب.

اللوحة رقم (11) جولة في الليل (الخروج المتأخر): يجلس رجل امرأة وفتاة قبالة فتى واقف يضع إحدى يديه فوق مفتاح بابا الخروج يشير إلى ساعة الحائط عقاربها تشير إلى الساعة التاسعة ليلا.

اللوحة رقم (12) الواجبات: تجلس شابة خلف مكتب في واجهة الملاحظ، تحمل في يديها قلم رصاص، أمامها فوق المكتب كراس وكتاب مفتوحان، ورائها يقف رجل وامرأة ينظران من فوق كتفها.

اللوحة رقم (13) وقت النوم: شخص غامض جالس في السرير الذي يجلس فيه كذلك رجل مقابل له إحدى يدي الرجل فوق فخذ الشخص الغامض والثانية فوق ركبته.

اللوحة رقم (14) لعب الكرة: يقف فتى ورجل في مواجهة بعضهم يرتديان كرة مطرقة أحدهما يحمل كرة فوق مصطبة البيت، ولد وفتاة ينظران إلى مشهد اللعب الرئيسي للبيت مفتوح.

اللوحة رقم (15) اللعب: يتحلق ولدان وبنات حول لعبة جماعية بجانبهم شجرة عيد الميلاد يقف بجانبهم شخص أنثوي ينظر إليهم في الخلفية شخص آخر متمدد فوق سرير يحمل كتابا مفتوحا.

اللوحة رقم (16) المفاتيح: يقف رجل وولد أمام سيارة يشير الولد إلى سيارة بيد ويمد الأخرى إلى هذا الرجل الذي يحمل مجموعة مفاتيح.

اللوحة رقم (17) التجميل: تظهر امرأة تتزين بأحمر الشفاه أمام مرآة الحمام تقف امرأة أخرى بالباب مقابلة لها.

اللوحة رقم (18) النزهة: يجلس رجل وامرأة في مقعد الأمامي للسيارة ويجلس ولدان وبنات في الخلف يضحك أحد الأولاد مع البنات ويرفعان قبضتهما في وجه بعضهما البعض.

اللوحة رقم (19) المكتب: تقف فتاة أمام رجل خلف المكتب أمامه أوراق ينظر إليها وتضع هذه الفتاة يدها أمام المكتب.

اللوحة (20) المرأة: يقف طفل أمام مرآة كبيرة ويدير ظهره للملاحظ تلك المرأة صورة شخص غير واضحة المعالم.

اللوحة (21) الوداع (الضم) (الضم إلى الصدر في شوق): يقف رجل وامرأة يضمن بعضهما البعض، إلى جانب قدمي الرجل محفظة يقف ولد وبنات في عتبة باب نصف مفتوح يحملان كتب وينظران إلى الزوجين.

أداة القياس:

لقد تم استخدام إختبار تفهم الأسرة FAT في هذه الدراسة لأنه يهدف إلى الجمع الممارسة العيادة والتقييم الفردي والأسري والأخذ بعين الإعتبار خصائص النسق الأسري. وهذا الإختبار عبارة عن 21 صورة وورقة تنقيط، هذه الصور تحوي صور لوضعيات وأشغال تقوم بها الأسرة والأفراد يوميا والهدف منها إسقاط سيرورة المكونات الأسرية وردود الفعل العاطفية للأفراد في إطار التفاعلات الأسرية النوعية، ولاحظنا أن هذا الإختبار في مضمونه يتناسب مع مضمون الدراسة بحيث يعكس لنا إذا كان للأمهات يعانون من صراعات أسرية وزوجية من خلال إسقاطهم لمشاعرهم في هذا الإختبار.

الخصائص السيكومترية للإختبار: هناك مجموعة من الدراسات أجريت فيما يخص صدق وثبات هذا الإختبار وكلها دراسات أمريكية، إحتوت عينة متكونة من 104 طفل يعانون من إضطرابات و 83 طفل لا يعانون إضطرابات وكان سنهم بين 06 سنوات و 15 سنة وتصحيح الإختبار تم من طرف طلبة السنة الثالثة جامعي وقد استفادوا من تكوين في تصحيح الإختبار في أربع حصص كل حصة ساعتين.

-الثبات: تم حساب الثبات من خلال إتفاق محكمين في دراستين مختلفتين (Gingrrich) 1987 حاول مقارنة تقييم مصححين مختلفين لنفس العينة حجمها 44 من سن 18 إلى 16 السنة لأطفال ذوي إضطراب وأطفال بدون إضطراب. كما قام Dechatelet 1988 بمقارنة تقييم ثلاث مصححين ل 83 إختبار تفهم العائلة، كلهم كانوا على مستوى عال من الثبات ولقد إستعمل في المقارنة معامل كبا كوهن De Kappa Cohen ولقد تبين إتفاق محكمين في سبعة مجالات من بين 10 التي يدرسها الإختبار لكلى المجموعتين تجريبية والضابطة في إختيار الثبات عند جين ريشن ، ونفس النتيجة حيث كان الإتفاق بين المحكمين في 09 مجالات بالنسبة للدراسة كما هو موضح في تعليمة الإختبار (آيت، 2013: 128)

الصدق: قام lundquist (1987) بدراسة صدق بمقارنة الإستجابات التي تحتوي على الصراع ل 22 من العينة الضابطة و 22 من العينة التجريبية مقسمة حسب الجنس، السن، المستوى الدراسي. حيث تبين أن الصراع فعلا يظهر عند العينة التجريبية أي التي تعاني من إضطرابات بينما تظهر بنسبة أقل في العينة الضابطة أو التي لا تعاني إضطرابات وقد تم إستعمال

الأسلوب بينما تظهر بنسبة أقل في العينة الضابطة أو التي لا تعاني إضطرابات وقد تم إستعمال الأسلوب الإحصائي كدراسة الإرتباط بين العينات. (آيت، 2013: 127)

وبما أن هذا الإختبار صادق وثابت حسب الدراسات المقدمة أعلاه نستنتج أن الإختبار ثابت وصادق.

خلاصة الفصل:

الفصل المنهجي يعتبر الأساس الذي تقوم عليه الدراسة، لأنه يمكن الباحث من الإحاطة والإلمام بالظاهرة و رصدها، وكل هذا عن طريق مجموعة من الإجراءات المنهجية التي سبق وتم عرضها كالمنهج والأدوات المستعملة وهذا ما يوصل الباحث الى تحقيق أهداف بحثه والوصول إلى النتائج الموضوعية.

الفصل الخامس: دراسة الحالات وتفسير النتائج على ضوء الفرضيات و الدراسات السابقة

تمهيد

أولاً: دراسة الحالة

ثانياً: تفسير النتائج على ضوء الفرضيات والدراسات السابقة

تمهيد:

سيتم في هذا الفصل عرض الجزء العملي من هذه الدراسة، وسيتم عرض الحالتين و تفسير ومناقشة ما تم التوصل إليه من خلال الإجابة على تساؤلات الدراسة التي طرحت و التحقق من فروضها ومقارنة النتائج بما توصلت اليه النتائج السابقة.

دراسة الحالة:

1. تقديم الحالة:

1.1 البيانات الأولية للأم:

- الاسم و اللقب: (م)
- السن: 30 سنة
- الجنس: أنثى
- السكن: حي زعرورة-تيارت-
- الحالة الاجتماعية: مطلقة.
- المهنة: مأكثة في البيت.
- المستوى الاقتصادي: متوسطة (منحة البطالة).
- المستوى التعليمي: سنة الرابعة متوسط.
- الوالدين: الأب على قيد الحياة- الأم على قيد الحياة.
- عدد الإخوة: 01.
- عدد الأخوات: 01.
- الرتبة بين الإخوة: الثانية.

2.1 سيميائية الحالة:

- القامة: 1.65 متر.
- الوزن: 65 كغ.
- لون الشعر: أسود.
- لون البشرة: بيضاء.
- لون العينين: بنيتين.
- اللباس: جيد و نظيف.
- اللغة: سليمة وواضحة.

- الذاكرة: غير مضطربة فالحالة تتذكر الأحداث و الوقائع كما جرت خصوصاً يوم ولادة الطفلة ويوم دخول الطفلة المستشفى وإصابتها بالحمى التي كانت سبب في وقوع الإعاقة العقلية..
- الكلام و النطق: مفهوم وواضح و تتحدث بسرعة.
- الحركة: نشيطة.
- المزاج و ملامح الوجه: الجراءة و هي بشوشة.
- الأفكار : مترابطة و مفهومة.
- الإنتباهو التركيز: سليم.
- الإدراك و الوعي: سليم.
- 3.1 معلومات خاصة بالطفل:**
- جنس الطفل: أنثى.
- السن: 9 سنوات.
- الترتيب بين الإخوة: الأولى.
- سنة إكتشاف الإصابة: 2015 بعد الميلاد بعشرة أشهر.
- درجة الإعاقة: تخلف عقلي متوسط.
- 4.1 التاريخ الطبي و النفسي للحالة**
- لا توجد أمراض نفسية أو عضوية.

جدول رقم (10) يمثل التكوين الأسري للحالة.

أفراد أسرة الحالة	الجنس	السن	الحالة الصحية	الصلة بالحالة	الحالات الاجتماعية	المستوى التعليمي	المهنة
الأب	ذكر	58	جيدة	أب الحالة	متزوج	أمي	بطل
الأم	انثى	53	جيدة	أمالحالة	متزوجة	أمية	ماكثة في البيت
الأخت	أنثى	32	جيدة	أخت الحالة	متزوجة	الرابعة متوسط	ماكثة في البيت
أم رهنف (م)	أنثى	30	جيدة	حالة الدراسة	مطلقة	الرابعة متوسط	ماكثة في البيت
الأخ	ذكر	28	جيدة	أخ الحالة	أعزب	الرابعة متوسط	بطل
رهنف	أنثى	09	إعاقة عقلية متوسطة	ابنة الحالة	/	تدرس في الجمعية	/

2. جدول رقم (11) يبين تنظيم و سيرورة المقابلات العيادية التي طبقت على الحالة.

رقم المقابلة	الهدف من المقابلة	تاريخ المقابلة	مدة المقابلة
1	إنشاء علاقة بين الحالة والباحثين وهي تمهيدية لكسب ثقة الحالة والحصول على البيانات الأولية.	20 مارس 2023	حوالي 30 دقيقة
2	جمع المعلومات عن التاريخ المرضي والتعرف على الصحة الجسمية.	21 مارس 2023	حوالي 45 دقيقة
3	التعرف على الصحة النفسية للحالة.	22 مارس 2023	حوالي 45 دقيقة
4	التعرف على الجانب الأسري والإجتماعي للحالة.	25 أبريل 2023	حوالي ساعة
5	التعرف على الجانب الإقتصادي والنظرة المستقبلية للحالة.	26 أبريل 2023	حوالي 30 دقيقة
6	تطبيق مقياس جودة الحياة.	30 أبريل 2023	حوالي 45 دقيقة
7	تطبيق إختبار الإدراك الأسري FAT وإنهاء المقابلات بالشكر والعرفان للحالة لتعاونها وتجاوبها معنا.	3 ماي 2023	حوالي 35 دقيقة

2. عرض ملخص المقابلات:

المقابلة الأولى:

كانت بتاريخ 20 مارس 2023 على الساعة 15:14 زوالا بمكتب الأخصائية النفسية بالفدرالية الوطنية الجزائرية للتوحد جمعية ضياء لأطفال التوحد والتريزوميا وصعوبات التعلم -تيارت- حيث دامت 30 دقيقة تم فيها التعرف على الحالة و التعريف بأنفسنا و كسب ثقة الحالة. و تم في هذه المقابلة أخذ المعلومات الأولية من الحالة والإتفاق على موعد و مكان المقابلات القادمة.

المعلومات الشخصية التي تم أخذها من الحالة :الحالة (م) أنثى سنها 30 سنة أم لطفلين (رهن البنت المعاقة تعيش حاليا مع الأم ، إياد يعيش حاليا مع الأب).الحالة (م) مطلقة تعيش حاليا مع والديها الأم مائكة في البيت والأب بطل، لها أخ أعزب بطل وأخت متزوجة مائكة في البيت تحتل المرتبة الثانية بين إخوتها، مستواها الدراسي الرابعة متوسط وهي تزاول الدراسة حاليا بالمراسلة، ذات دخل مادي ضعيف (منحة البطالة).

المقابلة الثانية: كانت بتاريخ 21 مارس 2023 على الساعة 11:00 صباحا بمكتب الأخصائية النفسية بالفدرالية الوطنية الجزائرية للتوحد جمعية ضياء لأطفال التوحد والتريزوميا وصعوبات التعلم -تيارت- حيث دامت 45 دقيقة ، قمنا في هذه المقابلة بالتعرف على:

التاريخ المرضي للحالة: الحالة قبل الزواجم تعاني من أي مشاكل صحية جسدية ونفسية حسب قولها "قبل الزواج كنت غايا "، بعد الزواج الحالة عانت ولازالت تعاني من مشاكل جسدية متمثلة في الصداع ومشاكل نفسية متمثلة في القلق وإضطرابات النوم، الحالة لا تتناول أي أدوية قبل وبعد الزواج وحاليا، حسب قولها "صح ننقلق بصح مانيش باغية نروح لطبيب وعارفة يعطيني دوا"

محور الصحة الجسمية:المشكلة الصحية الجسمية التي تعانيها الحالة حاليا هي الصداع، ونمط تغذيتها جيد وتعاني أحيانا من مشاكل في النوم نتيجة الأرق والتفكير في حالة طفلتها وإبنها المقيم عن والده، صرحت الحالة برضاها عن صحتها بشكل عام حسب قولها "صح ننقلق بصح نورمال و راني راضية على صحتي" حسب الحالة المشاكل الزوجية التي عانت منها هي التي أثرت على صحتها الجسمية وليس حالة إبنتها، إستنزفت صحة الحالة في مرحلة

الحمل بداية من الشهر الخامس عند إكتشافها لجنس الجنين (أنثى) وعدم تقبل الزوج له مما جعله يغير معاملته معها إضافة إلى فترة مرض الطفلة بالحمى وخبر إعاقة الطفلة بعد عشر أشهر.

المقابلة الثالثة: كانت بتاريخ 23 مارس 2023 على الساعة 11:00 صباحا بمكتب الأخصائية النفسية بالفدرالية الوطنية الجزائرية للتوحد جمعية ضياء لأطفال التوحد والتريزوميا وصعوبات التعلم - تيارت- حيث دامت 45 دقيقة ، تم التعرف من خلالها على الصحة النفسية للحالة:

الصحة النفسية للحالة: الحمل في البداية كان مرغوب فيه من طرف الزوجين إلى أن رفض من قبل الزوج عندما معرفته بجنس الجنين، أم الحالة لم يكن لها أي مشكل مع جنس جنينها وكانت إنتظاراتها أن يكون الطفل سليم ومعافى مهما كان جنسه وشكله وشخصيته ومهنته المستقبلية.

كانت ولادة الطفلة رهف طبيعية لكن بألم شديد وقلق، و المولودة كانت شديدة البكاء وتعاني من قلة النوم في أيامها الأولى وهذا ما سبب أيضا الإنزعاج لزوج الحالة حسب قولها "كان يقولي كي تبكي ديها وروحي".

إكتشفت الحالة إعاقة إبنتها بعد مرض الأخيرة بالحمى بعد عشر أشهر من الولادة حيث أنها صرحت "مرضت بنتي في 10 أشهر وراجلي جاته على القلب ، وراني عاقلة بعد ما رحنا لسبيطار وما بغاوش يشدوها رجعني راجلي لدارنا كان نهار الجمعة، وعاودت مرضت داتها ماما مع خويا لسبيطار وشدوها وأنا ما قدرتش نقعد معاها في سبيطار كنت حامل قالولي بنتك عندها ميكروب وقادر تعديك وقدت معاها ماما حتى لي خرجت، ونشفي فهذا نهار عيظت راجلي فتلفون وخبرته ورد عليا بهذي الكلمة راني نخدم ما نيش لاهيلك كي نكمل راني نجي وبسبب هذا الرد ما عاودتش عيظتله ومنبعد ديت بنتي لطبيب أخصائي أطفال لي قالي بنتك عندها توحد وتخلف عقلي بسبب الحمى لي حكمتها وغازدي تريح مع الوقت ثماك ما تقبلتش واش قالي وما عرفتش واش ندير لأنوا كانت أول حالة صرات في عايلتي وعايلة زوجي بصح الحمد لله كانت ماما واقفة معايا وهي أول من عرف بإعاقة بنتي لأنها كانت معايا فنهار لي ديتها لطبيب".

مرت أيام الحالة بعد إكتشاف الإعاقة ببعض القلق والمساندة من طرف أهلها حيث قالت "جمعنا أنا وبابا وماما على حالة بنتي والزوج غايب" الأفكار التي راودتها بعد إكتشاف الإعاقة هي حسب قولها "كنت نحوس كفاش بنتي تريح ونبحث على الأمل وفي نفس الوقت بديت نخم فطلاق على خاطر راجلي كان غير مبالي بحالة بنتنا".

لم تتغير معاملة الحالة مع طفلتها وتقبلتها بصدر رحب حيث قالت "راني ديما نجيبها للجمعية ونديها للأخصائي" وأفكارها الحالية هي الإعتناء بطفلتها إلى أن تلتحق بالمدرسة العادية وإنفعالها مختلطة بين القلق والأمل على وضع طفلتها.

المقابلة الرابعة: كانت بتاريخ 25 أفريل 2023 على الساعة 11:00 بمكتب الأخصائية النفسية بالفدرالية الوطنية الجزائرية للتوحد جمعية ضياء لأطفال التوحد والترزوميا وصعوبات التعلم -تيارت- حيث دامت حوالي 60 دقيقة، نظرا لإسترسال الحالة في الكلام، تم من خلالها التعرف على الجانب الأسري و الإجتماعي للحالة.

المحور الأسري: علاقة الحالة بأسرتها جيدة قبل وبعد الزواج وحاليا، وصرحت الحالة بأن الشخص المقرب لها قبل الزواج أختي وبعد الزواج سلفتي وحاليا أمي لي نحكيها كلش. الحالة لم تعاني من أي مشاكل أسرية قبل وبعد الزواج وحاليا، الحالة لم تكن لها أي أفكار حول زواج وكان زواجها تقليدي حسب قولها "شافوني في حنة وجاو خطبوني" وكانت مقتنعة بزواجها وإختيارها لزوجها حسب قولها "تزوجت صغيرة وما نعرفش وما كانت عندي حتى فكرة ولا تخون من زواج وكان في عمري 20 سنة".

كانت علاقة الحالة بزوجها في مرحلة الخطوبة جيدة جدا حسب قولها "كان بيان شخص مثالي" وكنت أيام الأولى من الزواج جيدة أيضا ولكن تغيرت معاملة الزوج للحالة من فترة معرفة جنس الجنين في الشهر الخامس من الحمل وإكتشاف الإعاقة إلى أن تم الطلاق.

الحالة غير راضية على زوجها حسب قولها "ندمت على زواجي وعلى هذي لفترة لي فوتها معاه وحملت بولدي ثاني" وإضافة إلى أن معاملة الزوج كانت جيدة جدا في فترة حملها بالطفل الثاني إيراد حسب قولها "كي سمع بحملي بإياد مات بالفرحة ورجع يتهلا فيا على جاله ولي نطلبها تحضر وثاني كان يتهلا فيا في الوقت لي نرجع فيه من دارنا بعد ما نغضب وأضافت أنا هذاك الراجل ما فهمتوش خطرات مليح خطرات لا كي شغل مزاجي على حساب ما يقوله راسه

يدير " في هذا السياق طرحنا سؤالين هل يوجد حوار ونقاش ومواجهة حول سبب هذه المعاملة وكيف هي علاقتك الخاصة بزوجك، أجابت بأنه لا يوجد نقاش بينهما حسب قولها " مكان حتى حوار بيناتنا كي نبغي نهدر معاه يحكم لاکومند ويتفرج مشي قاع مقيمني وبيناتنا غي جيب كاش حاجة تخص وصاي ومرات يجيب واش يخص ومرات لا حسب ما تبانله هو، وعلاقتنا الخاصة كانت ديما وقت ما يبغي هو بدون مشاعر حتى وما نكونش أنا مليحة".

صرحت الحالة بالطلاق حين قبول والدها للفكرة حسب قولها " طلاق خمت فيه قاع كي إكتشفت إعاقة بنتي وراجلي ما خممش فيها نهائيا حتى مصاريفها وما تكفلش بيهم وشحال من مرة كان يقول لماما نعطيلك رهف تربيهها و كان رافض مسؤوليتها نهائيا وقالهم عليا أنا خدمتلها كارطة لمعاقين مالا ما نتكفلش بيها ونهار لي خبرت أهلي على فكرة طلاق وافقواوعليها درت الخلع لأنوا راجلي عارفة ما يطلقنيش غير هاكا لأنه كان رافض الفكرة وأنا ما بغيتش نرجع نهائيا الإنفصال وهو حاول يرجعني ورسل جماعة وأنا مقبلتتش كان مادبيه نخلي بنتي في درانا ونعيش أنا وياهويايد نطيب ونغسل و مهم عندوا مرتو وصاي"، ومن خلال هذا الكلام تم سؤال الحالة عن سبب معاملة زوجها الباردة لها في رأيها؟ أجابت قائلة "سقسيت عليه دارهم قالولي هو هاكا يكال وحدو وما يحكيش معانا بزاف خيره وشره في قلبه حتى وحد نهار ختو قالت بلاك مناسش لي يبغيها وتزوج زكارة فيها برك ونظن تكون هذي هي سبة".

أما عن علاقة الحالة بأهلها قبل وبعد الزواج وحين إكتشافها لإعاقة طفلتها وحاليا جيدة جدا حسب قولها "دارنا هو ما لي وقفو معايا خاصة ماما هي لي راهي متهلية في بنتي ومرات حتى نحس روحي بعيدة عليها والفت ماما كثر مني وتبغيها عليا" وأما علاقة الحالة بأهل زوجها قبل وبعد الزواج كانت جيدة وحاليا لا يوجد إتصال بعد طلاق الحالة ولا يوجد كذلك أي إتصال بين الطفلة وعائلة أبيها بعد طلاق والدتها غير لأن والدها يأتي لزيارتها أحيانا حسب قول الحالة "مرات يجييلي ولدي يشوفه ويقعد عند لباب نرسله بنته يشوفها بصح ما يديهاش فيها بزاف يمدلها تلفون تلعب حتى يروح"، أما علاقة رهف بأخيها محدودة حسب قول الحالة "رهف تبغي إياد وتهدر عليه بصح هو ما علبالوش بيها ولا بيا منعرف شا قاله عليا باباه".

المحور الإجتماعي: علاقة الحالة بأقاربها قبل وبعد الزواج وبعد إكتشاف الإعاقة وحاليا جيدة ولا يوجد مشاكل حسب قولها " ما عنديش مشاكل مع أقاربي ولكن مرات في المناسبات ما

نبغيش نروح وندي بنتي معايا نخاف تعبني تتحرك بزاف وما تصبرش"، الحالة لم يكن لديها صديقات قبل وبعد الزواج حسب قولها "ما عندي حتى صديقة من غير الأخصائيات الجمعية". الحالة راضية عن حياتها الإجتماعية ومقبلة لوضع إبنتها حيث قالت "ما عنديش مشكل كي نخرجها برا معايا".

المقابلة الخامسة: كانت بتاريخ 26 أفريل 2023 على الساعة 11:00 صباحا بمكتب الأخصائية النفسية بالفدرالية الوطنية الجزائرية للتوحد جمعية ضياء لأطفال التوحد والتريزوميا وصعوبات التعلم -تيارت- حيث دامت 30 دقيقة ، وتم التعرف من خلالها على الجانب الإقتصادي والنظرة المستقبلية للحالة.

المحور الإقتصادي: الحالة قادرة على توفير متطلبات طفلتها كما قالت "ني عايشة بمنحة البطالة صح متكفيش بصح الحمد لله"، تعيش الحالة في سكن عائلي ملائم حسب قولها "تسكنوا في حوش كبير تقدر بنتي تلعب فيه براحتها".

محور النظرة المستقبلية: تنظر الحالة إلى مستقبلها بتفاؤل وتسعى حاليا لشفاء إبنتها والتحاقها بالمدرسة العادية، وموضوع إعادة الزواج بالنسبة لها مرتبط بضرورة قبول إبنتها حسب قولها "لوكان يخطبوني بشرط بنتي ولا مبعاوش نورمال" ترى الحالة مستقبل طفلتها بتفاؤل وتقول "بنتي راهي غايا وتتحسن مع الوقت".

المقابلة السادسة: كانت بتاريخ 30 أفريل 2023 على الساعة 11:00 بمكتب الأخصائية النفسية بالفدرالية الوطنية الجزائرية للتوحد جمعية ضياء لأطفال التوحد والتريزوميا وصعوبات التعلم -تيارت- حيث دامت حوالي 45 دقيقة، حيث تم من خلالها تطبيق مقياس جودة الحياة لدى الأمهات على الحالة المتمثل في الملحق رقم (02).

المقابلة السابعة: كانت بتاريخ 03 ماي 2023 على الساعة 11:00 بمكتب الأخصائية النفسية بالفدرالية الوطنية الجزائرية للتوحد جمعية ضياء لأطفال التوحد والتريزوميا وصعوبات التعلم -تيارت- حيث دامت حوالي 35 دقيقة. وتم من خلالها تطبيق إختبار الإدراك الأسري FAT المتمثل في الملحق رقم(03).

3. إستنتاج عام حول الحالة من خلال المقابلات:

نستنتج من خلال إجراء المقابلة النصف موجهة والملاحظة العيادية ونتائج مقياس جودة الحياة للأمهات ونتائج اختبار الإدراك الأسري FAT تبين أن الحالة تتسم بالمرح والإسترسال في الحديث والتعاون معنا أثناء المقابلة، كما أنها تتمتع بهدوء وإستقرار نفسي رغم طلاقها و معاناتها في التكفل بإعاقه طفلتها خاصة من الجانب الماديالذي تراجع فينتائج المقياس مقارنة بباقي الأبعاد قدر ب(19 درجة) ويعود هذا الإستقرار النفسي لمدى تقبل الحالة للوضع المعاش وإحساسها بالرفاهية والرضا عن نفسها وحياتها والشعور بالسعادة بحيث تحصلت على (28 درجة) في المقياس على مستوى بعد الشعور بالسعادة والرضا و(09 درجات) في الإختبار FAT في صنف (السعادة/ إكتفاء) على مستوى النبوة الإنفعالية، وهذا يعكس مدى تقبل الحالة للوضع المعاش و إحساسها بالرفاهية والرضا عن نفسها وحياتها وهذا ما تبين كذلك من خلال إستجابتها للوحة المرأة. الحالة لها توظيف إيجابي مقدر ب (92 درجة) في نتائج إدراك الأسري FAT ويتمثل في مشاعر الحب والعاطفة والتعاون التي تعيشها الحالة في نسق أسري يحترمها و جعلها تشعر بالإنتماء والإحتواء والدعم يؤكد قيمتها وذاتها داخل هذا النسق الذي تبينه أعلى درجة متحصل عليها في المقياس على مستوى بعد العلاقات الإجتماعية والأسرية (35 درجة)، يتميز النسق الأسري الذي تعيش فيه الحالة بالإنتفاح بحيث تحصلت على (08 درجات) على مستوى النسق المنفتح في إختبار الإدراك الأسري FAT ويتسم بالتغير والتبديل المستمر كما ينمي لديها الوعي بالذات والإستعداد للتفاعل مع المحيط كما يتميز بعدم وجود صرعات وتحالفات قدرت ب (00 درجة) في الإختبار، ويتضح ذلك في علاقتها العاطفية السوية مع جميع أفراد أسرتها الذين يتميزون بالمرونة والتعاون في محاولتهم للتغلب على الصعاب ويتجلى هذا في إستجابتها على لوحة الوداع بمعالجة إيجابية التي تعكس مشاعر الحب بينها وبين أخوها لتعيش في جو نفسي صحي وهذا ما تأكده نتائج درجات المقياس المتحصل عليها في بعد الصحة النفسية المقدر ب (26 درجة) وبعد الصحة الجسمية ب (27 درجة) والذي مصدره الأمن والإطمئنان والإتزان مما يدفعها إلى البحث عن الإستقلالية الذاتية في تحديد وجهة مسار حياتها والسعي وراء تحقيق ذاتها وأهدافها عن طريق مزاولتها للدراسة

بالمراسلة والتركيز على الجانب المشرق من الحياة والأحداث المفعمة بالأمل تجاه إعاقة إبنتها والبحث عن طرق التكفل بها وعلاجها.

4. جدول رقم (12) نتائج مقياس جودة الحياة لدى أمهات للحالة (أنظر الملحق رقم 02)

المجموع	الصحة النفسية	الدخل المادي	الشعور بالسعادة والرضا	العلاقات الأسرية والاجتماعية	الصحة الجسمية	البعد
135	26	19	28	35	27	الدرجة
-	04	05	02	01	03	الترتيب

من خلال تطبيق مقياس جودة الحياة لدى أمهات أطفال الإعاقة العقلية تحصلت الحالة على 135 درجة والتي تعبر عن جودة حياة متوسطة من مجال [116-174] وعليه فالحالة تتمتع بجودة الحياة متوسطة، ويظهر ذلك في تحصلها على أعلى درجة (35) في بعد العلاقات الأسرية والاجتماعية مما يدل على أنها تتمتع بجودة حياة أسرية بالدرجة الأولى وهذا ما تأكده الإجابات على الفقرات رقم (42، 14، 21، 57) ولا تتمتع بجودة الحياة الزوجية وهذا ما تأكد الفقرة رقم (56، 18، 48)، وتليها في المرتبة الثانية الدرجات المتحصل عليها في بعد الشعور بالرضا والسعادة (28) وهذا ما تأكده الإجابة على الفقرات التالية (26، 19، 16، 15، 9، 4) مما يدل على أنها متمتعة بالرضا والسعادة في حياتها، كما أنها تحصلت على (27) درجة في بعد الصحة الجسمية مما يدل على أنها تتمتع برضا عن صحتها جسمية وهذا ما تأكده الإجابة على الفقرات رقم (45، 46، 13، 07)، ويليها مباشرة تحصلها على الدرجة (26) في بعد الصحة النفسية في المرتبة الرابعة وهذا التراجع تؤكد الإجابات على الفقرات رقم (6، 18، 24، 29، 43، 40، 45، 50، 51، 52). ويأتي في المرتبة الأخيرة البعد المادي بدرجة (19) مما يدل على أنها تعاني من مشاكل مادية وهذا ما تؤكد الإجابة على الفقرات رقم (05، 28، 34، 38، 53).

5. تحليل إختبار الإدراك الأسري FAT للحالة:

- ما تحتويه البطاقات:

اللوحة رقم 01: عائلة راهم يفطروا ويهدرو الأزواج راهم يهدرو بالزعاف الذراري راهم حايرين فنهاية مكاش العشا على خاطر راهم متناشعين.

اللوحة رقم 02: هذي مرأة وطفل، والمرأة رافدة ورقة وطفل رافد سيدي وبيانوا متفاهمين.

اللوحة رقم 03: راهم زوج من ناس راجل واقف رافد حاجة والمرأة راهي تسيق وراجل باغي يضربها ونهاية تكون بالضرب.

اللوحة رقم 04: زوج نسا وحدة كبيرة وحدة صغيرة، وحدة باغية تشري ولأخرى تقترح عليها لي راهي تختار راهي حايرة بصح فتالي تشري برضا وتروح موالفة تصرالي كي نبغي نشري.

اللوحة رقم 05: ثلاثة أشخاص راهم يهدرو واحد راه واقف عند لباب وراجل يصنع في حاجة راهم متفاهمين شوي ولي راه عند لباب قاع مهمش حاطين معاه بيان مش مرغوب فيه ومهوش باين إذا بيخرج ولا يدخل نهاية عادية.

اللوحة رقم 06: طفل ومرأة فالغرفة وكاين سرير هذيك الوقفة تاع أم راهي تقولو نوض سقم روحك وشومبرة وهو باينة ينوض ويسقم شومبرة.

اللوحة رقم 07: تم رفض الصورة من لحالة قالت "مفهمتش ما جا في بالي والو" لكن بعد الإعادة طرح تعليمة قالت "شخص وهذاك باب ودرج يحوس يطلع درج ممكن ونهاية صورة مهيش باينة".

اللوحة رقم 08: أم وولادها طفل وبنيتين راهم يشرو وبيانوا عائلة متفاهمة وآلاز ومبيناتهم والو يدخلوا لدار فرحانين وراضين.

اللوحة رقم 09: أم وأب الأم راهي طيب والأب راه يزعف ولدهم يطل عليهم وخايف الأم راهي زعفانة والأب راه مقلق وباينة فيها دبزة.

اللوحة رقم 10: زوج رجال راهم فسطاد يلعبو كرة المضرب ولا ما علباليش ويهدرو في رحبة بيانو يهدرو نورمال وما كاش بيناتهم مشاكل.

اللوحة رقم 11: راهم أربع أفراد في الصورة ثلاث رجال ومرأة كبيرة يهدرو بزعايف والرجل راه يزعف على حاجة تاع وقت وراهي باينة الرجل لي راه يشير للوقت يخطها ويذا بزو.

اللوحة رقم 12: هذوا أم وأب و بنت هي راهي تقرا وهوما يعاونوا فيها ويشوفولها يبانوا متفاهمين بصح البنت حايرة وهوما يعاونوا فيها وفتالي تحل الواجب تاعها.

اللوحة رقم 13: شخصين مرأة ورجل في غرفة النوم هي تكون مريضة وزعفانة والرجل راه يراضي فيها وبيان يحكي بحنان ولطف معاها ونهاية باينة هي ترضى عليه.

اللوحة رقم 14: هذوا أربع أشخاص في الوسط بنتين الأولاد يلعبو والبنتات يتفرجوا عليهم هذاك رافد حاجة باين راه يزعف وباينة الجو مضطرب بيناتهم.

اللوحة رقم 15: خمس أشخاص طفلين ومرأة وأولاد راهم يلعبو فالدامة لي راه واقف يبان راضي عليهم ولي وحدها تبان غايبة عليهم بلاك عندها حاجة تخم فيها.

اللوحة رقم 16: زوج رجال يكونوا صحاب ولوطو هذاك راه يقولو عطيني لمفتاح اللوطو لي ماد يده والآخر حاير بصح من بعد يعطيله المفتاح.

اللوحة رقم 17: هذوا زوج بنات وحدة تماكي ولا تغسل ولي معاها واقفة واقفة تاع وبن راكي رايحة باينة ما تكونش ختها ولا قريبة ليها كون جات ختها ماتوقفلهاش ذيك الوقفة بصح فتالي تخرج ومتحيرش فيها.

اللوحة رقم 18: عائلة أم وأب طفل وزوج بنات هذوك زوج بنات مدايزين وهذاك يشوف فيهم راهم متتاشعين الزوجين هذي نعرفها موالفة تصرالي ديجا، هو راه يسوق مهوش حاير فيها وهي في عالم آخر كانوا في بلاصة وراجعين ويدخلوا لدار بزعاف.

اللوحة رقم 19: طفلة راجل وهذا بيرو سير راهي تسقسي فيه يبان يزعف يكون أستاذها وهي تلميذة تاعه تكمل بزعاف وهي لي تزعف كثر من داخل.

اللوحة رقم 20: المرأة تشوف في روحها تبان راضية على روحها على حساب الوقفة وبن حاطة يدها ونهاية مليحة على خاطر راهي راضية على روحها.

اللوحة رقم 21: زوج نسا وزوج رجال هذيك المرأة والراجل يبانو يهدرو ومتفاهمين وبطريقة حنية وزوج لخرين يبانو صحبات يبانو نورمال ويخزرو في لخرين هذوك يبانو خاوة متفاهمين ووالأخير يرحو كل زوج مع بعض.

الجدول رقم (13) يمثل نتائج تفريغ معطيات إختبار الإدراك الأسري FAT

الأصناف	الأصناف المنقطة	عدد النقاط المسجلة
عدد الصراع الظاهر	صراع عائلي	03
	صراع زواجي	03
	صراع من نوع آخر	04
	لا صراع	13
معالجة الصراع	معالجة إيجابية	13
	معالجة سلبية	07
النهايات (تحديد القيود)	مناسبة / تقبل	19
	مناسبة / لا تقبل	00
	غير مناسبة / تقبل	02
	غير مناسبة / لا تقبل	00
نوعية العلاقات	أم متحالفة	00
	أب متحالف	00
	أخ / أخت متحالف	00
	زوج (ة) متحالف (ة)	00
	آخر متحالف	00
	أم مصدر قلق	01
	أب مصدر قلق	02
	أخ / أخت مصدر قلق	00
	زوج (ة) مصدر قلق	04
	آخر مصدر قلق	03
تعريف الحدود في العائلة	إنصهار	00
	عدم الإلتزام	04

00		تحالف أم / ولد	
00		تحالف أب / طفل	
00		تحالف راشد آخر / طفل	
	08	نظام مفتوح	
11		نظام مغلق	
00		تكرار محتمل	
08		إساءة	التعامل السيء
00		تحرش جنسي	
03		إهمال / ترك	
00		إساءة استخدام المواد	
00		إجابات غير إعتيادية	
	01	رفض	
	05	حزن / إكتئاب	النبرة الإنفعالية
	08	غضب / عداة	
	05	خوف / قلق	
	09	سعادة / إكتفاء	
	04	نوع آخر من الإنفعالات	
48		المعدل العام لسوء التوظيف	المجموع
	92	المعدل العام للتوظيف الإيجابي	

تحليل معطيات إختبار الإدراك الأسري FAT :

نلاحظ أن نتائج إختبار الحالة (م) كافية لتحليل لأنها لا تحتوي على إستجابات الرفض ولا على الإستجابات الغير عادية، و بالنسبة لردود فعل الحالة تتميز بالصدق والقبول وأغلب

الإستجابات كانت (مناسبة / تقبل) وتحصلت على (19 نقطة) كما أنها وظفت حلول إيجابية وتحصلت على (13 نقطة).

تمثلت النتائج النهائية لتفريغ الإختبار في: (92 نقطة) بالنسبة للنقطة الإيجابية و(48 نقطة) بالنسبة لمجموع الدليل العام لسوء التوظيف ومنه نستنتج ان نتائج النقطة الإيجابية كانت أكبر من مجموع الدليل العام لسوء التوظيف.

إذن الحالة (م) لا تعاني من صراع أسري ولا تعيش في نظام أسري مضطرب وتوظف على مستواه حلول إيجابية، ويظهر الصراع لدى الحالة على مستوى النظام الزواجي بحيث توظف على مستواه حلول سلبية وهذا ما يؤكد إتحاذاها لقرار الطلاق.

نوعية العلاقات لدى الحالة على مستوى نظام الأسري تتميز بالمساندة والتقبل والرضا على عكس نوعية العلاقات على مستوى النظام الزواجي التي تتميز بالعنف والقلق والإضطراب وعدم الرضا أي عامل القلق لدى الحالة يتمثل في الزوج مصدر قلق وقد تحصلت على (04 نقاط) في صنف نوعية العلاقات ، وتحصلت على (08 نقاط) على مستوى صنف المعاملة السيئة بالتحديد الإساءة (08 نقاط).

النسق الأسري للحالة منفتح وذلك لتحصلها على (08 نقاط)، كما أنه يتميز بإنعدام التحالفات بين أفراد الأسرة وتحصلها على (00 نقطة) في صنف الحدود.

وفي الأخير نستنتج أن الحالة (م) في البداية كانت تعيش في نسق زواجي مغلق يتميز بالصراعات التي تعالج دائما بالسلب وإنتهت بالطلاق، أما حاليا فهي تعيش في نسق أسري منفتح لا يعاني من صراعات ويعالج المشاكل بالإيجاب وهذا ما حقق لها جودة حياة أسرية جعلتها تتمتع بالسعادة والرضا في الحياة.

6. خلاصة عامة حول الحالة: من خلال معطيات الملاحظة و المقابلة والنتائج المتحصل عليها من خلال مقياس جودة الحياة لدى الأمهات، ونتائج إختبار الإدراك الأسري FAT. تبين أن الحالة تتمتع بجودة حياة متوسطة تتمثل في الإستقرار الأسري والدعم العاطفي والشعور بالسعادة والرضا رغم قلة الدخل المادي و إعاقه طفلتها وفشل حياتها الزوجية المنتهية بالطلاق.

ثانياً: تفسير ومناقشة نتائج الدراسة على ضوء الفرضية والدراسات السابقة.

فرضية الدراسة: مستوى جودة الحياة لدى أمهات أطفال الإعاقة العقلية منخفض.

بعد ما توصلنا إليه من خلال عرض محتوى المقابلات العيادية مع الحالة وبعد تفريغنا لدرجات مقياس جودة الحياة لدى الأمهات التي قدرت ب (135 درجة) والتي تدل على مستوى متوسط لجودة الحياة، وكذلك نتائج تفريغ وتحليل إختبار الإدراك الأسري FAT التي قدرت ب (92 نقطة) للمعدل العام للتوظيف الإيجابي و (48 نقطة) دالة على سوء التوظيف. إذن فرضية الدراسة لم تتحقق أي أن حالة الدراسة تتمتع بجودة حياة متوسطة، وهذا راجع لتقبل الحالة لوضعها الحالي ومدى رضاها على النسق الأسري الذي تعيش فيه ومدى إحساسها بالسعادة والرضا من خلال النتائج المتحصل عليها في كل من مقياس جودة الحياة وإختبار الإدراك الأسري FAT وهذا ما توافق مع نتائج دراسة كوكب الزمان بليردوح التي هدفت إلى معرفة جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإحتياجات الخاصة في ظل جائحة كورونا (كوفيد 19) وتوصلت إلى وجود درجة متوسطة من جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإحتياجات الخاصة في ظل جائحة كورونا كما لا توجد فروق دالة إحصائية في جودة الحياة تعزى لمتغير الجنس، السن، النوع والإحتياج بحيث إتفقت هذه الدراسة مع نتائج دراستنا بوجود درجة متوسطة لجودة الحياة ولم تتفق مع دراستنا في المتغيرات المدروسة.

وتبين من خلال نتائج مقياس جودة الحياة لدى الأمهات على مستوى بعد العلاقات الإجتماعية والأسرية حيث تحصلت على (35 درجة) كأعلى درجة متحصل عليها في أبعاد المقياس وكذلك في نتيجة المعدل العام للتوظيف الإيجابي المقدر ب (92 نقطة) الذي يدل على عدم وجود صراعات داخل نسقها الأسري الذي تعيش فيه وهذا ما تبين من خلال تحصلها على (00 درجة) على مستوى صنف الصراعات كما عالجت المشاكل بشكل إيجابي وهذا من خلال تحصلها على (13 درجة) على مستوى صنف المعالجة الإيجابية في إختبار الإدراك الأسري FAT، وتبين لنا انعدام التحالفات من خلال تحصلها على (00 درجة) على مستوى صنف التحالفات.

يتميز النسق التي تعيش فيه الحالة بالإنفتاح حيث تحصلت على (08 درجات) على مستوى صنف نظام النسق وهذا ما إتفقت عليه دراستنا مع نظرية لاوتن 1996 التي تنص على أن

إدراك الفرد لنوعية حياته يتأثر بالظرف المكاني أي أن البيئة المحيطة للفرد تؤثر على إدراكه لجودة حياته بشكل مباشر، فحسب نتائج المقياس تحصلت الحالة على (35 درجة) كأعلى درجة في أبعاد المقياس على مستوى بعد العلاقات الإجتماعية والأسرية وهذا يدل على إدراكها الإيجابي لنوعية حياتها إتجاه البيئة والنسق الأسري الذي تعيش فيه وهذا ما أثر بالإيجاب على مستوى جودة حياتها، وفي هذا السياق نشير إلى دراسة Jones 2018 التي أسفرت نتائجها عن وجود جودة حياة أسرية من خلال المساندة الإجتماعية التي إتفقت مع دراستنا في وجود جودة الحياة الأسرية من خلال نتائج أبعاد جودة الحياة والتوظيف الإيجابي بدرجة مقدرة ب(13 درجة) على مستوى لوحات إختبار الإدراك الأسريوننتيجة مقياس جودة الحياة على مستوى بعد العلاقات الإجتماعية والأسرية (35 درجة) وهذا الذي ساهم فيالرفع من مستوى جودة حياتها، وإختلفت دراستنا مع دراسة Jones 2018 في وجود جودة حياة أسرية تعزى لمتغير المساندة الإجتماعية.

ونضيفكذلك دراسة قوعيش مغنية2018التي هدفت إلى الكشف عن جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا في ضوء بعض المتغيرات وتمثلت النتائج في وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطات أبعاد جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا ووجود فروق دالة إحصائيا في جودة الحياة تعزى لمتغير نوع الإعاقة العقلية والمستوى التعليمي للأمهاتوهذه النتائج لم تتفق مع دراستنا الحالية في منهج الدراسة ونتائجها فدراسة قوعيش مغنية درست متغير جودة الحياة في ضوء متغيرات أخرى عكس دراستنا التي هدفت إلى الكشف ومقياس جودة الحياة لدى الأمهات فقط.

ومن بين نظريات جودة الحياة التي تتفق مع دراستنا الحالية هي نظرية أندروسن 2003 التي أشارت إلى ثلاث سمات تجتمع معا لتؤدي إلى الشعور بجودة الحياة التي تتوفر في الحالة (م) وتتمثل في: الأفكار ذات العلاقة بالهدف الشخصي الذي يسعى الفرد إلى تحقيقه، المعنى الوجودي الذي يصف العلاقة بين الأفكار والأهداف، الشخصية والعمق الداخلي، وهذه السمات تتجلى في حالة الدراسةفالحالة (م) تسعى لتحقيق أهدافها من خلال الإلتحاق بالدراسة والذي يعتبر هدف شخصي لها أما المعنى الوجودي يتمثل في الإعتناء وشفاء طفلها رهف، وشخصيتها المتسمة بالمرح والجرأة.ونذكر أيضا دراسة نعيمة بوعامروآمال عبد الرحمان 2021

التي هدفت إلى التعرف على مستوى جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد في ضوء بعض المتغيرات كمتغير المستوى الإقتصادي للأسر بحيث تمثلت النتيجة في وجود فروق دالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى أفراد العينة تبعاً لمتغير المستوى الإقتصادي للأسر وتوافقت نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراستنا من خلال حصول الحالة على (19 درجة) كأدنى درجة مقارنة بباقي درجات أبعاد مقياس جودة الحياة لدى أمهات أطفال الإعاقة العقلية وهذا يؤكد أن المستوى الإقتصادي يؤثر على مستوى جودة الحياة. وإضافة على ذلك الحالة تنطبق عليها أبعاد نظرية رايف 1984 التي تدور حول مفهوم السعادة النفسية المتمثلة في: الإستقلالية، العلاقات الإيجابية مع الآخرين تقبل الذات، ووضع الأهداف للحياة وهذا ما يتفق مع نتائج دراستنا الحالية فالحالة لها شعور بالسعادة بحيث تحسبت على (13 درجة) في صنف (السعادة/ إكتفاء) والشعور بالإستقلالية وتقبل الذات من خلال إستجابتها للوحة المرأة، وكذلك كون علاقات مع أفراد أسرتها والآخرين إيجابية وهذا ما تبين من خلال نتائج إختبار الإدراك الأسري بتحصلها على (13 درجة) في صنف المعالجة الإيجابية و (13 درجة) في صنف اللاصراع.

وفي الأخير نقول أن الفرضية المدروسة بالفعل لم تتحقق.

خلاصة الفصل:

تطرقنا في الجزء الأول من هذا الفصل بعرض وتحليل نتائج دراستنا الحالية بناء على الأدوات المستخدمة فيها وفي الجزء الثاني تم مناقشة وتفسير نتائج هذه الدراسة في ضوء الفرضية التي إنطلقت منها هذه الأخيرة في ضوء الدراسات السابقة لموضوع الدراسة والنظريات المفسرة التي وقفت على موضوع جودة الحياة، وتوصلنا إلى أن نتيجة الدراسة لم تتطابق مع الفرضية المنطلق منها ولكنها إتفقت هذه الأخيرة مع بعض النظريات والدراسات السابقة لها.

الختامة

الخاتمة:

الإعاقة العقلية هي إضطراب في الوظائف العقلية العامة تظهر أثره في قصور المهارات الأكاديمية واللغوية والاجتماعية وبصاحبه عدم القدرة على أداء العمليات العقلية المعرفية كالإنتباه والذاكرة والإدراك ومعالجة المعلومات بشكل جيد حيث يؤثر على الطفل في حياته ولا يقتصر هذا الأثر عليه فقط بل يمتد بصفة خاصة إلى الأم التي تواجه متاعب الحياة بسبب إعاقة طفلها وتحمل مسؤولية جديدة وهذا ما يجعلها تحاول التكيف معه والإعتناء به بأساليب خاصة، وفشل في تحقيق هذا التكيف وعجز قدراتها وإمكانياتها عن مواجهة هذه المتطلبات قد يجعل جودة حياتها بشكل عام غير متوازنة وغير متوافقة.

ولهذا من خلال دراستنا هذه تطرقنا إلى الكشف عن مستوى جودة الحياة لدى أمهات أطفال الإعاقة العقلية المتوسطة حيث أسفرت النتيجة أن مستوى جودة الحياة لدى الأم متوسط يتأثر ببعض الأبعاد المكونة لجودة الحياة، كم أن المساندة الأسرية وعلاقات الإجتماعية تلعب دورا في تحسين جودة الحياة ولا بد أن تتوفر شروط الظروف المالية للوجود الجيد كالمستوى التعليمي والإقتصادي والحالة الصحية للأم والوعي بضرورة الحاجة للرفع من مستوى جودة الحياة. وفي الأخير نشير إلى أن نتيجة دراستنا الحالية تنطبق فقط على الحالة التي أجرينا عليها الدراسة ولا يمكن تعميمها على الأمهات ككل ونقل كذلك أن هذه الدراسة لها المجال في الخوض في بحوث مستقبلية تثري ميدان علم النفس الإيجابي.

صعوبات البحث:

-النقص الكبير في المراجع وصعوبة الحصول عليها مع عدم إمكانية التنقل الى جامعات أخرى للاستفادة منها.

-قلة الكتب في موضوع جودة الحياة في المكتبة والإكتفاء بالمذكرات فقط.

-صعوبة الحصول على حالات الدراسة بسبب عدم حضورهم اليومي للجمعية نظرا لأسباب شخصية وبعد مكان الإقامة عن الجمعية.

-صعوبة توفير صور الأصلية لإختبار الإدراك الأسري FAT.

التوصيات والاقتراحات:

التوصيات:

- اقتراح برامج علاجية للتكفل النفسي بأمهات أطفال الإعاقة العقلية.
- ضرورة التكفل النفسي بأمهات أطفال الإعاقة العقلية.
- تفعيل دور الأخصائيين النفسيين للمتابعة النفسية للأمهات أثناء إكتشاف إعاقة الطفل.

الاقتراحات:

- إقتراح برنامج علاجي للتكفل بأمهات أطفال الإعاقة العقلية.
- إقتراح برنامج علاجي لتحسين جودة الحياة لدى أمهات أطفال الإعاقة العقلية.
- قلق المستقبل لدى أمهات أطفال الإعاقة العقلية.
- إقتراح برنامج علاجي لمتابعة الصحة النفسية لأمهات أطفال الإعاقة العقلية.
- إقتراح برنامج علاجي بالتقبل والإلتزام لأسر أطفال الإعاقة العقلية.

قائمة المصادر والمراجع

قائمة المصادر والمراجع:

الكتب :

1. أبو حلاوة، محمد سيعد(2010). جودة الحياة المفهوم والأبعاد. ضمن إدارة فاعلية مؤتمر علمي سنوي.الإسكندرية.
2. حسن رضوان، فوقية(2008). التشخيص التكاملي والفارقي للإعاقة العقلية. ط1. القاهرة: دار الكتاب الحديث.
3. الختاتة، سامي محسن و عبد اللطيف أبو أسعد، أحمد وجدان، خليل الكركي(2015،2013،2011،2010). مبادئ علم النفس Principles Of Psychology. ط1، ط2، ط3، ط4. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
4. السناد، جلال غربول(2015). البحث العلمي وكتابه. ط1. الأردن: دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع.
5. السيد سليمان، عبد الرحمان(2009). البحث العلمي (خطوات ومهارات). ط1. القاهرة: عالم الكتب للنشر والتوزيع.
6. السيد عبید، ماجدة(2013) الإعاقة العقلية. (ط3). عمان: دار الصفاء للنشر والتوزيع.
7. شريت، أشرف محمد عبد الغاني(2009). الطفل المعاق عقليا (سلوكه، مخاوفه). ط1. الإسكندرية: مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع.
8. شكر، مجيد سوسن(2008). إتجاهات المعاصرة في رعاية وتنمية مهارات الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة. ط1. عمان: دار الصفاء للنشر والتوزيع.
9. شواهين، خير الدين و غريفات، سحر و الزعبي، محمد خالد(2008). خبرات علمية ومهارات علمية في التربية ذوي الحاجات الخاصة. ط1. القدس: علم الكتب الحديث، جدار للكتاب العالمي للنشر والتوزيع.
10. الصبوة، محمد نجيب أحمد(2008)، علم النفس الإيجابي تعريفه وتاريخه وموضوعاته والنموذج المقترح له. ط1. مصر: دار المنظومة.
11. الطواب، سيد محمود(2008). الصحة النفسية والإرشاد النفسي. ط1. الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.
12. عبد الباقي إبراهيم، علا(2018). الإعاقة العقلية التعرف عليها وعلاجها باستخدام برامج التدريب للأطفال المعاقين عقليا. ط1. دار علا للكتب.
13. عبد الجوالدة، فؤاد القمش، مصطفى النوري(2012). البرامج التربوية والأساليب العلاجية لذوي الإحتياجات الخاصة. ط1. عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع.

14. عبد الرحمان، سيد سلمان(2009). البحث العلمي خطوات ومهارات. ط1. القاهرة: عالم الكتب للنشر والتوزيع.
15. عبد الصبور، منصور محمد(2012). التخلف العقلي في ضوء النظريات نظريات التعلم وتطبيقاتها التربوية. ط1. القاهرة: دار الكتاب الحديث.
16. عبد الفتاح خيرالله، سحر(2013). الكفاءة الإجتماعية لذوي الإعاقة العقلية لبرامج إرشادية للأباء والمعلمين. ط1. عمان: دار الصفاء للنشر والتوزيع.
17. عبد المنصور عبد الوهاب، أماني(2008). الكفاءة الإجتماعية لذوي الإحتياجات الخاصة بين التشخيص والتحسين. ط1. القاهرة: مكتب الأنجلو المصرية.
18. عزوز، إسمهان (2016). محاضرات مقياس دراسة الحالة للسنة الثانية عابدي. جامعة محمد لمين دباعين، الجزائر : جامعة سطيف.
19. العنزي، فاطمة بن القاسم(2011). إستراتيجيات التعامل مع ذوي الإحتياجات الخاصة (الأطفال). ط1. عمان: دار اليازية للنشر والتوزيع
20. فكري، لطيف متولي(2015). الإعاقة العقلية (المدخل، النظريات المفسرة، طرق الرعاية). (ط1). رياض: مكتبة الرشد للنشر والتوزيع.
21. القمش، مصطفى نوري(2011). الإعاقة العقلية النظرية والممارسة. ط1. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
22. الكلاب، مريد يوسف(2018). أسس البحث العلمي (أهميته، مناهجه، كيف تكتب بحثك). ط1. القاهرة: المركز القومي للإصدارات القومية.
23. محسن ، الختاتنة سامي و أبو سعد، أحمد عبد اللطيف والكركي، خليل وجدان(2010). مبادئ علم النفس. ط1. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
24. مرسى، كمال إبراهيم (1996). علم التخلف العقلي. ط1. الكويت: دار القلم.
25. مروان، عبد المجيد إبراهيم (2000). اسس البحث العلمي لإعداد الرسائل الجامعية. (ط1).الاردن :مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع.
26. ملحم، سامي محمد (2010). مناهج البحث في التربية وعلم النفس. ط1. ط6. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
27. نوفل، محمد بكر و محمد أبو عواد، فريال (2010). التفكير والبحث العلمي. ط1. عمان: دار المسيرة.
28. هلال، أسماء سراج الدين(2008،2009). تأهيل المعاقين. ط1، ط2. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

29. وادي، أحمد(2009). الإعاقة العقلية (أسباب، تشخيص، تأهيل). ط1. عمان: دار أسامة للنشر والتوزيع.

المذكرات:

1. ابن الطيب، فتيحة(2008)، التخلف العقلي عند الطفل وأثره في ظهور اضطرابات نفسية عند الأم دراسة عيادية لأربع حالات بمركز المتخلفين عقليا. مذكرة لنيل شهادة الماجستير تخصص علم النفس العيادي. سطيف: جامعة فرحات عباس.

2. أبو هشيش، سامر تيسير عبد الله(2018). جودة الحياة وعلاقتها بفعالية الذات لدى مقدمي الخدمات النفسية والاجتماعية في وكالة الغوث الدولية المحافظات الشمالية. رسالة ماجستير. كلية الدراسات العليا والبحث العلمي جامعة الخليل.

3. آيت، حبوش سعاد(2013). العلاج الأسري النسقي للأطفال المحرمين من الآباء بالإهمال. رسالة ماجستير. وهران: جامعة السنييا.

4. بارك، فاطمة و بلواد، فاطمة(2019). التكفل النفسي بالمراهق المتخلف عقليا دراسة ميدانية لثلاث حالات بالمركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا -تيارت- مذكرة لنيل شهادة الماستر تخصص علم النفس العيادي. تيارت: جامعة ابن خلدون.

5. بعلول، نسبية(2020). جودة الحياة لدى المسنين المقيمين بدار العجزة. مذكرة لنيل شهادة الماستر تخصص علم النفس العيادي. أم البواقي: جامعة العربي بن مهيدي.

6. بن عطية، نوال و عبيدة، إيمان(2017). جودة الحياة وعلاقتها بالرضا عن التخصص الدراسي لدى طلبة العلوم الاجتماعية. مذكرة لنيل شهادة الماستر تخصص علم النفس المدرسي. الجلفة: جامعة زيان عاشور.

7. رزادقة، وفاء (2020). تأثير عمل المرأة في جودة الحياة. مذكرة لنيل شهادة الماستر تخصص علم النفس عمل وتنظيم. قالمة: جامعة 08 ماي 1945.

8. سامي، سارة و قداري، نزيهة(2018). جودة الحياة لدى النساء المتأخرات عن سن الزواج. مذكرة لنيل شهادة الماستر تخصص علم النفس العيادي. تيارت: جامعة ابن خلدون.

9. شيخي، مريم (2014). طبيعة العمل وعلاقتها بجودة الحياة. مذكرة لنيل شهادة ماستر تخصص علم النفس عمل وتنظيم. تلمسان: جامعة أبو بكر بلقايد.

10. صندوق، فريحة(2015). جودة الحياة الأسرية وعلاقتها بالتفوق الدراسي لدى عينة من المراهقين الثانويين بالأغواط. مذكرة لنيل شهادة الماستر تخصص علم النفس المدرسي. الأغواط: جامعة عمار تليجي.

11. طه بخش، أميرة(2006). جودة الحياة وعلاقتها بمفهوم الذات لدى المعاقين بصريا بالمملكة العربية السعودية. الأردن: جامعة أم القرى.

12. قاسمي، مليكة(2020). مستوى جودة الحياة لدى أمهات أطفال المعاقين حركيا. مذكرة لنيل شهادة الماستر تخصص علم النفس العيادي. بسكرة: جامعة محمد خيضر.

13. نواوي، غنية(2020). جودة الحياة وعلاقتها بمهارة حل المشكلات لدى طلبة السنة الثالثة لسانس وسنة الثانية ماستر تخصص توجيه وإرشاد. مذكرة لنيل شهادة الماستر تخصص علم النفس المدرسي. المسيلة: جامعة محمد بوضياف.

14. هلاي، ياسمينه (2007). إعتماد درجات الذكاء لإقتراح برنامج تدريبي لتأهيل المتخلفين عقليا إجتماعيا ومهنيا. مذكرة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي. باتنة: جامعة الحاج لخضر.

15. يحيى، عبد الحفيظ(2016). تقنين مقياس جودة الحياة لمحمود منسي وعلي كاظم على الطلبة الجامعيين، مذكرة لنيل شهادة الماستر تخصص علم النفس العيادي. ورقلة: جامعة قاصدي مرباح.

المجلات:

1. بليدروخ، كوكب الزمان وبن صغير، كريمة(2021). جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الإحتياجات الخاصة في ظل جائحة كورونا. مجلد5، العدد5. الجزائر.

2. بوعامر، نعيمة و عبد الرحمان، أمال(2022). مستوى جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد في ضوء بعض المتغيرات، مجلد 14، العدد 1. مجلة الواحات للبحوث والدراسات. الجزائر: جامعة غرداية.

3. حاج سليمان، فاطمة الزهراء، 2021، المنهج العيادي.

4. الشبراوي، أحمد حسانين وعاطف، وليد والصيد، منصور(2021)، جودة الحياة الأسرية والمساندة الإجتماعية والسمود النفسي لدى أمهات أطفال ذوي الإعاقة العقلية وذوي اضطراب طيف التوحد في مصر ، العدد 129، مصر: مجلة الدراسات العربية في التربية وعلم النفس ASEP .

5. الصياد، وليد عاطف منصور(2021). جودة الحياة الأسرية والمساندة الإجتماعية الصمود النفسي لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية وذوي اضطراب طيف التوحد في مصر. العدد129. مجلة دراسات عربية في التربية وعلم النفس. مصر.
6. عايش، صباح(2021). جودة الحياة الأسرية لدى أسر المعاقين عقليا. مجلد5. العدد 1. مجلة روافد للدراسات والأبحاث العلمية في العلوم الإجتماعية والإنسانية. الجزائر: جامعة شلف.
7. الغولة، سمر عبد العزيز(2018). مستوى جودة الحياة لدى الطلبة ذوي الإعاقة بجامعة الملك عبد العزيز والجامعة الأردنية وعلاقتها ببعض المتغيرات، كلية الدراسات العليا التربوية، الأردن: جامعة الملك عبد العزيز.
8. قوعيش، مغنية(2018). جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا في ضوء بعض المتغيرات. مجلد11، العدد 1. مجلة دراسات نفسية وتربوية. مستغانم: جامعة عبد الحميد بن باديس.
9. مقراني، سهيلة ونصر الدين، جابر(2022). تطبيقات المقابلة العيادية Application Clinical Interview، مجلة العلوم النفسية والتربوية. الجزائر: جامعة الوادي.

الأجنبية:

1. Balcells-Balcells, A. Giné, C, Guàrdia-Olmos, J, Summers, J. A. & Mas, J .M .(2019). impact of supports and partnership on family quality of life .research in developmenntal disabilities, 85,50-60.
2. Boehm, T.L,& carter, E.W.(2019). Family quality of life and its correlates among parents of children and adults with intellectual disability. American journal on intellctual and developmental disability, 124(2),99,115
3. Jones, J. (2018). Family quality of life for parents of children with autism : the role of social support and usupportive social interactions. electronic theses and dissertatinnns. 7528. <https://Scholar.Uwindosor.Ca/Etd/7528>
4. Misura ,a. k, & memisevic, h.(2017). Quality of life parents of children with intellectual disabilities in caoatia. Journal of educational and social research, 7(2), 43-43.
5. Piovesan , J , Scortegagna , S. A, &Marchi, A. C. B .D . (2015). Quality of life and depressive symptomatology in mothers of individuals with autism. Psico-USF. 20(03),505-515.

الملاحق

الملحق رقم (01)

دليل المقابلة:

أسئلة المقابلة:

معلومات عامة حول الحالة:

الحالة:

العمر:

مستوى التعليمي:

الحالة الاجتماعية: متزوجة/مطلقة/أرملة

الوضعية المهنية: عاملة/ربة بيت

الوضعية الاقتصادية: ميسورة الحال / ذات دخل ثابت وجيد / معدومة

سنة الزواج:

عدد الأطفال:

جنس الطفل المعاق: درجة إعاقة الطفل:

تاريخ إكتشاف إعاقة الطفل:

عمر الطفل المعاق:

رتبة الطفل المعاق:

التاريخ المرضي للحالة:

ماهي مشكلك الصحية، الجسمية والنفسية قبل وبعد الزواج؟

هل تتناولين أدوية؟

محور الصحة الجسمية:

كيف هي حالتك الصحية حالياً؟

كيف هو نمط تغذيتك؟

هل تعانيين من مشاكل في النوم؟

هل أنت راضية بصحتك بصفة عامة؟

هل أثرت إعاقة إبنك على صحتك الجسمية؟

ماهي المرحلة التي مرضت فيها خلال فترة إعاقة إبنك؟

هذه الفترة العمرية التي مر بها إبنك هل أحسستي أنها إستنزفت صحتك؟

محور الصحة النفسية:

هل تعانيين من مشاكل نفسية حالياً؟

هل حملك بطفلك المعاق كان مرغوب فيه؟

كيف كانت حالتك النفسية أثناء الحمل؟

ماهي توقعاتك حول طفلك في مرحلة الحمل، جنسه، إنتظاراتك من ناحية الشكل، الشخصية، مهنته المستقبلية؟

كيف كانت ولادة طفلك؟

حالتك النفسية بعد الولادة؟

كيف إكتشفتي إعاقة طفلك؟

من أخبرك؟ كيف كانت ردة فعلك عن سماعك لخبر إعاقته؟

من أول من أخبرته بإعاقة طفلك؟

كيف كان إحساسك بعد سماع الخبر؟

كيف كان مرور أيامك بعد إكتشاف إعاقة إبنك؟ ما هي الأفكار التي راودتك في تلك الفترة؟

كيف هي حالتك وأنت تعتنين بطفلك؟

هل تغيرت معاملتك مع طفلك بعد إكتشاف إعاقته؟

ما هي أفكارك وإفعاللتك الحالية؟

ماهي مشاكلك النفسية حالياً؟

ماهي نظرتك المستقبلية لنفسك؟

ماهي تصوراتك لمستقبل طفلك ذو الإعاقة العقلية؟

المحور الأسري:

كيف كانت علاقتك مع أسرتك : والديك، أخوتك. قبل وبعد الزواج؟

من هو الشخص المقرب إليك في الأسرة قبل الزواج؟ وهل مزال مقرب بعد الزواج؟

هل كنت تعانين من مشاكل أسرية قبل الزواج؟

كيف كانت أفكارك حول الزواج؟

كيف كان إرتباطك وزواجك؟ هل كنت مقتنعة بزواجك وإختيارك لزوجك؟

كيف كانت علاقتك مع زوجك في فترة الخطوبة؟

كيف كانت أيامك الأولى من الزواج؟

هل أنت راضية عن زوجك وزواجك؟

كيف كانت معاملة زوجك لك أثناء الحمل؟ بعد الولادة؟ أثناء إكتشاف خبر الإعاقة؟ بعد إكتشاف خبر

الإعاقة؟ حالياً؟

كيف كانت حياتك الزوجية السابقة؟ وهل أنت راضية عنها؟

من صرح بقرار الطلاق؟ وماهو سبب الفعلي وراء الطلاق؟

كيف كانت علاقتك بأهل زوجك؟ قبل الزواج؟ بعد الزواج؟ أثناء الحمل؟ بعد الولادة؟ أثناء إكتشاف الإعاقة وبعد إكتشافها وحاليا؟

هل تغير تعاملهم مع بعد إيجابك لطفل ذو الإعاقة العقلية؟

كيف كانت علاقة أهل زوجك مع طفلك بعد الميلاد؟ وبعد إكتشاف الإعاقة العقلية؟ وحاليا؟

كيف كانت علاقة طفلك بإخوته قبل إكتشاف الإعاقة وبعد إكتشافها وحاليا؟

المحور الإجتماعي:

هل كان لك أصدقاء قبل الزواج في المدرسة؟ في العمل؟ مع الجيران؟

كيف كانت علاقتك بأقاربك قبل الزواج؟ وبعد الزواج؟ وبعد إكتشاف إعاقة طفلك؟ وهل يفرقون في

المعاملة بينهم وبين إخوته؟

هل كنت تحضرين المناسبات قبل الزواج؟ وبعد الزواج؟ وبعد إعاقة طفلك حاليا؟

كيف هي علاقة طفلك مع أقرانه؟ في العائلة وهنا في المؤسسة؟ وعلاقته مع الأخصائيين النفسيين؟

هل أنت راضية عن علاقات طفلك الإجتماعية؟

المحور الإقتصادي:

هل توفيرين متطلبات إبنك أمام وضعك الإقتصادي؟

هل هناك من يدعمك ماليا وبمصاريف الطفل؟

هل تشعرين بالإرهاق المادي مع وضعية إبنك وما يتطلب وضعه من مستلزمات؟

هل وضعك الإقتصادي الحالي مستقر؟

هل السكن العائلي ملائم لوضعك مع إبنك؟

الملحق رقم (02)

مقياس جودة الحياة لدى الأمهات

التعليمة:

فيما يلي مجموعة من العبارات تتحدث عن نوعية حياتك ومجالات متعددة من حياتك وأمام كل عبارات عدة إختيارات المطلوبة منك قراءة كل عبارة على حدة ثم نضع علامة Xتحت الإختبار الذي يتفق معك ويلانمك. اجب عن كل العبارات لكي تساهم في صدق وموضوعية البحث.

العبارات	دائما	أحيانا	نادرا	أبدا
1.أشعر ببعض الألم في جسمي				
2. لا أثق في أحد من أفراد عائلتي				
3.ليست لدي القدرة على إسعاد من حولي				
4.أتمتع معظم الوقت براحة البال				
5.أنا راضية عن الدخل المادي				
6.أشعر بالعصبية				
7.أتناول الأدوية				
8.أشعر بالتباعد بيني وبين أبنائي				
9.الحياة ممتعة				
10.أنا من الناس الذين لا حظ لهم				
11.ما أحصل عليه من مال لا يكفي لإحتياجاتي				
12.أستطيع التحكم في انفعالاتي				
13.تنتابني حالة من الغثيان				
14.أحصل على الدعم العاطفي من أسرتي				
15.يجب ان أحيا الحياة كما هي				
16.أنا راضية عن حياتي				
17.أنا راضية عن طريقة التي أكسب بها المال				
18.أشعر بالحزن				
19.لدي شعور بالحوية والنشاط				
20.أجد صعوبة في التعامل مع أبنائي				
21.أشعر بأنني محبوبة				

				22. تتوافق حياتي مع الاهداف التي سطرته لنفسي
				23. التحكم في إنفاق مالي
				24. لا أشعر بالأمن
				25. أنام جيدا
				26. أنا سعيدا
				27. أخاف من المستقبل
				28. قلة المال تمنعني شراء ما أريد
				29. أشعر بالقلق
				30. أعاني من ضعف في النظر
				31. أعاني من المشاكل الزوجية
				32. روحي المعنوية مرتفعة
				33. أنا غير راضية بما حققته في حياتي
				34. يمكنني كسب الكثير من المال
				35. أتعرض لإصابة ببعض الأمراض
				36. علاقتي بزميلاتي سيئة
				37. أعاني من اليأس وخيبة الأمل
				38. ظروف معيشتي أفضل من أي وقت
				39. أمتلك من المال ما يكفيني ويسترني
				40. أشعر بالوحدة
				41. أعاني من الصداع
				42. أشعر بالفخر لإنتمائي لأسرتي
				43. أشعر بالحزن بدون سبب
				44. أتمتع بحرية كبيرة في مسكني
				45. فكرة الموت تقلقني
				46. لدي القدرة على التذكر
				47. أعاني من فقدان الشهية
				48. أشعر بأنني قريبة من زوجي
				49. أشعر بأن حياتي مليئة بالأمل

				50. تراودني أفكار غريبة
				51. أشعر بالتوتر وعدم الإرتياح
				52. أعاني من الإرهاق والتعب
				53. ظروف معيشتي جيدة
				54. أنا راضية عن شكل جسمي
				55. أجد صعوبة في التركيز
				56. أنا راضية عن علاقتي بزوجي
				57. أشعر بالرضا عن علاقة أسرتي ببعضهم البعض
				58. يعتمد عليا زوجي في حل المشكلات

الملحق رقم (04)

جامعة ابن خلدون - تيارت
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس و الأطفونيا و الفلسفة

تصريح شرفي

خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإنجاز بحث

(ملحق القرار الوزاري رقم 1082 المؤرخ في 2020/12/27 المتعلق بلقوائية ومحاربة السرقة العلمية)

أنا الممضى أدناه،

الطالب (ة) مروة ديري

28 MAI 2023

الحامل لبطاقة التعريف الوطنية رقم 209545930 والصادرة بتاريخ 2022/11/19

المسجل (ة) بكلية العلوم الإنسانية والاجتماعية قسم علم النفس و الأطفونيا و الفلسفة

و المكلف بإنجاز أعمال بحث مذكرة التخرج ماستر عنونها :

حقوق المواطنة والجمهورية في الجزائر

شعبة: علم النفس تخصص: علم النفس العام

أصرح بشرفي أنني ألتزم بمراعاة المعايير العلمية والمنهجية ومعايير الأخلاقية المهنية للنزاهة الأكاديمية المطلوبة في إنجاز البحث المذكور أعلاه.

التاريخ

إمضاء المعنى





الملحق رقم (05)



جامعة ابن خلدون - تيارت
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس و الأطفوليا و الفلسفة



تصريح شرفي

خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإجاز بحث

(ملحق القرار الوزاري رقم 1082 المؤرخ في 2020/12/27 المتعلق بلوقاية ومحاربة السرقة العلمية)

أنا الممضي أدناه،

الطالب (ة) رائد بن طاهر

28 MAI 2023

الحامل لبطاقة التعريف الوطنية رقم 209039457 والصادرة بتاريخ 2022/11/19

المسجل (ة) بكلية العلوم الإنسانية والاجتماعية قسم علم النفس والأطفوليا والفلسفة

و المكلف بإيجاز أعمال بحث مذكرة التخرج ماستر عنونها:

جودة الحياة لدى أخصائى الطفوليا النفسية
القطرية

شعبة: علم النفس تخصص: علم النفس الأطفوليا

أصرح بشرفي أنني ألتزم بمراعاة المعايير العلمية والمنهجية ومعايير الأخلاقيات المهنية للنزاهة الأكاديمية المطلوبة في إجاز البحث المذكور أعلاه.

التاريخ

إمضاء المعني

[Signature]



الملحق رقم (06)



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة ابن خلدون * تيارت *

كلية العلوم الإنسانية و العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس والأرطوفونيا والفلسفة

رقم القيد: 814 / ق ع ن. أ. ف / 2023

إلى السيد المحترم: **رئيس جمعية بنيان**

الأطفال التوحدين والتأخرين ذهنياً
بنيان

الموضوع: طلب الترخيص بإجراء دراسة ميدانية

تحية طيبة وبعد:

في إطار تثمين وترقية البحث العلمي لطلبة قسم علم النفس والأرطوفونيا والفلسفة
يشرفني أن ألتبس من سيادتكم الترخيص لطلبة السنة الثانية ماستر ، تخصص علم النفس العيادي
الآتية أسماؤهم:

- **ترادت. فناء. الحمد**
- **ديلب. حسرو. د**
-
-

بإجراء بحث ميداني تحت عنــــــــــــــــوان:

جودة الحياة لدى أجيال الأطفال الإعاقة العقلية

وفي الأخير تقبلوا منا أسمى عبارات الاحترام والتقدير.

تيارت في: 10.05.2023

