

**فاعلية برنامج ارشادي نفسي لتنمية جودة الحياة
فاعلية برنامج ارشادي نفسي لتنمية جودة الحياة كمدخل لخفض الضغوط النفسية
لدى امهات حالات الشلل الدماغى**

اعداد

د/ثناء انور نصر

"مدرس بجامعة فاروس"

ملخص البحث:

فكرة البحث:

هناك ادلة واضحة تشير الي ان امهات حالات الشلل الدماغى يعانون من الضغوط النفسية والجسدية وانخفاض جودة الحياه.

هدف الدراسة:

هدفت الدراسة الي التعرف علي مدى فاعلية برنامج ارشادي نفسي في تنمية جودة الحياه واثر ذلك في خفض الضغوط النفسية لدى امهات حالات الشلل الدماغى.

المنهج المتبع:

المنهج التجريبي حيث البرنامج المعد وهو المتغير المستقل وجودة الحياه والضغوط النفسية هي المتغير التابع وتراوحت اعمار الامهات من (٢٥ - ٥٠) عام.

الادوات:

١- هي مقياس جودة الحياه الصورة المختصرة "اعداد منظمة الصحة العالمية "

" world health organization quality of life " (WHO QOL BREF)

تعريب (د. بشري اسماعيل احمد) (٢٠٠٨).

٢- مقياس الضغوط النفسية لامهات ذوى الاحتياجات الخاصة (اعداد عبد العزيز الشخص.. و زيدان السرطاوي ١٩٩٨).

٣- استمارة المستوي الاقصادى والاجتماعى (اعداد الباحثة).

٤- البرنامج الارشادي (اعداد الباحثة).

العينة:

٨٠ من الامهات ٤٠ مجموعة ضابطة و ٤٠ مجموعة تجريبية.

المكان:

مركز العلاج الطبيعى المجانى بجامعة فاروس كلية العلاج الطبيعى بجامعة الاسكندرية.

النتائج:

اسفرت النتائج عن فاعلية البرنامج المستخدم في تحسين جودة الحياه لدي المجموعة التجريبية وانخفاض الضغوط النفسية لديهم وقد اتضح ذلك من خلال حساب الفروق بين درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج وفي القياس التتبعي ومن خلال حساب الفروق بين كل من المجموعة التجريبية والضابطة..

المصطلحات:

الشلل الدماغى / جودة الحياه / الضغوط النفسية / البرنامج الارشادي النفسى.

Introduction مقدمة الدراسة :

ان انتظار ولادة طفل جديد في الأسرة ينظر اليه بابتهاج كبير وتوقع مستقبلي للطفل مليء بالسعادة والنجاح، ولكن هذا الشعور بالفرح والافراط في التوقعات ممكن ان يتغير عند ولادة طفل معاق، فالعائلة التي يولد فيها طفل معاق سوف تتغير بطريقة او باخري مما يجعلها تتعرض الي كثير من الضغوط والتي بدورها ستؤثر علي دينامية الحياه لدي هذه الاسرة.

ينظر الكثير من الأباء للطفل علي أنه امتداد للذات، كما ان ميلاده يزيد من قوة العائلة ويوثق العلاقة بين الزوج والزوجة، فعملية الحمل والانجاب هي من ابرز الاحداث التي تمر بها المرأة في حياتها فمنذ أن تحمل الأم جنينها وهي ترسم خطة حياتها، فهو مكلف بحمل كل امانيتها ورغبتها التي لم تحققها بنفسها، حيث أنه منذ اللحظة التي تعرف المرأة بأنها حامل تنهياً لبناء علاقة مع هذا الطفل، فالحمل بمثابة تمهيد بيولوجي ونفسي للأمومة، تبدأ الأم الحامل عادة ببناء تصورات حول هذا الطفل الذي لا يزال جنيناً، حيث انها تشعر بالشوق والفضول الكبيرين لرؤيته لتبدأ في تخيله كيف هو وما سيكون عليه مستقبلاً لكن قد يحدث عكس هذه التصورات اذ قد يصبح الطفل الخيالي السليم والذكي، طفلاً واقعياً شخص علي انه طفلاً من ذوي الاحتياجات الخاصة يعاني من تخلف ذهني وانخفاض ملحوظ في مستوي الأداء العقلي ويصاحبه قصور في السلوك التكيفي كما تعرفه ايضاً هيئة الصحة العالمية " علي انه حالة من التوقف أو عدم اكتمال نمو العقل والذي يتسم بشكل خاص بقصور في المهارات التي تظهر أثناء مراحل النمو، والتي تسهم في المستوي العام للذكاء أي القدرات المعرفية واللغوية، الاجتماعية كما يكون هناك قصور في السلوك التكيفي، كما يرتبط أيضاً ببعض التشوهات الجسمية والاضطرابات النفسية وعدم الاستقرار والقيام بحركات غير هادفة وغير متحكم فيها، كما يتصف بالعدوانية وعدم الانسجام وعدم القدرة علي التحكم في الانفعالات بالاضافة الي ضعف في القدرة علي التركيز والتذكر ولديه قصورا في القدرة علي التعبير وعدم وضوح الالفاظ في كثير من الاحيان ان اللحظة التي تم فيها اكتشاف اعاقه الطفل في الاسرة مرحلة حاسمة تؤدي الي التغير الجذري في المسار النفسي والسلوكي للأسرة عامة وللام خاصة.

إن اثر الشلل الدماغي علي أولياء الأمور لاقى اهتماماً كبيراً من قبل الباحثين والعديد من الدراسات اكدت ان كلا من أمهات وأباء المعاقين يعانون من ضغوط نفسية أكثر من أولياء أمور الأطفال العاديين، وهذا الارتفاع في مستوي الضغوط النفسية لدي أولياء الأمور له علاقة مباشرة بمسئوليات إنجاب الأطفال، والقلق علي مستقبل الطفل ومشاعر الانعزال أكثر من أولياء أمور الأطفال العاديين.

(pisula 2007:277 /vermaes et al. 2008:665)

وتشتمل ردود افعال الوالدين علي الصدمة، وعدم الايمان بأن الطفل معاق، والشعور بالذنب، والحزن، والرفض، والخجل، والإنكار، والشعور باليأس، كما ان بعضهم يعيشوا فترات من الألم والقلق واليأس والعجز واللامبالاه والغضب والاكتئاب والمرارة، بالإضافة الي ان ردود فعل الوالدين تتأثر بالحالة

فأعلى برنامج إرشادي نفسي لتنمية جودة الحياة (vijesh&Sukumaran 2007) الاقتصادية، وسمات الشخصية، والاستقرار

الزواجي . وهناك أدلة واضحة تشير الي ان أولياء أمور أطفال حالات الشلل الدماغي يعانون من ضغوط نفسية 20 (Shahzadi et al. ١٣) عالية وجودة حياة منخفضة وضعيفة، أكثر من أولياء أمور الأطفال العاديين كما أنهم يعانون من ألم جسدي ونفسي وذلك بسبب المسؤوليات الملغاه عليهم لرعاية طفلهم المعاق، مما (Leung&Li-Tsang.2003) يؤثر علي جودة الحياة لديهم .

جودة حياة الأسرة بأنها الدرجة التي يصبح عندها أسر الأشخاص (Park et al.2003)ويعرف بارك المعاقين قادرين علي تحقيق احتياجاتهم الأساسية، والاستمتاع بالأوقات التي يقضونها مع بعضهم البعض، والاهتمام والمشاركة بالأنشطة الترفيهية، والاعتقاد السائد اليوم عالميا ان الأشخاص المعاقين وأسرهم وبغض النظر عن نوع الإعاقة، لهم الحق في الحياة بجودة عالية . وفي هذا الصدد أكد الباحثون أن إعاقة الطفل ممكن أن تؤثر إيجابيا علي جودة الحياة لدي الوالدين وذلك من خلال نمو (Kausar et al.2003) مشاعر الحب والحنان والصبر والتحمل والعلاقات الجيدة بينهم (Trute et al .2007) بالإضافة إلي التغيرات الإيجابية في القيم الدينية والروحانية في المقابل الدراسات في مجال الصحة النفسية والطب والمجالات الأكلينيكية،أكدت وجود بعض المعوقات التي تعيق أسر الأطفال المعاقين من تحسين جودة الحياة لديهم مثل : زيادة الضغوط النفسية لدي الوالدين، والصعوبات المالية، بالإضافة إلي الصعوبات التي تتعلق بالوصول إلي جوده الحياه والرضا عن (Freedman et al.2000) الخدمات الاجتماعية المقدمة ويمكن تبرير ما تعانيه الأم من ردود فعل سلبية اتجاه ابنها المعوق، إلي دورها المهم في حياة طفلها الذي يعاني من الشلل الدماغي ، فالأم تأخذ دور الحماية البدنية والوصية علي حاجات الطفل، بينما يكون الاب أكثر تحفظا في دوره، وقد ينحصر تعامله في الانسحاب او الاستدماج الداخلي لمشاعره، لذا فإن إرشاد الوالدين وخاصة الأم ومساندتها لمواجهة تلك الحالة (الشلل الدماغي) والعمل علي الحد من تأثيراتها النفسية يمكن ان يلعب دورا مهما في تحسين توافق الأم النفسي (محمد الشناوي ١٩٩٧ : ١٥)، لاسيما وان من اهداف التوجيه والإرشاد النفسي تحقيق التوافق، اي تناول السلوك المضطرب والبيئة الطبيعية والاجتماعية بالتغيير والتعديل حتي يحدث توازن بين الفرد وبيئته ويتطلب تحقيق هذا الهدف تنمية طاقات المسترشد، وإكسابه مهارات التعامل مع الموقف وخاصة المواقف الضاغطة، والنهوض بعملية اتخاذ القرار (حامد زهران ١٩٩٨:٤١).

ومهما تحدثنا عن النظريات الإرشادية وإبداع أصحابها، وما يحمله المرشد من خبرات ومؤهلات علمية لا يصل مع عميله او مع من يطلب منه المساعدة هو او سواء إلا إذا اعتمد الدين كعنصر اساسي في عملية الإرشاد النفسي (احمد الزبادي وهشام الخطيب ٢٠٠١:٥).

Study problem and Questions مشكلة الدراسة و اسئلتها

هناك ادلة واضحة تشير الي ان اولياء امور اطفال حالات الشلل الدماغى يعانون من ضغوط نفسية عالية وجودة حياة منخفضة وضعيفة، أكثر من اولياء امور الاطفال العاديين (shahzadi et al .20) (١٣) كما انهم يعانون من ألم جسدي ونفسي وذلك بسبب المسؤوليات الملقاه عليهم لرعاية طفلهم ذو الشلل الدماغى (Leung&Li) (2003). مما يؤثر علي جودة الحياة لديهم وهناك العديد من الدراسات التي أشارت وأوصت بضرورة تقديم برامج الدعم والمساندة للمهات واولياء امور المعاقين من اجل تحسين جودة الحياة لديهم، والى ضرورة تزويد امهات حالات الشلل الدماغى بالمعلومات اللازمة عن إعاقه الطفل بالإضافة إلي توفير الدعم المناسب للمهات، وضرورة تركيز الاحتياجات علي استراتيجيات التكيف وعلى الأساليب التي تسهل عملية التكيف فى التأهيل، والعمل (Dadkhah et al.2009) علي تصميم استراتيجيات التكيف المختلفة والبرامج النفسية والاجتماعية واهمية تعليم الوالدين بمفاهيم تربية الابناء واستراتيجيات التكيف اللازمة ويشمل ذلك توفير الفرص لتعزيز التعاون والترابط الأسري من خلال مجموعات الدعم الوالدية وبرامج تدريب الاسرة (Shahzadi et al.2013) وضرورة تزويد اولياء الامور بالبيانات الدينية، وأهمية الإيمان بالله والمعتقدات الدينية والدعاء (Poston&Turnbull.2004) لذلك تتحدد مشكلة الدراسة فى التساؤلات التالية:

- ١- هل توجد فروق جوهرية بين متوسطات رتب درجات أمهات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج علي مقياس جودة الحياة ؟
- ٢- هل توجد فروق جوهرية بين متوسطات رتب درجات أمهات المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج علي مقياس جودة الحياة ؟
- ٣- هل توجد فروق جوهرية بين متوسطات رتب درجات أمهات المجموعة التجريبية بعد انتهاء البرنامج وبعد انتهاء فترة المتابعة (شهرين تقريبا) علي مقياس جودة الحياة ؟

Study significant أهمية الدراسة

تكمن أهمية هذه الدراسة فى النقاط التالية :

- ١- ترجع أهمية الدراسة كونها تتناول مفهوم جودة الحياة وتتناول أيضا امهات حالات الشلل الدماغى كفئة مجتمعية مهمة ذات خصائص معينة، حيث ان شدة العجز لدي الطفل تؤثر بشكل سلبي علي رضا (Park et al.2003) الوالدين وذلك علي مقياس جودة الحياة لدي الاسرة
- ٢- يمكن أن تفيد نتائج الدراسة الحالية فى مجال علم النفس الإكلينيكي والإرشاد النفسي والعلاجي للأفراد الذين يتعرضون باستمرار لأحداث سلبية ضاغطة تؤثر علي ادائهم النفسي وتوافقهم المهني والاجتماعي والعائلي...إلخ.
- ٣- يمكن ان تفيد نتائج الدراسة الحالية كل من المعالجين و المرشدين النفسيين عن طريق إمدادهم بالبيانات والمعلومات عن الخصائص النفسية بغرض الاستفادة منها فى وضع البرامج الإرشادية الخاصة بمقاومة الضغوط.

فاعلية برنامج ارشادي نفسي لتنمية جودة الحياة
٤- تقدم الدراسة برنامجا ارشاديا يعكس منظومة منهجية تشتمل علي الأهداف
والمحتوي والنشاطات والتقويم لتحسين جودة الحياة لدي امهات حالات الشلل
الدماغي.

٥- تبلغ نسبة اطفال الشلل الدماغي نسبة كبيرة من مجموع الحالات العاجزه حيث ان
هناك عدد كبير من الاحتياجات غير محقق سواء بالنسبة للطفل أو أسرة الطفل
وعدم كفاءة العاملين في هذا المجال، والصعوبات المالية والفقر والبطالة ونقص
الإمكانيات بالإضافة إلي المشكلات السلوكية التي تصدر عن الطفل جميعها تشكل
ضغوط نفسية علي الامهات وبالتالي تؤثر علي جودة الحياة لديهم.

Study Terms مصطلحات الدراسة

Psychological Counseling Program: ١- البرنامج الإرشادي النفسي

يعرف حامد زهران (١٩٩٨) البرنامج الإرشادي بأنه برنامج مخطط ومنظم في
ضوء أسس علمية لتقديم الخدمات الإرشادية المباشرة وغير المباشرة فرديا وجماعيا
لجميع من تضمهم المؤسسة أو الجماعة بهدف مساعدتهم في تحقيق النمو السوي
والقيام بالاختيار الواعي المتعقل ولتحقيق التوافق النفسي داخل لجماعة وخارجها
(حامد زهران، ١١: ١٩٩٨).

ويعرف البرنامج الإرشادي بأنه " مجموعة من الخطوات المنظمة والقائمة علي أسس
علمية، تهدف الي تقديم الخدمات لمساعدة الفرد أو الجماعات لفهم مشاكلهم والتوصل
إلي حلول بشأنها، وتنمية مهاراتهم وقدراتهم لتحقيق النمو السوي في شتي مجالات
حياتهم، ويتم في صورة جلسات منظمة في إطار علاقة متبادلة بين المرشد
والمسترشد (شادية احمد عبد الخالق، ٨٧: ٢٠٠٢).

وترى الباحثة ان برنامج الإرشاد النفسي هو عبارة عن برنامج مخطط ومنظم علي
أسس علمية يتم خلاله إقامة علاقة متبادلة بين المرشد النفسي والمسترشد أو مجموعة
من المسترشدين، ويقصد به مساعدة أمهات اطفال الشلل الدماغي لاستخدام المعطيات
العلمية للوصول إلي حالة من السعادة والرضا والتوافق تسمح لهن بالقدرة علي التغلب
علي المشكلات والضغوط الناجمة عن إعاقة أطفالهن بالقدر الذي يساعدهن علي
النجاح وتحقيق مستوي افضل من جودة الحياة لديهن.

Quality of Life: ٢- جودة الحياة

يعرف عادل الاشول (٣: ٢٠٠٥) علي انها درجة الرقي في مستوي الخدمات المادية،
والاجتماعية التي تقدم لافراد المجتمع، وإدراك هؤلاء الأفراد لقدرة الخدمات علي
إشباع حاجاتهم، ولا يمكن أن يدرك الفرد جودة الخدمات التي تقدم له بمعزل عن
الأفراد الذين يتفاعل معهم من الأصدقاء والأشقاء والأقارب، أي ان جودة الحياة
ترتبط بالبيئة المادية، والنفسية والاجتماعية التي يعيش فيها الفرد.

وتقاس جودة الحياة في هذه الدراسة بالدرجات التي يحصل عليها أمهات اطفال الشلل
الدماغي علي مقياس جودة الحياة الخاص بذلك والذي يشتمل علي الأبعاد التالية: جودة
الصحة العامة، وجودة الحياة النفسية، والحياة الأسرية، والمساندة الاجتماعية،
والرضا عن الحياة، والصلابة النفسية.

Psychological Stress- ٣- الضغوط النفسية

حالة يتعرض فيها الفرد لظروف أو مطالب تفرض عليه نوعا من التوافق، وتزداد تلك الحالة إلى درجة الخطر كلما ازدادت شدة الظروف أو المطالب لو استمرت فترة طويلة (فؤاد هدية ٣: ١٩٩٥) كما انها حالة نفسية تنعكس في ردود الفعل الجسمية والسلوكية الناشئة عن التهديد الذي يدركه الفرد عندما يتعرض للمواقف والأحداث الضاغطة في البيئة المحيطة (شوقية السمدوني ١٩٩٣).

٤- امهات اطفال حالات الشلل الدماغي :

هم عينه من امهات اطفال حالات الشلل الدماغي الذين يتلقون خدمات العلاج و التاهيل بمراكز العلاج الطبيعي .

الاطار النظري والدراسات السابقة:

الشلل الدماغي:

اضطراب نمائي ينجم عن خلل في الدماغ ويظهر علي شكل عجز حركي تصحبه غالبا اضطرابات حسية وانفعالية وهو مجموعة من الاعراض وليس مرض ليس قابل للشفاء التام يستجيب للتدخل العلاجي انه نتيجة تلف مراكز الضبط الحركي في الدماغ.

انواعه:

- ١- الشلل النصفي : يقتصر علي الجانب الايمن او الايسر.
- ٢- الشلل السفلي : يقتصر علي الاطراف السفلية.
- ٣- الشلل الرباعي : تصاب الاطراف الاربعة بالشلل وشدة الاصابة تكون في الاطراف العليا اكثر من السفلي.
- ٤- الشلل في طرف واحد : وهي حالة نادرة.
- ٥- الشلل في ثلاثة اطراف : وهي حالة نادرة ايضا عند الاطفال المشلولين دماغيا.

ومن انواعه ايضا:

- ١- الشلل الدماغي الرنجي " اللاتناسقي الحركي " وتكون الاصابة في المخيخ.
- ٢- Mixed cp - الشلل الدماغي المختلط

اسبابه:

اصابة الجهاز العصبي المركزي "الدماغ والحزم العصبية " في مناطق مهمة وهي قشر المخ "الدماغ" والعقد العصبية والمخيخ والاصابات الدماغية التي تؤدي الي حدوث الشلل الدماغي .

هي الاصابات التي تحدث قبل اكتمال نمو وتطور الدماغ وتلك المراحل خطيرة في نمو الجهاز العصبي هي مراحل ما قبل الولادة ومرحلة الولادة والسنوات الاولى من الولادة.

يعد الشلل الدماغي احد انواع الاعاقة الحركية واحد اسبابها . واود ان اعرض اسباب الاعاقة الحركية ..

اسباب الاعاقة الحركية:

Syndromes. ١- المتلازمات

٢- أسباب خلقية.

- ٣- أسباب وراثية.
- ٤- الدماغ.
- ٥- الحبل الشوكي – العمود الفقري.
- ٦- الاعصاب الطرفية.
- ٧- العضلات.
- ٨- العظام.
- ٩- اصابات الرأس.
- ١٠- Cerebral palsy - الشلل الدماغي.
- ١١- Hydrocephallus - الاستسقاء الدماغي.
- ١٢- التهابات الدماغ – التهاب السحايا.
- ١٣- أورام الدماغ.
- ١٤- النزيف الدماغي.
- ١٥- Multiple sclerosis - التصلب العصبي المتعدد.
- ١٦- شلل الأطفال.
- ١٧- Spinal muscular atrophy - الضمور العضلي الشوكي.
- ١٨- التهاب الاعصاب الحاد المزيل للنخاعين.
- ١٩- Guillain Barre syndrome - متلازمة غيلان باريه . الشلل القاتل.
- ٢٠- Peripheral neuropathy - إعتلال الاعصاب الطرفية.
- ٢١- اصابات العظام والمفاصل.
- * تشوه او بتر الاطراف .
- * خلع الورك الولادي .
- * الكساح – لين العظام .
- * القدم الحنفاء .
- * التهابات العظم والمفاصل .
- * متلازمة ريت .

٢١- اصابات العظام والمفاصل.

هو عبارة عن عجز في الجهاز العصبي المركزي العلوي يحدث في منطقة الدماغ وينتج عنه شلل يصيب إما الاطراف الأربعة جميعها او الاطراف السفلية فقط او يصيب جانبا واحدا من الجسم اي طرفا علويا أو طرفا سفليا سواء في الجانب الايمن او الجانب الايسر وهذا الشلل ينتج عنه فقدان القدرة علي التحكم في الحركات الإرادية المختلفة وتختلف شدة الاعراض باختلاف شدة ومكان الإصابة في الدماغ وقد يصاحبه خلل في الاعضاء الحسية الاخرى.

كيف تحدث الحركة:

هناك إشارات " شحنات " كهربية تصدر من خلايا الدماغ القشرة المخية الحركية ومن خلال الالياف العصبية تتحرك الي الاجزاء الاخرى من الدماغ والي الحبل الشوكي ثم الاعصاب المحيطة " الطرفية" الي العضلات الإرادية والعضلات اللاإرادية في جميع اجزاء الجسم وعند وصول تلك الشحنات إلي العضلة المحددة يحدث لها إنقباض وعند إنتهاء الشحنة يحدث لها إرتخاء وعندما تكون الشحنات متتالية فإن مدي الانقباض تزيد تلك الشحنات الكهربائية لجميع العضلات الجسمية

د/ثناء انور نصر

موجودة باستمرار طوال اليوم في اليقظة والنام ولكن تختلف من وقت لآخر كما ان هناك شحنات كهربية تصدر علي مدار الساعة من العضلات إلي الدفاع للتبليغ عن وضعها بين الحركة والإنقباض والدماغ يقوم بتحليل تلك المعلومات وربطها مع بعضها البعض لمعرفة الوضع العام للجسم والاحتياج للتغيير وحفظ التوازن كل ذلك يتم بالتنسيق مع الاجزاء الاخري للدماغ.

هناك اشارات او شحنات تصدر من خلايا الدماغ ثم تذهب الي الحبل الشوكي ثم تذهب الي الاعصاب المحيطة "الطرفية" ثم تذهب الي العضلات في جميع اجزاء الجسم وعند وصول هذه الشحنات الي العضلة المحددة يحدث لها انقباض وعند انتهاء الشحنة يحدث لها ارتخاء

دراسات تناولت الحالة النفسية لامهات حالات الشلل الدماغي:

الي التعرف علي حالة التوافق النفسي (Marten Viviane, 2008) هدفت دراسة فيفيان لامهات حالات الشلل الدماغي من خلال دراسة وصفية لعينة مكونة من ٦ نساء امهات لحالات الشلل الدماغي يتلقون ابنائهم لرعاية في مؤسسة ذوى الاحتياجات الخاصة في ولاية ريوجراندي دوسول بالبرازيل.

واسفرت النتائج عن ان المرأة تتخلي عن حياتها الاجتماعية والمهنية وحتى الشخصية لرعاية افضل لطفلها. علاوة علي ذلك، تتبين ان هؤلاء الامهات بحاجة الي دعم نفسي-اجتماعي من اسرهن والاشخاص الذين يحيطون بهن، في كل من عملية التكيف الاولي والتغلب علي طول فترة رعاية الطفل.

(Sajedi F. et al., 2009) هدفت دراسة فيروزيه ساجيدي الي تحديد شدة الاكتئاب لدي امهات الاطفال المصابين بالشلل الدماغي مقارنة بالامهات اللاتي لديهن اطفال طبيعيين وعلاقته بنوع الشلل الدماغي وشدة الاعاقة. من خلال الدراسة الوصفية التحليلية، تم اختيار ٤٣ ام من امهات كان لديهن اطفال تقل اعمارهم عن ٨SABA سنوات مصابون بالشلل الدماغي يتلقون خدمات اعادة التأهيل في عيادة طهران، ايران(USWR) المتعلقة بجامعة الرعاية الاجتماعية وعلوم التأهيل تم اختيار مجموعة من الامهات كحالات وتم عمل نموذج تسجيل البيانات و بواسطتهما Beck Depression Inventory II

ومن خلال التجربة تم تحديد نوع الشلل الدماغي وشدة الاعاقة بواسطة طبيب الاطفال ومعالج وظيفي (GMFCS) علي التوالي وذلك باستخدام نظام تصنيف وظائف الحالة بشكل اجمالي وقامت المجموعة الضابطة المكونة من ٧٧ أم من امهات الاطفال العاديين بملئ نفس الاستبيانات واثبتت النتائج ان هناك اختلافات كبيرة في درجات الاكتئاب بين المجموعتين التجريبيية والضابطة.

ان انجاب طفل مصاب بالشلل الدماغي يزيد ايضا من خطر الاصابة باكتئاب لدي الامهات بقدر ٢.٢٦ مرة لم تكن هناك فروق ذات دلالة احصائية في درجات الاكتئاب وشدة العلاقة CP. بين الانواع الخمسة من واثبتت النتائج ايضا ان انجاب طفل مصاب بالشلل الدماغي ربما يرتبط بارتفاع معدل انتشار وشدة الاكتئاب لدي الامهات لذا ينصح بشدة العلاج و الوقاية من الاكتئاب لدي امهات الاطفال المصابين بالشلل الدماغي لتحسين عملية اعادة التأهيل وتحقيق نتائج افضل لهؤلاء الاطفال.

فاعلية برنامج ارشادي نفسي لتنمية جودة الحياة
الي تقييم جودة الحياة المرتبطة بالصحة العامة (Yilmaz H. et al.,2013)هدفت
دراسة هاليم يالمازوالصحة النفسية لدي امهات الاطفال المصابين بالشلل الدماغى
وذلك علي عينة من امهات الاطفال المصابين بالشلل الدماغى ١٤٠ ام كما تضمنت
الدراسة مجموعة ضابطة (امهات حالات اطفال اصحاء).
تم تقييم المستويات الوظيفية للاطفال المصابين بالشلل الدماغى باستخدام نظام تصنيف
الوظائف الحركية.

من خلال تقييم جودة الحياة المرتبطة بالصحة العامة والنفسية لامهات حالات الشلل
الدماغى تم تحديد ٣٦ عنصر فرعى كالمكون العقلي منها مثلا الوظيفة الاجتماعية
والعاطفة والصحة العقلية.

وقد اكدت الدراسة علي ارتفاع مستوي الاكتئاب لدي امهات الاطفال المصابين بالشلل
الدماغى عن امهات الاطفال الاصحاء.

وقد اكدت الدراسة علي جودة حياة هؤلاء الامهات والتي ارتبطت من ناحية اخري
بعمر الامهات والوظائف البدنية والالام الجسدية التي يعانون منها امهات الاطفال
المصابين بالشلل الدماغى.

ومن هنا تشير دراستنا الي ان جودة الحياة المرتبطة بالصحة العامة النفسية تضعف
لدي امهات الاطفال المصابين بالشلل الدماغى والاكتئاب من الاعراض المهمة التي
تؤثر علي حياة هؤلاء الامهات.

لذلك من اجل زيادة جودة حياة هؤلاء الامهات ينبغي علينا تحفيزهم للانضمام الي
الانشطة الاجتماعية المتعلقة بمصالحهم ويجب دعم الامهات المصابات بأعراض
اكتئابية.

الي ان هناك العديد من الدراسات والانشطة طبقت علي (Novak,2014) هدفت
دراسة نوكاف مجموعة من اطفال الشلل الدماغى .

وبما ان الطريقة المتبعة لمعظم الباحثين والاطباء لتناولهم للحالات ادت الي ان
الرعاية لهؤلاء الحالات تسير علي النظام القديم ولا تواكب الطرق الحديثة لعلاج هذه
الحالات وللأسف الرعاية تقدم علي النمط القديم .وهدف هؤلاء الاطباء والباحثين ان
يجابو علي اسئلة الامهات باجابة قائمة علي نتائج ثابتة وسابقة لا يرجع الي التشخيص
الدقيق.

يعنب لو ام سألت عن مشكلة طفلها الطبيب يعطيها إجابات نظرية مثل

- ١- ما هي مشكلة ابني؟
- ٢- ما هو الشلل الدماغى؟ وما هي الطريقة التي ابحت بها عنه؟
- ٣- ما هي التطورات؟
- ٤- ما هي اكثر انشطة يمكن ان يمارسها الطفل؟
وهذه الانشطة يكون سبق تجربتها وثبت جديتها وملائمتها للحالة.
- ٥- ما هي التوقعات التي تحدث للطفل؟
فيقوم الباحثين والاطباء بالاجابة وهي
ج ١: يعطيها تشخيص مبكر وهي طريقة قائمة علي البيانات النظرية.
ج ٢: يعطيها موقع مزود بمعلومات قيمة.

د /ثناء انور نصر

ج٣: يعطيها تحليلات احصائية وملخصات معلوماتية.

ج٤: يعطيها بيانات تحتوي علي اكثر الانشطة تأثيرا وجداول.

ج٥: يعطيها ملخص ونتائج جيدة.

هذا المقال مزود بنبذة عن اكثر الطرق حصرية عن معاملة طفل الشلل الدماغي وتشخيصه.

الي اثبات ان رعاية طفل مصاب بالشلل الدماغي يمكن (Yilmaz. et al.2013) هدفتم دراسة بالمازان يؤثر سلبيآ علي جودة الحياة للامهات اللاتي يقدمن الرعاية الاولية لاطفالهن المصابين.

تشكلت عينة الدراسة من ثمانون من الامهات في دراسة مسحية مستعرضة حول تأثير رعايتهن لاطفالهن مصابي الشلل الدماغي بنيجيريا وتم تقييم جودة الحياة لهن باستخدام مقياس جودة الحياة (WTLOQOL-BREF) لمنظمة الصحة العالمية مع مراعاة تجانس العينة في العمر والذكاء والظروف الاقتصادية والحالة التعليمية والمهنية.

QOL واثبتت النتائج ان رعاية طفل مصاب بالشلل الدماغي قد اثر بشكل كبير علي جودة الحياة وصحة الامهات، بغض النظر عن حالتهم الاجتماعية والاقتصادية.

وهناك تدابير لتحسين جودة حياة وصحة امهات الاطفال المصابين بالشلل الدماغي يجب ان تؤخذ مع الاخذ بعين الاعتبار المجالات التي يحتاجها هؤلاء.

دراسات تناولت برامج تحسين جودة الحياة لدي امهات المعاقين عقليا:

هدفتم دراسة محمد احمد نصر (٢٠٠٧) للتعرف علي فاعلية برنامج ارشادي اجتماعي ديني في تخفيف الضغوط النفسية لدي امهات الاطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم، واستخدم في هذه الدراسة المنهج شبه التجريبي مع إجراء القياس القبلي والقياس البعدي مع وجود مجموعة ضابطة. وتكونت عينة الدراسة من (٢٠) من امهات اللاطفال المعاقين عقليا، وتم تقسيم عينة الدراسة عشوائيا الي مجموعتين مجموعة ضابطة وتتكون من (١٠) امهات وأخري تجريبية وتتكون من (١٠) من امهات الاطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم، وأشارت النتائج إلي وجود فروق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي، وكانت هذه الفروق لصالح المجموعة التجريبية، حيث ان البرنامج الارشادي الاجتماعي الديني اظهر فاعلية في تخفيف الضغوط النفسية لدى افراد المجموعة التجريبية من امهات الاطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم.

وهدفتم دراسة حجازى واخرون (٢٠١٣) الي تقويم فاعلية برنامج تدريبي لتحسين جودة الحياة لدي glasser method امهات الاطفال المعاقين عقليا بناء علي اسلوب جلاسر..

وتكونت عينة الدراسة من (٦٠) من امهات الاطفال المعاقين عقليا، وتم تقسيم عينة الدراسة عشوائيا الي مجموعتين مجموعة ضابطة وتتكون من (٣٠) من الامهات واخري تجريبية وتتكون من (٣٠) من الامهات، كما وتم استخدام مقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية والذي يتكون من (٢٦) بند ويقيس الصحة الجسمية، والنفسية،

فاعلية برنامج ارشادي نفسي لتنمية جودة الحياة
والعلاقات الاجتماعية، بالإضافة للصحة البيئية، واطهرت نتائج الدراسة ان اسلوب جلاسر كان له اثر فعال في تحسين جودة الحياة لدي امهات الاطفال المعاقين عقليا . الي الكشف عن فاعلية برنامج تدخل معرفي (fariba et al., 2013) هدفت دراسة سلوكي لتحسين الصحة النفسية وجودة الحياة لدي امهات الاطفال المصابين بالتوحد، وتكونت عينة الدراسة من جميع امهات اطفال التوحدى مدينة بندر ازاد، واستخدم الباحث فى هذه الدراسة المنهج الوصفي والمنهج الشبه التجريبي لمجموعة واحدة تجريبية بدون وجود مجموعة ضابطة مع اجراء القياس القبلي ثم تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي من خلال (١٢) جلسة تدريبيه، ثم اجراء القياس البعدي. (Olsson, 1992) استخدم الباحث مقياس جودة الحياة من اعداد اولسون (Goldberg,1999) ومقياس الصحة العامة من اعداد جولديبرج
اظهرت النتائج ان البرنامج المعرفي السلوكي كان له اثر دال علي الصحة النفسية وجودة الحياة لدي امهات الاطفال المصابين بالتوحد.
وهنا تود ان تستعرض الباحثه الاستجابات الوالدية و الضغوط النفسية لاولياء أمور أطفال حالات الشلل الدماغي :

الاستجابة الوالدية لاصابة الابن بالشلل الدماغي:

تختلف ردود فعل الوالدين عند معرفتهما بأمر اصابة ابنهما بتخلف الذهني الا أن أغلبتهم يمرون بنفس المراحل التالية:
١- **الصدمة:** وهي اول رد فعل نفسي يحدث لهما،فادراك حقيقة الاصابة يبعث بخيبة الامل والحزن وهذا الامر طبيعي بل كل ما يحتاج الوالدين في هذه المرحلة الي الدعم والفهم.
٢- **الانكار:** من الاستجابات الطبيعية للانسان ان ينكر كل ما هو غير مرغوب وغير متوقع ومؤلم،خاصة عندما يتعلق الامر بأطفاله والذين يعتبرونه امتدادا له، هي وسيلة دفاعية يلجأ اليها الوالدان في محاولة التخفيف من القلق الشديد الذي تحدثه الاصابة.
٣-**الحداد والحزن:** هي فترة حداد وعزاء يعيشها الوالدين بعد فقدان الأمل نهائيا بتحسن حالة الطفل عندما يدركان ان طفلها يعاني من اعاقه مزمنة ستلازمه طوال حياته.

٤- **الشعور بالذنب:** وهي ردود فعل التي قد تظهر لدي الوالدين وهي متوقعة،فهي محصلة طبيعية لخيبة الامل والاحباط وغالبا ما يكون الغضب موجها نحو الذات كتعبير عن الشعور بالذنب؟ او الندم علي شئ فعلاه،او قد تكون موجهة الي مصادر خارجية كالمربي او الطبيب او اي شخص اخر

٥- **التكفل والتقبل:** وبعد كل المعاناه السابقة لا يجد الوالدان مفرا من تقبل الامر والاعتراف باصابة طفلها،لكن من المهم ان يصل الاهالي الي المرحلة الاخيرة بسرعة،لان التأخر في الخدمات يحرم الطفل من الاستفادة من الرعاية الطبية والتأهيلية التي يجب ان تحصل عليها والتي قد تتأخر بسبب انكار الاهل لوجود مشكلة، اما التكيف فيتمثل في القدرة علي تحمل وتفهم الحاجات الخاصة للطفل ويحدث هذا تدريجيا بعد ان يكون الوالدان قد تخلصا من الشعور بالذنب،لكن الوصول الي هذه المرحلة لا يعني عدم الشعور بالألم وانتهاء الاحزان .

الضغوطات التي تتعرض لها امهات حالات الشلل الدماغي:

١- الضغوط الحياتية:

يقول علماء النفس ان الازمات النفسية الشديدة او الصدمات الانفعالية العنيفة و الشديدة، الناتجة عن علاقة الفرد مع غيره من الافراد علي مستوي الأسرة او المدرسة او العمل او المجتمع الذي يعيش فيه، وغير ذلك من المشكلات او الصعوبات التي يجابهها الفرد في حياته من السهل ان تدفعه الي حالة الضيق النفسي. وعليه فالفرد حينما يتعرض يوميا لمصادر ضغوط نفسية كالمصائب او مواقف او هزات انفعالية شديدة قد يتحمل ذلك لأن هناك فروق بين الناس في القدرة علي التحمل، ان الحياة العصرية بكل ما فيها من مصاعب وازمات ناتجة من مشكلات يومية تؤدي الي تراكم المواقف الضاغطة فتصبح استجابة الانسان حادة ازاء تلك المواقف فيختل توافقه النفسي والذاتي.

٢- الضغوط الاجتماعية:

وتشمل العزلة-الصراع بين التقبل الاجتماعي من جهة والحاجة لتأكيد الذات- الانحرافات السلوكية-خبرات الاساءة الجسمية والجنسية صراع بين الدوافع الجنسية وبين التعاليم والتقاليد الاجتماعية-الصراعات بين المبادئ التي تعلمها المراهق ونشأ عليها وبين الممارسات الاجتماعية -الصراع الناجم عن الحاجة لتحقيق الذات وتحقيق المستقبل.

٣- الضغوط المهنية:

ان ضغوط العمل هي تعبير عن حالة من الاجهاد العقلي والنفسي وتحدث نتيجة للحوادث التي تسبب قلقا او ازعاجا او تحدث نتيجة لعوامل عدم الرضا او نتيجة للاجواء العامة التي تسود بيئة العمل او انها تحدث نتيجة للتفاعل بين هذه المسببات جميعا، وهناك العديد من الافراد الذي لا يحبون عملهم بل الظروف اضطررتهم لممارسته، قد يكون ذلك اما للمردود المادي الذي لا يساوي المجهود المبذول او الي الساعات الطويلة، او العمل لنوبات مختلفة، او العمل في غير مجال التخصص، كذلك المعاملة القاسية من الرئيس او عدم تقديره لمجهد العامل، عدم تعاون الزملاء او اضطهادهم.

٤- الضغوط المادية والاقتصادية:

تتمثل في انخفاض الدخل والفقر وانتشار البطالة، اضافة الي التفاوت الطبقي وما ينتج عنه من صراعات، وانخفاض معدل الانتاج بالمقارنة مع معدل الاستهلاك للأفراد.

٥- الضغوط الاسرية:

تتمثل في الصراعات العائلية، ككثرة الشجارات، تغيير المفاجئ في العائلة كالوفاه او ميلاد طفل معاق، او عدم التفاهم او علاقات صراعية.

٦- الضغوط الصحية:

ان اصابة الانسان ببعض الامراض العضوية او النفسية وخاصة المزمنة منها وما يرافق تلك الامراض من اعراض جانبية وتكلفة مادية تصبح هذه الاعراض والالام حافزا كبيرا لشعور المريض بالضغوط النفسية.

فاعلية برنامج ارشادي نفسي لتنمية جودة الحياة

دراسات تناولت برامج لخفض الضغوط النفسية لدى امهات المعاقين عقليا:

هدفت دراسة فاطمة ابو رمان (٢٠٠٥) الي التعرف علي فاعلية برنامج ارشادي جمعي مستند الي النظرية المعرفية السلوكية في خفض الضغوط النفسية وتعديل الافكار السلبية اللاعقلانية لدي عينة من امهات الاطفال المعاقين واللواتي بلغ عددهن (٣٣) أما تم تقسيمهن بشكل متساو الي مجموعتين واحدة تجريبية واخري ضابطة. طبق علي المشاركين في الدراسة مقياسين وهما: مقياس الضغوط النفسية، ومقياس المعتقدات العقلانية واللاعقلانية قبل تقديم البرنامج الارشادي وبعده، واشارت النتائج الي انخفاض الضغوط النفسية وتحسن المعتقدات العقلانية لدي امهات المجموعة التجريبية.

كما وهدفت دراسة منار مدانات (٢٠٠٨) الي التعرف علي فاعلية برنامج ارشادي جمعي في خفض الضغوط النفسية لدي امهات الاطفال المصابين بالشلل الدماغي في الاردن. تألفت عينة الدراسة من (٦٠) اما تلقين البرنامج الارشادي المستند الي النظرية المعرفية السلوكية، ومجموعة ضابطة مؤلفة من (٣٠) اما لم يتلقين البرنامج الارشادي. اشارت النتائج الي فاعلية البرنامج الارشادي في خفض مستوي الضغوط النفسية لدي امهات المجموعة التجريبية وزيادة وعي الامهات بالحاجات النفسية للاطفال المصابين بالشلل الدماغي.

كما وهدفت دراسة البندري بن جابر (٢٠٠٨) الي فحص فاعلية برنامج ارشادي يستند الي النظرية المعرفية السلوكية في خفض الضغوط النفسية لدي عينة من امهات الاطفال التوحيديين في مدينة الرياض. وقد اشتمل البرنامج علي تعليم مهارات حل المشكلات والاسترخاء والتحصين ضد التوتر ومهارات الاتصال ومهارة إعادة البناء. تألفت عينة الدراسة من (٣٠) أما ممن حصلن علي درجات مرتفعة علي مقياس الضغوط، واللواتي قام بتقسيمهن عشوائيا الي مجموعتين إحداها تجريبية تلقت البرنامج الارشادي واخري ضابطة لم تتلقي البرنامج الارشادي. اظهرت النتائج الي ان هناك فاعلية للبرنامج في خفض مستوي الضغوط النفسية لدي امهات المجموعة التجريبية.

وهدفت دراسة عبد الباقي احمد وسلوي عثمان (٢٠١١) الي التعرف علي فاعلية برنامج ارشاد جمعي في خفض الضغوط النفسية لدي امهات الاطفال المعاقين عقليا، واشتملت العينة علي (٤٠) أما ممن يعانون من الضغوط النفسية الناتجة عن الاعاقة، وطبق علي العينة مقياس الضغوط النفسية، وأظهرت النتائج انه تم خفض مستوي الضغوط النفسية لدي الامهات.

دراسة صالحة مصباح ارحومة اغنية (٢٠١٢):

هدفت الدراسة الي التعرف علي مستوي ودرجة جودة الحياه لدي عينة من طالبات الجامعة، والتعرف علي مستوي القلق لديهن، والتحقق من مدي فاعلية برنامج ارشادي لتحسين جودة الحياه كمدخل لخفض القلق لديهن، وتكونت عينة الدراسة من العينة التجريبية وعددها (١٥) طالبة والعينة الوصفية تكونت من (٣٠٠) طالبة، واستخدمت الدراسة الادوات التالية: مقياس جودة الحياة "اعداد الباحثة"، مقياس القلق

د /ثناء انور نصر

النفسي"تعريب واعداد احمد عبد الخالق"،استمارة دراسة الحالة "اعداد الباحثة"،وتوصلت الدراسة الي:

وجود فروق بين درجات المجموعة التجريبية علي مقياس القلق ومقياس جودة الحياه قبل وبعد تطبيق البرنامج،عدم وجود فروق بين درجات المجموعة التجريبية علي مقياس جودة الحياة بعد تطبيق البرنامج وبعد القياس التتبعي للبرنامج توجد فروق بين درجات المجموعة التجريبية علي مقياس القلق النفسي بعد تطبيق البرنامج وبعد القياس التتبعي للبرنامج،وتوجد علاقة عكسية بين جودة الحياة والقلق النفس لدي طالبات الجامعة

دراسة فاطمة علي احمد المرخي(٢٠١٣):

هدفت الدراسة الي بناء برنامج ارشادي لتحسين جودة الحياه لدي معلمي مرحلة التعليم الاساسي بليبيا والتحقق من مدي فعاليته،وتكونت عينة الدراسة من (١٠٠)معلمة تراوحت اعمارهن ما بين(٢٥-٣٥)سنة، واستخدمت في الدراسة الادوات التالية:

مقياس جودة الحياة"اعداد:زينب محمود شقير،٢٠٠٩"،ومقياس المستوي الاجتماعي والاقتصادي" اعداد:عبد العزيز الشخص،١٩٩٥"،وبرنامج ارشادي" اعداد الباحثة" وتوصلت الدراسة الي النتائج التالية:

وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطات التطبيقيين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية علي مقياس جودة الحياه،والفروق بين التطبيقيين البعدي والقبلي لمعلمات المجموعة التجريبية يرجع الي تاثير البرنامج.

تعقيب عي الدراسات السابقة:

ايدت الدراسات فاعلية البرامج الارشادية في تحسين جودة الحياه لدي امهات المعاقين مثل دراسة محمد احمد نصر(٢٠٠٧)،وللطلاب والمعلمات مثل صالحه ارحومه وفاطمة المرخي(shahbour et al.,2013) ودراسة وايدت نتائج الدراسات السابقة اهمية وفاعلية البرامج الارشادية في خفض الضغوط النفسية لدي امهات المعاقين مثل دراسة فاطمة ابو رمان(٢٠٠٥)،ودراسة منار مدانات (٢٠٠٨)،ودراسة البندري بن جابر(٢٠٠٨)،ودراسة عبد الباقي احمد وسلوي عثمان(٢٠١١).

الطريقة والاجراءات

يتناول هذا الجزء وصفا لكل من منهج الدراسة ومجتمع الدراسة وعينتها،اضافة الي وصف أداء الدراسة وكيفية التحقق من صدقها وثباتها.وكذلك الاجراءات التي اتبعت في تطبيق الدراسة والمعالجات الاحصائية المستخدمة.

أولاً: منهج البحث:

استخدمت الباحثة المنهج التجريبي للتحقق من فعاليته برنامج ارشادي نفسي لتنمية جودة الحياة كمدخل لخفض الضغوط النفسية لدي امهات الأطفال حالات الشلل الدماغي في مركز العلاج الطبيعي بجامعة فاروس ، وذلك باختيار مجموعتين من الأمهات إحداها تجريبية والأخرى ضابطة وتم التحقق من التكافؤ بينهم في كل من المتغيرات الديمغرافية ومتغيرات الدراسة الأساسية (جودة الحياة – الضغوط النفسية) وتتلقى المجموعة التجريبية البرنامج الارشادي في حين لا يتم تطبيقه على المجموعة الضابطة، ويتم المقارنة بين درجاتهم في التطبيق البعدي لمقاييس الدراسة ، ويوضح



شكل (١) التصميم التجريبي للبحث

ثانياً: مجتمع البحث:

يتكون مجتمع البحث من أمهات أطفال حالات الشلل الدماغي بمركز العلاج الطبيعي التابع لجامعة فاروس بالاسكندرية في الفترة من (١٥- ٢ - ٢٠١٩) إلى (١- ٥ - ٢٠١٩).

ثالثاً: عينة البحث:

١. وصف عينة التحققي من الخصائص السيكومترية للأدوات:

وعددهم (٤٠) أم من أمهات الأطفال حالات الشلل الدماغي بمركز العلاج الطبيعي التابع لجامعة فاروس بالاسكندرية في الفترة من (١٥- ٢ - ٢٠١٩) إلى (١- ٥ - ٢٠١٩).

٢. وصف العينة الأساسية:

تم تقسيم العينة إلى مجموعتين (مجموعة تجريبية تتكون من (٤٠) أم ، ومجموعة ضابطة تتكون من (٤٠) أم) ، من أمهات الأطفال حالات الشلل الدماغي بمركز العلاج الطبيعي التابع لجامعة فاروس بالاسكندرية في الفترة من (١٥- ٢ - ٢٠١٩) إلى (١- ٥ - ٢٠١٩).

٣. التحقق من التكافؤ بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة :

للتحقق من التكافؤ بين المجموعتين التجريبية والضابطة في المتغيرات الديمغرافية (عمر الأم - عمر الأب - الحالة التعليمية للأم - الحالة التعليمية للأب - الحالة المهنية للأم - الحالة المهنية للأب - الدخل الشهري للأسرة - عدد الأبناء - ترتيب الطفل المعاق بين

د/ثناء انور نصر

اخوته - عمر الطفل المعاق) ، ومتغيرات الدراسة الأساسية (جودة الحياة - الضغوط النفسية) قامت الباحثة بما يلي :

أ- للتحقق من التكافؤ بين المجموعة التجريبية والضابطة في المتغيرات الديمغرافية (عمر الأم - عمر الأب - الحالة التعليمية للأم - الحالة التعليمية للأب - الحالة المهنية للأم - الحالة المهنية للأب - الدخل الشهري للأسرة - عدد الأبناء - ترتيب الطفل المعاق بين اخوته - عمر الطفل المعاق) قامت الباحثة باستخدام اختبار "كا^٢" لمجموعتين مستقلتين ، ويوضح جدول (١) النتائج التي توصلت إليها الباحثة ، وكانت النتائج على النحو التالي:
جدول (١) : نتائج اختبار "كا^٢" للفروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في المتغيرات الديمغرافية

المتغير	الفئة	المجموعة التجريبية	المجموعة الضابطة	درجات الحرية	مربع كاي	الدلالة الاحصائية
تربيت	٢٥-٣٠ سنة	١٣	١٢	٣	٠.٥١٩	غير دالة
	٣٠-٣٥ سنة	١٢	١٤			
	٣٥-٤٠ سنة	١٢	١٠			
	٤٠ سنة فأكثر	٣	٤			

تابع جدول (١) : نتائج اختبار "كا^٢" للفروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في المتغيرات الديمغرافية

المتغير	الفئة	المجموعة التجريبية	المجموعة الضابطة	درجات الحرية	مربع كاي	الدلالة الاحصائية
تربيت	٣٠-٣٥ سنة	٢٠	٢٠	٣	٢.١٠	غير دالة
	٣٥-٤٠ سنة	٨	٨			
	٤٠-٤٥ سنة	٩	٦			
	٤٥ سنة فأكثر	٣	٦			
تربيت	ابتدائي - اعدادي	٢١	٢١	٢	٠.٤٢٢	غير دالة
	ثانوية عامة	١١	٩			
	مؤهل جامعي	٨	١٠			
التعليم	امى	٢	١	٣	٠.٣٧٣	غير دالة
	ابتدائي - اعدادي	١٢	١٣			
	ثانوية عامة	١٤	١٤			
	مؤهل جامعي	١٢	١٢			
التعليم	تعمل	٢٥	٢٣	١	٠.٢٠٨	غير دالة
	لا تعمل	١٥	١٧			
التعليم	يعمل	٣٠	٣٢	١	٠.٢٨٧	غير دالة
	لا يعمل	١٠	٨			
الدخل الشهري	أقل من ١٠٠٠ جنيه	٥	٤	٣	٠.٢٦٩	غير دالة
	١٠٠٠-٢٠٠٠ جنيه	١٥	١٦			
	٢٠٠٠-٣٠٠٠ جنيه	١٥	١٤			
	٣٠٠٠ جنيه فأكثر	٥	٦			
الأبناء	واحد	٦	٨	٣	٠.٦٤٥	غير دالة
	اثنين	١٧	١٥			
	ثلاثة	١٥	١٤			
	اربعة فأكثر	٢	٣			
التربيت	الأول	١٥	١٣	٣	٠.٤٦٧	غير دالة
	الثاني	١٢	١٤			
	الثالث	٩	٨			
	الرابع أو اكثر	٤	٥			

تابع جدول (١) : نتائج اختبار "كا^٢" للفروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في المتغيرات الديمغرافية

فاعلية برنامج ارشادي نفسي لتنمية جودة الحياة

المتغير	الفئة	المجموعة التجريبية	المجموعة الضابطة	درجات الحرية	مربع كاي	الدلالة الاحصائية
تقبل القلق	ذكر	٢١	٢٣	١	٠.٢٠٢	غير دالة
	انثى	١٩	١٧			
تقبل القلق	اقل من ٦ سنوات	١٥	١٦	٢	٠.٢١٨	غير دالة
	٦-٩ سنوات	١٦	١٤			
	٩-١٤ سنة	٩	١٠			

ومما سبق يتضح عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في المتغيرات الديمغرافية.

ب- للتحقق من التكافؤ بين المجموعة التجريبية والضابطة في متغيرات الدراسة الأساسية (جودة الحياة - الضغوط النفسية) قامت الباحثة باستخدام اختبار "ت" لمجموعتين مستقلتين، وذلك للكشف عن دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس القبلي لجودة الحياة بما تشتمل عليه من الأبعاد التالية (جودة الحالة الصحية - جودة الحياة النفسية - المساندة الاجتماعية - الرضا عن الحياة - الصلابة النفسية)، وكذلك الضغوط النفسية بما تشتمل عليه من الأبعاد التالية (المعاناة المعرفية و النفسية للأم - مشاعر اليأس والإحباط - عدم التقبل الاجتماعي - عدم القدرة على تحمل الأعباء)، ويوضح جدول (٢) النتائج التي توصلت إليها الباحثة، وكانت النتائج على النحو التالي:

جدول (٢): نتائج اختبار "ت" للفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس القبلي لجودة الحياة والضغوط النفسية

الأبعاد	المجموعة التجريبية (ن=٤٠)		المجموعة الضابطة (ن=٤٠)		ت	درجات الحرية	الدلالة
	ع	م	ع	م			
جودة الحالة الصحية	١٣.٦٠٠	١٣.٣٣٥	١٣.٥٢٥	١٣.٣٢٠	٠.٢٥٣	٧٨	غير دالة
جودة الحياة النفسية	١١.٢٧٥	١١.١٥٤	١١.٢٢٥	١١.١٨٧	٠.١٩١	٧٨	غير دالة
المساندة الاجتماعية	٨.١٧٥	٨.٠٥٩	٨.١٧٥	٨.٠٠٩	٠.٠٠	٧٨	غير دالة
الرضا عن الحياة	١٣.٥٧٥	١٣.٣٥٦	١٣.٥٧٥	١٣.٢٩٨	٠.٠٠	٧٨	غير دالة
الصلابة النفسية	١١.٢٧٥	١١.١٩٨	١١.٢٥٠	١١.٢١٤	٠.٠٩٣	٧٨	غير دالة
جودة الحياة ككل	٥٧.٩٠	٥٧.٤٠٢	٥٧.٧٥	٥٧.٣٥٦	٠.١٩٨	٧٨	غير دالة
المعاناة المعرفية والنفسية للأم	٥٢.٥٧٥	٥٢.١٢٢	٥٢.٧٢٥	٥٢.٢٤١	٠.٣٠٧	٧٨	غير دالة
مشاعر اليأس والإحباط	٥٢.٨٢٥	٥٢.٠٩٨	٥٢.٩٢٥	٥٢.٢٥٧	٠.٢٠٥	٧٨	غير دالة
عدم التقبل الاجتماعي	٢٢.١٠	٢٢.٢٧٧	٢٢.١٧٥	٢٢.٥٨	٠.٢٦٥	٧٨	غير دالة
عدم القدرة على تحمل الأعباء	٣١.٢٧٥	٣١.٨٧٦	٣١.٢٢٥	٣١.٨٦١	٠.٢٥٧	٧٨	غير دالة
الدرجة الكلية للضغوط النفسية	١٥٨.٧٧٥	١٥٨.٤٤٦	١٥٩.٠٥٠	١٥٨.٨٩٨	٠.٢٦٣	٧٨	غير دالة

ومما سبق يتضح عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في متغيرات الدراسة الاساسية (جودة الحياة - الضغوط النفسية)

د /ثناء انور نصر

رابعاً: أدوات الدراسة:

يشتمل البحث الحالي على الأدوات التالية:

١. مقياس جودة الحياة (الصورة المختصرة) . (إعداد منظمة الصحة العالمية ، تعريب : بشرى إسماعيل أحمد ، ٢٠٠٨ ، تعديل الباحثة)
 ٢. مقياس الضغوط النفسية. (إعداد : عبد العزيز الشخص ، زيدان السرطاوي ، ١٩٩٨)
 ٣. البرنامج الارشادي النفسي (إعداد الباحثة)
 ٤. استمارة المستوى الاجتماعي و الثقافي و الاقتصادي للأسره (إعداد الباحثة).
- وفيما يلي وصف للإجراءات التي قامت بها الباحثة لإعداد أدوات الدراسة والتحقق من الخصائص السيكومترية لكل أداة من تلك الأدوات.

١. مقياس جودة الحياة :

قامت الباحثة بالتعديل على عبارات مقياس جودة الحياة (إعداد منظمة الصحة العالمية ، تعريب : بشرى إسماعيل أحمد ، ٢٠٠٨) بحيث يتناسب مع أمهات الأطفال حالات الشلل الدماغي ، وتكون المقياس في صورته النهائية من (٢٦) عبارة تتوزع على (٥) أبعاد وهي (جودة الحياة الصحية – جودة الحياة النفسية – المساندة الاجتماعية- الرضا عن الحياة – الصلابة النفسية) وتتم عملية التصحيح لعبارات المقياس من خلال قيام المفحوص بقراءة العبارة ثم يدون إجابته بوضع إشارة على الخيار الذي يناسبه أمام كل عبارة ويتم تصحيح المقياس وفقاً لتدرج خماسي يتراوح بين (١-٥) ، ويوضح جدول (٣) أبعاد مقياس جودة الحياة لأمهات الأطفال حالات الشلل الدماغي

جدول(٣) توزيع المفردات على أبعاد مقياس جودة الحياة لأمهات الأطفال حالات الشلل الدماغي

م	البيد	العبارات التي تمثله	العدد
١	جودة الحالة الصحية	١-٤-١٠-١١-١٥-٢٤	٦
٢	جودة الحياة النفسية	٢-٣-٦-١٣-٢٣	٥
٣	المساندة الاجتماعية	٨-٩-١٤-٢٢	٤
٤	الرضا عن الحياة	١٦-١٧-١٨-١٩-٢٠-٢١	٦
٥	الصلابة النفسية	٥-٧-١٢-٢٥-٢٦	٥

الخصائص السيكومترية للمقياس:

قامت الباحثة بالتحقق من صلاحية المقياس للاستخدام في ضوء الصدق والثبات والاتساق الداخلي للمقياس كما يلي:

أ- صدق المقياس :

أ-١- صدق المحكمين :

قامت الباحثة بعرض المقياس على مجموعة من الخبراء المتخصصين في مجال علم النفس والصحة النفسية مرفقاً به التعريف الاجرائي للمقياس، ليصل العدد الكلي للخبراء (١٥) ، وتراوحت نسب اتفاق الخبراء على مفردات المقياس بين (٩٣.٣% - ١٠٠%) كما تم تعديل صياغة بعض العبارات بحيث تتناسب مع طبيعة العينة.

فاعلية برنامج ارشادي نفسي لتنمية جودة الحياة

ب- ثبات المقياس:

تم حساب ثبات المقياس بطريقتين كما يلي :

ب - ١ - طريقة معامل ألفا كرونباخ :

قامت الباحثة بحساب ثبات المقياس باستخدام معامل ألفا كرونباخ للمقياس ككل ولكل بعد من أبعاد المقياس حيث تراوح معامل الثبات لأبعاد المقياس بين (٠.٧٢٣ - ٠.٨٢٩)، وبلغت قيمة معامل ألفا كرونباخ للمقياس ككل (٠.٨٩٧)، وهذا يعني أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات ، ويوضح جدول (٤) معامل الثبات للمقياس ككل وكل بعد من أبعاد المقياس

Test Re-test ب- ٢- طريقة إعادة تطبيق الإختبار

حيث تم حساب قيم معاملات الارتباط بين درجات أفراد عينة التحقق من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة (ن = ٤٠) في مرتين للتطبيق بفواصل زمني أسبوعين ، وقد تراوحت قيم معاملات الارتباط ما بين (٠.٨١٥ - ٠.٩٣٦) لأبعاد المقياس وبلغت قيمة معامل الارتباط (٠.٩٤٥) على مستوى الدرجة الكلية للمقياس ، وهي قيم دالة إحصائياً عند مستوى ٠.٠١ كما يتضح من جدول (٤) وهي قيم دالة إحصائياً عند مستوى ٠.٠١ كما يتضح من جدول (٤) معاملات الثبات لمقياس جودة الحياة بطريقتي ألفا كرونباخ وإعادة تطبيق الإختبار

م	البعد	معامل الثبات بطريقة معامل ألفا كرونباخ	معامل الثبات بطريقة إعادة تطبيق الإختبار
١	جودة الحالة الصحية	٠.٧٢٣	**٠.٨١٥
٢	جودة الحياة النفسية	٠.٧٥٩	**٠.٨٢٥
٣	المساندة الاجتماعية	٠.٨٢٩	**٠.٩٣٦
٤	الرضا عن الحياة	٠.٨٠٤	**٠.٩٢٤
٥	الصلابة النفسية	٠.٨١٩	**٠.٩٠٤
	المقياس ككل	٠.٨٩٧	**٠.٩٤٥

** دال عند مستوى ٠.٠١

ج- الاتساق الداخلي للمقياس :

تم حساب الاتساق الداخلي عن طريق حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس، وقد تراوحت معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة ودرجات الأبعاد الفرعية المكونة له بين (٠.٦٣٩-٠.٧١٨) وهي جميعاً دالة عند مستوي (٠.٠١) مما يعطي مؤشراً جيداً على الاتساق الداخلي للمقياس، ويوضح جدول (٥) تلك النتائج.

جدول (٥) معاملات الارتباط بين درجات أبعاد مقياس جودة الحياة والدرجة الكلية للمقياس

أبعاد المقياس	الدرجة الكلية
جودة الحالة الصحية	**٠.٧٠٥
جودة الحياة النفسية	**٠.٦٨٩
المساندة الاجتماعية	**٠.٦٣٩
الرضا عن الحياة	**٠.٧١٨
الصلابة النفسية	**٠.٦٩٦

أ- مقياس الضغوط النفسية :

د/ثناء انور نصر

قام بتصميمه عبد العزيز الشخص وزيدان السرطاوي (١٩٩٨) ويشتمل هذا المقياس على أربعة أبعاد وهي:

- المشكلات المعرفية والنفسية (١٣) عبارة .
 - مشاعر اليأس والإحباط (١٣) عبارة .
 - التقبل الإجتماعي (٥) عبارات .
 - عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل المعاق عقلياً (٧) عبارات .
- ويتبع هذا المقياس في الاستجابة علي مفرداته تدرج خماسي، حيث يتم تصحيح المفردات بالمدي (١-٥) حيث يعني الرقم (٥) درجة كبيرة جدا ، ورقم (٤) يعني بدرجة كبيرة ، والرقم (٣) يعني بدرجة متوسطة ، والرقم (٢) يعني بدرجة صغيرة ، والرقم (١) يعني بدرجة صغيرة جدا .
- الخصائص السيكومترية للمقياس :**

قامت الباحثة في الدراسة الحالية بالتحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس في ضوء الثبات والاتساق الداخلي للمقياس كما يلي :

أ- ثبات المقياس: تم حساب ثبات المقياس بطريقتين كما يلي :

أ-١- طريقة معامل ألفا كرونباخ :

قامت الباحثة بحساب ثبات المقياس باستخدام معامل ألفا كرونباخ للمقياس ككل ولكل بعد من أبعاد المقياس حيث تراوح معامل الثبات لأبعاد المقياس بين (٠.٧٧٣ - ٠.٨٢٧)، وبلغت قيمة معامل ألفا كرونباخ للمقياس ككل (٠.٨٥١) ، وهذا يعني أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات ، ويوضح جدول (٦) معامل الثبات للمقياس ككل وكل بعد من أبعاد المقياس.

أ-٢- طريقة إعادة تطبيق الإختبار Test Re-test :

حيث تم حساب قيم معاملات الارتباط بين درجات أفراد عينة التحقق من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة (ن = ٤٠) في مرتين للتطبيق بفاصل زمني أسبوعين ، وقد تراوحت قيم معاملات الارتباط ما بين (٠.٧٢٠ - ٠.٨٣٠) لأبعاد المقياس وبلغت قيمة معامل الارتباط (٠.٨٢١) على مستوى الدرجة الكلية للمقياس ، وهي قيم دالة إحصائياً عند مستوى ٠.٠١ كما يتضح من جدول (٦) جدول (٦) معاملات الثبات لمقياس الضغوط النفسية بطريقتي ألفا كرونباخ وإعادة تطبيق الإختبار

م	البعد	معامل الثبات بطريقة معامل ألفا كرونباخ	معامل الثبات بطريقة إعادة تطبيق الإختبار
١	المشكلات المعرفية والنفسية	٠.٨٢٧	**٠.٧٦١
٢	مشاعر اليأس والإحباط	٠.٧٧٣	**٠.٧٨٢
٣	التقبل الإجتماعي	٠.٨٠٨	**٠.٧٢٠
٤	عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل	٠.٨١٠	**٠.٨٣٠
	المقياس ككل	٠.٨٥١	**٠.٨٢١

** دال عند مستوى ٠.٠١

ج- الاتساق الداخلي للمقياس :

فاعلية برنامج ارشادي نفسي لتنمية جودة الحياة

تم حساب الاتساق الداخلي عن طريق حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس، وقد تراوحت معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لمقياس الضغوط النفسية ودرجات الأبعاد الفرعية المكونة له بين (٠.٧١٣ - ٠.٨٥٣) وهي جميعاً دالة عند مستوي (٠.٠١) مما يعطي مؤشراً جيداً على الاتساق الداخلي للمقياس، ويوضح جدول (٧) تلك النتائج.

جدول (٧) معاملات الارتباط بين درجات أبعاد مقياس الضغوط النفسية والدرجة الكلية للمقياس

الدرجة الكلية	أبعاد المقياس
**٠.٧١٣	المشكلات المعرفية والنفسية
**٠.٨٥٣	مشاعر اليأس والإحباط
**٠.٨٤٥	التقبل الاجتماعي
**٠.٧٩١	عدم القدرة على تحمل اعباء الطفل

٣- البرنامج الإرشادي

إعداد البرنامج الإرشادي:

من الطبيعي أن يكون للبرنامج هدف أو أهداف محددة وذلك في ضوء أهداف البحث وفي ضوء الإطار النظري للمتغيرات الحالية، وكذلك يجب إستيعاب الباحث للأسس النظرية والفلسفية للبرنامج المستخدم، ومن ثم يجب تحديده للأسلوب الإرشادي المستخدم وخطواته والإجراءات التي يتبعها في الجلسات.

يعد هذا البرنامج من الأدوات الأساسية التي تم اعدادها لتحقيق اهداف الدراسة الحالية الأساسية وهو برنامج مخطط منظم في ضوء الاسس العلمية النفسية لتقديم الخدمات الارشادية لتنمية جودة الحياة لدي امهات اطفال حالات الشلل الدماغي.

الهدف من البرنامج:

أن الهدف العام الذي ترمي اليه برامج التوجيه والإرشاد النفسي عامة يكمن في مساعدة الفرد (العميل) على التعرف علي نفسه وأن يساعد نفسه وصولاً لحل المشكلات التي تواجهه.. وبناء علي ما اتضح في نتائج الدراسات السابقة التي تم استعراض عدد منها في الإطار النظري للبحث الحالي قامت الباحثة باعداد برنامج إرشادي لأفراد عينة البحث وذلك بهدف التخفيف من حدة الضغوط النفسية وزيادة جودة الحياة، وذلك من خلال تدريبهم علي إدارة مشاعر القلق والشعور بالخوف وغموض المستقبل وتوجهاته لديهم، حيث تم صياغة هذا البرنامج الإرشادي في شكل جلسات إرشادية تعتمد علي عدة أساليب للإرشاد المتمركز حول أفراد العينة وبشكل اساسي بأسلوب إرشاد جمعي غير موجه، فيتضمن تقسيم أفراد العينة الي مجموعات كل منها يشترك في مشكلات.

الأسس النظرية والفلسفية للبرنامج:

يعتمد البرنامج الحالي علي المبادئ النظرية والفلسفية لنظرية الإرشاد المتمركز حول العميل التي صاغها روجرز عام ١٩٤٢ وتم تطويرها بعد ذلك، حيث لا يهدف هذا النوع من الإرشاد النفسي الي مجرد حل لمشكلة معينة ولكن يهدف بصفة اساسية الي مساعدة العميل علي النمو النفسي السوي.

د /ثناء انور نصر

ويهدف ايضا الي إحداث التطابق بين الذات الواقعية وبين مفهوم الذات المدركة، وبين مفهوم الذات المثالية ومفهوم الذات الاجتماعية. اي انه يركز حول تغيير مفهوم الذات بما يتطابق مع الواقع، واذ تطابق السلوك مع مثل هذا المفهوم الاقرب الي الواقع كانت النتيجة هي التوافق النفسي وازالة الضغوط النفسية وتنمية جودة الحياة، ومن هذا المنطلق كانت خطوات صياغة هذا البرنامج الذي هدف في الاساس الي الاجابة علي عدة تساؤلات افتراضية تهم العميل في حد ذاته ويأتي بها الي جلسات الإرشاد، ومنها: كيف اكتشف ذاتي الحقيقية؟ وكيف استطيع ان اصبح وفقا لما اتمني ان اكون؟ (1991) Greene ولتحقيق هذا الهدف إعتد البرنامج الحالي علي عدة افتراضات فلسفية حددتها جرين

كأساس لبناء برامج الإرشاد المتمركز حول العميل، وهي:

*الإيمان بقيمة الإنسان، وأنه يمتلك القدرات والإمكانيات علي استثمارها من خلال عملية الاستثمار الذاتي.

*استثمار إمكانيات العميل الذاتية، حيث القدرة علي توظيف الطاقات الكامنة في الوصول الي التوافق النفسي والاجتماعي، ولتكون عملية مستمرة مدي الحياة.

*يستطيع الانسان ان يحقق النمو النفسي والاجتماعي متي توافر المناخ الايجابي الذي يساعده علي ذلك.

*يعد الاحترام والتعاطف والعلاقة المهنية مقومات العملية العلاجية، ومتي توافرت أنشأت حالة من الاستقرار تساهم في دفع عملية العلاج نحو تحقيق اهدافها.

*ان دور الاخصائي النفسي هو دور المساعد في العملية العلاجية ويقع علي عاتقه توفير الاحترام والتقدير.

*ضرورة التركيز علي الموقف الحالي والأني وما يرتبط به من مشاعر وسلوك يحضرها العميل للعملية الإرشادية.

*ان الوصول الي معرفة العميل لذاته هو الهدف النهائي للعلاج، فاذا ما تحقق ذلك اصبح العميل قادرا علي الشعور بالاستقلال والتكامل في وظائف شخصيته.

الاهداف العامة للبرنامج:

١- يهدف البرنامج الحالي الي تنمية جودة الحياة لدي امهات اطفال حالات الشلل الدماغي.

٢- اكساب الامهات الاستراتيجيات السلوكية الايجابية من خلال الارشاد النفسي الجماعي والمساندة النفسية التي تساعد الام في التمتع بالهدوء والاستقرار النفسي.

الاهداف الخاصة للبرنامج:

١- تنمية جودة الحياة لدي الامهات الي القدر الذي يحقق التوافق الاسري والصحة النفسية للأسرة.

٢- تزويد امهات اطفال حالات الشلل الدماغي بالمعلومات اللازمة والتي تتعلق بمفهوم الشلل الدماغي.

٣- ان تتعرف امهات الاطفال علي ماهية الشلل الدماغي واسبابه وخصائصه.

٤- ان تتعرف امهات اطفال حالات الشلل الدماغي علي الآثار السلبية المترتبة نتيجة انكار الحالة واهمال الطفل.

- ٥- ان تتعرف امهات حالات الشلل الدماغى على مفهوم جودة الحياة وابعادها ومظاهرها واهميتها .
- ٦- اكساب الامهات الرغبة فى تنمية جودة الحياة لديهن وانعكاسات ذلك على تقبل الطفل ذوى الحالة.
- ٧- تنمية الاتجاهات الايجابية لذي الامهات نحو الارشاد النفسى.

الاسلوب الارشادى المتبع فى البرنامج:

اعتمدت جلسات البرنامج الارشادى على بعض الاساليب والاستراتيجيات التى تتلائم مع أسس الإرشاد المتمركز حول العميل، وتلك التى تتوقع الباحثة فاعليتها فى التخفيف من حدة الضغوط النفسية وتنمية جودة الحياة.

اسلوب الإرشاد الجمعى المتمركز حول العميل:

تميز الإرشاد الجمعى بمجموعة من الصفات التى تضيف عليه أهمية خاصة وتجعله سبيل مثالى للتعامل مع المشاكل النفسية ولتلبية حاجات الافراد، سواء أكانت تلك الحاجات نفسية ام اجتماعية أم حاجات خاصة، كالرغبة فى التعلم واكتساب الخبرات وتنمية المهارات، ولاستخدام هذا الاسلوب قامت الباحثة الحالية بتقسيم أمهات العينة إلى مجموعتين تضم كل منها مجموعة متجانسة من الضغوط النفسية وانخفاض جودة الحياة.

وتعرضت كل مجموعة لنفس جلسات التدريب كل على حدة، حسب مصادر انخفاض جودة الحياة وزيادة الضغوط النفسية لديها، ويمكننا إجمال أهم مميزات هذا النوع من الإرشاد فى الآتى:

- ١- يعد النشاط الجماعى أفضل الوسائل من الناحية الاقتصادية فى مجالات الإرشاد والتدريب أو التعليم، فهو يفيد فى حالة نقص عدد المرشدين أو المعالجين النفسيين بالإضافة الى ان جو المجموعة يسمح بظهور عوامل جديدة قد يتعذر ظهورها فى حالة الارشاد الفردى، وهذا ما ساعد على سهولة إجراءات التطبيق للبرنامج الحالى.
- ٢- أن النمو يمثل عملية اجتماعية ولا يتم إلا فى اطار المجتمع، وهذا ما توفره المجموعات الإرشادية.
- ٣- أن المجموعة الإرشادية توفر للفرد شعورا إيجابيا، فوجوده مع مجموعة يهون عليه وطأة المشاكل التى يعانى منها، وذلك لأنها تضيف عليه شعورا بأنه ليس وحيدا فى معاناته وإنما الذين يشاركونه لديهم نفس المعاناه، وهذا ما يخفف من وقع المشكلة عليه.
- ٤- يتميز الإرشاد الجماعى عن الفردى وبخاصة فى حالة الراشدين بملائمته لمتطلبات هذه الفئة العمرية، وهو ما يتلائم مع عينة البحث الحالى من امهات حالات الشلل الدماغى، حيث يناسب حاجات امهات حالات الشلل الدماغى ويسمح لهم بالمشاركة بأفكارهم ومشاعرهم مع غيرهم، ومعرفة ردود أفعالهم تجاهها فى بيئة متقبلة لهم ومتسامحة معهم.
- ٥- تشكل المجاميع الإرشادية بيئة محمية وأمنة، مما يسمح للفرد أن يتعلم مهارات اجتماعية جديدة وتطبيقها بشكل عملى وواقعى داخل الجماعة دون تردد أو خوف.

د /ثناء انور نصر

- ٦- تسمح نشاطات المجموعة للمرشد بملاحظة ما يبديه أفراد المجموعة من مظاهر عدوانية أو انقياد أو قلق، والوسائل التي يستخدمونها عندما يشعرون بالتهديد المستقبلي والإحباط خلال عمليات اتصالهم ببعض.
- ٧- توفر المجموعة لأعضائها جوا من الخبرة الاجتماعية التي تساعد العضو علي اختبار نموه من خلال العلاقات الاجتماعية التي يقيمها داخل المجموعة.
- ٨- عادة ما تنتج المجموعات إسهامات في تعديل وتحسين بعض انماط السلوك غير التوافقي لأعضائها وتجربة البدائل التي يمكن أن تحل محلها، حيث يقوم أعضاء المجموعة بمساعدة المرشد بالتفاعل معا ومساعدة بعضهم البعض للوصول الي مرحلة الاستبصار بمشاكلهم وصراعاتهم والعمل علي تحسين مستويات تفاعلهم، وهو ما يشكل لب الإرشاد المتمركز حول العميل.
- ٩- نظرا الي أنه من غير المطلوب في المجموعة الخضوع لنمط معين من الأداء أو المشاركة، فإن ذلك يسمح لكل مشارك بالمساهمة بطريقته الخاصة وبالسرعة المناسبة له، مما يقلل من حدوث المقاومة.
- ١٠- عادة ما يهتم الإرشاد الجمعي بالجوانب الانفعالية للفرد أكثر من الجوانب الذهنية، مما يسمح بالتركيز علي الفرد وعلاقاته بباقي أعضاء الجامعة.
- ١١- رغم أن العميل قد يميل في جلسات الإرشاد الفردي الي قمع أو كتمان بعض الأفكار والمشاعر داخله بشكل شعوري أو لا شعوري، فإن تكرار الوجود في المجموعة يساهم في تلقائية ظهور تلك المشاعر والأفكار والإفصاح عنها.

الخطوات الدورية اليومية المتبعة في جلسات الإرشاد

هناك عدد من المراحل التي يتم اتباعها في جلسات الإرشاد، وهي كالآتي:

- يأخذ الاخصائي قائمة بالمشكلات التي يعاني منها العملاء ثم يتم ترتيبها حسب الاولوية بالنسبة لهم.
- يطلب الاخصائي من العميل أن يصف شعوره نحو هذه المشكلة بكلمات او مواقف تدلل عليها.
- يبدأ الاخصائي بفحص تلك الكلمات والمواقف التي وضعها العميل مقابل الشعور الذي عبر عنه.
- في ضوء الخطوات الثلاثة السابقة وفي ضوء درجات امهات حالات الشلل الدماغى علي ابعاد مقياس جودة الحياة والضغط النفسية، تم تقسيم العينة إلي مجموعتين تضم كل منها مجموعة متجانسة من جودة الحياة ، وتعرضت كل مجموعة لنفس جلسات التدريب كل علي حدة.
- حيث تتضمن مشاركة كل افراد العينة في طرح ما Self report- توظيف الاداءات والتقارير الذاتية
- يدور في انفسهم علي الورق وتقييمه بألفاظ دقيقة ومعايير محددة مما يشعرهم بالتحسن التدريجي اثناء البرنامج..

مكونات البرنامج:

- يشتمل البرنامج علي (١٠) جلسات تتضمن فعاليات ارشادية جماعية بهدف تنمية جودة الحياه لدي امهات الاطفال حالات الشلل الدماغى. يستغرق زمن الجلسة الواحدة

فاعلية برنامج ارشادي نفسي لتنمية جودة الحياة
٩٠ دقيقة اي ساعة ونصف. سيتم عقد البرنامج خلال عشر اسابيع بمعدل جلسة كل اسبوع .
- وفي الجلسة الحادية عشر سيتم تطبيق البعدي لمقياس جودة الحياة ثم تقييم البرنامج بشكل نهائي.

- التحقق من فاعلية برنامج للارشاد من خلال موجهات نظرية كارل روجرس عن العلاج المتمركز حول العميل في تحسين جودة الحياة والتخفيف من الضغوط النفسية .
- يستخدم الباحث العديد من الفنيات التي تساعد علي تحقيق اهداف البرنامج ومن هذه الفنيات

الفنيات المستخدمة في البرنامج:

Mental Meditation ١- أسلوب التأمل والتركيز العقلي

والتأمل الواعي للأفكار السلبية التي أدت بالفرد *Imagining* يعتمد هذا الاسلوب علي التخيل الذهني

للإحساس بالضغوط النفسية وانخفاض جودة الحياة، فوعي الفرد بهذه الافكار يؤدي به لرفضها علي اساس لا عقلانيته، وهو ما تم خلال جلسات الإرشاد في البحث الحالي، ولقد أكدت نتائج العديد من الدراسات علي أهمية هذا الأسلوب في التخفيف من حدة الضغوط النفسية.

Positive self-talk: ٢- أسلوب الحوار الإيجابي للذات

ان أسلوب الذاتي الإيجابي يعرقل الأثر السلبي الذي يحدثه الحوار (Ross 1992) لقد أوضح روس

غير المنطقي للنفس أو ما يسمى بالأفكار اللاعقلانية المؤدية للضغوط ومشاعر القلق واليأس والخوف من مستقبل مظلم، ويتضمن هذا الاسلوب تخيل حوار مع الذات يبدأ من مستوي الخيال وصولاً إلي مستوي الحقيقة الواقعية، وهو ما تم خلال الجلسات الثالثة والرابعة والسابعة، وبذلك فإن هذا الاسلوب يعد قمة تعلم تحكم العميل في الافكار اللاعقلانية المسببة للضغوط النفسية.

Misattribution: ٣- أسلوب العزو الخادع

وهو أسلوب يستخدم لإزالة الأعراض الانفعالية الناجمة عن العوامل والمصادر المسببة للقلق لدي (Brehm&Kassin 1996:169) العميل، ولقد وصف بريهم وكاسين

هذا الاسلوب بأنه يتم فيه تحويل أو استبدال مسبب الأعراض النفسية الانفعالية عند العميل من المسبب الحقيقي الي سبب اخر مثل الكسل، او عدم انتظام محتويات المنزل.. او تحويل هذه المشاعر لشيء وهمي مكروه، كأن يقوم العميل بوصف الضغوط النفسية لديه بوصفه بلفظ كراهه، وهذا هو ما تم خلال الجلسة الخامسة، هذا التغيير أو التحويل يساعد الفرد علي تجنب دائرة الانفعال التي تسبب الضغوط النفسية وانخفاض جودة الحياة مثل (انا حزين للغاية)، او (انا اعرف انني مصقل بالاعباء وتعس) فإنه تحت ظروف معينة فإن العزو العكسي او الخادع المحول يمكنه ان يحسن القدرة علي التواصل والتفاعل الاجتماعي.

Negative automatic thoughts: -٤ اسلوب التحكم في الأفكار السلبية

التلقائية

علي أهمية الاتجاهات العقلية الإيجابية في الشعور بحالات مزاجية جيدة (2003) Martel يؤكد مارتل

للعمل، حيث تعتبر الاتجاهات الفكرية السلبية سببا رئيسا لدخول الفرد في حالات مزاجية منخفضة مدمرة كالاكتئاب والشعور بالخوف من المستقبل واليأس والإحباط وعدم التفاؤل، ويحدد مارتل عدة اتجاهات إيجابية يمكن أن يتخذها الفرد بشكل عقلائي إيجابي، مثل:

(أ) الاتجاه نحو مواجهة المشكلة:

١- تأكد أنه من الممكن أن تواجه مشكلة انفعالك بالضغوط النفسية وانخفاض جودة الحياة.

٢- حاول ان تنظر إلي حالتك المزاجية وخذ منها حافزا لأن تخرج منها.

٣- حاول الاستعانة بأصدقائك ومعارفك.

٤- ضع لنفسك اهدافا واضحة في الحياة.

(ب) الاتجاه الايجابي نحو الذات:

١- حاول ان تعتقد أنك في حالة جيدة وان حالتك الآن مجرد حالة عارضة.

٢- فكر بإيجابية نحو ذاتك وتفاعل بالمستقبل وابحث عما يميزك عن غيرك.. وذلك ما تم خلال الجلسة السادسة.

٣- ضع هدف السعادة ضمن إطار حياتك الخاصة.

٥- الحوار البناء والإقناع المنطقي:

حيث اعتمدت جلسات البرنامج في البحث الحالي علي إلقاء المعلومات بصورة مباشرة عن أهم المظاهر والمشاعر التي من خلالها يشعر الفرد بأنه في حالة من الخوف والقلق تجاه المستقبل، وأيضا مناقشتهم في الأفكار السلبية التي أدت بهم لهذا الشعور، وذلك لضمان مشاركة كافة أفراد العينة. أيضا اعتمدت الجلسات علي الإقناع المنطقي، وذلك بمحاولة جعل المسترشدين يشعرون بشكل تخيلي لحالة انخفاض جودة الحياة ثم توجيههم ليتحكموا وقيموا حالاتهم المزاجية، ومن ثم الإقناع بعدم منطقية توجههم.

اجراءات تطبيق البرنامج:

١- يجري اختبار قبلي علي افراد العينة من الامهات ككل (المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية) وذلك قبل ادخال المتغير المستقل (البرنامج الارشادي).

٢- يطبق البرنامج الارشادي علي افراد المجموعة التجريبية وتنال المجموعة الضابطة بعض الارشادات والتوجيهات.

٣- يجري اختبار بعدد علي افراد المجموعة التجريبية وذلك للتعرف علي تاثير البرنامج علي المجموعة التجريبية.

٤- يحسب الفرق بين القياس القبلي والقياس البعدي لافراد المجموعة التجريبية ثم تكتب دلالة هذا الفرق احصائيا.

فاعلية برنامج ارشادي نفسي لتنمية جودة الحياة

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

٦- بعد القياس البعدي بشهرين تنطبق ادوات الدراسة مرة اخري علي افراد العينة التجريبية (القياس التتبعي) وذلك للتأكد من مدي التزام العينة بالبرنامج ومدي فعاليته والاستفادة منه بالنسبة لهن.

يعد البرنامج الارشادي الحالي من البرامج المهمة التي تهدف الى تنمية جودة الحياة لدى الأفراد والقدرة على مواجهة الضغوط والتكيف الإيجابي معها، كما أنه يساعد على النظرة الإيجابية للحياة والتوجه الإيجابي نحوها والذي يساعد كذلك الفرد على التصدي للضغوط و التعافي من آثارها، وفيما يلي شرحاً لخطة الجلسات العلاجية كما يتضح من جدول (٨) :

خطة الجلسات العلاجية:

جدول (٨) مخطط لجلسات البرنامج الخاص بأمهات حالات الشلل الدماغي:

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	هدف الجلسة
١	جلسة تعريفية تمهيدية	١- تعارف بين الباحثة والمسترشدين. ٢- إضفاء روح المودة بين الباحثة والمسترشدين. ٣- توضيح هدف البرنامج للمسترشدين. ٤- مناقشة عامة عن الشلل الدماغي والقلق والخوف والحزن والرفض والخجل والانتكار واليأس والعجز وعدم الشعور بالسعادة وجودة الحياة. ٥- مساعدة المسترشدين علي التخلص من الحزن والانتكار والرفض واليأس والقلق والاكتئاب والخجل بالحديث. ٦- استثارة الرغبة لدي المسترشدين للإشتراك في البرنامج والتعرف علي اهميته بالنسبة لهم.
٢	مفهوم جودة الحياة	١- التعرف علي جودة الحياة. ٢- ان تضع كل ام مفهوما لجودة الحياه كما تراه. ٣- ان تتعرف الامهات علي ان جودة الحياة وثيقة الصلة بالصحة النفسية للفرد. ٤- التعرف علي مكونات جودة الحياة. ٥- التعرف علي معنى الرضا عن الحياة وعلاقته بجودة الحياه. ٦- ان يدركن العلاقة بين تقبل الفرد للواقع وتحمله وجودة الحياة. - معنى الحياة الصحية. - معنى الحياة النفسية. - جودة ادارة الوقت. - المساندة الاجتماعية. - الرضا عن الحياة. - الصلابة النفسية. المفاهيم المرتبطة بالضغوط النفسية ١- المشكلات المعرفية والنفسية للأم. ٢- مشاعر اليأس والاحباط. ٣- التقليل الاجتماعي. ٤- عدم القدرة علي تحمل الاعباء.
٣	- صياغة الخطط المستقبلية. - التدريب علي التفكير الايجابي.	-حدد لنفسك امعالمًا بسيطة. -تلقني المعلومات. -تحمل المسؤولية. -كون ثقافة. -استفيد من عرض المعلومات وشرحها عمليا. -كن متفانلا. -كيف تتعلم التفكير بالطريقة الايجابية.
٤	- مفكرة الاحداث اليومية . - التدريب علي مهارات حل المشكلات.	-اصنع مفكرة للانشطة اليومية وسجل احداثك الايجابية والسلبية. - التعرف علي مفهوم وطبيعة حل المشكلات. - معرفة اهمية القدرة علي حل المشكلات . - ان تطبق المسترشادات اسلوب حل المشكلات في مشكلة واقعية تعرضت اليها مؤخرا.
٥	- الأفكار السلبية للمهام المصاحبة بانخفاض جودة الحياة من جراء الاصابة	-العلاقة بين الافكار والشعور. تأثير الحالة. -التغلب علي الافكار التلقائية السلبية المسببة لانخفاض جودة الحياة وزيادة الضغوط النفسية.

د /ثناء انور نصر

	بالشغل لاينانين. الدماغي	
٦	-التقليل من شأن الافكار السلبية والتحكم فيها. -السعادة والوعي بالذات. -استهداف السعادة واعادة جودة الحياة ضمن أنشطة الحياة اليومية.	-اسلوب وجداني للتعامل مع الافكار السلبية والتحكم فيها. ١- التعرف علي مفهوم الوعي بالذات. ٢- التعرف علي مكونات الوعي بالذات. ٣- التعرف علي اهمية الوعي بالذات. ٤- العلاقة بين الوعي بالذات والسعادة. ٥-اسلوب للتعامل مع أنشطة الحياة اليومية بهدف استجلاب السعادة.
٧	- التدريب علي الوعي بالذات. -العلاقات الاجتماعية الجيدة -المساندة الاجتماعية الجيدة	١- التعرف علي الهدف الاساسي من تنمية الوعي بالذات. ٢- تزويد المتدربات بمعارف ومهارات تساهم في تنمية الوعي الذاتي الاجتماعي. ٣- الكشف عن الذات ومساعدة المتدربات علي فهم انفسهم. ٤- التعرف علي نقاط القوة والضعف عند المتدربات في الوعي بالذات. ٥- تدريبات لاكتساب مهارات علاجية للمساهمة في تطورات العلاج لحالات الشلل الدماغي من فريق العمل العلاجي. ٦- مساندة المجتمع العلاجي بتوسيع دائرة العلاج الطبي والنفسي.
٨	- معوقات السعادة. -العناية باساسيات الحياة	١- التعرف علي اهم المعوقات التي تعوق الشعور بالسعادة وهي حالات ابنانين. ٢- التعرف علي القدرة علي التركيز والقدرة علي التحكم في الافكار والتدعيم بدافع عقلي ايجابي حتي يتم التقليل من الضغوط التي تنجم عن هذه المعوقات. ٣- مساعدة المتدربات علي الحوار والاستئصال في ذواتهن والتدريب علي التعبير عن مشاعرهن. ٤- اساسيات مهمة لمواجهة الضغوط النفسية وانخفاض جودة الحياة."الغذاء الصحي"، ممارسة الرياضة واتباع تعليمات الاطباء والاختصاصين، المواظبة علي جلسات العلاج مع المتابعة مع فريق العمل مع الحالة واستحداث الاجهزة التعويضية وتناول الادوية اللازمة. - تعزيز القدرة علي مواجهة وطلب الدعم والمساندة.
٩	-جراة مواجهة المواقف. - التطابق بين امكانيات الذات ومستوي الطموح	-ارشادات وتعليمات تساعد الفرد علي الاستئصال بامكانياته والعمل وفق هذه الامكانيات.
١٠	- مصادر جودة الحياة التي أقرتها الامهات في المقياس . - جلسة عامة للتقييم .	- الوصول إلي قناعات بشأن جودة الحياة مثل ما يتعلق منها بالحياة النفسية والصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية وأثرها علي ارتباط الاسرة وتكوين المجتمع والمخاطر المحيطة بالوطن وكذلك المخاطر البدنية. - تقييم لمدي استفادة الامهات عبرالجلسات الارشادية قامت علي أسس مهمة متعلقة بالاهداف المنوطة بكل جلسة.

خامساً: أساليب المعالجة الإحصائية:

أولاً : عرض وتفسير نتائج الفرض الأول والثاني والثالث:

١. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي لجودة الحياة لصالح المجموعة التجريبية .
٢. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس جودة الحياة لصالح القياس البعدي .
٣. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية على مقياس جودة الحياة .

الفرض الأول :

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار "ت" لمجموعتين مستقلتين، وذلك للكشف عن دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي لجودة الحياة بما تشتمل عليه من الأبعاد التالية (جودة الحالة الصحية – جودة الحياة النفسية – المساندة الاجتماعية – الرضا عن الحياة – الصلابة النفسية)، ويوضح جدول (٩) النتائج التي توصلت إليها الباحثة ، وكانت النتائج على النحو التالي:

فاعلية برنامج ارشادي نفسي لتنمية جودة الحياة
جدول (٩): نتائج اختبار "ت" للفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي لجودة الحياة

الدلالة	ت	درجات الحرية	المجموعة الضابطة (ن=٤٠)		المجموعة التجريبية (ن=٤٠)		المؤشرات الإحصائية
			ع	م	ع	م	
٠.٠١	٤٠.٦٠	٧٨	١.٣٥٨	١٣.٥٠	٠.٨٥٣	٢٣.٨٠٠	جودة الحالة الصحية
٠.٠١	١٥.٦٦٣	٧٨	١.١٨٧	١١.٢٢٥	١.٦٢٠	١٦.٢٠	جودة الحياة النفسية
٠.٠١	١٨.٦٥٢	٧٨	١.٠١٧	٨.٢٠	١.١٣٦	١٢.٧٠	المساندة الاجتماعية
٠.٠١	٣٩.٠٨٧	٧٨	١.٣٣٨	١٣.٥٥	٠.٩٤٤	٢٣.٦٧	الرضا عن الحياة
٠.٠١	١٤.٨٥٢	٧٨	١.١٧٦	١١.٢٧	١.٦٩٧	١٦.١٢٥	الصلابة النفسية
٠.٠١	٤٣.٧٦٥	٧٨	٣.٤٤	٥٧.٧٥	٣.٦٥١	٩٢.٥٠	جودة الحياة ككل

ويتضح من جدول (٩) ما يلي: حصول أفراد المجموعة التجريبية في التحليل البعدي على متوسط درجات مرتفع على مستوى الدرجة الكلية لجودة الحياة وكذلك على مستوى الأبعاد الفرعية ، وذلك بالمقارنة بمتوسط درجات المجموعة الضابطة وذلك بفرق دال إحصائياً عند مستوى ٠.٠١ وترجع هذه الفروق للبرنامج الإرشادي التدريبي ، وبالتالي يتم قبول الفرض الأول بصورة عامة تتفق نتائج الدراسة الحالية مع ما توصلت إليه الدراسات السابقة

١- Sojedi F.et al.(2009)-2 Yilmaz H.et al.(2013)

3- Shah bour . et al.(2013) ٤-دراسة احمد محمد نصر(٢٠٠٧)

٥- دراسة حسام الدين محمود عزب(٢٠٠٤) وصالحه مصباح ارحومة(٢٠١٢) وفاطمة علي احمد المرخي(٢٠١٣)

الفرض الثاني :

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار "ت" لمجموعتين مرتبطتين ، وذلك للكشف عن دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لجودة الحياة بما تشتمل عليه من الأبعاد التالية (جودة الحالة الصحية – جودة الحياة النفسية – المساندة الاجتماعية – الرضا عن الحياة – الصلابة النفسية) ، ويوضح جدول (١٠) النتائج التي توصلت إليها الباحثة ، وكانت النتائج على النحو التالي:

جدول (١٠) : نتائج اختبار "ت" للفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لجودة الحياة

الدلالة	ت	درجات الحرية	القياس البعدي		القياس القبلي		المؤشرات الإحصائية
			ع	م	ع	م	
٠.٠١	٤٥.٤٩٩	٣٩	٠.٨٥٣	٢٣.٨٠	١.٣٣٥	١٣.٦٠	جودة الحالة الصحية
٠.٠١	١٥.٦٦٦	٣٩	١.٦٢٠	١٦.٢٠	١.١٥٤	١١.٢٧٥	جودة الحياة النفسية
٠.٠١	١٨.٤٣٦	٣٩	١.١٣٦	١٢.٧٠	١.٠٥٩	٨.١٧٥	المساندة الاجتماعية
٠.٠١	٤٤.١٦١	٣٩	٠.٩٤٤	٢٣.٦٧	١.٣٥٦	١٣.٥٧	الرضا عن الحياة
٠.٠١	١٥.١٨٧	٣٩	١.٦٩٧	١٦.١٢٥	١.١٩٨	١١.٢٧	الصلابة النفسية
٠.٠١	٤٦.٤٤٩	٣٩	٣.٦٥	٩٢.٥٠	٣.٤٠٢	٥٧.٩٠	جودة الحياة ككل

ويتضح من جدول (١٠) ما يلي : حصول طلاب المجموعة التجريبية في التحليل البعدي على متوسط درجات مرتفع على مستوى الدرجة الكلية لجودة الحياة وعلى أبعادها الفرعية ، وذلك بالمقارنة بمتوسط درجاتهم في القياس القبلي وذلك

د/ثناء انور نصر

بفرق دال إحصائياً عند مستوى ٠.٠١ وترجع هذه الفروق للبرنامج الإرشادي التدريبي ، وبالتالي يتم قبول الفرض الثاني .

الفرض الثالث :

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار "ت" لمجموعتين مرتبطتين ، وذلك للكشف عن دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لجودة الحياة بما تشتمل عليه من الأبعاد التالية (جودة الحالة الصحية – جودة الحياة النفسية – المساندة الإجتماعية – الرضا عن الحياة – الصلابة النفسية) ، ويوضح جدول (١١) النتائج التي توصلت إليها الباحثة ، وكانت النتائج على النحو التالي:

جدول (١١) : نتائج اختبار "ت" للفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لجودة الحياة

الدلالة	ت	درجات الحرية	القياس التتبعي		القياس البعدي		المؤشرات الإحصائية الأبعاد
			ع	م	ع	م	
غير دالة	١.٠	٣٩	٠.٨٣١	٢٣.٧٧٥	٠.٨٥٣	٢٣.٨٠	جودة الحالة الصحية
غير دالة	١.٠	٣٩	١.٦٤٦	١٦.١٧٥	١.٦٢٠	١٦.٢٠	جودة الحياة النفسية
غير دالة	١.٠	٣٩	١.٠٩٥	١٢.٦٧٥	١.١٣٦	١٢.٧٠	المساندة الاجتماعية
غير دالة	١.٠	٣٩	٠.٩٢١	٢٣.٦٥	٠.٩٤٤	٢٣.٦٧٥	الرضا عن الحياة
غير دالة	١.٠	٣٩	١.٧٣٦	١٦.١٠	١.٦٩٧	١٦.١٢٥	الصلابة النفسية
غير دالة	١.٩٥٥	٣٩	٣.٦٧٠	٩٢.٣٧٥	٣.٦٥١	٩٢.٥٠	جودة الحياة ككل

ويتضح من جدول (١١) ما يلي : عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية على مقياس جودة الحياة حيث كانت قيمة (ت) غير دالة إحصائياً ، وبالتالي يتم قبول الفرض الثالث.

ثانياً : عرض وتفسير نتائج الفرض الرابع والخامس والسادس :

٤. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي للضغوط النفسية لصالح المجموعة التجريبية .

٥. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس الضغوط النفسية لصالح القياس البعدي .

٦. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية على مقياس الضغوط النفسية .

الفرض الرابع :

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار "ت" لمجموعتين مستقلتين، وذلك للكشف عن دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي للضغوط النفسية بما تشتمل عليه من الأبعاد التالية (المشكلات المعرفية و النفسية للأم – مشاعر اليأس والإحباط – عدم التقبل الاجتماعي – عد القدرة على تحمل الأعباء)، ويوضح جدول (١٢) النتائج التي توصلت إليها الباحثة ، وكانت النتائج على النحو التالي:

فاعلية برنامج ارشادي نفسي لتنمية جودة الحياة
جدول (١٢): نتائج اختبار "ت" للفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية
والمجموعة الضابطة في القياس البعدي للضغوط النفسية

الدلالة	ت	درجات الحرية	المجموعة الضابطة (ن=٤٠)		المجموعة التجريبية (ن=٤٠)		المؤشرات الإحصائية الأبعاد
			ع	م	ع	م	
٠.٠١	٥٢.٩٦	٧٨	٢.٢٦٦	٥٢.٧٠	١.١٠٦	٣١.٥٧	المشكلات المعرفية و النفسية للأم
٠.٠١	٥٣.٠٤٢	٧٨	٢.٢٧٣	٥٢.٩٠٠	١.١٢٥	٣١.٦٢	مشاعر اليأس والإحباط
٠.٠١	٢٨.١٦١	٧٨	١.٢٤٤	٢٢.٢٠	١.٨٤٢	١٢.٣٠	عدم التقبل الاجتماعي
٠.٠١	٦٥.١٨٩	٧٨	٠.٨٨٢	٣١.٣٠	١.٠٥١	١٧.١٥٠	عدم القدرة على تحمل الأعباء
٠.٠١	٧٠.٤٢٩	٧٨	٤.٨١٨	١٥٩.١٠	٣.٥١٩	٩٢.٦٥	الدرجة الكلية للضغوط النفسية

ويتضح من جدول (١٢) ما يلي: حصول أفراد المجموعة التجريبية في التحليل البعدي على متوسط درجات أقل على مستوى الدرجة الكلية للضغوط النفسية وكذلك على مستوى الأبعاد الفرعية ، وذلك بالمقارنة بمتوسط درجات المجموعة الضابطة وذلك بفرق دال إحصائياً عند مستوى ٠.٠١ وترجع هذه الفروق للبرنامج التدريبي ، وبالتالي يتم قبول الفرض الرابع .

ويتفق ذلك مع نتائج الدراسات السابقة في إمكانية خفض الضغوط النفسية من خلال البرامج الإرشادية مثل دراسة فاطمة ابو رومان (٢٠٠٥) ودراسة منار مدانات(٢٠٠٨) ودراسة البندري بن جابر(٢٠٠٨) ودراسة عبد الباقي احمد وسلوي عثمان(٢٠١١) ودراسة احمد علي الاميري(٢٠٠٤)

vigesth&sukumaran(2007) leung&li-tsang(2003)

الفرض الخامس :

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار "ت" لمجموعتين مرتبطتين ، وذلك للكشف عن دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي للضغوط النفسية بما تشتمل عليه من الأبعاد التالية (المشكلات المعرفية و النفسية للأم – مشاعر اليأس والإحباط – عدم التقبل الاجتماعي – عد القدرة على تحمل الأعباء)، ويوضح جدول (١٣) النتائج التي توصلت إليها الباحثة ، وكانت النتائج على النحو التالي:

جدول (١٣) : نتائج اختبار "ت" للفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي للضغوط النفسية

الدلالة	ت	درجات الحرية	القياس البعدي		القياس القبلي		المؤشرات الإحصائية الأبعاد
			ع	م	ع	م	
٠.٠١	٧٠.١٠	٣٩	١.١٠٦	٣١.٥٧٥	٢.١٢٢	٥٢.٥٧٥	المشكلات المعرفية و النفسية للأم
٠.٠١	٦٧.٣٨	٣٩	١.١٢٥	٣١.٦٢	٢.٠٩٨	٥٢.٨٢	مشاعر اليأس والإحباط
٠.٠١	٢٩.٦٥	٣٩	١.٨٤٢	١٢.٣٠	١.٢٧٧	٢٢.١٠	عدم التقبل الاجتماعي
٠.٠١	٧١.٨٠	٣٩	١.٠٥١	١٧.١٥٠	٠.٨٧٦	٣١.٢٧٥	عدم القدرة على تحمل الأعباء
٠.٠١	١١٧.٢٢٦	٣٩	٣.٥١٩	٩٢.٦٥	٤.٤٤٦	١٥٨.٧٧٥	الدرجة الكلية للضغوط النفسية

ويتضح من جدول (١٣) ما يلي : حصول طلاب المجموعة التجريبية في التحليل البعدي على متوسط درجات أقل على مستوى الدرجة الكلية للضغوط النفسية وعلى أبعادها الفرعية ، وذلك بالمقارنة بمتوسط درجاتهم في القياس القبلي وذلك

د/ثناء انور نصر

بفرق دال إحصائياً عند مستوى ٠.٠١ وترجع هذه الفروق للبرنامج التدريبي ، وبالتالي يتم قبول الفرض الخامس .

الفرض السادس:

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار "ت" لمجموعتين مرتبطتين ، وذلك للكشف عن دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتبقي للضغوط النفسية بما تشتمل عليه من الأبعاد التالية (المشكلات المعرفية و النفسية للأم – مشاعر اليأس والإحباط – عدم التقبل الاجتماعي – عد القدرة على تحمل الأعباء)، ويوضح جدول (١٤) النتائج التي توصلت إليها الباحثة ، وكانت النتائج على النحو التالي:

جدول (١٤) : نتائج اختبار "ت" للفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتبقي للضغوط النفسية

الأبعاد	القياس البعدي		القياس التبقي		درجات الحرية	ت	الدلالة
	ع	م	ع	م			
المشكلات المعرفية و النفسية للأم	٣١.٥٧٥	١.١٠٦	٣١.٥٥٠	١.١٣١	٣٩	١.٠	غير دالة
مشاعر اليأس والإحباط	٣١.٦٢٥	١.١٢٥	٣١.٦٠٠	١.١٠٤	٣٩	١.٠	غير دالة
عدم التقبل الاجتماعي	١٢.٣٠٠	١.٨٤٢	١٢.٢٧٥	١.٨٥٣	٣٩	١.٠	غير دالة
عدم القدرة على تحمل الأعباء	١٧.١٥٠	١.٠٥١	١٧.١٢٥	١.٠٤٢	٣٩	١.٠	غير دالة
الدرجة الكلية للضغوط النفسية	٩٢.٦٥	٣.٥١٩	٩٢.٥٥٠	٣.٥٨٧	٣٩	٢.٠٨٢	غير دالة

ويتضح من جدول (١٤) ما يلي : عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياسين البعدي والتبقي للمجموعة التجريبية على مقياس الضغوط النفسية حيث كانت قيمة (ت) غير دالة إحصائياً ، وبالتالي يتم قبول الفرض السادس.

توصيات الدراسة :

- ١- توصي الدراسة القائمين على الاحصائيات الرسمية بحصر و تصنيف حالات التوحد و الداون المتلازمات الاخرى وفق المعايير العلمية .
- ٢- تعميم الدراسة على الحالات المشابهة مثل الداون و التوحد و طيف التوحد و المتلازمات.
- ٣- نوصى باستخدام ابعاد في البرامج الارشادية و التدريبية المستقبلية ، بالتركيز على البعد الديني و التدريبي و الترفيهي و المهني .
- ٤- التوجه بالبحوث و الدراسات نحو حالات السكتة الدماغية و المتلازمات و تناولها من جميع الجوانب الصحية و التعليمية و الاجتماعية و النفسية .
- ٥- الاهتمام بالتوعية الثقافية و الصحية لكافة الاعاقات من قبل الاعلام .
- ٦- الاهتمام من قبل المجتمع لاكماله بوضع الخطط العلاجية و توفير الامكانيات المساعدة لكافة الاعاقات .
- ٧- اعداد برامج تدريبية لامهات حالات الشلل الدماغية لزياده الوعي الصحي و التنقيفي .

المراجع

- احمد علي الاميري (٢٠٠٤). "فاعلية برنامج ارشادي ديني لمواجهة الضغوط النفسية لدي طلبة الجامعة". مؤتمر حقوق الانسان التجديد،التبديد،رؤي تربوية،١٤-١٥ يولية(٢٠٠٤).
- احمد الزبادي وهشام الخطيب (٢٠٠١) مبادئ التوجيه والارشاد النفسي، عمان،الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ودار الثقافة للنشر والتوزيع،ط١
- البندي ابن جابر(٢٠٠٨)فاعلية برنامج ارشادي في خفض الضغوط لدي امهات الاطفال التوحديين في مدينة الرياض،رسالة ماجستير غير منشورة،الجامعة الاردنية،عمان،الاردن.
- امال عبد السميع باظه(٢٠١٢):جودة الحياة النفسية،القاهرة:مكتبة الانجلو المصرية.
- حسام الدين محمود عزب(٢٠٠٤):"برنامج ارشادي لخفض الاكتئابية وتحسين جودة الحياه لدي عينة من معلمي المستقبل،المؤتمر السنوي الثاني عشر،التعليم للجميع،التربية افاق جديدة في تعليم الفئات المهمشة في الوطن العربي،٢٨-٢٩ مارس.
- حامد عبد السلام زهران (١٩٩٨). الصحة النفسية والعلاج النفسي، القاهرة، عالم الكتب،ط٣.
- سناء محمد سليمان(٢٠١٣):التفاؤل والامل(من اجل حياه مشرقة ومستقبل افضل)،القاهرة:عالم الكتب.
- شادية احمد عبد الخالق (٢٠٠٢) أثر برنامج إرشادي في خفض العدوان بين الاشقاء، ابحاث المؤتمر السنوي التاسع لمركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، مجلد٢، ص ص ٨٣-١١٦.
- شوقية السمدوني (١٩٩٣). الضغوط النفسية لدي معلمي ومعلمات التربية الخاصة وعلاقتها بتقدير الذات، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، بنها، جامعة الزقازيق.
- صالحة مصباح أرحومة(٢٠١٢):"برنامج ارشادي لتحسين جودة الحياه كمدخل لخفض مستوي القلق لدي طالبات الجامعة"،رسالة دكتوراه غير منشورة،كلية البنات،جامعة عين شمس.

د/ثناء انور نصر

- عادل عز الدين الأشول (٢٠٠٥). نوعية الحياه من المنظور الاجتماعي والنفسي والطبي، المؤتمر العلمي الثالث " الإنماء النفسي والتربوي للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة"، كلية التربية، جامعة الزقازيق، في الفترة من ١٥-١٦ مارس، ٣-١١.

- عبد الباقي احمد، وسلوي عثمان (٢٠١١). دور الارشاد الوالدي في رعاية الاطفال المعاقين عقليا، مجلة معوقات الطفولة، مركز إعاقات الطفولة، القاهرة، جامعة الأزهر، ٢، (٦)، ص ٧١-٨٧.

- عبد العزيز السيد الشخص، وزيدان السرطاوي (١٩٩٨). الضغوط النفسية لدي اولياء امور الاطفال المعاقين واساليب مواجهتها، مركز البحوث التربوية، الرياض.

-فاطمة علي احمد المرخي(٢٠١٣):"فاعلية برنامج ارشادي لتحسن جودة الحياه لدي معلمات مرحلة التعليم الاساسي"،رسالة دكتوراه غير منشورة،كلية البنات،جامعة عين شمس.

- فاطمة ابو رمان (٢٠٠٥). فاعلية برنامج ارشادي جمعي في خفض الضغوط النفسية وتعديا الأفكار اللا عقلانية لدي امهات الاطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في مدينة عمان، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الهاشمية، الزرقاء، الاردن.

- فؤاد هدية(١٩٩٥). دراسة مقارنة الضغوط الوالدية لدي ثلاث شرائح من الامهات، مجلة علم النفس، الهيئة العامة للكتاب، القاهرة، العدد ٢٣، ص ٣.

- منار مدانات(٢٠٠٨). برنامج ارشادي جمعي في خفض الضغوط النفسية وزيادة الوعي بالحاجات لدي امهات ذوي الاحتياجات الخاصة. رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عمان العربية، الاردن.

- محمد احمد نصر (٢٠٠٧) للتعرف علي فاعلية برنامج ارشادي اجتماعي ديني في تخفيف الضغوط النفسية لدي امهات الاطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم.

- محمد محروس الشناوي (١٩٩٧). التخلف العقلي، الاسباب - التشخيص - البرامج ، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

فاعلية برنامج ارشادي نفسي لتنمية جودة الحياة

- Babatunde,ADEGOKE&OLUSANJO,AKOSILE. Quality of life of mothers of children with cerebral palsy and their age-matched controls.(2014).African journal of neurological sciences, Ajsns. 2014. Vol. 33,no1.
- Brown R. I.,Mac Adam-Crisp j.,Wang M. & Iarocci G. (2006) Family quality of life when there is a child with a developmental disability. Journal of policy and practice in intellectual Disabilities 3(4), 238-45(8).
- Dadkhah et al.(2009) . Quality of disabled children mother's: a comparative study. Iranian Rehabilitation journal, Vol.7,NO.10.36-38.
- Freedman,R.i.,&Capobianco Boyer, N. (2002). The power to choose: supports for families caring for individuals with developmental disabilities. Health and social work,25(1),59-68.53.
- Isaacs B.j., Brown I., Brown R. i. et al. (2007) Development of a family Quality of life survey. Journal of policy and practice in intellectual disabilities 4,85-177.
- kauser, S.,jevne, R.,& sobsey, D. (2003).Hope in families of children with developmental disabilities. Journal on Developmental Disabilities, 10(1),35-46.
- Leung&li-Tsang(2003). Quality of life for parents Who Have children with Disabilities. Hong Kong Journal of Occupational Therapy, Vol.13, Issue 1,19-24.
- Marten Viviane.(2008). Being a woman, mother to child with cerebralpalsy. Actapaul. Enferm. Vol. 21 no. 3 saopaulo 2008.
- Novak I. (2014). Evidence-Based Diagnosis, health Care and rehabilitation for children with cerebral palsy. Journal of Child Neurology, vol. 29(8) p.p. 1141-1156.
- Park, j., Hoffman, L., Marquis,j., Turnbull, A. P., POSTON, D., Mannan, H.,...Nelson, L.L. (2003). Toward assessing family outcomes of service delivery: Validation of a family quality of life survey. Journal of intellectual disability Research,47,367,-384.
- Pisula, E. (2007). A comparative study of stress profiles in mothers of children with autism and those of children with Down's syndrome. Journal of Applied Research in intellectual disabilities, 20,274-278.
- poston& Turnbull(2004). Role of spirituality and Religion in family Quality of life for families of children with Disabilities. University of Kansas, 39(2),95-108.
- Shahzadi M. et (2013). Family Environment as a determinant of quality of life of mothers of children with cerebral palsy.Delhi Psychiatry journal,vol.16No.1
- Sajedi, F. & Alizad, Vida & Malekkhosravi, Ghafar & Karimlou, Masoud & Vameghi, Roshanak. (2009). Depression in Mothers of Children with Cerebral Palsy and Its Relation to Severity and Type of Cerebral Palsy. Acta medica Iranica. 48. 250-4.
- Rogers, C.(1961). On Becoming a Person. Houghton Mifflin, Boston.
- Rogers, C. (1977) Person Power: Inner Strength and its Revolutionary Impact. Delacorte press: New York.
- Rogers, C.(1980)A Way of Being.Boston:Houghton Mifflin.
- Ross, D.(1922)Speech anxiety: Student work book. The college of lake country. Illinois web Page available on line at (www.yahoo.com).
- Fariba sh. Et al. (2013). Determinate the effectiveness of cognitive behavioral intervention on mental health and life quality of mothers of children with autism. International journal of pshchology and behavioral research,2(5),260-264.
- Trute, B., Heibert-Murphy,D.,&Levine, K. (2007). Parental appraisal of the family impact of childhood developmental disability: times of sadness and times of joy. Journal of intellectual and Developmental Disability, 32, 1-9.
- Vermaes, I.P.R.,janssens, J.M.A.M., Mullaart, R.A.,Vinck, A.,&gerris, J.R.M.(2009). Parents' Personality and parenting stress in families of children with spina bifida. Child; care health and Developmental, 34, 665-674.
- Vijesh, P.V.,& Sukumaran, P.S.(2007). Stress among mothers of children with cerebral palsy attending special schools.Asia pscific Disability Rehabilitation journal 18(1):76-92.
- Yılmaz, Halim & Erkin, Gulden & İZKİ, Alparslan. (2013). Quality of Life in Mothers of Children with Cerebral Palsy. ISRN Rehabilitation. 2013. 10.1155/2013/914738.