جامعة وهران 2

كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية

أطروحة

مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في تخصص علم النفس الأسري بعنوان:

فاعلية برنامج إرشادي في تحسين جودة الحياة والعلاقات الأخوية لدى الأخوة العاديين، وأثره في تنمية السلوك التكيفي لأخيهم المصاب بمتلازمة داون

إعداد الطالبة:

عايش صباح

لجنة المناقشة:

أ.د هاشمي أحمد	أستاذ التعليم العالي (رئيسًا). جامعة وهران2
أ.د يوب مصطفى الزقاي نادية	أستاذ التعليم العالي(مشرفًا ومقررًا).جامعة وهران2
د. بلقوميدي عباس	(مناقشًا) جامعة وهران
د. بن الشيخ خديجة	(مناقشًا) جامعة سيدي بلعباس
د. حلوش مصطفى	(مناقشًا) جامعة سيدي بلعباس
د. علاق كريمة	(مناقشًا) جامعة مستغانم

السنة الجامعية : 2016-2017.

إهداء

إلى والدايّ اللذين سهرا لعنايتي.... وتعبا في تربيتي..

وأحسنا إليّ حد التضحية بالوقت والصحة والجهد ...

إليهما أهدي بحثي...

إلى مورد الأنس والسعادة، إلى من يترقرق في صدري حبهم وتقاسمت

معهم معنى الدفء والحنان

إخوتي وأخواتي، أبناء وبنات إخوتي ....

إلى كل من علمني حرفاً أصبح سنا برقه يضيء الطريق أمامي....

أساتذتي الذين لا يتسع المقام لذكرهم، فهم القبس الذي به اهتدي.....

إليكم جميعا أهدي بحثي.....

الشكر

أشكر الله سبحانه و تعالى على نعمه، فلله الحمد من قبل و من بعد على توفيقه لي في إتمام هذا العمل.

« رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَى وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحاً تَرْضَاهُ وَأَدْخِلْنِي بِرَحْمَتِكَ فِي عِبَادِكَ الصَّالِحِينَ » سورة النمل: الآية 19

كما يذكر في الأثر الصحيح فإنه {لا يشكر الله من لا يشكر الناس}، وردا على كل فضل بفضيلة أتقدم بالشكر الخالص إلى الأستاذة المشرفة "يوب نادية" التي أعطت هذه الرسالة الكثير من جهدها ووقتها، وتعهدتها بالعناية والتوجيه إلى أن أخرجت بحثا متكاملا، فقد كانت لي نعم الأستاذة والمشرفة.

كما أتقدم بالشكر إلى الأساتذة المناقشين الذين سيتفضلون بقبول مناقشة هذا البحث.

كذلك أخص بشكري الأساتذة الأفاضل والمحترمين الذين لم يبخلوا علي بتوجيهاتهم، وإرشاداتهم، وأخض بالذكر الدكتور مصطفى عشوي لمساعدته في ترجمة الملخص، وكل الاساتذة التي تكرموا بتحكيم البرنامج الارشادي وأدوات الدراسة، وكذا المساعدة في ترجمتها، ومراجعتها لغويا، وأخص بالذكر الدكتور رياض العاسمي، الدكتور علي سليمان، فائق مطلب.

كما لا يفوتني في هذا المقام أن أشكر كل الذين ساعدوني في إنجاز هذا العمل وأخص بالذكر عمال المركز البيداغوجي للأطفال المعاقين عقليا بولاية الشلف، ورئيس جمعية الآمال للمعاقين عقليا وكل عمال الجمعية الذين لم يبخلوا علي بمساعدتهم.

وأتقدم بشكري الجزيل إلى إخوة المعاقين الذين ساعدوني في إجراء الجانب الميداني.

وفي الختام أشكر كل من ساعدني من قريب أو من بعيد على إنجاز هذا العمل المتواضع.

ملخص الدراسة بالعربية:

هدفت الدراسة الحالية بشكل أساسي إلى معرفة فاعلية برنامج إرشادي في تحسين جودة الحياة والعلاقات الأخوية لدى الإخوة العاديين، وأثره في تنمية مهارات السلوك التكيفي لدى الإخوة المعاقين عقليا المصابين "بمتلازمة داون"، وذلك انطلاقا من الفرضية التالية:

يعين البرنامج الإرشادي في تحسين جودة الحياة النفسية والعلاقات الأخوية لدى الإخوة العاديين، وتنمية مهارات السلوك التكيفي لدى الإخوة المعاقين المصابين "بمتلازمة داون".

تم استخدام المنهج شبه التجريبي من خلال التصميم التجريبي لمجموعة واحدة بتطبيق قبلي وبعدي وتتبعي. وقد تكونت عينة الدراسة من (10) مراهقين من إخوة الاطفال المعاقين المصابين "بمتلازمة داون" القابلين للتعلم الذين تتراوح أعمارهم بين (13 -18) سنة.

تم اختيار العينة من "المركز البيداغوجي للأطفال المتخلفين عقليا"، "وجمعية الأمل للاطفال المعاقين" عقليا على مستوى ولاية الشلف.

تمثلت أدوات الدراسة في: استبيان العلاقات الأخوية من إعداد "فورمان وبهرمستر" "Furman& Buhrmester "(1985) ، ومقياس جودة الحياة النفسية من إعداد "كارول رايف" "Ryff"(1989)، ومقياس السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (AAMR, ABS, S:2) من تقنين وتعريب "عبد الله الحسين"(2004) ، وبرنامج إرشادي موجه لإخوة المعاقين المصابين "بمتلازمة داون"، من إعداد الباحثة.

استخدمت الباحثة الأساليب الإحصائية المناسبة لطبيعة الدراسة ومتغيراتها وحجم العينة عن طريق البرنامج الإحصائي للعلوم الاجتماعية "spss 20" .

وقد تجلت أهم نتائج الدراسة في تحقق فروضها بشكل جزئي، مما يعنى أن البرنامج الإرشادي كان ذو فاعلية في تحسين جودة الحياة النفسية والعلاقات الأخوية لدى الاخوة العاديين، وتنمية مهارات السلوك التكيفي لدى الإخوة المعاقين المصابين بمتلازمة داون.

تم مناقشة نتائج الدراسة على ضوء الدراسات السابقة وخصائص عينة الدراسة.

ملخص الدراسة بالإنجليزية:

Abstract:

This study aims to explore the effectivess of a designed counseling program for improving the quality of life, and the Sibling Relationship among « normal » brothers, in addition to improving the adjustment behaviour of their handicaped brothers. The hypothesis is : The designed counseling program helps to improve the psychological quality of life, and the Sibling Relationships among «normal» brothers. The program improves also the « adjustment behavior » of the brothers who have Down syndrome .

The methodology is based on a quasi-experimental longitudinal approach. One group design with before and after testing was used .

To test this study hypothesis Ten « normal » adolescents who are brothers of handicaped were selected. Their age ranges between 13 and 18 years. The sample is selected from Two places : 'Mentally Retarted Children Pedagogical Center', and 'Mentally Handicaped Children Hope Association in chlef state .

The researcher used the following instruments: sibling relationship questionnaire prepared by Furman & Buhrmester (1985), Quality of psychological life scale prepared by Caroll Ryff (1989), American Adaptation Behavior Scale of Mental retardation (2004), This scale is translated by Al Hussein (2004), and counseling program for improving the quality of life, and the brotherhood relations among « normal » brothers, in addition to improving the adjustment behaviour of their handicaped brothers. This program is prepared by the researcher.

Data analysis was performed by using SPSS program. The results partially confirmed the hypothses, which implies that the designed counseling program was effective in improving the psychological life quality, and the brotherhood relationships, and in improving the adaptation behavior of the handicaped brothers who safer from Down syndrome.

The results were discussed on the basis of literature review, previous studies, and on the basis of the sample characteristics .

قائمـــــــــــة المحتويـــــــات

الموضوع **الصفحة**

إهداء.....ب

كلمة شكر.....ج

ملخص الدراسة بالعربية..... د

ملخص الدراسة بالانجليزية.....ه

قائمة المحتويات.....و

قائمة الجداول.....ك

قائمة الأشكال .....ل

مقدمة عامة..... 2

الفصل الأول: تقديم إشكالية الدراسة

1- إشكالية الدراسة..... 8

2- فرضيات الدراسة.....13

3- أهداف الدراسة.....14

4- أهمية الدراسة.....15

5- التعاريف الاجرائية.....16

6- حدود الدراسة.....18

الجانب النظري

الفصل الثاني: جودة الحياة

تمهيد.....21

1- مفهوم جودة الحياة.....21

2- مفهوم جودة الحياة النفسية.....26

3- مداخل جودة الحياة النفسية 28

3-1- نموذج المتعة في جودة الحياة النفسية.....29

3-2- نموذج تحقيق القدرات الشخصية في جودة الحياة النفسية..... 33
3-3- الاتجاه التكاملي.....38
4- جودة الحياة النفسية لدى إخوة المعاقين..... 40
خلاصة..... 43

الفصل الثالث: العلاقات الأخوية لدى إخوة المعاق

تمهيد.....45
1- مفهوم العلاقات الأخوية 45
2- خصائص العلاقات الأخوية.....48
3- مظاهر العلاقات الأخوية.....49
4- العلاقات الأخوية عبر مراحل الحياة..... 52
5- نظريات العلاقات الأخوية..... 57
6- العلاقات الأخوية لدى الطفل المعاق.....66
6-1- آثار الإعاقة على الإخوة.....67
6-2- التدخل الإرشادي عن طريق الأشقاء لتحسين السلوك التكيفي للإخوة المعاقين.....76
خلاصة.....95

الفصل الرابع: السلوك التكيفي لدى أطفال متلازمة داون

تمهيد: 97
1- متلازمة داون.....97
1- 1- تعريف متلازمة داون.....97
2-2-أنواع متلازمة داون..... 100
3-1- خصائص أطفال متلازمة داون..... 102
2- السلوك التكيفي..... 104
2-1- مفهوم السلوك التكيفي.....104

2-2-أبعاد السلوك التكيفي.....108

2-3- قياس السلوك التكيفي.....110

3- السلوك التكيفي لدى أطفال متلازمة داون.....113

خلاصة.....121

الجانب الميداني

الفصل الخامس: الدراسة الاستطلاعية

تمهيد.....123

1- هدف الدراسة الاستطلاعية.....123

2 - عينة الدراسة الاستطلاعية..... 124

3- إجراءات الدراسة الاستطلاعية..... 125

4- الإطار الزماني والمكاني للدراسة.....125

5- أدوات الدراسة الاستطلاعية 126

5-1-استبيان العلاقات الأخوية لدى المراهقين.. 126

5-1-1-التعريف باستبيان العلاقات الأخوية لدى المراهقين 126

5-1-2- ترجمة الاستبيان.....127

5-1-3- الخصائص السيكومترية للاستبيان.....130

5-2- مقياس كارول رايف لجودة الحياة النفسية(Ryff, 1989) 135

5-2-1- تعريف مقياس جودة الحياة النفسية.....135

5-2-2- ترجمة المقياس.....136

5-2-3- الخصائص السيكومترية للمقياس.....138

5-3- مقياس السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي(AAMR, ABS, S:2) 141

5-3-1- التعريف بمقياس السلوك التكيفي.....141

5-3-2- الخصائص السيكومترية للمقياس.....142

5-4-البرنامج الإرشادي الموجه لإخوة الأطفال المعاقين المصابين بمتلازمة داون(صورة أولية).. .. .148

خلاصة.....168

الفصل السادس: الدراسة الأساسية

تمهيد.....170

1- منهج الدراسة 170

2- عينة الدراسة الأساسية.....173

3- الإطار الزماني والمكاني للدراسة الأساسية.....174

4- أدوات الدراسة الأساسية(الصورة النهائية)..... 174

5- الأساليب الإحصائية المستخدمة.....178

الفصل السابع: عرض نتائج اختبار الفرضيات

1-عرض نتائج اختبار الفرضية الأولى.....180

2- عرض نتائج اختبار الفرضية الثانية.....181

3- عرض نتائج اختبار الفرضية الثالثة.....183

4- عرض نتائج اختبار الفرضية الرابعة.....185

5- عرض نتائج اختبار الفرضية الخامسة.....187

6- عرض نتائج اختبار الفرضية السادسة.....188

7-عرض نتائج اختبار الفرضية العامة.....191

الفصل الثامن: مناقشة نتائج اختبار الفرضيات

1- مناقشة نتائج اختبار الفرضية الأولى.....193

2-مناقشة نتائج اختبار الفرضية الثانية.....199

3-مناقشة نتائج اختبار الفرض الثالث.....202

4-عرض نتائج اختبار الفرضية الرابعة..... 206

5-عرض نتائج اختبار الفرضية الخامسة..... 208

6-مناقشة اختبار الفرضية السادسة.....210

7- مناقشة اختبار الفرضية العامة.....211

اسهامات البحث وتوصياته.....215

قائمة المراجع

المراجع العربية.....218

المراجع الأجنبية.....225

قائمة الملاحق

ملحق رقم (1):استبيان العلاقات الأخوية.....253

ملحق رقم (2)مقياس جودة الحياة النفسية 254

ملحق رقم (3):طلب تحكيم مقياس السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي، والمقياس في صورته النهائية..... 255

ملحق رقم (4): البرنامج الارشادي.....268

الملحق رقم (5): ترخيص بترجمة مقياس العلاقات الأخوية 292

الملحق رقم(6):ترخيص بترجمة مقياس جودة الحياة النفسية.....293

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
1	تصنيف كارول رايف للمرتفعين والمنخفضين في جودة الحياة النفسية (Ryff et al.2008,25, 26)	37
2	أبعاد السلوك التكيفي المحددة من قبل الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي ومجلس البحوث الوطني الخاص بتحديد الإعاقة العقلية(Jacobson et al :2007,281)	109
3	توزيع أفراد العينة الاستطلاعية من الأطفال المعاقين عقليا	124
4	توزيع أفراد العينة الاستطلاعية من إخوة الأطفال المعاقين عقليا	124
5	العبارات التي تم تعديلها لاستبيان العلاقات الأخوية بعد المراجعة اللغوية	129
6	ارتباط الفقرات مع الأبعاد الفرعية لاستبيان العلاقات الأخوية	132
7	ارتباط الأبعاد الفرعية مع الأبعاد الأساسية لاستبيان العلاقات الأخوية	133
8	معاملات الثبات عن طريق ألفا كرونباخ لاستبيان العلاقات الأخوية	134
9	معاملات الثبات بالتجزئة النصفية لاستبيان العلاقات الاخوية	134
10	ارتباط الفقرات مع الأبعاد الفرعية لاستبيان جودة الحياة النفسية	139
11	معاملات الثبات بالتجزئة النصفية لمقياس جودة الحياة النفسية	140
12	قائمة الأساتذة الذين حكموا تعديلات مقياس السلوك التكيفي	144
13	تحكيم العبارات التي تم تعديلها بالنسبة لمقياس السلوك التكيفي	144
14	ارتباط الفقرات مع الأبعاد الفرعية لاستبيان السلوك التكيفي	145
15	ارتباط الأبعاد مع المقياس ككل لمقياس السلوك التكيفي	146
16	معاملات الثبات عن طريق الفا كرومباخ لمقياس السلوك التكيفي	147
17	معاملات الثبات بالتجزئة النصفية لمقياس السلوك التكيفي	147
18	قائمة الأساتذة المحكمين للبرنامج الإرشادي	160
19	عرض مفصل لتحكيم جلسات البرنامج وإجراءاته التنفيذية	160
20	نتائج تحكيم البرنامج الإرشادي	165
21	توزيع أفراد العينة الأساسية من إخوة الأطفال المصابين بمتلازمة داون تبعا لمتغير السن والجنس	173
22	دلالة الفروق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لمقياس جودة الحياة النفسية وأبعاده الفرعية باستخدام اختبار (ويلكوكسون)	180
23	دلالة الفروق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي	182

	لمقياس العلاقات الأخوية وأبعاده الرئيسية باستخدام اختبار (ويلكوكسون)	
24	دلالة الفروق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لمقياس السلوك التكيفي وأبعاده الرئيسية باستخدام اختبار (ويلكوكسون)	183
25	نتائج اختبار Wilcoxon للمقارنة بين متوسطي رتب درجات القياس البعدي والتتبعي على مقياس جودة الحياة النفسية وأبعاده الرئيسية	186
26	نتائج اختبار "Wilcoxon" للمقارنة بين متوسطي رتب درجات القياس البعدي والتتبعي على مقياس العلاقات الأخوية وأبعاده الرئيسية	187
27	نتائج اختبارWilcoxon للمقارنة بين متوسطي رتب درجات القياس البعدي والتتبعي على مقياس السلوك التكيفي وأبعاده الرئيسية	189

قائمة الأشكال:

رقم الشكل	عنوان الشكل	الصفحة
1	نموذج هرمي لجودة الحياة الشخصية.E. Diener et al	31
2	الأبعاد الأساسية لجودة الحياة النفسية والأسس النظرية الخاصة بها. (Ryff, et al.2008,20	36
3	التصميم التجريبي للدراسة الأساسية	171

مقدمـــــــــة عامـــة

الأسرة هي اللبنة الأولى في تكوين المجتمعات البشرية، والأطفال هم نتاج هذه الأسر، وفي إطار الأسرة ينظر الكثير من الأفراد إلى الطفل باعتباره الامتداد الطبيعي لهم. وقد من الله على بعض الأسر بأطفال يختلفون عن غيرهم في قدراتهم وإمكاناتهم وتكوينهم الذهني يطلق عليهم "معاقين".

إن الإعاقة ظاهرة قديمة قدم البشرية نفسها ، إذ لا يخلو أي مجتمع من المجتمعات مهما بلغ تقدمه العلمي والاجتماعي والاقتصادي من وجود نسبة لا يستهان بها من أفراده ممن يواجهون الحياة وقد أصيبوا بنوع أو بآخر من الإعاقات أو الجسمية أو العقلية أو العصبية أو النفسية.

وتعتبر الإعاقة العقلية من المشكلات الهامة التي يتعرض لها الانسان، وتؤثر على الأسرة كوحدة اجتماعية، على اعتبار أنها المؤسسة الاجتماعية الأولى التي تستقبل الطفل المعاق وتوفر له الرعاية الأسرية المتوافقة مع احتياجاته؛ حيث يهز الإعلان عن تشخيص الإعاقة عالم الأسرة ويغير مسار حياتها لما ينجر عنه من ردود فعل متباينة، واضطراب في الشبكات العلائقية داخل الأسرة .

كما تشكل الإعاقة مصدرا للعديد من المشكلات العاطفية والسلوكية والاقتصادية والاجتماعية لدى الأسرة. وتفرض عليها تعاملا خاصا مع هذه الإعاقة، سواء أكان ذلك على نطاق الأسرة، أم على نطاق المحيط الاجتماعي.(Tracy:2007,1) . وتترك آثارا عميقة على الآباء، والأشقاء، وأفراد الأسرة الممتدة؛ وتشكل تحديات تتمثل في التكاليف المالية، والمطالب المادية، والعاطفية، والتعقيدات اللوجستية المرتبطة بتربية الطفل المعاق (Reichman et al: 2008, 679) ، مما يعرض أفراد الأسرة إلى توترات نفسية متعددة.

وتؤثر إعاقة الطفل بشكل كبير على الوالدين، والعلاقة بينهما أكثر من غيرهما من أفراد الأسرة، باعتباره حلمهما المفقود في إنجاب طفل سوي كغيره من الأطفال. يرى "بلاشر" "Blacher" (1984) في هذا الصدد أن تشخيص الإعاقة يؤدي بمعظم الآباء إلى فترة من الاكتئاب والحداد (روزماري: 57،2001)، وعملية الحداد هذه مرتبطة بأن الطفل لم يمت ولكن صورة الطفل التي حلموا بها هي التي ماتت.

انطلاقا من هذا التصور، تم التركيز على تأثير الإعاقة على الوالدين بصفة خاصة، ذلك أن الضرر النفسي الأكبر يلحق بهما. فيما تم إيلاء قليل من الاهتمام بالصحة النفسية للأشقاء؛ بالرغم من أن الأشقاء يتعرضون لضغوط كبيرة جراء نقص الاهتمام الوالدي، والمسؤوليات الكبيرة التي يتحملونها في رعاية أخيهم المعاق. (Smith et al :2005, 77)

ولعل من الحقائق المقبولة حاجة الأطفال المعاقين لمزيد من المساعدة والدعم مقارنة بالأطفال العاديين. يؤكد "أتكينسون و كروفورد" "Atkinson and Crawford" (1995) أن ما يقرب الثمانين بالمائة من أشقاء الأطفال المعاقين هم مصدر قلق لأسرهم بسبب الحاجة إلى رعاية الوالدين المشتركة، ذلك أن العيش مع الطفل المعاق يعتبر تحديا "لحصة الرعاية" التي يجب توفيرها للإخوة العاديين.(Burke .P :2004,53)

فيما يرى "روسيتر وشارب" "Rossiter& Sharpe" (2001) أن أشقاء الأطفال المعاقين معرضون للخطر بسبب عوامل عديدة منها: اهتمام الوالدين الموجه إلى الطفل المعاق، وتأثر التفاعل مع الآخرين بسبب أخيهم أو أختهم المعاقة، والإنعزال عن الأطفال الآخرين، والمسؤوليات الإضافية للأشقاء التي تتمثل في تقديم الرعاية للطفل المعاق. (Carolyn Graff. et al :2011,234)

لقد أشارت البحوث منذ فترة طويلة إلى أهمية العلاقات الأسرية في نمو الأطفال (على سبيل المثال دراسة "فرازر وآخرون" "Fraser et al" (2004)، "هوفمان وآخرون" "Huffman et al"(2000)).(Huffman et al : 2000,28)، (Fraser et al :2004,13)، لكن في الآونة الأخيرة اكتسبت العلاقات الأخوية أهمية خاصة، باعتبارها من بين السياقات العلائقية الأكثر ديمومة، وتأثيرا على نمو الفرد طول الحياة.(Branje et al: 2004,1385)

إلا أن تشخيص أحد الإخوة بالإعاقة قد يؤدي إلى تغير طبيعة العلاقة الأخوية ، وقلة تجارب الحياة المشتركة بين الأشقاء، خصوصا مع تزايد شدة الإعاقة. يرى "ستونمان" "Stoneman"(2005) أنه على الرغم من هذا التغير في العلاقات الأخوية، يبقى الأشقاء جزءا لا يتجزأ من شبكة دعم الأشخاص المعاقين، خصوصا خلال مرحلة المراهقة، والبلوغ.(Burbidge :2013,1).

كما تؤثر الإعاقة أيضا على الصحة النفسية والانفعالية للإخوة العاديين، وكذلك جودة الحياة النفسية التي تعتبر أهم الغايات في حياة البشر ، ومحددا من محددات الصحة النفسية. ذلك أن ضمان عيش الطفل المعاق في بيئة تلبي احتياجاته المعقدة يتطلب إلتزاما كبيرا من قبل الأسرة، وهذا بدوره قد يؤثر على جودة الحياة النفسية في هذه الأسر.

يشير مصطلح (جودة الحياة) إلى كيفية الاستمتاع بمجالات الحياة المختلفة، ويتطلب ذلك فهم الفرد لذاته وقدراته، وهي نتيجة ملائمة لعلاقات الطفل داخل الأسرة والخدمات التربوية، والصحية،

وبرامج التأهيل، والخدمات الاجتماعية. مع ذلك فقد تم دراستها مع الأطفال المعاقين عقليا، وذوي الاضطرابات العضوية والنفسية فقط. (عراقة: 2006 ،219).

إلا أن تحسين جودة حياة الإخوة العاديين، أو دورهم في تحسين السلوك التكيفي لإخوانهم المعاقين يعتبر من الموضوعات الحديثة نسبيا، حداثة الاهتمام بالخدمات الإرشادية المقدمة لأسر هؤلاء الأطفال.

حيث ركزت الدراسات والبحوث العلمية على تأثير الإعاقة على الوالدين، وعلى الأسرة بشكل عام، إلا أن الاهتمام بإخوة الطفل المعاق لم يلق الاهتمام الكافي، سواءا كان ذلك من قبل الباحثين الذين يدرسون أثر وجود الطفل المعاق عقلياً على أسرته، أم من قبل المهنيين الآخرين، كالمعالجين النفسيين، والمرشدين.(الصمادي: 2008، 2)

لقد تم إجراء العديد من الدراسات العلمية لفهم تأثير الأطفال المعاقين عقلياً على إخوانهم العاديين. وتشير البحوث المتاحة مثل دراسة "تريفينو" "Trevino" (1979)، "كرنيك وآخرون" "Crnic et al" (1983)، "غارغيولو" "Gargiulo" (1984)، "لارديري وآخرون" " Lardieri et al(2000)، "لوباتو وآخرون" "Lobato et al" (2005)، "أكسوي وآخرون" " Aksoy et al" (2008) أن الأشقاء العاديين معرضون لمشاكل سلوكية (كالقلق والضغط النفسي)، وأنهم أكثر عرضه للإصابة بالاضطرابات النفسية التي تؤدي إلى انخفاض جودة الحياة النفسية مقارنة بالأطفال الذين ليس لديهم إخوة معاقين عقلياً. (Trevino:1979,488) ،(Crnic et al: 1983,125) (Gargiulo:1984,41)، (Lardieri et al:2000,105)،(Lobato et al 2005,625) (Aksoy et al :2008,769).

فيما اجتهد كل من "جبريل، وأحمد" (1996) في مراجعة الدراسات التي أجريت لفهم تأثير الطفل المعاق على إخوته العاديين، وقسما هذه الدراسات إلى ثلاثة أقسام، القسم الأول حاول التحقق فيما إذا كان لوجود طفل معاق في الأسرة تأثير على تكيف أخوته ووالديه، والقسم الثاني ركز على المشكلات التي تنجم عن العيش والتفاعل مع وجود أخ أو أخت معاقة عقلياً، أما القسم الثالث ، فهي الدراسات التي بحثت في الأدوار العلاجية والتدريبية (الصمادي: 2008، 2،3).

يعتبر إرشاد إخوة المعاق من القضايا المهمة في تربية وتأهيل الفرد المعاق، وذلك لما له من آثار ايجابية على تحسين حالته وتكيفها وتقدمها، فعملية الدعم التي يقدمها الإخوة والأخوات لها مردود ايجابي

على الأسرة، وعلى الأخوة أنفسهم، وعلى أخيهم المعاق. إذ أن إعطاء معلومات دقيقة حول الاعاقة وآثارها على الأسرة يحول دون إساءة فهم الإعاقة أو الشعور بالذنب من قبل الإخوة العاديين.

وبما أن الآباء لا يوفرون دائما المعلومات الصحيحة حول الإعاقة، أو فهم ما قد يواجه الإخوة، فمن الضروري توفير الإرشاد النفسي للإخوة العاديين عن طريق المعلمين في المدرسة، أو المعالجين والمرشدين، وكذا الأصدقاء والأقران، والمجموعات الإرشادية.

في ظل ما سبق، إن من الاحتمالات الواردة هو أن يصبح الإرشاد بمثابة عامل حاسم وفعال لإخوة الأطفال المعاقين ، يمكن أن يساعدهم على مواجهة آثار الإعاقة ، ويؤدي دورا مهما في تحسين التوافق النفسي ، والعلاقات الأخوية للإخوة بصفة خاصة ، وأفراد الأسرة بصفة عامة. هذا ما دفع الباحثة للتعرض لهذه المشكلة المتمثلة في التفكير في إعداد برنامج إرشادي قائم على أسس علمية وفلسفية واجتماعية، مع تفقد قدرته على تحسين جودة الحياة النفسية والعلاقات الأخوية لدى الإخوة العاديين، وكذا تعليم الإخوة العاديين تحسين السلوك التكيفي لدى الإخوة المعاقين.

قامت الباحثة إذا بمعالجة موضوع الدراسة انطلاقا من عنوان عام وهو: فاعلية برنامج إرشادي في تحسين جودة الحياة والعلاقات الأخوية لدى الأخوة العاديين، وأثره في تنمية السلوك التكيفي لأخيهم المصاب "بمتلازمة داون". وخدمة لما سبق ، صيغت هذه الرسالة في الشكل التالي:

تناول الفصل الأول تقديم إشكالية البحث؛ تم فيه تحديد إشكالية الدراسة وصياغة الفرضيات، وكذا أهداف الدراسة وأهميتها، وحدودها، وتحديد التعاريف الإجرائية.

أما الفصل الثاني فقد تناول متغير جودة الحياة؛ تم فيه عرض تعاريف مختلفة حول مفهوم جودة الحياة، ومفهوم جودة الحياة النفسية، وأهم مداخلها ، وختم بالحديث عن جودة الحياة النفسية لدى إخوة المعاقين.

خصص الفصل الثالث للعلاقات الأخوية لدى إخوة المعاق؛ حيث اشتمل على مفهوم العلاقات الأخوية، وخصائصها، ومظاهرها، والعلاقات الأخوية عبر مراحل الحياة، ونظريات العلاقات الأخوية. كما تم التطرق إلى العلاقات الأخوية لدى الطفل المعاق من خلال استعراض آثار الإعاقة على الإخوة، والتدخل الإرشادي عن طريق الأشقاء لتحسين السلوك التكيفي للإخوة المعاقين.

في الفصل الرابع تم التركيز على السلوك التكيفي لدى أطفال متلازمة داون؛ حيث تم التطرق إلى تعريف متلازمة داون، وأنواعها، وخصائصها، ومفهوم السلوك التكيفي، وأبعاده وقياسه، ومن ثم التطرق إلى السلوك التكيفي لدى أطفال متلازمة داون.

تناول الفصل الخامس الدراسة الاستطلاعية، وأهدافها، والعينة التي تم إجراؤها عليها، وإجراءاتها، وإطارها الزماني والمكاني، مع وصف أدوات الدراسة التي شملت: استبيان العلاقات الأخوية لدى المراهقين المتمثلة ، ومقياس كارول رايف لجودة الحياة النفسية(Ryff, 1989)، ومقياس السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (AAMR, ABS, S:2). كما تم عرض الخصائص السيكومترية لهذه الادوات بعد الدراسة الاستطلاعية، وكذا استعراض البرنامج الإرشادي الموجه لإخوة الأطفال المعاقين المصابين بمتلازمة داون في صورته الأولية وبعد التحكيم.

يتعلق الفصل السادس بالدراسة الأساسية، الذي تضمن منهج الدراسة، وعينة الدراسة الأساسية، والإطار الزماني والمكاني. يشتمل هذا الفصل أيضا على أدوات الدراسة في شكلها النهائي، والأساليب الإحصائية المستعملة.

خصص الفصل السابع لعرض نتائج اختبار الفرضيات. تم التطرق في الفصل الثامن والأخير إلى مناقشة نتائج الدراسة، وختم البحث بجملة من الاقتراحات.

الفصـــــل الأول: تقديـــم إشكاليـــة الدراسة

1-إشكاليـــــة الدراســة

2-فرضيـــات الدراســة

3- أهـــــداف الدراســة

4- أهميـــــة الدراســة

5- التعاريـــف الاجرائيـة

6- حـــــــدود الدراســة

1- إشكالية الدراسة:

إن التحول من النموذج الطبي في رعاية الطفل المعاق إلى النموذج البيئي أو الاجتماعي الذي يركز على البيئة التي يعيش فيها الشخص، ويتفاعل معها ويتأثر بها أدى إلى الاهتمام بالأسرة والمحيطين بهذا الطفل المعاق.

لا عجب، فالأسرة هي المعلم الأول للطفل، والمصدر الأساسي للتنشئة الاجتماعية، وفيها يحصل الطفل على المهارات والخبرات، وتتكون شخصيته، ومفهومه عن ذاته. لذلك، من المهم التعمق في فهم كل ما تمر به الأسرة من أزمات، أو ضغوط نفسية خلال معايشتها ومواجهتها لمشكلة الإعاقة.

"إذ أن وجود طفل طفل معاق في الأسرة قد يضاعف إلى حد كبير الضغوط النفسية ، وذلك لما يترتب على وجوده من أعباء إضافية، وعلاقات أسرية أكثر تعقيدا، وخللا في الأدوار؛ ولا يتوقف تأثير الإعاقة على الوالدين، بل يمتد ليشمل أفراد الأسرة كافة، بما فيهم الإخوة، على الرغم أن التأثير النفسي والاجتماعي الأكبر قد يلحق بالوالدين، نظراً لتحملهما المسؤوليات الأساسية للطفل المعاق منذ البداية".(عايش: 2012، 62)

غالبا ما يكون الإخوة في مقدمة المعاناة الأسرية، والتغيرات اللازمة في المؤسسة العائلية بعد مجيء الطفل المعاق؛ إلا أن الإخوة قبل أن يدركوا معنى الإعاقة ونتائجها، فإنهم يشهدون معاناة أفراد الأسرة، والضغوط النفسية التي يمر بها الوالدين. (Griot et al :2010,171, 172)

ويقترن النمو النفسي السوي للطفل بإخوته في الأسرة ، كونه يتفاعل معهم، ويحتك بهم، ويؤثر ويتأثر بهم، ويكتسب الكثير من السلوكيات منهم في نفس المرحلة العمرية أو أكبر، لذلك يكون التأثر القوي بالطفل المعاق من قبل الإخوة العاديين.(عبدات: 2007، 3)

كما يغير مولد الطفل المعاق وحدة الأسرة الاجتماعية، إذ يصاب الآباء والأبناء العاديون في الأسرة بالصدمة والغضب والحيرة، وعادة ما تتغير العلاقات بين أفراد الأسرة عما كانت عليه من قبل. هذا التأثر في محيط الأسرة، قد يترتب عليه إحساس أفرادها- ومن بينهم الإخوة- بانخفاض مستوى جودة الحياة النفسية، كناتج للإدراك الذاتي للحياة.

تشير "ساندرز" "Sanders" (2004) أن للعلاقات الأخوية دور هام في اكتساب الفهم العاطفي والاجتماعي، والمساعدة في النمو المعرفي. لكن للعلاقات الأخوية لدى إخوة الأطفال المعاقين أهمية

خاصة، وهي جديرة بالدراسة نظرا للمسؤولية التي يتحملها الأشقاء في رعاية أخيهم المعاق عبر مختلف مراحل الحياة (Carroll :2013,1)، والدور الذي يمكن أن يقوموا به في حياة أخيهم أو أختهم المعاقة.

لكن بالرغم من أهمية العلاقات الأخوية، إلا أنها لقيت القليل من الاهتمام حتى أوائل 1980 حسب "نيلسون وآخرون" "Nielsen et al"(2012)؛ حيث ركزت معظم الأبحاث على الآباء والأمهات، إلا أنه خلال العقدين الماضيين بدأت مجموعة متزايدة من البحوث بالاهتمام بأشقاء الأطفال المعاقين.(Martirosyan: 2013,1)

لقد وُصف هؤلاء الأشقاء العاديون باسم **"الأطفال المنسيون نفسيا" "children forgotten"**، أو **"أفراد الأسرة الأكثر تعرضا للإهمال"** من قبل العديد من الباحثين منهم: "كورف سوس" "Korff-Sausse" (2003)، "مادان- سوين، سكسون براون، ورجب" " Madan-Swain, Sexson" "Brown, & Ragab" (1993)، "غرليك، جاك" "Gorelick, JackK" (1996) ، "اليانور جونسون هانولد" " Eleanor, Johnson, Hanold " (1988) وآخرون.

معنى ما سبق هو أن أسرة الطفل المعاق تواجه صعوبات تنعكس على فاعليتها، ووحدتها، ونوعية الحياة فيها. بل إن وجود طفل معاق في الأسرة قد يؤدي في حالات ليست بالقليلة إلى توسيع هوة الخلافات بين الزوجين، وتضخيم الجوانب السلبية، ونقاط الضعف في الأسرة، والعلاقات بين الزوجين، وبين الوالدين والأبناء.

في هذا المناخ الأسري المضغوط، الذي يعيش فيه الوالدان حالات متباينة من الصراعات، والتناقضات الوجدانية ما بين القبول والرفض لهذا الواقع، ينغمر الوالدان بمشاعر الذنب، والحزن، والقلق، والاكتئاب، والانضغاط، والحيرة والارتباك؛ وتفاعل هذه الانفعالات- مع افتقارهم إلى الخبرات والمهارات اللازمة للتعامل مع الإبن المعاق - يجعل الإخوة العاديين مهملين، وهذا ما يطلق عليه "الإخوة المنسيون نفسياً".(منصور: 2008، 9) .

لقد توصلت الباحثة "ريجين سال" "Régine Scelles" (1997, 2003, 2004) من خلال مجموعة من الدراسات إلى ضرورة إيلاء اهتمام كبير للإخوة الذين يوجد بينهم طفل معاق، وأكدت على

ضرورة تعبير الإخوة العاديين عن مشاعرهم، من خلال التفاعل مع مجموعات أخرى من الأشقاء في نفس الوضع.(Scelles:2004,105)

وأظهرت الدراستان اللتان قام بهما كل من "وينتجرز وهايز" "Wintgers et Hayez" (2003)، "ميكنز فورز" "Meyckens –Fourez" (1995) أن الصعوبة في التعبير عن المنافسة للأخ المعاق من قبل شقيقه، تجعله يعيش علاقة أخوية صراعية، يمكن أن تؤدي إلى سلوك مرضي في مواجهته، وتتحول إلى اضطرابات سلوكية أخرى كالانسحاب، المشاكل المدرسية، والجسمية. Griot) et al :2010,173)

كما ذكرت دراسة قام بها "ويلر وآخرون" "Willer et all" (1990) أن الأشقاء يواجهون إخوانهم المعاقين بمشاعر الإحباط، لكنها تصبح أقل استثارة، وذلك من خلال تعزيز تفاعلهم مع بعضهم، وتحسين التواصل داخل الأسرة. (Unruh:1992,153)

إضافة إلى أن تأخر الأطفال المعاقين في تعلم المهارات الاجتماعية، والتواصل؛ بسبب ضعف النمو، وانعدام الكفاءة الاجتماعية، يعيق علاقاتهم وتفاعلهم مع أشقائهم العاديين، فيشعر الأشقاء بالإحباط لفشلهم في التفاعل مع الأخ المعاق.

نتيجة لذلك فإن كلا من الأطفال المعاقين، وإخوانهم، يواجهون فرصا محدودة للتعلم في الحياة اليومية، على الرغم من أنهم ينفقون الكثير من الوقت معا في سياق أسرهم، وبالتالي، يحتاج الأشقاء لمعرفة كيفية دعم أخيهم المعاق. (Kim:2010,11)

في هذا السياق، ترى كل من "لوباتو وتلاكر" "Lobato&Tlaker" (1985) ، "باول، سالزبرغ، رول، ليفي، وإيتزكويتز" "Powell, Salzberg, Rule, Levy, & Itzkowitz" (1983) أن للأشقاء دور هام في التفاعل الاجتماعي، واللعب، والتعلم، وأنهم قادرون أن يكونوا عامل تدخل لدعم تطور المهارات الخاصة بالأشقاء المعاقين.

يمر الفرد خلال نموه بمراحل مختلفة من النمو، والمراهقة هي حلقة هامة من حلقات سلسلة النمو الإنساني، لما لها من خصوصيات.

حيث تتميز هذه الفترة بالصراعات الشخصية، والعاطفية، الناتجة عن البحث عن الهوية الذاتية، والاستقلالية، والرغبة في الانفصال عن بقية أفراد الأسرة، فهي فترة شاقة، ومرهقة في حد ذاتها.

يرى "نومان ونومان" "Newman & Newman" (1997) أن الإعاقة تؤثر سلبا على الأشقاء المراهقين من حيث تعاملهم مع الضغوط الناتجة عن إعاقة الأخ ورعايته، كما تتأثر العلاقات والاتصالات مع الآخرين حسب "غامبل وولبرون" "Gamble &Woulbroun"(1993) (Hallberg :2013,1)

وقد أشارت العديد من الدراسات إلى التأثيرات التي قد تنعكس على حياة المراهقين من إخوة المعاقين مقارنة مع غيرهم من الأسر العادية، حيث يرى "أزيز" "Azeez" (2001) أن المراهقين الذين لديهم إخوة معاقون يعانون صعوبات- مقارنة مع المراهقين في الأسر العادية- ، إذ يشعرون بالقلق، وينشغلون طيلة الوقت بمراقبة السلوك العدواني للأخ المعاق، ما يجعلهم في موقف دفاعي. (Kramer:2003,4)

فيما توصلت دراسة "أوبرمان و ألانت" " Opperman & Alant" (2003) إلى وجود اتصال محدود لدى المراهقين في الأسر التي يوجد بها طفل معاق، مما يؤدي إلى صعوبة في التعبير عن الأفكار والمشاعر اتجاه الأخ المعاق، والتكيف مع الضغوط الناتجة عن إعاقته، وهذا بدوره يؤدي إلى الشعور بالذنب. كما كشفت الدراسة عن حاجة الأشقاء إلى المعلومات والإرشادات المتعلقة بإعاقة أخيهم. (Opperman et al. 2003 , 441)

من خلال ما سبق يتضح أن العديد من الباحثين توصلوا إلى وجود آثار سلبية للإعاقة على الإخوة العاديين، على سبيل دراسة كل من "كورف سوس" "Korff-Sausse,S" (2003) ، "مادان-سوين، سكسون براون، ورجب" "Madan-Swain, Sexson Brown, & Ragab"(1993)، "غرليك، جاك" "Gorelick, JackK" (1996) ،"اليانور جونسون هانولد" "Johnson "Eleanor Hanold" (1988) ،"ميكنز فورز" "Meyckens –Fourez" (1995) "ووينتقرز وهايز" " Wintgers" & Hayez (2003) انتهت بهم إلى تسمية إخوة الطفل المعاق بالأطفال المنسيين نفسيا، حيث أن هذه الآثار السلبية قد تصل بالإخوة إلى حد الاضطراب النفسي. يرجع ذلك إلى تحملهم مسؤولية

الأخ المعاق، والشعور بالغيرة والغضب، والمنافسة إزاء الرعاية المكثفة التي يحظى بها شقيقهم المعاق من قبل الوالدين، وهذه العوامل ذاتها قد تؤدي إلى انخفاض جودة الحياة النفسية وكذا التأثير على العلاقات الأخوية.

ما يمكن ملاحظته هو أن الدراسات العربية والجزائرية بصفة خاصة قد أغفلت البحث في هذه الشريحة، رغم أنها تحتاج إلى كثير من الاهتمام والبحث. فيما ركزت الدراسات السابقة على وصف آثار الإعاقة على الإخوة، وكذا تصوراتهم لها، لكن لم يتم التطرق إلى إرشاد الإخوة العاديين ومساعدتهم في مواجهة تحديات الإعاقة؛ بالرغم من أنهم قد يستطيعون مساعدته أكثر من غيرهم، ولكنهم يحتاجون إلى الخبرات والإرشادات التي تمكنهم التغلب على معاناتهم الشخصية، وتمكنهم من مساعدة أخيهم المعاق.

كما أن الباحثين في أدبيات إخوة المعاقين لم يدرسوا مرحلة المراهقة بصفة كافية، والتي تعتبر ذات أهمية خاصة لما تتميز به من خصائص مهمة، تميزها عن سنوات الطفولة وعن المراحل التي تليها.

حيث تتميز هذه المرحلة العمرية (13-18) بمجموعة من التغيرات الجسدية ، والنفسية، وتأكيد الذات داخل السياق الاجتماعي، سواء كان ذلك في المنزل، أم المدرسة، أم المجتمع الخارجي، ويصل المراهقون إلى مستوى جيد من الوعي الذاتي، ومن هنا يحاول البرنامج الإرشادي المقترح الإستفادة من هذا الوعي الذاتي وجعله إيجابيا.

كما يلاحظ أن المراهقين يستقلون عن الوالدين في هذه المرحلة، ويتوجهون أكثر إلى الأقران، لذا تم التركيز على الإخوة فقط.

ومن أجل أن يكون الإخوة المراهقون عامل تدخل ناجح، فإنهم يحتاجون أن يُعلَّموا ويُدرَسوا بشكل منهجي، لذا تهتم هذه الدراسة بتحسين جودة الحياة النفسية لدى إخوة المعاقين، حيث تقوم الباحثة باقتراح برنامج إرشادي للأخوة والأخوات لتحسين طرق تعاملهم مع أخيهم المعاق، وتعزيز ثقتهم بأنفسهم وقدرتهم في إحداث تغييرات في سلوك أخيهم.

في نفس الوقت تهتم هذه الدراسة بتعليم الإخوة العاديين تحسين بعض مهارات السلوك التكيفي لدى الإخوة المعاقين المصابين "بمتلازمة داون".

الإشكالية العامة:

في ضوء ما تقدم فإن هذا البحث يسعى لمعالجة هذه المشكلة التي يمكن تحديدها في التساؤل الرئيسي الآتي:

- هل يعين البرنامج الارشادي على تحسين جودة الحياة النفسية والعلاقات الأخوية لدى الإخوة العاديين، وتنمية مهارات السلوك التكيفي لدى الإخوة المعاقين المصابين "بمتلازمة داون" ؟

التساؤلات الفرعية:

للإجابة على هذا التساؤل الرئيسي تم صياغة مجموعة من التساؤلات الفرعية ، وهي:

- هل توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات إخوة الأطفال المصابين "بمتلازمة داون" قبل تطبيق البرنامج الإرشادي وبعده على مقياس جودة الحياة النفسية وأبعاده الفرعية؟

- هل توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات إخوة الأطفال المصابين "بمتلازمة داون" قبل تطبيق البرنامج الإرشادي وبعده على مقياس العلاقات الأخوية وأبعاده الفرعية؟

- هل توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات الأطفال المصابين "بمتلازمة داون" قبل تطبيق البرنامج الإرشادي وبعده على مقياس السلوك التكيفي وأبعاده الفرعية؟

- هل توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات إخوة الأطفال المصابين "بمتلازمة داون" بعد تطبيق البرنامج الإرشادي وبعد مرور فترة المتابعة (3 أشهر) على مقياس جودة الحياة النفسية وأبعاده الفرعية؟

- هل توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات إخوة الأطفال المصابين "بمتلازمة داون" بعد تطبيق البرنامج الإرشادي وبعد مرور فترة المتابعة (3 أشهر) على مقياس العلاقات الأخوية وأبعاده الفرعية؟

- هل توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات الأطفال المصابين "بمتلازمة داون" بعد تطبيق البرنامج الأرشادي وبعد مرور فترة المتابعة (3 أشهر) على مقياس السلوك التكيفي وأبعاده الفرعية؟

2- فرضيات الدراسة:

بناء على ما تقدم عرضه من معطيات نظرية، ونتائج بعض الدراسات السابقة، يمكن للباحثة صياغة فرضية الدراسة كالأتي:

الفرضية العامة:

يعين البرنامج الإرشادي في تحسين جودة الحياة النفسية والعلاقات الأخوية لدى الإخوة العاديين، وتنمية مهارات السلوك التكيفي لدى الإخوة المعاقين المصابين "بمتلازمة داون"

الفرضيات الفرعية:

- توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات إخوة الأطفال المصابين "بمتلازمة داون" قبل تطبيق البرنامج الإرشادي وبعده على مقياس جودة الحياة النفسية وأبعاده الفرعية.

- توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات إخوة الأطفال المصابين "بمتلازمة داون" قبل تطبيق البرنامج الإرشادي وبعده على مقياس العلاقات الأخوية وأبعاده الفرعية.

- توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات الأطفال المصابين "بمتلازمة داون" قبل تطبيق البرنامج الإرشادي وبعده على مقياس السلوك التكيفي وأبعاده الفرعية.

- توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات إخوة الأطفال المصابين "بمتلازمة داون" بعد تطبيق البرنامج الإرشادي وبعد مرور فترة المتابعة (3 أشهر) على مقياس جودة الحياة النفسية وأبعاده الفرعية.

- توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات إخوة الأطفال المصابين "بمتلازمة داون" بعد تطبيق البرنامج الإرشادي وبعد مرور فترة المتابعة (3 أشهر) على مقياس العلاقات الأخوية وأبعاده الفرعية.

- توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات الأطفال المصابين "بمتلازمة داون" بعد تطبيق البرنامج الأرشادي وبعد مرور فترة المتابعة (3 أشهر) على مقياس السلوك التكيفي وأبعاده الفرعية.

3- أهداف الدراسة: على ضوء الفرضيات السابقة، يرمي البحث إلى تحقيق الأهداف التالية:

- الكشف عن فاعلية البرنامج الإرشادي من خلال الجوانب التالية:

- ✓ تحسين جودة الحياة النفسية لدى إخوة المعاقين عقليا .
- ✓ تحسين العلاقات الأخوية لدى إخوة المعاقين عقليا.
- ✓ تحسين السلوك التكيفي لدى الأطفال المعاقين عقليا عن طريق إخوانهم العاديين.

- معرفة فاعلية البرنامج الإرشادي المستخدم في تحسين الأبعاد الفرعية لجودة الحياة النفسية لدى إخوة الاطفال المصابين بمتلازمة داون طبقا للمقارنة نتائج بين التطبيق القبلي والبعدي.

- معرفة فاعلية البرنامج الإرشادي المستخدم في تحسين الأبعاد الفرعية للعلاقات الأخوية لدى إخوة الأطفال المصابين بمتلازمة داون طبقا للمقارنة بين نتائج التطبيق القبلي والبعدي.

- معرفة فاعلية البرنامج الإرشادي المستخدم في تحسين الأبعاد الفرعية للسلوك التكيفي لدى الأطفال المصابين بمتلازمة داون طبقا للمقارنة بين نتائج التطبيق القبلي والبعدي.

- التحقق من ثبات فعالية البرنامج المقدم عن طريق المقارنة بين نتائج القياس البعدي والتتبعي بعد مرور ثلاث أشهر عن انتهاء البرنامج.

- وكهدف غير مباشر، يمكن تقديم البرنامج للباحثين والمهنيين كنموذج يعينهم في الممارسة والدراسات المستقبلية.

4- أهمية الدراسة: تكمن أهمية هذه الدراسة في تناولها للعناصر الآتية:

- تعد الدراسة الحالية إضافة في مجال البحوث المتعلقة بإخوة الأطفال المعاقين، وتستمد أهميتها من الجدة التي تنطوي عليها متغيرات هذه الدراسة، كونها تتناول موضوعات لم تلقى الاهتمام الكافي من قبل الباحثين. إن متغير جودة الحياة النفسية يعني تطلعا للرفاهية النفسية، التي قد لا يتوفر منها للإنسان العادي إلا القليل، فما بالنا مع أخ لطفل معاق، وأيضا متغير العلاقات الأخوية الذي لم يلق الاهتمام الكافي بالنسبة لإخوة المعاقين، والإخوة العاديين على حد سواء.

- تكتسب هذه الدراسة أهميتها من الدور المحوري الذي يقوم به الإخوة في الأسرة، حيث يساهمون في استقرار الأسرة وتحقيق الصحة النفسية، لذا تحرص هذه الدراسة على إبراز دورهم في تعليم الإخوة المعاقين تحسين السلوك التكيفي في البيت، حيث يمكن اعتبارهم كعامل تدخل هام .

- تسهم هذه الدراسة في تعريف الإخوة بالتأثيرات التي تحدث جراء إعاقة أخيهم، وتقنين كيفية التعامل معها، والذي قد يغير نظرة الباحثين، والمختصين على مستوى مراكز المعاقين، وأولياء الأمور نحو إخوة المعاق، وتحول تركيزهم من الأولياء إلى الإخوة.

- تكتسب هذه الدراسة أهمية خاصة من خلال أهمية المرحلة العمرية التي يتعامل معها البرنامج، وهي مرحلة المراهقة ، ولهذه المرحلة دلالاتها وخصائصها ومشكلاتها، وخصوصا الذين يعيشون مع أخ معاق، وما يترتب على ذلك من آثار نفسية واجتماعية على الإخوة العاديين.

- يعتبر هذا البرنامج إضافة علمية في مجال التربية الخاصة وإرشاد أسر المعاقين، يمكن أن يصبح نموذجا يستعان به من قبل الباحثين في مجال الإعاقة، والمختصين النفسيين في مراكز الأطفال المعاقين، وحتى أسر أطفال المعاقين ، مما يساعد في كشف ما يعانيه الإخوة والأخوات في كنف أسرة بها طفل معاق، وسبل مساعدتهم. كما تكمن أهمية هذه الدراسة فيما ستسفر عنه من نتائج وما ستقترحه من توصيات ، تأمل الباحثة أن تسهم في دعم إخوة المعاقين ومساعدتهم للتغلب على معاناتهم، والارتقاء بأدائهم النفسي.

5- التعاريف الإجرائية:

5-1- البرنامج الإرشادي:

هو مجموعة من الإجراءات المخططة والمنظمة، التي تستند إلى مبادئ وفنيات معرفية سلوكية ، وتستهدف تقديم خدمات وممارسات إرشادية بصورة جماعية للمراهقين من إخوة الأطفال المعاقين؛ من أجل تحسين جودة حياتهم، وعلاقاتهم الأخوية، وفي نفس الوقت مساعدة الإخوة العاديين لإخوانهم المعاقين في تحسين سلوكهم التكيفي ، ويتحقق ذلك عن طريق الأنشطة والفنيات التي تقدم لهم من خلال البرنامج الإرشادي.

تتحقق فاعلية البرنامج من خلال تحسن جودة الحياة النفسية وأبعادها (تقبل الذات، العلاقات الايجابية مع الآخرين، الاستقلالية، التحكم في البيئة، أهداف الحياة، النمو الشخصي)، وتحسن العلاقات الأخوية وأبعادها(الدفء أو التقارب، والصراع)، وتحسن السلوك التكيفي وأبعاده (الوظائف

الاستقلالية،النمو الجسمي، النشاط الاقتصادي، النمو اللغوي، الأعداد والوقت، التوجيه الذاتي، النشاط ما قبل المهني، المهني، المسئولية،المهارات الاجتماعية)، عن طريق مقارنة درجات إخوة الأطفال المصابين بمتلازمة داون وكذا ذوي متلازمة داون قبل تطبيق البرنامج الإرشادي وبعده، وبعد مرور ثلاثة أشهر من انتهاء البرنامج، من خلال التصميم التجريبي لمجموعة واحدة بتطبيق قبلي وبعدي وتتبعي.

5-2- جودة الحياة:

تتمثل في الإحساس الموجب بحسن الحال على ضوء ارتفاع مستويات رضا الفرد عن ذاته وعن حياته، وذلك انطلاقا من الدرجات التي يحصل عليها المراهقون من إخوة الأطفال المصابين بمتلازمة داون (عينة الدراسة) على مقياس **كارول رايف لجودة الحياة النفسية 1989 ,Ryff** وأبعاده الستة التالية (تقبل الذات، العلاقات الايجابية مع الآخرين، الاستقلالية، التحكم في البيئة، أهداف الحياة، النمو الشخصي) طبقا للتصميم التجريبي القائم على المجموعة الواحدة، ومقارنة درجاتهم قبل تطبيق البرنامج الإرشادي وبعده، وكذا بعد مرور 3 أشهر من انتهاء البرنامج بهدف تفحص التحسن المحتمل في جودة الحياة النفسية لدى الإخوة العاديين.

5-3- العلاقات الأخوية:

درجة التفاعل والاتصال بين الإخوة في ظل وجود طفل معاق، عن طريق الدرجة التي يحصل عليها المراهقون من إخوة ذوي متلازمة داون (عينة الدراسة) على مقياس استبيان العلاقات الأخوية لدى المراهقين: "Sibling Relationship Questionnaire (SRQ)" "لفورمان وبهرمستر"(1985)، وبعديه الرئيسيين (الدفء أو التقارب، والصراع) طبقا للتصميم التجريبي القائم على المجموعة الواحدة، ومقارنة درجاتهم قبل تطبيق البرنامج الإرشادي وبعده، وأيضا بعد مرور 3 أشهر من انتهاء البرنامج بهدف تفحص التحسن المحتمل في جودة العلاقات الأخوية لدى الإخوة العاديين.

5-4- السلوك التكيفي:

هو درجة الكفاءة التي يقابل بها الفرد مستويات الاستقلال الذاتي والمسؤولية الاجتماعية المناسبة لعمره الزمني وبيئته الاجتماعية، والتي يتم التحقق منها عن طريق الدرجات التي يحصل عليها الأطفال

المعاقين ذهنيًا من ذوي متلازمة داون على مقياس السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية للإعاقة الذهنية المقنن والمعرب على البيئة السعودية والذي أعده (عبد الله الحسين 2005) على الأبعاد التسعة التالية:

الوظائف الاستقلالية (ويتضمن ثمانية عناوين فرعية (تناول الطعام، استعمال المرحاض، النظافة، المظهر العام، العناية بالملبس، خلع الملابس في الأوقات المناسبة ، التنقل ، والوظائف الاستقلالية الأخرى) ، **النمو الجسمي** (ويشتمل على النمو الحسي، والنمو الحركي) ، **النشاط الاقتصادي**(ويحتوي على التعامل بالنقود ، ومهارات الشراء) ، **النمو اللغوي** (يتمثل في التعبير اللغوي ، الفهم الشفوي ، والنمو اللغوي الاجتماعي)، **الأعداد والوقت** (تشتمل على مفهوم العدد، مفهوم الوقت) ، **النشاط ما قبل المهني، المهني** (يحتوي كلا من الصلاحية للعمل، تأدية العمل، وعادات العمل)، **التوجيه الذاتي(**يتضمن المبادرة ، المثابرة ، ووقت الفراغ)، **المسئولية**(تحوي كلا من الممتلكات الشخصية، المسؤولية العامة)، **المهارات الاجتماعية**(تتضمن التعاون ومراعاة شؤون الاخرين ووعيه بمن حوله) طبقا للتصميم التجريبي القائم على المجموعة الواحدة ، وقد تمت مقارنة درجات مقياس السلوك التكيفي قبل تطبيق البرنامج الإرشادي وبعده، وأيضا بعد مرور 3 أشهر من انتهاء البرنامج بهدف ملاحظة التحسن المحتمل في السلوك التكيفي لدى أطفال متلازمة داون.

5-5-إخوة المعاق:

الإخوة الذين تتراوح أعمارهم بين(13-18) سنة من الأسر التي بها بنت أو ابن مصاب بمتلازمة داون ملتحق بمراكز المعاقين .

5-6-الأطفال المعاقين المصابين بمتلازمة داون :

كل طفل يعاني من الإصابة بمتلازمة داون وملتحق بمراكز المعاقين عقليا يتراوح عمره بين (8- 15) سنة.

6- حدود الدراسة: تتحدد الدراسة من خلال ما يلي:

6-1- المنهج المستخدم:

تم استخدام المنهج شبه التجريبي؛ حيث يمثل البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي (المتغير المستقل)، ويمثل الفرق بين التطبيق القبلي والبعدي في مستوى جودة الحياة النفسية والعلاقات الأخوية لدى الإخوة العاديين، والسلوك التكيفي لدى الإخوة المصابين بمتلازمة داون(المتغير التابع).

6-2- عينة الدراسة:

تكونت العينة من (10) مراهقين من إخوة الأطفال ذوي متلازمة داون الذين تتراوح أعمارهم الزمنية من 13-18سنة.

6-3- أدوات الدراسة:

-استبيان العلاقات الأخوية لدى المراهقين: (SRQ).

- مقياس كارول رايف لجودة الحياة النفسية (Ryff, 1989).

- مقياس السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (AAMR, ABS, S:2).

- برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتحسين جودة الحياة النفسية والعلاقات الأخوية لدى الإخوة العاديين، وأثره في تنمية السلوك التكيفي لدى الأطفال المعاقين عقليا.

6-4-الحدود المكانية للدراسة:

بالنسبة للحدود المكانية فقد تم اختيار جمعية الأمل(المركز النفسي البيداغوجي للاطفال للمعاقين عقليا) لتطبيق البرنامج الإرشادي.

6-5- الحدود الزمنية للدراسة:

استغرق تطبيق البرنامج 5 أسابيع بواقع أربع جلسات فى الأسبوع، خلال شهر جوان من سنة 2013.

الجانـــــب النظـــــــــــــــــــري

الفصـــل الثانـــي: جـــــــودة الحيـــــاة

تمهيـــــــــــــــــــــــــــــــد

1- مفهـــــوم جـــــــودة الحيـــــــــــاة

2- مفهـــــوم جـــــودة الحيـــــاة النفسيـــــة

3- مداخـــــل جودة الحيـــــاة النفسيـــــــــة

3-1- نموذج المتعة في جودة الحياة النفسية

3-2- نموذج تحقيق القدرات الشخصيـــــة

فـــــي جودة الحيـــــــاة النفسيـــــــــة

3-3- الاتجـــــــــاه التكاملـــــــــــــي

4- جودة الحياة النفسية لدى إخوة المعاقين

خـــــــــــلاصـــــــــــــــــــــــة

تمهيد:

عرف مفهوم جودة الحياة في الآونة الأخيرة اهتماما كبيرا من قبل الباحثين في المجال الأكاديمي، وقد اكتسب مكانة بارزة في الدراسات الاجتماعية منذ سبعينيات القرن الماضي، ليصبح مفهوما شاملا يهتم برفاهية المجتمع .

على الرغم من أن جودة الحياة قد دُرِست بشكل مكثف على مدى العقود الأربعة الماضية، إلا أن "الحياة الجيدة" يمكن العثور عليها في كتابات "أفلاطون" وتلميذه "أرسطو".

لقد حظي هذا المفهوم باهتمام كبير في العلوم الطبيعية والإنسانية؛ منها علم البيئة، والصحة، والطب النفسي، وعلم النفس، وعلم الاجتماع وغيرها، إلا أنه لم يلقَ اتفاقا بين الباحثين على تعريفه ومكوناته، وكذا المتغيرات الفاعلة فيه بسبب تجاذبه بين هذه الاختصاصات المتعددة.

سوف نتطرق في هذا الفصل إلى مفهوم جودة الحياة، ومفهوم جودة الحياة النفسية، ومداخل جودة الحياة النفسية، وكذا جودة الحياة النفسية لدى إخوة المعاقين.

1- مفهوم جودة الحياة:

يُعد مفهوم جودة الحياة من مجالات البحوث الأسرع نموا والأكثر اهتماما خلال القرن الحادي والعشرين، ويعد هذا المفهوم مقياسا لمدى رفاهية الأفراد والمجتمعات والشعوب.

لقد أصبحت جودة الحياة من القضايا الهامة في ممارسة الرعاية الصحية، والدراسات، والأبحاث العلمية منذ عام (1948)، حين قامت منظمة الصحة العالمية بتعريف الصحة بأنها: " ليست غياب المرض والعجز فقط، بل هي أيضا السلامة الجسدية، والعقلية، والرفاهية الاجتماعية". (Marcia et al :1996,35)

لا يوجد تعريف موحد لمفهوم جودة الحياة نتيجة لتجاذبه بين عدة تخصصات، وتنوع السياقات التي يستخدم فيها هذا المفهوم ، إذ على الرغم من كثرة استخدامه إلا أنه لا يزال يتسم بالغموض مما أدى إلى تلخيص عشرات التعريفات لهذا المفهوم.

حيث قام "كيمينس" "Cummins" (1997) بتلخيص 60 تعريفا لمفهوم جودة الحياة بعد مراجعته لأدبيات المفهوم، فيما قام كل من "هوانج وهيوز" "Hwang &Hughes" (1996) بتحليل 87 دراسة حول جودة الحياة، وحددا 44 تعريفا. (Turnbull et al :2003,70)، في حين يرى "فاركهر" "Farquhar" (1995) أن تعريفاتِ جودة الحياة عديدة، وغير متناسقة، ولا يوجد تعريف أجمع عليه الباحثون حولها.(Farquhar:1995, 502).

كما اختلفت المؤشرات التي تناولها الباحثون في تعريفهم لجودة الحياة بين مؤشرات ذاتية، وأخرى موضوعية، فكل منهم قد تناوله بصورة مختلفة وفقا للسياق الذي تم التناول من خلاله.

إذ ركز بعض الباحثين على المؤشرات الموضوعية، مثل الدخل، ونوعية السكن، والوظيفة ، فيما ركز آخرون على قدرة الفرد على العمل بوصفه المكون الرئيس لجودة الحياة. (Sainfort et al :1996,497)

حيث يرى "فرانكل" "Frankl" (1997) في هذا الصدد أن مهنة الفرد من أهم السبل التي يكتسب من خلالها معنى وقيمة في حياته، فالعمل يعد بمثابة المجال الذي يبدو فيه تفرد الشخص في علاقته بالمجتمع، ومن ثم يكتسب معنى وقيمة لحياته.(خميس: 2010، 157).

كما توصل مجموعة من "الباحثين الدوليين الذين قاموا بالبحث في جودة الحياة في مجال الإعاقة الذهنية" " The Special Interest Research Group on Quality of Life "سنة (2000) إلى توافق في الآراء المتعلقة بقياس وتطبيق جودة الحياة، وأكدوا أن الخصائص الرئيسة لمجمل التعريفات تدور حول: (أ) مشاعر الرفاهية العامة، (ب) مشاعر المشاركة الاجتماعية الإيجابية، (ج) تحقيق الشخصية. وقد اتفق الباحثون أن جودة الحياة متعددة الأبعاد، تشمل أبعادا ذاتية، وأخرى موضوعية (Turnbull et al :2003 ,71).

ويوجد تعريفات لاحصر لها لجودة الحياة سوف نستعرض بعضا منها ، حيث يُعرّف "بوجنار" "Bognar" (2005) جودة الحياة بأنها الرفاهية الحياتية للإنسان بصفة عامة، والعوامل المؤثرة في حياته بصفة خاصة.

ويرى"دنيس وآخرون" "Dennis et al" (1993) أن جودة الحياة هي اكتفاء الإنسان بمتطلبات حياته وفق لخبراته في هذا العالم، وهذه المتطلبات قد تشمل الإكتفاء من الحاجات المادية، والتربية، والتعليم، والصحة، والبيئة، وغيرها من العوامل الأخرى؛ وهو مفهوم نابع من الأدب المهني في مجال السياسات العامة ، وفي مجال إدارة الأعمال وإرضاء العملاء والإعلان والصحة، والبيئة، والسياسة، والتربية والتعليم.(الهنداوي:2011، 34)

كما تعبر جودة الحياة عن اكتمال السلامة البدنية والعقلية، والرفاه الاجتماعي، وليس مجرد غياب المرض، أو العجز، وكذا التصور الذاتي للارتياح أو السعادة في المجالات المهمة للفرد، أو شعور الشخص بالرفاهية، والتي تتأتى من الرضا أو عَدمه في مجالات الحياة الخاصة بالفرد. (Pais-Ribeiro:2004,124)

تشتمل التعريفات السابقة على مفاهيم متنوعة مثل الرفاه، والرضا، والسعادة، التصورات الشخصية للرضا عن الحياة، والسعادة، والعلاقات الاجتماعية، والصحة البدنية، والنفسية.

يمكن أن نجد كل هذه المفاهيم في التقنيات المستعملة لقياس جودة الحياة، إلا أنه لا يوجد تعريف موحد، يتناسب مع كل البحوث، ويصبح معيارا لمفهوم جودة الحياة.

في هذا الصدد، قام كل من "هاس وبرادين" "Haase& Braden" بمناقشة الحاجة إلى توضيح مفهوم جودة الحياة، وتوفير مبادئ توجيهية فيما يتعلق بالمفهوم، والتقييم، والقياس. وتوصلا إلى أن توضيح هذا المصطلح يتم فقط عن طريق استخدام تحليل المفهوم (Cynthia :2011 ,32). وذلك نظرا للكم الهائل من التعريفات التي وردت في هذا المفهوم.

عموما، يمكن تصنيف وجهات النظر حول مفهوم وتعريف جودة الحياة إلى أربع مجموعات:

1-1- المجموعة الأولى:

عادة ما يتم تعريف مفهوم جودة الحياة في ضوء بعدين أساسيين لكل منهما مؤشرات معينة وهما: البعد الذاتي، والبعد الموضوعي.

تتألف هذه المجموعة من الباحثين الذين تناولوا نظرة شمولية لجودة الحياة. يرى أصحاب هذا التوجه أن جودة الحياة هي مجموع مركب من تفاعل الأبعاد الموضوعية

والذاتية(Felce et al :1995,51) . هذا ما يتفق مع تعريف "كيمينس" "Cummins" (1999) لجودة الحياة بوصفها تتكون من بُعدين ، أحدهما ذاتي، والأخر موضوعي، وكل بعد يحتوي على مجموعة من المجالات. (Ralph:2010 ,84).

في نفس السياق، يرى "مركز بحوث جودة الحياة في الدانمارك" (2006) أن البحوث حول جودة الحياة تميز بين جوانب ذاتية، وموضوعية. تتمثل الجوانب **الجوانب الذاتية** في الشعور الجيد بما يدور حول الفرد والرضا بشكل عام، فيما تتعلق **الجوانب الموضوعية** بتحقيق المطالب الاجتماعية، والثقافية، والثروة المادية، والرفاهية. (Townsend :2006,18)

إن جودة الحياة طبقا لهذا التوجه تنتظم وفقًا لمكونات المؤشرات الموضوعية والذاتية، وبالتالي يتعين على الباحثين التركيز على هذه المكونات والبحث فيها.

2-1- **المجموعة الثانية:**

تركز المجموعة الثانية من الباحثين على المؤشرات الخاصة بالبعد الذاتي كتصور شخصي في مفهوم جودة الحياة.

يؤكد هذا المعنى كل من "تيلور وبوجدان" "Taylor & Bogdan" (1996)، "فريكي وآخرون" **"**Vreeke, et al" (1997).

يقول "تيلور وبوجدان" "Taylor & Bogdan" أن "جودة الحياة موضوع للخبرة الذاتية، إذ لا يكون لهذا المفهوم وجود أو معنى إلا من خلال إدراكات الفرد، ومشاعره وتقييماته لخبراته الحياتية. (أبو حلاوة:2010، 2)

كما يعرف "شالوك" **"**Schalock**"** (1996) جودة الحياة بأنها الشروط اللازمة للفرد فيما يتعلق بحياته وصحته ورفاهيته، وأن إدراك الفرد لجودة الحياة يظهر من خلال الرضا والإرتياح.

إلا أن مفهوم جودة الحياة هو بناء متعدد الأبعاد يتضمن عددا من المؤشرات، كالعوامل الخارجية تضاف إلى التصور الذاتي للإرتياح النفسي.

1-3- **المجموعة الثالثة:**

ترى أن الإتفاق بشأن تصور أو تعريف لمفهوم جودة الحياة غير قابل للتحقيق، وذلك انطلاقا من تجاذبه بين مختلف التخصصات والسياقات.

لقد أخذ كثير من الباحثين الذين بهذا الرأي، نذكر منهم: "إيدجرتون" "Edgerton" (1990) ، "جود" "Goode" (1997)، "نوفالدت وجينلي" "Neufeldt & McGinley" (1996).

1-4- **المجموعة الرابعة:**

عارضت أي تعريف أو تطبيق لهذا المصطلح. حيث أن "تايلور" "Taylor" (1994)،"وصن" "Sen" (1993) خلصوا إلى أن أي تعريف لجودة الحياة قد يفشل في الاعتراف بالتنوع البشري.

فيما يرى "رومني وآخرون" "Romney et al" (1994) أن مفهوم جودة الحياة يعتمد على القيم والثقافة، ويتغير بمرور الزمن، وأن التنوع لا مفر منه، وأشاروا إلى أن هناك تعريفات لا تحصى، وشككوا في جدوى السعي إلى تعريف عام.

شاطره هذا الرأي أيضا كل من: "لوكاسون وآخرون" "Luckasson et al" (1992)، "هوتون" "Hatton"(1998)، "وولفنسبرجر" "Wolfensberger" (1994). (Ralph :2010 ,84)

إن جودة الحياة حسب هؤلاء الباحثين تعكس مدى إدراك الفرد لمكانته في الحياة على ضوء منظومة القيم الموجودة في بيئته وثقافته.

إن ما يمكن ملاحظته هو عدم الاتفاق على تعريف واحد لمفهوم جودة الحياة، حيث قام كل باحث بتعريفه تبعا للسياق الذي تم تناوله فيه، إلا أنه عادة ما يشار في أدبيات هذا المفهوم إلى تعريف "منظمة الصحة العالمية " (1995) بوصفه أقرب التعريفات إلى توضيح المضامين العامة لجودة الحياة.

وتُعرّف "منظمة الصحة العالمية" جودة الحياة بأنها: "إدراك الفرد لوضعه في الحياة في سياق الثقافة، وأنساق القيم التي يعيش فيها، ومدى تطابق أو عدم تطابق ذلك مع: أهدافه، وتوقعاته، وقيمه،

واهتماماته المتعلقة بصحته البدنية، وحالته النفسية، ومستوى استقلاليته، وعلاقاته الاجتماعية، وإعتقاداته الشخصية، وعلاقته بالبيئة بصفة عامة" (أبو حلاوة:2010، 2).

إن جودة الحياة بهذا المعنى، تشير إلى تقييمات الفرد الذاتية لظروف حياته، إضافة إلى الإشارة للسياق الثقافي الذي ينتمي إليه الفرد.

تعد جودة الحياة النفسية من المفاهيم الحديثة نسبيا في علم النفس، حيث ظهر هذا المصطلح كأحد الموضوعات الهامة في مجال "علم النفس الإيجابي" "Positive Psychology"، وهو مجال معاصر يهتم بدراسة الخصائص الإيجابية ونواحي القوة لدى الإنسان، لذا سوف نستعرض مفهوم جودة الحياة في أبجديات علم النفس فيما سيلي.

2- مفهوم جودة الحياة النفسية:

من بين العلوم التي اهتمت بجودة الحياة "علم النفس" "Psychology"، حيث تم تبني هذا المفهوم في مختلف التخصصات النفسية، النظرية منها والتطبيقية.

لقد كان لعلم النفس السبق في فهم وتحديد المتغيرات المؤثرة على جودة حياة الإنسان، ويرجع ذلك في المقام الأول إلى أن جودة الحياة في النهاية هي تعبير عن الإدراك الذاتي لتلك الجودة، فالحياة بالنسبة للإنسان هي ما يدركه منها.(شاهر:2010، 120)

إن البحث في "جودة الحياة النفسية" "psychological well-being (PWB)" قد تزايد في العقود الأخيرة ، على سبيل دراسات "دينر، صه، لوكاس، وسميث" "Diener, Suh, Lucas, Smith" (1999) ، "كانيمان، دينر، وشوارتز" "Kahneman, Diener, & Schwarz" (1999)، "كييس، سموتكان وريف" "Keyes, Schmotkin, & Ryff " (2002)، "سترام وشاص" " Stratham& Chase " (2010)، "سليجمان" "Seligman" (2011).

مع ذلك، أكدت "رايف وكييس" "Ryff & Keyes " سنة (1995) أن غياب الأسس التي تقوم عليها نظرية جودة الحياة النفسية، أمر محير.(Dodge et al :2012,222)

يعد مفهوم جودة الحياة النفسية من المفاهيم المعقدة نسبيا، إذ تسهم في تأسيسه مجموعة متنوعة من المكونات والعوامل النفسية، والإنفعالية، والمعرفية، لذا تعددت التعريفات التي طُرحت لهذا المفهوم من الباحثين المهتمين بهذا المجال.

حيث ترى "فيرونيك" "Veronique" (2011) أن تسمية جودة الحياة النفسية جاءت من دون أي تفسير مفاهيمي، أو نظري، وأدى استعراض الدراسات التجريبية والنظرية لجودة الحياة النفسية إلى تحديد 23 مفهوما يضم 42 من الأبعاد المنفصلة، وهو استنتاج يتفق مع ملاحظات"كييس" "Keyes" (2005)، الذي لخص بدوره 13 بعدا.(Veronique et al :2011)

تشير الأدبيات النفسية هي الأخرى إلى صعوبة صياغة تعريف محدد لجودة الحياة النفسية، إذ على الرغم من شيوع استخدامه إلا أنه غير واضح ويتسم بالغموض.

طبقا "للأشول" (2005) تكمن أسباب الصعوبة في الأسباب التالية:

1- حداثة المفهوم على مستوى التداول العلمي.

2- تطرق هذا المفهوم للإستخدام في العديد من العلوم، حيث يستخدم أحيانا للتعبير عن الرقي في مستوى الخدمات المادية والاجتماعية التي تقدم لأفراد المجتمع، كما يستخدم للتعبير عن إدراك الأفراد لمدى قدرة هذه الخدمات على إشباع حاجاتهم.

3- لا يرتبط هذا المفهوم بمجال محدد من مجالات الحياة، أو بفرع من فروع العلم، إنما هو مفهوم موزع بين الباحثين والعلماء على اختلاف تخصصاتهم، واللافت للنظر أن أصحاب كل تخصص يرون أنهم أحق باستخدامه، سواء أكان تخصصهم علم الاجتماع أم الطب بفروعه المختلفة، أم العلوم البيئية والاقتصادية، أم التربية وعلم النفس.(شاهر:121،2010)

كما يستعمل مفهوم "جودة الحياة النفسية" "psychological well-being (PWB)" على نطاق واسع بالتبادل مع عدة مفاهيم أخرى، منها على سبيل المثال: الرفاهية، السعادة، الرضا عن الحياة، جودة الحياة، الصحة النفسية الانفعالية، جودة الحياة الذاتية، الوجود النفسي الأفضل، جودة الحياة، الهناء الشخصي، الرفاهية الإنسانية، الرضا عن الحياة، جودة الحياة النفسية، السعادة النفسية، طيب الحياة النفسية؛ والتي استخدمت بشكل مترادف مع جودة الحياة النفسية، لكن بالرغم من ترابط هذه المفاهيم إلا أنها ليست متطابقة.(أبو عاصي: 2012، 200، 201).

كما تعددت التعريفات المتعلقة بجودة الحياة النفسية، حيث ركز بعضهم على المشاعر السلبية والإيجابية، كما هو الحال مع تعريف "ريكر وونغ" "Reker and Wong" (1984) لجودة الحياة النفسية بأنها: "وجود المشاعر الإيجابية مثل السعادة، والرضا، والفرح، وراحة البال، وعدم وجود المشاعر السلبية مثل الخوف، والقلق، والاكتئاب."(Talbot :2013,242)

فيما ركز البعض الأخر على الأداء النفسي والتكيف مع البيئة، حيث ترى "رايف" "Ryff" (1989) بأنها الأداء النفسي الأمثل للفرد إضافة إلى خبرته، ويحددها "تشيك" "Shek"(1992) من خلال التعريف التالي: "هي حالة الشخص السليم عقليا الذي يمتلك عددا من صفات الصحة النفسية الإيجابية، مثل التكيف بشكل فعال مع بيئته، وجوانب شخصيته".

وقد عرفت جودة الحياة النفسية أيضا من خلال السعادة والرضا عن الحياة ، وهو ما ذكره "دزوكا ودولبرت" "Dzuka&Dalbert" (2000) بأن جودة الحياة النفسية هي الرضا العام، والسعادة، أو التقرير الشخصي حول رضا الفرد عن الحالة النفسية، والذي يعكس نوعية الحياة والمزاج.

فيما ذهب "ديسي وريان" "Deci and Ryan" (2008) إلى اعتبار أن جودة الحياة النفسية تشير إلى عيش الحياة بطريقة كاملة ومرضية للغاية. (Afework:2013,16)

مما سبق يتضح وجود تباين في تعريف جودة الحياة النفسية، إلا أن معظم الباحثين اتفقوا على أنها مجموعة من المؤشرات التي تدل على الرضا العام لدى الفرد، وسعيه المستمر لتحقيق أهدافه الشخصية التي تتلاءم مع بيئته.

نتج عن هذا التباين في التعريفات ظهور عدة مداخل لدراسة متغير جودة الحياة النفسية ، سيتم التطرق لأبرزها فيما سيلي.

3- مداخل جودة الحياة النفسية:

على الرغم من عدم وجود توافق في الآراء بشأن الأساس المفاهيمي لجودة الحياة النفسية، إلا أن هناك ثلاث منظورات بحثية رئيسية مؤثرة :

3-1- نموذج المتعة في جودة الحياة النفسية "Hedonic psychology Well–Being"

يحدد مدخل المتعة جودة الحياة النفسية والسعادة والحياة الطيبة من حيث المتعة وتجنب الألم.

وقد وُجد هذا التقليد لدى العديد من المفكرين طوال تاريخ الفلسفة، وعلم النفس، ويمكن إرجاعه إلى **"ريستبوس القوريناني"** (تلميذ أرسطو)، الفيلسوف اليوناني من القرن الرابع قبل الميلاد (Carr:2011,40). حيث يقول: "إن الهدف من الحياة هو تجربة أكبر قدر ممكن من المتعة، وأن السعادة هي في مجملها لحظات من المتعة".

تم تبني مذهب المتعة الفلسفي في وقت لاحق من قبل العديد من الفلاسفة، من بينهم "هوبز" "Hobbes" ، الذي يرى أن السعادة تكمن في السعي الناجح لتحقيق الرغبات الإنسانية، ويعتقد "دوساید" "DeSade " أن السعي وراء الشعور بالمتعة هو الهدف النهائي للحياة .

فيما يرى الفلاسفة النفعيون مثل "بنثام" "Bentham" أنه من خلال محاولة الأفراد تعظيم اللذة والمصلحة الذاتية يتم بناء المجتمع. وهكذا تم التعبير عن جودة الحياة النفسية في مذهب المتعة في نظرته للرفاهية، بأشكال كثيرة، حيث تراوحت من التركيز على الملذات الجسدية إلى التركيز على الرغبات والمصالح الذاتية. (Ryan et al :2001 ,144).

يتمثل هذا التوجه حاليا في جهود مجموعة من الباحثين الذين ساهموا في عمل مُؤلف حول هذا المنظور بعنوان: "أسس علم النفس المتعة" "The Foundations of Hedonic Psychology". قام بإعداده كل من: "كانمان، دينر، سوارتز" "Kahneman, Diener, and Schwartz" (1999) (Carr:2011,40).

أصبح هذا النموذج يدرس على نطاق واسع، ويشار إلى المتعة في جودة الحياة النفسية أيضا بجودة الحياة العاطفية أو الشخصية « subjective or emotional wellbeing».

يعتبر "دينر" "Diener" رائد هذا التوجه من خلال دراساته المنجزة في هذا المجال. حيث قام باستعراض ورقة بحثية عام (1984) حول جودة الحياة الشخصية، اقترح من خلالها نموذجا لجودة الحياة النفسية يرتكز على تقييمات معرفية ووجدانية من حياة الفرد.

بشكل أكثر تحديدا، يرى "دينر" "Diener" وزملاؤه أن المتعة (أو جودة الحياة الذاتية) هي تجربة متكررة من المشاعر والمزاج اللطيف، وتجربة نادرة من العواطف والمزاج السلبي. (Shane :2011)

يعرفها "كانيمان وآخرون" "Kahneman et al" (1999) بأنها تلك الأحداث التي تجعل خبرات الحياة سارة أو غير سارة.

ويرى كل من" دينر، سوه، لوكاس، وسميث" "Diener, Suh, Lucas, and Smith" (1999) أن جودة الحياة الشخصية هي: مجموعة واسعة من المؤشرات السلوكية التي تشمل الإستجابات العاطفية ومجالات الرضا، والأحكام العامة حول الرضا عن الحياة. (Britt, T.W et al :2006,147)

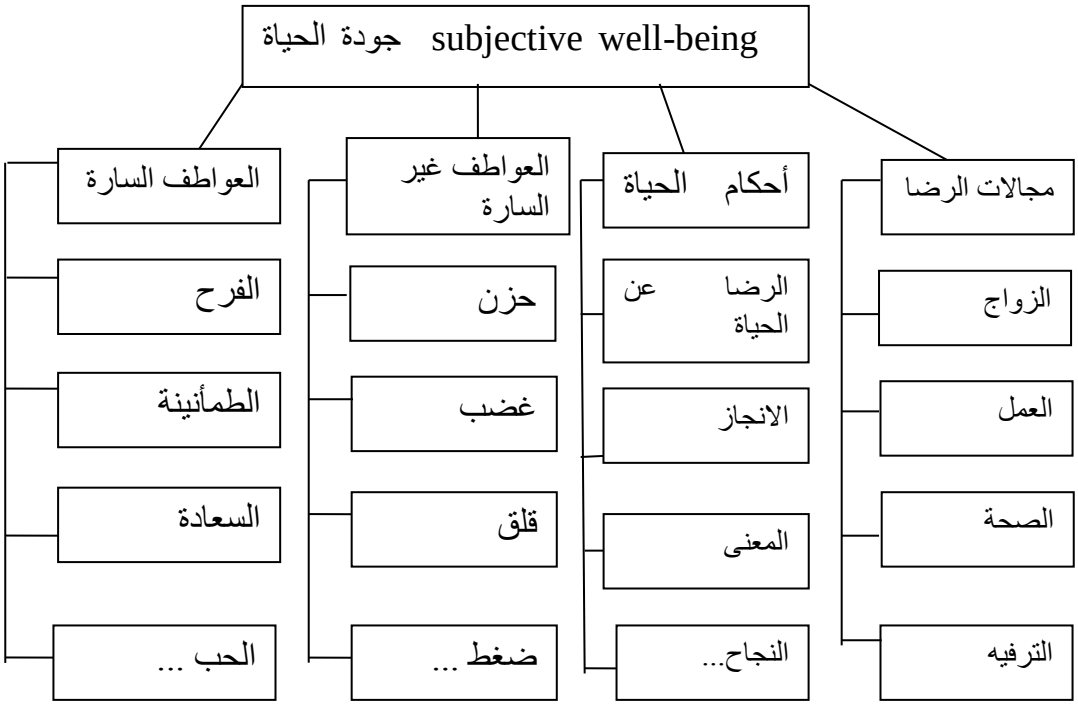
هكذا نجد هذا المدخل ينظر إلى جودة الحياة النفسية بوصفها أساس المزاج الإيجابي والرضا عن الحياة ، ما يعني تنامي الشعور الإيجابي مع تدني الشعور السلبي.

وقد تم تحديد هذه المؤشرات السلوكية، كمكونات تشكل جودة الحياة الذاتية، حيث سنستعرضها كما سيلي.

3-1-1- مكونات جودة الحياة الشخصية "subjective well-being":

يركز الباحثون في تعريفهم لجودة الحياة الشخصية على الشعور بالسعادة، والرضا عن الحياة، وتفعيل هذا التوجه يستند إلى مؤشرات تؤثر إيجابا، أو سلبا على جودة الحياة الذاتية.

في هذا الهيكل الهرمي سوف نستعرض مكونات جودة الحياة الشخصية (SWB)، وسوف تُقدم هذه المكونات على شكل تسلسل هرمي للمفاهيم.



الشكل رقم (1):نموذج هرمي لجودة الحياة الشخصية E. Diener et al

في أعلى مستوى من التسلسل الهرمي مفهوم جودة الحياة الشخصية نفسها "SWB"، وهو يعكس التقييم العام لحياة الشخص، والباحثون الذين يعملون على هذا المستوى يجب عليهم قياس المكونات المختلفة من المستويات الدنيا في التسلسل الهرمي للحصول على صورة كاملة لرفاهية الفرد بشكل عام.

ثم يليه المستوى الثاني، الذي يتكون من أربعة مكونات محددة، والتي توفر المزيد من الفهم الدقيق لجودة الحياة الشخصية (SWB) (Diener et al :2003,191,192)، وسوف نتعرض لأهم مكونات جودة الحياة الذاتية بنوع من التفصيل:

أ)- المشاعر السارة وغير السارة "Pleasant & Unpleasant":

إن المشاعر السارة وغير السارة هي التي تؤثر في المزاج والعواطف معا، وتؤثر أيضا على عمليات تقييم الناس لأحداث حياتهم، لذا اقترح الباحثون في هذا المدخل قياس هذه المشاعر لتأثيرها على حياة الفرد.

وقد تم تحديد المشاعر السلبية والإيجابية كما يلي: تتمثل المشاعر السارة في الفرح، والغبطة، والرضا، والفخر ، والمحبة ، والسعادة ، والنشوة؛ فيما تتمثل المشاعر غير السارة في الشعور بالذنب، والخجل ، والحزن ، والقلق، الغضب ، والإجهاد ، والإكتئاب ، والحسد(Yan:2008,37) .

تعكس المشاعر السارة وغير السارة الخبرات الأساسية للأحداث الجارية في حياة الناس (Diener et al :2003,191,192). وبالتالي، فإن العديد من الباحثين يقومون بتحليل هذه التقييمات العاطفية التي تشكل أساس إصدار الأحكام من قبل الأفراد.

ب)- الرضا عن الحياة :" life satisfaction"

يمكن اعتبار الرضا عن الحياة بأنه المكون المعرفي من جودة الحياة الشخصية. هذا ما ذهب إليه "برادلي وكوروين" "Bradley & Corwyn " (2004) اللذان يعتبران أن الرضا عن الحياة يعكس مدى تلبية الاحتياجات الأساسية، وإلى أي مدى يمكن تحقيق مجموعة متنوعة من الأهداف؛ أي أن تحقيق عدة أهداف يزيد من الرضا عن الحياة .

يرى "بوتل" "Beutell"(2006) أن الرضا عن الحياة مرتبط أكثر بالصحة البدنية والعقلية، وطول العمر، وغيرها من الأمور الإيجابية.

بالإضافة إلى ذلك، يرى "تشاو" "Chow" (2009) أن تحسن مستويات الرضا عن الحياة، يؤدي إلى صحة أفضل في المستقبل (Frijns :2010, 9) ، فيما يعرف "شين وجونسون" " Shin and Johnson" (1978) الرضا عن الحياة بأنه: " تقييم شامل لجودة حياة الشخص وفقا لمعاييره المختارة"(DIENER et al :1985,71)، فالحكم على رضا الإنسان عن حياته يعتمد على المقارنة بين ظروف الفرد مع ما يعتقده من معايير مناسبة ؛ وإن رضا الفرد عن حاله يعتمد على مقارنة نفسه بالآخرين من خلال معاييره التي يتبناها ، وليست تلك التي تفرض عليه من الخارج.

ج)- مجالات الرضا:

يعتبر مجال الرضا المكون الرابع التي تم تضمينه في هذا النموذج الهرمي من جودة الحياة الشخصية. وتعكس مجالات الرضا تقييم الشخص للمجالات المحددة في حياته، ويفترض أنه إذا كنا

قادرين على تقييم كافة المجالات الهامة في حياة الشخص، يمكننا إعادة بناء حكم الرضا عن الحياة العامة بالتدرج من الأسفل إلى الأعلى.

تشير الأدبيات في مجالات الرضا عن الحياة : أن حياة الفرد يمكن تناولها بوصفها بناءً عاما من عدد من المجالات المحددة، وأن الرضا عن الحياة يمكن أن يفهم على أنه نتيجة الارتياح في مجالات الحياة المختلفة. (Rojas :2004,6)

نلاحظ أن مكونات جودة الحياة الشخصية في هذا المدخل تمثل بنيات متميزة ، تحتاج إلى أن تفهم على حدة، على الرغم من أنها ترتبط ارتباطا وثيقا .

وقد تم التركيز في هذا المدخل بشكل خاص على الجوانب الشخصية للرفاهية، المتمثلة في كيفية تقييم الأفراد لحياتهم الخاصة، بما تحتويه من تجارب إيجابية وسلبية للأحداث، وكذا التقييمات المعرفية للحياة الجيدة ، فيما تم استبعاد النضج الشخصي وتنمية قدرات للفرد، وهو ما تم التطرق إليه في المدخل الثاني الذي سوف نتعرض له.

3-2- نموذج تحقيق القدرات الشخصية في جودة الحياة النفسية أو (النمو،الهدف،المعنى (eudaimonic well–being

يركز هذا التوجه على الأداء الأمثل، وتحقيق الذات، والنموذج الأكثر شيوعا لهذا التوجه هو نموذج **"كارول رايف وكييس"**(**Ryff 1989; Ryff and Keyes 1995**).

يتألف هذا النموذج من ستة أبعاد: (تقبل الذات، العلاقات الإيجابية مع الآخرين، الإستقلالية، التحكم في البيئة، أهداف الحياة، النمو الشخصي). (Kashdan T. B, et al. :2008,219)

لقد كان أرسطو أول من استعمل هذا المفهوم (eudaimonic) بوصفه أحد مفاهيم السعادة. حيث رفض فكرة أن السعادة يمكن أن تتساوى مع تحقيق المتعة، واقترح أن السعادة الحقيقية يمكن أن تتحقق من خلال عيش حياة التأمل والفضيلة.

يرى **"فروم"** (**1981**)، بالإعتماد على هذا الرأي الأرسطي، بأن السعادة الحقيقية تتطلب التمييز بين تلك الإحتياجات (الرغبات) التي لديها خبرة ذاتية، وارتياح يؤدي إلى متعة آنية، والاحتياجات التي

تضرب بجذورها في الطبيعة البشرية، والتي تؤدي إلى تحقيق نمو الإنسان، وتنتج هدف ومعنى في حياة الفرد، وهذا هو مفهوم "السعادة". (Ryan et al :2001,145)

تركزت الأبحاث النفسية في هذا المنظور على تحديد العوامل التي تزيد من قدرة الناس على تحقيق إمكاناتهم . وقد تمخضت عنها نظريتين مرتبطتين بهذا التوجه، وهما:

3-2-1- نظرية محددات الذات: "ديسي وريان" "Deci& Ryan"(2000)

يعتبر هذا النموذج الأول لمدخل جودة الحياة النفسية، ويقوم على القدرات الشخصية، وقد وضعه كل من "ريان و ديسي" " Ryan& Deci ".

تفترض هذه النظرية وجود ثلاث حاجات أساسية، وهي:

- **الإستقلالية**: الحاجة إلى اختيار ما يجب فعله، وأن يكون الفرد مسؤولا عن حياته الخاصة.
- **الكفاءة** : الحاجة إلى الشعور بالثقة فيما يقوم به الفرد.
- **الارتباط**: الحاجة إلى العلاقات الإنسانية التي تكون قريبة وآمنة مع احترام الإستقلالية والكفاءة. (Steger et al :2008,23)

ترى هذه النظرية أن "المعنى أو الهدف" "eudaimonia" في جودة الحياة النفسية يشير إلى وسيلة للحياة، وليس حالة نفسية أو نتيجة لها؛ بل هو وسيلة للعيش تركز على ما هو جدير بالاهتمام لدى البشر. وترى أن القيم الجوهرية هي في صلب الطبيعة البشرية، وأن هذه القيم عالمية.

تقدم هذه النظرية نموذجا في جودة الحياة النفسية بالإعتماد على الهدف أو المعنى "eudaimonia" من خلال أربعة مفاهيم تحفيزية:

أولا: التركيز على الأهداف الجوهرية والقيم الذاتية، بما في ذلك نمو الشخصية، والعلاقات، والمجتمع، والصحة، بدلا من الأهداف والقيم الخارجية ، مثل الثروة ، والشهرة ، و السلطة.
ثانيا: التصرف بطرق إرادية ، والرضا بدلا من الطرق الإتكالية .
ثالثا: إدراك الفرد لنفسه وعمله بحس من الوعي .
رابعا: التصرف بطرق تلبي الحاجات النفسية الأساسية للكفاءة والارتباط ، والأحكام الذاتية .

تؤكد هذه النظرية أن هذه الحاجات عندما تتعزز تؤدي إلى الرضا، وزيادة والسعادة النفسية، ويؤدي نقص هذه الحاجات إلى تأثير سلبي على الأداء. (Ryan et al :2006,141)

تركز هذه النظرية على الحاجات التي يؤدي تحقيقها إلى تحقيق جودة الحياة النفسية وهي: الإستقلالية، الكفاءة، والإرتباط، لكن جودة الحياة النفسية لا تتلخص في ثلاثة أبعاد فقط ، بل تتعداها إلى أبعاد ومؤشرات أكثر وهو ما تطرقت إليه نظرية رايف.

3-2-2- نظرية "رايف" "Ryff ":

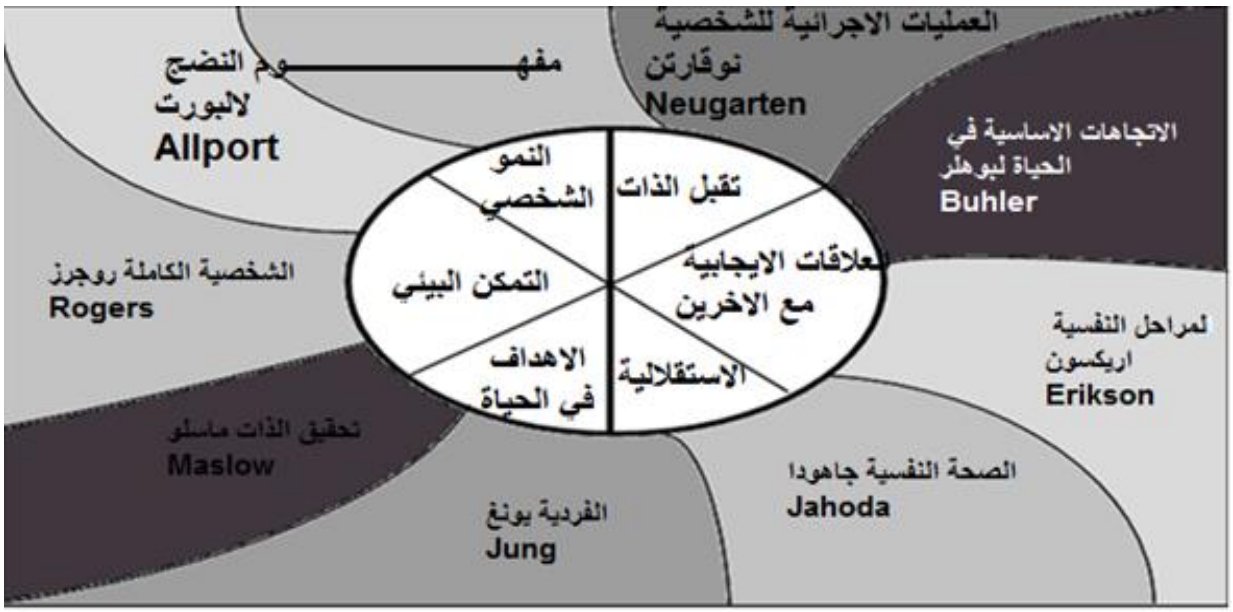
ترى نظرية "رايف" حول مفهوم جودة الحياة النفسية، أن شعور الفرد بجودة الحياة ينعكس في درجة إحساسه بالسعادة التي حددتها (رايف) بستة أبعاد .

يضم كل بعد مجموعة من الصفات، تمثل هذه الصفات نقاط إلتقاء لتحديد معنى السعادة النفسية، الذي يتمثل في وظيفة الفرد الإيجابية في تحسين مراحل حياته (مبارك، 2012، 726).

قدمت "رايف" إطارا نظريا متكاملا لجودة الحياة النفسية استنادا على دراسة وتطوير العديد من المفاهيم والنظريات.

من النظريات التي اعتمدت عليها مفهوم تحقيق الذات لماسلو، والوظائف الشخصية الكاملة لـ"روجرز"، والفردية لـ"جونج"، ومفهوم النضج لـ"ألبورت"، والمراحل النفسية لـ"أريكسون"، ونزعات الحياة الأساسية لـ"بوهلر"، والعمليات الإجرائية للشخصية لـ"نيوجارتن"، ومفهوم الصحة النفسية.

قامت "رايف" ببناء نموذج أصلي لجودة الحياة النفسية، انطلاقا من مفهوم أن الصحة ليس مجرد الخلو من المرض، وإنما الشعور بشيء من الإيجابية، والشكل التالي يوضح النظريات التي اعتمدت عليها رايف في بناء هذا النموذج:



الشكل(2):الأبعاد الأساسية لجودة الحياة النفسية والأسس النظرية الخاصة بها (Ryff, et al.2008,20) .

يحتوي هذا النموذج على ستة أبعاد كما يلي:

1- تقبل الذات"self– acceptance": يشير إلى القدرة على أقصى مدى تسمح به القدرات والإمكانات، والنضج الشخصي، والإتجاه الإيجابي نحو الذات.

2- العلاقات الايجابية مع الآخرين "positive relation with others": تشير إلى القدرة على إقامة علاقات اجتماعية إيجابية متبادلة مع الآخرين، قائمة على الثقة والتواد، والقدرة على التوحد مع الآخرين، والقدرة على الأخذ والعطاء مع الآخرين.

3-الاستقلالية "autonomy": تشير إلى القدرة على تقرير مصير الذات، والاعتماد على الذات، والقدرة على ضبط وتنظيم السلوك الشخصي.

4- التمكن البيئي(السيطرة على البيئة) " Environmental mastery": تشير إلى القدرة على اختيار وتخيل البيئات المناسبة، والمرونة الشخصية أثناء التواجد في السياقات البيئية.

5-الأهداف في الحياة "purpose in life": تشير إلى أن يكون للفرد هدف في الحياة، ورؤية توجه تصرفاته وأفعاله نحو تحقيق هذا الهدف مع المثابرة والإصرار.

6- **النمو الشخصي "personal growth"**: ويشير إلى قدرة الفرد على تنمية قدراته، وإمكاناته الشخصية لإثراء حياته.(رجيعة: 2009، 189 ، 190)

تصنف "رايف" المرتفعين والمنخفضين في جودة الحياة النفسية كما هو موضح في الجدول:

الجدول رقم(01):

تصنيف كارول رايف للمرتفعين والمنخفضين في جودة الحياة النفسية(Ryff et al.2008,25, 26)

أبعاد جودة الحياة النفسية	أعلى الدرجات	أدنى الدرجات
تقبل الذات	إمتلاك مواقف إيجابية اتجاه الذات؛ قبول الجوانب المتعددة من الشخصية بما في ذلك الصفات الجيدة والسيئة؛ الشعور بالإيجابية حول الحياة الماضية.	الشعور بعدم الرضا عن النفس؛ الشعور بخيبة الأمل بالنسبة لأحداث الحياة الماضية؛ الرغبة في أن يكون الفرد مختلفا عما كان عليه.
العلاقات الإيجابية مع الآخرين	التمتع بالدفء والرضا وعلاقات الثقة مع الآخرين؛ الشعور بالقلق على مصالح الآخرين، والقدرة على التعاطف القوي، المودة والألفة؛ وتبادل العلاقات الإنسانية.	وجود عدد قليل من المقربين، وعدم وجود علاقات وثيقة مع الآخرين. وجود صعوبة في تكوين علاقات جيدة، والشعور بالقلق إزاء الآخرين؛ الشعور بالعزلة والإحباط في العلاقات الشخصية. عدم الاستعداد لتقديم تنازلات للحفاظ على العلاقات مع الآخرين.
النمو الشخصي	الشعور بالتطوير المستمر ونمو الذات وتوسعها؛ الإنفتاح على التجارب الجديدة. الإحساس بتحقيق إمكانياته؛ ووجود تحسن في النفس والسلوك على مر الزمن. التغيير في الطرق التي تعكس أكثر معرفة الذات وفعاليتها.	وجود شعور بالركود في الشخصية؛ الافتقار إلى الشعور بتحسين أو توسيع العمل؛ الشعور بالملل وعدم الاهتمام بالحياة؛ عدم القدرة على تطوير مواقف وسلوكيات جديدة.
الأهداف في الحياة	وجود أهداف في الحياة، والشعور بمعنى الحياة في الماضي والحاضر. يحمل الفرد معتقدات تعطي هدف للحياة؛ وله أهداف وغايات يعيش لأجلها.	يفتقر إلى الشعور بمعنى الحياة ولديه عدد قليل من الأهداف. لا يرى أهدافا لحياته الماضية؛ لا يوجد لديه التوقعات أو المعتقدات التي تعطي معنى للحياة.
التحكم في البيئة	الشعور بالإتقان والكفاءة في إدارة البيئة؛ وسيطرته على مجموعة معقدة من الأنشطة الخارجية. الإستخدام الفعال للفرص المحيطة؛ والقدرة على اختيار أو إنشاء سياقات مناسبة للإحتياجات والقيم الشخصية.	لديه صعوبة في إدارة الشؤون اليومية؛ وغير قادر على تغيير أو تحسين السياقات المحيطة. يجهل الفرص المحيطة به؛ يفتقر إلى الشعور بالسيطرة على العالم الخارجي.
الاستقلالية	قادر على تحديد ذاته واستقلاليتها؛ قادر على مقاومة الضغوط وتنظيم السلوك من الداخل؛ تقييم الذات حسب المعايير الشخصية.	الشعور بالقلق إزاء توقعات وتقييمات الآخرين؛ الإعتماد على أحكام الآخرين لإتخاذ قرارات مهمة؛ التوافق مع الضغوط الاجتماعية بدلا التفكير والتصرف بطرق مختلفة.

هكذا ترى رايف أن جودة حياة الفرد تكمن في قدرته على مواجهة الأزمات التي تظهر في مراحل حياته المختلفة من خلال المؤشرات الستة التي سبق ذكرها، وأن تطور مراحل الحياة هو الذي يحقق سعادته النفسية التي تعكس شعوره بجودة الحياة.

3-3- الإتجاه التكاملي:

كان ينظر إلى نموذج المتعة، ونموذج تحقيق القدرات الشخصية في جودة الحياة النفسية على أنهما مجالين متميزين ومتباينين في دراسة جودة الحياة النفسية.

لكن إجابات الأفراد حول تجربتهم بالنسبة لجودة الحياة النفسية، أشارت إلى أنها تتكون من مجموعة متنوعة من جوانب المتعة، وجوانب تحقيق القدرات الشخصية في جودة الحياة النفسية، وهذا التوازن النفسي والإنسجام جزء لا يتجزأ من جودة الحياة النفسية (Currie:2001,48) .

من هنا اقترح البعض اتجاها تكامليا لجودة الحياة النفسية، والعمل به كبديل ثالث، في محاولة للتوفيق بين الاتجاهين السابقين.

من الباحثين الذين اقترحوا اتجاها تكامليا نجد "ريان و دوسي" "Ryan and Deci " (2001)، يليه زملاؤه "كييس ومجيرمو" "Keyes and Magyar-Moe" (2003) ، "كييس" "Keyes" (2006)، "كييس وأخرون" "Keyes et al" (2002)، "لانت" "Lent"(2004) (Veronique. D et al :2011).

حيث اعتبروا هذا التقسيم لا يترجم واقع جودة الحياة النفسية بالضرورة، لأنه غير واضح المعالم، ويفتقر إلى أدوات قياس متسقة، علاوة على ذلك فإن الأدلة التجريبية تدل على وجود تداخل من الناحية النظرية بين الاتجاهين (Kashdan et al. :2008,219).

افترض "مارتن سليجمان" "Martin Seligman "(2002) أن جودة الحياة النفسية المرتفعة في كل من نموذج المتعة، ونموذج تحقيق القدارت الشخصية يؤدي إلى زيادة الرضا عن الحياة بشكل أفضل من السعي لتحقيق كل جانب لوحده، ويرى أن الحياة الخالية من الجودة هي التي تكون منخفضة في كلا الجانبين.

يؤيد هذا الرأي "بيترسون وآخرون" "Peterson et al" (2005) الذين قاموا بدراسات حول الفروق الفردية في أنماط الحياة، وأيهما أولى : البحث عن المعنى أم المتعة.

كما اقترح "كوري كييس" "Corey Keyes" (2002, 2007) التكامل بين كل من نموذج المتعة ونموذج تحقيق القدرات الشخصية في جودة الحياة النفسية، وركز على مفهوم الصحة النفسية، باعتبارها ملازمة لجودة الحياة النفسية، حيث تعبر المشاعر الإيجابية على جودة الحياة الشخصية، والأداء الإيجابي، وكذا جودة الحياة النفسية الاجتماعية.(DELLE FAVE et al :2011 ,13)

لقد حاول الباحثون مؤخرا دمج هذين المدخلين لتطوير جودة الحياة النفسية والسعادة، حيث قام كل من "بيترسون، وبارك، وسليغمان" "Peterson, Park, and Seligman" (2005) بوضع توجه أشاروا إليه "بالتوجهات نحو السعادة" (0TH) "Orientations to Happiness".

وفقا لهذا التوجه، فإن الأفراد قادرون على استخلاص الرضا عن الحياة من ثلاثة توجهات مختلفة نحو السعادة :

أولا: المتعة: والتي تنطوي على تجارب ممتعة وإيجابية، وتعكس مدخل المتعة من السعادة "Hedonic".

ثانيا: المعنى: يحدث عندما تستخدم القدرات والمواهب من أجل تحقيق الصالح العام، وإعطاء معنى للحياة، ويعكس مدخل القدرات الشخصية من السعادة "eudaimonic".

ثالثا: الالتزام: هو القيام بالأنشطة التي تستوعب النموذجين.

استخدم "بيترسون وآخرون" "Peterson et al" استبيان التوجه نحو السعادة (0TH) سنة (2005) وذلك بإجراء دراسة مع 854 مشاركا بهدف معرفة مساهمات كل من المتعة والمعنى والالتزام في الرضا عن الحياة. وجدوا أن التوجهات الثلاثة (0TH) كان لها تنبؤ كبير بالرضا عن الحياة. (Currie :2011,48)

يعتبر الإتجاه التكاملي في دراسة جودة الحياة النفسية بديلا جيدا، حيث يشتمل على كل من نموذج المتعة ونموذج تحقيق القدرات الشخصية في جودة الحياة النفسية، أين يتم دراستهما مع بعضهما جنبا إلى جنب بدلا من دراسة كل واحد على حدة.

4- جودة الحياة النفسية لدى إخوة المعاقين:

إن وجود طفل معاق في الأسرة يمكن أن يكون عبئا إضافيا على الإخوة العاديين، باعتبار أن الأطفال المعاقين يتطلبون المزيد من الرعاية والاهتمام من قبل الوالدين مما يجعل تركيزهما قليلا على بقية الإخوة.

هذا ما يجعل الوالدان يشعران بالذنب حول قدرتهم على تكريس الاهتمام لكل طفل. وتزيد حدة هذا القلق فيما يتعلق بجودة الحياة النفسية والنمو العاطفي لدى الإخوة العاديين.(Puttick:2011,8)

حيث يواجه الأشقاء طيلة حياتهم وصم الأقران وغيرهم من الأفراد الذين لا يفهمون سلوكيات واحتياجات الإخوة المعاقين. (Burbidge :2013,11)

لقد تركز الاهتمام حول أثر الإعاقة على الأسرة والعلاقات الأسرية في وقت مبكر، إلا أنه في الآونة الأخيرة توسع الاهتمام بأفراد الأسرة الآخرين (بما في ذلك الأخوة) كمخبرين، وتقييم جودة حياتهم، أين تم دراسة وتقييم جودة الحياة النفسية لدى إخوة الأطفال المعاقين من قبل العديد من الباحثين.

حيث أشارت بعض الدراسات أن تجربة الحياة مع أخ معاق هي تجربة مَرَضية (Caffaro:2013,38)، مما يؤدي إلى تأثر جودة الحياة النفسية للإخوة العاديين .

فيما قام كل من "هيلر وكلينغ أرنولد" "Heller & Keiling Arnold" (2010) بمراجعة الأعمال المنشورة للفترة(1970-2008) حول إخوة المعاقين.

أظهرت النتائج أن هذه الدراسات تقدم صورة مختلطة، وأن الأشقاء لديهم علاقات وثيقة مع إخوانهم المعاقين، وتوقع بتبني أدوار داعمة لهم عندما يكبرون في السن. (Heller et al :2010,16)

كما تم تحليل مضمون (25) دراسة حول أثر الإعاقة على جودة الحياة النفسية لدى الإخوة العاديين من قبل "روسيتر و شارب" "Rossiter and Sharpe" (2001) ، ووجدا أن هناك تأثير سلبي يتمثل في زيادة المشاكل السلوكية، والإكتئاب، وهذا بدوره يؤثر على جودة الحياة النفسية للأشقاء. (Caffaro:2013,38).

وفي ظل نقص الدراسات حول التدخل عن طريق الإخوة لتحسين جودة الحياة النفسية، تؤكد دراسة "هيلر وكريمر" "Heller and Kramer" (2009) أن الإخوة العاديين يتوقون لمشاركة فعالة في حياة أشقائهم ذوي الإعاقة، ولكنهم بحاجة إلى مزيد من المعلومات، وفرص التواصل، والدعم من قبل مختص تربوي أو نفسي، وتكوين مجموعات إرشادية تضم الأشقاء. (Heller et al :2009,208)

تتميز فترة المراهقة بالصراعات الشخصية، والعاطفية، التي تؤدي إلى الرغبة في الانفصال عن بقية أفراد الأسرة.

هذه الفترة في حد ذاتها شاقة ومرهقة، وغالبا ما تؤثر سلبا على قدرة المراهق على التعامل مع هذه الأوضاع المجهدة ، والمتمثلة في العيش مع أخ يعاني من إعاقة أو مرض مزمن. (Hallberg:2013,1)

كما أن رد فعل الزملاء قد يسبب صعوبة للأشقاء، فيشعرون بعدم الارتياح من حضور الأصدقاء إلى المنزل، والاختلاط بهم، نظرا لمخاوفهم من ردة فعلهم اتجاه أخيهم، وهذا بدوره يسبب الشعور بالوحدة لدى الأشقاء ويحد من تفاعلهم مع غيرهم من الأطفال حسب "ستروم" "Strohm" (2002) (Barr:2010,163) ، إضافة إلى مشاعر الذنب، والصراعات داخل الأسرة بسبب إعاقة الأخ. (Hallberg:2013,1).

لقد حظيت العوامل المؤثرة على جودة الحياة النفسية للإخوة باهتمام الباحثين، وتعتبر معظم هذه العوامل سلبية.

حيث ذكر "هولسن" "Holsen" (1999) أن المشاكل السلوكية التي أظهرها أشقاء الأطفال الذين يعانون من "متلازمة داون" تتمثل في اضطرابات السلوك، ومشاكل الانتباه، والسلوك المعادي

للمجتمع، إضافة إلى مشاكل الاستيعاب، والقلق(Holsen, L. M:1999 ,5) . هذه المشاكل ناتجة عن تأثير العيش مع أخ معاق، وما ينجر عنها من نقص اهتمام الوالدين بالأطفال العاديين، ومسؤوليات الأسرة، والضغوط المختلفة. (Smith.T et al :2005, 77)

تشير بعض البحوث إلى أن نسبة صغيرة من أشقاء الأطفال المعاقين معرضون لصعوبات في جودة الحياة النفسية. منها دراسة "مارسيا فان ريبر" " Marcia Van Riper"، التي توصلت إلى أن الأشقاء لديهم مفاهيم ذاتية جيدة. وأشارت تقارير الأمهات أن هؤلاء الأشقاء كانوا أكفاء اجتماعيا، مع وجود نسبة منخفضة من المشاكل السلوكية، وارتبطت جميع متغيرات الأسرة بشكل كبير مع مؤشرات جودة الحياة النفسية للإخوة العاديين.(Riper,V.M :2000,267)

كما قام "مركز الدراسات الوالدية" "parenting research centre" بسلسلة من المشاريع للتحقيق في هذه الصعوبات التي يواجهها بعض الأشقاء، وكيف يمكن للوالدين تقديم دعم أفضل لهم.

وحقق في العوامل المرتبطة بجودة الحياة النفسية لدى إخوة المعاقين، والتعرف على التحديات الخاصة التي يواجهها الآباء والأمهات في تربية الأبناء ودعم الأشقاء.

أشارت النتائج الأولية إلى أن حوالي 80 في المائة من عينة 116 من الآباء والأمهات الذين شاركوا في الدراسة، أفادت أنها تشعر بالقلق "جدا " إزاء تأثير إعاقة أو مرض طفلهم على بقية الأشقاء، وذلك تحديدا فيما يتعلق بـ:

- عدم إعطاء الاهتمام الكافي للأشقاء.
- تأثر الأشقاء بسبب عدم قدرة الأسرة على تقديم ما تقدمه الأسر العادية لأبنائها.
- الشعور بالذنب بسبب عدم وجود الوقت الكافي للأشقاء العاديين.
- صعوبة تلبية احتياجات الأشقاء.
- صعوبات إدارة الأسرة(Giallo : Parenting Research Centre).

تبين الدراسات التي تم عرضها الاهتمام المتزايد بجودة حياة الأشقاء الذين يعيشون مع أخ أو أخت معاقة، لكن يبقى هناك تضارب في النتائج المتوصل إليها، إضافة إلى غياب برامج إرشادية تساعد الإخوة العاديين على تحسين جودة حياتهم النفسية.

خلاصة:

لقد تم التعرض في هذا الفصل إلى مفهوم جودة الحياة، حيث اتضح أنه من المفاهيم التي تم تناولها في علوم مختلفة وسياقات عديدة، كما تم تناوله من المنظور النفسي، أين ذكرنا ثلاث اتجاهات رئيسية:

الإتجاه الأول الذي ركز على جودة الحياة الشخصية "hedonic well-being" ، يرى أصحابه أن جودة الحياة النفسية، هي تغليب المشاعر الإيجابية على المشاعر السلبية إضافة إلى الرضا عن الحياة.

أما **الإتجاه الثاني** فهو يركز على تحقيق القدرات الشخصية في جودة الحياة النفسية ، حيث يرى أن الإرتياح عبارة عن تحقيق القدرات الشخصية والنمو، والهدف، والمعنى "eudaimonic well-being".

في **الإتجاه الثالث** تم استعراض الإتجاه التكاملي، كبديل ثالث، في محاولة للتوفيق بين الإتجاهين السابقين؛ والذي يرى أن جودة الحياة النفسية تتكون من مجموعة متنوعة من جوانب المتعة، وجوانب تحقيق القدرات الشخصية في جودة الحياة النفسية، وهذا التوازن النفسي والإنسجام جزء لا يتجزأ من جودة الحياة النفسية.

كما كان لزاما علينا التطرق إلى جودة الحياة النفسية لدى إخوة المعاقين، حيث أن الآثار التي تتركها الإعاقة على الأسرة تؤثر على إدراك الإخوة العاديين لجودة الحياة النفسية، وهذه الآثار تستوجب الوقوف عليها ومحاولة التخفيف منها عن طريق الإرشاد النفسي.

الفصل الثالث: العلاقات الأخوية لدى إخوة المعاق

تمهيد

1- مفهوم العلاقات الأخوية

2- خصائص العلاقات الأخوية

3- مظاهر العلاقات الأخوية

4- العلاقات الأخوية عبر مراحل الحياة

5- نظريات العلاقات الأخوية

6- العلاقات الأخوية لدى الطفل المعاق

6-1- آثار الإعاقة على الإخوة

6-2- التدخل الإرشادي عن طريق الأشقاء لتحسين السلوك التكيفي للإخوة المعاقين

خلاصة

تمهيد:

لقد أصبح الدور الرئيسي الذي تلعبه العلاقات الأخوية في جميع مراحل الحياة أكثر وضوحا بعدما زيادة البحوث العلمية حول هذه العلاقة في الآونة الأخيرة، والتي غالبا ما كانت مهملة.

على الرغم من إيلاء هذا الموضوع اهتماما عابرا في الماضي، إلا أن السعي لفهم طبيعة هذه العلاقة قد ازداد على نطاق واسع في الوقت الحالي.

وانطلاقا من أن هناك عددا من القضايا المهمة التي يجب فهمها حول العلاقات الأخوية وتكوين فكرة عنها، يستعرض الفصل الحالي أدبيات العلاقات الأخوية وأهميتها ، حيث سيتم التطرق إلى مفهوم العلاقات الأخوية، وخصائصها، ومظاهرها ، والعلاقات الأخوية عبر مراحل الحياة، ونظريات العلاقات الأخوية، وأخيرا العلاقات الأخوية لدى الطفل المعاق.

1- مفهوم العلاقات الأخوية:

يلعب الأشقاء دورا مهما في حياة بعضهم البعض لأنهم يكبرون في نفس المنزل، وغالبا ما تعكس العلاقات الأخوية الحالة العامة للتماسك داخل الأسرة الواحدة .

على الرغم من كثرة استعمال مصطلح العلاقات الأخوية وتداوله في العلوم الاجتماعية ، إلا أنه قلما نعثر على تعريف يوضح معنى هذا المصطلح.

لقد حاول بعض الباحثين تقديم تعريف للعلاقات الأخوية، حيث يعتبرها "روسيتر وآخرون" "Rossiter et al" (2000) بأنها جزء لا يتجزأ من نظام الأسرة، ويشير مصطلح العلاقات الأخوية حسبهم إلى مجموع التفاعلات بين الأشخاص الذين يتشاركون في نفس الوالدين البيولوجيين، إضافة إلى نفس المعرفة، والتصورات، والا-تجاهات، والمعتقدات. (Rossiter et al: 2000,1)

فيما ترى "ماك هيل وآخرون" "McHale et al" (2013) أن العلاقات الأخوية هي العلاقة الأكثر ديمومة في حياة معظم الأفراد، وهي موجودة في صميم الحياة اليومية للأطفال والمراهقين في جميع أنحاء العالم، وفي كل الثقافات. وهي من بين العلاقات الأكثر أهمية في حياة الأفراد، في مرحلة الطفولة، والبلوغ، وحتى سن الشيخوخة. (McHale et al :2013,15)

يعرف "ستونمان وبرودي" "Stoneman and Brody" (1993) العلاقات الأخوية بأنها علاقة تبدأ مع ولادة الطفل الثاني، وتستمر حتى وفاة واحد من الأشقاء، فضلا على أنها أقرب وأطول علاقة محتملة . (Metin et al :2010, 2440)

تكتسب العلاقات الأخوية أهميتها من خلال مجموعة من المميزات. حيث ذكر "بويست وآخرون" "Buist et al " (2013) أن العلاقة الأخوية علاقة فريدة، تتميز بالحب والدفء، فضلا عن الصراع والتناحر، ومع ذلك فهي من أكثر العلاقات إهمالا في الأبحاث والممارسات النفسية، على الرغم من أن هناك عددا من الأسباب التي تجعل العلاقات الأخوية مهمة جدا للفرد ونموه (Buist et al :2013,98)، سوف نستعرض بعضا منها فيما يلي:

أولا: تشير الإحصاءات الأخيرة أن أكثر من 90 بالمائة من الناس يعيشون مع أشقائهم.

ثانيا: العلاقة الأخوية علاقة دائمة وطويلة، تتطور خلال الحياة (Milevsky : 2011) ، وهي واحدة من العلاقات الأكثر ديمومة في حياة الفرد من المهد إلى اللحد.

ثالثا: إن الأشقاء يقضون الكثير من الوقت معا أكثر من الآخرين، بما في ذلك الآباء والأمهات.

رابعا: العلاقات الأخوية تؤثر على العلاقات الأخرى داخل الأسرة، كما يتبين من نظرية النظم الأسرية، التي تفترض أن جميع الأفراد داخل الأسرة يؤثرون على بعضهم البعض.

خامسا: السبب الأخير لأهمية دراسة العلاقات الأخوية هو أنها تؤثر تأثيرا كبيرا على الأداء النفسي للإخوة. (Buist et al. :2013,98)

بالرغم من الأهمية الكبيرة للعلاقات الأخوية إلا أنها لم تلقى الاهتمام الكافي. حيث خلص "هيغار" "Hegar" (1988) في مراجعة لأدبيات العلاقات الأخوية، إلى أن العلوم الاجتماعية والتخصصات المهنية أهملت دراسة هذا الموضوع، وهو رأي دعمه أيضا عدد من الكتاب الذين سبقوه، على غرار "إريش" "Irish" (1964) ، "برلمان" "Perlman" (1967)، "بفوتس" "Pfouts" (1976)، لكن هذا النقص النسبي في دراسة العلاقات الأخوية بدأ يتغير في السنوات الماضية، حيث تم نشر عدد قليل من البحوث حول العلاقة الأخوية قبل منتصف (1980)، تلاها تناول الباحثين لجوانب متعددة من

العلاقات الأخوية لاحقا، بما في ذلك: الأشقاء والأحداث (Boer & Dunn, 1992)؛ الأشقاء عبر الحياة (Cicirelli, 1995)، التنافس بين الأخوة (Klagsbrun, 1992)، العنف بين الأخوة (Caffaro&Conn-Caffaro, 1998)، فقدان الأخوة (Fanos, 1996)، وجوانب أخرى من العلاقات الأخوية.(Hegar:2005,719)

لقد تم تقدم البحوث التي تهدف إلى دراسة العلاقات الأخوية بشكل بطيء نسبيا مقارنة بالبحوث المتعلقة بالعلاقات بين الزوجين وبين الوالدين والطفل. حيث كان يركز الإفتراض السابق أن الآباء لديهم تأثير أساسي على سلوك الفرد ونموه في مرحلة الطفولة والمراهقة، فيما يصبح للأقران تأثير أساسي في مرحلة البلوغ والشيخوخة؛ أما الإفتراض المتعلق بالتأثير الكبير للعلاقات الأخوية على نمو الفرد فإنه قد تحقق مؤخرا فقط.

كما اعتُبرت مرحلة الطفولة غير مؤثرة على العلاقات الأخوية على المدى البعيد، وأن تواصل الأشقاء مع بعضهم البعض يصبح أقل في مراحل لاحقة من الحياة. لكن في الآونة الأخيرة وُجد أن التفاعلات بين الإخوة لها تأثيرات هامة، كما أن ظهور نظرية النظم الأسرية - التي تنظر إلى جميع العلاقات سواء بين الوالدين والأم ، أم بين الوالدين والطفل، أم بين الإخوة، باعتبارها تعمل كجزء من نظام مترابط – حفزت تجدد الاهتمام بالعلاقات الأخوية (Cicirelli:1995,1) .

بعد استعراض هذه الأفكار المختلفة، المتعلقة بالعلاقات الأخوية، يمكن القول بأن الأشقاء يشتركون في علاقة خاصة وهامة داخل منظومة الأسرة، خلافا لغيرها من العلاقات. والعلاقات الأخوية عبارة عن إعداد شخصين لإتخاذ خطوات حاسمة في الحياة، من خلال العلاقات العاطفية والجسدية، وهم يشتركون في علاقة لا تنتهي، وتتميز بأنها قوية عاطفيا، وبالغة الأهمية، ليس فقط في مرحلة الطفولة ولكن على مدى العمر.

وبينما يعتبر بعض الأشقاء أصدقاء جيدون لإخوتهم، ويعيشون علاقات دافئة، نجد آخرين يتصارعون مع بعضهم البعض.

لذا فإن فهم أسباب هذا التناقض بشأن العلاقات الأخوية مهم جدا، حيث سنسلط الضوء على بعض الخصائص التي تميز العلاقات الأخوية في هذا العنصر الموالي.

2- خصائص العلاقات الأخوية:

هناك العديد من الخصائص التي تميز العلاقات الأخوية عن غيرها من العلاقات الشخصية الأخرى يمكن إجمالها فيما يلي:

أولا: العلاقة بين الإخوة والأخوات في مرحلة الطفولة تكون مترابطة جدا، فهم يعيشون معا، ويشتركون في نفس الفضاء، والأشياء، والآباء، والأمهات، كما يقضي الطفل وقتا أكبر مع أخيه أكثر من أي عضو آخر في الأسرة، بما في ذلك الوالدين.

في الأسرة التي يعمل بها الوالدان، يقضي الأشقاء مع بعضهم وقتا أكبر بكثير، لأن الإخوة الكبار يوفرون للأشقاء الأصغر سنا مكانة وسلطة الوالدين. حيث أن ما لا يقل عن نصف التفاعلات الأسرية لدى جميع الأطفال تشمل التفاعل مع أشقائهم، ويرجع ذلك إلى كمية الوقت الكبير الذي يقضونه مع بعضهم البعض، وكذا "التاريخ والألفة" المشتركة التي شيدت بين الأشقاء، ومن خلال هذه التفاعلات يخلق الإخوة والأخوات أنماط تفاعل وثيقة وخاصة.(Tafoya:2008,09)

ثانيا: يشكل الأشقاء عاملا مهما في التنشئة الاجتماعية الثابتة والمستمرة خلال مرحلة الطفولة المبكرة والمتوسطة، حيث يعتبرون نموذجا سلوكيا لبعضهم البعض، كما يصبح الأشقاء الأكبر سنا بمثابة القدوة، والشخصية المرافقة لحياة الأشقاء الأصغر سنا.

ثالثا: يميل الأشقاء إلى مشاركة مكانة وسلطة الأشقاء البالغين، وخلافا للعلاقة الندية، يمكن أن تكون العلاقات الأخوية تكميلية (أي تفاعل هرمي نموذجي للتعليم، والإشراف) ومتبادلة (أي التفاعلات المتبادلة النموذجية من اللعب والصراع).

يرى "فيسبو، بيدرسن، وهاي" "Vespo, Pedersen, and Hay"(1995) بأن الطابع التكاملي للعلاقات الأخوية يسهم في القيادة، وتنمية المهارات التعليمية في مرحلة الطفولة، وأن خصائص التبادل هي "لبنات بناء العلاقات "، لأنها توفر فرص للتعلم وتطوير الذات للإخوة.(Tafoya:2008,10)

رابعا: يعتبر الأشقاء بمثابة مصادر دعم في الأوقات الصعبة، مثلا: أثناء طلاق الوالدين أو زواجهما، ولاسيما إذا كان أحد الأطفال أو كليهما أنثى .

أشار "دن" "Dunn" أن العلاقات الأخوية لها قدرة عالية على التكيف مع الضغوط الأسرية، حيث تصبح العلاقة بين الأشقاء أوثق، وأكثر دعما في مواجهة أحداث الحياة الكبرى، مثل مرض الوالدين، والبطالة، وغيرها.

خامسا: إن العلاقات الأخوية عادة ما تكون متناقضة، بالإضافة إلى الدفء ، هناك كثير من السلبيات والصراعات أكثر من العلاقات بين الأنداد (Deater-Deckard,k et al :2002,572)، وقد أظهرت نتائج دراسة "ماك جوير وآخرون" "McGuire et al"(2000) أن الخلافات بين الأشقاء تدور حول قضايا معينة مثل تقاسم الممتلكات الشخصية، والإعتداء الجسدي، والمحسوبية، بدلا من التنافس لأجل كسب اهتمام الوالدين. (McGuire et al :2000,173)

إن نفس الأشقاء الذين هم قادرون على توفير الدعم لبعضهم البعض في أوقات الشدة، يمكن أيضا أن يكونوا مصادر للتوتر الذي يؤدي إلى مزيد من النتائج السلبية.

حيث يمكن أن يؤدي الصراع والعدوان بين الأخوة إلى اضطرابات سلوكية لدى الاطفال، والسلوك المعادي للمجتمع. (Deater-Deckard et al :2002,572)

إن للعلاقات الاخوية أهمية كبيرة ، إذ تعتبر أساس التنشئة الاجتماعية في حياة الطفل. (Bascoe et al :2012,2121)

ويعتبر الدفء أوالتقارب، والصراع أهم مظاهر العلاقات الأخوية .

3- مظاهر العلاقات الأخوية:

تعتبر العلاقات الأخوية من أقوى العلاقات وأقربها، وأقدرها على البقاء ومواجهة المصاعب، لكنها تتوتر وتتنافر في بعض الحالات مما يؤدي إلى الصراع والتشاحن. تشير الأدبيات المتعلقة بالعلاقات الأخوية إلى وجود مظهرين بارزين هما:

3-1- **الدفء والتقارب: "warmth"**

يعتبر الدفء والتقارب المظهر الإيجابي للعلاقات الأخوية، وقد أكدت الأبحاث باستمرار أن الدفء والتقارب بين الإخوة يرتبط مع مستويات أعلى من الكفاءة لدى للطفل.

حيث يرى "هاو وآخرون" "Howe et al"(2000) أن مشاعر التقارب والدفء في العلاقات الأخوية تشجع على تبادل المعلومات، وتقديم الدعم العاطفي للأشقاء. (Pinky:2005,3)

كما وجد "هاو وآخرون" "Howe et al " (2001) في دراسة أخرى أن الدفء يعتبر السمة الرئيسية المرتبطة مع كل من الفهم العاطفي، ومفهوم الذات. (Howe et al :2001,439)

إن للعلاقات الدافئة فوائد كثيرة، حيث يشعر الأشقاء بالأمن، والثقة، ويكتسبون مهارات حل المشاكل، ويتمكنون من مواجهة التأثيرات السلبية الأخرى في حياتهم.

يمكن أن يقوم الأشقاء بالعديد من الأدوار في خدمة بعضهم البعض، بما في ذلك تقديم الرعاية، والصداقة الحميمية، والتعليم، كما أنهم الأوصياء بتوفير الرعاية لبعضهم البعض عندما يكون الوالدان غير موجودين، أو لا يستجيبان بشكل فعال؛ وأصدقاء مقربين ، يتحدثون إلى بعضهم البعض عن الحالات العاطفية المجهدة، والكشف عن تفاصيل حميمية من حياتهم ؛ وكقدوة، عن طريق التعاطف؛ وكمدرسين، من خلال تعزيز كل من المهارات الاجتماعية، والمعرفية لبعضهم البعض.

هذه الجوانب من التجارب الإيجابية للعلاقات الأخوية، تعبر عن مستويات عالية من الدفء والتقارب.(Alkema:2013,23,24)

لقد خلصت "جودي دان" "Judy Dunn" (2000) إلى أن العلاقات الأخوية تمكن الإخوة من معرفة الكثير عن أنفسهم، وكيفية تعاملهم مع الآخرين، وكذا ردود الفعل اتجاه الآخرين في حالات مختلفة.

كما أن للعلاقات الأخوية تأثير على الكفاءات الاجتماعية والمعرفية للأطفال، من خلال تعلم السلوك الاجتماعي الإيجابي والتعاوني. في هذا الصدد قام "بويست وآخرون" "Buist et al" (2014) بدراسة حول أنماط العلاقات الأخوية (الصراع، والدفء)، وعلاقتها بكفاءة الأطفال ومشاكلهم السلوكية. توصلت الدراسة إلى أن العلاقات الأخوية الدافئة تؤدي إلى الكفاءة الاجتماعية لدى الأطفال. (Buist et al 2014,529)

هكذا يتضح أن الدفء يمثل الوجه الأول للعلاقات الأخوية، والذي يسهم في النمو النفسي والاجتماعي للطفل، ووجهها الثاني هو الصراع الذي سنتناوله في العنصر الموالي.

2-3- الصراع: "Conflict "

يعتبر الصراع المظهر الثاني للعلاقات الأخوية، وهو شكل من أشكال السلوك التصادمي حول أهداف، أو مصالح معيّنة بين الأشخاص.

يتميز الصراع حسب "فاندل وبايلي" "Vandell and Bailey" بمجموعة من السلوكات، مثل الشجار، والمقاومة، والمعارضة، والرفض، والنفي، والاعتراض، والاحتجاج، ويحدث الصراع كلما انخرط اثنين أو أكثر من الأفراد في سلوك المعارضة.

يناقش كل من "سانتز وهوبرت" "Shantz and Hobart"(1989) هذه النقطة عن طريق التمييز بين الصراع والعدوان، فالعدوان يمكن أن يكون أحادي الإتجاه، ولكن الصراع ينطوي على المعارضة المتبادلة. ويستدل على وجود الصراع من خلال التعبير اللفظي، لكن عندما يذهب السلوك أبعد من هذه النقطة، فإنه ينبغي التمييز بين الصراع والعدوان.

تنشأ الخلافات بين الأخوة من تضارب المواقف، أو تشابك الاهتمامات، وقد تكون منازعات الأشقاء متعلقة بالسيطرة على الموارد والممتلكات (مثل لعب الأطفال، والملابس، والتلفزيون، والهاتف)، أو بشأن الحقوق والمستحقات. (Cicirelli:1995,152)

الصراع في مرحلة الطفولة، لا يؤدي إلى نهاية العلاقة ، كما قد يحصل في العلاقات الأخرى.

إن الصراع بين الإخوة ليس معناه أن هناك أزمة في العلاقات الأخوية، أو أنه سبب للكراهية أو العداء الحاد، بل يمكن أن يكون الصراع وسيلة لتعلم المهارات الذهنية، والاجتماعية، ووسيلة للصحة النفسية السليمة.

حيث وجد "كيتزمان وآخرون" "Kitzmann et al " (2002) أن الأطفال الذين لديهم قدرة أقل على إدارة الصراع مع إخوتهم، يمكن أن يكونوا ضحايا للعدوانية في مجموعات الأقران؛ كما أن نوعية الصداقات وأشكالها، تتأثر بالعلاقة بين الوالدين والطفل، والعلاقة بين الإخوة .

فالصراع بين الإخوة قد يوفر فرصة لتعلم التفاوض، الوسطية، وحل المشاكل، وهذا ما يساعد في تطوير قدرات الطفل. (Kitzmann et al :2002,299)

فيما توصل "كاتز وآخرون" "Katz et al"(1992) إلى أن الإخوة الأصغر سنا لا يتعلمون مهارات اجتماعية فعالة عندما يكون الأخوة الأكبر سنا عدوانيين أو مرفوضين من قبل الآخرين. (Pinky:2005,4)

كما أظهرت الدراسات وجود علاقة بين صراع الإخوة ونقص التكيف لدى الأطفال، حيث أثبتت دراسة "ستوكر وآخرون" "Stocker et al" (2000) أن الصراع بين الأطفال في مرحلة الطفولة المتوسطة (7-10) سنوات له تأثير كبير على قلق الأطفال، والإكتئاب، والسلوك المنحرف؛ وأن الإخوة الأصغر سنا الذين ينشئون مع إخوة عدوانيين أكبر سنا، يواجهون خطر المشاكل السلوكية، الأداء الضعيف في المدرسة، وتجارب أقل إيجابية في علاقاتهم مع أقرانهم (Stocker et al :2002,50)، وهذه النتيجة تسلط الضوء على أثر الصراع بين الإخوة على التكيف النفسي في مرحلة الطفولة .

إن تضارب المصالح بين الأشقاء لا يؤدي إلى معارك مدمرة، حيث تشير الدراسات إلى أن العلاقات الأخوية يمكن أن تصبح سياقا للتعلم، وتطويرا لمهارات التفاوض البناءة، طالما كانت إيجابية ودافئة.

حيث خلص "فولينغ" "Volling"(2003) إلى أن الآثار السلبية للصراع بين الأشقاء "تعتمد على وجود أو عدم وجود الدفء بين الإخوة". (Ripoll-Núñez et al:2014,1823).

إن العلاقات الأخوية تتغير أيضا حسب المراحل العمرية، وسوف نستعرض فيما يلي العلاقات الأخوية خلال المراحل المختلفة من الحياة.

4- العلاقات الأخوية عبر مراحل الحياة:

تبدأ العلاقة الأخوية بميلاد الأخ الثاني، وتستمر عبر الحياة، وتتغير وتتطور تبعا لتغير المراحل العمرية.

سوف نستعرض تطور العلاقات الأخوية عبر المراحل المختلفة من الحياة كما سيلي:

4-1-العلاقات الأخوية في الطفولة:

تبدأ العلاقة الأخوية عندما يصبح الأخ الأول على علم بوجود الأخ الثاني. وعادة ما يحدث هذا عند الولادة، عندما يقوم الأخ الأكبر سنا بالاتصال مع الأخ الأصغر سنا مباشرة، وفي كثير من الحالات تبدأ الأم بإعداد الإخوة لوصول أحد الأشقاء في مرحلة ما من حملها.

يعتبر ميلاد أخ جديد صدمة لبعض الأطفال، الذين يمرون بفترة صعبة من التكيف، حيث وجدت "دان و كندريك" "Dunn and Kendrick" أن التكيف يمكن أن يكون أسهل لو تم إعداد الإخوة الأكبر سنا لهذا الحدث مسبقا. (Cicirelli:1995,42)

يعاني الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة حساسية خاصة من تفاعلات الأم مع الأشقاء الآخرين، حيث يبدؤون بمقارنة أنفسهم بأشقائهم.

تكون العلاقات بين الأشقاء غير متكافئة في مرحلة الطفولة المبكرة، حيث أن فجوة سن عامين فقط بين الأشقاء يعطي الأخ الأكبر سنا ميزة رائعة من حيث المهارات اللغوية، والاجتماعية، والمعرفية، والحركية .

بالتالي، تكون العلاقات بين الأشقاء أقل ندية، مقارنة بالندية الكبيرة في المراحل اللاحقة، عندما يكون لفارق السن بين الإخوة تأثير أقل على التفاعل.(Kosonen :2001,31)

يقضي الأشقاء في مرحلة الطفولة المتوسطة المزيد من الوقت مع بعضهم، أكثر من الوقت الذي يقضونه مع والديهم، ويمكن أن يكون الأشقاء بمثابة مصادر للدعم، والصداقة، وتقديم المشورة، واللعب.

لقد قام كل من "ماجواير، مانك،افتخاري، ودان" "McGuire, Manke, Eftekhari, Dunn" (2000) بتسليط الضوء على أهمية العلاقات الأخوية في تطوير الهوية الذاتية للأطفال، وفهم التفاعلات الاجتماعية، والشعور بالحقوق الفردية خلال سنوات سن المدرسة. أشارت النتائج إلى أن العلاقات الأخوية تصبح أكثر مساواة في هذه السن، ما يشير إلى تحسن كبير في نوعية العلاقات الأخوية خلال مرحلة الطفولة المتوسطة. (Megan:2012,9)

في حين أشارت دراسات أخرى أن الصراع يعتبر عنصرا رئيسيا في العلاقة الأخوية خلال هذه المرحلة، كما هو الحال بالنسبة لدراسة "ستورمساك وآخرون" "Stormshak et al" (1996) التي توصلت إلى وجود مستويات عالية من الصراع، ومستويات منخفضة من الدفء لدى الأشقاء في مرحلة الطفولة.(Stormshak et al :1996,79) .

تشهد العلاقات الأخوية خلال مرحلة الطفولة ترددا بين التفاعلات الإيجابية والسلبية المستمرة، لكن هذه العلاقات هل ستستمر في مرحلة المراهقة أم أنها سوف تتغير تبعا لمتطلبات هذه المرحلة؟، هذا ما سوف نستعرضه في العنصر الموالي.

4-2-العلاقات الأخوية في مرحلة المراهقة:

إن لكل مرحلة من مراحل حياة الإنسان سلوكيات ومميزات خاصة بها، وخلال فترة المراهقة تحدث تغيرات هامة في العلاقات الأسرية للمراهقين.

هذه التغييرات تؤدي إلى تناقص في العلاقات مع أفراد الأسرة، وزيادة في العلاقات مع جماعات الأقران. (Oliva et al :2005,253)

إن طبيعة العلاقات الأخوية في فترة الطفولة يمكن أن تمتد إلى فترة المراهقة، ومع ذلك، فإنّ وجود علاقة أخوية جيدة في مرحلة الطفولة لا يضمن نفس العلاقة الأخوية الجيدة في وقت لاحق من مرحلة المراهقة.

قد تتغير العلاقة الأخوية، بالتزامن مع التغيرات البيولوجية، والمعرفية، والاجتماعية التي تحدث خلال فترة المراهقة (Hsiu-Chen, Yeh et al:2004,134)، لأن دور العلاقة الأخوية يتغير من مرحلة الطفولة إلى مرحلة المراهقة.

حيث أن مرتبة الأخوة لدى المراهقين تعتبر أهم من مرتبة الوالدين، ولكنها أقل أهمية من الأصدقاء في سمات الرفقة، والعلاقة الحميمة، والحنو.(O'Laughlin:2006,22)

لكن وجود كميات أقل من التفاعل والرفقة والحميمية لدى المراهقين مع أشقائهم لا يشير بالضرورة إلى أن العلاقات الأخوية في مرحلة المراهقة ليست مهمة. (Hsiu-Chen, Yeh et al:2004,134)

حيث ذكر "سيسيرلي" "Cicirelli" (1995) أن الأشقاء يصبحون مع الوقت أصدقاء، خصوصا عندما يتعلق الأمر بالمشاكل، أو الضغوط العائلية.

وذكرت "وودوارد وفرانك" "Woodward& Frank" (1988) أن المراهقين غالبا ما يلجئون إلى أشقائهم عندما يحتاجون إلى الراحة، ويشعرون بالوحدة. (O'Laughlin:2006,22) .

على الرغم من أن الأشقاء في مرحلة المراهقة ينفقون وقتا أقل في الأنشطة المشتركة، وتميل علاقاتهم الأخوية إلى أن تكون أكثر مماثلة للعلاقات الندية، فإنهم يدعمون بعضهم البعض، من خلال توحيد صفهم ضد الآباء، على سبيل المثال عن طريق المساومة بشكل مشترك.

حسب "فورمان وبوهرمستر" "Furman, Buhrmester" (1990) فإن العلاقة بين الأشقاء في مرحلة المراهقة تصبح أكثر مساواة، وأقل كثافة، وغير متكافئة، وغالبا ما يواجه الأشقاء رحيل شقيقهم الأكبر سنا من منزل الأسرة في مرحلة المراهقة. وهذا سيكون له أثر على كل الأشقاء، لكن الأثر الأكبر يكون على الأخوة الأقرب في العمر، حيث يشعرون بفقدان الدعم العاطفي، وخاصة في الأسرة الصغيرة. (Kosonen :2001,32)

تشهد العلاقات الأخوية في هذه المرحلة تراجعا بسبب ميل المراهقين الأكبر إلى جماعات الأقران، لكن يبقى الأخوة من مصادر الدعم الهامة .

4-3- العلاقات الأخوية في مرحلة الرشد:

إن الإنسان في هذه المرحلة يحتاج إلى عملية تنظيم، وتصنيف، من أجل الوصول إلى حياة مثالية خالية من التعقيدات.

إن مرحلة الرشد هي مرحلة جديدة من الحياة؛ ويتميز الإنتقال من مرحلة المراهقة إلى مرحلة الرشد بالعديد من المعايير، منها الإستقلال المالي، والقدرة على تكوين أسرة والإمتثال لقواعدها، والتحول في الأدوار (الزوج، والأبوة، والعمل بدوام كامل). (Paulsen:2013,8)

بالرغم من اتفاق معظم الباحثين على أن العلاقات الأخوية تتغير خلال مرحلة الرشد، إلا أنهم يختلفون حول كيفية تحول هذه العلاقات.

حيث يصف "بيدفورد" "Bedford"(1990) تحول العلاقات الأخوية في مرحلة الرشد، بقوله: "يعرف التقارب والتفاعل انخفاضا تدريجيا في مرحلة الرشد المبكر، وكذا في سنوات الرشد المتوسطة، وترتفع مرة أخرى في أواخر مرحلة الرشد والشيخوخة ".

هذا يتناقض مع ما توصل إليه "رديمان" "Riedmann"(1992) ، حيث يرى أن الاتصال ينخفض مع التقدم في السن أثناء الرشد ، ويعرف انخفاضا حادا في أواخر مرحلة الرشد، ويرى أن انخفاض المنافسة بين الأشقاء ومشاعر التقارب يتزايد مع تقدم العمر.(Shriner:1999) .

فيما أظهرت دراسة "ستوكر وآخرون""Stocker et al"(1997) أن البالغين لديهم مشاعر متناقضة من الدفء، وكذا الصراع والتنافس نحو أشقائهم.(Stocker et al:1997,210).

يرى "ستيوارت وآخرون" "Stewart et al." (1998) أن الراشدين يشعرون بالقرب من أشقائهم، على الرغم من أن العلاقة بينهم ليست مكثفة بشكل يومي، حيث تتحول العلاقات الأخوية في مرحلة الرشد لمواجهة تغيرات النمو والتقدم الحاصل في هذه المرحلة من الحياة. (Scharf et al:2008,65)

هذه النتائج المتضاربة قد تكون بسبب الإختلافات في الأدوات المستخدمة، وأساليب أخذ العينات، وكذلك طبيعة عرض الدراسات.

مع ذلك، إن البحث عن العلاقات الأخوية في مرحلة الرشد متناثر، وبالتالي، لا يعرف الكثير عن طبيعتها ومدى اختلافها عن العلاقات الأخوية في مرحلة المراهقة.

إن العلاقات الأخوية ديناميكية، ومتغيرة، وتختلف تبعا لمراحل دورة الحياة، وهي لا تقل أهمية في سن الرشد منها عن سن الطفولة والمراهقة.

5- نظريات العلاقات الأخوية:

على الرغم من الدور الكبير الذي يلعبه الأشقاء في الحياة الأسرية، إلا أن البحث في العلاقات الأخوية جاء متأخرا مقارنة بالعلاقات الأسرية الأخرى. من بين التوجهات النظرية التي بحثت في العلاقات الأخوية سوف نستعرض أربعة توجهات رئيسية وهي: نظرية التحليل النفسي-التطوري، النظريات النفسية الاجتماعية ، نظرية التعلم الاجتماعي، نظرية الأسرة والنسق الإيكولوجي.

5-1- نظرية التحليل النفسي-التطوري: "Psychoanalytic–Evolutionary Perspectives "

سوف نتعرض إلى نظريتين حاولتا شرح ديناميات العلاقة الأخوية، وهما: نظرية التعلق"باولبي" "Bowlby" (1969)، ونظرية "أدلر" "Adler" في علم النفس الفردي، حيث تأصلت كتاباتهما منذ بدايات القرن العشرين في مجال التحليل النفسي.

5-1-1- نظرية التعلق: "Attachment theory "

تعتبر نظرية التعلق نتيجة العمل المشترك بين كل من "جون باولبي، وماري اينسورث" "John Bowlby & Mary Ainswort".

حيث وضع جون باولبي المبادئ الأساسية لنظرية التعلق استنادا إلى مفاهيم الأخلاقيات، ومعالجة المعلومات، وعلم النفس التنموي، والتحليل النفسي.

لقد أحدثت هذه النظرية ثورة في الطريقة التي نفكر بها حول العلاقة بين الطفل وأمه، واضطراب الحرمان والفجيعة عند انفصاله عنها. (BRETHERTON:1992)

نظرية التعلق "لباولبي" "Bowlby"(1977) هي وسيلة لفهم نزعة الإنسان إلى جعل الروابط العاطفية قوية مع الآخرين، وشرح العديد من اضطرابات الشخصية التي تحدث بعد الانفصال والخسارة. (Issroff :2005,117)

تتشكل علاقة التعلق عبر السنوات الأولى من حياة البشر، وهذه العلاقة تختلف تبعا للإحساس بدرجة الأمن، والاستجابة للرعاية من قبل الرضيع.

مع نمو الطفل في السنة الثانية يمكن أن يكون التعلق قاعدة آمنة له، يكتشف من خلالها العالم المحيط به، ويعود إليها في الظروف المجهدة من أجل الراحة والشعور بالأمن، كما أن الإنفصال أو فقدان شخصية التعلق في المقابل يثير القلق والضيق.

من هذا المنظور النظري يتبين أن شخصية التعلق الأساسية غالبا ما تكون الأم، والتي تصبح نموذجا أساسيا لجميع العلاقات بما في ذلك التفاعل والعواطف، والسلوكيات الخاصة بالعلاقات الشخصية.

هكذا يتبين أن لعلاقة الطفل مع مقدم الرعاية الأولية أثر على علاقته الأخوية؛ فإذا كانت العلاقة مع مقدمي الرعاية للطفل آمنة عاطفيا، قد تؤدي إلى علاقات إيجابية ومبنية على الثقة مع الآخرين. في حين أن العلاقات غير الآمنة قد تؤدي إلى علاقات سيئة، والصراع مع الآخرين بما فيهم الأشقاء.

ترى نظرية التعلق أنه بالإضافة إلى مقدمي الرعاية الأولية، يمكن للأطفال أن يتعلقوا بمجموعات أخرى مألوفة، من هنا يعتبر الأشقاء مرشحين أن يشكلوا علاقات التعلق .

لكن الأشقاء لا يكوّنون دائما علاقات تعلق، على سبيل المثال، قد يستخدم بعض الأطفال الصغار إخوانهم وأخواتهم كقاعدة آمنة يمكن الاستكشاف من خلالها ، أو كمصدر راحة في الظروف الضاغطة، لكن إمكانات الأشقاء قد لا تتفق مع كائن التعلق لدى البعض الآخر. في هذا الصدد، وجد "جنكينز" "Jenkins" (1992) أن بعض الإخوة يتحولون من توفير الدعم العاطفي لبعضهم البعض، إلى مواجهة الخلافات الزوجية للوالدين. (Shawn et al :2011,125,126,127)

كما أثبتت دراسات عديدة دور الأشقاء كمصدر للأمن العاطفي عند نقاط مختلفة عبر فترة الحياة، منها مرحلة الطفولة المتوسطة والمراهقة حسب دراسة: "كيم وآخرون" " Kim et al" (2006) (Kim et al :2006, 1746).

وكذا دراسة "فوربوستيل وبليزنر" " Voorpostel & Blieszner "(2008) التي توصلت إلى وجود تضامن ودعم عاطفي بين الإخوة في مرحلة البلوغ.(Voorpostel. et al :2008, 157)

إن نظرية التعلق قد توفر أساسا متينا للبحوث في العلاقات الأخوية عبر كل مراحل الحياة. حيث أن التعلق في مرحلة الطفولة بين الأشقاء يشبه ويكمل علاقة التعلق بين الطفل والوالدين، بل إنها قد تعوض بعض أوجه القصور لدى الوالدين في حالات الإجهاد والحرمان، كما أن العلاقة بين الأشقاء أيضا تتطور مع مرور الوقت، وفي المقابل تتغير سلوكيات التعلق.

5-1-2-أدلر وعلم النفس الفردي:" Adler's theory of individual psychology "

يعتبر "ألفريد أدلر" جزءا من حركة التحليل النفسي التي ركزت على تحليل الشخصية منذ أوائل القرن العشرين، حيث سلط الضوء على الدور الهام للتأثير الاجتماعي على نمو الشخصية، وعلى وجه التحديد، دور الأسرة بما في ذلك دور الإخوة في شخصية الطفل.

حيث يرى أن للمقارنات الاجتماعية في الأسرة دور أساسي في شعور الأفراد بتقدير الذات، كما ركز على المساواة بين الأشقاء، وأثرها في تعزيز احترام الذات.(Shawn et al:2011,128)

اهتم أدلر بأثر ترتيب الولادة على العلاقات الأخوية، وبشكل خاص، أثرها على شخصية الطفل. في هذا الصدد قام "سويني" "Sweeney" بتحديد التفسيرات الأساسية لرتبة الميلاد، ووضع لها الخطوط العريضة التالية :

1- يتميز الطفل الأول بأنه صاحب السلطة.

2- الطفل الثاني يدخل المنافسة بين الأشقاء ويجب أن يتغلب على المولود الأول .

3- الطفل الأوسط يشعر بالضغط والمقاومة من أجل مركزه .

4- أصغر طفل، هو آخر طفل وهو فريد .

5- الطفل الوحيد ، لا أحد ينافسه على مركزه. (Vaughn:2012, 29,30)

وفقا "لأدلر" يرتكز التنافس بين الأشقاء على حاجة كل طفل للتغلب على مشاعر الدونية. لذا يلجأ الأشقاء في كثير من الأحيان إلى الإختلاف، أو تطوير صفات شخصية مختلفة، أو اختيار التخصصات المختلفة كوسيلة للحد من المنافسة ؛ بهذه الطريقة يحصل التمايز بين الإخوة.

ويعتبر التمايز عملية ديناميكية رئيسية في الأسرة، تجعل العلاقات الأخوية أقل تناقضا، وأكثر انسجاما.(Shawn et al :2011 ,129)

يعتبر" أدلر" أول من أعطى لمركز الطفل في الأسرة أهمية خاصة، وأشار إلى أثره في العلاقات الأخوية، لكن يحتاج هذا المنظور إلى دراسات ميدانية تدعمه وتوضحه أكثر.

2-5- النظريات النفسية الاجتماعية للعلاقات الأخوية " " Social Psychological Processes "in Sibling Relationships"

تبحث النظريات النفسية الاجتماعية في كيفية تأثر الأفراد بالآخرين وكذا دور العمليات المعرفية في السلوكات الاجتماعية.

يهتم علماء النفس الاجتماعي بالمعايير والأدوار الاجتماعية، وديناميات التفاعل الاجتماعي، لكن تم تغييب هذه النظرية في البحوث المتعلقة بالأشقاء بالرغم من أهميتها في العلاقات الأخوية.

من بين هذه النظريات، **"نظرية العزو" "Attribution theory" "لهايدر" "Heider" (1958)**، التي تركز على تفسير أسباب السلوك، وعلى أهمية العمليات المعرفية في ردود الفعل، لكن نادرا ما تم تطبيق نظرية العزو في دراسات العلاقات الأخوية.(McHale et al :2013,338)

لقد وردت بعض المحاولات المتناثرة على سبيل دراسة "ماتوز وآخرن" "Matthews et al" (2004) الذي حاول التحقيق في عزو المراهقين للصفات السلبية لأشقائهم. توصل إلى أن العزو السلبي للأشقاء (على سبيل المثال: تصرف الإخوة بطرق معينة) يجعل العلاقات الأخوية أكثر سلبية مع مرور الوقت. (Matthews et al:2004, 257)

كذلك تعتبر العلاقات الأخوية مهمة في **"نظرية المقارنة الاجتماعية"**، حيث ترى هذه النظرية التي طرحها **"فستنجر" "Festinger" (1954)**، أن الأفراد يقيّمون آراءهم ورغباتهم من خلال مقارنة أنفسهم بالآخرين.

فالأفراد يقارنون أنفسهم مع الآخرين كي يحضوا بالإعجاب، ويتعزز تقديرهم الذاتي عندما يجدون أنفسهم أفضل حالا من غيرهم. إن للإخوة أهدافا واضحة من خلال المقارنة الاجتماعية، نظرا لخلفيتهم وخبرتهم المشتركة في الأسرة، حيث يقارنون أنفسهم وخبراتهم الأسرية بإخوانهم وأخواتهم. (Shawn et al :2011,130)

تتوقع نظرية المقارنة الاجتماعية، أن الأفراد الذين يحصلون على معاملة والدية أفضل من بقية الإخوة يكون تكيفهم النفسي أكثر إيجابية.

لقد أجرى "فينبارغ وآخرون" "Feinberg et al" (2000) دراسة توظف نظرية المقارنة الاجتماعية في مقارنة المعاملة الوالدية للأشقاء المراهقين. توصلت الدراسة إلى أن عمليات المقارنة مرتبطة بترتيب الولادة، حيث أن الأشقاء الأكبر سنا قاموا بإجراء المقارنات بشكل تنازلي، والأشقاء الأصغر سنا أكثر قاموا بإجراء المقارنات تصاعديا.(Feinberg et al :2000,1611)

تعتبر هذه الدراسة من بين المحاولات التي سعت لتطبيق نظرية المقارنة الاجتماعية في مجال العلاقات الأخوية، لكن الباحثين لم يدرسوا أثر عمليات المقارنة الاجتماعية مباشرة على الأخوة. مع ذلك، يبقى هذا المجال المهم موضوعا خصبا للبحث في المستقبل.

سنذكر أيضا **"نظرية المساواة" "Equity theory"**، ورائدها **"والستر وبيرشد" "Walster &Berscheid" (1978)** ، حيث يقوم الأفراد بمقارنة مساهماتهم في العلاقة بالنسبة لشركائهم (McHale et al :2013,339). حسب هذا المنظور يميل الشركاء إلى الشعور بالارتياح حين يتوازن لديهم الأخذ والعطاء في العلاقة، أما إذا كان إسهام أحد الشريكين يفوق بكثير إسهام الآخر فإن العلاقة تولّد نوعًا من التوتر. (نظمي: 2007، 175)

توفر نظرية المساواة إطارا مفيدا لفهم العلاقات الأخوية لدى الراشدين وآبائهم المسنين لأنها تبحث في المساهمات، والتكاليف، والمشاركة في المعاملات الاجتماعية للإخوة اتجاه آبائهم. لهذه النظرية أهمية خاصة فيما يتعلق بالعدل بين الأخوة الذين يقدمون الرعاية للآباء المسنين، وهناك افتراضين قابلين للتطبيق في هذه النظرية:

الأول: هو أن الرعاية غير العادلة تؤدي إلى مشاعر الضيق. هذا الإقتراح ينص على أنه عندما يشعر الناس أنهم يعطون أكثر من غيرهم في تقديم الرعاية، سوف يشعرون بالإستياء والغضب، وعندما يشعر الأفراد أنهم يعطون أقل من غيرهم، سوف يشعرون بالذنب .

ثانيا: هو أن الأفراد سوف يسعون للقضاء على الضغط الناتج عن العلاقات غير المتكافئة من خلال محاولة استعادة حقوق مساهمتهم. (Ingersoll-Dayton et al :2003,201)

على الرغم من أن قلة البحوث التي أجريت حول الإخوة الذين يقدمون الرعاية للكبار، إلا أن هناك جهود تبذل لتطبيق نظرية المساواة في العلاقات بين الإخوة.

5-3- نظرية التعلم الاجتماعي "Social Learning Theory "

لقد حظيت ديناميات العلاقات الأخوية بالبحث والشرح من قبل نظرية التعلم الاجتماعي أكثر من غيرها من النظريات.

ترتبط هذه النظرية في علم النفس مع أعمال "باندورا" "Bandura"، وأبحاثه حول النمذجة والتقليد. حيث يفترض أن تعلم السلوك على المستوى المعرفي، يكون من خلال مراقبة تصرفات الناس الآخرين. (Rogers:2001,13)

تهتم هذه النظرية بالعلاقات الأخوية في مرحلة الطفولة والمراهقة، والإستراتيجيات الفعالة التي يعتمدها الآباء والأمهات في حل النزاعات الأسرية وأثرها على تشكيل علاقات أخوية جيدة لدى أطفالهم، وفي المقابل، تأكيد السلوكات السلبية لدى الأطفال عند فشل اعتماد نموذج فعال من قبل الوالدين.

يشكل الأشقاء أيضا علاقة خاصة بهم في سياق التبادلات الاجتماعية، من خلال تعزيز السلوكيات الإيجابية أو السلبية، ومراقبة وتقليد بعضهم البعض؛ والتعلم الاجتماعي لهذه العمليات متوفر في الأسرة.

كما تشير مبادئ التعلم بالملاحظة أن أعضاء الأسرة هم النماذج البارزة للتعلم الاجتماعي، عن طريق تقليد النماذج التي تتميز بالدفء أو الصراع .

هذه المبادئ تعني أن الأساليب التفاعلية لأفراد الأسرة "هي مصادر مهمة للتعلم"، حيث يتعلم الأطفال الكفاءات الاجتماعية في تفاعلهم مع الآباء، والأمهات، والأشقاء، ومن خلال مراقبة تفاعلات أفراد عائلتهم مع الآخرين. كما أنه ليس كل ما يتعلمه الأشقاء إيجابي، لأنهم غالبا ما يقلدون التفاعلات السلبية مثل الصراع ، والعداء، والعدوانية. (McHale et al:2013,339).

لقد اختبرت بعض البحوث أثر الوالدين وخصائص الإخوة على عمليات التعلم وفقا لهذه النظرية، على سبيل المثال دراسة "سلومكوسكي وآخرون" "Slomkowski et al" (2001) حول تقييم التأثير الاجتماعي للإخوة خلال مرحلة المراهقة على الجنوح. توصلت إلى أن التفاعل الاجتماعي بين الأشقاء يعتبر عامل خطر لنشاط الجنوح في مرحلة المراهقة.(Slomkowski et al :2001,271) يضاف هذا إلى الأدب المتزايد، وكذلك النماذج النظرية التي تؤكد على دور التفاعل الاجتماعي بين الأشقاء.

كذلك دراسة "ويتمان وآخرون" "Whiteman et al"(2007) التي أكدت تأثر الإخوة بعمليات التنافس عن طريق التعلم والملاحظة .(Whiteman et al :2007,262)

بالنظر إلى النتائج المختلطة لهذه الدراسات، من المهم البحث مستقبلا حول أثر عمليات النمذجة على العلاقات الأخوية.

5-4-نظرية الأسرة والنسق الايكولوجي"Family and Ecological SystemsApproache":

تلفت نظرية النسق الأسري الإنتباه إلى السياق الأوسع الذي تتطور فيه العلاقات الأخوية، وتُستمد مبادئ نظرية النسق الأسري من نظرية النسق العامة "لبرتالانفي" "Bertalanffy" (1950).

ترى هذه النظرية أن فهم الأسرة يكون بشكل أفضل عندما تُدرس بصورة شاملة، حيث تعتبر الأسرة نظاما مترابطا، والنظم الفرعية تحدث تأثيرا هرميا متبادلا، حيث أن" التسلسل الهرمي" يتراوح من الأفراد إلى الثنائيات: العلاقات الأخوية، والعلاقات الزوجية، والعلاقات بين الوالدين والطفل؛ والثلاثيات :على سبيل المثال، بين الوالدين والأخوة (ثلاثة)، وخارج الاسرة، ليشمل في نهاية المطاف نظام الأسرة بأكملها، بما في ذلك الأجداد والعمات والأعمام .

وللأنظمة الفرعية حدود مرنة تسمح لها بالتفاعل مع الحدود الأخرى، وعندما تكون الحدود أكثر جمودا فإن هذا يعتبر مؤشرا على ضعف الأسرة.(McHale et al:2013,342)

يقترح "برونفنبرونر" "Bronfenbrenner" (1986، 1979) مستويات متعددة من النفوذ في نظرية النسق الإيكولوجي، وهذه المستويات من النفوذ لها صلة بالعلاقات الأخوية ، وهي كما يلي:

نسق المايكرو: وهو أصغر نسق، يضم عادة الفرد وأُسرته ومدرسته، أو عمله، وهناك تأثيرات متبادلة داخل النسق وبينه وبين الأنساق الأخرى.

يقول "بيرك" "Burk" (2000) أن النسق الأصغر هو الأقرب لبيئة للطفل، ويشتمل على العناصر التي تحافظ على الاتصال المباشر بالطفل. ويفسر" باكيت وريان" "Paquette and Ryan" (2001) هذا المستوى في نظرية "برونفنبرونر" "Bronfenbrenner" بأن العلاقات بين الأشخاص تحدث بطريقتين- من الطفل، واتجاه الطفل-، حيث يكون لوالدي الطفل تأثير على معتقداته وسلوكه، ويمكن أيضا أن يؤثر الطفل على معتقدات الوالدين وسلوكهما.

يسمي "برونفنبرونر" "Bronfenbrenner" هذا "بالتأثير ثنائي الإتجاه"، وأنه يشير إلى كيفية وجود مثل هذه العلاقات على مستوى كافة البيئات (Härkönen :2007,7) ، بما فيها العلاقات الأخوية، أين يؤثر الإخوة على بعضهم البعض.

يشير "نسق" "exosystem" (ويعني عادة الأنساق الأكبر التي قد لا يتفاعل معها الفرد بشكل مباشر) إلى السياقات التي لا يشارك فيها الأشقاء مباشرة، ولكن يكون لها تأثير غير مباشر على العلاقة بينهم، بحكم آثارها على النسق الأصغر.

فالساعات الطويلة التي يقضيها الوالدان في مكان العمل، على سبيل المثال، قد يكون لها تأثير على مسؤوليات تقديم الرعاية من الأشقاء الأكبر سنا لإخوانهم الأصغر سنا، وبالتالي تعزيز التكامل بدلا من المساواة في الأدوار الأخوية.

أخيرا، يشير نسق "الميكرو" "microsystem" إلى السياق الاجتماعي الأوسع، بما في ذلك القوى السياسية والاقتصادية والثقافية التي تؤثر على الأفراد والعلاقات الأسرية. (McHale et al:2013,343)

تعطي الأبحاث المحدودة التي اختبرت مبادئ النسق بعض الأفكار عن العمليات الأسرية التي تؤثر على العلاقات الأخوية، حيث درست بعض الأبحاث نوعية العلاقة الزوجية، والأخوية، والوالدين والطفل، والأنساق الفرعية بما يتفق مع نظرية النظم الأسرية.

على سبيل المثال بحثت دراسة "كيم وآخرن" "Kim et al" (2006) التغير في العلاقة الحميمة بين الإخوة، والصراع في مرحلة الطفولة المتوسطة ومرحلة المراهقة، وعلاقته بتغير بنية الأسرة وفقا لنظرية النسق الأسري. توصلت الدراسة إلى أن العلاقة الأخوية الحميمية أعلى لدى الإخوة من نفس الجنس، ومستقرة على مر الزمن، أما الصراع الأخوي فقد انخفض بعد مرحلة المراهقة المبكرة. (Kim et al :2006, 1746)

كذلك دراسة "يي وجامبل" "Yu & Gamble" (2008) التي هدفت إلى معرفة الإرتباط بين نوعية العلاقة الزوجية، ونوعية العلاقة الأخوية للأطفال بالاعتماد على مبادئ نظرية النسق الأسري. كشفت النتائج وجود تأثير مباشر للعلاقات الزوجية على نوعية العلاقة الأخوية. (Yu et al:2008,757)

كما ترتبط التحالفات الأسرية مع العلاقات الأخوية، حيث وجد كل من "ماكهال، كروتر، ماك جوير، ابدجرا" "McHale,Crouter, McGuire, & Updegraff,"(1995)، "فولينغ" "Volling" (1997) أنه نتيجة للعلاقات الزوجية المضطربة والحدود الصارمة، يستبعد بعض أفراد الأسرة من المشاركة في النظام الفرعي (McHale et al : 1995, 116)، (Volling:1997,227).

تشير نظرية النظم الأسرية أنه خلال الفترات الإنتقالية يكون النظام أكثر "انفتاحا"، وبالتالي يكون عرضة للتغييرات.

تدعمت هذه الفكرة بدراسات كثيرة، حيث وجد "كيم وآخرون" "Kim et al" (2006)، "برودي، ستونمان، وماك كوي" "Brody, Stoneman, & McCoy" (1994) تغيرات في العلاقات الأخوية أثناء الانتقال إلى مرحلة المراهقة، وتوصل "أباي ودالوس" "Abbey & Dallos " (2004) ، "شيهان ، ودارلينجتون ، نولر وفيني" "Sheehan, Darlington, Noller, & Feeney" (2004) إلى حدوث تغيرات عند طلاق الوالدين.(McHale et al :2013,343)

يتأثر النسق الأسري أيضا بالعوامل الخارجية للأسرة التي تؤثر بدورها على العلاقات الأخوية، فالعوامل البيئية تؤثر على الأشقاء مثل الحالة الاجتماعية والإقتصادية للأسرة ، وهي تحتاج لمزيد من البحوث لتوضيح كيفية تأثيرها.

6- العلاقات الأخوية لدى الطفل المعاق:

تمثل الإعاقة مصدر ضغط للمعاق والمحيطين به، حيث أنها تحطم طموحات الوالدين في رؤية إبن سليم، وتجعل الأسرة بؤرة للكثير من الصراعات، مما يؤثر بالسلب على الإخوة العاديين؛ لذلك سوف نسلط الضوء في هذا العنصر على العلاقات الأخوية لدى الطفل المعاق.

تعتبر العلاقات الأخوية بمثابة نموذج أولي لجميع العلاقات الاخرى في حياة الفرد، حيث يتعلم منها تحقيق المحبة، وكيفية التعامل مع الإحباط والدوافع العدوانية.

كما يتعلم الطفل من التعامل مع أشقائه كيف يتعامل مع أقرانه؛ والإستراتيجيات السلوكية التي يتم التعامل بها مع الأقران خلال مرحلة الطفولة سوف تتطور مع الفرد إلى مرحلة البلوغ، وتشمل هذه الإستراتيجيات القدرة التنافسية، والإيثار والحنو، والعدوانية.(Siegel et al :2007,24)

إن معظم الأطفال المعاقين يعيشون في أسر يوجد فيها أشقاء، وطبيعي أن يؤثر وجود أخ أو أخت من ذوي الإعاقة على الأشقاء سلبا أو إيجابا، فالإخوة يقضون مع أشقائهم وقتا أكبر من الوقت الذي يقضونه مع والديهم خلال مرحلة الطفولة ، لأن حياة الأشقاء تمتد وتتداخل إلى حد كبير مع بعضهم البعض أكثر من العلاقة مع الآباء والأمهات، وتتميز بطول المدة التي لا مثيل لها في أي علاقة أخرى. (Caspi:2010,167)

على الرغم من أن أدبيات الموضوع تفتقر إلى التركيز فيما يتعلق بأثر الإعاقة على الإخوة، وتتكون من العديد من النتائج المتناقضة، وغير الحاسمة، فقد تم تحديد عدد من الموضوعات التي تركز على آثار وجود أخ معاق على الإخوة العاديين، سنقوم بعرض هذه المواضيع في العناصر التالية.

6-1- آثار الإعاقة على الإخوة:

لقد أظهرت الدراسات التي بحثت في تأثير الطفل المعاق على إخوته نتائج غير متناسقة، وتراوحت بين الآثار السلبية والإيجابية كما يلي:

6-1-1- الآثار السلبية:

توصلت دراسات عديدة إلى أن هناك آثارا سلبية يعاني منها الإخوة العاديون جراء إعاقة أخيهم.

حيث وجدت دراسة "فيسمان وآخرون" "Fisman et al" (1996) أن الأشقاء يواجهون الكثير من المشاكل السلوكية مقارنة مع أشقاء الأطفال غير المعاقين (Fisman et al : 1996, 1532)، كما وُجد أن الإعاقة تؤثر على مستوى القلق والإكتئاب لدى الأشقاء العاديين، حيث ذكر "هاستينغ" "Hastings" (2003) أن الإخوة والأخوات لديهم مستويات أعلى من الإكتئاب والقلق. (Hastings: 2003 ,99)

وفي استعراض لأدبيات تأثير الإعاقة على أشقاء الأطفال الذين يعانون من مرض مزمن، خلص "ماكيفر" "McKeever"(1983) أن هؤلاء الأشقاء هم "فئة المعرضين للخطر"، كما انتهت دراسة "هانا وميدلارسكي" "Hannah and Midlarsky" (1985) أيضا إلى أن الأشقاء العاديين معرضين للخطر من خلال مواجهتهم العديد من المشاكل النفسية. (Sharpe Et al:2002,699)

كما تم إيجاد مستويات أعلى من الإكتئاب لدى المراهقين من أشقاء الأطفال المعاقين حسب "تنجاي وماك كراكان" "Tanguay&McCracken"(1995)، "قولد وسمالي" "Gold& Smalley"(1993)، إضافة إلى مشاعر الحزن، والقلق، والاضطراب العاطفي حسب "هوليدج" "Hollidge"(2000). (Manor-Binyamini et al :2012,825)

وتم التوصل إلى أن الأشقاء كانوا عرضة لصعوبات في جودة الحياة النفسية، والتأقلم، والتكيف، حيث وجد "فيسمان وآخرون " "Fisman et al"(2000) في دراسة حول أشقاء الأطفال المعاقين أن هناك مشاكل تتعلق بتكيف الإخوة. (Fisman et al :2000,369)

بناءً على ما سبق، تؤكد الدراسات السابقة أن هناك آثارا سلبية لدى الإخوة الذين يعيشون مع أخ أو أخت معاقة، مقارنة بالأسر العادية، حيث تؤدي إعاقة الأخ إلى صعوبات نفسية عديدة ومتنوعة تسبب سوء التوافق لدى الإخوة العاديين.

6-1-2- الآثار الإيجابية للإعاقة على الإخوة:

على النقيض من البحوث التي أظهرت آثار سلبية، وجدت دراسات أخرى نتائج إيجابية للإعاقة على الأشقاء العاديين ، فالعديد من الأشقاء يستفيدون من وجود أخ معاق، وقد توصلت إلى ذلك عدة دراسات نذكر منها دراسة:

"فو" "Faux" (1993)، "دروين وجاس" "Derouin & Jessee" (1996)، "ماندلكو، أولسون، ديتش، مارشال" "Mandleco, Olsen, Dyches, & Marshall"(2003) ، وتشمل هذه النتائج الإيجابية الدفء والحنان، وزيادة التسامح في الاختلافات مع الآخرين، ومستويات أعلى من التعاطف والمودة، وزيادة الشعور بالمسؤولية، والنضج، والسعادة، والتكيف مع الحياة. (Caspi:2010,167)

كما أظهرت نتائج دراسات أخرى أن إخوة وأخوات المعاقين أكثر تكيفا ونضجا، وقادرون على إظهار مواقف مسؤولة تتجاوز عمرهم الزمني. (Manor-Binyamini et al :2012,825).

فإخوة المعاقين لا يتأثرون دائما سلباً نتيجة لوجود معاق في الأسرة. وقد أثبتت دراسات عديدة عكس ذلك، إذ يستجيب الإخوة ويتصرفون بطرق تتسم بالدفء والحنان اتجاه إخوانهم المعاقين.

6-1-3- أثر الإعاقة على تكيف الأخوة:

تواجه أسر الأطفال الذين يعانون من الإعاقة تحديات مستمرة يمكن أن تؤثر على مختلف جوانب الحياة الأسرية، فضلا عن تكيف ورفاهية أفراد الأسرة بما في ذلك الأشقاء.

وفي حين يتكيف بعض الإخوة والأخوات بشكل جيد مع وجود أخ معاق، يوجد لدى بعض الأشقاء الآخرين قدرة محدودة عقليا واجتماعيا وجسديا، مما يجعلهم عرضة لصعوبات في التكيف (Davis:2010,5)

قد يتأثر تكيف الإخوة إذ خصص الوالدين وقتا أقل لهم بسبب تلبية احتياجات طفلهم المعاق، وكذا الموارد المحدودة للترفيه، والشبكات الاجتماعية الأقل دعما.

كما أن هناك عوامل أسرية أخرى قد تؤثر على أشقاء الأطفال المعاقين، تشمل المعاملة التفضيلية من قبل الوالدين، وإعطاء مزيد من الاهتمام للطفل المعاق، وفقدان التفاعل الطبيعي بين الإخوة، وزيادة التوتر والصراع، والفوضى، والاضطراب المتكرر لمخطط الأسرة. (Caspi :2010,168)

وقد بحثت دراسة "لوباتو وآخرون" "Lobato et al" (2005) في التكيف النفسي لدى إخوة الأطفال المعاقين، وتوصلت إلى أن الإخوة يتعرضون لمشاكل نفسية تعيق تكيفهم. (Lobato et al :2005,625)

يشير الأدب في هذا المجال أن أشقاء الأطفال المعاقين معرضون للإصابة بالاضطرابات النفسية السلوكية، وقد تم التحقيق في الأداء النفسي، ورفاهية أشقاء المعاقين في عدد من الدراسات.

حيث وجد "مكهيل وغامبل" "McHale and Gamble" (1989) أن أشقاء الأطفال الذين يعانون من إعاقة عقلية سجلوا أعلى الدرجات على مقاييس الإكتئاب والقلق، وسجلوا أقل الدرجات على مقاييس السلوك الاجتماعي.

ووجد "كوكلي وجان" "Cuskelly and Gunn" (1993) مزيد من المشاكل والاضطرابات السلوكية لدى الإناث أخوات الأطفال المعاقين عقليا.(Rossiter et al :2001,66)

هذه المشاكل النفسية ترجع إلى التحديات العاطفية، والاجتماعية، والسلوكية للأشقاء العاديين، وخلص الباحثون أيضا إلى أن المتغيرات البيئية والأسرية، والنفسية، والاجتماعية تلعب دورا كبيرا في تكيف الأشقاء.

لقد توصلت دراسة "جيالو وجافيديا-باين" "Giallo and Gavidia-Payne" (2006) إلى أن مستوى مقاومة الأسرة ومرونتها ينبئ بتكيف أفضل للأشقاء العاديين، وأكدت على أهمية المساهمات الأسرية والوالدية في عملية تكيف الأخوة. (Giallo et al :2006,937)

فيما اجرى كل من "هال وباوليتك" "McHale & Pawletko" (1992) دراسة حول المعاملة التفضيلية بين الأشقاء في الأسر التي لديها طفل معاق مقارنة بالأسر العادية. توصلا إلى أن الإخوة العاديين يفهمون بشكل جيد الفرق في المعاملة الأبوية، باعتبارها استجابة ضرورية لإحتياجات الإخوة المعاقين بدلا من اعتبارها معاملة والدية غير عادلة. (McHale Et al :1992,68)

إن هذه النتائج تسلط الضوء على أهمية مساهمة الأسرة والوالدين في عملية تكيف الأشقاء، مما يشير إلى أن تحسين ديناميات الأسرة سيكون لها نتائج إيجابية على العلاقات الأخوية.

6-1-4- أدوار ومسؤوليات الإخوة عبر الحياة:

كلما تقدمت العلاقات الأخوية خلال المراحل العمرية ، تتطور أدوار مساعدة الأشقاء في رعاية أخيهم المعاق وتدريسه وإدارته، إضافة إلى مساعدة الآباء والأمهات الذين لديهم مسؤوليات خارج البيت.

وفي مرحلة البلوغ يصبح الأشقاء أكثر قلقا إزاء مستقبل أخيهم المعاق، وأدوار الرعاية التي يمكن أن تكون غير محتملة بالنسبة لهم. (Plante:2006,42)

إن السن عامل حاسم، ويؤخذ بعين الإعتبار عند النظر في الأدوار التي يتحملها الأشقاء، فتأثير رعاية الأخ المعاق على العلاقات الأخوية يتوقف أيضا على العمر.

وجد بلاتر "وآخرون" "Blather et al" (2011) أن مسؤولية الرعاية ترتبط بصراع أقل بالنسبة للأشقاء الأصغر سنا، في حين تكون المسؤوليات أكبر، مع مزيد من الصراع في العلاقة الأخوية لدى الأشقاء الأكبر سنا. (Blather et al :2011,167)

في دراسة "لبيكر" "Becker " (1995) حول تقديم الرعاية للأخ المعاق من قبل الشباب، في بريطانيا، وفرنسا، والسويد، وألمانيا، أظهرت أن الشباب يستجيبون بشكل استثنائي عندما تملي الظروف الحاجة للقيام بذلك.

كما وجد "أتكينسون وكروفورد" "Atkinson and Crawford" (1995) أن إجهاد الإخوة العاديين بسبب تراكم مهام رعاية الأخ المعاق، أدى إلى الشعور بالعزلة، وتقليل كمية الوقت المتاح للأنشطة الأخرى.

فيما أكدت "توزر" "Tozer"(1996) أن للأشقاء دور مزدوج، تقديم الرعاية، ودعم الوالدين. ويرى "سيغال وسيلفرشتاين" "Siegal and Silverstein" (1994) أنه عندما يقوم الإخوة العاديون برعاية أخيهم المعاق، فإنهم يقللون من الإجهاد الذي يمر به مقدموا الرعاية الرئيسية (عادة ما يكون الوالدان). كما أن الإخوة من خلال تقديم الرعاية يشكلون تحالفا مع والديهم وهذا- وفقا "لمايهيو ومون" "Mayhew and Munn"(1995) يعطي لهم قيمة مضافة داخل الأسرة.(Burke:2004,70,71)

إن مسؤوليات رعاية المعاقين من قبل أشقائهم تمتد إلى حياة الأشقاء الكبار في غالب الأحيان، وخاصة بالنسبة لأشقاء الأفراد ذوي الإعاقات الأكثر انتشارا.

وقد تم تحديد هذه المسؤوليات من قبل الأشقاء الكبار في دراسات متعددة، وتشتمل أدوار وأنشطة مختلفة، من بينها الإدارة المالية، والوصاية، والقرارات القانونية والتوكيل، والمتابعة مع مقدمي الخدمات للطفل المعاق، وتوفير الرعاية الصحية الأولية، والإشراف على أنشطة الحياة اليومية، والإحتياجات الطبية، وتنظيم التفاعل الاجتماعي مع الأصدقاء وأفراد الأسرة الآخرين. (Caspi :2010,170)

إن مسؤوليات رعاية الأخ المعاق مجهدة للإخوة العاديين، خصوصا مع كبر الوالدين وتقدمهما في السن، أين تنتقل مسؤولية الرعاية إلى الإخوة الأكبر سنا.

6-1-5- أثر نوع الإعاقة على الأشقاء العاديين :

سوف نتعرض لنتائج البحوث المتعلقة بأشقاء الأطفال الذين يعانون من الإعاقات المنخفضة الحدوث والإعاقات عالية الحدوث.

أ)- أشقاء الاطفال الذين يعانون من الإعاقات قليلة الإنتشار: "Low-incidence disabilities include"

اعتبرت هذه الإعاقات قليلة الإنتشار لأن معدل حدوثها عموما أقل من معدل حدوث الإعاقات الأخرى، ويتم التعرف على هذه الإعاقات في وقت مبكر من خلال النموذج الطبي.

تشمل الإعاقات قليلة الإنتشار كل من العمى، والضعف في الرؤية، والصمم، وصعوبة السمع، والتأخر الكبير في النمو، وقضايا صحية معقدة، والإعاقة الجسدية الخطيرة، والإعاقة المتعددة، والتوحد؛ وهذه الإعاقات المدرجة تحت الإعاقة المنخفضة الإصابة تمثل نسبة قليلة من السكان الذين غالبا ما تتراوح أعمارهم بين سنوات المدرسة. (Jackson :2005,10)

تعتبر العديد من الدراسات أن الأطفال المصابين بإعاقات منخفضة الحدوث، يؤثرون على تكيف أفراد الأسرة وكذا الأشقاء، وعلى الخصوص أشقاء الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد ومتلازمة داون.

لذا سوف نتعرض لهذين النوعين من الإعاقات قليلة الحدوث، وهما التوحد ومتلازمة داون، وأثرهما على الإخوة العاديين.

- **أشقاء الأطفال ذوي اضطراب التوحد:**

إن الضغوط النفسية الكبيرة المرتبطة باضطراب التوحد، أدت إلى زيادة التركيز على أشقاء الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب. مع ذلك، فإن دراسة أشقاء الأفراد الذين يعانون من اضطراب التوحد لا تزال أرضية بحثية جديدة نسبيا.

لقد ركزت الأبحاث على تأثير وجود أخ يعاني من اضطراب التوحد من جانبين رئيسيين هما: طبيعة العلاقات الأخوية، وتكيف الأخوة مع هذا الإضطراب. (Martins: 2007,10). حيث خلصت "جرين" "Green" (2013) في مراجعة للدراسات المتعلقة بالتأثير النفسي للأطفال المصابين بالتوحد على بقية الأشقاء، إلى أن اضطراب التوحد يساهم في زيادة الضغوط النفسية لدى الإخوة العاديين، ويمكن لهذه الضغوطات أن تؤدي إلى صعوبات في التكيف.

لكن الأشقاء لديهم القدرة على مواجهة الضغوط الناجمة عن الإعاقة بالرغم من وجود مشاكل سلوكية وعاطفية.(Green : 2013,1)

كما قام "باجنهولم وآخرون" "Bagenholm et al" (1991) بدراسة حول الآثار النفسية والاجتماعية لإضطراب التوحد على الإخوة العاديين، ووجدوا أن الأشقاء العاديين أكثر قلقا بشأن المستقبل، ويشعرون بالوحدة، ولديهم مشاكل مع الأقران، وغالبا ما ينظرون إلى أشقائهم المعاقين كعبء ثقيل عليهم. (Bågenholm et al :1991,291)

كشفت أيضا دراسة "هاستينغ" "Hastings" (2003) أن أشقاء الأطفال ذوي اضطراب التوحد لديهم سلوكيات اجتماعية أقل إيجابية (Hastings:2003,99) .

فيما قام "مارشا وآخرون" "Marsha M et al" (2009) بدراسة أثر اضطراب التوحد على الأشقاء في مرحلة المراهقة والبلوغ، وتوصلوا إلى أن الأشقاء ينظرون إلى الأطفال ذوي اضطراب التوحد على أنهم يشكلون مصدرا أساسيا للضغط ، كما أشارت النتائج إلى أن خصائص الأسرة (على سبيل المثال، حجم الأسرة، والجنس، وعمر الأخ أو الأخت) يمكن أيضا أن يؤثر على علاقة الإخوة المراهقين والبالغين مع أخيهم المتوحد. (Seltzer et al :2009,69).

هذا الاستعراض لأدب أشقاء الأطفال الذين يعانون من مرض التوحد، يشير إلى أن وجود أطفال مصابين بالتوحد يؤثر بشكل كبير على العلاقات الأخوية، ويمكن أن يؤدي إلى مشاكل في التكيف لدى بعض الأشقاء .

ووصفت العلاقات الأخوية بأنها أقل تفاعلا مقارنة مع علاقات الأطفال العاديين، إضافة إلى وجود مسؤوليات إضافية تتعلق برعاية الأخ المعاق، كما أن المراهقين والأشقاء الكبار للمصابين بالتوحد يشعرون بالقلق أيضا بشأن مستقبل أخيهم .

- **أشقاء الأطفال ذوي متلازمة داون:**

يتفق الجميع على أن ولادة طفل مصاب بمتلازمة داون هي تجربة مختلفة وعميقة في حياة الأسرة.

بالرغم من أن الضغط يكون كبيرا (خصوصا التعليم، والخدمات، والاحتياجات الطبية)، إلا أن العديد من الأولياء يتكيفون مع إعاقة الإبن ، لكن ولادة طفل من ذوي متلازمة داون لا يخص الوالدين فقط، بل كل أفراد العائلة، التي تضم الإخوة والأخوات. (Cohen,W.I.etal :2003,163) .

وهنا يطرح السؤال: هل يكون تأثر الأشقاء بعد ولادة طفل متلازمة داون عميق بقدر تأثر الآباء والأمهات ؟

أكدت دراسات كثيرة أن أشقاء المصابين بمتلازمة داون هم عرضة للمشاكل السلوكية، على سبيل دراسة "جات" "Gath" (1973) التي وجدت أن أشقاء أطفال متلازمة داون، كانوا أكثر عرضة للمشاكل النفسية والسلوكية (Gath :1973,161) ، حيث أن وجود طفل متلازمة داون في المنزل يرتبط بالسلوك المنحرف لدى الأشقاء وفقا لتقييم الآباء والمعلمين، وكذا الفشل التعليمي لدى الأخوات الأكبر، اللواتي يتحملن حصة كبيرة من عبء الرعاية .(Gath :1974,161)

أيضا تشير دراسات كل من "جات وجيملي" "Gath and Gumley" (1984) ، "كار" "Carr" (1988)، "كوسكلي ودادز" "Cuskelly and Dadds" (1992)، "كروسكلي وجان" "Cuskelly and Gunn" (1993) إلى وجود مشاكل سلوكية لدى إخوة الأطفال المصابين بمتلازمة داون.(Skotko et al :2006,1)

لكن "كروسكلي وآخرون" "Cuskelly et al" (1998) رفضوا منهجية هذه الدراسات السابقة بحجة أن المجموعات المقارنة غير كافية، أو أن المقاييس غير جيدة، حيث قاموا بدراسة 45 أسرة لديها طفل مصاب بمتلازمة داون و 88 عائلة مقارنة، لتقديم المعلومات حول المشكلات السلوكية لأطفالهم، وإشراكهم في المهام المنزلية .

توصلت النتائج إلى أن أشقاء الطفل المصاب بمتلازمة داون لا يختلفون عن أسر العاديين في المساهمة في المهام الأسرية، لكن كانت هناك ارتباطات سلبية كبيرة بين المهام الأسرية والمشاكل السلوكية لدى أشقاء ذوي متلازمة داون.(Cuskelly et al:1998,295)

في حين توصلت دراسة "مارسيا" "Marcia" (2000) إلى أن هؤلاء الأشقاء كانوا أكفاء اجتماعيا، مع وجود نسبة منخفضة من المشاكل السلوكية. (Riper :2000,267)

في نفس السياق، أجرى "هوداب وأوربانو" "Hodapp and Urbano" (2007) مسحا واسع النطاق على شبكة الإنترنت، موجه للبالغين من أشقاء ذوي متلازمة داون واضطراب التوحد. وأشارت النتائج إلى أن أشقاء ذوي من متلازمة داون أفضل من أشقاء ذوي اضطراب التوحد من حيث العلاقات الأخوية، حيث تتميز بأنها علاقات دافئة وصحية، ومستويات أقل من الإكتئاب، ومزيد من التفاعلات بين الأخوة.

كما أظهرت دراسة "أورسموند وسيلتزر" "Orsmond and Seltzer " (2006) نتائج مماثلة، حيث وجدت أن أشقاء المصابين باضطراب التوحد كانوا على اتصال أقل مع أخيهم، وذكرت مستويات أدنى من التفاعل الإيجابي عند مقارنتها مع أشقاء المصابين بمتلازمة داون. (Caspi :2010,174)

هكذا تؤكد الدراسات أن متلازمة داون هي الأخرى تترك آثارا ليست بالهينة على الإخوة العاديين، لكن مقارنة مع اضطراب التوحد، أو غيرها من الإعاقات الشديدة، فإنها أقل تأثيرا وهذا لخصوصية إعاقة متلازمة داون .

ب)- أشقاء الأطفال المصابين بالإعاقات عالية الانتشار : High-incidence include disabilities

لقد تم تضمين الإعاقات عالية الإصابة، أو الإعاقات الخفيفة في مجموعة الإعاقات المعتدلة، حيث أن بعض هذه الإعاقات مؤقت والبعض الآخر يستمر طيلة الحياة.

تنتشر الإعاقات عالية الإصابة بصورة كبيرة بين الأطفال والشباب، وتشمل عادة الأفراد الذين يعانون من اضطرابات عاطفية أو سلوكية، وصعوبات التعلم، والإعاقة الذهنية الخفيفة. (Gage et al :2012,168)

من بين الإعاقات المنتشرة بكثرة، **"اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط"**، وقد تم إيلاء اهتمام محدود بالعلاقات الأخوية في أسر الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب، حيث أبلغ أشقاؤهم أنهم

يعانون من مخاطر سلوكية واضطرابات عاطفية (Harpin:2005,03) ، وأجرى "كندل" "Kendall" (1999) دراسة حول أشقاء ذوي اضطراب نقص الإنتباه وفرط النشاط، أين حُددت المشاكل من قبل الأشقاء في ثلاث نقاط رئيسية هي: مشاكل الإيذاء، مشاكل الرعاية، ومشاكل الحزن.

عبر الأشقاء عن شعورهم بأنهم ضحايا الأعمال العدوانية من خلال العنف البدني، والعدوان اللفظي العلني من قبل الإخوة المصابين بهذا الاضطراب. (Kendall :1999, 117)

فيما قامت "دايسون" "Dyson" (1996) بدراسة استخدمت فيها التحليل الكمي والنوعي لأولياء وأشقاء الأطفال ذوي صعوبات التعلم في سن المدرسة، ووجدت أن أداء الأسر، ومفهوم الذات لدى الأشقاء، كان مماثلا لأسر الأطفال العاديين، ولكن الآباء والأمهات في المجموعة الأولى شهدت إجهادا أكثر من الأولياء في الأسر العادية. (Dyson:1996,280)

بالرغم من الأهمية البالغة للإعاقات عالية الانتشار أو الإصابة إلا أن هناك نقصا كبيرا في الدراسات التي بحثت في هذا الموضوع، خصوصا العلاقات الأخوية لهؤلاء الأطفال.

6-2- التدخل الإرشادي عن طريق الأشقاء لتحسين السلوك التكيفي للإخوة المعاقين:

لم يكن الناس بمنأى عن ممارسة الإرشاد منذ أقدم العصور، فالآباء و المعلمون كانوا يسعون دائما إلى مساعدة أبنائهم وطلابهم من أجل نصحهم، ودعم إمكانياتهم، إلا أن هذه المسألة كانت تأخذ شكل التوجيه فقط، ومن هنا ظهرت الحاجة إلى عملية إرشاد تتضمن علاقة مباشرة بين المرشد والمسترشد.

لقد تغير مفهوم الإرشاد منذ بداية القرن العشرين، فبدأ بمرحلة التوجيه المهني، ثم التوجيه المدرسي، حيث امتدت برامج التوجيه والإرشاد لتشمل المجالات التربوية، ثم ظهرت مرحلة علم النفس الإرشادي الذي يركز على الصحة النفسية والنمو النفسي. وفي السبعينات تطور الإرشاد، وأصبحت الإتجاهات نحو برامج التوجيه والإرشاد النفسي أكثر إيجابية وأخذ مكانته باعتباره علما معترفا به.

سوف نتعرض في هذا العنصر إلى الإرشاد النفسي، والإرشاد الجماعي، وكذا البرامج الإرشادية.

6-2-1-الإرشاد النفسي:

يعتبر الإرشاد النفسي علماً حديث النشأة، وقد استعمل استعمالات عديدة ليصف مدى واسعاً من النشاطات، وتناوله العديد من الكتاب بتعاريف عديدة.

يرى "جلانز" "Glanz" (1974) أن الإرشاد نوع من أنواع العلوم الاجتماعية التطبيقية التي ساهم في نموها وتطورها علوم مختلفة، كعلم النفس، وعلم الاجتماع، والأنثروبولوجيا الثقافية، والتربية، والإقتصاد، والفلسفة.

كل علم من هذه العلوم ساهم وبدرجات متفاوتة في تشكيل مهنة الإرشاد، ونمو مفاهيمه، وأهدافه، وأساليبه، فمن علم النفس استفاد الإرشاد في فهم النفس الإنسانية ونموها وتطورها، ومن علم الاجتماع استفاد الإرشاد من مفهوم البناء الاجتماعي والمؤسسات الاجتماعية، وساعدت الأنثربولوجيا في فهم أهمية الثقافة واختلافاتها بحسب الزمان والمكان، ومن الإقتصاد استفاد الإرشاد من ديناميات العمل.(أبوعباة وآخرون:2000، 22)

ترجع بدايات الإرشاد النفسي إلى إعلان لجنة من الجمعية الأمريكية لعلم النفس (American Psychological Association) ، متكونة من: "إدوارد بوردن، ميلتون هان، جيلبرت ورون، وهارلد بيبنسكي" " Edward Bordin, Milton Hahn, Donald Super, C. Gilbert Wrenn, and Harold Pepinsky" (1956) عن تفاصيل مهنة جديدة تسمى علم النفس الإرشادي، ووصفوه بأنه تخصص في علم النفس يركز على ما يلي:

أ) - تطوير الحياة الداخلية للفرد من خلال الاهتمام بدوافعه ومشاعره.

ب)- تحقيق انسجام الفرد مع بيئته من خلال مساعدته على تطوير الموارد المطلوبة لتحقيق هذه المهمة.

ج)- تشجيع تنمية الفرد داخل المجتمع.(Biggs et al :2000,314)

يعرف "جود" "Good" الإرشاد بأنه: "علاقة بين شخص أو أكثر، تهدف لمناقشة مشكلة ما والعمل على حلها مع شخص أو أشخاص آخرين يحاولون مساعدتهم على تحقيق أهدافهم ".

ويؤكد "جوستاد" "Gustad" (1953) على دور التعلم في تعريفه للإرشاد بقوله: " الإرشاد هو عملية تعلم موجهة، تتم في بيئة بسيطة، يقوم بها مرشدون يمتلكون مهارات إرشادية." (Biggs et al :2000,64)

يعرف "زهران" (1998) الإرشاد النفسي بأنه عملية واعية، مستمرة، بناءة ، ومخططة، تهدف إلى مساعدة وتشجيع الفرد، لكي يفهم نفسه ، ويفهم ميوله، واستعداداته، وقدراته، ونواحي نبوغه ونواحي قصوره المتاحة، واتجاهاته النفسية وخبراته ومشكلاته وحاجاته، وأن يستخدم وينمي كل إمكانياته بذكاء إلى أقصى حد مستطاع عن طريق مواهبه وذكائه، وفي ضوء معرفته وخبراته ورغبته في عمل ذلك.(أبو يوسف: 2008 ،14).

ويهدف الإرشاد النفسي مثلما ذكر "سيشمدت" "Schmidt" (1993) إلى :

-المساعدة في إحداث التغيير في سلوك العميل وتوضيحه وتسهيله.

-تحسين العلاقات الاجتماعية والشخصية للعميل.

-رفع مستوى تأثير الفرد في الآخرين، والتأثر المناسب بهم.

-تعليم العميل كيفية اتخاذ قراراته.

-تدعيم الطاقات الكامنة للعميل ورفع مستوي النمو النفسي لديه.(الظاهر: 2008، 24).

بناء على ما سبق يمكن تعريف الإرشاد باعتباره عملية ذات توجه تعليمي، تجرى في بيئة اجتماعية بسيطة بين شخصين، يسعى المرشد المؤهل بالمعرفة والمهارة والخبرة إلى مساعدة المسترشد باستخدام طرائق وأساليب ملائمة لحاجاته ومتفقة مع قدراته كي يتعلم أكثر بشأن ذاته ويعرفها على نحو أفضل، ويتعلم كيف يضع هذا الفهم موضع التنفيذ فيما يتعلق بأهداف يحددها بشكل واقعي، ويدركها بوضوح كي يصبح أكثر سعادة وأكثر إنتاجية.

مع ازدياد حجم متطلبات الطفل المعاق، تواجه الأسرة صعوبات وتحديات بسبب الظروف غير العادية التي تمر بها، مما يجعل الأشقاء يشعرون أنه قد تم تجاهلهم، وأنهم بحاجة إلى الدعم والمساندة.

يمكن التقليل من هذه الآثار الناتجة عن إعاقة الأخ عن طريق الإرشاد النفسي. حيث يتم تزويد الإخوة بالمعلومات المتعلقة بإعاقة الأخ، وكيفية التعامل معه، وأهمية دور الأشقاء في مساعدة الأخ المعاق على تحسين سلوكه التكيفي.

من أنواع الإرشاد النفسي نجد الإرشاد الجماعي، الذي يمثل ممارسة جماعية تعنى بتقديم خدماتها للجماعات، بغرض تحقيق الأهداف العامة للإرشاد، لذا سوف نتطرق في العنصر الموالي إلى الإرشاد الجماعي.

6-2-2-الإرشاد الجماعي:

لقد ظهر الإرشاد الجماعي استجابة لضرورة تقديم الخدمات الإرشادية الملحة للأفراد في كافة المجالات، ولانتشار المشكلات والاضطرابات السلوكية بشكل يتعدى طاقة الإرشاد الفردي على مواجهتها، والذي يتعامل مع كل حالة على حدة .

كان البشر دائما كائنات اجتماعية، تسعى لراحة الآخرين في أوقات الأزمات، وسلامتهم في أوقات الخطر، ومساندتهم في أوقات التغيير، ومشاركتهم الفرحة في أوقات الاحتفال، وقد نشأ الإرشاد الجماعي من الجذور العالمية والإنسانية للتفاعل الاجتماعي، وتطور مع مرور الوقت .

إذ تم تطبيق الإرشاد الجماعي على نطاق واسع في الفترة من 1932 إلى 1960، نتيجة لضرورة دعم الأفراد بعد الحرب العالمية الثانية، ليصبح في الآونة الأخيرة وسيلة لتسهيل نمو الشخصية وتقديم الدعم، وثبت عبر الممارسة أن الإرشاد الجماعي فعال، وأن فوائده تبقى مدة أطول من الزمن. (Berven et al :2004,244)

كانت بدايات الإرشاد الجماعي مع "برايتس" "Prates" الذي كان يعمل مع مجموعة من الأفراد في المستشفى عام 1905، وقد كان في هذا العمل جهد لتطبيق العلاج الجماعي.

بالنسبة لتعريف الإرشاد الجماعي ، نقل "كازدا وآخرون" "Gazda et al" (2001) تعاريف مبكرة عن "سوليفان" "Sullivan" (1950) حول الإرشاد الجماعي، حيث يرى أنه عملية تقوم بين مجموعة صغيرة من الأفراد، يشعر كل واحد بأنه عضو من الجماعة ، كما يشعر بكيانه وتحديد هويته، وتكون العضوية طوعية، وهناك زعيم للمجموعة، هو الذي يقوم بتحقيق التفاعل بين الأعضاء.

ويرى أن الإرشاد الجماعي يشجع الأنشطة الإبداعية، ويوفر قنوات لتخفيف الضغط النفسي (Conyne :2011,41)

كما يعرفه "ستيوارت" "Stewart" (1997) بأنه تفاعل المرشد مع الجماعة من خلال المحاضرة أو المناقشة، بهدف توصيل معلومات معينة، وإثارة اهتمام الجماعة حول موضوع معين.

فيما يعرفه "ماير وهنري" "Meyer & Henry" على أنه عملية مساعدة تتم في إطار الجماعة، وتهدف إلى تغيير سلوك أفرادها، بحيث يعمل كل عضو من أعضاء الجماعة كجزء متكامل ، وبذلك تذوب فردية كل عضو من أعضاء الجماعة ككل مع المجتمع الأكبر الذي يتحرك في إطاره المجتمع.(العزيزي: 2011، 32)

تضم الجماعة الإرشادية عددا من العملاء، وهي تكون إما جماعة طبيعية قائمة فعلا مثل جماعة طلاب أو فصل، أو جماعة مصطنعة يكونها المرشد بهدف الإرشاد.

وتتم عملية الإرشاد مع الجماعة كوحدة، ومن ثم فلا بد أن يعرف جميع أفراد المجموعة الأهداف وأسلوب العمل الجماعي ومسؤولياتهم.

يجب أن يعتني المرشد عناية خاصة بتكوين الجماعة الإرشادية، وتنمية العلاقات والتفاعل الاجتماعي بين أعضائها، وإنهاء التفاعل الاجتماعي عند انتهاء عملية الإرشاد الجماعي.(شعبان وآخرون: 1999، 129).

يمكن إعطاء تعريف شامل للإرشاد الجماعي بأنه: تقديم الخدمة الإرشادية من خلال مجموعه من الأفراد، تتم من خلال جلسات جماعية في مكان واحد، ويتشابه الأفراد في نوع المشكلة التي يعانون منها ويعبرون عنها، كل حسب وجهة نظره وطريقة تفكيره من واقع رؤيته لها وكيفية معالجتها.

ويساعد الإرشاد الجماعي إخوة المعاقين في التعبير عن مشاكلهم الناتجة عن إعاقة الأخ بحرية، والحد من التوتر العاطفي والعزلة، والدور الذي يقوم به الإرشاد الجماعي للأشقاء هو إتاحة الفرصة للتعبير عن مشاعرهم وتجاربهم في بيئة آمنة.

وأساليب العلاج الجماعي كثيرة، ويمكن تلخيص بعضها كما يلي:

أ)-المحاضرات والنقاش الجماعي: من أهم العلماء الذين استخدموا أسلوب المحاضرة والمناقشات الجماعية علاجيا هو "مكسوبل جونز" "M.gones" أثناء الحرب العالمية الثانية، "وكلابمان" "Klapman" عام (1947) الذي استخدم أسلوب المحاضرات المكتوبة، حيث يقرأ كل مسترشد منها فقرة ويلخصها ويعلق عليها، ويناقشها الجميع مناقشة حرة.

يغلب فيها الجو الشبه علمي، ويلعب فيها عنصر التعليم وإعادة التعليم دورا رئيسيا، ومن أهدافها تغيير الاتجاهات السلبية لدى المسترشدين.(سفيان: 2004، 271)، وتعتبر هذه الفنية مناسبة لإخوة الأطفال المعاقين حيث يتم إلقاء محاضرات سهلة على الإخوة، يتخللها ويليها مناقشات؛ وتهدف المحاضرات والمناقشات الجماعية أساسا إلى تغيير اتجاهات الإخوة من خلال فهم الإعاقة وكيفية التعامل معها.

ب)- السيكودراما (**psychodrama**): تعتبر السيكودراما أو التمثيل النفسي المسرحي أو الدراما النفسية من أشهر أساليب وأهم تقنيات الإرشاد والعلاج ، يطلق عليها الإرشاد الجماعي التمثيلي الجماعي، تعتمد على التصوير التمثيلي المسرحي لمشكلات نفسية أو سلوكية أو اجتماعية أو حتى لمواقف حياتية.

تتلخص فكرة السيكودراما في قيام المسترشد - في شكل تعبيري حر، وفي ظل جماعة إرشادية تسودها أجواء الأمن والطمأنينة- بإعادة تمثيل مشكلاته السلوكية أو النفسية أو الاجتماعية أمام المرشد والمجموعة الإرشادية، مما يتيح له من خلال هذا الأداء التمثيلي فرصة التنفيس الانفعالي عن مشاعره ، والتوترات المختلفة ذات الصلة بالمشكلة، وكذلك فرصة الاستبصار الذاتي، والتقمص والمحاكاة من أجل إحداث تغيير السلوك الإنساني غير السوي، وتعديله وإعادة تشكيله، وكذلك من أجل تحقيق التوافق النفسي.

ابتكر هذه الطريقة المحلل النفسي الأمريكي" مورينو" "Mereno" حيث بدأ باستخدام هذا الأسلوب في فينا عام (1921)، وأسس أول مسرح للعلاج النفسي عام (1927) في مدينة نيورك.(جمعة: 2005، 10) ، وهذه الفنية مناسبة لإخوة الأطفال المعاقين، حيث يجتمع فيه عدد من الإخوة يمثلون أدوارا تعبر بصدق عن المشاكل التي يعانون منها؛ وهذا يساعدهم على التنفيس الانفعالي، والتخلص من مخاوفهم وشعورهم بالنقص أمام غيرهم.

ج)-النادي الإرشادي: هو أحد الأساليب المستخدمة في الإرشاد الجماعي، والذي أكدت الدراسات فعاليته في إطار الخدمة النفسية المدرسية، وتتلخص فكرته في قيام الأخصائي النفسي المدرسي بإعداد حجرة خاصة للنادي، وتكوين جماعة إرشادية من الطلاب ممن يعانون من مشكلات سلوكية معينة كالانطواء والعزلة والخجل ، ويترك لهؤلاء الطلاب الحرية في الأنشطة الرياضية والفنية والموسيقية، ثم بعد قيامهم بهذا النشاط يتم تناول بعض المشروبات، ويتم مناقشة ما يرونه من موضوعات مختلفة، وأثناء ذلك يقوم الأخصائي بتسجيل ملاحظاته حول سلوكياتهم وآرائهم وانفعالاتهم وتعديل سلوكهم. (الببلاوي وآخرون: 2005)

يساعد هذا الأسلوب إخوة المعاقين في التنفيس عما بداخلهم من مشاعر مكبوتة من خلال الألعاب والنشاط الحر، كما يساعد الإخوة المنعزلين والخجولين على تكوين صداقات جديدة.

6-2-3-البرامج الإرشادية:

لقد برزت أهمية الإرشاد النفسي نتيجة لتعقد أمور الحياة العصرية، وما جلبته معها من اضطرابات نفسية بسبب مشاكل العصر، وضغوط الحياة الآخذه بالازدياد يوماً بعد آخر، بالإضافة للاهتمام بالفرد باعتباره القيمة العليا في المجتمع، وأخيراً، إن إدراك الإنسان لأهمية إقامة علاقات إنسانية جيده مع غيره واهتمامه المتزايد بفعالياته وتحسين وسائل اتصاله مع الآخرين عن طريق التدريب ، لكل هذه الأسباب آنفة الذكر ازدادت أهمية البرامج الإرشادية النفسية، واتسعت أهدافها وخدماتها، فأصبحت تهتم بالإنسان في مختلف حالاته.

فالبرنامج الإرشادي هو الوسيلة الأساسية لتحقيق أهداف خدمة الجماعة (نمو الفرد، نمو الجماعة، تغيير المجتمع)، والبرنامج ليس هدفا في حد ذاته، ولكنه وسيلة لتحقيق ذلك الهدف، لذا يمكننا القول إن البرنامج ليس مرادفاً لنشاط (أي أنه لا يتساوى مع النشاط) وإنما له بناءات داخلية تتكون من النشاط، والعلاقات والتفاعلات،و الخبرات،و رد الفعل؛ فالنشاط جزء من بناءات البرنامج، وهو يختلف من جماعة لأخرى، لأن كل جماعة لها هدف تريد أن تحققه ببرنامج مختلف عن غيرها من الجماعات (حسان: 2009، 18). ويعتمد بالدرجة الأولى على الجانب الوقائي، أي وقاية الأفراد من الوقوع في بعض المشكلات الاجتماعية وتخفيف نسبة تأثيرها إلى أكبر حد ممكن، وهو عبارة عن عملية أو علاقة تساعد الناس في عملية الإختيار والوصول إلى أحسن الخيارات المناسبة، وهي عملية تعلم ونمو، ومعلومات ذاتية من الممكن أن تترجم إلى فهم أفضل لدور الإنسان والسلوك بفاعلية إيجابية.(قاسم:2008 ،61)

وسوف نتطرف فيما يلي إلى تعريفات البرنامج الإرشادي.

6-2-3-1- تعريف البرنامج الإرشادي:

لقد وردت الكثير من التعريفات التي تناولت البرامج الإرشادية، حيث عرف بعضهم البرنامج الإرشادي بأنه نشاط يقوم به المسترشدون، وعرفه آخرون باعتباره خطة مصممة، أو برنامج مخطط ومنظم، وفيما يلي نورد أهم هذه التعريفات:

تعريف "كونوبكا" "Kinopka" (1976)، الذي يرى بأنه نشاط يقوم به مجموعة من الأفراد أثناء اجتماعهم، بحضور أخصائي، وتقوم هذه الأنشطة وفق حاجات أعضاء المجموعة ورغباتها، ويتضمن هذا قيام الأخصائي بتشخيص تلك الحاجات والرغبات، ومن ثم وضع مجموعة من الإجراءات تطبق من قبل أعضاء المجموعة والأخصائي والمؤسسة لتحقيق أهداف معينة. (مصطفى: 2012، 1372)

أما "ريبير" "Reber" (1985) فيرى بأن البرنامج الإرشادي خطة مصممة لبحث أي موضوع يخص الفرد أو المجتمع، شريطة أن تكون هادفة لأداء بعض العمليات المحددة. (العاسمي: 2008، 5)

وهو نفس التعريف الذي ذهب إليه "زهران"، الذي اعتبره برنامج مخطط ومنظم في ضوء أسس علمية لتقديم الخدمات الإرشادية المباشرة وغير المباشرة ، سواء فرديا أو جماعيا ، بهدف مساعدة الأفراد في تحقيق النمو السوي، والقيام بالإختيار الواعي المتعقل، وتحقيق التوافق النفسي؛ يقوم بتخطيطه وتقييمه لجنة وفريق من المسؤولين المؤهلين.

فيما ركز "تريكر" "Trecker" على الممارسة التي تؤدي إلى تحقيق حاجات العميل، حيث عرف البرنامج بأنه : أي شيء وكل شيء تمارسه الجماعة لتحقيق حاجاتها ورغباتها بمساعدة المرشد. (سايحي: 2004، 24)

أما "العاسمي" (2011) فقد عرفه بأنه برنامج مخطط منظم في ضوء أسس عملية لتقديم الخدمات الإرشادية المباشرة، فرديا وجماعيا، لجميع من تضمهم المؤسسة أو الجماعة، بهدف مساعدتهم في تحقيق النمو السوى، والقيام بالاختيار الواعي المتعقل، لتحقيق التوافق النفسي داخل الجماعة وخارجها. (العاسمي: 2011، 32). ومنه يمكن تعريف البرنامج الإرشادي بأنه:

مجموعة من الخطوات المنظمة، التي ترمي إلى تحقيق أهداف معينة، بحيث تمهد كل خطوة للخطوة الموالية لتصبح في النهاية مترابطة، وتؤدي لتحقيق النمو السوي والصحة النفسية، ويتم إعداده من قبل متخصصين.

6-2-3-2 - خطوات إعداد البرامج الإرشادية:

يذكر "حامد زهران" (2005) أن أول خطوة لإعداد برنامج الإرشاد النفسي هو التخطيط، لذلك يجب أن يُولى تخطيط البرنامج الإرشادي عناية فائقة، ويقوم به لجنة الإرشاد النفسي وليس فردا واحدا، ويجب أن يكون تخطيط وتنظيم البرنامج دقيقا، يقوم على الأسس النفسية والتربوية والإدارية، وأن ينمو ويتطور وفقا لحاجات الأفراد الذين يُخطط من أجلهم، ويجب أن يكون تخطيط البرنامج واقعيا، وفي حدود الإمكانات المتاحة، والممكنة للتحقيق؛ بمعنى أنه في عملية التخطيط يجب البدء من الميسور والموجود، والقريب وممارسة الممكن بدلا من فلسفة المستحيل والمثالي.(الحمادي وآخرون: 2009، 17)، وتكوين برنامج إرشادي يلزم تحديد الآتي:

أولا- أهداف البرنامج الإرشادي:

إن تحديد أهداف البرنامج الإرشادي، هو خطوة أساسية، يتم في ضوئها تحديد محتوى البرنامج الإرشادي والفنيات الإرشادية المستخدمة فيه.

فتحديد الهدف هو نقطة البداية لأي عمل، حيث يعني ذلك تحديد خط سيره ونقطة انطلاقه، والمدة الزمنية اللازمة لإنجازه، وآلية التطبيق، وغير ذلك من المواد والأدوات اللازمة وتكلفتها، كما يبعد الفرد عن الإرتجال والعشوائية والتخبط أثناء العمل لأنه إن ضل أو زل مباشرة سيرجع إلى الهدف الذي وضعه ليمشي بناء عليه. (حسان:2009، 19).

يمكن النظر إلى أهداف البرامج الإرشادية بصفة عامة على أنها تقع في ثلاثة مستويات رئيسية، حددها "العاسمي" (2011) فيما يلي:

المستوى الأول (الأهداف العامة للإرشاد): نجد أن المرشدين يتفقون على أن الإرشاد يهدف إلى إحداث مجموعة من التغيرات في حياة المسترشد.

المستوى الثاني(الأهداف الموجهة للمرشد): إن المرشد نتيجة توجهه النظري يتبنى هدفاً أو أهدافاً تحددها له النظرية التي يستخدمها في عمله.

المستوى الثالث (اختيار أسلوب المعالجة): وهذا المستوى يفرض على المرشد أن يعد أهدافاً خاصة لهذا المسترشد أو ذلك ، وهذه الأهداف هي التي توجه المرشد في اختيار الأسلوب الإرشادي أو الإستراتيجية التي تساعده على تحقيق الأهداف (العاسمي: 2011، 187).

بعد أن يقوم المرشد بتحديد أهداف برنامجه، يتوجه لتحديد الفئة التي ستستفيد من هذا البرنامج.

ثانيا- تحديد المستفيد من البرنامج الإرشادي:

إن أول سؤال يطرح نفسه على الباحث عند بنائه البرنامج الإرشادي هو: من هم الأفراد المستفيدون من البرنامج الإرشادي ؟، وكيف يتم تحديدهم؟

يراعى في ذلك تحديد الفئة العمرية، وأهم السمات والخصائص التي تميز هذه الفئة فسيولوجيا، ونفسيا، واجتماعيا، وحركيا، وحسيا، ولغويا، ثم النمو الانفعالي والاجتماعي. ويلزم ذلك تحديد أهم احتياجات ومطالب نمو هذه المرحلة المقدم لها البرنامج الإرشادي ، وأهم نواقص أو سوء النمو فيها؛ أي وصف العينة المستفيدة من حيث المجتمع المحيط الذي تعيش فيه هذه الفئة والبيئة السكنية والمستوى التعليمي لها.(صيدم: 2012، 54)

على المرشد أن يحدد المستفيدين من تطبيق البرنامج تحديداً دقيقاً، لأنَ ذلك يساعد على وضع أهداف البرنامج ، وخطوات سيره، والعلاقة القائمة بين المرشد والمسترشد أو المسترشدين إذا كان إرشاداً جماعياً، كما يساعد ذلك على تقييم جدوى البرنامج في إحداث الأثر الذي يتركه في المسترشد سلوكياً وعقلياً واجتماعيا . وبدون هذا التحديد يصبح البرنامج مجرد مهارات نفسية غير مضبوطة كمياً وكيفيا . (العاسمي: 2011، 198)

بعد الانتهاء من تحديد المستفيدين من البرنامج الإرشادي يقوم الباحث بتحديد عناصر البرنامج والوسائل المستخدمة.

ثالثا- عناصر البرنامج الإرشادي:

هي عبارة عن مجموعة من الإجراءات والطرق التي يقوم عليها البرنامج الإرشادي، وتتضمن عددا من العناصر هي:

1- الطرق والأساليب التي تشارك في تحقيق أهداف البرنامج الإرشادي: منها المحاضرات، الحوارات والمناقشات، لعب الأدوار، عرض الأفلام، تبادل الأدوار.....
2- النظريات التي تساهم في تحقيق أهداف البرنامج الإرشادي: منها نظرية التحليل النفسي، النظريات المعرفية السلوكية، النظرية السلوكية، النظرية العقلانية الانفعالية، وغيرها.
3- الوسائل والتجهيزات التي تعمل على تحقيق أهداف البرنامج الإرشادي: وهي الوسائل السمعية، الوسائل البصرية، وسائل الإيضاح، أجهزة الحاسب الآلي، استخدام النماذج، المسرح، أماكن اللعب والرياضة.
4- الموارد البشرية التي تساهم في تحقيق أهداف البرنامج: منها المرشد النفسي، الأخصائي الاجتماعي، الطبيب النفسي الإكلينيكي، المدرب الرياضي، الأقران، الممرضين.
5- المقاييس والإختبارات المطلوبة لتطبيق البرنامج وتحقيق أهدافه: يلزم لتطبيق البرنامج أن يكون هناك مقاييس وأدوات مناسبة لمعرفة درجة الاستفادة من هذا التطبيق. (صيدم: 2012، 56)

رابعا- زمن البرنامج الإرشادي النفسي وعدد جلساته:

يتضمن ذلك الخطوات الأساسية والأولويات، وتحديد البدايات والنهايات، والمدى الزمني للتنفيذ، ومكان تنفيذ البرنامج ؛ مثل تحديد خطوات التنفيذ، وعدد الجلسات، ومدتها ، ومحتوياتها، والأشياء المهمة للبدء فيها...إلخ .

هذا ضروري لتجنب الإنزلاق إلى خطوط فرعية قد لا تؤدي إلى الهدف. يجب التنسيق بين خطوات التنفيذ وإجرءاته بحيث لا تتعارض. (سايحي: 2004، 29)

ثمة تباين بين كل مدرسة إرشادية وأخرى حول مدة الجلسة الإرشادية، فبعضها يرى أنه يجب أن تكون الجلسات الإرشادية قصيرة بحيث لا تتعدى 40 دقيقة، إلاّ أن هذا الرأي له سلبياته إضافة إلى كونه محبطا لآمال كل من المرشد والمسترشد، وذلك لعدم توفر الوقت الكافي لمتابعة الموضوعات والمشكلات بعمق أثناء الجلسة، أما الجلسات الطويلة جداً فإنها مجهدة لكليهما. إن الفترة الزمنية المثالية للجلسة

الإرشادية في معظم البرامج الإرشادية التي تتبنى أسس نظرية معينة تتراوح بين (25 دقيقة إلى ساعة ونصف) بمتوسط قدره (60) دقيقة.(العاسمي: 2011، 201)

خامسا: آلية تنفيذ البرنامج الإرشادي:

على المرشد أن يحدد هل يوجه مادة برنامجه بشكل فردي أو جماعي، و يكون ذلك وفقا لطبيعة المشكلة التي يتطلب حلها تفاعلا ومشاركة بين الأفراد، في حين تحتاج بعض المشكلات الأخرى إلى التطبيق الفردي، بالإضافة إلى تحديد طبيعة وخصائص المسترشد المشارك في البرنامج.

سادسا: تقويم البرنامج الإرشادي:

على المرشد أن يقوم برنامجه وذلك باستخدام أساليب ناجحة لتقويم فعاليته، وللحكم على نتائجه. ويفيد التقويم في تصحيح مسار تطبيق البرنامج وتعديل محتواه، أو إعادة النظر في بعض مكوناته، وذلك في ضوء ما يلمسه المرشد أثناء تطبيق البرنامج أو في تقييمه للنتائج التي حصل عليها من خلال هذا التطبيق. يمكن تقويم البرنامج بتطبيق أسلوب القياس القبلي والبعدي، وعلى المرشد ألا يكتفي بذلك فقط ، بل عليه أن يُقوم القياس أثناء تطبيق البرنامج بهدف الوقوف على وجود مؤشرات إيجابية للبرنامج من عدمه، حيث ترصد المؤشرات مدى تحقيق الهدف من استخدام وتطبيق البرنامج. **(**عنبر وآخرون: 2013**)**

6-2-3-3- الخطوات الرئيسة في تطبيق البرامج الإرشادية:

يتم تطبيق البرنامج الإرشادي من خلال عدة خطوات، وكل خطوة لها موضوع وأهداف وإستراتيجيات مختلفة عن الأخرى، وهذه المراحل هي**:**

أولا: الجلسة التمهيدية الأولى وتهيئة المسترشد للدخول في العملية الإرشادية:

هي مرحلة الجلسات الأولى التي يتم فيها التعارف، والتمهيد للبرنامج، وشرح أهدافه، وإطار العمل، ويتم ذلك في الجلسات الفردية التمهيدية، والجلسة الأولى الجماعية.

تهدف إلى التعرف على المسترشد، وتقديم التعليمات الخاصة بالبرنامج وخطوات سيره، وأهدافه، والأساليب المستخدمة فيه، مع كتابة العقد الإرشادي، واتفاق الطرفين على كل النقاط المطروحة في البرنامج.

يعلق المرشد أهمية كبيرة على هذا اللقاء التمهيدي، لما له من آثار قد تكون إيجابية أو سلبية بالنسبة للمسترشد. لذلك فإنه يحاول تحقيق مجموعة من الأهداف في هذا اللقاء منها: إقامة تواصل تام شريف ومفتوح حول الاهتمامات التي يجب مناقشتها مع المسترشد، وأن يعمل لتحقيق مستويات أعمق من الفهم والاحترام والثقة بين المرشد والمسترشد، وأن يحدد المشكلة أو الموضوع الذي جاء يشكو منه المسترشد، وأن يوصل إلى المسترشد فكرة أن الإرشاد عملية يجب أن يعمل فيها كلا الفريقين بقوة لاكتشاف المسترشد وفهم اهتماماته.

يتم الإتفاق على سرية المعلومات التي يعبر عنها العميل، وكذا وقت انعقاد الجلسات المقبلة، والأساليب الإرشادية المستخدمة.(العاسمي: 2011، 240)

وهكذا يتم شرح أهداف البرنامج، وشكل العلاقة الإرشادية، لتهيئة المسترشد للعملية الإرشادية.

خلال هذه الجلسة يتم خلق علاقة إرشادية، تتمثل في علاقة دافئة ومشجعة وودودة بين المرشد والمسترشد، ولأجل أن تتم هذه العلاقة يجب أن تتوفر العوامل التالية في الموقف الإرشادي:

1- أن يكون المرشد أخصائيا، بمعنى أن يكون قد حصل على تدريب خاص وخبرة ومعرفة بالسلوك المضطرب.

2- أن يعمل المرشد على تقديم الخدمات اللازمة لصحة المسترشد النفسية، وألا يصور أحكاما تحتوي على نقد أو لوم أو عتاب لتصرفات العميل ومشاعره وسلوكه.(أحمد:2000، 226،227)

يرى "العاسمي" (2012) أن نجاح العلاقة الإرشادية يعتمد على مجموعة من الشروط ويذكرها كالتالي: الشعور بالألفة، الصدق، الواقعية، الإحترام والاهتمام، الانتباه، المكان المناسب للإرشاد، الخصوصية، القيم(نظام قيمي واضح)، التفهم.

هكذا بعد أن ينتهي المرشد النفسي من رؤية المسترشد الذي يلقاه لأول مرة، وترتيب موعد اللقاءات القادمة، يبدأ مهمته التالية؛ وهي أن يجعل المسترشد يتكلم بحريته ما أمكن، في جو يتسم بالهدوء والأمان والثقة والتقبل والإحترام المتبادل.

ثانيا- جلسة القياس القبلي Pre-test :

هدف هذه الجلسة قياس شدة المشكلة التي يعاني منها المسترشد، وذلك من خلال استخدام أساليب القياس الكمية والكيفية، وتسمى هذه الخطوة بمرحلة الخط القاعدي للمشكلة، والتي يمكن أن ينطلق منها المرشد لتحديد أثر التغير الذي سوف يحدثه البرنامج في خفض مشكلة المسترشد. (العاسمي: 2012، 246)

ثالثا- إجراءات التدخل الإرشادي Intervention :

بعد جلسة التدخل القبلي، يقوم المرشد باختيار وتحديد أساليب التدخل المناسبة للتعامل مع المسترشد، حيث يستخدم المرشدون أساليب مختلفة ومتنوعة لتحقيق أهداف البرنامج.

تعتبر هذه الجلسات جلسات مهنية، تتم فيها علاقة إرشادية في جو نفسي خاص، يشجع المسترشد على التعبير بصدق، وتحدث فيها كل إجراءات العملية الإرشادية، كالتداعي، والتنفيس الانفعالي، والاستبصار، والتعلم، والنمو، وتغير الشخصية، واتخاذ القرارات، وحل المشكلات، وتعديل السلوك. تنجح هذه الجلسة إذا توفرت فيها عوامل عديدة، كالاستعداد لمساعدة المسترشد من قبل المرشد وتقبله، ومشاركته انفعاليا، والتمركز على موضوع الجلسة، وإضفاء روح التلقائية ، وحسن الإصغاء، وبشاشة المرشد، وزرع الثقة المتبادلة، والمسؤولية المشتركة بينه وبين المرشد.(سفيان: 2004، 241)

يشير"بلاكمان" "Blackham " (1977) أن هذه المرحلة تتضمن نشاطين أساسيين هما:

1- تطبيق الإجراءات التي تعالج مشكلات المسترشد.

2- مساعدة المسترشد للقيام بأفعال بناءة.

تعتبر مرحلة التدخل المرحلة التي يتم فيها تعليم المسترشد السلوكيات الجديدة، واتخاذ القرارات، وتحويل الخطط إلى أفعال، وتشتمل مرحلة التدخل على ثلاثة أهداف أساسية هي:

1- مساعدة المسترشد على التعبير عن مشاعره الإيجابية والسلبية كما يعلمها.

2- مناقشة المسترشد في الصعوبات التي تواجهه، ومحاولة العمل معه للتغلب عليها.

3- توضيح وتأكيد حاجات المسترشد وحقوقه ومطالبه. (أبو عباه وآخرون: 2000، 95)

تختلف أساليب التدخل في هذه المرحلة وذلك باختلاف أهداف العملية الإرشادية.

رابعا-القياس البعدي Post Test :

هدفه تقييم التقدم الحاصل لدى المسترشد نتيجة للتدخل الإرشادي، وهنا يستخدم المرشد المقاييس الخاصة بالمشكلة التي تم تناولها، ويتم تقييم أثر التدخل الإرشادي بعدة طرق، نذكر أهمها:

- **التقييم التجريبي:** يحتوي على مجموعتين من الأفراد، متجانسين سنا، وجنسا، وثقافة، من حيث المستوى الاجتماعي والاقتصادي، تكون المجموعة الأولى تجريبية ، ويتم تطبيق العملية الإرشادية عليها، أما المجموعة الثانية فهي ضابطة، ولا يطبق عليها الإرشاد، وإذا حدث تحسن على المجموعة التجريبية يكون هناك نجاح لعملية الإرشاد.
- **التقييم العام:** هنا يقوم المرشد بإجراء اختبار قبلي، وبعد الإرشاد يجري اختبار بعدي، ويعرف من خلال الفروق بين التطبيقين إذا كان هناك تقدم في حالة المريض أم لا، من وسائل التقييم العامة : التقارير الذاتية، ويكتبها العميل عن نفسه.(شعبان وآخرون: 1999، 119)

خامسا- إنهاء البرنامج الإرشادي Termination

هي المرحلة التي تهدف إلى الوقوف على الأهداف التي حققها البرنامج الإرشادي.

تنتهي عملية الإرشاد بعد الخطوات السابقة، بتحقيق الأهداف المسطرة، وكذلك المدة المتفق عليها التي تتراوح من جلسة إلى شهر أو سنة، لكنها تحتاج إلى مهارة، فقد تكون صعبة ومؤلمة في بعض الأحيان، ويفضل عدم تطورها إلى علاقة صداقة، لأنها قد تجعل المسترشد متكلا على المرشد مستقبلا. يجب لفت نظر المسترشد إلى أن باب المرشد مفتوح ، وأن هناك عملية متابعة، وأنه يستطيع العودة في أي وقت يحتاج إلى المرشد.(سفيان:2004، 248)

كلما تم إنهاء العمل بطريقة صحيحة، كلما تم الحصول على نتائج إرشادية أفضل، كما تسهم في زيادة المحافظة على مكتسبات العمل الإرشادي، ويصل المرشد إلى القرار بشأن إنهاء العمل مع المسترشد في الحالات التالية:

- تحقيق وإنجاز أهداف العملية الإرشادية.
- طلب المسترشد إنهاء العمل الإرشادي.

- رفض المسترشد الإستمرار في العمل الإرشادي (المقاومة).

- وصول المرشد لحدود علمه وقدرته مع المسترشد، ورغبته في إحالته إلى جهة أخرى متخصصة حيث تقتضي ظروف المسترشد وحالته ذلك.(أبو عباة وآخرون: 2000، 107)

سادسا- قياس مستوى التحسن Progress:

بعد أن يقوم المرشد بكل الخطوات التنفيذية للبرنامج، لا بد له من قياس التحسن أو الأثر الذي أحدثه البرنامج الإرشادي في شخصية المسترشد، وسلوكياته، وأفكاره، ومشاعره بشكل كامل، كذلك توافقه مع ذاته ومتطلبات حياته اليومية . غالباً ما يتم ذلك باستخدام المقاييس السيكومترية المستخدمة في البرنامج ، بمعنى حدوث تحسن في درجات المسترشد على المقاييس المستخدمة بالمقارنة مع درجاته في القياس القبلي. وفي ضوء نتائج القياس البعدي الإيجابية يعزو المرشد هذا التحسن للبرنامج الإرشادي، وعندئذ يصرح بأن البرنامج أحدث أثرا إيجابياً في شخصية المسترشد.(العاسمي: 2012،269)

سابعا- المتابعة:Follow –Up

يقصد بها تتبع مدى تقدم وتحسن العميل الذي تم إرشاده، وتتم ما بعد عملية الإرشاد. فالمتابعة هي جزء من عملية الإرشاد، تهدف إلى التأكد من استمرار تقدم الحالة ونجاحها، ومدى استفادة العميل من الخبرات الإرشادية .(شعبان وآخرون: 1999، 120)

تعني المتابعة المعرفة العلمية المنظمة لمدى الثبات، والاستمرار في تحسن الأعراض النفسية والسلوكية والوجدانية التي حدثت للمسترشد بعد فترة زمنية (شهر أو أكثر من الانتهاء من تطبيق البرنامج الإرشادي.(العاسمي: 2012، 276)

ثامنا- المتغيرات التي تحد من مستوى التحسن:

قد يعترض برنامج الإرشاد النفسي بعض المشكلات أو الصعوبات التي قد تعوقه، ومن هذه المشكلات ما يتصل بالعملاء أو العاملين، أو الموقف والمجال الذي يتم فيه تخطيط وتنفيذ وتقييم البرنامج، ويجب عمل كل ما يلزم وبذل كل جهد للتغلب على هذه المشكلات والصعوبات أولا بأول بكل الوسائل، حتى يمضي البرنامج قدما لتحقيق أهدافه.

يرى "زهران"(1999) أن أهم المشكلات التي قد تعترض البرنامج ما يلي:

- نقص الوقت لدى المسؤولين عن البرنامج لإنشغالهم في أعمال أخرى، ونقص أعدادهم، وقصور إعدادهم وتدريبهم وخبرتهم، أو نقص حماسهم واهتمامهم بالبرنامج.
- نقص الاهتمام بالإرشاد النفسي وخدماته، وجعلها محدودة، أو خدمات صورية فقط.
- نقص الاعتمادات المالية اللازمة، وبالتالي نقص التجهيزات المطلوبة من أماكن وأجهزة ووسائل.
- نقص الوعي الإرشادي العام، ووجود اتجاه يؤدي إلى إحجام بعض العملاء عن الاستفادة من خدمات الإرشاد النفسي أو رفضها أحيانا، لخلطهم بينه وبين العلاج النفسي.
- نقص اهتمام وعدم تعاون الوالدين وغيرهم ممن يستطيعون الإفادة - لو اهتموا- في البرنامج.
- صعوبات عملية تقييم البرنامج، فهي عملية مكلفة وتستغرق وقتا قد لا يتوافر لدى المسئولين عنه، كذلك فإن بعض عناصر البرنامج تخضع فقط للتقييم الذاتي العام، فيما نجد بعض معايير التقييم صعبة التحديد بدقة.
- يضاف إلى ذلك صعوبة تثبيت وضبط العوامل المتعددة الأخرى، غير عملية الإرشاد وخدماته، مما يؤثر في تغيير السلوك مثلا، وصعوبة إيجاد جماعة ضابطة.(زهران: 1998، 512، 513)

فيما يصنف "العاسمي" (2008) المتغيرات التي تحد من التحسن في البرنامج الإرشادي إلى ثلاثة أنواع:

أ)- المتغيرات المتعلقة بالمسترشد :وتتمثل في طبيعة الاضطراب، وإستجابة المسترشد نحو المرشد، واستجابة المرشد نحو أساليب الإرشاد، وكذا مجالات الاهتمام ومدى التركيز على مشكلة المسترشد.

ب)- المتغيرات المتعلقة بالمرشد:وتمثل في شخصية المرشد وخصائصه النفسية، والأسلوب الإرشادي المستخدم، وخبرة المرشد ومهارته في تطبيق الأسلوب الإرشادي.

3- **المتغيرات البيئية والاجتماعية**: يجب أن يعير المرشد الاهتمام بالجانب البيئي والاجتماعي الذي ترعرع فيه المسترشد.(العاسمي: 2008، 271، 274)

إن الإرشاد النفسي هو مجال تطبيقي لتحقيق الصحة النفسية ، حيث يتم تنفيذ الخدمة الإرشادية من خلال مجموعة من الأفراد أي تتم خلال جلسات جماعية في مكان واحد يتشابهون في نوع المشكلة

التي يعانون منها ويعبرون عنها كل حسب وجهة نظره وطريقة تفكيره من واقع رؤيته لها وكيفية معالجتها.

تقوم البرامج الإرشادية بالدور الإرشادي، وذلك انطلاقا من حاجة إخوة المعاقين الماسة للإرشاد والتوجيه، وأن يكون لديهم القدرة على التغلب على ما يواجههم من ضغوط، ومشاركة الوالدان والطفل المعوق في اتخاذ القرارات الخاصة بالطفل المعاق.

6-2-3-إرشاد إخوة المعاقين:

تشير النتائج المستخلصة من الدراسات التي أجريت في هذا الصدد، أن الأشقاء يمكن تدريبهم لتحسين التفاعلات الاجتماعية بينهم وبين أشقائهم المعاقين.

نذكر منها دراسة "سترين ودانكو" "Strain & Danko" (1995) التي هدفت إلى تطبيق برنامج إرشادي في المنزل، حيث يتم تشجيع مقدمي الرعاية على تعزيز التفاعلات الإيجابية بين الأطفال الصغار المصابين بالتوحد وأشقائهم.

تم تطبيق هذا البرنامج من قبل مقدمي الرعاية في ثلاثة منازل، واستطاعوا إحداث تحسينات كبيرة في التفاعلات الأخوية.(Strain et al 1996,2)

كما توصلت دراسة "بيكر" "Baker" (2000) إلى أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد، يتمكنون من تعلم المهارات الاجتماعية عن طريق اللعب، والتفاعل في بيئتهم الطبيعية مع أشقائهم. (Baker :2000,66)

وقد أجريت دراسة مماثلة مع أشقاء الأطفال الذين يعانون من متلازمة داون من قبل "ترينت - ستاينبروك ، كايزر، و فراي" "Trent-Stainbrook, Kaiser, and Frey" (2007) حول تدريب الأشقاء الأكبر سنا على استخدام استراتيجيات الاستجابة التفاعلية اللفظية والاستجابة غير اللفظية، وأثرها على أشقائهم الأصغر سنا، الذين يعانون من متلازمة داون.

أشارت النتائج إلى أن تدريس الأشقاء الأكبر سنا يسهل التفاعل مع الأشقاء الأصغر سنا، ويؤدي إلى زيادة السلوكيات التواصلية بينهم، مما يؤكد بأن الأشقاء يمكن أن يكونوا عاملا للتنشئة الاجتماعية الفعالة. (Caspi :2010,177)

كما قام "فيليبس" "Phillips" (1999) بدراسة كان الهدف منها تقييم فعالية الإرشاد الجماعي لأشقاء الأطفال المعاقين، حيث تم تقسيم الأطفال عشوائيا إلى مجموعتين: المجموعة الأولى شاركت في البرنامج المصمم لدعم أشقاء الأطفال المعاقين، وتوفير بيئة إيجابية، أما المجموعة الأخرى فلم تشارك في البرنامج.

تم مقارنة الأداء العاطفي الاجتماعي بين المجموعتين، وأشارت النتائج إلى أن المجموعة التي شاركت في برنامج ما بعد المدرسة، أظهرت تحسنا كبيرا في التكيف العاطفي الاجتماعي (القلق، والإكتئاب، واحترام الذات، والمتاعب اليومية، والدعم الاجتماعي) مقارنة بمجموعة التحكم. (Ruby:1999,569)

نفس النتائج توصل إليها "بيريز" "Perez" (2008) في دراسته حول تصميم برنامج لإرشاد أشقاء الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد، والذين تتراوح أعمارهم ما بين 6-11 سنة، وقد وجد أن الأشقاء يشعرون بالراحة للتعبير عن مشاعرهم، وطرح الأسئلة المتعلقة بأخوتهم المصابين باضطراب التوحد.(Perez:2008)

كذلك تم التوصل لنفس النتائج في دراسة "شيشتمان وجيلات" "shechtman & gilat" (2005) حول تأثير الإرشاد الجماعي على مستويات الإجهاد بين الآباء والأمهات، وكذا أخوة الأطفال ذوي صعوبات التعلم. (Shechtman et al :2005,275)

وهكذا تثبت نتائج الدراسات أن الإخوة العاديين يمكن أن يكونوا عامل تدخل مفيد للإخوة المعاقين من خلال تعليمهم السلوكات التكيفية وتحسين أدائهم، وأيضا تحسين العلاقات الأخوية لدى الإخوة العاديين والمعاقين في نفس الوقت.

خلاصة:

تم في هذا الفصل التطرق إلى العلاقات الأخوية وأهم خصائصها ونظرياتها، وانتهينا بالتعريج على العلاقات الأخوية لدى إخوة المعاقين عقليا، فالعلاقات الأخوية هي من أكثر العلاقات استمرارا وديمومة، وهذا ما يميزها عن العلاقات الأخرى سواء داخل الأسرة أو خارجها، لذا فإن التأثر الأكبر بإعاقة الطفل يكون من قبل الإخوة العاديين.

وفي ظل تضارب نتائج الدراسات التي تناولت إخوة المعاقين، وانقسامها بين التأثر السلبي وتكيف الإخوة مع الإعاقة يبقى من الضروري التدخل عن طريق الإرشاد النفسي لصالح هذه الفئة، وذلك عن طريق البرامج الإرشادية، حيث تم التطرق إلى الإرشاد النفسي، والإرشاد الجماعي، وكذا البرامج الإرشادية وكيفية إعدادها، وخطوات تطبيقها كي نستفيد منها في خدمة إخوة المعاقين عقليا.

الفصل الرابع: السلوك التكيفي لدى أطفال متلازمة داون

تمهيد

1- متلازمة داون

1- 1- تعريف متلازمة داون

1-2-أنواع متلازمة داون

1-3- خصائص أطفال متلازمة داون

2- السلوك التكيفي

2-1- مفهوم السلوك التكيفي

2-2-أبعاد السلوك التكيفي

2-3- قياس السلوك التكيفي

3- السلوك التكيفي لدى أطفال متلازمة داون

خلاصة

تمهيد:

يعتبر مفهوم "السلوك التكيفي" "Adaptive Behavior" من المصطلحات الحديثة نسبياً التي دخلت في ميدان التربية الخاصة في أواسط الخمسينات من القرن الماضي، وقد أدى ظهور هذا المفهوم إلى تغير جوهري في التعريف الحديث للإعاقة العقلية؛ الذي أصبح لا ينظر إلى القدرات العقلية التي يتمتع بها الفرد كمعيار وحيد، وإنما إلى قدرة الفرد أيضاً على الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية المتوقعة منه مقارنة مع نظرائه من نفس الفئة العمرية.

سوف نتطرق في هذا الفصل إلى السلوك التكيفي لدى أطفال متلازمة داون، متناولين العناصر التالية: متلازمة داون، السلوك التكيفي، السلوك التكيفي لدى أطفال متلازمة داون.

1- متلازمة داون:

تعتبر "متلازمة داون" "Down Syndrome" من أشهر أنواع الضعف العقلي التي اهتم بها الباحثون، وتنتمي إلى مجموعة الاضطرابات الجينية (المورثات Genetic) ، المصحوبة بضعف عقلي.

وهي من أكثر المتلازمات شيوعا وسهولة في التعرف على خصائصها، لذا حظيت بالبحث والاهتمام الكبير، وسوف نتطرق فيما سيلي إلى تعريف متلازمة داون، وكذا أنواعها، وخصائصها.

1-1- تعريف متلازمة داون:

تشير الدراسات وبحوث علم الإنسان ووصف السلالات البشرية والتماثيل القديمة إلى وجود أشخاص يحملون الصفات المميزة لمتلازمة داون عبر التاريخ القديم.

حيث وُجدت متلازمة داون قبل اكتشافها بفترة طويلة، وربما تعود إلى القرن السابع الميلادي؛ كما صورت بعض اللوحات في القرن السادس والسابع عشر أطفالا رضعا، لديهم نفس مميزات أطفال متلازمة داون. (Carr et al :1995,1)

تعتبر متلازمة داون الشكل الأكثر شيوعا للإعاقة الذهنية، وتتراوح مستوياتها من الخفيفة إلى العميقة ، وهي اضطراب الولادة الأكثر انتشارا. (Dolva :2009,7)

مع ذلك، لم يتم الاعتراف بمتلازمة داون كإعاقة منفصلة إلا عام (1866)، عندما وصف الدكتور "جون لانغدون داون" "John Langdon Down" (1828-1896) لأول مرة خصائص متلازمة داون.

لقد لاحظ "داون" "Down" أن الأطفال المصابين بهذه المتلازمة يشبهون بعضهم البعض في ملامح الوجه، وخصوصا العين التي تمتد إلى أعلى ، فأطلق عليهم اسم المنغوليين نسبة للسلالة العرقية المنغولية البدائية، وظل هذا الاسم شائعا مدة من الزمن.

في عام (1959)، بعد 93 عاما من وصف داون الأصلي، أظهر "ليجون" "Lejeune" وزملاؤه في باريس أن متلازمة داون مقترنة بكروموسوم إضافي، وأنها ناتجة عن زيادة نسخة من كروموسوم رقم (21) ، ليصبح مجموع الكروموسومات في الخلية الواحدة (47) كروموسومًا بدلا من العدد الطبيعي 46. (Selikowitz :2008,26)

إن متلازمة داون هي عبارة عن تغير في النمو الجسدي والعقلي للجنين، وتؤدي هذه التغييرات إلى بعض المظاهر المتمثلة في: قصر الأصابع، ميل العينين ، تجعد الراحتين، وصفات أخرى مختلفة .

يستخدم مصطلح متلازمة لوصف مجموعة من المميزات التي تظهر معا، والأطفال الذين لديهم متلازمة داون يولدون بها، ويحدث هذا الاضطراب لدى كل الشعوب في العالم، ولا يتعلق بالمستوى الاقتصادي أو الاجتماعي. (Brill:2006,2)

كما أنها عبارة عن مرض خلقي، يصاحب الطفل منذ الولادة، وينتج عن خلل في الكروموزومات.

يتمثل هذا الاضطراب في مجموعة من الخصائص المميزة لحالة مرضية، يتم تشخيصها بفحص عينة من دم الطفل، حيث تظهر العينة وجود كروموزوم إضافي في الخلايا الجسمية للطفل، وسميت المتلازمة باسم"داون" "Dawn" نسبة إلى الطبيب الذي اكتشف الخصائص الميزة للحالة.(عباس: 2009 ، 77).

أي أنها ناتجة عن زيادة في عدد الصبغات (الكروموسومات)، والكروموسومات عبارة عن عصيات صغيرة داخل نواة الخلية، تحمل هذه الكروموسومات في داخلها التفاصيل الكاملة لخلق الإنسان، فيحمل الشخص العادي - ذكرا كان أم أنثى -46 كروموسومًا، وهذه الكروموسومات تأتي على شكل أزواج، فكل زوج عبارة عن كروموسومين (أي 23 زوجا أو 46 كروموسوما).

هذه الأزواج مرقمة تدريجيا من واحد إلى اثنين وعشرين، بينما الزوج الأخير (الزوج23) لا يعطى رقما بل يسمى الزوج المحدد للجنس، يرث الإنسان نصف عدد الكروموسومات (23) من أمه، و (23) الأخرى من أبيه.(العرعير: 2010،43)

أشار كل من "ليجن، وجيوكر، وتوربن" "Lejeune,Gautier,Tarpin" عام (1959) إلى أن السبب الحقيقي الكامن وراء متلازمة داون هو وجود 47 كروموسومًا بدلا من (46) على المستوى الخلوي، وذلك لوجود كروموسوم زائد متصل بزوج الكروموسومات رقم (21)، حيث يصبح هذا الزوج ثلاثيا، وبما أن زوج الكروموسومات رقم 21 مسؤول عن التوتر العضلي والصفات الشكلية الوجهية وبعض العناصر والأجزاء الحيوية المهمة في جسم الإنسان، فإن ذلك يؤدي إلى ظهور الأعراض والصفات المميزة لهذه المتلازمة. (العسرج: 2006 ، 38)

إذا متلازمة داون هي حالة وراثية، يتسبب فيها الفشل في عملية انقسام الخلايا، وأغلب الأطفال المصابين بها يكون السبب وجود نسخة ثالثة من كروموسوم 21 في الخلايا ، بدلا من اثنين المعتادة، وهذا يؤدي إلى وجود 47 كروموسوم بدلا من 46 .(Lorenz: 2012,1)

وغالبا ما يشار إلى متلازمة داون في الأدبيات الطبية، بتثلث الصبغي 21، لأنه السبب في الإصابة، ويذهب "ماتييس" "Mattheis" (2002) ، إلى أن مثل هذا الكروموسوم الإضافي غالباً ما ينتج عن واحد من ثلاث احتمالات، تتمثل فيما يلي:

1 . شذوذ في انقسام خلايا البويضة "ovum" قبل الحمل.

2 . شذوذ في انقسام الخلايا التي يتضمنها الحيوان المنوي"sperm" قبل أن يتم الحمل.

3 . شذوذ في انقسام تلك الخلايا التي تتضمنها البويضة الملقحة"fertilized egg" بعد أن يتم الحمل.

كما يشير كل من" بروف وأولي" "Baroff & Olley" (1999) أن من أهم أسباب الإصابة بمتلازمة داون عمر الأم، خصوصاً إذا تم الحمل بعد الأربعينات، حيث تكون البويضة في هذا العمر حساسة وسريعة التأثر. (الشمري: 2007، 19)

إن متلازمة داون عبارة عن خلل جيني، يؤثر سلباً على القدرات العقلية والجسدية، ويتراوح من ضعف عقلي متوسط، إلى ضعف عقلي شديد، وتتميز بمجموعة من الصفات الجسدية الناتجة عن مشكلة في الجينات تحدث في مرحلة مبكرة قبل الولادة، ويكون الأولاد الذين يعانون من متلازمة داون ذوي ملامح مميزة.

1-2-أنواع متلازمة داون: هناك ثلاثة أنواع لمتلازمة داون، سنذكرها بإيجاز فيما سيلي:

1-2-1-التثلث الصبغي رقم 21:

معظم حالات متلازمة داون تكون من هذا النوع، حيث أن النطفة والبويضة من الأبوين تكون عادية، لكن يحدث انقسام خاطئ للخلية أثناء تكوين الحيوان المنوي أو البويضة، فينتج عن هذا إما بويضة، أو نطفة تحوي 24 كروموسوم بدلا من 23 كروموسوم، أو يحدث هذا الانقسام عند بداية تكوين الجنين.

ويمكن أن يحصل الانقسام الخاطئ للخلية في واحد من ثلاثة مواضع ، الأول الحيوان المنوي ، ويقدر حدوث هذا من 20- 30%، الثاني البويضة، ويقدر حدوثه مابين 70 –80 %، الثالث في مرحلة انقسام الخلية الأولى بعد عملية الإخصاب، ويعتقد أن آلية الانقسام في الخلية متساوي في المواضع الثلاثة. (الهذلي:2008، 31)

يحدث هذا النوع في معظم حالات متلازمة داون ، وبكثرة بين الحوامل كبيرات السن بزيادة صبغة واحدة كاملة (47 كروموسوم في الخلية بدلا عن 46 كروموسوم).

1-2-2-المنتقل :التحول الإنتقالي

يوجد هذا النوع تقريبا لدى 4% من ذوي متلازمة داون نتيجة زيادة في المادة الصبغية.

يحدث هذا الانتقال عندما يقوم جزء من الكروموزوم رقم 21 - سواء كان مصدره من البويضة أم الحيوان المنوي، وسواء كان ذلك قبل أن يتم الحمل أم بعد حدوثه- بالتوقف فجأة أثناء عملية انقسام الخلايا، ثم يتصل بكروموزوم آخر وينتقل إليه، وغالبا ما يكون هذا الكروموزوم الآخر هو الكروموزوم رقم 14 أو 21 أو 22 ، مما يؤدي إلى حدوث متلازمة داون بسماتها و أعراضها المميزة .(بن قيدة: 2008، 83).

1-2-3-النوع الفسيفائي:

هذا النوع نادر الحدوث لدى حالات متلازمة داون، وهو أخفها، وينتج عن خلل جيني غير معروف بعد التلقيح، يؤدي إلى حدوث الزيادة الجينية في بعض خلايا الطفل بينما البعض الآخر يكون بدون أي زيادة .

يكون الكروموزوم 21 ثلاثيا في بعض الخلايا وثنائيا في بعض الخلايا الأخرى، وتمثل هذه الحالة حوالي 1 بالمئة تقريبا من حالات متلازمة داون.

يحصل الشذوذ في الكروموسومات بعد الإخصاب، إذ يحدث خطأ في توزيع الكروموسومات بمجرد أن تبدأ البويضة المخصبة في الانقسام، مما يؤدي إلى عدم انفصال أحد الكروموسومات، فتحتوي الخلية الجديدة بالتالي على ثلاثة كروموسومات في موضع الكروموزوم 21، بينما الخلية الأخرى الناتجة عن نفس الإنقسام لا تحتوي إلا على كروموسوم واحد . بسبب نقص الكروموسوم في الخلية الثانية فإنها تموت وتبقى الخلية الأولى التي تحتوي على كروموسوم زائد في الانقسام، وستستمر خلايا الجسم في الانقسام حاملة ثلاثية الكروموسوم الذي حدث في الشذوذ (وشاحي: 2003، 87)، وسمي هذا النوع بالفسيفسائي لأن خلايا الجسم تظهر على شكل فسيفساء، أي في كل موضع تختلف عن الآخر.

حيث أن هذا النوع يحدث بالصدفة نتيجة خطأ في انقسام البويضة المخصبة، ولا ينتقل عبر كروموزومات الوالدين.

يوجد العديد من الصفات والسمات التي تميز أطفال متلازمة داون عن غيرهم، وفيما يلي سنعرض موجز لأهم هذه الصفات.

1- 3- خصائص أطفال متلازمة داون:

يوجد تشابه كبير بين أطفال متلازمة داون، كما لو كانوا من أسرة واحدة، ، وفيما يلي ، سنقوم بعرض أهم الخصائص الجسمية، والاجتماعية، والعقلية التي تميزهم:

1-3-1- الخصائص الجسمية: إن الأطفال المصابون بهذا الاضطراب لهم صفات جسمية وشكلية خاصة، منها:

- ضيق أو انحراف في العينين يشبههم بالأطفال الصينيين.
- غشاء صغير يغطي الزاوية الداخلية للعين.
- هبوط بسيط في عظم الأنف العلوي.
- الأذن صغيرة.
- الفم صغير واللسان بارز.
- قصر القامة.
- صغر اليدين وامتلاؤهما وقصر الأصابع.
- اعوجاج بسيط في الأصبع الصغير(البنصر).
- وجود ثنية واحدة مستعرضة في كف اليد بدلا من اثنين.
- ضعف العضلات وليونتها.(العريض:2003، 266).

قد لا نجد كل هذه الصفات في الطفل المصاب، بل نجد معظمها فقط، لكن هؤلاء الأطفال يشبهون بعضهم البعض في المظهر للدرجة التي يصعب معها في بعض الأحيان ملاحظة الفروق بينهم .

1-3-2-الخصائص السلوكية والاجتماعية:

تتمثل الخصائص السلوكية والاجتماعية التي تميز الأطفال المصابين بمتلازمة داون فيما يلي:

- ودودون من الناحية الاجتماعية، ويقبلون على الآخرين، ويحبون مصافحة الأيدي واستقبال الغرباء.

- يبدون المرح والسرور باستمرار.
- تقل لديهم المشكلات السلوكية إلا أنهم يمكن أن يغضبوا إذا ما استثيروا، إلا أن هذه الخاصية ليست ميزة لهم، إذ أن المشكلات السلوكية التي يظهرها بعضهم يمكن إرجاعها إلى اختلاف الظروف الأسرية والبيئية التي يوجد فيها هؤلاء الأطفال.(وشاحي: 2003، 91)

يعتمد تطور هذه الخصائص لدى هؤلاء الأطفال على جانبين مهمين هما: القدرة العقلية والمثيرات البيئية أو التنشئة الاجتماعية الأسرية.

1-3-3- الخصائص العقلية:

تتراوح القدرة العقلية لأطفال فئة "داون" ما بين المتوسطة والبسيطة، وتتراوح نسبة الذكاء العام لديهم بين 45-70 درجة.

تعتبر هذه الفئة من الفئات القابلة للتعلم نظرا لقدرتهم على تعلم المهارات الأكاديمية البسيطة مثل القراءة، والكتابة، والحساب، والمهارات الاجتماعية، ومهارات العناية بالذات ، ومهارات التواصل مع الآخرين.(عباس:2009، 78)

نلاحظ أن أطفال متلازمة داون يتصفون بعدد من الخصائص والسمات التي تجعلهم مختلفين عن غيرهم من الأطفال المعاقين عقليا، ومن هذه الخصائص والسمات قابيلتهم للتعلم، وتحسين سلوكهم التكيفي.

متلازمة داون إذا : هي اضطراب وراثي يسبب إعاقة عقلية، ورغم وجود سمات جسدية وعقلية مشتركة لدى الأشخاص المصابين بهذه المتلازمة، فإن أعراض متلازمة داون يمكن أن تتراوح من أعراض خفيفة إلى أعراض شديدة، وقد تظهر لدى المصابين بهذه المتلازمة مشكلات صحية أخرى؛ حيث من الممكن أن يولدوا وهم مصابون بأمراض قلبية، لكن هناك الكثير من المصابين بهذه المتلازمة يستطيعون عيش حياة منتجة سعيدة حتى سن النضج .

وهذا يعني أن بإمكانهم تحقيق التكيف الشخصى، والاجتماعى، والمهني، إذا ما تم توجيههم وتعليمهم وتدريبهم، وسوف سنتطرق في العنصر الموالي إلى مختلف جوانب السلوك التيكيفي لهؤلاء الأطفال.

2- السلوك التكيفي:

لقد أصبح لمفهوم السلوك التكيفي مكانة هامة في الدراسات الخاصة بالإعاقة العقلية، والمختصين المهتمين بالتعلم ، والمعاقين عقليا أنفسهم ، وكذا الأولياء.

تعود بدايات استخدام مصطلح السلوك التكيفي إلى العلوم البيولوجية، التي استخدمت مفهوم "التكيف" "Adaptation" للدلالة على مدى قدرة الفرد على التكيف مع العوامل البيئية والطبيعية، ثم ظهر هذا المفهوم في العلوم الاجتماعية على أنه مدى قدرة الفرد على التكيف مع العوامل والمتغيرات الاجتماعية، أما في العلوم النفسية فقد اعتبرت مظاهر التكيف النفسي دلالة على الصحة النفسية. وسوف نتطرق فيما يلي إلى مفهوم السلوك التكيفي ، وأبعاده، ووسائل قياسه.

2-1- مفهوم السلوك التكيفي:

يعتبر مفهوم السلوك التكيفي من المصطلحات الحديثة التي دخلت ميدان التربية الخاصة، ويمثل قدرة الفرد على أن يسلك سلوكا استقلاليا يقلل من اعتماده على الآخرين، كما يعكس سلوك المسؤولية الاجتماعية لديه.

في الخمسينيات من القرن الماضي استخدم هذا المصطلح في ميدان التربية الخاصة من قبل "دول" "Doll" (1941)، ومن بعده استخدمه "هيبر" " Heber" (1959،1961) ، "وجروسمان" "Grossman" (1973) ، وبقي هذا المفهوم شائعا حتى الوقت الحاضر. (السيد:2008، 72)

لقد تم إضافة مصطلح "السلوك التكيفي" عام (1959) من قبل "الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي" (سابقا)، حيث يشير إلى فعالية الفرد في التعامل مع المطالب البيئية. ظهر هذا المصطلح بسبب القصور في تشخيص التخلف العقلي على أساس اختبار الذكاء ، وبالتالي، يتم تشخيصه في الوقت الراهن على أساس الانخفاض في الأداء الفكري العام والعجز في السلوك التكيفي على حد سواء. (Domino et al :2006,234)

عادة ما تعزى نشأة مفهوم السلوك التكيفي إلى "دول" "Doll" (1953)، الذي درس الكفاءة الاجتماعية للأطفال، وأكد أن استخدام مفهوم الذكاء غير كاف لتشخيص الأفراد المتخلفين عقليا. (Shapiro:2014,148)

لقد كان تعريف الإعاقة العقلية يعتمد على الأداء العقلي واختبارات الذكاء فقط، لكن بدأ يزداد التركيز على السلوك التكيفي في تشخيص الإعاقة العقلية لاحقا، حيث صمم "إدغار دول" " Edgar Doll" عام (1936) أول مقياس رسمي لقياس السلوك التكيفي، وكذا صمم "فينلاند" "Vineland" مقياس للنضج الاجتماعي .

وكان "هيبر" "Heber" أول من دمج رسميا "السلوك التكيفي" في تعريف الإعاقة العقلية عام (1959).(Minshawi:2007,7)

وقد أصبح هذا المفهوم مقبولا لدى الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي، وتم إضافته إلى قائمة مصطلحات الجمعية (AAMD) عام (1961).

فيما يتعلق بتعريف السلوك التكيفي ، لم يتم التوصل إلى توافق في الآراء حول تعريفه، فقد ذكر "كولتر ومورو" "Coulter and Morrow" (1978) أن هناك اختلافا كبيرا في تعريفات هذا المفهوم.

حيث ركز "ميرسر" "Mercer" (1973) على السياق الاجتماعي للسلوك، وردود فعل الفرد، ومدى ملاءمتها لتوقعات المجتمع.

في حين ركز "ليلاند، نيهيرا،فوستر، شيلهاس، كاجن" " Leland, Nihira, Foster, Kagin Shellhaas, and " (1968) على قدرة الشخص على التكيف مع المتطلبات البيئية.

كما يعرف السلوك التكيفي بأنه يحتوي على مجموعة واسعة من المهارات السلوكية التي يمكن أن تكون أداة للتشخيص.

هكذا يظهر الاختلاف جليا في تعريف السلوك التكيفي ، إلا أن "ويت ومارتنز" " Witt and Martens" (1984)، "وريسلي" " Reschley" (1982) قد أشاروا إلى بعض القواسم المشتركة بين هذه التعاريف.

حيث أن جميع التعاريف تشير إلى أهمية خاصية النمو، وتعرف مهارات التكيف بأنها وظيفة تتطور مع تزايد العمر، ويزيد تعقيد السلوك التكيفي بتطور عمر الفرد.(Shapiro :2014,148)

وفقا للتعريف الذي قدمته الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (AAMD) فإن الدرجة التي يمكن أن يؤثر بها السلوك التكيفي على القصور العقلي يعتبر ذا أهمية كبيرة، والعجز في هذه السلوكيات يعني الفشل في تحقيق معايير الاستقلالية والمهام الاجتماعية.

يعرف "جروسمان" "Grossman" السلوك التكيفي على النحو التالي: " هو درجة أداء المهام الاجتماعية للفرد، وفقا للعمر والطبقة الثقافية لشخص معين." (Sadrossadat et al :2010,35)

وفقا لهذا التعريف فإن جروسمان يفترض - بوجه عام - أن لهذا السلوك التكيفي مظهرين جوهريين هما:

1-القدرة على الأداء الوظيفي المستقل.

2-القدرة على مواجهة المطالب الاجتماعية والثقافية.

ويعني هذا مدى اعتماد الفرد على أن يتدبر أموره بمفرده، ومدى مطابقة سلوكه وتكيفه مع متطلبات الثقافة المفروضة عليه في المسؤولية الفردية والاجتماعية.(الحسين: 2005 ،8)

لاحظ "هانت ومارشال" "Hunt and Marshall" أن مهارات السلوك التكيفي، مثل الكفاءة الشخصية والاجتماعية، هي أضعف لدى الأفراد الذين يعانون من إعاقة عقلية، وهؤلاء الأفراد لديهم صعوبة في التكيف مع متطلبات الحياة اليومية، وتشمل هذه السلوكات عدم التكيف والتأقلم مع "البيئة الخارجية"، والتي تتغير وفقا للسن، وحالة الأفراد. (Sadrossadat et al et al :2010,35)

ذكر" فاروق الروسان" (2000) بعضا من مظاهر السلوك التكيفي من **وجهة نظر التربية الخاصة،** ومنها :النضج الاجتماعي والتآزر البصري الحركي، والقدرة على التعلم، والمتمثلة في تعلم المهارات الأكاديمية اللازمة حسب المرحلة العمرية والنمائية، والمهارات الاجتماعية والمتمثلة في تعلم مهارات الحياة اليومية والمهارات اللغوية.(الغامدي:2010، 112)

يشير السلوك التكيفي أيضا إلى استقلالية الفرد التي تظهر من خلال السلوكيات المرتبطة بتلبية احتياجاته الشخصية، والاجتماعية اليومية، بما في ذلك السلوكيات المتوقعة في البيئة المحلية والاجتماعية حسب " نيهيرا، ليلاند، وامبرت" "Nihira, Leland, & Lambert" (1993) .

يعرف "ميرسر" "Mercer " (1973) السلوك التكيفي على أنه ذلك الدور الاجتماعي المتوقع من الفرد مقارنة مع نظرائه من نفس المجموعة العمرية، سواء كان ذلك في مرحلة الطفولة أم الشباب أم الكهولة. ويتضمن ذلك المفهوم الأدوار الاجتماعية المتوقعة من الفرد وخاصة قدرته على الاستجابة الاجتماعية والمهارات الاجتماعية المتوقعة منه.

ويعرف" ليلاند" "Leland" (1977) السلوك التكيفي بأنه: "القدرة على الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية"، والتي تبدو في ثلاثة أشكال هي:

1-**المهارات الاستقلالية** : والتي تعني قدرة الفرد على الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية بنجاح حسب العمر الزمني للفرد.

2-**تحمل المسئولية الشخصية** : والتي تعني قدرة الفرد على تحمل كل ما يتعلق بأموره الشخصية والنجاح فيها واتخاذ القرار المناسب فيها.

3-**تحمل المسئولية الاجتماعية**: وتعني قدرة الفرد على القيام بالأدوار الاجتماعية المتوقعة منه بنجاح، وتحمل المسئولية المترتبة على قيامه بتلك الأدوار، كما تعني النضج الاجتماعي والإنفعالي عند اتخاذ القرار المناسب". (الحسين: 2005 ،8)

من خلال التعريفات المتعددة التي تم ذكرها نجد أنها تشتمل على ما يلي:

السلوك التكيفي هو مدى قدرة الفرد على تحمل مسئولياته الشخصية، والمهارات الاستقلالية الأخرى، واستخدام اللغة في التعبير عن نفسه، إضافة إلى قدرة الفرد على تحمل مسئولياته الاجتماعية المتوقعة منه في المراحل العمرية المتقدمة، وما تتطلبه من مسئوليات اجتماعية تتمثل في التفاعل مع الآخرين والقيام بالاعمال التي تمكنه من الاستقلال في الحياة.

2-2-أبعاد السلوك التكيفي:

على الرغم من وجود مستوى كبير من الإتفاق في تحديد السلوك التكيفي من وجهة نظر وظيفية، إلا أنه حتى وقت قريب، كان هناك توافق قليل في الآراء فيما يتعلق ببنيته.

سوف نقوم باستعراض أهم أبعاد السلوك التكيفي المتضمنة في غالبية المقاييس، حيث تم تحديد ثلاثة أبعاد للسلوك التكيفي في تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي سنة (2002)، وتتمثل فيما يلي: المهارات العملية، المفاهيمية ، والمهارات الاجتماعية.

- **البعد العملي**: يشير إلى استقلال الشخصية، وينعكس في المهارات العملية اللازمة للحياة اليومية.
- **البعد الاجتماعي**: يشير إلى المسؤولية الشخصية، ومدى تلبيتها لتوقعات الآخرين، في السياق الاجتماعي للفرد.
- **البعد المفاهيمي:** ويلاحظ من خلال المهارات المعرفية والأكاديمية.(John et al :2007,281)

فيما حدد "ماير، نيهيرا، وزلتين" "Meyers, Nihira and Zetlin" (1979) أبعاد السلوك التكيفي فيما يلي: الاستقلال الذاتي (الاستقلال الشخصي، وتحقيق الاكتفاء الذاتي)، والمسؤولية (المهارات والكفاءات الشخصية)، والسلوك غير التكيفي: القصور الشخصي والاجتماعي.

يرى أيضا "ويدامان وماك جراو" " Widaman and McGrew " (1996) أن أبعاد السلوك التكيفي تتمثل فيما يلي: الكفاءة الجسمية، والمهارات الاستقلالية اليومية، والكفاءة المعرفية، والكفاءة الاجتماعية ، والتواصل. (Emerson et al :2004,372) .

أما "مجلس البحوث الوطني الخاص بتحديد الإعاقة العقلية" "National Research Council (NRC)" (2002) فقد قام بتحديد مجالات مماثلة عموما لتلك الموجودة في تعريف الجمعية الأمريكية

للتخلف العقلي، لكن يوجد هناك اختلافات طفيفة في التركيز على فترات النمو المختلفة (الطفولة ، والمراهقة ، البلوغ). والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (2)

أبعاد السلوك التكيفي المحددة من قبل الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي ومجلس البحوث الوطني الخاص بتحديد الإعاقة العقلية. (**Jacobson et al** :2007,281)

أبعاد السلوك التكيفي		مفاهيمية	عملية	اجتماعية	الحركية	العمل
الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي		معرفية- أكاديمية الاتصال	الاستقلالية مهارات الحياة اليومية	المسؤولية الشخصية تلبية التوقعات الاجتماعية		
مجلس البحوث الوطني الخاص بتحديد الإعاقة العقلية	من0-4 سنوات	التواصل	مهارات الحياة اليومية	المهارات الاجتماعية	المهارات الحركية التنقل	
	من5- 17 سنة	التواصل الوظائف الأكاديمية	مهارات الحياة اليومية	المهارات الاجتماعية	المهارات الحركية التنقل	
	أكبر من 18 سنة	التواصل المهارات العملية / المعرفية	مهارات الحياة اليومية	المهارات الاجتماعية	المهارات الحركية التنقل	المهارات المتعلقة بسلوك العمل

من خلال استعراض أهم التصنيفات لأبعاد السلوك التكيفي ، يمكن أن نذكر أهمها كما يلي:

1- المهارات الاستقلالية:

يقصد بها مهارات الحياة اليومية مثل مهارات تناول الطعام والشراب واستخدام دورة المياه، والنظافة الشخصية والاستحمام والاهتمام بالمظهر العام واستخدام التليفون ووسائل المواصلات العامة.

2- المسؤولية الشخصية

أي القدرة على تحمل المسؤولية الفردية للسلوك، كما تعكس القدرة على الاختيار واتخاذ القرار.

3- المسؤولية الاجتماعية:

هي قدرة الفرد على تقبل وتحمل مسئوليته كأحد أعضاء المجتمع، وإنجازه للسلوكيات الملائمة تبعا لتوقعات ذلك المجتمع والتي تنعكس في التوافق الاجتماعي والنضج الانفعالي.

كما ذكرت لامبرت مظهران أساسيان لهما أهميتهما في الحكم على السلوك التكيفي للفرد وهما:

1- قدرة الفرد على التعامل باستقلالية مع البيئة التي يعيش فيها.

1- الدرجة التي يحقق بها الفرد إشباعا للمتطلبات الثقافية المفروضة عليه سواء كان ذلك في الجانب الشخصي أم المسؤولية الاجتماعية (المالكي: 2008، 54)

يتم التعرف على السلوك التكيفي للفرد من خلال أدائه الوظيفي على هذه الأبعاد ، وذلك عن طريق قياس السلوك التكيفي في هذه المجالات، وسنتعرف على أهم هذه المقاييس في العنصر الموالي.

2-3- قياس السلوك التكيفي:

لقد تطور مفهوم السلوك التكيفي بسبب عدم كفاية مقاييس الذكاء كمحك أساسي في تشخيص الإعاقة العقلية، وأصبح تشخيص الأداء الوظيفي للفرد يتطلب استخدام مقياس للسلوك التكيفي إلى جانب نسبة الذكاء.

أدى تبني مفهوم السلوك التكيفي في تعريف الإعاقة الذهنية إلى ظهور عدة مقاييس كمقياس "فاينلاند"، مقياس الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي" سابقاً"، وغيرها من المقاييس، وتكمن أهمية قياس السلوك التكيفي في تحديد مظاهر القصور لدى الأشخاص المعاقين في المهارات الحياتية، والوظائف الاستقلالية ، وفي جوانب تكيفية أخرى، حيث لا يكفي النظر إلى الإعاقة الذهنية من زاوية القدرة العقلية أو الذكاء فقط، وإنما إلى جوانب مختلفة في السلوك التكيفي.(الشيراوي:2013، 63)

يقوم السلوك التكيفي كمقياس للإعاقة العقلية على أساس مقارنة سلوك الفرد بسلوك الأفراد الآخرين، ممن هم في مجموعته العمرية، فإذا كان سلوكه التكيفي مشابها لهم، يمكن القول بأن ذلك الفرد سوي وليس لديه إعاقة عقلية، ولكن عندما يختلف سلوك الفرد عن سلوك أقرانه الذين في مجموعته العمرية يمكن الاشتباه أنه معاق عقليا .(حافظ: 2011، 86)

مع أن للسلوك التكيفي تاريخا فلسفيا وأدبيا وطبيا طويلا، إلا أن تاريخه في مجال التخلف العقلي يعتبر حديثا، حيث بدأ سنة (1959) عندما أدرجت الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (AAMR) مصطلح السلوك التكيفي في التعريف بالتخلف العقلي.

لقد ظهرت العديد من المقاييس التي تهتم بقياس السلوك التكيفي، ولعل أهم مقياسين كان لهما دور فاعل في تشخيص وتقييم السلوك التكيفي كانا : مقياس فينلاند ، ومقياس الجمعية الأمريكية للسلوك التكيفي.

1-3-1- مقياس" فينلاند" "Vineland" للسلوك التكيفي:

لقد ظهر مفهوم السلوك التكيفي لأول مرة على يد "أرنولد جيزل" "Gesell.A" (1949) ، والذي كان يقصد به مستوى المهارات التي يؤديها الفرد خلال مرحلة عمرية معينة، حيث يرى أنه يمر بعدة مراحل عمرية، وقد جاء منه "جداول النمو ومعاييره".

من جهة أخرى قام "دول" "Doll" (1935-1965) بوضع مقياس سماه مقياس "فينلاند" "Vineland" للنضج الاجتماعي، نسبة إلى مدرسة فينلاند لتدريب وتأهيل ضعاف العقول في الولايات المتحدة الأمريكية، ويتألف هذا المقياس من 117 سؤال مرتبة في مجالات لقياس المهارات الاجتماعية من الميلاد حتى ما فوق 25 سنة.(عيسى :2006، 68).

يحتوي المقياس على ثماني مجموعات من أنواع السلوك الاجتماعي وتشمل:

العناية بالذات، ارتداء الملابس، تناول الطعام، مهارات التواصل، التوجيه الذاتي، المهارات الحركية، التنشئة الاجتماعية، المهارات المهنية.

أما المقياس في صورته الجديدة فقد اشتمل على صورتين رئيسيتين هما: صورة المقابلة، والصورة المدرسية.

وقد تم تقسيم صورة المقابلة إلى صورتين هما :الصورة الموسعة، والصورة المسحية. ومع أن كليهما يقيسان نفس الأبعاد والمتمثلة في (مهارات التواصل، مهارات الحياة اليومية، مهارات التنشئة

الاجتماعية، المهارات الحركية، السلوك غير التكيفي)، إلا أن الصورة المسحية تمتاز بقلة عدد البنود وفاعلية القياس والتشخيص. (العتيبي: 2004، 5)

لكن استخدام هذا المقياس كوسيلة لقياس السلوك التكيفي كان قاصرا لعدة أسباب ذكرها "ليلاند" "Leland"، وهي أن مقياس النضج الاجتماعي لم يضع في الحسبان الإعاقة الجسدية التي تعوق الفرد عن الحركة، كما أنه يعتمد على مفهوم التكيف أكثر من اعتماده على مفاهيم النمو وقابلية العلاج.(حافظ: 2011، 86)، ومن هنا ظهر مقياس السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي.

1-3-2- مقياس السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي " Adaptive Behavior Scale"

حسب "هارينغتون" "Harrington"(1998)، فإن هذا المقياس صمم لتقييم أداء الأطفال المصابين بالتخلف العقلي، ولتقييم خصائص السلوك التكيفي للأطفال المعاقين، وللتمييز بين الأطفال الذين يعانون من الاضطرابات السلوكية، ويحتاجون إلى المساعدة في مجال التعليم.

حيث كان النقد الموجه لمقياس النضج الاجتماعي بمثابة حافز للبحث عن وسيلة أفضل لقياس السلوك التكيفي، وقد وضعت النسخة الأصلية الأولى من قبل "نيهيرا، فوستر، شيلهاس، وليلاند" "Nihira, Foster, Shellhaas, and Leland" (1969) ، ونقحت من قبل "نادين لامبرت، ميرا ويندميلر، ولیندا كول" "Nadine Lambert, Myra Windmiller, and Linda Cole"، في عام (1974)، وتم مراجعته مرة أخرى في عام (1981) من قبل "نادين لامبرت، ميرا ويندميلر" " Nadine Lambert and Myra Windmiller"، وقد نشرت الطبعة الثانية والأخيرة في عام (1993)، ويستخدم مع الأطفال والمراهقين الذين تتراوح أعمارهم من3- 18سنة. (Cecil et al :2007,5)

يتألف هذا المقياس من قسمين، السلوك التكيفي والسلوك غير التكيفي، يتضمن قسم السلوك التكيفي67 بندا لتقييم المهارات التكيفية، عبر تسع مجالات أساسية هي: (الوظائف الاستقلالية، النمو الجسمي، النشاط الاقتصادي، النمو اللغوي، الأعداد والوقت، النشاط ما قبل المهني– المهني ، التوجيه الذاتي ، المسئولية ، والمهارات الاجتماعية)، وتندرج هذه المجالات التسعة تحت ثلاثة عوامل رئيسة هي (الكفاية الشخصية ، الكفاية الاجتماعية ، والمسئولية الشخصية الاجتماعية).(Wells Et al,57)

رتبت فقرات المقياس بطريقة متدرجة في الصعوبة تمثل العبارة الأولى الأداء البسيط وتمثل العبارة الأخيرة الأداء الأصعب.

في الأخير يمكن القول أن السلوك التكيفي يستخدم كمتغير أساسي في تعريف عدد من الإعاقات، وخاصة الإعاقة العقلية، ويمكن اعتباره بعداً مكملاً لمفهوم القدرة العقلية يشمل المظاهر السلوكية والاجتماعية واللغوية والحركية والتحصيلية عند الفرد.

3- السلوك التكيفي لدى أطفال متلازمة داون:

تشير القدرة العقلية لأطفال متلازمة داون أن أغلبية هؤلاء الأطفال لديهم إعاقة عقلية من المستوى المعتدل والمتوسط، ويرتبط السلوك التكيفي ارتباطا وثيقا بالنمو العقلي، وإن الإستقلالية، والسلوك الاجتماعي، والنمو اللغوي، وغيرها من مهارات السلوك التكيفي لدى أطفال متلازمة داون مرتبطة بمستوى معين من هذه القدرة. سوف نتطرق فيما يلي إلى بعض مهارات السلوك التكيفي لدى أطفال متلازمة داون.

3-1-الاستقلالية:

لقد ساهمت مميزات متلازمة داون في كثرة الأبحاث حولها منذ زمن بعيد، فهذه الإعاقة لها تاريخ طويل، ومعدل انتشار عالي خلافا لغيرها من الإعاقات العقلية.

كما يتم تشخيصها عند الولادة، وهذا ما يسهل التدخل للتكفل بالأطفال المصابين لتحسين السلوك التكيفي. (Dykens et al :2006,45)

إن النمو عملية مستمرة وتفاعلية، وليس ما تقرره الجينات عند الولادة فحسب، فالجينات قد تؤثر على قدرات الطفل العقلية، لكنها لا تحد من فرص التعلم (Dolva :2009,7) ، من هذا المنطلق، فإن التقدم نحو تحقيق الإستقلالية يرجع إلى وجود علاقة مع المهارات المعرفية العامة والقدرة على التعلم.

كما يؤثر نمط الأسرة أيضا على استقلال الأطفال، فالآباء الذين يستخدمون استراتيجيات مواجهة عملية، ولديهم دعم أكبر من الشبكات الاجتماعية يمكنهم تحقيق استقلال نفسي واجتماعي لأطفالهم المعاقين.

على الرغم من التاريخ الطويل لهذه الفئة من الأطفال المعاقين، إلا أن مميزات السلوك التكيفي لديهم لا تزال غير واضحة (Dykens et al :2006,45)

وقد أشارت بعض الدراسات مثل دراسة "كورنويل وبيرش" "Cornwell and Birch" (1969) أن أطفال متلازمة داون يعانون تأخرا في النمو، وبعض القدرات النفسية والاجتماعية (Cornwell et al :1969,341) ، وهذا ما يؤدي إلى التأثير على استقلاليتهم ، وسوف نتطرق فيما سيلي إلى الاستقلالية لدى أطفال متلازمة داون في مختلف المراحل العمرية.

3-1-1-الاستقلالية في مرحلة الرضاعة وما قبل المدرسة:

يتم اكتساب مهارات الاستقلال الشخصي عادة في السنوات الخمس الأولى من الحياة، بينما الأطفال الذين يعانون من متلازمة داون يستغرقون وقتا أطول للوصول إلى تحقيق هذا الاستقلال.

يعتبر التدريب على استعمال المرحاض قضية هامة بالنسبة للكثير من الآباء، حيث أن تدريب الأطفال على استخدام المرحاض يجب التخطيط له وتنفيذه قبل ثلاث سنوات من عمر الطفل باستمرار. أما أطفال متلازمة داون فإن تدريبهم يكون قبل أربع سنوات من العمر. (Buckley et al :2002)

لكنهم يحققون بعض المهارات الاستقلالية، حيث يصبحون قادرين على المشي، واللباس جزئيا، وإطعام أنفسهم مع ملعقة وشوكة، والتدريب على استخدام المرحاض.

3-1-2- سنوات المدرسة الابتدائية

يحرز أطفال متلازمة داون تقدما كبيرا في تحقيق الاستقلالية خلال سنوات الدراسة الإبتدائية رغم أنهم لا يحققون نفس مستويات الكفاءة في مجالات السلوك التكيفي مقارنة بالأطفال العاديين.

حيث يبدأ الاستقرار بدوام كامل في المدرسة، وهنا تبدأ زيادة الإستقلال عن الأسرة، أين يصبح الأطفال قادرين على التعامل مع المجتمع وأن يكونوا جزءا من مجموعة. (Buckley et al :2001)

الأطفال الذين يعانون من متلازمة داون يستطيعون الاندماج في المدارس العادية، حيث يحققون مكاسب كبيرة في اللغة، والقراءة ، والكتابة ، والحساب.

3-1-3- سنوات المراهقة

يحقق ذوي متلازمة داون تقدما كبيرا في جميع مجالات النمو خلال سنوات المراهقة والبلوغ، حيث تتميز فترة المراهقة بالتحول من التبعية إلى الاستقلال، ويصبح معظم المراهقين مستقلين فيما يتعلق بالسفر، وإدارة الأموال، واختيار الأصدقاء، وقضاء أوقات الفراغ، ورعاية احتياجاتهم اليومية.

إلا أن الاحتياجات المادية، والاجتماعية للمراهقين الذين يعانون من متلازمة داون لا تختلف في جوهرها عن المراهقين العاديين، وينبغي النظر إليها على هذا النحو من قبل الآباء والأمهات والمعلمين لتقديم الدعم لهم من خلال هذه التغييرات، بهدف تشجيع الاستقلال والسيطرة على حياتهم الشخصية . (Buckley et al :2001)

حيث يستمر هؤلاء المراهقون في تطوير مهاراتهم الأساسية في الكلام، واللغة، والقراءة والكتابة والحساب.

3-1-4- مرحلة الرشد

يواصل الشباب تطوير الاستقلالية بعد المراهقة، من خلال تحمل مسؤولية مختلف جوانب حياتهم اليومية خصوصا بعد انتقالهم من منزل العائلة، حيث يساعدون أهلهم في الطبخ، والتسوق، وغسل الملابس، والتنظيف.

أما بالنسبة للشباب الذين يعانون من متلازمة داون، فإن ما يمكن القيام به هو القيام بالنظافة الشخصية، وإعداد وجبات بسيطة فقط.(Buckley et al :2002)

3-2-التفاعلات الاجتماعية لدى أطفال متلازمة داون:

إن التفاعلات الأولى بين الأطفال ومقدمي الرعاية الأولية هي من بين التأثيرات التكوينية الأقوى على نمو الطفل.

حيث تعتبر الأسابيع القليلة الأولى من الحياة بمثابة الخطوات الأولى في مجال النمو الاجتماعي. (Berger :1990,102)

إن الأطفال الذين يعانون من متلازمة داون يظهرون تأخرا طفيفا في الاستجابة لمقدمي الرعاية، إذ يستجيبون اجتماعيا، ويشاركون في الألعاب، ويبتسمون كثيرا مثل كل الأطفال الرضع.

وتشير بعض الدراسات إلى أن الأطفال الذين يعانون من متلازمة داون يهتمون بالألعاب الاجتماعية لفترة أطول مما هو معتاد لدى الأطفال العاديين، مثلما توصلت إليه دراسة "كاساري وفريمان""Kasari& Freeman" (2001)، وقد يكون هذا نتيجة التأخر في تطور المهارات الحركية، ومهارات الانتباه.

3-3- تأخر القدرة على الاستكشاف:

تتطور المهارات الجسيمة الحركية الدقيقة ابتدءا من ثمانية أشهر من العمر لدى الأطفال العاديين، حيث يتحركون في جميع أنحاء الأرض باللف والزحف، ويصبحون أكثر قدرة على اللعب مع الدمى، واستكشاف البيئة المادية.

لكن تطور المهارات الحركية لأطفال متلازمة داون يتم ببطء كبير، حيث تتطور مهاراتهم الحركية الدقيقة في وقت متأخر ، والتي تمكنهم من التعامل مع الألعاب والمهارات الحركية كالوصول إلى الخزائن، وتسلق الكراسي، واستكشاف العالم المادي متأخرا.(Buckley:2002)

3-4- تطوير الانتباه المشترك:

يستطيع الرضيع متابعة خط البصر من شخص لآخر في السنة الأولى من العمر، بحيث يمكن أن ينظر إلى كائن أو نشاط ما، وفي نفس الوقت يستمع إلى ما يقوله الآخرون عن هذا الكائن أو النشاط.

وهذا مهم لتعلم اللغة، حيث يوفر للطفل فرصة لتعلم معنى الكلمات، لكن الأطفال الذين يعانون من متلازمة داون، يستغرقون وقتا أطول للوصول إلى هذا الإنجاز. (Landry et al :1989)

يُحدث هذا تأخرا في تعلم وفهم الكلام، كما أن الأطفال الذين يعانون من متلازمة داون يستمرون في التلقين الاجتماعي للتواصل مع مقدمي الرعاية، بدلا من الاستكشاف أو اللعب .

إن أطفال من متلازمة داون لا يطورون مهارات الاهتمام المشترك خلال السنة الثانية، لكنهم يكتسبونها في وقت لاحق، ويطورون لغتهم التعبيرية، لذا من المهم تشجيع هذا السلوك.

3-5- النمو اللغوي:

يتأثر النمو الاجتماعي لدى أطفال متلازمة داون بسبب تأخر الكلام، حيث أن استخدام الكلام في التواصل يزيد كثيرا من قدرة الطفل على إدارة المواقف الاجتماعية.

على الرغم من تأخر اللغة المنطوقة لدى أطفال متلازمة داون، إلا أن لغة الفهم لديهم تكون أعلى من لغة التعبير، فهم يفهمون أكثر مما يستطيعون التعبير عنه بالكلام أو الحركة.

تعتبر مهارات التواصل غير اللفظي لدى الأطفال متلازمة داون قوية ، وتساعدهم على تطوير مهارات اللغة التعبيرية الخاصة بهم (Chapman RS et al :2001,7) ، حيث أن القدرة على إدارة المواقف الاجتماعية في السنوات الأولى يرتبط بالتقدم في اللغة التعبيرية. (Sigman et al :1999,1)

فيما تتطور اللغة المنطوقة لدى الأطفال في سن المدرسة مع بدء اللعب الاجتماعي، والشروع في الاتصال مع الآخرين من الأقران في السنوات اللاحقة .

3-6-اللعب مع زملائه في نفس السن:

إن علاقة الأطفال مع الآخرين في نفس السن تلعب دورا مهما في عملية النمو، ويجد كثير من الأطفال الصغار صعوبة في اللعب مع غيرهم في المراحل المبكرة لأنهم يرفضون تبادل اللعب معهم، أو مناوبتهم في أي نشاط، أو تعلم كيفية القيام بذلك، والمضي قدما نحو اللعب التعاوني مع الآخرين.

إن مهارات اللغة المنطوقة المتأخرة لدى أطفال متلازمة داون تؤثر على قدرتهم على اللعب مع الأطفال الآخرين، لكنهم يتعلمون اللعب والسلوك الاجتماعي من المشاهدة والإستماع إلى لغة الأطفال الآخرين، خصوصا أن الأطفال الذين يعانون من متلازمة داون يفهمون أكثر مما يمكن التعبير عنه. حيث يبدؤون في التمتع بألعاب المحاكاة، كالمشاركة في لعبة في البيت -مثل الطبخ أو صنع الشاي مع طفل آخر-والإنضمام إلى الأنشطة الجماعية على الرغم من محدودية اللغة التعبيرية.**(**Buckley :2002**)**

يستفيد الأطفال الذين يعانون من متلازمة داون في مرحلة ما قبل المدرسة كونهم جزء من مجموعة، ويتعلمون التناوب وتبادل اهتمام الكبار مع الأطفال الآخرين، وهذا هو المهم لإعداد الأطفال للمدرسة، خصوصا أن الأطفال الذين يعانون من متلازمة داون يحتاجون قدرا كبيرا من التعلم من قبل الكبار خلال سنوات ما قبل المدرسة.

3-7- الثقة بالنفس واحترام الذات:

إن للعلاقات الأسرية أهمية كبيرة في النمو النفسي للأطفال، حيث أن تجربة الحب والتقدير داخل الأسرة أساسية لإحساس الطفل بتقدير الذات والثقة بالنفس.

إن وجود صعوبات عاطفية، أو شعور الطفل بالرفض يؤدي إلى صعوبات اجتماعية وسلوكية في المنزل والمدرسة .

وغالبا ما يجد الآباء صعوبة في تقبل طفل متلازمة داون، وتكوين علاقات وثيقة معه كطفل عادي، وتشير الدراسات والأبحاث التي ذكرها "كننغهام" "Cunningham"(1988)، "بيرن وآخرون" "Byrne et al" (1988) أن العلاقات الأسرية الصعبة تؤثر على النمو النفسي للأطفال الذين يعانون من متلازمة داون، بنفس الطريقة التي تؤثر بها على الأطفال العاديين.(Buckley et al :2002)

ذلك أن الطفل الذي يحظى بالمحبة والاهتمام في الأسرة ، يشعر باحترام الذات، والثقة بالنفس، ويؤثر هذا على نموه الأكاديمي والاجتماعي في جميع سنوات دراسته، وفي حياته المستقبلية.

3-8- **فهم العواطف:**

يظهر أطفال متلازمة داون فهما جيدا لمشاعر الآخرين في مواقف الحياة الحقيقية، وعادة ما يستجيبون بشكل مناسب، كالتعاطف مع شخص يشعر بالضيق، لكن بعض الدراسات طرحت السؤال حول قدرة أطفال متلازمة داون على تحديد المشاعر من خلال تعابير الوجه (Buckley :2002).

حيث خلصت مراجعة الدراسات التي قام بها "كارفاجل" "Carvajal" (2002) حول التجاوب العاطفي في العامين الأولين من الحياة أن: "عملية التفاعل العاطفي لدى أطفال متلازمة داون تتطور بطريقة مماثلة مقارنة بالأطفال العاديين، فيما تتأثر القدرات العاطفية والاجتماعية نسبيا، على الرغم من ضعف النمو المعرفي". (Carvajal et al :2002,109)

كما تشير دراسة "كساري وآخرون" " Kasari et al " (2001) إلى أن أطفال متلازمة داون لديهم صعوبة في إظهار العواطف عن طريق تعابير الوجه، أثناء مشاهدة الصور أو اللعب مع الدمى . (Kasari et al :2001,106).

وهذا راجع إلى أن أطفال متلازمة داون ليسوا دائما على دراية كافة بتسميات العواطف ، مثل "سعيد"، "غاضب"، "خائف"، و "حزين" ، كما أن بعض الأولياء لا يستخدمون هذه الكلمات عند الحديث مع أطفالهم الذين يعانون من متلازمة داون.

3-9-العلاقات مع الأطفال الآخرين:

تؤدي العلاقات مع الأطفال الآخرين دورا هاما في مختلف جوانب النمو الاجتماعي والمعرفي الخاص بهم، فالصداقات واللعب مع الآخرين يعتبر وسيلة ممتعة لقضاء الوقت. كما أن الألعاب المشتركة والأنشطة الترفيهية هي فرص للتعلم المعرفي وكذلك التعلم الاجتماعي، يعرف الأطفال من خلالها كيف يتعاونون معا، ويعايشون كلا من السلوكيات الاجتماعية السلبية والإيجابية في اللعب.

يجد الأطفال الذين يعانون من متلازمة داون صعوبة في إقامة علاقات مع غيرهم من الأطفال بسبب التأخر المعرفي واللغوي.

لكن ليس واضحا كيف تؤثر فرص اللعب، والصداقات المشتركة القليلة على نموهم، فهم أكثر اعتمادا على إخوانهم وأخواتهم ، وأولياء الأمور، وأفراد الأسرة الآخرين، والكبار في العلاقات الاجتماعية. **(**Buckley :2002**)**

حيث تثبت دراسات كل من "كيكل وويسلسون" "Cuckle & Wilson" (2002)، "سلوبر وآخرون" "Sloper et al"(1990)، "بوكلي وآخرون" " Buckley et al"(2002) أن الأطفال الذين يعانون من متلازمة داون لم يكن اتصالهم باللعب مع الأصدقاء مثل الأطفال العاديين من مرحلة الطفولة إلى سنوات المراهقة، في حين ذكرت دراسة أخرى قام بها "بيرن وآخرون" " Byrne et al" (1988) حول الأطفال في سن المدرسة الابتدائية، أن 17٪ فقط من الأطفال الذين يعانون من متلازمة داون يلعبون مع الأصدقاء خارج المدرسة. **(**Buckley et al :2002**)**

3-10-السلوك الاجتماعي:

من أهم الأمور التي تشغل بال الآباء والأمهات، هو توجيه أبنائهم للسلوك المناسب لفئتهم العمرية، وهذه العملية تستغرق عدة سنوات.

إن إدارة الأطفال مهمة صعبة في أكثر الأحيان، وتشير الدراسات حسب "ريشمان" "Richman" (1982) أن نحو 54٪ من أمهات الأطفال الصغار العاديين تجدن صعوبة في إدارة أطفالهن والتحكم في سلوكياتهم. (Richman et al :1982,398)

هناك عوامل كثيرة تؤثر على سلوك الأطفال، بما فيها القدرة على فهم ما هو متوقع منهم في المواقف المختلفة، والقدرة على التواصل والتفاوض في المواقف الاجتماعية، ومزاج وشخصية الأطفال، وأساليب تعامل الوالدين، والمناخات العاطفية، وردود فعل الأطفال الآخرين والبالغين على سلوكهم.

هذه العوامل نفسها، تؤثر على تطور السلوك المناسب للفئة العمرية لدى الأطفال الذين يعانون من متلازمة داون .

إلا أنه بسبب الكلام واللغة المحدودة لدى هؤلاء الأطفال، يصبح سلوكهم الشكل الوحيد من أشكال الاتصال، ذلك أنهم غير قادرين على تفسير شعورهم بالأسى أو بالصعوبة، لكنهم يظهرون سلوكيات صعبة تعبر عن ذلك. (Buckley, S et al :2002)

لذلك يحقق الأطفال الذين يعانون من متلازمة داون تقدما بطيئا في تحقيق السلوكيات المناسبة للفئة العمرية، ومهارات الاتصال والتفاهم .

خلاصة:

لقد تم في هذا الفصل التطرق إلى السلوك التكيفي لدى أطفال متلازمة داون، حيث تم تعريف السلوك التكيفي وكذا متلازمة داون، ثم السلوك التكيفي لذوي متلازمة داون.

ويمثل السلوك التكيفي قدرة الفرد على أن يسلك سلوكا استقلاليا يقلل من اعتماده على الآخرين، كما يعكس سلوك المسؤولية الاجتماعية لديه، وما قد يطوره من مهارات مهنية مناسبة خلال المراحل العمرية المختلفة، ويعكس مهارة الفرد في الوفاء بحاجات الاستقلال والمطالب الاجتماعية التي تتطلبها بيئته. حيث أن تشخيص الإعاقة العقلية، بما فيها متلازمة داون لم يعد قاصرا على نسبة الذكاء فقط، وإنما أصبح من الضروري أن نضع في الاعتبار السلوك التكيفي للطفل المعاق المصاب بمتلازمة داون.

الجـــــــــــــانب الميدانـــــــــــــي

الفصل الخامـــــــــــس: الدراسة الاستطلاعيـــــــة

تمهيـــــــــــــــــــــــــــــــــد

1- هدف الدراســــــــة الاستطلاعيــــــــــــــة

2- عينة الدراســــــــــــة الاستطلاعيـــــــــة

3- إجراءات الدراســـــــــة الاستطلاعيـــــــة

4- الإطار الزمانـــــــــي والمكانـــــــي للدراســة

5- أدوات الدراســـــــــة الاستطلاعيـــــــــــة

5-1-استبيان العلاقــــــــات الأخوية لدى المراهقيـــن

5-2- مقياس كـــــارول رايف لجودة الحيـــاة النفسية

5-3- مقيـــــــاس السلوك التكيفي للجمعية الأمريكيـــة

للتخـــــلف العقلــــــــــي(AAMR, ABS, S:2)

5-4- البرنامـــــــــج الإرشـــــــادي الموجه لإخـوة

الأطفال المعاقين المصابين بمتلازمة داون(صورة أولية)

خلاصــــــــــــــــــــــــــــــــــــة

تمهيد:

تهدف الدراسة الاستطلاعية إلى استطلاع الظروف المحيطة بالظاهرة التي يرغب الباحث دراستها، والتعرف على أهم الفروض التي يمكن وضعها وإخضاعها للبحث العلمي، حيث تسبق الدراسة الأساسية؛ وهي عبارة عن مجموعة من الخطوات الرئيسية الأولى التي يتأسس من خلالها الجانب الميداني للدراسة، لأنها تساعدنا على التعرف على الميدان الذي يُجرى فيه البحث، ومدى الإمكانيات اللازمة والمتوفرة التي تتدخل في سيره.

سنتطرق في هذا الفصل إلى أهداف الدراسة الاستطلاعية، والإطار الزماني والمكاني للدراسة، وعينة الدراسة الاستطلاعية، وكذا أدوات الدراسة الاستطلاعية وخصائصها السيكومترية، إضافة إلى البرنامج الإرشادي، وتحكيمه.

1- أهداف الدراسة الاستطلاعية:

هدفت الدراسة الاستطلاعية في بحثنا إلى ما يلي:

- التعرف على عينة البحث (إخوة المعاقين)، ومدى إمكانية إجراء هذه الدراسة.
- التقرب من العينة ومعرفة الأجواء المحيطة بها، ومختلف ظروفها، وتحديد طريقة اختيارها.
- تجريب أدوات الدراسة والتحقق من صدقها وثباتها، والمتمثلة في: مقياس العلاقات الأخوية لدى المراهقين، مقياس جودة الحياة النفسية، مقياس السلوك التكيفي، عن طريق تطبيق هذه الأدوات على عينة الدراسة الاستطلاعية قبل تطبيقها على عينة البحث الأساسية.
- تحكيم البرنامج الإرشادي الموجه لاخوة الاطفال المعاقين من قبل مجموعة من الأساتذة.
- التعرف على المشكلات التي قد تعيق تطبيق الدراسة الأساسية.
- محاولة تدارك الأخطاء، وإجراء التعديلات اللازمة، وتعديل بعض البنود وإعادة صياغتها على الأدوات قبل الشروع في تطبيقها في الدراسة الأساسية.
- جمع المعلومات الضرورية للدراسة الأساسية.
- الكشف عن الصعوبات التي يمكن أن تصادفها الدراسة الاستطلاعية، وضبطها قبل تطبيق الدراسة الأساسية.

2 - عينة الدراسة الاستطلاعية:

تكونت عينة الدراسة الاستطلاعية من 13 طفلا ملتحقا بالمركز البيداغوجي للأطفال المتخلفين عقليا و13من إخوانهم العاديين. تم اختيارهم للدراسة الاستطلاعية بطريقة الصدفة، والجدول التالي يوضح توزيع أفراد العينة الاستطلاعية:

الجدول رقم (03):

توزيع أفراد العينة الاستطلاعية من الأطفال المعاقين عقليا

	التكرار	النسبة المئوية	الجنس			متوسط السن
				الذكور	الاناث	
ذوي متلازمة داون	8	61,53	ت	4	4	11,62
			%	50	50	
ذوي التأخر العقلي	4	30,76	ت	2	2	12,25
			%	50	50	
ذوي اضطراب التوحد	01	7,69	ت	1	0	10
			%	100	0	
المجموع	13	100				11,29

نلاحظ من خلال الجدول أن الأطفال المعاقين عقليا الذين تم ملء استماراتهم من قبل المربين (بمساعدة أفراد الأسرة من الوالدين والإخوة)، قد توزعوا على كل الإعاقات، حيث كانت أعلى نسبة لذوي متلازمة داون، يليها ذوو التأخر العقلي، وأخيرا ذوي اضطراب التوحد.

الجدول رقم (4):

توزيع أفراد العينة الاستطلاعية من إخوة الأطفال المعاقين عقليا

	التكرار	النسبة المئوية	الجنس			متوسط السن
				الذكور	الإناث	
إخوة ذوي متلازمة داون	08	61,53	ت	4	4	16
			%	50	50	
إخوة ذوي التأخر العقلي	04	30,76	ت	2	2	14,75
			%	50	50	
إخوة ذوي اضطراب التوحد	01	7,69	ت	0	1	16
			%	0	100	
المجموع	13	100				15,58

من خلال جدول توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية لإخوة الأطفال المعاقين عقليا نلاحظ توزعها على كل الإعاقات، ولكن بدرجة متفاوتة، وغير متساوية، فكانت نسبة إخوة الأطفال ذوي متلازمة داون وإخوانهم هي الأعلى، يليها إخوة الأطفال المتأخرين عقليا ، وأخيرا إخوة الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وقد تم اختيار عينة الدراسة الاستطلاعية من إخوة الأطفال المصابين بمتلازمة داون، وكذا الأطفال المتأخرين عقليا، وذوي اضطراب التوحد من أجل الاحتفاظ بعينة إخوة الأطفال المصابين بمتلازمة داون للدراسة الأساسية.

3- إجراءات الدراسة الاستطلاعية:

بعد موافقة مديرية النشاط الاجتماعي لولاية الشلف على إجراء الدراسة على مستوى المركز البيداغوجي للأطفال المعاقين عقليا، شرعت الباحثة في تطبيق الدراسة الاستطلاعية، أين تم القيام البحث عن عينة الدراسة الاستطلاعية، حيث تبين أن عدد الأطفال ذوي متلازمة داون قليل، ولأجل الاحتفاظ بهم للدراسة الأساسية تم اختيار عينة الدراسة الاستطلاعية من مختلف أنواع الاضطرابات العقلية.وتم تطبيق مقياس السلوك التكيفي على الأطفال من قبل المربين،(لكن ما تم ملاحظته هو أن المربين لم يستطيعوا ملأ الاستبيان إلا بعد الاستعانة بأسرة الطفل المعاق، لذا تم الاستغناء عنهم في الدراسة الأساسية أين تم ملا المقياس من قبل الإخوة العاديين)، وملء مقياسي العلاقات الأخوية وجودة الحياة النفسية من قبل الإخوة المراهقين غير المعاقين. بعد الانتهاء من التطبيق تم البحث عن عينة الدراسة الأساسية من خلال الإطلاع على ملفات الأطفال المعاقين ذوي متلازمة داون لتحديد الأطفال الذين تتوفر فيهم الشروط، والاتصال بأوليائهم، ولكن بعد تحديد العينة قوبلنا بالرفض من قبل الكثير من الأولياء الذين لم يقبلوا أن يلتحق أبناؤهم بالبرنامج، إما بسبب بعد المسافة أو لأسباب شخصية، مما اضطر الباحثة إلى الاستعانة بجمعية "الأمل" للأطفال المعاقين على مستوى ولاية الشلف، أين تم اختيار 06 من إخوة أطفال متلازمة داون من جمعية الأمل و04 آخرين من المركز البيداغوجي للأطفال المتخلفين عقليا، وتم الاتفاق على إجراء البرنامج في شهر جوان في جمعية الأمل للمعاقين وذلك مراعاة لتنقل للمشاركين، حيث أن الجمعية أقرب لجميع المشاركين.

4- الإطار الزماني والمكاني للدراسة:

4-1-الإطار المكاني للدراسة: بالنسبة للإطار المكاني فقد وقع اختيار الباحثة على المركز البيداغوجي للأطفال المتخلفين عقليا بولاية الشلف.

4-2- الإطار الزماني للدراسة: تم إجراء الدراسة الاستطلاعية خلال شهري أفريل وماي من سنة 2013.

5- أدوات الدراسة الاستطلاعية:

اعتمدت الباحثة على مجموعة من الأدوات، تمثلت فيما يلي: استبيان العلاقات الأخوية لدى المراهقين:(SRQ)، مقياس جودة الحياة النفسية لكارول رايف، مقياس السلوك التكيفي ، وكذا برنامج إرشادي موجه لإخوة الأطفال المعاقين ذوي "متلازمة داون"، وفيما يلي وصف لأدوات الدراسة الاستطلاعية وكذا خصائصها السيكومترية:

5-1-استبيان العلاقات الأخوية لدى المراهقين:(SRQ) Sibling Relationship Questionnaire : سنتطرق فيما سيلي إلى التعريف بالاستبيان، ومراحل ترجمته، وخصائصه السيكومترية.

5-1-1-التعريف باستبيان العلاقات الأخوية لدى المراهقين :

أعد الاستبيان من قبل **"فورمان وبهرمستر" "Furman&Buhrmester" (1985)**، يقيس نوعية العلاقات الأخوية لدى الأشقاء من 08 إلى 18 سنة، يحتوي على 16 بعد فرعي ، يشتمل كل بعد على 03 فقرات، موزعة على أربعة أبعاد رئيسية هي: الدفء والقرب، الصراع، التنافس، المكانة والسلطة، يتكون الاستبيان من نسختين، نسخة مطولة بمجموع 48 عبارة، ونسخة مراجعة بمجموع 39 عبارة.

لقد اعتمدنا في دراستنا على النسخة المطولة، واكتفينا ببعدين هما:

أ)- بعد الدفء والتقارب: يتألف بعد الدفء والتقارب من واحد وعشرين(21) عبارة تقيس هذا العامل عبر سبعة أبعاد فرعية، كل بعد فرعي يحتوي على ثلاث عبارات، وسنوضح ذلك فيما سيلي:

- السلوك الاجتماعي الإيجابي: يتضمن ثلاث عبارات كالتالي: 1، 11، 21.

- الألفة: ويحتوي على ثلاثة عبارات هي: 6،16،26.
- الرفقة: وعباراته:3، 13، 23.
- التشابه: يتألف من العبارات التالية: 5، 15، 25.
- الإعجاب من قبل الأخوة: ويتضمن العبارات: 8 ، 18 ، 29.
- الإعجاب بالأخوة: ويحتوي على العبارات: 9 ، 19، 28.
- المودة: يتألف هذا البعد الفرعي من العبارات : 2، 12 ، 22.

ب)- بعد الصراع: يتألف عامل الصراع من تسع عبارات، تتوزع على ثلاثة أبعاد فرعية تقيس ما يلي:

- التشاجر: يحتوي على العبارات التالية:10 ، 20، 30.
- العداء: يتألف من العبارات: 4، 14، 24.
- المنافسة: 7، 17، 27.

لقد تم استبعاد البنود المتعلقة بالتنافس، والسلطة من هذه الدراسة، لأنها تتعلق بالوالدين ولا تخدم أهداف الدراسة.

يتم حساب مستوى التقارب أو الصراع عن طريق حساب متوسط الدرجات في الأبعاد الفرعية.

كل عبارة تتكون من 5 بدائل (1 = قليل جدا، 5 =كثير جدا)، وتشير الدرجات العليا إلى مزيد من الدفء والمزيد من الصراع في علاقة الإخوة، لا يوجد عبارات سلبية ، كل العبارات في اتجاه واحد. يملء الاستبيان من قبل الإخوة أو الوالدين.(Maleki-Tehrani: 2006, 40)

5-1-2- ترجمة الاستبيان:

تطلبت عملية إعداد الصورة المعربة لهذا الاستبيان المرور بعدة مراحل وخطوات، نستعرضها فيما سيلي :

1- قامت الباحثة في المرحلة الأولى بالحصول على نسخة من استبيان العلاقات الأخوية، **وموافقة صاحب الاستبيان**(انظر الملحق6) ، ثم ترجمة بعدي التقارب والصراع من الإنجليزية إلى

العربية ترجمة أولية من طرف الباحثة، وأستاذ مختص في اللغة الإنجليزية دون إطلاعه على الترجمة التي أعدتها الباحثة، وبالانتهاء من ذلك قامت الباحثة بإجراء مقارنة بين الترجمة الأولية وأصل الاستبيان، وهذا ما أتاح اختيار المفردات والعبارات الأكثر وضوحاً وانطباقاً مع الأصل، ومن ثم الوصول إلى صورة أولية واحدة معربة للأداة .

2- تركز العمل في المرحلة الثانية في إجراء ما يعرف بـ " الترجمة العكسية للأداة " (Back Translation) ، وقد أوكلت هذه المهمة إلى ثلاث أساتذة من ثانوية "الشطية بالشلف"، مختصين في اللغة الانجليزية، حيث قاموا بترجمة الصورة العربية المقترحة إلى اللغة الإنجليزية، دون العودة إلى الأصل الإنجليزي الذي أخذت منه.

بعد الإنتهاء من هذا العمل قامت الباحثة بمقارنة هذه الترجمة الإنجليزية للأداة مع الأصل الإنجليزي، وقد وفرت هذه المقارنة المزيد من الثقة بالترجمة العربية المقترحة للأداة، حيث ظهر توافق يكاد يصل إلى حد التطابق بين الترجمة الإنكليزية والأصل فيما يخص فقرات المقياس ، وقد أظهرت الترجمة العكسية ما يلي:

- أغلب العبارات تطابقت بصورة شبه تامة مع الصورة الأصلية للمقياس بالانجليزية، حيث تطابقت 24 عبارة من أصل 30 .

- أظهرت عبارات أخرى فروقا عن الأصل من حيث الصياغة التعبيرية ولكنها لا تصل إلى الحد الذي يؤثر في المعنى الخاص بها ، لذا تم الإبقاء عليها وعدم إجراء أي تعديلات، وهي العبارات رقم: 4، 7، 15، 20، 25، 26 .

- لم تظهر أي عبارات فروقا واضحة عن الأصل من حيث الصيغة التعبيرية والمعنى.

3- بعد التحقق من صدق الترجمة العكسية، عُرض المقياس على أخصائي في اللغة العربية وآدابها من قسم اللغة العربية "جامعة الشلف"، لمراجعة وضوح العبارات من حيث صياغتها اللغوية شكلاً ومضموناً.

حيث أجريت بعض التعديلات الشكلية واللغوية على فقرات الاستبيان بناءا على تقييم أستاذ اللغة العربية ، والجدول التالي يبين العبارات التي تم تعديلها.

الجدول رقم(05)

العبارات التي تم تعديلها لاستبيان العلاقات الأخوية بعد المراجعة اللغوية

الفقرة قبل التعديل	الفقرة بعد التعديل
بعض الأشقاء يقوم بالكثير من الأشياء الجميلة لبعضهم البعض ، بينما بعض الأشقاء قليلا ما يقومون بالأشياء الجميلة ، كم تفعلون من أشياء جميلة لبعضكم البعض؟	يقوم بعض الأشقاء بالعديد من الأشياء اللطيفة لبعضهم البعض ، بينما البعض الآخر نادرا ما يقومون بذلك، كم تفعل أنت وأشقاؤك من أشياء جميلة لبعضكم البعض؟
بعض الأشقاء يعتنون كثيرا ببعضهم البعض ،بينما بعض الأشقاء قليلا ما يعتنون ببعضهم ،كم تعتني أنت وإخوتك ببعضكم البعض؟	يعتني بعض الأشقاء دائما ببعضهم ، بينما بعض الأشقاء قليلا ما يفعلون ذلك، كم تعتني أنت وإخوتك ببعضكم البعض؟
ما مدى قيامك أنت وأشقاؤك بإهانة ، ومناداة بعضكم بألقاب مسيئة؟	كم تقوم أنت وأشقاؤك بإهانة بعضكم(كمناداة بعضكم بألقاب منبوذة)؟
بعض الأشقاء يحاولون كثيرا ضرب بعضهم البعض في الخارج، بينما بعض الأشقاء يحاولون ذلك قليلا، كم تفعل ذلك أنت وأشقاؤك خارج البيت؟	بعض الأشقاء يحاولون دوما ضرب بعضهم البعض خارج البيت، بينما بعض الأشقاء يحاولون ذلك أحيانا، كم تفعل ذلك مع أشقاؤك خارج البيت؟
بعض الأطفال يقضون وقتا كبيرا مع أشقائهم، بينما آخرون يقضون وقتا قليلا. كم من الوقت تقضونه معا؟	يقضي بعض الأطفال وقتا كبيرا مع أشقائهم، بينما آخرون يقضون وقتا قليلا. كم من الوقت تقضونه معا؟
كم تخبرون بعضهم البعض بأشياء لا تريدون لأناس آخرين معرفتها؟	كم تخبر أنت أشقائك بعضكم البعض بأشياء لا تريد لآخرين الاطلاع عليها؟

نلاحظ من خلال الجدول أن هناك 6 عبارات من أصل 30 عبارة قد تم تصحيحها لغويا بناءً على ملاحظات أستاذ اللغة العربية، وقد كانت أغلب التصويبات تدور حول تقديم الفعل على الاسم، حيث تبدأ الجملة بالفعل في اللغة العربية حسب ملاحظات أستاذ اللغة.

4- عُرض المقياس على عينة مكونة من 30 تلميذا وتلميذة تتراوح أعمارهم بين (11-18) سنة، وذلك للتأكد من وضوح الفقرات، ومناسبة المفردات وتعليمات الإجابة للمرحلة العمرية المستهدفة.

لقد أجريت بعض التعديلات المتعلقة بإعادة صياغة بعض الفقرات لغويا بناء على ملاحظات أفراد العينة، أين أبدى التلاميذ ملاحظتهم حول بعض الفقرات التي بدت لهم متشابهة، حيث حصل لهم تشابه بين عبارتي:

إلى أي درجة تشترك أنت وأشقاؤك في حب نفس الأشياء؟، والعبارة: إلى أي درجة تشترك أنت وأشقاؤك في أشياء معينة؟ ، أين تم استبدال عبارة: إلى أي درجة تشترك أنت وأشقاؤك في حب نفس الأشياء؟ بما يلي: ما مدى حبك أنت وأشقاؤك لنفس الأشياء؟.

5- بعد عرض الاستبيان على التلاميذ، تم عرضه على 05 مراهقين من إخوة الأطفال ذوي متلازمة داون، بهدف معرفة تناسب الاستبيان مع هذه العينة من المراهقين، وتبين أن فقرات المقياس واضحة ولا يوجد بها أي إشكال.

هكذا تكون الباحثة قد إطمأنت إلى الصورة المعربة من الاستبيان، ليصبح هذا الأخير جاهزا لتطبيقه على أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية بعد القيام بكل الخطوات المنهجية المتبعة في ترجمة المقاييس النفسية.

5-1-3- الخصائص السيكومترية للاستبيان:

سوف نقوم باستعراض الخصائص السيكومترية للمقياس في صورته الأولية، وكذا بعد تطبيقه على عينة الدراسة الاستطلاعية كما سيلي:

5-1-2-1- صدق وثبات المقياس في صورته الأصلية:

وفقا "لفورمان وبهرمستر" "Furman&Buhrmester" (1985) فإن الخصائص السيكومترية للاستبيان جيدة، حيث طبق هذا الأخير على عينة من طلاب الصف الثالث تقدر بـ (106 طالبا) والصف السادس بـ (112 طالبا)، والصف التاسع بـ (85 طالبا)، والصف الثاني عشر بـ (60 طالبا).

قدرت معاملات الاتساق الداخلي عن طريق ألفا كرومباخ بالترتيب لكل صف 0.71 ، 0.79، 0.77، و0.80.(Buhrmester et al :1990, 1388)

كما توصلت دراسة "مالكي-طهراني" "Maleki -Tehrani " (2006) إلى معاملات جيدة من الصدق والثبات لهذا المقياس، حيث كان معامل آلفا لبعد الدفء 0.91، و0.882 بالنسبة لبعد الصراع.(Maleki-Tehrani :2006,41)

أيضا وجدت "سميث " "Smith " (2010) معاملات ثبات مرتفعة لبعدي الدفء والصراع، حيث كان معامل ألفا 0.80 لبعد للدفء، و0.84 لبعد للصراع.

لهذا الاستبيان تاريخ طويل من حيث استخدامه مع أشقاء الأطفال المعاقين عقليا. (Smith: 2010,36)

من بين الدراسات التي استخدمت هذا الاستبيان، نذكر على سبيل المثال لا الحصر:

دراسة "بيقان" "Begun" (1989) ، "ايزنبرج وآخرون" "Eisenberg et al" (1998) ، "كامينسكي و ديوي" "Kaminsky& Dewey" (2001) ، "مكهيلو غامبل" "McHale &Gamble" (1989)، وهذا ما دفع الباحثة لاختيار هذا الاستبيان كي يكون أداة من أدوات الدراسة.

5-1-2-2- صدق وثبات المقياس على عينة الدراسة الاستطلاعية:

من أجل تقدير صدق وثبات استبيان العلاقات الأخوية، تم تطبيقه على أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية، حيث تم حساب الصدق بطريقة الاتساق الداخلي، في حين استخدم معامل ألفا كرومباخ والتجزئة النصفية لحساب الثبات.

أ)- صدق الاتساق الداخلي:

يقصد بالاتساق الداخلي قوة الارتباط بين درجات كل مجال ودرجات أسئلة الاستبيان الكلي عن طريق معامل الارتباط بيرسون باستخدام برنامج SPSS (النسخة العشرون).

- ارتباط الفقرات مع الأبعاد الفرعية:

قامت الباحثة بحساب صدق الفقرة لكل بعد فرعي من الأبعاد الفرعية العشرة باستخدام "معامل الارتباط بيرسون"، حيث تكونت العينة من 13 فردا من إخوة المعاقين عقليا، والجدول التالي يبيّن النتائج.

جدول رقم(06):

ارتباط الفقرات مع الأبعاد الفرعية لاستبيان العلاقات الأخوية

البعد الرئيسي	البعد الفرعي	الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
التقارب	السلوك الاجتماعي الإيجابي،	1	0.04	غير دالة
		11	0.88	0.01
		21	0.80	0.01
	الألفة	6	0.72	0.01
		16	0.87	0.01
		26	0.62	0.01
	الرفقة	3	0.79	0.01
		13	0.78	0.01
		23	0.80	0.01
	التشابه	5	0.89	0.01
		15	0.89	0.01
		25	0.80	0.01
	الإعجاب من قبل الأخوة	8	0.91	0.01
		18	0.79	0.01
		29	0.65	0.05
	الإعجاب بالأخوة	9	0.84	0.01
		19	0.92	0.01
		28	0.46	غير دالة
	المودة	2	0.46	غير دالة
		12	0.88	0.01
		22	0.69	0.01
الصراع	التشاجر	10	0.82	0.01
		20	0.89	0.01
		30	0.78	0.01
	العداء	4	0.68	0.01
		14	0.52	غير دالة
		24	0.93	0.01
	المنافسة	7	0.74	0.01
		17	0.85	0.01
		27	0.92	0.01

من خلال الجدول نلاحظ أن هناك 4 فقرات غير مرتبطة مع الأبعاد الفرعية، لذا تم حذفها ليصبح عدد الفقرات 26 فقرة لاستبيان العلاقات الأخوية موزعة على الأبعاد كما سيلي:

- عبارات بعد السلوك الاجتماعي الإيجابي: 11، 21.
- عبارات بعد الألفة: 6،16،26.
- عبارات بعد الرفقة:3، 13، 23.

- عبارات بعد التشابه: 5، 15، 25.
- عبارات بعد الإعجاب من قبل الأخوة: 8 ، 18 ، 29.
- عبارات بعد الإعجاب بالأخوة: 9 ، 19.
- عبارات بعد المودة: 12 ، 22.
- عبارات بعد التشاجر: 10 ، 20، 30.
- عبارات بعد العداء: 4، 24.
- عبارات بعد المنافسة: 7، 17، 27.

- ارتباط الأبعاد الفرعية مع الأبعاد الأساسية:

قامت الباحثة بحساب صدق معامل الارتباط بين كل بعد فرعي من الأبعاد العشرة والأبعاد الأساسية لاستبيان العلاقات الأخوية، والجدول التالي يبيّن النتائج.

جدول رقم(07):

ارتباط الأبعاد الفرعية مع الأبعاد الأساسية لاستبيان العلاقات الأخوية

الأبعاد الأساسية	الأبعاد الفرعية	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
التقارب	السلوك الاجتماعي الإيجابي	0 .66	0.05
	الألفة	0 .57	0.05
	الرفقة	0.58	0.05
	التشابه	0.55	0.05
	الإعجاب من قبل الأخوة	0.55	0.05
	الإعجاب بالأخوة	0.69	0.01
	المودة	0.81	0.01
الصراع	التشاجر	0.59	0.05
	العداء	0.67	0.05
	المنافسة	0.90	0.01

من خلال الجدول نلاحظ أن ارتباط كل الأبعاد الفرعية مع الأبعاد الرئيسية دال إحصائيا، وتراوحت مستويات الدلالة من 0.01 إلى 0.05.

ب)- معامل الثبات:

يقصد به ثبات درجات الاختبار، ومدى خلوها من الأخطاء غير المنتظمة التي تشوب القياس، ولتحقيق هذا الهدف قامت الباحثة بتطبيق ثبات الاتساق الداخلي عن طريق "ألفا كرونباخ"، وحساب التجزئة النصفية للاستبيان.

- الاتساق الداخلي عن طريق ألفا كرونباخ:

تم استخدام هذه الطريقة للتأكد من ثبات المقياس، حيث تم حساب ثبات البعدين الرئيسيين (الدفء والصراع)، والمقياس ككل والجدول التالي يوضح هذا الإجراء.

جدول رقم(8):

معاملات الثبات عن طريق ألفا كرونباخ لاستبيان العلاقات الأخوية

البعد	معامل ألفا كرومباخ
الدفء	0.80
الصراع	0.79
الثبات الكلي	0.69

نلاحظ من خلال الجدول وجود معاملات ثبات تدعوا للاطمئنان عن طريق ألفا كرونباخ للأبعاد الرئيسية لمقياس العلاقات الأخوية.

- معامل الثبات عن طريق التجزئة النصفية: تم حساب الثبات أيضا عن طريق التجزئة النصفية (تقسيم فقرات الاختبار إلى نصفين، الفقرات الفردية معا والزوجية معا) باستخدام البرنامج الإحصائي spss ، فكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم(9):

معاملات الثبات بالتجزئة النصفية لاستبيان العلاقات الاخوية

التجزئة النصفية	معامل الارتباط بين العبارات الزوجية والفردية	معادلة التصحيح لسبيرمان براونSpearman-Brown	معادلة التصحيح لجوتمانGuttman
	0.54	0.70	0.70

تم حساب الارتباط بين المجموع الكلي لدرجات العبارات الفردية، والمجموع الكلي لدرجات العبارات الزوجية للمقياس ككل، فكان مقدار معامل الارتباط 0.54 وبعد استخدام معادلة التصحيح

لسبيرمان براون Sperman-Brown أصبح مقدار معامل الثبات 0.70، ونفس القيمة بالنسبة لمعامل الثبات بمعادلة التصحيح جوتمان، مما يدل على أن الاختبار على درجة مقبولة من الثبات.

باعتبار أن معاملات الصدق والثبات لمقياس العلاقات الأخوية مقبولة ودالة إحصائيا، تكون الباحثة قد تأكدت من صدق وثبات فقرات الاستبيان، وبذلك أصبح صالحا للتطبيق على عينة الدراسة الأساسية.

5-2- مقياس كارول رايف لجودة الحياة النفسية (Ryff, 1989):

تم الاعتماد أيضا على مقياس جودة الحياة النفسية ، وفيما سيلي سوف نتطرق لتعريف هذا المقياس، ومراحل ترجمته وتقدير صدقه وثباته:

5-2-1- تعريف مقياس جودة الحياة النفسية:

تم إعداد المقياس من قبل" كارول رايف" **" Ryff"** (**1989**)، ولقد طورت رايف العديد من النسخ المختلفة لمقياس جودة الحياة النفسية، بعضها كان عدد مفردات كل بعد 20 مفردة، ثم 14 مفردة، ثم 3 مفردات لكل بعد، وهي النسخة المستعملة في الدراسة. وتتحدد جودة الحياة النفسية في ستة أبعاد هي:

1- العلاقات الايجابية مع الآخرين positive relation with others: وتشير إلى القدرة على إقامة علاقات اجتماعية ايجابية متبادلة مع الآخرين، قائمة على الثقة، والتواد، والقدرة على التوحد مع الآخرين، والقدرة على الأخذ والعطاء معهم ، ويتكون من ثلاث عبارات هي:

العبارة رقم 6 : اتجاهها سالب ، العبارة رقم 13: اتجاهها موجب، العبارة رقم 16 : اتجاهها سالب.

2- تقبل الذات self– acceptance: ويشير إلى القدرة على أقصى مدى تسمح به القدرات والإمكانات، والنضج الشخصي، والاتجاه الإيجابي نحو الذات، وعباراته هي:

العبارة رقم 1: اتجاهها موجب، العبارة رقم 2: اتجاهها موجب، العبارة رقم 5: اتجاهها سالب.

3 – الاستقلالية autonomy: وتشير إلى القدرة على تقرير مصير الذات، والاعتماد على الذات، والقدرة على ضبط وتنظيم السلوك الشخصي، وعباراته هي كالتالي:

العبارة رقم 15: اتجاهها سالب، العبارة رقم 17: اتجاهها موجب، العبارة رقم 18: اتجاهها موجب.

4- النمو الشخصي personal growth : ويشير إلى قدرة الفرد على تنمية قدراته، وإمكاناته الشخصية لإثراء حياته، وعباراته هي:

العبارة رقم 11: اتجاهها موجب، العبارة رقم 12: اتجاهها موجب، العبارة رقم 14: اتجاهها سالب.

5- التحكم في على البيئة Environmental mastery: وتشير إلى القدرة على اختيار وتخيل البيئات المناسبة، والمرونة الشخصية أثناء التواجد في السياقات البيئية، ويتكون من العبارات التالية:

العبارة رقم 4: اتجاهها سالب، العبارة رقم 8: اتجاهها موجب، العبارة رقم 9 : اتجاهها موجب.

6- أهداف الحياة purpose in life: وتشير إلى أن يكون للفرد هدف في الحياة، ورؤية توجه تصرفاته وأفعاله نحو تحقيق هذا الهدف مع المثابرة والإصرار، وعباراته هي:

العبارة رقم 3: اتجاهها موجب، العبارة رقم 7: اتجاهها سالب، العبارة رقم 10 اتجاهها سالب.

يتكون الاستبيان من ستة بدائل كالتالي: لا أوافق بشدة (1)، أعارض نوعا ما (2)، أعارض قليلا (3)، أوافق قليلا (4)، أوافق إلى حد ما (5)، أوافق بشدة (6) بالنسبة للعبارات الإيجابية، والعكس بالنسبة للعبارات السلبية. تدل الدرجة المرتفعة على تمتع الفرد بدرجة مرتفعة من جودة الحياة النفسية والعكس بالنسبة للدرجات المنخفضة التي تدل على انخفاضها.

5-2-2- ترجمة المقياس:

اتبعت الباحثة الخطوات التالية في ترجمة مقياس جودة الحياة النفسية من الإنجليزية إلى العربية:

1- الاتصال بصاحبة المقياس**" كارول رايف"** وأخذ موافقتها (أنظر الملحق7)، وكذا الحصول منها على جميع النسخ المتعلقة بمقياس جودة الحياة النفسية، ليقع اختيارنا على النسخة المختصرة (3

عبارات لكل بعد) ، حيث تم ترجمة المقياس ترجمة أولية من الإنجليزية للعربية من طرف الباحثة وأستاذ متخصص في اللغة الانجليزية، دون اطلاع أحدهما على ترجمة الآخر، وبعد الانتهاء من الترجمة الأولية قامت الباحثة بإجراء مقارنة بين الترجمة الأولية وأصل الاستبيان، وتم إجراء بعض التعديلات التي اقتصرت على بعض الصيغ التعبيرية، والتصحيحات والتعديلات التي ساعدت في تحسين الترجمة الأولية مع المحافظة على المعنى الأصلي لفقرات المقياس.

2- إعداد ترجمة عكسية للصورة العربية إلى الإنجليزية ، حيث قام ثلاث أساتذة من ثانوية "الشطية بالشلف"، مختصين في اللغة الانجليزية بترجمة الصورة الأولية المعربة من المقياس إلى اللغة الإنجليزية، دون العودة إلى الأصل الإنجليزي الذي أخذت عنه ، بعدها تم مقارنة الترجمة العكسية مع الأصل وتحديد نواحي التشابه والاختلاف .

أظهرت الترجمة العكسية أن هناك 16 عبارة متطابقة، وهناك فروق في الصياغة التعبيرية لعبارتين هما: 5، 7، دون الإخلال بالمعنى، لذا تم الإبقاء عليهما.

3- بعد التحقق من الترجمة العكسية، عُرض المقياس على أخصائي في اللغة العربية وآدابها من قسم اللغة العربية "جامعة الشلف"، لمراجعة الصياغة اللغوية للعبارات، وأجريت بعض التعديلات الشكلية واللغوية على عبارتين بناءا على ملاحظات أستاذ اللغة العربية ، حيث تم تعديل عبارة:

"يشعرني ما أنجزته خلال حياتي بخيبة الأمل ، وذلك من نواح عديدة" ، لتصبح:" في نواح كثيرة أشعر بخيبة أمل حول إنجازاتي في الحياة".

والعبارة التالية نصها قبل التعديل اللغوي:" أنا أعيش اليوم الواحد في ساعته، ولا أفكر حقا في المستقبل"، وقد أصبحت بعد التعديل كالتالي:" في الحقيقة أنا أعيش اليوم الواحد في ساعته ولا أفكر بالمستقبل".

4-عُرض المقياس على عينة مكونة من 30 تلميذا وتلميذة، تتراوح أعمارهم بين (11-18) سنة، وذلك للتأكد من وضوح الفقرات، ومناسبة المفردات، وتعليمات الإجابة للمرحلة العمرية المستهدفة، وقد أجريت بعض التعديلات المتعلقة بإعادة صياغة بعض الفقرات لغويا بناء على ملاحظات أفراد العينة، بعدها تم عرضه على 05 مراهقين من إخوة الأطفال ذوي متلازمة داون وتبين أن فقرات المقياس واضحة ولا يوجد أي إشكال.

5-2-3- الخصائص السيكومترية للمقياس:

سوف نقوم باستعراض الخصائص السيكومترية للمقياس في صورته الأولية، وكذا بعد تطبيقه على عينة الدراسة الاستطلاعية كما سيلي:

5-2-3-1- الخصائص السيكومترية للمقياس بصورته الأصلية:

وجدت "كارول رايف" " Ryff" أن معاملات الاتساق الداخلي لأبعاد المقياس كالتالي: تقبل الذات 0.52، العلاقات الإيجابية مع الآخرين 0.56، الاستقلالية 0.37، التحكم في البيئة 0.49، هدفية الحياة 0.33، النمو الشخصي 0.40. (Seifert:2005)

في دراسة لكل من "كلارك، مارشال،رايف، ويتن" " Clark, Marshall, Ryff, Wheaton" (2001) على عينة متكونة من 4960 مسنا في كندا، تم التوصل إلى أن معاملات الاتساق الداخلي وكذا مؤشرات التحليل العاملي التوكيدي لنموذج ثلاث عبارات لكل بعد منخفضة نوعا ما. (Clarke et al:2001,79)

فيما اختبرت دراسة "فان ديرندونك" "Van Dierendonck" (2004) الخصائص السيكومترية لكل من نموذج 18، 54، 84 عبارة لمقياس كارول رايف، وتوصلت إلى أن التحليل العاملي مقبول فقط لنسخة ثلاث عبارات.

ومع ذلك، فإن الاتساق الداخلي لهذه النسخة يبقى أقل من المستوى المقبول عموما. (VanDierendonck:2004,629)

وأجرت "سيفرت" "Seifert" (2005) دراسة بهدف تقنين المقياس، وكشفت عن وجود معاملات اتساق داخلي للمقياس ما بين (0.86 الى 0.88).(رجيعة: 2009، 206)

بالرغم من أن هناك تضاربا في النتائج المتعلقة بالخصائص السيكومترية المتعلقة بهذه النسخة، إلا أن الباحثة قد قررت استخدامها في الدراسة الحالية، وذلك نظرا لقلة عباراته، حيث أن كثرة العبارات

تصيب المستجيب بالملل، ولأن هذه النسخة مستخدمة على نطاق واسع في عديد الدراسات العالمية رغم خصائصه السيكومترية المنخفضة نوعا ما.

5-2-3-2 صدق وثبات المقياس على عينة الدراسة الاستطلاعية:

للتأكد من صدق وثبات مقياس جودة الحياة النفسية تم تطبيقه على عينة الدراسة الاستطلاعية، أين تم حساب صدق الاتساق الداخلي، وفيما يتعلق بالثبات تم حساب ومعامل ألفا كرومباخ والتجزئة النصفية.

أ) – حساب صدق الاتساق الداخلي:

قامت الباحثة بحساب صدق الفقرة لكل بعد فرعي من الأبعاد العشرة باستخدام "معامل ارتباط بيرسون"، حيث تكونت العينة من 13 من إخوة المعاقين عقليا، والجدول التالي يبيّن النتائج.

جدول رقم(10):

ارتباط الفقرات مع الأبعاد الفرعية لاستبيان جودة الحياة النفسية

البعد الفرعي	الفقرة	اتجاه الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
العلاقات الايجابية مع الآخرين	6	سالب	0,90	0,01
	13	موجب	0,15	غير دالة
	16	سالب	0,55	0.05
تقبل الذات	1	موجب	0,80	0.01
	2	موجب	0,87	0.01
	5	سالب	0,58	0.05
الاستقلالية	15	سالب	0,74	0.01
	17	موجب	0,59	0.05
	18	موجب	-0,06	غير دالة
النمو الشخصي	11	موجب	0,20	غير دالة
	12	موجب	0,06	غير دالة
	14	سالب	0,58	0.05
التحكم في البيئة	4	سالب	0,61	0.05
	8	موجب	0,60	0.05
	9	موجب	0,71	0.01
أهداف الحياة	3	موجب	0,47	غير دالة
	7	سالب	0,85	0.01
	10	سالب	0,75	0.01

نلاحظ من خلال الجدول وجود 5 عبارات غير دالة من أصل 18 عبارة، وقد تم حذفها ليصبح عدد فقرات المقياس 13 عبارة موزعة على الأبعاد الستة للمقياس كالتالي:

- **العلاقات الايجابية مع الآخرين** :العبارتين 6 ، 16.
- **تقبل الذات**: العبارات رقم1 ، 2،5 .
- **– الاستقلالية:** العبارتين 15، 17.
- **النمو الشخصي**: العبارة رقم 14.
- **التحكم في البيئة**: العبارات رقم 4، 8، 9.
- **أهداف الحياة :** وعباراته هي: 7، 10.

ب)- حساب ثبات مقياس جودة الحياة النفسية: تم حساب ثبات المقياس عن طريق كل من معامل الفا كرونباخ، وكذا التجزئة النصفية .

- ثبات المقياس عن طريق ألفا كرونباخ:

تم تقدير الثبات الكلي للمقياس عن طريق ألفا كرونباخ وقد تم التوصل إلى وجود ثبات كلي قدر بـ 0.59 وهي قيمة مقبولة .

- التجزئة النصفية:

تم حساب الارتباط بين المجموع الكلي لدرجات العبارات الفردية والمجموع الكلي لدرجات العبارات الزوجية للمقياس ككل ، والجدول التالي يبين نتائج هذا الإجراء:

جدول رقم(11):

معاملات الثبات بالتجزئة النصفية لمقياس جودة الحياة النفسية

التجزئة النصفية	معامل الارتباط بين العبارات الزوجية والفردية	معادلة التصحيح لسبيرمان براونSpearman–Brown	معادلة التصحيح لجوتمانGuttman
المقياس ككل	0.49	0.66	0.60

يتضح من خلال الجدول أن مقدار معامل الارتباط بين العبارات الزوجية والفردية 0.49، وبعد استخدام معادلة التصحيح لسبيرمان براون Sperman-Brown أصبح مقدار معامل الثبات 0.66، أما معامل الثبات بمعادلة التصحيح جوتمان فهو 0.60 مما يدل على أن الاختبار على درجة مقبولة من الثبات.

من خلال هذه الطرق المختلفة لتقدير الصدق والثبات للمقياس الذي يقيس جودة الحياة النفسية، توصلت الباحثة إلى أن المقياس على قدر مقبول من الصدق والثبات، وأصبح جاهزا لتطبيقه على عينة الدراسة الأساسية.

5-3- مقياس السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (AAMR, ABS, S:2) :

من بين الأدوات التي تم استخدامها في دراستنا مقياس السلوك التكيفي، وفيما سيلي سوف نتطرق إلى التعريف به، وخصائصه السيكومترية.

5-3-1- التعريف بمقياس السلوك التكيفي:

ترجع بداية ظهور مقياس السلوك التكيفي "للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي(AAMD)" سابقا ، عندما كلفت "هنري ليلاند" "Henery Leland" عام (1966) ببناء مقياس للسلوك التكيفي، بحيث يتفادى جميع أوجه النقد التي تم توجيهها إلى مقياس "فينلاند للنضج الاجتماعي" "The Vineland Social Maturity"، واستطاع بمساعدة من زميله "نهيرا" "Nihira" أن يجمع بيانات حول المقياس من أغلب المؤسسات الخاصة بالمعاقين في "الولايات المتحدة الأمريكية". أسفر هذا الجهد على بناء الصورة الأولى لمقياس السلوك التكيفي (ABS, 1971). وفي عام (1993) تمت مراجعة المقياس من قبل "لامبرت وزملاؤها" " Lambert et al"(1993).

تضمن المقياس في جزئه الأول في صورته لعام (1993) -المستخدم في هذه الدراسة- تسعة مجالات رئيسية من السلوك التكيفي، و18 عنواناً فرعياً يندرج تحتها (67) بنداً بالإضافة إلى بند خاص بالنساء (الدورة الشهرية) ويتضمن كل بند عدداً من العبارات. (الحسين:2004، 13)

تم استخدام مقياس السلوك التكيفي الذي أعدته "الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي AAMR" (الصورة المدرسية الجزء الأول)، وهي من تقنين وتعريب "عبد الله الحسين"(2004)، وتقيس الصورة السعودية من تسعة مجالات أساسية هي: (الوظائف الاستقلالية، النمو الجسمي، النشاط الاقتصادي، النمو اللغوي، الأعداد والوقت، النشاط ما قبل المهني والمهني، التوجيه الذاتي، المسئولية، والمهارات الاجتماعية).

وتندرج هذه المجالات التسعة تحت ثلاثة عوامل رئيسة هي: (الكفاية الشخصية، والكفاية الاجتماعية، والمسئولية الشخصية الاجتماعية).(العجمي: 2007، 44)

5-3-2- الخصائص السيكومترية للمقياس:

سوف نقوم باستعراض الخصائص السيكومترية للمقياس في صورته الأولية، وكذا بعد تطبيقه على عينة الدراسة الاستطلاعية كما سيلي:

5-3-2-1- الخصائص السيكومترية للمقياس في صورته الأصلية:

تم التحقق من صدق المقياس أثناء مراجعته عام (1993) بعدة طرق منها: **صدق المحك،** حيث تم حساب معامل الارتباط بين درجات (63) فرداً من العاديين على المقياس (ABS-S:2) ودرجاتهم على مقياس فينلاند للسلوك التكيفي المعدل (VABS)، فوُجد أن معاملات الارتباط بين درجات الأفراد على المقياسين للمجالات في الجزء الأول تراوحت ما بين 0.31-0.71.

التمايز بين الأعمار: إذ تم التعرف على التمايز بين الأعمار عن طريق استخراج معامل الارتباط بين متوسط الدرجات الخام والأعمار، وذلك لدى ثلاث عينات حجمها 1000 طالب من العاديين الذين تتراوح أعمارهم من (3 إلى 17)، و2000 طالب من المتخلفين عقلياً أعمارهم من (3 إلى 17) وأكثر من 4000 فرد من البالغين ممن لديهم صعوبات نمائية.

أشارت النتائج إلى أن معاملات الإرتباط لمجموعة البالغين المتخلفين عقلياً دالة إحصائياً في جميع مجالات الجزء الأول باستثناء مجالات (النشاط الاقتصادي، الأعداد والوقت، والمهارات الاجتماعية). وبالنسبة لمجموعة المعاقين عقلياً فكانت معاملات الارتباط للمجالات والعوامل في الجزء الأول دالة.

تم حساب **صدق الاتساق الداخلي** عن طريق حساب معاملات الارتباط البينية للمجالات والعوامل، فوجد أن معاملات الارتباط البينية للمجالات والعوامل دالة احصائيا، وذلك على عينة العاديين وعينة المعاقين عقلياً. كما تم حساب الصدق العاملي للمقياس عن طريق التحليل العاملي التوكيدي لدى عينة الطلاب المعاقين عقلياً، وأظهرت النتائج تمتع المقياس بصدق عاملي مقبول.

فيما يتعلق **بثبات المقياس** فقد تم حسابه من قبل "لامبرت وزملائها" "Lambert et al"(1993) باستخدام معامل ألفا للمجالات والعوامل لدى كل من العاديين والمعاقين عقلياً، فوُجد أن معاملات ثبات المجالات في الجزء الأول لدى المتخلفين عقلياً تراوحت بين 0.82-0.98، وأن معاملات ثبات العوامل تراوحت ما بين 0.97-0.98، أما معاملات ثبات المجالات لدى العاديين فقد تراوحت ما بين 0.82-0.92.(الحسين:2004، 13، 14)

طبقت الصورة السعودية المعربة من المقياس على عينة حجمها 546 فردا من مختلف مناطق المملكة للمرحلة العمرية من(3- 18) من الأطفال العاديين، والأطفال المعاقين ذهنيًا(بسيط -متوسط -شديد -حاد).

تتمتع هذه الصورة السعودية من المقياس بدلالات صدق وثبات مقبولة عند مستوى 0.01 حيث تراوحت معاملات صدق المقياس ما بين 0.76- 0.99 وتراوحت معاملات ثبات المقياس ما بين 0.99-1.0 مما يجعل منها أداة ملائمة للإستخدام في تشخيص المتخلفين عقلياً، في ضوء المعايير التي توفرت في الصورة السعودية من المقياس والمتمثلة في الدرجات المعيارية المعدلة (التائية).(العجمي: 2007، 44)

5-3-2-2-الخصائص السيكومترية للمقياس على عينة الدراسة الاستطلاعية:

للتأكد من الخصائص السيكومترية لمقياس السلوك التكيفي، قامت الباحثة بتعديل بعض عبارات المقياس كي تتلاءم مع البيئة الجزائرية، وتحكيم الاستبيان بعد تعديله، وكذا تقدير الصدق والثبات على عينة الدراسة الاستطلاعية.

أ)- تحكيم النسخة المعدلة من الاستبيان:

تم عرض المقياس في صورته الأولية على مجموعة من المحكمين من أساتذة التربية وعلم النفس لإبداء رأيهم حول مناسبة التعديل الذي قامت به الباحثة على بعض عبارات المقياس.

وفيما يلي جدول بأسماءالأساتذة المحكمين :

جدول رقم (12):

قائمة الأساتذة الذين حكموا تعديلات مقياس السلوك التكيفي:

الأستاذ	الدرجة العلمية	التخصص
طرفاوي أحمد	أستاذ	التربية الخاصة الشلف
الطيب مكور	أستاذ محاضر أ	علم النفس العيادي جامعة البليدة
أمحمدي فوزية	أستاذ محاضر أ	علم النفس المدرسي جامعة ورقلة

يتضح من خلال الجدول أنه تم تحكيم المقياس من قبل أستاذين متخصصين في علم النفس ، وأيضا أستاذ متخصص في التربية الخاصة على مستوى المركز البيداغوجي للأطفال المعاقين عقليا بولاية الشلف، وذلك لخبرته في مجال رعاية الأطفال المعاقين عقليا.

- البنود التي تم تعديلها:

بعد اطلاع الباحثة على مقياس السلوك التكيفي المقنن على البيئة السعودية، قامت بتعديل بعض البنود لأن صياغتها لا تتلاءم مع البيئة الجزائرية، وسوف نقوم بعرض البنود التي تم تعديلها كما يلي:

الجدول رقم(13)

تحكيم العبارات التي تم تعديلها بالنسبة لمقياس السلوك التكيفي

البند	العبارة قبل التعديل	العبارات بعد التعديل	مناسبة	غير مناسبة
البند الثاني	**تناول الطعام في الأماكن العامة:** يطلب طلبا واحدا من بين مجموعة طلبات مختلفة من المقصف، أو الكافيتريا، مثل: مشروب معين، آيس كريم،دونات.....الخ	يطلب طلباً واحداً من بين مجموعة طلبات مختلفة من النادي أو الكافيتريا مثل مشروب معين ، مثلجات، حلوى إلخ	**%100**	**%0**
البند السادس	**العناية الذاتية في المرحاض.** يستخدم الشطاف أو ورق الحمام بشكل مناسب	يستخدم الماء أو ورق الحمام بشكل مناسب	**%100**	**%0**
	يستخدم سيفون المرحاض بعد الاستعمال	يسكب الماء في المرحاض بعد الاستعمال	**%100**	**%0**
البند12	**الملابس:**يعيد ارتداء الملابس المتسخة أو المبقعة إن لم يتم توجيهه	يعيد ارتداء الملابس المتسخة أو التي بها بقع إن لم يتم توجيهه	**%100**	**%0**
البند 13	**العناية بالملبس:** يضع الملابس في الأدراج أو الأرفف أو الدولاب	يضع الملابس في الأدراج أو الأرفف أو الخزانة .	**%100**	**%0**
البند14	**الغسيل:** يفرز الملابس بمساعدة	يقسم الملابس قبل الغسيل بمساعدة	**%100**	**%0**
البند16	**خلع الملابس في الأوقات المناسبة**: يخلع ملابسه بنفسه بفتح السحاب والأزرار بمساعدة،ثم يسحب الملابس من على جسمه مع التوجيه اللفظي.	يخلع ملابسه بنفسه بفتح السلسلة (fermeture éclaire)والأزرار بمساعدة،ثم يسحب الملابس من على جسمه مع التوجيه اللفظي.	**%100**	**%0**
البند22	**الهاتف:**يستخدم هاتف العملة العام.	يستخدم الهاتف العام	**%100**	**%0**
البند31	**التعامل بالنقود:**يستطيع جمع فئات العملة المعدنية المختلفة حسابيا حتى ريال واحد	يستطيع جمع فئات العملة المعدنية المختلفة حسابيا حتى 50 دينارا	**%100**	**%0**

نلاحظ من خلال الجدول موافقة جميع المحكمين على التعديلات التي قامت بها الباحثة.

ب)- حساب صدق المقياس بعد تطبيقه على عينة الدراسة الاستطلاعية:

قامت الباحثة بحساب صدق الفقرة لكل بعد فرعي باستخدام معامل ارتباط بيرسون، حيث تكونت العينة من 13 من المعاقين عقليا، والجدول التالي يبيّن النتائج.

جدول رقم(14):

ارتباط الفقرات مع الأبعاد الفرعية لاستبيان السلوك التكيفي

الاستقلالية		النمو الجسمي		النشاط الاقتصادي		النمو اللغوي		الأعداد والوقت		النشاط ما قبل المهني-والمهني		التوجيه الذاتي		المسؤولية		المهارات الاجتماعية	
البند	**الارتباط**	**البند**	**الارتباط**	**البند**	**الارتباط**	**البند**	**الارتباط**	**البند**	**الارتباط**	**البند**	**الارتباط**	**البند**	**الارتباط**	**البند**	**الارتباط**	**البند**	**الارتباط**
1	.82**	25	20.	31	.86**	35	35.	45	.67*	48	.64*	51	.80**	56	.86**	**59**	**.77**
2	42.	26	.61*	32	.87**	36	.71**	46	.90**	49	.80**	52	.91**	57	.86**	60	.73**
3	.63*	27	.43	33	.78**	37	.58*	47	.89**	50	.87**	53	.80**	58	.79**	61	.66*
4	.59*	28	.70**	34	.73**	38	.52					54	.88**			62	.84**
5	. 37	29	. 83**			39	.54					55	.83**			63	.76**
6	.61*	30	.62*			40	.68*									64	.60*
7	.77**					41	.17									65	.34
8	. 17					42	.59*										
9	.78**					43	.78**										
10	.51					44	.79**										
11	. 39																
12	.44																
13	.69**																
14	.17																
15	.71**																
16	. 81**																
17	.91**																
18	. 81**																
19	. 76**																
20	.73**																
21	.66*																
22	.59*																
23	.70**																
24	.79**																

نلاحظ من خلال الجدول أن هناك 13 عبارة غير دالة إحصائيا لذا تم حذفها، ليصبح الشكل النهائي للمقياس كما يلي:

- الوظائف الاستقلالية:17 عبارة من أصل 24 وهي كالتالي: 1، 3، 4، 6، 7، 9، 13، 15، 16، 17، 18، 19، 20، 21، 22،23، 24.

- النمو الجسمي: أصبح يحتوي على 4 عبارات هي: 26، 28، 29، 30.

- النشاط الاقتصادي:وعدد عباراته 4، هي كالتالي: 31، 32، 33، 34.

- النمو اللغوي:6 عبارات هي: 36 ، 37، 40، 42، 43، 44.

- الأعداد والوقت: 3 عبارات هي: 45 ، 46، 47.

- النشاط ما قبل المهني،المهني: 3 عبارات هي:48، 49، 50.

- التوجيه الذاتي: 5 عبارات هي: 51 ، 52، 53، 54، 55.

- المسئولية:3 عبارات هي: 56، 57، 58.

- المهارات الاجتماعية:6 عبارات هي: 59، 60، 61، 62، 63، 64.

- كما قامت الباحثة بحساب الاتساق الداخلي بين الأبعاد الفرعية والمجموع باستخدام معامل ارتباط بيرسون، حيث تكونت العينة من 13 طفلا من المعاقين عقليا، والجدول التالي يبيّن النتائج.

جدول رقم(15):

ارتباط الأبعاد مع المقياس ككل لمقياس السلوك التكيفي

الأبعاد	قيمة الارتباط	مستوى الدلالة
الوظائف الاستقلالية	0,96	0.01
النمو الجسمي	0,53	0.06
النشاط الاقتصادي	0,82	0.01
النمو اللغوي	0,76	0.01
الأعداد والوقت	0.85	0.01
النشاط ما قبل المهني – المهني	0,80	0.01
التوجيه الذاتي	0.83	0.01
المسئولية	0,84	0.01
المهارات الاجتماعية	0.90	0.01

نلاحظ من خلال الجدول أن كل الأبعاد دالة عند مستوى 0.01 مع المجموع الكلي للمقياس، إلا بعد النمو الجسمي غير دال، لذا تم حذفه، وهكذا يصبح عدد الفقرات النهائي 47 فقرة.

ب)- حساب الثبات: تم حساب ثبات مقياس السلوك التكيفي عن طريق كل من الفا كرونباخ ، والتجزئة النصفية .

- حساب الثبات عن طريق ألفا كرونباخ: قامت الباحثة بحساب ثبات الأبعاد مع المجموع عن طريق ألفا كرونباخ والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم(16):

معاملات الثبات عن طريق الفا كروميخ لمقياس السلوك التكيفي

البعد	معامل ألفا كروميخ
الوظائف الاستقلالية	0.91
النشاط الاقتصادي	0.76
النمو اللغوي	0.75
الأعداد والوقت	0.76
النشاط ما قبل المهني – المهني	0.64
التوجيه الذاتي	0.89
المسئولية	0.77
والمهارات الاجتماعية	0.63
المقياس ككل	0.96

نلاحظ من خلال الجدول أن ثبات الأبعاد والاستبيان ككل يتراوح بين 0.63 و 0.96، وهذا يدل على أن تقدير ثبات المقياس عن طريق الفا كرونباخ يدعو للاطمئنان.

- حساب الثبات عن طريق التجزئة النصفية: تم حساب الارتباط بين المجموع الكلي لدرجات العبارات الفردية والمجموع الكلي لدرجات العبارات الزوجية للمقياس ككل، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم(17):

معاملات الثبات بالتجزئة النصفية لمقياس السلوك التكيفي

التجزئة النصفية	معامل الارتباط بين العبارات الزوجية والفردية	معادلة التصحيح لسبيرمان براونSpearman-Brown	معادلة التصحيح لجوتمانGuttman
	0.86	0.92	0.92

يتضح من خلال الجدول أن مقدار معامل الارتباط بين العبارات الزوجية والفردية هو 0.86، وبعد استخدام معادلة التصحيح "سبيرمان براون" " Sperman-Brown" أصبح مقدار معامل الثبات

0.92، ونفس القيمة بالنسبة لمعامل الثبات بمعادلة التصحيح جوتمان، مما يدل على أن تقدير ثبات المقياس يدعو للاطمئنان .

من خلال هذه الطرق المختلفة لتقدير الصدق والثبات لمقياس السلوك التكيفي، تكون الباحثة قد أطمأنت إلى تقدير صدق وثبات أداة الدراسة بعد تطبيقها على عينة الدراسة الاستطلاعية، وأصبحت جاهزة لتطبيقها على عينة الدراسة الأساسية.

5-4- البرنامج الإرشادي الموجه لإخوة الأطفال المعاقين المصابين بمتلازمة داون(صورة أولية).

5-4-1- مقدمة:

تحدث ولادة طفل جديد في الأسرة تغيرات اجتماعية ونفسية واقتصادية، وتعديلات في مخططاتها، إلا أن ولادة طفل معاق تحدث جميع هذه التغيرات، لكن بطريقة مختلفة.

إذ تواجه أسر المعاقين تحديات مستمرة يمكن أن تؤثر على مختلف جوانب حياتها ، فضلا عن تكيف ورفاهية أفرادها ، بما فيهم الأشقاء.(Davis:2010,5)

ليس من السهل أن يتحمل الإخوة مسؤولية رعاية الأخ الجديد، كونها من أثقل المسؤوليات، خصوصا إذا أصبح الإنسان أخا لطفل معاق عقليا.

لقد أظهرت الدراسات أن الأشقاء لديهم قدرة محدودة على التكيف العقلي والاجتماعي والجسدي، حيث وجدت دراسة "فيريولي وهاريس" "Ferraioli& Harris"(2010) أن هناك تحديات تتعلق بالقدرة الفكرية والسلوكية لدى الأشقاء وكذلك استجابة الوالدين لاحتياجات جميع الأطفال في الأسرة. وتستمر هذه التحديات في مرحلة المراهقة والبلوغ مع الشعور المستمر بالمسؤولية التي تؤثر على جودة حياة لدى إخوة المعاقين. (Ferraioli et al :2010,41)

كما أشارت الكثير من الدراسات إلى وجود تأثيرات سلبية للإعاقة على الإخوة العاديين، حيث وجدت دراسة "إيشيزاكي وآخرون" "Ishizaki et al" (2005) أن أشقاء المعاقين يعانون من مشاكل نفسية واجتماعية.(Ishizaki et al: 2005 ,119)

فيما توصلت دراسة "لوباتو وكاو وبلانت" "Lobato, Kao, & Plante" (2005) إلى وجود مشاكل نفسية وسلوكية لدى الأشقاء العاديين.(Lobato et al :2005,625)

في مراجعة للأدبيات المتعلقة بأشقاء الأطفال الذين يعانون من إعاقات وأمراض مزمنة، قام "شارب وروسيتر" "Sharpe &Rossiter" (2002) بمراجعة 103 دراسة منشورة عن طريق تحليل المحتوى. توصل إلى أن هناك تأثير سلبي على أشقاء الأطفال الذين يعانون من إعاقات وأمراض مزمنة، وأن الأداء النفسي(أي الاكتئاب والقلق)، والأنشطة مع الأقران، والتطور المعرفي للأشقاء أقل مقارنة بأشقاء الأطفال العاديين، وأنهم معرضون لخطر الآثار النفسية السلبية.(Sharpe et al :2002,699)

كما أشار "بجينهولم وجولبرج" "Bagenholm&Gillberg" (1991) إلى وجود مشاكل اجتماعية لدى الأشقاء العاديين، فيما أشارت "ساندرز" "Sanders" (2004)، "هانا وميدلارسكي" " Hannah &Midlarsky" (1985) إلى وجود مشاكل مدرسية لديهم مقارنة بأشقاء الأطفال العاديين. (Begum et.al :2011,1580) .

إن هذه الدراسات التي استعرضناها تؤكد وجود مستويات مرتفعة من الصعوبات العاطفية والسلوكية بين أشقاء الأطفال المعاقين.

تشكل العلاقات الأخوية جانبا مهما لدى الأطفال لتعلم المهارات الاجتماعية، لكن إذا كان الطفل يعاني من إعاقة فإن ذلك يتطلب اهتماما كبيرا ومستمرا من الوالدين، حيث لا يستطيع الإخوة قضاء الكثير من الوقت في اللعب مع أخيهم أو أختهم المعاقة، وذلك بسبب القيود المعرفية.

كما أن الأشقاء لا يستطيعون تكوين نماذج تعلم من بعضهم البعض، لأن الأطفال المعاقين لديهم قدرة محدودة على اللعب والسلوكيات الاجتماعية، إضافة إلى ضعف الاتصال، الذي قد يصل إلى عدم الاستجابة اجتماعيا. وبالتالي هؤلاء الأشقاء قد لا يعيشون لحظات الترابط التي تنشأ في كثير من الأحيان من جلسات اللعب بين الأشقاء والإخوة المعاقين.(Gousmett:2006,24)

كثيراً ما يكون الأطفال الآخرون منسيين في الأسرة التي تضم بين أفرادها شخصاً معاقا، وهم بحاجة إلى المساعدة، الأمر الذي يتطلب مشاركتهم في الجلسات الإرشادية التي يقدمها الاختصاصيون كما

هو عليه الحال لدى بقية أفراد الأسرة، لذلك من المهم أن يحصل الأخوة على المعلومات الكافية حول إعاقة أخيهم (عبدات :2007، 4)

لذا فإن الباحثة تسعى من خلال الدراسة الحالية إلى تصميم برنامج إرشادي جماعي لإخوة الأطفال المصابين بمتلازمة داون، بهدف تحسين العلاقات الأخوية وجودة الحياة، وتعليمهم تحسين السلوك التكيفي لدى الإخوة المعاقين.

5-4- 2- التعريف بالبرنامج الإرشادي الجماعي:

إن البرنامج المستخدم في هذه الدراسة هو برنامج إرشادي معرفي سلوكي، يتناول في خطوات متتالية ومنظمة جوانب تتعلق بإخوة المعاق بمتلازمة داون، وسوف يُقدم هذا الأخير في صورة فنيات متعددة الأطر من أجل تحسين جودة الحياة والعلاقات الأخوية، وكذا تحسين السلوك التكيفي لدى الأطفال المعاقين، ويهدف إلى إحاطة إخوة المعاق بالرعاية الإرشادية والنفسية، ورفع كفاءتهم وقدرتهم على مواجهة مشكلات حياتهم، وذلك من خلال العديد من الفنيات التي تتلاءم ومتغيرات الدراسة، كالإرشاد الجماعي، والنمذجة، والتكليف بمهام سلوكية، وواجبات منزلية التي تتناسب مع إخوة متلازمة داون الذين تتراوح أعماهم بين 13-18 سنة.

يتم ذلك عن طريق الإرشاد الجماعي، باعتباره عملية تفاعل موجهة نحو تغيير التفكير والسلوك على مستوى الشعور أو الوعي لدى المسترشدين.

تتحقق وظيفة الإرشاد الجماعي في مجموعة صغيرة ذات اهتمام شخصي مشترك، يتم التفاعل بينها، مما يزيد من درجة تفهمهم وتقبلهم للقيم والأهداف التي يؤمن بها مجتمعهم؛ والتي تعمل على تعديل اتجاهات وسلوك كل مسترشد من أعضاء الجماعة الإرشادية.

إن التركيز على المشكلات التي تنجم عن إعاقة الأخ مهمة في مختلف المراحل العمرية بصفة عامة ، وفي مرحلة المراهقة بصفة خاصة، لما تمثله من مصدر للقلق والتوتر لدى الكثير من الآباء والإخوة أنفسهم، ويعتبر هذا البرنامج من مظاهر الاهتمام بالمراهق، والسعي لحل مشكلاته لكي يشعر بالسعادة، ويحقق التوافق على كافة الأصعدة ، وصولا به إلى الصحة النفسية.

من هنا كانت الحاجة ماسة وملحة للتدخل، وتقديم الخدمات الإرشادية من خلال برنامج إرشادي للمراهقين إخوة المعاقين ذوي متلازمة داون، وكذلك أسلوب إرشادي يتناسب مع طبيعة الإخوة من المراهقين ومشكلاتهم السلوكية، فكان الأسلوب هو الإرشاد المعرفي السلوكي.

5-4-3- أهداف البرنامج:

تنقسم أهداف البرنامج إلى قسمين:

أولاً – الأهداف العامة:

يهدف البرنامج الحالي إلى تحسين جودة الحياة النفسية والعلاقات الأخوية لدى إخوة المعاقين ذوي "متلازمة داون" الذين تتراوح أعمارهم بين (13-18) سنة، وتعليمهم تحسين السلوك التكيفي لإخوتهم المعاقين المصابين ب"متلازمة داون". وتتمثل تلك الأهداف في الآتي:

هدف إرشادي: يتضمن مساعدة الإخوة على التعامل مع الأخ المعاق، وتحسين علاقاتهم بما يضمن لهم الرضا والصحة النفسية.

هدف وقائي: مساعدة الإخوة العاديين على استخدام المهارات اللازمة التي تحصنهم نفسياً واجتماعياً من صعوبات التوافق الناجمة عن إعاقة الأخ.

هدف نمائي: تنمية العلاقات الأخوية الإيجابية والمساهمة في مساعدة الأخ المعاق في التكيف مع متطلبات الحياة اليومية.

ثانياً ـ الأهداف الخاصة (الإجرائية):

تتحقق الأهداف الإجرائية من خلال العمل البناء داخل الجلسات، وهذه الأهداف تتلخص في النقاط الآتية:

1- تبصير الإخوة بمفهوم متلازمة داون وأسبابها وأعراضها، وتوضيح دورهم في التعامل مع الطفل المعاق عقليا.

2- التعرف على أفكار الإخوة الأصحاء أو العاديين اتجاه إعاقة الأخ وتعديلها.

3- العمل على زيادة التواصل والعلاقات الأخوية الإيجابية.

4- تحسين جودة الحياة النفسية وتقدير الذات لدى الإخوة العاديين، وتعليمهم التفكير المنطقي.

5- مشاركة الإخوة العاديين في تحسين السلوك التكيفي لدى إخوتهم المعاقين، من خلال تعليمهم ممارسة بعض الأنشطة والمهام مع الطفل في المنزل لتنمية قدراته مما يزيد من تكيفه الشخصي والاجتماعي.
6- التعامل مع مشاعر الحزن، والقلق، والخوف اتجاه الإخوة المعاقين من قبل الإخوة العاديين.

5-4-4- التخطيط للبرنامج :

تم إعداد هذا البرنامج من خلال الاستعانة بالنظريات والدراسات النفسية الخاصة بالإرشاد النفسي الجماعي، والتركيز على البرامج التدريبية والإرشادية التي تناولت مشكلات التكيف لدى أطفال "متلازمة دوان" أو إخوتهم ، كما تم الاستعانة بتوجيهات المتخصصين وأصحاب الخبرة من أساتذة الإرشاد النفسي سواء في الجامعة الجزائرية، أو الاتصال بأساتذة من خارج الوطن.

حيث استعرضت الباحثة الدراسات والأبحاث التي اهتمت بموضوع الدراسة الحالية، وقد تم الاعتماد على بعض الدراسات الأجنبية، على وجه الخصوص مشروع دعم الأشقاء "Sibshops" الذي يشرف عليه "دولاند ماير" "Meyer.D"، ومشروع إخوة المعاقين بأستراليا "Siblings Australia" حيث تم التواصل مع رئيسة المشروع "كايت ستروم" "kate strom" ، وكذا تم التواصل مع الدكتور "كارل بيكاردت" "Carl Pickhardt" من "جامعة تكساس" وذلك لاختصاصه في مجال العلاقات الأسرية، حيث تم الاستعانة به في بناء جلسات العلاقات الأخوية. كذلك ورشة عمل لإخوة الأطفال المعاقين والمرضى من إعداد "المعهد الوطني للصحة بنيويورك" "Sarah Edison Knappal" (2012)، وكذلك بعض الدراسات العربية حول تقدير الذات والاستقلالية والسلوك التكيفي لدى الأطفال المعاقين عقليا.

قامت الباحثة بإعداد برنامج إرشادي معرفي سلوكي بالاعتماد على المراجع السابقة ليكون الأداة الرئيسية التي صممت خصيصًا لتحقيق أهداف هذه الدراسة.

5-4-5- أهمية البرنامج:

تتركز أهمية البرنامج الإرشادي الحالي في تحسين العلاقات الأخوية وجودة الحياة النفسية لدى إخوة الأطفال المصابين بمتلازمة داون، من خلال الأنشطة التي يتضمنها البرنامج، وكذلك تعليم الإخوة تحسين مهارات السلوك التكيفي لدى الإخوة المصابين بمتلازمة داون.

يرى "فرود" "Frude" (1991) أن أشقاء الأطفال المعاقين لديهم رؤية أوضح لاحتياجات الآخرين. ويشير "بار" "Barr" (1999) إلى أن الأشقاء يحتاجون إلى الإرشاد للمساعدة للتقليل من القلق والتوتر. على الرغم من أن الدعم قد يكون في مظاهر مختلفة، بما في ذلك المساعدة الفردية، إلا أن فكرة وجود مجموعة إرشادية من الأشقاء يعتبر وسيلة ناجحة للتعامل مع احتياجات الإخوة. حيث تساعد المجموعة الإرشادية في تطوير العلاقات الأخوية واكتشاف الذات (Burke : 2004,92) ، في هذا السياق يشير "ميلر وكانتويل" "Miller and Cantwell" (1972) إلى أهمية إدراج الإخوة في البرامج الإرشادية، فإشراك الإخوة العاديين يساعد على زيادة التفاعل بينهم وبين الأخ المعاق عقليا. وقد يتطلب ذلك من المرشد التدخل النشط أثناء الجلسات للسيطرة وتقارب وجهات النظر والمشاركة المتساوية لكل الإخوة.(الحمصاني: 2008، 131)

5-4-6- الأسس التي يقوم عليها البرنامج:

يقوم البرنامج الإرشادي الجماعي المقترح على مجموعة من الأسس نجملها في الآتي:

1- الأسس العامة:

تشمل مراعاة مرونة السلوك الإنساني، وحق إخوة المعاقين في الإرشاد، وتقبل المشكلات الناجمة عن إعاقة الأخ المعاق، سواء كانت سلوكية أم انفعالية، وقابليته للتعديل والتغيير، وضرورة الاستمرار في عملية الإرشاد النفسي لتحقيق تحسن في العلاقات الأخوية وجودة الحياة النفسية لدى إخوة الأطفال الذين يعانون من متلازمة داون.

2- الأسس النفسية والتربوية:

تشمل مراعاة الخصائص العامة للنمو في مرحلة المراهقة، وإشباع الحاجات النفسية والانفعالية، إضافة إلى مساعدة المسترشد (إخوة الأطفال المعاقين) على تحسين العلاقات الأخوية وجودة الحياة النفسية للإخوة العاديين، كالدفء، والاستقلالية، وتقدير الذات أمام المواقف المحبطة التي يواجهها في حياته اليومية.

وكذا المساهمة في تعليم الإخوة المعاقين مهارات السلوك التكيفي وذلك من خلال استخدام الأساليب الإرشادية كالنمذجة والسيكودراما، وحل المشكلات.

3- الأسس الاجتماعية:

ينظر إلى هذا الأساس الاجتماعي في البرامج الإرشادية إلى الأفراد في سياق بيئاتهم، ويؤثر هذا في توجه الأفراد وفهمهم في اختيار أساليب التدخل التي يقوم عليها البرنامج لتحقيق التغير في السلوك، ويؤثر في التقدير النفسي للأفراد الذين يطلبون المساعدة. كما أن تقدير السياق يتطلب أن ندرس ما يجري في بيئة الفرد الراهنة. (العاسمي، 2012).

من هذا المنطلق، فإن الباحثة استثمرت هذا الأساس في برنامجها الإرشادي من أجل تحسين العلاقات الأخوية وجودة الحياة النفسية لدى إخوة المعاقين وتعليمهم تحسين السلوك التكيفي لدى إخوتهم ذوي متلازمة داون المستهدفين بالدراسة، من خلال جلسات الإرشادي الجماعي لأفراد عينة الدراسة التجريبية. حيث تم التركيز على العلاقات البناءة والتفاعل المثمر بين أعضاء المجموعة، إضافة إلى مشاركة الوالدين بصورة فردية من خلال القيام بزيارات إلى المنزل، من أجل توفير المساندة والدعم للإخوة العاديين في تطبيق البرنامج الإرشادي.

4- الأسس الدينية:

يعد الدين ركناً أساسياً في الإرشاد النفسي والنمو السوي، وتحقيق الصحة النفسية. تمثل القيم الدينية والخلقية معايير مقدسة للسلوك الإنساني، كما أن احترام الباحث (المسترشد) للقيم الدينية والخلقية يؤدي إلى نجاح عملية الإرشاد واستمرارها. إضافة إلى أن إكساب المسترشد المبادئ الدينية القويمة عن طريق المحاضرة حول الإعاقة والأسرة، وتعايش الإخوة مع هذا الوضع الجديد في حياتهم، تعد القاعدة والأساس في نجاح البرنامج في الوصول إلى أهدافه.

5- الأسس الأخلاقية الفلسفية:

يجب على المرشد النفسي أن يتحلى بمجموعة من القيم الأخلاقية أثناء عملية التدخل الإرشادي كما أوصت بذلك أدبيات الإرشاد النفسي والجمعيات النفسية في العالم، باعتبار الإرشاد النفسي مهنة لها قيمة أخلاقية. كما عليه أن يراعي طبيعة النسق الفلسفي الخاص بالمرحلة العمرية التي يمر بها الأفراد الذين يعانون من مشكلة ما، والإطار العام الذي يتناول أسلوبها في تحقيق تلك الأهداف، بحيث يحرص على عدم حدوث أي تناقض بين أهداف البرنامج وفنياته وبين خصائص الأفراد الخاضعين للبرنامج وأهدافهم، التي تتمثل في رغبتهم في التغلب على مشكلاتهم، وهو ما يهدف إليه الإطار العام للبرنامج، وذلك للوصول إلى أفضل الوسائل التي تناسب قدراتهم وإمكانياتهم.(العاسمي، 2012)

يراعي البرنامج الإرشادي الحالي الطبيعة الإنسانية الخيرة لإخوة المعاقين، وأخلاقيات الإرشاد النفسي، وسرية المعلومات أثناء جلسات الإرشاد النفسي الجماعي، وخصوصاً تلك التي تتعلق بمشاعرهم وأفكارهم حول المشكلات الأسرية الناجمة عن إعاقة الأخ، إضافة إلى المحافظة على العلاقات التي تقوم على الألفة والتسامح واستخدام الإقناع المنطقي بين الباحث وعينة الدراسة.

5-4-7- الحاجة إلى البرنامج:

لقد صمم هذا البرنامج انطلاقا من حاجات إخوة المعاقين، والمتمثلة فيما يلي:

- **الحاجة إلى المعلومات:** فالإخوة بحاجة إلى معرفة الإعاقة وأسبابها، وكيف ستؤثر عليهم وعلى باقي أفراد الأسرة، وهذا سوف يمنع تنامي مخاوف لا داعي لها من قبل الإخوة العاديين حول الإعاقة.

- الحاجة إلى اشتمال المناقشات الأسرية على الطفل المعاق ، والتغييرات التي قد تحدث بسبب الإعاقة على الإخوة العاديين ، هذا يمكن أن يضيف لهم شعور بالمساهمة كأفراد في الأسرة.

- **الحاجة للتعبير عن المشاعر:** إن التعبير عن المشاعر - سواء كانت جيدة أو غير جيدة- يساعد الإخوة على التعامل معها.

- الحاجة إلى شعور الاخوة بأنهم خاصون أيضا، ولا بد من لفت الانتباه إليهم.

- **الحاجة إلى الشعور بالتقدير:** إن المشاركة في رعاية الأخ المعاق يمكن أن تضيف إلى الأخوة العاديين الشعور بالكفاءة وتقدير الذات.

- **الحاجة إلى الاستقلال:** الأشقاء بحاجة إلى بعض الاستقلال والاتصال الاجتماعي عن طريق قضاء الوقت مع الأقران، والقيام ببعض الأنشطة.

5-4-8- المستفيد من البرنامج:

الفئة المستهدفة من البرنامج هم المراهقون من إخوة المعاقين ذوي متلازمة داون، الذين يتراوح سنهم من 13-18 سنة.

5-4-9- حدود البرنامج:

في ضوء الأهداف الإرشادية التي يسعى البرنامج لتحقيقها، يتم تنفيذ البرنامج ضمن الحدود التالية:

أ)-الحدود الزمنية: يستغرق البرنامج مدة 11 أسبوعا بواقع جلستين أسبوعيا.

ب)- عدد الجلسات: يتكون البرنامج الحالي من 22 جلسة بواقع جلستين أسبوعيا، تستغرق كل جلسة من 60 إلى90 دقيقة حسب كل جلسة وطبيعة الفنيات المستخدمة.

ج)- الحدود المكانية: سيتم تنفيذ البرنامج في قاعة من قاعات جمعية الأمل للأطفال المعاقين عقليا.

د)- عدد المشاركين في البرنامج: سيتم تحديده لاحقا بناء على توفر العينة (إخوة الاطفال المصابين بمتلازمة داون) وكذا مدى تفاعلها للمشاركة في البرنامج ، ولكن الأرجح أن لا يقل عدد الأفراد عن 10 أفراد في المجموعة التجريبية.

ه)- الأسلوب الإرشادي: الجماعي.

5-4-10- الفنيات المستخدمة في البرنامج:

سوف تقوم الباحثة باستعراض الفنيات والأساليب الإرشادية المتمثلة في المحاضرة، المناقشات الجماعية، وأسلوب حل المشكلات، النمذجة، والواجبات المنزلية، والإفصاح عن الذات، والسيكودراما، موضحة طريقة استخدامها كما سيلي:

المحاضرة: تمثل المحاضرة أو ما يطلق عليه التوجيه المباشر فنية ضرورية للإرشاد النفسي، ويتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تقديم معلومات لأعضاء المجموعة الإرشادية عن الإعاقة العقلية، وبالخصوص متلازمة داون من حيث مفهومها، وأسبابها، وخصائص أطفال متلازمة داون واحتياجاتهم، وكذا مفهوم العلاقات الأخوية، وجودة الحياة النفسية.

المناقشات الجماعية: تعد المناقشات الجماعية من الأساليب الفنية الإرشادية الهامة في كل النظريات النفسية، وسيتم خلال الجلسات الإرشادية تزويد المسترشدين بالعديد من المفاهيم والمعلومات والمهارات، ويلي كل ذلك مناقشات بين الباحثة والأعضاء المشاركين من أجل الفهم والتوضيح والاتفاق على القواعد والخطط التي يسير عليها البرنامج... الخ.

الواجبات المنزلية: لقد حظيت فنية الواجبات والوظائف الإرشادية المنزلية باهتمام كبير في نظريات الاتجاه السلوكي والمعرفي، وفي الإرشاد الجشطلتي والإرشاد المتمركز حول الذات وغيرها من

النظريات. وتعد الواجبات المنزلية من المكونات الرئيسية للبرامج الإرشادية الجماعية وتمثل الرابط بين كل جلسة وما يسبقها وما يتبعها.

النمذجة: تعتمد هذه الفنية على نظرية التعلم الاجتماعي، وتعتبر النمذجة من أهم الأساليب الإرشادية التي تعمل على تدريب الأفراد على العديد من المهارات ، حيث يكسب الفرد السلوك من خلال التعرف على النماذج السوية والاقتداء بها.

أسلوب حل المشكلات: تتضمن هذه الفنية عدة خطوات، وتتمثل في التعرف على المشكلة، وجمع البيانات حولها، ثم وضع بدائل وحلول متعددة للتعامل مع المشكلة، وتقديم الحلول البديلة، وللتدريب على حل المشكلات أهمية كبيرة ، تتمثل في زيادة كفاءة الفرد وفعالية الذات، وتوكيده لذاته، مما يؤدي إلى التعامل بنجاح مع مواقف الحياة.

الإفصاح عن الذات: الإفصاح عن الذات هو عملية يقوم الفرد من خلالها بإفشاء بعض المعلومات الشخصية لفرد آخر دون غيره من أفراد المجتمع، فهو بذلك يعكس طبيعة العلاقة التبادلية للاتصال الشخصي. فعندما يفصح الطرف الأول عما يدور في خلده يظهر الطرف الثاني الاهتمام والتفهم لما يقوله زميله، وبالتالي تحدث عملية الاتصال بين الطرفين بشكل آني ومستمر.

ويعمل هذا البرنامج على مساعدة أعضاء المجموعة الإرشادية من إخوة المعاقين على الكشف عن خبراتهم الذاتية السلبية التي واجهتهم في حياتهم الأسرية، وخصوصاً بعد ميلاد الأخ المعاق، ومشاعرهم حيال والديهم وأخوهم المعاق من خلال التعبير عن هذه المشاعر أمام أعضاء المجموعة دون خوف أوخجل. تتعزز ثقة كل عضو من أعضاء الجماعة بذاته في الكشف عن خبراته الشخصية السلبية، خصوصا عندما يلاحظ أن بقية أعضاء المجموعة يتحدثون عن خبراتهم بحرية دون خوف أو خجل. تساعد هذه الفنية في نقل الخبرات الذاتية المعروفة للذات لتصبح معروفة للآخرين، وذلك من أجل زيادة المشاركة وتكوين علاقات حميمة مع أعضاء المجموعة من أجل الوصول إلى التغيير المطلوب سلوكياً وانفعالياً واجتماعياً.

السيكودراما Psychodrama : السيكودراما هي أسلوب إسقاطي وشكل من أشكال الإرشاد النفسي الجماعي ، يقوم على تجسيد الإخوة العاديين لبعض الأدوار أو المواقف الحياتية أو لعلاقاتهم بالآخرين بطريقة ارتجالية سواء كان ذلك في الماضي أو الحاضر أو المستقبل، وذلك في حضور الموجه، والأدوات المساعدة والجمهور مما يتيح لهم أن يعبروا عن الانفعالات والصراعات في بيئة

محمية، ويحقق استبصارا لسلوكهم الاجتماعي، والتعلم خلال خبرة الدور الذي يؤديه وتعديل أنماط سلوكه غير الملائمة.

الاسترخاء: فنية تنتمي إلى فنيات الاتجاه السلوكي يتم فيها تدريب المسترشد على تحقيق الهدوء والارتخاء وتحقيق التوازن الجسمي، وتأتي أهمية الاسترخاء من العلاقة بين الاضطرابات الانفعالية والتوتر العضلي. وتؤكد الباحثة على ممارسة الاسترخاء للمساعدة على مواجهة مشاعر الغضب والحزن والخسارة اتجاه الأخ المعاق.

التربية العقلانية: أسلوب أرشادي يتضمن منهاجا منظما للتربية العقلانية ، ويشمل على دروس مخطط لها، تقدم لإخوة المعاقين بطريقة متسلسلة في جلسات البرنامج الإرشادي، وتهدف إلى تمكين الإخوة العاديين من التعرف على مفهوم المعتقدات غير المنطقية ، والعبارات الذاتية السلبية التي تمنعهم من التفكير بعقلانية خصوصا فيما يتعلق بإعاقة الأخ، كما تهدف إلى التعرف على الأفكار التي تسبب المتاعب والمشاكل للفرد ، وأن يستبدل الفرد الأفكار غير العقلانية بأفكار عقلانية.

5-4-11- جلسات البرنامج والفترة الزمنية الفاصلة بين جلسة وأخرى:

يتضمن هذا البرنامج 22 جلسة إرشادية وهو مقسم إلى أربعة مراحل، تقوم الباحثة بتقديمه إلى المراهقين من إخوة أطفال متلازمة داون. تتضمن المرحلة الأولى من البرنامج 3 جلسات تعمل خلالها الباحثة على تعريف الإخوة بالبرنامج وتبصيرهم بمفهوم متلازمة داون، وكيفية التعامل مع الأطفال الحاملين لهذه الإعاقة، وتضم المرحلة الثانية من البرنامج 7 جلسات تتضمن تحسين جودة الحياة النفسية فيما يتعلق بتقبل الذات، والعلاقات الإيجابية مع الآخرين، والاستقلالية، والتحكم في البيئة، وهدفية الحياة، والنمو الشخصي. وتتألف المرحلة الثالثة من البرنامج من 7 جلسات يتم خلالها التعرض إلى أثر الإعاقة على الإخوة، ثم التعرف على مفهوم العلاقات الأخوية وتطورها، والتشابه والاختلاف بين الإخوة، ثم التعريج إلى تحديد مشاعر الإخوة العاديين نحو الأخ المعاق والتعبير عنها، وأخيرا تسليط الضوء على التجارب الإيجابية لدى الأخوة العاديين ، وتستخدم الباحثة فنية المناقشة الجماعية، وبعض الأنشطة المساعدة في التعبير عن المشاعر كالرسومات وكتابة قصائد...، وتختم كل جلسة بحركات استرخائية. أما المرحلة الأخيرة من البرنامج فقد تضمنت تدريب الإخوة العاديين على تعليم السلوك التكيفي للإخوة المعاقين ذوي متلازمة داون بواقع 4 جلسات، ثم جلسات التقييم والمتابعة: وهي موجهة

إلى بعض المعلمين واولياء الأمور للتعرف على التغيرات السلوكية والانفعالية قبل وبعد البرنامج، مع تقديم مجموعة من التوصيات بشأن التعامل مع أبنائهم داخل المنزل.

إن الزمن المستغرق في الجلسة الإرشادية يتفاوت من جلسة إلى أخرى. على سبيل المثال، جلسة القياس القبلي، تختلف عن جلسة الجلسة التمهيدية، وجلسات التدخل الإرشادي تختلف عن جلسة المتابعة، وعلى العموم فزمن الجلسة الإرشادية لجلسات البرنامج تتراوح من60 إلى 90دقيقة. أما الفترة الفاصلة بين الجلسة والأخرى، فهي بحدود أربع جلسات أسبوعيا لأنه سيطبق خلال العطلة، وتتفاوت الفترة الزمنية حسب ظروف أفراد العينة التجريبية، أما الزمن المستغرق لتطبيق البرنامج فهو في حدود 5 أسابيع ، اضافة إلى التطبيق التتبعي بعد ثلاثة أشهر من نهاية التطبيق.

5-4-12- مكان تطبيق البرنامج:

يتم تطبيق البرنامج الإرشادي في جمعية "الأمل" للأطفال المعاقين عقليا بالشلف، وذلك لتوفرها مجموعة من الشروط التي يمكن تطبيق البرنامج فيها، كما أنها تقع وسط المدينة، وهذا مما يسهل عملية انتقال أعضاء المجموعة التجريبية إلى هذه الجمعية.

5-4-13- الخطوات العامة لتنفيذ الجلسات الإرشادية:

يمكن توضيح الخطوط العامة للجلسات الإرشادية فيما يلي:

1- تعريف المجموعة بالهدف من الجلسة.
2- عرض تمهيدي للجلسة.
3- مناقشة الواجب المنزلي إن وجد.
4- الدخول في أنشطة الجلسة.
5- المناقشة والرد على تساؤلات الأعضاء.
6- تلخيص موضوع الجلسة.
7- تحديد الواجب المنزلي(أحيانا).
8- انتهاء الجلسة وشكر الأعضاء.

5-4-14- تحكيم البرنامج:

تم عرض البرنامج على مجموعة من الأساتذة المختصين في التربية الخاصة، والإرشاد النفسي، والصحة النفسية من مختلف الجامعات العربية، وفيما يلي قائمة بأسماءالمحكمين:

الجدول رقم(18):

قائمة الأساتذة المحكمين للبرنامج الإرشادي

الأستاذ	الدرجة العلمية	التخصص	الجامعة
رياض نايل العاسمي	أستاذ مشارك	الإرشاد النفسي	جامعة دمشق
فرات العتيبي	أستاذ مساعد	استاذ التربية الخاصة والمناهج وطرق التدريس	الاكاديمية العربية بالدنمارك
سليمان رجب سيد أحمد	أستاذ مساعد	الصحة النفسية	جامعة بنها، مصر
نبيل علي سليمان	أستاذ مساعد	الإعاقة العقلية وبرامج التوحد	جامعة الخليج العربي البحرين
يحيى محمد عيد أبو نواس	أستاذ مساعد	الإرشاد والصحة النفسية	الاكاديمية العربية في الدانمارك
عصام محمد زيدان زيدان	أستاذ مشارك	الصحة النفسية	جامعة المنصورة، مصر
د. منى توكل السيد	أستاذ مساعد	الصحة النفسية والتربية الخاصة	كلية التربية بالزلفي - جامعة المجمعة العربية السعودية
عبد الناصر غربي	أستاذ مساعد	التربية الخاصة	جامعة الوادي

وفيما سيلي عرض مفصل لجلسات البرنامج وإجراءاته التنفيذية في صورته الأولية :

الجدول رقم(19):

عرض مفصل لتحكيم جلسات البرنامج وإجراءاته التنفيذية

رقم الجلسة	عنوان الجلسة والفنيات المستخدمة	موضوعها	مجال التحكيم		
			مناسبة	غير مناسبة	ملاحظات أخرى
الجلسة الأولى	التعريف بالبرنامج الإرشادي، فنية المحاضرة المدة:90 دقيقة	- فتح باب التعارف بين الباحثة والأعضاء (40 دقيقة). - التعريف بالبرنامج من حيث عدد جلساته ومدته ومكان انعقاده وزمن الانعقاد لكل جلسة، وإجراء التطبيق القبلي لاستبيان العلاقات الأخوية، وجودة الحياة النفسية(20 دقيقة). - معرفة توقعات الأعضاء من البرنامج (20 دقيقة). - إنهاء الجلسة الإرشادية (10 دقائق).	%100	%0	الجلسة كبيرة ويجب تقليص الوقت
الجلسة الثانية	حقائق حول متلازمة داون. فنية المحاضرة، المناقشة الجماعية المدة: 80 دقيقة	- تهيئة الأعضاء للجلسة وإعادة التعارف (10 دقائق). - تقديم معلومات تشمل التعريف بمتلازمة داون، وأسبابها، وكذا خصائص أطفال متلازمة داون وحاجاتهم عن طريق الباورباونت.(60 دقيقة) - إنهاء الجلسة الإرشادية، وتلخيص ما جرى خلالها (10 د)	%100	%0	تقليص الوقت
الجلسة الثالثة	كيفية التعامل مع متلازمة داون المحاضرة، والمناقشة الجماعية(90د)	- تهيئة الأعضاء للجلسة الإرشادية.(15 دقيقه). - تعريف الأعضاء بكيفية التعامل مع أطفال متلازمة داون (65 دقيقة). - إنهاء الجلسة الإرشادية (10 دقائق).	%40	%60	يجب تضمينها مع الجلسة السابقة

الجلسة الرابعة	تقبل الذات فنية المحاضرة السيكودراما المدة (90 دقيقة)	- تهيئة الأعضاء للجلسة وإخبارهم عن موضوع جلستهم لهذا اليوم، وهو تقدير الذات عن طريق عرض باورباونت لمفهوم الذات (20دقيقة) - أن يعبر الأعضاء عن أنفسهم من خلال تنفيذ نشاط بعنوان (أنت مشهور) وإجراء مقابلة تلفزيونية مع الأعضاء المشاركين.(60 دقيقة) - إنهاء الجلسة الإرشادية والاستفسار عن المعيقات التي واجهت الأعضاء أثناء تنفيذ النشاط. ويطلب من الأعضاء كتابة تقرير حول الأمور الإيجابية والسلبية التي سيمارسونها لغاية الجلسة القادمة(10دقيقة)	مناسبة 100 %	غير مناسبة %0	ملاحظات أخرى جلسة جيدة
الجلسة الخامسة	(تابع) تقبل الذات فنية المحاضرة المناقشة الجماعية المدة: 90 دقيقة	- تهيئة الأعضاء للجلسة، وإخبارهم عن موضوع الجلسة الحالية، وهو متابعة تقدير الذات (15دقيقه). - أن يعبر الأعضاء عن أنفسهم وذلك من خلال تنفيذ نشاط بعنوان (مرآتي يا مرآتي)، يستطيع الأعضاء من خلاله تقييم أنفسهم أو ذواتهم، إما إيجابيون أو سلبيون (40 دقيقة)، والتطرق إلى مفهوم الذات لدى إخوة المعاقين عن طريق المناقشة الجماعية. (25 دقيقة) - إنهاء الجلسة الإرشادية ويُطلب من الأعضاء كتابة تقرير يعبر فيه العضو عن نفسه في موقف سار. (10 دقائق)	مناسبة %42,85	غير مناسبة %57,14	ملاحظات أخرى لا لزوم لها لانها تزيد من طول البرنامج
الجلسة السادسة	العلاقات الايجابية مع الآخرين فنية المحاضرة المناقشة الجماعية التربية العقلانية المدة: 90 دقيقة	- تهيئة الأعضاء للجلسه ومناقشة الواجب البيتي، وفتح المجال للأعضاء بتقديم المواقف التي حدثت معهم، ومن ثم القيام بذكر عنوان الجلسة (20 دقيقه). - تنمية التفاعل الإيجابي مع الآخرين عن طريق عرض للإطار النظري الخاص بالعلاقات مع الآخرين.والقيام بنشاط حول العلاقات المنطقية مع الآخرين، الهدف منه أن يكتسب العضو مهارات التفكير العقلاني، وأن يطبق هذه المهارات على المشكلات المتعلقة بالعلاقات في ظل وجود أخ معاق. (60 دقيقه) - الواجب البيتي:الإجابة على السؤال التالي :"ما الذي تتوقع حدوثه لو قمت باستخدام المقترحات المنطقية عند حدوث مشكلة شخصية مع شخص أخر حول أخيك المعاق؟" - إنهاء الجلسة الإرشادية (10 دقائق)	مناسبة 100 %	غير مناسبة %0	ملاحظات أخرى مناسبة مع تقليص مدة الجلسة
الجلسة السابعة	الاستقلالية والتواصل فنية المحاضرة والمناقشة الجماعية المدة: 90 دقيقة	- تهيئة الأعضاء للجلسة ومناقشة الواجب البيتي (15 دقائق). - التعرف على مفهوم الحاجة إلى الاتصال والاستقلالية عن طريق الباورباونت، وكذا المحاضرة والمناقشة الجماعية. (30 دقيقة) -التعرف على طبيعة الاستقلالية لدى الأشقاء غير المعاقين (40د) - إنهاء الجلسة الإرشادية (5دقائق).	مناسبة 100 %	غير مناسبة %0	ملاحظات أخرى مناسبة مع تقليص مدة الجلسة
الجلسة الثامنة	النمو الشخصي فنية المحاضرة	-التعرف على مفهوم النمو الشخصي عن طريق الباورباونت، وكذا المحاضرة والمناقشة الجماعية. (30	مناسبة	غير مناسبة	ملاحظات أخرى

	والمناقشة الجماعية المدة: 90 دقيقة	دقيقة) - التعرف على طبيعة النمو الشخصي لدى الاشقاء غير المعاقين، ثم القيام بمناقشة الاخوة حول بعض الاستراتيجيات المتعلقة بتنمية المهارات والإمكانيات الشخصية لدى الاخوة. (40 دقيقة) - إنهاء الجلسة الإرشادية (5دقائق).	100 %	%0	مناسبة مع تقليص مدة الجلسة
الجلسة التاسعة	أهداف الحياة فنية المحاضرة والمناقشة الجماعية المدة: 90 دقيقة	- تهيئة الأعضاء للجلسة (10 دقائق). - تعريف الأعضاء بمفهوم الأهداف قصيرة الأمد والبعيدة الأمد، وكذا التمييز بين الأهداف الواقعية وغير الواقعية، وذلك عن طريق عرضpower point للإطار النظري، والقيام بنشاط حول تحقيق الأهداف. (60 دقيقة). - مناقشة الإخوة حول الخطط المستقبلية في ظل وجود الاخ المعاق، ومصادر القلق المستقبلية بشأن الأخ أو الأخت المعاقة؟ (15 دقيقة) - إنهاء الجلسة الإرشادية بتلخيص كل ما دار خلالها. الواجب البيتي: يطلب من كل عضو توضيح مكان اخيه ضمن خططه المستقبلية بمساعدة الوالدين إن أمكن أو مع العائلة. (5 دقائق)	مناسبة	غير مناسبة	ملاحظات أخرى
			100 %	%0	مناسبة مع تقليص مدة الجلسة
الجلسة العاشرة	التحكم في البيئة فنية المحاضرة والمناقشة الجماعية المدة: 60 دقيقة	- تهيئة الأعضاء للجلسة ومناقشة الواجب البيتي (15 دقيقه). - تعريف الأعضاء بمفهوم التحكم في البيئة عن طريق الباورباون ت والمناقشة الجماعية (30 دقيقة). - إنهاء الجلسة الإرشادية 15 دقيقة.	مناسبة	غير مناسبة	ملاحظات أخرى
			100 %	%0	مناسبة ولا يوجد ملاحظات
الجلسة الحادية عشر	أثر الإعاقة على الأسرة والإخوة. فنية المحاضرة والمناقشة الجماعية المدة: 90 د	- تهيئة الأعضاء للجلسة ومناقشة الواجب البيتي (15 دقيقه). - تعريف الأعضاء بأثر الإعاقة على الأسرة (25 دقيقة). - تعريف الأعضاء بأثر الإعاقة على الاخوة (45 دقيقة). - إنهاء الجلسة الإرشادية (5 دقائق).	مناسبة	غير مناسبة	ملاحظات أخرى
			100 %	%0	مناسبة مع تقليص مدة الجلسة
الجلسة الثانية عشر	العلاقات الأخوية فنية المحاضرة والمناقشة الجماعية الإفصاح عن الذات المدة 90د	- تهيئة الأعضاء للجلسة (10 دقائق). - تعريف العلاقات الأخوية عن طريق الباورباونت، والقيام بنشاط بعنوان:العلاقات الأخوية تطور مدهش ، الهدف منه إقامة علاقة أكثر إيجابية مع الأشقاء، وتحديد سبل لتحسين العلاقة الحالية للأشقاء، وتخيل علاقتهم مستقبلا. (60 دقيقة). - إنهاء الجلسه الإرشادية 10د .	مناسبة	غير مناسبة	ملاحظات أخرى
			100 %	%0	مناسبة مع تقليص مدة الجلسة
الجلسة	التشابه والاختلاف بين	- تهيئة الأعضاء للجلسة ومناقشة الواجب البيتي (20 دقيقه). - التعرف على مظاهر الاختلاف والتشابه بين الاخوة، حيث	مناسبة	غير مناسبة	ملاحظات أخرى

الثالثة عشر	الأخوة.فنية المحاضرة والمناقشة الجماعية،حل المشكلات، الإفصاح عن الذات المدة 90د	يطلب من كل واحد من الاخوة التحدث عن ما قد يشعر به لو كان مكان أخيه،بعد ذلك، جعل كل واحد يفكر:هل يُنظر إليه بشكل صحيح أو غير صحيح من قبل الأخوة الآخرين؟ - ما هي الفروق بينك وبين إخوتك،التي يصعب قبولها،وقد تؤدي إلى الصراع في بعض الأحيان؟ يمكنك الاستعانة بالمقارنة عن طريق "أنا" "أنت" (60 دقيقة). - إنهاء الجلسة الإرشادية (10 دقائق)	100 %	%0	مناسبة مع تقليص مدة الجلسة
الجلسة الرابعة عشر	تحديد المشاعر اتجاه الأخ المعاق والحديث عنها. الحزن والخسارة فنية المحاضرة والمناقشة الجماعية حل المشكلات ،الاسترخاء، الإفصاح عن الذات المدة90 د	- تهيئة الأعضاء للجلسة الإرشادية .(15 دقيقه) التعرف على مشاعر الإخوة نحو أخيهم المعاق، من خلال فسح المجال لهم للتكلم عن مشاعرهم اتجاه أخيهم.والقيام بنشاط بعنوان العيش مع أخ معاق. (25 دقيقة). - التكلم عن الشعور بالحزن لدى اخوة المعاقين، ثم فسح المجال للإخوة للتحدث عن تجاربهم الخاصة. والقيام بنشاط تحت عنوان: عندما أشعر بالحزن (45 دقيقة). - إنهاء الجلسة الإرشادية، بالقيام بحركات استرخاء، ومن ثم بتلخيص ما دار خلال الجلسة الإرشادية والإجابة على أسئلة واستفسارات الأعضاء.(10 دقائق).	مناسبة 100 %	مناسبة %0	أخرى تلخيص الجلسة لانها كبيرة جدا، عدم مناسبة فنية الاسترخاء
الجلسة الرابعة عشر	تحديد المشاعر اتجاه الأخ المعاق والحديث عنها. الشعور بالذنب، فنية المحاضرة والمناقشة الجماعية، حل المشكلات:90 د	- تهيئة الأعضاء للجلسة الإرشادية (20 دقيقه) - تحديد مشاعر الشعور بالذنب اتجاه الاخ المعاق، بالتكلم عن الشعور بالذنب لدى أخوة المعاقين، ثم فسح المجال للإخوة للتحدث عن تجاربهم الخاصة، والقيام بنشاط بعنوان:عندما اشعر بالذنب.(60د). - إنهاء الجلسة الإرشادية بالقيام بحركات استرخاء، ومن ثم بتلخيص ما دار خلال الجلسة الإرشادية والإجابة على أسئلة الأعضاء. 15د	مناسبة 100 %	غير مناسبة %0	ملاحظات أخرى مناسبة مع تقليص مدة الجلسة، عدم مناسبة الاسترخاء
الجلسة الخامسة عشر	تسليط الضوء على التجارب الايجابية بين المشاركين من اخوة المعاقين، فنية المحاضرة والمناقشة الجماعية، حل المشكلات الاسترخاء المدة: 90 دقيقة	- تهيئة الأعضاء للجلسة الإرشادية (20 دقيقه) - تسليط الضوء على التجارب الايجابية بين المشاركين من اخوة المعاقين، و التحدث عن تجاربهم الإيجابية مع إخوانهم ذوي متلازمة داون، وذلك عن طريق المناقشة الجماعية. وبعد الاستماع لتجارب الأشقاء، يطلب منهم كتابة قصة، قصيدة أو أغنية، أو ارسم صورة حول: كيف تود أن تكون أنت وأخوك المعاق؟ .عندما يتم الانتهاء من ذلك يتم إعطاؤه للوالدين. (60 دقيقة) - إنهاء الجلسة الإرشادية، والقيام بحركات استرخاء (10 دقائق).	مناسبة 100 %	غير مناسبة %0	ملاحظات أخرى مناسبة مع تقليص مدة الجلسة، عدم مناسبة فنية الاسترخاء
الجلسة السادسة عشر	تنمية مهارات الكفاية الشخصية لدى أطفال متلازمة داون فنية المحاضرة	- تهيئة الاعضاء للجلسة الارشادية.(10 دقائق) - تعليم الإخوة العاديين تدريب الاخوة ذوي متلازمة داون على تنمية مهارات الكفاية الشخصية المتمثلة في: استعمال أدوات المائدة، آداب المائدة، المشروبات، التدرب على	مناسبة	غير مناسبة	ملاحظات أخرى

	والمناقشة الجماعية، النمذجة المدة: 90 دقيقة	استعمال المرحاض، العناية الذاتية في المرحاض، غسل اليدين والوجه، الاستحمام، تنظيف الأسنان بالفرشاة، الهيئة والقوام، ارتداء الملابس، خلع الملابس في الأوقات المناسبة، الأحذية، النمو الجسمي ، وذلك من خلال المحاضرة وكذا عرض أشرطة فيديو.(70 دقيقة) - إنهاء الجلسة الإرشادية (10د)	%0	100 %	الجلسة كبيرة يجب زيادة الجلسات
الجلسة الثامنة عشر	تنمية مهارات الكفاية الاجتماعية لدى أطفال متلازمة داون فنية المحاضرة والمناقشة الجماعية، النمذجة المدة: 90 دقيقة	- تهيئة الاعضاء للجلسة الارشادية.(10 دقائق) - تعليم الإخوة العاديين تدريب الاخوة ذوي متلازمة داون على تنمية مهارات الكفاية الاجتماعية المتمثلة في: تناول الطعام في الأماكن العامة، الصحة الشخصية، الملابس، العناية بالملبس، الغسيل، معرفة الاتجاهات، التنقل بالمواصلات، التنقل، اتباع قواعد السلامة في المبنى والمدرسة، الهاتف، الوظائف الاستقلالية المتنوعة، السلامة في دار الإيواء أو المنزل، النشاط الاقتصادي، النمو اللغوي، الأعداد والوقت، كثرة متطلبات العمل، وذلك من خلال المحاضرة وكذا عرض أشرطة فيديو.(70 دقيقة) - إنهاء الجلسة الإرشادية (10 دقائق).	مناسبة	غير مناسبة	ملاحظات أخرى
			%0	100 %	الجلسة كبيرة يجب زيادة الجلسات
الجلسة التاسعة عشر	تنمية مهارات المسؤولية الشخصية الاجتماعية لأطفال متلازمة داون، فنية المحاضرة، المناقشة الجماعية، النمذجة،المدة: 90د	- تهيئة الاعضاء للجلسة الارشادية.(10 دقائق) - تعليم الإخوة العاديين تدريب الاخوة ذوي متلازمة داون على تنمية مهارات المسؤولية الشخصية الاجتماعية المتمثلة في: أداء العمل المدرسي والوظيفي، عادات العمل/ المدرسة، التوجيه الذاتي، المسؤولية، المهارات الاجتماعية، من خلال المحاضرة و عرض أشرطة فيديو.(70 دقيقة)- إنهاء الجلسة الإرشادية (10 دقائق).	مناسبة	غير مناسبة	ملاحظات أخرى
			%0	100 %	الجلسة كبيرة يجب زيادة الجلسات
الجلسة العشرون	التطبيق البعدي وختام البرنامج فنية المحاضرة والمناقشة الجماعية المدة: 90 دقيقة	- تهيئة الأعضاء للانتهاء من برنامج، حيث يقوم المرشد مع الأعضاء بمناقشة ما حصل من أمور في الجلسات السابقة وكتابة ملخص وتكليف أحد الأعضاء بقراءة الملخص بشكل مسموع للزملاء. (40 د) - التطبيق البعدي للاستبيانات على الاخوة العاديين. (40 د) - إنهاء الجلسة الإرشادية . حيث يقوم المرشد بالاتفاق مع الأعضاء بتحديد موعد لإجراء الاختبار التتبعي، وكذلك يطلب منهم تطبيق ما تعلموه وتدربوا عليه خلال حياتهم اليومية ويتمنى لهم النجاح في حياتهم. (10 دقائق)	مناسبة	غير مناسبة	ملاحظات أخرى
			100 %	%0	مناسبة

- نتائج التحكيم:

بعد تحكيم البرنامج من قبل مجموعة من الأساتذة المختصين في علم النفس والإرشاد والتربية الخاصة، سنقوم بعرض نتائج التحكيم، والجدول التالي يوضح هذا الإجراء.

الجدول رقم(20)

نتائج تحكيم البرنامج الإرشادي

مجال التحكيم	الموضوع	الحكم		الملاحظات
		واضح	غير واضح	
1	عنوان البرنامج	%42,85	%57,14	طويل، وغامض يجب تعديله
2	تناسب محتوى البرنامج مع الأهداف	مناسب	غير مناسب	المحتوى مكثف
		%85.71	%14.28	
3	مدة البرنامج	مناسب	غير مناسب	مدة الجلسات طويلة يجب تقليص المدة إلى أقل من 60د
		0 %	%100	
4	الفنيات المستخدمة في البرنامج	مناسبة	غير مناسبة	يجب توفر شروط لاستخدام الفنيات
		%85.71	%14.28	
5	ترتيب جلسات البرنامج	مناسبة	غير مناسبة	إعادة النظر في الجلسات المتعلقة بالسلوك التكيفي
		%100	%0	
6	المجموعة التجريبية	مناسبة	غير مناسبة	غير واضحة
		%100	%0	%0
7	التقييم التجريبي للبرنامج	مناسب	غير مناسب	غير واضح
		%100	%0	%0

نلاحظ من خلال الجدول أن هناك اتفاقا بين الأساتذة المحكمين حول غموض العنوان، وكثافة المحتوى، وطول الجلسات، ومناسبة المجموعة التجريبية، ووضوح البرنامج.

5-4-14-البرنامج بعد التحكيم:

لقد أكد المحكمون على ضرورة توفر شروط استخدام فنيات البرنامج وعدم مناسبة بعضها مثل الاسترخاء ، وكذا إعادة النظر في الجلسات المتعلقة بالسلوك التكيفي، حيث تم زيادة عدد جلساته، وقيم المحكمون البرنامج بأنه مناسب وواضح.

وتجاوبا مع فحوى ما استخلصناه من نتائج التحكيم قمنا بإعادة تعديل جلسات البرنامج الإرشادي لتصبح كما يلي:

1- عنوان البرنامج:

تم تعديل عنوان البرنامج ليصبح أكثر وضوحا ، ليصبح كما يلي:

فاعلية برنامج إرشادي في تحسين جودة الحياة والعلاقات الأخوية لدى الأخوة العاديين، وأثره في تنمية السلوك التكيفي لأخيهم المصاب بمتلازمة داون.

2- محتوى البرنامج:

المحتوى يتناسب مع أهداف البرنامج، لكنه كثيف، وقد تم التخفيف من محتوى الجلسات الإرشادية بناءً على طلب المحكمين.

3- مدة البرنامج:

أصبحت مدة البرنامج 60 دقيقة فأقل للجلسة الواحدة، بعدما كانت تصل إلى 90 دقيقة .

4- الفنيات المستخدمة في البرنامج:

تم إلغاء فنية الاسترخاء لعدم ملاءمتها حسب الأساتذة المحكمين، والأساليب الإرشادية المستخدمة في البرنامج الإرشادي الجماعي الحالي هي كالتالي: المحاضرة، المناقشة الجماعية، الحوار، النمذجة، الواجب المنزلي، السيكودراما، الإفصاح عن الذات، التربية العقلانية.

5- ترتيب جلسات البرنامج:

تم إعادة صياغة جلسات السلوك التكيفي، وكذا تخفيض عدد الجلسات ليصبح عددها 20 بعدما كانت 22 جلسة، مرتبة كالتالي:

1- الجلسة الأولى: تمهيد وتعارف.
2- الجلسة الثانية: التعرف على متلازمة داون.
3- الجلسة الثالثة: تقدير الذات.
4- الجلسة الرابعة: العلاقات الإيجابية مع الآخرين.
5- الجلسة الخامسة: الاستقلالية والتواصل.
6- الجلسة السادسة: النمو الشخصي.
7- الجلسة السابعة: أهداف الحياة.
8- الجلسة الثامنة: التحكم في البيئة.
9- الجلسة التاسعة: أثر الإعاقة على الإخوة والأسرة.
10-الجلسة العاشرة:العلاقات الأخوية.
11-الجلسة الحادية عشر: التشابه والاختلاف بين الإخوة.

12-الجلسة الثانية عشر: تحديد المشاعر الحزن والشعور بالذنب اتجاه الأخ المعاق والحديث عنها.

13 - الجلسة الثالثة عشر: تحديد المشاعر القلق والخوف اتجاه الأخ المعاق والحديث عنها.

14 - الجلسة الرابعة عشر: تسليط الضوء على التجارب الإيجابية بين الإخوة

15 - الجلسة الخامسة عشر: تعليم الإخوة تحسين الوظائف الاستقلالية للطفل المعاق.

16 -الجلسة السادسة عشر: تعليم الإخوة تحسين النشاط الاقتصادي للطفل المعاق

17 -الجلسة السابعة عشر: تعليم الإخوة تحسين النمو اللغوي والأعداد والوقت للطفل المعاق.

18 -الجلسة الثامنة عشر: تعليم الإخوة تحسين النشاط المهني للطفل المعاق.

19 - الجلسة التاسعة عشر: تعليم الإخوة تحسين المسؤولية والمهارات الاجتماعية .

20 - الجلسة العشرون: التطبيق البعدي لأدوات الدراسة ختام البرنامج.

6- الوسائل المستعملة في البرنامج الإرشادي:

- الملصقات.
- سبورة وطبشور.
- أقلام وأوراق
- الحاسوب.

تم تلخيص كل جلسة في ملصقة، وذلك لتعذر الحصول على جهاز عرض البيانات (داتاشو) ، حيث تم عرض الباور باونت على الحاسوب ، ولصعوبة متابعته من قبل كل أفردا العينة تم تلخيصه في ملصقات، وقد تخلل البرنامج نشاطات تتطلب توفر الأقلام والأوراق، إضافة إلى الطبشور والسبورة لتقديم الشرح لأفراد العينة.

7- مكان تطبيق البرنامج:

تم تطبيق البرنامج الإرشادي في جمعية "الأمل" المعاقين عقليا، والتي مقرها أقرب إلى كل أفراد العينة مقارنة بمراكز المعاقين الأخرى، أيضا لأنها قدمت كل الدعم والمساعدة للباحثة.

بعد القيام بتحكيم البرنامج الإرشادي من قبل مجموعة من الأساتذة ، والقيام بتعديله بناء على ملاحظات المحكمين، تكون الباحثة قد اطمأنت إلى جاهزية البرنامج لتطبيقه على عينة الدراسة الأساسية.

خلاصة:

لقد هدفت الدراسة الاستطلاعية إلى من التحقق من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة، وكذا تحكيم البرنامج الإرشادي، وقد تم تحقيق ذلك من خلال الطرق المختلفة التي تم الاعتماد عليها في تقدير الصدق والثبات لأدوات الدراسة، والمتمثلة في مقياس العلاقات الأخوية لدى المراهقين، مقياس جودة الحياة النفسية، مقياس السلوك التكيفي، أين توصلت الباحثة إلى تقديرات مطمئنة لصدق وثبات هذه الأدوات.

كما تم تحكيم البرنامج الإرشادي الموجه إلى إخوة المعاقين ذوي متلازمة داون، وتعديله بناءا على آراء المحكمين، واختيار عينة الدراسة الأساسية، وتهيئة كل الظروف للقيام بتطبيق البرنامج الإرشادي في جو يسوده المحبة والتعاون بين الباحثة وأفراد عينة الدراسة الأساسية .

الفصل السادس: الدراســــــــــة الأساسيــة

تمهيـــد

1- منهـــــــــج الدراســـــــــــــــــــــــة

2- عينـــــــــة الدراســـــــة الأساسيـــــــة

3- الإطار الزماني والمكاني للدراسة الأساسية

4- أدوات الدراسة الأساسية(الصورة النهائية)

5- الأسالـــــــــــيب الإحصائيـــة المستخدمة

تمهيد: يتناول هذا الفصل وصفا لمنهج الدراسة وتصميمها، ومجتمع الدراسة، وخطوات اختيار عينة الدراسة، ووصف أدوات الدراسة الأساسية، وكذلك إجراءات تطبيق الدراسة، والأساليب الإحصائية المستخدمة في تحليل البيانات التي جرى الحصول عليها.

1- منهج الدراسة:

تعتمد الدراسة الحالية على المنهج شبه التجريبي؛ لأنه يحقق أهداف هذه الدراسة، وهو معرفة الفرق بين التطبيق القبلي والبعدي في مستوى جودة الحياة النفسية والعلاقات الأخوية لدى الإخوة العاديين، والسلوك التكيفي لدى الإخوة المصابين بمتلازمة داون عند إدخال المتغير المستقل (البرنامج الإرشادي) على المجموعة التجريبية؛ وذلك بهدف قياس فاعلية هذا البرنامج لدى عينة من إخوة الأطفال المصابين "بمتلازمة داون" من المراهقين بولاية الشلف.

1-1- التصميم التجريبي:

لقد تم الاستعانة بالتصميم القبلي والبعدي لمجموعة واحدة؛ حيث تستخدم مجموعة واحدة لتقاس أولا بالنسبة للمتغير التابع قبل إدخال المتغير المستقل، ثم تقاس ثانيا بعد إدخال المتغير المستقل، ويعتبر الفرق بين القياسين قبل وبعد إدخال المتغير المستقل دليلا على أثره.

يجري هذا النوع من التصاميم على مجموعة واحدة من الأفراد، ومن الناحية النظرية لا يوجد ضبط أفضل من استخدام نفس المجموعة في الحالتين طالما أن جميع المتغيرات المستقلة المرتبطة بخصائص أفراد المجموعة، والمؤثرة في المتغير التابع قد أحكم ضبطها. ويمكن أن نلخص هذا التصميم في الخطوات الإجرائية الآتية:

1- يجري اختبار قبلي على المجموعة وذلك قبل إدخال المتغير المستقل في التجربة.

2- يستخدم المتغير المستقل على النحو الذي يحدده الباحث ويضبطه، ويهدف هذا الاستخدام إلى إحداث تغيرات معينة في المتغير التابع يمكن ملاحظتها وقياسها.

3- يجري اختبار بعدي لقياس تأثير المتغير المستقل في المتغير التابع.

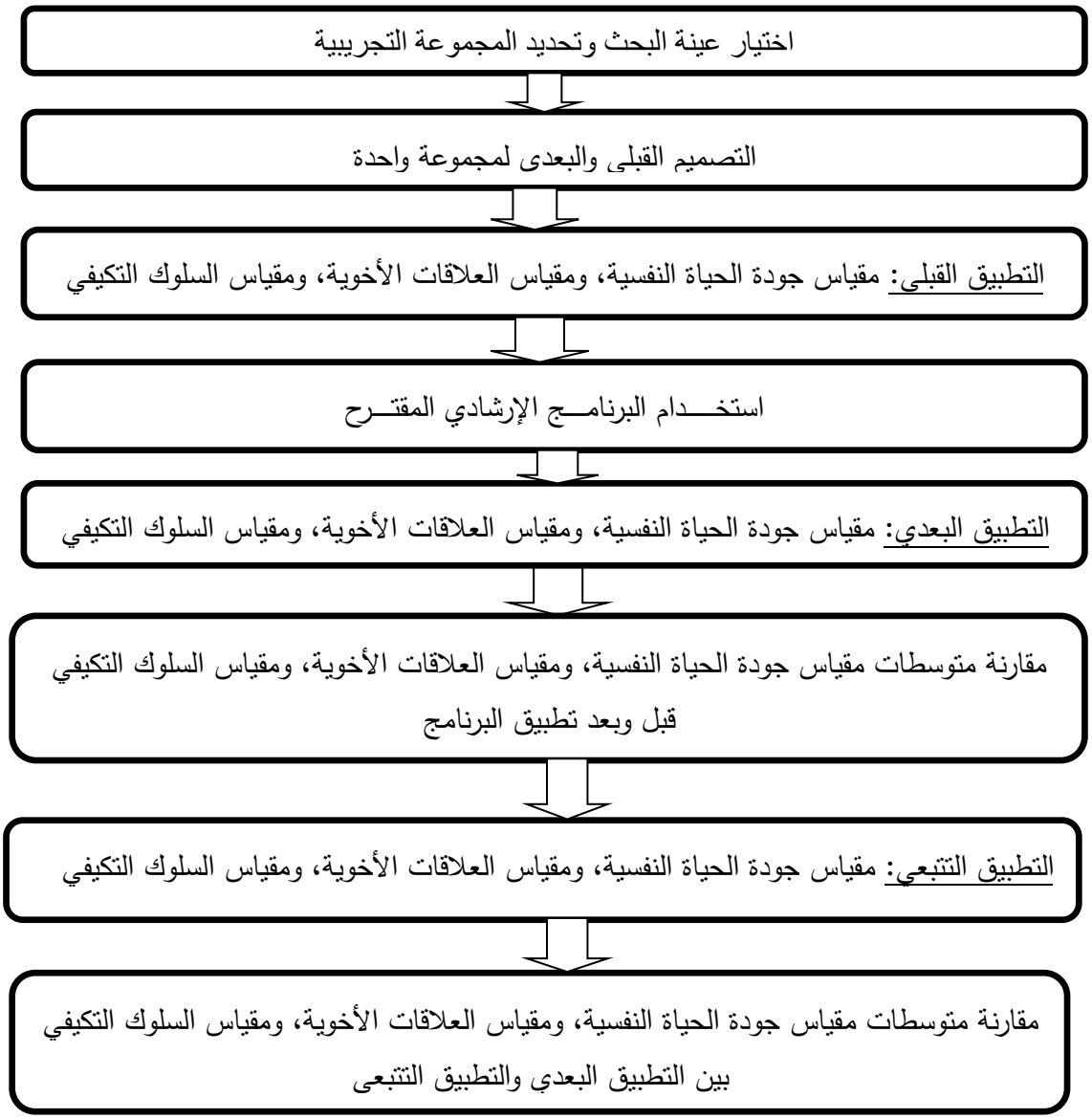
4- يحسب الفرق بين القياس القبلي والقياس البعدي ثم تختبر دلالة هذا الفرق إحصائياً

وقد اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج شبه التجريبي في تناولها للمتغيرات وفقاً للفروض التي سعت الباحثة للتحقق من مدى صحتها؛ حيث اتبعت الاختيار والتعيين القصدي لعينة الدراسة وفقا لبعض الشروط، وتم استخدام تصميم تجريبي يتضمن قياسًا قبليًا وبعديًا لمجموعة واحدة من إخوة المعاقين

المصابين "بمتلازمة داون"؛ حيث تم إجراء القياس القبلي على المجموعة، بعدها تم إدخال المتغير المستقل (البرنامج الإرشادي) على المجموعة التجريبية، ثم جرى القياس البعدي لنفس المجموعة، لمعرفة أثر المتغير المستقل على المتغير التابع (جودة الحياة النفسية والعلاقات الأخوية بالنسبة للإخوة العاديين، والسلوك التكيفي بالنسبة للأطفال المصابين بمتلازمة داون).

للتأكد من استمرار أثر المتغير المستقل (البرنامج الإرشادي) قامت الباحثة بتطبيق قياس تتبعي لأفراد المجموعة التجريبية بعد مرور ثلاثة أشهر من تطبيق البرنامج الإرشادي.

ويوضح الشكل التالي التصميم التجريبي للبحث :



الشكل رقم 3: التصميم التجريبي للدراسة الأساسية

1-2- مبررات استخدام هذا التصميم:

لقد قامت الباحثة باختيار تصميم المجموعة الواحدة، وذلك لعدة أسباب منها: قلة أفراد العينة، حيث تم وضع عدة شروط لا بد أن تتحقق في عينة الدراسة منها أن يكون الأخ العادي في سن المراهقة، والأمر الثاني هو أن العديد من المراهقين الذين تنطبق عليهم مواصفات الدراسة يسكنون في مناطق بعيدة جدا عن المركز، وإخوتهم المعاقين يبيتون في المركز مما أدى إلى استبعادهم، وأخيرا قوبلت الباحثة برفض الكثير من المراهقين الذين تتوفر فيهم جميع خصائص العينة التي تم تحديدها مسبقا، مما أدى بنا إلى تبني التصميم التجريبي للمجموعة الواحدة بتطبيق قبلي وبعدي وتتبعي.

1-3- ضبط المتغيرات:

اشتملت الدراسة الحالية على المتغيرات التالية:

المتغير المستقل:

الذي تمثل في برنامج إرشادي لتحسين جودة الحياة النفسية والعلاقات الأخوية بالنسبة للإخوة العاديين، والسلوك التكيفي بالنسبة للأطفال المصابين بمتلازمة داون.

المتغير التابع :

مستوى جودة الحياة النفسية والعلاقات الأخوية للأخ العادي، والسلوك التكيفي للطفل المصاب بمتلازمة داون، والذي تمثل في فاعلية البرنامج الإرشادي المستخدم من خلال نتائج القياس البعدي والتتبعي.

قامت الباحثة بضبط المتغيرات التي قد يكون لها تأثير على المتغير التابع في الدراسة الحالية، بهدف تثبيتها لدى أفراد المجموعة التجريبية للإرتقاء بمستوى الدقة في التجربة، ولضمان الحصول على نتائج تعزى للبرنامج الإرشادي، مما يحقق الصدق الداخلي والخارجي للتصميم التجريبي، وقد اعتمدت الباحثة على الضبط الانتقائي للمتغيرات التالية:

- تحديد نوع الإعاقة (متلازمة داون).
- تحديد مستوى ذكاء أطفال متلازمة داون (تبعا لتصنيفهم من قبل المؤسسة).
- تحديد عمر الأخ العادي.

واستخدمت الباحثة الضبط البيئي لبعض المتغيرات المادية والمكانية التالية:

- توحيد مكان عقد البرنامج.
- اختيار مكان مناسب لكل أفراد العينة لتنفيذ البرنامج وهو (جمعية الأمل للأطفال المعاقين).
- توحيد مستوى الإضاءة وجودة التهوية .
- عزل الضوضاء

- عزل العوامل المشتتة للانتباه حيث تم عقد البرنامج بعد خروج الأطفال المعاقين في عطلة، إضافة إلى استبعاد الإخوة المقبلين على شهادة التعليم الأساسي أو البكالوريا بسبب انشغالهم بالدراسة.

- إجراء البرنامج الإرشادي بعد انتهاء جميع أفراد العينة من الدراسة وخروجهم في العطلة الصيفية.

2- **عينة الدراسة الأساسية:**

تكونت عينة الدراسة الأساسية من 10 مراهقين من إخوة الأطفال المصابين بمتلازمة داون، تم اختيار 4 مراهقين من إخوة الملتحقين المركز البيداغوجي للأطفال المتخلفين عقليا، و6 مراهقين من أخوة الأطفال الملتحقين بجمعية الأمل.

وقد تم اختيارهم للدراسة الأساسية بطريقة قصدية، والجدول التالي يوضح توزيع أفراد العينة الأساسية:

الجدول رقم (21):

توزيع أفراد العينة الأساسية من إخوة الأطفال المصابين بمتلازمة داون تبعا لمتغير السن والجنس

المتغير			الذكور	الإناث	متوسط السن للذكور والإناث	الانحراف المعياري للذكور والإناث
الإخوة العاديين	10	ت	3	7	16,50	1,90
		%	30	70		
		المتوسط الحسابي	16,33	16,57		
		الانحراف المعياري	2,08	1,98		

نلاحظ من خلال الجدول أن الإخوة العاديون بلغ متوسط سنهم 16.50 وانحراف معياري قدره 1.90، وكان هناك 3 ذكور و7 إناث من الإخوة العاديين المشاركين في البرنامج.

3- الإطار الزماني والمكاني للدراسة الأساسية:

3-1 - الإطار المكاني للدراسة:

بالنسبة للإطار المكاني فقد تم اختيار جمعية "الأمل" (المركز النفسي البيداغوجي للاطفال للمعاقين عقليا)، وجرى اختيار مدينة الشلف كونها مقر سكن الباحثة.

3-2 - الإطار الزماني للدراسة:

تم إجراء الدراسة الأساسية خلال شهر جوان من سنة 2013.

بعد تحديد أفراد الدراسة الأساسية من إخوة الأطفال المصابين بمتلازمة داون، تم الاتفاق معهم على إجراء البرنامج الإرشادي بجمعية "الأمل" نظرا لقربها من مقر سكناهم، وقد كانت أول جلسة يوم الأحد 2 جوان 2013، وتم الاتفاق مع الأخوة على إجراء 4 جلسات أسبوعيا، من الأحد حتى الأربعاء لمدة 5 أسابيع، وقد تم تحديد 60 دقيقة للجلسة الواحدة.

4- أدوات الدراسة الأساسية (الصورة النهائية):

4-1-استبيان العلاقات الأخوية لدى المراهقين: (SRQ)

قام بإعداده "فورمان وبهرمستر" "Furman & Buhrmester "(1985) ، يقيس نوعية العلاقات الأخوية لدى الأشقاء من 08 إلى 18 سنة، الدفء والتقارب بعد يتألف من واحد وعشرين عبارة تقيس هذا العامل عبر 7 أبعاد فرعية: الألفة، السلوك الاجتماعي الإيجابي، الرفقة، التشابه، الإعجاب من قبل الأخوة، الإعجاب بالأخوة، والمودة. أما عامل الصراع فقد تألف من 09 عبارات تتوزع على 3 أبعاد فرعية تقيس التشاجر، والعداء والمنافسة، ويتم حساب مستوى التقارب أو الصراع عن طريق حساب متوسط الدرجات في الأبعاد الفرعية.

كل عبارة تتكون من 5 بدائل (1 = قليل جدا، 5 =كثير جدا). وتشير الدرجات العليا إلى مزيد من الدفء والمزيد من الصراع في علاقة الأخوة. يتم ملئ الاستبيان من قبل الإخوة أو الوالدين.

تم حساب صدق الاستبيان عن طريق الاتساق الداخلي، حيث أظهرت معاملات ارتباط الفقرات مع أبعادها وجود أربع فقرات غير مرتبطة ، لذا تم حذفها ليصبح عدد الفقرات 26 فقرة لاستبيان العلاقات الأخوية موزعة على الأبعاد كالتالي:

-عبارات بعد السلوك الاجتماعي الإيجابي: 11، 21.

-عبارات بعد الألفة: 26،16،6.

-عبارات بعد الرفقة:3، 13، 23.

-عبارات بعد التشابه: 5، 15، 25.

-عبارات بعد الإعجاب من قبل الأخوة: 8 ، 18 ، 29.

-عبارات بعد الإعجاب بالأخوة: 9 ، 19.

-عبارات بعد المودة: 12 ، 22.

-عبارات بعد التشاجر: 10 ، 20، 30.

-عبارات بعد العداء: 4، 24.

-عبارات بعد المنافسة: 7، 17، 27.

كما تم حساب ارتباط كل الأبعاد الفرعية مع الأبعاد الرئيسية التي كانت دالة إحصائيا، وتراوحت مستويات الدلالة من 0.01 إلى 0.05

كما تم تقدير الثبات عن طريق ألفا كرومباخ للابعاد الرئيسية والاستبيان ككل ،وقد تروح بين 0.69 و0.80 ، فيما قدر معامل الثبات عن طريق التجزئة النصفية بـ 0.54.

بعد تقدير الصدق والثبات، أصبح يحتوي الاستبيان على 26 عبارة من أصل 30 وهو التعديل الذي سنعتمده في دراستنا.

4-2- مقياس كارول رايف لجودة الحياة النفسية (Ryff, 1989):

يتكون من ستة أبعاد هي: (تقبل الذات، العلاقات الإيجابية مع الآخرين، الاستقلالية، التحكم في البيئة، هدفية الحياة، النمو الشخصي).

كل بعد يتكون من 3 مفردات بمجموع 18 عبارة، يتكون الاستبيان من ستة بدائل كالتالي: لا أوافق بشدة (1)، أعارض نوعا ما (2)، أعارض قليلا (3)، أوافق قليلا (4)، أوافق إلى حد ما (5)، أوافق بشدة (6) بالنسبة للعبارات الايجابية، والعكس بالنسبة للعبارات السلبية.

بعد تقدير صدق الاتساق الداخلي على عينة الدراسة الاستطلاعية، أصبح المقياس يتكون من 13 عبارة نلاحظ من أصل 18 عبارة، موزعة على الأبعاد الستة للمقياس كالتالي:

- **العلاقات الايجابية مع الآخرين** :العبارتين 6 ، 16.
- **تقبل الذات**: العبارات رقم1 ، 2،5 .
- **– الاستقلالية:** العبارتين 15، 17.
- **النمو الشخصي**: العبارة رقم 14.
- **التحكم في على البيئة**: العبارات رقم 4، 8، 9.
- **أهداف الحياة :** وعباراته هي: 7، 10.

كما تم تقدير الثبات الكلي للمقياس عن طريق ألفا كرومباخ ، وكان مقدراه 0.59 ، وقدر معامل الارتباط بين العبارات الزوجية والفردية عن طريق التجزئة النصفية، وقد بلغ 0.49 .

4-3- مقياس السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (AAMR, ABS, S:2):

تقيس هذه الصورة للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي السلوك التكيفي من خلال تسعة مجالات أساسية هي (الوظائف الاستقلالية، النمو الجسمي، النشاط الاقتصادي، النمو اللغوي، الأعداد والوقت، النشاط ما قبل المهني/ المهني، التوجيه الذاتي، المسئولية، والمهارات الاجتماعية)، وتندرج هذه

المجالات التسعة تحت ثلاثة عوامل رئيسة هي (الكفاية الشخصية، الكفاية الاجتماعية، والمسئولية الشخصية الاجتماعية).

يتكون المقياس من 65 عبارة، وبعد حساب الخصائص السيكومترية عن طريق صدق الاتساق الداخلي على عينة الدراسة الاستطلاعية أصبح يتكون من 43 عبارة وهي التي سنقوم بالاعتماد عليها في الدراسة الأساسية. ليصبح الشكل النهائي للمقياس كما يلي:

- الوظائف الاستقلالية:17 عبارة من أصل 24 وهي كالتالي: 1، 3، 4، 6، 7، 9، 13، 15، 16، 17، 18، 19، 20، 21، 22،23، 24.
- النشاط الاقتصادي:وعدد عباراته 4، هي كالتالي: 31، 32، 33، 34.
- النمو اللغوي:6 عبارات هي: 36 ، 37، 40، 42، 43، 44.
- الأعداد والوقت: 3 عبارات هي: 45 ، 46، 47.
- النشاط ما قبل المهني،المهني: 3 عبارات هي:48، 49، 50.
- التوجيه الذاتي: 5 عبارات هي: 51 ، 52، 53، 54، 55.
- المسئولية:3 عبارات هي: 56، 57، 58.
- المهارات الاجتماعية:6 عبارات هي: 59، 60، 61، 62، 63، 64.

تم تقدير الثبات عن طريق ألفا كرومباخ بالنسبة للابعاد والمقياس ككل ، وقد تراوحت بين0.63 و0.96 ، و بلغ مقدار الثبات 0.86 عن طريق التجزئة النصفية.

4-4- البرنامج الإرشادي:

بعد إعداد البرنامج الإرشادي وعرضه على مجموعة من الأساتذة من أجل تحكيمه، أصبح البرنامج يحتوي على 20 جلسة، مدة كل جلسة 60 دقيقة، والأساليب الإرشادية المستخدمة في البرنامج الإرشادي الجماعي الحالي هي كالتالي: المحاضرة، المناقشة الجماعية، الحوار، النمذجة، الواجب المنزلي، السيكودراما، الإفصاح عن الذات، التربية العقلانية.

الوسائل المستعملة في البرنامج الإرشادي هي الملصقات، سبورة وطبشور، أقلام وأوراق، الحاسوب، تم تطبيق البرنامج الإرشادي في جمعية "الأمل" للمعاقين عقليا، والتي مقرها أقرب إلى كل أفراد العينة مقارنة بمراكز المعاقين الأخرى.

كما اعتمدت الدراسة على تصميم المجموعة الواحدة بتطبيق قبلي وبعدي، وفيه يقوم الباحث بإجراء اختبار قبلي للمجموعة التجريبية ثم يعيد تطبيق مرة أخرى في القياس البعدي بعد تطبيق البرنامج الإرشادي .

5- الأساليب الإحصائية المستخدمة:

تمت معالجة البيانات التي تم الحصول عليها باستخدام الأساليب الإحصائية التالية:

التكرارات والنسبة المئوية، المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، معامل ارتباط بيرسون لحساب ثبات وصدق أدوات الدراسة المستخدمة ، معامل ألفا كرونباخ لحساب ثبات أدوات الدراسة، اختبار ويلكوكسون، اختبار حجم الأثر لولكوكسون. وقد تم الاستعانة بهذه الأساليب لاختبار صحة فروض الدراسة الحالية التي سوف تعرض نتائجها في الفصل التالي.

عرض نتائج اختبـــــار الفرضيـــــــات:

1-عرض نتائج اختبار الفرضيـــــة الأولـــــى

2-عرض نتائج اختبار الفرضيـــــة الثانيـــة

3-عرض نتائج اختبار الفرضيـــــة الثالثـــــة

4-عرض نتائج اختبار الفرضيـــــة الرابعـــة

5-عرض نتائج اختبار الفرضيـــــة الخامســـة

6-عرض نتائج اختبار الفرضيـــــة السادســـة

7-عرض نتائج اختبار الفرضيـــــة العامـــة

1-عرض نتائج اختبار الفرضية الأولى:

التي تنص على ما يلي: توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات إخوة المصابين بمتلازمة داون قبل تطبيق البرنامج الارشادي وبعده على مقياس جودة الحياة النفسية وأبعاده الفرعية.

للتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة باستخدام اختبار"ولكوكسون Wilcoxon" لحساب دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات القياس القبلي والقياس البعدي على مقياس جودة الحياة النفسية وأبعاده الفرعية لدى المجموعة التجريبية، بعدها تم حساب حجم التأثير لمقياس ولكوكسون وذلك من خلال المعادلة التالية: $r = \frac{Z}{\sqrt{N}}$ حيث أن z = قيمة ولكوكسون المحسوبة، N= عدد أفراد العينة(Corder et al : 2009 ,39) ، (Field. A :2013, 256)، ويتراوح حجم التأثير من 0 إلى 1 حسب كوهن Cohen(1988) ، حيث أن قيمة r الأقل التي تتراوح من 0.10 إلى 0.30 ضعيفة، ومن 0.30 إلى 0.50 متوسطة، وأكبر من 0.50 جيدة.(Corder et al:2011,22)

الجدول رقم:(22)

دلالة الفروق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لمقياس جودة الحياة النفسية وأبعاده الفرعية باستخدام اختبار (ويلكوكسون)

المتغير	القياس	الرتب	العدد	متوسط الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة	الاستنتاج	قوة العلاقة r	حجم التأثير
العلاقات الايجابية مع الآخرين	قبلي-بعدي	السالبة	5	4,60	0,70	0,48	لا يوجد فروق بين التطبيق القبلي والبعدي		
		الموجبة	3	4,33					
		المتساوية	2						
تقبل الذات	قبلي-بعدي	السالبة	3	4,83	0,49	0,62	لا يوجد فروق بين التطبيق القبلي والبعدي		
		الموجبة	5	4,30					
		المتساوية	2						
الاستقلالية	قبلي-بعدي	السالبة	7	4,86	-1,37	0,16	لا يوجد فروق بين التطبيق القبلي والبعدي		
		الموجبة	2	5,50					
		المتساوية	1						
النمو الشخصي	قبلي-بعدي	السالبة	2	3,67	-0,96	0,33	لا يوجد فروق بين التطبيق القبلي والبعدي		
		الموجبة	3	2,00					
		المتساوية	5						
التحكم في البيئة	قبلي-بعدي	السالبة	2	4,50	-0,85	0,39	لا يوجد فروق بين التطبيق القبلي والبعدي		
		الموجبة	5	3,80					
		المتساوية	3						
أهداف الحياة	قبلي-بعدي	السالبة	2	3,25	-2,15	0.05	توجد فروق دالة لصالح التطبيق البعدي	0.67	مرتفع
		الموجبة	8	6,06					
		المتساوية	0						
المجموع ككل	قبلي-بعدي	السالبة	2	4,25	-1,93	0,05	توجد فروق دالة لصالح التطبيق البعدي	0.61	مرتفع
		الموجبة	8	5,81					
		المتساوية	0						

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0,05 بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس جودة الحياة النفسية في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس

البعدي فيما يتعلق بالمقياس ككل وبعد أهداف الحياة؛ حيث إن متوسط الرتب لأفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي لمقياس جودة الحياة النفسية ككل كان (4,25)، أما متوسط الرتب في القياس البعدي كان (5,81)، وباستخدام معادلة ويلكوكسون بلغت قيمة Z: 1,93- عند مستوى دلالة 0.05، كما أن متوسط الرتب للقياس القبلي فيما يتعلق ببعد أهداف الحياة فقد بلغ 3,25، ومتوسط الرتب في القياس البعدي بلغت 6,06، أما قيمة Z فقد بلغت 2,15- عند مستوى دلالة 0.05.وقد قدر حجم التأثير لكل من بعد أهداف الحياة بـ (0.67) والمجموع ككل بـ (0.61)على التوالي.

فيما يتعلق بباقي الأبعاد فإنه لا توجد فروق بين التطبيق القبلي والبعدي، حيث بلغت قيمة Z 0,70- عند مستوى دلالة 0,48 بالنسبة لبعد العلاقات الايجابية مع الآخرين، فيما بلغت قيمة Z بالنسبة لبعد تقبل الذات 0,49-عند مستوى دلالة 0,62، وبعد الاستقلالية: 1,37- عند مستوى دلالة 0,16، وبعد النمو الشخصي: 0,96- عند مستوى دلالة 0,33، وبعد التحكم في البيئة: 0,85- عند مستوى دلالة 0,39.

بما أنه توجد فروق دالة بين التطبيق القبلي والبعدي بالنسبة للمقياس ككل فيما يتعلق بمقياس بجودة الحياة النفسية فإننا نقبل الفرضية القائلة:

توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات إخوة المصابين بمتلازمة داون قبل تطبيق البرنامج الارشادي وبعده على مقياس جودة الحياة النفسية وبعض أبعاده الفرعية.

2- عرض نتائج اختبار الفرضية الثانية:

والتي تنص على ما يلي:

توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات إخوة الأطفال المصابين بمتلازمة داون قبل تطبيق البرنامج الارشادي وبعده على مقياس العلاقات الأخوية وأبعاده الفرعية.

للتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة باستخدام اختبار" ولكوكسون Wilcoxon " لحساب دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات القياس القبلي والقياس البعدي على مقياس العلاقات الأخوية وأبعاده الفرعية: الدفء والصراع لدى المجموعة التجريبية، كما تم حساب حجم التأثير لمقياس ولكوكسون، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم:(23)

دلالة الفروق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لمقياس العلاقات الأخوية وأبعاده الرئيسية باستخدام اختبار (ويلكوكسون)

المتغير	القياس	الرتب	العدد	متوسط الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة	الاستنتاج	قوة العلاقة r	حجم التأثير
الدفء	قبلي-بعدي	السالبة	1	5,00	-2,296	0.05	يوجد فروق بين التطبيق القبلي والبعدي	0.72	قوي
		الموجبة	9	5,56					
		المتساوية	0						
الصراع	قبلي-بعدي	السالبة	1	5,50	-2,019	0.05	يوجد فروق بين التطبيق القبلي والبعدي	0.63	قوي
		الموجبة	8	4,94					
		المتساوية	1						
المقياس ككل	قبلي-بعدي	السالبة	1	1,00	-2,705	0.01	يوجد فروق بين التطبيق القبلي والبعدي	0.85	قوي
		الموجبة	9	6,00					
		المتساوية	0						

نلاحظ من خلال الجدول وجود فروق في متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس العلاقات الأخوية، وكذا بعديه الرئيسيين، لصالح التطبيق البعدي؛ حيث يتبين من الجدول أن متوسط الرتب لأفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي لبعد الدفء بلغ 5,00 ، أما متوسط الرتب في القياس البعدي فقد بلغ 5,56، وباستخدام معادلة ويلكوكسون بلغت قيمة z 2,296- عند مستوى دلالة 0.05، وهذا يدل على وجود فروق بين التطبيق القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية لصالح التطبيق البعدي.

كما بلغ متوسط الرتب لبعد الصراع 5,50 في التطبيق القبلي، فيما بلغ بالنسبة للقياس البعدي 4,94 ، وبعد حساب معاملة ويلكوكسون بلغت قيمة z 2,019- عند مستوى دلالة 0.05. وهذا يدل على وجود فروق بين التطبيق القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية لصالح التطبيق القبلي بمعنى أنخفاض الصراع بين التطبيقين القبلي والبعدي.

أما متوسط رتب أفراد المجموعة التجريبية بالنسبة للمقياس ككل فقد بلغت 1,00 بالنسبة للقياس القبلي، و 6,00 بالنسبة للقياس البعدي، وبلغت قيمة z 2,705- عند مستوى دلالة 0.01.

بعد حساب حجم الأثر لاختبار ولكوكسون جاءت النتائج كالتالي: بعد الدفء 0.72، بعد الصراع 0.63 المجموع ككل 0.85 ، وهو حجم أثر قوي نظرا لتجاوزه 0.60 .

من هنا فإننا نقبل الفرضية القائلة: بأنه توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات إخوة الأطفال المصابين بمتلازمة داون قبل تطبيق البرنامج الارشادي وبعده على مقياس العلاقات الأخوية وأبعاده الفرعية.

3- عرض نتائج اختبار الفرضية الثالثة:

والتي تنص على أنه: توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات الاطفال المصابين بمتلازمة داون قبل تطبيق البرنامج الارشادي وبعده على مقياس السلوك التكيفي وأبعاده الفرعية.

للتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة باستخدام اختبار" ولكوكوسن Wilcoxon " لحساب دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات القياس القبلي والقياس البعدي على مقياس السلوك التكيفي وأبعاده الفرعية لدى المجموعة التجريبية، كما تم حساب "حجم الأثر لولكوكسون"، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم:(24)

دلالة الفروق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لمقياس السلوك التكيفي وأبعاده الرئيسية باستخدام اختبار (ويلكوكسون)

المتغير	القياس	الرتب	العدد	متوسط الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة	الاستنتاج	قوة العلاقة r	حجم التأثير
الوظائف الاستقلالية	قبلي-بعدي	السالبة	2	1,50	-2,310	0.05	يوجد فروق بين التطبيق القبلي والبعدي	0.73	قوي
		الموجبة	7	6,00					
		المتساوية	1						
النشاط الاقتصادي	قبلي-بعدي	السالبة	1	7,00	-1,838	0,06	لا يوجد فروق بين التطبيق القبلي والبعدي		
		الموجبة	8	4,75					
		المتساوية	1						
النمو اللغوي	قبلي-بعدي	السالبة	1	3,00	-2,310	0,05	يوجد فروق بين التطبيق القبلي والبعدي	0,73	قوي
		الموجبة	8	5,25					
		المتساوية	1						
الأعداد والوقت	قبلي-بعدي	السالبة	3	4,00	-0,849	0,39	لا يوجد فروق بين التطبيق القبلي والبعدي		
		الموجبة	5	4,80					
		المتساوية	2						
النشاط ما قبل المهني – المهني	قبلي-بعدي	السالبة	5	3,80	-0,144	0,88	لا يوجد فروق بين التطبيق القبلي والبعدي		
		الموجبة	3	5,67					
		المتساوية	2						
التوجيه الذاتي	قبلي-بعدي	السالبة	1	4,00	-2,194	0.05	توجد فروق دالة لصالح التطبيق البعدي	0.69	قوي
		الموجبة	8	5,13					
		المتساوية	1						
المسئولية	قبلي-بعدي	السالبة	0	,00	-2,207	0.05	توجد فروق دالة لصالح التطبيق البعدي	0.69	قوي
		الموجبة	6	5,50					
		المتساوية	4						
المهارات الاجتماعية	قبلي-بعدي	السالبة	0	,00	-2,814	0.01	توجد فروق دالة لصالح التطبيق البعدي	0.88	قوي
		الموجبة	10	3,50					
		المتساوية	0						
الاختبار ككل	قبلي-بعدي	السالبة	0	,00	-2,666	0.01	توجد فروق دالة لصالح التطبيق البعدي	0.84	قوي
		الموجبة	9	5,00					
		المتساوية	1						

نلاحظ من خلال الجدول وجود فروق بين متوسطي رتب درجات أطفال متلازمة داون على مقياس السلوك التكيفي لصالح التطبيق البعدي، ذلك أن متوسط الرتب للقياس القبلي كان 0.00، أما متوسط الرتب للتطبيق البعدي فقد كان 5,00، فيما بلغت قيمة 2,666- z عند مستوى دلالة 0.01.

وبما أن متوسط الرتب السلبية أقل من متوسط الرتب الإيجابية فإن الفرق يكون لصالح التطبيق البعدي، وبعد أن تم التوصل إلى وجود فروق دالة لصالح البعدي تم حساب حجم الأثر الذي بلغ 0.84، وهو حجم أثر قوي.

بالنسبة لأبعاد المقياس، نلاحظ من خلال الجدول أن متوسط رتب البعد الأول المتعلق بالوظائف الاستقلالية بلغ 1,50 فيما يتعلق بالتطبيق القبلي، و 6,00 فيما يتعلق بالتطبيق البعدي، وبلغت قيمة z 2,310- عند مستوى دلالة 0.05، وبلغ حجم الأثر لولكوكسون 0.73 وهو حجم أثر قوي.

أما البعد الثاني والمتعلق بالنشاط الاقتصادي فقد كان متوسط رتب القياس القبلي 7.00 ومتوسط رتب القياس البعدي 4.75، وبلغت قيمة z 1,838- عند مستوى دلالة 0.06، مما يعني عدم وجود فروق دالة بين التطبيقين القبلي والبعدي.

فيما يتعلق بالبعد الثالث حول النمو اللغوي فقد كانت متوسطات رتب التطبيق القبلي 3.00 والتطبيق البعدي 5.25، فيما بلغت قيمة z 2,310 - عند مستوى دلالة 0.05 .هذا يدل على وجود فروق بين التطبيق القبلي والبعدي لصالح التطبيق البعدي. وكان حجم التأثير قويا حيث بلغت قيمته 0.73 .

أما بُعدي الأعداد والوقت، والنشاط ما قبل المهني – المهني فقد كانت قيمة z 0,849، 144, 0- على التوالي وكلاهما غير دال، حيث كان مستوى الدلالة أكبر من 0.05 مما يدل على عدم وجود فروق بين التطبيقين القبلي والبعدي.

كما بلغت متوسطات رتب بعد التوجيه الذاتي في التطبيق القبلي 4.00 وفي التطبيق البعدي 5.13، وكانت قيمة z 2,194-، عند مستوى دلالة 0.05، كما بلغ حجم الأثر 0.69 وهو حجم قوي.

وبلغت متوسطات الرتب للتطبيق القبلي لبعد المسؤولية0,00 ، فيما بلغت 5,50 بالنسبة للتطبيق البعدي، وقدرت قيمة z بـ 2,207- عند مستوى دلالة 0,05، مما يدل على وجود فروق بين التطبيق القبلي والبعدي، وقد بلغت قيمة حجم الأثر 0.69 .

أما المهارات الاجتماعية فقد بلغت 0,00 للتطبيق القبلي، و3.50 للتطبيق البعدي، وبلغت قيمة z 2,814- عند مستوى دلالة 0.01، مما يدل على وجود فروق بين التطبيقين لصالح التطبيق البعدي. بعدها تم حساب حجم الأثر الذي بلغت قيمته 0.88 ، وهو حجم أثر قوي.

من هنا نلاحظ أن هناك فروق بين التطبيقين لمقياس السلوك التكيفي ككل، وكذا وجود فروق في خمسة أبعاد من أصل ثمانية، وهذا يؤدي بنا إلى قبول الفرض القائل بأنه:

توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات الاطفال المصابين بمتلازمة داون قبل تطبيق البرنامج الإرشادي وبعده على مقياس السلوك التكيفي وبعض أبعاده الفرعية.

4- عرض نتائج اختبار الفرضية الرابعة:

والتي تنص على أنه:

توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات إخوة الاطفال المصابين بمتلازمة داون بعد تطبيق البرنامج الارشادي وبعد مرور فترة المتابعة (3 أشهر) على مقياس جودة الحياة النفسية وأبعاده الفرعية.

للتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة باستخدام اختبار"ولكوكسون Wilcoxon" لحساب دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات القياس البعدي والقياس التتبعي على مقياس جودة الحياة النفسية وأبعاده لدى المجموعة التجريبية، والجدول التالي يوضح ذلك.

الجدول رقم (25)

نتائج اختبار Wilcoxon للمقارنة بين متوسطي رتب درجات القياس البعدي والتتبعي على مقياس جودة الحياة النفسية وأبعاده الرئيسية

المتغير	القياس	الرتب	العدد	متوسط الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة	الاستنتاج
العلاقات الايجابية مع الآخرين	بعدي-تتبعي	السالبة	5	6.20	-1,010	0,31	لا يوجد فروق بين التطبيق البعدي والتتبعي
		الموجبة	4	3.50			
		المتساوية	1				
تقبل الذات	بعدي-تتبعي	السالبة	3	2.17	-1,616	0,10	لا يوجد فروق بين التطبيق البعدي والتتبعي
		الموجبة	5	5.90			
		المتساوية	2				
الاستقلالية	بعدي-تتبعي	السالبة	3	5.17	-1,227	0,22	لا يوجد فروق بين التطبيق البعدي والتتبعي
		الموجبة	7	5.64			
		المتساوية	0				
النمو الشخصي	بعدي-تتبعي	السالبة	5	6.10	-0,953	0,34	لا يوجد فروق بين التطبيق البعدي والتتبعي
		الموجبة	4	3.63			
		المتساوية	1				
التحكم في البيئة	بعدي-تتبعي	السالبة	6	5.92	-0,827	0,40	لا يوجد فروق بين التطبيق البعدي والتتبعي
		الموجبة	4	4.88			
		المتساوية	0				
هدفية الحياة	بعدي-تتبعي	السالبة	6	5.58	-1,309	0,19	لا يوجد فروق بين التطبيق البعدي والتتبعي
		الموجبة	3	3.83			
		المتساوية	1				
المجموع ككل	بعدي-تتبعي	السالبة	4	3.80	-0,415	0,67	لا يوجد فروق بين التطبيق البعدي والتتبعي
		الموجبة	5	6.50			
		المتساوية	1				

نلاحظ من خلال الجدول أن مستوى الدلالة لاختبار "ويلكوكسون" أكبر من 0.05 سواء بالنسبة للأبعاد أم المجموع ككل، وهذا يعني عدم دلالة الفروق وثبات النتائج وعدم تغيرها بين التطبيقين البعدي والتتبعي.

تشير هذه النتيجة إلى ثبات التحسن بالنسبة لأفراد العينة لمدة 3 أشهر بالمقارنة مع نتائج الاختبار البعدي.

هذا يؤدي بنا إلى رفض الفرضية القائلة بأنه:

توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات إخوة الاطفال المصابين بمتلازمة داون بعد تطبيق البرنامج الإرشادي وبعد مرور فترة المتابعة (3 أشهر) على مقياس جودة الحياة النفسية وأبعاده الفرعية.

وقبول الفرضية القائلة بأنه:

لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات إخوة الاطفال المصابين بمتلازمة داون بعد تطبيق البرنامج الارشادي وبعد مرور فترة المتابعة (3 أشهر) على مقياس جودة الحياة النفسية وأبعاده الفرعية.

5- عرض نتائج اختبار الفرضية الخامسة:

والتي تنص على ما يلي:

توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات إخوة الاطفال المصابين بمتلازمة داون بعد تطبيق البرنامج الإرشادي وبعد مرور فترة المتابعة (3 أشهر) على مقياس العلاقات الاخوية وأبعاده الفرعية .

للتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة باستخدام اختبار "ولكوكسونWilcoxon" لحساب دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات القياس البعدي والقياس التتبعي على مقياس العلاقات الأخوية وأبعاده الرئيسية لدى المجموعة التجريبية، و الجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (26)

نتائج اختبار "Wilcoxon" للمقارنة بين متوسطي رتب درجات القياس البعدي والتتبعي على مقياس العلاقات الأخوية وأبعاده الرئيسية

المتغير	القياس	الرتب	العدد	متوسط الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة	الاستنتاج
الدفء	بعدي-تتبعي	السالبة	5	5.10	-0,204	0,83	لا يوجد فروق بين التطبيق البعدي والتتبعي
		الموجبة	5	5.90			
		المتساوية	0				
الصراع	بعدي-تتبعي	السالبة	6	5.92	-1,547	0,12	لا يوجد فروق بين التطبيق البعدي والتتبعي
		الموجبة	3	3.17			
		المتساوية	1				
المقياس ككل	بعدي-تتبعي	السالبة	5	5.60	-0,051	0,95	لا يوجد فروق بين التطبيق البعدي والتتبعي
		الموجبة	5	5.40			
		المتساوية	0				

نلاحظ من خلال الجدول أن قيمة z قد بلغت 0,204- عند مستوى دلالة 0,83 لبعد الدفء، و1,547- عند مستوى دلالة 0,12 لبعد الصراع، فيما بلغت قيمة z 0,051- للمقياس ككل عند مستوى دلالة 0,95. وتشير هذه النتيجة إلى ثبات التحسن بالنسبة لأفراد العينة لمدة 3 أشهر بالمقارنة مع نتائج الاختبار البعدي.

هذا يؤدي بنا إلى رفض الفرضية القائلة بأنه:

توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات إخوة الاطفال المصابين بمتلازمة داون بعد تطبيق البرنامج الارشادي وبعد مرور فترة المتابعة (3 أشهر) على مقياس العلاقات الاخوية وأبعاده الفرعية .

ونقبل الفرض البديل الذي ينص على أنه:

لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات إخوة الاطفال المصابين بمتلازمة داون بعد تطبيق البرنامج الارشادي وبعد مرور فترة المتابعة (3 أشهر) على مقياس العلاقات الاخوية وأبعاده الفرعية.

6- عرض نتائج اختبار الفرضية السادسة:

والتي تنص على ما يلي:

توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات الاطفال المصابين بمتلازمة داون بعد تطبيق البرنامج الارشادي وبعد مرور فترة المتابعة (3 أشهر) على مقياس السلوك التكيفي وأبعاده الفرعية .

للتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة باستخدام اختبار "ولكوكسونWilcoxon " لحساب دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات القياس البعدي والقياس التتبعي على السلوك التكيفي وأبعاده لدى المجموعة التجريبية، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (27)

نتائج اختبار Wilcoxon للمقارنة بين متوسطي رتب درجات القياس البعدي والتتبعي

على مقياس السلوك التكيفي وأبعاده الرئيسية

المتغير	القياس	الرتب	العدد	متوسط الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة	الاستنتاج
الوظائف الاستقلالية	بعدي-تتبعي	السالبة	8	5.50	-1,683	0,09	لا يوجد فروق بين التطبيق البعدي والتتبعي
		الموجبة	2	5.50			
		المتساوية	0				
النشاط الاقتصادي	بعدي-تتبعي	السالبة	8	5,30	-1,535	0,12	لا يوجد فروق بين التطبيق البعدي والتتبعي
		الموجبة	2	6,25			
		المتساوية	0				
النمو اللغوي	بعدي-تتبعي	السالبة	7	5,50	-1,899	0.05	يوجد فروق بين التطبيقين البعدي والتتبعي
		الموجبة	2	3,25			
		المتساوية	1				
الأعداد والوقت	بعدي-تتبعي	السالبة	3	5,33	-1,178	0,23	لا يوجد فروق بين التطبيق البعدي والتتبعي
		الموجبة	7	5,57			
		المتساوية	0				
النشاط ما قبل المهني – المهني	بعدي-تتبعي	السالبة	4	4,63	-,071	0,94	لا يوجد فروق بين التطبيق البعدي والتتبعي
		الموجبة	4	4,38			
		المتساوية	2				
التوجيه الذاتي	بعدي-تتبعي	السالبة	6	7,25	-1,643	0,10	لا يوجد فروق بين التطبيق البعدي والتتبعي
		الموجبة	4				
		المتساوية	0	2,88			
المسئولية	بعدي-تتبعي	السالبة	0	00	-2,840	0.01	توجد فروق دالة لصالح التطبيق التبعي
		الموجبة	10	5,50			
		المتساوية	0				
المهارات الاجتماعية	بعدي-تتبعي	السالبة	6	4,88	-,820	0,41	لا يوجد فروق بين التطبيق البعدي والتتبعي
		الموجبة	4	5,92			
		المتساوية	0				
الاختبار ككل	بعدي-تتبعي	السالبة	8	5,63	-1,784	0,07	لا يوجد فروق بين التطبيق البعدي والتتبعي
		الموجبة	2	5,00			
		المتساوية	0				

نلاحظ من خلال الجدول أن متوسطات رتب المقياس ككل بلغ 5,63 بالنسبة للتطبيق البعدي، و5.00 بالنسبة للتطبيق التتبعي، فيما بلغت قيمة z : 1,784- عند مستوى دلالة 0.07، وهذا يدل على عدم وجود فروق بين التطبيق البعدي والتتبعي بالنسبة لمقياس التكيف السلوكي ككل.

أما بالنسبة لأبعاد المقياس فإننا نجد: أن متوسطات الرتب لبعد الوظائف الاستقلالية المتعلقة بالتطبيق البعدي والتتبعي فقد بلغت 5.50، وقيمة z 1,683- عند مستوى دلالة 0.09، وهذا يدل على

عدم وجود فروق بين التطبيق البعدي والتتبعي، فيما بلغت متوسطات رتب بعد النشاط الاقتصادي بالنسبة للتطبيق البعدي 5,30، و6,25 بالنسبة للتطبيق التتبعي، وقيمة z 1,535- عند مستوى دلالة 0,12، وهذا يؤدي بنا على القول أنه لا توجد فروق بين التطبيق البعدي والتتبعي.

فيما يتعلق ببعد النمو اللغوي فقد كانت متوسطات الرتب كالتالي: 5,50 للتطبيق البعدي، 3,25 للتطبيق التتبعي، أما قيمة z فقد بلغت 1,899- عند مستوى دلالة 0.05 وهذا يدل على وجود فروق بين التطبيق البعدي والتتبعي.

أما بعد الأعداد والوقت فقد بلغت متوسطات رتب التطبيق البعدي 5,33، والتتبعي 5.57، وقيمة z 1,178- عند مستوى دلالة 0,23 وهذا يعني عدم وجود فروق بين التطبيق البعدي والتتبعي.

كما أن النشاط ما قبل المهني / المهني هو الآخر لا يوجد به فروق بين التطبيق البعدي والتتبعي، حيث بلغت متوسطات الرتب4,63 بالنسبة للتطبيق البعدي، و4,38 بالنسبة للتطبيق التتبعي، وبلغت قيمة z ,071- عند مستوى دلالة 0,93.

بالنسبة لبعد التوجيه الذاتي، أيضا بلغت قيمة z 1,643- عند مستوى دلالة 0.10 مما يعني عدم وجود فروق بين التطبيق البعدي والتتبعي.

فيما أن بعد المسؤولية قد بلغت متوسطات رتبه في التطبيق البعدي 0 والتتبعي 5,50، وبلغت قيمة z 2,840- عند مستوى دلالة 0.01 مما يدل على وجود فروق لصالح التطبيق التتبعي.

وأخيرا بعد المهارات الاجتماعية الذي بلغت متوسطات رتب تطبيقه البعدي 4,88 والتتبعي 5,92، فيما بلغت قيمة z ,820- عند مستوى دلالة 0,42 مما يدل على عدم وجود فروق بين التطبيق البعدي والتتبعي.

وعليه وبعد قراءة النتائج ، تَوضح عدم وجود فروق بين التطبيقين البعدي والتتبعي إلا في بعدين هما: النمو اللغوي والمسؤولية، مما يدل على ثبات التحسن بين التطبيق البعدي والتتبعي، وزيادة التحسن في بعد المسؤولية فقط .

ومنه فإننا نرفض الفرض القائل بأنه:

توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات الاطفال المصابين بمتلازمة داون بعد تطبيق البرنامج الارشادي وبعد مرور فترة المتابعة (3 أشهر) على مقياس السلوك التكيفي وأبعاده الفرعية .

ونقبل الفرض البديل:

لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات الاطفال المصابين بمتلازمة داون بعد تطبيق البرنامج الارشادي وبعد مرور فترة المتابعة (3 أشهر) على مقياس السلوك التكيفي وبعض أبعاده الفرعية .

7-عرض نتائج اختبار الفرضية العامة:

والتي تنص على ما يلي:

يعين البرنامج الارشادي في تحسين جودة الحياة النفسية والعلاقات الأخوية لدى الإخوة العاديين، وتنمية مهارات السلوك التكيفي لدى الاخوة المعاقين المصابين بمتلازمة داون

نلاحظ من خلال عرض نتائج الفرضيات الفرعية أن الفرضية العامة تحققت بشكل جزئي، حيث أن التحسن ظهر في بعد واحد فيما يتعلق بجودة الحياة النفسية، إضافة إلى المقياس ككل، وظهر تحسن فيما يتعلق بمقياس العلاقات الاخوية وبعديه الفرعيين، وكان هناك تحسن جزئي فيما يتعلق بالسلوك التكيفي لدى أطفال متلازمة داون بين التطبيقين القبلي والبعدي، فيما لم تحقق الفرضيات المتعلقة بالفرق بين التطبيق البعدي والتتبعي، حيث أن مستوى التحسن بقي ثابتا ولم تكن هناك زيادة في التحسن بالنسبة لكل المقاييس وأبعادها الفرعية ، إلا بعدا واحدا وهو بعد المسؤولية فيما يتعلق بالسلوك التكيفي، لكن هذا لا ينقص من فعالية البرنامج، إذ أن عدم وجود فروق بين التطبيق البعدي والتتبعي معناه ثبات التحسن الذي حدث بين التطبيقين القبلي والبعدي وهذا ما يدفعنا إلى قبول الفرضية العامة القائلة بأنه:

يعين البرنامج الارشادي في تحسين جودة الحياة النفسية والعلاقات الأخوية لدى الإخوة العاديين، وتنمية مهارات السلوك التكيفي لدى الاخوة المعاقين المصابين بمتلازمة داون.

الفصل الثامن: مناقشة نتائج اختبـــار الفرضيـــات

1- مناقشة نتائج اختبـــــار الفرضيـــة الأولـــى

2- مناقشة نتائج اختبـــــار الفرضيـــة الثانيـــة

3-مناقشة نتائج اختبـــــار الفرضيـــة الثالثـــــة

4-عرض نتائج اختبـــــار الفرضيـــة الرابعـــة

5-عرض نتائج اختبـــــار الفرضيـــة الخامسـة

6- مناقشة اختبـــــار الفرضيـــة السادســـــة

7- مناقشة اختبـــــار الفرضيـــــة العامـــــة

نتناول في هذا الفصل مناقشة وتفسير النتائج التي تم عرضها في الفصل السابق.

1- مناقشة نتائج اختبار الفرضية الأولى:

التي تنص على أنه:

توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات إخوة المصابين بمتلازمة داون قبل تطبيق البرنامج الإرشادي وبعده على مقياس جودة الحياة النفسية وأبعاده الفرعية.

حيث دلت النتائج على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0,05 بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس جودة الحياة النفسية بين القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي فيما يتعلق بمقياس جودة الحياة النفسية، وكذا بعد أهداف الحياة.

هذه النتائج يمكن تفسيرها من منطلق فاعلية وجدوى البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة الحالية، والذي كان يهدف إلى تحسين جودة الحياة النفسية لدى المراهقين إخوة الأطفال المصابين "بمتلازمة داون"، وهذا دليل على فاعلية الأنشطة والممارسات المتضمنة في جلسات البرنامج.

كذلك هذه النتيجة توافق الحاجة الماسة إلى الإرشاد ، وهذا يتفق مع ما ذكره " زهران" (2002) أن الفرد والجماعة يحتاجون إلى التوجيه والإرشاد في كل مرحلة من مراحل النمو المتتالية ، والتي قد يصادف الفرد فيها مشكلات ، وفترات حرجة، مما يؤكد الحاجة إلى التوجيه والإرشاد، كونه من أهم الحاجات النفسية مثلها مثل الحاجة إلى الأمن والحب والانجاز والنجاح... الخ.(الصميلي: 2009 ،187)

تتفق هذه النتيجة أيضا مع دراسة "نايلور وبريسكوت" " Naylor and Prescott" (2004) حول إرشاد إخوة المعاقين عقليا في سن المدرسة، الذين تتراوح أعمارهم بين 8 و18 سنة. توصلت النتائج إلى تحسن احترام الذات، وتحسن نوعية الحياة، والتفاعل الاجتماعي، واستراتيجيات التكيف داخل الأسرة، ومعرفة قضايا الإعاقة .(Naylor et al:2004,199)

كذلك دراسة "دولجان وآخرون" " Dolgin et al"(1997) حول إرشاد إخوة الأطفال المرضى بسرطان الأطفال في سن المدرسة والمراهقة، حيث شارك ثلاثة وعشرون أخا تتراوح أعمارهم 7-11، وكبار السن من الفئة العمرية 12-17 في برنامج إرشادي لمدة ستة أسابيع .

أشارت النتائج إلى تحسينات هامة فيما يتعلق بالمشاكل مع الآخرين، التواصل، وجودة الحياة النفسية والمزاج (Dolgin et al :1997,3) .

أيضا توصلت دراسة "سميث وبيري" "Smith & Perry" (2005) إلى أن المجموعات الإرشادية للأشقاء تُمكن الإخوة العاديين من التعبير بحرية، ومناقشة أفكارهم، ومشاعرهم، مما يؤثر إيجابا على جودة الحياة النفسية، واحترام الذات. (Smith et al :2005,77)

كما أبرزت العديد من الدراسات أهمية المجموعات الإرشادية وورشات العمل لأشقاء الأطفال الذين يعانون الإعاقة والمرض المزمن نذكر منها:

"فانوس وآخرون" "Fanos et al" (2005) ، "سميث وبيري" "Smith & Perry" (2004)، "نايلور وبريسكوت" "Naylor & Prescott " (2004) ، "دود" " Dodd" (2004) ، "وليامز وآخرون" " Williams et al "(2003) ، "لوباتو وكاو" "Lobato & Kao"(2002)، "هتزجر" " Houtzager al et"(2001) ، "ايفانس وآخرون" "Evans et al" (2001).

حيث إن توفير برامج إرشادية يعتبر فرصة غير رسمية للأشقاء للتعرف على بعضهم البعض، وتبادل الخبرات والمشاكل التي لا يمكن الحديث عنها في المنزل.

وقد أظهرت هذه الدراسات أن تأثير هذه البرامج لم يقتصر على التقييم الإيجابي من قبل الأشقاء والأولياء، ولكن أيضا ساعدت على زيادة تكيف الأشقاء. (Moyson et al : 2012,87)

كما هدفت دراسة "برشل وآخرون" "Prchal et al" (2012) إلى معرفة أثر التدخل الإرشادي لإخوة المصابين بمرض السرطان، حيث تكونت عينة الدراسة من 30 أخا يتراوح سنهم من 6-17 سنة، وأظهرت النتائج تحسن في جودة الحياة النفسية لدى الإخوة بصفة خاصة، إضافة إلى تحسن في التكيف النفسي. (Prchal et al :2012,2)

باعتبار أن أفراد عينة الدراسة من المراهقين، فإن مرحلة المراهقة تعتبر مرحلة خاصة، حيث ترى "ستروم" "Strohm" أن المراهقين من أشقاء الأطفال المعاقين يجدون صعوبة في تطوير الهوية الخاصة بهم. وهذا يرجع إلى التماهي مع الأطفال المعاقين، وإحساسهم بالذنب حول عدم قدرتهم على

تطوير استقلالهم، كما يكون هناك زيادة في الشعور بالإحراج، وقد يمر الأشقاء بفترات من عدم الرغبة في أن ينظر إليهم مع أخيهم أو أختهم المعاقة.

كما أنهم يشعرون بالقلق بشأن مستقبل أخيهم أو أختهم، والدور الذي يتوقع أن يلعبه مستقبلا ، ومخاوف بشأن العثور على شريك الحياة الذي سوف يتقبل مسؤوليات الأخ المعاق. ويمكن أيضا أن يتأثر اختيار المهنة جراء إعاقة الأخ.

يشعر الأشقاء أيضا بالمسؤولية، التي تصبح أكثر تركيزا مع كبر والديهم في السن، والقلق حول إقامة شقيقهما في المستقبل، وكذا المسائل المالية، والرعاية الطبية.(Strohm : 2005,200)

لقد كانت منطلقات البرنامج مراعاة كل هذه الجوانب والعمل على تحسينها، حيث تم اعتماد فنية المحاضرة والمناقشة الجماعية، وتم مناقشة كل جوانب جودة الحياة النفسية، مما أدى إلى توفير جو نفسي آمن لأعضاء المجموعة الإرشادية وكذا التفاعل الإيجابي، كما عمل البرنامج الإرشادي على إعطاء مساحات نفسية لأعضاء المجموعة الإرشادية للمناقشة، والتعبير عن أنفسهم من خلال النشاطات المتعددة التي اشتمل عليها البرنامج، حيث تم الاعتماد على المحاضرة والمناقشة الجماعية، أين قام أعضاء المجموعة بالتعبير عن أنفسهم، ومناقشة ما تم عرضه حول جودة الحياة النفسية لدى إخوة الأطفال المعاقين، وهذا ما ساعد الأشقاء في التعبير عن مشاعرهم في بيئة خالية من "اللقاءات اليومية المحرجة"، والتي أصبحت جزءا من الروتين اليومي للأشقاء.

كما أن تكوين العلاقات الاجتماعية للمجموعة الإرشادية أثناء جلسات البرنامج، كان سببا في التحسن. وقد وضح "الداهري" أن العدد الأمثل هو من (6-17) مسترشد، وكلما كان العدد أقل كان ذلك أفضل. (الداهري، 2005: 210)

يرى فرانك، "نيوكومب وبيكمان" "Frank, Newcomb and Beckman" (1996) أن المجموعة الإرشادية لإخوة المعاقين توفر فرصة للحد من التوتر العاطفي والعزلة، والدور الذي يقوم به الإرشاد الجماعي للأشقاء هو ببساطة إتاحة الفرصة للمراهقين من الأشقاء للتعبير عن مشاعرهم وتجاربهم في بيئة آمنة.

ويؤكد "ريتشاردسون" "Richardson" (1999) أن الأشقاء في حاجة لمساعدة المجموعات الإرشادية لهم في فهم واقع الإعاقة، لأن الأشقاء بارعون في إنكار احتياجاتهم الخاصة. (Burke:2004,93)

فيما يرى "بار" "Barr" (1999) أن الأشقاء في حاجة للخدمات الإرشادية للمساعدة في تقليل القلق والتوتر، وهناك طرق عديدة لإرشاد أخوة المعاقين، لكن فكرة وجود مجموعة إرشادية من الأشقاء يبدوا أنها وسيلة ناجحة للتعامل مع احتياجات الأخوة. (Barr: 1999,30)

لقد تم الأخذ بعين الاعتبار حاجة الأشقاء إلى المعلومات حول سبب الإعاقة، والتكهن بها سواء الآن أو في المستقبل خلال البرنامج، وحاجتهم إلى معرفة ما إذا كانوا هم أنفسهم عرضة للإعاقة ، عن طريق الوراثة أو عن طريق العدوى، حيث تم عرض تعريف متلازمة داون ومدى انتشارها، وكيفية تعامل أفراد الأسرة معها عن طريق المحاضرة والمناقشة الجماعية، على اعتبار أن المراهقين لديهم قدرة أكبر لفهم المعلومات المعقدة حول الإعاقة، ومعرفتهم بأسبابها يحسن من جودة حياتهم النفسية.

هذا ما أكدته دراسة "لوباتو وآخرون" " Lobato D et al " (2002)، التي هدفت إلى معرفة أثر برنامج إرشادي لتحسين معرفة الأشقاء بالإعاقة، وتوصلت إلى زيادة التواصل والتكيف النفسي لدى الأشقاء بعد البرنامج (Lobato et al :2002,711).

كما تم العمل على زيادة قدرة الأشقاء على التفكير المنطقي والعقلاني عندما تواجههم القضايا المتعلقة بالعلاقة مع الآخرين، وتطبيق مهارات التفكير العقلاني على المشكلات المتعلقة بالعلاقات، خصوصا فيما يتعلق بمواقف الآخرين من إعاقة أخيهم، وقد تم تناول هذا مع الأشقاء، وإعطاء أمثلة ومناقشتها، كما تم استخدام فنية السيكودراما في تحسين مفهوم الذات، ومناقشة الإخوة حول الاستقلالية ورؤية المستقبل في ظل إعاقة الأخ، أين تفاعل الإخوة مع مناقشة الأسئلة المطروحة، كما تم استخدام العديد من الأنشطة التي أثرت البرنامج حول الأهداف في الحياة، عن طريق طرح مجموعة أسئلة، وتقسيم الإخوة إلى مجموعتين مما زاد من جو التآلف بين أفراد المجموعة الإرشادية.

إن هذه النشاطات والفنيات المستخدمة ساهمت في زيادة تحسن جودة الحياة النفسية بصفة عامة.

لكن بالنسبة للأبعاد الفرعية (بعد العلاقات الايجابية مع الآخرين ، تقبل الذات، الاستقلالية، التحكم في البيئة، النمو الشخصي) فإنه لا توجد فروق بين التطبيق القبلي والبعدي.

وهي نفس النتيجة التي توصلت إليها دراسة "ماك ليندن وآخرون" " McLinden et al." (1991) التي هدفت إلى معرفة أثر برنامج إرشادي لأشقاء الأطفال المعاقين، وتوصلت إلى عدم وجود فروق بين التطبيقين القبلي والبعدي على مقاييس المشاكل السلوكية، ومفهوم الذات. (McLinden et al :1991,230)

فيما لا تتفق هذه النتيجة مع ما جاءت به دراسة " دايسون" "Dyson" (1996) ، من أن إخوة المعاقين غالبا ما يواجهون صعوبات مع الآخرين في المدرسة، وكذا صعوبة في جلب الأصدقاء إلى المنزل، وبالتالي فقدان احترام الذات. (Dyson: 1996 ,280)

تعود هذه النتيجة إلى عدة عوامل نذكر منها ما يلي:

<u>عوامل تتعلق بالمقياس في حد ذاته:</u>

حيث توصل كل من "سبرينجر وهوسر" "Springer and Hauser" (2006) بعد قيامهما بحساب الخصائص السيكومترية لمقياس جودة الحياة النفسية على عينة كبيرة جدا في الولايات المتحدة الأمريكية، أن هناك أدلة على أن مقياس جودة الحياة النفسية لا يصل إلى ستة أبعاد، وأن هناك تباين كبير بين الأبعاد الستة، ويجب أن يأخذ الباحثون هذا في عين الاعتبار لدى تفسيرهم نتائج المقاييس الفرعية للمقياس، حيث أنه لا يقيس ما يصل إلى ستة أبعاد من جودة الحياة النفسية. (Springer et al:2006,1080)

تم تدعيم هذا الافتراض من قبل كل من : "كافكا و كوزما" "Kafka and Kozma" (2002) ، "ديرندونك" "Van Dierendonck " (2004) اللذين توصلا أيضا إلى وجود أربعة عوامل فقط ، دالة عند 0.90 ، وهي: تقبل الذات، التحكم في البيئة، أهدف الحياة، والنمو الشخصي، وتوصل أيضا: شنغ وشان " Cheng and Chan" (2005) في النسخة الصينية من هذا المقياس إلى نفس العوامل السابقة، والتي تراوحت مؤشرات صدقها بين 0.69 و 0.90، إضافة إلى انخفاض الصدق والثبات فيما يتعلق بالنسخة المكونة من ثلاث عبارات.(Springer et al :2006, 1125)

كما تختلف جودة الحياة النفسية اختلافا كبيرا تبعا للعمر والجنس والثقافة، وترى "رايف" " Ryff" (1991) أن المراهقين ينظرون إلى أنفسهم على أنهم أحرزوا تقدما كبيرا، ولديهم توقعات كبيرة للمستقبل، وبالتالي فإن درجات تقيمهم الذاتي لأبعاد جودة الحياة النفسية تكون أعلى. (Wells:2010,88)

من جهة أخرى فإن أفراد المجموعة التجريبية هم من المراهقين، وهم أكبر سنا من الإخوة المصابين بمتلازمة داون، وترى كايت ستروم" Kate Strohm" (2005) في هذا الصدد أن ترتيب الولادة عامل مؤثر على الحياة النفسية للأشقاء العاديين، فالأشقاء الذين لديهم أخ أو أخت صغرى تعاني من الإعاقة ، قد عاش لبعض الوقت في عائلة دون إعاقة، وقد وضعوا أنماط التواصل مع الوالدين، وأفراد العائلة، وقد شكلوا هويتهم الخاصة والشبكات الاجتماعية، وبالتالي فهم أكثر عرضة من الأخوة الأصغر سنا لفهم التفسيرات التي أعطيت له عن أخيه أو أخته ، وسبب قلة اهتمام الوالدين.

كما أن الأشقاء الأكبر سنا يمتلكون مشاعر الرعاية نحو الأخ الأصغر أو الأخت ذوي الإعاقة لأنهم عرفوا الطفل منذ كان رضيعا. (Strohm : 2005,200)

أفراد العينة من الإخوة والأخوات أيضا لديهم مسؤوليات محددة اتجاه أخيهم المعاق، حيث أن الوالدين هما من يقومان بكل شؤون الطفل المعاق وهذا ما يساعد الإخوة على الاستقلال، وممارسة جميع أنشطتهم بصفة عادية خارج المنزل من خلال التواصل مع الأصدقاء والدراسة وغيرها.

حيث ذكر "ماير" " Meyer " (1993) أن أشقاء المعاقين أقروا بأن النمو الشخصي الخاص بهم تطور بوجود طفل من ذوي الاحتياجات، حيث تعلموا كيف يقبلون الفروق الفردية. (Porter et al :2000,5)

هذا ويعتبر تطوير الذات، والتحكم في المواقف الاجتماعية عنصرا أساسيا من الاستكشاف والتقييم الذاتي الذي يحدث خلال سنوات المراهقة، فالمراهقين يتخذون أدوارا اجتماعية جديدة بشكل متزايد مع الأقران، والزملاء، وإن وجود أخ معاق في الأسرة يزيد من تحكمهم في البيئة، حيث يزيدهم خبرة وتفاعلا أكثر من خلال الأدوار التي توكل إليهم بسبب إعاقة أخيهم، حيث أن هذه التفاعلات الشخصية ونتائج هذه التفاعلات تؤثر تأثيرا كبيرا على تحكم المراهقين في بيئتهم. وهذا ما يؤكده "لويس وزملاؤه" "Lewis and colleagues" (1999) بقوله أن: " الفرد يتعلم من خلال التفاعل

الاجتماعي والخبرة الشخصية والخيارات المتعددة في الحياة، وعادة ما يؤثر هذا التعلم على وضع الفرد". (Conger et al :2009,99)

فيما كان هناك تحسن في أهداف الحياة، وهذا بفضل فنيات ومحتوى البرنامج الإرشادي التي ركزت على كيفية بناء الأهداف وتحقيقها، وكذا مناقشة قلق الأشقاء حول مستقبل الأخ أو الأخت المعاقة بعد موت الوالدين، والحديث حول الخطط المستقبلية لرعاية الطفل المعاق، وتوضيح ومناقشة مكان الأخ المعاق ضمن خططه المستقبلية .

لأن الإخوة في سن المراهقة يبدؤون في طرح الأسئلة حول ماذا سيكون مصير أخيهم عند موت الوالدين؟ ، وهل يقومون برعاية أخيهم بيتيهم؟، وهل يجدون زوجا أو زوجة في المستقبل تقبل أخيهم أو أختهم المعاقة؟، فالمراهقين هم في عملية خلق مسار لمستقبلهم، لكن الهوية مازالت غير آمنة بسبب إعاقة الأخ، وقد تفاعل الإخوة مع مناقشة هذه المسائل وكذا الخطط المستقبلية لأنفسهم وحول إعاقة أخيهم.

لقد لمسنا درجات متفاوتة لدى المشاركين من اعتقادهم كل شيء حول مستقبل أشقائهم المعاقين، وهو ما يتوافق مع دراسة "ويلكرسون" "Wilkerson" (2001)، حيث ذكر المراهقون إدراكا للدور الذي سيلعبه الأخوة في حياتهم في المستقبل(Weisman: 2007,226) ، وكان بعض المشاركين في البرنامج الإرشادي الحالي قد تحدثوا مع أوليائهم وبقية أفراد الأسرة حول مستقبل الطفل المعاق ، ولكن لا أحد قد وضع خططا ملموسة.

2- مناقشة نتائج اختبار الفرضية الثانية:

التي تنص على ما يلي:

توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات إخوة الأطفال المصابين بمتلازمة داون قبل تطبيق البرنامج الارشادي وبعده على مقياس العلاقات الأخوية وأبعاده الفرعية.

دلت النتائج على وجود فروق في متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس العلاقات الأخوية بين التطبيقين، وكذا بعديه الرئيسيين لصالح التطبيق البعدي.

هذا يتفق مع دراسة "نيجرون" "Negron" (2007) ، التي هدفت إلى تقييم أثر برنامج إرشادي لتحسين العلاقات الأخوية لدى إخوة المعاقين ، حيث قام الباحث بإجراء التطبيق القبلي والبعدي لأدوات القياس وكذا ست مقابلات شبه منظمة قبل وبعد البرنامج مع 46 من إخوة المعاقين.

أشارت نتائج الدراسة إلى أن الغالبية العظمى من الأشقاء قد تحسنت علاقاتهم بعد مشاركتهم بالبرنامج. (Negron:2007,1)

كما تتفق مع دراسة "حسين ندى يحيى محمد" (2012) التي هدفت إلى إعداد برنامج لتنمية التفاعل الاجتماعي لدى إخوة المعاقين عقليا، وتوصلت إلى وجود فروق بين متوسطات رتب أخوة المعاقين عقليا في المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس التفاعل الاجتماعي.(حسين:2012، 1)

أيضا دراسة "تينا جرانات وآخرون" "Granat et al " (2011)، حول فعالية التدخل الإرشادي في زيادة المعرفة بالإعاقة وتحسين العلاقة بين إخوة الأطفال الذين يعانون من مختلف الإعاقات العقلية، بما فيها متلازمة داون، وقد تم إجراء القياس القبلي والبعدي عن طريق مقياس العلاقات الأخوية المستعمل في دراستنا، توصلت الدراسة إلى تحسن في العلاقات الأخوية بعد إجراء البرنامج الإرشادي. (Granat et al :2011,69)

ترى الباحثة إمكانية عزو هذه النتائج إلى الإرشاد المعرفي السلوكي الذي كان له أثر فعال، حيث تنتمي عينة البحث إلى مرحلة المراهقة، التي يتصف أفرادها بمجموعة من الخصائص المعينة مثل سرعة الملل، التمرد على القيود، ومن ثم ساهمت أنشطة البرنامج المتعددة في جذب أفراد المجموعة لمتابعة نشاطاته دون ملل، خاصة وأن الإرشاد الجماعي ثبتت فعاليته في عديد الدراسات السابقة نذكر منها دراسة "شادية عبد الخالق" (2002) التي هدفت إلى معرفة أثر برنامج إرشادي في خفض العدوان بين الأشقاء.

إن تحسن العلاقات الأخوية بعد البرنامج يرجع إلى فعالية الفنيات التي تم استخدامها، حيث تم الاعتماد على المناقشة المفتوحة التي كان الهدف منها المناقشة من أجل الفهم الأفضل، وتم مناقشة أثر الإعاقة على الإخوة والأسرة وكيفية التعامل معها، وكذا الإفصاح عن الذات الذي ساعد إخوة المعاقين على الكشف عن خبراتهم الذاتية السلبية التي واجهتهم في حياتهم الأسرية وخصوصاً بعد ميلاد الأخ

المعاق، ومشاعرهم حيال والديهم وأخيهم المعاق، والتعبير عنها أمام أعضاء المجموعة دون خوف أو خجل، وهذا مما عزز ثقة كل عضو من أعضاء الجماعة بذاته في الكشف عن خبراته الشخصية السلبية.

تم تدعيمها بالواجبات المنزلية التي كانت تربط الحصص ببعضها وتبقي الإخوة مرتبطين بالبرنامج، وكذلك تدعيم البرنامج ببعض الأنشطة التي كانت تهدف إقامة علاقة أكثر إيجابية مع الأشقاء ، ومعرفة تشكل وتطور العلاقة الأخوية مع مرور الوقت، وكلها لاقت تفاعلا وتجاوبا من قبل الإخوة، كذلك فنية حل المشكلة التي تم الاعتماد عليها في التعرف على مظاهر الاختلاف والتشابه بين الإخوة ، وقد تم اعتماد نموذج الخطوات الثلاث الذي يقول عنه "ماتلين" "Matline " (1983) أنه الشكل الذي اتفق عليه معظم علماء النفس ، وهذه الخطوات الثلاث هي: فهم المشكلة وتحديدها بدقة، صياغة أكبر عدد من الحلول الممكنة في اتجاهات متعددة، وتقييم البدائل والنتائج المترتبة عليها (الغندور:14). حيث تم ذكر وتحديد المشاكل التي تعيق العلاقات الأخوية من خلال العديد من الأنشطة، منها ذكر خمسة أشياء سيئة في العلاقات الأخوية والأشياء التي تجعل العلاقة الأخوية إيجابية، ونشاط بعنوان"أنا" "أنت"، للكشف عن دور الأخ المشارك في البرنامج والإخوة الآخرين في جعل العلاقات الأخوية سيئة، ومن ثم مناقشتها، واقتراح بدائل لتحسين العلاقات الأخوية، أين قام الإخوة بذكر الأشياء التي يحبونها في أنفسهم وإخوتهم، وكذلك الصفات التي لا يحبونها في أنفسهم وفي إخوتهم في جو تفاعلي ونقاش مثمر وانتهى بإيجاد طرق وبدائل لتحسين العلاقات الأخوية.

تم إتباع نفس الطريقة في حل المشكلة خلال مناقشة وتحديد مشاعر الحزن والخسارة والشعور بالذنب اتجاه الأخ المعاق والحديث عنها وتحديد مشاعر القلق والخوف اتجاه الأخ المعاق والحديث عنها وتسليط الضوء على التجارب الايجابية بين الإخوة، أين تم القيام بأنشطة ممتعة إضافة إلى الأسئلة المطروحة، حيث تمثلت في كتابة قصائد وأشعار ورسائل ورسوم للأخ المعاق وهذا كله زاد من تفاعل الإخوة مع البرنامج، وكذلك تمت مناقشة التجارب الإيجابية التي مر بها الإخوة العاديون مع إخوتهم المعاقين دوي متلازمة داون، وتم استعراض تجارب طريفة خصوصا أن أطفال متلازمة داون يتميزون بالدعابة وروح الفكاهة .

إن هذه الفنيات والنشاطات التي تم استخدامها في البرنامج من وجهة نظر الباحثة، ساهمت كثيرا في تحسين العلاقات الأخوية.

3- مناقشة نتائج اختبار الفرضية الثالثة:

نتائج الفرضية الثالثة : والتي تنص على أنه :

توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات الأطفال المصابين بمتلازمة داون قبل تطبيق البرنامج الإرشادي وبعده على مقياس السلوك التكيفي وأبعاده الفرعية.

نلاحظ من خلال الجدول وجود فروق بين متوسطي رتب درجات أطفال متلازمة داون على مقياس السلوك التكيفي لصالح التطبيق البعدي.

هذا ما يتوافق مع ما توصلت إليه دراسة "ترنت ألاسيا وآخرون" " Trent et al" (2005) حول تحسين استراتيجيات التفاعل مع الأطفال المعاقين عن طريق تعليم الأشقاء الأكبر.

حيث أظهر الأطفال الأكبر سنا الذين تم تعليمهم القدرة على استخدام استراتيجيات التفاعل بعد البرنامج الإرشادي؛ وقد لوحظت تغييرات أيضا في السلوكيات التواصلية مع أشقائهم الذين يعانون من متلازمة داون، وكذا حفاظ الأطفال الأكبر سنا على تصرفاتهم المكتسبة بعد شهر من المتابعة. (Trent Et al :2005,107)

كذلك دراسة "رنت ستاينبروك وآخرون" "Rent-Stainbrook et al" (2007) التي هدفت إلى تسهيل التفاعل بين الأشقاء الكبار وأشقائهم الأصغر سنا ذوي متلازمة داون، من خلال استخدام مواد مكتوبة، والنمذجة، ولعب الأدوار.

بعد التدريب، توصلت الدراسة إلى تحسن السلوكيات التواصلية بين الأشقاء العاديين والمصابين بمتلازمة داون، وأشارت الملاحظات التتبعية لمدة شهر أن الأشقاء الأكبر سنا حافظوا على استخدامهم لاستراتيجيات التفاعل.(Rent-Stainbrook et al:2007, 273)

كذلك دراسة "تساو وآخرون" "Tsao L et al " (2006) التي هدفت إلى معرفة دور الأشقاء في دعم السلوكيات الاجتماعية للأطفال الصغار المعاقين عقليا عن طريق البرنامج الإرشادي، وتوصلت إلى حدوث تغييرات جيدة في السلوك الاجتماعي للإخوة المعاقين. (Tsao et al : 2006,106)

أيضا دراسة "شريبمان وآخرون" "Schreibman et al" (1983) حول فعالية برنامج إرشادي لتعليم الأشقاء العاديين تعديل سلوك إخوتهم المعاقين عقليا. أشارت النتائج إلى أن الأشقاء تعلموا استخدام الإجراءات السلوكية على مستوى عال من الكفاءة، ولوحظت تحسينات في سلوك الأطفال المعاقين. (Schreibman et al : 1983, 129).

كما تتوافق مع نتائج دراسة "لوباتو وآخرون" " Lobato, D et al " (1985) التي هدفت إلى معرفة دور الإخوة العاديين كمعالجين فعالين لأخيهم المعاق عقليا، وقد انتهت الدراسة إلى وجود علاقة بين التدخل عن طريق الأخوة واكتساب الأطفال المعاقين الرعاية الذاتية وبعض المهارات السلوكية.(Lobato et al :1985 ,221)

يعود التحسن بين التطبيق القبلي والبعدي في البرنامج الإرشادي إلى المنافع الإرشادية أثناء الجلسات، وبعد تنفيذ جلسات البرنامج الإرشادي لدى الإخوة العاديين، وتطبيقها على إخوتهم من ذوي متلازمة داون؛ وهذا يعتبر أمرا رئيسيا في تحسن السلوك التكيفي، حيث تم اكتساب المعلومات حول كيفية تدريب الإخوة المصابين بمتلازمة داون لتحسين الاستقلالية عن طريق النمذجة المصورة بالملصقات التي تم إعطاؤها للإخوة والتي تحتوي على رسوم وأشكال توضيحية، إضافة إلى المحاضرة والمناقشة الجماعية، وكذلك فإن أغلب الإخوة المشاركين هم ممن يقومون برعاية إخوتهم ذوي متلازمة داون، وقد تم ملاحظة هذا من خلال تفاعلهم مع جلسات البرنامج، والمناقشة التي أظهرت حماسهم الكبير للقيام بهذه النشاطات التي تم عرضها في الجلسات الإرشادية، والتي تناولت تعليم الأخ المعاق الاهتمام بنظافته الشخصية، التفرقة بين الملابس الصيفية والشتوية، إعداد المائدة بدون مساعدة، تسمية أدوات المائدة، التدريب على إعداد الطعام بدون مساعدة .

بالنسبة للبعد المتعلق بالوظائف الاستقلالية فقد بلغت قيمة z 2,310- عند مستوى دلالة 0.05 ، مما يؤكد فعالية تعليم الإخوة العاديين تحسين الوظائف الاستقلالية لإخوتهم المعاقين، وهي نفس النتيجة التي توصلت إليها دراسة "سوينسون بيار" "Swenson-Pierce et al" (1987) حول تقييم فعالية تدريب الإخوة العاديين الذين تبلغ أعمارهم بين 10 -23عاما ، من أجل تعليم إخوتهم المعاقين الأصغر سنا (الذين تتراوح أعمارهم بين 10-6 سنوات) المهام المنزلية، وأشارت النتائج إلى اكتساب المهارات المنزلية لدى الأطفال المعاقين عقليا.(Swenson-Pierce et al:1987,53)

تم خلال جلسات البرنامج الإرشادي إعطاء بعض الطرق التي يمكن أن يستخدمها الإخوة في تحسين النظافة للطفل المعاق، واستخدام الحمام ، وكذا غسل الأيدي والوجه، غسيل الخضر والفواكه، وتناول الطعام، وكذلك التسوق والتعامل بالنقود، حيث تم كتابة هذه التمارين في ملصقات وتم إعطاؤها للإخوة من أجل العمل بها في المنزل، ويرجع تحسن السلوك التكيفي لدى إخوة المعاقين إلى قيام الإخوة بتطبيق التدريبات التي تعلموها في البيت.

كما كان هناك تحسن فيما يتعلق بالبعد الثالث حول النمو اللغوي فقد كانت متوسطات رتب التطبيق القبلي حيث بلغت قيمة z 2,310 - عند مستوى دلالة 0.05، وهذا يدل على وجود فروق بين التطبيق القبلي والبعدي لصالح التطبيق البعدي.

هذا راجع إلى دور الإخوة في تحسين النمو اللغوي، وهو ما تؤيده دراسة " هانكوك وكايزر" "Hancock& Kaiser " (1996) ، حيث هدفت إلى تدريس الأشقاء الأكبر سنا من أجل تعليم أشقائهم الأصغر سنا الذين يعانون من التأخر في اللغة.

أشارت النتائج إلى أن الأشقاء كانوا قادرين على تطبيق أساليب التدريس مع أشقائهم الأصغر سنا، وزادت أيضا استجابة الأشقاء الأصغر سنا للتلقين اللفظي، وأصبح التفاعل بين الأطفال أكثر إيجابية بعد البرنامج.(Hancock et al :1996,168)

إن أطفال "متلازمة داون" لديهم مهارات اجتماعية أقل نموا، وبالتالي ليسوا قادرين على تعلم اللغة بأنفسهم من أشقائهم مقارنة بالأطفال العاديين الذين يتعلمون اللغة من إخوتهم ، لذا لابد من تدريب الأشقاء، وهذا يعتبر بديلا ممتازا، حيث تم تعليم الإخوة العاديين تنمية مهارات اللغة لدى الإخوة المعاقين عن طريق النمذجة بالمشاركة بواسطة الملصقات والصور.

كما بلغت قيمة z 2,194- لبعد التوجيه الذاتي عند مستوى دلالة 0.05، وبعد المسؤولية: z - 2,814 عند مستوى دلالة 0.01 مما يدل على وجود فروق بين التطبيقين لصالح التطبيق البعدي، وكذلك بعد المهارات الاجتماعية الذي بلغت قيمة z 2,814- عند مستوى دلالة 0.01 مما يدل على وجود فروق بين التطبيقين لصالح التطبيق البعدي.

هذا ما توصلت إليه دراسة "تساو وأودوم" "Tsao & Odom" (2006) حول دعم السلوكيات الاجتماعية للطفل المعاق عن طريق التدخل عبر الأشقاء العاديين، وقد توصلت النتائج إلى حدوث تحسنات في السلوك الاجتماعي للأطفال المعاقين عقليا .(Tsao et al : 2006 ,106)

كذلك دراسة "تيونج كيم" "Kim,T" (2010) التي هدفت إلى تقييم تدخل الأشقاء من خلال تعليمهم المهارات الاجتماعية المناسبة ، وبعض الاستراتيجيات بشكل منهجي ، من أجل تحسين مهارات التفاعل الاجتماعي لأشقائهم المعاقين الذين لديهم صعوبات في التنشئة الاجتماعية. أظهرت النتائج بعد التدخل تغيرات إيجابية بالنسبة للأشقاء والأطفال ذوي الإعاقة في المشاركة واللعب والتفاعل الاجتماعي. (Kim :2010,37)

اشتمل البرنامج الذي تم تقديمه تعليم الإخوة العاديين مساعدة الأخ المعاق على إقامة علاقات جيدة مع زملائه، ومشرفيه، وأفراد أسرته، وتنمية بعض المهارات الاجتماعية منها: الإصغاء بانتباه إلى التعليمات وتنفيذها، الاستماع إلى الآخرين، وأن يسلك بأدب باستخدام بعض العبارات مثل: (من فضلك -شكرا) أثناء تعامله مع المعلم أو أفراد الأسرة، طرق الباب قبل الدخول لغرفة، الاستئذان عند الانصراف، تشجيعه معنويا وماديا في كل مرة يكرر فيها مثل هذه السلوكيات، كذلك تدريبه على التعاون مع زملائه وأفراد أسرته ومساعدة الآخرين على أداء أعمالهم، وتدريبه على الرد على الهاتف، تكوين صداقات جديدة يستطيع أن يكون رابطة انفعالية معها ويتفاعل معها بشكل ايجابي، تدريب الطفل على أن يشارك زملائه اللعب الجماعي، ويتفهم قواعد اللعبة ويعرف من الفائز، وتدريبه على استقبال الضيوف والمشاركة في المناسبات الأسرية والحفلات.

فيما لم توجد فروق بالنسبة للبعد الثاني والمتعلق بالنشاط الاقتصادي، فقد بلغت قيمة z 1,838- عند مستوى دلالة 0.06 مما يعني عدم وجود فروق دالة بين التطبيقين القبلي والبعدي، كذلك بعدي الأعداد والوقت، والنشاط ما قبل المهني– المهني فقد كانت قيمة z ,849-، ,144- على التوالي وكلاهما غير دال حيث كان مستوى الدلالة أكبر من 0.05 مما يدل على عدم وجود فروق بين التطبيق القبلي والبعدي .

تضمن تعليم الإخوة مهارات التعامل بالنقود، ومهارات الشراء لدى الأخ المعاق، والتعامل مع البائع وقدرته على الادخار والتفرقة بين العملات، والتعرف على عدد الأشياء التي اشتراها بمبلغ معين،

والتعرف على كمية ما يمتلكه من نقود، وتدريبه على الادخار من مصروفه ليشتري شيء محبب إلى نفسه. إن مهارة التعامل بالنقود مرتبطة بمهارة الأعداد والحساب، وبما أنه لم يحدث تحسن في مهارة الأعداد والحساب فلن يحدث تحسن في مهارة التعامل بالنقود.

تم الاعتماد في البرنامج على بعض المهارات لتحسين الحساب لدى الأطفال المعاقين منها مقارنة الكلمات (كثير – قليل ، كبير – صغير ، طويل – قصير ، مرتفع – منخفض ، قريب ، بعيد)، والكلمات الموضعية (يمين – يسار ، خارج – داخل ، قمة – قاع ، فوق – تحت)، والكلمات الاتجاهية (إلى الأمام – إلى الخلف ، أعلى – أسفل ، إلى اليمين – إلى اليسار)، كلمات التسلسل (أول – آخر ، بداية – نهاية ، قبل – بعد)، ولغة الزمن (الوقت) (صباح – مساء ، مبكر – متأخر، ساعة – دقائق ، ساعة يد – ساعة منبه ، أمس – غداً ، يوم - أسبوع ، شهر – سنة) وكلمات العدد: (أكبر – أصغر ، أكبر من – أصغر من ، الأول ، الثاني، الثالث ، الرابع) .

لكن ما تم ملاحظته أن الأطفال المعاقين لم يتجاوبوا مع هذه المهارات وذلك لأنها أكبر من مستواهم العقلي وتحتاج إلى مختصين لتعليمهم هذه المهارات، وهذا ما أكده المربون الذين تم مناقشتهم في هذه النقطة.

كما أن النشاط المهني وما قبل المهني يكمل ما سبق من المهارات التي يتم تعلمها في المراحل العمرية الأولى وهو الآخر لا يوجد به فرق بين التطبيقين القبلي والبعدي.

إن هذه المهارات التي لم تتحسن تعود إلى الفترة الزمنية الوجيزة التي مرت على البرنامج، حيث تحتاج هذه المهارات إلى فترة زمنية طويلة كي يحدث تحسن فيها.

4-مناقشة نتائج اختبار الفرضية الرابعة:

التي تنص على أنه:

توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات إخوة الاطفال المصابين بمتلازمة داون بعد تطبيق البرنامج الارشادي وبعد مرور فترة المتابعة (3 أشهر) على مقياس جودة الحياة النفسية وأبعاده الفرعية.

تشير النتائج التي تم التوصل إليها في القياس التتبعي إلى استمرار فعالية البرنامج الإرشادي وأثره في تحسين جودة الحياة النفسية لدى إخوة الأطفال ذوي متلازمة داون بعد نهاية فترة البرنامج الإرشادي وبعد القياس البعدي.

تفسر الباحثة هذه النتائج في ضوء الأثر الإيجابي للبرنامج الإرشادي - المستند على الإرشاد المعرفي السلوكي الذي يجمع العديد من التقنيات الإرشادية - في الاستفادة من تنمية الخبرات الحية التي عاشها إخوة المعاقين طيلة مدة البرنامج، واكتسابهم جملة من الممارسات السلوكية الصحيحة المستمدة من العمل على إعادة تشكيل البنية المعرفية والفكرية وفق طريقة تعمل على تصحيح الأمور ، والتفكير بعقلانية في عواقب السلوك والفهم الصحيح للذات والعلاقات مع الآخرين وأهداف الحياة والتحكم بالبيئة والاستقلالية والنمو الشخصي، واستمرارها لتبقى ملازمة لسلوك أفراد المجموعة حتى بعد نهاية البرنامج الإرشادي عند القيام بإجراء القياس التتبعي. وهي نفس النتيجة التي توصل إليها "برشال وآخرون" " Prcha et al" (2012) ، حيث ذكر استمرار التحسن في جودة الحياة النفسية لدى إخوة المصابين بأمراض مزمنة بعد البرنامج التتبعي.

كما أن الفنيات التي تم استخدامها في البرنامج أدت إلى مساعدة أفراد المجموعة الإرشادية على زيادة تقبلهم لذواتهم والرضا عنها من خلال اكتشاف معناها والجوانب الايجابية فيها، وأيضا من خلال التأكيد على أن جودة الحياة الحقيقية تكمن في تمسك الإنسان بما يستطيع إنجازه، والتفوق فيه وإثبات وجوده، بهذا يقي الإنسان نفسه التوتر والخوف والقلق.

كذلك تفسر الباحثة عدم وجود فروق بين القياس البعدي والقياس التتبعي على مقياس جودة الحياة النفسية، بأنه نتيجة لتعديل إدراك أفراد المجموعة التجريبية، واعتماده على الأفكار العقلانية التي تعلموها، وظلوا متمسكين بها حتى أثناء فترة المتابعة، وقد تعرف أفراد المجموعة التجريبية خلال جلسات البرنامج على الأفكار العقلانية وغير العقلانية، فأصبحوا على بصيرة بكيفية التعامل مع المشكلات والأحداث والمواقف التي تعترضهم خصوصا مع أخيهم المعاق من ذوي متلازمة داون. وإن أفراد المجموعة التجريبية في مرحلة عمرية وعقلية تسمح لهم أو تؤهلهم للتعامل مع الأمور بعقلانية ومنطقية خصوصا في تعاملهم مع المشاكل الناجمة عن إعاقة أخيهم وعدم تضخيمها.

5- مناقشة نتائج اختبار الفرضية الخامسة:

التي تنص على أنه:

توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات إخوة الاطفال المصابين بمتلازمة داون بعد تطبيق البرنامج الارشادي وبعد مرور فترة المتابعة (3 أشهر) على مقياس العلاقات الأخوية وأبعاده الفرعية .

أظهرت النتائج عدم وجود فروق بين التطبيق البعدي والتتبعي مما يدل على وجود فروق دالة احصائيا بين درجات إخوة المعاقين عقليا المصابين بمتلازمة داون على مقياس العلاقات الأخوية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي وبعد مرور فترة المتابعة (3أشهر).

ترجع الباحثة هذا الاستمرار في فعالية البرنامج الأرشادي إلى الفنيات والأنشطة التي تم استخدامها في البرنامج والتي أوصت الباحثة باستخدامها بعد البرنامج.

كما تفسر الباحثة استمرارية فاعلية البرنامج الإرشادي بما تضمنه من تزويد الأعضاء ببدائل عملية وحلول واقعية تهدف إلى تعزيز العلاقات الأخوية بطريقة فاعلة، عن طريق التطبيق المتكرر لبعض الممارسات التي تعمل على تعزيز العلاقات الأخوية، والعمل على اكتساب مهارات التعامل مع المشكلات، وآليات حلها ، مما عزز من تعلم أنماط السلوك المقبول ودفع الإخوة إلى التمسك بهذا الشكل من السلوك ، إضافة إلى ما أتاحته الجلسات الإرشادية من إيجاد أجواء مناسبة للإخوة تتسم بالتفاعل الايجابي القائم على المشاركة الايجابية والتي اعتمدت على المناقشة الهادفة والحوار المقنع بعيدًا عن صيغ الأوامر والنواهي وتعزيزًا للكفاءة الذاتية .

كما يمكن إرجاع استمرار فاعلية البرنامج الإرشادي وأهليته في تحسين العلاقات حتى بعد نهاية البرنامج الإرشادي إلى المبدأ الأساسي من مبادئ الإرشاد النفسي المتصل بمرونة السلوك الإنساني وقابليته للتغيير والتعديل ، وأثر ذلك في العمل الإرشادي سواء على المستوى الفردي أو على المستوى الجماعي، الأمر الذي يؤكد فعالية الممارسة الإرشادية المبنية على أسس علمية وصحيحة حيث يرى "سعفان" (2005) أنه في ضوء مرونة السلوك الإنساني يتم تصميم البرامج الإرشادية، لأن السلوك الإنساني يتسم بالمرونة، والسلوك القابل للتعديل في الإرشاد النفسي هو السلوك المكتسب الذي تم تعلمه.(الصميلي: 2009 ،293)

إن توفر عوامل المرونة والملاءمة والفاعلية للأسلوب الجمعي المستخدم في إدارة وتنفيذ جلسات البرنامج الارشادي من خلال المحاضرات والمناقشات وغيرها من النشاطات (حيث تم توظيف هذه الفنيات الارشادية لخدمة الارشاد الجماعي لإخوة المعاقين) مكن من استمرار فاعلية البرنامج الارشادي.

هذا يعني أن النتائج التي تم التوصل إليها فيما يتعلق بالعلاقات الأخوية هي دليل مقبول لفاعلية البرنامج الإرشادي المستخدم لهذه العينة من الإخوة العاديين، وأن تأثيره لم يكن وقتياً ينتهي بانتهاء تطبيق البرنامج، بل ظل باقياً لمدة 3 أشهر من الانتهاء من تطبيقه (المتابعة).

تتفق هذه النتيجة مع ما أكده "روجرز" "Rogers " (1971) حين قال : إن للبرنامج الإرشادي الجماعي تأثيراً ذا قيمة في عملية العلاج النفسي الجماعي، من حيث شعور الفرد بتعدد الزوايا التي يمكن النظر منها لموضوع بالذات، بتعدد الأفراد الذين تتألف منهم الجماعة العلاجية، مثل هذا التعدد يفضي إلى توسيع المجال النفسي لدى الفرد، ويكون هذا التوسع مصحوباً بزيادة في قدرة الفرد على تقييم الأمور وعدم التقيد بوجهة نظر واحدة تشل حركته وتعطل قواه.(العاسمي: 2011، 266)

كما تتفق مع دراسة "حسين، ندى يحيى محمد" (2012) التي هدفت إلى إعداد برنامج لتنمية التفاعل الاجتماعي لدى إخوة المعاقين عقليا ، وتوصلت وجود فروق بين متوسطات رتب أخوة المعاقين عقليا في المجموعة التجريبية بين القياسين البعدى والتتبعى على مقياس التفاعل الاجتماعي.(حسين:1،2012)

إن ثبات النتائج بين التطبيق البعدي والتتبعي يدل على استمرارية فاعلية البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة، وما يحتويه من فنيات واستراتيجيات لتحسين العلاقات الأخوية لدى إخوة الأطفال المعاقين عقليا من أفراد المجموعة التجريبية ، التي انعكست على تحسن العلاقات الأخوية بعد ثلاث أشهر من التطبيق البعدي.

يمكن تفسير ذلك أيضا بأن استراتيجية حل المشكلات التي استخدمت في البرنامج الارشادي الجماعي أتاحت للمسترشدين إقامة علاقات طيبة وتعلموا فن الحوار والقدرة على حل المشكلات في جو يسوده الأمن، وكذا تعلم مهارات الإتصال والمهارات الاجتماعية، من خلال الأنشطة المختلفة والواجبات المنزلية. يمكن أن يعزى نجاح البرنامج أيضا إلى مدى التعاطف، والتقبل، والعلاقات الحميمية، والتعزيز الذي نشأ بين المسترشدين أنفسهم وبين المرشد.

حيث تناول البرنامج الإرشادي عددا كبيرا من المواقف والقضايا والمشكلات التي استمدت من حياة الأخوة وعلاقاتهم مع بعضهم البعض، وكذا علاقتهم مع أخيهم المعاق والتي ترجمت من خلال المناقشات والمحاضرات وكذا الأنشطة المختلفة وطرحها بحيث تثير الاهتمام، وتبعث روح المنافسة والتساؤل بينهم ، مما جعلهم أكثر دافعية لتحسين علاقاتهم الأخوية.

6- مناقشة نتائج اختبار الفرضية السادسة:

التي تنص على ما يلي:

توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات الاطفال المصابين بمتلازمة داون بعد تطبيق البرنامج الارشادي وبعد مرور فترة المتابعة (3 أشهر) على مقياس السلوك التكيفي وأبعاده الفرعية .

أوضحت النتائج عدم وجود فروق بين التطبيقين البعدي والتتبعي فيما ظهر هناك تحسن في بعد واحد هو بعد هما المسؤولية.

تعزو الباحثة هذه النتيجة إلى نجاح البرنامج المستخدم في تحسين السلوك التكيفي لأطفال متلازمة داون من خلال تعليم إخوانهم ، وهذا ما أكدته النتائج الإحصائية ، والملاحظات الشخصية للباحثة بعد (3 أشهر) من تطبيق البرنامج، والمدرسون الذين يتعاملون مع الأطفال ذوي متلازمة داون .

يرجع استمرار التحسن في السلوك التكيفي لدى الأطفال المعاقين إلى الاستراتيجيات المستخدمة، حيث تم استخدام النمذجة، أين تم عرض صور وكذا ملصقات للإخوة العاديين تعرفهم كيف يقومون بالتعامل مع الأخ المعاق ومساعدتهم في تحسين السلوك التكيفي، حيث تم إعطاؤهم تعليمات تتناسب وإخوتهم المصابين بمتلازمة داون، وهي استراتيجيات تعديل السلوك والتي تمثلت بالتدعيم المعنوي، النمذجة، الحث، والتلقين، وهي من الفنيات الفعالة مع الأطفال المعوقين عقلياً القابلين للتعليم.

التدخل الإرشادي للإخوة العاديين كان مفيدا جدا، بحكم تفاعلهم الكبير مع الأخ المعاق، خصوصا بالنسبة للإناث، كما أن محاولة الإخوة تنفيذ ما تعلموه من خلال البرنامج لتحسين سلوك أخيهم التكيفي هو ما أدى إلى نجاح البرنامج الإرشادي وتحسن النتائج إلى التطبيق التتبعي ، ذلك أن إكساب الإخوة العاديين معلومات حول كيفية تحسين مهارات السلوك التكيفي ساعد الإخوة العاديين والطفل المعاق على التفاعل الإيجابي، وساعد الطفل المعاق على التكيف أكثر وتحسين سلوكاته، كما أن الأنشطة والتدريبات التي استخدمت في البرنامج تم تناولها بطريقة محببة تجذب الطفل مما جعلها تثبت لديه لفترة

من الزمن، حيث إن الطفل لم يكن متلقياً سلبياً بل كان متلقياً إيجابياً وفعالاً وكان بحاجة إلى إيقاظ تلك المهارات وتنشيطها وتوظيفها.

7- مناقشة نتائج اختبار الفرضية العامة:

التي تنص على ما يلي :

يعين البرنامج الإرشادي على تحسين جودة الحياة النفسية والعلاقات الأخوية لدى الإخوة العاديين للمعاق، وتنمية مهارات السلوك التكيفي لدى الاخوة المعاقين المصابين بمتلازمة داون.

نلاحظ من خلال النتائج المتوصل إليها أن الفرضية العامة قد تحققت بشكل جزئي، حيث أن التحسن ظهر في بعد واحد فيما يتعلق بجودة الحياة النفسية، إضافة إلى المقياس ككل، وظهر تحسن كلي فيما يتعلق بالعلاقات الأخوية ، فيما كان هناك تحسن جزئي أيضا بالنسبة للسلوك التكيفي لدى أطفال متلازمة داون.

يمكن تفسير هذه النتائج في ضوء الإطار النظري والبرنامج الإرشادي المستخدم، والأدوات والدراسات السابقة، حيث أن البرنامج المعرفي السلوكي زود إخوة المعاقين بالأدوات التي يحتاجونها للتعامل مع النتائج المترتبة عن إعاقة الأخ وتأثيرها على كل من جودة الحياة النفسية والعلاقات الأخوية.

شملت التدخلات السلوكية تدريس تقنيات مثل التربية العقلانية، وتغيير الأفكار غير المنطقية الناتجة عن ردود فعل الآخرين اتجاه إعاقة أخيهم ، وكذا تقنيات لتحسين العلاقات الأخوية.

في الوقت نفسه، ركزت التدخلات المعرفية على تعريف الإخوة بالإعاقة وأسبابها، وأثرها على الأسرة والإخوة، وقد غير تفكير أعضاء المجموعة حول الطريقة التي تفهم بها الإعاقة.

لقد تفاعل الإخوة داخل المجموعة الإرشادية بارتياح مع البرنامج الإرشادي، حيث أن المجموعة الإرشادية مكنت الأشقاء من التعبير بحرية ومناقشة أفكارهم، وتبين النتائج أن مشاعرهم تأثرت بشكل إيجابي مما انعكس على تحسن جودة الحياة.

كما أن العلاقات الأخوية هي الأخرى شهدت تحسنا كبيرا، حيث تعلم الإخوة قبول إخوتهم في حياتهم اليومية، وأصبحوا أكثر انفتاحا في ردود أفعالهم، سواء كانت إيجابية أو سلبية، كما زاد التفاعل بينهم ، خصوصا بعد تكليفهم بمساعدة الأخ المعاق في تحسين السلوك التكيفي، أين دخل الإخوة في

تفاعلات اجتماعية متبادلة، وممارسة أنشطة هادفة في البيت، في المقابل، يمكن لنظام الأسرة بأكمله أن يستفيد من تحسن العلاقة الأخوية.

السلوك التكيفي لدى أطفال متلازمة داون هو الآخر عرف تحسنا في أغلب أبعاده، حيث تحسنت الوظائف الاستقلالية للأطفال المعاقين، كما تحسن أداؤهم اللغوي، وتفاعلاتهم الاجتماعية، وزاد اعتمادهم على أنفسهم في مهارات رعاية الذات والقيام ببعض الأعمال المنزلية.

إن إشراك الأخ العادي في تعليم الاخ المعاق يزيد في كمية المشاركة، واللعب التعاوني، والقرب بين الأشقاء، مما ينعكس على تحسن العلاقات الأخوية من جهة، وكذا تحسن جودة الحياة النفسية حيث يشعر الإخوة بأن لهم دور مهم في الأسرة، مما ينعكس على شعورهم بالهناء والراحة النفسية.

إن ما تم ملاحظته هو عدم وجود تحسن بعض الأبعاد فيما يتعلق بمقياسي جودة الحياة النفسية والسلوك التكيفي، ما يثير تساؤلات بشأن الخصائص السيكومترية لهذه الأدوات، فضلا عن دور الأشقاء كمخبرين بشأن جودة الحياة النفسية وكذا السلوك التكيفي لإخوتهم المعاقين، ويبين أن مقياسي جودة الحياة النفسية والسلوك التكيفي يتطلب مزيدا من التحقيق في بنيته السيكومترية.

كما أن السلوكيات هي مهارات تزيد بالتدريب باعتبار أن منشأها اجتماعي، وفي البرنامج الإرشادي الحالي قد قامت الباحثة بتدريب إخوة المعاقين على البرنامج الإرشادي مرة واحدة فقط أثناء جلسات البرنامج، مما يعني أن أفراد المجموعة التجريبية حصلوا على تدريب متوسط عموما مما أثر على تأثير البرنامج.

إن عامل الزمن أيضا يلعب دورا كبيرا في تأثير البرنامج الإرشادي، حيث كان الزمن المخصص غير كاف لإتقان هذه المهارات، كما أن تعلم المهارات جيدا يحتاج إلى إعادة التدريب على نفس المهارات وبنفس الأسلوب، وإذا لم يتعامل الإخوة بجدية مع تدريبهم على السلوك التكيفي في البيت فإن هذا سوف يقلل من قيمة تأثير البرنامج بطبيعة الحال.

إن إيجابية الإخوة ومشاركتهم في رعاية أخيهم يساعدهم على تحقيق مستوى أفضل على كل الاصعدة، فيما يتعلق بتحسن جودة الحياة النفسية والعلاقات الأخوية ، وكذا تحسن السلوك التكيفي للاخ المعاق، وإن عدم الإلتزام بما طلبته الباحثة من الإخوة من مساعدة أخيهم بالبيت على أكمل وجه مؤكد سيحد من أثر البرنامج.

أيضا حجم العينة يحد من القوة الإحصائية حيث إن عينة المجموعة التجريبية كانت صغيرة(10 أفراد) إضافة إلى عدم وجود مجموعة ضابطة لمقارنة التغيرات بين المجموعتين.

اسهامـــــــات الدراســـــة وتوصياتهـــــــا

توصلت الدراسة إلى نتائج متسقة تدعو للاطمئنان ، كشفت عن مدى فاعلية البرنامج الإرشادي المستخدم في تحسين العلاقات الأخوية وجودة الحياة النفسية لدى الإخوة العاديين، وتنمية مهارات السلوك التكيفي لدى الأخوة المعاقين المصابين بمتلازمة داون، حيث أبدى الإخوة رغبة قوية واستعدادا للمشاركة في البرنامج الإرشادي، مما أتاح للباحثة فرصة ممارسة الجلسات الإرشادية بطريقة اتسمت بالايجابية، لاحظت من خلالها مدى تفاعلهم واندماجهم في جلسات البرنامج الإرشادي، وحاجتهم الماسة لمزيد من المعلومات عن متلازمة داون وكيفية التعامل معها، وقد امتد ثبات فعالية فاعلية البرنامج الإرشادي(باستثناء بعض الأبعاد) بعد فترة ثلاث أشهر من المتابعة.

على الرغم من أن تعميم نتائجنا مقيد نظرا للعديد من الاعتبارات، إلا أن هذه الدراسة تقدم دليلا أوليا على أن البرنامج الإرشادي الموجه للإخوة العاديين له تأثير إيجابي على تحسين جودة الحياة النفسية والعلاقات الأخوية لدى الإخوة العاديين.

المساهمة العلمية للدراسة:

لقد تمكنت الباحثة من خلال دراستها تحقيق الكثير من المساهمات العلمية التي من بينها:

- ترجمة استبيان للعلاقات الأخوية، ومقياس جودة الحياة النفسية، الذي يمكن أن يستفيد منهما الباحثون في دراساتهم المشابهة لهذا الموضوع.

- تكييف مقياس السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي على البيئة الجزائرية، عن طريق تعديل بعض العبارات وتحكيمها.

- بناء برنامج ارشادي موجه لإخوة المعاقين كي يستعين به الباحثون في الدراسات المقبلة، وكذا المهنيون في مراكز المعاقين.

- بما أن المراهقين غالبا ما يعتمدون على تفسيراتهم الخاصة فيما يتعلق بالإعاقة، فإن ذلك يشكل أحيانا صورة مشوهة حول الإعاقة في أذهانهم، ومن هنا فإن البرنامج سعى إلى توفير المعلومات المناسبة لمرحلة المراهقة حول متلازمة داون وأسبابها ، حيث أن تعزيز المعرفة بالإعاقة كان له تأثير إيجابي على العلاقات الأخوية وكذا التفاعل بينهم، وكفاءتهم الاجتماعية.

- لقد أكدت نتائج هذه الدراسة أن أشقاء الأطفال المعاقين يمكن أن يتعلموا استراتيجيات تحسين السلوك التكيفي المتعلق بالإخوة المعاقين، وبالتالي، إن التدخل عبر الأشقاء يعزز العلاقات الإيجابية المتبادلة والتفاعلات بينهم. كما أن استخدام البرنامج الإرشادي مع أشقاء الأطفال المعاقين، قد عزز التفاعلات الإيجابية بين الأشقاء في البيئة المنزلية، وعزز أيضا تطوير المواقف الإيجابية بين الأشقاء وقلل من مشاكل التعلم والعجز في المهارات التي يعاني منها الطفل المعاق من خلال زيادة الوقت التعليمي مع الأشقاء .علاوة على ذلك، فإن تعليم إخوة المعاقين يزيد من تعلم المهارات السلوكية ومن والتفاعل بين المعلمين مع أفراد الأسرة.

في ضوء ما توصلت إليه الدراسة من نتائج توصي الباحثة بما يلي:

- ضرورة تطوير وتقنين أدوات ومقاييس تخص العلاقات الأسرية والأخوية، وكذا مقاييس تتعلق بالمعاقين عقليا في البيئة الجزائرية حتى لا تتأثر نتائج الدراسة بالمقاييس التي يتم استخدامها.
- ضرورة الاهتمام بإخوة الأطفال المعاقين من قبل المختصين في مراكز المعاقين، وكذا إعداد المزيد من البرامج الارشادية الموجهة إليهم على اعتبار أن الاخوة اكثر احتكاكا وتعاملا مع الطفل المعاق. إذ ان ضعف هذا الجانب من جوانب الإرشاد لا يتناسب مع تلك الأهمية التي يتمتع بها إخوة المعاقين، فلازالت برامج الإرشاد قاصرة على أسر المعاقين فيما هناك إهمال واضح لإخوة العاديين.
- إجراء المزيد من الدراسات والبحوث العلمية التي تفعل دور الإخوة في العملية التربوية والتعليمية وكذا فهم مشكلة الاطفال المعاقين وحلها .
- توجيه الخطط والبرامج الإرشادية لتحسين جودة الحياة والعلاقات الاخوية لدى الإخوة العاديين وكذا تعليم الأطفال المعاقين في بيئتهم الأسرية، وإعطاء الفرصة للإخوة العاديين في التعبير عن اهتماماتهم، وطرح أفكارهم ومشاعرهم، من خلال الاهتمام بهم في مراكز الأطفال المعاقين من قبل المختصين النفسيين.
- ضرورة التركيز على الإرشاد الأسري لمساعدة الأولياء على تفهم المشكلات النفسية لدى الإخوة العاديين، وشرح أسباب إعاقة أخيهم وإعطائه الاهتمام الأكبر من قبلهما.

قائمـــــــــــة المراجـــــــــــع

المراجع بالعربية:

- الداهري، صالح حسن .(2005). علم النفس الارشادي (نظرياته وأساليبه الحديثة)، عمان: دار وائل للطباعة والنشر والتوزيع.

- أبو حلاوة ، محمد السعيد.(2010). جودة الحياة المفهوم والأبعاد، المؤتمر العلمي السابع لكلية التربية جامعة كفر الشيخ، جودة الحياة كاستثمار للعلوم التربوية والنفسية في الفترة من (13-14) أبريل ، ص ص (221-253).

- أبو عاصي، فيصل علي ضياء.(2012).فعالية برنامج تدريبي لتنمية السلوك التوكيدي في تحسين جودة الحياة النفسية للاطفال ضعاف السمع(رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة قناة السويس، مصر.

-أبو يوسف، محمد جدوع.(2008). فعالية برنامج تدريبي لتنمية المهارات الإرشادية لدى المرشدين النفسيين في مدارس وكالة الغوث بقطاع غزة (رسالة ماجستير غير منشورة)، الجامعة الاسلامية، غزة.

- أبوعباة، صالح بن عبد الله وبن طاش نيازي، عبد المجيد .(2000). الإرشاد النفسي والاجتماعي، الرياض: جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية.

- البيلاوي، إيهاب وأشرف محمد، عبد الحميد .(2005).الإرشاد النفسي المدرسي، القاهرة: دار الكتاب الحديث.

- الحسين، عبد الله بن سعد محمد.(2004). تقنين مقياس السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي العقلي-الجزء الأول-الصورة المدرسية على البيئة السعودية (رسالة دكتوراه غير منشورة)، جامعة الخرطوم، السودان.

- الحسين، عبد الله بن سعد محمد.(2005). تقنين مقياس السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (الصورة المدرسية – الجزء الأول 1993) على البيئة السعودية، ندوة التربية الخاصة، جامعة الملك سعود الرياض ، المملكة العربية السعودية، ص ص 1-28.

- الحمادي، حماد بن علي والهجين، عادل عبد الفتاح .(2009). حقيبة تدريبية أكاديمية حول برامج التوجيه والإرشاد النفسي والأسري، السعودية: مركز التنمية الأسرية، جمعية البر.

- الحمصاني، نسمة صلاح الدين عبد الفتاح .(2008). فاعلية برنامج ارشادي تدريبي لخفض الضغوط النفسية لدى إخوة المعاقين عقليا وعلاقتها بمفهومهم عن ذواتهم (رسالة دكتوراه منشورة)، جامعة عين شمس، القاهرة.

- السيد، أحمد رجب محمد .(2008).فاعلية برنامج إرشادي في خفض قلق المستقبل لدى أسر الأطفال المعاقين عقليا وأثره على تعديل السلوك اللاتكيفي لدى هؤلاء الاطفال(رسالة دكتوراه غير منشورة)، جامعة عين شمس، مصر.

- الشريف، بسمة عيد.(2010). أثر التدريب على أسلوب حل المشكلات في خفض التوتر وتحسين التكيف لأمهات المعاقين، المنارة، المجلد 17، العدد4، ص ص67- 89.

- الشمري، حمد محمد طاهر واوان.(2007). الفروق في السلوك العدواني والمهارات الاجتماعية لدى أطفال متلازمة داون طبقا لفترة الالتحاق ببرامج التدخل المبكر (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة الخليج العربي، البحرين.

- الشناوي، محمد محروس.(1996).العملية الإرشادية، القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، الطبعة الأولى.

- الشيراوي مريم، عيسى.(2013).السلوك التكيفي وعلاقته بجودة الحياة لدى التلميذات المعاقات ذهنياً بدولة قطر، مجلة الطفولة العربية ، العدد الرابع والخمسون، الكويت ، ص ص 67- 97.

- الصمادي، جميل.(2008).إخوة الطفل المعوق عقلياً (تقبل الحالة وتوفير مصادر المعلومات)، ورقة عمل مقدمة إلى المؤتمر الأول لأخوة الشخص المعاق يومي (8، 9 أفريل)، الشارقة.

- الصميلي، حسن بن إدريس عبده .(2009).فاعلية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي في خفض السلوك الفوضوي لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية بمنطقة جازان التعليمية (رسالة دكتوراه غير منشورة)، جامعة أم القرى، السعودية .

- الطيب، محمد عبد الظاهر وآخرون .(2005).مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

-الظاهر، دينا حسين .(2008). فاعلية برنامج إرشادي في تنمية بعض المهارات الاجتماعية وتقدير الذات لدى المعاقين حركيا، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عين شمس ، جمهورية مصر العربية.

- العاسمي، رياض نايل.(2008).أهمية برامج الإرشاد النفسي في تحقيق تفاعل الأدوار وتكاملها بين العاملين في معاهد الإعاقة العقلية وذوي المعوقيين، كلية التربية ، جامعة دمشق.

- العاسمي، رياض نايل.(2011). المبادئ العامة في تخطيط وإدارة برامج الإرشاد النفسي، دمشق: منشورات دار العرب.

- العاسمي، رياض نايل.(2011).فاعلية برنامج إرشادي قائم على الإرشاد المتمركز على العميل والتغذية الراجعة البيولوجية في تخفيض درجة الضغط النفسي والقلق كسمة وتحسين مفهوم الذات لدى عينة من المعلمين، مجلة جامعة دمشق ،المجلد 27 ، العدد الأول الاول+ الثاني، ص ص 219-281.

- العتيبي، بندر بن ناصر.(2004). مقياس فاينلاند للسلوك التكيفي، المعايير السعودية، جامعة الملك سعود.

- العجمي، فهد راكان ماجد.(2007). الفروق في مهارات السلوك التكيفي لدى التلاميذ ذوي الإعاقة الذهنية الذين خضعوا لبرامج التدخل المبكر والذين لم يخضعوا لها في منطقة الرياض التعليمية (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة الخليج العربي، البحرين.

- العرعير، محمد مصباح حسين.(2010) . الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون في قطاع غزة وعلاقتها ببعض المتغيرات (رسالة ماجستير غير منشورة)، الجامعة الإسلامية ، غزة.

- العريض، شيخة سالم.(2003) . الوراثة ما لها وما عليها (سلسلة الأمراض الوراثية)، بيروت: دار الحرف العربي للطباعة والنشر، الطبعة الأولى.

- العزيزي، سيف بن سالم بن خلفان.(2011). فاعلية برنامج إرشاد جمعي يستندان لنظرية هولاند وسوبر في تحسين مستوى اتخاذ القرار لطلاب التعليم الأساسي(رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة نزوى، سلطنة عمان.

- العسرج، عبد الله بن عبد العزيز بن فهد.(2006). فاعلية استخدام أسلوب التعزيز الرمزي في ضبط المشكلات السلوكية لدى ذوي متلازمة في جمعية النهضة النسائية الخيرية بالرياض(رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، السعودية.

- الغامدي، عبد الله بن عثمان بن صالح.(2010). فاعلية برنامج تدخل مبكر باستخدام الحاسوب في تنمية بعض المفاهيم ما قبل الأكاديمية في الرياضيات لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية وتعديل سلوكهم التكيفي(رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة عين شمس، مصر.

- الغندور، العارف بالله محمد. (1999). أسلوب حل المشكلات وعلاقته بنوعية الحياة دراسة نظرية، المؤتمر السنوى السادس حول جودة الحياة ، مصر، ص ص 1 -177.

- المالكي، حسين بن علي. (2008).مهارات السلوك التكيفي عند تلاميذ معاهد وبرامج التربية الفكرية في مدينة الرياض (دراسة مقارنة) (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة الملك سعود ، السعودية.

- الهذلي، آمنة عودة محمد.(2008).دراسة مرجعية عن متلازمة داون (أطروحة حلقة بحث وتصميم تجارب)، جامعة الطائف، السعودية.

- الهنداوي، محمد حامد إبراهيم.(2011) .الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة لحياة لدى المعاقين حركياً بمحافظات غزة (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة الأزهر، غزة.

- بن قيدة، مسعودة. (2009). دور برامج الرعاية التربوية الخاصة في تحقيق السلوك التكيفي لدى الأطفال ذوي متلازمة داون (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة الجزائر.

- جمعة، أمجد عزت عبد المجيد. (2005). مدى فعالية برنامج إرشادي مقترح في السيكودراما للتخفيف من حدة بعض المشكلات السلوكية لطلاب المرحلة الإعدادية (رسالة ماجستيرغير منشورة)، الجامعة الإسلامية، غزة.

- حافظ، نسرين بنت هارون بن عبيد الرحمن.(2011).الذكاء العاطفي وعلاقته بالسلوك التكيفي والتحصيل الدراسي لدى عينة من أطفال الدور الإيوائية بمكة المكرمة (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة أم القرى، السعودية.

- حسان، ولاء اسحق.(2009).فاعلية برنامج إرشادي مقترح لزيادة مرونة الأنا لدى طالبات الجامعة الإسلامية بغزة (رسالة ماجستير عير منشورة)، الجامعة الإسلامية، غزة.

- حسين، ندى يحيى محمد .(2012) .برنامج لتنمية التفاعل الاجتماعي لدى إخوة المعاقين عقليا لتحسين سلوكياتهم التكيفية (رسالة ماجستير غير منشورة) ، جامعة عين شمس ، مصر.

- حمادن، خالد.(2012).تقويم النمو البدني والقدرات الحركية للأطفال المصابين بمتلازمة داون(دراسة ميدانية حول فئة 7-10 سنوات(رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة الجزائر 3.

- خميس، إيمان أحمد. (2010) .جودة الحياة وعلاقتها بكل من الرضا الوظيفي وقلق المستقبل لدى معلمات رياض الأطفال، المؤتمر العلمي الثالث لكلية العلوم التربوية بجامعة جرش (تربية المعلم العربي وتأهيله : رؤى معاصرة) ، الأردن، ص ص 186 - 154.

- دبابش، علي موسى علي.(2011). فعالية برنامج إرشادي مقترح للتخفيف من القلق الاجتماعي لدى طلبة المرحلة الثانوية وأثره على تقدير الذات (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة الازهر، غزة.

- رجيعة، عبد الحميد عبد العظيم. (2009) .التحصيل الأكاديمي وادراك جودة الحياة النفسية لدى مرتفعي ومنخفضي الذكاء الاجتماعي من طلاب كلية التربية بالسويس، مجلة كلية التربية ، الاسكندرية، مج 19، ع 1، ص ص 227 – 172.

- روزماري، لامبي وديبي دانيلز، مورنج .(2000). الإرشاد الأسري للأطفال ذوى الحاجات الخاصة، الجزء الأول: الأسس النظرية، ترجمة: علاء الدين كفافي، القاهرة: دار قباء للطباعة وللنشر والتوزيع.

- زهران، حامد .(2005).الصحة النفسية والعلاج النفسي ، القاهرة : عالم الكتب، الطبعة الخامسة.

- سايحي، سليمة. (2004).فاعلية برنامج إرشادي لخفض مستوى قلق الامتحان لدى تلاميذ السنة الثانية ثانوي (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة ورقلة، الجزائر.

- سفيان، نبيل صالح .(2004). المختصر في الشخصية والإرشاد النفسي، مصر: ايتراك للنشر والتوزيع، الطبعة الاولى.

- شاهر، سليمان خالد .(2010). قياس جودة الحياة لدى عينة من طلاب جامعة تبوك بالمملكة العربية السعودية وتأثير بعض المتغيرات عليها، رسالة الخليج العربى ، السعودية ، س31 ، ع 117، ص ص 117 – 155 .

- شعبان ، الفرخ كاملة وتيم، عبد الجابر.(1999).مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي، عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى.

- صيدم، محمد بن رشيد.(2012).فاعلية برنامج إرشادي نفسي لتنمية الصلابة النفسية لدى مدمني المخدرات (رسالة دكتوراه غير منشورة)، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، السعودية.

- عايش، صباح.(2012).أثر الضغوط النفسية لدى أسر المعاقين على العلاقات الأسرية من حيث متغيري سن ونوع الإعاقة (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة وهران .

- عباس، سوسن حبيب.(2009). نماذج لألعاب تربوية هادفة مصممة لخدمة اطفال "متلازمة الداون"، الكويت، مج 11، عدد 41، ص ص 74- 90.

- عبد الفتاح، فوقية أحمد السيد وحسين، محمد حسين سعيد.(2006). العوامل الأسرية والمدرسية والمجتمعية المنبئة بجودة الحياة لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم بمحافظة بني سويف، المؤتمر العلمي

الرابع حول دور الأسرة ومؤسسات المجتمع المدني في لاكتشاف ورعاية ذوي الحاجات الخاصة 3-4 مايو ، جامعة بني سويف، ص ص187-270.

- عبدات، روحي مروح.(2007). الآثار النفسية والاجتماعية للإعاقة على أخوة الأشخاص المعاقين، الشارقة: مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية.

- عبدالخالق، شادية أحمد (2002م). أثر برنامج إرشادي في خفض العدوان بين الأشقاء. أبحاث المؤتمر السنوي التاسع لمركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، المجلد 2، ص ص 83 – 116.

- عراقة، صلاح الدين محمد.(2006). برنامج إرشادي للآباء لتحسين جودة الحياة لدى أبنائهم ذوي الحاجات الخاصة، مجلة كلية التربية، جامعة بنها، مجلد 16، العدد66، ص ص219- 258.

- عنبر، نصيرة ورجاح بوروبي، فريدة.(2013).تصميم برنامج إرشادي لتوكيد الذات لدى المراهقين، ملتقى الإرشاد النفسي، جامعة ورقلة.

- عيسى، عزيزة.(2006).الأداء الذهني والسلوك التكيفي لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة المدمجين في المدارس العادية دراسة مقارنة بين المدمجين في أقسام التعليم المكيف والأطفال المتواجدين بمركز التكيف المدرسي(رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة الجزائر، الجزائر.

- غيث، سعاد ومحمود، بنات واسماعيل محمد، غادة.(2009). دروس في التربية العقلانية دليل المرشد المدرسي، عمان: دار المعتز، الطبعة الأولى.

- قاسم، جميل محمد.(2008). فعالية برنامج ارشادي لتنمية المسؤولية الاجتماعية لدى طلاب المرحلة الثانوية (رسالة ماجستير غير منشورة)، الجامعة الاسلامية، غزة.

- مبارك، بشرى عناد. (2012) .جودة الحياة وعلاقتها بالسلوك الاجتماعي لدى النساء المتأخرات عن الزواج، مجلة كلية الآداب، العدد 99، ص ص 771-714.

- مصطفى، عدنان ضفاف.(2012). أثر برنامج أرشادي لتخفيف العزلة الاجتماعية لدى طالبات المرحلة المتوسطة جامعة بغداد/كلية التربية (ابن رشد) قسم العلوم التربوية والنفسية، بحث مستل لطالبة الماجستير، مجلة الأستاذ ، العدد (203) . ص ص 1369-1391.

- منصور، طلعت.(2008). الإرشاد النفسى لإخوة المعاق، المؤتمر العربى الأول عن "إخوة المعاق" يومي (8، 9 أفريل)، مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية، الشارقة.

- وشاحي، سماح نورمحمد.(2003). التدخل المبكر وعلاقته بتحسين أداء مجالات النمو المختلفة للأطفال المصابين بأعراض "متلازمة داون"(رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة القاهرة، مصر.

-سليم، عبد العزيز ابراهيم أحمد.(2009).فعالية برنامج علاجي في خفض حدة الاعاقة النوعية للغة وأثره في تحسين جودة الحياة النفسية لدى عينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية (رسالة دكتوراه غير منشورة)، جامعة دمنهور، مصر.

المراجع بالأجنبية:

-Afework,T.(2013).A Comparative Study of Psychological Wellbeing between Orphan and Non-orphan Children in Addis Ababa: The Case of Three Selected Schools in Yeka Sub-city , Masters Theses, ADDIS ABABA UNIVERSITY.

-Alkema, N.L.(2013). Associations Between Sibling Relationship Quality and Emotional Competence in Middle Childhood, Masters Theses, California State University.

-Bägenholm, A., & Gillberg, C. (1991). Psychosocial effects on siblings of children with autismand mental retardation: a population-based study. J Ment Defic Res, 35 (291-307.(

- Baker,M. J .(2000). Incorporating the Thematic Ritualistic Behaviors of Children with Autism into Games Increasing Social Play Interactions with Siblings. Interventions April vol. 2 no. 2 66-84

-Barr, H. (1999).Genetic counselling: a consideration for the potential and key obstacles to assisting parents adapting to a child with learning disabilities. British Journal of Learning Disabilities 17, 30–36.

-Barr, J., & McLeod, S. (2010). They never see how hard it is to be me: Siblings' observations of strangers, peers and family. International Journal of Speech-Language Pathology, 12 162_171.

-Bascoe, S. M., Davies, P. T., & Cummings, E. M. (2012). Beyond warmth and conflict: The developmental utility of a boundary conceptualization of sibling relationship processes. Child Development. 83(6): 2121–2138.

-Begum, G., & Blacher, J. (2011). The siblings relationship of adolescents with and without intellectual disabilities. Research in Developmental Disabilities: A Multidisciplinary Journal, 32(5), 1580-1588.

-Begun, A. L.(1989). Sibling relationships involving developmentally disabled people. American Journal on Mental Retardation, 93, 566-574

-Berger, J. (1990). Interactions between parents and their infants with Down syndrome. In D. Cicchetti & M. Beeghly. Children with Down syndrome: A developmental perspective. (pp 101-146). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

-Berven, N. L., Thomas,R.K. (2004).Counseling Theories and Techniques for Rehabilitation Health Professionals.Springer Publishing Company.

-Biggs, A .D., Porter, G.(2000). Dictionary of Counseling, IAP.

-Blather, J., Begum,G. (2011). Sibling Relationship Quality and Adjustment. International Review of Research in Developmental Disabilities, Volume 41,Academic Press

-Boer,F.,Goedhart,A.W.,Treffers,P.D.A.(1992). Children's sibling relationships: Developmental and clinical issues Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Branje,J.T.S.,van Lieshout,C.F.M.,van Aken,A.G.M.,Haselager,G. J.T.(2004). Perceived support in sibling relationships and adolescent adjustment. Journal of Child Psychology and Psychiatry 45(8):1385-96 .

-Brill,T.M. (2006)Down Syndrome,Marshall Cavendish.

-Britt,T.W.,Castro,C.A.and Adler,A.B.,eds.(2006). Military Life: The Psychology of Serving in Peace and Combat. Vol. 1, Military Performance (Westport, CT: Praeger Security International; Greenwood Publishing Group Inc.(.

- BRETHERTON, I. (1992). the Origins of Attachment Theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. Developmental Psychology, 28, 759-775.

-Buist,K.L,.Deković,M,.Prinzie,P.(2013).Sibling relationship quality and psychopathology of children and adolescents: A meta-analysis. Clinical Psychology Review ,33 ,pp 97–106.

-Burke,P. (2004). Brothers and Sisters of Disabled Children . Jessica Kingsley Publishers

-Buckley, S.J.,Sacks, B.I., (2002). An overview of the development of teenagers with Down syndrome (11-16 years). Portsmouth, UK: Down Syndrome Education International.Retrieved August 2014 http://www.down syndrome.org/information/development/adolescent.

-Buckley,S.J., Bird G, Sacks.B.(2002).Social development for individuals with Down syndrome-An overview. Down Syndrome Issues and Information. Retrieved August 2014, http://www.down-syndrome.org/information/social/overview./

-Buckley,S.J., Sacks,B.(2001). An overview of the development of children with Down syndrome (5-11 years). Down Syndrome Issues and Information. Retrieved August 2014 http://www.down-syndrome.org/information/development/childhood ./

- Buhrmester D, Furman W.(1990).Perceptions of sibling relationships during middle childhood and adolescence. Child Dev. Oct;61(5):1387-98.

-Burbidge,J. G. (2013). Effect of Sibling Relationships on Well-being and Depression in Adults with and without Developmental Disabilities. A thesis of Doctor of Philosophy,University Kingston, Ontario, Canada

-Byrne, E. A., Cunningham, C.C., & Sloper, P., (1988). Families and their children with Down's syndrome: One feature in common. London, UK: Routledge .

-Caffaro,J. V. (2013).Sibling Abuse Trauma - Assessment and Intervention Strategies for Children, Families, and Adults,INBUNDEN (Hardback). Routledge, Engelska .

-Carolyn Graff,J., Neely-Barnes,S, Smith., H.(2011). THEORETICAL AND METHODOLOGICAL ISSUES IN SIBLING RESEARCH. International Review of Research in Mental Retardation ,Academic Press.

-Carr, A.(2011). Positive Psychology: The Science of Happiness and Human Strengths, Routledge.

-Carr, J.(1988). Six weeks to 21 years old: A longitudinal study of children with Down's syndrome and their families. J Child Psychol Psychiatry 29:407–431.

-Carr,J., Carr,J.H.(1995). Down's Syndrome: Children Growing Up,Cambridge University Press.

-Carroll, J. L.(2013). Children's Constructed Meanings of Sisterhood When an Older Sibling has Autism. Doctor of Psychology Theses, Antioch University New England.

-Carvajal, F., & Iglesias, J. (2002). Face-to-face emotion interaction studies in Down syndrome infants. International Journal of Behavioural Development, 26, 104-112.

-Caspi,J.(2010). Sibling Development: Implications for Mental Health Practitioners. Springer Publishing Company.

-Cecil ,R. R.,Elaine ,F.(2007). Encyclopedia of Special Education. John Wiley & Sons.

-Chapman,R.S., Hesketh, L.J.(2001). Language, cognition, and short-term memory in individuals with Down syndrome. Down Syndrome Research and Practice.;7(1);1-7 .

-Cicirelli,V.G.(1995). Sibling Relationships Across the Lifespan. New York, NY: Plenum.

-Cohen,W.I.,Nadel,L.,Madnick,M.E.(2003).Down Syndrome: Visions for the 21st Century . John Wiley & Sons.

-Conger,K.J.,Williams,S.T.,Little,W.A.,Masyn,K.E.,&Shebloski,B.(2009). Development of Mastery during Adolescence: The Role of Family Problem Solving. Journal of Health and Social Behavior, 50, 99-114 .

-Conyne,K.R.(2011).The Oxford Handbook of Group Counseling.Oxford University Press.

-Corder,G.W.,Foreman,D.I.(2009).Nonparametric statistics for non statisticians: A step-by-step approach. Hoboken, N.J: Wiley.

-Corder,W.G.,Foreman,I.D.(2011).Nonparametric Statistics for Non-Statisticians: A Step-by-Step Approach Couvertur, John Wiley & Sons.

-Cornwell,A.C.,Birch, H.G.(1969).Psychological and social development of home-reared children with Down's syndrome (mongolism). American Journal of Mental Deficiency, 74, 341-350.

-Critic,K.A.,Friodrkh,W.N.,& Greenberg,M.T.(1983). Adaptation of families with mentally retarded children: A model of stress, coping and family ecology. American Journal of Mental Deficiency, 88, 125-189.

-Crnic,K.A.,Friedrich,W.N.,Greenberg,M.T.(1983).Adaptation of families with mentally retarded children: a model of stress, coping, and family ecology. American Journal of Mental Deficiency.;88:125–138.

-Clarke,P.J.,Marshall,M.V.,Ryff,D.C.,Wheaton,B.(2001).Measuring Psychological Well- Being in the Canadadian Study of Health and Aging. International Psychogeriatrics 13(1):79-90.

-Cuskelly,M.,Dadds,M.(1992). Behavioural problems in children with Down's syndrome and their siblings. J Child Psychol Psychiatry 33:749–761.

-Cuckle,P.,& Wilson,J.(2002).Social relationships and friendships among young people with Down's syndrome in secondary schools. British Journal of Special Education. 29, 66-71.

-Currie, J.(2001). Welfare and the Well-Being of Children.Psychology Press.

-Cuskelly,M,.Chant,D.,& Hayes, D.(1998). Behaviour problems in the siblings of children with Down syndrome: Association with family responsibilities and parental stress. International Journal of Disability, Development and Education, 45 (3), 295-311.

-Cuskelly,M.,Gunn,P.(1993).Maternal reports of behavior of siblings of children with Down syndrome. Am J Ment Retard 97: 521–529

-Cuskelly.M,.Chant.D,H.(1998).A Behaviour Problems in the Siblings of Children With Down Syndrome: associations with family responsibilities and parental stress International Journal of Disability, Development and EducationVolume 45, Issue3.

- Cynthia,R.K.,Pamela,S.H.(2011). Quality of Life: From Nursing and Patient Perspectives. Jones & Bartlett Publishers.

-Dagenais-Desmarais,V.,Privé,C.(2011).Comment améliorer le bien-être psychologique au travail? In S. St-Onge (Éd.) Gestion de la performance au travail : défis et tendances (pp. 669-687). Montréal, Québec : HEC Montréal.

-Davis.E,K.(2010).The Psychological Adjustment of Siblings of Children with Disabilities: The Role of the Family and the Wider Social Community.Degree of Doctor of Psychology thesis,RMIT University.

-Dyson,L.L.(1996).The Experiences of Families of Children with Learning Disabilities: Parental Stress, Family Functioning, and Sibling Self-Concept. J Learn Disabil May, vol. 29 no. 3 280-286.

-Deater-Deckard,K.,Dunn,J.,&Lussier,G.(2002).Sibling relationships and social-emotional adjustment in different family contexts. Social Development, 11, 571-590.

-DELLE FAVE,A,Massimini,F.,Bassi,M.(2011).Psychological Selection and Optimal Experience Across Cultures: Social Empowerment through Personal Growth. Springer.

-Diener,E.D.,Scollon,C.,&Lucas,R.E.(2003).The evolving concept of subjective well-being: The multifaceted nature of happiness. Ad-vances in Cell Aging and Gerontology, 15, 187-219 .

-Diener,E.,Emmons,R.A.,Larsen,R.J.& Griffin,S.(1985). The Satisfaction With Life Scale. Journal of Personality Assessment, 49, 71–75.

-Dodd,L.W.(2004).Supporting the siblings of young children with disabilities. British Journal of Special Education 31, 41–9.

-Dodge,R.,Daly,A.,Huyton,J.,& Sanders,L.(2012).The challenge of defining wellbeing. International Journal of Wellbeing, 2(3), 222-235

-Dolgin,M.J.,Somer,E.,Zaidel,N.,&Zaizov,R.(1997).A structured group intervention for siblings of children with cancer. Journal of Child and Adolescent Group Therapy,1, 3–18.

-Dolva,A.S.(2009).CHILDREN WITH DOWN SYNDROME IN MAINSTREAM SCHOOLS -CONDTIONS INFLUENCING PARTICIPATION. doctoral Thesis, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden.

-Domino,G.,& Domino,M.L.(2006).Psychological testing: an introduction. Cambridge: Cambridge University Press.

-Dykens,M.E.,Hodapp,M.R.,Evans,W.D.(2006).Profiles and development of adaptive behavior in children with Down syndrome.Downs Syndr Res Pract Jun;9(3):45-50.

-Eisenberg,L.,Baker,B.L.,& Blacher,J.(1998). Siblings of children with mental retardation living at home or in residential placement. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 39, 355-363

-Eleanor,J.H.(1988).The Forgotten Children, Siblings of the Handicapped: A Family Transactional Perspective .University of Wisconsin-Milwaukee .

-Emerson,E., Hatton, C, Thompson,T., Parmenter,T.(2004).International Handbook of Applied Research in Intellectual Disabilities. John Wiley & Sons.

-Evans, J.,Jones, J., Mansell, I. (2001).Supporting siblings: evaluation of support groups for brothers and sisters of children with learning disabilities and challenging behaviour. Journal of Learning Disabilities, 5, 69–78.

-Fanos,J. H., Fahrner,K., Jelveh L., King R. & Tejeda D. (2005).The sibling center: a pilot program for siblings of children and adolescents with a serious medical condition. The Journal of Pediatrics ,146, 831–5.

-Farquhar ,M .(1995).Definitions of quality of life: a taxonomy. J Adv Nurs, 22(3):502-8.

-Feiges,L.S.,Weiss,M.J.(2004).Sibling Stories: Reflections on Life with a Brother Or Sister on the Autism Spectrum. AAPC Publishing.

-Feinberg, M.E., Neiderhiser, J.M, Simmens ,S.J., Reiss ,D., Hetherington, M.E. (2000).Sibling comparison of differential parental treatment in adolescence: Gender, self-esteem, and emotionality as mediators of the parenting-adjustment association. Child Development. 71:1611–1628 .

-Felce, D., Perry, J. (1995). Quality of life : Its definition and measurement. Res Dev Disabil, Jan-Feb;16(1):51-74.

-Ferraioli, S. J.,Harris, S.L. (2010). The impact of autism on siblings. Social Work in Mental Health, 8, 41-53.

-Field,A. (2013). Discovering Statistics using IBM SPSS Statistics .SAGE.

-Fisman, S., Wolf, L., Ellison, D., & Freeman,T.(2000). A longitudinal study of siblings of children with chronic disabilities. Canadian Journal of Psychiatry, 45, 369–375.

-Fisman, S., Wolf, L., Ellison, D., Gillis, B., Freeman, T., & Szatmari, P.(1996). Risk and protective factors affecting adjustment of siblings with chronic disabilities. Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry, 35, 1532–1541.

-Fraser, M.W., Kirby, L.D., & Smokowski, P.R. (2004). Risk and resilience in childhood. In M. W. Fraser. Risk and resilience in childhood: An ecological perspective, (pp. 13-66). Washington, DC: NASW Press.

-Frijns,M.(2010).DETERMINANTS OF LIFE SATISFACTION–A CROSS-REGIONAL COMPARISON. Masters Thesis, Maastricht University.

-Gage,N.A.,Lierheimer,K.S.,Goran,G.L.(2012).Characteristics of Students With High-Incidence Disabilities Broadly Defined. Journal of Disability Policy Studies , vol. 23 no. 3 168-178

-Gargiulo, R. M. (1984). Understanding family dynamics. In R. M. Gargiulo adj. Working with parents of exceptional children (pp. 41-84). Boston: Houghton Mifflin.

-Gath, A. (1973). The school-age siblings of mongol children. British Journal of Psychiatry, 123, 161-167.

-Gath,A.(1974) Siblings reactions to mental handicap: a comparison of the brothers and sisters of mongoi children. Journal oJ Child Psychology and Psychiatry, 15 (2), 187-98.

-Gath,A.,& Gumley,D.(1984). Down's syndrome and the family: Follow-up of children first seen in infancy. Developmental Medicine and Child Neurology, 26, 500-508

-Giallo, R.the wellbeing of siblings growing up with a brother or sister with a disability or chronic illness, Parenting Research Centre, Retrieved August 2014 http://prc.webberoo.com.au/index.php/sharing-knowledge/program-implementation/abcd-parenting-young-adolescents/2-content/research-creating-knowledge/101-the-wellbeing-of-siblings-of-children-with-a-disability-or-chronic-medical-illness-project-detail.

-Giallo,R.,Gavidia-Payne,S.(2006).Child, parent and family factors as predictors of adjustment for siblings of children with a disability. J Intellect Disabil Res;50(Pt 12):937-48.

-Gorelick,J.(1996). A strong sibling network: Forgotten children no more. Paper presented at the 10th World Congress of the International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities. Helsinki, Finland

-Gousmett,S.L.(2006). Families of children with developmental disabilities: family environment, social support, and sibling well-being. Master Thesis, University of Canterbury.

-Graff,C.J.,aroly,n., Neely-Barnes,S., Smith, Heather.(2011). THEORETICAL AND METHODOLOGICAL ISSUES IN SIBLING RESEARCH. International Review of Research in Mental Retardation, volume 36,pp 233-280.

-Granat,T.,Nordgren,I.,Rein,G.,Sonnander,K.(2012).Group intervention for siblings of children with disabilities: A pilot study in a clinical setting. Disabil Rehabil 34: 69-75

-Green,L.(2013).The Well-Being of Siblings of Individuals with Autism . ISRN Neurology,Volume (2013).

-Griot,M., Marjorie, P ., Anna-Rita, G., Serge, P.(2010) :la perception parentale des répercussions du handicap d'un enfant sur la fratrie, Thérapie familiale, Genève, Volume. 31, Numéro 2, pp. 167-179.

-Grossman,F.K.(1972).Brothersand sit &reef retartledchildren:An exploratory study. Syracuse NY: Syracuse University Press .

-Hallberg,U.(2013).Situation and psychosocial well-being of older sisters to children with disabilities or chronic illnesses—the forgotten children? . Citation: Int J Qualitative Stud Health Well-being , Int J, 8: 21755.

-Hancock,T., Kaiser, A. (1996). Siblings use of milieu teaching at home. Topics in Early Childhood Special Education, 16(2), 168–190 .

-Härkönen,U.(2007).The Bronfenbrenner ecological systems theory of human development."Scientific Articles of V International Conference PERSON.COLOR.NATURE.MUSIC." October 17-21, 2007 .

-Harpin,V.A.(2005).The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. Arch Dis Child 2005;90(Suppl I):i2–i7.

-Hastings,R.P.(2003). Brief report: Behavioral adjustment of siblings of children with autism . Journal of Autism and Developmental Disorders, 33, 99–104.

-Hastings,R.P.(2003). Behavioral adjustment of siblings of children with autism engaged in applied behavior analysis early intervention programs: The moderating role of social support. Journal of Autism and Developmental Disorders. 33, (2) 141-150 .

-Hegar,R.L.(2005). Sibling placement in foster care and adoption: An overview of international research. Children and Youth Services Review 27 (2005) 717–739.

-Heller,T,.Kramer,J.(2009).Involvement of adult siblings of persons with developmental disabilities in future planning. Intellectual and Developmental Disabilities, 47(3), 208-219.

-Heller,T.,Arnold,C.K.(2010). Siblings of adults with developmental disabilities: Psychosocial outcomes, relationships, and future planning. Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities, 7(1), 16-25.

-Holsen,L.M.(1999)"Specific Worries in Siblings of Children with Down Syndrome". Honors Projects, Illinois Wesleyan University.

-Houtzager,B.A.,Grootenhuis,M.A.,Last,B.F.(2001).Supportive groups for siblings of pediatric oncology patients: impact on anxiety. Psycho-Oncology 10, 315–24.

-Howe,N.,Aquan-Assee,J.,Bukowski,W.,Lehoux,P.,&Rinaldi,C.(2001). Siblings as confidants: Emotional understanding, relationship warmth, and sibling selfdisclosure. Social Development, 10(4), 439-454.

-Hsiu-Chen,Yeh.,Lempers,J.(2004).Perceived sibling relationships and adolescent development. Journal of youth and adolescence. Vol. 33, No. 2, April, pp. 133-147.

-Huffman, L. C., Mehlinger, S. L., & Kerivan, A. S. (2000). Risk factors for academic and behavioral problems at the beginning of school. In Off to a good start: Research on the risk factors for early school problems and selected federal policies affecting children’s social and emotional development and their

readiness for school. Chapel Hill, NC: University or North Carolina, FPG Child Development Center.

-Ingersoll-Dayton, B., Neal, M. B.,Ha,J.H.,&Hammer,L.B.(2003). Collaboration among siblings providing care for older parents. Journal of Gerontological Social Work, 40, 51-66.

-Ishizaki,Y.,Ishizaki,t.,Ozawa,K.,Fukai,Y.,Hattori,Y.,Taniuchi,S., Kobayaski, Y. (2005). Psychosocial problems among siblings of children with disabilities in Japan: Psychosocial association between mothers and siblings. Journal of Developmental and Physical Disabilities, 17(2), 119-132.

-Issroff,J,.(2005).Donald Winnicott and John Bowlby: Personal and Professional Perspectives, Karnac Books.

-Jackson,R.M.(2005).Curriculum Access for Students wtih Low Incidence Disabilities: The Promise of Universal Design for Learning. Wakefield, MA: Center for Applied Speical Technology.

-Kaminsky,L.,& Dewey,D.(2001). Sibling relationships of children with Autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, 31, 399-410.

-Kasari,C.,Freeman,S.F.N.&Hughes,M.A.(2001).Emotion recognition by children with Down syndrome. American Journal on Mental Retardation, 106, 59-72.

-Kasari, C., Freeman, S.F.N. (2001). Task-related social behaviour in children with Down syndrome. American Journal on Mental Retardation, 2001, 253-264.

-Kashdan,T.B.,Biswas-Diener,R.,&King,L. A. (2008). Reconsidering happiness: The costs of distinguishing between hedonics and eudaimonia. The Journal of Positive Psychology, 3(4), 219–233.

-Kendall,J.(1999). Siblings accounts of attention deficit hyperactivity disorder. Family Proc;38:117–136.

-Kim,T.(2010).Sibling-Implemented Intervention for Improving Social Interaction Skills of Young Children who have Difficulties with Socialization.Doctor thesis, University of Kansas.

-Kitzmann, K.M., Cohen, R., Lockwood, R.L. (2002). Are only children missing out?Comparison of the peer-related social competence of only children and siblings. Journal of Social and Personal Relationships, 19(3), 299–316

-Kim,J.,McHale,SM.,Osgood,D.W.,Crouter,A.C.(2006).Longitudinal course and family correlates of sibling relationships from childhood through adolescence. Child Development.; 77:1746–1761.

-Korff-Saussee,S.(2003).Brothers and sisters who are psychically forgotten. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'Adolescence, Vol. 51(7), 385.

-Kosonen,M. (2001). Foster children's sibling relationships in middle childhood. PhD thesis, University of Glasgow.

-Kramer,J.(2003).Disability and Siblings: Theory, Research, and Policy. Unpublished Term Paper. University of Illinois at Chicago.

-Landry, S,. Chapieski, M. L. (1989). Joint attention and infant toy exploration: effects of Down syndrome and prematurity. Child Development, 60, 103-118.

-Lardieri,L.A., Blacher,J.,and Lee,H.S.(2000).Sibling Relationships and Parent Stress in Families of Children With and Without Learning Disabilities." Learning Disability Quarterly 23: 105-116.

-Lobato,D.,Tlaker,A.(1985).Sibling intervention with a retarded child. Education & Treatment of Children, 8, 221-228

-Lobato,D. J.,Kao.B.T.(2002). Integrated sibling–parent group intervention to improve sibling knowledge and adjustment to chronic illness and disability. Journal of Pediatric Psychology 27, 711–16.

-Lobato,D.J.,Kao,B.T.,Plante,W.(2005).Latino sibling knowledge and adjustment to chronic disability. Journal of Family Psychology, Vol 19(4), 625-632.

-Lorenz,S.(2012).Children with Down's Syndrome: A guide for teachers and support assistants in mainstream primary and secondary schools, Routledge.

-Madan-Swain,A., Sexson, S., Brown,R., Ragab ,A.(1993).Family adaption and coping among siblings of cancer patients, their brothers and sisters, and nonclinical controls. The American Journal of Family Therapy.;1:60–69.

-Maleki-Tehrani,M.(2006).SIBLING RELATIONSHIPS AND FAMILY DYNAMICS IN FAMILIES WITH A CHILD WITH TOURETTE SYNDROME, Doctor thesis , Canada.

-Manor-Binyamini,I.,Abu-Ajaj,O.(2012).Coping of siblings of children with developmental disabilities in the Bedouin community, Research in Developmental Disabilities 33 825–831.

-Marcia,A. T., Simonson ,C.D.(1996).Assessment of Quality-of-Life Outcomes. N Engl J Med .

-Martins,M.P.(2007). Siblings of individuals with autism: perceptions of the sibling experience, psychological functioning, and the developmental tasks of young adulthood. Doctor thesis, Rutgers University.

-Martirosyan,A.(2013).Sibling Relationships in Families with a Child with Special Needs A case study of a Norwegian family with a child with Down syndrome and her three siblings. Master thesis, UNIVERSITY OF OSLO .

-Matson,J.L.(2011).Clinical Assessment and Intervention for Autism Spectrum Disorders. Academic Press.

-Matthews,L.S.,Conger, R.D. (2004).He did it on purpose!" Family correlates of negative attributes about an adolescent sibling. Journal of Research on Adolescence, 14 , 257–284.

-McGuire,S., Manke,B., Eftekhari, A.,Dunn,J. (2000). Children's perceptions of sibling conflict during middle childhood: Issues and sibling (dis)similarity. Social Development, 9(2). 173-190.

-McHale,S.M.,Gamble,W.C.(1989).Sibling relationships of children with disabled and nondisabled brothers and sisters. Developmental Psychology, 25, 421-429.

-McHale,S.M.,Pawletko, T.M.(1992).Differential Treatment of Siblings in Two Family Contexts Child Development Volume 63, Issue 1, pages 68–81.

-McHale,S.M.,Crouter,A.C.,McGuire,S.A.,Updegraff,K.A.(1995).Congruence between Mothers' and Fathers' Differential Treatment of Siblings: Links with Family Relations and Children's Well-Being. Child Development.;66:116–128 .

-McHale,S.M.,Updegraff,A.K.,Whiteman,D.S.(2013). Sibling Relationships, Peterson. - McLinden, E .S., Miller ,M. L., Deprey, M. J.(1991). Effects of a support group for siblings of children with special need. Psychology in the Schools Volume 28, Issue 3, pages 230–237.

-McHale,S.M.,Updegraff,K.A.,Whiteman,S.D.(2013). Handbook of Marriage and the Family. New York: Springer.

-Megan,D.G.(2012).Sibling Relationship Quality: Associations with Marital and Coparenting Subsystems. Masters Theses , University of North Texas.

-Metin,Ö.,Üstün, E.(2010). Reflection of sibling relationships into the kinetic family drawings during the preschool period, Procedia Social and Behavioral Sciences 2 , 2440–2447.

-Milevsky,A.(2011).Sibling relationships in childhood and adolescence: Predictors and outcomes. New York, NY: Columbia University Press .

-Minshawi,N.F.(2007). Relationship Between Problem Behaviors, Function, and Adaptive Skills in Individuals with Intellectual Disabilities. Doctor thesis, University Mechanical College.

-Moyson,T.,Roeyers ,H. (2012).'The overall quality of my life as a sibling is all right, but of course, it could always be better' Quality of life of siblings of children with intellectual disability: the siblings' perspectives. Journal of Intellectual Disability Research, 56, pp. 87–101

-Murphy,A.T.(1979). Members of the family: Sisters and brothers of the handicapped. Volta Review, v81 n5 p352-62 .

-Naylor,A.,& Prescott,P. (2004). Invisible children? The need for support groups for siblings of disabled children. British Journal of Special Education, 31(4), 199-206.

-Naylor,A. & Prescott,P. (2004).Invisible children? The need for support groups for siblings of disabled children. British Journal of Special Education,31, 199–206.

-Negron,H.P.S.(2007).Understanding the Impact of a Sibling Encounter Workshop for Families of Children with Disabilities. ProQuest.

-O'Laughlin, K.C.(2006). The quality of the sibling relationship of children diagnosed with autism. PCOM Psychology Dissertations.

-Oliva, A., Arranz, E.(2005). Sibling relationships during adolescence, European Journal of Developmental Psychology, 2(3), 253–270

-Opperman, S., Alant, E.(2003).The coping response of the adolescent siblings of children with severe disabilities.Disability and Rehabilitation.;25:441–454 .

-Pais-Ribeiro,J.L.(2004). Quality of life is a primary end-point in clinical settings. Clin Nutr. Feb;23(1):121-30.

-Paulsen,J.L.(2013). Communication Among Emerging Adult Siblings. Masters Theses & Specialist Projects, Western Kentucky University.

-Perez,T.(2008).A Sibling Support Group for Siblings of Children with Autism. Carlos Albizu University.

-Pinky,B.(2005). Social skills and siblings in India. Masters Theses,University of Missouri-Columbia.

-Plante,T.G.(2006).Abnormal Behavior in the 21st Century [Three Volumes].Greenwood Publishing Group.

-Porter,L.& McKenzie,S.(2000). Professional collaboration with parents of children with disabilities. London:Wiley.

-Powell, T. H., Salzberg, C.L.,Rule,S.,Levy,S.,&Itzkowitz, J.S.(1983). Teaching mentally retarded children to play with their siblings using parents as trainers. Education and Treatment of Children, 6, 343-36.

-Powell,T.H.,&Ogle,P.A.(1985). Brothers & Sisters--A Special Part of Exceptional Families. Baltimore, MD: Paul H. Brooks Publishing Co .

-Prchal,A.,Landolt,M.(2012).How siblings of pediatric cancer patients experience the first time after diagnosis: a qualitative study.Cancer Nurs;35(2):133-40.

-Puttick,N.(2011).Siblings of children with disabilities: improving health well-being through creativity. J Fam Health Care;21(1):25-8.

-Ralph,K. (2010).Enhancing the Quality of Life of People with Intellectual Disabilities: From Theory to Practice .Springer.

-Reichman,N.E., Corman ,H., Kelly ,N.(2008).Impact of Child Disability on the Family Maternal and Child Health . Journal Disclosures Matern Child Health,12(6),pp 679-683 .

-Rent-Stainbrook, A., Kaiser, A. P., & Frey, J. R. (2007). Older siblings' use of responsive interaction strategies and effects on their younger siblings with Down Syndrome. Journal of Early Intervention, 29(4), 273-286

-Richman,N.,Stevenson,J.,& Graham,P.(1982). Pre-school to school– a behavioural study. London, UK: Academic Press.

-Riper,V.M. (2000).Family Variables Associated With Well-Being in Siblings of Children With Down Syndrome. Journal of Family Nursing August ,vol 6,no3, 267-286 .

-Ripoll-Núñez,K,.Carrillo,S. (2014). Sibling Relationships and Children's Social Well-Being. Handbook of Child Well-Being, pp 1817-1842 .

-Rogers,M.K.(2001). A social learning theory and moral disengagement analysis of criminal computer behavior: an exploratory study. doctor thesis, University of Manitoba Winnipeg, Manitoba.

-Rojas,M.(2004). The Complexity of Well-being A Life Satisfaction Conception and a Domains-of-Life Approach ,Paper for the International Workshop on Researching Well-being in Developing Countries,Universidad de las Americas, Mexico.

-Rossiter,L.,Saskatchewan,R.(2000).Sibling of individuals with intelectual disabiities : psychological functioning and sibling relationships. master Thesis, university of regina.

-Rossiter,L.,Sharpe,D.(2001). The Siblings of Individuals with Mental Retardation:A Quantitative Integration of the Literature. Journal of child and family studies, 10, (1), 65-84.

-Ruby,S.C.P.(1999).Intervention with Siblings of Children with Developmental Disabilities from Economically Disadvantaged Families. Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services, Vol. 80, No. 6, pp. 569-577.

-Ryan, R. M., & Deci,E.L.(2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. Annual Review of Psychology, 52, 141–166.

-Ryan,R.M.,Huta,V.,Deci,E. (2006). Living Well: A Self- Determination Theory Perspective on Eudaimonia. Journal of Happiness Studies,Volume 9, Issue 1, pp 139-170.

-Ryff,C.D.,Singer,B.(2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. Journal of Happiness Studies, 9(1), 13-39.

-Sadrossadat,L.,Moghaddami,A.,Sadrossadat,S.J.(2010).A Comparison of Adaptive Behaviors among Mentally Retarded and Normal Individuals: A guide to Prevention and Treatment. International Journal of Preventive Medicine, Vol 1, No 1, Winter

-Sainfort F., Becker M., Diamond R. (1996). Judgments of quality of life of individuals with severe mental disorders: patient self-report versus provider perspectives. Am J Psychiatry, 153:497–502 .

-Scelles, R. (1997). Fratrie et handicap : l'influence du handicap d'une personne sur ses frères et sœurs. Harmattan, Paris.

-Scelles,R.(2003).L'enfant handicapé dans sa fratrie. Comment favoriser l'instauration du lien fraternel, Informations sociales, 112, 36-45.

-Scelles,R. (2004). La fratrie comme ressource. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux. 32 (1), 105-123.

_Scharf,J.M.,Moorjani,P.,Fagerness,J.,Platko,J.V.,Illmann,C.,Galloway,B.,Jenike,E.,Stewart,S.E.,Pauls,D.L.(2008). Lack of association between SLITRK1var321 and Tourette syndrome in a large family-based sample. Neurology, 70:1495–6.

-Schreibman, L., O'Neill, R. E., & Koegel, R. L.(1983). Behavioral training for siblings of autistic children. Journal of Applied Behavior Analysis, 16(2), 129-138.

-Seifert,A.T.(2005). The Ryff Scales of Psychological Well-Being. Center of Inquiry Home, Spring .

-Selikowitz ,M.(2008). Down Syndrome. Oxford University Press.

-Seltzer,M.M.,Orsmond,G.I., Esbensen,A.J.(2009).Siblings of individuals with an autism spectrum disorder: Sibling relationships and wellbeing in adolescence and adulthood.Autism; 13(1): 59–80

-Shane,J.L.(2011).The Encyclopedia of Positive Psychology.John Wiley & Sons.

-Shapiro,S.E.(2014).Behavioral Assessment in School Psychology.Routledge.

-Sharpe,D.,Rossiter, L.(2002). Siblings of Children With a Chronic Illness: A Meta-Analysis- Oxford JournalsMedicine. Journal of Pediatric Psychology,Volume 27, Issue 8 Pp. 699-710 .

-Shawn,D.W., Susan ,M. M,. Soli, A. (2011).Theoretical Perspectives on Sibling Relationships, J Fam Theory Rev,3(2): 124–139

-Shechtman,Z.,Irit,G (2005). The effectiveness of counseling groups in reducing stress of parents of children with learning disabilities. Group Dynamics:Theory, Research, and Practice, Vol 9(4), Dec, 275-286

-Shriner,A.J.(1999). Adult Sibling Relationships, Ohio State University, Fact Sheet.

-Siegel,B.,Silverstein,S.(2007).What about Me?: Growing Up with a Developmentally Disabled Sibling .Da Capo Press.

-Sigman,M.,&Ruskin,E. (1999). Continuity and change in the social competence of children with autism, Down syndrome and developmental delays. Monograph of the Society for Research in Child Development. Malden MA, USA: Blackwells.

-Skotko,B.G.,Levine ,S.P. (2006). What the other children are thinking: Brothers and sisters of persons with Down syndrome, American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics ,Special Issue: Current Perspectives on Down Syndrome: Selected Medical and Social Issues,Volume 142C, Issue 3, pages 180–186.

-Slee, P.T., & Rigby, K. (1998). Children's Peer Relations.Psychology Press .

-Slomkowski,C., Rende, R., Conger, K. J., Simons, R. L., & Conger, R. (2001). Sisters, brothers, an delinquency: Evaluating social influence during early and middle adolescence. Child Development, 72, 271– 283.

-Sloper, P,.Turner, S.,Knussen,C.,&Cunningham,C. (1990). Social life of school children with Down's syndrome. Child Care Health and Development,16, 235-251.

-Smith,A.L.,(2010).Examining the Role of Communication on Sibling Relationship Quality and Interaction for Sibling Pairs With and Without a Developmental Disability. Dissertation, Georgia State University.,

-Smith,T. & Perry,A. (2004).A sibling support group for brothers and sisters of children with autism. Journal on Developmental Disabilities 11, 77–88 .

-Springer, K.W., Hauser,R.M.,Freese, J. (2006). Bad news indeed for Ryff's six-factor model of wellbeing. Social Science Research, 35, 1120–1131.

-Steger,M.F., Kashdan, B.T., Oishi ,S.(2008).Being good by doing good: Daily eudaimonic activity and well-being. Journal of Research in Personality 42 (2008) 22–42.

-Stocker,C.M., Lonthier,R.P.,Furman,W.(1997). Sibling rela¬tionships in early adulthood. Journal of Family Psychology, 11. 210-231 .

-Stocker,C.M.,Burwell,R.A., Briggs, M. L. (2002). Sibling con¬flict in middle childhood predicts children's adjustment in early adolescence. J Fam Psychol;16(1):50-7.

-Stormshak,E.A., Bellanti, C. J., & Bierman, K. L. (1996). The quality of sibling relationships and the development of social competence and behavioral control in aggressive children. Developmental Psychology, 32(1), 79-89 .

-Strain,P.S.,Danko,C.D.(1996).Caregivers' Encouragement Of Positive Interaction Between Preschoolers With Autism And Their Siblings. Journal of Emotional and Behavioral Disorders , vol. 3 no. 1 2-12.

-Strohm, K. (2005). Being the other one. Growing up with a brother of sister who has special needs. Boston: Shambhala.

-Susniene,D.,Jurkauskas,A.(2009). The Concepts of Quality of Life and Happiness – Correlation and Differences .Inzinerine Ekonomika-Engineering Economics(3). Pp58-66.

-Swenson-Pierce,A., Kohl, F.L., & Egel, A. L. (1987). Siblings as home trainers: A strategy for teaching domestic skills to children. The Association for Persons with Severe Handicaps, 12, 53-60

-Tafoya ,M. A. (2008). Sibling Types: The Influence of Genetic Relatedness on Sibling Interactions. ProQuest.

-Talbot,K.(2013). What Forever Means After the Death of a Child: Transcending the Trauma, Living with the Loss.Routledge.

-Townsend, D. L. (2006).]older adults, literacy, and quality of life: a narrative study. Master Thesis ,University of Saskatchewan ,Saskatoon, Saskatchewan.

-TRACY,W.(2007).Towards Conversations Between Families and Professionals: What Helps and Hinders Family Coping When Caring for a Child with Special Needs, MASTERS THESIS, FACULTY OF GRADUATE STUDIES , TRINITY WESTERN UNIVERSITY .

-Trent,J.A.,Kaiser,A.P., & Wolery, M. (2005). The use of responsive interaction strategies by siblings. Topics in Early Childhood Special Education, 25, 107-118.

-Trevino,F.(1979). Siblings of handicapped children: Identifying thoseat risk. Social Casework: Journal of ContemporarySocial Work, 62, 488-493.

-Tsao,L., & Odom, S. L. (2006). Sibling-mediated social interaction intervention for youngchildren with autism. Topics in Early childhood Special Education, 26, 106-123.

-Turnbull,R.H.,Turnbull,Ann,P.,Wehmeyer,M.L.,& Park,J. (2003). A quality of life framework for special education outcomes. Remedial and Special Education, 24(2), 67-74 .

-Unruh, A. M.(1992). Siblings of children with special needs. CJOT, VOLUME 59, Number 3,pp151-15.

-van Vuuren,C.J. (2013). The impact of disability on siblings of children with disabilities. master thesis, UNIVERSITY OF SOUTH AFRICA SUPERVISOR.

- Van Dierendonck,D.(2004).The construct validity of Ryff's scales of psychological well-being and its extension with spiritual well-being. Personality and Individual Differences, 36, 629–643.

-Vaughn,T.(2012).The Individual Psychology of Alfred Adler: A Theoretical, Therapeutic and Theological Appraisal , THE REQUIREMENTS OF THE COURSE COUNSELING THEORY AND METHODS,B. H. CARROLL THEOLOGICAL INSTITUTE.

-Volling,BL.(1997).The family correlates of maternal and paternal perceptions of differential treatment in early childhood.Family Relations.;46:227–236.

-Voorpostel, M., Blieszner, R.(2008). Intergenerational solidarity and support between adult siblings. Journal of Marriage and Family. 70:157–167 .

-Weisman,L.J.(2007). The Same and Different: A Grounded Theory of the Experiences of College Students who Have a Sibling with a Developmental Disability. ProQuest.

-Wells,K.,Condillac,R., Perry, A., Factor,C.D. A Comparison of Three Adaptive Behaviour Measures in Relation to Cognitive Level and Severity of Autism .Journal on Developmental Disabilities, Volume 15 Number 3.

-Whiteman,S. D., McHale, S. M., & Crouter, A. C. (2007). Competing processes of sibling influence: Observational learning and sibling deidentification. Social Development, 16,642-66

-Williams P. D., Williams A. R., Graff ,J. C., Hanson S., Stanton A., Hafeman C.(2003).A communitybased intervention for siblings and parents of children with chronic illness or disability: the ISEE study. The Journal of Pediatrics,143, 386–93.

-Yan, L .(2008).Understanding Chinese Lesbians' Subjective Well-being During Sexual Identity Development, ProQuest.

-Yu, J. J., & Gamble, W. C. (2008). Pathways of influence: Marital relationships and their association with parenting styles and sibling relationship quality. Journal of Child and Family Studies, 17, 757–77.

الملاحـــق

الملحق الأول: ملحق رقم (1):استبيان العلاقات الأخوية

الملحق الثاني: ملحق رقم (2)مقياس جودة الحياة النفسية

الملحق الثالث: ملحق رقم (3): طلب تحكيـــــــــم مقياس السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية للتخلـــــــف العقلـــــي

الملحق الرابع: ملحق رقم (4): مقياس السلوك التكيـــفي في صورتـــــــــه النهائيـــــــــة بعد التعديـــــــــــل

الملحق الخامس: ملحق رقم (5): البرنامـــــــج الارشادي

الملحق رقم (6): ترخيص بترجمة مقياس العلاقات الأخوية.

الملحق رقم(7):ترخيص بترجمة مقياس جودة الحياة النفسية.

الملحق رقم (1):

استبيان العلاقات الأخوية "فورمان وبهرمستر" "Furman & Buhrmester"(1985)،

ترجمة الباحثة

	العبارة	قليلا جدا	قليلا	إلى حد ما	كثيرا	كثيرا جدا
1	بعض الأشقاء يقوم بالعديد من الأشياء اللطيفة لبعضهم البعض ، بينما البعض الآخر نادرا ما يقومون بذلك، كم تفعل أنت وأشقاؤك من أشياء جميلة لبعضكم البعض؟					
2	يعتني بعض الأشقاء دائما ببعضهم ، بينما بعض الأشقاء قليلا ما يفعلون ذلك، كم تعتني أنت وإخوتك ببعضكم البعض؟					
3	كم تقوم أنت وأشقائك بالذهاب إلى أماكن معينة، والقيام بأشياء معا؟					
4	كم تقوم أنت وأشقاؤك بإهانة بعضكم(كمناداة بعضكم بألقاب منبوذة)؟					
5	ما مدى حبك أنت وأشقاؤك لنفس الأشياء؟					
6	ما مدى اخبارك أنت وأشقاؤك بعضكم البعض بكل شيء؟					
7	بعض الأشقاء يحاولون دوما ضرب بعضهم البعض خارج البيت، بينما بعض الأشقاء يحاولون ذلك أحيانا، كم تفعل ذلك مع أشقاؤك خارج البيت؟					
8	ما مدى إعجابك بأشقائك، واحترامك لهم؟					
9	ما مدى إعجاب أشقائك بك، واحترامهم لك؟					
10	كم تختلف أنت و أشقاؤك، وتتشاجرون مع بعضكم البعض؟					
11	يتعاون بعض الأشقاء دائما مع بعضهم، بينما البعض الآخر نادرا ما يتعاونون ، كم تتعاون أنت وأشقاؤك مع بعضكم البعض؟					
12	إلى أي درجة تتحابون فيما بينكم أنت وأشقاؤك؟					
13	بعض الأشقاء يلعبون هنا وهناك، ويمرحون دائما مع بعضهم البعض، بينما البعض الآخر لا يلعبون ويمرحون إلا نادرا، كم تلعب وتمرح مع أشقاؤك؟					
14	الى أي درجة أنت وأشقاؤك تقومون باحتقار بعضكم البعض؟					
15	الى أي درجة تشترك أنت وأشقاؤك في اشياء معينة؟					
16	كم تتقاسم أنت وأشقاؤك الأسرار، والأحاسيس الخاصة؟					
17	الى أي درجة تتنافس أنت وأشقاؤك مع بعضكم البعض؟					
18	كم تحترم أشقائك وتشعر بالافتخار نحوهم ؟					
19	كم يحترمك أشقائك ويشعرون بالافتخار نحوك ؟					
20	كم تغضب أنت واشقاؤك، وتقيمون الحجج على بعضكم البعض؟					
21	كم تشترك أنت وإخوتك مع بعضكم البعض في اعمال ، نزهة، ..... ؟					
22	كم لديك من مشاعر الحب القوية بينك وبين إخوتك؟					
23	يقضي بعض الأطفال وقتا كبيرا مع أشقائهم، بينما آخرون يقضون وقتا قليلا. كم من الوقت تقضونه معا؟					
24	كم تقوم انت وأشقاؤك بإزعاج ومضايقة بعضكم البعض بطرق سيئة؟					
25	الى أي درجة تتشابه أنت وإخوتك؟					
26	كم تخبر أنت أشقائك بعضكم البعض بأشياء لا تريد لآخرين الاطلاع عليها؟					
27	كم تحاول انت وأشقائك القيام بأشياء أفضل من بعضكم البعض؟					
28	الى أي درجة تقوم باستحسان اخوتك؟					
29	الى أي درجة يقوم اشقاؤك باستحسانك؟					
30	كم تتجادل انت وإخوتك مع بعضكم البعض					

الملحق رقم (2):

مقياس كارول رايف لادراك جودة الحياة النفسية (Ryff, 1989): ترجمة الباحثة

	العبارة	لا أوافق بشدة	أعارض نوعا ما	أعارض قليلا	أوافق قليلا	أوافق إلى حد ما	أوافق بشدة
1	أنا أحب معظم جوانب شخصيتي						
2	حينما أنظر إلى قصة حياتي، يسرني كيف أن الأمور تسير معي حتى الآن						
3	بعض الناس يظل خلال حياته بدون هدف، إلا أنني لست واحدا منهم						
4	متطلبات الحياة اليومية غالبا ما تجعلني محبطا						
5	في نواح كثيرة أشعر بخيبة أمل حول إنجازاتي في الحياة.						
6	المحافظة على العلاقات الوثيقة كانت صعبة ومخيبة للأمل بالنسبة لي						
7	في الحقيقة، انا أعيش اليوم الواحد في ساعته ولا افكر في المستقبل						
8	بشكل عام ، أشعر أنني المسؤول عن الوضع الذي أعيشه.						
9	أنا جيد في إدارة مسؤوليات الحياة اليومية						
10	أشعر أحيانا كما لو أنني فعلت كل ما يجب فعله في الحياة						
11	بالنسبة لي، الحياة عملية مستمرة من التعلم، والتغيير، والتطور						
12	أعتقد أنه من المهم أن تكون لدي تجارب جديدة تشكل تحديا لكيفية تفكيري في نفسي وفي العالم						
13	يصفني الناس بأنني شخص معطاء، ومستعد لاقتسام وقتي مع الآخرين.						
14	تخليت عن محاولة ادخال تحسينات او تغييرات كبيرة في حياتي منذ فترة طويلة.						
15	أنا أميل إلى التأثر بالناس ذوي الآراء المؤثرة						
16	لم اعش كثيرا من علاقات الدفء والثقة مع الآخرين						
17	أثق في آرائي الخاصة، حتى وإن كانت مخالفة للتفكير السائد لدى الآخرين						
18	أحكم على نفسي من خلال ما يبدو لي مهما، وليس من خلال ما يتفق مع قيم الآخرين.						

الملحق رقم(3):

طلب تحكيم مقياس السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي والمقياس في صورته النهائية بعد التحكيم

الصورة المدرسية - الجزء الأول (1993)

أستاذي الكريم : تحية طيبة وبعد

يسرني أن أضع بين يديك مقياس **السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي** الذي استعانت به الباحثة في إطار تحضيرها لشهادة الدكتوراه، تخصص: علم النفس الأسري، تحت عنوان: **فاعلية برنامج ارشادي في تحسين جودة الحياة والعلاقات الأخوية لدى الاخوة العاديين، على ضوء تحسين السلوك التكيفي لدى الاخوة المعاقين عقليا المصابين بمتلازمة داون،** فالرجاء منكم التكرم بالإطلاع على المقياس وإفادتنا برأيك فيما يلي:

- مناسبة التعديلات التي قامت بها الباحثة.
- تعديل أي عبارة ترى أنها مناسبة للمقياس.
- حذف أي عبارة ترى أنها غير مناسبة من المقياس.
- أي ملاحظات أخرى عن المقياس.

1- التعريف بالمقياس: تقيس الصورة السعودية من مقياس السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي بعد السلوك التكيفي خلال المرحلة العمرية (3 - 18) سنة، من خلال تسعة مجالات أساسية هي:

- الوظائف الاستقلالية
- الأعداد والوقت
- النمو الجسمي
- النشاط الاقتصادي
- النمو اللغوي
- النشاط ما قبل المهني – المهني
- التوجيه الذاتي
- المسئولية
- المهارات الاجتماعية

وتندرج هذه المجالات التسعة تحت ثلاثة عوامل رئيسة هي:

- ❖ الكفاية الشخصية.
- ❖ الكفاية الاجتماعية.
- ❖ المسئولية الشخصية الاجتماعية.

التعاريف الإجرائية:

1- السلوك التكيفي: يقصد بالسلوك التكيفي في هذه الدراسة تلك الدرجات التي يحصل عليها الأطفال المعاقين ذهنيًا من ذوي متلازمة داون ، حسب المعايير المتبعة في المملكة العربية السعودية، وذلك على مقياس السلو ك التكيفي للجمعية الأمريكية للإعاقة الذهنية المقنن والمعرب على البيئة السعودية والذي أعده (عبد الله الحسين:2005) على الأبعاد التسعة التالية:

1- الوظائف الاستقلالية: ويتضمن ثمانية عناوين فرعية (تناول الطعام، استعمال المرحاض، النظافة، المظهر العام، العناية بالملبس، خلع الملابس في الأوقات المناسبة، التنقل ، والوظائف الاستقلالية الأخرى)

2- النمو الجسمي : ويتضمن عنوانين (النمو الحسي، والنمو الحركي) .

3- النشاط الاقتصادي: ويتضمن عنوانين (التعامل بالنقود ، ومهارات الشراء) .

4- النمو اللغوي: ويتضمن ثلاثة عناوين (التعبير اللغوي ، الفهم الشفوي ، والنمو اللغوي الاجتماعي).

5- الأعداد والوقت .

6- النشاط ما قبل المهني / المهني.

7- التوجيه الذاتي: ويتضمن ثلاثة عناوين (المبادرة ، المثابرة ، ووقت الفراغ) .

8- المسئولية.

9- المهارات الاجتماعية.

- البنود التي تم تعديلها: بعد اطلاع الباحثة على مقياس السلوك التكيفي المقنن على البيئة السعودية، قامت بتعديل بعض البنود لأن صياغتها لا تتلاءم مع البيئة الجزائرية، وسوف تقوم الباحثة باستعراض البنود التي تم تعديلها، وسنشير إليها أيضا في متن المقياس كما يلي:

- ✓ **البند الثاني: تناول الطعام في الأماكن العامة:**

نص العبارة: - يطلب طلبا واحدا من بين مجموعة طلبات مختلفة من المقصف، أو الكافيتريا، مثل : مشروب معين، آيس كريم، دونات.....الخ

النص المعدل: :- يطلب طلباً واحداً من بين مجموعة طلبات مختلفة من النادي أو الكافيتريا مثل مشروب معين ، مثلجات، حلوى ..إلخ 1

- ✓ **البند السادس: العناية الذاتية في المرحاض.**

- نص العبارة: يستخدم الشطاف أو ورق الحمام بشكل مناسب

النص المعدل: يستخدم الماء أو ورق الحمام بشكل مناسب

نص العبارة: يستخدم سيفون المرحاض بعد الاستعمال

النص المعدل: يسكب الماء في المرحاض بعد الاستعمال

- ✓ **البند 12 الملابس:**

نص العبارة: يعيد ارتداء الملابس المتسخة أو المبقعة إن لم يتم توجيهه

النص المعدل: يعيد ارتداء الملابس المتسخة أو التي بها بقع إن لم يتم توجيهه

- ✓ **البند 13: العناية بالملبس:**

نص العبارة: - يضع الملابس في الأدراج أو الأرفف أو الدولاب .

النص المعدل: - يضع الملابس في الأدراج أو الأرفف أو الخزانة .

- ✓ **البند 14: الغسيل:**

نص العبارة:- يفرز الملابس بمساعدة

النص المعدل: يقسم الملابس قبل الغسيل بمساعدة

- ✓ **البند 16**: خلع الملابس في الأوقات المناسبة

نص العبارة: يخلع ملابسه بنفسه بفتح السحاب والأزرار بمساعدة،ثم يسحب الملابس من على جسمه مع التوجيه اللفظي.

النص المعدل: - يخلع ملابسه بنفسه بفتح السلسلة (fermeture éclaire) والأزرار بمساعدة،ثم يسحب الملابس من على جسمه مع التوجيه اللفظي.

- ✓ **البند 22: الهاتف**

نص العبارة: - يستخدم هاتف العملة العام.

النص المعدل: - يستخدم الهاتف العام.

- ✓ **البند 31: التعامل بالنقود**

نص العبارة: - يستطيع جمع فئات العملة المعدنية المختلفة حسابيا حتى ريال واحد

النص المعدل: - يستطيع جمع فئات العملة المعدنية المختلفة حسابيا حتى 50 دينارا

وبعد التحكيم أصبح الاستبيان في صورته النهائية كالتالي: