ممارسة العلاج المعرفى السلوكى فى خدمة الفرد
لتنمية المهارات الحياتية لأمهات الأطفال المعاقين عقلياً

The practice of cognitive Behavioral therapy in Social Case Work For the development of life skills for mothers of children with mental disabilities

دراسة تجريبية مطبقة على أمهات الأطفال المعاقين عقلياً فى محافظة أسوان

إعداد

د. منى سيد عبد الحميد

مدرس خدمة الفرد

بالمعهد العالى للخدمة الاجتماعية بأسوان

أولاً: تقديم لمشكلة البحث:

مع التطورات الهائلة في المجتمعات والتغيرات المتلاحقة نلاحظ أن هناك مشكلات مستحدثة تواجه المجتمعات فيما يتعلق برعاية الأطفال المتكاملة سواء من جوانب التعليم، أو الصحة، أو المعاملات الأسرية، مما جعل المجتمعات تعطى الاهتمام الكافي للأطفال وتقدم ما تستطيع من برامج ومشروعات في سبيل مواجهة مشكلاتهم. (**نصيف فهمي منقريوس** :٢٠٠٩، ٢٠)

ومن بين أهم المشكلات التي تواجه الأطفال وأكثرها تعقيداً، تعرض قطاعاً ليس بقليل منهم إلى الإعاقات بشتى أنواعها السمعية، والبصرية، والحركية ، والعقلية.

وتعد قضية المعاقين في أي مجتمع تمثل مشكلة هامة تعوق تقدم الأمة وتنميتها ولهذا فقد خصصت الأمم المتحدة السنة الميلادية ١٩٨١ م عاماً للمعاقين وهى تضع مشكلة المعاقين في مصاف المشكلات الاجتماعية الكبرى التي ينبغي على العالم مواجهتها بالتحليل وبالفهم وبكافة الجهود الحكومية والأهلية.٢(**إبراهيم عباس الزهيرى**:٢٠٠٧، ٥٨)

ولقد نالت قضية المعاقين اهتماماً كبيراً لدى كثيراً من المجتمعات حيث أنها قضية مرتبطة بكفاءة شريحة اجتماعية يمكن أن تسهم فى بناء المجتمع وتطويره، بدلاً أن تشكل عبئاً عليها وذلك من خلال ما تقدمة الدول من برامج تربوية وتأهيلية تهدف إلى رفع مستوى قدراتهم والوصول بها إلى التكيف النفسى والاجتماعى والمهنى. (**محمد عيسى إسماعيل**: ٢٠٠٧ ، ٢٩)

وتُعد الإعاقة العقلية ظاهرة اجتماعية خطيرة، تظهر فى كل المجتمعات على حد سواء خاصة فى المجتمعات المتخلفة، حيث تشير منظمة الصحة العالمية إلى أن نسبة التأخر الذهنى يتراوح ما بين ١ : ٤% من أفراد المجتمع، ويوجد حوالى ٨٠% من هذه النسبة فى المجتمعات النامية، مما يعد خسارة بشرية باهظة وعبئاً ثقيلاً على كاهل هذه المجتمعات ذلك أن هؤلاء المعاقين عقلياً بحاجة إلى رعاية خاصة من جميع النواحى النفسية والاجتماعية والتربوية والجسمية، ناهيك عن النفقات المالية التى تترتب عن هذه تجهيزات خاصة وأدوية ومتابعة ويشكل عبأ اقتصادية على الأسر (**منظمة الصحة العالمية** : ٢٠١٠، ٢٥٥)

وتأتي بيانات تقرير الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء أن نسبة المعاقين بمصر في فئة العمر الأولى (أقل من خمس سنوات) بلغت ٢% وفي فئة العمر الثانية (من خمس إلى ١٤ سنه) ١٣.١% وفى الثالثة (من ١٥ إلى ٦٤ سنة)٧٢.١% وفى فئة العمر ٦٥ سنه فأكثر١٢.٨% ، واظهر التقرير إن أعلى نسبة إعاقة كانت للتخلف الذهني" العقلي" ٢٢.٤% يليه الإصابة بشلل جزئي أو كلى ١٤.٨%، وبلغت نسبة الإصابة بشلل الأطفال ١٣.١% والصم والبكم أو أحدهما ١٢.٧% وفقد البصر ٩.٤% وفقد إحدى العينين ٤% وكانت نسبة المعاقين من

فاقدي إحدى اليدين أو كلتيهما ٢.٣% وفاقدي أحد الساقين أو كلتيهما ٣.٧% وذلك من إجمالي عدد المعاقين.٣ **(الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء: ٢٠١٤، ٢٥٥)**

يذكر أن العالم بدأ اعتماد يوم الثالث من ديسمبر يوما للمعاقين بموجب القرار 47/3 الصادر عن الأمم المتحدة للعمل على تحسين حالة المعاقين والمساهمة في تحقيق التكافؤ والمساواة في الحقوق لجميع أفراد المجتمع وتعزيزا لأهمية القضايا المرتبطة بالإعاقة وحشد الجهود الدولية لدعمهم ومساندتهم. **(تقرير الجمعية العامة للأمم المتحدة: ٢٠١١، ٢٥٥)**

ووصل عدد المعاقين عقلياً على مستوى جمهورية مصر العربية من عام [٢٠٠٢-٢٠١٦] كما هو موضح في الجدول التالي :

جدول رقم (١) يوضح

أعداد الأطفال المعاقين بمحافظة أسوان من عام ٢٠٠٢: ٢٠١٦ .

البيان	٢٠٠٢	٢٠٠٦	٢٠١١	٢٠١٦
الإعاقة العقلية	١٦٩٠٨٥٠	١٨٣٠٩٧٥	١٩٧٥٣٥٠	٢١٣١٧٥٠

يأتي هذا مع تزايد الاهتمام برعاية المعاقين من جانب المؤسسات والهيئات الحكومية والأهلية في أسوان حيث بلغ عدد الجمعيات الأهلية العاملة في مجال رعاية الفئات الخاصة بالإضافة إلى مكاتب التأهيل الاجتماعي للمعاقين ٩ مؤسسات ويبلغ عد المستفيدين من خدماتها ٣١٧٦، كما يبلغ عدد مراكز التأهيل الاجتماعي اثنتان ويبلغ عدد المستفيدين من خدماتها اثنتان وأربعون مستفيد من ذوى الفئات الخاصة . ٥**(الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء: ٢٠١٤، ٢٦٨)**

وتعتبر الإعاقة العقلية مشكلة اجتماعية معقدة تواجه المجتمع بصفة عامة والأسرة بصفة خاصة، فالأسرة باعتبارها الوسط الإنسانى الأول فى تشكيل سلوك الطفل اجتماعية ونفسية فهو يكتسب فى نطاقها الأول الأساليب السلوكية التى تمكنه من إشباع حاجاته وتحقيق إمكاناته.

وتصنف فئة المعاقين عقلياً إلى أربعة فئات:

١- الإعاقة العقلية:(Mild Mental Retardation)

وتتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة من (٥٥ -٧٠) درجة فى اختبارات الذكاء ولديها قصور واضح فى الاثنين أو أكثر فى السلوك التكيفى، وتعتبر هذه الفئة قابلة للتعلم حيث نستطيع هذه الفئة تعلم بعض المهارات الأكاديمية كالقراءة والكتابة والحساب.

٢- الإعاقة العقلية المتوسطة:(Moderate Mental Retardation)

تتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة من (٥٤ –٤٠) درجة فى اختبارات الذكاء، وعلى هذه الفئة مصطلح القابلين للتدريب ويمكن تدريب هذه الفئة على بعض المهارات المهنية البسيطة.

٣– الإعاقة العقلية الشديدة:(Severe Mental Retardation)

وتتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة من (٢٥ –٤٠) درجة على اختبارات الذكاء، وتتميز هذه الفئة بقصور واضح فى المظاهر النهائية ومشكلات واضحة فى اللغة ولديهم قصور فى تعلم المهارات الاستقلالية، ويعانون من إعاقة مصاحبة ويحتاجون إلى إشراف ورعاية تامة.

٤– الإعاقة العقلية الحادة:(Profound Mental Retardation)

وتقل نسبة ذكاء هذه الفئة عن (٢٥) درجة على اختبارات الذكاء ويعانون من صعوبات شديدة فى الحركة واللغة ولديهم عجز فى الكفاءة الشخصية والاجتماعية، ويحتاجون إلى رعاية مستمرة.(**رشاد**

ويعتبر وجود الطفل المعاق عقلياً فى الأسرة من أهم المشكلات والتحديات التى تواجهها أسر الأطفال المعاقين عقلياً، وقد يكون له أثراً كبيراً فى إحداث تغيير فى تكيف الأسرة، وإيجاد خلل فى التنظيم النفسى والاجتماعى لأفرادها بغض النظر عن درجة التقبل الأسرة لهذا الطفل والتى ينجم عنها ظهور حاجات خاصة لديهم مثل" الحاجات المعرفية Cognitive Needs والحاجات المادية Physical Needs والحاجات النفسية والاجتماعية Psychological and Social needs

ويتسم الأطفال المعاقين عقلياً بخصائص معينة تحتاج الاهتمام بهم مثل بطئ فى النحو العقلى– يكون نموه العقلى من الدرجة البسيطة وينمو بمعدل أقل من العمر الزمنى أى كل سنة زمنية يقابلها ثمانية شهور عمره العقلى.

والضعف فى الانتباه: نمو الانتباه لديهم مع العمر الزمنى فنجدهم محدودين فى المدة.

وأيضاً القصور فى الإدراك: يكون لديهم قصور فى عمليات الإدراك وخاصة فى عملية التميز والتعرف.

والقصور فى الذاكرة: يكون لديه بطء فى ضعف الاحتفاظ بما تم تعليمية بسرعة.(محمد السيد حلاوة

ويؤكد **دونافان** إلى أن الضغوط والمشكلات التى تتعرض لها أسرة المعاق عقلياً تختلف تبعاً لعمر الطفل ودرجة إعاقته، وهذا ما أكده كراوس وترايجونكى فى دراسة.

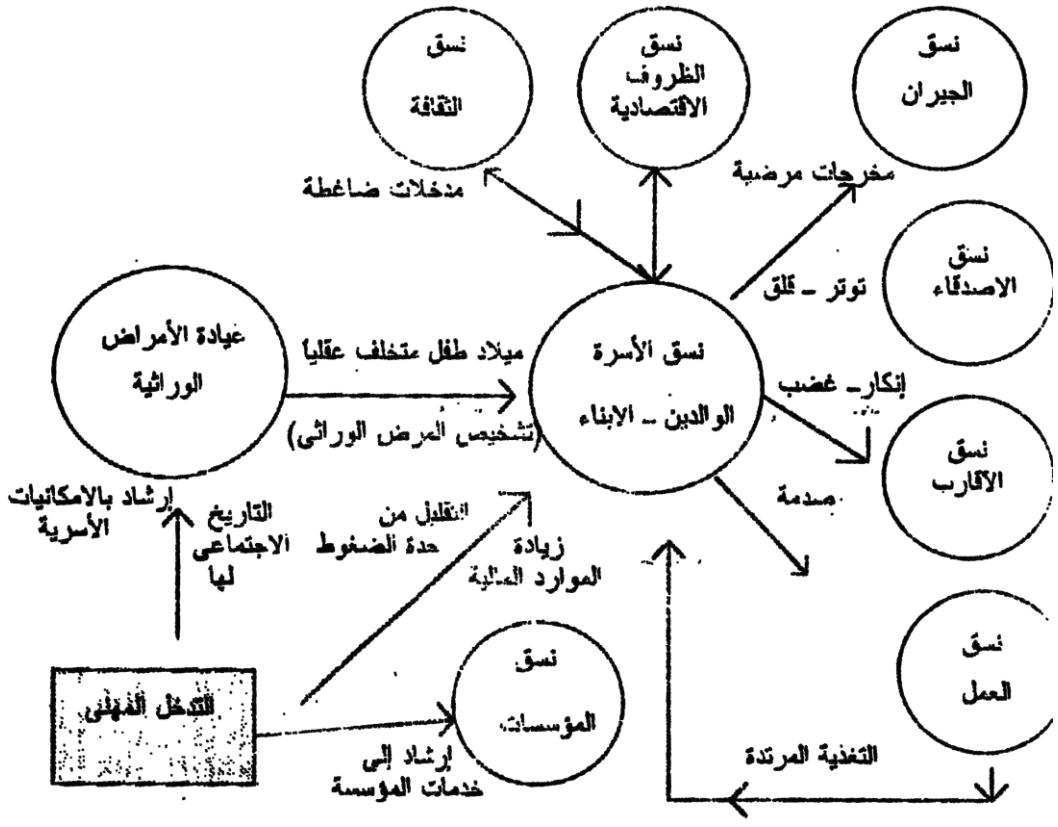
فعند ميلاد طفل معاق عقلياً "Mentally Disabled child" يحدث لدى الأم صدمة

ويعتبر أول رد فعل ينجم من جراء وجود الطفل المعاق عقلياً، غالباً ما يتبع الشعور بالصدمة إنكار لهذا الواقع الصادق لدى الأم وعدم تصديقه وشعورها بتأنيب الضمير، والشعور بالذنب والاكتئاب وهذا يعتبر رد فعل للأم الانفعالية، وشعور الأم بالحزن والأسى على فقدان حلمها بالطفل السوى، وأصبح وجوده أنه قد غير حياتها ولم تُعد بمقدورها أو من حقها أن تبتسم أو تستمع بحياتها ومدى تأثيره على إخوته فى المنزل ومدى تأثيره على العلاقات الأسرية.)(علاء الدين الكافى،٢٠١١، ٢٥)

ويؤكد الشكل رقم (٣) على ما تتعرض الأم له لوجود طفل معاق عقلياً، وهناك العديد من الدراسات التى تؤكد على مدى التأثير السلبي للطفل المعاق عقلياً على أمهاتهم .

شكل رقم (١)يوضح

ما تتعرض الأم له لوجود طفل معاق عقلياً



وترتبط ردود فعل الأم وطريقة تفاعلها مع طفلها المعاق عقلياً ارتباطاً مباشراً بدرجة إعاقته، وهذا يسبب عبئاً كاملاً عليها وضغطاً فى كيفية التعامل معه وتقبل وتلبية احتياجاته ومتطلباته، ويوضح للشكل التالى تطور الأم وارتباطها بميلاد الطفل المعاق عقلياً (مدخلات الضاغطة)،

ومدى تأثيره على نسق الأسرة وبالتالى يحدث إخلالاً فى شبكة العلاقات الأسرية والتفاعلات الداخلية؛ مما ينتج عنه ضغوط نفسية وتوترات وردود أفعال ما بين الصدمة والقلق لتخرج إلى الأنساق الفرعية التى تتعامل معها فى صورة (مخرجات مرضية) وتتأثر هذه المخرجات بالنسق الثقافى والاقتصادى للأم وتحدث ضغوطاً مالية، وتتأثر الأم بالردود التى تأتى من الأنساق الفرعية التى تتعامل معها الجيران (الأصدقاء- الأقارب- أصدقاء العمل) فى صورة تغذية مرتدة قد يؤدى زيادة حدة التوترات والمشكلات.(محمد السيد حلاوة:١٩٩٨، ١٣٥)

وهناك دراسات تؤثر على مدى تأثير ووجود الطفل المعاق عقلياً على الأمهات، فهناك دراسة **أمال محمود (١٩٩٩)** أن أمهات الأطفال المعاقين عقلياً تتعرضن لأفكار سلبية بسبب وجود أطفال معاقين عقلياً لديهن، وإدراكهم لحقيقة إعاقة الابن والإحساس بالصدمة ومعاناتهم مشاعر الإحباط فيما يتعلق بسلوك الطفل وعلاجه ، والمخاوف بشأن مستقبله وكيفية رعايته والعزل الاجتماعي والإحراج إزاء الإعاقة العقلية.(امال محمود:١٩٩٩,٨٠)

أما **زنجر وفاركاز (singer and far Ras: 1989)** فقد درسا أثر وجود الطفل المعاق عقلياً فى الأسرة على إدراك الأم للضغوط ، وأشارت النتائج إلى أن ٨٥% من الأفراد الذين استجابوا للدراسة أظهروا مشكلات تتعلق بالكراهية والإهانة؛ مما أثر على مستوى تقبل الإعاقة والمعاق من جانب الآباء والأمهات نتيجة وجود معارف خاطئة بفكرة وجود الطفل بالأسرة (singer,L.and farkes:1989,38).

ويذكر **(جمال الخطيب وآخرون :١٩٩٢)** أن نتيجة لوجود طفل معاق عقلياً ممارسين من ضغوط يؤدى ذلك إلى استجابات عنيفة لدى الأمهات فى كثير من الأحيان منها التعب والعزل الاجتماعى والغضب والشعور بالذنب والضغط النفسى المتزايد الذى يكون أكبر فى الأسرة التى تعيش الأم مع طفلها المعاق عقلياً.(جمال الخطيب:١٩٩٢، ٦٦)

ويوضح ذلك دراسة **(كمال إبراهيم مرسى :١٩٩٦)** وتوضح دراسة **singhi, GoyaL, Walia(1995)** بالمشكلات النفسية التى تواجه الأمهات الأطفال الذين يعانون من الإعاقة العقلية وتوصل الباحثون إلى مجموعة المشغلات التى تواجه الأمهات والانزعاج الأسرة وعدم انتظام برامج الأمهات وقلة التواصل والتفاعل الاجتماعى وتدنى مستوى التكيف الزواجى وكما أظهرت الأمهات ردود فعل عصابية.(كمال مرسي و singhi:١٩٩٦,١٩٩٥)

وأجرى **بارون (Baroun:2006)** للتعرف على اتجاهات الوالدين نحو أبنائهم المعاقين عقلياً[١٨].والتي أوضح خلالها أن اتجاهات الأمهات يتعرض لعدد من الأفكار السلبية الناتجة عن معارف خاطئة تتعلق بوجود الطفل المعاق داخل الأسرة . (Baroun:2006,26)

وقام **هازال وروس وما كرونالد (Hassal, Rose and McDonald 2005)** بدراسة الضغوط الوالدية لدى الأمهات الأطفال المعاقين عقلياً وأظهرت النتائج وجود ضغوط عالية لدى الأمهات بخاصة فى مجال التحكم بالذات يعزى إلى المشكلات السلوكية التى يعانى منها الأبناء(*Hassall.mcdonald*:2005,55)

واستنتجت دراسة **لي (Lee, 1986)** وجود مشاعر قلق وردود أفعال سلبية لدى أمهات الأطفال ذوى الإعاقة الشديدة.**(Lee,m:1986,88)**

وقامت **اليسون (Elson 2000)** بدراسة الأثر الاجتماعي والاقتصادي لأسر الأطفال الذين يعانون من إعاقات شديدة وأشارت نتائج أن الأمهات تعانى من مشاعر السلبية وعدم تقبل لحالات الإعاقة بسبب الاعتناء المستمر بالمعاق. (Elson,m:2000,45)

ويتضح من الدراسات السابقة: مدى التأثير السلبى من خلال ثلاث نواحى:

١- الناحية النفسية.

٢- الناحية الاجتماعية.

٣- الناحية الاقتصادية.

ويعتبر الطفل المعاق عقلياً له تأثيرات سلبية على المحيطين به مثل الآباء والاخوه ، وتشمل هذه التأثيرات :

الناحية النفسية، وتتمثل فى التالى:

- ردود الفعل
- الخوف والحيرة
- الارتباك

الناحية الاجتماعية:

- **الأم نفسها:** الاهتمام يشغل كبير لدى الطفل بسبب احتياجاته ومتطلباته وتوفير وقت أكبر للرعاية له على حساب أفراد الأسرة ، وملاحظة سلوكه ومدى تقبل إخوته لهذا الطفل المعاق عقلياً، والحماية الزائدة.
- **العلاقات الاجتماعية (الأسرة):** يؤثر بشكل ملحوظ على الروابط والعلاقات الأسرية بسبب انشغال الأم بالطفل المعاق عقلياً، وخاصة فى حالة عمل الأم خارج المنزل فيصبح الزمن

المخصص للزيارات أقل بكثير وتأثيره على عملها وسلوكها، وإحساسه بالخجل من تصرفات المعاق عقلياً وفى المواقف الاجتماعية والأماكن العامة التى يتواجد بها.

- **الناحية الاقتصادية:** حيث يصاحب وجود الطفل المعاق عقلياً فى الأسرة عبئاً اقتصادياً لتوفير العديد من الاحتياجات والموارد والوسائل الإضافية الخاصة ، وأحياناً تلجأ الأمهات لبعض الأحيان إلى مربية متخصصة ، وذلك لأن الأم لديها أطفال آخرين بحاجة إلى عناية وتدريب ومتابعة مباشرة.

وبالنظر لما سبق نجد أنها توصلت لمشكلات عند أمهات الأطفال المعاقين عقلياً تتعلق بالجانب المهارى، وهذا الجانب هام لنجاح أى عمل وبالأخص إذا كان هذا العمل من أجل الأطفال المعاقين عقلياً لأن هؤلاء يحتاجون لعناية واهتمام كبير وجهد اجتماعى ونفسى وسلوكى، ومفتقدين للكثير من المهارات وهذا ما أوضحته الدراسات السابقة سالفة الذكر.

ومن أهم المهارات الهامة التى يحتاج إليها الإنسان عموماً، وبالأخص أمهات الأطفال المعاقين عقلياً التى تنصب عليها الدراسة الحالية" المهارات الحياتية" "Life Skills" هى مهارات أساسية لاغنى عنها، ليس فقط فى إشباع الحاجات الأساسية من أجل مواصلة البقاء، ولكن أيضاً من أجل استمرار التقدم وتطوير أساليب معايشة الحياة فى المجتمع، حيث أن لها العديد من الخصائص فهى متنوعة وتختلف من مجتمع لآخر تبعاً لطبيعة كل مجتمع بالإضافة إلى أنها تعتمد على طبيعة العلاقات التبادلية بين الفرد والمجتمع ودرجة تأثير كل منهم على الآخر، كما أنها تستهدف مساعدة الفرد على تطوير أساليب المعيشة؛ مما يؤكد على ضرورة التعامل مع المواقف الحياة بأساليب جديدة ومتطورة وتصنف المهارات الحياتية حسب أبعاد الشخصية إلى مهارات حياتية تتصل بالفرد ذاته إمكانياته واستعداداته، ومهارات حياتية تغطى كافة الجوانب الاجتماعية للفرد من خلال علاقاته بالآخرين وتعاملاته اليومية(عفاف عبد الرحمن:٢٠١٣، ٤٣٨٦)

ويعتبر مصطلح المهارات الحياتية من المصطلحات الحديثة نسبياً فى التراث العربى رغم كثرة الحديث عنه فى الدراسات الأجنبية وقد ذكر **الجديبى** أنه مصطلح مر بعدد من المراحل التاريخية المختلفة ؛ فذكر أنه استخدم مرحلة السبعينات دليلاً على التثقيف الوظنى ، ويعنى الشخص الذى يتقن الكتابة والقراءة، ثم تطور ذلك المفهوم ليشير إلى القدرة على استخدام المهارات الأساسية لتكوين القدرة على الحياة بصورة مستقلة ناجحة. **(رافت محمد الجديبى:٢٠٠٨، ٥٦)**

وينظر البعض إلى المهارات الحياتية على أنها لا تعتمد على دنياميات الشخصية فقط، ولكن أيضاً تعتمد على ما يسلكه الفرد ومدى تفاعله مع البيئة المحيطة، ومن هنا يأتى التباين فى

الأداء حول مفهوم المهارات الحياتية وتصنيفاتها المختلفة نظراً لأنها تدخل فى الكثير من المجالات" المجال النفسى والاجتماعى والتربوى، مجال الإعاقة، فهى مفهوم واسع يشتمل على العديد من المهارات مثل العلاقات الإنسانية، الاتصال، حل المشكلات، اتخاذ القرار، التعامل مع المشاعر السلبية، التكيف المجتمعى، بالإضافة إلى أن هؤلاء الكتاب تحدثوا عن المهارات الاجتماعية والتوافق النفسى ، وتوصلوا إلى أنهم يندرجوا تحت مفهوم المهارات الحياتية التى من خلالها يستطيع الفرد العيش فى الحياة بشكل سوى فى معظم جوانب معيشته(عفاف عبد الرحمن :٢٠١٣، مرجع سابق)

في هذا السياق أبرزت دراسة **(فاطمة مصطفى عبد الفتاح :٢٠٠١)**: التى كانت تسعى لبناء قائمة المهارات الحياتية اللازم تنميتها لدى طفل ما قبل المدرسة ، والتي أثبتت نتائج دراستها فاعلية المواقف فى تنمية هذه المهارات لدى أطفال ما قبل المدرسة**(فاطمة مصطفى :٢٠٠١، ٧٧)**

كما أوضحت دراسة **(فاطمة فوزي عبد الرحمن ، وناجى محمد قاسم:٢٠٠٢)** فاعلية برنامج ترويحي على تنمية المهارات الحياتية والنفسية والحركية لدى الأطفال المعاقين عقلياً " القابلين للتعلم"، وأثبت البرنامج آثاراً إيجابية على تحسين بعض المهارات الحياتية للأطفال المعاقين والتى تساعد الطفل المعاق عقلياً على التكيف مع نفسية ومع المجتمع المحيط **به(فاطمة فوزى وناجى قاسم :٢٠٠٢، ٨٧)**

في حين تناولت دراسة **(أمل على:٢٠١١)** ثلاث مهارات حياتية أساسية والتى من خلالها تبنت الباحثة مهارات حياتية فرعية ، مثل: (مهارة الأمن والسلامة، ومهارة مواجهة المواقف)، وطبقت الدراسة على ذوى اضطراب التوحد، وتم وضع برنامج تدريبى لتنمية هذه المهارات، وتم تطبيقه والتحقق من الفروض(امل على:**٢٠١١، ٤٤)**

كما أشارت دراسة **(غادة قصي مصطفى عبد الكريم:٢٠٠٩)** إلى قائمة من المهارات الحياتية وتم بناء برنامج مقترح قائم على التعلم النشط وأشارت النتائج لفاعلية البرنامج المقترح فى تنمية المهارات الحياتية والتحصيل لدى التلاميذ المعاقين القابلين للتعلم (غادة قصى :٢٠٠٩، ١٣)

ومن خلال عرض الدراسات السابقة نجد أن للمهارات الحياتية مفهوم واسع ومتنوع يدخل فى الكثير من المجالات ، ولكن قلت الدراسات فى استخدام المهارات الحياتية لأمهات الأطفال المعاقين عقلياً؛ فأغلب الدراسات سواءً فى كليات التربية، وكلية الخدمة الاجتماعية ركزت على المعاقين عقلياً وليس على أمهات الأطفال المعاقين عقلياً.

ونظراً لمعاناة أمهات الأطفال المعاقين عقلياً من نقص فى المهارات الحياتية التى أدت إلى جهل بأسس التعامل مع الأطفال المعاقين عقلياً سعت خدمة الفرد كطريقة من طرق الخدمة الاجتماعية لمساعدة أمهات الأطفال المعاقين عقلياً على التعامل مع أطفالهن وإحداث تغيير اتجاهاتهم السلبية وتعديل أفكارهم الخاطئة لتحقيق التوازن المعرفى والانفعالى والسلوكى فى التعامل مع هؤلاء الأطفال المعاقين عقلياً لتحقيق الاستقرار والتوازن الأسرى؛ حيث أجرت الباحثة دراسة استطلاعية على بعض مراكز التربية الخاصة أكدت فقدان أمهات الأطفال المعاقين عقلياً المهارة فى التعامل وتقبل هذا الطفل ، وتعتبر طريقة خدمة الفرد من أكثر الطرق فاعلية فى التعامل مع المشكلات الفردية والأسرية لما يتميز به أخصائى خدمة الفرد من علم ومهارة وأساليب فنية متعددة منبثقة من نظريات خدمة الفرد المتطورة، واتجاهاتها الحديثة بما يتناسب مع فردية الحالة وطبيعة المشكلة.

وتعد الخدمة الاجتماعية ذات الدور الأبرز في المهارات الحياتية من خلال دراسة **(نهلة السيد:٢٠١١)** ، والتي هدفت اختبار مدى نجاح العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد في تنمية المهارات الحياتية عند المرأة بعد مرحلة محو الأمية (نهلة السيد:٢٠١١، ٤٦)

ويعتبر العلاج المعرفي السلوكي من أفضل العلاجات التى تتناسب مع هذه المشكلة لأنه مزيج من العلاج المعرفى والذى ظهرت فاعليته فى تعديل السلوك والأفكار والاتجاهات اللا عقلانية لدى العملاء حتى يحدث تغيير فى السلوكيات والانفعالات السلبية للعميل، فيقدم العلاج المعرفى السلوكى الأساليب العلاجية المعرفية والسلوكية والانفعالية التى يمكن أن تساعد العميل على التعرف على أفكاره السلبية المسببة للموقف الإشكالى واستبدال أنماط التفكير المسببة لسوء التوافق بأخرى أكثر واقعية، كما يتناول التغير فى الجوانب المعرفية والسلوكية والانفعالية؛ حيث يقوم التغير المعرفى بإثارة التغير السلوكى ؛ مما يعمل على تكوين منظور جديد لدى الفرد يتم تدعيمه وتعزيزه عن طريق ممارسات الفرد لأنماط سلوكية جديدة .

ففي هذا السياق استخدمت دراسة **(سامية عبد الرحمن همام:٢٠٠٤)** العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد لتخفيف القلق الاجتماعى لدى طلاب الثانوية العامة، واستهدفت الدراسة اختبار فعالية العلاج المعرفى السلوكى فى خدمة الفرد للتخفيف من حدة ودرجات القلق الاجتماعى لدى طلاب الثانوية العامة الذين يعانون من حدة القلق الاجتماعى من إدارة المعادى التعليمية وذلك معينة تجريبية تستخدم معها برنامج التدخل المهنى طوال فترة التجريب وتراوح عمر الطلاب من ١٧: ١٨ عاماً. وطبقت الدراسة على طلاب إدارة المعادى التعليمية. واعتمدت الدراسة على قياس القلق الاجتماعى الذى قامت الباحثة بإعداده معتمدة فى ذلك على قراءاتها عن التراث

النظرى المرتبط بالقلق الاجتماعى. وتوصلت الدراسة إلى أن برنامج التدخل المهنى باستخدام العلاج المعرفى السلوكى فعال فى تخفيف القلق الاجتماعى لدى طلاب الثانوية العامة. (مع حالات التجريب بنسبة ٥٠.٣%.(سامية عبد الرحمن : ٢٠٠٤، ٥٣)

كما توصلت نتائج دراسة (**عفاف راشد عبد الرحمن راشد:٢٠٠٤**) إلى فعالية ممارسة العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد فى تعديل أسلوب حياة المسنات الأرامل.(عفاف راشد: ٢٠٠٤، ١٦)

في حين أشارت نتائج دراسة (**منى السيد يوسف:٢٠٠٥**) على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي فى خدمة الفرد فى التعامل مع المشكلات الاجتماعية والنفسية لدى السيدات البدينات، وطبقت على عينة من السيدات اللاتي يعانين من زيادة الوزن، وتوصلت إلى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي فى تعديل أفكار وسلوكيات والانفعالات لدى السيدات البدينات(منى السيد: ، ٢٠٠٥: ٦٨)

في حين استهدفت **دراسة (Metri;1996)**التعرف على التأثير الخاص بتطبيق الممارسة المنزلية وإدارة الضغوط بالعلاج السلوكي مقارنة بالعلاج المعرفى السلوكى وأثر تلك الممارسات المنزلية فى خفض درجة الضغط، وطبقت على عينة من الممرضات والممرضين، وطبق هذا البرنامج على أربع مجموعات، مجموعتين من الممرضات والممرضين خضعوا للعلاج السلوكي لتطبيق الممارسة المنزلية، والمجموعة الثانية من الممرضات والممرضين خضعوا للعلاج المعرفى السلوكي، وتوصلت النتائج إلى أن المجموعة التى طبقت عليها عينة العلاج المعرفي السلوكي كانت أكثر فاعلية والاستجابة للتدريبات المنزلية من خلال هذا العلاج والنجاح فى خفض درجة الضغط النفسى.**(Metri, 1996: 18)**

كما هدفت دراسة: **(Waggoner;1998)** إلى عمل مقارنة بين العلاج المعرفى السلوكى والعلاج السلوكى لمعرفة مدى فاعلية إحدى العلاجين فى خفض الاضطرابات لدى الإناث البالغات، وطبقت على عينة من الطالبات فى الصف السادس الابتدائي، وتوصلت النتائج إلى فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى خفض الاضطرابات لدى الإناث البالغات حيث شمل كلاً من المكونات (المعرفي– السلوكي– النفسي) أمام العلاج السلوكي شمل فقط الجزء أو المكون السلوكي. **((Waggoner, 1998: 16)**

ومما سبق يتضح من هذه الدراسات أن العلاج المعرفى السلوكى يشمل على أساليب علاجية شاملة معرفية، وانفعالية، وسلوكية، والتى ظهرت فعاليتها فى مجالات مختلفة ، ولم يتم اختباره مع أمهات الأطفال المعاقين عقلياً فى تنمية المهارات الحياتية لهم لإعادة البناء المعرفى

والانفعالى والسلوكى لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً.

ومن خلال ما تم طرحه فى الإطار النظرى حول معاناة أمهات الأطفال المعاقين عقلياً من حيث وجود هؤلاء الأطفال المعاقين عقلياً فى حياتهم، ومدى التأثير السلبى عليهم من الناحية الفكرية والانفعالية والسلوكية؛ فقد حددت الباحثة مشكلة الدراسة فى السؤال الرئيسى التالى: **هل يؤدى العلاج المعرفى السلوكى إلى تنمية المهارات الحياتية لأمهات الأطفال المعاقين عقلياً ؟**

ثانياً: أهمية البحث:

١- تأتى الدراسة الحالية ضمن الاهتمام الحالى العالمى والمحلى بقضايا المعاقين بصفة عامة والمعاقين عقلياً بصفة خاصة.

٢- الأم عنصر مهم ومؤثر فى شخصية الطفل المعاق عقلياً، وتحقيق السلوك التكيفى للطفل المعاق عقلياً.

٣- عدم وعى الأم على رعاية الأطفال المعاقين عقلياً وتلبية احتياجاتهم وكيفية الوعى بأساليب المعاملة مع هؤلاء الأطفال المعاقين عقلياً.

٤- افتقاد أمهات الأطفال المعاقين عقلياً للمهارات الحياتية بجعلها غير قادرة على التوافق والعمل مع الطفل المعاق عقلياً.

٥- ندرة الدراسات التى تمت على أمهات الأطفال المعاقين عقلياً بصفة عامة فى الخدمة الاجتماعية وخدمة الفرد بصفة خاصة.

٦- تأتي الدراسة مع زيادة أعداد المعاقين عقليا بمحافظة أسوان والتي تحتل المراكز العشر الأولي في أعداد الإعاقات من حيث الإعاقات العقلية والتي يبلغ عدد المعاقين ٢١٣١٧٥٠ ، تزامنا مع تزايد الاهتمام برعاية المعاقين من جانب المؤسسات والهيئات الحكومية والأهلية في أسوان حيث يبلغ عد المستفيدين من خدماتها ٣١٧٦، كما يبلغ عدد مراكز التأهيل الاجتماعي اثنتان ويبلغ عدد المستفيدين من خدماتها اثنتان وأربعون مستفيد من ذوى الفئات الخاصة . (الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء: ٢٠١٤، ٢٦٨)

ثالثاً:أهداف البحث :

الهدف الرئيسى من الدراسة:

تهدف الدراسة إلى اختبار فعالية العلاج المعرفى السلوكى لتنمية المهارات الحياتية لأمهات الأطفال المعاقين عقلياً.

وينبثق من الهدف الرئيسى مجموعة أهداف فرعية كالتالى:

أ- اختبار فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد لتنمية مهارة الاتصال لأمهات الأطفال المعاقين عقلياً.

ب- اختبار فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد لتنمية مهارة مقاومة الضغوط لأمهات الأطفال المعاقين عقلياً.

ج- اختبار فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد لتنمية مهارة حل المشكلة لأمهات الأطفال المعاقين عقلياً.

رابعا: فروض البحث:

- الفرض الرئيسي :

يؤدي استخدام العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد إلى تنمية المهارات الحياتية لأمهات الأطفال المعاقين عقلياً ، وينبثق من هذا الفر عدد من الفرو الفرعية يشار إليها في الاتى :

١- لا توجد فروق إحصائية بين نتائج القياس القبلى للمجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس المهارات الحياتية لأمهات الأطفال المعاقين عقلياً .

٢- توجد فروق إحصائية بين نتائج القياس البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس المهارات الحياتية لأمهات الأطفال المعاقين عقلياً . لصالح المجموعة التجريبية .

٣- توجد فروق إحصائية بين نتائج القياس القبلي البعدي للمجموعة التجريبية على مقياس المهارات الحياتية لأمهات الأطفال المعاقين عقلياً . لصالح القياس البعدي .**وينبثق من هذا الفرض الفروض الفرعية التالية:**

- توجد فروق إحصائية بين نتائج القياس القبلي البعدي للمجموعة التجريبية في بعد (تنمية مهارة الاتصال)على مقياس المهارات الحياتية لأمهات الأطفال المعاقين عقلياً . لصالح القياس البعدي.
- توجد فروق إحصائية بين نتائج القياس القبلي البعدي للمجموعة التجريبية في بعد (تنمية مهارة مقاومة الضغوط)على مقياس المهارات الحياتية لأمهات الأطفال المعاقين عقلياً . لصالح القياس البعدي.

- توجد فروق إحصائية بين نتائج القياس القبلي البعدي للمجموعة التجريبية في بعد (تنمية مهارة حل المشكلة)على مقياس المهارات الحياتية لأمهات الأطفال المعاقين عقلياً . لصالح القياس البعدي.

خامساً: مفاهيم البحث:

١- مفهوم المهارات الحياتية: Life skills

- المهارات الحياتية هى: القدرات العقلية والوجدانية والحسية التى تمكن الفرد من حل مشكلاته ومواجهة التحديات اليومية وإجراء تعديلات على أسلوب حياتية وتطوير أنماط سلوكية اجتماعية، ومن هذه المهارات: مهارة التفكير ، وتحقيق الذات ، ومهارة الاتصال ، والمهارات العلمية التقنية والمهارات العلمية التقنية ومهارات العمل ، والمهارات الصحية.(Barker:1999,148)
- وتعرف الدلائل والاستعدادات الحياتية اللازمة لتطوير قدرات الأفراد فى مواجهة المواقف والتحديات التى يمر بها الفرد والمجتمع، وذلك لتحسين نوعية وجودة الحياة من خلال تطوير المهارات المطلوبة.(احمد السيد ،٢٠٠١، ٤٧)
- وتعرف أيضاً بأنها: المهارات المعرفية والاجتماعية والشخصية والنفسية والمرتبطة بتعامل الفرد مع متطلبات الحياة اليومية، ومختلف الثقافات والبيئات والظروف والموضوعات ، ومن هذه المهارات: اتخاذ القرار، وحل المشكلات، ومهارات الاتصال والتواصل والتفاوض والتفكير الإبداعى والناقد، والوعى الذاتى والتعاطف ومقاومة الضغوط وتأكيد الذات واحترامها والتسامح.(Bastin:2005,15)

خصائص المهارات الحياتية

- متنوعة وشاملة بحيث تتضمن احتياجات الفرد الملائمة لمتطلبات التفاعل مع المواقف الحياتية.
- تختلف من مجتمع لآخر وفقاً لطبيعة المجتمع والفترات الزمنية التى يمر بها ودرجة تقدمه ومتطلباته وتحدياته.
- تعتمد على طبيعة العلاقة بين الفرد والمجتمع ، أو بين المجتمع والفرد ، وتأثير كل منهما فى الآخر.

- تساعد الفرد على التفاعل مع المواقف الحقيقية التى تواجههم فى معايشهم للحياة الواقعية.

أهمية المهارات الحياتية:

من وجهة نظر (Butter & Benjamin) تتمثل أهمية المهارات الحياتية فى أنها:

- تنمى لدى الفرد القدرة على التخطيط الجيد.
- تساعد الفرد على تعديل سلوكه وفقاً لمواقف الحياة اليومية.
- تساعد على تطوير المهارات الحياتية لدى الفرد من خلال القدوة والنموذج.
- تُمكن الفرد من التعامل مع الأسرة والمجتمع(Butter & Benjamin ,2006,75)

مبادئ تعلم المهارات الحياتية:

- المنطق الصحيح والتدريب الفنى الجاد وهو ما يقود إلى سرعة تعلم المهارة.
- الممارسة ضرورة لتعلم المهارة ولكنها ليست وحدها كافية لتحقيق درجات الكفاية المطلوبة فى المهارة .
- يعتمد تعلم المهارة على توفير فرص تتلاءم مع نوعية ومتطلبات المهارة المتعلمة.
- يفضل عند تعلم المهارة توزيع فترات الممارسة بدلاً من تجميعها.
- يفضل ممارسة المهارة ككل فى الصورة المرغوبة فعلاً وواقعاً.
- عند بدء ممارسة المهارة للتدريب عليها التأكيد على سرعة الأداء أولاً ثم دقته ثانياً.(عمران تغريد:٢٠٠١، ١٧)

ويقصد بالمهارات الحياتية فى هذه الدراسة بأنها: " قدرة أم الأطفال المعاقين عقلياً على الاتصال وحل المشكلات ومقاومة الضغوط للتعامل مع هؤلاء الأطفال المعاقين عقلياً".

وقد تم تحديد هذه المهارات بعمل استطلاع من خلال المقابلة الشخصية مع أمهات الأطفال المعاقين عقلياً، **ويحدد إجرائياً بأن يقاس فى ضوء العبارات الواردة فى مقياس المهارات الحياتية لأمهات الأطفال المعاقين عقلياً المعد لهذه الدراسة من خلال ثلاث أبعاد:**

أ- مهارة الاتصال.Communication Skill

ب- مقاومة الضغوط.The Skill of Coping Stress

جـ- حل المشكلات.The Skill of Solving Problems

- **مهارة الاتصال والتواصل: Communication Skill**

هي مجموعة السلوكيات اللفظية وغير اللفظية التي تصدر عن أمهات الأطفال المعاقين عقلياً أثناء التفاعل الاجتماعي مع الآخرين في المواقف الاجتماعية المختلفة ، ويهدف إلى تحقيق وظائف وأهداف التواصل مع الآخرين لتحقيق التواصل بين الأطفال المعاقين عقلياً وأمهاتهم والآخرين .

- **مهارة مقاومة الضغوط: The Skill of Coping Stress**

وهى مواجهة ضغوط الحياة وتحدياتها الصعبة ، وأن تحيا أمهات الأطفال المعاقين عقلياً فيها حياة إيجابية فاعلة والقدرة على التفكير والإنجاز تحت تأثير الإجهاد والتعافى السريع من الظروف الصعبة.

- **مهارة حل المشكلات: The Skill of Solving Problems**

هي تلك المهارة التى تستخدم لتحليل ووضع إستراتيجيات تهدف إلى حل موقف معقد يعوق تقدم أمهات الأطفال المعاقين عقلياً فى جانب من جوانب الحياة.

(٢) العلاج المعرفي السلوكي : Cognitive Behavioral Therapy

- ويعرف على أنه: شكل من أشكال العلاج النفسى الذى يركز على تصحيح التصورات الخاطئة ومحاولة تأويل الواقع بطريقة غير سليمة وبالتالى يتم إزاحة الأفكار السالبة الناتجة عن التعلم الخاطئ(ram&roger:2000,30).

- كما يعرف بأنه: نوعاً من العلاج يساعد العميل على تحديد أنماط التفكير الخاطئة والمشوهة والتى ينتج عنها حدوث متاعب ومشكلات للإنسان ومحاولة إضعاف الرابطة بينها وبين ردود أفعال العميل وسلوكياته الخاطئة وإكساب معلومات صحيحة ليتعلم السلوك السوى(Bloodford:2011,50)

وتعتبر نظرية العلاج المعرفى السلوكى نتاج تداخل ثلاث مدارس هى العلاج السلوكى ، والعلاج المعرفى، وعلم النفس الاجتماعى المعرفى، وترتكز على إطار نظرية التعلم الاجتماعى لباندورا Bandura حيث يرى أن عملية التعليم تتم من خلال إدراك الناس لمواقف حياتهم ومن خلال تصرفاتهم التى تنتج عن الأحوال البيئية التى تؤثر على سلوكهم بطريقة تبادلية، والسلوكيات التى يتم التركيز عليها تعرف بالسلوكيات المستهدفة وتبدأ بالواقع السلوكى التى يسبق المشكلة والأحداث التى تليها تسمى النتائج ويكون استخدام النتائج الإيجابية لتغيير السلوكيات المرضية ومن خلال أهمية نظرية التعلم الاجتماعى والخبرات التى تنتج عن السلوك يمكن أن تعمل على

تحديد ما يفكر فيه الفرد ، وما يمكن أن يفعله والذى بدوره يؤثر على السلوك التالى وفى نظرية التعلم الاجتماعى يمكن من خلال الأفكار والمشاعر وتوضيح السلوك(Cooper:2005,197)

- وهناك ثلاث مدارس رائدة فى العلاج المعرفى السلوكى وهى طريقة أليس Ellis فى العلاج العقلانى الانفعالى ، وطريقة ميكنيوم Meichenbawm فى إرشاد الذات وطريقة بيك Beck فى العلاج المعرفى.(Roparta:1999,178)

ويقصد بالعلاج المعرفي السلوكي في إطار هذه الدراسة بأنه: " التدخل المهنى المخطط والمنظم باستخدام مجموعة من الأساليب العلاجية للعمل مع أمهات الأطفال المعاقين عقلياً ، وذلك بإحداث تغيير فى العمليات المعرفية لمساعدتهم على تعديل السلوك الغير مرغوب لديهم من خلال تغيير الأفكار اللاعقلانية والمشاعر السلبية المرتبطة بأنماط السلوك الغير المرغوب لأمهات الأطفال المعاقين عقلياً".

- **والعلاج المعرفي السلوكي كنمط علاجي تتحدد أهدافه فيما يلي:**

- تعليم العميل أن يصحح أداءاته المعرفية الخاطئة.
- تغيير معتقداته المختلة وظيفياً والتي تعرضه لخبرات مشوهة.
- تعديل الأفكار والاعتقادات والافتراضات المحتملة وظيفياً والتي تعمل على الإبقاء على أنماط السلوك والانفعالات.
- العمل على تقييم التغيرات السلوكية والمعرفية.
- تحديد المشكلات في مصطلحات سلوكية.
- تدريب العملاء على تعديل سلوكهم من خلال أساليب التدخل المختلفة.
- تدريب العملاء على تعديل سلوكهم من خلال أساليب التدخل المختلفة.(scott:etal.,2006:118)

- **وللعلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد عدد من الخطوات المهنية التي يلتزم بها أخصائى خدمة الفرد ، وهى:**

١- التقدير Assessment:

تستهدف عملية التقدير في العلاج المعرفي السلوكي بصفة عامة تحديد الأفكار والمشاعر والسلوك الصريح الذي يجب تغييره، والأحداث السابقة للسلوك المشكل ونتائجها المختلفة، إلى جانب تحديد مصادر التأثير على سلوك العميل، ويتضمن ذلك التعرف على

الخصائص المادية والثقافية للبيئة التي يعيش فيها العميل وجوانب القوة والضعف في شخصيته وتصرفات واتجاهات الأفراد المحيطين به وإمكانات المجتمع أو لموارد المادية المتاحة التي يمكن استثمارها في حل الموقف. **وبشكل أكثر تحديداً يمكن تقسيم عملية التقدير في هذا المدخل إلى ثلاث مراحل متتالية وهي:**

المرحلة الأولى: تحديد السلوكيات الإشكالية:

يقوم الأخصائي الاجتماعي المعالج خلال هذه المرحلة بتحديد السلوكيات "المستهدفة" الرئيسية والتي سوف تكون محوراً للتغيير.

المرحلة الثانية: جمع البيانات:

تتضمن المرحلة الثانية من عملية التقدير مراقبة السلوكيات التي تتطلب الانتباه من خلال الاحتفاظ بالسجلات واليوميات أو بطاقات الملاحظة، وذلك بصورة يومية والنظر إلى الأحداث السابقة التي تثير السلوكيات والنتائج المترتبة عليها، ويستعين الأخصائي الاجتماعي في هذا الصدد بأدوات القياس المتعددة التي تحدد بدقة معدلات وقوع السلوك أو شدة الاستجابة.

المرحلة الثالثة: تحديد أهداف التدخل:

يتولى كل من الأخصائي المعالج والعميل معاً تحديد أهداف التدخل والتي سوف يتم العمل على تحقيقها في المراحل التالية فيما بعد، ويتعين على الأخصائي خلال هذه المرحلة أن يتأكد من واقعية الأهداف وأن يتناقش مع العميل حول المعوقات التي ربما تحول دون نجاحه في تحقيقها، كما يجب أن يتعرف الأخصائي على أفكار العميل ورؤيته حول إمكانية تنفيذ هذه الأهداف.(

٢- التدخل العلاجى:

يستهدف التدخل العلاجى مباشرة تغيير الأفكار الغير منطقية والانفعالات الغير مناسبة وأنماط السلوك اللا توافقى لدى العملاء ولكى تتم هذه التغيرات المرغوبة فإن الأخصائى الاجتماعى يستخدم العديد من أساليب التدخل المهنى التى تساعد تعليم العميل أنماط وعادات التفكير السليمة أو المنطقية، وعندما تتغير أفكار العميل الغير منطقية فإن ذلك يؤدى إلى التغيير فى أنما ط السلوك المرتبطة بها، كما هو الحال فى عملية التقدير **فإن عملية العلاج تشمل أيضاً ثلاث مراحل أساسية وهى:**

المرحلة الأولى: الملاحظة الذاتية.

المرحلة الثانية: التعامل مع الأفكار والسلوكيات الغير ملائمة.

المرحلة الثالثة: تطوير الجوانب المعرفية الخاصة بالتغيير.

- **وأساليب العلاج المعرفي السلوكي يشمل:**

١- إعادة البناء المعرفي Cognitive Reconstructing

وأن جوهر عملية العلاج المعرفي السلوكي يتثمل في مساعدة العميل على أن يتمكن من إعادة البناء المعرفي بشكل سليم، والهدف من هذا الأسلوب هو أن يقوم المعالج بمساعدة العميل على اكتساب جوانب معرفية جديدة بمشكلته أو سلوكه لتحل محل الأفكار والمعارف الخاطئة حتى تستطيع أن يوظف هذه الأفكار الجديدة في ممارسته اليومية**(Crazier, et al., 2005: 267)**

خطوات تنفيذ أسلوب إعادة البناء المعرفي:

١) مساعدة العميل على تفهم أفكاره ومعتقداته والعبارات والجمل التي يرددها لنفسه وحديث الذات.. الخ، جميعها تكون محصلة لردود أفعاله الانفعالية مثل: الخوف، والقلق، والغضب...الخ، وتمر هذه المرحلة بمقاومة ورفض في الغالب من جانب العميل لصعوبة تفهمه للعلاقة بين الأفكار وردود الفعل الانفعالية.

٢) مساعدة العميل على تفهم أفكاره ومعتقداته الخاطئة، والتي يترتب عليها ظهور الأنماط السلوكية غير المرغوبة، ولتحقيق ذلك يقوم المعالج بمساعدة العميل على تسجيل أفكاره يومياً بطريقته الخاصة في سجل يعرف: بسجل تحليل المواقف المعرفية يدون فيه الأحداث التي تواجهه يومياً، والمشاعر المصاحبة لها، بالإضافة إلى العبارات والمعتقدات الذاتية التي يرددها نتيجة لهذه المشاعر.

٣) مساعدة العميل على تحديد المواقف التي تولد المعارف العقلانية من خلال السجل السابق، مع التحديد الدقيق لحدوث تلك المواقف والأشخاص ذوي الأهمية المرتبطين بها، وهنا يساعد الأخصائي العميل على وضع مهام واستراتيجيات تتناسب مع الموقف، فالعميل الذي يجد صعوبة في التحكم في غضبه ربما يكتشف أن هناك موقفاً خاصاً أو أفراد معينين هم المسؤولين عن حدوث هذا الغضب.

٤) استبدال العبارات والأفكار الخاطئة بعبارات منطقية ملائمة، وتتم يعد تفهم العميل للموقف والأشخاص المحيطين به، والتعرف على العلاقة بين الأفكار الخاطئة وردود الأفكار الخاطئة، وفي هذه المرحلة يطلب الأخصائي من العميل أن يفكر في المشكلة، ويضع لها التصور المنطقي لحلها، بعيداً عن ردود الفعل الانفعالية، مع تشجيعه على الانطلاق في الأفكار البناءة ومعارضته عند إظهار الأفكار غير المرغوبة.

٥) مكافأة العملاء على إعادة بنائهم المعرفي، فعندما يظهر العميل أي تقدم في خطوات العلاج مثل: ظهور أفكار جديدة، سلوك مرغوب، تعديل المنطق الخاص، التخلص من الذاتية، وضع بدائل

ومهام جديدة لمواجهة المشكلة... الخ، يستخدم المعالج المدعمات الإيجابية في أشكال مختلفة، ولا يمنع من استخدام بعض المدعمات السلبية في حالة المقاومة، والعبارات غير العقلانية، وحديث الذات المشوش، والتمسك بالمنطق الخاطئ.

٢- المناقشة المنطقية:

يعتبر هذا الأسلوب من الأساليب المعرفية التي تساعد العميل على تغيير أفكاره واستبدالها بأفكار منطقية، والمناقشة المنطقية يقصد به قيام المعالج بحصر دقيق للأفكار غير العقلانية السلبية لدى العميل ثم تصنيفها وعن طريق المعرفة والتذكر يتم م ناقشة تلك الأفكار بهدف تغييرها وتكوين أفكار منطقية بديلة.٤٧

ويطبق أسلوب المناقشة المنطقية يعتبر من أفضل الأساليب العلاجية في علاج مشكلات أمهات الأطفال المعاقين عقلياً ، ويعتبر هذا الأسلوب من الأساليب الفعالة حيث ترتب عليه تغيير في السلوك وقد ساعد هذا الأسلوب على تحسين علاقة الأم بأطفالها المعاقين عقلياً والاهتمام بهم وتحقيق رعايتهم ومتطلباتهم، ويساعدها على الاستماع بأبنائها وبمتطلباتهم.(عبدالله:٢٠٠٠، ٩٨)

٣- أسلوب التشجيع والتوضيح:

يقوم الأخصائي الاجتماعي على توضيح مدى خطأ الأفكار الغير عقلانية التي يعتنقها العميل وأدت إلى المشكلة من أجل تعديلها بأفكار أكثر عقلانية، وتشجيع العميل على الحديث واستعراض أفكاره غير عقلانية وزيادة الاهتمام بها لتعديلها بأفكار عقلانية.

ويطبق هذا الأسلوبين مع أمهات الأطفال المعاقين عقلياً الذى ظهر في تحسين إجرائها وإكسابها المعرفة والمهارات اللازمة لمعرفة الأفكار غير العقلانية واستبدالها بالأفكار العقلانية حتى تستطيع أمهات الأطفال المعاقين عقلياً القيام بمسئولياتهم المنزلية بشكل إيجابي.

٤- أسلوب الحث والإقناع:

يعتبر هذا الأسلوب من الأساليب العلاجية التي ساهمت في حث العميل وإقناعه باختبار أفكار عقلانية جديدة وتحليل أفكاره تحليلاً فلسفياً ومنطقياً، وتعليمه بعض العبارات المنطقية مما يؤدي إلى إعادة بناء الجوانب المعرفية (نظام التفكير).ويعتبر من الأساليب العلاجية التي ساهمت بقدر كبير على زيادة الدافعية الإيجابية ، وظهر ذلك مع اهتمامها بالأبناء وتنظيم الوقت في القضاء مع أبنائها ورعايتها لهم، والتقليل من حدة التوتر حتى تستطيع التوفيق بين عملها وبيتها، وكان له الأثر الأكبر في تحسين العلاقة بينها وبين أطفالها المعاقين عقلياً.

٥) التدريب على مهارات حل المشكلة Problem-solving training:

يستخدم هذا الأسلوب بهدف تنمية قدرة العميل على التفكير السليم والمنظم ومساعدته على الإدراك الصحيح للمواقف التي يتعرض لها والتعالم معها بفاعلية مناسبة، وذلك من خلال تعليمه عمليات حل

المشكلة ومن حيث تشجيعه على تحديد الموقف الإشكالي بموضوعية واستعراض الحلول الممكنة، واختيار الحل المناسب، ثم أتاحت له المجال لتنفيذ أفضل هذه الحلول.(بيك:٢٠٠٠، ٣٢)

ويقتضي تطبيق هذا الأسلوب قيام كل من الأخصائي الاجتماعي (المعالج المعرفي السلوكي) العميل بمجموعة الخطوات التالية:

أ) زيادة الوعي بالمشكلة: يبذل الأخصائي العميل جهوداً كبيرة من أجل زيادة إدراكهم ووعيهم بالمشكلة وتحديد كافة الأبعاد وجوانبها المختلفة.(davids.Derezoter:2000,109-110)

ب) استعراض الحلول البديلة: يقوم الأخصائي والعميل بدراسة الخيارات المتاحة والنظر إلى المزايا والعيوب المحتملة لكل خيار على حدة.

ج) اختيار أفضل الحلول: يقوم الأخصائي والعميل باختيار الحل الذي يتضمن أقصى مميزات وأدنى عيوب ممكنة.

د) تنفيذ أفضل حل: يتم تنفيذ أفضل حل بمعرفة العميل والأطراف الأخرى الداخلة في الموقف .

هـ) تقييم النتائج:يقوم الأخصائي والعميل بتقييم النتائج النهائية وإذا كانت هذه النتائج غير مرضية يجب إعادة أو تكرار هذه الخطوات بالكيفية السابقة.

ويطبق هذا مع أمهات الأطفال المعاقين عقلياً على المشاركة على حل مشكلاتها من خلال الخطوات التالية:

١-زيادة الإدراك بالمشكلة من خلال تحديد وتعريف مشكلاتها.

٢-استعراض الحلول الممكنة والحلول البديلة حيث تحدد أفضل الحلول لها.

٣-اختيار أفضل الحلول التي تشتمل على أقصى المميزات.

٤-تنفيذ أفضل الحلول.

٥-تقييم النتائج حيث يشترك المعالج (الأخصائي الاجتماعي) وأمهات الأطفال المعاقين عقلياً في تحديد إيجابيات وسلبيات النتائج ثم إتاحة المجال لتنفيذ أفضل الحلول.

٦) التدريب على الصمود Stress Inculcation Training:

يرى ميكينيوم Meichenbaum أن هذا الأسلوب من العلاج يستهدف منع أو تقليل التوترات والضغوط، العملاء ما يقولونه أو التعرف في المواقف الصعبة، وكذلك العمل على تغيير وتخفيف الضغوط على العملاء في بيئاتهم. ويقوم هذا الأسلوب على إكساب العميل القدرة على التعامل مع الضغوط التي تواجهها وبالتالي تزداد مقامتها لها، وتتم هذه العملية بصورة متدرجة من خلال تعليمه المهارات المتعلقة بذلك ويتم تعريفه لمواقف الضغط ذات قوة كافية لاختبار مدى قوتها في المقاومة لهذه الضغوط حيث يتم هذا الأسلوب من خلال ثلاث مراحل: **ويتضمن هذا الأسلوب ثلاث مراحل أساسية**

١) المرحلة التعليمية Educational Phase:

أ- تقديم إطار تصوري للعميل: ويتضمن هذا الإطار مجموعة من المصطلحات التي تزيد من قدرة العميل على فهم ردود أفعاله تجاه الضغوط التي تواجهه. ويعتمد هذا الإطار على طبيعية الضغوط التي تواجه العميل فالإطار الذي يقدم للعميل الذي يعاني من مخاوف معينة يختلف عن الإطار الذي يقدم للعميل الذي يعاني من مشاعر الغضب أو القلق وغيرها.

ب- يتضمن هذا الإطار تقديم معلومات كافية للعميل عن طبيعة الضغوط التي يواجهها (القلق – الخوف – الغضب – اليأس ..... الخ) من خلال ثلاثة استجابات ثانوية هي الاستجابة المعرفية Cognitive والجسمية الانفعالية Somatic-affective والسلوكية Behavioral.

جـ- تفيد هذه المرحلة في مساعدة العميل على تحديد نمط انفعاله ودرجته وتحليل المواقف التي تستدعي استجاباته الانفعالية. ويعني ذلك أن الأخصائي الاجتماعي يساعد العميل على تحديد المواقف التي تستدعي انفعالاته السلبية مع التركيز على العبارات الذاتية التي يقولها العميل لنفسه والمشاعر التي تصاحبها أثناء الضغوط التي تواجهه.(Hepworth,1997,364-368)

٢) المرحلة التدريبية Rehearsal Phase:

وتستهدف هذه المرحلة مساعدة العميل على تنمية بعض المهارات التي تتضمن العمل المباشر Direct Action وإعادة بناء المعرفة، ويشمل العمل المباشر الشكلين التاليين:

أ- الحصول على المعلومات آو المواقف التي تولد الخوف، القلق، الغضب، وغيرها.

وتتضمن تحليل طبيعة الضغوط التي تستدعي مشاعر الخوف آو القلق آو الغضب والتي تعلمها العميل في الخطوة السابقة حيث يقدم العميل تقريره الذي أعده في المنزل المرتبط بتحليل هذه المواقف، فيقوم الأخصائي بمناقشته معه من اجل العمل على توسيع إدراك العميل بمساعدته على اكتشاف تقديره غير الواقعي للمواقف التي ربما تقوده إلي استخدام أساليب دفاعية عدوانية آو انسحابيه لا داعي لها.

ب- العمل المباشر باستخدام أسلوب الاسترخاء Relaxation Training، حيث يعلم الأخصائي العميل كيفية القيام بعملية الاسترخاء عن طريق التنفس العميق وإرخاء عضلاته وذلك لتخفيف مشاعر الخوف آو القلق آو الغضب الذي قد ينتابه. إما فيما يتعلق بأسلوب أعادة البناء المعرفي المستخدم في هذه المرحلة فيتضمن (١) مساعدة العميل على إحلال عباراته ذاتية ايجابية بدلا من عباراته الذاتية السلبية التي تولد مشاعره السلبية. (٢) مقاومة واقف الاستثارة بطريقة بناءة. هذا ويرى نوفاكو Novaco أن أسلوب إعادة البناء المعرفي المتعلق بردود أفعال العميل السلبية يتضمن الآتي:

- الاستعداد لموقف الإثارة كلما آمكن ذلك.
- التأثيرات المتوقعة لهذه المواقف أساليب مواجهتها.

- التعامل مع ظهور هذه المواقف.
- ردود الأفعال المصاحبة للنجاح أو الفشل في مواجهة هذه المواقف.

٣) المرحلة التطبيقية Application Phase:

يقوم العميل في هذه المرحلة بتطبيق المهارات التي اكتسبها للتعامل مع الضغوط المختلفة التي يواجهها، أو التي يتخيل وجودها، وذلك من خلال إعداد مواقف ضغط وهمية (تمثيلية) والتدريب على كيفية مواجهتها، ويشارك لأخصائي العميل في تنفيذ هذه الأدوار، فمثلاً قد يقوم الأخصائي بدور المدير المتعسف الذي يوجه كثير من الانتقادات للعميل ويتعمد تهديده، وهنا يقوم العميل بدور هذه الموظف الذي سيحاول مواجهة هذه الضغوط من خلال الاستعانة بأحد الأساليب لتي قد تم عرضها. من قبل. وتزيد هذه العملية من ثقة العميل في نفسه عندما يكتشف انه يستطيع بالفعل التعامل مع مواقف الضغط التي كان يفشل في مواجهتها.

ويطبق هذا الأسلوب مع أمهات الأطفال المعاقين عقلياً من خلال المراحل الثلاثة: التعليمية والتدريبية والتطبيقية في اكتساب المهارات التعليمية في تعديل بنية الحديث الذاتي وتنمية المهارات التي تساعدها على إعادة البناء المعرفي في مساعدتها على تحديد المعتقدات الخاطئة وأنماط سلوكه التي تسبب مشكلاته، ومساعدته على تحديد المواقف التي تسبب أو تولد المعارف اللاعقلانية.

٧) التدريب على المهارات الاجتماعية Social Skills Training:

يعتبر هذا الأسلوب من الأساليب الهامة التي تستخدم عند العمل، ويهدف إكساب العميل مجموعة من المهارات أو السلوكيات المقبولة اجتماعياً والتي تزيد من ثقته في ذاته وإحساسه بالجدارة أو الكفاءة الشخصية كي تعينه على التعامل مع الموقف الذي يعاني منه بصورة أكثر فاعلية. **(LynnBye&michelle:2007,157)**

ويطبق الأخصائي الاجتماعي (المعالج) هذا الأسلوب مع أمهات الأطفال المعاقين عقلياُ ويساعدها على إكسابها مجموعة من المهارات والسلوكيات المقبولة وتزيد من ذاتها والكفاءة الشخصية ويتم ذلك عن طريق خطوات تتم كالآتي:

١. التوجيه والتعليم ⇦ يتم توجيه أمهات الأطفال المعاقين عقلياً للتعرف على السلوكيات الاجتماعية المقبولة مثل المشاركة والتعاون والاتصال والمساندة.
٢. النمذجة ⇦ تتاح الفرصة لأمهات الأطفال المعاقين عقلياً لملاحظة السلوكيات الملائمة وتقديم نماذج سلوكية إيجابية يقتدى بها وتتعلم منها كيفية التصرف في المواقف المختلفة.
٣. تكرار السلوك ⇦ يتم إتاحة الفرصة لأمهات الأطفال المعاقين عقلياً لممارسة السلوكيات التي تم ملاحظتها.
٤. التدريب ⇦ يتم إمداد أمهات الأطفال المعاقين عقلياً بالتعليمات اللازمة أثناء تكرار السلوك.

٨) حديث الذات: يعتبر من أهم الأساليب للتغلب على المعتقدات الخاطئة أن تنبه العميل إلى الأفكار أو الآراء التي يرددها بينه وبين نفسه عندما يواجه بعض المواقف المهددة فإن الاضطراب الذي يصيب العميل بما ذلك الخوف الشديد، القلق، التوتر. (عبد الرحمن:٢٠١٢، ٣٢)

كيفية الاستفادة في تطبيقه مع أمهات الأطفال المعاقين عقلياً يساعدها على تعديل الأفكار باستخدام الأساليب المعرفية عن طريق حديث الذات تنبيه أمهات الأطفال المعاقين عقلياً أن الأفكار التي يرددها بينها وبين نفسها هي المسئولة عن طبيعة الانفعال والسلوك الصادر منها، فإن كانت هذه الأفكار سلبية سيؤدي إلى الانفعال وسلوك سلبي، فيقوم الأخصائي الاجتماعي (المعالج) بتصحيح هذه الأفكار وتعديلها إلى أفكار إيجابية تنعكس على الانفعال والسلوك.

٩) لعب الدور Role Playing:

ويعني عملية ذهنية يمثل فيها الفرد شخصية إنسان آخر كما يدركها ويتطلب من هذا الفرد نقد أسلوب هذا الشخص الآخر وآداءاته وأنماط سلوكه، وهذا يساعد الفرد على بذل الجهد لفهم الشخصية التي يمثلها ويساعد هذا الفهم على معرفة وفهم نفسه، ودوافعه وطموحه وما يحب وما يكره. (شقير:٢٠٠٠، ٢٧٢)

ويتضمن لعب الدور تقدير معرفي للمشاعر والأفكار التي تم اختبارها في موقف لعب الدور وتبني دور مختلف عما تعود عليه، وعلى ذلك يتضمن لعب الدور عنصر معرفي عن طريق إعادة البناء المعرفي للمواقف التي تم كشفها بواسطة خبرات لعب الدور وأسلوب لعب الدور له نوعين:

١- تكرار قيام السلوك ⇦ قيام العميل باستجابة فإذا كرر العميل ممارسة السلوك تحت إشراف وتوجيه الأخصائي فإنه يمكن له أن يكتسب الأساليب السلوكية المطلوبة وفي بعض الحالات إضعاف العناصر السلوكية غير المطلوبة ويقويها.

٢- تمثيل مواجهة نتائج الدور غير مرغوب ⇦ حيث أن مجرد معرفة سوء السلوك ما لا يؤدي ذلك لممارسته أو تجنب ذلك السلوك.

ويطبق هذا الأسلوب مع أمهات الأطفال المعاقين عقلياً ويقوم الأخصائي الاجتماعي (المعالج المعرفي السلوكي) باستخدامه معهم عن طريق خطوات:

أ- تكرار القيام بالسلوك المطلوب.

ب- تمثيل مواجهة نتائج الدور الغير مرغوب.

ج- الدور المعكوس.

د- مناجاة أمهات الأطفال المعاقين عقلياً.

هـ- إعادة التمثيل.

١٠- الواجبات المنزلية Home Work:

وهو أسلوب مهم في تعلم المهارات الاجتماعية وهذا الأسلوب يساعد الفرد على تعميم التغيرات الإيجابية التي قد أنجزوها خلال الجلسات العلاجية، ونقلها إلى المواقف الحية، كما يساعد على تقوية وتدعيم الأفكار أو المعتقدات الصحيحة الجديدة.

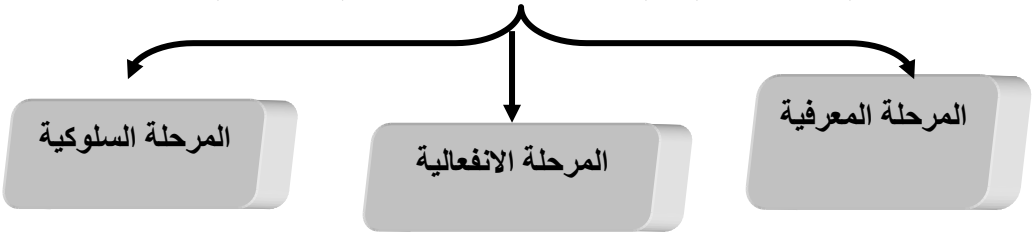
ولاستثمار هذا الأسلوب العلاجي يجب أن يحدد في كل مقابلة واجب منزلي أو تطبيق سلوك محدد لمساعدة الفرد على تغيير سلوك غير مرغوب، أو مساعدته على تغيير أهدافه حسب موضوع وهدف المقابلة، ويتم مكافأة الفرد على ما حققه من نتائج في كل مقابلة.

واستخدم أسلوب الواجب المنزلي في المدخل المعرفي السلوكي يساهم في تحقيق الجوانب التالية:

- يساعد على تطوير وتنمية المهارات، من خلال الممارسة المتكررة.
- يساعد على تطبيق الطرق والسلوكيات التي تم التدريب عليها في الجلسات العلاجية في البيئة الطبيعية.
- يساعد على زيادة قدرة العميل على تقدير الذات، والضبط الذاتي بعد انتهاء الجلسات العلاجية، ولكي تتحقق فاعلية أسلوب الواجب المنزلي، يجب تحديد خطة متكاملة لطريقة التطبيق على أن تكون سهلة نسبياً وفي متناول قدرات المحيطين بالعميل، وعلى المعالج أن يضع خطة لمتابعة تنفيذ العميل للواجبات المنزلية.

ويتضمن الواجبات جوانب عقلية مثل التعرف على الأفكار غير منطقية وتدوينها. ويطبق هذا الأسلوب مع أمهات الأطفال المعاقين عقلياً لكي تمكن أمهات الأطفال المعاقين عقلياً من أن تعمم التغيرات الإيجابية التي قد أنجزتها مع الأخصائي (المعالج)، ولكي تساعدها على نقلها للمواقف الحية، ولكي تقوي وتدعم أفكارها أو معتقداتها الصحية الجديدة، ويتم توجيهها وتشجعيها على تنفيذ بعض الأعمال التي يجب أن تكون مرتبطة بالأهداف العلاجية.

- دور الأخصائي الاجتماعي في مراحل العلاج المعرفي السلوكي:



ويعتبر الأخصائي الاجتماعي هو المعالج يقوم بمساعدة العميل في تغيير سلوكيات العملاء السلبية، من خلال تعديل الأفكار والتحكم في المشاعر والانفعالات حتى تتناسب مع المواقف أو المشكلة التي يتعرض لها، ويساعده الأخصائي الاجتماعي على جعل أفكاره مرتبة ومنطقية من خلال التدريب واستخدام الأساليب العلاجية، ويكلفه بالقيام بالواجبات المنزلية، ويعتمد الأخصائي الاجتماعي على

مساعدة العميل على التغير تدريجياً وليس بصورة سريعة حتى يتمكن العميل من تقبل العلاج ويحاول الأخصائي الاجتماعي تقديم التدعيم لهم وتفعيل الاستجابة.

من خلال ما سبق يتضح تحديد أدوار الأخصائي الاجتماعي في مراحله الثلاثة التي يمر بها العلاج المعرفي السلوكي:

١- دور الأخصائي الاجتماعي فيما يتعلق بالمرحلة المعرفية:

تتضمن هذه المرحلة مستوى إدراك العميل لأبعاد المشكلة التي يعاني منها وما هي الإمكانات المتاحة التي يمكن الاعتماد عليها في معالجة هذه المشكلة وتتضمن أيضاً دور الأخصائي الاجتماعي في مساهمته في علاج هذه المشكلة وكذلك دور العميل حيث يوضح الأخصائي الاجتماعي مسئولياه، والمبادئ، والأخطاء التي يمكن أن يقع فيها العميل أثناء قيامه بالدور الذي يجب أن ينفذه، ويستعين الأخصائي خلال هذه المرحلة بالشرح والتوضيح في لقاءاته مع العميل مكوناً علاقة مهنية جيدة معتمداً على الإقناع، ويقوم الأخصائي الاجتماعي بتوضيح المشكلات التي يمكن أن يصل إليها العميل إذا تكاسل عن تنفيذ المهام من قبل الأخصائي الاجتماعي.

في هذه المرحلة يقوم المعالج { الأخصائي الاجتماعي لمجموعة المهام التي يقوم بها لمساعدة أمهات الأطفال المعاقين عقلياً على كيفية التعامل مع المواقف الإشكالية التي تواجهها ، ويقوم بمعرفة مناطق القوة وكيفية استثمارها ومعرفة مناطق الضعف وكيفية معالجتها ، فيستخدم المعالج المعرفي السلوكي (الأخصائي الاجتماعي) بعض المهارات والأساليب في هذه المرحلة لتغيير أو تعديل الأفكار اللاعقلانية إلى أفكار عقلانية مثل:

(أ) استخدام فيها تكوين العلاقة المهنية بين المعالج وأمهات الأطفال المعاقين عقلياً في أثناء المقابلة والجلسات حتى يتحقق التفاعل الإيجابي بينهم.

(ب) استخدام أسلوب الملاحظة والإنصات الواعي دون مقاطعة وسماع كل ما تقوله للوصول إلي بداية المشكلة.

(ت) يجب أن يكون لديه مهارة في المقابلات المهنية مع العملية (أمهات الأطفال المعاقين عقلياً) للخروج إلى نتائج تفيد في حل مشكلتها.

(ث) استخدام أسلوب العصف الذهني حتى يتمكن المعالج من معرفة كل ما يدور من الأفكار اللاعقلانية التي تحدث المشكلات للعميلة (أمهات الأطفال المعاقين عقلياً).

(ج) يستخدم المعالج (الأخصائي الاجتماعي) التسجيل لتدوين كل ما يدور لدي العملية من أفكار لا عقلانية، والتزامها بالواجبات المنزلية في سجل للأفكار اللاعقلانية لتدوين كل الأفكار اللاعقلانية.

(ح) يستخدم المعالج (الأخصائي الاجتماعي) مهارة الإقناع العملية (أمهات الأطفال المعاقين

عقلياً) بأفكارها اللاعقلانية وتبدليها بالأفكار العقلانية.

(خ) يستخدم المعالج مهارة الإلمام بأسباب المؤدية إلى المشكلات التي تؤدي إلى ظهور الأفكار اللاعقلانية والانفعالات السلبية.

٢- دور الأخصائي الاجتماعي فيما يتعلق بالمرحلة الانفعالية:

يتضح دور الأخصائي الاجتماعي هنا في تعديل بعض قيم واتجاهات العميل مع شرح وتوضيح الفرق بين الأمور التي تتسم بالواقعية وقابلة للتنفيذ والأمور الخيالية التي عادة ما يطمع فيها العميل ولكنها لا تنفيذ على أرض الواقع من خلال استخدام تكنيك مثل لعب الدور، ومن الضروري أن يدرك الأخصائي هذه المرحلة أن هناك ردود أفعال للعميل يجب أن يكون قادر على مواجهتها كالقلق والخوف والغضب، ويشرح الأخصائي الاجتماعي هنا للعميل كيفية تحمل الضغوط وطريقة التعامل معها بشكل منطقي وموضوعي.(عوض

- **ويقصد بالعلاج المعرفي السلوكي إجرائياً بأنه:**

- التدخل المهني باستخدام مجموعة من الأساليب العلاجية المرتبطة بالعلاج المعرفي السلوكي.

- يركز على تحليل أفكار ومشاعر أمهات الأطفال المعاقين عقلياً المرتبطة بأنماط سلوكهم الغير المرغوب فيه.

- يركز على تغيير الأفكار الخاطئة والمعتقدات اللا عقلانية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً يمكن أن تغير من أنماط سلوكهم الغير المرغوب.

- يهدف إلى إكسابهم سلوكيات إيجابية مرغوبة تساعدهم على التعامل الإيجابي مع هؤلاء الأطفال المعاقين عقلياً وتقبلهم.

(٣) الأطفال المعاقين عقلياً Mental Handicap peal:

تعددت التعريفات الخاصة بالإعاقة العقلية، ومنها:

- **فالمعاق:** هو كل شخص مصاب بقصور كلى أو جزئى فى قدراته الجسمية أو الحسية أو العقلية أو التعليمية أو النفسية إلى المدى الذى يقلل من إمكانية تلبية متطلباته العادية فى ظروف أمثاله من غير المعاقين.(عادل عبدالله:٢٠٠٤، ١٠٤)

- **وتعرف الإعاقة العقلية:** تعرف الجمعية الأمريكية الإعاقة العقلية بأنها: " قصور فى عدد من جوانب أداء الفرد دون سن الثامن عشر وتبدو فى التدنى الواضح فى القدرة العقلية عن متوسط الذكاء ويرافقها قصور واضح فى اثنين أو أكثر من مظاهر السلوك التكيفى كمهارة

الاتصال اللغوى والعناية بالذات والحياة اليومية.(عبد المطلب القريطى :١٩٩٦، ١٣)

في حين تعرف الإعاقة العقلية في إطار الدراسة الحالية من خلال تبني تعريف منظمة الصحة العالمية بان الإعاقة هي مصطلح يغطي العجز، والقيود على النشاط، ومقيدات المشاركة. والعجز هي مشكلة في وظيفة الجسم أو هيكله، والحد من النشاط هو الصعوبة التي يواجهها الفرد في تنفيذ مهمة أو عمل، في حين أن تقييد المشاركة هي المشكلة التي يعاني منها الفرد في المشاركة في مواقف الحياة، وبالتالي فالإعاقة هي ظاهرة معقدة، والتي تعكس التفاعل بين ملامح جسم الشخص وملامح المجتمع الذي يعيش فيه أو الذي تعيش فيه." (**منظمة الصحة العالمية** : ٢٠١٤، ٢٥٥)

سادسا: الإجراءات المنهجية للبحث :

١- نوع البحث:

تعتبر هذه الدراسة من الدراسات التجريبية التي تختبر تأثير متغير مستقل (برنامج للتدخل المهني باستخدام العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد) على متغير تابع (تنمية المهارات الحياتية) وذلك باستخدام (التجربة القبلية البعدية) .

واتساقاً مع نوع الدراسة تم استخدام المنهج التجريبي من خلال التجربة القبلية البعدية على عينة مكونة من (٣٠) مفردة تم تقسيمهم عشوائياً(الطريقة العشوائية البسيطة) إلى مجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة ، قوام كل منهما(١٥) مفردة ، علي أن يتم القياس القبلي للمجموعتين قبل إجراء التجربة ثم التدخل المهني مع حالات المجموعة التجريبية دون الضابطة ، ثم القياس البعدي للمجموعتين ثم إجراء المقارنات وحساب الفروق بين القياسين القبلي والبعدي .

٢- منهج البحث :

اعتمدت الدراسة الحالية علي المنهج التجريبيExperimental Designs ، والمنهج التجريبي من المناهج الملائمة للظواهر الاجتماعية ، باستخدام التصميم التجريبي " القياس القبلي البعدى " من خلال مجموعتين ، إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة ، حيث يتم القياس القبلي للمجموعتين التجريبية والضابطة قبل إجراء التدخل المهني ، ثم التدخل المهني باستخدام العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد للتعرف علي فعالية البرنامج في تنمية المهارات الحياتية لأمهات الأطفال المعاقين عقليا (مع حالات المجموعة التجريبية دون المجموعة الضابطة) ، وإجراء القياس البعدى للمجموعتين التجريبية والضابطة ، وحساب الفروق بين القياسين القبلي والبعدى للمجموعتين .

٣- أدوات البحث: مقياس المهارات الحياتية للأمهات المعاقات عقليا " إعداد الباحثة"

- **وصف المقياس :**

يستهدف المقياس تحديد وقياس المهارات الحياتية للامات المعاقات عقليا: وهي المهارات التي تساعد الأمهات المعاقات على التفاعل الإيجابي مع المواقف والمشكلات التي تعترضهن في حياتهن اليومية ، وذلك من خلال الاتصال الإيجابي مع المحيطين بهن والآخرين والبيئة ، وإدراك التفاعلات والعلاقات المكانية وحل المشكلات بطريقة صحيحة.

يتكون المقياس من عدد(٤٥) عبارة موزعة علي أبعاد المهارات الحياتية بالتساوي وبمعدل (١٥) فقرة لكل بُعد ، وصممت عبارات المقياس ما تعادل قياس البعد الكلي لها من خلال الاتجاه الايجابي لتنمية المهارات الحياتية ، والأبعاد التي يقيسها المقياس هي :

- **مهارات الاتصال:**

وهي نشاط أنساني يرتبط بنقل المعلومات والحقائق والأفكار والآراء والمشاعر من جانب الأمهات المعاقات عقليا لأطراف التفاعل الاخري سواء الأبناء أو الزوج أو المحيطين بها ، وينطوي على قبول أطراف التفاعل الأخرى مع الأمهات المعاقات عقليا ، ومشاعر الدفء والحرص على جعل اللقاء ممتعا ، وتتعلق أيضا حول آداب الحديث والحوار Politeness وأن تكون أشكال الكلام وصيغ الاتصال اللفظي موافقة للآخرين Agreeable ، كما تشمل مهارات عمل الواجبات والمهام بطريقة سهلة ومفهومة، وإبداء الآراء والمقترحات ، والتواصل مع الآخرين من الزملاء والأصدقاء ، وتفهم مشاعر وأراء الآخرين .

- **مهارات مقاومة الضغوط :**

وهي قدرة الأمهات المعاقات على مواجهة وتغيير أو الحد من المواقف التي تمر بها في حياتهن وتتصور أنها تفوق إمكاناتهن ومواردهن الشخصية والبيئية اللازمة للتعامل معها ، والتي قد تسبب لهن أو للمحيطين بهن بعض من مظاهر الشعور بالقلق أو الخوف أو عدم القدرة على السيطرة عليها . كما أنها مجموعة النشاطات أو الإستراتيجيات (سلوكية – معرفيِّة) التي تسعى من خلالها الأمهات المعاقات عقليا إلى تطويع الموقف الضاغط وحل المشكلة أو تخفيف التَّوتر الانفعالي المترتب عليه.

- **مهارات حل المشكلة :**

وهي مدي استطاعة الأمهات المعاقات عقليا على استخدام المعلومات السابقة والمعلومات المكتسبة لتلبية موقف غير عادي يواجههن ، كذلك قدرتهن علي إيجاد الطريقة الملائمة لإنجاز الأهداف عندما يكون الهدف غير ممكن التحقيق بصورة عادية .

- **تصحيح المقياس :**

– تحدد تعليمات المقياس للمبحوثات ، بان تقرأ ، أو يقرأ لهن (حسب درجة الإعاقة ولوعي العقلي) ، كل فقرة من فقرات المقياس بدقة ، حيث ستجدن أمام كل عبارة اختيارين تنطبق أو لا تنطبق .

– تقوم المبحوثات بوضع علامة (√) أمام العبارة التي تنطبق عليهن ، علما بان جميع العبارات ليس بها ما هو صحيح أو خطأ وان أي إجابة تعبر على المبحوثات ليس تقييما لمدي صحة أو خطأ ما

تعبر عنه وان جميع ما يرد من إجابات لهن تعتبر واقعية ، على أن تتأكد كل مبحوثة من وضع العلامة في مكان ما تتفق اتجاهاتها وقناعاتها الشخصية إليه .

- ويتم حساب درجة الأبعاد الفرعية للمقياس وجمعها وتتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين (٤٥ إلي ١٣٥ درجة) ، وتشير الدرجة المنخفضة إلي تدني المهارات الحياتية لدي أمهات الأطفال المعاقين عقليا، كما تشير الدرجات المرتفعة إلي ارتفاع المهارات الحياتية لديهن ، وفيما يلي توضيح لمستويات المهارات الحياتية لديهن :

- **من ٤٥ – ٧٤ (مهارات حياتية ضعيفة) .**
- **من ٧٥- ١٠٥ (مهارات حياتية متوسطة) .**
- **من ١٠٦- ١٣٥ (مهارات حياتية مرتفعة) .**

- كما تتراوح درجة كل بُعد على حده من خلال مجموعة الدرجات التي تحصل عليهن المبحوثات من خلال ما يلي : مثال على قياس درجة ومستوي مهارة" الاتصال" :

- **من ١٥ – ٢٤ (مهارات حياتية ضعيفة) .**
- **من ٢٥- ٣٤ (مهارات حياتية متوسطة) .**
- **من ٣٥- ٤٥ (مهارات حياتية مرتفعة) .**

➢ **صدق المقياس** : حيث تم حساب الصدق عن طريقتين :

١- **الاتساق الداخلي لعبارات أبعاد مقياس المهارات الحياتية لأمهات الأطفال المعاقين** : حيث قامت الباحثة بحساب الاتساق الداخلي لكل بعد من أبعاد مقياس المهارات الحياتية وذلك من خلال حساب معامل الارتباط بين درجة كل عبارة والمجموع الكلي للبعد ، وكانت جميعها داله عند مستوي معنوية (٠,٠١) .ويضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (٢)

يوضح الاتساق الداخلي لعبارات أبعاد مقياس المهارات الحياتية لأمهات الأطفال المعاقين ن=١٥

البعد الأول (مهارة الاتصال)			البعد الثاني (مهارة مقاومة الضغوط)			البعد الثالث (مهارة حل المشكلة)		
العبارة	معامل الارتباط	الدلالة الإحصائية	العبارة	معامل الارتباط	الدلالة الإحصائية	العبارة	معامل الارتباط	الدلالة الإحصائية
١	*٠,٨٩	٠,٠١	١	*٠,٤٨	٠,٠١	١	*٠,٩٠	٠,٠١
٢	*٠,٩٦	٠,٠١	٢	*٠,٧٩	٠,٠١	٢	*٠,٥٩	٠,٠١
٣	*٠,٦٧	٠,٠١	٣	*٠,٩٣	٠,٠١	٣	**٠,٨٨	٠,٠٥
٤	*٠,٨١	٠,٠١	٤	*٠,٩٠	٠,٠١	٤	*٠,٩٥	٠,٠١
٥	*٠,٩٥	٠,٠١	٥	*٠,٩٠	٠,٠١	٥	*٠,٧٨	٠,٠١
٦	**٠,٦٣	٠,٠٥	٦	**٠,٦١	٠,٠٥	٦	*٠,٩١	٠,٠١
٧	*٠,٧٥	٠,٠١	٧	*٠,٨٩	٠,٠١	٧	*٠,٦٩	٠,٠١

البعد الأول (مهارة الاتصال)			البعد الثاني (مهارة مقاومة الضغوط)			البعد الثالث (مهارة حل المشكلة)		
٨	*٠,٨٨	٠,٠١	٨	*٠,٩٦	٠,٠١	٨	*٠,٥٩	٠,٠١
٩	*٠,٩٠	٠,٠١	٩	*٠,٨٣	٠,٠١	٩	*٠,٩٧	٠,٠١
١٠	*٠,٧٤	٠,٠١	١٠	*٠,٩١	٠,٠١	١٠	*٠,٧٤	٠,٠١
١١	*٠,٦٦	٠,٠١	١١	**٠,٦٩	٠,٠٥	١١	*٠,٥٨	٠,٠١
١٢	**٠,٩٤	٠,٠٥	١٢	*٠,٨٩	٠,٠١	١٢	*٠,٨٣	٠,٠١
١٣	*٠,٨٠	٠,٠١	١٣	*٠,٥٩	٠,٠١	١٣	*٠,٩٠	٠,٠١
١٤	*٠,٩٢	٠,٠١	١٤	**٠,٧٢	٠,٠٥	١٤	*٠,٣٧	٠,٠١
١٥	*٠,٦٨	٠,٠١	١٥	*٠,٩١	٠,٠١	١٥	*٠,٩٦	٠,٠١

*** دال عن مستوي دلالة ٠,٠١ ** دال عند مستوي دلالة ٠,٠٥**

وقد تبين من الجدول السابق أن كل العبارات الخاصة بأبعاد مقياس المهارات الحياتية لأمهات الأطفال المعاقين دالة إحصائيا عند مستويين الدلالة (* مستوي دلالة ٠,١، ** مستوي دلالة ٠,٥) ليكون المقياس قادرا وصالحا لقياس المتغير الذي صمم لقياسه (تنمية المهارات الحياتية) وبما يدعم الثقة في صدق نتائجه ، وليصبح المقياس مكونا من عدد(٤٥) عبارة دون استبعاد اى من عباراته .

٢- الاتساق الداخلي لأبعاد مقياس المهارات الحياتية ككل:

حيث قامت الباحثة بحسب معامل الارتباط وذلك عن طريق حساب درجة كل بُعد والدرجة الكلية للمقياس ككل ، وهي كالتالي :

جدول رقم (٣)

يوضح الاتساق الداخلي لأبعاد مقياس المهارات الحياتية لأمهات الأطفال المعاقين. ن=١٥

الأبعاد	معامل الارتباط	الدلالة الإحصائية
١-مهارة الاتصال	*٠,٩١	٠,١
٢-مهارة مقاومة الضغوط	*٠,٨٩	٠,١
٣-مهارة حل المشكلة	*٠,٨٠	٠,١

* دال عند مستوي معنوية ٠,١

يوضح الجدول السابق أن معاملات الارتباط بين الأبعاد الفرعية لمقياس المهارات الحياتية والذي طبق علي عينه من أمهات الأطفال المعاقين" عينة غير العينة الأساسية للدراسة" ، والدرجة الكلية جميعها دالة عند مستوي (٠,١) وان درجة الارتباط قوية ، بما يعني صلاحية المقياس في التطبيق واستخراج نتائج ذات مصداقية .

ب- الصدق العاملي : وذلك لأبعاد مقياس المهارات الحياتية لأمهات الأطفال المعاقين عقليا باستخدام طريقة المكونات الأساسية للعالم هوتلينج **Hottelling**، ويبدأ التحليل العاملي بحساب المصفوفة الارتباطية لأبعاد المقياس :

جدول رقم (٤)

يوضح صدق مقياس تنمية المهارات الحياتية بطريقة هوتلينج Hottelling

الأبعاد	مهارة الاتصال	مهارة مقاومة الضغوط	مهارة حل المشكلة
مهارة الاتصال			
مهارة مقاومة الضغوط	٠,٩٨*		
مهارة حل المشكلة	٠,٨٩*	٠,٨٧*	

*** دال عند مستوي ٠,٠١**

ويتبين من المصفوفة الارتباطية أن معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس تنمية المهارات الحياتية لأمهات الأطفال المعاقين عقليا المستخدم في إطار البحث الحالي الحالية دالة إحصائيا عند مستوي معنوية (٠,٠١) ، مما يبرز صلاحية تطبيق المقياس لقياس المهارات الحياتية لأمهات الأطفال المعاقين عقليا والاعتماد علي صدق نتائجه .

- **ثبات المقياس:** حيث اعتمدت الباحثة بحساب ثبات المقياس المستخدم في إطار البحث الحالي"مقياس تنمية المهارات الحياتية " من خلال استخدام البرنامج الاحصائى (SPSS)، قامت الباحثة بتطبيق المقياس على عينة قوامها(١٠) من أمهات الأطفال المعاقين عقليا، وأعادت التطبيق مرة أخرى على نفس مفردات العينة بفاصل زمني خمسة عشر يوما ، عند مستوي دلالة(٠,٩٥) ، ومستوى معنوية(٠,٠١) .

جدول رقم(٥)

يوضح ثبات مقياس المهارات الحياتية لأمهات الأطفال المعاقين عقليا من خلال عادة الاختبارt. test

التطبيق	ن	الانحراف المعياري	الدلالة	معدل الأخطاء
تطبيق أول	١٠	٢,٧٥	١٧,٦٠	٠,٨٧
تطبيق ثان	١٠	٢,٠٣	١٥,٩٠	٠,٧٩
مستوي الدلالة ٠,٩٥			مستوي معنوية ٠,٠١	

يوضح الجدول رقم (٥) وجود ارتباط دال إحصائيا بين درجات التطبيق الأول وبين درجات التطبيق الثاني، وهذا يشير إلي وجود درجة مناسبة من الثبات في المقياس المستخدم في البحث. وتوضح النتائج السابقة أن المقياس المستخدم يتمتع بخصائص سيكومترية مرضية من الصدق والثبات ، بحيث يمكن الاعتماد عليه في التطبيق علي عينة الدراسة " أمهات الأطفال المعاقين عقليا بمحافظة

أسوان ، كما يعتد بالنتائج التي يتوصل إليها البحث اعتمادا علي هذه المقياس.

٤- مجالات البحث :

(أ) **المجـال المكـاني :** حـددت الباحثـة (مركـز خطـوة بخطـوة)تـابع لمؤسسـة هـاجر للتنميـة الاجتماعية وذلك لارتفاع عدد المستفيدين من خدمات هذه المؤسسات طبقا لآخر إحصائيات الجهاز المركزي لتعبئة والإحصاء العامة ، في نهاية عام (٢٠١٤) كمؤشر لاختيار عينة الدراسة.

(ب)المجال البشرى :

- **إطار المعاينة:** بعد الاطلاع على بيان بأعداد المستفيدين من خدمات المؤسسات المحددة سلفا كمجال مكاني للبحث الحالي قامت الباحثة بعمل الآتي:

١- تم حصر أعداد أمهات الأطفال المعاقين عقليا المستفيدين من خدمات هذه المؤسسات"" بواقع (٤٧) أم يمثلون إطار المعاينة .

٢- قامت الباحثة بتحديد عددا من الخصائص والسمات لعينة دراسته وهي كالتالي :

- الحصـول علـي درجـات متدنيـة علـي مقيـاس تنميـة المهـارات الحياتيـة لأمهـات الأطفـال المعاقين عقليا. حتى يتسنى للباحثة قياس عائد التدخل المهني.
- أن تكـون الأمهـات مـن المسـتفيدات اسـتفادة مباشـرة مـن بـرامج وأنشـطة وخـدمات المؤسسات.
- أن تتراوح أعمارهن بين (٣٠- ٤٥) وهي مرحلة تتعلق بالإنجاب وان يكون سن الطفل خلال هذه المرحلة من (٨-١٥) عام.
- يقيموا بمنطقة إجراء الدراسة الميدانية.
- أن يكون الطفل المعاق عقليا مقيما مع أسرته الطبيعية من الأم والأب والاخوه .
- يكون لدي أمهات الأطفال المعاقين عقليا استعداداً للتعاون مع الباحثة .

٣- تم استبعاد عدد (١٢) أم ممن لا تنطبق عليهم شروط الدراسة .

٤- تم حصر عدد أمهات الأطفال المعاقين عقليا ممن تنطبق عليهن خصائص العينة وبلغ عددهم (٣٥) أم.

- **عينة البحث :** تم اختيار عدد(٣٠) أم من أمهات الأطفال المعاقين عقليا بالطريقة العشوائية البسيطة ، وتم توزيعهم إلي مجموعتين توزيعا عشوائيا بواقع (١٥) أم كمجموعة تجريبية ، و(١٥) أم كمجموعة ضابطة .

وفيما يلي عرض لمدي تجانس عينة البحث من المجموعتين التجريبية والضابطة :

جدول (٦)

يوضح التجانس للمجموعتين التجريبية والضابطة من حيث(السن) وذلك باستخدام اختبار T. TEST

المجموعات	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (t) المحسوبة	قيمة (t) الجدولية	مستوي الدلالة
التجريبية	١٥	١.١٣	٠,٣٥١	٠,٠٣٤	١,٧٠١	غير دال
الضابطة	١٥	١.١١	٠,٣٤٨			

**** معنوية عند (٠.٠٥)**

يتضح من بيانات الجدول رقم (٦)عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين كلا من المجموعتين التجريبية والضابطة من حيث (السن) ، مما يشير إلي التجانس بين المجموعتين ووجود محددات الضبط الداخلي للتجربة من حيث العمر الزمني لحالات المجموعتين واستبعاد عامل الفروق السنية بين حالات المجموعتين ومدي تأثيره في التدخل المهني ، ليعود التأثير فقط لبرنامج التدخل المهني دون أية عوامل أخري تهدد الصدق الداخلي للتجربة .

جدول (٧)

يوضح التجانس للمجموعتين التجريبية والضابطة من حيث(نوع الإعاقة لدي أطفالهن)وذلك باستخدام اختبار T. TEST

(ن=٣٠)

المجموعات	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (t) المحسوبة	قيمة (t) الجدولية	الدلالة
التجريبية	١٥	١,١١	٠,٣٤٨	٠,٠٢٣	١,٧٠١	غير دال
الضابطة	١٥	١,١٢	٠,٣٥٠			

**** معنوية عند (٠.٠٥)**

يتضح من بيانات الجدول رقم (٧)عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين كلا من المجموعتين التجريبية والضابطة من حيث (نوع الإعاقة لدي الأطفال) ، حيث يتبين أن نوع الإعاقة لدي جميع حالات المجموعتين التجريبية والضابطة إعاقة عقلية، مما يشير أي وجود درجة عالية من التجانس بين

المجموعتين التجريبية والضابطة من خلال تجنب احد تهديدات الصدق الداخلي وهي الفروق الفردية بين المجموعات ، ليعود التأثير منفردا لبرنامج التدخل المهني دون غيره من العوامل .

جدول (٨)

يوضح التجانس للمجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي علي مجموع درجات أبعاد مقياس تنمية المهارات الحياتية وذلك باستخدام اختبار T. TEST

(ن=٣٠)

م	الأبعاد	القياسات	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (t) المحسوبة	قيمة (t) الجدولية	الدلالة
١	المقياس ككل	الجماعة التجريبية	١٥	٧٩.٣٣	٥,٤	٠.٥٨١	٢.٤٦٩	غير دال
		الجماعة الضابطة	١٥	٧٨.٦٦	٦.٠١			

**** معنوية عند (٠.٠١)**

يشير الجدول السابق إلي أن المتوسطات الحسابية لجميع أبعاد مقياس تنمية المهارات الحياتية متقاربة إلى حد كبير، فتوضح نتائج الجدول أن المتوسط الحسابي لمجموع درجات أبعاد المقياس للمجموعة التجريبية (٧٩,٣٣) ، وانحراف معياري(٥,٤)، بينما جاء المتوسط الحسابي لمجموع درجات أبعاد المقياس للمجموعة الضابطة (٧٨,٦٦)، وانحراف معياري(٦,١)، مما يدل على انخفاض معدل التشتت في درجات المجموعتين ، وإذا نظرنا لقيم "ت" المحسوبة فقد جاءت بـ(٠,٥٨١) وهى بشكل عام في كل الأبعاد تدل على أنها منخفضة عن قيم "ت" الجدولية عند(٠,٠١) والمحددة جدولياً في(٢,٤٦٩) عند درجات حرية(٢٨)، مما يدل على توافر التجانس ين المجموعتين ، ويعكس ذلك التقارب في مستوي المهارات الحياتية لدي أمهات الأطفال المعاقين عقليا.

(ت) المجال الزمني: مدة إجراء البحث من الناحيتين النظرية والتطبيقية ، مع العلم انه قد تم تنفيذ برنامج التدخل المهني في ثلاثة شهور ونصف الشهر ، لتستغرق الدراسة مدة عام وثلاثة شهور ونصف.

سابعا: عرض ومناقشة نتائج البحث:

جدول رقم (٩)

يوضح معنوية الفروق في القياس القبلي لمجموعتي الدراسة التجريبية والضابطة على مقياس تنمية المهارات الحياتية لأمهات الأطفال المعاقين عقليا باستخدام اختبار T. TEST

(ن=٣٠)

م	الأبعاد	المجموعة	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (t)المحسوبة	قيمة (t)الجدولية	الدلالة
١	بُعد مهارة الاتصال	الضابطة	١٥	١٩.٤٦	٢.٦٩	٠.٣٠٥-	٢.٤٦٢	غير دالة
		التجريبية	١٥	١٩.٧٣	٢.٠٥			
٢	بُعد مهارة مقاومة الضغوط	الضابطة	١٥	١٨.٩٣	٣.١٠	٠.١٤٤	٢.٤٦٢	غير دالة
		التجريبية	١٥	١٨.٨٠	١.٧٨			
٣	بُعد مهارة حل المشكلة	الضابطة	١٥	١٩.٦٦	٢.٨٩	٠.٨٠٠	٢.٤٦٢	غير دالة
		التجريبية	١٥	١٨.٤٦	٥.٠٤			
٤	المقياس ككل	الضابطة	١٥	٧٨.٣٣	٥	٠.٥٣١	٢.٤٦٢	غير دالة
		التجريبية	١٥	٧٧.٢٦	٥.٩٤			

يشير الجدول السابق إلي عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائياً بين متوسطات درجات المجموعتين التجريبية والضابطة علي مجموع أبعاد مقياس تنمية المهارات الحياتية لأمهات الأطفال المعاقين عقليا، حيث جاءت المتوسطات الحسابية لجميع أبعاد مقياس المهارات الحياتية متقاربة إلى حد كبير، فتوضح نتائج الجدول أن المتوسط الحسابي لمجموع درجات أبعاد المقياس للمجموعة التجريبية (٧٧,٢٦) ، وانحراف معياري(٥,٩٤)، بينما جاء المتوسط الحسابي لمجموع درجات أبعاد المقياس للمجموعة الضابطة (٧٨,٣٣)، وانحراف معياري(٥)، مما يدل على انخفاض معدل التشتت في درجات المجموعتين ، وإذا نظرنا لقيم "ت" المحسوبة فقد جاءت بـ(٠,٥٣١) وهى بشكل عام في كل الأبعاد تدل على أنها منخفضة عن قيم "ت" الجدولية عند(٠,٠١) والمحددة جدولياً في(٢,٤٦٢) عند درجات حرية(٢٨)، مما يدل على عدم وجود فروق معنوية دالة إحصائية بين متوسطات درجات حالات المجموعة التجريبية والضابطة في القياسي القبلي على مقياس تنمية المهارات الحياتية لأمهات الأطفال المعاقين عقليا، وهذا يؤكد صحة الفرض الأول (لا توجد فروق معنوية دالة إحصائياً بين متوسطات درجات حالات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي للمجموعتين على مقياس تنمية المهارات الحياتية لأمهات الأطفال المعاقين عقليا.

جدول رقم (١٠)

يوضح معنوية الفروق في القياس البعدي لمجموعتي الدراسة التجريبية والضابطة على مقياس تنمية المهارات الحياتية لأمهات الأطفال المعاقين عقليا باستخدام اختبار T. TEST(ن=٣٠)

م	الأبعاد	المجموعة	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (t)المحسوبة	قيمة (t)الجدولية	الدلالة
١	بُعد مهارة الاتصال	الضابطة	١٥	١٩.٣٣	١.٤٤٧	١٩.٣٦-**	٢.٤٦٢	دالة
		التجريبية	١٥	٤٩.٩٣	٥.٩٤			
٢	بُعد مهارة	الضابطة	١٥	١٨.٨٧	٢.١٠٠	١٨.٢٣-**	٢.٤٦٢	دالة

	مقاومة الضغوط	التجريبية	١٥	٤٨.٤٦	٥.٩٢			
٣	بُعد مهارة حل المشكلة	الضابطة	١٥	١٩.٦٠	١.٥٠٢	-١٧.١٠**	٢.٤٦٢	دالة
		التجريبية	١٥	٥٢	٧.١٨			
٥	المقياس ككل	الضابطة	١٥	٧٧.٩٣	٢.٠٥٢	-٥٤.٥١**	٢.٤٦٢	دالة
		التجريبية	١٥	١٩٧.٤٠	٨.٢٣			

** معنوية عند (٠.٠١)

يوضح الجدول السابق وجود فروق معنوية دالة إحصائياً بين متوسطات درجات حالات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدى ، لصالح المجموعة التجريبية على مقياس تنمية المهارات الحياتية لأمهات الأطفال المعاقين عقليا، حيث جاءت قيمة المتوسط الحسابي لمجموع أبعاد مقياس المهارات الحياتية للمجموعة التجريبية في القياس البعدي(١٩٧.٤٠) ، وانحراف معياري(٨.٢٣) ، في حين جاءت قيمة المتوسط الحسابي لمجموع درجات أبعاد مقياس تنمية المهارات الحياتية للمجموعة الضابطة في القياس البعدي (٧٧,٩٣)، وانحراف معياري (٢,٠٥٢) ، مما يدل على ارتفاع معدل التشتت في درجات المجموعتين ، كما أظهرت نتائج الجدول السابق أن قيمة "ت" المحسوبة لمجموع درجات المقياس في القياس البعدي للمجموعتين(-٥٤.٥١) ، وهذا يشير إلى أنها أكبر من قيم "ت" الجدولية عند (٠,٠١) والمحددة جدولياً في (٢.٤٦٢) عند درجات حرية (٢٨) ، وهذا يدل على وجود فروق معنوية دالة إحصائية بين متوسطات درجات حالات المجموعتين الضابطة و التجريبية في القياس البعدى لصالح المجموعة التجريبية على مقياس تنمية المهارات الحياتية لأمهات الأطفال المعاقين عقليا، وهذا يؤكد صحة الفرض الثاني للدراسة (توجد فروق معنوية دالة إحصائياً بين متوسطات درجات حالات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدى ، لصالح المجموعة التجريبية على مقياس المهارات الحياتية لأمهات الأطفال المعاقين عقليا)، وبما يشير ذلك إلي فعالية برنامج التدخل المهني القائم علي أساليب وفنيات العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد في تنمية المهارات الحياتية لدي أمهات الأطفال المعاقين عقليا ، وتتفق نتائج الجدول السابق مع ما اوضحتة نتائج دراسات كلا من:(Waggoner;1998) ، عفاف راشد عبد الرحمن (٢٠٠١) ، سامية عبد الرحمن همام (٢٠٠٤) ، عفاف راشد عبد الرحمن راشد (٢٠٠٤) ، منى السيد يوسف (٢٠٠٥) ، عل مدى فعالية على مدى اختبار عدد من البرامج العلاجية والإرشادية أهمها العلاج المعرفي السلوكي في تحقيق مستوي مرتفع من المهارات الحياتية ، وان اختلفت عينات المبحوثين بها ، والتي أثبتت جميعها فعالية البرامج العلاجية الإرشادية والتدخلية في رفع مستوي المهارات الحياتية مع المجموعات التجريبية.

جدول رقم (١١)

يوضح معنوية الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في (بُعد مهارة الاتصال) على مقياس تنمية المهارات الحياتية لأمهات الأطفال المعاقين عقليا باستخدام اختبار T. TEST

(ن=٣٠)

م	الأبعاد	المجموعة	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (t)المحسوبة	قيمة (t)الجدولية	الدلالة
١	بُعد مهارة الاتصال	القبلي	١٥	١٩.٧٣	٢.٠٥	-١٨.٥٩**	٢.٤٦٢	دالة
		البعدى	١٥	٤٩.٩٣	٥.٩٤			

** معنوية عند (٠.٠١)

تشير نتائج الجدول السابق أن قيمة المتوسط الحسابي للقياس القبلي للمجموعة التجريبية في البعد الأول " بُعد مهارة الاتصال " بلغ (١٩,٧٣)، وانحراف معياري (٢,٠٥) ، في حين أن قيمة المتوسط الحسابي للقياس البعدى للمجموعة التجريبية في البعد الأول " بُعد مهارة الاتصال " بلغ (٤٩,٩٣)، وانحراف معياري (٥,٩٤) ، مما يشير إلي ارتفاع معدل التشتت في درجات القياسين القبلي والبعدى لدرجات المجموعة التجريبية، وإذا نظرنا لقيم "ت" المحسوبة فقد جاءت بـ(-١٨,٥٩**) بالنسبة للبعد الأول بُعد مهارة الاتصال، وهذا يشير إلى أنها أكبر من قيم ت الجدولية عند (٠,٠١) والمحددة جدولياً في (٢,٤٦٢) عند درجات حرية (١٤) ، مما يؤكد على صحة الفرض الفرعي الأول من فرض الدراسة الثالث والمتمثل في (توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات حالات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي البعدى لصالح القياس البعدى في بُعد مهارة الاتصال علي مقياس المهارات الحياتية لأمهات الأطفال المعاقين عقليا ، لصالح القياس البعدى .

جدول رقم (١٢)

معنوية الفروق بين القياسين القبلي والبعدى للمجموعة التجريبية في (بُعد مهارة مقاومة الضغوط) على مقياس تنمية المهارات الحياتية لأمهات الأطفال المعاقين عقليا باستخدام اختبار T. TEST

(ن= ٣٠)

م	الأبعاد	المجموعة	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (t)المحسوبة	قيمة (t)الجدولية	الدلالة
٢	بُعد مهارة مقاومة الضغوط	القبلي	١٥	١٨.٨٠	١.٧٨	-١٨.٥٦**	٢.٤٦٢	دالة
		البعدى	١٥	٤٨.٤٧	٥.٩٢			

** معنوية عند (٠.٠١)

يتضح من نتائج الجدول السابق أن قيمة المتوسط الحسابي للقياس القبلي للمجموعة التجريبية في البعد الثاني " بُعد مهارة مقاومة الضغوط " (١٨,٨٠)، وانحراف معياري (١,٧٨) ، كما جاءت قيمة المتوسط الحسابي للقياس البعدى للمجموعة التجريبية في البعد الثاني " بُعد مهارة مقاومة الضغوط " (٤٨,٤٧)، وانحراف معياري (٥,٩٢) ، مما يبرز ارتفاع معدل التشتت في درجات القياسين القبلي والبعدى لدرجات المجموعة التجريبية في بُعد مهارة مقاومة الضغوط " ، وإذا نظرنا لقيم "ت" المحسوبة فقد جاءت بـ(-١٨,٥٦**) بالنسبة البعد الثاني " بُعد مهارة مقاومة الضغوط "، وهذا يشير إلى أنها أكبر من قيم ت الجدولية عند (٠,٠١) والمحددة جدولياً في (٢,٤٦٢) عند درجات حرية (١٤) ، مما يدلل على صحة الفرض الفرعي الثاني من فرض الدراسة الثالث والمتمثل في (توجد فروق معنوية

ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات حالات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي البعدى لصالح القياس البعدى في بُعد مهارة مقاومة الضغوط علي مقياس تنمية المهارات الحياتية لأمهات الأطفال المعاقين عقليا لصالح القياس البعدى .

جدول رقم (١٣)

يوضح معنوية الفروق بين القياسين القبلي والبعدى للمجموعة التجريبية في (بُعد مهارة حل المشكلة) على مقياس تنمية المهارات الحياتية لأمهات الأطفال المعاقين عقليا باستخدام اختبار T. TEST (ن= ٣٠)

م	الأبعاد	المجموعة	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (t)المحسوبة	قيمة (t)الجدولية	الدلالة
٣	بُعد مهارة حل المشكلة	القبلي	١٥	١٨.٤٧	٥.٠٤	-١٤.٨٠**	٢.٤٦٢	دالة
		البعدى	١٥	٥٢	٧.١٨			

** معنوية عند (٠.٠١)

تبرز نتائج الجدول السابق أن قيمة المتوسط الحسابي للقياس القبلي للمجموعة التجريبية في البعد الثالث " بُعد مهارة حل المشكلة " (١٨,٤٧)، وانحراف معياري (٥,٠٤) ، كما جاءت قيمة المتوسط الحسابي للقياس البعدى للمجموعة التجريبية في البعد الثالث " بُعد مهارة حل المشكلة " (٥٢) ، وانحراف معياري (٧,١٨) ، مما يوضح ارتفاع معدل التشتت في درجات القياسين القبلي والبعدى لدرجات المجموعة التجريبية في "بُعد مهارة حل المشكلة " ، وإذا نظرنا لقيم "ت" المحسوبة فقد جاءت بـ(-١٤,٨٠**) بالنسبة البعد الثالث " بُعد مهارة حل المشكلة "، وهذا يشير إلى أنها أكبر من قيم ت الجدولية عند (٠,٠١) والمحددة جدولياً في (٢,٤٦٢) عند درجات حرية (١٤) ، مما يدلل على صحة الفرض الفرعي الثالث من فرض الدراسة الثالث والمتمثل في (توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات حالات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي البعدى لصالح القياس البعدى في بُعد مهارة حل المشكلة علي مقياس تنمية المهارات الحياتية لأمهات الأطفال المعاقين عقليا ، لصالح القياس البعدى . بما يدلل على فعالية برنامج التدخل المهني القائم على أساليب وفنيات العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد بهدف تنمية المهارات الحياتية لأمهات الأطفال المعاقين عقليا .

جدول رقم (٢٣)

يوضح معنوية الفروق بين القياسين القبلي والبعدى للمجموعة التجريبية على مقياس تنمية المهارات الحياتية لأمهات الأطفال المعاقين عقليا باستخدام اختبار T. TEST (ن=٣٠)

م	الأبعاد	المجموعة	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (t)المحسوبة	قيمة (t)الجدولية	الدلالة
٥	مجمل الأبعاد	القبلي	١٥	٤٦.٢٧	٣.٩٤	-٤٥.٨٠**	٢.٤٦٢	دالة
		البعدى	١٥	٧٩.٤٠	٥.٢٣			

** معنوية عند (٠.٠١)

يتضح من نتائج الجدول السابق أن المتوسطات الحسابية لجميع أبعاد المقياس في القياس القبلي البعدي للمجموعة التجريبية بلغت (٤٦,٢٧) ، وانحراف معياري (٣,٩٤) ، في حين جاء مجموع المتوسطات الحسابية لجميع أبعاد المقياس في القياس البعدي للمجموعة التجريبية (٧٩,٤٠) ، وانحراف معياري (٥,٢٣) ، مما يبرز ارتفاع معدل التشتت في درجات القياسين القبلي والبعدي لدرجات المجموعة التجريبية في مجموع أبعاد مقياس تنمية المهارات الحياتية لأمهات الأطفال المعاقين عقليا ، كما بلغت قيم "ت" المحسوبة (-٤٥,٨٠**) بالنسبة لمجموع درجات أبعاد المقياس، وهذا يشير إلى أنها أكبر من قيم ت الجدولية عند (٠,٠١) والمحددة جدولياً في (٢,٤٦٢) عند درجات حرية (١٤) ، مما يؤكد صحة الفرض المتمثل في (توجد فروق معنوية دالة إحصائياً بين متوسطات درجات حالات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدى لصالح القياس البعدى على مقياس تنمية المهارات الحياتية لأمهات الأطفال المعاقين عقليا.

وأخيرا تشير نتائج الجدول السابق في مجمل أبعاد المقياس لإيجابية وفاعلية برنامج التدخل المهني القائم علي فنيات وتكنيكات العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد تنمية المهارات الحياتية لأمهات الأطفال المعاقين عقليا ، وتتفق نتائج هذا الجدول مع نتائج **دراسة (فاطمة فوزي عبد الرحمن ، وناجى محمد قاسم (٢٠٠٢) ، فاطمة مصطفى عبد الفتاح (٢٠٠١) ، أمل على (٢٠١١)** بوجود مهارات حياتية يجب تنميتها لدي الأمهات مع اختلاف طبيعة مشكلة المبحوثات في كل دراسة والتي أوصت جميع لدراسات بأهمية تنمية هذه المهارات من خلال برامج تدخليه تقوم على فنيات وأساليب فنية ، كما تتفق نتائج الدراسة الحالية مع ما أبرزته نتائج دراسة **نهلة السيد (٢٠١١)** ، والتي استنتجت نجاح العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد في تنمية المهارات الحياتية عند المرأة بعد مرحلة محو الأمية ، كما تتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة كلا من: دراسة **عفاف راشد عبد الرحمن (٢٠٠١) سامية عبد الرحمن همام (٢٠٠٤) عفاف راشد عبد الرحمن راشد (٢٠٠٤) منى السيد يوسف (٢٠٠٥)** بنجاح برامج التدخل المهني التدخل المهني باستخدام العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد في التخفيف من حدة المشكلات المترتبة على اغتصاب الإناث ، والتخفيف من حدة القلق ، كذلك تعديل أسلوب حياة المسنات الأرامل ، والتعامل مع المشكلات الاجتماعية والنفسية لدى السيدات البدينات. كل هذا يوضح مدى فعالية برنامج التدخل المهني القائم علي أساليب وفنيات العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد في تنمية المهارات الحياتية والتي أشار إليها البحث في ثلاث مهارات أساسية ثبت تنميتها إحصائيا ومعمليا وهم مهارة الاتصال ، ومهارة مقاومة الضغوط ، ومهارة حل المشكلة . **بما يثبت صحة الفرض الرئيسي المتمثل في يؤدي استخدام العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد إلى تنمية المهارات الحياتية لأمهات الأطفال المعاقين عقلياً.**

ثامنا: النتائج العامة للبحث :

١- الإجابة على الفرض البحثي الأول:

- " لا توجد فروق معنوية دالة إحصائياً بين متوسطات درجات حالات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي للمجموعتين على مقياس تنمية المهارات الحياتية لأمهات الأطفال المعاقين عقليا ".

توضح النتائج العامة للبحث عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائياً بين متوسطات درجات المجموعتين التجريبية والضابطة علي مجموع أبعاد مقياس تنمية المهارات الحياتية لأمهات الأطفال المعاقين عقليا، حيث جاءت المتوسطات الحسابية لجميع أبعاد مقياس المهارات الحياتية متقاربة إلى حد كبير، فتوضح نتائج الجدول أن المتوسط الحسابي لمجموع درجات أبعاد المقياس للمجموعة التجريبية (٧٧,٢٦) ، وانحراف معياري(٥,٩٤)، بينما جاء المتوسط الحسابي لمجموع درجات أبعاد المقياس للمجموعة الضابطة (٧٨,٣٣)، وانحراف معياري(٥)، مما يدل على انخفاض معدل التشتت في درجات المجموعتين ، وإذا نظرنا لقيم "ت" المحسوبة فقد جاءت بـ(٠,٥٣١) وهى بشكل عام في كل الأبعاد تدل على أنها منخفضة عن قيم "ت" الجدولية عند(٠,٠١) والمحددة جدولياً في(٢,٤٦٢) عند درجات حرية(٢٨)، مما يدل على عدم وجود فروق معنوية دالة إحصائية بين متوسطات درجات حالات المجموعة التجريبية والضابطة في القياسي القبلي على مقياس تنمية المهارات الحياتية لأمهات الأطفال المعاقين عقليا، **وهذا يؤكد صحة الفرض الأول للبحث(لا توجد فروق معنوية دالة إحصائياً بين متوسطات درجات حالات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي للمجموعتين على مقياس تنمية المهارات الحياتية لأمهات الأطفال المعاقين عقليا.**

٢- الإجابة على الفرض البحثي الثاني:

تشير النتائج العامة للبحث وجود فروق معنوية دالة إحصائياً بين متوسطات درجات حالات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدى ، لصالح المجموعة التجريبية على مقياس تنمية المهارات الحياتية لأمهات الأطفال المعاقين عقليا، حيث جاءت قيمة المتوسط الحسابي لمجموع أبعاد مقياس المهارات الحياتية للمجموعة التجريبية في القياس البعدي(١٩٧.٤٠) ، وانحراف معياري(٨.٢٣) ، في حين جاءت قيمة المتوسط الحسابي لمجموع درجات أبعاد مقياس تنمية المهارات الحياتية للمجموعة الضابطة في القياس البعدي (٧٧,٩٣)، وانحراف معياري (٢,٠٥٢) ، مما يدل على ارتفاع معدل التشتت في درجات المجموعتين ، كما أظهرت نتائج الجدول السابق أن قيمة "ت" المحسوبة لمجموع درجات المقياس في القياس البعدي للمجموعتين(-٥٤.٥١) ، وهذا يشير إلى أنها أكبر من قيم "ت" الجدولية عند (٠,٠١) والمحددة جدولياً في (٢.٤٦٢) عند درجات حرية (٢٨) ، وهذا يدل على وجود فروق معنوية دالة إحصائية بين متوسطات درجات حالات المجموعتين الضابطة و التجريبية في القياس البعدى لصالح المجموعة التجريبية على مقياس تنمية المهارات الحياتية لأمهات الأطفال المعاقين عقليا، **وهذا يؤكد صحة الفرض الثاني للبحث (توجد فروق معنوية دالة إحصائياً بين متوسطات درجات حالات**

المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدى ، لصالح المجموعة التجريبية على مقياس المهارات الحياتية لأمهات الأطفال المعاقين عقليا).

٣- الإجابة على الفرض البحثي الثالث :

توضح النتائج العامة للبحث أن المتوسطات الحسابية لجميع أبعاد المقياس في القياس القبلي البعدي للمجموعة التجريبية بلغت (٤٦,٢٧) ، وانحراف معياري (٣,٩٤) ، في حين جاء مجموع المتوسطات الحسابية لجميع أبعاد المقياس في القياس البعدي للمجموعة التجريبية (٧٩,٤٠) ، وانحراف معياري (٥,٢٣) ، مما يبرز ارتفاع معدل التشتت في درجات القياسين القبلي والبعدي لدرجات المجموعة التجريبية في مجموع أبعاد مقياس تنمية المهارات الحياتية لأمهات الأطفال المعاقين عقليا ، كما بلغت قيم "ت" المحسوبة (-٤٥,٨٠**) بالنسبة لمجموع درجات أبعاد المقياس، وهذا يشير إلى أنها أكبر من قيم ت الجدولية عند (٠,٠١) والمحددة جدولياً في (٢,٤٦٢) عند درجات حرية (١٤) ، مما يؤكد **صحة الفرض المتمثل في (توجد فروق معنوية دالة إحصائياً بين متوسطات درجات حالات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدى لصالح القياس البعدى على مقياس تنمية المهارات الحياتية لأمهات الأطفال المعاقين عقليا).**

ويتفرع من الفرض البحث الثالث مجموعة من الفروض الفرعية التي تجيب على مجمل الفرض فيما يخص وجود فروق بين مجموع القياسات القبلية البعدية للمجموعة التجريبية على مجموع أبعاد مقياس تنمية المهارات الحياتية وهي كالتالي:

(أ) نتائج الفرض البحثي الفرعي الأول:

تظهر النتائج العامة للبحث أن قيمة المتوسط الحسابي للقياس القبلي للمجموعة التجريبية في البعد الأول " بُعد مهارة الاتصال " بلغ (١٩,٧٣)، وانحراف معياري (٢,٠٥) ، في حين أن قيمة المتوسط الحسابي للقياس البعدى للمجموعة التجريبية في البعد الأول " بُعد مهارة الاتصال " بلغ (٤٩,٩٣)، وانحراف معياري (٥,٩٤) ، مما يشير إلي ارتفاع معدل التشتت في درجات القياسين القبلي والبعدى لدرجات المجموعة التجريبية، وإذا نظرنا لقيم "ت" المحسوبة فقد جاءت بـ(-١٨,٥٩**) بالنسبة للبعد الأول بُعد مهارة الاتصال، وهذا يشير إلى أنها أكبر من قيم ت الجدولية عند (٠,٠١) والمحددة جدولياً في (٢,٤٦٢) عند درجات حرية (١٤) ، **مما يؤكد على صحة الفرض الفرعي الأول من فرض البحث الثالث والمتمثل في (توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات حالات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي البعدى لصالح القياس البعدى في بُعد مهارة الاتصال علي مقياس المهارات الحياتية لأمهات الأطفال المعاقين عقليا ، لصالح القياس البعدى .**

(ب)نتائج الفرض البحثي الفرعي الثاني:

تبرز النتائج العامة للبحث أن قيمة المتوسط الحسابي للقياس القبلي للمجموعة التجريبية في البعد الثاني " بُعد مهارة مقاومة الضغوط " (١٨,٨٠)، وانحراف معياري (١,٧٨) ، كما جاءت قيمة

المتوسط الحسابي للقياس البعدى للمجموعة التجريبية في البعد الثاني " بُعد مهارة مقاومة الضغوط " (٤٨,٤٧)، وانحراف معياري (٥,٩٢) ، مما يبرز ارتفاع معدل التشتت في درجات القياسين القبلي والبعدى لدرجات المجموعة التجريبية في بُعد مهارة مقاومة الضغوط " ، وإذا نظرنا لقيم "ت" المحسوبة فقد جاءت بـ(-١٨,٥٦**) بالنسبة البعد الثاني " بُعد مهارة مقاومة الضغوط "، وهذا يشير إلى أنها أكبر من قيم ت الجدولية عند (٠,٠١) والمحددة جدولياً في (٢,٤٦٢) عند درجات حرية (١٤) ، **مما يدلل على صحة الفرض الفرعي الثاني من فرض البحث الثالث والمتمثل في (توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات حالات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي البعدى لصالح القياس البعدى في بُعد مهارة مقاومة الضغوط علي مقياس تنمية المهارات الحياتية لأمهات الأطفال المعاقين عقليا لصالح القياس البعدى .**

(ت)نتائج الفرض البحثي الفرعي الثالث:

تشير النتائج العامة للبحث أن قيمة المتوسط الحسابي للقياس القبلي للمجموعة التجريبية في البعد الثالث " بُعد مهارة حل المشكلة " (١٨,٤٧)، وانحراف معياري (٥,٠٤) ، كما جاءت قيمة المتوسط الحسابي للقياس البعدى للمجموعة التجريبية في البعد الثالث " بُعد مهارة حل المشكلة " (٥٢) ، وانحراف معياري (٧,١٨) ، مما يوضح ارتفاع معدل التشتت في درجات القياسين القبلي والبعدى لدرجات المجموعة التجريبية في البُعد الاجتماعي" ، وإذا نظرنا لقيم "ت" المحسوبة فقد جاءت بـ(-١٤,٨٠**) بالنسبة البعد الثالث " بُعد مهارة حل المشكلة "، وهذا يشير إلى أنها أكبر من قيم ت الجدولية عند (٠,٠١) والمحددة جدولياً في (٢,٤٦٢) عند درجات حرية (١٤) ، **مما يدلل على صحة الفرض الفرعي الثالث من فرض الدراسة الثالث والمتمثل في (توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات حالات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي البعدى لصالح القياس البعدى في بُعد مهارة حل المشكلة علي مقياس تنمية المهارات الحياتية لأمهات الأطفال المعاقين عقليا ، لصالح القياس البعدى . بما يدلل على فعالية برنامج التدخل المهني القائم على أساليب وفنيات العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد بهدف تنمية المهارات الحياتية لأمهات الأطفال المعاقين عقليا**

-المراجع:

(١) نصيف فهمي منقريوس : أطفالنا في خطر ، الإسكندرية ، المكتب الجامعي الحديث ، ٢٠٠٩ ، ص ٢٠.

(٢) إبراهيم عباس الزهيرى : تربية المعاقين والموهوبين ، القاهرة ، دار الفكر العربي ، ٢٠٠٧ ، ص ٥٨.

(٣) منظمة الصحة العالمية : الإحصاءات الصحية العالمية ، ٢٠١٠ ، ص٢٥٥.

(٤) منظمة الصحة العالمية : الإحصاءات الصحية العالمية ، ٢٠١٠ ، ص ٢٥٥.

(٥) الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاءات : ٢٠١١ ، ص٢٥٥.

(٦) رشاد على عبد العزيز موسى : الإرشاد الفني في حياتنا اليومية ، القاهرة ، مكتبة الفاروق الحديثة للطباعة والنشر ، ٢٠٠١ ، ص ٥٥.

(٧) محمد السيد حلاوة : التخلف العقلي في محيط الأسرة ، المكتب العلمي للنشر والتوزيع ، الإسكندرية ١٩٩٨ ، ص ٢٠.

(٨) علاء الدين الكافى : دور الأسرة في رعاية الأطفال ، جامعة القاهرة ، معهد الدراسات والبحوث ، ٢٠١١ ، ص ٢٥.

(٩) محمد السيد حلاوة : التخلف العقلي في محيط الأسرة ، المكتب العلمي للنشر والتوزيع ، الإسكندرية ، ١٩٩٨ ، ص ١٣٥.

(١٠) أمال محمود : فعالية برنامج إرشادي لخفض الضغوط النفسية لدى الأمهات الأطفال المتخلفين عقلياً ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية ، جامعة الزقازيق ، ١٩٩٩ ، ص ٥٥.

(11) Singer،l.and FarRes,R ؛The impact of in Fant Disability on maternal Perception on of stress. Family Relations,38,1989

(١٢) جمال الخطيب وآخرون : تعديل سلوك الأطفال المعوقين دليل الآباء والمعلمين ، عمار ، دار حزين ، ١٩٩٢.

(١٣) كمال مرسى : مرجع علم التخلف العقلي ، الكويت ، دار القلم ، ١٩٩٦.

(14) Singhi،P،.Goyal,L ،.singhi,s.,and walia,B :.Psychoso cialprobelms in Families of disabled children, British journal of – medical Psychology, 63,1993

(15) Bouroun , R ; parents attiludes towards their moderalely mentalliy retarded children , journal el – Arab children 7(26),2006.

(16) Hassall, R, Rose ,J.MC Donald , J; Parenting stress in mothers of – children with on intellectual disability ; the effect of parental Cognition to child , 2005 .

(17) Lee , M; Across- Cultural study of mothers of young devel opmentaly disabled children ,1986 .

(18) Elson , M.; the social and Economic Impect on Family of Chid With Server Disabilties , 2000.

(١٩) عفاف عبدالرحمن : تصور برنامج مقترح لتحديد المهارات الحياتية للأمهات البديلات العاملات فى مؤسسات الأيتام ، بحث منشور ، المؤتمر العلمي الدولي السادس والعشرون للخدمة الاجتماعية " الخدمة الاجتماعية ومحنة العشوائيات " من ٦-٧ مارس , 2013 – مجلة الخدمة الاجتماعية ، العدد الحادي عشر ، جامعة حلوان ، ٢٠١٣ ، ص ٤٣٨٦ .

(٢٠) رأفت محمد الجديبى : تنمية المهارات الحياتية لدى الطلاب المرحلة الثانوية فى ضوء التحديات والاتجاهات المعاصرة ، دراسة الدكتوراه ، غير منشورة ، كلية التربية ، جامعة أم القرى ، مكة المكرمة ، ٢٠٠٨ .

(٢١) عفاف عبد الرحمن : تصور برنامج مقترح لتحديد المهارات الحياتية للأمهات البديلات العاملات فى مؤسسات الأيتام ، مرجع سابق ، ص ٤٣٨٧ .

(٢٢) فاطمة مصطفى عبد الفتاح : فاعلية مواقف تعليمية مقترحة فى تنمية بعض المهارات الحياتية لطفل ما قبل المدرسة ، رسالة ماجستير ، كلية التربية ، جامعة حلوان ، القاهرة ، ٢٠٠١ .

(٢٣) فاطمة فوزي عبد الرحمن ، ناجى حمد قاسم : فاعلية برنامج ترويجى على تنمية بعض المهارات الحياتية والنفسية والحركية لدى الأطفال المعاقين ذهنباً ، " الفاعلية للتعليم " بحث منشور ، كلية التربية ، جامعة الإسكندرية ، ٢٠٠٢ .

(٢٤) أمل على محمد : فاعلية برنامج تدريبى لتنمية بعض المهارات الحياتية لدى عينة من الأطفال التوحديين ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية رياض الأطفال ، جامعة الإسكندرية ، ٢٠١١.

(٢٥) غادة قصى مصطفى عبد الكريم : آثر برنامج قائم على التعليم النشط في الدراسات الاجتماعية لتنمية المهارات الحياتية وللتحصيل لدى التلاميذ المعاقين القابلين للتعلم ، كلية التربية ، جامعة جنوب الوادي ، قنا ، رسالة ماجستير ، ٢٠٠٩ ، ص ١٣ .

(٢٦) نهلة السيد عبد الحميد : ممارسة العلاج المعرفي السلوكي لتنمية المهارات الحياتية لدى المرأة بعد مرحلة الأمية ، بحث منشور بمجلة دراسات فى الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، العدد الثلاثون ، الجزء السابع ، ٢٠١١ .

(٢٧) سامية عبد الرحمن همام : استخدام العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد لتخفيف القلق الإجتماعى لدى طلاب الثانوية العامة ، بحث منشور في المؤتمر العلمي السابع عشر المجلد الأول ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ٢٠٠٤ .

(٢٨) عفاف راشد عبد الرحمن : دراسة تجريبية مقارنة في خدمة الفرد بين نموذج التدخل في الأزمات والعلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من حدة المشكلات المترتبة على اغتصاب الإناث ، بحث منشور في المؤتمر العلمي الرابع عشر ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ٢٠٠١ .

.

(29) Muccue D. and wright G. Men ،worRen and attitudind commitment the effect of work place experience and social ation ، in human , 1996.

(30) Najam , Nagma , Ghoazal , saima:" Coping with stress in working and non . Working women . Pujabu , Applied Psychology Dept , Lahore , Pa Ristan . .Journal of Behavioural – Scienes , 1998 .

(31) Barker, R.L , the social work Dictionary ، USA , NASW ، press 4thed , 1999, p148

(٣٢) أحمد السيد : استخدام برنامج قائم على نموذج التعليم البنائي الإجتماعى وآثره على التحصيل الدراسي وتنمية بعض المهارات الحياتية لدى تلاميذ الصف الخامس الإبتدائى دراسات في المناهج وطرق التدريس ، مصر ، ع ، ٢٠٠١ ، ص٤٧.

(33) Bastin، A .and Venera، A,.(2005) . Emotional intel ligence predict life skills , But not as well A personality and cognitive Abilities, Journal of psychology .15(2) , p15

(٣٤)

(35) Butter wick , s., Benjamin ,A,(2006) , the Road to Employability through personal Development , A critical Analysis of the silences and Ambiguities of British Colum Dia) Canada (kife skills curriculum inlernational ، Journal of Life Long Education V25,NI.P75.

(٣٦) عمران ، تغريد ، صبحي : المهارات الحياتية ، القاهرة ، مكتبة الزهراء الشرق ، ٢٠٠١ ، ص ١٧

(37) Georges : Grosser . Carols. D.Spaffor psychology Dictionary Areference Guide for Students Professionals New York ، mc. Grow .Hill .INC , 1995 .

(38) Marlonce . G, Cooper , Joon Granuei Lesser : Clinical Social work practice An Integrated Approach New York , Pearson Education , Inc. 2005 .

(39) Marlonce . G, Cooper , Joon Granuei Lesser : Lesser : op . cil,

(40) Rorn , Roger : the Relations ship of Role quality and perceived control to psychological Distress in Multiple Role Woman (working Mothers) university of assachusetts 2000.

(41) Blood Ford , Shea For , van Rensburg , Esme , Night shift work Ring mothers , Mutual perceptions wiknadoles Cent Children (journal of psychology in African , 2011.

(42) Richerd ,L,Edwordes . Et al ; Behavioral theory in Encydope clia of social work , 19th Edition ,NASW printed in USA ,1997.

(43) Scott . Boyle , Et , Al, Direct practice in social work , New York pearson Education , inc , 2006.

(44) Cooper ,M , et AL ; Clinical social work practice in clinical social work , London ,Macmillan press , 1997

(45) Richard .L. Edwords , Etal ; Behavioral theory in Ency dopedia of social work , 19th Edition , NASW prited in USA , 1997.

(٤٦) عادل محمد : العلاج المعرفي السلوكي ، أسس وتطبيقات ، دار الرشاد ، القاهرة ، ٢٠٠٥ .

(47) Payne ، M ,Modern : cognitive – behavioral .INM. Payne) Ed ، (Modern social work theory (2 nd Ed .) New Yor ؛ palrave ، ١٩٩٤.

(48) Crazier , et , al ;: the essential hand book of social anxiety for clinical , England john wiley sons , itd , 2005.

(٤٩) أرون بيك : العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية ترجمة عادل مصطفى ، دار النهضة العربية ، بيروت ، ٢٠٠٠ ، ص ٣٢

(50) Hepwo Th.D : .Diect social work practice , theory and skills ,new York ، Dorsary press , 1997 , p.9364: 368.

(٥١) عادل عبد الله : الإعاقة الحسية ، القاهرة ، دار الرشاد ، ٢٠٠٤ ، ص ٦٢

(52) Hallahan ، D . P .Ruffian ، J,M., Exceptional children ; Introduction to special Education , (4 nd Ed) . E nglewood Cliffs N.J; prentice – Hall , 2006.P.104

(53) Loranadha Reddy (et al) ; Education of Children with special Needs , New Delhi , Discovery publishing . House , 2000 , p.22.