

أثر الطفل المعاق على جودة الحياة للأسرة في سياق العلاج العائلي النسقي لاقتراح برنامج تكفل: العيادة التشاورية وتطبيقات الشبكة

The Impact of the Disabled Child on the Quality of Life of the Family in the Context of Family Therapy

كمال لعيس*

جامعة الجزائر 2 (الجزائر) kamellayes65@gmail.com

تاريخ الاستلام: 2019-06-13

تاريخ القبول: 2019-09-26

تاريخ النشر: 2019-10-12

ملخص: هدفت الدراسة إلى استخدام أداة مكيمة على المجتمع الجزائري لقياس أثر الطفل المعاق على جودة الحياة للأسرة وتطبيقها على عينة البحث المكونة من إثنان وعشرون عائلة بعدد الأطفال المتكفل بهم في فضاء الجمعية الخيرية التي ننشط معها كمتطوعين لتقديم الخدمة النفسية، تتمثل الأداة في "المقياس المعرب لجودة الحياة" PAR-AR-QOL، المترجمة عن النسخة الفرنسية الأصلية PAR-QOL في جوان 2015، كما اتبعنا المنهج الوصفي بعد إجراء الدراسة الاستطلاعية على نفس العينة من الأسر، نتناول الموضوع من خلال قراءة نسقيه للعلاج العائلي لتفسير الأداء الوظيفي للأسرة بوجود الطفل المعاق وما يحدثه وجوده داخل الأنساق الفرعية لها، ولتحليل الأولي الذي تتقدم به الأسرة لطلب الخدمة والمساعدة والذي يستدعي من الفاحص التحديد والضبط. اعتمدنا التحليل الإحصائي الآلي SPSS نسخة 22، وجاءت النتائج الإحصائية لتبين أن للطفل المعاق أثر على الأبعاد الأساسية المكونة لجودة الحياة للأسرة وهي البعد العاطفي والبعد التكيفي، مع وجود طلب من الأسرة للتكفل والمساعدة على إيجاد توازن جديد، يكون مصرحا به و أحيان كثيرة غير مصرح به، لما لهم أثر على الأبعاد في الأنساق الفرعية لأسرة الطفل المعاق كالنسق الفرعي الاجتماعي، والأنساق الفرعية كالأخوة والنسق الفرعي الزوجي.

الكلمات المفتاحية: العلاج العائلي النسقي؛ جودة الحياة؛ العيادة التشاورية.

Abstract: Through this study we aimed at the use of a new questionnaire to measure the impact of the handicapped child on the quality of life of the family, this questionnaire and the fruit of a study for the adapted on the society Algerian, it is the PAR-AR-QOL interpreting of the original questionnaire in French the PAR-QOL, interpreted and validated by Achechera Asmaa June 2015. We presented an approach to systemic family therapy on the impact of the disabled child on the family system and its subsystems, with a short analysis of the demand for care and care services that solicits the family, this request that requires therapist, precision and analysis. As we used the statistical analysis program the SPSS version 22, to conclude with results that confirm the presence of the impact of the child's disability on the quality of life of the family and on these major emotional, emotional and adaptive, also on subsystems that makes up family, social system of the couple's brothers.

Keywords: Systemic family therapy; quality of life; consultative clinic

1- مقدمة

تعاني الأسر التي يوجد فيها طفل من ذوي الإعاقة الكثير من المشاكل بسبب وضعية الطفل الخاصة وأيضاً ما يحدثه هذا الطارئ المستمر من أثر على أداء الأسرة كنظام اجتماعي مركب ومعقد، تحكمه قواعد وتفاعلات.

كما أن التكفل بهذا الطفل أصبح من الأولويات الخاصة ببرامج الصحة وبرامج التضامن الاجتماعي في بلادنا، فقد شرعت عديد القوانين التي تكفل لهم الحق بالرعاية الاجتماعية و الصحية، والمساعدة المادية التي تساعد أسرهم على مواجهة متطلباتهم المتزايدة، يبقى التكفل الحقيقي والأساسي والواجب توفره لهذه الفئة ينطلق ويبدأ من الأسرة، وبالدرجة الأولى من الأبوين، فهما المحرك والدافع والقاعدة التي ستتحمل هذا العبء وسيتأثر في محيطها لكي تستدعي منه المساعدة والخدمة، في أي مستوى كان وبأي صفة إيجابية ومساندة كانت، فهي تتمن أي مجهود لصالحها وتسعى دائماً للتخفيف من ضغط هذا الحمل وأثره على كل أفرادها، فجاءت هذه الدراسة بدافع الكشف عن جانب من جوانب تأثير الطفل المعاق على الأسرة ذلك التأثير الذي يصعب قياسه بدقة كبيرة، سواء كان على العلاقة الزوجية أو العلاقة الأبوية وحتى العلاقات الأخوية في داخل النسق الأسري بشكل محدد، نظراً لتنوع وتعدد مجالات تأثيره على كل أفراد الأسرة، أو على الأسرة كنظام علائقي .

لقد اخترنا مقارنة علاجية خاصة بالعائلة لمحاولة الإجابة على وجود ذلك الأثر للطفل المعاق على جودة الحياة لدى الأسرة، وهي مقارنة تعتبر حديثة خاصة في بلادنا وهي العلاج العائلي النسقي، ولتحقيق ذلك سنقترح برنامج تكفل بهذه الأسرة، ينطلق في بنائه النظري بالاعتماد على مقارنة نسقية تساعد الأسرة التي تعيش وضعية ضغط، أو صعوبة بسبب تطور حالة الطفل المعاق، إن كانت صحية أو نفسية أو تعليمية أو اجتماعية، وتأثيرها على الوظيفة الأبوية والأدوار الأخرى لباقي أفراد الأسرة قمنا بتطبيق مقارنة العلاج النسقي عبر تحليل "الطلب" لأسرتين، باعتبار تحديد الطلب وتعريفه بدقة في العلاج العائلي النسقي يعتمد عليه المعالج في توجيه تدخله وفرضياته لإجراء للمقابلة الأولى، كما يساعده بشكل أساسي ودقيق على اختيار استراتيجيات أخرى للتدخل، واحدة منها ما نقترحه في هذه الدراسة وهي: "العيادة التشاورية وتطبيقات الشبكة" التي خصصنا لها الجانب الأخير من هذه الدراسة.

عينة البحث محددة في مجموعة الأطفال المتكفل بهم داخل "فضاء التكفل النفسي" الخاص بجمعية التاج للصحة ببلدية قمار ولاية الوادي.

2- الإشكالية:

اهتمت العديد من الدراسات والبحوث بموضوع العائلة وتفاعلاتها ودورة حياتها، فكانت الدراسات في مجال الإرشاد الأسري والعلاج العائلي، كما مقاربات واستراتيجيات علاجية أخرى (نفسية، اجتماعية)، كلها تحاول تقديم المساعدة للأسرة في خضم دورة حياتها، لإيجاد الحلول ومواجهة الصعوبات وتمكينها من ضبط وتقويم أدائها لأدوارها المختلفة، سواء داخل النسق الأسري وخارجه، أو أداء أفرادها في إطار تفاعلهم الاجتماعي والعلائقي العام، وقد كان لأسر ذوي الاحتياجات الخاصة وبكل أنواع الإعاقة التي تصيب الطفل بشكل خاص نصيب من هذا الاهتمام في السنوات الأخيرة، لما لهذا الواقع من أثر على الأسرة، وبما يحدثه من تغير في النسق الأسري بشكل عام، فنجد أن عديد الدراسات تطرقت إلى المواضيع الإرشادية والعلاجية والتدريبية بالتركيز، لأهميتها وأيضاً استجابة للطلب الأساسي للأسر وهو تحقيق التكفل والعلاج، غير أن أثر الطفل المعاق على جودة الحياة الأسرية، لم يكن

له التركيز الكبير والاهتمام الواسع في تلك الدراسات بشكل عام، هذا ما يفسره العدد القليل من الدراسات التي تعرضت له، وأكثرها كانت دراسات أجنبية تناولت فقط الوسط الاجتماعي الأسري الخاص بها.

إن موضوع تأثير الطفل المعاق على جودة الحياة الأسرية من المواضيع الحديثة التي يسعى الباحثون لتناولها بشكل أكثر دقة وتمحيص لكشف مظاهرها وفهم خصائصها خاصة أن أدوات قياس ذلك الأثر بشكل دقيق مازالت قليلة على عكس مقاييس تقييم التفاعلات الأسرية بمختلف مظاهرها وأشكالها، وفي مستويات مختلفة ومتعددة من العلاقات داخل النسق الأسري الرئيسي وأنساق الفرعية المكونة له.

في هذه الدراسة نبحث عن الإجابة على السؤال الأساسي:

- هل تؤثر إعاقة الطفل على جودة الحياة للأسرة بدرجة يمكن قياسها؟

إن قياس أثر الطفل المعاق على جودة الحياة الأسرية بشكل محدد، ودراسة هذا الموضوع من منظور نسقي سيسمح لنا من اقتراح مقارنة للعلاج العائلي لهذا الأثر الذي يظهر في الأبعاد الأساسية لجودة الحياة عند الأبوين، والاستدلال عليه، وبالتالي العمل على اقتراح برنامج تكفل لهذه الأسرة، مهما كانت نوعية إعاقة الطفل هذا الأخير، مبني وفق استراتيجية علاجية حديثة لتخفيف الضغوط على الأسرة وتحقيق مستوى من الخدمة الخاصة للطفل، وتمكن من مساعدة الأسرة لبلوغ كفاءة وظيفية مقبولة واستغلال مثر لقدراتها.

3- فروض الدراسة:

- يوجد أثر للطفل المعاق على جودة الحياة للأسرة بما يؤثر على البعدين العاطفي والتكفي فيها.
- يوجد فرق دال إحصائياً بين البعد العاطفي وجنس الطفل المعاق وأثره على جودة الحياة للأسرة.
- يوجد فرق دال إحصائياً بين البعد التكفي وجنس الطفل المعاق وأثره على جودة الحياة للأسرة.
- لا يوجد فرق دال إحصائياً بين الجنسين في الدرجة الكلية للاستبيان وبعديه العاطفي والتوافقي لأثر الطفل على جودة الحياة للأسرة.

4- أهداف الدراسة:

1. فحص مدى صلاحية استبيان مكيف، يقيس مستوى أثر الطفل المعاق على جودة الحياة الأسرية المكونة من بعدين أساسيين في هذه الدراسة، العاطفي والوجداني.
2. استكشاف معطيات خاصة بتأثير الطفل المعاق في تفاعلات النسق الأسري من خلال التحليل الخاص بمقاربة العلاج العائلي النسقي.
3. القيام بقراءة نسقية لطلب الأسرة من خلال اللقاء الأول، وتقديم فرضية عمل في إطار البرنامج المقترح.
4. اقتراح برنامج للتكفل يقوم على مقارنة علاجية حديثة وهي العيادة التشاورية وتطبيقات الشبكة تهدف للتكفل بالأسر في وضعية الصعوبة.

5- أهمية الدراسة:

- تأتي أهمية هذه الدراسة في كونها محاولة عملية لتطبيق أداة مكيفة على المجتمع الجزائري، والتي قامت الدكتورة عشاشرة أسماء بتعريبها وتكييفها في أطروحتها لنيل شهادة الدكتوراه في 2015، لقياس أثر الطفل المعاق على جودة الحياة في الأسرة، في الأبعاد الأساسية التي يقيسها وهي: البعد العاطفي والبعد التوافقي.
- كما تسمح لنا هذه الدراسة من إجراء محاولة للإضاءة على مجموعة من تفاعلات مفردات الأسرة داخل النسق الحيوي الذي يحتضنها، واستعمال القراءة التحليلية النسقية لإعطاء تفسير لمعنى الظاهرة المدروسة واستخدام مصطلحاتها.
- الدراسة لموضوع أثر الطفل على جودة الحياة الأسرية، هي قراءة تمكن من الإجابة على "الكيف"، لأنه يساعد على فهم لماذا حدث ذلك السلوك أو غيره، وسؤال الكيف في المقاربة العلاجية النسقية مهم جدا. وكذلك هو بالنسبة لكل من يعمل مع الأسرة وخاصة مع الطفل (Ausloos , 1995, 29-32).

6- حدود الدراسة:

إن وجود الأسر في مكان واحد لأجل تلقي الخدمة الخاصة لأطفالهم ليس بالأمر السهل، وقد تم اختيار الفضاء، لأن من قواعد العمل التي يعتمدها، هي التواصل المستمر والإجباري مع الأسر، وتطبيق برنامج خاص لدعم وتدريب الأمهات بالخصوص، كما أنه ينظم لقاءات خاصة مع الأسر، بحضور الزوجين حتى وإن استدعى الأمر اللجوء إلى مراسلة الأبوين للحضور، لهذا اخترنا هذه الجمعية لتوفر العينة بشكل دائم وسهولة الاتصال بها.

7- تحديد مصطلحات الدراسة:

- **الأسرة:** الأسرة هي تلك الجماعة البشرية المكونة من أب وأم وأطفال يعيشون في مجال واحد محدد ومعروف، يتفاعلون وفق قواعد وأدوار تحددها ظروف التنشئة والأخلاق والعادات داخل وسط اجتماعي كبير تأثر فيه وتتأثر به، بوجود الطفل المعاق أو بدونه.
- **الإعاقة:** الإعاقة مفهوم لا يزال تثير نقاشا وبحثا في الأوساط العلمية المهتمة بالموضوع وقد تم تطوير هذا المصطلح بعد عدة تعديلات في المفهوم والمعنى حتى عام 1980، حيث أنشأ فيليب وود Philipp Wood تحت وصاية المنظمة العالمية للصحة ما يسمى، بالتصنيف الدولي للإعاقة.

The international classification of impairment, disabilities and handicap (I.C.I.D.H)

La classification internationale des handicaps, déficiences. Incapacités, désavantage (C.I.H;)

(Achechera, 2015, 03).

في هذا البحث نعني بالإعاقة، كل حالات العجز الجسدي أو العقلي التي لا تسمح للمصاب في أي عمر كان من التفاعل والتواصل مع محيطه وتحبسه عن أداء أدواره الاجتماعية وتلبية حاجاته الإنسانية.

- **الطفل المعاق:** تعرفه المنظمة العالمية للصحة OMS : " كل شخص تميز بنقص أو قصور جسدي أو عقلي بصفة دائمة أو مؤقتة سواء كان هذا القصور فطري أو مكتسب".

نركز في هذا البحث على ما جاء به التعديل الثاني للتصنيف الدولي للإعاقة لسنة 2001 (C.I.F) بعد أن تعرض التصنيف الأول للانتقاد بسبب تركيزه على الجانب الوظيفي للإعاقة، ولأن هذا التعديل جاء بتعويض لمصطلحين أساسيين فيه، نرى أنهما يخدمان ما نريد تعريفه من الطفل المعاق.

لقد عوض مصطلح العجز *l'incapacité*، بمصطلح النشاط *l'activité*، ومصطلح الإعاقة *l'infirmité* بمصطلح: المشاركة *la participation* ويعني بالنشاط والقيام بمهمة أو وظيفة من طرف الفرد، ويعني بالمشاركة هو الاشتراك في وضعية معايشة حقيقية (Achechera, 2015 03).

هذا التطوير المستمر في مجال التعريفات، وتحديد وضبط المصطلحات اجرائيا يواكب العمل والمجهود الكبير في مجال العلاج والتدريب الموجه للمعاق بهدف الحصول على تكفل مناسب، وأيضا ضمان حقوقه القانونية والاجتماعية لتلبية حاجاته المتنوعة، وبلوغ درجة من الاستقلالية تسمح له بالاندماج الأفضل داخل مجتمعه.

- **العلاج العائلي:** يعتبره الكثير من العاملين في مجال العلاج النفسي والإرشاد الأسري طريقة ونظرية جديدة إذ يؤكد جون هالي J.Halley: "أن العلاج العائلي ليس فقط طريقة علاجية ولكنه على الأخص اتجاه عيادي يتضمن اعتماد منطلقات علاجية مختلفة" (النايلسي، 1988، 10).

في هذا البحث نقصد بالعلاج العائلي تلك المقاربة العلاجية التي تعتمد على عملية التواصل والحوار مع مجموع أفراد العائلة، بعد تأمين الإطار العلاجي اللائق، وتطبيق القواعد الأساسية لهذه المقاربة، لتقديم الخدمة والإجابة على طلب العائلة.

- **جودة الحياة:** قدم العديد من الباحثين تعريفات لها حسب مجالات عملهم الخاص بتقديم الخدمة للأسرة سواء كانت خدمة صحية، تربية، اجتماعية، اقتصادية، مالية أو إدارية، فهناك أكثر من مائة تعريف مختلف منها (group d'auteurs, 2005).

- تعريف إريكسون (1993) "جودة الحياة تمثل رضا الفرد في مجالات مختلفة من حياته، تشمل الحالة الجسمية الجيدة، الحالة الاجتماعية والاقتصادية والنفسية".

- تعريف المنظمة العالمية للصحة OMS 1993: "جودة الحياة هي إدراك الفرد لمنزلته وإنجازه في المجال الثقافي وفي منظومة القيم التي يعيشها وعلاقته بأهدافه وانتظاراته وأنشغالاته ومعاييرها" (Rebillard, 2006, 749-766).

في هذا البحث نقصد بجودة الحياة، الدرجة التي يشعر فيها الفرد، أو المجموعة التي تعيش مع بعضها البعض، أن حاجاتها مهما كانت قد لبيت بالدرجة التي تحقق لها الرضا، وتخفف أو تزيل عنها الضغط.

8- الإطار النظري والدراسات السابقة:

بعد مراجعة الدراسات السابقة يمكن استخلاص ما يلي:

- أ- هناك علاقة بين الخصائص النفسية والشخصية للمتكفلين بالطفل المعاق ومستوى الضغط الذي يشعرون به ويعبرون عنه، كما أن الزمن التكفل بالطفل هو في زيادة، و لا ينقص مع تقدم سنه، مهما كانت وضعية المتكفل به، الاجتماعية أو الصحية أو المادية بشكل عام.
- ب- هناك أثر لخصائص العائلة على أدائها الوظيفي، وبالتالي على جودة حياتها، فالعلاقات الزوجية في أحيان كثيرة تتأثر إما بالإيجاب فتزداد قوة وترابط أو بالسلب فتضعف وتتفكك.
- ت- هناك أثر مباشر للعلاقات الاجتماعية، والصعوبات المالية الآنية، التي قد تزداد سوءا مع طول عملية التكفل، على وظائف النسق العائلي والأنساق الفرعية المكونة له (الزوجي-الأخوي).
- ث- للطفل المعاق آثار سلبية وأخرى إيجابية على النسق الأسري، إلا أن ما يثير الاهتمام هي الآثار السلبية كما يمكن أن توفر حالة الطفل المعاق فضاء لظهور سلوكيات وتفاعلات إيجابية داخل النسق الأسري مثل الأمل وزيادة التلاحم والدعم في إنجاز المهام وتبادل الأدوار المرن بما يسمح من تحقيق درجة عالية من المرونة العائلية La Resilience.

مقاربة العلاج العائلي النسقي:

تأسس العلاج العائلي بجهود باحثين من مدرسة التحليل النفسي، الذين أعادوا النظر في مفهوم قرينة الحياة الواقعية للمريض: (تعريف الفرد لاضطراباته)، فكانت البدايات الفعلية من الولايات المتحدة الأمريكية، ثم انتقلت إلى أوروبا وباقي دول العالم، وكانت حركة مرافقة الطفولة 1920 **the child guidance Movement** التي اهتمت بالأم مع طفلها بشكل منفصل كنسق فرعي، انطلاقا من فرضية أن الآباء مسئولون عما سيصير إليه أبنائهم وتطورت معها مصطلحات خاصة مثل "الحماية الأمومية المفرطة"، "الأم المولدة للفصام".

يعتبر **Nathan Ackerman** من الأوائل الذين عملوا على تغيير هذا التوجه نحو الفصل بين الأم والطفل في الدراسة والعلاج إلى توجه مناقض تماما يدعو إلى الجمع بينهما لأنهما يشكلان الوحدة الأساسية في العائلة. (El Kaini, 1995, 17-18).

العلاج العائلي النسقي:

إن اللقاء بين المعالج وأفراد العائلة ليس هو العلاج كما هو في المفهوم عيادي، ولكنه يشترط خلال المقابلات التركيز من طرف المعالج على الجوانب المختلفة لأثر التفاعلات العلائقية التي تتم بين الأفراد هنا والآن، داخل الإطار العلاجي المضبوط والمتحكم فيه من المعالج (المكتب أو المجال العلاجي المغلق).

تبنى المقابلات مع الأسرة أساسا على دور وفعالية المعالج الذي يديرها في الشكل والمضمون وتحكمه في الزمن، وعلى قدراته ومهاراته الخاصة في استثمار مكتسباته من العمل الذاتي الشخصي على نفسه كمعالج وعلى مهارات التحليل النسقي، فهو مطالب بالتعرف على مجموعة متنوعة من المقاربات العلاجية النسقية الأخرى، ويستنبط منها أسلوبه الخاص (Alberule, 2000,10).

أساسيات الطريقة العلاجية النسقية:

يمكن تلخيصها في ثلاثة نقاط:

1. مواجهة أفراد العائلة لبعضهم البعض، وهذا يستدعي حضور العدد الأكبر والممكن حضوره منهم، وحتى الغائبون يمثلون بمقعد فارغ، فهي لا تشبه المقابلة العادية للمفحوص، لأن العلاقة العلاجية الفردية علاقة

تعويضية **Substitutive** إذ تستخدم الميكانيزمات التحويلية لمواجهة المفحوص لنفسه فقط دون غيره ممن هو في حياته.

2. التدخل المباشر لدراسة وتحليل العلاقة، واستخراج الفرضيات وتنويع القراءات النسقية باستعمال الأسئلة المفتوحة، إنه الكشف عن أنماط التفاعلات وكيف توظف، هذا يساعد العائلة على تغيير قواعد وأنماط التفاعلات السلبية واستبدالها بأخرى أكثر مرونة، تتناسب مع تحقيق الحاجات وتأدية الأدوار واحترام القواعد، فالمعالج يوجه ويساعد بتدخلاته المغلقة، ولكنه لا يفسر ما يحدث الآن وهنا، لأنه هو ضمن الإطار العلاجي الآمن و المؤمن لهذه التفاعلات: تعزيز الكفاءة العائلية، يسمح هذا للعائلة بأن تعي قدراتها ومكنوناتها النفسية وأن تستثمرها لبناء كفاءة جديدة تسمح لها بأن تواجه الضغوط والصعوبات ويساند أفرادها بعضهم البعض في إطار ميزان العدالة العلائقي بين الأخذ والعطاء- (Salem, 2005, 110, 111).

3. بينما يحاول الآباء في معظم الحالات ومختلف الوضعيات أن يعدلوا ميزان الواجبات ويستثمرون مصادرهم الوظيفية والانفعالية والوجدانية بالتساوي مع كل الأخوة، فإن بعضهم ممن له طفل معاق يواجهون مشكلة متعددة الأوجه، ومحددة الخصوصية، إذ تتجه معظم عواطفهم واهتماماتهم كوالدين بالأساس إلى الطفل المعاق، فيفوز على حساب إخوته بنصيب كبير جدا من العطف والاهتمام، وهذا غير عادل بالنسبة للأخوة، ويشعرهم بالغضب من أخيهم/أختهم المعاق، وبالمنافسة الغير متساوية أمام الأبوين المنحازين إليه، في نفس الوقت ينتابهم شعور بالذنب بسبب تلك المشاعر، وأنهم أصحاء بينما هو/ هي يعاني من مشاكل ومن الإعاقة، قد يبلغ بهم الأمر لتكوين مفاهيم سلبية عن ذاتهم لدرجة أنهم يقفون عند الأساس بأنهم السبب في إصابة أخيهم وإعاقته ويتمنون لو أنهم أصيبوا كذلك بالإعاقة أو العجز (روز ماري، ديببي، 2001، 53).

غالبا ما يطلب من الإخوة تحمل مزيد من المسؤولية بسبب وجود الأخ/الأخت في حالة إعاقة ويكون الإبن/البنات الأكبر في الأسرة الأكثر ترشيحا من الأبوين للقيام بهذا الدور بل عادة ما يتم تحضيره له، لأنه الإبن/البنات الأكبر، فيسمح له بلعب دور أبوي في رعاية الأخ المعاق، فالإبن الأكبر قد يقوم بأدوار الأب والأخت الكبرى بأدوار الأم، إلا أن عملية التوكيل الأبوي للأبناء الكبار غالبا لا تتم داخل الإطار التواصلية والوجدانية والعاطفية الآمن والمؤمن اي بمساندة من الأبوين، كما أنه قد لا يتوافق مع درجة النمو النفسي و المعرفي للأبناء الموكل لهم هذا الدور، حتى لا يصيبهم الفشل فيه، وهي ما يعرف في المقاربة السياقية بـ "مهمة إرجاع الدين" للأبوين، هذه الوضعية قد تحرمهم حتى من تلبية حاجاتهم الخاصة، فيصابون بالإحباط، (Nina- Canault, 1999, 271-238).

9- إجراءات الدراسة الميدانية

منهج الدراسة:

لإنجاز هذه الدراسة اتبعنا خطوات المنهج الوصفي، بما يمكنه من الربط بين الأسباب والنتائج، والوصول للتفسيرات الموضوعية لها، كما يسمح لنا من جمع البيانات الكافية والدقيقة عن الظاهرة المراد التعرض إليها وبلوغ الغاية في اقتراح برنامج تكفل باسر الاطفال المعاقين في حالة الصعوبة.

مجتمع وعينة الدراسة:

تم اختيار عينة الدراسة من مجموع الأسر التي لها أطفال متكفل بهم في الفضاء الخاص "بالتكفل النفسي لأطفال في وضعية الإعاقة الخاصة" بجمعية التاج للصحة ببلدية قمار ولاية الوادي، إذ تحوي العينة على 22 طفلاً متكفل بهم داخل الفضاء من طرف فريق متعدد التخصصات يقدم لهم خدمات علاجية وتدريبية تحت إشراف أخصائيين نفسانيين وبمآزرة متدخلين خارجيين، كأطباء الأطفال-الأذن والأنف والحنجرة-الأمراض العقلية للأطفال-الجهاز العصبي، أسر الأطفال الموجودون بالفضاء، إثنان وعشرون أسرة حسب عدد الأطفال المتكفل بهم : 16 طفل جنس ذكر، 06 طفل جنس أنثى.

كيفية ملأ الاستبيان:

نشرح للولي، الأب، أو الأم، الهدف من الاستبيان، وكيفية الإجابة بعد قراءة الأسئلة، وأن الإجابة لا تتعدى 15 دقيقة. يجيب الأب، أو الأم، كل واحد لوحده، لا تقبل الإجابة المشتركة.

أدوات الدراسة وخصائصها السيكمترية:**الصدق الظاهري:**

- تقدير زمن الإجابة للأولياء وملأ الاستبيان: من 10 إلى 15 دق.
- للتأكد من خاصية الاختصار طلب من الأولياء تقدير الوقت اللازم للإجابة ثم قياس زمن الإجابة لثمان (8) أولياء من العينة بالدقيقة.
- المتوسط الحسابي للإجابة بالزمن = 3,37 دق.
- نسبة الرفض: صفر.
- نسبة الصعوبة على الإجابة: 10 أولياء من 862 = 8,62%.
- تمثلت الصعوبة في : طلب للتوضيح-الاستفسار-مفاهيم الكلمات.

صدق المحتوى:

- أغلبية الأولياء المشاركين في الدراسة الأصلية، اعتبروا الاستبيان مهم على سلم Likert، متدرج من 1 إلى 5.
- أجابوا: مهم جدا 33,62%.
- أجابوا: مهم للغاية 47,31%.
- 10 أولياء: 8,62% من العينة، تمنوا أن يستعمل الاستبيان أخصائيو ومتدخلون آخرون كالأطباء-النفسانيون-المربون-الإداريون.

صدق البنود:

- طلب في الدراسة الخاصة بـ: "عشاشرة"، من الأولياء إذا ما كانت هناك عناصر تخص جودة الحياة ناقصة في الاستبيان أو لم يأتي على ذكرها:
- 104 (89,65%) منهم أجابوا أن الاستبيان احتوى كل العناصر الخاصة بجودة الحياة.
 - 12 من العينة الأصلية 862 (10,34%) اقترحوا أسئلة إضافية يرون أنها مهمة في تقييم جودة الحياة.
 - 3 منهم تمنوا مزيد من الأسئلة حول تبعات اضطرابات الطفل على العلاقة بين الزوجين.
 - 2 منهم اقترحوا إضافة سؤال حول العلاقة مع العائلة الكبيرة.

- 5 منهم أشاروا لغياب تطرق الاستبيان لمسألة مساندة العائلة الكبيرة للأولياء .
- 2 منهم اقترحوا وضع أسئلة حول تبعات الغياب الشبه تام للعناية بالطفل بالنسبة للولي.

الثبات:

تم حسابه عن طريق حساب معامل ألفا كرونباخ = 0,79 (مستوى ثبات عالي).

الصدق:

تم حسابه بطريقة الاتساق الداخلي، عن طريق معامل الارتباط بين الدرجة الكلية للاختبار وفروعه.

مفتاح تصحيح الاستبيان:

- تجمع النقاط حسب نتائج الاستجابات وتقسّم على عدد البنود.
- جودة الحياة: إذا كان المجموع أقل من 2=جودة الحياة جيدة جدا.
- المجموع بين 2 و35 =جودة الحياة متوسطة.
- المجموع بين 36 و5= جودة الحياة متدنية.
- يمكن للفاحص حساب متوسط الأبعاد التي يقيسها الاستبيان حسب البنود المكونة لكل بعد:
- البعد العاطفي: 1، 2، 3، 4، 5، 6، 13، 14 البعد الوظيفي: 7، 8، 9، 10، 11، 16.
- البعد الاقتصادي: 12.
- البعد العام لجودة الحياة: 17.

ملاحظة خاصة بتفسير البنود:

- البند 17 بما أنه يمثل ثقل عاملي له دلالة في البعدين لدى كل أفراد عينة الدراسة فإنه يستبعد.
- البندين 12 و15 ليس لهما ثقل دلالي في أفراد العينة، مما سمح باستبعادهما: (حسب الدراسة الأصلية).

إجراءات التطبيق:

تم إجراء مقابلات مع أسر الأطفال وهي مقابلات مبنية على المقاربة الخاصة بالعلاج العائلي النسقي وذلك لتحليل العلاقات واستنتاج أثر الطفل المعاق على التفاعلات السرية في كل الاتجاهات خاصة على تقدير الزوجين لذلك الأثر على نسقهما الزواجي وأيضاً على أدوارهما بالنسبة لكل النسق الأسري، ثم قمنا بتحليل تلك اللقاءات تحليلاً نسقياً بالاعتماد على المرجعية النظرية للعلاج الأسري كما تدرّبنا عليها خلال تكويننا كمعالجين عائليين نسقيين.

في المرحلة الثانية قمنا بتطبيق الاستبيان واستعماله كأداة قياس جديدة لتحديد أثر الطفل المعاق على جودة الحياة للأسرة وذلك بإجراء مقابلات خاصة مع كل عائلة.

عرض نتائج الدراسة ومناقشتها:

بعد تفرغ البيانات المتحصل عليها من تطبيق الاستبيان وإجراء التطبيق الإحصائي spss، تحصلنا على درجات إحصائية دالة وقوية بمستوى دلالة متقارب في قيمة $r = 0.90$ ، على وجود ارتباط بين أثر الطفل المعاق والبعد العاطفي، والبعد التكيفي لدى الأبوين مما يؤثر على جودة الحياة في الأسرة وبالتالي:

- فاعلية الأداة عالية، مع معامل ارتباط ما بين الأبعاد أكبر من 0,90، للمجموع العام لكل واحد من المجالات المراد قياسها = البعد العاطفي - البعد التوافقي، الجدول (1).
- ارتباط قوي بين أثر الطفل المعاق والبعد العاطفي والبعد التكيفي التوافقي، الجدول (2).
- يوجد ارتباط بين أثر الطفل المعاق وجودة الحياة في بعديها الأساسيين، وعليه يمكن الاستدلال بالنتائج الإحصائية على تحقق الفرضية الأولى بوجود ارتباط قوي عند قيمة $r = 0.645$ بين أثر الطفل المعاق وجودة الحياة لدى الأسرة في البعدين العاطفي والتكيفي في جودة الحياة، الجدول (3).
- إنه لا يوجد فرق دال إحصائياً لجنس الطفل، كمتغير وسيطي (بين الذكور والإناث) في الدرجة الكلية للاستبيان في البعد العاطفي، وهذا يجيب على الفرضية الجزئية الأولى، بأن أولياء الأطفال ذوي الإعاقة، لا يميزون عاطفياً في تفاعلهم مع الطفل المعاق مهما كان جنسه، وبالتالي فالبعد العاطفي من جودة الحياة لديهم لا يتأثر بجنس الطفل المعاق .
- الجدول (4).
- لا يوجد فرق دال إحصائياً لجنس الطفل كمتغير وسيطي (بين الذكور والإناث) في الدرجة الكلية للاستبيان في البعد التكيفي، وهذا يجيب على الفرضية الجزئية الثانية، بأن أولياء الأطفال ذوي الإعاقة لا يتأثرون في مستوى تكيفهم مع وضعية الطفل المعاق مهما كان جنسه، وبالتالي فالبعد التكيفي من جودة الحياة لديهم لا يتأثر بجنس الطفل المعاق ، الجدول (5).
- لا يوجد فرق دال إحصائياً بين الجنسين لدى الأطفال في الدرجة الكلية للاستبيان في البعد العاطفي والبعد التكيفي يؤثر على جودة الحياة للأسرة، وهذا يجيب على الفرضية الجزئية الثانية، بأن أولياء الأطفال ذوي الإعاقة لا يتأثرون في المستوى العاطفي وفي مستوى تكيفهم مع وضعية الطفل المعاق مهما كان جنسه، وبالتالي فجودة الحياة لديهم لا تتأثر بجنس الطفل المعاق، الجدول (6).
- تظهر النتائج الإحصائية صحة الفرضية العامة بأن للطفل المعاق تأثير على جودة الحياة للأسرة في البعدين الأساسيين العاطفي والتكيفي، في درجته الكلية للاستبيان ومستوى دلالة إحصائية قوي قيمة $r = 0.645$ ، وأنه لا يوجد فرق بين الجنسين في التأثير على جودة الحياة للأسرة، في الدرجة الكلية للاستبيان.
- هذه النتائج تسمح لنا من الإجابة على الفرضية الأخيرة الخاصة بإمكانية اقتراح برنامج تكفل باسر هؤلاء الأطفال، يعتمد المقاربة العلاجية النسقية، وهي العيادة التشاورية وتطبيقات الشبكة.

التحليل النسقي للمقابلات:

- فرضية أن الأسرة تشعر أنها معزولة على الأنساق الفرعية الخارجة التي يمكن دعمها قد يفسر شعور الأب بأن مصادره الداعمة قليلة وأن عليه القيام بدوره الوظيفي كاملاً لوحده كما هو الحال مع باقي الأبناء: وسوف يواجه هذه المشكلة أيضاً لوحده.
- حدوث تفاعل ولقاءات متكررة مع المهنيين والمتدخلين الخارجيين أثناء سلوك الأسرة لمسارات العلاج مع الطفل المعاق، لم يحقق الدرجة المنتظرة من العون والدعم، وخاصة تقوية استقلالية الطفل من خلال العلاج والتدريب، هذا يشعر الأسرة أنها محاصرة بتلك الاستدعاءات المتكررة لتقديم الخدمة (جمعية - أطباء - إدارة....) أكثر من أن تشعر بالدعم.

الأم هي السند الداعم للأب بدرجة كبيرة، ويمكن أن تكون مدخلا لإحداث تغيير على حدود النسق الزوجي المغلق.

وجود الأطفال قد يدعم دورها إذا تمكنت من اكتساب الفهم الصحيح عن حالة الإبن المعاق، لأن مطالبتها هي والزوج بمزيد من الجهد والصبر قد لا يكون ذا فائدة إلا بتفعيل ميكانزمات تغيير الحدود والتفاعلات ما بين النسق الزوجي والأنساق الأخرى.

10- مقترحات الدراسة:

اقترح برنامج تكفل لأسر ذوي الحاجات الخاصة: العيادة التشاورية وتطبيقات الشبكة:

تهدف البرامج العلاجية والتدريبية بشكل عام إلى تأهيل الطفل وتمكينه من بلوغ درجة من الاستقلالية لتحقيق عملية الدمج الاجتماعي في صورته المختلفة، إلا أن العاملين على هذه البرامج والمقاربات العلاجية الخاصة بالطفل المعاق وبأسرته لاحظوا نوعا من التناقض عندما يقيمون فعاليتها من جهة نظر الأسر، فالأسر ما تقفأ تتزايد طلباتها للتدخل والمساعدة، وأيضا لاحظوا أنها تتنوع وتزداد تحديدا مع كل فترة تقدم فيها الخدمة، هذا الواقع جعل بعض العاملين المهتمين، يبحثون عن سبل جديدة لحل هذه المشكلة معتمدين على مسارات العمل الشبكي بمعنى مراجعة ومتابعة تلك السبل والمسارات التي سلكتها الأسرة أثناء عملية التكفل بشكل عام، وإخضاعها لقراءة نسقيه للبحث عن كفايات المرافقة الناجحة والفعالة، بالاعتماد على قدرات العائلة (Jimmy & Marie, 2010).

مفاهيم حول العيادة التشاورية:

تطرح هذه المقاربة محاولة للإجابة على إشكالية تعاني منها العائلات في وضعيات الصعوبة، سواء كانت بسبب ظروف اجتماعية أو اقتصادية أو أمنية، كوضعيات الحروب والهجرة القصرية وغيرها، أو بسبب وجود أحد أفرادها في وضعية خاصة، تسبب للعائلة عدم استقرار أو تقرض عليها نمطا من السلوك الوظيفي، يؤثر بشكل مباشر على جودة الحياة لديها في بعديها الأساسيين العاطفي والتوافقي وبشكل غير مباشر على مقوماتها كنسق. كما جاءت هذه المقاربة كمحاولة لحل المشاكل التي تواجهها البرامج الاجتماعية الحكومية وغير الحكومية والبرامج الصحية والتربوية للأسر في وضعيات صعبة، وبالتالي تسعى إلى إيجاد مجال أو فضاء مؤطر يلتقي فيه المتدخل أو المهني المعني بشكل مباشر بمشكل الأسرة مع الأسرة ومع كل من يعمل في مجال الصحة التربوية الإدارة التي تتعامل مع الأسرة من خلال سلوكها لمسارات التكفل المختلفة، هذا المفهوم العام للعيادة التشاورية يمكن أن يأخذ أسرة الطفل المعاق بالحسبان، لأنها في وضعية الصعوبة سواء في أول مراحل تكفلها بالطفل، أي مباشرة بعد التشخيص، أو بعده.

في مفهومها التطبيقي تنظم العيادة التشاورية العمل العلاجي الشبكي في أشكال متعددة تسمى نماذج- أشكال (Figures) وهو من المصطلحات التي طورته Jean Yves Barreyre et Brigitte Bouguet وأيضا بواسطة المقاربة التوافقية أو تقنية بالعيادة الوسيطة: **la clinique de relais**

(Equipe de redaction, 2012)

مفهوم التشاور في العيادة التشاورية:

يتجه الاهتمام في العيادة التشاورية لأسرة الطفل المعاق، وتعرفه على أنه "الطفل في وضعية الصعوبة" ويصبح التشاور فيها يحمل مفهوم الفعل.

الفعل التشاوري حول المعنى "المستخدم/ المستعمل = L'usager، هذا الفعل يجسد بالتقاء مجموعة من الأشخاص، مهنيين يعملون معاً، وقد لا يعملون معاً، بهدف بلوغ توافق ومستوى من التفاهم أو التخطيط لإنجاز عمل لا ينفصل عن الإطار العلاجي يخص الأسرة والطفل وكل من يتفاعل معهم مباشرة أو غير مباشرة، يشترط هذا الفعل التشاوري تحقيق تسوية متبادلة من جمع الأطراف المشاركة، فيما يخص التوجيه المناسب أو الحل الواجب اقتراحه لأجل التكفل.

أهداف التشاور: La concertation:

السماح لأسرة الطفل والمجتمعين في جلسة العيادة التشاورية لمزيد من التعارف وتحديد المهام والأهداف وتعريف الحدود الخاصة لكل واحد منهم بالوضعية المشكلة وهي حالة الطفل المعاق، وممكن الانسداد أو الجمود أو الصعوبة في عملية تقديم الخدمة الخاصة:

- توفير مساحة مؤطرة ومنظمة للتبادل المحترم بين الحاضرين.
- تحويل كل ما هو سلبي في منظور الأبوين، بخصوص الطفل المعاق، الأسرة، المصالح الخدماتية الأفراد، المؤسسات، وجعل الحكم أكثر موضوعية ودقة.
- كشف النقائص والصعوبات في عملية التكفل، وهذا يتطلب جهد مفصل مصحوب بتعليقات المتحاورين يسيرها مدير الجلسة ضامن الوقت.
- التعرف على المسار الذي يسلكه وسلكه، وسيسلكه الطفل المعاق برفقة أسرته، أو لوحده، أو الأسرة لوحدها.
- تجميع المعلومات، كل ما هو مفيد لإثراء التعريف، الفهم، التوضيح، التفسير، الإجابة، الاستقصاء، حول ما هو مشكل أو صعب أو يسبب ضغط أو توتر على جودة الحياة للأسرة.
- تقديم كيفية تفاعل المصالح المتدخلة في أي مستوى كان صحية، اجتماعية، تربية، إدارية، يتم هذا التنظيم في إطار من الاحترام لكل ما يمكن للأفراد أن يقدموه حسب مهامهم تجاه الطفل المعاق والأسرة.
- توضيح الممارسات المهنية في ضوء الميدان الذي يعمل فيه الأفراد، يوضح للآخرين الذين قد لا يعلمون بشكل صحيح ظروف وحقيقة تلك الممارسات المهنية، تجاه الطفل المعاق واتجاه الأسرة.
- يستخلص من هذا التشاور مشاريع للتدخل: النفسي - الطبي - الاجتماعي أو الإداري.

(Groupe d auteur, Relais Social,2011)

أهداف العيادة التشاورية:

- الاستجابة لطلبات العائلات التي تعيش وضعية صعبة، تؤثر على جودة الحياة الأسرية في أبعادها الأساسية.
- تقديم الخدمة والمساعدة والدعم لكل المهنيين والمتدخلين، في المستويات الخاصة بالعلاج، المراقبة التربية والإدارة الموجودين على شبكة الخدمة المخصصة للأسرة، للطفل المعاق، للأسرة والطفل المعاق معاً.
- التخفيف من أثر وتأثير الوضعيات الصعبة الضاغطة على الأسرة بتطبيق طرق أداء العمل العلاجي الشبكي، تستثمر خلالها قدرات وإمكانات إنسانية وعلائقية كامنة لدى الأسرة إلى ولدى المهنيين.
- تحريك المعلومات وإعادة صياغتها أثناء نقاش ممتع ومثير، يتحكم فيه معالج متدرب على العيادة التشاورية، خلال مسيرة للجلسة (Ferry, 1987).

لماذا العيادة التشاورية:

أثناء عملية التكفل، وعلى أي مستوى كان، يحتاج المتدخل أو المهني أو المعالج كيفما شئنا أن نسميه إلى أن يجيب على عدد من الطلبات الخاصة بأسرة الطفل المعاق، وقد تكون أيضا طلبات خاصة به هو شخصيا تخص أداءه لمهنته، كفاءته قدرته تحكمه وتسييره للضغوط التي تسببها هذه العلاقة الخاصة المجهدة.

كما أن الأهمية الأساسية لهذه العيادة هي فتحها لفضاء خاص بينه ويتحكم فيه المعالج المعني مباشرة بتقديم الخدمة للأسرة، يستدعي إليه كل من يرى هو أو العائلة أنه مفيد ومساند أو مساعد على تقديم مشورة، رأي حكم، خدمة، تمكن المعالج من تحقيق إجابة لطلبات الأسرة وبالتالي تحسين وضبط وتدقيق الأداء الخاص بخدمة الطفل المعاق.

إن الشبكة العلاجية التي تسعى العيادة التشاورية إلى تفعيلها ليست مرآيه لمعظم سالكيها والمكونين لها، لأن التواصل الفعال والحوار المهني شبه منقطع بين المهنيين، والأسرة قد تلجأ هذا المسلك دون إرشاد أو توجيه من طرفهم، فكأنما في متاهة لا نهاية لها، وتطور حالة الطفل المعاق منذ مرحلة التشخيص إلى بلوغ الخدمة المنشودة يتطور وأثره على جودة الحياة للأسرة يزداد ويتنوع.

الهدف الأساسي الذي نطمح إليه من خلال اقتراح هذا البرنامج هو استخدام أداة عملية حديثة أثبتت في عديد مجالات التدخل الخاص بالعلاج العائلي فعاليتها، وأصبحت تمثل في حد ذاتها مقارنة علاجية منفردة لها قواعدها ومنهجيتها المبنية على أسس نظرية معروفة وممارسات علاجية مقننة ومضبوطة من روادها الأساسيين ونحن نطمح إلى استكشاف هذه المقاربة خدمة للأسرة والطفل المعاق ومن خلالها تحسين الخدمة الخاصة به (ملخص لمجموعة مقالات حول العيادة التشاورية).

مخطط البرنامج:

يمكن لنا أن نضع مخططا للبرنامج يقوم على أساس مجموعة من الخطوات الأدائية، داخل الإطار النظري للعيادة التشاورية، وبتابع السيرورة المنهجية التي تقوم عليها: وعلى أساسها ينطلق البرنامج الخاص بالتكفل داخل العيادة التشاورية.

المراحل الأساسية التي يجب المرور عليها:

• المرحلة الأولى:

تحديد الإنقطاعات- والرفض- والمقاومة، وتعريفها كنقطة انطلاق للمعلومات والمعطيات عن الأسرة تسمح بالتشاور.

• المرحلة الثانية:

مرحلة القبول داخل هذا الفضاء "الجماعي المفتوح على العموم" والتحكم فيه وهي عملية تواصلية بين المعالج وكل من سيعمل معهم، ابتداء من الأسرة.

• المرحلة الثالثة:

تسمح لنا بالمرور من العقد الموجودة في المرحلة الثانية، العقد التي تطرحها حالة الأسرة التي تعاني الضغوط بوجود الطفل المعاق، والمرور إلى الأثر الذي يسببه وجوده، في هذه المرحلة يتم تفكيك الإشكالات والتركيز على ما هو الأكثر أهمية فيها لحله.

• المرحلة الرابعة:

الوصول إلى مفاهيم واضحة عن الرفض والانقطاعات التي كانت في المرحلة الأولى، وهي مرحلة تحويل المفاهيم واستدخال معارف جديدة عن قدرات الأسرة ومكامن القوة المساعدة لتحسين جودة الحياة (Selma, 2008, 147-167).

أدوات العمل في العيادة التشاورية:

أ- المخطط الاجتماعي الجيلي Le socio-génogramme:

أداة أساسية في العيادة التشاورية لا يستغنى عنه، يسمح بالحفاظ على خط مسار عملي، أثناء الأوقات الأكثر تشاورية، ويكشف المجالات والمسارات التي تسلكها الأسرة لوحدها أو بمرافقة المتدخلين وتشعباتها، مما يسمح بالتحليل والتفسير النسقي.

ب- التقرير الشفوي Le procès-verbal:

كل اللقاءات يتم تقيدها وكتابتها: وهذا يشمل قسمين:

- **قسم عام:** معلومات الأسماء للحاضرين-الغائبين- المدعويين- محتوى الحوارات.....، هذا القسم مخصص للاطلاع عن عدد كبير من المعنيين بالعمل التشاوري.

- **قسم خاص:** تقرير التبادلات حول الوضعية المحللة خلال اللقاء، هذا القسم خاص فقط بالحاضرين للجلسة (Jean Mariel, 2000, Article)

• يبلغ هذا التقرير للمشاركين في وقت لا يتعدى 5 أيام قبل اللقاء الموالي.

ت- الرزنامة l'Agenda:

تضمن فتح الممارسات للمساعدة: العلاج، التربية والمراقبة في المجالات Les territoires أين تتقاطع المسالك الخاصة بالشبكة، وبالتالي يسمح بتحديد أين ومتى تتم النشاطات المرتبطة بالعيادة التشاورية، واستدعاء العاملين المعنيين مباشرة أو غير مباشرة، والسماح لهم بما يسمى بالاقترام (التدخل داخل الإطار العلاجي من أطراف خارجة عنه L'intrusion (Selam, 2008, 183-219)).

خاتمة:

يبقى التشاور والتواصل بين المهنيين والمتدخلين في أي مجال من مجالات العمل مهم وحيوي لنجاح واستمرار الجهود التي يبذلونها لتقديم الخدمة، وفي أي مستوى كان: العلاجي، التربوي، التدريبي، الاجتماعي أو الإداري، كما أن النظرة التحليلية والمفسرة لوضعية الصعوبة التي تمر بها العائلة (باعتبار أن مفهوم الصعوبة هو الأزمة أو المشاكل التي تنتج عن التفاعلات أو الأحداث الطارئة الغير عادية بالنسبة للعائلة والتي تدفعها الى البحث عن التوازن) بوجود الطفل المعاق، وما يحدثه فيها من تغيرات وظيفية، تلك النظرة التحليلية يجب أن تكون من خلال مرجعية نظرية (العيادة التشاورية) وتطبيقية (العمل العلاجي الشبكي) الخاصة بتقديم الخدمة، داخل الفضاء المفتوحة (كل مجالات اللقاء الممكنة مع المهنيين ومن يقدم الخدمة للأسرة) أمام الأسرة، والتي تضطر أحيانا كثيرة لاقتحامها (فالأسرة في أحيان كثيرة لا تستخدم المسالك الموصلة الى مكان عمل المهنيين الا بعد تردد وشك في كفاءة المهني وهو حالة من رفض الخدمة) واستعمال مسالكها ومساراتها ولكن دون توجيه وتكفل جيد من المعنيين بتقديم الخدمة و المساعدة (قد تلتقي الأسرة بالمهني ولكنه ليس على استعداد بتقديم الخدمة المطلوبة

لعدة اعتبارات منها ما هو ذاتي ومنها ما هو بسبب عدم امتلاك الأدوات والمهارات للقيام بدوره أمام مثل هكذا وضعيات، ويرجع ذلك بالدرجة الأولى إلى التكوين الذي تحصل عليه في الجامعة).

تقدم العيادة التشاورية مقارنة علاجية تسمح بالقيام وتنفيذ أهم خطوة لتقديم الخدمة للأسرة وهي التواصل والتشاور بين الأسرة والعاملين معها من قريب أو بعيد، كما تفتح فضاء أمام هؤلاء الفاعلين لاكتشاف بعضهم البعض والتعرف على مهنتهم وقدراتهم ومكوناتهم الدفينة، والتحاور والتشاور والتواصل فيما بينهم.

ملحق الجداول:

جدول (1) خصائص الأطفال لأسر عينة الدراسة

نوع الإعاقة حسب السن والجنس					
الجنس	العدد	العمر	التوحد	زرع قووعي	اضطرابات سلوكية
الذكور	16	4سنة إلى 5=6	2	3	1
		6س-8=10	10	/	/
الإناث	6	5س-6=6	3	3	/

جدول (2) خصائص أسر الأطفال

مهنة الأم	العدد	عدد الأسر	عدد الأطفال في الأسرة
معلمة	1	6	1 إلى 2
ممرضة	1	15	3 إلى 6
لا شيء	20	1	أكثر من 6

جدول (3) درجات الارتباط في الأبعاد

الدرجة الكلية للاستبيان		المتغير
قيمة $r = 0,90$		البعد الوجداني
دال عند مستوى 0,000		
قيمة $r = 0,91$		البعد التكيفي
دال عند مستوى 0,000		
فاصل الثقة في 95%		النتائج
الحد الأدنى	الحد الأعلى	الترابط ما بين الأبعاد
0,971	0,993	0,986
0,971	0,980	0,959
0,962	0,991	0,981

جدول (4) درجات الارتباط في كل بعد من الأبعاد

المتغير	البعد العاطفي
الدرجة الكلية للاستبيان	قيمة $r = 0.901$ مستوى الدلالة: دال عند 0.01
المتغير	البعد التكيفي
الدرجة الكلية للاستبيان	قيمة $r = 0.917$ مستوى الدلالة: دال عند 0.01

جدول (5) درجة الارتباط لأثر الطفل المعاق في البعدين لجودة الحياة للأسرة

المتغير	جودة الحياة لأسرة الطفل المعاق
الدرجة الكلية للاستبيان	قيمة $r = 0.645$ مستوى الدلالة: دال عند 0.01

جدول (6) الفروق بين الذكور والإناث في الدرجة الكلية للاستبيان في البعد العاطفي الفرضية الجزئية الأولى

الجنس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة: ت	الدلالة الاحصائية
الذكور	3.0781	0.61555	1.635	غير دال
الإناث	2.6475	0.71161	1.580	غير دال

جدول (7) يبين الفروق بين الذكور والإناث في الدرجة الكلية للاستبيان في البعد التكيفي الفرضية الجزئية الثانية

الجنس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة: ت	الدلالة الاحصائية
الذكور	2.8746	0.80619	0.437	غير دال إحصائياً
الإناث	2.7458	0.58664	0.470	غير دال إحصائياً

جدول (8) يبين الفروق بين الذكور والإناث في الدرجة الكلية للاستبيان في البعدين الأساسيين في جودة الحياة لدى أسرة الطفل المعاق

الجنس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة: ت	الدلالة الإحصائية
الذكور	5.9527	1.25928	1.102	غير دال إحصائياً
الإناث	5.3933	1.25956	1.102	غير دال إحصائياً

قائمة المراجع

- أحمد، محمد النابلسي.(1988). *العلاج النفسي العائلي*. لبنان: دار النهضة العربية.
- Achechera, A. (2015). *Handicap de l'enfant et impact sur laqualité de vie des parents en Algérie* : validation d'un instrument; thèse de doctorat présentée le15 juin 2015. universite Abou Boubaker Belkaid Tlemcen. Département de psychologie.
- Alberneh K, Alberneh T.(2000). *les thérapies familiales systémique*. France: Edition Masson.
- El Kaim, M. (1995). *panorama des thérapies familiales*. France: Edition du Seuil.
- Corton, P. (1998).Le concept de qualité de vie a travers la littérature anglo-saxonne, *Revue de l'information psychiatrique* N=09.1998
- Ferry, J.M. (1987). *L'éthique de la communication*. France: Edition Habermces. PUF.
- Groupe d'auteurs.(2005).*Etude de fiabilité pour la prévention de la criminalité urbaine*. l'activation et le développement des réseaux d'aide de soins, d'éducation et de contrôle Programme AGIS 2003.Moglia.Srl.Torino.Italie.
- Groupe d'auteurs.(2011). *Une réflexion autour d'usagers Précarisés en situation multi-problématiques*. Essai sur la concertation. Relais social urbain namurois.4 rue saint-Nicole. Belgique
- Jean, y. B & Brigitte, B.(2005). *le dictionnaire critique de l'action social*. France: Edition Bayard. page 337.
- Jean, M. L & Elisabett, A & Vinciane, D.(2000).*clinique de concertation et système : a la recherche d'un cadre ouvert et rigoureux*. Article de communication donnée pendant la formation a la Thérapie familiale systémique 2003-2006,CHU Psychiatrique M. Boucebc. cheragua-Alger. Algérie.
- Jimmy, L & Marie, M et al. (2010). *Une étude d'implantation de la clinique de concertation ausaind'un service social de l'enfance : qu'elle place pour le travail thérapeutique de réseaux en Protection de l'enfance*. Article coécrit.sur le site de la clinique de concertation
- Nina, C.(1998). Comment paye-t-on les fautes de ses ancêtres, l'inconscient trans- générationnel Edition DESCLEE DE BROUWER. 76 rue des saints peres.75007.paris.page 65-81.
- Rébillard Xavier. cancer localise de la prostate. *Revue Médicale d' urologie*.« progrès en neurologie ».paris, France.
- Selam, H.(2008). *De proche en Proche*. proximité et travail thérapeutique de reseau en Algerie. Algérie: Edition barzakh.
- Salem G.(2005). *L'approche thérapeutique de la famille*.4 eme. France: Edition Masson. Organisation Mondiale de la Santé (OMS).(1980).The international classification on impairments disabilities and handicap(ICIDH). Genève.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS).(2011). *Rapport mondial sur le handicap*. Récupéré sur: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_fr.pdf.

كيفية الاستشهاد بهذا المقال حسب أسلوب APA:

لعيس، كمال (2019). أثر الطفل المعاق على جودة الحياة للأسرة مقارنة للعلاج العائلي النسقي لاقتراح برنامج تكفل العيادة التشاورية وتطبيقات الشبكة. 5(2)، الجزائر: جامعة الوادي، الجزائر. 221-237.