فاعلية برنامج للعلاج بالعمل في تخفيف حدة أعراض الاكتئاب لدى مجموعة من المعاقات حركيا

د.مروى محمد شحته عبد الرحمن
أستاذ مساعد علم نفس اكلينيكى -كلية التربية
جامعة القصيم

د/ فاتن محمد محمد الحاج
أستاذ مساعد صحة نفسية -كلية التربية
جامعة القصيم

ملخص البحث

هدف البحث الحالي إلى الكشف عن فاعلية برنامج للعلاج بالعمل في التخفيف من حدة الأعراض الاكتئابية لدى مجموعة من المعاقات حركيا، وإعداد برنامج العلاج بالعمل يتضمن مهارات العناية الذاتية، وأنشطة وقت الفراغ، والعمل.و تكونت العينة في شكلها النهائي من ٥ فتيات من المعاقات حركيا (إعاقة تتضمن الأطراف السفلى من الجسم) تتراوح أعمارهم ما بين ١٣-١٦ سنة وطبقت عليهم أدوات: مقياس بيك للاكتئاب للصغار، واستمارة المستوى الاقتصادي الاجتماعي للأسرة، وبرنامج العلاج بالعمل، وتم تطبيق جلسات البرنامج العلاجي على مدى (٢٦) جلسة بواقع (٣) جلسات في الأسبوع وتتراوح مدة الجلسة ٤٥ -٦٠ دقيقة للجلسة الواحدة، وأجريت لأفراد العينة القياس البعدى لأعراض الاكتئاب بعد الانتهاء من البرنامج، والقياس التتبعى بعد مرور شهر من إجراء البرنامج. وأسفرت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ٠,٠٥ بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل/وبعد تطبيق البرنامج على مقياس الاكتئاب لصالح التطبيق البعدي، ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي/والتتبعي لتطبيق البرنامج على مقياس الاكتئاب.

• كل الشكر والتقدير والعرفان لعمادة البحث العلمي- جامعة القصيم على دعم المشروع البحثى رقم(٦٥٧)

• للحصول على اى معلومات إضافية يتم الاتصال بالباحث الرئيس د.مروى محمد شحته عبد الرحمن
e.mail:dr.marwa166 @yahoo.com

فاعلية برنامج للعلاج بالعمل في تخفيف حدة أعراض الاكتئاب لدى مجموعة من المعاقات حركيا

د.مروى محمد شحته عبد الرحمن
أستاذ مساعد علم نفس اكلينيكى -كلية التربية
جامعة القصيم

د/ فاتن محمد محمد الحاج
أستاذ مساعد صحة نفسية -كلية التربية
جامعة القصيم

مقدمة:

يشعر الأفراد ذوي الإعاقات بالرفض والنبذ بسبب إعاقتهم. وهذا النبذ يقلل من شعورهم بالثقة في النفس، وأصبح العمل بالنسبة للكثيرين في هذه المجموعة وسيلة ليصبح الفرد قادرا على أداء دور محدد في العالم. ويرى أن العمل قدم بنية لإعادة بث إحساسا جديدا بالذات من حيث توفير الفرصة والوسيلة من خلال التواصل مع خبرات الآخرين والمساهمة، والتحدي، والنجاح. (Strong, 1999)

فالقدرة على العمل وسيلة لتوفير معنى وجودي ومكانة شخصية وقد تكون ذات أهمية خاصة بالنسبة للأفراد المعوقين. و "الإعاقة"، مثلها كتأثير الوضع الاجتماعي ونوعية التفاعلات، توفر الهوية، ولكنها الهوية التي غالبا ما تكون سلبية. وهذا يقلل من المكانة الاجتماعية والهيبة. وإذا كانت هوية "الإعاقة" هو كل ما هو متاح للفرد، فهذا قد يقلل إلى حد كبير من الثقة بالنفس. ويعتقد الأفراد ذوي الإعاقة أن العمل يلعب دورا قويا في الهوية. ويمكن لهذا الدور القوي للهوية أن يقلل من السمة السلبية المحتملة للعجز. (Christiansen,1999)

ويشير كلا من Baker & Jacobs(2003) إلى انه بالرغم من النظر لأخصائيين العلاج بالعمل بان لهم من دوراً هاماً في الحياة إلا أن هناك معلومات قليله جدا عن طبيعة العمل،وسمات العمل التى تعزز الصحة في دراسات العلاج بالعمل.

ويرى هشام غراب (٢٠٠٧) أن الطفل المعوق يعاني من القلق والتوتر وعدم الارتياح الناتج عن عدم قدرته على القيام بالمهام التي يقوم بها الأشخاص العاديون لذلك فهو يقلق على مستقبلة وعلى حياته بشكل عام، ومن أسباب القلق على سبيل المثال الافتقار إلى الأمن، وعدم الثبات في معاملة الطفل في الأسرة والمدرسة والإهمال الأسرى والنقد المستمر لسلوكيات الطفل وشعور الطفل بالذنب حيث انه ينظر لنفسه على انه عالة على الأسرة والمجتمع، وكذلك الإحباط المتزايد نتيجة عدم تشجيعه على ما يصدر منه من أفعال وسلوكيات وانتقاده باستمرار.

وتؤثر الإعاقة الجسمية على وجه الخصوص على شخصية المعاق جسميا في النواحي الاجتماعية والنفسية، وقد أشار ادلر إلى أن الأفراد ذوى الإعاقات الجسمية يكافحون فى الغالب للتغلب على ما لديهم من نقص والتعويض عنه في ميدان معين بل ربما فى نفس المجال الذي يؤلف ضعفهم، وقد يصيبهم هذا التأثير في اتجاه معاكس،فيفضى بهم عجزهم إلى الانطواء أو العدوان أو فقدان الثقة فى النفس والتواكل والسيطرة والحقد .(زينب شقير ، ٢٠٠٥، ١٤٣)

أما بالنسبة للخصائص الشخصية للمعوقين حركيا فتختلف تبعا لاختلاف مظاهر الإعاقة الحركية ودرجتها ،وقد تكون مشاعر القلق والخوف والرفض والعدوانية والانطوائية والدونية من المشاعر المميزة لسلوك الأطفال ذوى الاضطرابات الحركية وتتأثر مثل تلك الخصائص السلوكية الشخصية بمواقف الآخرين وردود فعلهم نحو مظاهر الاضطرابات الحركية. (فاروق روسان، ٢٠٠٧، ٢٧٥)

ويتفاوت المعوقون حركيا في درجة الإصابة ،وقد تكون قبل الميلاد أو من الأمراض أو الحوادث، وأيا ما كان سبب الإعاقة فان للتربية الحركية دورا رئيسيا في تنمية الكفاءة الإدراكية للأطفال من هذه الفئة. (أمين الخولى،أسامة راتب،٢٠٠٧)، كما أوصى Boyon&leger(2009) بأن العلاج الطبي غير كاف بدرجة كلية للمرضى المعاقين حركيا ،ويجب الانتباه لتحسين نوعية الحياة والأنشطة الاجتماعية.

ويرى محمود مصطفى (٢٠٠٩) أن العلاقة بين الأحداث السارة والاكتئاب علاقة دائرية، حيث أن تواتر الظروف الصعبة وتزايد نسبة الإحداث غير السارة وازدياد المشقة تساهم في نشأة واستمرار الاكتئاب ،لذا فان هناك اهتماما أساسيا بتعديل المزاج الاكتئابي عن طريق زيادة معدل ممارسة الأحداث السارة لدى المرضى في سياق حياتهم اليومية.

ويشير عبد الستار إبراهيم (٢٠٠٨،١١٠) أن هناك علاقة مطردة بين زيادة الاكتئاب والتباعد الاجتماعي وخفض مستوى الفعل والحركة. ولقد حقق ليفينسون Lewinsohn وزملاؤه نجاحا ملحوظا في تطوير أساليب من العلاج السلوكي للاكتئاب تعتمد أساسا على التدعيم الايجابي للنشاط البناء والمهارات الاجتماعية.

ولذا يشير حامد زهران (١٩٩٧، ٣١٦) إلى أن من أهم فوائد العلاج بالعمل إنه يجنب الشخص الملل والسأم ويشغل وقته.ويقلل التوتر النفسي.ويرفع الروح المعنوية للشخص ويشعره بالإنجاز، ويزيد من ثقته في نفسه. ويجدد اتصال الشخص بالعالم الخارجي ويساعد على اتصاله

بالواقع والتوافق معه.

مشكلة البحث

تحاول الدراسة الإجابة على السؤال الرئيس التالي:

ما مدى فاعلية برنامج للعلاج بالعمل في تخفيف حدة أعراض الاكتئاب لدى مجموعة من المعاقات حركيا؟

وينبثق من السؤال الرئيس الأسئلة التالية:

١- هل هناك فروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في أعراض الاكتئاب قبل/ وبعد تطبيق برنامج العلاج بالعمل على مجموعة من المعاقات حركيا؟

٢- هل هناك فروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية من المعاقات حركيا في أعراض الاكتئاب بعد مرور شهر من انتهاء البرنامج فى القياسيين البعدى /التتبعى لتطبيق برنامج العلاج بالعمل؟

أهداف البحث:

إعداد برنامج للعلاج بالعمل يتكون من ثلاث محاور:

أ) العناية بالذات: مثل عناية الفرد بالنوم، الأكل، الملبس، والعناية بالجسم

ب) العمل:ويعنى توجيه الفرد لعمل شئ ما أو تعلم مهنة مثل الحياكة والتطريز.

ج) شغل أوقات الفراغ: وهو اختيار شئ للقيام به يجلب للفرد المتعة والسعادة مثل قراءة قصص، تنسيق الزهور،وممارسة الرياضة.

- ويهدف البرنامج التغلب على نواحي القصور لدى الطالبات، كما يستفيد منه المدرسين في التخطيط اليومي لأنشطة المدرسة مع الطالبات.

- التخفيف من الأعراض الاكتئابية لدى المعاقات حركياً، وتتضمن تلك الأعراض: الحزن، والتشاؤم، مشاعر العقاب، عدم حب الذات، نقد الذات، الرغبات الانتحارية، البكاء، التهيج والاستثارة، فقدان الاهتمام، التردد، إنعدام القيمة، فقدان الطاقة، تغيرات في نمط النوم، القابلية للغضب والانزعاج، تغيرات الشهية، وصعوبة التركيز، والإرهاق.

أهمية البحث:

١- تستمد هذه الدراسة أهميتها من تناولها فئة المعاقين خاصة المعاقين حركيا، حيث تقدر الإحصائيات التي حصلت عليها الأمم المتحدة من خلال منظماتها المختلفة أو الدراسات

والمسوحات التي جرت في دول العالم المختلفة بان هناك (٥٠٠) مليون شخص معاق ،وهذا يعنى أن هناك شخص واحد من كل عشرة أشخاص في كل دولة يعانى من الإعاقة، وتقدر نسبة الأشخاص الذين يتأثرون بالمعوق (٢٥%) من سكان أي بلد. (ماجدة عبيد،٢٠٠٧)

٢- وضع أسس واستراتيجيات التدخل العلاجي الملائم للمعاقين حركيا لتحسين صحتهم النفسية والأداء الوظيفي لديهم.

٣- دعم تعاون فريق العمل بما يسمى بالمنحى المتعدد التخصصات، حيث ينقص هؤلاء المعاقين بالمدارس فريق عمل في التقييم والعلاج.

٤- الوقاية من وقوع هذه الفئة فريسة للأمراض النفسية حيث توضع فلسفة جديدة بالمدارس هدفها تقليل الاعتمادية والاهتمام بالجوانب النفسية لهذه الحالات.

مصطلحات الدراسة:

١-العلاج بالعمل: Occupation Therapy

قامت جمعية العلاج بالعمل الأمريكية بتعريف العلاج بالعمل بأنه "العلاج بمهارة مما يساعد الأفراد على تحقيق الاستقلال في جميع جوانب حياتهم، ويكسب الناس المهارات الضرورية للعمل من أجل حياة مستقلة ومرضية". وقد استخدم العلاج بالعمل في مجال الرعاية الصحية. (Gainer,2008)

ويعرف أحمد الجمعة (٢٠٠٧: ٢) العلاج بالعمل بأنه القيام بالأنشطة والمهارات المتعلقة بالعمل والتي تسهم في تطوير الشخص المعاق ، ويركز على الكيفية التي يقضي بها وقته كي ينجز الأدوار المنوطة به في الحياة ضمن بيانات متعددة.

وهو أيضا نوع من العلاج النفسي فيه يزاول المريض إعمالا يدوية مثل النجارة والنسيج والخزف والنقش أو يمارس رياضة مثل كرة القدم والسلة أو اليد والغرض من هذا النوع من العلاج جذب المريض خارج نفسه وإعطائه الفرص للتفاعل مع محيطه والرجوع إلى الواقع. (ألفت حقي، ٢٠٠٢، ٤٧٧)

والتعريف الاجرائى للعلاج بالعمل في الدراسة الحالية هو مجموعة من الأنشطة يتضمنها البزنامج مقسمة إلى ثلاثة أجزاء رئيسية وهى: العناية بالذات، العمل (تعلم مهنة)، شغل أوقات الفراغ.

٢- الإعاقة الحركية: Physical disability

تعرف الإعاقة الحركية بأنها حالة يعانى منها المصابون من وجود خلل ما في الأعضاء المسئولة عن حدوث الإعاقة سواء كانت عظمية أو عصبية أو عضلية، وفيها يفقد الفرد القدرة على القيام بالوظائف التي يجب أن يقوم بها الجسم والمتعلقة بنشاطاته الحياتية الجسمية، ويحتاج هذا الشخص إلى برامج طبية واجتماعية وتربوية لمساعدته في تحقيق أهدافه الحياتية والقدرة على الاستقلالية. (سرى بركات،٢٠٠٨، ١٧٠)

والشخص المعوق حركيا هو ذلك الشخص الذي عاق حركته أو يعوقها بسبب فقد أو خلل أو عاهة أو ضمور في العضلات أو عظام الرجلين بسبب إصابة تعرض لها قبل الميلاد أوبعده وقد ترتب على إصابته هذه أن أصبح عاجزا عن السير نظرا لعدم قيام ساقيه بوظيفتهما، فأصبح يعتمد في سيره على الأجهزة التعويضية والعجلات والعكاز أو يعتمد على معاونة الآخرين في سيره. أو حالة من الضعف العصبي او العظمى أو العضلي أو أنها حالة مرضية مزمنة تتطلب التدخل العلاجي والتربوي والدراسي ليستطيع المعاق حركيا الاستفادة من البرامج التعليمية، وهذه الإعاقات غير متجانسة. (زينب شقير، ٢٠٠٥، ١٤٥)

والتعريف الاجرائى للإعاقة الحركية في الدراسة الحالية هو"الإعاقة التي تتضمن الجزء السفلى من الجسم بسبب أمراض أدت إلى ضعف العضلات ، أو تشوه خلقي".

٣- الأعراض الاكتئابية: Depressive Symptoms

يعرف بيك الاكتئاب بأنه" خبرة وجدانية ذاتية أعراضها الحزن والتشاؤم وفقدان الاهتمام واللامبالاة والشعور بالفشل وعدم الرضا والرغبة في إيذاء الذات والتردد وعدم البت في الأمور والإرهاق وفقدان الشهية ومشاعر الذنب واحتقار الذات وبطء الاستجابة وعدم القدرة على بذل جهد." (ممدوحة سلامة، ١٩٩١، ٤٣-٤٤)

ونتناول فى الدراسة الحالية الأعراض الاكتئابية، والتعريف الاجرائى لأعراض الاكتئاب هو: الدرجة التي يحصل عليها الفرد على مقياس بيك للاكتئاب المصغر للصغار".

الإطار النظري

١- نحو تعريف للعلاج بالعمل:

يستخدم مصطلح "العمل" بالتبادل غالبا مع مصطلح "الوظيفة" في دراسات العلاج بالعمل ، وعلى الرغم من تشابه الوظيفة والعمل في العديد من الخصائص، إلا أن استخدام هذه

المصطلحات بالتبادل قد ينتج عنها تخبط بين معنى المصطلحين. فمعظم الدراسات الخاصة بالعمل ترى أن "العمل" مثل الوظيفة. ومع ذلك فإن مصطلح "العمل" في العلاج الوظيفي يشير إلى جميع الأنشطة الإنتاجية بما في ذلك العمل التطوعي، ودور الطلاب، والأعمال المنزلية، وقد قامت جمعية العلاج الوظيفي الأمريكية بتعريف العمل بأنه "أنشطة هادفة لتطوير الذات ، والمساهمة الاجتماعية". (AmericanOccupationTherapy,1994)

ولا بد هنا أن نفرق بين العلاج بالعمل ومجال الهندسة البشرية بأن العلاج بالعمل يركز في مجال الصحة العقلية، والرعاية الصحية والخدمات الاجتماعية، والمستشفيات، والتعليم، بينما تركز الهندسة الإنسانية على التصنيع العسكري، وتصميم المنتج، والبشر والتفاعل مع أجهزة الكمبيوتر، وتحليل الخطأ البشري، والصحة والسلامة. فتعرف الهندسة البشرية بأنها "تطبيق المعلومات العلمية المتعلقة بالبشر لتصميم الأشياء والنظم والبيئات" بينما يعرف العلاج بالعمل على أنه "المعاملة الماهرة التي تساعد الأفراد على تحقيق الاستقلال في جميع جوانب حياتهم، ويعطي الناس مهارات للعمل المناسب لهم بحيث يؤدي هذا العمل لحياة مستقلة ومرضية. " **(Gainer,2008)**

٢- المشكلات النفسية للمعاقين حركيا:

وتشير خولة يحيى (١٩٩٩) إلى أن ترتيب فئات المشكلات حسب رأي أفراد العينة من المعوقين عقليًا وسمعيًا وحركيًا كان في المرتبة الأولى المشكلات الانفعالية، يليها المشكلات الاجتماعية ثم المشكلات الاقتصادية، كما أشارت النتائج إلى وجود فروق في المشكلات الانفعالية لدى المعوقين تعزى لنوع الإعاقة وكذلك عدم وجود فروق في المشكلات تعزى لمتغير العمر أو الجنس.

ويشير هشام غراب (٢٠٠٧) في دراسته انه حصلت جميع المشكلات النفسية لدى المعوقين عقليًا وسمعيًا وحركيًا على نسبة مئوية عالية، وحصلت مشكلة الخجل على أعلى الأوزان النسبية يليها مشكلة القلق، ومشكلة العزلة الاجتماعية، ومشكلة عدم الدافعية نحو الدراسة وحصلت مشكلة العدوانية على المرتبة الأخيرة.

وقد توصل ويتكين الى التعميم النظري التالي والمؤسس على تجارب علمية "الارتباط الدينامى بين الإحساس بالبدن والإحساس بالذات". ويعتقد زيون أن شعور الفرد بالرضا عن جسمه يرتبط بالثقة بالنفس في مقابل العوامل البيئية الأخرى المحيطة ولوضح هفهيرت أن قبول الذات لدى الفرد يرتبط ايجابيا بإدراكه لكافياته الحركية. (أمين الخولى، أسامة راتب ،٢٠٠٧: ٦٧٨).

ويرى Mruiphy & Kupshik (1992 : 12) أن اعتقاد الفرد بأن لديه القدرة والكفاءة الشخصية في السيطرة علي بيئته يمثل جوهر عملية التعايش مع المشقة ومشاعر عدم الكفاية)، كما يشير Dietz (1996) إلى أن إدراك الفرد لوجود تدهور لديه في جانب معين يضعف صحته الجسمية والنفسية، بينما إدراكه لوجود جوانب قوة معينة لديه يقوى من توافقه النفسي وإحساسه بتحسن حاله.

وأهم الملامح التشخيصية للمقعد هي: صعوبة خلع الملابس بمفرده، يتشابه المقعدون مع العاديين فى مستوى الذكاء، الشعور بالإرهاق والتعب لأقل مجهود، والشعور الدائم بالنقص، قصور في ممارسة الألعاب الرياضية ،وينتابه الشعور بالذنب والشعور بان عاهته نوع من العقاب، وشعور بالخوف من الفشل، والقلق والخوف والرفض والانطوائية والدونية، وشعور بالخوف والرفض والانطوائية والدونية وزيادة الحساسية وفقدان الثقة بالنفس وتشوه اضطراب صورة الجسم وفقدان الشعور بالأمن. (زينب شقير،٢٠٠٥، ١٤٦)

كما توصل كلا من Ralph & Mineka(1998:203- 215). إلي أن أسلوب العزو المتشائم من مؤشرات التغيرات الوجدانية من قلق واكتئاب.

وترى النظريات العقلانية والمعرفية عند البرت اليس وبيك أن الاضطرابات النفسية أو العقلية لا يمكن عزلها عن الطريقة التي يفكر بها المريض عن نفسه وعن العالم او اتجاهاته نحو نفسه ونحو الآخرين. (عبد الستار ابراهيم،٢٠٠٨، ١٣٠)، والثالوث المعرفي السلبي لدى الأفراد المكتئبين يهيئهم لكي يروا أنفسهم وعالمهم ومستقبلهم بنظرة سلبية غير واقعية فالأفراد المكتئبون قد يعتقدون أنهم متصدعون ومتدنون ولا يوجد شئ في حياتهم ذو قيمة، وأن مستقبلهم لا يحمل لهم سوى اليأس، والكوارث والتعاسة، ويفترض بيك ان هذه النظرة الشاملة هي بالتأكيد تشويه لحياة الفرد، حيث يظل الفرد يختبر أفكارا سلبية عن نفسه،ويسئ تفسير التوترات البسيطة على أنها كوارثيه، ويعتقد أن شيئا من هذا لن يتغير. ويتكون الثالوث المعرفى من ثلاث أنماط من الأفكار والاتجاهات السلبية هى: نظرة سلبية نحو الذات ونظرة سلبية نحو العالم، ونظرة سلبية نحو المستقبل. (محمود مصطفى،٢٠٠٩)

ويشير عبد الستار إبراهيم (٢٠٠٨، ٢٦٣) إلى أن المكتئبون يكافئون أنفسهم أقل ولا يستمتعون بالنشاطات الاجتماعية وقضاء وقت الفراغ ويعزفون عن الدخول في علاقات اجتماعية دافئة وممتعة ولهذا يمكن تعديل من الاكتئاب وزيادة الحالة المزاجية الايجابية من خلال زيادة معدل الأحداث السارة في حياتهم.

٣- العلاج بالعمل والإعاقة:

ذكر باكر أن نتائج الدراسات عام ١٩٩٤، وجدت الأفراد الذين لديهم اضطرابات انفعالية ينظرون إلى العمل على أنه وسيلة لاستعادة إحساسهم الذاتي. وأن هؤلاء الذين لديهم شلل نصفي أكثر إدراكا للعمل كمصدر لتحقيق الذات، في حين أن غير المعوقين أكثر إدراكا أن العمل كالقيد. وأن نسبة ٤٠٪ من المصابين بشلل نصفي يرون أن العمل هو كسب العيش أو وظيفة جديدة وهذا هدفهم في المستقبل، في حين المشاركين بدون إعاقات لم يتحدثوا عن العمل. ويرى باكر أن الأفراد المعوقين لابد من تدريبهم على ما يريدونه، وكيف يمكنهم المطالبة به، وما هي حقوقهم ومستحقاتهم وتأهيلهم لإيجاد سبل للتغلب على التصورات الثقافية القديمة الخاصة بالمقدرة لديهم، وذلك لمساعدتهم للمشاركة في العمل. (Baker&Jacobs,2003)

الدراسات السابقة:

باستعراض الدراسات السابقة، نجد أن معظم هذه الدراسات تركزت حول المشكلات النفسية والبرامج العلاجية لفئة المعاقين بوجه عام والمعاقين حركيا بوجه خاص، ودراسات تناولت قضايا نظرية وتطبيقية متعلقة ببرامج العلاج بالعمل.

فقد اجرى Hlastla, et al.(2010) دراسة استهدفت تنمية الأداء الاجتماعي والنفسي والوظيفي باستخدام برنامج علاجي لمجموعة من المراهقين المكتئبين (ن=١٢ مراهق ومراهقة) بمتوسط عمر (١٦,٥) وانحراف معياري (١,٣) وتكونت عدد الجلسات من ١٦-١٨ جلسة لمدة (٢٠) أسبوع، وتم تحديد خط الأساس للأعراض الاكتئابية ورضا المراهقين عن العلاج والأداء الاجتماعي والوظيفي لديهم، وأسفرت النتائج عن التحسن في المرونة والمجاراة الاجتماعية والرضا بينما انخفضت الأعراض الاكتئابية والأعراض السيكاترية عامة.

أجرت رانيا مرتضى (٢٠١٠) دراسة بهدف التحقق من فاعلية برنامج العلاج بالعمل لخفض درجة الاضطرابات الجنسية لدى عينة من التوحديين البالغين ذوي المستوى الوظيفي المرتفع. واستخدمت المنهج التجريبي ذا المجموعتين، على من (٢٠) بالغاً توحدياً بواقع (١٠) توحديين ذكور كمجموعة تجريبية، و(١٠) توحديين ذكور كمجموعة ضابطة، تتراوح أعمارهم ما بين (١٤- ١٦) سنة، وخلصت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية على مقياس الاضطرابات الجنسية بعد تطبيق

البرنامج في اتجاه المجموعة التجريبية. وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل/ وبعد تطبيق البرنامج على مقياس الاضطرابات الجنسية في اتجاه التطبيق البعدي. بينما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة قبل/ وبعد تطبيق البرنامج على مقياس الاضطرابات الجنسية. وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي/ والتتبعي لتطبيق البرنامج على مقياس الاضطرابات الجنسية.

اجري كلا من(2009)Boyon & leger دراسة على مرضى معاقين حركيا يعانون من مشاكل في النوم وتوتر عضلي إثناء أداء المهام الحياتية ،وقد طبق عليهم مقياس جودة الحياة، وأسفرت النتائج عن أن الأبعاد الجسمية والانفعالية ومشاكل النوم أكبر العوامل المفسرة لانخفاض جودة الحياة والنوبات العضلية، وأوصت الدراسة بان العلاج الطبي غير كاف بدرجة كلية ويجب الانتباه لتحسين نوعية الحياة والأنشطة الاجتماعية للمرضى المعاقين حركيا.

واجري Hlamoy, et al.(2009) دراسة استهدفت تقدير تأثير العمل على مرضى نقص الانتباه وفرط الحركة على عينة من (٤١٤) راشد طبقت عليهم مقياس الأعراض الحالية لنقص الانتباه وفرط الحركة واستخبارات للأعراض المرضية وتاريخ العلاج والوضع المهني، وأسفرت النتائج عن أن (٢٤%) من أفراد العينة المستمرين بالعمل انخفضت لديهم الأعراض الاكتئابية بالمقارنة بالمجموعة الضابطة الخارجين عن قوى العمل، وأوصت الدراسة بأهمية العمل بجانب الرعاية الطبية والأدوية، وأن خروج المرضى عن قوى العمل مرتبط بتاريخ من الاكتئاب والقلق.

وقام خالد مطحنة (٢٠٠٨) بدراسة موضوعها: فاعلية برنامج تأهيلي في تنمية بعض المهارات المهنية وتحسين السلوك التكيفي لدى عينة من الأطفال التوحديين، وتهدف الدراسة إلى قياس أثر البرنامج التأهيلي في تنمية بعض المهارات المهنية لدى عينة من الأطفال التوحديين مع تحسين سلوكياتهم التكيفية، وتم تطبيق البرنامج على عينة مكونة من (٢٨) طفل ذوي توحد مقسمين إلى مجموعتين، ضابطة وتجريبية بحيث يكون العدد في كل مجموعة (١٤) طفلاً توحدياً، يتراوح أعمارهم ما بين (١٢-١٦) سنة، واشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين الضابطة والتجريبية لصالح المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين في القياس البعدي لدرجات السلوك التوافقي (في الجزء الثاني من المقياس) لصالح المجموعة التجريبية، ولم توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية مما يعني استمرارية تأثير البرنامج التأهيلي.

دراسة هشام غراب (٢٠٠٧) هدفت إلى معرفة المشكلات النفسية لدى الأطفال المعوقين الملتحقين بمدارس الجامعة بمحافظة غزة. تكونت عينة الدراسة من (١٢٥) طفلاً معوقًا (٥٦ ذكرًا و٦٩أنثى) واستخدمت في الدراسة الإستبانة لمعرفة مدى انتشار المشكلات النفسية لدى أفراد العينة وتكونت الاستبانة من ٤٢ فقرة وزعت على أربعة مجالات يمثل كل مجال منها مشكلة نفسية. وقد استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي للتعرف على المشكلات النفسية وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية: حصلت جميع المشكلات النفسية على نسبة مئوية عالية مما يؤكد وجودها لدى عينة الدراسة. فقد حصلت مشكلة الخجل على أعلى الأوزان النسبية يليها مشكلة القلق، ومشكلة العزلة الاجتماعية، ومشكلة عدم الدافعية نحو الدراسة وحصلت مشكلة العدوانية على المرتبة الأخيرة. وتبين عدم وجود فروق دالة إحصائيا في المشكلات النفسية تبعًا لمتغير العمر إلا فيما يتعلق بالعدوانية فقد حصلت على مستوي دلالة ٠,٠٥ لصالح الأقل عمرًا. وأظهرت الدراسة عدم وجود فروق دالة إحصائيا في المشكلات النفسية تبعًا للجنس. وتبين كذلك وجود فروق دالة إحصائيا في المشكلات النفسية تبعًا لنوع الإعاقة.

دراسة خولة يحيى (١٩٩٩) هدفت الدراسة إلى التعرف على المشكلات المختلفة الناجمة عن الإعاقة والتي يعاني منها الطلبة المعوقين عقليًا وسمعيًا وحركيًا ودراسة أثر متغير العمر الزمني للمعاق وجنسه ونوع إعاقته في هذه المشكلات. وكانت عينة الدراسة تتكون من (٩٠أسرة) في مدينة عمان ممن يلتحق أحد أبنائها بمؤسسة خاصة للعناية بالإعاقة، منها (٣٠أسرة) لأطفال معاقين إعاقة عقلية و(٣٠ أسرة) لأطفال معاقين إعاقة حركية و(٣٠ أسرة) لأطفال معاقين إعاقة سمعية. وقد استخدمت الباحثة لهذه الدراسة قائمة أسئلة لها علاقة بالمشكلات الاقتصادية(١٥ سؤالا) والاجتماعية (٢٢ سؤالا) والانفعالية (٣٧ سؤالا) وهي تتمتع بالصدق والثبات. وأشارت نتائج الدراسة إلى أن ترتيب فئات المشكلات حسب رأي أفراد العينة كان كالتالي: المشكلات الانفعالية، المشكلات الاجتماعية ثم المشكلات الاقتصادية، كما أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائياً في المشكلات الانفعالية لدى المعوقين تعزى لنوع الإعاقة وكذلك عدم وجود فروق في المشكلات تعزى لمتغير العمر أو الجنس.

وهناك دراسات تناولت قضايا نظرية وتطبيقية متعلقة بممارسة العلاج بالعمل منها دراسة Adam, et al.(2009) الهدف منها اكتشاف تطور أدوار ممارسي العلاج الوظيفي "والعلاج الطبيعي في ممارسة العمل ذات الصلة بإعادة تأهيل العمال المصابين بما في ذلك الوقاية وتعزيز الصحة. وقد درست أيضا تنظيم العلاقة اللوائح الحكومية وكيفية تحرك المعالجين ووصولهم إلى

مكان العمل. وأسفرت النتائج عن إن ممارسي العلاج الوظيفي والعلاج الطبيعي لديهم مكانة مرموقة في جانب الممارسة المهنية لهذا العمل، في حين أن أدوارهم تتركز في مجال إدارة الإصابة من خلال إعادة التأهيل الوظيفي، وقد أثبتت كل من المهنتين رؤية واضحة لأهمية الوقاية من إصابات العمل والأمراض ذات الصلة.

وقد اجرى Darragh, et al.(2009) دراسة الغرض منها بلورة تصورات ممارسي العلاج الوظيفي والعلاج الطبيعي فيما يتعلق بتحسين الحد الأدنى لسياسة تنفيذها في النظام الصحي في الغرب الأوسط. استخدم الباحثون أسلوب التركيز النوعي على المجموعة وذلك بتقسيم مجموعات التركيز الأربعة من ٢٣ فردا من أفراد العلاج الوظيفي بالمستشفى. وبتحليل الموضوعات الملحة ظهرت العديد من الموضوعات والقضايا الطارئة مثل: خطر إصابة المعالج، والمواقف تجاه استخدام المعدات، والعلاقات المهنية والعمل الجماعي ، وفعالية برامج رفع الحد الأدنى : المعوقات والدعم. وبشكل عام رأى المعالجين أنهم كانوا أكثر عرضة لإصابة العمل نظرا لطبيعة عملهم، والعوامل البيئية، وأفعال الآخرين. عمل المعالجين كمدربين في البرنامج رفع الحد الأدنى ودربوا الموظفين الآخرين على استخدام الأجهزة، واستخدموا معدات في سياق التدخل العلاجي. واعتبرت الأجهزة مفيدة في المقام الأول لإعادة تأهيل مرضى الأداء المنخفض أو البدانة. ويوصى بإجراء مزيد من البحوث حول التصميم والتنفيذ الخاص بالأجهزة المستخدمة في العلاج.

وقام Alnaser(2007) بمراجعة منهجية لاستكشاف العوامل المهنية والشخصية المرتبطة بإصابات الجهاز العظمي العضلي الوظيفية بين مقدمي الرعاية الصحية والتعرف على القضايا النفسية والاجتماعية نتيجة للإصابات. ثم وضعت استقراء للربط بين المخاطر المحتملة لممارسين العلاج الوظيفي. واستند إلى معايير وضعت من عشرة مقالات محتواها مأخوذ من الصحة والعلوم الاجتماعية والآداب. وأجريت عمليات البحث عبر قواعد بيانات الإنترنت، والنسخ المطبوعة بحثا عن الببليوغرافيات أو ما يسمى بالعوامل المشتركة، واستعراض ما تم اقتباسه من مراجع هذه المقالات. وشملت هذه المراجعة ٢٢ دراسة بحثية على مدى السنوات الخمس عشرة الماضية (١٩٩٠-٢٠٠٥). وكشفت الدراسة أن التعامل مع المريض هو العامل الوظيفي الأكثر شيوعا والمسبب لإصابات العمل. وكانت قلة الخبرة والسن المبكرة من العوامل الشخصية الرئيسية المرتبطة بالإصابات وأيضا الخوف، والغضب، والعزلة، وعدم القدرة على أداء الواجبات والأنشطة الترفيهية وما يترتب على ذلك من القضايا النفسية المشتركة نتيجة لتلك الإصابات. وأظهر الاستقراء أن ممارسي العلاج الوظيفي هم المعرضين لخطر الإصابات العضلية الوظيفية.

وأوصت الدراسات المستقبلية بدراسة عوامل انتشار المخاطر المحددة التي قد يتعرض لها ممارسي العلاج الوظيفي.

كما هدفت دراسة كلا من Larson & Miller(2005) بيان المبادئ التوجيهية للعمل الصحي ومدي ملائمة بيئة العمل وأثر ذلك على المعالجين في استراليا، وتم مناقشة كيف أن مؤسسات العلاج الوظيفي والعلاج الطبيعي في العديد من البلدان لم يقتصر الأمر فيها على الصحة المهنية القائمة والمبادئ التوجيهية لمدى ملائمة بيئة العمل، البيانات أو الوثائق التي تثبت ذلك، ولكن أيضا في الشراكة مع المنظمات الأخرى لإحداث تأثير على العاملين الأصحاء وبيئات العمل.

وقام كلا من(Baker & Jacobs(2003 باستعراض مكونات العمل بثلاثة طرق :

١) تاريخ العمل، وكيف أنه شكل المعتقدات الحديثة حول العمل.

٢) طبيعة العمل

٣) سمات التعزيز الصحي للعمل.

سيتم أيضا مناقشة ورقة بحثية حول كيف ينظر للعمل من قبل الأفراد ذوي الإعاقة، وسوف أتطرق إلى بعض الآثار المترتبة على التحيز الثقافي في مكان العمل تجاه العمال المعاقين. من خلال هذه المعرفة المتزايدة لطبيعة العمل، سيتمكن ممارسي العلاج الوظيفي وغيرهم من أخصائي التأهيل الوظيفي من كسر الحواجز الثقافية الخفية، ومساعدة الأفراد ذوي الإعاقة في المشاركة في العمل.

وقام Deen, et al.(2002) بدراسة عنوانها" استطلاع الرأى عن العلاج الوظيفي بين ممارسيه الاستراليين "، بحثت هذه الدراسة الخصائص الحالية لممارسة العلاج الوظيفي الأسترالية في ساحة العمل. وأرسل استبيان عن طريق البريد إلى ٣٥٥ من المعالجين الوظيفيين الممارسين لهذا العمل والممثلين لستة من ثمانية ولايات بها جمعيات للعلاج الوظيفي. واستفسر الاستبيان عن التفاصيل الديموغرافية، وتوفير الخدمات في مجال الوقاية والتقييم ومجالات التأهيل وقد تبين أن هؤلاء الممارسين يحتاجون إلى مزيد من التعليم في هذه المناطق. وقد تم تحليل ردود ١٢٥ منهم أي ما يعادل (٣٥ ٪) منهم، وقد أظهر هذا التحليل أن الخدمات التي تقدمها هذه الجمعيات هي عادة في التقييم والوقاية والتأهيل. وقد أظهرت أيضا هذه التحليلات أن الخدمات الأكثر انتشارا هي خدمة تقييم الوظيفة، ومكان العمل وبرامج مدى مناسبة مهام البرنامج. وتشير النتائج أيضا إلى مستويات عالية من تقديم الخدمات في مكان العمل. وفي عرض للنتائج التي توصلت إليها الدراسة، نوقشت أيضا الاتجاهات الحالية لممارسة العلاج الوظيفي في استراليا ودولياً جنبا إلى جنب مع المقترحات المقدمة عن الاتجاهات المستقبلية في الممارسة والتعليم والبحوث.

واجرى Burwash(1999) دراسة بعنوان "نموذج تدريس لممارسة العمل في العلاج الوظيفي"، واستكشف بإيجاز الندرة النسبية لمواد ممارسة العمل في مناهج العلاج الوظيفي الحالية، ويقدم الأساس المنطقي لتطوير نموذج لتعليم ممارسة العلاج الوظيفي. وتقدم نموذج عملي مركز تم تطويره في شكل مادة عملية للطلاب الجامعيين، وتصف استخدام هذا النموذج في مادة دراسية محددة، وهذا النموذج يوضح الاستكشاف المهني والاختيار المهني، والبحث عن عمل، وبدء العمل، والعودة إلى العمل وترك العمل. واستنتج إن أدوات العلاج الوظيفي، والتقنيات والبرامج التي قد تكون مفيدة في معالجة هذه المخاوف، والعوامل البيئية التي تؤثر على المعالج والعميل في معالجة قضايا العمل وهي أيضا جزء من هذا النموذج.

تعقيب على الدراسات السابقة:

١- ندرة الدراسات التي تناولت العلاج بالعمل بالنسبة للمعاقين عامة.

٢- أعطت الدراسات وزنا قليلا للمشكلات النفسية لدى المعاقين حركيا، ومن هذه الدراسات التي اهتمت بالصحة النفسية للمعاقين دراسة قام بها Boyon&leger(2009)، ودراسة خولة يحيى (١٩٩٩).

٣- اتفقت الدراسات على وجود مشكلات نفسية لدى المعاقين بوجه عام، مثل دراسة رانيا مرتضى (٢٠١٠)، ودراسة Hlamoy, et al.(2009)، وهشام غراب (٢٠٠٧).

٤- معظم اهتمام الدراسات الخاصة بالعمل على أهمية العلاج بالعمل في مجال الوقاية والتأهيل، كما يشير Burwash(1999) أنه في دراسات البرامج العلاجية تكاد لا تذكر قضايا الرعاية الذاتية. ودراسة Darragh, et al.(2009) التى بلورت تصورات ممارسي العلاج الوظيفي والعلاج الطبيعي فيما يتعلق بمجال الوقاية، وتحسين الصحة في سياسة النظام الصحي.

فروض الدراسة :

ووفقاً للإطار النظري والنتائج التي أسفرت عنها الدراسات السابقة، سوف نقوم بصياغة فروض الدراسة الحالية على النحو التالي:

١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل/ وبعد تطبيق برنامج العلاج بالعمل على مقياس الاكتئاب لصالح التطبيق البعدي.

٢- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي/ والتتبعي لتطبيق برنامج العلاج بالعمل على مقياس الاكتئاب.

المنهج والإجراءات:

أولاً: منهج الدراسة:

استخدمت في هذه الدراسة المنهج التجريبي، حيث أن المتغير المستقل هو برنامج العلاج بالعمل، والمتغير التابع هو حدة الاكتئاب، مع استخدام المقارنة بين القياسات القبلية والبعدية، والبعدية والتتبعية.

ثانياً: عينة الدراسة:

تكونت العينة من (٥) فتيات من سن ١٣-١٦ سنة بمركز رعاية وتأهيل المعاقين ببريده التابع لجمعية الملك عبد العزيز الخيرية (النسائية) بالسعودية، وتم مراعاة التكافؤ بين أفراد العينة في المتغيرات الاجتماعية والديموجرافية، حيث تم اختيارهم من (٨) معاقات جركيا، تم استبعاد (٣) معاقات لوجود إعاقات أخرى مصاحبة للإعاقة الحركية، ومظاهر أخرى من مظاهر الإعاقة الجسمية مثل إعاقة بالرجلين واليدين، وقد اختيرت العينة بحيث يتوفر فيها الشروط التالية:

١- النوع: جميع أفراد العينة من الإناث.

٢- درجة الإعاقة: تكون الإصابة بالرجلين مع سلامة اليدين، وأسباب الإعاقة إما تشوهات خلقية أو ضعف العضلات أو فقدان الإحساس بالجزء السفلى من الجسم.

٣- الإعاقات الأخرى: ليس لديهن اى إعاقات أخرى وذلك من واقع الملفات وتعاون المختصات والمقابلة مع الفتيات.

٤- من الملتحقات بالمركز وتتلقى تعليمها بالمناهج الدراسية للعاديين.

٥- مقيمات مع أسرهن.

٦- من حيث المستوى الاقتصادي الاجتماعي الثقافي للأسرة: قد تراوحت درجاتهن على المقياس ما بين ١٢٩-١٦٦ بمتوسط قدره (١٤٦) وانحراف معياري قدره (١٥,٧) .

الأدوات ثالثا:

١-برنامج العلاج بالعمل:

يحتوى العلاج بالعمل على ثلاثة محاور رئيسية :العناية بالذات، والعمل، وشغل أوقات الفراغ، وجلسة تمهيدية وجلسة ختامية. واشتق الإطار النظري والمادة العلمية المكونة للبرنامج من الاعتماد على أساليب وفنيات العلاج بالعمل بالإضافة إلى الدراسات السابقة والأنشطة المهارية الموجهة للمعاقات حركيا :

الهدف الأساسى من البرنامج تخفيف حدة الأعراض الاكتئابية للمعاقات حركياً من خلال برنامج العلاج بالعمل الذي يتضمن مهارات العناية بالذات، والعمل وأنشطة وقت الفراغ، ويقسم هذا الهدف الرئيسي إلى مجموعة من الأهداف السلوكية :

أهداف البرنامج

الأهداف السلوكية:

ويندرج تحت الأهداف السلوكية مجموعة من الأهداف وهى:

أولا- الأهداف المعرفية:

١- تنمية مهارات رعاية الذات مثل ارتداء الملبس، وإعداد الطعام.

٢- تنمية الوعي بتعلم مهنة للشعور بالاستقرار النفسي.

٣- تنمية الوعي باستغلال وقت الفراغ بممارسة رياضة أو هواية.

ثانيا - الأهداف الوجدانية:

١- تخفيف الإحساس بالملل وفقدان الاهتمام وانعدام القيمة ومشاعر الحزن.

٢- تدعيم الثقة بالنفس و التخلص من مشاعر العجز الجسدي.

ثالثا- الأهداف المهارية:

١- التدريب على مهارات العلاج بالعمل ومنها (العناية الذاتية، تعلم مهنة، شغل وقت الفراغ).

٢- التدريب على مهارات العناية الذاتية مثل(العناية بالجسم، العناية بالمأكل والنوم والملبس).

٣- التدريب على المهارات اليدوية مثل: الحياكة، التطريز، تحضير الأطعمة، تنسيق زهور، تشكيل صلصال.

٤- التدريب على كيفية قضاء وقت الفراغ بما يحقق السعادة النفسية.

بالإضافة إلى الأهداف الخاصة بكل جلسة على حدي بما يحقق الأهداف العامة.

أسلوب العلاج:

اتبعت الدراسة أسلوب العلاج الجماعي،حيث يتميز هذا النوع بمجموعة من المزايا العلاجية، ولاشتراك أفراد المجموعة العلاجية في خصائص مشتركة مثل: نوع الإعاقة، المرحلة العمرية، المستوى الاقتصادي والاجتماعي.

جلسات البرنامج:

عدد جلسات البرنامج (٢٦)جلسة بواقع عدد (٣) جلسات في الأسبوع مدة الجلسة ٤٥-٦٠

دقيقة وسوف يقوم البرنامج بالحد من الأعراض الاكتئابية.وتتكون محتوى الجلسة من: مقدمة يتم فيها المناقشة عن أهداف الجلسة بين الباحثة وأفراد العينة،وموضوع الجلسة :وهى إجراءات النشاط الذي ستقوم به المعاقات، ونهاية الجلسة: حيث يتم تلخيص الجلسة، وتهيئة أفراد العينة للجلسة القادمة.

القائمون بالتدريب:

الباحثة الرئيس، ومعلمة التربية فنيه، ومعلمة التغذية.

معايير إعداد البرنامج:

تم الالتزام ببعض المعايير أثناء إعداد البرنامج ومنها:

١- مراعاة أن يكون ما يطلب يتم من خلال تعليمات محددة.
٢- التأكد من انتباه أفراد العينة لما يقال من تعليمات.
٣- تحليل العمل : تجزئة المهمة لمهام صغيرة، ولا يتم الانتقال إلى الخطوة التالية إلا بعد اكتساب أفراد العينة للخطوة السابقة.
٤- مدة النشاط ٤٥-٦٠ دقيقة بحد أقصى.
٥- تنوع الموارد والأدوات التي تقدم.
٦- إشراك أفراد العينة في المهام اليومية مثل إعداد الوجبات و الأعمال اليدوية.
٧- التركيز على المهام التي تتطلب استخدام اليدين.

الأسس التي بني عليها البرنامج:

١- تطبيق قواعد ومبادئ نظريات التعلم مثل التعزيز و النمذجة.
٢- مراعاة الفروق الفردية بين أفراد العينة.
٣- مشاركة معلمة التربية الفنية ومعلمة الاقتصاد المنزلي في تطبيق البرنامج.
٤- العمل على تنمية التفاعل الاجتماعي.
٥- تسجيل جميع الملاحظات للاستفادة منها في تعديل البرنامج كلما أمكن.
٦- مناقشة خطة العمل مع معلمين التربية الفنية والتغذية.
٧- يتم الرجوع لأفراد العينة والمعلمين عند تقويم البرنامج.

الأدوات المستخدمة للبرنامج:

أدوات تطريز، وخياطة، وأدوات تنسيق زهور، وصلصال، وهدايا وأدوات مطبخ، وأدوات رياضية.

مراحل تنفيذ البرنامج:

وتتضمن مراحل تنفيذ البرنامج على بداية البرنامج:

١- إعداد جداول النشاط التي يتضمنها البرنامج التدريبي.

٢- القياس القبلي على مجموعة الدراسة.

٣- مرحلة تطبيق البرنامج

تطبيق البرنامج العلاجي بالعمل على المجموعة التجريبية وتنفيذ كل الأهداف المطلوبة والمهارات والأنشطة للتخفيف من حدة أعراض الاكتئاب لدى أفراد العينة.

٤- مرحلة تقييم البرنامج

ويتمثل في التطبيق البعدي للمجموعة التجريبية لمعرفة ما تم تحققه من أهداف البرنامج.

٥-مرحلة المتابعة: follow up التطبيق التتبعي بعد مرور شهر على انتهاء البرنامج للمجموعة التجريبية لمعرفة اثر استمرار تأثير البرنامج.

نماذج لبعض الأنشطة:

أنشطة رياضية: لعبة البولينج.

أنشطة عقلية: ألعاب تشكيل.

أنشطة فنية: مثل التطريز والحياكة .

أنشطة ترفيهية: مثل عمل سبت ورد وأقنعة ورقية.

الفنيات التي تم استخدامها في البرنامج:

١- التدعيم الايجابي : للقيم والسلوكيات التي يسعى البرنامج لتحقيقها ومنها التدعيم اللفظي والمادي.

٢- التعلم بالنموذج :يتضمن الإجراء العملي للمهارة أمام الطالبة بهدف مساعدتها على تعلم المهارة

٣- التشكيل : وهو تقديم المعزز بصورة متدرجة عقب السلوكيات المرغوبة التي تقترب شيئاً فشيئاً من السلوك الذي يتدرب عليه الفرد.

٤-التغذية المرتدة : وهي التصحيح المتكرر للسلوكيات أو المراجعة على السلوكيات المرغوبة وغير المرغوبة.

٥-المحاضرة : عرض الجزء النظري للجلسة للتعرف على أعراض الاكتئاب، وكيفية التخلص من إعراضه ، والتعامل مع مشكلات رعاية الذات.

والجدول التالي (١) يوضح ملخص لجلسات برنامج العلاج بالعمل من حيث أجزاء البرنامج والموضوع والأهداف والفنيات وعدد الجلسات.

جدول (١) يوضح ملخص جلسات برنامج العلاج بالعمل

أجزاء البرنامج	الموضوع	الأهداف	الفنيات	عدد الجلسات
(المرحلة التمهيدية)	تهيئة أفراد المجموعة العلاجية	تعرف أفراد المجموعة على بعضهم البعض -التعرف على الخطوط العريضة للقواعد الأساسية التي تساعد على نجاح البرنامج-توضيح الهدف من البرنامج ومدى أهميته.	الحوار والمناقشة -التدعيم المادي-إظهار المشاعر.	١
العناية بالذات	التغلب على الأرق كعرض من أعراض الاكتئاب.(الأسباب واستراتيجيات العلاج).	التعرف على أسباب الأرق و استراتيجيات علاج الأرق.	المحاضرة-الحوار والمناقشة	١
	التغلب على فقدان الشهية :الأسباب والعلاج.(حل مشكلة فاكهية)	التعرف على أسباب وكيفية علاج فقدان الشهية -اكتساب مهارات استخدام التسويق وإعداد طاولة الطعام.	المحاضرة-النمذجة-تحليل المهام	٢
	التغلب على إهمال الذات من خلال العناية الذاتية بالملابس.	الاعتماد على الذات في الملابس من حيث اختيارة وتنظيفه وكيه وارتدائه.	المحاضرة-النمذجة-تحليل المهام	٢
	التغلب على إهمال الذات من خلال العناية الذاتية بالجسم.	الاعتماد على الذات إثناء الاستحمام-والمحافظة على أساسيات النظافة.	المحاضرة-التغذية المرتدة-التدعيم المعنوي	١
العمل (تعلم مهنة)	إثارة الدوافع لتعلم مهنة.	إثارة الدوافع النفسية لتعلم الأعمال المهنية-وتكوين اتجاهات ايجابية نحو العمل-التعرف على النتائج الايجابية لتعلم مهنة.	المناقشة والحوار -التدعيم المعنوي والمادي	١
	مواجهة الإحساس بفقدان الميول والاتجاهات من خلال تنمية المهارات اليدوية(تطريز مفرش).	تقوية الاعتماد على الحركات الدقيقة في القسم الأعلى من الجسم-تنمية القدرة على التأزر الحركي البصري-التعرف على كيفية مواجهة الإحساس بفقدان الميول والاتجاهات.	محاكاة النموذج-تحليل المهام-التدعيم الايجابي.	٢
	تنمية الثقة و الاعتماد على النفس من خلال تعلم الأعمال المهنية (حل ثلاجة خشب)	تنمية الاعتماد على النفس-تنمية القدرة على مهارات الأعمال المهنية.	محاكاة النموذج-التعزيز-التشكيل-تحليل المهام	٢
	العمل أسلوب حلاجي للتغلب على الشعور بالعجز الجسدي (حل فستان طفلة)	تنمية المهارات اليدوية-تنمية القدرة على التغلب على الشعور بالعجز الجسدي.	محاكاة النموذج-التعزيز-التشكيل-تحليل المهام	٤
	للتغلب على اللامبالاة بالبيئة من خلال ممارسة الأعمال المهنية (حل سجاد ورد).	تنمية القدرة على العمل الجماعي-تنمية مهارات التذوق الفني-تنمية مهارات التأزر الحركي -البصري.	محاكاة النموذج-التشكيل-تحليل المهام	٣
شغل أوقات الفراغ	التنفيس الانفعالي من خلال الأنشطة الترفيهية (أغنية ورقصة)	التعرف والاستبصار بالمشاعر المختلفة-تفريغ الانفعالات السلبية.	التقليد-لعب الدور	٢
	التخلص من الضغوط النفسية و بث روح التفاؤل والتخلص من الضغوط النفسية من خلال ممارسة الهوايات.(قراءة القصة)	تنمية النشاط الاجتماعي-بث روح التفاؤل والتخلص من الضغوط النفسية.	لعب الأدوار	١
	الألعاب الرياضية وسيلة لتجديد الطاقة النفسية والجسمية(لعبة البولينج)	تنمية المهارات الحركية-القدرة على التأزر الحركي البصري-التغلب على الخمول وتفريغ الانفعالات وتجديد الطاقة.	التدعيم المادي والمعنوي -التقليد-التصحيح المتكرر	١
	التغلب على تدني مفهوم الذات واحتقارها من خلال(التشكيل من خلال الصلصال)	التغلب على مشاعر تدني مفهوم الذات-القدرة على الاعتماد على الجزء الأعلى من الجسم.		١
الجلسة الختامية	مهنتي عنوان شخصيتي	تقييم أعمال المتدربات-تنمية القدرة على الإحساس بالاستقلالية.	التدعيم المادي والمعنوي، المناقشة والحوار.	١
				٢٦

وتم عرض البرنامج عدد من المحكمين للتعرف على:

١- مدى تحقيقه أهداف البرنامج.

٢- مدى مناسبته لعينة البحث.

٣- مدى ملائمة الفنيات المستخدمة في جلسات البرنامج للعينة.

٤- مدى ملائمة الأدوات المستخدمة في جلسات البرنامج للعينة.

واتفق المحكمون(*) على ملائمة البرنامج لعينة البحث وفنياته وأدواته بنسبة ١٠٠%، وتم حذف جلستان لظروف خاصة بمكان التطبيق وهى تتضمن إجراءات: لعب كرة السلة، وعمل كروت معايدة، وضمت جلسة التغلب على انخفاض القدرة على تحمل الإحباط من خلال المهارات اليدوية إلى جلسة إثارة الدوافع لتعلم مهنة.

٢- مقياس الاكتئاب المصغر (د) للصغار "الصورة الإماراتية" (غريب عبد الفتاح غريب،١٩٩٢)

المواصفات السيكومترية لمقياس الاكتئاب للصغار على عينات في البيئة العربية، و في الإمارات: استخدم طريقة إعادة الاختبار على عينة من طلاب وطالبات المرحلة الإعدادية وتراوحت معامل الثبات من ٠,٧٦-٠,٩٢. واستخدم صدق المحك بإيجاد العلاقة بين درجات مجموعة من الطلاب ودرجاتهم على مقياس الاكتئاب (غريب، ١٩٨٥) ووصل معامل الارتباط إلى ٠,٨٢ دال عند مستوى دلالة ٠,٠١.

وتم دراسة العلاقة بين درجات مجموعة من الطالبات من الصف الثاني الاعدادى (ن)=٣٠ على المقياس ومقياس مفهوم الذات للأطفال (جابر عبد الحميد، مديحة العزبى، ١٩٨٤) لإيجاد الصدق التكويني، ووصل معامل الارتباط بين درجات مجموعة الطالبات على المقياسين إلى - ٠,٧٣

(*) د.عزة مبروك أستاذ علم النفس كلية الآداب جامعة القاهرة، د.صفاء إسماعيل أستاذ مساعد كلية الآداب جامعة القاهرة، د.أيمن الديب دكتوراه علم نفس المعرفي، د.رانيا الصاوي، أستاذ مساعد علم النفس جامعة تبوك، د.أميمه رفعت السيد دكتوراه علم النفس كلية الآداب جامعة القاهرة ، أ.لطيفة الحلوة معلمة فنية بمركز تأهيل المعاقين ببريدة.

وقام غريب عبد الفتاح (١٩٩٢) بتقنينه على عينة من ١٣١٢ تلميذا وتلميذة بالمجتمع الاماراتى أعمارهم ما بين (٨) إلى (١٨) سنة وتم حساب الدرجة التائية بحيث أن الدرجات التائية المرتفعة على المقياس تبدأ من الدرجة (٦٠) (المتوسط +الانحراف المعياري). وتتراوح الدرجة على المقياس ما بين صفر وتعنى عدم وجود اكتئاب وبين الدرجة (٥٤) وهى أشد درجة للاكتئاب.

وقد اختير مقياس بيك لعينة الدراسة الحالية للمبررات التالية:

١- أنه من أكثر أدوات قياس شدة أعراض الاكتئاب شيوعا في الاستخدام وبصفة خاصة على العينات غير الإكلينيكية، وتم تقنينه وإعادة تقنينه على كل من العينات الإكلينيكية وغير الإكلينيكية. (ممدوحة سلامة،١٩٩١)

٢- من خلال دراسة قام بها أحمد عبد الخالق (١٩٩١) بهدف المقارنة بين أربعة مقاييس للاكتئاب (قائمة بيك، مقياس جليفورد ، مقياس مينسوتا ،قائمة الصفات)على عينة مصرية اتضح أن قائمة بيك للاكتئاب تتصف بخصائص سيكومترية جيدة ،تجعلها أفضل مقاييس الاكتئاب الأربعة

٣- استخدم على نطاق واسع في الدراسات العربية بهدف إعادة تقنينه ،وكذلك بهدف بيان الفروق بين الأعمار في الاكتئاب. (أحمد عبد الخالق، ١٩٩٦) .

٤- تشير نتائج الدراسات السابقة عن المواصفات السيكومترية لمقياس الاكتئاب (د) المصغر للصغار، سواء ما تم في بيئات أجنبية أو ما تم في البيئة العربية من أن المقياس يتمتع بقدر جيد من الثبات وانه على درجة عالية من الصدق.(غريب عبد الفتاح غريب ،١٩٩٢، ١٢)

٣- استمارة المستوى الاقتصادي الاجتماعي الثقافي للأسرة (معدل نوال الهوارنة،٢٠١٠):

يتكون المقياس من ٥٥ سؤالا، وتتضمن إجراءات الصدق: صدق المحتوى بعرضه على محكمين، وتم استخدام ثبات المقياس على (٣٠) أسرة من الأسر المصرية، وذلك بطريقتين:

١- طريقة إعادة الاختبار: حيث أن معامل الارتباط بين التطبيقين على أبعاد المقياس: المستوى الثقافي ٠,٩٥، المستوى الاقتصادي الاجتماعي ٠,٨٩، المستوى الاقتصادي الاجتماعي الثقافي ٠,٩٢ ومعاملات الارتباط دالة عند مستوى دلالة ٠,٠١.

٢- الاتساق الداخلي. وتبين ارتفاع معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لكل مستوى والدرجة الكلية للمقياس و دالة عند مستوى دلالة٠,٠١

وكان الغرض من استخدام المقياس الكشف عن الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في المستوى الاقتصادي الاجتماعي، وحيث انه تعذر استخدام المجموعة الضابطة فقد اكتفينا بالحصول على أعلى درجة وهى ١٦٦ وادني درجة١٢٩ لأفراد المجموعة التجريبية على المقياس، والمتوسط قدره (١٤٦) والانحراف المعياري قدره(١٥،٧).

رابعا – إجراءات التطبيق:

١- إعداد جداول النشاط التي يتضمنها البرنامج التدريبي .

٢- التطبيق القبلي لمقاييس الدراسة على المجموعة التجريبية.

٣- تطبيق البرنامج المستخدم على المجموعة التجريبية.

٤- التطبيق البعدى لمقياس الاكتئاب علي مجموعة الدراسة.

٥- التطبيق التتبعى لمقياس الاكتئاب على أفراد المجموعة التجريبية بعد مرور شهر من انتهاء البرنامج.

نتائج الدراسة:

وللتحقق من صحة الفروض، تمت مقارنة متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج، بمتوسط الرتب بعد تطبيق البرنامج على مقياس الاكتئاب، باستخدام اختبار ويلكوكسون Wilcoxon اللابارامتري للعينات المرتبطة للكشف عن دلالة الفروق بين التطبيقين القبلي والبعدي ،والتطبيقين البعدى والتتبعى لمجموعة الدراسة.

جدول (٢) دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات
أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدى
على مقياس الاكتئاب للمعاقات حركيا

البعد	التطبيق	العدد	متوسط الرتب	قيمة W	Z	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية	قبلي	٥	٣	صفر	-٢،٠٢٣	٠،٠٥
	بعدى	٥	٠،٠٠			

يوضح الجدول (٢) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠،٠٥ بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدى على مقياس الاكتئاب، وبلغت قيمة Z(-٢،٠٢٣) ، مما يدل على انخفاض حدة الأعراض الاكتئابية لدى عينة الدراسة بعد تطبيق البرنامج.

جدول (٣) دلالة الفروق بين متوسطي رتب
أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الاكتئاب

البعد	التطبيق	العدد	متوسط الرتب	قيمة W	Z	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية	بعدى	٥	٠،٠٠	١	-١،٨٩٠	غير دالة
	تتبعى	٥	٢،٥٠			

يوضح الجدول (٣) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدى والتتبعى، حيث بلغت قيمة Z(-١،٨٩٠) بين التطبيقين البعدى والتتبعى، مما يدل على تحقق الفرض الثاني مما يدل ذلك على استمرار فاعلية العلاج بالعمل في خفض حدة أعراض الاكتئاب لدى المعاقات حركيا.

مناقشة النتائج:

يتضح من جدول (٢) وجدول(٣) تحقق الفرضين الأول والثاني مما يدل على فاعلية برنامج العلاج بالعمل في التخفيف من حدة الأعراض الاكتئابية لدى عينة الدراسة واستمرار تأثيره بعد مرور شهر على الانتهاء من البرنامج، وتتفق نتائج الفرض الأول مع النتائج التي تم التوصل اليها سابقا اعتمدت على العلاج بالعمل مثل دراسة رانيا مرتضى (٢٠١٠) والتي توصلت من خلالها الى قدرة العلاج بالعمل على خفض درجة الاضطرابات الجنسية لدى عينة من التوحديين ذوى المستوى الوظيفى المرتفع. وكذلك دراسة Hlamoy, et al.(2009) والتي تم التوصل من خلال نتائجها إلى فاعلية العلاج بالعمل فى خفض حدة الأعراض الاكتئابية لدى مرضى نقص الانتباه وفرط الحركة.

وقد وجدت فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠،٠٥ بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدى على مقياس الاكتئاب،على الرغم من الاتى:

١- العينة ليست اكلينكية بمعنى أن أعراض الاكتئاب لديها ليست بالشدة التي يمكن بها التشخيص.

٢- صعوبة الحصول على المجموعة الضابطة، وذلك لان مظاهر الإعاقة الجسمية متعددة، وللالتزام بتوافر شروط معينة عند اختيار عينة الدراسة الحالية، ومراكز تأهيل المعاقين حركيا فى الحدود المكانية للبحث محدودة، ويشير نائل اخرس(٢٠٠٩، ٢٢٩) إلى أنه تختلف نسبة المعاقين حركيا من مجتمع إلى آخر إذ أنها تزيد في المجتمعات النامية وتقل في المجتمعات

المتقدمة ، وهى تختلف من مظهر إلى آخر من مظاهر الإعاقة الجسمية.

ويرجع نجاح البرنامج إلى الأسباب التالية:

١- اعتمد البرنامج على مشاركة أفراد المجموعة التجريبية في مختلف أجزاء البرنامج ومن ثم مساعدتهم على إعادة اكتشاف ذاتهم وتقديرها وتحقيقها.

٢- وتنوع جلسات البرنامج واتفاقها مع ميول واتجاهات أفراد المجموعة التجريبية للدراسة خاصة فيما يتعلق بشغل أوقات الفراغ وممارسة الهويات.

٣- الارتباط الشرطي بين السلوكيات الايجابية من تعلم مهنة وشغل أنشطة وقت الفراغ والعناية بالذات، والتدعيم المادي والمعنوي.

٤- اعتماد البرنامج على العمل الجماعي والتعاوني مما ساهم في كسر حاجز العزلة الاجتماعية، وساهم في تكوين علاقات اجتماعية ايجابية بين أفراد الجماعة.

وهناك رؤية تنظيرية تفترض أنه هوية الأنثى هي ما يمكن أن يطلق عليه هوية في إطار علاقات بمعنى أنها تعتمد على مدى نجاح أو فشل علاقتها بالآخرين كمصدر تقدير الذات بعكس الذكر الذي تحدد هويته بتحقيق الاستقلال الذاتي والوجود الفردي المستقل نسبياً. (ممدوحة سلامة، ١٩٩١)

وتشير النتائج إلى استمرار أثر فاعلية برنامج العلاج بالعمل في خفض حدة أعراض الاكتئاب لدى أفراد العينة بعد مرور شهر من الانتهاء من البرنامج، وتتفق نتائج الفرض الثاني مع نتائج دراسة Gainer(2008) والتي تشير إلي أهمية العلاج بالعمل في تحقيق الاستقلال في جميع جوانب حياة الفرد وأكسبتهم مهارات للعمل المناسب لهم، بحيث يؤدى هذا العمل إلى حياة مستقلة ومرضية مدى الحياة. ويرى Mruiphy & Kupshik (1992 : 12) أن اعتقاد الفرد بأن لديه القدرة والكفاءة الشخصية في السيطرة علي بيئته يمثل جوهر عملية التعايش مع المشقة ومشاعر عدم الكفاية.

وترى رانيا مرتضى (٢٠١٠) أن تعليم الأعمال المهنية واليدوية لا يفقد أثره بشكل سريع بل على العكس يستمر أثره أكثر من المهارات المعرفية حيث أنها ذات طابع عملي وظيفي أدائي .

فيعتبر العمل مصدر الاستقلال الاقتصادي، ويشجع على بذل الطاقة والنشاط، وتجعل الأفراد لديهم أهداف ومعاني تتجاوز حياتهم الخاصة، ويقدم معنى وجودي، ويدعم الحالة الشخصية والهوية، وأن العمل قيما للغاية لكلا من الصحة البدنية والعقلية للأفراد المعوقين. (Baker&Jacobs,2003)

فالقدرة على العمل وسيلة لتوفير معنى وجودي ومكانة شخصية وقد تكون ذات أهمية خاصة بالنسبة للأفراد المعوقين. ويعتقد الأفراد ذوي الإعاقة أن العمل يلعب دورا قويا في الهوية. (Christiansen,1999)

وهؤلاء الذين لديهم شلل نصفي أكثر إدراكا للعمل كمصدر لتحقيق الذات، في حين أن غير المعوقين أكثر إدراكا أن العمل كالقيد. وأن نسبة ٤٠٪ من المصابين بشلل نصفي يرون أن العمل هو كسب العيش أوظيفة جديدة وهذا هدفهم في المستقبل .(Baker & Jacobs, 2003)

التوصيات:

توصلنا في الدراسة الحالية إلى انه ثبت فاعلية برنامج العلاج بالعمل في التخفيف من حدة الأعراض الاكتئابية لدى المعاقات حركيا،مما يدل على إمكانية الوقاية والتقليل من الحوادث التي يمكن أن تصاب بأعراض الاكتئاب في فئة المعاقين حركيا من خلال البرنامج العلاجي. ،وفى ضوء ذلك يمكن التوصية بالاتي:

١- الحاجة إلى إجراء المزيد من البحوث في برامج العلاج بالعمل ودوره في الوقاية والعلاج.

٢- إجراء المزيد من التصميمات التجريبية الأخرى مثل تصميم المجموعتين التجريبية والضابطة.

٣ – مما يزيد من فاعلية البرنامج زيادة عدد جلسات البرنامج بحيث يكون نصيب كل محور من المحاور كافية .

المراجع:

- أحمد الجمعة (٢٠٠٧). برنامج العلاج بالعمل، اليوم العالمي للمعوقين، مركز التأهيل الشام للمعوقين: الإحساء.
- أحمد عبد الخالق (١٩٩١). قياس الاكتئاب مقارنة بين أربعة مقاييس. دراسات نفسية، ١،١، ٧٩-٩٦
- أحمد عبد الخالق (١٩٩٦). دليل تعليمات قائمة بيك للاكتئاب، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- أمين أنور الخولي، أسامة كامل راتب (٢٠٠٩). نظريات وبرامج التربية الحركية للأطفال، القاهرة: دار الفكر العربي.
- حامد زهران (١٩٩٧). الصحة النفسية والعلاج النفسي، الطبعة الثالثة، القاهرة: عالم الكتب.

- خالد مطحنة (٢٠٠٨). فاعلية برنامج تأهيلي في تنمية بعض المهارات المهنية وتحسين السلوك التكيفي لدى عينة من الأطفال التوحديين، رسالة دكتوراه، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعةعين شمس.
- خولة يحيى (١٩٩٩). المشكلات التي يواجها ذوو المعوقين عقليا وسمعيا وحركيا الملتحقين بالمراكز الخاصة بهذه الإعاقات، دراسات المجلة العلمية التربوية (تصدر عن عمادة البحث العلمي في الجامعة الأردنية)،٢٦، ١،٩٢-١٠٨
- رانيا مرتضى (٢٠١٠). فاعلية برنامج العلاج بالعمل لخفض درجة الاضطرابات الجنسية لدى عينة من التوحديين ذوى مستوى وظيفي مرتفع، رسالة دكتوراه، قسم الدراسات النفسية للأطفال، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
- زينب محمود شقير (٢٠٠٥). الاكتشاف المبكر والتشخيص التكاملي لغير العاديين، القاهرة : مكتبة النهضة المصرية .
- سرى بركات (٢٠٠٨). الارشاد النفسى لذوى الاحتياجات الخاصة، الرياض: دار الزهراء.
- عبد الستار إبراهيم (٢٠٠٨). الاكتئاب والكدر النفسي فهمه وأساليب علاجه منظور معرفي-نفسى، القاهرة: دار الكتاب.
- غريب عبد الفتاح غريب (١٩٩٢). مقياس الاكتئاب (د) للصغار "الصورة الإماراتية"، القاهرة: دار النهضة العربية.
- فاروق الروسان (٢٠٠٧). سيكولوجية الأطفال غير العاديين مقدمة في التربية الخاصة، القاهرة: دار الفكر.
- الفت حقي (٢٠٠٢). علم النفس المعاصر، الاسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.
- ماجدة عبيد، (٢٠٠٧) . تأهيل المعاقين ، عمان : دار صفاء.
- محمود مصطفى (٢٠٠٩). العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب، القاهرة: ايتراك.
- معمر الهوا رنة (٢٠١٠). مقياس المستوى الاقتصادي الاجتماعي الثقافي للأسرة، القاهر: الانجلو المصرية.

- ممدوحة سلامة (١٩٩١). الاعتمادية والتقييم السلبي للذات والحياة لدى المكتئبين وغير المكتئبين، دراسات نفسية، ١ ، ٢، ١٩٩- ٢١٨
- ممدوحة سلامة، (١٩٨٩). التشويه المعرفي لدى المكتئبين وغير المكتئبين، مجلة علم النفس، ١١، ٤١- ٧٤
- نائل أخرس (٢٠٠٩). مدخل إلى التربية الخاصة، الرياض: مكتبة الرشد.
- هانى شتا (٢٠٠٩). الدليل الشامل لذوى الاحتياجات الخاصة، القاهرة: دار السلام.
- هشام غراب (٢٠٠٧). المشكلات النفسية لدى الأطفال المعوقين فى المدارس الجامعة من وجهة نظر معلميهم بمحافظة غزة وسبل التغلب عليها، مجلة الجامعة الإسلامية (سلسلة الدراسات الإنسانية)،١٥،١، ٥٣٣-٥٦٠
- Adam, K., Gibson, E., Lyle, A. & Strong, J. (2010). Development of roles for occupational therapists and physiotherapists in work related practice: An Australian perspective,Ios press and the others all rights reserved, Work, 36, 236-272.
- Alnaser, M. Z. (2007). Occupational musculoskeletal injuries in the health care environment and its impacton occupational therapy practitioners:A systematic review, Ios press and the othors all rights reserved, Work, 29,89-100
- American Occupation Therapy Association (1994). Uniformterminology for Occupation Therap, thirdedition, Americanjournal of Occupation Therapy 48, 1047-1054
- Baker, N. A. & Jacobs, K. (2003). The nature of working in the united states: An occupational therapy perspective, Ios press and the othors all rights reserved, Work 20, 53-61
- Boyon, V.; Leger. D. & Philip. P. (2009). Socio-Professional handicap and accident risk in patient with hypersomnias of central origin. Sleep med Rev. Dec; 13,6,421-6.
- Burwash, S. C. (1999). A teaching model for work practice in occupational therapy, Ios press and the othors all rights reserved, Work, 12, 133-137.
- Buys, T. (2007). Sounding Board Professional competencies in occupational therapy work practice: What are they and how should these be developed?, Ios press and the othors all rights reserved, Work, 29,3-4.
- Chrhstiansen. C. (1999). Defininglives, Occupationas identity, American journal of OccupationTherapy, 53,547-558

- Darragh, A. R., Campo, M. & Olson, D. (2009). Therapy practice within aminimal life environment: Perceptions of therapy staff, Ios press and the othors all rights reserved, Work, 33, 241-253.
- Deen, M., Gibson, L. & Strong, J. (2002). A survey of occupational therapy in Australian work practice, Ios press and the othors all rights reserved, Work, 19, 219-230.
- Dietz, B. (1996). The Relationship of Aging to Self-Esteem: TheRelative Effects of Maturation and Role Accumulation, Aging and Human Development, 43, 3, 249-266.
- Gainer, R. D. (2008). History of ergonomics and occupational therapy, Ios press and the othors all rights reserved, Work, 31, 5-9.
- Halmoy. A.; Fasmer. O. B.; Gillbery, C. & Haavik. J. (2009). Occupational outcome in adult ADHD. JATTEN Disorder, sap; 13 (2): 175-87.
- Hlastla, S. A.; Koller. J. S.; McCuellen. J. M. & McCaulery, E, A. (2010).
- Interpersonal and social Rhythm therapy for adolescents with biopolar disorder. Depress Anxiety. May; 27, 5, :456-64.
- Larson, B. & Miller, M. (2005). Prpfessional guidelines in occupational health and ergonomics, Ios press and the othors all rights reserved, Work, 25, 173-177.
- Murphy, P. M. & Kupshik, G . A . (1992). Loneliness, Stress and Well -- Being , New York : Routledge .
- Pezalla, E. J.(2007). Depression: A Misunderstood companion to chronic illness, Pharmacy Benefits, Employee Benefit Planreview, 8, 26-27
- Ralph, J. & Mineka, S. (1998). Attributional Style and Self-Esteem: The Prediction of Emotional Distress Following a Miderm Exam, J. of Abnormal Psychology, 2, 203.(15).
- Rice, V. J. & Gerardi, S. M. (1999). Part II. Work hardening for warriors: Training military Occupational therapy professionals in the management of combat stress casualties, Ios press and the othors all rights reserved, Work ,13,197-209.
- Strong, S. (1999). Meaning for working supportive environment, experience with the recovery process, American journal of Occupation Therapy, 52,31-38

The effectiveness of occupational therapy program in alleviating symptoms of depression in group of physically disabled females

Dr. Marwa Mohammed Shehta Abdel-Rahman Dr. Faten Mohammed Alhag

Abstract

The purpose of This study was to explore The effectiveness of occupational therapy program in alleviating symptoms of depression in group a of physically disabled females. Preparing occupational therapy program included self-care skills, leisure-time activities, and work. A sample consisted of 5 physically disabled females (disability include the lower limbs of the body, whether the injury is muscle, bone or nerve), aged between 16-13 years old. Tools of Beck scale for children depression, social and economical level form and occupational therapy program for experimental group applied on the group. Sessions of the occupational therapy program applied over 26 sessions at 3 sessions per week and the duration of the meeting is 45 -60minutes. Tools applied after therapy program and follow up after 1mounth.the result revealed that There is a statistically significant difference(a0.05) between mean ranks scores of the experimental group individuals on depression scale pre/post application of program, in favor of the post, And There are no significant statistical differences between mean ranks scores of the experimental in the post/following-up measurements of application of program on depression scale.