أثر التدريب علي أسلوب حل المشكلات في خفض التوتر وتحسين التكيف لأمهات المعاقين

د. جيهان فرج عبد الحميد أعليـــوه المغربـــي ـ قسم التربية وعلم النـــفس ـ كليـــة التربية قمينس – جامعـــــــة بنغازي
Gihan.aleiwa@uob.edu.ly

الملخـــص :

هدفت هذه الدراسة التعرف إلى أثر التدريب علي أسلوب حل المشكلات في خفض التوتر وتحسين التكيف لأمهات المعاقين ، وتألفت عينة الدراسة من (30) أسرة تم اختبارهم بطريقة عشوائية، وتم توزيعهم علي مجموعتين تجريبية تكونت من (15) أما تم تدريبهن علي أسلوب حل المشكلات ومجموعة ضابطة تكونت من (15) أما لم يتلقين تدريباً علي حل المشكلات ، وقد طبقت علي جميع أفراد الدراسة أداتا الدراسة مقياس التوتر النفسي ومقياس التكيف النفسي (قياس قبلي) ثم طبق أسلوب حل المشكلات علي المجموعة التجريبية لمدة (8) أسابيع بمعدل جلسة واحدة أسبوعياً مدتها ساعة واحدة ، وبعد الانتهاء من التدريب، أعيدت تطبيق أداتي الدراسة مرة أخري علي جميع أفراد الدراسة (قياس بعدي) ، وقد أشارت النتائج إلي وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية التي تعرضت للتدريب، والمجموعة الضابطة التي لم تتعرض للتدريب علي الدرجة الكلية وعلي البعدين المعرفي والنفسي للتوتر لصالح المجموعة التجريبية، وكذلك أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية علي العلامة الكلية لمقياس التكيف، والأبعاد الفرعية الشخصي والانفعالي بين المجموعة التجريبية التي تعرضت للتدريب، والمجموعة الضابطة التي لم تتعرض للتدريب، لصالح المجموعة التجريبية

Abstract :

The purpose of this study was to investigate the effect of training on problem solving in reducing stress and improving adjustment of mothers of the handicapped .

The sample of this study consists of (30) handicaped mothers chosen randomly and divided into experimental group of 15 who were exposeded to problem solving program of (8) sessions; each sessjon last for 60 minutes per

week; whereas the control group consisted of 15 mothers, who not exposed to any program.

The study examined the effect of the problem solving as independent variable on reducing stress and improving the the adjustment variables.

The result of MANCOVA indicated significant differences between the experimental group and the control group in reducing stress and improving adjustment, in favor of the experimental group .

المقدمـــــة :

لا توجد أسرة ترغب في أن يكون أحد أبنائها مريضاً أو معاقاً بأي شكل من الأشكال، فهي خبرة لا يتوقع أن يرغب أحد في أن يمر بها ، إلا أن الأسر التي تتعرض لمثل هذه الخبرة، سوف يتغير نمط رحلتها في الحياة. فالتوترات التي تتعرض لها بسبب وجود طفل ذي احتياجات خاصة هي من أصعب الظروف التي يمكن أن تواجهها خلال أدائها لوظائفها [1] لتَوتر الذي تتعرض له أمهات الأطفال المعاقين يتزامن مع حياة الأسرة في مراحل حياة الأطفال المختلفة[2] وإن وضع الأسرة بوجود الطفل المعاق يصبح أكثر تعقيداً حيث يفتقد الأبوان متعة الرعاية، الأبوية، فالبطء في نمو الطفل، والإجراءات الخاصة للرعاية الجسمية، والتدريب المكثف وخيبة الأمل وضياع الأحلام كل هذه مجتمعة تخلق ضغوطاً نفسية تعطل التوازن الأسري[3] فالتوتر الذي تتعرض له أمهات الأطفال المعاقين يظهر في ردود أفعالهن السلبية وسلوكياتهن غير التكيفية[4] .

إن الأسر التي لديها أطفال معاقون تتعرض إلي توترات نفسية متعددة تسببها العوامل الاجتماعية والاقتصادية، وغالباً ما تعاني الأسرة من صعوبات اقتصادية، بسبب ما تتطلبه الإعاقة من مصاريف طبية، بالإضافة إلي عدم قدرة الأم علي الخروج للعمل، بسبب ما يتطلبه الطفل المعاق من عناية ورعاية [5] فمعظم الأسر التي لديها أطفال معاقون تتعرض لتوتر نفسي شديد قد يصل عند بعضها إلي حد المرض. وتختلف درجة التوتر النفسي من فرد لآخر داخل الأسرة، إلا أن الأبوين هما الأكثر تعرضاً للتوترات النفسية وإظهار مشاعر الذنب والحماية الزائدة للطفل[6].

فالعلاقات داخل الأسرة وخارجها تتأثر بوجود الطفل المعاق، بحيث يكون الطفل مصدراً للصراعات الداخلية للأسرة وعائقاً لعلاقاتها الاجتماعية بالأسر الأخرى والبيئة المحيطة ونظراً لقلة الدراسات التي اهتمت بموضوع حل المشكلات

مع أسر المعاقين حسب علم الباحثة، ولأن الإحصاءات تشير إلي أن هناك عدداً كبيراً من الأمهات يعانين من افتقارهن إلي مهارات التعامل مع المشكلات[7].

لذلك جاءت فكرة هذه الدراسة لمعرفة أثر التدريب علي أسلوب حل المشكلات في خفض التوتر وتحسين التكيف لأسر المعاقين .

أخذت الأبحاث عن أمهات الأطفال المعاقين منحناً جديداً، فبدلاً من التركيز علي التوترات التي تتعرض لها الأم فقط، أصبحت الأبحاث تركز أيضاً علي التكيف الإيجابي للأم مع الإعاقة، وتتضمن هذه الأبحاث الاهتمام بالتوترات الجسمية والنفسية والتكيف الأسري عبر مراحل حياة الأسر كاملة[8]، إلي أن هناك دلائل في الأدب المتعلق بأساليب التكيف والدعم التي تستخدمها الأسرة في مواجهة التوترات، إلي أهمية وفاعلية تعلم هذه الاستراتيجيات وذلك لأنها تساعد في التقليل من التأثيرات السلبية للتوترات التي ترافق وجود طفل معاق داخل الأسرة، ويمكن أن تكون استراتيجيات التكيف ذات فائدة للأسرة، وذلك لمساعدتها في تطوير وزيادة عمليات تعلم الطفل المعاق[9].

إن نموذج التكيف بدلا من التركيز علي الصدمة أو ألم الخسارة والفقدان، وهذا النموذج يتألف من ست مراحل هي : الإدراك الأولي، وإدراك الخسارة، واستراتيجيات مواجهة الخسارة، والاكتمال، والحل وإعادة الصياغة، والتكيف[10]

إن آباء الأطفال المعاقين يواجهون حتمية تشوش وضعف في المعنويات، ما لم يحدث نوع من التدخل الإرشادي والدعم لهم ولأوضاعهم التي يمرون بها.

والسؤال : ما هو نوع البرنامج الإرشادي الذي يمكن أن يقدم لهم ؟ مع الأخذ بعين الاعتبار الصعوبات التي يواجهونها فإن البرنامج يجب أن يتضمن ما يأتي :

1. مساعدة الآباء لتقييم الأعباء الإضافية التي يتحملونها فيما يتعلق برعاية الطفل
2. مساعدتهم علي تطوير مهارات ذاتية للتعامل مع ظروفهم .
3. مساعدتهم لتقييمي مستوي قدراتهم (تحملهم) ومدي نجاحهم .
4. مساعدتهم لزيادة مستوي وعيهم وتكيفهم مع حالات الحزن واليأس. [11]

ويلعب أسلوب حل المشكلات دورات مهماً في التكيف مع التوترات، فالأمهات اللواتي لديهن أطفال معاقون لديهن معتقدات غير صحيحة عن قدراتهن علي التكيف، لذلك فإن أسلوب حل المشكلات يساعدهن في معرفة قدراتهن الحقيقية للتكيف مع المواقف التوتورية [12].

ويعد تدريب الأمهات علي أسلوب حل المشكلات من أفضل الوسائل لإعدادهن للتعامل مع تحديات كبيرة ومختلفة، حيث يعد أسلوب حل المشكلات أسلوبا منظماً، يتضمن إعادة بناء للمواقف التي تتسم بالتحدي بطريقة منظمة متسلسلة، بحيث يتم تفتيت المشكلات الكبيرة إلي مشكلات أصغر بالإظافة إلي التعامل مع المواقف المختلفة (13).

ويمكن الإشارة هنا إلي تحديد عدد من الأبعاد عند التعامل مع الأمهات اللواتي لديهن أطفال معاقين عند تدريبيهن علي البرامج للتعامل مع المشكلات والتوترات النفسية الناجمة عن القلق وهي:

1- التوجيه الإيجابي للمشكلة Positive Probleme Orientation . مثال : "عندما يكون لدي مشكلة، أنا أعتقد أن بإمكاني حلها" .

2- التوجيه السلبي للمشكلة Negative proplem Orientation . مثال : "عندما تفشل جهودي الأولى بحل المشكلة، فإنني أشعر بضعف الدافعية، والاكتئاب" .

3- المهارات العقلية لحل المشكلات Rational problem-Solving Sklving
مثال : "قبل أن أبدأ بحل المشكلة لابد من أن أحدد أهدافي، وما أريد إنجازه" .

4- الدافعية/ عدم الاهتمام/ Impulsivity Carelessness مثال : "عندما أتخذ القرار لا أعطي نفسي وقتاً كافياً لدراسة سوابق الخيارات ولواحقها"

5- التجنب Avoidance مثال: "أنا أنتظر لأري إذا كانت المشكلة تحل وحدها قبل أن أحاول حلها بنفسي (14).

ويشير أسلوب حل المشكلات كذلك إلي العمليات التي يستخدمها الأفراد وأسرهم لتحديد المشكلة، ومن ثم تطوير وتطبيق الحلول لتلك المشكلات، كذلك فإن مستوي تأثير حل المشكلات يعتمد علي خصائص الأسرة، وإن نجاح أفراد الأسرة في حل المشكلات يعتمد علي عدد من العوامل :

- فتح قنوات الاتصال بين أفرد الاسرة، وذلك من خلال السماح لمختلف أفراد الأسرة بالمشاركة خلال فترات دورة حياة الأسرة .
- إجماع أفراد الأسرة علي الأهداف المشتركة، وأدوار أفراد الأسرة في عمليات حل المشكلات .
- كفاءة السلطة الأبوية التي تقوم بتنسيق الجهود بين أفراد الأسرة في حل المشكلات .
- كفاءة المهارات لأفراد الأسرة لمناقشة الأفكار المختلف عليها. (14)

وهناك عدد من نماذج أسلوب حل المشكلات، حيث وصف كل من نيومن وميكمان وكمبيرلي (Nunn, Mcmahan and Kimberlyl, 2004) وبرانش فورد وستين (Branshford and Stein 1995) نموذجاً يسمي IDEAL يتضمن النموذج ما يلي:

ـ تعرف المشكلة: ويقصد به تحديد الانطباع الأولي لدي القائم علي تطبيق الأسلوب وتحديد مدى فاعلية وأهمية التدخل، ومدي ملاءمة استخدام هذه الأسلوب .

ـ تحديد المشكلة : ويقصد به تحديد عناصر المشكلة، أو ما هو الفرق بين ما يفعله الفرد الآن وبين ماذا يتوقع أن يفعل؟ وهنا يحدد بشكل دقيق وظيفة الأسلوب، والأحداث السابقة واللاحقة وطبيعة المشكلة .

ـ استكشاف خيارات التدخل: هذه المرحلة تعتمد بشكل خاص علي اختيار أسلوب التدخل الذي يرتبط بشكل مباشر بالنتائج المتوقعة، مثل العمل عي تخفيف مستوي التوتر لدي الأفراد .

ـ تنفيذ الخطة : والمقصود هنا تنظيم المعلومات ، وتحليلها وتوضيح مدي ارتباطها مع الخطة التي وضعت في البداية .

ـ النظر إلي النتائج : وتكون من خلال مراجعة ومقارنة النتائج القبلية مع النتائج البعدية، وكذلك مقارنة النتائج مع نتائج البرامج السابقة[15] .

ـ كذلك فإن أسلوب حل المشكلات يعتمد علي ثلاثة أبنية أسرية هي :

ـ الشكل : ويشير إلي اتجاهات الأسرة المعقدة، والتركيز علي تفاصيل حل المشكلات، وتحولها إلي نمط الأسرة غير العقلانية .

التقارب : وتشير إلي قوة الأسرة، وحاجتها إلي حل المشكلات من خلال اختيار نموذج للعمل وتطبيقه. [16]

لذلك فإن البرامج الإرشادية الموجهة للأم يجب أن تراعي مستوي التوتر، والقلق، وزيادة مستوي التكيف، والصحة النفسة، وذلك لمساعدتها للوصول إلي حل للمشكلات، والتحديات التي تواجهها في أدوراها المتعددة ومن هنا فإنه لا بد من تشجيع الأم، وتدريبها ومساعدتها علي تعلم وبناء مجموعة من الأدوات والوسائل لأسلوب حل المشكلات، لاستخدامها في المواقف الجديدة ، ولمساعدتها علي العناية بالمعاق بطريقة أفضل.

ويلعب أسلوب حل المشكلات دوراً مهماً خاصة في التكيف مع التوترات المزمنة، فمعتقدات الأمهات اللواتي لديهن أطفال معاقون عن قدراتهن علي التكيف، قد تكون

مهمة لتكيفهن بالمقارنة مع قدراتهن الحقيقية للتكيف مع المواقف الضاغطة، وذلك بسبب التأثير المباشر لارتباط حل المشكلات مع التكيف.[17]

وقد وجد نوجين ووالندر (Noojin and Wallander, 2004) علاقة بين افتقار الأمهات اللواتي لديهن أطفال معاقون لمهارات حل المشكلات، وسلوكهن الاكتئابي ، كذلك الأمهات اللواتي لديهن معرفة سلبية عن مهارات حل المشكلات لديهن ضعف في الدافعية، ويواجهن صعوبات مستمرة بسبب قلقهن وتوترهن، مما يمكن أن يشكل عائقاً لقدراتهن في الاعتناء بأبنائهن المعاقين، لذلك فإن النقص في مهارات حل المشكلات الفردية واللازمة للمواجهة، والتكيف لمتطلبات العناية بالطفل المعاق قد يؤديان إلي أن يصبح نمو الطفل المعاق في خطر.[18]

ويقسم أسلوب حل المشكلات إلي ثلاث مراحل :

المرحلة الأولي : التقييم قبل التدريب .

المرحلة الثانية : التدريب علي المهارات .

المرحلة الثالثة : التقييم بعد التدريب[19] يجب أن يتضمن التدريب علي أسلوب حل المشكلات، التدريب علي المواقف المشابهة لأحداث الحياة الواقعية. فمهارات التدريب علي حل المشكلات يمكن أن تساعد الأم، وتمنحه مزيداً من الفرص لحل المشكلات المستقبلية، وإن أحد المظاهر الهامة في مهارات التدريب علي حل المشكلات تظهر في اتجاه الأفراد العام نحو مشكلاتهم ومستوي دافعيتهم لحل تلك المشكلات

مشكلة الدراسة :

لقد تزايد الاهتمام بدراسة أسر المعاقين والمشكلات التي يتعرضون لها، وتناولت الدراسات موضوع التوتر ومدي تأثيره علي أسر المعاقين ، وربما كانت الأثار المزعجة قريبة المدي للتوتر والأثار المرضية بعيدة المدي وراء تزايد الاهتمام هذا، فقد أثبتت دراسات كثيرة مدي تأثير التوتر علي هذه الأسر، فأشار الخطيب (2001) إلي أن العيش اليومي مع طفل معاق يشكل عبئاً جسيماً ونفسياً لا يعرفه آباء الأطفال العاديين، فأمهات الأطفال المعاقين غالباً ما يقضون أوقاتاً طويلة في تلبية الحاجات الشخصية لأطفالهم مثل مساعدتهم في تناول الطعام، وارتداء الملابس، واستخدام الحمام، لذلك فإن قدراً من الطاقة الجسمية يحول لخدمة الطفل المعاق .

وقد أشارت الحديدي (2001) من خلال مراجعة الأدب التربوي للعديد من الدراسات إلي وجود عدد من المشكلات التي تواجه أسر الأطفال المعاقين، وهي :

- إن وجود طفل معاق يسبب العزلة الاجتماعية للوالدين .

- إن الطفل المعاق يستنزف 6% من وقت الأم في الرعاية .
- إن 80% من الأمهات يقضين وقتاً مضاعفاً مع أبنائهن المعاقين .
- إن الأم تصاب بحالة من اليأس والملل والإحباط لوجود الطفل المعاق .
- إن المشكلات النفسية تأتي في المرتبة الأولي ضمن المشكلات التي تتعرض لها أمهات المعاقين[19]

ومن خلال مراجعة الباحثة للأدب التربوي، فإن هناك نقصاً حاداً في البرامج التدريبية المقدمة إلي أمهات الأطفال المعاقين، حيث إن معظم البرامج المتوفرة تركز علي تدريب الأطفال المعاقين وليس علي الأمهات، مما يجعل مشكلة الطفل المعاق تزداد سوءاً، وذلك لعدم معرفة الأم كيفية التعامل مع الإعاقة، وكيف تتكيف مع هذه الإعاقة ويري بريزلو وآخرون (Breslau, Salkever and Staruch,1999) أن التوترات النفسية التي يفرضها وجود طفل معاق في الأسرة هو حرمان الأم من النشاطات الاجتماعية، وحرمانها من النوم بسبب الوقت الكبير الذي يحتاجه الطفل المعاق من العناية[20].

فالتدخل الإرشادي يساعد الأم علي تطوير مشاعر السيطرة، والضبط، ومهارات التكيف، وقد أشار سيلجمان (Seligman, 1993) إلي أن برامج التدريب الإرشادية هي أفضل أساليب العمل الإرشادي، وذلك بسبب أنها تساعد علي التقليل من العزلة، وتزيد من مهارات المواجهة والتكيف وتعمل علي تخفيض مستوي التوتر، لذلك علي المرشد الذي يعمل مع أمهات الأطفال المعاقين أن يأخذ باعتباره المشكلات النفسية والجسمية التي تواجهها الأم[21].

السؤال الرئيسي :

ما أثر التدريب علي أسلوب حل المشكلات في خفض التوتر وتحسين التكيف لأمهات المعاقين ؟

فرضيـــات الدراسة :

1- لا توجد فروق ذات دلالة عند مستوي (α=0.05) بين متوسطات درجات أمهات المجموعتين التجريبية والضابطة علي مقياس التوتر وأبعاده الفرعية تعزى للتدريب علي أسلوب حل المشكلات .

2- لا توجد فروق ذات دلالة عند مستوي (α=0.05) بين متوسطات درجات أمهات المجموعتين التجريبية والضابطة علي مقياس التكيف وأبعاده الفرعية تعزى للتدريب علي أسلوب حل المشكلات .

أهمية الدراسة :

و يمكن الإشارة الى أهمية الدراسة في النقاط الآتية :

1- ازدياد عدد الأطفال المعاقين والذين يحتاجون إلى خدمات حيث إن تقديم البرامج الإرشادية للأسر يساعدهم في حل مشكلات أطفالهم .

2- إن فاعلية تدريب الوالدين علي استخدام أساليب إرشادية لا يعمل فقط علي خفض حدة السلوكيات لدي الأسر بل أيضاً يساعدهم علي التكيف والتواصل مع الآخرين.

3ـ النقص الواضح في الخدمات الإرشادية النفسية والبرامج الإرشادية الجمعية لأسر المعاقين.

مصطلحات الدراسة :

حل المشـــــكلات : تزويد الفرد بمهارات تكيفية عامة في حل المشكلات تمكنه من التعامل مع مدي واسع من المشكلات، وذلك باستخدام برنامج إرشادي تدريبي (زواوي ، 1992).

ويعرف إجرائياً : بالبرامج الذي تم إعداده لغايات هذه الدراسة

التوتـــر : مجموعة من المؤثرات غير السارة التي يقيمها الفرد بأنها تفوق مصادر التكيف لديه، وتؤدي إلي اختلال في الوظائف النفسية والفسيولوجية والجسمية لدي الفرد (السعد، 2000).

ويعرف إجرائياً في هذه الدراسة بالدرجة التي تحصل عليها الأم علي مقياس التوتر الذي أعدته الزواوي (1992)، واستخدمته الباحثة في هذه الدراسة .

التكيف : العملية المستمرة التي تهدف من خلالها الفرد إلي أن يغير من سلوكه ، أو بنائه النفسي ليحدث علاقة أكثر إيجابية بينه وبين نفسه من جهة، وبين بيئته من جهة أخري (حمدى وآخرون، 1992) .

ويعرف إجرائياً في هذه الدراسة بالدرجة التي تحصل عليها الأم علي مقياس التكيف المستخدم في هذه الدراسة والذي أعده جبريل (1994)، واستخدمته الباحثة في هذه الدراسة .

الدراسات السابقة :

تنوعت الدراسات التي تناولت التوتر والتكيف النفسي لدي أسر المعاقين، واعتمدت علي أساليب سلوكية ومعرفيه مختلفة، والكثير من الدراسات والأبحاث ركزت علي حاجة الأسر إلى خدمات تدريبية إرشادية لأسر المعاقين .

1- دراســـــة : أجراها الحديدي والصمادي والخطيب (1994) بعنوان مصادر الضغوطات التي تتعرض لها أسر الأطفال المعاقين، وهل تختلف مصادر ضغوط أهالي الأطفال المعوقين باختلاف فئة إعاقة أبنائهم؟ ، وقد شملت عينة الدراسة (192) أسرة منها (144) أسرة لديها أطفال معوقين و (48) أسرة ليس لديها أطفال معوقين وأشارت نتائج الدراسة إلي أن ثمة فروقاً ذات دلالة إحصائية في مستوي الضغوط النفسية بين أسر الأطفال المعوقين من جهة، وأسر الأطفال غير المعوقين من جهة أخري ، وقد تبين أن أكثر الأسر تعرضاً للضغوط النفسية هي أسر الأطفال المختلين عقلياً، يليها أسر الأطفال المعوقين سمعياً، فأسر الأطفال المعوقين حركياً، ثم أسر الأطفال المعوقين بصرياً، كذلك بينت النتائج أن عوامل مختلفة تفسر التباين في مستوي الضغوط النفسية بين أسر الأطفال المعوقين، والأسر التي ليس لديها أطفال معوقون من جهة وبين أسر الأطفال ذوي الإحتياجات المختلفة من جهة أخري.

2- دراســـــة : إليوت وآخرون (Elliott, et al 1999) ، وهدفت إلى التحقق من العلاقة بين مهارات الأمهات في استخدام أسلوب حل المشكلات وبين التكيف لدي المعاقين، وقد تم جمع معلومات عينة الدراسة من (11) من الذكور و (55) من الإناث الذين يعتنون بالمعاقين، ودمجت هذه المعلومات مع معلومات من (38) من الذكـــور و (18) من الإناث أصيبوا بالإعاقة، وأشارت النتائج إلى أن الذين يعتنون بالمعاقين، ويستخدمون أسلوب حل المشكلات، لديهم ميول ودوافع عالية لحل المشكلات التي تترافق مع تقبل من ذوي الإعاقة ، وأشارت النتائج كذلك إلي أن خصائص المعتنين بالمعاقين ذات ارتباط عال بالتكيف مع الأشخاص المعاقين .

3- دراســـــة : جو وجورج وبيرنر (cho, George and Bernr, 2000) بعنوان التكيف مع الأطفال المعاقين، لمقارنة مستويات التكيف بين أباء وأمهات كوريين، وآباء كوريين – أمريكيين لديهم أبناء معاقين، وقد تمت مقابلة (16) أماً في كل مجموعة، قسموا إلي مجموعتين لتوضيح كيفية وصف الأمهات للأزمة التي عِشْنَها عندما أُخْبِرْنَ أن أبناهن معاقون، ووصف عمليات التكيف ومصادر التوتر والدعم ، وأظهرت الدراسة أن كلا الآباء الكوريين – والأمريكيين مــروا بخبرة عملية التحول فيما يتعلق بأفكارهم، ومعتقداتهم، ومشاعرهم نحو أطفالهم المعاقين، وأشارت النتائج كذلك إلي أن كلا المجموعتين من الأمهات أظهرت مشاعر الخجل، ولوم الذات، والأسي ، والإنكار والغضب عند معرفتهم بإعاقة أبنائهن ، وقد أشارت النتائج إلي 35% (13% من الكوريين و 22% من الكوريين - الأمريكيين) شعروا باليأس في الأشهر الأولي وأن 46% (24% من الكوريين و 22% من الكوريين الأمريكيين) أشاروا إلي أن فترة الحزن، واليأس استمرت لمدة عام، أما ما تبقي فقد أشار 13% من الكوريين و 6% من الكوريين-الأمريكيين أنهم عانوا لمدة عامين علي الأقل من المشاعر السلبية .

4- دراســـــة : قامت بها الحديدي(2001) بعنوان : مشكلات أسر الأطفال المعاقين، وهدفت التعرف إلى المشكلات التي تعاني منها الأمهات اللواتي لديهن أطفال معاقون عقلياً، ومدي اختلاف هذه المشكلات باختلاف خصائص كل من (الأسرة، الأم، والطفل المعاق عقلياً) ولتحقيق هذا الهدف قامت بتطبيق استبانة تغطي خصائص الطفل المعاق، وأسرته ، والمشكلات الاجتماعية، والنفسية، والاقتصادية التي قد تتعرض لها مثل هذه الأسرة ، وتكونت عينة الدراسة من 200 من أمهات الأطفال المعاقين الملتحقين بمراكز التربية الخاصة، وأظهرت النتائج أن أكثر المشكلات تأثيراً وحدّة هي المشكلات الاقتصادية حيث بلغت حدتها (0.63)، تليها المشكلات النفسية(0.58)، فالمشكلات الاجتماعية (0.38)، وأشارت نتائج التحليل الأحادي إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين تصور الأمهات للمشكلات التي تواجهها الأسرة، وخصائصهن المتمثلة بعمر الأم، ومستواها التعليمي ودخل الأســـــرة .

5- دراســـــة : قام بيها بروس(Bruce, 2001) بعنوان وجهات نظر الآباء والأمهات عند وجود طفل معاق في الأسرة، هدفت لمعرفة وجهات نظر الأمهات والآباء حول أثر مساعدة الآباء للأمهات في الاعتناء بالطفل المعاق داخل الأسرة، في

مستوي التوترات الأسرية والتكيف. تكونت عينة الدراسة من (60)أسرة، وتوصلت نتائج الدراسة إلي أن هناك اتفاقاً كبيراً بين الآباء والأمهات في وجهات النظر حول مساعدة الأب للأم في الاعتناء بالطفل المعاق، وظهر هذا الاتفاق في المجالات التالية: مساعدة الأب في اللعب مع الطفل المعاق، وإطعامه، وتربيته، وتنظيم خدماته، ومعظم الأمهات أظهرن ارتياحاً لمدي مساعدة الآباء داخل المنزل، وأظهرت النتائج كذلك أن هناك علاقة إيجابية قوية بين مساعدة الآباء وبين انخفاض مستوي التوترات، ومستوي التكيف لدي الأسرة .

6- دراســـــة : كريك وسوان (Graig and Swan, 2002) وهدفت إلى الكشف عن أثر الإعاقة على التوترات الأسرية، وإلى معرفة مدى تأثير وجود طفل معاق في الأسرة في مستوي التوترات النفسية للوالدين ، وتكونت عينة الدراسة من (22) من الآباء الذين لديهم أطفال معاقون، و(11) من الآباء الذين لديهم أطفال معاقون ، ودلت النتائج أن الوالدين الذين لديهم أطفال معاقون يعانون من مستوي عالٍ من الضغوط النفسية مقارنة بالوالدين الذيم ليس لديهم أطفال معاقون ، وقد صنف الباحثان مصادر الضغوط كما ذكرها الآباء الذين ليس لديهم أطفال معاقون كما يلي :

- تلبية احتياجاتهم الخاصة.
- وتلبية احتياجات الأطفال .
- عدم توافر وقت للعلاقات الاجتماعية، والمصادر المالية، ومتطلبات الوظيفة.

بينما رتبها آباء الأطفال المعاقين كما يلي :

- المشكلات المالية.
- متطلبات الوظيفية .
- العلاقات الاجتماعية.
- المشكلات الأسرية.
- تلبية احتياجات أطفالهم وتلبية احتياجاتهم الخاصة .

7- دراســـــة: نوجين وولاندر (Noojin and Wallander, 2004) ، وهدفت إلى معرفة مدي مساهمة مهارات إدراك حل المشكلات في التكيف لأمهات الأطفال المعاقين، ومدي ارتباط التوتر بالإعاقة، وتجنب المواجهة ، وتكونت عينة الدراسة من (16) أماً لأطفال معاقين أعمارهم تتراوح بين (2 و 20) عاماً، وأظهرت النتائج أن تقييم الأمهات لارتباط التوتر مع الإعاقة كان مرتفعاً في تقاريرهن عن سوء التكيف، وأظهرت النتائج كذلك أن الكفاءة في استخدام حل المشكلات ترتبط بالتكيف الجيد،

وقد ظهر جزء من العلاقة من خلال أسلوب المواجهة للأمهات، كالثقة بأن استخدام أسلوب حل المشكلات، يزيد من احتمالية اختيار أساليب موجهة تكيفية عند مواجهة توترات لها علاقة بالإعاقة ، وكذلك أظهرت النتائج أن مهارات حل المشكلات تسهم بشكل كبير في مواجهة التوترات الناجمة عن الإعاقة، وأساليب التكيف وزيادة وعي وخبرة الأمهات في المشكلات القادمة .

من خلال استعراض الدراسات السابقة، نلاحظ أن معظم الدراسات السابقة استخدمت أساليب مختلفة ومتنوعة في التعامل مع الإعاقة، ومعظم الدراسات أشارت إلى

ـ أن الإعاقة تزيد من مستوى التوتر النفسي، وتقلل مستوى التكيف، إلا أن الأساليب التي استخدمت في الدراسات ساعدت على تخفيف التوتر وزيادة التكيف . وأكّدت الدراسات كذلك علي أهمية استخدام البرامج التدريبية الإرشادية للأســـر وأهمية تلك البرامج في خفض التوتر وتحسين التكيف.

إجراءات الدراســـــة

مجتمع الدراسة وعينتها :

تكوّن مجتمع الدراسة من جميع أمهات الأطفال المعاقين الذين يراجعـــون مركز أصدقاء المعاقين في مدينة بنغازي والبالغ عددهن (75) أماً . وأما عينة الدراسة فقد تكونت من (30) أماً تم اختيارهن بالطريقة العشوائية ، حيث قامت الباحثة بتطبيق مقياس التوتر النفسي كقياس قبلي علي جميع أفراد مجتمع الدراسة، وقد اعتبرت الأمهات اللواتي حصلن علي علامة مرتفعة بأنهن يعانين من التوتر النفسي، وقامت الباحثة كذلك بتطبيق مقياس التكيف كقياس قبلي علي جميع أفراد مجتمع الدراسة، وقد اعتبرت الأمهات اللواتي حصلن علي علامة متدنية بأنهن يعانين من انخفاض التكيف، حيث تم اختيار(30) أماً ممن حصلن علي درجات مرتفعة علي قياس ودرجات منخفضة علي مقياس التكيف وتم تقسيمهن إلي مجموعتين بطريقة عشوائية، مجموعة تجريبية تكونت من (15) أماً تعرضن لبرنامج تدريبي علي حل المشكلات ومجموعة ضابطة تكونت من (15) أماً لم يتعرضن للتدريب.

الإجـــــــــراءات :

قامت الباحثة بالإجراءات الآتية :

ـ اختيار مركز أصدقاء المعاقين بالطريقة العشوائية ، تم إعلام الأمهات عن برنامج تدريب علي حل المشكلات لخفض التوتر وتحسين التكيف.

ـ ثم تم تطبيق أداتي الدراسة مقياس التوتر، ومقياس التكيف علي أمهات الأطفال المعاقين البالغ عددهن(75) أماً .

ـ كانت الباحثة تلتقي بهن مرة واحدة في الأسبوع بمعدل ساعة واحدة، ويتم تدريبيهن علي مهارات حل المشكلات، وتقسيم الأمهات اللواتي حصلن علي علامات مرتفعة في مقياس التوتر، والأمهات اللواتي حصلن علي علامات متدنية في مقياس التكيف إلي مجموعتين: مجموعة تجريبية مكونة من (15) أماً، ومجموعة ضابطة مكونة من (15) أماً، لم تلتق الباحثة بهن ولم يتلقين أي تدريبات علي حل المشكلات وإنما وضعن علي قائمة الانتظار، وتم تطبيق البرنامج لمدة |(8) أسابيع، مدة كل جلسة (60) دقيقة وبعد الانتهاء من تطبيق البرنامج التدريبي قامت الباحثة بالتطبيق البعدي لأداتي الدراسة علي المجموعتين التجريبية والضابطة .

أدوات الدراسة :

مقيــاس التوتــر النفسي :

استخدمت الباحثة مقياس التوتر الذي طورته الزواوي (1992)، ويتألف المقياس من (35) فقرة تقيس التوتر بأبعاده الفرعية الثلاثة: الفسيولوجية، والمعرفية، والنفسية، حيث استخرجت الدرجة الكلية للمقياس بجمع الدرجات التي تشكل مستويات التوتر النفسي علي المقياس، وتراوحت الدرجة الكلية علي المقياس بين (0-70)، حيث مثلث الدرجة صفر الحد الأدنى، والدرجة (70) الحد الأعلى، والدرجات العالية علي المقياس أشارت إلي ارتفاع مستوي التوتر النفسي. وقامت زواوي (1992 م) باستخراج صدق المقياس من خلال عرضه علي (15) محكماً من أعضاء هيئة التدريس في جامعة بنغازي، وحسبت الثبات بطريقة الاتساق الداخلي علي عينة عددها(34) طالبة باستخدام معادلة كرونباخ ألفا وكانت قيمة الثبات تساوي (0.90) وللتحقق من صدق المقياس قامت الباحثة باستخراج صدق المحكمين من خلال عرض المقياس علي عشرة من المحكمين، المختصين في مجال الإرشاد والتربية الخاصة، واستخرجت الباحثة الثبات باستخدام معادلة كرونباخ ألفا، وكانت قيمة معامل الثبات تساوي (0.85) علي عينة مكونة من (30) أماً يعنين من حالة التوتر النفسي من غير أفراد عينة الدراسة .

مقياس التكيف النفسي :

استخدمت الباحثة مقياس التكيف النفسي الذي أعده جبريل (1994) وتكون الاختبار من (40) فقرة تقيس أربعة أبعاد فرعية هي : البعد الشخصي ، والبعد

الانفعالي، والبعد الأسري ، والبعد الاجتماعي، وقام جبريل (1994) بالتحقق من صدق الأختبار بعرضه علي مجموعة من المحكمين المختصين بالتربية وعلم النفس، واستخراج معامل الثبات بطريقة إعادة الاختبار بفاصل زمني مدته أسبوعين، وبلغ معامل الثبات (0.94) .

وقامت الباحثة بإجراء الصدق المنطقي للاختبار، وذلك من خلال عرضه علي عشرة من المحكمين المختصين في مجال الإرشاد والتربية الخاصة، وقد أخذت الباحثة بملاحظات المحكمين واستخرجت الدرجة الكلية علي المقياس بجمع الدرجات التي مثلت مستوي التكيف النفسي في فقرات المقياس، وتراوحت الدرجة الكلية علي المقياس بأكمله من (40-120) درجة، حيث مثلت الدرجة (40) الحد الأدنى من التكيف النفسي، في حين مثلت الدرجة (120) الحد الأعلى، وقامت الباحثة باستخراج معامل ثبات المقياس باستخدام معادلة كرونباخ ألفا حيث بلغت قيمة الثبات (0.87) من خلال تطبيقه علي (30) أماً .

برنامج التدريب علي حل المشكلات :

قامت الباحثة – لأغراض الدراسة الحالية- ببناء برنامج تدريبي لحل المشكلات وخفض التوتر النفسي، وتحسين التكيف لدي أمهات الأطفال المعاقين، مكون من ثماني جلسات مدة كل جلسة (60) دقيقة، وقد قامت الباحثة بإجراء صدق منطقي للبرنامج من خلال عرضه علي عشرة من المختصين في مجال الإرشاد النفسي والتربية الخاصة، وتم الأخذ بآراء المحكمين، وقد تكون البرنامج من الجلسات الآتية :

الجلسة الأولي : تمهيد وتعارف، وتهدف إلي مساعدة الأمهات علي تخفيض مستوي التوترات النفسية .

الجلسة الثانية : استراتيجية حل المشكلات، وتهدف إلي تعريف الأمهات باستراتيجية خفض التوتر وتحسين التكيف .

الجلسة الثالثة : تحديد المشكلة، وتهدف إلي تدريب الأمهات علي تحديد المشكلة، وإزالة المعوقات للمشكلة .

الجلسة الرابعة : اختيار الهدف، وتهدف إلي توضيح معني اختيار الهدف وتدريب الأمهات علي كيفية اختيار الأهداف .

الجلسة الخامسة : مهارة توليد البدائل، وتهدف إلي تدريب الأمهات علي توليد بدائل للمشكلة .

الجلسة السادسة : مهارة موازنة البدائل، وتهدف إلي مناقشة موازنة البدائل وتدريب الأمهات علي كيفية موازنة البدائل .

الجلسة السابعة : مهارات اتخاذ القرار، وتهدف إلي تدريب الأمهات علي بناء قررات للمشكلة وتنفيذها .

الجلسة الثامنة : ختامية تقويمية، تهدف إلي تلخيص أهم مهارات البرنامج، وتقييم فعالياته .

تصميم الدراســــــة :

تعتبر الدراسة الحالية دراسة تجريبية، فقد هدفت إلي التعرّف إلي أثر التدريب علي أسلوب حل المشكلات في خفض التوتر النفسي وتحسين التكيف لدي أمهات المجموعة التجريبية مقارنة بأمهات المجموعة الضابطة .

وقامت الدراسة بفحص أثر المتغير المستقل وهو (برنامج التدريب علي حل المشكلات) علي المتغيرين التابعين وهما التوتر النفسي والتكيف النفسي وحسب التصميم التالي :

المجموعة التجريبية : تعيني عشوائي – قياس قبلي – برنامج تدريبي – قياس بعدي .

المجموعة الضابطة : تعين عشوائي – قياس قبلي – لا معالجة – قياس بعدي .

النتائـــــج :

هدفت هذه الدراسة إلي التعرف على أثر التدريب علي أسلوب حل المشكلات في خفض التوتر وتحسين التكيف لأسر المعاقين، وسيتم عرض نتائجها بناء علي فرضيات الدراسة .

نتائج الفرضية الأولي :

نصت الفرضية الأولي علي أن : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى(α= 0.05) بين متوسطات درجات أمهات المجموعتين التجريبية والضابطة علي مقياس التوتر وأبعاده الفرعية تعزي للبرنامج .

ويبين الجدول (1) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمقياس التوتر النفسي علي القياسين القبلي والبعدي .

جدول (1) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية القبلية والبعدية الخام والمتوسطات الحسابية البعدية المعدلة والأخطاء المعيارية للمجموعتين التجريبية والضابطة لمقياس التوتر النفسي للدرجة الكلية والأبعاد الثلاثة الفسيولوجي والمعرفي والنفسي

	المجموعة	القبلي		البعدي		البعدي معدل	
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الخطأ المعياري

التوتر الكلي	التجريبية	45.3	3	28.6	6.3	29.25	1.15
	الضابطة	48.1	4.6	45.7	7.9	44.82	1.15
البعد الفسيولوجي	التجريبية	13.5	3.8	14.1	2.9	13.94	1.04
	الضابطة	14.8	3.3	14.3	1.9	14.73	1.04
البعد المعرفي	التجريبية	18	3.5	4.3	2.3	3.68	0.87
	الضابطة	17.8	2.5	16.1	2.9	17.59	0.87
البعد النفسي	التجريبية	14.8	5.6	10.2	3.6	10.47	0.84
	الضابطة	15.5	3	15.3	2.3	14.53	0.84

وللتحقق من أن الاختلاف بين المتوسطات دال إحصائياً تم استخدام التباين المصاحب المتعدد (MANCOVA)، والجدولان رقم (2 و3) يوضحان نتائج تحليل التباين المصاحب المتعدد.

جدول (2) نتائج تحليل التباين المصاحب المتعدد للمجموعتين التجريبية والضابطة

	قيمة ولكس لامبدا	قيمة ف	مستوي الدلالة
القبلي	0.16	31.30	0.000
المجموعة	0.14	37.64	0.000

يتبين من الجدول أن تحليل التباين المصاحب المتعدد أظهر وجود فروق ذات دلالة بين المجموعتين التجريبية والضابطة في درجات مقياس التوتر بشكل عام فقد بلغت قيمة ف 37.64 ومستوي الدلالة (0.000) ، ولفحص أثر البرنامج التدريبي في الدرجة الكلية والأبعاد الفرعية للتوتر حسبت نتائج تحليل التباين المصاحب الأحادي والمستخرج من نتائج تحليل التباين المصاحب المتعدد، والجدول (3) يبين النتائـج .

الجدول (3) نتائج تحليل التباين المصاحب الأحادي للفروق بين متوسطات المجموعتين التجريبية والضابطة لمقياس التوتر النفسي بدرجته الكلية والأبعاد الفرعية الثلاثة : الفسيولوجي والمعرفي والنفسي.

	المتغير المصاحب	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوي الدلالة
المجموعة	الدرجة الكلية	203.84	1	203.84	40.13	*0.000
	الفسيولوجي	1.15	1	1.15	0.19	0.775
	المعرفي	525.28	1	525.28	113.50	*0.000
	النفسي	87.11	1	87.11	9.81	*0.004
الخطـــأ	الدرجة الكلية	137.13	27	5.08		
	الفسيولوجي	161.37	27	5.98		
	المعرفي	124.96	27	4.63		
	النفسي	239.88	27	8.88		
الكلـــي	الدرجة الكلية	6884.97	29			
	الفسيولوجي	168.17	29			

	المعرفي	1406.97	29			
	النفسي	415.50	29			

(α = 0.05)

يتبين من الجدول أن الفروق بين المتوسطات لمقياس التوتر(الدرجة الكلية) بلغت مستوي الدلالة الإحصائية (ف) (40.13) ومستوي الدلالة (0.000) حيث كانت الفروق لصالح الأمهات اللواتي تلقين برنامجا تدريبيا ، كذلك يتبين من الجدول أن الفروق بين المتوسطات لمقياس التوتر النفسي (البعد الفسيولوجي) لم تبلغ مستوي الدلالة الإحصائية، حيث بلغت قيم الإحصائي (ف) (0.19) ومستوي الدلالة (0.000)، كذلك يتبين أن الفروق بين المتوسطات لمقياس التوتر النفسي (البعد المعرفي) بلغت مستوي الدلالة الإحصائية (ف) (113.50) ومستوي الدلالة (0.000)، وكذلك يتبين أن الفروق بين المتوسطات لمقياس التوتر النفسي (البعد النفسي) بلغت مستوي الدلالة الإحصائية (ف) (9.81) ومستوي الدلالة (0.000)، حيث كانت الفروق كانت لصالح أمهات المجموعة التجريبية اللواتي تلقين برنامج تدريبي لحل المشكلات لخفض مستوي التوتر وتحسين مستوي التكيف حيث انخفض مستوي التوتر النفسي لديهن علي البعدين المعرفي والنفسي .

نتائج الفرضية الثانية :

نصت الفرضية الثانية علي أنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوي (α= 0.05) بين متوسطات درجات أمهات المجموعتين التجريبية والضابطة علي مقياس التكيف وأبعاده الفرعية تعزي للبرنامج .

يبين الجدول (4) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمقياس التكيف علي القياس القبلي والبعدي .

جدول (4) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية القبلية والبعدية الخام والمتوسطات الحسابية البعدية المعدلة والأخطاء المعيارية للمجموعتين التجريبية والضابطة لمقياس التكيف، والدرجة الكلية والأبعاد الفرعية : الشخصي، والانفعالي ، والأسري ، والاجتماعي .

	المجموعة	القبلي		البعدي		البعدي معدل	
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الخطأ المعياري
الدرجة الكلية	التجريبية	72	7.1	88.7	10.1	79.73	1.15
	الضابطة	78.7	9.3	77.7	8.9	62.39	1.15
الشخصي	التجريبية	10.9	5.2	21.8	4.2	20.25	1.11
	الضابطة	12.7	4.8	12.6	2.5	12.49	1.11
الانفعالي	التجريبية	16.6	3.8	20.1	3	16.99	1.21
	الضابطة	16.8	5.6	16.7	3.6	9.75	1.21
الأسري	التجريبية	22.6	6.8	25.5	4.6	24.15	2.34

	الضابطة	25.3	2.9	25.1	4.7	26.38	2.34
الاجتماعي	التجريبية	21.9	2.4	21.3	7.7	22.35	3.55
	الضابطة	23.9	8.6	23.3	7.9	22.25	3.55

وللتحقق من أن الاختلاف بين المتوسطات دال إحصائياً تم استخدام تحليل التباين المصاحب التعدد (MANCOVA) والجدولان (5 و6) يوضحان نتائج التباين المصاحب المتعدد.

جدول (5) نتائج التباين المصاحب المتعدد للمجموعتين التجريبية والضابطة :

	قيمة ولكس لامبدا	قيمة ف	مستوي الدلالة
القبلي	0.77	1.36	0.274
المجموعة	0.42	6.43	*0.001

يتبين من الجدول أن تحليل التباين المصاحب المتعدد أظهر وجود فروق ذات دلالة بين المجموعتين التجريبية والضابطة في درجات مقياس التوتر بشكل عام فقد بلغت قيمة ف (6.43) ومستوي الدلالة (0.000) .

ولفحص أثر البرنامج التدريبي في الدرجة الكلية والأبعاد الفرعية للتكيف حسبت نتائج تحليل التباين المصاحب الأحادي والمستخرج من نتائج تحليل التباين المصاحب المتعدد ، والجدول (6) يبين النتائج .

	المتغير المصاحب	مجموعة المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوي الدلالة
المجموعة	الدرجة الكلية	839.67	1	849.67	11.40	*0.002
	الشخصي	98.82	1	98.82	8.41	*0.007
	الانفعالي	314.44	1	314.44	27.49	*0.000
	الأسري	24.91	1	24.91	1.18	0.288
	الاجتماعي	8.33	1	8.33	0.14	0.716
الخطـــأ	الدرجة الكلية	2013.20	27	84.56		
	الشخصي	317.26	27	11.75		
	الانفعالي	308.79	27	11.44		
	الأسري	573.23	27	21.20		
	الاجتماعي	1659.94	27	61.48		
الكلي	الدرجة الكلية	9346.97	29			
	الشخصي	122.97	29			
	الانفعالي	1682.97	29			
	الأسري	311.87	29			
	الاجتماعي	1730.30	29			

*** ($\alpha = 0.05$)**

يتبين من الجدول أن الفروق بين المتوسطات لمقياس التكيف (الدرجة الكلية) بلغت مستوي الدلالة الإحصائية فقد بلغت قيمة (ف 11.40) ومستوي الدلالة

(0.002)، حيث كانت الفروق لصالح أمهات المجموعة التجريبية اللواتي تلقين برنامج تدريبي ، وأن الفروق بين المتوسطات لمقياس التكيف (البعد الأول، الشخصي) بلغت مستوي الدلالة الإحصائية، (ف) (8.41) ومستوي الدلالة (0.007)، وكذلك أن الفروق بين المتوسطات لمقياس التكيف (البعد الانفعالي) بلغت مستوي الدلالة الإحصائية (ف) (27.49)، وكذلك يتبين من الجدول (6) أن الفروق بين المتوسطات لمقياس التكيف (البعد الأسري) لم تبلغ مستوي الدلالة الإحصائية (ف) (1.18)، والفروق بين المتوسطات لمقياس التكيف (البعد الاجتماعي) لم تبلغ مستوي الدلالة الإحصائية (ف) (0.14)، حيث لم تكن الفروق لصالح أمهات المجموعة التجريبية اللواتي تلقين برنامج تدريبي لحل المشكلات، حيث لم يتحسن مستوي التكيف لديهن علي البعدين الأسري والاجتماعي.

المناقشة والتوصيـــات :

هدفت هذه الدراسة إلي معرفة أثر التدريب علي أسلوب حل المشكلات في خفض التوتر وتحسين التكيف لأمهات المعاقين، وقد ظهرت النتائج أن التدريب علي حل المشكلات كان فعالاً في خفض مستوي التوتر للمجموعة التجريبية الضابطة، وهذه النتيجة تتفق مع نتائج دراسة كل من (الحديد وآخرون، 1994) ودراسة كير ومكنتوش (Kerr and Mcintosh, 2000) ودراسة (ملكوش ويحي، 1995) فقد أشارت نتائج هذه الدراسات إلي أثر الإعاقة عي مستوي التوتر لدي الأمهات، وأظهرت نتائج تحليل التباين المصاحب المتعدد (للبعد الفسيولوجي) :

إن الفروق بين المجموعتين لم تبلغ مستوي الدلالة الإحصائية، ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن الأعراض الجسمية في حالة التوتر التي تظهر عن الأمهات كزيادة ضربات القلب ، والتعرق، والارتجاف ، تحتاج إلي تدريبات مستمرة ومكثفة، وإلي فترة زمنية أطول من فترة البرنامج التدريبي، وأظهرت نتائج تحليل التباين المصاحب المتعدد للبعد الثاني (المعرفي) : أن الفروق بين المتوسطات بلغت مستوي الدلالة الإحصائية.

وأظهرت نتائج تحليل التباين المصاحب المتعدد للبعد الثالث (النفسي) أن الفروق بين المتوسطات بلغت مستوي الدلالة الإحصائية .

ويمكن تفسير هذه النتيجة إلى الاستراتيجيات والمهارات التي استخدمها البرنامج التدريبي، حيث استخدم فيها أساليب مثل المناقشة، والواجبات المنزلية، ولعب الدور، وكيفية التعامل مع التوتر، وهذه الأساليب قد أسهمت في مساعدة الأمهات علي

التخلص من مشاعر التوتر، حيث كانت الباحثة تقوم في كل جلسة بشرح المهارة للأمهات ومناقشتها، وتعزز الأفكار الإيجابية تفند الأفكار السلبية، وتقسم الأمهات إلي مجموعات صغيرة للتدريب سلوكياً علي المهارة.

أما فيما يتعلق بالفرضية الثانية أظهرت تحليل التباين المصاحب المتعدد أن الفروق بين المجموعتين قد بلغت مستوي الدلالة، فقد أظهر أفراد المجموعة التجريبية تحسناً في مستوي التكيف مقارنة بالمجموعة الضابطة علي الدرجة الكلية للمقياس، وهذه النتيجة تتفق مع نتائج دراسة نوجين وولاندر(Noojin and Wallander, 2004)، ودراسة إليوت وآخرون (Elliot et, 1999) ودراسة (الزريقي، 2000)، ودراسة بريستر وكلم (Priester and Clum, 2002)، التي أشارت نتائجها إلي أثر التدريب الإرشادي علي أسلوب حل المشكلات الذي يستخدم التدريبات علي مهارات خفض التوتر وتحسين التكيف .

أظهرت نتائج تحليل التباين المصاحب المتعدد، أن الفروق بين المجموعتين للبعدين الشخصي والانفعالي بلغت مستوي الدلالة الإحصائية، ويمكن تفسير أن النتائج كانت ذات دلالة إحصائية علي البعدين الشخصي والانفعالي، إلي التدريبات التي تضمن برنامج التدريب، حيث تم تدريب الأمهات اللواتي لديهن أطفال معاقون، علي كيفية التعامل مع المشكلات اللواتي يواجهونها مع الطفل والأسرة، فالتدريبات تتضمن تنظيم الأساليب المعرفية الفكرية لدي الأمهات، في التعامل مع المشكلة ضمن خطوات متسلسلة، حيث يعلم هذا الأسلوب الأم كيف تحدد مشكلتها، وتحدد نوعية التوترات وكيفية التعامل معها، وكيف تتعلم الأم تحديد أهدافها، وتدريبها علي كيفية رؤية المشكلة، وتحديد المشاعر، والرغبة في التغيير، ثم تعلم الأم أن هناك بدائل كثيرة لحل المشكلة، ثم كيف تختار البديل المناسب ، إن تزويد الأمهات بمثل هذه المهارات التي تفتقر إليها الأمهات أدي إلي خفض مستوي ضغوطات الأمهات وتحسين مستوي تكيفهن - أيضاً - .

إن دور البرنامج التدريبي للمجموعة التجريبية التي تعرضت للتدريب قد كان أحد العوامل المساعدة في النتيجة التي توصلت الباحثة إليها .

أظهرت نتائج تحليل التباين المصاحب المتعدد، أن الفروق بين المجموعتين للبعدين الأسري والاجتماعي لم تبلغا مستوي الدلالة الإحصائية، ويمكن تفسير تلك النتيجة أن الأمهات قد أتقن التدريبات والمهارات داخل الجلسات الإرشادية، إلا أن تطبيقها مع

الأسرة أو مع أفراد المجتمع يحتاج إلي فترة زمنية أطول، حتي تصبح هذه المهارات جزءاً من سلوكيات الأمهات ومن ثم القيام بتطبيقها في الحياة اليومية.

وتري الباحثة في ضوء النتائج التي توصلت إليها الدراسة، أن مشكلة العناية بالأمهات اللواتي لديهن أطفال معاقون ما تزال موجودة وحاضرة في معظم مراكز التربية الخاصة، فالتركيز في معظم هذه المراكز ينصب علي المعاق وكيفية تأهيله، وهذا جانب واحد لا يحل المشكلة، لأن الأسرة سواء الأب أو الأم أو الأخوة يعانون نفسياً وجسدياً وانفعالياً لوجود طفل معاق، لذا توصي الدراسة بتخصيص وحدات داخل مراكز الإعاقة للإرشاد الأسري لذوي المعاقين، وتدريب العاملين في مراكز الإعاقة علي دورات متخصصة في الإرشاد الأسري، وتصميم برامج إرشاد جمعي تستند إلي نظريات الإرشاد النفسي في إرشاد أسر المعاقين .

الهوامـــــــش:

1. Bailey, Donald B.; Skinner, Debra; Correa, Vivian Ivonne. (1999) Needs and supports reported by Latin families of young children with developmental disabilities. American Journal on Mental Retardation V. 104 No. 5 p.437-51.
2. Barry, T., Klinger, L., Lee, J., Palardy, N., Gilmore, T., & Bodin S . .(2003)
3. السرطاوي، زيدان والشخص عبد العزيز (1998) بطارية قياس الضغوط النفسية وأساليب المواجهة والاحتياجات الأولياء أمور المعوقين (دليل المقاييس)، دار الكتاب الجامعي العين الإمارات العربية المتحدة.
4. Examining the effectiveness of an outpatient clinic-based social skills group for high-functioning children with autism. Journal of Autism and Developmental
5. Disorders, 33, 685-701
6. حنفي، علي (2008) واقع الخدمات المساندة للتلاميذ المعوقين سمعياً وأسرهم والرضا عنها في ضوء بعض المتغيرات من وجهة نظر المعلمين والآباء، المؤتمر العلمي الأول لقسم الصحة النفسية، جامعة بنها في الفترة من 15- 17/7/ 2007.
7. البشيتي، نضال، وعبدات، روحي (2006) مستوى رضا أولياء أمور الأطفال المعوقين عن خدمات التأهيل المهني المقدمة لأبنائهم في مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية، المجلة العربية للتربية الخاصة، العدد التاسع.
8. Birenbaum, A., & Cohen, H. (1993). Mini-symposium: Helping families. Mental Retardation, 31, 67-74

9. Bitterman, Amy, Daley, Tamarı, Misra, Sunil, Carlson, Elaine, and Markowitz, Joy. (2008). A National Sample of Preschoolers with Autism Spectrum Disorders: Special Education Services and Parent Satisfaction. Journal of Autism & Developmental Disorders; Sep2008, Vol. 38 Issue 8, p1509-1517
10. Bryson, S., Rogers, S., & Fombonne E. (2003). Autism spectrum disorders: Early detection, intervention, education, and psychopharmacological management. Canadian Journal of Psychiatry, 48, 506-516.
11. Burton, D. ((2002). The autism epidemic- is the NIH and CDC response adequate? Opening Statement Chairman Dan Burton, Committee on Government reform. Washington, DC.
12. Carey, B. (2004). To treat autism, parents take a leap of faith. The New York Times.
13. الوابلي، عبد الله (1996) واقع الخدمات المساندة ومدى أهميتها من وجهة نظر العاملين في معاهد التربية الفكرية بالمملكة العربية السعودية، مجلة كلية التربية جامعة عين شمس العدد العشرون (ج2)، ص ص 232-191.
14. Covert, S. B. (1995). Supporting families. In J. Nisbet (Ed.), Natural support in school, at work, and in the community for people with severe disabilities, pp. 121- 163. Baltimor: Brookes.
15. Dahle, Karen Bowen (2003) Early Childhood Special Education Services to Include Young Children with Autism in the General Classroom. Early Childhood Education Journal, Vol. 31, No. 1,
16. Dahle, Karen Bowen (2003). Services to Include Young Children with Autism in the General Classroom Early Childhood Education Journal, Vol. 31, No. 1
17. DeStefanso, D. M., Howe, A. G., Horn, E. H., & Smith, B. (1991). Best practices in early childhood special education. Tucson, AZ Communication Skill Builders.
18. Dunlop, G., Robbins, F. R., and Rule, S. (1994). Parents' reports of their children's challenging behaviors: results of a statewide survey. Mental Retardation, 32, 206- 212.
19. الحديدي، منى الصهادي ، جميل الخطيب جمال، " الضغوط التي تتعرض لها أسر الأطفال المعوقين"، مجلة دراسات (العلوم الإنسانية)، 1994، 21(1)، 7-34
20. Fombonne, E. (2003). Epidemiological surveys of autism and other pervasive developmental disorders: An update. Journal of Autism and Developmental Disorders, 33, 365-382
21. Freeman, B. J. (1999). Diagnosis of the syndrome of autism: Questions parents ask. Bethesda, MD: Autism Society of America.