أثر البرنامج المنزلي لتثقيف الأمهات (البورتج) في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً

د. قحطان أحمد الظاهر
جامعة عمان الأهلية - الأردن

أ. شهريار سلامة الرواشدة
جامعة عمان الأهلية - الأردن

الملخص

هدفت هذه الدراسة إلى بيان أثر تدريب الأمهات على برنامج (البورتج) في خفض الضغوط النفسية التي تعاني منها أمهات الأطفال المعاقين عقلياً.

تكونت أفراد الدراسة من (٣٠) أماً ممن كن على قائمة الانتظار وحصلن على ١٢٠ فما فوق على مقياس الضغوط النفسية، وقد قسم أفراد الدراسة إلى مجموعتين: تجريبية وقدرها (١٥) أما تدربن على برنامج البورتج، وضابطة وقدرها (١٥) أُمّاً لم يتم تدريبهن على البرنامج، وتم إجراء الدراسة في خلال العام ٢٠٠٦ في الفترة الواقعة بين شهر آذار/٢٠٠٦ وحزيران /٢٠٠٦ واستمر البرنامج مدة شهرين وشهراً للمتابعة.

تم استخدام مقياس الضغوط النفسية (للسرطاوي والشخص). وتم تحليل البيانات باستخدام (t) لإيجاد الفروق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية.

أظهرت نتائج الدراسة:

وجود أثر دال إحصائياً بعد تطبيق البرنامج بين متوسطي درجات الأمهات على مقاييس الضغوط النفسية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة لصالح التجريبية.

عدم جود أثر دال إحصائياً بعد تطبيق البرنامج بين متوسطي درجات الأمهات على مقاييس الضغوط النفسية للمجموعة التجريبية بين القياس البعدي والمتابعة بعد شهر من انتهاء التطبيق.

المقدمة والإشكالية:

تشكل الإعاقة عبئاً كبيراً على كاهل الأسرة والدولة والمجتمع بشكل عام،

لذلك نجد اهتماماً كبيراً من حيث البرامج والأبحاث والدراسات التي تطرقت إلى الإعاقة من جذورها، والاهتمام المبكر في رعاية المعاقين وتأهيلهم وتخفيف الضغوط التي تسببها الإعاقة.

وقد يسبب وجود طفل معاق في الأسرة أكبر ضغط،، وتكون الصدمة أكبر بالنسبة للوالدين وخصوصا تحمل المسئولية للطفل المعاق والذي غالبا ما يقع على كاهل الأم، وفي حالة الطفل المعاق عقليا قد يكون الضغط أكبر فالطفل غالبا ما يعتمد اعتماداً كلياً على الأهل ولأن هذا الحدث غير متوقع،فإن الأهل يحتاجون إلى دعم وعمل برامج إرشادية لكيفية التعامل مع أبنائهم للتخفيف من الضغط الواقع عليهم.

وأشارت بخش (٢٠٠٢) إلى أن المصدر الأساسي للضغوط هو القصور الشديد في الخدمات المقدمة لأسر الأطفال المعاقين عقليا. وأكثر الأمهات تعاني من ضغط شديد بسبب الأعمال والجهد الذي يتطلبه وجود طفل معاق في المنزل وخصوصاً لعدم قدرته على الاعتناء بنفسه مثل النظافة الشخصية ونظافة البيت أثناء تناول الطعام وعدم قدرته على التمييز بين الأشياء الضارة والسامة والألعاب الخطيرة والتي تسبب له الأذى مما يؤدي بالعائلة إلى الشعور بالفوضى والغضب وعدم تحمل التصرفات التي يقوم بها المعاق.

أشار ميتلر وماكوناش Mittler & Mcconachie,1983:19 (6-197) إلى أن أكثر الأحداث الضاغطة التي تواجهها الأم هي اضطرارها لترك العمل بسبب الوقت الإضافي الذي يحتاجه الابن المعاق عقليا للرعاية مما يسبب أعباء مادية أيضا.

وأوضحت **جميل** (١٩٩٨) على الرغم من الآثار السلبية للضغط من الناحية النفسية والاجتماعية والجسمية، وعلى علاقة الإنسان ببيئته، وطرق تعامله مع الآخرين إلا أنه يمكن مواجهة الضغوط من خلال برامج تعد خصيصا لذلك.

ولا يوجد أفضل من أن يكون أحد أفراد الأسرة هو المسئول عن تعليم ابنه وتقديم الدعم والتدريب المناسب له من خلال برامج التدخل المبكر وتدريب الأم التي تعد المسئول الأول عن طفلها والأكثر قربا له لتكون أكثر قدرة والبديل عن المدرس لطفلها وخصوصا في مراحله الأولى قبل دخوله المدرسة مما يخفف الضغوط التي تشعر بها من وجود طفل معاق في أفراد أسرتها وإحساسها باعتماده على نفسه وإزالة الخوف الدائم في قلبها من المستقبل.

ولهذا نرى الأم تسعى بكل جهد لأن تتعلم ما يساعدها على أن تكون المدرسة الأولى لطفلها لتقلل من ضغوطها فإحساسها بقدرتها على تعليم طفلها يجعلها تخفف كل ما تشعر به من توتر.

وأمهات الأطفال المعاقين عقلياً بأمس الحاجة إلى برامج تدريبية لتخفيف الضغوط عليهن.

أشار (**مرسي، ب.ت**) في هذا الصدد إلى برنامج يقوم على أساس رعاية الطفل وهو يعيش في أسرته وهو برنامج مرتكز على الأسرة Home based programs عن طريق الاختصاصي الذي يقوم بإرشاد الوالدين وتبصيرهما بالبرنامج وتشجيعهما على تنفيذ واجباتهما ومتابعة استفادة الطفل منه ويُعد تدريبهما على البرنامج وإكسابهما المهارات والخبرة في معاملة الطفل وحمايته من المهام الأساسية التي يقوم بها الأخصائي الزائر. ومن برامج الرعاية في المنزل الجيدة "مشروع بورتج Portage Project الذي يستخدم بولاية وينسكن الأمريكية الذي يهدف إلى تدريب الأم على تعليم الطفل ٤٥٠ سلوكا موزعة على مجالات: رعاية النفس - القدرات المعرفية - اللغة والنطق التوافق الاجتماعي - المهارات الحركية ويقوم البرنامج على تعاون الوالدين مع الأخصائي الزائر، الذي يزور الأسرة مرة في الأسبوع للإرشاد ومتابعة استفادة الطفل من البرنامج، وبعض الأنشطة اللازمة للطفل كل أسبوع ويبين للوالدين كيف يقدمانها له وكيف يتعاملان معه لإشباع حاجاته وميوله وتنميته مفهوم الذات

الإيجابي عنده بعد متابعة هذا البرنامج لعدة سنوات تبين نجاحه في تنمية كثير من الأطفال الذين كانوا يعانون من التخلف العقلي البسيط.

إن الضغوط الكبيرة التي تعاني منها الأسرة وخاصة الأمهات هي التي دفعت الباحثة لاختبار برنامج البورتج لتدريب أمهات الأطفال المعاقين عقليا واختبار مدى فاعليته في خفض الضغوط النفسية.

مشكلة الدراسة:

إن أم المعاق تعاني من كثير من الضغوط الكبيرة التي تؤثر فيها وفي أسرتها،وقد تكون هذه المعاناة من قصور فهمها للتعامل مع الإعاقة بشكل عام والإعاقة العقلية بشكل خاص.فهي في أمس الحاجة لمن يأخذ بيدها ويعينها على تلبية حاجات الطفل الجسمية والاجتماعية والانفعالية والعقلية. وهذا ما دفع الباحثة إلى اختيار برنامج بورتج الذي استخدم مع أمهات الأطفال الذين هم بوضع خطر. ونظراً لما يحتويه برنامج بورتج من توعية للأم في تدريب أبنائها في الجوانب الاتصالية والحركية والإدراكية والمساعدة الذاتية والاجتماعية لذلك تأتي هذه الدراسة كمحاولة لاستقصاء أثره في خفض الضغوط النفسية لأمهات الأطفال المعاقين عقليا.

أسئلة الدراسة:

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية بين المجموعة التجريبية (التي خضعت لبرنامج بورتج) والمجموعة الضابطة؟

- ما فاعلية برنامج بورتج في تخفيف الضغوط النفسية لدى أمهات المجموعة التجريبية للأطفال المعاقين عقليا لمرحلة المتابعة؟

فرضيات الدراسة:

١ - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الأمهات على مقياس الضغوط النفسية بين المجموعة التجريبية (التي خضعت لبرنامج بورتج) والمجموعة الضابطة في القياس البعدي.

٢ - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الأمهات على مقياس الضغوط النفسية للمجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي.

٣ - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الأمهات على مقياس الضغوط النفسية للمجموعة التجريبية بين القياس البعدي و بعد شهر من انتهاء التطبيق (المتابعة).

التعريفات الإجرائية:

الضغط Stress

أشار كابلان (Caplan) إلى أن الضغط هو الحالة التي يظهر فيها تباين ملحوظ بين المتطلبات التي ينبغي أن يؤديها الكائن الحي، وقدرته على الاستجابة لها (جميل، ١٩٩٨).

ويعرف إجرائياً بأنه الدرجة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس الضغوط النفسية المستخدم في هذه الدراسة.

المعاقون عقلياً:

يعرفهم **القريوتي وفردان** (٢٠٠٦) بأنهم الأفراد الذين يظهرون قصوراً في الأداء العقلي والسلوك الأكاديمي والاجتماعي مقارنة بالعاديين وأن درجة القصور تختلف من فرد إلى آخر.

ويعرفه الباحث إجرائياً بأنهم الفئة التي تقل نسبة ذكائها عن المتوسط بانحرافين معياريين.

برنامج بورتج:

هو برنامج منزلي للتدخل المبكر لتثقيف أمهات الأطفال المعاقين من سن الولادة إلى ٩ سنوات، لتدريب الأطفال المعاقين داخل بيئتهم المحلية؛ وذلك بتزويد الأم خلال الزيارة المنزلية والتي مدتها ساعة وربع بكيفية تعليم طفلها المعاق والتعامل معه مما يؤدي إلى تطوير المهارات العديدة له (**مرسي، ب.ت**).

أهمية الدراسة:

لم يعد ينظر إلى الإعاقة العقلية على أنها وصمة عار كما في السابق، بل أصبح ينظر إلى المعاقين عقلياً على أنهم أفراد لهم حقوق كبقية أفراد المجتمع، يستحقون بذل المزيد من العناية والرعاية والاهتمام في التربية والتعليم، لكي يستطيعوا التكيف مع مطالب الحياة وشق طريقهم لها في الحدود التي تسمح بها قدراتهم وطاقاتهم.

إنَّ كثيراً من الدراسات مثل (بخش، ٢٠٠٢؛ خفش، ٢٠٠١) ركزت على ما تعانيه الأمهات من ضغوط وكشفت أن أمهات الأطفال المعاقين عقليا لديهن تجربة قوية مع الضغوط حيث عانين من درجات عالية من الاكتئاب والتوتر والقلق، وقد أثبتت الدراسات السابقة ارتفاع مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين والحاجة إلى تطوير برامج التدخل الإرشادي والعلاجي المناسبة للأم التي من شأنها أن تحسن مستوى الخدمات للأمهات وللأطفال المعاقين أنفسهم، ومنها دراسة (يحيى، ٢٠٠٣؛ وجميل، ١٩٩٥؛ والحديدي والخطيب، ١٩٩٦) حيث أشارت إلى إن أكثر من ٥٠٪ من الآباء والأمهات أفادوا بأن إِعاقه أطفالهم تترك تأثيرا كبيرا جدا في نفسياتهن.

ويؤكد **الريحاني** (١٩٨٥) ضرورة تقديم الخدمات الإرشادية بسبب

الصعوبات التي تواجهها الأسر من جراء حالة الطفل المعاق عقليا فيها، ولمواجهة المشاعر السلبية التي يعاني منها أفرادها.

فهناك قصور في الخدمات المقدمة لأسر الأطفال المعاقين عقليا، ويعد هذا القصور مصدرا أساسيا للضغط مع أن مثل هذه الخدمات تعمل كما يرى **ليسر وجيربر وسيميل (Lesar,Gerber & Semmel, 1995)** على مواجهة احتياجات الأسرة والتي قد تكون خارجية أو نفسية أو مرتبطة بخصائص الطفل المعاق عقليا ومشكلاته السلوكية.

ولأن الأم تلعب دورا كبيرا في تطور طفلها وتقديم الرعاية له وخصوصا عندما يكون معاقا، لذلك تنبع أهمية هذه الدراسة في الموضوع المطروح لعدم وجود دراسة عربية على حد علم الباحثين تطرقا إلى برنامج البورتج في تخفيف الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً. ويمكن الاستفادة من نتائج الدراسة في تعميم هذا البرنامج في بقية مدن الاردن.

محددات الدراسة:

تحددت هذه الدراسة بشريا بالعينة التي أجريت عليها والتي ضمت ٣٠ أماً لأطفال معاقين عقليا.

وتحددت مكانيا في مدينة الكرك بالأردن بألويتها السبعة: القصبة، المزار، القصر، فقوع، عي، القطرانة، والأغوار الجنوبية، وزمانياً في العام ٢٠٠٥/٢٠٠٦، تتحدد الدراسة بأدواتها وصدقها وثباتها واستجابة المفحوصين، وإجرائيا بالخطوات التي اتبعت والمقاييس والأساليب الإحصائية المستخدمة فيها.

الإطار النظري:

يعد ولادة طفل معاق في الأسرة أكبر تَحَدٍّ للآباء وللأسرة بأكملها وأن وجود طفل معاق يشكل حدثاً رهيباً مما يؤدي إلى تغير حياة الأسرة كاملة وأهدافها ويصيب الوالدين الأسى والحزن وخاصة في المناسبات التي تخص

الطفل مثل دخوله الروضة وعيد ميلاده ومعظم الأهل الذين لديهم طفل معاق يعانون من الحزن المزمن وتختلف حالة الحزن من موقف إلى آخر .

وأشار براندون وهوجن (Brandon & Hogan, 2001) إلى أن هناك ضغوطات عديدة تواجه أسر الأطفال المعاقين فقد وجد نتيجة الضغوط أن ٢٣٪ من الأسر اضطرت إلى تغيير وظائفها مرة أو أكثر حتى تستطيع العناية بالطفل المعاق.

الإعاقة العقلية:

إن الإعاقة العقلية ظاهرة إنسانية طبيعية يجب التعامل معها بإيجابية حيث تُعد من أكبر المشكلات والتي تهم قطاعا كبيراً من العلماء والمختصين؛ فهي مشكلة متعددة الجوانب والأبعاد، وأبعادها متداخلة فلذلك يجدر التعاون لحل المشكلة.

والاهتمام بمشكلة المعاقين مهمة إنسانية واجتماعية فنحن نرى أن حجم المشكلة يكبر يوماً بعد يوم فقد بلغت نسبة الإعاقات في المجتمعات الإنسانية (١٠٪) من مجموع السكان (الخطيب والحديدي،١٩٩٧)، ووجد أن نسبة المعاقين عقليا في أي مجتمع تصل إلى ٣٪ من المجتمع (الروسان، ١٩٩٩).

والمعاقون عقلياً أناس من حقهم الرعاية ولهم حقوق كغيرهم من الأسوياء، والآن تبذل جهود متعددة لرعاية المعاقين عقليا وتربيتهم وتعليمهم وتأهيلهم وتحويلهم إلى قوة منتجة بدلا من كونهم طاقة معطلة مستهلكة.

يتصف الأطفال المعاقون عقليا بأنهم يمرون بخبرات فشل متكررة وذلك لعدم اكتمال قدراتهم العقلية فهم لا يستطيعون مسايرة من هم بنفس سنهم في المدرسة العادية فيشعرون بالإحباط ويعتمدون على الآخرين في تصريف شئونهم.

وتشير الدراسات إلى أن هناك فرقا واضحا بين العاديين والمعاقين عقلياً

في النمو الجسمي والحركي والمهاري لصالح العاديين. أما الخصائص العقلية فتظهر عليهم قصور في الانتباه والتركيز والتعميم وضعف في حل المشكلات وكثرة النسيان والقصور الواضح في القدرة على التفكير المجرد، صعوبة التمييز بين المتشابهات، وصعوبة في التمييز البصري.

كما يظهر قصورا واضحا في تطورهم اللغوي إذ لا يرقى أن يكون بمستوى أقرانهم الاعتياديين.

أما من الناحية الاجتماعية والانفعالية فقد يتصفون بالسلوك العدواني والقصور في إنشاء علاقات اجتماعية فعالة، وقد ينسحبون عن الآخرين، كما قد يتصفون بالنشاط الزائد والتكرار الممل، ونقص الثقة ومفهوم ذات منخفض (الظاهر،٢٠٠٥).

وتعد الإعاقة العقلية مشكلة كبيرة وأساسية لاتقتصر على الفرد المعاق نفسه بل تتعداه إلى الأسرة التي يعيش ويؤثر فيها نفسيا وماديا وأيضا المجتمع لفقده طاقة بشرية منتجة إضافة حاجته إلى طاقة بشرية للعناية به (Coburn & Kilbretn, 1990).

وأشار **الخطيب والحديدي** (١٩٩٧) إلى أن الاهتمام قد تزايد في عقدي الخمسينات والستينات بالدفاع عن حقوق الأشخاص المعاقين عقليا وتطوير برامج تربوية وتأهيلية، وبدأ المجتمع يعيد تنظيم نفسه على نحو يسمح للمعاقين عقليا بالعيش في ظروف أكثر إنسانية وذلك بتوفير الكفاءات الفنية.

الضغوط النفسية:

يستخدم مصطلح الضغوط ليصف بعض الأعراض النفسية والانفعالية أوكليهما ويشمل خبرات الصراع والحزن والإحباط والقلق وهو يمثل ظاهرة قد تسبب خبرات محزنة ومؤلمة في السلوك الإنساني، ويمكن اعتباره مفهوماً عاماً

مثل العاطفة وبالتالي فإن الضغط النفسي يُعد عملية كلية أكثر من كونه موقفاً أو استجابة للضغوط أو طبيعة الأحداث الضاغطة (Robson,1999).

يحدث الضغط عندما يحس الفرد أنه يواجه متطلبات تفوق قدراته وقد يكون استجابة طبيعية لعدم قدرة الفرد على التكيف مع الموقف الضاغط، وعادة ما تفرز الضغوط مجموعة من التغيرات الجسمية والنفسية التي تحدث للفرد من خلال ردود فعله أثناء مواجهته للمواقف المحيطة التي تمثل تهديداً له (**العارضة، ١٩٩٨**).

وتعرض الفرد بشكل متكرر للضغوط يترك آثاراً سلبية قد تهدد حياته وسعادته. ومن الآثار الناجمة عن الضغوط أثار فسيولوجية مثل: فقدان الشهية وارتفاع ضغط الدم وتقرحات الجهاز الهضمي، وآثار نفسية مثل: التعب والإرهاق والملل وانخفاض الميل للعمل، وآثار سلوكية تشمل: الارتجافات واللعثمة في الكلام واضطراب عادات النوم، والآثار المعرفية التي تتضمن: عدم القدرة على الانتباه والتركيز والذاكرة وسوء التنظيم والتخطيط (**خفش، ٢٠٠١**).

وتؤثر الضغوط النفسية في الأعصاب وتهدد الصحة وتعمل على تدميرها، لذلك يجب على الأمهات محاولة التقليل تلك الضغوط والتخلص منها من خلال استخدام استراتيجيات تكيف متنوعة للتعامل مع الضغط النفسي الناجم عن الإعاقة. وهذا يعني إيجاد جهود فردية معرفية وسلوكية للحد من آثار الأحداث الضاغطة وتخفيف تأثيرها الجسمي والانفعالي في الأفراد الذين يتعرضون للضغوط النفسية (**العارضة، ١٩٩٨**).

وبينتْ **الحديدي والصمادي والخطيب** (١٩٩٤) أن المؤشرات على الضغوط النفسية التي تخص أسر الأطفال المعاقين هي الاكتئاب،الانسحاب الاجتماعي،الحالة الانفعالية للأفراد، المشكلات في العلاقات الزوجية الصراعات الأسرية.

إن الضغط له جانبان جانب إيجابي يساعد على المنافسة والعمل والإنجاز وجانب سلبي يؤدي إلى حدوث تأثيرات مزعجة وقد تختلف التأثيرات من شخص لآخر. ويبين ظهور هذه الأعراض إلى وصول الفرد إلى مرحلة الاجهاد strain وبرغم مما يسببه الضغط من آثار سلبية إلا أن هناك بعض الدراسات الحديثة افترضت أن هناك بعض العمليات والدفاعات النفسية تعمل على تخفيض تأثير الضغط ومواجهته بصورة إيجابية (جميل، ١٩٩٨).

الضغوط التي تواجه أسر المعاقين عقليا:

أشار **الخطيب والحديدي والسرطاوي** (١٩٩٢) إلى أن العيش اليومي مع طفل معاق يشكل عبئا جسيما للوالدين غير الذي يواجه آباء الأطفال العاديين، فآباء الأطفال المعاقين يقضون أغلب الأوقات في تلبية الحاجات الشخصية لأطفالهم مثل مساعدتهم في تناول الطعام، وارتداء الملابس واستخدام الحمام، لذا فإن جزءاً من الطاقة الجسمية يحول لخدمة الطفل المعاق.

وقد تبين أن كثيراً من الضغوطات النفسية التي يسببها وجود طفل معاق في الأسرة، عدم قدرة الوالدين على النوم المريح، فقد أشارت دراسة نوعية قام بها نول (Knoll,1992) على مجموعة من الأسر التي لديها أطفال معاقون إلى أن ١:٤ من الأسر تواجه اضطرابات في النوم بسبب الطفل المعاق.

وأكدت هذه النتيجة ما أشار إليه كيرك (Kirk, 1998) من خلال مراجعة عديد من الدراسات إلى أن معظم الدراسات اتفقت على أن الأسرة التي لديها طفل معاق تعاني من الحرمان من النوم.

وأشارت **المجالي** (١٩٩٣) إلى أن إعاقة الطفل تؤثر على الأسرة لأن الأسرة عبارة عن بناء اجتماعي والإعاقة تؤدي إلى اضطراب علاقة الأسرة مع الآخرين، وتخلق لدى الوالدين الشعور بالذنب والحيرة.

ويذكر **الخطيب والحديدي** (١٩٩٨) أن من أهم مصادر الضغط هي عدم توفر الفرص الكافية للتفاعل الاجتماعي بسبب حاجة الطفل إلى العناية،

وصعوبة الحصول على المساعدة لتلبية تلك الحاجة العامة وخصوصا أن بعض الأسر تعد اصطحاب الطفل خارج المنزل مصدر ضغط بحد ذاته، وأضافا أن أسر الأطفال تعاني غالبا من مشاق ومشكلات، خاصة أسر الأطفال المعاقين فهي تتعرض لتحديات أكبر.

وقد بين **الريحاني** (١٩٨٥) بعض المظاهر التي تميز حياة الأسرة لوجود طفل معاق عقليا منها: الميل نحو الرعاية والحماية الزائدة للطفل المعاق، وضعف تكامل الأسرة وتماسكها، وتطور بعض الآثار والاتجاهات السلبية بين الأخوة والأخوات الأسوياء، والحد من نشاط الأسرة وظهور بعض المشكلات العاطفية والسلوكية في بعض أفراد الأسرة.

وأشارت دراسة **جميل، ١٩٩٨، ويحيى، ٢٠٠٣** إلى بعض الآثار المترتبة من وجود طفل معاق في الأسرة منها الآثار الاقتصادية والفسيولوجية، والاجتماعية والمعرفية والنفسية، بالإضافة إلى وجود أعباء مادية لتوفير احتياجات من ملابس وعلاج ورعاية وتدريب كما يؤدي إلى التأثير في بعض أفراد الأسرة في لوم الذات والشعور بالذنب والقلق والاكتئاب وعدم الصبر والتحمل والملل والإرهاق.

ومن أهم مصادر الضغوط التي يتعرض لها الوالدان هي كثرة المشكلات الصحية التي يعاني منها أطفالهم المعاقون ومتطلبات الحياة اليومية والرعاية طويلة الأمد للطفل المعاق والنظرة الاجتماعية التي تحيط بهم ونقص الدعم الاجتماعي ومشكلات التكيف الأسري وعدم توفر المتخصصين (**خفش، ٢٠٠١**).

وبينت مجموعة من الدراسات (**جميل، ١٩٩٨؛ بخش، ٢٠٠٢؛ الحديدي وآخرون، ١٩٩٤**) أن طبيعة الضغوطات ترتبط بخصائص الطفل مثل الشخصية والاستقلالية ومدى العجز الحركي وقد تبين أيضا وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين شدة الضغوط النفسية لدى الوالدين وانخفاض معدل نمو الطفل وانخفاض مستوى استجابته الاجتماعية.

وقد بين **سميث (Smith, 2003)** عدة أنواع من الإجهاد والعوامل المؤدية

لذلك ومنها: التفكير بحالة الطفل واختلاف مظهره عن الآخرين، وحاجته للانتباه، والعناية المستمرة، والاتجاهات نحو المعاقين، والتعرض للإحباط والاحتقار، وتقليل الوقت الذي يحتاجه بقية الأطفال في الأسرة، وشعور الأصدقاء بعدم الراحة، والابتعاد عن الأصدقاء، والبعد عن الحياة الاجتماعية وردود فعل الأسرة والأقارب، وقلة المعلومات التي تتعلق بالمستقبل المجهول للطفل حيث إن أثر الإعاقة العقلية ليس مقصورا على الأشخاص المعاقين عقليا وإنما على أعضاء الأسرة القريبة والممتدة.

لذلك فإن أي أسرة تشعر بالصدمة وخيبة الأمل عندما تعرف أن ابنها معاق عقلياً، وتختلف الاضطرابات من فرد لآخر حسب شخصية أفراد الأسرة وخبراتهم ومعلوماتهم عن الإعاقة ومن أكثر المعلومات الخاطئة أن الطفل المعاق عقلياً غير قادر على التعلم، ولكن أثبتت الدراسات أن البيئة لها تأثير كبير على هؤلاء الأطفال، ويمكن تنمية بعض قدراتهم وفق إمكانيات كل منهم (**القريوتي وفردان، ٢٠٠٦**).

إن الضغوط التي تواجه أمهات الأطفال المعاقين بشكل خاص عبارة عن خبرات متراكمة من الحاجات النفسية والمادية والاجتماعية غير المشبعة وعدم معرفة الأسرة بكيفية مواجهة هذه الضغوط ونقص الموارد المتاحة وقد تبدأ الأسرة بالتجريب لمواجهة هذه الضغوط والتخلص منها ويعتمد نجاح هذه العملية على مقدار الخدمات والدعم الاجتماعي المتوفر لها (**بخش، ٢٠٠٢**).

البرامج المقدمة لأسر المعاقين عقليا:

هناك تأثير متبادل بين الطفل وأسرته وخصوصا عندما يكون الطفل معاقاً وهذا ما يسبب مشاكل تنعكس على الطفل وأسرته وتؤثر في جميع أفراد الأسرة. وتواجه الأسرة ضغوطاً وصعوبات إضافية في البحث عن خدمات تربوية لطفلها المعاق وذلك بسبب الاتجاهات السلبية للمجتمع نحو المعاقين وهذا يسبب الشعور بالحرج والألم والارتباك والاستجابة الانفعالية للآباء والأمهات (**الحديدي وآخرون، ١٩٩٤**).

وبسبب ما تواجهه الأسرة من تحديات وبخاصة الأم بسبب عنايتها بطفلها المعاق مثل: التوترات النفسية، والقلق، والجهد الجسمي للعناية بالطفل لذلك فإن البرامج التي توجه إلى الأمهات يجب أن تراعي مستوى التوتر والقلق والصحة النفسية للأم لمساعدتها للوصول إلي حل للمشكلات التي تواجهها في أدوارها المتعددة ولابد من تشجيع الأم وتدريبها على تعلم وبناء مجموعة من الأدوات والوسائل التي تساعدها على حل المشكلات وكيفية العناية بطفلها المعاق (Kurylo, Elliot & Shewdiuk, 2001).

وأشار **القريوتي وفردان** (٢٠٠٦) إلى أن التدخل المبكر يهدف الى إحداث تغيير في اتجاهات كل من أولياء الأمور والمدرسين ومعتقداتهم نحو الطفل المعاق عقلياً.

إن إرشاد الوالدين وأسر الأطفال المعاقين عقليا يجب أن يكون أمراً أساسياً في برامج التدخل المبكر، لذلك يجب وضع خطة تدريب مبسطة لتعريف الأسرة بالطريقة المثلى لتعليم الطفل المعاق عقليا ومساعدته للاعتماد على ذاته حتى تكون الأسرة أكثر تقبلاً له، ويتحمل مسئولية نفسه مع دعم الأسرة لرعايته وبذلك لا يعتمد الطفل المعاق على الأهل كلياً، ولا يعود الأهل إلى إخفاء طفلهم عن الناس.

ونرى الآن في التوجهات الحديثة للتربية الخاصة الاهتمام بتحسين الظروف البيئية والأسرية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأصبحت البرامج الموجهة للأهل من أهم استراتيجيات التدخل المبكر سواء للحد من الإعاقة لدى الأطفال المعرضين للأخطار النمائية أم للسيطرة عليها لدى الأطفال المعاقين.

وهكذا أصبحت مشاركة الوالدين في تعليم أبنائهم إلزامية، إذ يبدأ إعداد الطفل في بيئته المناسبة وهي البيت، لذلك يجب على الأسرة الحصول على التدريب المناسب لكي تؤهله وتعلمه المهارات الاستقلالية حتى يتكيف مع بيئته.

ويفضل تولي الأمهات المسئولية في تدريب أبنائهن من أجل تحسين ذاتي لديهن بدلا من الاعتماد على الآخرين.

والتعليم المنزلي أو الخدمات البيئية هو تعليم الوالدين كيفية التعامل مع طفلهما في البيت وحاجة الطفل المعاق عقليا والذي لا يمكن نقله من البيت إلى مكان آخر،ولذلك تقوم الزائرة بتدريب الأهل التدريب اللازم، وأهم شيء تقدمه الزائرة هو تغيير اتجاهات الوالدين بأن طفلهم غير قادر على التعلم .

ومن الأعمال التي تقوم بها الزائرة زيارة العائلة بانتظام لتقديم الدعم والتشجيع وتقدم نشاطات مثل مساعدة الذات والنمو الاجتماعي، وتقوم الزائرة بإعطاء الأمهات والآباء النصح والإرشاد حول كيفية تعليم طفلهم هدفا صغيرا قابلا للإنجاز خلال أسبوع واحد،وتقوم أيضا زائرة المنازل بتقديم النصح حول كيفية التعامل مع الإعاقة، ويتضمن ذلك تعريف الأسر بالمساعدات المتاحة في المجتمع،وعرض التمرينات والنشاطات التعليمية التي يمكن أن تقوم بها الأسر في البيت لمساعدة ذَوي الاحتياجات الخاصة على اكتساب مهارات جديدة.

وخلال الزيارة المنزلية يجب أن يقدم الزائر نموذجاً صحيحاً للأب والأم لتعليم طفلهما حتى يقوموا بتطبيق الأنشطة الجديدة مع تقديم التغذية الراجعة،فكل طفل معاق يجب أن يحصل على برامج فردية، وتوضح الأهداف في صيغة إجرائية تشمل ما يتوقع من الطفل في فترة زمنية محددة (Abosi, 2000)، وبما أن درجة السلوك الاستقلالي للأطفال المعاقين تتفاوت من معاق لآخر، حيث تختلف خصائصهم عن بعضهم لذلك يحتاج هؤلاء الأطفال إلى التعلم والتدريب الفردي لأبسط مهارات الحياة اليومية لأهميتها في استقلاليتهم (Moore, 2002).

ويمكن تعليم الهدف بتجزئة المهارة إلى خطوات صغيرة حيث تقلل أخطاء الطفل ويستطيع الانتقال من خطوة إلى خطوة بعد استيعاب الأولى، ولكي نضمن نجاح ولي الأمر في هذه المهمة يجب أن ننتقي بعناية النشاط المناسب لكل من قدرة الطفل وحاجة ولي الأمر.

وهناك عدد من تجارب التدخل المبكر في تنمية مهارات الحياة اليومية مثل مهارات الأكل والعادات السلوكية في تناول الطعام.

أما التأهيل المجتمعي CBR (Community Based Rehabilitation) أو ما يسمى بالتأهيل اللامركزي أو نقل الخدمة وكلها مصطلحات تشير إلى بعضها البعض فهو عبارة عن مجموعه من البرامج التي تقوم على توفير الخدمات التأهيلية وتقديمها لذوي الاحتياجات الخاصة في مجتمعاتهم وبيئاتهم المحلية مستخدمين ومستفيدين من جميع المواد والموارد البشرية والمادية المتوفرة في المجتمع المحلي، وتؤكد هذه البرامج على مشاركة وشمول ذوي الاحتياجات الخاصة أنفسهم وعائلاتهم ومجتمعهم المحلي في عملية التأهيل (منظمة العمل الدولية، ١٩٩٤، نظرة شمولية حول برنامج التأهيل المجتمعي) (**الربابعة، ٢٠٠٤**).

ومن هذه البرامج برنامج:

برنامج تي دي أس أي (T.D.S.I)

وقد بدأ تطبيق هذا البرنامج في عام ١٩٧٤م تحت مسمى برنامج الرعاية الوالدية لأطفال متلازمة داون، وهو برنامج تعليمي للتدخل المبكر يهدف إلى تدريب أهالي أطفال متلازمة داون بعد الولادة مباشرة وحتى سن ٣ سنوات، ويعد الأمهات والآباء شركاء رئيسين في العملية التعليمية. يقدم التدريب في البرنامج من قبل متخصصين بعضهم من الأهالي (برنامج من الوالدين للوالدين)، ويتم التدريب دون إرباك لبرنامج الأسرة اليومي.

من إجراءات البرنامج زيارة أهالي الأطفال بداية في الأسبوع الذي يلي الولادة مباشرة من قبل أخصائية مدربة لهذه الغاية، تصمم برنامجا تدريبيا بالتعاون مع الأهل وبناء على تقييم يجرى للطفل في المجالات الاجتماعية، الإدراكية، الاتصالية، العناية الذاتية، والحركية، وبعد تصميم البرنامج تتم الزيارة مرة كل أسبوعين تترك فيها الأخصائية خطة تعليمية يعمل الأهالي على تطبيقها مع أبنائهم، ولكونها مكتوبة يكون بمقدور الأهل التدريب يوميا على المهارات ومراقبة تطور طفلهم مع ضرورة الاتصال بالأخصائية عند كل إنجاز يحققه الطفل مما يتيح الفرصة لإضافة مهارات جديدة أكثر تقدما،لقد حقق البرنامج منذ بدايته نجاحا كبيرا لاعتماده الأساسي على مراحل التطور

الطبيعي للطفل والذي يوضح تفصيليا ما ينبغي على الطفل أن يتقنه في كل شهر خلال السنوات الثلاث الأولى من العمر (**يحيى**، ٢٠٠٦).

وعلى الرغم من أهمية التدخل المبكر فما زالت البرامج التدريبية التي تقدم للمعاق في مراحل الطفولة المبكرة قليلة وفي بدايتها، ومازالت الأسر تفتقر إلى مثل هذه الخدمات ولكن ظهر مشروع البورتج مؤخرا في بعض مناطق الأردن ويسعى نحو اشتمال جميع الأسر وجميع الأطفال ضمن الفئة المحددة له.

ويعد برنامج بورتج من البرامج الرائدة في إعداد الأمهات للتعامل مع أطفالهن وفق الطرق التربوية الحديثة في برامج التربية الخاصة.

مواصفات البرنامج:

١ - برنامج مجاني ويخدم كافة الأسر من جميع المستويات الاقتصادية.

٢ - إن إحدى مزايا البرنامج المنزلي للتدخل هو الوصول إلى الأطفال المعاقين صغيري السن في مختلف أماكن سكنهم مهما بعدت إضافة إلى أن المدرسة المنزلية الواحدة تستطيع تقديم الخدمة إلى ١٥ عائلة أسبوعيا. لذلك كلما زاد عدد المدرسات في البرنامج زاد عدد الأسر المستفيدة من المشروع والتي لا يتوفر لها أي نموذج من الخدمة، وذلك إمّا بسبب بعد مناطق السكن أو صغر سن الطفل أو عدم ملاءمة البرامج المقدمة في المؤسسة لإعاقة الطفل وأهم من كل ذلك عدم قدرة المؤسسات التي تقدم الخدمات إلى الأطفال المعاقين على استيعابهم جميعا إلى جانب عدم استطاعة أهالي الأطفال وخاصة الفقراء منهم دفع التكاليف الباهظة التي تتطلبها المراكز والمؤسسات الخاصة.

٣ - إن هذا البرنامج يستثمر أيضا في تكوين العامل البشري المتدرب والمؤهل فالعاملات في البرنامج لا يلزم لهن أن تكن حاصلات على شهادات جامعية عليا ويمكن للحاصلات على شهادات متوسطة الالتحاق بالدورة التدريبية والنجاح فيها. هذا وقد أثبتت التجربة أن اختيار مدرسات من البيئة نفسها التي يتم العمل بها يزيد من التفاهم بين العائلات التي

تتلقى الخدمة وطاقم البرنامج مما يؤدي بالتالي إلى النجاح وزيادة الثقة المتبادلة بين الطرفين.

أهداف المشروع:

١ - تقديم برنامج التأهيل المبكر داخل البيئة المألوفة للطفل المعاق (منذ الميلاد وحتى سن التاسعة) وهي بيئة المنزل.

٢ - الاكتشاف المبكر للإعاقه وذلك من خلال إجراء التقييم للأطفال ممن يعانون من مشاكل تتعلق بالنمو وإدراجهم ضمن برنامج التدخل المبكر في أصغر سن ممكن.

٣ - الاشتراك المباشر للأمهات في العملية التعليمية التدريبية للطفل المعاق، وتعد هذه الوسيلة من أهم وإحدى الوسائل الفاعلة لتدريب الأطفال المعاقين صغار السن لاحتياج أولياء أمور الأطفال إلى التدريب المستمر فيما يتعلق بالوسائل الضرورية للتأثير على الطفل وتزويده بالمهارات التي تساعده على التكيف في حياته اليومية.

٤ - تقديم منهاج يتلاءم والثقافة المحلية متضمناً موضوعات تغطي مرحلة الطفولة المبكرة والتعليم الخاص إضافه إلى المؤثرات الحسية والجسمية والعناية بالنفس مبنيا على التقييم المنتظم الذي يقيس النتائج ويزود المشرفين بالإطار المرجعي للتعديلات المستقبلية.

٥ - تطبيق الخطوات العملية للبرنامج بدون أي موقف أو إرباك لترتيبات الحياة اليومية للأسرة.

٦ - تحديد نقاط القوة والضعف لدى الطفل وذلك للمساعدة على تصميم برنامج خاص لكل طفل مبنيا على المعرفة الحالية للطفل وقدراته بالتعاون مع الأم.

٧ - استخدام منهاج متسلسل من حيث التطور الذي يستخدم كأداة للتعليم (**يحيى، ٢٠٠٦**).

الدراسات السابقة:

لقد قسمت الدراسات السابقة وفق المحاور الآتية :

الدراسات المتعلقة بالضغوط على أسر المعاقين:

أجرى **ماكونشي (Mcconachi, 1982)** دراسة بعنوان "عبء العمل اليومي مع الطفل المعاق عقلياً" من خلال مقابلة (١٩) من الآباء والأمهات على عبء العمل اليومي مع الطفل المعاق عقليا في مرحلة ما قبل المدرسة، ودلت النتائج على أن معظم الأمهات يقدمن الرعاية لأطفالهن بشكل مستمر طيلة أيام الأسبوع ولفترة بسيطة، وهناك نوع آخر يتعاونون على رعاية الطفل بشكل مستمر.

ومن الدراسات التي أبرزت مشكلات اجتماعية مختلفة في إطار أسر الأطفال المعاقين عقليا دراسة **أيهرت (Eheart, 1982)** بعنوان "المشكلات الاجتماعية لأسر الأطفال المعاقين عقلياً" التي أجراها على أمهات الأطفال المعاقين عقليا وأخرى لأطفال أصحاء. وتوصلت النتائج إلى أن أمهات الأطفال المعاقين عقليا يقضين حوالي ٥٦٪ من الوقت مع الطفل كما أن الطفل المعاق يشع جوا من الارتباك وعدم التنظيم العائلي مما يؤدي إلى خلافات في الأسرة ويقلل من فرص الأم في المشاركة في الأنشطة الاقتصادية والاجتماعية.

أما دراسة **أور، كاميرون وداي (Orr, Cameron, & Day, 1991)** فقد اهتمت بمعرفة الضغوط في أسر الأطفال ذوي الإعاقة العقلية حتى يتم الكشف عن الضغط الوالدي وكيفية التعايش مع الحدث الضاغط وعلاقته بالموارد الأسرية. شملت عينة الدراسة ٨٦ من الآباء والأمهات. أشارت النتائج إلى أن تأثير الموارد الأسرية في تقليل الضغط على أسرة الطفل المعاق يعتمد على كيفية تعريف وتفسير الأسرة لاحتياجات الطفل ومستوى كفاءة الوالدين، والمشاكل السلوكية المرتبطة بالإعاقة.

وأكد **وود وتيلر وسيمل (Wood, Teller, & Semell, 1991)** هذه النتائج من خلال دراستهم لمقارنة أسر الأطفال المعاقين عقليا وأسر الأطفال العاديين في

الضغوط الأسرية. شملت العينة (١٩٨) من الأزواج وأوضحت النتائج أن المجموعة الأولى (أسر الأطفال المعاقين عقليا) لديها مستويات أعلى من الضغوط الأسرية، كذلك أظهرت المجموعة الثانية (أسر الأطفال العاديين) درجات أعلى على مقياس التوافق الزواجي.

وفي دراسة **الحديدي وآخرين** (١٩٩٤) بعنوان "دراسة مقارنة بين مستوى الضغوط النفسية في أُسر الأطفال المعاقين وأُسر الأطفال غير المعاقين" تم استخدام مقياس هولروود للضغط النفسي دراسة على ١٩٢ أسرة أردنية (١٤٤) أسرة أطفال معاقين و(٤٨) أسرة لأطفال عاديين في الأردن.

أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية بين أسر الأطفال المعاقين وأسر الأطفال غير المعاقين وتبين أن أكثر الأسر تعرضا للضغوط النفسية هي أسر الأطفال المتخلفين عقليا.

وفي دراسة **الحديدي والخطيب** (١٩٩٦) التي هدفت إلى معرفة أثر الإعاقة في الأسرة في الأردن وحاولت الدراسة معرفة أثر إعاقه الطفل في أسرته وعلاقتها ببعض المتغيرات وتم إعداد مقياس التقييم الشامل للأداء الأسري الذي وضعه **مكلندن (Mclinden)** وتم التحقق من الصورة العربية وتم توزيعها على (٧٢) أماً وأباً لطفل وطفلة تراوحت أعمارهم مابين (٣-٨) سنوات كانوا ملتحقين بأربعة مراكز للتربية الخاصة في مدينة عمان عند أجراء الدراسة. بينت النتائج أن ما يزيد على ٥٠٪ من الأباء والأمهات أفادوا بأن إعاقه أطفالهم تترك تأثيراً كبيراً في ثلاث عشرة فقرة من أصل ٥١ فقرة يتكون منها المقياس.وكان ترتيب الأبعاد المكونة للمقياس حسب أهميتها على النحو التالي:

العلاقات بين الأخوة، وقبول الإعاقة، والتعايش مع الإعاقة، والعلاقات الاجتماعية. أما ضغط الوقت والوضع العام للوالدين لم يكن لها تأثير كبير في الآباء والأمهات، وأيضا العمر الزمني والوضع الاقتصادي للأسرة لم يكن لهما أثر ذو دلالة إحصائية على استجابات الآباء والأمهات.

وفي دراسة قامت بها **الحديدي** (٢٠٠١) هدفت إلى التعرف على المشكلات التي تعاني منها أمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية،ومدى اختلاف هذه المشكلات باختلاف خصائص كل من (الأسرة، والأم، والطفل المعاق عقليا) ولذلك قامت بتطبيق استبانه تغطي خصائص الطفل المعاق، وأسرته، والمشكلات الاجتماعية، والنفسية، والاقتصادية التي قد تتعرض لها مثل هذه الأسرة. تكونت عينة الدراسة من (٢٠٠) أم من أمهات الأطفال المعاقين الملتحقين بمراكز التربية الخاصة، تبين من النتائج أن أكثر المشكلات التي تؤثر في الأم هي المشكلات الاقتصادية يليها النفسية ثم الاجتماعية.

وأجرى **كريك وسوان (Craig & Swan, 2002)** دراسة هدفت إلى معرفة مدى تأثير وجود طفل معاق في الأسرة على مستوى التوتر النفسي للوالدين. تكون أفراد الدراسة من (٢٢) أباً نصفهم آباء أطفال معاقين ونصفهم آباء لأطفال غير معاقين، وقد بينت نتائج الدراسة أن الآباء الذين لديهم أطفال معاقون يعانون من مستوى عال من التوتر النفسي مقارنة بالآباء الذين ليس لديهم أطفال معاقون.

الدراسات على البرامج التي تخفف الضغوط النفسية عن أهالي المعاقين:

أجرى **سنجر وأخرون (Singer, et al, 1988)** دراسة هدفت إلى معرفة مدى فاعلية التدريب على إداره الضغوط النفسية لوالدي الأطفال ذوي الإعاقات الشديدة وأعدت الدراسة برنامجا في التدريب على استخدام بعض المهارات للوالدين مع أطفالهم متعددي الإعاقات. تألفت العينة من ٣٦ أمّاً وأباً وطفلا من الأطفال الملتحقين بمدرسة للإعاقة تتراوح أعمارهم مابين ٤-١٦ سنة وتم إشراكهم في برنامج للعلاج الجماعي اعتمدت استراتيجيات على تنمية مهارات ونماذج عقلية معرفية وأساليب للضبط الانفعالي منها أسلوب الاسترخاء واستخدام أسلوب المقابلات المتتابعة مع مجموعة من المرشدين النفسيين وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دالة إحصائية على مقاييس

القلق والاكتئاب بين التطبيق القبلي للبرنامج والبعدي في صالح التطبيق البعدي بما يعكس تأثير البرنامج الفاعل في تخفيف الضغوط.

وقام **كارول (Carol, 1992)** بدراسة هدفت إلى التحقق من مدى تأثير المساندة والدعم الاجتماعي في تخفيف حدة الضغوط النفسية لأمهات الأطفال المعاقين في مرحلة ما قبل الدراسة وبلغت العينة ٨٨ أمّاً وأطفالهن. أسفرت النتائج على أن أساليب التدعيم والمساندة الاجتماعية سواء من داخل الأسرة أم خارجها تقلل من الضغوط حيث أدت تلك الأساليب إلى مزيد من التفاعل والتواصل الإيجابي للأمهات في مواقف الحياة الأسرية، وإلى وعي أفضل في معاملة أطفالهن وبينت الدراسة أن التدعيم الاجتماعي والاقتصادي والمعرفي - للأم كانت له علاقة واضحة في تخفيف الضغوط عند الأمهات.

وقام **بايني وستونمان (Payne & Stoneman, 1997)** بدراسة هدفت إلى التعرف على أهم المتغيرات المؤثرة في مشاركة الوالدين في برامج الرعاية الخاصة بأطفالهم المعاقين. تكونت العينة من (٨٠) أسرة فيها أطفال معاقون إعاقات (بدنية، تخلف عقلي، بصرية، عيوب سمع، شلل مخي). أشارت النتائج أن الضغط النفسي لدى الأمهات يرتبط بدرجة الدعم الاجتماعي الذي يحصلن عليه فكلما زاد الدعم الاجتماعي قل الضغط النفسي.

وفي دراسة **سعيد** (٢٠٠٤) حول فاعلية برنامج للتدعيم الاجتماعي في تخفيف الضغوط النفسية لأمهات الأطفال المعاقين بولاية عبري في سلطنة عمان. تكونت عينة الدراسة من ٣٤ أما لأطفال معاقين عقليا وسمعيا وحركيا. أشارت النتائج إلى أن النتائج قد ساعدت الأمهات على تخطي المشاكل وإعطائهن قدراً من التفاؤل والتحرر من المخاوف والتخفيف من حدة القلق وتجاوزهن للأحزان وانعكس على مستوى الرضا عن الحياة الزوجية وظهور مؤشرات الارتياح الشخصي. وأظهرت نتائج الدراسة فروقاً ذات دالة إحصائية في تطبيق البرنامج لصالح التطبيق البعدي للبرنامج بينما لم تظهر فروق ذات

دلالة إحصائية بين متوسط درجات الأمهات على مقياس الضغوط النفسية في القياسيين البعدي الأول والثاني (التتابعي بعد مضي شهرين).

دراسات على البرامج التدريبية

أجرى كاميرون (Cameron) المشار إليه في حكيم (٢٠٠٢) دراسة حول برنامج بورتج، وجرى فيها مسحاً كبيراً لخدمات بورتاج في إنجلترا في ١٩٩٢، ١٩٩١ وتم تلقي النتائج من ١٤٧ خدمة كانت تفي بالمعايير التي حددت بوساطة جمعية بورتج الوطنية ، وقدمت هذه الخدمات لحوالي ٤٠٠٠ أسرة أي متوسط ٢٦ أسرة لكل خدمة، وقد كشفت هذه الدراسة النقاب عن قائمة انتظار لـ١٩٩٠ أسرة، وخدمة بورتج التي توصي بها الجمعية الوطنية تتكون من مستوى ثلاثي يتكون من: فرق الإدارة، ومشرف الخدمات، ومدرس المنزل. أظهرت البيانات أن ٥٩٪ من الخدمات لها فرق إدارية تشمل الآباء و١٢٪ فرق إدارية لا تشمل الآباء ومعظم الخدمات المتبقية استخدمت إدارة الخدمة الموجودة وإجراءات الدعم.

إنّ (٩٠٪) من الخدمات لها مشرفون وكثير من المتطوعين كانوا آباء قد تلقوا من قبل خدمة التدريب المنزلي (بورتج) لعائلتهم قبل أن يذهب طفلهم إلى المدرسة، وقد انتشرت خدمة بورتج بحيث امتدت إلى ٨٦ مقاطعة من بين ١٠٨ مقاطعة في إنجلترا وتوصلت دراسة (كاميرون، ١٩٩٠) إلى مساعدة الأطفال ذوي صعوبات التعليم وضعف اللغة والمشاكل الانفعالية والسلوكية وتم توسيع خدمة بورتج لتمتد لمجموعات أخرى.

وقد توصلت النتائج إلى الآتي:

١ - تعديل نموذج بورتج للإيفاء بحاجات مجموعات الأقلية العرقية أي البعد الثقافي المتعدد لبورتج.

٢ - التغلب على مشكلات الوصول لأب كل طفل صغير ذي احتياجات خاصة أهمية تدخل بورتج في الشهور الأولى من العمر.

٣ - تشجيع نمو المشروعات الشائقة باستخدام نموذج بورتج والابتكارات الحديثة في هذا المجال تشمل خدمة خاصة لأباء الأطفال ذوي مشكلات التعلم المتوسطة.

وقام فيلدمان وديوجارم وكيس (Feldman, Ducharme & Case, 1999) بدراسة الهدف منها قياس أثر التدريب الذاتي الذي يمكن أن يسهل العناية بالطفل وذلك باستخدام كتيبات. تكونت العينة من (١٠) أمهات لأطفال معاقين عقلياً وافقن على التدريب لاكتساب مهارات، أما الابناء فشملت أربع بنات كان متوسط أعمارهن بين (٢-٢٢) شهراً، وسبعة بنين لديهم تأخر في النمو والتطور، اختير لكل أم عدة مهارات عناية بالطفل بالنسبة لتقييم أولي يرتكز على طاقتها الذاتية، المراقبة المنزلية، واهتمامات المتخصصين المشتركة مع الأسرة.

وقد تم تعليم الأمهات بعض المهارات مثل تحفيض الطفل وسلامته أثناء وجوده في المطبخ، وأعطيت التعليمات بواسطة كتيبات فيها سلسلة من الرسومات الخطية، وموضح بها خطوات وتحليل للمهمة، وأعطيت الكتيبات للأمهات في المنزل، وحرصت الزائرة على التأكد من معرفة الأم للقراءة، استغرقت الزيارة المنزلية للمدربة حوالي (٩٠) دقيقة، تشاهد خلالها أداء الأم وكيفية رعاية طفلها، وقبل أن تغادر كانت تطلب من الأم قراءة الكتيب، ومن ثم تطبيق المهمة أمامها (مثل تغيير فوطة الطفل).

توصلت الدراسة إلى نتائج إيجابية لمعظم أفراد عينة الدراسة عدا أمٍّ واحدة احتاجت إلى تدريب كامل.

وفي دراسة قام بها جولدبارتي وموخيرجس (Goldbarti & Mukherjes, 1999) حول فاعلية برنامج بورتج في الضغوط التي تعاني منها أمهات الأطفال المعاقين عقلياً وكانت الدراسة تنقسم إلى جزأين: الجزء الأول: هو عبارة عن وجهات نظر الوالدين في تعليم وتطور أطفالهم موافقة لنماذج غربية أجريت في الهند لتقييم الخدمات الموفرة للعائلات في شوشا سيث في شرق الهند وجاءت النتائج في ورقتين الجزء الأول فحص اعتقادات الوالدين واهتمامهم في تأثير

التعليم وتطورات أطفالهم. الجزء الثاني: بحث في الوقت الذي شارك فيه الوالدان في تحقيق مشروع البورتج وعلاقته بالدور والمسئولية العائلية، وكان الهدف هو إيجاد المدى المسموح به للتطبيق المناسب للنموذج الغربي للتدخل العائلي في منطقة غرب بنغلادش وكشفت التشابه القوي بين اعتقادات الوالدين بين عينة قينس والتوقعات الغربية في تأثير التعليم والاهتمامات في تطور نمو الطفل.

وقامت حكيم (٢٠٠٢) بدراسة حول فاعلية برنامج بورتج للتنمية الشاملة للطفولة المبكرة لزيادة معدل النمو الإجماعي لطفل ما قبل المدرسة وتكونت العينة من (٢٨) طفلا وطفلة تتراوح أعمارهم مابين ٤-٥ سنوات، قسمت إلى مجموعتين تجريبية وضابطة بشكل متساو تراوحت نسبة ذكائهم من (٨٥-١٠٦).

وكان محور الدراسة يدور حول أهمية برنامج بورتج في التنمية الاجتماعية للأطفال. توصلت الدراسة إلى أنه:

١ - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة قبل تطبيق برنامج بورتج.

٢ - توجد فروق ذات دلالة إحصائية في النمو الاجتماعي للأطفال بين كل من المجموعة التجريبية والضابطة لصالح المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج.

٣ - توجد فروق ذات دلالة إحصائية في النمو الاجتماعي للمجموعة التجريبية بين كل من القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح التطبيق البعدي.

٤ - توجد فروق ذات دلالة إحصائية في النمو الاجتماعي للأطفال الذكور والإناث في المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج "بورتج".

من العرض السابق للدراسات السابقة يمكن ملاحظة مايلي:

قلة الدراسات العربية مقابل الدراسات الأجنبية التي اهتمت بالتعرف على الضغوط النفسية لأمهات الأطفال المعاقين عقليا.

لا توجد دراسة تقيس تأثير برنامج بورتج في تخفيف الضغوط النفسية لأمهات الأطفال المعاقين عقليا في الأردن.

أغلب الدراسات مثل (**Macconachi, 1982; Eheart, 1982; Orr, et al, 1991**؛ **الحديدي وآخرين، ١٩٩٤**) اهتمت بمعرفة وجود ضغوط نفسية للأسر بشكل عام ولم تهتم بإيجاد حل لتخفيف هذه الضغوط ما عدا دراسة الدراسة الأجنبية جولدبارتي وموخيرجس (Goldbarti & Mukherjes, 1999).بينما الدراسة الحالية سعت إلى كيفية تخفيف الضغوط النفسية عن الأمهات من خلال برنامج بورتج.

الدراسات التي عملت على برنامج بورتج كدراسة (**حكيم، ٢٠٠٢**) كانت للكشف عن مدى فاعلية فقراته وليس لمعرفة فاعليتها وتأثيرها في الأم.

لم تتوفر دراسات مشبعة على موضوع البورتج بشكل عام سواء في الدراسات العربية أم الأجنبية.

الطريقة والإجراءات:

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من أمهات الأطفال المعاقين عقليا في محافظة الكرك بألويتها (القصبة، المزار، القصر، فقوع، عي، الأغوار الجنوبية) والتي بلغت (٣٠) أمّاً لأطفال معاقين إعاقة عقلية بسيطة ومتوسطة (بناء على ملفاتهم الرسمية في مراكزهم) واللواتي حصلن على ١٢٠ فما فوق على مقياس الضغوط النفسية من مجموع (٦٥) أمّاً. وقد وافقت الأمهات على الإشراك في البرنامج، وتم التوزيع بطريقة قصدية وفق شروط الالتزام بالبرنامج، واستقبال الباحثان وفريق العمل والتعاون المثمر والالتزام بتعليمات فريق العمل، وعلى النحو الآتي:

المجموعة التجريبية:

تكونت من (١٥) أمّاً تدربن على برنامج البورتج وقام الباحثان بلقاء الأمهات من خلال زيارة مرة كل أسبوع مع فريق البورتج في منازلهن لمدة شهرين أي (٩) أسابيع، ومدة كل جلسة ساعة وربع.

المجموعة الضابطة:

تكونت من (١٥) أماً لم يتم تدريبهن على البرنامج، وتم وضعهن على قائمة الانتظار.

ويوضح الجدول (١) توزيع أفراد العينة حسب نوع المجموعة

الجدول (١)

توزيع أفراد العينة حسب نوع المجموعة

القياس / نوع المجموعة	مقياس الضغوط النفسية		
	قبلي	بعدي	متابعة
المجموعة التجريبية	١٥	١٥	١٥
المجموعة الضابطة	١٥	١٥	٠
المجموع	٣٠	٣٠	١٥

أدوات الدراسة:

١ - برنامج بورتج Portage Program

قام الباحثان لأغراض هذه الدراسة بتبني البرنامج المنزلي لتثقيف الأمهات (البورتج) لتدريب أمهات الأطفال المعاقين عقليا في مدينة الكرك.

وقد تم تطبيق البرنامج لمدة شهرين أي (٩) أسابيع بواقع جلسة في كل أسبوع وتم تدريب الأمهات على مهارات تدريبية؛ بحيث تدرب طفلها المعاق عليها.

وتكون البرنامج من الجلسات الآتية:

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	الخطوات الإجرائيــة
١	تمهيد وتعارف وتعريف برنامج البورتج	❖ الترحيب والتعارف بين الباحثَيْن وفريق البورتج والأهل (المجموعة الإرشادية). ❖ التعارف بين الفريق والطفل والباحثَيْن. ❖ تحقيق الألفة والثقة بين الطفل والفريق والباحثة. ❖ مناقشة دور الفريق والباحثَيْن والأهداف الممكن تحقيقها. ❖ الاتفاق على أسلوب العمل والالتزام بالمواعيد. هو التأكد من وجود الأم في البيت وتحديد موعد ويوم محدد، ويتم إخبار الزائرة إذا اعتذرت الأم عن الموعد قبلها بيوم من خلال الاتصال الهاتفي بالمركز. ❖ توضيح طبيعة البرنامج. ❖ معرفة رغبة الأهل وتقبلهم للبرنامج بعد التعريف ببرنامج البورتج، وهو برنامج منزلي لتثقيف الأمهات. ❖ إنهاء الجلسة وتحديد الموعد القادم.
٢	اختبار الصورة الجانبية	١- اختبار الطفل الصور الجانبية. ٢- تحديد العمر العقلي للطفل في خمسة مجالات تعليمية الاتصالي والاجتماعي والإدراكي والعناية الذاتية والحركي. ٣- كتابة التقرير النفسي للطفل.
٣	اختبار قائمة السلوك	١- عمل اختبار قائمة السلوك للطفل. ٢- تحديد الهدف الذي سيتم بدء تدريب الطفل عليه كل حسب نتيجته.
٤، ٥، ٦، ٧، ٨	جلسات تدريبية على عدة مهارات عناية بالذات، مهارات حركية، مهارات إدراكية	١- أن يتقن الطفل المهارات التي يتم تدريبه عليها. ٢- أن تتقن الأم المهارات التي يتم تدريب الطفل عليها وتتقن تدريب الطفل عليها. ٣- أن تجيد الأم جميع أنواع المساعدة وتتقن كيفية استخدامها مع الطفل.
٩	جلسة ختامية تقويمية	١- التأكد من إجادة الأم لتدريب طفلها. ٢- مناقشة إيجابيات البرنامج وسلبياته. ٣- تطبيق مقياس الدراسة.

٢ - مقياس الضغوط النفسية لأولياء الأمور ذوي المعاقين للسرطاوي والشخص ١٩٩٨).

تم إعداد المقياس من قبل السرطاوي والشخص (١٩٩٨). لقياس الضغوطات النفسية التي يتعرض لها أولياء أمور المعاقين، من مشاعر والدية ومشاكل والدية وأسرية، وخصائص الطفل المعاق، والمظاهر العامة للضغط النفسي. تكون المقياس من سبعة عوامل:

العامل الأول: الأعراض النفسية والعضوية.

يتضمن هذا العامل المشاعر النفسية المتعددة التي يعيشها والدي الطفل المعاق، من حزن ويأس وتوتر وقلق، ويشمل الفقرات من (١-٢٠).

العامل الثاني: مشاعر اليأس والإحباط.

يتضمن هذا العمل ما يعانيه والدي الطفل المعاق من مشاعر اليأس والإحباط، ويشمل الفقرات من (٢١-٣٤).

العامل الثالث: المشكلات المعرفية والنفسية للطفل.

يتضمن هذا العامل مشاعر القلق والتوتر التي تصيب ولي الأمر بسبب المشكلات المعرفية والنفسية لطفله المعاق. ويشمل الفقرات من (٣٥-٤٧).

العامل الرابع: المشكلات الأسرية والاجتماعية.

ويشمل الفقرات من (٤٨-٥٢).

العامل الخامس: القلق على مستقبل الطفل.

ويشمل الفقرات من (٥٣-٦٥).

العامل السادس: مشكلات الأداء الاستقلالي للطفل

ويشمل الفقرات من (٦٦-٧٣).

العامل السابع: عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل

ويشمل الفقرات من (٧٤-٨٠).

وبالتالي فالمقياس يتألف من ٨٠ فقرة، تكون الإجابة على كل فقرة في المقياس ضمن سلم مؤلف من خمسة خيارات هي: (لا يحدث مطلقا، يحدث نادرا، يحدث قليلا، يحدث كثيراً، يحدث دائماً)، أما الباحثة فحصرت إجابات الأمهات ضمن ثلاثة خيارات واضحة هي (يحدث نادراً، يحدث قليلاً، يحدث كثيراً).

أما طريقة الإجابة فتكون بوضع إشارة (صح) في المربع الذي ينتمي إلى درجة انطباق الفقرة على الأم حيث تعطى الإجابة يحدث نادراً درجة واحدة، يحدث قليلا، درجتين، يحدث كثيراً ثلاث درجات. فالدرجة الكلية على المقياس يمكن استخراجها بجمع الدرجات التي تمثل مستويات الضغوط على فقرات المقياس، ويمكن أن تمتد الدرجة الكلية على المقياس بأكمله من (٨٠-٢٤٠) حيث تمثل الدرجة الأولى الحد الأدنى،في حين تمثل الدرجة الثانية الحد الأعلى. حيث تشير الدرجات العليا التي تحصل عليها الأم على أبعاد المقياس إلى زيادة الضغوطات النفسية. وقد عدت الباحثة كل من تحصلت على ١٢٠ فما فوق على مقياس الضغوط فهي تعاني من ضغوط.

صدق المقياس وثباته:

قام السرطاوي والشخص بتطوير المقياس بعد مراجعة واسعة للدراسات والمقاييس المشابهة وعرضاها على عدد من المحكمين. ثم قاما بإجراء التحليل العاملي للصورة الأولية للمقياس وتم التوصل إلى سبعة عوامل تشعبت لها جميع الفقرات وقد بلغت تشعباتها ٣٠ أو أكثر، وقام الباحثان بحساب معاملات الارتباط للفقرات الداخلية وقد تراوحت ما بين ٠,٢٩ و٠,٧٨ وهي دالة عند ٠,٠١ وتدل على ما يتمتع به المقياس من اتساق داخلي ويُعد مؤشر على صدق المقياس.

أما بالنسبة لمعاملات الارتباط بين درجات أولياء أمور الأطفال المعاقين على كل عامل من العوامل السبعة ودرجاتهم الكلية على المقياس فقد تراوحت

بين ٠,٦٣ و٠,٧٩ وهي معاملات ارتباط مرتفعة دالة إحصائيا عند ٠,٠١ وتدل على تمتع المقياس بالاتساق والذي يُعَد بدوره مؤشرا على الصدق.

أما فيما يتعلق بثبات المقياس، فقد قام السرطاوي والشخص (١٩٩٨) بتقدير ثبات المقياس بصورته النهائية باستخدام الاتساق الداخلي بطريقة كرونباخ ألفا، حيث بلغت ٩٣ للدرجة الكلية، في حين تراوحت مابين ٠,٦٤ - ٠,٩١ لعوامل المقياس السبعة.

وقام معالي في (٢٠٠٣) باستخراج الصدق المنطقي للمقياس وذلك من خلال عرضه على عدد من المحكمين من المختصين وطلبة الدكتوراه في الإرشاد النفسي،لمعرفة آرائهم في مدى مناسبة الفقرات لقياس الضغوط النفسية التي تعاني منها أمهات الأطفال المعاقين.

أما ثبات المقياس فقد قام الباحثان في استخراج معاملات ثبات المقياس بصورته النهائية حيث طبق على (٣٠) أمّاً واستخرجت الدرجة باستخدام طريقة كرونباخ ألفا، حيث بلغت ٨٧,٥ للدرجة الكلية، في حين تراوحت ما بين ٠,٧١-٠,٨٩ لعوامل المقياس السبعة. مبيناً في الجدول رقم (٢):

الجدول رقم (٢)

ثبات المقياس

عوامل المقياس	القيمة
العامل الأول	٠,٧١
العامل الثاني	٠,٧٤
العامل الثالث	٠,٧٦
العامل الرابع	٠,٧٧
العامل الخامس	٠,٨٠
العامل السادس	٠,٨٢
العامل السابع	٠,٨٩

إجراءات الدراسة:

تم إجراء الدراسة على النحو الآتي

تجريبية - قياس قبلي- برنامج - قياس بعدي- متابعة ضابطة - قياس قبلي - قياس بعدي

وقد قام الباحثان بزيارة مركز مؤتة للتربية الخاصة في مدينة الكرك حيث رحَّب مدير المركز بفكرة التحقق من الضغوط التي تعانيها الأمهات، ومعرفة مدى تأثير البرنامج حيث كان هذا المركز هو الوحيد الذي يقوم بتطبيق البرنامج، وتم شرح الفكرة لفريق البورتج، وتم الاتصال بالأمهات اللواتي كنّ على قائمة الانتظار وشرح الفكرة لهن، وتم توزيع مقياس الضغوط عليهن وبعد أسبوع من الاجتماع بهن تم اختيار أفراد الدراسة وعددهم (٣٠) أما واللواتي حصلن على درجات مرتفعة على مقياس الضغوط النفسية، وتم توزيع العينة بطريقة قصدية إلى مجموعتين المجموعة التجريبية وعددها (١٥) أمّاً، والمجموعة الضابطة وعددها (١٥) أمّاً، وقد تم تطبيق البرنامج لمدة شهرين، وشهراً للمتابعة بناء على موافقة الأمهات بزيارة الباحثين مع فريق العمل وتطبيقها المقياس والبرنامج كإحدى أعضاء فريق البورتج الذي يتكون من اختصاصي علاج طبيعي والباحثة الاجتماعية وممرضات. وقام الباحثان بالتطبيق مع الفريق وزيارة العائلة مرة في الأسبوع لمدة ساعة وربع في كل زيارة والتأكد من إتقان الطفل لمهارة معينة من خلال المخالطة الاجتماعية مع الطفل وثم عمل اختبار له والبدء من نقطة عدم المقدرة لديه على الاختبار وتدريب الأم على المهارة. أما المجموعة الضابطة فقد تم وضعهن على قائمة الانتظار ولم يتم تدريبهن. وبعد الانتهاء من التطبيق والجلسات تم تطبيق المقياس البعدي للضغوط النفسية. وقام الباحثان بمتابعة الأمهات في المجموعة التجريبية بعد الانتهاء بشهر والتأكد من مدى فاعلية البرنامج من خلال تطبيق مقياس الضغوط النفسية.

تصميم الدراسة والمعالجة الإحصائية:

متغيرات الدراسة:

المتغير المستقل:

١ - برنامج بورتج

المتغير التابع:

الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقليا.

تصميم الدراسة:

اتبعت الدراسة المنهج شبه التجريبي على النحو الآتي:

- مجموعة ضابطة ومجموعة تجريبية مكونة كل منهما من ١٥ أُمّاً:
- اختبار قبلي وبعدي للمجموعتين.
- اختبار متابعة للمجموعة التجريبية.

المعالجة الإحصائية

تم استخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) على الحاسوب، كما تم احتساب المتوسطات والانحرافات المعيارية. واستخدام اختبار (t) لمعرفة الفروق بين المتوسطات بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة.

عرض النتائج

يتناول هذا الجزء عرضاً للنتائج التي تم التوصل إليها في هذه الدراسة. وللإجابة عن أسئلة الدراسة، تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات الأمهات على مقياس الضغوط النفسية للمجموعة التجريبية والضابطة، والجدول الآتي يوضح هذه النتائج:

الجدول (٣)
المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات الأمهات على مقياس الضغوط النفسية

المجموعة	العدد	القياس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
التجريبية	١٥	القبلي	١٣٦,١٣	١٠,٩٧
	١٥	البعدي	١١٤,٢٧	١١,٩٨
	١٥	متابعة	١١٢,٦٠	١٢,٨٠
الضابطة	١٥	القبلي	١٣١,٠٠	١١,٥٩
	١٥	البعدي	١٣١,٤٧	١٥,٣٦

يبين الجدول السابق أن المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات الأمهات على الاختبار القبلي والبعدي والمتابعة في المجموعة التجريبية كانت (١٣٦,١٣)، (١١٤,٢٧)، (١١٢,٦٠) درجة على التوالي. أما المتوسطات الحسابية لدرجات الأمهات على الاختبار القبلي والبعدي في المجموعة الضابطة فقد كانت (١٣١,٠٠) درجة، (١٣١,٤٧) درجة، على التوالي. ويلاحظ من الجدول السابق انخفاض مستوى الضغوط النفسية لدى الأمهات اللواتي خضعن للبرنامج، حيث كانت درجات الأمهات في الاختبار القبلي (١٣٦,١٣)، ثم تناقصت الضغوط النفسية عند إجراء الاختبار البعدي وهذا واضح من المتوسط الحسابي البالغ (١١٤,٢٧)، ثم تناقصت الضغوط النفسية لدى الأمهات عند إجراء اختبار المتابعة.

أولاً - النتائج المتعلقة بالفرض الأول:

ينص الفرض الأول على أنه: **لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الأمهات على مقياس الضغوط النفسية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة.**

لاختبار الفرض الأول، تم إجراء اختبار (T.test) لمعرفة فيما إذا كانت هناك فروق في متوسطات درجات الأمهات على مقاييس الضغوط النفسية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على الاختبار القبلي أولا ثم الاختبار البعدي.

الجدول (٤)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وفرق المتوسطات وقيم (ت) بين القياس القبلي في المجموعتين التجريبية والضابطة

متغير الدراسة	المجموعة التجريبية			المجموعة الضابطة			فرق المتوسطات	درجات الحرية	قيمة t	مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	العدد				
الضغوط النفسية	١٣٦,١٣	١٠,٩٧	١٥	١٣١,٠٠	١١,٥٩	١٥	٥,١٣	٢٨	١,٢٤٥	٠,٢٢٣

يلاحظ من نتائج الجدول (٤) عدم وجود فرق دال إحصائيا بين متوسطي المجموعة التجريبية والضابطة على المقياس القبلي للضغوط ت النفسية للامهات، فقد بلغت قيمة (ت) المحسوبة (١,٢٤٥)، عند مستوى دلالة (٠,٢٢٣)، وهي ليست ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \geqslant$ ٠,٠٥). وهذا يدلل على تكافؤ المجموعتين بما يتعلق بالضغوط النفسية لدى الأمهات.

الجدول (٥)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيم (ت) للقياس البعدي لمقياس الضغوط النفسية في خفض الضغوط النفسية للأمهات في المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة

متغير الدراسة	المجموعة التجريبية المقياس البعدي			المجموعة الضابطة المقياس البعدي			فرق المتوسطات	درجات الحرية	قيمة t	مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	العدد				
الضغوط النفسية	١١٤,٢٦	١١,٩٨	١٥	١٣١,٤٦	١٥,٣٦	١٥	١٧,٢٠٠	٢٨	*٣,٤١٨	٠,٠٠٢

يتضح من الجدول (٥) وجود فرق دال إحصائيا عند مستوى دلالة ($\alpha \leqslant$ ٠,٠٥) بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي لمتغير الضغوط النفسية. وبلغت قيمة (ت) (١٧,٢٠٠) وهي ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leqslant$ ٠,٠٥). وقد كانت الفروق لصالح المجموعة التجريبية كما هو واضح من خلال المتوسطات الحسابية.

ثانيا/ النتائج المتعلقة بالفرض الثاني الذي ينص على (لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الأمهات على مقياس الضغوط النفسية للمجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي) لكي نتعرف على تأثير البرنامج في خفض الضغوط النفسية لابد من توضيح الفروق ابتداء بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة وبعدها المجموعة التجريبية.

الجدول (٦)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وفروق المتوسطات وقيم (ت) بين القياس القبلي والبعدي لمقياس الضغوط النفسية لأمهات المجموعة الضابطة

متغير الدراسة	القياس القبلي			القياس البعدي			فرق المتوسطات	درجات الحرية	قيمة t	مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	العدد				
الضغوط النفسية	١٣١,٠٠	١١,٥٩	١٥	١٣١,٤٦	١٥,٣٦		٠,٤٦٧	١٤	٠,٠٩٤	٠,٩٢٦

يتضح من الجدول (٦) عدم وجود فرق دال إحصائيا عند مستوى دلالة ($\alpha \leqslant$ ٠,٠٥) بين متوسطي درجات الاختبار القبلي والبعدي لمتغير الضغوط النفسية لدى أمهات المجموعة الضابطة. وبلغت قيمة (ت) (٠,٠٩٤) وهي ليست ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leqslant$ ٠,٠٥).

الجدول (٧)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وفرق المتوسطات وقيم (ت) بين القياس القبلي والبعدي لمقياس الضغوط النفسية لأمهات المجموعة التجريبية

متغير الدراسة	القياس القبلي			القياس البعدي			فرق المتوسطات	درجات الحرية	قيمة t	مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	العدد				
الضغوط النفسية	١٣٦,١٣	١٠,٩٧	١٥	١١٤,٢٦	١١,٩٨		٢١,٨٦	١٤	٥,٢١٢*	٠,٠٠٠

يتضح من الجدول (٧) وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \leqslant$ ٠,٠٥) بين متوسطي درجات الاختبار القبلي والبعدي لمتغير الضغوط النفسية لدى أمهات المجموعة التجريبية، وقد كانت الفروق لصالح المقياس البعدي كما هو واضح من المتوسطات الحسابية. وبلغت قيمة (ت) (٥,٢١٢) وهي ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leqslant$ ٠,٠٥).

النتائج المتعلقة بالفرض الثالث: وينص على أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leqslant$ ٠,٠٥) بين متوسطي درجات الأمهات على مقياس الضغوط النفسية للمجموعة التجريبية بين القياس البعدي والبعدي بعد شهر من انتهاء التدقيق المتابعة".

الجدول (٨)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيم (ت) وفرق المتوسطات بين القياس البعدي وقياس المتابعة لمقياس الضغوط النفسية في خفض الضغوط النفسية للأمهات في المجموعة التجريبية

متغير الدراسة	العدد	القياس البعدي		مقياس المتابعة		فرق المتوسطات	درجات الحرية	قيمة t	مستوى الدلالة
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري				
الضغوط النفسية	١٥	١١٤,٢٦	١١,٩٨	١١٢,٦٠	١٢,٧٩	١,٦٥٨	١٤	٠,٣٦٦	٠,٧١٧

يلاحظ من الجدول (٨) عدم وجود فرق دال إحصائيا عند مستوى دلالة ($\alpha \leqslant$ ٠,٠٥) بين متوسطي درجات الاختبار البعدي والمتابعة على مقياس الضغوط النفسية لدى أمهات المجموعة التجريبية. وبلغت قيمة (ت) (٠,٣٦٦) وهي ليست ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leqslant$ ٠,٠٥).

مناقشة النتائج والتوصيات

مناقشة النتائج:

فيما يلي النتائج التي توصلت إليها الدراسة:

١ - عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة على المقياس القبلي. ويمكن أن يفسر ذلك على أن الأمهات في المجموعتين لم يتلقين أية برامج تدريبية تؤدي إلى تقليل الضغوط النفسية التي يعانين منها. وتتفق نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة (**حكيم، ٢٠٠٢**) التي توصلت إلى انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة قبل تطبيق برنامج بروتج.

٢ - وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leqslant$ ٠,٠٥) بين المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي لمقياس الضغوط النفسية. وكانت الفروق لصالح المجموعة التجريبية. ويعزى ذلك أن الأمهات اللواتي تلقين برنامجا للدعم والمساندة في مجالات مهمة في رعاية الأبناء، أدى إلى خفض مستوى الضغوط النفسية لديهن وذلك لما تعلمنه من مهارات لتعليم أبنائهن في المجال الاجتماعي والمجال الإدراكي والمجال الاتصالي ومجال المساعدة الذاتية والمجال الحركي، وأصبحن أكثر قدرة ووعيا على التعامل مع مشكلات أبنائهن الأمر الذي خفف من مصادر الضغوط، وهذا يؤدي بطبيعة الحال إلى التخفيف من الأعراض التي تفرزها هذه الضغوط. إن المعرفة الدقيقة الي أفرزها البرنامج التدريبي جعلهن يتصرفن بشكل علمي بعيدا عن العشوائية، وزاد من

ثقتهن بأنفسهن، وفي طبيعة الحال هناك علاقة وثيقة بين الجانب النفسي والجانب الجسمي فأي تحسن في الجانب النفسي سيعكس بظلاله الإيجابي على الجانب الجسمي، لذلك ظهر تغير واضح في الآثار التي أفرزتها الضغوط النفسية، كما هو واضح من خلال نتائج الدراسة للمجموعة التجريبية دون الضابطة، ويمكن أن نستشف فاعلية برنامج بورتج في تخفيف الضغوط النفسية وآثارها. وتتفق نتيجة هذه الدراسة مع نتيجة دراسة **سعيد** (٢٠٠٤) التي أظهرت أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية في تطبيق برنامج للتدعيم الاجتماعي في تخفيض الضغوط النفسية لأمهات الأطفال المعاقين لصالح التطبيق البعدي للبرنامج في المجموعة التجريبية. ودراسة **حكيم** (٢٠٠٢) التي أشارت نتائجها إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في النمو الاجتماعي للأطفال بين المجموعة التجريبية والضابطة لصالح المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج.

٣ - عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leqslant$ ٠,٠٥) بين الاختبار القبلي والبعدي لمتغير الضغوط النفسية لدى أمهات المجموعة الضابطة. وتكون هذه النتيجة طبيعية لأن الأمهات في المجموعة الضابطة لم يتلقين أي برنامج للمساعدة والدعم في تخفيض الضغوط النفسية مما يشير إلى أن الأمهات يعانين من الضغوط النفسية بسبب الأطفال المعاقين، وذلك لعدم معرفتهن كيفية مساعدة أبنائهن في العناية بالذات أو في المجال الاتصالي وغيرها من المجالات

٤ - وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leqslant$ ٠,٠٥) بين الاختبار القبلي والبعدي لمتغير الضغوط النفسية لدى أمهات المجموعة التجريبية. وقد كانت القياس البعدي. وهذا يفسر على أن الأمهات قد استفدن من تطبيق برنامج بورتج في القياس البعدي في تخفيض الضغوط النفسية التي يعانين منها، إذ إن البرنامج قد أمد الأمهات بمعلومات في غاية من الأهمية في كيفية التعامل مع أبنائهن في المجال الاجتماعي والمجال الادراكي والمجال الاتصالي ومجال المساعدة الذاتية

والمجال الحركي. أن هذه المعرفة المعمقة في مجالات مهمة في حياة الطفل جعلتهن يتعاملن بثقة أكثر من السابق مع أطفالهن، مما يخفف من العبء الكبير الواقع عليهن، كما أن المعرفة في كيفية التعامل السليم يفتح أمامهن الأمل في تحسين أبنائهن وليس الاستسلام للحالة، كما يحسن من حالة التفاعل بين الأم وطفلها المعاق الأمر الذي يقلل من الإرهاصات الجسمية والنفسية ومن مشاعر اليأس والإحباط والقلق، ويخفف من المشكلات الأسرية والاجتماعية. وهذا ما أظهرته نتائج الدراسة عندما طبق مقياس الضغوط النفسية قبل تطبيق برنامج بورتج وبعد تطبيقه. إن الأمهات أصبحن أكثر كفاءة في التعامل مع أطفالهن وفق الأبعاد التى تطرق إليها برنامج بورتج. وتتفق نتيجة الدراسة الحالية مع نتيجة دراسة سنجر وآخرين (Singer, et al, 1988) التي أشارت نتائجها إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية لمقياس القلق والاكتئاب بين التطبيق القبلي للبرنامج والبعدي لصالح التطبيق البعدي. ودراسة كارول (Carol, 1992) التي بينت أن التدعيم الاجتماعي والاقتصادي والمعرفي للأم كانت له علاقة واضحة في تخفيض الضغوط النفسية للأمهات. ودراسة حكيم (٢٠٠٢) التي توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في النمو الاجتماعي للمجموعة التجريبية بين كل من القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح التطبيق البعدي.

٥ - عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leqslant$ ٠,٠٥) بين الاختبار البعدي واختبار المتابعة لمتغير الضغوط النفسية لدى أمهات المجموعة التجريبية. وهذا يدلل على نجاح البرنامج المطبق على الأمهات في تخفيض الضغوط النفسية في وقت تطبيق البرنامج وفي فترة لاحقة واستمرار فاعليته، وأن أفراد الدراسة قد استفادوا من البرنامج الذي تم تدريبهم عليه، ولم يكن هذا التحسن مقتصرا على فترة تطبيق البرنامج، وإنما بقى أثره بعد انتهاء البرنامج، وهذا ما يظهره جدول (٨) وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة **سعيد** (٢٠٠٤).

وبناءً على نتائج الدراسة نوصي بالآتي:

١ - إجراء المزيد من الدراسات حول برامج التدخل المبكر مثل برنامج Vojta, وبرنامج T.D.S لأهمية برامج التدخل المبكر.

٢ - دعوة مؤسسات الأم والطفل للتعرف على البرنامج نظراً لأهميته في معرفة الأبناء والتطور الطبيعي لهم، والتصدي لحالات القصور والضعف.

٣ - إجراء دراسة حول برنامج البورتج وأثره في تخفيف الضغط النفسي لدى أخوة المعاقين حركيا أو عقلياً.

٤ - تدريب المزيد من الإخصائيات يكفين سد حاجة الأسر للتدريب على هذا البرنامج.

٥ - فتح دورات تدريبية على برنامج بورتج في كل المناطق الأردنية.

The Effect of Home Education Program for Mothers (Portage) of Mentally Handicapped Children on Reducing their Psychological Pressures in Jordan

Dr. Kahtan A. Al -Dahir - Shahriar S. Al-rawashda
Al-Ahilyya Amman University
H.K.J

Abstract

This study aimed to demonstrate the effect of mothers' training on the program "Portage", on reducing the psychological pressures of mothers of mentally - retarded children.

The study population consisted of (30) mothers on the waiting list. They obtained 120, and above, on the Psychological Pressures Scale. The study individuals were divided into two groups: the experimental group (15 Mothers) trained on "Portage" Program, and the control group (15 Mothers) not trained on the program.

The program took two months, and another month for following up.

The Psychological Pressures Scale (For Al-Sartawi and AL- Shakhes). was Applied, and (t) test was used to find out the differences between the two groups.

The Study revealed the following results:

- **There is a significant difference between the experimental and the control groups, in favor of the experimental group.**
- **There are no significant differences on the psychological pressures scale for the experimental group between the first result and after one month. (Follow up stage).**

The study recommended to conduct further studies on the "Portage" program on other members of the family, e.g. brothers.

المراجع

١ - الأشول، عادل. (١٩٩٣). الضغوط النفسية والإرشاد الأسري للأطفال المتخلفين عقلياً، **مجلة الإرشاد النفسي**، مركز الإرشاد النفسي، القاهرة، العدد الأول ١٩٩٣ ص ١٥-٣٥.

٢ - بخش، أميرة طه. (٢٠٠٢). الضغوط الأسرية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً وعلاقتها بالاحتياجات والمساندة الاجتماعية. الجامعة الأردنية **دراسات العلوم التربوية** المجلد ٢٩، العدد ٢.

٣ - جميل، سمية طه. (١٩٩٨) **التخلف العقلي. استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية**. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

٤ - الحديدي، منى والصمادي، جميل والخطيب، جمال. (١٩٩٤). الضغوط النفسية التي تتعرض لها اسر الأطفال المعاقين. عمان، **مجلة دراسات (العلوم الإنسانية)**، ٢١ (١)، العدد١،ص٣-٧.

٥ - الحديدي، منى، والخطيب، جمال. (١٩٩٦). أثر إعاقة الطفل على الأسرة. **مجلة كلية التربية**، جامعة المنصورة، ٣١، ١-٢٣.

٦ - الحديدي، هناء. (٢٠٠١). مشكلات أسر الأطفال المعاقين عقليا من (٠-١٨) سنة.دراسة على عينة من الأمهات في محافظة العاصمة، **رسالة ماجستير غير منشورة**، الجامعة الأردنية، عمان.

٧ - حكيم، شرين. (٢٠٠٢). فاعلية برنامج بورتاج للتنمية الشاملة للطفولة المبكرة لزيادة معدل النمو الاجتماعي لطفل ما قبل المدرسة، **رسالة ماجستير جامعة عين شمس**.

٨ - الخطيب، جمال والحديدي، منى. (١٩٩٧). **مدخل إلى التربية الخاصة**. الكويت: مكتبة الفلاح.

٩ - الخطيب، جمال والحديدي، منى. (١٩٩٨). **التدخل المبكر**. الأردن: دار الفكر.

١٠- الخطيب، جمال والحديدي، منى والسرطاوي، عبدالعزيز. (١٩٩٢). **إرشاد أسر الأطفال ذوي الحاجات الخاصة**. عمان: دار حنين.

١١- الخطيب، جمال. (١٩٩٩). **أولياء أمور الأطفال المعوقين،استراتيجيات العمل معهم وتدريبهم ودعمهم**، الرياض، أكاديمية التربية الخاصة.

١٢- خفش، سهام. (٢٠٠١). استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية التي يستخدمها آباء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، **رسالة ماجستير غير منشورة**، الجامعة الأردنية، عمان.

١٣- دردريان، آني. (١٩٩٤). مستوى فاعلية مراكز التربية الخاصة في الأردن، **رسالة ماجستير غير منشورة**،عمان.

١٤- الربابعة، يوسف عبدالله. (٢٠٠٤). بحث منشور بعنوان نظرة **شمولية حول برنامج التأهيل المجتمعي المحلي**، برنامج ضعاف السمع بمدرسة أبي أيوب الأنصاري، جدة، على شبكة الانترنت (www.werathah.com).

١٥- الروسان، فاروق. (١٩٩٩). مقدمة في التربية الخاصة. عمان : دار الفكر

١٦- الريحاني، سليمان (١٩٨٥). **التخلف العقلي**، عمان: الجامعة الأردنية، مطابع الدستور التجارية.

١٧- السرطاوي، زيدان والشخص، عبدالعزيز (١٩٩٨). **بطارية قياس الضغوط النفسية وأساليب المواجهة والاحتياجات لأولياء أمور المعوقين (دليل المقاييس)**. العين: دار الكتاب الجامعي.

١٨- سعيد، محمود محي الدين. (٢٠٠٤). فعالية برنامج للتدعيم الاجتماعي في تخفيف حدة بعض مظاهر الضغوط النفسية لأمهات الأطفال المعاقين بولاية عبري في سلطنة عمان، **مجلة التربية**، جامعة الأزهر، كلية التربية العدد (١٢٦)، ديسمبر، ص ٤٤٣-٤٨٤.

١٩- الظاهر، قحطان أحمد (٢٠٠٥) مدخل إلى التربية الخاصة. عمان : دار وائل للنشر.

٢٠- الصمادي، جميل. (١٩٩٦). أثر مشاركة الوالدين في تحصيل الرياضيات

ومستوى الصحة النفسية للطلبة المعوقين سمعيا، **مجلة كلية التربية**، العدد ٢٠، جامعة عين شمس.

٢١- العارضة، معاذ محمد. (١٩٩٨). استراتيجيات تكيف المعلمين مع الضغوط النفسية التي تواجههم في المدرسة الثانوية الحكومية في محافظة نابلس. **رسالة ماجستير غير منشورة**، جامعة النجاح الوطنية: نابلس، فلسطين.

٢٢- الغرير، أحمد. (١٩٩٩). فعالية برنامج الإرشاد النفسي الجماعي في تخفيف الضغوط النفسية لدى معلمات التربية الخاصة،**رسالة دكتوراه غير منشورة**،معهد الدراسات والبحوث التربوية، جامعة القاهرة.

٢٣- القريوتي، يوسف، السرطاوي، عبدالعزيز، الصمادي جميل. (١٩٩٥). **المدخل إلى التربية الخاصة**. دبي، الإمارات العربية المتحدة: دار القلم.

٢٤- القريوتي، إبراهيم، فردان، ابتسام. (٢٠٠٦). **تدريب وتعليم أهالي المعاقين عقلياً**. عمان: دار يافا.

٢٥- مرسي، محمد (د.ت) **التدخل المبكر**، دبي:مركز راشد لعلاج ورعاية الطفولة.

٢٦- معالي، إبراهيم باجس. (٢٠٠٣). أثر التحصين ضد التوتر والتدريب على حل المشكلات في خفض الضغوطات النفسية وتحسين مستوى التكيف لدى أمهات ذوي الاحتياجات الخاصة، **رسالة دكتوراة غير منشورة**، جامعة عمان العربية للدراسات العليا: عمان، الأردن.

٢٧- المجالي، عرين. (١٩٩٣). التكيف المهني للأشخاص المتخلفين عقليا وعلاقته بالتكيف الشخصي، **رسالة ماجستير غير منشورة**، الجامعة الأردنية.

٢٨- يحيى، خولة. (١٩٩٩). المشكلات التي يواجهها ذوو المعاقين عقليا وسمعيا وحركيا الملتحقين بالمراكز الخاصة بهذه الإعاقات، **دراسات العلوم التربوية**، المجلد ٢٦ العدد ١،٩٢-١٠٨.

٢٩- يحيى، خولة. (٢٠٠٣). **إرشاد أسر ذوي الأحتياجات الخاصة**، عمان: دار الفكر.

٣٠- يحيى، خولة. (٢٠٠٦). **البرامج التربوية للأفراد ذوي الحاجات الخاصة**، عمان: دار المسيرة.

31 - Abosi,O.C. (2000). Trends & issues in special education in Botswana, **Journal of Education** ,spring, vol. 3,issue 1.

32 - Brandon, D, Peter. & Hogan, Dennis. (2001). The Effects of children with disabilities on mothers exit from welfare. **paper prepared for the September 20-21, 2001, research institute "the hard to employ and welfare reform". Article Retrived September 25,2003 from http:// www.jcpr.org/wpfiles/brandonhogan SRI 2001.pdf.**

33 - Bruder, M. B. (2000). Family centered early intervention: clarifying our values for the new millennium, Topics in Early Childhood Special Education, Summer, vol 21 Issue 2.

34 - **paper prepared for the september 20-21,2001, research institute** "The HARD-TO-Employ And Wefare Reform".

35 - Carol, Trivette.(1992).Characteristics and influences of role division and social support among mothers of preschool children with disabilities. Special Education, vol. 12,No. 3,pp.312-319.

36 - Coburn, A. F.;Kilbreth, E.H..(1990). impact of the main medicaid waiver for the mentally retarded, **Helath Care Financing Review**, spring, vol. 11 issue 3.

37 - Craig,J., and Swan, S.(2002,May 1). Effect of Disability on parental stress. the lancaster county center for autism, **Article Retrieved September** 27, 2003, from**: http://www.angelfire.com/Pa5/Iccare/Iccarersrcs/iccareresParstrs-surv.htm.**

38 - Eheart, B.(1982). Mother-child interactions with non-retarded and mentally retarded preschoolers. **American Journal of Mental Deficiency**, 87 (1), 20-5.

39 - Feldman, M.; Ducharme, J.; Case, I.; (1999). Using self-instructional

pictorial manuals to teach child-care skills to mothers with intellectual disabilities, Behavior Modification, Beverly hills; Jul., vol.23, Issue.3.

40 - Golldbart, J. Mukherjee. S. (1999). Effectiveness portage program, mother stress, mentally retarded children, Child care, Health and Development 25, 5, 355-347.

41 - Kirk, S. (1998). Families' experiences of caing at home for A technology -dependent child: A review of The literature. **Child: Care, Health And Development**, 2,101-114.

42 - Knoll, J (1992). Being A disability or chronic illness. **Monographs of The American Association on Mental Retardation**, 18, 9-20.

43 - Kurylo, M, Elliott, T., and Shewchuk, R. (2001). Foucus on the family caregiver: aproblem-solving training intervention. **Journal Of Counseling & Development, Vol.79,**Issue 3, pp. 265-282.

44 - Lesar, S.; M. Gerber;M.Semmel. (1995). Family stress**,** social support, and adaptation. **Exceptional Children**,62 (3):224-236.

45 - Mcconachie,H.(1982)Fathers of mentally handicapped children in W.Beail Messier (EDS).

46 - Mittler, p., and Mcconachie, H.(1983): Parents, Professionals and Mentally Handicapped People, Croom HELM London & Canberra

47 - Moore, C.(2002). Educating students with disabilies in general education classroom: A Summary of the Research, Alaska Department, Teaching & Learning Support.

48 - Orr, R; S. Cameron; M. Day.(1991).Coping with stress in families with children who have mental retardation an evaluation of the double abcx model. American **Journal on Mental Retardation, 95 (4)**: 444-450.

49 - Payne, G.;Z. Stoneman. 1997. Family predictors of maternal and paternal involvement in programs for young children with disabilities. Child Development, 68 (4): 701-717.

50 - Powell, D. S.; C.J. (1997). A Strength-based Approach in support of Multi-Risk Families: Principles & Issues, **Topics in Early childhood special Education**, spring, Vol.17, Issue1.

51 - Robson, M.(1999). Stress and its perception in childhood, **Counseling Psychology Quarterly**, 12(3).

52 - Singer, George, et al. (1988): Strees management training for parent of children with severe handicaps. **Journal of Mental Retardation**, Vol.26,-No.5,pp,269-277.

53 - Smith.(2003).When it is my turn? sibshop: Aspecial time for sibling-s.SESA,WWW.disabilitysolutins.org.

54 - Wood, T.;T.Teller;M.Semell. (1991).A Comparison of stress and marital adjustment with families of chronically III, handicapped and non-III-/ non- handicapped childern.**Journal of Special Education**, 15 (3): 311-315.