

برنامج إرشادي قائم على العلاج بالواقع لخفض حدة الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة

د. أشرف محمد شريت

كلية رياض الأطفال - جامعة الإسكندرية

ج ١٠٣ ع

الملخص

تهدف الدراسة الحالية إلى الكشف عن فعالية البرنامج الإرشادي القائم على استخدام أسلوب العلاج بالواقع لخفض الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعاقين، وقد اتبعت الدراسة الحالية المنهج شبه التجريبي، وتكونت عينة الدراسة من (٢٠) أمّاً من الأمهات اللاتي لديهن أطفال معاقين، وطبق عليهن مقياس الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعاقين. (إعداد الباحث)، وبرنامج إرشادي قائم على العلاج بالواقع لخفض حدة الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين. (إعداد الباحث)، وقد أسفرت الدراسة عن النتائج التالية:

- ١ - وجود فروق دالة إحصائية عن مستوى (٠,٠١) بين متوسطات رتب درجات القياسين: القبلي، والبعدي في مقياس الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى أمهات الأكلال المعاقين والراجعة إلى الابن المعاق، لصالح القياس البعدي.
- ٢ - وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين متوسطات رتب درجات القياسين: القبلي، والبعدي في مقياس الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعاقين والراجعة إلى الأم، لصالح القياس البعدي.
- ٣ - عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات القياسين: القبلي، والبعدي في مقياس الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعاقين والراجعة إلى الزوج لصالح القياس البعدي.
- ٤ - وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين متوسطات رتب درجات القياسين: القبلي، والبعدي في مقياس الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعاقين والراجعة إلى المجتمع، لصالح القياس البعدي.
- ٥ - عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات القياسين: البعدي، والتتبعي في مقياس الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعاقين.

وقد قدمت الدراسة مجموعة من التوصيات التربوية لأمهات الأطفال المعاقين .

مقدمة :

تعد الضغوط النفسية أحد أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً وانتشاراً، وهي إحدى ظواهر الحياة الإنسانية يخبرها الإنسان في مواقف أو أوقات مختلفة يتطلب منه توافقاً أو إعادة توافق مع البيئة، وتهدد سعادته، وتلبسه القدرة على الاستمتاع بالحياة، والتوافق والتكيف مع الآخرين، لذلك نرى عديداً يشكون من الضغط النفسي وعدم شعورهم بالسعادة، ولكن علينا أن نلاحظ أن الضغط النفسي ليس مجرد هذا الحزن المؤقت على وفاة عزيز، أو ذلك الهبوط في المزاج الذي يملكنا بين الحين والآخر، وليس مجرد الإحساس بوحدة تنقشع بزيارة صديق، أو مبادلة الحديث مع أحد الرفاق، أو الزملاء؛ وإنما يقترن الضغط النفسي بكثير من خصائص الاضطراب النفسي بما فيها المزاج المتشائم، والشعور بالهبوط، والعجز، وبطء عمليات التفكير، والتذكر، وانتقاء الذكريات الحزينة والمهينة.

والضغوط النفسية جزء لا يتجزأ من نسيج الحياة المعاصرة، والإنسان لا بد أن يواجه الضغوط النفسية، ولكن تختلف هذه الضغوط من حيث الدرجة والشكل؛ فنحن غالباً ما نواجه الضغوط النفسية عندما تواجهنا مسئوليات كبيرة في البيت أو العمل، أو الخوف من فقد أشياء مهمة لنا مثل وظائفنا، وكذلك الخوف من فقد الأهل أو الأصدقاء؛ فعندما نتعرض لمثل هذه الأحداث نواجه ما يسمى بمصطلح "مواجهة"، أو "هروب" Fight or Flight أي الاستعداد لمواجهة الضغوط النفسية أو الهرب منها.

إن أفراد أسرة الطفل المعاق يعانون من ارتفاع مستوى الضغوط النفسية، الذي يرجع إلى تلك الأحداث أو المتغيرات الحياتية الناجمة عن الإعاقة؛ مما يؤثر على نظام الأسرة ووظائفها. ولا ترتبط الضغوط النفسية بالموقف المحدث لها بقدر ما ترتبط باستجابة الأسرة، وكيفية تقسيمها لها. وترجع الضغوط النفسية لأمهات الأطفال المعاقين بأنها حالة يتعرض فيها الكائن الحي لظروف

أو مطالب تفرض عليه نوعاً من التوافق، وتزداد تلك الحالة إلى درجة الخطر كلما ازدادت شدة الظروف أو المطالب، أو استمرت لفترة طويلة.

إن والدي الطفل المعاق يعيشون تحت وطأة ضغوط نفسية جميعها مرتبط بـ: تحطيم حلم الأبوين في أن يكون لهما طفل سوى، وحاجة هذا الطفل إلى الرعاية بصورة أكبر، وردود الفعل السلبية للأقارب والمعارف نحو الأسرة، والعزلة الاجتماعية التي يفرضها الطفل على والديه، والمشكلات الصحية غير المتوقعة، وبطء تعلمه. وهذا ما أكدته دراسات: (Meadow, 1995؛ سيلجمان ودارلينج، ٢٠٠١؛ Baker, B. L. & Blacher J. & Crnic, K. A. & Edeibrock C., 2002؛ Lederlerg & Golback, 2002؛ كفايفي، ٢٠٠٣؛ الخالد، ٢٠٠٧).

وهناك مصادر أخرى للضغط على الوالدين مثل متطلبات الحياة اليومية والرعاية طويلة المدى للطفل المعوق، ووصمة العار التي يتعرضون لها، والشك طويل المدى سواء في تشخيص حالة الطفل أو بين الوالدين بعضهما ببعض والافتقار إلى الدعم الاجتماعي، وعدم توافر المتخصصين، والمشكلات الشخصية لكل من الوالدين ومشكلات التوافق الأسري، والافتقار إلى المعلومات حول المعوقين، والخدمات المتاحة لهم.

وتظهر الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين عندما يتعرضن لموقف يصعب عليهن مواجهة متطلباته، وتبدو عليهن ردود فعل سلبية، تتضمن أعراضاً وظيفية عضوية ونفسية متناقضة، تدل على تعرضهن للضغوط النفسية، بجانب مصادر الضغوط النفسية المتعلقة بتقبل الطفل وأسلوب رعايته، والمتعلقة بالمشكلات الأسرية والاجتماعية بين الوالدين، وكما يعرض بعض الأسر للتصدع، وإلى عدم الرضا الزواجي جراء إنجاب طفل معاق، ويرفع من مستوى القلق لدى بعضهم الآخر، ويكون الحادث محطماً لأحلامهما حول طفلهما الذي كانا ينتظرانه.

كما تؤكد نتائج عديد من الدراسات: (Konstantareas, 1985؛ Donova, 1985؛ O'hare, - Elizaeth, 1995؛ الحديدي والخطيب، ١٩٩٧؛ & Lampropoulou, 1995).

1999؛ Hintermair, 2000)، أن الأمهات أكثر تأثراً بإعاقة الأبناء من الآباء بحكم ارتباطهن الكبير بالطفل، وبقائهن معه فترات طويلة بهدف إشباع حاجاته اليومية، وأن أمهات الأطفال المعوقين يعانون من الضغط النفسي أكثر من أمهات الأطفال العاديين، كما دلت هذه الدراسات على أن الأمهات يعانين أكثر من الآباء في الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى أطفالهن. وأشارت النتائج إلى أن الأطفال المعاقين يشكلون خطراً وضغطاً أعظم، وقلقاً مرتفعاً لدى أمهاتهم، وأن هؤلاء الأمهات أكثر عرضة للاكتئاب، ولديهن مخاطرة عالية بالنسبة للمشكلات الانفعالية، ويعانين ضغوطاً نفسية بدرجة كبيرة، كما أن الإعاقة على المدى الطويل، ومطالب الرعاية الصحية، وإحباطات تأخر النمو، والقلق بشأن الأبناء ومستقبلهم، والانعزال عن الأسرة والأصدقاء، والطبيعة الانطوائية، كل هذه العوامل يكون لها تأثيرها الأول والمباشر على الأم، وتؤدي إلى ضغوط نفسية عالية لديها، خاصة في حالة غياب الأب، أو يكون دوره هامشياً في حياة الأسرة.

كما تقلق الأم ويجعلها تشعر بالذنب، فتقوم بتشجيع مظاهر الاعتماد غير الضروري لدى طفلها المعاق، ويتم تفسير ذلك على أساس مشاعر الذنب التي تسيطر على الأم، كما تشعر الأم بالرفض والخجل والانسحاب. وقد أظهرت نتائج دراسات: (زهران، ١٩٩٧؛ Metrtens, Donna; Sass-Lehrer, Marilyn; Scott-Oison, Kim, 2000؛ عبد الحي، ٢٠٠١؛ نور الدين، ٢٠٠٢؛ Pipp-Siegel, 2002؛ S.; Allison L. Sedey, and Christine Yoshinaga-Itano, 2002؛ كفاي، ٢٠٠٣؛ فياض، ٢٠٠٧؛ منصور، ٢٠٠٧؛ عجاج، ٢٠٠٧) بأن أمهات الأطفال المعاقين يقدمن حماية زائدة لأطفالهن مقارنة بباقي أطفالهن العاديين، كما أن الأمهات يملن إلى التعبير عن مشاعر الحزن والشفقة نحو الطفل المعاق.

ويؤكد ذلك "جلاسر" Glasser، الذي يذكر أن المشكلات النفسية يمكن أن تعزي إلى نقص المسؤولية واختيار السلوكيات والعلاقات المسمومة "غير السوية" (Sandhu, 2000)، ولذلك ينادى جلاسر Glasser بأن معظم التعاسة التي يمر

بها الأفراد هي نتيجة علاقات شخصية غير مشبعة، وأن الروابط غير المرضية وغير الموجودة مع أشخاص مهمين بالنسبة لنا هي مصدر كل المشكلات الإنسانية (Peterson, 2000).

ويشير العلاج بالواقع Reality Therapy على أنه يجب أن يظهر الأفراد شعورهم الذي يكونه داخلهم، وأن عليهم أن يتعرفوا عليه، أو يعرفوا أنفسهم كأفراد لهم: أهمية، واستقلالية، وفردية، وقد أطلق جلاسر على هذه الحاجة اصطلاح الهوية (هوية النجاح - هوية الفشل). ويرى "جلاسر" أنه عندما يتصرف الشخص بطريقة تجعله يشعر بالأهمية لنفسه وللآخرين، فإن سلوكه يكون صحيحاً أو أخلاقياً، والهوايات يمكن تغييرها، ولكن فقط عن طريق تغيير السلوك بطريقة يمكن معها إشباع الحاجة للحب والحاجة إلى الأهمية، وعملية إشباع الحاجات عن طريق تغيير السلوك يمكن تحقيقها بالقيام بما يمثل المسؤولية Responsibility، والواقع Reality، والحق Right، وقد رمز "جلاسر" لهذه الجوانب الثلاثة بـ 3Rs الخاصة بالعلاج بالواقع (Glasser, 2002).

وينطوي العلاج بالواقع على سؤال أساس هو: هل ما تقوم به يساعدك على الوصول إلى ما ترغب؟ أو أنه يقربك إلى الأفراد الذين تحتاج إليهم؟ وبذلك فإن العلاج بالواقع يساعد الناس على أن يواجهوا الواقع بحيث يمكنهم أن يواجهوا مشكلاتهم عن طريق القيام بسلوك أكثر مسؤولية. ويذكر "واطسون" Watson (٢٠٠٢) أن العلاج بالواقع يعتبر وسيلة مفيدة لأي شخص يرغب في إيقاف الاكتئاب واختيار السلوك الأكثر إيجابية، ومن المهم جداً في عملية العلاج بناء نوع من الثقة والتعاطف مع كل عميل، ويرى "جلاسر" في نظريته التي أسماها نظرية الاختيار أن كل ما نفعله نحن الأفراد هو السلوك، وأن معظم سلوكنا اختياري، وأنا مدفوعون نحو إشباع حاجتنا الأساسية الخمسة طبقاً لنظرية الاختيار وهي: البقاء، الحب والانتماء، القوة، الحرية، المتعة. ويضيف "جلاسر" أنه استخدم العلاج بالواقع مع من يعانون مشكلات نفسية مختلفة ما بين: العزلة، والوسواس القهري، والفوبيا، والقلق، والاكتئاب، واضطرابات الفزع، والأفكار الانتحارية، وجراحة تغيير الجنس (Sandhu, 2000).

وسوف تعتمد الدراسة الحالية على استخدام العلاج بالواقع في ضوء نظرية "جلاس" لخفض حدة الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين من خلال برنامج إرشادي قائم على العلاج بالواقع يقدم لهم.

مشكلة الدراسة :

مما لا شك فيه أن أفراد أسرة الطفل المعوق يعانون من ارتفاع مستوى الضغط النفسي والحزن والآسى والألم والإجهاد المستمر، كما أن وجود الطفل المعوق في الأسرة يعرض الوالدين لكثير من المشكلات النفسية والعضوية التي تعكس مستوى الضغط النفسي لديهم، ويعرض بعض الأسر للتصدع. ونظراً للدور الكبير الذي تلعبه الأسرة في حياة الطفل، وللآثار السلبية التي قد تخلفها الإعاقة، كانت أهمية الوقوف على مشاعر الوالدين والتعرف على المشكلات التي يتعرض لها، والتي قد تتمثل في مشاعر اليأس والإحباط والمشكلات الاجتماعية والقلق على مستقبل الطفل، وعدم القدرة على تحمل أعباءه.

وتشير نتائج دراسات : (كفايف، ٢٠٠٣؛ Margalit, 2006) إلى أن الطفل المعاق يمثل عبئاً على الأسرة بعكس الطفل العادي الذي يفترض أنه مصدر سعادة لوالديه وللأسرة، حيث يمثل عبئاً على أسرته من حيث الرعاية، وتدريب شئونه من ناحية وسلوكه غير الطبيعي أو غير المعتاد من ناحية أخرى. فمن ناحية الرعاية يحتاج هذا الطفل إلى قدر أكبر من الوقت والجهد والانتباه وأحياناً التكلفة المادية، ومع ذلك لا يكون سلوكه وأداؤه بل ومظهره على المستوى الذي يسعد والديه وأسرته. وقد يصدر عن هذا الطفل سلوكاً غير مرغوب فيه، مثل السلوك الذي يسبب الأذى لذاته أو للآخرين؛ مما يضيف أعباء زائدة على الأم وتحمل هذا العبء الجسمي مع شعورها بالضيق والتبرم، وقد تعبر عن هذا الشعور أو تكبته، أي أن الأم هنا تتعرض لمعاناة نفسية بجانب المعاناة الحسية.

ولا تتوقف المشكلة عند حد إحداث المعاناة الجسمية، والنفسية لأفراد الأسرة، بل إن وجود الطفل المعاق في الأسرة يمثل لها وصمة اجتماعية، فكثيراً

ما يشعر الوالدان أن الآخرين لا ينظرون إليهم النظرة العادية، بل يتبنون نحوهم اتجاهات سلبية. وأياً كان صدق شعور الوالدين فإن هذا الشعور ينعكس على مفهومه لذواتهما، حيث يشعران بأنهما في مكانة اجتماعية أقل من الآباء الآخرين، وأنهما ينتميان إلى أسرة موصومة.

كما أشارت نتائج عديد من الدراسات: (الكاشف، ٢٠٠٠؛ الدهان، ٢٠٠١؛ رمضان، ٢٠٠٢؛ Pipp-Siegel, S.; Allison L. Sedey, Baker et.al, 2002؛ and Christine Yoshinaga-Itano, 2002)، إلى أن الأم أكثر تأثراً بإعاقة الأبناء، والضغط النفسي الناتجة عنها أكثر من الأب، بحكم ارتباطها الكبير بالطفل، وبقائها معه فترات طويلة، وحرصها على إشباع حاجته اليومية، وأسلوب مواجهة الضغوط النفسية لدى الأطفال المعاقين يعتمد على المساندة التي تأتي من الزوج والأبناء والمجتمع، ثم يأتي في المرتبة الأخيرة الأقارب والأصدقاء. كما أسفرت نتائج دراسة كل من: (Holliman, 2000) عن أن الأمهات يملن إلى تناول أساليب المواجهة المرتكزة حول حل المشكلة، والدعم الاجتماعي، بينما الآباء يميلون إلى تناول أساليب التجنب والهروب من المشكلة.

وتشير دراسة كل من: (Calderon, 1988؛ Beckman, & Leber, 1991؛ Hintermair, 2000؛ Choi, Y.H., Jang, D.P., Ku, J.H., Shin, M.B. & Kim, S.L., 2001؛ رمضان، ٢٠٠٢)، أنه يوجد معامل ارتباط موجب بين تناول الوالدين لأساليب المواجهة المختلفة وتوافقهما مع ضغوطهما النفسية؛ أي أن الوالدين الذين خضعوا لخدمات نفسية مختلفة كانوا أقل إحساساً بالضغوط النفسية عن غيرهم من الوالدين الذين لم يخضعوا لمثل هذه الخدمات.

وبناء على ما سبق وجد الباحث هذا دافعاً قوياً في الاهتمام بهذه الفئة من أمهات ذوي الإعاقات المختلفة، ومن خلال خبرات الباحث العلمية والميدانية في العمل مع الأطفال المعاقين، وأثناء عمله الإرشادي مع طلاب المدارس والجامعات، ومن خلال المناقشات الإرشادية المفتوحة مع أسر هؤلاء الأطفال من المعاقين، حيث ظهر الاهتمام الواضح بالضغوط النفسية لدى أمهات

الأطفال المعاقين، وزيادة التوقعات التشاؤمية تجاهه، ووجود كثير من التساؤلات حوله، وقوة مشاعر الاضطراب والتردد بين الأمل فيه والخوف منه، أمل في تحقيق الأهداف والطموحات، وخوف من التغيرات الهائلة والمستمرة، والضغط المتعددة المادية والنفسية والمجتمعية والبيئية، وتعدّد الحياة الحديثة؛ مما جعل تلك المخاوف والضغط النفسي تتحول لدى كثير من الأمهات إلى مظهر مرضي، يمكن أن يعرقل النمو السوي لهؤلاء الأطفال، ويؤدي إلى ظهور عديد من المشكلات والاضطرابات النفسية والسلوكية لديهم.

كما لاحظ الباحث تزايد الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المعاقين بجانب وجود عوامل ضاغطة إضافية مثل التفكك الأسري، أو وجود معاناة حسية أو جسمية لديهم؛ مما دعى الباحث إلى الرجوع الأدبيات التي تناولت هذا الموضوع باعتباره مشكلة حقيقية تؤرق أمهات أطفال المعاقين. ونظراً لأن الإرشاد النفسي يميل إلى الجانب التطبيقي لعلم النفس، والذي يجب ألا يقف عند حد التشخيص والقياس، وتحديد طبيعة الاضطرابات والمشكلات النفسية، فإن الدراسة الحالية تسعى إلى خفض الضغط النفسي باستخدام أسلوب العلاج بالواقع كأسلوب إرشادي في ضوء نظرية الاختيار لجلاسر، وخاصة مع ما لاحظته الباحث من محدودية الدراسات العربية التي تتناول خفض من حدة هذه النوعية من الضغط النفسي، بالرغم من كثرة الدراسات التي اهتمت بخفض الضغط النفسي بشكل عام، دون التركيز على خفض الضغط النفسي لدى الأمهات. وبناء على ذلك يمكننا تحديد مشكلة الدراسة الحالية وبلورتها في التساؤل العام التالي :

ما أثر البرنامج القائم على العلاج بالواقع كأسلوب إرشادي في خفض الضغط النفسي الناتجة عن الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعاقين ؟

ويندرج تحت هذا التساؤل الرئيسي عدد من التساؤلات الفرعية التالية :

- ١ - ما أثر البرنامج الإرشادي في خفض الضغط النفسي الناتجة عن الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعاقين والراجعة إلى الابن المعوق ؟

- ٢ - ما أثر البرنامج الإرشادي في خفض الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعاقين والراجعة إلى الأم؟
- ٣ - ما أثر البرنامج الإرشادي في خفض الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعاقين والراجعة إلى الزوج؟
- ٤ - ما أثر البرنامج الإرشادي في خفض الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعاقين والراجعة إلى المجتمع؟
- ٥ - هل يوجد اختلاف في درجات التطبيق التبعي عنه في التطبيق البعدي لدى أمهات الأطفال المعاقين؟

أهمية الدراسة :

ترجع أهمية الدراسة إلى أنها تتناول بالدراسة والتدقيق وأحداً من أهم الموضوعات المرتبطة بفئة ذوي الإعاقات في المجتمع المصري خاصة، وعلى مستوى العالم بشكل عام وهو خفض حدة الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى أمهات أطفال المعاقين باستخدام أسلوب العلاج بالواقع كأسلوب إرشادي، حيث يتم مواجهة تلك الضغوط النفسية الناشئة عن إعاقة أبنائهم. كما تعتبر هذه الدراسة واحدة من الدراسات التي تقع في مفترق الطرق بين الصحة النفسية، وعلم النفس الإرشادي، علم النفس العلاجي، وعلم النفس الاجتماعي ومن ثم فإن ثراء التنوع يمكن فيه إثراء الأهداف والمعالجة، وصولاً إلى ثراء النتائج وهو ما يمثل قيمة علمية في مكتبتنا البحثية العربية.

أن هذه الدراسة تتناول أسلوباً تدخلياً Intervention لخفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين من خلال تطبيقات وفنيات العلاج الواقع في ضوء نظرية جلاسر؛ وبعد هذا قيمة تطبيقية تمثل ندرة في الدراسات العربية، ومن ثم فإن الجانب التطبيقي لهذه الدراسة يمثل بمحتواه قاعدة بداية لكثير من الدراسات التدخلية التي تستهدف إعادة الاتزان وتحسين جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المعاقين.

ويتم التعرف أيضاً من خلال هذه الدراسة على أهم مصادر الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة والتي قد تواجه الأمهات اللاتي لديهن أطفال معاقين والتي منها: الابن المعوق، الأم، الزوج، المجتمع. والتعرف على فعالية البرنامج الإرشادي القائم على العلاج بالواقع كأسلوب إرشادي في مواجهة الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة. والتعرف على أثر بعض العوامل المرتبطة بالأمهات والطفل بتلك الضغوط وأساليب مواجهتها بقصد الاستفادة من النتائج في وضع مجموعة من التوصيات التربوية التي يمكن الاستفادة منها.

أهداف الدراسة :

تهدف الدراسة الحالية إلى :

- ١ - الكشف عن فعالية البرنامج الإرشادي القائم على استخدام أسلوب العلاج بالواقع لخفض الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعاقين.
- ٢ - الوقوف على أنسب الفنيات العلاجية لتنمية إدارة الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعاقين والمتمثلة في: حل المشكلات، أساليب الاتصال الفعالة وتتضمن: مهارات الاستماع، والانتباه، والاستجابة، وإدارة الخلافات، والهندسة الاجتماعية، والتدعيم الاجتماعي، والتسامح.
- ٣ - تنمية قدرة أمهات الأطفال المعاقين على التعامل مع الضغوط النفسية في الحياة بشكل فعال وإدارتها، وليس مواجهتها فحسب.

مصطلحات الدراسة :

* العلاج بالواقع Reality therapy

يعرف "جلاسّر" Glasser (٢٠٠٢) العلاج بالواقع بأنه "أحد الأساليب العلاجية النفسية الحديثة في ضوء نظرية الاختيار Choice Theory"، وهو أحدث ما قدم في ميدان الصحة النفسية بصفة عامة والعلاج النفسي بصفة

خاصة، حيث يهدف إلى جعل المسترشد على وعي بالسلوك، وضبطه، والحكم عليه وتقييمه، وكذلك مساعدة الأفراد على إعادة الارتباط مع الآخرين من خلال خطة علاجية؛ أي أن العلاج بالواقع هو طريقة للإرشاد تستخدم لخلق علاقات ذات معنى، ومن خلال هذه العلاقة يتم تعلم المهارات التي تساعد الناس على إيجاد السعادة.

ويعرف العلاج بالواقع إجرائياً في الدراسة الحالية؛ بأنه أسلوب يعمل على إرشاد الأمهات إلى ضرورة الاعتراف بالواقع والتعامل معه كما هو، وتحمل مسؤولية هذا الواقع، وإمكانية تحسينه، وتقريب المسافة بين الذات الواقعية والذات المثالية، وتزويد الأمهات بمهارات وفنيات إدارة الضغوط المتمثلة في: حل المشكلات، أساليب الاتصال الفعالة: مهارة الاستماع؛ والانتباه؛ والاستجابة؛ وإدارة الخلافات، والهندسة الاجتماعية، والتدعيم الاجتماعي، والتسامح.

* الضغوط النفسية Psychological Stress :

يذكر مكاوي (٢٠٠١: ٧) أن الضغوط النفسية هي مجموعة العوامل والمنبهات الداخلية والخارجية التي تتسم بالديمومة، ولا تقل في شدتها مع مرور الوقت، وتؤدي إلى الشعور بالتوتر، ويفقد الفرد من خلالها قدرته على التوازن، ويحاول البحث عن ردود أفعال من شأنها الإقلال من الشعور بهذا الضغوط وتلك التوترات لإعادة توازنه عما كان عليه. ويعرف عبد العال (٢٠٠٢: ١٤٧) الضغط النفسي بأنه بمثابة حالة الاحتراق النفسي الناتجة من مسببات الضغط في الحياة أو في البيئة أو كليهما فيشعر الفرد بالإرهاق، وهذا إنذار للفرد بانتهاء فترة تحمله بالاحتراق أو الإنهاك، وهذه الحالة (نفسيكولوجية). أي جسمية نفسية بعدها يتعرض الإنسان للمرض الجسدي أو النفسي أو الجسدي النفسي معاً.

ويعرف الباحث الضغوط النفسية إجرائياً بأنها: ما يحدث للوالدين عندما يتعرضان لموقف يصعب عليهما مواجهة متطلباته، وبالتالي يظهر عليهما ردود فعل سلبية تتضمن أعراضاً وظيفية عضوية، وأعراضاً نفسية متناقضة

تدل على تعرضهما للضغوط، بجانب مصادر الضغوط النفسية المتعلقة بتقبل الطفل وأسلوب رعايتهما له، والمتعلقة بالمشكلات الأسرية والاجتماعية بين الوالدين.

* الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى الأمهات :

تعرف الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى الأمهات إجرائياً بأنها الشعور بالقلق والذنب، وتشجيع مظاهر الاعتماد غير الضروري لدى طفلها المعاق، نتيجة لتعرضهن لموقف يصعب عليهن مواجهة متطلباته، ويظهر عليهن ردود فعل سلبية، وهذه الضغوط تكون إعاقة الطفل هي الأساس والسبب المباشر فيها، ولو لم يكن الطفل معوقاً ما وجدت هذه الضغوط النفسية.

* الأطفال المعاقون :

يعرف الأطفال المعاقون إجرائياً في الدراسة الحالية بأنه "الفرد الذي يحتاج طول حياته أو خلال فترة طويلة من حياته إلى خدمات خاصة كي ينمو أو يتعلم أو يتدرب أو يتوافق مع متطلبات حياته اليومية أو الأسرية أو التعليمية أو الوظيفية أو المهنية".

الإطار النظري والدراسات السابقة :

أولاً : العلاج بالواقع ونظرية الاختيار :

تعتبر نظرية الاختيار Choice Theory أحدث ما قدمه "جلاسرو" في ميدان العلاج النفسي، وقد جاءت هذه النظرية ضد العقيدة الفرويدية التي تقول بالصراعات اللاشعورية، وقد ذكر "جلاسرو" أن المشكلات النفسية يمكن أن تعزى إلى نقص المسؤولية، واختيار السلوكيات والعلاقات المسموحة، وتعتبر نظرية الاختيار "لجلاسرو" تحول في النموذج Paradigm Shift من التحكيمات الخارجية إلى التحكم الداخلي للذات، وأن مثل هذا التحول يمثل ثورة في ميدان الصحة النفسية، وقد تم استخدام العلاج بالواقع (RT) Reality Therapy مع

عدد من الأفراد الذين يعانون من مشكلات نفسية مختلفة ما بين العزلة والوساوس القهرية والاكتئاب واضطرابات الفزع والأفكار الانتحارية، وجراحة تغيير الجنس (Sandhu, 2000).

ويعد العلاج بالواقع إحدى الأساليب العلاجية النفسية الحديثة التي قدمها "جلاس" بناءً على نظرية الاختيار Choice Theory, 1998، ويهدف العلاج بالواقع إلى جعل المسترشد على وعي بالسلوك، وضبطه، والحكم عليه وتقييمه، وكذلك مساعدة الأفراد على إعادة الارتباط مع الآخرين من خلال خطة علاجية. أي أن العلاج بالواقع هو طريقة للإرشاد تستخدم لخلق علاقات ذات معنى، ومن خلال هذه العلاقة يتم تعلم المهارات التي تساعد الناس على إيجاد السعادة، فالعلاج بالواقع هو دليل عملي للحياة السعيدة (Glasser, 2002).

كما يضيف "سولو" (Sullo, 2002) أن العلاج بالواقع هو طريقة للإرشاد، تستند على نظرية الاختيار، وتهدف إلى مساعدة الأفراد على إكسابهم التحكم الفعال في حياتهم، كما يمكن أن يستخدمه الأفراد في تحسين تأثيرهم، وأثبت العلاج بالواقع فعاليته في التعليم والقيادة والإدارة والتنشئة الوالدية، وعلاج المشكلات النفسية كالإحباط والقلق والاكتئاب... وغيرها، كما يساعد الأفراد على تعليمهم كيفية إشباع حاجاتهم بالطرق المسؤولة، والعلاج بالواقع؛ يستند على الاعتقاد بأننا نختار ما نرغب أن نعمله في حياتنا، وأننا مسؤولون عن اختياراتنا، والمسؤولية تعرف بأننا نختار السلوك الذي يشبع حاجتنا، وفي الوقت نفسه لا يحرم الآخرين من فرصة إشباع حاجاتهم، والممارسون للعلاج بالواقع دائماً ما يرغبون في إقناع الأشخاص بالنظر بكل أمانة في الذي يريدونه، وما هم فاعلوه، والحصول على الذي يريدونه؛ فالشخص المحبط، أو الذي يحبط الآخرين يتعلم كيفية تقييم ما يفعله، ومن هذا التقييم يتعلم كيف يكون أكثر فاعلية في إشباع احتياجات السلوك.

والعلاج بالواقع واضح وذو معنى بالنسبة للعملاء، أو المرضى، والمعالجين، والطلاب، وذلك لأنه يؤكد على الارتباط أو الاندماج الشخصي، والمسؤولية،

والنجاح، والتخطيط الإيجابي، والفعل، والعمل، إلا أن عملية المساعدة إنسانية بطبيعتها، وتستهدف السلوكيات الخاصة بالمشكلة، وليس الشخص نفسه، ويشجع هذا العلاج على النمو الإيجابي والنجاح، ويدحض النموذج الطبي أو المرضى في تصنيف السلوك، كما أنه يشجع على الاندماج أو الارتباط الشخصي مع العملاء بدلاً من السلوكيات اللاشخصية المجردة، أو التي تتضمن إصدار الأحكام، أو السلوكيات التأديبية العقابية (Gililand, 1994).

والسؤال الأساسي في العلاج بالواقع: هل ما تقوم به يساعدك على الحصول على ما ترغب فيه؟ أو أنه يقربك إلى الأفراد الذين تحتاجهم؟ ... ويتميز العلاج بالواقع بالبساطة وسهولة تطبيقه بواسطة المرشدين، كما أنه يستند إلى مجموعة بسيطة من القواعد الملموسة في الحياة اليومية، كما يعتبر من أكثر العلاجات في الجانب الوقائي للصحة النفسية.

ثانياً: العلاج والإرشاد النفسي من وجهة نظر العلاج بالواقع :

كل شخص يحتاج لعلاج أو إرشاد نفسي يعاني من قصور أساسي واحد هو أنه غير قادر على تلبية حاجاته الأساسية، وتعكس حدة الأعراض درجة عدم قدرة الفرد على تلبية احتياجاته، والتي يعبر عنها من خلال قرحة المعدة أو الصداع النصفي مثلاً، ولكن أياً كانت الأعراض فإنها تختفي عندما يتم تلبية احتياجات الفرد، ويجب أن ندرك أنه مهما بدا سلوك الفرد غير منطقي وغير معقول لنا، فإن لهذا السلوك معنى عند الفرد نفسه. وفي سعيه غير الناجح لتلبية احتياجاته، وأياً كان السلوك الذي يختاره فإن جميع المرضى يشتركون في شيء مشترك وهو أنهم جميعاً يرفضون الواقع الذي يعيشونه، وفي كل الأحوال يكون إنكار جزء من الواقع أو كله عاملاً مشتركاً بين جميع المرضى، ويصبح العلاج ناجحاً عندما يتوقف العميل عن إنكار الواقع، ويدرك أن عليه أن يلبي احتياجاته في إطار هذا الواقع، وبالتالي فإنه لا يكفي أن يساعد العميل على مواجهة الواقع فحسب، بل يجب أن يتعلم تلبية حاجاته في إطار هذا الواقع. (Glasser, 2005: 5-6).

ولذا فإن جميع السلوكيات المنحرفة إما أنها محاولة للهرب من المسؤولية أو نتيجة عدم القدرة على تحمل مسؤولية القيام بالفعل الصحيح أو عدم القدرة على إشباع الحاجات الأساسية. ويقول "جلاس" أنه إذا مر عليك يوم شعرت فيه بإحساس طيب فمعنى ذلك أنك قمت بإشباع حاجتك الأساسية والعكس صحيح، والإنسان الذي يتمتع بالصحة النفسية ينتبه إلى أحاسيسه دائماً فإذا شعر بعد الارتياح يتوقف قليلاً ويسأل نفسه " ما هي الحاجة التي لم أشبعها؟". (Glasser, 2004: 102).

وبالتالي فإننا نخلص مما سبق ووفقاً للعلاج الواقعي بأن المشكلات النفسية توجد في حالة ما إذا لم يستطيع الإنسان إشباع احتياجاته الأساسية التي ذكرها جلاس وهي: الحاجة للبقاء، الحاجة للحب والانتماء، الحاجة للقوة، الحاجة للحرية، الحاجة للمتعة.

وفي النهاية يقول "جلاس" بأننا لا نبحث مماثلة العميل للسلوك السوي، فأكثر الناس مسؤولية مثل "لينكولن" Lincoln، أو "شويتزر" Schweitzer كانوا أبعد الناس عن السوء، وإن مهمتنا ليست تخفيف ألم الأفعال غير المسؤولة وإنما تنمية قوة العميل؛ كي يستطيع تحمل الألم الضروري في الحياة، والاستمتاع بثمار مسئلة بصورة عميقة. (Glasser, 2005: 59) وقد حدد "جلاس" عشرة محاور أساسية لنظرية الاختيار وهي:

(١) المحاور العشر لنظرية الاختيار:

- ١ - الشخص الوحيد الذي نستطيع السيطرة على سلوكه هو أنفسنا، فلا نستطيع أحد أن يجعلنا نفعل أشياء نحن غير راغبين فيها، حتى في حالة وجود التهديد؛ فإننا لن نفعل الأشياء على نحو جيد.
- ٢ - كل ما نستطيع أن نعطيه أو نحصل عليه من الآخرين هو المعلومات، أما الكيفية التي يتم التعامل بها مع هذه المعلومات فهي اختيارنا أو اختيارهم.

- ٣ - كل المشكلات النفسية طويلة المدى هي مشكلات علاقة.
- ٤ - مشكلة العلاقة تكون دائماً جزءاً من حياتنا الحالية.
- ٥ - ما حدث في الماضي وكان مؤلماً، له علاقة كبيرة بما نفعله اليوم، ولإعادة استرجاع هذه الآلام السابقة نستطيع المساهمة بشكل ضعيف - أو لا نستطيع أساساً - فيما نريد فعله الآن ألا وهو: "تحسين علاقة حالية مهمة".
- ٦ - نحن منقادون (مُسيَّرون) بواسطة خمس حاجات وراثية هي: البقاء، الحب والانتماء، والقوة، والحرية، والمتعة. وهذه الحاجات يجب أن نعمل على إشباعها، وهي من الممكن أن تكون مؤجلة ولكن لا نستطيع تجاهلها أو إنكارها.
- ٧ - نحن نستطيع إشباع هذه الحاجات فقط من خلال إشباع الصور في عالمنا ذات الجودة.
- ٨ - كل ما نستطيع فعله من الميلاد إلى الممات هو التصرف، وكل السلوكيات تتكون من أربعة مكونات هي: التصرف، التفكير، الشعور، وظائف الأعضاء.
- ٩ - السلوك الكلي مصاغاً بواسطة الأفعال Verbs أو المصادر Infinitives ومسمى بواسطة هذا المكون ليسهل التعرف عليه مثل: أنا أختار الاكتئاب، أو أنا كئيب أو حزين، بدلاً من: أنا أعاني من الاكتئاب، أو أنا مكتئب، حيث إننا عندما نختار قول العبارتين الأخيرتين؛ فإن ذلك معناه أن شخصاً آخر هو الذي سبب الاكتئاب لنا، وبالتالي فإننا فقدنا حريتنا بجعل الآخرين يتدخلون في حياتنا ويسببون البؤس لنا، أما عندما نقول أننا نختار الاكتئاب فإن معنى ذلك أننا نستطيع التوقف عن هذا الاختيار متى نشاء.
- ١٠ - السلوك الكلي مختار، ونملك السيطرة المباشرة فقط على مكوني التصرف والتفكير، ونستطيع السيطرة على مكوني المشاعر ووظائف الأعضاء بشكل غير مباشر من خلال اختيار التصرف والتفكير.

وبالتالي فإن المحاور العشر السابقة هي بمثابة ميثاق عمل للمعالج الواقعي؛ لكي يستخدمها ويسير على هديها، فنظرية الاختيار هي العمود الفقري، وأساس العلاج بالواقع، وبالتالي المحاور العشر السابقة هي الإطار العام للمشكل لعمل المعالج الواقعي.

(٢) نموذج العلاج بالواقع :

العلاج بالواقع عبارة عن نموذج سلوكي معرفي من العلاج النفسي، أي أنه يتعامل مع مكونات التفكير والعمل الخاص بالسلوك، وإن الهدف العلاجي الكلي يتمثل في مساعدة العميل على أن يشعر أنه أفضل، وهذا يتحقق عندما يصبح العميل قادراً على الوفاء بحاجاته، وذلك عن طريق ضبط حياته، والتحكم فيها بصورة فعالة، ويتكون العلاج بالواقع من :

(أ) البيئة الإرشادية The Counseling Environment :

تتميز البيئة الإرشادية بالأصالة والمصادقية والدفء والرعاية والتقبل والاندماج أو الارتباط، وتتحقق الثقة عن طريق الاستماع والإنصات للقصة التي يرويها العميل، وهذا ينقل للعميل فكرة أن المعالج النفسي يؤمن بالقيمة الذاتية الشخصية للعميل، وكفاءته، وقدرته على النجاح، وعلى التصرف بصورة مسؤولة، وفي هذه البيئة المدعمة (Glasser, 2005: 21).

يركز المعالج النفسي على التفكير والسلوك الحاليين للعميل، كما أنه يقيد توجيه الحديث عن الماضي إلا إذا كان هناك رابطة يمكن ربطها بالمشكلة الحالية بسهولة، ومن الضروري بالنسبة للعميل أن يصبح واعياً بسلوكه وتفكيره؛ لأن السلوك والتفكير هما العنصران أو المكونان من السلوك الكلي للفرد الذين يستطيع ضبطهما والتحكم فيهما، ولا يقبل المعالج النفسي أي أعذار تبرر السلوك غير المسئول، وذلك لأن المسئولية في محصلتها النهائية هي مسئولية العميل، وليس هناك عقاب أو نقد موجه إلى السلوك غير المسئول؛ فالسماع للناتج الطبيعية للسلوك كي تظهر هي في حد ذاتها رسالة قوية بما فيه الكفاية. وأخيراً ينقل المعالج اعتقاده، أو إيمانه بقدرة العميل على ضبط

حياته بصورة فعالة، وذلك بعدم الاستسلام أبداً، وهذا الموقف أو الاتجاه يؤكد للعميل أن المعالج يرغبه (Wubbolding, 1988).

وفي التركيز على بؤرة أو نقطة علاجية نحو الحاضر يساعد المعالج بالواقع العميل على أن يكون واعياً بأن المشاعر، وكذلك الجانب الفسيولوجي يرتبطان بالأفعال والأفكار الحالية، لذلك إذا ما تحدث العميل عن المشاعر على أنها شيء ينغزل عن الفعل والفكر سوف يقوم المعالج بتوجيه العميل إلى فحص واختبار ما يقوم به، وما يفكر فيه.

ب) استراتيجيات التغيير:

تستمد الاستراتيجيات التي تؤدي إلى التغيير في نقل المناخ المدعم للبيئة الإرشادية، وتفسر وتركب على أنها أجزاء مكملة لهذه البيئة، وتتضمن تلك الاستراتيجيات:

* استكشاف الحاجات والإدراكات Exploring Needs and Perceptions:

يركز هذا الإجراء بصورة أساسية على مساعدة العميل على أن يكون واعياً بما يريده، وهذه الرغبات التي يريدها الفرد قد تكون خاصة، أو نوعية تماماً مثل الحصول على الممتلكات أو الأشياء المادية، أو قد تكون عامة تماماً مثل إبراز أسلوب الحياة، وبالنسبة لمعظم الناس نجد أن حاجاتهم ليست مساوية، فهي تتصارع مع بعضها، ويتضمن إشباعها النقاش أو التفاوض، وذلك لأنها غالباً ما تتصارع، ونظراً لوجود تلك العوامل فإن استكشاف أو ارتياد الحاجات والإدراكات يعد شيئاً حساساً ومهماً في مساعدة العميل على استنباط القيم والتوفيق بينهما، وكذلك على تحديد الأولويات (Glasser, 1984).

* استكشاف السلوك ككل وتقويمه Exploring and Evaluating Total Behavior:

من الأساسي بالنسبة للعملاء أن يقوموا بتقويم سلوكهم الخاص، ويصدرون حكماً قيمياً عما إذا كان ما يفعلونه محققاً أو مشبعاً لحاجاتهم، ويكون المعالج نشطاً وموضوعياً في معاونتهم على تقويم السلوك بصورة متفتحة،

فالعميل هو الشخص الذي يجب عليه أن يحكم على صحة سلوكه أو خطئه، فالمعالج ليس هو القاضي أو الحكم أو الدليل الأخلاقي. ويمكن أن نقول أن العلاج بالواقع يحتم على العملاء الحكم على سلوكهم الخاص، وتحديد ما يفعلونه لتسبب الصعوبة أو الفشل، وتقرير ما يجب أن يفعلونه، وذلك للتصرف بصورة أكثر مسئولية (Glasser, Zunin, 1979, 301-339).

* التخطيط والالتزام :Planning and Commitment:

إن امتلاك العميل للخطة يعد شيئاً حيوياً وفعالاً، ولا يهم مقدار رغبة المعالج في الاشتراك في الخطة، فيجب أن يكمن نجاح الخطة عند العميل، ويجب أن تكون خطوات العمل ذات حجم لين ومرن، وذلك لضمان تحقيق احتمال أعلى للنجاح، وإذا ما تمنى العميل تطوير وامتلاك خطة ذات فرصة نجاح قليلة، فإن المعالج يقوم بتوضيح ذلك، ويسعى إلى جعل العميل يقوم بعمل خطة أكثر واقعية، والالتزام الرسمي يعزز دافعية العميل نحو تنفيذ الخطة بصورة ناجحة، والالتزام بالخطة يربط العميل بكل من الخطة والاندماج الشخصي مع الشخص الذي يساعده، ويشجع العميل على اتخاذ الخطوات العملية ويعززها، ويعين العميل ويثيره للتفكير في الأشياء التي عادة ما يمنعها الخمول الخاص بالمعيشة العادية. (Glasser, 2001 : 36).

(ج) أسس العلاج بالواقع :

المرشد لا يحمل معه حقيبة من الطرق الإرشادية يمكنه أن يسحب منها طريقة ليستخدمها مع عميل بعينه وإنما يحمل معه مجموعة من القواعد العامة التي تعمل بمثابة موجه للمرشد في عمله هذه القواعد هي :

* بناء العلاقة الشخصية والثقة العلاجية :

يقول "جلاسر" (Glasser, 2001 : 22; Glasser, 2005 : 21-31) إنه عادة ما تكون أول مراحل العلاج هي أصعب المراحل، وهذه المرحلة تكون لتحقيق الاندماج، فكيف يصبح المعالج مندمجاً مع العميل حتى يبدأ العميل في إشباع

حاجاته، ويكون ذلك من خلال مجموعة من الإرشادات التي ينبغي أن يتبعها المعالج وهي:

- * تقبل المعالج للمريض كما هو في البداية دون نقد له.
- * يكون المعالج إنساناً مسئولاً بدرجة كبيرة، ويكون قوياً وحساساً وقادراً على إشباع حاجاته.
- * يقاوم المعالج طلب العميل بالتعاطف معه أو تبرير أفعاله مهما كانت بدرجة إلحاح العميل.
- * يكون المعالج على استعداد لمناقشة بعض إنجازاته الشخصية حتى يرى العميل أن الأشياء التي تبدو مستحيلة يمكن أن تتحقق على الرغم من وجود بعض الصعوبات أحياناً.
- * يتحمل المعالج النقد من جانب المرضى الذين يعمل على مساعدتهم.
- * يشارك المعالج العميل وجدانياً، ولدرجة ما يتأثر بمشكلات العميل، وربما يعاني معه.
- * يستكشف المعالج حياة العميل، ويجعله يتحدث عن آفاقه ويتجاوز مشكلاته في رؤيته للحياة.
- * يهتم المعالج بالسلوك أكثر من الاتجاهات، وذلك بتوضيح الجوانب غير الواقعية في سلوك العميل، ومناقشته في آرائه، ويكون الاهتمام الأساسي مركزاً على سلوك العميل وليس على اتجاهاته.
- * يجب على المعالج أن يعلم العميل أن العلاج ليس موجهاً بشكل أساسي نحو إبعاده، وأن الإنسان لا يستطيع أن يكون سعيداً ما لم يكن مسئولاً عن تصرفاته، وأن الإنسان غير المسئول لن يجد السعادة الحقيقية.
- * الاهتمام بجميع جوانب حياة العميل ومناقشتها، وربط المناقشة بسلوكه كلما أمكن.

* يساعد المعالج العميل على اختبار سلوكيات تحسن علاقاته الحالية، وتحسين قدرة العميل على العثور على المزيد من الحب والانتماء والقوة والحرية والمتعة.

* التركيز على السلوك بدلاً من المشاعر:

يرى "جلاس" ضرورة التركيز على السلوك بدلاً من المشاعر؛ لأن السلوك هو الذي يمكن تغييره، فإنه من السهل أن يضبط العملاء سلوكهم عن أن يضبطوا مشاعرهم، ومع أن المشاعر والسلوك مترابطان إلا أننا لا نستطيع أن نأمر أنفسنا بأن يكون شعورنا أفضل إلا أننا نستطيع أن نأمر أنفسنا بالتصرف الأفضل. وبالتالي فإن المشاعر والسلوك تدور في حركة دائرية كل منهما يؤثر في الآخر والسلوك هو بداية هذه الدائرة، فمن خلال ما نفعل نتسبب في مشاعر التعاسة والاكتئاب التي نختارها بأنفسنا، أي أنك لكي تغير ما تشعر به فيجب أن تغير ما تفعله أو تقوم به (Glasser, 2002: 5).

* التركيز على الأفعال وتجنب مناقشة الأسباب:

ففي العلاج بالواقع نادراً ما نسأل عن السبب، ولكن السؤال المعتاد يبدأ ب (ماذا) ما الذي تفعله؟ وليس (لماذا) لماذا تفعل ذلك؟، فلماذا تشير إلى أسباب السلوك وهي في الماضي، وحتى يصبح العميل مسؤولاً فإنه لن يستطيع أن يغير سلوكه ويتصرف بشكل مختلف عندما يعرف السبب، ولكن التغير سوف يحدث فقط عندما يشبع احتياجاته، وعندها تصبح الأسباب غير مهمة؛ لأن الحاجة إليها ستكون قد اختفت. (Glasser, 2005: 58).

* الحكم على السلوك:

يرى "جلاس" (Glasser, 2005: 60) ضرورة إكساب العميل القدرة على رؤية سلوكه، والحكم عليه، وتقييمه، حتى يكتسب القدرة على تقويم سلوكه، ولكن بدون أي تأثيرات خارجية، أو يكون ذلك مفروضاً عليه من قبل أي شخص، ويكون هذا التعديل السلوكي نابعاً منه ومن خلال رغبته في التغيير إلى الأفضل.

* التخطيط:

التخطيط للسلوك المسئول هو لب عملية المساعدة ومن هنا فإن أفضل

ما يكون عليه العلاج هو تقديم معلومات جديدة للعميل ومساعدته على اكتشاف طرق أكثر فاعلية للوصول إلى أهدافه، ويكون ذلك من خلال خطط واقعية ضمن حدود العميل وقدراته، وألا تحتوي الخطط أعمالاً كبيرة أو معقدة بحيث ينتج عنها الفشل لدى العميل، وإنما خطوات التنفيذ يجب أن تتضمن عناصر إمكانية النجاح، وأن تكون الأهداف عملية وقصيرة المدى ويمكن تحقيقها بنجاح، لأن مثل هذا النجاح يعزز إيجابياً جهود العميل للوصول إلى أهداف بعيدة المدى. (الزيود، ١٩٩٨: ٣٦٥).

* عدم تقبل الأعذار :

إن المعالج الذي يتقبل الأعذار ويتجاهل الواقع أو يسمح للمريض بأن يعزي تعاسته الراهنة إلى أحد الوالدين أو إلى اضطراب انفعالي، يجعل العميل يشعر بتحسن مؤقت على حساب التهرب من المسؤولية، وبذلك يعطي تخديراً نفسياً عن نفس الأحاسيس التي يمكن أن يكون العميل قد أحسها من خلال تعاطيه للكحول أو الأقراص المخدرة قبل استشارة المعالج، وعندما يتلاشى تأثيرات ذلك ويواجه الواقع ثانية فإنه يفقد الثقة في المعالج وفي الطب النفسي. (Glasser, 2005 : 30).

* استبعاد العقوبة أو النقد أو اللوم أو التوبيخ.

ضرورة تعليم العميل السلوك الملتزم، وهنا يتم إثابة السلوك الملتزم (الواقعي، المسئول، الصائب) لتعزيزه وتدعيمه، مع عدم استخدام العقاب (جسمي أو نفسي) لأنه يعلم الفرد ما لا يجب أن يفعله ولا يعلمه ما يجب أن يفعله، أي أنه لا يؤدي إلى السلوك المرغوب ولكنه يكف السلوك غير المرغوب فقط. (زهرا، ١٩٩٧: ٣٨١).

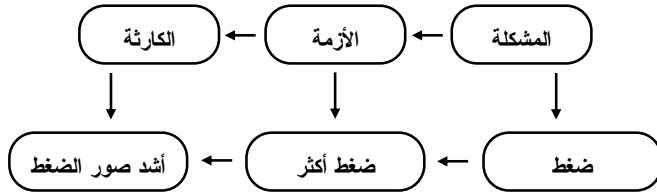
* الصبر وعدم الاستسلام :

يجب الصبر والمثابرة وعدم الاستسلام من الطرفين (المعالج والعميل) حتى يتحقق الهدف، وحتى إذا فشلت الخطة أيضاً فيجب المثابرة والمحاولة مرة أخرى.

(زهران، ١٩٩٧: ٣٨١) ويرى "جيليلاند" Gililand (١٩٩٤) أن هناك عدة أسباب تجعل المعالج لا ييأس حتى لو فشل العميل في تنفيذ الخطة أهمها أن المعالج لا يحكم على قيمة السلوك، فالسلوك يفشل لكن العملاء لا يفشلون، والاستسلام يهدم الاندماج ويسيء إلى قيمة الذات، وينقص من البدائل المتاحة للعميل.

ثالثاً: الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين :

الضغط Stress هو كما تعرفه الموسوعة العالمية (١٩٩٥) كالتالي: (حالة جسدية تحدث نتيجة لصعوبات حقيقية أو متوقعة في الحياة، وعادة ما يشعر الإنسان بالضغط نتيجة لأحداث رئيسية في الحياة مثل الموت، الطلاق، فقدان العمل)، كما أن الضغوط النفسية قد تكون سلبية أو إيجابية فترى الموسوعة العالمية أن الإنسان يحتاج إلى بعض الضغط لإخراج أفضل أداء له (وهذا هو الجانب الإيجابي)، ولكن زيادة الضغط عن الحد المطلوب يؤدي إلى العديد من الآثار السلبية. (وهذا هو الجانب السلبي). (The World Book Encyclopedia, 1995: 354-355).



شكل (١) - صور المشكلة والضغط (من إعداد الباحث).

ويرى الباحث أن الضغط قد يكون صورة للأزمة أو المشكلة أو شكلاً لهما أو ناتجاً من نواتجها وليس مرادفاً لهما، أي بمعنى آخر أن المشكلة تحدث أولاً، وقد ينتج أو يخلف عنها ضغط، وقد تتطور بعد ذلك لتصبح أزمة فينتج عنها ضغطاً أكبر وأشد، وقد تنتهي في النهاية إلى كارثة ويصبح الضغط في أشده. وتتسبب شدة الضغوط النفسية والتعرض المتكرر لها في كثير من التأثيرات السلبية على الشخصية والارتباك والعجز عن اتخاذ القرارات، وتناقص فاعلية السلوك والعجز في التفاعل مع الآخرين.

ويشير (Hans Selye, 1994) إلى أن مواقف الضغط المستمرة دائماً ما ترتبط بالمشكلات الصحية والنفسية كالتوتر والإحباط والسلوك واليأس، على أنه ليس بالضرورة أن يتضمن الضغط أحداثاً سلبية، فيشير "آلين" Allen (١٩٨٣) إلى أن تعرض الفرد للمواقف الضاغطة قد يكون له تأثيراً إيجابياً يدفعه إلى تحقيق ذاته وقد يكون له تأثيراً سلبياً يجعله يعجز عن تحقيق أهدافه، ويعجز أيضاً عن التفاعل مع الآخرين، ومن ثم ظهور الأعراض النفسية والجسدية وغير ذلك من نواحي الاختلال الوظيفي. (سرور، ٢٠٠٣: ١٠).

أنواع الضغوط النفسية الشديدة أو الناتجة عن الأحداث المأسوية :

يقدم الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع DSM-IV-TR تصنيفين أساسيين لردود الأفعال تجاه الأحداث المأسوية كالتالي : (Carson, 2002: 130).

١ - اضطراب الضغط الحاد (Acute Stress Disorder (ASD) : هذا الاضطراب يأتي أثناء أو بعد الحدث المحزن الذي يشعر الفرد من خلاله بثلاثة أو أكثر من الأعراض التالية : إحساس بالتخدير Sense of numbing، انخفاض في وعي الفرد بمحيطه، عدم الإحساس الواقعي به Derealization اختلال الأنية Depersonalization، فقدان للذاكرة (عدم تذكر الجوانب المهمة من الصدمة)، ويحدث في خلال أربعة أسابيع من الحدث الصدمي ويستمر من يومين إلى أربعة أسابيع.

٢ - اضطراب ضغط ما بعد الصدمة Post-Traumatic Stressor disorder (PTSD) : وهو اضطراب يتضمن نفس أعراض اضطراب الضغط الحاد ويحدث بعد ضغوط مؤلمة ومفرطة، وتظهر تلك الأعراض في مدة تدوم أطول من أربعة أسابيع.

والتمييز بين اضطراب الضغط الحاد (ASD) واضطراب ضغط ما بعد الصدمة (PTSD) يكون بناءً على حدة الأعراض ووقت حدوثها فاضطراب الضغط الحاد يحدث في خلال أربعة أسابيع من الحدث الصدمي ويستمر من يومين إلى أربع أسابيع، أما إذا استمرت أعراض اضطراب الضغط الحاد أكثر

من أربعة أسابيع، ويصبح التشخيص الصحيح للحالة هو اضطراب ضغط ما بعد الصدمة الذي لا يتم تشخيص الإصابة به إلا إذا استمرت الأعراض شهراً واحداً على الأقل، كما يمكن التأكد من التشخيص على ضوء الوقت الذي تبدأ فيه الأعراض فإذا بدأت الأعراض في خلال ستة أشهر من الحدث الصدمي يعد الاضطراب حاداً.

والأبوين عادة ما يكون لديهما أحلام وتصورات بما سيكون عليه وليدهما المقبل، إلا أنهما يصدمان عند ولادة الطفل معاقاً، حيث تتغير صورهم عن ذواتهم كآباء وأمّهات، وكثيراً ما يؤدي هذا الموقف إلى الشك والقلق، وقد يتطور إلى شعورهما بالهم والغم؛ حيث إن ميلاد طفل جديد في الأسرة حدث سعيد، ونهاية قلق وانتظار طويل مدته تسعة أشهر، وينظر كثير من الآباء إلى الطفل كامتداد للذات أو النفس، إذ إن الطفل يزودهم بالإحساس بالأمان باعتباره وسيلة لتحقيق درجة من الخلود، كما أن ميلاد الطفل يزيد من قوة العلاقة بين الزوج والزوجة ويقوي التزامهما بهدف مشترك، ومع التسليم بوجود أعباء إضافية مع ميلاد طفل جديد، إلا أن كل الجوانب السلبية التي قد يشعر بها الوالدان تختفي تحت ظلال الفرح والسرور الذي يجلبه الطفل مع أول ابتسامة له (الأشول، ١٩٩٣: ١٨؛ عبد المعطي، ٢٠٠٦: ٢٩٣).

بالتالي يؤدي وجود هذا الطفل المعوق إلى توتر الحياة الأسرية فقد يشعر الوالدان بالحرَج الاجتماعي من حالة طفلهما المعوق، وقد يحتفظان به بعيداً عن الضيوف والأصدقاء. وأفراد أسرة الطفل المعوق يعانون من ارتفاع مستوى الضغط النفسي والحزن والأسى والألم والإجهاد المستمر، كما أن وجود الطفل المعوق في الأسرة يعرض الوالدين لكثير من المشكلات النفسية والعضوية التي تعكس ارتفاع مستوى الضغط النفسي لديهم ويعرض بعض الأسر للتصدع.

وللوالدين مواقف تجاه الطفل المعوق تتمثل في رفض الاعتراف بإعاقة الطفل وتجاهله، وقبول الطفل المعوق على مريض وعدم إظهاره للآخرين، والاعتراف به وإحاطته بكل مظاهر الحب والتدليل، والسخط على القدر، والخلاف بين الزوجين،

واتهام كل منهما للآخر بأنه السبب في إنجاب الطفل المعاق، والاعتدال في استقبال الطفل المعوق ومساواته بأخواته. (عز الدين، بدران، ٢٠٠٣: ٢١٦)

وبالنسبة لميلاد طفل معوق فإن الأم تشعر بالقلق والشعور بالذنب، والرفض والخجل والانسحاب، وقد ظهرت بعض الدراسات مثل دراسة كل من: (Meadow, 1995؛ الحديدي، والخطيب، ١٩٩٧؛ O'hare, 1999؛ العزة، ٢٠٠١؛ سليمان، ٢٠٠١؛ Margalit, 2006) التي تؤكد على أن الأمهات أكثر تأثراً بإعاقة الأبناء والضغط النفسي الناتجة عنها عن الآباء بحكم ارتباطها الكبير بالطفل وبقائها معه فترات طويلة وحرصها على إشباع حاجاته اليومية، حيث دلت نتائج هذه الدراسات على أن أمهات الأطفال المعوقين يعانون من الضغوط النفسية أكثر أمهات الأطفال العاديين، وكذلك تدل نتائج هذه الدراسات على أن الأمهات يعانين أكثر من الآباء في الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى أطفالهن.

وتتألف الأنظمة والأدوار والروابط الأسرية لوالدي الطفل المعوق وما يصاحبها من مشكلات على: علاقة الأم بالطفل المعاق: اكتئاب الأم والشعور بالذنب ولوم الذات، وكيف تتدخل أو تنفصل عن الطفل ذي الإعاقة. علاقة الأب بالطفل المعوق: إذا ما كان الأب ينسحب أو يكون موجوداً نفسياً أو آلياً (الكاشف، ٢٠٠١: ٣٥) وفي كلتا الحالتين السابقتين، فإن الأم هي المهموم الأول بمطالب رعاية الطفل المعوق، وتزداد المشكلة حدة في حالة غياب دور الأب ومساندته.

وبناء على العرض السابق فإن العوامل التي تؤثر في استجابة الأمهات لإعاقة الطفل قد ترجع إلى: نوع الطفل المعوق، نوع الإعاقة وشدها، وقت حدوث الإعاقة، البيئة التي تعيش فيها الأم، عمر الأم، تدين الأم، المساندة الاجتماعية للأم، نوع أو نمط شخصية الأم، الحالة الاقتصادية للأسرة. بالتالي فإن العوامل السابقة قد تؤثر في استجابة الأم لإعاقة الطفل، والتي تدور في فلك المتغيرات التي يتعرض لها الباحث في مدى تأثيرها بالسلب أو الإيجاب في تخفيض الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى الأمهات وهي: الابن المعوق، الأم، الزوج، المجتمع.

وخير وسيلة لتخفيض أو تخفيف الضغوط النفسية يكون من خلال إدارة هذه الضغوط Stress Management، والهدف من وراء إدارة هذه الضغوط والتعامل معها ليس القضاء عليها نهائياً فالحياة تصبح بلا معنى بدون ضغوط إيجابية تتشكل معها، أو ضغوط سلبية تستجيب لها ونحاول التغلب عليها أو التعايش معها، وبالتالي فإن الإحساس بالضغوط النفسية إحساس في جوهره نسبي، ولا نستطيع ملاحظة هذا الإحساس إلا إذا واجه الفرد موقفاً يشعر في ثيابه بضغوط معينة؛ وبالتالي يستجيب نحوها، حينئذ يمكن أن ندرك إن كان هذا الإنسان يشعر بضغوط نفسية أم لا، أي أن تقدير الفرد لما يمر به من مواقف بالإضافة إلى مفهومه عن ذاته يشكلان العاملين الأساسيين في الإحساس بالضغوط النفسية، وعلى ذلك فإن الهدف الكامن وراء إدارة الضغوط هو محاولة تقليل التأثيرات السلبية لتلك الضغوط النفسية على الإنسان بقدر الإمكان، أو إمكان التعامل معها بصورة إيجابية.

رابعاً : إدارة الضغوط :

تعرفها الهيئة العالمية لإدارة الضغوط (LSMA) International Stress Management Association (٢٠٠٨: ٢) "بأنها قدرة الفرد على تدبر الضغوط النفسية التي يدرکها وتواجهه يومياً بشكل أساسي، وقد يتم ذلك باستخدام فنيات عديدة تتضمن خفض هذه الضغوط أو إعادة تقييمها، وكذلك تعزيز القدرة أو المهارة على التكيف".

أ) استراتيجيات إدارة الضغوط :

الإدراك الشخصي والذي يعقبه تفسير الموقف قد يكون إيجابياً أو سلبياً أو بين الإيجابية والسلبية، وبالتالي فإن تقييم الفرد هو الذي يحدد، هل سيكون تكيفه مع الموقف مؤلماً أو ممتعاً، وبناءً عليه فإن الظروف المتشابهة يمكن تفسيرها على أنها سلبية، أو إيجابية، بناءً على الإدراك الشخصي للفرد الذي يتكيف مع الضغوط النفسية. وهذا الإدراك الشخصي من الممكن التعامل معه وتعديله من

خلال معرفة الفرد وإدراكه مهارات واستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية وإدارتها ؛ مما يساعده في التعامل الناجح معها، وأن تحمل الضغوط النفسية ترجع إلى قدرة الفرد على مواجهة المواقف المتصارعة، أو المعقدة، بغير آلام نفسية، وإدارة تقبل الأمور فيها من تفسيرات بديلة وما تحتمل من نتائج متكافئة. (سرور، ٢٠٠٣: ٩)، ومن استراتيجيات التكيف مع الضغوط النفسية وإدارتها:

(١) حل المشكلات Problem Solving:

يشير (Nezu, & Nezu, 2001: 121) إلى أن حل المشكلة هو "العملية السلوكية الموجهة ذاتياً التي يحاول الفرد من خلالها التعرف على أو اكتشاف حلول لمشكلات معينة يواجهها في حياته اليومية"، وأنها أي حادثة تعمل كتهديد أو تقف بين ما يريده الفرد وما هو واقع فعلياً. من هنا تبرز الحاجة إلى ضرورة اكتساب مهارة القدرة على الاختيار بين البدائل المختلفة وحل المشكلات، حيث يجد بعض الأفراد صعوبة في اتخاذ القرار فيما يظهر لهم من مشكلات تكون في حاجة إلى قرار وحسم، وكذلك فإنهم يقفون أمام مشكلاتهم عاجزين عن تقديم الحلول المناسبة لها ويضيع وقت طويل وهو يدور في ذات الأفكار، ويفقد كثيراً من الفرص التي هو في حاجة إليها، ويقل تقديره لذاته وتتراكم المشكلات التي تمنعه من تحقيق أهدافه مما يجعله يقع تحت طائلة الضغوط النفسية والشعور بالإحباط.

ومن فنيات حل المشكلة: عملية حل المشكلة، وتتكون من عمليتين أساسيتين مستقلتين جزئياً هما: التوجه نحو المشكلة وأسلوب حل المشكلة. ثم التدريب على حل المشكلات، ثم التوجه نحو المشكلة.

(٢) أساليب الاتصال الفعالة Effective Communication

* مهارات الاستماع والانتباه Listening, Attending and Responding Skills:

إن عملية الاتصال لها وجهان: الوجه الأول: هو التعبير عن الذات؛ والثاني: هو الاستماع، وأكثر من (٥٠٪) من الاتصال في اليوم العادي عبارة عن استماع، ولكن الإنسان قد يستمع بدون أن يكون منتبهاً، والانتباه أو الإصغاء جزء

أساسي من الاتصال. وفيما يلي بعض العناصر المهمة التي يتضمنها الاستماع والانتباه الفعال منها: اتخاذ وضعية المستمع، الحفاظ على الاتصال بالعين، تجنب الكلمات التي تعبر عن الانحياز، استخدام التلميحات، طرح أسئلة للتوضيح، المشاركة الوجدانية للمشاركة للتعبير عن المشاعر، تغذية مرتدة عما حدث.

* الاستجابة :

تنشأ المشكلات عندما نلتزم بأسلوب غير مفيد من أساليب الاستجابة ؛ ولذا فهناك ضرورة في هذه الحالة لاكتساب أساليب أكثر ملاءمة ومرونة في الاتصال بالآخرين، وحتى يغير الإنسان من سلوكه فإنه ينبغي أن يدرك ويعي جيداً بأن سلوكه الحالي غير مقبول وقد يؤدي إلى إحداث ضغوط عليه، ومن صور هذا السلوك ما يلي : السلوك السلبي، والسلوك العدواني.

* إدارة الخلافات:

يعتبر الخلاف بين الناس أمراً طبيعياً يعبر عن تفرد كل البشر، حيث لا نجد شخصين متطابقين في أفكارهما ومبادئهما واتجاهاتهما، لهذا تعد مهارة التعامل الإيجابي مع جوانب عدم الاتفاق والاختلاف مع الآخرين مهارة أساسية للنجاح الشخصي، ووسيلة للحد من القلق والتوتر ومن ثم الضغوط النفسية (معروف، ٢٠٠١: ١٦٢).

وينشأ الخلاف عادة من سوء فهم الرسائل اللفظية وغير اللفظية التي يتم إرسالها واستقبالها، وعندما تترك الخلافات دون حل، فإنها تولد أفكاراً سيئة مثل الكراهية والعدائية، ويفضل أن تحل الخلافات فوراً، ولكن هذا غير ممكن في جميع المواقف، وللخلافات أوجه عديدة، وتقسم الخلافات إلى ثلاث مجموعات هي: خلاف حول المحتوى، وخلاف حول القيم، وخلاف الأنا.

(٣) الهندسة الاجتماعية Social Engineering:

تعتمد الهندسة الاجتماعية على معرفة الضواغط المتوقعة فتكون هذه الطريقة فعالة فقط عندما نعرف مقدماً أن الضواغط في طريقها إلينا، ولن

تساعدنا هذه الطريقة بعد حدوث الضواغط وظهور الضغط فعلاً، فيجب أن نبدأ في استخدام هذه الطريقة قبل ظهور الضغط. وبالتالي فإنها تعد البداية المنطقية في تخفيف الضغوط النفسية Stress من نقطة الضواغط Stressors ذاتها، فهي الخطوة الأولى في تسلسل الأحداث المؤدية إلى الأمراض المرتبطة بالضغط (الرشيدي، ١٩٩٩: ١٣٠).

إن مفتاح الهندسة الاجتماعية أن يوفر الإنسان لنفسه أكبر عدد ممكن من البدائل، والإنسان الذي ليس لديه بديل يشعر بأنه غير قادر على التحكم في الضغوط النفسية وأنه ضحية بيئته. وبهذا يكون الفرد قد أصبح قادراً على الوصول إلى خطة تعطيه أي شيء يرغب فيه بأسلوب فعال، ويطور وعيه بتحقيق الأشياء بمستوى عالٍ، ومع التدريب سوف تتم عملية الهندسة الاجتماعية بصورة أوتوماتيكية وبسيطة وتكون طبيعة في الفرد تمكنه من البحث عن الطرق الأكثر بعداً عن الضغوط النفسية في أنشطته اليومية.

٤) التدعيم الاجتماعي : Social support

المساندة الاجتماعية تعمل كواقى من الضغوط النفسية؛ حيث إن الروابط الاجتماعية تخفف من ضغوط الحياة، وتعوض الفقد العاطفي الناتج عن ضغوط الحياة، والاتصال الاجتماعي يقدم للإنسان مثيرات إيجابية سارة لأننا، وعند قيام الفرد باتصال اجتماعي تتشابه فيه القيم والاتجاهات، فإن الطاقة الجماعية تتجاوز المشاعر السلبية التي قد يشعر بها أي فرد؛ حيث أن المصادر الاجتماعية هي التي يستطيع الفرد من خلالها الحصول على المساندة والدعم اللازم، وبالتالي فيمكن أن تؤثر المصادر على حدوث وتأثير الضغوط النفسية. وللتدعيم الاجتماعي دور في الحد من ضغوط الحياة، حيث يوجد ارتباط مهم بين كثافة وحميمية الشبكة الاجتماعية للإنسان من ناحية، وعدد الأزمات التي يتعرض لها من ناحية أخرى، كما أن هناك بعض الدلائل على أن المستوى الجيد من المصادر الاجتماعية والشبكات الاجتماعية عالية التفاعلية تقي الفرد من الضغوط النفسية اليومية والمهنية.

وقد أشارت عديد من الدراسات مثل دراسة كل من : (الكاشف، ٢٠٠٠؛ أبو غزالة، ٢٠٠٤؛ دوكم، ٢٠٠٥؛ Hassall, R.; Rose, J.; Mc Donald, J., 2005)، إلى الظروف التي يلجأ فيها الإنسان للآخرين، وأن معظم الناس الذين يعانون من مشكلات يطلبون العون، وأن الإحساس بالترابط والانتماء الذي ينشأ من الاتصال الاجتماعي يسهم في صحة الإنسان، ويعتبر الرغبة في الانتماء حاجة إنسانية أساسية.

٥) التسامح :

التسامح هو خطوة مهمة في حل الضغوط النفسية الرئيسية، فهو عملية علاجية داخلية يتم من خلالها التخلص من الأفكار السامة، ويتقدم الإنسان في حياته ليس بنسيان الماضي فقط بل بالتصالح مع الأمور التي تسبب الضغوط النفسية والإحساس بالسلام الداخلي والنفسي؛ فالتعامل مع اللحظة الحالية ونسيان الماضي مدخل قوي وعملي للبقاء أصحاء ولتقليل الضغوط النفسية، فإن نسيان الندم وخيبة الأمل والشعور بالذنب والاستياء والرفض أو اللوم يفتح الباب أمام إيجابية جديدة لتتدفق في حياة الإنسان.

ب) نظريات العلاج النفسي لإدارة الضغوط النفسية :

١ - النظرية السلوكية Behavioral Theory :

تقوم النظرية على ربط استجابات الفرد للقلق بمواقف معينة على أساس الاشتراط الكلاسيكي، وبالتالي فإن هذه النظرية تقوم على مجموعة من الأساليب السلوكية التي تساعد الإنسان على التحكم في استجابة الفسيولوجية ومن هذه الأساليب: العائد الحيوي Biofeedback، الاسترخاء Relaxation، التمارين Exercise، والتأمل Meditation.

٢ - النظرية السلوكية المعرفية Cognitive Behavioral Theory :

تقوم النظرية على تغيير استجابات الفرد الإدراكية نحو المواقف الضاغطة، وبالتالي تساعد على تمييز المواقف الضاغطة التي تسبب له الأعراض

النفسية والانفعالية وتعديل أساليبه التي يستطيع من خلالها التكيف مع هذه المواقف، والعلاج المعرفي للاكتئاب عند Beck يوضح أن الإنسان المكتئب يميل إلى تقييم الأحداث من وجهة نظر سلبية ونقدية، ويتوقع الفشل بدلاً من النجاح، ويضخم من الفشل ويقلل من النجاح عند تقييم أدائه، بالتالي فإن المعالج المعرفي السلوكي دوره ينصب على التعرف على التشويه الموجود في تفكيره وإحداث تغييرات تتفق مع الواقع. (Rita L. Atkinson, Richard C. Atkinson, Edward E. Smith Daryl J. Bern, Susan Nolenhoe ksema, 2000: 516 -518).

وفي هذا الصدد فإن العلاج السلوكي المعرفي عند "ميثنبون" Meichenbaum يتبنى طريقة لإدارة الضغوط تسمى "التدريب على التحصين ضد الضغوط النفسية" وهي طريقة تشبه التحصين البيولوجي ضد الأمراض، وتعتمد على برنامج يشتمل مواقف متدرجة لمواجهة الضغوط النفسية، وتتضمن هذه الطريقة ثلاثة مراحل: مرحلة التعليم، ومرحلة التكرار، ومرحلة التدريب التطبيقي (عبد العزيز، ٢٠٠١: ٦٣-٦٥).

٣ - نظرية الاختيار والعلاج بالواقع Choice theory, & Reality Therapy :

يهتم العلاج بالواقع بتحسين العلاقات الحالية غير المشبعة للعميل وأن يجعله يستبصر واقعه، وأن يجرب طرقاً جديدة في السلوك، وأن يعي قيمة جديدة، ويحاول باستمرار أن يقترب من الناس ويكون علاقات من نوع ما، وبمقدار ما يشعر أنه يعطي، وأنه قد صار محبوباً منهم، بمقدار ما يعرف أنه على حق فيما يفعل. وإذا تعلم أنه لن يأخذ إلا عندما يعطي، ولن يحب إلا إذا أحب، فسيحاول أن يغير من سلوكه وأن تكون له أهداف مغيرة، وأن يعيش الواقع بفاعلية وإيجابية وبطريقة أفضل.

ويرى "جلاس" أن العلاقات مع الآخرين قد تسوء لعدة أسباب أهمها إما أننا نريد أن نمارس على الآخرين سيطرتنا من خلال فرض آرائنا وأفكارنا عليهم، أو من خلال رغبة الطرف الآخر في فرض سيطرته علينا من خلال فرض آرائه وأفكاره علينا، وهذا هو السبب الرئيسي في تدمير العلاقات، ولقد وضع جلاس

تصوراً للعادات المدمرة في العلاقات بين الناس فيما يلي: النقد، اللوم الشكوى، الإزعاج، التهديد، العقاب، مكافأة التحكم. ويرى جلاسر أنه يمكن استبدال هذه العادات المدمرة للعلاقات ببدائل نظرية الاختيار التالية: المساندة، التشجيع، الاستماع، القبول، الثقة، الاحترام، مناقشة الخلافات. (Glasser, 2004: 79).

ويرى الباحث أنه يمكن صياغة نموذج لإدارة الضغوط النفسية عموماً والضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة بصفة خاصة باستخدام العلاج بالواقع كإطار عام لها يحتوي بداخله مجموعة من الأبعاد التي تشكل في مجموعها منظومة تفاعلية متكاملة بين هذه الأبعاد والعلاج بالواقع؛ حيث إنها قد تكون هي الأفضل والأقرب للاستخدام في النموذج الواقعي، والأنسب لتخفيض الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعاقين، وهذه الأبعاد هي: حل المشكلات، وأساليب الاتصال الفعالة (مهارات الاستمتاع والانتباه والاستجابة، وإدارة الخلافات)، والهندسة الاجتماعية، والتدعيم الاجتماعي، والتسامح.

فروض الدراسة:

انطلاقاً من مراجعة الدراسات السابقة والإطار النظري ومشكلة وهدف الدراسة، تسعى الدراسة إلى التحقق من صحة الفروض التالية:

١ - توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات القياسين القبلي والبعدي في مقياس الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعاقين (الراجع إلى الابن المعوق) لصالح القياس البعدي.

٢ - توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات القياسين القبلي والبعدي في مقياس الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعاقين (الراجع إلى الأم) لصالح القياس البعدي.

- ٣ - توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات القياسين القبلي والبعدي في مقياس الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعاقين (الراجع إلى الزوج) لصالح القياس البعدي.
- ٤ - توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات القياسين القبلي والبعدي في مقياس الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعاقين (الراجع إلى المجتمع) لصالح القياس البعدي.
- ٥ - لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات القياسين البعدي والتتبعي في مقياس الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعاقين.

إجراءات الدراسة :

(أ) منهج الدراسة :

اتبعت الدراسة الحالية المنهج التجريبي، حيث يمثل البرنامج الإرشادي المتغير المستقل (التجريبي) واستجابات الامهات على مقياس الضغوط النفسية المتغير التابع، وذلك من خلال تطبيق مقياس الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعاقين على جميع الأمهات اللاتي تتوافر لديهن الشروط الخاصة بالدراسة في الإعاقات الأربعة: (بصري، سمعي، عقلي، توحّد) واستخراج الأمهات ذوات الضغوط النفسية الأعلى، ثم تطبيق البرنامج الإرشادي.

(ب) عينة الدراسة :

اختيرت عينة الدراسة بالطريقة العمدية، حيث تكونت من (٢٠) أمّاً من الأمهات اللاتي لديهن أطفال معاقين، وذلك بعد تطبيق مقياس الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعاقين، وتم اختيار كل مجموعة من الأمهات من كل مدرسة خاصة بنوع الإعاقة من مدارس التربية الخاصة اللاتي لديهن أبناء بها، على أن يكون أفراد عينة الدراسة هم الأفراد

الأعلى درجة في مقياس الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعاقين كما يتضح بالجدول التالي :

جدول (١)

بيان مصادر العينة

م	اسم المدرسة	عدد الأمهات
١	مدرسة الرمل الميري للتربية الفكرية	٥
٢	مدرسة الصم وضعاف السمع بجناكليس	٥
٣	مدرسة النور للمكفوفين	٥
٤	المركز التخصصي للطفل	٥
	الإجمالي	٢٠

الشروط التي تم مراعاتها في اختيار العينة ومبرراتها :

- * خلو أمهات أفراد عينة الدراسة من أي إعاقات.
- * وجود الزوج بالأسرة حتى تكون أسرة طبيعية.
- * خلو الابن من أي إعاقة أخرى غير الموجودة به.
- * اشترط في عينة الدراسة من الأمهات أن يكون أبنائهن المعوقون في مرحلة من عمر (٦-١٢) سنة ؛ حيث إن الطفل في بدايات دخوله المدرسة والمشكلات التي من الممكن أن تواجهه أو تواجه الأسرة، وما إذا كان المجتمع ومؤسساته داعماً للأسرة من عدمه.
- * اختيار الباحث للأمهات لأن الأم هي محور الأسرة وأساسها، وبالتالي هي الأكثر إدراكاً لمشكلات الأبناء، وبالتالي فهي الأكثر معاناة من الضغوط النفسية.

(ج) أدوات الدراسة :

استخدمت الدراسة الأدوات التالية :

- ١ - مقياس الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعاقين. (إعداد الباحث)
- ٢ - برنامج إرشادي قائم على العلاج بالواقع لخفض حدة الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. (إعداد الباحث)
- (١) مقياس الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعاقين. (إعداد الباحث)

* هدف المقياس :

يهدف المقياس إلى التعرف على الأبعاد الأساسية لمصادر الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعاقين، وبناءً على الدراسات السابقة والإطار النظري والمقاييس المختلفة القريبة من الدراسة الحالية.

* وصف المقياس :

- تم إعداد الصورة الأولية للمقياس في ضوء الإطلاع على ما توفر لدى الباحث من الدراسات السابقة، والإطار النظري المرتبط بموضوع الدراسة، والتعرف على بعض الأدوات والمقاييس التي استعانت بها تلك الدراسات، ومنها المقاييس التالية :

- مقياس الضغوط الوالدية كما يدركها الوالدان (إعداد : البيلاوي، ١٩٨٨).
- مقياس مصادر الضغوط الوالدية (إعداد : عبد المعطي، ١٩٩٣).
- مقياس الضغوط الوالدية (إعداد : عزب، عبد الخالق، ١٩٩٨).
- مقياس الضغوط النفسية وأساليب المواجهة والاحتياجات لأولياء أمور المعاقين (إعداد : السرطاوي، الشخص، ١٩٩٩).
- مقياس الضغوط الأسرية (إعداد : الكاشف، ٢٠٠٠).

- وقام الباحث بإعداد المقياس في صورته المبدئية من (٥٠) عبارة موزعة على أربعة أبعاد، تتناول الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعاقين، وهذه الأبعاد هي: (ضغوط الأم مع الابن المعاق، ضغوط الأم، ضغوط الأم مع الزوج، ضغوط الأم مع المجتمع)، حيث إن هذه الأبعاد هي الأكثر تأثيراً في كونها مصدراً للضغوط النفسية على الأم، وهي على النحو التالي:

البعد الأول: ضغوط الأم مع الابن المعاق:

يقيس مجموعة من الصفات التي تكون موجودة في الابن المعاق، والتي تعيق الأم عن القيام بدورها نحو ابنها المعوق، هي: النشاط الزائد، التقلب المزاجي، تدعيم الطفل للأم، ضغوط نمائية، تقبل الطفل، عدم التوافق مع البيئة، كثرة الإلحاح والمطالبة، ويعبر عنه بالعبارات الموجبة (١-١٥) عبارة.

البعد الثاني: ضغوط الأم:

وتشير إلى مجموعة من الصفات الموجودة في الأم نفسها وفي شخصيتها وتعيقها عن القيام بدورها نحو ابنها المعوق مثل: ضغوط قلق المستقبل، مشاعر الذنب، العزلة الاجتماعية، قيود الدور الوالدي، الاكتئاب، الرابطة العاطفية بالابن، الإحساس بالكفاءة، ويعبر عن العبارات الموجبة من (١٦-٢٥) عبارة.

البعد الثالث: ضغوط الأم من الزوج:

وهي تشير إلى مجموعة من الصفات التي تكون موجودة في الزوج، وتكون غير داعمة ومساندة ومساعدة للأم، ويعيقها عن القيام بدورها نحو ابنها المعاق، وهي: التوافق الزوجي، الخصائص الانفعالية، العجز المتعلم، التوافق الأبوي الأسري، التدعيم والمساندة الزوجية، ويعبر عنه بالعبارات الموجبة من (٢٦-٤٠) عبارة.

البعد الرابع: ضغوط المجتمع:

يقيس هذا البعد دور الأقارب والأسرة والمجتمع، وتكون غير داعمة أو مساندة أو مخففاً للضغوط النفسية عن الأمهات، ولا تدعم وتساند الأمهات في

دورهم نحو أبنائهم المعاقين من خلال تقديم الخدمات المختلفة، ويعبر عن هذه العبارات الموجبة من (٤١-٥٠) عبارة.

- ثم عرض الباحث المقياس في صورته الأولية على مجموعة من المحكمين، ومن ثم قام الباحث بإعادة صياغة عبارات المقياس التي أشار إليها المحكمون، وقد اختيرت العبارات التي حصلت على نسبة موافقة بين المحكمين بلغت (٨٠٪-١٠٠٪)، وتم استبعاد العبارات التي طلب المحكمون استبعادها.
- وأصبح المقياس في صورته النهائية يتكون من (٤٠) عبارة موزعة توزيعاً دائرياً على أبعاده الأربعة بواقع (١٠) عبارات لكل بعد، وذلك في ضوء آراء السادة المحكمين تم حذف وتعديل وإضافة العبارات التي لا تنتمي للبعد الموجودة فيه.
- أجرى الباحث تجربة استطلاعية على عينة قوامها (٤٢) أمماً من أمهات الأطفال المعاقين بمؤسسات التربية الخاصة التابعة لإشراف مديرية التربية والتعليم بمحافظة الإسكندرية، وقد راعى الباحث أن تكون ممثلة للعينة الأصلية للدراسة، وكان الهدف من التجريب المبدئي هو التأكد من وضوح المقياس، وقدرة أفراد العينة على فهم عباراته، والتأكد من صلاحيته.

* تصحيح المقياس :

تم تصحيح المقياس وفق ميزان ثلاثي هو : (يحدث، وأحياناً، ولا يحدث) حيث تحسب ثلاث درجات للوزن (يحدث)، ودرجتان للوزن (أحياناً)، ودرجة واحدة للوزن (لا يحدث)، وبذلك تصبح الدرجة العظمى للاختبار (١٢٠) درجة، والدرجة الصغرى (٤٠) درجة، وتشير الدرجة العليا للمقياس بزيادة الضغوط النفسية، والدرجة المنخفضة بقلّة الضغوط النفسية.

* الشروط السيكومترية للمقياس :

تم التحقق من الشروط السيكومترية للمقياس من حيث الصدق والثبات على عينة استطلاعية قوامها (٤٢) أمماً من أمهات الأطفال المعاقين على النحو التالي :

١ - الاتساق الداخلي :

تم حساب الاتساق الداخلي بحساب معامل ارتباط درجة كل عبارة والبعد الذي ينتمي إليه، والجدول التالي يوضح معامل ارتباط درجة كل عبارة مع الدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه :

جدول (٢)

معامل ارتباط درجة كل عبارة مع الدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه

البعد الأول : ضغوط الأم مع الابن المعاق		البعد الثاني: ضغوط الأم		البعد الثالث: ضغوط الأم مع الزوج		البعد الرابع: ضغوط الأم مع المجتمع	
رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط
١	٠,٤٩	١١	٠,٦٩	٢١	٠,٦٧	٣١	٠,٥٨
٢	٠,٥٦	١٢	٠,٦٨	٢٢	٠,٧٥	٣٢	٠,٥٩
٣	٠,٤٧	١٣	٠,٥٩	٢٣	٠,٧٣	٣٣	٠,٦٢
٤	٠,٦١	١٤	٠,٥٥	٢٤	٠,٦٦	٣٤	٠,٦٨
٥	٠,٦٨	١٥	٠,٦٧	٢٥	٠,٧١	٣٥	٠,٧١
٦	٠,٥٨	١٦	٠,٧٨	٢٦	٠,٦٣	٣٦	٠,٦٨
٧	٠,٦٦	١٧	٠,٧٤	٢٧	٠,٥٦	٣٧	٠,٦٢
٨	٠,٧١	١٨	٠,٧٣	٢٨	٠,٥٩	٣٨	٠,٦٩
٩	٠,٧٨	١٩	٠,٧٠	٢٩	٠,٦٢	٣٩	٠,٧٥
١٠	٠,٧١	٢٠	٠,٨١	٣٠	٠,٦٣	٤٠	٠,٦٥

(ن = ٤٢)

ثم قام الباحث بحساب معامل ارتباط بيرسون بين الدرجة الكلية لكل بعد والدرجة الكلية للمقياس، ويوضح الجدول التالي معاملات الاتساق الداخلي لأبعاد المقياس والدرجة الكلية له.

جدول (٣)

معاملات الاتساق الداخلي لأبعاد المقياس والدرجة الكلية له

الأبعاد	معامل الارتباط
البعد الأول	٠,٩٥٢
البعد الثاني	٠,٦١٤
البعد الثالث	٠,٥٨٤
البعد الرابع	٠,٦٤٥

(ن = ٤٢)

يتضح من الجدول السابق أن قيم معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١)

٢ - صدق المحكمين :

تم عرض المقياس على سبعة من السادة المحكمين المتخصصين في مجال علم النفس والصحة النفسية، وكان الهدف معرفة آراء المحكمين في مدى مناسبة عبارات المقياس لما أعد لقياسه، وكذلك إعادة صياغة العبارات، وقد تم إعادة صياغة بعض العبارات، وحذف البعض الآخر، وقد تم استبعاد العبارات التي قلت نسبة الاتفاق عليها من المحكمين عن (٨٠٪).

٣ - ثبات المقياس بطريقة ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية لسبيرمان - براون

جدول (٤)

معاملات الثبات بطريقتي ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية

(ن = ٤٢)		الأبعاد
التجزئة النصفية	ألفا كرونباخ	
٠,٨١٩	٠,٨٣٤	البعد الأول
٠,٧٦٢	٠,٧٨٧	البعد الثاني
٠,٧٨١	٠,٧٦٠	البعد الثالث
٠,٧٤٦	٠,٧٣٦	البعد الرابع

يتضح من الجدول السابق أن معاملات الثبات بطريقتي الفاكرونباخ والتجزئة النصفية مرتفعة.

٤ - طريقة إعادة التطبيق :

وذلك بإيجاد معامل الارتباط بين التطبيق الأول والتطبيق الثاني بفواصل زمني قدره أسبوعين.

جدول (٥)

معامل الارتباط بين التطبيق الأول والتطبيق الثاني

الأبعاد	معامل الارتباط
البعد الأول	٠,٨٤٣
البعد الثاني	٠,٧٥٨
البعد الثالث	٠,٧٩٢
البعد الرابع	٠,٧٠٥

يتضح من الجدول السابق أن قيم معاملات الارتباط بين التطبيقين دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) مما يجعلنا نثق في ثبات المقياس.

(٢) البرنامج الإرشادي القائم على العلاج بالواقع لخفض حدة الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين

(إعداد الباحث)

يقوم البرنامج الحالي على أسلوب العلاج بالواقع Reality Therapy لوليام جلاس، حيث يعتمد على نظرية الاختيار Choice theory وهي الطور الأخير للعلاج الواقعي، وذلك لتغيير اتجاهات الأمهات نحو إعاقة أبنائهم، والحث على زيادة حساسيتهم، والوعي بمشاعرهم، ورفع درجة انتباههم للواقع الاجتماعي عما هو عليه الآن، وكذا زيادة الفعالية في تحليل المعلومات وتقريب المسافة بين الذات الواقعية والذات المثالية. واشتمل بناء البرنامج على المحاور التالية :

أ - أسس ومصادر إعداد البرنامج :

يقوم هذا البرنامج على أساس خفض حدة الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعاقين والتي ينبغي توجيه الاهتمام والوعي لديهن، وأن الطفل المعاق صاحب المشكلة يمثل أضعف الحلقات في محيط الأسرة، وأن إحداث التغيير اللازم للأمهات التي لديهن ابن معاق من خلال الوعي، وزيادة الإحساس بالمشكلة، ورفع درجة انتباههم بالواقع الاجتماعي، وأيضاً من خلال التفاعلات والتواصل وتحسين العلاقات التي لابد أن ينعكس أثره على الطفل المعاق. واعتمد الباحث في إعداد البرنامج على عدة مصادر، تستند إلى أسلوب العلاج بالواقع في ضوء نظرية الاختيار لجلاسر التي تهتم بالنصح للمسترشدين حتى يتمكنوا من إدارة حياتهم بشكل مناسب، وكذا تبصير جميع أفرادها بالمشكلة وأساليب علاجها حتى يؤدي إلى وجود جو من التفاعل والمشاركة، وهو يسمح بالمزيد من الخبرة الاجتماعية.

ب - أهداف البرنامج :

يهدف البرنامج إلى :

- ١ - مساعدة الأمهات على خفض حدة الضغوط النفسية لديهن، والناتجة عن إعاقة أبنائهن، باستخدام أسلوب العلاج بالواقع، وباستخدام فنياته في تشكيل وتحديد فنيات إدارة الضغوط النفسية لكي تتناسب مع موضوع الدراسة.
- ٢ - تبصير الأمهات بمفهوم الضغوط النفسية، وآثارها السلبية المحتملة على صحة الفرد النفسية والجسمية، وهو برنامج يستخدم أسلوب الإرشاد الجمعي يعمل على إرشاد الأمهات إلى ضرورة الاعتراف والتعامل مع الواقع كما هو، وتحمل مسؤولية هذا الواقع، وإمكانية تحسينه.
- ٣ - تزويد الأمهات بمهارات إدارة الضغوط النفسية المتمثلة في: حل المشكلات، أساليب الاتصال الفعالة (مهارة الاستماع والانتباه والاستجابة، وإدارة الخلافات)، والهندسة الاجتماعية، والتدعيم الاجتماعي، والتسامح.

ج - أهمية البرنامج :

تتبع أهمية البرنامج من أهمية الخصائص المتميزة لأسلوب الإرشاد الجمعي، خاصة بالنسبة للضغوط النفسية التي تعاني منها كثير من الأمهات اللاتي لديهن طفلاً معاقاً، ويمكن أن يلعب الإرشاد الجمعي دوراً مهماً لزيادة الوعي لدى أفراد عينة الدراسة، وإشعار كل عضو في المجموعة بأنه ليس وحيداً في معاناته، أو فيما يصادفه من مشكلات، وترجع أهمية البرنامج إلى أن النمو عملية اجتماعية لا تتم في بعض جوانبه إلا في إطار اجتماعي، وهو ما توفره مجموعات الإرشاد الجمعي، وكذلك تقريب المسافة بين الذات الواقعية والذات المثالية، ويسهم البرنامج الإرشادي الجمعي في مساعدة الأمهات لخفض حدة الضغوط النفسية الناتجة عن إعاقة أبنائهن، والاستفادة من جميع جوانب القوة لدى الأمهات، حتى نستطيع مساعدتهن في التغلب على الضغوط النفسية التي يواجهونها.

د - الفئة المستهدفة :

تم تطبيق برنامج الدراسة على عينة تجريبية قوامها (٢٠) أمّاً من الأمهات اللاتي لديهن أطفال معاقين، وذلك بعد تطبيق مقياس الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعاقين، وتم اختيار كل مجموعة من الأمهات من كل مدرسة خاصة بنوع الإعاقة من مدارس التربية الخاصة اللاتي لديهن أبناء بها، وتكون أفراد عينة الدراسة هم الأفراد الأعلى درجة على مقياس الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعاقين.

هـ - محتوى البرنامج :

تم تحديد محتوى البرنامج في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة ونتائج البحوث والدراسات التي أجريت في الميدان، ويحتوي البرنامج على مجموعة من الجلسات المتتابعة لتزويد الأمهات بمهارات إدارة الضغوط النفسية، وتوفير جماعات دعم من أمهات المعاقين لبعضهن البعض، وتدعيم المساندة الاجتماعية لبعضهن البعض، والتخفيف من حدة الضغوط النفسية الناتجة عن

الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعاقين. كما استخدم الباحث بعض الفنيات والاستراتيجيات التي تؤثر في الأمهات المشاركات في البرنامج، واتبع الباحث أسلوب الإرشاد الجمعي لمساعدة أفراد عينة الدراسة على زيادة إحساسهن، والوعي بمشاعرهن، ورفع درجة انتباههن للواقع الاجتماعي، وكذا زيادة الفاعلية في تحليل المعلومات، وتقريب المسافة بين الذات الواقعية والذات المثالية.

يتكون البرنامج من (١٦) جلسة، على مدى ثمانية أسابيع، بواقع جلستين أسبوعياً، وتستغرق الجلسة ما بين (٥٠-٦٠) دقيقة، يتخللها فترات راحة، ويتم تنفيذ البرنامج في مدرسة النور للمكفوفين بجناكليس، بعد الاتفاق مع الإدارة التعليمية التابعة لها المدرسة، ومع إدارة المدرسة على توفير مكان للقاء الأمهات، وقد تم الاستعانة عند إجراء جلسات البرنامج بمجموعة من الأساتذة العاملين بالمدرسة.

و - التحقق من صلاحية البرنامج :

تم عرض البرنامج على تسعة من السادة المحكمين المتخصصين في مجال علم النفس والصحة النفسية والتربية الخاصة، والمناهج وطرق التدريس، وذلك للتحقق من مدى ملائمة البرنامج للهدف الذي وضع من أجله.

وفي ضوء آراء السادة المحكمين أجريت بعض التعديلات التي أشاروا إليها، والتي تمثلت في توضيح الجلسات الخاصة بالأمهات أفراد العينة لتحقيق أهداف البرنامج، وفي ضوء التعديلات التي أجريت على البرنامج أصبح البرنامج في صورته النهائية مكوناً من (٢٠) جلسة، تم تقسيمهم على عشرة أسابيع، بواقع جلستين أسبوعياً، وتراوحت مدة الجلسة من (٦٠-٩٠) دقيقة، يتخللها فترات الراحة.

ز - الفترة الزمنية للبرنامج :

تم تنفيذ البرنامج على أفراد عينة الدراسة لمدة شهرين ونصف، خلال الفصل الدراسي الثاني من العام الدراسي (٢٠٠٧-٢٠٠٨) في الفترة من (٢٤/٢٠٠٨) وحتى (٢٠٠٨/٥/٤)، بواقع جلستين أسبوعياً، وتستغرق الجلسة من

ساعة إلى ساعة ونصف، يتخللها فترات الراحة، وذلك على حسب إتقان الأمهات للفنيات والأساليب المستخدمة في البرنامج.

ح - تطبيق البرنامج :

طبق البرنامج على عينة قوامها (٢٠) أمماً من أمهات اللاتي تعرضن للضغوط النفسية الأعلى الناتجة عن إعاقة أبنائهن، في مدرسة النور للمكفوفين التابعة لإشراف مديرية التربية والتعليم بمحافظة الإسكندرية، وقد استعان الباحث أثناء تطبيق البرنامج ببعض الأساتذة العاملين بالمدرسة، وكان التطبيق في وجود الباحث.

ط - محتوى البرنامج وجلساته :

احتوى برنامج الدراسة الحالية على (٢٠) جلسة، كما أشرنا سابقاً، والجدول التالي يوضح جلسات البرنامج، ومحتوى كل جلسة، والفنيات المستخدمة بها لإحداث الأثر المطلوب :

جدول (٦)

محتوى جلسات البرنامج والمهارات والفنيات المستخدمة في كل جلسة

رقم الجلسة	هدف الجلسة	الفنيات المستخدمة	مهارات إدارة الضغوط	زمن الجلسة
الجلسة الأولى	تطبيق مقياس الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعاقين على (عينة الدراسة)، وإقامة علاقة تعارف ودي بين الباحث والأمهات المشاركات في البرنامج، وإعطاء فكرة مبسطة عن الهدف من البرنامج، وتعريف الأمهات بطبيعة الإعاقة، وتأثيرها على الطفل، وكذلك إلقاء الضوء على نظام الجلسات، وخطة العمل التي يتم إتباعها خلال كل جلسة.	المناقشة والحوار	-	٩٠ ق
الجلستان الثانية والثالثة	إكساب الأمهات معلومات عن كيفية التعامل مع إدارة الضغوط النفسية، وكيفية اكتشاف الأم لحلول لهذه المشكلات التي تواجهها في حياتها اليومية	أسلوب المحاضرة	حل المشكلات	٩٠ ق

تابع/ جدول (٦)

محتوى جلسات البرنامج والمهارات والفنيات المستخدمة في كل جلسة

رقم الجلسة	هدف الجلسة	الفنيات المستخدمة	مهارات إدارة الضغوط	زمن الجلسة
الجلسات الرابعة والخامسة	تنمية مهارات التفاعل والتواصل مع الآخرين (الاستماع)، وكيفية إدارة الأشكال السلبية من التفاعل وتدعيم الأشكال الإيجابية، وتوضيح ما يمكن أن نستطيع فعله خلال مراحل الحياة المختلفة.	المناقشة التفاعلية. القصة.	أساليب الاتصال الفعالة (الاستماع)	٦٠ ق
الجلسات السادسة والسابعة	تنمية مهارات التفاعل والتواصل مع الآخرين (الانتباه)، وكيفية إدارة الأشكال السلبية من التفاعل وتدعيم الأشكال الإيجابية، وتوضيح ما يمكن أن نستطيع فعله خلال مراحل الحياة المختلفة.	المناقشة التفاعلية. القصة.	أساليب الاتصال الفعالة (الانتباه)	٦٠ ق
الجلسة الثامنة والتاسعة	تنمية مهارات التفاعل والتواصل مع الآخرين (الاستجابة)، وكيفية إدارة الأشكال السلبية من التفاعل وتدعيم الأشكال الإيجابية، وتوضيح ما يمكن أن نستطيع فعله خلال مراحل الحياة المختلفة.	المناقشة التفاعلية. القصة.	أساليب الاتصال الفعالة (الاستجابة)	٦٠ ق
الجلسات العاشرة والحادية عشر	تنمية مهارات التعامل الإيجابي مع جوانب عدم الاتفاق والاختلاف مع الآخرين، من خلال المشكلات النفسية طويلة المدى مع المتغيرات الاجتماعية المحاطة بالأم، وهي مشكلات تكون دائماً جزءاً من حياتها اليومية.	المناقشة التفاعلية. القصة.	أساليب الاتصال الفعالة (تنمية إدارة الخلافات)	٩٠ ق
الجلسات الثانية عشر والثالثة عشر	دعم السيطرة على مكون المشاعر، ووظائف الأعضاء بشكل غير مباشر، وتملك السيطرة المباشرة على التصرف والتفكير، وذلك من خلال استراتيجية الهندسة الاجتماعية، حيث تعد هذه الاستراتيجية استراتيجية معرفية تستخدم لتخفيف الضغوط النفسية دون تجنبها، وتهدف إلى الحد من الضواغط غير المهمة في حياتنا، وكذلك محاولة التنبؤ بالضواغط القادمة والاستعداد لها.	حل المشكلات المناقشة والحوار.	الهندسة الاجتماعية	٩٠ ق
الجلسة الرابعة عشر والخامسة عشر	دعم المشاركة المجتمعية من خلال مشاركة الإنسان مع من يحمل نفس همومه، والبحث عن يستطيع معه تفريغ انفعالاته، وطرح همومه عليه، والشعور معه بالراحة النفسية.	المناقشة التفاعلية.	المناقشة والحوار. التدعيم الاجتماعي	٩٠ ق

تابع/ جدول (٦)

محتوى جلسات البرنامج والمهارات والفنيات المستخدمة في كل جلسة

رقم الجلسة	هدف الجلسة	الفنيات المستخدمة	مهارات إدارة الضغوط	زمن الجلسة
الجلسات السادسة عشر والسابعة عشر	العمل على تنمية مهارة الصبر على ما يعانيه الإنسان من متاعب، والتخلص من الأفكار السامة في الماضي، والتصالح مع الأمور التي تسبب الضغوط النفسية، والإحساس بالسلام الداخلي والنفسي.	القصة. النكتة أو الفكاهة في بعض المواقف.	التسامح	٩٠ ق
الجلسات الثامنة عشر والتاسعة عشر	تنمية مهارة الاختيار الفعال بين الأمور، وتحمل مسؤولية هذا الاختيار، وتنمية مهارة التفضيل بين البدائل، والتعرف على أكثر الأساليب ملائمة للمشكلة، ومواجهة المشكلة والعمل على حلها، وتحمل النتائج سواء السلبية أو الإيجابية المترتبة على هذا الاختيار.	المناقشة التفاعلية. المناقشة والحوار.	الاختيار وتحمل المسؤولية	٩٠ ق
الجلسة العشرون	لمناقشة الأمهات المشاركات في البرنامج فيما حققه البرنامج من نجاح، والتعرف على آراء الأمهات وأساليبهن في إدارة الضغوط النفسية، وأي الأساليب التي وجدوها أكثر تناسباً وملائمة لهن، ومدى تأثير البرنامج في ذلك التعديل، وإمكانية استمرار التغيرات الإيجابية في مرحلة ما بعد البرنامج، ثم تم إجراء القياس البعدي لأفراد العينة الدراسة، وتلي ذلك لقاء أخير مع أفراد عينة الدراسة لإجراء القياس التتبعي على مقياس الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعاقين، بعد مرور ثمانية أسابيع من القياس البعدي.	المناقشة والحوار.	-	٩٠ ق

ي - الفنيات المستخدمة في البرنامج :

- أسلوب المحاضرة.
- المناقشة التفاعلية.
- القصة.
- النكتة أو الفكاهة في بعض المواقف.
- المناقشة والحوار.

الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة :

* اختبار "ت" (T-test) لمقارنة الفروق بين عينيتين غير مستقلتين.

* نسبة الكسب لقياس مدى الفعالية للبرنامج.

* حجم تأثير البرنامج وفقاً لمعادلة ايتا سكوير.

نتائج الدراسة وتفسيرها :

أولاً: نتائج الفرض الأول :

ينص الفرض الأول على أنه "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي في مقياس الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعاقين (الراجع إلى الابن المعوق) لصالح القياس البعدي". ولتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار "ت" (T-test) لمقارنة الفروق بين عينيتين غير مستقلتين (الاختبار القبلي والبعدي)، ويوضح الجدول التالي نتائج الفرض الأول :

جدول (٧)

دلالة الفروق بين متوسطات درجات مقياس الضغوط النفسية للأُم مع الابن المعاق في القياس القبلي والبعدي لتطبيق البرنامج

البعد	المجموعات	المتوسط	الانحراف المعياري	درجات الحرية	قيمة ف اختبار التجانس	قيمة اختبار "ت"	مستوى الدلالة
ضغوط الأم مع الابن المعاق	القياس القبلي القياس البعدي	٢,٨٥٠ ١,٤٠٠	٠,٥١٦ ٠,٤٢٢	١٩	١,٥٣	-٦,٥٨	٠,٠١

قيمة "ت" الجدولية عند درجات حرية (١٩) ومستوى دلالة ٠,٠٥ = ٢,٠٩٣ & ٠,٠١ = ٢,٨٦١
قيمة "ف" الجدولية عند درجات حرية (١٩,١) ومستوى دلالة ٠,٠٥ = ٤,٣٨ & ٠,٠١ = ٨,١٨

يتضح من جدول (٧) وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي في مقياس الضغوط النفسية

النتيجة عن الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعاقين والراجعة إلى الابن المعاق، لصالح القياس البعدي. كما يوضح الجدول رقم (٨) حجم تأثير البرنامج على الضغوط النفسية لأمهات الافراد المعاقين.

جدول (٨)

مدى فعالية البرنامج وحجم تأثيره بالنسبة للضغوط النفسية للأم مع الابن المعاق في القياس القبلي والبعدي لتطبيق البرنامج

البعد	درجة القياس البعدي	درجة القياس القبلي	الدرجة النهائية للاختبار	نسبة الكسب المعدل	حجم التأثير	مستوى الدلالة		
						(٠,٢) صغير	(٠,٥) متوسط	(٠,٨) كبير
ضغوط الأم مع الابن المعاق	١,٤٠	٢,٨٥	٣	٤٨,٣٣	٠,٨٦			✓

ولقد أسفرت النتائج المدونة بجدول (٨) المتعلقة بمدى فعالية البرنامج وحجم تأثيره عن أن نسبة الكسب المعدل في درجة الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعاقين والراجعة إلى الابن المعاق تساوى (٤٨,٣٣٪) وأن حجم تأثير البرنامج بعد التطبيق وفقاً لمعادلة (ايتا سكوير) يساوى (٠,٨٦) وهى قيمة تدل على أن البرنامج له حجم تأثير " كبير " على الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعاقين والراجعة إلى الابن المعاق.

مناقشة نتائج الفرض الأول :

من خلال عرض نتائج الفرض الأول، والتي أسفرت عن وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي؛ حيث إن البرنامج الإرشادي المستخدم كان يركز على الأم فقط في تخفيض الضغوط النفسية عليها، لذا فإننا لا نستطيع تعديل الصفات السلبية لدى الطفل المعاق، لذا فإن إكساب الأمهات لفتيات التعامل مع الابن المعاق لها التأثير المباشر والأكيد على خفض الضغوط النفسية الناتجة عن الأمهات الراجعة إلى الابن المعاق.

والمشكلات السلوكية والتعليمية للأطفال لا ترتبط بضغط عند الأم؛ وبالتالي فإن المشكلة الحقيقية لم تكن في أن الأم تواجهها ضغوط حقيقية من ناحية الابن، ولكن الأم هي التي لديها شعور بالضغط النفسية، نتيجة كونه طفل معاق في حد ذاته، وأنها غير متقبلة ذلك، وتتمنى لو تغير الوضع. ويتضح ذلك من خلال استجابة الأمهات (عينة الدراسة) على مقياس الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة، وهو ما يؤكد أن استخدام الباحث فنية حل المشكلات يساهم بشكل كبير في تكيف الأم مع إعاقة الطفل وتقبله. وبالتالي فإن البرنامج استطاع خفض الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعاقين، والراجعة إلى الابن المعاق، وبذلك يتم قبول الفرض الموجه.

ثانياً : نتائج الفرض الثاني :

ينص الفرض الثاني على أنه توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي في مقياس الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعاقين (الراجع إلى الأم) لصالح القياس البعدي". وللتحقق من صحة هذا الفرد تم استخدام اختبار "ت" (T-test) لمقارنة الفروق بين عينيتين غير مستقلتين (الاختبار القبلي والبعدي)، ويوضح الجدول التالي نتائج الفرض الأول :

جدول (٩)

دلالة الفروق بين متوسطات درجات مقياس الضغوط النفسية الراجعة إلى الأم في القياس القبلي والبعدي لتطبيق البرنامج

البعد	المجموعات	المتوسط	الانحراف المعياري	درجات الحرية	قيمة ف اختبار التجانس	قيمة اختبار "ت"	مستوى الدلالة
الضغوط النفسية الراجعة إلى الأم	القياس القبلي القياس البعدي	٢,٦٠٠ ١,٢٠٠	٠,٦٩٩ ٠,٥١٦	١٩	١,٣١	٧,٩٥-	٠,٠١

قيمة "ت" الجدولية عند درجات حرية (١٩) ومستوى دلالة ٠,٠٥ = ٢,٠٩٣ & ٠,٠١ = ٢,٨٦١

قيمة "ف" الجدولية عند درجات حرية (١٩,١) ومستوى دلالة ٠,٠٥ = ٤,٣٨ & ٠,٠١ = ٨,١٨

يتضح من جدول (٩) وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي في مقياس الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعاقين والراجعة إلى الأم، لصالح القياس البعدي. كما يوضح الجدول رقم (١٠) حجم تأثير البرنامج على الضغو النفسية لأمهات الافراد المعاقين.

جدول (١٠)

مدى فعالية البرنامج وحجم تأثيره على مقياس الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعاقين والراجعة إلى الأم

البعد	درجة القياس البعدي	درجة القياس القبلي	الدرجة النهائية للاختبار	نسبة الكسب	حجم التأثير	مستوى الدلالة		
						(٠,٢) صغير	(٠,٥) متوسط	(٠,٨) كبير
ضغوط الأم مع الابن المعاق	١,٢٠ ٠	٢,٦٠ ٠	٣	٤٦,٦٦	٠,٨٣			✓

وأسفرت النتائج المدونة بجدول (١٠) المتعلقة بمدى فعالية البرنامج وحجم تأثيره عن أن نسبة الكسب المعدل في درجة الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعاقين والراجعة إلى الام تساوى (٤٦,٦٦٪) وأن حجم تأثير البرنامج بعد التطبيق وفقاً لمعادلة (إيتا سكوير) يساوى (٠,٨٣) وهى قيمة تدل على أن البرنامج له حجم تأثير " كبير " على الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعاقين والراجعة إلى الام.

مناقشة نتائج الفرض الثاني :

من خلال عرض نتائج الفرض الثاني اتضح تحسن في خفض الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعاقين والراجعة إلى الأم، وهذه الضغوط النفسية راجعة إلى فقدان الثقة بالنفس، وعدم تقدير الذات، إضافة إلى الإحباط والاكتئاب، وقيود الدور الوالدي، والعزلة الاجتماعية،

ومشاعر الذنب، وضغوط قلق المستقبل؛ فإن تعريض الأم لبعض فنيات إدارة الضغوط النفسية المستخدمة في البرنامج الإرشادي القائم على العلاج بالواقع، وتعلمها وممارستها، فإنه قد بدأ تحسن واضح وملحوظ في خفض الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعاقين.

وتتفق نتائج الفرض الثاني مع ما توصلت إليه دراسة كل من: (Donova, 1985؛ Meadow, 1995؛ الحديدي والخطيب، ١٩٩٧؛ O'hare, 1999؛ العزة، ٢٠٠١؛ سليمان، ٢٠٠١؛ Margalit, 2006)، حيث أكدوا على أن الأمهات أكثر تأثراً بإعاقة الأبناء، بحكم ارتباطهن الكبير بالطفل، وبقائهن معه فترات طويلة، وحرصهن على إشباع حاجاته اليومية؛ مما يتولد لديهن الإحساس بعدم الكفاءة، ونقص الخبرة الوالدية وشعور الأم بعدم التقرب العاطفي مع الطفل، وأنها تعجز عن المعرفة والفهم الحقيقي لمشاعر طفلها وحاجاته، أو إصابة الأم بالاكتئاب، إما نتيجة إعاقة الابن، وأنه غير متوافق مع توقعاتها، أو أن الاكتئاب بات سمة من سمات شخصيتها، وإحساس الأم بالعزلة الاجتماعية، وعدم إحساسها بالتأييد أو السند الانفعالي، أو نتيجة لقلق الأم الشديد لمستقبل ابنها، وما يكتنفه هذا المستقبل من غموض في ضوء وجود الإعاقة لدى ابنها.

ثالثاً : نتائج الفرض الثالث :

وينص الفرض الثالث على أنه " توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي في مقياس الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعاقين (الراجع إلى الزوج) لصالح القياس البعدي". وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار "ت" (T-test) لمقارنة الفروق بين عينيتين غير مستقلتين (الاختبار القبلي والبعدي)، ويوضح الجدول التالي نتائج الفرض الأول :

جدول (١١)

دلالة الفروق بين متوسطات درجات مقياس الضغوط النفسية الراجعة إلى الزوج في القياس القبلي والبعدي لتطبيق البرنامج

البعد	المجموعات	المتوسط	الانحراف المعياري	درجات الحرية	قيمة ف لاختبار التجانس	قيمة اختبار "ت"	مستوى الدلالة
الضغوط النفسية الراجعة إلى الزوج	القياس القبلي القياس البعدي	٢,١٠٠ ١,٧٠٠	٠,٧١٦ ٠,٦٨٣	١٩	١,٤٧	٢,٠٧١ -	غير دال

قيمة "ت" الجدولية عند درجات حرية (١٩) ومستوى دلالة ٠,٠٥ = ٢,٠٩٣ & ٠,٠١ = ٢,٨٦١
قيمة "ف" الجدولية عند درجات حرية (١٩,١) ومستوى دلالة ٠,٠٥ = ٤,٣٨ & ٠,٠١ = ٨,١٨

يتضح من جدول (١١) عدم وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي في مقياس الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعاقين والراجعة إلى الزوج، حيث كان الفرق غير دال، وبالتالي يتم رفض الفرض الموجه، وتثبت عدم صحة الفرض الثالث، وأن البرنامج لم يستطع تخفيض الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعاقين والراجعة إلى الزوج.

مناقشة نتائج الفرض الثالث :

من خلال نتائج الفرض الثالث يتضح عدم تحسن الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعاقين والراجعة إلى الزوج، حيث يرى الباحث أن الضغوط النفسية الملقاة على عاتق الأم من ناحية، والضغوط النفسية الناتجة على الأم من ناحية الزوج هي الهم والضغط الأكبر؛ حيث إن التغيير الإيجابي الذي يحدث للأمهات، ونظرتهم للضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة والراجعة إلى الزوج، إضافة إلى التفريغ الانفعالي، والتعبير عن الكبت الموجود لديها، بما يؤدي في النهاية إلى أن الأم كانت تخرج في نهاية الجلسة بفكر جديد، وإرادة، ورغبة في التغيير نحو الأفضل، ولكن كان يواجهها الزوج

بضغوطه نفسها، دون أي تغيير عنده؛ حيث إن البرنامج كان ينصب على الأمهات فقط دون الزوج، وبالتالي ما كان الباحث يقوم بتطبيقه في جلسات البرنامج لخفض الضغوط النفسية الناتجة عن الزوج، لا تأتي بثمارها، نظراً للضغوط النفسية الناتجة عن أسرة الزوج، والزوج نفسه. وتتناقض نتائج الفرض الثالث مع ما توصلت إليه دراسة الكاشف (٢٠٠٠)، والتي توصلت إلى أن أهم مصادر المساندة التي تتلقاها الأم هي من الزوج، حيث اتضح أن الزوج من أكثر مصادر الضغط على الأم.

رابعاً : نتائج الفرض الرابع :

وينص الفرض الرابع على أنه " توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي في مقياس الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعاقين (الراجع إلى المجتمع) لصالح القياس البعدي". ولتحقق من صحة هذا الفرد تم استخدام اختبار "ت" (T-test) لمقارنة الفروق بين عينيتين غير مستقلتين (الاختبار القبلي والبعدي)، ويوضح الجدول التالي نتائج الفرض الأول :

جدول (١٢)

دلالة الفروق بين متوسطات درجات مقياس الضغوط النفسية الراجعة إلى المجتمع في القياس القبلي والبعدي لتطبيق البرنامج

البعد	المجموعات	المتوسط	الانحراف المعياري	درجات الحرية	قيمة ف اختبار التجانس	قيمة اختبار "ت"	مستوى الدلالة
الضغوط النفسية الراجعة إلى المجتمع	القياس القبلي القياس البعدي	٢,٧٠٠ ١,٥٠٠	٠,٦٧٥ ٠,٥٤٢	١٩	١,٥٩	٥,٢٦-	٠,٠١

قيمة "ت" الجدولية عند درجات حرية (١٩) ومستوى دلالة ٠,٠٥ = ٢,٠٩٣ & ٠,٠١ = ٢,٨٦١

قيمة "ف" الجدولية عند درجات حرية (١٩,١) ومستوى دلالة ٠,٠٥ = ٤,٣٨ & ٠,٠١ = ٨,١٨

يتضح من جدول (١٢) وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١)

بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبُعدي في مقياس الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعاقين والراجعة إلى المجتمع، لصالح القياس البُعدي. ويوضح الجدول رقم (١٣) حجم تأثير البرنامج على الضغوط النفسية لأمهات الافراد المعاقين.

جدول (١٣)

مدى فعالية البرنامج وحجم تأثيره على مقياس الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعاقين والراجعة إلى المجتمع

البعد	درجة القياس البُعدي	درجة القياس القبلي	الدرجة النهائية للاختبار	نسبة الكسب	حجم التأثير	مستوى الدلالة		
						(٠,٢) صغير	(٠,٥) متوسط	(٠,٨) كبير
الضغوط النفسية الراجعة إلى المجتمع	١,٥٠	٢,٧٠	٣	٤٠,٠٠	٠,٨٠			✓

وأُسفرت نتائج جدول (١٣) والمتعلقة بمدى فعالية البرنامج وحجم تأثيره عن أن نسبة الكسب المعدل في درجة الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعاقين والراجعة إلى المجتمع تساوى (٤٠,٠٠٪) وأن حجم تأثير البرنامج بعد التطبيق وفقاً لمعادلة (إيتا سكوير) يساوى (٠,٨٠) وهى قيمة تدل على أن البرنامج له حجم تأثير " كبير " على الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعاقين والراجعة إلى المجتمع.

مناقشة نتائج الفرض الرابع :

يتضح من نتائج الفرض الرابع تحسن ملحوظ في خفض حدة الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعاقين والراجعة إلى المجتمع، حيث قام الباحث باستخدام أسلوب التسامح، والتدعيم الاجتماعي بشكل أساسي، وإكسابهن القدرة على مواجهة الضغوط النفسية عن الإعاقة والراجعة إلى المجتمع، كما أن تغيير سلوك الأم الاتكالي أو الاعتمادي على الآخرين،

ودفعها إلى تحمل مسئولية أفعالها وتصرفاتها، والوعي والدراية الكاملة لما تفعل، وبما سوف تكون عليه العواقب، والاستعداد لها، واكتساب المهارة اللازمة لاستقبال الضغوط النفسية والأحداث المتوقعة، بالإضافة إلى اكتساب فنيات إدارة الضغوط النفسية المختلفة التي تساعد على تخفيف ومواجهة والتعامل مع الضغوط النفسية وإدارتها. وبالتالي فإن البرنامج الإرشادي المستخدم قد عدل نظرة الأم نفسها، وإدراكها للضغوط النفسية، وقد تبين ذلك من خلال رفع تقدير الأمهات لذواتهن، وثقتهن بأنفسهن، حيث كان يصعب على البرنامج خفض الضغوط المجتمعية نفسها، أو يدفع المجتمع لدعم ومساندة الأم.

وقد أكدت دراسة كل من : (الكاشف، ٢٠٠٠؛ أبو غزالة، ٢٠٠٤؛ دوكم، ٢٠٠٥؛ Hassall; Rose, ; McDonald, 2005)، على أن المساندة الاجتماعية تعمل كواقى من الضغوط النفسية؛ حيث إن الروابط الاجتماعية تخفف من ضغوط الحياة، وتعوض الفقد العاطفي الناتج عن ضغوط الحياة، والاتصال الاجتماعي يقدم للإنسان مثيرات إيجابية، وعند قيام الفرد باتصال اجتماعي تتشابه فيه القيم والاتجاهات، فإن الطاقة الجماعية تتجاوز المشاعر السلبية التي قد يشعر بها أي فرد؛ وللتدعيم الاجتماعي دور في الحد من ضغوط الحياة، حيث يوجد ارتباط مهم بين كثافة وحميمية الشبكة الاجتماعية للإنسان من ناحية، وعدد الأزمات التي يتعرض لها من ناحية أخرى، كما أن هناك بعض الدلائل على أن المستوى الجيد من المصادر الاجتماعية والشبكات الاجتماعية عالية التفاعلية تقي الفرد من الضغوط اليومية والمهنية. وبذلك يتم قبول الفرض الموجه، وتأكيد صحة الفرض الرابع، وبالتالي فإن البرنامج استطاع تخفيض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين والراجعة إلى المجتمع.

خامساً : نتائج الفرض الخامس :

وينص الفرض الخامس على أنه "لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات القياسين البعدي والتتبعي في مقياس الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى أمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة". وللتحقق

من صحة هذا الفرد تم استخدام اختبار "ت" (T-test) لمقارنة الفروق بين عينيتين غير مستقلتين (الاختبار القبلي والبعدي)، ويوضح الجدول التالي نتائج الفرض الأول :

جدول (١٤)

دلالة الفروق بين متوسطات درجات مقياس الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى أمهات الأطفال في القياس القبلي والبعدي لتطبيق البرنامج

البعد	المجموعات	المتوسط	الانحراف المعياري	درجات الحرية	قيمة ف لاختبار التجانس	قيمة اختبار "ت"	مستوى الدلالة
الضغوط النفسية للأمهات	القياس القبلي القياس البعدي	١,٨٥٠ ١,٦٠٠	٠,٨٤٣ ٠,٦٩٩	١٩	١,٥٢	١,٨٢٢-	غير دال

قيمة "ت" الجدولية عند درجات حرية (١٩) ومستوى دلالة ٠,٠٥ = ٢,٠٩٣ & ٠,٠١ = ٢,٨٦١
قيمة "ف" الجدولية عند درجات حرية (١٩,١) ومستوى دلالة ٠,٠٥ = ٤,٣٨ & ٠,٠١ = ٨,١٨

يتضح من جدول (١٤) عدم وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) بين متوسطات درجات القياسين البعدي والتتبعي في مقياس الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعاقين، حيث كان الفرق غير دال، وبالتالي يتم رفض الفرض الموجه، وتثبت عدم صحة الفرض الخامس.

مناقشة نتائج الفرض الخامس :

يتضح من نتائج الفرض الخامس فاعلية البرنامج الإرشادي القائم على العلاج بالواقع في خفض حدة الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعاقين، حيث أثبت تأثير البرنامج بعد مرور شهرين من تطبيقه؛ مما يتضح فاعلية البرنامج الإرشادي المقترح.

ويرجع ذلك إلى ما تم خلال جلسات البرنامج من إعادة تدريب الأمهات على فنيات البرنامج الإرشادي القائم على العلاج بالواقع، بما يتضمنه من مهارات ومهام، وذلك خلال المرحلة الأخيرة منه، بعد أن كان قد تم تدريبهن

عليها خلال مرحلة سابقة من البرنامج، وهو ما أسهم في استمرار أثر ذلك التدريب إلى ما بعد انتهاء البرنامج، وعدم حدوث انتكاسة بعد انتهائه، وقد يرجع أيضاً إلى كفاءة وفاعلية البرنامج الذي تم تدريب أفراد عينة الدراسة عليه، كما أن حفاظ الأمهات على فنيات البرنامج بأبعاده المختلفة وقد يرجع إلى المرحلة النهائية من البرنامج، والتي هدفت إلى إعادة تدريب الأمهات على البرنامج الإرشادي القائم على العلاج بالواقع بشكل مجمل.

كما يرجع بقاء أثر البرنامج الإرشادي على أفراد عينة الدراسة إلى فاعلية البرنامج الإرشادي القائم على العلاج بالواقع، وارتباط البرنامج بأشياء ترغبها الأم وتفضلها، مثل أسلوب: المناقشة والحوار، وحل المشكلات، وارتباطها أيضاً بسلوكيات من شأنها تثبيت التعلم مثل: المساندة الاجتماعية، والتسامح، والتدعيم الاجتماعي، والهندسة الاجتماعية، وإدارة الخلافات، والاستجابة، وأيضاً المرحلة النهائية لبرنامج التي تعتمد على الاختيار ومسؤوليته، والمشاركة الجادة من الأمهات التي أدت إلى وجود تكرار ومتابعة غير مباشرة، واستمرارية في التطبيق والتعميم أيضاً، والألفة التي تكونت ما بين الباحث وأفراد عينة الدراسة من أمهات الأطفال المعاقين. وتتفق نتائج الدراسة مع دراسة كل من: (السرطاوي والشخص، ١٩٩٩؛ الكاشف، ٢٠٠٠؛ دوكم، ٢٠٠٥؛ Hassall, 2005؛ Margalit, 2006).

وبناء على ما سبق فإن تلك النتائج تؤكد على فاعلية البرنامج الإرشادي القائم على العلاج بالواقع، وبقاء الملائمة للأمهات الأطفال المعاقين، وكذلك لاعتمادها على فنيات عديدة هي: (حل المشكلات، ومهارات الاستماع والانتباه والاستجابة، وإدارة الخلافات، والهندسة الاجتماعية، والتدعيم الاجتماعي، والتسامح، والاختيار، ومسؤولية الاختيار؛ حيث تعتمد مؤسسات التربية الخاصة، ومؤسسات المجتمع المدني في برامجها المقدمة لأسر الأطفال المعاقين على برامج إرشادية، وفنيات، تعمل على مساندة أمهات الأطفال المعاقين، بما يضمن للباحث استمرارية الاستفادة من البرنامج وفنياته، وخاصة بعد تنظيم وترتيب التعامل مع هذه الفنيات باستخدام فنيات إدارة الضغوط النفسية مع أمهات الأطفال المعاقين باستخدام البرنامج الإرشادي القائم على العلاج بالواقع.

توصيات الدراسة :

انطلاقاً مما توصلت إليه الدراسة النظرية، والدراسة الميدانية من نتائج، ومن خلال التحقق من فاعلية البرنامج الإرشادي القائم على العلاج بالواقع لخفض حدة الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة لدى أمهات الأطفال المعاقين، يوصي الباحث بما يلي :

- ١ - ضرورة الاهتمام باستخدام برامج إرشادية قائمة على العلاج بالواقع، تعمل على تعديل اتجاهات الأمهات نحو إدارة الضغوط النفسية الناتجة عن إعاقة أبنائهن.
- ٢ - ضرورة إقامة علاقة تواصلية مستمرة بين أمهات الأطفال المعاقين واشتراكيهم في البرامج التأهيلية، وإعطاء واجبات منزلية للأمهات تعتمد على تدريبهن على بعض المهام، وتدريبهن على أسلوب قياس تقدمهن على تلك المهام.
- ٣ - التأكيد على مؤسسات التربية الخاصة ومؤسسات المجتمع المدني لأهمية المشاركة الاجتماعية للأمهات الأطفال المعاقين، وحثهم على الاهتمام بالجوانب الخاصة بالتربية الإيجابية والتربية من أجل الحياة، وتهيئة المعاقين بكافة فئاتهم وتدريبهم على تفهم وتقبل التغيرات المستقبلية، وذلك لتقليل الخوف والقلق والاكتئاب من المستقبل.
- ٤ - التأكيد على تعديل الأفكار السلبية عن ضغوط النفسية الناتجة عن إعاقة الأبناء بأفكار أكثر إيجابية، وإزالة الشعور بالغموض المحيط بالتوقعات المستقبلية، من خلال مساعدة الأمهات ببعض الأساليب والطرق العلمية المناسبة لإدارة الضغوط النفسية، وتبصيرهم بأساليب مواجهة الفعالة للضغوط النفسية الناتجة عن إعاقة أبنائهن.

A Guiding Program Based on Reality Treatment to Decrease the Intensity of the Psychological Stresses of the Mothers of Disabled Children

Dr. Ashraf M. Sherit

Faculty of Kindergarten - Alexandria University
A.R.E

Abstract:

The current study aims at revealing the effectiveness of a guiding program based on using reality treatment to decrease the intensity of the psychological stresses of the mothers of the disabled children.

The study also aims to develop the abilities of the mothers of the disabled children in dealing with the psychological stresses with a real effective form and not just facing them. The current study followed a semi empirical approach. The study sample consists of 20 mothers of disabled children and the mothers were applied to the psychological stresses scale (prepared by the researcher) along with a guiding program based on reality treatment to decrease the intensity of the psychological stresses of the mothers of the disabled children. The results were as follows:

- 1 - There are significant statistical differences at (0.01) level between the average marks of the pre and post measures on the intensity of the psychological stresses of the mothers of the disabled children due to the children's disability in favor of the post measure.
- 2 - There are significant statistical differences at (0.01) level between the average marks of the pre and post measures on the intensity of the psychological stresses of the mothers due to the mother in favor of the post measure.
- 3 - There are significant statistical differences between the average marks of the pre and post measures on the intensity of the psychological stresses of the mothers due to the husband in favor of the post measure.
- 4 - There are significant statistical differences at (0.01) level between the average marks of the pre and post measures on the intensity of the

psychological stresses of the mothers due to the society in favor of the post measure.

- 5 - There are no significant statistical differences between the average marks of the pre and post measures on the intensity of the psychological stresses of the mothers.

The study has provided a number of educational recommendations to the mothers of the disabled children.

المراجع

- ١ - أبو غزالة، سميرة (٢٠٠٤)، فاعلية برنامج إرشادي في إدارة الحياة في تخفيض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال التوحدين، مجلة العلوم التربوية والنفسية، ٣٤، كلية التربية بجامعة البحرين، ص ٦٣-٩٩.
- ٢ - الأشول، عادل (١٩٩٣)، الضغوط النفسية والإرشاد الأسري للأطفال المتخلفين عقلياً. مجلة الإرشاد النفسي. ١٤. جامعة عين شمس.
- ٣ - الببلاوي، فيولا (١٩٨٨)، مقياس ضغوط الوالدية "دليل للتعرف على الأطفال المعرضين للخطر". القاهرة. مكتبة الأنجلو المصرية.
- ٤ - الحديدي، منى والخطيب، جمال (١٩٩٧)، المدخل إلى التربية الخاصة. الكويت. مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع
- ٥ - الخالد، عبد الرحمن (٢٠٠٧)، التأهيل التخاطبي لضعاف السمع وعلاقته بالضغوط الأسرية بين التشخيص والتعديل. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية البنات للآداب والعلوم. جامعة عين شمس.
- ٦ - الدهان، منى (٢٠٠١)، الوحدة النفسية لدى كل من الطفل العادي والمتخلف عقلياً والأصم. دراسات نفسية. رابطة الأخصائيين النفسيين. مج ١١. ع ١. ص ٢٦ - ٩٧.
- ٧ - دوكم، أنيسة (٢٠٠٥)، الضغوط النفسية التي يعاني منها أولياء أمور المعاقين وأساليبهم في التعامل معها. مجلة العلوم التربوية والنفسية. ٣٤. كلية التربية بجامعة البحرين. ص ١١٢-١٥٣.
- ٨ - الرشيدى، هارون (١٩٩٩)، الضغوط النفسية - طبيعتها نظريتها - برنامج لمساعدة الذات في علاجها. القاهرة. مكتبة الأنجلو المصرية.
- ٩ - رمضان، مصطفى (٢٠٠٢)، فعالية برنامج إرشادي لخفض الضغوط النفسية لدى أمهات وأثره في توافق المفاهيم ضعاف السمع. مجلة كلية التربية. جامعة طنطا. مج ١. ع ٣١. ص ١٠١-١٥٦.

- ١٠ - زهران، حامد (١٩٩٧)، الصحة النفسية والعلاج النفسي. ط٣. القاهرة. عالم الكتب.
- ١١ - الزيود، نادر (١٩٩٨)، نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. عمان. دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- ١٢ - السرطاوي، زيدان، والشخص، عبد العزيز (١٩٩٩)، الضغوط النفسية لدى أولياء أمور الأطفال المعوقين وأساليب مواجهتها. مركز البحوث التربوية. جامعة الملك سعود. المملكة العربية السعودية.
- ١٣ - سرور، سعيد (٢٠٠٣)، مهارات مواجهة الضغوط في علاقتها بكل من الذكاء الوجداني ومركز التحكم. مجلة مستقبل التربية العربية. مج٢٩. القاهرة. المركز العربي للتعليم والتنمية. ص ص٨٦-١٠٩.
- ١٤ - سليمان، عبد الرحمن (٢٠٠١)، الإعاقة البدنية المفهوم - التصفيات - الأساليب العلاجية. القاهرة. مكتبة زهراء الشرق.
- ١٥ - عبد الحي، محمد (٢٠٠١)، الإعاقة السمعية وبرنامج إعادة التأهيل. الإمارات العربية المتحدة. دار الكتاب الجامعي.
- ١٦ - عبد العال، سيد (٢٠٠٢)، ضغوط العمل والأزمات. مجلة معوقات الطفولة. جامعة الأزهر. ع١٠. ص ص١٢٦-١٧٤.
- ١٧ - عبد العزيز، مفتاح (٢٠٠١)، علم النفس العلاجي - اتجاهات حديثة. القاهرة. دار قباء للطباعة والنشر.
- ١٨ - عبد المعطي، حسن (١٩٩٣)، دراسة لبعض المتغيرات المرتبطة بالضغوط الوالدية التي يواجهها آباء وأمّهات الأطفال المتخلفين عقلياً. مجلة كلية التربية. جامعة طنطا. ع١٩. ص ص١١٩-١٦٨.
- ١٩ - عبد المعطي، حسن (٢٠٠٦)، ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها. القاهرة. مكتبة زهراء الشرق.
- ٢٠ - عجّاج، سلامة (٢٠٠٧)، فاعلية برنامج تدريبي على تنمية القدرات

- الابتكارية عند التلاميذ المعاقين سمعياً في دولة الكويت. رسالة دكتوراه غير منشورة. كلية التربية - جامعة بني سويف.
- ٢١ - عز الدين، أبو النجا، وبدران، عمرو (٢٠٠٣)، ذوو الاحتياجات الخاصة - الإعاقات. الذهنية والحركية والبصرية والسمعية . المنصورة. مكتبة الإيمان.
- ٢٢ - عزب، حسام، وعبد الخالق، شادية (١٩٩٨)، دليل الضغوط الوالدية - الصورة السادسة المعدلة لدليل ريتشارد أبدين مع دراسات إكلينيكية وسيكومترية. القاهرة. دار النهضة العربية.
- ٢٣ - العزة، سعيد (٢٠٠١)، سلسلة التربية الخاصة - الإعاقة العقلية. الأردن. دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- ٢٤ - فياض، إيمان (٢٠٠٧)، فاعلية برنامج إرشادي في تنمية مهارات تعامل الأمهات مع الأبناء المعاقين سمعياً وخفض نشاطهم الزائد. رسالة دكتوراه غير منشورة. كلية التربية - جامعة عين شمس.
- ٢٥ - الكاشف، إيمان (٢٠٠٠)، دراسة لبعض أنواع الضغوط لدى أمهات الأطفال المعاقين وعلاقتها بالاحتياجات الأسرية ومصادر المساندة الاجتماعية. مجلة كلية التربية. جامعة الزقازيق. ص ١٣٣ - ١٩٧.
- ٢٦ - الكاشف، إيمان (٢٠٠١)، إعداد الأسرة والطفل لمواجهة الإعاقة. القاهرة. دار قباء للنشر والتوزيع.
- ٢٧ - كفاية، علاء الدين (٢٠٠٣)، الإرشاد الأسري للطفل المعوق. القاهرة. دار الفكر العربي
- ٢٨ - معروف، اعتدال (٢٠٠١)، مهارات مواجهة الضغوط في الأسرة - في العمل - في المجتمع. الرياض. مكتبة الشقري.
- ٢٩ - مكاوي، صلاح (٢٠٠١)، دراسة تنبؤية لأثر ضغوط الحياة في بعض متغيرات الشخصية لدى فئات الموهوبين. مجلة كلية التربية. جامعة المنصورة. ع ٤٦٤. ص ٣-٥١.

- ٣٠ - منصور، رزان (٢٠٠٧)، المخاوف الشائعة لدى الطفل ضعيف السمع بين التشخيص والتعديل. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية البنات للآداب والعلوم - جامعة عين شمس.
- ٣١ - نور الدين، محمد (٢٠٠٢)، من حاجات الطفل إلى حاجاتنا للطفل. مجلة الطفولة والتنمية. ٢٠٢٠. القاهرة. المجلس العربي للطفولة والتنمية. ص ١٧٦-١٨١.
- ٣٢ - ودارلينج، سيلجمان (٢٠٠١)، إعداد الأسرة والطفل لمواجهة الإعاقة. (ترجمة: إيمان فؤاد كاشف)، القاهرة. دار قباء.
- 33 - Baker, B. L. & Blacher J. & Crnic, K. A. & Edeibrock C. (2002). Behavior Problems and parenting Stress in Families of Three-year-old Children with and Without Developmental Delays. **American Journal on Mental Retardation**, 107, 6, 433-444.
- 34 - Beckman, E.E. & Leber, E.R.(1991). **Handbook of Depression Treatment**, Assessment and Research. Illinois. The Dorsey Press.
- 35 - Calderon Rosemary (1988). Stress and Coping in Hearing Families, Deaf Children. A Model of Factors Affecting Adjustment, **PhD**, University of Washington, Vol. 46-08a p.276.
- 36 - Choi, Y.H., Jang, D.P., Ku, J.H., Shin, M.B., & Kim, S.L (2001). Short Term Treatment of Acrophobia with Virtual Reality Therapy (VRT). A **Case Report**. Cyber Psychology and Behavior.
- 37 - Donova, A. Mary (1985). A Comparison Study of Mothers With Autistic, Mental/p Retarded and Non Handicapped Adolescents, **PhD**, the University of North Carolina, at Chapel Bill
- 38 - Gililand, M., (1994). **Theories and Strategies in Counseling and Psychology**, (3^{ed}.), London. Schuster, Inc.
- 39 - Glasser, William (1984). **Control theory. A New Explanation of How we Control Our Lives**. New York. Harper and Row.
- 40 - Glasser, William (2001). **Counseling Will, Choice Theory**, the Liberality Therapy New York, Harper Collins Publishers.

- 41 - Glasser, William (2002). Choice Theory. Available at http://www.wysiwyg.org!chOiCe_theory.htm
- 42 - Glasser, William (2004). **Warning - Psychiatry Can be Mental Health**, New York, Harper Collins Publishers.
- 43 - Glasser, William (2005). **Reality Therapy**, a New Approach to, New York, Harper Collins Publishers
- 44 - Glasser, William, Zunin (1979). **Reality Therapy**. in R.J. Coarsening (Ed.), Current Psychotherapies (2^{ed}.). Itasca, IL. F.E, Peacock, pp. 301-339.
- 45 - Hans selye (1994). **Stress Without Distress**, New American Library.
- 46 - Hassall, R.; Rose, J.; McDonald, J. (2005). Parenting Stress in Mothers t Children with an Intellectual Disability. The Effects of Parental Cognitions in Relation to Child Characteristics and Family Support, **Journal of Intellectual Disability Research**, Vol.49, No.6, pp.405-418.
- 47 - Hintemiair, M (2000). Heaiing-Impaiiment, Social Networks, and Coping. The Need for Families with Hearing-Impaired Children to Relate to Other Parents and to Hearing-Impaired Adults, **American Annals of the Deaf**, 145, 1,41,54.
- 48 - Holliman, (2000). Instruction and Training in Choice Theory and Reality Therapy as Measured by the Adult Nowicki - Strickland Locus of Control Scale. **Diss.Absi.Inter.61**, (6-A). pp.2-184.
- 49 - International Stress Management Association (2008). <http://www.isma.org.uk/site/isma/content-folder/home>
- 50 - Konstantareas, M. & Lampropoulou, V. (1995). Stress in Mothers with-Deaf Children, **American Annals of the Deaf**, Vol. 140, No.3, pp. 264-270.
- 51 - Lederberg, Amy R. & Golbach, Traci (2002). Parenting Stress and Social Support in Hearing Mothers of Deaf and Hearing Children. A Longitudinal Study, **Journal of Deaf Studies and Deaf Education**, Vol.7, No.4, pp.330- 345.
- 52 - Margalit, M. (2006). Mothers' Stress, Resilience and intervention, **European Journal of Special Needs Education**, Aug, Vol.21, No.3, pp.269-283.

- 53 - Meadow Orlans, Kathryn, P. (1995). Sources of Stress for Mothers of Deaf and Hard of Hearing Infants, **American Annals of the Deaf**, Oct; Vol. 140, No.4, pp. 352-357.
- 54 - Metrtens, Donna; Sass-Lehrer, Marilyn; Scott-Oison, Kim, (2000). **Sensitivity in the Family Professional Relationship, Parental Experiences in Families with Young Deaf and Hard of Hearing Children**. In. Spencer, P. E. (Ed) & Erring. Carol J. (Ed) & Marc M. The deaf Child in the Family and at School. Essays in Honor of Meadow Orlans, Kathryn P. London. Mahwah, NJ, pp.133 -150.
- 55 - Nezu, M., & Christine Maguth Nezu (2001). Impinging Stress Through Problem, **Solving, Stress News**, July, Vol.13, No.3, pp.103-166
- 56 - O'hare,-Elizabeth-A (1999). The Effects of Stress and Affect on pg1, Behavior. A Study of Mothers of Deaf and Hearing Children **Dissertation-Abstracts-International**. Section-B.-The-Sciences-and Engineering, Mar; Vol.59, No.9-B.
- 57 - Peterson, A.V.,(2000). Choice Theory and Reality Therapy. **TCA Journal**, Vol.28, No.1, pp. 111-156.
- 58 - Pipp-Siegel, S.; Allison L. Sedey, and Christine Yoshinaga-Itano, (2002). Predictors of Parental Stress in Mothers of Young Children with Hearing Loss. **Journal of Deaf Studies and Deaf Education**, Vol.7, No.1, pp. 1-17.
- 59 - Rita L. Atkinson, Richard C. Atkinson, Edward E. Smith Daryl J. Bern, Susan Nolenhoeksema, (2000). **Hilliard's Introduction to p13 Edition**, Harcourt Brace College Publishers, Orlando.
- 60 - Robert, C. Carson (2002). **Fundamentals of Abnormal Psychology and Modern Life Allen and Bacon**, A Person Education Company, Boston.
- 61 - Sandhu, D.S. (2000). Reality Therapy in Action, **Professional Shoot Counseling**, Vol.3, No.4, pp.99-126.
- 62 - Sullo, B.(2002). **Choice Theory Psychology**. Instructor, William Glasser Institute.
- 63 - The world book encyclopedia (1995). Vol. 15 Letter. S. Ascot Futz Company, p. 173

- 64 - Watson, A. (2002). Depression and Reality Therapy. Available at <http://www.agelfire.com/ab/brightminds/alec.html>.
- 65 - Wubbolding, R.E.,(1988). **Using Reality Therapy**, New York. Harper & Row.