المجلة الأردنية في العلوم التربوية، مجلد 7، عدد 4، 2011، 303 – 325

فاعلية برنامج تدريبي معرفي – سلوكي في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالقيلة السحائية

سعاد منصور غيث، أناس رمضان المصري* و آني أبو حنا ميزاغوابيان **

تاريخ تسلم البحث 2011/3/8 تاريخ قبوله 2011/10/15

ملخص: هدفت الدراسة الحالية إلى التحقق من فاعلية برنامج تدريبي مستند الى النظرية المعرفية السلوكية في خفض الضغوط النفسية لدى عينة من أمهات الأطفال المصابين بالقيلة السحائية تم اختيارهن بشكل قصدي من جمعية الحسين لرعاية وتأهيل ذوي التحديات الحركية. تم توزيع المشاركات في الدراسة عشوائياً على مجموعتي الدراسة: مجموعة تجريبية اشتملت على (15) مشاركة تعرضن للبرنامج التدريبي، ومجموعة ضابطة اشتملت على (15) مشاركة لم يتعرضن للبرنامج. تم تطبيق مقياس الضغوط النفسية على مجموعتي الدراسة قبل التعرض للبرنامج وبعده ومتابعة بعد شهر من انتهاء البرنامج. وللإجابة على الفرضيتين الصفريتين في هذه الدراسة تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وتحليل التباين المصاحب. وقد أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq .05$) بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على الدرجة الكلية لمقياس الدراسة لصالح المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والمتابعة بعد شهر، مما يشير إلى فاعلية البرنامج التدريبي المطبق في خفض الضغوط النفسية واستمرار آثاره بعد شهر من انتهاء الدراسة. كما كشف تحليل التباين المتعدد وجود فروق ذات دلالة احصائية بين مجموعتي الدراسة على القياسين البعدي والمتابعة على بعض أبعاد مقياس الضغوط النفسية.
(الكلمات المفتاحية: برنامج تدريبي معرفي سلوكي، أمهات الأطفال المصابين بالقيلة السحائية، ضغوط نفسية).

The Effectiveness of a Cognitive Behavior Training Program in Reducing Psychological Stress among Mother's of Children with Spina Bifida

Suad Gaith, Anas Masri, *Faculty of Educational Sciences, Hashemite University.*
Annie Mizaguabian, *Al-Hussein Society for Habilitation and Rehabilitation of Physically Challenged.*

Abstract*: The study aimed at investigating the effectiveness of a training program based on Cognitive–Behavior Theory to reduce the level of psychological stress among a sample of mothers of Spina Bifida children, intentionally chosen from Al-Hussein Society for Habilitation and Rehabilitation of the Physically Challenged. The subjects of this study were assigned randomly to two groups: an experimental group which consisted of (15) mothers who received the training program and a control group which consisted of (15) mothers who did not receive the training program. The psychological stress scale was applied on both groups; before and after the program afollowing test a month later. To test the two null hypothoses of the study means, standard deviations, and ANCOVA were computed The results revealed significant differences at ($\alpha \leq .05$) between the means of the two groups (experimental and control) of the total score of psychological stress scale used at the post-test and one-month follow up, which indicated the effectiveness of the training program in reducing the level of psychological stress among participants and its continued effect . In addition results of MANOVA revealed significant differences between the two groups of the study on some sub-scales of psychological stress scale in post- and follow –up tests. (****Keywords****: Cognitive behavior training program, mothers of children with Spina Bifida, Psychological stress).*

مقدمة: إنّ ميلاد طفل جديد يجلب معه تغيّرات في تركيب الأسرة (family structure)، ويضيف المزيد من المسؤوليات الملقاة على عاتق الوالدين. ومن الطبيعي أن يتوقع الوالدان قدوم طفل سليم ومعافى، ويحلمان بشكله ويخططان – حتى قبل قدومه – لمستقبله وكيف سيكون. ويبدو أن هذه العملية تتطور بشكل تلقائي في حالة مجيء طفل يتمتع بصحة جسمية وعقلية سوية، في حين تتدهور صورة "الوليد المثالي" عندما يأتي الطفل بإعاقة ما سواء أكانت وراثية أم بيئيّة مكتسبة،

* كلية العلوم التربوية، الجامعة الهاشمية، الزرقاء، الأردن.
** جمعية الحسين لرعاية وتاهيل ذوي التحديات الحركية، عمان، الأردن.
© حقوق الطبع محفوظة لجامعة اليرموك، اربد، الأردن.

وتبعا لتيرنبول وتيرنبول Turnbull and Turnbull الوارد في (Dhar, 2009) فان والدي الطفل المصاب بإعاقة جسمية أو عقلية يختبران دورة من الحزن (grief cycle) مشابهة لتلك التي يمر بها من فقد شخصاً عزيزاً عليه.

إنّ هذه الخبرة الأسرية يمكن أن تخلف وراءها العديد من التأثيرات السلبية على حياة، ومشاعر، و ومعتقدات، وسلوكات أفراد الأسرة ، وتحمّلهم أعباء ثقيلة تنعكس بدورها على نشاطاتهم الحياتية المختلفة (Zembat and Yildiz, 2010).

وعادة ما يكون الرفض هو: أول ردود الفعل التي يمكن ملاحظتها عند اكتشاف إعاقة الابن خاصة لدى الأمهات، كما تظهر مشاعر الذنب والشك والضعف والصدمة والإنكار. وحتى لا تصبح مثل هذه الآثار مستمرة فإن الأسر تحتاج إلى تلقي خدمات

ومساعدة نفسية متخصصة؛ حيث تشير العديد من الدراسات إلى أن وجود طفل معاق يؤثر على صحة الوالدين النفسية والجسمية، من خلال تأثيره على معنى ونوعية الحياة (Leung and Li-Tsang, 2003)، والتكيف الاجتماعي (أبو عزة،1992)، والرضا والتماسك الأسري (Lightsey and Sweeney ,2008)، وأساليب المعاملة الوالدية (Greenley, Holmbeck and Rose, 2006)، والضغط الوالدي (Osborne and Reed,2010) والإحساس بالتماسك الشخصي (Dabrowska, 2008).

ومن بين الآثار النفسية التي حظيت باهتمام الباحثين في أوضاع أسر ذوي الإعاقات الجسمية والحركية مسألة معاناة الوالدين - وخاصة الأمهات- من الضغط النفسي (Psychological Stress) الذي تسهم به بشكل كبير المتطلبات الزائدة التي تفرضها الإعاقة الجسمية ودور الوالدين في تلبيتها، والقيام بشؤون الرعاية والاهتمام بالطفل والتي تتطلب قضاء معظم وقتهما الأمر الذي يضطر الأبوان إلى تقليص تفاعلاتهما ونشاطاتهما الاجتماعية مما يترك أثرا سلبيا على نوعية الحياة الاجتماعية والانفعالية للوالدين، وبقية أفراد الأسرة (ملكوش ويحيى،1995) (Brand, 2001; Leung and Li-Tsang, 2003).

إضافة إلى ذلك تشير نتائج العديد من الدراسات (Graungaard and Skov, 2006; Zembat and Yildiz, 2010) إلى أن أحد المصادر الأساسية للضغط الوالدي لدى آباء الأطفال المعاقين جسميا تتمثل في القلق بشأن مستقبل الطفل ومصيره. وهناك العديد من العوامل الأخرى مثل: تدني الدخل، والخلافات الزوجية، وانخفاض الدعم الاجتماعي (الرسمي وغير الرسمي) يمكن أن تلعب دوراً في درجة الضغط الوالدي الذي يشعر به الأبوان اللذان يرعيان طفلاً يعاني من الإعاقة الجسمية والحركية. من جهة أخرى تمثل الأعباء المادية الإضافية والناتجة عن المتطلبات الطبية، والتأهيلية، والتعليمية المقدمة للطفل مصدراً من مصادر الضغط الوالدي (آل مطر، 2007؛ الريحاني وزريقات وطنوس، 2010)، كما تمثل نظرة الآخرين الدونية للأسرة واتجاهاتهم السلبية نحو الطفل المعاق مصدرا آخرا للضغوط النفسية لوالدي الطفل وأشقائه (يحيى، 1999؛ Gupta and Singhal, 2004).

إنّ آباء الأطفال الذين يعانون من القيلة السحائية ليسوا استثناء فهم كغيرهم من آباء الأطفال المعاقين حركيا يختبرون مستويات معتبرة من الضغوطات النفسية والوالدية مشابهة لما تم عرضه، وبدرجات تتباين تبعا لعمر الطفل، وشدة إعاقته، والسلوكات التكيفية لديه (Singh,1990). لقد توصل فيرمايس وزملاؤه (Vermaes, Janssens, Mullart, Vinck, and Gerris,2008) إلى أن 64% من أمهات الأطفال المصابين بالقيلة السحائية، و67% من آبائهم لديهم درجة مرتفعة من الضغط الوالدي، وكانت قضايا الاختلال الوظيفي للأمعاء والمثانة والتنقل عند الطفل المصاب من أهم مصادر الضغط المستمر لدى الوالدين. كما أظهرت دراسة هولمبيك وزملاؤه (Holmbeck, Gorey, Hudson, Seefeldt, Shabera, and Uhler,1997) أن لدى الأمهات اللواتي لديهن أطفالاً يعانون من القيلة السحائية لديهن مستويات أعلى من الضغط الوالدي، وتقديرات أقل على الكفاية الوالدية مقارنة بالأمهات اللواتي لديهن أطفالاً لا يعانون من إعاقات صحية أو جسمية.

ويشير حنفي (2007) إلى أن أسر الأطفال ذوي القيلة السحائية تعاني من العزلة الاجتماعية والمترتبة على رعاية الطفل، والانسحاب من المشاركة الاجتماعية، والتقليل من الاحتكاك مع الآخرين خشية تدعيم شعورهم بأنهم في مكانة اجتماعية أقل من الآباء الآخرين، ومن أنهم ينتمون إلى أسر ذات وصمة اجتماعية. من جهة أخرى يمثل الطفل بسلوكه غير المرغوب من عدوان، أو اعتمادية، أو صعوبات تتعلق بأداء الوظائف الاستقلالية الضرورية للحياة إخلالاً بنظام التفاعلات والعلاقات والأدوار داخل الأسرة مما قد يترتب عليه الشعور بالضغط النفسي والوالدي (السرطاوي والشخص، 1998).

إن مراجعة الأدب المتعلق بالضغوط النفسية والوالدية لدى آباء المعاقين تظهر اهتمام الباحثين بمجالين هامين؛ يشتمل المجال الأول على الاهتمام بطرق، واستراتيجيات الآباء في والتعامل مع الضغوطات الوالدية (coping strategies) والتغير الذي يطرأ على استخدامها عبر الزمن خلال المراحل العمرية لنمو الطفل المعاق الخفش،2001)، (Dukmak,2009)، (Onwuegbuzie, Collins,2010 Jiao, and)، (Dabrowska, 2008)، (Noojin, 1997)، (Taanila *et al*. 2002).

أما المجال الثاني - والذي تنطلق منه الدراسة الحالية - فيتضمن الاهتمام بالتدخلات والخدمات الاجتماعية، والبرامج الإرشادية النمائية والعلاجية المقدمة للآباء – خاصة الأمهات- ودورها في التخفيف من درجة الضغط النفسي والوالدي، والمعاناة المترتبة على العناية بالطفل المعاق (معالي،2003)، (دوكم، 2007)،(المعايطة، 2006)، (Antle, Montogomery, and Stapleford,2009)، (Ketelaar, Volman, Gorter and Vermeer, 2008).

وفيما يتعلق باستراتجيات التوافق مع الضغط الوالدي فقد أجرى دكماك (Dukmak, 2009) دراسة على عينة من آباء الأطفال المعاقين في دولة الإمارات وتوصل من خلالها إلى أنهم يستخدمون الاستراتجيات المتمركزة حول الانفعالات كالتعبير عن المشاعر والتي وجد ارتباطها بالتكيف الأسري. بالإضافة إلى استخدام الاستراتجيات المتمركزة حول حل المشكلات.

من ناحية أخرى توصلت دابروسكا (Dabrowska, 2008) في دراستها التي أجرتها على (128) أباً لأطفال يعانون من إعاقات جسدية، وحركية، وعقلية إلى أن آباءهم يستخدمون استراتيجيات متنوعة للتعامل مع الضغط النفسي والوالدي المترتب على رعاية الأطفال، وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة بين

الآباء في استراتيجيات التعامل والتوافق التي يستخدمونها تبعا للإحساس بالتماسك؛ حيث ينزع الآباء ذوو الإحساس العالي بالتماسك إلى استخدام استراتيجيات المواجهة، والحل المنظم للمشكلات، في حين يميل الآباء ذوي الإحساس المنخفض بالتماسك إلى استخدام التجنب كإستراتيجية أساسية للتوافق.

وقد أخذت بعض البحوث المتعلقة باستراتيجيات التوافق مع الضغوط الوالدية المترتبة على رعاية الطفل المعاق جسمياً وحركياً منحى استقصاء الاستراتيجيات التي وجد آباء المعاقين أنها الأكثر فاعلية في مساعدتهم على التوافق، والتكيف لتوظيفها لاحقاً لأغراض تعليم الآباء طرق التوافق مع أبنائهم المعاقين، ومن هذه الدراسات ما قام به بريتزلاف (Pritzlaff, 2001) حين سأل (89) أباً لأطفال مصابين بالشلل الدماغي عن استراتيجيات التوافق التي كانت مفيدة لهم أكثر من غيرها فذكروا الدعم الاجتماعي، وإعادة التأطير (reframing)، والتدين، وتنشيط الجوانب الروحية.

أما على المستوى المحلي فقد أجرت الخفش (2001) دراسة على عينة مؤلفة من (423) أباً لأطفال معاقين، و(102) من آباء لأطفال عاديين للتعرف على الاستراتيجيات التي يستخدمونها للتوافق مع الضغوط النفسية والوالدية التي يختبرونها، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن إستراتيجية حل المشكلات كانت في المرتبة الأولى كإستراتجية أساسية مستخدمة لدى كلا مجموعتي الآباء، في حين تميز آباء الأطفال المعاقين باستخدام إستراتيجيات الاسترخاء(ضبط التوتر)، والتمارين الرياضية، واللياقة البدنية.

لقد أثمرت الدراسات التي اهتمت بالضغوط الوالدية واستراتيجيات التوافق معها، محاولات منظمة لتقديم تدخلات نفسية وإرشادية، وخدمات اجتماعية مصممة لأسر الأطفال المعاقين. ومن الجدير بالذكر هنا أن التدخلات النمائية والعلاجية المستندة إلى الإرشاد المعرفي السلوكي (Cognitive Behavior Therapy) لاقت انتشاراً واسعاً في صفوف المعالجين، والمهنيين المهتمين بتقديم خدمات الإرشاد الجمعي والأسري لأسر ذوي إعاقة، ومن هذه الدراسات المتعلقة بهذا الجانب دراسة الدهيمات (2008) التي توصل فيها إلى وجود أثر لبرنامج الإرشاد الجمعي القائم على تعليم مهارات تكيفية مشتقة من العلاج المعرفي السلوكي، والمطبق على عينة مؤلفة من (36) سيدة لديهن أطفال يعانون من الإعاقة السمعية، واللواتي تم تقسيمهن بشكل متساو إلى مجموعتي الدراسة التجريبية والضابطة. وقد أشارت نتائج الدراسة إلى انخفاض درجة الضغوط النفسية التي تعاني منها السيدات المشتركات في المجموعة التجريبية، واللواتي خضعن للبرنامج المعرفي السلوكي على جميع أبعاد مقياس الضغط النفسي في القياس البعدي الذي تم تطبيقه على أفراد الدراسة.

كما هدفت دراسة مدانات (2008) لقياس فاعلية برنامج إرشاد جمعي في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالشلل الدماغي في الأردن. تألفت عينة الدراسة من (60) أُمّاً ممن حصلن على أعلى الدرجات في مقياس الضغوط النفسية، وقد تم توزيع عينة الدراسة عشوائيا إلى مجموعتين: تجريبية مؤلفة من (30) أمّا تلقين البرنامج الإرشادي المستند إلى النظرية المعرفية السلوكية، ومجوعة ضابطة مؤلفة من (30) أُمّاً لم يتلقين البرنامج الإرشادي. وأشارت نتائج تحليل التباين المصاحب المستخدم إلى فاعلية البرنامج الذي تلقته الأمهات في المجموعة التجريبية في خفض مستوى الضغوط النفسية والوالدية لديهن، وزيادة وعي الأمهات بالحاجات النفسية للأطفال المصابين بالشلل الدماغي كما أظهرته نتائج القياسين البعدي والمتابعة.

وقام بن جابر (2008) بدراسة لفحص فاعلية برنامج إرشادي يستند إلى النظرية المعرفية السلوكية في خفض الضغوط النفسية لدى عينة من أمهات الأطفال التوحديين في مدينة الرياض. وقد اشتمل البرنامج على تعليم مهارات حل المشكلات، والاسترخاء، والتحصين ضد التوتر، ومهارات الاتصال، ومهارة إعادة البناء. تألفت عينة الدراسة من (30) أُمّاً ممن حصلن على درجات مرتفعة على مقياس الضغوط النفسية، واللواتي قام بتقسيمهن عشوائيا إلى مجموعتين إحداهما تجريبية تلقت البرنامج، وأخرى ضابطة لم تتلق البرنامج الإرشادي. وقد أظهرت النتائج إلى أن هناك فاعلية للبرنامج في خفض مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات المجموعة التجريبية وبشكل دال إحصائياً مقارنة بأمهات المجموعة الضابطة.

وفي دراسة قام بها المعايطة (2006) لاستقصاء فاعلية برنامج إرشاد جمعي في خفض مستوى الضغوط النفسية لدى عينة من أخوة أطفال معاقين بلغت (29) أخًاً شكلوا المجموعة التجريبية، والتي تلقت البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي، وقام بمقارنة درجاتهم على مقياس الضغوط النفسية بعد الانتهاء من البرنامج بدرجات المجموعة الضابطة المؤلفة من (30) أخاً والتي لم تتعرض للبرنامج الإرشادي. وجد الباحث فروقاً ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة، وذلك لصالح المجموعة التجريبية التي أظهر أفرادها انخفاضاً في درجات الضغط النفسي كما تم قياسه بمقياس الضغوط النفسية المستخدم في الدراسة.

كما أجرت أبو رمان (2005) دراسة تجريبية للتعرف على فاعلية برنامج إرشاد جمعي مستند إلى النظرية المعرفية السلوكية في خفض الضغوط النفسية، وتعديل الأفكار اللاعقلانية لدى عينة من أمهات الأطفال المعاقين واللواتي بلغ عددهن (33) أُمّاً، تم تقسيمهن بشكل متساو إلى مجموعتين واحدة تجريبية خضعت لبرنامج الإرشاد الجمعي على مدار (8) أسابيع، وأخرى ضابطة لم تخضع للبرنامج. طُبق على المشاركين في الدراسة مقياسان وهما: مقياس الضغوط النفسية، ومقياس المعتقدات العقلانية واللاعقلانية قبل تقديم البرنامج الإرشادي وبعده. أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أمهات المجموعتين التجريبية والضابطة، وذلك لصالح المجموعة التجريبية متمثلة في انخفاض الضغوط النفسية، وتحسن المعتقدات العقلانية لدى أمهات المجموعة التجريبية.

من ناحية أخرى قام معالي (2003) بتصميم دراسة تجريبية لتّعرف أثر التدرب على مهارات مشتقة من العلاج المعرفي السلوكي في خفض الضغوط النفسية، وتحسين مستوى التكيف لدى عينة من أمهات الأطفال المعاقين بلغ عددهن (60) أُمّاً، قام بتقسيمهن بشكل متساو إلى ثلاث مجموعات، مجموعتين تجريبيتين تلقت إحداهما تدريباً على مهارة التحصين ضد التوتر، في حين تلقت المجموعة التجريبية الثانية تدريباً على مهارة حل المشكلات، ومجموعة واحدة ضابطة لم تتلق أي تدريب. أظهرت نتائج الدراسة وجود أثر ذي دلالة إحصائية للبرنامجين التدريبين على مهارتي التحصين ضد التوتر، وحل المشكلات في خفض الضغوط النفسية وتحسين التكيف لدى الأمهات في المجموعتين التجريبيتين مقارنة بالمجموعة الضابطة.

كما قامت الباحثة هانجنجام (Hanhngam, 2003) بدراسة تجريبية على (20) أباً لأطفال مصابين بالتوحد وممن يعانون من درجات مرتفعة من الضغوط النفسية، وصممت برنامج إرشاد جمعي يشتمل على تعليمهم مهارات الاتصال، وإدارة الضغوط والمزاج، والتفكير الايجابي. ثم قامت بتقسيم الآباء إلى مجموعتين واحدة تجريبية ضمت عشرة آباء، ومجموعة ضابطة ضمت نفس العدد من الآباء الذين لم يتلقوا أي برنامج تدريبي. قدمت الباحثة البرنامج الإرشادي لآباء المجموعة التجريبية على مدار عشر جلسات مدة كل جلسة ساعة ونصف. أظهرت النتائج انخفاض مستوى الضغوط النفسية لدى آباء المجموعة التجريبية حيث أصبحت مستويات الضغط لديهم متوسطة بعد أن كانت مرتفعة، إلا أن الانخفاض في مستوى الضغوط النفسية لم يصل إلى حد الفروق الجوهرية، إذ لم تظهر فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة على القياس البعدي لمقياس الضغوط النفسية، ومع ذلك بقيت مستويات الضغوط النفسية لدى المجموعة الضابطة مرتفعة.

يتضح من استعراض الدراسات السابقة الفاعلية التي تتمتع بها البرامج الإرشادية التي تستند إلى مبادئ النظرية المعرفية السلوكية، وهو ما يبرر اتخاذها أساساً لبناء البرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة الحالية ،والمقدم لأمهات الأطفال الذين يعانون من القيلة السحائية – كإحدى فئات الإعاقة الحركية- والتي لم تستهدف ببرامج إرشادية نمائية، أو وقائية، أو علاجية – حد علم الباحثات- وهو ما يبرر القيام بالدراسة ويمهد لتقديم الاستنتاجات والتوصيات في ضوء نتائجه.

مشكلة الدراسة

إنه وبالاستناد إلى نتائج الدراسات السابقة يمكن الاستنتاج أن أُمهات الأطفال المصابين بالإعاقة الحركية عموما - والقيلة السحائية تحديداً - يواجهن ضغوطات، ومشكلات نفسية، وانفعالية، وزوجية متعددة، وأنّ عليهن مواجهة العديد من التحديات، والمشكلات ولذا فإنهن بحاجة إلى المساعدة المهنية المتخصصة للتوافق مع الضغوطات.

وهذا ما تؤكده الخبرة الميدانية للباحثة الثانية من خلال التعامل اليومي مع الأمهات داخل جمعية الحسين وعبر التفاعلات والخدمات المختلفة المقدمة لهن. يمكن من هنا اعتبار الدراسة الحالية استجابة لدعوة الباحثين بضرورة تقديم تدخلات إرشادية نمائية وتثقيفية للأمهات وعدم الاقتصار على الخدمات المقدمة للطفل المصاب وحده (دوكم، 2007؛ معالي، 2003؛ معايطة، 2006) (Antle, Montgomery, and Stapleford, 2009). تجدر الإشارة أيضا إلى أن هذه الدراسة تعد رائدة في مجال برامج الإرشاد الجمعي النمائي لأمهات الأطفال القيلة السحائية - في حدود علم الباحثات - على المستوى المحلي.

لقد تم اختيار أسلوب المجموعة الإرشادية بناءا على ما توفره المجموعات للأعضاء المشتركين فيها من دعم نفسي وانفعالي واجتماعي تحتاج إليه أمهات الأطفال المصابين بالقيلة السحائية، إذ تشير الدراسات إلى أنّ التدخلات التي تأخذ الدعم الاجتماعي - كمتغير وسيط - يمكن أن تزيد من التكيف النفسي، والزواجي، والوالدي لأُمهات الأطفال المصابين بالقيلة السحائية (Manuel, *et al* ,2003). إنّ استهداف أمهات الأطفال المصابين بالقيلة السحائية لتقديم خدمة الإرشاد النفسي لهن تم بالاستناد إلى منحى النظم في الإرشاد الأسري (Family System Approach)، والذي ينظر للأسرة على أنها نظام اجتماعي ديناميكي يؤثر ويتأثر بكل عضو من أعضائها وتفاعلاتهم. وان هذه التفاعلات المتأثرة بسمات النظام مثل (تركيب الأسرة والجو الأسري) تخلق ضغوطات والتي بدورها تؤثر على التكيف، والتماسك الأسري، والأداء الوظيفي الأسري وبالتالي الأداء الوظيفي الشخصي لكل عضو (Dhar, 2009).

ووفقا لهذا المنحى فإن وجود المشكلة في واحد من أعضاء الأسرة – مثل الإعاقة الحركية المزمنة- فإنها ستترك أثرا على جميع أفراد الأسرة من جهة، ومن جهة أخرى فإن التحسن الذي يطرأ على أي عضو من أعضائها سيؤثر على جميع الأعضاء. وبتطبيق ذلك على الإعاقة الجسدية والحركية مثل القيلة السحائية فإنه سينظر إليها على أنها مؤثرة على جميع أفراد الأسرة وأنها لا تعني الابن المصاب فحسب (Davis, 2009). إضافة إلى أنه من المؤمل أن ينعكس التحسن المتوقع حدوثه لدى الأمهات اللواتي سيتلقين البرنامج الإرشادي على صحتهن النفسية وتكيفهن الشخصي، كما سيمتد أثره إلى التكيف النفسي للابن المصاب بالقيلة السحائية نفسه وذلك في ضوء نتائج دراسات تشير إلى أن تكيف الطفل المعاق يرتبط ارتباطا عاليا بتكيف الأم وتوافقها (Antle, Mills, Steele, Kalnine, and Rossen, 2001; True, Benzies and Reddon, 2010). بناء على ما سبق تأتي هذه الدراسة محاولة لتعّرف أثر برنامج تدريبي (معرفي سلوكي) مقترح في خفض درجة الضغوط النفسية لدى أمهات الطلبة المصابين بالقيلة السحائية. وبشكل أكثر تحديدا حاولت الدراسة الإجابة عن السؤالين التاليين:

ما فاعلية برنامج تدريبي معرفي – سلوكي مقترح في خفض درجة الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالقيلة السحائية؟

هل يستمر أثر البرنامج التدريبي المعرفي – السلوكي المقترح بعد شهر من انتهاء التدريب؟

أهداف الدراسة

تهدف الدراسة الحالية لتطوير برنامج إرشاد جمعي مستند إلى النظرية المعرفية السلوكية، واستقصاء أثره على مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال الذين يعانون من القيلة السحائية في محاولة لتزويدهن باستراتيجيات تكيفية وصحية تساعدهن على التوافق مع إعاقة الطفل الحركية، وذلك مع الأخذ بعين الاعتبار اشتمال البرنامج على استراتيجيات التوافق التي أوضحت الدراسات السابقة إلى أنها أكثر فاعلية في تقوية مصادر القوى الأسرية والمحافظة عليها، والأقدر على خفض حدة المشاعر السلبية، وتحقيق التوازن في الأداء الوظيفي الأسري، وهذه هي نفسها الأهداف التي تسعى إليها برامج تعليم استراتجيات التوافق مع الضغوط النفسية.

فرضيتا الدراسة

تهدف الدراسة الحالية للتحقق من صحة الفرضيتين التاليتين:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الضغوط النفسية بين المجموعة التجريبية التي يتلقى أفرادها البرنامج التدريبي المقترح لخفض الضغوط النفسية، وبين المجموعة الضابطة التي لا يتلّقى أفرادها البرنامج التدريبي المقترح على متغير الضغوط النفسية وذلك على القياس البعدي.

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الضغوط النفسية بين المجموعة التجريبية التي يتلقى أفرادها البرنامج التدريبي لخفض التدريبي المقترح لخفض الضغوط النفسية، وبين المجموعة الضابطة التي لا يتلقى أفرادها البرنامج التدريبي المقترح على متغير الضغوط النفسية على قياس المتابعة بعد شهر.

أهمية الدراسة

تبدو أهمية الدراسة الحالية بما تهدف إليه من توفير برنامج إرشاد جمعي لأمهات الأطفال المصابين بالقيلة السحائية يراعي المهارات، والفنيات اللازمة للتوافق مع الضغوطات النفسية، والوالدية المترتبة على الرعاية الوالدية الدائمة للطفل المعاق، ويساعدهن على تعلم منهجية علمية للتفكير، والانفعال، وتطبيقاتهما على مجالات حياتهن الأسرية الحالية والمستقبلية.

كما يمكن إبراز أهمية الدراسة الحالية من خلال الانطلاق في تقديم الخدمات الإرشادية لأهالي الأطفال المعاقين حركيا الملتحقين بجمعية الحسين لرعاية وتأهيل ذوي التحديات الحركية سواء أكانوا مصابين بالقيلة السحائية، أو الشلل الدماغي بالاستناد إلى المنهج العلمي المنظم، والطريقة التجريبية المضبوطة، مما يزيد الثقة بمستوى ونوعية الخدمات النفسية والإرشادية، ويتيح فرصة التقويم الموضوعي للخدمات من جانب المهنيين القائمين على تقديم مثل تلك الخدمات.

حدود الدراسة

تتحدد نتائج الدراسة الحالية بطريقة اختيار أفراد عينة الدراسة من أمهات الأطفال المصابين بالقيلة السحائية والملتحقين بجمعية الحسين لرعاية وتأهيل ذوي التحديات الحركية، والفترة الزمنية التي طبقت فيها إجراءات الدراسة من الفصل الدراسي الأول من العام الدراسي 2010 / 2011. كما تتحدد بالخصائص السيكومترية لأداة الدراسة التي استخدمت في الدراسة، وبالتصميم الحالي للدراسة والمتضمن استخدام عدد محدود من المشاركات في المجموعة التجريبية والضابطة لما تتطلبه برامج الإرشاد الجمعي من عدد صغير لأعضائها المنضمين إليها.

تعريف مصطلحات الدراسة

الضغوط النفسية

تشير إلى حالة من عدم قدرة الفرد على التكيف مع التهديد المدرك – سواء أكان حقيقاً أم متخيلاً- للصحة: النفسية، والجسدية، والانفعالية، والروحية، والتي تنتج سلسلة من الاستجابات والتكيفات الفسيولوجية (Alzaeem, Sulauman, and Gillani, 2010.p20). وتعرف الضغوط النفسية إجرائيا في الدراسة الحالية بالدرجة التي تحصل عليها أم الطفل المصاب بالقيلة السحائية على مقياس الضغوط النفسية الذي أعدّه معالي (2003).

البرنامج التدريبي

البرنامج هو مجموعة من الإجراءات التي تهدف إلى تحقيق الغاية منه. ويعّرف في الدراسة الحالية بجلسات الإرشاد الجمعي المقدمة لأمهات الأطفال المصابين بالقيلة السحائية لمساعدتهن على التعامل مع الضغوط النفسية.

الأطفال المصابين بالقيلة السحائية

هم الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين (5 سنوات إلى 10 سنوات) والذين يعانون من القيلة السحائية، والتي هي عبارة عن خلل ينتج عن مشكلة في مرحلة النمو المبكر جداً للجنين (الجزء الأخير من الشهر الأول من بداية الحمل)، ويحدث عندما يفشل الالتحام عند نقطة ما في الصفيحة العصبية التي تصبح فيما بعد الأنبوبة العصبية، حيث تتطور هذه الأنبوبة لاحقاً لتشكل الدماغ والحبل الشوكي الأمر الذي يؤدي إلى عدم انغلاق فقرات العمود الفقري على مستوى النقطة المصابة بالخلل، ونتيجة لذلك تبقى هنالك منطقة من الحبل الشوكي في الظهر طرية غير محمية ، قد

تنتفخ وتبرز عبر الجلد ككيس داكن اللون، ويكون الكيس مغطاً بغشاء رقيق جداً قد يرشح من خلاله السائل الشوكي الدماغي.

إنّ مستوى الإصابة في الحبل الشوكي، وشدة تضرره هو الذي يحدد قدرات الطفل فيتمكن بعض الأطفال من المشي باستخدام الأجهزة، والجبائر، والعكازات، ويبقى بعض آخر منهم معتمداً كلياً على الكرسي المتحرك في التنقل من مكان لآخر.

وتختلف حدة الأعراض المرضية، ووقت حدوثها من حالة لأخرى ويمكن إيجازها بما يلي: (الاستسقاء الدماغي، وضعف أو شلل الأطراف السفلى بدرجات متفاوتة، وخلل أو فقدان في الإحساس تحت مستوى الإصابة، وتشوهات في الأطراف والمفاصل، وانحراف وتشوه العمود الفقري، والاختلال الوظيفي للمثانة وما ينتج عنه من سلس البول والالتهابات البولية، وتدهور وظائف الكلى، ومشاكل إدراكية وصعوبات تعلم، تأثيرات على السمع والبصر والنطق في بعض الحالات (الخطيب والحديدي،2005؛ الظاهر، 2005؛ القريوتي والسرطاوي والصمادي، 1995؛ الوقفي، 2004؛ Leonard, and Freeman, 2001).

منهجية البحث وإجراءاته

مجتمع الدراسة

يضم مجتمع الدراسة الحالية كافة أُمهات الأطفال المصابين بالقيلة السحائية، والملتحقين بجمعية الحسين لرعاية وتأهيل ذوي التحديات الحركية، خلال الفصل الدراسي الأول من العام الدراسي 2010/ 2011، واللواتي يبلغ عددهن (100) أُمّ. تجدر الإشارة هنا إلى أن جمعية الحسين لرعاية وتأهيل ذوي التحديات الحركية جمعية غير حكومية تعمل في حقل التحديات الحركية منذ أن تأسست عام 1971 كأول جمعية في الأردن تقدم برامج تدريبية تأهيلية شاملة معتمدة دولياً لذوي التحديات الحركية، وتهدف لنشر الوعي المجتمعي حول الإعاقات بالتعاون مع مؤسسات القطاع العام، ومؤسسات المجتمع المدني، مع التزامها التام بتعزيز، وحماية تطبيق قانون حقوق الأشخاص المعوقين. وتنفذ الجمعية برامجها من خلال الوحدات الرئيسة التالية:

وحدة التأهيل وتضم برامج: العلاج الطبيعي، والعلاج الوظيفي، والتمريض، والتغذية، والأجهزة الطبية، و برنامج التدخل المبكر.

وحدة التعليم الأكاديمي، والإرشاد النفسي، والاجتماعي، وتضم: برنامج المدرسة والذي يتم فيه خدمة الأطفال من سن السادسة و حتى سن العاشرة، وذلك من خلال التحاق الطلبة بالمدرسة التابعة للجمعية من الصف الأول و حتى الصف الثالث.

برنامج الإرشاد النفسي والاجتماعي: يقدم خدمات التأهيل النفسي والاجتماعي للأطفال وأسرهم، كما ويعمل على تنفيذ دراسات حالة اجتماعية للأسر، وتطبيق اختبارات الذكاء لتحديد القدرات العقلية للأطفال قبل التحاقهم وقبولهم بالمدرسة.

وحدة المعلومات والتثقيف والتواصل: وهي تهدف بشكل رئيسي إلى نشر الوعي، والتثقيف، والتعريف بحقوق وقوانين الأشخاص المعوقين، والتوعية بقدراتهم وإمكاناتهم. تضم هذه الوحدة برامج الدمج، والتوعية المجتمعية، والتأهيل المهني والتشغيل، والاتفاقيات والشراكة، وتكنولوجيا المعلومات، والتدريب، والدراسات والأبحاث.

فريق الامتداد: تقدم الجمعية من خلاله خدمات تأهيلية شاملة تشمل العلاج الطبيعي، والعلاج الوظيفي، والإرشاد النفسي والاجتماعي، والأجهزة الطبية، والدمج المدرسي والمجتمعي لمختلف أنواع الإعاقة، ولمختلف الأعمار في كافة مناطق الأردن البعيدة عن مراكز الخدمات، والتي تعاني محدودية في المصادر كالقرى، والبوادي والمناطق النائية.

عينة الدراسة

تم اختيار أفراد عينة الدراسة من أُمّهات الأطفال الملتحقين بجمعية الحسين لرعاية وتأهيل ذوي التحديات الحركية، وقد تم اختيار الجمعية لوجود اتفاقية تعاون وشراكة ما بين جمعية الحسين لرعاية وتأهيل ذوي التحديات الحركية، والجامعة الهاشمية،ووذلك لإستعداد المسؤولين للتعاون، ولتوفر قسم إرشاد نفسي واجتماعي في الجمعية، وكذلك توفر مكان مناسب للاجتماع بالأمهات. وتعد الدراسة الحالية جزءاً من اتفاقية التعاون والشراكة ما بين جمعية الحسين والجامعة الهاشمية.

قامت الباحثة الثانية بالإعلان لجميع أمهات الأطفال المصابين بالقيلة السحائية عن عقد لقاء داخل الجمعية، وأنه يتعلق بالتخطيط لتقديم برامج تدريبية لهن لمساعدتهن على التوافق مع الضغوط النفسية، والتعامل الصحي معها. وقد حضر اللقاء (50) أُمّاً من أمهات الأطفال المصابين بالقيلة السحائية.قامت الباحثة خلال اللقاء المنعقد بتطبيق مقياس الضغوط النفسية على الأمهات اللواتي حضرن. تم تصحيح مقياس الضغوط النفسية، وحصر الأمهات اللواتي حصلن على أعلى الدرجات في الضغوط النفسية وكان عددهن (30) أُمّاً. ومن ثم تم العمل على مخاطبة تلك الأمهات، واستقصاء درجة استعدادهن للمشاركة في البرنامج التدريبي، وقد أبدين استعدادهن للاشتراك الطوعي في البرنامج التدريبي، والالتزام بقواعد المجموعات الإرشادية التي تمّ توعيتهن بها.

ثم قامت الباحثة بعد ذلك بتوزيع الأمهات الثلاثين عشوائياً إلى مجموعتين واحدة تجريبية وأخرى ضابطة. ضمت المجموعة التجريبية التي ستخضع للبرنامج التدريبي (15) أُمّاً ،كما ضمت المجموعة الضابطة التي لن تخضع للبرنامج التدريبي نفس العدد من الأمهات (15) أُمّاً، مع الإشارة لهن بالتعهد بتطبيق البرنامج التدريبي عليهن في وقت لاحق من الفصل الدراسي الثاني من العام الدراسي الحالي 2011/2010، وبعد الانتهاء من إجراءات تطبيق البرنامج التدريبي على المجموعة التجريبية. تجدر الإشارة هنا إلى أن المشاركات في المجموعة الضابطة لم يتعرضن لأية تدخلات، أو

برامج بديلة خلال الفترة الزمنية التي تخضع لها المشاركات في المجموعة التجريبية للبرنامج التدريبي.

أدوات الدراسة

تمّ استخدام مقياس الضغوط النفسية الذي قام بإعداده معالي (2003)، وذلك لقياس الضغوطات النفسية التي تتعرض لها أُمهات الأطفال المعاقين. يتكون المقياس من سبعة أبعاد لقياس الضغوط النفسية وهي:

- البعد الأول - الأعراض النفسية والعضوية، ويشمل هذا العامل الفقرات من (1-20).
- البعد الثاني - مشاعر اليأس والإحباط ، ويشمل الفقرات من (21- 34).
- البعد الثالث - المشكلات المعرفية والنفسية للطفل، ويشمل هذا العامل الفقرات من (35 -47).
- البعد الرابع - المشكلات الأسرية الاجتماعية، ويشمل هذا العامل الفقرات من (48 – 52).
- البعد الخامس - على مستقبل الطفل، ويشمل هذا العامل الفقرات من (53- 65).
- البعد السادس - مشكلات الأداء الاستقلالي للطفل ويشمل هذا العامل الفقرات من (66-73).
- البعد السابع - عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل، ويشمل هذا العامل الفقرات من (74-80).

و بذلك فإن المقياس يتألف من (80) فقرةً، تقع الإجابة على كل فقرة في المقياس ضمن سلم مؤلف من ثلاثة خيارات هي (لا يحدث مطلقا، يحدث قليلا، يحدث دائماً). أما طريقة الإجابة فتكون بوضع إشارة (X) في المربع الذي ينتمي إلى درجة انطباق الفقرة على الأم، حيث تُعطى الإجابة (لا يحدث مطلقاً) درجة واحدة، وتعطى (يحدث قليلا) درجتين، و(يحدث دائما) ثلاث درجات. ويمكن استخراج الدرجة الكلية على المقياس بجمع الدرجات التي تمثل مستويات الضغوط على فقرات المقياس. تتراوح الدرجة الكلية على المقياس بأكمله من (80- 240) حيث تمثل الدرجة الأولى الحد الأدنى، في حين تمثل الدرجة الثانية الحد الأعلى. وتشير الدرجات العليا التي تحصل عليها الأم على أبعاد المقياس ارتفاع مستوى الضغوطات النفسية لديها.

صدق المقياس وثبات درجاته

قام معالي (2003) بالتحقق من الصدق المنطقي للمقياس من خلال عرضه على عشرة من المحكمين من المختصين وطلبة دكتوراه الإرشاد النفسي، لمعرفة آرائهم حول ملاءمة، ووضوح كل فقرة من فقرات المقياس المصمم لقياس الضغوطات النفسية التي تعاني منها أمهات الأطفال المعاقين. أما فيما يتعلق بثبات درجات المقياس فقد قام معالي (2003) بتقدير ثبات المقياس بصورته النهائية باستخدام طريقة الاتساق الداخلي باستخدام كرونباخ ألفا، حيث بلغت معامل الاتساق الداخلي (0.93) للدرجة الكلية، في حين تراوحت ما بين (0.64 – 0.91) لعوامل المقياس السبعة. وبما أن الدراسة الحالية بصدد استخدام عينة مماثلة للعينة التي طبقت عليها الأداة، فلم تقم الباحثات بإعادة التحقق من صدق وثبات درجات المقياس لأغراض الدراسة الحالية.

البرنامج التدريبي

تمّ بناء برنامج تدريبي لمساعدة أمهات الأطفال المصابين بالقيلة السحائية على التعامل مع الضغوط النفسية التي يواجهنها وفقاً للخطوات الآتية:

1. الاطلاع على الأدب النظري المتعلق بهذا الموضوع مثل: دراسة (معالي، 2003؛ المعايطة، 2006؛ مدانات، 2008؛ أبو رمان، 2005) ودراسات (Brand, 2001)؛ (Graungaard and Skov, 2006)، (Montgomery,and McDowell, Bills, and Eaton, 1989)، (Stapleford, 2009)، (Lemanek, Jones ,and Noojin, 1997)، (Lieberman, 2000)، (Vermaes, Gerris, and Janssens, 2007)، (Antle, Mills, Steele, Kalnins and Rossen, 2007)
2. تطوير البرنامج التدريبي بالتركيز على إجراءات، وتمارين تساعد على استخدام استراتيجيات تكيف فعالة في مواجهة الضغوط النفسية، وتعزيز استراتيجيات كانت مستخدمة لديهن. كما تمّ الاستفادة في تطوير البرنامج من خبرات الباحثة الثانية خلال التقائها بالأمهات، والتعرف على أشكال التكيّف المختلفة لديهن. ولما كانت أكثر استراتيجيات التكيّف استخداماً من قبل الأمهات، هي: استراتيجيات البحث عن الدعم الاجتماعي، والتعبير عن المشاعر، والاسترخاء، والحديث الإيجابي للذات، ومهارات اجتماعية، وأسلوب حل المشكلات، فقد تمّ الاهتمام خلال البرنامج بمهارات مستمدة من هذه الاستراتيجيات لتتمكن الأمهات من ممارستها؛ لأنها تبدو أكثر قرباً من ممارساتهن اليومية في مواجهة المواقف.
3. تمّ تحديد موضوعات الجلسات، وعددها، ومدة كل منها، وأهدافها العامة والخاصة، إضافة إلى أساليب التدريب، والإجراءات، والأنشطة، والواجب المنزلي، والنشرات، والشفافيات الخاصة بكل جلسة، والمتعلقة بكيفية تطبيق البرنامج أثناء الجلسات. وكذلك تمّ تحديد (14) جلسة للبرنامج مدة كل جلسة منها ثلاث ساعات، ودرّبت الأمهات مرتين في الأسبوع، واستمر التدريب لمدة ستة أسابيع، وتمّ التدريب من خلال استخدام أساليب تدريبية متعددة تمثلت في: الحوار، والمناقشة، والتخيل، وطرح الأمثلة، والأسئلة، ودراسة الحالة، والأنشطة، والمحاضرة، والعمل في مجموعات

صغيرة، والنمذجة، ولعب الأدوار، إضافة إلى النشرات، واستخدام الشفافيات،والواجب المنزلي.

وصف البرنامج

الهدف العام من البرنامج الإرشادي:

يهدف هذا البرنامج إلى مساعدة الأمهات على إتباع بعض طرق التكيّف الإيجابية في التعامل مع الضغوط النفسية التي تواجههن في حياتهن اليومية، مما يسهم في مساعدتهن على خفض درجة هذه الضغوط النفسية.

الأهداف الإجرائية للبرنامج الإرشادي:

- توعية المشاركات حول الضغوطات النفسية، وآثارها على الصحة النفسية والجسمية.
- مساعدة المشاركات في تحديد أنواع التشويهات المعرفية الأفكار الآلية.
- تزويد الأمهات بالتدرب على المهارات، والإستراتيجيات التي يمكن أن يشعرن من خلالها بازدياد فاعليتهن في السيطرة على مشاعر الضغط النفسي، والغضب، ومواجهة المواقف الضاغطة بفاعلية.
- مساعدة المشاركات على تعميم ما تعلمنه داخل الجلسات التدريبية على الأوضاع الحياتية اليومية خارج الجلسات التدريبية خاصة في التعامل مع الضغوطات المتعلقة بالأبناء.

مكونات البرنامج

وفيما يلي وصف مختصر للجلسات التدريبية التي اشتمل عليها البرنامج التدريبي:

الجلسة الأولى:" التعارف والتعريف بالبرنامج"

يتمّ في الجلسة الأولى إزالة لحواجز، وكسر الجمود بين المشاركات، من خلال تعريف الباحثة بنفسها أمام المشاركات، ومن ثمّ تطلب من كل مشاركة أن تعرّف بنفسها، إلى أن تصبح جميع المشاركات يعرفن بعضهن بعضاً، ويقدمن بعض المعلومات عن أنفسهن أيضاً، كما يسمح للمشاركات بالتعبير عما يتوقعنه من البرنامج. ويتم أيضا في هذه الجلسة مناقشة الهدف العام من البرنامج، وما يمكن تحقيقه منه، ثم يتمّ عرض الهدف العام من البرنامج، وتوضيح آلية العمل به، مع التأكيد على ضرورة الالتزام بالحضور، والمشاركة، وأداء الواجبات المنزلية التي يتم تعيينها، ثم يتمّ استعراض برنامج زمني لمواعيد التدريب ومكانه، مع مراعاة ظروف المشاركات ما أمكن. وبعد الوصول لدرجة مقبولة من الاتفاق بين الباحثة والمشاركات على آلية تطبيق البرنامج ومواعيده، يتم عرض فكرة عامة عن الضغوط النفسية.

الجلسة الثانية "القيلة السحائية"

يتمّ عرض وشرح مادة علمية معدة مسبقاً عن القيلة السحائية؛ ماهية القيلة السحائية، وأسبابها، والأعراض المرافقة، ومدى الإصابة، وطرق العناية التي يمكن أن تقدم للطفل المصاب بالقيلة السحائية.

الجلسة الثالثة "ردود الأفعال النفسية لذوي الطفل المصاب بالقيلة السحائية"

يتمّ عرض مادة علمية معدة مسبقاً وشرحها عن ردود الأفعال النفسية لدى الأسرة عند ولادة طفل مصاب بالقيلة السحائية وهي: الصدمة وعدم التصديق، والتكيّف الأولي، وإعادة التنظيم الفعال، وذلك حتى تتمكن المشاركات من فهم ردود الأفعال النفسية والمراحل التي يمررن بها حالياً بسبب ولادة طفل مصاب بالقيلة السحائية، والمهام المتعلقة بهذه المراحل.

الجلسة الرابعة "صندوق مشاعري"

يتم توضيح المشاعر المتعلقة بولادة طفل مصاب بالقيلة السحائية وهي: الخوف، وعدم الوضوح، والإحباط، وفقدان الأمل، والعداء، والغضب، والقلق، والعار، والشعور بالمرارة، والارتباك، والحزن وغيرها. وتتم الإشارة للمشاركات بأن المشاعر هي نتيجة المواقف والأفكار، ويتم تعريفهن بكيفية تأثير المشاعر التي يخبرنها على تصرفاتهن وعلاقتهن مع أطفالهن.

الجلسة الخامسة "ما أقوله لنفسي"

يتمّ تعريف المشاركات بمعنى الأفكار غير المنطقية، وعلاقتها بالضغوط النفسية، مع تدريبهن على استبدال الأفكار غير المنطقية السلبية بأخرى منطقية إيجابية.

الجلسة السادسة "المشكلات التكيفية التي تتعرض لها أسرة المصاب بالقيلة السحائية"

يتمّ التعرف على الحاجات النفسية الأكثر أهمية بالنسبة لأمهات الأطفال المصابين بالقيلة السحائية، مع إلقاء الضوء على المعاناة اليومية والمشكلات التكيّفية التي تواجهها الأمهات اللواتي رزقن أطفالاً مصابين بالقيلة السحائية.

الجلسة السابعة "شبكتك الداعمة"

يتمّ تعريف المشاركات بأهمية الدعم الاجتماعي كمصدر للمواجهة والمقاومة، وخاصة عندما تتعرض أم الطفل المصاب بالقيلة السحائية إلى الضغوطات والمشاكل، إضافة إلى توضيح التأثيرات الإيجابية والسلبية للروابط الاجتماعية، مع تدريبهن على تقييم وتطوير شبكات الدعم الخاصة بهن.

الجلسة الثامنة "مهارة كشف الذات"

يتمّ تعريف المشاركات بأهمية كشف الذات في الحياة اليومية، وعلاقته بالصحة النفسية، إضافة الى تحديد الفوائد العديدة للانفتاح الذاتي، ويتمّ تدريبهن على نافذة جو-هاري (Jo-Harry Box) لمعرفة متى، وبأي قدر تكشف المشاركة عن ذاتها للآخرين، وتكليفهن بممارسة ما تمّ تعلمه كواجب منزلي.

الجلسة التاسعة "الاسترخاء العقلي والجسمي"

يتمّ تعريف المشاركات بإستراتيجية الاسترخاء وعلاقتها بالضغط النفسي والتكيّف، حيث تم توضيح معنى الاسترخاء بنوعيه العقلي والجسمي، وطرق تطبيقهما، كما يتمّ تقديم واجب منزلي يتضمن تكليفهن بممارسة ما تمّ تعلمنه في هذه الجلسة في حياتهن اليومية.

الجلسة العاشرة "تدريب الثقة وتأكيد حرية التعبير عن المشاعر"

يتمّ تعريف المشاركات بمهارة تأكيد الذات، وأهميتها في الحياة اليومية، وعلاقتها بالصحة النفسية مع تدريبهن على خطوات ممارسة السلوك التوكيدي في أوضاع اجتماعية وحياتية متنوعة.

الجلسة الحادية عشرة "إستراتيجية حل المشكلات"

يتمّ تعريف المشاركات بإستراتيجية حل المشكلات وخطواتها، والمتضمنة تحديد المشكلة، ووضع البدائل الممكنة، واختيار البديل الأفضل، وتنفيذه والتقويم، إضافة إلى تدريبهن على خطوات اتخاذ القرارات المناسبة في حال وجدت الأم في أوضاع ضاغطة نفسياً.

الجلسة الثانية عشرة "السلوك الدفاعي والسلوك التوكيدي"

يتمّ تعريف المشاركات بأنواع السلوكيات التي تؤدي إلى التواصل الدفاعي، وتعريفهن بأصناف التواصل الداعم، مع عمل مقارنة بين السلوك التوكيدي والسلوك الدفاعي.

الجلسة الثالثة عشرة "الإصغاء الفعّال"

يتمّ في هذه الجلسة تعريف المشاركات على كيفية استخدام مهارتي الإصغاء الفعال، والتغذية الراجعة، في الزمان والمكان المناسبين، كما يتمّ تدريبهن على عدة أنشطة تتضمن خطوات الاتصال التي تقود إلى التواصل الصريح والمباشر، وتكليفهن بممارسة ما تم تعلمه كواجب منزلي.

الجلسة الرابعة عشرة "الإنهاء و التقويم"

يتمّ تلخيص جميع ما قدم في الجلسات السابقة حول بعض استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية، والتي تمّ تناولها خلال الجلسات السابقة، كما يتمّ مناقشة المشاركات في آرائهن عن الجلسات التدريبية، ومدى الاستفادة منها.

إجراءات تطبيق البرنامج

تمّ التنسيق مع مديرة جمعية الحسين لرعاية وتأهيل ذوي التحديات الحركية لتسهيل عملية تطبيق البرنامج في إحدى قاعات الجمعية، كمكان لتطبيق جلسات البرنامج التدريبي، لمدة (14) جلسة بحيث يتم عقد جلستين أسبوعيا، وكل جلسة كانت تبدأ الساعة العاشرة صباحاً وحتى الساعة الواحدة ظهراً.

طبق البرنامج التدريبي على الأمهات المشاركات في المجموعة التجريبية على مدار سبعة أسابيع.

تمّ في آخر جلسة إعادة تطبيق مقياس الضغوط النفسية على المجموعتين الضابطة والتجريبية، كخطوة للكشف عن أثر البرنامج التدريبي في مساعدة أمهات الأطفال في خفض درجة الضغوط النفسية.

بعد مرور (30) يوماً تمّ إعادة تطبيق مقياس الضغوط النفسية على المجموعتين التجريبية والضابطة، كخطوة للتحقق من استمرار أثر البرنامج التدريبي في مساعدة أمهات الأطفال في خفض درجة الضغوط النفسية.

تم ادخال البيانات إلى جهاز الحاسوب تمهيداً لاستخراج النتائج باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS).

تصميم الدراسة والمعالجة الإحصائية

لتحديد مدى فاعلية البرنامج التدريبي في خفض الضغوط النفسية عند أمهات الأطفال المصابين بالقيلة السحائية، استخدمت الدراسة التصميم التجريبي، لفحص أثر المتغير المستقل وهو (البرنامج التدريبي) على المتغير التابع وهو (درجة الضغوط النفسية لدى الأمهات)، وباستخدام القياسات القبلية والبعدية والمتابعة بعد شهر كما يلي:

مجموعة تجريبية:

تعيين عشوائي منتظم – قياس قبلي – معالجة – قياس بعدي – قياس متابعة بعد شهر.

مجموعة ضابطة:

تعيين عشوائي منتظم – قياس قبلي – معالجة – قياس بعدي – قياس متابعة بعد شهر.

نتائج الدراسة

للتحقق من صحة فرضية الدراسة الأولى والتي تنص على أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الضغوط النفسية بين المجموعة التجريبية التي يتلقى أفرادها البرنامج التدريبي المقترح لخفض الضغوط النفسية، وبين المجموعة الضابطة التي لا يتلقى أفرادها البرنامج التدريبي المقترح على متغير الضغوط النفسية وذلك على القياس البعدي" تم استخراج المتوسطات الحسابية،

والانحرافات المعيارية للدرجات المتحققة لأفراد عينة الدراسة في المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الضغوط النفسية ويوضح الجدول (1) هذه النتائج:

جدول (1).المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية على مقياس الضغوط النفسية لاستجابات أفراد الدراسة على القياسين القبلي والبعدي للمقياس ككل

المجموعة	العدد	الضغط النفسي (مصاحب)		الضغط النفسي	
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
التجريبية	15	138.667	15.07	126.667	14.93
الضابطة	15	140.000	26.38	147.400	27.46

يتضح من الجدول (1) وجود فروق ظاهرية بين المتوسطات الحسابية الخاصة بمجموعتي الدراسة التجريبية والضابطة على القياس القبلي لمقياس الضغوط النفسية، حيث بلغ المتوسط الحسابي لأفراد المجموعة التجريبية على القياس القبلي (138.67) بانحراف معياري (15.07)، كما بلغ المتوسط الحسابي لأفراد المجموعة الضابطة على القياس القبلي (140.00) بانحراف معياري (26.38). أما بالنسبة للقياس البعدي فنجد إن متوسط المجموعة التجريبية قد أصبح (126.67) بانحراف معياري (14.93)، في حين أن متوسط القياس البعدي للمجموعة الضابطة بلغ (147.40) بانحراف معياري (27.46). وبناء عليه تتضح الحاجة إلى إجراء ضبط إحصائي لعزل أثر المتغيرات الدخيلة – علماً أن الباحثات قد عملن على محاولة ضبط المتغيرات الدخيلة ضبطاً تجريبياً من خلال إيجاد مجموعتين متكافئتين تجريبية وضابطة - لذا توجب استخدام تحليل التباين المصاحب ANCOVA على المقياس الكلي للدراسة.

ولمعرفة دلالة الفروق الإحصائية بين مجموعتي الدراسة التجريبية والضابطة على المقياس البعدي بين مجموعتي الدراسة التجريبية والضابطة على المقياس البعدي ،تمّ استخدام تحليل التباين المصاحب لعزو انخفاض الضغوط النفسية لدى أفراد المجموعة التجريبية إلى البرنامج التدريبي وليس لعوامل أخرى، ويتضح هذا في الجدول (2)

جدول (2). نتائج تحليل التباين المصاحب لدلالة الفروق في الضغوط النفسية لدى أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على القياسين القبلي والبعدي لمقياس الضغوط النفسية ككل

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية	الدلالة العملية
الضغط النفسي (مصاحب)	7862.421	1	7862.421	36.522	0.000	57.50%
المجموعة	2905.686	1	2905.686	13.497	0.001	33.33%
الخطأ	5812.512	27	215.278			
الكلي	16898.967	29				

يتضح من الجدول (2) أن قيمة ف المحسوبة (13.497) وهي دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha \leq .050$)، مما يعني وجود أثر للبرنامج التدريبي على تقليل الضغوط النفسية لدى أفراد المجموعة التجريبية. ولمعرفة اتجاه العلاقة احتكمت الباحثات إلى جدول المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية كما هو في الجدول (1)؛ الذي يتبين منه أنها كانت لصالح المجموعة التجريبية بمتوسط حسابي مقداره (126.667)، وبانحراف معياري مقداره (14.93)،بينما بلغ المتوسط الحسابي للمجموعة الضابطة (140.000)، وبانحراف معياري مقداره (27.46). ويؤكد جدول(3) أدناه هذه النتيجة حيث بلغ المتوسط الحسابي المعدّل – بعد إجراء تحليل التباين المصاحب – للمجموعة التجريبية (127.187) وللمجموعة الضابطة (146.880) ولصالح المجموعة التجريبية.

جدول (3).المتوسطات الحسابية المعدلة للمجموعتين التجريبية والضابطة

المجموعة	المتوسط الحسابي المعدل	الخطأ المعياري
التجريبية	127.187	3.79
الضابطة	146.880	3.79

وللتأكد من وجود علاقات ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين أبعاد مقياس الضغوط النفسية،تمّ حساب معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس كما هو موضح في الجدول (4) ،حيث يتبين وجود علاقات ارتباطية ذات دلالات إحصائية بين بعض الأبعاد الفرعية لمقياس الضغوط النفسية. وللتحقق من جوهرية العلاقات تمّ استخدام اختبار بارتليت Bartlett للكروية، ويتضح من جدول (4) وجود علاقة جوهرية ذات دلالة احصائية عند مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha \leq .050$) بين أبعاد المقياس حيث بلغت قيمة كا2 (133.028)، وعليه تقرر استخدام تحليل التباين المتعدد MANOVA.

جدول (4).العلاقات الارتباطية بين الأبعاد الفرعية لمقياس الضغوط النفسية على القياس البعدي

العلاقة الارتباطية	الأعراض النفسية والعضوية	المشكلات المعرفية والنفسية	المشكلات الأسرية والاجتماعية	القلق على مستقبل الطفل	مشكلات الأداء	عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل	مشاعر اليأس والإحباط
الأعراض النفسية والعضوية	1						
المشكلات المعرفية والنفسية	0.65	1					
المشكلات الأسرية والاجتماعية	-0.33	-0.55	1				
القلق على مستقبل الطفل	0.26	0.54	-0.73	1			
مشكلات الأداء الاستقلالي	-0.20	-0.50	0.48	-0.69	1		
عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل	-0.32	-0.53	0.39	-0.60	0.79	1	
مشاعر اليأس والإحباط	0.65	0.55	-0.48	0.07	-0.18	-0.08	1

اختبار Bartlett للكروية	نسبة الأرجحية	$كا^2$ التقريبية	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
	0.000	133.028	27	0.000

Tests the null hypothesis that the residual covariance matrix is proportional to an identity matrix.

من جهة أخرى تمّ حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على أبعاد مقياس الضغوط النفسية كما هو موضح في الجدول (5) التالي:

جدول (5).متوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية على مقياس الضغوط النفسية لاستجابات أفراد الدراسة على القياسين القبلي والبعدي لأبعاد مقياس الضغوط النفسية

المجالات	المجموعة	العدد	الاستجابة القبلية		الاستجابة البعدية	
			المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الأعراض النفسية والعضوية	التجريبية	15	1.893	0.35	1.723	0.30
	الضابطة	15	1.937	0.24	1.937	0.33
المشكلات المعرفية والنفسية	التجريبية	15	1.451	0.35	1.431	0.28
	الضابطة	15	1.615	0.50	1.718	0.47
المشكلات الأسرية والاجتماعية	التجريبية	15	0.769	0.16	0.821	0.16
	الضابطة	15	0.776	0.18	0.706	0.25
القلق على مستقبل الطفل	التجريبية	15	2.154	0.40	1.908	0.41
	الضابطة	15	2.026	0.48	1.964	0.52
مشكلات الأداء الاستقلالي	التجريبية	15	0.541	0.18	0.589	0.18
	الضابطة	15	0.619	0.24	0.488	0.11
عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل	التجريبية	15	0.582	0.20	0.668	0.22
	الضابطة	15	0.646	0.27	0.535	0.16
مشاعر اليأس والإحباط	التجريبية	15	1.281	0.18	1.186	0.16
	الضابطة	15	1.405	0.27	1.533	0.34

يتضح من الجدول (5) أعلاه وجود فروق ظاهرية بين المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية للمجموعتين التجريبية، والضابطة على القياس القبلي والبعدي على الأبعاد السبعة لمقياس الضغوط النفسية. ولوجود فروق ظاهرية بين المتوسطات

الحسابية والانحرافات المعيارية على أبعاد مقياس الضغوط النفسية في القياس القبلي توجب استخدام تحليل التباين المصاحب المتعدد MANCOVA كما هو مبين في جدول (6) بدلاً من تحليل التباين المتعدد MANOVA، وذلك لضبط الفروق إحصائيا بين مجموعتي الدراسية – علماً أنه تمّ ضبطها تجريبياً من خلال إيجاد مجموعتين متكافئتين قبل المعالجة، وذلك لعزل أثر المتغيرات الدخيلة وعزو الفروق بين مجموعتي الدراسة على أبعاد مقياس الضغوط النفسية للبرنامج التدريبي:

جدول (6). تحليل التباين المصاحب المتعدد لأثر البرنامج التدريبي على أبعاد مقياس الضغوط النفسية على القياس البعدي

الأثر	الاختبار المتعدد	قيمة الاختبار المتعدد	ف الكلية المحسوبة	درجة حرية الفرضية	درجة حرية الخطأ	الدلالة الإحصائية	الدلالة العملية
الأعراض النفسية والعضوية (مصاحب)	Wilks' Lambda	0.466	2.458	7	15	0.068	53.43%
المشكلات المعرفية والنفسية (مصاحب)	Wilks' Lambda	0.411	3.074	7	15	0.032	58.92%
المشكلات الأسرية والاجتماعية (مصاحب)	Wilks' Lambda	0.471	2.409	7	15	0.072	52.92%
القلق على مستقبل الطفل (مصاحب)	Wilks' Lambda	0.650	1.152	7	15	0.384	34.96%
مشكلات الأداء الاستقلالي (مصاحب)	Wilks' Lambda	0.657	1.119	7	15	0.401	34.30%
عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل (مصاحب)	Wilks' Lambda	0.853	0.370	7	15	0.906	14.72%
مشاعر اليأس والإحباط (مصاحب)	Wilks' Lambda	0.415	3.018	7	15	0.034	58.48%
المجموعة	Hotelling's Trace	2.221	4.760	7	15	0.005	68.96%

يتضح من الجدول (6) أعلاه وجود أثر جوهري عند مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha \leq .05$) للبرنامج التدريبي على أبعاد مقياس الضغوط النفسية، حيث بلغت قيمة ف المحسوبة (4.760). ولتحديد على أي بعد من أبعاد مقياس الضغوط النفسية كان أثر البرنامج فقد تمّ إجراء تحليل التباين المصاحب المتعدد على أبعاد المقياس كما هو مبين في الجدول (7).

جدول (7) تحليل التباين المصاحب المتعدد لدلالة الفروق على أبعاد مقياس الضغوط النفسية على القياس البعدي

المتغير التابع	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية	الدلالة العملية
الأعراض النفسية والعضوية	الأعراض النفسية والعضوية (مصاحب)	0.140	1	0.140	4.489	0.046	0.176
	المشكلات المعرفية والنفسية (مصاحب)	0.030	1	0.030	0.972	0.335	0.044
	المشكلات الأسرية والإجتماعية (مصاحب)	0.091	1	0.091	2.919	0.102	0.122
	القلق على مستقبل الطفل (مصاحب)	0.049	1	0.049	1.564	0.225	0.069
	مشكلات الأداء الاستقلالي (مصاحب)	0.000	1	0.000	0.014	0.908	0.001
	عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل (مصاحب)	0.008	1	0.008	0.244	0.627	0.011
	مشاعر اليأس والإحباط (مصاحب)	0.064	1	0.064	2.050	0.167	0.089
	المجموعة	0.091	1	0.091	2.900	0.103	0.121
	الخطأ	0.656	21	0.031			
	الكلي	3.133	29				
المشكلات المعرفية والنفسية	الأعراض النفسية والعضوية (مصاحب)	0.059	1	0.059	0.761	0.393	0.035
	المشكلات المعرفية والنفسية (مصاحب)	0.229	1	0.229	2.951	0.101	0.123
	المشكلات الأسرية والإجتماعية (مصاحب)	0.094	1	0.094	1.205	0.285	0.054
	القلق على مستقبل الطفل (مصاحب)	0.000	1	0.000	0.002	0.964	0.000
	مشكلات الأداء الاستقلالي (مصاحب)	0.009	1	0.009	0.117	0.736	0.006
	عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل (مصاحب)	0.000	1	0.000	0.005	0.946	0.000
	مشاعر اليأس والإحباط (مصاحب)	0.214	1	0.214	2.758	0.112	0.116
	المجموعة	0.140	1	0.140	1.806	0.193	0.079
	الخطأ	1.632	21	0.078			
	الكلي	4.873	29				
المشكلات	الأعراض النفسية والعضوية (مصاحب)	0.003	1	0.003	0.071	0.793	0.003

المتغير التابع	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية	الدلالة العملية
الأسرية والإجتماعية	المشكلات المعرفية والنفسية (مصاحب)	0.021	1	0.021	0.593	0.450	0.027
	المشكلات الأسرية والإجتماعية (مصاحب)	0.017	1	0.017	0.473	0.499	0.022
	القلق على مستقبل الطفل (مصاحب)	0.037	1	0.037	1.051	0.317	0.048
	مشكلات الأداء الاستقلالي (مصاحب)	0.000	1	0.000	0.005	0.947	0.000
	عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل (مصاحب)	0.001	1	0.001	0.033	0.858	0.002
	مشاعر اليأس والإحباط (مصاحب)	0.102	1	0.102	2.878	0.105	0.121
	المجموعة	0.066	1	0.066	1.859	0.187	0.081
	الخطأ	0.743	21	0.035			
	الكلي	1.314	29				
القلق على مستقبل الطفل	الأعراض النفسية والعضوية (مصاحب)	0.253	1	0.253	1.301	0.267	0.058
	المشكلات المعرفية والنفسية (مصاحب)	0.396	1	0.396	2.039	0.168	0.089
	المشكلات الأسرية والإجتماعية (مصاحب)	0.090	1	0.090	0.466	0.503	0.022
	القلق على مستقبل الطفل (مصاحب)	0.081	1	0.081	0.415	0.526	0.019
	مشكلات الأداء الاستقلالي (مصاحب)	0.187	1	0.187	0.963	0.338	0.044
	عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل (مصاحب)	0.022	1	0.022	0.112	0.741	0.005
	مشاعر اليأس والإحباط (مصاحب)	0.410	1	0.410	2.112	0.161	0.091
	المجموعة	0.110	1	0.110	0.565	0.461	0.026
	الخطأ	4.081	21	0.194			
	الكلي	6.167	29				
مشكلات الأداء الاستقلالي	الأعراض النفسية والعضوية (مصاحب)	0.030	1	0.030	2.164	0.156	0.093
	المشكلات المعرفية والنفسية (مصاحب)	0.016	1	0.016	1.130	0.300	0.051
	المشكلات الأسرية والإجتماعية (مصاحب)	0.003	1	0.003	0.224	0.641	0.011
	القلق على مستقبل الطفل (مصاحب)	0.006	1	0.006	0.446	0.511	0.021
	مشكلات الأداء الاستقلالي (مصاحب)	0.039	1	0.039	2.820	0.108	0.118
	عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل (مصاحب)	0.002	1	0.002	0.161	0.692	0.008
	مشاعر اليأس والإحباط (مصاحب)	0.002	1	0.002	0.171	0.683	0.008
	المجموعة	0.137	1	0.137	9.894	0.005	0.320
	الخطأ	0.290	21	0.014			
	الكلي	0.666	29				
عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل	الأعراض النفسية والعضوية (مصاحب)	0.000	1	0.000	0.009	0.924	0.000
	المشكلات المعرفية والنفسية (مصاحب)	0.010	1	0.010	0.276	0.605	0.013
	المشكلات الأسرية والإجتماعية (مصاحب)	0.026	1	0.026	0.748	0.397	0.034
	القلق على مستقبل الطفل (مصاحب)	0.013	1	0.013	0.377	0.546	0.018
	مشكلات الأداء الاستقلالي (مصاحب)	0.000	1	0.000	0.014	0.908	0.001
	عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل (مصاحب)	0.009	1	0.009	0.267	0.611	0.013
	مشاعر اليأس والإحباط (مصاحب)	0.022	1	0.022	0.629	0.437	0.029
	المجموعة	0.174	1	0.174	4.976	0.037	0.192
	الخطأ	0.734	21	0.035			
	الكلي	1.169	29				
مشاعر اليأس والإحباط	الأعراض النفسية والعضوية (مصاحب)	0.006	1	0.006	0.239	0.630	0.011
	المشكلات المعرفية والنفسية (مصاحب)	0.001	1	0.001	0.040	0.843	0.002
	المشكلات الأسرية والإجتماعية (مصاحب)	0.006	1	0.006	0.218	0.646	0.010
	القلق على مستقبل الطفل (مصاحب)	0.002	1	0.002	0.081	0.779	0.004
	مشكلات الأداء الاستقلالي (مصاحب)	0.002	1	0.002	0.067	0.799	0.003
	عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل (مصاحب)	0.002	1	0.002	0.087	0.771	0.004

المتغير التابع	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية	الدلالة العملية
	مشاعر اليأس والإحباط (مصاحب)	0.437	1	0.437	16.141	0.001	0.435
	المجموعة	0.366	1	0.366	13.538	0.001	0.392
	الخطأ	0.568	21	0.027			
	الكلي	2.882	29				

يتضح من الجدول (7) أعلاه وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية، والضابطة على القياس البعدي عند مستوى الدلالة (α≤.050) على الأبعاد التالية من مقياس الضغوط النفسية: مشكلات الأداء الاستقلالي، وعدم القدرة على تحمل أعباء الطفل، ومشاعر اليأس والإحباط، بينما لم تظهر فروق ذات دلالة احصائية لبقية أبعاد المقياس،حيث بلغت قيمة (ف) المحسوبة لبعد مشكلات الأداء الاستقلالي (9.894)، ولبعد عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل (4.976)، ولبعد مشاعر اليأس والإحباط (13.538) وذلك عند مستوى الدلالة الإحصائية (α ≤ .050).ولمعرفة اتجاه العلاقة على تلك الأبعاد من مقياس الضغوط النفسية تمّ حساب المتوسطات الحسابية والخطأ المعياري لأبعاد المقياس الذي يتضح من الجدول (8).

جدول (8). المتوسطات الحسابية والخطأ المعياري لأبعاد مقياس الضغوط النفسية على القياس البعدي

المتغير التابع	المجموعة	المتوسط الحسابي	الخطأ المعياري
الأعراض النفسية والعضوية	التجريبية	1.771	0.05
	الضابطة	1.889	0.05
المشكلات المعرفية والنفسية	التجريبية	1.500	0.08
	الضابطة	1.648	0.08
المشكلات الأسرية والاجتماعية	التجريبية	0.814	0.05
	الضابطة	0.713	0.05
القلق على مستقبل الطفل	التجريبية	1.870	0.12
	الضابطة	2.001	0.12
مشكلات الأداء الاستقلالي	التجريبية	0.612	0.03
	الضابطة	0.466	0.03
عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل	التجريبية	0.684	0.05
	الضابطة	0.519	0.05
مشاعر اليأس والإحباط	التجريبية	1.240	0.04
	الضابطة	1.479	0.04

يتضح من الجدول (8) أن الفروق على بعدي (عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل)، و(مشكلات الأداء الاستقلالي) كانت لصالح أفراد المجموعة الضابطة، حيث بلغ المتوسط الحسابي لأفراد المجموعة الضابطة على بعد (عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل) (0.684)، والخطأ المعياري (0.05)، بينما بلغ المتوسط الحسابي على بعد (مشكلات الأداء الاستقلالي) (0.612)، والخطأ المعياري (0.03).في المقابل كانت الفروق ذات الدلالة الإحصائية عند مستوى الدلالة (α ≤.050) على أبعاد مقياس الضغوط النفسية لصالح المجموعة التجريبية على بعد (التعامل مع مشاعر اليأس والإحباط) حيث بلغ المتوسط الحسابي لهذا البعد (1.24) بخطأ معياري مقداره (0.04).

النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية

للتحقق من صحة فرضية الدراسة الثانية التي تنص على أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الضغوط النفسية بين المجموعة التجريبية التي يتلقى أفرادها البرنامج التدريبي المقترح لخفض الضغوط النفسية، وبين المجموعة الضابطة التي لا يتلقى أفرادها البرنامج التدريبي المقترح على متغير الضغوط النفسية وذلك على قياس المتابعة" تم استخراج المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية للدرجات المتحققة لأفراد عينة الدراسة في المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الضغوط النفسية ويوضح الجدول (9) هذه النتائج:

جدول (9). المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد مجموعتي الدراسة التجريبية والضابطة على مقياس الضغوط النفسية على قياس المتابعة

المجموعة	العدد	الضغط النفسي (مصاحب)		الضغط النفسي (متابعة)	
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
التجريبية	15	138.667	15.07	120.200	14.62
الضابطة	15	140.000	26.38	156.733	25.27

يتضح من الجدول (9) وجود فروق ظاهرية بين المتوسطات الحسابية الخاصة بمجموعتي الدراسة التجريبية والضابطة على القياس القبلي لمقياس الضغوط النفسية، حيث بلغ المتوسط الحسابي لأفراد المجموعة التجريبية على القياس القبلي (138.667)، وبانحراف معياري (15.07)، بينما بلغ المتوسط الحسابي لأفراد المجموعة الضابطة على القياس القبلي (140.00)، وبانحراف معياري (26.38). أما بالنسبة لقياس المتابعة فنجد إن متوسط المجموعة التجريبية قد انخفض ليصبح (126.67) بانحراف معياري (14.93)، في حين بلغ متوسط المجموعة الضابطة على قياس المتابعة (147.40) بانحراف معياري (27.46).

ولمعرفة دلالة الفروق الإحصائية بين مجموعتي الدراسة التجريبية والضابطة على مقياس المتابعة تمّ استخدم تحليل التباين المصاحب ANCOVA كما هو مبين في الجدول (10):

جدول (10).نتائج تحليل التباين المصاحب لدلالة الفروق في الضغوط النفسية بين أفراد مجموعتي الدراسة التجريبية والضابطة على مقياس الضغط النفسي ككل على قياس المتابعة

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية	الدلالة العملية
الضغط النفسي (مصاحب)	3100.988	1	3100.988	9.480	0.005	25.99%
المجموعة	9645.436	1	9645.436	29.486	0.000	52.20%
الخطأ	8832.345	27	327.124			
الكلي	21943.467	29				

تبين من الجدول (10) أن قيمة ف المحسوبة (9.480)، وهي دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha \leq .050$)، مما يعني استمرار أثر البرنامج التدريبي في خفض الضغوط النفسية لدى أفراد المجموعة التجريبية على قياس المتابعة، وبالتالي رفض الفرضية الصفرية الثانية. ولمعرفة اتجاه العلاقة احتكمت الباحثات إلى جدول المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية كما هو في الجدول (9)؛ حيث يتبين أنها كانت لصالح المجموعة التجريبية بمتوسط حسابي مقداره (138.667)، وبانحراف معياري مقداره (14.62)، بينما بلغ المتوسط الحسابي للمجموعة الضابطة (140.000)، وبانحراف معياري مقداره (25.26). ويؤكد جدول (11) أدناه هذه النتيجة حيث بلغ المتوسط الحسابي المعدّل – بعد إجراء تحليل التباين المصاحب – للمجموعة التجريبية (120.527)، وللمجموعة الضابطة (156.407) ولصالح المجموعة التجريبية التي انخفضت درجة الضغوط النفسية لديهم مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة.

جدول (11). المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية المعدلّة لدرجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الضغوط النفسية على قياس المتابعة

المجموعة	المتوسط الحسابي المعدل	الخطأ المعياري
التجريبية	120.527	4.67
الضابطة	156.407	4.67

وللتأكد من وجود علاقات ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين أبعاد مقياس الضغوط النفسية على قياس المتابعة ،تمّ حساب معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس كما هو موضح في الجدول (12) حيث يتبين وجود علاقات ارتباطية ذات دلالات إحصائية بين (14) بعداً من الأبعاد الفرعية لمقياس الضغوط النفسية من أصل (21) بعداً. وللتحقق من جوهرية هذه العلاقات تمّ استخدام اختبار بارتليت Bartlett للكروية ، ويتضح من جدول (13) وجود علاقة جوهرية ذات دلالة احصائية عند مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha \leq .050$) بين أبعاد لمقياس الضغوط النفسية، حيث بلغت قيمة كا2 (2112.862)، وعليه تقرر استخدام تحليل التباين المتعدد MANOVA.

جدول (12).العلاقات الارتباطية بين الأبعاد الفرعية لمقياس الضغوط النفسية على قياس المتابعة

العلاقة الارتباطية	الأعراض النفسية والعضوية	المشكلات المعرفية والنفسية	المشكلات الأسرية والإجتماعية	القلق على مستقبل الطفل	مشكلات الأداء	عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل	مشاعر اليأس والإحباط
الأعراض النفسية والعضوية	1						
المشكلات المعرفية والنفسية	0.72	1					
المشكلات الأسرية والإجتماعية	-0.53	-0.72	1				
القلق على مستقبل الطفل	0.32	0.46	-0.65	1			
مشكلات الأداء الاستقلالي	-0.29	-0.41	0.42	-0.76	1		
عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل	-0.18	-0.32	0.24	-0.60	0.78	1	
مشاعر اليأس والإحباط	0.76	0.82	-0.77	0.48	-0.35	-0.21	1

اختبار Bartlett للكروية	نسبة الأرجحية	كا^2 التقريبية	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
	0.000	112.862	27	0.000

ولوجود فروق ظاهرية بين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية على أبعاد مقياس الضغوط النفسية في القياسين القبلي والمتابعة كما تبدو من جدول (13) ادناه توجب استخدام تحليل التباين المصاحب المتعددMANCOVA بدلاً من تحليل التباين المتعدد MANOVA، وكما هو موضح في الجدول (14) وذلك لضبط الفروق إحصائياً بين مجموعتي الدراسية على أبعاد مقياس الضغوط النفسية:

جدول (13).المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية على مقياس الضغوط النفسية لاستجابات أفراد الدراسة على القياسين القبلي والمتابعة لأبعاد مقياس الضغوط النفسية

المجالات	المجموعة	العدد	الاستجابة القبلية		الاستجابة المؤجلة	
			المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الأعراض النفسية والعضوية	التجريبية	15	1.893	0.35	1.700	0.34
	الضابطة	15	1.937	0.24	1.943	0.42
المشكلات المعرفية والنفسية	التجريبية	15	1.451	0.35	1.359	0.26
	الضابطة	15	1.615	0.50	1.810	0.51
المشكلات الأسرية والاجتماعية	التجريبية	15	0.769	0.16	0.839	0.14
	الضابطة	15	0.776	0.18	0.708	0.27
القلق على مستقبل الطفل	التجريبية	15	2.154	0.40	1.800	0.41
	الضابطة	15	2.026	0.48	2.149	0.21
مشكلات الأداء الاستقلالي	التجريبية	15	0.541	0.18	0.700	0.19
	الضابطة	15	0.619	0.24	0.405	0.06
عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل	التجريبية	15	0.582	0.20	0.734	0.22
	الضابطة	15	0.646	0.27	0.417	0.08
مشاعر اليأس والإحباط	التجريبية	15	1.281	0.18	1.162	0.16
	الضابطة	15	1.405	0.27	1.481	0.45

يتضح من الجدول (13) أعلاه وجود فروق ظاهرية بين المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية للمجموعتين التجريبية، والضابطة على القياسين القبلي والمتابعة على الأبعاد السبعة لمقياس الضغوط النفسية.

وللتعرف على الدلالة العملية لأثر البرنامج التدريبي على أبعاد مقياس الضغوط النفسي على قياس المتابعة تمَّ إجراء تحليل التباين المصاحب المتعدد والذي تظهر نتائجه في جدول (14) التالي:

جدول(14). نتائج تحليل التباين المصاحب المتعدد لأثر البرنامج التدريبي على أبعاد مقياس الضغوط النفسية على قياس المتابعة

الأثر	الاختبار المتعدد	قيمة الاختبار المتعدد	ف الكلية المحسوبة	درجة حرية الفرضية	درجة حرية الخطا	الدلالة الإحصائية	الدلالة العملية
الأعراض النفسية والعضوية (مصاحب)	Wilks' Lambda	0.691	0.958	7	15	0.494	30.90%
المشكلات المعرفية والنفسية (مصاحب)	Wilks' Lambda	0.522	1.960	7	15	0.130	47.77%
المشكلات الأسرية والإجتماعية (مصاحب)	Wilks' Lambda	0.515	2.014	7	15	0.121	48.45%
القلق على مستقبل الطفل (مصاحب)	Wilks' Lambda	0.542	1.813	7	15	0.158	45.83%
مشكلات الأداء الاستقلالي (مصاحب)	Wilks' Lambda	0.653	1.136	7	15	0.392	34.65%
عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل (مصاحب)	Wilks' Lambda	0.711	0.873	7	15	0.549	28.94%
مشاعر اليأس والإحباط (مصاحب)	Wilks' Lambda	0.538	1.837	7	15	0.153	46.16%
المجموعة	Hotelling's Trace	4.293	9.198	7	15	0.000	81.11%

يتضح من الجدول (14) أعلاه وجود أثر جوهري عند مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha \leq .05$) للبرنامج التدريبي على أبعاد مقياس الضغوط النفسية على قياس المتابعة، حيث بلغت قيمة ف المحسوبة (9.198)، ولتحديد على أي بعد من أبعاد مقياس الضغوط النفسية كان أثر البرنامج في قياس المتابعة، فقد تمّ إجراء تحليل التباين المصاحب المتعدد على أبعاد المقياس كما هو مبين في الجدول (15)

جدول (15). نتائج تحليل التباين المصاحب المتعدد على أبعاد مقياس الضغوط النفسية على قياس المتابعة

المتغير التابع	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية	الدلالة العملية
الأعراض النفسية والعضوية	الأعراض النفسية والعضوية (مصاحب)	0.195	1	0.195	1.885	0.184	8.24%
	المشكلات المعرفية والنفسية (مصاحب)	0.083	1	0.083	0.801	0.381	3.67%
	المشكلات الأسرية والإجتماعية (مصاحب)	0.001	1	0.001	0.007	0.933	0.03%
	القلق على مستقبل الطفل (مصاحب)	0.003	1	0.003	0.025	0.876	0.12%
	مشكلات الأداء الاستقلالي (مصاحب)	0.007	1	0.007	0.066	0.800	0.31%
	عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل (مصاحب)	0.008	1	0.008	0.082	0.778	0.39%
	مشاعر اليأس والإحباط (مصاحب)	0.043	1	0.043	0.413	0.528	1.93%
	المجموعة	0.108	1	0.108	1.046	0.318	4.75%
	الخطأ	2.170	21	0.103			
	الكلي	4.543	29				
المشكلات المعرفية والنفسية	الأعراض النفسية والعضوية (مصاحب)	0.070	1	0.070	0.546	0.468	2.53%
	المشكلات المعرفية والنفسية (مصاحب)	0.203	1	0.203	1.588	0.221	7.03%
	المشكلات الأسرية والإجتماعية (مصاحب)	0.112	1	0.112	0.874	0.360	4.00%
	القلق على مستقبل الطفل (مصاحب)	0.008	1	0.008	0.064	0.802	0.31%
	مشكلات الأداء الاستقلالي (مصاحب)	0.001	1	0.001	0.007	0.934	0.03%
	عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل (مصاحب)	0.001	1	0.001	0.007	0.935	0.03%
	مشاعر اليأس والإحباط (مصاحب)	0.116	1	0.116	0.904	0.353	4.13%
	المجموعة	0.635	1	0.635	4.963	0.037	19.12%
	الخطأ	2.685	21	0.128			
	الكلي	6.161	29				
المشكلات الأسرية والإجتماعية	الأعراض النفسية والعضوية (مصاحب)	0.014	1	0.014	0.328	0.573	1.54%
	المشكلات المعرفية والنفسية (مصاحب)	0.025	1	0.025	0.571	0.458	2.65%
	المشكلات الأسرية والإجتماعية (مصاحب)	0.003	1	0.003	0.062	0.805	0.30%
	القلق على مستقبل الطفل (مصاحب)	0.024	1	0.024	0.540	0.470	2.51%
	مشكلات الأداء الاستقلالي (مصاحب)	0.005	1	0.005	0.116	0.736	0.55%
	عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل (مصاحب)	0.005	1	0.005	0.119	0.733	0.56%

المتغير التابع	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	ف المحسوبة	الدلالة الإحصائية	الدلالة العملية
	مشاعر اليأس والإحباط (مصاحب)	0.096	1	0.096	2.192	0.154	9.45%
	المجموعة	0.059	1	0.059	1.358	0.257	6.07%
	الخطأ	0.916	21	0.044			
	الكلي	1.401	29				
القلق على مستقبل الطفل	الأعراض النفسية والعضوية (مصاحب)	0.010	1	0.010	0.119	0.734	0.56%
	المشكلات المعرفية والنفسية (مصاحب)	0.195	1	0.195	2.221	0.151	9.57%
	المشكلات الأسرية والإجتماعية (مصاحب)	0.034	1	0.034	0.388	0.540	1.81%
	القلق على مستقبل الطفل (مصاحب)	0.051	1	0.051	0.583	0.453	2.70%
	مشكلات الأداء الاستقلالي(مصاحب)	0.061	1	0.061	0.697	0.413	3.21%
	عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل (مصاحب)	0.032	1	0.032	0.367	0.551	1.72%
	مشاعر اليأس والإحباط (مصاحب)	0.118	1	0.118	1.345	0.259	6.02%
	المجموعة	1.070	1	1.070	12.209	0.002	36.76%
	الخطأ	1.841	21	0.088			
	الكلي	3.850	29				
مشكلات الأداء الاستقلالي	الأعراض النفسية والعضوية (مصاحب)	0.017	1	0.017	1.179	0.290	5.32%
	المشكلات المعرفية والنفسية (مصاحب)	0.007	1	0.007	0.503	0.486	2.34%
	المشكلات الأسرية والإجتماعية (مصاحب)	0.022	1	0.022	1.584	0.222	7.02%
	القلق على مستقبل الطفل (مصاحب)	0.050	1	0.050	3.564	0.073	14.51%
	مشكلات الأداء الاستقلالي(مصاحب)	0.051	1	0.051	3.634	0.070	14.75%
	عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل (مصاحب)	0.026	1	0.026	1.825	0.191	8.00%
	مشاعر اليأس والإحباط (مصاحب)	0.000	1	0.000	0.027	0.870	0.13%
	المجموعة	0.683	1	0.683	48.302	0.000	69.70%
	الخطأ	0.297	21	0.014			
	الكلي	1.192	29				
عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل	الأعراض النفسية والعضوية (مصاحب)	0.041	1	0.041	1.918	0.181	8.37%
	المشكلات المعرفية والنفسية (مصاحب)	0.014	1	0.014	0.650	0.429	3.00%
	المشكلات الأسرية والإجتماعية (مصاحب)	0.196	1	0.196	9.056	0.007	30.13%
	القلق على مستقبل الطفل (مصاحب)	0.025	1	0.025	1.156	0.294	5.22%
	مشكلات الأداء الاستقلالي (مصاحب)	0.013	1	0.013	0.598	0.448	2.77%
	عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل (مصاحب)	0.020	1	0.020	0.924	0.347	4.21%
	مشاعر اليأس والإحباط (مصاحب)	0.166	1	0.166	7.662	0.012	26.73%
	المجموعة	0.865	1	0.865	40.028	0.000	65.59%
	الخطأ	0.454	21	0.022			
	الكلي	1.548	29				
مشاعر اليأس والإحباط	الأعراض النفسية والعضوية (مصاحب)	0.018	1	0.018	0.199	0.660	0.94%
	المشكلات المعرفية والنفسية (مصاحب)	0.000	1	0.000	0.004	0.949	0.02%
	المشكلات الأسرية والإجتماعية (مصاحب)	0.000	1	0.000	0.004	0.952	0.02%
	القلق على مستقبل الطفل (مصاحب)	0.031	1	0.031	0.341	0.565	1.60%
	مشكلات الأداء الاستقلالي (مصاحب)	0.047	1	0.047	0.513	0.482	2.38%
	عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل (مصاحب)	0.047	1	0.047	0.514	0.481	2.39%
	مشاعر اليأس والإحباط (مصاحب)	0.221	1	0.221	2.429	0.134	10.37%
	المجموعة	0.293	1	0.293	3.220	0.087	13.29%
	الخطأ	1.910	21	0.091			
	الكلي	3.936	29				

يتضح من الجدول (15) أعلاه وجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq .050$) على الأبعاد الثلاثة التالية من مقياس الضغوط النفسية في قياس المتابعة: (المشكلات المعرفية والنفسية) حيث بلغت قيمة ف المحسوبة (4.963)، و(القلق على مستقبل الطفل) وكانت قيمة ف المحسوبة (12.209)، و(مشكلات الأداء الاستقلالي) حيث بلغت قيمة ف المحسوبة (48.302)، ولبعد (عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل) حيث بلغت قيمة ف المحسوبة (40.028)، بينما لم تظهر فروق ذات دلالة إحصائية لبقية أبعاد المقياس وذلك عند مستوى الدلالة الإحصائية ($\alpha \leq$ 0.50).

ولمعرفة اتجاه العلاقة على تلك الأبعاد من مقياس الضغوط النفسية تمّ حساب المتوسطات الحسابية، والخطأ المعياري لأبعاد مقياس الضغوط النفسية والذي تتضح نتائجه في الجدول (16):

جدول (16). المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأبعاد مقياس الضغوط النفسية على قياس المتابعة

المتغير التابع	المجموعة	المتوسط الحسابي	الخطأ المعياري
الأعراض النفسية والعضوية	التجريبية	1.757	0.09
	الضابطة	1.887	0.09
المشكلات المعرفية والنفسية	التجريبية	1.427	0.10
	الضابطة	1.742	0.10
المشكلات الأسرية والإجتماعية	التجريبية	0.822	0.06
	الضابطة	0.726	0.06
القلق على مستقبل الطفل	التجريبية	1.770	0.08
	الضابطة	2.179	0.08
مشكلات الأداء الاستقلالي	التجريبية	0.716	0.03
	الضابطة	0.389	0.03
عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل	التجريبية	0.759	0.04
	الضابطة	0.392	0.04
مشاعر اليأس والإحباط	التجريبية	1.214	0.08
	الضابطة	1.428	0.08

يتبين من الجدول (16) أن الفروق ذات الدلالة الإحصائية على قياس المتابعة وجدت على بعدي (عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل)، و(مشكلات الأداء الاستقلالي) ولصالح أفراد المجموعة الضابطة، حيث بلغ المتوسط الحسابي لأفراد المجموعة الضابطة على بعد (عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل) (.759) والخطأ المعياري (0.03)، بينما بلغ المتوسط الحسابي على بعد (مشكلات الأداء الاستقلالي) (0.716) والخطأ المعياري (0.03). في المقابل كانت الفروق ذات الدلالة الإحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq$.050) على قياس المتابعة لأبعاد مقياس الضغوط النفسية لصالح المجموعة التجريبية على بعدي (المشكلات المعرفية والنفسية) بمتوسط حسابي مقداره (1.427) وخطأ معياري (0.10)، وعلى بعد (القلق على مستقبل الطفل) حيث بلغ المتوسط الحسابي (1.77) والخطأ المعياري (0.08).

مناقشة النتائج

لقد أظهرت النتائج وجود أثر للبرنامج التدريبي في خفض مستوى الضغوط النفسية، واستمرار هذا الانخفاض بعد شهر من انتهاء البرنامج، وبذلك تدعم هذه الدراسة نتائج الدراسات السابقة التي تشير إلى فاعلية البرامج المشتقة من مبادئ العلاج المعرفي السلوكي في التأثير على متغيرات لها علاقة بتدعيم الصحة النفسية والعقلية، وتعليم الأفراد مهارات قابلة للاكتساب والتعميم على أوضاعهم الحياتية الضاغطة.

إنّ البرنامج التدريبي كان فعالاً في خفض مستوى الضغوط النفسية لدى الأمهات المشاركات في المجموعة التجريبية واللواتي خضعن للجلسات التدريبية على مدار أربع عشرة جلسة، اشتملت على تعليم مهارات حياتية، واستراتيجيات للتوافق الانفعالي، والاجتماعي، والمعرفي مع ضغوطات الحياة اليومية، والمترتبة على العناية بطفل يعاني من إعاقة حركية ذات متطلبات عالية. تتفق هذه النتيجة مع نتائج العديد من الدراسات السابقة مثل (دراسة الدهيمات، 2008)، (مدانات، 2008)، (بن جابر، 2008)، (المعايطة، 2006)، (أبو رمان، 2005)، (معالي، 2003)، ودراسة هانجهام (Hanhngam, 2003).

ويمكن تفسير هذه النتيجة التي تم التوصل إليها في ضوء عدة أمور منها: المشاركة في عضوية مجموعة تدريبية وفرت للأعضاء جواً مناسبا من التعلم والتدريب، وتوفير أساليب منظمة تساعد المشاركات على نقل أثر التعلم خارج إطار الجلسات

التدريبية. كما أنّ خبرة الانضمام لمجموعة فيها تجانس من حيث الهدف، والخصائص قد أسهم في تحقيق فلسفة الانضمام للمجموعات التدريبية والرامية إلى تقوية الشعور لدى المشاركات بأنّ - المعاناة رغم أنها فريدة وخاصة بكل أُمّ – إلا أن هناك العديد من الأمهات اللواتي يعشن خبرة شبيهة بخبرتهن، وأن الواحدة منهن ليست وحدها التي تختبر مثل هذه الأوضاع الحياتية الضاغطة وذات الخصوصية.

من جهة أخرى فإن ما تضمنه البرنامج من محتويات يمكن أن تزودنا بفهم مناسب لما تم التوصل إليه من نتيجة تشير إلى انخفاض مستوى الضغوط النفسية لدى الأمهات المشاركات في المجموعة التدريبية؛ لقد تم الاستناد في تطوير محتويات البرنامج على نتائج الدراسات السابقة التي بحثت في الاستراتيجيات الأكثر نجاعةً مع آباء وأمهات الأطفال المعاقين حركيا مثل دراسة دكماك (Dukmak,2009)، ودابروسكا (Dabroska, 2008)، وبرتيزلاف (Pritzlaff,2001)، والخفش (2001)، حيث تمت الاستفادة من نتائجها التي تشير إلى أن الاستراتيجيات المتمركزة حول الانفعالات مثل التعبير عن المشاعر، وإستراتيجية حل المشكلات، وإعادة التأطير أو التسمية (reframing) هي الأكثر فعالية حيث تم استخدامها من قبل الآباء المعتنين بطفل يعاني من الإعاقة الحركية، وهي نفسها الاستراتيجيات التي سعى البرنامج وعبر العديد من جلساته إلى إكسابها للأمهات المشاركات فيه إضافة إلى تدريب المشاركات على مهارات سلوكية كالاسترخاء، وتطوير شبكات الدعم الاجتماعي، والسلوك التوكيدي، وتشجيعهن على استخدامها خارج إطار الجلسات التدريبية، ومتابعة استخدامهن لها عبر الجلسات التدريبية اللاحقة.

إنّ من شأن هذه المهارات الحياتية أن تسهم في مساعدة المشاركات على التخفيف من وطأة ضغوطات حياتهن والتوافق معها، والاحتفاظ بالقدر المناسب من الشعور بالسيطرة والقدرة على التحكم بحياتهن وشؤونها، الأمر الذي يعزز من ثقتهن بأنفسهن، ويمنحهن الدافع للاستمرار في استخدام هذه المهارات والاستراتيجيات.

وإضافة إلى ما سبق ذكره فإن الأساليب التي نفذت من خلالها الجلسات التدريبية والمحفزة على المشاركة والانخراط بدلاً من التلقي السلبي للمهارات وذلك عبر الحوار، والمناقشة، ولعب الأدوار، والتمارين، وأوراق العمل، والواجبات البيتية، والتخيل، والنشرات، والعروض التقديمية، والنمذجة يمكن أن تسهم في زيادة دافعية المشاركات على الاستفادة من البرنامج التدريبي، ونقل أثر التعليم والتعميم لما تم تعلمه خارج أوضاع الجلسات التدريبية، وهو ما يمكن أن يفسر استمرار نتائج الدراسة والمتمثلة في انخفاض مستوى الضغوط النفسية بعد شهر من الانتهاء من تطبيق الدراسة، حيث تؤكد الدراسات على أن المهارات المعرفية والسلوكية مهارات حياتية قابلة للتعميم خارج الجلسات التدريبية، والمجموعات المصممة لإكساب المشاركين مثل هذه الأساليب في إدارة الحياة، والتعامل مع صعوباتها وضغوطاتها المختلفة. ومن جهة أخرى فإن ممارستها تزيد من اقتناع الفرد بها، واعتياده على استخدامها، ونزعته لإدراك الأمور وفق مبادئها ما يعني استمرارية تحقيق مشاعر، وتقديم استجابات منتجة ووظيفية في ظل إدراك عقلاني ومنطقي لأحداث الحياة المتنوعة وضغوطاتها.

لقد تم تشجيع المشاركات في المجموعة التجريبية على استخدام المهارات المعرفية والسلوكية والانفعالية للتعامل مع ضغوطات الحياة والتوافق معها، وكان هناك نوع من المتابعة عبر الجلسات التدريبية لمزيد من التحفيز على تطبيق ما يتعلمنه من الجلسات التدريبية خارج إطار اللقاءات التدريبية. كما كانت المشاركات متحمسات لإبداء كيفية تطبيقهن لما يتعلمنه من حياتهن الأسرية، وهو الأمر الذي كان يدفع الغالبية منهن لمزيد من التطبيق والحصول على التعزيز، والتغذية الراجعة من المرشدة وبقية الأعضاء، لقد أسهمت مثل هذه الظروف في استمرار النتائج المتعلقة بانخفاض درجة الضغوط النفسية لدى الأمهات المشاركات في البرنامج التدريبي.

من جهة أخرى فقد أشارت نتائج تحليل التباين المتعدد إلى أن البرنامج التدريبي كان فعّالاً في خفض الضغوط النفسية المتعلقة ببعض أبعاد الضغوط النفسية - تبعاً للمقياس المستخدم في الدراسة وأبعاده - وذلك مقارنة بأبعاد أخرى على القياسين البعدي والمتابعة؛ حيث انخفضت درجات الضغوط النفسية المتعلقة ببعد (مشاعر اليأس والإحباط) وذلك على القياس البعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية.وانخفضت درجة الضغوط النفسية على بعدي (المشكلات المعرفية والسلوكية) و(القلق على مستقبل الطفل) لدى الأمهات المشاركات في المجموعة التجريبية على قياس المتابعة، مما قد يعني أن البرنامج التدريبي المصمم لأغراض الدراسة الحالية يُظهر فعاليةً في التعامل مع تلك الأبعاد من الضغوط النفسية بدرجة أعلى من الأبعاد الأخرى من الضغوط النفسية، وهو الأمر الذي قد يتطلب البحث في أفضل التصاميم للجلسات الإرشادية التدريبية التي قد تكون أكثر قدرة على التعامل مع بقية أبعاد الضغوط النفسية،و التي لم يكن البرنامج التدريبي الحالي بمحتوياته فعّالاً في خفضها لصالح الأمهات المشاركات في المجموعة التجريبية.

ويمكن تفسير هذه النتائج المتعلقة بفعالية البرنامج في خفض تلك الأبعاد من الضغوط النفسية في ضوء محتويات البرنامج ومكونات جلساته. إذ يبدو أن البرنامج التدريبي قد نجح في مساعدة الأمهات المشاركات في المجموعة التجريبية في إدارة الضغوط النفسية المتعلقة بمشاعر اليأس والإحباط؛ إذ تمّ استهداف المشاعر في البرنامج التدريبي من خلال تقديم تعليم وتثقيف للأمهات يتعلق بالمشاعر من حيث حرية التعبير عنها، وطرق التعبير الصحي عن المشاعر، ومصدر المشاعر، وعلاقة المشاعر بالحديث الذاتي والأفكار الداخلية للفرد، وأساليب التحكم في المشاعر وإدارتها. وهذه الأمور نفسها التي يمكن الاستعانة بها لتفسير

انخفاض الضغوط النفسية المتعلقة ببعد (القلق على مستقبل الطفل) لدى الأمهات في المجموعة التجريبية على قياس المتابعة.

أما بالنسبة لفعالية البرنامج في خفض الضغوط النفسية المتعلقة ببعد (المشكلات المعرفية والسلوكية) فمن المحتمل أن يكون البرنامج قد أسهم في خفضها من خلال تركيزه على المشكلات التكيفية التي تتعرض لها أسرة المصاب بالقيلة السحائية ،وطرق التعامل معها، إضافة إلى تقديم تثقيف يتعلق بمهارة حل المشكلات، ومهارات الاتصال، والإصغاء الفعّال وأهمية هذه المهارات ودورها في حياة الفرد وأسرته، إضافة إلى تقديم تدريب على تطوير، وتقييم شبكات الدعم الاجتماعي، والاسترخاء العقلي والجسمي، والسلوك التدعيمي، وهي مهارات من شأنها المساعدة في خفض الضغوط ذات العلاقة بالمشكلات المعرفية والسلوكية التي تعاني منها أمهات الأطفال ذوي القيلة السحائية.

التوصيات

استناداً لنتائج هذه الدراسة فإن الباحثات يوصين بما يلي:

1. إجراء المزيد من الدراسات التجريبية لفحص فاعلية البرامج التدريبية المستندة إلى العلاج المعرفي السلوكي، في إطار إرشاد زواجي يضم كلا الزوجين.
2. إجراء المزيد من الدراسات لفحص فاعلية البرامج التدريبية المستندة إلى العلاج المعرفي السلوكي على متغيرات لها علاقة بالصحة النفسية لدى الآباء والأمهات وأشقاء الأطفال المصابين بالقيلة السحائية، ولمدة متابعة مطولة من بعد انتهاء البرنامج لفحص استمرارية النتائج التي تم الحصول عليها.
3. تنفيذ دراسات تقيس أثر تعرض الأمهات البرامج تدريبية على متغيرات نفسية من وجهة نظر الأبناء المصابين بالإعاقة الحركية أنفسهم، وليس فقط من وجهة نظر الأمهات المشاركات بالبرامج.
4. استخدام منهج البحث النوعي لدراسة تأثير البرامج التدريبية على الأمهات المشاركات فيها.

المراجع

أبو عزة، سحر (1992). **العلاقة بين بعض المتغيرات بالطفل المصاب بالشلل الدماغي وبين التكيف والتماسك الأسري والتعايش مع الإعاقة**. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

أبو رمان، فاطمة (2005). **فاعلية برنامج إرشاد جمعي في خفض الضغوط النفسية وتعديل الأفكار اللاعقلانية لدى أمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في مدينة عمان.** رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الهاشمية، الزرقاء،الأردن.

آل مطر، فايز (2007). **مفهوم الذات لدى الأطفال المصابين بأمراض فقر الدم المزمنة والضغوط النفسية وأساليب المواجهة لدى ذوي الاحتياجات الخاصة و أولياء أمورهم في المنطقة الشرقية بالمملكة العربية السعودية (دراسة مسحية).** رسالة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن .

بن جابر، البندري محمد سعد (2008). **فاعلية برنامج إرشادي في خفض الضغوط لدى أمهات الأطفال التوحديين في مدينة الرياض.** رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

حنفي، على عبد النبي (2007). العمل مع أسر ذوي الاحتياجات الخاصة (**دليل المعلمين والوالدين**). القاهرة: العلم والإيمان للنشر والتوزيع.

الخطيب، جمال ،الحديدي، منى (2005). **المدخل إلى التربية الخاصة**. حولي: مكتبة الفلاح للنشر و التوزيع.

الخفش، سهام (2001). **استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية التي يستخدمها آباء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة** رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

الدهيمات، يحيى (2008). **مستويات الضغط النفسي لدى أسر الأطفال المعاقين سمعياً وفاعلية برنامج إرشادي مقترح لخفضها في مدينة عمان.** رسالة دكتوراه غير منشورة،الجامعة الأردنية،عمان، الأردن .

دوكم، أنيسة عبده (2007). احتياجات أولياء أمور المعوقين دراسة على عينة يمنية. **دراسات العلوم التربوية**، 34(1).57-84.

الريحاني، سليمان؛ الزريقات، إبراهيم وطنوس، عادل (2010). **إرشاد ذوي الحاجات الخاصة وأسرهم** (الطبعة الأولى). عمان: دار الفكر .

الشخص، عبد العزيز، السرطاوي، زيدان (1998): الضغوط النفسية لدى أولياء أمور الأطفال المعوقين وأساليب مواجهتها، **مركز البحوث التربوية**، كلية التربية، جامعة الملك سعود، العدد (143)24 - 39.

الظاهر، قحطان (2005). **مدخل إلى التربية الخاصة** (الطبعة الأولى). عمان: دار وائل للنشر والتوزيع .

القريوتي، يوسف؛ السرطاوي، عبد العزيز؛ الصمادي،جميل (1995). **المدخل الى التربية الخاصة**. دبي : دار القلم للنشر و التوزيع .

مدانات، منار (2008). **برنامج إرشاد جمعي في خفض الضغوط النفسية وزيادة الوعي بالحاجات لدى أمهات الأطفال المصابين بالشلل الدماغي في الأردن**. رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عمان العربية، عمان، الأردن .

معالي، ابراهيم (2003).**أثر التحصين ضد التوتر والتدريب على حل المشكلات في خفض الضغوطات النفسية وتحسين مستوى التكيف لدى أمهات ذوي الاحتياجات الخاصة**. رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عمان العربية، الأردن .

المعايطة، خليل (2006). **فاعلية برنامج إرشاد جمعي في خفض مستوى الضغوط النفسية لدى أخوة وأخوات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية الشديدة وتغيير اتجاهاتهم نحوها**. رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عمان العربية، الأردن .

ملكوش، رياض،ويحيى، خولة (1995). الضغوط النفسية والدعم الاجتماعي لدى أباء وأمهات الأطفال المعاقين في مدينة، عمان، **مجلة دراسات (العلوم الإنسانية)** 22 (أ)، (5)، 2329-2348.

الوقفي، راضي (2004). **أساسيات التربية الخاصة** (الطبعة الأولى). عمان: دار المسيرة .

يحيى، خولة (1999). المشكلات التي يواجهها المعاقين عقليا وسمعيا وحركياً الملتحقين بالمراكز الخاصة بهذه الإعاقات. **دراسات العلوم التربوية** 26 (1)، 92- 108.

Alzaem, A, Sulaim,S. and Gillani,S.(2010). Assessment of the validity and reliability for a newly developed stress in academic life scale (SALS) for pharmacy undergraduates. *International Journal of collaborative Research on Internal Medicine and Public Health,* 2 (7), 239-256.

Antle, B,. Montgomery,G., and Stapleford, C .(2009). The many layers of social support: capturing the voices of young people with spina bifida and their parents. *Health and Social Work*, 34(2), 97-106.

Antle,B,. Mills,W., Steele,C., Kalnins,I., and Rossen,B. (2007).An exploratory study of parent's approaches to health promotion in families of adolescents with physical disabilities. *Health and Social Work*, 34(2), 185.-193.

Brand, K . (2001). *The influence of affective expression in the family and coping on the psychosocial adjustment of children with Spina Bifida*. Doctoral Dissertation, University of Albany, State University of New York.

Brislin, D.(2008). Reaching for independence: Counseling implications for youth with Spina Bifida. *Journal of Counseling and Development*, 86, 324-334.

Collins, K., Onwuegbuzie, A., and Tiao, Q. (2010). Toward abroad understanding of stress and coping: *Mixed methods approach*. Information Age Publishing Inc, U.S.A.

Dabrowska, A. (2008). Sense of coherence and coping with stress in fathers of children with developmental disabilities. *Polish Psychological Bulletin*, 39(1), 29-34.

Davis, K. (2009). The impact of child, family, and professional support characteristics on the quality of life in families of young children with disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*. 34(2), 153-162.

Dhar, R. (2009).Living with developmentally disabled child: Attitude of family members in India. *The Social science Journal*, 46,738-755.

Dukmak, S. (2009). Parent adaptation to and parenting satisfaction with children disability in the United Arab Emirates. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 34(4), 324-328.

Graungaard, A., and Skov, L. (2006). Why do we need a diagnosis? A qualitative study of parent's experiences, coping and needs, when the new born child is severely disabled. *Child: Care ,Health and Development*, 33 (3), 296-307.

Greenley, R., Holmbeck,G., and Rose, M. (2006). Predicting of family parenting behavior trajectories among young adolescents with and without Spinfa Bifida. *Journal of pediatric Psychology*, 31, 1057-1071.

Gupta, A. and Singhal, N. (2009). Positive Perceptions in parents of children with disabilities. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*. 5(1), 22-35.

Holmbeck, G., Gorey, F., Hudson, T. , Seefeldt,T. , Shaperay, W., and Uher, J. (1997). Maternal, parental, and marital functioning in families of preadolescents with Spina Bifida. *Journal of Pediatric Psychology*, 22, 167-282.

Hongngam, G. (2003) The effect of group counseling toward stress of parents autistic children. *Master thesis*, University of Mahidol. Thailand.

Ketelaar, M., Volman, M,. Gorter, J,. and Vermeer, A. (2008). Stress in parents of children with cerebral palsy: what sources stress are we talking about?. *Child: Care, Health, and Development*, 349(6), 825-829.

Pritzlaff, A. (2001). Examining the coping strategies of parents who have children with disability. *Master degree thesis*. University of Wisconsin- stout. Menomonee, WI.54751.

Singh, Delar Kour. (1990).An investigation into the effects of a child with Spina Bifida on the family as perceived by mothers. *Doctoral Dissertation*, University of Pittsburgh, AAT 9106785.

Taanila, A., Sgrjala, L., Kokonen, J., Jarvelin, M. (2002). Coping of parents with disability and or intellectual disabled children. *Child, Care and Development,* 28 (1), 73-87.

Trute, B. Benzies, K. and Reddon, J. (2010). Accentuate the positive to mitigate the negative: Mother psychological coping resources and family adjustment in childhood disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 35(1), 36-43.

Vermaes, I., Gerris,J., Janssens, J.(2007). Parent's social adjustment in families of children with Spina Bifida: A theory – driven review. *Journal of Pediatric psychology* 32 (10), 1214-1226.

Vermaes,I., Janssens, J., Mullaart, R., Vinck, A., and Gerris, J.(2008). Parent's personality and parenting stress in families children with Spina Bifida . *Child Care Health and Development,* 34, (5), 665.

Lemanek, K,. Jones, M,. and Lieberman,B. (2001).Mothers of children with Spina Bifida : Adaptation and stress processing . *Children's Health Care*, 29 (1), 19-35.

Leonard, C,. and Freeman , J.M.(2001). Spina Bifida : A new disease . *Pediatrics*, 68(1), 981-989.

Leung, C., and Li-Tsang, C. (2003). Quality of life of parents who have children with disabilities. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy,* 13, 19-24.

Lightsey, O., and Sweeney, J. (2008). Meaning in life, emotion-oriented, generalized self-efficacy, and family cohesion as predictors of family satisfaction among mothers of children with disability. *The Family Journal,* 16 (3), 212-221.

McDowell, W., Bills, G., and Eaton, M.W (1989).Extending psychotherapeutic strategies to people with disabilities. *Journal of Counseling and Development,* 68, 151-154.

Noojn, A. (1997). Stress, self-appraised problem-solving ability, coping, and adjustment in mothers of children with physical disabilities. *A Dissertation* by The University of Alabama at Birmingham.UMI 9876933.

Osborne, L., and Reed, P .H. (2010).stress and self-perceived parenting behaviors of parents with autistic spectrum conditions. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4,405-414.