



**فاعلية برنامج إرشادى معرفى سلوكى لتخفيف
الاحترق النفسى لدى أمهات الأطفال المعاقين
عقلياً (القابلين للتعلم) وأثره على درجة الشعور
بجودة الحياة الأسرية لديهن**

د. إسراء عبدالمقصود عبدالوهاب حسنين

مدرس علم النفس كلية الدراسات العليا للطفولة

جامعة عين شمس

DOI: 10.21608/qarts.2022.144903.1454

مجلة كلية الآداب بقنا - جامعة جنوب الوادي - العدد ٥٤ (الجزء الأول) يناير ٢٠٢٢

ISSN: 1110-614X الترقيم الدولي الموحد للنسخة المطبوعة

ISSN: 1110-709X الترقيم الدولي الموحد للنسخة الإلكترونية

<https://qarts.journals.ekb.eg>

موقع المجلة الإلكتروني:

فاعلية برنامج إرشادى معرفى سلوكى لتخفيف الاحتراق النفسى لدى أمهات الأطفال المعاقين عقليا (القابلين للتعلم) وأثره على درجة الشعور

بجودة الحياة الأسرية لديهن

إعداد

د. إسراء عبد المقصود عبد الوهاب

مدرس علم النفس - كلية الدراسات العليا للطفولة - جامعة عين شمس

الملخص باللغة العربية:

يهدف البحث إلى التحقق من فاعلية برنامج إرشادى معرفى سلوكى لتخفيف الاحتراق النفسى لدى أمهات الأطفال المعاقين عقليا (القابلين للتعلم) وأثره على درجة الشعور بجودة الحياة الأسرية لديهن، وذلك على عينة قوامها (ن = ٢٠) أمًا، مقسمين بالتساوى إلى مجموعتين: تجريبية (ن = ١٠) وضابطة (ن = ١٠)، وتراوحت أعمارهن ما بين (٣٠: ٤٠) عامًا من أمهات الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم، مستخدمة أدوات تضمنت: مقياس المستوى الاقتصادى الاجتماعى الثقافى (إعداد: محمد سغفان ودعاء خطاب، ٢٠١٦)، استمارة بيانات أولية (إعداد الباحثة)، مقياس الاحتراق النفسى (إعداد الباحثة)، مقياس جودة الحياة الأسرية (إعداد: الباحثة)، برنامج لخفض الاحتراق النفسى (إعداد الباحثة). وأظهرت نتائج البحث فاعلية البرنامج الإرشادى فى تخفيف حدة الاحتراق النفسى لأمهات الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم وتأثيره على جودة الحياة الأسرية لديهن .

الكلمات المفتاحية: الاحتراق النفسى - جودة الحياة الأسرية - أمهات الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم - البرنامج الإرشادى .

مقدمة:

تمثل الأسرة الركيزة الأساسية في تخطيط وبناء شخصية الأبناء من خلال الرعاية الدينامية لهم، والتي يتزودون فيها بما يحتاجونه من مهارات تمكنهم من مواجهة الحياة بما توفره لهم من أشكال الدعم والحماية وأشكال الرعاية المختلفة، وقد لوحظ في السنوات الأخيرة تناول المتخصصون مفاهيم الأداء الأسرى بصورة أكثر جدية خصوصا الذين يعملون مع أسر أحد أفرادها ذو إعاقة حادة أو مزمنة . كما يواجه الوالدين من مشكلات تتعلق بطبيعة طفلها في حال كان من ذوى الإعاقة، لعدم معرفتهما بالأساليب الصحية المتبعة في التعامل معه مما يؤدي إلى حالة من الإجهاد العصبي التي تظهر على صورة إحترق نفسي تؤثر على كفاءتهم وقدرتهم على مواصلة التعامل بكفاءة مع طفلهم المعاق (أشرف اغبارية، ٢٠١٧).

ومن ثم تصبح الأسرة هي الأساس بما تتضمنه من علاقات وتفاعلات مثمرة والتي يستطيع من خلالها الطفل المعاق عقليا إشباع حاجاته النفسية مثل الحب والألفة والمودة والأمن النفسي، وبالتالي فإن أى قصور فى الاهتمام بأسرة المعاق قد يؤدي إلى ضعف جودة الحياة الأسرية لديهم، ونظرا للتركيز على دور الوالدين وأهميته فى تنمية وتأهيل الأطفال المعاقين عقليا، فقد ظهرت الحاجة إلى إرشاد وتدريب الوالدين وخاصة الأم لأنها تعد هى الأقرب بالنسبة للطفل، والأكثر تعاملًا واحتكاكًا به، وهى المسؤولة بدرجة كبيرة عن تلبية احتياجاته اليومية، وعلى ذلك تصبح فى حاجة ماسة إلى التدريب على تحسين حياتها الأسرية لما له من مردود على التعامل السليم مع طفلها المعاق عقليا لأنه فى حاجة ماسة إلى الشعور بالأمن النفسى والعاطفى من الأم وكل من حوله (Elci,O.,2004; Kuhn, J.& Carter,A.,2006 ; Corbett, B.,et al.,2009)، وقد يجعل الأمر أن تعيش "أم" الطفل من ذوى الإعاقة تحت وطأة سلسلة

من الضغوط النفسية، تتعلق باحتياجات طفلها، وبقلقها على مستقبله، ومما يزيد من حدة تلك الضغوطات اعتمادية الطفل المطلقة عليها، وما يفرضه وجوده عليها من زيادة الأعباء التى تتحملها سواء داخل المنزل أو خارجه، وما تبذله من جهود كبيرة ليكون طفلها بصورة مقبولة أمام الآخرين. وهذا الضغط النفسى الذى تفرضه الظروف الخاصة للأبن على الأم تدفعها إلى اللجوء لاستعمال بعض الاستراتيجيات فى مواجهة الضغوط النفسية من عوامل الاستقرار التى تمكن الأم من الاحتفاظ بدرجة من التوافق النفسى والاجتماعى لمواجهة الأحداث الضاغطة فى حياتها اليومية، حيث أن اتباع هذه الأساليب يساعد على التعامل مع الضغوط النفسية اليومية والتقليل من آثارها السلبية قدر الإمكان (عبد الله الضريبي، ٢٠١٠)، وهذا ما أكدته دراسة لينهارد وآخرين (Lenhard, W., et al., 2005) أن الأم هى الأكثر تأثراً بإعاقة طفلها، والأكثر تعرضاً للضغوط النفسية الناتجة عن تعاملها معه، وهو الأمر الذى يحتم بالضرورة إرشادها حيث أن عدم وعى الأم بطبيعة الإعاقة أو بالأساليب المناسبة للتعامل مع ذلك الطفل المعاق عقليا يؤدي إلى إحباط تلك الجهود للارتقاء بسلوكه، واستشعاره بالحب والحنان والعطف يجعله يشعر بالأمن النفسى ليس مع الأسرة فقط ومع الآخرين أيضا.

ويعد الاحتراق النفسى من الحالات التى ظهرت حديثاً والتي برزت كأحدى المشكلات فى الحياة اليومية لبعض الأفراد وهى عبارة عن اضطراب ينتج عن تعرض الفرد للضغوط النفسية بصورة دائمة، وتوصف بأنها تشخيص لاضطرابات تتعلق بتكيف الخصائص النفسية للإنسان مع مختلف المتغيرات الوظيفية التى تتعلق بطبيعة عمله والدور الذى يلعبه بسبب عوامل شخصيه وتنظيميه متداخلة، بحيث يشعر أنه غير قادر على التعامل مع أى ضغوط إضافية فى الوقت الحالى (فريدة المشرف، ٢٠٠٢).

كما تعد الإعاقة العقلية ظاهرة هامة وخطيرة سواء في المجتمعات المتحضرة أو النامية التي تهتم بطفلها المعاق، ويصبح الطفل المعاق فيها عبئاً على الأسرة (محمد كامل، ٢٠٠٣). وهي من الإعاقات الرئيسية في كل الأنظمة التعليمية، حيث أنها أشد الفئات حاجة إلى الخدمات، وقد يحرم هؤلاء الأطفال المعاقين عقلياً من التعليم نتيجة لعدم تبين الحالة مبكراً أو لجهل الوالدين باحتياجات أبنائهم، ومع زيادة الوعي لكل من الأباء والعاملون في المدارس ومتابعة تصنيف وتقييم وتشخيص الحالات، والتعاون بين كل من المدارس العادية ومدارس الخدمات الخاصة، وسرعة فرز الأطفال لإلحاقهم بمدارس التربية الخاصة، لتقدم الرعاية والبرامج المناسبة (فيوليت فؤاد وحنان فتحي، ٢٠١٠).

ويعد الأطفال المعاقين عقلياً في حاجة دائمة للشعور بالحب والانتماء لما له من دور مهم في تحقيق المهارات الأدائية الحياتية لديهم، ولن يحدث ذلك إلا إذا أنخفض مستوى الاحتراق النفسي والضغط النفسية لدى أمهات هؤلاء الأطفال المعاقين عقلياً والشعور بجودة الحياة الأسرية لديهم، وهذا ما أكده (Hinton, 2004) إلى أن الفرد الذي يتمتع بمستوى عالي من الصلابة النفسية يستطيع استخدام استراتيجيات المواجهة بفاعلية، وهذا يعني أنه على قدر عالي من الثقة بالنفس، وهكذا فإنه يقدر المواقف الضاغطة على أنها أقل تهديداً، ثم يعيد بناءها في صورة أكثر إيجابية. ويتضح مما سبق أن الأم تستطيع التغلب على الضغوط النفسية التي تواجهها من خلال برامج توعية توجهها بمعلومات لكيفية التعامل مع المواقف التي قد تتعرض لها مع أبنائها المعاق عقلياً، أو مع المجتمع ككل، حتى تستطيع مواجهتها من خلال توجيه الأم وزيادة وعيها مما يؤدي بالضرورة لزيادة ثقتها بنفسها والشعور بجودة الحياة الأسرية، ومن هنا تستطيع التغلب على أي مواقف حياتية من الممكن أن تتعرض لها أو يتعرض لها أبنائها المعاق عقلياً وتكون لديها القدرة على توجيهه في الاتجاه السليم لتقادي أي

مشكلات أو ضغوطات قد تولد لديها ضغوط نفسية أو جسدية تؤدى بالضرورة إلى زيادة الاحتراق النفسى وفقد الإحساس بجودة الحياة الأسرية، مما يؤثر على الصحة النفسية للطفل وبالتالي يؤثر على توافقه النفسى تجاه الأم وتجاه الآخرين.

كما يرى "أشرف غبارية" (٢٠١٧) أن الاحتراق النفسى له تأثير كبير على العلاقة بين الزوجين لأنه يستنزف الطاقة الإنتاجية للزوجين نيجة وجود طفل معاق ويتأثر بها باقى الأبناء نتيجة لتسليط الرعاية والأهتمام على الطفل المعاق والتقصير نحو باقى الأخوة وبالتالي يتأثر كل من الزوجين ويترك لديهم شعور بالعجز واليأس والتقصير فقد يشعر فى نهاية المطاف بأنه ليس لديه شى يقدمه أكثر ليعطيه فيزيد من شعوره بالاحتراق النفسى، وقد يتأثر أيضا أخوة الطفل المعاق من خلال شعورهم بالتقصير من قبل الوالدين وزيادة الأهتمام بأخوهم المعاق مما يزيد لديهم الشعور بالغيرة والحرمان وهذا ما أشارت إليه "أمانى عبد المقصود وآخريين" (٢٠١٧) إلى أن توجيه أسرة الطفل المعاق عقليا بأهمية تعليم وتأهيل أطفالهم وتدريب طفلهم المعاق بالإضافة إلى رفع مستوى فاعلية الأسرة وجودة أدائها يؤثر بالضرورة على التوافق النفسى للطفل المعاق.

لذا فإن إرشاد الوالدين وخاصة الأم ومساندتها لمواجهة تلك الإعاقة وكيفية التعامل معها، والعمل على الحد من تأثيراتها النفسية وخفض مستوى الاحتراق النفسى يؤثر على درجة الشعور بجودة الحياة الأسرية لديهم .

مشكلة البحث:

تكمن مشكلة البحث فى ضوء تزايد الاهتمام بالضغوط النفسية بصفة عامة والاحتراق النفسى بصفة خاصة، ونظراً لما تخلفه إعاقة الأبناء من عواقب جسمية

ونفسية على صحة الوالدين وخصوصاً الأم لما تتحمله من ضغوط ومسئوليات تخص طفلها المعاق عقليا (القابل للتعلم)، ومما له أثر على درجة جودة الحياة الأسرية لديهم. ونظراً لتزايد نسبة الأطفال المعاقين عقليا في مصر حيث تمثل فئة العمر الاولى (أقل من خمس سنوات) بلغت ٢٪ أي حوالي (١٤٠) الف معاق عقليا، وفي فئة العمر الثانية من (خمس إلى ١٤) عام وصل العدد إلى ١٣,١٪ أي حوالي (٩١٧) الف معاق عقليا، وفي الفئة الثالثة (١٥-٦٤) أي حوالي ٧٢,١٪ أي حوالي خمسة ملايين و٤٧ الف معاق عقليا وتبلغ نسبة المعاقين عقليا في مصر إلى حوالي ٢٢,٤٪ أي حوالي (١,٦) مليون معاق عقليا من نسبة الإعاقة في مصر (الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء، ٢٠٢١م). ويواجه والدى الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة ضغوط نفسية كثيرة تؤثر على مستوى الكفاءة الذاتية لديهم، كما تعد تربية طفل معاق صعبة إلى حد كبير، وفي كثير من الأحيان لها آثار سلبية على الآباء والأمهات مثل القلق والتوتر والعصبية مما يؤثر بالضرورة على الأسرة ككل ويزيد لدى الأم بوصفها القائمة على رعاية طفلها المعاق، كما يؤثر على أشقاء الطفل المعاق فقد يتجاهل الوالدين مطالب أبنائهم بسبب اهتمامهم بتلبية واحتياجات طفلهم المعاق وبذلك تتأثر الأسرة ككل وخصوصاً الأم بصفتها القائمة على رعاية طفلها المعاق (Dunn,S.,2001 ;Schuntermann,2002; Dunn, M., Burbine& Tantleff ,Ryan, 2010).

وعلى الرغم من التطور الحاصل في البرامج التربوية الخاصة وما تقدمه من خدمات للأطفال ذوى الإعاقة، إلا أن هذا التطور لم يشمل تقديم الخدمات لأمهات هؤلاء الأطفال بصورة كافية الأمر الذى يجعلهن أكثر عرضه للمشكلات النفسية والعضوية التى قد تنتسب بارتفاع مستوى الضغط النفسى لديهن (منى فرج، ٢٠٠٩). حيث أشار إلى ذلك كل من (Adv Nurs& Sonay Bilgin,2009)، بضرورة توفير برامج إرشادية للأمهات اللواتى لديهن طفل معاق عقليا من أجل خفض درجة الشعور

بالإرهاق العاطفى الذى تعاني منه الأمهات. كما أكد كل من (Clin Nurs& Shu- Mei Tsai,2009) على ضرورة توفير الرعاية الصحية والنفسية وتصميم برامج تتضمن الرعاية الوقائية والتدخلات الفعالة لتقليل مستوى الاجهاد النفسى والعاطفى لدى أمهات الأطفال المعاقين عقليا والذى بدوره يحسن نوعية الحياة الأسرية سواء للأم أو للأسرة ككل. كما يظل الاهتمام الكبير بموضوع الاحتراق النفسى من ناحية أخرى باعتباره مشكلة تتعلق بظروف العمل المجهد والصعبة بين أولئك الذين يقومون برعاية المرضى، حيث يرتبط الاحتراق النفسى بسلوكيات مثل قابلية الإصابة بالمرض والتهيج والتعب المزمن واللامبالاة والصداع (Zbigniew., et al.,2014)، وبالرغم من تعدد الدراسات والبحوث فى الأدبيات السيكولوجية العربية فى مجال الأسرة بصفة عامة وأساليب التنشئة بصفة خاصة، إلا أن دراسة الاحتراق النفسى وأثره على جودة الحياة الأسرية لأمهات المعاقين عقليا لم تكن كافية-فى حدود اطلاع الباحثة- وكان الاهتمام الأكبر بدراسة الاحتراق النفسى عند معلمى ذوى الاحتياجات الخاصة، التمريض والعاملين بالوظائف الحكومية والخاصة (Mills, &Rose,2011;Zhou, &Hasting, et al,2004)؛ سليمان على راشد، ٢٠١٤؛ أحمد محمد إسماعيل، ٢٠١٧؛ فاطمة عبد الرحيم النوايسة، ٢٠١٨؛ ابتهاج على عودة الله، ٢٠٢١)، وحظت بعض الدراسات الأجنبية بدراسة الضغوط النفسية والإرهاق العاطفى والشعور بنوعية الحياة وجودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين بصفة عامة والمعاقين عقليا بصفة خاصة، (Carter, 2006; Clin Nurs& Shu Mei Tsai,2009; Mohammad, S.Nazzal (Kuhn& &Disabil Rehabil, 2018; Disabil Res& John Wiley, and sons Ltd, et al.2021) بالإضافة لندرة الدراسات والبحوث العربية التى تتناول موضوع البحث - فى حدود اطلاع الباحثة- مما دعى الباحثة لاستخدام برنامج إرشادى لتخفيف

الاحتراق النفسي لدى أمهات الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم، وما له من أثر على تحسين درجة الشعور بجودة الحياة الأسرية لديهم، وكان الدافع لإجراء هذا البحث.

وتثير مشكلة البحث التساؤلات التالية:

- ١- هل توجد فروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدى لمقياس الاحتراق النفسى.
- ٢- هل توجد فروق بين المجموعة التجريبية فى القياسين القبلى والبعدى لمقياس الاحتراق النفسى .
- ٣- هل توجد فروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة فى القياس البعدى لمقياس جودة الحياة الأسرية .
- ٤- هل توجد فروق بين المجموعة التجريبية فى القياس القبلى والبعدى لمقياس جودة الحياة الأسرية .

هدف البحث :

يهدف البحث إلى استخدام برنامج معرفى سلوكى لتخفيف الاحتراق النفسى لدى عينة من أمهات الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم، وانعكاس فاعلية البرنامج فى زيادة درجة الشعور بجودة الحياة الأسرية لديهم .

أهمية البحث:

أمكن تقسيم أهمية البحث إلى أهمية نظرية وأخرى تطبيقية كالتالى:

أولاً- أهمية نظرية:

- ١- أغلب الدراسات ركزت على دراسة الاحتراق النفسى لدى معلمى ومربى الأطفال ذوى

الاحتياجات الخاصة سواء من المعاقين عقليا أو غيرهم، أما الدراسات التى تناولت متغير الاحتراق النفسى كانت لأمهات الأطفال ذوى اضطراب الطيف التوحدى ولاحظت الباحثة ندرة الدراسات التى تناولت الاحتراق النفسى للأمهات الأطفال المعاقين عقليا فى البيئة المصرية والعربية -فى حدود اطلاع الباحثة- مما دعى للقيام بهذه الدراسة .

٢- ندرة الدراسات التى تناولت برامج لتخفيف حده الاحتراق النفسى لدى أمهات الأطفال المعاقين

عقليا القابلين للتعلم وأثره على درجة الشعور بجودة الحياة الأسرية لديهم-فى حدود اطلاع الباحثة.

٣- قد تزودنا الدراسة بمعلومات عن كيفية تخفيف الاحتراق النفسى وأثره على جودة الحياة الأسرية للأمهات الأطفال المعاقين عقليا وكيفية التعامل مع الطفل المعاق عقليا (القابل للتعلم).

٤- بيان خطورة عدم الاهتمام بأمهات الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم.

٥- قد تساهم الدراسة فى نشر الوعى لدى القائمين على أهمية التعامل مع الأمهات والأطفال معاً.

ثانياً- أهمية تطبيقية:

١- الاستفادة من البرنامج لاكتساب الخبرة للأمهات للتغلب على الشعور بالاحتراق النفسى ومن ثم الشعور بجودة الحياة الأسرية وفى كيفية التعامل مع الطفل المعاق عقليا القابل للتعلم.

٢- استخلاص مجموعة من التوصيات ليستفيد منها المدربين والأخصائيين فى التعامل مع الأمهات والأطفال المعاقين عقليا.

٣- الاستفادة من البرنامج فى تصميم برامج مختلفة تستخدم من قبل المختصين فى هذا المجال لمساعدة أسر الأطفال المعاقين عقليا بمختلف فئاتهم .

مفاهيم البحث :

١- الاحتراق النفسى Psychological Burnout :

يمكن تعريفه إجرائياً بأنه مجموعة تراكمية من الضغوط البدنية والنفسية وزيادة الأعباء والمسئوليات التى تتعرض لها الأم لرعاية طفلها المعاق عقليا (القابل للتعلم)، تستنزف طاقتها وقدرتها وقد يصاحبها الشعور بالقلق والخوف وعدم القدرة على التعامل مع الآخرين مع الشعور بالتعب والأرهاق سواء نفسياً أو جسدياً، ويعبر عنه إجرائياً فى ضوء الدرجات التى تحصل عليها الأم على مقياس الاحتراق النفسى المعتمد فى البحث (الباحثة) .

٢- جودة الحياة الأسرية (FQOL) Family quality of life

تعرف إجرائياً بأنها الأساليب السوية فى التعامل والممارسات الإيجابية التى يتبعها الوالدين فى تربية الأبناء وما تتسم به من مشاعر الحب والتقبل والشعور بالأمان ودعم افراد الأسرة بعضهم لبعض فى مواقف الحياة المختلفة لتحقيق الشعور بالسعادة (الباحثة).

٣- أمهات الأطفال المعاقين عقليا (القابلين للتعلم) :

هم الأمهات اللاتى يحتاجون إلى الرعاية والدعم للتخفيف من شعورهن بالاحتراق النفسى وتحسين الشعور بجودة الحياة الأسرية من خلال البرنامج ودرجاتهم على مقياسي البحث .

٤- البرنامج المعرفى السلوكى Behavioral cognitive program

ويعرف إجرائياً بأنه منظومة من المهارات النفسية والسلوكية المعرفية التى تطبق بشكل منتظم وفق جلسات معدة مسبقاً، والتى تمكن من خفض درجة الاحتراق النفسى

لأمهات الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم بهدف تحسين جودة الحياة الأسرية لديهم، ولا يفترض البرنامج إلغاء الاحتراق النفسي بل يسعى إلى خفض درجة الاحتراق النفسي وتغيير ردود الأفعال وتقليل الأفكار السلبية قدر الإمكان مع تقديم المساعدة الإرشادية المنظمة لها وفق خطة محددة (الباحثة).

- حدود البحث:

اقتصر البحث على الحدود والمحددات الآتية:

- الحدود المكانية: مركز الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة- جامعة عين شمس .
- الحدود البشرية: يقتصر البحث على (٢٠) أم من أمهات الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم بالمركز .
- الحدود الزمنية: تم تطبيق البحث خلال العام (٢٠٢١-٢٠٢٢) .

الإطار النظري:

أولاً: الاحتراق النفسي:-

يعد الاحتراق النفسي من المفاهيم الحديثة نسبياً، ولم يتفق الباحثين والعلماء على كيفية إيجاد تعريف موحد للاحتراق النفسي لذا تم تناوله بالعديد من التعريفات، فيرى البعض أن الاحتراق النفسي هو حالة من الإنهاك والاستنزاف والتعب نتيجة للضغط النفسي الذي يتعرض له الفرد، إذ يتصل الاحتراق النفسي مباشراً بمشاعر وأحاسيس الأفراد (زيد البتال، ٢٠٠٠).

وقد عرف كل من "ريس وبراندت" (Reece& Brandt ,S.2002)، الاحتراق النفسي بأنه الشعور بالاستنزاف العاطفي والعقلي والجسدي يوماً بعد يوم حتى يصل الفرد إلى ما بعد الإجهاد.

ووصف " شواتز وجيدرون" (Schwartz, C. & Gidroon,R.,2003)، الاحتراق النفسي بأنه يشير إلى إجمالي حجم الصعوبات العملية والألم النفسي الذي يخبره مقدم رعاية العميل، وقاما بتقسيم الاحتراق النفسي إلى: الاحتراق النفسي الموضوعي: وهو يشير إلى عدم قدرة مقدم الرعاية على السيطرة على السلوكيات المعادية والتي لا يمكن التنبؤ بها للعميل بسبب عدم وجود قدرات لديه تساعد على ذلك، الاحتراق النفسي الشخصي: وهو يشير إلى المشاعر السلبية التي يخبرها مقدم الرعاية كالإجهاد، التوتر، الغضب، القلق، الحزن، ومشاعر الخجل والشعور بالذنب.

ويعرفه "مهند عبد العلى" (٢٠٠٣) بأنه حالة نفسية تؤدي إلى فقدان الفرد الاهتمام بالناس وبالحياتة، وذلك نتيجة الاجهاد الانفعالى الذى يجعل الفرد يفقد كل إحساس إيجابي وكل التعاطف والاحترام تجاه المستفيدين. كما أشار " جونسون وآخرون" (Johnson, B., et al.,2004) إلى أن الاحتراق النفسي يصيب الأب أو الأم إلا أنه من المحتمل أن يكون أكثر شيوعاً لدى الأمهات، حيث يتوقع أن الأم تفعل كل شى (الحفاظ على المنزل بشكل تام - تربية الأطفال- توفير الراحة لأزواجهن- الحصول على دافعية الحياة من تلقاء نفسها فى العمل أو فى أى مكان آخر - ومسؤوليات الأمومة التقليدية)، ويجب عليهن أيضا تنفيذ الاحتياجات المتعلقة بأطفالهن، وتتزايد هذه المسؤوليات بوجود طفل معاق فى الأسرة .

ويرى بعض العلماء أن الاحتراق النفسي لدى الأمهات اللواتى لديهن طفل معاق يرتبط بمزيج من التعب والخجل، والشعور بالذنب، ولوم النفس والاستياء، والشكاوى الجسدية والاكتئاب، وسلوكيات الانسحاب الاجتماعى والنزعات الزوجية، وإساءة معاملة الأطفال والغضب والإحباط والأمراض بسبب التضحية وتلبية الاحتياجات والرغبات الشخصية من أجل أطفالهن (Lenhard, & Henn,et al., 2005; Kuhn & Carter,) (2006;Mohammad, S Nazzal& Disabil Rehabil, 2018).

كما يرى (Patricia & Jamie, 2007) أن الاحتراق النفسى يحدث عندما يبدأ الأفراد ذوى الالتزامات المرتفعة بفقدان المتعة والدافعية متمثلة فى الإنهماك الجسدى والعاطفى والنفسى وهذا غالباً ما يحدث تحت الظروف التالية: يكون الفرد تحت ضغط عالى ومركز لفترات طويلة- يجد الفرد أنه من المستحيل الهروب من المسئوليات والالتزامات المفروضة عليه- يشعر بأنه مضطر لخدمة الآخرين نتيجة لما تفرضه عليه المواقف الظروف التى يتعرض لها .

ويشير "ماسلاش" (Meshach, C. et al 2009)، إلى أن الاحتراق النفسى هو "مجموعة من الأعراض تتمثل فى حالات الأجهاد العصبى، واستنفاد الطاقة الانفعالية، والتجرد من النواحي الشخصية، والإحساس بعدم الرضا عن الإنجاز فى المجال المهنى والتى يمكن أن تحدث لدى الأفراد الذين يقومون تقضى طبيعتها تعاملهم مع الآخرين". وعرف كل من "مايتن ودورجى" (Mateen, F. & Doris, C., 2012)، الاحتراق النفسى بأنه حالة من الأستنزاف البدنى والعاطفى والعقلى الناجم عن الإنهماك طويل الأجل فى المواقف التى تتطلب العاطفة بشكل زائد.

كما عرف كل من "شنافليت وبونوتان" (Shana felt, T. & Boone, Tan, L., 2012) الاحتراق النفسى بأنه عملية تدريجية تحدث للفرد رداً على فترات طويلة من الضغط النفسى والإجهاد البدنى والعقلي والعاطفى والأنعزال عن الاعمل والعلاقات الأخرى، ومن أهم عواقب هذه العملية الأرتباك، والشعور بالاستنزاف سواء فى العمل أو المدرسة أو المنزل.

وأشار إلى الاحتراق النفسى بوصف الإرهاق أى أنه حالة تتميز بمشاعر الاحتراق النفسى العاطفى وخيبة الأمل والانسحاب، والضغط المتلاحقة لفترات طويلة والتى تجعل تتطلب جهداً عاطفياً مما تجعل الفرد متشككاً فى قيمة وجدوى ما يقوم به ويفقد

معها معنى الحياة (Okwaraj,F.&Aguwa,2014:239; Ahola,et al,2012:17)
(Dall, Ora, et al,2020:55)

وأكد "أحمد إسماعيل" (٢٠١٧) أن الاحتراق النفسي هو حالة من الإرهاق البدني والانفعالي لا يستطيع الفرد التكيف معه لأسباب شخصية ومهنية واجتماعية واقتصادية، يترتب عليها تبدل المشاعر ونقص في الإنجاز.

وعرفته "فاطمة النوايسه" (٢٠١٨) الاحتراق النفسي بأنه هو حالة من التراجع في الإنجاز وجمود المشاعر وعزوف عن أداء العمل، والشعور بالإجهاد الانفعالي، وما يتوافق مع ذلك من أعراض جسدية تجعل الفرد غير قادر على التكيف مع أى صعوبات نفسية سواء تعلقت بالعمل أو غير ذلك والذي تجلعه يردد عبارات سلبية عن عمله وحياته المهنية.

أبعاد الاحتراق النفسي:-

اتفقت العديد من الدراسات على تقسيم أبعاد الاحتراق النفسي كالتالى:

١- الاجهاد الانفعالي: وهو شعور بالفرد بالتعب، العجز، القلق، العصبية، انخفاض الروح المعنوية ونقص الأهتمام بالموضوع الذى يقوم به أو يقدمه إلى الآخرين، وذلك نتيجة للضغوط الزائدة عن طاقة الفرد، وينتج هذا الشعور عن استنزاف الطاقة الانفعالية للفرد مصحوباً بالتنشيت وانخفاض الشعور بالكفاءة والدافع للقيام بأى أعمال يكلف بها. ٢- تبدل المشاعر: ويقصد به تعامل الفرد مع المواقف المختلفة بسلبية وسخرية، فيتحول إلى كتلة من المشاعر السلبية ويرفض التعامل مع الآخرين، ويتميز بالقسوة وتبدل المشاعر كمحاولة منه لخفض الشعور بالتبدل العاطفى ولا يكون هذا الشعور نحو الاخرين فقط بل تجاه الأسرة وبيئة العمل. ٣- نقص المشاعر: ويقصد بها قيام الفرد بممارسة مهامه بطريقة سلبية مع نقص الشعور بالقدرة على الأنجاز، والشعور بعدم الكفاءة والاحتياج للمساعدة من الآخرين، وعم

القدرة على مواجهة المشكلات (Tares et al., 1999: Schaufeli, & Peters ,)
(2000; Schulte, et al.,2000; Ruben, et al, 2020).

أسباب الاحتراق النفسي:

يتفق بعض الباحثون مثل " ماسلاش ولايتر وسكوفيلي " (Maslach, C.,
Schaufeli, W. (B., & Leiter, M. P.,2001 على أن الاحتراق النفسي يحدث
عندما تتعارض اعتقادات الفرد وقيمه الشخصية مع المهام التي يفترض أن يقوم بها،
وأن أهم المسببات التي تدفع إلى الاحتراق النفسي تتمثل في الرغبة إلى الكمال في أى
عمل يوديه، وسعى الفرد لبلوغ أهداف مستحيلة التحقق أو عدم توافر الوقت اللازم أو
الإمكانات المناسبة لتحقيقها. ويرى بعض الباحثين رأى آخر في أسباب الاحتراق
النفسي والتي قد ترجع إلى عوامل ترتبط بشخصية الفرد مثل: مفهوم الذات، مركز
التحكم الخرجي، نمط الشخصية "أ" النزعة إلى الكمال (Ahola,et al.,2012:17).

أعراض الاحتراق النفسي:

أشار "وسكوبف" (Weiskopf, P.E.) إلى أعراض الاحتراق النفسي والتي تتمثل
في:- أعراض عضوية وهي تظهر لدى المحترق نفسياً على شكل (صداع في الرأس-
الشعور بالتعب لأقل جهد يقوم به، العنف والوهن والخمول وغيرها من الأعراض
الجسدية)، أعراض سلوكية وتلاحظ من خلال التوجه للعزلة الاجتماعية في بعض
الاحيان، زيادة أوقات النوم، والتصرف بجزر شديد مع الآخرين، وأعراض انفعالية
وتشمل (الأحباط والقلق غير الطبيعي، والتوتر)، ويمكن تجنب هذه الأعراض من
خلال تحديد الأهداف والمسئوليات وتجنب الأنعزال، ومحاولة البقاء بعقلية متيقظة في
الأسباب المهمة لمنع الاحتراق النفسي (زينى الحراقى، ٢٠٠٩: ٩٢؛ فتحية مزيانى،

(٢٠١١)

الفرق بين الاحتراق النفسي والضغط النفسية:

أشار "ماسلاش ولايتر" (Maslach & Leiter, 2005:6) أنه من الضروري التمييز بين الاحتراق النفسي والضغط النفسية التي تواجه الأفراد يوميا وكثرة تعرضه للمواقف الضاغطة والمهددة فيقدم الجسد الاستجابة الفسيولوجية لها والتي تصبح مؤذية مع الأيام، فاذا شعرنا أننا لا نستطيع أن نغطي المتطلبات التي تستدعيها المثيرات الضاغطة من حولنا، فنحن في حالة الضغط السلبية وفي حالة من عدم السيطرة على المواقف المهددة، مما يعرقل الأداء ويسبب الاحتراق النفسي. وبذلك يعتبر الاحتراق النفسي مرحلة أعلى من يصل إليها الفرد عند عدم قدرته على تحقيق أهدافه، ويتميز بمشاعر سلبية عميقة ناتجة عن الشعور بالعجز وفقدان الأمل (Densten, L., 2001: 835) وهو ما أكدته "جاتسجوردن" (Gates Gordon, S., 2007:140) أن الضغط النفسية ترفع الإنتاجية إلى نقطة محددة تبدأ بعدها الإنتاجية بالتناقص حيث يصل الفرد إلى مرحلة الاحتراق النفسي التي ينخفض خلالها الإنتاج ويُسود الشعور بالإجهاد وضعف الدافعية. فالفرق يتحدد بين المفهومين في مدة التعرض، إذ تكون في حالة الضغط النفسية قصيرة وعابرة، أو وجهاً إيجابياً والآخر سلبياً، كما تحدث نتيجة حاجة الجسم لحماية نفسه من فقدان طاقته، في حين حالة الاحتراق النفسي تكون الضغط النفسية طويلة ومزمنة ولها وجه سلبي فقط ويعنى ذلك أن الاحتراق النفسي يمثل الدرجة القصوى من التعرض للضغط المزمنة والمتراكمة، وتولد المشاعر السلبية بسبب فقدان المثالية وعدم القدرة على تحقيق الآمال والأهداف (محمد ربيع، ٢٠١٣: ١٥). وتضيف الباحثة أن الاحتراق النفسي للآمهات الأطفال المعاقين عقليا قد يحدث نتيجة شعور بالضعف والعجز عن تلبية احتياجات طفلها المعاق وعدم قدرتها على تحقيق آمالها في طفلها بالإضافة للخوف على طفلها من المستقبل، ولا يجب أغفال

الضغوط والاحباطات التى تواجهها الأم يوميا فى الحياة مما قد تؤثر على جودة حياتها بصفة عامة وحياتها الأسرية بصفة خاصة .

نماذج الاحتراق النفسى:

- نموذج " شوفولى وبيترز " (Schaufeli, & Peters , 2000) :-

قسم الاحتراق النفسى إلى مراحل وميز بين كل مرحلة والأخرى: ففي البداية الشعور بالضغط وهو اختلال التوازن بين موارد الفرد والمتطلبات، وبعدها طور إلى مجموعة من الاستجابات والسلوكيات السلبية، كالميل إلى معاملة متلقى الخدمة بطريقة ميكانيكية، وبأهتمام إستهكامى فى أراض حاجة الآخرين، وتعتبر هذه السلوكيات والاتجاهات كميكانيزمات مقاومة دفاعية تعمل على تقليص الإنهاك الانفعالى، ففي هذه المرحلة يضع الفرد مسافة بينه وبين الآخرين من أجل حماية نفسه ضد المحيط الاجتماعى الضاغط، وهى إستراتيجية مقاومة غير فعالة، إذ أنها تزيد من الضغط بدلا من تخفيفه، وتزيد من خطورة المشاكل البينشخصية وكنتيجة لذلك تقل فعالية الفرد فى تحقيق أهدافه وبالتالي ينقص إنجازة الشخصى .

- نموذج "ماسلاش ولايتر" (Maslach, & Leiter,2005) فى خفض الاحتراق النفسى:

يوضح هذا النموذج مدى توافق أو عدم توافق الفرد ببيئة العمل والتى أثبت فيها أن كثرة التعرض للضغوط والارهاق والسيطرة من الآخرين وعدم قدرة الفرد على إنجاز الأعمال المكلف بها، يعرض الفرد للشعور بالاحتراق النفسى، وأكد ماسلاش (44: Maslach,2011) أنه بعد مضى فترة طويلة من دراسة الاحتراق النفسى يمكن الخروج بمبادئ محددة تتمثل فى:

- منع حدوث الاحتراق النفسى أفضل من معالجته بعد حدوثه، وهذا لايعنى استبعاد الأفراد الذين يعانون الاحتراق النفسى، وإنما منع حدوث الاحتراق النفسى هو خطوة

تسير جنباً إلى جنب مع مساعدتهم على التخفيف من حدته- إعادة اندماج الأفراد مع أعمالهم وهي خطوة رئيسية في خفض الاحتراق النفسي فالأفراد المندمجين والمتصلين مع الآخرين بشكل إيجابي هم الأقدر على تغطية متطلبات العمل المطلوب منهم، ومواجهة الصعوبات والضغوط التي يتعرضون لها.

-إدراك الأفراد لبيئة العمل، والتركيز على الطرق التي تجعلهم يشعرون بالأمان والدعم.

أما نموذج "تشيرنس" (Cherniss) يعتمد هذا النموذج على الاحتراق النفسي الشامل لخصائص محيط العمل، والمتغيرات الشخصية، ومصادر الضغط، ومتغيرات الاتجاهات السلبية (نوال الزهراني، ٢٠٠٨: ٤١) .

- نموذج "بوتر":

أقترح "بوتر وآخرون" (Potter, P., et al) ثمانية طرق لتحسين الفرد ضد الاحتراق النفسي:

- * إدارة المهارات الذاتية بالاعتماد على القدرات الشخصية ورفع الدافعية الذاتية للفرد.
- * إدارة الضغوط وتوضيح أسباب الاحتراق ووضع خطة علاج، ومواجهة المشكلات بدلاً من تجنبها.
- * بناء نظام اجتماعي داعم من الأصدقاء والزملاء والعائلة.
- * تطوير المهارات اللازمة : وهي تفرض على الفرد تعلم مهارات معينة تتناسب مع أسلوبه وإمكانياته .
- * تعديل النظرة إلى العمل : من خلال البحث على الجوانب الإيجابية ومعالجة الجوانب السلبية.
- * تغيير مهام العمل : من خلال إعادة وتوزيع المهام وإشراك الآخرين فيها .

* التدريب على عزل القلق: غالباً ما تسيطر على الفرد أفكار سلبية ومخاوف محبطة، ومن الضروري ان يتعلم الفرد كيف يعزل الأفكار التى تكبله وتجعله عاجزاً عنلى أداء عمله .

* وضع خطة إستراتيجية تدريبية تعتمد على عدة أهداف وهى: التعاقد السلوكى ويعنى وضع خطة للمهام التى يجب القيام بها والتى يجب تجنبها، الوعى وزيادة الاهتمام بملاحظة الأمور التى تسبب الشدة النفسية، استخدام العمل كمدعم للعمل نفسه وذلك بأختيار الأعمال المحببة وجعلها معززات إيجابية بعد القيام بعمل غير محبب، تحديد الهدف السلوكية بحيث تكون موضوعية ومختصرة وإيجابية وواضحة ولها موعد للإنجاز، التعزيز من أهمية الأهداف وذلك من خلال تذكر النتائج الإيجابية التى تأتى جراء تحقيق الهدف، البدء بنشاطات قصيرة وسهلة تتناسب مع القدرة الذاتية ثم الأخذ بالتوسع، وضع مخطط شخصى لمراحل تحقيق الأهداف، إقامة علاقات بناءة مع الأفراد الذين يحققون دعماً اجتماعياً للفرد (الأصدقاء- الزملاء -العائلة)، تحديد المواقف الضاغطة، التدريب على تخفيف الشعور بالإجهاد والأسترخاء العضلى وتنظيم التنفس، التدريب على الملاحظة الذاتية من خلال ملاحظة السلوك والبيئة المحيطة به، والتدريب على التفكير الفعال من خلال تعديل الأفكار السلبية والتعليمات الذاتية السلبية لأفكار أخرى إيجابية (Potter, P., et al., 2010: 52-62).

- ويستند النموذج الوجدانى إلى أفكار "فرنكل" (Frankal) حيث حول بحث الإنسان عن المعنى فعرف الإرهاق كأعراض للإرهاق الجسدى، والعاطفى والعقلى مما يؤدى إلى الشعور المستمر بالضغط والياس وفقدان الحماس والطاقة والمثالية (Burhan, Z., et al., 2013:1409).

- لخص نموذج "هانز سيلبي" (Hans Selye) "متلازمة التكيف العام" لمحاولة تفسير الأعراض ذات الصلة بالضغط، حيث وضع فى نموذجه ثلاث مراحل يمر بها لفرد

حين يتعرض للضغوط وهي: مرحلة الأنداز Alarm Stage، ومرحلة المقاومة Resistance Stage، ومرحلة الاستنزاف Exhaustion Stage (إبراهيم القريوتي وسعيد الظفري، ٢٠١٠: ١٠٧).

- وقدم نموذج التقييم المعرفي (Garcia, P., et al., 2015) نظرية التقييم المعرفي ويطلق عليها "التقييم الابتدائي" وتشير إلى تقدير العمليات المعرفية لمواجهة متطلبات نمو الفرد، تقييم التهديد الذي يتعرض له الفرد يكون مرتبط بالبيئة المحيطة به والخبرات الشخصية والضغوط التي يتعرض لها.

ثانياً: جودة الحياة الأسرية (Family quality of life (FQOL)

يرى عدد من الباحثين أن العلاقة الجيدة بين الوالدين والطفل وكذلك التفاعلات الأسرية الجيدة يعد مؤشراً هاماً لصحة الطفل والمراهق وتقادى السلوكيات غير الصحية التي يمكن أن تخفض من التأثيرات الضارة الضاغطة على الأطفال، كما أن العلاقات الضعيفة تعتبر مؤشراً لوجود مستويات مرتفعة من الاضطرابات النفسية والسلوكية لدى الطفل والمراهق، ويعد الأداء الجيد للوالدين في الأسرة وفرص الأشتراك في أنشطة وقت الفراغ والشعور بالرضا والفرص المتاحة لزيادة دخل الأسرة من أهم مؤشرات جودة الحياة الأسرية (Jiyeon, 2001; James, 2002; Isaacs, et al., 2007) كما عرف عدد من الباحثين جودة الحياة الأسرية بأنها قدرة الأسرة على تحسين العلاقات بين أفراد الأسرة لتحقيق الصحة الأسرية والشعور بالسعادة (Smith, et al., 2005; Summers, T., et al., 2005).

وبذلك تعتبر الأسرة هي الخلية الأولى ووحدة بناء المجتمع، مما يجعل لها دوراً هاماً وقوى في بناء شخصية الأطفال، ومن خلال الدعم النفسي والاجتماعي الذي تقدمه الأسرة للطفل يمكن أن يساعد في رفع مستوى الفاعلية الذاتية مما يسهم بدوره في تعديل سلوكه وحسن اختياره للطرق التي يعبر بها عن أهدافه ويرقى بنفسه فيصبح فرداً

راشداً واعداداً فى المجتمع (Turnbull, A., et al., 2004). ويعرف "سميث" (Smith,) (2005). جودة الحياة الأسرية بأنها: الحاجة إلى الترابط القوى لأفراد الأسرة. وتعتبر جودة الحياة الأسرية ظاهرة تنمو وتتسع فى مجال بحوث الأسرة، وقد اهتمت البحوث فى جودة الحياة الأسرية على أساس معرفة مدى جودة حياة الفرد والممارسات الأسرية الخاصة به، وهى تركيب اجتماعى متعدد الأبعاد يتضمن أبعاد ومؤشرات (Samuel, et al., 2013) كما أنها تركيب معقد أو مركب (Denise, et al., 2003). ويرى "جايون بارك" (Jiyeon, Park, 2001)، كما أن تعريف الأسرة فى المجتمع المعاصر تعريف معقد فإن جودة الحياة الأسرية يعتبر معقد، ويواجه تحديات كبيرة (Turnbull, et al., 2000)، وبذلك تعتبر جودة الحياة من الموضوعات الهامة نظراً لأهميتها فى توافق الأبناء على المستوى الاجتماعى، الانفعالى والنفسى، ومن ثم رفع مستوى الصحة النفسية لدى الأبناء (Aznar & Casta, N., 2005; Turnbull,) (2006). كما أن الجو الأسرى السلبى وما تحتويه من خلافات والديه وصراعات ومشاجرات، وعدم استقرار اجتماعى ونفسى، وضعف الروابط الأسرية وما تتضمنه من تفاعلات سلبية مستمرة، سيودى بالتالى إلى تأثيرات سلبية على الأبناء، وما يشعرون به من توتر وضعف فى القدرة على التعامل مع الآخرين، ويكونون أقل ممارسة للضبط الذاتى فى استجاباتهم وسلوكياتهم (محمدي فوزية وأمال بوعيشة، ٢٠١٣، أمينة حرطانى، ٢٠١٤؛ Powell, D.R.؛ Smith, B., et al., 2005; Summers, et al., 2005).

وتزداد معاناة الأسرة ويقل إستمتاعها للحياة وينخفض مستوى جودة الحياة لديها عندما يكون لديها طفل معاق، حيث تواجه أسر الأطفال المعاقين تحديات أكثر بكثير من أسر الأطفال العاديين، كما أن وجود طفل معاق يزيد من درجة التوتر وصعوبة مواجهة العديد من الأزمات الأسرية، بالإضافة إلى أجهاد الوالدين وخصوصاً الأم،

فيزيد لديها الشعور بالقلق والتوترو الضيق، كما يزيد شعور الوالدين بالضيق فى الأوساط الاجتماعية المختلفة والمناسبات الاجتماعية، مما يؤثر على جودة الحياة لديهم (Abdul hade & Radi,2012). كما أن الإعاقه العقلية تؤثر بشكل واضح على الحياة الأسرية كأحد أبعاد جودة الحياة (تامر شرباصى، ٢٠١٣: ٣٥٠٠)، ولذلك فإن أنظمة الدعم للأسرة وجودة العلاقات تلعب دوراً كبيراً فى جودة الحياة لكل من الأطفال والمراهقين من ذوى الإعاقه (Davis, et al.,2009: 196).

ويرى عدد من الباحثين أنه يجب تحسين التفاعل بين الأسرة والأصدقاء، وإشراك الأسرة فى التخطيط والرعاية وتشجيع التنشئة الاجتماعية الذى من شأنه تحسين السعادة الاجتماعية والعاطفية الشاملة لهؤلاء الأطفال المعاقين (Davis, et al.,2009; Shelly, et al.,2008; Samuel,2013).

وأوضحت بعض الدراسات أنه يمكن تحسين نوعية حياة أمهات الأطفال ذوى الإعاقه وزيادة توافقه النفسى من خلال الفهم الصحيح لطبيعة إعاقه أطفالهم والدعم الاجتماعى القوى لهم ولأطفالهم المعاقين، والمساعدة فى تحسين العلاقات بين الأطفال المعاقين وأسرهم وتقبلهم أسرهم لإعاقه أطفالهم (White, et al.,2004; Bjornson, et al.,2008). ويرى كل من "بانوس وجوديث" (Panos & Judith,2013) وجود علاقة بين الاتجاهات الوالدية الإيجابية المتمثلة فى التماسك الأسرى والدفء العاطفى وشعور الأم بنوعية الحياة الأسرية وبين النمو النفسى للطفل المعاق. ومن هنا ترى الباحثة أن شعور الوالدين وخصوصاً الأم بجودة الحياة الأسرية مع تخفيف الضغوط والاحباطات النفسية من شأنه أن يجعل طفلها المعاق عقلياً القابل للتعلم أن يشعر بجودة الحياة، فالأسرة المتماسكة والمتوصلة مع أطفالها تحقق بالضرورة لأطفالها الحياة النفسية السليمة لما تربطهم من علاقات اجتماعية ونفسية تشعرهم بالأمان والتوافق النفسى وبالتالي يسودها الشعور بالصحة

أبعاد جودة الحياة الأسرية:

يمكن تحديد مفهوم جودة الحياة الأسرية فى مجال الإعاقة من خلال تسعة أبعاد لجودة الحياة الأسرية هى: الصحة، السعادة المادية، العلاقات الأسرية، الدعم من أشخاص آخرين، الدعم من مراكز الخدمات المتصلة بالإعاقة، المعتقدات الدينية والثقافية والمهنية، والإعداد للمهنة، والترفيه والتمتع بالحياة، والمشاركة الاجتماعية والمدنية (Brown, et al., 2003; Denise ,et al.,2003; Mian Wang,2004).

ويرى "جايون بارك" (Jiyeon, Park.,2001) أن أبعاد جودة الحياة الأسرية هى: التفاعل الأسرى، الحياة اليومية، الوالدية، والسعادة المادية، ويعرف بعض الباحثين جودة الحياة الأسرية من خلال ثلاثة أبعاد رئيسية هى: حاجة أفراد الأسرة إلى الالتقاء والتجمع، واستمتاع أفراد الأسرة بحياتهم (Park et al.,2002; Brown &Brown.,2006) على أنجاره معاً، مع توفر الفرص لتحقيق وترى أمانى عبد المقصود وآخرون (٢٠١٧) أنه قد يخلط البعض بين جودة الحياة الأسرية وأساليب المعاملة الوالدية التى قد تقتصر على أساليب التعامل التى يمارسها الوالدين أو أحدهما دون الآخر مع الابن، فى حين أن جودة الحياة الأسرية مفهوم شامل يتضمن جميع مظاهر الحياة الأسرية بما تتضمنه من أبعاد(الوالدية، التفاعل الأسرى،السعادة الانفعالية، السعادة المادية، توفير الفرص لتحقيق الأهداف)، ومن ثم يمكن اعتبار أساليب المعاملة الوالدية جزء من الحياة الأسرية وأن الحياة الأسرية مفهوم أكثر شمولية من أساليب المعاملة الوالدية .

الشعور بالاحتراق النفسي وعلاقته بجودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقلياً:

أن وجود طفل معاق لدى الأسرة يتطلب من الوالدين عموماً والأم خصوصاً الأهتمام بتلبية احتياجات طفلها، والقلق على مستقبله، والذي يزيد من حدة تلك الضغوطات اعتماد الطفل بشكل مطلق عليها، وزيادة في الأعباء المفروضة والتي التي تتحملها سواء داخل المنزل أو خارجه، وما تبذله من جهود كبيرة ليكون طفلها بصورة مقبولة أمام الآخرين، ونتيجة لهذه الضغوط تتعرض الأم إلى مشكلات نفسية كالشعور بالقلق والتوتر الذي تعانيه أثناء اليوم بسبب ما يحدث حولها من مشاهد كثيرة، وتغيرات اجتماعية وازدياد تعقيد أسلوب الحياة لها ولأسرتها مما يجعلها تفقد الشعور بجودة الحياة الأسرية ويزيد لديها الشعور بالاحتراق النفسي، وأكد "أشرف أغبارية" (٢٠١٧) على أن زيادة أعباء الأم التي لديها طفل معاق تؤثر بالسلب على حياتها الأسرية بالإضافة إلى المشاعر السلبية كالأجهاد النفسى والبدنى أو الغضب أو الخوف أو الياس، مما ينعكس سلبي على إحساسهم بعدم القدرة على الأنجاز ويؤثر على مستوى كفاءتهم الذاتية، وبالتالي يسبب لها حالة من عدم الاستقرار والتوازن النفسى وتدنى الشعور بالإنجاز، وتبدل المشاعر تجاه الآخرين والإحساس بعدم الرضا عن النفس وعن حياتها وعن ما تقدمه لطفلها والتي تعد جميعها من أهم مظاهر الأحتراق النفسى. كما أكد كل من إيزاك "كاندل وجواف ميريك" (Isack Kandel & Joav Merrick,2003) على أن ولادة طفل جديد يغير حياة الأسرة بشكل كبير ويجب على كل فرد من أفرادها التكيف مع الوضع الجديد، وعند ولادة طفل معاق تصاب الأسرة بالحزن والتوتر وخيبات الأمل والتحديات التي قد تؤدي إلى أزمة خطيرة واضطرابات نفسية تسبب اضطراب الحياة الأسرية، مما يتطلب من الأسرة سرعة طلب الدعم والتدخل المبكر لكي يساعد الأسرة على التكيف والمشاركة بشكل إيجابى فى رعاية الطفل المعاق

وتتميته، حتى لو كان هذا الطفل معاق ويحتاج إلى رعاية خاصة . وهذا ما أكدته دراسة " محمد نزال وديسبل رحابيل " (Mohammad, S.Nazzal & Disabil Rehabil, 2018) على ضرورة التركيز من قبل المتخصصين فى الرعاية الصحية على كيفية التعامل مع الطفل المعاق من منظور ثقافى يركز على الأسرة، والآثار المترتبة على إعادة التأهيل عندما يلبي المعالجون احتياجات الأسرة بأكملها، من خلال نهج يركز على الأسرة، ويكون الطفل ذو الإعاقة أقل عرضة للتجاهل أو سوء المعاملة أو الإساءة، ومراجعة السياق الذى يعيش فيه الطفل ومعالجة الاحتياجات المحدودة للوالدين وخصوصاً الأم، والأشقاء وأفراد الأسرة الآخرين المعنيين، وأكدت الدراسة على دور الثقافة فى تشكيل منظور الأسرة حول الإعاقة وتأثيرها وانعكاسها على تقديم الخدمات وتطويرها، ونوعية الحياة والشعور بجودة الحياة الأسرية من خلال مشاركة الأطفال ذوى الإعاقة وأسرهم وتزويد أسرة الطفل المعاق بالاستشارات والتثقيف اللازم للتعامل مع الطفل المعاق والتغلب على الأعباء والضغوط النفسية التى يتعرضون لها . ومن خلال أطلاع الباحثة على الدراسات والبحوث السابقة ترى أن الأسرة وخصوصاً الأم فى احتياج دائم لبرامج إرشادية وتوعوية لكيفية التعامل مع الطفل المعاق بصفة عامة والمعاق عقلياً بصفة خاصة، للتغلب على الأحباط والإرهاق والضغوط النفسية التى تؤدى بهم للشعور بالاحتراق النفسى مما يفقدهم القدرة على الشعور بجودة الحياة الأسرية، ونوعية الحياة سواء فى نظرهم لطفلهم المعاق أو نظرهم للحياة كلها، ويتم ذلك من خلال وعى الأسرة وخصوصاً الأم، وبرامج الدعم الاجتماعى لتخفيف الشعور بالاحتراق النفسى وتحسين مستوى الشعور بجودة الحياة الأسرية من خلال البرنامج المقترح فى البحث .

- أمهات الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم:

تنطوى رعاية الطفل المعاق عقليا على تحديات وصعوبات لأسرته لأنها تواجه مشكلات وتتصدى لتحديات خاصة، فوجود طفل معاق عقليا غالبا ما ينطوى على صعوبات نفسية ومادية وطبية واجتماعية وتربوية لأسر الأطفال المعاقين عقليا سواء على مستوى العلاقات الاجتماعية الداخلية (بين الأخوة والمعاق عقليا أو بين الزوجين)، أو على صعيد العلاقات الاجتماعية الخارجية (العلاقة مع الجيران أو الأصدقاء أو الأقارب) مما يؤدي إلى تعرض الأسرة إلى عديد من المشكلات النفسية كالقلق والخوف ولوم الذات (Turnbull&Turbull,2005; جمال الخطيب، ٢٠٠٩؛ عمر فواز، ٢٠١٢: ٨١٥). وتحتاج أسر الأطفال المعاقين وخصوصاً الأم إلى نظام الدعم النفسي والاجتماعى الذى يساعدها على اكتساب المعرفة والمهارات اللازمة لتربية وتعليم أطفالهم المعاقين بفاعلية. ويتمثل الدعم المقدم للأسرة وخصوصا الأم فى توفير المعلومات عن إعاقة طفلهم وتقديم المساندة النفسية والاجتماعية، والتي تجعلهم يشعرون بأنهم يحظون بعناية وتقدير الآخرين (Turnbull& Turnbull,2005)، ويلخص "سليجمان ودارلنج" (Shiljman&Darling,2007) أن أهم حاجات الوالدين وخصوصاً أمهات الأطفال المعاقين عقليا، الحاجة إلى الخدمات التربوية للطفل المعاق عقليا، الحاجة إلى المعلومات لمواجهة المشكلات السلوكية، الحاجة إلى الدعم المادى، والحاجة إلى الدعم الاجتماعى. باعتبارها المعزز فى تقديم الدعم للأبناء المعاقين والمساعدة فى اتخاذ قرارات حاسمة حول حياتهم، ونتيجة لذلك فالاعتماد الاساسى على الأسر وخصوصاً الأم فهى بمثابة مقدمى الرعاية الرئيسى نحو طفلها المعاق عقليا (Brown, et al., 2006). كما أوضحت نتائج العديد من الدراسات أهمية المساندة والدعم الاجتماعى للأباء والأمهات، وخدمات الرعاية من قبل المحطين بالأسرة والأقارب فى التخفيف من حدة الإحساس بالضغط، والعمل على مواجهتها بفاعلية،

كما الأحداث الأسرية الضاغطة، كما يساعد على تحقيق الراحة النفسية للأمهات، وزيادة قدرتها على مواجهة عبء رعاية طفلها المعاق (Lev, Elise et al., 2006; Morrissey, 2005).

دراسات سابقة:

- قام " ويس " (Weiss, 2002)، بدراسة هدفت إلى تقييم آثار الدعم الاجتماعى والصلابة النفسية ومقارنة بين أمهات الأطفال العاديين، وأمهات الأطفال ذوى الإعاقات النمائية، وأمهات الأطفال المعاقين عقليا، وأمهات الأطفال المصابين بالتوحد، واستخدام أدوات منها: مقياس الدعم الاجتماعى، ومقياس الصلابة، ومقياس الضبط النفسى، ومقياس الاحتراق النفسى، على عينة قوامها (١٦٠) أم، (٤٠) أم من أمهات الأطفال ذوى الصعوبات النمائية، و (٤٠) أم من أمهات الأطفال المعاقين عقليا و(٤٠) أم من أمهات الأطفال المصابين بالتوحد، (٤٠) أم من أمهات الأطفال العاديين، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق بين المجموعات فى درجات الاكتئاب والقلق والشكاوى الجسدية وزيادة الضغوط النفسية وأرتفاع الدرجات على مقياس الضغوط النفسية ومقياس الاحتراق النفسى لصالح أمهات الأطفال المعاقين عقليا وأمهات الأطفال ذوى الإعاقات النمائية، وأمهات الأطفال المصابين بالتوحد، كما أظهرت النتائج أن الصلابة والدعم الاجتماعى كانا مهمين للتكيف الناجح، كما ساهم فى خفض مستوى الضغط النفسى لدى أمهات الأطفال ذوى الإعاقات النمائية والإعاقة العقلية عن أمهات الأطفال العاديين التى أظهرت مستوى منخفض على مقياس الضغوط النفسية ومقياس الاحتراق النفسى .

- وقام كل من "كيوهن وكارتر" (Kuhn & Carter, 2006)، بدراسة هدفت إلى التعرف على مستوى الضغوط النفسية ودرجة الاحتراق النفسى الذى تتعرض لها أمهات الأطفال المعاقين عقليا، واستخدم أدوات منها أستمارة تحمل الضغوط، وأستمارة بيانات

أولية ومقياس الاحتراق النفسي، وطبقت على عدد من الأمهات، وتوصلت نتائج الدراسة، إلى أن الأمهات محاصرات لديهم شعور بتدنى الذات، وغير قادرات على التعامل مع مواقف الحياة، وغير أنهم ليس لديهم القدرة على العطاء للأستفاد كل الطاقة التي لديهم، وخصوصاً عندما لا يتوفر لديهم الدعم والتفهم من قبل المجتمع، مما يزيد من شعورهم بالألم والإحباط والقلق على مستقبل ابنائهن، وأكدت الدراسة على أن الدعم العائلي ووجود الزوج إلى جانبها ليعينها على تحمل المسؤولية ومشقات رعاية الطفل المعاق عقليا يقلل من مستوى الضغوط والاحتراق النفسي للأمهات، فغياب الدعم العائلي والاجتماعي يفاقم من الصعوبات ويزيد من الاحتراق النفسي الذي تعاني منه أمهات الأطفال المعاقين عقليا .

- وقدم "كلين نورس وشو مي تساي" (Clin Nurs & Shu-Mei Tsai, 2009) دراسة هدفت إلى التعرف على العلاقة بين الدعم الاجتماعي وإجهاد مقدمي الرعاية من الأمهات اللاتي لديهن أطفال معاقين عقليا في سن المدرسة بتايوان، وطبقت على عينة قوامها (١٢٧) أم من أمهات الأطفال المعاقين عقليا، واستخدم أستبيان لجمع المعلومات والمقابلات الشخصية، ومقياس الدعم الاجتماعي، وثلاثة أسئلة مفتوحة، وأظهرت النتائج أن الأمهات الآتى لديهن أطفال معاقين عقليا يعانون من إجهاد مرتفع نوعا ما ويتلقون دعم اجتماعي غير كاف، وأظهر تحليل الانحدار التدريجي أن الحالة الصحية للأم، والدعم الاجتماعي ومقدار الوقت الذي تقضيه الأم كمقدم للرعاية، وكذلك اعتماد الطفل المعاق عقليا على الأم في أنشطة الحياة اليومية كان من العوامل الرئيسية للتنبؤ بالإجهاد وأكدت الدراسة على ضرورة توفير الرعاية الصحية والنفسية وتصميم برامج تتضمن الرعاية الوقائية والتدخلات الفعالة لتقليل مستوى الاجهاد النفسي والعاطفي لدى أمهات الأطفال المعاقين عقليا والذي بدوره يحسن نوعية الحياة الأسرية سواء للأم أو للأسرة ككل.

- كما قام "أدف نورس وسونى بلجين" (Adv Nurs& Sonay Bilgin,2009) أجريت الدراسة بهدف فحص تأثير المشاركة فى برنامج تعليمى على الإرهاق والضغط النفسى لأمهات الأطفال المعاقين عقليا، وعلى عينة قوامها (١٨٠) أم من أمهات الأطفال المعاقين عقليا وتم اختيارهم بطريقة عشوائية ، وقسمت إلى مجموعتين (مجموعة تجريبية- مجموعة ضابطة)، واستخدم أدوات منها كتيب تعليمى (أعداد الباحثان) احتوى على معلومات عن خصائص الأطفال المعاقين عقليا، والرعاية الصحية الخاصة، والتعليم الذى يحتاجون إليه، والمنظمات والمؤسسات التى تقدم المساعدة، والطرق التى يمكن للأمهات التعامل من خلالها مع الشعور بالإجهاد والضغط النفسى، وتوصلت النتائج إلى أن المجموعة التى تعرضت للبرنامج أظهرت نوبات أقل من الأرهاق العاطفى، مقارنة بالمجموعة الضابطة، مما يشير إلى أن البرنامج أظهر فاعليته فى تقليل مستوى الإرهاق لدى أمهات الأطفال المعاقين عقليا، وأكدت الدراسة على ضرورة تدريب الأمهات على التقليل من درجة الإجهاد والإرهاق العاطفى من خلال توفير البرامج التعليمية.

- وقامت "سلوى جبر" (٢٠١٠)، بدراسة هدفت إلى التعرف على مستوى الاحتراق النفسى لدى أباء وأمهات الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة والفروق بين والدى الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة تبعا لمتغير الجنس، على عينة قوامها (٣٠٠) أب وأم بواقع (١٥٠) أب و (١٥٠) أم وقسمت عينة الأباء إلى (٧٥) أب، (٧٥) أم للأطفال ذوى الإعاقات السمعية (٧٥) أب، (٧٥) أم للأطفال ذوى الإعاقات الذهنية، واستخدمت مقياس الاحتراق النفسى للأباء والأمهات، وتوصلت النتائج إلى أن أباء وامهات الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة يعانون من الأحتراق النفسى، ولا توجد فروق بين الآباء والأمهات تبعا لمتغير جنس الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة (ذكور وإناث) فى زيادة درجة الشعور بالاحتراق النفسى لديهم .

- وقام كل من "فارجيس وفنكاسان" (Varghese, R. & Venkatesan, S.2013) بدراسة هدفت إلى مقارنة مستوى الاحتراق النفسي بين أمهات الأطفال ذوى طيف التوحد وفاقدى السمع، واستخدم مقياس الاحتراق النفسي، على عينة قوامها (٦٠) أم من أمهات الأطفال بالتساوى على مجموعتين من الأمهات، وتوصلت النتائج إلى أن الاحتراق النفسي هي ظاهرة شائعة بين مجموعتي الدراسة، إلا أن أمهات الأطفال ذوى الطيف التوحدي ظهر عليهم مستوى أعلى في الاحتراق الجسدى والنفسي عن أمهات الأطفال فاقدى السمع .

- كما قام "أشرف اغبارية" (٢٠١٧) بدراسة هدفت إلى التعرف على طبيعة العلاقة بين مستوى الاحتراق النفسي لدى أمهات الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد وعلاقته بالكفاءة الذاتية المدركة فى تشئة الأطفال الآخرين داخل الأسرة، واستخدم أدوات منها: مقياس الاحتراق النفسي، مقياس الكفاءة الذاتية، على عينة قوامها (١٧٣) من امهات الأطفال، وتوصلت النتائج إلى أن مستوى الاحتراق النفسي ومستوى الكفاءة الذاتية جاء بمستوى متوسط لدى الأمهات، وعدم وجود فروق بين مستوى الاحتراق النفسي ومستوى الكفاءة الذاتية تبعاً لمتغير العمر ومستوى التعليم بين الأمهات .

- وسعت دراسة "محمد نزال وديسبل رحابيل" (Mohammad, S.Nazzal & Disabil Rehabil, 2018) لمعرفة طبيعة التجارب المعيشية وطبيعة الحياة الأسرية وعلاقتها بالضغوط النفسية والإرهاق العاطفى لدى الأمهات الأردنيات التى يعشن مع طفل معاق، وتكشف هذه الدراسة النوعية وجهات نظر وتحديات وتكيفات أمهات الأطفال المعاقين، وتم استخدام التقليد النوعى الظاهرى، وتم اختيار (٧) أمهات أردنيات لديهن طفل معاق، واختيرت بطريقة قصدية، وأجريت المقابلات المتعمقة باستخدام دليل منظم ومسجل بالصوت وكتابة حرفياً، وتم استخدام تحليل الظواهر التفسيرى لاستخراج الموضوعات الرئيسية والمواضيع الفرعية، وأظهرت النتائج والتي توصلت إلى أربعة

محاوَر رئيسية: ١- زيادة وصمة العار، ٢- الخوف من المستقبل، ٣- زيادة عبء تقديم الرعاية، ٤- صعوبة التكيف مع إعاقة الطفل، وأكدت الدراسة على تسليط الضوء على توفير الخدمات التى تركز على الأسرة والقضايا الثقافية والاجتماعية المتعددة التى تؤثر على المشاركة وجودة الحياة الأسرية، ونوعية الحياة.

- وقام "ديسبل ريس وجوهن ويلي وآخرون (Disabil Res& John Wiley, and sons Ltd, et al.2021) بدراسة هدفت إلى التعرف على احتياجات الأمهات اللاتى يعتنين بطفل معاق عقليا أثناء جائحة كورونا وأثر الأغلاق على الحياة الأسرية والصحة النفسية للأم والضغط النفسية التى تتعرض لها الأم أثناء هذه الفترة فى هولندا، وعلى عينة قوامها خمس أمهات يعتنين بطفلهم المعاق عقليا، وتم إجراء المقابلات بأستخدام دليل مقابلة شبه منظم، واستمرت المقابلات ما بين (٢٦)-(٤٨) دقيقة، وتم نسخ تسجيلات المقابلة حرفيا وتم عمل تحليل المحاضر حسب موضوع الجلسة، وتوصلت النتائج إلى ثلاث محاور شاملة: ١- نحن بحاجة إلى البقاء فى صحة جيدة، والتى تركز فيها الأم على حماية طفلها، ٢- نجعلها تعمل، والتى توفر نظرة ثاقبة حول كيفية تعامل الأمهات مع التغيرات الجذرية داخل أسرهن، ٣- مكانة طفلى وعائلتى فى العالم، والتى تركز على موقع الأمهات المتمرس فى العالم من حولهن .

تعقيب:

-ندرة الدراسات التى تناولت تحسين جودة الحياة الأسرية من خلال برنامج يعتمد على تخفيف الشعور بالاحتراق النفسى لدى أمهات الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم.
- أمهات الأطفال المعاقين بصفة عامة والمعاقين عقليا بصفة خاصة يعانون من إنخفاض فى الشعور بجودة الحياة الأسرية مقارنة بأقرانهم من أمهات الأطفال العاديين.

-أمهات الأطفال المعاقين بصفة عامة وأمهات المعاقين عقليا القابلين للتعلم بصفة خاصة يعانون من ارتفاع مستوى الشعور بالاحترق النفسي مقارنة بأقرانهم من أمهات الأطفال العاديين.

- قلة الدراسات التي تناولت تحسين الشعور بجودة الحياة الأسرية لدى أمهات الأطفال العاديين بصفة عامة وأمهات الأطفال المعاقين عقليا بصفة خاصة .

-وجود ندرة فى الدراسات التى تناولت برامج لتخفيف الشعور بالاحترق النفسى للأمهات المعاقين بصفة عامة والمعاقين عقليا القابلين للتعلم بصفة خاصة .

فروض البحث :

فى ضوء نتائج البحوث والدراسات السابقة وأهداف البحث، تمت صياغة الفروض التالية:

١- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطى رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة من أمهات الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم فى القياس البعدى لمقياس الاحتراق النفسى للأمهات، وذلك فى اتجاه المجموعة التجريبية .

٢- توجد فروق دالة احصائياً بين متوسطى رتب درجات المجموعة التجريبية من أمهات الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم فى القياسين القبلى والبعدى لمقياس الاحتراق النفسى وذلك فى اتجاه القياس البعدى .

٣- توجد فروق دالة احصائياً بين متوسطات رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة من الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم فى القياس البعدى لمقياس جودة الحياة الأسرية، وذلك فى اتجاه المجموعة التجريبية.

٤- توجد فروق دالة احصائياً بين متوسطى رتب درجات المجموعة التجريبية من أمهات المعاقين عقليا القابلين للتعلم فى القياسين القبلى والبعدى لمقياس الشعور بجودة الحياة الأسرية وذلك فى اتجاه القياس البعدى.

الطريقة والإجراءات:

١- منهج البحث :

يعتمد البحث المنهج التجريبي ذو المجموعتين المتكافئتين التجريبية والضابطة (القياس القبلى والبعدى والتتبعى) .

٢- عينة البحث:

أ- العينة الأساسية:

تكونت عينة البحث من (٢٠) أم من أمهات الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم، مقسمين إلى مجموعتين متساويتين إحداها تجريبية(ن=١٠)، والأخرى ضابطة(ن=١٠)، وتراوح أعمارهم ما بين (٣٠-٤٠) عاماً، حيث كان متوسط أعمار المجموعة التجريبية (٣٣.٨٧٤)، وانحراف معيارى قدره (٣.٥٦٢)، وكان متوسط أعمار المجموعة الضابطة (٣٢.٩٩٨)، وانحراف معيارى قدره (٢.٩٩٨)، وتم اختيارهم بطريقة قصدية من مركز رعاية الطفولة لذوى الاحتياجات الخاصة بجامعة عين شمس، بمحافظة القاهرة .

وقد روعى فى اختيار تجانس المجموعتين فى العمر الزمنى والمستوى الاجتماعى والاقتصادى والثقافى، وأن تكون الأمهات ربات منزل ولا تعمل بأى وظيفة، وأن لا يكون الوالدين منفصلين، ويكون الأب على قيد الحياة- ألا يعانى أحد أفراد العينة من أى أمراض مزمنة، وفيما يلى جدول (١) يوضح ما تم التوصل إليه من نتائج فى هذا الصدد.

جدول (١)

نتائج اختبار مان وتني Mann-Whitney لدلالة الفروق بين رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في العمر الزمني، المستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي،

الاحتراق النفسي وجودة الحياة الأسرية

المتغيرات	التجريبية (ن=١٠)		الضابطة (ن=١٠)		Z	الدلالة
	متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب		
العمر بالشهور	٨,٩٩	٧١,٥٧	٨,٠٨	٦٤,٥٢	٠,٣٧ ٢	غير دال
المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي	٨,١٩	٦٥,٥٢	٨,٣٥	٧٠,٥٤	٠,٢٦ ٥	غير دال
الاحتراق النفسي	٨,٩٤	٧٠,٩٩	٨,٣٣	٧٠,٣٥	٠,٣٧ ٧	غير دال
جودة الحياة الأسرية	٨,٣١	٦٦,٤٨	٨,٦٩	٦٩,٥٢	٠,١٥ ٨	غير دال

يتضح من الجدول السابق (١) تكافؤ مجموعتي البحث من حيث العمر، المستوى الاجتماعي الاقتصادي والثقافي، مستوى الشعور بالاحتراق النفسي، وجودة الحياة الأسرية.

٣- أدوات البحث :

١- استمارة جمع بيانات أولية (إعداد الباحثة)

أعدتها الباحثة ملحق (١) بغرض جمع معلومات عن أمهات الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعليم واشتملت على (أسم الأم، السن، عدد الأولاد، المستوى التعليمي للأم والأب، المستوى

الاقتصادي للأسرة، الحالة الاجتماعية للأم، ترتيب الطفل المعاق عقليا بين الأخوة، وقد تم عرضها على (٧) من المحكمين حتى تكون في صورتها النهائية.

٢- مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي والثقافي:

إعداد: محمد ابراهيم سعيان ودعاء محمد حسن خطاب (٢٠١٦)

ملحق (٢) يتكون المقياس من ثلاثة مقاييس فرعية الاقتصادية والاجتماعي والثقافي، وكل مقياس فرعي له عدة عبارات وكل عبارة لها بدائل (استجابات) تمثل وجود الظاهرة بمقدار معين وتبدأ بوجودها كاملا وتنتهي بوجودها بدرجة ضعيفة أو عدم وجودها وهذا يتوقف بالطبع على طبيعة الظاهرة المقاسة، وقد تم حساب الصدق والثبات على عينة بلغ حجمها (٥٠) من الجنسين وحسب صدق الاتساق الداخلي للمستوى الاقتصادي (٠.٤١/٠.٦٣). والمستوى الاجتماعي (٠.٦٥/٠.٨٢). والمستوى الثقافي (٠.٢٣/٠.٦٠)، وكانت جميع القيم دالة عند مستوى (٠.٠١)، وقد تم حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية وكانت الدرجة الكلية (٠.٨٥) ومعامل ألفا وكانت الدرجة الكلية (٠.٨٦).

٣- مقياس الاحتراق النفسي للأمهات (إعداد الباحثة)

(أ): مبررات إعداد المقياس:

أعدته الباحثة ملحق (٣) بغرض توفير أداة سيكومترية لقياس درجة الشعور بالاحتراق النفسي لدى أمهات الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم الذين تراوحت أعمارهم ما بين (٣٠-٤٠) عامًا، نظرًا لعدم توافر مقياس يتناسب مع عينة الدراسة وخصائصها وكذلك المرحلة العمرية لها.

(ب): مراحل إعداد المقياس:

- قامت الباحثة بالاطلاع على الدراسات السابقة الخاصة بموضوع الاحتراق النفسي بصفة عامة، ولأمهات الأطفال المعاقين بصفة خاصة، وكذلك استقراء التراث

النفسي من كتب ورسائل ودوريات متخصصة في علم النفس تتضمن معلومات عن أبعاد الشعور بالاحترق النفسي للمعلمين والقائمين على رعاية المعاقين وأمهات الأطفال المعاقين.

- وبمراجعة المقاييس والدراسات التي أعدت لقياس مستوى الشعور بالاحترق النفسي كمقاييس (عادل عبد الله، ١٩٩٤؛ مقياس ماسلاش للاحترق ترجمة زيد البتال، ٢٠٠٠؛ Elic, 2004؛ سلوى جبر، ٢٠١٠؛ Liorent, V., 2016؛ أشرف غبارية، ٢٠١٧؛ سعيد نوري ٢٠١٩ خالد الغامدى، ٢٠٢٠؛ ابتهاج على (٢٠٢١) .

(ج): وصف المقياس:

تكون المقياس من ثلاثة أبعاد هي:-

١- الإجهاد الانفعالي: ويعنى إجهاد الأم لمشاعرها عند بذل مزيد من الجهد أو العطاء، وينتج عن هذه المشاعر الشعور بالتوتر والتعب والاجهاد والاحساس بأنه ليس هناك شئ يمكن أن تقدمه أكثر لطفلها المعاق عقليا، ٢- الانفعالات السلبية : وهى تعنى الشعور بالسلبية والامبالاه تجاه من تتعامل معهم من داخل الأسرة أو خارجها، ٣- ضعف القدرة على الإنجاز : ويعنى تقييم الأم لذاتها بصورة سلبية مع الشعور بعدم الكفاءة والاحتياج لمساعدة الآخرين وصعوبة مواجهة أى مشكلات تتعرض لها، وقد صيغت البنود لكل بعد صياغة سهلة، وقد تنوعت الصياغة بين الإيجاب والسلب، حيث بلغ عدد البنود في الصورة الأولية للمقياس (٤٠) بنداً. واعتمدت الباحثة على البديل الثلاثي (أوافق، أحياناً، لا أوافق)، بحيث تعطى الاستجابة على البدائل درجات كالتالي: (أوافق = ٣، أحياناً = ٢، لا أوافق = ١) للعبارات الموجبة فى اتجاه الاحترق النفسي، وتعكس الدرجة للعبارات السالبة ضد اتجاه الاحترق النفسى (أوافق = ١، أحياناً = ٢، لا أوافق = ٣). وتشير الدرجة المرتفعة على المقياس إلى ارتفاع درجة الشعور بالاحترق النفسى.

(د) الخصائص السيكومترية للمقياس:

تم حساب الكفاءة السيكومترية للمقياس من خلال تطبيق المقياس على (٢٠) أم من أمهات الأطفال المعاقين عقليا القلبيين للتعلم، ممن تتراوح أعمارهم بين (٣٠-٤٠) للتعرف على مدى صلاحية العبارات ووضوحها ومدى فهم الأمهات للعبارات.

أولاً: صدق المقياس:

١- صدق المحكمين:

تم عرض المقياس على (١٠) من المحكمين المتخصصين فى علم النفس والصحة النفسية، للتعرف على مدى مناسبة عبارات المقياس للبعد الذى تنتمى إليه، مدى وضوح التعليمات أو غموضها، مدى مناسبة بدائل الاستجابة، مدى مناسبة طول المقياس، وقد تم الخروج بنتائج مفادها تعديل بعض البنود وحذف (١٦) بنداً ليصبح (٢٤) بنداً في صورته النهائية، ويعد المقياس من المقاييس غير الموقوتة بزمن ولا يعطى المفحوص درجة على الزمن في التصحيح.

٢- الاتساق الداخلى للمقياس:

تم حساب معامل الارتباط بين درجة العبارة ودرجة البعد وبين درجة البعد والدرجة الكلية للمقياس وفيما يلى جدول ٢، ٣ يوضح ما تم التوصل إليه.

جدول (٢)

معاملات الارتباط بين درجة العبارة ودرجة البعد

البعد الأول:			البعد الثاني:			البعد الثالث:		
الإجهاد الانفعالي			الانفعالات السلبية			ضعف القدرة على الإنجاز		
رقم	معامل	مستوى	رقم	معامل	مستوى	رقم	معامل	مستوى
العبارة	الارتباط	الدلالة	العبارة	الارتباط	الدلالة	العبارة	الارتباط	الدلالة
١	٠.٦٥	٠.٠١	٢	٠.٦٢	٠.٠١	٣	٠.٣٥	٠.٠١
٤	٠.٥١	٠.٠١	٥	٠.٤٤	٠.٠١	٦	٠.٦٢	٠.٠١
٧	٠.٦٦	٠.٠١	٨	٠.٥١	٠.٠١	٩	٠.٤١	٠.٠١
١٠	٠.٤٩	٠.٠١	١١	٠.٥٥	٠.٠١	١٢	٠.٥٠	٠.٠١
١٣	٠.٦٠	٠.٠١	١٤	٠.٦٠	٠.٠١	١٥	٠.٧٠	٠.٠١
١٦	٠.٤١	٠.٠١	١٧	٠.٤٨	٠.٠١	١٨	٠.٦٣	٠.٠١
١٩	٠.٥٢	٠.٠١	٢٠	٠.٥٣	٠.٠١	٢١	٠.٣٨	٠.٠١
٢٢	٠.٥٤	٠.٠١	٢٣	٠.٦١	٠.٠١	٢٤	٠.٦٣	٠.٠١

يتضح من الجدول السابق (٢) أن جميع معاملات الارتباط دالة عند مستوى

٠.٠١ مما يشير إلى صدق المقياس وصلاحيته للاستخدام فيما صمم من أجله.

جدول (٣)

معاملات الارتباط بين درجة البعد والدرجة الكلية للمقياس

الدرجة الكلية	ضعف القدرة على الإنجاز	الانفعالات السلبية	الإجهاد الانفعالي	البعد
**٠.٧٦	**٠.٧٦	**٠.٦٥	-	الإجهاد الانفعالي
**٠.٧٥	**٠.٦٧	-		الانفعالات السلبية
**٠.٨٣	-			ضعف القدرة على الإنجاز

** دال عند مستوى ٠.٠١

ثانياً: ثبات المقياس :

١- طريقة إعادة الإجراء :

تم إجراء تطبيق الأداة مرتين بفواصل زمنى قدره اسبوعين، وبحساب معامل الارتباط فى الاجراء الاول والثانى بلغ معامل الارتباط ٠.٦٧. وهو دال عند مستوى ٠.٠١ مما يشير إلى أن المقياس على قدر مناسب من الثبات.

٢- طريقة التجزئة النصفية:

تم حساب معاملات الارتباط بين العبارات الفردية والزوجية وقد بلغ معامل الارتباط للنصفين (٠.٦٨) وهو معامل ارتباط مرتفع يدل على تمتع المقياس بقدر مناسب من الثبات.

٣- طريقة التصحيح:

تقوم الأم بالإجابة على بنود المقياس، فإذا كانت الإجابة تنطبق دائماً يضع علامة في خانة دائماً وتأخذ ٣ درجات، وإذا كانت الإجابة تنطبق فى بعض الأحيان يضع علامة في خانة أحياناً وتأخذ درجتين، وإذا كانت الإجابة لا تنطبق يضع علامة في خانة لا وتأخذ درجة واحدة، وتعكس الدرجة فى حالة العبارات السلبية (١-٢-٣).

ثالثاً- الصورة النهائية للمقياس:

بلغ المقياس فى صورته النهائية (٢٤) عبارة للأبعاد الثلاثة، وقد تنوعت صياغة العبارات بين الصياغة السلبية والايجابية، وجدول (٤) يوضح توزيع عبارات المقياس على الأبعاد الثلاثة.

جدول (٤)

توزيع عبارات مقياس الاحتراق النفسي لأمهات الأطفال المعاقين عقليا على مكوناته

م	البعد	أرقام العبارات	المجموع
١	الاجهاد الانفعالى	١-٤-٧-١٠-١٣-١٦-١٩-٢٢*	٨
٢	الانفعالات السلبية	٢-٥-٨-١١-١٤-١٧-٢٠-٢٣	٨
٣	ضعف القدرة على الانجاز	٣-٦-٩-١٢-١٥-١٨-٢١-٢٤*	٨
٢٤	المجموع الكلي للعبارات		٢٤

*العبارة سلبية

٣- مقياس جودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقليا (إعداد الباحثة)

(أ): مبررات إعداد المقياس:

أعدته الباحثة ملحق (٤) بغرض توفير أداة سيكومترية لقياس درجة الشعور بجودة الحياة الأسرية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم الذين تراوحت أعمارهم ما بين (٣٠-٤٠) عامًا، نظرًا لعدم توافر مقياس يتناسب مع عينة الدراسة وخصائصها وكذلك المرحلة العمرية لها.

(ب): مراحل إعداد المقياس:

قامت الباحثة بالاطلاع على الدراسات السابقة الخاصة بموضوع جودة الحياة الأسرية بصفة عامة، ولأمهات الأطفال المعاقين بصفة خاصة، وكذلك استقراء التراث النفسي من كتب ورسائل ودوريات متخصصة في علم النفس تتضمن معلومات عن أبعاد أمهات الأطفال المعاقين.

-ومراجعة المقاييس والدراسات التي أعدت من قبل عن مستوى الشعور بجودة الحياة الأسرية كمقاييس (Jiyeon, Park.,2001; Park et al.,2002; Brown&Brown.,2006؛ وردة حسن، ٢٠١٠؛ أشرف عبد القادر، ٢٠١٣؛ عبد المنصف بدر، ٢٠١٦؛ أمانى عبد المقصود، ٢٠١٧؛ مغنية قوعيش، ٢٠١٨؛ عيد جلال آخرون، ٢٠١٩).

(ج): وصف المقياس:

تكون المقياس من أربعة أبعاد، وقد صيغت البنود لكل بعد صياغة سهلة، وقد تنوعت الصياغة بين الإيجاب والسلب، حيث بلغ عدد البنود في الصورة الأولية للمقياس (٥٠) بنداً. واعتمدت الباحثة على البديل الثلاثي (أوافق، أحياناً، لا أوافق)، بحيث تعطى الاستجابة على البدائل درجات كالتالي: (أوافق = ٣، أحياناً = ٢، لا أوافق = ١) للعبارات الموجبة في اتجاه جودة الحياة الأسرية، وتعكس الدرجة للعبارات السالبة ضد اتجاه جودة الحياة الأسرية (أوافق = ١، أحياناً = ٢، لا أوافق = ٣). وتشير الدرجة المرتفعة على المقياس إلى ارتفاع درجة الشعور بجودة الحياة الأسرية.

(د) الخصائص السيكومترية للمقياس:

تم حساب الكفاءة السيكومترية للمقياس من خلال تطبيق المقياس على (٢٠) أم من أمهات الأطفال المعاقين عقلياً القليلين للتعلم، ممن تتراوح أعمارهم بين (٣٠-٤٠) عاماً للتعرف على مدى صلاحية العبارات ووضوحها ومدى فهم الأمهات للعبارات .

أولاً: صدق المقياس:

١- صدق المحكمين:

تم عرض المقياس على (٧) من المحكمين المتخصصين في علم النفس والصحة النفسية، للتعرف على مدى مناسبة عبارات المقياس للبعد الذى تنتمى إليه، مدى

وضوح التعليمات أو غموضها، مدى مناسبة بدائل الاستجابة، مدى مناسبة طول المقياس، وقد تم الخروج بنتائج مفادها تعديل بعض البنود، وحذف (١٤) بنداً، ليصبح (٣٦) بنداً في صورته النهائية، ويعد المقياس من المقاييس غير الموقوتة بزمن ولا يعطى المفحوص درجة على الزمن في التصحيح.

٢- الاتساق الداخلي للمقياس:

تم حساب معامل الارتباط بين درجة العبارة ودرجة البعد وبين درجة البعد والدرجة الكلية للمقياس وفيما يلي جدول ٥، ٦ يوضح ما تم التوصل إليه.

جدول (٥)

معاملات الارتباط بين درجة العبارة ودرجة البعد

البعد الأول			البعد الثاني			البعد الثالث			البعد الرابع		
رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
١	٠.٤٥	٠.٠١	٢	٠.٧٢	٠.٠١	٣	٠.٤٨	٠.٠١	٤	٠.٥٢	٠.٠١
٥	٠.٦١	٠.٠١	٦	٠.٦٤	٠.٠١	٧	٠.٥٢	٠.٠١	٨	٠.٤٤	٠.٠١
٩	٠.٤٦	٠.٠١	١٠	٠.٦١	٠.٠١	١١	٠.٦١	٠.٠١	١٢	٠.٥٦	٠.٠١
١٣	٠.٣٩	٠.٠١	١٤	٠.٥٦	٠.٠١	١٥	٠.٥٣	٠.٠١	١٦	٠.٦٠	٠.٠١
١٧	٠.٦١	٠.٠١	١٨	٠.٦٧	٠.٠١	١٩	٠.٥٠	٠.٠١	٢٠	٠.٤٢	٠.٠١
٢١	٠.٧١	٠.٠١	٢٢	٠.٣٨	٠.٠١	٢٣	٠.٣٢	٠.٠١	٢٤	٠.٥٤	٠.٠١
٢٥	٠.٧٢	٠.٠١	٢٦	٠.٧٣	٠.٠١	٢٧	٠.٧٤	٠.٠١	٢٨	٠.٤٦	٠.٠١
٢٩	٠.٦٤	٠.٠١	٣٠	٠.٧١	٠.٠١	٣٢	٠.٤٦	٠.٠١	٣٢	٠.٦٠	٠.٠١
٣٣	٠.٥٣	٠.٠١	٣٤	٠.٤١	٠.٠١	٣٥	٠.٦٠	٠.٠١	٣٦	٠.٦٢	٠.٠١

يتضح من الجدول السابق (٥) أن جميع معاملات الارتباط دالة عند مستوى ٠.٠١ مما يشير إلى صدق المقياس وصلاحيته للاستخدام فيما صمم من أجله.

جدول (٦)

معاملات الارتباط بين درجة البعد والدرجة الكلية للمقياس

الدرجة الكلية	مهارة القيام بالأدوار الأسرية/القدرة على أنجازها	التفاعل الأسرى	السعادة الانفعالية والعاطفية	الصحة النفسية والرضا المادى	البعد
**٠.٥٨	**٠.٥٧	**٠.٦٣	**٠.٥٥	-	الصحة النفسية والرضا المادى
**٠.٦٥	**٠.٦١	**٠.٧٠	-		السعادة الانفعالية والعاطفية
**٠.٧٣	**٠.٦٩	-			التفاعل الأسرى
**٠.٧٧	-				مهارة القيام بالأدوار الأسرية/القدرة على أنجازها

** دال عند مستوى ٠.٠١

ثانياً: ثبات المقياس :

١- طريقة إعادة الإجراء :

تم إجراء تطبيق الأداة مرتين بفواصل زمنى قدره اسبوعين ،وبحساب معامل الارتباط فى الاجراء الاول والثانى بلغ معامل الارتباط ٠.٦٧ وهو دال عند مستوى ٠.٠١ مما يشير إلى أن المقياس على قدر مناسب من الثبات.

٢- طريقة التجزئة النصفية:

تم حساب معاملات الارتباط بين العبارات الفردية والزوجية وقد بلغ معامل الارتباط للنصفين (٠.٦٨) وهو معامل ارتباط مرتفع يدل على تمتع المقياس بقدر مناسب من الثبات.

٣- طريقة التصحيح:

تقوم الأم بالإجابة على بنود المقياس، فإذا كانت الإجابة تنطبق دائما يضع علامة في خانة دائما وتأخذ ٣ درجات، وإذا كانت الإجابة تنطبق في بعض الأحيان يضع علامة في خانة أحيانا وتأخذ درجتين، وإذا كانت الإجابة لا تنطبق يضع علامة في خانة لا وتأخذ درجة واحدة، وتعكس الدرجة في حالة العبارات السلبية.

ثالثاً- الصورة النهائية للمقياس:

بلغ المقياس في صورته النهائية (٣٦) عبارة للأبعاد الأربعة، وقد تنوعت صياغة العبارات بين الصياغة السلبية والايجابية، وجدول (٧) يوضح توزيع عبارات المقياس على الأبعاد الأربعة.

جدول (٧)

توزيع عبارات مقياس جودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقليا على مكوناته

م	المكون	أرقام العبارات	المجموع
١	الصحة النفسية والرضا المادى	١-٥-٩-١٣-١٧-٢١-٢٥-٢٩-٣٣*	٩
٢	السعادة الانفعالية والعاطفية	٢-٦-١٠-١٤-١٨-٢٢-٢٦-٣٠-٣٤*	٩
٣	التفاعل الأسرى	٣-٧-١١-١٥-١٩-٢٣-٢٧-٣١-٣٥	٩
٤	مهارة القيام بالأدوار الأسرية/القدرة على الأنجاز	٤-٨-١٢-١٦-٢٠-٢٤-٢٨-٣٢-٣٦*	٩
	المجموع الكلي للعبارات		٣٦

*العبارة سلبية

٤- البرنامج المعرفى السلوكى:

ملحق (٥) أعدته الباحثة بهدف تخفيف الاحتراق النفسى لدى أمهات الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم وأثره على جودة الحياة الأسرية لديهم (المجموعة التجريبية) .

ويعرف بأنه مجموعة من الجلسات الارشادية التى تسعى إلى خلق جو نفسى آمن تتيح للمشاركين تحقيق الأهداف الإرشادية بأنواعها المختلفة وتقديم المساعدة الإرشادية الكاملة والمخطط لها (أبتهاج عودة الله، ٢٠٢١) .

أولاً- خطوات إعداد البرنامج:

- فى ضوء الاطلاع على الإطار النظرية والدراسات السابقة من حيث تحديدها بدقة لمفهوم الاحتراق النفسى وجودة الحياة الأسرية والتعرف على أبعادهما والطرق والأساليب التى تعتمد عليها الباحثة فى تصميم البرنامج الإرشادى بهدف تخفيف الاحتراق النفسى لدى أمهات الأطفال المعاقين عقليا وأثره على جودة الحياة الأسرية لديهم .

- قامت الباحثة بالاستفادة مما سبق فى تحديد البرنامج وتصميم جلساته واختيار وتحديد أهدافه، والأنشطة والفنيات المستخدمة وذلك من خلال المحاضرات وسرد القصص، كما أجريت مقابلات مع الأمهات وبعد الأنتهاء من إعداد البرنامج تم عرضه على السادة الخبراء من أساتذة علم النفس وذوى الاحتياجات الخاصة للتحقق من ملائمة البرنامج للهدف الذى وضع من اجله وقد طلب السادة المحكمين بعض التعديلات سواء فى الفنيات أو الأهداف وقد تم إجرائها .

ثانيًا - أهمية البرنامج:

سعى البرنامج في تخفيف السلوك الظاهري المرتبط بالاحتراق النفسي الناتج عن الضغوط النفسية التي تتعرض لها أمهات الأطفال المعاقين عقليا وتعديل البناء المعرفي وتجاوز الصدمات والأحداث المجهددة داخل الأسرة وخفض السلوكيات السلبية التي تؤثر على درجة الشعور بجودة الحياة الأسرية وبالتالي تحسين صحتهم النفسية والأسرية .

ثالثًا - أهداف البرنامج:

- الهدف الأساسي للبرنامج هو تخفيف الأحتراق النفسي لأمهات الأطفال المعاقين عقليا وأثره على جودة الحياة الأسرية لديهم، وذلك من خلال عدة أنشطة متنوعة وفق شروط أهمها أن تتمثل الأنشطة مكونات الأحتراق النفسي، وتتنوع الأنشطة بحيث تتناول الجوانب الاجتماعية والوجدانية والمعرفية، حتى تكون إجراءات البرنامج الرشادي متكاملة وإرشاد الأمهات المشاركات تحمل الضغوط وهى محاولة لتخفيف الشعور بالأحتراق النفسي بهدف الأرتقاء والشعور بجودة الحياة الأسرية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم (المجموعة التجريبية) .

- الأهداف الفرعية:

يتوقع فى نهاية البرنامج :

- ١- أن تحدد الأم أهمية التدفق النفسي وهو عكس الاحتراق النفسي فى حياتها .
- ٢- أن تستطيع التغلب على المشكلات والصعاب والمواقف الصادمة .
- ٣- أن تستطيع الأم التعامل مع أى موقف بحكمه ورويه ولديها القدرة على الأنجاز .
- ٤- أن تتعرف الأم على أهميه الحياة الأسرية والتفاعل الأسرى .
- ٥- أن تكتسب الأم بعض المهارات المعرفية التي تساعد في التعامل مع الآخرين .

٦- أن تستطيع تقبل الضغوط الحياتية للوصول للنجاح.

٧- أن تتدرب على التمييز بين المشاعر السلبية والايجابية للوصول للهدف .

الأهداف السلوكية:

١- أن تكتسب الأم بعض المهارات السلوكية لتساعدها فى إدارة المواقف الحياتية للشعور بجودة الحياة الأسرية.

٢- أن تستخدم أساليب تشعرها هى وأفراد أسرتها بالراحة النفسية .

٣- أن تستطيع حل مشاكل أطفالها بمرونة ويسر .

٤- أن تستطيع خفض درجة الاحتراق عند مواجهة أى مشكلات تخصها أو تخص أطفالها .

٥- أن تتعلم كيفية الشعور بالسعادة من خلال ممارسة بعض المهارات التى تخلق مناخ صحى للأسره قائم على الحب والأهتمام .

الأهداف الوجدانية:

١- أن تهتم الأم بالأسرة وأستخدام لغة الحوار والبعد عن المشاعر السلبية .

٢- أن تتعلم الأم كيفية التخلص من المشاعر السلبية والقدرة على ضبط السلوك.

٣- أن تتحكم الأم فى انفعالاتها والتعبير عن مشاعرها ببساطة.

رابعًا- الفنيات المستخدمة فى البرنامج:

قامت الباحثة باستخدام العديد من الفنيات فى البرنامج، وفيما يلي عرض مختصر

لها:

١- إستراتيجيات معرفية:

تتضح فى المناقشة الجماعية والحوار الذاتى والمحاضرة، والتخيل، وملاحظة الذات

والتفسير وحل المشكلات والواجب المنزلى وتوجيه الأسئلة فى تغيير الأفكار حيث

يمكن استخدامها في تغيير الاتجاهات من خلال إتاحة الفرص المختلفة للأمهات للتعبير عن آرائهم وأفكارهم بحرية، كما أنها تساعد على تبادل الآراء والأفكار حول موضوعات مختلفة مما يساعد على تحسين الثقة بالنفس، وتنمية الوعي والإدراك الاجتماعي، وتغيير المعتقدات السلبية لديهم، الأمر الذي يجعلهم يشعرون بجودة حياتهم الأسرية

٢- إستراتيجيات سلوكية:

وتتضح في العمل التعاوني ولعب الدور والتأمل والاسترخاء وانتقال الخبرات بين الأمهات والتعزيز الإيجابي وبصورة خاصة للتفيس عن قدراتهم الحقيقية وإدارة الذات بشكل موضوعي .

٣- إستراتيجيات اجتماعية: وتتضح في المشاركة والتعزيز والتشجيع والنمذجة والاستماع الجيد.

٤- إستراتيجيات وجدانية: وتتمثل في ضبط الذات والقدرة على اتخاذ القرار والدافعية للإنجاز والبعد عن الضغوط النفسية والافصاح عن الذات.

خامساً- الأسس التي يعتمد عليها البرنامج:

يستند البرنامج على مجموعة من الأسس التي تساعد في تحقيق أهدافه وهي: أن يكون البرنامج وجلساته مناسبة لقدرات الأمهات، وتنوع الأنشطة والفنيات والمهام المقدمة أثناء جلسات البرنامج، وتوفير الوقت الكافي والمناسب لجلسات البرنامج وتهيئة مكان مناسب لهم .

سادساً- تحديد مكان وزمن تنفيذ البرنامج:

تم تنفيذ البرنامج على مدار شهرين تقريباً، بواقع (٢٠) جلسة، ثلاث جلسات أسبوعياً، مدة الجلسة (٤٠) دقيقة، وطبق البرنامج في شهرى (سبتمبر وأكتوبر ٢٠٢١)

وتم إعداد جدول زمني للبرنامج ومراعاة المرونة فى التطبيق، وفيما يلي جدول يوضح جلسات البرنامج، كما أختيرت حجرة بمركز نوى الاحتياجات الخاصة بجامعة عين شمس، وتعد مناسبة للتطبيق وأمكن التحكم فى إضافتها وبعض المتغيرات الأخرى التى قد تؤثر فى إجراءات التطبيق أو فى النتائج .

جدول (٨)

ملخص جلسات البرنامج

الجلسة	عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	الغيات المستخدمة
١	تهيئة وتمهيد للبرنامج جلسة تعارف	١- إقامة علاقة تفاعل بين الباحثة والأمهات. ٢- كسر الحاجز النفسى والتفاعل بين المشاركين. ٣- تعريف الأمهات بالبرنامج وجلساته وماهيته وآليات التعامل معه. ٤- توضيح أهداف البرنامج المراد تنفيذها فى الفترة الزمنية المحددة.	المناقشة الجماعية مع الأمهات- التعزيز
٢	تطبيق أدوات البحث (قياس قبلى)	تطبيق مقياس الاحتراق النفسى- مقياس جودة الحياة الأسرية	الورقة والقلم (أدوات)
٣	إستراتيجيات معرفية	-أن تكتسب الأم معلومات صحيحة عن مفهوم الإعاقة والمشكلات المرتبطة بأطفالهم والسلوكيات الايجابية والمقبولة اجتماعيا، وأن تكون أكثر وعى بسلوكها، وتتعلم المشاركة والتفاعل الاجتماعى مع أسرته.	المناقشة الجماعية- لعب الدور -التعزيز- التقويم الجماعى- الواجب المنزلى- المحاضرة
٤	إستراتيجية معرفية	- تعرف الأمهات على كيفية إدارة مشاعرهم وعواطفهم الشخصية وكيفية التنفيس الانفعالى والتعبير عن ذواتهم بإيجابية وكيفية التعامل مع طفلها المعاق عقليا.	التنفيس الحر- التقارير الذاتية- التغذية الرجعية- التعزيز.

الجلسة	عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	الغنيات المستخدمة
٥	استراتيجية معرفية	- تعلم الأمهات السيطرة على مشاعرهم وغضبهم والتنفيس من خلال القيام بأعمال مفيدة - وتعريفهم احتياجات الطفل المعاق .	الاختيار الحر- تقديم نموذج- لعب الأدوار- التعزيز- المناقشة الجماعية- المحاضرة
٦	استراتيجية معرفية	- التعرف على مهارة تخفيف الشعور بالضغوط النفسية والقدرة على التحكم فى الذات وتحديد السلوك الأيجابى والتفاعل بإيجابية مع مواقف الحياة المختلفة.	المناقشة والحوار - التغذية الرجعية- العصف الذهنى- المحاضرة.
٧	إستراتيجية سلوكية	- التحكم فى مشاعرها والتدريب على سلوكيات تعزز من تقبلها لطفلها والقدرة على مواجهة الضغوط من خلال التنفيس عن المشاعر بسلوكيات مقبولة .	المناقشة والحوار- العصف الذهنى- التعزيز.
٨	استراتيجية سلوكية	- أن تحدد الأمهات من خلال ما تم التعرف عليه على أفضل الطرف والأساليب للشعور بالسعادة والقدرة على ضبط المشاعر .	المناقشة والحوار- العصف الذهنى- التعزيز.
٩	إستراتيجية اجتماعية	-أن تتعرف الأم على طرق جديدة لأساليب التربية والمشاركة الاجتماعية من خلال المناقشة والتعرف على المشكلات ووضع حلول بديلة .	المناقشة والحوار- العصف الذهنى- التعزيز.
١٠	استراتيجية اجتماعية	-أن تحدد الأم الأسلوب المناسب للتعامل مع طفلها فى أى موقف تتعرض له	المناقشة والحوار- التعزيز- لعب الأدوار
١١	استراتيجية اجتماعية	- أن تتعلم كيفية مشاركة طفلها وأبنائها فى ممارسة الأنشطة اليومية وذلك من خلال تعلم ألعاب جديدة تتناسب مع أعاقه طفلها .	التنفيس الحر- التقارير الذاتية- التغذية الرجعية- التعزيز.
١٢	إستراتيجية سلوكية	- أن تتعلم كيفية وصف مشاعرها وتحديد احتياجاتها أمام الآخرين، وتعلم السلوكيات التى تستطيع من خلالها التفاعل مع أبنائها	المناقشة والحوار- لعب الأدوار- التعزيز

الجلسة	عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	الغنيات المستخدمة
١٣	استراتيجية سلوكية	- أن تحدد كل ما هو إيجابي في حياتها ليشعرها بالسعادة من خلال عرض مواقف مرت بها ومن ثم تحدد السلوك الاجتماعي المقبول للتعامل مع الموقف.	المناقشة والحوار- المحاضرة- العصف الذهني- التعزيز
١٤	إستراتيجية وجدانية	-أن تتعلم الأم كيفية اتخاذ القرار في أي موقف في الحياة	المناقشة والحوار ولعب الأدوار والتعزيز
١٥	استراتيجية وجدانية	- أن تتعلم الطرق المساعدة في تحقيق أهدافها وطموحها من خلال البحث عن بدائل	المناقشة والحوار ولعب الأدوار والتعزيز
١٦	استراتيجية اجتماعية	- أن تتعلم المشاركة مع أفراد المجموعة، لزيادة الثقة بالنفس	المناقشة والحوار ولعب الأدوار والتعزيز
١٧	أستراتيجية وجدانية	- أن تتعلم القدرة على الأفصاح عن الذات والتحكم في المشاعر والقدرة على الإنجاز	المناقشة والحوار ولعب الأدوار والتعزيز- الواجب المنزلي
١٨	استراتيجية وجدانية	- أن تقوم الأم بوضع مواقف وحلول لها للتخلص من الضغوط النفسية والبحث عن بدائل تشعرها بالسعادة	المناقشة والحوار ولعب الأدوار والتعزيز والواجب المنزلي
١٩	جلسة مفتوحة	هدفت الجلسة على تشجيع الأمهات على تطبيق ما تعلموه وتشجيعهم على التفاعل الأسرى ومناقشتهم حول موضوعات مفتوحة	المناقشة الحرة- التعزيز
٢٠	الجلسة الختامية (تطبيق أدوات البحث قياس بعدى)	تطبيق مقياس الاحتراق النفسي- مقياس جودة الحياة الأسرية	الورقة والقلم (أدوات)

سابعاً - إجراءات تطبيق أدوات البحث:

اتبعت الباحثة في الخطوات التالية:

قامت الباحثة بحساب التكافؤ بين أفراد العينة من المجموعتين التجريبية والضابطة في العمر والمستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي والقياس القبلي للاحتراق النفسي وجودة الحياة الأسرية .

ثم طبق البرنامج المستخدم فى البحث على أمهات الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم (المجموعة التجريبية) دون الضابطة واستغرق تطبيق البرنامج شهرين فى الفترة من ٢٠٢١/٩/٢ م إلى ٢٠٢١/١٠/٢٨ م. وبعد الانتهاء من التطبيق قامت الباحثة بإعادة تطبيق مقياسى البحث، الاحتراق النفسى وجودة الحياة الأسرية على المجموعة التجريبية والضابطة ثم المقارنة بينهما فى الدرجات قبل وبعد تطبيق البرنامج .

ثامناً- الأساليب الإحصائية المستخدمة فى البحث:

- ١- اختبار ولكسون لدلالة الفروق بين مجموعتين مرتبطتين.
- ٢- اختبار مان وتنى لدلالة الفروق لمجموعتين مستقلتين.

نتائج البحث ومناقشتها:

أولاً: نتائج الفرض الأول ومناقشتها:

ينص الفرض الأول على أنه "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة فى القياس البعدى لمقياس الاحتراق النفسى للأمهات (الأبعاد والدرجة الكلية) ، وذلك فى اتجاه المجموعة التجريبية". وللتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة بمقارنة متوسط رتب درجات أمهات المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج، بمتوسط رتب درجات أمهات المجموعة الضابطة، وذلك على مقياس الاحتراق النفسى. وقد استخدمت الباحثة اختبار مان ويتنى Mann-Whitney Test، وفيما يلى جدول(٩) يوضح ما تم التوصل إليه من نتائج فى هذا الصدد.

جدول (٩)

دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج، وذلك على مقياس الاحتراق النفسي.

حجم التأثير	مستوى الدلالة	قيمة Z	متوسط الرتب	مجموع الرتب	العدد	المجموعة	البعد
قوي جدا	دالة عند ٠.٠١	٣.٧٨١-	١٦.٥	١٦٥	١٠	تجريبية	الاجهاد الانفعالي
			٥.٥	٥٥	١٠	ضابطة	
قوي جدا	دالة عند ٠.٠١	٣.٧٨١-	١٥.٥	١٥٥	١٠	تجريبية	الانفعالات السلبية
			٥.٥	٥٥	١٠	ضابطة	
قوي جدا	دالة عند ٠.٠١	٣.٥٩١-	١٥.٠	١٥٠	١٠	تجريبية	ضعف القدرة على الانجاز
			٥.٧٥	٥٧.٥	١٠	ضابطة	
قوي جدا	دالة عند ٠.٠١	٣.٧٨١-	١٦.٥	١٦٥	١٠	تجريبية	الدرجة الكلية للمقياس
			٥.٥	٥٥	١٠	ضابطة	

يتضح من جدول (٩) وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ٠.٠١ بين متوسطي رتب درجات أمهات المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج وذلك على مقياس الاحتراق النفسي في اتجاه المجموعة التجريبية، حيث بلغت قيمة (z) الخاصة بالمقارنة (٣.٧٨١) بالنسبة للبعد الأول (٣.٧٨١) بالنسبة للبعد الثاني (٣.٥٩١) بالنسبة للبعد الثالث (٣.٧٨١) بالنسبة للمقياس ككل وجميعها قيم دالة عند مستوى ٠,٠١، مما يوضح فاعلية البرنامج المستخدم لأمهات المجموعة التجريبية دون أطفال المجموعة الضابطة. مما يدل على تحقق الفرض الأول للبحث.

وقد دلت جميع الأبحاث على تأثيرات قوية جدا. مما يوضح فاعلية البرنامج المستخدم في الدراسة بما يتضمنه من فنيات وأنشطة أدت إلى خفض حدة الاحتراق النفسي.

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسات كل من (Kuhn & Carter, 2006; Adv Nurs& Sonay Bilgin,2009; Varghese, R.&Venkatesan, S.2013) Patricia & Jamie,2007).

حيث أكدت الدراسات أن أمهات الأطفال ذوى الإعاقات بصفة عامة فى حاجة ماسة للرعاية الصحية والبرامج التعليمية وضرورة تدريب الأمهات على التقليل من مستوى الاحتراق النفسي لديهن، وأشارت الدراسات إلى أن الاحتراق النفسي يحدث عندما يبدأ فى فقد الأمهات الشعور بالراحة وزيادة الضغوط النفسية والمتمثلة فى الإهمالك الجسدى والعاطفى والنفسي، والأمهات محاصرات لديهن شعور بتدنى الذات، وغير قدرات على التعامل مع مواقف الحياة، وغير أنهم ليس لديهن القدرة على العطاء لأستنفاد كل الطاقة التى لديهم، وخصوصاً عندما لا يتوفر لديهم الدعم والتفهم من قبل المجتمع، مما يزيد من شعورهم بالألم والإحباط والقلق على مستقبل أبنائهن، وأكدت الدراسة على أن الدعم العائلى ووجود الزوج إلى جانبها ليعينها على تحمل المسئولية ومشقات رعاية الطفل المعاق عقليا يقلل من مستوى الضغوط والاحتراق النفسي للأمهات، فغياب الدعم العائلى والاجتماعى يفاقم من الصعوبات ويزيد من الاحتراق النفسي الذى تعاني منه أمهات الأطفال المعاقين عقليا، بسبب قلة المعلومات والخبرات وأكدت الدراسات على تسليط الضوء على توفير الخدمات وتقديم الدعم والرعاية والبرامج الإرشادية والتعليمية .

ثانياً: نتائج الفرض الثاني ومناقشتها:

ينص الفرض الثاني على أنه "توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطى رتب درجات أمهات المجموعة التجريبية فى القياسين القبلي والبعدي على مقياس الاحتراق النفسى (الأبعاد والدرجة الكلية) لصالح القياس البعدي".

وللتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة باستخدام اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Test للكشف عن دلالة الفروق بين المجموعتين. حيث قامت بمقارنة متوسطي رتب درجات أمهات المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج، بمتوسطى رتب درجات نفس المجموعة بعد تطبيق البرنامج، وذلك على مقياس الاحتراق النفسى كدرجة كلية وكأبعاد فرعية.

ويوضح جدول (١٠) دلالة الفروق بين متوسطى رتب درجات أمهات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج وذلك على مقياس التوافق النفسى.

جدول (١٠)

دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أمهات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج وذلك على مقياس الاحتراق النفسى (ن = ١٠)

المقياس	نتائج القياس قبلي/ بعدي	العدد	مجموع الرتب	متوسط الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة	حجم التأثير
الاجهاد الانفعالى	الرتب السالبة	٠	٠	٠	-	٠.٠٠١	١ قوي جداً
	الرتب الموجبة	١٠	٥٥	٥.٥			
	الرتب المتعادلة	٠					

المقياس	نتائج القياس قبلي/ بعدي	العدد	مجموع الرتب	متوسط الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة	حجم التأثير
	الإجمالي	١٠					
الانفعالات السلبية	الرتب السالبة	٠	٠	٠	- ٢.٨٠١	٠.٠١	١ قوي جداً
	الرتب الموجبة	١٠	٥٥	٥.٥			
	الرتب المتعادلة	٠					
	الإجمالي	١٠					
ضعف القدرة على الانجاز	الرتب السالبة	٠	٠	٠	- ٢.٨١٢	٠.٠١	١ قوي جداً
	الرتب الموجبة	١٠	٥٥	٥.٥			
	الرتب المتعادلة	٠					
	الإجمالي	١٠					
الدرجة الكلية للمقياس	الرتب السالبة	٠	٠	٠	- ٢.٨٠٣	٠.٠١	١ قوي جداً
	الرتب الموجبة	١٠	٥٥	٥.٥			
	الرتب المتعادلة	٠					
	الإجمالي	١٠					

يتضح من جدول (١٠) وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى ٠.٠١ بين متوسطي رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج بالنسبة لمقياس التوافق النفسي كدرجة كلية وكأبعاد فرعية في اتجاه القياس البعدي، حيث

بلغت قيمة (Z) الخاصة بالمقارنة (٢.٨٠٠) في بعد الاجهاد الانفعالي، و(٢.٨٠٠) في بعد الانفعالات السلبية، و(٢.٨١٢) في بعد ضعف القدرة على الانجاز، و(٢.٨٠٣) في المقياس ككل وجميعها قيم دالة عند مستوى ٠.٠٠١، مما يدل على تحقق الفرض الرابع للبحث. ومما يوضح فاعلية البرنامج المستخدم.

وقد دلت أحجام التأثير لأبعاد الاجهاد الانفعالي والانفعالات السلبية وضعف القدرة على الانجاز والدرجة الكلية للمقياس على تأثيرات قوية جدا للبرنامج.

ومن نتائج الفرض الأول والثاني يتضح فعالية الإرشاد المعرفي السلوكي في خفض حدة الاحتراق النفسي لدى أمهات الأطفال المعاقين في المجموعة التجريبية والتي تم تطبيق البرنامج عليها. حيث سجل أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق جلسات البرنامج خفض حدة الاحتراق النفسي بالنسبة للأبعاد، والدرجة الكلية.

ويتفق ذلك مع نتائج العديد من الدراسات التي أهتمت بوضع برامج أو طرق إرشادية لخفض حدة الاحتراق النفسي، حيث تناولت بعض الدراسات تأثير المشاركة في برنامج تعليمي على الإرهاق والضغط النفسي لأمهات الأطفال المعاقين عقليا مثل دراسة (Adv Nurs& Sonay Bilgin,2009) وبعض الدراسات تناولت برنامج لخفض الاحتراق النفسي لدى مقدمي الرعاية أو مدرسين الأطفال المعاقين مثل دراسة "محمد ربيع" (٢٠١٣).

ويمكن تفسير ما توصل إليه البحث من نتائج إلى طبيعة الإرشاد المعرفي السلوكي وفنياته المتعددة والتي تقدم في شكل جماعي من أجل التغلب على الاحتراق النفسي ومن هذه الفنيات (مهارة حل المشكلات ومهارة الاسترخاء والمهارات المعرفية السلوكية)، كما أن تفاعل المجموعة التجريبية مع الباحثة واستخدام أنشطة البرنامج لتقديم المعلومات والدعم للأمهات لخفض الاحتراق النفسي لديهن .

كما لوحظ خلال عمل المجموعة التجريبية التأثير الواضح للتفاعلات التبادلية وخبرة المجموعة التي تقدمت بشكل تدريجي عبر مراحل تطورها، وذلك انعكس من خلال مشاركة الأمهات في الأنشطة التي شملها البرنامج، وكان أهمها تحدث الأمهات بصورة متحفظة، وأحيانا بانفتاح عن الخبرات الحياتية المتعلقة بالمشكلة (الخبرة الشخصية عن علاقتهم بأطفالهم، وعلاقتهم بأزواجهم، بالإضافة إلى تسهيل التعبير عن المشاعر المؤلمة المرتبطة بتلك الخبرات، ولقد ساعد هذا معظمهم على مواجهة مشكلاتهن ما بين الشخصية من خلال سرد خبراتهم، ومن خلال وجودهن في مجموعة تشترك في نفس المشكلة، وبالتالي خبرة المجموعة ساهمت في التخفيف من مشاعر الضيق واليأس لديهن ورفع دافعيتهن لتحسين مستوى جودة حياتهن الأسرية.

كما ركزت تلك الفنيات وأنشطة البرنامج على القدرات الإيجابية لدى الأمهات بدلاً من خبرات الفشل والإحباط وتأثيراتها السلبية على السلوكيات الاجتماعية والانفعالية والأسرية، وهذا ما ركز عليه البرنامج الإرشادي فظهرت الفروق الواضحة بين المجموعة التجريبية والضابطة التي لم تقدم لها فنيات البرنامج المستخدم. والتي اهتمت ببناء التمكين الشخصي وحسن الحالة الذاتية للفرد في الحياة فلا يشعر بالنقص ويكون لديه الرغبة في الاتصال والتفاعل الاجتماعي والاستعداد غير الظاهر له، ومن هذا المنطلق فإن فنيات الإرشاد المعرفي السلوكي تعتبر أسس تعتمد عليها الأمهات بهدف التغيير في حياتهن وطرق تعاملهم مع طفلهم المعاق ومع باقى أخواته وتمكن كل ما من شأنه ترسيخ أفضل الخصائص الإنسانية في حياتهن وبالتالي تخفض لديهن الشعور بالاحترق النفسى مما له تأثير على الصحة النفسية لديهن وجودة الحياة الأسرية والتي تتمثل فى الطفل المعاق وأخواته والزوج والأسرة ككل.

ثالثاً: نتائج الفرض الثالث ومناقشتها:

ينص الفرض الثالث على أنه "توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطى رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة فى القياس البعدى على مقياس جودة الحياة الأسرية (الأبعاد والدرجة الكلية) فى اتجاه أفراد المجموعة التجريبية".

وللتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة بمقارنة متوسطى رتب درجات أمهات المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج، بمتوسطى رتب درجات أمهات المجموعة الضابطة، وذلك على مقياس جودة الحياة الأسرية من خلال استخدام اختبار مان ويتي Mann-Whitney Test، وفيما يلى جدول (١١) يوضح ما تم التوصل إليه من نتائج فى هذا الصدد.

جدول (١١)

دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج على مقياس جودة الحياة الأسرية

البيد	المجموعة	العدد	مجموع الرتب	متوسط الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة	حجم التأثير
الصحة النفسية والرضا المادى	تجريبية	١٠	١٤٥	١٤.٥	٤.١٥٨-	دالة	قوي
	ضابطة	١٠	٥٠	٤.٩		عند ٠.٠١	جدا
السعادة الانفعالية والعاطفية	تجريبية	١٠	١٤٥	١٤.٥	٤.٠٠٦-	دالة	قوي
	ضابطة	١٠	٥٢	٥.٢		عند ٠.٠١	جدا
التفاعل الأسرى	تجريبية	١٠	١٤٣	١٤.٣	٣.٨٥٥-	دالة	قوي
	ضابطة	١٠	٥٤	٥.٤		عند ٠.٠١	جدا
مهارة القيام بالأدوار الأسرية/القدرة على الأنجاز	تجريبية	١٠	١٤٥	١٤.٥	٤.٠٠٦-	دالة	قوي
	ضابطة	١٠	٥٢	٥.٢		عند ٠.٠١	جدا
الدرجة الكلية للمقياس	تجريبية	١٠	١٥٥	١٥.٥	٣.٧٨١-	دالة	قوي
	ضابطة	١٠	٥٥	٥.٥		عند ٠.٠١	جدا

يتضح من جدول (١١) وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ٠.٠١ بين متوسطى رتب درجات أطفال المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج وذلك على مقياس جودة الحياة الأسرية في اتجاه المجموعة التجريبية، حيث بلغت قيمة (z) الخاصة بالمقارنة (٤.١٥٨) بالنسبة لبعء الصحة النفسية والرضا المادى، و(٤.٠٠٦) بالنسبة لبعء الصحة النفسية والرضا المادى، و(٣.٨٥٥) بالنسبة لبعء التفاعل الأسرى، و(٤.٠٠٦) بالنسبة لبعء مهارة القيام بالأدوار الأسرية/القدرة على الأنجاز، و(٣.٧٨١) بالنسبة للمقياس ككل، وجميعها قيم دالة عند مستوى ٠.٠١، مما يوضح فاعلية البرنامج المستخدم للمهات المجموعة التجريبية دون أمهات المجموعة الضابطة. مما يدل على تحقق الفرض الثالث.

وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (Adv Nurs& Sonay Bilgin,2009) حيث قام بأجراء برنامج للمهات الأطفال المعاقين عقليا وقسمهم لمجموعتين وأشارت النتائج أن مستوى الاحتراق والارهاق النفسى يقل من خلال تقديم البرامج التعليمية للمجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة .

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء انتظام الأمهات في جلسات البرنامج الارشادي المعرفى السلوكي، حيث كان لتلك الفنيات المستخدمة في البرنامج معنى ومغزى في حياة هؤلاء الأمهات. وقد استمرت آثارها حتى بعد انتهاء البرنامج وإجراء قياسها البعدى.

فتدريب هؤلاء الأمهات على تلك الفنيات وتنوعها خلال فترة تطبيق البرنامج ساهم في استمرار أثر التدريب إلى ما بعد انتهاء البرنامج، وأدى إلى عدم حدوث انتكاسة بعد انتهائه.

ويمكن القول في ضوء ما تم عرضه من نتائج، وما آلت إليه، أن البرنامج المعرفى السلوكى المستخدم أدى إلى إحداث تغيرات جوهرية فيما يتعلق بتحسين مستوى جداودة الحياة الأسرية وخفض حدة الاحتراق النفسى لدى عينة البحث.

رابعاً: نتائج الفرض الرابع ومناقشتها:

ينص الفرض الرابع على أنه "توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطى رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية فى القياسين القبلي والبعدي على مقياس جودة الحياة الأسرية (الأبعاد والدرجة الكلية) لصالح القياس البعدي".

وللتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة باستخدام اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Test للكشف عن دلالة الفروق بين المجموعتين. حيث قامت بمقارنة متوسطي رتب درجات أمهات المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج، بمتوسطى رتب درجات نفس المجموعة بعد تطبيق البرنامج، وذلك على مقياس مقياس جودة الحياة الأسرية كدرجة كلية وكأبعاد فرعية.

وفيما يلى جدول (١٢) يوضح ما تم التوصل اليه من نتائج فى هذا الصدد.

جدول (١٢) دلالة الفروق بين متوسطى رتب درجات أمهات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج وذلك على مقياس جودة الحياة الأسرية (ن = ١٠)

المقياس	نتائج القياس قبلي/ بعدي	العدد	مجموع الرتب	متوسط الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة	حجم التأثير
الصحة النفسية والرضا المادى	الرتب السالبة	٠	٠	٠	٢.٨٠٣-	٠.٠١	قوي جداً
	الرتب الموجبة	١٠	٥٥	٥.٥			
	الرتب المتعادلة	٠					
	الإجمالي	١٠					
السعادة الانفعالية والعاطفية	الرتب السالبة	٠	٠	٠	٢.٨٠١-	٠.٠١	قوي جداً
	الرتب الموجبة	١٠	٥٥	٥.٥			
	الرتب المتعادلة	٠					
	الإجمالي	١٠					
التفاعل الأسرى	الرتب السالبة	٠	٠	٠	٢.٨٠٠-	٠.٠١	قوي جداً
	الرتب الموجبة	١٠	٥٥	٥.٥			
	الرتب المتعادلة	٠					
	الإجمالي	١٠					
مهارة القيام بالأدوار الأسرية/القدرة على التكيف	الرتب السالبة	٠	٠	٠	٢.٨٠٠	٠.٠١	قوي جداً
	الرتب الموجبة	١٠	٥٥	٥.٥			
	الرتب المتعادلة	٠					
	الإجمالي	١٠					
الدرجة الكلية للمقياس	الرتب السالبة	٠	٠	٠	٢.٨٠٣	٠.٠١	قوي جداً
	الرتب الموجبة	١٠	٥٥	٥.٥			
	الرتب المتعادلة	٠					
	الإجمالي	١٠					

وعند مستوى $٠.٠١ = ٢.٥٨$

قيمة (Z) عند مستوى $٠.٠٥ = ١.٩٦$

يتضح من جدول (١٢) وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ٠.٠٠١ بين متوسطي رتب درجات أمهات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج بالنسبة لمقياس جودة الحياة الأسرية في اتجاه القياس البعدي، حيث بلغت قيمة (Z) الخاصة بالمقارنة (٢.٨٠٣) لبعدها الصحة النفسية والرضا المادي، و(٢.٨٠١) لبعدها السعادة الانفعالية والعاطفية، و(٢.٨٠٠) لبعدها التفاعل الأسري، و(٢.٨٠٠) لبعدها مهارة القيام بالأدوار الأسرية/القدرة على الإنجاز، و(٢.٨٠٣) في المقياس ككل وجميعها قيم دالة عند مستوى ٠،٠٠١، مما يدل على تحقق الفرض الرابع.

ولحساب حجم تأثير البرنامج على المجموعة التجريبية، فقد اعتمدت الباحثة في حسابه على ما أشار إليه عزت عبد الحميد (٢٠١١: ٢٧٩-٢٨٠) أنه عند استخدام اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Test لحساب الفرق بين متوسطي رتب أزواج الدرجات المرتبطة، وحين تسفر النتائج عن وجود فرق دال إحصائياً بين رتب الأزواج المرتبطة من الدرجات أو بين رتب القياسين القبلي والبعدي، فإنه يمكن معرفة قوة العلاقة بين المتغيرين المستقل والتابع باستخدام معامل الارتباط الثنائي لرتب الأزواج المرتبطة Matched- Pairs Rank Biserial Correlation الذي يُحسب من المعادلة

$$r = (4(T1) / n(n+1)) - 1 \quad \dots\dots\dots(1) \quad \text{التالية:}$$

حيث $r =$ قوة العلاقة (معامل الارتباط الثنائي لرتب الأزواج المرتبطة).

$T1 =$ مجموع الرتب ذات الإشارة الموجبة.

$n =$ عدد أزواج الدرجات.

ويتم تفسير (r) كما يلي:

- إذا كان: $(r) > ٠,٤$ فيدل على علاقة ضعيفة أو حجم تأثير ضعيف.

- إذا كان: $(r) \geq ٠,٧$ فيدل على علاقة متوسطة أو حجم تأثير متوسط.

-إذا كان: $(r) \geq 0.9$ فيدل على علاقة قوية أو حجم تأثير قوي.

-إذا كان: $(r) \leq 0.9$ فيدل على علاقة قوية جداً أو حجم تأثير قوي جداً.

ومن نتائج الفرض الاول والثاني يتضح فعالية البرنامج المعرفى السلوكى في خفض حدة الاحتراق النفسي وتحسين مستوى جودة الحياة الأسرية لدى أمهات المجموعة التجريبية والتي تم تطبيق البرنامج عليهن. حيث سجل أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق جلسات البرنامج تحسناً في مستوى جودة الحياة الأسرية وتحسن فى مستوى انخفاض درجة الاحتراق النفسي على مستوى الأبعاد، والدرجة الكلية.

ويتفق ذلك مع نتائج العديد من الدراسات ومنها: (Adv Nurs& Sonay Bilgin,2009;Disabil Res& John Wiley, and sons Ltd, et Bilgin,2009)

al.2021 محمد نزال وديسبل رحابيل، ٢٠١٨

التوصيات والبحوث المقترحة:

أولاً: التوصيات:

فى ضوء النتائج التى تم الوصول إليها توصى الباحثة بالآتى:

١-الاستفادة من البرنامج الإرشادى المستخدم لتخفيف الاحتراق النفسي لدى أمهات

الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم

٢-الاستفادة من أثر البرنامج فى تحسين جودة الحياة الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين

عقليا القابلين للتعلم .

٣-توعية الأم بأهمية تخفيف الاحتراق وجودة الحياة الأسرية وكيفية تنفيذها فى حياتهم

مع أطفالهم العاديين والمعاقين.

٤- إعداد برامج تدريبية لوالدى الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة بصفة عامة لمساعدتهم على تحسين جودة الحياة الأسرية.

٦- الاستفادة من البرنامج الحالى فى تطبيقه على أمهات الأطفال ذوى الاعاقات المختلفة بهدف تحسين جودة الحياة الأسرية لهم.

ثانياً: البحوث المقترحة:

١- فاعلية برنامج تدريبى لتحسين جودة الحياة الأسرية للأمهات الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة.

٢- فاعلية برنامج تدريبى لتخفيف الاحتراق النفسى لدى أمهات الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة.

٣- دراسة للعلاقة بين الاحتراق النفسى والقلق الاجتماعى لدى عينة من أمهات الأطفال المعاقين عقلياً.

٤- جودة الحياة الأسرية وعلاقتها بالتوافق النفسى لدى عينة من أمهات الأطفال المعاقين عقلياً.

المراجع

أولاً: المراجع العربية:

- ١- أبتهاج عودة الله (٢٠٢١). فاعلية برنامج إرشادي جمعي يستند إلى النظرية المعرفية السلوكية في خفض الاحتراق النفسي لدى فريق التمريض في وحدة العناية المركزة بمدينة الحسين الطبية، مجلة اتحاد الجامعات العربية والبحوث في التعميم العالى، مج(٤١)-ع(١)، الأردن .
- ٢- إبراهيم القريوتي وسعيد الظفري (٢٠١٠). الاحتراق النفسي لدى معلمات ذوى صعوبات التعلم فى سلطنة عمان. المجلة الأردنية للعلوم التربوية. مج٦، ع(٣) .
- ٣- أحمد إسماعيل (٢٠١٧). الصلابة النفسية والإحتراق النفسي لدى معلمى التربية الخاصة- رسالة ماجستير- مجلة البحث العلمى فى التربية، العدد السابع عشر، كلية البنات، جامعة عين شمس.
- ٤- أشرف اغبارية(٢٠١٧). الاحتراق النفسي لدى أمهات الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد وعلاقته بالكفاءة الذاتية المدركة فى تنشئة الأطفال الآخريين داخل الأسرة فى أم فحم - رسالة ماجستير- كلية العلوم التربوية والنفسية، جامعة عمان العربية.
- ٥- أشرف عبد القادر (٢٠١٣). فاعلية التدخل المبكر فى تحسين جودة حياة أسر أطفال الأوتيزم. ورقة مقدمة إلى الملتقى الثالث عشر-الجمعية الخليجية للإعاقة (التدخل المبكر - استثمار للمستقبل)، المنامة، ٢-٤ أبريل.
- ٦- أمانى عبد المقصود (٢٠١٨). مقياس جودة الحياة الأسرية، القاهرة. مكتبة الأنجلو المصرية.

٧- أمل الهملان(٢٠٠٨). الاحتراق النفسى والمساندة الاجتماعية وعلاقتها باتجاه

العاملين الكويتيين نحو التقاعد المبكر - رسالة ماجستير- قسم الصحة

النفسية، كلية التربية، جامعة الزقازيق.

٨- أمينة حرطانى (٢٠١٤). جودة الحياة لدى الأمهات وعلاقتها بالمشكلات

السلوكية عند الأبناء- رسالة ماجستير غير منشورة- كلية العلوم

الاجتماعية، جامعة وهران .

٩- تامر الشرباصى (٢٠١٣). برنامج مقترح فى خدمة الجماعة لتحسين جودة

الحياة للأطفال المعاقين ذهنيا ذوى صعوبات التعلم- دراسة وصفية مطبقة

على مدرسة التربية الفكرية بالمنصورة- المؤتمر الدولى السادس والعشرون

للخدمة الاجتماعية، العدد التاسع، كلية الخدمة الاجتماعية- جامعة حلوان .

١٠- جمال الخطيب (٢٠٠٩). التربية الخاصة المعاصرة قضايا وتوجهات. عمان:

دار وائل .

١١- جمعة يوسف (٢٠٠٦). إدارة الضغوط ، مركز تطوير الدراسات العليا للبحوث،

كلية الهندسة، جامعة القاهرة.

١٢- الجهاز المركزى للتعبئة العامة والأحصاء (٢٠٢٠م). إحصاءات ذوى الإحتياجات

الخاصة

١٣- خالد الغامدى (٢٠٢٠). فاعلية برنامج إرشادى فى خفض مستوى الاحتراق

النفسى لدى عينة من مرشدى الطلاب بمدينة الرياض. مجلة العلوم

الانسانية، جامعة حائل (٥)، ٨٤ - ٨٩ .

١٤- خولة يحيى ورنا حامد (٢٠٠١). مصادر الاحتراق النفسى لدى معلمى الطلبة

المعوقين عقليا فى اليمن، مجلة مركز البحوث التربوية، السنة العاشرة، ع (٢٠)،

ص ص ٩٧ - ١٢٤، جامعة قطر .

- ١٥- زيد البتال (٢٠٠٠). **الاحتراق النفسي: ضغوط العمل النفسية لدى معلمى ومعلمات التربية الخاصة، الرياض، سلسلة إصدارات التربية الخاصة .**
- ١٦- زينى الحراقى (٢٠٠٩). **دراسة مقارنة فى الاحتراق النفسى لدى تدريسيى كل التربية الرياضى- رسالة دكتوراه منشورة- مجلة الرافدين للعلوم الرياضية، مج (١٥)، ع(٥٢)، كلية التربية الرياضية، جامعة الموصل .**
- ١٧- سعيد النورى (٢٠١٩). **الاحتراق النفسى لدى العاملين فى المجال الرياضى- رسالة ماجستير - جامعة ميسان، العراق .**
- ١٨- سلوى الحسن (٢٠١٥). **الاحتراق النفسى لدى معلمات التلاميذ ذوى الإعاقة العقلية العاملات بمراكز التربية الخاصة بمراكز التربية الخاصة بمدينة أمدردمان- رسالة ماجستير- قسم علم النفس، كلية الدراسات العليا، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا.**
- ١٩- سلوى جبر (٢٠١٠). **مستوى الاحتراق النفسى لوالدى ذوى الاحتياجات الخاصة- رسالة ماجستير- كلية التربية، جامعة المستنصرية، بغداد، العراق .**
- ٢٠- سليمان على راشد(٢٠١٤). **الاحتراق النفسى وعلاقته بأساليب مواجهة المشلات لدى المعلمين العمانيين فى محافظة الظاهرة بسلطنة عمان- رسالة ماجستير- كلية العلوم والآداب، جامعة نزوى، سلطنة عمان .**
- ٢١- عادل عبد الله (١٩٩٤) **مقياس الاحتراق النفسى. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.**
- ٢٢- عبد الله الضريبي (٢٠١٠). **أساليب مواجهة الضغوط النفسية المهنية وعلاقتها ببعض المتغيرات- مجلة جامعة دمشق، ٢٦(٤)، ص ص: ٧١- ٩٨ .**

- ٢٣- عبد المنصف بدر (٢٠١٦). فاعلية برنامج إرشادي لتحسين جودة الحياة لأسر الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم- دراسة تجريبية بمركز الشفاح للمعاقين - قطر .
- ٢٤- عماد الزغول (٢٠٠٦). الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال. عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع .
- ٢٥- عمر فواز (٢٠١٢). حاجات أسر الأطفال ذوي الإعاقة العقلية وعلاقتها بالجنس والعمر ودرجة الإعاقة للمعاقين عقلياً. المجلة الدولية التربوية المتخصصة، المجلد (١)، العدد (١١) .
- ٢٦- عيد جلال وآخرون (٢٠١٩). فاعلية برنامج إرشادي لتحسين جودة الحياة لأسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، مجلة التربية والتاهيل، المجلد (٩)، العدد (٣٠) الجزء الأول، قطر.
- ٢٧- غادة عثمان (٢٠١١). درجة أمتلاك المرشد التربوي لمهارات الاتصال الفعال وعلاقتها بالامن النفسي لدى طلبة الصف التاسع - رسالة ماجستير- جامعة عمان العربية للدراسات العليا- عمان، الاردن.
- ٢٨- فاطمة النوايسة (٢٠١٨). فاعلية برنامج إرشادي قائم على العلاج بالمعنى لخفض مستوى الاحتراق النفسي لدى عينة الممرضين العاملين في مستشفى حكومي في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية ، مجلة كلية التربية، العدد (١٨٠)- أكتوبر، جامعة الأزهر.
- ٢٩- فتحية مزياني (٢٠١١). مفهوم الاحتراق النفسي: أبعاده ومراحل تكوينه، مقالات في علم النفس، مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد (٣). جامعة قاصدي مرباح ورقلة .

- ٣٠- فريدة ال مشرف (٢٠٠٢). مصادر الاحتراق النفسي التي تتعرض لها عينة من عضوات هيئة التدريس. بجامعة الملك سعود، مجلة دراسات الخليج، مج(٢٨)، العدد (٥)، ص ص: ١٧٣ - ١٩٥.
- ٣١- فيوليت فؤاد وحنان فتحي (٢٠١٠). سيكولوجية ذوى الاحتياجات الخاصة، الجزء الأول، المفهوم والفئات، المملكة العربية السعودية، مكتبة الرشد .
- ٣٢- محمد ربيع (٢٠١٣). فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لخفض درجة الاحتراق النفسي لدى مدرسي ومدرسات المرحلة الثانوية في مدارس محافظة دمشق الرسمية -رسالة دكتوراه غير منشورة- دمشق. سوريا .
- ٣٣- محمود السلخى. (٢٠١٣). مستويات الاحتراق النفسي لدى معلمى التربية الإسلامية للعاملين فى المدارس الخاصة فى مدينة عمان فى ضوء بعض المتغيرات. مجلة الدراسات التربوية (٤٠)، العدد (٤)، ص ص: ١٢٠٧ - ١٢٢٩ .
- ٣٤- محمد كامل (٢٠٠٣). الدليل العلمى لبناء قدرات المعاقين ذهنياً، القاهرة، دار الطلائع.
- ٣٥- محمدى فوزية وأمال بوعيشة (٢٠١٣). معوقات جودة الحياة الأسرية، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قاصدى مرياح ورقلة، المتلقى الوطنى الثانى حول: الاتصال وجودة الحياة فى الأسرة .
- ٣٦- مغنية قوعيش (٢٠١٨). جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنياً بولاية مستغانم. مجلة دراسات نفسية وتربوية، المجلد (١١)، العدد (١)، جامعة عبد الحميد بن باديس، مستغانم ، الجزائر .

٣٧- منى فرج (٢٠٠٩). الضغوط النفسية وعلاقتها باحتياجات أولياء أمور غير

العاديين (المعاقين حركيا)- رسالة ماجستير- بولاية الخرطوم، جامعة

الخرطوم، السودان .

٣٨- مهند عبد العلى (٢٠٠٣). مفهوم الذات وأثر بعض المتغيرات الديمغرافية

وعلاقته بالاحتراق النفسي لدى معلمى المرحلة الثانوية الحكومية فى

محافظة جنين ونابليس- رسالة ماجستير- جامعة النجاح الوطنية، نابليس.

٣٩- نوال الزهرانى (٢٠٠٨). الاحتراق النفسي وعلاقته ببعض سمات الشخصية لدى

المعاملات مع ذوى الاحتياجات الخاصة- رسالة ماجستير- كلية التربية،

جامعة ام القرى. المملكة العربية السعودية .

٤٠- وردة حسن (٢٠١٠). جودة الحياة وعلاقتها بتقبل الوالدين لطفلهما المعاق-

رسالة ماجستير - كلية رياض الأطفال، جامعة القاهرة .

ثانياً: المراجع الأجنبية:

41- Abdulhade I. Haimour and Radi M. Abu- Hawwash,(2012).
Evaluating

Quality of Life of parents having a child with disability,
International

Interdisciplinary, **Journal of Education- March**, Volume
1, Issue

42- Ahola, K pulkki-Raback, L., Kouvonen, A, Rossi, H.,
Aromaa, Lonqvist, J.(2012). **Burnout and behavior-
related health risk factors** results from the population-
based Finnish Health 2000 study. **Journal Of
Occupational And Environmental Medicine**, 54(1),17-22

- 43- Adv Nurs, & Sonay Bilgin (2009). **Reducing burnout in mothers with an intellectually disabled child**: Feb. National Library of Medicine, PubMed. gov
- 44- Aznar, A.S., & Casta non, D. G. (2005). Quality of life from the point of view of Latin American families: A participative research study. **Journal of Intellectual Disability Research**, 49, 784-788. Doi: 10.1111/j.1365-2788.2005.00752.x .
- 45- Brown, I., Anand, S., Fung, W.L.A, Isaacs, B., & Baum, N.(2003). Family quality of Life: Canadian results from an international study. **Journal of Developmental and Physical Disabilities**, 15(3), 207-229 .
- 46-Brown, I., Brown, R. (2006). **Individual and family quality of Life**. Mukibaum Treatment Centers for Children and Adults with complex disabilities .
- 47- Burhan, Z., et al., (2013). An Investigation into the Relationship between Burnout and coping Strategies among Teachers in Turkey. **International Journal of Humanities and Social Science**, 2(12),57-82.
- 48- Bjornson, K.F., Belza, B., Kartin, D., Logsdon, R.G., & McLaughlin, J. (2008). **Self reported health status and quality of life in youth with cerebral palsy and typically developing youth**. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 89, p.121-127. Doi: 10.1016/j. apmr. 09.016 .
- 49- Corbett, B., Constantine, L., Hendren, R., Rocke, D., & Ozonoff, S.(2009). **Examining executive functioning in children with autism spectrum disorder, attention deficit hyperactivity disorder and typical development**. Psychiatry Research, 166, pp: 210 .

- 50-Clin Nurs & Shu-Mei Tsai et al. (2009). **The relationship between caregiver s strain and social support among mothers with intellectually disabled children.** Feb. National Library of Medicine, PubMed. gov.
- 51- Davis, E., Shelly, A., Waters, E., Boyd, R, Cook, K, & Davern, M. (2009). The impact of caring for a child with cerebral palsy: **Quality of life for mothers and fathers.** Child: Care, Health, and Development, 36, 63-73. doi: 10.1111/j.1365-2214.2009 .
- 52-Dall,Ora,C.,Ball,J.,Reinius, M., & Griffiths, P.(2020). **Burnout in nursing: a theoretical review, Human Resources for Health,** 18(41), 1-17 .
- 53-Densten, L, (2001).Rethinking Burnout, **Journal of Organizational Behavior,** 22(8), 833-847 .
- 54-Denise,Jensen&Poston(2003).**Aqualitative analysis of the conceptualization and domains of family quality of Life for families of children with disabilities.** University of Kansas, Pro Quest, UMI Dissertations Publishing. 3067092 .
- 55-Disabil Res& John Wiley, and sons Ltd. (2021). Experiences of mothers caring for a child with an intellectual disability during the COVID-19 Pandemic in the Netherlands. **Journal of intellectual Disability Research published by MENCAP** and international Association of the Scientific Study of intellectual ,. National Library of Medicine, Aug.
- 56-Dunn, M., Burbine, T., Bowers, C., & Tantleff-Dunn, S. (2001). **Moderators of stress in parents of children with autism.** Community Mental Health Journal, 37, pp: 39 .
- 57-Elci,O.(2004).**Predictive values of Social Support Coping Styles and Stress Level in Posttraumatic Growth and**

- Burnout Levels among The Parents of Children with Autism.** Unpublished Master Thesis, Middle East Technical University, Ankara, Turkey .
- 58-Gates Gordon, S. (2007). **Emerging thought and research on student and administrator stress and coping information age publisher, USA .**
- 59-Garcia,P. et al.,(2015).Leader Empowering Behaviors Staff Nurse Empowerment and Work Engagement/ Burnout. **Journal of Nursing Leadership, 19 (4) .**
- 60- Hasting, S. All Britton, D, and Arnett, E. (2004). Burnout in direct care staff in intellectual disability services : a factor analectic study of the Maslach Burnout inventory. **Journal of intellectual disability research. 38(3), 132-156 .**
- 61- Reece. & Brandt. M,(2000): "**The role of social support in Burnout among Dutch medical resident** " Psychology, Health & Medicine, vol. 12, No. 1, PP 1-6 .
- 62- Ronald Rush. (2003): "**The influence of selected factors on burnout among faculty in higher education**" Doctor Study, Louisiana state University,
- 63-Ruben, T., Navarro, N., Congas, A, Mercedes, I, Jose, M., Gonzalez-Santos, J., Gonzalez-Bernal, J., & Soto-Camera, R.(2020). **The protective Role of Emotional Intelligence in Self-Stigma and Emotional Exhaustion of Family Members of People with Mental Disorders, Sustainability, 12, 48-62 .**
- 64- Hinton, M., (2004). **Supporting professionals at risk intervention to reduce and improve retention of social education** Exceptional Children, 62 (4), 336-355
- 65- Isack Kander & Joav Merrick (2003). The Birth of acild with Disability coping by parents and siblings.**The scientific world Journal. Setember, 3: 741-50 .**

- 66-Isaacs,B.;Brow,I;Brown,R;Baum,N.;Myerscough,T.
;Neikrug, S., Roth ,D.; Shearer, J.& Wang,M.(2007). **The internal family quality of life project: Goals and practice in Intellectual Disabilities**, vol.4,n,3,pp.177-185.sep.
- 67-James, K. Haveman(2002).**Statewide quality of life and service satisfaction study for children and families**. Division of quality Management and planning Quality Management and Customer Services Administration.
- 68-Jiyeon, Park (2001). How to define and measure outcomes of early intervention: **An examination of family quality of life**.Dissertation Defended: April .
- 69-Johnson, B. (2004). **Mothers perceptions of parenting children with Disabilities**. American journal of Maternal Child Nursing. 25 (3), P P: 127-132.
- 70-Kuhn. J., & Carter, A. (2006).**Maternal self- efficacy and associated parenting cognitions among and burnout amongst mothers of Mentally handicapped children with autism**. Am J O orthopsychiatry, 76(4), 564 -575 .
- 71-Lenhard, W., Breitenbach, E., Ebert, H., Schindelbauer-Deutscher, H. J. & Henn, W. (2005). **Psychological benefit of diagnostic certainty for mothers of children with disabilities** . Lessons from Downs syndrome. American journal of Medical Genetics, 133 (2), PP:170-175 .
- 72-Lev, Elise& Steven, V. Owen (2006). Association of cancer patients quality of life symptoms, moods, and self-care, self efficacy with family caregiver, depression, reaction and health. Self-Care dependent-care nursing, The official. **Journal of the International Orem Society**, vol. 10,no.2,pp.125-131 .
- 73-Lin, L., & Lin ,J. (2013). **Job burnout amongst the institutional caregivers working with individuals with**

- intellectual and developmental disabilities:** Utilization of the Chinese version of the Copenhagen Burnout inventory survey. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7(6),777-784 .
- 74-Liorent,V.(2016). **Burnout and its relation to sociodemographic variables among education professionals working with people with disabilities in Cordoba (Spain).** *Cienc saude coletiva*, 21(10),1678-4561 .
- 75-Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P.(,2001). Job Burnout. **Annual Review of Psychology**, 52 (1), 397 .
- 76-Maslach, c.& Leiter, M.(2005). **Banishing Burnout: Six strategies for improving your relationship with work**, pub: California: Josse-Bass .
- 77- Meshach, C., & Courteous, C. (2009). Burnout in G. Reyes, J. Ford (Ed s). **Encyclopedia of Psychological trauma** (103-107). Hoboken, NJ: Wiley.
- 78- Maslach, C. (2011). Engagement research: Some thoughts from aburnout Perspective. **European Journal of Work & Organizational Psychology**. 20 (1), 47-52 .
- 79-Mateen, F., &Doris, C. (2012). **Health – Care Worker burnout and the mental health imperative.** *Lancet*, 22(8), PP: 595- 607 .
- 80- Mian Wang (2004). **Perspectives of fathers and mothers in assessing FQOL in early intervention programs programs.** Submitted to the Department of special Education and the Faculty of the Graduate School

of the University of Kansas in partial fulfillment of the requirements for

the degree of Doctor of Philosophy .

81- Mills, S. & Rose, J. (2011). The relationship between challenging behavior, burnout and cognitive variables in staff working with people who have intellectual disabilities. **Journal of Intellectual Disability Research**, 55 (9), 844-857 .

82-Mohammad, S. Nazzal & Disabil Rehabil(2018). **Lived experiences of Jordanian mothers caring for a child with disability**. National Library of Medicine, Pub Med. gov, Nov.

83-Okwaraj F., & Aguwa, E.(2014). **Burnout and psychological distress among nurses in a Nigerian tertiary health institution**, Afar Health Sci. 14(1), 237-245 .

84-Park, J., Turnbull, A. & Turnbull, H., R.(2002). **Impacts of poverty on quality of life in families of children with disabilities**. Exceptional Children, 68(2), pp. 151-170 .

85-Panos Vostanis & Judith Nichollst,(2013). **The Family Environment Scale: Comparison with the construct of expressed emotion** The Association for Family Therapy. Blackwell Publishers, 108. Cowley. USA .

86- Patricia. A. & Jamie. K(2007): " **Gender and work setting differences in career- sustaining behaviors and burnout among professional Psychologists**" **Professional Psychology: Research and Practice**, VOL, 38, No. , PP 88-96 .

87-Powell, D.R.(2006). **Families and early childhood interventions**. In W. Damon & I. Lerner (Eds.), **Handbook of child psychology**(6 th ed.) New York: Wiley.

- 88-Seligman,M,&Darling,R.B.(2007). **Ordinary families, special children: A systems approach to childhood disability** . New York Guilford Press .
- 89-Schaufeli,W.B.& Peters,M.C.W., (2000). Job stress and burnout among correctional officers: A literature review, **In International Journal of Stress Management**, Vol, 7, N I, pp 754-760 .
- 90-Potter, P., Deshields, T., Divanbeigi, J., Berger, J., Cipriano, D., Norris, L., & Olsen, S.(2010). Compassion Fatigue and Burnout. **Clinical Journal of Oncology Nursing**, 14(5), 56-62 .
- 91-Reece, R. & Brandt, S. (2002). **Burnout Medicine physicians family Assistant an investigation**. Turkish journal of psychology , 17(8). PP: 37 -44 .
- 92- Ryan, S. (2010). Meltdowns, surveillance and managing emotions: Going out **with children with autism**. Health and place, 16, pp:868-869 .
- 93-Samuel, P.S., Rillotta, F. &Brown, I. (2013). The development of family quality of life concepts and measures. **Journal of Intellectual Disability Research**, Volume 56 part 1pp. 1-16January.
- 94-Schulte, N., Toppinen, S., Kalimo, R. & Schaufeli, W.B., (2000). **The factorial validity of the Maslach burnout inventory- general survey across occupational and organizational Psychology**, 73, pp 53-66 .
- 95-Schuntermann, P. (2002).**Pervasive developmental disorder and parental adaptation**: Previewing and reviewing atypical development with parents on child psychiatric consultation. Harvard \review of Psychiatry, 10, pp: 16 .

- 96-Schwartz, C.& Gidroon, R. (2003).**Parents of mentally ill Adult Children at Home: Rewards of caregiving.** Health & Social Work, 27(2), PP:145-154.
- 97-Singh, P., Shimla A, Singh, A (2010). **Perceived Self-Efficacy and Mental Health among Elderly.** Delhi psychiatry Journal, 13 (2), PP: 314-321.
- 98-Shana felt, T.,& Boone, S., Tan, L. (2012). Burnout and satisfaction with Work- life balance among us physicians relative to the general us population Arch item Med.172, 1377-1385.
- 99-Shelly, A., Davis, E., Waters, E., Mackinnon, A., Reddihough, D., Boyd, R., Reid, S., &Graham, H.K.(2008). **The Relationship between quality of life and functioning for children with cerebral palsy.** Developmental Medicine & Child Neurology, 50,199-203. doi:10.1111/j.1469-8749.2008.02031.x.
- 100-Smith-Bird ,E.& Turnbull, A. p.(2005).**Linking positive behavior support to family quality-of-life outcomes.** Journal of positive Behavior Interventions, 7(3), 174-180 .
- 101-Summers, T. Poston, D.; Turnbull, A.; Marquis, J.; Hoffman, L., Man nan, H. Wang, M.(2005). **Conceptualizing nd measuring family quality of life.** Journal of Intellectual Disability Research, vol. 49,PP.777-783 .
- 102-Tares, T. W., Schreurs, P.J.G.& Schaufeli, W. B., (1999). **Burnout Inventory General Survey: a two- sample examination of factor structure and correlates.**In Work and Stress, Vol. 132, N3, pp 223-237 .
- 103-Turnbull, A.P., Turnbull, H.R, Poston, D., Beegle, G., Blue-Banning, M.,Diehl,K., frankland,C,Lord,L.,Marquis,J.,Park,J.,Matt,S.,&Summers, J.A.(2000, August). **Enhancing quality of life of families**

- of children and youth with disabilities in the United States.** A paper presented at family quality of life Symposium, Seattle, WA. Lawrence, KS: Beach Center on families and Disability .
- 104-Turnbull, A.P., Janet, G. Marquis, Lesa Hoffman, Denise, J. Poston, Hasheem Mannan, Mian Wang, Jean Ann Summers(2004). A New Tool for Assessing family outcomes: Psychometric Evaluation of the family Quality of life Scale Submitted to The American. **Journal on Mental Retardation**, May, University of Kansas .
- 105-Turnbull, A.P., Turnbull, H.R, (2005). From the old to the new paradigm of disability and families: **Research to enhance family quality of life outcomes.** In J.L. Paul, C.D. Lovely, A.Cranston-Gingras, & E.L. Taylor (Eds.), Rethinking professional issues in special education (pp. 83-117). Westport, CT: Ablex Publishing .
- 106-Turnbull, A.P., Turnbull, H.R, Erwin, E.& Soodak,L. (2006). **Families, Professionals, and exceptionality:** Positive outcomes through Partnerships and trust (5th ed). Upper Saddle River, NJ: Merrill/Prentice Hall .
- 107-Varghese,R.&Venkatesan,S.(2013). A Comparative Study of Maternal Burnout in Autism and Hearing Impairment. **International Journal of Psychology and Psychiatry**, 1(2), 101-102 .
- 108-Weiss, M. (2002). Hardiness and social support as predictors of burnout and stress in Mothers of typical children, with Autism, and children with Mental Retardation. *Autism*, 6(1). 115-130 .

- 109-White, N &Hasting, R., (2004). Social Professional Support for Parents of adolescents with Sever Intellectual Disabilities. **Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities**, 17,181-190 .
- 110-Zbigniew,S.,Starczyiska,M.,Kotela,I.,Kowalski,T.,Krys-Noszczyk,K., Lietzkijak, D.,Makara-Studzinska,M. (2014). **Burnout among Physiotherapists and length of service.** International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health, (2792), 224-35 .
- 111-Zhou, Y. &Wen, J.(2007). The Burnout Phenomenon of Teachers under Various Conflicts. **US-Education on Review**, 4(1), 37-44 .

The effectiveness of a cognitive-behavioral counseling program to reduce burnout among mothers of mentally handicapped children (who are able to learn) and its impact on the degree of family quality of life

Dr. Esraa Abdel Maksoud Abdel Waha

Abstract:

The aim of the research is to verify the effectiveness of a cognitive-behavioral counseling program to reduce burnout among mothers of mentally handicapped children (who are able to learn) and its impact on the degree of feeling of quality of family life for them. Research procedures: The research sample consisted of (n = 20) mothers, divided equally into two groups: experimental (n = 10) and control (n = 10), and their ages ranged between (40:30) years of mothers with mentally handicapped children who are able to learn, and they used tools represented in the socio-cultural level scale (prepared by: Muhammad Saafan and Doaa Khattab) (2016), a preliminary data form (prepared by the researcher), a scale of burnout (prepared by the researcher), a scale of the quality of family life (Prepared by: the researcher), a program to reduce burnout (prepared by the researcher), the results of the study: The results indicated the effectiveness of the counseling program in reducing the psychological burnout of mothers of mentally handicapped children who are able to learn and its impact on the quality of their family life.

Keywords: burnout - quality of family life - mothers of mentally handicapped children who are able to learn - counseling program.