مستوى استخدام الممارسات المتمركزة على أسر ذوي الإعاقات من قبل مقدمي الخدمات في الأردن في ضوء بعض المتغيرات

*ليلى محمد ضمرة**

ملخص

هدفت الدراسة الحالية إلى تحديد مستوى استخدام مقدمي الخدمات للممارسات التي ترتكز على أسر الأطفال ذوي الإعاقات في الأردن. تكونت عينة الدراسة من (110) أسر تم اختيارهم بصورة قصدية حيث توزعت عينة الدراسة كما يلي: (30) أسرة من أسر الأطفال غير المعاقين و(110) أسرة من أسر الأطفال المعاقين والتي تضمنت (30) أسرة لأسر الأطفال المعاقين عقليا، و(20) أسرة لكل من أسر الاطفال ذوي اضطراب التوحد والاعاقة الحركية والاعاقة السمعية والبصرية على التوالي. وتحقيقاً لهدف الدراسة، أعدت صورة معربة من مقياس الممارسات المتمركزة على الأسرة (Family-Centered Practices Scale) (Dunst and Trivette, 2005). وأشارت النتائج إلى أنّ مستوى استخدام مقدمي الخدمات للممارسات التي ترتكز على أسر الأطفال ذوي الإعاقات بشكلٍ عام كان متوسطاً، وكان مستوى الاستخدام للبعد الأول (الممارسات ذات العلاقة) متوسطاً، في حين كان مستوى الاستخدام للبعد الثاني (العلاقات التشاركية) منخفضاً، وأشارت نتائج الدراسة كذلك إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية (α=0.05) بين متوسطات مستوى الاستخدام للممارسات بين أسر الأطفال المعوقين وأسر الأطفال العاديين لصالح أسر الأطفال العاديين، على البعد الأول والثاني وكذلك الدرجة الكلية للمقياس، كما أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية (α=0.05) في مستوى الاستخدام للممارسات تعزى لنوع الإعاقة، حيث كان منخفضاً لأسر الأطفال المعوقين في الإعاقات العقلية، والتوحد، والبصرية، في حين أنّ مستوى الاستخدام كان متوسطاً لأسر الأطفال المعوقين حركياً وأسر الأطفال المعوقين سمعياً. وأشارت نتائج الدراسة كذلك إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية (α=0.05) في مستوى الاستخدام للممارسات بين أسر الأطفال المعوقين الذكور وأسر الأطفال المعوقين الاناث لصالح أسر الأطفال المعوقين الذكور، وإلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية (α=0.05) في مستوى الاستخدام للممارسات تعزى للمستوى التعليمي للوالدين، إذ كانت هذه الفروق لصالح الآباء والأمهات من حملة الدرجات العلمية العليا عند مقارنتها مع الآباء والأمهات الذين يحملون درجات الدبلوم أو الثانوية العامة وما دون. وأشارت نتائج الدراسة كذلك إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية (α=0.05) في مستوى الاستخدام للممارسات لأسر الأطفال المعوقين تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية للوالدين، وإلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية (α=0.05) في مستوى الاستخدام للممارسات لأسر الأطفال المعوقين تعزى للحالة الاقتصادية للأسرة، بين الأسر التي يزيد دخلها عن 1000 دينار مقارنةً بالأسر التي دخلها أقل.

الكلمات الدالة: الممارسات المتمركزة على الأسرة، أسر الأطفال ذوي الإعاقات، مقدمي الخدمات.

المقدمة

تزخر أدبيات التربية الخاصة المعاصرة بالحديث عن مفهوم الممارسات المتمركزة على أسر الأطفال ذوي الإعاقات، ويشير هذا المفهوم عموماً الى الاعتقادات والممارسات التي تتعامل مع الأسرة بكرامة واحترام، بحيث تكون هذه الممارسات فردية ومرنة، وتقوم على أساس المشاركة في المعلومة حتى يتسنى لهذه الأسر اتخاذ قرارات مدروسة ومستنيرة، كما تسعى هذه الممارسات الى تمكين الأسر من استخدام مصادر الدعم الضرورية لها لكي تعنى باطفالها على نحو يفضي إلى نتائج ايجابية للطفل ولأسرته (Dunst, 2002).

تركز فلسفة ممارسات الدعم المتمركزة على الأسرة على تقوية ودعم القدرات الوالدية الموجودة وتطوير قدرات جديدة، فالآباء والأمهات لديهم المعرفة والمهارات اللازمة لمساعدة أطفالهم ولكنهم يحتاجون إلى توفير الخبرات والفرص التي تعزز قدرة أطفالهم على التعلم والتطور، لذا يتوجب على الأخصائيين التوقف عن اعتبار أنفسهم أنهم وحدهم الخبراء والقادرون على مساعدة الطفل بمعزل عن أسرته، وأن يقدموا

* الجامعة العربية المفتوحة، الأردن. تاريخ استلام البحث 2013/6/24، وتاريخ قبوله 2014/3/25.

©2015 عمادة البحث العلمي/ الجامعة الأردنية. جميع الحقوق محفوظة.

الفرص للأسر ليكونوا شركاء معهم آخذين بعين الاعتبار احتياجات الآباء والأمهات واهتماماتهم، وتتميز هذه البرامج بالوصول المبكر للأسر وتقديم الدعم المبكر لها، ومشاركة الأسر الحقيقية والفاعلة على جميع مستويات البرنامج المختلفة وتدعيم مصادر القوة لدى الأسرة وتبادل المعلومات في جو من الثقة والايجابية (Dunst and Trivette, 2005).

أوضح كل من تيرنبل وتيرنبل وسمرز (Turnbull, Summers and Turnbull, 2007) العلاقة بين النمو العاطفي والاجتماعي للأطفال ذوي الإعاقات وممارسات الدعم المتمركزة على الأسرة وزيادة كفاءة الأسرة وقدرتها، حيث أشاروا إلى أنّ الأسر التي تتلقى الدعم بهذه الطريقة ستشعر بالثقة بنفسها وبقدراتها، وستتفاعل بطريقة ايجابية وفاعلة مع أطفالها وبالتالي سينعكس ذلك على النمو الكلي لأطفالها،وأيضا تُسهم هذه الممارسات بزيادة الادراك الوالدي الايجابي لإعاقة الطفل وتطوير المهارات الوالدية والسعي المستمر إلى تحسين الصحة النفسية للأسرة (well-being) وزيادة شعورها بالرضا النفسي (Parent Satisfaction) وتحسين نوعية حياتها وحياة طفلها وتشجيع الأسر على الرغبة في المشاركة في برامج التدخل وذلك من خلال الاعتماد على المعلومات التي يتم الحصول عليها من التقييم السلوكي الشامل للطفل وأسرته لتطوير خطة دعم شاملة، وهذا يتسق مع ما يسمى بالعلاقات التشاركية بين الأسر والأخصائيين لاتخاذ القرارات حول التدخلات الملائمة حول خطة الطفل المناسبة وكل ذلك نتيجة لتمتع ممارسات الدعم المتمركزة على الأسرة بالخصائص الرئيسية التالية: معاملة الأسر بكرامة واحترام، وتوفير الدعم الفردي والمرن ومشاركة المعلومات بحيث تتمكن الأسر من اتخاذ قرارات مستنيرة، وضمان اختيار الأسرة بشأن خيارات التدخل، وتوفير المصادر اللازمة والدعم للآباء لرعاية الأطفال بطريقة تؤدي إلى مخرجات مثالية بالنسبة للطفل والأسرة، وتطوير العلاقات التشاركية بين الأسرة والأخصائيين (Dunst, 2002).

ميز كل من دانست وبويد وترايفت وهامبي (Dunst, Boyd, Trivette and Hamby (2002) المراحل التي مرّت بها نماذج العمل مع أسر الأطفال ذوي الإعاقات، وقاموا بالمقارنة بين أربعة نماذج موجهة نحو الأسرة تتفاوت فيها أساليب تقديم الخدمات من تحكم الأخصائيين بها إلى خدمات متمركزة حول الأسرة وهي:

1-نموذج متمركز حول الأخصائيين: (Professional-centered) ويتم فيه تقييم حاجات الأسرة وتنفيذها من قبل الأخصائيين، فهم يعتبرون أنفسهم الخبراء الذين يحددون احتياجات الأسرة ويقررون التدخلات المناسبة.

2-نموذج متحالف مع الأسرة: (Family-allied) تقوم الأسرة من خلال هذا النموذج بتنفيذ ما يُقرّه الأخصائيون من برامج التدخل.

3-نموذج موجه نحو الأسرة: (Family- focused) يتم اختيار وتحديد أهداف الخطة الفردية لخدمة الأسرة (IFSP) Individual Family Service Plans بالاتفاق بين الأسرة والأخصائيين، فعملية القياس تركز على حاجات الأسرة ذات العلاقة بجوانب النمو للطفل.

4-نموذج متمركز حول الأسرة: (Family- centered practice) إن أدوار مقدمي الخدمات ضمن هذا النموذج تحدّدها حاجات الأسرة واهتماماتها ومعتقداتها بوصفها موجِهة لإجراءات التدخل، حيث يصف مفهوم الممارسات المتركزة حول الأسرة تلك الممارسات التي تتعامل مع الأسرة بايجابية، بحيث تكون هذه الممارسات فردية ومرنة ومستجيبة، وتقوم على أساس المشاركة في المعلومة، بحيث يتسنى للأسر اتخاذ قرارات مدروسة، كما تسعى إلى مساعدة الأسر للوصول إلى المصادر والموارد والدعم الضروري لها، لكي تعنى بأطفالها على نحو يُفضي إلى نتائج إيجابية للطفل وأسرته، وذلك من خلال تدعيم مواطن القوة لدى الأسرة، وتشجيع العلاقات التشاركية التعاونية بينهم وبين الأخصائيين وذلك لتطوير برامج وخدمات متكاملة وذات نوعية جيدة للأطفال ذوي الإعاقات، وتتبنى هذه الدراسة نموذج متمركز حول الأسرة والذي يستند الى ثلاثة معايير حديثة ومتصلة مع بعضها تقود إلى فهم أفضل لهذه الممارسات المعاصرة، والتطبيق العملي لها، في سبيل النهوض والارتقاء بمستوى الخدمات المقدمة للأطفال ذوي الإعاقات وأسرهم، وأشار كل من هودجز (Hodges, 2000) ودانست (Dunst, 2002) إلى أنّ هذه المعايير الثلاثة هي مبادىء لابد من الانطلاق منها عند العمل مع أسر الأطفال ذوي الإعاقات وهي:

الاستناد إلى نقاط القوة الأسرية Strength-based approach

التشارك والتعاون Partnership and collaboration

الاستناد إلى التمكين Empowerment-based

الاستناد إلى نقاط القوة الأسرية (Strength-based approach)

يستند هذا النموذج على نقاط القوة والقدرات والكفاءات التي تمتلكها الأسرة بدلاً من التركيز على نقاط الضعف بهدف تقديم العون لها لمساعدة طفلها ذي الإعاقة على النمو والتطور وقد حدد دانست (Dunst, 2002)، الخصائص التي يمكن من خلالها الحكم على الأسرة بأنها قادرة وقوية ومن ضمنها: الاعتقاد والإحساس بالالتزام نحو الارتقاء بالنمو الكلي لأفراد

الأسرة ككل، وتقدير الأعمال الصغيرة والكبيرة التي يقوم بها أفراد الأسرة لخدمة الطفل ذي الإعاقة على حد سواء. والمرونة والقدرة للحصول على المصادر المطلوبة لتلبية احتياجات طفلها ذي الإعاقة، والقدرة على رؤية جميع الأحداث بطريقة ايجابية وهذا يتضمن النظر إلى المشاكل والأزمات بوصفها فرصة للنمو والتطور، وأيضاً التوازن بين استخدام المصادر الأسرية الداخلية والخارجية للتكيف مع الأحداث الحياتية والتخطيط للمستقبل.

التشارك والتعاون (Partnership and collaboration)

نظراً للصعوبات والتحديات التي تواجهها أسر الأطفال ذوي الإعاقات والتي تفرضها إعاقة الطفل، الأمر الذي تنشأ معه حاجات خاصة بتلك الأسر وما تستدعيه من متطلبات تمكينها من التقبّل لتلك الظروف والتعامل معها بأساليب تكيّفية، ومن اكتساب المعرفة والخبرات والمهارات التي تساعدها على استعادة فاعليتها، لذلك كان لا بد من ايجاد شراكة خاصة فريدة ومتميزة بين الأسر والإخصائيين تتنامى وتتعزز من أجل العمل معا في سبيل تمكين الأطفال ذوي الإعاقات وأسرهم ودعمهم بكافة أشكال الخدمات الاجتماعية والنفسية والتربوية (Turnbull, Turnbull and Kyzar, 2006).

الاستناد إلى التمكين Empowerment-based

ويقصد بذلك قدرة الأسرة على إدارة شؤونها الحياتية اليومية، والتعامل والتعاون مع أنظمة الخدمات التي تقدم للطفل، والاستعداد للمساهمة في تطوير نوعية هذه الخدمات، والدفاع عن حقوق أطفالها في المنظمات والمؤسسات والهيئات ذات العلاقة، وزيادة كفاءة الأسرة الذاتية وقدرتها على اتخاذ القرارات المتعلقة بطفلها، من خلال تطوير اتجاهاتها ومعارفها ومهاراتها في كل ما يتعلق بطفلها ذي الإعاقة، وسعيها المتواصل لتحسين قدراتها الذاتية (Hutchinson, 2010) .

مشكلة الدراسة

بمراجعة أدبيات البحث في مجال أثر الإعاقة على الاسرة، يُلاحظ أنّ هناك الكثير من الدراسات التي تحدثت عن العديد من الخدمات والحاجات التي تحتاجها أسر الأطفال ذوي الإعاقات، إلا أنّ الدراسات المتاحة لم تهتم بدراسة كيفية تقديم هذه الخدمات، وهل هي ترتكز على أولويات الأسر واهتماماتها، وهل يتم تقديم هذه الخدمات من خلال توظيف العلاقات التشاركية التعاونية مع الأخصائيين في جو من الايجابية والاحترام، فمن خلال الملاحظات الميدانية يُلاحظ أنَّ أسر الأطفال ذوي الإعاقات في الأردن يفتقرون إلى هذا الوضع الذي تسعى إليه هذه الفلسفة، حيث يقوم الأخصائيون وحدهم في كثير من الأحيان بعملية اتخاذ القرارات المتعلقة بالطفل نيابة عن أسرته، وذلك لأنَ الأخصائيين يتوقعون بأن الأسر تكون متضمنة في عملية اتخاذ القرارات المتعلقة بأطفالها من خلال حضور الإجتماعات وجداول الأعمال المحددة مسبقاً ومن ثم الرضوخ إلى توجيهات الأخصائيين ونصائحهم. ولا يدركون أن بعض الأسر قد تنقصها الدافعية لتصبح متخذة للقرارات التربوية، وفي حالات أخرى، فإنَّ الأسر التي تمتلك الدافعية للعمل تفتقر إلى المعرفة والمهارات اللازمة، وفي كثير من الأحيان تمتلك الأسر الدافعية والمعرفة والمهارات اللازمة لمساعدة طفلها ذي الإعاقة ولكنّ السياق التربوي يحول دون جعلهم شركاء في العملية التربوية. فبناء على ذلك وإيمانًا بأهمية تفعيل دور أسر الأشخاص ذوي الإعاقة، وانطلاقا من الدور الذي تلعبه الأسرة في حياة طفلها المعاق، وأهمية تغيير واقع الأسرة لتصبح شريكًا مع المؤسسات ذات العلاقة في خدمة طفلها تأتي هذه الدراسة لتسليط الضوء على الممارسات المتمركزة على أسر الأطفال ذوي الإعاقة.

أسئلة الدراسة

تكمن مشكلة الدراسة في الإجابة عن التساؤل الرئيسي التالي: ما مستوى استخدام مقدمي الخدمات للممارسات التي ترتكز على أسر الأطفال ذوي الإعاقات في الأردن؟ وبالتحديد حاولت هذه الدراسة الإجابة عن الأسئلة الفرعية التالية:

1- ما مستوى استخدام مقدمي الخدمات للممارسات المتمركزة على أسر الأطفال ذوي الإعاقات في الاعاقات العقلية، والتوحد، والحركية، والسمعية، والبصرية في الأردن؟
2- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية (α=0.05) في مستوى استخدام مقدمي الخدمات للممارسات بين أسر الأطفال المعوقين وأسر الأطفال العاديين في الأردن؟
3- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية (α=0.05) في مستوى استخدام مقدمي الخدمات للممارسات التي ترتكز على أسر الأطفال ذوي الإعاقات تعزى لنوع إعاقة أبنائهم؟
4- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية (α=0.05) في مستوى استخدام مقدمي الخدمات للممارسات التي ترتكز على أسر الأطفال ذوي الإعاقات تعزى لجنس الطفل المعوق؟
5- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية (α=0.05) في مستوى استخدام مقدمي الخدمات للممارسات التي ترتكز على أسر الأطفال ذوي الإعاقات تعزى لمتغير المستوى

التعليمي للوالدين؟

6- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية (α=0.05) في مستوى استخدام مقدمي الخدمات للممارسات التي ترتكز على أسر الأطفال ذوي الإعاقات تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية للوالدين؟

7- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية (α=0.05) في مستوى استخدام مقدمي الخدمات للممارسات التي ترتكز على أسر الأطفال ذوي الإعاقات تعزى لمتغير للحالة الاقتصادية للأسرة؟

أهداف الدراسة

1- توفير أداة تقييم ذاتية لمقدمي الخدمات، تمكنهم من معرفة مدى فهمهم لهذه الممارسات ومدى استخدامهم لها واتقانها، وتحسين علاقاتهم مع الأسر.

2- تزويد مقدمي الخدمات بالاستراتيجيات والمهارات الضرورية للعمل مع الأسر استناداً إلى نتائج البحوث والدراسات التي تدعم ترجمة فلسفة الممارسات المتمركزة على الأسرة واقعاً عملياً ملموساً تظهر نتائجه الإيجابية على الأسرة والطفل.

3- التعامل مع أسَر الاطفال ذوي الإعاقات بوصفها عضواً فاعلاً ورئيساً في فريق العمل متعدد التخصصات.

4- تفعيل المشاركة الأسرية في البرامج التربوية والسلوكية في كافة المستويات والمراحل.

5- توفير برامج تدريبية للوالدين لتنمية مهارات التعامل مع الأخصائيين والاعتراف بهم كأصحاب قرار فيما يتعلق بطفلهم.

أهمية الدراسة

تكمن أهمية الدراسة الحالية في الكشف عن مستوى استخدام مقدمي الخدمات للممارسات التي ترتكز على أسر الأطفال ذوي الإعاقات في الأردن، وتتمثل أهمية الدراسة من الناحيتين النظرية والعملية في ما يلي:

- الأهمية النظرية

تكمن الأهمية النظرية لهذه الدراسة في:

1- رفد الأدب النظري في ميدان التربية الخاصة في الأردن بالأبعاد الهامة لفلسفة الممارسات المتمركزة على أسر الأطفال ذوي الإعاقات.

2- تطوير برامج وآليات لزيادة استخدام مقدمي الخدمات للممارسات التي ترتكز على أسر الأطفال ذوي الإعاقات.

3- حاجة الميدان إلى مثل هذا النوع من الدراسات.

4- تعتبر هذه الدراسة من الناحية النظرية إضافة علمية جديدة في العلاقة بين أسر الأطفال ذوي الإعاقات والأخصائيين من خلال التعرف على مستوى وأنواع الممارسات التي يستخدمها الأخصائيون مع هذه الأسر.

- الأهمية العملية

تكمن الأهمية العملية لهذه الدراسة في:

1- توفير الفرص التي تُسهم في تفعيل مقدرة الأسرة على اتخاذ القرارات المتعلقة بطفلها، وتوسيع نطاق الأدوار التي يمكنها القيام بها، والذي بدوره سينعكس ايجابا على الطفل وتعلمه، وذلك من خلال تطبيق الممارسات المتمركزة على الأسرة والتي تنطلق من الإيمان بقدرة هذه الأسر وكفاءتها في انجاح العملية التعليمية التعلمية للطفل.

2- خفض الضغوط النفسية لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقات التي تفرضها إعاقة الطفل، والتي قد تزداد في كثير من الأحيان نتيجةً لغياب التواصل الفعال مع الأخصائيين وعدم احترامهم لهذه الأسر، وعدم الاهتمام بهم وباحتياجاتهم، كالحاجة إلى المعلومات عن إعاقة الطفل.

3- المساهمة في إعادة النظر في طبيعة العلاقة بين أخصائيي التربية الخاصة وأسر الأطفال ذوي الإعاقات، من خلال توفير قاعدة معلوماتية للمؤسسات التي تعد هذه الكوادر وتؤهلها للعمل مع الأطفال ذوي الإعاقات، وتعزيز التواصل بين الأسر والأخصائيين لتنمية مفهوم الشراكة بينهما، وتسهيل مهمات التواصل من أجل التعاون الجدي والمثمر.

4- التجسير بين الأسرة وكافة المؤسسات التربوية ومنظمات الرعاية للاستفادة من جميع الفرص في تقوية الأسر ودعمها.

مصطلحات الدراسة

الممارسات المتمركزة على الأسرة Family-Centered Practices: الممارسات التي تهدف الى تطوير معارف أسر الأطفال ذوي الإعاقات وتحسين مهاراتهم في كل ما يتعلق بطفلهم ذي الإعاقة، وتشجيع مشاركة الأسر الحقيقية والفاعلة على جميع مستويات البرنامج المختلفة وتدعيم مصادر القوة لدى الأسرة وتبادل المعلومات في جو من الثقة والايجابية (Dunst and Trivette, 2005).

تُعرّف الممارسات المتمركزة على الأسرة إجرائياً في هذه الدراسة على أنها: الدرجة الكلية لمجموع الدرجات التي تحصل عليها الأسرة على أبعاد مقياس الممارسات المتمركزة على الأسرة (Family-Centered Practices Scale) وهما ممارسات تقديم الخدمة ذات العلاقة Relational help giving practices

وممارسات تقديم الخدمة التشاركية Participatory help giving practices.

حدود الدراسة ومحدداتها

تتمثل حدود الدراسة الحالية، في ما يلي:

- الحدود المكانية للتطبيق، والمتمثلة في منطقتي عمان والزرقاء، إذ تم الاعتماد على العينة المتيسرة، ولم يتم التطبيق في جميع محافظات المملكة.
- الحدود الزمانية المتمثلة في الفترة الزمنية التي أُجريت فيها الدراسة ومدى تعميم نتائجها.
- حدود بشرية مرتبطة بأفراد العينة الذين تم تضمينهم في الدراسة وفقا لخصائصهم الديموغرافية.

محددات الدراسة

تتمثل محددات الدراسة الحالية، في ما يلي:

دقة الأسر في الإجابة على مقياس الدراسة، ودقة الأداة المستخدمة في الدراسة ودلالات صدقها وثباتها، وآلية جمع بيانات الدراسة وتحليلها احصائيا، ومنهجية الدراسة العلمية.

الدراسات السابقة

فيما يلي عرض لكل ما اهتدي له من دراسات سابقة تتعلق بهذا الموضوع.

أولا: الدراسات العربية

لم تجد الباحثة من خلال البحث دراسات عربية تطرقت للممارسات المتمركزة على أسر الأطفال ذوي الإعاقات، حيث اقتصرت الدراسات العربية في مجال الأسر على دراسة الضغوط النفسية التي تتعرض لها هذه الأسر والتكيف النفسي وغيرها من الموضوعات التي لا ترتبط بهذا الموضوع.

ثانياً: الدراسات الأجنبية

سوف يتم الإشارة إلى الدراسات التي تناولت هذا الموضوع بالبحث كما يلي:

في دراسة قام بها كامرا Camara (2002) هدفت إلى تقييم الممارسات المتمركزة حول الأسرة المطبقة في ولاية مينسوتا الأمريكية، وذلك من خلال دراسة أثر تعليم الوالدين على التمكين الأسري، ولهذا الغرض تم تصميم دليل تعليمي موجه للآباء بالإضافة إلى دليل تدريبي، اشتملت عينة الدراسة على سبع أسر شاركوا في مجموعات تربوية تم إعدادها خصيصاً. أشارت النتائج إلى أنّ الآباء قيّموا الخبرة الجماعية بإيجابية وأشاروا إلى أنّ التدخل لبّى حاجتهم للمعلومات، وزاد وعيهم ومعرفتهم، وخفض قلقهم وحيرتهم. وأيضاً خفضت المجموعات التربوية مخاوف الوالدين وعزلتهم، وزودتهم بالفرص التي تمكنهم من التفاعل مع الآباء الآخرين. وأشارت النتائج أيضاً إلى أن تعليم الوالدين هو المدخل الرئيسي للتمكين الأسري. ويرتقي بالتعاون بين الوكالات وتطوير العلاقات التشاركية المجتمعية.

كذلك أجرى دانست وبويد وترايفت وهامبي Dunst, (2002) Boyd, Trivette and Hamby دراسة هدفت إلى فحص العلاقة بين نماذج مختلفة لبرامج التدخل الأسرية، والمكونين الاساسيين لممارسات تقديم الخدمة وهما: الممارسات ذات العلاقة والممارسات التشاركية، تم فحص هذه العلاقة من خلال دراستين اثنتين، حيث تكونت عينة الدراسة من أسر الأطفال المشاركين في أنواع مختلفة لبرامج تقديم الخدمة الأسرية، بحيث اشتملت عينة الدراسة الأولى على (214) أماً، و(7) آباء. تم استخدام مقياس ممارسات تقديم الخدمة لكل من دانست وترايفت وهامبي (help giving practices Scale) (Dunst, Trivette, and Hamby, 1996). واشتملت عينة الدراسة الثانية على (45) أماً وتم استخدام مقياسين اثنين وهما: مقياس الممارسات المتمركزة على الأسرة لدانست وترايفت Family-Centered Practices Scale (FCP; Dunst and Trivette, 1998) ومقياس ممارسات تقديم الخدمة لدانست وترايفت وهامبي help giving practices Scale (HPS; Dunst et al., 1996)، أشارت النتائج إلى أنّ أبعاد مقياس الممارسات والتي تمّ ذكرها سابقاً وهي الممارسات ذات العلاقة والممارسات التشاركية، كان يتم تطبيقها بشكل أقل في برامج تقديم الخدمة المتمركزة على الأخصائيين، بينما كان استخدامها بشكل أكبر في برامج الخدمة المتمركزة على أسر ذوي الإعاقات.

كذلك قام هيجنز Higgins (2005) بدراسة هدفت إلى التعرف على إدراكات الوالدين حول الممارسات المتمركزة حول الأسرة في خدمات التدخل المبكر وكيف تؤثر هذه الممارسات على شعور الوالدين بالتمكين حيث أجريت الدراسة الحالية كجزء في مشروع التمكين الأسري والذي يهدف إلى تقييم الأنموذج المتمركز على الأسرة لإيصال الخدمات في نظامِ التدخّلِ المبكّر لتينيسي، اشتملت عينة الدراسة على (1000) أسرة يتلقّى أطفالها خدمات التدخل المبكر، اختيروا للمشاركة بطريقةٍ عشوائية، وتم جمع البيانات من الآباء المشاركين في الدراسة باستخدام مقياس لتقييم البرنامج المتمركز حول الأسرة (FamPRS) ومقياس التمكين الأسري (FES). أشارتْ النَتائِجُ إلى أن الآباء يدركون الممارسات المتمركزة حول الأسرة كأبعاد متعدّدة هي: التواصل الذي يقوم على الاحترام والتعاون

المتبادلين، الدعم المُستند على نقاط القوى الأسرية، وقد أدّى منسّقي نظامِ التدخّلِ المبكّر لتينيسي هذه الأبعاد للممارساتِ المُتمَركَزةِ حول الأسرة بشكل جيد. وعبّر الآباء أيضاً عن شَعورهم بأنّهم كَانوا مؤهّلين في قدرتهم وكفاءتهم كأباء لأطفال ذوي إعاقات، وفي قدرتِهم للحُصُول على الخدمات لأطفالهم، وأنه كان قد طُلب من بعض الآباء الدفاع عن أطفالهم إما في نظامهم المحلي أو على المستويات الحكومية. أخيراً أشارتْ النَتائِجُ إلى أنّ هناك علاقة هامّة وإيجابية بين الممارسات المتمركزة حول الأسرة والتمكينّ حيث ترتبط وتتعلق أبعاد (الممارسات المتمركزة حول الأسرة) بأبعاد التمكين.

وقام كولتر Coulter (2006) بدراسة هدفت إلى قياس ادراكات الأمهات حول الممارسات المتمركزة حول الأسرة (Family-Centered Practices) وكيف تؤثر هذه الممارسات في شعورهن بالتمكين، أُجريتْ الدراسة كمكوّن هام ورئيسي في مشروع التمكين الأسري والذي يهدف إلى تقييم التمكين الأسري والخدمات في نظامِ التدخّلِ المبكّر لولاية تينيسي في الولايات المتحدة الأمريكية. اشتملت عينة الدراسة على (370) أماً، وتم استخدام مقياس لتقييم البرنامج المتمركز حول الأسرة (FamPRS) Program Rating Scale The Family-Centered،ومقياس التمكين الأسري (FES) The Family Empowerment Scale أشارت النتائج إلى أنَّ الأمهات ذكرنَ بأنّهنَّ كَنَّ يشعرن بأنهنَّ ممكنات وذلك من خلال قدرتهن على المطالبة بالخدماتِ الخاصة بأطفالهن ذوي الإعاقات والمشاركة في الخدمات المقدمة. وأشارت النتائج أيضاً إلى أنَّ هناك علاقة قوية وذات دلالة إحصائية بين الممارسات المتمركزة حول الأسرة والتمكين الأسري.

وحاولت دراسة نتزل Neitzel (2005) التعرف على مدى رضا آباء الأطفال التوحديين الذي يتراوح أعمار أطفالهم ما بين (2–5) سنوات والأخصائيين الذين يقدموا لأطفالهم خدمات التدخل المبكر، طبق عليهم مقياس تقدير برنامج متمركز على الأسرة The Family-Centered Program Rating Scale (FCPRS)، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن الاخصائيين كانوا أكثر رضا من الآباء عن خدمات التدخل المبكر للأطفال التوحديين، فالآباء كانوا أقل رضا عن نوعية الخدمات عامة، والخدمات الفردية وهذا يعكس تمركز الخدمات على الأخصائيين وليس الأسر.

في (47) دراسة قام بها كل من دانست وترايفت وهامبي Dunst, Trivette and Hamby (2007) هدفت إلى دراسة العلاقة بين الممارسات المتمركزة على الأسرة وأثرها على الأسرة وسلوك الطفل، اشتملت عينة الدراسة على (11) ألف مشارك من سبع دول، تم استخدام مقياس الممارسات المتمركزة عاى الأسرة (Family-Centered Practices Scale)، أشارت النتائج إلى وجود تأثيرات مباشرة للممارسات المتمركزة على الأسرة خاصة فيما يتعلق بزيادة شعور الأسرة بالكفاءة الذاتية وشعورها بالرضا النفسي فيما يتعلق بالمخرجات المرغوبة بالنسبة لتطور الطفل وتقدمه.

كذلك قام كل من دانست وترايفت وهامبي Dunst, Trivette and Hamby (2010) من خلال (52) دراسة هدفت إلى دراسة التأيرات المباشرة وغير المباشرة التي تتركها الممارسات المتمركزة على الأسرة على تفاعلات الطفل مع والديه وتطور الطفل، اشتملت عينة الدراسة على (910) أسر وأطفالهم المشتركين في برامج تدخل مبكر مختلفة، تم استخدام مقياس الممارسات المتمركزة عاى الأسرة (Family-Centered Practices Scale)، أشارت النتائج إلى وجود تأثيرات مباشرة للممارسات المتمركزة على الأسرة زيادة تفاعلات الطفل مع أسرته، ووجود تأثيرات غير مباشرة للممارسات المتمركزة على الأسرة حيث تسهم هذه الممارسات في زيادة شعور الأسرة بالكفاءة الذاتية وشعورها بما يعرف بالصحة النفسية (Well-being) وزيادة شعورها بالرضا النفسي Parent Satisfaction.

تعقيب على الدراسات السابقة

يتضح من هذا العرض للدراسات السابقة التي اهتمت بدراسة الممارسات المتمركزة على الأسرة أهمية هذا الموضوع لأسر الأطفال ذوي الإعاقات، وذلك لانعكاسها الايجابي على الطفل نفسه وعلى أسرته أيضاً كما أشارت لذلك دراسة كل من دانست وترايفت وهامبي Dunst, Trivette and Hamby (2010) حيث تُسهم هذه الممارسات في زيادة تفاعلات الطفل مع أسرته، وأيضاً في زيادة شعور الأسرة بالكفاءة الذاتية والقدرة على التواصل مع الأخصائيين بنجاح كما أشارت إليه دراسة كل من دانست وبويد وترايفت وهامبي Dunst, Boyd, Trivette and Hamby (2002)، وبالإجمال فإنّ ما يميز الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة هو اشتمالها على دراسة كل من أسر الأطفال العاديين وأسر الأطفال ذوي الإعاقة العقلية وذوي اضطراب التوحد وذوي الإعاقة الحركية وذوي الإعاقة السمعية وذوي الإعاقة البصرية.

الطريقة والاجراءات

منهجية الدراسة والمعالجات الإحصائية

الدراسة الحالية هي دراسة وصفية هدفت إلى تحديد درجة استخدام مقدمي الخدمات للممارسات التي ترتكز على أسر

الأطفال ذوي الإعاقات في الأردن، وقد تمّ استخدام عدة أساليب احصائية لتحليل البيانات.

مجتمع الدراسة

يتكون مجتمع الدراسة من جميع أسر الأطفال المعوقين في الإعاقات العقلية، والتوحد، والحركية، والسمعية، والبصرية، الملتحقين بمراكز ومؤسسات التربية الخاصة في منطقتي عمان والزرقاء.

عينة الدراسة

تكونت عينة الدراسة من (110) أسر من أسر الأطفال المعوقين في الإعاقات العقلية، والتوحد، والحركية، والسمعية، والبصرية من مجتمع الدراسة، بواقع (30) أسرة من أسر الأطفال المعاقين عقلياً، و (20) أسرة لكل من إعاقات التوحد، والحركية، والسمعية، والبصرية، تم اختيارها بطريقة قصدية من الأسر التي وافقت وتعاونت للإجابة عن أدوات الدراسة بعد أن وجهت دعوات لجميع أسر الأطفال المعوقين في الفئات التي شملتها الدراسة، كما تكونت العينة أيضاً من (30) أسرة من أسر الأطفال العاديين الملتحقين بالمدارس العادية القريبة من مراكز الأطفال المعوقين بحيث تكونت العينة النهائية من (140) أسرة، والجدول رقم (1) يوضح توزيع أفراد الدراسة حسب متغيرات الدراسة.

الجدول (1)

توزيع أفراد الدراسة حسب متغيرات الدراسة

الأسر	إعاقة الطفل		الجنس		المستوى التعليمي للأب				المستوى التعليمي للأم				الحالة الاجتماعية		الحالة الاقتصادية			
			الذكور	الإناث	ثانوية علمية وما دون	دبلوم	بكالوريوس	دراسات عليا	ثانوية علمية وما دون	دبلوم	بكالوريوس	دراسات عليا	متزوج	مطلق، أرمل	أقل من 200 دينار	(200 – 500) دينار	(500 – 1000) دينار	أكثر من ذلك
أسر الأطفال ذوي الإعاقات	عقلية توحد حركية سمعية بصرية	30 20 20 20 20	65	45	36	22	38	14	38	31	34	7	92	18	18	52	20	20
أسر الأطفال العاديين	عاديون	30																
المجموع		140	110		110				110				110		110			

مقياس الممارسات المتمركزة على الأسرة في صورته الأصلية

Family-Centered Practices Scale طور هذا المقياس كل من دانست وترايفت (Dunst and Trivette, 2005) لتحديد مدى استخدام مقدمي الخدمات للممارسات التي ترتكز على أسر الأطفال ذوي الإعاقات، ويتألف المقياس من (17) فقرة تجيب عليها الأسرة من خلال خمسة اختيارات تتراوح بين (دائماً وتُعطى 5 درجات، وغالبا وتُعطى 4 درجات، وأحياناً وتعطى 3 درجات، ونادراً وتعطى 2 درجتين، وأبداً وتعطى 1 درجة واحدة)، وتعكس الدرجة الأعلى تطبيق هذه الممارسات بشكل دائم، ويتكون مقياس الممارسات المتمركزة على الأسرة من بعدين اثنين أشار إليهما كل من دانست وترايفت (Dunst and Trivette, 2005) وهما:

مُمارسات تقديم الخدمة ذات العلاقة Relational help giving practices

وتتضمن السلوكات التي يقوم بها الأخصائيون لبناء علاقة مع الأسر من خلال تطوير الثقة المتبادلة والتفاعلات الايجابية الفعالة القائمة على الاحترام المتبادل بين الأخصائيين والأسر، واستخدام مهارات الاستماع الجيد، وتبني المواقف المهنية الايجابية نحو الأسر من خلال التركيز على نقاط القوة التي تمتلكها الأسر، وتنمية قدراتها وكفاءاتها، وتتضمن أيضا احترام المعتقدات الثقافية والشخصية للأسرة وذلك لتحقيق النتائج المرجوة.

مُمارسات تقديم الخدمة التشاركية Participatory help giving practices

وتتضمن السلوكات التي يقوم بها الأخصائيون لمساعدة الأسر على اتخاذ القرارات الواعية والاجراءات المناسبة المتعلقة بطفلها ذي الإعاقة، من خلال تشجيع مشاركتها الفاعلة في البرامج والخدمات المقدمة لطفلها، وتواصلها باستمرار مع مقدمي الخدمات وصانعي القرارات حتى يتسنى لها القدرة في الدفاع عن نفسها وعن طفلها ذي الإعاقة، وفهم كل الخيارات المتاحة وتقييمها وذلك للوصول إلى مصادر الدعم اللازمة. وضرورة الاستجابة لاهتمامات الأسرة وأولوياتها بمرونة وفردية.

أما عن الخصائص السيكومترية للمقياس فقد توافرت دلالات عن الصدق العاملي (Factorial Validity) للمقياس في صورته الأصلية، فقد أجرى دانست (Dunst, 2005) تحليلا عامليا لعينة الدراسة، فأظهرت النتائج اتساق أبعاد المقياس مع الإطار المفاهيمي الذي بني على أساسه. وتم أيضاً الكشف عن صدق البناء الداخلي (Construct Validity) للمقياس على أفراد الدراسة من خلال حساب معامل الارتباط بين الدرجة على الفقرة والدرجة الكلية على المقياس، فبلغت معاملات الارتباط (.50) فأكثر. كما توافرت دلالات عن الثبات الداخلي لهذا المقياس المحسوبة بمعامل الاتساق الداخلي (Internal Reliability)، فبلغ معامل الارتباط على الأبعاد الفرعية للمقياس على النحو التالي:

معاملات الثبات للبعد الأول: Relational helpgiving practice بلغت (.70-.95)

معاملات الثبات للبعد الثاني: Participatory help giving practices بلغت (.78-.93)

إجراءات إعداد الصورة الأردنية من مقياس الممارسات المتمركزة على الأسرة

تتمثل خطوات إعداد الصورة الأردنية من مقياس الممارسات المتمركزة على الأسرة فيما يلي:

1- تم إعداد الصورة الأولية من المقياس، وذلك بترجمة فقرات المقياس إلى اللغة العربية، مع الاحتفاظ بمضمون كل فقرة ومراعاة الصياغة الملائمة لها.

2- تم عرض المقياس بصورته المُعرّبة على (10) محكمين من أعضاء هيئة التدريس في تخصصي التربية الخاصة وعلم النفس التربوي لإبداء ملاحظاتهم حول دقة الترجمة إلى اللغة العربية، ومدى ملاءمة الفقرات للبيئة الأردنية، ومدى مناسبة الصياغة اللغوية.

3- بعد استرجاع نماذج التحكيم من المحكمين، تم تحليلها وتسجيل ملاحظات كل محكم على نموذج خاص لتحديد نسبة اتفاق المحكمين. وعلى الرغم من أن جميع المحكمين قد أشاروا إلى دقة الترجمة وملاءمتها للمقياس، إلا أنه كان هناك اتفاق بينهم على ضرورة تعديل بعض الفقرات، عن طريق إعادة صياغة أو استبدال بعضها الآخر.

4- تم إجراء التعديل اللازم بناءً على نسب اتفاق المحكمين التي بلغت (80%)، إذ تم أُعادت صياغة بعض الفقرات التي اتفق أكثر من 80% من المحكمين على ضرورة تعديلها.

5- تم استخراج دلالات صدق وثبات للمقياس وفيما يلي توضيح ذلك:

دلالات صدق المقياس في صورته الأردنية

استخرجت الباحثة ولأغراض تحقيق أهداف الدراسة دلالات صدق للمقياس بهدف الكشف عن مدى صلاحية المقياس لتطبيقه على عينة الدراسة، فتم التوصل إلى دلالات عن الصدق الظاهري للمقياس في صورته الأردنية، من خلال الإجراءات التي اتبعت في مراحل تعريبه لأغراض التطبيق، إذ تم عرضه على (10) محكمين من الأساتذة والمختصين في مجالي التربية الخاصة وعلم النفس التربوي، وذلك للتحقق من مدى ملاءمة الفقرات للبيئة الأردنية، ومدى مناسبة الصياغة اللغوية. وبناءً على نسب اتفاق المحكمين حول الفقرات المطلوب تعديلها والفقرات التي يجب حذفها والفقرات التي يجب إعادة صياغتها، تم إجراء التعديل اللازم. إذ بلغت نسبة اتفاق المحكمين على فقرات المقياس (84%).

وتم أيضاً الكشف عن صدق البناء الداخلي (Construct Validity) للمقياس على أفراد الدراسة من خلال حساب معامل الارتباط بين الدرجة على الفقرة والدرجة الكلية على المقياس. والجدول رقم (2) يوضح معامل ارتباط الفقرة على الدرجة الكلية للمقياس.

دلالات ثبات المقياس في صورته الأردنية

توافرت دلالات الثبات المحسوبة بمعامل الاتساق الداخلي (Internal Reliability)، إذ تم حساب معامل كرونباخ ألفا (Cronbach Alfa Cofficient) فبلغت قيم معاملات كرونباخ ألفا (0.71) للأداء على البعد الأول، وبلغت قيم معاملات كرونباخ ألفا (0.73) للأداء على البعد الثاني، وبلغت قيم معاملات كرونباخ ألفا (0.78) للأداء على الدرجة الكلية للمقياس.

الجدول (2)

معامل ارتباط الفقرة مع الدرجة الكلية للمقياس

الرقم	معامل الارتباط	الرقم	معامل الارتباط
1	.504**	10	.323**
2	.536**	11	.128
3	.533**	12	.413**
4	.447**	13	.469**
5	.364**	14	.448**
6	.440**	15	.395**
7	.296**	16	.506**
8	.241*	17	.574**
9	.158		

نتائج الدراسة

في ما يلي عرض لأبرز ما أشارت إليه نتائج الدراسة:

أولا: النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الأول من أسئلة الدراسة وهو: ما مستوى استخدام مقدمي الخدمات للممارسات ذات العلاقة والممارسات التشاركية التي ترتكز على أسر الأطفال ذوي الإعاقات في الإعاقات العقلية، والتوحد، والحركية، والسمعية، والبصرية في الأردن؟ وللإجابة عن هذا السؤال، فقد تم استخراج المتوسطات الحسابية للأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لمقياس الممارسات المتمركزة على أسر الأطفال ذوي الإعاقات. ولتحديد مستوى الاستخدام فقد تم اعتماد المتوسط (1 - 2.33) ليمثل مستوى استخدام منخفض، ومتوسط (2.34 – 3.66) ليمثل مستوى استخدام متوسط، ومتوسط (3.67 –5) ليمثل مستوى استخدام مرتفع، والجدول رقم (3) يوضح ذلك.

الجدول (3)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والرتب ومستوى استخدام مقدمي الخدمات (للممارسات ذات العلاقة والممارسات التشاركية) التي ترتكز على أسر الأطفال ذوي الإعاقات في الإعاقات العقلية، والتوحد، والحركية، والسمعية، والبصرية في الأردن لكل بعد من أبعاد الدراسة مرتبة تنازلياً

الرقم	البعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى الاستخدام
1	الممارسات ذات العلاقة	3.37	0.59	متوسطة
2	الممارسات التشاركية	2.22	0.40	منخفضة
	الدرجة الكلية	2.70	0.35	متوسطة

يُلاحظ من الجدول (3) أن مستوى استخدام مقدمي الخدمات (للممارسات ذات العلاقة والممارسات التشاركية) التي ترتكز على أسر الأطفال ذوي الإعاقات في الإعاقات العقلية، والتوحد، والحركية، والسمعية، والبصرية في الأردن كان متوسطاً، إذ بلغ المتوسط الحسابي (2.70) وانحراف معياري (0.35)، وجاءت الأبعاد في الدرجتين المتوسطة والمنخفضة، إذ تراوحت المتوسطات الحسابية بين (3.37– 2.22)، وجاء في الرتبة الأولى بعد (الممارسات ذات العلاقة)، بمتوسط حسابي (3.37) وانحراف معياري (0.59) وبدرجة متوسطة، وفي الرتبة الثانية جاء بعد (الممارسات التشاركية) بمتوسط حسابي (2.22) وانحراف معياري (0.40) وبدرجة منخفضة.

ثانياً: النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الثاني من أسئلة الدراسة وهو: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية (α=0.05) في مستوى استخدام مقدمي الخدمات (للممارسات ذات العلاقة والممارسات التشاركية) بين أسر الأطفال المعوقين وأسر الأطفال العاديين في الأردن؟ للإجابة عن هذا السؤال تمّ حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى استخدام مقدمي الخدمات (للممارسات ذات العلاقة والممارسات التشاركية) لأسر الأطفال المعوقين وأسر الأطفال العاديين في الأردن.

الجدول (4)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات أفراد الدِّراسة على مستوى استخدام مقدمي الخدمات للممارسات ذات العلاقة والممارسات التشاركية بين أسر الأطفال المعوقين وأسر الأطفال العاديين في الأردن

البعد	الأسر	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الممارسات ذات العلاقة	أسر الأطفال المعاقين	3.37	0.59
	أسر الأطفال العاديين	3.65	0.33
	الكلي	3.43	0.56
الممارسات التشاركية	أسر الأطفال المعاقين	2.22	0.40
	أسر الأطفال العاديين	2.48	0.54
	الكلي	2.28	0.44
الدرجة الكلية	أسر الأطفال المعاقين	2.70	0.35
	أسر الأطفال العاديين	2.89	0.30
	الكلي	2.74	0.34

يُلاحظ من الجدول (4) وجود فروق ظاهرية بين المتوسطات الحسابية لإجابات أفراد الدِّراسة على مستوى استخدام مقدمي الخدمات (للممارسات ذات العلاقة والممارسات التشاركية) بين أسر الأطفال المعوقين وأسر الأطفال العاديين في الأردن، إذ حصل فئة (أسر الأطفال العاديين) على الدرجة الكليّة للمقياس على أعلى متوسط حسابي (2.89)، وأخيراً جاء المتوسط الحسابي لفئة (أسر الأطفال المعاقين) (2.70)، ولتحديد فيما إذا كانت الفروق بين المتوسطات ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05 =) تم تطبيق تحليل التباين المتعدد (MANOVA)، وجاءت نتائج تحليل التباين على النحو الذي يوضحه الجدول رقم (5)

الجدول (5)

تحليل التباين المتعدد للفروق في إجابات أفراد الدِّراسة على مستوى استخدام مقدمي الخدمات للممارسات ذات العلاقة والممارسات التشاركية بين أسر الأطفال المعوقين وأسر الأطفال العاديين في الأردن

البعد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
الأسر	الممارسات ذات العلاقة	1.78	1.00	1.78	5.990	0.020*
	الممارسات التشاركية	1.61	1.00	1.61	8.610	0.000*
	الدرجة الكلية	0.85	1.00	0.85	7.500	0.010*
الخطأ	الممارسات ذات العلاقة	41.05	138.00	0.30		
	الممارسات التشاركية	25.73	138.00	0.19		
	الدرجة الكلية	15.57	138.00	0.11		
الدرجة الكلية	الممارسات ذات العلاقة	42.84	139.00			
	الممارسات التشاركية	27.34	139.00			
	الدرجة الكلية	16.42	139.00			

* الفرق دال احصائيا عند مستوى (0.05).

يُلاحظ من الجدول رقم (5) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية (α=0.05) بين متوسطات استخدام الممارسات على البعد الأول ومتوسطات استخدام الممارسات على البعد الثاني بين أسر الأطفال المعوقين وأسر الأطفال العاديين وكذلك الدرجة الكلية، استناداً إلى قيم (ف) المحسوبة، إذ بلغت (5.990) وبمستوى دلالة (0.020) للممارسات ذات العلاقة، و(8.610) وبمستوى دلالة (0.000) للممارسات التشاركية، و(7.500) وبمستوى دلالة (0.010) للدرجة الكلية، وكانت الفروق لصالح أسر الأطفال العاديين بدليل ارتفاع متوسطاتهم الحسابية عن المتوسطات الحسابية لأسر الأطفال المعوقين في الدرجة الكلية والبعدين.

ثالثاً: النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الثالث من أسئلة الدراسة وهو: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية (α=0.05) في مستوى استخدام مقدمي الخدمات للممارسات التي ترتكز على أسر الأطفال ذوي الإعاقات تعزى لنوع إعاقة أبنائهم؟ وللإجابة عن هذا السؤال، فقد تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للدرجات الكلية لمقياس الممارسات المتمركزة بين أسر الأطفال المعوقين، والجدول رقم (6) يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للدرجات الكلية للمقياس.

الجدول (6)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات أفراد الدِّراسة لمستوى استخدام مقدمي الخدمات للممارسات التي ترتكز على أسر الأطفال ذوي الإعاقات تبعا لنوع إعاقة أبنائهم

البعد	نوع الإعاقة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الممارسات ذات العلاقة	عقلية	30	3.22	0.60
	توحد	20	3.00	0.85
	حركية	20	3.79	0.29
	سمعية	20	3.59	0.32
	بصرية	20	3.33	0.35
	الكلي	110	3.37	0.59
الممارسات التشاركية	عقلية	30	2.08	0.38
	توحد	20	1.93	0.43
	حركية	20	2.48	0.31
	سمعية	20	2.52	0.27
	بصرية	20	2.19	0.21
	الكلي	110	2.22	0.40
الدرجة الكلية	عقلية	30	2.55	0.27
	توحد	20	2.37	0.39
	حركية	20	3.02	0.23
	سمعية	20	2.96	0.14
	بصرية	20	2.66	0.14
	الكلي	110	2.70	0.35

يُلاحظ من الجدول رقم (6) وجود فروق ظاهرية في متوسطات الدرجات الكلية الممارسات المتمركزة لأسر الأطفال ذوي الإعاقة. وللتعرف على دلالة هذه الفروق، فقد تم تطبيق تحليل التباين المتعدد (MANOVA) والجدول رقم (7) يوضح ذلك.

الجدول (7)

تحليل التباين المتعدد للفروق في إجابات أفراد الدِّراسة على لمستوى استخدام مقدمي الخدمات للممارسات التي ترتكز على أسر الأطفال ذوي الإعاقات تبعا لنوع إعاقة أبنائهم

البعد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
نوع الإعاقة	الممارسات ذات العلاقة	7.982	4	1.996	6.998	0.000*
	الممارسات التشاركية	5.525	4	1.381	12.257	0.000*
	الدرجة الكلية	6.352	4	1.588	25.114	0.000*
الخطأ	الممارسات ذات العلاقة	29.940	105	.285		
	الممارسات التشاركية	11.833	105	.113		
	الدرجة الكلية	6.639	105	.063		
الدرجة الكلية	الممارسات ذات العلاقة	37.922	109			
	الممارسات التشاركية	17.359	109			
	الدرجة الكلية	12.991	109			

الفرق دال احصائيا عند مستوى (0.05).

يُلاحظ من الجدول رقم (7) وجود فروق ذات دلالة إحصائية (α=0.05) في مستوى الاستخدام للممارسات لأسر الأطفال المعوقين تعزى لنوع إعاقة أبنائهم على البعد الأول والثاني وكذلك الدرجة الكلية، استناداً إلى قيم (ف) المحسوبة، إذ بلغت (6.998) وبمستوى دلالة و(0.020) للممارسات ذات العلاقة، و(12.257) وبمستوى دلالة (0.000) للممارسات التشاركية، و(25.114) وبمستوى دلالة (0.010) للدرجة الكلية، ومن أجل معرفة هذه الفروق تم تطبيق اختبار شيفيه للمقارنات البعدية والجدول (8) يبين النتائج.

الجدول (8)

اختبار شيفيه للفروق في مستوى استخدام مقدمي الخدمات للممارسات التي ترتكز على أسر الأطفال ذوي الإعاقات تبعا لنوع إعاقة أبنائهم

البعد	نوع الإعاقة	المتوسط الحسابي	حركية	سمعية	بصرية	عقلية	توحد
الممارسات ذات العلاقة		**3.79**	**3.79**	**3.59**	**3.33**	**3.22**	**3.00**
	حركية	3.79	-	0.20	0.46*	0.57*	0.79*
	سمعية	3.59		-	0.26	0.37*	0.59*
	بصرية	3.33			-	0.11	0.33*
	عقلية	3.22				-	0.22
	توحد	3.00					-
الممارسات التشاركية	**نوع الإعاقة**	**المتوسط الحسابي**	**سمعية**	**حركية**	**بصرية**	**عقلية**	**توحد**
		2.52	**2.52**	**2.48**	**2.19**	**2.08**	**1.93**
	سمعية	2.52	-	0.04	0.33*	0.44*	0.59*
	حركية	2.48		-	0.29*	0.40*	0.55*
	بصرية	2.19			-	0.11	0.26

	عقلية	2.08				-	0.15
	توحد	1.93					-
نوع الإعاقة		**المتوسط الحسابي**	**حركية**	**سمعية**	**بصرية**	**عقلية**	**توحد**
		3.02	**2.96**	**2.66**	**2.55**	**2.37**	
الدرجة الكلية	حركية	3.02	-	0.06	0.36*	0.47*	0.65*
	سمعية	2.96		-	0.30*	0.41*	0.59*
	بصرية	2.66			-	0.11	0.29
	عقلية	2.55				-	0.18
	توحد	2.37					-

يُلاحظ من الجدول رقم (8) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاستخدام للممارسات تُعزى لمتغير نوع الإعاقة، إذ كانت هذه الفروق لصالح الإعاقة الحركية والسمعية عند مقارنتها مع العقلية والتوحد والبصرية.

رابعاً: النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الرابع من أسئلة الدراسة وهو: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية (α=0.05) في مستوى استخدام مقدمي الخدمات للممارسات التي ترتكز على أسر الأطفال ذوي الإعاقات تعزى لجنس الطفل المعوق؟ للإجابة عن هذا السؤال فقد تمّ استخراج متوسطات الدرجات الكلية لمقياس الممارسات والبعدين لأسر الأطفال المعوقين الذكور والأطفال المعوقين الإناث والجدول رقم (9) يوضح ذلك.

الجدول (9)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات أفراد الدِّراسة لمستوى استخدام مقدمي الخدمات للممارسات التي ترتكز على أسر الأطفال ذوي الإعاقات تبعا لجنس الطفل المعوق

البعد	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الممارسات ذات العلاقة	ذكر	65	3.61	0.35
	انثى	45	3.03	0.70
	الكلي	110	3.37	0.59
الممارسات التشاركية	ذكر	65	2.36	0.31
	انثى	45	2.03	0.43
	الكلي	110	2.22	0.40
الدرجة الكلية	ذكر	65	2.87	0.21
	انثى	45	2.44	0.34
	الكلي	110	2.70	0.35

يُلاحظ من الجدول رقم (9) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية (α=0.05) في مستوى الاستخدام للممارسات بين أسر الأطفال المعوقين تبعا لجنس الطفل المعوق، وللتعرف على دلالة هذه الفروق، فقد تم تطبيق تحليل التباين المتعدد (MANOVA) والجدول رقم (10) يوضح ذلك.

الجدول (10)

تحليل التباين المتعدد للفروق في إجابات أفراد الدِّراسة على لمستوى استخدام مقدمي الخدمات للممارسات التي ترتكز على أسر الأطفال ذوي الإعاقات تبعا لجنس الطفل المعوق

البعد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
الجنس	الممارسات ذات العلاقة	8.854	1	8.854	32.897	0.000*
	الممارسات التشاركية	2.888	1	2.888	21.557	0.000*
	الدرجة الكلية	4.950	1	4.950	66.494	0.000*
الخطأ	الممارسات ذات العلاقة	29.068	108	0.269		
	الممارسات التشاركية	14.470	108	0.134		
	الدرجة الكلية	8.041	108	0.074		
الدرجة الكلية	الممارسات ذات العلاقة	37.922	109			
	الممارسات التشاركية	17.359	109			
	الدرجة الكلية	12.991	109			

الفرق دال احصائيا عند مستوى (0.05).

يُلاحظ من الجدول رقم (10) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية (α=0.05) بين متوسطات استخدام الممارسات على البعد الأول ومتوسطات استخدام الممارسات على البعد الثاني، وكذلك الدرجة الكلية، تبعا لجنس الطفل المعوق، استناداً إلى قيم (ف) المحسوبة، إذ بلغت (32.897) وبمستوى دلالة (0.020) للممارسات ذات العلاقة، و(21.557) وبمستوى دلالة (0.000) للممارسات التشاركية، و(66.494) وبمستوى دلالة (0.010) للدرجة الكلية، وكانت الفروق لصالح الذكور مقارنة مع الإناث، بدليل ارتفاع متوسطاتهم الحسابية عن المتوسطات الحسابية للإناث في الدرجة الكلية والبعدين.

خامساً: النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال الخامس من أسئلة الدراسة وهو: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية (α=0.05) في مستوى استخدام مقدمي الخدمات للممارسات التي ترتكز على أسر الأطفال ذوي الإعاقات تعزى لمتغير المستوى التعليمي للوالدين؟

أ- للإجابة عن هذا السؤال، فقد تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى الاستخدام حسب متغير المستوى التعليمي للاب. والجدول رقم (11) يوضح ذلك.

الجدول (11)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات أفراد الدِّراسة لمستوى استخدام مقدمي الخدمات للممارسات التي ترتكز على أسر الأطفال ذوي الإعاقات تعزى لمتغير المستوى التعليمي للاب

البعد	المستوى التعليمي للاب	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الممارسات ذات العلاقة	الثانوية العامة فما دون	36	3.06	0.81
	دبلوم	22	3.36	0.34
	بكالوريوس	38	3.49	0.33
	دراسات عليا	14	3.89	0.23
	الكلي	110	3.37	0.59
الممارسات التشاركية	الثانوية العامة فما دون	36	1.92	0.43
	دبلوم	22	2.22	0.22

البعد	المستوى التعليمي للاب	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
	بكالوريوس	38	2.36	0.27
	دراسات عليا	14	2.66	0.15
	الكلي	110	2.22	0.40
الدرجة الكلية	الثانوية العامة فما دون	36	2.39	0.33
	دبلوم	22	2.69	0.18
	بكالوريوس	38	2.82	0.17
	دراسات عليا	14	3.17	0.11
	الكلي	110	2.70	0.35

يُلاحظ من الجدول رقم (11) وجود فروق ظاهرية في متوسطات الدرجات الكلية لأسر الأطفال المعوقين حسب متغير المستوى التعليمي للاب. ولفحص دلالة الفروق، فقد تم تطبيق تحليل التباين المتعدد (MANOVA) والجدول رقم (12) يوضح ذلك.

الجدول (12)

تحليل التباين المتعدد للفروق في إجابات أفراد الدِّراسة على لمستوى استخدام مقدمي الخدمات للممارسات التي ترتكز على أسر الأطفال ذوي الإعاقات تعزى لمتغير المستوى التعليمي للاب

البعد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
المستوى التعليمي للاب	الممارسات ذات العلاقة	7.885	3	2.628	9.276	0.000*
	الممارسات التشاركية	6.770	3	2.257	22.590	0.000*
	الدرجة الكلية	7.208	3	2.403	44.035	0.000*
الخطأ	الممارسات ذات العلاقة	30.037	106	.283		
	الممارسات التشاركية	10.589	106	.100		
	الدرجة الكلية	5.783	106	.055		
الدرجة الكلية	الممارسات ذات العلاقة	37.922	109			
	الممارسات التشاركية	17.359	109			
	الدرجة الكلية	12.991	109			

الفرق دال احصائيا عند مستوى (0.05).

يُلاحظ من الجدول رقم (12) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاستخدام للممارسات لأسر الأطفال المعوقين تعزى لمتغير المستوى التعليمي للاب، استناداً إلى قيم (ف) المحسوبة، إذ بلغت(9.276) وبمستوى دلالة (0.000) للممارسات ذات العلاقة، و(22.590) وبمستوى دلالة (0.000) للممارسات التشاركية، و(44.035) وبمستوى دلالة (0.000) للدرجة الكلية، ومن أجل معرفةهذه الفروق تم تطبيق اختبار شيفيه للمقارنات البعدية والجدول يبين (13) النتائج

الجدول (13)

اختبار شيفيه للفروق في مستوى استخدام مقدمي الخدمات للممارسات التي ترتكز على أسر الأطفال ذوي الإعاقات تبعا للمستوى التعليمي للاب

البعد	المستوى التعليمي للاب	المتوسط الحسابي	دراسات عليا	بكالوريوس	دبلوم	الثانوية العامة فما دون
			3.89	3.49	3.36	3.06
الممارسات ذات العلاقة	دراسات عليا	3.89	-	0.40*	0.53*	0.83*
	بكالوريوس	3.49		-	0.13	0.43*
	دبلوم	3.36			-	0.30*
	الثانوية العامة فما دون	3.06				-
	المستوى التعليمي للاب	المتوسط الحسابي	دراسات عليا	بكالوريوس	دبلوم	الثانوية العامة فما دون
			2.66	2.36	2.22	1.92
الممارسات التشاركية	دراسات عليا	2.66	-	0.30*	0.44*	0.74*
	بكالوريوس	2.36		-	0.14	0.44*
	دبلوم	2.22			-	0.30*
	الثانوية العامة فما دون	1.92				-
			دراسات عليا	بكالوريوس	دبلوم	الثانوية العامة فما دون
			3.17	2.82	2.69	2.39
الدرجة الكلية	دراسات عليا	3.17	-	0.35*	0.38*	0.68*
	بكالوريوس	2.82		-	0.13	0.53*
	دبلوم	2.69			-	0.30*
	الثانوية العامة فما دون	2.39				-

يُلاحظ من الجدول رقم (13) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاستخدام للممارسات تُعزى لمتغير المستوى التعليمي للآباء، إذ كانت هذه الفروق لصالح الآباء من حملة (الدرجات العلمية العليا ماجستير ودكتوراة) عند مقارنتها مع الآباء الذين يحملون (درجات البكالوريوس، والدبلوم والثانوية العامة وما دون)، وكذلك لصالح البكالوريوس عند مقارنتها مع الآباء الذين يحملون (الدبلوم والثانوية العامة وما دون)، ولصالح حملة الدبلوم عند مقارنتهم مع الثانوية العامة وما دون في الدرجة الكلية والبعدين.

ب- كما تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى الاستخدام حسب متغير المستوى التعليمي للام. والجدول رقم (14) يوضح ذلك.

يُلاحظ من الجدول رقم (14) وجود فروق ظاهرية في متوسطات الدرجات الكلية لأسر الأطفال المعوقين حسب متغير المستوى التعليمي للام. ولفحص دلالة الفروق، فقد تم تطبيق تحليل التباين المتعدد (MANOVA) والجدول رقم (15) يوضح ذلك.

الجدول (14)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات أفراد الدِّراسة لمستوى استخدام مقدمي الخدمات للممارسات التي ترتكز على أسر الأطفال ذوي الإعاقات تعزى لمتغير المستوى التعليمي للام

البعد	المستوى التعليمي للام	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الممارسات ذات العلاقة	الثانوية العامة فما دون	38	3.15	0.72
	دبلوم	31	3.25	0.48
	بكالوريوس	34	3.63	0.37
	دراسات عليا	7	4.00	0.20
	المجموع	110	3.38	0.59
الممارسات التشاركية	الثانوية العامة فما دون	38	1.99	0.39
	دبلوم	31	2.22	0.35
	بكالوريوس	34	2.39	0.32
	دراسات عليا	7	2.75	0.08
	المجموع	110	2.22	0.40
الدرجة الكلية	الثانوية العامة فما دون	38	2.47	0.36
	دبلوم	31	2.64	0.24
	بكالوريوس	34	2.90	0.18
	دراسات عليا	7	3.26	0.08
	المجموع	110	2.70	0.35

الجدول (15)

تحليل التباين المتعدد للفروق في إجابات أفراد الدِّراسة على لمستوى استخدام مقدمي الخدمات للممارسات التي ترتكز على أسر الأطفال ذوي الإعاقات تعزى لمتغير المستوى التعليمي للام

البعد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
المستوى التعليمي للام	الممارسات ذات العلاقة	7.072	3	2.357	8.060	0.000*
	الممارسات التشاركية	4.736	3	1.579	13.163	0.000*
	الدرجة الكلية	5.521	3	1.840	25.875	0.000*
الخطأ	الممارسات ذات العلاقة	30.710	105	.292		
	الممارسات التشاركية	12.592	105	.120		
	الدرجة الكلية	7.468	105	.071		
الدرجة الكلية	الممارسات ذات العلاقة	37.782	108			
	الممارسات التشاركية	17.327	108			
	الدرجة الكلية	12.988	108			

الفرق دال إحصائيا عند مستوى (0.05).

يُلاحظ من الجدول رقم (15) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاستخدام للممارسات لأسر الأطفال المعوقين تعزى لمتغير المستوى التعليمي للام، استناداً إلى قيم (ف) المحسوبة، إذ بلغت (8.060) وبمستوى دلالة (0.000) للممارسات ذات العلاقة، (13.163) وبمستوى دلالة (0.000) للممارسات التشاركية، و(25.875) وبمستوى دلالة (0.000) للدرجة الكلية، ومن أجل معرفةهذه الفروق تم تطبيق اختبار شيفيه للمقارنات البعدية والجدول (16) يبين النتائج.

الجدول (16)

اختبار شيفيه للفروق في مستوى استخدام مقدمي الخدمات للممارسات التي ترتكز على أسر الأطفال ذوي الإعاقات تبعا للمستوى التعليمي للام

البعد	المستوى التعليمي للام	المتوسط الحسابي	دراسات عليا	بكالوريوس	دبلوم	الثانوية العامة فما دون
			4.00	3.63	3.25	3.15
الممارسات ذات العلاقة	دراسات عليا	4.00	-	0.37	0.75*	0.85*
	بكالوريوس	3.63		-	0.38*	0.48*
	دبلوم	3.25			-	0.10
	الثانوية العامة فما دون	3.15				-
	المستوى التعليمي للام	المتوسط الحسابي	دراسات عليا	بكالوريوس	دبلوم	الثانوية العامة فما دون
			2.75	2.39	2.22	1.99
الممارسات التشاركية	دراسات عليا	2.75	-	0.36*	0.53*	0.76*
	بكالوريوس	2.39		-	0.17	0.40*
	دبلوم	2.22			-	0.23
	الثانوية العامة فما دون	1.99				-
			دراسات عليا	بكالوريوس	دبلوم	الثانوية العامة فما دون
			3.26	2.90	2.64	2.47
الدرجة الكلية	دراسات عليا	3.26	-	0.36*	0.62*	0.79*
	بكالوريوس	2.90		-	0.26*	0.43*
	دبلوم	2.64			-	
	الثانوية العامة فما دون	2.47				-

يُلاحظ من الجدول رقم (16) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاستخدام للممارسات تُعزى لمتغير المستوى التعليمي للأم، إذ كانت هذه الفروق لصالح الأمهات من حملة (الدرجات العلمية العليا ماجستير ودكتوراة عند مقارنتها مع الأمهات اللواتي يحملن (درجات البكالوريوس، والدبلوم والثانوية العامة وما دون) في الدرجة الكلية والبعد الثاني، وكذلك لصالح البكالوريوس عند مقارنتها مع الأمهات اللواتي يحملن (الدبلوم والثانوية العامة وما دون في البعد الثاني).

سادساً: النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال السادس من أسئلة الدراسة وهو: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية (α=0.05) في مستوى استخدام مقدمي الخدمات للممارسات التي ترتكز على أسر الأطفال ذوي الإعاقات تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية للوالدين؟ للإجابة عن هذا السؤال، تم

استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى الاستخدام حسب متغير الحالة الاجتماعية للوالدين. والجدول رقم (17) يوضح ذلك.

الجدول (17)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات أفراد الدِّراسة لمستوى استخدام مقدمي الخدمات للممارسات التي ترتكز على أسر الأطفال ذوي الإعاقات تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية للوالدين

البعد	الحالة الاجتماعية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الممارسات ذات العلاقة	متزوج	92	3.35	0.62
	مطلق/ارمل	18	3.48	0.42
	الكلي	110	3.37	0.59
الممارسات التشاركية	متزوج	92	2.20	0.42
	مطلق/ارمل	18	2.33	0.30
	الكلي	110	2.22	0.40
الدرجة الكلية	متزوج	92	2.68	0.36
	مطلق/ارمل	18	2.80	0.26
	الكلي	110	2.70	0.35

يُلاحظ من الجدول رقم (17) وجود فروق ظاهرية في متوسطات الدرجات الكلية لأسر الأطفال المعوقين حسب متغير الحالة الاجتماعية للوالدين. ولفحص دلالة الفروق، فقد تم تطبيق تحليل التباين المتعدد (MANOVA) والجدول رقم (18) يوضح ذلك.

الجدول (18)

تحليل التباين المتعدد للفروق في إجابات أفراد الدِّراسة على لمستوى استخدام مقدمي الخدمات للممارسات التي ترتكز على أسر الأطفال ذوي الإعاقات تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية للوالدين

البعد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
الحالة الاجتماعية	الممارسات ذات العلاقة	.230	1	0.230	0.660	0.418
	الممارسات التشاركية	.233	1	0.233	1.472	0.228
	الدرجة الكلية	.232	1	0.232	1.965	0.164
الخطأ	الممارسات ذات العلاقة	37.692	108	0.349		
	الممارسات التشاركية	17.125	108	0.159		
	الدرجة الكلية	12.759	108	0.118		
الدرجة الكلية	الممارسات ذات العلاقة	37.922	109			
	الممارسات التشاركية	17.359	109			
	الدرجة الكلية	12.991	109			

يُلاحظ من الجدول رقم (18) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاستخدام للممارسات لأسر الأطفال المعوقين تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، استناداً إلى قيم (ف) المحسوبة إذ بلغت، (0.660) دلالة و(0.418) للممارسات ذات العلاقة، و(1.472) وبمستوى دلالة (0.228) للممارسات التشاركية، و(1.965) وبمستوى دلالة (0.164) للدرجة الكلية،

وهذه القيم غير دالة احصائياً.

سابعاً: النتائج المتعلقة بالإجابة عن السؤال السابع من أسئلة الدراسة وهو: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية (α=0.05) في مستوى استخدام مقدمي الخدمات للممارسات التي ترتكز على أسر الأطفال ذوي الإعاقات تعزى لمتغير للحالة الاقتصادية للأسرة؟ للإجابة عن هذا السؤال، فقد تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للدرجات الكلية على مقياسي الممارسات لأسر الأطفال المعوقين حسب الحالة الاقتصادية للأسرة والجدول رقم (19) يوضح ذلك.

الجدول (19)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لإجابات أفراد الدِّراسة لمستوى استخدام مقدمي الخدمات للممارسات التي ترتكز على أسر الأطفال ذوي الإعاقات تعزى لمتغير للحالة الاقتصادية للأسرة

البعد	الحالة الاقتصادية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الممارسات ذات العلاقة	اقل من 200 دينار	18	2.80	0.92
	200-500دينار	52	3.31	0.44
	500-1000دينار	20	3.72	0.24
	اكثر من ذلك	20	3.69	0.32
	الكلي	110	3.37	0.59
الممارسات التشاركية	اقل من 200 دينار	18	2.02	0.44
	200-500دينار	52	2.07	0.35
	500-1000دينار	20	2.38	0.19
	اكثر من ذلك	20	2.66	0.19
	الكلي	110	2.22	0.40
الدرجة الكلية	اقل من 200 دينار	18	2.34	0.35
	200-500دينار	52	2.58	0.25
	500-1000دينار	20	2.93	0.12
	اكثر من ذلك	20	3.09	0.13
	الكلي	110	2.70	0.35

يُلاحظ من الجدول رقم (19) أنه توجد فروق ظاهرية في المتوسطات الحسابية للدرجات الكلية على المقياس لأسر الأطفال المعوقين حسب الحالة الاقتصادية للأسرة. وللتعرف على دلالة الفروق، فقد تم استخدام تحليل التباين المتعدد (MANOVA) والجدول رقم (20) يوضح ذلك.

الجدول (20)

تحليل التباين المتعدد للفروق في إجابات أفراد الدِّراسة على لمستوى استخدام مقدمي الخدمات للممارسات التي ترتكز على أسر الأطفال ذوي الإعاقات تعزى لمتغير الحالة الاقتصادية للأسرة

البعد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
الحالة الاقتصادية	الممارسات ذات العلاقة	10.537	3	3.512	13.596	0.000
	الممارسات التشاركية	6.339	3	2.113	20.326	0.000
	الدرجة الكلية	7.127	3	2.376	42.944	0.000
الخطأ	الممارسات ذات العلاقة	27.385	106	0.258		

البعد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
	الممارسات التشاركية	11.019	106	0.104		
	الدرجة الكلية	5.864	106	0.055		
الدرجة الكلية	الممارسات ذات العلاقة	37.922	109			
	الممارسات التشاركية	17.359	109			
	الدرجة الكلية	12.991	109			

الفرق دال إحصائيا عند مستوى (0.05).

يُلاحظ من الجدول رقم (20) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاستخدام للممارسات لأسر الأطفال المعوقين تعزى لمتغير الحالة الاقتصادية للأسرة، استناداً إلى قيم (ف) المحسوبة، إذ بلغت (13.596) وبمستوى دلالة (0.000) للممارسات ذات العلاقة، و(20.326) وبمستوى دلالة (0.000) للممارسات التشاركية، و(42.944) وبمستوى دلالة (0.000) للدرجة الكلية، ومن أجل معرفة هذه الفروق تم تطبيق اختبار شيفيه للمقارنات البعدية والجدول (21) يبين النتائج.

الجدول (21)

اختبار شيفيه للفروق في مستوى استخدام مقدمي الخدمات للممارسات التي ترتكز على أسر الأطفال ذوي الإعاقات تبعا للحالة الاقتصادية للأسرة

البعد	الحالة الاقتصادية	المتوسط الحسابي	500-1000 دينار	اكثر من ذلك	200-500دينار	اقل من 200 دينار
الممارسات ذات العلاقة		3.72	3.72	3.69	3.31	2.80
	500-1000 دينار	3.72	-	0.03	0.41*	0.92*
	اكثر من ذلك	3.69		-	0.38*	0.89*
	200-500 دينار	3.31			-	0.51*
	اقل من 200 دينار	2.80				-
الممارسات التشاركية	الحالة الاقتصادية	المتوسط الحسابي	اكثر من ذلك	500-1000 دينار	200-500 دينار	اقل من 200 دينار
		2.66	2.66	2.38	2.07	2.02
	اكثر من ذلك	2.66	-	0.28*	0.59*	0.64*
	500-1000 دينار	2.38		-	0.31*	0.36*
	200-500 دينار	2.07			-	0.05
	اقل من 200 دينار	2.02				-
الدرجة الكلية	الحالة الاقتصادية	المتوسط الحسابي	اكثر من ذلك	500-1000 دينار	200-500 دينار	اقل من 200 دينار
		3.09	3.09	2.93	2.58	2.34
	اكثر من ذلك	3.09	-	0.16*	0.51*	0.75*
	500-1000 دينار	2.93		-	0.35*	0.59*
	200-500 دينار	2.58			-	0.24*
	اقل من 200 دينار	2.34				-

يُلاحظ من الجدول رقم (21) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية (α=0.05) في مستوى الاستخدام للممارسات لأسر الأطفال المعوقين تعزى للحالة الاقتصادية للأسرة، لصالح الأسر التي يزيد دخلها عن 1000 دينار عند مقارنتها مع الأسر التي دخلها من (500- 1000، ومن200- 500، وأقل من 200) ولصالح الأسر التي دخلها من 500- 1000 عند مقارنتها مع الأسر التي دخلها من (200- 500، وأقل من 200) ولصالح الأسر التي دخلها من200- 500، عند مقارنتها مع الأسر التي دخلها أقل من 200.

مناقشة النتائج

مناقشة نتائج السؤال الأول

أشارت النتائج الى أن مستوى استخدام مقدمي الخدمات (للممارسات ذات العلاقة والممارسات التشاركية) التي ترتكز على أسر الأطفال ذوي الإعاقات في الإعاقات العقلية، والتوحد، والحركية، والسمعية، والبصرية في الأردن كان متوسطاً، وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة كل من هيجنز Higgins (2005) ودراسة كولتر Coulter (2006)، من أنّ الآباء يدركون الممارسات المتمركزة حول الأسرة كأبعاد متعدّدة هي: التواصل الذي يقوم على الاحترام والتعاون المتبادلين، الدعم المُستند على نقاط القوى الأسرية، وقد أدّى منسّقو نظامِ التدخّلِ المبكّر (تينيسي) هذه الأبعاد للممارساتِ المُتمَركَزةِ حول الأسرة بشكل جيد. وتتفق هذه النتيجة أيضاً مع دراسة كل من دانست وبويد وترايفت وهامبي Dunst, (2002) Boyd, Trivette and Hamby والتي أشارت إلى أنّ هذه الممارسات كان يتم تطبيقها بشكل أقل في برامج تقديم الخدمة المتمركزة على الأخصائيين، بينما كان استخدامها بشكل أكبر في برامج الخدمة المتمركزة على أسر ذوي الإعاقات.

مناقشة نتائج السؤال الثاني

أشارت النتائج الى وجود فروق لصالح أسر الأطفال العاديين على الدرجة الكلية لمقياس الممارسات المتمركز على الأسرة وعلى ابعاد هذا المقياس أيضاً مقارنة بأسر الأطفال المعوقين، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة كل من دانست وترايفت وهامبي Dunst, Trivette and Hamby (2007) ، ودراسة كل من دانست وترايفت وهامبي Dunst, Trivette and Hamby (2010) واللتين أشارتا إلى وجود فروق بين أسر الأطفال العاديين واسر الأطفال ذوي الإعاقات، وذلك لأنّ الأخصائيين يعملون بمعزل عن اسر الأطفال ذوي الإعاقات ولا يكون هناك ممارسات تشجع مشاركتها في العمليه التربوية.

مناقشة نتائج السؤال الثالث

أشارت النتائج الى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاستخدام للممارسات تُعزى لمتغير نوع الإعاقة، إذ كانت هذه الفروق لصالح الاعاقة الحركية والسمعية عند مقارنتها مع العقلية والتوحد والبصرية، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة نتزل Neitzel (2005) والتي أشارت إلى أنّ آباء الأطفال التوحديين كانوا أقل رضا عن نوعية الخدمات عامة، والخدمات الفردية وهذا يعكس تمركز الخدمات على الأخصائيين وليس الأسر.

مناقشة نتائج السؤال الرابع

أشارت النتائج الى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاستخدام للممارسات تُعزى لمتغير الجنس، إذ كانت هذه الفروق لصالح الذكور مقارنة بالإناث وتختلف هذه النتيجة مع كثير من الدراسات التي أشارت الى عدم وجود فروق تعزى لمتغير الجنس ومنها دراسة Dunst, Trivette and Hamby (2010).

مناقشة نتائج السؤال الخامس

أشارت النتائج الى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاستخدام للممارسات تُعزى لمتغير المستوى التعليمي للآباء والأمهات، إذ كانت هذه الفروق لصالح الآباء والأمهات من حملة (الدرجات العلمية العليا ماجستير ودكتوراة) عند مقارنتها مع الآباء الذين يحملون درجات علميه أقل وتختلف هذه النتيجة مع كثير من الدراسات التي أشارت الى عدم وجود فروق تعزى لمتغير المستوى التعليمي ومنها دراسة Dunst, Trivette and Hamby (2007).

مناقشة نتائج السؤال السادس

أشارت النتائج الى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاستخدام للممارسات لأسر الأطفال المعوقين تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، وتتفق هذه النتيجة مع كثير من الدراسات التي أشارت الى عدم وجود فروق تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية للوالدين ومنها دراسة Dunst, Trivette and Hamby (2010).

مناقشة نتائج السؤال السابع

أشارت النتائج الى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاستخدام للممارسات لأسر الأطفال المعوقين تعزى للحالة الاقتصادية للأسرة، لصالح الأسر التي يزيد دخلها عن

1000 دينار عند مقارنتها مع الأسر التي دخلها أقل من ذلك، وتختلف هذه النتيجة مع كثير من الدراسات التي أشارت الى عدم وجود فروق تعزى لمتغير الحالة الاقتصادية للأسرة ومنها دراسة هيجنز Higgins (2005) ودراسة كولتر Coulter (2006).

التوصيات

في ضوء النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية، وانطلاقاً من الحرص على استكمال البحث في هذا الموضوع، فإنّ الباحثة توصي بما يلي:

1- إجراء المزيد من البحوث بحيث تشتمل على عينات لأسر الأطفال ذوي الإعاقات والاضطرابات الآخرى، مثل أسر الأطفال ذوي صعوبات التعلم، وأسر الأطفال ذوي الاضطرابات الانفعالية والسلوكية، وأسر الأطفال الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بحركة زائدة، وأسر الأطفال الذين يعانون من اضطرابات التواصل.

2- إجراء المزيد من البحوث عن مستوى استخدام الممارسات المتمركزة على أسر الأطفال ذوي الإعاقات من قبل مقدمي الخدمات في مناطق مختلفة من المملكة، حيث اقتصرت عينة الدراسة الحالية على الأسر المتواجدة في منطقتي عمان والزرقاء.

3- النظرة الجادة والمسؤولة للأسرة في رعاية الأطفال ذوي الإعاقات، والبحث عن السبل الرائدة المساندة في عملية التنشئة لهم.

المصادر والمراجع

Camara, D. 2002. *Parent Education in Family-Centered Practice with Families of Children with Special Needs: A Partnership towards Family Empowerment*, Master Thesis: University of Manitoba.

Coulter, F. 2006. *Relationship of Service Coordinators' Family Centered Service Delivery and Maternal Empowerment in Tennessees's Early Intervention System*, PHD Thesis: The University of Tennessee, Knoxville, USA.

Dunst, C. J. 2002. Family-centered practices: Birth through high school, *Journal of Special Education*, 36, 139-147.

Dunst, C. J., Trivette, C. M. and Hamby, D. W. 2010. Influences of family-systems intervention practices on parent-child interactions and child development, *Topics in Early Childhood Special Education*, 30 (1): 3-19.

Dunst, C, J, Trivette, C, M. and Hamby, D. W. 2007. Meta-Analysis of Family- Centred help giving practices Research, *Mental Retardation and Developmnetal Disabilities*, 13, 370-378.

Dunst, C. J. and Trivette, C. M. 2005. Community-Based Parent Support Programs, *Encyclopedia on Early Childhood Development Centre of Excellence for Early Childhood Development*, Orelena Hawks Puckett Institute, USA (Published online October 19).

Dunst, C.J., Boyd, K. Trivette, C.M. and Hamby, D. 2002. *Family-Oriented Program Models and Professional help giving practices. Family Relations*, 51(3), National Council on Family Relations, 51, 221-229.

Higgins, W. 2005. *Father Perspectives on the Relationship between Families Centered Practices And Empowerment Outcomes In Early Intervention*, PHD Thesis, the University of Tennessee, Knoxville: USA.

Hodges, V. 2000. *Family- Centered Practice: the basics*, Retrieved September 18, 2000 from file http:// SSW. Unc. Edu\ phsw\ mch\ module- hodges- html.

Hutchinson, P. 2010. *Predictors of Better Health Outcomes in Mothers of Children with Autistic Spectrum Disorder*, PHD Thesis, Dalhousie University Halifax, Nova Scotia.

Neitzel, J., C. 2005. Understanding parent and professional Satisfaction with family-centered early intervention services for young children with autism, DAI-A 65/07, P.2560.

Turnbull, A., summers, J. and Turnbull, H. 2007. Family Supports and Services in Early Intervention: A Bold Vision, *Journal of Early Intervention*, 29(3): 187-206.

Turnbull, A., Turnbull, H. and Kyzar, K. 2006. *Family-Professional Partnerships as Catalysts for Successful Inclusion: A United States of America Perspective*, University of Kansas, Lawrence, Kansas, USA.

The Level of Using the Practices Based on the Families of Disabled Children by Caregivers in Jordan in Light of Various Varibles

*Laila Mohammad Damrah**

ABSTRACT

The aim of this study was to explore the level of using the Practices based on the families of disabled children by Caregivers in Jordan. The sample of the study consisted of (110) families of Mental Disability children, Autism, movement disability, audio disability and Visual disability as follows: (30) families with mental disabled children, (20) families for each kind of disability such as Autism, movement disability, audio disability and Visual disability. The sample was chosen purposefully from the families that agreed to participate in this study after inviting all the families of disabled Children to participate in this study. Moreover, the sample consisted of (30) families with normal children studying in regular schools close to special needs Centers, therefore, the sample consisted of (140) families. To achieve the aim of this study the researcher prepared an Arabic form of family centered Practices scale (Dunst, and Trivette, 2005). The findings of the study showed that the level using the practices based on the families of disabled children was in an average level in general, as the level of using the first dimension was moderate while, using the second dimension was low. Moreover, the findings showed that there were significant statistical differences at the level of ($\alpha = 0.05$) between the means of the level of using the practices based on the families of disabled children and the families of normal children in the favor of the later on both the first and second dimensions and on the scale as a whole. The findings showed that there were significant statistical differences at the level of ($\alpha = 0.05$) in the levels of using practices attributed to disability type as it was low for intellectual disability children families, autism and visual disabilities. Meanwhile, the level of using those practices was in an average level for motor disability children families and for hearing disabilities children. Furthermore, the findings showed that there were significant statistical differences at the level of ($\alpha = 0.05$) in the level of using practices between the families of disabled males and the families of disabled females in the favor of the first, and there are significant statistical differences at the level of ($\alpha = 0.05$) in the level of using practices attributed to the educational level of parents in the favor of graduate parents compared with parents who had Diploma or secondary certificate or less. The findings of the study showed that there were no significant statistical differences at the level of ($\alpha = 0.05$) in the level of using practices attributed to the social status of parents while there were significant statistical differences at the level of ($\alpha = 0.05$) attributed to the economical status between the families with an income more than 1000JD compared with less income families.

Keywords: Family-Centered Practices, Families of Childrens with Disabilities.

* Arab Open University, Jordan. Received on 24/6/2013 and Accepted for Publication on 25/3/2014.