الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة يحي فارس – المدية –
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية

الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها لدى امهات الاطفال المصابين بالتخلف الذهني

دراسة ميدانية بالمركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا عين وسارة – ولاية الجلفة –

مذكرة لنيل شهادة الماستر في علم النفس– تخصص علم نفس عيادي–

إعداد الطالب:
بن بوعيشة حناشي

الاستاذ المشرف:
الوناس اسمع

السنة الجامعية : 2017–2018

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة يحي فارس – المدية –

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها لدى امهات الاطفال المصابين بالتخلف الذهني

دراسة ميدانية بالمركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا

عين وسارة – ولاية الجلفة –

مذكرة لنيل شهادة الماستر في علم النفس– تخصص علم نفس عيادي–

إعداد الطالب:

بن بوعيشة حناشي

الأستاذ المشرف:

الوناس اسمع

السنة الجامعية : 2017–2018


بسم الله الرحمن الرحيم

ملخص البحث:

إن الهدف العام من هذا البحث هو معرفة مستوى الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها لدى أم الطفل المصاب بالتخلف الذهني، **وذلك من خلال الاجابة على التساؤلات التالية:**

التساؤلات الرئيسية :

1- ما مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني؟

2- ما نوع استراتيجيات المواجهة المتبعة من طرف أمهات الأطفال المصابون بالتخلف الذهني لتخفيف الضغوط النفسية؟

التساؤلات الفرعية :

1- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني تعزى إلى متغير جنس الابن المصاب؟

2- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نوع استراتيجية المواجهة المتبعة لدى أمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني تعزى إلى متغير جنس الابن المصاب؟

3- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني تعزى إلى متغير المؤهل التعليمي للأم؟

4- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نوع استراتيجية المواجهة المتبعة لدى أمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني تعزى إلى متغير المؤهل التعليمي للأم؟

وقد اعتمد الباحث على المنهج الوصفي، وشمل البحث عينة قوامها 66 أم لأطفال مصابين بالتخلف الذهني تم انتقائهن بطريقة عشوائية، وتم الاعتماد على أدوات البحث التالية:

- استمارة البيانات الشخصية .
- مقياس الضغوط النفسية من إعداد زيدان أحمد سرطاوي وعبد العزيز الشخص.
- مقياس استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية من إعداد محمد نجيب الصبوة (2003) .

تمت معالجة بيانات البحث باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة.

وقد أسفر البحث على النتائج التالية:

1- تعاني أمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني من ضغوط نفسية متوسطة، وتعتمد على استراتيجيات المواجهة الإيجابية لتخفيف الضغوط النفسية.

2- توجد فروق ذات دلالة احصائية في مستوى الضغوط النفسية، وفي نوع استراتيجية المواجهة المتبعة لدى أمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني تعزى إلى متغير جنس الابن المصاب.

3- توجد فروق ذات دلالة احصائية في مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني تعزى إلى متغير المؤهل التعليمي للأم.

4- توجد فروق ذات دلالة احصائية في نوع استراتيجية المواجهة المتبعة لدى أمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني تعزى إلى متغير المؤهل التعليمي للأم.

شكر وتقدير

أرى لزاما علي تسجيل الشكر وإعلامه ونسبة الفضل لأصحابه، استجابة لقول النبي صلى الله عليه وسلم: «من لم يشكر الناس لم يشكر الله».

وكما قيل:

علامة شكر المرء إعلان حمده فمن كتم المعروف منهم فما شكر

فالشكر أولا لله عز وجل على أن هدانا لسلوك طريق البحث والتشبه بأهل العلم وإن كان بيني وبينهم مفاوز.

كما أخص بالشكر أستاذي الكريم ومعلمي الفاضل المشرف على هذا البحث الأستاذ الوناس اسعد، فقد كان حريصا على قراءة كل ما أكتب ثم يوجهني إلى ما يرى بأرق عبارة وألطف إشارة، فله مني وافر الثناء وخالص الدعاء.

كما أشكر السادة الأساتذة وخاصة الأستاذة باشا ياسمين وكل زملاء العمل والدراسة وخاصة الزميل بن جدو الحسين وكل من قدم لي فائدة أو أعانني بمرجع، نسأل الله أن يجزيهم عنا خيرا وأن يجعل عملهم في ميزان حسناتهم.

إهداء

إلى من سوك في نفسي هداها وألهمها التقى والنقاء وبعثر في داخلي المحبة والأمان، وجلد في مهجتي ضروب المآسي والمحن وكان لي عونا وسندا فكان عليه اتكالي: خالقي ومصرف أمري.

إلى من علمني النجاح والصبر... إلى من علمني العطاء بدون انتظار... أبي.

إلى الحكمة الفريدة والنسمة العليلة التي حلقت في راحتي فأنعشت قلبي وعبأت ساحة نفسي فخالجني هواها وأحياني: والدتي حفظها الله.

إلى جميع أفراد أسرتي العزيزة والكبيرة كل باسمه وخاصة زوجتي الكريمة وفلذتي كبدي رحاب وعائشة.

إلى أصدقائي كل باسمه. إلى الأساتذة المشرف الوناس اسعد، إلى أساتذتي الكرام الذين أنارو دروبنا بالعلم والمعرفة.

إلى كل من يقتنع بفكرة فيدعو إليها ويعمل على تحقيقها، لا يبغي بها إلا وجه الله ومنفعة الناس.

إليكم هذي ثمرة هذا العمل المتواضع.

بن بوعيشة حناشي

فهرس المحتويات

العنوان	الصفحة
ملخص البحث	
شكر وتقدير	
اهداء	
فهرس المحتويات	
فهرس الجداول	
فهرس الأشكال	
مقدمة	
الجانب النظري	
الفصل الأول : الاطار العام للدراسة	
1-الإشكالية	17
2- الفرضيات	21
3- مصطلحات الدراسة	22
4- أهمية الدراسة	22
5- أهداف الدراسة	22
6- الدراسات السابقة	23
7- تعقيب على الدراسات السابقة	31
الفصل الثاني: الضغوط النفسية	
تمهيد	34
1- تطور مفهوم الضغط النفسي	35
2- تعريف الضغوط النفسية	35
3- تعريف الأحداث الضاغطة	36
4- الوصف العيادي للضغط النفسي	37
5- النماذج و النظريات المفسرة للضغوط النفسية	38
أولا: نموذج الضغوط كمثير (نظرية الحدث الحياتي)	38
ثانيا: نموذج الضغط كاستجابة (النظرية الفيزيولوجية)	40
ثالثا: نموذج الضغط كتفاعل بين الفرد و البيئة (النظرية التفاعلية)	43
6- أنواع الضغوط النفسية	45

7- مكونات الضغط النفسي	48
8- مصادر الضغوط النفسية	48
9- العوامل المحددة للضغوط النفسية	49
10- الآثار المترتبة على الضغوط النفسية	50
11- قياس الضغوط	53
خلاصة	55
الفصل الثالث : استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية	
تمهيد	58
1- تطور مفهوم المواجهة	59
2- تعريف استراتيجيات المواجهة	59
3- الفرق بين التكيف والمواجهة	61
4- الفرق بين المواجهة والدفاع	61
5- فعالية إستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية	62
6- النظريات المفسرة لاستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية	63
7- التقييم المعرفي لاستراتيجيات المواجهة	68
8- تصنيفات إستراتيجيات المواجهة	69
9- طرق قياس استراتيجيات المواجهة	74
خلاصة	76
الفصل الرابع: التخلف الذهني	
تمهيد	79
1- تعريف التخلف الذهني	80
2- الفرق بين التخلف العقلي والمرض العقلي	85
3- انتشار التخلف الذهني	86
4- تصنيف التخلف الذهني	87
5- اسباب التخلف الذهني	92
6- قياس وتشخيص التخلف الذهني	96
7- خصائص المتخلفين ذهنيا	99
8- ولادة واستقبال الطفل المصاب بالتخلف ذهني	102
9- إعطاء معنى للحدث	102
10- إدراك الأم لابنها المصاب بالتخلف الذهني	103

11- التعلق بين الأم والطفل المصاب	103
12- الاستجابة الوالدية لإصابة الابن بالتخلف الذهني	103
خلاصة	105
الجانب التطبيقي	
الفصل الخامس : الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية	
تمهيد	109
1- منجهية الدراسة.	110
2- خطوات إجراء البحث.	110
أولا: الدراسة الاستطلاعية	110
ثانيا: الدراسة الأساسية	112
1. حدود الدراسة الأساسية	112
2. عينة البحث	112
3.أدوات البحث	114
أولا : استمارة البيانات الشخصية	114
ثانيا: مقياس الضغط النفسي	115
1) التنقيط على اساس البدائل	115
2) تصحيح المقياس	115
3) طريقة تطبيق المقياس	116
4) الخصائص السيكومترية للمقياس	116
ثالثا: مقياس استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية	117
1) وصف مقياس استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية	117
2) التنقيط على اساس البدائل	118
3) تصحيح المقياس	118
4) طريقة تطبيق المقياس	119
5) الخصائص السيكومترية للمقياس	119
3- اجراءات تطبيق ادوات الدراسة.	120
4- الأساليب الإحصائية.	120
الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة الميدانية	
1- عرض النتائج.	124
أولا :عرض نتائج التساؤلات الرئيسية	124

ثانيا:عرض نتائج التساؤلات الفرعية	136
2- مناقشة النتائج.	144
أولا :مناقشة نتائج الفرضيات الجزئية	144
ثانيا :مناقشة نتائج الفرضيات العامة	149
الاستنتاج العام	153
مقترحات	154
خاتمة	
قائمة المراجع والمصادر	
الملاحق	

فهرس الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
01	احداث الحياة الضاغطة من مقياس هولمز وراهي	39
02	المقارنة بين الضغوط الإيجابية والسلبية حسب كيلي	46
03	آثار الضغوط النفسية على أجهزة الجسم الفيزيولوجية	51
04	الفرق بين المواجهة والتكيف	61
05	الفرق بين المواجهة والدفاع	62
06	الفرق بين الاستراتيجيات المتمركزة حول المشكلة و المتمركزة حول الانفعال	70
07	تصنيف كل من منظمة الصحة العالمية والجمعية الأمريكية للطب النفسي للتخلف العقلي حسب درجة الذكاء	90
08	خصائص العينة الاستطلاعية الخاصة بأمهات الاطفال المصابين	111
09	خصائص العينة الاستطلاعية الخاصة بالأطفال المصابين	111
10	خصائص العينة حسب متغير جنس الابن المصاب	112
11	خصائص العينة حسب متغير المؤهل التعليمي للأم	113
12	توزيع بنود استبيان الضغط النفسي	115
13	تنقيط على اساس بدائل اجابة استبيان الضغط النفسي	115
14	تصحيح الاستجابة الكلية لاستبيان الضغط النفسي	115
15	خصائص عينة التقنين الخاصة بأمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني	116
16	خصائص عينة التقنين الخاصة بالأطفال المصابين بالتخلف الذهني	116
17	نتائج اختبار" ت "لدلالة الفروق بين العينتين الطرفيتين في استبيان الضغوط النفسية	116
18	معامل ألف كرونباخ لثبات استبيان الضغوط النفسية	117
19	توزيع بنود استبيان استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي	118
20	تنقيط على اساس بدائل اجابة استبيان استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي	118
21	تصحيح الاستجابة الكلية لاستبيان استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي	118
22	خصائص عينة التقنين الخاصة بأمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني	119
23	خصائص عينة التقنين الخاصة بالأطفال المصابين بالتخلف الذهني	119
24	نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق بين العينتين الطرفيتين في استبيان استراتيجيات المواجهة	119
25	معامل ألف كرونباخ لثبات استبيان استراتيجيات المواجهة	120

26	نتيجة الإحصاء الوصفي لتحديد مستوى الضغوط النفسية	124
27	ترتيب أبعاد استبيان الضغوط النفسية تنازليا حسب المتوسطات	124
28	نتيجة الإحصاء الوصفي لتحديد نوع استراتيجيات المواجهة	130
29	ترتيب أبعاد استبيان استراتيجيات المواجهة تنازليا حسب المتوسطات	130
30	دلالة الفروق في مستوى الضغوط النفسية وفقا لمتغير جنس الابن المصاب	136
31	دلالة الفروق في نوع إستراتيجية مواجهة الضغوط النفسية المتبعة وفقا لمتغير جنس	137
32	تحليل التباين للكشف عن دلالة الفروق في مستوى الضغوط النفسية تعزى إلى متغير المؤهل التعليمي للأم	139
33	المقارنات البعدية لدلالة الفروق في مستوى الضغط النفسي تبعا لمتغير المؤهل التعليمي	140
34	المقارنات البعدية لدلالة الفروق في بعد الأعراض العضوية تبعا لمتغير المؤهل التعليمي للأم	140
35	المقارنات البعدية لدلالة الفروق في بعد المشكلات الصحية تبعا لمتغير المؤهل التعليمي للأم	141
36	المقارنات البعدية لدلالة الفروق في بعد الخوف من المستقبل تبعا لمتغير المؤهل التعليمي للأم	141
37	تحليل التباين للكشف عن دلالة الفروق في نوع استراتيجيات مواجهة الضغوط المتبعة تعزى إلى متغير المؤهل التعليمي للأم	142
38	المقارنات البعدية لدلالة الفروق في استراتيجية الإنكار تبعا لمتغير المؤهل التعليمي للأم	143
39	المقارنات البعدية لدلالة الفروق في استراتيجية لوم الذات تبعا لمتغير المؤهل التعليمي للأم	143
40	المقارنات البعدية لدلالة الفروق في استراتيجية طلب المعلومة تبعا لمتغير المؤهل التعليمي للأم	144

فهرس المخططات والاشكال

الرقم	العنوان	الصفحة
المخططات و الأشكال:		
01	مخطط المرحلة الفيزيولوجية للضغط النفسي حسب كانون	41
02	مخطط آلية حدوث الضغط النفسي حسب نظرية سيلي sely	43
03	مخطط مراحل ومحددات آلية المواجهة حسب لازاروس و فولكمان	67
04	مخطط حلقة سيرورة العملية التفاعلية للضغط لازاروس وفولكمان (1984)	71
الأعمدة البيانية والدوائر النسبية:		
05	النسب المئوية حسب متغير جنس الابن المصاب	113
06	النسب المئوية حسب متغير المؤهل التعليمي للأم	113
المدرجات التكرارية والمنحنيات البيانية:		
01	خصائص العينة حسب متغير المؤهل التعليمي للأم	114
02	مدرج تكراري: يمثل منحنى التوزيع لأبعاد الضغوط النفسية	125
03	مدرج تكراري: يمثل التوزيع لبعد الاعراض العضوية	126
04	مدرج تكراري: يمثل منحنى التوزيع لبعد المشكلات الاجتماعية	126
05	مدرج تكراري: يمثل منحنى التوزيع لبعد الاعراض الانفعالية	127
06	مدرج تكراري: يمثل منحنى التوزيع لبعد المشكلات المادية	127
07	مدرج تكراري: يمثل منحنى التوزيع لبعد مشكلات الخوف من المستقبل	128
08	مدرج تكراري: يمثل منحنى التوزيع لبعد المشكلات الصحية	128
09	مدرج تكراري: يمثل منحنى التوزيع لبعد مشكلات الوظائف الاستقلالية	129
10	مدرج تكراري: يمثل منحنى التوزيع للاستراتيجيات الايجابية	131
11	مدرج تكراري: يمثل منحنى التوزيع لبعد استراتيجية التدين	132
12	مدرج تكراري: يمثل منحنى التوزيع لبعد استراتيجية التقبل	132
13	مدرج تكراري: يمثل منحنى التوزيع لبعد استراتيجية التخطيط	133
14	مدرج تكراري: يمثل منحنى التوزيع لبعد استراتيجية طلب المعلومة	133
15	مدرج تكراري: يمثل منحنى التوزيع للاستراتيجيات السلبية	134
16	مدرج تكراري: يمثل منحنى التوزيع لبعد استراتيجية الانكار	134
17	مدرج تكراري: يمثل منحنى التوزيع لبعد استراتيجية الانسحاب	135
18	مدرج تكراري: يمثل منحنى التوزيع لبعد استراتيجية لوم الذات	135

المقدمة

المقدمة :

تعتبر الاعاقة الذهنية من الموضوعات التي حظيت باهتمام كبير في المجتمعات الراهنة، نظرا لنسبتها المتزايدة باستمرار نتيجة لشيوع العوامل التي تؤدي اليها وكذلك لوعيها بخطورة تهميش هذه الفئة، لذا فهم بأمس الحاجة لمجهود مستمر ومتواصل ورعاية شاملة ومتكاملة في شتى المؤسسات الاجتماعية، خاصة الأسرة باعتبارها أولى مجالات تفاعل الطفل، والمصدر القوي لإشباع حاجاته النفسية والبيولوجية، والوالدان هما أول من يكتشف استعدادات الطفل وميولاته في ميادين متعددة ويقومان برعايتها، وإذا كان يعتقد بأن الأسرة القيام بهذه المسؤولية بالنسبة للطفل العادي فإنها تشك كثيرا في مقدرتها في رعاية الطفل المعاق ذهنيا.

لذا فوجود مثل هذا الطفل في الأسرة يمثل مصدر من مصادر الضغوط والتي قد تتحول إلى أزمات في المستقبل، وهذا يفرض على الوالدان وخاصة الأم مجموعة من المهام ويولد لهما مجموعة من الحاجات الخاصة بهما، وإن أم الطفل المعاق ذهنيا غالبا ما تواجه أنواع من المشكلات والهموم تفوق مسؤوليات أمهات الأطفال العاديين.

ورغم تطور برامج التربية الخاصة والخدمات التي تقدمها للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في السنوات الأخيرة، إلا أن هذا التطور لم يشمل تقديم الخدمات لأمهات هؤلاء الأطفال بشكل كاف مما عرضهن للكثير من المشكلات النفسية والعضوية التي تسبب ارتفاع مستوى الضغط النفسي لديهم.

وقد كان هانز سيلي Hans Sely أول من جاء بمفهوم الضغط النفسي على أنه استجابة الجسم الغير محددة لأي متطلبات تسبب ضررا له .

كما تناول عبد العزيز الشخص (1998) الضغط النفسي من مفهوم التربية الخاصة لغير العاديين بأنه حالة من التوتر تحدث نتيجة تأثيرات خارجية غير ملائمة بحيث تفضي إلى شعور الفرد بإجهاد شديد لأعصابه وأعضاء جسمه لدرجة يصعب عليه ضبط نفسه أو التحكم في انفعالاته.

هذا ما يجعل أم الطفل المصاب تحيا تحت سلسلة من الضغوط النفسي تكون في الغالب مرتبطة بالاحتياجات الخاصة لهذا الطفل، وبالقلق على مستقبله، ومما يزيد من حدة تلك الضغوط على الأم اعتماديته المطلقة عليها، وما يفرضه وجوده عليهما من أعباء سواء داخل المنزل أو خارجه، وما تبذله من طاقة كبيرة ليظهر الطفل بصورة مقبولة أمام الناس.

إن الضغط النفسي الذي تفرضه إصابة الابن على الأم يدفعها إلى اللجوء إلى استعمال استراتيجيات مواجهة تمكنها من التعايش مع إصابة ابنها بغض النظر عن نوع الأساليب المتبعة.

فاستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية تعتبر عوامل الاستقرار التي تعين الفرد على الاحتفاظ بالتوافق النفسي والاجتماعي في مواجهة الأحداث الضاغطة في حياته، فإتباع هذه الأساليب من شأنها أن تساعد على التعامل اليومي مع الضغوط النفسية والتقليل من أثارها السلبية قدر الإمكان.

لذا تلجأ أم الطفل المصاب بالتخلف الذهني إلى انتهاج استراتيجيات مواجهة في محاولة منها للتخفيف من شدة الضغوط التي تسببها إصابة ابنها، كالهروب عن طريق إنكار إصابة ابنها أو قد تلقي اللوم على نفسها لتكفر عن مشاعر الذنب التي تعيشها، كما أنها قد تلجأ إلى تقبل إصابة ابنها بالرجوع إلى الجانب الديني، أو قد تحاول جمع معلومات كافية تمكنها من وضع خطط مستقبلية تتناسب ووضعية ابنها المصاب بالتخلف الذهني.

ومن هنا جاءت فكرة هذا البحث، لتسليط الضوء على هذه الفئة من الأمهات التي تعاني من مستويات مختلفة من الضغط النفسي جراء إصابة ابنها بالتخلف الذهني والتي تجعلها تلجأ إلى استراتيجيات مواجهة قد لا تكون دائما ايجابية، ونحن نسعى في بحثنا هذا إلى معرفة مستوى الضغوط النفسية الذي تعاني منها أم الطفل المصاب بالإعاقة الذهنية ونوع الاستراتيجيات الذي تتبعها لمواجهة هذه الضغوط.

ونظرا لأهمية الموضوع، وسعيا لتحقيق أهدافه تم تناول البحث في جانبين أساسين هما:

أولا: الجانب النظري واشتمل على أربعة فصول:

الفصل التمهيدي: إشكالية البحث وفرضياته، أهميته، أهدافه، تحديد مصطلحات والدراسات السابقة التي تناولت موضوع البحث.

الفصل الأول: تناول مفهوم الضغط النفسي، مصادره، أنواعه، مكوناته، آثاره، طرق قياسه، النظريات المفسرة له، والضغط النفسي لدى أم الطفل المصاب بالتخلف الذهني.

الفصل الثاني: تطور مفهوم المواجهة، مفهوم استراتيجيات المواجهة، تصنيفها فعاليتها، التقييم المعرفي للمواجهة، النظريات المفسرة وطرق قياسها.

الفصل الثالث: لمحة تاريخية عن التخلف الذهني، تعريفه، آلية حدوثه، أنواعها أسبابها وخصائص المصابين به، ولادة واستقبال طفل مصاب بالتخلف الذهني وإدراك الأم لهذا الحدث وإعطائه معنى والاستجابة التي يحدثها، والمشكلات التي تواجهها الأم جراء اصابة ابنها.

ثانيا :الجانب التطبيقي تم تناوله في فصلين:

الفصل الأول: تم فيه استعراض منهج البحث، خصائص العينة، ميدان البحث وأدواته، خطوات إجراء البحث، والأساليب الإحصائية المستخدمة.

الفصل الثاني: عرض النتائج ومناقشتها في ضوء الفرضيات، الاستنتاج العام مع التوصيات المقترحة.

الفصل الأول

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

1- الاشكالية
2- الفرضيات
3- مصطلحات الدراسة
4- أهمية الدراسة
5- أهداف الدراسة
6- الدراسات السابقة
7- التعقيب على الدراسات السابقة

1- الإشكالية:

يعتبر التخلف الذهني مشكلة من أهم المشكلات التي تهم علماء النفس والتربية وعلم الاجتماع والطب، وهو حالة تظهر من الطفولة المبكرة يضعف فيها النمو الذهني ويضطرب فيها التوافق النفسي والاجتماعي، يعجز فيها الفرد عن ادراك اكثر المفاهيم ببساطة عن ممارسة مهنة والاستغراق في العلاقات الاجتماعية، وعن العناية بالذات.

اما من حيث تعريف الاعاقة الذهنية فإنه من الصعب الوصول إلى تعريف دقيق للتخلف الذهني يلاقي قبول مختلف الفئات العلمية والمهنية ذات التخصصات المختلفة.

حيث يعرفها دول (1941) هو عدم قدرة الفرد على الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية المتوقعة منه بسبب اعاقته العقلية، وأن حالته غير قابلة للشفاء.

وتعرفها الجمعية الامريكية وحسب الدليل التشخيصي الرابع للأمراض النفسية والعقلية (**DSM-IV R**) بأنه "الاداء الأدنى من المعدل الطبيعي للوظائف العقلية بشكل واضح حيث تكون درجة الذكاء (IQ) تقارب الـ70 درجة أو أدنى في اختبار الذكاء الفردي، مع عجز أو اختلال متزامن في الوظيفة التكيفية الراهنة (أي فعالية الشخص في تلبية معايير متوقعة بالنسبة لعمره أو مجموعته الثقافية) في اثنين من المجالات التالية على الأقل: التواصل، الرعاية الذاتية، الحياة المنزلية، المهارات الاجتماعية والشخصية، استخدام موارد المجتمع، التوجه الذاتي، المهارات الدراسية الوظيفية، العمل، وقت الفراغ، الصحة، الأمن. وذلك قبل عمر 18 سنة ". (J.-D .GUELFI ,etext,2005,p55)

ويعرف عبد العزيز شخص وعبد الغفار الدمياطي التخلف الذهني في قاموس التربية الخاصة على انه مصطلح يستخدم على شكل واسع ويشير إلى أداء ذهني عام اقل من المتوسط، بدرجة دالة بحيث يظهر خلال الفترة النمائية كما يصاحبه في نفس الوقت قصور في السلوك التكيفي، وتشير التعريفات المستخدمة في الوقت الحاضر الى اعتبار الفرد متخلفا عقليا اذا بلغت نسببة ذكائه 70 درجة او اقل واذا بدا قصوره واضحا في التكيف او القدرة الاجتماعية.

(عبد العزيز شخص وعبد الغفار الدماطي ، 1992، ص75)

وحسب الاحصائيات الدولية تقدر منظمة الامم المتحدة للأطفال (اليونيسيف) أن طفلا واحد من كل عشرة اطفال يعاني من عاهة تمتد بين العمى والصمم والتخلف العقلي 80% منهم في الدول النامية، وتشكل نسبة المتخلفين عقليا حوالي 3% من افراد المجتمع.

ومن جانب آخر يشير **حامد زهران (1990)** أن نسبة المعاقين عقليا في أي مجتمع تبلغ حوالي 2.3 %من مجموع السكان وذلك في مرحلة الطفولة المبكرة وقد تصل نسبتهم حوالي 5 % من مجموع المواليد .

لذا فإن وجود طفل مصاب بالتخلف الذهني بما قد يحمل من خصائص غير مرغوبة يعد بمثابة مصدر ضغط بالنسبة للوالدين وللأم خصوصا، لذا فقد عرف هانز سيلي Hans Sely (1956)الضغوط النفسية على انها استجابة الجسم الغير نوعية إزاء الأعباء البدنية أو النفسية التي يتعرض لها.

(Madleine Estryn-Behar,1997,p26)

وعرفه لازاروس و فولكمان Lazaurs, Folkman (1984) هو تفاعل خاص بين الفرد و الوضعية التي يدركها على أنها شاقة و تتجاوز موارده و قدراته و تضع راحته في خطر.

(Marilou Bruchon schweitzer,2001,p68)

وعرفه جوردون Gordon (1993) الضغوط على انها الاستجابات النفسية و الانفعالية والفيزيولوجية للجسم تجاه أي مطلب تم إدراكه على أنه تهديد لرفاهية و سعادة الفرد و هذه التغييرات تقوم بإعداد و تأهيل الفرد للتوافق مع الضغوط، و التي هي ظروف بيئية سواء حاول الفرد مواجهتها أو تجنبها.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين،2006 ، ص20)

وهذا ما أوضحته نتائج دراسة ميدو أورلانز (1995) Meadow- Orlans، أن أمهات وآباء الأطفال المعاقين يعانون من ضغوط نفسية مرتفعة بالمقارنة مع أمهات وآباء الأطفال العاديين، كما آن الأمهات اللاتي لديهن طفل معاق أكثر معايشة للضغوط من الآباء.

كما تشير نتائج دراسة مان فريد Manfred (2000) عن تعرض الوالدين لمستويات عالية من الضغوط الناجمة عن وجود طفل معاق، الأمر الذي يجعلهما في حاجة إلى تدعيم ومساندة نفسية واجتماعية لتخفيف تلك الضغوط.

(علي حنفي 2010/09/20 13:25، www.gulfkids.com)

ولقد توصلت دراسة سنجر و كاثلين Singer et kathleen (1989) إلى أن أمهات الأطفال المعاقين تعانين من درجة مرتفعة من الضغوط النفسية مصادرها متعددة أهمها: الأعباء المادية، الشعور بالتعب والإرهاق الناجم عن تلبية احتياجات الطفل المعاق وتربيته اضطرار الأم للتفرغ التام من اجل رعاية ابنها، الشعور بعدم الاستقرار نتيجة لظروف الطفل المعاق والخوف على مستقبله.

كما جاء في دراسة شين Chin et al (2006) أن أمهات الأطفال المتخلفون ذهنيا يعانين من ضغوط نفسية مرتفعة مقارنة بالآباء، حيث أن الأم تتحمل عبئا كاملا بالنظر إلى أنها أكثر من يحتك بالطفل مما يجعلها تعايش ضغوط كثيرة تتمثل في رعاية الطفل، الضغوط المالية، العناية الطبية بالطفل، الضغوط الأسرية، تحطيم حلم الأم بأن يكون لها ابن سوي الإحراج في المواقف الاجتماعية، تناقض مشاعر الأم فيما يخص حياة ومستقبل ابنها، حاجات الطفل إلى الرعاية الدائمة، ردود فعل الأقارب والمعارف نحو الأسرة، قصور معارف الأم فيما يخص تنشئة الطفل، فقدان العلاقة الاتصالية مع الطفل.

(وليد السيد خليفة،2008 ، ص264)

وقد أشارت نتائج العديد من الدراسات (Bohlet et Akers 1991,Rodriguer et Morphy1997 Lee 1988, Eric et Johston 1988, Wolfe 1989)، إلى أن الاطفال المصابون بالإعاقة يشكلون ضغطا وقلقا مرتفعا لدى أمهاتهم، وأن هؤلاء الأمهات أكثر عرضة للاكتئاب ولديهن مشاكل انفعالية ويعانين من درجة عالية من الضغوط النفسية، وأن إعاقة الطفل يكون لها نتائج عكسية على الأمهات نظرا لمطالب الإعاقة المستمرة والقلق بشأن مستقبل الأبناء.

كما بين ميلز Miles(1986) أن السلوك الذي يمارسه الطفل المعاق يشكل ضغطا كبيرا على أمه.

(اميرة طه بخش،2001 ، ص2)

وأكد هازال روس وماكدونالد 2005 في دراسة الضغوط الوالدية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقليا، وجود ضغوط عالية لدى الأمهات بخاصة في مجال التحكم بالذات يرجع إلى المشكلات السلوكية التي يعاني منها الأبناء، كما أظهرت الدراسة بأن الأمهات اللاتي يتمتعن بمستوى عال من الدعم الاجتماعي كانت الضغوط النفسية لديهن متدنية.

(إبراهيم القريوتي،2008 ، ص169)

وعلى أية حال فإن هذه الدراسات تشير إشارة واضحة إلى تعرض أمهات الأطفال المعاقين لضغوط نفسية عالية، وهذا راجع إلى دور الأم في حياة الطفل فهي أكثر أعضاء الأسرة قلقا عليه واهتماما به وحرصا على حمايته وإشباع حاجاته اليومية، فالعناية بابن مصاب بالتخلف الذهني يتطلب جهدا مضاعفا تبذله الأم ليظهر بشكل مقبول أمام الآخرين كما يتطلب إشرافا مكثفا واهتماما خاصا وتكاليف مادية باهظة لتعليمه، وهذا ما لا يتوفر أحيانا فتتعرض الأم لردود فعل عضوية وانفعالية سيئة، فضلا عن تعرضها للمشكلات المادية والأسرية والزوجية وتغيير الأدوار والتوقعات تجعلها في دوامة من الصراع والقلق والضغط المستمر هذا الأخير لا يمكن التغلب عليه إلا من خلال تنمية استراتيجيات مواجهة مناسبة وفعالة لخفض مستوى هذه الضغوط النفسية.

لذا فان ام المصاب بالإعاقة الذهنية تواجه في حياتها العديد من المواقف الضاغطة والتي تتضمن خبرات غير مرغوب فيها اذ لايمكنها تجنبها بل يتحتم عليها التكيف معها، وتتراوح هذه المواقف مابين السلبية كخطر فعلي أو الإيجابية كتحقيق النجاح، لذا فإن الاستجابة للضغوط و انتهاج استراتيجيات مواجهة معينة هي التي تحدد تأثير الضغوط على الأفراد.

(مارثا ديفيز وآخرون، 2005 ، ص1)

اما من حيث تعريف استراتيجيات المواجهة فقد عرفها نيومان Newman 1981 على انها المجهود المبذول من قبل الفرد لإزالة التوتر وخلق طرق جديدة للمواجهة مع المواقف الجديدة في كل مرحلة من مراحل الحياة.

وعرفها روتر_Rutter 1981 هي المحاولات التي يبذلها الفرد لتغيير ظروف الضغوط المباشرة أو تغيير تقييمه لها فهي تتطلب وجود حل المشكلة الفعال وكذلك تنظيم انفعالي للضغط.

وعرفها فليشمان Fleshman 1984 هي مجموع السلوكيات الظاهرة أو الخفية التي تحدث للتقليل من الضغوط النفسية أو الظروف الضاغطة.

(أحمد عيد مطيع الشخابنة،2010 ، ص35)

كما عرفها لازاروس وفولكمان Lazarus et Folkman (1984) هي مجموع الجهود المعرفية والسلوكية التي يستعملها الفرد لتحمل أو خفض المتطلبات الداخلية أو الخارجية التي يقيمها بأنها مهددة أو تفوق مصادره الشخصية.

وتنقسم استراتيجيات المواجهة الى استراتيجيات ايجابية واخرى سلبية: الاستراتيجيات الايجابية : التقبل، التدين، التخطيط، طلب المعلومة الاستراتيجيات السلبية: الانكار، لوم الذات، الانسحاب.

(Lazarus,R.S et folkman.S,1984,p19)

حيث يذكر فولكمان وآخرون (1979) Folkman, et al أنه يمكن التغلب على المواقف المحدثة للضغوط النفسية من خلال تنمية استراتيجيات مواجهةStrategies Coping، وتشمل هذه الاستراتيجيات كل ما من شأنه مساعدة الأفراد على إحداث التغيرات اللازمة لخفض مستوى التعرض للضغوط النفسية مثل الصحة العامة لأفراد الأسرة، والطاقة الكامنة لديهم، ومهارات حل المشكلات، وإدراك أفراد الأسرة لوضعهم الأسري، والعلاقات الأسرية السائدة، ومصادر الدعم الاجتماعي المتوافرة.

وتشير دراسة السرطاوي والشخص (1998) إلى أن الدعم المادي والاجتماعي وإشباع الاحتياجات المعرفية للوالدين من شأنه أن يخفف من حدة الضغوط النفسية الناجمة عن إعاقة أبنائهم.

(أحمد عربيات،2008 ، ص206)

فقد توصل كل من مودجيل وآخرون (1987 Moudjil et al) إلى أن أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا يعانون من وجود أعراض اكتئاب وقلق والإحساس بالعبء والتمزق في العلاقات الزوجية والأسرية كما وجد أن الأمهات اللاتي يعاني أبنائهن من الإعاقة الذهنية يلجأن إلى استعمال استراتيجيات مواجهة محددة تتمثل في طلب المساندة الاجتماعية مما يجعل شدة الضغوط تنخفض.

كما أشار بومان (Bouman 2004) إلى أن إتباع أساليب مواجهة من شأنه تخفيف الضغوط النفسية، وقد توصل إلى أن المساندة الاجتماعية والممارسة المهنية لها تأثير مخفف للضغوط التي تواجهها أم الطفل المعاق ذهنيا.

(وليد السيد خليفة،2008 ، ص308)

ومن هنا جاءت إشكالية البحث والتي تهدف إلى معرفة مستوى الضغوط النفسية التي تعاني منها امهات الاطفال المصابين بالتخلف الذهني، واستراتيجيات المواجهة المتبعة للتخفيف من هذه الضغوط، وذلك من خلال الإجابة عن التساؤلات التالية:

التساؤلات الرئيسية:

1. ما مستوى الضغوط النفسية التي تعاني منها امهات الاطفال المصابين بالتخلف الذهني؟
2. ما نوع استراتيجيات المواجهة المتبعة من طرف أمهات الأطفال المصابون بالتخلف الذهني لتخفيف من الضغوط النفسية؟

التساؤلات الفرعية :

1. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني تعزى إلى متغير جنس الابن المصاب؟
2. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نوع استراتيجية المواجهة المتبعة لدى أمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني تعزى إلى متغير جنس الابن المصاب؟
3. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني تعزى إلى متغير المؤهل التعليمي للأم؟
4. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نوع استراتيجية المواجهة المتبعة لدى أمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني تعزى إلى متغير المؤهل التعليمي للأم؟

2. الفرضيات العامة:

1. تعاني أمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني من ضغوط نفسية مرتفعة.
2. تعتمد أمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني على استراتيجيات المواجهة الإيجابية لتخفيف الضغوط النفسية.

الفرضيات الجزئية :

1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني تعزى إلى متغير جنس الابن المصاب.

2- توجد فروق ذات دلالة في نوع استراتيجية المواجهة المتبعة لدى أمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني تعزى إلى متغير جنس الابن المصاب.

3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني تعزى إلى متغير المؤهل التعليمي للأم.

4- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نوع استراتيجية المواجهة المتبعة لدى أمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني تعزى إلى متغير المؤهل التعليمي للأم.

3- مصطلحات الدراسة:

1. الضغوط النفسية:

يعرفها سيلي sely (1936) بأنها الاستجابة الغير محددة للجسم إزاء الأعباء البدنية أو النفسية التي يتعرض لها. (Jean Benjamin stora(1993),p82)

التعريف الإجرائي :

هي مجموع الدرجات التي تحصلت عليها أم الطفل المصاب بالتخلف الذهني في استبيان الضغوط النفسية.

2. استراتيجية المواجهة coping :

عرفها لازاروس Lazarus(1984) بأنها مجموع الجهود المعرفية والسلوكية المستعملة في تسيير طلبات خاصة داخلية او خارجية، والتي يقيمها الفرد على انها مستهلكة لموارده او تتجاوزها.

(Marilou Bruchon_schweitzer , 2001, p 70)

التعريف الإجرائي:

هي الدرجة التي تحصلت عليها أم الطفل المصاب بالتخلف الذهني في استبيان استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية.

3. الطفل المصاب بالتخلف الذهني:

التخلف الذهني:

عرفت الجمعية الامريكية التخلف العقلي عام 1992 على انه حالة تشير الى جوانب قصور ملموسة في الاداء الوظيفي الحالي للفرد بحيث ينخفض الاداء العقلي (الذكاء) عن المتوسط بمقدار انحرافين معياريين، يترافق مع خلل واضح في مجالين أو أكثر من مجالات السلوك التوافقي التالية: العناية بالذات، التواصل، الحياة المنزلية والمهارات الاجتماعية، استخدام وقت الفراغ، مهارات العمل، وتظهر هذه الاعاقة قبل سن الثامنة عشرة.

التعريف الإجرائي للطفل المصاب بالتخلف الذهني:

هم الأطفال المتكفل بهم بالمركز النفسي البيداغوجي بعين وسارة ولاية الجلفة، والذين خضعوا للتشخيصات الطبية والنفسية والتربوية التي أكدت اصابتهم بالتخلف الذهني.

التعريف الإجرائي لأم الطفل المصاب بالتخلف الذهني:

هن أمهات الأطفال المصابون بالتخلف الذهني المتكفل بهم بالمركز النفسي البيداغوجي بعين وسارة ولاية الجلفة.

4.أهمية الدراسة:

إن وجود طفل مصاب بالتخلف الذهني يساهم في زيادة أعباء الأم داخل الأسرة و إحداث ضغوط نفسية نظرا لما لهذه الإعاقة من طبيعة متميزة تتطلب توفير احتياجات خاصة وتستدعي نوع خاص من التعامل معها و من هنا تبدو أهمية هذا البحث فيما يلي:

– قلة الدراسات والأبحاث العلمية المحلية التي تطرقت لموضوع الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها لدى أمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني.

– محاولة الخروج بنتائج علمية وعملية يمكن الاستفادة منها في إيجاد استراتيجيات ايجابية لخفض مستوى الضغوط النفسية التي تعاني منها أمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني.

– تعتبر هذه الدراسة كفرصة لأمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني للتعبير عن ما يعانين من ضغوط نفسية وتوجيههن إلى كيفية مواجهتها و التكيف معها.

5. أهداف الدراسة:

– معرفة مستوى الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني.

– إيجاد نوع استراتيجيات مواجهة تساعد في خفض مستوى الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني.

– معرفة طبيعة الفروق في مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني حسب متغير جنس الابن المصاب.

– معرفة طبيعة الفروق في نوع إستراتيجيات المواجهة المتبعة لدى أمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني حسب متغير جنس الابن المصاب.

– معرفة طبيعة الفروق بين مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني حسب متغير المؤهل التعليمي للأم.

– معرفة طبيعة الفروق في نوع إستراتيجيات المواجهة المتبعة لدى أمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني حسب متغير المؤهل التعليمي للأم.

6– الدراسات السابقة:

أولا: الدراسات العربية:

1)– دراسة منى حسن عبد الله فرح (2009):

الضغوط النفسية وعلاقتها باحتياجات أولياء أمور غير العاديين.

الهدف من الدراسة:

– هدفت الدراسة لمعرفة الضغوط النفسية لأولياء أمور المعاقين وعلاقتها باحتياجاتهم المختلفة.

المنهج:

– استخدمت الباحثة المنهج الوصفي.

العينة:

استخدمت الطريقة العشوائية البسيطة لاختيار عينة قوامها (300) من أسر المعاقين،

– 150 من الآباء.

– 150 من الأمهات.

أدوات الدراسة:

وتضمنت أدوات الدراسة كلا من:

- مقياس الضغوط النفسية (إعداد عبد العزيز الشخص1998)
- مقياس الاحتياجات بأبعاده المختلفة من إعداد الباحثة.

تمت معالجة بيانات البحث باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS باستخدام اختبار(ت) ومعامل ارتباط بيرسون.

النتائج:

يمكن إيجاز أهم ما توصل إليه البحث من النتائج في الآتي:

. تتسم الضغوط النفسية بالانخفاض بدرجة دالة إحصائيا وسط أولياء أمور الأطفال المعاقين .

. لا توجد فروق دالة إحصائيا في الضغوط النفسية وسط أولياء أمور الأطفال المعاقين تبعا لنوع والد الطفل المعاق (آباء – أمهات).

. لا توجد علاقة دالة إحصائيا بين الضغوط النفسية والمستوى التعليمي لأولياء أمور الأطفال المعاقين.

. توجد علاقة طردية دالة إحصائيا بين الضغوط النفسية ومتغير درجة الإعاقة للأبناء .

. توجد علاقة طردية دالة إحصائيا بين الضغوط النفسية لأولياء أمور الاطفال المعاقين واحتياجاتهم الحياتية المختلفة.

(منى حسن عبد الله فرح، 2009 ، ص ص93 –126)

2)– دراسة جيهان بنت فوزي حسين قستي (2004)

الضغوط الوالدية وقوة الأنا لدى عينة من أمهات أطفال المعاقين عقليا وغير المعاقين.

الهدف من الدراسة:

- التعرف على العلاقة بين قوة الأنا والضغوط الوالدية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقليا، ولدى أمهات الأطفال الغير المعاقين.
- التعرف على الفروق بين أمهات الأطفال المعاقين عقليا وأمهات الأطفال الأسوياء في قوة الأنا.
- التعرف على الفروق بين أمهات الأطفال المعاقين والأطفال الأسوياء في الضغوط الوالدية.

المنهج:

–الوصفي السببي المقارن.

الأدوات:

- استمارة البيانات الأولية عن الطفل من إعداد الباحثة.
- مقياس الضغوط الوالدية (إعداد البيلاوي 1998).
- مقياس قوة الأنا (إعداد ربيع 1978).

العينة:

– أمهات gh المعاقين عقليا عددهم 41 أم.

– أمهات الأسوياء 42 أم.

النتائج:

. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أمهات الأطفال المعاقين عقليا وأمهات الأطفال الأسوياء في قوة الأنا في اتجاه أمهات الأطفال المعاقين.

. لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين قوة الأنا والدرجة الكلية للمقاييس الخاصة بالطفل لدى عينة من أمهات الأطفال المعاقين عقليا.

. لا توجد علاقة ارتباطيا دالة إحصائيا بين الضغوط الوالدية وقوة الأنا لدى أمهات الأطفال المعاقين.

. توجد فروق ذات دلالات إحصائية في متوسط الدرجات بين أمهات الأطفال المعاقين عقليا وأمهات الأطفال الأسوياء في مقياس الضغوط الوالدية في اتجاه أمهات الأطفال المعاقين.

(جيهان بنت فوزي بن حسين قستي،2004 ، ص1)

3)– دراسة خالد محمد الحبيش (2003)

الضغوط النفسية لدى أسر الطفل المعاق وأهم مصادرها.

الهدف من الدراسة:

– معرفة أهم مصادر الضغط النفسي الذي تتعرض له أسرة الطفل المعاق.

المنهج:

– دراسة الحالة.

العينة:

– 4 آباء وأمهات لأطفال معاقين ذهنيا.

الأدوات:

– مقياس الضغوط النفسية وأساليب مواجهتها (من إعداد الباحث).

النتائج:

تعاني أمهات الأطفال المعاقين من مستوى أعلى من الضغوط مقارنة بالآباء وكانت النتائج كما يلي:

- 90% من الأمهات تعانين من القلق حول مستقبل الطفل مقابل (% 45) من الآباء.
- 55% من الأمهات تعانين من المشكلات الصحية للطفل مقابل (% 36) من الآباء.
- 27% من الأمهات تعانين عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل مقابل (% 18) من الآباء.
- 18% من الأمهات تعانين من مشاكل الأداء الاستقلالي للطفل مقابل (% 36) من الآباء.

(وليد السيد خليفة،2008 ، ص306)

4)- دراسة أميرة طه بخش (2001) :

الضغوط الأسرية لدى أمهات الأطفال المعاقين عقلياً وعلاقتها بالاحتياجات والمساندة الاجتماعية.

الهدف من الدراسة:

- التعرف على الضغوط الأسرية التي تواجه أمهات الأطفال المعاقين عقلياً وعلاقتها بالاحتياجات الأسرية والمساندة الاجتماعية كوسيلة لخفض حدة تلك الضغوط.

العينة:

ضمت العينة (100) أم أطفال معاقين عقلياً من مدينة جدة ملتحقين بمركز الإنماء الفكري.

- أعمار الأمهات تتراوح بين 24-45.
- أعمار الأطفال بين 6 سنوات 14 سنة.

أداة الدراسة:

اعتمدت على الأدوات التالية من إعداد الباحثة:

- مقياس الضغوط لأمهات الأطفال المعاقين عقليا.
- مقياس احتياجات أولياء أمور الأطفال المعاقين عقلياً.
- مقياس المساندة الاجتماعية.

النتائج:

- يوجد ترتيب للضغوط والاحتياجات الأسرية ومصادر المساندة الاجتماعية وفقا لأهميتها النسبية لأمهات الأطفال المعاقين عقلياً.
- توجد علاقة ارتباطيه دالة بين كل من الضغوط والاحتياجات الأسرية لأمهات الأطفال المعاقين عقلياً، والمساندة الاجتماعية المقدمة لهن كل على حدة، وكذلك بين الاحتياجات الأسرية والمساندة الاجتماعية لهن.
- توجد علاقة ارتباطيه دالة بين الضغوط والاحتياجات الأسرية عند عزل المساندة الاجتماعية، وبين الاحتياجات الأسرية والمساندة الاجتماعية عند عزل الضغوط.
- لا توجد علاقة ارتباطيه دالة بين الضغوط والمساندة الاجتماعية عند عزل الاحتياجات الأسرية .

(www.gulfkids.com/vb/showthread.php/02/06/2010,10:15)

5)- دراسة عبدالعزيز الشخص وزيدان السرطاوي (1998):

احتياجات أولياء أمور المعاقين وعلاقتها بالضغوط النفسية وأساليب المواجهة.

الهدف من الدراسة:

- تحديد احتياجات أولياء أمور المعاقين عقليا، وسمعيا وبصريا وبدنيا لمواجهة الضغوط النفسية الناجمة عن إعاقة الأبناء.

أدوات الدراسة:

اعتمدت الدراسة على أدوات من تصميم الباحث وهي:

- بطارية قياس الضغوط النفسية.
- مقياس أساليب المواجهة.
- مقياس احتياجات لأولياء أمور المعاقين.

العينة:

مجموعة من أولياء أمور الأطفال المعاقين كالتالي:

- 329 أم.
- 335 أب.

النتائج:

- يتفق أولياء الأمور على ترتيب الاحتياجات وفق أهميتها، بحيث يأتي الدعم المادي أولا ويلي ذلك الاحتياجات المعرفية، وأخيرا الدعم الاجتماعي.
- لا توجد فروق بين الآباء والأمهات في الاحتياجات المختلفة.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة على مقياس الاحتياجات وفقا لمستويات الضغوط النفسية،حيث تزايدت الاحتياجات مع ارتفاع مستوى الضغط النفسي.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة على مقياس الاحتياجات وفقا لمستويات المواجهة المختلفة، حيث تزايدت الاحتياجات مع ارتفاع مستوى مواجهة الضغط النفسي.

(وليد السيد خليفة،2008 ، ص298)

6)- دراسة رياض يعقوب ملكوش وخولة يحيى (1995):

الضغوط النفسية علاقتها بالدعم الاجتماعي لدى آباء وأمهات الأطفال المعاقين.

الهدف من الدراسة:

- المساهمة في فهم أسر الأطفال المعاقين، وذلك بمحاولة فهم الضغوط النفسية التي تواجههم وبعض جوانب الدعم الاجتماعي المتوافر لهم.
- محاولة فهم علاقة الدعم الاجتماعي بالضغوط النفسية لديهم.

العينة:

أولياء الأطفال المعاقين الذين وضعوا أطفالهم في مؤسسات خاصة للعناية بالإعاقة:

- 166 أب وأم.

الأدوات:

- مقياس الضغوط النفسية المطور من قبل رياض ملكوش وموسى جبريل.
- إستبانة الدعم الاجتماعي من إعداد باريرا دانيلي.

نتائج الدراسة:

- درجة الضغوط النفسية الموجودة عند آباء وأمهات الأطفال المعاقين مرتفعة.
- عدم وجود فروق في درجة الضغوط بين آباء وأمهات الأطفال المعاقين.
- وجود علاقة إيجابية متوسطة بين درجة الضغوط النفسية ودرجة الدعم الاجتماعي المتوافر.

(منى حسن عبد الله فرح، 2009 ، ص86 ،85)

7)- دراسة أنسي وسيس (1986)

أثر مجموعة من العوامل المشتركة في تكوين الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا.

الهدف من الدراسة:

- التعرف على مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابون بالتخلف الذهني.

العينة:

- 94 أم لأطفال المصابون بالتخلف الذهني.

النتائج:

أظهرت نتائج الدراسة أن أمهات الأطفال المصابون بالتخلف الذهني يظهرون مستوى عالي من الضغوط النفسية. (www.gulfkids.com/html/16/01/2010/14:25)

ثانيا: الدراسات الاجنبية:

1)- دراسة إيوا بسيلا Ewa Pisula (1999) :

بروفيل الضغط النفسي عند أمهات الأطفال المصابين بالتوحد والأطفال المصابين بمتلازمة داون (دراسة مقارنة).

أهداف الدراسة:

- تحديد بروفيل الضغط النفسي الخاص بأم الأطفال المصابين بالتوحد.
- تحديد بروفيل الضغط النفسي الخاص بأمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون.

العينة:

- 25 أم طفل مصاب بالتوحد.
- 25 أم طفل مصاب بمتلازمة داون.
- تراوحت أعمار الأمهات ما بين 26 سنة إلى 58 سنة.
- تراوحت أعمار الأطفال ما بين 4 إلى 20 سنة.

الأدوات:

- استمارة البيانات الأولية من إعداد الباحثة.

مقياس الضغط لدى العائلة QRS من إعداد (Holryoud 1987)

النتائج:

– الضغط النفسي مرتفع عند أمهات الأطفال المصابين بالتوحد أكبر من أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون.

– أمهات الأطفال المصابون بمتلازمة داون يعانون من ضغوط منخفضة بسبب وضوح التشخيص ومآل الإصابة منذ الولادة.

– أمهات الأطفال المصابون بالتوحد يعانون من ضغوط مرتفعة بسبب تأخر التشخيص إلى ما بعد 30 شهرا بعد الولادة وغموض مآل الإصابة.

– أهم مصادر الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المصابون بمتلازمة داون هي مشكلات التطور النمائي لدى أبنائهن.

– أهم مصادر الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المصابون بالتوحد هي المشكلات السلوكية واضطراب التواصل لدى أبنائهن.

– هناك فروق ذات دلالة إحصائية في بعد التبعية لصالح الأمهات المصاب أبنائهن بالتوحد .

(Ewa pisula,1999,pp26-33)

2)- **دراسة أولي و ويليام Olley et willaim(1997):**

مستوى الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا وأساليب مواجهتها.

العينة:

– 200 أم لأطفال معاقين ذهنيا .

الأدوات:

– مقياس الضغوط (1997)

– مقياس أساليب التعامل مع الضغوط.

النتائج:

– تعاني الأمهات من ضغوط نفسية شديدة أهم مصادرها(رعاية الطفل، الضغوط المالية، العناية الطبية بالطفل، الضغوط الأسرية)

– تستعمل الأمهات أساليب تعامل إيجابية وسلبية تتمثل فيما يلي :

– 44% من الأمهات تستخدم أساليب الهروب، تحاشي حل المشكلة، إنكار الإعاقة .

– 41% من الأمهات تستخدم أساليب تقبل إعاقة الطفل وظروفه .

– 23.5% من الأمهات تستخدم أساليب التذمر والشكوى والبكاء ولوم الذات .

– 12.5% من الأمهات تستخدم أساليب تحدي الضغوط ومواجهة الموقف .

– الأمهات الغير متزوجات تعاني من مستوى أعلى من الضغوط مقارنة بالمتزوجات .

الأمهات الأقل تعليما تعاني من مستوى أعلى من الضغوط مقارنة بالأعلى تعليما .

(وليد السيد خليفة،2008 ، ص296)

3)- دراسة فلينت وود flynt et wood (1989) :

دراسة الضغط الواقع على أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا وكيفية مواجهته.

الهدف من الدراسة:

- معرفة الاختلاف في الضغط الواقع على الأمهات طبقا لاختلاف العوامل المؤثرة(سن الابن المعاق، سن الأم، الحالة الاجتماعية والاقتصادية للأسرة).

العينة:

- 90 أم لأطفال من فئة التخلف الذهني المتوسط.
- أعمار الأمهات من 25 إلى 60 سنة.
- أعمار الأبناء من 6 إلى 21 سنة.

الأدوات:

مقياس الضغط الأسري Family stress.

النتائج:

- وجود علاقة موجبة دالة بين الضغط المدرك للأمهات وكل من سن الأم.
- لا توجد فروق دالة إحصائيا في درجات الضغوط وفقا لاختلاف سن الابن.
- وجود فروق دالة بين الأمهات ذات المستوى الاقتصادية والاجتماعية المرتفع والأمهات ذات المستوى الاقتصادي والاجتماعي المنخفض في القدرة إلى مواجهة الضغوط لصالح الأمهات ذات المستوى المرتفع.

(وليد السيد خليفة،2008 ، ص278)

4)- دراسة دونوفان Donovan(1988):

الإدراك الأمومي للضغط الأسري وأساليب مواجهته.

الهدف من الدراسة:

- معرفة الاختلاف في الإدراك الأمومي للضغط الأسري الناجم عن الإعاقة الذهنية للأبناء وطرق مواجهة هذه الضغوط.

العينة:

- 450 أم لأبناء معاقين إعاقة ذهنية بسيطة وإعاقة ذهنية شديدة.
- سن الأمهات من 29 إلى 59 سنة.
- سن الأطفال من 6 إلى 18 سنة.

النتائج:

- وجود فروق دالة في معاني الإدراك الأمومي للضغط الأسري وفقا لسن الابن المعاق وجنسه، عدد الأبناء في الأسرة وتعدد إعاقاتهم، سن الأم والحالة الاجتماعية والاقتصادية للأسرة لصالح الأمهات كبار السن، أمهات الأبناء الكبار، أمهات الذكور.

– وجود فروق دالة بين أمهات الأبناء المعاقين ذهنيا بدرجة بسيطة وأمهات الأبناء المعاقين ذهنيا بدرجة شديدة في مواجهة الضغوط لصالح الأمهات المعاقين بدرجة بسيطة أي أنهن أكثر قدرة على مواجهة الضغط.

– تختار الأمهات مواجهة الضغوط بواسطة أساليب البحث النشط عن الدعم والنصيحة والمساعدة خارج النظام الأسري. (وليد السيد خليفة،2008 ، ص273)

7. التعقيب على الدراسات السابقة:

بعد استعراضنا للدراسات السابقة نستخلص التالي:

- ❖ اغلب الدراسات تناولت الضغط النفسي عند أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا وقد أجمعت كلها تقريبا على أن أمهات الأطفال المعاقين يعانون من ضغوط نفسية شديدة، ما عدا دراسة إيوا بسيلا (1999) التي جاءت نتائج دراستها عكس ذلك فقد أكدت أن أمهات الأطفال المصابون بالتخلف الذهني يختبرون مستوى أدنى من الضغوط مقارنة بأمهات الأطفال المصابون بالتوحد.
- ❖ وقد اتجهت جل الدراسات إلى تسليط الضوء على الأثر السلبي لتربية طفل معاق على الأم التي تعيش في حالة من القلق والضيق جراء إصابة ابنها مما يدفعها إلى البحث عن حلول تخلصها من التوتر بانتهاج أساليب تكيف خاصة بها تجعلها تتعايش مع الوضعية الضاغطة، حيث أكدت نتائج دراسات كل من أولي ويليام (1997) وأميرة طه بخش (2001) أن أمهات الأطفال المعاقين يلجأن إلى استعمال استراتيجيات مواجهة أما سلبية كالهروب و تحاشي المشكل إنكار الإعاقة، لوم الذات وغيرها أو أنها تلجأ إلى استعمال استراتيجيات ايجابية كطلب المساندة الاجتماعية، تقبل الإعاقة والتحدي مواجهة الموقف.
- ❖ وعلى هذا الأساس جاء البحث الحالي ليؤكد أو ينفي بعض الجوانب التي تم التطرق إليها في الدراسات السابقة والتي استفاد الباحث منها فيما يلي:
  - صياغة الفروض واختيار المنهج الأكثر ملائمة للبحث الحالي.
  - الاطلاع على الأدوات المعتمد عليها والاستفادة منها في تصميم أدوات البحث الحالي.
- ❖ أما موقع هذا البحث من الدراسات السابقة نلخصه في النقاط التالية:
  - كل الدراسات التي تناولتها عليها الباحثة لا توجد فيها دراسة اختصت بموضوع البحث الحالي وهو الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون.
  - اتفق البحث الحالي مع بعض الدراسات في الأهداف أو المنهج أو متغيرات البحث و اختلف معها في الأدوات المعتمد عليها.

الفصل الثاني

الفصل الثاني: الضغوط النفسية

تمهيد

1. **تطور مفهوم الضغط النفسي**
2. **تعريف الضغوط النفسية**
3. **تعريف الأحداث الضاغطة**
4. **الوصف العيادي للضغط النفسي**
5. **النماذج والنظريات المفسرة للضغوط النفسية**

أولا :نموذج الضغوط كمثير(نظرية الحدث الحياتي)

ثانيا: نموذج الضغوط كاستجابة (النظرية الفيزيولوجية)

ثالثا: نموذج الضغط كتفاعل بين الفرد و البيئة (النظرية التفاعلية)

6. **أنواع الضغوط النفسية**
7. **مكونات الضغط النفسي**
8. **مصادر الضغوط النفسية**
9. **العوامل المحددة للضغوط النفسية**
10. **الآثار المترتبة على الضغوط النفسية**
11. **قياس الضغوط**

خلاصة

تمهيد:

أصبحت كلمة الضغوط النفسية من الكلمات شائعة الاستخدام لدي الإنسان العادي والشخص المتخصص على السواء، وأصبحت تشكل جزءا من مفردات العصر الحالي وارتبطت طبيعة الحياة المعاصرة بزيادة الضغوط وأصبح مصطلح الضغوط النفسية مصطلحا أساسيا في مجالات عديدة كالطب، والطب النفسي، وعلم النفس وعلم الاجتماع، ومجال التربية الخاصة وغيرها.. ومما لاشك فيه أن ثمة علاقة بين الوقوع تأثير ضغوط مختلفة وولادة طفل مصاب بقصور ما، و لأن الأمومة من المسؤوليات الثقيلة والمعقدة، فإنها تزداد تعقيدا إذا أصبحت أما لطفل مصاب بالتخلف الذهني، ذلك أن الأمهات يتوقعن دائما أن يرزقن بطفل سوي.

وقصد فهم الضغوط النفسية و بالأخص عند أم الطفل المصاب بالتخلف الذهني سنتطرق في هذا الفصل إلى تطور مصطلح الضغط النفسي ومفهومه الاصطلاحي والعيادي، بعض النماذج المفسرة له، أنواع الضغوط النفسية، مكوناتها ومصادرها والعوامل المحددة لها، وأخيرا الآثار المترتبة عن الضغوط النفسية وكيفية قياسها.

1- تطور مفهوم الضغط النفسي:

شاع استخدام مفهوم الضغط في علم النفس والطب النفسي، حيث تم استعارته من الدراسات الهندسية والفيزيائية حينما كان يشير إلى الإجهاد أو القوة.

الضغط كلمة إنجليزية (stress) استعملت منذ 1936من طرف هانز سيلي H.Selye للإشارة إلى حالة العضوية عندما تواجه تهديد أو خطر يجعلها في حالة عدم التوازن. وهناك عدة عوامل تجعل العضوية في حالة عدم توازن حيث قد تكون ذات أصل فيزيائي مادي مثل (صدمة، برودة..) أو (كيميائية، تسمم..) أو نفسية (انفعالات..) وهو ما يطلق عليه مصطلح الحادث الضاغط.

(Norbert Silamy, 1991, P253-254)

2- تعريف الضغوط النفسية:

- تعريف هانز سيلي Hans Sely (1956):

الضغوط النفسية هي استجابة الجسم الغير نوعية إزاء الأعباء البدنية أو النفسية التي يتعرض لها.

(Madleine Estryn-Behar,1997,p26)

- تعريف لازاروس و فولكمان Lazaurs, Folkman (1984) :

هو تفاعل خاص بين الفرد والوضعية التي يدركها على أنها شاقة و تتجاوز موارده وقدراته وتضع راحته في خطر.

(68 Marilou Bruchon schweitzer,2001,p)

- تعريف جوردون Gordon (1993) :

الضغوط هي الاستجابات النفسية والإنفعالية والفزيولوجية للجسم تجاه أي مطلب تم إدراكه على أنه تهديد لرفاهية وسعادة الفرد وهذه التغييرات تقوم بإعداد وتأهيل الفرد للتوافق مع الضغوط والتي هي ظروف بيئية سواء حاول الفرد مواجهتها أو تجنبها.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين،2006 ، ص20)

تعريف لويس كروك Louis Crocq (1997):

الضغط هو رد فعل منعكس عصبي بيولوجي نفسي منذر بالخطر دفاع الفرد ضد أي اعتداء أو تهديد أو أي وضعية مفاجئ، فهو مفهوم بيو فيزيولوجي مناسب لوصف ما يحدث داخل العضوية عند مواجهتها لاعتداء أو تهديد. (Louis Crocq,1997,P 6)

- تعريف محمود أبودارين Mahmoud Boudarene(2005) :

هو خلل استجابات الفرد لوضعية جديدة تؤدي إلى كسر التوازنات البيولوجية والنفسية.

(Mahmoud boudarene , 2006, p100)

- **تعريف شيلي تايلور Chily taylor (2008) :**

الضغط النفسي خبرة انفعالية سلبية يترافق ظهوره مع حدوث تغييرات بيوكيميائية وفيزيولوجية ومعرفية وسلوكية يمكن التنبؤ بها ويمكن أن تؤدي إما إلى تغيير الحدث الضاغط أو التكيف مع آثاره.

(شيلي تايلور،2008 ، ص343)

- **تعريف ماجدة بهاء الدين(2008) :**

هي الحالة التي يظهر فيها تباين ملحوظ بين المتطلبات التي ينبغي أن يؤديها الفرد وقدرته على الإستجابة لها. (ماجدة بهاء الدين، 2008 ، ص20)

- **تعريف عبد العزيز الشخص (1994):**

في قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير العاديين، يشير الضغط النفسي إلى التأثير السيئ الذى يحدثه وجود طفل معاق وما يتسم به من خصائص سلبية لدى الوالدين فيثير لديهم ردود فعل عقلية وانفعالية أو عضوية غير مرغوبة، تعرضهم للتوتر والضيق، والقلق، والحزن، والأسى، كما قد يعانون من بعض الأعراض النفسية الجسمية التى تستنفذ طاقاتهم وتحول دون قدرتهم على التركيز فيما يقومون به من أعمال.

(عبد العزيز الشخص وزيدان السرطاوى، 1998 ، ص6)

- ❖ من خلال اطلاع الباحث على التعريفات السابقة الخاصة بالضغوط النفسية، يمكن أن تستخلص تعريف للضغط النفسي: هو استجابة الفرد النفسية والجسمية لأي عوامل داخلية أو خارجية تشكل تهديدا له لدرجة انها تولد لديه إحساسا بالتوتر والضيق، وعندما تزداد حدة هذه الضغوط عليه فإن ذلك قد يفقده قدرته على التوازن ويغير نمط سلوكه عما هو عليه.
- ❖ كما يستخلص الباحث أن الضغط النفسي لدى أمهات الاطفال المعاقين يعتبر كرد فعل جسمي وعقلي استجابة للتوترات والصراعات الناجمة عن اعاقة الطفل مما يؤدي إلى اعتلال الصحة واختلال التوازن النفسي لديهن، بسبب ما يتميز به الطفل المصاب من خصائص ومتطلبات مستمرة للعناية به.

3- تعريف الأحداث الضاغطة:

- تعريف كوهين و ويليمسون Cohen et Willimson (1991):

هي الأحداث السلبية اليومية التي تسبب حالات إنفعالية سلبية للأفراد أو التي تدفع بهم إلى الخطر والإصابة بالمرض، وتسبب لهم الضيق عندما يدركونها على أنها تفوق قدراتهم على التعامل معها.

- **تعريف وايتون wathon (1998) :**

هي العوامل و المثيرات التي تمهد الطريق للضغط و تكون استجابة الفرد مختلفة ازاء الضاغط الواحد، فالضاغط الذي يبدو غير مرغوب لشخص ما مثل الحديث في أماكن عامة ربما يدركه الشخص الآخر على أنه مرغوب فيه، وأن مسببات الضغط يمكن أن تكون من داخل الفرد أو من البيئة الخارجية، فهناك موقف يراه شخص ما ضاغط ومهدد له بينما شخص آخر يراه موقف ايجابي وغير ضاغط بالنسبة

له، لذا فإن الحدث الضاغط حينما يتجاوز قدرات الفرد وامكاناته على التعامل معه فإنه يدرك هذا الضاغط على أنه يمثل تهديدا له.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين،2006 ، ص25 –26)

- تعريف عبد الستار إبراهيم (1998)

هي أي تغير داخلي أو خارجي من شأنه أن يؤدي إلى استجابة انفعالية حادة ومستمرة، وتمثل الأحداث الخارجية بما فيها العمل والصراعات الأسرية ضغوطا في ذلك، مثل الأحداث الداخلية أو التغيرات العضوية كالإصابة بالمرض أو الأرق أو التغيرات الهرمونية الدورية.

(عبد الستار إبراهيم،1998 ، ص119)

تعريف عبد الفتاح القرشي (1993) :

هي أي ظرف طبيعي أو اجتماعي شديد يواجه الفرد، بحيث لا تكفي استجابته العادية لمواجهتها مما يخل توازنه النفسي والاجتماعي، وقد توصف الأحداث الضاغطة بأنها مرهقة أو تتضمن تهديدا أو مخاطرة، فقد توصف في أقصى شدتها بأنها كارثة حيث تكون في هذه الحالة مفاجأة وتمثل خطورة على الفرد أو الأشخاص المهمين في حياته. (عبد الفتاح القرشي، 1993 ، ص80)

4- الوصف العيادي للضغط النفسي:

إن الصلة بين مختلف الاستثارات الداخلية و الخارجية يعتبر كتهديد للاتزان النفسو–بيولوجي، كما أن اختلاف الأحداث ما بين الإشباع والتحكم والتجاوز والضبط يؤدي إلى تشكل ردود فعل نفسو وظيفية وأيضا يؤدي إلى تصلب للدفاعات النفسية الداخلية والغدية العصبية.

هذا التسلسل التدريجي يمكن أن يطور آلية معرفية تخص مختلف درجات العمل النفسي والمتمثلة فيما يلي:

1. **التقييم L'EVALUATION** : يسمح بتحديد معنى الوضعية الجديدة
2. **التوقع L'ANTICIPATION** : يتعلق بعمق الآلية العقلية التي تنظم ديناميكية الضغط والاستجابة للمواقف الضاغطة من خلال المدركات.
3. **عتبة التحمل SEUIL DE PREDICTION** : تحدد مستوى هشاشة الفرد و شروط إعادة التسوية (REAJUSTEMENT) والدعم الذي يمكن أن يشكله .
4. **الصدمات LES TRAUMATISMES:** مرتبطة بالأحداث المبكرة في حياة الفرد أو الأحداث السابقة التي عايشها لمدة طويلة، إن أثر الصدمة على الفرد يتمثل في ضعف بنيته النفسية و التي تطور أمراض نفسية أوبسيكوسوماتية أو أرضية قلقة والتي تظهر على الفرد من خلال الشعور بالذنب، الميل للاكتئاب وخبرة الفشل.
5. **الأنساق الاجتماعية LES CONTEXTES SOCIAUX** : تعتبر كمعبر مهم لديناميكية الضغط بسبب مختلف الأدوار والبناءات التي يتفاعل معها الفرد(العائلة، فريق العمل، التضامن، الاستبعاد، العلاقة

بالسلطة، الاندماج، الدمج، التجنيد، المساندة، الترقية الاجتماعية...) إن تحديد الوظائف الاجتماعية يبرز استجابات القلق، الانفصال، الصراع والاحباط.

6. الاجهزة المنظمة للعمل او المؤسسة LES SYSTEMES ORGANISATIONNEL : تعتبر كمصدر مهم لإخلال توازن الفرد كما تشكل نماذج للاستجابات الدفاعية، وتصنف ديناميكية الضغط ضمن الحقل المرضي وذلك لارتباطها بالأمراض البسيكوسوماتية وبعض البنيات النفسو–مرضية، لكون الانفعالات المبالغ فيها في إطار العمل من تسيير للصراعات وأحداث الحياة اليومية التي يعايش فيها الفرد مختلف الصدمات إضافة إلى عدم الاستقرار، غالبا ماتكون متبوعة باكتئاب ارتكاسي ومصاحبة لاضطرابات بسيكوسوماتية تصيب الأجهزة الهضمية، التنفسية، الغدية، والقلبية. كهذا يمكن أن تصبح هذه الأمراض النفسية أو البسيكوسوماتية مزمنة فتسجل في تاريخ الحالة بطريقة يصبح فيها كل حدث جديد منشط لهذه الإصابات مما يزيد في شدة تعقد آثارها، إن الوصول إلى هذه المرحلة من الضغط يطلق عليه عياديا حالة ضغط ما بعد الصدمة PTSD .

(Mohamed Boudarene,2006,p100-101)

5- النماذج والنظريات المفسرة للضغوط النفسية:

تعددت النماذج التي تناولت تفسير الضغوط النفسية، تبعا لاختلاف توجهات العلماء فهناك اتجاه يعتبر الضغوط كمثير واتجاه اخر يعتبرها استجابة، في حين أن الاتجاه الاخير يعتبرها كتفاعل بين الفرد والبيئة، وفيما يلي بعض من هذه النماذج:

أولا : نموذج الضغوط كمثير :نظرية الحدث الحياتي

ينظر أصحاب هذا الاتجاه أن الضغط عبارة عن مثير يدركه الفرد على أنه يمثل تهديدا له، قد يكون منشأه داخلي كالصراعات النفسية كما قد ينشأ من الأحداث الخارجية.

- اتجاه هولمز وراهي Holms et Rahé 1967:

حيث أن أحداث الحياة و تغيرات البيئة سواء كانت ايجابية أوسلبية من شأنها أن تشكل ضغطا على الفرد.

(جمعة سيد يوسف،2007 ، ص26)

ولقد حدد كل من هولمز و راهي أحداث الحياة الضاغطة و أعدوا مقياس لقياس هذه الأحداث يتكون من 73حدثا، حيث يفترض هذا النموذج أن استجابة الضغط تحدث عندما يمر الفرد بشيء يتطلب منه استجابة بكيفية معينة أو سلوك مواجهة، و قد يكون الحدث الضاغط سلبي أو ايجابي.

جاء هذا النموذج بأمرين أساسيين هما:

1- الضواغط المتمثلة في أحداث الحياة الرئيسية.

2- الضواغط المتمثلة في المنغصات اليومية.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين،2006 ، ص53 -54)

جدول(1) بعض احداث الحياة من مقياس هولمز وراهي

	أحداث الحياة		أحداث الحياة
01	وفاة الزوجة أو الزوج	23	مغادرة الإبن أو الأبنة منزل الأسرة.
02	الطلاق	24	مشكلات مع الأصهار.
03	الانفصال	25	الإنجاز المتميز.
04	السجن أو الاعتقال	26	التحاق الزوجة بعمل أو توقفها عنه.
05	وفاة أحد أفراد الأسرة المقربين	27	الانتظام أو الانقطاع عن الدراسة كبداية مرحلة دراسية أو التوقف عنها
06	الإصابة الخطيرة أو المرض	28	تغيير جوهرى فى ظروف الحياة
07	الزواج	29	تعديل العادات الشخصية
08	الفصل من العمل	30	متاعب أو مشكلات مع الرئيس المباشر
09	تسوية الخلافات الزوجية	31	تغيير جوهري فى ساعات أو ظروف العمل
10	التقاعد عن العمل	32	تغيير المسكن.
11	11تغير فى صحة أو سلوك أحد أفراد الأسرة	33	التحول إلى جامعة أو مدرسة جديدة.
12	توقع طفل جديد	34	تغيير فى الترفيه.
13	صعوبات جنسية	35	تغييرات فى النشاطات المتعلقة بالعبادة
14	وصول فرد جديد للأسرة بميلاد طفل جديد أو مجئ أحد المسنين.	36	تغييرات فى النشاطات الاجتماعية الالتحاق بالأندية، أو السفر
15	تعديلات جوهرية فى مجال العمل	37	أخذ قرض لشراء احتياجات بسيطة
16	تغييرات جوهرية فى الحالة المادية	38	تغيير فى عادات النوم
17	وفاة صديق حميم.	39	تغيير جوهرى فى اللقاءات الأسرية
18	الانتقال إلى مجال عمل جديد.	40	تغيير جوهرى فى العادات الغذائية
19	الخلاف مع الزوج	41	الإجازات
20	أخذ قرض لشراء احتياجات أساسية.	42	احتفالات أو مناسبات
21	رهن ممتلكات مقابل قرض	43	مخالفات النظام البسيطة
22	تغييرات جوهرية فى مسؤوليات العمل		

(جمعة سيد يوسف،2007 ، ص27)

وبذلك فإن هذا النموذج يركز على الأحداث الضاغطة من حيث كميتها و شدتها و مدى تأثيرها في حياة الفرد مما يسبب له المشقة و الضيق. (A.H.Stoud, 1997, P37)

ثانيا: نموذج الضغوط كاستجابة(النظرية الفيزيولوجية):

ينظر علماء هذا الاتجاه إلى الضغوط على أنها استجابة لأحداث مهددة تأتي من البيئة فهي تعتبر كرد فعل واستجابة الفرد للحدث الضاغط، بحيث ركز هذا النموذج على ردود الفعل الانفعالية والفيزيولوجية التي تنجم عن الأحداث الضاغطة ودور الجهاز العصبي والجهاز الغدي في الاستجابة.

من أهم رواد هذا النموذج كانون(W. Cannon) وهانزسيلي (Hans Sely)

1)- نظرية المواجهة والهروب لكانون (1932) :

تعد هذه النظرية من أوائل النظريات التي اعتمدت على الجوانب الفيزيولوجية في تفسير ودراسة الضغط النفسي، وذلك من خلال دراسة كانون للكيفية التي يستجيب بها كل من الإنسان و الحيوان للتهديدات الخارجية. (ابتسام محمود محمد سلطان السلطان،2009 ، ص83)

في بداية القرن العشرين مصطلح التوازن الجسمي **Walter Cannon** حيث استخدم **لولتر كانون** للتدليل على نزعة الكائن الحي للاستعانة بمصادره للمحافظة على حالة الاتزان، أي أن الكائن الحي يدرك الخط في البيئة و يستجيب له إما بالدفاع أو الهرب.

(أحمد نايل عبد العزيز،2009 ، ص21)

ثم استخدم كانون مصطلح الضغط و عرفه بأنه حالة رد الفعل في حالة الطوارئ أو رد الفعل العسكري بسبب ارتباطه بانفعال القتال أو المواجهة، ففي بحوثه عن الحيوانات استخدم عبارة" الضغط الانفعالي" ليصف عملية رد الفعل النفسي الفيزيولوجي التي كانت تؤثر في انفعالاته.

(علي عسكر،1998 ، ص26)

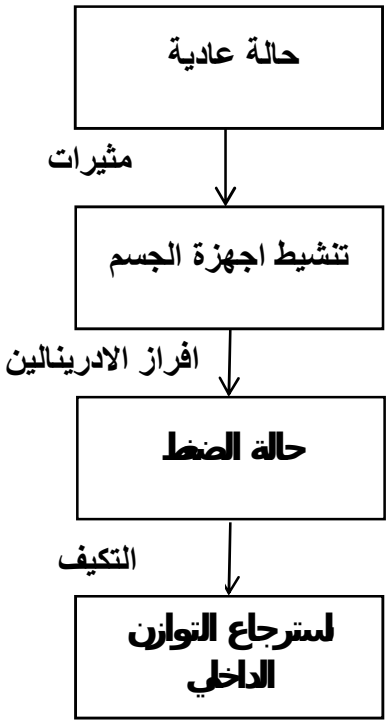
ولقد شبه كانون عملية الضغط النفسي بعملية "الكر والفر"، والتي هي مجموعة من التغيرات الفيزيولوجية التي تحدث في الجسم كزيادة ضربات القلب، ارتفاع ضغط الدم، زيادة معدل التنفس، زيادة الشد العضلي، زيادة الأيض، تقلص الشريان التاجي، تجمع الصفائح الدموية...

(شريف أحمد الهاشمي، منتديات صقر البحرين،2009)

إذن فالضغط عبارة عن استجابة لإعادة توازن الجسم، حيث أشار كانون إلى وجود أساليب دفاعية فيزيولوجية في جسم الإنسان تساهم في احتفاظه بحالة الاتزان، وهذا بفضل هرمون الأدرينالين الذي يهيئ الجسم لمواجهة المواقف الطارئة.

(ابتسام محمود محمد سلطان السلطان،2009 ، ص83)

مخطط:(1) المرحلة الفيزيولوجية للضغط النفسي حسب كانون



2)- زملة التكيف العام لهانز سيلي Hans Sely :

يعتبر سيلي الأب الروحي لموضوع الضغوط النفسية، في 1936 جاء سيلي بمفهوم زملة التكيف العام syndrome generale d'adaptation ، والتي تدل على مجموع ردود الأفعال الفورية والعابرة التي تقوم بها العضوية، حيث وصفها بأنها رد فعل تكيفي يعطي للجسم القدرة على الدفاع.

(Louis Crocq,1997,P4)

زملة: تشير إلى جملة الاعراض المتمثلة في ردود الفعل الدفاعية للجسم التي تحدث في وقت واحد.

التكيف: تشير إلى أن المثيرات الدفاعية التي تحدث في الجسم تهدف إلى مساعدة الفرد على التوافق مع مسببات الضغط.

العام: هو رد الفعل الدفاعي لأي مسبب من مسببات الضغط يكون له تأثير على الجوانب النفسية أو الجسمية للفرد. ويعرف سيلي الضغط بأنه الاستجابة الغير نوعية للجسم نحو أي مطلب يواجهه.

(راوية حسن،2002 ، ص33)

وزملة أعراض التكيف العام هي ميكانيزم دفاعي ينشط في مواجهة أي حدث مهدد لمحاولة خفض الاضطراب الفيزيولوجي والنفسي، لإعادة تحقيق الاتزان وذلك من خلال ثلاثة مراحل هي:

- الانذار.
- المقاومة.
- الانهاك.

2-1. مرحلة الإنذار la réaction d'alarme :

ويشكل الرد الأساسي للجسم تجاه العوامل الضاغطة فعندما يدرك الفرد التهديد الذي يواجهه عن طريق الحواس التي تنتقل منها إشارات عصبية إلى الدماغ وبالتحديد إلى الغدة النخامية، هذا بدوره يرسل رسائل عصبية وكيميائية لكل من الجهاز السمبثاوي ونخاع الغدة الكظرية هذه الأخيرة التي تحرض إفراز الأدرينالين والنور أدرينالين هذه الهرمونات تعمل على زيادة ضربات القلب، تسارع التنفس، انقبا الأوعية الدموية، زيادة سرعة الأيض، خفض سرعة الهضم، رفع معدل الغلوكوز في الدم.

ردود الفعل التي تشكل مرحلة الإنذار تهدف إلى تهيئة الجسم لعملية المواجهة من خلال رفع سريع للدوران، تسهيل عملية الأيض لتوليد الطاقة وتثبيط كل من الأنشطة الهضمية، البولية، والتكاثرية.

(David Fantana,1990,p15-16)

2-2. مرحلة المقاومة la phase de résistance :

إذا استمر الحدث الضاغط فإن مرحلة الإنذار تتبعها مرحلة أخرى هي مرحلة المقاومة و تشكل رد فعل طويل المدى على عكس رد فعل الإنذار قصير المدى.

يقوم الهبوتلاموس بإفراز هرمونات GH-RH و CRH اللذان يحرضان الفص الأمامي للغدة النخامية adénohypophyse ليزيد من إفراز ACTH ، هذا الأخير الذي يعمل تنبه القشرة الغدة الكظرية لتفرز هرموناتها بكمية أكبر، وخلال هذه المرحلة تسمح للجسم بمواصلة مواجهة العامل الضاغط لمدة أطول فهي ترفع سرعة العمليات الحيوية وتشكل الطاقة والبروتينات الناشطة، والتغيرات الدورانية الضرورية من أجل مجابهة الأزمات العاطفية لإكمال نشاط التفريغ.

(R.Ghiglion et J.F.Richard,1998,p156)

جميع الأفراد يعيشون مرحلة المقاومة هذه كقاعدة عامة، لأنها خطوة تساعد الفرد على عبور الوضعية الضاغطة بنجاح والعضوية أيضا تعود إلى الحالة الطبيعية، لكن في بعض الحالات إذا استمر الضغط لمدة طويلة وبنفس الشدة فإن الفرد لا ينجح في هزم الضغط ويصبح جسمه منهك ومجهد فتضعف مقاومته ويدخل الفرد في المرحلة الثالثة. (Pierre Loo, Henri Loo, 1999, p 7)

2-3. مرحلة الإنهاك la phase d'épuisement :

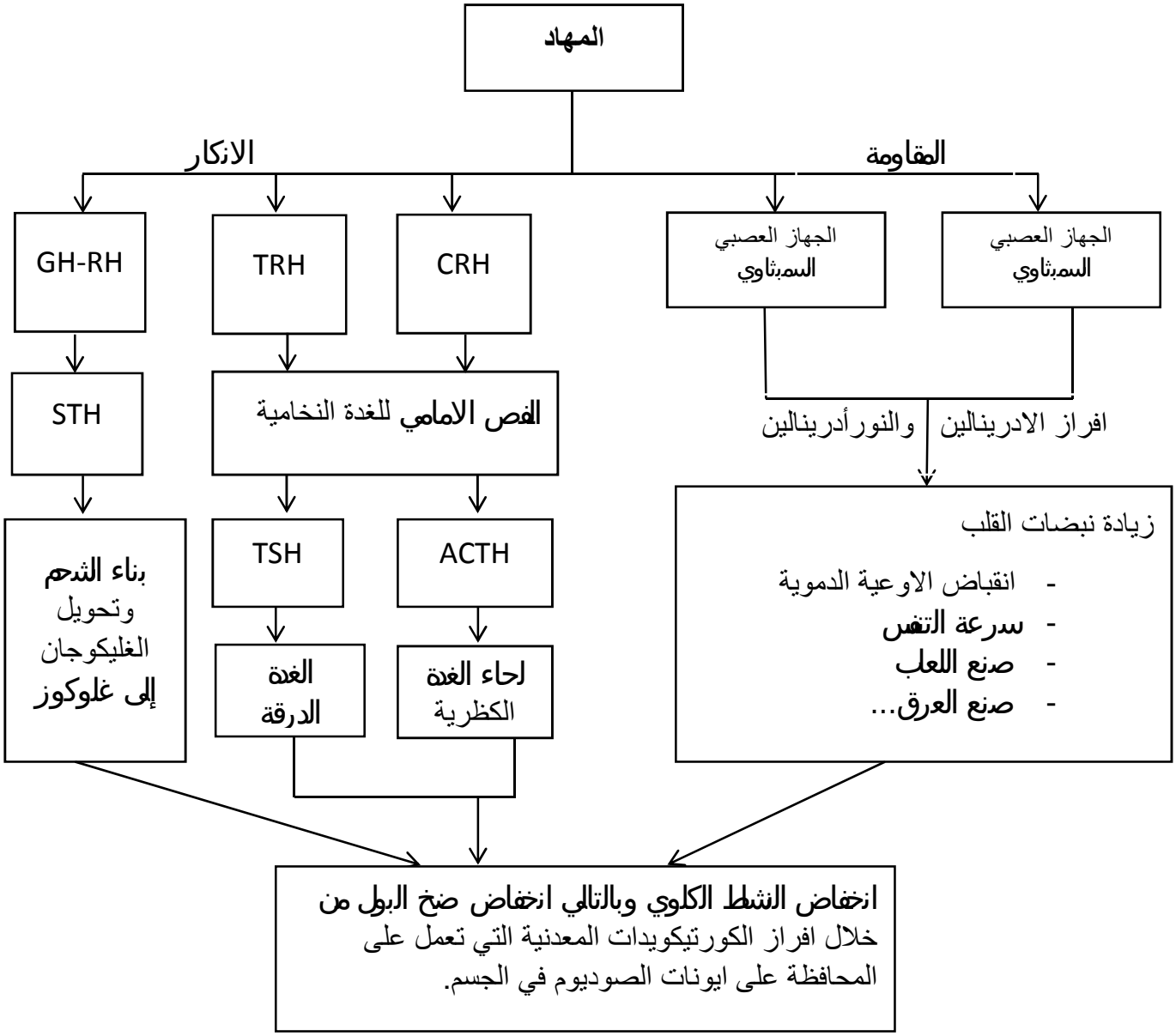
تظهر هذه المرحلة فجأة وبشكل غير متوقع، بحيث يحدث انخفاض النشاط الكلوي وبالتالي انخفاض ضخ البول من خلال افراز الكورتيكويدات المعدنية التي تعمل على المحافظة على أيونات الصوديوم في الجسم، بهذا تكون الطاقة اللازمة للتكيف قد استنفذت فيحدث انهيار العضوية.

(Dominique Servant,2007 ,p30)

إن استمرار الاستجابات الدفاعية تؤدي إلى اضطراب أجهزة الجسم ووظائفها سواء العضوية أو النفسية أو العقلية، هذا الخلل إن استمر طويلا قد يؤدي إلى الوفاة.

(محمد حسن غانم /49: www.kotobarabia.com/psychologie/01.05.2011/18)

مخطط(2) : آلية حدوث الضغط النفسي حسب نظرية سيلي sely



ثالثا: نموذج الضغط كتفاعل بين الفرد و البيئة: (النظرية التفاعلية)

تنظر هذه النظرية إلى الضغط على أنه نتاج تفاعل بين الفرد والبيئة وتعرف بالنظرية التفاعلية للضغط ويرى أصحاب هذا الاتجاه أن الضغط النفسي يكون نتيجة حدوث، Théorie) transactionnelle) اضطراب في العلاقة بين الشخص والبيئة، فالشخص عندما يدرك الموقف في البيئة بوصفه مهددا وضارا ويمثل تحديا له ثم يقيم مصادره وإمكاناته من حيث عدم كفايتها لإدارة الموقف الضاغط هنا يحدث الضغط، فالحدث الضاغط قد لا يكون هاما لكن إدراك الفرد له هو الذي يكشف عن كيفية التعامل معه، ومعنى ذلك أن استجابات الأفراد نحو المواقف والأحداث الضاغطة تختلف تبعا لاختلاف القيم والاتجاهات والمكونات المعرفية لدى الأفراد.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص52)

1)- نموذج لازاروس و فولكمان (1984) :

لقد صاغ كل من لازاروس و فولكمان سنة 1984 نموذجا لتفسير الضغط النفسي و ذلك في إطار العلاقة بين الشخص والبيئة وتقييم الفرد للحدث الناتج عن ذلك، فالضغط ينشأ عندما يواجه الفرد موقفا ما ويتم تقييمه على أنه مهدد له فيتوقع وقوع حدث سلبي بالنسبة له حيث يرى لازاروس أن تفسير الحدث الضاغط يرتكز على عمليتين أساسيتين.

(كلاوس شويخ، غيرث شراينكة، 2006، ص20)

1-1. عملية التقييم الأولي évaluation primaire :

يعني أن الفرد عند تعرضه لموقف ما، فإنه يقوم بمعالجة معرفية لما يتعرض له من حيث إمكانية الضرر والتأثير الذي قد يصيبه، وما إذا كان الموقف خطير ومهدد ويمثل تحديا أو غير ذلك سواء كان التأثير إيجابي أوسبلي. (Pierre Loo, Henri Loo, 1999, p. 97)

1-2 عملية التقييم الثانوي évaluation secondaire:

يتم خلال هذه العملية تقييم الفرد لمصادر قوته وقدراته التي يمكنه من خلالها مواجهة الحدث الضاغط. (Michelle Dunot et Bernard plancherel,2001,p14).

1-3. إعادة التقييم la réévaluation:

هي عملية يقوم من خلالها الفرد بإعادة تقييم كيفية إدراكه ومواجهته للموقف الضاغط نتيجة حصوله على معلومات جديدة تخص الموقف الضاغط أو عندما يدرك أن استجابة المواجهة للحدث الضاغط تكون أقل فاعلية عما هو متوقع عندئذ يغير تقييمه أو يعيد النظر في استجابة المواجهة.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين،2006 ، ص57)

من خلال العرض السابق للنظريات المفسرة للضغوط النفسية نجد أن الاتجاه الأول فسر الضغوط النفسية على أنها مثير يدركه الفرد على أنه يمثل تهديدا له، حيث أن أحداث الحياة و تغيرات البيئة سواء كانت ايجابية أو سلبية من شأنها أن تشكل ضغطا على الفرد، في حين فسرها الاتجاه الثاني على أنها استجابة لأحداث مهددة تأتي من البيئة فهي تعتبر كرد فعل واستجابة الفرد للحدث الضاغط، بحيث ركز هذا النموذج على ردود الفعل الانفعالية والفيزيولوجية التي تنجم عن الأحداث الضاغطة ودور الجهاز العصبي والجهاز الغدي في الاستجابة، اما الاتجاه الثالث ففسر الضغوط النفسية على أنها نتاج تفاعل بين الفرد والبيئة وأن الضغط النفسي يكون نتيجة حدوث اضطراب في العلاقة بين الشخص والبيئة، فالشخص عندما يدرك الموقف في البيئة بوصفه مهددا وضارا ويمثل تحديا له ثم يقيم مصادره وإمكاناته من حيث كفايتها أو عدم كفايتها لإدارة الموقف الضاغط.

6- أنواع الضغوط النفسية:

يمكن القول بوجه عام أن الضغوط ليست بالضرورة شيء سلبي بل تكون في بعض الأحيان دافعا للإنجاز والأداء وعلى هذا الأساس يمكن تصنيف الضغوط إلى نوعين و هما:

* الضغوط الايجابية والضغوط السلبية.

* الضغط التكيفي والضغط المتجاوز.

6-1-1. الضغوط النفسية الإيجابية Austress :

هي عبارة عن التغيرات والتحديات التي تفيد في نمو الفرد وتطوره، وهي درجة من الضغط أو التوتر تدفع المرء للعمل بشكل متتابع مما يجعله يحسن الأداء العام ويحقق أهدافه.

(ماجدة بهاء الدين،2008 ، ص25)

وتعد ضغطا صحيا، وتؤدي إلى تحسن في جودة الحياة مثل أعباء منصب جديد أو الترقية لدرجة أعلى. (كلاوس شويخ، غيرث شراينكة،2006 ، ص135)

6-1-2. الضغوط السلبية Distress:

إن تعرض الفرد للمواقف الضاغطة الصعبة يكون لها تأثير سلبي مما يجعل الفرد عاجزا عن تحقيق أهدافه كما يعجز عن التفاعل مع آخرين مما يؤثر سلبا على حالته الجسدية و النفسية.

(وليد السيد احمد خليفة، مراد علي عيسى سعد،2008 ، ص137)

يكون لها تأثير سلبي يفوق قدرة الفرد على التوافق، وتؤدي إلى تغيرات جسمية ومزاجية، ولذا يطلق عليها المشقة المحدثة للمرض، مثل وفاة شخص عزيز، أو الإصابة بمرض مزمن، أو التقاعد ...الخ.

(كلاوس شويخ، غيرث شراينكة،2006 ، ص165)

تسبب الضغوط السلبية ظهور أعراض نفسية وجسمية تتمثل في الصداع، آلام المعدة والظهر، تشنجات عضلية، عسر الهضم، أرق، ارتفاع ضغط الدم، السكري ...

(ماجدة بهاء الدين السيد عبيد،2008 ، ص25)

جدول (2) المقارنة بين الضغوط الإيجابية والسلبية حسب Killy 1994

الضغوط الإيجابية	الضغوط السلبية
تمنح دافعا للعمل ونظرة تحدي للعمل.	تسبب انخفاض في الروح المعنوية، وشعور بتراكم العمل
تساعد على التفكير والتركيز على النتائج	تولد ارتباكا وتدعو للتفكير في المجهود المبذول.
توفير القدرة على التعبير عن الانفعالات والمشاعر	تعمل على ظهور الانفعالات وعدم القدرة على التعبير عنها
تمنح الإحساس بالمتعة والإنجاز	تؤدي إلى الشعور بالقلق والفشل
تمد الفرد بالقوة والتفاؤل بالمستقبل	تسبب للفرد الضعف والتشاؤم من المستقبل
تساعد الفرد على النوم الجيد	تسبب للفرد الشعور بالأرق
تمنحه القدرة على الرجوع إلى التوازن النفسي بعد المرور بتجربة غير سارة	عدم القدرة على الرجوع إلى التوازن النفسي بعد المرور بتجربة غير سارة

(عبد الرحمن الهيجان،1998 ، ص36)

6-2-1. الضغط التكيفي :

الضغط هو رد فعل بيولوجي، فيزيولوجي، ونفسي منذر عن خطر ومحرض للتعبئة والدفاع تجاه أي عدوان أو تهديد، فهو رد فعل طبيعي وتكيفي له آثاره الفيزيولوجية المعبئة (تحرير السكر في الدم، رفع الضغط الدموي، توجه الكتل الدموية من المحيط نحو الأعضاء المركزية، ارتفاع خفقات القلب.....) التي تجعل الجسم في غاية الإستعداد للفعل.

إضافة إلى الآثار النفسية الثلاثة التي يمارسها :هو مركز للإنتباه، معبىء للطاقة النفسية ومحرض للعمل والفعل، حيث يرفع الشخص تحت الضغط من مستوى فطنته ونباهته، ويزيح من فكره كل الأفكار والأحلام ويركز كل اهتمامه وانتباهه حو الوضعية المهددة الراهنة، كما أن كل قدراته العقلية يتم توجيهها نحو تقييم الخطر وتسخير الإمكانيات لمواجهته، وتجميع المعلومات لحصره والإستعانة بالذاكرة لمعرفة المخططات الدفاعية لحله، وإرصانه بصورة متكيفة، ومن جهة ثانية فإن الشخص يتخلى عن الكسل والتماطل في اتخاذ القرار، فتراه في غاية النشاط وبحاجة إلى الفعل السريع والناجح فهو ينتقل للفعل وينفذه.

(Louis Crocq et autre,2007,p17-18)

6-2-2. الضغط المتجاوز :

يمكن أن توجز ردود أفعال الضغط المتجاوز في أربعة عناصر وهي:

- رد فعل الصعق(sidération).
- رد فعل التهيجي(agitation) .
- رد فعل الهروب المفزع(fuite panique).

- رد فعل النشاط الآلي(comportement d'automate).

– **رد الفعل الصعقي** : يمس تخدير ثلاثة مستويات، يتعلق الأول بالتخدر العقلي، والسكر والتبلد العاطفي والكف الإرادي والحركي ويترك الشخص هامدا في الخطر، وغير قادر على الإدراك والتفكير في غير ما هو فيه من معاناة انفعالية و محروم من كل إرادة.

– **رد الفعل التهيجي** :ينبعث من الاندفاع للفعل في الوقت الذي تكون فيه الحالة النفسية للشخص لا تسمح بإرصان دفاعات للتكيف مع الوضعية، و التي تظهر من خلال حركات غير متناسقة ولا تلاحم حركي ولفظي.

– **رد فعل الهروب المفزع** : يتضمن هروب منفرد أو جماعي مندفع وغير مهيأ، حيث تتم محاربة كل يحاول عرقلة الهروب.

رد الفعل النشاط الآلي: هو الأكثر شيوعا، يولد حركات وسلوكات تبدو تكيفية لكنها دون هدف واضح ومحدد، هدفها جعل الشخص ينشغل بشيء ما، و تكون بذلك مصدرا للقلق، تتناسب هذه المرحلة كذلك مع ما يشير إليه DSM IV مجموعة من الأعراض كالشعور بالتفكك، وغياب رد الفعل الإنفعالي، وانخفاض حقل الوعي والنساوة التفككية، كعدم القدرة على تذكر بعض مشاهد الحدث، هذا إضافة إلى اللاشخصانية والآنية. (Louis Crocq et autre,2007,p19-22)

وهناك من يقسم الضغوط إلى أنواع أخرى رغم أن القاسم المشترك الذي يجمع بين كل الضغوط هو الجانب النفسي وهذه الأنواع هي:

6-3-1. الضغوط الاقتصادية:

لها الدور الأكبر في تشتيت جهد الإنسان وإضعاف قدرته على التركيز والتفكير وخاصة عندما تعصف به الأزمات المالية أو الخسارة فينجم عن ذلك عدم قدرته على مسايرة متطلبات الحياة.

6-3-2. الضغوط الاجتماعية:

تعد حجر الأساس في التماسك الاجتماعي والتفاعل مع الآخرين وكثرة اللقاءات أو قلتها والإسراف في التزاور في الحفلات، هي معايير تحتم على الفرد الالتزام الكامل بها والخروج عنها يعد خروجا عن العرف والتقاليد الاجتماعية.

6-3-3. الضغوط الأسرية:

بما فيها الصراعات الأسرية، الانفصال، الطلاق، تربية الأطفال.

(ماجدة بهاء الدين،2008 ، ص24)

6-3-4. ضغوط العمل:

يتعرض العامل في مهنته لعدة مواقف تجعله في حالة ضغط وانفعال كالصراعات مع الرؤساء، الإرهاق بفعل ساعات العمل الطويلة، نوعية العمل وأوقاته، غموض الدور...

6-3-5. الضغوط الانفعالية والنفسية:

تتعلق بالمتغيرات المعرفية التي تقف وراء تقدير الفرد للتهديد.

(وليد السيد احمد خليفة،2008 ، ص137)

كما توجد أنواع ضغوط خاصة بآباء وأمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، لأنها نجمت عن حدوث الإعاقة، و تقسم هذه الضغوط وفقا لمراحل النمو كما يلي:

6-4-1. ضغوط ناتجة عن ميلاد طفل معاق:

ويتبعها ردود فعل متباينة كالصدمة، النكران، الرفض، خيبة الأمل والقلق.

- **ضغوط مرحلة الطفولة المبكرة** :وتنجم عن مراقبة الوالدين لنمو طفلهما المعاق.
- **ضغوط مرحلة دخول المدرسة** : وتنجم عن عدم قدرة الطفل على التعلم في المدارس التقليدية.
- **ضغوط مرحلة المراهقة** :و تنجم عن اعتماد الطفل على والديه و رفض أقرانه لابنهم المعاق.
- **ضغوط مرحلة الشباب** :تنجم عن القلق بخصوص المستقبل المهني للمعاق.
- **ضغوط مرحلة تأكيد الشباب** :تنجم عن التساؤل بخصوص الرعاية و المستقبل عندما يصبحان غير قادرين على العناية به.

(وليد السيد احمد خليفة، مراد علي عيسى سعد،2008 ، ص139 -140)

7. مكونات الضغط النفسي:

للضغط النفسي ثلاث مكونات مترابطة هي:

المثيرات (الاحداث الضاغطة) :وهي القوى التي تبدأ بها حالة الضغط أي أنها كل المتطلبات الموقفية والتي تمثل تهديدا للفرد وقد تكون المثيرات داخلية(صراع) أو خارجية (فقدان عزيز).

التقييم: أي إدراك الفرد وتقييمه لهذه الأحداث الضاغطة من حيث طبيعتها وديناميكيتها، آثارها ومدى قدرته على التعامل معها أو احتوائها والسيطرة عليها.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين،2006 ، ص50)

الاستجابة: وتتمثل في ردود الفعل النفسية والجسدية التي تصدر عن الفرد إزاء الأحداث المهددة.

(الهاشمي لوكيا وآخرون،2000 ، ص11)

8. مصادر الضغوط النفسية

تتمثل مصادر الضغط النفسي عند والدي أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في متطلبات الحياة اليومية والرعاية طويلة المدى، ووصمة العار التي يتعرضون لها، والشك طويل المدى سواء في تشخيص حالة الطفل أو بين الوالدين ببعضهما البعض، وإختزال العلاقات الإجتماعية لهما، والإفتقار إلى المعلومات حول المعاقين والخدمات المتاحة لهم. إن ما يعانيه أولياء أمور ذوي الإحتياجات الخاصة من ضغوط ترجع إلى ما يلي:

- وجود طفل معاق تترتب عليه أعباء إضافية على كاهل الأسرة وشيوع كثير من المشكلات الأسرية وإزدياد الأعباء المالية، والعزلة والإرهاق المزمن والمشكلات الإنفعالية.
- شعور الآباء بتدني المساندة ومصادر الدعم من الأصدقاء والأقارب والمؤسسات الرسمية ذات العلاقة بإعاقة طفلهم.
- تعد العزلة الإجتماعية من إحدى النتائج المترتبة على رعاية الطفل المعاق، فقد يشعر الوالدان بالعزلة عن بقية أفراد الأسرة الممتدة والأصدقاء والجيران الذين يبدون مخاوف أو مشاعر تنم عن عدم الراحة أو الخجل بوجود الإعاقة. (علي حنفي، 2007 ، ص58)

ذكر زيدان السرطاوي وعبد العزيز الشخص أن كثير من الدراسات أوضحت أن أسر الأطفال المعاقين خاصة الوالدين يعانون من الضغط والأزمات أو الحزن أو الأسى المزمن، والتوتر والإجهاد ووضحا ثلاثة نماذج من الأزمات التي يمكن ملاحظتها بين أفراد أسر الأطفال المعاقين تضم:

- صدمة التشخيص المبدئي أو أزمة الصدمة غير المتوقعة.
- أزمة الشخصية وتتغير بردود فعل سلبية تشمل الغضب والحزن المزمن الناجم عن تحطيم آمالهم وتوقعاتهم العريضة من طفلهم.
- أزمة الواقع وتنتج عن المتغيرات الخارجية المرتبطة بصعوبة رعاية الطفل المعاق، مثل الحاجات العضوية للطفل، والضغوط الإجتماعية من أفراد المجتمع.

(زيدان أحمد السرطاوي وعبد العزيز السيد الشخص، 1998 ، ص149)

9. العوامل المحددة للضغوط النفسية:

ذكر زيدان السرطاوي وعبدالعزيز الشخص العوامل المحددة للضغوط النفسية لأمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة كمايلي:

- **الأعراض النفسية والعضوية:**

يتضمن هذا العامل المشاعر النفسية المتعددة التي تعيشها أم الطفل المصاب من حزن ولوم النفس وقلق وتوتر وإحباط...ألخ.

- **مشاعر اليأس والإحباط:**

يتضمن هذا العامل ما تعانيه أم الطفل المصاب من مشاعر اليأس والإحباط التي تترتب على وجود طفل معاق وذلك لإحساسها بأنها سبب إعاقة إبنها وبأن الطفل لن يكون إمتدادها للأسرة.

- **المشكلات المعرفية والنفسية للطفل :**

يتضمن هذا العامل مشاعر القلق والتوتر التي تصيب أم الطفل المصاب بسبب المشكلات المعرفية والنفسية لإبنها المعاق والتي تتمثل في صعوبة الفهم والإنتباه وضعف الثقة في النفس وإفتقاره الدافعية للتعلم، وعدم قدرته على التكيف والتعامل مع أقرانه وأفراد أسرته مما يجعل التعامل معه أمر صعب ويجعله بحاجة إلى التوجيه والمراقبة المستمرة.

- **المشكلات الأسرية والإجتماعية:**

يتضمن هذا العامل المشكلات التي تعاني منها الأم في علاقاتها الإجتماعية والتي تظهر بوصمة العار التي تحسها أمهات الأطفال المعاقين، وتحديدا لعلاقاتهم الإجتماعية، وحدا لتفاعلهم مع الأخرين وذلك بسبب مشاعر الحرج التي تعيشها الأم.

- **القلق على مستقبل الطفل:**

يتضمن هذا العامل مشاعر الخوف والقلق على مستقبل الطفل المعاق عندما يكبر، وذلك لإدراك الأم بأن إبنها سوف يقضي بقية حياته معاقًا، وبأنه لا يستطيع أن يعيش حياة طبيعية وذلك لمحدودية إمكاناته.

- **مشكلات الأداء الإستقلالي للطفل :**

يتضمن هذا العامل مشاعر القلق والألم التي تعيشها أم الطفل المصاب بسبب الصعوبة في أداء الوظائف الإستقلالية الضرورية للحياة والمتمثلة في عدم القدرة على إرتداء الملابس وإستخدام الحمام، وعدم المحافظة على نظافة ملابسه.

- **عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل:**

يتضمن هذا العامل المتطلبات الكثيرة المترتبة على وجود الطفل المعاق في الأسرة والتي تفوق كثيرا قدرتها المادية مما يؤدي إلى تخليها عن الكثير من الأشياء.

(زيدان السرطاوي وعبدالعزيز الشخص،1998 ، ص36 –37)

10. الآثار المترتبة على الضغوط النفسية:

إن الضغوط التي يلاقيها الفرد في حياته اليومية تسبب نتائج تؤثر في جميع جوانب شخصيته الانفعالية، المعرفية، السلوكية و الفيزيولوجية، و هذه الآثار تؤثر على توافق الفرد مع نفسه و مع البيئة التي يعيش فيها، إلا أن هذه الآثار تختلف من فرد لآخر باختلاف الأحداث الضاغطة و باختلاف الأفراد أنفسهم. وقد قام فونتانا Fontana (1989) بوضع قائمة للتغيرات التي تحدث للفرد نتيجة تعرضه للضغط.

10–1. الآثار الفيزيولوجية:

إن احداث الضغط التي يتعرض لها الفرد تحدث تغييرات في وظائف الأعضاء وإفرازات الغدد والجهاز العصبي تتمثل فيما يلي:

- إفراز كمية كبيرة من الأدرينالين في الدم تؤدي إلى زيادة ضربات القلب، زيادة معدل التنفس، ارتفاع ضغط الدم
- .ارتفاع مستوى الكولسترول في الدم مما يؤدي إلى تصلب الشرايين و الأزمات القلبية اضطرابات حشوية في المعدة و الأمعاء.
- زيادة إفراز الغدة الدرقية يؤدي إلى زيادة تفاعلات الجسم و إذا استمر لمدة طويلة فإنه يؤدي إلى، نقص الوزن والإجهاد والانهيار.

(وليد السيد احمد خليفة، مراد علي عيسى سعد،2008، ص144 –145)

جدول (3) آثار الضغوط النفسية على أجهزة الجسم الفيزيولوجية

العضو المصاب	الأعراض
الجهاز القلبي الدوري	–النوبات القلبية –ارتفاع ضغط الدم –الذبحة الصدرية
الجهاز الهضمي	–اضطراب في القولون –قرحة المعدة –الإسهال
الأعضاء التناسلية	–الإستثارة و الرغبة الزائدة في التبول –اضطرابات في الدورة الشهرية للإناث –اضطرابات جنسية
الجهاز التنفسي	–انقطاع التنفس و صعوبته –الكحة –الربو
الجهاز الهيكلي	–ألم الرقبة – التهاب المفاصل – ألم الظهر – تيبس العضلات
الجلد	–الإكزيما – الصدفية

(جمعة سيد يوسف،2007 ، ص34)

10–2. الآثار الانفعالية: تتمثل في الأعراض التالية:

– سرعة الإستثارة والخوف والغضب.

– القلق والإحباط واليأس.

– الشعور بالعجز –فقدان الاستقرار النفسي–

– عدم القدرة على التحكم في الانفعالات و السلوك.

– (انخفاض تقدير الذات) (السلبية في مفهوم الذات)

– فقدان الثقة بالنفس.

– توهم المرض و الإحساس بالألم.

- (النظرة المتشائمة) (السوداوية للحياة).
- انخفاض مستوى الطاقة لدى الفرد.
- زيادة الاندفاعية و الحساسية المفرطة.
- فقدان الاهتمام بالآخرين و بالعمل.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين،2006 ، ص45)

ومن أهم آثار الضغوط على الجانب النفسي:

أ- الاحتراق النفسي Burn out:

عبارة عن حالة من الإنهاك الجسمي والانفعالي والعقلي ينتج عن التعرض لمواقف مشحونة انفعاليا وضاغطة مصحوبة بتوقعات شخصية مرتفعة تتعلق بأداء الفرد.

(جمعة سيد يوسف،2007 ، ص37)

وعلى هذا فإن مفهوم الاحتراق النفسي عبارة عن خبرة نفسية سلبية يعيشها الفرد و تسبب له الكثير من المشكلات وعدم الشعور بالارتياح وتؤدي بالتالي إلى حدوث نتائج سلبية. يتضمن الاحتراق النفسي ثلاث مراحل:

المرحلة الأولى: تتضمن عدم التوازن بين مطالب الفرد و مصادره.

المرحلة الثانية: تتضمن حدوث توتر انفعالي فوري لدى الفرد، أي حدوث تعب و إنهاك على المدى القصير.

المرحلة الثالثة : تتكون من عدد من التغيرات في اتجاهات الفرد و سلوكه.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين،2006 ، ص28)

ب- اضطراب ضغوط مابعد الصدمة : (ESPT)

ETAT DE STRESS POST TRAUMATIQUE

يشير إلى مجموعة من الأعراض المميزة التي تعقب فشل الفرد في مواجهة متطلبات حدث مؤلم من خلال الأنماط العادية للسلوك، وبخاصة في غياب المساندة الاجتماعية فيشعر الفرد بالعجز في مواجهة الحدث.

اضطراب ما بعد الصدمة هو جملة من الأعراض التي يعانيها الفرد عقب تعرضه لأحداث صدمية بفترة وتتمثل في إعادة معايشة الحدث الصادم عن طريق الاحلام والكوابيس المصاحبة لاضطراب النوم سرعة الانفعال، الاستثارة،التهيج والعدائية وأهم ما يميزها هو العودة إلى الماضي و تذكر الأحداث الصدمية بكل ادراي (flash-back) . (Farid Kacha,1996, p113)

10-3. الآثار المعرفية:

تؤثر الضغوط على البناء المعرفي للفرد وبالتالي تصبح العديد من الوظائف العقلية غير فعالة وتظهر هذه الآثار في الأعراض التالية:

- نقص الانتباه و صعوبة التركيز و ضعف الملاحظة.

- تدهور الذاكرة حيث تقل قدرة الفرد على الاستدعاء و التعرف .
- عدم القدرة على اتخاذ القرارات و نسيان الأشياء.
- فقدان القدرة على التقييم المعرفي الصحيح للموقف.
- ضعف قدرة الفرد على حل المشكلات و صعوبة معالجة المعلومات.
- التعبيرات الذاتية السلبية التي يتبناها الفرد عن ذاته و عن الآخرين.
- اضطراب التفكير حيث يغلب عليه التفكير النمطي الجامد بدل التفكير الابتكاري.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين،2006 ، ص 44-45)

10-4. الآثار السلوكية :تظهر الأعراض التالية:

- انخفاض الأداء والقيام باستجابات سلوكية غير مرغوبة.
- تعاطي العقاقير والمخدرات وتدخين السجائر.
- اضطرابات النوم وإهمال المنظر والصحة.
- الانسحاب عن الآخرين و الميل إلى العزلة.
- تزايد معدلات الغياب عن العمل و التوقف عن ممارسة الهوايات.

(Diane Joly et autre,2007,p6)

11. قياس الضغوط:

11-1. قياس الضغط في المختبر (المقاييس الفيزيولوجية):

من الطرق المعاصرة الشائعة في دراسة الضغط القيام بتعريض مجموعة من الأفراد في المختبر لأحداث تسبب الضغط لفترة قصيرة، ثم ملاحظة التأثير الذي يحدثه الضغط عن طريق قياس ردود أفعالهم الفيزيولوجية ونشاط الغدد الصماء واستجاباتهم السيكولوجية، كل هذا يرتبط بظهور مؤثرات على مستوى النشاط السمبتاوي : كزيادة ضربات القلب، لزوجة الدم، ارتفاع ضغط الدم، شدة الإفرازات العصبية الغدية، مما يقدم دليلا على زيادة نشاط أجهزة الهيبوثلاموس والغدة النخامية المنشطة لقشرة الأدرنالين (HPA) كزيادة إفراز الكورتيزول. (شيلي تايلور،2008 ، ص375 ،)

كل هده المهام الفيزيولوجية تسبب أيضا معاناة نفسية لفترة قصيرة المدى، هذه الأخيرة التي تقاس بطرق أخرى هي:

11-2. المقاييس و الاختبارات النفسية:

توجد عدة طرق تستخدم في دراسة الضغوط وقياسها منها الملاحظة، المقابلة، والاستبيانات وتعد الاختبارات أكثر الطرق استخداما في دراسة الضغوط، فهناك منها ما تقيس الضواغط والمثيرات عن طريق قياس أحداث الحياة كمقياس هولمز وراهي Holmes et Rahé (1967).

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين،2006 ، ص47)

ويعتبر هولمز وراهي من الرواد في ميدان بحوث الضغط، حيث قاما بتطوير قائمة بعنوان مقياس تقدير حيث قاما بتحديد الأحداث التي تدفع الأفراد لإجراء أهم تغييرات في (SRRS) إعادة التكيف الاجتماعي حياتهم. (شيلي تايلور،2008 ، ص378)

خلاصة:

أصبحت الضغوط النفسية حقيقة نعيشها كل يوم، نتيجة التطور السريع وزيادة الأعباء وكثرة المتطلبات التي تفوق قدرة الفرد على تحملها، مما يجعله يعيش في توتر وضيق يولد لديه الشعور بالضغط، هذا الأخير الذي لا توجد أي وضعية من الوضعيات المعاشة إلا وتؤثر في مستواه وشدته كالوضعية الاقتصادية أو الاجتماعية أو الثقافية أو السياسية، أو الأسرية هذه الأخيرة التي تتأثر بها الأم أكثر من الأب خاصة فيما يتعلق بمسؤولية الحمل والولادة وتربية الأبناء الذين قد لايكونون كلهم أسوياء فقد يصاب أحدهم بقصور ما أو إعاقة تترك آثار عميقة على الأم وتسبب لها في حزن و ضيق وخيبة أمل تترجم في شكل ضغوط نفسية.

الفصل الثالث

الفصل الثالث: استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية

تمهيد

1. **تطور مفهوم المواجهة**
2. **تعريف استراتيجيات المواجهة**
3. **الفرق بين التكيف و المواجهة**
4. **الفرق بين المواجهة والدفاع**
5. **فعالية استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية**
6. **النظريات المفسرة لاستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية**
7. **التقييم المعرفي لاستراتيجيات المواجهة**
8. **تصنيفات استراتيجيات المواجهة**
9. **طرق قياس استراتيجيات المواجهة**

خلاصة

تمهيد:

يواجه الفرد في حياته العديد من المواقف الضاغطة والتي تتضمن خبرات غير مرغوب فيها لايمكنه تجنبها بل يتحتم عليه التكيف معها، وتتراوح هذه المواقف مابين السلبية كخطر فعلي أو الإيجابية كتحقيق النجاح، لذا فإن الاستجابة للضغوط و انتهاج استراتيجيات مواجهة معينة هي التي تحدد تأثير الضغوط على الأفراد.

وتختلف استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية تبعا لاختلاف خصائص الشخصية و نوعية الموقف وكذلك تبعا لتنوع مصادر المواقف الضاغطة سواء كانت داخلية أو خارجية، فحدث ضاغط معين يدركه شخصين بطريقة مختلفة وبالتالي كل منهم يتبع استراتيجية مختلفة عن الآخر.

لذا لتوضيح أكثر لمفهوم استراتيجيات مواجه الضغوط النفسية تم التطرق في هذا الفصل إلى تطور مفهوم المواجه ومفهومها والفرق بينها وبين ميكانيزمات الدفاع ومفهوم التكيف، النظريات المفسرة وفعالية الاستراتيجيات، تصنيفات استراتيجيات المواجهة وطرق قياسها.

1- تطور مفهوم المواجهة:

من الناحية اللغوية اختلفت تسميتها فهي في الأصل كلمة انجليزية "coping" تعني بالفرنسية"faireface"ويقصد بها التسوية أو التعامل أي استجابات تكيفيه للتغييرات التي تحدث في البيئة المحيطة بالفرد. (Mahmoud Boudarene , 2005,p8)

تاريخيا مفهوم المواجهة "coping" يتصل بمفهومين هما :

- **ميكانيزما الدفاع** "**mécanismes de défense**" الذي تطور مع نهاية القرن 19 من طرف نظرية التحليل النفسي.

- التكيف "adaptation" الذي تطور مع النصف الثاني من القرن 19 معتمدا في ذلك على علم البيولوجيا، علم الطبائع،وعلم نفس الحيوان (خاصة خلال تطور نظرية النشوء والارتقاء لداروين).

(Marilou Bruchon-Schweitzer, 2001,p69)

يعد مورفي Morphy (1962) من أوائل العلماء الذين استخدموا مفهوم المواجهة في أبحاثه، حيث أشار إلى الأساليب التي يستخدمها الفرد في تعامله مع المواقف المهددة بهدف السيطرة عليها.

(Lazarus,R.S et folkman.S,1984,p14)

أما مصطلح coping فقد جاء به العالم الأمريكي لازاروس وشركاؤه R.S.Lazarus وطوره في سنوات 1984،1978و1990 على التوالي.

(Norbert Sillamy,1999, p68)

2- تعريف استراتيجيات المواجهة:

تعريف نيومان **Newman 1981** :

هي المجهود المبذول من قبل الفرد لإزالة التوتر وخلق طرق جديدة للمواجهة مع المواقف الجديدة في كل مرحلة من مراحل الحياة.

تعريف روتر Rutter 1981 :

هي المحاولات التي يبذلها الفرد لتغيير ظروف الضغوط المباشرة أو تغيير تقييمه لها فهي تتطلب وجود حل المشكلة الفعال وكذلك تنظيم انفعالي للضغط.

تعريف فليشمان Fleshman 1984:

مجموع السلوكيات الظاهرة أو الخفية التي تحدث للتقليل من الضغوط النفسية أو الظروف الضاغطة. (أحمد عيد مطيع الشخابنة،2010 ، ص35)

تعريف لازاروس وفولكمان Lazarus et Folkman (1984) :

هي مجموع الجهود المعرفية والسلوكية التي يستعملها الفرد لتحمل أو خفض المتطلبات الداخلية او الخارجية التي يقيمها بأنها مهددة أو تفوق مصادره الشخصية.

(Lazarus,R.S et folkman.S,1984,p19)

تعريف كوكس Cox(1985):

المواجهة صورة من حل المشكلة وأن الضغط يكون نتيجة الفشل في حل المشكلة، وأن المواجهة تتضمن مجموعة من الاستراتيجيات المعرفية والسلوكية التي يستخدمها الفرد في التعامل مع احداث الحياة الضاغطة التي يتعرض لها والخبرات الانفعالية الناتجة عنها.

(عبد الله الضريبي،2010 ، ص676)

تعريف ماثني Mathenyet (1986):

بأنها الجهود السلوكية والمعرفية التي يقوم بها الفرد لخفض مطالب coping يعرف المواجهة الضغوط، كما يحدد فعالية المواجهة على أساسين هما:

- **سلوك المواجهة** :هي الاستجابات التي تصدر عن الفرد للتوافق مع الأحداث الضاغطة
- **مصادر المواجهة** :عبارة عن الخصائص الفردية والاجتماعية والبيئية المتاحة للفرد من أجل مواجهة الحدث المقيم على أنه ضاغط

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006 ، ص82)

تعيف ريان Ryan(1989):

هي استراتيجيات توافقية متعلمة ومكتسبة تمثل محتوى السلوك وتستخدم للسيطرة على أزمات الحياة وظروفها الضاغطة. (N.Ryan,1989,110)

تعريف أندرسون وآخرون Henderson et al (1992):

المواجهة هي محاولة الفرد ضبط مطالب وصراعات البيئة الخارجية والداخلية التي ترهق مصادر تكيفه، أي أنها جهود الفرد لضبط البيئات الداخلية والخارجية والعلاقة التي ترتبط معها.

(Henderson.P.A.Kelbey.JJ et Engebreton,K.M ,1992 , p125)

تعريف لطفي الشربيني :

بأنها مجموع الآليات التي (coping behaviory) يعرفها في معجم مصطلحات الطب النفسي يستخدمها الفرد للتوافق مع المواقف المختلفة. (لطفي الشربيني،د س،ص35)

- ❖ من خلال اطلاع الباحث على التعريفات السابقة الخاصة باستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية، يمكن أن تستخلص التعريف التالي: هي الأساليب المعرفية والسلوكية والانفعالية التي يستخدمها الفرد عندما يتعرض للمواقف التي يدركها على أنها تمثل تهديدا له سواء كانت داخلية أو خارجية.
- ❖ كما تستخلص الباحث أن الإستراتيجيات التي تستخدمها الأم في مواجهة الضغوط الناجمة عن اصابة ابنها بالتخلف الذهني فهي مجموع الطرق والاساليب الايجابية أو السلبية التي تلجأ إليها الأم للتخفيف من شدة الضغوط والمتمثلة في طلب المعلومة، التخطيط، التدين، التقبل، الانكار، لوم الذات والانسحاب.

3- الفرق بين المواجهة والتكيف coping et adaptation :

إن مفهوم المواجهة أخذ مرجعيته من النظريات المتعلقة بالتكيف وتطور الأجناس، التي ترى بأن الفرد يمتلك مجموعة من الاستجابات سواء كانت فطرية أو مكتسبة تسمح له بالبقاء والاستمرار تجاه مختلف التهديدات، خاصة عندما يتعرض إلى موقف خطير أو عدو (الهجوم،الهروب)، وهذا ما أكده العديد من الباحثين باعتبار أن العملية الدينامية التي تربط الضغط بالمواجهة تعتبر كجزء من ميكانيزمات التكيف للتصدي لصعوبات الحياة.

(Marilou Bruchon-Schweitzer,2001,p.70)

حدد لازروس وفولكمان(Lazarus et folkman) 1984 كل من المواجهة و التكيف بشكل واضح، فالتكيف مفهوم واسع جدا يضم كل من علم النفس والبيولوجيا، كما أنه يتضمن كل ردود أفعال الكائنات الحية خلال تفاعلها مع ظروف ومتغيرات المحيط، بالمقابل فإن المواجهة مفهوم خاص ونوعي حتى وإن كان يتضمن مختلف استجابات التوافق لدى الفرد إلا أنه لا يختص إلا بردود الأفعال تجاه المواقف البيئية التي يدركها الفرد على أنها مهددة له، ويمكن تفصيل الفرق أكثر من خلال الجدول التالي:

جدول (4)الفرق بين المواجهة والتكيف

المواجهة coping	التكيف adaptation
-مفهوم ضيق ومحدد	-مفهوم واسع
-يخص الإنسان	-يشمل كل الكائنات الحية
-يضم ردود الفعل إزاء وضعيات في البيئة	-يضم كل ردود أفعال الكائنات الحية خلال
يدركها الفرد على أنها مهددة له	تفاعلها مع مختلف الظروف البيئية
-تستخدم جهود معرفية وسلوكية واعية	-ردود أفعال متكررة وآلية

مما سبق نجد أن التكيف يندرج ضمن ردود الأفعال المتكررة والأوتوماتيكية، في حين يبذل الفرد عند المواجهة مجهودات معرفية و سلوكية شعورية نوعية متغيرة وأحيانا أخرى جديدة بالنسبة إليه، ولهذا فضل لازاروس أخيرا استعمال مصطلح التوافق Ajustement بدل مصطلح التكيف Adaptation لأنه اكثر مرونة ويعتبر كمصطلح معياري ونهائي.

(Lazarus et Folkman,1984,p.284)

4- الفرق بين المواجهة والدفاع coping et defence :

ظهر مفهوم الدفاع في نهاية القرن 19 مرتبطا بتطور التحليل وعلم النفس الدينامي، تحدث Freud et Breuler في أبحاثهم الأولى بأن الأفكار المزعجة و المشاعر المؤلمة يمكن أن تتسرب إلى الشعور عندما يفشل الكبت في السيطرة عليها، كما وصف فرويد في النصوص الأولى لنظريته مختلف الميكانيزمات الدفاعية التي يلجأ إليها الفرد من أجل تحويل أو تشويه أو إنكار الأفكار الغير مقبولة من أجل الحفاظ على كيانه واتزانه الداخلي.

بعد تطور مفهوم الدفاع، تطرق فرويد إلى مفهوم الكبت مشيرا إلى الدور الكبير الذي يلعبه هذا الميكانيزم وهذا ما وضحه في كتابه" الكف و العرض والقلق "سنة 1926 حيث عرف الدفاع بأنه "صراع الأنا ضد الأفكار والمشاعر المؤلمة " معتبرا الكبت كواحد من الميكانيزمات الدفاعية الأساسية.

(Marilou Bruchon-Schweitzer, 2001,p69)

انطلاقا من سنوات الستينات والسبعينات من القرن الماضي و بعدما كانت كل الأبحاث مكرسة للبحث في مكانيزمات الدفاع اتجهت للبحث في مصطلح المواجهة وقد استعمل هذا المصطلح لأول مرة من طرف لازاروس سنة1978 .

في الفترة ما بين 1960 و 1980 كان هناك إلتباس وتداخل بين المصطلحين الدفاع والمواجهة، مع أن ميكانيزمي التسامي والدعابة كانا هما الأكثر تكيفا مع المفهوم الجديد، إلى أن جاءت محاولة هان HAAN 1977 لتبين الفروق بينهما:

ميكانيزمات الدفاع : صلبة، تعمل على مستوى اللاشعور، لا يمكن للفرد مقاومتها، ترتبط بصراعات نفسية داخلية بيشخصية وبأحداث الحياة الماضية، تهدف إلى خفض القلق الذي يسببه الموقف إلى مستوى قدرة الفرد على التحمل.

استراتيجيات المواجهة :تتميز بالمرونة، تعمل على مستوى الشعور، تتغير حسب ما يتطلبه الموقف، مرتبطة بالواقع الحالي، وظيفتها السماح للفرد بالسيطرة وتخفيض أو تحمل الاضطرابات الناتجة عن المواقف الحالية الضاغطة.

تختلف المواجهة عن مكانيزمات الدفاع في أنها محاولات شعورية لمواجهة مشاكل الحالية الحديثة.

(Marilou Bruchon-Schweitzer, 2001,p69-70)

جدول (5)الفرق بين المواجهة والدفاع

المواجهة	ميكانيزمات الدفاع
-مرنة	-صلبة
-شعورية	-لاشعورية
-مرتبطة بالفرد والبيئة	-مرتبطة بصراعات بيشخصية
-مرتبطة بالواقع الحالي	-مرتبطة بأحداث الحياة الماضية
-تهدف إلى خفض الاضطرابات الناتجة عن الموقف الضاغط الحالي	-تهدف إلى خفض القلق إلى مستوى قدرة الفرد على التحمل

5-فعالية استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية:

من الصعب الحكم على مدى فعالية أو عدم فعالية استراتيجيات المواجهة المنتهجة من قبل الفرد، فالاستراتيجيات الفعالة على المدى القصير يمكن أن تكون ضارة على المدى البعيد، لذا فإن لازاروس يرى أن أساليب التعامل تتعلق بمدى تلاؤمها مع متطلبات البيئة الخارجية و المتطلبات النفسية الداخلية، لذا فإن

استراتيجيات المواجهة تعرف بأنها جهود ناجحة أو غير ناجحة يقوم بها الفرد بهدف معالجة متطلبات المحيط. (Pierluigi Graziani, 2004,p. 78)

وتكون استراتيجيات المواجهة فعالة اذا سمحت للفرد بتسيير والسيطرة على الوضعية الضاغطة أو التخفيف من أثرها على راحته النفسية و الجسدية، حتى يتمكن الفرد من حل المشكلة أو التحكم فيها وتعديل انفعالاته السلبية تجاه المواقف الضاغطة.

(Marilou Bruchon-Schweitzer, 2001,p76)

استراتيجيات المواجهة الفعالة تتضمن سلوكات تساعد الفرد على حل المشكلة(البحث عن المعلومة، طلب المساندة الاجتماعية،.....)، في حين أن استراتيجيات المواجهة الغير فعالة عبارة عن مجموعة السلوكيات التي يقوم بها الفرد لتجنب التعامل مع المشكلة(التجنب،الإنكار،سلوك عدواني،ادمان،....).

إلا أنه توجد استراتيجيات قد يستخدمها شخص ما ويجد أنها فعالة في خفض الضغوظ، في حين إذا استخدمها شخص آخر يجد أنها غير فعالة، كما أن الإستراتيجيات التي تكون فعالة في موقف ضاغط معين قد لا تكون كذلك في مواقف ضاغطة أخرى.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006 ، ص109)

اذن لا توجد استراتيجيات مواجهة فعالة في حد ذاتها بغض النظر عن بعض خصائص الأفراد(عملية التقييم)،وخصائص الوضعيات الضاغطة (الشدة، المدة، القابلية للتحكم)، هذا اضافة إلى أن المواجهة تختلف حسب الوضعية الانفعالية والجسدية للفرد، هذا ما يؤكد أن المواجهة هي آلية تسوية بين الفرد والمحيط. (Marilou Bruchon-Schweitzer, 2001,p.76)

6- النظريات المفسرة لاستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية:

النموذج الحيواني:

يعد هذا النموذج متأثرا بنظرية النشوء و الارتقاء لداروين (1859) التي تدور حول مبدأ الصراع من أجل البقاء، فالكائنات التي تبقى هي التي تكون أقدر على التلاؤم في مواجهة التغيرات البيئية الطبيعية وهو ما عبر عنه داروين بالانتخاب الطبيعي أو البقاء للأصلح.

(Lazarus et Folkman,1984,p69)

حسب هذا النموذج فالمواجهة تقتصر على الاستجابات السلوكية الفطرية أو المكتسبة لمواجهة أي تهديد حيوي، وقد أشار Canon (1932) إلى مفهوم استجابة المواجهة أو الهروب Fight or flight التي قد يسلكها الكائن الحي حيال تعرضه للمواقف المهددة في البيئة، وهي الاستجابات السلوكية التي يقوم بها الفرد لخفض الاستثارة الفيزيولوجية والتي من خلالها ينخفض تأثير المثيرات الضاغطة مثلا هروب الدب من الأسد تجنبا أن يفترسه، ان هذا الأسلوب يكون غير ملائم للعديد من المواقف التي يتعرض لها الفر لأنه لا يجسد العنصر الإنفعالي أو المعرفي في الإستجابة للمواقف.

(زينب محمود شقير،1998 ، ص133)

أي أن الفرد يلجأ إلى نوعين من المكانيزمات التكيفية:

- ميكانيزم الهروب(التجنب): في حالة الخوف والفزع.
- ميكانيزم الهجوم : في حالة الغضب.

اذن رد فعل الكائن تجاه المواقف المهددة يقود الجسم للاستجابة إما بالمواجهة أو بالبحث عن استراتيجية انسحاب ملائمة، وذلك لأن العضوية خلقت مهيأة لمواجهة التحديات إما بالتحفز أو بالتوقف.

(حمدي علي الفرماوي وآخرون،2009 ، ص26)

النموذج السلوكي:

يعتبر السلوك المحور الرئيسي للنظرية السلوكية من حيث تعلمه وكيفية تعديله، ويرى السلوكيون أن سلوك الفرد خاضع للظروف البيئية فتصرفات الفرد سواء كانت سوية أم شاذة فهي سلوكيات متعلمة.

(محمد محروس الشناوي،1994 ، ص53)

جاء باندورا Pandura (1978) بمصطلح" الحتمية التبادلية " والذي يربط العلاقة بين السلوك والفرد والبيئة، إذ تتفاعل هذه العناصر الثلاثة مع بعضها وتتأثر ببعضها، إذ أن الاستجابة السلوكية التي تصدر عن الفرد حيال المواقف الضاغطة تؤثر على مشاعره كما أن سلوكه يتأثر بطريقة إدراكه للموقف الضاغط، وعندما تكون استجابته غير توافقية حيال الموقف الضاغط يؤدي إلى تفاقم الضغط لديه، ويشير باندورا إلى أن قدرة الفرد في التغلب على المواقف الضاغطة يرجع إلى درجة فعالية الذات لديه و التي تتميز بمدى واسع من السلوكيات التكيفية المتعلمة، كما أن درجة فعالية الذات تتوقف على البيئة الاجتماعية للفرد وعلى إدراكه لقدراته وإمكاناته في التعامل مع المواقف الضاغطة، فعندما يدرك الفرد أنه يستطيع مواجهة الأحداث الصعبة فلن يعاني من التوتر والقلق وبالتالي جعل الموقف الضاغط أقل تهديدا.

أما تقييم الموقف فيتم من خلال نوعين من التوقعات:

1- توقع النتيجة :تقييم الفرد لسلوكه الشخصي الذي يؤدي إلى نتيجة معينة.

2- توقع الفعالية :اعتقاد الشخص و قناعته بأنه يستطيع تنفيذ السلوك الذي يؤدي إلى نتيجة ايجابية.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين،2006 ، ص63 -64)

النموذج السيكودينامي:

تتكون الشخصية لدى فرويد S.Freud من جوانب ثلاثة و هي :

الهو: يمثل المصدر البيولوجي للذة، فهو مستودع الرغبات و الغرائز الفطرية.

(Pierre Fedida,1974,p61)

الأنا: يشير إلى الجانب العقلاني من الشخصية، يسعى إلى إشباع رغبات الهو بما يناسب الواقع والمحيط والإمكانات المتاحة و يعمل وفق مبدأ الواقع. (فيصل عباس، 1994 ، ص68)

الأنا الأعلى: يمثل القيم والمثل والمعايير الأخلاقية للوالدين والمجتمع، يعمل وفق مبدأ الأخلاق.

(ماجدة بهاء الدين السيد،2008 ، ص103)

أما تفسير الضغط النفسي طبقا لوجهة نظر فرويد يرجع الى التفاعلات المتبادلة بين ديناميات الشخصية الثلاثة والصدام بينها، فالهو يسعى دائما إلى إشباع الدوافع الغريزية لكن الأنا لا يسمح لهذه الرغبات بالإشباع، مادام هذا الإشباع لا يتماشى مع قيم و معايير المجتمع و يتم ذلك عندما تكون الأنا قوية،أما في حالة ما إذا كانت الأنا ضعيفة فسرعان ما يقع الفرد فريسة للصراعات و التوترات والتهديدات، ومن ثم لاتستطيع الأنا القيام بوظائفها ولا تستطيع تحقيق التوازن بين متطلبات الهو والواقع، و بذلك ينتج الضغط النفسي. (فوزي محمد جبل، 2000 ، ص110)

تناول فرويد (1933) مفهوم ميكانيزمات الدفاع والعمليات اللاشعورية التي سيستخدمها الفرد في مواجهة التهديدات والقلق، حيث تعد ميكانيزمات الدفاع من أهم استراتيجيات المواجهة التي سيستخدمها الفرد في مواجهة المواقف الضاغطة ليحمي بذلك نفسه من الصراعات و التوترات التي تنشأ عن المحتويات المكبوتة، فهي آليات عقلية تعمل على مستوى اللاشعور تقوم بتشويه إدراك الفرد للواقع وتزييف الأفكار كوسيلة لخفض ما يهدد الفرد من قلق وتوتر.

يرى فرويد أن الميكانيزمات الدفاعية بمثابة استراتيجيات مواجهة يلجأ إليها الفرد لاشعوريا للتخفيف من التوتر والقلق والصراع الداخلي، والفرد لا يلجأ إلى استخدام حيلة دفاعية واحدة بل يستخدم أكثر من أسلوب، ترى نظرية التحليل النفسي أن المواجهة عملية نفسية داخلية Intra psychique .تتبع من داخل الفرد وتتضمن ميكانيزمات الدفاع اللاشعورية .

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين،2006 ، ص86)

ولقد اشارت أنا فرويد Anna Freud (1930) إلى أن الحيل الدفاعية اللاشعورية تنقسم إلى نوعين :

1- **الحيل الدفاعية السوية** :تساعد الفرد على حل مشكلته.

2- الحيل الدفاعية الغير سوية :ترتبط بظهور الأعراض و المشكلات النفسية لدى الأفراد.

(www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/12/10/2011/15:20)

و من أهم ميكانيزمات الدفاع نذكر مايلي:

1- الكبت (Refoulement):

عملية عقلية يهدف الشخص من خلالها إلى دفع التصورات (أفكار، انفعالات، ذكريات) المرتبطة بالنزوة إلى الجانب اللاشعوري. (جان لابلانس،ج، ب بونتاليس،1997 ، ص416)

أي أنها عملية سحب الصراع من دائرة الشعور إلى اللاشعور لتجنب الإنسان شعوره بعدم الارتياح والقلق و الذنب . (رشيد حميد زغيد،2010 ، ص293)

2-النكوص (Regression):

عملية نفسية يتضمن مسارها العودة في اتجاه معاكس للوصول إلى مرحلة نمائية سابقة.

(جان لا بلانش ،ج، ب بونتاليس ،1997 ، ص555)

ويلجأ إليه الإنسان عندما يعجز عن التغلب على الضغوط و الصراعات و الإحباط الذي يعانيه وذلك بالرجوع إلى مراحل نمائية السابقة التي كانت تشبع رغباته و دوافعه، و ذلك قصد التخفيف عما يعانيه. (رشيد حميد زغيد،2010 ، ص309)

3- التسامي:

يشير فرويد إلى أن ميكانيزم التسامي يستخدمه الفرد ليظهر في شكل) فنون جميلة، إبداع فني، استقصاء ذهني مواضيع ذات قيمة. (جان لابلانس،ج، ب بونتاليس،1997 ، ص174)

يمثل الدين أعلى درجات التسامي بالنسبة للإنسان في ظروف الضغوط و الأزمات، فحالات الوسواس والأفعال التسلطية لا يمكن مواجهتها إلا بالتسامي من خلال التمسك بالدين الذي سوف يخلص الفرد من مشاعر الذنب. (أحمد نايل الغرير،2009 ، ص163)

4- الإسقاط (Projection):

يستعمله الفرد لنسب النواقص والرغبات المكبوتة على الناس والأشياء وذلك تنزيها لنفسه وتخوفا مما يشعر به من قلق أو نقص أو ذنب. (رشيد حميد زغيد،2010 ، ص297)

النموذج التفاعلي:

ارتبط هذا النموذج بأعمال و بحوث كل من لازروس و فولكما(1984) ، وقد جاء كرد فعل على المدخل السيكودينامي الذي استمر في دراسة المواجهة في سياق المرض النفسي، حيث أكد هذا الاتجاه بأن الفرد يتمكن من حل مشاكله كلما كانت ميكانيزمات التكيف مع البيئة عقلانية وشعورية بدلا من أن تكون لاشعورية ولاإرادية.

أكدت هذه النظرية أن استجابة الضغوط تظهر كنتيجة التفاعل بين المطالب البيئية وتقييم الفرد لهذه المطالب حسب المصادر الشخصية لديه، حيث تمثل عملية التقييم المعرفي مفهوما مركزيا في هذه النظرية. (طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين،2006 ، ص89)

ففي عملية المواجهة يستخدم الفرد ثلاثة أنواع من التقييم هي:

التقييم الأولي: فيه يقيم الفرد الموقف من حيث هو مهدد أولا.

التقييم الثانوي: فيه يحدد خيارات المواجهة والمصادر المتاحة لديه للتعامل مع الموقف.

إعادة التقييم: فيه يقوم الفرد بإعادة تقييم كيفية إدراكه ومواجهته للموقف الضاغط نتيجة حصوله على معلومات جديدة تخص الموقف الضاغط. (شيلي تايلور،2008 ، ص349 -351)

كما أن ميتشنبوم Meichenbaum (1982) قال أن المواجهة هي عملية أكثر من كونها سمة أو استعداد لدى الفرد حيث أنه في مواجهة المواقف التي يقيمها الفرد على أنها ضاغطة يقوم الفرد باختيار الأسلوب المناسب في مواجهة الموقف (ملاحظة الذات، تحديد الأهداف، الحديث الإيجابي...) وبذلك يستطيع الفرد أن يحصن نفسه من الضغط وهذا ما أطلق عليه ميتشنباوم بالتدريب التحصيني من الضغط،

أي أن الفرد يواجه الأحداث الضاغطة وهو يحمل خطة واضحة في دماغه ومدى واسع من الأساليب التي من الممكن، اتخاذها قبل أن تصبح الخبرات الضاغطة غامرة يصعب السيطرة عليها.

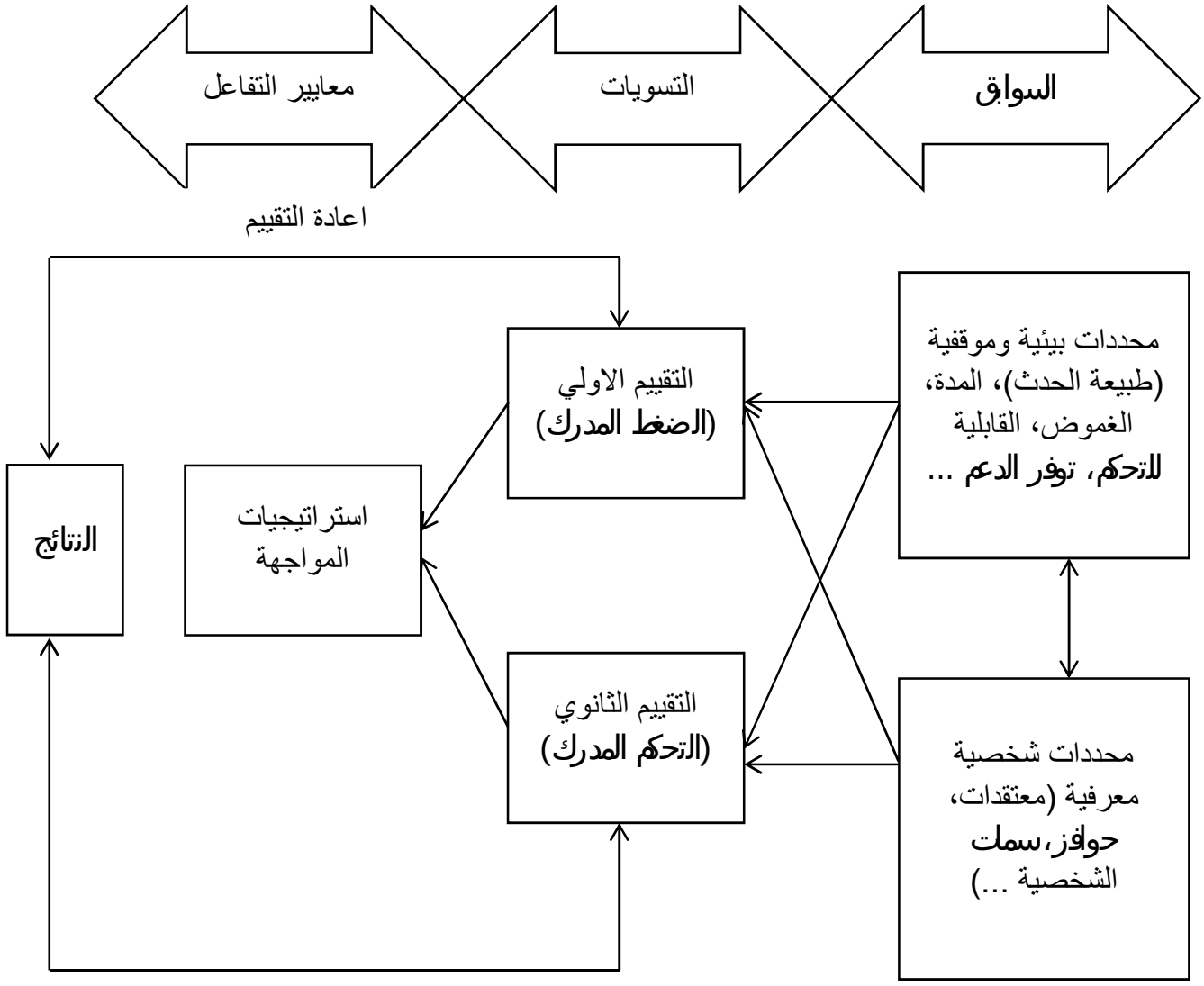
(شيلي تايلور، 2008،468)

كما يشيركالن callan (1993)إلى أن قدرة الفرد على التحكم في الموقف الضاغط ترجع إلى إعادة التقييم الإيجابي لقدراته وإمكانياته، وأن الأفراد الذين يفشلون في مواجهة الضغوط تكون لديهم إعادة تقييم معرفي سلبي لقدراتهم على مواجهة الضغط.

وفي عام 1999 أشار لازاروس إلى أنه لا يوجد إجماع على أن هنالك استراتيجيات فعالة وأخرى غير فعالة، بل إن نجاح المواجهة يعتمد على مدى تلاؤم الاستراتيجية المفضلة لدى الفرد و بين الظروف والعوامل الموقفية.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006 ، ص89 -90)

مخطط (3)مراحل ومحددات آلية المواجهة حسب لازاروس و فولكمان



(Marilou Bruchon-Schweitzer, 2001,p47)

7- التقييم المعرفي لاستراتيجيات المواجهة:

يرى لازاروس وفولكمان أن عملية التقييم ترتبط بعمليات معرفية تتدخل ما بين الوضعية التي يواجهها الفرد ورد فعله تجاهها. (Dekyserv et Hansez ,s.d, P134)

فالتقييم في عملية المواجهة يعتبر عملية معرفية مستمرة يستطيع الفرد من خلالها تقييم الوضعية الضاغطة (تقييم أولي) و تقييم مصادره للمواجهة (تقييم ثانوي)، لذا فإن كل تغيير أو تعديل في العلاقة بين الفرد والبيئة تمنح للفرد الفرصة لإعادة تقييم الموقف الضاغط و المصادر المتاحة لديه للمواجهة.

(Marilou Bruchon-Schweitzer, 2001, p71)

ويتم التقييم المعرفي عبر مرحلتين:

- **التقييم الأولي:**

يكون منصبا على الموقف الضاغط ويشير إلى العملية التي يدرك بها الفرد متطلبات الوضعية الضاغطة. (Pierre loo et autre, 1999,p97)

فعندما يتعرض الفرد لوضعية أو موقف ما فإنه يقوم بمعالجة معرفية لما يتعرض له من حيث التهديد والضرر الذي قد يلحقه به، بغض النظر إن كان التأثير سلبي أو ايجابي، فعند تعرض الأفراد لنفس الحادث الضاغط يمكن التقييم على أحد الأشكال الثلاثة:

. **الخسارة La perte:** سواء كانت خسارة تمس الجانب العاطفي، المادي أو الجسدي والتي ترافقها مشاعر الحزن، الغضب، الإنهيار.

. **التهديد La menace** : قد لا يكون حقيقي بقدر ما يكون تهديد متوقع حدوثه مستقبلا ويرافقه مشاعر القلق والخوف.

. **التحدي Le défi** : يحمل مفهوم الربح و التطور و يكون عادة مرافق لمشاعر الفرح، الافتخار، والإثارة .

(Marilou Bruchon-Schweitzer, 2001, p71)

هذه الأشكال الثلاثة للضغط يمكنها أن تظهر مجتمعة أو متمايزة، أي أن الفرد يمكنه أن يقيم الوضعية الضاغطة على أنها خسارة وفي نفس الوقت تحدي فالفرد يعطي لنفس الحدث الضاغط أكثر من معنى. (Pierluigi Grazion,Joel Swendsen,2004,p54)

- **التقييم الثانوي:**

في هذه المرحلة يقوم الفرد بتقييم مصادره وقدراته لمواجهة الحادث الضاغط.

(Pierre loo et al, 1999, p97)

فيحاول الفرد تقييم الوسائل المستخدمة و ما إذا كانت مناسبة لمواجهة الموقف الضاغط وما يجب عليه فعله أو تجنبه لتسيير الضغط فتكون استجاباته في شكل (البحث عن المعلومة، وضع مخطط عمل، طلب المساعدة والنصح، التعبير عن الانفعالات، تجنب المشكل، الترفيه، التقليل من شأن الموقف.....).

(Marilou Bruchon-Schweitzer, 2001, p71)

إن عملية التقييم الثانوي تقوم على أساس مدى احتمالية الخسارة الناتجة عن التهديد ازاء موقف ما ومدى قدرات ومصادر الفرد في مواجهة ذلك، وقد أطلق عليها مونت ولازاروس Monat et lazarus (1991) معادلة (المصادر–الأخطار)، وتقوم هذه المعادلة على تقييمات ذاتية اذ أن شخصين يملكانقدرات ومصادر مواجهة متشابهة يتصرفان تجاه نفس الوضعيات المهددة بطرق مختلفة.

(Pierluigi Grazion,Joel Swendsen,2004,p56)

إعادة التقييم:

هي العملية التي يعيد الفرد من خلالها كيفية ادراكه ومواجهته للموقف الضاغط حيث يطور أو يغير أساليب مواجهته وفقا لإدراكه مدى جدوى هذه الأساليب.

أي أن الفرد عندما يدرك استجابة المواجهة للحدث الضاغط تكون أقل فاعلية عما هو متوقع أو عند حصوله على معلومات جديدة عن الموقف أو عن نفسه، فإنه يقوم بتغيير تقييمه للموقف الضاغط أو يعيد النظر في استجابة المواجهة ويبحث عن استجابات أخرى أكثر فاعلية وملائمة.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006 ، ص57)

إن كل من عملية التقييم الأولي والثانوي وإعادة التقييم معقدة حسب لازاروس وفولكمان، فهي لاتخضع لترتيب محدد ومنظم إذ أنها تتداخل وتتفاعل فيما بينها لتحدد درجة الضغط وشدته ونوعية الاستجابة الملائمة له. (Pierluigi Grazion,Joel Swendsen,2004,p56)

8- تصنيفات إستراتيجيات المواجهة:

لا يوجد إلى حد الآن اتفاق حول عدد معين لأبعاد المواجهة المأخوذ بها، حيث تختلف النماذج الحالية في عدد الإستراتيجيات التي تضمها، فهناك من يحددها ببعدين (2) مثل :لازاروس وفولكمان وهناك من يحددها بسبعة (7) أبعاد مثل: شير، وقد جاء مقالRidder (1997) الذي تم فيه إحصاء الإستراتيجيات من2 إلى 28 بُعد في مقاييس المواجهة مكونة من10 إلى118 عبارة، هذا ما جعل الإتفاق على عدد معين غير ممكن، وهذا راجع إلى اختلاف وتعدد الاستراتيجيات المتبعة من طرف الأفراد ولدى الفرد الواحد باختلاف الأزمات التي يتعرض لها وكذا باختلاف شدتها.

(Marilou Bruchon–Schweitzer ,2001 ,p74)

وفيما يلي أهم التصنيفات التي اهتمت باستراتيجيات المواجهة:

- **تصنيف فولكمان ولازاروس (1980–1984)** ويقدم نوعين من المواجهة هما:

المواجهة المتمركزة حول المشكلة le coping centré sur le problème:

عبارة عن الجهود التي يبذلها الفرد لتعديل العلاقة الفعلية بين الفرد والبيئة، فيحاول من خلالها تغيير أنماطه السلوكية أو تعديل الموقف الضاغط.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006 ، ص91)

تهدف هذه الإستراتيجية إلى خفض متطلبات الوضعية الضاغطة أو زيادة مصادر الفرد الشخصية وقدراته الخاصة حتى يتمكن من مواجهة الموقف الضاغط.

(Marilou Bruchon–Schweitzer, 2001, p71)

وقد حدد لازاروس وفولكمان شكلين للمواجهة المتمركزة حول المشكلة وهما:

- جمع المعلومات.
- اتخاذ إجراءات لحل المشكلة.

حيث أن الفرد في مواجهة الوضعية الضاغطة يقوم بجمع المعلومات واتخاذ الإجراءات المناسبة من خلال وضع خطة للاستجابة وفق متطلبات المشكل للتخفيف من شدة الموقف الضاغط أو التحرر منه وإيقافه. (Pierluigi Grazion,Joel Swendsen,2004,p85)

يتبين مما سبق أن جمع المعلومات يساعد في الكشف عن طبيعة المشكل والعناصر الغامضة مما يؤدي إلى إيجاد استجابة مناسبة وملائمة لحل المشكلة.

المواجهة المتمركزة حول الانفعال le coping centré sur l'émotion:

تشير إلى الجهود التي يبذلها الفرد لتنظيم الانفعالات الناتجة عن الموقف الضاغط.

(شيلي تايلور،2008 ، ص433)

ومن بين الأساليب المتبعة في هذه الإستراتيجية نجد:

التجنب: هو تحويل الانتباه عن الوضعية الضاغطة من خلال استعمال بدائل تتمثل في نشاطات سلوكية (رياضة)، أو نشاطات معرفية (التلفاز، القراءة)، وهذه الوسائل ذات فعالية نسبية وهي تختلف عن الهروب إلى سلوكيات خطيرة مثل :اللجوء إلى الكحول أو التبغ والمخدرات.

الإنكار :تشبه إستراتيجية الهروب حيث تعمل على تأجيل المشكلة حيث يسعى الفرد لتغيير المعنى الحقيقي للوضعية الضاغطة بتجاهل خطورة الموقف أو رفض الإعتراف بما حدث فعلا.

(Mahmoud Boudarene,2005,p 36)

جدول (6)الفرق بين الاستراتيجيات المتمركزة حول المشكلة و المتمركزة حول الانفعال

متمركزة حول المشكلة متمركزة حول الانفعال			
المميزات	العيوب	المميزات	العيوب
–تخفيض العامل الضاغط –تكييف السلوكيات مع الوضعية الضاغطة (تطور)	على حساب النشاطات المعتادة	–قليل الكلفة –المحافظةعلى النشاطات المعتادة	–استمرارالعامل الضاغط

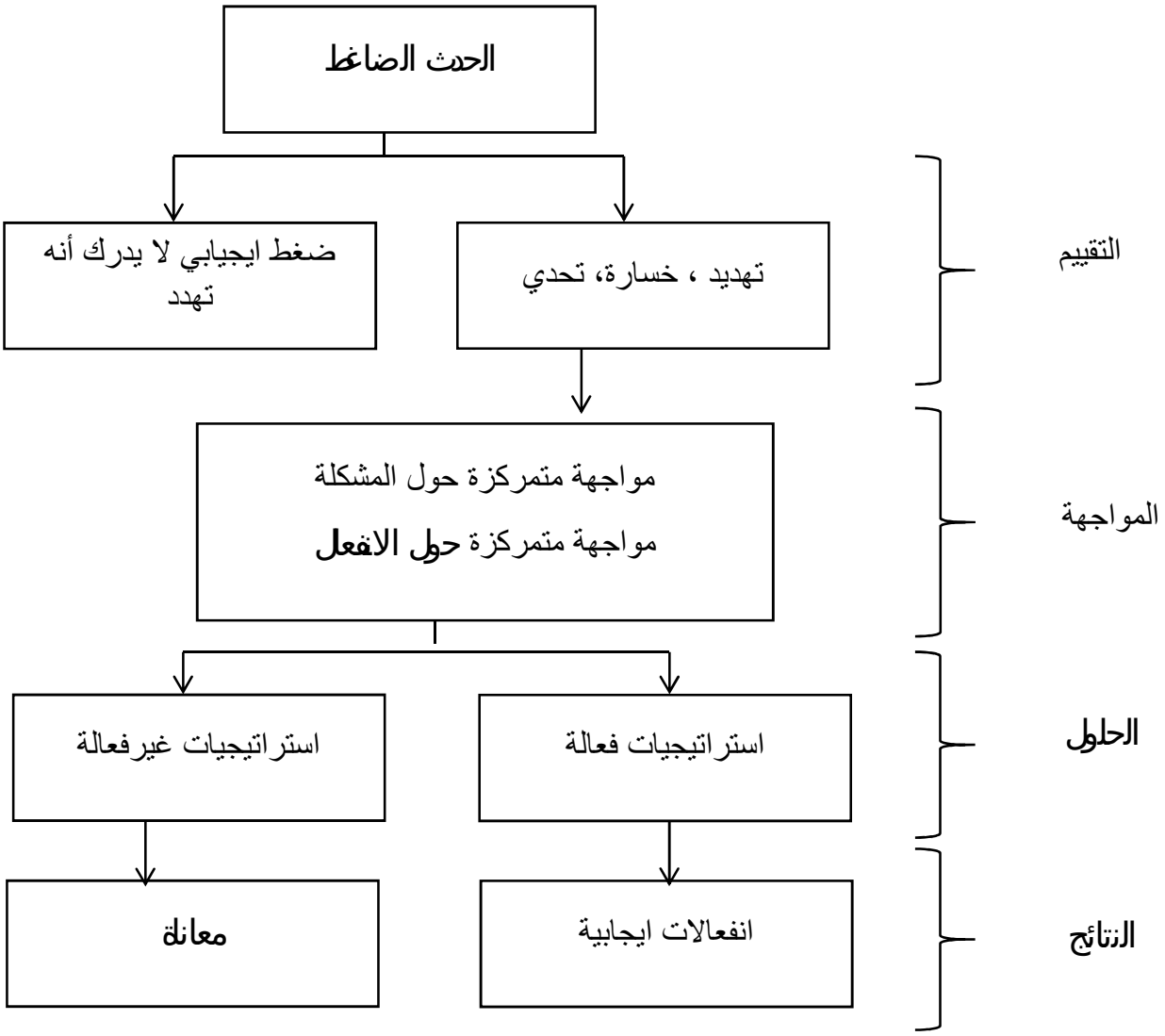
(Pierre loo et autres, 2003, p136)

أحيانا تعمل استراتيجيات المواجهة المتمركزة على حل المشكلة و المواجهة المتمركزة على الانفعال معا بحيث يصعب الفصل بينهما. (شيلي تايلور،2008 ، ص433)

لذا فإنه لا توجد هناك مواجهة فعالة بنفسها أو فعالة دائما دون الارتباط بخصائص انفعالية شخصية وخصائص إدراكية معرفية للفرد وكذلك خصوصية الوضعيات الضاغطة، فالمواجهة المتمركزة حول المشكلة تكون فعالة على المدى الطويل خاصة عند مواجهة حدث قابل للسيطرة والتحكم أما المواجهة المتمركزة حول الانفعال فتكون فعالة على المدى القصير خاصة إذا كان الحدث غير قابل للسيطرة مما يسمح للفرد بالمحافظة على تقديره لذاته وحمايته لنفسه.

(Marilou Bruchon-Schweitzer, 2001, p77-78)

مخطط (4) حلقة سيرورة العملية التفاعلية للضغط لازاروس و فولكمان (1984)



(Pierluigi Grazian et Joel Swendsen ,2005,p49)

تصنيف موس Moss (1986):

كما يمكن استخدام أساليب مواجهة مختلفة منها ماذكرMoss:

الاستراتيجيات الإقدامية:

وهي الأساليب التي يوظفها الفرد في اقتحام المواقف الضاغطة وتجاوز آثارها، وذلك من خلال الأساليب الإيجابية التالية:

التحليل المنطقي للموقف الضاغط :وذلك من أجل فهمه والاستعداد الذهني له ولمخلفاته.

إعادة التقييم الإيجابي للموقف :حيث يحاول الفرد معرفيا استجلاء الموقف وإعادة بنائه بطريقة إيجابية مع محاولة تقبل الواقع كما هو.

البحث عن المعلومات المتعلقة بالموقف الضاغط :من الأفراد أو مؤسسات المجتمع المتوقع ارتباطها بالموقف الضاغط.

أسلوب حل المشكلة :للتصدي للأزمة بصورة مباشرة.

الاستراتيجيات الإحجامية:

يوظفها الفرد في تجنب المواقف الضاغطة والإحجام عن التفكير فيها، وذلك من خلال الأساليب السلبية التالية:

الإحجام المعرفي :تجنب التفكير الواقعي والممكن في الأزمة.

التقبل الاستسلامي :ترويض النفس على تقبل الأزمة.

البحث عن المكافآت البديلة :عن طريق المشاركة في أنشطة بديلة والاندماج فيها بهدف توليد مصادر جديدة للإشباع والتكيف بعيدا عن مواجهة الأزمة.

التنفيس الانفعالي :وهو التعبير لفظيا عن المشاعر السلبية الغير سارة أو فعليا عن طريق المجهودات الفردية المباشرة لتخفيف التوتر.

(عبد الله الضريبي،2010 ، ص 680 -681)

تصنيف شور و آخرون Sheier et al(1986):

بتحديد أساليب التعامل مع الضغط في عدة أنواع هي Sheier :قام شور

- **الإنكار** :يشير إلى رفض الفرد الاعتقاد بحدوث الموقف الضاغط أو محاولة تجاهله كليا.
- **التعامل الموجه مع المشكلة** :هو أن يقوم الفرد بوضع خطة معينة وأن يقوم باستجابة سريعة للسيطرة على الحدث الضاغط.
- **لوم الذات** :حيث يرى الفرد أنه هو المسئول عن تعرضه للموقف الضاغط.
- **التقبل والاستسلام** :يشير إلى تقبل الفرد للموقف نظرا لعجزه و انعدام الحيلة لديه أو نتيجة لرفضه القيام بأي شيء تجاه الموقف.

- **إعادة التفسير الإيجابي للموقف:** كأن يحاول الفرد إيجاد معنى و تفسير جديد للموقف مما يجعله يشعر بالثقة بالنفس.
- **الهروب من خلال التخيل:** يبدو ذلك من خلال اللجوء إلى أحلام اليقظة.
- **المساندة الاجتماعية:** تشير إلى سعي الفرد نحو الآخرين لطلب العون والنصيحة والمعلومات والمساعدة.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006 ، ص96)

إن أساليب المواجهة النشطة تتضمن الاستجابة بشكل فعال نحو الأحداث الضاغطة والسعي للحصول على المعلومات حول هذه المواقف وحلها، أما استراتيجيات التجنب فتتضمن النزعة حول تشتيت وصرف ذهن الفرد عن الحدث الضاغط وتجنب الحصول على معلومات بشأنه والهروب منه.

تصنيف كوهن Kohen (1994):

استراتيجيات المواجهة التي يستخدمها الأفراد في التعامل مع الضغوط إلى الأبعاد Kohen يصنف كوهن التالية:

التفكير العقلاني :أنماط التفكير العقلانية والمنطقية التي يلجأ إليها الفرد بحثا عن مصادر الضغط وأسبابه.

التخيل :يحاول الفرد من خلالها تخيل المواقف الضاغطة التي واجهته كما يتجه بها إلى التفكير في المستقبل عند مواجهة هذه المواقف.

الإنكار :يسعى الفرد من خلالها إلى إنكار المواقف الضاغطة بالتجاهل والانغلاق كأنها لم تحدث مطلقا.

حل المشكلة :هي نشاط معرفي يتجه من خلاله الفرد إلى استخدام حلول جديدة ومبتكرة لمواجهة الضغوط.

الفكاهة :تتضمن التعامل مع الخبرات الضاغطة بروح المرح والدعابة وبالتالي التغلب عليها وقهرها.

الرجوع إلى الدين :تشير إلى رجوع الأفراد إلى الدين في أوقات الضغوط وذلك بالإكثار من العبادات والمداومة عليها كمصدر للدم الروحي والانفعالي.

(عبد الله الضريبي،2010 ، ص682)

تصنيف استراتيجيات المواجهة في البيئة العربية:

أما في البيئة العربية فقد صنف لطفي عبد الباسط (1994) استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي إلى:

الإستراتيجيات الإيجابية:

تتمثل في قيام الفرد بأفعال لمواجهة المشكلة مع محاولة مستمرة لزيادة الجهد أو تعديله وعدم التسرع والتريث في محاولته لمواجهة الموقف الضاغط، وقد يقتضي ذلك استرجاع الفرد لخبراته السابقة في المواقف الضاغطة.

الإستراتيجيات السلبية:

تتمثل في نقص جهد الفرد في التعامل مع الموقف الضاغط والإفراط في ممارسة أنشطة أخرى كالنوم وعزل الذات والإنكار والانسحاب المعرفي العقلي أو الاستغراق في أحلام اليقظة والتفكير في أشياء وموضوعات بعيدة عن المشكلة.

أما طه عبد العظيم حسين (2006) فقد صنفها إلى ثلاثة أنواع رئيسية:

. التخطيط والسعي لحل المشكلة مقابل الإنكار والهروب من المشكلة.

. المساندة الاجتماعية في مقابل المواجهة الدينية.

. أساليب مواجهة على المستوى المعرفي في مقابل أساليب انفعالية.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006 ، ص106 -107)

9- طرق قياس استراتيجيات المواجهة:

تتعدد طرق تقدير استراتيجيات المواجهة بتعدد تصنيفاتها، و من أبرز المقاييس التي استخدمت في قياسها:

قائمة المواجهة في المواقف الضاغطة Parker et Endler (1990):

وتعرف بـ CISS تتكون من 48 عبارة تتضمن ثلاثة أبعاد لمواجهة الضغوط: ،

1- استراتيجيات مرتكزة على المشكلة.

2- استراتيجيات مرتكزة على الانفعال.

3- استراتيجيات مرتكزة على التجنب (الأحجام).

(Marilou Bruchon-Schweitzer, 2001,p76)

مقياس WCC من طرف لازاروس و فولكمان(1988):

يتكون الاستبيان من66 بند تقيس استراتيجيات المواجهة المعرفية و السلوكية التي سيستخدمها الأفراد للتعامل مع المواقف الضاغطة، يضم ثمانية أبعاد أساسية هي:

. **التحدي:** الجهود العدائية في مواجهة الموقف الضاغط.

. **الابتعاد:** الابتعاد عن الموقف للتقليل من أهميته.

. **ضبط الذات:** تنظيم الفرد لانفعالاته و سلوكياته.

. **طلب المساعدة الاجتماعية:** سعي الفرد للحصول على المساندة سواء كانت مادية، معرفية، أو إجتماعية في أوقات الضغوط.

. **تحمل المسؤولية** :إدراك الفرد لدوره في حل المشكلة.

. **الهروب** :تجنب الموقف الضاغط.

. **حل المشكلة** :جهود يقوم بها الفرد لتحليل المشكلة.

. **إعادة التقييم الايجابي** :إعطاء معنى إيجابي.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006 ، ص112)

قائمة المواجهة المتعددة الأبعاد Carver et Scheirer 1989:

تتكون من 53 عبارة موزعة على ثلاثة عشر بعدا منها:

- خمسة أبعاد تقيس جوانب من استراتيجيات مواجهة مرتكزة على المشكلة.
- خمسة أبعاد تقيس جوانب من استراتيجيات مواجهة مرتكزة على الانفعال.
- ثلاثة أبعاد تقيس استراتيجيات المواجهة السلبية.

وفيما يلي لمحة عن الأبعاد الثلاثة عشر:

. **المواجهة الفعالة:** يشير إلى قيام الفرد بخطوات فعالة في محاولة للتخفيف أو القضاء على الحدث الضاغط.

. **التخطيط** : التفكير في كيفية مواجهة الحدث الضاغط بإتباع أفضل الخطوات للتعامل مع المشكلة.

. **قمع الأنشطة التنافسية** :تجنب الفرد أن يصبح مشتتا عن طريق أحداث أخرى.

. **طلب المساندة الاجتماعية:** الجهود التي يقوم بها الفرد طلبا للمساعدة والنصيحة والمعلومة من قبل الأشخاص المحيطين.

. **إعادة التفسير الإيجابي:** محاولة إيجاد الفرد معنى و تفسير جديد.

. **التقبل:** تقبل الفرد للموقف الضاغط نظرا لعدم وجود ما يمكنه القيام به نحوه أو تغييره.

. **التحول إلى الدين:** الإكثار من ممارسة العبادات.

. **التركيز على الانفعالات:** يشير إلى المحاولات التي يقوم بها الفرد لخفض الانفعالات السلبية الناتجة عن الموقف الضاغط.

. **الإنكار** :يتمثل في عدم الاعتراف بوجود المشكلة.

. **التباعد السلوكي** :التوقف عن بذل أي مجهود في المواقف الضاغطة.

. **التباعد العقلي:** اللجوء إلى أحلام اليقظة أو الإفراط في الأكل أو مشاهدة التلفزيون في لتجنب التفكير في الموقف الضاغط.

. **تعاطي الكحول والمخدرات:** تشير إلى اللجوء إلى المخدرات او الكحول لخفض التوتر الناتج عن المواقف الضاغطة.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006 ، ص112 -115)

خلاصة:

تعد استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية ضرورة قصوى خاصة في عالمنا اليوم لأن الأفراد يواجهون مواقف ضاغطة بشكل متزايد، وتختلف استراتيجيات المواجهة المتبعة من فرد لآخر فهناك من يلجأ إلى استراتيجيات ايجابية لمواجهة الضغوط في حين هناك من يلجأ الى استراتيجيات سلبية لنفس الموقف الضاغط، وهذا يرجع أساسا إلى كيفية إدراك الفرد للموقف الضاغط و تقييمه ومن ثم تقييم مصادره وإمكانياته التي تساعده في مواجهة الموقف الضاغط، لذا ونظرا لعدم وجود قاعدة ثابتة في انتهاج استراتيجيات المواجهة حتى عند نفس الشخص، فقد اختلف العلماء كثيرا بخصوص تصنيفها وتحديد أهم أنواعها لأنها تبقى بكل بساطة ترتبط بالموقف المحدث للضغط وكيفية تقييم الفرد له في تلك اللحظة.

الفصل الرابع

الفصل الرابع: التخلف الذهني

تمهيد.

1- تعريف التخلف الذهني

2- الفرق بين التخلف الذهني والمرض العقلي

3- انتشار المرض التخلف الذهني

4- تصنيف التخلف الذهني

5- اسباب التخلف الذهني

6- قياس وتشخيص التخلف الذهني

7- خصائص المتخلفين ذهنيا

8- ولادة واستقبال الطفل المتخلف ذهنيا.

9- إعطاء معنى للحدث

10- إدراك الأم لابنها المتخلف ذهنيا

11- التعلق بين الأم والطفل المصاب.

12- الاستجابة الوالدية لإصابة الابن بالتخلف الذهني.

خلاصة

تمهيد:

يعتبر الاهتمام بمشكلة المعوقين مهمة إنسانية واجتماعية لا تقتضيها ضرورة التقدم الحضاري فقط، بل حجم المشكلة في العالم، ومدى انتشارها في الدول النامية وبأنواع مختلفة من الإعاقات، لذا اكتسب البحث في مجال الإعاقات عناية واهتماما كبيرين في العقود الأخيرة، و لم يعد ينظر إلى المتخلفين ذهنيا أنهم كم بشري يجب إهماله وإغفال تربيته وتعليمه، وإنما أصبح ينظر إلى التخلف الذهني على أنه ظاهرة إنسانية طبيعية يجب التعامل معها بإيجابية وهذا الفصل يهدف إلى إلقاء الضوء على عدد من المفاهيم الأساسية عن التخلف الذهني وأسبابه، أيضا التعرف على خصائص هذه الفئة.

1- تعريف التخلف الذهني:

هناك عدة مصطلحات حديَثة تعبرِ عن التخلف الذهني منها الإعاقة العقلية، النقص العقلي، التأخر الذهني، العوق الذهني، التخلف العقلي، كما كان يصطلح على الأطفال المصابين به بالطفل الغبي والطفل البليد.

ولقد تباينت أراء العلماء حول استخدام اصطلاح محدد للتخلف الذهني حيث يفضل الأطباء الإنجليز استخدام لفظ (amentia) ، بينما يفضل الأطباء الأمريكان لفظ (hypophrenia) واللفظان بنفس معنى التخلف الذهني سواء بالنقص أو التأخر الوظيفي

أما الأطباء الروس في مؤلفاتهم فقد استعملوا اسم قلة العقل أو قلة نمو العقل أو تخلف درجة النمو الذهني، وهو مشتق من اليونانية (oligos) بمعنى القليل و(phren) بمعنى العقل أما الباحثين الانجليز يستخدمون اصطلاح التخلف العقلي (mentalsubnoemality) ،كما استخدم الأمريكان اصطلاح التأخر العقلي (mental retardation)

(ايمان فؤاد الكاشف،2001، ص17)

ويستخدم مصطلح "intellectualdisability" في نيوزيلندا ،وهذا المصطلح لم يكن شائعا في بلدان أخرى ولكنه أصبح تدريجيا المصطلح المفضل خلال السنوات الأخيرة، في إطار السياسة، وتوفير الخدمات، ولدى الأخصائيين، والسكان العاديين إلا أنه هناك مصطلحات أخرى، مثل "intellectuel handicap" أو mental retardation" أكثر انتشارا، ولا تزال تستخدم تسميات مختلفة للتخلف العقلي لها دلالات خاصة حيث انها تصف التخلف العقلي كوصمة عار، إلا أنها لم تعد مقبولة ولا يستحب استعمالها.

(Anne Bray ,2003,p1)

أما الباحثون العرب فقد استخدموا مصطلحات كثيرة منها القصور العقلي، النقص العقلي ،الضعف العقلي التأخر العقلي ،والشذوذ العقلي والإعاقة العقلية ويرجع هذا التعدد إلى ظروف ترجمة المصطلحات. (محمد السيد حلاوة،1998،ص18)

وتتساءل **كريستين مايلز** عن التسمية الملائمة للمتخلف عقليا وترد على هذا التساؤل بأنه نتيجة الخلط الشائع بين المرض العقلي والتخلف العقلي حاول الباحثون في بعص البلدان ان يجدو اسما مختلفا للتخلف العقلي، وصنفه البعض على أنه ضعف فكري أو اعاقة فكرية في محاولة لتجنب الخلط أو اثارة البلبلة عند استعمال كلمة عقلي في الحالتين (اي في المرض العقلي او التخلف العقلي).

وباختلاف الأزمنة و مرور الأيام تتغير مدلولات الكلمات ونحن لا نستخدم اليوم مصطلحات مثل المعتوه أو الأبله أو الغبي أو المغفل أو دون المستوى وغير الطبيعي حين نتكلم عن المعاقين عقليا لأن في معاني هذه المصطلحات تحقير للإنسان وكذلك يجب الا ينعت المريض عقليا بالمجنون.

(عبد الرحمان سيد سليمان ،ب ت، ص 118)

وهذا التعدد في المصطلحات أدى كذلك إلى تعدد التعريفات ونذكر منها ما يلي:

1-1 التعريف الطبي:

يعتبر من أقدم التعريفات للتخلف الذهني حيث يعتبر الأطباء من أوائل الذين اهتموا بتشخيص ظاهرة التخلف الذهني حيث كان التركيز على الأسباب المؤدية للتخلف الذهني سواء كان ذلك قبل الولادة او بعدها او اثناءها.

(فيصل العجمي ،2003، ص20)

ففي عام 1900 ركز ايرلاند (Ireland) على الأسباب المؤدية إلى إصابة المراكز العصبية والتي تحدث قبل الولادة. (فاروق الروسان،2003،ص16)

ومن هذه التعريفات تعريف تريد جولد (1937) حيث عرفه " انها حالة من عدم اكتمال النمو الذهني من نوع ودرجة يكون هذا الفرد فيها غير قادر على تكييف نفسه مع مطالب البيئة التي يعيش فيها بطريقة تحافظ على بقائه مستقلا عن الاشراف والمراقبة ومساعدة الاخرين" أما جيرفيز(1952) فهو يعرف التخلف الذهني على انه" حالة من النمو الذهني المتوقف او غير المكتمل نتيجة لمرض او اصابة تحدث للفرد قبل سن المراهقة او نتيجة لأسباب وراثية".

أما تعريف بنوا(1959) فيعرفه على انه"حالة من النقص في وظائف العقل نتيجة عوامل متعددة تؤدي إلى ضعف في كفاءة الجهاز العصبي ونقص في القدرة العامة للنمو والقدرة على التكيف"

(عدنان الحازمي،2007،ص22)

أما روبنشن فيعرف المتخلف ذهنيا بأنه ذلك الطفل الذي اختل نشاطه العقلي بشكل ثابت نتيجة اصابة عضوية المت بدماغه. (س .ي روبنشن،1989،ص27)

من خلال هذه التعريفات يمكننا القول ان التعريف الطبي قد ركز على واسباب التخلف والأعراض الا انه لم يتطرق لقياسه او اعطاءه درجات.

2-1 التعريف السيكومتري:

ظهر هذا التعريف السيكومتري نتيجة للانتقادات التي وجهت الى التعريف الطبي إذ يعتمد على مقاييس الذكاء كمحك في تعريف التخلف الذهني والذي اعتمد مقياس ستانفورد بينيه أو مقياس وكسلر وقد اعتبر أن الأفراد الذي يقل نسبة ذكاءهم عن 75 درجة متخلفين ومن أمثلة هذه التعريفات:

- ✓ **تعريف والين (1949):** الفرد المتخلف ذهنيا هو الذي يخفق عند استخدام الاختبارات النفسية المقننة معه الحصول على نسبة ذكاء او عمر عقلي معين.
- ✓ **تعريف سبيتز (1963):** التخلف الذهني هو حالة من النمو العقلي المتأخر تحدد بنسبة ذكاء (Q,I) لدنى من 70 على اختبار فردي مقنن.
- ✓ **تعريف زيجلر(1973):** الخاصية الرئيسية للتخلف العقلي هي ذكاء ادنى من ذلك الذي يظهره العدد المتوالي لمجموعة مرجعية مناسبة.

(عدنان الحازمي ،2007 ، ص23)

ويعرفه "**Hélène Desrosiers**"وآخرون بأنه "الأداء الأقل من المتوسط في الوظائف العقلية حيث تكون درجة الذكاء(IQ) أقل أو تساوي 70–75 عند تطبيق اختبارات الذكاء المعروفة بشكل فردي بالإضافة الى تقييم مستوى المهارات التكيفية.

(Hélène Desrosiers , 1998,P9)

1–3 التعريفات الاجتماعية:

ويعتمد هذا التعريف على المقاييس الاجتماعية والتي تقيس قدرة الفرد على الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية وعلى مدى قدرته على النجاح والفشل في استجابته لهذه المتطلبات مقارنة مع أقرانه من نفس مجموعته العمرية وبناء على ذلك يعتبر الفرد متخلفا إذا فشل في القيام بهذه المتطلبات المتوقعة منه مثل مهارات الاتصال والتواصل وحل المشكلات والمهارات الاجتماعية.

(سعيد حسنى العزة ،2009،ص61)

ومن هذه التعريفات

- ✓ **تعريف بندا(1954):** يعتبر المتخلف ذهنيا بانه هو الفرد الذي يحتاج الى اشراف ومراقبة ورعاية من اجل رفاهيته ورفاهية المجتمع.
- ✓ **تعريف مازلاند(1963):**الفرد المتخلف هو الفرد الغير قادر على الاداء في المستوى المطلوب للتوازن المقبول في إطار بيئته الثقافية
- ✓ **تعريف بوزير (1969):** تعني الاعاقة الذهنية ان يؤدي الفرد في مستوى ادنى من ذلك المستوى المتوقع في مثل عمره.

(عدنان الحازمي،2007، ص24)

وهناك تعريفات أخرى كانت أشمل من هذه التعريفات

- ✓ **تعريف الجمعية الامريكية للطب النفسي:**

يعرفه الدليل التشخيصي الرابع للأمراض النفسية والعقلية (**DSM–IVR**) بأنه "الاداء الأدنى من المعدل الطبيعي للوظائف العقلية بشكل واضح حيث تكون درجة الذكاء (IQ) يقارب الـ70 درجة أو أدنى في اختبار الذكاء الفردي ،مع عجز أو اختلال متزامن في الوظيفة التكيفية الراهنة (أي فعالية الشخص في تلبية معايير متوقعة بالنسبة لعمره أو مجموعته الثقافية) في اثنين من المجالات التالية على الأقل: التواصل، الرعاية الذاتية، الحياة المنزلية ، المهارات الاجتماعية والشخصية، استخدام موارد المجتمع، التوجه الذاتي، المهارات الدراسية الوظيفية ، العمل ، وقت الفراغ ، الصحة، الأمن. وذلك قبل عمر 18 سنة ".

(J.–D .GUELFI ,etext,2005,p55)

✓ **تعريف منظمة الصحة العالمية للتخلف الذهني**

تعرف منظمة الصحة العالمية التخلف العقلي بأنه توقف أو عدم اكتمال نمو العقل، والذي يتسم بشكل خاص بقصور في المهارات التي تظهر أثناء مراحل النمو والتي تسهم في مستوى العام للذكاء أي القدرات المعرفية اللغوية ، الحركية والاجتماعية ، ويمكن أن يظهر التخلف غير مصحوب بأي اختلاف عقلي او بدني، بالإضافة إلى هذا فإن الأفراد المتخلفين عقليا أكثر عرضة لخطر الاستغلال البدني والجنسي ،كما يكون هناك قصور في السلوك التكيفي غير انه في البيئات المحمية اجتماعيا حيث تتوافر المساندة فان هذا القصور قد لا يكون ظاهرا على الاطلاق والعكس.

(سهى احمد امين،1999،ص13)

وفي محاولة جادة لتجاوز الاختلافات السابقة لتعريف التخلف الذهني وتوحيد المصطلحات وملاقاة الاتجاهات الحديثة في هذا الشأن أصدرت الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (AAMR) في دليلها السنوي تعريفا حاولت فيه أن يتفق عليه كافة المتخصصين في كافة المجالات

(احلام رجب عبد الغفار،2003،ص10)

✓ **تعريف الجمعية الامريكية للتخلف الذهني لسنة 2002:**

"Mental retardation is a disability characterized by significant limitation both in intellectual functioning and in adaptive behavior as expressed in conceptual social. and practical adaptive skills. This disability originates before age18"

فالتخلف الذهني هو عجز يتمثل أساسا في قصور واضح في الوظائف العقلية والسلوك التكيفي والذي يظهر جليا في المهارات الاجتماعية. والمهارات التكيفية العملية. حيث يظهر هذا العجز قبل سن 18 عاما. (AAMR, ,2002, p6)

أما**P.Mary** فتعرفه في قاموس التخلف العقلي على أنه مصطلح يستخدم في المملكة المتحدة لوصف الأفراد الذين لديهم نقص كبير في الوظائف العقلية مما يجعلهم من ذوي الاحتياجات الخاصة، والمتفق عليه أن التخلف العقلي موجود من حيث حاصل الذكاء (IQ) أقل أو يساوي70درجة عند تطبيق اختبار الذكاء. مع عجز أو ضعف في السلوك التكيفي و مراعاة ظهور ذلك قبل 18 سنة من العمر.

(Mary,2002, P209 P.)

ويعرفه(**Frédérique brin et autre**) بانه عجز او تأخر في النمو العقلي مما يسبب قصورا في الوظائف العقلية وصعوبة في التكيف مع الاوضاع الجديدة ويمكن تحديده انطلاقا من 68 درجة ومأقل على مقياس وكسلر للذكاء. (Frédérique brin et utr,2004,p68).

أما**جروسمان(Grossman.1973)** أنه حالة تشير إلى الأداء الوظيفي دون المتوسط بشكل واضح في العمليات العقلية، وتوجد متلازمة مع أشكال القصور في السلوك التكيفي على أن يظهر ذلك خلال الفترة النمائية. (رياض نايل العاسمي،2008،ص3)

ويعرفه **نوربير سيلامي (N.Sillamy)** في المعجم الموسوعي في علم النفس بأنه تعبير عن عجز في الوظائف العقلية يظهر مبكرا ولا يمكنه أن يعوض مبدئيا ،وليس التخلف العقلي كيانا عياديا بمعنى أن جميع الحالات لا تظهر الخصائص نفسها وايقاع النمو عينه ، والبداية ذاتها والسبب نفسه ولا يقتضي الطرائق عينها في العناية والعلاج وإعادة التربية.

(نوربير سيلامي وآخرون،2001، ص548)

أما بالنسبة للباحثين العرب فهناك من قدمو اتعاريف شاملة مثل تعريف **حامد زهران(1990)** فيعرفه على أنها حالة نقص أو تأخر أو عدم اكتمال النمو العقلي المعرفي يولد بها الفرد أو تحدث له في سن مبكرة نتيجة لعوامل وراثية أو مرضية أو بيئية تؤثر على الجهاز العصبي للفرد مما يؤثر على القدرة العقلية ويؤدي الى انخفاض نسب الذكاء ، وتتضح آثارها في ضعف مستوى الأداء المرتبط بالنضج والتعلم والتوافق النفسي والاجتماعي والمهني بحيث ينحرف مستوى الأداء عن المتوسط في حدود انحرافين معياريين سالبين.

(فاتن صلاح عبد الصادق، 2003، ص93)

كما يعرفه عبد العزيز شخص وعبد الغفار الدماطي في قاموس التربية الخاصة على انه مصطلح يستخدم على شكل واسع ويشير إلى أداء ذهني عام اقل من المتوسط بدرجة دالة بحيث يظهر خلال الفترة النمائية كما يصاحبه في نفس الوقت قصور في السلوك التكيفي وتشير التعريفات المستخدمة في الوقت الحاضر الى اعتبار الفرد متخلفا عقليا اذا بلغت نسبة ذكائه 70 درجة او اقل واذا بدا قصوره واضحا في التكيف او القدرة الاجتماعية.

(عبد العزيز شخص وعبد الغفار الدماطي ،1992، ص75)

تعد تعريفات التخلف العقلي واختلافها أمر ايجابي لأن الحكم على أن هذا الطفل أو ذلك متخلف عقلياً ليس بالأمر السهل يترتب عليه مصير الطفل وحياته ونظرة المجتمع له .

وبالتالي فإن مفهومنا للتخلف العقلي لا يقوم على أساس الاعتماد على نسبة الذكاء والصلاحية الاجتماعية أو القدرة على التعلم أو مستوى النضج أو انخفاض الأداء العقلي كمعايير مستقلة بعضها عن بعض ،وإنما يتم تشخيصها على أساس مجموعة هذه المعايير مع تركيز أكبر على مستوى الذكاء كمنطلق أساسي في تحديد التخلف العقلي .

أما تعريفنا الإجرائي الذي نعتمده في دراستنا هوإذن التخلف العقلي من خلال التعاريف السابقة نقص في الذكاء العام و حالة من بطئ النمو في القدرة العقلية عن المعدل الطبيعي ، أي أن معدل النمو العقلي غير متساوي مع نواحي النمو الأخرى ، ويصاحب ذلك قصور في القدرة على التكيف الاجتماعية وعلى التعلم.

2- الفرق بين التخلف الذهني والمرض العقلي:

يخلط البعض بين مفهوم التخلف الذهني والمرض العقلي وكثيرا ما يصنفون التخلف الذهني ضمن الأمراض العقلية، ويرجع الخلط بينهما إلى تشابه الأعراض الانفعالية والعقلية التي تظهر في سلوك كل من المتخلفين ذهنيا والمرضى العقليين، فالشخص المتخلف ذهنيا لا يستطيع اكتساب المهارات الأساسية إلا في مراحل متأخرة من النمو ولا يملك القدرة اللازمة لأداء الأعمال والمهام التي تتطلب قدرات عقلية معينة ويفشل دائما في أداء ما يطلب منه من أعمال لا تناسب مع قدراته العقلية المحدودة، فيصاب بالإحباط ويرى نفسه عديم القيمة لا شأن له مما يؤدي إلى ظهور بعض الأعراض الانفعالية في سلوكه مثل الاكتئاب والعدوانية والانطواء والعزلة، فيبدو لمن يرى هذا الشخص أنه مريض عقلي لأن هذه الأعراض تشبه الأعراض الانفعالية التي تظهر في سلوك الشخص المريض عقليا والواقع أنها قد حدثت للمتخلف نتيجة قصوره الذهني، أما الشخص المريض عقليا هو في الواقع شخص مضطرب اجتماعيا وانفعاليا ووجدانيا، ونتيجة المشاكل الانفعالية والوجدانية التي يعاني منها قد تظهر عليه بعض الأعراض العقلية مثل عدم الكفاءة في أداء بعض المهام التي تتطلب قدرات عقلية معينة وعدم القدرة على حل المشكلات وقصور في أداء بعض الأنشطة العقلية ، فيتوهم من يرى هذا الشخص انه متخلف عقليا.

(اشرف محمد عبد الغني شريت،2008،ص46)

فالمرض العقلي حالة مختلفة تماما عن التخلف الذهني، فالإنسان المريض عقليا قد يكون ذا ذكاء عادي أو قد يكون متفوقا أو متعلما تعليما عاليا، ولكن سلوكه يصبح غريبا نتيجة تجربة عاطفية أو نفسية أو اجتماعية قاسية مرت به أو نتيجة مرض جسدي ما أثر على الدماغ أو نتيجة الاثنين معا، وعندما يتصرف المتخلف ذهنيا بطريقة غريبة يكون هذا عادة نتيجة أنه لم يتدرب بشكل انتظامي على التكيف الاجتماعي السليم، ويحتاج المتخلف ذهنيا إلى من يعلمه الطريقة السليمة في التصرف أما المريض عقليا فيحتاج الى مساعدة طبيب الأمراض العقلية والنفسية للتغلب على مرضه وتجاوز محنته والعودة إلى سلوكه الطبيعي.

(كريستين مايلز،1994،ص7)

أما **عبد المطلب أمين القرطبي** فيعتبر التخلف الذهني حالة تتعلق بالانخفاض في مستوى الأداء الوظيفي العقلي للفرد كنتيجة لتأخر نمو قدراته العقلية المختلفة، وهذا الانخفاض يكون متلازما بالضرورة مع انخفاض في مستوى سلوكه التكيفي أثناء فترة البناء والتكوين اما المرض العقلي فهو اضطراب حاد يؤدي الى تفكك شخصية الفرد مع اختلال على مستوى الوظائف العقلية كالتفكير والادراك والتركيز...الخ نتيجة لعوامل وراثية واخرى نفسية وبيئية تؤدي الى الانفصال عن الواقع، فتكون لغة المريض عقليا سليمة ولكن ليس لها أي علاقة بالواقع او الموقف. (عبد المطلب امين القرطبي، ب.ت، ص 89)

فالتخلف الذهني ليس مرضا وإنماهي حالة نقص في القدرة العقلية ، وانخفاض دال في الأداء العقلي عن المتوسط بمقدار انحرافين معياريين، يصاحبه قصور في المهارات التكيفية يحدث قبل سن 18 سنة حسب ما جاء في التعاريف السابقة، فيحدث قبل الولادة او أثناءها، وقد تحدث بعد الولادة خلال فترة النمو وقد تحدث نتيجة عوامل وراثية أو عوامل بيئية مكتسبة بسبب مرض أو فيروس أو اضطرابات أو إصابات مباشرة للدماغ تؤثر على وظائف المخ غير قابل للعلاج، ليس لدية هلاوس سمعية أو بصرية ولايفقد صلته بالواقع.

أما المرض العقلي فيحدث في مرحلة من مراحل العمر، وعادة ما يحدث بعد سن المراهقة، وفي معظم الحالات يحدث المرض العقلي للفرد بعد المرور بخبرة فشل أو شعور بالإحباط مع بعض عناصر البيئة التي يعيش فيها أو التعامل مع أشخاص، أو العجز في حل بعض المشكلات التي تقابل الفرد في حياته وقد يحدث المرض العقلي نتيجة مغالاة الفرد في طموحاته وتوقعاته بما لا يتلاءم مع قدراته وإمكاناته، فيجد نفسه عاجزا عن تحقيق طموحاته ويفشل في توقعاته، أو يشعر الفرد بأن الآخرين ينظرون له على أنه غير كفء وتكرار هذه المواقف في حياة الفرد يؤدي به إلى ظهور أنماط غير سوية من السلوك الانفعالي مثل الاكتئاب , العدوانية.. الانطواء ... إلى آخره ، ولعل أهم ما يميز المرض العقلي أنه يحدث بعد اكتمال نمو العقل وأن العجز الظاهر في الأداء العقلي لدى المريض يرتبط بفترة المرض، يحدث في أي مرحلة من مراحل العمر المختلفة ولدية هلاوس سمعية أو بصرية عكس التخلف العقلي ويفقد صلته بالواقع ويعيش في حالة انقطاع عن العالم الواقعي.

3-انتشار التخلف الذهني:

تعتبر محاولة تحديد عدد أو نسبة المتخلفين ذهنيا في المجتمع بدقة أمر شديد الصعوبة وذلك لاستحالة تحديد الفترة الزمنية التي يكتسب فيها الفرد التخلف الذهني، فتشخص معظم حالات التخلف الذهني الشديدة في مرحلة عمرية مبكرة بينما تشخص معظم حالات التخلف البسيط خلال المرحلة المدرسية وغالبا ما تنقص نسبة ظهوره في مرحلة الرشد، ومن جانب آخر يشير **حامد زهران (1990)** أن نسبة المعاقين ذهنيا في أي مجتمع تبلغ حوالي 2.3 %من مجموع السكان وذلك في مرحلة الطفولة المبكرة وقد تصل نسبتهم حوالي 5 % من مجموع المواليد .

وأوضح تقرير المنظمة النفسية الأمريكية 1994 أن نسبة الذكور إلى الاناث من المعاقين ذهنيا تبلغ 1- 1.5 % وأكدت نتائج **ريتشاردسون** و آخرون شيوع هذه النسبة .

وأوضحت نتائج دراسة **دارموت (Dermott 1994)** أن معدلات انتشار التخلف الذهني في علاقاتها بالمستوى الاجتماعي والاقتصادي المنخفض بلغت 40 %، كما أوضحت أن 90% يعانون من تخلف ذهني بسيط.

ويشير **مالوني (maloney1994)** أن هناك أقل من 15 % في حالات التخلف الذهني يعرف سببها العضوي أو الطبي أما الغالبية العظمى من المتخلفين ذهنيا فلا يعرف سبب تخلفهم .

(فاتن صلاح عبد الصادق،2003،ص98)

وتشير معظم الاحصائيات أن نسبة انتشار التخلف الذهني في اي مجتمع تبلغ في المتوسط من2-3 % ، وبينت وزارة التربية الامريكية أن ما نسبته 1.21% من السكان الذين تتراوح أعمارهم من 6-17 سنة اعتبروا متخلفين ذهيا. (أسامة محمد بطاينة واخرون،2007،ص123)

من خلال ما سبق يمكننا القول أنه لا يمكن تحديد نسبة انتشار التخلف الذهني في المجتمع تحديدا دقيقا وذلك لاختلاف المعايير المتبعة في تحديده ، واختلاف المستويات الثقافية والاجتماعية والخدمات الصحية بين الفئات الاجتماعية والمجتمعات المختلفة ككل.

4- تصنيف التخلف الذهني:

ليس الغرض من تقسيم أو تصنيف المتخلفين إلى مجموعات أن يكون مجرد تقسيم احصائي بغرض الانتساب لطبقة معينة لها سماتها أو أوصافها ، إنما من أجل التعرف على سمات كل فئة منهم ومساعدة القائمين على مساعدتهم للوصول إلى برامج خاصة تناسب كل فئة، ولقد تعددت التصنيفات فهناك من صنفها حسب درجة الذكاء وهناك من صنفها حسب الشكل الخارجي وهناك من صنفها حسب البعد التربوي أو حسب التكيف الاجتماعي و يصنفها فاروق الروسان كما يلى:

حسب درجة الذكاء: بسيط، متوسط، شديد.

حسب القدرة على التعلم: قابلون للتعلم ، قابلون للتدريب ، اعتماديون.

حسب الشكل الخارجي: عرض داون، ،القماء، صغر حجم الدماغ ، كبر حجم الدماغ ، استسقاء الدماغ.

حسب الأسباب: تخلف عقلي أولي، تخلف عقلي ثانوي.

(فاروق الروسان،1998، ص64)

4-1 التصنيف حسب اسباب التخلف الذهني :

وتصنف الى:

أ- **تخلف ذهني اولي:** ويعرف التخلف الذهني بانه تخلف أولي إذا كان مصدرها يرجع إلى عوامل داخلية أي وراثية بيولوجية كما هو الحال في عرض داون أو (PKU).

ب- **تخلف ذهني ثانوي:** يعرف بأنه تخلف عقلي ثانوي إذا كانت أسبابه ترجع إلى أسباب بيئية أي عوامل خارجية والتي تحدث أثناء فترة الحمل أو الولادة أو بعدها وقد تكون نتيجة لحادثة جسمية أو عدوى ميكروبية أو نوع من أنواع التسمم. (فتيحة السعدي،2005،ص78)

4-2- تصنيف التخلف الذهني حسب الشكل الخارجي:

يعتمد هذا التصنيف على المظاهر والملامح التي تصاحب بعض حالات التخلف الذهني، وعلى الرغم من أن هذه الحالات لها نمط معين يمكن اعتبارها فئة خاصة متجانسة نسبيا من حيث المظهر الجسمي ومصدر التخلف، إلا أنها غير متجانسة من حيث درجة التخلف الذهني وذلك لأن احتمال وجود

الإعاقة الذهنية ودرجتها تتوقف على مدى التلف الذي أصاب المخ والجهاز العصبي المركزي نتيجة العوامل المرضية التي أدت إلى حدوث الحالة.

ومن أهم هذه الحالات وأكثرها وضوحا:

أ- عرض داون:

تعتبر هذه الحالة من الأنماط الاكلينيكية للتخلف العقلي وترجع تسمية هذه الحالة بعرض داون إلى الطبيب الانجليزي داون (down) وهو أول من اكتشف هذه الحالات في الولايات المتحدة الأمريكية من خلال عمله في إحدى مؤسسات رعاية المعاقين عقليا فلاحظ أن عددا كبيرا منهم متشابهون في كثير من الملامح الجسمية خاصة ملامح الوجه . (أشرف محمد شريت،2008،ص69)

ويمكن التعرف على هذه هذا النوع قبل ولادة الطفل أو اثناءها كما تعود أسبابها إلى عمر الأم حيث تزداد درجة هذه التخلف مع تقدم عمر، ويرجع سبب هذا التخلف إلى خلل في انقسام الكروموزوم 21 حيث يظهر زوج الكروموزوم ثلاثيا لدى الجنين، وبناء على ذلك يصبح عدد الكروموزومات 47 بدلا من 46 كروموزوم وهو العدد المطلوب في الأجنة العادية ، وأحيانا يكون سبب التخلف ناتجا عن موقع الكروموزوم، وأفراد هذه الفئة لديهم تخلف متوسط أو بسيط، ويمتاز هؤلاء الأطفال بوجه مفلطح وأنف صغير مائل قليلا وعيون ضيقة وكبر الاذنين وبروز اللسان خارج الفم وتكون عادة أصابعهم وأيديهم قصيرة.

(سعيد حسنى العزة ،2009،ص63)

ب-حالات اضطرابات التمثيل الغذائي:

من اشهرها حالات(**pku**) يتغير لون بول الطفل عند إضافة حامض الفوليك ذو اللون الأحمر المائل للبني إلى اللون الأخضر، ويعود سبب التخلف في هذه الحالة إلى اضطرابات في التمثيل الغذائي لحامض الفينيلين، وتعود في مجملها إلى الأسباب الوراثية ونقص في كفاءة الكبد في افراز الانزيم اللازم لعملية التمثيل الغذائي المتعلق بذلك الحامض وسوء هضمه، فيظهر هذا الإنزيم بشكل عالي في الدم كمادة سمية في الدماغ الأمر الذي يؤدي الى خلل في الخلايا العصبية فيه والذي يؤدي إلى التخلف الذهني، ويمتاز أصحاب هذه الإعاقة بجلد ناعم وبصغر حجم الرأس ودرجة ذكائهم.

(مرجع سابق،2009،ص64)

ت-حالات القماء:

ويتميز بقصر القامة حيث لا يصل طول الفرد حتى في نهاية سن البلوغ والمراهقة الى اكثر من 80سم ، ويصاحبها كبر في حجم الرأس وجحوظ العينين وجفاف الجلد واندلاع البطن وقصر الأطراف والأصابع، أما الخصائص العقلية تتمثل في تدني الأداء العقلي لهذه الفئة على مقاييس الذكاء حيث تتراوح نسبة ذكائهم ما بين 25-50درجة، وترجع الأسباب إلى عوامل وراثية وبيئية والتفاعل بينهما ، وتعتبر اضطرابات الغدة الدرقية وخاصة النقص الواضح في افراز هرمون التيروكسين والذي تفرزه الغدة الدرقية سببا رئيسيا في حدوث حالات القماء ، حيث يتأثر نشاط الغدة الدرقية بعدة عوامل منها الهرمون المنشط لها

من الغدة النخامية ،وكمية الدم التي تصل اليها، ومادة اليود الذي يعتبر نقصه في الطعام عاملا أساسيا في نقص هرمون التيروكسين.

ث-حالات صغر حجم الدماغ:

تبدو مظاهره في صغر حجم محيط الجمجمة مقارنة مع حجم محيط الجمجمة للأطفال العاديين، وغالبا ما يأخذ الراس في مثل هذه الحالات شكل المثلث المعكوس، ومن المظاهر الجسمية المصاحبة لمثل هذه الحالات النقص الواضح في الوزن والطول وصعوبات في المهارات الحركية العامة والدقيقة مقارنة مع أقرانهم، أما الخصائص العقلية فتبدو في النقص الواضح في القدرة العقلية وغالبا ما تقع هذه الحالات في فئة التخلف العقلي الشديد والعميق وترجع الأسباب لعوامل غير معروفة وعوامل أخرى مثل الزهري وتناول الكحول والعقاقير والأدوية والإشعاعات وتسمم الحمل.

ج- كبر حجم الدماغ :

تتمثل أهم أعراضه في كبر حجم محيط الجمجمة مقارنة بالعاديين، كما يتميز بالنقص الواضح في الوزن والطول وصعوبة في المهارات الحركية العامة والدقيقة مقارنة مع نظائرهم من الأطفال العاديين، وتظهر الخصائص الذهنية في النقص الواضح في القدرة الذهنية (تخلف شديد أو عميق) وعادة ما تكون هذه الاعاقة نتيجة تناول العقاقير والأدوية والكحول والتدخين.

(مرجع سابق،2003،ص54)

ح- حالات استسقاء الدماغ:

تنشأ هذه الحالة نتيجة تراكم السائل النخاعي الشوكي داخل الجمجمة مما يؤدي الى زيادة الضغط المستمر فتتلف أنسجة الدماغ، وترجع زيادة هذا السائل إلى اختلال إعادة امتصاصه أو وجود عائق يمنع جريانه.

وتتمثل المظاهر الجسمية للمصابين بهذه الحالة بكبر الرأس وكبر حجم الجزء العلوي من الوجه ،والنقص الواضح أحيانا في الطول والوزن وظهور مشكلات حركية عامة وخاصة، ومن مضاعفات الاستسقاء الدماغي أنه قد ينجم عنه تجمع للسائل الشوكي يؤدي إلى توسع حجيرات الدماغ وذلك يقود إلى الضغط على الخلايا العصبية الدماغية وبالتالي تلف الدماغ لذا يجب إجراء عملية جراحية بسرعة قبل تلف عدد أكبر من خلايا الدماغ .

وتظهر هذه الحالة قبل ولادة الطفل أي أثناء حياته الجنينية باعتباره تشوها خلقيا ناتجا عن خلل ما داخل تجويف الجمجمة، وقد تظهر في مرحلة الميلاد أو الشهور الأولى من عمر الطفل بسبب اصابة الطفل بالحمى الشوكية أو حدوث التهاب في الدماغ .

ويمكن التعرف على الاستسقاء الدماغي وتشخيصه أثناء الحمل بواسطة جهاز الموجات فوق الصوتية، كما يمكن التعرف على هذه الحالة بعد عملية الولادة عن طريق قياس محيط الرأس ومقارنته مع الأطفال العاديين. (عدنان ناصر الحازمي،2007،ص)

3-4 تصنيف حالات التخلف العقلي حسب متغير نسبة الذكاء:

صنفت المنظمة العالمية للصحة التخلف العقلي إلي ست تصنيفات ووضعت رموز لكل درجة من درجات التخلف العقلي وهي كالتالي:

- ✓ F70 التخلف العقلي البسيط
- ✓ F71 التخلف العقلي معتدل
- ✓ F72 تخلف عقلي شديد
- ✓ F73 التخلف العقلي العميق
- ✓ F78 التخلف العقلي آخر
- ✓ F79 التخلف العقلي غير محدد

(ICD-10 ,1996, p1)

والجدول التالي يوضح تصنيف كل من المنضمة العالمية للصحة والجمعية النفسية الامريكية للتخلف العقلي ودرجة كل فئة:

جدول (07): يمثل تصنيف كل من منظمة الصحة العالمية والجمعية الأمريكية للطب النفسي للتخلف العقلي حسب درجة الذكاء

مستوى التخلف العقلي	CIM-10 (OMS 1994)	DSM-IVTR (APA2003)
التخلف العقلي البسيط	50إلى69 درجة	50-55إلى70درجة
التخلف العقلي المتوسط	49إلى 35درجة	35-40إلى 50-55درجة
التخلف العقلي الشديد	20إلى 34درجة	20-25إلى35-40درجة
التخلف العقلي العميق	اقل من 20درجة	اقل من 20-25 درجة

(J.M Bouchard et utr ,2007,p9)

أما (J.M. kremer) فيصنفها إلى :

- ✓ تخلف عقلي بسيط 55-65درجة
- ✓ تخلف عقلي متوسط40-54 درجة
- ✓ تخلف عقلي شديد 25-39درجة
- ✓ تخلف عقلي حاد أو عميق 24 درجة وأقل

(J.M. kremer,1994,p37)

أ- **التخلف العقلي البسيط:**

تشكل هذه الفئة ما نسبة 80 %من الأطفال المتخلفين عقليا، وتتراوح نسبة الذكاء لهذه الفئة ما بين 55-70 درجة عند اختبارات الذكاء وعلى بعد انحرافين معياريين سالبين من المتوسط على منحنى التوزيع الطبيعي للقدرة العقلية .

ب-**التخلف العقلي المتوسط:**

تشكل هذه الفئة ما نسبته 10 تقريبا من الاطفال المعاقين عقليا وتتراوح نسبة الذكاء لهذه الفئة ما بين 40-55 درجة على اختبارات الذكاء وعلى بعد ثلاثى انحرافات معيارية سالبة عن المتوسط على منحنى التوزيع الطبيعي للقدرة العقلية

ت-**التخلف العقلي الشديد:**

تشكل هذه الفئة ما نسبته 5 تقريبا من الاطفال المعاقين عقليا وتتراوح نسبة الذكاء لهذة الفئة ما بين 40درجة فما دون على اختبارات الذكاء وعلى بعد اربعة انحرافات معيارية سالبة عن المتوسط على منحنى التوزيع الطبيعي للقدرة العقلية. (فاروق الروسان،2003،ص60)

ث-**التخلف العقلي الحاد:**

تقل نسبة ذكاء هذه الفئة عن 24 درجة ويمثلون 1% من المتخلفين عقليا في حاجة الى اشراف كلي وغالبا رعاية طبية تمريضية طوال حياتهم ويصاحب هذا النوع عادة قصور حركي وجسمي وترتفع نسبة انتشار المشكلات السلوكية الحادة والمتمثلة في العدوانية نحو الاخرين ونحو الذات ، ولم تذكر هذه الفئة عند بعض الباحثين حيث تم ادراجها مع فئة التخلف العقلي الشديد.

(أماني ابو العلا،2008 ،ص47)

4-4 تصنيف حالات الاعاقة العقلية حسب متغير البعد التربوي

أ- **حالات القابلين للتعلم :**

توازي حالات القابلين للتعلم وفق هذا التصنيف حالات التخلف العقلي البسيط وفق تصنيف متغير الذكاء ، ويتم التركيز لهذه الفئة على البرامج التربوية الفردية او ما يسمى بالخطة التربوية الفردية وتتضمن تعليمهم المهارات الاستقلالية والحركية، المهارات اللغوية، المهارات الأكاديمية كالقراءة والكتابة والحساب ،المهارات المهنية ،المهارات الاجتماعية، مهارات السلامة والمهارات الشرائية .

ب- **حالات القابلين للتدريب :**

توازي حالات القابلين للتدريب وفق هذا التصنيف حالات التخلف العقلي المتوسطة وفق تصنيف متغير الذكاء للتخلف العقلي، ولهذه الفئة نفس الخصائص العقلية والجسمية والاجتماعية لفئة الاعاقة العقلية البسيطة ويتم التركيز في برامج هذه الفئة على مهارات الحياة اليومية.

ت- **حالات الاعتماديين:**

توازي حالات الاعتماديين وفق هذا التصنيف حالات التخلف العقلي الشديدة وفق تصنيف متغير الذكاء للتخلف العقلي، و لهم نفس الخصائص الجسمية والاجتماعية لفئة الإعاقة العقلية الشديدة ويتم التركيز في برامج هذه الفئة على مهارات الحياة اليومية.

4-5 تعاريف شاملة:

تبنت الجمعية الأمريكية للتخلف الذهني هذا التصنيف اذ يسمى باسمها وتصنف حسب متغيري نسبة الذكاء والسلوك التكيفي الاجتماعي معا، وذلك لأهمية كل متغيرات نسبة الذكاء والسلوك التكيفي في اعتبار الحالة تمثل مستوى من مستويات التخلف الذهني ويشترط ان يكون اداء الطفل واقعا بين حدود نسبة الذكاء الذي تمثله كل فئة من التخلف الذهني كما يشترط أيضا أن يكون أداء الطفل مماثلا لأداء الأطفال المناظرين له في العمر الزمني على مقياس السلوك التكيفي.

ومما تجدر الاشارة إلية أن الجديد في هذا التصنيف هو توفر شرطين أساسين للدلالة على مستوى الفئة التي تنتمي اليها مقارنة مع التصنيفات السابقة والتي اعتمدت متغيرا واحدا في تصنيفها لحالات التخلف العقلي وعلى ذلك ظهر التصنيف المشهور للجمعية الامريكية للتخلف العقلي .

5- أسباب التخلف الذهني:

من خلال اطلاعنا على موضوع أسباب التخلف الذهي لاحظنا أن معظمها غير معروف حتى الآن، إلا ان الباحثين في هذا المجال حاولوا جمعها وتقسيمها وتصنيفها بهدف التعرف عليها وتفسيرها ،فمنهم من قسمها إلى أسباب وراثية وأسباب بيئية ومنهم من قسمها حسب مراحل النمو التي تحدث فيها (اسباب قبل الولادة –اسباب اثناء الولادة –اسباب بعد الولادة) الا انه لم يتم الفصل بينها وتحديد السبب المباشر في حدوث التخلف الذهني وذلك لتداخلها وقد قسمها الباحثين في هذا المجال إلى:

أ- أسباب قبل الولادة

ب-أسباب اثناء الولادة

ت- أسباب بعد الولادة

أ- أسباب قبل الولادة :

ويمكن تقسيمها الى اسباب جينية واسباب غير جينية

أ-1- الأسباب الجينية:

أولا: الأسباب الوراثية:

ويقصد بها العوامل التكوينية الأصلية الداخلية الناتجة من فعل الوراثة وارتباطها بانتقال خصائص موروثة الى الطفل من اجداده كالضعف الذهني إما مباشرة عن طريق المورثات او الجينات التي تحملها صبغيات أو كروموزومات الخلية وفقا لقوانين الوراثة او عن طريق غير مباشر بأن تحمل جينات عيوبا تكوينية او خللا يؤدي الى تلف أنسجة المخ او الى عدم تمثيل الغذاء .

ويصعب تحديد دور الوراثة في التخلف الذهني الا ان بعض الباحثين حاولوا دراستها، وتوصلوا أن نسبة التخلف ترتفع في العائلات ذات الاضطرابات العقلية المتنوعة، ويشير **تريدجولد tredgold** في بريطانيا ان نسبة 10%من أباء المتخلفين يعانون من تخلف ذهني و50% من المتخلفين يعطون أطفالا متخلفين.

ومن المشاكل التي تخص الجزائر هو ارتفاع نسبة قرابة العصب 34% بالبادية و29% بالمدن مع نقص المتابعة الصحية والوقاية. (بدرة معتصم ميموني،2005ص198)

ويرى **بنروس penrose** أن الطفل قد يرث التخلف الذهني من والديه وأجداده عن طريق جينات سائدة تؤدي الى تخلف ذهني سائد يظهر في جين الأجيال بنسبة 50% بحسب قانون مندل، وينتج هذا النوع من التخلف عن اقتران كروموزومات او جينات غير متآلفة. وقد يرث الطفل التخلف الذهني من والديه واجداده عن طريق جينات متنحية تؤدي الى تخلف ذهني متنحي لا يظهر في جميع الأجيال وينتج هذا النوع من خصائص مرضية واضطرابات بيوكيميائية تنتقل من الوالدين او أحدهما إلى الجنين فتؤذي دماغه وجهازه العصبي وتأتي وراثة هذه الخصائص من الجد الاعلى ويحتمل ظهورها في زواج الاقارب وتسبب حوالي 20% –40% من حالات التخلف الذهني الشديد والمتوسط.

وبناء عليه فان وراثة التخلف الذهني تعنى اما ان يرث الطفل خاصية التخلف الذهني من والديه أو من أجداده أو قد يرث خاصية مرضية بيو كيميائية تتلف خلايا دماغه وجهازه العصبي وهذه الحالة الأخير تمثل انتقال خصائص وراثية شاذة تؤدي إلى اضطرابات التمثيل الغذائي.

(محمد السيد حلاوة،1998،ص31)

من خلال ما سبق يمكننا القول أن التخلف الذهني لا يكون بالضرورة وراثيا فقد كان نتيجة الظروف الاسرية والاجتماعية التي عاشها وفقر البيئة من المثيرات والتجارب والخبرات التي يكتسبها من الوالدين المتخلفين او أحدهما الا اننا لا ننكر وجوده.

ثانيا: خلل في الكروموزوماتّ

الذي قد يحدث عند انقسام الخلية، حيث يحدث خطأ في انقسام الخلية, فكما ذكرنا سابقاً أن الخلية الطبيعية عند انقسامها تحتوي على (23) زوج من الكروموسومات أي (46) كروموسوم, أما في حالة الخلل في انقسام الخلية كما في حالة المنغولية فإن (الكروموسوم رقم 21) يظهر عند الانقسام ثلاثياً بدلاً من ثنائياً وبالتالي يصبح عدد الكروموسومات في الخلية (47) بدلاً من (46), أما الكروموسوم رقم (23) فهو المسئول عن الجنس (صفات الذكورة أو الأنوثة).

(Henri ey et ,1989,p584)

ففي حالة عرض داون نجد انه يحمل 47 كروموزوم بدل من 46 كروموزوم وهو مرتبط الكروموزوم رقم 21 بحيث يصبح هناك ثلاث كروموزومات بدلا من اثنين وتمثل هذه الحالة حوالي 94% من المصابين هذا بالنسبة لزيادة عدد الكروموزومات ويوجد نوعين اخرين من عرض داون وهو النوع الفسيفسائي ويظهر فيه الكروموزموم الزائد في بعض الخلايا بينما يكون عدد الكروموزومات في الخلايا الاخرى طبيعيا اي 46 كروموزوم يمثل 2%من عدد المصابين ويكون مستوى ذكائهم اعلى من ذكاء أفراد الفئة الأولى اما النوع الثالث فهو اختلاف في موقع الكروموزوم الزائد الكروموزوم الزائد يلتصق بأي نوع من أزواج الكروموزومات في المجموعة من رقم 13 الى 15 او بالمجموعة الاخرى من رقم 21 الى 22 بحيث يبدو ظاهريا ان لدى الفرد 46 كروموزوم وليس47 وتبلغ نسبته 2% من جملة المصابين.

(رمضان محمد القذافي،1995،ص25)

وهناك شذوذ آخر للكروموزومات خاصة الكروموزوم (x) الهش وينشأ هذا الشذوذ نتيجة وجود جزء مقتبض او متقلص عند نهاية أو طرف الكروموزوم (x) لذلك يطلق عليه الكروموزوم (x) الهش وهناك مجموعة من السمات الجسمية ترتبط به إلى جانب العديد من أوجه القصور المعرفية

(وليد السيد خليفة ومراد على عيسى،2006،ص104)

ثالثا: عامل الريزوس(RH):

يعتبر عامل الريزوس أحد العوامل الأساسية المكونة للدم ويختلف هذا العامل في مفهومه عن فصائل الدم المعروفة مثل A B O كما يختلف أيضا في آثاره ونواتجه يظهر أثر اختلاف العامل الريزيسي بين الأب والأم في حالة واحدة هي عندما يكون العامل الريزيسي لدى الأب موجبا ولدى الأم سالبا مما يترتب عليه ظهور العامل الريزيسي لدى الجنين موجبا ويعني ذلك اختلاف عامل الريزيسي بين كل من الأم والجنين حيث يؤدي ذلك الاختلاف تكون الام اجسام مضادة في دمها لتدافع بها عن نفسها حيث تهاجم هذه الأجسام المضادة كريات الدم الحمراء لدى جنينها مما يترتب عليه تميع الدم لدى الجنين وبالتالي حدوث تلف ما في الجهاز العصبي المركزي لدى الجنين مما يترتب عليه وفاته او احداث حالة من حالات الاعاقة لديه ومنها التخلف الذهني ومما تجدر الاشارة اليه ان الام تحتفظ بالأجسام المضادة في دمها عند قطع الحبل السري للوليد حيث يختلط دم الأم مع دم الجنين في هذه اللحظة بعد الحمل الاول ولذا فلا يوجد أثر الاختلاف العامل الريزوسي بين الابويين في الحمل الاول بل تحدث اثار ذلك في الاحمال اللاحقة.

(فاروق الروسان،2003،ص74)

أ-2- الأسباب الغير جينية :

ويمكن نلخصها فيما يلي

- ✓ اصابة الأم ببعض الأمراض في فترة الحمل مثل الحصبة الألمانية 'Rubella'فإذا انتقلت العدوى من الأم الى جنينها بعد اصابتها بالحصبة الالمانية ولد هذا الجنين مشوها، أو مصابا بالصمم أو أمراض القلب، أو ضمور المخ، أو يعاني من تأخر في نموه الجسمي والعقلي بصفة عامة.

- ✓ إصابة الأم بالزهري فتنتقل العدوى الى الجنين وقد اثبتت الدراسات ان 32% من المتخلفين ذهنيا مصابون بالزهري الولادي.
- ✓ تعرض الأم للحوادث والاصابات أو محاولتها الاجهاض أو اصابتها بالحمى الشديدة أو فقر الدم الشديد او اضطرابات في افرازات الغدد تسبب تشوه الجنين واعاقة نموه الذهني والجسمي.
- ✓ تعرض الأم لاضطرابات نفسية عنيفة تؤثر في التركيب الكيميائي لغذاء الجنين
- ✓ تعرض الأم الحامل للإصابة بحمى الصفراء وهو مرض يصيب الام الحامل بحيث ترتفع لديها نسبة البيليروبين Bilirubin وهذا المرض يؤثر على الجنين ويسبب له تخلفا ذهنيا.
- ✓ اصابة انسجة الجهاز العصبي المحيطي والمركزي وانسجة الجسم بالسل تسبب تورم انسجة الجسم السطحية فيتأخر الطفل في المشي والوقوف والجلوس والكلام.
- ✓ عدم توفر الأوكسيجين اللازم للجنين حيث ان حرمان الام من الكمية اللازمة من الأوكسيجين اللازم يجعلها تعاني هي وجنينها من تلف في الجهاز العصبي.

(محمد ابراهيم عبد الحميد،1999،ص22)

- ✓ تسمم البلازما حيث ان الاصابة بفيروس هذا المرض يصيب الجهاز العصبي المركزي للجنين فيحدث لديه احدى مظاهر التخلف كما هو الحال في كبر حجم الدماغ او الاستسقاء الدماغي
- ✓ مرض السكري حيث يؤدي ارتفاع نسبة السكر في الدم الى عدة مشكلات جسمية وصحية للام الحامل وللجنين فيما بعد.
- ✓ سوء تغذية الام الحامل الذي يؤدي الى خلل في الجهاز العصبي المركزي خاصة في الاشهر الثلاث الاولى
- ✓ تعرض الأم الحامل للأشعة السينية والاشعاعات خاصة في الفترات الاولى للحمل
- ✓ تناول الأم الحامل للعقاقير والأدوية والمشروبات الكحولية خاصة الأشهر الثلاث الأولى والتي تؤدي إلى ضمور خلايا المخ والجهاز العصبي ويظهر فيما بعد بصغر حجم الدماغ مثلا.
- ✓ تلوث الماء والهواء حيث ان تلوث الماء والهواء بالغازات ونتاج المصانع الكيميائية والذي يؤدي الى خلل في الجهاز العصبي المركزي للجنين.

2-5 أسباب أثناء الولادة:

هي التي تحدث أثناء عملية الولادة حيث تؤدي إلى حدوث حالات التخلف العقلي أو غيرها من الاعاقات و نذكر منها:

- ✓ انفصال المشيمة وهو العضو الأساسي الذي يمد الجنين بالغذاء فنجد المشيمة تتجه نحو عنق الرحم المفتوح مبتعدة عن مكانها وإذا لم يتم تشخيصها قبل الولادة تؤدي الى انفتاح عنق الرحم وتسبب نزيفا قويا ولا يسمح بوصول الدم للدماغ الجنين وبالتالينقص الاوكسجين حيث يؤدي إلى تلف الدماغ ويحدث نتيجة لطول الولادة او تعسرها او التفاف الحبل السري حول رقبة الجنين

✓ الصدمات الجسدية التي يتعرض لها الطفل نتيجة استخدام بعض الأدوات في عملية الولادة وخاصة عند سحب الجنين من راسه مثل الملاقط والتي تؤدي الى تلف في القشرة الدماغية للجنين او في الجهاز العصبي المركزي وبالتالي التخلف العقلي.

✓ الالتهابات التي تصيب الجنين نتيجة عوامل فيروسية تؤدي الى حدوث تلف في الجهاز العصبي المركزي مثل التهاب السحايا والتهاب الدماغ. (عدنان ناصر الحازمي ،2007 ،صص53-55)

3-5 أسباب ما بعد الولادة:

هي تلك الأسباب التي تحدث ما بعد الولادة مباشرة أوفي مرحلة الرضاعة أو الطفولة المبكرة والتي تؤثر على الجهاز العصبي المركزي مما يؤدي إلى التخلف العقلي والتي نذكر منها:

✓ سوء التغذية بسبب الفقر والحرمان او بسبب العادات السيئة في التغذية ونقص بعض المواد مثل البروتينات والفيتامينات ومادة اليود التي تؤدي الى نقص افراز هورمون التيروكسين (يعمل على تنشيط القدرات العقلية) وبالتالي التسبب في ظهور بعض اعراض التخلف كحالة القماءة.

✓ الحميات التي تعد من أولى المعجلات الحادة التي تؤدي الى اتلاف دماغية شديدة إن هي أهملت أو طالت مدة ارتفاع حرارة الطفل اثناءها الى ما يتعدى 72 ساعة بدون تخفيض والسبب في ذلك هو انحدار منسوب السائل بخلايا الجسم بسبب ارتفاع حرارة الدم بما فيها خلايا الجهاز العصبي وجفاف الخلية العصبية اثاره اكثرتدميرا عن جفاف خلايا الجسم الأخرى.

✓ التسمم بمادة الرصاص خاصة أنها تستعمل في كثير من ادوات الحياة اليومية مثل طلاء الخشب وفي مواد التلوين وحبر الطباعة والتي تكون دائما في متناوله كذلك التسمم بالعقاقير والأدوية كونها مواد سامة وخاصة اذا أخذت بكميات مبالغ فيها وبالتالي تلف الجهاز العصبي المركزي والعديد من الأمراض النفسية والعصبية الذهنية دون أن ننسى المواد الحارقة والكاوية . (الفت حقي،1996،ص189)

✓ الحوادث والصدمات خاصة التي تؤثر بشكل مباشر على منطقة الرأس والتي تتسبب في نقص الأكسجين او نزيف الدماغ أو كسور الجمجمة ... الأمراض و الالتهابات التي يتعرض لها الطفل في سنوات حياتهم الاولى سببا مباشرا من حوادث التخلف الذهني مثل الإصابة بالنكاف ،الحصبة، التهاب السحايا، التهاب الدماغ. (فاروق الروسان،2003،ص88)

6- قياس وتشخيص التخلف الذهني:

إن قياس أي شيء يجب أن يبنى على أساس الهدف الذي وجد من أجله أي على ما يراد منه أن يقيس، ولا تشخيص بدون قياسالاستجابة الوالدية ولا قياس بدون تعريف إجرائي للتخلف الذهني، وبما أن التخلف العقلي ينظر إليه من زويا متعددة فان أوجه التشخيص تكون متعددة وبناء عليه فإن القياس يكون من منظورات متعددة ناتجة عن عوامل تربوية أو صحية أو نفسية أو اجتماعية أو تربوية أو قد تكون نتيجة مجموعة عوامل معا، بحيث قد يعاني الطفل منها جميعا أن عملية التشخيص يجب أن يقوم بها جميع المهتمين في مجال التخلف الذهني وقد تشمل مجموعة من الأخصائيين نذكر منهم طبيب الامراض

النفسية والعقلية، الطبيب العام، الأخصائي النفسي، الأخصائي الأرطوفوني، أخصائي قياس، معلم التربية الخاصة، الأخصائي الاجتماعي ، والمرشد التربوي...)

ولقيت مشكلة تشخيص التخلف الذهني اهتماما كبيرا من علماء الطب وعلم النفس والاجتماع ورجال التربية، لأن الحكم علي الطفل بالتخلف الذهني يؤثر تأثيراً كبيراً علي مستقبله، فبناء علي كلمتين يصدرهما أخصائي القياس أو المسؤول عن التشخيص " تخلف ذهني " يتحدد مصير إنسان ومستقبله ومكانته الاجتماعية ، ونوع تعليمه وتأهيله وتشغيله.

(كمال مرسي ،1996، ص37)

وهناك شبه اتفاق بين العلماء والباحثين على ضرورة التشخيص المتعدد المحكات في تحديد التخلف الذهني وعدم الاعتماد على محك واحد مثل اختبارات الذكاء وحدها وبالتالي يجب أن يكون التشخيص تكاملي يغطي الجوانب الطبية التكوينية والنفسية والاسرية والاجتماعية والتربوية، ومن هنا يمكن اعتبار عملية التشخيص ذات أهمية كبيرة لما يترتب على نتائجها من أثار وقرارات في تحديد مستقبل الطفل المراد تشخيص حالته، ذلك أن الحكم على الطفل بأنه متخلف ذهنيا يترتب عليه اجراءات تحدد مجرى حياته، فالهدف من عملية التشخيص ليس تحديد البرنامج التربوي المناسب للطفل فقط بل إن التشخيص يحدد امكانية تحويل الطفل إلى فصول خاصة بالمتخلفين عقليا او فصول ملحقة بالعاديين او امكانية تحويله إلى مؤسسة اجتماعية للتعليم والتدريب ورسم الخطط العلاجية المناسبة وتحديد طرق الرعاية والتوجيه والتدريب. (أميرة طه بخش،2000،ص19)

ويجب أن تتم عملية التشخيص ضمن برنامج متكامل يعد من قبل فريق من المتخصصين بحيث يشمل جوانب القصور والضعف بدقة، مما يساعد على تقديم الخدمات العلاجية والتأهيلية المتكاملة اللازمة لارتقاء بالطفل وتنميته في جميع نواحي النمو في نفس الوقت، بحيث لا يتم الاهتمام بناحية أكثر من النواحي الاخرى ويتفق الباحثون على ضرورة التقييم الشامل والتشخيص التكاملي المتعدد الابعاد لتحديد التخلف العقلي والذي يتضمن عدة اتجاهات وهي:

6-1 التشخيص الطبي:

يعتبر الاتجاه الطبي من أقدم الاتجاهات وأهمها في قياس وتشخيص حالات االتخلف الذهني حيث يقوم طبيب الاطفال بفحص الطفل المحول اليه جسميا وحركيا ويشمل التقرير الطبي معلومات عن تاريخ الحالة الوراثي واسباب الحالة وظروف الحمل ومظاهر النمو الجسمي والحسي والحركي للحالة والفحوص الطبية المخبرية اللازمة وخاصة في حالات اضطرابات التمثيل الغذائي(pku).،ومن الاختبارات الطبية التي يجريها الطبيب لاكتشاف حالات اضطراب التمثيل الغذائي اختبار حامض الفيريك وفي هذا الاختبار تخلط نقاط من حامض الفيريك مع بول الطفل فان تغير لون البول إلى اللون الأخضر فهذا يعني وجود اضطراب في التمثيل الغذائي لدى الطفل، أو اختبار شريط حامض الفيريك أو اختبار غثري حيث تؤخذ عينة من الدم من كعب الطفل ويفحص مستوى الفنيلين في الدم.

ومن القياسات التي يجريها الطبيب قياس محيط الراس للحالات المحولة إليه للتشخيص الطبي ومقارنته بمحيط الرأس للطفل العادي والذي يكون عند المولود حديثا يتراوح ما بين 32–36سم، ويستعمل عادة في حالات كبر حجم الدماغ، حالات صغر الدماغ ،حالات استسقاء الدماغ، حالت متلازمة داون.

كما يقارن الطبيب أيضا بين مظاهر النمو الحركي للطفل المتخلف ومظاهر النمو الحركي للطفل العادي (حركة الراس ،الجذع ، الذراعين ، الاستلقاء على الظهر أو البطن ، الحبو ، الزحف، الوقوف المشي.....) ويهتم كذلك بمظاهر النمو الجسمي العام كالطول والوزن واضطرابات الغدة الدرقية.

(فاروق الروسان،2003، ص7)

6–2 التشخيص السيكومتري:

يعتبر التشخيص السيكومتري من الاتجاهات التقليدية في تشخيص التخلف العقلي والتي جاءت بعد التشخيص الطبي، ظهر أول مقياس للذكاء لألفرد بينيه مع بدايات عام 1900 في فرنسا، ثم ظهور مقياس ستانفورد بينيه للذكاء في عام 1905– 1916، بعدها ظهر مقاييس وكسلر للذكاء عام 1939، ومقياس جودانف – هاريس للرسم عام 1963، ثم مقاييس الذكاء المصورة مثل مقياس المفردات اللغوية المصورة عام 1970 وظهور مقياس مكارثي للقدرة العقلية للأطفال عام 1972.

وقد استخدمت هذه المقاييس لتحديد نسبة ذكاء الطفل المتخلف ومن ثم تحديد موقعه من منحنى التوزيع الطبيعي من اجل تصنيفه في الفئة المنسبة من فئات التخلف الذهني.

(مرجع سابق 2007 ص73).

6–3 التشخيص الاجتماعي:

ويتضمن قياس وتشخيص مظاهر السلوك التكيفي والتي تبدو في مدى استجابة الفرد للمتطلبات الاجتماعية في مراحل العمر المختلفة، ومن المقاييس المناسبة: مقياس السلوك التكيفي للجمعية الامريكية للتخلف الذهني، مقياس كين وليفين للكفاية الاجتماعية... وغيرها من المقاييس، وتهدف هذه المقاييس إلى تحديد مستوى أداء السلوك التكيفي الاجتماعي للفرد على المهارات التي تتضمنها تلك المقاييس مقارنة مع الافراد العاديين.

6–4 التشخيص التربوي:

والمقصود بهذا البعد تحديد مدى قدرة الطفل على التعلم ومعدل نموه اللغوي والقدرة على التعبير اللفظي والحصيلة اللغوية لدى الطفل، وإن كان قد بلغ سن المدرسة يجب أن يتضمن عملية التشخيص وصف أدائه التحصيلي ونسبة التحصيل والمستوى العام للطفل بين زملاء الدراسة ومن المقاييس التي تعتمد في البعد التربوي نجد مقياس المهارات اللغوية للمتخلفين ذهنيا، مقياس المهارات العددية للمتخلفين ذهنيا ومقياس مهارات الكتابة المتخلفين ذهنيا وتهدف هذه المقاييس إلى تحديد أداء المفحوص على كل المهارات مقارنة مع الاطفال العاديين . (فتيحة سعدي ،2005،ص93)

نستخلص من خلال تناولنا لموضوع تشخيص التخلف الذهني انه يجب الحرص وتوخي الدقة في تشخيص حالات التخلف الذهني لأن الخطأ في تشخيص حالة طفل ما بالتخلف الذهني سيغير مستقبل حياته، كما يجب أن يتم التشخيص من خلال الاتجاه التكاملي من طرف مجموعة من المختصين حيث لا تشخص الحالة على أنها حالة تخلف الذهني إلا بعد استيفاء شروط أساسية وهي انخفاض مستوى ذكاء الفرد عن المتوسط بانحرافين معيارين أو أكثر مع قصور في السلوك التكيفي وأن يكون ذلك قد حدث قبل سن الثامنة عشر .

7- خصائص المتخلفين ذهنيا:

يترك التخلف الذهني أثارا واضحة في جميع نواحي النمو لدى الطفل, وتبدو هذه الآثار في صورة المظاهر السلوكية الدالة على هذه النواحي النمائية: الذهنية، الجسمية، الحركية، والانفعالية وتختلف هذه المظاهر تبعا لدرجة التخلف. لذا نجد اختلافات واضحة بين الأفراد المتخلفين ذهنيا بعضهم بعض، هذا فضلا عن الاختلافات الكبيرة بين هؤلاء الأفراد وبين العاديين والتعرف على خصائص النمو لدى المتخلفين ذهنيا يعتبر امرا في غاية الأهمية حيث انه يساعد الأخصائيين والمربين في التعرف على احتياجاتهم وتصميم المناهج وتصميم المناهج والبرامج اللازمة لهم وتقدم افضل الخدمات التي تفي باحتياجاتهم.

7-1- الخصائص الجسمية:

يعد المتخلفون ذهنيا ادنى من العاديين في الحجم والوزن والطول إذا أخذناهم كمجموعة كما أنهم أكثر تعرضا للأمر بالإضافة إلى أن المتخلفين ذهنيا يتأخرون في عملية التحكم في عمليا ضبط الإخراج والوقوف والتسنين والكلام وقد أشار **كروك شانك** إلى أنهم عادة ما يكونون أصغر بعض الشئ من حيث التقاطيع وأنهم يميلون إلى البطء في المشي.

(أشرف شريت،مرجع سابق،ص80)

ولقد أثبتت الدراسات في المجال الحركي في مجال التخلف الذهني وجود فروق واضحة بين الأداء الحركي والنفس حركي بين المتخلفين ذهنيا والأسوياء ويزداد هذا القصور بزيادة درجة التخلف. وقد يصاحب ذوي التخلف الذهني الشديد تشوهات شديدة جسمية خاصة في الرأس والأطراف ويعاني المتخلفون ذهنيا من بطئ النمو الحركي وما يتضمنه من مهارات مثل مهارات المشي، الاتزان والمهارات الدقيقة وغيرها من المهارات الحركية من تآزر أو توافق عضلي عصبي مما يعقيهم عن ممارسة النشاط الذهني العضلي الحركي بحرية تامة مما يؤدي ذلك إلى تقليل المكاني الذي يتحركون فيه مما يثبط الدافع إلى البحث والاستكشاف ويحد من كم الخبرات المكتسبة ويقلل فرص التفاعل الاجتماعي ومشاركة الآخرين في العمل والنشاط.

7-2 الخصائص الانفعالية والاجتماعية:

إن التكيف الاجتماعي والانفعالي مرتبطان ارتباطا كبيرا مع القدرة العقلية ويمكن القول أن المتخلفين ذهنيا يظهرون تدنيا واضحا في التكيف الاجتماعي ونقص في الميول والاهتمامات وعدم تحمل المسؤولية

والانعزالية والعدوانية مع تدني مفهوم الذات وفي هذا الصدد نجد أن النقص في بعض من المهارات الاجتماعية الشخصية قد يؤدي إلى الاحباط الذي يثير السلوك العدواني لدى بعض الأطفال المتخلفين الذهنيين كما أن التدني في مستوى حصيلة المهارات الاجتماعية والشخصية وقد يدفع بالفرد للجوء إلى السلوك العدواني كأسلوب لعملية التعزيز الاجتماعي وكذلك شدة الانتباه.

(محمد الفيلكاوي،2007،ض33)

هناك أنواع مختلفة في التواصل الاجتماعي الذي يعاني منه الأطفال سواء كانوا عاديين أم متخلفين ذهنيا، وتبين الدراسات العلمية أن الأطفال المتخلفين ذهنيا بوجه خاص يحتاجون إلى برامج تدريب منظمة لتحسين وتطوير المهارات الاجتماعية لديهم لأنهم لا يتفاعلون بشكل مناسب مقارنة بأقرانهم العاديين، هذا ويعد الانسحاب الاجتماعي أحد هذه المشكلات حيث أنه نمط سلوكي شائع لدى هؤلاء الأطفال وقد اظهرت بعض الدراسات ومنها دراسة جمال الخطيب 1992 ان الانسحاب الاجتماعي الذي يعاني منه بعض الاطفال المتخلفين ذهنيا يعد نتيجة رد فعل عاطفي شديد من قبل هؤلاء الاطفال على الاحداث المؤلمة التي يعيشونها فالوالدان أقل تقبلا للطفل المتخلف من الطفل العادي حيث يعاني بعضهم من نبذ الأبوين ورفضهما لوجوده او من عدم فهمهما لاحتياجاته ومعاملته بأساليب غير سوية لا تتلاءم مع نموه ومع قدراته ومع احتياجاته النفسية مما يسبب الما نفسيا وعجز في التواصل لدى الطفل فينسحب الى عالمه الداخلي ويبدا الانسحاب الاجتماعي وقد تصل الى العزلة الاجتماعية .

7-3 الخصائص اللغوية:

الأشخاص الذين يعيشون حالات التخلف الذهني يواجهون صعوبة في الكلام والنطق ومن أكثر هذه المشاكل التي يوجهونها المهارات اللغوية والتي تعيق تكيفهم مع المجتمع فهم يعانون من بطئ في النمو اللغوي وتأخر في الكلام حيث تكون حصيلته اللغوية قليلة ولا يكون حتى جملا بسيطة حتى الشهر السادس والثلاثين وتكون قدرته اللغوية غير متنوعة حتى بلوغه العام السادس واضطرابات في الصوت ويلاحظ ان المفردات التي يستخدمونها بسيطة ولا تتناسب مع العمر الزمني.

(أماني ابو العلا،2008،ص55).

7-4 الخصائص العقلية والمعرفية:

هي أهم ما يميز المتخلف ذهنيا عن الشخص العادي، حيث تقل نسبة الذكاء عن 70 ولا يزيد العمر الذهني عنده عن عشرة أو إحدى عشر سنة، ولا تؤهله للتحصيل الدراسي، مهما بلغ من العمر، ومهما تعرض لبرامج ومثيرات تربوية.

ويتميز المتخلفون ذهنيا كذلك بضعف الانتباه وصعوبة الاحتفاظ بهذا الانتباه لمدة طويلة، أو بالدرجة التي يستطيع الطفل العادي فعلها، لهذا فهم يحتاجون إلى مثيرات قوية تلفت انتباههم أكثر من مجرد المثير اللفظي.

أ- **الانتباه**

إن جميع الأطفال في سن مبكرة يعانون من مشكلات في الانتباه وهذا أمر طبيعي وينمو الانتباه عند الأطفال تبعا لنموهم الجسمي والذهني والنفسي وتبعا لمراحل نموهم أما إذا لم يستطع الطفل القيام بالمهمات المطلوب القيام بها والتي تحتاج ألى الانتباه قياسا مع انتباه الطلبة العاديين فإنه سيكون لديه مشكلة في الانتباه ويعتبر الانتباه متطلب رئيس وسابق لعملية التعلم إن قدرة المعاق على الانتباه إلى المثيرات ذات العلاقة بالموقف التعليمي أدنى من قدرة الطفل العادي.

ب- **التذكر**

يزداد التذكر عند الفرد بازدياد قدراته الذهنية وبسلامة جهازه العصبي والذهني والعكس صحيح ويمتاز أصحاب هذه الفئة بنقص شديد في قدرتهم على الاسترجاع والتذكر بسبب عدم قدرتهم على الانتباه والاختزان والاستيعاب إلا بصعوبة بالغة إذ أن الذاكرة القصيرة المدى هي التي تتأثر قياسا مع الطفل العادي.

(سعيد حسني العزة ،2009، ص ص 67-71)

ت- **الادراك الحسي:**

يتميز الاطفال المتخلفين ذهنيا بانخفاض مستوى الادراك الحسي ويؤثر هذا الانخفاض على مستوى توافق هؤلاء الاطفال وعلى علاقاتهم بالآخرين وعلى مقدر تحملهم للمسؤولة وعلى امنهم ونظرا الى الادراك يعتبر بوبة المعرفة ومفتاح الطريق الى فهم المتخلفين ذهنيا لعناصره يؤدي الى عدم فهم المتخلفين ذهنيا لعناصر البيئة الاجتماعية من حولهم وفشلهم في القيام بعمليات التوافق الاجتماعي والبيئي التي تطلبها عملية المعيشة في الاسرة والجماعات المختلفة.

ث- **التخيل والتفكير:**

يلاحظ ان المتخلفين ذهنيا بشكل عام ذو خيال محدود يزداد القصور في القدرة على التخيل بازدياد درجة التخلف الذهني والتفكير يتطلب درجة عالية من القدرة على التخيل والتذكر والتعليل لذا فالمتخلفون عقليا يتسمون بانخفاض واضح في القدرة على التفكير المجردة.

ج- **الفهم:**

أما بالنسبة للفهم فقد اشارت دراسة جون Joun (1990) على أن الاطفال المتخلفين ذهنيا أظهروا انخفاضا في الفهم بصفة عامة وأكدت دراسة لي انثوني Lee Anthony على ان الاطفال المتخلفين العقليين اقل من الاطفال الذاتويين في مستوى الفهم القرائي.

(وليد السيد أحمد خليفة،2006،ص116)

7-5 خصائص المتخلفين عقليا تخلف بسيط

يعتبر المصابين بتخلف ذهني بسيط من أقرب الفئات إلى العاديين من حيث الخصائص الجسمية والذهنية والنفس الحركية واللغوية، إلا أن عمرهم العقلي لا يتجاوز 6-9 أو10 سنوات ومنهم من يحدده إلى 11سنة كما أنهم يملكون القدرة على التعلم لكن لا يصلون إلى مستوى التعليم العادي، فيتعلمون المبادئ

الأساسية للقراءة والكتابة والحساب وذلك حسب إمكاناتهم بينما يعانون قصورا في الانتباه والقصور في استخدام الخبرة السابقة ونقص في التذكر والحاجة إلى التكرار كما يعانون من القصور في التعبير اللغوي وهذا حسب القدرات الذهنية لديه وضعف القدرة على التخيل والتصور، تأخر في النمو النفسي الحركي في البداية، قصور قدرتهم على تفكير المجرد ويلجؤون إلى استخدام المحسوسات في تفكيرهم كما يعاني من قصور في عمليات الادراك خاصة التمييز والتعرف.

كما يميل إلى المشاركة مع الآخرين الأصغر منه سنا في الأنشطة والألعاب ويستطيع تحقيق نجاح في بعض المهارات الحركية والأعمال اليدوية وذلك تعويضا للمهارات المعرفية.

(حسينة طاع الله،2008،ص32)

8- ولادة واستقبال الطفل المصاب بالتخلف الذهني:

ولادة طفل مصاب بالتخلف الذهني هو حدث مؤلم وضاغط للوالدين لأنه يمسح صورة الطفل المثالي الذي كان يحلم به الوالدان، فهو طفل مصاب ومريض غير قابل للعلاج ، بل يمثل اعاقة لمدى الحياة للطفل والعائلة معا. (Daniel Rotten et autre,2005,p168)

فالأم تقع في صراع مع ذاتها بين فكرة أن هذا الطفل قد خرج منها- جرح نرجسي-، و بين السؤال الذي يدور في ذهنها هل هذا هو الطفل الذي انتظرته تسعة أشهر. فجوة عميقة بين الواقع والصورة الخيالية فقد تلجا إلى أمرين:

أولا: رفض هذا الكائن واعتباره خارج عن كيانها وهذا يساعد على التخلص من جرحها النرجسي، ولكن هذا الشعور يولد بدوره شعور بالذنب تجاه هذا الكائن الضعيف فتدخل في دوامة صراع لا تخرج منها ،فكل شعور ينتابها يرافقه الشعور الآخر وهكذا يستمر هذا الصراع مما يسبب الألم للأم والطفل والأسرة بكاملها.

ثانيا: تدخل الأم مع الطفل بعلاقة ذوبانية ناتجة عن شعور يتولد لديها منذ لحظة معرفتها بإصابة ابنها فهي تعتبره جزءا منها ضعيف ويجب حمايته حتى لا يصبح عرضة للأذى والسخرية من قبل الآخرين، فيمتزج هذا الشعور بشعور الذنب تجاه الطفل فيؤدي إلى حماية مفرطة ومبالغ فيها ،فيتداخل الطفل والأم بعلاقة ذوبانية فالطفل يعتبر نفسه جزء من الأم وغير مستقل ولا يدرك واقعه، اتكالي وهنا إذا لم يمارس الأب دوره الصحيح في الأسرة تستمر هذه العلاقة ليكون الطفل وأمه كيانا مستقلا عن الأسرة ويمنعان أي إنسان من فصلهم، وينتج عن ذلك اضطرابات في تكوين شخصية الطفل وقدرته على العيش مستقل في المجتمع خاصة في سن المراهقة.

(2007 لحلوح معماري جمانة 12.02.2011 /23:40/www.smallrose.org/articles)

9- إعطاء معنى للحدث:

مهما كانت ، (choc) إن إبلاغ الوالدين بأن ابنهما مصاب بالتخلف الذهني شديدة هو دائما عبارة عن صدمة طريقة الإبلاغ ، فاصطدام الأم مع الواقع بعد الحمل وتمني الطفل المثالي يمثل مأساة، تبحث الأم عن تفسيراتها لإعطائها معنى، فتبدأ الأم في رحلة الهروب من القلق الذي سببه الحدث فتبحث عن

الأسباب عند الأطباء والمختصين، وعندما تتأكد أن السبب غير موجود عندهم تلجأ إلى طرق ووسائل أخرى سواء كانت موجهة ضد الآخرين أو ضد الذات حتى تتمكن من التخلص من مشاعر الذنب التي ترجع إلى اعتقادها أنها هي سبب ولادة طفل مصاب.

(J.A.Rondal et J.L.Lambert,1997,P173)

10- إدراك الأم لابنها المصاب بالتخلف الذهني:

إن الأمهات المصاب أبنائهن بالتخلف الذهني حتى وان كن لا يعرفن شيئا عن الطب فإنهن يعرفن ماهية الاعاقة الذهنية يكون مختلفا عن الأطفال في مثل سنه، يعيش بدون أمل أو أحلام، متأخر في النمو النفسي الحركي، إن هذه الخلفية عن هؤلاء الأطفال تجعل الأمهات يعشن في قلق مما يترك آثار عليهن.

(Daniel Rotten et autre,2005,p174-175)

11- التعلق بين الأم والطفل المصاب:

إذا كانت الأم غير مدركة لمشكلة الطفل يمكن أن تتطور علاقتها به على نحو اعتيادي، لكن في حال معرفة الأم بحقيقة المشكلة منذ الولادة ستشعر بأنها أصيبت في الصميم ، وهنا يطرح تساؤل هل سينمو حبها للصغير بشكل اعتيادي أم لا ؟ إن ردة الفعل الأولى لدى الأم عادة تكون الصدمة والشعور بالقلق، بعدها تتمكن بعض الأمهات من تجاوز الأزمة التي تلي ذلك ويظهرن سلوك الأمومة نحو طفلهن المعاق بشكل مقبول، إن نجاح التواصل بين الطفل والأم يعتمد على سلوك الطرفين، فالإعاقة التي يعاني منها الطفل قد تجعله في وضع لايمكنه من إدراك أو الإحساس بالمؤثرات التي تصدرها الأم مما ينعكس سلبا على التفاعل القائم بينهما، فالطفل المعاق ينتج لنفسه محيطا فقيرا بالمؤثرات التي تكون أقل تطورا بالمقارنة مع الطفل العادي ، فتتدخل الأم أكثر في تفاعلها مع الطفل المعاق بالمقارنة مع الطفل العادي ويرجع هذا إلى اعتقاد الأم بأن طفلها يتميز بالسلبية وعليها أن تكون أكثر تدخلا وتوجيها، فالعلاقة بين الاثنين تتسم بهيمنة الأم واتكالية الطفل.

(فايز قنطار ، 1992 ،ص169)

12- الاستجابة الوالدية لاصابة الابن بالتخلف الذهني:

تختلف ردود فعل الوالدين عند معرفتهما بأمر إصابة ابنهما بالتخلف الذهني إلا أن غالبيتهم يمرون بنفس المراحل التالية:

12-1. الصدمة

وهي أول رد فعل نفسي يحدث لهما، أي أن الوالدين لا يستطيعان تصديق حقيقة أن الطفل غير عادي ، فإدراك حقيقة الإصابة يبعث على خيبة الأمل والحزن، وهذا أمر طبيعي بل كل ما يحتاج الوالدان في هذه المرحلة إلى الدعم والتفهم.

12-2. الانكار :

من الاستجابات الطبيعية للإنسان أن ينكر كل ما هو غير مرغوب وغير متوقع و مؤلم ، خاصة عندما يتعلق الأمر بأطفاله والذين يعتبرون امتدادا له ، هي وسيلة دفاعية يلجأ إليها الوالدان في محاولة للتخفيف من القلق النفسي الشديد الذي تحدثه الإصابة.

12-3. الحداد والحزن:

وهي فترة حداد وعزاء يعيشها الوالدان بعد فقدان الأمل نهائيا بتحسن حالة الطفل عندما يدركان أن طفلهما يعاني من إعاقة مزمنة ستلازمه طوال حياته.

12-4. الخجل والخوف :

يحدث الخجل والخوف نتيجة توقعات الآباء والأمهات لاتجاهات الآخرين وخاصة المقربين منهم تجاه إصابة ابنهم ، نظرا للاتجاهات السلبية للمجتمع نحو الإعاقة مما يدفعهما إلى تجنب التعامل مع الناس أو التفاعل معهم.

12-5. الغضب والشعور بالذنب:

وهي من ردود الفعل التي قد تظهر لدى الوالدين وهي متوقعة ، فهي محصلة طبيعية لخيبة الأمل والإحباط وغالبا ما يكون الغضب موجها نحو الذات كتعبير عن الشعور بالذنب أو الندم على شيء فعلاه أو لم يفعلاه، أو قد تكون موجهة الى مصادر خارجية كالطبيب او المربي او أي شخص آخر.

(السويد، فائز الرحمان عبد 2010/09/20، 12:35www.werathah.com)

12-6. الرفض أو الحماية الزائدة:

يتبني بعض أولياء الأمور مواقف رافضة لطفلهم المصاب مما يعرض الطفل للإهمال وإساءة المعاملة الجسمية والنفسية، وبالمقابل يلجأ البعض إلي الحماية المفرطة لأبنائهم فيفعلون كل شيء نيابة عنهم مما يوّلد لدى الطفل الاعتمادية ، مما يفقده القدرة على تحمل المسؤولية أو العناية بالذات.

(سعيد عبد العزيز، 2008 ،ص159)

12-7. التكيف والتقبل:

وبعد كل المعاناة السابقة لا يجد الوالدان مفرا من تقبل الأمر الواقع والاعتراف بإصابة طفلهما، لكن من المهم أن يصل الأهالي إلى المرحلة الأخيرة بسرعة، لأن التأخر في الخدمات يحرم الطفل من الاستفادة من الرعاية الطبية والتأهيلية التي يجب أن يحصل عليها والتي قد تتأخر بسبب إنكار الأهل لوجود المشكلة، أما التكيف فيتمثل في القدرة على تحمل وتفهم الحاجات الخاصة للطفل و يحدث هذا تدريجيا بعد أن يكون الوالدان قد تخلصا من الشعور بالذنب ، لكن الوصول إلى هذه المرحلة لا يعني عدم الشعور بالألم أو انتهاء الأحزان. (محمد سيد فهمي ، 2007 ، ص262)

خلاصة:

إن تجربة الأمومة تنطوي على انقلاب عاطفي كبير وعلى شعور متعاظم بالمسؤولية لدى الأم ويمكن أن يترافق ذلك بالخوف والشك بعدم القدرة رعاية المولود الجديد خاصة إذا كان مصابا بالتخلف الذهني، فتصطدم الأم بواقع مرير يحطم أحلامها وآمالها حول طفلها المتوقع ،فتحاول جاهدة للتغلب عليه من خلال ردود فعل تتراوح مابين السلبية والايجابية تبدأ من إنكار الإصابة والغضب والخجل المرافق للخوف إلى أن تصل إلى تقبل إصابة ابنها والتكيف مع الوضعية الجديدة، هذه الأخيرة التي لا تخلو من الألم وخيبة الأمل بالنظر إلى خصائص وسمات الطفل المصاب والأعباء التي يتطلبها التكفل به خاصة من الناحية الصحية والسلوكية والفكرية والمادية والاجتماعية.

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

تمهيد

1- منهجية الدراسة.

2- خطوات إجراء البحث.

أولا :الدراسة الاستطلاعية

ثانيا:الدراسة الأساسية

1- حدود الدراسة الاساسية

2- عينة البحث

3- أدوات البحث

أولا : استمارة البيانات الشخصية

ثانيا: مقياس الضغط النفسي

ثالثا: مقياس استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية

3- اجراءات تطبيق ادوات البحث.

4- الأساليب الإحصائية

.

تمهيد:

يتناول هذا الفصل توضيح لمنهج الدراسة، وكذلك تحديد مجتمع الدراسة ووصف خصائص العينة، وتوضيح لكيفية بناء أدوات البحث، والتأكد من الخصائص السيكوميترية لهذه الأدوات من حيث الصدق والثبات والكيفية التي أجري بها البحث الميداني، وكذا الأساليب الإحصائية التي تمت بها معالجة البيانات.

1- منهجية الدراسة:

من أجل تحليل ودراسة الإشكالية المطروحة واستجابة لطبيعة الموضوع تم الاعتماد على المنهج الوصفي، وذلك باستخدام طريقة الفروق حيث أنه أكثر ملائمة لأهداف الدراسة الحالية.

يعتبر المنهج الوصفي منهجا يعتمد عليه الباحث قصد جمع الحقائق عن موضوع بحثه وتحليلها وتفسيرها لاستخلاص دلالتها ووضع مؤشرات وبناء تنبؤات مستقبلية ومن ثمة الوصول إلى التعميم بشأن البحث، ويعتمد الباحث في ذلك على مختلف طرق جمع البيانات كالمقابلة، الملاحظة والاستبيان.

(محمد عبيدات، 1999 ، ص47)

والمنهج الوصفي منهج يستند إلى وصف الظاهرة الطبيعية والاجتماعية كما هي والباحث في استخدامه للمنهج الوصفي الذي يقوم بوصف الواقع كما هو، إنما يقوم بوصفه بطريقة انتقائية واختيارية فهو يختار من الواقع الماثل أمامه و ينتقي ما يخدم غرضه في الدراسة.

(غازي حسين عنانة،1994 ، ص18)

ويتمثل المنهج الوصفي التحليلي في تحديد ظواهر معينة واكتشاف كل من العلاقات والفروق بين تلك الظواهر لدى أفراد العينة. (عبد المنعم احمد الدردير،2004 ، ص59)

2- خطوات إجراء الدراسة:

أولا :الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية الخطوة الهامة والضرورية التي تساعدنا للتعرف على الميدان الذي يجري فيه البحث، ومدى الإمكانيات اللازمة والمتوفرة التي تتدخل في سيره، بالإضافة على استشارة ذوي الخبرة والمهتمين بالموضوع للتعرف على آرائهم وأفكارهم التي قد تساعدنا في إجراء البحث، حيث تهدف الدراسة الاستطلاعية إلى جمع المعلومات الأولية التي تمكن الباحث من التأكد من وجود الإشكالية المطروحة في الميدان، حيث تعتبر هذه المرحلة مرحلة تجريب الدراسة بقصد اختبار سلامة الأدوات المستخدمة في البحث ومدى صلاحيتها، ويمكن اعتبارها صورة مصغرة للبحث، وهي تهدف إلى اكتشاف الطريق واستطلاع معالمه أمام الباحث قبل أن يبدأ التطبيق الكامل للخطوات التنفيذية.

(محمد خليفة بركات،1984 ، ص73)

1. خطوات اجراء الدراسة الاستطلاعية:

بما أن الباحث يعمل كمربي متخصص في المركز النفسي البيداغوجي بعين وسارة ولاية الجلفة، فقد تم تقديم طلب إلى المدير وإلى المسؤول البيداغوجي تم فيه شرح موضوع البحث والهدف منه ومدة إجرائه، وبعد الموافقة على الطلب تم البدء في الدراسة الاستطلاعية.

2. الهدف من الدراسة الاستطلاعية:

كان لا بد الاستعداد للدراسة الأساسية من خلال الدراسة الاستطلاعية بغرض تحقيق الأهداف التالية:

- تحديد خصائص العينة.

- التعرف على أن امهات الاطفال المتخلفين ذهنيا يعانين من ضغوط نفسية.
- التعرف على أن أمهات الاطفال المتخلفين ذهنيا يتبعن استراتيجيات معينة لمواجهة الضغوط.

3. حدود الدراسة الاستطلاعية:

الحدود المكانية:

تمت في المركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا عين وسارة –ولاية الجلفة– (CPP).

الحدود الزمنية:

من 01 فيفري 2018 إلى غاية 12 ماي 2018

الحدود البشرية:

عينة استطلاعية قدرت بحوالي 30 أم، تم اختيارهم بطريقة عشوائية حيث لم تخصص فئة المصابون بالتخلف الذهني، بل تم العمل مع امهات كل الأطفال المصابون بإعاقات مختلفة.

4. خصائص العينة الاستطلاعية:

جدول رقم (8)خصائص العينة الاستطلاعية الخاصة بأمهات الاطفال المصابين

العينة	الأم
السن	من 24 سنة إلى 60 سنة
المؤهل التعليمي	– دون مستوى تعليمي – ذات مستوى تعليمي

جدول رقم (09)خصائص العينة الاستطلاعية الخاصة بالأطفال المصابين

العينة	الابن المصاب
السن	من 1 عام إلى 18 سنة
الجنس	– ذكور – إناث
نوع الإعاقة	– تخلف ذهني – التوحد – متلازمة داون

5. أدوات الدراسة الاستطلاعية:

أعد الباحث استمارة مفتوحة تتضمن مجموعة من الأسئلة تقوم الأم بالإجابة عنها شفويا في شكل مقابلات نصف موجهة، وتمت هذه المقابلات في جلسات فردية داخل مكتب الأخصائية النفسانية من خلال إجراء مقابلات الفحص و المتابعة الخارجية (consultation externe et embilatoire) أو من خلال إجراء مقابلات الإرشاد الوالدي(guidance parentale) (الملحق 02).

وتم تسجيل الإجابات في ملف خاص وتم الاستفادة منها في تصميم أدوات البحث الحالي، تتضمن الاستمارة محورين أساسين هما:

- **محور الضغوط النفسية .**
- **محور استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية .**

وقد استفادت الباحثة من الدراسة الاستطلاعية من خلال الاحتكاك عن قرب بعينة البحث و معرفة أهم الطرق التي تلجا إليها الأمهات في مواجهة الضغوط النفسية الناجمة عن إعاقة الأبناء، بعد تكوين تصور واضح حول تلك الضغوط.

ثانيا: الدراسة الأساسية:

تهدف الدراسة الأساسية إلى حل الإشكالية والإجابة عليها من خلال الفرضيات المصاغة حول موضوع بحثنا، وذلك بإتباع الخطوات التالية:

1. حدود الدراسة الأساسية:

الحدود المكانية :

تمت في المركز النفسي البيداغوجي للاطفال المعاقين ذهنيا عين وسارة –ولاية الجلفة– (CPP)

الحدود الزمنية :

امتدت فترتها من 01 فيفري 2018 إلى غاية 12 ماي 2018

الحدود البشري:

تتمثل في افراد عينة البحث وهم أمهات الاطفال المصابين بالتخلف الذهني البالغ عددهم 66 أم.

2. عينة الدراسة:

وصف عينة الدراسة:

تم اختيار العينة بالطريقة العشوائية، حسب خصائص امهات المتخلفين ذهنيا بالمركز النفسي البيداغوجي (مكان اجراء البحث).

خصائص العينة:

1) خصائص العينة حسب متغير جنس الطفل المصاب:

جدول (10) خصائص العينة حسب متغير جنس الابن المصاب

	التكرار	النسبة المئوية
ذكر	36	54.5
انثى	30	45.5
المجموع	66	100

الدائرة النسبية: (1) النسب المئوية حسب متغير جنس الابن المصاب



حسب عدد و نسبة أفراد المجموعة الأولى المرفقة في الجدول و كما تبين الدائرة النسبية فإننا نلاحظ أن توزيع العينة حسب الجنس لم يكن بالتساوي حيث كانت نسبة الذكور أعلى إذ قدرت ب% 54.5، أما نسبة الإناث فقدرت ب 45.5%

2) خصائص العينة حسب متغير المؤهل التعليمي للأم:

جدول (11) خصائص العينة حسب متغير المؤهل التعليمي للأم

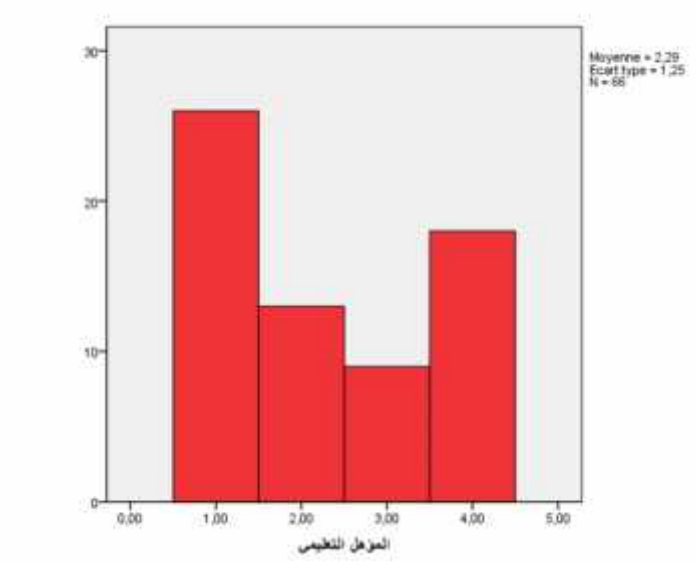
	التكرار	النسبة المؤوية
الابتدائي وأقل	26	39.39
المتوسط	13	19.7
الثانوي	09	13.64
الجامعي	18	27.27
المجموع	66	100

الدائرة النسبية: (2) النسب المئوية للعينة حسب متغير المؤهل التعليمي للأم



حسب الجدول والدائرة النسبية يتضح أن أعلى نسبة هي % 39.39 وهي تمثل الأمهات اللاتي مؤهلهن إبتدائي وأقل، تليها نسبة % 27.27 وتمثل الأمهات ذوات المستوى الجامعي، وتليها الأمهات ذوات المستوى المتوسط بنسبة% 19.7، أما الأمهات ذوات المستوى التعليمي الثانوي فكانت نسبتها 13.64% وهي أدنى نسبة.

مدرج تكراري :(1)خصائص العينة حسب متغير المؤهل التعليمي للأم



من خلال المدرج التكراري وبناء على المتوسط الحسابي (2.29) والانحراف المعياري (1.25) يتضح أن أفراد العينة الخاصة بمتغير المؤهل التعليمي لأم الطفل المصاب غير موزعة اعتداليا فهي ترتكز في الجاني الأيسر من المنحنى.

3. أدوات الدراسة:

لكل دراسة أو بحث علمي مجموعة من الأدوات والوسائل التي يستخدمها الباحث ويطوعها للمنهج الذي يستخدمه ويحاول اللجوء إلى الأدوات التي توصله إلى الحقائق المرجوة، وللحصول على القدر الكافي من المعلومات والمعطيات التي تفيد في موضوع البحث الحالي تم الاعتماد على الأدوات التالية:

- استمارة البيانات الشخصية(الملحق رقم 3) .
- مقياس الضغوط النفسية (الملحق رقم 4).
- مقياس استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية (الملحق رقم 5).

أولا : استمارة البيانات الشخصية:

استمارة البيانات الشخصية للحصول على المعلومات الأولية عن المفحوصات (الملحق رقم3)، وتضمنت ما يلي:

- سن الطفل المصاب .
- جنس الطفل المصاب .
- سن الأم .

- المؤهل التعليمي للأم .

ثانيا: مقياس الضغط النفسي:

يتضمن الاستبيان 7 أبعاد كل بعد يتضمن 5 بنود، وهي موضحة في الجدول التالي:

جدول (12) توزيع بنود استبيان الضغط النفسي

الأبعاد	أرقام البنود
1. الأعراض العضوية	**1، 8، 15، 22، 29**
2. الأعراض الإنفعالية	**3، 9، 16، 23، 30**
3. المشكلات المادية	**2، 14، 20، 27، 35**
4. مشكلات الوظائف الاستقلالية	**7، 13، 21، 28، 34**
5. المشكلات الصحية	**4، 10، 17، 24، 31**
6. المشكلات الاجتاعية	**5، 11، 18، 26، 32**
7. مشكلات الخوف من المستقبل	**6، 12، 19، 25، 33**

1) التنقيط على اساس البدائل:

وتتم الاجابة بوضع العلامة (×) تحت البديل المناسب لكل بند في ضوء مقياس ثلاثي التدرج (نعم، احيانا، لا)، وقد وزعت بدائل الإجابة كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (13) تنقيط على اساس بدائل اجابة استبيان الضغط النفسي

البدائل / الإجابة	نعم	أحيانا	لا
وزن البند	3	2	1
الدرجة الكلية	105	70	35

2) تصحيح المقياس:

جدول (14) تصحيح الاستجابة الكلية لاستبيان الضغط النفسي

الدرجة الكلية المتحصل عليها	مستوى الضغوط النفسية
من 105 إلى 82	ضغط نفسي مرتفع
من 81 إلى 51	ضغط نفسي متوسط
من 58 إلى 35	ضغط نفسي منخفظ

وعليه فان أعلى درجة محتملة للمقياس هي 105 و اقل درجة محتملة هي35 ، و تشير ارتفاع الدرجات التي تحصل عليها أم الطفل المصاب بالتخلف الذهني من 105 إلى82 على أنها تعاني من ضغوط نفسية مرتفعة والعكس اذا تحصلت على درجات منخفضة من 58 إلى 35 فهي لا تعاني من الضغوط النفسية أو أنها تعاني منها ولكن بنسبة منخفضة، أما إذا تحصلت على درجات من 81 إلى 59 فان الأم في هذه الحالة تعاني من ضغوط نفسية متوسطة.

3) طريقة تطبيق المقياس:

يتم تطبيق هذا المقياس فرديا أو جماعيا، و في كلتا الحالتين يطلب من المفحوصة ان تقرأ التعليمة بتمعن وبعدها تقوم باختيار البنود التي ترى بأنها تنطبق عليها.

4) الخصائص السيكومترية للمقياس:

أولا: عينة التقنين: تم فيها تطبيق المقياس على 30 أم طفل مصاب بالتخلف الذهني وذلك لحساب الخصائص السيكومترية للمقياس، علما أن هذه العينة لم تؤخذ في العينة الأساسية.

خصائص عينة التقنين:

جدول رقم (15) خصائص عينة التقنين الخاصة بأمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني

المتغيرات	الخصائص	العدد
السن	39 سنة واقل	21
	40 سنة وأكبر	9
المؤهل التعليمي	ايتدائي وأقل	19
	متوسط وثانوي	8
	جامعي	3

جدول رقم (16) خصائص عينة التقنين الخاصة بالأطفال المصابين بالتخلف الذهني

المتغيرات	الخصائص	العدد
السن	من 3 إلى 9 سنوات	19
	من 10 سنوات إلى 16 سنة	11
الجنس	ذكر	17
	أنثى	13

ثانيا :الصدق:

الصدق التمييزي: قام الباحث بسحب% 33 من أفراد العينة من طرفي التوزيع، ثم قارن بين المجموعة الدنيا والمجموعة العليا باستعمال اختبار" ت "لعينتين مستقلتين، والنتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول (17) نتائج اختبار" ت "لدلالة الفروق بين العينتين الطرفيتين في استبيان الضغوط النفسية

		التكرار	المتوسط	الانحراف المعياري	ت	مستوى الدلالة
المجموع	المجموعة الدنيا	10	58.2	9.19903	-6.977	دالة عند 0.01
	المجموعة العليا	10	81.9	5.54677	-6.977	دالة عند 0.01

من خلال الجدول يتضح أن قيمة" ت "دالة إحصائيا عند مستوى0.01 ، مما يدل أن الاستبيان يتوفر على القدرة التمييزية بين العينتين الطرفيتين، إذن يمكن القول بأن الاستبيان صادق.

ثالثا :الثبات:

1) معامل ألفا كرونباخ: يعتبر معامل ألفا لكرونباخ من أهم مقاييس الاتساق الداخلي، حيث يرتبط ثبات الاختبار بثبات بنوده. (بشير معمرية، 2007 ، ص184)

جدول:(18) معامل ألف كرونباخ لثبات استبيان الضغوط النفسية

الابعاد	عدد البنود	معامل α كرونباخ
الأعاراض العضوية	5	0.68
الأعراض الانفعالية	5	0.46
المشكلات المادية	5	0.67
مشكلات الوظائف الاستقلالية	5	0.64
المشكلات الصحية	5	0.70
المشكلات الاجتماعية	5	0.47
مشكلات الخوف من المستقبل	5	0.65
الثبات الكلي	35	0.78

يتضح من خلال الجدول أن معامل الثبات لأبعاد الاستبيان تراوح مابين 0.46 و0.70 ، بينما بلغ معامل الثبات الكلي0.78 ، وهذا يدل على ان الاستبيان يتمتع بدرجة عالية من الثبات.

ثالثا: مقياس استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية:

1) وصف مقياس استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية:

يتضمن المقياس نوعين من استراتيجيات المواجهة وهي:

- الاستراتيجيات الايجابية : وتتكون من 20 بند موزعة على 4 ابعاد بحيث ان كل بعد يتضمن 5 بنود.
- الاستراتيجيات السلبية : وتتكون من 15 بند موزعة على 3 ابعاد بحيث ان كل بعد يتضمن 5 بنود.

جدول (19) توزيع بنود مقياس استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي

الانواع	الأبعاد	أرقام النود
الاستراتيجيات الايجابية	طلب المعلومة	1، 2، 15، 16، 29
	التخطيط	3، 4، 17، 18، 30
	التقبل	5، 6، 9، 20، 31
	التدين	13، 14، 27، 27، 28
الاستراتيجيات السلبية	الإنكار	7، 8، 21، 22، 34
	الانسحاب	11، 12، 25، 26، 33
	لوم الذات	10، 19، 23، 24، 32

2) التنقيط على اساس البدائل:

وتتم الاجابة بوضع العلامة (×) تحت البديل المناسب لكل بند في ضوء مقياس ثلاثي التدرج (نعم، احيانا، لا)، وقد وزعت بدائل الإجابة كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (20)تنقيط على اساس بدائل اجابة مقياس استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي

البدائل / الاجابة	**نعم**	**أحيانا**	**لا**
وزن البند	3	2	1
درجة الاستراتيجيات الايجابية	60	40	20
درجة الاستراجيات السلبية	45	30	15
الدرجة الكلية	105	70	35

علما أن كل البنود ايجابية ولا يحتوي الاستبيان على أي بند سلبي.

3) **تصحيح الاستبيان:**

جدول (21)تصحيح الاستجابة الكلية للمقياس استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي

نوع الاستراتيجية المتبعة	الرجة المتحصل عليها على كل نوع من الاستراتيجيات
الاستراتيجيات الايجابية	من 60 إلى 30
الاستراتيجيات السلبية	من 45 إلى 15

وعليه فان أعلى درجة محتملة للمقياس هي 105 واقل درجة محتملة هي35، لكن لا يمكن الاخذ بالدرجة الكلية دون تنقيط كل نوع من الاستراتيجيات على حدى بمعنى يصحح المقياس على قسمين قسم يمثل النوع الأول من الاستراتيجيات وهي الايجابية حيث تتراوح الدرجة بين 60 و 20 وقسم آخر يمثل النوع الثاني من الاستراتيجيات وهي السلبية حيث تتراوح الدرجة من 45 الى15 ، و تشير ارتفاع الدرجات التي تتحصل عليها أم الطفل المصاب بالتخلف الذهني في كل نوع من الاستراتيجيات على أنها تعتمد على

الاستراتيجية بدرجة كبيرة في حين أن انخفاض الدرجات التي تتحصل عليها الأم يدل على عدم انتهاجها لذلك النوع من الاستراتيجيات.

4) طريقة تطبيق المقياس:

يتم تطبيق هذا المقياس فرديا أو جماعيا، بحيث في كلتا الحالتين يطلب من المفحوصة أن تقرأ التعليمة بتمعن وبعدها تقوم باختيار البنود التي ترى بأنها تنطبق عليها.

5) الخصائص السيكومترية للمقياس:

أولا: عينة التقنين:

خصائص عينة التقنين:

جدول رقم (22)خصائص عينة التقنين الخاصة بأمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني

المتغيرات	الخصائص	العدد
السن	39 سنة وأقل	21
	40 سنة وأكبر	9
المؤهل التعليمي	إبتدائي واقل	19
	متوسط وثانوي	8
	جامعي	3

جدول رقم (23) خصائص عينة التقنين الخاصة بالأطفال المصابين بالتخلف الذهني

المتغيرات	الخصائص	العدد
السن	من 3 سنوات إلى 9 سنوات	19
	من 10 سنوات إلى 16 سنة	11
الجنس	ذكر	17
	انثى	13

ثانيا :الصدق:

1) الصدق التمييزي:

قام الباحث بسحب % 33 من أفراد العينة من طرفي التوزيع، ثم قارنت بين المجموعة الدنيا والمجموعة العليا باستعمال اختبار"ت" لعينتين مستقلتين، و النتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول (24)نتائج اختبار" ت "لدلالة الفروق بين العينتين الطرفيتين في مقياس استراتيجيات المواجهة

		التكرار	المتوسط	الانحراف المعياري	ت	مستوى الدلالة
المجموع	المجموعة الدنيا	10	62.60	11.117	-5.35	دالة عند 0.01
	المجموعة العليا	10	82.30	3.465	-5.35	دالة عند 0.01

من خلال الجدول يتضح أن قيمة" ت "دالة إحصائيا عند مستوى0.01، مما يدل أن المقياس يتوفر على القدرة التمييزية بين العينتين المتطرفتين، إذن يمكن القول بأن المقياس صادق.

ثالثا :الثبات :

1) معامل ألفا كرونباخ:

يعتبر معامل ألفا لكرونباخ من أهم مقاييس الاتساق الداخلي، حيث يرتبط ثبات الاختبار بثبات بنوده. (بشير معمرية، 2007 ، ص184)

جدول (25) معامل ألف كرونباخ لثبات مقياس استراتيجيات المواجهة

الأبعاد	عدد البنود	معاملα كرونباخ
طلب المعلومة	5	0.758
التخطيط	5	0.601
التقبل	5	0.784
التدين	5	0.734
الانكار	5	0.606
الانسحاب	5	0.694
لوم الذات	5	0.763
الثبات الكلي	35	0.723

يتضح من خلال الجدول أن معامل الثبات لأبعاد المقياس تراوح مابين 0.60 و0.76 ، بينما بلغ معامل الثبات الكلي0.72 ، وهذا يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات.

4- إجراءات تطبيق أدوات البحث:

بعد حساب الخصائص السيكوميترية لأدوات البحث، شرع الباحث في توزيع المقياسان على أمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني، وذلك ببرمجة جلسات جماعية للأمهات يتراوح عدد كل مجموعة من 6 إلى 8 أمهات، وذلك بعد استدعائهن مسبقا وشرح الهدف من المقياس، بعدها تقوم كل أم الإجابة فرديا هذا في حالات الأمهات ذوات المستوى الدراسي المتوسط والثانوي والجامعي، أما في حالات الأمهات ذوات المستوى ابتدائي وأقل فقد طبق الباحث المقياس عليهن في شكل مقابلة موجهة حيث طرح بنود الاستبيان بصيغة بسيطة وبأسلوب تتمكن الأم من فهمه دون المساس بالمعنى المصاغ من اجله.

5- الأساليب الإحصائية:

وقام الباحث بمعالجة البيانات باعتماده على برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية(SPSS) وذلك لإيجاد التحليلات الإحصائية التالية:

- استخراج التكرارات والنسب المئوية لوصف خصائص العينة.

- استخراج مقاييس النزعة المركزية والتشتت حيث تم حساب المتوسط الحسابي لمعرفة مدى تماثل او اعتدال صفات افراد العينة وكذا حساب الانحراف المعياري لمعرفة طبيعة توزيع افراد العينة.
- معامل ألفا كرونباخ لحساب ثبات أدوات البحث.
- حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والمنوال لدرجات أفراد عينة الدراسة على أدوات البحث لغرض ترتيب الأبعاد تنازليا.
- اختبار ت (T test) لعينتين مستقلتين لحساب الصدق التمييزي لأدوات البحث، وكذا للكشف عن دلالة الفروق في متغير جنس الابن المصاب.
- من أجل الكشف عن دلالة الفروق في درجة (ONE WAY ANOVA) تحليل التباين الأحادي الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها وفق متغيري سن الأم وسن الابن المصاب.
- اختبار "Test de Tukey" للمقارنات البعدية بهدف استكشاف مواقع الفروق الدالة.

الفصل السادس

الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة الميدانية

1- عرض النتائج :

أولا :عرض نتائج التساؤلات الرئيسية

1. نتائج التساؤل الرئيسي الأول
2. نتائج التساؤل الرئيسي الثاني

ثانيا:عرض نتائج التساؤلات الجزئية

1. نتائج التساؤل الفرعي الأول
2. نتائج التساؤل الفرعي الثاني
3. نتائج التساؤل الفرعي الثالث
4. نتائج التساؤل الفرعي الرابع

2- مناقشة النتائج

أولا : مناقشة نتائج الفرضيات الجزئية

1. مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى
2. مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية
3. مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة
4. مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الرابعة

ثانيا : مناقشة نتائج الفرضيات العامة

1. مناقشة نتائج الفرضية العامة الأولى
2. مناقشة نتائج الفرضية العامة الثانية

3- الاستنتاج العام

4- التوصيات.

1-عرض النتائج:

أولا :عرض نتائج التساؤلات الرئيسية :

1. نتائج التساؤل الرئيسي الأول:

ماهو مستوى الضغوط النفسية لدى امهات الاطفال المصابين بإعاقة ذهنية؟

ولمعرفة مدى معاناة امهات الاطفال المصابين بإعاقة ذهنية من ارتفاع أو انخفاض مستوى الضغوط النفسية اعتمد الباحث على الإحصاء الوصفي وذلك باستخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والمنوال لدرجات أفراد العينة على كافة أبعاد استبيان الضغوط النفسية.

وقد ظهرت النتائج في الجدول التالي:

جدول (26) نتيجة الإحصاء الوصفي لتحديد مستوى الضغوط النفسية

	الدرجة الكلية	الأعراض العضوية	المشكلات الاجتماعية	الاعراض الانفعالية	المشكلات المادية	الخوف من المستقبل	المشكلات الصحية	الوظائف الاستقلالية
المجموع	66	66	66	66	66	66	66	66
المتوسط	66.8939	10.3182	7.3939	8.2121	9.1061	12.2576	9.6212	10.1364
الوسيط	68.5	10.5	7	8.5	9	13	10	10
المنوال	81	12	5	9	7	15	10	8
الانحراف	13.226	2.8884	2.56532	2.1520	2.5906	2.6154	2.5646	2.8278
ادنى درجة	41	5	5	5	5	5	5	5
اعلى درجة	92	15	14	15	15	15	15	15

ترتيب الابعاد حسب المتوسطات:

جدول (27) ترتيب أبعاد استبيان الضغوط النفسية تنازليا حسب المتوسطات

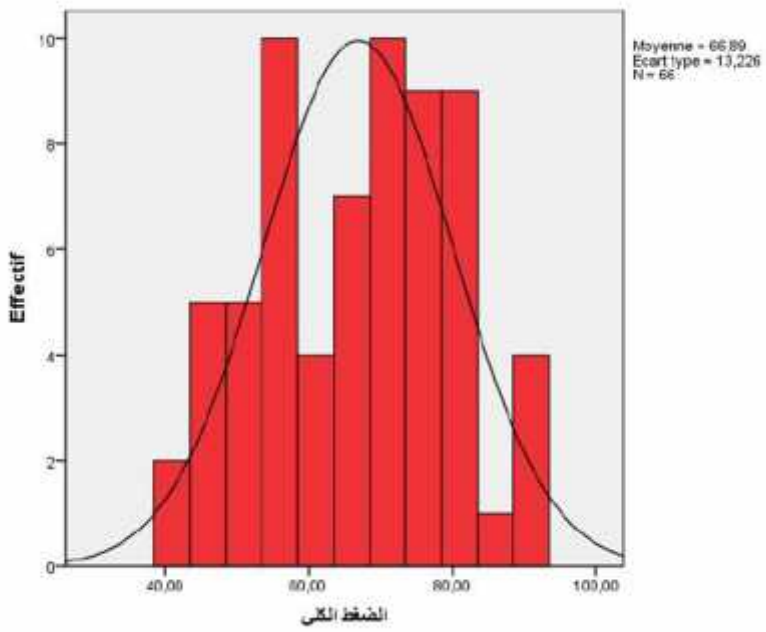
الترتيب	الابعاد	التوسط الحسابي
1	مشكلات الخوف من المستقبل	12.26
2	الاعراض العضوية	10.32
3	مشكلات الوظائف الاستقلالية	10.14
4	المشكلات الصحية	9.62
5	المشكلات المادية	9.11
6	الاعراض الانفعالية	8.21
7	المشكلات الاجتماعية	7.39

تحليل نتائج الجدول:

يتضح من الجدولين رقم (26) و (27) أن مستوى الضغوط النفسية متوسط حيث بلغ مجموع المتوسطات على الدرجة الكلية66.89 ، أما ترتيب الأبعاد فقد جاء في المرتبة الأولى "ضغوط الخوف من المستقبل "حيث بلغ متوسط إجابات أمهات الأطفال المصابون بالتخلف الذهني عليها 12.25 مما يوحي بأن هاجس الخوف من المستقبل هو أكثر ما يجعل الأم في حالة ضغط وتوتر، تليها في المرتبة الثانية بعد "الأعر اض العضوية " بمتوسط حسابي بلغ10.31 وهذا يدل على أن أعراض الضغط تبدو على الأم بسبب وجود طفل مصاب بالتخلف الذهني، وجاء في المرتبة الثالثة بعد "ضغوط الوظائف الاستقلالية" بحيث بلغ المتوسط الحسابي10.13 مما يدل أن الأم يزعجها تبعية ابنها لها في كل شيء خاصة في استقلاليته الذاتية ونظافته الاعتيادية، أما في المرتبة الرابعة فبلغ متوسط بعد " المشكلات الصحية9.62 " وهذا يدل على أن الأمهات يعشن قلق على صحة أبنائهن ويخفن من فقدانهم، و قد احتل بعد" المشكلات المادية" المرتبة الخامسة وبلغ متوسطه الحسابي 9.10 وهذا يدل على التكفل بطفل مصاب بالتخلف الذهني يحتاج لتكاليف مادية وفيرة حتى تلبى مطالبه من تدريب وعلاج وغذاء، أما الأبعاد الأقل تواترا فهي على الترتيب "الأعراض الانفعالية 8.21 "و " المشكلات الاجتماعية7.39 "

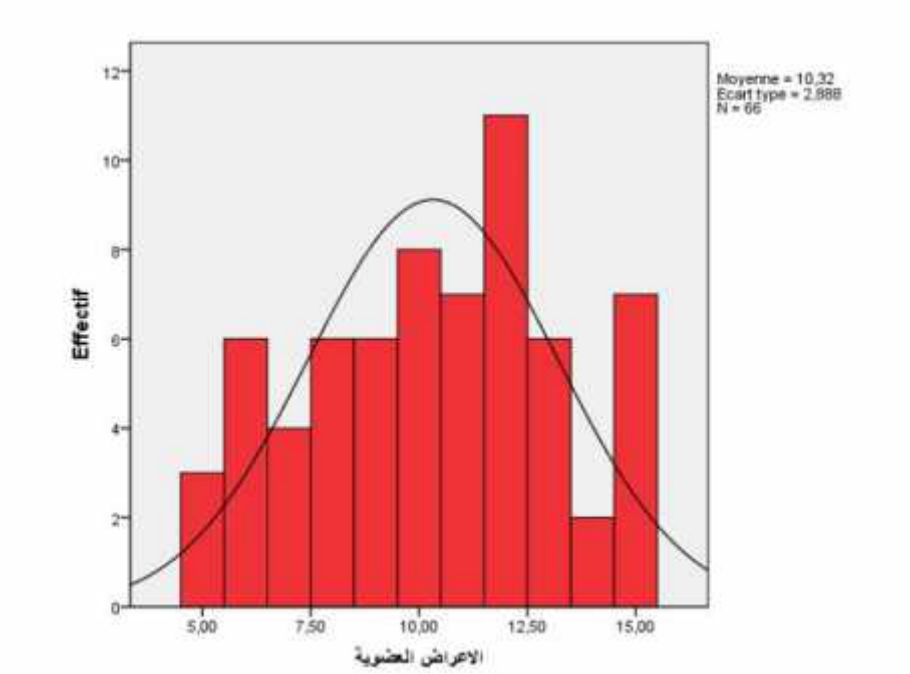
منحيات التوزيع لأبعاد الضغوط النفسية:

مدرج تكراري :(2) يمثل منحنى التوزيع لأبعاد الضغوط النفسية:



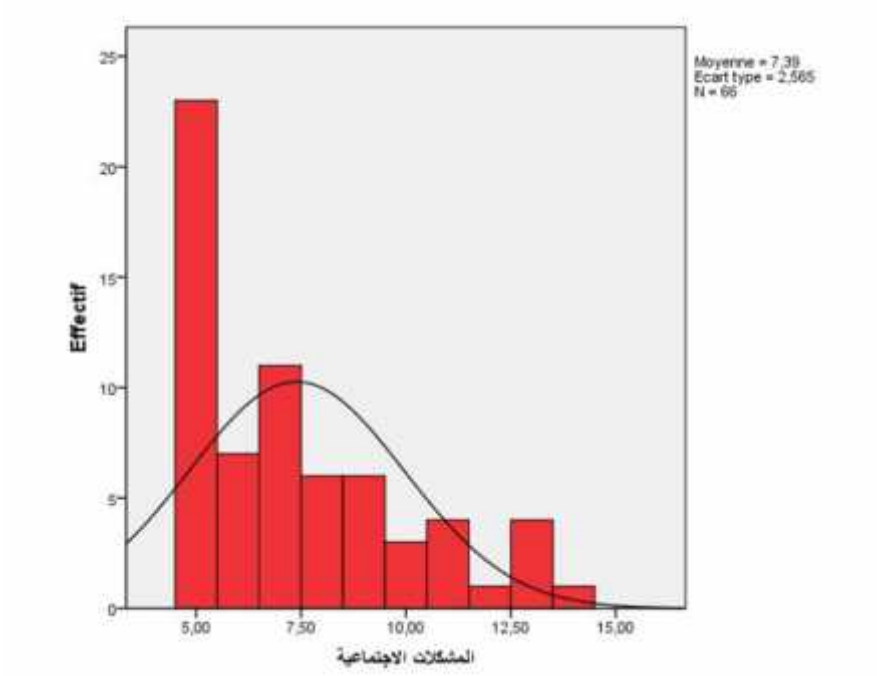
من خلال المدرج تكراري و بناء على المتوسط الحسابي (66.89) والانحراف المعياري(13.22) يتضح أن استجابات أفراد العينة في الدرجات الكلية للاستبيان تقع يمين المنحنى، أي أن أغلب الدرجات المتحصل عليها كان مابين 50 و 80 درجة تقريبا.

مدرج تكراري (3) منحنى التوزيع لبعد الاعراض العضوية



من خلال المدرج التكراري و بناء على المتوسط الحسابي (10.32) والانحراف المعياري ( ) 2.88 يتضح أن استجابات أفراد العينة في بعد الأعراض العضوية موزعة اعتداليا في المنحنى، وأن أكثر تكرار بلغ 11 للدرجة 12 في هذا البعد.

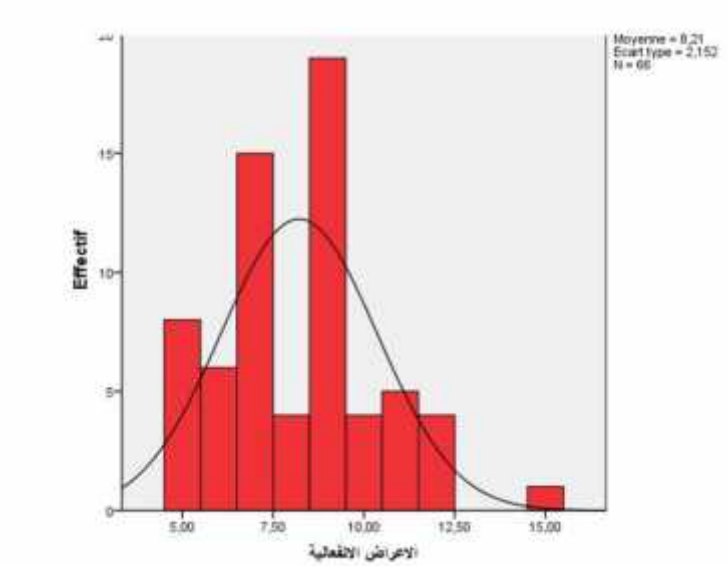
مدرج تكراري (4) يمثل منحنى التوزيع لبعد المشكلات الاجتماعية



من خلال المدرج التكراري وبناء على المتوسط الحسابي (7.39) والانحراف المعياري(2.56) ، يتضح

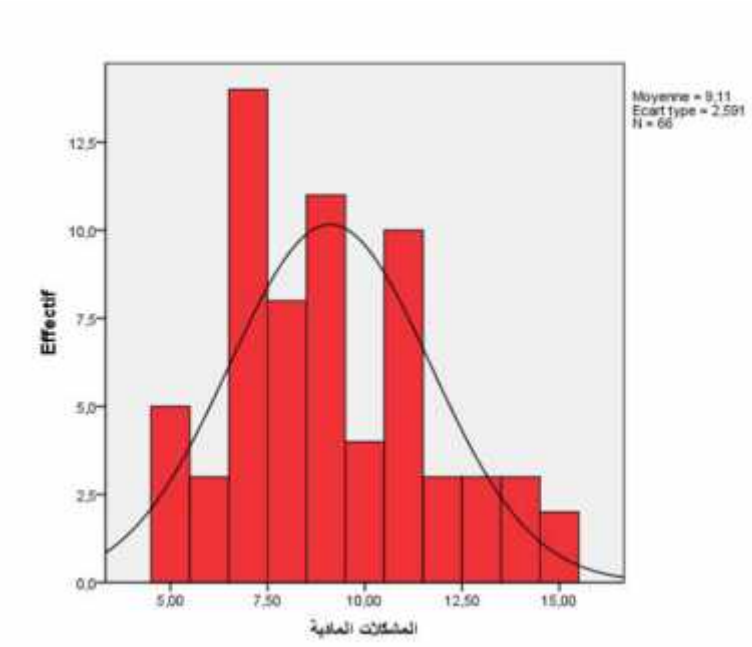
أن استجابات أفراد العينة في بعد المشكلات الاجتماعية ترتكز في الجانب الأيسر للمنحنى، أي أن أغلب الدرجات كانت أقل من المتوسط الحسابي للبعد، وأن أكثر تكرار بلغ 25 للدرجة 5 في هذا البعد.

مدرج تكراري(5) يمثل منحنى التوزيع لبعد الاعراض الانفعالية



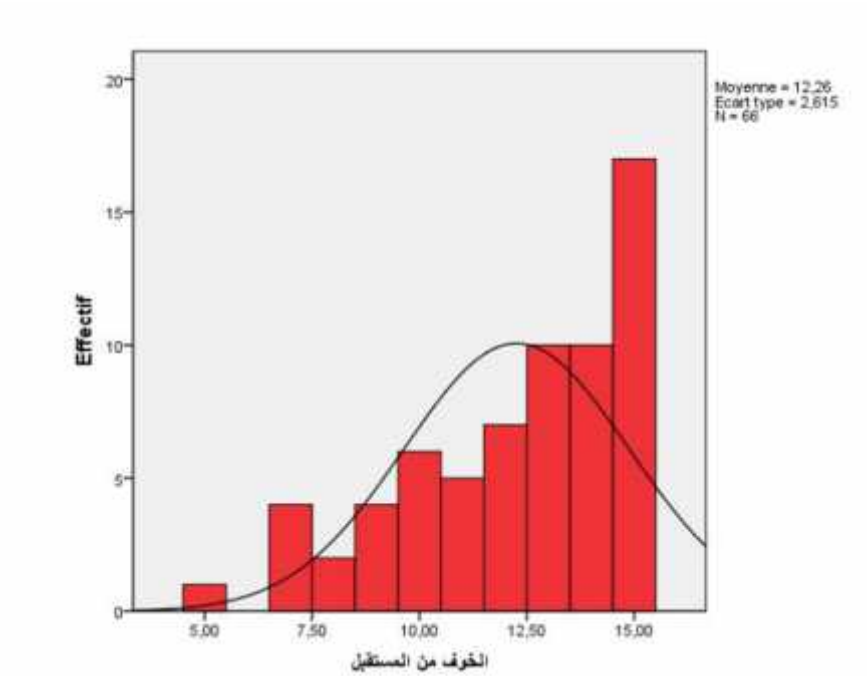
من خلال المدرج التكراري و بناء على المتوسط الحسابي (8.21) والانحراف المعياري 2.15) (، يتضح أن استجابات أفراد العينة في بعد الأعراض الانفعالية ترتكز في الجانب الأيسر للمنحنى أي أنها أقل من المتوسط الحسابي، وأن أكثر تكرار بلغ 19 للدرجة 9 في هذا البعد.

مدرج تكراري :(6)يمثل منحنى التوزيع لبعد المشكلات المادية



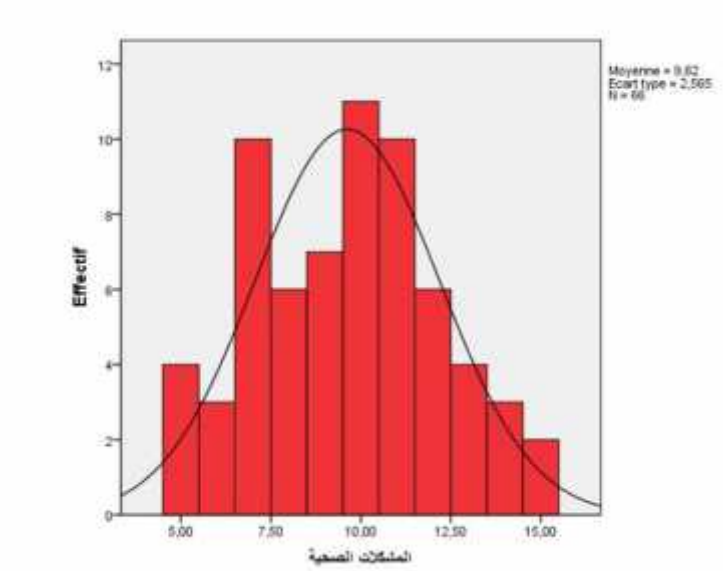
من خلال المدرج التكراري وبناء على المتوسط الحسابي (9.11) والانحراف المعياري(2.58) ، يتضح أن استجابات أفراد العينة في بعد المشكلات المادية ترتكز في الجانب الأيسر للمنحنى أي أنها أقل من المتوسط الحسابي، وأن أكثر تكرار بلغ 13 للدرجة 7 في هذا البعد.

مدرج تكراري :(7)يمثل منحنى التوزيع لبعد مشكلات الخوف من المستقبل



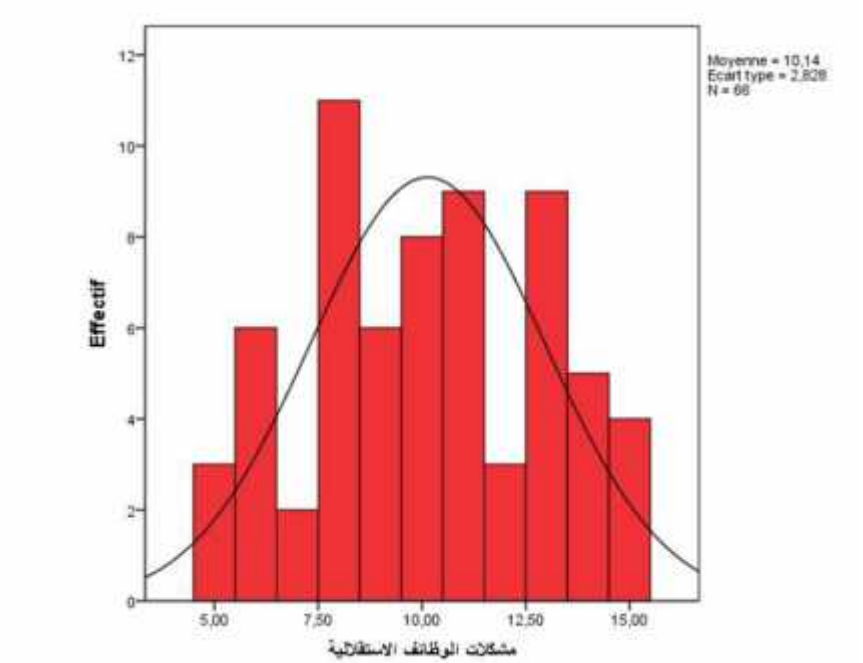
من خلال المدرج التكراري و بناء على المتوسط الحسابي (12.26) والانحراف المعياري ( ) 2.61 يتضح أن استجابات أفراد العينة في بعد الأعراض العضوية تقع يمين المنحنى، أي أن أغلب الدرجات أكبر من المتوسط الحسابي وأن أكثر تكرار بلغ 17 للدرجة 15 في هذا البعد.

مدرج تكراري :(8)يمثل منحنى التوزيع لبعد المشكلات الصحية



من خلال المدرج التكراري و بناء على المتوسط الحسابي (9.62) والانحراف المعياري (2.56) ، يتضح أن استجابات أفراد العينة في بعد المشكلات المادية تتموضع في وسط المنحى أي انها تتوزع اعتداليا، وأن أكثر تكرار بلغ 11 للدرجة 12 في هذا البعد.

مدرج تكراري :(9)يمثل منحنى التوزيع لبعد مشكلات الوظائف الاستقلالية



من خلال المدرج التكراري و بناء على المتوسط الحسابي (10.14) والانحراف المعياري (2.82) يتضح أن استجابات أفراد العينة في بعد المشكلات المادية تتموضع في وسط المنحى أي انها تتوزع اعتداليا، وأن أكثر تكرار بلغ 11 للدرجة 8 في هذا البعد.

2. نتائج التساؤل الرئيسي الثاني:

ما نوع استراتيجيات المواجهة المتبعة من طرف أمهات الأطفال المصابون بالتخلف الذهني لتخفيف الضغوط النفسية؟

ولمعرفة نوع استراتيجيات المواجهة الأكثر والأقل استخداما، استخرج الباحث المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والمنوال لدرجات أفراد العينة على كافة الاستراتيجيات، وقد ظهرت النتائج في الجدول التالي:

جدول (28) نتيجة الإحصاء الوصفي لتحديد نوع استراتيجيات المواجهة

	الدرجة الكلية	الايجابية	التدين	التقبل	التخطيط	طلب المعلومة	السلبية	الانكار	الانسحاب	لوم الذات
المجموع	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66
المتوسط	76.9091	49.4545	14.1970	13.6818	10.3182	11.1667	27.3030	11.0909	8.3788	7.9848
الوسيط	78	50.5	15	14	11	11	27	11	7.5	8
المنوال	79	51	15	15	9	11	27	10	7	5
الانحراف	6.7430	5.4693	1.1925	1.5802	2.1279	2.9382	5.2651	2.6119	2.5344	2.6746
أدنى درجة	59	35	10	7	7	1	17	6	5	5
أعلى درجة	88	58	15	15	15	15	39	15	15	15

ترتيب الابعاد حسب المتوسطات:

جدول (29) ترتيب أبعاد استبيان استراتيجيات المواجهة تنازليا حسب المتوسطات

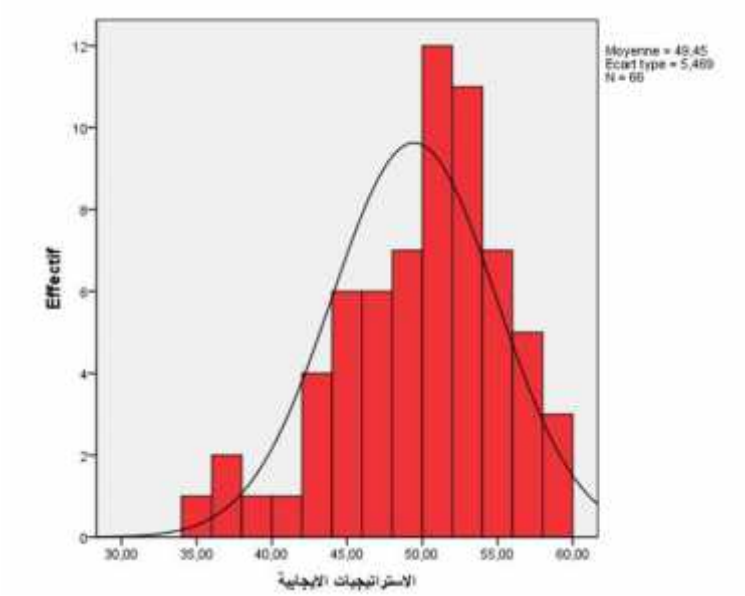
الترتيب	الابعاد	المتوسط
1	التدين	14.20
2	التقبل	13.68
3	طلب المعلومة	11.17
4	الانكار	11.09
5	التخطيط	11.32
6	الانسحاب	8.83
7	لوم الذات	7.98

يتضح من الجدول ين رقم (28) و (29) أن الإستراتيجية الأكثر استخداما هي الاستراتيجيات الايجابية حيث بلغ المنوال فيها51 ، أما التي احتلت الترتيب الأول فهي" التدين " حيث بلغ متوسط إجابات أمهات الأطفال المصابون بالتخلف الذهني عليها 14.19 مما قد يوحي بأن الأمهات يواجهن الضغط الناجم عن إصابة الأبناء بالتخلف الذهني بالرجوع إلى الوازع الديني، فيعطون للحدث الضاغط معنى ديني و يلجأن إلى الله ليساعدهم في تقبل الطفل المصاب، وقد احتلت إستراتيجية" التقبل "المرتبة الثانية حيث بلغ متوسط إجابات الطلبة عليها 13.68 مما يعني أن يتوصلن إلى مرحلة تقبل الإعاقة بعد مرورهن بالمراحل الأولى وهي الصدمة والإنكار والرفض ليتوصلن أخيرا إلى تقبل الابن كما هو، واحتلت إستراتيجية طلب المعلومة المرتبة الثالثة 11.66 مما يدل أن اغلب الأمهات حتى وان كن أميات فإنهن يلجأن إلى طلب معلومات بخصوص إصابة أبنائهن بم تلازمة داون من عند أخصائيين حتى يتسنى لهن التعرف أكثر على الإعاقة

وكيفية التعامل مع الطفل المصاب، وقد تلتها مباشرة إستراتيجية" الإنكار " بمتوسط بلغ 11.07 وهي من الاستراتيجيات السلبية حيث نرى أن الأمهات يلجأن لاشعوريا لإنكار إعاقة أبنائهن وتجاهلها حتى يستطعن التكيف مع المجتع الذي غالبا ما يعتبر الإعاقة وصمة عار للعائلة وللأم خصوصا، وقد جاءت في المرتبة الخامسة 10.31 إستراتيجية التخطيط مما يدل أن الأمهات يحاولن التخطيط لمستقبل أبنائهن وذلك من خلال تدريبهن وتعليمهن وبإلحاقهن بالمركز المتخصص لذلك، أما الاستراتيجيات الأقل تواترا فهي على التوالي إستراتيجية الانسحاب وإستراتيجية لوم الذات بمتوسطات بلغت 8.37 و 7.98على الترتيب وهذا يعني أن الأمهات لا يميلون إلى الانسحاب من المشكلة والانعزال عن المحيطين كما أنهن لا يلقين اللوم على أنفسهن و بأنهن لسن السبب في إصابة أبنائهن بالتخلف الذهني.

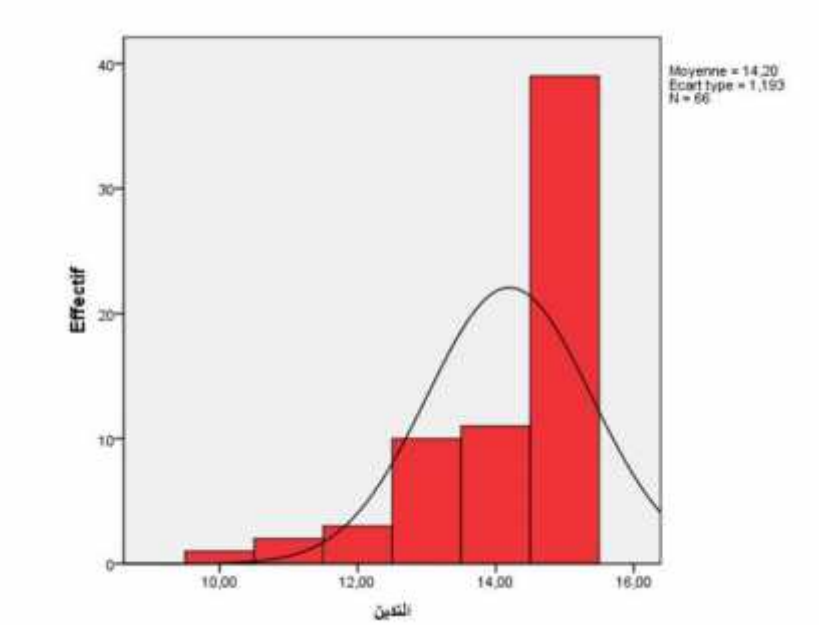
منحيات أبعاد استبيان اسراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية :

مدرج تكراري :(10)يمثل منحنى التوزيع للاستراتيجيات الايجابية



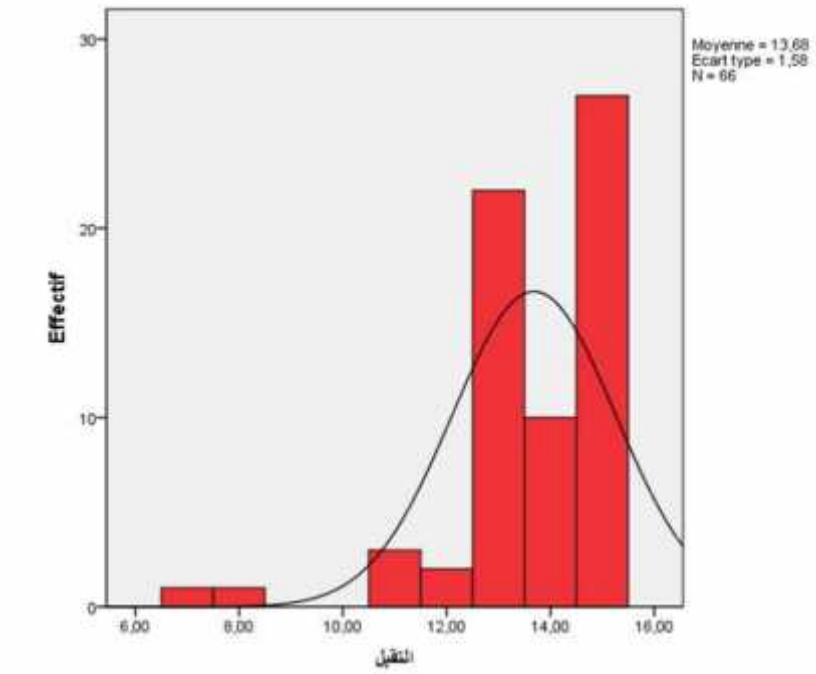
من خلال المدرج التكراري و بناء على المتوسط الحسابي (49.45) والانحراف المعياري (5.46)، يتضح أن استجابات أفراد العينة في أبعاد الاستراتيجيات الايجابية تقع يمين المنحنى، أي أن أغلب الدرجات المتحصل عليها أكبر من المتوسط الحسابي و تراوحت مابين 45 و 60 درجة تقريبا.

مدرج تكراري :(11)يمثل منحنى التوزيع لبعد اسراتيجية التدين



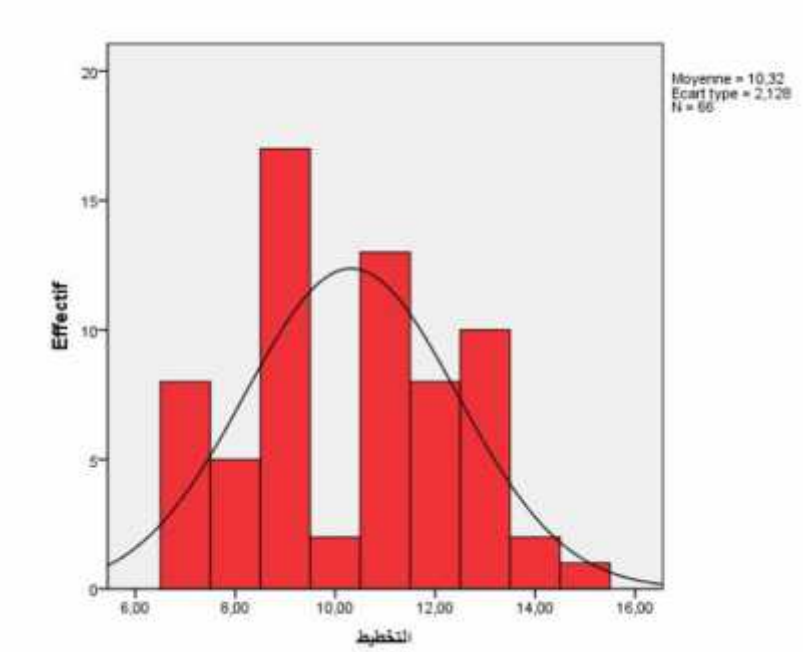
من خلال المدرج التكراري وبناء على المتوسط الحسابي (14.20) والانحراف المعياري(1.19) يتضح أن استجابات أفراد العينة في استراتيجية التدين تقع يمين المنحنى، أي أن أغلب الدرجات أكبر من المتوسط الحسابي وأن أكثر تكرار بلغ 40 للدرجة 15 في هذا البعد.

مدرج تكراري :(12)يمثل منحنى التوزيع لبعد اسراتيجية التقبل



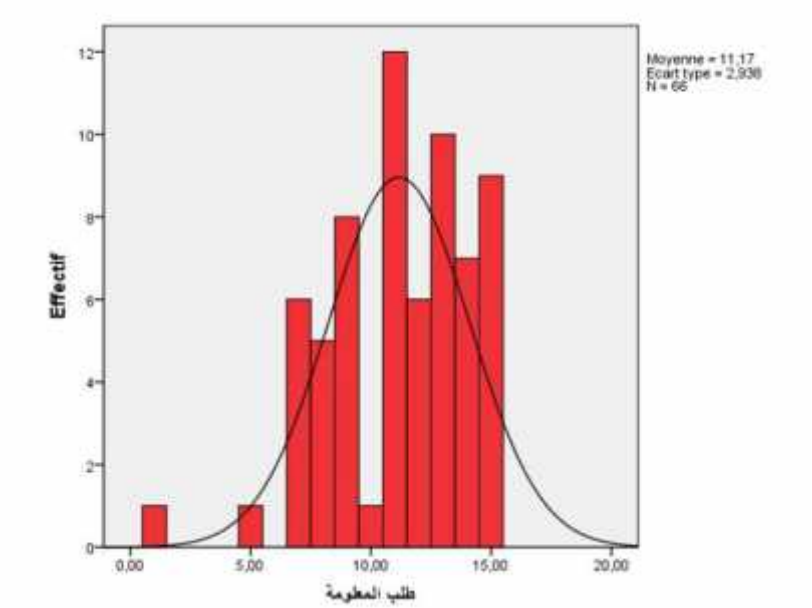
من خلال المدرج التكراري و بناء على المتوسط الحسابي (13.68) والانحراف المعياري(1.58) يتضح أن استجابات أفراد العينة في إستراتيجية التقبل تقع يمين المنحنى، أي أن أغلب الدرجات أكبر من المتوسط الحسابي وأن أكثر تكرار بلغ 27 للدرجة 15 في هذا البعد.

مدرج تكراري :(13)يمثل منحنى التوزيع لبعد اسراتيجية التخطيط



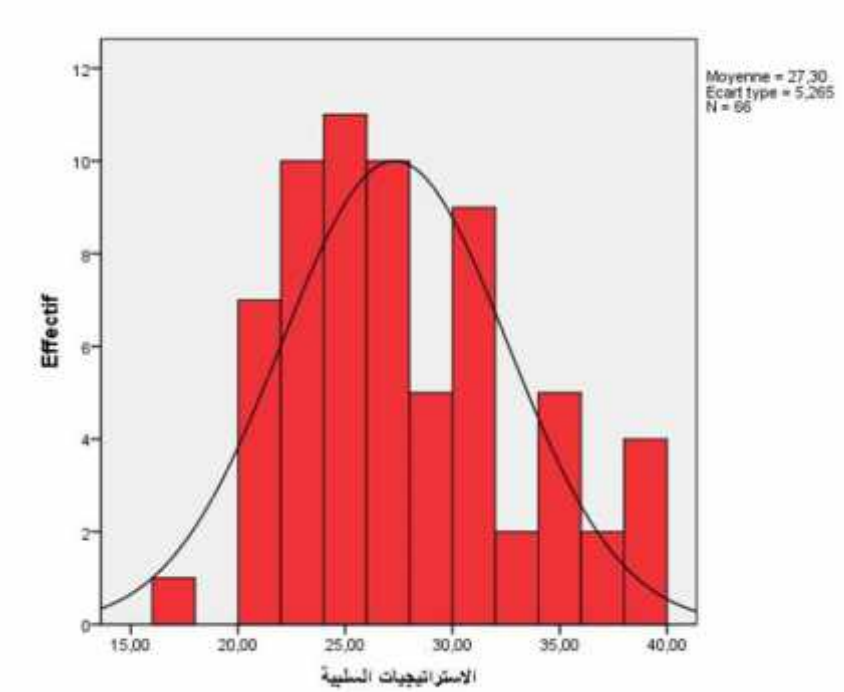
من خلال المدرج التكراري و بناء على المتوسط الحسابي (10.32) والانحراف المعياري(2.12) يتضح أن استجابات أفراد العينة في استراتيجية التخطيط غير موزعة اعتداليا،وأن أكثر تكرار بلغ17 للدرجة 9 في هذا البعد.

مدرج تكراري :(14)يمثل منحنى التوزيع لبعد اسراتيجية طلب المعلومة



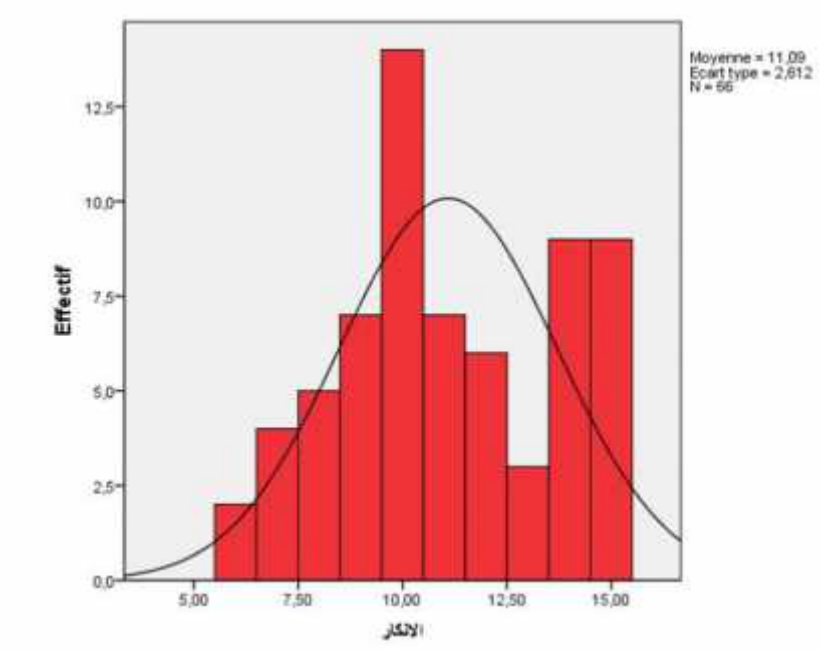
من خلال المدرج التكراري و بناء على المتوسط الحسابي (11.17) والانحراف المعياري (2.93) يتضح أن استجابات أفراد العينة في إستراتيجية طلب المعلومة تقع يمين المنحنى، أي أن أغلب الدرجات أكبر من المتوسط الحسابي وأن أكثر تكرار بلغ 12 للدرجة 11 في هذا البعد.

مدرج تكراري:(15) يمثل منحنى التوزيع للاستراتيجيات السلبية



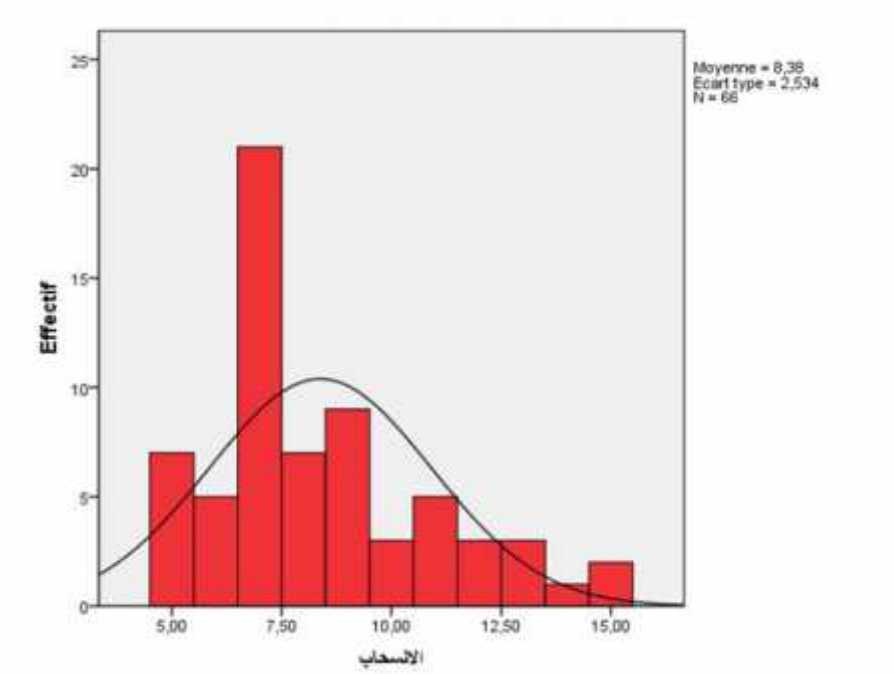
من خلال المدرج التكراري و بناء على المتوسط الحسابي (27.30) والانحراف المعياري(5.26) يتضح أن استجابات أفراد العينة في أبعاد الاستراتيجيات السلبية تقع يسار المنحنى، أي أن أغلب الدرجات المتحصل عليها أقل من المتوسط الحسابي و تراوحت مابين 20 و35 درجة تقريبا.

مدرج تكراري :(16) يمثل منحنى التوزيع لبعد اسراتيجية الانكار



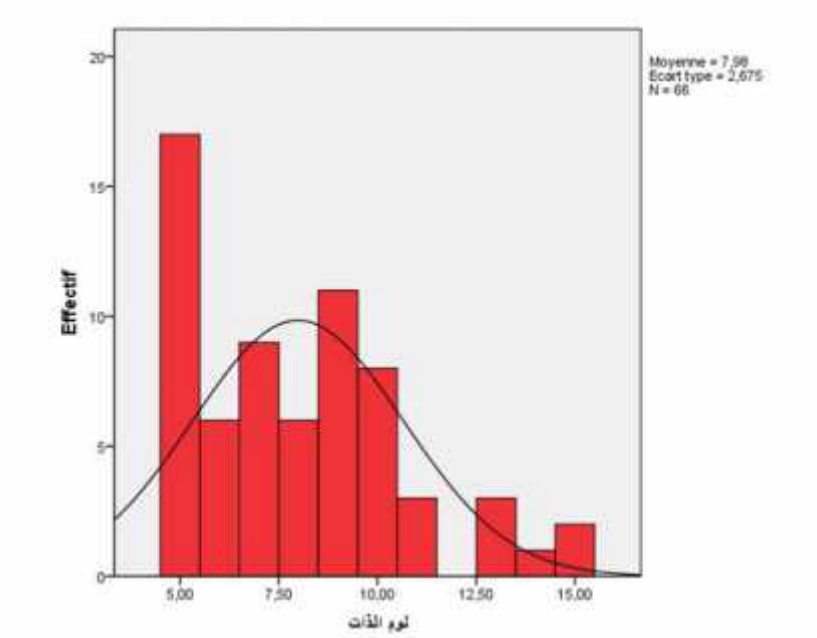
من خلال المدرج التكراري و بناء على المتوسط الحسابي (11.09) والانحراف المعياري(2.51) يتضح أن استجابات أفراد العينة في إستراتيجية الإنكار تقع يمين المنحنى، أي أن أغلب الدرجات أكبر من المتوسط الحسابي وأن أكثر تكرار بلغ 13 للدرجة 10 في هذا البعد.

مدرج تكراري :(17) يمثل منحنى التوزيع لبعد اسراتيجية الانسحاب



من خلال المدرج التكراري وبناء على المتوسط الحسابي (8.83) والانحراف المعياري(2.53) ، يتضح أن استجابات أفراد العينة في اسراتيجية الانسحاب ترتكز في الجانب الأيسر للمنحنى أي أنها أقل من المتوسط الحسابي، وأن أكثر تكرار بلغ 22 للدرجة 7 في هذا البعد.

مدرج تكراري :(18)يمثل منحنى التوزيع لبعد اسراتيجية لوم الذات



من خلال المدرج التكراري وبناء على المتوسط الحسابي (7.98) والانحراف المعياري (2.67) يتضح أن استجابات أفراد العينة في اسراتيجية لوم الذات ترتكز في الجانب الأيسر للمنحنى أي أنها أقل من المتوسط الحسابي، وأن أكثر تكرار بلغ 17 للدرجة 5 في هذا البعد.

ثانيا:عرض نتائج التساؤلات الفرعية:

1. نتائج التساؤل الفرعي الأول:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني تعزى إلى متغير جنس الابن المصاب؟

للإجابة عن هذا التساؤل تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات كل من الذكور والإناث ثم استخدام اختبار ت (T) لمعرفة دلالة الفروق، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (30) دلالة الفروق في مستوى الضغوط النفسية وفقا لمتغير جنس الابن المصاب

	الجنس	التكرار	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	ت	الدلالة
الدرجة الكلية	ذكر	36	65.1389	12.95520	-1.185	غير دالة
	انثى	30	69.0000	13.75747		
الاعراض العضوية	ذكر	36	9.9722	2.91289	-1.067	غير دالة
	انثى	30	10.7333	2.85190		
المشكلات الاجتماعية	ذكر	36	7.4167	2.73992	-1.078	غير دالة
	انثى	30	7.3667	2.38506		
الاعراض الانفعالية	ذكر	36	8.0833	2.06155	-1.530	غير دالة
	انثى	30	8.3667	2.28161		
المشكلات المادية	ذكر	36	9.1944	2.71314	-1.301	غير دالة
	انثى	30	9.0000	2.47748		
مشكلات الخوف من المستقبل	ذكر	36	12.1111	2.50460	-1.495	غير دالة
	انثى	30	12.4333	2.77530		
المشكلات الصحية	ذكر	36	9.0000	2.20389	-2.220	دالة عند 0.05
	انثى	30	10.3667	2.79758		
مشكلات الوظائف الاستقلالية	ذكر	36	9.6389	2.89978	-1.584	غير دالة
	انثى	30	10.7333	2.66437		

يتبين من الجدول رقم (30) أن هناك فرقا في مستوى الضغوط النفسية عند الأمهات وفقا لمتغير جنس الابن المصاب لصالح الإناث في بعد" المشكلات الصحية " حيث بلغت قيمة ت 2.22- وهي دالة إحصائياً عند مستوى0.05، يعني أن الأمهات اللاتي لديهن أبناء إناث مصابات بالتخلف الذهني يعانين من مستوى ضغوط مرتفع بسبب المشكلات الصحية لبناتهن.

2. نتائج التساؤل الفرعي الثاني:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نوع إستراتيجية المواجهة المتبعة لدى أمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني تعزى إلى متغير جنس الابن المصاب؟

للإجابة عن هذا التساؤل تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات كل الذكور والإناث ثم استخدام اختبار ت (T) لمعرفة دلالة الفروق، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (31) دلالة الفروق في نوع إستراتيجية مواجهة الضغوط النفسية المتبعة وفقا لمتغير جنس

	الجنس	التكرار	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	ت	الدلالة
الاستراتيجيات الايجابية	ذكر	36	50.1944	5.56427	1.208	غير دالة
	انثى	30	48.6567	5.30896		
التدين	ذكر	36	14.1111	1.38930	-0.638	غير دالة
	انثى	30	14.3000	1.91539		
التقبل	ذكر	36	13.9167	1.20416	1.330	غير دالة
	انثى	30	13.4000	1.92264		
التخطيط	ذكر	36	10.5556	2.22254	0.993	غير دالة
	انثى	30	10.0333	2.00832		
طلب المعلومة	ذكر	36	11.7222	2.67914	1.707	غير دالة
	انثى	30	10.5000	3.13765		
الاستراتيجيات السلبية	ذكر	36	27.6389	4.53654	0.565	غير دالة
	انثى	30	26.9000	6.08191		
الانكار	ذكر	36	11.9167	2.55650	2.979	دالة عند 0.05
	انثى	30	10.1000	2.35401		
الانسحاب	ذكر	36	8.1389	2.45127	-0.840	غير دالة
	انثى	30	8.6667	2.64358		
لوم الذات	ذكر	36	7.8611	2.47447	-0.409	غير دالة
	انثى	30	8.1333	2.93297		

يتبين من الجدول رقم (31) أن هناك فرقا استخدام نوع استراتيجيات المواجهة من طرف الأمهات وفقا لمتغير جنس الابن المصاب لصالح الذكور في إستراتيجية" الإنكار " حيث بلغت قيمة ت 2,979 وهي دالة إحصائياً عند مستوى0.01 ، يعني أن الأمهات اللاتي لديهن أبناء ذكور مصابون بالتخلف الذهني يلجأن إلى استعمال الإستراتيجية السلبية المتمثلة في الإنكار، وأن الفروق دالة إحصائيا في استخدام هذه الإستراتيجية.

3. نتائج التساؤل الفرعي الثالث

هل توجد فروق ذات دلالة احصائية في مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني تعزى إلى متغير المؤهل التعليمي للأم؟

للإجابة عن هذا التساؤل تم استخدام تحليل التباين الأحادي (ONE WAY ANOVA) لمعرفة إذا كانت هناك فروق جوهرية في مستوى الضغوط النفسية تعزى إلى متغير المؤهل التعليمي للأم، وقد اتضحت النتائج في الجدول التالي:

جدول رقم (32)تحليل التباين للكشف عن دلالة الفروق في مستوى الضغوط النفسية تعزى إلى متغير المؤهل التعليمي للأم المؤهل التعليمي

		مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	ف	الدلالة
الدرجة الكلية	بين المجموعات	2069.087	3	698.696	4.671	دالة عند 0.05
	داخل المجموعات	9247.171	62	149.583		
	المجموع	11370.258	65			
الاعراض العضوية	بين المجموعات	128.468	3	42.823	6.415	دالة عند 0.05
	داخل المجموعات	413.851	62	6.675		
	المجموع	542.318	65			
الاعراض الانفعالية	بين المجموعات	29.683	3	9.894	2.261	دالة عند 0.05
	داخل المجموعات	271.347	62	4.377		
	المجموع	301.030	65			
المشكلات المادية	بين المجموعات	75.969	3	25.323	4.385	دالة عند 0.05
	داخل المجموعات	360.289	62	5.811		
	المجموع	436.258	65			
مشكلات الوظائف الاستقلالية	بين المجموعات	15.102	3	5.034	0.618	غير دالة
	داخل المجموعات	504.671	62	8.140		
	المجموع	519.773	65			
المشكلات الصحية	بين المجموعات	61.683	3	20561	3.484	دالة عند 0.05
	داخل المجموعات	365.847	62	5.901		
	المجموع	427.530	65			
المشكلات الاجتماعية	بين المجموعات	45.280	3	15.093	2.447	دالة عند 0.05
	داخل المجموعات	382.477	62	6.169		
	المجموع	427.758	65			
مشكلات الخوف من المستقبل	بين المجموعات	76.249	3	25.416	4.278	دالة عند 0.05
	داخل المجموعات	368.372	62	5.941		
	المجموع	444.621	65			

يتضح من الجدول رقم (32) أنه توجد فروق تعزى إلى متغير المؤهل التعليمي للأم في مستوى الضغط النفسي، فقد اتضح أن هناك فروق في الأبعاد التالية الأعراض العضوية، المشكلات المادية، المشكلات

الصحية، مشكلات الخوف من المستقبل عند مستوى الدلالة0.05، أما الأبعاد الأخرى المتمثلة في الأعراض الانفعالية، مشكلات الوظائف الاستقلالية و المشكلات الاجتماعية فقد كانت قيم" ف "غير دلالة إحصائية، ولتحديد اتجاه الفروق استخدم الباحث اختبار " Test de Tukey[a,b]" للمقارنات البعدية بهدف استكشاف مواقع الفروق وقد جاءت النتائج في الجداول التالية:

جدول(33) المقارنات البعدية لدلالة الفروق في مستوى الضغط النفسي تبعا لمتغير المؤهل التعليمي للأم المؤهل التعليمي

المؤهل التعليمي	التكرار	الفرق بين المجموعات عند مستوى الدلالة0.05	
		1	2
جامعي	11	58.9091	
متوسط	9	62.4444	62.4444
ثانوي	18	64.2778	64.2778
ابتدائي وأقل	28		73.1429
مستوى الدلالة		0.663	0.113

يتبين من خلال الجدول (33) أنه توجد فروق بين مجموعة مستوى الابتدائي وأقل ومجموعة المستوى الجامعي لصالح المجموعة الأولى "مستوى الابتدائي وأقل" بمتوسط حسابي 73,14 مقابل58,90 لمجموعة المستوى الجامعي.

جدول (34) المقارنات البعدية لدلالة الفروق في بعد الأعراض العضوية تبعا لمتغير المؤهل التعليمي للأم المؤهل التعليمي

المؤهل التعليمي	التكرار	الفرق بين المجموعات عند مستوى الدلالة0.05	
		1	2
جامعي	11	7.8182	
متوسط	9	9.8333	9.8333
ثانوي	18	10.0000	10.0000
ابتدائي وأقل	28		11.7143
مستوى الدلالة		0.133	0.238

يتبين من خلال الجدول (34) أنه توجد فروق بين مجموعة مستوى الابتدائي وأقل ومجموعة المستوى الجامعي لصالح المجموعة الأولى" مستوى الابتدائي و أقل "بمتوسط حسابي 11,71 مقابل7,81 لمجموعة المستوى الجامعي في بعد الأعراض العضوية.

جدول(35) المقارنات البعدية لدلالة الفروق في بعد المشكلات الصحية تبعا لمتغير المؤهل التعليمي للأم

المؤهل التعليمي	التكرار	الفرق بين المجموعات عند مستوى الدلالة0.05	
		1	2
جامعي	11	7.6364	
متوسط	9	9.5556	9.5556
ثانوي	18	9.6667	9.6667
ابتدائي وأقل	28		10.4286
مستوى الدلالة		0.139	0.784

يتبين من خلال الجدول (35) أنه توجد فروق بين مجموعة مستوى الابتدائي وأقل ومجموعة المستوى الجامعي لصالح المجموعة الأولى" مستوى الابتدائي وأقل "بمتوسط حسابي 10,42 مقابل7,63 لمجموعة المستوى الجامعي في بعد المشكلات الصحية

جدول(36) المقارنات البعدية لدلالة الفروق في بعد الخوف من المستقبل تبعا لمتغير المؤهل التعليمي للأم المؤهل التعليمي

المؤهل التعليمي	التكرار	الفرق بين المجموعات عند مستوى الدلالة0.05	
		1	2
جامعي	11	10.7273	
متوسط	9	11.2222	11.2222
ثانوي	18	11.8889	11.8889
ابتدائي وأقل	28		13.4286
مستوى الدلالة		0.601	0.095

يتبين من خلال الجدول (36) أنه توجد فروق بين مجموعة مستوى الابتدائي وأقل ومجموعة المستوى الجامعي لصالح المجموعة الأولى" مستوى الابتدائي و أقل "بمتوسط حسابي 13,42 مقابل10,72 لمجموعة المستوى الجامعي في بعد الخوف من المستقبل.

4. نتائج التساؤل الفرعي الرابع:

هل توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى الدلالة 0.05 في نوع استراتيجية المواجهة المتبعة لدى أمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني تعزى إلى متغير المؤهل التعليمي للأم؟

للإجابة عن هذه الفرضية تم استخدام تحليل التباين الأحادي(ONE WAY ANOVA) لمعرفة إذا كانت هناك فروق جوهرية في استخدام الأم لنوع استراتيجيات المواجهة تعزى إلى متغير المؤهل التعليمي للأم، وقد اتضحت النتائج في الجدول التالي:

جدول رقم(37) تحليل التباين للكشف عن دلالة الفروق في نوع استراتيجيات مواجهة الضغوط المتبعة تعزى إلى متغير المؤهل التعليمي للأم

		جموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	ف	الدلالة
الاستراتيجيات السلبية	بين المجموعات	290.102	3	96.701	3.966	دالة عند 0.05
	داخل المجموعات	1511.838	62	24.384		
	المجموع	1801.939	65			
الانكار	بين المجموعات	45.347	3	15.116	2.354	دالة عند 0.05
	داخل المجموعات	398.107	62	6.421		
	المجموع	443.455	65			
الانسحاب	بين المجموعات	28.049	3	9.350	1.488	غير دالة
	داخل المجموعات	389.482	62	6.828		
	المجموع	419.530	65			
لوم الذات	بين المجموعات	127.279	3	42.426	7.789	دالة عند 0.05
	داخل المجموعات	337.706	62	5.447		
	المجموع	464.985	65			
الاستراتيجيات الايجابية	بين المجموعات	316.121	3	105.374	4.012	دالة عند 0.05
	داخل المجموعات	1628.242	62	26.262		
	المجموع	1944.364	65			
طلب المعلومة	بين المجموعات	123.764	3	41.255	5.848	دالة عند 0.05
	داخل المجموعات	437.403	62	7.055		
	المجموع	561.167	65			
التخطيط	بين المجموعات	16.695	3	5.565	1.243	غير دالة
	داخل المجموعات	277.623	62	4.748		
	المجموع	294.318	65			
التقبل	بين المجموعات	14.984	3	4.995	2.102	غير دالة
	داخل المجموعات	147.334	62	2376		
	المجموع	92.439	65			
التدين	بين المجموعات	5.700	3	1.900	1.358	غير دالة
	داخل المجموعات	86.739	62	1.399		
	المجموع	92.439	65			

يتضح من الجدول رقم (37) أنه توجد فروق تعزى إلى متغير المؤهل التعليمي للأم في استخدام نوع استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي، فقد بلغت قيمة" ف "للاستراتيجيات السلبية 3.96 عند مستوى الدلالة 0.05، أما قيمة "ف" للاستراتيجيات الايجابية بلغت 4.01 عند مستو الدلالة 0.05 ، كما اتضح أنه توجد فروق في الأبعاد التالية : الإنكار، لوم الذات و طلب المعلومة، أما باقي الأبعاد فقد كانت قيم" ف "غير دالة إحصائيا، ولتحديد اتجاه الفروق استخدم الباحث اختبار" Test de Tukey[a,b] " للمقارنات البعدية بهدف استكشاف مواقع الفروق وقد جاءت النتائج في الجداول التالية:

جدول رقم(38) المقارنات البعدية لدلالة الفروق في إستراتيجية الإنكار تبعا لمتغير المؤهل التعليمي للأم

المؤهل التعليمي	التكرار	الفرق بين المجموعات عند مستوى الدلالة0.05	
		1	2
ثانوي	18	10.0000	
جامعي	11	11.0000	11.0000
ابتدائي وأقل	28	11.3214	11.3214
متوسط	9		12.6667
مستوى الدلالة		0.528	0.323

يتضح من خلال الجدول (38)أنه توجد فروق بين مجموعة مستوى المتوسط ومجموعة المستوى الثانوي لصالح المجموعة الأولى" مستوى المتوسط "بمتوسط حسابي 12,66 مقابل 10,00 لمجموعة المستوى الثانوي في بعد الإنكار.

جدول رقم(39) المقارنات البعدية لدلالة الفروق في إستراتيجية لوم الذات تبعا لمتغير المؤهل التعليمي للأم المؤهل التعليمي

المؤهل التعليمي	التكرار	الفرق بين المجموعات عند مستوى الدلالة0.05	
		1	2
جامعي	11	6.2727	
متوسط	9	6.8889	
ثانوي	18	7.1111	
ابتدائي وأقل	28		9.5714
مستوى الدلالة		0.785	1.000

يتضح من خلال الجدول (39)أنه توجد فروق بين مجموعة مستوى الابتدائي وأقل ومجموعة المستوى الجامعي لصالح المجموعة الأولى" مستوى الابتدائي و أقل "بمتوسط حسابي 9,57 مقابل 6,27 لمجموعة المستوى الجامعي في بعد لوم الذات.

جدول رقم(40) المقارنات البعدية لدلالة الفروق في استراتيجية طلب المعلومة تبعا لمتغير المؤهل التعليمي للأم المؤهل التعليمي

المؤهل التعليمي	التكرار	الفرق بين المجموعات عند مستوى الدلالة0.05	
		1	2
ابتدائي وأقل	28	9.5714	
متوسط	9		12.3333
ثانوي	18		12.3333
جامعي	11		123636
مستوى الدلالة		1.0000	1.0000

يتضح من خلال الجدول (40)أنه توجد فروق بين مجموعة مستوى الابتدائي وأقل ومجموعة المستوى الجامعي لصالح المجموعة الثانية" المستوى الجامعي "بمتوسط حسابي 12,36 مقابل 9,57 لمجموعة مستوى الابتدائي وأقل، كما توجد فروق بين مجموعة مستوى الابتدائي وأقل ومجموعة مستوى المتوسط لصالح المجموعة الثانية" مستوى المتوسط "بمتوسط حسابي12,33 ، و توجد فروق أيضا بين مجموعة مستوى الابتدائي وأقل ومجموعة مستوى الثانوي لصالح المجموعة الثانية" مستوى المتوسط "بمتوسط حسابي 12,33، في بعد طلب المعلومة.

2- مناقشة النتائج:

أولا :مناقشة نتائج الفرضيات الجزئية:

1. مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 في مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني تعزى إلى متغير جنس الابن المصاب.

أظهرت نتائج الجدول (30) أنه توجد فروق وبشكل دال إحصائيا عند0.05 ، مما يشير إلى وجود فروق جوهرية بين المتوسطات الحسابية للضغوط النفسية حيث بلغ المتوسط الحسابي للضغوط النفسية في بعد المشكلات الصحية عند أمهات الإناث(10.36) ، في حين بلغ المتوسط الحسابي للضغوط النفسية في بعد المشكلات الصحية عند أمهات الذكور(9.00)، وهذا من شأنه أن يشير إلى أن أمهات الأطفال

الإناث المصابات بالتخلف الذهني يعانين من مستوى أعلى من الضغوط النفسية مقارنة مع أمهات الأطفال الذكور المصابين بالتخلف الذهني.

إذن الفرضية تحققت بشكل جزئي لأنها تحققت في بعد واحد فقط، أي انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني تعزى إلى متغير جنس الابن المصاب لصالح جنس الإناث في بعد المشكلات الصحية.

وقد اختلفت هذه النتيجة مع دراسة دراسة دونوفان Donovan (1988) حيث أكد أن أمهات الأبناء الذكور يعانين من ضغط نفسي مرتفع مقارنة مع أمهات الإناث، ويفسر الباحث هذه النتيجة وهي معاناة أمهات الإناث المصابات بالتخلف الذهني من مستوى مرتفع من الضغوط النفسية إلى أنهن يعشن في المجتمع الجزائري الذي يختلف عن المجتمع الغربي لأنه تحكمه العادات والتقاليد والاتجاهات التي تعتبر الأنثى حاملة شرف العائلة وسمعتها، فالفتاة منذ نشأتها تربيها الأم على الحياء والشرف حتى وان كانت مصابة بالتخلف الذهني فالأم تقوم بتوعية الطفلة وتحذيرها وحتى تخويفها أو عزلها في المنزل ومنعها من الخروج، لكن إدراك الأم بأن الطفلة المصابة بالتخلف الذهني مع ما تعانيه من قصور ذهني يجعلها غير واعية لهذه المفاهيم، فتحمل الأم هذه المهمة نيابة عنها حتى تتمكن من حماية شرف عائلتها لأنها تدرك بان البنت غير مدركة لمخاطر الحياة وانه يمكن لأي كان استغلالها، وأن أي خطا تقع فيه البنت عن جهل طبعا تحاسب عليه الأم لأن الفتاة ابنتها بالمصطلح الذي يستعمل في مجتمعنا وأن الابن الذكر ابن أبيه، فتعيش الأم الخوف والتوجس بين ابنتها الغير واعية لمفهومها لذاتها أو تصورها لجسدها وبين ضرورة الحفاظ على هذا الجسد من أي تدنيس أو شبهة فتتحمل الأم هذه المسؤولية و تبعاتها مما يجعل مستوى الضغوط النفسية لديها مرتفع مقارنة إذا ما كان الطفل المصاب ذكرا رغم القيمة الرفيعة التي يحظى بها الطفل للذكر في مجتمعنا.

كما اتفقت هذه النتيجة مع دراسة خالد محمد الحبيش(2003) ، حيث توصل إلى أن أهم مصادر الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا هو المشكلات الصحية بنسبة% 55 ، كما توصل أولي و ويليام Olley et willaim (1997) أيضا إلى أن أهم مصدر للضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا هو العناية الطبية بالطفل، بالنظر إلى التعقيدات الصحية التي يعاني منها الطفل المصاب بالتخلف الذهني تجعل الأم في حالة توتر دائم بسبب القلق على سلامة ابنتها ومعافاتها من كل الأمراض.

2. مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 في نوع استراتيجية المواجهة المتبعة لدى أمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني تعزى إلى متغير جنس الابن المصاب.

أظهرت نتائج جدول(31) أنه توجد فروق وبشكل دال إحصائيا عند0.05 ، مما يشير إلى وجود فروق جوهرية بين المتوسطات الحسابية في استخدام نوع استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني، حيث بلغ المتوسط الحسابي لاستراتيجية الإنكار عند أمهات الأطفال

الذكور(11.91) ، في حين بلغ المتوسط الحسابي لاستراتيجية الإنكار عند أمهات الأطفال الإناث (10.10) ، وهذا من شأنه أن يشير إلى أن أمهات الأطفال الذكور المصابون بالتخلف الذهني يلجأن إلى إتباع استراتيجيات مواجهة سلبية تتمثل في الإنكار مقارنة مع أمهات الأطفال الإناث المصابين بالتخلف الذهني.

إذن الفرضية تحققت بشكل جزئي لأنها تحققت في بعد واحد فقط، أي انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في استخدام نوع استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون تعزى إلى متغير جنس الابن المصاب لصالح الذكور في استراتيجية الإنكار.

نظرا لعدم وجود دراسة سابقة تتضمن نفس المتغيرين وهما دلالة الفروق في استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي لدى الأمهات وفق جنس الابن المعاق، فإنه يمكن القول أن النتيجة اتفقت مع دراسة أولي وويليام Olley et willaim (1997) الذي توصل إلى أن أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا يلجأن إلى استراتيجية الإنكار بنسبة 44% .

إن تفسيرنا لهذه النتيجة يرجع إلى طبيعة العلاقات العائلية التي تتمحور حول الديمومة من خلال الابن الذكر، فالذكر دائما أغلى من الأنثى لأنه يمثل استمرارية النسل وحمل الاسم العائلي.

(روزا الأشقر،1997 ، ص9)

ففي بيئتنا الاجتماعية الابن الذكر له مكانة مميزة حيث تصب عليه كل الاهتمامات، وترتفع مكانة الأم التي تنجب ولدا ذكرا في الأسرة فتصبح ذات قيمة رفيعة، على عكس الأم التي تنجب إناثا فإنها تكون أدنى مستوى ومنبوذة ولا يؤخذ برأيها في أي أمر حتى فيما يتعلق بأسرتها.

ففرحة الأم بإنجاب مولود ذكر سرعان ما تزول ويحل محلها الشعور بالعار وخيبة الأمل، فالابن الذكر الذي سيمنح للأم المكانة التي طالما انتظرتها مصاب وناقص وغير كفء ولا يمكن الاعتماد عليه ويستحيل أن يحقق الآمال المنتظرة منه.

لذا يرجع الباحث لجوء الأم التي لديها ابن ذكر مصاب بالتخلف الذهني إلى استراتيجية الإنكار إلى أن الأم ترفض التصديق بأن ابنها به قصور فتلجأ لا شعوريا إلى إنكار إصابة ابنها، وتقنع نفسها بأن ابنها سيشفى من إصابته عندما يكبر وبأنه سيحقق طموحاتها من خلال استمراريته كأن يعمل ويتزوج ويؤسس أسرة يحقق من خلالها الديمومة المنتظرة منه.

3. مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 في مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني تعزى إلى متغير المؤهل التعليمي للأم.

أظهرت نتائج الجداول (32) إلى (36) أنه توجد فروق وبشكل دال إحصائيا عند0.05 ، مما يشير إلى وجود فروق جوهرية بين المتوسطات الحسابية للضغوط النفسية حيث بلغ المتوسط الحسابي للضغوط النفسية عند الأمهات ذوات المستوى التعليمي إبتدائي وأقل (73.14) في حين بلغ المتوسط الحسابي

للضغوط النفسية عند الأمهات ذوات المستوى التعليمي الجامعي(58.90) ،كما تبين وجود فروق جوهرية بين المتوسطات الحسابية للضغوط النفسية في أبعاد الأعراض العضوية والمشكلات الصحية والخوف من المستقبل لصالح أمهات المستوى التعليمي الابتدائي وأقل على حساب أمهات المستوى الجامعي، هذا ما يشير إلى أن أمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني ذوات المستوى التعليمي إبتدائي وأقل يعانين من مستوى أعلى من الضغوط النفسية مقارنة مع أمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني ذوات المستوى التعليمي الجامعي.

تشير هذه النتيجة إلى أن الفرضية تحققت بشكل كلي أي أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني تعزى إلى متغير المؤهل التعليمي للأم.

اختلفت هذه النتيجة مع دراسة منى حسن عبد الله فرح(2009) التي توصلت إلى أنه لا توجد فروق دالة إحصائيا في مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا وفقا للمستوى التعليمي للأم، اتفقت هذه النتيجة مع دراسة أولي و ويليام Olley et willaim (1997) الذي أكد أن الأمهات الأقل تعليما يعانين من مستوى أعلى من الضغوط مقارنة بالأعلى تعليما.

إن تفسير هذه النتيجة يرجع إلى أن الأم ذات المستوى الابتدائي واقل تعاني من ضغوط نفسية أعلى مقارنة بالأم ذات المستوى الجامعي، إلى أنها غير واعية بمشكلة الابن فمعلوماتها غير كافية فتكون مشوشة لأن موضوع إصابة ابنها يكتنفه الغموض فهي تجهل أسبابه أو عوامل الخطورة فيه أو كيفية تدريب وتعليم الطفل المصاب، كل هذا الغموض والتساؤلات التي تدور في عقلها والتي لا تجد إجابة شافية لها يؤدي بها إلى ظهور أعراض عضوية تتطور لتصل إلى المرض البسيكوسوماتي، كما أن تخوفها من المشكلات الصحية للابن يشكل هاجسا يؤرقها فهي لا تدرك بأن هناك علاجات طبية متقدمة لهذه الفئة كما أنها لاتدرك أن مستوى حياة هذه الفئة ارتفع مقارنة بالعقود الماضية التي كان فيها متوسط حياة الفرد المصاب بالتخلف الذهني لا يتجاوز ثلاثون سنة، فالأم تعتقد إن الابن المصاب معرض للموت عند إصابته بأي مرض بسيط أو أنه سيموت عند بلوغه سن معين، كما أن الأم ونظرا للمستوى التعليمي المنخفض تخاف من المستقبل وتسيطر عليها فكرة من سيرعى ابني من بعدي ؟، لذا فإنها تنشأ علاقة ذوبانية مع الطفل في محاولة لاحتوائه وإشباع غريزة الأمومة فتلبي كل متطلباته حتى وان كانت في غير متناولها لأنها على يقين بأن ابنها سيفارقها قريبا، عكس الأمهات ذوات المستوى الجامعي فهن يساعدن الطفل على التدريب والتعلم حتى يستطيع تحقيق الاستقلالية الذاتية في المأكل والملبس والاستحمام، وحتى بعض المهارات الاجتماعية كتكليفه بمهمات خارج المنزل حتى يتعود على التعامل مع الناس وحتى لا تكون بيئته فقيرة من الناس.

4. مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الرابعة:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 في نوع استراتيجية المواجهة المتبعة لدى أمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني تعزى إلى متغير المؤهل التعليمي للأم.

أظهرت نتائج الجداول (37) إلى (40) أنه توجد فروق وبشكل دال إحصائيا عند 0.05 مما يشير إلى وجود فروق جوهرية بين المتوسطات الحسابية في استخدام نوع استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني، حيث اتضح أنه توجد فروق بين المتوسطات في استراتيجيات الإنكار ولوم الذات لصالح الأمهات ذوات المؤهل التعليمي" المتوسط "و"الابتدائي وأقل"، ووجود فروق إحصائية بين المتوسطات في استراتيجية طلب المعلومة لصالح الأمهات ذوات المؤهل التعليمي الجامعي"، هذا يشير إلى أن أمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني ذوات المؤهل التعليمي "المتوسط" و"الابتدائي وأقل "يلجأن إلى إتباع الاستراتيجيات السلبية المتمثلة في الإنكار ولوم الذات، أما أمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني ذوات المؤهل التعليمي" الجامعي "يلجأن إلى إتباع الاستراتيجيات الإيجابية المتمثلة في طلب المعلومة. تشير هذه النتيجة إلى أن الفرضية تحققت بشكل جزئي لأنها تحقق في ثلاث استراتيجيات فقط، لكن يمكن القول أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني تعزى إلى متغير المؤهل التعليمي للأم.

لاتوجد أي اتفاق أو اختلاف بين هذه النتيجة وبين الدراسات السابقة نظرا لعدم وجود أي دراسة منها تناولت نفس المتغيرين وهما الفروق في استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي لدى الأمهات وفق المؤهل التعليمي للأم.

إن قدرة الفرد على التكيف مع الضغوط بشكل عام تزيد بارتفاع المستوى التعليمي، أي أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للأم زاد وعيها وإدراكها للضغوط النفسية الناجمة عن إصابة الابن بالتخلف الذهني نتيجة تعلمها لكثير من الخبرات والمهارات خلال حياتها العلمية، وبالتالي فإن الأم ذات المستوى الجامعي تتبع استراتيجيات مواجهة ايجابية تتمثل في طلب المعلومة نظرا لمستواها التعليمي الذي يساعدها على البحث أو الاتصال بالمختصين في مجال إصابة ابنها، بالمقابل فإن الأمهات اللاتي لديهن مستوى ابتدائي وأقل يتبعون استراتيجيات مواجهة سلبية تتمثل أساسا في إنكار الإصابة ولوم الذات ويرجع ذلك إلى عدم تقبل الأم لفكرة قصور الطفل ونظرة المجتمع له فتلقي باللوم على نفسها وبأنها هي سبب ما يعاني منه ابنها.

كما أن الأم ذات المستوى التعليمي ابتدائي و أقل تنكر التفسيرات العلمية التي تفسر إصابة ابنها والتي تعتقد أنها توجه لها أصابع الاتهام فينمو لديها الشعور بالذنب ولوم الذات، فتبحث عن حلول أخرى فتلجأ إلى الوصفات الشعبية التي ترجع سبب الإصابة إلى العين والسحر فتوفر لها الراحة و الاطمئنان عن طريق الوعود الزائفة بأن ابنها سيشفى من إصابته في يوم ما عندما يكبر، في حين أن الأم ذات المستوى الجامعي تكون أكثر وعيا ومعرفة بموضوع الإصابة بالتخلف الذهني، كما أنها مطلعة على احدث التطورات العلمية والتي تؤكد عدم شفاء الطفل المصاب بالتخلف الذهني، فهي تستطيع مواجهة الضغوط النفسية

الناجمة عن إصابة ابنها عن طريق طلب المعلومات الكافية من المختصين التي تساعدها في تنمية مهارات السلوك التكيفي والاجتماعي للطفل حتى يتمتع الطفل بسلوك مقبول اجتماعيا بدل البحث عن وهم الشفاء التام.

ثانيا: مناقشة نتائج الفرضيات العامة :

1. مناقشة نتائج الفرضية العامة الأولى:

تعاني أمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني من ضغوط نفسية مرتفعة.

أظهرت نتائج الجدول (26) أن المتوسط الحسابي للدرجات الكلية لاستبيان الضغط النفسي هو (66.89) وهو أقل من المجال الفرضي لاستبيان الضغوط النفسية الذي تعبر عنه الدرجة (70) باعتبار أن المجال الفرضي لكل بند هو (2) وبشكل دال إحصائيا، مما يشير إلى أن درجة الضغوط النفسية لدى أفراد العينة أقل من المجال الفرضي لأداة القياس، وهذا يدل على أن أمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني يعانين من مستوى متوسط من الضغوط النفسية.

إذن الفرضية لم تتحقق حيث أن أمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني يعانين من مستوى متوسط من الضغوط النفسية.

هذه النتيجة تتفق مع نتيجة دراسة رياض يعقوب ملكوش وخولة يحيى (1995) حيث توصل الى ان مستوى الضغوط النفسية لدى آباء وأمهات الأطفال المعاقين متوسط، كما اتفقت مع دراسة دراسة أولي ووليام Olley et willaim (1997)، ودراسة أنسي وسيس (1986) حيث تناولا الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا وخلصت كلتا الدراستين إلى أن أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا يعانين من مستويات متوسطة من الضغوط.

ولم تتفق هذه النتيجة مع دراسة منى حسن عبد الله فرح (2009) التي أجرتهاعلى والدي الاطفال المعاقين وكذلك لم تتفق مع دراسة إيوا بسيلا Ewa Pisula (1999) حيث كانت نتيجتها أن مستوى الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني منخفض.

وإذا حاولنا تفسير نتيجة هذه الفرضية فإننا نرجع الى ظروف التكفل التي توفرها الدولة الجزائرية لاطفال المتخلفين ذهنيا حيث ومن الطبيعي ان الاسرة والام تحديدا ترتاح نفسيا اذا تم التكفل بابنها و مقاسمة المسؤولية الثقيلة معها.

فولادة طفل مصاب بالتخلف الذهني يعتبر حدث مؤلم وضاغط للوالدين وللأم خصوصا لأنه يمسح صورة الطفل المثالي الذي كانت تحلم به، فهو طفل مصاب ومريض غير قابل للشفاء يمثل إعاقة لمدى الحياة للطفل والعائلة معا.

إن إدراك الأم لعدم نضج وليدها يجعلها غير فخورة به كما لا يمكنها الاستمتاع بلحظات ولادته فهي تعلم إنه مختلف لا يشبهها ولا يشبه أباه، فالأم لا يمكنها أن تعيش مثالية ابنها بل إن كل ما تعيشه هو الألم.

(Daniel Rotten, pp 168-175)

هذا ما يجعل الأم تعيش في دوامة المتناقضات بين وليد غير فخورة به وبين مشاعر الأمومة التي ترغمها على رعاية هذا الابن الذي يسبب لها الألم والحزن، خاصة وأن الأسرة التي لديها طفل معاق تلقي بكامل مسؤولية إدارة شؤون الطفل على عاتق الأم، فتنشأ علاقة ثنائية وثيقة بين الأم والطفل حيث إن الكثير من مهارات الحياة اليومية ومهارات اجتماعية يقع ضمن مسؤولية الأم، فتظهر مشكلة استمرارية الرعاية، ومن هنا تظهر الضغوط النفسية والتي يمكن أن تكون قاسية وتنهك الأم جسديا ونفسيا وماديا أيضا.

(وليد السيد خليفة،2008 ، ص178)

ومن هنا يرجع الباحث معاناة أم الطفل المصاب بالتخلف الذهني من مستوى متوسط الشدة من الضغوط، إلى أن رعاية طفل مصاب بالتخلف الذهني مع ما يميزه من خصائص أبرزها الإعاقة الذهنية التي تسبب عجز في النمو العقلي مع قصور في السلوك التكيفي، فالطفل المصاب غير قادر على تعلم مهارات العناية بالذات أو النظافة الشخصية والأكل وارتداء الملابس التي تعتبر وظائف روتينية يتمكن منها الطفل العادي بكل بساطة، في حين نجد الطفل المصاب يفشل في تحقيقها مما يجعل أعباء الوظائف الاستقلالية مصدر قلق و إزعاج للأم التي تقوم بنفسها بهذه الأمور، كما أن الحاجة للرعاية الطبية الدورية بسبب ما يعانيه الطفل من أمراض التي يكون سببها أحيانا التشوهات الخلقية التي يولد بها خاصة على مستوى القلب أو الأمراض التي يعاني منها بسبب عدم قدرة جسمه على مقاومة أضعف الفيروسات، يزيد في الأعباء المادية من توفير للدواء والأكل الصحي مع توفير مستلزمات وأدوات وقاية خاصة، كل هذه المشكلات تجعل الأم في حالة حيرة فهي لا تستطيع وضع خطط للمستقبل خاصة وان ابنها لا يستطيع مواجهة الحياة بإمكانياته المحدودة، فتعيش الأم حالة ضيق وتوتر تحاول الخروج منها عن طريق متنفس خارج محيط الأسرة فتصطدم بالمجتمع الذي يعتبر إصابة طفل وصمة عار تلحق بالأسرة وبالأم خصوصا فتحمل الأم مشاعر الذنب وتكبتها مما يجعل أعراض جسدية تظهر عليها قد تتعقد لتصبح أمراض عضوية.

ويمكن تلخيص النتائج المتوصل إليها في ضوء هذه الفرضية فيما يلي:

- محدودية إمكانيات الطفل المصاب بالتخلف الذهني وإدراك الأم بان ابنها سيقضي بقية حياته معاقا يجعلها تعيش مشاعر الخوف والقلق على مستقبل ابنها، لأنه لا يستطيع أن يعيش حياة طبيعية.
- معايشة حادث ضاغط كوجود ابن مصاب بالتخلف الذهني يؤثر على الحالة الصحية للام فتظهر عليها أعراض الضيق والصداع وحتى بعض الأمراض الجسدية.
- عدم قدرة الطفل المصاب على أداء الوظائف الاستقلالية الضرورية للحياة كعدم قدرته على ارتداء الملابس الأكل بمفرده، عدم المحافظة على نظافة ملابسه تجعل الأم في حالة توتر وانزعاج.
- إن الأطفال المصابون بالتخلف الذهني يعانون من تعقيدات صحية كثيرة نظرا للعيوب الخلقية التي يولدون بها أو بسبب ضعف جهاز مقاومتهم للأمراض يجعل الأم في حالة قلق وضيق بسبب تفكيرها الدائم في سلامة ابنها ومعافاته من جميع الأمراض.

- وجود طفل مصاب تترتب عليه أعباء إضافية نظرا للمتطلبات الكثيرة التي يجب توفيرها والتي تفوق القدرة المادية للأسرة مما يؤدي بالأم إلى تخليها عن الكثير من الأشياء أو البحث عن مصادر دخل متنوعة.
- انشغال الأم بالاعتناء بالطفل المصاب وتلبية متطلباته اليومية وشعورها بالحرج تجاه ابنها يجعل علاقاتها الاجتماعية محدودة فتنعزل عن بقية أفراد الأسرة و الأصدقاء و الجيران.

2. مناقشة نتائج الفرضية العامة الثانية:

تعتمد أمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني على إستراتيجيات المواجهة الإيجابية لتخفيف الضغوط النفسية.

أظهرت نتائج الجدول (28) أن المتوسط الحسابي لدرجات الإستراتيجيات الايجابية هو (49.45) وهو أكبر من المجال الفرضي لأبعاد الإستراتيجيات الإيجابية في استبيان استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية الذي تعبر عنه الدرجة (40) باعتبار أن المجال الفرضي لكل بند هو(2) ، أما المتوسط الحسابي لدرجات الإستراتيجيات السلبية بلغ (27.30) وهو أقل من المجال الفرضي لأبعاد الإستراتيجيات السلبية في استبيان استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية الذي تعبر عنه الدرجة (30) باعتبار أن المجال الفرضي لكل بند هو(2) ، مما يشير إلى نوع استراتيجيات المواجهة المتبع من طرف أمهات الأطفال المصابون بالتخلف الذهني هو الاستراتيجيات الايجابية و المتمثلة في التدين والتقبل وطلب المعلوم والتخطيط.

إذن الفرضية تحققت حيث أن أمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني يعتمدن على إستراتيجيات المواجهة إيجابية في تخفيف الضغوط النفسية.

هذه النتيجة اتفقت مع دراسة دونوفان Donovan (1988) حيث توصل إلى أن أمهات الأطفال المعاقين يلجأن إلى استراتيجيات مواجهة ايجابية تتمثل أساسا في البحث النشط عن الدعم والنصيحة والمساعدة من خارج النظام الأسري، وقد تعارضت هذه النتيجة مع دراسة أولي و ويليام Olley et (1997) willaim حيث توصل إلى نتيجة أن أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا يلجأن إلى الاستراتيجيات السلبية بنسبة 44% المتمثلة في الهروب تحاشي المشكلة و الإنكار، مقابل % 41 يلجأن إلى الاستراتيجيات الايجابية المتمثلة في تقبل إعاقة الطفل.

ولتفسير هذه النتيجة فإننا نرجع إلى تعريف لطفي عبد الباسط (1994) للإستراتيجيات الإيجابية والتي تتمثل في قيام الفرد بأفعال لمواجهة المشكلة مع محاولة مستمرة لزيادة الجهد أو تعديله وعدم التسرع والتريث في محاولته لمواجهة الموقف الضاغط، وقد يقتضي ذلك استرجاع الفرد لخبراته السابقة في المواقف الضاغطة. (طه عبد العظيم حسين،2006 ، ص106)

نجد أن أكثر الأساليب استخداما من طرف أمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني هي الإستراتيجيات الايجابية، ويرجع ذلك إلى معرفة الأمهات بأهمية وفاعلية مثل هذه الأساليب في مواجهة و

تخفيف الضغوط التي يتعرضن لها جراء إصابة أبنائهن و محاولة التكيف معها، وبالتالي فهن يفضلن استخدام مثل هذه الأساليب باستمرار للتغلب على الضغوط كلما دعت الحاجة إلى ذلك، حتى أصبحت هذه الأساليب جزءا من سلوكهم في التعامل مع الضغوط النفسية الناجمة عن إصابة الابن بالتخلف الذهني لملاءمتها في تخفيف حدة هذه الضغوط وآثارها.

(عبد الله الضريبي، 2010 ، ص703)

ومن هنا يرجع الباحث استخدام الأمهات للاستراتيجيات الإيجابية وفي مقدمتها التدين إلى أن الأمهات يتمتعن بوازع ديني و إيماني كبير، و أنهن يرجعن إعاقة أبنائهن إلى القضاء والقدر والابتلاء الذي يقابلونه بالصبر واحتساب الأجر عند الله، مع الإكثار من العبادات كالصلاة والدعاء والصدقة طمعا في أن يخلصهن الله من المشكلة، هذا الايمان بقضاء الله والاستسلام لحكمته تعالى يجعل الأم تتقبل ابنها كما هو بكل صفاته وسلوكياته ومميزاته الغير مرغوبة أحيانا، فتمتلك القدرة على تحمل أخطائه وعيوبه وإيمانها بالقدرة على مواجهة الموقف الضاغط بالبحث عن المعلومات الكافية وجمع اكبر عدد ممكن عن كل صغيرة وكبيرة عن إصابة ابنها، فتسعي لطلب العون والنصيحة والمعلومات المتعلقة بالإصابة من المختصين أو مؤسسات المجتمع للحصول على راحة وجدانية، إن امتلاك الأم للمعلومات التي تخص الإصابة وكيفية التعامل مع ابنها المصاب يجعل معالم المستقبل واضحة أمامها فتسعى لوضع خطط مستقبلية لضمان حياة أفضل لابنها وأسرتها.

و يمكن تلخيص النتائج المتوصل إليها في ضوء هذه الفرضية فيما يلي:

- الاستعانة بالله عز وجل والرضا بان ما أصابهم هو ابتلاء من عند الله يصيب به من يشاء من الناس والإكثار من العبادات والدعاء إلى الله أن يخلصهم من هذه المشكلة.
- عدم إنكار إصابة أبنائهن و تقبل الابن كما هو مع محاولة تحسين قدراته من خلال تدريبه وتعليمه.
- اللجوء إلى الآخرين لطلب المعلومات والمساندة من خلال الاتصال بأخصائيين في مجال إعاقة أبنائهن أو من خلال الاحتكاك بأمهات يعانين من نفس مشكلتهن وذلك لتبادل الخبرات وإثراء المعلومات.
- الانشغال بالموقف الضاغط والتفكير في المستقبل والتخطيط له مع تمني التغيير وتحسن حال أبنائهن.

3- الاستنتاج العام:

توصل الباحث من خلال هذا البحث إلى مجموعة من النتائج، تم عرضها وتحليلها وتفسيرها في ضوء الأطر النظرية المتاحة، والدراسات السابقة المتوفرة، ويمكن إجمال ما انتهى إليه البحث فيما يلي:

- تعاني أمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني من مستوى متوسط من الضغوط النفسية.
- تتبع أمهات الأطفال المصابون بالتخلف الذهني استراتيجيات مواجهة ايجابية والمتمثلة في التدين والتقبل وطلب المعلومة والتخطيط.
- إن لمتغير جنس الطفل المصاب بالتخلف الذهني تأثير على مستوى الضغوط النفسية ونوع استراتيجيات المواجهة المتبع من طرف الأم حيث أن أمهات الإناث المصابات بالتخلف الذهني من مستوى أعلى من الضغوط النفسية مقارنة مع أمهات الأطفال الذكور المصابين بالتخلف الذهني، كما أن أمهات الذكور المصابون بالتخلف الذهني يلجأن إلى إتباع استراتيجيات مواجهة سلبية تتمثل في الإنكار مقارنة مع أمهات الإناث المصابات بالتخلف الذهني.
- إن لمتغير المؤهل التعليمي لأم الطفل المصاب بالتخلف الذهني تأثير على مستوى الضغوط النفسية ونوع استراتيجيات المواجهة المتبع من طرفهن، بحيث أن أمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني ذوات المستوى التعليمي إبتدائي وأقل يعانين من مستوى أعلى من الضغوط النفسية مقارنة مع أمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني ذوات المستوى التعليمي الجامعي، كما أن أمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني ذوات المؤهل التعليمي" المتوسط " و"الابتدائي وأقل "يلجأن إلى إتباع الاستراتيجيات السلبية المتمثلة في الإنكار ولوم الذات، في حين أن أمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني ذوات المؤهل التعليمي" الجامعي "يلجأن إلى إتباع الاستراتيجيات الإيجابية المتمثلة في طلب المعلومة.

في الأخير وبناء على ما تقدم، يمكن القول أن البحث الحالي قد حقق الأهداف المسطرة، واستطاع الإجابة على التساؤلات المطروحة من خلال الفرضيات المتبناة.

4- مقترحات:

في ضوء هذه النتائج يكمن للباحث بالخروج ببعض التوصيات التي يمكن إيجازها فيما يلي:

- ضرورة إجراء حملات توعية وتحسيس لتعريف أفراد المجتمع بالضغوط ومصادرها، وآثارها السلبية، وكيفية مواجهتها.
- إقامة ندوات علمية تبصر أمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني بمفهوم الإصابة وأسبابها والنتائج المترتبة عليها ومخاطرها كي نحد منها قدر الإمكان.
- إجراء دورات تدريبية لأمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني لتدريبيهن على مهارات أساليب المواجهة حتى يتمكن من تخفيف شدة الضغوط النفسية الناجمة عن إصابة الطفل.
- تنظيم البرامج الدينية والترفيهية ودعوة أمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني للمشاركة مع أبنائهن فيها حتى لا يشعرن انهن منبوذات من قبل المجتمع.
- توفير الدعم المادي والمساندة الاجتماعية اللازمة لأمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني حتى تتمكن من التكفل الجيد بالابن المصاب.
- إنشاء مراكز طبية بيداغوجية نظرا لتزايد عدد الأطفال المصابين بالتخلف الذهني.
- إجراء دراسة وبائية عن اضطراب التوحد بالنظر إلى ارتفاع عدد الأطفال المصابين به على مستوى الولاية.
- يمكن تناول نفس موضوع البحث الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها لدى أمهات الأطفال المصابون بالتوحد.
- يمكن تناول نفس موضوع البحث الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها لدى اخوة الأطفال المصابون بالتخلف الذهن.

خاتمة

خاتمة:

يعتبر مصطلح الضغط النفسي من المواضيع المتداولة في عصرنا الحالي سواء من قبل المختصين أو غيرهم، فالجميع اليوم يشتكي من الضغوط سواء في الحياة الشخصية أو العائلية أو في الدراسة أو العمل وغيرها، و يرجع الفضل في تطور هذا المفهوم إلى العالم هانز سيلي الذي طور نظريته عن الضغط النفسي الذي اعتبره استجابة فيزيولوجية للجسم في مواجهة المواقف الضاغطة، ليفتح المجال أمام العديد من الباحثين للتعمق أكثر في هذا الموضوع والتطرق إليه من عدة جوانب منها الاتجاه السيكودينامي الذي تناول الضغط على أساس صراعات داخلية بين مختلف جوانب الشخصية، كذلك النظرية التفاعلية التي تناولت التفاعل بين الفرد ومحيطه مما ينتج ضغط يحدث نتيجة تقييم الفرد لهذا الموقف حسب إمكانياته ومصادره الشخصية لمواجهته، أما الفضل في تناول موضوع الضغط النفسي في مجال التربية الخاصة و تأهيل غير العاديين فيرجع إلى الباحثين عبد العزيز الشخص وزياد السرطاوي سنة 1998 الرائدين في هذا المجال، حيث قاما بدراسة عن الضغوط النفسية لدى أولياء أمور الأطفال الغير عاديين، وقد توصلا إلى أن الأولياء يعانون من مستويات عالية من الضغوط نتيجة التأثير السيئ الذي يحدثه وجود طفل معاق وما يتسم به من خصائص سلبية لدى الوالدين فيثير لديهم ردود فعل عقلية وانفعالية أو عضوية غير مرغوبة، تعرضهم للتوتر والضيق، والقلق، والحزن، والأسى، كما قد يعانون من بعض الأعراض النفسية الجسمية التي تستنفذ طاقاتهم وتحول دون قدرتهم على التركيز فيما يقومون به من أعمال.

لذا فان التطرق إلى موضوع الضغوط النفسية و استراتيجيات مواجهتها صار من الضرورة بمكان لما يتطلبه هذا الموضوع من فهم أكثر وتوضيح لمسبباته و أنواعه و نتائجه على الأفراد، وبالأخص موضوع الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة دوان نظرا لما يميز هذه الفئة من مميزات شكلية واضحة و قصور عقلي دائم، مما يجعل الأمهات يعشن في ضغط نفسي تختلف شدته وحدته من أم إلى أخرى على حسب كيفية إدراكها و تصورها لابنها المصاب و كذلك على حسب تركيبتها النفسية، كذلك تبعا لعدة متغيرات منها جنس الابن المصاب وسنه وكذلك سن الأم ومؤهلاتها التعليمية فقد توصلت نتائج هذا البحث وبالاعتماد على أدوات بحث تم تصميمها خصيصا لقياس الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهته لدى أم الطفل المصاب بالتخلف الذهني إلى أن الأمهات تعانين من مستوى متوسط من الضغوط النفسية، كما أنهن يتبعن استراتيجيات مواجهة ايجابية والمتمثلة في التدين والتقبل وطلب المعلومة والتخطيط.

إن لمتغير جنس الطفل المصاب بالتخلف الذهني تأثير على مستوى الضغوط النفسية ونوع استراتيجيات المواجهة المتبع من طرف الأم حيث أن أمهات الإناث المصابات بمتلازمة يعانين من مستوى أعلى من الضغوط النفسية مقارنة مع أمهات الأطفال الذكور المصابين بالتخلف الذهني، كما أن أمهات الذكور المصابون بمتلازمة يلجأن إلى إتباع استراتيجيات مواجهة سلبية تتمثل في الإنكار مقارنة مع أمهات الإناث المصابات بالتخلف الذهني.

إن لمتغير المؤهل التعليمي لأم الطفل المصاب بالتخلف الذهني تأثير على مستوى الضغوط النفسية ونوع استراتيجيات المواجهة المتبع من طرفهن، بحيث أن أمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني ذوات المستوى التعليمي إبتدائي وأقل يعانين من مستوى أعلى من الضغوط النفسية مقارنة مع أمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني ذوات المستوى التعليمي الجامعي، كما أن أمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني ذوات المؤهل التعليمي " المتوسط " و"الابتدائي وأقل " يلجأن إلى إتباع الاستراتيجيات السلبية المتمثلة في الانكار ولوم الذات، في حين أن أمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني ذوات المؤهل التعليمي "الجامعي "يلجأن إلى اتباع الاستراتيجيات الإيجابية المتمثلة في طلب المعلومة في الأخير نأمل أن يكون هذا البحث ونتائجه ما هو الا بداية للاهتمام، والعناية، والدراسة، بفئة أمهات الأطفال المصابين بالتخلف الذهني، الذين ورغم تطور مجال التربية الخاصة واهتمام الحكومات بها إلا أن ما يعانينه من ضغوط يرتبط بمجتمع يرفض إصابة أبنائهن و يتجنبهم إن لم نقل انه يمقتهم، لذا فقد جاء هذا البحث ليفتح المجال أما بحوث أخرى للالتفات إلى هذه الفئة ودراستها والتكفل بها.

قائمة المصادر والمراجع

أولا:المراجع باللغة العربية:

1- الكتب :

1. إبتسام محمود محمد سلطان، (2009): المساندة الاجتماعية وأحداث الحياة الضاغطة، دار صفاء، الأردن، ط1

2. أحمد نائل الغرير، (2009): التعامل مع الضغوط النفسية دار الشروق، الاردن، ط1

3. أحمد عيد مطيع الشخابنة، (2010): التكيف مع الضغوط النفسية، دار الحامد للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الأولى

4. أشرف محمد عبد الغني شريت، (2009): الطفل المعاق عقليا: سلوكه ومخاوفه، مؤسسة حورس الدولية، مصر.

5. الهاشمي لوكيا وآخرون،(2000): الضغط النفسي لدى أساتذة التعليم العالي، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة منتوري –قسنطينة–.

6. بدرة معتصم ميموني، (2011): الاضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل والمراهق، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، الطبعة.3

7. بشير معمرية، (2007): القياس النفسي تصميم أدواته، الطبعة1 ، منشورات الحبر، الجزائر.

8. بشير معمرية، (2007): بحوث ودراسات متخصصة في علم النفس، الجزء2، منشورات الحبر، الجزائر.

9. جان لابلانس، ج، ب بونتاليس، (1997): معجم مصطلحات التحليل النفسي، ترجمة مصطفى حجازي، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ط1 .

10. جمعة سيد يوسف،(2007): إدارة الضغوط، دار الكتب المصرية، القاهرة، الطبعة1

11. حمدي علي الفرماوي وآخرون، (2009): الضغوط النفسية في مجال العمل والحياة، دار صفاء للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة1

12. راوية حسن، (2002): السلوك التنظيمي، الدار الجامعية للنشر والتوزيع، مصر

13. رشيد حميد زغيد، (2010)، سيكولوجية النمو، دار الثقافة للنشر والتوزيع، ليبيا، ط1

14. رمضان محمد القذافي،(1996): رعاية المتخلفين عقليا، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، ط1 .

15. روزا الأشقر، (1997): الابن البكر وجه مميز، ترجمة خليل أحمد خليل، دار الفكر العربي، بيروت، لبنان، الطبعة الأولى.

16. زكريا أحمد الشربيني، (2004): طفل خاص بين الاعاقات والمتلازمات، دار الفكر العربي، عمان.

17. زيدان أحمد السرطاوى وعبد العزيز الشخص، (1998): الضغوط النفسية لدى أولياء أمور الأطفال المعوقين وأساليب مواجهتها، مركز البحوث التربوية، الرياض

18. زيدان أحمد السرطاوي وعبد العزيز الشخص، (1998): بطارية قياس الضغوط النفسية وأساليب المواجهة والاحتياجات لأولياء أمور المعوقين، دار الكتاب، العين.

19. زينب محمود شقير، (1998): مقياس مواقف الحياة الضاغطة، دار الكتاب الحديث، القاهرة.
20. سعيد عبد الغرير، (2008): إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة، دار الثقافة، عمان الاردن، الطبعة1
21. شيلي تايلور، (2008): علم النفس الصحي، ترجمة وسام درويش بريك و فوزي شاكر داود، الطبعة الاولى، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
22. طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، (2006): استراتيجيات مواجهة الضغوط التربوية والنفسية، الطبعة1 ،دار الفكر، الاردن
23. عبد الرحمن الهيجان، (1998): ضغوط العمل، مصادرها ونتائجها وكيفية ادارتها، معهد الادارة العامة، الرياض، السعودية.
24. عبد المنعم أحمد الدردير، (2004): دراسات معاصرة في علم النفس المعرفي، عالم الكتب، القاهرة، مصر.
25. علاء عبد الباقي إبراهيم، (2000): التعرف على الإعاقة العقلية وعلاجها وإجراءات الوقاية منها، عالم الكتب، القاهرة.
26. علي عبد النبي محمد حنفي، (2007): العمل مع أسر ذوي الاحتياجات الخاصة، دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع، مصر.
27. علي عسكر، (1998): ضغوط الحياة واساليب مواجهتها، دار الكتاب الحديث، الكويت.
28. غازى حسين عنانه، (1994): مناهج البحث، مؤسسة شباب الجامعة، الطبعه الاولى، الاسكندرية.
29. فايز قنطار، (1992): الأمومة، نمو العلاقة بين الطفل والأم، عالم المعرفة، الكويت.
30. فوزي محمد جبل، (2001): الصحة النفسية و سيكولوجية الشخصية، المكتبة الجامعية، مصر.
31. فيصل عباس، (1994): التحليل النفسي للشخصية، دار الفكر اللبناني، لبنان، الطبعة الأولى.
32. كلاوس شويخ، غيرت شراينكة، (2006): الكرب، ترجمة الياس حاجوج، دار علاء الدين للنشر، سوريا.
33. لطفي الشربيني، د.س، معجم مصطلحات الطب النفسي، مؤسسة الكويت للتقدم العلمي، الكويت.
34. ماجدة بهاء الدين السيد عبيد، (2007): الإعاقة العقلية، دار صفاء للنشر و التوزيع، عمان، ط2
35. مارثا ديفيز وآخرون، (2005): تدريبات الاسترخاء و التحرر من التوتر، مكتبة جرير، السعودية، ط5
36. مدحت ابو النصر، (2005): الاعاقة العقلية، مجموعة النيل العربية، مصر
37. مرفت عبد الناصر، د.س، هموم المرأة، تحليل شامل لمشاكل المرأة النفسية، مكتبة مدبولي، مصر.
38. محمد السيد حلاوة، (2000): مقياس التعرف على مراحل الأزمة الأسرية المرتبطة بالإعاقة العقلية، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع، مصر.
39. محمد النوبي محمد علي،(2010): علم النفس الاكلينيكي لذوي الاحتياجات الخاصة، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الاردن.

40. محمد خليفة بركات،(1984): مناهج البحث العلمي في التربية وعلم النفس، دار القلم، الكويت، الطبعة2.

41. محمد سيد فهمي، (2007): التأهيل المجتمعي لذوي الاحتياجات الخاصة، دار الوفاء لدنيا، الاسكندرية، مصر، الطبعة1 .

42. محمد عبيدات، أبو نصار وأخرون، (1999): منهجية البحث العلمي القواعد المراحل والتطبيقات، دار وائل للطباعة والنشر والتوزيع، الاردن، الطبعة الثانية.

43. محمد محروس الشناوي،(1994): نظريات الارشاد والعلاج النفسي، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة.

44. موريس انجرس، (2006): منهجية البحث في العلوم الانسانية–تدريبات عملية– ، ترجمة بوزيد صحراوي واخرون، دار القصبة للنشر، الجزائر، الطبعة الثانية.

45. وليد السيد خليفة، مراد علي عيسى سعد،(2008): الضغوط النفسية والتخلف العقلي في ضوء علم النفس المعرفي، الطبعة الأولى، دار الوفاء لدنيا، مصر.

2- المجلات والدوريات:

1. إبراهيم القريوتي، (2008): تقبل الأمهات الأردنيات لأبنائهن المعاقين، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، الأردن، المجلد4 ، عدد3 .

2. أحمد عربيات ومحمد الزيودي، (2008): فعالية برنامج ارشادي في خفض الضغوط النفسية لدى، أسر الاطفال ضعاف السمع وأثره في تكيف اطفالهم، مجلة جامعة دمشق، سوريا، المجلد4، العدد 1.

3. خالد محمود عبد الوهاب، (2006): مدى فعالية برنامج علاجي في تعديل اساليب التعامل مع المواقف الضاغطة لدى عينة من مرضى الادمان، دراسات عربية في علم النفس، المجلد5 ، العدد1 ، يناير، دار غريب للطباعة، القاهرة.

4. سامر جميل رضوان، (2006): المرأة بين السيكولوجيا والمجتمع، مجلة شبكة العلوم النفسية11، دار النشر العربية، المجلد3 ،العدد10 .

5. عبد الله الضريبي،(2010): أساليب مواجهة الضغوط النفسية المهنية وعلاقتها ببعض المتغيرات، مجلة جامعة دمشق، المجلد26 ، العدد4

6. محمد نجيب الصبوة، سهير فهيم الغباشي، هناء أحمد محمد شويخ، (2004): استراتيجيات المواجهة والتصدي التي يوظفها مرضى أورام المثانة السرطانية للتخفيف من حدة المشقة النفسية الناجمة عن الاصابة بالمرض، دراسات عربية في علم النفس، المجلد3 ،العدد1 ، يناير، دار غريب للطباعة، القاهرة

3- المذكرات:

1. أميرة طه بخش،(2001): أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالقلق والاكتئاب لدى عينة من أمهات الأطفال المعاقين عقليا والعاديين، كلية التربية، جامعة أم القرى، السعودية.

2. جيهان بنت فوزي بن حسين قستي،(2004): الضغوط الوالدية وقوة الأنا لدى امهات الأطفال المعاقين عقليا وغير المعاقين، مذكرة ماجستير منشورة، جامعة أم القرى، السعودية.

3. عبد الله بن عبد العزيز بن فهد العسرج، (2006): فعالية استخدام اسلوب التعزيز الرمزي في ضبط المشكلات السلوكية لدى ذوي المصابون بمتلازمة داون، مذكرة ماجستير منشورة، قسم العلوم الاجتماعية، جامعة نايف، السعودية

4. منى حسن عبد الله فرح، (2009): الضغوط النفسية وعلاقتها باحتياجات أولياء أمور غير العاديين المعاقين حركيا بولاية الخرطوم، مذكرة ماجستير منشورة، قسم علم النفس، جامعة الخرطوم، السودان.

ثانيا:المراجع باللغة الفرنسية:

1-الكتب:

1. A.H.Stoud, (1997):, Vaincre le stress et l'anxiété, connaissance du monde, Algérie.

2. Alain Bouregba, s.d, Les troubles de la parentalité, approche clinique et socio-éducative, dunod, paris.

3. Daniel Rotten, Hélene decroix, Jean-Marc Levaillant,(2005):, Trisomie 21,prise en charge du diagnostique anténatal a l'adolescence, edk dufour kriaf edition,France .

4. David Fantana,(1990): ,Gérer le stress, ed mardaga, Bruxelles .

5. Diane Joly et autre,(2007) :,Le stress, comment l'apprivoiser ,ed québec ,Québec.

6. Didier Anzieu ,Anna Freud, Pierre Geissman et autre,2003,L'enfant ses parents et la psychanalyse, bayard compact edition, paris.

7. Didier Armengard,(2003:)Pediatrie,edition esteme med-line,3e edition , Germain.

8. Dominique Servant , (2007): ,Gestion de stress et de l'anxiété , 2e édition , masson ,France.

9. Farid Kacha,(1996) :,Psychiatrie et psychologie madicale, entreprise nationale du livre, Alger.

10. Jacques Grégoire,(2006): L'éxamaen clinique de l'intélligence de l'enfant ,Fondements et pratique du WISC IV, mardaga edition, Belgique.

11. Jean-Adolphe Rondal et Jean-Luc Lambert, 1997: , Le mongolisme , mardaga, Bruxelles

12. Jean Benjamin stora,(1993) :,Le stress, édition dahlab,paris.

13. Jeffrey Nevid, Spencer Rathus et Beverly Greene , 2009 :, Psychopatologie , traduisé par Michele Bertrand et autre ,7e édition, pearson education, France

14. Lazarus,R.S et folkman.S,(1984):,Stress, appraisal and coping springer , publishing company, new York.

15. Louis Crocq et autre,(2007):,Traumatismes psychiques, pris en charge psychologique des victimes, masson, France.

16. Michelle Dunot et Bernard plancherel,(2001):,Stress et adaptation chez l'enfant, press de l'université du québec, Québec

17. Madleine Estryn-Behar,(1997) : Stress et souffrance des soignants a l'hopitale, estem ,France.

18. Mahmoud boudarene , (2005): Le stress entre bien être et souffrance, berti édition, alger.

19. Marie Goffinet,(2008): Vécu des parents de personnes trisomique 21 et attentes vis-à-vis du médcin traitant, université claude bernardlyon1, France.

20. Mini DSM IV , (1996): traduction Julien Daniel Guelfi , Marc-Antoine Crocq et autre, masson, Paris

21. Monique Cuilleret, (2007):, Trisomie et Handicaps Génitique Associés, 5e édition , masson, paris,

22. Pierluigi Grazian et Joel Swendsen ,(2005):,Le stress emotions rt strategies d'adaptation, armand colin,paris

23. Pierre loo, Henri loo, André galinowski ,(1999): Le stress permanent réaction-adaptation de l'organisme aux aléas existentiels, 2e édition, Masson, paris ,.

24. R.Ghiglion et J.F.Richard,(1998): Cour de psychologie, structures et activités, dunod ,paris.

25. Richard Clautier, pierre Gosselin , Pierre Tap ,(2005): Psychologie de l'enfant , 2e edition, gaétan morin éditeur, canada.

26. Robert Salois,(2007): Consultation sur les enjeux éthiques du dépistage prénatal de la trisomie 21 , Québec, Canada.

2- القواميس:

1. Norbert Sillamy,(1999) : ,Dictionnaire de psychologie, Larousse, paris.

2. Norbert Sillamy , (1980) : Dictionnaire de psychologie Larousse, paris.

3. Pierre Fedida,(1974) :Dictionnaire de la psychanalyse, Larousse,paris.

4. Y ves Morin ,(2002) : Petite larousse de la medcine, larousse,paris.

3- المجلات والدوريات:

1. Dexyser.v et Hansez.J,S.D, Vers une perspective transactionnelle au stress au travail, piste d'évaluation méthodologique , chiers de medecine du travail,N3.

2. Henderson.P.A. Kelbey.JJ et Engebreton, K.M, (1992): Effects of a stress control program in children's loss of control, self-consept and coping behavior, the school counselor,vol40,N2.

3. Mahmoud Boudarene,(2006) : psychologie et clinique sociale, Le champ, editeur ,2 eme annee,volume2,printemp,constantine

4. Marilou Bruchon-Schweitzer, (2001) concepts, stress, coping, recherche en soin infirmiers, N°67, decembre, France

5. Ryan.N. (1989) stress-coping, strategies identified from school age childrens, research in Nursing and health ,vol 12,N2

4- المذكرات:

1. Ewa Pisula,(1999): Profils de stress chez les mères souffrant d'autisme et de trisomie, faculté de psychologie, université de Varsovie, Poland.

2. Fortin Sylvain,(2008) : La Trisomie 21 Ou le préjudice de naîtr ,Université de Sherbrooke, Canada.

3. Jacques Nemo et Philippe Bobola et Bourree ,(2006) : Impacte du test des marqueurs seriques sur la ralation mere enfant, Université de la faculté du kremlin bicetre, France.

ثالثا: مواقع الأنترنيت:

1. www.echoroukonline.com/ara/article/html/27/02/2011/14:27
2. www.elbablawe.com/html/7/14.html/20.05.2011/23:00
3. www.gulfkids.com/vb/showtheread.php *13:2*،2010/09/ حنفي علي 20
4. www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/ Quelques mecanismes de defense /12/10/2011/15:20
5. www.kotobarabia.com/psychologie/01.05.2011/18 : غانم حسن محمد/ 49
6. www.smallrose.org/articles/23:40/ 12.02.2011 لحلوح، معماري جمانة 2007
7. www.t21.ch/10/01/2011/20.16
8. www.werathah.com/down/ 2010/09/، 12:35 السويد، فائز الرحمان عبد 20

الملاحق

(الملحق رقم1)

بطاقة تقنية للمركز النفسي البيداغوجي للاطفال المعاقين ذهنيا بعين وسارة –ولاية الجلفة–

تقديم المركز :

المركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنيا هو مؤسسة عمومية ذات طابع اجتماعي تحت وصاية وزارة التضامن الوطني و الاسرة

قرار الانشاء : المرسوم التنفيذي رقم 282/08 المؤرخ في 2008/09/06

العنوان : حي بن باديس عين وسارة ولاية الجلفة

قدرة استيعاب المركز : 80 طفل

نظام التكفل : نصف داخلي

الأطفال المتكفل بهم :

عدد الاطفال الدائمين :

ذكور : 55 اناث : 25

عدد الأطفال في إطار برنامج المتابعة الخارجية :28

عدد الأطفال في قائمة الانتظار :

توزيع التلاميذ حسب المستوى : عدد الأفواج 08

عدد الورشات : 04

– عدد الخرجات البيداغوجية : 14 خرجة في السنة

التأطير البشري :

تعداد المناصب المالية :

عدد العمال المرسمين : 24

– الطاقم البيداغوجي :

* مربيين مختصين رئيسيين : 03
* مربيين مختصين : 09
* مساعد في الحياة اليومية 01
* المساعد الاجتماعي : 01
* مختص نفساني عيادي : 01
* مختص نفساني ارطفوني : 01
* مختص نفسي تربوي : 01

- الطاقم الإداري :

* المقتصدة :

* ملحق إدارة رئيسي :

* عون إدارة رئيسي :

*محاسب اداري :

عدد عمال المتعاقدين : 07

عدد العمال في إطار برامج التشغيل :

*عدد العمال في إطار عقود ماقبل التشغيل PID: 04

*عدد العمال في إطار الإدماج المهني لحاملي الشهادات DAIP: 05

*عدد العمال في إطار الإدماج المهني DAIS: 05

الهياكـــــل:

- المكاتب الإدارية : 07 + قاعة الاجتماعات
- المكاتب البيداغوجية : 06
- الأقسام : 10
- المخزن: 01
- المراقد : 02
- المطعم : 01
- النادي : 01
- قاعة نفسو حركي : 01
- العيادة : 01
- الورشات : 04
- الملعب : 01

(الملحق رقم2)

استمارة الدراسة الاستطلاعية:

1- محور الضغوط النفسية:

ما هي ردة فعلك الأولى عند معرفتك بأن ابنك معاق ؟

الرفض

التقبل

الإنكار

القلق على المستقبل

الخوف من نظرة الناس

هل تعانين من الضيق والتوتر في اغلب الأوقات؟

هل اثر وجود طفل معاق على النواحي التالية في حياتك :

الجانب الصحي

الجانب الاجتماعي

الجانب المادي

الجانب الأسري

أخرى

ما هو شعورك تجاه إعاقة ابنك حاليا؟

2- محور استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية

كيف تتعاملين مع إعاقة ابنك؟

هل حاولت التكيف مع الإعاقة؟

ما هي أهم الطرق التي تلجئين إليها؟

اللجوء إلى الدين

اللجوء إلى الأطباء والمختصين

اللجوء إلى الأهل والأصدقاء

أخرى

(الملحق رقم3)

استمارة البيانات الشخصية:

سن الطفل:

جنس الطفل: ذكر ☐ أنثى ☐

المستوى الدراسي: للام :بدون مستوى ☐ ابتدائي ☐ متوسط ☐

ثانوي ☐ جامعي ☐

سن الأم:

(الملحق رقم4)

مقياس الضغوط النفسية :

	العبارات	نعم	أحانا	لا
01	أشعر بالتعب عقب أي عمل			
02	يزعجني أن متطلبات العناية بابني مرهقة بالنسبة لي			
03	اشعر أن كل ما ابذله من جهد مع ابني لا جدوى منه			
04	يؤلمني أن ابني يعاني من مشكلات صحية دائمة			
05	اشعر بالحرج في المواقف الاجتماعية بسبب ابني المعاق			
06	يؤسفني أن إمكانيات ابني المحدودة تجعله لا يستطيع مواجهة ظروف الحياة			
07	يؤسفني أن ابني لا يتمكن من الاستحمام بمفرده			
08	اشعر بالقلق معظم الوقت دون سبب واضح			
09	اشعر ان حياتي قد تحطمت بسبب قدوم ابني المعاق			
10	تزعجني نوبات الزكام التي يعاني منها ابني بشكل متكرر			
11	يؤسفني أن ابني المعاق يشكل مشكلة دائمة في الاسرة			
12	يقلقني التفكير في مستقبل ابني المعاق			
13	يقلقني أن ابني لا يتمكن من ارتداء ملابسه بمفرده			
14	يؤلمني أني لا أستطيع تحقيق كل متطلبات ابني المعاق بسبب وضع الأسرة الاقتصادي			
15	أعاني من اضطرابات في النوم			
16	فقدت الرغبة في الحياة			
17	يخيفني التفكير في ان مناعة ابني ضعيفة			
18	اعتقد أن أقاربي يتجنبون التعامل معي بسبب ابني المعاق			
19	احزن كثيرا عندما أفكر بأن ابني لن يعيش حياة طبيعية			
20	يؤلمني أنني تخليت عن كثير من الأشياء التي تمنيتها بسبب ابني المعاق			
21	يقلقني أن ابني غير مستقل في نظافته الشخصية			
22	اشعر بضيق في التنفس دون سبب واضح			
23	احزن كثيرا عندما أفكر في إعاقة ابني			
24	يزعجني أن ابني يحتاج لمتابعة طبية دائمة			
25	يؤلمني التفكير في أن ابني سيقضي مابقي من حياته معاقا			

26	يزعجني أن مكانة الأسرة الاجتماعية قد تناقص بسبب ابني المعاق				
27	يؤسفني انه لا يوجد دعم مادي كاف لأسرة الطفل المعاق				
28	يزعجني أن ابني يجد صعوبة في تناول الطعام بمفرده				
29	تزداد ضربات قلبي دون سبب واضح				
30	يحزنني أن ابني لن يكون امتداد طبيعي لأسرتي				
31	يؤلمني أن ابني لا يستطيع التعبير عن موضع ألمه				
32	أصبحت لا أزور أصدقائي منذ إنجابي لطفل معاق				
33	يقلقني عدم التوصل إلى وضع خطط مستقبلية ثابتة بسبب ابني المعاق				
34	يزعجني أن ابني لا يستطيع الحفاظ على نظافته				
35	يقلقني أن متطلبات رعاية ابني تفوق قدراتي المادية				

(الملحق رقم5)

مقياس استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية

	العبارات	نعم	أحيان	لا
01	اطلعت على كتب ومقالات تتحدث عن إعاقة ابني			
02	اسعي للحصول على معلومات بخصوص التعامل مع ابني من أي مختص			
03	أفكر في توفير مستقبل أفضل لابني المعاق			
04	وضعت خطة مدروسة لتعليم ابني مهارات تفيده في حياته			
05	أساعد ابني في جعله يعتمد على نفسه في لبسه واكله ونظافته			
06	اشعر بالرضا عن نفسي لما ابذله من جهد في تربية ابني المعاق			
07	بإمكان ابني الالتحاق بالمدرسة			
08	إن ابني ذكي ولا يعاني من إعاقة ذهنية			
09	لا يسبب لي ابني أي إحراج عندما نخرج سويا			
10	ألوم نفسي عندما يفشل ابني في أداء أمر كلف به			
11	أفضل عدم الذهاب إلى الحفلات العائلية لتجنت نظرات الشفقة			
12	أفضل قضاء العطلونهايات الأسبوع في المنزل مع ابني المعاق			
13	ابني المعاق هو ابتلاء من ربي وأنا راضية بما قسمه لي			
14	أصبحت أؤدي صلاة وصيام التطوع شكرا لله على كل نعمه			
15	تابعت سلسلة اشرطة وثائقية تبين معاناة المصابين بهذه الإعاقة			
16	أسعى للاتصال بأشخاص عانوا من نفس مشكلتي			
17	ادخرت مبلغا من المال من اجل ابني المعاق			
18	لدينا برنامج عائلي خاص بالعطل يتماشى مع إعاقة ابني			
19	أنا السبب في إعاقة ابني			
20	أنا راضية بابني وبكل ما يحققه مهما كان شيئا بسيطا			
21	أرى بان ابني أحسن بكثير من بعض الأطفال العاديين			
22	عندما يكبر ابني سيشفى من اعاقته			
23	إن تهاوني في متابعة حملي هو سبب ما يعاني منه ابني			
24	لن يسامحني زوجي أبدا بسبب إعاقة ابني			
25	لا اخذ ابني إلى الحدائق حتى لا أكون محل سخرية واستهزاء			
26	أتردد كثيرا قبل دعوة الأهل والأصدقاء إلى المنزل			

27	ازداد رزقي منذ ولادة طفلي المعاق			
28	إن الله يحبني لهذا ا ابتلاني بهذا الأمر			
29	اتبع برنامج قدم لي من اجل تعديل سلوكيات ابني			
30	أفكر في تأسيس مشروع باسم ابني المعاق			
31	استطيع التعامل مع المشكلات المرتبطة بإعاقة ابني			
32	الوم نفسي بشدة عندما يواجه ابني المعاق أي مشكلة			
33	أفضل الجلوس وحدي والتأمل في أحوالي			
34	أرى بان ابني مثله مثل أي طفل عادي في تصرفاته			
35	إن ابني هو مفتاح جنتي			