

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة الشهيد حمه لخضر- الوادي



قسم: العلوم الاجتماعية

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى أمهات ذوي الإعاقة الحسية (سمعية/ بصرية)

دراسة وصفية استكشافية في مدارس الخاصة بالصم (الرقيبة)، والمكفوفين (الرياح)
بالوادي

مذكرة مكملة تدخل ضمن متطلبات نيل شهادة الماستر
في علوم التربية تخصص تربية خاصة

إشراف الأستاذ:
د. محمد سبع

إعداد الطالبة:
سهام كحيلي

الأستاذ	الرتبة	الصفة	مؤسسة الانتساب
شوقي ممادي	أستاذ تعليم عالي	رئيس اللجنة	جامعة الشهيد حمه لخضر- الوادي
محمد سبع	أستاذ محاضراً	مشرفاً ومقرراً	جامعة الشهيد حمه لخضر- الوادي
سميرة عمامرة	أستاذة محاضرة أ	عضوا مناقشا	جامعة الشهيد حمه لخضر- الوادي

السنة الجامعية: 2018/2019

شكر وتقدير:

بداية الحمد لله والشكر له الذي أعانني على إتمام هذه الرسالة، فلولا توفيقه عز وجل لما تحقق من ذلك شيء، والذي بحمده تتم النعم والشكر القائل في منزل كتابه " : لئن شكرتم لأزيدنكم " والصلاة والسلام على نبينا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين وبعد:
أتقدم ببالغ شكري وعظيم امتناني إلى أستاذي الفاضل " الدكتور سبع محمد " على قبوله بصدر رحب الإشراف على هذا البحث، ومساعدتي على إتمامه بتوجيهاته القيمة، ونصائحه الثمينة، وإرشاده السليم، وكفاءته العلمية في إدارة هذا العمل.
كما أتقدم بخالص الشكر والامتنان لوالديا، ولصديقات " نعيمة عوين " و "صفاء تركي" اللتان كان نعم السند لي في كل خطوه من إعداد هذه المذكرة، وأتقدم بخالص شكري لجامعة العلوم الاجتماعية بإدارتها وجميع كوادرها الإدارية والأكاديمية وأخص بالذكر قسم علوم تربية.

كما أتقدم بالشكر للأساتذة المناقشين لقبولهم مناقشة هذه المذكرة، ولما بذلوه من جهد ووقت في قراءة هذا البحث وتقويمه.

كما لا يفوتني أن أقدم شكري للمؤسسات والمراكز التي قمت بتطبيق الاستبيانات لديهم، والشكر موصول إلى أمهات الأطفال المصابين بإعاقة حسية (سمعية/ بصرية) وأرجو من الله أن يوفقهم جميعا لما يحبه ويرضاه وأن ييسر لهم سبل الخير والفلاح في الدنيا والآخرة، وأن يجزيهم عني خير الجزاء.

وكل شكري وعرفاني إلى كل من ساعدني ووقف إلى جانبي وساهم من قريب أو من بعيد في انجاز المذكرة.

- ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة بشكل عام إلى معرفة مستوى الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها لدى أمهات الأطفال المصابين بإعاقة حسية (سمعية، بصرية)، وذلك من خلال الإجابة على التساؤلات التالية:

- ما مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الحسية (سمعية، بصرية)؟
- ما نوع استراتيجيات المواجهة المتبعة من طرف أمهات الأطفال المصابون بإعاقة حسية (سمعية، بصرية)؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بإعاقة (سمعية، بصرية) تعزى لمتغير جنس الابن المصاب، ولمتغير نوع الإعاقة، وشدة الإعاقة؟.

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نوع استراتيجيات المواجهة تعزى لمتغير جنس الابن المصاب، ولمتغير المستوى الدراسي للأُم، ولمتغير شدة الإعاقة؟

وقد اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي الاستكشافي، وشمل البحث عينة قوامها 30 أم لأطفال المصابين بإعاقة حسية (سمعية، بصرية) تم انتقايم بطريقة قصدية، وقد اعتمدت الباحثة في دراستها على استبيانان من إعداد الباحثة جبالى صباح:

• استبيان الضغوط النفسية.

• استبيان مواجهة الضغوط النفسية.

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

أسفر البحث على النتائج التالية:

• تعاني أمهات الأطفال المصابين بإعاقة حسية (سمعية، بصرية) من ضغوط نفسية منخفضة، وتعتمد على استراتيجيات مواجهة ايجابية بنسبة أكبر من السلبية لتخفيف الضغوط النفسية.

• توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 في مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بإعاقة حسية (سمعية، بصرية) تعزى لمتغير جنس الابن المصاب لصالح الإناث.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 لدى أمهات الأطفال المصابين بإعاقة حسية (سمعية، بصرية) تعزى لمتغير نوع الإعاقة، وكذلك لمتغير شدة الإعاقة.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 لدى أمهات الأطفال المصابين بإعاقة حسية (سمعية، بصرية) تعزى لمتغير شدة الإعاقة.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 في نوع استراتيجيات المواجهة المتبعة من طرف أمهات الأطفال المصابين بإعاقة حسية(سمعية، بصرية) تعزى لمتغير المستوى الدراسي للأم.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 في نوع استراتيجيات المواجهة المتبعة من طرف أمهات الأطفال المصابين بإعاقة حسية(سمعية، بصرية) تعزى لمتغير جنس الابن المصاب.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 في نوع استراتيجيات المواجهة المتبعة من طرف أمهات الأطفال المصابين بإعاقة حسية(سمعية، بصرية) تعزى لمتغير شدة الإعاقة.

The Study Summary

The aim of the study was to determine the level of psychological stress and coping strategies of mothers of children with visual impairment by answering the following questions

What is the level of psychological stress among mothers of children with)? sensory disabilities (auditory, visual

What kind of response strategies are adopted by mothers of children with sensory impairment (auditory, visual)?

Are there any statistically significant differences in the level of - psychological stress among mothers of children with disabilities (auditory, visual) due to the gender variable of the injured child, the type of disability, and the severity of disability ?

Are there statistically significant differences in the type of coping strategy - due to the gender variable of the affected child, the variable level of the mother, and the variable of disability severity ?

The researcher relied on the descriptive descriptive method. The research included a sample of 30 mothers of children with sensory disabilities (visual, auditory) Intentional selected .

* Psychological stress questionnaire .

*Psychological response questionnaire .

Research data were processed using the SPSS statistical package using the appropriate statistical methods:

Your search the search:

- Mothers of children with sensory impairment (auditory, visual) suffer from low psychological stress and rely on positive response strategies that are greater than negative to relieve psychological stress .

-There were statistically significant differences at the level of significance of 0.05 in the level of psychological stress among mothers of children with sensory impairment (auditory, visual) due to the variable gender of the injured son in favor of females .

-There were no statistically significant differences at the significance level of 0.05 in the mothers of children with sensory impairment (auditory,

visual) due to the variable type of disability, as well as the variable disability severity .

-There are no statistically significant differences at the level of significance of 0.05 in the level of psychological stress among mothers of children with sensory impairment (auditory, visual) due to the variable level of the mother.

-There are no statistically significant differences at the level of significance of 0.05 in the level of psychological stress among mothers of children with sensory impairment (auditory, visual) due to the as well as the gender variable of the injured child ..

-There are no statistically significant differences at the level of significance of 0.05 in the level of psychological stress among mothers of children with sensory impairment (auditory, visual) due to severity of disability .

فهرس المحتويات:

الصفحة	العنوان
أ	شكر وتقدير
ب-ج	ملخص الدراسة باللغة العربية
د-هـ	ملخص الدراسة باللغة الفرنسية
و-ط	فهرس المحتويات
ي-ك	قائمة الجداول
ل	قائمة الملاحق
2-1	مقدمة
الجانب النظري	
الفصل الأول: المشكلة واعتباراتها	
6	1. الإشكالية.
10	2. تساؤلات الدراسة.
10	3. أهداف الدراسة .
11	4. أهمية الدراسة .
11	5. التعريفات الإجرائية.
12	6. الدراسات السابقة .
الفصل الثاني: الضغط النفسي	
23	تمهيد:
24	1. تطور مفهوم الضغط النفسي.
24	2. تعريف الضغط النفسي .
27	3. مكونات وأبعاد الضغط النفسي.
28	4. أنواع الضغط النفسي.
32	5. أعراض ومظاهر الضغط النفسي.
33	6. مصادر الضغط النفسي و الآثار المترتبة عليه.
38	7. النظريات المفسرة للضغط النفسي.

44	خلاصة الفصل .
الفصل الثالث: استراتيجيات المواجهة	
46	تمهيد:
47	1. تطور مفهوم استراتيجيات المواجهة .
48	2. تعريف استراتيجيات المواجهة.
50	3. وظائف إستراتيجية المواجهة وأهدافها.
51	4. مصادر المواجهة ومحدداتها .
55	5. نظريات استراتيجيات المواجهة .
60	6. تصنيفات استراتيجيات المواجهة .
65	خلاصة الفصل .
الفصل الرابع: الإعاقة السمعية	
67	تمهيد:
68	1. تعريف الإعاقة السمعية
69	2. تصنيف الإعاقة السمعية
71	3. أسباب الإعاقة السمعية
72	4. خصائص الأطفال المعاقين سمعياً
75	5. مهارات التواصل مع المعاقين سمعياً.
77	6. ردود الفعل الانفعالية لآباء الأطفال المعاقين سمعياً واستراتيجيات مواجهتها.
79	7. الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المعاقين سمعياً.
81	خلاصة الفصل.
الفصل الخامس: الإعاقة البصرية	
83	تمهيد:
84	1. تعريف الإعاقة البصرية
86	2. تصنيف الإعاقة البصرية
86	3. أسباب الإعاقة البصرية

87	4. تأثير الإعاقة على الطفل المعاق بصريا.
89	5. ردود الفعل الانفعالية لدى أبناء (الأم) من الطفل المعاق بصريا.
91	خلاصة الفصل.
الجانب الميداني:	
الفصل السادس: الإجراءات المنهجية للدراسة	
94	تمهيد
95	1. منهج الدراسة .
95	2. مجتمع وعينة الدراسة الأساسية.
97	3. أدوات الدراسة .
108	4. الأساليب الإحصائية المستخدمة.
الفصل السابع: عرض ومناقشة نتائج الدراسة	
111	1. عرض نتائج الدراسة
111	1.1. عرض نتائج التساؤل الأول.
114	1. 2. عرض نتائج التساؤل الثاني.
116	1. 3. عرض نتائج التساؤل الثالث.
118	1. 4. عرض نتائج التساؤل الرابع.
119	1. 5. عرض نتائج التساؤل الخامس.
120	1. 6. عرض نتائج التساؤل السادس.
122	1. 7. عرض نتائج التساؤل السابع.
126	1. 7. عرض نتائج التساؤل الثامن.
121	2. مناقشة التساؤلات:
127	2. 1. مناقشة التساؤل الأول.
128	2. 2. مناقشة التساؤل الثاني.
130	2. 3. مناقشة التساؤل الثالث.
132	2. 4. مناقشة التساؤل الرابع.
133	2. 5. مناقشة التساؤل الخامس.

133	2. 6. مناقشة التساؤل السادس.
134	2. 7. مناقشة التساؤل السابع.
135	2. 8. مناقشة التساؤل الثامن.
136	خاتمة واقتراحات.
138	قائمة المراجع.

قائمة الجداول:

الرقم	العنوان	الصفحة
1	الأعراض النفسية والجسدية للضغوط النفسية.	32
2	خصائص العينة حسب متغير جنس الابن المصاب ونوع الإعاقة.	96
3	خصائص العينة حسب متغير المؤهل الدراسي للأم.	96
4	خصائص العينة حسب متغير شدة الإعاقة.	97
5	توزيع بنود استبيان الضغط النفسي .	99
6	تتقيط على أساس بدائل إجابة استبيان الضغط النفسي.	99
7	تصحيح الإجابة الكلية للاستبيان الضغط النفسي.	100
8	الفروق بين معامل ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية للاستبيان وكذا معامل ألفا كرومباخ.	101
9	معامل ألفا وسبيرمان وبراون للثبات استبيان الضغوط النفسية.	102
10	توزيع بنود استبيان استراتيجيات المواجهة.	104
11	تتقيط على أساس بدائل إجابة استبيان استراتيجيات لمواجهة الضغط النفسي .	105
12	تصحيح الاستجابة الكلية لاستبيان الضغط النفسي.	105
13	الفروق بين معامل ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية للاستبيان وكذا معامل ألفا كرومباخ.	106
14	يوضح حساب ثبات استبيان استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية بألفا كرومباخ والتجزئة النصفية	108
15	يوضح اختبار (one samples teste,t)	111
16	تكرارات أفراد العينة حسب المستويات المختلفة لمستوى الضغوط النفسية.	112
17	الملامح الإحصائية لدرجات أفراد العينة (الضغوط النفسية).	113
18	ترتيب أبعاد استبيان الضغوط النفسية بحسب الأبعاد.	113
19	الملامح الإحصائية لدرجات أفراد العينة (استراتيجيات المواجهة).	115

115	ترتيب أبعاد استبيان استراتيجيات المواجهة حسب المتوسطات.	20
117	دلالة الفروق في مستوى الضغوط النفسية تبعا لمتغير جنس الابن المصاب.	21
118	دلالة الفروق في مستوى الضغوط النفسية تبعا لمتغير نوع الإعاقة.	22
119	دلالة الفروق في مستوى الضغوط النفسية تبعا لمتغير شدة الإعاقة.	23
121	دلالة الفروق في نوع استراتيجيات المواجهة تبعا لمتغير جنس الابن المصاب.	24
122	تحليل التباين للكشف عن دلالة الفروق في نوع استراتيجيات المواجهة تعزى لمتغير المستوى الدراسي للأم.	25
123	الملامح الوصفية تبعا للمستوى الدراسي للأم.	26
126	دلالة الفروق في نوع استراتيجيات مواجهة الضغوط لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الحسية (سمعية/ بصرية) تبعا لمتغير شدة الإعاقة.	27

قائمة الملاحق:

الصفحة	العنوان	الرقم
144	استمارة البيانات الشخصية.	1
145	استبيان الضغوط النفسية.	2
148	استبيان استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية.	3
151	التعليمة الخاصة بالاستبيان موجهة للأم .	4
152	التعليمة الموجهة للمحكمين.	5
153	استبيان الضغوط النفسية في صورته النهائية.	6
155	استبيان استراتيجيات المواجهة في صورته النفسية.	7
157	جداول نظام SPSS التي تظهر قياس نتائج التساؤلات.	8
178	الخصائص السيكومترية لاستبيان الضغوط النفسية .	9
180	الخصائص السيكومترية لاستبيان استراتيجيات المواجهة.	10
182	قائمة المحكمين .	11

مقدمة:

يتعرض الإنسان في كل مراحل نموه إلى مجموعة من المواقف اليومية الضاغطة التي يجابهها أحيانا ويتجنبها أحيانا أخرى وفقا لقدراته وإمكاناته المعرفية من ناحية، ومن ما يمليه عليه الموقف المقلق من ناحية أخرى، ويعتبر قدوم طفل جديد للأسرة يشكل حدثا مهما ومفرحا بالنسبة لهم، ولكن يتحول هذا الأمر إلى خيبة أمل وحزن وتبخر كل آمالهم وطموحاتهم إذا كان هذا الطفل غير طبيعي ومصاب بإعاقة (سمعية/بصرية) ويعتبر من ذوي الاحتياجات الخاصة ويعتبر هذا الموقف ضاغطا بالنسبة لهم. ومما لا شك فيه أن قدوم طفل معاق ليس بالحدث السهل على الأسرة وبشكل منعطفا خطيرا عليها بحيث يؤثر بشكل مباشر على كثير من الجوانب الاجتماعية، والاقتصادية، والعاطفية، والانفعالية، ولعل الأکید أن الطفل يؤثر على أسرته كما تؤثر الأسرة على طفلها، ويتضح أثر الطفل على أسرته عندما يكون طفلا غير عادي، فعواقب الإعاقة والمشكلات الناتجة عنها لا تقتصر على الطفل المعوق فحسب، بل تمتد إلى الأسرة نفسها بجميع أعضائها، وبالخصوص الآباء (صباح، منصور، 2013، ص 199).

فمع ميلاد الطفل وتشخيص الحالة فإن مدى المشاعر والانفعالات القوية تظهر لديهم، فبعض الآباء ينظر للموقف على أنه صعب للغاية والبعض الآخر قد لا يصدق ذلك، وآخرون يظهرون استجابة أنهم لم يتوقعوا ذلك يوما سيحدث. (الزريقات، 2006، ص 287)

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

وقد كان هانز سيلبي أول من جاء بمفهوم الضغط النفسي وعالجه من عدة جوانب.

كما تناول عبد العزيز الشخص (1998) الضغط النفسي من مفهوم التربية الخاصة لغير العاديين بأنه حالة من التوتر تحدث نتيجة تأثيرات خارجية غير ملائمة تفضي إلى

شعور الفرد بإجهاد شديد وأعضاء جسمه لدرجة يصعب عليه ضبط نفسه أو التحكم في انفعالاته. (حسين، حسين، 2006، ص20). هذا ما يجعل الأم تحيا تحت سلسلة من الضغوط النفسية، 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، فاتباع هذه الأساليب من شأنها أن تساعد على التعامل اليومي مع الضغوط النفسية والتقليل من أثارها السلبية قدر الإمكان. (الضريبي، 2010، ص 680).

وتتنوع هذه الاستراتيجيات بحسب كل أم فمنها السلبية، كالهروب، والإنكار، ولوم الذات، ومنها الايجابية كالرجوع للجانب الديني، أو جمع المعلومات حول إعاقة طفلها وغيرها...

ومن هنا جاءت فكرة هذا البحث، لتسليط الضوء على الفئة من الأمهات التي تعاني من مستويات مختلفة من الضغط النفسي جراء إصابة ابنها بإعاقة حسية (سمعية/ بصرية)، والتي بدورها تؤدي إلى اللجوء إلى استراتيجيات مواجهة للتعايش مع الموقف. وتسعى الباحثة في هذا البحث إلى معرفة مستوى الضغوط النفسية الذي تعاني منه أمهات الأطفال المصابين بإعاقة حسية، ونوع الاستراتيجيات التي تتبعها لمواجهة هذه الضغوط.

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

أولاً: الجانب النظري واشتمل على خمسة فصول

الفصل الأول: إشكالية البحث وتساؤلاته، أهميته، أهدافه، تحديد مصطلحات، والدراسات السابقة التي تناولت موضوع البحث.

الفصل الثاني: تناول مفهوم الضغط النفسي، مصادره، مكوناته، أنواعه، أعراضه ومظاهره، النظريات المفسرة له.

الفصل الثالث: تناول مفهوم استراتيجيات المواجهة، وتعرفها، أهميتها، مصادرها، أنواعها، ونظريات المفسرة لها.

الفصل الرابع: تناول الإعاقة السمعية، تعريفها، تصنيفاتها، وأسبابها، وخصائص الأطفال المعاقين سمعياً، ردود الفعل الانفعالية لآباء الأطفال المعاقين سمعياً واستراتيجيات مواجهتها. الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المعاقين سمعياً.

الفصل الخامس : تناول الإعاقة البصرية، وتصنيفاتها، أسبابها، خصائص الأطفال المعاقين بصرياً، ردود الفعل الانفعالية لدى آباء (الأم) من الطفل المعاق بصرياً.

الجانب الميداني تم تناوله في فصلين هما:

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

الفصل الثاني: تم فيه عرض نتائج ومناقشة التساؤلات، الخاتمة والاقتراحات.

الجانب النظري:

الفصل الأول: الإشكالية وإِعتباراتها

1. الإشكالية.
2. تساؤلات الدراسة.
3. أهداف الدراسة.
4. أهمية الدراسة.
5. التعريفات الأجرائية.
6. الدراسات السابقة.

الإشكالية:

يعيش الإنسان منذ بداية الكون باحثاً عن الاستقرار والأمان، جارياً وراء الراحة التي تعطيه الاتزان، فمنذ تلك الأزمان وهو ينشد الطمأنينة له ولأبنائه، و يسعى لتخفيف من تلك الأعباء. ولما ازدادت الحياة تعقيداً وقوة و توسعت مطالبها وحاجاتها، وازدادت الضغوط الواقعة عليه لتلبية تلك المطالب فلا يستطيع التوقف عن مجاراة ذلك، مما اضطره لمواكبة التسارع لتحقيق الرغبات والمطالب. هذا الإسراع زاده مرة أخرى من الضغط على النفس وتحميلها أكثر من طاقتها بغية الالتحاق بموكب التحضر بكل ما يحمله من قسوة ورخاء...ولهذا فالضغوط بكل أنواعها هي نتاج التقدم الحضاري المتسارع الذي يؤدي إلى إفراز انحرافات تشكل عبئاً على قدرة ومقاومة الناس في التحمل. (السيد عبيد، 2008، ص 19).

فتعد الضغوط النفسية من المواضيع ذات الأهمية الكبيرة في الحياة المعاصرة ، وخصوصاً في العقود الأخيرة من القرن الماضي كونها من العوامل المؤثرة في حياة الإنسان، حيث تؤثر بشكل كبير على مدى تمتعه بصحة نفسية سليمة مما يكون له دافع للنجاح في مختلف جوانب حياته الأسرية والاجتماعية والمهنية.

بحيث أصبحت ضغوط الحياة ظاهرة ملموسة في كافة المجتمعات، وغدت مظهراً طبيعياً من مظاهر الحياة الإنسانية لا يمكن تجنبه لدرجة دعت الكثيرين لتسمية العصر الحديث بعصر الضغوط فالحياة تتميز بالتعقيد في المواقف الأسرية والحياة الاجتماعية عامة.

ولهذا فهي تشكل خطراً على الفرد وتوازنه، كما تهدد كيانه النفسي، وما ينشأ عنها من آثار سلبية كعدم القدرة على التكيف وضعف مستوى الأداء، والعجز عن ممارسة مهام الحياة اليومية، و انخفاض الدافعية للعمل والشعور بالإرهاك النفسي

(السميران، المسا عيد، 2014، ص 11)

فهي تؤدي إلى تدهور الحالة الصحية النفسية والجسدية للأفراد إذ يترجم كل ذلك إلى جملة من الأعراض الفسيولوجية والنفسية التي يشكو منها الأفراد في مختلف مراحل العمر. وتشير الإحصائيات العالمية أن (80%) من الأمراض الحديثة سببها الضغوط النفسية للأفراد، وأن

(50%) من مشكلات المرضى المترددين على العيادات الطبية والمستشفيات ناتجة عن الضغوط النفسية، وأن (25%) من الأفراد في الولايات المتحدة الأمريكية يعانون من أمراض ناتجة عن الضغط النفسي كالقرحة و اضطرابات المعدة وسرعة دقات القلب والصداع الشديد وارتفاع ضغط الدم وآلام الظهر... ولقد أثارت هذه الإحصائيات انتباه واهتمام عددا كبير من العلماء والباحثين على اختلاف توجهاتهم النظرية، ونتج عن ذلك عقد عدة مؤتمرات حول الضغط النفسي، وتناولت مختلف شرائح المجتمع، من معلمين وأطباء وطلاب مدارس، ومرضى السرطان، وأسر ذوي الإعاقات وغيرها... (داود، 2012، ص 4).

وللضغوط النفسية مصادر مختلفة حسب وجهة هؤلاء العلماء، وبالرغم من هذا التعدد والتنوع تبقى إصابة أحد أفراد الأسرة بأحد الأمراض والاضطرابات من العوامل النفسية والاجتماعية المسببة للضغط النفسي.

فميلاد الطفل في الأسرة يعتبر حدثا سعيدا إذ يرى بعض الآباء إن المولود يزودهم بالإحساس والأمان، كما أن ميلاده يزيد من قوة ترابط العائلة وتوثيق العلاقة بين الأم والأب وذلك بسبب نظرة الأب للمولود الجديد، وخاصة إذا كان الأول، حيث يعتبر امتداد للذات أو النفس، ويبقى الوالدان في انتظار ما إن يكبر الطفل، لكن ما قد يسبب خيبة الأمل إذا كان الطفل يعاني من إعاقة أو اضطراب ما يعيق نموه في مختلف الجوانب سواء كان عقلي أو نفسي أو جسدي أو معرفي، حيث أن هناك توقعات يحتفظ بها الوالدان عندما يكون الطفل حديث الولادة، فإذا حصل عكس ذلك كانت النتيجة مشاعر عديدة من القلق والألم، والخوف، والشعور بالذنب والعجز والقصور

لذا فإن وجود طفل مصاب بإعاقة حسية (سمعية، بصرية) بما قد يحمل من خصائص غير مرغوبة يعد بمثابة مصدر ضغط بالنسبة للوالدين وللمجتمع خصوصا وهذا ما أوضحتته نتائج دراسة (ميدو أورلانز) (1995) أن أمهات وآباء الأطفال المعاقين يعانون من ضغوط نفسية مرتفعة بالمقارنة مع أمهات وآباء الأطفال العاديين، كما أن الأمهات اللاتي لديهن طفل معاق أكثر معايشة للضغوط من الآباء. (جبالي، 2012، 30)

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

ولقد توصلت دراسة (Singer et Kathleen) (1989) : إلى أن أمهات الأطفال المعاقين يعانون من درجة مرتفعة من الضغوط النفسية مصادرها متعددة أهمها: الأعباء المادية، الشعور بالتعب والإرهاق الناجم عن تلبية احتياجات الطفل المعاق وتربيته، اضطراب الأم للتفرغ التام من أجل رعاية ابنها، الشعور بعدم الاستقرار نتيجة الظروف الطفل المعاق والخوف على مستقبله .

كما جاء في دراسة (Chin et al) (2006) : أن أمهات الأطفال المتخلفون ذهنيا يعانون من ضغوط نفسية مرتفعة مقارنة بالآباء، حيث أن الأم تتحمل عبئا كاملا بالنظر إلى أنها أكثر من يحتك بالطفل مما يجعلها تعيش ضغوط كثيرة تتمثل في رعاية الطفل، الضغوط المالية، العناية الطبية بالطفل، الضغوط الأسرية، تحطم 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.

كما أشارت نتائج العديد من الدراسات (Bohlet et 1991; Rodriguer et Morphy) (1988; Eric et Johson 1988; Wolfe 1989; Lee 1988) : إلى أن الأطفال المصابون بالإعاقة يشكلون ضغطا وقلقا مرتقعا لدى أمهاتهم، وأن هؤلاء الأمهات أكثر عرضة للاكتئاب ولديهن مشاكل انفعالية و يعانون من درجة عالية من الضغوط النفسية، وأن إعاقة الطفل لها نتائج عكسية على الأمهات نظرا لمطالب الإعاقة المستمرة والقلق بشأن مستقبل الأبناء. (جبالي، 2012، ص ص 30، 31)

وعلى أية حال فإن هذه الدراسات تشير إشارة واضحة إلى تعرض أمهات الأطفال المعاقين لضغوط عالية، وهذا راجع إلى دور الأم في حياة الطفل فهي أكثر أعضاء الأسرة قلقا واهتماما به وحرصا عليه وعلى حمايته وإشباع حاجاته اليومية، فالعناية بطفل مصاب بإعاقة حسية (سمعية، بصرية) يتطلب جهدا مضاعفا تبذله الأم ليكون على أفضل صورة

أمام الآخرين، كما يتطلب إشرافا مكثفا واهتماما خاصا وتكاليف مادية باهظة لتعليمه، وهذا ما لا يتوفر أحيانا فتعرض الأم لردود فعل عضوية وانفعالية سيئة، فضلا عن تعرضها للمشكلات المادية والأسرية والزوجية وتغيير الأدوار والتوقعات تجعلها في دوامة من الصراع والقلق والضغط المستمر.

فالتعرض لمثل هذه الوضعيات اليومية الضاغطة والمرهقة يستدعي ضرورة التفاعل معها قصد التحكم فيها والسيطرة عليها بناء على تقديرها المعرفي وتفسيرها لها باستدخال محددات شخصية وموقفية متعددة وهذا ما يعرف باستراتيجيات المواجهة، والتي نستطيع من خلالها خفض مستوى هذا الضغط... وقد تختلف أساليب المواجهة هذه، فمنها من يركز على المشكلة، والانفعال أو التجنب... ما يجعل الفرد مطالب باكتساب الطريقة والكيفية الملائمة في حل مشاكله اليومية قصد التوافق الداخلي والخارجي معها، فكلما أدرك الفرد أنه قادر على التحكم في وضعية ما كلما قل شعوره بالقلق والتوتر ما يجعله قادرا على تقييم إمكاناته وتوظيفها بالطريقة الصحيحة والمثلى (وداد، 2015، ص 27).

وهذا ما تشير إليه في دراسة فولمان وآخرون (1979) (Folkman, et al) أنه يمكن التغلب على المواقف المحدثة للضغوط النفسية من خلال تنمية استراتيجيات مواجهة Coping Strategies، وتشمل هذه الاستراتيجيات كل ما من شأنه مساعدة الأفراد على إحداث التغييرات اللازمة لخفض مستوى التعرض للضغوط النفسية مثل الصحة العامة لأفراد الأسرة لوضعهم الأسري، والعلاقات الأسرية السائدة، ومصادر الدعم الاجتماعي المتوفرة.

وقد توصل كل من مودجيل وآخرون (Moudjil et al 1989) إلى أن أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا يعانون من مشاعر مكتئبة وقلقة والإحساس بالعبء والتمزق في العلاقات الزوجية والأسرية كما وجد أن الأمهات اللاتي يعانين 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 المواجهة من شأنه تخفيف الضغوط النفسية وقد توصل إلى المساندة الاجتماعية والممارسة المهنية لها تأثير مخفف للضغوط التي تواجهها أم الطفل المعاق ذهنيا.

(جبالي، 2012، ص ص 30، 31)

ومن خلال هذا الإشكال يتم طرح التساؤلات التالية:

2. تساؤلات الدراسة:

1. ما مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الحسية (سمعية، بصرية)؟.
2. ما نوع استراتيجيات المواجهة المتبعة من طرف أمهات الأطفال المصابون بإعاقة حسية (سمعية، بصرية)؟.
3. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بإعاقة حسية (سمعية، بصرية) تعزى لمتغير جنس الابن المصاب؟.
4. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بإعاقة حسية (سمعية، بصرية) تعزى لمتغير نوع الإعاقة؟.
5. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بإعاقة حسية (سمعية، بصرية) تعزى لمتغير شدة الإعاقة؟.
6. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نوع استراتيجيات المواجهة المتبعة تعزى لمتغير جنس الابن المصاب؟.
7. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نوع استراتيجيات المواجهة المتبعة تعزى لمتغير المستوى الدراسي للأم؟.
8. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نوع استراتيجيات المواجهة المتبعة تعزى لمتغير شدة الإعاقة؟.

3. أهداف الدراسة:

- تسليط الضوء والدراسة على معاناة أمهات الأطفال المصابين بإعاقة حسية (سمعية، بصرية).

- معرفة مستويات الضغوط التي تتعرض لها أمهات الأطفال المصابين بإعاقة حسية (سمعية، بصرية).

- دراسة الاستراتيجيات والكيفيات التي تواجه بها أمهات الأطفال المعاقين حسياً (سمعيًا، بصريًا) ضغوط هذا الاضطراب.

4. أهمية الدراسة:

- الأهمية النظرية: تتمثل في كونها دراسة تبحث في الضغوط النفسية لأمهات الأطفال المعاقين إعاقة حسية (سمعية، بصرية)، وما ستقوم بإضافته هذه الدراسة من نتائج يعتبر إضافة جديدة إلى المجال العلمي في الميدان النفسي والاجتماعي والتربوي،

- الأهمية التطبيقية: توفر هذه الدراسة مقياسين مقياس يقيس مستوى الضغوط النفسية التي تتعرض إليها أمهات الأطفال المعاقين إعاقة حسية (سمعية، بصرية) ومقياس يقيس استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية. وتتبع أهمية هذه الدراسة في كونها تسلط الضوء على ما تتعرض إليه أمهات الأطفال المعاقين إعاقة حسية من ضغوط، مما يؤكد حاجة هؤلاء الأمهات إلى اكتساب مهارات تساعدن على التخفيف من هذه الضغوط.

5. التعريفات الإجرائية:

5.1. الضغوط النفسية:

إجرائياً: هي مجموعة الدرجات التي تحصل عليها أم الطفل المصاب بإعاقة حسية (سمعية، بصرية) في استبيان الضغوط النفسية.

5.2. استراتيجيات المواجهة:

إجرائياً: هي مجموعة الدرجات التي تحصل عليها أم الطفل المصاب بإعاقة حسية (سمعية، بصرية) في استبيان استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية.

6. الدراسات السابقة:

6. 1. الدراسات العربية:

6. 1. 1. دراسة منى الحديدي و آخرون (1994):

بعنوان الضغوط التي تتعرض لها أسر الأطفال المعاقين، شملت (192) أسرة منها (14) أسرة لديها أطفال معاقون عقليا وسمعيًا، وبصريًا وحركيًا و(48) أسرة ليست لديها أطفال معاقين، تبين أن أكثر الأسر تعرضًا للضغوط النفسية هي أسر الأطفال المعاقين عقليا تليها مباشرة أسر الأطفال المعاقين سمعيًا، وأسرة المعاقين حركيًا، وأخيرًا أسر المعاقين بصريًا.

(عبد الله عثمان، 2009، ص 58)

6. 1. 2. دراسة رياض يعقوب ملكوش وخولة يحيى (1995):

الضغوط النفسية علاقتها بالدعم الاجتماعي لدى آباء وأمهات الأطفال المعاقين.

- هدفت إلى 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. وتكونت عينة الدراسة من:

- أولياء الأطفال المعاقين الذين وضعوا أطفالهم في مؤسسات خاصة للعناية بالإعاقة.

- 166 أب وأم. تم استخدام مقياس الضغوط النفسية المطور من قبل رياض ملكوش وموسى جبريل، استبانته الدعم الاجتماعي من إعداد باريرا دانييلي.

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. (جبالي، 2012، ص 41)

6. 1. 2. دراسة عبد العزيز الشخص وزيدان السرطاوي (1998):

احتياجات أولياء الأمور المعاقين وعلاقتها بالضغوط النفسية وأساليب مواجهتها

- هدفت الدراسة إلى تحديد احتياجات أولياء أمور المعاقين عقليا، وسمعيًا، وبصريًا بدنيا لمواجهة الضغوط النفسية الناجمة عن إعاقة الأبناء. واعتمدت الدراسة على أدوات من تصميم الباحث وهي:

- بطارية قياس الضغوط النفسية.

- مقياس أساليب المواجهة.

- مقياس احتياجات أولياء الأمور المعاقين.

تكونت العينة من مجموعة من أولياء أمور الأطفال المعاقين كالتالي:

- 329 أم.

- 335 أب.

- توصلت النتائج إلى: يتفق أولياء الأمور على ترتيب الاحتياجات وفق أهميتها، بحيث يأتي الدعم المادي أولاً يلي ذلك الاحتياجات المعرفية، وأخيراً الدعم الاجتماعي.

- لا توجد فروق بين الآباء والأمهات في الاحتياجات المختلفة.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة على مقياس الاحتياجات وفقاً لمستويات الضغوط النفسية، حيث تزايدت الاحتياجات مع ارتفاع مستوى الضغط النفسي

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة على مقياس الاحتياجات وفقاً لمستويات المواجهة المختلفة، حيث تزايدت الاحتياجات مع ارتفاع مستوى مواجهة الضغط النفسي (عياش، منصور، منصور، 2013، ص ص 201، 202)

6. 1. 3. دراسة عبد العزيز الشخص والسرطاوي (1998):

بعنوان ماذا يمكن أن يحدثه وجود طفل معوق في الأسرة من ضغوط نفسية لدى أولياء الأمور وعلاقة كل ذلك ببعض المتغيرات سواء الخاصة بالطفل، أو بأولياء الأمور. فكانت النتيجة متأثرة بمستوى الضغط بين أولياء الأمور، كما لم يتأثر مستوى الضغط بأعمار أولياء الأمور أو مستواهم التعليمي، بينما تأثر بدخلهم المادي ليرتفع، مع انخفاض ذلك الضغط، كما تأثر الضغط النفسي لدى أولياء الأمور بنوع إعاقة الطفل ليرتفع مع صغر سنه، وكذلك الحال بالنسبة لتركيبة الطفل حيث ارتفع الضغط في حالة الطفل الصغير.

(عبد الله عثمان، 2009، ص 58)

6. 1. 4. دراسة المطيري (2006):

هدفت إلى تقصي مصادر الضغط النفسي التي تواجه أمهات الأطفال التوحيديين في مدين الرياض في المملكة العربية السعودية، وعلاقة هذه الضغوط بمتغيرات متعددة من أبرزها المستوى التعليمي للأُم وعدد أفراد الأسرة، ودخل الأسرة.

و تكون مجتمع الدراسة من أمهات تناولت مصادر الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال التوحيديين في مدينة الرياض في المملكة العربية السعودية الملتحقين في مراكز التربية الخاصة التابعة للقطاع الخاص، والقطاع الحكومي، والبالغ عددهن 130 سيدة، تتراوح أعمار أطفالهن التوحيديين (6- 14) سنة وتكونت عينة الدراسة من 95 سيدة، أي ما نسبت (76,9%) من مجموع أفراد مجتمع الدراسة، تم اختيار العينة بالطريقة القصدية.

- استخدم الباحث مقياس هيلورد (Holoryd).

و توصلت الدراسة إلى أبرز مصادر الضغوط لدى أمهات الأطفال التوحيديين كانت العناية المؤسسية، والتفكك العائلي والافتقار إلى المكافأة الشخصية، والعناية خلال فترة الحياة، أما بقية المصادر فإنها لم تشكل مصدر من مصدر الضغوط لدى أمهات الأطفال التوحيديين.

(عصفور، 2012، ص ص 59، 63)

6. 1. 5. دراسة زعارير (2009):

هدفت الدراسة إلى تقصي مصادر الضغوط النفسية وأساليب مواجهتها لدى أولياء أمور الأطفال التوحديين في الأردن وعلاقتها ببعض المتغيرات مثل جنس الطفل التوحدي وعمره.

تكونت عينة الدراسة من (200) أب وأم الأطفال يعانون من التوحد في مراكز التربية الخاصة في الأردن.

- وتم استخدام مقياس مصادر الضغوط النفسية ومقياس أساليب مواجهة الضغوط النفسية، والمقياسين من إعداد السر طاوي والشخص (1998).

- وتوصلت الدراسة إلى نتائج التالية: أن أبرز مصادر الضغوط النفسية لدى أولياء أمور الأطفال التوحديين شيوعاً على الترتيب القلق على مستقبل الطفل، عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل، مشكلات الأداء الاستقلالي، المشكلات المعرفية والنفسية للطفل، المشكلات الأسرية، أما بقية المصادر فإنها تشكل مصادر للضغوط النفسية لدى أولياء الأطفال التوحديين بدرجات متفاوتة.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مصادر الضغوط النفسية لدى آباء وأمهات الأطفال التوحديين في أبعاد (المشكلات المعرفية والنفسية للطفل، والمشكلات المعرفية والنفسية للطفل، والمشكلات الأسرية، القلق على مستقبل الطفل، ومشكلات الأداء الاستقلالي) بينما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين آباء وأمهات الأطفال التوحديين في مصادر الضغوط النفسية في أبعاد الأعراض النفسية والعضوية، مشاعر اليأس والإحباط، عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل. (المرجع نفسه)

6. 1. 6. دراسة جبالي صباح (2011 - 2012):

الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون.

هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون. إيجاد نوع الاستراتيجيات المواجهة تساعد في خفض مستوى الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون. معرفة الفروق في نوع استراتيجيات المواجهة المتبعة لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون حسب متغير سن الإصابة للابن وحسب متغير سن الأم وحسب متغير المؤهل التعليمي للأم.

المنهج: المنهج الوصفي التحليلي.

عينة الدراسة: عينة عشوائية قصديه.

- واستخدمت الباحثة استمارة البيانات الشخصية من تصميم الباحثة، استبيان الضغوط النفسية من تصميم الباحثة، استبيان استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية من تصميم الباحثة. وتوصلت الدراسة للنتائج التالية:

- أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون يعانون من مستوى متوسط من الضغوط النفسية.

- تعتمد أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون على استراتيجيات المواجهة الإيجابية لتخفيف الضغوط النفسية.

- لا تؤثر متغير سن الابن المصاب بمتلازمة داون على مستوى الضغوط النفسية أو نوع استراتيجيات المواجهة المتبع من طرفهن.

- متغير المؤهل التعليمي للأم ذو تأثير على مستوى الضغوط النفسية ونوع الاستراتيجيات المتبعة.

6. 1. 7. دراسة غدي عمر محمود عصفور (2012):

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن الضغوط النفسية لأمهات المراهقين التوحديين وسعت إلى الإجابة عن السؤالين التاليين: ما هي الضغوط النفسية لدى أمهات المراهقين التوحديين في الأردن؟، هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) في درجة الضغوط النفسية تعزى لمتغيرات (جنس المراهق، الترتيب الولادي للمراهق، المستوى

التعليمي للأُم، المستوى الاقتصادي، عدد الأبناء)؟. وتكونت عينة الدراسة من (40) أما من أمهات المراهقين التوحديين تم اختيارهم بالطريقة العشوائية. وقامت الباحثة بتطوير مقياس الضغوط النفسية الخاص بأمهات المراهقين التوحديين من (60) فقرة موزعة على ستة أبعاد.

وبعد استخراج دلالات الصدق والثبات للمقياس تم تطبيقه على عينه الدراسة ومن ثم إجراء التحليلات المناسبة، حيث تم استخدام اختبار(ت)، وتحليل التباين الأحادي (ANOVA)، وقد أظهرت النتائج الدراسة إن مستوى الضغوط النفسية لأمهات المراهقين التوحديين في جميع مجالات المقياس كان ضمن المستوى المتوسط. وأن أعلى متوسط كان لبعد تحمل أعباء المراهق التوحدي، في حين كان بعد المشاعر اليأس والإحباط للمراهق أدنى متوسط.

كما أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة الإحصائية(0.05) لمتغيرات الجنس والمستوى التعليمي للأُم والمستوى الاقتصادي للأسرة في درجة الضغوط النفسية لدى أمهات المراهقين التوحديين. بينما أظهرت فروقا ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) لمجالي القلق على مستقبل المراهق، وتحمل أعباء المراهق التوحدي لصالح الأسرة التي يكون فيها المراهق التوحدي آخر مولود في الأسرة، وكذلك مجالات المشكلات الأسرية والاجتماعية للأسرة التي يزيد عدد أبنائها على خمسة أفراد.

6. 1. 8. دراسة الوكيل (2015):

التي هدفت إلى التعرف على طبيعة الضغوط والحاجات النفسية و الاجتماعية التي يعاني منها آباء وأمّهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية في كل من مصر والسعودية، والفروق الحضارية في هذه الضغوط والحاجات، وتكونت العينة من (200) من آباء وأمّهات الأطفال المعاقين في العينة المصرية، و(200) من آباء وأمّهات الأطفال المعاقين في العينة السعودية، وتم استخدام بطارية قياس الضغوط النفسية والاحتياجات لأولياء أمور المعاقين (إعداد السر طاوي، والشخص، 1998)، وأسفرت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين آباء وأمّهات العينة المصرية في الضغوط النفسية، وأيضا في الحاجات النفسية والاجتماعية، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين آباء وأمّهات العينة السعودية في

الضغوط النفسية، وأيضاً في الحاجات النفسية والاجتماعية، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في الضغوط النفسية الواقعة على آباء وأمهات المعاقين ذهنياً في كل من مصر والمملكة العربية السعودية، كذلك وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الحاجات النفسية والاجتماعية التي يعاني منها آباء وأمهات المعاقين ذهنياً في كل من مصر والمملكة العربية السعودية.

6. 1. 9. دراسة أبو العطا (2015):

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين الضغوط النفسية وأساليب المواجهة لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وتكونت عين الدراسة من (40) أم تتراوح أعمارهن ما بين (29) إلى (55) سنة، وممن تتراوح مؤهلاتهن العلمية ما بين مستوى المتوسط إلى مستوى عال، وعدد الأمهات المشاركات في الجانب الإكلينيكي (4) أمهات، منهن حاصلات على مؤهل جامعي وواحدة لم تكمل الدراسة الجامعية، وفي نفس المستوى العمري للأمهات الأخريات. استخدمت الدراسة المنهج الوصفي والإكلينيكي من خلال استخدام الأدوات التالية: مقياس إدراك الضغوط النفسية، ومقياس أساليب مواجهة الضغوط، واستمارة المقابلة الشخصية (من تصميم الباحثة)، كما استخدمت الباحثة اختبار (ساكس) لتكملة الجمل، وبعض بطاقات تفهم الموضوع، وأظهرت نتائج الدراسة وجود ارتباط موجب وذا دلالة إحصائية بين إدراك الضغوط النفسية لأمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد عند مستوى 0.01 وكل من حل المشكلة، والدعم الاجتماعي، وإعادة التقييم، والدرجة الكلية لمقياس أساليب مواجهة الضغوط، وكذلك وجود ارتباطات سالبة ودالة إحصائية عند مستوى 0.01 بين الضغوط النفسية وكل من التجنب، وتأنيب الضمير لدى أمهات أطفال ذوي اضطراب التوحد، كما أسفرت نتائج الدراسة أيضاً على تشابه الميكانيزمات النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد في كلتا المجموعتين (في المنهج الوصفي، والمنهج الإكلينيكي) حيث تبين أن الأمهات الأربع اللاتي استخدم معهن المنهج الإكلينيكي يعانين أيضاً من مستوى عال من الضغوط النفسية، وفي نفس الوقت استطعن استخدام أساليب مواجهة إيجابية لهذه الضغوط، وأظهرت الدراسة في النهاية، أنه كلما زادت الضغوط النفسية لدى أم الأطفال ذوي اضطراب التوحد كلما ارتفعت لديها أساليب المواجهة لهذه الضغوط.

(الديب، عرفة، 2016، ص ص 35، 36)

6. 2. الدراسات الأجنبية:

6. 2. 1. دراسة (Donvoan(1988) :

هدفت الدراسة إلى معرفة الاختلاف في الإدراك الأمومي للضغط الأسري الناجم عن الإعاقة الذهنية للأبناء وطرق مواجهة هذه الضغوط. تكونت عينة الدراسة من 45. أم لأبناء معاقين إعاقة ذهنية بسيطة وإعاقة ذهنية شديدة، يتراوح سن الأمهات من 29 إلى 59 سنة، بينما سن الأطفال من 6 إلى 18 سنة.

وتوصلت الدراسة إلى 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 أنهم أكثر قدرة على مواجهة الضغط.

- تختار الأمهات مواجهة الضغوط بواسطة أساليب البحث النشط عن الدعم والنصيحة والدعم والنصيحة والمساعدة خارج النظام الأسري. (جبالي، 2012، ص 45)

6. 2. 1. دراسة (Olley et Willaim) (1997) :

هدفت الدراسة لقياس مستوى الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنياً وأساليب مواجهتها. تكونت عينة الدراسة من (200) أم لأطفال معاقين ذهنياً. وتم استخدام الأدوات التالية:

- مقياس الضغوط، مقياس أساليب التعامل مع الضغوط. وتوصلت الدراسة إلى أن أمهات تعاني 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 المتزوجات تعاني من مستوى أعلى من الضغوط مقارنة بالمتزوجات.

- الأمهات الأقل تعليماً تعاني من مستوى أعلى من الضغوط مقارنة بالأعلى تعليماً.

(المرجع نفسه، ص ص 42، 43)

6. 2. 2. دراسة إيوا بسيللا (Ewa Pisula) (1999):

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

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

وتكونت عينة الدراسة من : 25 أم طفل مصاب بالتوحد، و25 أم طفل مصاب بمتلازمة داون، تراوحت أعمار الأمهات مابين 26 سنة إلى 58 سنة، و تراوحت أعمار الأطفال مابين

4 إلى 20 سنة. وتم استخدام الأدوات التالية: استمارة البيانات الأولية من إعداد الباحثة، مقياس الضغط لدى العائلة QRS من إعداد الباحثة. وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- الضغط النفسي مرتفع عند أمهات الأطفال المصابين بالتوحد أكبر من أمهات الأطفال 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. (المرجع نفسه، ص ص 42، 43)

6. 2. 3. دراسة (Benson & Deway, 2008) :

هدفت الدراسة إلى دراسة أثر الضغوط على والدي الأطفال ذوي اضطراب التوحد، و كذلك دراسة احتياجات والدي الأطفال ذوي اضطراب التوحد لتخفيف الضغوط عليهم، وكانت عينة الدراسة من (55) من والدي الأطفال ذوي اضطراب التوحد، للأطفال في عمر 12 عام فأقل من منظمات مختلفة في كندا، وكليجاري، وألبرتا، وتكونت عينة الدراسة من (35) أم، و(20) أب تتراوح أعمارهم من (26-43)، منهم (19) شاركوا مع أزواجهم، و(17) شاركوا بمفردهم. وأداة الدراسة المستخدمة هي: مقياس الضغوط الوالدية الطبعة الثالثة (PSI)، وأسفرت نتائج الدراسة على أن (60%) من والدي الأطفال ذوي اضطراب التوحد يعانون من مستوى أعلى من الضغوط مقارنة بوالدي الأطفال العاديين. أما بالنسبة لترتيب الاحتياجات فجاءت " الاحتياجات " المادية بنفس ترتيب الحاجة " لدعم أفراد العائلة ودعم

المتخصصين" وبصفة عامة جاء ترتيب الاحتياجات للأمهات والآباء مماثلة، إلا أنها اختلفت في ترتيبها للحاجة " التدريب في المنزل لتعامل مع الطفل" حيث رتبها الآباء أعلى من الأمهات. وأسفرت نتائج الدراسة أيضا على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين والدي ذوي الضغط العالي والمنخفض في ترتيب الاحتياجات حيث رتبها الآباء ذوي الضغط المنخفض بوضع أشد حاجة هي الحاجة إلى منظمة معلوماتية، بينما الحاجة إلى المساعدة الدينية في المرتبة الأخيرة، بينما والدي الأطفال في عمر المدرسة قاموا بترتيب الحاجة إلى المساعدة الدينية في المرتبة الأخيرة، بينما والدي الأطفال في عمر المدرسة قاموا بترتيب الحاجة إلى دعم الأقارب، والدعم الزوجي، والقبول المجتمعي، وتفهم الجيران في مرتبة أعلى من والدي الأطفال قبل المدارس. بينما والدي الأطفال قاموا بترتيب الحاجة إلى التشخيص المبكر والمتسق، والتدريب المنزلي في إدارة الطفل أعلى من والدي الأطفال في سن المدرسة، ووالدي الأطفال الذين تم تشخيص حالة أبنائهم خلال العام الماضي كان لديهم مشاعر أكثر من عدم الكفاءة، والعزلة، والشعور بالتعاسة، والضيق أكثر من والدي الأطفال الذين تم تشخيص حالة أبنائهم من أكثر من عام. (محمد الديب، 2016، ص ص 45، 46)

التعليق على الدراسات السابقة:

بعد استعراض مجموعة من الدراسات السابقة التي تناولت متغيرات الدراسة الضغط النفسي وأساليب المواجهة تم تلخيصها فيما يلي:

* **من حيث الهدف:** تنوعت أهداف الدراسات السابقة وتعددت بحيث هدف البعض منها إلى فهم أسر الأطفال المعاقين، والضغوط النفسية التي تواجههم وبعض جوانب الدعم الاجتماعي، كدراسة (رياض يعقوب ملكوش وخوله يحيى 1995)، بينما هدفت دراسة عبد العزيز الشخص وزيدان السرطاوي إلى تحديد احتياجات أولياء الأمور المعاقين عقليا وسمعيًا، وبصريًا وبدنيًا لمواجهة الضغوط النفسية الناجمة عن الإعاقة. وهناك من هدفت إلى تقصي الضغط النفسي وأساليب مواجهته مثل دراسة (المطيري، أبو العطاء، والزعاير، جبالي)، و (OLLEY & Willaim) وهذا ما يتفق مع الدراسة الحالية. ودراسة الوكيل التي هدفت للكشف عن الضغوط النفسية للأمهات المراهقين التوحديين

* **من حيث المنهج:** تنوعت المناهج المستخدمة في الدراسات، منها المنهج الوصفي التحليلي والمنهج الوصفي الإكلينيكي كما جاء في دراسة المطيري، ودراسة جبالي، وأبو العطا.

* **من حيث الأداة:** لقد تعددت وتنوعت الوسائل المستخدمة في الدراسات السابقة كمقياس الضغوط النفسية، ومقياس أساليب المواجهة، ومقياس احتياجات لأولياء الأمور المعاقين وهذا كما جاء في دراسة عبد العزيز الشخص وزيدان السرطاوي ودراسة الزعاريير (2009) وجبالي (2012)، وأبو العطا (2015) و (OLLEY & Willaim)، واستخدم مقياس هيلورد (Holoryd) في دراسة المطيري (2009)

وعليه فموقع هذا البحث من الدراسات السابقة نلخصه في النقاط التالية:

بعض الدراسات التي تناولتها الباحثة تتداخل مع الموضوع من حيث البحث و حيث متغير الضغط النفسي واستراتيجيات المواجهة واختلفت في نوع العينة.

واتفق البحث الحالي مع بعض الدراسات في الأهداف والمنهج واختلف معها في الأدوات المعتمد عليها.

اختلف البحث الحالي عن الدراسات السابقة في حجم العينة ومكان إجراء البحث.

اتفقت دراستنا مع الدراسات السابقة على أهمية دراسة موضوع الضغط النفسي ومدى تأثيره على الجوانب النفسية والاجتماعية لدى حالات الدراسة المتمثلة في أم الطفل المصاب بإعاقة. واتفقت على مدى تأثير إعاقة الطفل على أفراد الأسرة وخاصة الأم

بينما تميزت الدراسة الحالية في التركيز على الأم باعتبارها الأكثر تضررا وتأثيرا باضطراب طفلها، من ناحية الضغط النفسي الذي تتعرض له نتيجة ذلك، والتعرف على الاستراتيجيات التي يلجأ إليها حالات الدراسة في مواجهتهم لتلك الضغوط النفسية، وكذلك محاولة التعرف على أكثر الاستراتيجيات استخداما لدى كل أم.

الفصل الثاني:

الضغط النفسي

تمهيد:

1. تطور مفهوم الضغط النفسي.
2. مفهوم الضغط النفسي.
3. أبعاد ومكونات الضغط النفسي.
4. أنواع الضغط النفسي.
5. أعراض ومظاهر الضغط النفسي.
6. مصادر الضغط النفسي و الآثار المترتبة عليه.
7. النظريات المفسرة للضغط النفسي.

خلاصة الفصل

تمهيد:

لا يوجد شخص إلا و قد تعرض للضغوط النفسية بشكل أو بآخر وأبسط الأمثلة على ذلك الضغوط النفسية التي يعاني منها الطلاب أثناء أداء الامتحانات، وكذلك أولياء أمورهم. كما أننا نعاني من الضغط النفسي الناتج عن انفعال الخوف إذا داهمتنا سيارة مسرعة....والعديد من الأمور تحدث في جسم الإنسان نتيجة المواقف الضاغطة وما ينتج عنها من انفعالات شديدة وهذه الأمور هي بوجه عام ضارة بالنسبة للإنسان خاصة إذا كانت متواترة ومستمرة. (ربيع، 2010، ص 253)

ومما لا شك فيه أن هناك علاقة بين الوقوع في ضغوط مختلفة وولادة طفل مصاب بقصور ما، ولأن الأمومة من المسؤوليات الثقيلة والمعقدة، فإنها تزداد تعقيدا إذا أصبحت أما لطفل مصاب بإعاقه حسية، ذلك أن الأمهات يتوقعن دائما أن يرزقن بطفل سوي.

(جبالي، 2012، ص 49)

وقصد فهم الضغوط النفسية وبالأخص عند أمهات الأطفال المصابين بإعاقه حسية (سمعية، بصرية) سنتطرق في هذا الفصل إلى: تطور مصطلح الضغط النفسي، مفاهيمه المتعددة، أنواعه، مكونات وأبعاد الضغط النفسي، ومصادره، والآثار المترتبة عليه، والنظريات المفسرة له.

1. تطور مفهوم الضغط النفسي:

شاع استخدام مفهوم الضغط النفسي في علم النفس والطب النفسي، وتمت استعارته من الدراسات الهندسية والفيزيائية، حينما كان يشير إلى (الإجهاد Strain ، والضغط Press، والعبء Load).

استعاره علم النفس هذا المفهوم في بداية القرن العشرين عندما انفصل عن الفلسفة وأثبت استقلالية كعلم له منهج خاص به. وأيضاً جرى استخدامه في الصحة النفسية والطب النفسي على يد (هانز سيللي) الطبيب الكندي في العام (1956م) عندما درس أثر التغيرات الجسدية والانفعالية غير السارة الناتجة عن الضغط والإحباط والإجهاد.

ويعتبر عالم الفسيولوجية "Walter Cannon" أول من اهتم تاريخياً بمثل هذه المصطلحات، إذ استخدم في بداية القرن العشرين مصطلح التوازن الجسمي "Homeostasis" للتدليل على نزعة الكائن الحي بالاستعانة على مصادرها للمحافظة على حالة الاتزان، فالكائن الحي يدرك الخطر في البيئة والاستجابة تكون إما الدفاع، أو الهروب "Fight or Flight"

- وتعود جذور هذا المصطلح إلى بدايات القرن العشرين (Spiellberger,1979) و أطلقت عليه مسميات عدة، إذ تشير قواميس اللغة إلى أن المصطلح مرادف للشدة (Strain) وتعني الاجهاد أو التوتر، وتعني باللاتينية التعرض للضغوط، واستعمل في اللغة الانجليزية لأول مرة "Distress" أي الكرب "Hardship" أي الضيق و "Adversity" أي الشدة. وقد شاع استخدامه في علم النفس والطب النفسي، وتمت استعارته من الدراسات الهندسية والفيزيائية، حينما كان يشير إلى (الإجهاد Strain، والضغط Press، والعبء Load) (الغريز، أبو أسعد، 2009، ص ص19، 21)

2. تعريف الضغوط النفسية:

تعد محاولة تعريف الضغط النفسي من المحاولات التي تكتنفها كثير من الصعوبات من الناحية العلمية فهي عملية ترتبط بتحديد ظاهرة الضغوط النفسية ذاتها فما التعريف العلمي إلا كلمات لها مدلولات علمية تحدد طبيعة الظاهرة تحديداً جامعاً مانعاً فالضغوط

النفسية هي ظاهرة معقدة ومتداخلة الأبعاد والعلاقة بين أبعادها دياكتيكية دائرية ولم يتفق العلماء على تعريف بعينه يمكن أن يعكس الناحية الكيفية والكمية للضغوط النفسية، فكانت كلها محاولات لإمساك بعض جوانب الظاهر والباطن من ظاهرة الضغوط النفسية وكما تتبدى في سلوكيات نوعية. (الرشيدي، 1999، ص ص 14، 15)

لغة: فتعرف الضغوط النفسية من الناحية اللغوية بأنها: ضغط ضغطا وضغطة، عصره وضيق عليه، الضغطة (بضم الصاد) تعني الزحمة والضيق والشدة والمشقة، والضغطة (بفتح الصاد) القهر والضيق والاضطرار ومنه ضغطة الغير أي تضيقه على المنبت. (حسيبة، 2016، ص 201)

فنجد بدرية أحمد (1992) تركز على نوع الاستجابة للمواقف الحياتية وذلك من خلال تعريفها للضغوط بأنها: إدراك الإنسان لعدم قدرته على إصدار استجابات مناسبة (تكيفيه) للمواقف الحياتية التي يقابلها كمواقف الحياة الضاغطة التي تتطلب استجابة، فإما أن ينجح في إحداث استجابة مناسبة يتغلب بها على تلك الضغوط، وإما الفشل في إحداث استجابة مناسبة يتغلب بها على تلك الضغوط وإما الفشل في إحداث هذه الاستجابة.

أما تعريف أحمد عكاشة (1992): يرى أن الضغوط هي تحدي عوامل غير سارة لطاقة التأقلم والتكيف للفرد وتعتمد كمية الشدة أو الانعصاب اللازمة لنشأة الأمراض النفسية على تكوين و استعداد الفرد الوراثي. (بوسفي، 2016، ص 16)

بينما فرج عبد القادر طه وآخرون (1993) ركزوا على دور العوامل الخارجية في إصدار الضغوط وذلك من خلال تعريفهم : بأن الضغط يشير إلى وجود عوامل خارجية ضاغطة على الفرد سواء بكليته أو على جزء منه وبدرجة تولد لديه إحساسا بالتوتر أو تشوها في تكامل شخصيته، وحينما تزداد شدة هذه الضغوط فإن ذلك يفقد الفرد قدرته على التوازن ويغير نمط سلوكه عما هو عليه إلى نمط جديد.

- أما تعريف بعض الباحثين الغربيين للضغوط النفسية فنرى بأن هناك من يركز على المثيرات ذات المصادر المتعددة التي تحدث عدم التوازن للشخص وهذا ما جاء في تعريف جال وآخرون (Call & all) : الذين يرو الضغوط عبارة عن استجابات فيزيولوجية ونفسية

للمواقف والأحداث، والتي تفسد وتترك توازن الكائن الحي وهي تتولد من مصادر متعددة وتسبب استجابات متنوعة بدرجة كبيرة بعضها سلبي والآخر إيجابي.

بينما يشير ماك حراف (Macgraph 1970): إلى أن الضغوط إدراك الفرد لعدم قدرته على إحداث استجابة مناسبة لمطلب هام ويصاحب ذلك مظاهر سلبية تكون مؤشرا لهذا الإدراك.

ولكن نجد في بعض التعريفات الأخرى تركيز في تعريفها من ناحية تفاعل الفرد مع العوامل البيئية الخارجية وهذا ما جاء في تعريف كل من ريتشارد لازاروس (Lazarus 1976) الذي يعطي تعريفا موجزا للضغط : حيث يقول " يحدث الضغط عندما تكون هناك مطالب على الفرد تفوق أو تزيد على إمكانياته الكيفية.

أما دالي (Daley 1979): فيعرفها بأنها الحالة الناتجة عن عدم توازن بين مطالب الموقف وقدرة الفرد على الاستجابة لهذا الموقف.

و يعرفه مونات (Monat 1985) كذلك: بأنه " حالة تنتج عن حاجة حقيقة تجعل الفرد غير قادر على التكيف مع متطلبات البيئة التي تظهر بشكل جزئي من خلال ردود أفعاله". (المرجع نفسه، ص ص 16، 18)

ومن خلال هذه الاختلافات بين العلماء في تعريفهم لمفهوم الضغوط النفسية، نقف على جملة ملاحظات منها من يعتبره مثيرا أو حدثا خارجا عن الفرد أو سبب لحدوث استجابة وهذا ما لاحتضناه في تعريف أحمد عكاشة مثلا ، و هناك من يرى بأنه استجابة لمثير مزعج ومهدد ومنه ما جاء في تعريف جال، وهناك من يعرفه من ناحية انه علاقة بين الفرد والبيئة ويعكسها انخفاض التلاؤم بينهما مما يسبب للفرد التهديد وعدم الاتزان ومن ذلك تعريف مونات، لازاروس، دالي...

ومن خلاله نستنتج أن الضغط النفسي بأنه: استجابة الفرد النفسية والجسمية لأي عوامل داخلية أو خارجية تشكل تهديدا له لدرجة أنها تولد لديه إحساسا بالتوتر والضيق، وعندما تزداد حدة الضغوط عليه فان ذلك قد يفقده قدرته على التوازن ويغير نمط سلوكه عما هو عليه.

وبهذا يكون الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المعاقين حسيا (سمعية، بصرية)، يعتبر كنتيجة أو ردة فعل جسمية و عقلية استجابة للصراعات الناجمة عن إعاقة الطفل مما ينتج عنه اعتلال بالصحة، واختلال وعدم التوازن النفسي لديهم، بسبب إعاقة الطفل ومتطلباته الخاصة.

3. مكونات وأبعاد الضغط النفسي:

يرى (سبيلبرجر) (Spielberger 1979) أن الضغوط كمفهوم يتكون من مجموعة أبعاد تتمثل في مصدر الضغط وهو يبدأ بمثير يحمل تهديدا أو خطرا نفسيا أو جسميا والثاني: هو إدراك الفرد للمثير والذي يعني إضفاء المعنى على الخبرات التي يكتسبها الفرد على طريق التنشئة الاجتماعية والتدريب والتعلم.

وأخيرا الاستجابة (رد الفعل) وهذه الاستجابة تكون فيزيولوجية ونفسية وسلوكية وفيما يلي توضيح بجميع مكونات وأبعاد الضغوط:

3. 1. المثيرات: وتشمل جميع التغيرات التي تكون في محيط الفرد والتي تتم داخله وتؤثر في توجيه سلوكه، فمثيرات الضغط هي الأحداث والمواقف التي يتعرض لها الفرد وتتطلب منه جهودا توافقية وتشمل على كل من أحداث الحياة اليومية (الصغرى) التي يتعرض له الفرد في حياته اليومية (منعطفات)، وكذا أحداث الحياة الكبرى وهي تتضمن تغيرات جوهرية في حياة الفرد وتؤدي إلى اضطراب نشاطات الفرد المعتادة فبعضها يكون مرغوبا وإيجابيا وبعضها سلبي وغير مرغوب فيه، ويضيف بعض الباحثين إلى الأحداث المثيرة للضغط ضغوط العمل من قبيل الأعباء والمسؤوليات وغموض الدور وصعوبة الترفيه... الخ

3. 2. الإدراك والمعالجة المعرفية للمثيرات: وتتم هذه المعالجة من خلال مرحلتين، الأولى عبارة عن عملية إدراك بسيطة تتحول من خلالها المثيرات الخارجية إلى معان ودلالات، ثم تليها مرحلة تقييم معرفي لمدى تهديد المثير والتقييم المعرفي نوعان: تقييم أولي ويشير إلى تقييم الشخص للمثير بأنه مهدد أو غير مهدد أما التقييم الثانوي ففيه يقوم الشخص بتقييم مدى كفاءته وقدرته على المواجهة.

3.3. الاستجابة: وهي تنتج عندما يدرك الفرد المثير ويقيمه معرفيا بأنه مهدد لراحته وبأنه غير قادر على مواجهته والتعامل معه بكفاءة، ولهذه الاستجابة مظهران نفسية و فيزيولوجية وتستمر هذه الآثار أو تختفي بناء على نجاح الفرد في المواجهة.

(يوسفي، 2016، ص 20)

3.4. المواجهة: وهي العملية التي يحاول بها الفرد معالجة المتطلبات المثيرة للضغط ولها ثلاث وظائف وهي:

- معالجة الانفعالات.

- إعادة التقييم للمشكلة.

- حل المشكلة.

وتتضمن عملية المواجهة مجموعة من الجهود السلوكية والمعرفية التي يقوم بها الفرد في محاولته التغلب على الآثار النفسية و الفيزيولوجية لاستجابة الضغط وهي ما يعرف باستراتيجيات المواجهة.

3.5. مترتبات الضغط: (النتائج): تتوقف هذه النتائج على كيفية مواجهتها ففي حالة نجاح الفرد في مواجهة المثيرات فإنه يعود إلى حالة التوافق، أما إذا فشل وظلت الضغوط مستمرة فإن ذلك من شأنه أن يؤدي إلى العديد من الاضطرابات والأمراض النفسية والجسدية.

(المرجع نفسه، ص 21)

4. أنواع الضغوط النفسية:

تتعدد الضغوط النفسية تبعا لتعدد مدارس علم النفس، وتخصص علماء النفس ويشير يوسف (2007) إلى ضغوط عامة وخاصة، داخلية وخارجية:

* الضغوط الداخلية: تنتج من داخل الفرد مثل الحاجات والمتغيرات الفيزيولوجية، والطموحات والأهداف وغيرها.

* الضغوط الخارجية: تأتي من البيئة الخارجية وهي كثيرة كالضوضاء والظروف الطبيعية كزلازل، والبراكين، والأعاصير، والملوثات، وغيرها...

* الضغوط العامة: التي يتأثر عدد كبير من الناس كالأحداث المزلزلة.

* الضغوط الخاصة: التي تؤثر في فرد واحد أو على عدد محدود من الأفراد كحوادث الطرق، أو منغصات الحياة اليومية. (العبد لله، 2014، ص 20).

ويشير الخطيب(2003) إلى أن هناك عدة أنواع منها:

- ضغوط غير حادة: وينتج عنها استجابات طفيفة مع مجموعة علامات الضغط و أعراضه التي من السهولة ملاحظتها.

- ضغوط حادة: وينتج عنها استجابات شديدة القوة لدرجة أنها تتجاوز قدرة الفرد على المواجهة، وتختلف هذه الاستجابات من شخص إلى آخر ولا يشير بالضرورة إلى وجود أمراض عقلية أو جسمية، وإنما هي استجابات عادية تشير إلى ضرورة التدخل.

- ضغوط متأخرة: وهي لا تظهر دائما أثناء وقوع الحدث إنما تظهر بعد فترة.

- ضغوط بعد الصدمة: وهي ناتجة عن حوادث عنيفة وشديدة وعالية وتترك آثارها على الكائن الحي بشكل طويل المدى.

كما أشار (سيلبي، Selye، 1976) إلى نوعين من الضغط النفسي هما:

✓ الضغط النفسي السيئ "Bad Stress" وهذا يزيد من حجم المتطلبات.

✓ الضغط النفسي الجيد "Distress" مثل فقدان عمل أو فقدان عزيز.

وتحدث سيلبي (Selye) عن نوعين آخرين من الضغط النفسي هما:

• الضغط النفسي الزائد "Hyper Stress" وتنتج عنه تراكم الأحداث السلبية للضغط

النفسي المنخفض بحيث تتجاوز مصادر الفرد وقدراته على التكيف معها.

• الضغط النفسي المنخفض "Over Stress" ويحدث عندما يشعر الفرد بالملل وانعدام

التحدي والشعور بالإثارة.

ويؤكد سيلبي أن الإنسان عادة ما يعاني في حياته من نوع أو عدة أنواع من الضغوط الأربعة المذكورة سابقا.

- وقد ميز (لازورس وكوهن، 1977) (Lazarus & Cohen, 1977) بين نوعين من الضغوط:
(يوسفي، 2016، ص 28)

- الضغوط الخارجية "External Environmental Stress" والتي تعني الأحداث الخارجية و المواقف المحيطة بالفرد وتمتد من الأحداث البسيطة إلى الحادة.

- الضغوط الداخلية (الشخصية) " Internal Personal Stress " : والتي تعني الإحداث التي تتكون نتيجة التوجه الإدراكي نحو العالم الخارجي والنابع من فكر وذات الفرد.

- وتتخذ الضغوط النفسية شكلين أساسيين أشار إليهما كل من بروهان (Bruhan, 1989) حيث الضغوط الايجابية والتي تنتج عن زيادة العبء المصاحب للترقية في السلم الوظيفي، والضغوط السلبية التي أشار إليها سيلبي (Selye, 1976) وهذه تنتج عن الفشل في الوظيفة أو العمل. (المرجع نفسه، ص ص 28، 29)

وهناك ضغوط خاصة بآباء وأمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، لأنها تتجم عن حدوث الإعاقة، وتنقسم هذه الضغوط وفقا لمراحل النمو كما يلي:

- ضغوط مرحلة الطفولة المبكرة: وتتجم عن مراقبة الوالدين لنمو طفلها المعاق.

- ضغوط مرحلة دخول المدرسة: وتتجم عن عدم القدرة الطفل على التعلم في المدارس التقليدية.

- ضغوط مرحلة المراهقة: وتتجم عن اعتماد الطفل على والديه ورفض أقرانه لابنهم المعاق.

- ضغوط مرحلة الشباب: تتجم عن القلق بخصوص المستقبل المهني للمعاق.

- ضغوط مرحلة تأكيد الشاب: تتجم عن التساؤل بخصوص الرعاية والمستقبل عندما يصبحان غير قادرين عن العناية به. (جبالي، 2012، ص ص 65، 66)

ولهذا فإن الضغوط يمكن أن تتنوع وتتشكل بحيث تشمل كافة مناحي الحياة التي يعيشها الإنسان والتي يمكن وضعها ضمن الأنواع التالية:

✓ ضغوط العمل: وهذه ناتجة إرهاب العمل ومتاعبه، أولى نتائجه الجوانب النفسية المتمثلة في حالات التعب والملل الذين يؤديان إلى القلق النفسي حسب شدة أو ضعف الضغط الواقع على الفرد. وآثار تلك النتائج على التكيف في العمل و الإنتاج، فإذا ما استفحل هذا الإحساس لدى العامل في، مما يؤدي إلى تدهور صحة العامل الجسدية والنفسية وغالبا ما يؤدي إلى سوء تكيف مهني... ومن أولى تلك الأعراض، هي زيادة الإصابات في العمل والحوادث، وربما تكون قاتلة فضلا عن زيادة الغياب أو التأخر عن العمل، وربما يصل إلى الانقطاع عنه وتركه نهائيا.

✓ الضغوط الاقتصادية: فلها الدور الأعظم في تشتيت جهد الإنسان وضعف قدرته على التركيز والتفكير وخاصة حينما تعصف به الأزمات المالية أو فقدان العمل بشكل نهائي، إذا ما كان مصدر رزقه، فينعكس ذلك على حالته النفسية، وينجم عن ذلك عدم قدرته على مسايرة متطلبات الحياة.

✓ الضغوط الاجتماعية: معايير المجتمع تحتم الفرد الالتزام الكامل بها، والخروج عنها يعد خروجا على العرف والتقاليد الاجتماعية وبالتالي يحدث إشكاليات لتلك المخالفات التي تصبح قوى ضاغطة على الفرد وتسبب له أزمات و اختلالا يؤثر في تعاملاته وعلاقاته الاجتماعية.

✓ الضغوط الأسرية: تشكل بعواملها التربوية ضغطا شديدا على رب الأسرة و أثرا على التنشئة الأسرية، فمعظم الأسر التي يحكمها سلوك تربوي متعلم ينتج عنه التزام و إلا اختل تكوين الأسرة وتفتت معايير الضبط ونتج عنه تفكك الأسرة إذا ما اختل سلوك رب الأسرة أو ربة البيت.

✓ الضغوط الدراسية: على طالب المدرسة في مختلف المراحل الدراسية ضغطا شديدا في حالة عدم استجابته للوائح المدرسة أو المعهد أو الكلية، فهو مطالب بأن يحقق النجاح في الدراسة، لإرضاء طموحه الشخصي الذاتي أولا، ورد الجميل لأسرته التي خصصت من دخلها المادي كنفقات الدراسة ثانيا فضلا عن المؤسسة التعليمية التي

صرفت الأموال المتمثلة في مستلزمات الدراسة كتوفير المدرسين المتخصصين والاحتياجات المادية العلمية في العملية التعليمية...

✓ الضغوط العاطفية بكل نواحيها، النفسية، الانفعالية: فإنها تمثل لبني البشر واحدة من مستلزمات وجود الإنسان. فالعاطفة لدى الإنسان غريزة اختصها الله عند البشر دون باقي المخلوقات. فعندما يعاق الإنسان في طلب الزواج و الاستقرار العائلي بسبب الحاجة الاقتصادية أو عدم الاتفاق مع شريك الحياة وتتعثّر جهوده في الاستقرار (يوسفي، 2016، ص 31)

الزوجي، يشكل ذلك ضغطا عاطفيا، تكون نتائجه نفسية، مما يجعله يرتبك في حياته اليومية وتعامله وفي عمله أيضا...إلى أن يجد الحل في التوصل إلى تسوية مشاكله.

(المرجع نفسه، ص 31)

5. أعراض ومظاهر الضغط النفسي:

- الألم العاطفي وهو خليط من الغضب والتهيّج، والقلق والاكتئاب.
- صداع توتري، آلام بالظهر والفك وتوتر العضلات يؤدي إلى تمزق الأوتار ومشاكل في الأربطة.
- مشاكل في المعدة والأمعاء مثل زيادة حموضة المعدة، والانتفاخ، و الإسهال، و الإمساك والقولون العصبي.
- تيقظ شديد ومؤقت يؤدي إلى ارتفاع في ضغط الدم، وتسارع في دقات القلب، وتعرق في اليدين، ودوخة وصداع نصفي، وضيق نفس، وبرودة القدمين.
- أما الضغوطات المزمنة: فيمكن أن تقتل، من خلال الانتحار والعنف والنوبات القلبية، وهذه الضغوطات تؤدي إلى تناقض في القدرات النفسية والجسدية من خلال الإجهاد والإنهاك المستمر.(مصطفي، الشر بيني، 2011، ص 262)
- الأعراض النفسية والسلوكية والجسدية للضغوط النفسية:

جدول (1) يوضح الأعراض النفسية والجسدية للضغوط النفسية

سلوكيا	نفسيا	جسديا
- فرط الأكل/ نقص الشهية.	- قلق	- صداع.
- انعدام الصبر.	- احتياج.	- كز الأسنان.
- ميل إلى الجدل.	- شعور بخطر أو موت مداهمين.	- تضيق وجفاف الحلق.
- مماطلة.	- اكتئاب.	- شد الفكين.
- زيادة التدخين.	- تباطؤ في التفكير.	- ألم الصدر.
- انعزال.	- تسارع في الأفكار.	- خفقان القلب.
- تجنب المسؤولية وآثارها.	- شعور بالعجز.	- قصر النفس.
- أداء سيء في العمل.	- شعور بفقدان الأمل.	- ارتفاع ضغط الدم.
- تدهور.	- شعور بانعدام القيمة.	- ألم عضلي.
- عناية سيئة بالصحة.	- شعور بغياب الهدف.	- عسر الهضم.
- تغير في العلاقات العائلية الحميمة .	- شعور بعدم الأمان.	- إمساك/ إسهال.
-	- حزن.	- زيادة التعرق.
-	- دفاعية، غضب، فرط الحساسية.	- برودة وتعرق في اليدين.

(السيد عبيد، 2008، ص ص 34 ، 35)

6. مصادر الضغط النفسي و الآثار المترتبة عليه:

6.1. مصادر الضغط النفسي:

لقد حظيت مسألة تحديد مصادر الضغوط باهتمام الكثير من الباحثين ولذلك تعددت تصنيفات مصادر الضغوط لديهم، ومما لا شك فيه أن الضغوط الواقعة على الإنسان تحيط به من كل جانب وقد لا تنتهي علما بأنها تختلف من فرد لآخر كما أنها تختلف لدى الفرد

الواحد من مرحلة إلى أخرى عبر المراحل الإنمائية التي يمر بها في حياته. فمصادر الضغوط ومسبباتها توجد حولنا في جميع البيئات سواء كانت البيئة طبيعية، نفسية، أو اجتماعية، فعلى المستوى الأسري والمهني، والتربوي، والثقافي، وغيرها من مجالات الحياة نواجه سلسلة من الضغوط التي تستوجب ضرورة التعامل معها، وفيما يلي أهم مصادر ومسببات الضغوط:

6. 1. 1. يرى سمير شيخا ني أنه يمكن تصنيف هذه المسببات إلى فئتين عامتين وهما:

✓ المصادر خارجية: و يمكن إجمالها في النقاط التالية:

- البيئة المادية، ضجيج، كوارث طبيعية، زلازل... الخ.
- التفاعل الاجتماعي، العدوانية من جانب الآخرين، الروتين، المواعيد المتأخرة.
- أحداث الحياة الرئيسية، وفاة قريب، فقد وظيفة، الترقية... الخ.

✓ المصادر الداخلية: ويمكن إجمالها فيما يلي:

- خيارات نمط الحياة، نوم غير كافي، جداول عمل مثقلة... الخ.
- الحديث الذاتي السلبي، التفكير المتشائم، النقد الذاتي... الخ.
- الأشارك العقلية، التوقعات غير الواقعية، أخذ الأمور بطريقة شخصية، التصلب، التفكير في الحصول على كل شيء أو لا شيء، المبالغة... الخ. (يوسفي، 2016، ص 22)
- بعض سمات الشخصية، الكمالي (النزاع إلى مرتبة الكمال)، مدمن العمل... الخ.

6. 1. 2. يصنف ميلر (Miler, 1979): مصادر الضغوط في مصدرين أساسيين وهما الضغوط الداخلية وهي التي تتبع من داخل الفرد مثل الطموحات والأهداف، في مقابل الضغوط الخارجية وهي كثيرة مثل الضوضاء والزلازل والأعاصير، وضغوط القيم والمعتقدات والصراع بين العادات والتقاليد التي يتمسك بها.

(حسين، حسين، 2006، ص 38)

وتتفق مشيرة اليوسفي مع الرأي السابق حين تقول أنه يوجد مصدرين أساسيين للضغط النفسي و هما:

- الضغوط الداخلية: وتكون نابعة من افتراضات الذات أي أنها غير واقعية.
- الضغوط الخارجية: وتتمثل في ضغوط القيم والمعتقدات والمبادئ والصراع بين العادات والتقاليد التي يتمسك بها الفرد وبين الواقع فهذا يسبب له ضغوطا مرتفعة.

(يوسفي،2016، ص 23، 24)

- ومن هذا المنطلق نرى بأن الضغط النفسي ينشأ نتيجة التفاعل ما بين الفرد ومجموعة العوامل الخارجية أو العوامل الداخلية البيئية منها والشخصية والتي تتمثل في العوامل الجسمية والعقلية والانفعالية، إذ يؤكد (Danzi, 1986) على أن الضغط النفسي ينشأ من عوامل جسمية مثل تلف في أحد أعضاء الجسم، وعوامل عقلية وانفعالية مثل القلق والخوف ويرتبط الضغط النفسي بأفعال وانفعالات سلبية وإيجابية فمثلا قد يصبح الفوز بجائزة ضاغطا لاحتمالية كسب الجائزة أو خسارتها.

وقد تنشأ الضغوط من داخل الشخص نفسه نتيجة الأزمات التي يعيشها وتسمى ضغوطا داخلية، أو قد تكون من المحيط الخارجي، مثل العمل، العلاقة مع الأصدقاء والاختلاف معهم في الرأي، أو الاضطرابات الأسرية أو المشكلات العائلية أو خلافات مع شريك الحياة، أو الطلاق، أو موت شخص عزيز، أو خسارة مالية تجارية، أو التعرض لموقف صادم مفاجئ ، تسمى ضغوطا خارجية.(الغرير، أبو السعود، 2009، ص 31)

- مصادر الضغط النفسي لوالدي طفل ذوي الاحتياجات الخاصة:

* وتتمثل 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، واختزال العلاقات الاجتماعية لهما، والافتقار إلى المعلومات حول المعاقين والخدمات المتاحة لهم.

إن ما يعانيه أولياء أمور ذوي الاحتياجات الخاصة من ضغوط ترجع إلى ما يلي:

- وجود طفل معاق تترتب عليه أعباء إضافية على كاهل الأسرة وشيوع كثيرة من المشكلات الأسرية و ازدياد الأعباء المالية، والعزلة و الإرهاق المزمن والمشكلات الانفعالية.

- شعور الآباء بتدني المساندة ومصادر الدعم من الأصدقاء والأقارب والمؤسسات الرسمية ذات العلاقة بإعاقه طفلهم.

- تعد العزلة الاجتماعية من إحدى النتائج المترتبة على رعاية الطفل المعاق، فقد يشعر الوالدان بالعزلة عن بقية أفراد الأسرة الممتدة والأصدقاء الجيران الذين يبدوون مخاوف أو مشاعر تتم عن عدم الراحة أو الخجل بوجود الإعاقة.

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

- صدمة التشخيص المبدئي أو أزمة الصدمة غير المتوقعة.

- أزمة الشخصية وتغير 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 الاجتماعية من أفراد المجتمع.

(جبالي، 2012، ص 67)

6. 2. الآثار المترتبة على الضغط النفسي:

يختلف الأفراد في استجاباتهم تجاه الضغوط، فبعض الأفراد تكون استجاباتهم تكيفيه فهي تساعد في التخفيف من الضغوط، وقد تكون استجابات أفراد آخرين لنفس المواقف الضاغطة لنفس المواقف الضاغطة استجابات غير تكيفيه، والتي تؤدي إلى تفاقم المطالب المفروضة على الفرد.

وقد أثبت الباحثون (Modonald & Dolye, 1999; cohen & Tyrll, 1993; Jenkkins,)
2001; Bialiauskas, 2003) بأنه عندما تتزايد المطالب المفروضة على الفرد، وتتجاوز
قدراته الكيفية، فإنها تؤدي إلى أمراض عديدة. ويمكن ملاحظه آثار الضغط النفسي في
جوانب مختلفة في حياة الفرد ومن أهمها:

6. 2. 1. **الجوانب الانفعالية:** وتتمثل فعل واستجابته على المستوى مشاعره وعواطفه،
ويعتبر القلق من أكثر ردود الفعل الشائعة للضغوط، والذي يتمثل بالخوف من حدوث شيء
ما غير سار. وكذلك فإن الضغوط الشديدة تؤدي بالفرد إلى الاكتئاب النفسي، وتسيطر عليه
الانفعالات السلبية كالشعور بالذنب والأرق. (السميران، المساعيد، 2014، ص 26)

- الاكتئاب واضطراب المزاج التي تشير إلى انخفاض في مستويات الطاقة وتدني النشاط
الاجتماعي والشعور باليأس والإحباط والحزن.

- المظاهر الانفعالية الحادة كالعدوان والغضب. (عصفور، 2012، ص 22)

6. 2. 2. **الجوانب الجسمية:** وتتمثل أبرز الجوانب الجسمية للضغوط النفسية في الشكاوى
النفس جسمية والأمراض المختلفة مثل الصداع، وآلام الظهر وتشنجات في العضلات،
وضغط، وقرحة المعدة و الأمعاء، وفقدان الشهية، والربو وحساسية الجهاز التنفسي،
والاضطرابات الجلدية مثل الصدفية، حب الشباب، وضعف جهاز المناعة.

6. 2. 3. **الجوانب المعرفية:** وتتضمن التغيرات في كفاءة الوظائف المعرفية، مثل الإدراك،
والقدرة على الحكم وحل المشكلات، وكذلك تتأثر الذاكرة والانتباه، فيصبح من الصعب على
الفرد تركيز انتباهه على مهمة معينة.

6. 2. 4. **الجوانب السلوكية:** أظهرت كثير من الدراسات بأن الضغط النفسي قد يكون سببا
مباشرا للعنف وإدمان الكحول والمخدرات والتدخين، وكذلك تتأثر طريقة أداء الفرد لأعماله
ومهامه اليومية، بسبب ما يعانيه من ضغوط نفسية.

(السميران، المساعيد، 2014، ص 26، 27)

6. 2. 5. **الآثار النفسية:** تتمثل في اختلال الآليات الدفاعية النفسية وانهارها، إذ يتميز
الفرد تحت الضغط بسرعة الانفعال، الشعور بالقلق الدائم، عدم الراحة المصحوب بالخوف

الشديد، الإحساس بعدم الثقة في النفس، الاكتئاب، نقص التحكم في الوضعيات الشخصية وصراعات متصلة بعدة أدوار.

6. 2. 6. الآثار العقلية: تتمثل في انخفاض الفعالية وقدرات الفرد العقلية من انتباه، تفكير، إبداع... الخ كما يصعب على الفرد تنسيق وأداء نشاطاته العقلية، وتقل تبعاً لذلك عناصر النقد والموضوعية، وتصبح أنماط التفكير مضطربة وغير عقلانية.

6. 2. 7. الآثار الاجتماعية: تتمثل مخلفات الضغط النفسي على الحياة اليومية للفرد في الشعور بانعدام الأمن في علاقته بأفراد عائلته، وتفاهة الحياة الأسرية، مما يجعله يرفض (فتيحة، ب س، ص ص 8 ، 9)

مشاركة الغير لأفكاره ونشاطاته، بالإضافة إلى عجزه عن التكيف مع التغيرات الاجتماعية.

7. النظريات المفسرة للضغوط النفسية:

اختلفت النظريات التي اهتمت بدراسة الضغوط طبقاً لاختلاف الأطر النظرية التي تبنتها وانطلقت منها على أساس أطر فسيولوجية أو نفسية أو سلوكية أو معرفية

7. 1. نظرية والتر كانون (Walter Cannon 1932):

يعتبر العالم الفسيولوجي كانون من أوائل الذين استخدموا عبارة الضغط وعرفه برد الفعل في حالة الطوارئ أو رد الفعل العسكري بسبب ارتباطها بانفعال القتال أو المواجهة، ففي بحوثه عن الحيوانات استخدم عبارة الضغط الانفعالي ليصف عملية رد الفعل النفسي الفسيولوجي التي كانت تؤثر في انفعالاتها، وقد بينت دراساته أن مصادر الضغط الانفعالية كالآلم والخوف والغضب تسبب تغيراً في الوظائف الفسيولوجية للكائن الحي يرجع ذلك إلى التغيرات في إفرازات عدد من الهرمونات أبرزها هرمون الأدرينالين الذي يهيئ الجسم لمواجهة المواقف الطارئة. وقد كشفت أبحاث كانون وجود ميكانيزم أو آلية في جسم الإنسان تساهم في احتفاظه بحالة الاتزان الحيوي، أي القدرة على مواجهة التغيرات التي تواجهه أو الرجوع لحالة التوازن العضوي و الكيميائي بانتهاء الظروف والمواقف المسببة لهذه التغيرات، ومن ثم فإن أي مطلب خارجي بإمكانه أن يخل بهذا التوازن إذا فشل الجسم في التعامل

معها، وهذا ما اعتبره كانون ضغطا يواجهه الفرد والذي ربما يؤدي إلى المشكلات العضوية إذا أخذ بدرجة عالية بالتوازن الطبيعي للجسم، وقد أولى اهتماما لدور الجهاز السمبثاوي أو التعاطفي كأحد أقسام الجهاز العصبي الذاتي لدوره الهام في تهيئة الجسم لمواجهة المواقف الضاغطة وتمكين الجسم من الاحتفاظ بالتوازن المشار إليه.

7. 2. نظرية هانز سيلبي: (Hans Selye 1956, 1976)

تعد أعمال هانز سيلبي حول أعراض التكيف العامة من المساهمات الأخرى في ميدان الضغط، ومع اهتمام سيلبي في بادئ الأمر كان منصبا على الكشف عن تأثير الهرمونات الجنسية على الوظائف الفسيولوجية إلا أنه أصبح مهتما فيما بعد بالآثار الضاغطة التي تظهر نتيجة لما كان (ص 101)

يحدثه من تدخلات، وبناء على ذلك قام بتعريض مجموعة من الضغوط الطويلة الأمد مثل: البرد الشديد ثم التعب ثم قام بملاحظة ردود أفعالها الفسيولوجية ومما دعا إلى اندهاشه، أن جميع مسببات الضغط بصرف النظر عن طبيعتها أدت إلى حدوث النمط نفسه من ردود الأفعال الفسيولوجية وتحديدا فإن جميعها أدت إلى تضخم قشرة الغدة الأدرينالينية وتقلص الغدة الليمفاوية، وتقرح المعدة، والطفح الجلدي، كما كشفت أعمال سيلبي عن استجابات أكثر تحديدا لدى التعرض للضغط مصدرها القشرة الأدرينالية.

ومن الملاحظات قام سيلبي (1956م) بتطوير مفهومه المعروف بأعراض التكيف (S.A.G) إذ أوضح أنه عند تعرض العضوية لمثير يسبب الضغط فإنها تقوم بحشد إمكاناتها للعمل والاستجابة التي تصدر عنها بحد ذاتها غير محدد، لا تختلف باختلاف مسببات الضغط وهذا يعني أن الفرد سيقدم النمط نفسه من ردود الأفعال الفسيولوجية بصرف النظر عن سبب التهديد.

وتتكون أعراض التكيف العامة من ثلاث مراحل وهي:

- المرحلة الأولى: مرحلة الإنذار (La phase d'alarme)

تسمى هذه المرحلة مرحلة التحذير أو مرحلة الفعل للأخطار، تعتبر هذه المرحلة وسيلة دفاعية للجسم ضد الخطر، في هذه المرحلة يقوم الجهاز العصبي السمبثاوي والغدد الأدرينالية بتعبئة أجهزة الدفاع في الجسم، وبهذه الطريقة يزداد إنتاج الطاقة إلى أقصاه لمواجهة الحالة الطارئة ومقاومة الضغوط.

ويمكن تلخيص أهم أعراض هذه المرحلة فيما يلي:

- هبوط في ضغط الدم.
- تسرع في نبض القلب وفي عدد مرات التنفس.
- برودة الجلد مع تعرق وشحوب الوجه.
- وهن عام، عدم القدرة على التفكير والتركيز مع شرود الذهن. (المرجع نفسه، ص 102)
- صعوبة في النطق.
- تقيؤ أحيانا مع الإحساس بعطش شديد.

المرحلة الثانية: هي مرحلة المقاومة (La phase de résistance)

هنا مرحلة مواجهة مصدر الضغط النفسي من قبل الفرد، فيهيئ الفرد نفسه للمواجهة ولكن انشغال الفرد مع مصدر الضغط النفسي فسيولوجيا ونفسيا يجعله أكثر حساسية لمصادر الضغط الأخرى، مما يعرضه لتطوير اضطرابات نفسية وجسمية مثل التقرحات في جهاز الهضم ضغط الدم والربو القصبي... الخ.

وتنشأ هذه الاضطرابات نتيجة المحاولات للتعامل مع مصادر الضغط النفسي وفي حال أن المحاولات لتحقيق المطالب التي يتضمنها مصدر الضغط النفسي غير فعالة وغير كافية، فإن حالة الإثارة المستمرة تبدو غير منتظمة في هذه المرحلة مما يؤثر على القدرة على التركيز واتخاذ قرارات منطقية، وتزداد المقاومة في هذه المرحلة.

(الغرير، أبو أسعد، 2009، ص 61)

المرحلة الثالثة: مرحلة الإنهاك (La phase d'épuisement)

وهي مرحلة تعقب المرحلة الثانية ويكون فيها الجسم قد تكيف، غير أن الطاقة الضرورية تكون قد استنفدت، وأنه إذا كانت الاستجابات الدفاعية شديدة ومستمرة لفترة طويلة فإنه قد ينتج عنها أمراض التكيف التي تحدث عندما يتعدى مصادر الجهاز الفسيولوجي.

(داود،2012، ص ص 102، 103)

ومن الواضح أن هذه النظرية تفسر بشكل واضح الأثر الناتج عن الضغوط النفسية التي يتعرض لها الأفراد ودرجة مقاومة المواقف المسببة للضغط، وهذا يعطي انطباع واضح بأهمية النظرية في تفسير الضغوط النفسية. (الغرير، أبو أسعد، 2009، ص 62)

7.3. نظرية (سبيلبرجر):

تعتبر نظرية ((سبيلبرجر)) في القلق مقدمة ضرورية لفهم الضغوط عنده، فقد قام نظريته في القلق على أساس التمييز بين القلق كسمة والقلق كحالة (State Anxiety) ، ويقول أن القلق شقين: سمة القلق أو القلق العصابي أو المزمن وهو استعداد طبيعي أو اتجاه سلوكي يجعل القلق يعتمد بصورة أساسية على الخبرة الماضية، وقلق الحالة وهو قلق موضوعي أو يعتمد بصورة أساسية على الخبرة الماضية، وقلق الحالة وهو قلق موضوعي أو موقفي يعتمد على الظروف الضاغطة.

وعلى هذا الأساس يربط ((سبيلبرجر)) بين الضغط وقلق الحالة، و يعتبر الضغط الناتج مسببا لحالة القلق، ويستبعد ذلك عن القلق كسمة حيث يكون من سمات شخصية الفرد القلق أصلا.

وفي الإطار المرجعي للنظرية اهتم ((سبيلبرجر)) بتحديد طبيعة الظروف البيئية المحيطة والتي تكون ضاغطة ويميز بين حالات القلق الناتجة عنها، ويفسر العلاقات بينها وبين ميكانزمات الدفاع التي تساعد على تجنب تلك النواحي الضاغطة (كبت - إنكار - إسقاط) وتستدعي سلوك التجنب.

ويميز ((سبيلبرجر)) بين مفهوم الضغط ومفهوم القلق، فالقلق عملية انفعالية تشير إلى تتابع الاستجابات المعرفية السلوكية التي تحدث كرد فعل لشكل ما من الضغوط كما يميز بين مفهوم الضغط ومفهوم التهديد من حيث أن الضغط يشير إلى الاختلافات في الظروف والأحوال البيئية التي تتسم بدرجة ما من الخطر الموضوعي، أما كلمة تهديد فتشير إلى التقدير والتفسير الذاتي لموقف خاص على أنه خطير أو مخيف، وكان لنظرية ((سبيلبرجر)) قيمة خاصة في فهم طبيعة القلق واستفادت منها كثير من الدراسات تحقق خلالها من صدق فروض ومسلمات النظرية.

4.7. نظرية ((موراى)):

يعتبر موراى أن مفهوم الحاجة ومفهوم الضغط مفهومان أساسيان على اعتبار أن مفهوم الحاجة يمثل المحددات الجوهرية للسلوك، ويعرف الضغط بأنه صفة لموضوع بيئي أو لشخص تيسر أو تعوق جهود الفرد للوصول إلى هدف معين، ويميز موراى بين نوعين من الضغوط هما: (السيد عثمان، 2001، ص 99)

- **ضغط بيتا (Beta Stress)** : ويشير إلى دلالة الموضوعات البيئية والأشخاص كما يدركها الفرد.

- **ضغط ألفا (Alpha Stress)** : ويشير إلى خصائص الموضوعات ودلالاتها كما هي.

ويوضح موراى أن سلوك الفرد يرتبط بالنوع الأول ويؤكد على أن مفهوم الفرد بخبرته يصل إلى ربط موضوعات معينة بحاجة بعينها، ويطلق على هذا مفهوم تكامل الحاجة، أما عندما يحدث التفاعل بين الموقف الحافز والضغط والحاجة الناشطة فهذا ما يعبر عنه بمفهوم ألفا.

(المرجع نفسه، ص 100)

5.7. نظرية لازاروس (Lazarus):

يرى أن الضغوط تنشأ عندما يوجد تناقض بين متطلبات الشخصية للفرد ويؤدي ذلك إلى تقييم التهديد وإدراكه في مرحلتين الأولى هي الخاصة بتحديد ومعرفة أن بعض الأحداث في حد ذاتها شيء يسبب الضغوط والثانية هي التي يحدد فيها أساليب حل

المشكلات التي تظهر في الموقف ويتضح من هذه النظرية أن ما يعتبر ضاغطا بالنسبة لفرد ما لا يعتبر كذلك بالنسبة لفرد آخر ويتوقف ذلك على سمات شخصية الفرد وخبراته الذاتية ومهاراته في تحمل الضغوط وحالته الصحية وعلى عوامل ذات صلة بالموقف نفسه وعوامل البيئة الاجتماعية كالتغيير الاجتماعي ومتطلبات الوظيفة.

وقد قدم (لازاروس) تصنيفا لعملية الضغوط وعمليات التقييم التابعة لحدوث الحدث الضاغط حيث قسمها إلى الجوانب الآتية:

- الحدث الضاغط ويتضمن أحداث خارجية وتتمثل في البيئة الخارجية.
- أحداث داخلية نابعة من الفرد ذاته.
- عمليات تقييم أولى حيث يقدر الفرد إذا كان الحدث الضاغط مهدد أم لا وكذلك تقييم ثانوي وهو ما يستطيع الفرد القيام به إزاء الحدث الضاغط.
- عمليات المواجهة وتشمل الأساليب التي يستخدمها الفرد في مواجهة الضغوط.

(حساني، 2015، ص 26)

ومن خلال العرض السابق للنظريات المفسرة للضغوط النفسية نجد أن هناك اتجاه يفسرها على أنها استجابة لأحداث مهددة تأتي من البيئة فهي تعتبر كرد فعل واستجابة الفرد للحدث الضاغط حيث ركز على ردود الفعل الانفعالية و الفيزيولوجية التي تتجم عن الأحداث الضاغطة ودور الجهاز العصبي والغدي في الاستجابة (نظرية كانون، هانز سيلبي).

وهناك اتجاه يرى بأنها نتاج تفاعل بين الفرد وبيئته وأن الضغط النفسي يكون نتيجة حدوث اضطراب في العلاقة بين الفرد والبيئة (نظرية لازاروس).

ويؤكد (موراى) على مفهوم الحاجة ومفهوم الضغط على أنهما أساسيان ومتكافئان في تفسير السلوك الإنساني، فالفصل بينهما يعد تحريفا خطرا حيث أن عدم إشباع الحاجة ينتج عنه ضغط والشعور بالتوتر والقلق .

واتجاه يرى بان الضغوط النفسية مسببة للقلق، بحيث أن القلق يحدث كرد فعل لشكل من أشكال الضغوط، والضغوط النفسية نتاج لطبيعة الظروف المحيطة به (ظروف ضاغطة)، والظروف البيئية المهددة (نظرية سيبيلرجر).

خلاصة الفصل:

من خلال التطرق لهذا الفصل نستنتج أن مفهوم الضغوط النفسية مصطلح مختلف عند العلماء من حيث مفهومه، فكل شخص يعرفه على حسب مفهومه الخاص، وكل حسب مجال تخصصه ونظريته الفكرية، إلا أنهم يشتركون بأن الضغط النفسي عبارة عن " مجموعة من المؤثرات الداخلية أو الخارجية تواجه الفرد فتأثر على توازنه النفسي وتوافقه مما تسبب له تغير في نمط سلوكه وتغيرات في العمليات العقلية وتحولات انفعاليه"، ويترتب عليه أضرار للفرد فيصبح محبطاً، ويسبب له اضطراباً في التوازن مما يجعله يعيش في توتر وضيق يولد له الشعور بالضغط، وعند تعرض الفرد لمثل هذه المواقف والأحداث الضاغطة يتحتم عليه مواجهتها والتعامل معها، وذلك من خلال عدة استراتيجيات معينة والتي تسمى باستراتيجيات المواجهة وهذا ما سيتم التطرق إليه في الفصل الموالي.

الفصل الثالث:

استراتيجيات المواجهة

تمهيد:

1. تطور مفهوم استراتيجيات المواجهة.
2. تعريف استراتيجيات المواجهة.
3. وظائف استراتيجيات المواجهة وأهدافها.
4. مصادر استراتيجيات المواجهة ومحدداتها الفعالة.
5. نظريات استراتيجيات المواجهة.
6. تصنيفات استراتيجيات المواجهة (أنواعها).

خلاصة الفصل

تمهيد:

يواجه الفرد في حياته العديد من المواقف والظروف الضاغطة التي تتضمن خبرات غير مرغوب فيها، يمكنه تجنبها بل يتحتم عليه التكيف ويكون متأكد من التغلب عليها.

وتتعدد الأسباب التي تدفع الفرد ليكون متفانلاً ومتأكداً من قدرته على التغلب على الضغط النفسي الذي يؤثر على حياته، وتتعدد معها الأساليب التي تعتمد أولاً على القدرات الذاتية للتقليل من الضغط النفسي والسيطرة عليه والتي غالباً ما تتكامل بالنجاح

(ويلكنسون، 2013، ص 6)

لأنه أصبح واضحاً أن من المستحيل أن نعيش في عالم خال من الضغوط ولذلك فهي أمر واقع في حياتنا، إذ يقول عز وجل في محكم تنزيله " لقد خلقنا الإنسان في كبد " (سورة البلد، الآية 03)، ولهذا لا بد من تعلم كيفية مواجهتها والتعامل معها من خلال إتباع أساليب عديدة تجعله في حالة توازن، فأساليب المواجهة تستهدف تخفيف الضغوط التي نواجهها لكي تصبح أكثر فاعلية وأكثر كفاءة.

(يوسفي، 2016، ص 70)

فما هو المقصود باستراتيجيات المواجهة؟، وما هي أهميتها ومميزاتها؟، وما هي أنواع استراتيجيات المواجهة، والنظريات المفسرة لها؟. وهذا ما سيتم التطرق إليه في هذا الفصل.

1. تطور مفهوم استراتيجيات المواجهة:

إن مفهوم المواجهة ارتبط تاريخياً بمفهوم ميكانيزمات الدفاع والتكيف حيث أن الأول تطور مع نهاية القرن التاسع عشر من خلال التحليل النفسي، أما الثاني فقد تطور خلال النصف الثاني من نفس القرن من خلال علم الأحياء (Biologie) وعلم نفس الحيوان التطورية لداروين.

1.1. المواجهة والدفاع: إن مصطلح الدفاع ظهر مع نهاية القرن التاسع عشر، فقد ارتبط مع نمو التحليل النفسي وعلم النفس الدينامي الذي نظر مواجهة المواقف المزعجة والدفاعات على أنها استجابات لا شعورية في معظمها للصراعات الداخلية، فقد لاحظ فرويد (Freud & Breuer) أن الأفكار غير المرغوبة أو المضطربة أحياناً تقفز إلى الشعور، وفي أول كتاباته وضع فرويد أنواع الميكانيزمات الدفاعية التي يستخدمها الفرد ليحل أو يشوه أو يحرف المشاعر والأفكار غير المرغوبة. استخدم مصطلح الدفاع في معناه العام ليشير إلى مقاومة الأنا ضد الأفكار غير المرغوبة، وقد ورد الكبت كأحد ميكانيزمات الدفاع الأساسية، ومنذ سنوات الستينات إلى غاية السبعينات بدأ الباحثون في مجال ميكانيزمات الدفاع في استخدام مصطلح المواجهة (coping) هذا المصطلح الذي استمد جذوره من المفاهيم الأساسية لعلم النفس المختصر للإشارة إلى الميكانيزمات الدفاعية الأكثر تكيفاً (كالتسامي، الدعابة). والأعمال الأولى الخاصة بالواجهة كانت ضمن سلسلة الأعمال المرتبطة بميكانيزمات الدفاع، ففي دراسة لقرير وزملائه (Greer 1979) عن مريضات سرطان الثدي، فعند استخدامهم للمقابلات العيادية توصلوا إلى أن هناك أربعة أنواع من الاتجاهات لديهن في مواجهة المرض وهي الإنكار، الروح القتالية، رباط الجأش، اليأس والعجز، وقد لاحظوا أن هناك تداخل بين ميكانيزمات الدفاع التقليدية واستراتيجيات المواجهة.

1.2. المواجهة والتكيف: يرى الباحثون أن مصطلح المواجهة يأخذ جذوره من النظريات المرتبطة بالتكيف وتطور الأنواع، فالفرد يمتلك ذخيرة من الاستجابات وردود الفعل

(المرجع نفسه، ص ص 73 ، 75)

(الفطرية والمكتسبة) والتي تسمح له بالعيش في مواجهة مختلف التهديدات إما بالمجابهة (المواجهة) أو بالقرار (الهروب)، بالأخص عندما يواجه عدواً أو خصماً أو موقفاً خطراً، لذلك اعتبر بعض الباحثين أن الضغط والمواجهة جزء مكمل لعمليات التكيف لصعوبات الحياة، وحسب (لازاروس وفو لكمان) فإنه يجدر التفريق بين المواجهة (coping) والتكيف (Adaptation)، فالتكيف مصطلح واسع للغاية يستخدم في علم النفس كما في البيولوجيا، فالتكيف يتضمن عدة أشكال وأنواع ردود فعل الكائنات الحية مع الشروط المتغيرة للمحيط أو البيئة، فالمقابل فإن المواجهة هي مفهوم أكثر دقة فهي تشير إلى مختلف الاستجابات التوافقية لدى الفرد، فهي لا تعني إلا ردود فعل للمتغيرات البيئية التي يقيمها أو يدركها بأنها مهددة أو ضاغطة.

(المرجع نفسه، ص 75).

2. تعريف استراتيجيات المواجهة:

لغة: تشير كلمة استراتيجيات إلى نمط من السلوكيات والأفعال التي تستخدم لتحقيق أهداف معينة. (حسين، حسين، 2006، ص 74)

و تشير ربيكا وأكسفورد "Rebekka & Oxford" إلى أصل كلمة إستراتيجية (stratégie) إلى كلمة يونانية استراتيجوس (strategos) وتعني فنون الحرب وإدارة المعارك بمعنى أن الاستراتيجيات تتضمن أفضل قيادة للفصائل والسفن وتعرف الاستراتيجيات بأنها فن استخدام الإمكانيات والوسائل المتاحة.

أما من ناحية التعريف الاصطلاحي فنجد الكثير من التعريفات المتباينة وذلك نتيجة تباين اتجاهات العلماء والمختصين والمهتمين بمجال الضغوط وأساليب مواجهتها نذكر منها:

تعريف صلاح مخيمر بأنها الدراسة العلمية للصحة النفسية أي التكيف وما يتعين عليها وما يعيقها وما يبحث فيها من اضطرابات وعلاج الفرد منها أو بمعنى آخر هي حالة إيجابية تتضمن التمتع بالصحة العقلية والجسمية وليس عجز أو خلو المرء من أعراض المرض.

(حساني، 2015، ص 27)

- يعرفها لازاروس وفو لكمان (1984): بأنها المساعي أو الجهود المعرفية والسلوكية الدائمة التبدل للتعامل مع المطالب أو المقتضيات النوعية الخارجية أو الداخلية، أو الداخلية والخارجية معاً، التي تستنزف احتياطات الفرد وتتجاوزها. (رضوان، 2009، ص 204)

وأشار (لازاروس وفو لكمان) إلى أن الضغوط تحدث عندما يدرك الفرد أن المصادر الداخلية والخارجية لديه تكون غير كافية للتوافق أو للتعامل مع المطالب البيئية، ولذلك يشعر بالتهديد، وعلى ذلك تنتج الضغوط بعد أن يقوم الفرد بنوعين من عمليات التقييم المعرفي وهي عملية التقييم الأولى، وتحدث عندما يقيم الفرد الموقف على أنه ضاغط ومهدد له، في حين أن التقييم الثانوي يحدد ما إذا كانت مصادر المواجهة المتاحة لدى الفرد سوف تخفف الموقف الضاغط أم لا، وعلى هذا فالمواجهة طبقاً للنموذج التفاعلي عن الضغوط عند (لازاروس وفو لكمان) هي عملية وليست سمة، وهي أيضاً عملية أكثر من كونها نتيجة. (حسيبة، 2016، ص 105)

- ويعرفها ما تيني وآخرون (Matheny & al 1986): الواجهة بأنها أي جهد صحي أو غير صحي، شعوري أو لا شعوري لمنع أو تقليل أضعاف الضغوط والمساعدة على تحمل تأثيراتها بأقل طريقة مؤلمة.

- يعرف كمال دسوقي سلوك المواجهة بأنه " الفعل الذي يمكن الفرد من أن يتوافق مع الظروف البيئية، وهو السلوك الفاعل أو الإجرائي، فهو فعل يتفاعل فيه الفرد مع البيئة لغرض تحصيل شيء ما".

- فيما يرى (فونتانا) (1993): أن أساليب المواجهة هي أساليب يمارسها الفرد للتعامل مع الأحداث التي يعيشها، فهي التدريب الذاتي كي تتطابق التقييمات المدركة للحدث مع الاستجابة له لتكون أكثر ايجابية في مواجهة الموقف الضاغط وعندما تكون التقييمات

المدركة صحيحة سوف تقود تفكير الفرد ومعتقداته لتكون أكثر فاعلية وأقرب للواقعية في مواجهة الموقف الضاغط الذي يواجهه و يعايشه " .

- أما (Spillperger) : فيعرف استراتيجيات المواجهة " بأنها عملية وظيفتها فحص أو إبعاد المنبه الذي يدركه الفرد على أنه مهدد له".

من خلال التعريفات السابقة نلاحظ الاختلاف الواضح بين الباحثين في الإشارة إليها، فالبعض يعرفها بأنها عمليات أو طرق بينما، البعض الآخر يرى بأنها الأساليب وأفعال، إلا أن الذي تتفق عليه هو تخفيف الضغوط التي يدركها الفرد وقيمها بأنها تتجاوز قدراته وإمكانياته. (حساني، 2016، ص ص 76، 78)

2. وظائف استراتيجيات المواجهة وأهدافها:

2. 1. وظائف استراتيجيات المواجهة:

تتمثل استراتيجيات المواجهة حسب لازورس وفولكمان (Lazarus & Folkman) سلوك موجه لتحقيق وظيفتين أساسيتين هما:

- تعمل على معالجة المشكل ، فيتم توجيه الموارد الفردية نحو حل المشكل المولد للضغط (التعامل المركز حول المشكلة).

- تعمل على تعديل الانفعالات الناتجة عن الكآبة أو المحنة فيكون تقليص التوتر الناتج عن التهديد وخفض الضيق الانفعالي . (التعامل المركز حول الانفعال). وعليه فالمواجهة تمثل عامل استقرار بإمكانها مساعدة الأفراد للحفاظ على توافقهم النفسي والاجتماعي خلال فترات الضغط .

حيث أشار (Shahr et Plealin 1987) : بان المواجهة وظيفة وقائية تتحلى في المظاهر التالية:

- تغيير وإزالة الظروف التي تثير المشكل.
- ضبط معنى التجربة المعاشة قبل أن تصبح وضعية ضاغطة.

- ضبط الضغط في حد ذاته بعد حدوثه.

2.2. أهداف استراتيجيات المواجهة:

- تنظيم الانفعالات من خلال المواجهة المركزة على الانفعال وهي ذات منحي تحايلي أو تلطفي، لأنها تتضمن جهودا لضبط أو للسيطرة على الانفعالات المترتبة على المشكلة مثل القلق، والاكتئاب وتقليل آثارها النفسية والفسولوجية بدون تغيير العلاقة الفعلية مع البيئة، ويميز لازاروس بين مجموعتين من الأساليب:

- أساليب مواجهة الأعراض الفسيولوجية : وتشمل على لجوء الأفراد إلى بعض المهدئات والمسكنات وأساليب الاسترخاء .

- أساليب نفسية داخلية : مثل الحيل الدفاعية العقلية.

- السيطرة على المشكلة التي تسبب الكرب (المواجهة مركزة على المشكلة) ويتم ذلك عن طريق السلوك الواقعي المباشر لضبط العلاقة المضطربة بين الشخص وبيئته عن طريق حل المشكلة

بالإضافة إلى ذلك جملة من المميزات التي تميز استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية وهي:

- إن أساليب المواجهة تتنوع ما بين نوع يركز على المشكلة ونوع على الانفعال.
- إن أساليب المواجهة عملية معقدة ودرجة تعقيدها ترتبط بدرجة الحدث الضاغط.
- نوع اختيار الفرد للأسلوب المناسب يعتمد على أرس المال الشخصي ونوع ودرجة الحدث الضاغط .

- تعد أساليب المواجهة كأنها آليات حماية للفرد من الضغوطات إضافة إلى وسيلة لجعله أكثر تكيفا أي تأخذ الدور (وقائي وتكيفي) في نفس الوقت.

(محمد، 2017، ص ص 46، 47)

4. مصادر استراتيجيات المواجهة و محدداتها الفعالة:

4.1. مصادر استراتيجيات المواجهة:

تنقسم المصادر التي تساعد الفرد على المواجهة بفعالية مع المواقف الضاغطة إلى قسمين، مصادر شخصيه ومصادر اجتماعية- بيئية ولكل منها أهمية في اختيار أسلوب المواجهة:

4.1.1. المصادر الشخصية للمواجهة:

يذكر بعض الباحثين أن الشخصية تعد عاملا وسيطا يخفف أو يزيد من تأثير الموقف الضاغط على الفرد، وفي ضوء اختلافات الشخصية تختلف ردود أفعال الأفراد إزاء المواقف الضاغطة، ويؤكد هذا ما توصلت إليه العديد من الدراسات منها دراسة رجب علي شعبان، مایسة محمد شكري، (Kardum & zang & yang) بأن هناك علاقة بين سمات الشخصية وأساليب التعامل مع الضغوط لدى الأفراد من الجنسين، معنى ذلك أن سمات الشخصية تحدد الكيفية التي يتعامل بها الأفراد من الجنسين، معنى ذلك أن سمات الشخصية تحدد الكيفية التي يتعامل بها الأفراد مع المواقف الضاغطة، ومن هذه السمات، تقدير الذات، الكفاءة الذاتية، القدرة على حل المشكلات، المرونة، المثابرة، الصلابة، مركز الضبط... الخ.

4.1.2. المصادر الاجتماعية للمواجهة:

إن المصادر الاجتماعية للتعامل مع المواقف الضاغطة هي تلك المصادر التي توجد في بيئة الفرد وفي مجتمعه وتساعد على التعامل مع الضغوط، وفقا لما أشارت إليه الدراسات فإن المساندة من أهم المصادر الاجتماعية والبيئية التي تساعد الفرد على التعامل مع الضغوط. فقد توصلت الدراسات بأن هناك علاقة بين غياب المساندة وانخفاض القدرة على حل المشكلات الحياتية والعجز عن تلافي الآثار السلبية المترتبة عنها.

إن إدراك المساندة الاجتماعية تخفف التهديدات السلبية كما أن لها تأثير مباشر وغير مباشر على الضغط، فهي إذا تعرف كمصدر للمواجهة ويعتبرها الباحثون مصدرا رئيسيا لذلك، فالتأثير الايجابي للمساندة يمتد إلى اختيار الاستراتيجيات الفعالة في مواجهة

الضواغط، وقد توصلت الدراسات إلى أن المساندة الاجتماعية ارتبطت ايجابيا بالمواجهة المتمحورة حول الانفعال. (يوسفى، 2016 ، ص ص 82، 83)

وفي دراسة أخرى وجد الباحثون أن فقدان المساندة الأسرية لدى النساء يجعلهن يستخدمن المواجهة بالتجنب وهذان العاملان (فقدان المساندة والتجنب) يؤديان إلى الشعور بفقدان الرفاهية النفسية، بالمقابل توافر المساندة يساعد على المواجهة المتمركزة حول المشكلة.

4. 2. محددات استراتيجيات المواجهة الفعالة:

هناك العديد من المحددات التي تجعل الفرد أكثر فعالية في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة:

- استكشاف الواقع ومشكلاته والبحث عن المعلومات الكافية.
- التعبير في حرية المشاعر الموجبة والسالبة لما في ذلك من تنفيس عن الضغوط .
- القدرة عن تحمل الإحباط.
- طلب العون من الأقربين والثقة في النفس.
- تجزئة المشكلة إلى وحدات يمكن معها تناولها ومعالجتها في وقت معين.
- ضبط الانفعالات والتحكم في المشاعر.
- التغلب على التعب ومقاومة الميل إلى الاضطراب.
- إبداء المرونة وتقبل التغيير وروح التفاؤل والأمل فيما يبذل من جهود حل الأزمة.
- تطوير أسلوب حل المشكلات.
- إدارة العلاقة مع الآخرين بطريقة أكثر فعالية.
- البحث عن المساعدة الخارجية في حالة الضرورة.
- فحص النظرة للحياة وتبني نظرة إيجابية نحوها.

- تعلم تطوير مهارات إدارة الذات. (حساني، 2015، ص ص 39، 40)

- هناك عدد من المتغيرات أضافها جمعة سيد يوسف و التي تحدد المواجهة الفعالة للضغوط وهي:

- سمات الشخصية: مثل الوجدان الايجابي، الصلابة، التفاؤل، الضبط النفسي، تقدير الذات، قوة الأنا، والثقة بالنفس.

- المصادر الداخلية: وتشمل الاتساق والانسجام في جميع جوانب حياة الفرد، الإحساس بأن للحياة قيمة ومعنى، روح الفكاهة، التدين.

- المصادر الخارجية: وتشمل الوقت، المال، التعليم، المهنة المناسبة، الأطفال، الأصدقاء، الأسرة، معايير الحياة المناسبة.

- أنواع استراتيجيات المواجهة المستخدمة ذاتها: حيث يقسم لازاروس وفو لكمان (1984) أساليب المواجهة إلى نوعين:

- المواجهة التي تركز على المشكلة (problem focused Coping)

- المواجهة التي تركز على الانفعال (Emotion Focused Coping).

ورغم أن هذه الأخيرة قد تستخدم أحيانا وقد تكون مفيدة (على نحو مؤقت) فإن الأولى (المرتكزة على المشكلة) هي الأكثر فاعلية. والمقصود بالواجهة المرتكزة على الانفعال هو أن الفرد ينشغل بحالته النفسية من جراء الضغط (أو الضغوط) الذي تعرض له دون عناية بمصدر هذا الضغط أو سببه. فالطالب الذي يرسب في الامتحان كل ما يعنيه (إذا كان مركز على الانفعال) هو أنه حزين أو مكتئب، ومن ثم فإنه يفكر في الخروج من المنزل أو السفر لتحسين حالته النفسية دون انشغال بسبب الرسوب ومحاولة علاجه حتى لا يتكرر.

- الوراثة: فالوراثة تؤثر في قدرة الفرد على المواجهة لأن الجينات الوراثية في الأسرة قد تلعب دورا في حالته العامة لعضو معين. وهناك أسر لديها استعداد للإصابة بأمراض القلب، وأخرى لد أفرادها استعداد للإصابة بأمراض الجهاز التنفسي أو الهضمي، وهكذا.

- **المستوى العام من الصحة:** من المعلوم أن الإنسان الأكثر صحة هو الأقدر على المواجهة حتى ولو طال أمد الضغوط التي يتعرض لها. ومن ثم فإن الضغوط ينبغي أن تكون أشد وتستمر لفترة أطول حتى تستطيع التأثير سلبا على الشخص الذي يتمتع بالصحة.

- **مستوى الطاقة:** لكل فرد منا مستوى أو كمية قصوى من الطاقة الجسمية والنفسية والتي يستطيع إنفاقها أو استهلاكها في وقت معين. هذا المستوى أو هذه الكمية محددة بالمستوى العام من الصحة، والغذاء اليومي، والشخصية، وعندما يتعرض الفرد لأكثر من أزمة أو حدث مزعج في الوقت نفسه فإن الطاقة الجسمية والنفسية ينبغي أن توزع وتقسّم للتعامل مع كل الأزمات والمواقف.

وهذا يعني أن المتاح من الطاقة لمواجهة كل موقف أو أزمة سيكون أقل مما هو مطلوب. وكلما قل مستوى الطاقة المخصص لكل عضو أو مجموعة من العضلات كلما أكثر وأسرع عرضة للتعب والإرهاق، وكلما كان أقل قدرة على مواجهة الضغوط

- **البيئة:** يمكن للبيئة أن تسهم بشكل جوهري في تحديد قدرة الفرد على مواجهة الضغوط، وهي إما تساعد على زيادة القدر الناجم عن الضغوط أو تدعم مستوى الصحة والرفاهية لدى الفرد. الأولى هي البيئة الفيزيائية وما تحتويه من عناصر كالحرارة الشديدة أو البرودة الشديدة، والضوضاء والتلوث والزحام وما ينجم عنها، والرطوبة، والمخاطر الطبيعية وغير ذلك. والنوع الثاني هو البيئة الاجتماعية (أي البشر). وما تحتويه من عناصر داعمة كالمساندة والمودة والحميمية من الآخرين والتعاون، أو العناصر المضادة كالصراعات والمشاجرات، والتنافس المحموم، والعدوان الصريح والمستتر، وغير ذلك.

- **شدة الموقف الضاغط:** كلما كان الموقف ضاغطا، كان إفراز الهرمونات أعلى من المعدلات الطبيعية المطلوبة، وهو ما قد يعوق بعض العمليات الحيوية ويؤثر على الحالة الانفعالية وعلى الاستجابة المطلوبة والعكس صحيح. (يوسفي، 2016، ص ص44، 45)

5. نظريات استراتيجيات المواجهة:

5.1. النموذج الحيواني:

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

حسب هذا النموذج تقتصر على الاستجابات السلوكية الفطرية أو المكتسبة لمواجهة أي تهديد حيوي، وقد أشار (Canon) (1932) إلى مفهوم استجابة أو الهروب Fight or flight) التي قد يسلكها الكائن الحي حيال تعرضه للمواقف المهدد في البيئة، وهي الاستجابات السلوكية التي يقوم بها الفرد لخفض الاستثارة الفسيولوجية والتي من خلالها ينخفض تأثير المثيرات الضاغطة مثلاً هروب الدب من الأسد تجنباً أن يفترسه، أن هذا الأسلوب يكون غير ملائم للعديد من المواقف التي يتعرض لها الفرد لأنه لا يجسد العنصر الانفعالي أو المعرفي في الاستجابة للمواقف أي أن الفرد يلجأ إلى نوعين من المکانیزمات التكيفية:

- میکانیزم الهروب (التجنب): في حالة الخوف والفرع.

- میکانیزم الهجوم: في حالة الغضب.

إذن رد فعل الكائن تجاه المواقف المهددة يقود الجسم للاستجابة إما بالمواجهة أو بالبحث عن استراتيجيات انسحاب ملائمة، وذلك لأن العضوية خلقت مهياً لمواجهة التحديات إما بالتحفز أو بالتوقف. (جبالي، 2012، ص 83)

5.2. النموذج السيكودينامي لفرويد 1933:

إن مفهوم (فرويد) للمواجهة ارتبط بمفهوم الدفاع الذي عرفه كما يلي: " هو نشاط الأنا الموجه من أجل حماية الفرد من المثيرات النزوية، فاعتبر أن الفرد يستخدم آليات دفاعية لمواجهة الصراع النفسي بين بناءات الشخصية "الهو، الأنا، الأنا الأعلى" ودينامية التفاعل بينهما، فينتج عن ذلك قلق قد يكون عصابي متولد عن الخوف من عدم القدرة على

ضبط الرغبات، أو أخلاقي ناجم عن شعور الفرد بالذنب اتجاه التصرفات الغريزية، أو قلق واقعي ناتج عن الخوف من أخطار العالم الخارجي، ومن أجل خفض شدة الألم المتولد عن الضغط يلجأ الفرد إلى استخدام الآليات الدفاعية العاملة على مواجهة الصراعات الداخلية ومهددات البيئة الخارجية، ومن أساليب الدفاع التي يستخدمها الفرد لتحقيق التوافق بين مكونات الشخصية، الكبت الذي ينظر إليه (White) على أنه محاولة نسيان الذكريات المؤلمة أو المهددة، الإنكار والذي يقصد به رفض إدراك الواقع، الإسقاط والذي يشير إلى توجيه القلق المسيطر على الفرد نحو شخص آخر، التثبيت الذي يستخدمه الفرد على مرحلة من مراحل النمو من أجل خفض توتر المرحلة الموالية، النكوص الذي يقصد به الرجوع إلى مرحلة سابقة من مراحل النمو عند التعرض إلى خبرات صدمية، السمو الذي يهدف إلى توجيه الطاقة نحو موضوع غير مرغوب إلى موضوع مقبول اجتماعيا، أما التبرير فقد يستخدمه الفرد من أجل تعليل رد فعل معين، ناهيك عن آليات أخرى يستخدمها الفرد من منظور التحليل النفسي من أجل مواجهة الضغوط الداخلية والخارجية المصدر (وداد، 2015، ص125)

أما عن أنا فرويد فقد جزأت ميكانيزمات الدفاع إلى أساليب سوية تساعد الفرد على مواجهة المشكلة ومجابتها، وأخرى غير سوية تؤدي في أغلب الأحيان إلى ظهور مشاكل وأمراض نفسية. (حسين، حسين، ص 87)

5.3. النظرية المعرفية:

بين ألبرت أليس Ellis الأهمية العلاجية لتعديل التوقعات والمعتقدات غير المنطقية كوسيلة لخفض الضغط النفسي والقلق ويشير إلى أنه عندما يصبح الناس مضطربين انفعاليا بسبب تبنيهم أفكارا لا عقلانية فإن هناك مبررا واضحا للاعتقاد بأنه من خلال تعليمهم التفكير بعقلانية أكثر فإنه يمكن خفض الاضطرابات الانفعالية التي يعانون منها وقد بين زملاؤه الدور الذي تلعبه العمليات المعرفية في استمرار ردود الفعل الضاغطة أو خفضها وقد بينت دراساته أن المثيرات المهددة ويمكن أن تكون منفردة من خلال وسائل التقييم المعرفي.

حيث قدم لازاروس (1960) تصنيفا لعملية الضغوط وقسمها إلى ثلاث جوانب:

- الحدث الضاغط: متمثل في الأحداث الخارجية المحيطة بالفرد والتي تحدث دون إدارة الفرد أو تدخل منه والأحداث الداخلية وهي نابعة من الداخل الفرد.
- عمليات التقييم: يتم عندما يتعرض الشخص للموقف الضاغط وتنقسم إلى عملتين:
- عمليات تقييم أولي: وفيها يقدر الفرد كون الحدث الضاغط مهدد أم لا.
- عملية تقييم ثانوي: وفيها يفكر الفرد فيما يستطيع فعله وذلك من خلال أساليب واستراتيجيات المواجهة المتوفرة لديه.
- عملية المواجهة: وفيها يستخدم الفرد الأساليب المتوفرة لديه لمواجهة الحدث الضاغط. (حساني، 2015، ص 34)

5.4. 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. (جبالي، 2012، ص 84)

جاء باندورا 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، و عندما 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 و على إدراكه لقدراته و إمكاناته 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:

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

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

5. 4. النموذج التفاعلي:

ارتبط هذا النموذج بأعمال و بحوث كل من لازروس و فولكمان (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 و لإرادية.

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. (حسين، حسين، 2006، ص ص 64، 89)

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 و مواجهته للموقف الضاغط نتيجة حصوله على معلومات جديدة تخص الموقف الضاغط.

كما أن ميتشبنوم (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 (ميتشبنوم) 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.

كما يشير كالن (callan) (1993) إلى أن قدرة الفرد على التحكم في الموقف الضاغط ترجع إلى إعادة التقييم الايجابي 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 الإستراتيجية المفضلة لدى الفرد و بين الظروف والعوامل الموقفية.

(جبالي، 2012، ص ص 86، 87)

6. تصنيف استراتيجيات المواجهة: (أنواع استراتيجيات المواجهة)

6. 1. تصنيف بيلنج وموس (1984) (Billing and Moos)

يشير عبد العزيز وزيدان (1998) إلى أن بيلنج وموس (Billing and Moos) تطرقا إلى ثلاثة استراتيجيات لمواجهة الضغط تتضمن ما يلي:

- استراتيجيات معرفية: وتتضمن ما يقوم به الفرد من مجهود عقلي لتقدير أبعاد مصادر الضغط، ودرجة خطورتها أوحدتها.

- استراتيجيات إجمام: وتعكس محاولة الفرد تجنب المشكلة، وعدم التعامل المباشر مع مصادر الضغط، وربما يحاول الحد من التأثير الانفعالي الشيء الناتج عن الضغط بطريقة غير مباشرة.

- استراتيجيات سلوكية نشطة: وتشمل تلك الظاهرة التي تعكس محاولة الفرد التعامل مباشرة مع المشكلة، أي مصادر الضغط.

6. 2. تصنيف فولكمان ولازاروس (Folkman and Lazarus) (1985):

وقدم فلكمان ولازاروس (Folkman and Lazarus) (1985) التصور التالي لاستراتيجيات مواجهة الضغط:

- **العمليات المتمركزة حول المشكلة أو مصادر الضغط:** وتشمل المبادأة ومحاولة ممارسة أي نشاط لمواجهة الموقف الضاغط، وكذلك محاولة التفسير الايجابي للموقف، وتحليل أبعاده بصورة منطقية.

- **العمليات المتمركزة حول تحمل رد الفعل الانفعالي للضغط (التوتر، الألم، الضيق...):** وتشمل بعض السلوكيات التي تعكس عجز الفرد عن مواجهة الموقف والتماس مساعدة الآخرين، أو الانعزال عنهم، أو التنفيس الانفعالي. وقد تشمل أيضا بعض العمليات المعرفية مثل قبول الموقف والاستسلام ومحاولة التعايش معه، وربما الانسحاب من الموقف وتجنب التفكير فيه، وقد يلجأ إلى الخيال والأمنيات والشكوى والدعاء... الخ.

(عثمان، 2009، ص 29)

- **العمليات المختلفة:** وتشمل مجموعة متنوعة من التصرفات والممارسات السلوكية أو المعرفية للتخلص من الضغط، وقد تشمل الرجوع إلى الدين والتضرع لله لتخليصه من مشاكل أو البحث حول مصادر الضغط للتعامل معها.

6.3. تصنيف عبد الرحمن الطريري (1994):

استعرض عبد الرحمن الطريري (1994) ثلاث استراتيجيات يمكن استخدامها في هذا الصدد تتضمن:

- تحديد أسباب الضغط أو مصادره والعمل على التخلص منها.

- تحديد الآثار المقترنة بالضغط أو الناتجة عنه، ومحاولة الحد من تلك التأثيرات، أي خفض تأثير الضغط الذي يتعرض له الفرد.

- تحديد المتغيرات الوسيطة بين الأسباب والنتائج (الآثار) وذلك لمواجهتها وإضعاف تأثيراتها. (المرجع نفسه، ص 29 ، 30)

6.4. تصنيف بيلينجس وموس (Billings et Moos 1981) :

يصنف بيلينجس وموس استراتيجيات مواجهة الضغوط إلى:

- استراتيجيات مواجهة إقدامي: تتضمن القيام بمحاولات معرفية لتغيير أساليب التفكير لدى الفرد عن المشكلة ومحاولات سلوكية، وذلك بهدف حل المشكلة بشكل مباشر و تتضمن النزعة للاستجابة بشكل فعال نحو الأحداث الضاغطة والسعي للحصول على المعلومات بشأن هذه الأحداث وحل الموقف أو المشكلة، وذلك من خلال استخدام أساليب سلوكية ومعرفية محددة وتشمل الأساليب الإقدامية على التحليل المنطقي للموقف الضاغط ونتائجه وإعادة التقييم الإيجابي للموقف أو إعادة بناء الموقف معرفيا بطريقة ايجابية والبحث عن المعلومات والمساعدة من الآخرين واستخدام أسلوب حل المشكلات.

- استراتيجيات مواجهة احجامية: تتضمن القيام بمحاولات معرفية وذلك بهدف التقليل من التهديدات التي يسببها الموقف، والقيام بمحاولات سلوكية لتجنب التحول مع المواقف (حسين، حسين، 2006، ص ص 94 . 95)

الضاغطة وتتكون من استراتيجيات فرعية مثل التقبل والاستسلام، الإنكار والقمع.

كما تتضمن النزعة نحو تشتيت وصرف ذهن الفرد عن الحدث الضاغط وتجنب الحصول على معلومات بشأن الحدث الضاغط واستخدام أساليب سلوكية ومعرفية للهروب من الموقف الضاغط وتجنب التفكير الواقعي في الموقف أو المشكلة وتقبل المشكلة والاستسلام لها أو التنفيس الانفعالي لخفض التوترات والانفعالات السلبية المصاحبة للموقف.

يفضل الأفراد الاستراتيجيات الإقدامية ويستخدمونها في المواجهة والتحدي مع المواقف الضاغطة. (داود، 2012، ص 148)

6. 5. تصنيف كوتن (Cotton.1990) :

صنف استراتيجيات مواجهة الضغوط لدى الأفراد إلى:

- استراتيجيات فيزيولوجية تتركز حول المشكلة: غالبا ما تستخدم هذه الاستراتيجيات عندما يكون مصدر الضغط فسيولوجيا، فعندما يكون مصدر الضغط مثلا هو الإصابة بمرض مزمن عندئذ تتضمن الاستراتيجيات الفسيولوجية التي تتركز حول المشكلة تعديل أسلوب الحياة لدى الفرد.

- استراتيجيات معرفية تتركز حول المشكلة: وتستخدم في تعديل إدراك للمواقف الضاغطة وكذلك في عملية التقييم المعرفي للموقف، ومن فنيات المواجهة التي تدرج تحت هذه الاستراتيجيات إيقاف التفكير الخاطئ وغير المنطقي واختيار الفرضيات وحل المشكلات.

- استراتيجيات سلوكية تتركز حول المشكلة: وهي الاستراتيجيات التي تؤدي على تعديل طبيعة الموقف الضاغط، وتتضمن عدة فنيات مثل توكيد الذات وإدارة الوقت واكتساب مهارات جديدة.

- استراتيجيات فسيولوجية تتركز حول الانفعال: وتستهدف التعامل مع المتغيرات الفسيولوجية الناجمة عن الضغوط، وتتضمن عدة فنيات لإدارة الضغوط وهي التدريب على الاسترخاء وتعديل

أسلوب الحياة لدى الفرد مما يساعد على خفض الاستجابات الفسيولوجية الناتجة عن الضغوط.

- استراتيجيات معرفية تتركز حول الانفعال: وتهدف إلى التعامل مع الاستجابة للضغط، و تتضمن تعلم أنماط سلوكية جديدة واستخدام روح الدعابة والمرح في التخفيف من استجابة الضغط. (حسين، حسين، 2006، ص ص 96. 97)

6.6. تصنيف (Gaziel, 1993):

يرى أن هناك أربع استراتيجيات تكيفيه لأحداث الضغط وهي:

- الاستراتيجيات السلوكية الفعالة: وهي تشمل مواجهة أو محاولة تغيير مصدر الضغط.

- الاستراتيجيات الذهنية الإدراكية النشطة: والتي تشمل مراجعة المشكلة والحديث عن مصادر الضغط والبحث عن معلومات إضافية.

- الاستراتيجيات السلوكية غير النشطة: وتشمل أنواع من السلوك الهروبي والتجنب لمصادر الضغط.

- الاستراتيجيات الإدراكية غير النشطة: وتشمل التكيف مع توقعات الرؤساء والاعتقاد بعدم القدرة على عمل أي شيء والتعبير عن الامتعاض.

6.7. تصنيف كوهين (Cohen, 1994):

صنف استراتيجيات المواجهة التي يتخذها الأفراد في التعامل مع الضغوط على عدة أنواع:

- التفكير العقلاني (*La pensée rationnelle*): وتشير إلى أنماط التفكير العقلانية والمنطقية التي يقوم بها الفرد حيال الموقف الضاغط بحثا عن مصادره وثمنه.

- التخيل (*Imagination*): وهي استراتيجيات يحاول الفرد من خلالها تخيل المواقف الضاغطة التي واجهته، فضلا عن تخيل الأفكار والسلوكيات التي يمكن القيام بها في المستقبل عند مواجهة مثل هذه المواقف الضاغطة.

- الإنكار (*Le déni*) : هي استراتيجيات دفاعية لاشعورية يسعى من خلالها الفرد إلى إنكار وتجاهل المواقف الضاغطة وكأنها لم تحدث.

- حل المشكلات (*La résolution de problèmes*): وهي استراتيجيه معرفية يحاول الفرد من خلالها استنباط أفكار وحلول جديدة ومبتكرة لمواجهة الضغوط.

- الدعابة والمرح (*Gaieté*): وهي إستراتيجية تتضمن التعامل مع الخبرات الضاغطة بروح الدعابة والمرح.

- الرجوع إلى الدين (*Retour à la religion*): وتشير هذه الاستراتيجيات الدينية إلى الرجوع الأفراد إلى الدين في أوقات الضغوط وذلك عن طريق الإكثار من الصلوات والعبادات والمداومة عليها كمصدر للدعم الروحي والأخلاقي والانفعالي وذلك لمواجهة المواقف الضاغطة. (داود ، 2012، ص ص 149، 150)

خلاصة الفصل:

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 إلى استراتيجيات سلبية لنفس الموقف الضاغط، و هذا يرجع أساسا إلى كيفية إدراك الفرد للموقف الضاغط و تقييمه ومن ثم تقييم مصادره وإمكانياته التي تساعد 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 الخامس:

الإعاقة السمعية

تمهيد:

1. تعريف الإعاقة السمعية.
2. تصنيف الإعاقة السمعية.
3. أسباب الإعاقة السمعية.
4. خصائص الأطفال المعاقين سمعياً.
5. مهارات التواصل مع المعاقين سمعياً.
6. ردود الفعل الانفعالية لآباء الأطفال المعاقين سمعياً واستراتيجيات مواجهتها.
7. الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المعاقين سمعياً.

خلاصة الفصل

تمهيد:

يعد الإنسان بطبيعته كائنا اجتماعيا ينشأ في جماعة، وينتمي إليها ويتفاعل مع أعضائها، ويتواصل معهم، فيتم على أثر ذلك الأخذ والعطاء بينه وبينهم. وتلعب حاسة السمع دورا هاما وبارزا حيث تسمح للفرد بسماع الأصوات والكلمات التي ينطق بها الآخرون من حوله، فيشرع في تقليدها مما يساعده على تعلم تلك اللغة السائدة في جماعته فيتمكن على أثر ذلك من التعامل والتفاعل والتواصل معهم إذ ينقل أفكاره وآرائهم وهو الأمر الذي يسهم بدور فاعل في تطور سلوكه الاجتماعي، كما يساعده من جانب آخر في فهم البيئة المحيطة بما فيها ومن فيها، فيتعرف بالتالي على ما تتضمنه من جوانب ايجابية، وينتفع بها ويطور فيها، ويتعرف كذلك على ما تتضمنه من مخاطر فيتجنبها و يتحاشى تلك المواقف التي قد تدفع به إلى مثل هذه المخاطر. وإلى جانب ذلك فإن فهمه للآخرين وفهمه للبيئة المحيطة ومشاركته في الأنشطة المختلفة وتطور سلوكه الاجتماعي يمكنه من السيطرة على انفعالاته والتعبير المناسب عنها، وهو الذي يؤثر بشكل واضح على شخصيته ككل.

وما من شك أن الإعاقة السمعية تؤثر على المظاهر النمائية المختلفة لدى الأفراد المعاقين سمعيا فهي تؤثر على مظاهر النمو اللغوي والنفسي و الاجتماعي والمعرفي والتحصيل الأكاديمي، بالإضافة إلى هذا التأثير، فإن وجود طفل معاق سمعيا في الأسرة يترتب عليه الكثير من التحديات التي على الأسرة أن تواجهها والضغوط النفسية التي عليها أن تتعامل معها، وفي هذا الفصل سوف يتم التطرق إلى تعريف المعاق سمعيا، و أنواع الإعاقة السمعية، وتصنيفاتها، والردود الانفعالية للأسرة تجاه المعاق سمعيا، والضغوط النفسية التي تتعرض لها الأم.

1. تعريف الإعاقة السمعية:

يعتمد تعريف الإعاقة السمعية لأي حالة على عملية التشخيص، والذي يشتمل على قياس اللغة الاستقبالية والتعبيرية ومستويات النطق والكلام والتقييم الوظيفي السلوكي. ويمكن تعريف الإعاقة السمعية على أنها نوع أو درجة من فقدان السمع والتي تصنف ضمن بسيط، متوسط، أو شديد، أو شديد جدا. أما صعوبة السمع أو ثقل السمع هي الحالة التي يكون تطور مهارات التواصل الأولية عند الشخص من خلال السمع حيث يكون السمع هو المجال الرئيسي في تبادل التواصل الشفوي، حيث يعرف سميث (Smith, 2001) ثقل السمع أو الشخص الذي لديه صعوبة في السمع على أنه الشخص الذي لديه بقايا سمعية كافية والتي تمكنه من خلال استعمال السماع الطبية على فهم حديث الآخرين والتواصل معهم شفويا، أما موز (Moore, 199) فيرى أن الشخص ثقل السمع هو الذي يتراوح مقدار فقدان السمع لديه ما بين (35- 69) ديسبل، حيث يسبب صعوبة وليس إعاقة في فهم الكلام من الأذن وحدها باستعمال أو بدون استعمال السماع الطبية.

(الزريقات، 2003، ص 56)

والشخص الأصم، هو الذي فقد حاسة السمع منذ الميلاد أو قبل تعلم الكلام، بدرجة لا تسمح له بالاستجابة الطبيعية للأغراض التعليمية والاجتماعية في البيئة السمعية، إلا باستخدام طرق تواصل خاصة.

(التهامي، 2006، ص 41)

ويعرفه سميث بأنه الشخص غير القادر على إدراك الأصوات في البيئة المحيطة بطريقة مفيدة باستعمال السماع الطبية أو بدون استعمالها، كما أنه غير قادر على استعمال حاسة السمع كطريقة أولية أساسية لاكتساب المعلومات . (الزريقات، 2003، ص 56)

أما من الناحية الطبية فنجد أنه يؤكد على ما فقده الفرد من سمع باختبارات السمع حيث يعرف الأصم على أنه من يفقد سمعا قدره (90) ديسبل (وحدة صوتية) أو أكثر، والطفل الأصم هو الذي لا يستطيع السماع حتى لو استخدم مكبرات صوت أو معينات صوتية، أما الطفل ضعيف السمع فهو ما يقل عن (90) ديسبل ويمكنه الاستفادة من المكبرات الصوتية أو المعينات الصوتية. (الظاهر، 2008، ص 119)

وتركز هدى قناوي (1972) في تعريفها للطفل الأصم على الناحية الطبية، فتعرفه بأنه ذلك الطفل الذي حرم من حاسة السمع، منذ ولادته، إلى درجة تجعل الكلام المنطوق مستحيل السمع مع أو بدون المعينات السمعية، أو هو الذي فقد القدرة السمعية قبل تعلم الكلام لدرجة أن آثار التعلم فقدت بسرعة. بمعنى أن الصم قد ولدوا وهم لا يستعطون السمع، أو أصيب سمعهم في حضانتهم أو طفولتهم المبكرة بحيث لا يستعطون النطق أو تعلم اللغة عن طريق المحاكاة من خلال السمع. (سيد سليمان، ب س، ص 72)

أما التعريف التربوي للأصم فهو الطفل الذي لا يستطيع أن يكتسب اللغة سواء استخدم المعينات الصوتية أو بدونها لان حاسته السمعية لا تؤدي وظيفتها. أما ضعيف السمع فهو الذي لا يستطيع أن يكتسب المعلومات اللغوية لوجود بقايا سمع وخاصة إذا استخدم المعينات الصوتية. (الظاهر ، 2008، ص 119)

2. تصنيف الإعاقة السمعية:

يمكن تصنيف الإعاقة السمعية حسب ما يلي: العمر عند الإصابة، موضع الإصابة، شدة الإصابة، وفيما يلي توضيح لذلك:

2. 1. من حيث العمر عند الإصابة:

- إعاقة سمعية ولادية (Congénital) أي أن الفرد ولد وهو ضعيف السمع منذ لحظة ولادته.

- إعاقة سمعية ما قبل تعلم اللغة (Prelingual) أي أن الإعاقة السمعية كانت قد حدثت لدى الطفل قبل تعلم اللغة واكتسابها، أي ما قبل سن الثالثة من العمر.

- إعاقة سمعية بعد تعلم اللغة وتشمل هذه الإعاقة الأطفال بعد أن كانوا قد تعلموا اللغة وتمكنوا من تطوير الكلام واللغة.

- إعاقة سمعية مكتسبة وتشمل هذه الإعاقة الأطفال الذين فقدوا حاسة السمع بعد الولادة وفقدوا قدراتهم اللغوية التي كانت قد تطورت لديهم في غياب عدم تقديم خدمات تأهيلية خاصة لهم. (العزة، 2002، ص 111)

2. 2. من حيث درجة الإصابة:

ويصنف المعاقون سمعياً حسب مقدراً ما فقده من السمع إلى تصنيفين:

2. 2. 1. تصنيف كاتز وزميله ويتكون من ستة مستويات :

- عادي السمع: من صفر حتى (24) ديسيبل.
- متوسط فقدان: من (25 - 39 ديسيبل) تكون لديه صعوبة في فهم الكلام خاصة في المسافات البعيدة نسبياً.
- شديد فقدان: من (40 - 54 ديسيبل) وتتنوع لديه الصعوبات والمشكلات الكلامية.
- فقدان شديد جداً للسمع: من (55 - 69 ديسيبل) وهذا يعاني من صعوبة حادة في فهم الكلام حتى مع الكلام ذي الصوت العالي.
- فقدان سمعي حاد: من (70 - 89 ديسيبل) ولديه صعوبة شديدة في الكلام حتى مع الكلام ذي الصوت المرتفع جداً ودائماً يستخدم المعينات السمعية.
- فقدان سمعي عميق (صمم) من (90 ديسبل فأكثر) والمعاق هنا يعتمد بشكل كلي على الإشارات حتى مع استعمال المعينات السمعية يعجز عن فهم الكلام.

(الشريف، 2016، ص 295)

2. 2. 2. حسب منظمة الصحة العالمية:

تصنف منظمة الصحة العالمية الإعاقة السمعية حسب شدة أو درجة الخسران كما يشير إلى ذلك السويد إلى ما يلي :

- الضعف السمعي الخفيف ويقع ما بين (26-40) ديسبل.
- الضعف السمعي المعتدل ويقع ما بين (41-55) ديسبل.
- الضعف السمعي المعتدل الشدة ويقع ما بين (56-70) ديسبل.
- الضعف السمعي الشديد وهو ما بين (71-90) ديسبل.
- الضعف السمعي العميق وهو ما يزيد عن (91) ديسبل.

• فقدان السمع الكلي (الصمم الكلي).

2.3. تصنيف حسب موقع الإصابة:

- **الإعاقة السمعية التوصيلية:** وتتعلق هذه الإعاقة بشكل أساسي بالأذن الخارجية (وتشمل الصوان وقناة التي تنتهي بالطبلة) والأذن الوسطى (تجويف عظمي يتكون من ثلاثة عظيمات هي المطرقة والركاب والسندان متصلة بغشاء رقيق)، وان أي خلل فيها قد يعرقل وصول الموجات الصوتية إلى الأذن الداخلية مما قد يسبب عطلا في السمع، وتكون الإعاقة في اغلب الأحيان مؤقتة ويمكن معالجتها طبيا أو قد تعالج بالمعينات الطبية.

- **الإعاقة السمعية - الحسية العصبية-** : ويكون العطل في الأذن الداخلية أما في العصب السمعي المسئول عن نقل الصوت إلى مراكز السمع في المخ، أو الأذن الداخلية المتكونة من القنوات الهلالية والدهليز والقوقعة. ويكون العطل في هذا الحال دائم وقد لا تجدي استخدام المعينات السمعية.

- **الصمم المركزي:** ويحدث الخلل في هذا النوع من الإعاقة بالمخ بحيث لا تشكل الأصوات أي دلالة وغير مفهومة. وأحيانا يعود سبب ذلك إلى الحالات النفسية أو الاضطرابات في اللغة والكلام. (الظاهر، 2008، ص ص 120، 121)

3. أسباب الإعاقة السمعية :

العوامل المسببة للإعاقة السمعية عديدة وهي قد تحدث قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها. وإذا كانت العوامل المسببة للإعاقة السمعية ترتبط بالأذن والعصب السمعي تسمى بالأسباب الداخلية أما إذا كانت الأسباب ترتبط بالمرض أو الإصابة فهي تسمى بالأسباب الخارجية وهناك أسباب للإعاقة وهي :

3.1. **الوراثة:** تشير الدراسات إن حالات الصمم تعزى لأسباب وراثية ويستخدم مصطلح الصمم للإشارة إلى أنواع متعددة من الصمم حيث يعتقد أن هناك كما يزيد عن (60) نوعا من فقدان السمع الوراثي تبعا لعدة عوامل أهمها :

- طريقة انتقال الصمم : منقول عن جينات متنحية أو سائدة أو على الكروموزوم الجنسي.

- العمر عند الإصابة : منذ الولادة، في المراهقة، في مرحلة الرشد.
- نوع الفقدان السمعي : توصيلي، حسي، عصبي.
- الذبذبات الصوتية المتأثرة : ذبذبات منخفضة، متوسطة، عالية.

(الخطيب، الحديدي، 2008، ص ص 141، 140)

3. 2. أسباب بيئية :

والتي تحدث بعد عملية الإخصاب أي أثناء الحمل أو الولادة وما بعد الولادة مثل سوء التغذية للام الحامل وكذلك التعرض للأشعة السينية خصوصا في الشهور المبكرة من الحمل وتناول الأم للعقاقير والأدوية بدون استشارة الطبيب، وهناك العوامل المرتبطة بتعرض الأم بالأمراض والالتهابات أثناء الحمل مثل الحصبة الألمانية . وهناك عوامل تسبب الإعاقة أثناء الولادة مثل نقص الأوكسجين أما تعرض الطفل بعد الولادة لالتهابات السحايا أو الالتهاب الحاد في الأذن الوسطى أو التسمم أو التعرض للضجيج المتكرر أو الحوادث والصدمات وتعتبر من أسباب بعد الولادة. (كوافحة، عبد العزيز، 2003، ص 102).

4. خصائص الأطفال المعاقين سمعيا:

ليس للإعاقة السمعية نفس التأثير على جميع المعاقين سمعيا، فهؤلاء الأشخاص لا يمثلون فئة متجانسة، ولكل شخص خصائص فريدة خاصة به، لأن تأثيرات الإعاقة السمعية تختلف باختلاف عدة عوامل، منها: نوع الإعاقة السمعية، وعمر الشخص عند حدوث الإعاقة، والقدرات السمعية المتبقية، وكيفية استثمارها وغير ذلك من العوامل إلا أن المعاقين سمعيا يجمعهم بعض الخصائص المشتركة بينهم ، ومنها:

4. 1. الخصائص اللغوية:

يعتبر النمو اللغوي للفرد من أكثر مظاهر نمو الإنسان تأثرا بالإعاقة السمعية، حيث يرتبط ظاهرة الصمم بالبكم في أحيان كثيرة، حيث الإعاقة السمعية، تؤثر كثيرا على النمو اللغوي للطفل.ومن الآثار السلبية للإعاقة السمعية للنمو اللغوي ما يلي:

(التهامي، 2006، ص 49)

- عدم تلقي الطفل - ضعيف السمع أو الأصم - لأي تعزيز سمعي عندما يصدر أي صوت من الأصوات .
- لا يستطيع الطفل الأصم سماع كلام الكبار كي يقلدها، وبالتالي فهو محروم من معرفة نتائج أو ردود أفعال الآخرين نحو ما يصدره من أصوات.
- وحتى في حالة اكتساب المعاقين سمعياً لأية مهارة لغوية فإن لغتهم تتصف -في الغالب- بكونها غير غنية بالمفردات والمعاني كلغة العاديين، وأيضاً يتصف الكلام -على قلته- بالبطء والنبرة غير العادية.

4. 2. الخصائص المعرفية:

بصفة عامة تتسم شخصية المعاق سمعياً ببعض الخصائص المعرفية من بينها:

- سرعة نسيان المعلومات والاحتفاظ بها، مع الحاجة إلى تكرار التوجيهات الموجهة إليه باختصار.
- قلة التركيز، مع صعوبة إدراك المثيرات اللفظية المجردة والرمزية.
- التباين الكبير في سرعة التعلم، نظراً لاختلاف درجات فقدان السمع لدى المعاقين.
- انخفاض الدافعية للمواصلة في التعلم خلال فترات طويلة ولذلك فهم بحاجة إلى تنويع الأنشطة التعليمية القصيرة التي تناسب ذلك.
- نتيجة تأخرهم اللغوي، وقلة فاعلية طرق التدريس المتبعة، يتأخر تحصيلهم الدراسي الأكاديمي بشكل ملحوظ في مادة القراءة والعلوم، والحساب. (المرجع نفسه، ص 50)

4. 3. خصائص الشخصية والنضج:

أوضحت نتائج دراسة (عطية، 2000) على عينة من الأطفال الذكور والإناث الصم بمرحلتي الطفولة الوسطى والمتأخرة أن المشكلات السلوكية لديهم جلت مرتبة بحسب شيوعها من وجهة نظر معلمهم على النحو التالي: : الاندفاعية - عدم التروي سلوك عدم الثقة بالآخرين - الاضطرابات الانفعالية - سلوك التمرد والعصيان - السلوك المضاد للمجتمع عدم الثقة في الآخرين والسلوك المدمر العنيف .

كما أوضحت وجود فروق دالة إحصائياً بين البنين والبنات الصم في كل من السلوك والسلوك المدمر العنيف والسلوك المضاد للمجتمع، وسلوك عدم الثقة في الآخرين للبنين.

وفي دراسة حول السمات الشخصية للصم والخدمات المقدمة لهم برزت أهم السمات الشخصية للأصم ألا وهي :

- سمات الخجل تحتل المرتبة الأولى من ترتيب السمات.

- سمات عدم الثقة بالنفس.

- سمة الخوف.

- سمة حب النفس. (منصور، 2011، ص 50)

4.4 . الخصائص الاجتماعية والنفسية:

إن أساليب التنشئة الأسرية الخاطئة والمتمثلة في تقديم الحماية الزائدة والإهمال والتجاهل والعقاب والرفض الاجتماعي و اتجاهات هؤلاء الأطفال نحو أنفسهم واتجاهات الآخرين نحو هذه الإعاقة تلعب دوراً في إحداث مشاكل اجتماعية لديهم إذا كانت هذه الاتجاهات سلبية والعزلة والإحباط والفشل والاكنتاب والقلق والتهور وقلة توكيد الذات والعدوانية، ويتصفون بعدم قدرتهم على ضبط انفعالاتهم، أو حل مشكلاتهم، أو الاستقلالية عن الآخرين، لذلك فهم بحاجة إلى التدريب على مهارات الإيصال والتفاعل الاجتماعي في مواقف اجتماعية حقيقية.

4.5 . الخصائص الجسمية والحركية:

يعاني أفراد هذه الفئة من مشكلات في الاتصال تحول دون تعرفهم على البيئة واكتشافهم لها، والتفاعل معها، لذلك يجب تدريبهم على رسائل الاتصال غير اللفظي، مثل لغة الإشارة. أنهم محرومون من التغذية الراجعة الايجابية السمعية، لذلك يجب تدريبهم على تلقي رسائل الآخرين بطرق تعبيرية مختلفة كما أن نموهم الحركي يعتبر بطيئاً قياساً بالعاديين وذلك لأنهم لا يسمعون الحركة وأن لياقتهم البدنية لا تكون بمستوى لياقة الأسوياء حيث يمتازون بحركة جسمية بطيئة. (العزة، 2002، ص 116)

5. مهارات التواصل مع المعاقين سمعياً:

إن أعظم التحديات التي تواجه الصم في مجتمعاتنا العربية تتمثل في كيف يتفاهمون؟ كيف يتعلمون؟ ماذا يفعلون؟ وما هي الطرق المثلى للاتصال معهم ومع المجتمع؟ وهل طرق الاتصال والتواصل الموجودة لديهم ولدى المجتمع تؤهلهم إلى الانخراط والاندماج في المجتمع بشكل طبيعي؟ ومن هذا المنطلق عرض الطرق المتاحة للاتصال والتواصل مع المعوقين سمعياً، وهي: (منصور، 2011، ص 53)

5.1. مهارة التدريب السمعي:

تعد استغلال البقايا السمعية ضرورة ملحة، ويمكن عن طريق التدريب السمعي استغلالها بشكل مثمر، كما تكون هذه الطريقة فاعلة مع ضعاف السمع البسيط والمتوسط، حيث يركز المعاق سمعياً بصرياً لكي يعي الأصوات ويميزها، ويحتاج إلى انتباه وتركيز، ويفضل أن يكون التدريب بعيداً عن المشتتات، ويبدأ بشكل مبكر، ويمكن للأولياء حضور جلسات التدريب السمعي التي يقوم بها أخصائي التدريب السمعي للوقوف على التدريبات الصوتية، ومواصلة ذلك في البيت. والتدريب السمعي لا يحسن حدة السمع وإنما يدرّب الطفل المعاق سمعياً على التركيز والانتباه، وتدريب الطفل على التمييز بين وجود الصوت وعدمه، وتدريبه كذلك على تحديد مواقع الأصوات، وتمييز الأصوات البيئية والكلامية ثم تدريبه على النطق من البسيط المؤلف إلى الأصعب. (الظاهر، 2008، ص 138)

5.2. مهارة التدريب اللفظي:

تؤكد هذه المهارة على المظاهر اللفظية في البيئة وتتخذ من الكلام الطريقة الأساسية لعملية التواصل وتتضمن هذه الطريقة تعليم الأفراد المعوقين سمعياً استخدام الكلام مما يجعلهم أكثر قدرة على فهم الكلام من خلال الإيماءات والدلالات من حركة شفاه المتكلم ولا يتم التواصل اللفظي بطريقة فعالة إلا من خلال استثمار البقايا السمعية وباستخدام التدريب السمعي وقراءة الشفاه والكلام. وإن هذه الطريقة في التواصل تمكن الفرد المعوق سمعياً من التواصل مع أقرانه السامعين على العكس من لغة الإشارة التي تسهم في عزله.

5. 3. مهارة قراءة الشفاه ولغة الشفاه/ لغة قراءة الكلام:

تتضمن هذه المهارة تدريب وتعليم الأطفال المعوقين سمعياً على ملاحظة حركات الشفاه ومخارج الأصوات، بالإضافة إلى تدريب البقايا السمعية وذلك من أجل فهم الكلام، وبمعنى آخر تعتبر هذه الطريقة هي تفسير بصري للتواصل الكلامي وهناك طريقتان لهذه الطريقة:

أ- الطريقة التحليلية: وفيها يركز المعاق سمعياً على حركة من حركات شفتي المتكلم ثم ينظمها معاً لتشكل المعنى المقصود .

ب- الطريقة التركيبية: وفيها يركز المعاق سمعياً على معنى الكلام أكثر من تركيزه على حركة شفتي المتكلم لكل مقطع من مقاطع الكلام . (القمش، المعاينة، 2006، ص 95)

وعلى الرغم من فاعلية هذه الطريقة في تنمية مهارات التواصل لدى الأفراد المعوقين سمعياً إلا أنها تعاني من مشاكل رئيسية أهمها:

أ- إن بعض الكلمات حلقيه وغير مرئية مقارنة بالكلمات التي تتضمن أحرفاً شفوية مما يجعل من الصعب قراءتها.

ب- إن بعض الأصوات متشابهة في النطق وبالتالي يصعب تمييزها من خلال النظر إلى الشفتين.

5. 4. مهارة لغة الإشارة والأصابع/ التواصل اليدوي:

تعرف لغة الإشارة على أنها نظام حسي بصري يدوي يقوم على أساس الربط بين الإشارة والمعنى، وتقسّم إلى لغة الإشارة الكلية والأبجدية الاشارية أو أبجدية الأصابع.

وللإجراء الإشارة الكلية، يتم استخدام إشارة محددة متعارف عليها في مجتمع الأفراد الصم، باستخدام يد واحدة أو كلتا اليدين. وتكتسب الإشارة أهميتها بعد شيوع استعمالها وربما يتم توثيقها من قبل المختصين في تربية المعوقين سمعياً واستخدامها في التعليم على مستوى أوسع.

أما بالنسبة لأبجدية الأصابع، فتشمل استخدام اليد لتمثيل الحروف الهجائية المختلفة وذلك بإعطاء كل حرف شكلا معين وهذه الطريقة تستخدم مع الأطفال المعوقين سمعيا المتعلمين، الذين يستطيعون القراءة والكتابة وتستخدم كطريقة مساندة مع الأفراد الذين لا يعرفون إشارة معينة. (المرجع نفسه، ص 96)

5.5. مهارة التواصل الكلي:

يشمل التواصل الكلي، التواصل اليدوي واللفظي، ونوصي معلمي الصم أن يستخدموا الطريقة الكلية لما لها من مزايا وأهمها تسهيل عملية التعلم عندما تستخدم مع صغار السن، وتزيد من انتباهه، كما أنها أكثر وضوحا بالنسبة للطفل. والتواصل الكلي قد يفتح الباب أمام الطفل لاختيار ما يراه مناسباً بالنسبة له لأنها تشمل الكلام، ولغة الإشارة، والتغيرات الوجهية والجسمية والتهجئة بالأصابع. فهي بهذا تستجيب بشكل أفضل لكل طفل وما يتميز به من خصائص وسمات. ويفترض أن تتعلم الأسرة هذه الطريقة التي تشمل مهارات مختلفة من التواصل والتي تساعد أو تدفع الطفل على تحقيق النمو اللغوي قدر المستطاع.

(الظاهر، 2008، ص 143)

6. ردود الفعل الانفعالية لآباء الأطفال المعاقين سمعيا واستراتيجيات مواجهتها :

تؤثر أخبار الطفل المعاق سمعيا التي تقدم من طرف الأخصائي السمعى على ردود فعل الآباء الانفعالية، وغالبا ما يمر الآباء بمراحل لينكيفوا مع المواقف الجديدة. فالتكيف ليست عملية سهلة وتمر بمراحل تحدها وتتأثر بديناميكية السلوك الإنساني، ولقد أشار (نورثيرن ودوانز 2002) (Northern & Downs 2002) إلى أن هناك ثلاث مراحل لاستجابات الآباء وهي:

- مرحلة التعبير عن الغضب نحو الأخصائيين الذين شخصوا الحالة إعاقه سمعية عند طفلهم.

- مرحلة التعبير عن الغضب نحو الطفل، بسبب الصعوبة المتزايدة في إنكار فقدان السمعى لديه.

- مرحلة تقبل الطفل المعاق سمعياً من قبل الآباء، وهذه نقطة تحول من الحزن و الغضب إلى تطوير سلوكيات تكيفيه واستراتيجيات تعامل.

والمرحلة المبكرة التي تواجه معظم الأهالي هي "صدمة" أن طفلهم معاق سمعياً، وقد تكون الإعاقة دائمة، وهذه الإعاقة غير متوقعة وغالباً لا يمكن التعرف عليها عليه لأن الآباء في حالة صدمة فتأثيراتهم قد تصبح منبسطة ولا يظهرون ردوداً انفعالية، وعندما يكون الأفراد في حالة الصدمة فإنهم يكونون غير قادرين على تحليل المعلومات الجديدة. وهذا واحد من أهم الأدوار التي يجب أن يقوم بها الأخصائي السمعى وهي شرح وتوضيح المظاهر التقنية لنتائج الفحوصات، ومن ثمة مواصلة النقاش حول ماذا ينبغي عمله فيما بعد للطفل.

- ويظهر الإنكار عندما يقول الآباء إلى الطبيب أو لأنفسهم أو لبعضهم البعض إن هذا لا يمكن أن يكون الأمر خطأ، أخصائيو السمع المختلفون سوف يزودونا بأجوبة مختلفة

(الزريقات، 2003، ص ص 253، 254)

لأسئلة الملقاة عليهم. فيبقى العديد من الأهالي منكرين لفترة طويلة من الوقت الأمر الذي قد يكون مربكاً للأخصائي الذي يرغب بالعمل في تأهيل الطفل. الآباء الناكرين لحالة طفلهم قد يلجأون إلى العديد من الأخصائيين أو المعالجين آملين في التخلص من الأمراض التي يمر بها طفلهم.

مرحلة الاعتراف تسمح للأهل بقبول المشكلة واعتراف بوجودها، ولا يتضمن القبول إن يذهب الأهالي إلى ممارسة الأنشطة الضرورية الخاصة بالتأهيل السمعى لطفلهم، فيستطيع الأهالي أن يكونوا بنائين في مشاركتهم في عملية التأهيل السمعى المخصصة لطفلهم.

كما حدد فاروق صادق (1997) ثلاث مراحل لمواجهة الأزمة، أولها ما يعرف بالصدمة وإنكار الإعاقة والشك في التشخيص وإلقاء اللوم على الآخرين وغير ذلك من مشاعر الغضب و الذنب. ثم بعد ذلك يبدأ الوالدان أو أحدهما في تفهم طبيعة المشكلة والتعامل معها بإيجابية، ثم مرحلة تبادل الرأي مع الآخرين وذوي الاختصاص وتقبل حقيقة

الإعاقة، وإن كانت هذه المرحلة لا تصل إليها العديد من الأسر إلا في مرحلة متأخرة نسبياً، والذي قد يرجع للقيم والاتجاهات السالبة تجاه الطفل المعاق عامة، والمعاق سمعياً خاصة. و على الرغم من أن الإعاقة السمعية قد تقترض عجزاً عن لتواصل الطفل مع الآخرين المحيطين به، إلا أن هذا الطفل الأصم أو ضعيف السمع ليس بحاجة إلى نظام تواصل بقدر ما هو بحاجة إلى أن يدرك حب وتقبل الآخرين له و لإعاقته.

(حنفي، 2007، ص ص 47، 48)

7. الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المعاقين سمعياً:

ميلاد طفل أصم للأمهات السامعين يعتبر خبر سلبي لهم، وغالباً ما تظهر لديهم حالات من الضغط النفسي. ولقد طور (مورز 1996) نظرية المراحل الأربع حول الضغوطات النفسية التي يسببها الطفل الأصم وهي: مرحلة تحديد الإعاقة السمعية، دخول مدرسة رسمية، المراهقة، والرشد المبكر.

7. 1. مرحلة تحديد فقدان السمع: إن تحديد الصمم غالباً ما يأتي في نهاية مرحلة طويلة من الصعوبات الانفعالية، وغالباً ما تشك الأم ولفترة طويلة بأن الطفل لديه خطأ ويستشار العديد من الأطباء حول ذلك. ويتبع التشخيص النهائي للصمم وآثاره والمتطلبات المادية المترتبة على وجود الصمم، كما تثار التساؤلات المختلفة حول ماذا سيكون اختيار الطفل هل هو عالم السامعين أم عالم الصم، وأي من نماذج التواصل سوف يستخدم. و الإجابة على هذه الأسئلة سوف يكون له تأثير ملحوظ على الطفل والأسرة.

7. 2. مرحلة دخول المدرسة: إن دخول الطفل الأصم المدرسة يترتب عليه ضغوطات متعددة، والأسرة في هذه المرحلة عليها أن تختار البرنامج التربوي الذي تعتقد أنه مناسب للطفل وهل سيكون في مدرسة إقامة خاصة بالصم؟ أم مدرسة نهائية؟ أم برنامج دمج كلي؟ أو غيرها.....

7. 3. المراهقة: تبدأ المرحلة الثالثة من الضغوطات النفسية في دخول الطفل مرحلة المراهقة، وهذا بحد ذاته يعتبر مصدر آخر من مصادر الضغط، سواء أكان الطفل عادياً أو معاقاً سمعياً، بالنسبة لأسر أطفال الصم، فغالباً ما تواجههم بعض المواقف الحرجة.

7.4. الرشد المبكر: يسبب المعاق سمعيا لأسرته ضغطا نفسيا عندما يكبر، وخاصة عندما يترك أسرته ويبدأ بتكوين استقلاليته ويشير (مورز) أن الصم الكبار يتزوجون من مجتمع الصم غالبا. (الزريقات، 2003، ص ص 255، 256)

وأكد كل من (Calderon & Greenberg, 1999) أن وجود الطفل المعوق سمعيا في الأسرة يعد مصدرا مستمرا للضغوط النفسية، وأن محاولات الوالدين للتغلب على مثل هذه الضغوط يؤثر إيجابا في كل من التوافق الأسري ونضج الطفل المعوق.

وأشار (فولكمان وآخرون) إلى أنه يمكن التغلب على المواقف المسببة للضغوط من خلال استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية، وتشمل هذه الاستراتيجيات كل ما من شأنه مساعدة الوالدين على إحداث التغييرات اللازمة لخفض مستوى التعرض للضغوط النفسية مثل مهارة حل المشكلات، ومصادر الدعم الاجتماعي...

(عريبات، الزيودي، 2008، ص ص 205، 206)

خلاصة الفصل:

يعد اكتشاف الإعاقة السمعية لدى الطفل بداية لسلسلة من الضغوط النفسية لدى الوالدين (الأم)، وما يصاحب ذلك من شعور بالخجل، والاكتئاب، والغضب، والذنب، ولوم الذات أو إلقاء اللوم على الآخرين، والخوف والقلق على المستقبل الطفل، وقلة التنبؤ له بالنجاح في المهمات الموكلة له. وهذا ما أوضحتها العديد من الدراسات أن أمهات الأطفال المعوقين سمعياً وآباءهم يتعرضون لمستويات عالية من الضغوط النفسية. (المرجع نفسه، ص ص 202) .

وهذا لأن جميع الآباء منذ ولادة أطفالهم يأملون في مستقبل جيد وحياة ناجحة متكاملة الخيارات والأنشطة، وعندما يحدث العكس فإن ذلك يؤدي إلى حدوث أزمة لديهم وخاصة في البدايات الأولى للاكتشاف، بحيث أن هذا الاكتشاف يمثل حدث ضاغط يسبب تغيير في الأدوار والتوقعات الوالدية حول الطفل، ويضاف إليها ضغوط أخرى ترتبط بالعناية بالطفل وهنا تتبع مصادر الضغوط الوالدية للطفل المعاق سمعياً من الصعوبات التي يواجهها الوالدان في محاولة إشباع الحاجات المرتبطة بتربية الطفل.

الفصل السادس:

الإعاقة البصرية

تمهيد:

1. تعريف الإعاقة البصرية.
2. تصنيف الإعاقة البصرية.
3. أسباب الإعاقة البصرية.
4. تأثير الإعاقة البصرية على الطفل المعاق.
5. المظاهر الانفعالية والضغط النفسية لآباء (أمهات) الطفل المعاق بصريا.

خلاصة الفصل

تمهيد:

لا شك أن حاسة البصر من أهم حواس الإنسان على الإطلاق، حيث أن الحرمان من حاسة البصر يفقد الطفل معظم خبراته اليومية المتعلقة بالصورة واللون وبحرمه من تكوين الصور الذهنية عن معظم الأشياء البيئية، وكما هو معلوم فإن تكوين الصور الذهنية عن الأشياء و تخزينها واستدعائها عند الحاجة تعتبر من أهم مقومات عملية التعلم، بحيث أن (85%) مما يتعلمه الإنسان من معرفة يأتي عن طريق حاسة البصر. (القمش، المعاينة، 2007، ص 111)

ويعتبر فقدان البصر لدى الطفل من أهم الأسباب التي تؤدي إلى إحداث مشكلات لدية وكذلك تعرضه لمجموعه من الضغوطات جراء هذه الإعاقة وخاصة إذا لم يتلقى المساندة الخارجية من المجتمع الخارجي سواء من أسرته أو المحيط الخارجي، لجهلهم عن كيفية التعامل مع هذه الفئة، وكيفية تعليمهم و التواصل...، وهذا ما من شأنه أن يؤدي إلى ظهور ضغوطات نفسية لدى الأسرة التي يتواجد فيها الطفل المعاق وخاصة الأم لأنها الأقرب إليه، ومن خلال هذا سيتم في هذا الفصل التطرق إلى: تعريف الإعاقة البصرية، وأسباب حدوثها، وأنواعها وتصنيفاتها، وتأثير هذه الإعاقة على الطفل وأسرته (الأم).

1. تعريف الإعاقة البصرية:

1.1. لغة:

التسميات المتداولة في اللغة العربية: تستخدم ألفاظ كثيرة في اللغة العربية للتعريف بالشخص الذي فقد بصره، وهذه الألفاظ هي:

الأعمى: وهي كلمة مأخوذة من أصل مادتها وهو العماء، و العماء هو الضلالة.

الأكمه: وهي كلمة مأخوذة من الكمه، والكمه هو العماء قبل الميلاد.

الأعمه من العمه: والعمه هي التحير والتردد، وقيل التردد في الضلالة. ويقال العمه في افتقاد البصر والبصيرة، أما العمه في البصيرة فهي كالعَمى في البصر.

الضرير: تأتي هذه الكلمة بمعنى الأعمى، لأن الضرارة هي العمى، والرجل الضرير هو الرجل الفاقد لبصره.

العاجز: من العجز، و التأخر عن الشيء والقصور عن فعل شيء.

الكفيف أو المكفوف: أصل هذه الكلمة من الكف ومعناها المنع. والمكفوف هو الضرير والأعمى، ويقال كفيف البصر وجمعها المكافيف. (بشير، 2011، ص2)

1.2. اصطلاحا:

يطلق مصطلح العوق البصري على كل شخص لديه فقدان بصري كامل أو ضعف في الرؤية يقلل من قدرته على الاستفادة من وظائف العين، لذلك جاءت التعاريف موضحة لحالتي الكف و ضعف البصر. وفيما يلي توضيح لبعض هذه التعريفات:

- التعريف الطبي:

- الكفيف هو ذلك الشخص الذي تقل حدة إبصاره عن 20 / 200 قدم في أفضل العينين بعد التصحيح، ومجاله البصري محدود لا يزيد عن 20 درجة، ومعنى ذلك أن ما يستطيع الشخص العادي رؤيته على بعد 200 قدم لا يتمكن الكفيف من رؤيته على 20 قدم.

- ضعيف البصر: هو شخص لديه حدة إبصار أكثر من 20 / 200 قدم وأقل من 200 / 70 قدم في أحسن العينين بعد التصحيح باستخدام النظارة الطبية

(الشريف، 2011، ص 319)

أما التعريف من الناحية القانونية فيركز على حدة البصر ويشير إلى أن الشخص الكفيف هو ذلك الشخص الذي لا تزيد حدة بصره عن 20 / 200 قدم على العين الأخرى بعد التصحيح، ومعنى ذلك أن الشخص الكفيف يحتاج لتقريب الشيء الذي يراه الشخص العادي من مسافة 200 قدم إلى 20 قدم حتى يرى الشخص الكفيف. (كوافحة، عبد العزيز، 2010، ص 28 ص 83).

أما التعريف التربوي: فيشير إلى أن الإنسان المكفوف هو ذلك الذي فقد بصره بالكامل ولا يستطيع تعلم القراءة والكتابة إلا بطريقة "برايل"، أما الضعف البصري فهو حدة بصر تتراوح بين 20 / 70 - 200 / 200 وفقا للتعريف القانوني وحالة ضعف لا تمنع الطفل من استخدام بصره كاملا، فثمة قدرات بصرية متبقية لديه للقراءة باستخدام أدوات التكبير

(سماح، 2012، ص 202)

ويمكن تعريفه من الناحية المهنية بكونه هو ذلك الفرد غير القادر على ممارسة عمله بسبب ضعف أو عجز في بصره، الأمر الذي يؤدي إلى عجزه الاقتصادي، بحيث لا يستطيع كسب قوته.

ويمكن القول بأن تعريف الإعاقة البصرية يمكن أن يشتمل على ما يلي:

- قصور أو عجز في مجال الإدراك البصري 20 / 200.

- اعتماد الفرد على الحواس الأخرى كاللمس والسمع.

- الحاجة إلى وسائل معينة كالنظارة.

- غير قادر على كسب قوته بسبب إعاقته.

- الحاجة إلى برامج تربوية وطرق تعلم تختلف عن العاديين. (العزة، 2002، ص 95)

2. تصنيف الإعاقة البصرية:

يصنف المعاقون بصريا إلى فئتين رئيسيتين:

الأولى: فئة المكفوفين وتطبق على هذه الفئة التعريف القانوني والتربوي للإعاقة البصرية.

الثانية: فئة المبصرين جزئيا وهذه الفئة تستطيع القراءة باستخدام وسيلة تكبير أو نظارة طبية وتتراوح حدة إبصار هذه الفئة ما بين 20 /70 إلى 20 /200 قدم في العين الأقوى حتى مع استعمال النظارة الطبية. (كوافحة، عبد العزيز، 2003، ص 84)

وهناك تصنيف يستند إلى تأثير الإعاقة البصرية على الأنشطة الحسية وخبرات التذكر، وحسب ذلك التصنيف يمكن أن نميز الدرجات التالية من الإعاقة البصرية:

- فقد بصر تام ولادي أو مكتسب يحدث بعد سن الخامسة.
- فقد بصر تام مكتسب بعد سن الخامسة.
- فقد بصر جزئي ولادي.
- فقد بصر جزئي مكتسب.
- ضعف بصر ولادي. (القمش، المعاينة، 2007، ص 113)

3. أسباب الإعاقة البصرية:

تعددت الأسباب التي تؤدي إلى الإصابة بالإعاقة البصرية، فهناك أسباب ما قبل الولادة أو أثناءها كالعوامل الوراثية (العوامل الجينية) والعوامل البيئية (كتناول العقاقير والأدوية والحوادث والإصابة ببعض الأمراض والالتهابات وغيرها) التي تؤدي إلى ولادة الطفل كفيما كليا أو جزئيا. وهناك أسباب ما بعد مرحلة الولادة تؤدي إلى الإصابة بالإعاقة البصرية كسوء التغذية والحوادث والأمراض. (كوافحة، عبد العزيز، 2003، ص 86)

وتشمل الأسباب الرئيسية للإعاقة البصرية على ما يلي:

- أخطاء الانكسار مثل قصر النظر (ضعف القدرة على رؤية الأشياء البعيدة)، وطول النظر (ضعف القدرة على رؤية الأشياء القريبة) وحرج البصر (اللابؤرية بسبب عدم انتظام وشفافية القرنية).

- اعتلال الشبكية الناتج عن السكري.
 - الماء الأبيض (فقدان العدسة لشفافيتها).
 - الماء الأسود (ارتفاع الضغط داخل العين).
 - التراخوما (التهاب فيروسي شديد في طبقة العين الخارجية).
 - انفصال الشبكية عن جدار مقلة العين.
 - تنكس (تلف) الحفيرة الصفراء المسؤولة عن البصر المركزي.
 - ضمور العصب البصري.
- التليف خلف العدسي الذي ينتج عن تعرض الأطفال الخدج لكميات كبيرة من الأوكسجين.
- البهاق (نقص أو غياب الصبغيات في العين).
 - التهاب الشبكية الصباغي وهو اضطراب وراثي يحدث فيه تلف في الشبكة.
- (الخطيب، الحديدي، 1997، ص 133)

4. تأثير الإعاقة البصرية على الطفل المعاق:

تؤثر الإعاقة البصرية على مظاهر النمو المختلفة للفرد المعاق، وتعتمد طبيعة هذه التأثيرات على عوامل عديدة منها: شدة الإعاقة البصرية، نوع الإعاقات المصاحبة للإعاقة البصرية، والعمر عن حدوث الإعاقة، وكذلك مقدار الفرص المتاحة للتدريب والتعلم، وبشكل عام يمكن تمييز الخصائص التالية:

(كوافحة، عبد العزيز، 2010، ص 89)

4. 1. الجانب العقلي: بالرغم من أن كثير من الدراسات تشير إلى عدم وجود فروق كبيرة بين المعاقين بصريا والمبصرين وخاصة فيما يتعلق بالجانب اللفظي وفي اختبار بينيه الذي يتميز باللفظية، والجانب اللفظي في اختبار وكسلر. أما إذا اعتبرنا أن القدرات العقلية وراثية فهي تتماشى بشكل أكبر مع ما أشارت إليه الدراسات السابقة علما أن الوراثة تتأثر بالبيئة، أما إذا اعتبرنا القدرات العقلية بيئية فهذا لا يتماشى ما جاءت به الدراسات لأن الفرد المبصر يطور حاله من خلال البيئة أكثر من غير المبصر على اعتبار أن الأول يستغل

منهلين في التعلم هما حاستي البصر والسمع بينما غير المبصر يستغل السمع بشكل رئيسي. وقد تكون حاسة البصر أوفر حظا من حاسة السمع.

ويمكن القول أن الذكاء يختلف بشكل عام بين فاقد البصر كليا وفاقد البصر جزئيا، كما يختلف في ذات الوقت بين ضعاف البصر نظرا لاختلاف درجة الضعف إضافة إلى المتغيرات الأخرى المتعلقة بالبيئة الغنية الصحية ونقيضها، والفرد فاقد البصر لا يستطيع الاستفادة بشكل كامل من البيئة المحيطة له وإن كانت غنية صحية كقرينة المبصر.

4. 2. الجانب الاجتماعي والانفعالي: إن للإعاقة البصرية تأثيرا في اكتساب المهارات الاجتماعية وتطورها فالمعاق بصريا لا يستطيع أن يكتسب كثير من السلوكيات عن طريق الملاحظة كالملبس والمأكل والمشرب والسلوك الاجتماعي المقبول، لذلك فقد يكون أكثر عرضه إلى السلوكيات غير المقبولة.

أما من الناحية الانفعالية فإن الفرد الكفيف قد يميل بشكل عام لأن يتسم بضعف الثقة بالنفس، وعدم الشعور بالأمن والأمان والعزلة والانطواء، ومتريدا وخائفا وخاصة إذا ما سخر منه لسلوك غير طبيعي أو غير مألوف.

ولقد أظهرت دراسة "سومرز" التي حاولت الكشف عن العلاقة بين الاتجاهات والتصرفات الوالدية وبين سلوك أبنهما الكفيف واتجاهاته نحو عجزه، ولقد أظهرت الدراسة أن التوافق الشخصي والاجتماعي منخفض إذا ما قورن بالتوافق الشخصي والاجتماعي لأقرانهم المبصرين.

(الظاهر، 2008، ص ص 160، 164)

4. 3. الجانب الأكاديمي:

- لا يختلفوا عن المبصرين في قدرتهم على التعلم والاستفادة من المنهج التعليمي.
- ببطء معدل سرعتهم في القراءة سواء لما تمت كتابته بطريقة برايل أو الكتابة العادية.
- توجد أخطاء في القراءة الجهرية من جانبهم.

- انخفاض مستوى تحصيلهم الدراسي قياسا بالمبصرين.

• يتميز المعوقون جزئيا بما يلي:

- مشكلات في تنظيم وترتيب الكلمات والسطور.
- مشكلات في تنقيط الكلمات والحروف.
- رداءة الخط.
- قصور في تحديد معالم الأشياء البعيدة.
- قصور في تحديد معالم الأشياء الدقيقة الصغيرة.
- الإكثار من التساؤلات والاستفسارات للتأكد مما يسمعون أو يرون.

(محمد، 2010، ص ص 278، 279)

4.4. الجانب الحركي: يواجه المعوقون بصريا مشكلات في القدرة على الحركة بأمان من مكان إلى آخر بسبب عدم معرفتهم بالبيئة التي يتنقلون فيها وهذا ما يعرف بمهارة التعرف والتنقل ويظهر المعوقون بصريا مظاهر جسمية نمطية مثل تحريك اليدين، أو الدوران حول المكان الموجود فيه الفرد المعاق أو شدة الشعر أو غيرها من السلوكات النمطية. ومع أن الأطفال المعوقون بصريا لا يختلفون عن العاديين فيما يتعلق بتطور النمو الحركي لديهم إلا أن المشكلات في الإبصار تحد من قدرتهم على الوصول إلى الأشياء لأنهم لا يعرفون بوجودها. (كوافحة، عبد العزيز، 2010، ص 90)

5. المظاهر الانفعالية والضغط النفسية لآباء (أمهات) الطفل المعاق بصريا:

إن إبلاغ الآباء بأن طفلهم لديه إعاقة بصرية يؤدي إلى إحداث خبرات انفعالية صعبة، فالإعاقة لم تكن ضمن تفكيرهم ولا معتقداتهم وبالتالي فهم لا يعرفوا كيف يتعاملوا مع الموقف نظرا لاستبعاد ذلك من أفكارهم. وهنا تظهر لديهم عدة مشاعر انفعالية مختلفة يمرون بها وتختلف هذه المشاعر عند بعض الآباء لأن كل شخص يمتاز بخصوصية تميزه عن غيره وعلى أثر ذلك يستجيب بانفعالات مختلفة، فعلى سبيل المثال نجد بعض الآباء يفضل الحديث مع أشخاص آخرين أو آباء آخرين حول مشكلة خاصة ويجمع المعلومات حول طبيعة الإعاقة البصرية من مصادر مختلفة، بينما نجد آخرون يميلون إلى مناقشة

صعوباتهم ضمن نطاق الأسرة ... ومن الطبيعي أن يمر الآباء بهذه الانفعالات لطبيعة الموقف، وتتمثل ردود الفعل الانفعالية لدى أمهات المعاقين بصريا في:

- **الأسى:** بعد حدوث صدمة التشخيص، فإن العديد من الآباء يبدأ بتطوير مشاعر شديدة من الأسى قد تكون مشابهة في درجتها وشدتها إلى تلك التي تحدث بسبب فقدان شخص عزيز علينا، فهم يشعرون بأنهم فقدوا حلم الطفل الطبيعي، وهنا يدركون أن حياتهم تكون أصعب مما خطط لها ومختلفة عن ما تخيلوه.

- **الإثم:** يرتبط كف البصر بإحداث مشاعر الإثم وبطرق مختلفة، فمنهم من يلومون أنفسهم لامتلاكهم طفل معاق بصريا، لأن بعض الآباء يعتقدون بأن الإعاقة البصرية حدث نتيجة الممارسات التي كانوا يقومون بها قبل مجيء الطفل، فبعض الأمهات أحيانا تعتقد أن ابنها المعاق كان نتيجة لإهمالها بصحتها خلال فترة الحمل.

- **الخوف والقلق:** يعاني الآباء من مشاعر القلق والخوف، فهم قلقين على مستقبل طفلهم وعلى سلامته وأمنه خلال تنفيذ الأنشطة الحياتية اليومية والتي قد تهدد بسبب وجد العوائق أو العوامل المسببة لذلك والناجمة عن عدم قدرته على رؤية الأشياء في البيئة التي يتفاعل معها الطفل المعاق بصريا، فالخوف على استقلاليته في تنفيذ أنشطته يؤدي بالآباء إلى عدم تشجيع أطفالهم على ذلك نتيجة وجود معوقات في البيئة، وقد تكون هذه المخاوف نابعة من الآخرين الذين يشجعوا الآباء دائما ويذكروهم بمراقبة الطفل والتأكيد على حفظ سلامته.

- **الاستياء:** فنظرتهم إلى حياة الأسرة الأخرى السليمة تساعد ظهور هذه المشاعر، وكذلك فإن استمرار الآباء بإشعار الطفل بأنه هو السبب وراء إحداث التغيرات المختلفة فإن مشاعر الاستياء أيضا تستهدف الطفل.

- **الإنكار:** ينظر إليها بأنها من الاستجابات الشائعة الانتشار بين الأسر التي تمتلك طفل معاق بصريا، وهذا السلوك قد يأخذ أشكال عديدة، فبعض الأسر أو الآباء يرفضوا بأن عليهم السلوك ضمن مدى محدد يخدم الطفل، بعض الآباء ينكرون تشخيص الإعاقة البصرية، أو قد ينكرون أن هذه الإعاقة قد تؤثر على تطور الطفل ونموه، وبالطبع فإن نتيجة الإنكار قد تؤدي إلى تأخير إلحاق الطفل ببرامج التدخل المبكر وبالتالي عدم حصول الطفل على الفوائد المتوقعة لخدمات التربية الخاصة (الزريقات، 2006، ص 287، 289)

خلاصة الفصل:

من خلال ما تطرقنا إليه في الفصل السابق نرى بأن الإعاقة البصرية تؤثر على الفرد المعاق في مواطن متعددة، فهي تؤثر على مظاهر النمو اللغوي والنفسي، والاجتماعي والمعرفي والتحصيل الأكاديمي، بالإضافة إلى هذا التأثير فإن وجود طفل معاق بصريا في الأسرة يترتب عليه الكثير من التحديات التي يجب على الأسرة أن تواجهها والضغوط النفسية التي عليها أن تتعامل معها، فمرحلة دخول المدرسة ومرحلة المراهقة، ومرحلة الرشد كلها مراحل يمر بها الطفل المعاق بصريا ويحد ذاتها تشكل مصدرا من مصادر الضغوط النفسية.

ولهذا ما يجب على الأسرة وبصفة خاصة الأم هو استيعاب طفلها المعاق وتدعيم نموه النفسي والوجداني وتنمي وعيه الاجتماعي وإعداده لمواجهة الحياة وإكسابه أكبر قدر ممكن من الخبرات من أن ينشأ فردا ناجحا متوافق في كل المجالات وهذا ما من شأنه أن يقلل من إحساسه بالعزلة بينهم. بالإضافة إلى إحساس الأم بنجاح طفلها واندماجه وتقبله من طرف الآخرين يقلل من حدة الضغوط التي تتعرض إليها ويزيد من تقبلها لطفلها.

الجانب الميداني

الفصل السادس:

الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

1. منهجية الدراسة.
2. مجتمع وعينة الدراسة الأساسية.
3. أدوات الدراسة.
4. الأساليب الإحصائية المستخدمة.

خلاصة الفصل

تمهيد:

بعد عرضنا للجانب النظري لهذه الدراسة والتي تمثلت في تحديد إشكالية الدراسة وتساؤلاتها، أهداف الدراسة، ثم عرض ما يتعلق بمتغيرات الدراسة بداية بفصل الضغوط النفسية، ثم استراتيجيات المواجهة وأهم عناصره، وفصل لكل من الإعاقة السمعية ومختلف مفاهيمها، والإعاقة البصرية ومختلف مفاهيمها.

وتناولنا في هذا الفصل الدراسة الميدانية باعتبارها حلقة وصل بين الجانب النظري والمعطيات والنتائج المتحصل عليها، فهي الركيزة الأساسية لكل بحث علمي، ويأتي في مقدمتها توضيح لمنهج الدراسة، وكذلك تحديد مجتمع الدراسة ووصف خصائص العينة، وتوضيح لكيفية بناء أدوات البحث، والتأكد من الخصائص السيكومترية لهذه الأدوات من حيث الصدق والثبات والكيفية التي أجري بها البحث الميداني، وكذا الأساليب الإحصائية التي تمت بها معالجة البيانات.

1. منهج الدراسة:

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

والمنهج الاستكشافي هو الذي يميزه أن الباحث يدخل الميدان وهو لا يعرف الأبعاد الحقيقية للظاهرة التي يدرسها، الأمر الذي يجعله يحصر اهتمامه في استكشاف كل جوانب الظاهرة أو المشكلة. (أنجرس، 2008).

ويعرف بشير صالح المنهج الوصفي بأنه " مجموعة من الإجراءات البحثية لوصف الظاهرة أو موضوع الدراسة محل البحث (الرشيدى، 2000، ص 59). وقد تم الاعتماد عليه في دراستنا الحالية لأنه يصف مستوى الضغوط لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الحسية (سمعية/ بصرية) واستراتيجيات مواجهتها بعد استكشاف هذه الظاهرة.

2. مجتمع وعينة الدراسة الأساسية:

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

2. 1. حدود الدراسة الأساسية:

2. 1. 1. الحدود المكانية :

تمت في مدرسة صغار المكفوفين (الأطفال المكفوفين بالرياح)، ومدرسة الأطفال المعاقين سمعياً بالرقبية- الوادي.

2. 1. 2. الحدود الزمنية :

امتدت فترتها من 12 مارس 2019 إلى غاية 12 ماي 2019

2. 1. 3. الحدود البشري:

تتمثل في أفراد عينة البحث وهم أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الحسية (سمعياً، بصرية) 30م.

2.2. عينة الدراسة:

2.2.1. وصف عينة الدراسة:

تم اختيار العينة بالطريقة القصدية عن طريق الخبرة (من خلال الاتصال بالمدارس المختصة بالمعاقين بصريا وسمعيا، وهو ما يسمح بالتواصل مع أمهات الأطفال)، حسب خصائص أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الحسية (سمعية، بصرية) .

2.2.2. خصائص العينة:

- خصائص العينة حسب متغير جنس الطفل المصاب:

جدول (2) خصائص العينة حسب متغير جنس الابن المصاب ونوع الإعاقة

النسبة المئوية	التكرار	نوع الإعاقة	الجنس
%23.33	7	سمعية	ذكر
%23.33	7	بصرية	
%26.66	8	سمعية	أنثى
%26.66	8	بصرية	
100	30	المجموع	

يتبين من خلال الجدول أن نسبة الذكور المعاقين سمعيا تقدر ب (23.33 %)، وهي مساوية لنسبة الذكور المعاقين بصريا. أما لنسبة الإناث المعاقين سمعيا قدرت ب(26.66%) وهي أيضا متساوية مع نسبة الإناث المعاقين بصريا.

- خصائص العينة حسب متغير المؤهل الدراسي للأم:

جدول (3) خصائص العينة حسب متغير المؤهل الدراسي للأم

النسبة المئوية	التكرار	المستويات
%37.14	13	بدون مستوى
%16.66	5	الابتدائي
%20	7	المتوسط
%11.42	4	الثانوي

الجامعي	1	1%
المجموع	30	100%

حسب الجدول يتضح أن أعلى نسبة هي (37.14 %) وهي تمثل الأمهات اللاتي مؤهلن بدون مستوى، تليها نسبة (16.66 %) وتمثل الأمهات ذوات المستوى الابتدائي، وتليها الأمهات ذوات المستوى المتوسط بنسبة (20 %)، أما الأمهات ذوات المستوى التعليمي الثانوي فكانت نسبتها (11.42 %) أما أدنى نسبة هي المستوى الجامعي بنسبة (1 %).

جدول (4) خصائص العينة حسب شدة الإعاقة:

شدة الإعاقة	التكرارات	النسبة المئوية
شديدة	23	76.66%
متوسطة	7	23.8%
ضعيفة	0	0%
المجموع	30	100%

يتبين من الجدول رقم (4) أن أعلى نسبة كانت لفئة ذوي الإعاقة الشديدة (76.66%)، وتليها نسبة المعاقين بدرجة متوسطة بنسبة (23.8%). أما لفئة الإعاقة التي شدتها ضعيفة فكانت منعدمة (0%).

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 1).
- استبيان الضغوط النفسية (الملحق رقم 2).
- استبيان استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية (الملحق رقم 3).

3. 1. استمارة البيانات الشخصية:

استمارة البيانات الشخصية للحصول على المعلومات الأولية عن المفحوصات،
وتضمنت ما يلي:

- جنس الطفل المصاب .
- نوع الإعاقة.
- شدة الإعاقة .
- المؤهل الدراسي للأم .

3. 2. مقياس الضغط النفسي:

قامت الباحثة بالإطلاع على الإطار النظري والدراسات التي تناولت الضغوط النفسية بصفة عامة والضغوط التي تناولت الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، ولقد تم الأخذ بمقياس الباحثة " جبالى صباح" في دراستها حول الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون.

3. 2. 1. التعليم:

تم إعداد التعليم المتعلقة بالإجابة على بنود الاستبيان بحيث راعت فيها الباحثة الوضوح والدقة، ومدى قدرتها على إيصال ما وضعت لأجله، وتضمن عدد بنود الاستبيان وطريقة الإجابة على البنود، بحيث طلب من المفحوص إبداء إجابتها وما يتناسب مع وضعيتها، واستمارة البيانات الشخصية (الملحق رقم 4).

3. 2. 2. تحكيم الاستبيان:

بعد الانتهاء من صياغة التعليم، وتجهيز الاستبيان، قامت الباحثة بإنجاز مقدمة للاستبيان تتضمن عنوان الدراسة، وبدائل الإجابة وتساؤلات الدراسة.

تم عرض الاستبيان على محكمين من أساتذة هيئة التدريس بقسم علوم تربية بجامعة حماة الأخضر بالوادي، وذلك من أجل ما يلي:

- مدى وضوح الأبعاد وملائمتها لقياس ما أعدت لأجله.
- مدى وضوح البنود وملائمتها لقياس ما أعدت لأجله.
- مدى انتماء البند للبعد الذي يمثله.

- اقتراح حذف أو نقل أو إعادة صياغة البنود.
- وقد أسفرت آراء المحكمين على ملائمة الاستبيان للبحث الحالي .
3. 2. 3. وصف الاستبيان:

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

جدول (5) توزيع بنود استبيان الضغط النفسي

الأبعاد	أرقام البنود
1. الأعراض العضوية	1، 8، 15، 22، 29
2. الأعراض الانفعالية	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 الاجتماعية	5، 11، 18، 26، 32
7. مشكلات الخوف من المستقبل	6، 12، 19، 25، 33

3. 2. 4. التنقيط على أساس البدائل:

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

جدول (6) تنقيط على أساس بدائل إجابة استبيان الضغط النفسي

الإجابة	البدائل	نعم	أحيانا	لا
وزن البند		2	1	0
الدرجة الكلية		70	35	0

3. 2. 5. تصحيح الاستبيان:

جدول (7) تصحيح الاستجابة الكلية لاستبيان الضغط النفسي

الدرجة الكلية المتحصل عليها	مستوى الضغوط النفسية
من 47 إلى 70	ضغط نفسي مرتفع
من 24 إلى 46	ضغط نفسي متوسط
من 0 إلى 23	ضغط نفسي منخفض

وعليه فان أعلى درجة محتملة للمقياس هي 70 واقل درجة محتملة هي 0 ، وتشير ارتفاع الدرجات التي تحصل عليها أم الطفل المصاب بإعاقة حسية (سمعية، بصرية) من 47 إلى 70 على أنها تعاني من ضغوط نفسية مرتفعة والعكس إذا تحصلت على درجات منخفضة من 23 إلى 0 فهي لا تعاني من الضغوط النفسية أو أنها تعاني منها ولكن بنسبة منخفضة، أما إذا تحصلت على درجات من 24 إلى 46 فان الأم في هذه الحالة تعاني من ضغوط نفسية متوسطة.

3. 2. 6. طريقة تطبيق المقياس:

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

3. 2. 7. الخصائص السيكومترية للمقياس:

- **عينة التقنين:** تم فيها تطبيق المقياس على 30 أم طفل مصاب بإعاقة حسية (سمعية، بصرية) وذلك لحساب الخصائص السيكومترية للمقياس.

- الصدق:

تم الاعتماد في هذه الدراسة على حساب صدق المقارنة الطرفية لتأكد من صدق المقياس، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (8) يوضح الفروق بين معامل ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس وكذلك معامل

ألفا كرومباخ.

معامل ألفا كرومباخ بعد استبعاد الفقرة	معامل ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس	رقم الفقرة
0.89	0.50	1
0.88	0.67	2
0.89	0.32	3
0.88	0.64	4
0.89	0.45	5
0.89	0.15	6
0.89	0.29	7
0.89	0.33	8
0.89	0.62	9
0.89	0.50	10
0.88	0.66	11
0.89	0.55	12
0.89	0.52	13
0.88	0.69	14
0.88	0.66	15
0.89	0.41	16
0.89	0.62	17
0.89	0.46	18
0.89	0.44	19
0.89	0.44	20
0.89	0.56	21
0.89	0.49	22
0.89	0.49	23
0.88	0.68	24

0.89	0.34	25
0.89	0.29	26
0.89	0.34	27
0.89	0.00	28
0.89	0.13	29
0.90	0.01	30
0.89	0.39	31
0.88	0.12	32
0.89	0.11	33
0.90	0.11	34
0.89	0.40	35

من خلال الجدول (8) يتبين أن قيمة ألفا كرونباخ تراوحت درجتها ما بين (0.80) إلى (0.90)، وهذا يدل على أن المقياس يتميز بدرجة عالية من الصدق.

- الثبات:

ومن أجل التأكد ثبات المقياس، تم حساب معامل الثبات بطريقتين مختلفتين، وهما ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية بحساب معاملي: سبيرمان براون وجيتمان كما هو موضح في الجدول التالية:

جدول (9) حساب ثبات استبيان الضغوط النفسية بمعامل ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية.

التجزئة النصفية		ألفا كرونباخ
جيتمان	سبيرمان براون	0.89
0.77	0.80	

من خلال الجدول (9) يتبين بأن درجة ألفا كرونباخ (0.89)، ودرجة كل من سبيرمان براون (0.80)، وجيتمان (0.77)، وهذا يدل على أن المقياس يتميز بدرجة عالية من الثبات.

3.3. استبيان استراتيجيات المواجهة:

قامت الباحثة بالإطلاع على الإطار النظري والدراسات التي تناولت استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية بصفة عامة و استراتيجيات التعامل مع الضغوط لدى أمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، ولقد تم الأخذ بمقياس الباحث " جبالي صباح" الذي تناولته في دراستها حول الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون.

3.3.1. التعليم:

تم إعداد التعليم المتعلقة بالإجابة على بنود الاستبيان بحيث راعت فيها الباحثة الوضوح والدقة، ومدى قدرتها على إيصال ما وضعت لأجله، وتضمن عدد بنود الاستبيان وطريقة الإجابة على البنود، بحيث طلب من المفحوص إبداء إجابتها وما يتناسب مع وضعيتها، واستمارة البيانات الشخصية (الملحق رقم4).

3.3.2. تحكيم الاستبيان:

بعد الانتهاء من صياغة التعليم، وتجهيز الاستبيان، قامت الباحثة بإنجاز مقدمة للاستبيان تتضمن عنوان الدراسة، وبدائل الإجابة وتساؤلات الدراسة. (الملحق رقم5). تم عرض الاستبيان على محكمين من أساتذة هيئة التدريس بقسم علوم تربية بجامعة حماة الأخضر بالوادي، وذلك من أجل ما يلي:

- مدى وضوح الأبعاد وملائمتها لقياس ما أعدت لأجله.
 - مدى وضوح البنود وملائمتها لقياس ما أعدت لأجله.
 - مدى انتماء البند للبعد الذي يمثله.
 - اقتراح حذف أو نقل أو إعادة صياغة البنود.
- وقد أسفرت آراء المحكمين على ملائمة الاستبيان للبحث الحالي .

3.3.3. وصف الاستبيان:

يتضمن الاستبيان نوعين من استراتيجيات المواجهة وهي:

الاستراتيجيات الايجابية: وتتكون من (20) بند موزعة على (4) أبعاد بحيث أن كل يتضمن (5) بنود.

الاستراتيجيات السلبية: وتتكون من 15 بند موزعة على 3 أبعاد.

جدول (10) توزيع استبيان استراتيجيات المواجهة.

الأنواع	الأبعاد	أرقام البنود
الاستراتيجيات الإيجابية	طلب المعلومة	29، 15، 1، 2
	التخطيط	30، 18، 17، 4، 3
	التقبل	31، 20، 9، 6، 5
	التدين	35، 28، 27، 14، 13
الاستراتيجيات السلبية	الإنكار	34، 22، 21، 8، 7
	الانسحاب	33، 26، 25، 12، 11
	لوم الذات	32، 24، 23، 19، 10

3.3.4. التنقيط على أساس البدائل:

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

جدول (11) تنقيط على أساس بدائل إجابة الاستبيان استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي.

الإجابة	البدائل	نعم	أحيانا	لا
وزن البند	2	1	0	0
درجة الاستراتيجيات	40	20	0	0

			الايجابية
0	15	30	درجة الاستراتيجيات السلبية
0	35	70	الدرجة الكلية

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

3.3.5. مفتاح التصحيح:

جدول (12) تصحيح الاستجابة الكلية لاستبيان استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي

الدرجة المتحصل عليها على كل نوع من الاستراتيجيات	نوع الاستراتيجيات المتبعة
0-40	الاستراتيجيات الايجابية
0-30	الاستراتيجيات السلبية

وعليه فإن أعلى درجة للاستبيان هي 70 وأقل درجة محتملة هي 0، لكن لا يمكن الأخذ بالدرجة الكلية دون تنقيط كل نوع من الاستراتيجيات على حدى بمعنى يصحح الاستبيان على قسمين قسم يمثل النوع الأول من الاستراتيجيات وهي الايجابية حيث تتراوح بين 0-40 وقسم يمثل النوع الثاني من الاستراتيجيات وهي السلبية حيث تتراوح الدرجة من 0-30، وتشير ارتفاع الدرجات التي تتحصل عليها أم الطفل المصاب بإعاقة حسية (سمعية، بصرية) في كل نوع من الاستراتيجيات على أنها تعتمد على الاستراتيجيات بدرجة كبيرة في حين أن انخفاض الدرجات التي تتحصل عليها الأم يدل على عدم انتهاجها لذلك النوع من الاستراتيجيات .

3.3.6. الخصائص السيكومترية للمقياس:

- الصدق:

تم الاعتماد في هذه الدراسة على حساب صدق المقارنة الطرفية لتأكد من صدق المقياس، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (13) يوضح الفروق بين معامل ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس وكذلك معامل

ألفا كرومباخ.

معامل ألفا كرومباخ بعد استبعاد الفقرة	معامل ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس	رقم الفقرة
0.72	0.48	1
0.71	0.59	2
0.72	0.51	3
0.72	0.57	4
0.70	0.71	5
0.74	0.00	6
0.74	0.22	7
0.74	0.03	8
0.74	0.00	9
0.74	0.00	10
0.74	0.37	11
0.73	0.34	12
0.74	0.21	13
0.73	0.44	14
0.73	0.39	15
0.74	0.21	16
0.74	0.25	17
0.75	-0.03	18

0.74	0.19	19
0.72	0.62	20
0.72	0.45	21
0.74	0.19	22
0.73	0.29	23
0.74	0.23	24
0.73	0.30	25
0.75	-0.18	26
0.75	-0.11	27
0.74	0.12	28
0.74	0.11	29
0.72	0.48	30
0.76	-0.10	31
0.74	0.03	32
0.75	0.06	33
0.75	-0.14	34
0.76	-0.19	35

من خلال الجدول (13) يتبين أن قيمة ألفا كرونباخ تراوحت درجتها ما بين (0.70 إلى 0.76)، وهذا يدل على أن المقياس يتميز بدرجة عالية من الصدق.

- الثبات:

ومن أجل التأكد ثبات المقياس، تم حساب معامل الثبات بطريقتين مختلفتين، وهما ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية بحساب معاملي: سبيرمان براون وجيتمان كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (14) يوضح حساب ثبات استبيان استراتيجيات المواجهة بألفا كرونباخ والتجزئة

النصفية.

التجزئة النصفية		ألفا كرونباخ
جيتمان	سبيرمان براون	0.80
0.30	0.31	

من خلال الجدول يتبين بأن درجة ألفا كرونباخ (0.80)، ودرجة كل من سبيرمان براون (0.31)، وجيتمان (0.30)، وهذا يدل على أن المقياس يتميز بدرجة عالية من الثبات.

4. الأساليب الإحصائية:

وقامة الباحثة بمعالجة البيانات باعتمادها 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 أو اعتدال صفات أفراد العينة وكذا حساب الانحراف المعياري لمعرفة طبيعة توزيع أفراد العينة.
- معامل ألفا كرونباخ وسبيرمان وبراون 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 للكشف عن دلالة الفروق في متغير جنس الابن المصاب، وشدة الإعاقة.
- اختبار تحليل التباين الأحادي (ONE WAY ANOVA) من أجل الكشف عن دلالة الفروق في درجة تحليل الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها.

الفصل السابع:

عرض ومناقشة نتائج الدراسة

1. عرض نتائج:

- 1.1. عرض نتائج التساؤل الأول.
1. 2. عرض نتائج التساؤل الثاني.
1. 3. عرض نتائج التساؤل الثالث.
1. 4. عرض نتائج التساؤل الرابع.
1. 5. عرض نتائج التساؤل الخامس.
1. 6. عرض نتائج التساؤل السادس.
1. 7. عرض نتائج التساؤل السابع.
1. 8. عرض نتائج التساؤل الثامن.

2. مناقشة نتائج الدراسة:

2. 1. عرض نتائج التساؤل الأول.
2. 2. عرض نتائج التساؤل الثاني.
2. 3. عرض نتائج التساؤل الثالث.

2. 4. عرض نتائج التساؤل الرابع.
2. 5. عرض نتائج التساؤل الخامس.
2. 6. عرض نتائج التساؤل السادس.
2. 7. عرض نتائج التساؤل السابع.
2. 8. عرض نتائج التساؤل الثامن.

الخاتمة.

اقتراحات.

1. عرض النتائج:

1. 2. عرض نتائج التساؤل الأول :

- ما مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الحسية (سمعية، بصرية)؟.

للإجابة عن هذا التساؤل استخدمت الباحثة طريقتين مختلفتين لتحديد مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الحسية (سمعية، بصرية)، والطريقة الأولى تركز على معالجة درجات أفراد العينة على مقياس الضغوط النفسية ومقارنة المتوسط الحسابي للمتوسط الفرضي (35) للمقياس الذي تم الحصول عليه من خلال ضرب التقدير المتوسط لكل فقرة في عدد العبارات و باستخدام اختبار (one samples teste, t) نحصل على الجدول التالي:

جدول رقم (15) يوضح إختبار (one samples teste,t)

	المتوسط	الانحراف	الفرق بين المتوسط	T	Df	Sig
مستوى الضغوط	22.20	2.31	-12.8	-5.52	29	0.00

يتضح من الجدول رقم (15) أن قيمة المتوسط الحسابي (22.20) وهي أقل قيمة من المتوسط الفرضي للمقياس، وهذا يدل على أن مستوى الضغوط النفسية منخفض. وقد بلغت قيمة SIG (0.00) وهي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05).

واعتمدت الطريقة الثانية على تحديد مستويات أفراد العينة في مقياس الضغوط النفسية باستخدام المقارنة بين التكرارات:

جدول (16) يوضح تكرارات أفراد العينة حسب المستويات المختلفة لمستوى الضغوط النفسية.

النسبة المئوية	تكرارات أفراد العينة	المستويات
36.6%	11	منخفض (0 - 23)
56.6%	17	متوسط (24 - 46)
6.6%	2	مرتفع (47 - 70)
100%	30	المجموع

من خلال الجدول (16) تبين أن عدد الأمهات في المستوى المنخفض بلغ (11) أم من مجموع (30) أم، بنسبة مئوية تقدر ب(36.6%). بينما في المستوى المتوسط بلغ (17) أم من أصل (30)، بنسبة (56.6%)، أما في المستوى المرتفع فقد بلغت تكرارات الأمهات (2) من أصل (30)، بنسبة (6.6%)، وهذا يدل أن المستوى المتوسط احتل أعلى نسبة مقارنة بالمستوى المنخفض في المرتبة الثانية، والمستوى المرتفع في المرتبة الثالثة. وهذه النسبة تؤكد على أن نسبة الضغوط لدى الأمهات تقع في المستوى المتوسط.

ولقد استعانت الباحثة باستخدام الملامح الوصفية الإحصائية لدرجات أفراد العينة وذلك باستخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، والمنوال والمدى والمئينيات لدرجات أفراد العينة على كافة أبعاد استبيان الضغوط النفسية، وقد ظهرت النتائج في الجدول التالي:

الجدول (17) يوضح الملامح الإحصائية لدرجات أفراد العينة

مشكلات الخوف من المستقبل	المشكلات الاجتماعية	المشكلات الصحية	مشكلات الوظائف الاستقلالية	المشكلات المادية	الأعراض الانفعالية	الأعراض العضوية	
5.6	0.9	3.9	1.3	4.9	2.0	3.6	متوسط
5.4	0.9	3.96	1.3	4.93	2.03	3.6	وسيط
8.0	0.0	0.0	4.0	8.0	0.0	0.0	المنوال
3.08	1.06	3.15	2.80	3.09	2.2	3.00	الانحراف المعياري
10.0	4.0	10.0	10.0	10.0	7.00	9.00	المدى
0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	المتنديات

جدول (18) يوضح ترتيب الأبعاد حسب المتوسطات:

المتوسط الحسابي لكل بعد	المتوسط الحسابي	الأبعاد	الترتيب
5	5.6	مشكلات الخوف من المستقبل	1
5	4.9	المشكلات المادية	2
5	3.9	المشكلات الصحية	3
5	3.6	الأعراض العضوية	4
5	2.0	الأعراض الانفعالية	5
5	1.3	مشكلات الوظائف الاستقلالية	6
5	0.9	المشكلات الاجتماعية	7

يتضح من خلال الجدولين (17) و(18) أن مستوى الضغوط النفسية منخفض حيث بلغ مجموع المتوسطات على الدرجة الكلية (22.20)، أما ترتيب الأبعاد فقد جاء في المرتبة الأولى "مشكلات الخوف من المستقبل" حيث بلغ متوسط إجابات أمهات الأطفال المصابون بإعاقة حسية (سمعية، بصرية) (5.6) وهي أعلى درجة من المتوسط الحسابي للبعد، وبالتالي تدل على ضغوط مرتفعة في هذا البعد، مما يوحي أن هاجس الخوف من المستقبل هو أكثر ما يجعل الأم في حالة ضغط وتوتر، تليها في المرتبة الثانية بعد المشكلات المادية بمتوسط (4.9) وهذه نسبة مرتفعة كذلك، وهذا يدل على أن التكفل بطفل مصاب بإعاقة حسية يحتاج لتكاليف مادية وفيرة حتى تلبى مطالبه من تدريب علاج، وغذاء ودراسة...، وبلي ذلك بعد المشكلات الصحية، وهذا يدل على أن الأمهات يعشن في قلق على صحة أبنائهم ويخافون على فقدانهم. أما المستوى الرابع فقد بلغ متوسط الأعراض العضوية (3.6) وهي تقع ضمن الدرجة المتوسطة بالنسبة لمتوسط البعد، وهذا يدل على أن أعراض الضغط تبدوا على الأم بسبب الإعاقة الحسية (سمعية، بصرية)، أما الأبعاد الأقل تواترا فهي على الترتيب: الأعراض الانفعالية (2)، مشكلات الوظائف الاستقلالية (1.5)، المشكلات الاجتماعية (0.9) وهي تدل على مستوى منخفض في هذه الأبعاد.

1.1. عرض نتائج التساؤل الثاني:

- ما نوع استراتيجيات المواجهة المتبعة من طرف أمهات الأطفال المصابون بإعاقة حسية (سمعية، بصرية)؟.

وللإجابة عن هذا التساؤل، استخرجت الباحثة المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية والمنوال لدرجات أفراد العينة على كافة الإستراتيجيات، وقد ظهرت النتائج في الجدول التالي:

الجدول (19) يوضح الملامح الإحصائية لدرجات أفراد العينة

متوسط	ايجابية 1	ايجابية 2	ايجابية 3	مجموع	ايجابية 4	ايجابية 3	ايجابية 2	ايجابية 1	مجموع
14.3	5.2	9.5	5.5	28.4	8.7	5.5	9.5	3.4	14.3
13	4.5	10.0	6.0	64.5	10.0	6.0	10.0	3.0	13
9	10.0	10.0	6.0	36	10.0	6.0	10.0	1.0	9
5.79	3.7	0.7	2.2	8.4	2.0	2.2	0.7	2.5	5.79
-1.6	0.13	-1.2	-0.06	-2.89	-1.5	-0.06	-1.2	1.2	-1.6
1.2	0.4	0.4	0.4	1.6	0.4	0.4	0.4	0.4	1.2

جدول (20) يوضح ترتيب أبعاد استراتيجيات المواجهة حسب المتوسطات:

الترتيب	الأبعاد	المتوسط الحسابي	المتوسط الكلي لكل بعد
1	التدين	9.5	5
2	التقبل	8.7	5
3	الإنكار	8.3	5
4	التخطيط	5.5	5
5	طلب المعلومة	5.2	5
6	الانسحاب	3.4	5
7	لوم الذات	2.6	5

يتضح من الجدولين (19) (20) أن الأهميات يتبعن الاستراتيجيات الإيجابية والسلبية في مواجهة الضغوط النفسية، لكن الاستراتيجيات الإيجابية احتلت المراتب الأولى في البعدين الأول والثاني، حيث احتل الترتيب الأول "بعد التدين" بمتوسط إجابات الأهميات (9.5) وهي نسبة أعلى من المتوسط العام للبعد، مما قد يوحي بأن الأهميات يواجهن

الضغط الناجم عن إصابة أبنائهم بالرجوع للوازع الديني، فيعطون للحدث الضاغط معنى ديني، وقد احتلت استراتيجيات "التقبل" المرتبة الثانية حيث بلغ متوسطها (8.7) وهي كذلك أعلى من المتوسط العام للبعد، مما يعني أن الأمهات يتوصلن إلى مرحلة تقبل الإعاقة بعد مرورهن بالمراحل الأولى الصدمة والإنكار والرفض ليتوصلن أخيرا إلى مرحلة تقبل الابن كما هو. بينما احتلت الاستراتيجيات السلبية المرتبة الثالثة في بعدها الثاني الإنكار بمتوسط (8.3) وهي أعلى درجة من المتوسط الكلي للبعد، ويلجأن إليها الأمهات لا شعوريا لإنكار إعاقة أبنائهن وتجاهلها حتى يستطعن التكيف معها والتعامل معه كأنه شخص عادي مقارنة بغيره مع أبناء المجتمع الذي غالبا ما يعتبر الإعاقة وصمة عار للعائلة وخاصة للأم. بينما احتلت الاستراتيجيات الإيجابية التخطيط المرتبة الرابعة بمتوسط (5.5) وهذا يدل أن الأمهات يحاولن التخطيط لمستقبل أبنائهم، وذلك من خلال تدريبهم على مهاراتهم الخاصة، وتعليمهم وإحاقهم بالمدارس المخصصة لتعليمهم. وقد تلتها مباشرة الاستراتيجيات الإيجابية طلب المعلومة (5.2) مما يؤكد أن أغلب الأمهات حتى وإن كنا أميات فإنهن يلجأن إلى طلب المعلومة بخصوص إصابة أبنائهن بالإعاقة الحسية (سمعية، بصرية) من عند أخصائيين حتى يتاح لهن التعرف على الإعاقة وكيفية التعامل مع الطفل المصاب، أما الاستراتيجيات الأقل تواترا فهي على التوالي الاستراتيجيات السلبية الانسحاب واستراتيجيات لوم الذات بمتوسطات بلغت (3.4) و(206) على الترتيب وهذا يعني أن الأمهات لا يميلون إلى الانسحاب من المشكلة والانعزال عن المحيطين، كما أنهن لا يلقين اللوم على أنفسهم وبأنهن لسن السبب في إصابة أبنائهن بهذه الإعاقة. وبهذا يمكن القول بأن الاستراتيجيات الإيجابية أكثر استخداما من طرف الأمهات، ماعدا في البعد الأول من الاستراتيجيات السلبية كان هناك استخدام كبير لها.

1.3. عرض نتائج التساؤل الثالث:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بإعاقة حسية (سمعية، بصرية) تعزى لمتغير جنس الابن المصاب؟.

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

جدول (21) دلالة الفروق في مستوى الضغوط النفسية تبعا لمتغير جنس الابن المصاب

الأبعاد	الجنس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T	Df	Sig	الدلالة
الأعراض العضوية	ذكر (14)	2.7	1.07	-1.4	28	0.1	غير دالة
	أنثى (16)	4.3					
الأعراض الإنفعالية	ذكر (14)	0.9	0.7	-2.8	28	0.009	دالة
	أنثى (16)	3.0					
المشكلات المادية	ذكر (14)	3.7	1.07	-1.9	28	0.05	غير دالة
	أنثى (16)	5.9					
مشكلات الوظائف الإستقلالية	ذكر (14)	0.3	0.9	-1.7	28	0.85	دالة
	أنثى (16)	2.1					
المشكلات الصحية	ذكر (14)	3.2	1.1	-1.2	28	0.22	غير دالة
	أنثى (16)	4.6					
المشكلات الإجتماعية	ذكر (14)	0.3	0.3	-2.9	28	0.06	غير دالة
	أنثى (16)	1.3					
مشكلات الخوف من المستقبل	ذكر (14)	5.2	1.1	-0.2	28	0.76	غير دالة
	أنثى (16)	5.6					
الدرجة الكلية	ذكر (14)	16.17	4.3	-2.3	28	0.02	دالة
	أنثى (16)	27.00					

يتبين من خلال الجدول (21) أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الحسية (سمعية، بصرية) لصالح الإناث في بعد الأعراض الانفعالي، حيث بلغت قيمة (sig) = 0.009 وهي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.05، وهذا يعني أن الأمهات التي لديهن بنات مصابين بإعاقة حسية (سمعية، بصرية) لديهم مستوى مرتفع من الضغوط النفسية بسبب الأعراض الانفعالية.

1. 4. عرض نتائج التساؤل الرابع:

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بإعاقة حسية (سمعية، بصرية) تعزى لمتغير نوع الإعاقة؟.

وللإجابة عن هذا التساؤل تم استخراج المتوسطات الحسابية، وإجراء اختبار (T) لمعرفة الفروق بين المجموعتين.

جدول (22) يوضح دلالة الفروق في مستوى الضغوط النفسية تبعاً لمتغير نوع الإعاقة

الأبعاد	نوع الإعاقة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T	Df	Sig	الدلالة
الأعراض العضوية	سمعية(15)	2.7	1.06	-1.62	28	0.11	غير دالة
	بصرية(15)	4.4					
الأعراض الانفعالية	سمعية(15)	1.7	0.82	-0.72	28	0.47	غير دالة
	بصرية(15)	2.3					
المشكلات المادية	سمعية(15)	4.7	1.14	-0.34	28	0.73	غير دالة
	بصرية(15)	5.1					
مشكلات الوظائف الإستقلالية	سمعية(15)	0.4	0.98	-1.82	28	0.07	غير دالة
	بصرية(15)	2.2					
المشكلات الصحية	سمعية(15)	2.8	1.09	-2.00	28	0.05	غير دالة
	بصرية(15)	5.06					
المشكلات	سمعية(15)	1.06	0.83	0.85	28	0.39	غير دالة

دالة					0.7	بصرية(15)	الإجتماعية
دالة	0.00	28	3.69	0.93	7.2	سمعية(15)	مشكلات
					3.7	بصرية(15)	الخوف من المستقبل
غير دالة	0.53	28	-0.62	4.68	20.7	سمعية(15)	الدرجة
					23.6	بصرية(15)	الكلية

من خلال الجدول (22) يتضح أن هناك فروق إحصائية في مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بإعاقة حسية (سمعية، بصرية) تعزى لمتغير الإعاقة السمعية في بعد مشكلات الخوف من المستقبل، حيث بلغت قيمة (SIG) = 0.00 وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يعني أن أمهات المعاقين سمعياً لديهم مستوى ضغوط أكثر من أمهات الأطفال المعاقين بصرياً. أما في باقي الأبعاد فكانت غير دالة عند مستوى الدلالة (0.05)

1.5. عرض نتائج التساؤل الخامس:

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال المصابين بإعاقة حسية (سمعية، بصرية) تعزى لمتغير شدة الإعاقة؟.

وللإجابة عن هذا التساؤل كان يجب الاعتماد على حساب تحليل التباين الأحادي (ONE WAY ANOVA)، لمعرفة ما إذا كانت فروق في مستوى الضغوط النفسية تعزى لمتغير شدة الإعاقة، غير أن إجابات أفراد العينة كانت محصورة بين الشديدة، و المتوسطة، ولم هناك خيارات في المستوى ضعيف، ومن هنا تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، ثم استخدام اختبار (T) لمعرفة دلالة الفروق، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (23) يوضح دلالة الفروق في مستوى الضغوط النفسية تبعاً لمتغير شدة الإعاقة

الأبعاد	شدة الإعاقة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T	Df	Sig	الدلالة
---------	-------------	-----------------	-------------------	---	----	-----	---------

غير دالة	0.80	28	-0.25	1.31	3.52	شديدة(23)	الاعراض	الفروق في الدرجات
					3.83	متوسطة(7)	العضوية	
غير دالة	0.60	28	-0.52	0.97	1.91	شديدة(23)	الأعراض	
					2.42	متوسطة(7)	الإنفعالية	
غير دالة	0.73	28	0.34	1.35	5.04	شديدة(23)	المشكلات	
					4.57	متوسطة(7)	المادية	
غير دالة	0.46	28	-0.74	1.22	1.08	شديدة(23)	مشكلات	
					2.00	متوسطة(7)	الوظائف الإستقلالية	
غير دالة	0.71	28	-0.37	1.38	4.08	شديدة(23)	المشكلات	
					3.57	متوسطة(7)	الصحية	
غير دالة	0.18	28	1.36	0.45	1.04	شديدة(23)	المشكلات	
					0.42	متوسطة(7)	الإجتماعية	
غير دالة	0.55	28	0.59	1.34	5.65	شديدة(23)	مشكلات	
					4.85	متوسطة(7)	الخوف من المستقبل	
غير دالة	0.91	28	0.11	5.57	22.34	شديدة(23)	الدرجة	
					21.71	متوسطة(7)	الكلية	

من خلال الجدول (23) يتضح أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بإعاقة حسية (سمعية، بصرية) تعزى لمتغير شدة الإعاقة، وهذا لأن جميع قيم SIG كانت أكبر من مستوى الدلالة (0.05) وهي كلها غير دالة إحصائياً.

ومن خلال المقارنة بين المتوسطات في الأبعاد نجد في البعد الأول أن نسبة المتوسط الحسابي للإعاقة الشديدة (3.52)، وهي أقل من المتوسطة (3.83)، وكذا فالبعد الثاني نجد المتوسط الحسابي للإعاقة الشديدة (1.91)، وهي أقل من المتوسطة (2.42).

أما فالبعد الثالث نجد قيمة المتوسط الحسابي في الشديدة (5.04) وهي أعلى من المتوسطة (4.57).

1.6. عرض نتائج التساؤل السادس:

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نوع استراتيجيات المواجهة المتبعة تعزى لمتغير جنس الابن المصاب؟.

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

جدول (24) دلالة الفروق في نوع استراتيجيات المواجهة المتبعة تبعا لمتغير جنس الابن المصاب.

الدلالة	Sig	Df	T	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الجنس	الاستراتيجيات	الفروق في الدرجات
غير دالة	0.54	28	0.61	1.37	5.71	ذكر (14)	إيجابية 1	
					4.87	أنثى (16)		
غير دالة	0.45	28	0.76	0.26	9.64	ذكر (14)	إيجابية 2	
					9.43	أنثى (16)		
غير دالة	0.41	28	0.82	0.82	5.92	ذكر (14)	إيجابية 3	
					5.25	أنثى (16)		
غير دالة	0.69	28	0.40	0.75	8.92	ذكر (14)	إيجابية 4	
					8.62	أنثى (16)		
غير دالة	0.15	28	-1.44	0.93	2.71	ذكر (14)	سلبية 1	
					4.06	أنثى (16)		
غير دالة	0.80	28	0.25	0.46	8.42	ذكر (14)	سلبية 2	
					8.31	أنثى (16)		
غير	0.40	28	-0.84	0.76	2.28	ذكر (14)	سلبية 3	

دالة					2.93	أنثى(16)	
غير دالة	0.98	28	-0.02	2.86	34.00	ذكر(14)	الدرجة الكلية
دالة					34.06	أنثى(16)	

يتبين من خلال الجدول (24) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نوع استراتيجيات المواجهة المتبعة جنس الابن المصاب، وهذا يدل على أن جنس الابن المصاب ليس له تأثير في تحديد نوع استراتيجيات المواجهة. أما من ناحية المتوسطات نجد في الاستراتيجيات الإيجابية الأولى أن المتوسط الحسابي للإناث (4.87) أقل من الذكور (5.71). بينما في السلبية الثانية نجد الإناث أكثر (4.06) من الذكور (2.71) وهذا يدل على أن هناك فروق من ناحية المتوسطات ولكنها كانت غير دالة إحصائياً وبهذا لا يمكن تعميمها.

1.7. عرض نتائج التساؤل السابع:

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نوع استراتيجيات المواجهة المتبعة تعزى لمتغير المستوى الدراسي للأم؟.

وللإجابة عن هذا التساؤل كان يجب الاعتماد على حساب تحليل التباين الأحادي (ONE WAY ANOVA)، لمعرفة ما إذا كانت هناك فروق جوهرية في نوع استراتيجيات المواجهة المتبعة تعزى لمتغير المستوى الدراسي للأم، وقد اتضحت النتائج في الجدول التالي:

جدول (25) يوضح تحليل التباين للكشف عن دلالة الفروق في نوع استراتيجيات المواجهة

تعزى لمتغير المستوى الدراسي للأم.

الدالة	SIG	DF	F	متوسط المربعات	مجموع المربعات		
غير	0.21	1	1.61	93.63	93.63	بين	الاستراتيجيات

دالة		28		58.04	1625.33	المجموعات	
						داخل المجموعات	
غير دالة	0.008	1	8.20	90.13	90.13	بين المجموعات	طلب المعلومة
		28		10.99	307.73	داخل المجموعات	
غير دالة	0.13	1	2.35	1.20	1.20	بين المجموعات	التدين
		28		0.51	14.26	داخل المجموعات	
غير دالة	0.08	2	3.15	14.70	14.70	بين المجموعات	التخطيط
		28		4.66	130.66	داخل المجموعات	
غير دالة	0.25	1	1.36	5.63	5.63	بين المجموعات	التقبل
		28		4.13	115.73	داخل المجموعات	
غير دالة	0.44	1	0.59	4.03	4.03	بين المجموعات	الإنسحاب
		28		6.83	191.33	داخل المجموعات	
غير دالة	0.66	1	0.18	0.30	0.30	بين المجموعات	الإنكار
		28		1.59	44.66	داخل المجموعات	
غير دالة	0.06	1	3.66	14.70	14.70	بين المجموعات	لوم الذات
		28		4.01	112.26	داخل	

						المجموعات	
--	--	--	--	--	--	-----------	--

جدول (26) يوضح الملامح الوصفية تبعا للمستوى الدراسي للأمم

أقل درجة	أعلى درجة	الانحراف المعياري	المتوسط	المستويات	
22.00	42.00	6.40	30.92	بدون مستوى (13)	الاستراتيجيات
23.00	52.00		34.80	ابتدائي (5)	
21.00	44.00		37.00	متوسط (7)	
28.00	44.00		36.00	ثانوي (4)	
39.00	39.00		39.00	جامعي (1)	
0.00	10.00	3.42	3.30	بدون مستوى (13)	طلب المعلومة
2.00	10.00		5.20	ابتدائي (5)	
3.00	10.00		7.71	متوسط (7)	
2.00	10.00		6.50	ثانوي (4)	
9.00	9.00		9.00	جامعي (1)	
8.00	10.00	0.76	9.61	بدون مستوى (13)	التدين
8.00	10.00		9.20	ابتدائي (5)	
9.00	1.00		9.57	متوسط (7)	
9.00	10.00		6.75	ثانوي (4)	
9.00	9.00		9.00	جامعي (1)	
1.00	10.00	2.45	4.76	بدون مستوى (13)	التخطيط
4.00	7.00		5.60	ابتدائي (5)	
4.00	8.00		6.00	متوسط (7)	
3.00	10.00		6.50	ثانوي (4)	

9.00	9.00		9.00	جامعي(1)	
3.00	10.00	2.32	8.07	بدون مستوى(13)	التقبل
5.00	10.00		9.00	ابتدائي(5)	
5.00	10.00		9.28	متوسط(7)	
5.00	10.00		9.50	ثانوي(4)	
8.00	10.00		10.00	جامعي(1)	
1.00	10.00		2.28	3.69		بدون مستوى(13)	الإنسحاب
1.00	9.00	4.00		ابتدائي(5)	
0.00	10.00	3.57		متوسط(7)	
0.00	5.00	2.25		ثانوي(4)	
0.00	5.00	1.00		جامعي(1)	
6.00	10.00	1.03		7.69	بدون مستوى(13)	الإنكار
8.00	10.00		8.40	ابتدائي(5)	
6.00	10.00		8.71	متوسط(7)	
9.00	10.00		9.75	ثانوي(4)	
9.00	9.00		9.00	جامعي(1)	
0.00	7.00		1.98	3.38	بدون مستوى(13)		لوم الذات
0.00	6.00	2.60		ابتدائي(5)	
0.00	6.00	1.71		متوسط(7)	
0.00	4.00	2.25		ثانوي(4)	
1.00	1.00	1.00		جامعي(1)	

من خلال الجدولين (25) (26) يتبين أنه لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) في نوع استراتيجيات المواجهة تبعا لمتغير المستوى الدراسي للأمم.

أما من ناحية المقارنة بين المتوسطات الحسابية سواء في الأبعاد السلبية، أو الإيجابية فنجد فروق في المتوسطات الحسابية مثلا أن في البعد الايجابي الأول (طلب المعلومة) كانت أعلى للمتوسط الحسابي الخاص بأمهات المستوى الجامعي، وتليها مباشرة المستوى المتوسط (7.71)، والمستوى الثانوي بمتوسط (6.50)، و الابتدائي (5.20)، واحتلت الأمهات التي بدون مستوى دراسي أقل متوسط (3.30). بمعنى أن الأمهات الأكثر تعليما يستخدمن الاستراتيجيات الإيجابية أكثر من الأقل تعليما. وأما في الاستراتيجيات السلبية الأولى (الانسحاب) مثلا فنجد أن الأمهات الأقل تعليما يستخدمن أكثر من الأمهات الأكثر تعليما وذلك من خلال المتوسطات فنجد أن الأمهات التي في المستوى الابتدائي وبدون مستوى هم أكثر استخداما بمتوسطات (4.00)، و(3.69) على الترتيب، والمستوى المتوسط (3.57)، وتأتي الأمهات ذوات المستوى الثانوي والجامعي أقل استخداما لها.

1. 8. عرض نتائج التساؤل الثامن:

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نوع استراتيجيات مواجهة الضغوط لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الحسية (سمعية، بصرية) تعزي لمتغير شدة الإعاقة؟.

- وللإجابة عن هذا التساؤل كان يجب الاعتماد على حساب تحليل التباين الأحادي (ONE WAY ANOVA)، لمعرفة ما إذا كانت فروق في مستوى الضغوط النفسية تعزي لمتغير شدة الإعاقة، غير أن إجابات أفراد العينة كانت محصورة بين الشديدة، و المتوسطة، ولم هناك خيارات في المستوى ضعيف، ومن هنا تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، ثم استخدام اختبار (T) لمعرفة دلالة الفروق، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (27) يوضح دلالة الفروق في نوع استراتيجيات مواجهة الضغوط لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الحسية (سمعية، بصرية) تبعا لمتغير شدة الإعاقة.

الأبعاد	شدة الإعاقة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T	Df	Sig	الدلالة
طلب المعلومة	شديدة(23)	4.69	1.56	-1.56	28	0.20	غير دالة
	متوسطة(7)	7.14					

غير دالة	0.12	28	0.42	0.31	9.56	شديدة(23)	التدين	الفروق في الدرجات
					9.42	متوسطة(7)		
غير دالة	0.67	28	-0.77	0.97	5.39	شديدة(23)	التخطيط	
					6.14	متوسطة(7)		
غير دالة	0.44	28	-0.76	0.88	8.60	شديدة(23)	التقبل	
					9.28	متوسطة(7)		
غير دالة	0.45	28	0.49	1.13	3.56	شديدة(23)	الإنسحاب	
					3.00	متوسطة(7)		
غير دالة	0.62	28	-0.83	0.54	8.26	شديدة(23)	الإنكار	
					8.71	متوسطة(7)		
غير دالة	0.60	28	-0.52	0.91	2.52	شديدة(23)	لوم الذات	
					3.00	متوسطة(7)		
غير دالة	0.20	28	-1.29	3.28	33.04	شديدة(23)	الدرجة الكلية	
					37.28	متوسطة(7)		

يتضح من خلال الجدول (27) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نوع استراتيجيات المواجهة تعزى لمتغير شدة الإعاقة.

أما من ناحية المقارنة بين المتوسطات فنجد أن في الاستراتيجيات الإيجابية الثالثة (التخطيط) المتوسط الحسابي لأمهات ذوي الإعاقة الشديدة (3.39)، أما ذوي الإعاقة المتوسطة (6.14). أما الاستراتيجيات السلبية الثالثة (لوم الذات) فكان هناك فروق من ناحية المتوسطات ففي المتوسط الحسابي لأمهات ذوي الإعاقة الشديدة(2.52) أقل من المتوسط الحسابي لذوي الإعاقة المتوسطة (3). وهذا يدل على أن هناك فروق من ناحية المتوسطات لكن هي غير دالة إحصائياً، ولا يمكن تعميمها.

2. مناقشة نتائج الدراسة:

2. 1. مناقشة التساؤل الأول:

- ما مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الحسية (سمعية، بصرية)؟

أظهرت نتائج الجدول (15) أن المتوسط الحسابي للدرجات الكلية لاستبيان الضغط النفسي هو هو (22.20) وهو أقل من المجال الفرضي للاستبيان الذي تعبر عنه الدرجة (35)، وبشكل دال إحصائياً، مما يشير إلى درجة الضغوط النفسية لدى أفراد العينة أقل من المتوسط الفرضي لأداة المقياس وبهذا تكون الإجابة على التساؤل أن مستوى الضغوط لدى أمهات الأطفال المصابين بإعاقة حسية (سمعية، بصرية) يعانون من مستوى منخفض من الضغوط.

وهذه النتيجة لا تتفق مع العديد من الدراسات الأجنبية منها (Chin et al)(2006) ، ودراسة (Singer et Kathleen)(1989) ودراسة (Manfred)(2000) بالإضافة إلى دراسة (Olley & Willaim)(1997)، والدراسة العربية دراسة رياض يعقوب ملكوش وخولة يحي (1995)، التي نصت كلها على وجود ضغط نفسي مرتفع عند أمهات الأطفال المعاقين ذهنياً ومتلازمة داون والتوحد، وترجع الباحثة إلى وجود هذا الاختلاف إلى طبيعة أبناء العينة (معاقين ذهنياً)، وهذه الفئة من ذوي الاحتياجات الخاصة لها مميزات الخاصة، بحيث أن المتخلف ذهنياً له العديد من النقائص في جميع مجالاته المهارية والحياتية المتعددة وهذا بسبب العجز في النمو العقلي مع قصور في السلوك التكيفي ، من مشكلات في الوظائف الاستقلالية، ومهارات الحياة اليومية، والاعتمادية الزائدة على الأم بدرجة كبيرة، وبالإضافة إلى طرق تعليم المعاق ذهنياً تكون في المراكز البيداغوجية للمعاقين ذهنياً، ويتلقون فيها مهارات أولية بسيطة تساعدهم على الاستقلالية الذاتية، ولا يتلقون برامج تعليمية كالمنهاج العادي مما يزيد من شعور الأم بنقص أكثر، على خلاف المعاقين بصرياً، وسمعياً فإنهم يدرسون كالعاديين لكن بطرق خاصة بهم وعلى حسب احتياجاتهم فقط. بالإضافة إلى ما يعانيه الطفل من أمراض التي يكون سببها أحياناً التشوهات الخلقية التي يولد بها على مستوى القلب أو الأمراض التي يعاني منها بسبب عدم قدرة جسمه على مقاومة أضعف الفيروسات مما يستلزم دخل مادي كبير من أجل توفير الدواء، والأكل الصحي، وأدوات وقاية خاصة، ويمكن أن يكون السبب في عدم وضوح التشخيص ومآل الإصابة عند الولادة عند الأطفال التوحيديين وهذا ما أورده نتائج (Ewa Pisula)(1999) وهذا كله يؤدي إلى ارتفاع في مستوى الضغوط للأم.

ولقد اتفقت الدراسة مع نتائج دراسة منى حسن عبد الله فرج التي ربطت الضغوط النفسية بمتغير احتياجات أولياء الأمور غير العاديين (المعاقين حركيا) وتوصلت إلى اتسام الضغوط النفسية بالانخفاض وبدرجة دالة إحصائيا. (صباح، منصورى، 2013، ص 201)

2.2. مناقشة التساؤل الثاني:

ما نوع استراتيجيات المواجهة المتبعة من طرف أمهات الأطفال المصابون بإعاقة حسية (سمعية، بصرية)؟

أظهرت نتائج الجداول (19) (20) أن أمهات الأطفال المصابون بإعاقة حسية (سمعية، بصرية) يستخدمون استراتيجيات إيجابية، وسلبية تتمثل فيما يلي:

- 27.14% من الأمهات من يستخدمن استراتيجيات التدين. (إيجابية)

- 24.85% من الأمهات يستخدمن استراتيجيات التقبل لمواجهة المشكل. (إيجابية)

- 23.71% من الأمهات يستخدمن استراتيجيات الإنكار. (سلبية)

- 15.71% من الأمهات من يستخدمن استراتيجيات التخطيط. (إيجابية)

- 14.85% من الأمهات من يستخدمن استراتيجيات طلب المعلومة. (إيجابية)

- 9.71% من الأمهات من يستخدمن استراتيجيات الانسحاب. (سلبية)

- 7.72% من الأمهات من يستخدمن استراتيجيات لوم الذات، (سلبية)

وبهذا تكون الاستراتيجيات السلبية ذات نسب قليلة وفي المراتب الأخيرة ماعدا في بعد واحد كانت نسبته مرتفعة (الإنكار)، والاستراتيجيات الإيجابية نسبها أعلى. وبهذا تكون الإجابة عن التساؤل كالتالي: نوع الاستراتيجيات المستخدمة من طرف أمهات الأطفال المصابين بإعاقة حسية (سمعية، بصرية) يستخدمون الاستراتيجيات الإيجابية بجميع أبعادها بأعلى نسبة لبعده التدين لمواجهة الضغوط النفسية ماعدا بعد واحد من الاستراتيجيات السلبية كانت نسبته مرتفعة.

وانتقلت هذه النتيجة مع دراسة دونوفان (1988) حيث توصل إلى أن أمهات الأطفال المعاقين يلجأن إلى استراتيجيات مواجهة ايجابية تتمثل أساسا في البحث النشط عن الدعم والنصيحة خارج النظام الأسري، وكذلك اتفقت مع دراسة جبالي صباح (2012) التي توصلت إلى أن أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون يعتمدون على استراتيجيات مواجهة ايجابية لتخفيف الضغوط النفسية، وتعارضت هذه النتيجة مع دراسة (Olley & Willaim)(1997) حيث توصلت إلى نتيجة أن أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا يلجأن إلى الاستراتيجيات السلبية بأعلى درجة من الإيجابية بنسبة 44% المتمثلة في الهروب تحاشي المشكلة والإنكار، مقابل 41% يلجأن إلى الاستراتيجيات الإيجابية المتمثلة في تقبل إعاقة الطفل، وهذا على العكس مما توصلت إليه الباحثة الإيجابية أعلى نسبة من السلبية.

وترجع الباحثة احتلال الاستراتيجيات الإيجابية "التدين" إلى أن الأمهات يتمتعن بوازع ديني وإيماني كبير، وأنهن يرجعن إعاقة أبنائهم إلى القضاء والقدر والابتلاء الذي يقابله بالصبر واحتساب الأجر عند الله، وأن الله يحبها لهذا ابتلاها وهي راضيه، وأن هذا الطفل تعتبره مفتاح جنة لها بهذا الأمر مع الزيادة في العبادات كالصلاة والدعاء والصدقة والصوم وهذا الإيمان بالقضاء والقدر (وهذا ما تم ذكره في تصنيف كوهين 1994) يجعل الأم تتقبل ابنها كما هو ولا تخجل منه من نظرة أهلها وأقاربها ولا تقوم بالانسحاب السلبي لتجنب نظرات الشفقة والسخرية والاستهزاء، وبهذا تسعى للتخطيط لمستقبل ابنها لتضمن له حياة أفضل، من خلال طلب العون والنصيحة وطلب المعلومات من المختصين، أو من هو على دراية بالموضوع.

أما بالنسبة لارتفاع نسبة في البعد السلبي الإنكار واحتلاله المرتبة الثالثة فترجعه الباحثة إلى الحماية الزائدة للطفل المعاق وحبها وتعلقها به تحاول أن تتجاهل إعاقة وتري بأنه أحسن بكثير من الأطفال العاديين، وأنه مثله مثل أي طفل عادي في تصرفاته، وأرى هنا بأن الأم تؤمن بقدرات ابنها ومحاولة تجنب الإحساس بالنقص تجاهه لكي لا يصله ذلك الشعور، أكثر من أن يكون إنكار للإعاقة في حد ذاتها لأنهم يحبون التغيير بحالة بأبنائهم لصورة أفضل .

2.3. مناقشة نتائج التساؤل الثالث:

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 في مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بإعاقة حسية (سمعية، بصرية) تعزى لمتغير جنس الابن المصاب؟.

وقد أظهرت نتائج الجدول (21) أنه توجد فروق وبشكل دال إحصائياً عند 0.05، مما يشير إلى وجود فروق جوهرية بين المتوسطات الحسابية للضغوط النفسية حيث بلغ المتوسط الحسابي للضغوط النفسية في بعد الأعراض الانفعالية عند أمهات الإناث (2.1)، في حين بلغ المتوسط الحسابي للضغوط النفسية في بعد مشكلات الوظائف الاستقلالية عند أمهات الذكور (0.3)، وهذا من شأنه أن يشير إلى أن أمهات الأطفال الإناث المصابين بإعاقة حسية (سمعية، بصرية) يعانين من مستوى أعلى من الضغوط النفسية مقارنة مع أمهات الأطفال الذكور.

ولهذا يمكن القول أن إجابة التساؤل تنص على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بإعاقة حسية (سمعية، بصرية) تعزى لمتغير جنس الابن المصاب لصالح جنس الإناث في بعد الأعراض الانفعالية. وقد اختلفت هذه النتيجة مع دراسة دونوفان حيث أكد أن أمهات الذكور يعانين من ضغط نفسي مرتفع مقارنة مع أمهات الإناث، وتفسر الباحثة هذه النتيجة وهي معاناة أمهات الإناث المصابات بإعاقة حسية (سمعية، بصرية) من مستوى مرتفع من الضغوط النفسية إلى طبيعة المجتمع الذي يعيشون فيه، لأن له عادات وتقاليد واتجاهات تعتبر الأنثى هي التي تحمل شرف عائلتها وسمعتها، فالفتاة منذ ولادتها تكون عنايتها خاصة من طرف أم واهتمام وخوف أكثر عليها من أي خطر يؤدي بها إلى الاستغلال، فما بالك إذا كانت هذه الفتاة مصابة بإعاقة بصرية، أو سمعية، ولهذا الفتاة تترى على الحياء والشرف والاهتمام بنفسها حتى وإن كانت مصابة بإعاقة حسية (سمعية، بصرية)، فالأم تقوم بتوعيتها توعية كاملة بحسب طريقتها، لأنها لا ترى أو لا تسمع. لدرجة أن الأم تحمل عنها العديد من المهمات حتى تتمكن من حماية ابنتها من مخاطر المجتمع التي لا ترحم الذي يمكن استغلالها، على اعتبار أن أي خطأ تقوم به البنت من غير قصد فتحاسب عليه الأم، ولهذا تتحمل الأم مسؤوليات ابنتها بشكل كلي مما يجعل مستوى الضغوط ترتفع لديها، مقارنة ما إذا الطفل المصاب ذكر تكون أقل درجة.

وقد اتفقت هذه النتائج مع دراسة جبالي صباح (2012) التي توصلت إلى أن أمهات الإناث يعانين من مستوى أعلى من الضغوط مقارنة مع أمهات الأطفال الذكور. ولقد أشار (Farber) (1965) إلى أن جنس الطفل المعاق له تأثير مهم على الوالدين، حيث أكد على أن الأطفال المعاقين الإناث لهن تأثير سلبي واضح على الأمهات. (عياش، منصور، 2013، ص 80).

2.4. مناقشة نتائج التساؤل الرابع:

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات ذوي الإعاقة الحسية (سمعية، بصرية) تعزى لمتغير نوع الإعاقة؟.

وقد أظهرت نتائج الجدول (22) أنه توجد فروق وبشكل دال إحصائياً عند 0.05، مما يشير إلى وجود فروق جوهرية بين المتوسطات الحسابية للضغوط النفسية حيث بلغ المتوسط بعد مشكلات الخوف من المستقبل للمعاقين سمعياً (7.20)، والمعاقين بصرياً (3.73)، وهذا من شأنه أن يشير إلى أن أمهات الأطفال المصابين بإعاقة حسية (سمعية) يعانين من مستوى أعلى من الضغوط النفسية مقارنة مع أمهات الأطفال المصابين بإعاقة حسية (بصرية) ولقد جاء في دراسة عبد العزيز الشخص والسراطاوي الذي أكد على الضغوط النفسية تتأثر بنوعية الإعاقة. وهذا ما أكدته منى الحديدي وآخرون في دراستها (1994)، التي نصت على أن أسر المعاقين سمعياً أكثر تعرضاً للضغوط النفسية من أسر المعاقين بصرياً بحيث كانت مرتبتهم الثانية بعد نسبة المعاقين عقلياً بينما أسر المعاقين بصرياً كانت نسبة الضغوط لديهم في المرتبة الرابعة والأخيرة. ولقد أشارت دراسة قامت بها يحي (1999) للتعرف على المشكلات الناجمة عن الإعاقة التي يعاني منها ذوو المعوقين سمعياً وبصرياً وحركياً، إلى أن ذوي المعوقين سمعياً هم الأكثر معاناة للمشكلات. وقد أوضحت العديد من الدراسات أن أمهات الأطفال المعوقين سمعياً، وآباءهم يتعرضون لمستويات عالية من الضغوط النفسية. (عريبات، الزيودي، 2008، ص 202)

وهذا ربما يعود إلى عدة أسباب من بينها أن العناية بالطفل المعوق سمعياً تتطلب إشرافاً مكثفاً، واهتماماً طبياً خاصاً، وكذا تكاليف مادية كبيرة، وجهد عالي في تعليم الطفل، وعدم تمكن الأم من فهمها للغة ابنها بالشكل المناسب، و بالإضافة عدم فهم ابنها لما تقول لأن كلا لديه لغته الخاصة.

وترجع الباحثة أن ارتفاع الضغوط لدى الأمهات في بعد مشكلات الخوف من المستقبل للمعاقين سمعياً، هي أن تسوء حالة الطفل عما هو عليه الآن، أو الخوف من أن تتغير أوضاع الأسرة (مثلاً بوفاة أحد الوالدين)، مما يؤدي إلى عدم تلبية حاجات هذا الطفل عندما يكبر، وكذلك الخوف من المجتمع على أن يرفض الطفل وأسرته، وكذا الخوف من جهة إخوة الطفل وما قد يصيبهم من أضرار (كعدم الإقبال على الزواج من أخواته) وذلك خوفاً من احتمالية إنجاب أطفال آخرين مثل أخيهم.

2.5. مناقشة التساؤل الخامس:

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بإعاقة حسية (سمعية، بصرية)، تعزى لمتغير شدة الإعاقة؟.

- وقد أظهرت نتائج الجدول (23) أنه لا توجد فروق دال إحصائياً عند 0.05، مما يشير إلى عدم وجود فروق جوهرية بين المتوسطات الحسابية للضغوط النفسية. وهذا ما أكدته دراسة منى حسن عبد الله فرح (2009) التي نصت على وجود علاقة طردية دالة إحصائياً بين الضغوط النفسية و متغير درجة الإعاقة للأبناء (عياش، صباح، 2013، ص 201).

ولعدم وجود دراسات سابقة معارضة أو مؤيدة متعددة لهذه النتيجة يمكن أن ترجع الباحثة شدة الإعاقة في مستوى الضغوط إلى أن الأمهات لا يعتنين بدرجة الإعاقة، سواء أكانت شديدة أو متوسطة، بقدر ما يهتمون بالإعاقة في حد ذاتها، أو جنس المعاق.

- أو يمكن أن يكون عدم وجود الفروق راجع إلى عدد أفراد العينة التي لم تكن متساوية في التصنيف من حيث شدة الإعاقة، فلقد كانت هناك (23) أم لطفل مصاب بإعاقة شديدة، بينما كان هناك (7) أمهات لأطفال ذوي إعاقة متوسطة. أما بالنسبة للدرجة الضعيفة لم تتواجد ضمن العينة.

2.6. مناقشة التساؤل السادس:

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) في نوع استراتيجيات المواجهة المتبعة تعزى لمتغير جنس الابن المصاب؟.

ومن خلال الجدول (24) تبين أن قيمة SIG في كل أبعاد استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية كانت غير دالة إحصائياً، مما يدل على أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في نوع استراتيجيات المواجهة تعزى لمتغير جنس الابن المصاب.

لا يوجد أي اتفاق أو اختلاف بين هذه النتيجة وبين الدراسات السابقة نظراً لعدم وجود أي دراسة سابقة منها تناولت نفس المتغيرين وهما الفروق في استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي لدى الأمهات وفق سن الابن المعاق.

2.7. مناقشة التساؤل السابع:

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) في نوع استراتيجيات المواجهة المتبعة تعزى لمتغير المستوى الدراسي للأم؟.

من خلال الجدولين (25)(26) يتبين أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في نوع استراتيجيات المواجهة المتبعة تعزى لمتغير المستوى الدراسي للأم.

وقد تعارضت نتائج الدراسة مع ما توصلت إليه دراسة جبالى (2012) التي أكدت على وجود فروق جوهرية وذات دلالة إحصائية في نوع استراتيجيات المواجهة تبعاً لمتغير المؤهل التعليمي للأم ، وأن الأمهات الأعلى مستوى يستخدمون استراتيجيات ايجابية، والأمهات الأقل مستوى يستخدمون الاستراتيجيات السلبية.

ويمكن أن ترجع الباحثة عدم وجود فروق دالة إحصائية إلى طبيعة العينة من حيث عددها، أو من حيث أفرادها ...

لكن من خلال المقارنة بين درجات العينة في درجات المتوسطات الحسابية نجد في الاستراتيجيات الإيجابية " طلب المعلومة" الأمهات ذوات المستوى الجامعي لديهم متوسط أعلى من الأمهات بدون مستوى، بحيث كان (9.00)، أما بدون مستوى (3.30)، في حين

ما نلاحظه في الاستراتيجيات السلبية الأولى "الانسحاب" أن الأمهات التي بدون مستوى لديهم متوسط أعلى من الأمهات الجامعيات، وهذا يدل على أن الأمهات غير المتقنات وذوات مستوى تعليمي أقل يكن غير واعيات بمشكلة أبنائهم، وتكون معلوماتهم حول طفلهم غير كافية مما يؤدي بهم بالانسحاب وعدم تقبل فكرة ابنهم المعاق، في حين الأمهات الأكثر مستوى تعليمي يتبعن الاستراتيجيات الإيجابية بصفة أكثر نتيجة لإدراكها وتعلمها لكثير من الخبرات والمهارات خلال حياتها العلمية، ولهذا فهي تلتجئ إلى الاستراتيجيات الإيجابية كطلب المعلومة نظرا لمستواها التعليمي الذي يساعدها على البحث أو الاتصال بالمختصين في مجال إصابة ابنها.

2. 8. مناقشة التساؤل الثامن:

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) في نوع استراتيجيات المواجهة تعزى لمتغير شدة الإعاقة؟.

- ومن خلال الجدول (27) تبين أن جميع قيم SIG غير دالة إحصائياً، وبهذا تكون الإجابة عن التساؤل بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نوع استراتيجيه المواجهة تعزى لمتغير شدة الإعاقة.

لا يوجد 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 شدة الإعاقة لدى الابن.

إن ما يدفع الفرد إلى اللجوء إلى استراتيجيات مواجهة يعني بالضرورة معاناته من ضغوط نفسية، وانطلاقاً من هذا لا بد من الرجوع إلى نتائج الفرضية الخامسة، والتي أكدت أن الأم لا تعاني من ضغوط نفسية تعزى إلى شدة الإعاقة، وبالتالي هي لا ترجع إلى إتباع أي استراتيجيات مواجهة.

خاتمة:

إن التطرق لموضوع الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها صار من الضرورة لما يتطلبه هذا الموضوع من فهم أكثر وتوضيح لمسبباته وأنواعه ونتائجه على الأفراد، وبالأخص موضوع الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها لدى أمهات الأطفال المصابين بإعاقة حسية (سمعية/ بصرية) نظر لما يميز هذه الفئة من مميزات وخصائص خاصة وقصور في بعض الحواس، مما يجعل الأمهات يعشن في ضغط نفسي يختلف شدته من أم لأخرى، باختلاف صورتها وإدراكها لابنها المصاب وكذلك بحسب تركيبتها النفسية، وتبعاً لعدة متغيرات منها : جنس الطفل المصاب، نوع الإعاقة وشدتها، المستوى الدراسي للأم ومؤهلاتها العلمية... ومن خلال دراستنا الميدانية مع أمهات الأطفال المصابين بإعاقة حسية (سمعية/ بصرية)، ومن خلال الجانب النظري الذي تم تناوله، وكذلك من خلال الدراسات السابقة يتضح حجم الطاقة الأسرية والفردية التي يستنزفها هذا الإطراب من الأسرة ككل ومن الأم بصفة خاصة لما تعانيه من مصاعب كبيرة وخاصة إذا لم تتلقى الدعم الكافي والمساندة، وإذا لم تكن أم واعية ومثقة لما يحصل لطفلها فإنها تكون أكثر عرضة للضغوط من غيرها.

ومنه فإننا نتوصل للإقتراحات التالية:

- إقامة حملات وندوات علمية تبصر أمهات الأطفال المصابين بإعاقات حسية (سمعية/ بصرية) بمفهوم هذه الإعاقات، وأسبابها، والنتائج المترتبة عليها ومخاطرها، وكيفية التعامل مع أفرادها.

- ضرورة إجراء حملات توعية للتعريف والتحسيس أفراد المجتمع عامة وأمهات الأطفال. المعاقين خاصة بالضغوط النفسية ومصادرها، وآثارها السلبية وكيفية مواجهتها والتخلص منها.

- وجوب توسيع دراسات الميدانية الموجهة للتكفل بهذه الفئة إلى جميع أفراد الأسرة.

- يمكن تناول نفس موضوع البحث الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها لدى المعاقين أمهات الأطفال المعاقين حركيا.

- تناول نفس الموضوع لكن بأدوات وظروف مختلفة التي قد تزيد أو تنقص من الضغوط أو تزيد من تنوع استراتيجيات المواجهة وجعلها أكثر فعالية مثل: المستوى الاجتماعي، عمر الطفل المصاب، ترتيبه في العائلة، المستوى الاقتصادي، العلاقات الوالديه وغيرها..

- إجراء ورشات عمل متخصصة بهذه الفئة من أجل زيادة دمجهم في المجتمع، وزيادة من قدرتهم على الاعتماد بأنفسهم والتقليل من حجم الضغط على الأم.

قائمة المراجع:

1. أنجرس، موريس. (2008). *منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية*. (ب ط). الجزائر: دار القصة.
2. بشير، جبور. (2011). *التواصل التعليمي عند المعاقين بصريا السنة الأولى من التعليم الابتدائي نموذجا*. مذكرة لنيل شهادة الماجستير: وهران.
3. التهامي، حسين أحمد عبد الرحمن (2006). *تربية الأطفال المعاقين سمعيا في ضوء الاتجاهات العالمية الحديثة*، ط1. الأهرام: الدار العالمية للنشر والتوزيع.
4. جبالي، صباح. (2012). *الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون دراسة ميدانية بالمركز الطبي البيداغوجي*. رسالة ماجستير في علم نفس العيادي: باتنة.
5. حساني، فاطمة. (2015). *استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية وعلاقتها بجودة الحياة لدى المراهقين المتمدرسين (13 - 14 - 15 - سنة) دراسة ميدانية على بعض المتوسطات بولاية الوادي*. مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي. جامعة قاصدي مرباح: ورقلة.

6. حسيبة، برزوان. (2016). فعالية استراتيجيات المواجهة في تسيير الضغط النفسي. *مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية* 6(24).
7. حسين، طه عبد العظيم وحسين، طه عبد العظيم (2006). استراتيجيات إدارة الضغوط التربوية والنفسية. ط1. عمان. الأردن: دار الفكر ناشرون وموزعون.
8. حنفي، علي النبي، (2007). الإرشاد الأسري وتطبيقاته في مجال التربية الخاصة. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية للنشر.
9. الخطيب، جمال محمد والحديدي، منى صبحي. (2008). المدخل إلى التربية الخاصة. عمان الأردن: دار الفكر للنشر.
10. الخطيب، جمال والحديدي، منى. (1997). التدخل المبكر مدخل إلى التربية الخاصة. عمان: دار الفكر للنشر.
11. داود، راضية. (2012). *الضغط النفسي واستراتيجيات المواجهة لدى المعاق حركيا على عينة من مستشفى رأس الماء*. رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس الضغط: سطيف.
12. الديب، عبد العزيز محمد وعرفة، عبير. (2016). *الضغوط النفسية واحتياجات أمهات الأطفال ذوي اضطرابات التوحد والعلاقة بينهما في دولة الإمارات العربية المتحدة*. رسالة ماجستير في التربية.
13. ربيع، محمد شحاته، (2010). *علم النفس الصناعي*. ط1، عمان. الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
14. الرشيد، البشير صالح. (2000). *مناهج البحث التربوي، رؤية مبسطة*. دار الكتاب الحديث.

15. الرشيدى، هارون توفيق (1999). الضغوط النفسية (طبيعتها، نظرياتها) برنامج لمساعدة الذات في علاجها. القاهرة: مكتبة الأنجلو مصرية.
16. رضوان، سامر جميل (2009). الصحة النفسية. ط1. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
17. الزريقات، إبراهيم عبد الله فرج (2003)، الإعاقة السمعية، ط1. عمان. الأردن: دار وائل للنشر.
18. الزريقات، إبراهيم عبد الله فرج. (2006). الإعاقة البصرية: المفاهيم الأساسية والاعتبارات التربوية. ط1. عمان: دار المسيرة للنشر.
19. سماح، عليّة. (2010). **تكييف المناهج التربوية حسب حاجات المعاقين بصريا**. مدرسة طه حسين لصغار المكفوفين بسكرة نموذجا. مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في علم الاجتماع: بسكرة.
20. السميزان، تامر حسين علي والمساعد، عبد الكريم عبد الله (2014). **سيكولوجية الضغوط النفسية وأساليب التعامل معها**. ط1. عمان: دار مكتبة الحامد للنشر والتوزيع.
21. السيد عبيد، ماجد بهاء. (2008). **الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية**. ط1. عمان: دار الصفاء لنشر والتوزيع.
22. الشريف، عبد الفتاح عبد المجيد. (2011). **التربية الخاصة وبرامجها العلاجية**. ط1. القاهرة: مكتبة الأنجلو مصرية للنشر.
23. صباح، عياش وعبد الحق، منصورى (2013). علاقة الضغوط النفسية لدى أسر المعاقين بالعلاقات الأسرية. **المجلة العربية للدراسات التربوية والاجتماعية** 9(4).

23. صباح، عياش ومنصوري، عبد الحق. (2013). الضغوط النفسية لدى أسر المعاقين. *دراسات نفسية وتربوية مختبر تطوير الممارسات النفسية والتربوية* 12(11).

25. الظاهر، قحطان أحمد (2008). *مدخل إلى التربية الخاصة*. ط2. عمان. دار وائل للنشر.

26. العبد لله، فايزة غازي. (2014). *استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية وعلاقتها بأساليب المعاملة عند اليافعين في مدارس مدينة دمشق الثانوية*، بحث مقدم لنيل درجة الدكتوراه في الإرشاد النفسي. جامعة دمشق.

27. عثمان، سلوى عبد الله عثمان. (2009). *فاعلية برنامج إرشادي جمعي في خفض الضغوط النفسية لأمهات الأطفال المعاقين عقليا بولاية النيل الأبيض*. رسالة مقدمة لنيل درجة دكتوراه الفلسفة علم النفس: الخرطوم.

28. عربيات، أحمد و الزيودي، محمد. (2008). *فعالية برنامج إرشادي لخفض الضغوط لدى أسر الأطفال ضعاف السمع وأثره في تكييف أطفالهم*. مجلة جامعة دمشق. (1).

29. العزة، سعيد حسني، (2002). *المدخل إلى التربية الخاصة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة المفهوم، التشخيص، أساليب التدريس*، ط1. عمان: الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع.

30. عصفور، غدى عمر عصفور. (2012). *الضغوط النفسية لدى أمهات المراهقين التوحديين*. رسالة ماجستير في الإرشاد النفسي والتربوي. جامعة عمان العربية.

الغريز، أحمد نايل وأبو أسعد، أحمد عبد اللطيف (2009). *التعامل مع الضغوط النفسية*. ط1. عمان. الأردن: دار الشروق للنشر والتوزيع.

31. فتيحة، مهدي بلعسلة. (ب س). أساتذة التعليم الثانوي ومدى معاناتهم من الضغط النفسي جراء مهنة التعليم ومتطلباتها (دراسة ميدانية). *مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية* (عدد خاص الملتقى الدولي حول المعاناة في العمل).
32. القمش ، مصطفى نوري والمعايطة، خليل عبد الرحمن. (2007). *سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة- مقدمة في التربية الخاصة*. ط1. عمان. الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
33. كوافحة، تيسير مفلح وعبد العزيز عمر فواز(2010). ط4. *مقدمة في التربية الخاصة*. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
34. كوافحة، تيسير مفلح وعبد العزيز، عمر فواز (2003). *مقدمة في التربية الخاصة*. ط1. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
35. محمد، أسيل صبا. (2017). أساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى طلبة الجامعة العائدين وأقرانهم غير العائدين من النزوح. *مجلة الأستاذ: العدد الخاص بالمؤتمر العلمي* (5).
36. محمد، عادل عبد الله (2010). *مقدمة في التربية الخاصة*. ط1، القاهرة: دار الرشاد للنشر.
37. مصطفى، أسامة فاروق والشربيني، السيد كامل (2011). *التوحد (الأسباب، التشخيص، والعلاج)*. ط1. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
38. منصور، حنان خضر. (2011). *الحساسية الانفعالية وعلاقتها بالمهارات الاجتماعية لدى المعاقين سمعياً في محافظات غزة*. رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس: غزة.

39. وداد، والي. (2015). *استراتيجيات مواجهة الضغوط لدى المراهقين الجانحين ذكور*
إناث دراسة ميدانية بمراكز إعادة التربية لولاية وهران. رسالة ماجستير في علم النفس
العيادي غير منشورة. جامعة وهران، سيدي بالعباس: معسكر.
40. ويلكنسون غرير (2013)، ترجمة: منعم زينب. *الضغط النفسي*. ط1. الرياض: مكتبة
الملك فهد الوطنية.
41. يوسف، حدة (2016). *الاستراتيجيات الإرشادية لتخفيف الضغوط النفسية*. ط1.
الأردن. عمان: دار أسامة للنشر والتوزيع.

الملاحق

الملحق 1:

استمارة البيانات الشخصية:

سن الطفل:

جنس الطفل: ذكر أنثى

نوع الإعاقة: سمعية بصرية

شدة الإعاقة: شديدة متوسطة ضعيفة

المستوى الدراسي للألم: بدون مستوى ابتدائي متوسط

ثانوي جامعي

استبيان الضغوط النفسية

الملاحظات	لا	يقيس	العبارات	
الأعراض العضوية				
			أشعر بالتعب عقب أي عمل يخص ابني.	1
			اشعر بالقلق معظم الوقت دون سبب.	2
			أعاني من اضطرابات في النوم.	3
			اشعر بضيق في التنفس دون سبب واضح.	4
			تزداد ضربات قلبي.	5
الأعراض الانفعالية				
			أشعر أن كل ما ابذله من جهد مع ابني لا جدوى منه	6
			اشعر أن حياتي قد تحطمت بسبب قدوم ابني المعاق	7
			فقدت الرغبة في الحياة.	8
			احزن كثيرا عندما ابني المعاق يحتاج لمتابعة طبية دائمة.	9
			يحزنني أن ابني لن يكون امتداد طبيعي لأسرتي.	10
المشكلات المادية				
			يزعجني أن متطلبات العناية بابني مرهقة بالنسبة لي.	11
			يؤلمني أنني لا أستطيع تحقيق كل متطلبات ابني المعاق	12
			يؤلمني أنني تخليت عن كثير من الأشياء التي تمنيتها بسبب ابني المعاق.	13
			يؤسفني أنه لا يوجد دعم مادي كاف لأسرة الطفل المعاق.	14

15	يقلقني أن متطلبات رعاية ابني تفوق قدراتي المادية .
مشكلات الوظائف الاستقلالية	
16	يؤسفني أن ابني لا يتمكن من الاستحمام بمفرده.
17	يقلقني أن ابني لا يتمكن من ارتداء ملابسه بمفرده.
18	يقلقني أن ابني غير مستقل في نظافته الشخصية.
19	يزعجني أن ابني يجد صعوبة في تناول الطعام بمفرده.
20	يزعجني أن ابني لا يستطيع الحفاظ على نظافته.
المشكلات الصحية	
21	يؤلمني أن ابني يعاني من مشكلات صحية دائمة.
22	تزعجني نوبات الزكام التي يعاني منها ابني بشكل متكرر.
23	يخيفني التفكير في أن مناعة ابني ضعيفة.
24	يزعجني أن ابني يحتاج لمتابعة طبية دائمة.
25	يؤلمني أن ابني لا يستطيع التعبير عن موضع ألمه.
المشكلات الاجتماعية	
26	أشعر بالحرج في المواقف الاجتماعية بسبب ابني المعاق.
27	يؤسفني أن ابني المعاق يشكل مشكلة دائمة في الأسرة
28	أعتقد أن أقاربي يتجنبون التعامل معي بسبب ابني المعاق.
29	يزعجني أن مكانة الأسرة الاجتماعية قد تناقص بسبب ابني المعاق.
30	يحزنني أن ابني لن يكون امتداد طبيعي لأسرتي
مشكلات الخوف من المستقبل	
31	يؤسفني أن إمكانيات المحدودة تجعله لا يستطيع مواجهة ظروف الحياة.

			32	يقلقني التفكير في مستقبل ابني المعاق.
			33	أحن كثيرا عندما أفكر بأن ابني لن يعيش حياة طبيعية
			34	يؤلمني التفكير في أن ابني سيقضي ما بقى من حياته معاقا.
			35	يقلقني عدم التوصل إلى وضع خطط مستقبلية ثابتة بسبب إعاقة ابني.

استبيان استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي

الملاحظات	لا يقيس	يقيس	العبارات	
- الاستراتيجيات الايجابية:				
طلب المعلومة				
			اطلعت على كتب ومقالات تتحدث عن إعاقة ابني.	1
			أسعى للحصول على معلومات بخصوص التعامل مع ابني من أي مختص.	2
			تابعت سلسلة أشرطة وثائقية تبين معاناة المصابين بهذه الإعاقة.	3
			أسعى للاتصال بأشخاص عانوا من نفس مشكلتي.	4
			أتابع برنامج قدم لي من أجل تعديل سلوكيات ابني.	5
التدين				
			ابني المعاق هو ابتلاء من ربي وأنا راضية بما قسمه لي	6
			ازداد رزقي منذ ولادة طفلي المعاق.	7
			أصبحت أؤدي صلاتي وصيام التطوع شكرا لله على كل نعمه.	8
			إن الله يحبني لهذا ابتلاني بهذا الأمر.	9
			إن ابني هو مفتاح جنتي .	10
التخطيط				
			أفكر في توفير مستقبل أفضل لابني المعاق حسيا .	11
			وضعت خطة مدروسة لتعليم ابني مهارات تفيده في حياته.	12
			ادخرت مبلغا من المال من أجل ابني المعاق .	13
			لدينا برنامج عائلي خاص بالعطل يتمشى مع إعاقة	14

			ابني .	
15			أفكر في تأسيس مشروع لصالح ابني المعاق .	
التقبل				
16			أساعد ابني في جعله يعتمد على نفسه في لبسه وأكله ونظافته .	
17			اشعر بالرضا عن نفسي لنا ابذله من جهد في تربية ابني المعاق .	
18			لا يسبب لي ابني أي إحراج عندما نخرج سويا .	
19			أنا راضية بابني وبكل ما يحققه مهما كان شيئاً بسيطاً	
20			أستطيع التعامل مع المشكلات المرتبطة بإعاقة ابني .	
- الاستراتيجيات السلبية:				
الانسحاب				
21			أفضل عدم الذهاب إلى الحفلات العائلية لتجنب نظرات الشفقة .	
22			أفضل قضاء العطل ونهايات الأسبوع في المنزل مع ابني المعاق	
23			لا اخذ ابني إلى الحدائق حتى لا أكون محل سخرية واستهزاء	
24			أتردد كثيراً قبل دعوة الأهل والأصدقاء إلى المنزل .	
25			أفضل الجلوس وحدي والتأمل في أحوال .	
الإنكار				
26			بإمكان ابني أن يدمج في المدرسة .	
27			إن ابني ذكي ولا يعاني من ضعف في القدرات الذهنية .	
28			أرى بأن ابني أحسن بكثير من بعض الأطفال العاديين .	
29			عندما يكبر ابني سيشفى مع إعاقته .	
30			أرى بأن أبني مثله مثل أي طفل عادي في تصرفاته .	

لوم الذات			
		ألوم نفسي عندما يفشل ابني في أداء أمر كلف به.	31
		أنا اسبب في إعاقة ابني.	32
		إن تهاوني في متابعة حملي هو سبب ما يعاني منه ابني.	33
		لن يسامحني زوجي أبدا بسبب إعاقة ابني.	34
		ألوم نفسي بشدة عندما يواجه ابني المعاق أي مشكلة إن ابني هو مفتاح جنتي	35

الملحق 4:

التعليمية:

الأم الفاضلة:

يتكون كل استبيان من 35 عبارة، أقرئي كل منها باهتمام وأجيب عنها باختيار إجابة واحدة من الإجابات الموضحة أمام كل عبارة وذلك بوضع الإشارة (X) تحت الإجابة التي تناسبك، علماً أنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة وإنما تعبر الإجابة عن وجهة نظرك.

إن إجابتك ستحاط بالسرية التامة ولا تطلع عليها سوى الباحثة لاستخدامها في البحث العلمي.

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الشهيد حمه لخضر الوادي

قسم علوم تربية

في إطار التحضير مذكرة لنيل شهادة الماستر تخصص تربية خاصة، والتي تحمل عنوان
استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الحسية (سمعية،
بصرية)

أتقدم لكم بهذا الاستبيان الذي يقيس الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بإعاقة
حسية (سمعية، بصرية) حيث يضم (7) أبعاد تضم مجموعة من البنود، وبدائل الإجابة ()
نعم، لا، أحيانا).

الاستبيان الذي يقيس استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين
بإعاقة حسية (سمعية، بصرية) حيث يضم نوعين من الاستراتيجيات السلبية والايجابية
ويحتوي كل نوع على أبعاد تضم مجموعة من البنود، وبدائل الإجابة (نعم، لا، أحيانا).

أستاذي الفاضل/ أستاذتي الفاضلة

أرجو إبداء ملاحظاتكم والتكرم بتوضيح مدى ملائمة كل عبارة في الاستبيان لقياس البعد
الذي تقع ضمنه وما إذا كان من الأفضل حذفها أو إعادة صياغتها أو نقلها إلى بعد
آخر.

اسم الأستاذ المحكم:

الدرجة العلمية:

التخصص:.....الجامعة:.....

وتقبلوا منا فائق التقدير والاحترام.

الملحق رقم(6):

استبيان الضغوط النفسية في صورته النهائية

أحيانا	لا	نعم	العبارات	
			أشعر بالتعب عقب أي عمل يخص ابني.	1
			يزعجني أن متطلبات العناية بابني مرهقة بالنسبة لي	2
			أشعر أن كل ما ابذله من جهد مع ابني لا جدوى منه.	3
			يؤلمني أن ابني يعاني من مشكلات صحية دائمة.	4
			أشعر بالحرج في المواقف الإجتماعية بسبب ابني المعاق.	5
			يؤسفني أن إمكانيات ابني المحدودة تجعله لا يستطيع مواجهة ظروف الحياة.	6
			يؤسفني أن إبن لا يتمكن من الاستحمام بمفرده.	7
			فقدت الرغبة في الحياة.	8
			أشعر أن حياتي قد تحطمت بسبب قدوم ابني المعاق.	9
			تزعجني نوبات الزكام التي يعاني منها ابني بشكل متكرر.	10
			يؤسفني أن ابني المعاق يشكل مشكلة دائمة في الأسرة	11
			يقلقني التفكير في مستقبل ابني المعاق .	12
			يقلقني أن ابني لا يتمكن من ارتداء ملابسه بمفرده.	13
			يؤلمني أنني لا أستطيع تحقيق كل متطلبات ابني المعاق بسبب وضع الأسرة الاقتصادي.	14
			أعاني من اضطرابات في النوم.	15

			فقدت الرغبة في الحياة.	16
			يخيفني التفكير في أن مناعة ابني ضعيفة.	17
			أعتقد أن أقاربي يتجنبون التعامل معي بسبب ابني المعاق.	18
			يؤلمني أنني تخليت عن كثير من الأشياء التي تمنيتها بسبب ابني المعاق.	19
			يؤلمني أنني تخليت عن كثير من الأشياء التي تمنيتها بسبب ابني المعاق.	20
			يفلقتني أن ابني غير مستقل في نظافته الشخصية.	21
			أشعر بضيق في التنفس دون سبب واضح.	22
			احزن كثيرا عندما أفكر في إعاقة ابني.	23
			يزعجني أن ابني يحتاج لمتابعة طبية دائمة.	24
			يؤلمني التفكير في أن ابني سيقضي ما بقى من حياته معاقا.	25
			يزعجني أن مكانة الأسرة الاجتماعية قد تناقص بسبب ابني المعاق.	26
			يؤسفني أنه لا يوجد دعم مادي كاف لأسرة الطفل المعاق.	27
			يزعجني أن ابني يجد صعوبة في تناول الطعام بمفرده.	28
			تزداد ضربات قلبي دون سبب واضح .	29
			لأسرتي	30
			يؤلمني أن أبنائي لا يستطيع التعبير عن موضع ألمه.	31
			أصبحت لا أزور أصدقائي منذ إنجابي لطفل معاق.	32
			يفلقتني عدم التوصل إلى وضع خطط مستقبلية ثابتة بسبب ابني المعاق.	33
			يزعجني أن ابني لا يستطيع الحفاظ على نظافته.	34

			يقفني أن متطلبات رعاية ابني تفوق قدراتي المادية.	35
--	--	--	--	----

الملحق رقم (7)

استبيان استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية في صورته النهائية

أحيانا	لا	نعم	العبارات	
			اطلعت على كتب ومقالات تتحدث عن إعاقة ابني.	1
			أسعى للحصول على معلومات بخصوص التعامل مع ابني المعاق.	2
			أفكر في توفير مستقبل أفضل لابني المعاق.	3
			وضعت خطة مدروسة لتعليم ابني مهارات تفيده في حياته.	4
			أساعد ابني في جعله يعتمد على نفسه في لبسه وأكله ونظافته.	5
			أشعر بالرضا عن نفسي لما ابذله من جهد في تربية ابني المعاق.	6
			بإمكان ابني الالتحاق بالمدرسة	7
			إن ابني ذكي ولا يعاني من إعاقة	8
			لا يسبب لي ابني أي احراج عندما نخرج سويا.	9
			ألوم نفسي عندما يفشل ابني في أداء أمر كلف به.	10
			أفضل عدم الذهاب إلى الحفلات العائلية لتجنب نظرات الشفقة.	11
			أفضل قضاء العطل ونهايات الأسبوع في المنزل مع ابني المعاق.	12
			ابني المعاق هو ابتلاء من ربي وأنا راضية بما قسمه القدر لي .	13

			أصبحت أؤدي صلاة وصيام التطوع شكرا لله على كل نعمة.	14
			تابعت سلسلة أسرطة وثائقية تبين معاناة المصابين بهذا الفئة.	15
			أسعى للاتصال بأشخاص عانوا من نفس مشكلتي.	16
			ادخرت مبلغا من المال من أجل ابني المعاق.	17
			لدينا برنامج عائلي خاص بالعتل يتماشى مع إعاقة ابني.	18
			أنا السبب في إعاقة ابني.	19
			أنا راضية بابني وبكل ما يحققه مهما كان شيئا بسيطا.	20
			أرى بأن ابني أحسن بكثير من بعض الأطفال العاديين	21
			عندما يكبر ابني سيشفي من إعاقته.	22
			إن تهاوني في متابعة حملي هو سبب ما يعاني منه ابني.	23
			لن يسامحني زوجي أبدا بسبب إعاقة ابني.	24
			لا أخذ ابني إلى الحدائق حتى لا أكون محل سخرية واستهزاء.	25
			أتردد كثيرا قبل دعوة الأصدقاء إلى المنزل.	26
			ازداد رزقي منذ ولادة طفلي المعاق.	27
			إن الله يحبني لهذا ابتلاني بهذا الأمر.	28
			اتبع برنامج قدم لي من أجل تعديل سلوكيات ابني.	29
			أفكر في تأسيس مشروع باسم ابني المعاق.	30
			استطيع التعامل مع المشكلات المرتبطة بإعاقة ابني.	31
			ألوم نفسي بشدة عندما يواجه ابني المعاق أي مشكلة.	32
			أفضل الجلوس وحدي والتأمل في أحوالي.	33
			أرى بأن ابني مثله مثل أي طفل عادي في تصرفاته.	34

	انثى	16	4,8750	3,57538	,89384
ايجاب 2	ذكر	14	9,6429	,63332	,16926
	انثى	16	9,4375	,81394	,20349
ايجاب 3	ذكر	14	5,9286	1,26881	,33910
	انثى	16	5,2500	2,84019	,71005
ايجاب 4	ذكر	14	8,9286	2,12908	,56902
	انثى	16	8,6250	2,02896	,50724
سليبي 1	ذكر	14	2,7143	2,36736	,63270
	انثى	16	4,0625	2,69490	,67373
سليبي 2	ذكر	14	8,4286	1,22250	,32673
	انثى	16	8,3125	1,30224	,32556
سليبي 3	ذكر	14	2,2857	2,16364	,57826
	انثى	16	2,9375	2,04837	,51209

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means								
		F	Sig.	T	Df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
الاستراتيجيات	Equal variances assumed	,241	,627	-,022	28	,983	-,06250	2,86740	-5,93609	5,81109
	Equal variances not assumed			-,022	25,426	,983	-,06250	2,90373	-6,03777	5,91277
ايجاب 1	Equal variances assumed	1,007	,324	,612	28	,545	,83929	1,37037	-1,96778	3,64635
	Equal variances not assumed			,608	26,568	,548	,83929	1,37934	-1,99303	3,67160
ايجاب 2	Equal variances assumed	2,163	,153	,763	28	,452	,20536	,26921	-,34609	,75681
	Equal variances not assumed			,776	27,660	,444	,20536	,26468	-,33712	,74783

3 ايجاب	Equal variances assumed	9,094	,005	,824	28	,417	,67857	,82393	-1,00918	2,36632
	Equal variances not assumed			,862	21,342	,398	,67857	,78687	-,95621	2,31336
4 ايجاب	Equal variances assumed	,042	,839	,400	28	,693	,30357	,75975	-1,25271	1,85986
	Equal variances not assumed			,398	27,060	,694	,30357	,76228	-1,26034	1,86748
1 سلبي	Equal variances assumed	,106	,748	-1,446	28	,159	-1,34821	,93250	-3,25835	,56192
	Equal variances not assumed			-1,459	27,998	,156	-1,34821	,92424	-3,24144	,54501
2 سلبي	Equal variances assumed	,018	,894	,251	28	,804	,11607	,46325	-,83286	1,06500
	Equal variances not assumed			,252	27,843	,803	,11607	,46124	-,82897	1,06111
3 سلبي	Equal variances assumed	,173	,680	-,847	28	,404	-,65179	,76950	-2,22803	,92446
	Equal variances not assumed			-,844	26,996	,406	-,65179	,77241	-2,23665	,93308

Group Statistics

جنس	N	Mean	Std. Deviation	Std. ErrorMean
بعد 1 ذكر	14	2,7857	2,72251	,72762
بعد 1 انثى	16	4,3125	3,13515	,78379
بعد 2 ذكر	14	,9286	1,43925	,38465
بعد 2 انثى	16	3,0000	2,39444	,59861
بعد 3 ذكر	14	3,7857	3,14223	,83980
بعد 3 انثى	16	5,9375	2,76812	,69203
بعد 4 ذكر	14	,3571	,74495	,19910
بعد 4 انثى	16	2,1250	3,63089	,90772
بعد 5 ذكر	14	3,2143	3,30916	,88441
بعد 5 انثى	16	4,6250	2,96367	,74092
بعد 6 ذكر	14	,3571	,74495	,19910
بعد 6 انثى	16	1,3750	1,08781	,27195
بعد 7 ذكر	14	5,2857	3,64646	,97456

الضغوط	ذكر	14	16,7143	12,06666	3,22495
	انثى	16	27,0000	11,50072	2,87518
	انثى	16	5,6250	2,60448	,65112

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
	F	Sig.	T	Df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
								Lower	Upper	
بعد 1	Equal variances assumed	,531	,472	1,414	28	,168	-1,52679	1,07987	-3,73879	,68522
	Equal variances not assumed			1,428	28,000	,164	-1,52679	1,06947	-3,71749	,66392
بعد 2	Equal variances assumed	2,641	,115	2,818	28	,009	-2,07143	,73495	-3,57691	-,56595
	Equal variances not assumed			2,911	25,022	,007	-2,07143	,71154	-3,53681	-,60605
بعد 3	Equal variances assumed	,381	,542	1,995	28	,056	-2,15179	1,07876	-4,36152	,05795
	Equal variances not assumed			1,977	26,185	,059	-2,15179	1,08819	-4,38783	,08426
بعد 4	Equal variances assumed	11,467	,002	1,785	28	,085	-1,76786	,99014	-3,79607	,26035

Equal variances not assumed			- 1,90 2	16,43 4		,075-1,76786		,92930-3,73366	,19795
5 بعد Equal variances assumed	,007	,934	- 1,23 2	28		,228-1,41071	1,14503	-3,75621	,93478
Equal variances not assumed			- 1,22 3	26,38 7		,232-1,41071	1,15375	-3,78059	,95916
6 بعد Equal variances assumed	2,479	,127	- 2,94 6	28		,006-1,01786	,34555	-1,72569	-,31002
Equal variances not assumed			- 3,02 0	26,57 8		,006-1,01786	,33704	-1,70992	-,32579
7 بعد Equal variances assumed	4,020	,055	-,296 28			,769-,33929	1,14608	-2,68692	2,00835
Equal variances not assumed			-,289 23,19 1			,775-,33929	1,17206	-2,76277	2,08420
الضعف ط Equal variances assumed	,218	,644	- 2,38 9	28		,024-10,28571	4,30623	- 19,1066 3	-1,46480
Equal variances not assumed			- 2,38 1	27,06 2		,025-10,28571	4,32053	- 19,1497 6	-1,42166

Descriptives

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimu m	Maximu m
					LowerBoun d	UpperBoun d		
بدون مستوى الاستراتيجيات ياتى	13	30,923 1	6,40913	1,77757	27,0501	34,7961	22,00	42,00

ابتدائي	5	34,800	10,84896	4,85180	21,3292	48,2708	23,00	52,00
متوسط	7	37,000	7,52773	2,84521	30,0380	43,9620	21,00	44,00
ثانوي	4	36,750	7,54431	3,77216	24,7453	48,7547	28,00	44,00
جامعي	1	39,000	.	.	.	.	39,00	39,00
Total	30	34,033	7,69901	1,40564	31,1585	36,9082	21,00	52,00
بدونمستوى ايجاب 1	13	3,3077	3,42502	,94993	1,2380	5,3774	,00	10,00
ابتدائي	5	5,2000	3,56371	1,59374	,7751	9,6249	2,00	10,00
متوسط	7	7,7143	2,98408	1,12788	4,9545	10,4741	3,00	10,00
ثانوي	4	6,5000	3,69685	1,84842	,6175	12,3825	2,00	10,00
جامعي	1	9,0000	.	.	.	.	9,00	9,00
Total	30	5,2667	3,70399	,67625	3,8836	6,6498	,00	10,00
بدونمستوى ايجاب 2	13	9,6154	,76795	,21299	9,1513	10,0795	8,00	10,00
ابتدائي	5	9,2000	1,09545	,48990	7,8398	10,5602	8,00	10,00
متوسط	7	9,5714	,53452	,20203	9,0771	10,0658	9,00	10,00
ثانوي	4	9,7500	,50000	,25000	8,9544	10,5456	9,00	10,00
جامعي	1	9,0000	.	.	.	.	9,00	9,00
Total	30	9,5333	,73030	,13333	9,2606	9,8060	8,00	10,00
بدونمستوى ايجاب 3	13	4,7692	2,45472	,68082	3,2859	6,2526	1,00	10,00
ابتدائي	5	5,6000	1,14018	,50990	4,1843	7,0157	4,00	7,00
متوسط	7	6,0000	1,52753	,57735	4,5873	7,4127	4,00	8,00
ثانوي	4	6,5000	3,10913	1,55456	1,5527	11,4473	3,00	10,00
جامعي	1	9,0000	.	.	.	.	9,00	9,00
Total	30	5,5667	2,23889	,40876	4,7307	6,4027	1,00	10,00
بدونمستوى ايجاب 4	13	8,0769	2,32600	,64512	6,6713	9,4825	3,00	10,00
ابتدائي	5	9,0000	2,23607	1,00000	6,2236	11,7764	5,00	10,00
متوسط	7	9,2857	1,88982	,71429	7,5379	11,0335	5,00	10,00
ثانوي	4	9,5000	1,00000	,50000	7,9088	11,0912	8,00	10,00

جامعي	1	10,000	.	.	.	.	10,00	10,00
Total	30	8,7667	2,04574	,37350	8,0028	9,5306	3,00	10,00
بدونمستوى سلبى 1	13	3,6923	2,28709	,63432	2,3102	5,0744	1,00	10,00
ابتدائى	5	4,0000	3,00000	1,34164	,2750	7,7250	1,00	9,00
متوسط	7	3,5714	3,40867	1,28836	,4189	6,7239	,00	10,00
ثانوى	4	2,2500	2,06155	1,03078	-1,0304	5,5304	,00	5,00
جامعي	1	1,0000	.	.	.	.	1,00	1,00
Total	30	3,4333	2,59553	,47388	2,4641	4,4025	,00	10,00
بدونمستوى سلبى 2	13	7,6923	1,03155	,28610	7,0689	8,3157	6,00	10,00
ابتدائى	5	8,4000	,89443	,40000	7,2894	9,5106	8,00	10,00
متوسط	7	8,7143	1,49603	,56544	7,3307	10,0979	6,00	10,00
ثانوى	4	9,7500	,50000	,25000	8,9544	10,5456	9,00	10,00
جامعي	1	9,0000	.	.	.	.	9,00	9,00
Total	30	8,3667	1,24522	,22735	7,9017	8,8316	6,00	10,00
بدونمستوى سلبى 3	13	3,3846	1,98068	,54934	2,1877	4,5815	,00	7,00
ابتدائى	5	2,6000	2,19089	,97980	-,1203	5,3203	,00	6,00
متوسط	7	1,7143	2,42997	,91844	-,5331	3,9616	,00	6,00
ثانوى	4	2,2500	1,70783	,85391	-,4675	4,9675	,00	4,00
جامعي	1	1,0000	.	.	.	.	1,00	1,00
Total	30	2,6333	2,09241	,38202	1,8520	3,4147	,00	7,00

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
الاستراتيجيات	Between Groups	244,494	4	61,123	1,036	,408
	Within Groups	1474,473	25	58,979		
	Total	1718,967	29			
اجاب 1	Between Groups	111,869	4	27,967	2,445	,073

	Within Groups	285,998	25	11,440		
	Total	397,867	29			
ايجاب 2	Between Groups	1,125	4	,281	,490	,743
	Within Groups	14,341	25	,574		
	Total	15,467	29			
ايجاب 3	Between Groups	24,859	4	6,215	1,289	,301
	Within Groups	120,508	25	4,820		
	Total	145,367	29			
ايجاب 4	Between Groups	12,015	4	3,004	,687	,608
	Within Groups	109,352	25	4,374		
	Total	121,367	29			
سلبى 1	Between Groups	14,133	4	3,533	,487	,745
	Within Groups	181,234	25	7,249		
	Total	195,367	29			
سلبى 2	Between Groups	14,819	4	3,705	3,072	,035
	Within Groups	30,148	25	1,206		
	Total	44,967	29			
سلبى 3	Between Groups	16,511	4	4,128	,934	,460
	Within Groups	110,455	25	4,418		
	Total	126,967	29			

Descriptives

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	Minimum	Maximum
--	---	------	----------------	------------	----------------------------------	---------	---------

					LowerBou nd	UpperBou nd		
سمعية الاستراتيجيات	15	32,2667	7,71332	1,99157	27,9952	36,5382	22,00	52,00
بصرية	15	35,8000	7,52330	1,94251	31,6337	39,9663	21,00	44,00
Total	30	34,0333	7,69901	1,40564	31,1585	36,9082	21,00	52,00
سمعية ايجاب1	15	3,5333	3,60291	,93027	1,5381	5,5286	,00	10,00
بصرية	15	7,0000	3,00000	,77460	5,3387	8,6613	3,00	10,00
Total	30	5,2667	3,70399	,67625	3,8836	6,6498	,00	10,00
سمعية ايجاب2	15	9,3333	,89974	,23231	8,8351	9,8316	8,00	10,00
بصرية	15	9,7333	,45774	,11819	9,4798	9,9868	9,00	10,00
Total	30	9,5333	,73030	,13333	9,2606	9,8060	8,00	10,00
سمعية ايجاب3	15	4,8667	1,80739	,46667	3,8658	5,8676	1,00	7,00
بصرية	15	6,2667	2,46306	,63596	4,9027	7,6307	1,00	10,00
Total	30	5,5667	2,23889	,40876	4,7307	6,4027	1,00	10,00
سمعية ايجاب4	15	9,2000	1,61245	,41633	8,3071	10,0929	5,00	10,00
بصرية	15	8,3333	2,38048	,61464	7,0151	9,6516	3,00	10,00
Total	30	8,7667	2,04574	,37350	8,0028	9,5306	3,00	10,00
سمعية سلبي1	15	3,0667	2,18654	,56456	1,8558	4,2775	,00	9,00
بصرية	15	3,8000	2,98089	,76966	2,1492	5,4508	,00	10,00
Total	30	3,4333	2,59553	,47388	2,4641	4,4025	,00	10,00
سمعية سلبي2	15	8,2667	,88372	,22817	7,7773	8,7561	7,00	10,00
بصرية	15	8,4667	1,55226	,40079	7,6071	9,3263	6,00	10,00
Total	30	8,3667	1,24522	,22735	7,9017	8,8316	6,00	10,00
سمعية سلبي3	15	3,3333	1,95180	,50395	2,2525	4,4142	,00	7,00
بصرية	15	1,9333	2,05171	,52975	,7971	3,0695	,00	6,00
Total	30	2,6333	2,09241	,38202	1,8520	3,4147	,00	7,00

ANOVA

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
الاستراتيجيات Between Groups	93,633	1	93,633	1,613	,215

	Within Groups	1625,333	28	58,048		
	Total	1718,967	29			
ايجاب 1	Between Groups	90,133	1	90,133	8,201	,008
	Within Groups	307,733	28	10,990		
	Total	397,867	29			
ايجاب 2	Between Groups	1,200	1	1,200	2,355	,136
	Within Groups	14,267	28	,510		
	Total	15,467	29			
ايجاب 3	Between Groups	14,700	1	14,700	3,150	,087
	Within Groups	130,667	28	4,667		
	Total	145,367	29			
ايجاب 4	Between Groups	5,633	1	5,633	1,363	,253
	Within Groups	115,733	28	4,133		
	Total	121,367	29			
سليبي 1	Between Groups	4,033	1	4,033	,590	,449
	Within Groups	191,333	28	6,833		
	Total	195,367	29			
سليبي 2	Between Groups	,300	1	,300	,188	,668
	Within Groups	44,667	28	1,595		
	Total	44,967	29			
سليبي 3	Between Groups	14,700	1	14,700	3,666	,066
	Within Groups	112,267	28	4,010		
	Total	126,967	29			

Group Statistics

شدة الإعاقة	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
بعد 1 شديدة	23	3,5217	2,81020	,58597
متوسطة	7	3,8571	3,80476	1,43806
بعد 2 شديدة	23	1,9130	2,13015	,44417
متوسطة	7	2,4286	2,69921	1,02020
بعد 3 شديدة	23	5,0435	3,16914	,66081
متوسطة	7	4,5714	3,04725	1,15175
بعد 4 شديدة	23	1,0870	2,84306	,59282
متوسطة	7	2,0000	2,76887	1,04654

شديدة	23	4,0870	3,42336	,71382
متوسطة	7	3,5714	2,22539	,84112
شديدة	23	1,0435	1,10693	,23081
متوسطة	7	,4286	,78680	,29738
شديدة	23	5,6522	2,91717	,60827
متوسطة	7	4,8571	3,76070	1,42141
شديدة	23	22,3478	12,81550	2,67222
متوسطة	7	21,7143	13,23775	5,00340

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	T	Df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
1 بعد									
Equal variances assumed	2,156	,153	-,255	28	,801	-,33540	1,31690	-3,03295	2,36214
Equal variances not assumed			-,216	8,097	,834	-,33540	1,55286	-3,90887	3,23806
2 بعد									
Equal variances assumed	,661	,423	-,527	28	,602	-,51553	,97736	-2,51756	1,48651
Equal variances not assumed			-,463	8,408	,655	-,51553	1,11270	-3,05992	2,02886
3 بعد									
Equal variances assumed	,063	,804	,348	28	,731	,47205	1,35691	-2,30745	3,25155

	Equal variances not assumed			,355	10,2 96	,729	,47205	1,32786	- 2,4751 1	3,4192 1
4 بعد	Equal variances assumed	,027	,870	- ,748	28	,461	-,91304	1,22046	- 3,4130 5	1,5869 6
	Equal variances not assumed			- ,759	10,1 82	,465	-,91304	1,20278	- 3,5865 1	1,7604 2
5 بعد	Equal variances assumed	1,416	,244	,373	28	,712	,51553	1,38331	- 2,3180 4	3,3491 0
	Equal variances not assumed			,467	15,5 54	,647	,51553	1,10319	- 1,8285 8	2,8596 4
6 بعد	Equal variances assumed	1,707	,202	1,36 1	28	,184	,61491	,45178	- ,31053	1,5403 5
	Equal variances not assumed			1,63 3	14,0 19	,125	,61491	,37644	- ,19238	1,4221 9
7 بعد	Equal variances assumed	,692	,413	,591	28	,559	,79503	1,34559	- 1,9612 8	3,5513 5
	Equal variances not assumed			,514	8,32 3	,620	,79503	1,54609	- 2,7463 5	4,3364 1
الضد غوط	Equal variances assumed	,031	,861	,114	28	,910	,63354	5,57158	- 10,779 31	12,046 40
	Equal variances not assumed			,112	9,69 6	,913	,63354	5,67228	- 12,059 02	13,326 10

Descriptives

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
شديدة بعد 1	23	3,5217	2,81020	,58597	2,3065	4,7370	,00	9,00
متوسط	7	3,8571	3,80476	1,43806	,3383	7,3760	,00	9,00
Total	30	3,6000	3,00115	,54793	2,4794	4,7206	,00	9,00
شديدة بعد 2	23	1,9130	2,13015	,44417	,9919	2,8342	,00	7,00
متوسط	7	2,4286	2,69921	1,02020	-,0678	4,9249	,00	7,00
Total	30	2,0333	2,23581	,40820	1,1985	2,8682	,00	7,00
شديدة بعد 3	23	5,0435	3,16914	,66081	3,6730	6,4139	,00	10,00
متوسط	7	4,5714	3,04725	1,15175	1,7532	7,3897	,00	8,00
Total	30	4,9333	3,09542	,56514	3,7775	6,0892	,00	10,00
شديدة بعد 4	23	1,0870	2,84306	,59282	-,1425	2,3164	,00	10,00
متوسط	7	2,0000	2,76887	1,04654	-,5608	4,5608	,00	8,00
Total	30	1,3000	2,80578	,51226	,2523	2,3477	,00	10,00
شديدة بعد 5	23	4,0870	3,42336	,71382	2,6066	5,5673	,00	10,00
متوسط	7	3,5714	2,22539	,84112	1,5133	5,6296	,00	7,00
Total	30	3,9667	3,15664	,57632	2,7880	5,1454	,00	10,00
شديدة بعد 6	23	1,0435	1,10693	,23081	,5648	1,5222	,00	4,00
متوسط	7	,4286	,78680	,29738	-,2991	1,1562	,00	2,00
Total	30	,9000	1,06188	,19387	,5035	1,2965	,00	4,00
شديدة بعد 7	23	5,6522	2,91717	,60827	4,3907	6,9137	,00	10,00
متوسط	7	4,8571	3,76070	1,42141	1,3791	8,3352	,00	10,00
Total	30	5,4667	3,08202	,56270	4,3158	6,6175	,00	10,00
شديدة الضغوط	23	22,3478	12,81550	2,67222	16,8060	27,8897	,00	46,00

متوسط	7	21,714	13,23775	5,0034	9,4714	33,9572	3,00	35,00
ة		3		0				
Total	30	22,200	12,68559	2,3160	17,4631	26,9369	,00	46,00
		0		6				

ANOVA

		Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
بعد 1	Between Groups	,604	1	,604	,065	,801
	Within Groups	260,596	28	9,307		
	Total	261,200	29			
بعد 2	Between Groups	1,426	1	1,426	,278	,602
	Within Groups	143,540	28	5,126		
	Total	144,967	29			
بعد 3	Between Groups	1,196	1	1,196	,121	,731
	Within Groups	276,671	28	9,881		
	Total	277,867	29			
بعد 4	Between Groups	4,474	1	4,474	,560	,461
	Within Groups	223,826	28	7,994		
	Total	228,300	29			
بعد 5	Between Groups	1,426	1	1,426	,139	,712
	Within Groups	287,540	28	10,269		
	Total	288,967	29			
بعد 6	Between Groups	2,029	1	2,029	1,852	,184
	Within Groups	30,671	28	1,095		
	Total	32,700	29			
بعد 7	Between Groups	3,392	1	3,392	,349	,559
	Within Groups	272,075	28	9,717		
	Total	275,467	29			

الضغوط	Between Groups	2,154	1	2,154	,013	,910
	Within Groups	4664,646	28	166,594		
	Total	4666,800	29			

Group Statistics

نوع الإعاقة	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
1 بعد سمعية	15	2,7333	2,25093	,58119
1 بعد بصرية	15	4,4667	3,46135	,89372
2 بعد سمعية	15	1,7333	1,62422	,41937
2 بعد بصرية	15	2,3333	2,74296	,70823
3 بعد سمعية	15	4,7333	2,73774	,70688
3 بعد بصرية	15	5,1333	3,50238	,90431
4 بعد سمعية	15	,4000	,73679	,19024
4 بعد بصرية	15	2,2000	3,74547	,96708
5 بعد سمعية	15	2,8667	1,55226	,40079
5 بعد بصرية	15	5,0667	3,95450	1,02105
6 بعد سمعية	15	1,0667	,88372	,22817
6 بعد بصرية	15	,7333	1,22280	,31573
7 بعد سمعية	15	7,2000	2,07709	,53630
7 بعد بصرية	15	3,7333	2,98727	,77131
الضغوط سمعية	15	20,7333	7,63887	1,97235
الضغوط بصرية	15	23,6667	16,44326	4,24563

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	T	Df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper

1 بعد	Equal variances assumed	5,441	,027	1,626	28	,115	-1,73333	1,06607	-	3,91708	,45041
	Equal variances not assumed			1,626	24,045	,117	-1,73333	1,06607	-	3,93338	,46671
2 بعد	Equal variances assumed	7,716	,010	,729	28	,472	-,60000	,82308	-	2,28600	1,08600
	Equal variances not assumed			,729	22,743	,473	-,60000	,82308	-	2,30374	1,10374
3 بعد	Equal variances assumed	2,576	,120	,348	28	,730	-,40000	1,14781	-	2,75118	1,95118
	Equal variances not assumed			,348	26,458	,730	-,40000	1,14781	-	2,75737	1,95737
4 بعد	Equal variances assumed	14,064	,001	1,826	28	,078	-1,80000	,98561	-	3,81893	,21893
	Equal variances not assumed			1,826	15,082	,088	-1,80000	,98561	-	3,89979	,29979
5 بعد	Equal variances assumed	12,884	,001	2,006	28	,055	-2,20000	1,09689	-	4,44688	,04688
	Equal variances not assumed			2,006	18,214	,060	-2,20000	1,09689	-	4,50255	,10255
6 بعد	Equal variances assumed	1,224	,278	,856	28	,399	,33333	,38955	-	4,46462	1,13128

Equal variances not assumed			,856	25,490	,400	,33333	,38955	- ,46817	1,13484
7 بعد Equal variances assumed	6,396	,017	3,690	28	,001	3,46667	,93944	1,54232	5,39101
Equal variances not assumed			3,690	24,972	,001	3,46667	,93944	1,53175	5,40158
الضعف وط Equal variances assumed	12,552	,001	,627	28	,536	-2,93333	4,68141	- 12,52276	6,65609
Equal variances not assumed			,627	19,774	,538	-2,93333	4,68141	- 12,70574	6,83907

Group Statistics

شدة الإعاقة	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	Mean
1 بعد شديدة	23	3,5217	2,81020		,58597
متوسطة	7	3,8571	3,80476		1,43806
2 بعد شديدة	23	1,9130	2,13015		,44417
متوسطة	7	2,4286	2,69921		1,02020
3 بعد شديدة	23	5,0435	3,16914		,66081
متوسطة	7	4,5714	3,04725		1,15175
4 بعد شديدة	23	1,0870	2,84306		,59282
متوسطة	7	2,0000	2,76887		1,04654
5 بعد شديدة	23	4,0870	3,42336		,71382
متوسطة	7	3,5714	2,22539		,84112
6 بعد شديدة	23	1,0435	1,10693		,23081
متوسطة	7	,4286	,78680		,29738
7 بعد شديدة	23	5,6522	2,91717		,60827
متوسطة	7	4,8571	3,76070		1,42141
الضعف شديدة	23	22,3478	12,81550		2,67222
متوسطة	7	21,7143	13,23775		5,00340
الاستراتيجيات شديدة	23	33,0435	7,36378		1,53545

	متوسطة	7	37,2857	8,45999	3,19758
ايجاب 1	شديدة	23	4,6957	3,80711	,79384
	متوسطة	7	7,1429	2,79455	1,05624
ايجاب 2	شديدة	23	9,5652	,72777	,15175
	متوسطة	7	9,4286	,78680	,29738
ايجاب 3	شديدة	23	5,3913	2,01673	,42052
	متوسطة	7	6,1429	2,96808	1,12183
ايجاب 4	شديدة	23	8,6087	2,23076	,46515
	متوسطة	7	9,2857	1,25357	,47380
سليبي 1	شديدة	23	3,5652	2,53747	,52910
	متوسطة	7	3,0000	2,94392	1,11270
سليبي 2	شديدة	23	8,2609	1,17618	,24525
	متوسطة	7	8,7143	1,49603	,56544
سليبي 3	شديدة	23	2,5217	2,10777	,43950
	متوسطة	7	3,0000	2,16025	,81650

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
	F	Sig.	t	Df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
								Lower	Upper	
بعد 1	Equal variances assumed	2,156	,153	-,255	28	,801	-,33540	1,31690	-3,03295	2,36214
	Equal variances not assumed			-,216	8,097	,834	-,33540	1,55286	-3,90887	3,23806
بعد 2	Equal variances assumed	,661	,423	-,527	28	,602	-,51553	,97736	-2,51756	1,48651

	Equal variances not assumed		- ,463	8,40 8	- ,655	- ,51553	1,1127 0	- 3,0599 2	2,0288 6
3 بعد	Equal variances assumed	,063	,804	,348 28	,731	,47205	1,3569 1	- 2,3074 5	3,2515 5
	Equal variances not assumed			,355 10,2 96	,729	,47205	1,3278 6	- 2,4751 1	3,4192 1
4 بعد	Equal variances assumed	,027	,870	- ,748 28	,461	- ,91304	1,2204 6	- 3,4130 5	1,5869 6
	Equal variances not assumed			- ,759 10,1 82	,465	- ,91304	1,2027 8	- 3,5865 1	1,7604 2
5 بعد	Equal variances assumed	1,416	,244	,373 28	,712	,51553	1,3833 1	- 2,3180 4	3,3491 0
	Equal variances not assumed			,467 15,5 54	,647	,51553	1,1031 9	- 1,8285 8	2,8596 4
6 بعد	Equal variances assumed	1,707	,202	1,36 1 28	,184	,61491	,45178	- 3,1053 5	1,5403 5
	Equal variances not assumed			1,63 14,0 19 3	,125	,61491	,37644	- 1,9238 9	1,4221 9
7 بعد	Equal variances assumed	,692	,413	,591 28	,559	,79503	1,3455 9	- 1,9612 8	3,5513 5
	Equal variances not assumed			,514 8,32 3	,620	,79503	1,5460 9	- 2,7463 5	4,3364 1
الضعف ط	Equal variances assumed	,031	,861	,114 28	,910	,63354	5,5715 8	- 10,779 31	12,046 40

	Equal variances not assumed			,112	9,69 6	,913	,63354	5,6722 8	- 12,059 02	13,326 10
الاسترا تيجيات	Equal variances assumed	,010	,921	- 1,29 1	28	,207	4,2422 4	3,2858 3	- 10,972 96	2,4884 9
	Equal variances not assumed			- 1,19 6	8,95 6	,262	4,2422 4	3,5471 3	- 12,272 38	3,7879 1
ايجاب 1	Equal variances assumed	2,161	,153	- 1,56 9	28	,128	2,4472 0	1,5600 8	- 5,6428 9	,74848
	Equal variances not assumed			- 1,85 2	13,5 16	,086	2,4472 0	1,3213 0	- 5,2906 4	,39623
ايجاب 2	Equal variances assumed	,088	,769	,427	28	,672	,13665	,31978	- ,51840	,79169
	Equal variances not assumed			,409	9,35 8	,692	,13665	,33386	- ,61421	,88751
ايجاب 3	Equal variances assumed	1,025	,320	- ,772	28	,446	- ,75155	,97325	- 2,7451 7	1,2420 6
	Equal variances not assumed			- ,627	7,76 3	,548	- ,75155	1,1980 6	- 3,5290 4	2,0259 3
ايجاب 4	Equal variances assumed	3,124	,088	- ,761	28	,453	- ,67702	,88955	- 2,4991 9	1,1451 5
	Equal variances not assumed			- 1,02 0	18,4 62	,321	- ,67702	,66397	- 2,0694 6	,71542
سليبي 1	Equal variances assumed	,062	,806	,498	28	,622	,56522	1,1352 2	- 1,7601 7	2,8906 1

	Equal variances not assumed			,459	8,89 6	,657	,56522	1,2320 9	- 2,2269 3	3,3573 7
سليبي 2	Equal variances assumed	,837	,368	- ,839	28	,408	- ,45342	,54028	- 1,5601 3	,65330
	Equal variances not assumed			- ,736	8,38 9	,482	- ,45342	,61634	- 1,8633 1	,95648
سليبي 3	Equal variances assumed	,006	,940	- ,523	28	,605	- ,47826	,91475	- 2,3520 5	1,3955 3
	Equal variances not assumed			- ,516	9,75 7	,617	- ,47826	,92727	- 2,5513 3	1,5948 1

الملحق (9): الخصائص السيكومترية لاستبيان الضغوط النفسية

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Part 1	Value	,891
		N of Items	18 ^a
	Part 2	Value	,721
		N of Items	17 ^b
		Total N of Items	35
		Correlation Between Forms	,676
Spearman-Brown Coefficient		Equal Length	,807
		Unequal Length	,807
		Guttman Split-Half Coefficient	,776

a. The items are: ع1، ع2، ع3، ع4، ع5، ع6، ع7، ع8، ع9، ع10، ع11، ع12، ع13، ع14، ع15، ع16، ع17، ع18.

b. The items are: ع18، ع19، ع20، ع21، ع22، ع23، ع24، ع25، ع26، ع27، ع28، ع29، ع30، ع31، ع32، ع33، ع34، ع35.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,896	35

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1ع	21,6000	149,421	,501	,892
2ع	21,8000	147,131	,673	,889
3ع	22,0000	154,690	,326	,895
4ع	21,6000	145,214	,645	,889
5ع	21,4333	151,357	,456	,893
6ع	22,3000	159,321	,157	,896
7ع	22,3333	159,126	,295	,896
8ع	22,2000	155,545	,339	,895
9ع	21,5667	147,082	,624	,890
10ع	21,6333	148,102	,509	,892
11ع	21,3667	148,171	,662	,889
12ع	20,9000	149,197	,559	,891
13ع	22,1333	151,706	,522	,892
14ع	21,2667	144,616	,691	,888
15ع	21,4667	145,637	,668	,889
16ع	22,1667	154,282	,412	,894
17ع	22,1000	150,645	,626	,891
18ع	22,0667	153,099	,461	,893
19ع	22,2000	154,028	,441	,893
20ع	22,2000	154,028	,441	,893
21ع	21,6667	147,747	,567	,891
22ع	21,6667	149,816	,494	,892
23ع	21,7000	150,286	,492	,892
24ع	21,7000	145,803	,685	,888
25ع	21,3000	152,286	,348	,895
26ع	22,0000	155,172	,298	,895

27ع	22,2000	155,407	,348	,895
28ع	22,4000	161,076	,000	,897
29ع	22,3333	159,747	,130	,897
30ع	21,7667	160,116	,011	,901
31ع	21,3000	151,321	,392	,894
32ع	21,1333	157,982	,126	,898
33ع	21,5333	157,637	,116	,899
34ع	21,1667	157,454	,110	,900
35ع	21,4000	152,110	,404	,894

الملحق (10) الخصائص السيكومترية لاستبيان استراتيجيات المواجهة

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Part 1	Value	,803
		N of Items	18 ^a
	Part 2	Value	,549
		N of Items	17 ^b
		Total N of Items	35
Spearman-Brown Coefficient		Correlation Between Forms	,186
		Equal Length	,314
		Unequal Length	,314
		Guttman Split-Half Coefficient	,300

a. The items are: i1, i2, i3, i4, i5, i6, i7, i8, i9, i10, i11, i12, i13, i14, i15, i16, i17, i18.

b. The items are: i18, i19, i20, i21, i22, i23, i24, i25, i26, i27, i28, i29, i30, i31, i32, i33, i34, i35.

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
i1	42,7000	54,907	,486	,724
i2	42,5333	53,913	,599	,717
i3	42,7000	55,183	,517	,723
i4	42,2000	55,821	,577	,722
i5	42,4333	51,633	,711	,706
i6	41,5667	62,530	,000	,747
i7	41,9667	59,551	,220	,742
i8	41,6333	62,309	,039	,747
i9	41,5667	62,530	,000	,747
i10	41,5667	62,530	,000	,747
i11	41,6333	60,999	,370	,741
i12	42,3333	57,057	,344	,734
i13	42,9000	58,714	,210	,743
i14	43,1333	57,154	,440	,730
i15	42,2667	56,547	,395	,731
i16	41,8667	59,982	,211	,742
i17	41,7000	60,631	,253	,741
i18	41,8333	62,420	-,030	,753
i19	41,7667	60,323	,194	,743
i20	41,9000	55,886	,628	,721
i21	43,3000	57,252	,459	,729
i22	42,2000	59,062	,196	,744
i23	43,3000	58,907	,296	,738
i24	43,1333	59,154	,233	,741
i25	42,4667	58,395	,307	,737
i26	41,7000	63,734	-,180	,756
i27	41,7333	63,237	-,117	,755
i28	41,8333	60,902	,122	,746
i29	41,8333	61,109	,118	,746
i30	42,3667	54,447	,482	,723
i31	42,6667	63,195	-,103	,761
i32	43,5000	62,190	,036	,747

i33	42,9667	60,654	,069	,753
i34	43,3667	63,551	-,143	,757
i35	42,7000	64,286	-,190	,764

الملحق (11): قائمة الأساتذة المحكمين

اسم الأستاذ	الدرجة العلمية	التخصص
عبد اللطيف قنوعة	دكتوراه	علم النفس التربوي
محمد السعيد قيسي	دكتوراه	علم النفس المدرسي
مصباح الهلي	التأهيل الاجتماعي	علم النفس الاجتماعي
بشير جاري	ماجستير	علم النفس
باللموشي عبد الرزاق	دكتوراه	علوم تربية

