

جامعة الجزائر 02
كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية
قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا

استراتيجيات مواجهة ضغط صدمة الإعاقة لدى
آباء الأطفال التريزوميين وعلاقتها بصحتهم
النفسية

مذكرة لنيل شهادة الماجستير في الإرشاد والصحة النفسية

تحت إشراف

نصير بن حالة

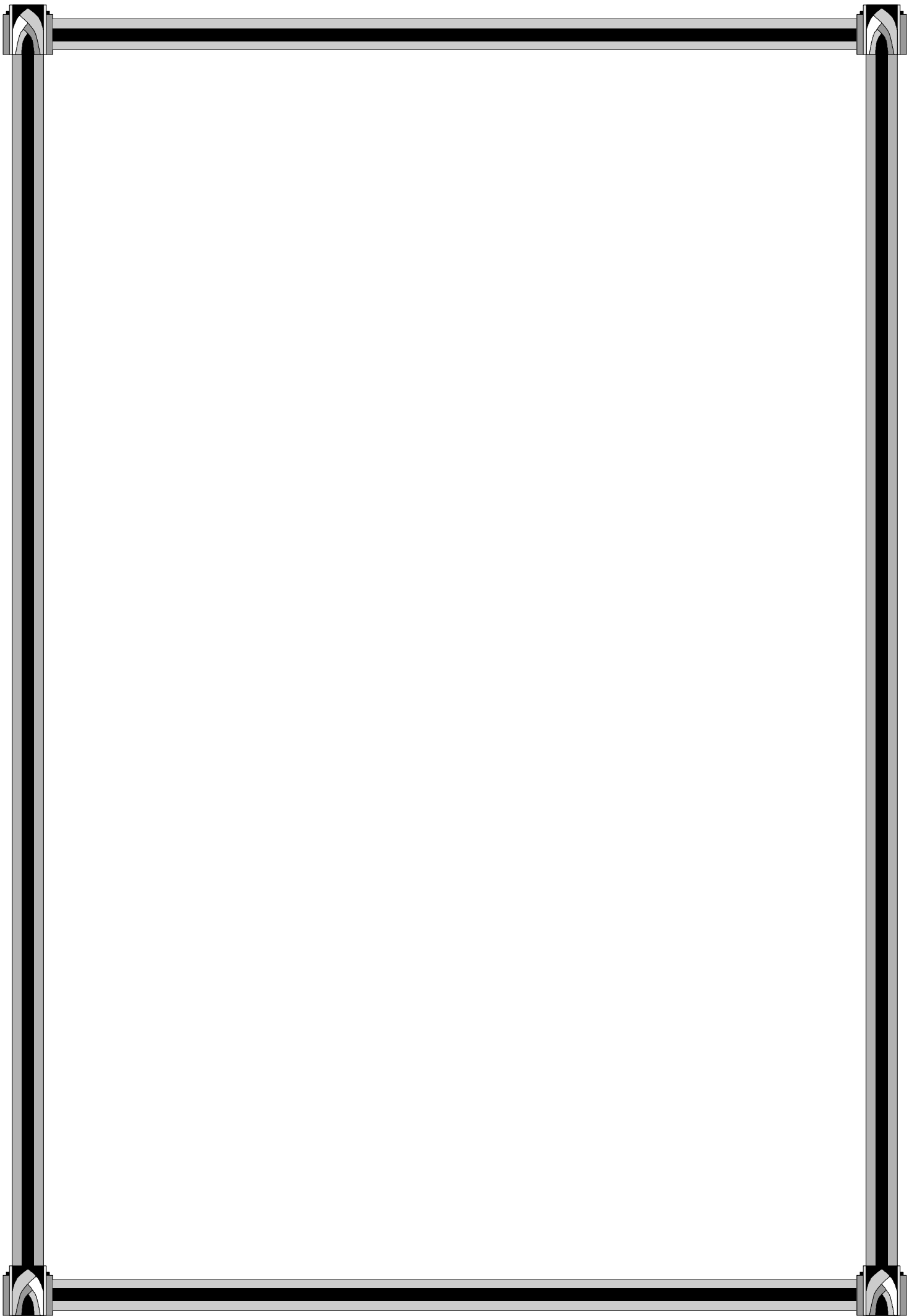
إعداد الطالبة:

الأستاذ:

بايش لامية

السنة الجامعية:

2015 - 2014



إهداء

إلى والديّــــا
الكريمين منبع الحب
والعطاء

إلى إخوتي الأعزاء
إلى سندي في الحياة
زوجي

أهدي ثمرة جهدي المتواضع

حُباً...

ووفاءً...

وتقدير

أ...

كلمة شكر وتقدير

الحمد لله ربّ العالمين
والصلاة والسلام على
أشرف المرسلين وعلى
آله وصحبه أجمعين

أشكر الله سبحانه وتعالى
على نعيم فضله وجزيل
عطائه وتوفيقه لي في
انجاز هذا العمل
الفاضل، كما أتقدم
بالشكر الجزيل للأستاذ
نصير بن حالة لإشرافه
على هذه المذكرة، كما
أتقدم بخالص الشكر إلى

جميع الآباء المشاركين في
الدراسة راجية من الله
تعالى أن يمنحهم العزيمة
والقوة لمواجهة كل ما
يعتريهم من ضغوطات، كما
أتوجه بالشكر الجزيل إلى
جميع من ساعدني في إنجاز
هذه الدراسة من
أخصائيين نفسانيين ومربين
متخصصين.

لامية بايش

ملخص الدراسة:

يهدف هذا البحث إلى محاولة الكشف عن العلاقة بين استراتيجيات مواجهة الضغوط والصحة النفسية لدى عينة من الآباء الذين يحمل أبنائهم عرض داون أو ما يعرف بتريزوميا 21، كما يهدف إلى الكشف عن أكثر أنواع استراتيجيات المواجهة المستخدمة من طرف هذه العينة تجاه ضغط صدمة الإعاقة، والتعرف على الفروق في استراتيجيات المواجهة ومستوى الصحة النفسية وفقا لمتغير رتبة الابن الحامل لمرض داون.

ولتحقيق مثل هذه الأهداف، اعتمدنا في هذه الدراسة على المنهج الوصفي، كما قد استخدمنا مقياس استراتيجيات مواجهة الضغوط لبولهان (PAULHAN)، ومقياس الصحة النفسية الذي أعده صلاح محمد مكاوي، وقد تكونت عينة البحث من 37 أب يحمل ابنه عرض داون.

وقد توصلت الدراسة إلى عدم وجود علاقة بين استراتيجيات مواجهة الضغوط والصحة النفسية لدى فئة آباء الأطفال التريزوميين، كما قد أظهرت تنوع استراتيجيات مواجهة الضغوط لدى عينة البحث، وانتهت الدراسة إلى إبراز عدم وجود فروق في استراتيجيات مواجهة الضغوط ومستوى الصحة النفسية عند متغير رتبة الابن الحامل لمرض داون.

Résumé de l'étude :

Cette recherche a pour objectif d'étudier la relation entre les stratégies de coping et la santé psychique chez des parents ayant des enfants trisomiques, mais et aussi examiné les différentes stratégies de coping utilisées face au stress de l'handicap chez ces parents. Cette étude vise a examiner les différences dans les stratégies de coping et le niveau de la santé psychique selon le rang de l'enfant porteur du syndrome de Dawn dans la fratrie.

Dans ce contexte la méthode descriptive a été adoptée pour ce travail, on utilisant le questionnaire des stratégies de coping de **Paulhan**, et le questionnaire de la santé psychique de **Mohamed Mkaoui** et ça sur un échantillon d'étude de 37 pères d'enfants trisomiques.

Les résultats montrent qu'il n'ya pas de relation significative entre les stratégies de coping et la santé psychique chez la catégorie des parents des enfants trisomiques, nous avons par ailleurs remarqué que les pères des enfants trisomiques utilisent les différents types de stratégies de coping face au stress de l'handicap de leur enfants, on résulte aussi qu'il n'ya pas de différence dans les stratégies de coping et le niveau de la santé psychique selon le rang de l'enfant porteur du syndrome de Dawn dans la fratrie.

1- فهرس المحتويات :

فهرس الموضوعات :

إهداء

شكر

ملخص الدراسة

مقدمة أ

1- الجانب النظري:

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

1- إشكالية الدراسة 3

2- فرضيات الدراسة 10

3- أهداف الدراسة 11

4- أهمية الدراسة 11

5- تحديد المفاهيم 12

الفصل الثاني: التريزوميا 21

مقدمة الفصل 16

1- تعريف التريزوميا 18

2- لمحة تاريخية حول تطور مفهوم التريزوميا 19

- 3-أنواع متلازمة داون 21
- 3-1متلازمة داون الحر أو المعياري 21
- 3-2متلازمة داون الانتقالي 23
- 3-3متلازمة داون ا لفسيفسائي 24
- 4-أسباب متلازمة داون 26
- 4-1العوامل الداخلية 26
- 4-2العوامل الخارجية 26
- 5-التشخيص 27
- 5-1-التشخيص الذي يتم قبل الولادة..... 27
- 5-2-التشخيص الذي يتم بعد الولادة..... 28
- 6-خصائص تلازم داون 28
- 6-1-الخصائص المرفولوجية (الجسدية) 28
- 6-2-الخصائص العصبية 29
- 6-3-الخصائص العقلية والمعرفية..... 30
- 6-4-الخصائص العاطفية والاجتماعية 32
- 7-الاضطرابات المصاحبة لمتلازمة داون 32
- 7-1-الاضطرابات على مستوى الجهاز العصبي المركزي 32

- 34.....2-7-الاضطرابات المعرفية
- 35.....3-7-ضعف المناعة
- 35.....4-7-اضطراب الجهاز الهضمي
- 35.....5-7-اضطراب الجهاز الدوري
- 35.....6-7-اضطراب الغدد و الهرمونات
- 36.....7-7-اضطراب الجهاز التنفسي
- 36.....8-7-اضطرابات الدورة الدموية
- 36.....9-7-اضطرابات التغذية
- 36.....10-7-الاضطرابات الصحية
- 37.....8-الوقاية من متلازمة داون
- 38.....خلاصة الفصل

الفصل الثالث :الصدمة النفسية

- 40.....مقدمة الفصل
- 40.....1-1-تعريف الصدمة
- 40.....1-1-التعريف اللغوي
- 40.....2-1-التعريف الاصطلاحي

- 3-1 تعريف الحدث الصدمي 42.....
- 4-1 الصدمة كضغط مقابل الصدمة كاستجابة 43.....
- 2- تطور مفهوم الصدمة 43.....
- 3- التفسير النظرية المقترحة لتفسير الصدمة النفسية 45.....
- 3-1 نظرية التحليل النفسي 45.....
- 3-1-1 وجهة النظر الدينامية 46.....
- 3-1-2 وجهة النظر الاقتصادية 47.....
- 3-2 النظرية المعرفية 48.....
- 3-3 النظرية السلوكية 49.....
- 3-4 النظرية البيولوجية 50.....
- 3-5 النظرية السيكلوجية 51.....
- 4- ردود الفعل تجاه الصدمات 53.....
- 4-1 ردود الفعل قصيرة الأمد 53.....
- 4-2 ردود الفعل المتوسطة الأمد 54.....
- 4-3 ردود الفعل طويلة الأمد 54.....
- 5- العوامل المؤثرة في استجابات الأفراد للصدمة 55.....
- 5-1 طبيعة الحدث الصدمي 55.....

| | |
|---------|---------------------------------|
| 55..... | 2-5 عوامل تتعلق بشخصية الفرد |
| 56..... | 3-5 عوامل تتعلق بالمحيط الخارجي |
| 56..... | 6- صدمة الإعاقة |
| 57..... | خلاصة الفصل |

الفصل الرابع: الضغط واستراتيجيات المواجهة

| | |
|---------|----------------------------------|
| 59..... | مقدمة الفصل |
| 59..... | 1-الضغوط النفسية |
| 59..... | 1-تعريف الضغط |
| 59..... | 1-1-التعريف اللغوي |
| 60..... | 1-2- التعريف الاصطلاحي |
| 62..... | 2-لمحة تاريخية لتطور هذا المفهوم |
| 64..... | 3-أنواع الضغوط ومستوياتها |
| 64..... | 3-1-الضغوط الايجابية |
| 64..... | 3-2-الضغوط السلبية |
| 66..... | 4-مصادر الضغوط |
| 68..... | 5-ضغط الإعاقة |

- 6-آلية حدوث الضغوط وكيفية الاستجابة لها.....69
- 7-النظريات والنماذج المفسرة للضغوط.....70
- 7-1النسق النظري الفسيولوجي.....71
- 7-1-1-نظرية والتر كانون (Walter Canon).....71
- 7-1-2-نظرية هانز سيلبي (Hans Selye).....71
- 7-2-النسق النظري المعرفي.....73
- 7-2-1-نظرية التقدير المعرفي للازروس (Lazarus).....73
- 7-3-النسق النظري النفسي-الاجتماعي.....75
- 7-3-1-نظرية هنري موراي (Henry Murray).....75
- 7-4-النسق النظري لسبيلبرجر (Spielberger 1972).....75
- II-استراتيجيات مواجهة الضغوط.....77
- 8-تاريخ مصطلح استراتيجيات المواجهة.....77
- 9-تعريف استراتيجيات المواجهة.....78
- 9-1-التعريف اللغوي.....78
- 9-2-التعريف الاصطلاحي.....78
- 10-تصنيفات استراتيجيات المواجهة.....79
- 11-العوامل المؤثرة في إدراك ومواجهة الضغوط.....82

- 11-1-العوامل الشخصية والديموغرافية.....82
- 11-2-العوامل الخاصة بمواقف الضغط وبيئته.....82
- 12-النظريات المفسرة لاستراتيجيات المواجهة.....83
- 12-1-النموذج الحيواني.....83
- 12-2-النموذج التحليلي.....83
- 13-مقاييس استراتيجيات المواجهة.....84
- 13-1-مقياس لازروس و فولكمان (1984).....85
- 13-2-مقياس فيتاليانو المعدل Vitaliano (1985).....85
- 13-3-مقياس كارفر و آخرون (1989).....86
- 13-4-مقياس انلر وباركر (1990).....87
- 14-الوسائل الوقائية وأساليب التعامل مع الضغوط.....87
- خلاصة الفصل.....89

الفصل الخامس: الصحة النفسية

- مقدمة الفصل.....91
- 1-تعريف الصحة النفسية.....91
- أ- فئة التعريفات الايجابية.....92

- ب- فئة التعريفات السلبية.....93
- 2-مناهج الصحة النفسية.....93
- 3-مظاهر الصحة النفسية.....94
- 3-1التوافق.....94
- 3-2الشعور بالسعادة مع النفس.....94
- 3-3الشعور بالسعادة مع الآخرين.....94
- 3-4تحقيق الذات واستغلال القدرات.....94
- 3-5 القدرة على مواجهة مطالب الحياة.....94
- 3-6التكامل النفسي.....95
- 3-7السلوك العادي.....95
- 3-8الشعور بالاستقلال.....95
- 4-نسبية الصحة النفسية.....95
- 4-1نسبية الصحة من فرد لأخر.....96
- 4-2نسبية الصحة النفسية لدى الفرد الواحد من وقت لآخر.....96
- 4-3نسبيتها تبعاً لمراحل النمو.....96
- 4-4نسبيتها تبعاً لتغير الزمان.....96
- 5-نظريات الصحة النفسية.....97

| | |
|----------|--------------------------------------|
| 97..... | 1-5 نظرية التحليل النفسي |
| 98..... | 2-5 المدرسة السلوكية |
| 99..... | 3-5 النظرية المعرفية |
| 100..... | 6-6 معايير الصحة النفسية |
| 100..... | 1-6 المعيار الإحصائي |
| 101..... | 2-6 المعيار الإكلينيكي (الطبي) |
| 101..... | 3-6 المعيار الذاتي |
| 101..... | 4-6 المعيار الاجتماعي |
| 102..... | 5-6 المعيار الباطني |
| 102..... | 7-7 العوامل المؤثرة في الصحة النفسية |
| 103..... | 1-7 الأسباب النفسية |
| 103..... | 2-7 سمات الحدث |
| 104..... | 3-7 سمات الشخصية |
| 104..... | 4-7 العوامل الثقافية والاجتماعية |
| 105..... | 5-7 الأسباب الحيوية والبيولوجية |
| 106..... | خلاصة الفصل |

الفصل السادس: الأسرة-الأب / علاقة الأب بالطفل التريزومي

- 108.....مقدمة الفصل
- 108.....1-تعريف الأسرة
- 111.....2- دور الأب عبر العصور
- 111.....2-1: دور الأب في العصور القديمة الرومانية
- 111.....2-2: دور الأب في عصر ما بين الميلاد إلى عصور النور
- 111.....2-3: دور الأب في عصر ما قبل الصناعة "القرون الوسطى"
- 112.....2-4: دور الأب في العصر الحديث
- 112.....3-أهم الأبحاث التي عنيت بدراسة الأب
- 114.....4-المكانة النفسية للأب حسب أهم النظريات التي تناولته
- 114.....4-1: نظرية التحليل النفسي
- 115.....4-2: نظرية علم النفس التطور
- 116.....5-علاقة أب / طفل
- 117.....6-علاقة أب - طفل تريزومي
- 118.....6-1: الحماية
- 118.....6-2: الرفض
- 118.....6-3: المزايده في تطبيب حياة الطفل

119.....4-6:تحول العلاقة أم / طفل

120.....خلاصة الفصل

II- الجانب التطبيقي :

الفصل السابع : إجراءات الدراسة الميدانية

123.....مقدمة الفصل

123.....1-منهج الدراسة

124.....2-حدود الدراسة

124.....2-1الحدود الزمنية

124.....2-2الحدود المكانية

125.....2-3الحدود البشرية

125.....3-عينة الدراسة

126.....4-أدوات الدراسة

126.....4-1مقياس استراتيجيات مواجهة الضغط

127.....4-1-1الخصائص السيكومترية للمقياس

128.....4-2مقياس الصحة النفسية

132.....خلاصة الفصل

الفصل الثامن : عرض ومناقشة النتائج

| | |
|----------|--|
| 134..... | مقدمة الفصل |
| 134..... | 1- عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة |
| 134..... | 1-1 عرض وتحليل ومناقشة الفرضية الأولى |
| 137..... | 1-2 عرض وتحليل ومناقشة الفرضية الثانية |
| 140..... | 1-3 عرض وتحليل ومناقشة الفرضية الثالثة |
| 141..... | 1-4 عرض وتحليل ومناقشة الفرضية الرابعة |
| 143..... | خلاصة الفصل |
| 144..... | الخاتمة العامة للدراسة |
| 145..... | توصيات واقتراحات الدراسة |
| 148..... | قائمة المراجع |
| 160..... | الملاحق |

2- فهرس الأشكال :

| الصفحة | العنوان | الرقم |
|--------|--|--------------|
| 17 | خريطة الكاربوتيب للشخص العادي | شكل رقم (01) |
| 17 | خريطة الكاربوتيب للشخص المصاب بمتلازمة داون | شكل رقم (02) |
| 22 | خلل في الانقسام الكروموزومي قبل عملية الإلقاح - النوع الحر- | شكل رقم (03) |
| 23 | خلل في الانقسام الكروموزومي أثناء الانقسام الخلوي الأول - النوع الحر- | شكل رقم (04) |
| 24 | النوع الملتحم لمتلازمة داون | شكل رقم (05) |
| 25 | خلل أثناء الانقسام الخلوي الثاني - النوع الفسيفسائي- | شكل رقم (06) |
| 31 | النمو العقلي عند الأشخاص المنغوليين حسب العمر الزمني بالمقارنة مع الأشخاص العاديين | شكل رقم (07) |
| 52 | صورة ملخصة للتفسير السيكولوجي للصدمة | شكل رقم (08) |
| 73 | حدوث الضغوط النفسية طبقا لنظرية هانز سيللي | شكل رقم (09) |
| 74 | تطور التقدير المعرفي للضغوط | شكل رقم (10) |

3- فهرس الجداول :

| الصفحة | العنوان | الرقم |
|--------|---|---------------|
| 124 | توزيع الآباء المشاركين في الدراسة حسب أماكن إجراء البحث | جدول رقم (01) |
| 125 | خصائص العينة | جدول رقم (02) |
| 126 | توزيع الأطفال التريزوميين حسب الرتبة | جدول رقم (03) |
| 128 | كيفية تنقيط مقياس استراتيجيات المواجهة | جدول رقم (04) |
| 130 | كيفية تنقيط مقياس الصحة النفسية | جدول رقم (05) |
| 130 | تصنيف مستوى الصحة النفسية | جدول رقم (06) |
| 131 | العبارات الموجبة والسالبة لمقياس الصحة النفسية | جدول رقم (07) |
| 134 | نتائج العلاقة بين استراتيجيات مواجهة الضغوط ودرجة الصحة النفسية | جدول رقم (08) |
| 138 | المتوسطات الحسابية لاستراتيجيات المواجهة المستخدمة من طرف عينة البحث | جدول رقم (09) |
| 140 | نتائج فروق استخدام استراتيجيات مواجهة الضغوط حسب رتبة الطفل التريزومي | جدول رقم (10) |
| 141 | نتائج الفروق في مستوى الصحة النفسية حسب رتبة الطفل التريزومي | جدول رقم (11) |

مقدمة :

تعد الضغوط النفسية من بين المواضيع التي تعدد تناولها في الكثير من الدراسات والبحوث ومن مختلف الزوايا والأطر النظرية، ومما لا شك فيه أن تعدد مصادرها واختلاف أنواعها وأشكالها وما تؤدي إليه لدى الأفراد هو سبب هذه التناولات المختلفة، أضف إلى ذلك فإن ضغوط الحياة ترتبط بمدى واسع من الاضطرابات النفسية والجسدية، وعليه فإن أساليب مواجهة هذه الضغوط تعد بمثابة عوامل تعويضية تساعد الفرد على الاحتفاظ بالصحة النفسية والجسدية معاً، شرط أن يعي هذا الأخير الاستراتيجيات الملائمة لمعالجة موقف ضاغط ما.

تعتبر إعاقة الابن من بين المصادر الضاغطة لدى الأولياء، لما تحويه الإعاقة من أعباء والتي من شأنها تغيير من وتيرة الحياة اليومية الطبيعية لهما، زيادة على ذلك فإن مثل هذا الضغط يؤثر على المعاش النفسي والاجتماعي لهما.

إن خبرتنا الميدانية كأخصائية عيادية بالمركز النفسي- البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنياً بالروبية لمدة ستة سنوات، زودتنا بملاحظات ومعلومات عيادية حول المعاش النفسي والاجتماعي للوالدين جراء صدمة الإعاقة الذهنية للابن، وما يترتب عنها من صعوبات يجد الأولياء أنفسهم بصفة دائمة في مواجهتها. إن اهتمامنا بالتريزوميا 21، أو ما يعرف بعرض داون بصفة خاصة من بين الإعاقات الذهنية، يعود أولاً للانتشار الواسع لهذه الإعاقة الذهنية، أضف إلى ذلك فإن ما تحمله هذه الإعاقة من خصوصيات مورفولوجية ونفسية وعقلية تجعلها متميزة عن غيرها من الإعاقات الذهنية. كما يعود اهتمامنا بالأب بصفة خاصة كنموذج والدي إلى المكانة والدور الهام والحساس التي يلعبه هذا الأخير ضمن العائلة، باعتباره مصدر قبول وحب وتربية بالنسبة للطفل ومصدر سند بالنسبة للزوجة، زيادة على ذلك فإن أغلب الدراسات التي أنجزت في ميدان الإعاقة، صبت جل اهتمامها على الأم مهملتها المعاش النفسي الذي يعيشه الأب جراء صدمة إعاقة الابن، كما أن ممارستنا الميدانية جعلتنا نلاحظ الغياب الكبير لهذا العنصر الفعال في

التكفل بالطفل المعاق داخل الأسرة و المؤسسة التربوية، لذلك تبادر في ذهننا عدة تساؤلات حول الأب: أولها لماذا هذا الغياب؟ كيف يواجه إعاقة الابن؟ هل يؤثر ذلك على صحته النفسية؟...

وعليه تسعى هذه الدراسة للكشف عن استراتيجيات مواجهة صدمة الإعاقة لدى أباء الأطفال التريزوميين وعلاقة ذلك بصحتهم النفسية، لهذا الغرض قسم البحث إلى جانبين وهما الجانب النظري والجانب التطبيقي، حيث يضم الجانب النظري ستة فصول وهي كالتالي: الإطار العام للدراسة والذي قمنا فيه بطرح إشكالية البحث و صياغة فرضياته، وتحديد المفاهيم الأساسية، وقد قمنا بتحديد أهداف وأهمية الدراسة، كما قد خصصنا الفصل الثاني والثالث، الرابع، الخامس والسادس لدراسة المصطلحات الأساسية في البحث وهي بالترتيب كما يلي: التريزوميا، الصدمة النفسية، الضغط واستراتيجيات المواجهة، الصحة النفسية، الأسرة-الأب /علاقة الأب بالطفل التريزومي.

بينما اشتمل الجانب التطبيقي على فصلان أساسيين وهما الفصل السابع إجراءات الدراسة الميدانية ويضم منهج المستخدم في هذه الدراسة، عينة البحث وأدوات القياس، أما الفصل الثامن فهو يضم عرض ومناقشة النتائج.

كما تنتهي هذه الدراسة بخاتمة عامة للدراسة واهم التوصيات والاقتراحات، مع عرض لمختلف المراجع المعتمدة في الدراسة من كتب ومجلات ورسائل جامعية، كما أدرجنا في الأخير عرضا لملاحق الدراسة.

الجانب النظري

الفصل الأول

إجراءات الدراسة

الميدانية

1- إشكالية الدراسة:

تعتبر الأسرة من أقدم المؤسسات الاجتماعية، وأكثرها ثباتاً في تاريخ الإنسان الطويل فالإنسانية كلها أسرة كبيرة وتكوين الأسرة واستقرارها وسعادتها هو الوضع الذي ارتضاه الله تعالى للبشر عن طريق الزواج قال تعالى « هو الذي خلق لكم من أنفسكم أزواجا لتسكنوا إليها وجعل بينكم مودة ورحمة. » (الروم، الآية 21)

وفي موضوع الأسرة ينظر الكثير من الأفراد إلى الطفل باعتباره الامتداد الطبيعي لهم، ويرى البعض أن وجود الأطفال يوفر لهؤلاء الأفراد نوعاً من البقاء، وفي هذا الصدد يعد الإعلان عن الحمل طرفاً ثالثاً في الزواج، ولعل أجمل اللحظات وأسعدها التي تمر على الوالدين هو لحظة اكتشافهما أنه بعد فترة زمنية معينة سيرزقان بطفل. يلجأ الوالدين وخاصة الأمهات في الغالب إلى تكوين صورة مثالية عن أطفالهن قبل الولادة، وتتميز صورة هذا الطفل بكونه في صحة جيدة، معافى، متفوق، ذكي، قادر على إقامة علاقات اجتماعية جيدة بين أقرانه، وفي هذا الصدد قام ماركوس سيقال "H.Marcos Sigal" عام (1984) عن (R.Perron) بسؤال مجموعة نساء حوامل للمرة الأولى عن صورة الطفل المنتظر وتوقعاتهن فوجدهن يرغبن في طفل حيوي لكن في نفس الوقت هادئ، فرح، متوازن (...). وحسب Sigal فإن مصدر هذه الأوصاف هي صورة الطفل الخيالي والمثالي لديهن (R.Perron,1985,p3)، وعليه يرسم الوالدين صورة خيالية للطفل المنتظر، حيث يصبح الطفل المستقبلي حياً فيفضلان جنس معين، ويتوقعان شكله، ويتنبأان له بمستقبل ما، ويقلقان على بقائه على قيد الحياة، ويخشيان أن يولد بتشوهات، ويختاران له اسماً حيث يحاول أن يتحيز كل واحد منهما لشجرة نسبه في اختيار الأسماء، وعليه يجد الطفل نفسه مسجلاً ضمن سجل العائلة مسبقاً ويكون هذا الأخير محملاً بتصورات والديه.

تعتبر الولادة لحظة التقاء بين الطفل الخيالي والطفل الحقيقي أو بتعبير آخر، عند ميلاد الطفل يستبدل الوالدين حلم الطفل بحقيقة الطفل، حيث أن الطفل المدرك يعاش من طرف

للدراسة

الوالدين كمولد كموني والذي سيسمح باستمرار النسل ويخلد الأسرة، وعليه يجد الطفل مكانه الشرعي بانضمامه إلى سلسلة الأجيال وهو ما يسمح له بتتبع خطوات الأجداد، فهو ينضم بهذا الشكل للرواية العائلية، وللتأكد من متانة وديمومة النسل الأبوي، فإنه يترتب على الطفل المولود "واجب" الشبه من حيث الصفات وعلى حد تعبير "D.Vaginay" يؤكد الوجه الشبيه أن الهومات السلبية التي كانت في ذهن الوالدين أثناء فترة الحمل لم تحدث، كما يعني الشبه أن الوجه يجب أن يكون انعكاسا للراشد الناكص، « نحن متضامنون مع كل ما يبدو في صورة الآخر كشبيه لنا » بينما لقاء صورة مشوهة أو عدم التشابه حسب "Vaginay,D" يعد البعد الرمزي للآخر الذي يجب أن يبقى غير مدرك وغير متصور (D.Vaginay,1997)

فماذا إذا كان هذا الطفل المولود معوق و حاملا لتريزوميا 21؟

يمثل ميلاد طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة حدثا مؤلما للوالدين، ويراه البعض بمثابة كارثة تؤرق حياتهم وتآزمهم وتستنير فيهم الحسرة والأسى، ذلك أنه مع كونه "ميلادا" إلا أن هذا الميلاد في حقيقته يعني لهم "موت" مفاجئ لحلم ظل يراودهم طويلا في الحصول على طفل معافى وسليم وذكي، فيفتقدون مع هذا الميلاد شعورهم بالفخر والإثابة الوالدية المرتبطة بالأبوة والأمومة، ومن ثم الشعور بالكفاءة والجدارة الذاتية. إن الإعلان عن تريزوميا الطفل يشكل بالنسبة للوالدين استبداد لهذا الحلم بشكل عنيف وكامل، إلى درجة أن الإعاقة تخفي حقيقة الطفل (المولود الجديد) وتمنع الوالدين من رؤية الرضيع كما هو في الواقع. (Le Jeune-Phélipot,j Lyon,1989,p12)

وعليه فإن تجربة إعاقة الابن تقترب من المفهوم التحليلي للصدمة، حيث يصفها "Ferenczi, S" على أنها صدمة غير متوقعة، وغير مهياً لها وهي مدمرة تمثل مخدر من أجل توقيف كل نشاط نفسي. (S.Sausse,1990,p524)

وعليه فإن إخبار الوالدين بإصابة ابنهم بتناذر داون (trisomie21) يشكل لهم صدمة غير منتظرة تماما شديدة إلى درجة أنها تحدث اختراق وكسر في النفس و اختلالا في التوظيف النفسي، حيث أنه يحيد كل الدفاعات المعتادة ويظهر أخرى أكثر مرضية. (Sausse, S , 1996,p36)

للدراسة

ففي دراسة قام بها "Mackeith & others" (1973) حول أحاسيس وردة الفعل لدى والدي الطفل المصاب بإعاقة حدد فيها ردة فعل الوالدين ووزعها على (05) مراحل تختلف شدة وزمن كل مرحلة منها على عوامل متعددة، وهي كالتالي:

— مرحلة الصدمة **shock**: وتضم الإحساس بالفقدان والضياع، فقدان الآمال والأحلام، كما تضم الإحساس بالخدر **Numbness** وخصوصا في الأطراف (لعدة أيام).

— مرحلة الإنكار والهروب **Denial**: وهي مرحلة يسيطر فيها عدم التصديق للحالة، حيث يكون هناك العديد من التساؤلات وعدم تقبل الإعاقة.

— مرحلة اضطراب الانفعال وفيها الإحساس بالذنب والشعور بأن الإعاقة عقاب من الله.

— مرحلة التوازن.

— مرحلة التنظيم والتفكير هذه المرحلة قد تبدأ بعد أشهر أو سنوات*.

كما أشارت الدراسة التي قام بها "Conell" (1994) حول الاتجاهات الوالدية حول الإعاقة العقلية، على عينة تكونت من (192) أسرة منها (144) أسرة لديها أطفال معاقين عقليا و (48) أسرة ليس لديها أطفال معاقين، حيث طبق على العينة مقياس "Edin" لرد فعل الوالدين نحو الإعاقة، وأشتمل المقياس على خمسة أبعاد هي: الصدمة، الارتباك، الرفض، الحزن، الغضب، وتوصلت هذه الدراسة إلى نتائج من أهمها ارتفاع مستوى الاتجاهات السالبة لدى أسر الأطفال المعاقين عقليا بالمقارنة بأسر الأطفال غير المعاقين.

من خلال دراسة "Mackeith & others" (1973) و "Conell" (1994) يتضح أن ميلاد طفل معاق يخلق لدى الوالدين صدمة، فهو عكس تماما ما كان ينتظران، حيث ينتابهما الشعور بالغضب والرفض والقلق على مصير هذا الطفل.

وعليه ومن خلال ما ذكر عن الأحاسيس والمشاعر السلبية التي تسببها صدمة ولادة طفل معاق يمكننا إعطاء تعريف للصدمة النفسية، حيث يعرف معجم مصطلحات علم النفس الصدمة على أنها: «انفعال شديد يؤثر على شخصية المصاب بصفة دائمة، فيجعله يكتسب حساسية خاصة تجاه الأوضاع الانفعالية اللاحقة».

(عبد المجيد سالمى وآخرون، 1998، ص146)

للدراسة

و عليه تعتبر ولادة طفل معوق أمر صعب، والأصعب عندما يكون محملاً لوصمة تلك الإعاقة كما هو الحال بالنسبة للطفل المصاب بتناذر داون، فهو عكس تماماً ما يمكن أن

* (www.gulfkids.com.ar)

ينتظره الوالدين، فهو يتميز بغرابته وبصعوباته ومحدودية قدراته، وفي مصير رشه، ما سيخلق لدى الوالدين صدمة هذا الذي أكدته هذه الدراسات وأخرى.

يرتبط مفهوم الصدمة بمفهوم الحداد، ويعرف الحداد على أنه: « عبارة عن عملية ترميز تعمل على وضع شيء ما في مكان الموضوع المفقود. » (Sausse, S, 1996,p14).

إن مثل هذا التعريف يفترض وجود فقدان لتتم عملية الحداد، غير أن في حالة التريزوميا أو إعاقة الابن بصفة عامة، هناك بالنسبة للوالدين فقدان لطفل خيالي سليم ومعافى في جسده، لكن أمام هذا الفقدان هناك موضوع آخر حاضر وموجود (الإعاقة) والذي يمنع الاستبدال، ففي حالة الطفل المصاب بتناذر داون تزيد الصعوبات المتعلقة بالإعاقة من حدة الألم، فنضجه لا يعني استقلاليتة، بل يعني مصدر قلق بالنسبة للأب والأب من حيث التبعية التي يعرفها مثل هذا الاضطراب، إذ يجدان أنفسهما غالباً في مواجهة السؤال «ماذا سيحدث له من بعدي؟» وبالتالي يبقى عمل الحداد غير منتهي إلى الأبد، انه جرح يفتح في كل منعرج مصيري في حياة الطفل، انه كسر مفتوح على المستوى النفسي والذي يصبو دون توقف للانغلاق ولكن دون جدوى "إنها عملية التنام غير منتهية" (Sausse, S, 1996,p37).

وعليه يعيش أولياء الأطفال المعاقين ضغوط نفسية متعددة تأتي كاستجابة لوجود طفل معوق داخل الأسرة، فنتير لديهم ردود فعل عقلية وانفعالية أو عضوية غير مرغوبة، تعرضهم للتوتر والضيق والقلق والحزن والأسى، كما قد يعانون من بعض الأعراض النفسية والجسمية التي تستنفد طاقاتهم، وتحول دون قدرتهم على التركيز فيما بعد.

فحسب "Smith" (1984) يتعرض آباء وأمهات المعاقين لضغوط أهمها: الخوف من مستقبل الطفل، الشعور بالذنب واختلاف مظهر الطفل عن الأطفال الآخرين، وضغوط

للدراسة

المواقف الاجتماعية، وقلة الوقت الذي يقضيه الزوجان معاً، وطبيعة العلاقة بين الطفل المعاق والوالدين، وقلة المعلومات حول حالة الطفل، والتعرض للإحباط وتدني مفهوم الذات (Smith, S,L.1984,p20)، وفي نفس الصدد أظهرت الدراسة التي قامت بها الباحثة "فاطمة درويش" حول الضغوط النفسية لدى أولياء الأطفال أمور المعوقين عقلياً وأساليب مواجهتها أظهرت أن أعباء الطفل المعوق من أكثر الضغوط النفسية شيوعاً وتأثيراً لدى أولياء أمور المعوقين عقلياً، ثم يليها القلق، تليها المشكلات النفسية والمعرفية للطفل، ثم الأعراض النفسية والعضوية، ثم مشكلة الأداء الاستقلالي للطفل، يليها مشاعر اليأس والإحباط ثم المشكلات الأسرية والاجتماعية.

(فاطمة درويش، 2011، ص 755-756)

يعرف معجم علم النفس الضغط على أنه: « مصطلح يستخدم للدلالة على نطاق واسع من حالات الإنسان التي تنشأ كرد فعل لتأثيرات مختلفة وبالغة القوة وتحدث الضغوط نتيجة العوامل الخارجية مثل كثرة المعلومات التي تؤدي إلى إجهاد انفعالي وتظهر الضغوط نتيجة التهديد والخطر وتؤدي الضغوط إلى تغيرات في العمليات العقلية وتحولات انفعالية وبنية دافعية متحولة للنشاط، وسلوك لفظي حركي قاصر».

(بتروفسكي، ياروشفسكي، 1996، ص 203)

وعليه إن التعرض للضغوط النفسية يمثل خطر على صحة الفرد وتوازنه، ويهدد كيانه النفسي لما ينشأ عنها من آثار سلبية كعدم القدرة على التكيف، وضعف مستوى الأداء والعجز عن ممارسة مهام الحياة اليومية، وانخفاض الدافعة للعمل والشعور بالإرهاك النفسي والتعرض لبعض الاضطرابات العضوية، هذه الحقيقة أكدتها العديد من الدراسات التي أوضحت تأثير الضغوط على الصحة النفسية والاجتماعية للأفراد، ففي دراسة أجراها "محمد شحاتة ربيع" سنة (1973) عن اثر الضغوط المهنية والتربوية على الصحة النفسية للمعلمين، وباستخدام اختبار المينيسوتا المتعدد الأوجه، وجد أن هناك عدد من الاضطرابات النفسية والانفعالية لدى فئات مختلفة من معلمين، وأرجع ذلك إلى الضغوط اليومية التي يعانون منها في مهنة التعليم. (حسن عبد المعطي، 2006، ص 195)

للدراسة

كما أكدت لجنة خبراء الصحة العقلية في تقريرها الصادر عام 1946، أن حجر الزاوية في الاضطرابات السيكوسوماتية هي الضغوط التي يقع تحت وطأتها الفرد، وأن ما يقارب 50% من الأمراض التي يشكو منها الأفراد هي أمراض سيكوسوماتية.

(جلال سعد، 1986، ص 266-269)

وعلى الرغم من تأكيدات هذه الدراسات وأخرى على الأثر الواضح لضغوط الحياة على الصحة النفسية والجسمية للأفراد، غير أن الواقع يوضح غير ذلك، فليس بالضرورة كل من تعرض إلى ضغوط يصاب باضطرابات نفسية و/أو جسمية.

فمنذ بداية القرن العشرين، أصبح العديد من الباحثين يظنون أن بعض الأحداث الحياتية ومثيرات المحيط يمكنها أن تؤدي إلى الإصابة بأمراض نفسية وسوماتية، نذكر منهم **Hinkle, Wolff, Meyer, Jaspers** فيميل الظن إلى أن الأحداث وخصوصا تلك التي تحدث تغيرا كبيرا في حياة الفرد، يمكنها أن تؤدي إلى اضطرابات في الحالة الصحية بسبب الضغط، ويضيف هؤلاء الباحثين عنصر مهم وهو دور شخصية الفرد من حيث امتلاكه لحساسية خاصة اتجاه بعض الاستنارات.

(Bruchon- Schweitzer, M. 2002, p130)

وحسب "**Lazarus et Folkman**" (1984) فإن هذه السيرورات النفسية تشير إلى مفهوم استراتيجيات المواجهة التي يعتبرها بأنها : « جملة المجهودات المعرفية والسلوكية التي يوظفها الفرد بهدف تسيير المتطلبات الخاصة الداخلية و/أو الخارجية التي يقيمها الفرد على أنها تفوق قدراته التكيفية »، وتنقسم استراتيجيات المواجهة إلى نوعين: استراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكل وتهدف إلى إنقاص متطلبات الوضعية و/أو زيادة موارد الفرد الذاتية لمواجهة أفضل، إذ هناك من الباحثين من يطلق عليها التكيف اليقظ أو النشط، واستراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال، والتي تخص محاولات الفرد من أجل تعديل التوترات الانفعالية الناتجة عن الوضع الضاغط.

(Bruchon-Schweitzer, M. 2002)

للدراسة

تجدر الإشارة إلى أن الاستراتيجيات المركزة على المشكل تكون فعالة وتهدف إلى خفض الضغط، في حين أن الاستراتيجيات المركزة على الانفعال لها علاقة بسوء التوافق وسوء الصحة، يعتبر "Dantchev" (1989) أن الاستراتيجيات المركزة على الانفعال نشاطات ذات فعالية في خفض التوتر الانفعالي، لذلك تعد ميكانيزمات ذات مفعول مؤقت و اقل فعالية. (Dantchev,N,1989,pp21-30)

وهذا الذي أكدته العديد من الدراسات مثل الدراسة التي قام بها "Moss & Billing" (1984) والتي أظهرت أن أساليب المواجهة التي تعتمد على التحليلات المنطقية للموقف الضاغط ترتبط بشكل كبير بالتكيف مع تلك المواقف الضاغطة، في حين أن الاستراتيجيات الغير فعالة والتي تتطوي على تجنب المشكل، والانسحاب قد تؤدي إلى الاضطراب النفسي والجسمي.

ويتفق ذلك مع الدراسة التي قام بها "Ress" (1978) التي توصلت إلى أن استخدام الفرد للاستراتيجيات الغير فعالة في مواجهة ضغوط الحياة كالانسحاب، والتبرير، والإنكار لا تؤدي إلى حسم الموقف الضاغط بل تؤدي إلى زيادة معاناة الفرد النفسية والجسمية، هذا ما أيدته الدراسة التي قام بها "Lazarus et Folkman" (1980) والتي استهدفت معرفة أساليب مواجهة أحداث الحياة اليومية على مدى سنة كاملة لدى عينة من الأفراد تكونت من (100) فرد، وبينت النتائج أن الذين لديهم مشاكل صحية على غرار الجنس، هم الذين يستخدمون استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال. كما اهتم بعض الباحثين بدراسة الفروق بين الجنسين في استخدام استراتيجيات المواجهة، فقد كشفت العديد من الدراسات عن وجود فروق بين الذكور والإناث في استراتيجيات مواجهة الضغوط، حيث أشارت نتائج دراسة "Stone & Neale" (1984)، أن الرجال يفضلون أساليب مواجهة مباشرة فيما تستخدم النساء أساليب مواجهة تعتمد على التوجه الديني والاسترخاء والبحث عن المساندة الاجتماعية، وهذه النتيجة تتفق مع الدراسة التي قام بها كل من "Moss & Billing" (1984) حيث ذكروا أن الرجال أقل استخداماً لأسلوب المواجهة السلوكية الانفعالية والهروب، وفي دراسة أخرى قام كل من " Schilling ,et al " (1985) ببحث الفروق في أساليب المواجهة بين الأمهات والآباء الذين لديهم أطفال

للدراسة

معوقين، حيث أثبتت النتائج أن الأمهات لديهن نزعة أقوى نحو أساليب المواجهة السلبية التي ركزت على الانفعال بالإضافة إلى التعبير عن العاطفة والسعي وراء المساندة الاجتماعية، بينما الآباء يفضلون أساليب مواجهة تركز على المشكلة وهم أقل نزوعاً للتقبل والانتظار بشكل سلبي. (أمل سليمان تركي العنزي، 1456هـ، ص22)، كما تتفق دراسة "Carpiniello" (1995) مع الدراسة السابقة حول آباء وأمّهات الأطفال المعوقين والتي أوضحت أن أمهات الأطفال المعاقين عقلياً تتخضع لديهن مهارات المواجهة بالمقارنة بالآباء، وعلى النقيض من ذلك فقد أشارت نتائج دراسات كل من "Spreat & Jambol" (1997) إلى أن آباء وأمّهات الأطفال المعاقين يلجئون كثيراً إلى استخدام التجنب في مواقف المواجهة، كما أن لديهم شعوراً مرتفعاً بعدم الرضا وسوء التوافق، أي بمعنى أن آباء وأمّهات الأطفال المعوقين يعتمدون على استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال وهي مرتبطة بسوء التوافق لديهم.

انطلاقاً مما سبق ذكره، سواء على المستوى النظري من حيث الاعتماد على المعطيات النظرية المفسرة للإعاقة، الصدمة، استراتيجيات مواجهة الضغوط، أو على المستوى الميداني من حيث التباين في الدراسات السابقة التي اهتمت بدراسة العلاقة بين استراتيجيات مواجهة الضغوط والصحة النفسية، هذا ما دفع بنا للقيام بالدراسة الحالية والتي يمكن صياغة مشكلتها في إطار التساؤلات التالية :

- 1- هل هناك علاقة بين استخدام مختلف استراتيجيات المواجهة والصحة النفسية لدى آباء الأطفال التريزوميين؟
- 2- ما هي أنواع استراتيجيات المواجهة التي يستخدمها آباء الأطفال التريزوميين؟
- 3- هل هناك فروق في استخدام استراتيجيات المواجهة لدى آباء الأطفال التريزوميين تعزو إلى رتبة الابن الحامل لمتلازمة داون؟
- 4- هل هناك فروق في مستوى الصحة النفسية لدى آباء الأطفال التريزوميين تعزو إلى رتبة الابن الحامل لمتلازمة داون؟

2-فرضيات الدراسة:

للإجابة على هذه التساؤلات تسعى هذه الدراسة التحقق من الفرضيات التالية:

للدراسة

- 1- هناك علاقة بين استخدام مختلف استراتيجيات مواجهة الضغوط ومستوى الصحة النفسية لدى آباء الأطفال التريزوميين.
- 2-تتنوع استراتيجيات المواجهة التي يستخدمها آباء الأطفال التريزوميين حيال ضغط صدمة الإعاقة،بين الاستراتيجيات الموجهة المركزة على المشكل و الاستراتيجيات الموجهة المركزة على الانفعال.
- 3-هناك فروق في استخدام استراتيجيات المواجهة لدى آباء الأطفال التريزوميين حسب رتبة الابن الحامل لمتلازمة داون،حيث انه كلما كانت رتبة الطفل المعاق الأولى،كانت الاستراتيجيات المستخدمة من طرف الآباء المشاركين في الدراسة مركزة على الانفعال.
- 4- هناك فروق في مستوى الصحة النفسية لدى آباء الأطفال التريزوميين حسب رتبة الابن الحامل لمتلازمة داون،حيث انه كلما كانت رتبة الطفل المعاق الاولى،كانت الصحة النفسية للآباء المشاركين في الدراسة مضطربة.

3-أهداف الدراسة:

يهدف البحث الحالي إلى دراسة العلاقة بين استراتيجيات مواجهة الضغوط والصحة النفسية لدى عينة من الآباء الذين يحمل احد أبنائهم عرض داون، أو ما يعرف بالتريزوميا 21، كما سنحاول معرفة أنواع الاستراتيجيات المستخدمة من طرف عينة البحث لمواجهة ضغط صدمة الإعاقة، كما اهتمت هذه الدراسة بمتغير رتبة الابن الحامل للتريزوميا وعليه سنقوم بدراسة الفروق في استراتيجيات مواجهة الضغوط ومستوى الصحة النفسية عند فئة آباء الأطفال التريزوميين وذلك حسب رتبة الابن الحامل لعرض داون.

4-أهمية الدراسة:

تظهر أهمية هذا البحث في كونه قد تناول فئة مهمة من الأسرة بصفة خاصة والمجتمع بشكل عام، انه الأب الذي طالما عرف إهمالا من طرف الدراسات لتركزها على علاقة أم/طفل، رغم ما يقدمه للأسرة باعتباره نموذج تربوي يراعى ويحافظ على الصحة النفسية والجسمية للأبناء .

للدراسة

وتبرز أهمية هذه الدراسة من خلال السعي لإيجاد الحلول للضغوط التي يعيشها الآباء الذين يحمل أبناءهم عرض داون أو ما يعرف بالتريزوميا 21، وذلك من خلال التعرف على استراتيجيات المواجهة التي يستخدمها هؤلاء الآباء حيال صدمة إعاقة الابن، ومدى أثرها على صحتهم النفسية. كما سيسمح هذا البحث بتقديم برامج خاصة بآباء الأطفال التريزوميين على مستوى المراكز الخاصة بالإعاقة الذهنية، وذلك من أجل تنمية مهارات مواجهة الضغوط المرتبطة بإعاقة الابن، وتقديم الدعم النفسي لهم في حالة وجود ارتباط دال بين استراتيجيات مواجهة الضغوط والصحة النفسية لدى هذه الفئة من المجتمع، كما أن هذه الدراسة ستضفي فائدة على التكفل بالطفل التريزومي، وذلك من خلال إقحام الأب في برامج التكفل الأسري والمؤسساتي.

وتكمن أيضا أهمية هذه الدراسة من خلال النتائج التي سيتوصل إليها هذا البحث والتي ستضاف إلى المكتبة العلمية، إضافة إلى المعلومات والبيانات النظرية التي يقدمها حول مفهوم استراتيجيات الضغوط والصحة النفسية.

5-تحديد المفاهيم :**5-1:تعريف تريزوميا21(عرض داون /تقارن داون):**

5-1-1:المفهوم النظري: «هو اضطراب جيني يتميز بتأخر كبير في النمو، وملامح وجه تشبه النوع المنغولي، هذا النوع من المرض يسمى بتلازم داون، نسبة إلى الطبيب الانجليزي DOWN الذي وصف المرض بصفة دقيقة سنة (1986)، ويسمى كذلك بالتريزوميا 21 بسبب تواجد كروموزوم إضافي على مستوى الزوج 21.»

(NORBERT SILLAMY,DICTIONNAIRE DE PSYCHOLOGIE,1999)

5-1-2: المفهوم الإجرائي: هم الأطفال المصابين بعرض داون أو تريزوميا 21، والذين شارك أبائهم في هذه الدراسة، و المتدرسين على المستوى المراكز النفسية البيداغوجية للأطفال المعاقين ذهنيا التابعة لوزارة التضامن الوطني وعلى مستوى الجمعيات أو الأقسام المدمجة، والذين تم تشخيص إصابتهم بهذا العرض من طرف أطباء متخصصين.

للدراسة

5-2: تعريف الصدمة النفسية:

5-2-1: المفهوم النظري: تعرف "الرابطة الأمريكية للطب النفسي" في (الدليل التشخيصي والإحصائي DSM IV) الصدمة بأنها: «التعرض لحدث صدمي ضاغط Traumatic Stressor على نحو مفرط الشدة، متضمنا خبرة شخصية مباشرة لهذا الحدث الذي يطوي على موت فعلي أو تهديد بالموت أو إصابة شديدة، أو غير ذلك من التهديد للسلامة الجسمية، أو مشاهدة حدث يتضمن موتا أو إصابة أو تهديدا لسلامة الجسم لشخص آخر، أو أن يعلم شخص عن موت غير متوقع أو نتيجة لاستخدام العنف، أو عن ضرر شديد، أو تهديد بالموت، أو الإصابة مما قد وقع لعضو من أعضاء الأسرة أو لبعض الأصدقاء المقربين.» (DSM IV, 1994, p424)

5-2-2: المفهوم الإجرائي: نقصد بالمفهوم الإجرائي للصدمة النفسية، هي تلك الحالة النفسية التي يعيشها الآباء عندما يحمل احد أبنائهم عرض داون أو تريزوميا 21، تتميز هذه الحالة النفسية بالرفض وعدم تقبل الإعاقة .

5-3: تعريف استراتيجيات مواجهة الضغط:

5-3-1: المفهوم النظري: تعرف موسوعة علم النفس استراتيجيات مواجهة الضغوط بأنها: «ذلك نشاط الذي يختار الفرد بواسطته، وينظم ويدير أفعاله بهدف انجاز مهمة أو بلوغ هدف معين.» (طالح نصيرة، 2011، ص20)

5-3-2: المفهوم الإجرائي: هو النتيجة المتحصل عليها من خلال تطبيق مقياس استراتيجيات مواجهة الضغوط لبولهان "PAULHAN" حيث يتكون المقياس من استراتيجيتين أساسيتين وهما الاستراتيجيات المركزة على المشكل والاستراتيجيات المركزة على الانفعال.

5-4: الصحة النفسية:

للدراسة

5-4-1 المفهوم النظري: انقسمت التعاريف المحددة لمفهوم الصحة النفسية، فمن الباحثين من يرى أن الصحة النفسية تكمن في خلو الفرد والبراء من أعراض المرض النفسي والعقلي، ومن هذه التعاريف نذكر تعريف "مصطفى فهمي" (1976) للصحة النفسية على أنها: «الخلو أو البرء من المرض العقلي». (ابتسام احمد أبو العمرين، 2008، ص11)، كما نجد من الباحثين من يرى أن مجرد غياب الأعراض المرضية لا يعني تمتع الفرد بصحة نفسية جيدة، لابد من توفر عناصر ايجابية والخلو من العناصر السلبية مثل الشعور بالرضا والكفاية والسعادة والتفاؤل والمشاعر الايجابية نحو الذات ونحو الآخرين... الخ، ومن هذه التعاريف نجد: تعريف "زهران" للصحة النفسية بأنها: «دائمة نسبيًا، يكون فيها الفرد متوافقًا نفسيًا (شخصيًا، انفعاليًا، اجتماعيًا) ويشعر بالسعادة مع نفسه ومع الآخرين ويكون قادرًا على تحقيق ذاته واستغلال قدراته وإمكاناته إلى أقصى حد ممكن، ويكون قادرًا على مواجهة مطالب الحياة، وتكون شخصيته متكاملة سوية ويكون سلوكه عاديًا بحيث يعيش بسلامة وسلام». (حامد عبد السلام زهران ، 1997، ص09)

5-4-2 المفهوم الإجرائي : هو النتيجة المتحصل عليها بعد تطبيق مقياس الصحة النفسية على عينة البحث ، هذا المقياس تم إعداده من طرف "صلاح محمد مكاوي" (2002)، والذي يهدف إلى التعرف التقديري على مستوى الصحة النفسية لدى الأفراد في أعمار زمنية مختلفة (18-55 سنة فأكثر) وتقدير مستويات الصحة النفسية المختلفة : منخفض-متوسط - مرتفع لدى شرائح عمرية مختلفة، وأيضًا لدى الجنسين.

الفصل الثاني

التريزوميا

21

مقدمة الفصل:

يتركب جسم الإنسان من مجموعة كبيرة من الخلايا المختلفة، تعد بالملايين وهي في حركة وتجدد دائمين، وفي نواة كل خلية نجد بنيات صغيرة غير مرئية تسمى الكروموزومات، موزعة على (23) زوج من الأكبر إلى الأصغر (كل زوج متشابه في الشكل والحجم)، والزوج الأخير أي (23) يحدد الجنس، ما يعطينا :

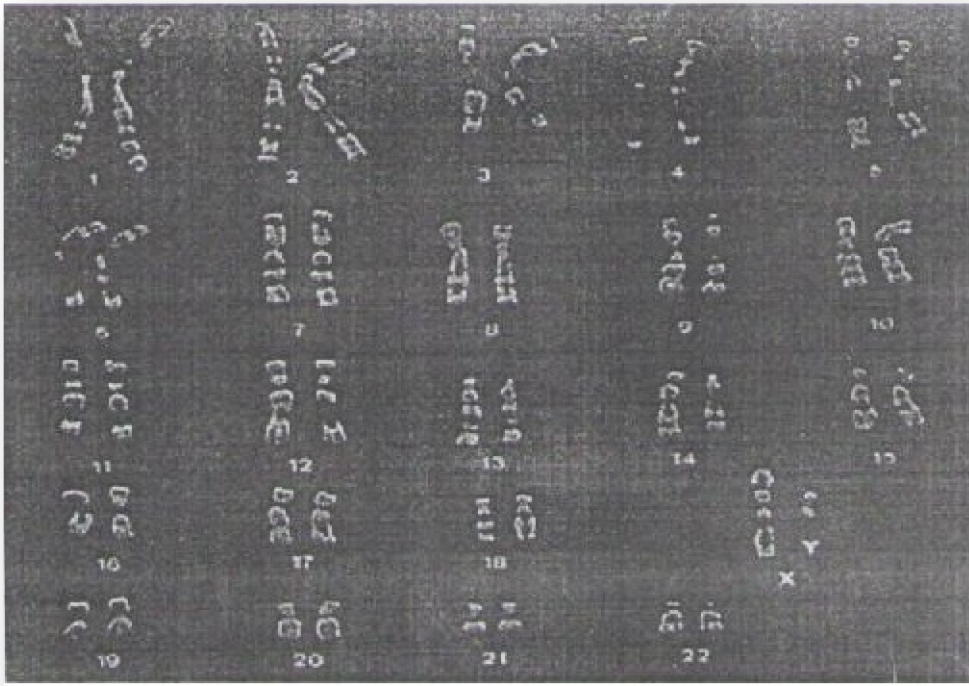
$$(Rondal, J.A, 1986,p16) \quad Xx + (22+22) \text{ أو } 46 = Xy (22+22) \text{ كروموزوم}$$

تحمل هذه الكروموزومات مورثات تعتبر كبرامج التطور والنمو لكل شخص منا، حيث أن أي خلل على مستوى بنيتها أو عددها، يؤدي إلى خلق اضطرابات وتغيرات على مستوى جسم الإنسان، ويعود سبب متلازمة داون إلى تواجد كروموزوم إضافي على مستوى الزوج 21 (كما هو موضح في الشكل 1)، هذا العدد الإضافي من الكروموزومات يؤدي إلى تغيرات خلقية واضطرابات جسمية مصاحبة لها.

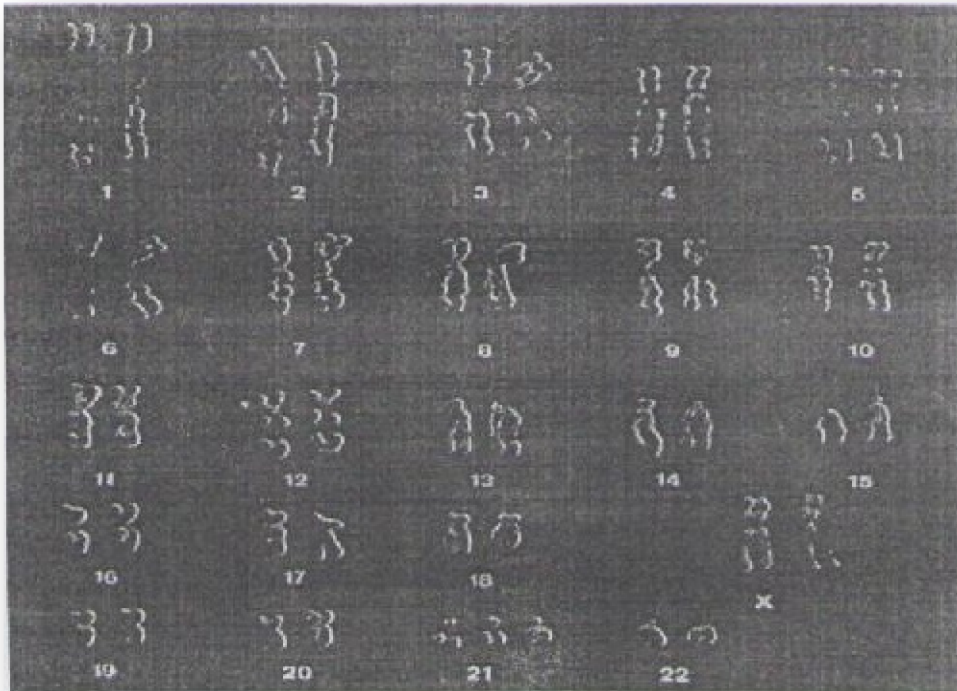
سنحاول من خلال هذا الفصل التعرف على هذه المتلازمة من خلال تعريفها، لنتطرق بعدها إلى مراحل تطور هذا الاضطراب عبر الزمن، و التعرف على أنواعها، ثم أهم الأسباب المؤدية لها، لنصل في الأخير لخصائص هذه المتلازمة، وأهم الاضطرابات المصاحبة لها.

تجدر الإشارة إلى انه تتعدد تسميات مثل هذا الاضطراب فنجده يحمل اسم المنغولية- تقارن داون -تريزوميا 21- أو متلازمة داون، أما ما نتبناه نحن في بحثنا هو تسمية تلازم داون أو تريزوميا 21.

الشكل رقم (1) : خريطة الكاريوتيب للشخص العادي



الشكل رقم (2) : خريطة الكاريوتيب للشخص المصاب بمتلازمة داون



1-تعريف التريزوميا:

عرف قاموس مصطلحات الطب التريزوميا على أنها: « اضطراب جيني يتميز بتواجد كروموزوم إضافي في زوج من الكروموزومات (أو في بعض الحالات جزء من كروموزوم إضافي فقط)، أما بقيت الكروموزومات تبقى على شكل أزواج، حيث توضح الخريطة الجينية تواجد أربعة وسبعون كروموزوم بدلا من ستة وأربعون كروموزوم في الحالة العادية، هذا الشذوذ يخلق مرض عن طريق تشوه كروموزومي».

(Delmare et All, DICTIONNAIRE DES TERMES DE MEDCINE,1989)

أما "Sillamy" فعرفه في قاموس علم النفس على أنه : « اضطراب جيني يتميز بتأخر كبير في النمو، وملامح وجهية تشبه النوع المنغولي. هذا النوع من المرض يسمى بتلازم داون، نسبة الى الطبيب الانجليزي داون "DOWN" الذي وصف المرض بصفة دقيقة سنة 1986، ويسمى كذلك بالتريزوميا 21، حيث أنه بفضل كل من: (R.Turpin, J.Lejeune et M.Gautier) تم اكتشاف سبب المرض والذي يعود إلى تواجد كروموزوم إضافي على مستوى الزوج 21».

(NORBERT SILLAMY,DICTIONNAIRE DE PSYCHOLOGIE,1999)

بينما يرى الباحثان "Lamber,L & Rondal,A" (1982) انه ليس بمرض وإنما عرض، يتمثل في مجموعة من التدهورات تمس النمو الجسدي والمعرفي للشخص المصاب، بسبب تواجد كروموزوم إضافي في الخلايا، وهذه الحالة تسمى أيضا

(تلازم) تحد من إمكانيات المصاب بها.(J.L.Lambert ,J.A.Rondal,1982,p21)

كما يشير "عبد المنعم عبد القادر الميلادي" (2004) بأن متلازمة داون: « حالة جينية تحدث نتيجة حضور كروموزوم، وجميع الأشخاص المصابون بهذه المتلازمة لديهم درجة معينة في صعوبة التعلم (إعاقة ذهنية) تختلف درجة الإعاقة من شخص لآخر». (عبد المنعم عبد القادر الميلادي، 2004، ص 47)

يمكن أن نستخلص من خلال ما سبق أن التعريف الذي وضعه قاموس مصطلحات الطب والتعريف الذي وضعه N.Sillamy في قاموس علم النفس، قد اعتبرا تلازم داون كمرض يأتي نتيجة لاضطراب كروموزومي، حيث أنهما ركزا في تعريفهما على إعطاء التفسيرات العلمية والتاريخية للمرض، في حين خلص كل من J.L.Lambert و J.A.Rondal و عبد المنعم عبد القادر الميلادي في تعريفهما إلى اعتبار تلازم داون حالة أو عرض وليس مرض، هذه الحالة تؤدي إلى تدهور جسدي ومعرفي لدى الفرد المصاب وتخلق لديه إعاقة. أما ما نراه نحن الأقرب هو ما ذهب إليه M.Cuilleret عندما اعتبر أن الإعاقة تشير إلى مشاكل معروفة وغير قابلة للتغيير، فالإعاقة تأتي كنتيجة للمرض، كما أن الإعاقة عبارة وصمة وضعها الأفراد نسبة إلى معايير محددة، على العكس من ذلك فإن " المرض " يمكن علاجه. كما أن الأمراض تختلف من شخص لآخر في كيفية تظاهراتها هذا الذي يسمح بوضع التشخيصات المختلفة ويفتح إمكانيات مساعدة الأفراد في الميادين المتعددة الطبية والشبه طبية والتربية النفسية.

(M .Cuilleret,2007,p19)

2-لمحة تاريخية حول تطور مفهوم التريزوميا:

التريزوميا ليست من الاضطرابات الجديدة، و ترتبط الإصابة الجينية (والتي تعد سبب لهذا العرض) بمفهوم الحياة، حيث انه في كل مكان و في كل زمان ولد أشخاص حاملين لهذا الاضطراب، غير أنهم لم يكن لديهم أي مكانة اجتماعية، إلا انه مع قدوم النهضة الاقتصادية الغربية تغيرت مواصفات ومكانة الأشخاص حيث أصبحت هذه الأخيرة مرتبطة بمفهوم "الفعالية".

وبعدما غيرت التوظيفات الاجتماعية الجديدة مكانة ومواصفات الأفراد وطورتها، لم يستطع الأفراد المصابين بالتريزوميا التكيف مع قانون توظيف/زمن وهنا خلقت هذه الفئة مشاكل و بدأ الاهتمام بدراسة هؤلاء الأفراد.

وفيما يلي أهم المحطات التاريخية التي مرَّ بها مثل هذا الاضطراب:

— تكلم "Esquirol,j.f"(1875) في كتاباته عن الأطفال المصابين "بحالة من الذهول" ووصفهم بالأغبياء الغير قابلين للعلاج.

— الأعمال التي قام بها Esquirol، وحاول معرفة "Seguin,E". (1840-1885) معرفة طاقات الأطفال المعافين ذهنيا، وذلك عن طريق تأسيس مدرسة بباريس لاستقبال الأطفال الذين أراد تربيتهم، وذلك عن طريق تطبيق برامج عملية.

— غير أن كل من "Esquirol,j.f" و "Seguin,E" لم يوصفا الأطفال التريزوميين بل تكلما عن الأطفال "البلهى" أو الأطفال "المتخلفين عقليا". وهذا ما يدل على أن الأطفال التريزوميين لم يكن يتعرف عليهم بصفة واضحة. (M. Cuilleret,2007, p6)

— لفت انتباه الباحث العلمي الطبيب الانجليزي "Dawn John Londgon" (1886) مجموعة معينة من المتأخرين عقليا، وقام بوصف ملامحهم الوجهية، انف منبسط، انحناء جانبي علوي في العينين، وأطلق عليهم اسم المنغوليين لأن في تلك المرحلة سادت الفرضيات العرقية، هذا الذي دفع بداون إلى ربط مثل هذه المواصفات بالعرق المنغولي الذي كان يصنف في مأخرة السلم الإنساني. (Rondal,A,1986,p15)

— "البروفيل المرفولوجي والنفسي للمنغولي" "Pinal,G" (1939) طبيب فرنسي وضع سنة (1952) نظرية سماها "قوانين الصدفة" Bernheim أين يرجع فيها ولادة المنغوليين إلى الحادث والصدفة (Les Lois de Hasard) بعيدا عن المعتقدات الاجتماعية و الوراثة.

— قام الفريق الفرنسي المتكون M.Gauthier/J. Le Jeune/R.Turpin (1959) من اكتشاف تواجد كروموزوم زائد داخل خلية الأفراد المنغوليين حيث أن خلايا هذه الفئة تحتوي (47)كروموزوم بدلا من (46) في الحالة العادية، وبالتحديد على مستوى

الزوج (21)، حيث نجد فيه (03) كروموزومات عوض (02) وهذا الذي يؤدي إلى شنوذ الكروموزومي وهو تريزوميا 21 والذي يعرف بتلازم داون. (M. Cuilleret, 2007, p7) من خلال هذه التواريخ المذكورة أعلاه يتضح لدينا أن إشكالية مثل هذا العرض (تلازم داون) قد مرت بعدة مراحل بداية بإقصاء الأفراد التريزوميين من المجتمع لاعتبارهم غير أكفاء، ثم محاولة ربط مثل هذا الاضطراب بفرضيات عرقية، إلى أن وصل الباحثون إلى وضع تفسير علمي ودقيق لهذا الاضطراب.

3-أنواع متلازمة داون:

يعود سبب حدوث هذا التلازم إلى خلل في توزيع الكروموزومات خلال الانقسامات الخلوية الأولى لتكوين الجنين وهذا راجع لأسباب عديدة (نذكرها لاحقاً) فتحتوي الخلية على (47) كروموزوم بدلاً من (46) كروموزوم في الحالة العادية، وهذه الزيادة تكون في الزوج (21) والتي تتجسد بأحد الطرق الثلاثة، نميز من خلالها ثلاث أنواع لتلازم داون.

3-1متلازمة داون الحر أو المعياري: trisomie 21 libre ou standard

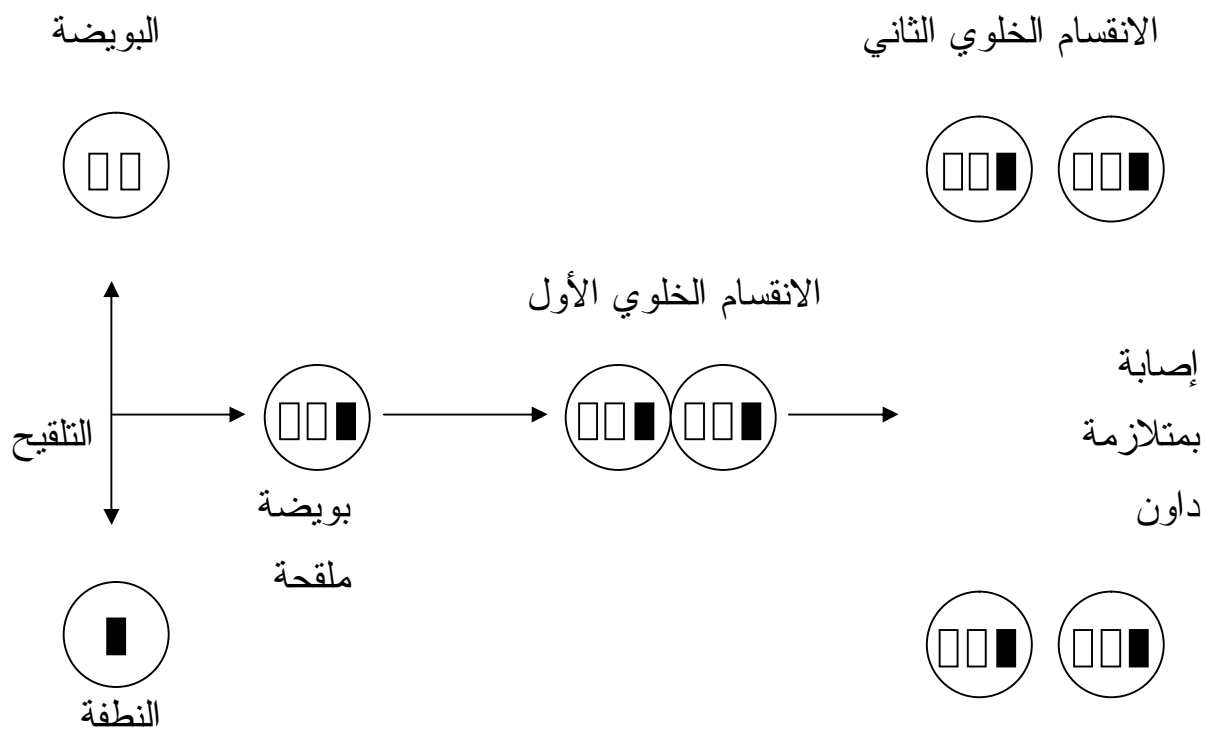
هذا النوع هو الأكثر شيوعاً يمثل (90%) من الحالات المصابة، وقد يحدث هذا الخلل أو الشنوذ الكروموزومي قبل أو بعد التلقيح خلال أول انقسام خلوي .

(J.A Rondal ,1986,p16-17)

3-1-1الخلل قبل التلقيح: Avant fertilisation في هذه الحالة يكون التشوه في عدد الكروموزومات على مستوى البويضة أو النطفة أي نجد كروموزومين (21) عوض كروموزوم واحد في إحداهما، بعد التلقيح تكون البويضة الملحقة تحتوي على 3 كروموزومات 21 والتي ستتقسم وتعطي خلايا فيها نفس الخلل ما ينتج لنا تلازم داون، كما هو مبين في الشكل (03)

الشكل رقم (3) : خلل في الانقسام الكروموزومي قبل عملية الإلقاح - النوع الحر-

حسب RONDAL J. A.



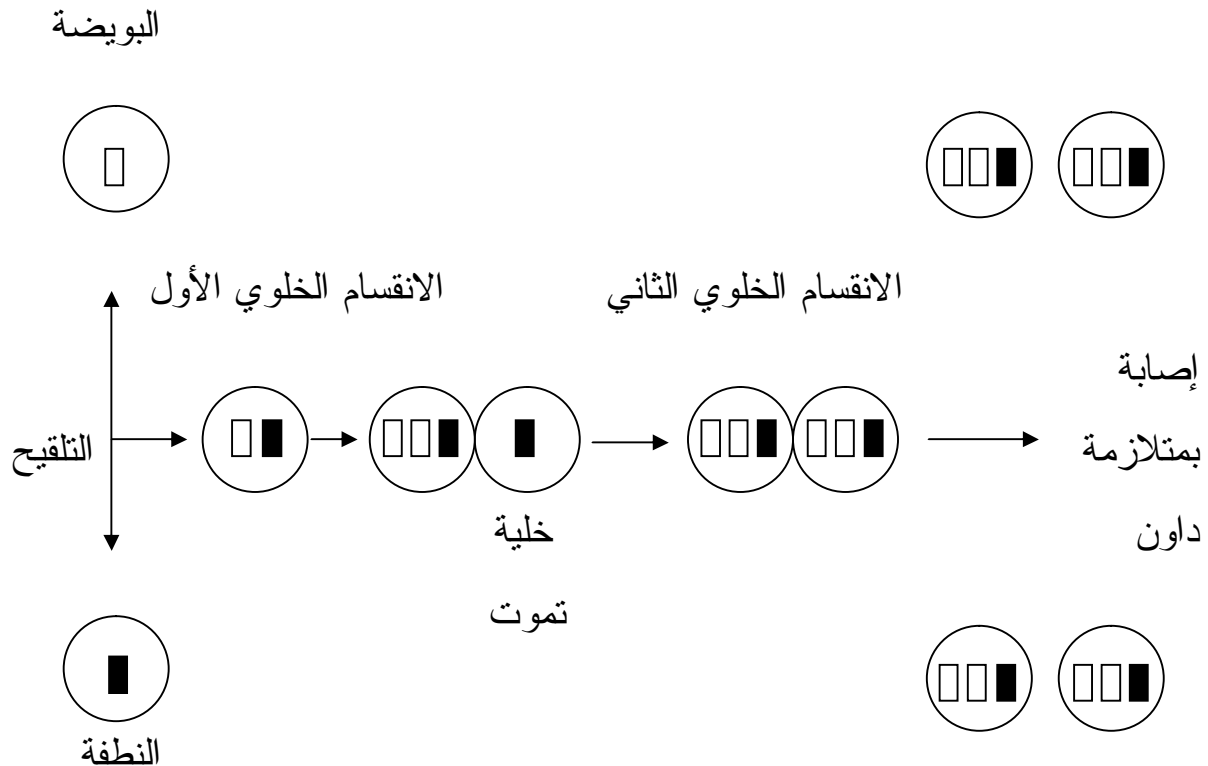
3-1-2 الخلل بعد التلقيح (خلال الانقسام الخلوي الأول): pendant la méiose:

تكون البويضة والنطفة في هذه الحالة عاديّتين، أي في كل منهما كروموزوم واحد (21)، لكن التشوه في التوزيع يحدث بعد شروع البويضة الملقحة في الانقسام الأول حيث تعطي خليتين غير متماثلتين، فواحدة يكون بها (03) كروموزومات (21)، في حين الأخرى تحتوي على كروموزوم (21) واحد فقط، هذه الأخيرة ستضمحل ولا تعيش فهي غير صالحة للانقسام، أما الخلية الأولى التي تحتوي على (03) كروموزومات ستتكاثر

وتستمر في الانقسام خلال طول فترة الحمل معطية خلايا في كل واحدة منها 3 كروموزومات وبالتالي يصبح الطفل حامل لتلازم داون، كما هو موضح في الشكل (04)

الشكل رقم (4) : خلل في الانقسام الكروموزومي أثناء الانقسام الخلوي الأول - النوع

الحر - حسب RONDAL J. A.

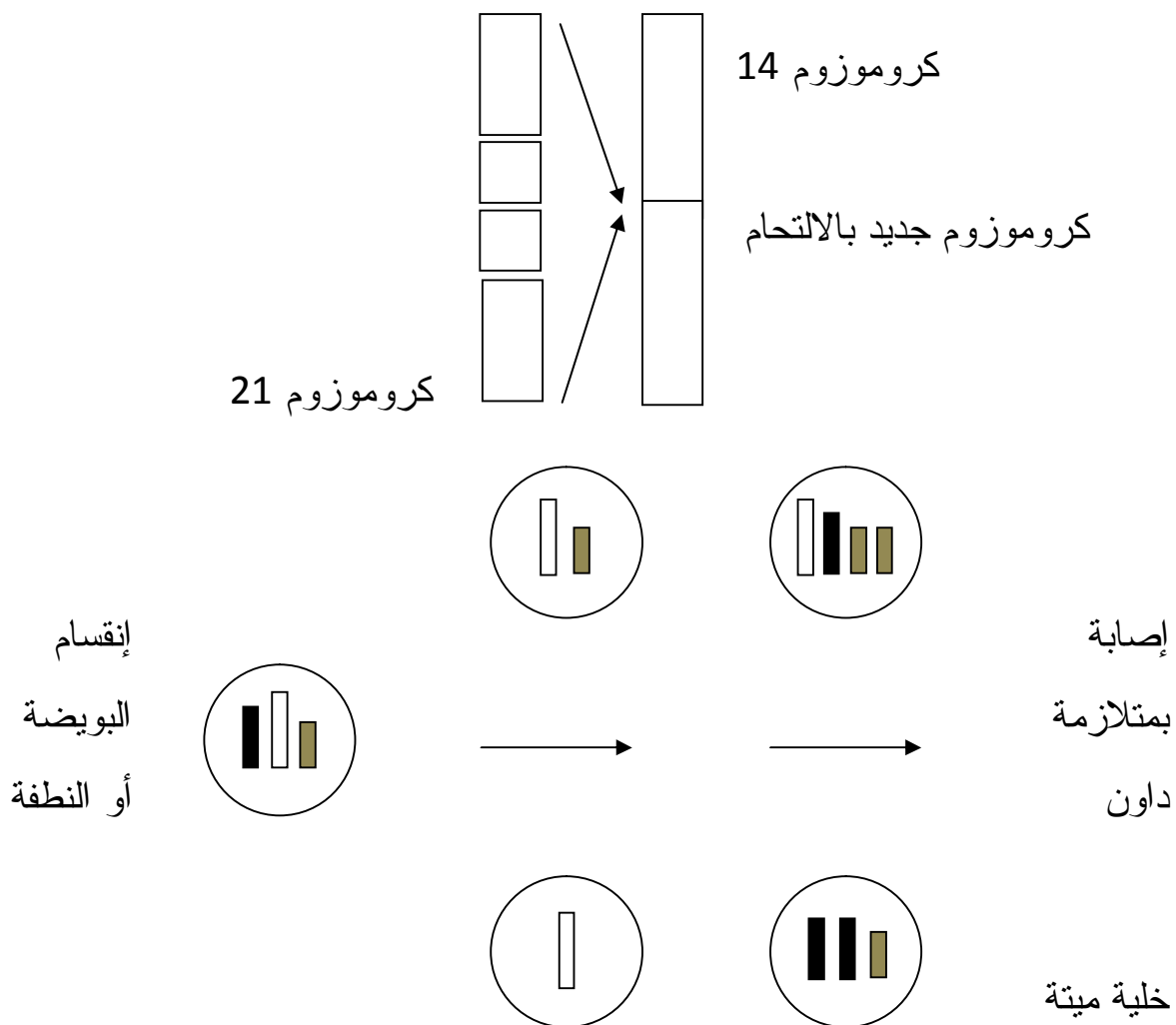


3-2 متلازمة داون الانتقالي: trisomie21 par translocation

ويسمى هذا النوع كذلك بتلازم داون الملتحم، والتي يحدث فيها الانقسام الثلاثي و بالتالي متلازمة داون هو شذوذ الكروموزومات بسبب تغير الموقع، إذ يحدث فيه ارتباط كروموزومي مع كروموزوم آخر بعملية الالتصاق ويمكن أن يحدث في أي كروموزوم لكنه أكثر شيوعا في مجموعة الكروموزومات 13،14،15،21،22،23. وفي ثلث حالات انتقال الموقع فإن احد الوالدين يكون حاملا لهذا الخلل، أي كمية زائدة من الكروموزوم (21) مما ينتج عنه كمية زائدة من الكروموزوم (21) بدلا من زوج منها والشكل (05) يوضح ذلك.

(عبد العزيز السرطاوي، جميل الصامدي، 1994، ص 300، 301)

الشكل رقم (5) : النوع الملتحم لمتلازمة داون حسب RONDAL J. A.



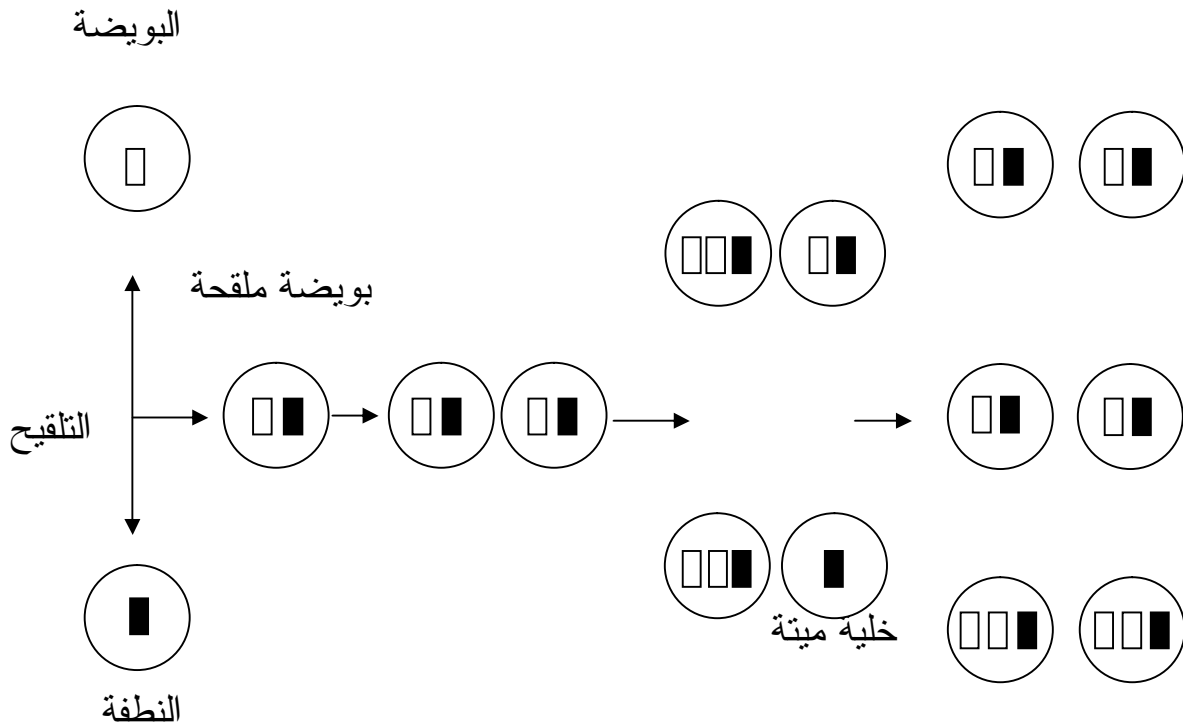
3-3 متلازمة داون الفسيفسائي: trisomie 21 en mosaïque

يأتي هذا النوع بنسبة 5% من الحالات، وهو نتيجة خلل في التوزيع الكروموزومي أثناء الانقسام الخلوي الثاني أو حتى الثالث، حيث يكون لدينا خليتين تحمل كروموزومين

(21)، وخلية واحدة تحمل 3 كروموزومات (21)، وخلية رابعة بها كروموزوم واحد ستضمحل، أما الخليتين العاديتين و الخلية الثالثة فستنتهي عملية الانقسام، ما يعطي في الأخير مزيج من خلايا شاذة بها (47) كروموزوم وخلايا عادية بها (46) كروموزوم، كما هو موضح في الشكل (06). (J.A.Rondal ,1986,p18)

الشكل رقم (6) : خلل أثناء الانقسام الخلوي الثاني - النوع الفسيفسائي - حسب

RONDAL J. A.



تجدر الإشارة إلى انه لا توجد اختلافات بين الأنواع التريزوميا من الناحية الاكلينيكية، غير أن الأطفال ذوي متلازمة داون الفسيفسائي يملكون قدرات أفضل من الناحية الفكرية، أي من ناحية نسبة الذكاء (QI)، هذا الأخير يكون نوعا ما مرتفع إلا أن الهشاشة النفسية والسلوكية تكون اكبر في مثل هذا النوع من التريزوميا وتتطلب متابعة خاصة، في حين معرفة نوع التريزوميا يسمح:

- الوقاية من حدوث ولادات عند الأزواج المصابة والأجيال التي تليها.
- الوقاية من إمكانية حدوث الاضطرابات السلوكية الإضافية والمصاحبة لأحد أنواع التريزوميا. (M.Cuilleret,2007,p19)

4-أسباب متلازمة داون:

- 4-1العوامل الداخلية:** والمتعلقة بالوراثة و سن الأم ،فقد تكون العوامل الوراثية سببا في ظهور الخلل الكروموزومي :

- في حالة ما اذا الأم مصابة بتلازم داون فان الاحتمال يكون بـ (50%).
- في حالة وجود عدة أطفال مصابين بالتلازم في العائلة، غير أن هذا العامل غير منتشر
- حالة أن احد الوالدين يكون حاملا للتلاحم الكوروموزومي أو للفيسفائية دون ظهور تلازم داون أين يكون عاديا جسميا وعقليا.

أما فيما يخص عامل سن الأم فإن احتمال إنجاب طفل مصاب بتلازم داون يتفاقم مع تزايد السن خاصة بعد 35 سنة ،ف 2/3من ولادات هؤلاء الأطفال يتعدى سن أمهاتهم الثلاثين (M.O , RETHORE,2005,P36)

4-2العوامل الخارجية:

- تعرض الأم للإشعاعات (كأشعة X) التي لها اثر كبير على السيرورة الجينية وتؤدي إلى تشوه في الكروموزومات .
- تأثير الفيروسات كفيروس الحصبة الألمانية (la rougeole)،اليرقان ،وكذلك بعض العناصر الكيميائية التي تؤدي إلى إحداث تغييرات جينية.
- مشاكل الغدة الدرقية لدى الأم.
- ارتفاع نسبة الهيموغلوبين و التريوغلوبين في الدم الأم .

— نقص الفيتامينات خاصة الفيتامين "أ" الذي يؤدي نقصه إلى تأثيرات سلبية على نمو الجهاز العصبي ومن ثم على النظام الجيني للجنين.

(JL.Lambert,JA.Rondal,1997,p19)

5-التشخيص :

هناك نوعان من التشخيص قبل وبعد الولادة:

5-1-التشخيص الذي يتم قبل الولادة: التشخيص الطبي الذي يتم قبل الولادة وذلك بفضل التطور العلمي وهذا من خلال عدة طرق، ولعل أكثر هذه الطرق انتشارا نذكر:

5-1-1-فحص السائل الامنيوسي l'amniocentèse: ويكون هذا الفحص خلال فترة الحمل، حيث يتم إجراؤه بين الأسبوع 14 و16 أين تؤخذ عينة من السائل الامنيوسي الذي يحيط بالجنين فهو يحتوي على خلايا هذا الأخير، يتم تحليل ودراسة العينة بعد عزلها وزرعها للحصول على عدد كاف من الخلايا، ما يسمح لنا بالتأكد من عدد الكروموزومات وسلامة انقسامات الخلية .

(J.L Lambert,J.A Rondal,1982,p36-37)

وبهذا الصدد يجدر الذكر بأن هذه الطريقة خطيرة على حياة الجنين، حيث احتمال فقدانه يقدر بـ (1%) . (M.O Rethore,2004)

5-1-2-فحص البلاسنتا أو الغشاء المشيمي la choriocentèse: ويتم اخذ عينة من المشيمة عبر الطريق المهبلي للام لاختبار الخلايا ويمكن إجراؤه قبل فحص السائل الامنيوسي لكن احتمال سقوط الجنين أكثر أهمية، غالبا ما يقام به عند ارتفاع احتمالية إصابة بالتلازم قبل الحمل (مثل حالة وجود التحامية لدى احد الوالدين) .

5-1-3-فحص دم الحبل السري la cordocentèse: يكمن في اخذ عينة من دم الجنين مباشرة من الحبل السري وهو اخطر من فحص السائل الامنيوسي لكن نتائجه تكون أسرع (بضعة أيام)، كما يمكن تطبيقه في أواخر الحمل (خلال الثلاثي الثالث) في الوقت

الذي لا يمكن خلاله تطبيقه الفحص الخاص بالسائل الامنيوسي لان الخلايا التي تكون فيه تصبح غير قابلة لاختبارها أو استعمالها. (M.O ,Rethore,2004,p25)

ففي حالة ما إذا كان هناك خلل كروموزومي يمكن تقديم بعض العلاجات للجنين وذلك قصد التخفيف من ظهور بعض التشوهات وليس باعتبار هذه الفحوصات وسيلة لإقصاء الطفل المصاب بتلازم داون.

5-2 التشخيص الذي يتم بعد الولادة:

إضافة إلى ذلك هناك التشخيص الذي يتم بعد الولادة وهو:

5-2-1 التشخيص الجيني: وهو نتيجة فحص الخريطة الجينية للطفل

(le caryotype) والتي تبرز تواجد شذوذ (anomalie) على مستوى الكروموزوم (21)

5-2-2 التشخيص العيادي: ويتم اعتمادا على عدة عوامل وهي :

— سن الطفل.

— تظاهرات التريزوميا. (les modalités d'expression de la trisomie)

— حياة العائلة.

— المحتوى الجغرافي والاجتماعي.

هذا التشخيص العيادي يتطور حسب سن وحاجات الفرد، فهو يأخذ بعين الاعتبار جميع الأعراض النفسية الانفعالية، العائلية والاجتماعية، ويعتبر أداة جد هامة من اجل تكيف بروتوكولات المتابعة لكل حالة من اجل تقديم المساعدة اللازمة (Cuillert.M,2007.,p14,15)

6- خصائص تلازم داون:

6-1 الخصائص المرفولوجية (الجسدية): إن الأشخاص المصابين بتلازم داون يحملون

صفات مميزة لهم، هذه الخصائص الجسدية والملامح الوجهية تميز نويها عن غيرهم من

الأسياء، واهم هذه الخصائص تتمثل في:

— ارتخاء العضلات والمفاصل وضعفها.

- رأس صغير مع تفلطح مؤخرة الدماغ ووجه مستدير.
- انف صغير ومسطح في الأعلى.
- عينان ضيقتان في المؤخرة، مجعدتان نوعا ما ولها انثناءات بالزاوية الداخلية وقزحية العين تتميز ببقع ملونة.
- صغر حجم الأذنين وانثناء قليل في الحافة العلوية لهما.
- شعر أملس، رقيق وناعم.
- فم صغير نسبيا ولسان عادي الحجم غير انه بسبب ضعف المقوية العضلية يبقى متدل (يخرج قليلا من الفم) ويكبر حجمه (Macroglossie)
- أسنان صغيرة وموضوعة بشكل غير عادي، قد تغيب بعضها كليا.
- أطراف قصيرة مقارنة بالجذع.
- يدين صغيرتين وسمينتين، أصابع قصيرة ووجود ثنية واحدة في راحة اليد عوض اثنان.
- قامة قصيرة مقارنة بالمعدل العادي.
- بشرة رخامية وجافة نسبيا، يزيد ذلك مع سن الطفل.
- رقبة عريضة ومسطحة (J.L Lambert J.A Rondal, 1997, pp27-28)
- تجدر الإشارة إلى أن مثل هذه الصفات الجسدية غير تشخيصية، حيث لا بد من القيام بفحص الجينات (le caryotype) لإثبات الحالة، وإظهار نوع الخلل المسبب لها.
- 6-2 الخصائص العصبية:** تؤدي الإصابة بتلازم داون إلى تدهور العمليات المعرفية لدى الشخص، حيث نجد التكوين الدماغي للمصاب خاص نوعا ما، فحجم الدماغ لديه غالبا ما يكون اصغر من العادي ولديه شكل دائري. أما المخيخ ففي معظم الحالات يكون هو الآخر ذو حجم اصغر من العادة، فبالإضافة إلى عرقلة السيرورات المعرفية، فكل هذا سيؤدي إلى عواقب وخيمة في بعض الأحيان، قد تظهر من خلال الإصابة بالصرع

،الشيخوخة المبكرة أو حتى الهالزيمر (LA MALADIE D'ALZHEIMER) عند المصابين بالتلازم المتقدمين في السن.(M.O Rethore,2005,p90)

6-3 الخصائص العقلية والمعرفية : يتوزع مستوى ذكاء الأطفال التريزوميين على منحنى عادي، حيث يتراوح مستوى معامل الذكاء المتوسط ما بين (40-45)، أما أعلى مستوى معامل الذكاء فيتراوح ما بين (65-79)، في حين مستوى ذكاء الأطفال التريزوميين ذوي النوع الفسيفسائي متنوع كذلك الإصابة الجسدية لديهم، حيث انه أحيانا مستوى الذكاء لديهم يكون مرتفع نوعا ما عن المتوسط مقارنة بالأطفال التريزوميين الآخرين، وهذا باستثناء بعض الحالات التي يكون مستوى الذكاء لديهم عادي أو قريب من العادي، كما قد نجد مستوى الذكاء عند بعض الحالات من التريزوميا ذو النوع الفسيفسائي منخفض .

(J.L Lambert J.A Rondal,1997,p36-38-39)

– يبين الشكل(07) منحنى تطور العمر العقلي للأطفال التريزوميين مقارنة بالأطفال العاديين. يمكن ملاحظة أن المنحنى ينقسم إلى جزئين: -تطور سريع (ولكنه جد بطيء مقارنة بالأطفال العاديين) وهذا ما بين السنة الأولى وخمسة عشر سنة.

-بعدها تطور بطيء الذي ينتهي بمستقيم.

كما أن هذا الشكل يبرز نقطة مهمة جدا، وهي أن هناك نمو عقلي للأشخاص التريزوميين وهذا حتى سن 30 أو 35 سنة، حتى ولو كان هذا النمو بطيء بعد 15سنة.

الشكل رقم: (07) نمو عقلي عند الأشخاص المنغوليين حسب العمر الزمني بالمقارنة مع الأشخاص العاديين



(Adapter d'après BENDA, 1969, ET ROSS, 1961)

تجدر الإشارة إلى أن مستوى ذكاء الحالات التريزومية ينخفض مع التقدم في السن، وخصوصاً بعض 10 سنوات، وهذا راجع إلى أن العمر الزمني يتقدم بوتيرة أسرع من العمر العقلي (عند الحالات العادية يتماشى العمر الزمني والعمر العقلي بنفس الوتيرة، كما أن مستوى الذكاء لا يتغير). (J.L Lambert J.A Rondal,1997,p36-38-39)

ييدي الأطفال الحاملين لمتلازمة داون اضطرابات في العمليات المعرفية، كصعوبات في الإدراك تتمثل في نقص على مستوى العمليات الحسية، وفي سرعة معالجة المعلومات المدركة وصعوبات الإقضاء السمعي والبصري، والتعرف على الأشياء عن طريق

اللمس، الأبعاد وصعوبات في نقل أو إعادة إنشاء أشكال هندسية، إضافة إلى ضعف هام في القدرة الانتباهية، وفي إصدار الاستجابة حيث يستغرقون وقتا طويلا لذلك، كما لديهم ضعف في الذاكرة، يمس التذكر اللفظي لأسماء الأشياء أو الأحداث المحفوظ بها، كما يتم الاحتفاظ بالعناصر المهمة ونسيان أو إقصاء العناصر الثانوية الأخرى.

(مريم بن سبتي، 2009، ص51-52)

6-4 الخصائص العاطفية والاجتماعية: يكون الطفل المصاب بمتلازمة داون في مرحلة الطفولة الثانية عاطفيا جدا، حنونا، هادئا، مرحا، يحب المداعبة، حساسا جدا، يندمج بسهولة في المجتمع كما يتقبل القواعد الأخلاقية البسيطة، وإذا اهتمت به الأسرة يزداد ويتحسن نشاطه في البيت كمساعدة الأم في أشغال المنزل وترتيب إغراضه... الخ.

لكن قد تظهر اضطرابات في السلوك متعلقة بتقلبات في الطبع، كالمعارضة، سرعة الانفعال والغضب والإفراط في الحركة، وقد تزداد إذا ما كان الوسط الذي يعيش فيه يتميز بالرفض والإهمال، وقد يبكي ويصرخ بسبب عدم الاستقرار النفسي الحركي، هذا كما قد يسقط عدوانيته على أقرانه، ويتميز أيضا بحب تملك حاجات الآخرين، الخوف من الظلام والأماكن المغلقة. وبالتالي فهو اجتماعي جدا وعدواني في بعض الأحيان.

(M.Boucebci,1984,pp177-178)

7- الاضطرابات المصاحبة لمتلازمة داون:

يعاني الأشخاص المصابين بمتلازمة داون العديد من المشاكل الصحية، تستلزم في غالب الأحيان التدخل الطبي، غير انه ليس من الممكن ذكر جميع هذه الاضطرابات بل نكتفي بذكر أهمها:

7-1 الاضطرابات على مستوى الجهاز العصبي المركزي: إن اضطرابات الجهاز العصبي

المركزي غالبا غير معروفة، غير أن لها اثر كبير على الحياة اليومية للأفراد المصابين

بها، تظم هذه الاضطرابات: الاضطرابات الإدراكية، والاضطرابات العصبية الحركية محددة.

1-1-7 الاضطرابات الإدراكية: يعاني الطفل المصاب بالتريزوميا من اضطرابات حسية بشكل مستمر، حيث أن جميع الأعضاء الحسية مصابة ليس في حدودها ولكن على المستوى المركزي الدماغى وكيفية إدراك الطفل لها (الرسائل المتلقاة) إن اضطراب الحواس الخمس، يؤدي إلى اضطراب وظيفي في تكوين الجهاز المعرفي عند الرضيع المصاب بالتريزوميا، هذا الذي يتطلب التدخل المبكر منذ الأيام والأشهر الأولى من حياة الرضيع، من بين هذه الاضطرابات نذكر :

1-1-1-7 الاضطرابات البصرية : وتظم الاضطرابات البصرية المحركة للعين (oculomoteur) والتي تظم صعوبة وضع نقاط فعالة للنظر، هذا الذي يستدعي التدخل عن طريق التربية المبكرة، وإلا فإن الطفل يلتقط صور شاذة.

2-1-1-7 الاضطرابات السمعية: يمكن أن تتمثل الاضطرابات السمعية في الصمم الإدراكي (surdités de perception) حيث أن الخطورة متباينة حسب الحالات، هذا الصمم الإدراكي يكون نوعا ما نادرا، إلا أن كل طفل من بين اثنين يكون حاملا له. هذا الاضطراب قد يؤدي إلى صعوبة في تعلم اللغة.

3-1-1-7 اضطرابات الحساسية : وهي من بين الاضطرابات الأكثر انتشارا، وهي تشكل صعوبات القبض على المحسوسات (appréhension des ressentis.) حساسية خارجية للمس: بارد، حبيبي، أملس، ناعم، قاطع إضافة لهذا هناك اضطرابات في إدراك الألم.

4-1-1-7 اضطرابات الطعم والرائحة: تمت دراستها لأول مرة من طرف مارتن جيتلمون "MARTIN GITTELMAN" وفريقه بأمريكا، أظهرت هذه الدراسة أن

توزع مناطق الذوق على لسان الطفل المصاب بتريزوميا (21)، مختلفة عن الأطفال العاديين، حيث أنها تتمركز على أطراف والمنطقة المركزية المتوسطة للسان، وهذا ما يخلق لديهم صعوبات في التعرف على الأذواق.

— لابد من معرفة أن مجمل الإدراكات الحسية للرضيع التريزومي مضطربة، لذا لابد من الكفالة المبكرة والسريعة به حتى نسمح له بتطور معرفي متناسق قدر الإمكان.

7-1-2 الاضطرابات العصبية الحركية :

وتضم :

— نقص المقوية العضلية

— اضطرابات النمو والمتمثلة في قصر القامة

— تأخر اكتساب الجانبية (la latéralité)

— اضطرابات المخيخ واضطرابات الإيقاع

— اضطرابات النوم

— تطور بطيء وطويل الأمد لنضوج القشرة الدماغية: حيث أن نمو القشرة الدماغية للشخص المصاب بالتريزوميا يتواصل حتى السن (22-24) سنة، في حين يكتمل نمو القشرة الدماغية عند الأشخاص العاديين في سن 18 سنة.

(M.Cuilleret,2007,pp23-27)

7-2 الاضطرابات المعرفية : كما سبق وأن اشرنا فإن للاضطراب الكروموزومي اثر

واضح على تطور الجهاز العصبي المركزي، هذا الذي له اثر على القدرات العقلية لهذه

الفئة التي تعاني من قصور عقلي تتفاوت درجاته، لكن غالبية الحالات تكون ضمن فئة

متوسطي الإعاقة العقلية. وبهذا فان غالبية حالات تلازم داون قابلة للتدريب والتعليم،

حيث نجد بعضهم يستطيع القراءة و الكتابة. وهنا نشير إلى اثر التدريب والتعليم على

تنمية المهارات المعرفية التي تساعد في تطوير القدرات العقلية

(Redon.L ,1999,pp32-33-34)

7-3 ضعف المناعة:

تظهر على شكل تغيرات في آليات الدفاع لأجسامهم حيث يكون لديهم عدد اقل من خلايا الدم، وبالتحديد في الخلايا اللمفاوية، والتي هي مهمة للدفاع العام عن الجسم.

(بوسيشل سيجفرايد واخرون ،2007، ص121)

7-4 اضطراب الجهاز الهضمي:

وتظهر على عدة أشكال منها خلل في تطور ونمو الجهاز الهضمي، تضيق في الأمعاء الدقيقة، انسداد الإثني عشر وتضخم الكولون، الإمساك المزمن وتجرى الجراحة في مرحلة مبكرة جدا إلا أنها لا تكون فعالة بشكل تام، حيث يضل يعانون من مشكلات دائمة في التحكم في عملية الإخراج.

(عبد الله بن عبد العزيز بن فهد العسرج ،2005، ص63)

7-5 اضطراب الجهاز الدوري:

ويظهر قلب واسع وبعض الاضطرابات القلبية التي تمس الصمامات *les valvules*، شذوذ على مستوى الأوعية الدموية:
sinuosités exagérées.

— تكلس مبكر . (Rethault.E,1973,p206)

7-6 اضطراب الغدد والهرمونات:

تتمثل في اضطرابات تمس تحت المهاد، والغدة النخامية والغدة التناسلية والغدة الدرقية، هذه الأخيرة يحدث الخلل فيها بزيادة أو نقصان في إفرازها ويوجد هذا الخلل في حوالي

(20%) من الأشخاص المصابين بالمتلازمة وهو يؤثر على النمو العقلي للطفل بصورة سيئة، لذا فمن المهم فحص الغدة الدرقية للطفل لتجنب تلف المخ.

(عبد الله بن عبد العزيز بن فهد العسرج، 2004-2005، ص63)

7-7 اضطراب الجهاز التنفسي: إن القدرة على التنفس عند المراهق والشباب المصابين

بالتريزوميا ضعيفة، وهذا راجع إلى سوء تطور القفص الصدري، رغم أن القدرة التنفسية لدى الرضيع عادية، وهذا بسبب ضعف المقوية العضلية للقفص الصدري والتي تؤدي

إلى اضطراب تطور التنفس، والكفالة بالمعالجة الطبية **Kinési thérapeutique** التنفسية الصحية والوقائية يمكنها أن تحدد العديد من المشاكل الصحية المتعلقة بالجهاز التنفسي،

والتي يمكنها أن تظهر لدى الشخص المصاب بالتريزوميا. (Cuilleret.M,2007,p34-35)

7-8 اضطرابات الدورة الدموية: إن الفصيلة الدموية للشخص المصاب بالتريزوميا

مختلفة عن الشخص العادي، ويكمن الاختلاف في الصفائح الدموية، إن احتمال الإصابة بسرطان الدم (la leucémie) لدى الشخص المصاب بالتريزوميا مرتفع حيث يعادل ثمان مرات أكثر من الشخص العادي.

7-9 اضطرابات التغذية: تظهر لديهم اضطرابات على مستوى العناصر الغذائية الرئيسية

في الجسم مثل الفيتامينات (B) والأملاح المعدنية (البوتاسيوم، الزنك...)، وتكون لديهم اضطرابات الهضم المعوية بنسبة تصل إلى حوالي (1%-14%).

(عبد الله بن عبد العزيز بن فهد العسرج، 2004-2005، ص63-64)

10-7 الاضطرابات الصحية:

يعاني الأطفال المصابين بالتريزوميا من مشاكل صحية صعبة ومتفاوتة الخطورة،

يمكن أن نلخصها فيما يلي:

— التهاب البلعوم الأنفي (RHINOPHARYNGITES)

– التهاب الأذن (OTITES): وهي تصاحب غالبا التهاب البلعوم الأنفي، وهي تصيب طفل من بين اثنين مصابين بالتريزوميا، هذا الالتهاب لا بد من علاجه لان له اثر كبير في تطور اللغة عند الطفل التريزومي كما انه قد يرتبط بحالات الصمم الخطيرة.

– التهاب الحنجرة.

– اضطرابات النضج الجنسي.

– السمنة.

– داء السكري: يعتبر داء السكري من بين الأمراض الأكثر انتشارا لدى فئة التريزوميين، حيث أن (30%) من الراشدين المصابين بالتريزوميا والذي يزيد عمرهم عن (25) سنة هم مصابين بداء السكر.

– الاضطرابات النفسية الحركية.

– الاضطرابات الحركية.

– اضطرابات اللغة والذكاء.

– الصرع: وهو من بين الأمراض المصاحبة للتريزوميا، حيث يعتبر تناذر west من بين أنواع الصرع الأكثر انتشارا عند الأطفال وأخطرها، حيث يمكن أن يظهر منذ السنة الأولى من سن الرضيع.

– أمراض الجهاز البولي. (Cuilleret.M,2007,pp31-39)

8-الوقاية من متلازمة داون:

رأينا بوضوح من خلال هذا الفصل أهم الخصائص التي تميز الأفراد المصابين بمتلازمة داون، كذا الاضطرابات المصاحبة لهذا العرض والتي هي متفاوتة الخطورة، ولعل أهم وسيلة لتجنب مثل هذا الاضطراب تتمثل في الوقاية منه.

تتمثل الوقاية من متلازمة داون في تجنب الأسباب المؤدية إليه، ولعل أهمها نقادي الأم الإنجاب قبل سن الثمانية عشر، و بعد السن الخامسة والثلاثين، لأن هذه الفترات يزداد

فيها احتمال إنجاب طفل تريزومي، ومن ثم كذلك هنالك التشخيص المبكر، ففي حالة ما إذا كان هناك خلل كروموزومي يمكن تقديم بعض العلاجات للجنين وذلك قصد التخفيف من ظهور بعض التشوهات لديه، وليس باعتبار هذه الفحوصات وسيلة لإقصاء الطفل المصاب بتلازم داون، إضافة إلى الإرشاد الوالدي حيث يعد إرشاد الآباء عند تشخيص الجنين أو المولود بمتلازمة داون في غاية الأهمية، فيجب الأخذ بعين الاعتبار نوع المعلومات التي ستقدم إلى الوالدين وكيفية نقلها إليهم هذا الذي سيكون له اثر كبير في تحديد مصير الطفل. (بوسيشل سيجفرايد وآخرون، 2007، ص104)

خلاصة الفصل :

لقد تطرقنا في هذا الفصل إلى متلازمة داون وتبين لنا انه عبارة عن حالة وليس مرض، ترجع إلى وجود اختلال أو تشوه في توزيع الكروموزومات (وجود كروموزوم زائد على مستوى الزوج 21).

يترتب عن هذه الحالة مجموعة من الخصائص الفسيولوجية والنفسية، تؤدي إلى هشاشة صحية و تأخر في تطور الوظائف النفسية.

وعليه يمكن القول أن ولادة طفل محملا لوصمة هذه الإعاقة أمر صعب، فهو عكس تماما ما يمكن أن ينتظره الوالدين، فهو يتميز بغرابته وبصعوباته ومحدودية قدراته، وفي مصير رثده، ما سيخلق لدى الوالدين صدمة، سنحاول من خلال الفصل القادم التعرف على مفهوم الصدمة بصفة عامة، ثم التطرق إلى صدمة الإعاقة بصفة خاصة.

الفصل الثالث

الصدمة النفسية

مقدمة الفصل:

يمر الإنسان في حياته اليومية بالعديد من التجارب، التي يمكن أن تكون سارة ومفرحة أو قد تكون محزنة ومؤلمة والتي لا مفر منها، غير أن هذه الأخيرة يندمج ويتكيف معها الفرد بالتدرج وتصبح جزء من تاريخ حياته.

إلا أنه وفي بعض الأحيان قد يجد الفرد نفسه أمام مواقف و أحداث، تفوق قدرته على استيعابها نظرا لفجائيتها وشدة وطأتها ،كما قد تشكل تهديدا بالخطر والموت.

تعتبر تريزوميا الطفل من بين الأحداث التي تشكل صدمة نفسية بالنسبة للوالدين، نظرا لاستبداد حلم الحصول على طفل معافى وسليم، كما أن الطفل التريزومي يتميز بتأخر وظائفه العقلية، وهشاشته من الناحية الفسيولوجية.

سنحاول من خلال هذا الفصل التعرف أولا على مفهوم الصدمة وتطوره عبر الزمن، ثم تحديد أهم التفسيرات النظرية المقترحة في مجال الصدمة، لنتطرق بعدها إلى ردود فعل الأفراد تجاه الصدمات والعوامل المؤثرة في ذلك، لنصل في الأخير إلى صدمة الإعاقة.

1-تعريف الصدمة:

1-1التعريف اللغوي:

صدم: الصدم: ضرب الشيء الصلب بمثله، وصدمه صدما: ضربه بجسده. وصادمه فتصادما واصطدما، وصدمه يصدمه صدما، وصدمه أمرأ: أصابهم.

والتصادم: التزاحم. والرجلان يعدوان فيتصادمان أي يصدم هذا ذاك وهذا، والجيشان يتصادمان. (جمال الدين ابن المنظور، 2003، ص389)

1-2التعريف الاصطلاحي:

الصدمة والصدمي هي تعابير مستعملة قديما في الطب والجراحة، وتدل كلمة صدمة Trauma التي تعني جرح في اليونانية وتشتق من فعل ثقب ،وعلى جرح مع كسر ،ومن مفرداتها بالفرنسية Traumatisme المخصصة على الأذق للحديث عن الآثار التي

يتركها جرح ناتج عن عنف خارجي، ولا تبرز دوما فكرة تمزق أو إصابة الغشاء الجلدي، إذ يصار إلى الحديث مثلا عن الصدمات الجمجمية-الدماعية المقفلة، كما لوحظ أن مصطلحي Trauma-Traumatisme يستعملان في الطب كمترادفين.

(عائدة عبد الهادي حسنين، 2004، ص13)

وتعرف "الرابطة الأمريكية للطب النفسي" في (الدليل التشخيصي والإحصائي DSM IV) الصدمة بأنها: «التعرض لحدث صدمي ضاغط Traumatic Stressor على نحو مفرط الشدة، متضمنا خبرة شخصية مباشرة لهذا الحدث الذي يطوي على موت فعلي أو تهديد بالموت أو إصابة شديدة، أو غير ذلك من التهديد للسلامة الجسمية، أو مشاهدة حدث يتضمن موتا أو إصابة أو تهديدا لسلامة الجسم لشخص آخر، أو أن يعلم شخص عن موت غير متوقع أو نتيجة لاستخدام العنف، أو عن ضرر شديد، أو تهديد بالموت، أو الإصابة مما قد وقع لعضو من أعضاء الأسرة أو لبعض الأصدقاء المقربين».

(DSM IV,1994,p424)

وتحدد "الرابطة الأمريكية للطب النفسي" مفهوم الصدمة النفسية كذلك على انه: «حدث نفسي داخلي intrapsycgic event ينتج عن التعرض لخطر متوقع. وتتصف الزملة الحادة Acute Syndrome بصدمة نفسية، والعجز وتخدر المشاعر، واضطرابات الكلام، والأكل والنوم، والانسحاب الاجتماعي. وقد يفضي استمرار حالة العجز إلى الوفاة. أما الآثار بعيدة المدى فعادة ما تتضمن الانغمار النرجسي الدائم، والشكاوى الجسمية، وأعراض الاكتئاب والقلق، والخوف من أن يكون ضحية مرة أخرى».

(بشير الرشيدى ومجموعة من الباحثين، 2001، ص46-47)

كما ويعرف "Miller" الصدمة النفسية بأنها: «حدث يصطحبه نوع من الانضغاط النفسي ويكون خارج الخبرات العادية للشخص». (Miller et. al,2000,p19)

ويعرف كل من "Herman & Pynoos & Terr" الصدمة النفسية على أنها: «الاستجابة الناتجة لخبرة مؤلمة تكون خارجة عن تحكم الشخص، بحيث أن وسائل الدفاع الأولية تكون غير فعالة في التعامل معها». (ضياء الدين صايمة، 2005، ص10)

1-3 تعريف الحدث الصدمي:

في كتابهما « Le Vocabulaire de la Psychanalyse » يعرف "لابلونش و بونتاليس" الحدث الصدمي كالتالي: "حدث من الحياة يعرف تبعاً لشدته، عجز الفرد في الاستجابة بطريقة ملائمة أمامه، الاضطراب والآثار المرضية الدائمة التي يسببها في التنظيم النفسي".

بمفاهيم اقتصادية يتميز الحدث الصدمي بتيار من المثيرات، يكون مفرط نسبياً مقارنة بتحمل الفرد وقدرته على التحكم والارصان النفسي لهذه الاستنارات .

(Laplanche J, Pontalis, J. B, 1994, p499)

من خلال ما ورد من تعاريف للصدمة النفسية، نخلص بأن جميع التعاريف اتفقت على أن الصدمة عبارة عن تعرض الفرد لحدث أو مثير أو منبه يحدث للفرد بشكل مفاجئ وغير متوقع، هذا الحدث يكون شديد يفوق قدرة الفرد على استيعابه ويشكل لديه ضغط، كما أن هذا الحدث قد يؤدي إلى موت فعلي أو تهديد بالموت أو إصابة شديدة للفرد أو الأشخاص المحيطين به، كما أن هذا الحدث قد يؤدي إلى اضطرابات نفسية وصعوبات تجعل الفرد في حالة غير التي كان عليها قبل الحدث الصدمي ويمكن أن يشكل الحدث الصدمي الكوارث الطبيعية كالزلازل والبراكين والأعاصير وغيرها... أو قد يكون بفعل الإنسان كالحروب وحالات الاغتصاب والقتل وغيرها، غير أن البعض من هذه التعاريف تحدد مفهوم الصدمة في الاستجابة النفسية والجسمية التي تحدث للفرد جراء تعرضه للحدث الصدمي، هذا الذي سيقودنا إلى الحديث عن الصدمة كضغط أي حدث خارجي مقابل الصدمة كاستجابة .

1-4 الصدمة كضغط مقابل الصدمة كاستجابة:

يمكن تناول مفهوم الصدمة من منظورين أساسيين وهما "الصدمة باعتبارها ضواغط" (trauma as stressors) مقابل "الصدمة باعتبارها استجابة" (trauma as response) ويعني ذلك بأنه يمكن تفسير "الصدمة باعتبارها ضواغط" وفقا لعوامل موضوعية، أي وفقا لخصائص المثير وما يتصف به موقف أو مواقف الصدمة من شدة، وطول المدة، ومن درجة الخطر أو التهديد به، وحجم الأخطار الواقعة، والأشخاص المستهدفين، ويأخذ هذا التفسير بالمنحى المعياري أو العمومي Nomothetic approach في دراسة الصدمات وأثارها

أما "اعتبار الصدمة كاستجابة" فتركز على الشخص الضحية وما يتصف به من خصائص شخصيته وأسلوب حياته ونظام معتقداته وسلوكه التكيفي ومهارات التعامل مع الضغوط ومواجهتها، أي أن هذا المنحى يبرز الجوانب الذاتية في إدراك الفرد للضواغط وتفسيرها واستجاباته لها، لذا يعني هذا التحديد للصدمة بالمنحى الفردي أو الكلينيكي idiographic approach، الذي يعني بالفروق الفردية في التكيف مع أحداث الحياة الضاغطة. (بشير الرشيد ومجموعة من الباحثين، 2001، ص50)

2- تطور مفهوم الصدمة :

يعتقد الباحثون أن مفهوم الصدمة قد وضع سنة (1884)، حيث أطلق عليه العالم "OPPENHHEIM" مصطلح العصاب الصدمي، ولكنهم بذلك يتجاهلون مفهوم الصدمة عبر آلاف السنين أين قد كان للحضارة العربية مساهمات في تطور هذا المفهوم، ونذكر على سبيل المثال تجربة ابن سينا التي لا يمكن تجاهلها كأول دراسة تجريبية لعصاب الصدمة وانعكاساته النفسية-الجسدية، ويمكن بعد ذلك أن نأتي على دور اوبنهايم الذي أطلق عام (1884) تسمية العصاب الصدمي على وضعية الشعور بتهديد الحياة، كما أن

له الفضل في عزل وتمييز هذا العصاب. (محمد احمد النابلسي، 1995، ص130)، ووصفه على انه حالة عصابية تنجر عن إحساس بالهلع أثناء حوادث القطار، وتحمل أعراض تعب نفسي-هستيري، مع غياب أي إصابة عضوية، إضافة إلى اضطرابات النوم، مرفوقة بكوابيس تكرر الحدث الصدمي.

ويشار هنا إلى أن الفضل لأوبنهايم، يعود خاصة إلى إعطاء التسمية، واقتراح مجموعة تصنيفية منفردة لهذا النوع من العصابات والتي أمكن وصفها قبله ولكن دون تسميتها وكانت ترجع إلى اضطرابات بيولوجية -عصبية .

وممن تعرض لها نجد:

— (DUCHESNE) 1957 في فرنسا .

— (ERICHSEN) 1866 في إنجلترا.

— في الولايات المتحدة الأمريكية (WALTON,PUTNAM) 1883.

وفي عام (1885) اقترح "CHARCOT" تسمية الوهن النفسي-الهستيري (hystero-neurasthenie) معارضا بذلك أفكار أوبنهايم، ومائلا خاصة إلى أفكار سابقة، حيث رفض فكرة استقلالية العصاب الصدمي، وإنما ارجع أعراضه إلى وصف يشبه الهستيريا والوهن النفسي.

في عام (1888) يبدو أن أوبنهايم أعاد النظر في أرائه، وتبنى بدوره فكرة أن الكثير من العصابات الصدمية ترتبط بالهستيريا.

وفي (1892) قدم "kraft Ebbing" في كتابه «*Médecine Mentale des Aliers*»

العصاب الصدمي، على انه كتلة نوزوغرافية مستقلة شبيهة بالوهن النفسي.

خلال عام (1889) تعرض "جانيه" في كتابه «*L'automatisme Psychologique*»

إلى الجذور الصدمية للهستيريا، حينما تمكن بواسطة التنويم المغنطيسي من إيجاد العاطفة التي رافقت الحدث الأصلي وكذا المعنى الذي يربط بين مختلف الأعراض .

أما في عام (1892) وعبر كتابهما « Etude sur L'hystérie » تعرض "Freud,Breuer" إلى فكرة أن كل أنواع الهستيريا عاش فيها الأشخاص حدثا صدميا حقيقيا من طبيعة جنسية، حيث أن الشحنة العاطفية المتعلقة بذلك الحدث تكون غير منفسة، بعد أن تعرض الفرد في ماضيه لمحاولة اعتداء من طرف شخص راشد.

إلا انه تدريجيا تخلى فرويد عن فكرة مفهوم حدوث صدمة حقيقية في الهستيريا ذات طبيعة جنسية، وعوضه بمفهوم "الهوام"، وطويلا بقي الربط بين الأصل الجنسي للصدمة، إلى أن ظهر الميل إلى فصل الصدمات التي تضع الفرد أمام خطر الموت، عن الصدمات ذات الطبيعة الجنسية، وتميزت الصدمة بمفهومين:

أ- صدمات تعمل كمحفز لبنية عصابية.

ب - صدمات نجد معناها في محتوى الأعراض، من خلال أعراض كالاسترجاع، الكوابيس التي تهدف إلى محاولة ربط التصورات المتعلقة بالتجربة الصدمية وكذا التنفيس عنها. (فتيحة بن موفق، 2008، ص45-46)

تعتبر عصابات الحرب من أكثر العصابات الصدمية دراسة عبر التاريخ، حيث أن دراستها ساهم في تحديد وتطوير مفهوم العصاب الصدمي، تعرف العصابات الحرب على أنها "اضطرابات تمثل جانبا من التنوع في أسباب حدوث العصاب الصدمي، ترتبط بأحداث عنف متعلقة بصراعات بين الأفراد، وجو من عدم الأمن والاستقرار في أوقات الحرب"

(Crocq.L ,Sailhan.M, Barrois.C ,1983,p02)

3-التفاسير النظرية المقترحة لتفسير الصدمة النفسية :

3-1نظرية التحليل النفسي : يحتل مفهوم الصدمة مكانة جوهرية في نظرية التحليل النفسي ،حيث ظهر هذا المصطلح منذ البداية في أعمال "Freud" في كتاب "دراسات حول الهستيريا" وقد ميز هذا الأخير بين الصدمة (trauma) التي تشير الأثر الداخلي الناتج عند الشخص بسبب حادث ما،وبين الصدمة النفسية (traumatisme) التي تشير إلى الحادث الخارجي الذي يصيب الشخص.

(عبد الرحمان سي موسى، رضوان زقار 2002، ص 62)

وتعرف مدرسة التحليل النفسي الصدمة النفسية على (أنها حدث في حياة الشخص يتحدد بشدته وبالعجز الذي يجد الشخص فيه نفسه عند الاستجابة الملائمة حياله، وبما يثيره في التنظيم النفسي من اضطرابات وأثار دائمة مولدة للمرض).

(عائدة عبد الهادي حسنين، 2004، ص 13)

كما أن هناك ما يعرف بهستيريا الصدمة و بالعصاب الصدمي، حيث انه هناك زيادة كبيرة في الإثارة لدرجة أن تصفيتها بالوسائل السوية المألوفة ينتهي بالفشل مما يجر معه اضطرابات لا محال اضطرابات دائمة في قيام الطاقة الحيوية بوظائفها.

ولقد تم دراسة الصدمة النفسية في المنظور التحليلي من خلال وجهتين وجهة النظر الدينامية ومن خلال وجهة النظر الاقتصادية .

3-1-1 وجهة النظر الدينامية : افترض فرويد في المحور الأول أن الصدمة النفسية تكون جنسية تنتج عن الإغواء، أي حادث إغواء طفل من طرف راشد وأشار إلى أن حدوث الصدمة يقتضي توفر أمرين: الأول هو حادث إغراء كائن غير ناضج، ويكون في وضعية غير سلبية، ومن دون أي تهيأ، أما الثاني فهو العامل المفجر أو البعدي (l'après coup) الذي تأخذ الصدمة معناها من خلاله فهو الذي ينشط الآثار الذكورية المتعلقة بحادث الإغواء المبكر الذي عمل الكبت على حجبهِ ونسيانهِ، ويطلق بذلك فيض من الاستثارة الجنسية، التي تبعث خلل في آليات دفاعات الأنا.

(عبد الرحمان سي موسى، رضوان زقار 2002، ص 63)

فالنظرة الدينامية للصدمة، توضح أهمية التاريخ النفسي للفرد في حدوث الصدمة وكيفية التعامل معها، إذ لا يأتي الحدث الصدمي أبدا على قاعدة عذراء، بل يوجد تنظيم نفسي ونرجسية وهوية جنسية مختلفة في صلابتها، مع تهيئة دفاعية، وقدرة متفاوتة في مقاومة الصدمة التي يتلقاها الفرد من الواقع وحينما يكون الأنا منظما بشكل جيد، ونرجسيته ذات صلابة معينة لا تضعف أمام العوامل الخارجية أو الظروف الصعبة، وحينما يكون الطفل محبوبا ومحترما يكون له حظ أكبر في مقاومة الصدمات.

(عبد الرحمان سي موسى، رضوان زقار 2002، ص 64-65)

3-1-2 وجهة النظر الاقتصادية: أما من الناحية الاقتصادية فتتصف الصدمة بفيض من الاثرات تكون مفرطة بالنسبة لطاقة الشخص على الاحتمال وبالنسبة لكفاءته في السيطرة على هذه الاثرات.

ويلاحظ من تنوع الشروط التي أوضحتها دراسات حول الهستيريا عام (1895) أن القاسم المشترك هو العامل الاقتصادي ذلك أن نتائج الصدمة تبدو على شكل عجز الجهاز النفسي عن تصفية الاثرات تبعا لمبدأ الثبات . وهكذا يصبح ممكنا تصور قيام سلسلة كاملة تتراوح بين الحدث الذي يشق فعاليته المولدة للمرض من عنفه وفجائئته (الحوادث) وبين الحدث الذي لا يجد فعاليته إلا من خلال وقوعه على تنظيم نفسي يحمل في حياته مسبقا نقاط تصدعه الخاصة به، وقد أعطى فرويد أهمية للصراع الدفاعي في نشأة الهستيريا، وفي الصدمة كذلك بل يجعل النظرية الخاصة بها أكثر تعقيدا .

(عائدة عبد الهادي حسنين، 2004، ص، 14، 13)

ولكن في نفس الوقت الذي أصبح فيه دور "النظرية الصدمية للعصاب" نسبيا يأتي دور أعصاب الحوادث ومن بينها أعصاب الحرب، كي توضع في المقام الأول من اهتمامات فرويد مشكلة الصدمة بشكلها العيادي المسمى "الأعصاب الصدمية" وبمعنى آخر فإن نظرية التحليل النفسي ترى أن الأحداث الصدمية ترتبط بأعراض القلق والتوجس وكذلك أعراض الاكتئاب بما فيه من شعور بالفشل والعجز .

(لابلاش، بونتاليس، مصطفى حجازي، 1985، ص 336)

تعتبر الصدمة من بين المفاهيم الأساسية في التحليل النفسي، ولقد تم دراستها من خلال وجهتين هما: وجهة النظر الدينامية ومن خلال وجهة النظر الاقتصادية، فمن الناحية الدينامية تبرز الصدمة من خلال أهمية التاريخ النفسي للفرد في حدوث الصدمة وكيفية التعامل معها أما من الناحية الاقتصادية فتتصف الصدمة بفيض من الاثرات تكون مفرطة بالنسبة لطاقة الشخص على الاحتمال وبالنسبة لكفاءته في السيطرة على هذه الاثرات، ولقد عرف هذا المفهوم تطور منذ دراسات الأولى حول الهستيريا، والنظرية الصدمية

للعصاب إلى أن أسهم الاهتمام بأعصبة الحرب من طرف فرويد إلى تحديد الشكل العيادي للعصاب والمسمى بالأعصبة الصدمية .

3-2 النظرية المعرفية :

إن العمليات المعرفية هي أساس فهم الخبرات الصادمة في رأي النظرية المعرفية وان إدراك الفرد للأحداث والمواقف والأشخاص يعتمد بشكل جوهري على ما يشكله الفرد من صيغ وخطط معرفية يدرك بها ومن خلالها الأحداث و المواقف والأشخاص، هذه الخطط والصيغ تتكون من مرحلة الطفولة من خلال علاقة الطفل مع أسرته فإذا كانت هذه العلاقة تتسم بالحب والعطف والتقبل يحكم الطفل على نفسه وعلى الأسرة والمجتمع حكما ايجابيا، فإذا تعرض لخبرة صادمة فانه يمكنه تجاوزها من خلال نظريته التفاوضية للأشياء ومن خلال السند والحب الذي تقدمه الأسرة والمجتمع، في حين إذا كانت الخبرات الطفولية التي عاشها الطفل تتسم بالإهمال والرفض فان الطفل سيشعر بعدم الأمن والرضا وهذا الشعور السلبي سيجعله يعطي حكما سلبيا على المجتمع ككل (ذاته،أسرته،المجتمع) هذا الشعور بعدم الطمأنينة والرفض لدى الفرد سيجعله يبالغ في توقع وقوع الخطر والشر في المستقبل،فإذا تعرض الطفل لخبرة صادمة في المستقبل فان ذلك قد يزيد من تعقيد حياته ومن المحتمل إن يصاب باضطرابات نفسية ناتجة عن الخبرة الصادمة . (عائدة عبد الهادي حسنين، 2004، 18ص)

كما أن "Horowitz" يرى أن تكوين اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة يعتمد في الأساس على (معالجة الانبئات) فبحسب Horowitz فان الانبئات تغزونا من كل حذب وصوب، قسم منها يستوعبه الدماغ وتتم معالجته (ترميز -حل ترميز -سلوك) بينما لا تتم معالجة القسم الآخر بشكل صحيح لأن الانبئات هنا تكون ناقصة وفوق طاقة الجهاز العصبي (جهاز الاستقبال) كما هي الحال في الكوارث والصدمات بحيث لا تتلاءم المنبهات الخطيرة الطارئة مع خبرات الشخص ونماذجه المعرفية لأنها تتخطى الإطار السوي للتجربة الإنسانية، وتبقى هذه المنبهات الصادمة نشطة وبشكلها الخام وتستمر

بضغطها المؤلم على الشخص الذي يحاول عبثاً أبعادها عن عتبة الوعي، وبذلك يلجأ الشخص المصدوم عادة إلى استخدام بعض الوسائل الدفاعية السلبية مثل النكران والتبليد والتجنب، ونظراً لأن المنبهات لا تغيب عن وعي الشخص بل تعزو بعنف رأسه من وقت لآخر، لذا فإن هناك تأرجحاً دائماً بين عمليات التجنب والتكرار والتبليد، وهذه العمليات تسبق كل محاولة لاحتواء الصدمة. (يعقوب غسان، 1999، ص 70)

تعتبر المخططات المعرفية من بين المفاهيم الأساسية في النظرية المعرفية، هذه المخططات والأبنية المعرفية تحدد تعامل الفرد مع الصدمة، وقدرته على تجاوزها.

3-3 النظرية السلوكية:

إن نظريات التعلم تفسر الكثير من مظاهر اضطرابات الضغوط التي تتبع الصدمة، والاشتراط الكلاسيكي يدرس ردة فعل الجسم أو الكائن إزاء ضغوط البيئة (المنبهات) وفيها يكون الشخص خاضعاً لتلك الضغوط وليس له الخيار في تبديلها "بافلوف"، في حين أن الاشتراط الفاعل يكون فيه الفرد قادراً على التحرك والرد على منبهات البيئة بالشكل الذي يراه مناسباً .

ولكن كلما كان الرد صحيحاً يكون التعزيز (مكافأة) حافزاً لاستعمال العمل، والعكس بالعكس إن الشخص المصدوم يحاول أن يهرب من المنبهات التي تذكره بالصدمة (تجنب)، وهذه المنبهات قد أصبحت مؤلمة للشخص لأنها اقترنت مثلاً بعمليات التعذيب أو تزامنت معها. إن النموذج السلوكي يساعدنا على فهم الصدمة من خلال نظرية التشريط، فالصدمة والنكبات والحروب وأعمال العنف تعتبر منبهات مطلقة غير مشروطة تؤدي إلى استجابة الخوف، وردات فعل فسيولوجية مطلقة، ويجري التعميم في استجابة الخوف إزاء المواقف والمنبهات التي ترمز للصدمة، أو تتشابه مع أدواتها، ويتحدث عن الإنذار المكتسب، أي أن تعميم الخوف، الخطر يمكن أن ينظر إليه على أنه استجابة قد تم اكتسابها عن طريق الأشرط. (اسعد ميخائيل، 1994، ص 69)

إن النموذج السلوكي يحدد مفهوم الصدمة من خلال نظرية الاشراف، فالأحداث الصدمية كالزلازل والبراكين وغيرها تعتبر كمنبهات بيئية تحيط بالفرد، وتخلق لديه استجابة الخوف إزاء هذه المواقف وكذلك المنبهات التي يمكن أن ترمز للصدمة وذلك من خلال عملية التعميم.

3-4 النظرية البيولوجية:

إن أي صدمة تؤدي إلى اضطرابات وظيفية في الدماغ والجهاز العصبي، وقد حاول بعض الباحثين الربط بين اضطراب ما بعد الصدمة بعمل الدماغ، وما يطرأ عليه من تبادلات كيميائية وفسولوجية ووظيفية، وهذا الاضطراب يظهر على الشكل التالي:

- ارتفاع نسبة الاستيل كولين
- انخفاض نسبة النورنفرين
- انخفاض نسبة السيريتونين
- انخفاض نسبة الدوبامين

إن استنزاف مادة النورنفرين يرتبط بعدم قدرة الفرد على الهروب أو التخلص من الصدمة التي تعرض لها، فالتعرض المتكرر للصدمة أو تذكرها يؤدي فيما بعد إلى التبدل أو التخدير كحل حتمي للصدمة، وهنا يفرز الدماغ مواد مخدرة شبيهة من حيث مفعولها بالافيونات أما "ديلابينا" (1984) فإنه حاول الربط بين اضطراب ما بعد الصدمة بطبيعة عمل الجهاز العصبي، وأشار إلى أن الأشخاص الذين يسيطر لديهم الجهاز البرسمبتاوي لا يتوصلون إلى تحقيق فهم واضح للمؤثرات المفاجئة والمؤلمة بشكل صحيح، كما أنهم يستجيبون للصدمة بشكل غير عادي مما يؤدي إلى ظهور بعض الأمراض مثل اضطرابات النوم والكوابيس والغضب والعدوانية. (عائدة عبد الهادي حسنين، 2004، ص16)

كما يذكر "أبو مدين الشافعي" في كتابه (الاطمئنان النفسي) إلى القول: "ينجم عن الصدمة النفسية اضطرابات خطيرة قد تزعزع أركان وتقضي على التوافق بين الأعصاب بل وقد تقضي الصدمة النفسية على الكيان من أساسه، ويفقد الإنسان حياته...".

(عائدة عبد الهادي حسنين، 2004، ص 16-17)

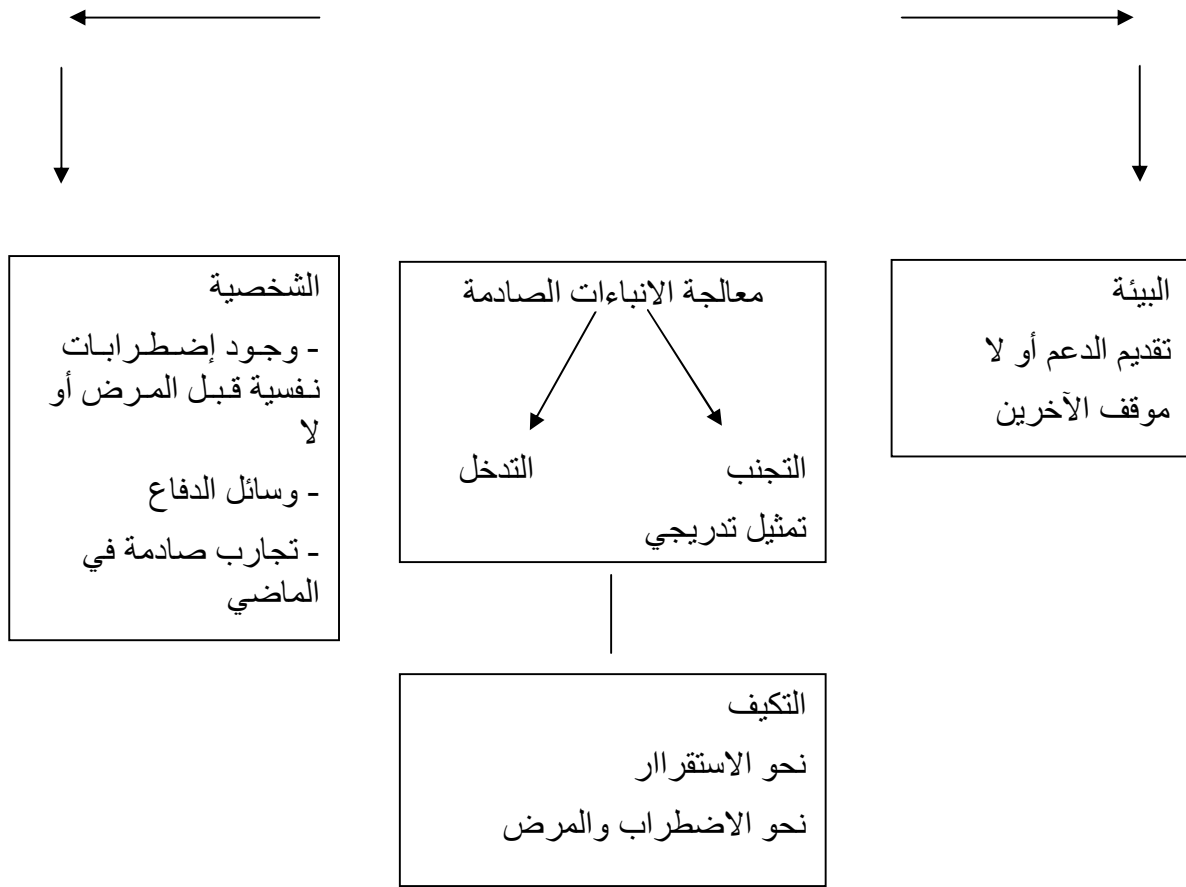
ركزت النظرية البيولوجية في تفسيرها للصدمة، على التغيرات الفسيولوجية والكيميائية التي تحدث داخل العضوية وأكدت على أن الصدمة تخلق اختلال في التوازن الجسمي، كما أنها أهملت الجانب البيئي وخبرات الفرد الشخصية في تحديد مفهوم الصدمة.

3-5 النظرية السيكلوجية:

حاول كل من "جرين، ويلسون، وليندرزي" أن يضعوا تفسيراً نفسياً واجتماعياً للصدمة النفسية، وهم يعتقدون بأن مصير الصدمة يتوقف من جهة على حدثها وطبيعتها، ومن جهة أخرى على شخصية المصدوم ودور البيئة.

إذ كلما كانت العوامل النفسية والبيئية ملائمة، كلما كان المصدوم قادراً على تخطي آثار الصدمة واستعادة التكيف إلى حد مقبول. (محمد، محمد، محمد عودة، 2010، ص 20)، والرسم التالي يعطي صورة ملخصة عن التفسير السيكلوجي

الشكل رقم: (08) صورة ملخصة للتفسير السيكولوجي للصدمة



حاولت النظرية السيكولوجية الجمع بين الجانب النفسي والاجتماعي في تحديد مفهوم الصدمة، فهي تؤكد أهمية المعاش النفسي للفرد من حيث وجود اضطرابات نفسية أو انعدامها قبل الصدمة، كما تركز على أهمية ودور البيئة في تقديم الدعم والمساندة للفرد من اجل تخطي الصدمة، فكلما الجانبين يحدد ردة فعل الفرد تجاه الصدمة .

يتبين لنا من كل ما سبق تنوع الأوجه النظرية في تفسير الصدمة، حيث أن النظرية التحليلية ترى بأن الاستجابة للصدمة النفسية يرتبط بشكل كبير مع الحدث الصدمي، مع الأخذ بعين الاعتبار تاريخ الفرد وخبراته الشخصية، كما أن الصدمة تزيح الغطاء عن المشاعر الطفولية المكبوتة في اللاوعي والتي تكون مسئولة عن حدوث المرض النفسي، حيث يتم إحيائها بشكل رمزي بعد حدوث الصدمة عند العصابي، في حين تركز النظرية المعرفية على كيفية استجابة الفرد للصدمة وذلك من خلال المخططات والأبنية المعرفية

والتي تتشكل منذ الطفولة كما تؤكد على أهمية علاقة الفرد بالبيئة في عملية التكيف، وهي بذلك تتفق مع النظرية التحليلية في إعطاء أهمية لتاريخ حياة الفرد غير أن النظرية التحليلية تختلف عن النظرية المعرفية في طريقة فهم الصدمة النفسية، وفي طبيعة العمليات النفسية التي تتبع التعرض للحدث الصدمي وفي التأكيد على العوامل الوسيطة، حيث أن المدرسة التحليلية ترجع الصدمة إلى الخبرات الماضية المكبوتة بشكل لا شعوري، في حين أن المدرسة المعرفية تنظر إلى الاستجابات النفسية كالاستجابات لأحداث خارجية رئيسية، هذه الاستجابات يعتبرها علماء النظرية المعرفية شعورية واعية يبدلها الفرد للتكيف مع الأحداث الصدمية. في حين أن النموذج السلوكي يساعدنا على فهم الصدمة من خلال نظرية التشريط، فالصدمة ما هي إلا منبهات بيئية ضاغطة يستجيب لها الفرد من خلال عمليات نفسية وفسولوجية، كما أن النظرية البيولوجية تفسر الصدمة من خلال التغيرات الفسيولوجية والكيميائية التي تحدث في العضوية والتي تخلق اختلال في التوازن الجسمي، أما النظرية السيكلوجية فقد حاولت الجمع بين هذه الجوانب المتعددة في دراستها للصدمة فقد أكدت على التاريخ الشخصي والظروف البيئية كعوامل أساسية من أجل تخطي الصدمة.

4-ردود الفعل تجاه الصدمات:

يمكن تقسيم ردود الفعل تجاه الصدمات إلى قصيرة ومتوسطة وطويلة الأمد

4-1ردود الفعل قصيرة الأمد:

- الإحساس بالآواقع وصعوبة التفكير المنطقي: غالبا ما ينتاب المصدومين إحساس بأن ما حدث ليس حقيقيا، وهنا إما إن يشعروا بأنهم قد تجمدوا أو أنهم مشحونون بالمشاعر.
- الانتباه والتيقظ الشديدان: حيث أنهم يكونون بحالة من الترقب ويخشون دائما من إمكانية حدوث ما هو أسوء.

— سوء الإدراك: فقد يبدوون بإدراك الأمور بطريقة مغايرة أو يفسرون أحداثا أو حقائق مغايرة بطريقة مغلوبة .

— الاستمرار في الحياة الروتينية: ولكن بتقييد أنفسهم بأنشطة ايسر مما اعتادوا عليها سابقا.

— مظاهر القلق والارتباك وعدم القدرة على المبادرة.

— اضطراب النوم (مع أو بدون الكوابيس أو الأحلام المزعجة).

4-2ردود الفعل المتوسطة الأمد:

— الشعور بالخوف وعدم الاطمئنان .وذلك بدوره يؤدي الى سلوك يقظ زائد .

— تجنب الأماكن و الظروف التي تذكرهم مباشرة بالصدمة .

— الشعور بالذنب تجاه ضحايا الصدمة ،حيث يشعر الناجون بأن نجاتهم كانت محض صدفة مما يغذي مشاعر الذنب تجاه ضحايا الصدمة .

— استرجاع الحدث برمته وبكافة جوانبه مرة تلو الأخرى، إما بشكل صور متفرقة أو أصوات أو روائح أو من خلال الكوابيس

— بداية الأعراض النفس جسدية

4-3ردود الفعل طويلة الأمد:

ويعتمد ظهور هذه الأعراض على عدة عوامل منها شدة الحدث الصدمي، ومدة التعرض له، وهل أصيب شخص عزيز بهذا الحدث، ومدة التعرض للحدث الصادم، وهل سبق له التعرض لصدمة سابقة، ومن أهم ردود الفعل الطويلة الأمد الإصابة بالاكئاب والقلق الذي سوف يؤدي بدوره إلى اضطراب ما بعد الصدمة.

(محمد احمد النابلسي، 1995،ص142)

5-العوامل المؤثرة في استجابات الأفراد للصدمة:

إن تعرض الأفراد لنفس الأحداث الصدمية لا يعني بالضرورة تشابه الاستجابة لديهم، هذا يرجع إلى وجود عوامل وسيطة تتدخل في تحديد استجابة الأفراد، هذه العوامل هي عبارة عن خصائص وسمات تتعلق بطبيعة الحدث الصدمي، صفات الشخصية، وخصائص تتعلق بالمحيط وهي كالتالي:

5-1طبيعة الحدث الصدمي: يمكن تحديد طبيعة الحدث الصدمي بعدة أبعاد منها ما يتعلق بنوع الصدمة، فالأشخاص الذين يتعرضون لأحداث صدمية تتضمن تهديدا بالموت أو الإصابة وتهديد السلامة الجسدية الشخصية يكونون أكثر تأثرا وأكثر عرضة للاضطرابات النفسية الناتجة عن الصدمة النفسية، من الأشخاص الذين يتعرضون لمشاهدة أو لسماع مواقف وأحداث صدمية تتضمن تهديدا بالموت أو الإصابة وتهديدا للسلامة الجسدية للآخرين. (Wenar,c & Kerig,p,2000,p187p188)

كما أن الاستجابة للصدمة النفسية يتعلق بشدة الصدمة النفسية من حيث استمرار التعرض للحدث الصدمي لفترة زمنية طويلة، وكذا التعرض لأكثر من حدث صدمي في نفس الوقت.

5-2عوامل تتعلق بشخصية الفرد: بينت دراسات وأبحاث حسب" thabet et al (1997) التي أجريت على الأشخاص الذين طوروا اضطرابات نفسية بعد الصدمة وجود علاقة بين الشخصية السابقة والمزاج وتطور اضطرابات نفسية لديهم فيما بعد، كما أن وجود اضطرابات نفسية سابقة لدى الفرد الذي يتعرض لخبرات صادمة يزيد من احتمال تطور الاضطرابات الناتجة عن خبرات صادمة أكثر من الأفراد الآخرين الذين لا يوجد لديهم اضطرابات سابقة. (محمد عودة،2010،ص15)

5-3 عوامل تتعلق بالمحيط الخارجي: حسب "Turner" (1995) يؤدي مستوى الدعم الاجتماعي في المدرسة والمجتمع ككل دورا مهما في الحد من آثار الصدمة على المدى القريب والبعيد، ويقلل من احتمال الإصابة باضطرابات ناتجة عن الخبرة الصادمة. (محمد عودة، 2010، ص 16)

6- صدمة الإعاقة:

يمثل ميلاد طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة حدثا مؤلما للوالدين، ويراه البعض بمثابة كارثة تؤرق حياتهم وتؤزمهم، وتستثير فيهم الحسرة والأسى، ذلك انه مع كونه "ميلادا" إلى أن هذا الميلاد في حقيقته يعني بالنسبة لهم "موت" مفاجئ لحلم ظل يراودهما طويلا في الحصول على طفل معافى وسليم وذكي، فيفتقدون مع هذا "الميلاد - الموت" شعورهم بالفخر والإثابة الوالدية المرتبطة بالأبوة والأمومة، ومن ثم الشعور بالكفاءة والجدارة الذاتية.

كذلك فإن التعرف على تريزوميا الطفل مؤثر دائما مهما كانت الطريقة التي تم التعرف الوالدين من خلالها على إعاقة ابنهما، والوقت الذي تم فيه ذلك.

عند ميلاد الطفل يستبدل الوالدين حلم الطفل بحقيقة الطفل، غير أن الإعلان عن تريزوميا الطفل يشكل بالنسبة للوالدين استبداد لهذا الحلم بشكل عنيف وكامل، إلى درجة أن هذه الإعاقة تخفي حقيقة الطفل (المولود الجديد) وتمنع الوالدين من رؤية هذا الرضيع كما هو

في الواقع. (Le Jeune-Phélipot ,Josette Lyon,1989,p12)

ان تجربة إعاقة الابن تقترب من المفهوم التحليلي للصدمة حيث يصفها "Ferenczi" على أنها صدمة غير متوقع، وغير مهياً لها وهي مدمرة « تمثل مخدر من اجل توقيف كل نشاط نفسي . » (Sausse.S,1990,p524)

خلاصة الفصل:

تطرقنا من خلال هذا الفصل الى مفهوم الصدمة، وتبين لنا أن إعاقة الابن بصفة عامة أو إصابته بتريزوميا 21، سيخلق صدمة بالنسبة للوالدين، صدمة تمس نرجسيتهم، وتشعرهم بالعجز، وتحطم كيانهم النفسي، ينجر عن هذه الصدمة، أو الإعاقة عدة ضغوطات يجد الوالدين نفسيها في صراع دائم معها، فيوظفان من اجل ذلك استراتيجيات من اجل مواجهتها، ومحاولة التغلب عليها أو التخفيف من حدة وطأتها. سنحاول من خلال الفصل القادم التعرف على مفهوم الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها.

الفصل الرابع

الضغط

واسترآتيجيات

المواجهة

مواجهته

مقدمة الفصل:

تعتبر الضغوط إحدى الظواهر المرتبطة بالحياة الإنسانية، حيث أنه من الصعب أن يعيش الإنسان دون أن يتعرض لأي ضغوط في الحياة، خاصة في ظل العصر الحالي الذي يتسم بكثرة الضغوط المصاحبة للتغيرات السريعة المتلاحقة الذي يشهدها العصر في شتى مجالات الحياة، حيث تحدث الضغوط عندما يحدث التناقض بين إمكانيات الفرد ومتطلبات البيئة المحيطة به، وعليه يمكن القول أن الضغوط تحل مكانة مهمة في حياة الأفراد والجماعات، ولعل إصابة الابن بالتريزوميا هي من أهم الضغوط التي قد يتعرض لها الوالدين.

سنحاول من خلال هذا الفصل الذي قسم إلى جزئين وهما: الضغط النفسي، و استراتيجيات المواجهة، إلى التطرق في الجزء الأول إلى مختلف التعريفات فيما يخص الضغوط النفسية، وظروف تطور هذا المفهوم، ثم أنواع الضغوط ومستوياتها، كما سنحاول التعرف على مختلف مصادر الضغوط بما في ذلك الإعاقة كمصدر للضغط النفسي، إضافة إلى ذلك التعرف على آلية حدوث الضغوط وكيفية الاستجابة لها ومختلف التفسير النظرية المقترحة في هذا المجال، أما في الجزء الثاني من هذا الفصل سنتطرق فيه إلى تعريف استراتيجيات مواجهة الضغوط وتصنيفاتها المتعددة، والعوامل المؤثرة في كيفية إدراك الضغوط والاستجابة لها، كما سنتعرض إلى أهم مقاييس استراتيجيات المواجهة المعمول بها، لنصل في الأخير إلى وسائل الوقاية من الضغوط وأساليب التعامل معها.

1-الضغوط النفسية:1-تعريف الضغط:

1-1التعريف اللغوي: إن كلمة ضغط من الفعل ضغط، ضغطاً، وضيق عليه الضغطة، الضيق والمشقة الضغط، القهر و الاضطراب.(حسن شحاتة، 2003، ص2008) إن مصطلح "الضغط" ليس بالمفهوم الجديد وهو مشتق من الفعل اللاتيني " stringers " الذي يعني: الضيق، شد، أوثق، ومن الفعل الفرنسي "êtreindre" بمعنى طوق بذراعيه وجسمه مؤدياً إلى الاختناق الذي يسبب القلق.

مواجهته

أما بالنسبة لظهور كلمة ضغط فإنها لم تظهر في اللغة الفرنسية قبل القرن العشرين، في المقابل استعملت في اللغة الانجليزية على مدى قرون للدلالة على العذاب والحرمان والمحن، الضجر، المصائب، أي تعبير عن قسوة الحياة بكلمة واحدة، وفي اللغة العربية دلت هذه الكلمة على معان كثيرة: كالإجهاد، الكرب، الإرهاق، الإنهاك والانعصاب، ولم تعرف هذه الكلمة في علم النفس إلا بعدما ظهرت كمصطلح فيزيائي الذي يقصد به ذلك الضغط المفرط الذي تتحمله مادة معينة نتيجة العوامل الفيزيائية كالحرارة الشديدة والبرودة القاسية. (رولان دورون وفرانسوازيارو، 1997، ص1029)

1-2 التعريف الاصطلاحي: تعددت تعاريف الضغط، لأنه مصطلح تتقاطع فيه علوم كثيرة وتناولته نظريات عدة، وفيما يلي تعاريف بعض العلماء :

يعتبر هانز سيلبي "Hans Selye" (1956) الأب المؤسس لبحوث الضغوط، فهو أول من استخدم مصطلح الضغط في المجال البيولوجي، والواقع أن سيلبي استخدم مصطلح الضغط في كتاباته المبكرة ليشير إلى حالة من التمزق والبلى داخل الجسد، أو ليشير إلى مجموعة التغيرات غير المحددة لأي مطلب أو حدث خارجي والمسببة للضرر، وبعد ذلك عرف سيلبي الضغط بأنه: « الاستجابة الفسيولوجية غير المحددة التي يستجيب بها الجسد لأي مطلب يقع عليه ». (طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص19)

كما أن معجم علم النفس يعرف الضغط على أنه: « مصطلح يستخدم للدلالة على نطاق واسع من حالات الإنسان التي تنشأ كرد فعل لتأثيرات مختلفة وبالغة القوة، وتحدث الضغوط نتيجة العوامل الخارجية مثل كثرة المعلومات التي تؤدي إلى إجهاد انفعالي وتظهر الضغوط نتيجة التهديد والخطر وتؤدي الضغوط إلى تغيرات في العمليات العقلية وتحولات انفعالية وبنية دافعية متحولة للنشاط، وسلوك لفظي حركي قاصر».

(بتروفسكي، ياروشفسكي، 1996، ص203)

ويذهب "Beck" في تعريفه للضغط النفسي على أنه : « استجابة يقوم بها الكائن الحي نتيجة لموقف يضغط على تقدير الفرد لذاته، أو مشكلة ليس لها حل تسبب له إحباط وتعوق اتزانه أو موقف يثير أفكارا عن العجز واليأس والاكتئاب».

(وليد السيد خليفة، مراد على عيسى، 2008، ص128)

مواجهته

في حين عرف كل من "Lazarus et Folkmane" الضغط على أنه: « عبارة عن علاقة تعاملية بين الفرد والبيئة، يقدر الفرد حدود تلك العلاقة على أنها تتجاوز إمكانياته ومؤهلاته، وتزعج راحته وهدوءه والضغط مفهوم رائج معناه يغطي في نفس الوقت العامل الضاغط والاستجابة النفسية للتحديات. » (Lazarus R.S, Folkmane,1984,p19,37)

ويرى "Cox" أن الضغط ينشأ نتيجة أي صراع بين المطالب الملقاة على الفرد وقدراته على التعامل معها حيث يفكر الفرد في المطلب و يفكر في قدراته ،وان اختلال في التوازن بين الطرفين هو سبب في ظهور الضغط،وان هذا الضغط ينتج من تفاعل الفرد مع بيئته سواء أكانت هذه البيئة داخلية أم خارجية ،ويبرز عندما يكون هناك تعارض بين حاجات الفرد وقدرته على تلبية هذه الحاجات.

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

من خلال هذه التعريفات يتضح لنا تعدد وجهات نظر العلماء والباحثين في تعريف الضغط،لكن يمكن تلخيصها في ثلاثة اتجاهات رئيسية كما يلي : هناك من تناول مفهوم الضغوط على أنه أحد المثيرات أو المنبهات التي تتواجد في البيئة وتؤثر على الفرد وتسبب له مشقة وإجهاد، وكمثال عن ذلك تعريف الضغط الذي قدمه سبيلبيرجر سنة 1971 وهو يمثل الاتجاه الأول ،في حين الاتجاه الثاني يعتبر الضغوط كاستجابة لهذه المثيرات، أي انه رد فعل نفسي أو فسيولوجي يترتب عنه تغييرات بيولوجية هذا الذي ذهب إليه كل من التعريف الذي اقترحه هانز سيللي، بيك، ومعجم علم النفس، بينما ينظر علماء الاتجاه الثالث إلى الضغط على انه نتاج تفاعل أو علاقة خاصة بين الشخص والبيئة ويمثل هذا الاتجاه كل من لازروس و فولكمان وكوكس، وعليه يصعب تقديم تعريف جامع لمفهوم الضغط نظرا للاختلافات بين العلماء في تحديد مفهوم هذا المصطلح، هذا الذي خلص إليه كوكس 1978 بقوله "أن مصطلح الضغوط النفسية لا يزال غامضا غير محدد حيث لا يوجد له تعريف شائع، ومتفق عليه رغم شيوع هذا المفهوم نظرا لوجود اختلافات في تعريف هذا المصطلح، وأيضا في المصطلحات البديلة للضغوط النفسية التي تستخدم في المواقف الحياتية" (cox,1978,p30)

مواجهته

ولكن ورغم هذه الاختلافات يمكن القول أن العامل المشترك في هذه التعريفات العديدة المقترحة من طرف الباحثين هو الحمل الذي يقع على كاهل الكائن الحي، وما يتبعه من استجابات من جانبه للتكيف أو التوافق مع التغيير الذي يواجهه.

2- لمحة تاريخية لتطور هذا المفهوم:

عرف مصطلح الضغط استعمالات عديدة عبر الأزمنة المختلفة، ففي القرن الرابع عشر استخدم هذا المصطلح بطريقة أكثر عمومية ليصف المشقة أو الضيق أو الشدة، واستخدمت هذه الكلمة في القرن السابع عشر ميلادي لتصف الشدة و الصعوبات الهندسية،

غير أن العديد من الدعم والتأييد النظري لمفهوم الضغط استمر إلى غاية اليوم متأثرا بعمل المهندس "HOOKE, R" أواخر القرن السابع عشر، فلقد كان مهتما بتصميم الأبنية مثل الجسور التي تتحمل حمولة ثقيلة، ومن تم كتب عن فكرة الحمولة أو العبء كقوة خارجية، وطبقا لوجهة نظره ينشأ الضغط من تأثير العبء أو الحمل على البناء الذي من خلاله يظهر الإجهاد على هذا البناء، ويمكن للبناء أن ينهار ويتداعى، ولذلك يكون الضغط هو استجابة النظام أو البناء للحمولة، ويكون ذلك مماثلا لاستجابة الضغط التي تصدر عن الكائن العضوي والتي تتبدى في المواجهة أو الهروب من الموقف الضاغط.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص17)

وفي القرن الثامن عشر تطور هذا المصطلح (الضغط) لأنه انتقل من النتائج الانفعالية

إلى التعرض لعامل ومصدر الضغط. (طالح نصيرة، 2011، ص69)

أما في القرن التاسع عشر ادخل مفهوم الضغط في ميدان الطب، أين اعتبر كقاعدة أساسية للاضطرابات الصحية، حيث قدم "SELLY" أولى ملاحظاته عن استجابة الإنذار في افريل / ماي (1948)، في سلسلة مؤتمرات في جامعة فرنسا، ثم جوان (1950) في

مستشفى "l'ennec" أين قدم تناذر التكيف العام (GAS) Général Adaptation Syndrome ومظاهره البيوكيميائية والميكانيزمات الغدية، وقبله كان هناك العديد من

مواجهته

المؤلفين عبروا بطريقتهم عن الهزة الانفعالية للعضوية وكذا الاستجابة لهجمات العالم الخارجي من بينهم نذكر كل من :

- النظرية الجد كلاسيكية لـ: "Dustin" الذي لاحظ المعايير المقاسة لاستجابات الإنذار على مستوى النظام اللمفاوي (الغدة الدرقية).

— النظرية نصف كلاسيكية لـ "vidal".

— مفهوم "Rossle" و" Eppinger" حول التهاب المفرزات.

— أفكار " Von Jauregg" في معالجة الأمراض العقلية بالحرارة .

— وتلك لـ "Leriche" حول الأمراض ما بعد العمليات Postopératoire (أسماء خرخاش ، 2009 ، ص50)

أما "Claude Bernard" مؤسس الطب التجريبي العضوي، فهو من أدخل التمييز بين الوسط الداخلي والوسط الخارجي عن العضوية، وكبدئية توجد علاقة تبادل الثبات بينهما وضرورة الحفاظ على مبدأ ثبات الوسط الداخلي، وهذا الثبات يكون بفضل ميكانيزمات التعديل التي تملكها العضوية، وفي حالة عدم تحققه هناك أنظمة للطوارئ يجب أن تتدخل.

كما حدد "Cannon" أفكار "Bernard" عن مفهوم ثبات الوسط constance سماه بـ Homéostasie (توازن الوسط)، وأرجع الفضل للنظام الودي وإفراز الهرمونات في الحفاظ على توازن الوسط أمام متغيرات المحيط، ووضع مفهوم المجابهة أو الهروب Fight or Flight كشرط لا يمكن الاستغناء عنه للعيش.

كان لابد من انتظار سنوات حتى أعطى "Selly" شرعية علمية لمفهوم الضغط، من خلال دراسته للتظاهرات التشريحية العيادية لمختلف الهجمات المتلقات من طرف العضوية (تجارب حول حقن الجرذان) ووصوله لمفهوم تناذر التكيف GAS

(The général adaptation syndrome) فهناك ثلاث مراحل التي تمر بها العضوية والنشاط العصبي الإفرازي المرافق لكل من المراحل الثلاث (مرحلة التنبية،مرحلة المقاومة ومرحلة الإنهاك). (Boudarene ,M,2005,p2)

مواجهته

وعليه من خلال الأعمال التي قام بها سيلبي "Selly" تطور مفهوم الضغط حيث انه أصبحت هناك معرفة أدق للميكانيزمات العصبية البيولوجية وبنيتها وكذا الطرق التشريحية المتدخلة في ديناميكية الضغط، كما تم تحديد الأبعاد النفسية والاجتماعية للضغط. وحديثا استخدم مفهوم الضغط بوجه عام لوصف الأحداث الخارجية التي تؤدي إلى الشعور بالضيق وعدم ارتياح للفرد، ولكن هذا الشعور يكمن وراءه التفسير والمعنى الذي يعطيه الفرد للحدث، وهذا التفسير هو الذي يحدد الحدث من حيث كونه ضاغطا أو لا وهذا من خلال الأعمال التي قام بها لازروس (Lazarus) و كوكس (Cox) وآخرون .
(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين ،2006،ص18)

3- أنواع الضغوط ومستوياتها :

تتعدد أنواع الضغط النفسي فهناك الضغوط الايجابية والسلبية وهناك الضغوط المؤقتة والضغوط المزمنة، وهناك السارة والمؤلمة، ولا يمكن أن نحصر الضغوط في هذه الأنواع فقط، لأن الضغوط ترتبط بمواقفها وقدرة الإنسان على تقبلها، والتعامل معها ومدى قدرته على التوافق والتعايش معها، وفيما يلي أهم أنواع الضغوط:

3-1 الضغوط الايجابية:

يعتبر الضغط طاقة الفرد وبدونه تصبح الحياة بدون معنى، وقد يكون للضغط تأثير ايجابي عندما يوفر التيقض الذي نحتاج إليه عندما نواجه حالات التهديد، وكذلك يكون للضغوط النفسية ايجابية عندما يكون الفرد محفزا ولديه الدافعية لتصحيح عدم التوافق و التوازن.(سمير شيحاتي،2003،ص14)، وهي أيضا تحدث توترا يؤدي إلى الشعور بالسعادة والرضا أي الاتزان النفسي (مثل تسلم مكافئة في العمل نظير النجاح في مهمة ما). (منصور والبيلاوي1989،ص7)

3-2 الضغوط السلبية:

تؤثر سلبا على أداء الفرد الأكاديمي والمهني، وتوقعه عن الانجاز والإبداع وتؤدي إلى سوء التوافق و الاكتئاب والقلق و الإحساس بالإحباط والعدوان على الآخرين، وتظهر في

مواجهته

مظاهر سلوكية عدة مثل التغيب عن العمل، وكثرة الأخطاء والحوادث، وعدم الرضا الوظيفي... الخ. (طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص32)

ويرى "Swearingen" (1970) أنه يمكن تقسيم الضغوط حسب مدى استمراريتها مع الفرد إلى :

1- ضغوط مؤقتة: وهي الضغوط التي تحيط بالفرد لفترة وجيزة، ثم تزول بزوال المواقف الضاغطة.

2- ضغوط مزمنة : وهي الضغوط التي تحيط بالفرد لفترة طويلة نسبيا مثل الآلام المزمنة أو وجود الفرد في أجواء اجتماعية واقتصادية منخفضة، ويعانون من ضغط بيئي مزمن بدرجة أكبر من هؤلاء الذين يعيشون في أجواء اجتماعية واقتصادية مرتفعة . (وليد السيد خليفة، مراد على عيسى، 2008، ص139)

ولقد ميز هانز سيللي بين نوعين من الضغوط، حيث يطلق سيللي على الضغط النافع أو الحسن "Eustress" والضغط السلبي أو الضغط المزعج "Distress"، ويرى أن الضغط الحسن يسبب القليل من البلى والتمزق مقارنة بالضغط السلبي أو المزعج، ويرى سيللي أن الفارق الرئيسي بينهما يكون في العمليات المعرفية الوسيطة في استجابة الضغط، وفي هذا الصدد يؤكد سيللي على أن التحرر الكامل من الضغط يعني الموت، وهكذا فإن الضغط ليس ضارا أو سيئا على الدوام، بل إن قدرا منه في الكثير من الأحيان يكون نافعا ومفيدا للفرد . (طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص32-33)

ويميز كل من "Lazarus & Cohen" (1977) بين نوعين من الضغوط الخارجية البيئية "External Environmental stress" والضغط الداخلي (الشخصية) "Internal personal stress" وتمتد الضغوط البيئية من الأحداث البسيطة التي تحدث كل يوم إلى الأحداث القوية، وتشير الضغوط الداخلية إلى الأحداث التي تتكون نتيجة التوجه الإدراكي نحو العالم الخارجي. (نبيلة احمد أبو حبيب، 2010، ص29)

مواجهته

وأشار "Moore" (1972) إلى بعض أنواع الضغوط الناشئة من المشكلات البسيطة التي يواجهها الفرد في حياته اليومية، وكذلك الضغوط النمائية المرتبطة بالأزمات، أو الصدمات الحياتية مثل المرض الشديد، أو موت فرد عزيز في الأسرة .

(نبيلة احمد أبو حبيب ،2010،ص29)

كما أنه يوجد نوع آخر من الضغط النفسي يطلق عليه اضطراب ما بعد الصدمة **Post traumatic stress disorder** ويعتبر هذا النوع من أخطر أنواع الضغط النفسي، حيث يشعر به الشخص بعد مروره بصدمة قوية وعنفية، كما أن اضطراب ما بعد الصدمة (P.T.S.D) جعل عتبة الإنذار بالخطر قريبة، بما يؤدي إلى أن يظل الشخص منفعلًا في لحظات حياته العادية، ويظل هذا التأهب للدائرة العصبية سيفًا مسلطًا على الذاكرة.

(وليد السيد خليفة، مراد على عيسى ،2008،ص137)

من خلال ما سبق يتضح لنا تعدد أنواع الضغوط فمنها ما هو سلبي يؤدي إلى سوء التوافق والاكئاب ومنها ما هو ايجابي يحدث توترا يؤدي إلى الشعور بالسعادة والرضا أي الاتزان النفسي، كما أن بعضها مرتبط بعامل الزمن فبعضها مؤقتة والأخرى مزمنة تدوم في الزمن، صف إلى ذلك فمن الضغوط ما هو مرتبط بأحداث الحياة اليومية و بعضها نمائي مرتبط بمراحل النمو المختلفة، لكن الضغوط تبقى ضرورية يحتاج إليها الفرد من أجل الأداء بفاعلية، لكنها إذا تعدت عتبة تحمل هذا الفرد من حيث قدراته وإمكانياته في مواجهتها قد تعوق أداءه الوظيفي وقدرته على الانجاز.

لكن تجدر الإشارة إلى أن الحدث الضاغط الواحد قد يولد استجابات مختلفة لدى الأفراد وذلك تبعًا لإمكانيات الفرد على التحمل والمواجهة، وخبراته والتقييمات المعرفية التي يعطيها للحدث الضاغط ومصدر هذا الحدث نوعه.

أما فيما يتعلق بمستويات الضغوط فيمكن تقسيمها إلى :

أ- الضغط الخفيف : ينشط ويقوي سلوكيات بيولوجية مهمة :مثل الأكل و السلوك الجنسي، وهذه تجعل الفرد أكثر يقظة وحذرا، ويمكن تدعيمها بسلوكيات ايجابية مثل

مواجهته

السعي لطلب المساندة، ولكن عدم حل الضغط الخفيف يمكن أن ينتج عنه سلوكيات غير تكيفية مثل سرعة الغضب، عدم القدرة على التركيز .

ب – الضغط المتوسط : يسبب اضطراب السلوك خاصة عندما يتطلب الفعل المهارة والتنسيق، وقد يؤدي إلى زيادة العدوان، ومثل هذه السلوكيات يمكن أن تكون تكيفية إذا قللت الإثارة، غير أن صلابتها واستمرارها يمكن أن يؤدي إلى عدم التكيف وهزيمة الذات.

ج – الضغط الحاد: فهو يمنع ويوقف السلوك ،وقد يؤدي إلى الجمود الحركي الذي يفسر بأنه استجابة دفاعية ضد الموقف الضاغط وهكذا فحينما يتجاوز الضغط المستويات العادية أو المألوفة، تظهر ردود فعل سلوكية عديدة تشمل القلق، العدوانية، قد تصل ردود الفعل إلى الإدمان على الكحول والمخدرات. (طالح نصيرة، 2011، ص85-86)

4-مصادر الضغوط :

تعتبر مصادر الضغوط كمثير له إمكانية محتملة في أن يولد استجابة المواجهة أو الهروب عند شخص معين، وان الإنسان عادة ما يتعرض في حياته اليومية لأنواع عديدة من الضغوط بعضها مصدره بيولوجي والأخر نفسي وبعضها اجتماعي . (وليد السيد خليفة،مراد على عيسى، 2008، ص147)

ولقد حدد "Miler" (1979) مصادر الضغوط في مصدرين أساسيين، وهما الضغوط الداخلية وهي التي تتبع من الداخل مثل الطموحات والأهداف ،في مقابل الضغوط الخارجية والتي تأتي من البيئة الخارجية وهي كثيرة مثل الضوضاء والزلازل والأعاصير وضغوط القيم والمعتقدات والصراع بين العادات والتقاليد التي يتمسك بها الفرد، وبين الواقع مما يسبب للفرد ضغوطا مرتفعة ،ومعنى ذلك الضغوط لها مصادر متعددة منها المنغصات اليومية وتغيرات الحياة والصراعات النفسية اللاشعورية والأفكار والاعتقادات غير المنطقية والقلق والاكتئاب.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص38)

مواجهته

ويؤكد هذا الرأي كل من "Rotter" (1966) و "Amiel-lebigre" (1988) في اعتبار أن مصادر الضغط يمكن أن تأتي من المحيط الفيزيائي (كالضوضاء، الحرارة الشديدة، تلوث المحيط، الجروح، الخ) أو من المحيط الاجتماعي (توتر العلاقات العائلية والزوجية، الاجتماعية والمهنية). (Boudarene.M,2005,p12-13)

ولقد صنف "Lazarus" منغصات الحياة اليومية كما يلي :

- منغصات منزلية وتشمل إعداد الطعام والتسوق.
- منغصات صحية كالمرض الجسدي.
- منغصات عامة للوقت كأن يصبح على الفرد القيام بالعديد من الأعمال في وقت قصير أو تحمل الفرد لكثير من المسؤوليات دون توفر الوقت الكافي.
- منغصات ذاتية مثل الشعور بالوحدة والخوف من الظروف المحيطة.
- منغصات بيئية مثل الجريمة والجروح والضوضاء وحركة المرور.
- منغصات اقتصادية مثل الديون والقروض .
- منغصات مهنية مثل عدم الرضا عن العمل وسوء التوافق مع رفاق العمل.
- منغصات مستقبلية وهي تتعلق بمستقبل الفرد مثل ضمان استمراره بالوظيفة ودفع الضرائب والإحالة إلى التقاعد.
- منغصات نفسية مثل القلق و الضيق والاكتئاب والشعور بالوحدة والانطواء.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين ،2006،ص38)

وقد قسم "Charles et Nathan" (1984) مصادر الضغوط إلى ثلاث مجموعات رئيسية هي كالاتي :

- أ- المجموعة الأولى: تشمل الضغوط الناتجة عن التغيير، والضغوط الكيميائية، والضغوط المصاحبة لعملية اتخاذ القرار.
- ب - المجموعة الثانية: وتشمل الضغوط المصاحبة للأمراض ،والضغوط الانفعالية، والضغوط البيئية والضغوط المصاحبة للألم.
- ج - المجموعة الثالثة: وتشمل الضغوط المرتبطة بالمخاوف، والضغوط الجسمية، والضغوط الاجتماعية ، والضغوط المهنية. (إسماعيل بشرى ،2004،ص56-57)

مواجهته

وعليه تعددت تصنيفات الباحثين والعلماء لمصادر الضغوط ولكن يمكن تلخيصها كما يلي:

- 1- **ضغوط البيئة الطبيعية:** والمتمثلة في الحرارة الشديدة ،البرودة، الكوارث الطبيعية،الضوضاء...الخ
 - 2- **ضغوط اجتماعية :** والمتمثلة في المشكلات الأسرية ،التفاوتات الحضرية،الصراعات. المختلفة بين الأزواج والجيران ،مشكل السكن.
 - 3- **ضغوط نفسية:** والمرتبطة بالشعور بالوحدة،الاكتئاب ،والصراعات النفسية المختلفة.
 - 4- **ضغوط اقتصادية:** والمتمثلة في المشكلات الاقتصادية كالبطالة ،انخفاض الدخل.
 - 5- **ضغوط جسدية :** كالإصابة بمختلف الأمراض الجسمية.
- 5-ضغط الإعاقة:**

إذا كان أي تغيير يحدث لأحد أفراد الأسرة يمكن أن يؤثر على بقية الأفراد، فإن مولد طفل معاق يؤثر تأثيرا كبيرا على جميع أفراد الأسرة، وإذا كانت مهمة تربية الأبناء العاديين صعبة فإن مهمة تربية الأبناء المعاقين من أكثر المهام الملقة على عاتق الأسرة صعوبة وتعقيدا، وتبدأ هذه الصعوبة منذ ميلاد الطفل المعاق وعدم تصديق حقيقة أن الطفل غير عادي، فكل يوم فيه تحديات وعقبات جديدة، يواجه فيه الوالدين صعوبة تحقيق التوازن بين تلبية مطالب الطفل المعاق الدائمة والمستمرة، وبين القيام بالمسؤوليات اليومية الملقة على عاتق الوالدين، وهذا الخلل بين المطالب المفروضة وبين قدرة الوالدين على تنفيذها هو مصدر هام للضغط النفسي بالنسبة لوادي الطفل المعاق ،وتزداد مشاعر الحزن واليأس عندما يقارن الآباء والأمهات أطفالهم المعاقين بالأطفال العاديين، فالاختلاف في القدرات والإمكانيات سواء العقلية أو الاجتماعية أو الجسمية مصدر آخر للضغوط والتوتر ،كما أن مدى اتفاق خصائص الطفل المعاق مع آمال وتوقعات الوالدين يمكن أن يكون كذلك مصدر للضغط.

(دانية صفوان القدسي ،2005،ص26-27)

كما أن الضغوط النفسية التي تعيشها أسرة الطفل المعاق لا تقتصر على مرحلة الطفولة بل تستمر خلال مراحل النمو المختلفة للطفل المعاق، كما أن رفض المجتمع

مواجهته

للطفل المعاق والعلاقات الاجتماعية مع الآخرين تعتبر مصدرا هاما للضغوط ، فنظرات الشفقة من قبل الآخرين واستغرابهم ونصحهم وأسئلتهم تسبب للآباء والأمهات التوتر والقلق والخجل من إعاقة الطفل ،هذا الذي يدفعهم إلى العزلة الاجتماعية ما يترتب عنه الشعور بالإحباط والفشل ومشاعر العدوانية والغضب تجاه الآخرين.

(جمال الخطيب وآخرون ،2002،ص271)

6-آلية حدوث الضغوط وكيفية الاستجابة لها :

إن علاقة الفرد بالمحيط يجب تكون ضمن إطار عام، يستلزم توازن داخلي (نفسى وفسىولوجى) لدى الفرد رغم التغيرات المستمرة للمحيط، ويتم تحقيق هذا التوازن بفضل نظام معدل يضمن التكيف مع الوضعيات الجديدة، فهو يحمى الفرد من تهديد انقطاع التوازن من خلال سياقات نفسية وفسىولوجية لاشعورية التي تعمل بطريقة تلقائية ومستمرة. هذه الحماية تكون فعالة عند حدود مقبولة لتغيرات المحيط، وتسمى هذه الحدود بالحدود الأيضية، في حين تتدخل ميكانزمات أكثر تعقيدا في الحالات الغير عادية والاستعجالية والتي تشكل تهديدا للتوازن الداخلى، هذه الميكانزمات تستدعي جهاز عام للدفاع يسمى "بجهاز الضغط" (système de stress) وهو ينشط عند عجز قدرات التكيف المعتادة، وعند تنشيطه تحدث حالة إنذار والتي تكون مرفقة بتظاهرات انفعالية وعصبية إنباتية (neurovégétatives) وهذا ما يسمى برد فعل الضغط. إذا طالت مدة العدوان (حالة مزمنة) أو تكررت ستظهر مرحلة المقاومة ،وهنا تبدأ المعاناة وهذا ما يعرف بحالة الضغط "état de stress" وعند الإنهاك يفشل "جهاز الضغط" وهذا ما يؤدي إلى المرض (Boudarene .M,2005,p10)

في حين تتحدد استجابة الأفراد للأحداث الضاغطة بثلاث أشياء :وهي الخصائص الشخصية لدى الفرد والأحداث الرئيسية والفرعية التي مر بها الشخص في الماضى والتي تؤثر على استجابته للضغط ،وكذلك بمصادر المواجهة « Coping Resources » المتاحة لديه للتعامل مع الحدث الضاغط، وتتضمن استجابة الضغط عدة مكونات ،وهي مكونات معرفية و فسيولوجية وانفعالية وسلوكية ،تتكامل جميع هذه المكونات في ظهور رد الفعل.

مواجهته

تتمثل الاستجابة الفسيولوجية في زيادة الاستثارة الفسيولوجية، مثل زيادة ضربات القلب وتوتر العضلات وزيادة إفرازات الغدد واتساع حدقة العين وزيادة نسبة السكر في الدم إضافة إلى ذلك ألام البطن التي تؤدي إلى الإمساك أو الإسهال، ضيق التنفس، اضطرابات النوم (الأرق، الاستيقاظ المبكر، الكوابيس)، الصداع النصفي، فقدان المناعة، القرحة المعدية، الربو وأمراض القلب. (قاسم محمد قاسم، 2001، ص118)، أما المكون المعرفي للضغط فهو يتضمن عادة التفكير المنحرف أو المشوه Distorted Tinking وانخفاض التركيز، في حين أن استجابة الضغط الانفعالية تتضمن الانزعاج والعدوان والخوف، كما أن استجابة الضغط على المستوى السلوكي يمكن ملاحظتها من خلال سلوك التجنب أو الهروب من الموقف أو سلوك المواجهة والقتال.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص41-42)

في حين الاستجابة النفسية للضغط تظهر من خلال اضطرابات أو اختلالات في دفاعات النفس، وتشوهات في الإدراك، تغيرات في المزاج، والانتقال من المزاج الايجابي إلى السلبي، وعدم التوازن بين أنظمة النفس. (علي عسكر، 2000، ص23)

7- النظريات والنماذج المفسرة للضغط:

تعد الضغوط النفسية من الظواهر النفسية التي تفسر على أسس فسيولوجية، عقلية معرفية، سيكولوجية وأخرى اجتماعية، وقدمت في مجالها كثير من القواعد والمبادئ النظرية والنماذج المفسرة لكيفية حدوث الضغط وذلك طبقاً لاختلاف المبادئ التي تنطلق منها كل نظرية، فالنسق الأول هو نسق فسيولوجي والنسق الثاني معرفي اتخذ من علاقة الفرد ببيئته وتقييمه للموقف الضاغط وحداته التفسيرية لفهم طبيعة الضغوط النفسية، أما النسق الثالث فهو نفسي اجتماعي، في حين النسق الرابع اعتبر مفهوم القلق مفهوم أساسي في تفسيره لمفهوم الضغوط النفسية، وفيما يلي أهم الأنساق النظرية:

7-1-1 النسق النظري الفسيولوجي:

7-1-1-1 نظرية والتر كانون (Walter Canon): يعتبر "Canon" من بين احد الرواد

الأوائل في بحوث الضغوط، وعرفه برود فعل الجسم في حالة الطوارئ، و أشار إلى

مواجهته

مفهوم المواجهة أو الهروب "Fight or flight" التي قد يسلكها الفرد حيال تعرضه للمواقف المؤلمة في البيئة، حيث افترض كانون انه عندما يواجه الكائن الحي تهديدا من البيئة فإن الجسم يستثار بسرعة ويحدث تنشيط للجهاز العصبي السمبتاوي والجهاز الغددي مما يؤدي إلى حدوث تغيرات فسيولوجية تجعل الشخص مستعد لمواجهة التهديد أو الهروب. ويرى كانون أن استجابة المواجهة أو الهروب هي استجابة تكيفية لأنها تمكن الكائن العضوي من الاستجابة بسرعة للتهديد، غير أنها يمكن أن تكون ضارة للكائن لأنها تزيد من مستوى أدائه الانفعالي والفيولوجي عندما يتعرض لضغوط مستمرة ولا يستطيع المواجهة أو الهروب، كما أكدت أبحاثه على وجود ميكانيزم في جسم الإنسان يساهم في الاحتفاظ بحالة من الاتزان.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص51)

إن الأعمال التي قام بها واطر كانون مهدت لأعمال هانز سيلبي في ميدان الضغوط **1-7-2 نظرية هانز سيلبي (Hans Selye):** كان سيلبي بحكم تخصصه كطبيب متأثرا بتفسير الضغوط تفسيراً فسيولوجياً يعتبر أن أعراض الاستجابة الفسيولوجية للضغط هدفها المحافظة على الكيان و الحياة.

(وليد السيد خليفة.مراد على عيسى، 2008، ص151)

وتتعلق نظرية سيلبي من مسلمة ترى أن الضغط متغير غير مستقل، وهو استجابة لعامل ضاغط يميز الشخص ويضعه على أساس استجابته للبيئة الضاغطة، وان هناك استجابة أو أنماط معينة من الاستجابات، يمكن الاستدلال منها على أن الشخص يقع تحت تأثير بيئي مزعج. (عثمان يخلف، 2001، ص98)

وقد قدم سيلبي مفهوم زملة أعراض التكيف العام (General adaptation syndrome) والتي يشار لها بالرمز GAS في (1956) أثناء وضعه لنظريته والتي أطلق عليها نظرية الضغط للأمراض، ويقصد بكلمة عام أن أي رد الفعل الدفاعي لأي مسبب من مسببات الضغط يكون له تأثيرات على جوانب مختلفة من الجسم سواء الجسمية أو النفسية، أما كلمة تكيف فتعني أن المثيرات الدفاعية التي تحدث في الجسم تهدف إلى مساعدة الفرد

مواجهته

على التكيف مع مسببات الضغط، أما زملة الأعراض فهي تشير إلى جملة ردود الفعل (الأعراض) الدفاعية للجسم التي تحدث في وقت واحد.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص54-55)

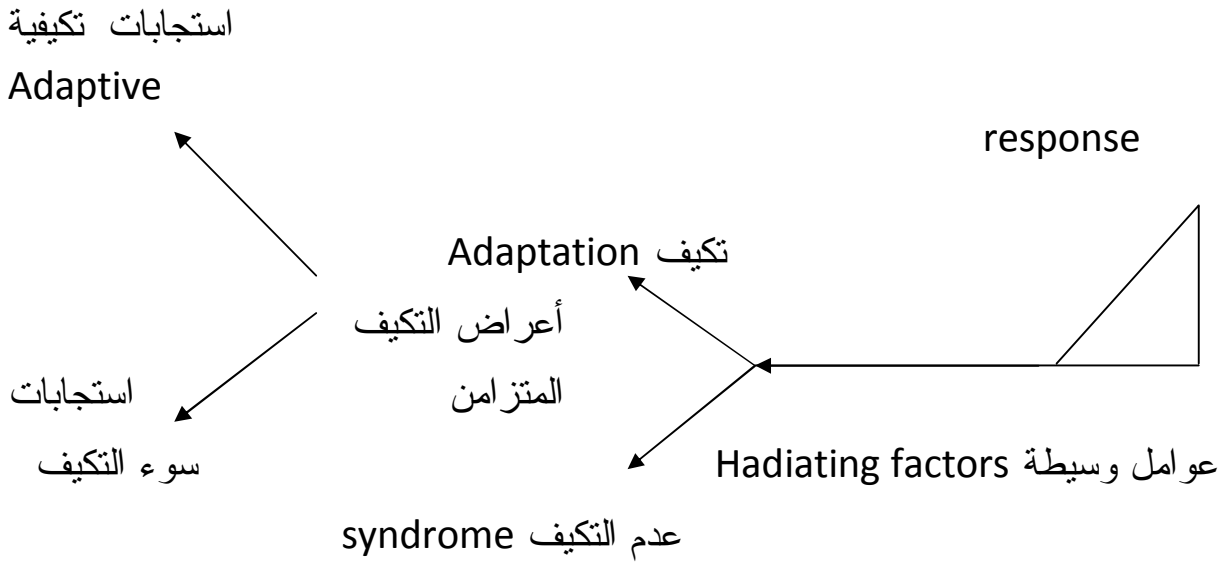
وفي صدد الدفاع ضد الضغط حدد سيلبي ثلاث مراحل لزملة أعراض التكيف العام:

أ – مرحلة الإنذار أو التنبيه (Alarme phase): وتمثل هذه المرحلة رد الفعل الأول للموقف الضاغط، وذلك عندما يدرك المرء نوع وحجم التهديد الذي يواجهه وهنا تحدث في الجسم تغيرات فسيولوجية مثل زيادة إفراز هرمون الأدرنالين، وزيادة سرعة ضربات القلب، وزيادة السكر في الدم وشدة العضلات، واتساع حدقة العين، وذلك للتأهب لمواجهة الموقف الضاغط (Levin & Scotch.N,1970,p114)

ب – مرحلة المقاومة (Resistance phase): إذا استمر الحدث الضاغط فإن مرحلة الإنذار تتبعها مرحلة أخرى هي مرحلة المقاومة، وفي هذه المرحلة يستخدم الفرد مصادره إلى حد ما لمواجهة الحدث الضاغط أو التكيف معه، وذلك بتحويل حالة الذعر والرعب التي ظهرت في المرحلة الأولى إلى طاقة تساعد على المواجهة، وفي هذه المرحلة تختفي التغيرات التي ظهرت في المرحلة الأولى وتتم المقاومة، إذا نجحت هذه المقاومة فإن الجسم يعود إلى حالته الطبيعية، ولكن إذا استمر تعرض الفرد للضغط لمدة طويلة فإن وسائل مقاومته تضعف، وتصبح طاقة الجسم منهكة ويعجز على التكيف بشكل عام ومن تم تفشل مقاومته ويدخل في المرحلة الثالثة. (طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص56)

ج – مرحلة الإجهاد أو الإنهاك (Exhaustion phase): وفيها تستنزف طاقة الفرد ويصبح عرضة للإصابة بالأمراض

شكل رقم (09) يوضح حدوث الضغوط النفسية طبقا لنظرية هانز سيللي



(وليد السيد خليفة، مراد على عيسى، 2008، ص152)

2-7-2 النسق النظري المعرفي:

1-2-7-1 نظرية التقدير المعرفي (Lazarus) :

نشأت هذه النظرية نتيجة للاهتمام الكبير بعملية الإدراك والعلاج الحسي الإدراكي، والتقدير المعرفي هو مفهوم أساسي يعتمد على طبيعة الفرد، حيث أن تقدير كم التهديد ليس مجرد إدراك مبسط للعناصر المكونة للموقف، ولكنه رابط بين البيئة المحيطة بالفرد، وخبراته الشخصية مع الضغوط، وبذلك يستطيع الفرد تفسير الموقف، ويعتمد تفسير الفرد للموقف على عدة عوامل منها: العوامل الشخصية والعوامل الخارجية الخاصة بالبيئة الاجتماعية والعوامل المتمثلة بالموقف نفسه. (عثمان يخلف، 2001، ص100)

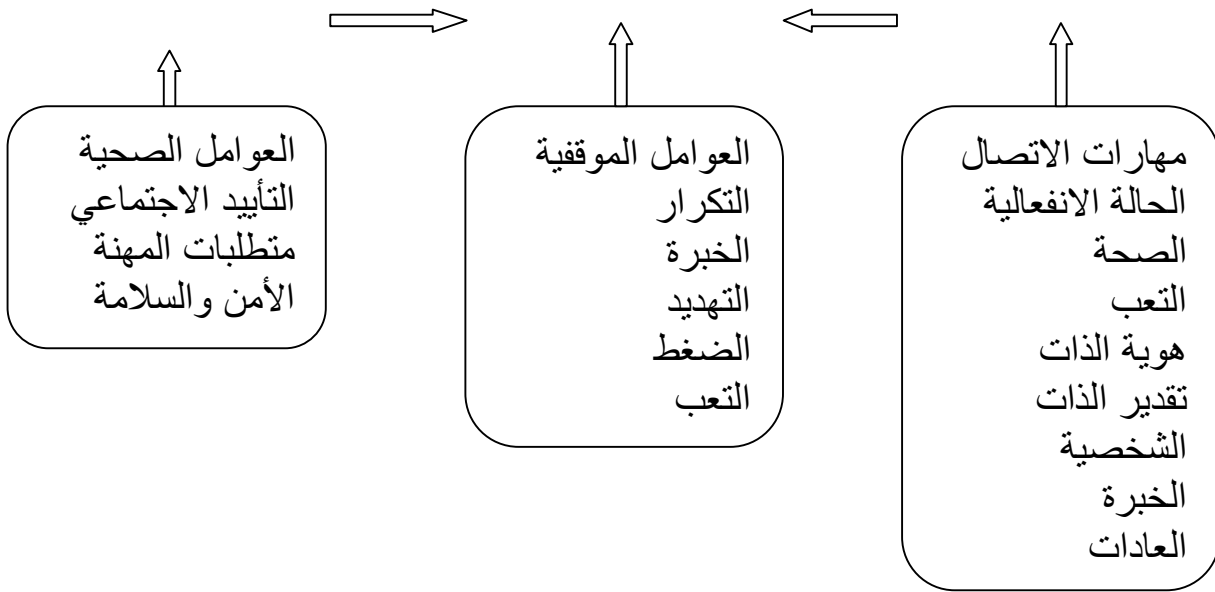
وتعرف هذه النظرية "الضغوط" بأنها تنشأ عندما يوجد تناقض بين متطلبات الشخصية للفرد ويؤدي ذلك إلى تقييم التهديد و إدراكه في مرحلتين هما:

مواجهته

أ- المرحلة الأولى: وهي الخاصة بتحديد ومعرفة أن بعض الأحداث هي في ذاتها شيء يسبب الضغوط

ب - المرحلة الثانية: وهي التي يحدد فيها الطرق التي تصلح للتغلب على المشكلات التي تظهر في الموقف ويمكن رصد هذه النظرية في الشكل التالي:

الشكل رقم (10): تطور التقدير المعرفي للضغوط



(فاروق السيد عثمان، 2001، ص101)

كما يمكن القول أن التقييم الأولي يشير إلى عملية تقييم الفرد للموقف وطريقة إدراكه له، هل هو خطير أو مهدد ويمثل تحدياً للفرد أم غير ذلك، وبالتالي يتم تفسير الحدث هل هو ايجابي أو ضاغط، في حين أن عملية التقييم الثانوي فهي تشير إلى تقييم ما يمتلكه الفرد من مصادر للتعامل مع الحدث الضاغط، أي دراسة خيارات المواجهة المتاحة للفرد والتي تكون فعالة في مواجهة الحدث الضاغط.

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

مواجهته

وعملية إدراك الموقف الضاغط والتغلب عليه هي الأساس في مسألة مواجهة الضغوط الحياتية والتغلب عليها، وحسب النموذج الذي طوره (Lazarus) للضغط، هناك أربعة ميكانزمات نفسية أساسية تسمح للفرد بمواجهة الضغط وهي:

- 1- البحث عن المعلومات حول العامل الضاغط.
- 2- وضع تدابير تسمح بمواجهة مباشرة للعامل الضاغط.
- 3- كف التدابير التي يمكن أن إلى الإضرار بالفرد.
- 4- ارضان سيروورات نفسية تسمح بتعديل الانفعالات.

(G.Fontaine, H.kulbertis ,A M.Etienne, non daté,p38)

3-7النسق النظري النفسي-الاجتماعي:

3-7-1نظرية هنري موراي (Henry Murray):

يعتبر موراي أن مفهوم الحاجة ومفهوم الضغط مفهومان أساسيان ومتكافئان في تفسير السلوك الإنساني والفصل بينهما يعد تحريفا خطرا ،كما يلتقي كل من الضغط و الحاجة في حوار دينامي يظهر في مفهوم **THEMA** الذي يعني به Murray وحدة سلوكية كلية يربط الضغوط بالأشخاص أو الموضوعات التي لها دلالات مباشرة تتعلق بمحاولات الفرد لإشباع متطلبات حاجته. (هارون توفيق الرشيدى،1999،ص69)، كما تمثل الحاجة عند موراي المحددات الجوهرية للسلوك في البيئة. (كالفين وجارندر ،1978،ص231)

ويعرف الضغط بأنه: « صفة لموضوع بيئي أو لشخص تيسر أو تعوق جهود الفرد للوصول إلى هدف معين»، كما يميز موراي بين نمطين من الضغوط :

– **ضغوط بيتا (Beta):** وهي دلالات الموضوعات البيئية كما يدركها الفرد.

– **ضغوط الفا(Alpha):** وهي خصائص الموضوعات البيئية كما توجد في الواقع، أو كما يظهرها البحث الموضوعي .

ويوضح موراي أن سلوك الفرد يرتبط بضغوط -بيتا-ويؤكد على أن الفرد بخبرته يصل إلى ربط موضوعات معينة بحاجة معينة ،ويطلق عل هذا المفهوم تكامل الحاجة.

أما عندما يحدث التفاعل بين الموقف الحافز، والضغط والحاجة الناشطة، فهذا ما يعبر عنه بمفهوم- الفا - .(هارون توفيق الرشيدى،1999،ص55)

مواجهته

يرى "موراي" أن الحاجة هي قوى دافعية لكنها لا تعمل بمفردها، وإنما تعمل مع القوى البيئية من أجل انبثاق السلوك الإنساني، فالعوز الذي ينشأ عن وجود الحاجة يهدد كيان الفرد، ويهز استقراره واتزانه، ويزيد من شدة التوتر والإلحاح من أجل الإشباع، ويظل الإنسان يكافح في بيئته، ويبحث عن ميسرات تيسر له الإشباع، وتحقق له اللذة، وفي حالة الإشباع ينتهي التوتر ويستعيد الفرد توازنه وانتظامه، أما في حالة عدم الإشباع للحاجات المثارة فتكون الضغوط شديدة. (طالح نصيرة، 2011، ص82)

7-4النسق النظري لسبيلر جر (Spielberger1972):

تعتبر نظرية "سبيلر جر" في القلق مقدمة ضرورية لفهم الضغوط عنده، فقد أقام نظريته في القلق على أساس التمييز بين القلق كسمة **Trait Anxeity** والقلق كحالة **State Anxeity** ويقول أن للقلق شقين سمة القلق أو القلق العصابي أو المزمن وهو استعداد طبيعي أو اتجاه سلوكي يجعل القلق يعتمد بصورة أساسية على الخبرة الماضية، وقلق الحالة هو قلق موضوعي أو موقفي يعتمد على الظروف الضاغطة وعلى هذا الأساس يربط **سبيلر جر** بين الضغط وقلق الحالة، ويعتبر الضغط الناتج ضاغطا سببا لحالة القلق ويستبعد ذلك عن القلق كسمة حيث يكون من سمات شخصية الفرد القلق أصلا .

(وليد السيد خليفة.مراد على عيسى، 2008، ص153)

ولقد عرف (1971) الضغوط « بأنها القوة الخارجية التي تحدث تأثيرا على الفرد كخواص موضوعات بيئية، أو ظروف مثيرة تتميز بدرجة من الخطر الموضوعي».

(نبيلة احمد أبو الحبيب ، 2010، ص35)

كما ميز بين مفهوم الضغط، ومفهوم التهديد، فالضغط يشير إلى الاختلافات في الظروف، والأحوال البيئية التي تتسم بدرجة ما من الخطر الموضوعي، أما التهديد فيشير إلى التقدير، والتفسير الذاتي لموقف خاص على انه خطير أو مخيف.

(فاروق السيد عثمان ، 2001، ص99)

يتضح لنا من كل ما سبق انه تعددت النظريات المفسرة لمفهوم الضغوط وذلك طبقا لاختلاف المبادئ والمصطلحات التي تنطلق منها كل نظرية، حيث أن بعضها ركز في تفسيره للضغوط على الاستجابة الفسيولوجية التي تحدث للفرد الذي يتعرض للضغط، حيث

مواجهته

افتراض "كانون" انه عندما يواجه الكائن الحي تهديدا من البيئة فإن الجسم يستثار بسرعة ويحدث تنشيط للجهاز العصبي السمبتاوي والجهاز الغدي مما يؤدي إلى حدوث تغيرات فسيولوجية تجعل الشخص مستعد للمواجهة أو الهروب ،ويوافق "سيللي" "كانون" في اعتبار أن الضغط استجابة لعامل ضاغط يوجد في البيئة ،ويستخدم سيللي مفهوم زملة أعراض التكيف العام " GAS" في تفسيره لكيفية الدفاع ضد الضغط .في حين يرى لازروس صاحب نظرية التقدير المعرفي أن الضغط ينشأ نتيجة وجود تناقض بين متطلبات الفرد، وان تقدير كم التهديد ليس بالإدراك المبسط لعناصر الموقف،ولكنه رابط بين البيئة المحيطة بالشخص وخبراته الشخصية مع الضغط .بينما خلص بعض العلماء أمثال "هنري موراي" إلى الربط بين مفهوم الضغط ومفهوم الحاجة، حيث يرى أن الحاجة هي محددات جوهرية للسلوك في البيئة ،واعتبرها كقوى دفاعية حيث عندما يتم إشباعها من طرف الفرد ينخفض التوتر لديه ويستعيد اتزانه.أما "سبيلبرجر" فقد اهتم بالديناميكية الصراعية ،وتعتبر نظريته للقلق مقدمة مهمة لفهم الضغوط عنده ،كما انه يربط بين الضغط وقلق الحالة ،ويعتبر الضغط الناتج ضاغطا مسببا لحالة القلق ،بينما حالة القلق موقفية ،وتعتمد بصورة أساسية و مباشرة على الظروف الضاغطة .

وعلى اختلاف هذه النظريات في تفسيرها للضغوط وتعددت أوجه التفسير فمنها الفسيولوجية، والمعرفية، والنفسية الاجتماعية وغيرها، غير أن الفهم الجيد للظاهرة يستدعي نظرة تكاملية تأخذ بعين الاعتبار جميع أوجه التفسير والتنظير في ميدان الضغوط، نظرا لما تخلقه هذه الظاهرة من عبئ وضغط على الفرد يستدعي منه استخدام مجموعة من الأساليب لمواجهة هذه الضغوطات والتعامل معها.

وعليه سنحاول أن نتطرق فيما يلي في الجزء الثاني من هذا الفصل إلى أساليب التعامل مع الضغوط أو ما يعرف باستراتيجيات مواجهة الضغوط

II- إستراتيجيات مواجهة الضغوط:

يواجه الفرد في حياته العديد من الأحداث والخبرات الضاغطة، فيحاول التعامل معها من خلال إتباع أساليب مختلفة تسمح له بإبعاد الخطر وإعادة التوازن والتكيف مع الوضعيات الجديدة .

مواجهته

8-تاريخ مصطلح استراتيجيات المواجهة " les stratégies de Coping " :

تاريخيا مصطلح coping متفرع من ميكاومات الدفاع الذي تطور في نهاية القرن 19م من طرف التحليل النفسي، وأيضا من مصطلح التكيف "adaptation"المطور منذ النصف الثاني من القرن 19م، المشترك مع البيولوجيا والاتيولوجيا "étiologie" وعلم النفس الحيواني وبالخصوص المنظور التطوري لـ :داروين Darwin،في بداية الستينات ظهر علم النفس المعرفي ومعه ظهر مصطلح المواجهة "coping" في الكلمات المفتاحية لكتاب Psychological Abstracts سنة 1967. (خرخاش أسماء،2009،ص80)

تعد دراسة "Murphy" (1962) كما ورد في (Lazarus،1984) مذكور في (نبيلة احمد أبو الحبيب،2010)، من أوائل الدراسات التي استخدمت مصطلح استراتيجيات مواجهة الضغوط، وذلك للإشارة إلى الأساليب التي يستخدمها الفرد في تعامله مع المواقف المهدة بهدف السيطرة عليها.

ومن الذين أسهموا في دراسة استراتيجيات المواجهة "Carl Meninger" حيث قام بدراسة السلوكيات التي يستخدمها الأفراد في تعاملهم مع الأحداث الضاغطة، ووصف استراتيجيات التعامل بأنها"حيل ووسائل تنظيم طبيعية سوية للضغوط".

(نبيلة احمد ابو الحبيب ،2010،ص40)

9-تعريف استراتيجيات المواجهة (les stratégies de Coping):**9-1التعريف اللغوي:**

يرجع أصل كلمة إستراتيجية إلى الكلمة اليونانية Strategos و التي تعني فنون الحرب وإدارة المعارك، ويعرف قاموس " Dictionary New World Websters " الإستراتيجية على أنها علم تخطيط وتوجيه العمليات العسكرية (خرخاش أسماء،2009،ص81)

حسب (لازروس1981،لازروس وفولكمان،1984،فولكمان، 1984) فإن Le coping كلمة انجليزية تعني المواجهة، وتعني التفاوض ،وهو يعتبر كإجابة مكية لتغيرات المحيط (M.Boudarene,2005,p8)

9-2التعريف الاصطلاحي : تباينت تعاريف استراتيجيات المواجهة وذلك بتنوع الباحثين وتنوع اتجاهاتهم البحثية، كما تنوعت وتعددت المصطلحات المستخدمة لترجمة هذا

مواجهته

المفهوم الأمر الذي أدى إلى اختلاط معاني تلك المصطلحات، فقد ترجم البعض هذا المفهوم بمعنى التكيف في حين ترجمه البعض الآخر إلى التوافق علاوة على استخدام مفهوم التأقلم، ومن هذه التعاريف نذكر:

يعرف "لازروس وفولكمان" (1984) المواجهة « بأنها الجهود السلوكية والمعرفية المتغيرة باستمرار، والتي يتخذها الفرد في إدارة مطالب الموقف، والتي تم تقديرها من جانب الفرد على أنها مرهقة وشاقة وتتجاوز مصادر الشخص وإمكاناته». (طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص78)

وتؤكد موسوعة علم النفس أن مواجهة الضغوط هي: «نشاط يختار الفرد بواسطته، وينظم ويدير أفعاله بهدف انجاز مهمة أو بلوغ هدف معين.» (طالح نصيرة، 2011، ص100)

أما "Rodolf Moos" (1982) فيعرفها بأنها: « الأساليب التي يستخدمها الفرد بوعي في تعامله مع مصدر الضغط. » (نشوة كرم عمار، أبو بكر دردير، 2007، ص61)

أما "Dewe" (2000) يعرف المواجهة بأنها: " الجهود المعرفية والسلوكية التي يقوم بها الفرد بهدف السيطرة، أو التعامل مع مطالب الموقف الذي تم إدراكه وتقييمه باعتباره يفوق طاقة الفرد، ويرهق قدراته ويمثل موقفا ضاغطا. "

(نشوة كرم عمار، أبو بكر دردير، 2007، ص62)

ويعرفها سبيلبرجر (Speilberger) كذلك بأنها: « عملية وظيفتها خفض وإبعاد المنبه الذي يدركه الفرد على انه مهدد.» (جمال أبو دلون، 2009، ص194-195)

أما "Levine & Ursin" (1980) يعرفان المواجهة بأنها: « الاستجابات السلوكية التي ترتبط بالتجنب أو الهروب في الاستجابة للبيئة.»

ويعرف "Matheny et al" (1986) المواجهة بأنها: « الجهود السلوكية والمعرفية التي يقوم بها الفرد لخفض أو تحمل مطالب الضغوط، ويرى ماثني أن جهود المواجهة التي يقوم بها الفرد تتوقف على سلوك المواجهة **cooping resources**، ومصادر المواجهة، فسلوك المواجهة هو عبارة عن الاستجابات السلوكية والمعرفية التي تصدر من الفرد

مواجهته

للتوافق مع الضغوط، في حين أن مصادر المواجهة فهي عبارة عن الخصائص الفردية والاجتماعية والبيئية المتاحة للفرد والتي تتيح له الاستجابة للموقف الضاغط.»

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

من خلال هذه التعاريف وأخرى يتضح لنا أنه وبالرغم من تعدد وجهات الباحثين في ميدان دراسة الضغوط إلا أنه يوجد اتفاق بينهم في اعتبار استراتيجيات المواجهة، مجموعة من الأساليب والجهود التي يستخدمها الفرد من أجل السيطرة على الموقف الضاغط، أو التكيف معه بهدف إبعاد الخطر أو التهديد والحفاظ على التوازن.

وعليه اهتم العديد من الباحثين بدراسة الاستراتيجيات التي يستخدمها الأفراد في التعامل مع البيئة المحيطة ومختلف الضغوط المحيطة بهم ، هذه الدراسات أسفرت عن بروز تصنيفات لاستراتيجيات المواجهة.

10- تصنيفات استراتيجيات المواجهة:

هناك العديد من وجهات النظر في تصنيف استراتيجيات المواجهة نذكر منها :

يشير "Folkman & Lazarus" (1980) إلى أن الأبحاث في هذا المجال تشير إلى أن الناس ينزعون إلى استخدام كلا النوعين من استراتيجيات المواجهة وفقاً لتصنيفهما، وهما استراتيجيات حل المشكلات، والاستراتيجيات القائمة على الانفعال، وذلك بهدف التغلب على الأحداث الضاغطة التي يواجهونها (Lazarus & Folkman, 1980)

وقد قام كل من لازروس وفولكمان بالتمييز بين إستراتيجيتين للمواجهة:

1- المواجهة التي تركز على المشكلة problem - Focused coping

2- المواجهة التي تركز على الانفعال Emotion- Focused coping

فالمواجهة التي تركز على المشكل تشير إلى الجهود التي يبذلها الفرد لتعديل العلاقة الفعلية بين الشخص والبيئة، فنجد في المواقف الضاغطة يحاول تغيير أنماط سلوكه الشخصي من خلال البحث عن معلومات أكثر عن الموقف أو المشكلة لينتقل إلى تغيير الموقف، أما استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال فهي تشير إلى الجهود التي يبذلها لتنظيم الانفعالات وخفض المشقة والضييق الانفعالي الذي سببه الموقف الضاغط

مواجهته

عوضاً من تغيير العلاقة بين الشخص والبيئة وتتضمن تجنب التفكير في الحدث الضاغط والإنكار، الإسقاط، لوم الآخرين، الدعابة، التنفيس والمرح والمساندة الاجتماعية ومنها ما هو سلبي مثل تعاطي المخدرات، التدخين، زيادة الأكل وغيرها.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص91-92)

وانطلاقاً من تحليل البحوث الخاصة باستراتيجيات المقاومة و التي أجريت في الفترة ما بين (1960-1985) من طرف "سيلي وفيشلر" (1985)، توصل الباحثان إلى شكلين من المقاومة وهما :

1- المقاومة المتجنبة le Coping Evitant

2- المقاومة اليقظة Le Coping Vigilant

حيث تتمثل المقاومة المتجنبة في استراتيجيات التجنب والهروب والإنكار والتقبل والتي تعتبر الاستراتيجيات الغير نشطة (غير الفعالة) أما المقاومة اليقظة فتعتبر استراتيجيات نشطة (فعالة) وتتمثل في البحث عن الدعم الاجتماعي ومخطط تسوية المشكل .

(Dantzer et Schweitzer,1994,p84)

ويرى "رودولف" (1990) أن هناك أسلوبين للتعامل مع الضغوط ومواجهتها كالتالي :

1- **أساليب الإقدامية:** وهي الأساليب التي تركز على المواقف الضاغطة ،حيث تعكس جهود الفرد المعرفية و السلوكية في السيطرة على المشكلة والتي منها أسلوب حل المشكلة.

2- **الأساليب الاحجامية:** وهي الأساليب التي تركز على العاطفة ،حيث تعكس المحاولات المعرفية والسلوكية لتجنب التفكير في الموقف الضاغط، أو معالجة التأثيرات المرتبطة بهذا الموقف، ومن هذه الأساليب :التقبل، الاستسلام، التنفيس الانفعالي بالتعبير عن مشاعر سلبية. (طالح نصيرة، 2011، ص105)

وقد حدد "مارتا وآخرون" (1992) أسلوبين من استراتيجيات التكيف مع المواقف الحياتية الضاغطة وهما:

مواجهته

1- الإستراتيجيات الانفعالية في المواجهة: وهي عبارة عن ردود فعل انفعالية كالتوتر والغضب والانزعاج حيث تستخدم لمواجهة المواقف الحياتية الضاغطة.

2- الإستراتيجيات المعرفية في المواجهة: وتتضمن استراتيجيات إعادة التفكير الايجابي والتحليل المنطقي وبعض أنماط التفكير والنشاط الخيالي.(بشير بن طاهر ،2005،ص44) كما قام "COHEN" بتحديد مجموعة من الاستراتيجيات المعرفية لمواجهة ضغوط الحياة وهي :

1- التفكير العقلاني: إستراتيجية يلجأ إليها الفرد إلى التفكير في المستقبل كما لديه قدرة على تخيل ما حدث.

2- الإنكار: عملية معرفية يسعى من خلالها الفرد إلى استخدام أفكار جديدة ومبتكرة لمواجهة الضغوط.

3- حل المشكلة: نشاط معرفي يتجه من خلاله الفرد إلى استخدام أفكار جديدة ومبتكرة لمواجهة الضغوط .

4- الرجوع إلى الدين: وتشير هذه العملية إلى رجوع الأفراد إلى الدين عن طريق الإكثار من العبادات كمصدر للدعم الروحي والإيمان بالقضاء والقدرة في مواجهة الضغوط.(احمد النيال ميساء،1993،ص88-89)

في ضوء ما تقدم ومن خلال هذه التصنيفات وأخرى، يتضح لنا أن الفرد لا يقف مكتوف اليدين تجاه المواقف الضاغطة، التي من شأنها أن تهدد صحته وتوازنه النفسي والعضوي فيستخدم حيل ذلك استراتيجيات تتحدد بنوع الموقف الضاغط وقدرات الفرد وإمكانياته، وتفاعله مع البيئة. هذه الاستراتيجيات سعى العلماء إلى تصنيفها واختلفوا في ذلك، وهذا تبعا للمبادئ النظرية التي ينطلقون منها، إلا أنه ورغم هذا التعدد في التصنيفات إلا أن جميع هذه الاستراتيجيات التي يستخدمها الفرد تهدف إلى خفض التوتر، والتكيف مع المواقف الضاغطة.

والجدير بالذكر انه بالرغم من نزعة أو ميل الأفراد بوجه عام إلى استخدام أسلوب معين من المواجهة عبر المواقف المختلفة، إلا انه قد يختلف هؤلاء الأفراد فيما بينهم في استجاباتهم للضغوطات، بل وقد يمكن أن تختلف ردة فعل الفرد الواحد حيل نفس

مواجهته

الموقف، ذلك نظرا لتواجد عوامل تؤثر في تحديد الاستراتيجيات التي يستخدمها الأشخاص في مواجهة الضغوطات.

11- العوامل المؤثرة في إدراك ومواجهة الضغوط:

أشار كل من "MOSS & Schaefer" (1986) إلى أن العوامل الشخصية وخاصة النضج الانفعالي، والمعرفي والثقة بالنفس، تؤثر في طبيعة أساليب المواجهة التي يستخدمها الأفراد، إضافة إلى العوامل المرتبطة بالمواقف الضاغطة وخصائص البيئة التي يعيش فيها الفرد .

وهناك عوامل أخرى تؤثر في أساليب مواجهة الفرد للضغوط وتنقسم إلى :

11-1 العوامل الشخصية والديموغرافية: تتضمن العمر والجنس، والأوضاع

الاقتصادية والاجتماعية والجماعات الفلسفية والدينية التي ينتمي إليها الفرد، والخبرات السابقة مع مواقف الضغط وأساليب مواجهتها ،حيث تفيد هذه العوامل في تحديد الموقف الضاغط ،كما تساعد في إيجاد حل لمواجهتها .

11-2 العوامل الخاصة بمواقف الضغط وبيئته: فقد حدد كل من "Smyer & Ress"

(1980) أربعة أنماط من المواقف التي ترتبط بالضغط و تؤثر فيه وهي:

- البيولوجية مثل المرض أو الموت.
- الشخصية مثل الزواج .
- البيئة الفيزيائية مثل الكوارث الطبيعية و الانفجارات
- الاجتماعية الثقافية مثل القيود التي يفرضها المجتمع من خلال العادات و العرف والتقاليد. (أمل سليمان تركي، 1425هـ، ص63)

إضافة لذلك فإن العوامل المؤثرة في تحديد أسلوب المواجهة هو تقييم ما إذا كان الموقف الضاغط يستطيع الفرد التحكم أو السيطرة عليه أو لا يستطيع ذلك، فالمواقف التي تكون قابلة للتحكم والسيطرة عليها من جانب الفرد يتم التعامل معها بفعالية من خلال استخدام استراتيجيات المواجهة الاقدامية، في حين أن المواقف الضاغطة التي لا يستطيع الفرد التحكم والسيطرة عليها فيميل فيها إلى استخدام استراتيجيات المواجهة التي تركز على الإحجام. (طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص107)

مواجهته

12- النظريات المفسرة لاستراتيجيات المواجهة:

سنحاول فيما يلي التطرق إلى أهم النماذج النظرية، التي تناولت دراسة مفهوم المواجهة، وهي كالاتي:

1-12 النموذج الحيواني: يعتمد هذا النموذج على النظرية التطورية "Darwen" وكذا النتائج المخبرية التي أجريت على الحيوان، حيث يعتبر هذا النموذج المواجهة على أنها سلوك مكتسب يستعمله الفرد لمجابهة التهديدات الخارجية أو الانفعالات كالهروب، وتجنب مواقف الخوف أو المواجهة والهجوم في حالات الغضب (التجارب التي أجريت على الفئران بينت أن الفئران تتعلم تجنب الصدمة فقط من خلال عامل إشرطي جديد وهو الصوت). (خرخاش اسماء، 2009، ص87)

2-12 النموذج التحليلي: ويتخذ النموذج التحليلي في تناوله لاستراتيجيات المواجهة توجهين نموذج دفاعات الأنا ونموذج سمات الشخصية

1-2-12 نموذج دفاعات الأنا: حسب هذا النموذج ينتمي مفهوم "استراتيجيات المواجهة" إلى مفهوم "ميكانزمات الدفاع" هذا الأخير ظهر مع نهاية القرن 19 من طرف (التحليل النفسي) في سياق "سيكولوجية الأنا". (Bruchon –Schewitz.M,2001,p69)

حسب وجهة النظر الفرويدية عندما تكون الأنا ضعيفة فسرعان ما يقع الفرد فريسة الصراعات والضغوطات والتهديدات وان الضغط النفسي ينتج من فشل الأنا في القيام بوظائفها وعدم تحقيقها للتوازن بين مطالب الهو ومتطلبات الواقع الخارجي.

(ماجدة عبيد، 2008، ص133)

وتعد استراتيجيات المواجهة في سياق سيكولوجية الأنا مجموعة العمليات المعرفية اللاشعورية التي تهدف إلى تخفيض أو القضاء على كل ما يتسبب في القلق ومن هذه السياقات نذكر (الإنكار، العزل، العقلنة...). (Paulhan&Bourgeois,1998,p48)

2-2-12 نموذج سمات الشخصية: يندرج نموذج سمات الشخصية ضمن نظرية الدفاعات حيث يرى أن بعض الخصائص الثابتة في الشخصية كالحساسية، القدرية le fatalisme والصلابة أو المكابد Endurance كلها تعمل بطريقة معينة لمواجهة الحدث الضاغط .

مواجهته

تعرض هذا النموذج للنقد من طرف العديد من الباحثين أمثال: لازروس، فولكمان، كوهن وآخرون (1973) حيث يرون أن سمات الشخصية منبئات ضعيفة لاستراتيجيات المواجهة وهذا راجع للأسباب التالية :

-**الطبيعة المتعددة الأبعاد للسياق الحالي لاستراتيجيات المواجهة:** تعددها يتطلب من الفرد استعمال استراتيجيات متنوعة لا يمكن أن تحصر في بعد واحد كالسمة .

-**الطابع الحركي والمتغير لسياق المواجهة:** استراتيجيات المواجهة تتأثر بشكل كبير بالموقف الضاغط، شدته، والوضعيات المتخذة ،حسب دراسات قام بها فولكمان وآخرون (1986) بينت أن نفس الشخص يمكن أن يستعمل في بعض الوضعيات استراتيجيات معرفية تهدف إلى التخفيف من شدة الضغط، وفي وضعيات أخرى مماثلة يلجئ إلى استراتيجيات سلوكية موجهة لحل المشكل، وهذه الدراسات تؤكد ما توصل إليه لازروس وفولكمان (1984) في اعتبار أن سمات الشخصية غير كافية للتنبؤ بالطريقة التي قد يستعملها الفرد للتعامل مع الموقف الضاغط.

(Bruchon –schweitzer,Dantzer Et al,2003,p103)

13-مقاييس استراتيجيات المواجهة:

لقد تم تطوير العديد من المقاييس و السلالم في هذا المجال لرصد مختلف استراتيجيات المواجهة المستخدمة من طرف الأفراد ،ونظرا لكثرة هذه المقاييس سنحاول أن نعرض البعض منها والأكثر استخداما في ميادين البحث والدراسة :

1-13 مقياس لازروس و فولكمان(1984): The Way of Coping Check –List

يتكون مقياس لازروس و فولكمان (1984) (WCC) قائمة طرق المواجهة " من 67 بند، تم تطبيقه على 100 راشد (52 امرأة و48 رجل) تتراوح أعمارهم ما بين (40-65 سنة) حيث أجاب هؤلاء الأفراد على المقياس لمدة سنة ،وذلك بسردهم لحدث ضاغط والطريقة التي تصرفوا بها إزاء هذا الحدث، وجمع الإجابات ونتائج التحليل العملي تم الحصول على ثمانية أبعاد فرعية موزعة بين إستراتيجيتين رئيسيتين (المواجهة

مواجهته

المركزة على المشكل والمواجهة المركزة على الانفعال) والسلاالم الفرعية موزعة كالتالي:

— الاستراتيجيات الموجهة على المشكل :

1- إستراتيجية حل المشكل : (وتظم البحث عن المعلومة ، وإتباع مخطط عمل...)

2- الروح القتالية وتقبل المواجهة .

— الاستراتيجيات الموجهة المركزة على الانفعال :

3- اتخاذ مسافة أو التقليل من قيمة التهديد.

4- إعادة التقييم الايجابي.

5- اتهام الذات

6- الهروب-التجنب

7- البحث عن الدعم الاجتماعي.

8- التحكم في الذات.

ولقد تم تعديل المقياس فيما بعد ليصبح 50 بند (نسخة WCQ)

(Bruchon-Schweitzer ,2002p375)"The Ways of Coping Questionnaire

13-2 مقياس فيتاليانو المعدل (Vitaliano 1985): أول تكييف لمقياس لازروس

وفولكمان (WCC) كان من طرف فيتاليانو Vitaliano وروسو (Russo) وكار (Carr)

ومورو (Mauro) وبيكر (Becker) سنة (1985) وعن طريق التحليل العاملي

(Rotation varimo) تم استخراج (5) عوامل موزعة على (42) بند وهي: حل

المشكل، لوم الذات، التقييم الايجابي، التجنب، البحث عن الدعم الاجتماعي، وقد تم تكييف

المقياس أيضا على المجتمع الفرنسي من طرف الباحثة بولهان (Paulhan) وزملائها

سنة (1994) نيسي (Nussier) وقيننار (Quintard) وكوسون (Couson) وبورجو

(Bourgeois) على عينة متكونة من (501) راشد (172 رجل و329 امرأة) تتراوح

أعمارهم ما بين 20-30 سنة.

مواجهته

وبالتحليل العاملي (للمكونات الأساسية) تم استخراج عاملين أساسيين هما : (استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل واستراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال) موزعة على بند والتي تقيس (5) ابعاد فرعية:

◀ الاستراتيجيات المركزة على المشكل:

- حل المشكل (8 بنود).

- البحث عن الدعم الاجتماعي (5 بنود)

◀ الاستراتيجيات المركزة على الانفعال :

- إعادة التقييم الايجابي (5 بنود)

- التجنب بأفكار ايجابية (7 بنود)

- لوم الذات (4 بنود). (Paulhan et al,1994,p249)

سيتم التطرق إلى هذا المقياس بالتفصيل في عرض أدوات الدراسة، حيث اعتمدها كمقياس بحث خلال دراستنا هذه.

13-3 مقياس كارفر و آخرون Carver et al 1989: جاء مقياس كارفر وزملاءه من

الأعمال النظرية لهؤلاء الباحثين سنة (1989) وهو يدعى بـ (COPE) ويفرق هذا المقياس بين الاستراتيجيات التكيفية والاستراتيجيات الغير تكيفية، ويتكون من (14) إستراتيجية بأربعة بنود لكل إستراتيجية، و هي كالتالي:

1- المواجهة النشطة 2- التخطيط 3- إلغاء النشاطات المتزاحمة (المتنافسة) 4- المواجهة المحدودة "المقيدة" 5- المساعدة المعلوماتية 6- المساعدة الانفعالية 7- إعادة التفسير الايجابي 8- التقبل 9- المواجهة بالتدين 10- الانتباه للآخرين والتعبير عن الانفعالات 11- الإنكار 12- التجنب السلوكي 13- التجنب المعرفي 14- التجنب عن طريق المخدرات والكحول.

وقد تم تطوير فيما بعد صيغة مختصرة لهذا المقياس سميت بـ (Brief cope).

(سعداوي مريم ، 2010 ، ص86)

مواجهته

13-4 مقياس انلر وباركر (1990) Endler & Parker : تم تكييفه على المجتمع الفرنسي من طرف "Rolland" سنة (1998) والذي نشر من قبل Editions du Centre Psychologie (منشورات علم النفس التطبيقي) سنة(1998)، ويتكون هذا المقياس من(48) بند مقسمة إلى(03) سلالم فرعية مكونة من(16) بند وهي:

◀ مواجهة موجهة نحو المهمة: وتصف المجهودات الموجهة إلى نشاطات حل المشكلة .
 ▶ مواجهة موجهة نحو الانفعال: وتصف (الاستراتيجيات) الاستجابات الانفعالية الموجهة نحو الذات بهدف التقليل من الضغط .
 ▶ مواجهة موجهة نحو التجنب: وتصف النشاطات أو التغييرات المعرفية التي تهدف إلى تجنب الوضعيات الضاغطة. (سعداوي مريم ، 2010 ، ص86)

14- الوسائل الوقائية وأساليب التعامل مع الضغوط :

هناك مجموعة من الوسائل الوقائية التي تسمح بتجنب تأثير الضغوط على الفرد أو التخفيف من حدتها:

- الرياضة: وهي من أنجع الطرق للتخفيف من أعراض الضغوط وأثارها ،وتكمن أهميتها حرق مادة الأدرنالين (المادة الكيميائية التي يفرزها الجسم خلال تعرضه للضغط)
- التغذية: يجب المحافظة على الوزن المناسب للجسم لتجنب أي أثار سلبية على الصحة والتي تسبب أمراض تكون مصدر ضغط على الفرد.
- النوم: وذلك بالنوم الوقت الكافي و المناسب وهذا باختلاف الأفراد(حسب العمر،الجنس،الجهد المبذول...). (طالح نصيرة ،2011،ص106)
- الاسترخاء: تقنية الاسترخاء هي مجموعة من التمارين يقوم بها الفرد، تؤدي لاستجابة فسيولوجية تتمثل في انخفاض نشاط الوظائف الحيوية (التنفس، الدورة الدموية ... لهذا تعتبر عملية مهدئة للأعصاب. (عثمان فاروق السيد،2001،ص144-147)

مواجهته

- وقد أشار "Kagan" (1991) إلى عدة أساليب للتعامل (أو مواجهة) الضغوط منها:
- 1- تحويل الخوف إلى تحدي عندما يكون الموقف الضاغط من الممكن ضبطه والتحكم فيه فإن أفضل طريقة للتغلب عليه هي معاملة الموقف وكأنه تحدي والتركيز على طرق السيطرة والتحكم فيه.
 - 2- جعل الموقف المهدد اقل تهديدا بأن يغير الفرد تقييمه للموقف لكي يرى هذا الموقف بصورة جديدة .
 - 3- تغيير أهداف الفرد عندما يتعرض الفرد لموقف ضاغط لا يستطيع التأقلم معه فيجب عليه أن يتبنى أهدافا جديدة تتلاءم مع الموقف الضاغط .
 - 4- الاستعداد للضغط قبل حدوثه وهذه الطريقة تعد الفرد لمواجهة الموقف الضاغط ، والطرق الممكنة لمعالجة الموقف بطريقة أكثر فاعلية وليس مجرد ما يتوقعه.
- (وليد السيد خليفة، مراد على عيسى، 2008، ص 162-163)

خلاصة الفصل:

لقد تم تناول مفهوم الضغط النفسي وإستراتيجيات مواجهة الضغوط واتضح لنا مدى الأهمية والمكانة التي تلعبها الضغوط في حياة الأفراد، فقد تكون هذه الضغوط دافعا محفزا للفرد في انجاز المهام المختلفة، في حين يمكن لهذه الضغوط أن تثبط قدرات الفرد وتخلق لديه اضطرابات مختلفة تؤثر على صحته النفسية و العقلية، ولاشك أن إعاقة الابن تشكل ضغط كبير في حياة الوالدين وتؤثر على صحتهم النفسية .

إن الصحة النفسية تعتبر محور أساسي في حياة الأفراد والجماعات، وهي مرتبطة بشكل كبير بمفهوم الضغوط وإستراتيجيات المواجهة، حيث أن سلامتها تضمن استمرار الفرد في الحياة والحفاظ على النوع، وخلو المجتمع من الاضطرابات.

وعليه ونظرا لما تكتسبه الصحة النفسية من أهمية، وحتى نتمكن من تحديد طبيعة العلاقة بين إستراتيجيات مواجهة الضغوط والصحة النفسية لآباء الأطفال التريزوميين، استوجب علينا التطرق في الفصل الموالي إلى مفهوم الصحة النفسية .

الفصل الخامس

الصحة النفسية

مقدمة الفصل:

يسعى الأشخاص في كل زمان ومكان إلى تحقيق التكيف، التوافق، مواجهة الصعاب، تجاوز المحن، إثباع الرغبات، تحقيق الرضا، الشعور بالأمن، وتحقيق الذات... كل هذه المفاهيم مرتبطة بمفهوم الصحة النفسية والتي بدورها تحدد مستوى سواء أو شذوذ الأفراد، ولعل مفهوم الضغط (الذي تطرقنا إليه في الفصل السابق) يؤثر بشكل كبير على الصحة النفسية إذا لم يستخدم الفرد الاستراتيجيات الفعالة لمواجهته .

سنحاول من خلال هذا الفصل التطرق إلى: تعريف الصحة النفسية ومظاهرها، ثم تحديد المعايير التي تسمح لنا بقياس الصحة النفسية، كما سنتعرف على مختلف النظريات المقترحة في مجال الصحة النفسية، لنصل في الأخير إلى التعرف على العوامل المؤثرة على الصحة النفسية.

1-تعريف الصحة النفسية:

ليس من السهولة وضع تعريف محدد للصحة النفسية لأن ذلك يتطلب تحديد ماهية النفس، فالصحة النفسية تكوين فرضي يمكن التعرف عليه من خلال بعض الظواهر الإنسانية التي تخص سلوك الإنسان وشخصيته ،ولقد تعددت تعاريف الباحثين والعلماء للصحة النفسية نذكر منها:

يعرفها "القوصي" في كتابه (أسس الصحة النفسية) بأنها : « التوافق التام أو التكامل بين الوظائف النفسية المختلفة مع القدرة على مواجهة الأزمات النفسية العادية التي تطرأ على الإنسان ومع الإحساس الإيجابي بالسعادة والكفاية.» (محمد مصطفى زيدان، 1972،ص252)

أما "Menninger" فيعرف الصحة النفسية على أنها :« قدرة الفرد على التكيف مع العالم من ناحية ومع الآخرين من حوله من ناحية أخرى بأعلى قدر من الفعالية والسعادة، فهي ليست مجرد الإحساس بالكفاية أو الرضا أو القناعة بما يملى عليه من التعليمات والأوامر بصدور رحب ولكنها كل هذه الأمور مجتمعة.»

(ابتسام احمد أبو العمرين، 2008، ص13)

ويعرف "زهران" الصحة النفسية بأنها: «دائمة نسبيا، يكون فيها الفرد متوافقا نفسيا (شخصيا، انفعاليا، اجتماعيا) ويشعر بالسعادة مع نفسه ومع الآخرين، ويكون قادرا على تحقيق ذاته واستغلال قدراته وإمكاناته إلى أقصى حد ممكن، ويكون قادرا على مواجهة مطالب الحياة، وتكون شخصيته متكاملة سوية ويكون سلوكه عاديا بحيث يعيش بسلامة وسلام.» (زهران حامد عبد السلام، 1997، ص09)

كما نجد في نفس المجال تعريف الذي وضعه "ولمان" وهو يعتبر الصحة النفسية حالة من

التوافق الجيد نسبيا ومشاعر الخير وتحقيق إمكانات وقدرات الفرد (غريب غريب، 1999، ص55) وتشير منظمة الصحة العالمية إلى أن الصحة النفسية تحدد على أساس مدى تكامل طاقات الفرد الجسمية والعقلية والاجتماعية والانفعالية، بما يحقق له الشعور بالسعادة والرفاهية مع أفراد المجتمع الذي يعيش فيه. (زهران حامد عبد السلام، 1997، ص28)

في حين ذهب البعض إلى تعريف الصحة النفسية على أنها: «هي الخلو أو البرء من الأعراض المرضية.» (عبد الغفار عبد السلام، 1996، ص17-18)

هذا ما يتفق مع تعريف "مصطفى فهمي" (1976) للصحة النفسية على أنها: «الخلو أو البرء من المرض العقلي.» (ابتسام احمد أبو العمرين، 2008، ص11)

هذه الفئة تنظر للصحة النفسية بانتفاء المرض، فإذا كانت حالة المرض موجودة، كانت الصحة النفسية مصابة ومضطربة، مثل هذه التعاريف تتوافق مع ميدان الطب العقلي، غير أن الخلو من الاضطرابات لا يعني تمتع الفرد بصحة نفسية جيدة وعليه:

أكدت بعض التعاريف للصحة النفسية مثل التعريف الذي وضعه زهران وولمان على نسبية الصحة النفسية كما يمكن تقسيم هذه التعاريف إلى فئتين :

أ- فئة التعريفات الايجابية: يرى أصحاب هذه الفئة من الباحثين أن مجرد غياب الأعراض المرضية لا يعني تمتع الفرد بصحة نفسية جيدة، بالإضافة إلى ضرورة توافر

عناصر ايجابية والخلو من العناصر السلبية مثل الشعور بالرضا والكفاية والسعادة والتفاؤل والمشاعر الايجابية نحو الذات ونحو الآخرين... الخ. لابد من الإشارة إلى أن مثل هذه التعريفات نهجت نهجا وصفيا عاما، أي لم تنطلق من إطار نظري محدد في دراسة الشخصية بصورة شاملة وبالتالي تختلف هذه التعريفات باختلاف من يعرفها والإطار المرجعي الذي تنطلق منه، لذلك نجد من يستخدم مفهوم التوافق، ويستخدم البعض الآخر مفهوم التكيف، ومفهوم التكامل .

ب- فئة التعريفات السلبية: ويرى أصحاب هذه الفئة أن الصحة النفسية تكمن في خلو الفرد والبراء من أعراض المرض النفسي والعقلي، وتضم هذه الفئة جميع التعريفات التي تحدد الصحة النفسية بضعها، أي عن طريق استبعاد كل ما لا يتفق معها، تلقى مثل هذه التعاريف قبولا في ميادين الطب العقلي، غير أنها تحدد مفهوم الصحة النفسية من ناحية ضيقة ومحددة، وهي تعتمد على حالة السلب أو النفي، كما أنها تقصر معنى الصحة النفسية على خلو الفرد من أعراض المرض النفسي والعقلي، وهذا يعتبر جانب واحد من جوانب الصحة النفسية.

2-مناهج الصحة النفسية:

إن للصحة النفسية ثلاث مناهج وهي :

- **المنهج العلاجي:** وهو ما يتبع لعلاج الفرد من الانحراف عن الصحة العقلية حتى يعود إلى حالة الاعتدال.
- **المنهج الوقائي:** وهو الطريق الذي يتبعه الفرد مع نفسه ومع غيره حتى يقي نفسه وغيره الوقوع في الاضطراب النفسي.
- **المنهج الإنشائي :** وهو ما يحتذي المرء ليزيد شعوره بالسعادة و ليزيد كفاءته إلى أقصى حد مستطاع. ومن أمثله ما يقوم به بعض الناس من محاولات لتقوية الذاكرة، أو الخيال، أو الإرادة، أو الشخصية. (عبد العزيز القوسي، 1956، ص04)

3-مظاهر الصحة النفسية:

تتميز الشخصية المتمتعة بصحة نفسية جيدة بالعديد من الخصائص نذكر منها :

3-1التوافق: ودلائل ذلك التوافق الشخصي ويتضمن الرضا عن النفس، والتوافق

الاجتماعي ويشمل التوافق الزوجي الأسري، والتوافق المدرسي والتوافق المهني.

3-2الشعور بالسعادة مع النفس: ودلائل ذلك الشعور بالسعادة والراحة النفسية،

والاستفادة من مسرات الحياة، وإشباع الدوافع والحاجات النفسية الأساسية، والشعور

بالأمن والسعادة والثقة، ووجود اتجاه متسامح نحو الذات، واحترام النفس وتقبلها والثقة

فيها، ونمو مفهوم موجب للذات وتقديرها حق قدرها .

3-3الشعور بالسعادة مع الآخرين: حب الآخرين والثقة فيهم واحترامهم وتقبلهم والاعتقاد

في ثقتهم المتبادلة، ووجود تسامح نحو الآخرين، والقدرة على إقامة علاقات اجتماعية

سليمة ودائمة "الصدقات الاجتماعية، والانتماء للجماعة والقيام بالدور الاجتماعي المناسب

والتفاعل الاجتماعي السليم، والقدرة على التضحية وخدمة الآخرين والاستقلال

الاجتماعي، والسعادة الأسرية، والتعاون وتحمل المسؤولية الاجتماعية.

3-4تحقيق الذات واستغلال القدرات: ودلائل ذلك فهم النفس والتقييم الواقعي الموضوعي

للقدرات والإمكانيات والطاقات، وتقبل نواحي القصور، وتقبل الحقائق المتعلقة بالقدرات

موضوعيا، وتقبل مبدأ الفروق الفردية، واحترام الفروق بين الأفراد، وتقدير الذات حق

قدرها، واستغلال القدرات والطاقات والإمكانيات إلى أقصى حد ممكن، ووضع أهداف

ومستويات طموح وفلسفة حياة يمكن تحقيقها، وإمكانية التفكير والتقرير الذاتي، وتنوع

النشاط وشموله، وبذل الجهد في العمل والشعور بالنجاح فيه والرضا عنه، والكفاية

والإنتاج

3-5 القدرة على مواجهة مطالب الحياة: ودلائل ذلك النظرة السليمة الموضوعية للحياة ومطالبها ومشكلاتها اليومية، والعيش في الحاضر والواقع، والبصيرة والمرونة والايجابية في مواجهة الواقع، والقدرة على مواجهة إباطات الحياة اليومية، وبذل الجهود الايجابية من اجل التغلب على مشكلات الحياة وحلها والقدرة على مواجهة معظم المواقف التي يقابلها، وتقدير وتحمل المسؤوليات الاجتماعية، وتحمل مسؤولية السلوك الشخصي، والسيطرة على الظروف البيئية كلما أمكن والتوافق معها، والترحيب بالخبرات والأفكار الجديدة .

3-6 التكامل النفسي: ودلائل ذلك الأداء الوظيفي الكامل المتناسق للشخصية ككل (جسما وعقليا، وانفعاليا، واجتماعيا)، والتمتع بالصحة ومظاهر النمو العادي .

3-7 السلوك العادي: السلوك السوي المعتدل العادي المألوف، الغالب على غالبية الناس العاديين، والعمل على تحسين مستوى التوافق النفسي، والقدرة على التحكم في الذات وضبط النفس. (زهران حامد عبد السلام، 1997، ص130)

3-8 الشعور بالاستقلال: أي شعور الفرد بأنه قادر على تدبير أموره الذاتية، وتحقيق التكيف النفسي والاجتماعي، دون الاعتماد على الآخرين وخاصة الوالدين ومما ينمي الشعور بالاستقلال والاعتماد على الذات عند الفرد أن يمنح الحرية بدرجة تتناسب مع مستوى نموه، وكذلك ابتعاد الوالدين عن الإسراف في حماية الطفل وتدليله أو المبالغة في رعايته، والتقليل من تدخلهما في تحديد نوع الدراسة التي يريد الاتجاه إليها، أو شكل المهنة التي يريد العمل فيها في المستقبل، ويساعد الفرد في تحقيق الذات أيضا انتماءه إلى الأندية والفرق الرياضية وجماعات الأصدقاء حيث يتمكن من إقامة علاقات نافعة تجعله أكثر قدرة على الاستقلال عن رعاية الوالدين وتحقيق الاعتماد على الذات.

(الخطيب هشام، 2001، ص50)

كل هذه المظاهر مجتمعة يمكن أن تدل على صحة نفسية جيدة لدى الفرد، ولكن وبما أن الصحة النفسية حالة ايجابية نسبيا فهذه المظاهر لا تكون بشكل مطلق بل تتغير من شخص لأخر، وتبعا لمراحل النمو المختلفة لدى الفرد الواحد .

4-نسبية الصحة النفسية : إن الصحة النفسية واختلالها أمر نسبي ،حيث انه لا يوجد حد فاصل بين الشاذ والعادي، و بين الصحة النفسية والمرض النفسي، وعليه فالصحة النفسية أمر نسبي وذلك حسب ما يلي:

4-1نسبية الصحة من فرد لأخر: يختلف الأفراد في درجة صحتهم النفسية كما يختلفون من حيث الطول والوزن، فلا يوجد شخص كامل في صحته النفسية، ولا يكاد يكون شخص تتمتع فيه علامات الصحة النفسية فقد نجد بعض الجوانب السوية (الايجابية) لدى اشد الناس اضطرابا .

4-2نسبية الصحة النفسية لدى الفرد الواحد من وقت لأخر: لا وجود لشخص يشعر كل لحظة من لحظات حياته بالسعادة، كما انه لا يشعر بالتعاسة و الحزن خلال سنين حياته فالشخص يمر بمواقف سارة وأخرى ليست كذلك.

4-3نسبيتها تبعا لمراحل النمو: إن مفهوم السلوك السوي الذي يدل على الصحة النفسية يرتبط بمراحل النمو التي يمر بها الفرد ،فقد يكون سلوكا سويا في مرحلة عمرية معينة ثم يعد غير سوي في مرحلة عمرية أخرى.

4-4نسبيتها تبعا لتغير الزمان : السلوك السوي يعتمد على الزمان أو الحقبة التاريخية التي حدث فيها السلوك بمعنى الحكم على السلوك الدال على الصحة النفسية يختلف عبر العصور و الأزمان .

— أنه لا وجود لإنسان يخلو من صراع أو قلق أو لم يصادف الإحباط أو الفشل ،وما يترتب على ذلك من انفعالات.

— إن المضطربين أنفسهم يختلفون في درجة الاضطراب ،فالاضطراب يبدأ من المشكلات السلوكية والأعراض البسيطة كالكذب حتى ينتهي بالاضطرابات الذهانية التي يفقد فيها المريض استبصاره وتتقطع صلته بالعالم الخارجي، إذا فمن يحسبون أنفسهم أصحاء ليس كلهم على درجة واحدة من الصحة ،كما أن من يحسبون في فئة المرضى يتفاوتون في درجات قربهم من قطب المرض، وفي درجات بعدهم من قطب الصحة النفسية أو العكس. (عليوي نوال، 2011، ص77-78)

— يختلف مفهوم الصحة النفسية من مجتمع لآخر، وذلك يرجع لاختلاف في ثقافة كل منهما، والاختلاف في المعايير السلوكية التي ينفق عليها الناس في كل مجتمع، فما هو سائد في مجتمع من معارف وعادات وتقاليد يختلف عما يكون عليه مجتمع آخر، فما يعد سويًا وصحيًا في ثقافة ما قد لا يعد كذلك في ثقافة أخرى، إذن فليس هناك سواء مطلق أو لا سواء مطلق ينطبق على سلوك معين في جميع الثقافات، بل إن النسبية الثقافية تتضح داخل الثقافة الواحدة، فما يعد سلوكًا سويًا في فترات ما قد لا يعد كذلك في فترات أخرى، فهي تتأكد عبر محوري الزمان والمكان كذلك داخل المجتمع الواحد ما يعد سويًا في جماعة ما قد يعد مرفوضًا عند جماعة أخرى. (عبد المطلب القريطي ،1995، ص09)

5-نظريات الصحة النفسية :

تعددت النظريات والاتجاهات العلمية في تفسير منشأ الاضطرابات النفسية والعصابية فكل اتجاه نظري يحاول تأكيد وجهة نظره لعلة المرض وبالتالي تصوره لمفهوم الصحة النفسية، وبما أن الاتجاهات النظرية متعددة في ميدان علم النفس الصحة سنحاول فيما يلي إبراز وجهة نظر أبرز الاتجاهات النظرية للصحة النفسية .

5-1نظرية التحليل النفسي : تعتبر نظرية التحليل النفسي رائدة في تناول الاتجاهات والآراء حول تفسير السلوك الإنساني، ويقسم مؤسسها "Freud,S" الجهاز النفسي

للإنسان إلى ثلاثة أقسام وهي الهو والانا و الأنا الأعلى، ويعتبر الهو منبع الطاقة الحيوية النفسية التي يولد الفرد مزودا بها، وهي مستودع القوى والطاقات الغريزية والجنسية، لذلك فهو لاشعوري وبعيد عن المعايير والقيم الاجتماعية ولا يعرف شيئا عن المنطق، أما الأنا فهو مركز الشعور والإدراك الحسي الخارجي، وهو الذي يعمل على التوفيق بين مطالب الهو والظروف الخارجية، أما الأنا الأعلى فهو مستودع المثاليات و الأخلاقيات والضمير والمعايير الاجتماعية والتقاليد والقيم. (عليوي نوال، 2011، ص84)

وترى مدرسة التحليل النفسي أن الصحة النفسية الجيدة تتمثل في قدرة الفرد على القيام بالعمليات النفسية والعقلية والاجتماعية على أكمل وجه، وان يشعر بالرضا أثناء القيام بذلك، وان توزع الطاقة النفسية توزيعا متوازنا، وان يستطيع الأنا التوفيق وحل الصراع القائم بين أجهزة الشخصية المختلفة وبين مطالب الواقع .

أما بالنسبة لـ "young" فيعتقد أن مفتاح الصحة النفسية يكمن في استمرار النمو الشخصي دون توقف أو تعرقل، كما أكد على ضرورة اكتشاف الذات الحقيقية، واهتم يونغ كذلك بدراسة الأنماط النفسية وهي النمط الانبساطي، والنمط الانطوائي وفروعها المتمثلة في عمليات الإحساس، الإدراك، المشاعر و التفكير .

كما يرى "Fromm" أن الصحة النفسية للفرد تتمثل كحل وسط بين الحاجات الداخلية للفرد والمطالب الخارجية للمجتمع، وأكد على مغزى قدرة الفرد على التعبير على الحب للآخرين والأخذ أكثر من العطاء، ولكن تعتبر مدرسة التحليل النفسي من خلال تفسيرها لسلوك الإنسان أكدت كثيرا على مبدأ اللذة والطاقة الليبيدية كمجدد أساسي لسلوكه، وتتم الصحة النفسية حسب فرويد بشكل لا شعوري وان الإشباع محصور في خفض التوتر وتحويله إلى لذة، وأهملت المدرسة خبرة الإنسان وتطلعاته وتفاعله مع البيئة والظروف التي تكون عاملا مساعدا في خلق الضغوط بدرجة مقبولة لدى الفرد في سبيل مصلح المجتمع والفرد. (عليوي نوال، 2011، ص85)

5-2 المدرسة السلوكية : ترى هذه المدرسة أن السلوك متعلم من البيئة، وان عملية التعلم تحدث لوجود الدافع والمثير والاستجابة، بمعنى إذا وجد الدافع والمثير حدثت الاستجابة (السلوك)، ولكي يقوي الربط بين المثير والاستجابة لابد من التعزيز، أما إذا تكررت الاستجابة دون تعزيز، كان عاملا على إضعاف الرابطة بين المثير والاستجابة أي إضعاف التعلم، وتقرر هذه المدرسة أن الناس يقومون بسلوك معين لأنهم تعلموا أن يتصرفوا بهذا الشكل نتيجة للتعزيز .

إن مفهوم الصحة النفسية عند السلوكيين يتحدد باستجابات مناسبة للمثيرات المختلفة أي استجابات بعيدة عن القلق والتوتر، وعليه يتلخص مفهوم الصحة النفسية وفقا لهذه الرؤية في القدرة على اكتساب عادات تتناسب مع البيئة التي يعيش فيها وتتطلبها هذه البيئة. (حنان عبد الحميد الغاني ، 2000، ص15-16)

واعتقد "Skinner" & "Wastson" أن الصحة النفسية لا يمكن أن تنمو عن طريق الجهد الشعوري، ولكنها تتشكل بطريقة آلية عن طريق تلميحات البيئة، والشخص الذي يتمتع بصحة نفسية جيدة هو الشخص الذي استطاع أن يكون عادات سوية ونتجت من خلال ارتباطات بين مثيرات حسية واستجابات عقلية وانفعالية واجتماعية دعمت بالتعزيز وتكررت فكونت عادة. (عليوي نوال ، 2011، ص86)

5-3 النظرية المعرفية: ترى هذه المدرسة أن الصحة النفسية للفرد ترتبط بقدرته على تفسير الخبرات بطريقة منطقية تمكن الفرد من المحافظة على الأمل باستخدام مهارات معرفية مناسبة لمواجهة الأزمات وحل المشكلات وعليه فالشخص المتمتع بالصحة النفسية هو فرد قادر على استخدام استراتيجيات معرفية مناسبة للتخلص من الضغوط النفسية ويحيا على فسحة الأمل ولا يسمح لليأس بالتسلل إلى نفسه.

(عليوي نوال ، 2011، ص86)

ويشير "كاولمان" إلى أهم الاتجاهات النظرية الأساسية التي تعرف من خلالها الصحة النفسية مثل الاتجاه الطبيعي ويركز على الدوافع الغريزية للإنسان مثل الجوع والجنس ويرى أن الصحة النفسية هي القدرة على إشباع هذه الدوافع، على أن يتسم الإشباع في الحدود التي وضعتها البيئة وهي ما يسمى بالموائمة، والاضطراب العقلي هو الفشل في الموائمة.

– **الاتجاه الإنساني:** من وجهة النظر القائلة بأن الإنسان كائن عاقل ومفكر ومسئول يستطيع ان يسلك سلوكا حسنا ينمي به ذاته ويحققها إذا تهيأت الظروف لذلك، والسلوك الشاذ في هذه الحال ينتج عن إعاقة الفرد عن تحقيق ذاته.

– **الاتجاه الاجتماعي الثقافي :** ويؤكد على الطبيعة الاجتماعية للإنسان، ويرى الهدف الأساسي أمامه هو التكيف للمتطلبات الاجتماعية وبذلك تكون الصحة النفسية رهنا بقدرة الفرد على إقامة علاقات اجتماعية مثمرة مع الآخرين وفشله في ذلك يعني الاضطراب النفسي .

– **الاتجاه الوجودي:** ويشير إلى انهيار القيم التقليدية وضرورة بحث الإنسان عن هوية خاصة، وان يعرف معنى لوجوده، وان يسعى لتحقيقه، والفشل في ذلك يعني الاضطراب بكل صورته

– **الاتجاه الديني:** ويؤكد على ضعف الإنسان واعتماده على الله وان خلاص الإنسان لن يتم إلا بالتجائه إلى الله واعتماده عليه. (كفافي علاء الدين، 1994، ص80-81)

6-معايير الصحة النفسية :

6-1المعيار الإحصائي: وفقا لهذا المعيار يشير مفهوم السوية إلى تلك القاعدة الإحصائية المعروفة بالتوزيع الإعتدالي (normal distribution)، والذي يأخذ فيه منحنى التوزيع شكل الجرس وهو ما يعني أن أي ظاهرة نفسية عند قياسها ومعالجتها إحصائيا تتوزع وفقا

للتوزيع الإعتدالي، بمعنى أن الغالبية من العينة الإحصائية تحصل على درجات متوسطة في حين تحصل فئتان متناظرتان على درجات مرتفعة (أعلى من المتوسط) ودرجات منخفضة (أقل من المتوسط)، أي أن حوالي (68%) من أفراد العينة يقعون في المنطقة المتوسطة من المنحنى في حين يتضمن طرفا المنحنى 16% من العينة في كل طرف من الطرفين .

بهذا المعنى تصبح السوية هي المتوسط الإحصائي للظاهرة، في حين يشير الانحراف إلى طرفي المنحنى إلى اللاسوية، فالشخص اللاسوي هو الذي ينحرف عن المتوسط العام للتوزيع الاعتدالي .

إلا أن الظاهرة السوية قد يأخذ بعضها طابعا ايجابيا مثل الذكاء والابتكار، وهو ما يعرف باللاسويات الايجابية (positive abnormalities)، في حين المظاهر اللاسوية الأخرى قد تكون ذات طبيعة سلبية كالأمرض العصابية والذهانية والاضطرابات السلوكية والتخلف العقلي.

6-2 المعيار الإكلينيكي (الطبي): وهنا تتحدد السوية على أساس غياب الأعراض والخلو من مظاهر المرض، وعلى العكس من ذلك تتحدد اللاسوية على أساس الوجود الواضح لأعراض المرض والاضطراب .

وهذا يعني بالطبع ضرورة وجود مسبق لتحديد الأعراض أو المظاهر التي تميز الاضطرابات النفسية المختلفة، ولا يبقى سوى مطابقة حالة الفرد مع قوائم هذه الأعراض التي تصنف الاضطرابات المختلفة، وكلما قل نصيبه من الاتفاق مع الخصائص التي تصنفها هذه الأعراض زاد حظه من السوية. (ايمان فوزي، 1996، ص 16)

إلا أن هذا المعيار الطبي يهمل الجوانب الايجابية للصحة النفسية، فهو يحددها على أساس الخلو من الأعراض والاضطرابات النفسية.

6-3 المعيار الذاتي: السوية هنا تحدد من خلال إدراك الفرد لمعناها، فهي كما يشعر بها الفرد ويراهها من خلال نفسه، فالسوية هنا هي إحساس داخلي وخبرة ذاتية، فإذا كان الفرد يشعر بالقلق وعدم الرضا عن الذات فإنه يعد وفقا لهذا المعيار غير سوي، إلا أنه من الصعب الاعتماد كلياً على هذا المعيار لأن معظم الأفراد الأسوياء تمر بخبرتهم حالات من الضيق والقلق. (غريب غريب، 1999، ص 137-138)

6-4 المعيار الاجتماعي: يحتكم المحك الاجتماعي إلى معايير المجتمع وقيمه في الحكم على السلوك بالسواء أو الانحراف، ويعتبر ما يقبله المجتمع ويرضى به سلوكاً سوياً، وما يرفضه سلوكاً منحرفاً. (محمد مصباح العرعر، 2010، ص 25)

وتكون السوية هي مسايرة **conformity** أو موافقة السلوك لأساليب التي تحدد التصرف أو المسلك السليم المعترف به اجتماعياً. (إيمان فوزي، 1996، ص 18)

ولكن ورغم ما لهذا المعيار من مزايا باعتبار أن الشخصية الإنسانية تعد بمثابة انعكاس للواقع الاجتماعي الثقافي الذي يعيش فيه الفرد، فصحته النفسية تحدد على هذا الأساس إلا أنه لا يخلو من مخاطر المبالغة في الأخذ بمعايير المسايرة، أي اعتبار الأشخاص المسايرين للجماعة هم الأسوياء، في حين يعتبر غير المسايرين هم الأبعد عن السوية فبالرغم ما للمسايرة من أهمية في عملية التوافق إلا أنها تفتح المجال أمام خصائص لا سوية تكتسب مشروعيتها فقط في إطار من المرغوبية الاجتماعية كالانتهازية أو الأنانية أو التقبل غير الناقد لأوضاع اجتماعية فاسدة، وهو ما قد يغلق الباب في وجه بعض غير المسايرين الذين يجتهدون ببصيرة في سبيل بناء المجتمع وتطويره.

(إيمان فوزي، 1996، ص 19)

6-5 المعيار الباطني: وضع الدكتور "صلاح مخيمر" معيار يجمع بين مزايا معظم المعايير السابقة ويعمل على تجاوز مثالبها وهو ما أطلق عليه اسم المعيار الباطني.

فالحكم ليس خارجيا صرفا كما هو الحال في المعايير الاجتماعية أو الإحصائية أو الطبية، كما أنه ليس ذاتيا يجافي الواقع الموضوعي، وإنما يعتمد هذا المعيار على أساليب فعالة تمكن الباحث -قبل أن يصدر حكمه- من أن يصل إلى حقيقة الإنسان الكامنة في خبراته الشعورية واللاشعورية أيضا، والى ما يكمن وراء السلوك الظاهري من أسباب ودوافع كامنة وصراعات أساسية. (إيمان فوزي، 1996، ص 19)

7-العوامل المؤثرة في الصحة النفسية:

يمكن للفرد أن يعيش حالة من التوافق النفسي والاجتماعي ويتمتع بصحة نفسية جيدة، غير أن هذه الحالة النفسية تكون نسبية وذلك نظرا لتعرض الفرد إلى أسباب عوامل وأحداث قد تؤثر على صحته النفسية ومن بين هذه الأسباب والعوامل نذكر :

7-1 الأسباب النفسية: هناك العديد من العوامل النفسية التي تؤثر في شخصية الفرد وصحته ومن هذه العوامل نذكر :

— الحرمان من رعاية الأم "الحرمان الامومي" نتيجة انفصال الطفل عن أمه لسبب ما، أو عدم منحها الحب الكافي.

— شعور الطفل بأنه منبوذ لإهماله وعدم العناية به وتلبية حاجاته و إذلاله بالنقد.

— إفراط الأبوين في التسامح والتساهل مع الطفل.

— الخبرات المؤلمة في الطفولة والمراهقة.

— الصراعات والاحباطات والقلق .

— الخبرات السيئة أو الصدمات إذ أن الصدمة السيئة موقف يحرك العوامل الساكنة

ويسبب بالتالي المرض النفسي.(عليوي نوال، 2011، ص81)

7-2 سمات الحدث: تتسم الأحداث والمواقف الحرجة المسببة للإرهاق بعدم قابليتها

للضبط وعدم قابليتها للتنبؤ وعدم اليقين بالكيفية التي ستنتهي بها هذه الأحداث .

— عدم القابلية للضبط : يسهم الشعور بفقدان الضبط والسيطرة في جعلنا نعيش ما على انه مرهق .

— عدم القابلية للتنبؤ .

— عدم اليقين: إن معرفة أن حدثا مرهقا ما سيقع ولكن عدم معرفة ما الذي سيحدث في هذا الموقف مصدر من مصادر الإرهاق، فعندما يكون الإنسان مهيبًا لحدث ما فإنه يملك الفرصة لتحسين نفسه داخليا، الشيء الذي ربما يسهل الأمر عليه، ولكن عندما يكون الاستباق الداخلي لمثير الإرهاق نفسه مرهقا، فمن المحتمل أن يتم استنزاف ميزة التمكن من التهيؤ للحدث.

3-7 سمات الشخصية:

تعد سمات أسلوب العزو والثقة في النفس والضبط الداخلي والانسجام الاجتماعي .. الخ من سمات الشخصية التي تقلل أو تزيد من تأثيرات السلبية الضارة للأحداث الحرجة على صحة الفرد.

كما أن بعض الأشخاص يمتلكون مقاومة عالية للمواقف السيئة للأحداث الحرجة في حين أن الآخرين يمتلكون مقاومة منخفضة وتعزى هذه المقاومة العالية إلى سمات مثل الثقة بالنفس، الضبط الداخلي والانسجام الاجتماعي وقدرة الشخص على استخلاص المغزى من الحدث وتعد هذه السمات شكل من أشكال المواجهة التي تساعد في تحديد مصادر الصحة النفسية. (سامر جميل رضوان، 2007، ص79)

4-7 العوامل الثقافية والاجتماعية: يتدخل المحيط الثقافي والاجتماعي في بناء شخصية الفرد وتحديد سلوكه، لذلك تؤثر العوامل الثقافية والاجتماعية على الصحة النفسية للفرد ومن أهمها ما يلي:

— العادات والتقاليد و القيم والمعايير السائدة .

— أساليب تربية الأطفال (التعبير العاطفي ،والإعداد للحياة ،وأسلوب التعامل...الخ).

— الظروف الاجتماعية والاقتصادية (ظروف السكن ،والعمل والتغيرات الاجتماعية).

— التعقيد الثقافي وعدم توافق الفرد مع مجتمعه وثقافته المتنوعة ،ويتوقف ذلك التأثير

على نوعية شخصية الفرد ونمطها .(عبد الله عادل محمد،2001،ص183)

وهناك من يصنف عوامل اضطراب الصحة إلى نوعين :عوامل مهينة أي استعدادية للإصابة، وتخدم مجموعة من العوامل تهيب الفرد وتجعله عرضة للإصابة باضطراب ما، ويدخل فيها العوامل الوراثية والعضوية والنفسية والاجتماعية وهناك العوامل المفجرة أي المباشرة وهي تلك العوامل التي تعجل من حدوث الاضطرابات.

(العيسوي عبد الرحمان،1992،ص411)

7-5 الأسباب الحيوية والبيولوجية:

وتضم هذه المجموعة عددا كبيرا من العوامل السببية منها الوراثية، والكيميائية والعضوية تشمل العوامل ذات المنشأ الوراثي للصفات الوراثية التي تنتقل إلى الأحفاد والأبناء من الآباء والأجداد عن طريق الجينات، حيث يورث الاستعداد للمرض أو المرض ذاته مثل الحساسية بأنواعها والسكري.(عليوي نوال،2011،ص82)

أما العوامل ذات المنشأ الكيمياوي فتشير إلى أن هناك نوع من التوازن الكيمياوي في جسم الإنسان، هذا التوازن هو الذي يتحكم في النمو والتكاثر، وعمليات الهدم والبناء التي تؤمن الطاقة الضرورية للعمليات الحيوية، وتتحكم في عملية التمثيل الغذائي هذه الإنزيمات والفيتامينات والهرمونات التي تفرز الغدد الصماء التي لها اثر وظيفي واضح مثل الغدد النخامية، والدرقية، والكظرية، والبنكرياس، والغدة الجنسية، فمثلا أن نقص هرمون الأنسولين الذي يضبط مستوى السكر في الدم يحدث مرض السكري، أما زيادة إفراز الأنسولين يحدث نقص في مستوى السكر بالدم مما يؤثر في الجهاز العصبي (عبد

الله عادل محمد، 2001، ص190)، كذلك هناك العوامل ذات المنشأ العضوي والتي يمكن أن تحدث خلل في الشخصية، وبالتالي تؤثر على صحة الفرد يمكن أن نذكر منها الشكل العام للجسم والعاهات والتشوّهات الخلقية، هذا الذي يمكن أن يؤثر على الفرد في مدى تقبله لذاته.

وعليه يمكن للصحة النفسية أن تتأثر بعوامل كثيرة تمتد من الضغوط الخارجية، التي يصعب على الفرد التعامل معها إلى العلل البيولوجية، أو الأمراض العضوية التي تعوق وظائف المخ .

خلاصة الفصل:

تعرفنا من خلال هذا الفصل على مفهوم الصحة النفسية، وتبين لنا اختلاف أوجه نظر الباحثين في تحديد مفهوم هذه الصحة، فمنهم من يرى أن الصحة النفسية تعني الخلو من الاضطرابات النفسية والعقلية، في حين أن البعض الآخر يرى بأن الصحة تتمثل في خلو الفرد من الأعراض المرضية بالإضافة إلى ضرورة توافر عناصر ايجابية والخلو من العناصر السلبية مثل الشعور بالرضا والكفاية والسعادة . كما أن مفهوم الصحة مفهوم نسبي يختلف من مجتمع لآخر، ومن فرد لآخر .

لكن ما لا يختلف فيه اثنان هو اعتبار أن الصحة النفسية أمر ضروري لاستمرار البشرية، تظهر من خلال سلوكيات الأفراد وطبيعة علاقتهم ببعضهم البعض، انطلاقاً من الأسرة الصغيرة، وصولاً إلى المجتمع الكبير .

سنحاول من خلال الفصل المقبل التطرق الى مفهوم الأسرة بصفة عامة ثم التطرق إلى علاقة أب/ طفل تريزومي.

الفصل السادس

الأسرة - الأب

علاقة الأب

بالطفل التريزومي

التريزومي

مقدمة الفصل:

إن وجود طفل معوق داخل الأسرة سيضاعف إلى حد كبير الضغوط الأسرية وتصبح بداية لسلسلة هموم نفسية لا تحتمل، باعتبار أن الوالدين بصفة خاصة يتطلعان لميلاد طفل عادي ومعافى صحياً وجسماً، ولهذا فإن ميلاد طفل ذي إعاقة في الأسرة، حاملاً لتريزوميا(21) يمثل صدمة شديدة لأعضاء النسق الأسري، حيث تتحطم الآمال والطموحات، وفرص تبادل الاتهامات، ما يؤدي إلى اختلاف الآراء، ولوم الذات والآخرين بل وتحطيم للثقة في الذات، وتعطيل للإرادة وقد يمتد إلى عدم الرضا عن الحياة، مثل هذا الحدث إذاً سيشكل لا محال تغييراً كبيراً في الأسرة، يتأثر به جميع أفرادها.

سنحاول من خلال هذا الفصل التطرق إلى مختلف التعاريف التي تناولت مفهوم الأسرة، ثم التطرق إلى دور الأب عبر العصور المختلفة، بعدها سنتناول أهم الأبحاث والنظريات التي عنيت بدراسة الأب، لنصل إلى تحديد علاقة أب/طفل ثم علاقة أب/طفل تريزومي.

1- تعريف الأسرة:

يعتبر مفهوم الأسرة من المفاهيم التي حظيت باهتمام كبير من طرف الباحثين والمهتمين بميدان الأسرة والعائلة، سنحاول فيما يلي ذكر بعض هذه التعاريف:

مفهوم الأسرة لغة هو الربط والقيود، جاء في القرآن الكريم «نحن خلقناكم وشددنا أسرهم وإذا شئنا بدلنا أمثالهم تبديلاً» (سورة الإنسان، الآية 28)، ومنها أيضاً الأسير أي أسير الحرب. (محمد بومخلوف وآخرون، 2008، ص19)

ويعرف معجم مصطلحات الطب النفسي الأسرة على أنها: «الوحدة البنائية للمجتمع، وتتكون من شخصين أو أكثر يعيشون معاً، والأهمية النفسية للأسرة تؤكدتها الدراسات

التريزومي

لتأثير العلاقات الأسرية على الفرد في حالة الصحة والمرض النفسي، ويهتم الطب النفس بالتاريخ الأسري للحالات وكذلك توجد أساليب للعلاج النفسي الأسري» لظي الشربيني، بدون سنة.

أما من المنظور السوسولوجي فأشهر التعاريف ما عرضه "برجس ولوك" على أنها «جماعة من الأشخاص اتحدوا برباط الدم أو التبني ويتكون منهم بيت واحد فيتفاعلون ويتصل بعضهم ببعض في قيامهم بأدوارهم الاجتماعية الخاصة بكل منهم كزوج وزوجة وأم وأب وابن وابنة وأخ وأخت، ويكونون تحت ظل ثقافة مشتركة يحافظون عليها.

(محمد بومخلوف وآخرون، 2008، ص19)

هذا التعريف يتفق مع التعريف الذي وضعه كل من "اوجبيرن ونيمكوف" على اعتبار الأسرة هي: «رابطة اجتماعية تتألف من زوجين وأطفالهما، أو بدون أطفال، أو زوج بمفرده مع أطفاله أو زوجة بمفردها مع أطفالها، وقد يتسع نطاق الأسرة ليشمل الأجداد، والأحفاد، وبعض الأقارب شريطة أن يكونوا مشتركين في معيشة واحدة مع الزوجين والأطفال».

(محمد بومخلوف وآخرون، 2008، ص20)

إن مثل هذا التعريف يعتبر الأقرب للمجتمع الجزائري، إذ يوسع من نطاق الأسرة لتشمل العائلة الكبيرة شريطة أن يكونوا مشتركين في معيشة واحدة.

كما يعرف "Selvini Palazzol" الأسرة على أنها: « مجموعة طبيعية لها تاريخ مشترك ». (خرخاش أسماء، 2009، ص33)

كما يعرف "Bowen" (1978) العائلة على أنها: « نظام، ومن هذا المنطلق أي تغيير يحدث في جزء من هذا النظام يتبعه تغيرات تعويضية في الأجزاء الأخرى. »

(كلثوم بالميهوب، 2006، ص160)

التريزومي

أما "Mostefa Boutefenouchet" فيرى أن الأسرة عبارة عن إنتاج اجتماعي،
تعكس صورة المجتمع الذي تتواجد و تتطور فيه.

(Mostefa Boutefenouchet,1980, p19)

وعليه ولتعدد هذه التعاريف، يصعب وضع تعريف شامل للأسرة إلا أن هذه التعريفات
وأخرى اتفقت على أربعة معايير لتحديد مفهوم الأسرة وهي :

1- معيار الرابطة القانونية الشرعية الاجتماعية بين رجل و امرأة اللذين هما الزوجين.

2- والرابطة البيولوجية التي هي الآباء والأبناء.

3- والرابطة المجالية وهي الاشتراك في مجال معيشي واحد وهو الدار أو البيت .

4- والرابطة الوظيفية والعضوية وهو وجود نوع معين من التعاون بينهم والإحساس
والشعور المشترك بالمسارات والهموم.

مع ملاحظة أن هذه المعايير هي معايير نسبية لتحديد مفهوم الأسرة، حيث توجد أسر
بدون علاقات دموية-بيولوجية كما حالة التبني في بعض المجتمعات، كما أن العلاقة
القانونية الشرعية بين الزوجين قد تختلف من مجتمع لآخر وأيضاً من حيث الاتساع
والتركيب والمعيشة ،وهكذا... (محمد بومخلوف،2008،ص19)

وعليه يمكن اعتبار الأسرة نظام اجتماعي يتكون من العديد من الأفراد :الأب، الأم،
الأبناء...،يشير هذا النظام الى مجموعة من المكنات والأدوار المكتسبة عن طريق
الزواج والإنجاب، هذه المكنات والأدوار تحدد تصرفات الأفراد وعلاقاتهم مع الآخرين .

ولعل أهم مكانة -دور داخل النظام الأسري يعود للرجل(الأب) (Medhar
Slimane,1992,p52) لأنه يعتبر رئيس الأسرة إذ أن له الحق الشرعي والقانوني في
عصمة الزواج، كما انه يحدد هوية الطفل ويمنحه اللقب وينسبه إليه، وهو يعتبر العائل

التريزومي

الأول للأسرة فهو يمنحها بكل ما تحتاج إليه من الناحية المادية ويضمن لها الرعاية والأمان، وهو يقدم السند والحب لزوجته، فهو بهذا الشكل يشارك في ضمان الصحة النفسية لعائلته ولأبنائه بصفة خاصة حيث انه في تفاعل مستمر معهم فيؤثر ويتأثر بهم. هذا الذي دفع بنا إلى تناول الأب كموضوع دراسة من حيث استجابته لصدمة إعاقة ابنه، باعتبار أن الدراسات قد أكدت على أن الإعاقة تشكل صدمة للأولياء وتتجر عنها عدة ضغوطات، هذا الذي سنحاول البحث عنه من خلال الجانب التطبيقي من البحث ولكن سنقوم فيما يلي بتناول الدراسات والنظريات التي اهتمت بدراسة الأب.

2- دور الأب عبر العصور:

1-2 دور الأب في العصور القديمة الرومانية: حسب "Thomas" (1984) يظهر أن سلطة الأب كانت كبيرة عند الرومان، حيث انه بعد ولادة ابنه هو يقرر قبوله أو رفضه ففي حالة رفعه فقد كتب للصبي حياة جديدة، أما إذا وضعه في الأرض يعني هذا انه معاق ومشوه فهو يقتل، فالأطفال بالنسبة لهم في ذلك الوقت، لا بد لهم أن يكونوا أصحاء جسديا وعقلياً، فالأولاد هم مثاليين (الذكور خاصة) لأنهم يكملون مسيرة الأب، وهذا يستتشف من خلال الألم الغائر عند فقدان احد الأولاد. (Le Camus,1995,p33)

2-2 دور الأب في عصر ما بين الميلاد إلى عصور النور: يصفه "Delumeau" (1990) بأنه العصر الذهبي للأب، حيث أن الأب هو الذي يضمن النظام العمومي والسند للمجتمع، فمن الطبيعي أن يحكم العائلة كما يحكم الأمير الدولة. (Le Camus,1995,p34)

2-3 دور الأب في عصر ما قبل الصناعة "القرون الوسطى": حسب "ARIES" (1960) في (Le Camus,1995) المجتمع قبل الصناعة يتميز بأن الرجال والنساء منفصلين في الحياة اليومية (هذا التقسيم يميز بمكان تواجدها أيضا) ولا يكون الاجتماع إلا في وقت الأكل أو الجماع. لا يكون الأب بقرب المرأة الحامل ولا الطفل حديث الولادة، فالأب

التريزومي

مقصي من بعد عملية الجماع، فالطفل يربي في مجتمع النساء والأب مثله مثل أي رجل آخر لا يراه إلا من وقت لآخر ليداعبه، ثم في فترات لاحقة أي بعد الفطام. فدور الأب هنا بعيد عن العائلة إنما اهتمامه بالمجال الاقتصادي. حسب دراسة "Shorttr" (1993) من خلال نفس المرجع، في عائلة القرن 16 إلى القرن 17م، أظهرت أن التفرقة بين الدورين في القرى يعود أيضا إلى طبيعة الأعمال المكافئة، فالمرأة تكاف بالشؤون الداخلية: الطبخ، النظافة، مصاريف البيت، أعمال يدوية وطبعا تربية الأبناء، أما الرجال فلهم مهمة إشعال النار، الحراسة، العناية بالإسطبل أي الشؤون الخارجية .

2-4 دور الأب في العصر الحديث :

أظهرت دراسة أمريكية لـ "PLECK" (1986) الذي قدم تنظيم لتوالي الزماني خلال القرنين 19م و20م، أظهرت انه من الممكن أن يكون مر دور الأب الأمريكي بأربع مفاهيم رمزية تحدد خلال الحدود التاريخية بدقة، وهي كالتالي : أولا مرشد أخلاقي إلى غاية (1850) أين يضمن الأب للطفل معنى القيم، ثانيا سند العائلة من (1850 إلى 1930)، حيث يضمن الوظيفة الاقتصادية واحتياجات المجموعة العائلية، ثالثا نموذج نسلي من (1945 إلى 1975) حيث يسمح للأبناء ببناء هويتهم الجنسية، خاصة الطفل الذكر، رابعا مربى منذ (1975) أين يأخذ الأب مكانة العناية، اللعب، التربية المبكرة... الخ بمعنى التفاعل المباشر.

(Le Camus, 1995 pp31-35)

إن كثير من الآباء اليوم يشاركون أطفالهم حياتهم، ويحاولون فهم مشاعرهم والتعاطف معها، كما يلعبون دورا مهما في تربيتهم ورعايتهم، وفي بعض الأحيان يلتحق بعضهم بالدراسة ليعودوا أنفسهم لكي يكونوا آباء صالحين، وهؤلاء الآباء لا يخلطون إذا رآهم احد يعتنون بأطفالهم، وإذا كبر الأبناء فإن الآباء يقدمون لهم المساعدات المالية والاجتماعية

التريزومي

حتى بعد زواجهم إذا أمكنهم ذلك. ولم يعد البيت بالنسبة للرجل مكان للراحة فحسب، بل أصبح مكانا للحياة المشتركة. (سواء الحولي، 1983، ص88)

3- أهم الأبحاث التي عنيت بدراسة الأب :

إن معظم الدراسات والأبحاث التي اهتمت بالأب، جاءت وتطورت تبعا للدور الذي كان يلعبه الأب ضمن الأسرة عبر الأزمنة المختلفة (هذا الذي تم التطرق إليه في الفقرة السابقة)، وكذلك للمكانة الاجتماعية التي كان يحتلها الأب داخل المجتمع.

▪ أول مرحلة كانت من (1950) حتى بداية السبعينات، كان الأب يتدخل في تربية الطفل في فترة متأخرة وبشكل متسلط مقارنة بالأم التي تضمن وظيفة السند بشكل مباشر.

اهتمت الدراسات آنذاك بالبحث عن مدى أثر فقدان أو ضعف سلطة الأب: مجازيا هي نفس الدراسات التي اهتمت بمدى اثر فقدان الرعاية الامومية، وذلك من خلال الدراسات التي قام به كل من "Spitz" و "Bolwby" والتي تم تحويلها على الأب .

(Noël R .F.Cyr,2009, p564-565)

حسب (J.Le Camus 1997) في (R .Noël ,F .Cyr) فإن الغذاء السيكولوجي الذي كان يقدمه الأب، هو السلطة، لكن نشاط الأب وعلاقته بطفله كان بطريقة غير مباشرة، وهذا عن طريق توسط الأم». (Noël R .F.Cyr,2009, p565)

خلال المراحل التي تلت هذه الفترة تميزت بالتدخل المباشر للأب في علاقته مع الطفل واثرت ذلك على تطور الطفل بشكل عام.

▪ المرحلة الثانية: (النصف الثاني من سنوات السبعينات إلى غاية سنة 1985)، تميزت هذه المرحلة بتغيرات اجتماعية وعائلية كبيرة، أدت إلى إقحام الأب بشكل كبير في العائلة، حيث أصبح يهتم بابنه الرضيع ويمنحه الرعاية إلى جانب الأم، هو أب جسديا و عاطفيا موجود لكنه شبيه بالأم. في البداية اهتمت الدراسات بمقارنة آثار تواجد/غياب الأب

التريزومي

على التطور المعرفي والاجتماعي-الانفعالي للطفل، وهذا عندما كانت الأبحاث تركز على النقص المرتبط بغياب الأب. في مرحلة ثانية تم مراجعة هذه الأبحاث لتتحول إلى دراسات تبرز ما يمكن أن يقدمه الأب عندما يكون موجود.

حسب "M.Ainsworth" (1982) أصبحت الدراسات تهتم بمقارنة علاقة الآباء بالأطفال : تم مقارنة آثار تواجد الأم وتواجد الأب على الطفل، وتم التوصل إلى اعتبار الأب صورة تعلق ضعيفة ولكنها ثانوية . (R.Noël ,F.cyr,2009,p566)

وهنا تم ملاحظة أن الأب مختلف كثيرا عن الأم بالنسبة للطفل ولكن لم يتم تحديد مكانته ودوره بوضوح.

■ المرحلة الثالثة:(1985-1995) وهي مرحلة الأب المتميز (père différencié)، بمعنى انه لم يعد يعتبر أم ثانية للطفل بل أصبح شخص متميز عن الأم.

حسب "J.Le Camus" (1997) فإنه: (يوجد أنواع عديدة من الآباء، ضمن صنف الآباء) هذا الذي اعتبر اصطلاح جديد، ما دفع بالأبحاث والدراسات إلى مقارنة الآباء فيما بينهم وهذا حسب كيفية تواجدهم. كما أن مشاركة ودور الآباء في تطور الطفل أصبح متميز وواضح، فهو يؤثر على جوانب متعددة من نمو الطفل: اللغة-الذكاء-التنشئة الاجتماعية وكذا الهوية الجنسية. (R.Noël ,F.Cyr,2009,p566)

4-المكانة النفسية للأب حسب أهم النظريات التي تناولته:

إن التنظير حول مكانة وطبيعة الأب مر بمرحلة غياب كامل للدراسة في هذا الموضوع، بسبب الاهتمام والتركيز بعلاقة أم-طفل، نظرا للأهمية التي تكتسبها هذه العلاقة التفاعلية في حياة الطفل، ولكن مع بدء مشاركة الأب في نشاطات العناية والتربية

التريزومي

المبكرة للأطفال، أضحى موضوع الأب يشد اهتمام العديد من الدراسات إلا أن التنظير في هذا المجال يبقى ضعيف مقارنة للأهمية والمكانة التي يلعبها الأب في تطور الطفل . سنحاول فيما يلي الإشارة إلى بعض النظريات التي تناولت هذا المفهوم .

4-1نظرية التحليل النفسي: لقد قدم التحليل النفسي عن طريق "Freud" أول تصور للأب والذي ظهر من خلال عقدة الاوديب وذلك منذ بداية ظهور هذا المفهوم في الرسالة التي وجهها إلى "Fliess" سنة(1897) وإلى غاية التهيئة النهائية لهذا المفهوم سنة (1923)،و لقد طور فرويد تدرجيا عقدة الاوديب .

ولكن ما الذي يمكن أن نستخلصه فيما يتعلق بصورة الأب ؟

لا يوجد عند فرويد ما يشير إلى الأب كموضوع حقيقي، الأب عند فرويد ينحصر ضمن صورة اوديبية، وقبل هذه المرحلة القضيبية -الاوديبية لا يوجد بالنسبة للطفل أب متميز عن الأم ،بل هناك علاقة ثنائية التحامية تجمع الأم بالطفل، في حين يبقى الأب خارج هذه العلاقة. هذه الصورة للأب الخارجة عن الثنائية أم/طفل سادة ولمدة طويلة خلال القرن XX وتناسبت مع المكانة الاجتماعية التي كان يحتلها الأب آنذاك.

في حين قدم "Lacan" اقتراحات حول هيكله وظائف الأب وتأثيراتها في نفسية الأفراد في محاولة منه لتحديد بشكل أدق وظيفة الأب داخل عقدة الاوديب، ذلك ولتجنب بعض المفاهيم النظرية التي وضعها Freud وأتباعه .

قام Lacan بوضع قانون رمزي لما تحمله كلمة أب والتي تشير رمزيا إلى وظيفة الأب، هذه الوظيفة الرمزية للأب تسمح ببناء شخصية الطفل.

حيث انه ومن خلال علاقة الطفل بالأم، تقوم الأم بتلبية حاجات الطفل دائما، ولكن عندما تغيب في بعض الأحيان ولا تلبي رغبة الطفل بشكل سريع يتساءل الطفل من

التريزومي

الناحية الهوامية: "من أكون أنا؟"، و"ماذا تريد؟"، وهنا يلاحظ أن الأم ترغب بشيء آخر غيره.

(R .Noël ,F .Cyr,2009 , pp543-546)

حسب "P.Julien" (1992) الجواب يأتي من الأم لأنها تشير إلى شيء ناقص فيها (القضيب)، وهو خارج عنها، وهي بهذا الشكل توفر مكان لتواجد شخص ثالث في العلاقة وهو الأب. (R .Noël ,F .Cyr,2009,p547)

4-2 نظرية علم النفس التطور: تمت هذه الدراسات بطريقة تجريبية، خارج الوسط العيادي، الذي يهدف إلى الفهم والوقاية أو التصحيح، حاولت هذه النظرية البحث عن إيجابيات وجود الأب، وذلك من خلال ملاحظة الآباء وملاحظة العلاقة أب/طفل في إطارها العادي بدلا من البحث عن سلبيات وأثار غيابه، وبالتالي التعرف على وظيفته . قامت هذه الدراسات بالبحث عن الوظيفة التي يقوم بها الأب هنا والآن، بدلا من التساؤل عن هويته(مثل ما تحاول البحث فيه مدرسة التحليل النفسي)، كما أنها لم تهتم بالأبوة كمبدأ عالمي، أو رمزي، وإنما ترى أن الأب أحداثي (évémentiel) شاهد وعضو في الحياة اليومية، شريك دائم للطفل داخل الأسرة.

(R .Noël ,F .Cyr,2009 ,p563-564)

5-علاقة أب / طفل:

إن تمركز محتوى علم النفس الطفل على الأهمية ودور الحاسم للأم، أدى إلى التقليل من اثر الاستثمار(المباشر أو الغير مباشر) للآباء على الصحة والتطور النفسي للأبناء (Daniel Paquette,2004,p206)،حيث انه ومنذ السنوات السبعينات "M.E.Lamb" (والذي يعد من أهم الباحثين الذين اهتموا بدراسة علاقة أب /طفل) اقر بقلة الدراسات التي تهتم بهذه العلاقة ويرى أن الأب عضو "منسي" في تطور الطفل .

(R .Noël ,F .Cyr,2009 ,p567)

التريزومي

بدأت الأبحاث والدراسات التي اهتمت بدراسة علاقة أب/طفل بمقارنة هذه العلاقة بما يشبهها وما يختلف عنها في علاقة أم/طفل، وأظهرت هذه الدراسات حسب "M.E.Lamb" (1997) أن الرضع يتعلقون بالأب، وان الأب يؤثر على الطفل في ميادين متعددة منها: الهوية الجنسية، كذلك يؤثر على الطفل من الناحية المعرفية والدافعية (الأب عامل منبه و مشجع)، أما من الناحية اللغوية (يفرض الأب الانتباه ويتكلم بطريقة متسلطة)، وكذا له دور في تعليم العادات الاجتماعية ...

أما من ناحية التعلق فيرى " M.E.Lamb" (2004) أن الطفل يتعلق بالأم والأب معا، غير أن الرضيع يفضل الأم، أما في حالة ما إذا كان الأب أول صورة تعنتي بالرضيع، فإن هذا الأخير يتعلق بالأب، وعليه فإن الرضيع يتعلق بأول صورة تقدم له العناية مهما كان جنس الوالدين، في حين أظهرت بعض الدراسات انه لا يوجد فرق بين الوالدين من ناحية تعلق الطفل بهما، لكن الشيء المؤكد هو أن الطفل وابتداء من سن الثانية من عمره يطور اهتمام اكبر بالأب، خاصة عند الذكور. (R.Noël ,F .Cyr,2009,p567)

كما أن الدراسات المقارنة لتفاعلات أم/طفل وتفاعلات أب/طفل أظهرت حسب "Pedersen" (1980) و "Yogman" (1981) أن الآباء والأمهات لديهم نفس الكفاءة والقدرة في التفاعل والتواصل مع الرضع. غير أن الآباء يسعون إلى إثارة الطفل في حين أن الأمهات تسعى إلى تهدئته. وعليه فان تعلق الطفل بأمه يتطور ضمن محتوى العناية، في حين تعلق الطفل بأبيه يتطور عن طريق الألعاب الحركية (jeux physiques).

(Daniel Paquette,2004,p212)

اقترح "Daniel Paquette" تسمية علاقة طفل /أب (العلاقة المنشطة) (relation d'activation) وهذا للإشارة إلى الرابط العاطفي الذي يربط الآباء بالأبناء، على عكس

التريزومي

علاقة التعلق (relation d'attachement) التي تجمع الأمهات بالأبناء والتي تهدف إلى تهدئة الأبناء.

(العلاقة المنشطة) التي تجمع الآباء بالأبناء تهدف إلى تلبية الحاجة النشطة للطفل، وكذا الحاجة للتجاوز وتعلم المجازفة، وهذا ضمن محتوى ثقة، حيث أن الطفل محمي من الأخطار التي يمكن أن تحدث له. (Daniel Paquette,2004,p213)

إن المهارات المعرفية والاجتماعية للطفل تختلف من الطفولة إلى المراهقة، وعليه فإن تدخل الأب وعلاقته بابنه تختلف من مرحلة إلى أخرى. (R.Noël ,F .Cyr,2009,p569)

حسب " M.E.Lamb "(1997) علاقة أب/طفل لها دور ومكانة كبيرة في حياة الفرد إذ لها قيم (prédictive) في التنظيم النفسي الاجتماعي المستقبلي، والاستقرار العاطفي، والرضا الزوجي في حياة الراشد. (R.Noël ,F .Cyr,2009,p570)

6- علاقة أب -طفل تريزومي:

يمثل الطفل امتدادا بيولوجي ونفسي للوالدين، ميلاده دليل للأب على قدرته على الإنجاب أولا، كما قد يضمن هذا الطفل (خاصة إذا كان ذكرا) تواصل وتخليد اسم العائلة، يساعد ويشارك أباه في العمل، يحافظ على ميراث العائلة...، فهو يرى فيه مشروع المستقبل الذي يستثمر فيه عطاءه النفسي والمادي في الحياة.

فماذا إذا كان هذا الطفل حاملا لتريزوميا 21؟

إن ميلاد طفل يحمل "عرض داون" سيشكل بالنسبة للأب صدمة نفسية، فهو عكس تماما ما كان ينتظره، كما أن خصوصيات هذه الإعاقة بما في ذلك الخصوصيات الفيسيولوجية (هشاشة جسمية) وتأخر النضج العقلي، سيفقد الأب الفخر والإثابة المرتبطة بالأبوة، ومن ثم الشعور بالكفاءة والجدارة الذاتية، كما أن هذا الميلاد في حقيقته هو استبدال للحلم الذي راوده في الحصول على طفل معافى وسليم .

التريزومي

إن استجابات الوالدين لمثل هذه الصدمة تتحدد في أربعة أنواع من السلوكيات، وهي تحدد نوعية العلاقة بين الوالدين والطفل التريزومي وهي كالتالي:

6-1 الحماية: وهو سلوك معقد غالب يظهر عند الوالدين، وهو شعور مؤلم يتشكل من حب مفرط لحماية الطفل، غالبا ما يكون فيه خلط بالشفقة التي تكون نوعا ما شعورية والألم النرجسي، يظهر من خلال السلوك المبالغ للوالدين في الحضانه، أو العكس الإجبار المبالغ في تعلم الطفل المعاق.

6-2 الرفض: إن الاكتشاف الخام لحقيقة غير مرغوب فيها، قد يؤدي إلى رفض نوعا ما عميق وشعوري أحيانا، يمكن أن يظهر من خلال التخلي عن هذا الطفل المعاق أو الرفض المؤقت بسبب عدم القدرة على العناية بالطفل في الوقت الراهن مثل: استشفاء الطفل التريزومي، أو وضعه في دور اليتامى لمرحلة معينة.

6-3 المزايدة في تطيب حياة الطفل (Hypermédication de la vie de l'enfant): إن

الإعلان عن تريزوميا الطفل مرتبط بمفهوم "المرض الجيني" أو بشكل مبسط فهو مرتبط بمفهوم "المرض"، هذا الذي يدفع بالوالدين إلى البحث عن المساعدات الطبية المتنوعة: عدة فحوصات، الأدوية المختلفة، البحث عن المستجدات الطبية في هذا المجال.

كما أن الوالدين يسعيان خاصة في المراحل الأولى من حياة الرضيع التريزومي إلى عزله عن الوسط العائلي بحجة انه مريض ويمكنه أن يتعب و أن النوم هو أفضل له، وتجنبيه كل ما قد يؤدي به إلى الإصابة بأمراض معدية .

6-4 تحول العلاقة أم / طفل:

التريزومي

إن التعرف المبكر على تريزوميا الطفل يدفع بالأم إلى انتهاج سلوكيات تربوية قبل تشكل العلاقة العاطفية الثنائية أم/طفل، تبدأ الأم تدريجياً بالتصرف على أساس أنها "مربية" وليست "أم"، حيث أن البعد العاطفي يكون مضطرب كلياً. (M.Guillert,2000,p18-19)

أما فيما يتعلق بعلاقة الأب بالطفل التريزومي واستجابته لمثل هذه الصدمة، فإن الأبحاث في هذا المجال اهتمت بدراسة استجابة الوالدين معا و/أو استجابة الأم لصدمة إعاقة الطفل (على حسب اطلاع الباحثة)، إلا أننا يمكن أن نستنتج أن علاقة الأب بالطفل التريزومي تتحدد بطريقة استجابته لصدمة ميلاد هذا الطفل، ودرجة تقبله لها، كذا الظروف والوسائل المسخرة لمساعدة الوالدين للتكيف مع إعاقة الطفل .

بالمقابل فإن «الوالد الغائب» ، أو الذي يتميز بقلة تفرغه بسبب ألامه، أو الوالد المتغير، أو غير الواثق، سيؤثر على النمو النفسي-الحركي للطفل التريزومي وبالتالي سلوكه وقدرته على التعلم . (D.Vaginay,2000,p12)

إن التعامل مع هذا الألم إذن ليس شيئاً سهلاً بالنسبة للوالدين، ومن هنا تظهر أهمية المهنيين، إذ يمكن للاستماع العلاجي أن يقدم إجابة لهذه الوضعية، على المهنيين أن يكونوا متفرغين للأبوين ولمدة طويلة، وعليهم مساندة ومساعدتهم للتغلب على إحساسهم بالعجز، وهم بذلك يساعدونهم على أن يكونوا بدورهم متفرغين لأطفالهم وان يشكلوا روابط معهم .

خلاصة الفصل :

تبين لنا من خلال هذا الفصل، الأهمية والدور الفعال الذي يلعبه الأب في علاقته مع الطفل، كما أن ميلاد طفل معاق، أو حامل للتريزوميا (21)، سيخلق للوالدين بصفة عامة

التريزومي

صدمة، ويعرضهم للعديد من الضغوط الأمر الذي يجعل الآباء في حاجة إلى تطوير استراتيجيات مناسبة لتلبية الحاجات المرتبطة بإعاقاة الطفل، فضلاً عن تلبية الحاجات الخاصة بهم لمواجهة الضغوط النفسية الناجمة عن إعاقاة الأبناء، وهذا يعني عدم إمكانية إشباع حاجات المعوقين دون تلبية الحاجات الخاصة بأسرهم، فالطفل المعوق يُكون مفهومه نحو ذاته ونحو الآخرين من خلال اتجاهات أعضاء الأسرة نحوه، فالأسرة بالنسبة للمعوق هي العالم الأول الذي يرسم له صورته عن الآخرين، ولذا يجب التأكيد على أن حاجات المعوق لا تنفصل عن حاجات الأسرة مما يؤكد أهمية الاقتناع بأن ما يقدم للأسرة من إرشاد ومصادر دعم إنما هي في الحقيقة دعم لجميع أفراد الأسرة بما فيها المعوق ذاته وهذا يتطلب من العاملين مع المعوقين مراعاة حاجات أسرة المعوق ومحاولة تليبيتها، لأن ليس الهدف من تقديم خدمات التربية الخاصة هو الاهتمام بالمعوق وتلبية حاجاته فقط، بل تقديمها له في إطار الخدمات المقدمة للأسرة ككل.

الجانب التطبيقي

الفصل السابع

إجراءات الدراسة

الميدانية

الميدانية

مقدمة الفصل:

لاشك أن أي بحث، تتحدد قيمته العلمية ومصداقية نتائجه من خلال الطريقة المنهجية التي يسلكها الباحث في سبيل اختبار فرضيات بحثه، أو من أجل الوصول إلى الأهداف التي سطرها في دراسته، وبعد تطرقنا للفصول المختلفة من الجانب النظري، سنحاول من خلال هذا الفصل التعرف على الجانب المنهجي وإجراءات الدراسة الميدانية الذي تمت على أساسها هذه الدراسة، وذلك من خلال التعرف على منهج الدراسة، ثم التعرف على حدود الدراسة بأبعادها المختلفة: الحدود المكانية، الزمانية، والحدود البشرية ثم لنتطرق في الأخير إلى أدوات القياس التي تم العمل بها من أجل فحص فرضيات البحث، وكذلك الأساليب الإحصائية.

1- منهج الدراسة:

اعتمدت هذه الدراسة على المنهج الوصفي، كونه يلاءم طبيعة الموضوع وذلك من خلال دراسة العلاقة الارتباطية بين متغيرين وهما استراتيجيات مواجهة الضغوط والصحة النفسية لدى آباء الأطفال التريزوميين.

ويعرف "تركي رابح" (1984) المنهج الوصفي على أنه : « كل استقصاء ينصب على ظاهرة من الظواهر النفسية والاجتماعية كما هي قائمة في الحاضر، بقصد تشخيصها وكشف جوانبها، وتحديد العلاقات بين عناصرها وبين ظواهر أخرى، وذلك قصد بناء معقول للأحداث، والتي يعتبر الإنسان مصدرا لها. » (طالح نصيرة، 2011، ص120)

وعليه استخدمت هذا المنهج لأنه الأنسب لهذه الدراسة، فهو يهدف إلى وصف الظاهرة كما هي دون تدخل الباحث في مجرياتها وذلك من خلال جمع البيانات عن طريق التقنيات المختلفة (المقابلة، المقاييس، الاختبارات...)، بل انه لا يكتفي بوصف حدود الظاهرة فحسب بل يذهب إلى ابعاد من ذلك، فهو يهدف إلى تحليل بياناتها وبيان العلاقة بين

الميدانية

مكوناتها والآراء التي تطرح حولها، والعمليات التي تتضمنها وهذا بغرض الإجابة عن تساؤلات محددة للبحث.

2- حدود الدراسة :

1-2 الحدود الزمنية: تمت هذه الدراسة في الفترة الزمنية الممتدة ما بين ديسمبر 2012 إلى غاية مارس 2014.

2-2 الحدود المكانية: تم انجاز هذه الدراسة عن طريق توزيع مقياسين وهما: استراتيجيات مواجهة الضغوط ومقياس الصحة النفسية (سيتم التطرق إلى المقياسين بالتفصيل من خلال عرض أدوات الدراسة) على عينة من أباء الأطفال التريزوميين، والمتواجدين في أماكن مختلفة وهي:

— أباء الأطفال التريزوميين المتمدرسين بالمركز النفسي-البيداغوجي بالروبية ولاية الجزائر.

— أباء الأطفال التريزوميين المتمدرسين بالمركز النفسي-البيداغوجي بعين طاية ولاية الجزائر.

— أباء الأطفال التريزوميين المتمدرسين بجمعية ANIT ولاية الجزائر.

— أباء الأطفال التريزوميين المتمدرسين بالمركز النفسي البيداغوجي بتيجلابين ولاية بومرداس

— أباء الأطفال التريزوميين المتمدرسين بالأقسام المدمجة ببومرداس .

| عدد الآباء المشاركين في الدراسة | أماكن إجراء البحث |
|---------------------------------|--------------------------------------|
| 10 | -المركز النفسي البيداغوجي بروبية |
| 05 | - المركز النفسي البيداغوجي بعين طاية |
| 15 | - المركز النفسي البيداغوجي بتيجلابين |
| 03 | ANIT- |
| 04 | -الأقسام المدمجة ببومرداس |

الميدانية

الجدول رقم(1): توزيع الآباء المشاركين في الدراسة حسب أماكن إجراء البحث

إن تعدد أماكن إجراء البحث يهدف أولاً إلى إثراء البحث ،وذلك من خلال منح الفرصة لعدد كبير من آباء الأطفال التريزوميين في الظهور في عينة البحث وذلك عبر مناطق مختلفة، ثانياً تعذر إجراء البحث في المكان الواحد بسبب رفض العديد من الآباء المشاركة في الدراسة، وذلك من أجل اعتبارات عديدة .

2-3 الحدود البشرية: تم إجراء البحث على عينة من الآباء الذين يحمل احد آبائهم

"عرض داون " أو ما يعرف بتريزوميا (21)

3-عينة الدراسة:

قدر حجم العينة بـ (37)أب يحمل ابنه متلازمة دون، ويمكن تلخيص خصائص العينة من خلال الجدول رقم (2):

| آباء الأطفال المصابين بتقارن داون | خصائص العينة |
|-----------------------------------|-----------------|
| 37 | العدد |
| ما بين (35 إلى 55) سنة | السن |
| من الابتدائي إلى المستوى الجامعي | المستوى الدراسي |

الجدول رقم(2) خصائص العينة

بلغ عدد الآباء المشاركين في الدراسة بـ 37 أب يحمل احد أبنائه عرض داون ،كما تراوح سن هؤلاء الآباء ما بين 35 و 55 سنة ،كما قد تراوح المستوى الدراسي لعينة البحث بين المستوى الابتدائي والمستوى الجامعي.

❖ **رتبة الابن:** إن رتبة الطفل الحامل لعرض داون بالنسبة للآباء المشاركين في الدراسة من بين المتغيرات التي اهتمت بها هذه الدراسة ، حيث احتلت الابن

الميدانية

الحامل لمتلازمة داون من الطفل الأول إلى رتبة الطفل المتوسط إلى رتبة الطفل الأخير والجدول : (3) يوضح ذلك:

| الرتبة | الأولى | المتوسطة | الأخيرة |
|------------------------------|--------|----------|---------|
| توزيع الأطفال التريزوميين | 04 | 10 | 23 |
| المجموع | 37 | | |

جدول رقم (3) توزيع الأطفال التريزوميين حسب الرتبة

4- أدوات الدراسة :

وضعت أدوات الدراسة بهدف دراسة العلاقة بين استراتيجيات مواجهة الضغوط والصحة النفسية لدى آباء الأطفال التريزوميين، لذلك حددت أدوات الدراسة على النحو التالي :

– مقياس استراتيجيات مواجهة الضغط

– مقياس الصحة النفسية

4-1 مقياس استراتيجيات مواجهة الضغط:

تم بناء مقياس مواجهة الضغوط من طرف لازروس و فولكمان (LAZARUS & FOLKMAN) سنة 1984، والذي يتألف من (67) بندا وشمل خطوات عمله حول صدق المقياس استجاب (100) فرد كل شهر ولمدة سنة، وكان يطلب منهم وصف وضعية ضاغطة والإشارة إلى نوع الاستراتيجيات الأكثر استعمالا لمواجهة تلك الوضعية.

الميدانية

وبعدها قام "VITALIANO et al" (1985) باقتراح نسخة مختصرة لهذا المقياس وتتكون من (42) بند.

بعد ذلك قام كل من "PAULHAN ,NUISSER,QUINTARD ,COUSSON,BOURGEOI

(1994) بتكييف النسخة المختصرة لـ VITALIANO حسب البيئة الفرنسية وكانت النتيجة الإبقاء على (29) بند، وكان الهدف من هذا العمل هو البحث عن مدى فعالية المواجهة في تعديل العلاقة (ضغط-توتر) وتوضح أنواع الاستراتيجيات المرتبطة بالصحة الجسدية والنفسية.

ويتضمن المقياس إستراتيجيتين أساسيتين وخمسة استراتيجيات فرعية، وهي على النحو التالي:

▪ استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل:

— إستراتيجية حل المشكل: وتتضمن (8) بنود هي: 1،4،6،13،16،18،24،27.

— إستراتيجية البحث عن السند الاجتماعي (5) بنود هي: 3،10،15،21،23.

▪ استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال:

— استراتيجيات التجنب وتضم (7) بنود هي: 7،8،11،17،19،22،25.

— إستراتيجية إعادة التقييم الايجابي وتضم (5) بنود هي: 2،5،9،12،28.

— استراتيجيات التأنيب الذاتي أو اتهام الذات وتضم (4) بنود هي: 14،20،26،29.

(انظر الملحق رقم:1)

1-1-4 الخصائص السيكومترية للمقياس:

اعتمدنا في هذه الدراسة على ترجمة المقياس التي قامت بها الباحثة زاهية خطار" (2001) والتعديل التي قامت به الباحثة "شهرزاد بوشدوب" (2008) لهذه الترجمة من خلال أطروحة الدكتوراه التي قدمتها.

الميدانية

وقد قامت الباحثة " زاهية خطار" بحساب صدق المقياس بطريقتين هما: صدق المحتوى وذلك بعد ترجمة المقياس وعرض الصورة الأولية على خمسة محكمين من أساتذة علم النفس وعلوم التربية بجامعة الجزائر بغرض تحديد مدى تكافؤ معنى البنود في اللغتين. كما قامت بحساب الصدق أيضا بطريقة الاتساق الداخلي بحيث قدرت قيمة معامل الارتباط بين الدرجة الكلية للمقياس والدرجة في المقياس الفرعي لاستراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل بـ: (0.80) والارتباط بين الدرجة الكلية للمقياس والدرجة في المقياس الفرعي لاستراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال بـ: (0.82) مما يدل على صدق المقياس.

كما أعدت الباحثة "بوشدوب" (2008) صدق المحكمين للأداة بعرض بنودها على عدد من أساتذة من قسم علم النفس وعلوم التربية والارطوفونيا بجامعة الجزائر وترتب عن هذا تعديل صياغة بعض البنود (18 و 19)

أما بالنسبة للثبات المقياس، فقد قامت الباحثة " زاهية خطار" (2008) بحسابه بطريقة التطبيق وإعادة التطبيق على عينة من التلاميذ من المستوى الثانوي بحيث قدر معامل الارتباط بيرسون بين درجات التطبيق الأول والتطبيق الثاني بـ: (r=0.90) مما يعكس ثبات قوي و مقبول للمقياس ونفس الطريقة قامت بها الباحثة بوشدوب وتحصلت على معامل ثبات يقدر بـ: (r=0.80) وهو معامل ثبات مقبول .

4-1-2 طريقة تصحيح المقياس :

يتم التنقيط وفق سلم متدرج من 01 الى 04 إذ تمنح النقاط وفق الجدول التالي:

| الإجابة | العلامة |
|--------------|------------|
| لا | نقطة واحدة |
| إلى حد ما لا | نقطتين |

الميدانية

| | |
|---------------|-----------|
| إلى حد ما نعم | ثلاث نقاط |
| نعم | أربع نقاط |

جدول رقم (4) : كيفية تنقيط مقياس استراتيجيات المواجهة

هذا التنقيط معتمد في جميع البنود ما عدا البند (15) الذي ينقط بعكس ما ذكر أعلاه أي من (04) إلى (01) (Paulhan et al,1994,p298,299)

4-2 مقياس الصحة النفسية:

استخدمنا في هذه الدراسة مقياس الصحة النفسية الذي أعده "صلاح محمد مكاوي" (2002)، والذي يهدف إلى التعرف التقديري على مستوى الصحة النفسية لدى الأفراد في أعمار زمنية مختلفة (18-55 سنة فأكثر) وتقدير مستويات الصحة النفسية المختلفة: منخفض - متوسط - مرتفع لدى شرائح عمرية مختلفة، وأيضا لدى الجنسين.

يتكون المقياس من (56) عبارة تمثل الأبعاد المختلفة لمقياس الصحة النفسية (انظر الملحق رقم 2)، ولقد تم التأكد من صدق المقياس من طرف الباحثة "سليمانى جميلة" من خلال رسالة الدكتوراه تحت عنوان "علاقة الفضاء المنزلي بالصحة النفسية لدى سكان إحياء القصبة بالجزائر العاصمة" سنة (2009)، وذلك باستخدام الصدق التلازمي، حيث قامت

الباحثة بتطبيق المقياس على عينة التقنين وتطبيق مقياس جودة الصحة النفسية الذي أعده "مصطفى الشرقاوي" (1999)، وقد دلت نتائج الصدق التلازمي على وجود ارتباط دال إحصائيا عند (0.01) بين درجات أفراد عينة التقنين في مقياس الصحة النفسية، وبين درجاتهم في مقياس جودة الصحة النفسية، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط بين التطبيقين (0.062)، وهذه النتيجة تؤكد صدق مقياس الصحة النفسية.

(سليمانى جميلة، 2009، ص246)

الميدانية

كما قامت الباحثة "سليماني جميلة" من التأكد من ثبات المقياس، وذلك بحساب معامل ثبات مقياس الصحة النفسية باستخدام طريقة إعادة تطبيق الاختبار وذلك بعد ثلاثة أسابيع من التطبيق الأول على عينة التقنين حيث بلغ (0.63)، وللتأكد من ثبات المقياس أيضا تم استخدام طريقة التجزئة النصفية، حيث بلغ معامل ثبات المقياس (0.78) وهي جميعها قيم دالة عند (0.01)، وبالتالي أكدت نتائج هذه العمليات أن مقياس الصحة النفسية على درجة مناسبة من الصدق والثبات، وانه قابل للتطبيق. (سليماني جميلة، 2009، ص 246)

4-2-1 طريقة تصحيح المقياس: لتصحيح مقياس الصحة النفسية، يتم تقدير كل عبارة من عبارات المقياس، حيث تأخذ هذه العبارات استجابة ثلاثية هي كالتالي:

الجدول رقم: (5) كيفية تنقيط الإجابات في مقياس الصحة النفسية.

| | | |
|-------|-----------------|----------|
| أوافق | أوافق إلى حد ما | لا أوافق |
| 3 | 2 | 1 |

وذلك للاستجابة الموجبة، وتكون العكس للاستجابة السالبة.

ويمكن تصنيف مستويات الصحة النفسية، من خلال مجموع الدرجات التي يتحصل عليها الفرد في مقياس الصحة النفسية كما يلي:

الجدول رقم: (6) تصنيف مستوى الصحة النفسية.

الميدانية

| | | |
|------------------|------------------|------------------|
| صحة نفسية منخفضة | صحة نفسية متوسطة | صحة نفسية مرتفعة |
| أقل من 84 درجة | 84 درجة | أكثر من 84 درجة |

والجدول رقم: (7) يشرح العبارات الموجبة والسالبة لمقياس الصحة النفسية.

| العبارة | الاتجاه | العبارة | الاتجاه | العبارة | الاتجاه |
|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 1 | + | 20 | + | 39 | + |
| 2 | + | 21 | + | 40 | - |
| 3 | + | 22 | - | 41 | - |
| 4 | - | 23 | - | 42 | - |
| 5 | + | 24 | + | 43 | - |
| 6 | + | 25 | + | 44 | + |
| 7 | - | 26 | + | 45 | + |

الميدانية

| | | | | | |
|----|---|----|---|----|----|
| 8 | - | 27 | - | 46 | - |
| 9 | + | 28 | + | 47 | + |
| 10 | - | 29 | - | 48 | + |
| 11 | - | 30 | + | 49 | - |
| 12 | + | 31 | + | 50 | - |
| 13 | + | 32 | - | 51 | - |
| 14 | - | 33 | - | 52 | + |
| 15 | - | 34 | - | 53 | - |
| 16 | + | 35 | - | 54 | - |
| 17 | - | 36 | - | 55 | - |
| 18 | - | 37 | - | 56 | - |
| 19 | - | 38 | + | // | // |

خلاصة الفصل:

تطرقنا من خلال هذا الفصل إلى أهم الإجراءات المنهجية التي تمت من خلالها هذه الدراسة، حيث تم تحديد منهج الدراسة والمتمثل في المنهج الوصفي، والذي يعتبر أحسن منهج يتلاءم مع طبيعة الدراسة وذلك من أجل التعرف ووصف العلاقة الموجودة بين استراتيجيات مواجهة الضغوط لدى آباء الأطفال التريزوميين وعلاقة ذلك بصحتهم النفسية، كما تم التعرف على مكان إجراء البحث و أهم الخصائص التي ميزت مجتمع الدراسة، كما تم عرض أدوات البحث والمتمثلة في مقياس استراتيجيات المواجهة لبولهان، و مقياس الصحة النفسية الذي أعده صلاح محمد مكاوي، وذلك من خلال

الميدانية

التعرف على طريقة بناء المقياسين، طريقة التطبيق، أهم الخصائص السيكومترية (الصدق وثبات المقياسين)، كما تم التعرف على الطريقة التي تتم من خلالها تنقيط المقياسين. وبعد ما تم التطرق إلى أهم الإجراءات المنهجية التي تم من خلالها هذا البحث، سنقوم في الفصل الموالي بعرض ومناقشة النتائج وذلك على ضوء الفرضيات المطروحة في هذه الدراسة.

الفصل الثامن

عرض وتحليل

النتائج

مقدمة الفصل:

بعدما قمنا بتحليل بيانات البحث بالاعتماد على المعالجات الإحصائية المناسبة، وهذا بهدف اختبار فرضيات البحث، توصلنا إلى النتائج التي سيتم عرضها وتحليلها ومناقشتها في هذا الفصل، وقد اعتمدنا في عرض وتحليل النتائج على طريقة مبسطة حيث يتم من خلالها عرض نتائج المعالجة الإحصائية لكل فرضية على حدا في مرحلة الأولى وتحليلها

في مرحلة ثانية ماعدا الفرض الثالث والرابع من الدراسة اللذان تم عرضهما ثم تحليلهما معا وذلك على النحو التالي:

1- عرض وتحليل نتائج الدراسة:

1-1 عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى:

تنص الفرضية الأولى من البحث على أن هناك علاقة بين استخدام مختلف استراتيجيات مواجهة الضغوط ودرجة الصحة النفسية لدى أباء الأطفال التريزوميين. للتأكد من صحة هذه الفرضية تم حساب معامل الارتباط بيرسون، والجدول التالي يوضح ذلك:

| القرار | مستوى الدلالة | الصحة النفسية | استراتيجيات المواجهة |
|---------|---------------|---------------|--------------------------|
| غير دال | 0,25 | 0,19 | حل المشكل |
| غير دال | 0,34 | 0,15 | البحث عن السند الاجتماعي |
| غير دال | 0,99 | -0,01 | التجنب |
| غير دال | 0,14 | 0,24 | إعادة التقييم الايجابي |
| غير دال | 0,42 | -0,13 | اتهام الذات |

جدول رقم(8): يوضح نتائج العلاقة بين استراتيجيات مواجهة الضغوط ودرجة الصحة النفسية

يتضح من خلال نتائج جدول رقم(8) أنه لا توجد علاقة بين استراتيجيات مواجهة الضغوط ودرجة الصحة النفسية لدى عينة من أباء الأطفال التريزوميين .

ففي ما يخص علاقة الصحة النفسية بالاستراتيجيات المركزة على المشكل، فقد أظهرت نتائج المعالجة الإحصائية عدم وجود ارتباط بين استراتيجيات المركزة على المشكل بما فيها: (حل المشكل والبحث عن السند الاجتماعي) والصحة النفسية لدى عينة من آباء الأطفال التريزوميين، هذه النتائج تناقض نتائج الدراسة التي قام بها "Moss & Billing" (1984) والتي أكدت أن أساليب المواجهة التي تعتمد على التحليلات المنطقية للموقف الضاغط ترتبط بشكل كبير بالتكيف مع تلك المواقف الضاغطة.

أما فيما يخص علاقة الاستراتيجيات المركزة على الانفعال بالصحة النفسية، فقد أظهرت نتائج المعالجة الإحصائية لهذه الدراسة عدم وجود ارتباط بين الاستراتيجيات المركزة على الانفعال بما فيها (التجنب وإعادة التقييم الايجابي واتهام الذات) والصحة النفسية لدى عينة البحث، هذه النتائج تتنافى مع نتائج الدراسات التي توصل إليها كل من Lazarus & Folkman (1978) و Moss & Billing (1984) و Dantchev (1989) والتي ترى بأن استراتيجيات المركزة على الانفعال هي استراتيجيات ذات مفعول مؤقت وغير فعالة وتؤدي إلى اضطرابات نفسية وجسمية، وبالتالي فإنه لم يتم التحقق من الفرضية الأولى للبحث، حيث لا توجد علاقة بين استراتيجيات مواجهة الضغوط والصحة النفسية لدى عين من آباء الأطفال التريزوميين.

إن عدم إثبات الفرض الأول من البحث، والذي ينص على انه هناك علاقة بين استخدام مختلف استراتيجيات مواجهة الضغوط ودرجة الصحة النفسية لدى آباء الأطفال التريزوميين، قد يرجع إلى عوامل عدة سنتطرق إليها فيما يلي بنوع من التفصيل:

▪ **عوامل منهجية:** إن عدم إثبات العلاقة بين استراتيجيات مواجهة الضغوط والصحة النفسية لدى عينة من آباء الأطفال التريزوميين قد يرجع الى صغر العينة، حيث انه وللتذكير تم إجراء هذه الدراسة على عينة قدر حجمها بـ (37) أب يحمل ابنه تريزوميًا (21) وهذا بسبب رفض العديد من الآباء

المشاركة في البحث، كما أن هذا التباين في النتائج قد يرجع إلى وجود خلل في طريقة التطبيق، حيث انه في اغلب الحالات لم تترك فترة زمنية بين تطبيق المقياس الأول (مقياس استراتيجيات المواجهة) والمقياس الثاني (مقياس الصحة النفسية)، كما انه وبحكم عملنا بالمركز النفسي-البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا، ربما كانت إجابات المقدمة من طرف الآباء متحيزة ولم تقدم بطريقة عفوية.

■ **عوامل ثقافية:** إن طبيعة المجتمع الجزائري التقليدية تجعله غير منفتح على المشاركة في الأبحاث المختلفة والدراسات العليا، هذا ما لمسناه من خلال إجرائنا لهذا البحث حيث انه وبصعوبة تمكنا من إجراء البحث على (37) أب يحمل ابنه تريزوميا (21).

كما أن طبيعة التنشئة الاجتماعية في الجزائر تمنع الرجل من إظهار ضعفه أو ألمه المرتبط بالأحداث المختلفة، خاصة إذا كانت هذه المواقف مرتبطة برجلته، ولعل إعاقة الابن من بين المواضيع الحرجة التي تمس وبالدرجة الأولى سلامة، صحة الوالدين كذا خصوصيتهما.

إضافة لما سبق فإن خصوصية الأسرة الجزائرية، تجعل الأب (الذكر) بعيد عن الضغوطات التي تعيشها عائلته، فغالبا ما تتحمل الأم (الأنثى) أعباء الأبناء وما ينجر عن ذلك من ضغوطات، هذا الغياب للأب لاحظناه من خلال ممارستنا الميدانية كأخصائية عيادية بالمركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا بالروبية، فغالبا أمهات الأطفال المعوقين بصفة عامة، أو الحاملين لمتلازمة داون هن اللواتي يتكفلن بأطفالهم المعوقين داخل الأسرة أو المركز البيداغوجي.

■ **الوازع الديني:** إن طبيعة تفكير المجتمع الجزائري المرتبطة بقضاء الله وقدره، لها اثر في التخفيف من وطأة الصدمات، خاصة تلك التي لا دخل للفرد فيها بطريقة مباشرة ، هذا ما لمسناه من خلال تعاملنا مع عينة آباء الأطفال التريزوميين، فأغلبهم يرى أن الابن التريزومي هبة من الله، وهو أمر مقدر ومكتوب ولا حيل لهم تجاه هذا الحدث .

▪ **خصوصية هذه الإعاقة:** إن الطفل التريزومي وبالرغم من إعاقته، يحمل بعض الخصوصيات تجعله محبوب من طرف الآخرين كروح الدعابة والمرح، كما أن طبيعة هذه الإعاقة تسمح للطفل بشكل عام أن يكتسب نوعا ما من الاستقلالية حيث يمكنه التنقل، التكلم، تكوين بعض العلاقات، وحتى في بعض الأحيان التمدرس فيما يخص الحالات التي تكون فيها درجة الإعاقة خفيفة، وهذا ما يخفف من وطأة وحمل الإعاقة على الوالدين .

▪ **وجود أبناء سالمين:** إن معظم أفراد عينة البحث من الآباء لديهم أبناء آخريين سالمين من الناحية الجسمية والعقلية، وهذا ما أدى ربما إلى تقبل وجود طفل معاق بين إخوته من طرف الأب، ولم يؤثر على صحته النفسية، فالأبناء الآخريين يمكنهم الدراسة، العمل، الزواج... وبالتالي يتحقق للوالدين شعورهم بالفخر والإثابة الوالدية المرتبطة بالأبوة والأمومة، ومن ثم الشعور بالكفاءة والجدارة الذاتية ويضمن تواصل النسل لديهم.

كما أن تواجد إخوة أصحاء وسالمين يشكل دافع ايجابي للوالدين، حيث انه وبحكم خبرتنا الميدانية لاحظنا أن أغلبية إخوة الأطفال المعاقين يشارك في التكفل بهذا الطفل، وبالتالي تخف بعض الأعباء والضغوطات الملقاة على الوالدين والمرتبطة بالإعاقة .

إن مثل هذا الاحتمال دفع بنا إلى طرح الفرض الثالث والرابع من البحث والذي يرى بأن رتبة الطفل التريزومي بين إخوته لها اثر على استراتيجيات مواجهة الضغوط والصحة النفسية لدى عينة من أبناء الأطفال التريزوميين، هذا الذي تم فحصه وسيتم عرض نتائجه من خلال الفرض الثالث والرابع من البحث.

1-2 عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية:

-تتنوع استراتيجيات المواجهة التي يستخدمها أبناء الأطفال التريزوميين حيال ضغط صدمة الإعاقة، بين الاستراتيجيات الموجهة المركزة على المشكل و الاستراتيجيات الموجهة المركزة على الانفعال.

للتأكد من صحة هذه الفرضية تم حساب المتوسطات الحسابية لاستراتيجيات المواجهة التي استخدمها عينة من البحث، وذلك من خلال نتائج تطبيق مقياس استراتيجيات المواجهة لبولهان، وقد حصلنا على النتائج التالية :

| استراتيجيات مواجهة الضغوط | المتوسطات الحسابية \bar{x} |
|---------------------------|------------------------------|
| حل المشكل | 22,14 |
| البحث عن السند الاجتماعي | 12,46 |
| التجنب | 18,16 |
| إعادة التقييم الايجابي | 14,95 |
| لوم الذات | 7,43 |

الجدول رقم (9): المتوسطات الحسابية لإستراتيجيات المواجهة المستخدمة من طرف عينة البحث.

نلاحظ من خلال الجدول رقم (9) أن عينة البحث استخدمت جميع استراتيجيات المواجهة وذلك بنسب متفاوتة، غير أن أعلى متوسط حسابي كان لصالح استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل حيث قدر بـ: (22,14) وهذا يدل على أن عينة آباء الأطفال التريزوميين تعتمد في مواجهتها للضغوط على إستراتيجية حل المشكل، هذه النتائج تتفق مع الدراسة التي قام بها "Schilling ,et al" (1985) حيث أكدت هذه الدراسة على أن آباء الأطفال المعوقين يفضلون أساليب المواجهة التي تركز على المشكل وهم اقل نزوعا للتقبل والانتظار بشكل سلبي(أمل سليمان تركي الغزي،1456هـ،ص22)،كما أن هذه الدراسة تتفق مع ما توصل إليه "Carpiniello" (1995) في اعتبار أن آباء الأطفال المعوقين ترتفع لديهم مهارات المواجهة مقارنة بالأمهات، كذلك فإن هذه النتائج تتفق مع توصل إليه Stone & Neale (1984) و Moss & Billing (1984) في اعتبار أن الرجال أكثر ميلا لاستخدام أساليب المواجهة المباشرة ،ينضح لدينا كذلك من خلال نتائج الجدول رقم(9) أن إستراتيجية التجنب تأتي في المرتبة الثانية بعد إستراتيجية حل المشكل

بمتوسط حسابي يقدر بـ: (18,16)، وهذا يدل على أن فئة من آباء الأطفال التريزوميين تعتمد كذلك على التجنب في مواجهتها للضغوط، هذه النتائج تتفق مع ما توصلت إليه دراسة "Spreat & Jambol" (1997)، والتي أظهرت أن آباء وأمّهات الأطفال المعاقين يلجئون إلى استخدام التجنب في مواقف المواجهة، وحسب نفس الدراسة أيضا فإن آباء وأمّهات الأطفال المعوقين يعتمدون على استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال وهي مرتبطة بسوء التوافق لديهم.

وحسب النتائج المتوصل إليها في هذه الدراسة يتضح لنا أن عينة البحث لجأت كذلك إلى استخدام استراتيجيات أخرى وذلك حسب الترتيب التالي: إعادة التقييم الايجابي بمتوسط حسابي قدره (14,95)، ثم السند الاجتماعي بمتوسط حسابي (12,46)، وفي الأخير نجد إستراتيجية لوم الذات والذي قدر متوسطها الحسابي بـ: (7,43).

إن المواجهة التي تركز على المشكل تشير إلى الجهود التي يبذلها الفرد لتعديل العلاقة بينه وبين البيئة، فهو يهدف إلى البحث عن معلومات أكثر حول الموقف أو المشكلة لينتقل إلى تغييرها، فهو بهذا الشكل يقوم بخفض التوتر، في المقابل فإن النزعة إلى استخدام استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال أو ما يعرف بالمقاومة المتجنبة وهذا حسب "Dantzer et schweitzer" (1994) فهي استراتيجيات غير فعالة أو غير نشطة لا تهدف إلى تعديل الموقف الضاغط، بل تعد ميكانيزمات ذات مفعول مؤقت وقل فعالية.

في ضوء ما تقدم من خلال المعطيات النظرية والدراسات الميدانية، يتضح لنا أن الشخص لا يقف مكتوف اليدين تجاه المواقف الضاغطة، بل يلجأ إلى استعمال استراتيجيات لمواجهة المواقف الضاغطة وهذا بهدف خفض التوتر وإعادة التوازن، فقد يميل الفرد إلى استخدام نوع معين من استراتيجيات المواجهة عبر المواقف المختلفة، كما

قد تختلف استجابة الفرد حيال نفس الموقف، أو قد يختار إستراتيجية معينة حسب الموقف.

وبالتالي تتنوع استجابات الأفراد تجاه المواقف الضاغطة، وذلك يرجع إلى الخبرات الشخصية وعوامل خاصة بالموقف الضاغط فبعض المواقف تستدعي الاعتماد على الاستراتيجيات المركزة على المشكل، في حين قد تستدعي مواقف أخرى استراتيجيات مركزة على الانفعال.

وعليه يمكن القول من خلال ما سبق انه تم إثبات صحة الفرضية الثانية من البحث، حيث تتنوع استراتيجيات المواجهة التي يستخدمها آباء الأطفال التريزوميين، فعينة البحث لجأت إلى استخدام جميع استراتيجيات المواجهة وذلك بنسب متفاوتة، وهذا يدل على تنوع استجابات الأفراد تجاه المواقف الضاغطة بين الاستراتيجيات المركزة على المشكل والاستراتيجيات المركزة على الانفعال.

3-1 عرض وتحليل الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة من البحث على أن: هناك فروق في استخدام استراتيجيات المواجهة لدى آباء الأطفال التريزوميين حسب رتبة الابن الحامل لمتلازمة داون، حيث انه كلما كانت رتبة الطفل المعاق الأولى، كانت الاستراتيجيات المستخدمة من طرف الآباء المشاركين في الدراسة مركزة على الانفعال.

للتأكد من صحة هذا الفرض تم حساب تحليل التباين لمعامل واحد والجدول رقم (10)

يوضح نتائج المعالجة الإحصائية :

| المتغير | مجموع المربعات | درجة الحرية | متوسط المربعات | قيمة F | مستوى الدلالة |
|------------------|----------------|-------------|----------------|--------|---------------|
| ما بين المجموعات | 64,58 | 2 | 32,29 | 0,75 | 0,47 |
| داخل المجموعات | 1460,338 | 34 | 42,95 | | |
| المجموع | 1524,919 | 36 | | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|

جدول رقم (10) نتائج فروق استخدام استراتيجيات مواجهة الضغوط حسب رتبة الطفل التريزومي.

يتبين لنا من خلال نتائج الجدول رقم (10) عدم وجود فروق بين المجموعات في استراتيجيات مواجهة الضغوط لدى عينة من إباء الأطفال التريزوميين، حيث يبين تحليل التباين الأحادي أن قيمة $F = (0,75)$ وهو غير دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (0,05) إن نتائج المعالجة الإحصائية أظهرت أنه لا توجد فروق في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغوط حسب رتبة الابن لدى عينة من إباء الأطفال التريزوميين، وبالتالي لم يتم إثبات الفرض الثالث من البحث.

1-4 عرض وتحليل الفرضية الرابعة :

تشير الفرضية الرابعة من هذه الدراسة إلى هناك فروق في مستوى الصحة النفسية لدى إباء الأطفال التريزوميين حسب رتبة الابن الحامل لمتلازمة داون، حيث انه كلما كانت رتبة الطفل المعاق الأولى، كانت الصحة النفسية للآباء المشاركين في الدراسة مضطربة.

للتأكد من صحة هذا الفرض تم حساب تحليل تباين لمعامل واحد والجدول التالي يوضح ذلك:

| المتغير | مجموع المربعات | درجة الحرية | متوسط المربعات | قيمة F | مستوى الدلالة |
|---------------------|----------------|-------------|----------------|--------|---------------|
| مستوى الصحة النفسية | 226,22 | 2 | 113,11 | 0,1 | 0,9 |
| مابين المجموعات | 38454,8 | 34 | 1131,02 | | |
| داخل المجموعات | 38681,02 | 36 | | | |

جدول رقم (11): نتائج الفروق في مستوى الصحة النفسية حسب رتبة الطفل التريزومي.

يتبين لنا من خلال نتائج الجدول رقم (11) عدم وجود فروق بين المجموعات في مستوى الصحة النفسية، حيث قدر تحليل التباين الأحادي $F(0,1)$ وهو غير دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (0,05).

إن نتائج المعالجة الإحصائية أظهرت أنه لا توجد فروق في مستوى الصحة النفسي لدى عينة من آباء الأطفال التريزوميين حسب رتبة الابن، وبالتالي لم يتحقق الفرض الرابع من البحث.

إن عدم التحقق من صحة الفرض الثالث والفرض الرابع من البحث قد يرجع لعدة عوامل نذكر منها:

▪ **عوامل منهجية:** إن صغر حجم العينة والمتمثل في (37) أب يحمل ابنه تريزوميا 21، قد يكون سببا لعدم التحقق من هذه الفرضية، حيث أن هذه العينة لا تحمل كل خصائص المجتمع الأصلي (آباء الأطفال التريزوميين).

إن تواجدنا بالمركز النفسي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا كأخصائية نفسية عيادية، قد يكون سببا في تحيز عينة البحث في تقديم الأجوبة الصحيحة على المقياسين.

▪ **طبيعة المجتمع الجزائري:** إن طبيعة المجتمع الجزائري قد لا تولي أهمية كبيرة لرتبة الابن (الأكبر/الأوسط/الأخير).

▪ **وجود أبناء سالمين:** إن معظم أفراد عينة البحث من الآباء لديهم أبناء آخرين سالمين من الناحية الجسمية والعقلية، هذا ما قد يكون سببا لعدم إثبات صحة الفرض الثالث والرابع من البحث، أي أن عينة البحث لا تولي أهمية لرتبة الطفل المعاق مادام هناك أبناء آخرين بصحة جيدة يضمنون سلامة وتواصل النسل.

خلاصة الفصل:

تم من خلال هذا الفصل عرض ومناقشة النتائج، حيث تم فحص فرضيات البحث من خلال عرضها على المعالجة الإحصائية، حيث انه لم يتم التحقق من الفرض الأول من البحث ولم يتم إثبات العلاقة بين استخدام مختلف استراتيجيات مواجهة الضغوط ودرجة الصحة النفسية لدى آباء الأطفال التريزوميين، في حين تم التحقق من الفرض الثاني من الدراسة والذي ينص على أن استراتيجيات المواجهة التي يستخدمها آباء الأطفال التريزوميين متنوعة، كما انه لم يتم التحقق من الفرض الثالث والرابع من البحث والذان يشيران أن هناك فروق في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغوط ومستوى الصحة النفسية لدى عينة من آباء الأطفال التريزوميين حسب رتبة الطفل .

❖ الخاتمة العامة للدراسة :

هدف البحث الحالي إلى دراسة العلاقة بين استراتيجيات مواجهة الضغوط ومستوى الصحة النفسية لدى عينة من آباء الأطفال التريزوميين المتمدرسين على مستوى المراكز الخاصة بالإعاقة الذهنية، كما سعى للتعرف على أنواع استراتيجيات مواجهة الضغوط لدى نفس العينة من الآباء، وقد اهتمت هذه الدراسة بمتغير رتبة الابن ومدى تأثيره على استراتيجيات مواجهة الضغوط ومستوى الصحة النفسية لدى عينة البحث، وقد اعتمدنا في هذه الدراسة على مقياسين وهما مقياس استراتيجيات مواجهة الضغوط **لبولهان** ومقياس الصحة النفسية الذي أعده صلاح محمد مكاي، وعليه ومن خلال المعالجة الإحصائية تم التوصل إلى النتائج التي جاءت كإجابة لتساؤلات هذه الدراسة وهي كالتالي:

- لا توجد علاقة بين استراتيجيات مواجهة الضغوط والصحة النفسية لآباء الأطفال التريزوميين.
- تتنوع استراتيجيات المواجهة التي يستخدمها آباء الأطفال التريزوميين حيال ضغط صدمة الإعاقة.
- لا يوجد فروق في استخدام استراتيجيات المواجهة لدى آباء الأطفال التريزوميين تعزو إلى رتبة الابن الحامل لمتلازمة داون .
- لا يوجد فروق في مستوى الصحة النفسية لدى آباء الأطفال التريزوميين تعزو إلى رتبة الابن الحامل لمتلازمة داون .

❖ توصيات واقتراحات الدراسة:

إن الاهتمام بدراسة استراتيجيات مواجهة ضغط صدمة الإعاقة لدى آباء الأطفال التريزوميين وعلاقته بصحة النفسية يعتبر أمر مهم، إذ أن ميلاد طفل معاق بصفة عامة أو حاملاً لتريزوميا 21 سيخلق للوالدين صدمة، ويعرضهم للعديد من الضغوط الأمر الذي يجعل الآباء في حاجة إلى تطوير استراتيجيات مناسبة لتلبية الحاجات المرتبطة بإعاقة الطفل من جهة، فضلاً عن تلبية الحاجات الخاصة بهم لمواجهة الضغوط النفسية الناجمة عن إعاقة الأبناء من جهة أخرى، كما أن اهتمام هذه الدراسة بالأب بصفة خاصة يعتبر خطوة مهمة في ميادين البحث والدراسة في علم النفس إذ طالما اهتمت البحوث ولفترة زمنية طويلة بعلاقة أم/طفل مهملة المكانة والدور الذي يلعبه الأب داخل الأسرة.

وعليه جاءت هذه الدراسة لإبراز المعاش النفسي للأب جراء صدمة إعاقة ابنه، وكيفية مواجهته لها، وعلى الرغم من عدم إثبات العلاقة بين استراتيجيات مواجهة الضغوط والصحة النفسية لدى عينة البحث إلى أننا لمسنا عند الآباء المشاركين في الدراسة معاناة تعلقت بصدمة الإعاقة من جهة، وكيفية التعامل مع الطفل التريزومي من جهة أخرى وعليه ومن أجل التخفيف من اثر هذه الضغوط، ومن أجل ضمان تكفل أحسن بالطفل الحامل لمتلازمة داون وأوليائه تقترح هذه الدراسة مايلي :

- التوسيع من عينة الدراسة، بحيث تكون ممثلة للمجتمع الأصلي وهو فئة آباء الأطفال التريزوميين .
- تقديم التكفل النفسي لأولياء الأطفال التريزوميين منذ المراحل الأولى من اكتشاف الإعاقة، من أجل التخفيف من وطأة الصدمة وتقديم الدعم النفسي المبكر من أجل توجيه أحسن للأولياء.

- تعميم إنشاء المراكز النفسية - البيداغوجية الخاصة بالأطفال المعوقين ذهنيا عبر الوطن، ذلك لأن عدم تدرس الطفل المعاق بصفة عامة، أو الطفل التريزومي بصفة خاصة من بين الضغوطات التي يعيشها آباء الأطفال المعوقين.

- إن حاجات المعوق لا تتفصل عن حاجات الأسرة مما يؤكد أهمية الاقتناع بأن ما يقدم للأسرة من إرشاد ومصادر دعم إنما هي في الحقيقة دعم لجميع أفراد الأسرة بما فيها المعوق ذاته وهذا يتطلب من العاملين مع المعوقين مراعاة حاجات أسرة المعوق ومحاولة تلبيتها، لأن ليس الهدف من تقديم خدمات التربية الخاصة هو الاهتمام بالمعوق وتلبية حاجاته فقط، بل تقديمها له في إطار الخدمات المقدمة للأسرة ككل، وعليه لابد من بناء برامج إرشادية تهتم بتنمية استراتيجيات مواجهة الضغوط التي يعاني منها أولياء الأطفال المعوقين.

-إقحام الأب في برامج التكفل بالطفل التريزومي، باعتباره عضو مهم وفعال في برامج التكفل.

-إن مصير رشد الطفل التريزومي والمعاق بصفة عامة من بين التخوفات والضغوطات التي يعاني منها آباء الأطفال المعوقين، وعليه لابد من إنشاء مراكز خاصة من شأنها استقبال الراشدين من الذين يعانون من إعاقة عقلية، تسعى هذه المراكز إلى الدمج الاجتماعي لهذه الفئة من المجتمع.

قائمة المراجع

قائمة المراجع :

1- قائمة المراجع باللغة العربية :

- 1- اسعد ميخائيل (1994)، علم الاضطرابات السلوكية، دار الجيل، بيروت، الطبعة الأولى.
- 2- إيمان فوزي (1996)، دراسات في الصحة النفسية، مكتبة زهراء الشرق، مصر، الطبعة الأولى.
- 3- بشرى إسماعيل، ضغوط الحياة والاضطرابات النفسية، مكتبة الانجلو المصرية، مصر.
- 4- بشير الرشيدى وآخرون (2001)، سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية، مكتبة الإنماء الاجتماعي، الكويت.
- 5- بوسيشل سيجرايد وآخرون ترجمة اشرف محمد علي شلبي (2007)، دليل الوالدين لرعاية المعاقين عقليا.. حالة داون، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع، مصر، الطبعة الأولى.
- 6- جلال سعد (1986)، في الصحة العقلية، الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية، دار الفكر العربي، مصر.
- 7- جمال أبودلون (2009)، الصحة النفسية، دار أسامة للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الأولى
- 8- جمال الخطيب وآخرون (2002)، إرشاد اسر الأطفال ذوي الحاجات الخاصة، دار حين، الأردن.
- 9- جمال الدين ابن المنظور (2003)، لسان العرب، دار الكتب العلمية، لبنان، الجزء الثامن.
- 10- حسن مصطفى عبد المعطي (2006)، ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها، مكتبة زهراء الشرق، مصر، الطبعة الأولى.
- 11- حنان عبد الحميد العناني (2002)، الصحة النفسية، دار الفكر، عمان، الطبعة الأولى.
- 12- رولان دورون، فرنسوازيارو، تعريب فؤاد شهين (1997)، موسوعة علم النفس، منشورات عويدات، لبنان، الطبعة الأولى.
- 13- زهران، حامد عبد السلام (1997)، الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتاب، مصر، الطبعة الثالثة.
- 14- سامر جميل رضوان (2007)، الصحة النفسية، دار المسيرة، عمان، الطبعة الثانية.

- 15-سمير شيحاني(2003)،الضغط النفسي وطبيعته-أسبابه والمساعدة الذاتية، دار الفكر العربي، لبنان ، الطبعة الأولى.
- 16-سناء الحولي(1983)، الزواج والعلاقات الأسرية، دار النهضة العربية، لبنان.
- 17-طه عبد العظيم،سلامة عبد العظيم حسين(2006)،استراتيجيات مواجهة الضغوط التربوية والنفسية، دار الفكر، عمان، الطبعة الأولى.
- 18-عبد الرحمان العيسوي(2001)، علم النفس الشواذ والصحة النفسية، دار وائل للنشر، الأردن، الطبعة الأولى.
- 19-عبد الرحمان سي موسي، رضوان زقار(2002)، الصدمة والحداد النفسي عند الطفل والمراهق نظرة الاختبارات الإسقاطية، جمعية علم النفس للجزائر العاصمة.
- 20-عبد الله عادل محمد (2001)، دراسات في الصحة النفسية، المكتب الجامعي الحديث، مصر.
- 21-عبد العزيز السرطاوي، جميل الصامدي(1994)، الإعاقات الجسمية والصحية، مكتبة الفلاح .
- 22-عبد العزيز القوسي (منقحة 1956)، أسس الصحة النفسية، مكتبة النهضة المصرية، مصر، الطبعة الرابعة.
- 23-عبد الغفار، عبد السلام(1996)،مقدمة في الصحة النفسية،دار النهضة العربية،مصر.
- 24-عبد المطلب القريطي (1995)، مدخل الى الصحة النفسية، مكتبة الأنجلو المصرية، مصر.
- 25-عبد المنعم عبد القادر الميلادي(2004)،المعاقون ذهنيًا،مؤسسة شباب الجامعة،مصر.
- 26-عثمان فاروق السيد (2001)، القلق وإدارة الضغوط النفسية، دار الفكر العربي، مصر، الطبعة الأولى .
- 27-عثمان يخلف (2001)، علم النفس الصحة (الأسس النفسية والسلوكية للصحة)، دار الثقافة، قطر، الطبعة الأولى.
- 28- علاء الدين كفاي (1994)، الصحة النفسية، هجر للطباعة والنشر، مصر، الطبعة الثالثة.

- 29- علي عسكر (2000)، **ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها**، دار الكتاب الحديث، الكويت، الطبعة الثانية.
- 30- غريب، غريب (1999)، **علم الصحة النفسية**، مكتبة الأنجلو المصرية، مصر، الطبعة الأولى.
- 31- قاسم محمد قاسم (2001)، **مدخل إلى الصحة النفسية**، دار الفكر والنشر، الطبعة الأولى.
- 32- كافين هول، جاردنر وليدزي، ترجمة فرج احمد فرج وقدرى حنفي فطيم (1978)، **نظريات الشخصية**، دار الشايع للنشر، مصر، الطبعة الثانية.
- 33- كلثوم بلميهوب (2006)، **الاستقرار الزواجي**، منشورات الحبر، الجزائر.
- 34- ماجدة عبيد (2008)، **الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية**، دار الصفاء، عمان.
- 35- محمد احمد النابلسي (1995)، **نحو سيكولوجية عربية**، دار الطليعة العربية، لبنان.
- 36- محمد مصطفى زيدان (1972)، **النمو النفسي للطفل والمراهق وأسس الصحة النفسية**، منشورات الجامعة الليبية.
- 37- محمد مخلوف وآخرون، **واقع الأسرة الجزائرية**، مخبر الوقاية والارغنوميا، الجزائر.
- 38- منصور، فيولا والبيلاوي، طلعت (1989)، **قائمة الضغوط النفسية للمعلمين**، مكتبة الأنجلو المصرية، مصر.
- 39- هارون توفيق الرشيد (1999)، **الضغوط النفسية (طبيعتها-نظرياتها): برنامج لمساعدة الذات في علاجها**، مكتبة الأنجلو المصرية، مصر.
- 40- هشام الخطيب (2001)، **الصحة النفسية للطفل**، دار الثقافة، مصر.
- 41- وليد السيد خليفة، مراد علي عيسى (2008)، **الضغوط النفسية والتخلف العقلي في ضوء علم النفس المعرفي "المفاهيم-النظريات-المناهج"**، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، مصر.
- 42- يعقوب غسان (1999)، **سيكولوجية الحروب والكوارث ودور العلاج النفسي**، دار الفرابي، لبنان.

2-قائمة المجالات باللغة العربية:

43-فاطمة درويش، الضغوط النفسية لدى أولياء أمور المعوقين عقليا وأساليب مواجهتها، مجلة دمشق، المجلد 27، الملحق 2011.

3-قائمة الرسائل الجامعية:

44-ابتسام احمد أبو العمرين (2008)، مستوى الصحة النفسية للعاملين بمهنة التمريض في المستشفيات الحكومية بمحافظات غزة وعلاقتها بمستوى أدائهم، رسالة ماجستير في علم النفس، الجامعة الإسلامية غزة، فلسطين.

45-أسماء خرخاش (2009)، وجهة مركز التحكم ونوع استراتيجيات التعامل أمام الضغط المدرك لدى الأطفال المصابين بالصمم، رسالة ماجستير في علم النفس، جامعة الجزائر.

46-أمل سليمان تركي العنزي (1425هـ)، أساليب مواجهة الضغوط عند الصحبات والمصابات بالاضطرابات النفسجسمية "السيكوسوماتية" دراسة مقارنة، رسالة ماجستير في علم النفس، جامعة الملك سعود.

47-بشير بن طاهر(2005)، استراتيجيات التكيف مع مواقف الحياة الضاغطة وعلاقتها بالصحة العامة على ضوء متغيري نمط الشخصية والدعم الاجتماعي، رسالة دكتوراه في علم النفس غير منشورة، جامعة وهران.

48-جميلة سليمان(2009)، علاقة الفضاء المنزلي بالصحة النفسية لدى سكان أحياء القصبة بالجزائر العاصمة، رسالة دكتوراه في علم النفس الاجتماعي، جامعة الجزائر.

49-دانية صفوان القدسي(2005)، فاعلية برنامج في تنمية أساليب التعامل مع الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المكفوفين، رسالة دكتوراه في علم النفس، جامعة عين الشمس.

50-زاهية خطار (2008)، أثر إعداد وتطبيق برنامج إرشاد جماعي لمواجهة ضغط التحضير لامتحان البكالوريا، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة الجزائر.

51-شهرزاد بوشدوب (2008)، المساندة الاجتماعية وأثرها على بعض العوامل الشخصية واستراتيجيات التعامل مع الضغط المدرسي، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة الجزائر.

- 52- ضياء الدين صايمه (2005)، مدى فعالية برنامج إرشادي مقترح في التفرغ الانفعالي للتخفيف من آثار الخبرات الصادمة لدى طلبة المرحلة الأساسية العليا، رسالة ماجستير في علم النفس، الجامعة الإسلامية غزة، فلسطين.
- 53- عائدة عبد الهادي (2004)، الخبرات الصادمة والمساندة الأسرية وعلاقتها بالصحة النفسية، رسالة ماجستير في علم النفس، الجامعة الإسلامية غزة، فلسطين.
- 54- عبد الله بن عبد العزيز بن فهد العسرج (2005)، فاعلية استخدام التعزيز الرمزي في ضبط المشكلات السلوكية لدى ذوي متلازمة داون في جمعية النهضة الخيرية بالرياض، رسالة ماجستير في العلوم الاجتماعية، جامعة نايف للعلوم الأمنية .
- 55- عليوي نوال (2011)، الصحة النفسية واستراتيجيات المواجهة لدى التلاميذ الغير متوافقين دراسيا، رسالة ماجستير في علم النفس، جامعة الجزائر.
- 56- فتيحة بن موفق (2008)، الصورة الوالدية عند أطفال في مرحلة الكمون، ضحايا زلزال ماي 2003، رسالة ماجستير في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر.
- 57- محمد محمد محمد عودة (2010)، الخبرة الصادمة وعلاقتها بأساليب التكيف مع الضغوط والمساندة الاجتماعية والصلابة لدى أطفال المناطق الحدودية بقطاع غزة، رسالة ماجستير في علم النفس، الجامعة الإسلامية غزة، فلسطين.
- 58- محمد مصباح حسين (2010)، الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون في قطاع غزة وعلاقتها ببعض المتغيرات، رسالة ماجستير في علم النفس، الجامعة الإسلامية غزة، فلسطين
- 59- مريم بن سبتي (2009)، التنظيم الفضائي وأثره على عملية الكتابة لدى الأطفال المصابين بتلازم داون، رسالة ماجستير في علم النفس، جامعة الجزائر.
- 60- مريم سعداوي (2010)، علاقة الذكاء الانفعالي باستراتيجيات مواجهة الضغوط، رسالة ماجستير في علم النفس، جامعة الجزائر.
- 61- نبيلة احمد أبو حبيب (2010)، الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها وعلاقتها بالتحصيل الدراسي لدى أبناء الشهداء في محافظات غزة، رسالة ماجستير في علم النفس، جامعة الأزهر، غزة.
- 62- نشوة كرم عمار، أبو بكر دردير (2007)، الاحتراق النفسي للمعلمين ذوي النمط وعلاقته بأساليب مواجهة المشكلات، رسالة ماجستير في التربية، جامعة القيوم، مصر.

63-نصيرة طالح (2011)، اثر ضغوط الحياة على الاتجاهات نحو الهجرة إلى الخارج (دراسة ميدانية للطلبة المقبلين على التخرج)، رسالة ماجستير في علم النفس الاجتماعي، جامعة مولود معمري، تيزي وزو.

4-قائمة القواميس باللغة العربية:

64-بتروفسكي(ا.ف)، يارروشفسكي(1996)، ترجمة عبد الجواد حمدي و رضوان عبد السلام، معجم علم النفس المعاصر، دار العلم الجديد.

65-عبد المجيد سالمى وآخرون (1998)، معجم مصطلحات علم النفس، دار الكتاب المصري، لبنان.

66-لابلانث، بونتاليس، ترجمة مصطفى حجازي(1985)، معجم مصطلحات التحليل النفسي، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.

67-لطفى الشربيني(بدون سنة)، معجم مصطلحات الطب النفسي، مركز تعريب العلوم الصحية.

5-قائمة المراجع باللغة الأجنبية:

68-American Psychaitric Association, (1994). **Diagnostic and Statistical, Manuel of Mental Disorders.** American Psychiatric Association,4th ed ,Washington.

69-Boucebci (M),(1984). **Maladie Mental et handicap mental** .E.N.A.L ,Alger.

70-Boudarene (M), (2005). **Le Stress Entre bien etre et souffrance.** BERTI Edition,France.

71-Boutefnouchet (M) (1980), **La Famille Algérienne. Evolution et Caractéristiques Récentes,** Société Nationale D'édition et de Diffusion, Alger.

72-Bruchon, Schweitzer (M) (2001), **Concepts, Stress, Coping,** Recherche en soins infirmiers ,N°67 PP68-83

73-Bruchon-Shweitzer (M), (2002). **Psychologie de la santé, Modèles, Concepts et Méthodes**. Dunod, Paris.

74-Bruchon shweitzer et al,(2003).**Introduction à la Psychologie de la Santé**, chap 4,99-124 .Puf, Paris.

75-Carpiniello(B), Peros (1995), **Psychiatric morbidity and Family burden among parents of disabled children**, Psychiatric Services Sep 46.(9).

76-Condell (I) (1994), **Parental attitudes to-word mental retardation**, American journal of Mental Deficiency.

77-Cox (T) (1978),**Stress**, The Macmillen Press, London, Baltimore, pp30-50.

78-Crocq (L), Sailhan (M), Barrois (C) (1983), **Névrose traumatiques (Névrose d'effroi, Névrose de guerre)** : in Encyclopédie Médico chirurgicale, Psychiatrie ,Paris.

79-Delmare,J et All(1989), **Dictionnaire des Termes de Médecine**, Maloine, 22^e édition, Paris.

80-Daniel Paquette (2004), **La Relation Père -Enfant et l'ouverture au monde**, Presses Universitaire de France ,vol 56,pp205-225,Paris.

81-Dantchev (N) (1989), **Stratégie de coping et pattern A. coronarogène**, Revue de Médecine psychosomatique, Vol 17118, pp21-30.

82-Eugéne Réthault (1973), **Le Mongolisme édition complète Thérapeutique-Médicale et psychopédagogique**, les éditions ESF, Paris.

- 83-Folkman (S) & Lazarus (R.S) (1980), **An Analysis of coping in a middleaged community sample**, Journal of Health and Social Behavior .21.pp219-239.
- 84-Guide Fontaine, Henri kulbertris, Anne Marie Ettienne (non daté), **Stress et cardiologie**, masson, Paris .
- 85-Cuilleret (M) (2007), **Trisomie et Handicaps génétique associés. Potentialités, compétences, devenir**, Mason 5^eédition, Paris.
- 86-Guillert (M) (2000), **Trisomie 21, aides et conseils** ,Masson ,Paris.
- 87-L'ambert(J.L), Rondal (J.L) (1982), **Questions et réponses sur le Mongolisme**, Edition Maloine, Paris.
- 88- L'ambert(J.L), Rondal (J.L)(1997), **Le Mongolisme**, Mardaga. 4eme édition ,Paris.
- 89-Laplanche (J), Pontalis (J.B), **Le Vocabulaire de La Psychanalyse**, Presses Universitaire de France,12^e édition ,Paris.
- 90-Lazarus (R.S), Folkmane (1984), **Stress appraisal and coping**, New York publishing company.
- 91-Lazarus (R.S), Folkmane (1980), **An analysis of coping in a middle –aged community sample**, Journal of Health Social Behavior, 21,219-239.
- 92-le Camus(J) (1995), **Le dialogue phasique. nouvelles perspectives des interactions père-bébé**, Neuropsychiatrie de l'enfance et l'adolescence, 43(1-2),53-65.
- 93-Le jeune Phélipot, josette lyon (1989), **Comment vivre avec un Enfant trisomique**, Josette Lyon édition, Paris.
- 94-Levin& Scotch (N) (1970), **Social Stress**, Adeline Publisching Company ,Vol 37.

95-Meddhar (S) (1992), **Tradition contre développement**, E.N.A.P, Alger.

96-Miller(T), EL-Masre(M), Qouta (S) (2000), **Mental Health of Children in war Zone**, center for the studies of Children at Risk, Canada.

97-Moss(R)& Billing (G)(1984),**Coping Stress and Social Resources Among Adults with unipolar Depression**, Journal of Personality ,Vol 46,N°04,pp856-862.

98-Norbert Sillamy (1999), **Dictionnaire de Psychologie**, La Rousse, Paris.

99-Noël (R),Cyr(F)(2009), **Le père entre la parole de la Mère, et la réalité du lien A' L'enfant**, Revue Critique des problèmes d'actualité, Psychiatrie de l'enfant LII 2 ,pp535-591.

100-Paulhan (I)(1994), **les Strategies d'ajustement au coping**, In Mbruchon Schweitzer et R.Dantzer (Eds), introduction à la psychologie de la santé .chap.4,99-124.Paris.

101-Paulhan &Bourgeois (1998), **Stress et coping**, PUF ,2eme édition, Paris.

102-Redon (I)(1999), **Syndrome de Dawn, prise en charge orthophonique**, Mémoire pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophonie, Université de Montpellier I, Faculté de Médecine, France.

103-Ress (W.L)(1978), **Stress Distress and Disease**, The British Journal of Psychaitry, vol 123,pp3-18.

104-Rethore(M.O)(2004), **l'annonce d'un handicap 2eme journée d'étude sur la trisomie 21**, organisé par L'ANIT, Alger.

- 105-Roger Perron(1985), **Genèse de la personne**, PUF, France.
- 106-Rondal (J.L)(1986), **Le développement du Langage chez l'enfant trisomique 21**, Pierre Mardaga éditeur .
- 107-Sausse (S)(OCT1990), **A L'écoute de l'enfant Trisomique 21 et de ses Parents, Aspects psychologique**, Annales de pédiatrie vol 37,N°8.
- 108-Sausse (S)(1996), **Le Miroir brisé**, Calmann Levy ,Paris.
- 109-Smith (S.L)(1984), **working with difficult Parents of preschool children**, Paper Presented at council for Exceptional Children Annual convention .Washington.
- 110-Spreat (S)&Jampol (R.C)(1997), **Reidentail services for Children and Adolescents** ,In Ammerman (R.T)(1997),Hand book of prevention and treatment with children and Adolescents, intervention in the Real World Contrxt, New York.
- 111-Stone(A), Neale (J)(1984), **New Measure of Daily Coping Development and préliminary Results** ,Journal of Personality and Social psychology, vol 46,N°04,pp 892-906.
- 112- Vaginay(D), coll(2000), **Transmission et intégration pour quelle éthique**, Chronique sociale, Lyon.
- 113-Vaginay (D) (1997), **Accompagner L'enfant trisomique**, Chronique sociale ,Lyon.
- 114-Wenar (C) & Kerig (P) (2000), **Developpemental Psychopathology : From infancy through adolescence**, Fourth ed, New York :Mc Graw-hill,Inc,pp185-188.

6-قائمة المواقع الالكترونية:

-www .google.fr

-www.Gulfkids.com.ar

المسلاحق

الملحق الأول

مقياس إستراتيجية الضغوط

مقياس الـ Coping الـ PAULHAN ET ALL :

التعليمة:

1- صف موقفاً عشته خلال الأشهر الأخيرة (موقف قد مسك بالأخص أو

أزعجك):

.....

.....

.....

2- حدد شدة الانزعاج والتوتر الذي سببه لك الموقف:

منخفض متوسط مرتفع

3- أشر بالعلامة (X) إلى الاستراتيجيات الموائية إن كنت قد استعملتها أم لم

تستعملها في مواجهة هذا الموقف:

| الرقم | البنود | نعم | إلى حد ما نعم | لا | إلى حد ما لا |
|-------|---|-----|---------------|----|--------------|
| 1 | وضعت خطة عمل واتبعتها | | | | |
| 2 | تمنيت لو كنت أكثر قوة وأكثر تفاؤلاً وجسيماً | | | | |
| 3 | حدثت شخصاً عما أحسست به | | | | |
| 4 | كافحت لتحقيق ما أردته | | | | |
| 5 | تغيرت إلى الأحسن | | | | |
| 6 | تناولت الأمور واحدة واحدة | | | | |
| 7 | تمنيت لو استطعت تغيير ما حدث | | | | |
| 8 | تضايقت لعدم قدرتي على تجنب المشكل | | | | |
| 9 | ركزت على الجانب الإيجابي الذي يمكن أن يظهر فيما بعد | | | | |
| 10 | تناقشت مع شخص لأعرف الأكثر عن الموقف | | | | |
| 11 | تمنيت لو حدثت معجزة | | | | |
| 12 | خرجت أكثر قوة من الوضعية | | | | |
| 13 | غيرت الأمور حتى ينتهي كل شيء بسلام | | | | |
| 14 | انبت نفسي | | | | |
| 15 | احتفظت بمشاعري لنفسي | | | | |
| 16 | تفاوضت للحصول على شيء إيجابي من الموقف | | | | |
| 17 | تخيلت مكاناً أو وقتاً أحس من الذي أنا فيه | | | | |
| 18 | حاولت عدم التصرف بتسرع أو إتباع أول فكرة خطرت لي | | | | |
| 19 | رفضت التصديق أن هذا قد حدث لي | | | | |
| 20 | أدركت بأنني سبب المشاكل | | | | |
| 21 | حاولت عدم البقاء لوحدي | | | | |
| 22 | فكرت في أمور خيالية أو وهمية حتى أكون أحسن | | | | |
| 23 | قبلت عطف وتفهم شخص | | | | |
| 24 | وجدت حلاً أو حلين للمشكلة | | | | |
| 25 | حاولت نسيان كل شيء | | | | |
| 26 | تمنيت لو استطعت تغيير موقفي | | | | |
| 27 | عرفت ما ينبغي القيام به وضاعرت مجهوداتي وبذلت كل | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|----|
| | | | | ما بوسعي للحصول على ما أريد | |
| | | | | عدلت شيئاً في ذاتي من أجل أن أتحمل الوضعية بشكل أفضل | 28 |
| | | | | نقدت نفسي أو وبختها | 29 |

الملحق الثاني

مقياس الصحة النفسية

مقياس الصحة النفسية للراشدين

| م | العبارة | لا أوافق | أوافق إلى حد ما | أوافق |
|----|--|----------|-----------------|-------|
| 1 | معاملة الآخرين تجعلني راضي عن نفسي | | | |
| 2 | أشعر بالسعادة لأن حياتي جديرة بأن تعاش | | | |
| 3 | أشعر أن الآخرين راضين عني | | | |
| 4 | منذ الصغر وأنا أعاني من بعض الأمراض المزمنة | | | |
| 5 | أشعر بالسعادة لأنني قادر على حل مشاكلي | | | |
| 6 | أشعر بأن تخصصي له مستقبل | | | |
| 7 | رغم بذل مجهود لإنجاز أعمالي إلا أنني غير راضي عن نفسي | | | |
| 8 | أشعر أنني أعاني من بعض المشكلات النفسية | | | |
| 9 | أشعر أن معظم أصدقائي راضين عني | | | |
| 10 | أشعر باليأس عندما أجد الآخرين غير سعداء | | | |
| 11 | تخصص دراستي له قيمة، لكن ليس في بلدي | | | |
| 12 | أشعر أنني راضي عن نفسي رغم ضغوط الحياة | | | |
| 13 | منذ صغري والآخرين يتقبلونني | | | |
| 14 | أودُّ الذهاب إلى طبيب نفسي لكن الظروف تحول دون ذلك | | | |
| 15 | ليس لدي عزيمة وإرادة في إيجاد معنى في حياتي | | | |
| 16 | أكون سعيداً عندما أكون راضي عن حياتي | | | |
| 17 | أودُّ أن أغير من تخصص دراستي لأن لا قيمة له | | | |
| 18 | منذ فترة واليأس يملأ حياتي | | | |
| 19 | رغم تصرفاتي الجيدة إلا أن الآخرين غير راضين عني | | | |
| 20 | الحب هو الأساس الذي يجعل لحياتي معنى | | | |
| 21 | اقترابي من الله يجعلني راضي عن نفسي | | | |
| 22 | أشعر بالخوف من المستقبل | | | |
| 23 | أشعر أن مستقبلي المادي غير مستقر | | | |
| 24 | أشعر بالراحة عندما أجد الآخرين سعداء | | | |
| 25 | عندما ألتزم بقضاء الشعائر الدينية، تكون حياتي ذات قيمة | | | |
| 26 | أشعر أن الله راضي عني | | | |
| 27 | الشعور باليأس يقلل من همتي | | | |

| | |
|----|--|
| 28 | رغم أن الآخرين لا يقبلون على نوع دراستي إلا أنني أحبه |
| 29 | بعض أقاربي يعانون من بعض الأمراض النفسية |
| 30 | أشعر بالأمان عندما أكون مع الآخرين |
| 31 | أحاول أن أتصرف بطريقة من خلالها يتقبلني أقاربي |
| 32 | رغم محاولاتي على حل مشاكلي، إلا أنني أشعر بعدم الأمان |
| 33 | الأمر المادية تسترعي اهتمامي أكثر من أي شيء آخر |
| 34 | لا أشعر بالسعادة رغم أنني راضي عن نفسي |
| 35 | أشعر بالقلق اتجاه مستقبلي |
| 36 | الآخرون ينظرون لنوع دراستي بغير احترام |
| 37 | أشعر أنني أعاني من بعض الاضطرابات النفسية |
| 38 | رغم أن حياتي مليئة بالضغط إلا أن السعادة تلازمني |
| 39 | معنوياتي المرتفعة لها دور في إيجاد معنى في حياتي |
| 40 | أظهر للآخرين أنني سعيد ولكني غير ذلك |
| 41 | أشعر بالخوف دون سبب منذ الصغر |
| 42 | منذ فترة وأنا أعاني من الأرق أثناء النوم |
| 43 | حياتي مليئة بالحزن رغم قلة المشاكل بها |
| 44 | أرى أن مهنتي في المستقبل لها قيمة |
| 45 | أتعهد أن أحسن من أفعالي كي يتقبلني الآخرون |
| 46 | الإحباط المتكرر يجعل حياتي بلا معنى |
| 47 | رغم أن الحزن لا يفارقني، إلا أنني أعمل بجدية |
| 48 | لا أجد صعوبة في حياتي المادية |
| 49 | أشعر بالرضا عن ذاتي لعدم التزامي بواجباتي الدينية |
| 50 | أشعر أن السعادة الحقيقية لا توجد في حياتي |
| 51 | أشعر بالقلق لعدم اطمئناني على مستقبلي المادي |
| 52 | أشعر بالرضا لأنني أعمل بجدية |
| 53 | رغم أن نوع دراستي له قيمة إلا أنني أشعر بأنه غير مريح مادياً |
| 54 | أشعر باليأس سريعاً عندما أقع في أي مشكلة |
| 55 | لا أتقبل ذاتي لقصوري في القيام بواجباتي |
| 56 | مهما أربح من أموال، إلا أنني أشعر بالعوز المادي |

الملحق الثالث

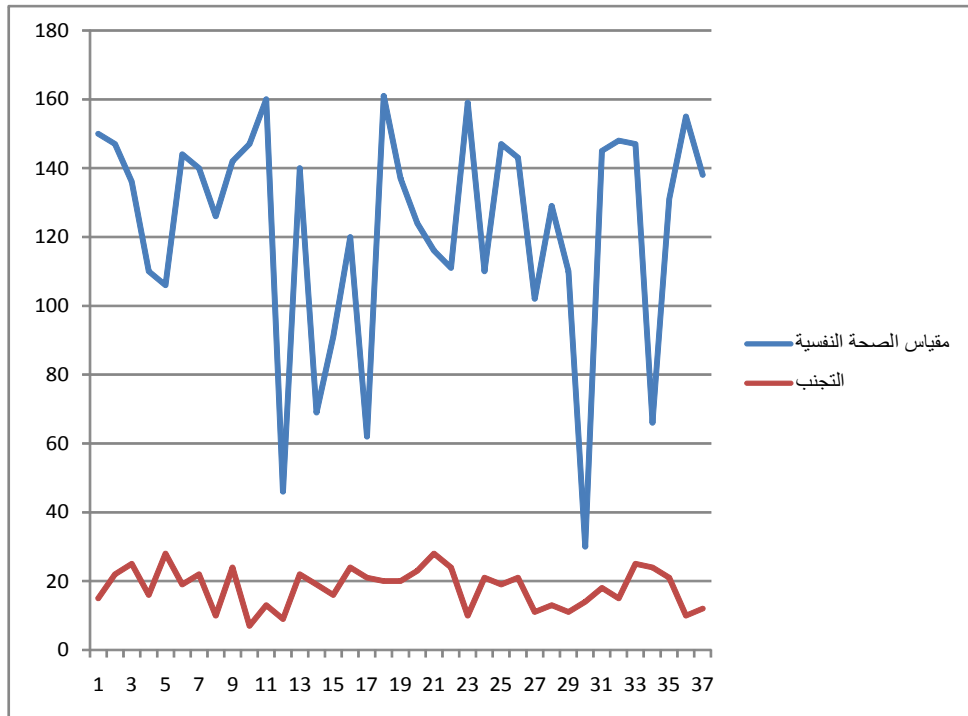
نتائج المعالجة الإحصائية

| التجنب | مقياس الصحة النفسية |
|--------|---------------------|
| 15 | 150 |
| 22 | 147 |
| 25 | 136 |
| 16 | 110 |
| 28 | 106 |
| 19 | 144 |
| 22 | 140 |
| 10 | 126 |
| 24 | 142 |
| 7 | 147 |
| 13 | 160 |
| 9 | 46 |
| 22 | 140 |
| 19 | 69 |
| 16 | 91 |
| 24 | 120 |
| 21 | 62 |
| 20 | 161 |
| 20 | 137 |
| 23 | 124 |
| 28 | 116 |
| 24 | 111 |
| 10 | 159 |
| 21 | 110 |
| 19 | 147 |
| 21 | 143 |
| 11 | 102 |
| 13 | 129 |
| 11 | 110 |
| 14 | 30 |
| 18 | 145 |
| 15 | 148 |
| 25 | 147 |
| 24 | 66 |
| 21 | 131 |
| 10 | 155 |
| 12 | 138 |

معامل الارتباط بين مقياس الصحة النفسية واستراتيجية التجنب

| | | Mesures symétriques | | | |
|-------------------------------|-------------------------|---------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| | | Valeur | Erreur standard asymptotique ^a | T approximé ^b | Signification approximée |
| Intervalle par Intervalle | R de Pearson | -0,001 | 0,164 | -0,004 | 0,997 |
| Ordinal par Ordinal | Corrélation de Spearman | -0,132 | 0,169 | -0,785 | 0,438 |
| Nombre d'observations valides | | 37 | | | |

- a. L'hypothèse nulle n'est pas considérée.
 b. Utilisation de l'erreur standard asymptotique dans l'hypothèse nulle.
 c. Basé sur une approximation normale.



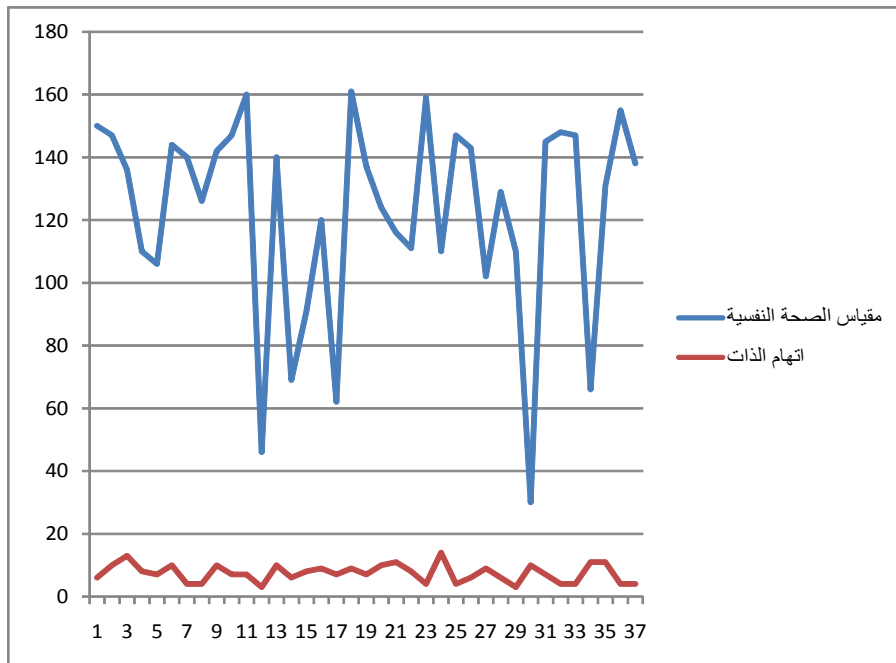
علاقة استراتيجيات مواجهة الضغوط بالصحة النفسية

| مقياس الصحة النفسية | اتهام الذات |
|---------------------|-------------|
| 150 | 6 |
| 147 | 10 |
| 136 | 13 |
| 110 | 8 |
| 106 | 7 |
| 144 | 10 |
| 140 | 4 |
| 126 | 4 |
| 142 | 10 |
| 147 | 7 |
| 160 | 7 |
| 46 | 3 |
| 140 | 10 |
| 69 | 6 |
| 91 | 8 |
| 120 | 9 |
| 62 | 7 |
| 161 | 9 |
| 137 | 7 |
| 124 | 10 |
| 116 | 11 |
| 111 | 8 |
| 159 | 4 |
| 110 | 14 |
| 147 | 4 |
| 143 | 6 |
| 102 | 9 |
| 129 | 6 |
| 110 | 3 |
| 30 | 10 |
| 145 | 7 |
| 148 | 4 |
| 147 | 4 |
| 66 | 11 |
| 131 | 11 |
| 155 | 4 |
| 138 | 4 |

معامل الارتباط بين مقياس الصحة النفسية واستراتيجية اتهام الذات

| | | Mesures symétriques | | | |
|-------------------------------|-------------------------|---------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| | | Valeur | Erreur standard asymptotique ^a | T approximé ^b | Signification approximée |
| Intervalle par Intervalle | R de Pearson | -0,135 | 0,162 | -0,808 | 0,424 |
| Ordinal par Ordinal | Corrélation de Spearman | -0,23 | 0,158 | -1,4 | 0,17 |
| Nombre d'observations valides | | 37 | | | |

- a. L'hypothèse nulle n'est pas considérée.
b. Utilisation de l'erreur standard asymptotique dans l'hypothèse nulle.
c. Basé sur une approximation normale.



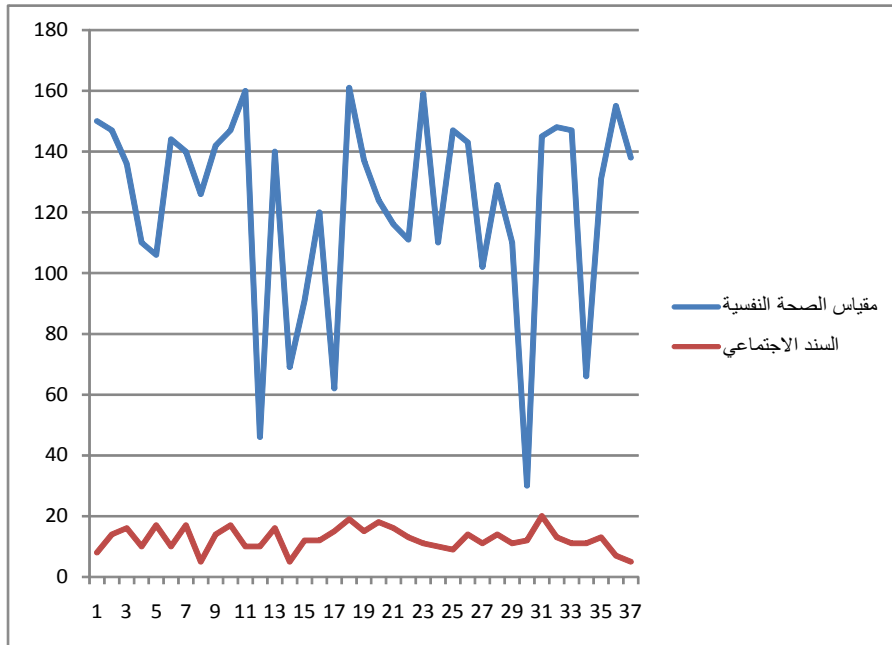
علاقة استراتيجيات مواجهة الضغوط بالصحة النفسية

| مقياس الصحة النفسية | السند الاجتماعي |
|---------------------|-----------------|
| 150 | 8 |
| 147 | 14 |
| 136 | 16 |
| 110 | 10 |
| 106 | 17 |
| 144 | 10 |
| 140 | 17 |
| 126 | 5 |
| 142 | 14 |
| 147 | 17 |
| 160 | 10 |
| 46 | 10 |
| 140 | 16 |
| 69 | 5 |
| 91 | 12 |
| 120 | 12 |
| 62 | 15 |
| 161 | 19 |
| 137 | 15 |
| 124 | 18 |
| 116 | 16 |
| 111 | 13 |
| 159 | 11 |
| 110 | 10 |
| 147 | 9 |
| 143 | 14 |
| 102 | 11 |
| 129 | 14 |
| 110 | 11 |
| 30 | 12 |
| 145 | 20 |
| 148 | 13 |
| 147 | 11 |
| 66 | 11 |
| 131 | 13 |
| 155 | 7 |
| 138 | 5 |

معامل الارتباط بين مقياس الصحة النفسية و استراتيجية السند الاجتماعي

| | | Mesures symétriques | | | |
|-------------------------------|-------------------------|---------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| | | Valeur | Erreur standard asymptotique ^a | T approximé ^b | Signification approximée |
| Intervalle par Intervalle | R de Pearson | 0,159 | 0,137 | 0,951 | 0,348 |
| Ordinal par Ordinal | Corrélation de Spearman | 0,067 | 0,17 | 0,397 | 0,693 |
| Nombre d'observations valides | | 37 | | | |

- a. L'hypothèse nulle n'est pas considérée.
 b. Utilisation de l'erreur standard asymptotique dans l'hypothèse nulle.
 c. Basé sur une approximation normale.



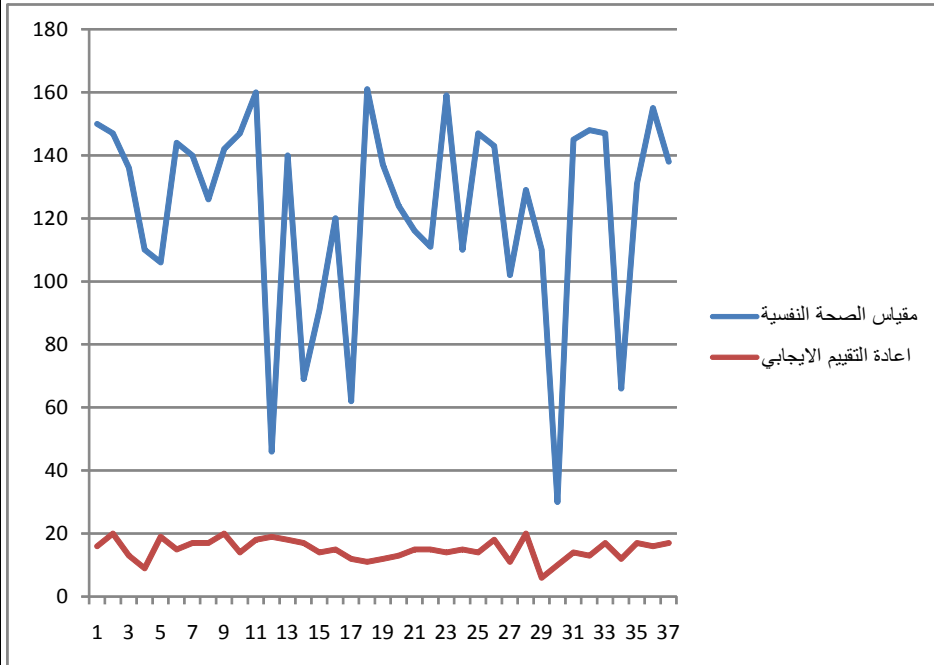
علاقة استراتيجيات مواجهة الضغوط بالصحة النفسية

| مقياس الصحة النفسية | اعادة التقييم الايجابي |
|---------------------|------------------------|
| 150 | 16 |
| 147 | 20 |
| 136 | 13 |
| 110 | 9 |
| 106 | 19 |
| 144 | 15 |
| 140 | 17 |
| 126 | 17 |
| 142 | 20 |
| 147 | 14 |
| 160 | 18 |
| 46 | 19 |
| 140 | 18 |
| 69 | 17 |
| 91 | 14 |
| 120 | 15 |
| 62 | 12 |
| 161 | 11 |
| 137 | 12 |
| 124 | 13 |
| 116 | 15 |
| 111 | 15 |
| 159 | 14 |
| 110 | 15 |
| 147 | 14 |
| 143 | 18 |
| 102 | 11 |
| 129 | 20 |
| 110 | 6 |
| 30 | 10 |
| 145 | 14 |
| 148 | 13 |
| 147 | 17 |
| 66 | 12 |
| 131 | 17 |
| 155 | 16 |
| 138 | 17 |

معامل الارتباط بين مقياس الصحة النفسية واستراتيجية اعادة التقييم

| | | Mesures symétriques | | | |
|-------------------------------|-------------------------|---------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| | | Valeur | Erreur standard asymptotique ^e | T approximé ^b | Signification approximée |
| Intervalle par Intervalle | R de Pearson | 0,243 | 0,167 | 1,48 | 0,148 |
| Ordinal par Ordinal | Corrélation de Spearman | 0,206 | 0,175 | 1,245 | 0,221 |
| Nombre d'observations valides | | 37 | | | |

- a. L'hypothèse nulle n'est pas considérée.
 b. Utilisation de l'erreur standard asymptotique dans l'hypothèse nulle.
 c. Basé sur une approximation normale.

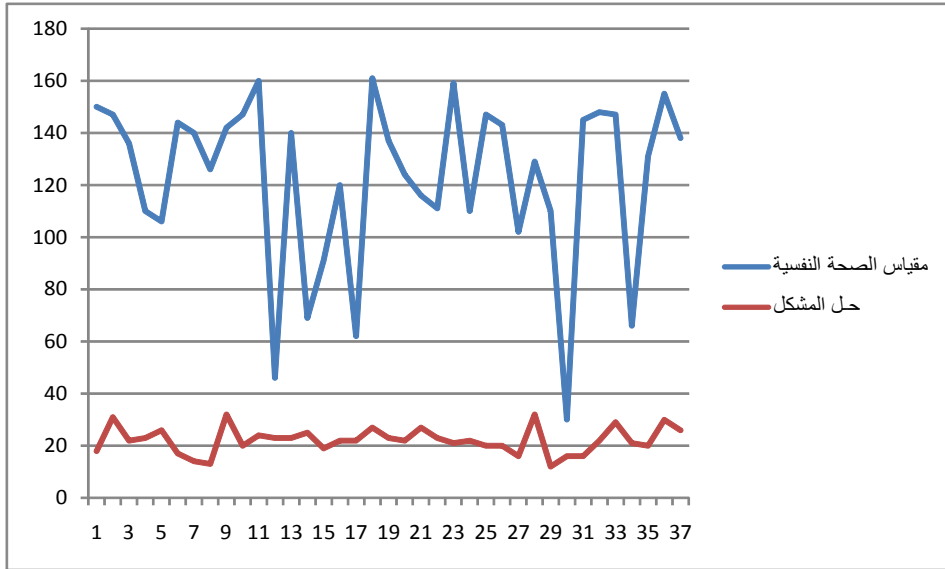


| مقياس الصحة النفسية | حل المشكل |
|---------------------|-----------|
| 150 | 18 |
| 147 | 31 |
| 136 | 22 |
| 110 | 23 |
| 106 | 26 |
| 144 | 17 |
| 140 | 14 |
| 126 | 13 |
| 142 | 32 |
| 147 | 20 |
| 160 | 24 |
| 46 | 23 |
| 140 | 23 |
| 69 | 25 |
| 91 | 19 |
| 120 | 22 |
| 62 | 22 |
| 161 | 27 |
| 137 | 23 |
| 124 | 22 |
| 116 | 27 |
| 111 | 23 |
| 159 | 21 |
| 110 | 22 |
| 147 | 20 |
| 143 | 20 |
| 102 | 16 |
| 129 | 32 |
| 110 | 12 |
| 30 | 16 |
| 145 | 16 |
| 148 | 22 |
| 147 | 29 |
| 66 | 21 |
| 131 | 20 |
| 155 | 30 |
| 138 | 26 |

معامل الارتباط بين مقياس الصحة النفسية و استراتيجية حل المشكل

| | | Mesures symétriques | | | |
|-------------------------------|-------------------------|---------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| | | Valeur | Erreur standard asymptotique ^a | T approximé ^b | Signification approximée |
| Intervalle par Intervalle | R de Pearson | 0,193 | 0,12 | 1,166 | 0,252 |
| Ordinal par Ordinal | Corrélation de Spearman | 0,163 | 0,154 | 0,977 | 0,335 |
| Nombre d'observations valides | | 37 | | | |

- a. L'hypothèse nulle n'est pas considérée.
 b. Utilisation de l'erreur standard asymptotique dans l'hypothèse nulle.
 c. Basé sur une approximation normale.



| S | MOY | استراتيجيات المواجهة | |
|---------------------|---------------------|----------------------|---------------------------|
| <u>25,40</u> | <u>22,14</u> | حل المشكل | مواجهة مع المشكل |
| 14,53 | 12,46 | السند الاجتماعي | |
| 32,81 | 18,16 | تجنب | مواجهة مركزة على الانفعال |
| 10,50 | 14,95 | إعادة تقييم ايجابي | |
| 8,42 | 7,43 | اتهام الذات | |

الفروق في استخدام استراتيجيات المواجهة حسب رتبة الابن التريزومي

Descriptives

استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل

| | N | Moyenne | Ecart-type | Erreur standard | Intervalle de confiance à 95% pour la moyenne | | Mini-mum | Maxi-mum | Variance inter-composantes |
|-------------------|----|---------|------------|--------------------|---|--------------------|----------|----------|----------------------------|
| | | | | | Borne inférieure | Borne supérieure | | | |
| | | | | | الطفل الأول | 6 | | | |
| الطفل الثاني | 5 | 33,20 | 5,119 | 2,289 | 26,84 | 39,56 | 26 | 39 | |
| الطفل الثالث | 26 | 34,19 | 6,865 | 1,346 | 31,42 | 36,96 | 18 | 46 | |
| Total | 37 | 34,59 | 6,508 | 1,070 | 32,42 | 36,76 | 18 | 46 | |
| Modèle | | | | | | | | | |
| Effets fixes | | | 6,554 | 1,077 | 32,41 | 36,78 | | | |
| Effets aléatoires | | | | 1,077 ^a | 29,96 ^a | 39,23 ^a | | | -1,248 |

a. Attention : le variance inter-composantes est négative. Elle a été remplacée par 0,0 dans le calcul de cette mesure d'effets aléatoires.

Test d'homogénéité des variances

استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل

| Statistique de Levene | ddl1 | ddl2 | Signification |
|-----------------------|------|------|---------------|
| ,293 | 2 | 34 | ,748 |

ANOVA à 1 facteur

استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل

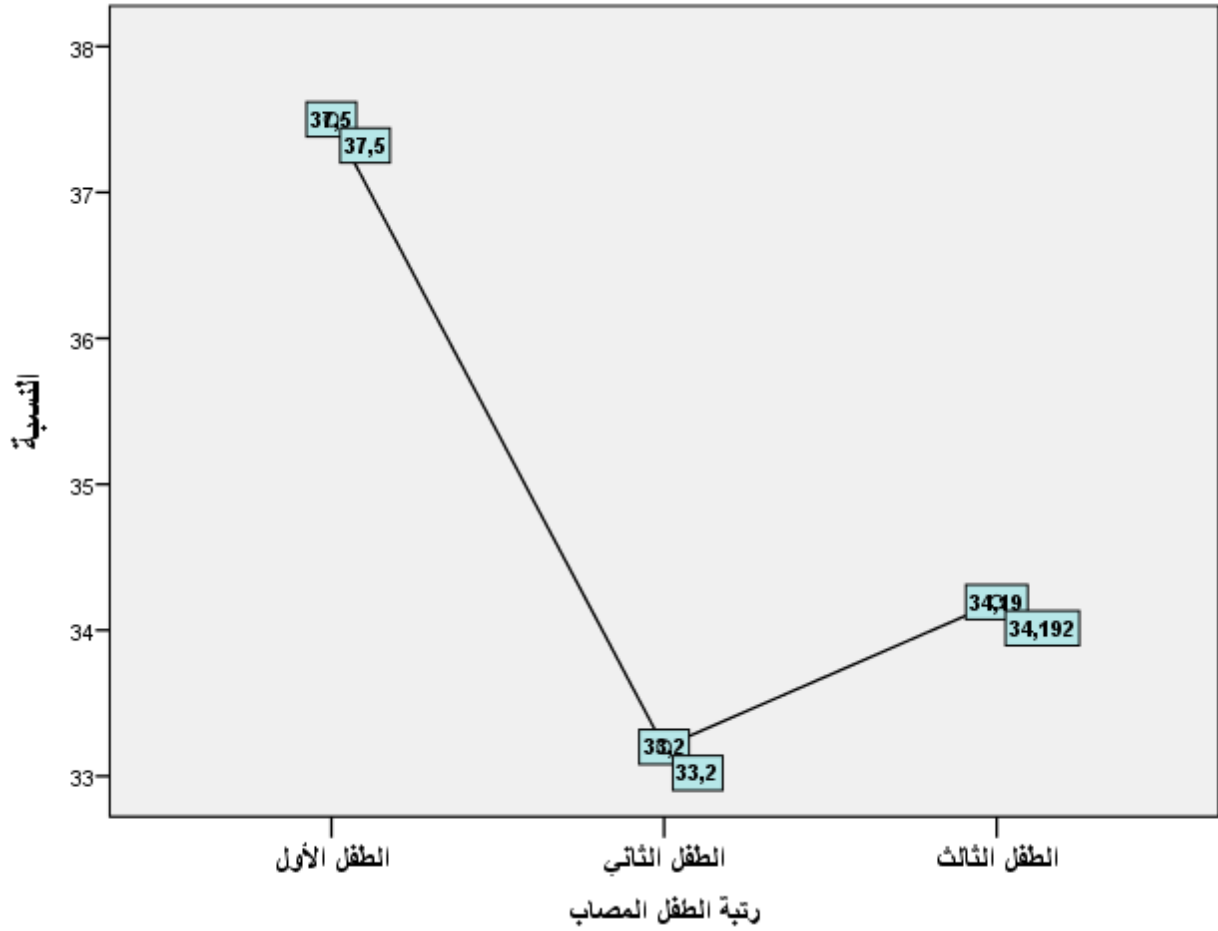
| | Somme des carrés | ddl | Moyenne des carrés | F | Signification |
|---------------|------------------|-----|--------------------|------|---------------|
| Inter-groupes | 64,580 | 2 | 32,290 | ,752 | ,479 |
| Intra-groupes | 1460,338 | 34 | 42,951 | | |
| Total | 1524,919 | 36 | | | |

Tests d'égalité des moyennes

استراتيجيات المواجهة على المشكل

| | Statistique ^a | ddl1 | ddl2 | Sig. |
|----------------|--------------------------|------|--------|------|
| Welch | ,879 | 2 | 9,032 | ,448 |
| Brown-Forsythe | ,972 | 2 | 14,085 | ,402 |

a. Distribution F asymptotique.



الفروق في استخدام استراتيجيات المواجهة حسب رتبة الابن التريزومي

Descriptives

الاستراتيجيات المركزة على الانفعال

| | N | Moyenne | Ecart-type | Erreur standard | Intervalle de confiance à 95% pour la moyenne | | Minimum | Maximum | Variance inter-composantes |
|-------------------|----|---------|------------|-----------------|---|------------------|---------|---------|----------------------------|
| | | | | | Borne inférieure | Borne supérieure | | | |
| الطفل الأول | 6 | 46,33 | 8,824 | 3,602 | 37,07 | 55,59 | 33 | 54 | |
| الطفل الثاني | 5 | 36,20 | 8,167 | 3,652 | 26,06 | 46,34 | 30 | 50 | |
| الطفل الثالث | 26 | 40,04 | 8,273 | 1,622 | 36,70 | 43,38 | 20 | 54 | |
| Total | 37 | 40,54 | 8,611 | 1,416 | 37,67 | 43,41 | 20 | 54 | |
| Modèle | | | | | | | | | |
| Effets fixes | | | 8,344 | 1,372 | 37,75 | 43,33 | | | |
| Effets aléatoires | | | | 2,648 | 29,15 | 51,94 | | | 9,534 |

Test d'homogénéité des variances

الاستراتيجيات المركزة على الانفعال

| Statistique de Levene | ddl1 | ddl2 | Signification |
|-----------------------|------|------|---------------|
| ,114 | 2 | 34 | ,892 |

ANOVA à 1 facteur

استراتيجيات المركزة على الانفعال

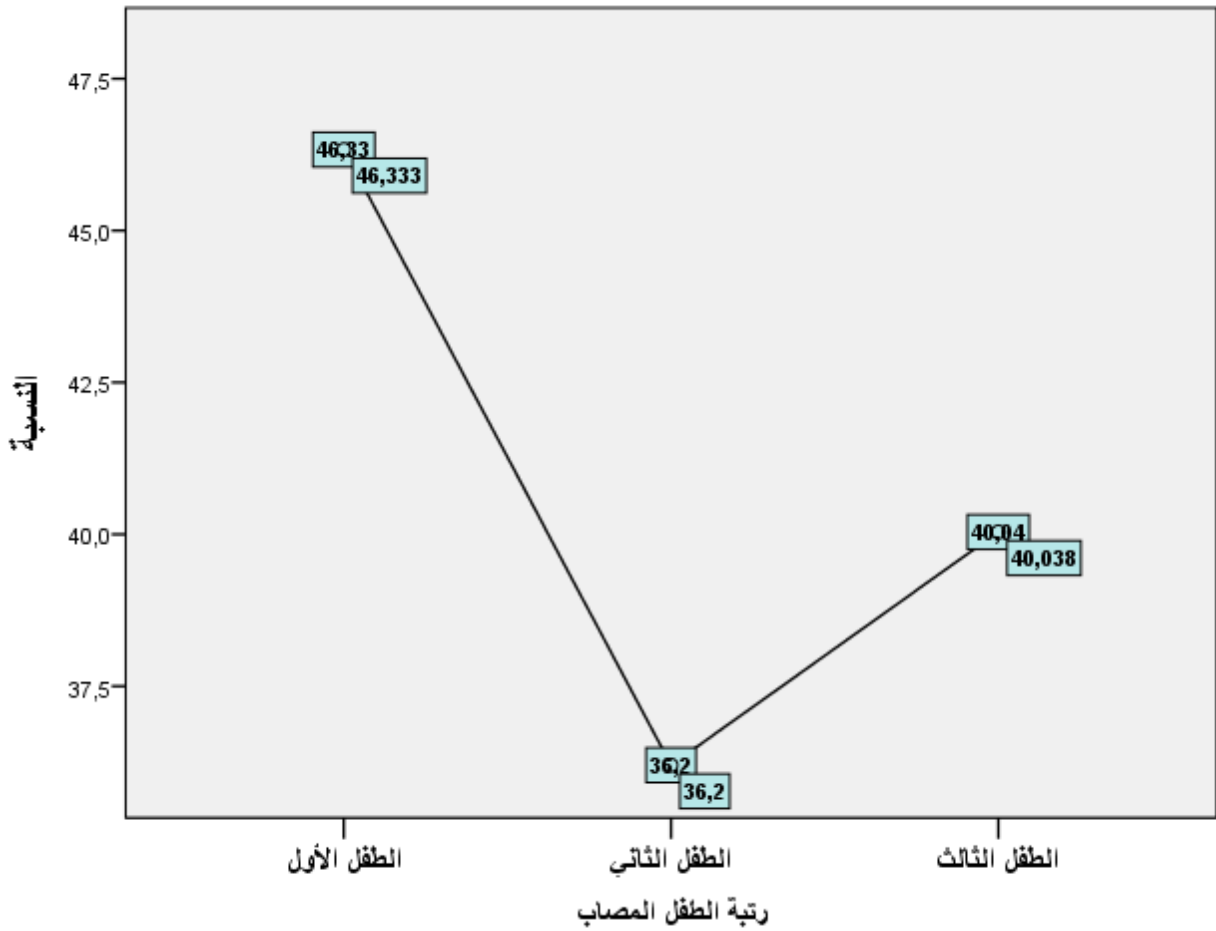
| | Somme des carrés | ddl | Moyenne des carrés | F | Signification |
|---------------|------------------|-----|--------------------|-------|---------------|
| Inter-groupes | 302,094 | 2 | 151,047 | 2,170 | ,130 |
| Intra-groupes | 2367,095 | 34 | 69,620 | | |
| Total | 2669,189 | 36 | | | |

Tests d'égalité des moyennes

استراتيجيات المركزة على الانفعال

| | Statistique ^a | ddl1 | ddl2 | Sig. |
|----------------|--------------------------|------|--------|------|
| Welch | 1,885 | 2 | 7,984 | ,214 |
| Brown-Forsythe | 2,109 | 2 | 12,077 | ,164 |

a. Distribution F asymptotique.



الفروق في مستوى الصحة النفسية حسب رتبة الابن التريزومي

A 1 facteur

Descriptives

مقياس الصحة النفسية

| | N | Moyenne | Ecart-type | Erreur standard | Intervalle de confiance à 95% pour la moyenne | | Minimum | Maximum | Variance inter-composantes |
|-------------------|----|---------|------------|--------------------|---|---------------------|---------|---------|----------------------------|
| | | | | | Borne inférieure | Borne supérieure | | | |
| الطفل الأول | 6 | 117,50 | 19,181 | 7,830 | 97,37 | 137,63 | 91 | 142 | |
| الطفل الثاني | 5 | 125,80 | 45,158 | 20,195 | 69,73 | 181,87 | 46 | 155 | |
| الطفل الثالث | 26 | 123,50 | 33,739 | 6,617 | 109,87 | 137,13 | 30 | 161 | |
| Total | 37 | 122,84 | 32,779 | 5,389 | 111,91 | 133,77 | 30 | 161 | |
| Modèle | | | | | | | | | |
| Effets fixes | | | 33,631 | 5,529 | 111,60 | 134,07 | | | |
| Effets aléatoires | | | | 5,529 ^a | 99,05 ^a | 146,63 ^a | | | -119,186 |

a. Attention : le variance inter-composantes est négative. Elle a été remplacée par 0,0 dans le calcul de cette mesure d'effets aléatoires.

Test d'homogénéité des variances

مقياس الصحة النفسية

| Statistique de Levene | ddl1 | ddl2 | Signification |
|-----------------------|------|------|---------------|
| ,970 | 2 | 34 | ,390 |

ANOVA à 1 facteur

مقياس الصحة النفسية

| | Somme des carrés | ddl | Moyenne des carrés | F | Signification |
|---------------|------------------|-----|--------------------|------|---------------|
| Inter-groupes | 226,227 | 2 | 113,114 | ,100 | ,905 |
| Intra-groupes | 38454,800 | 34 | 1131,024 | | |
| Total | 38681,027 | 36 | | | |

الفروق في مستوى الصحة النفسية حسب رتبة الابن التريزومي

Tests d'égalité des moyennes

مقياس الصحة النفسية

| | Statistique ^a | ddl1 | ddl2 | Sig. |
|----------------|--------------------------|------|-------|------|
| Welch | ,184 | 2 | 8,788 | ,835 |
| Brown-Forsythe | ,094 | 2 | 7,251 | ,911 |

a. Distribution F asymptotique.

