



بسم الله الرحمن الرحيم

جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا

كلية الدراسات العليا

الضغوط النفسية على أولياء أمور المعاقين ذهنياً وعلاقتها ببعض المتغيرات الديمغرافية بمراكز التربية الخاصة بولاية الخرطوم

Psychological Stresses on the Parents of the Mentally Disabled and their Relation to some Demographic Variables at Special Education Centers in Khartoum

رسالة مقدمة لنيل درجة الماجستير في التربية علم النفس
(التربية الخاصة)

إشراف الدكتور:

عبدالرازق عبدالله البوني

إعداد الطالبة:

باختة محمد أحمد مصطفى خلف الله

١٤٣٧هـ - يناير ٢٠١٥م

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

الإِسْتِهِال

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

(سُنُّرِیْمُ آیَاتِنَا فِی الْاَفَاقِ وَفِی اَنْفُسِهِمْ حَتّٰی یَتَبَيَّنَ لَهُمْ اَنَّهٗ الْحَقُّ اَوْلَمْ یَكْفِ بِرَبِّكَ

اَنَّهٗ عَلٰی كُلِّ شَیْءٍ شَهِیْدٌ { ۵۳ })

سورة فصلت الآیة ۵۳

الإهداء

إلى من قال فيهم عز وجل

(وقل رب أرحمهما كما ربياني صغيرا)

إلى من برؤيتهما يسر قلبي وبغيابهما يشغل فكري

إلى الوالد والوالدة متعهما الله بالصحة والعافية

إلى أسرتي الكريم

إلى كل طلاب العلم

إلى الذين حرموا نعمة السمع والبصر

إلى الذين حرموا هبة العقل والحركة وعطف البشر

إلى الذين حجزوا وأخفوا داخل المساكن والحجر

إلى الذين لايسمح لرؤيتهم ضيف أو زائر لنقل الخبر

إلى الذين حباهم الله عمقاً بالتفكير وعملوا بالكبت والزجر

المعاقين ذهنياً

إليهم جميعاً

أهدي ثمرة هذا الجهد المتواضع

شكر وتقدير

{ رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَىٰ وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَخْلِي بِرَحْمَتِكَ فِي عِبَادِكَ الصَّالِحِينَ }
سورة النمل الآية: ١٩

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات، والصلاة والسلام على رسول الله معلم البشرية كلها، والشكر من قبل ومن بعد لله رب العالمين الذي وفقني لإجراء هذه الدراسة وذلك إمتثالاً لقوله تعالى (وَإِذْ تَأْتِيَنَّكُمْ لَنَا بِشُكْرِكُمْ لَأَزِيدَنَّكُمْ... {٧})

سورة إبراهيم الآية: ٧

إلى التي أرست بنا إلى شواطئ المعرفة جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا وإلى التي أبحرت بنا في بحار العلم كلية التربية.
شكري وتقديري للدكتور/عبدالرازق عبدالله البوني لصبره وتواضعه الجم ورحابة صدره.

كما أشكر السيدة/ د. سلوى عبدالله الحاج والدكتورة ميسونة بابكر حامد والدكتورة بخيطة محمد زين علي والدكتورة نجدة عبدالرحيم والدكتور علي فرح احمد فرح والعاملين والعاملات في مكتبة كلية التربية وكل أسرة كلية التربية بجامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا. ومكتبة السودان، ومكتبة جامعة أم درمان الإسلامية، ومكتبة جامعة الخرطوم كلية التربية، ومكتبة جامعة الأحفاد.
وشكري للدكتور خليل بالمجلس الأفريقي. الذي قام بإجراء التحليل الإحصائي للدراسة في صبر وطول بال.

وشكري للعاملين والعاملات بكلية الدراسات العليا ممثلة في السيد العميد والسيد المسجل والعاملين والعاملات من مساعدي المسجل والسيدة تهاني حمد الريح.
وشكري لكل الذين ساهموا في هذا البحث بالنصح والإرشاد أو الدعم المعنوي والموازية لمن فات علي ذكرهم.

والحمد لله رب العالمين

الباحثة

مستخلص البحث

هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى الضغوط النفسية لأولياء أمور الأطفال المعاقين ذهنياً وعلاقتها ببعض المتغيرات الديموغرافية (النوع، العمر، المستوى التعليمي، المستوى الإقتصادي، عدد الأطفال في الأسرة، ترتيب الطفل بين إخوته).

وهدفت الدراسة الحالية أيضاً إلى تحديد ما يمكن أن يحدثه وجود طفل يعاني من إعاقة ذهنية من ضغوط نفسية لدى والديه. وهدفت الدراسة كذلك إلى التعرف على علاقة كل من الضغوط النفسية ببعض المتغيرات الخاصة بأولياء الأمور المتمثلة بالجنس، والعمر الزمني، ومستوى التعليم، والمستوى الإقتصادي، أو الخاصة بالأطفال والمتمثلة بعدد الأطفال في الأسرة، وترتيب الطفل بين إخوته.

ولتحقيق هذا الهدف إستخدمت الباحثة المنهج الوصفي الإرتباطي، وتكون مجتمع الدراسة (أولياء أمور المعاقين ذهنياً) وبلغ حجم العينة (٦٤) فرد (٣٢) آباء (٣٢) أمهات تم إختيارهم بالطريقة العشوائية البسيطة.

وقامت الباحثة بإستخدام مقياس الضغوط النفسية لأولياء أمور المعاقين ذهنياً وهو من إعداد وتقنين كل من زيدان السرطاوي وعبد العزيز الشخص (١٩٩٨م). وقد تم التحقق من صدق المقياس في صورته الأصلية بإستخدام كل من أسلوب التحليل العاملي، والإتساق الداخلي للمقياس وتم التحقق من ثباته بطريقة الفاكرونباخ.

وبالإضافة إلى ذلك تم التحقق من صدق المقياس في الدراسة الحالية بحساب معاملات الإرتباط بين الأبعاد وبين الدرجة الكلية للمقياس، وتم التحقق من ثبات المقياس بطريقة الفاكرونباخ وكانت ذو دلالة إحصائية مرتفعة وتمت المعالجة من خلال برنامج (spss) شملت إختبار (ت) الوسط الحسابي والانحراف المعياري وإختبار (ف) وتوصلت هذه الدراسة إلى النتائج التالية:

- ١- تتسم مستوى الضغوط النفسية لأولياء أمور المعاقين ذهنياً بالإرتفاع.
- ٢- لا توجد فروق ذات دلالة في الضغوط النفسية وسط أولياء أمور المعاقين ذهنياً تعزى لمتغير النوع.

٣- لا توجد فروق ذات دلالة في الضغوط النفسية وسط أولياء أمور المعاقين ذهنياً تعزى لمتغير العمر.

٤- لا توجد فروق ذات دلالة في الضغوط النفسية وسط أولياء أمور المعاقين ذهنياً تعزى لمتغير المستوى التعليمي لصالح ذوي التعليم الجامعي وفوق الجامعي.

٥- لا توجد فروق ذات دلالة في الضغوط النفسية وسط أولياء أمور المعاقين ذهنياً تعزى لمتغير المستوى الإقتصادي لصالح المستوى الإقتصادي المرتفع.

٦- لا توجد فروق ذات دلالة في الضغوط النفسية وسط أولياء أمور المعاقين ذهنياً تعزى لمتغير ترتيب الطفل.

٧- لا توجد فروق ذات دلالة في الضغوط النفسية وسط أولياء أمور المعاقين ذهنياً تعزى لمتغير عدد الأطفال في الأسرة.

وفي خاتمة الدراسة قدمت الباحثة بعض التوصيات والمقترحات. أهمها تقديم برامج إرشادية لأولياء أمور المعاقين ذهنياً لتخفيف الضغوط النفسية لديهم.

Abstract

This research aims at identifying psychological stresses among the parents of the mentally disabled and their relation to some demographic variables (gender, educational level, economic level, number of children in the family, birth order of the child.)

And the present study also aims to determine what psychological stress can be caused among parents as a result of the presence of a child suffering from mental disability. The present study also aimed to identify the relation between each of the psychological stress with some variables concerning parents represented by gender, chronological age, educational level and the economical level; or concerning the child represented by the number of children in the family, and the child order among his siblings

To achieve this goal the researcher used the descriptive method and the (population was the parents of the mentally disabled) in the special education centers in Khartoum state

And the sample size was (64) subjects (24) males and (23) females taken by the simple random sampling, and the researcher used the psychological stress measure for the mentally disabled parents, the validity of the scale has been verified in its original form using factor analysis, and internal consistency, and the reliability of the scale was verified by the Alvakronbach equation.

In addition to that the validity of the scale in the current study was verified by calculating the correlation coefficient between the scores of the dimensions and the total score of the scale. The stability of the measure was checked by Alvakronbach and it was found to be high, and treatment was done through the program spss) these include T test and the arithmetic mean and standard deviation and test and this study found the following results

The Level of psychological stresses among the parents of the mentally disabled are high

2- there are no significant differences in psychological stresses among the parents of the mentally disabled due to gender.

3- there are no significant differences in psychological stresses among the parents of the mentally disabled due to age.

4- there are no significant differences in psychological stresses among the parents of the mentally disabled due to graduate and post-graduate levels of education

5- there are no significant differences in psychological stresses among the parents of the mentally disabled due to economic level variable in favor of high economical level.

6- there are no significant differences in psychological stresses among the parents of the mentally disabled due to child birth order

7- there are no significant differences in psychological stresses among the parents of the mentally disabled due to the number of the children in the family

And in the end the researcher presented some recommendations and suggestions, the most important of which is to provide programs to reduce the level of stress among the parents of the mentally disabled children.

قائمة الموضوعات

رقم الصفحة	الموضوع
أ	الآية
ب	الإهداء
ج	الشكر والتقدير
د	ملخص الدراسة باللغة العربية
و	ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية
ح	قائمة الموضوعات
ي	قائمة الجداول
ل	قائمة الأشكال
م	قائمة الملاحق
الفصل الأول	
١	تمهيد
٢	مشكلة البحث
٤	أهمية البحث
٥	أسباب إختيار موضوع البحث
٥	أهداف البحث
٦	حدود البحث
٦	فروض البحث
٦	منهج البحث
٧	أدوات البحث
٨	مصطلحات البحث

الفصل الثاني الإطار النظري والدراسات السابقة	
٥٥-١٠	المبحث الأول: الضغوط النفسية
١٧٧-٥٦	المبحث الثاني: التربية الخاصة والإعاقة الذهنية
١٩٦-١٧٨	المبحث الثالث الدراسات السابقة
الفصل الثالث منهج البحث وإجراءاته	
٢٠٩-١٩٧	منهج الدراسة الميدانية وإجراءاتها وصعوباتها
الفصل الرابع عرض النتائج ومناقشتها	
٢٣٤-210	عرض النتائج ومناقشتها
الفصل الخامس الخاتمة . التوصيات . المقترحات	
٢٣٥	الخاتمة
٢٣٦	التوصيات
٢٣٦	المقترحات
٢٤٣-٢٣٧	المراجع
٢٥٩-٢٤٤	الملاحق

قائمة الجداول

رقم الصفحة	إسم الجدول	الرقم
٥٨	جدول يبين فئات الأفراد غير العاديين المنطويين تحت مظلة التربية الخاصة	١
١٠٦	جدول يبين أوجه القصور المرتبطة بالسلوك التكيفي طبقاً لتطور العمر	٢
١٠٩	جدول يوضح مستويات تركيز المساعدة للطفل المعاق ذهنياً	٣
١٩٨	جدول يوضح توصيف مجتمع الدراسة	4
١٩٩	جدول المؤسسات العاملة في مجال الإعاقة الذهنية بمحافظة الخرطوم	5
٢٠٣	جدول يوضح خيارات الاستجابة على المقياس	6
٢٠٨	جدول معامل ارتباط الفاكرونباخ لحساب الإتساق الداخلي من مقياس الضغوط النفسية	7
٢١٢	جدول إختبار (ت) لعينة واحدة لحساب سمة الضغوط انفسية لدى اولياء أمور المعاقين ذهنياً في العينة الكلية وعينة الذكور والإناث	8
٢١٦	جدول يوضح متوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والخطأ المعياري ولختبار (ت) لعينتين مستقلتين لحساب الضغوط النفسية تبعاً لمتغير العمر	9
٢١٩	جدول يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية والخطأ المعياري لمتوسط مقياس الضغوط النفسية تبعاً لمتغير المستوى التعليمي	10
٢٢١	جدول يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية والخطأ المعياري لمستوى الضغوط النفسية تبعاً لمتغير المستوى الإقتصادي	11

٢٢٥	جدول يوضح إختبار (ت) التباين الأحادي لحساب دلالة الفروق في الضغوط النفسية تبعاً لمتغير المستوى الإقتصادي	12
٢٢٩	جدول يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية والخطأ المعياري لمستوى الضغوط تبعاً لمتغير ترتيب الطفل	١٣
٢٣٠	جدول يوضح اختبار التباين الأحادي لحساب دلالة الفروق في الضغوط النفسية تبعاً لمتغير ترتيب الطفل	١٤
٢٣٢	جدول يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية والخطأ المعياري لمستوى الضغوط النفسية تبعاً لمتغير عدد الأطفال في الأسرة	١٥
٢٣٣	جدول يوضح إختبار التباين الأحادي لحساب دلالة الفروق في الضغوط النفسية تبعاً لمتغير عدد الأطفال في الأسرة	١٦

قائمة الأشكال

رقم الصفحة	اسم الشكل	رقم الشكل
٦٦	التنظيم الهرمي لبرامج التربية الخاصة	١
٧٣	أشكال ومؤسسات تعليم المعوقين ذهنياً وأنواع مؤسسات التربية الخاصة	٢
٩٩	أنواع العمليات العقلية للجهاز العصبي المركزي	٣
١٠١	منحنى التوزيع الطبيعي للقدرة العقلية	٤
١٤٤	توزيع الجمعية الأمريكية للإعاقة الذهنية	٥
٢٢٠	المتوسطات والانحرافات المعيارية والخطأ المعياري لمتوسط مقياس الضغوط النفسية تبعاً لمستوى التعليم	٦
٢٢٤	المتوسطات وانحرافات معيارية والخطأ المعياري لمستوى الضغوط النفسية تبعاً لي المستوى الإقتصادي	٧
٢٢٩	المتوسطات إنحرافات معيارية والخطأ المعياري لمستوى الضغوط النفسية تبعاً لمتغير ترتيب الطفل	٨
٢٣٣	المتوسطات إنحرافات معيارية والخطأ المعياري لمستوى الضغوط النفسية تبعاً لمتغير عدد الأطفال في الأسرة	٩

قائمة الملاحق

رقم الملحق	العنوان	رقم الصفحة
١	خطاب محكمي الإستبانة	٢٤٤
٢	قائمة بأسماء المحكمين	٢٤٥
٣	خطاب موجه لأفراد العينة	٢٤٦
٤	مقياس الضغوط النفسية قبل التعديل	٢٤٨-٢٥٣
٥	مقياس الضغوط النفسية بعد التعديل	٢٥٥-٢٥٩
٦	خطاب كلية الدراسات العليا	٢٦٠

الفصل الأول

الإطار العام

الفصل الأول

الإطار العام للبحث

المقدمة:

يمر بعض الأفراد في حياتهم بالعديد من أنواع الضغوط النفسية، وهذه الضغوط قد يكون مصدرها نفسي المنشأ أو مرض. وهناك الكثير من أحداث الحياة التي يمكن أن تسبب ضغوط على الفرد وتسمى ضغوط الحياة منها، الطلاق، وفاة الزوج أو الزوجة، وفاة عزيز على الفرد، مشاكل مالية، خصومات مع الأفراد فصل من الوظيفة، عدم القدرة في الحصول على عمل مناسب وغيرها مما نلاحظه يومياً من حولنا فإحساس الفرد بهذه الضغوط يتوقف على العديد من العوامل فما يعتبر ضغط بالنسبة لفرد لا يعتبر كذلك بالنسبة للآخر بل يمكن إثنتين يكونوا تحت نفس الظروف الضاغطة ومع ذلك فإحدهما يستشعر أكثر بهذه المصادر الضاغطة ويتأثر بها إلا أن الآخر لا يستشعر بنفس درجة الأول لهذه المصادر وبالتالي يمكن القول أن وهناك نوعاً آخر من الضغوط التي يمكن تسميتها (بالضغوط الذاتية) فالفرد نفسه وتركيبته النفسية مصدر ضغط لنفسه فهو دائماً متأزماً، متشائماً قلق وغيرها من السمات التي ترجع إلى البناء النفسي للفرد.

كذلك فإن الضغوط تترك العديد من الآثار على الفرد سواء كانت سيكولوجية أو آثار سلوكية أو جسمانية (السيكوماتية) ولكن هل كل من تعرض للضغوط حدثت له هذه الآثار أو جزء منها الواقع يكشف لنا عن وجود أفراد لديهم القدرة على التعامل وإدارة الضغوط وأفراد آخرين من السهل وقوعهم في دائرة آثار ضغوط (نفسية، سلوكية، جسمانية) وبالتالي فقد يرجع ذلك إلى العديد من العوامل الشخصية التي تحدد قدرة الفرد على التحمل للضغوط والعمل تحت مستويات عالية من الضغوط (شعبان علي حسين، ٢٠٠٢م).

- الأسرة عبارة عن نظام متكامل يضم مجموعة من الأعضاء تربطهم علاقات حميمة بحيث يؤثر كل منهم على الآخر، ويتأثر به كي تصبح وحدة واحدة، ولذلك فإن تعرض أي فرد في الأسرة لظروف غير ملائمة أو لأي اضطراب يصبح مصدر ضغط لبقية أفراد الأسرة سواء بصورة مباشرة أو غير مباشرة.

وتعتبر الأسرة من أقدم المؤسسات الإجتماعية وأكثرها ثباتاً في تاريخ الإنسان الطويل فلإنسانية كلها أسرة كبيرة وفي الأسرة ينظر الكثير من الأفراد إلى الطفل بإعتباره الإمتداد الطبيعي لهم ويرى البعض أن وجود الأطفال يوفر نوعاً من البقاء.

يرغب كل زوجين في إنجاب أطفال، ويرغبوا كذلك في أن يكون هؤلاء الأطفال أصحاء. كلا الوالدين يعتبران إبنهما ملكاً لهما، فهما يريدان أن يفخران به وسط الأقارب و الأصدقاء، وأن يكون طفلهما مميزاً نظيفاً منقوفاً في دراسته، يتحلى بالعديد من الصفات الحميدة التي تلقى بظلال الثقة وتحقيق الذات على الوالدين حيث يعتبر أنهما السبب في هذا النجاح و التآلق الذي يتميز به الطفل. كما يحاول الوالدان تحقيق الآمال الضائعة و التي لم يستطيع أي منهما تحقيقها في طفلهما فيعدانه لأن يصبح ذا مكانة مرموقة في المجتمع , و بصفة عامة يصاحب عملية إستقبال طفل جديد في الأسرة بعض الضغوط التي تلقى على عاتق الوالدين مثل رعاية الطفل وإشباع حاجاته البيولوجية والمادية والنفسية.

ولكن الآباء يرفضون تصديق تلك الضغوط ومراجعة الأطباء، مما ينعكس على آمال وطموحات الوالدين، ويؤدي إلى الشعور بمزيد من الضغوط النفسية والمادية والإجتماعية التي تؤثر على علاقة الوالدين بالطفل وعلاقة الوالدين ببعضهما وعلاقتهم بالمجتمع ككل. وتسيطر الضغوط على دورة حياة الأسرة ككل، حتى أن بعض الباحثين مثل تيرنبول (Bull :1986) ربط المراحل التنموية لدورة الحياة الأسرية بأنواع الضغوط التي تعيشها أسر الأطفال المعاقين كالأتي:

مرحلة حمل الطفل ورضاعته , مرحلة الطفولة وعمر المدرسة , مرحلة المراهقة, الإنطلاق, ما بعد الوالدية.

فالتغيرات الحادثة في مراحل نمو الطفل المعاق تعطي تحديات مختلفة ومتطلبات وأيضاً فرص مختلفة ومتباينة بالنسبة لكل من الطفل ووالديه، فالأسرة والطفل يتغيران تبعاً لدورة الحياة الأسرية ويتغيران عبر مرور الزمن، وكذلك إحتياجاتهم ومواردهم تتغير. مما يتطلب تغير في الخدمات المقدمة التي يجب أن توفر الإستمرارية والتكيف المرن مع عملية تقدم المساعدة لأسرة المعاق من خلال الفترات المتغيرة في حياة تلك الأسرة.

فلاحتياجات الأسرية ترتبط بالضغوط التي تعاني منها الأسرة إرتباطا واضحا ويرى عادل) أن والدي الطفل المعاق يعيشان تحت ضغوط متعددة، وجميعها مرتبطة بالاحتياجات الخاصة لهذا الطفل، وبالقلق على مستقبله وحياته القادمة، ومما يزيد من حدة تلك الضغوط على والدي الطفل إعتماديته عليهما، وما يفرضه وجوده عليهما من أعباء سواء داخل المنزل أو خارجه، وقد كان الإتجاه السائد هو النظر الى الطفل المعاق واتخاذ ركيزة للخدمات الطبية والتربوية والإجتماعية المقدمة للأسرة، ثم تغيرت هذه النظرة لتشمل كل أفراد الأسرة أيضاً تغيرت النظرة إلى الاحتياجات المعرفية والتربوية المقدمة للطفل إلى تقديمها للأسرة ككل، بحيث أصبحت الأسرة هي الركيزة الأساسية لأي دراسات أو برامج تقدم لذوي الاحتياجات الخاصة.

وهذا التركيز على إحتياجات الأسرة ككل وإشتراك الوالدين في عملية تقدير هذه الإحتياجات أدى الى أحداث تحولاً كبيراً نحو تحديد أولوية هذه الإحتياجات بالنسبة لهذه الأسر.

وإذا كان وجود طفل معاق يعتبر حثاً ضاغظاً، فإن المساندة الإجتماعية التي تتلقاها أسر الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة من المجتمع أو من الآخرين مثل الأقارب تكن أكثر إيجابية في سلوكهن واتجاهاتهن نحو أبنائهن، كما وجد أن الدعم الحميم من الزوج ذو تأثير أكثر إيجابية. (سليمان درلنج، ٢٠٠٠: ٤٣).

تؤكد الباحثة إن عدم الرضا الذي يعبر عنه غالبية الأسر يرجع إلى أن إعاقة الطفل خاصة في مرحلة الطفولة يمكن أن يكون لها تأثيراً يؤدي إلى الإنعزال عن باقي المجتمع.

وتعتبر أن تشخيص التخلف العقلي مثلاً يبدو في الغالب كغشاء أسري يعزل الأسرة عن المجتمع السائد، وترجع أسباب هذا الإنعزال إلى الإنهاك الإنفعالي والجسمي للأسرة و الإحساس بالوصمة المفترضة الملتصقة بأفراد الأسرة، الإستبعاد الإجتماعي الذي يجيء من إنعدام القبول والفهم، الحاجة الى الدعم من أفراد الأسرة والأقارب والاحتياجات الخاصة بالطفل نفسه.

وترى الباحثة أن أسر ذوي الإحتياجات الخاصة تعاني من إرتفاع مستوى الضغط النفسي، والحزن، والأسى، والألم، والتوتر، والإجهاد.

وأوضحت كذلك أن وجود معوق في الأسرة يعرض الوالدين لكثير من المشكلات النفسية والعضوية التي تعكس إرتفاع مستوى الضغط لديهم، وهناك أسر تعرضت للتصدع وعدم الرضا عن الحياة الأسرية.

وكذلك أشارت الباحثة إلى أن الضغوط النفسية لدى أولياء الأمور ترتبط ببعض المتغيرات مثل: المستوى الإجتماعي _الإقتصادي للأسرة، وجنس الطفل، وعمره الزمني، ونوع إعاقته ودرجة الإعاقة، وحاجاته الخاصة، وقدرته على التكيف الإجتماعي، وممارسة مهارات العناية الذاتية، أو ما قد يمارسه من مشكلات سلوكية.

ويبدو أن العلاقة بين وجود أطفال معوقين في الأسرة كمصدر للضغوط النفسية وردود أفعال أولياء الأمور، تتأثر بكثير من المتغيرات منها ما يتعلق بالطفل، ومنها ما يتعلق بالأسرة، بينما يتعلق البعض الآخر بالمجتمع الذي تنتمي إليه الأسرة.

مشكلة البحث:

أن ولادة طفل جديد في الأسرة يؤدي الى تغيير في أدوار أفراد الأسرة ككل ويزيد من الضغوط والأعباء الملقاة على كاهل الوالدين للرعاية والعناية بالطفل والإستجابة لمتطلبات نموه. وتتنزع هذه الضغوط الى أن تكون درامية عند ولادة طفل معاق أو عند إكتشاف إعاقة الطفل بعد فترة من مولده. من هنا فكرت الباحثة في كتابة بحث في هذا الموضوع ومحاولة كشف الضغوط بين كل من الأسرة والأطفال المعاقين ذهنياً بحيث تحاول الدراسة الحالية الكشف عن العلاقة بين نوعية الضغوط التي تعاني منها الأسرة.

تناول هذا البحث الضغوط النفسية لأولياء المعاقين ذهنياً بولاية الخرطوم وعلاقتها ببعض المتغيرات الديموغرافية(المستوى التعليمي - الإقتصادي - المهني) وتتمثل إشكالية البحث في محاولة الإجابة على الأسئلة التالية:

١. ما هو مستوى الضغوط النفسية لأولياء أمور ذوي الإعاقات الذهنية بالإرتفاع.

٢. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الضغوط النفسية لأولياء أمور المعاقين ذهنياً تعزى لمتغير

العمر.

٣. هل توجد فروق في مستوى الضغوط النفسية لأولياء أمور المعاقين ذهنياً تعزى لمتغير النوع.

٤. هل توجد علاقة بين الضغوط النفسية والمستوى الإقتصادي لأولياء أمور المعاقين ذهنياً .

٥- هل هنالك فروق ذات دلالة إحصائية بين الضغوط النفسية التي يعاني منها أولياء أمور المعاقين ذهنياً المستوى التعليمي (عالي - متوسط - دون متوسط) ؟

أهمية البحث:

تكمن أهمية البحث في الآتي:

١- التعرف على مستوى الضغوط النفسية لأولياء أمور المعاقين ذهنياً وعلاقته بأهم المتغيرات الخاصة بالمعاق وكشف النقاب عن كثير من الأمور المتعلقة بالإعاقة وردود أفعال الأسر لها وما يحدثه المعاق بالفعل لديهم من أزمات ومدى تحملهم لتلك الضغوط.

٢- تبصير أسرة الطفل المعاق ذهنياً بأساليب يمكن أن تساعدهم في التعامل مع أطفالهم.

٣- يمثل الأطفال ذو الإعاقة الذهنية طاقة في المجتمع ولا يمكن إستثمار هذه الطاقة إلا من الوالدين.

٤- تزويد العاملين في حقل التربية الخاصة وتحديداً فئة المعاقين ذهنياً وإمدادهم بإحتياجات علمية يمكن أن ترفع من كفاءتهم وقدراتهم في التعامل مع أولياء أمور المعاقين ذهنياً .

٥- ندرة الدراسات السودانية في هذا الجانب، فيما أن الخصوصية الثقافية والحضارية لمجتمعنا.

٦- إلقاء الضوء على طبيعة ما تتعرض له أسرة الطفل التي يعاني طفلها من إعاقة ذهنية من مشكلات جراء إرتفاع مستوى الضغط النفسي لدى الوالدين، وعلاقة ذلك بأهم المتغيرات سواء الخاصة بالطفل المعوق أو الوالدين.

أهداف البحث:

١- التعرف على السمة العامة للضغوط النفسية لدى أولياء أمور المعاقين ذهنياً .

٢- معرفة مستوى الضغوط النفسية لأولياء أمور المعاقين ذهنياً وعلاقتها ببعض المتغيرات العمر، النوع، والمستوى الإقتصادي والوظيفي لأولياء الأمور وتتمثل في الآتي:-

أ. التعرف على الفروق ذات دلالة إحصائية بين الضغوط النفسية التي يعاني منها أولياء أمور المعاقين ذهنياً تبعاً لمتغير العمر.

ب. التعرف على الفروق في الضغوط النفسية التي يعاني منها أولياء أمور المعاقين ذهنياً باختلاف النوع (ذكر - أنثى).

٣- التعرف على الفروق في الضغوط النفسية التي يعاني منها أولياء أمور المعاقين ذهنياً باختلاف المستوى التعليمي (عالي - متوسط - دون متوسط).

٤- تحديد ما يمكن أن يحدثه وجود طفل يعاني من إعاقة ذهنية، من ضغوط نفسية لدى والديه، وعلاقة ذلك ببعض المتغيرات سواء الخاصة بالطفل أو الوالدين تتمثل في الجنس، العمر الزمني، ومستوى التعليم والمستوى الإقتصادي، والمتغيرات الخاصة بالطفل تتمثل في ترتيبه بين إخوته، وعدد الأطفال في الأسرة.

٥- التعرف على الفروق في الضغوط النفسية التي يعاني منها أولياء أمور المعاقين ذهنياً باختلاف المستوى الإقتصادي.

فروض البحث:

١. إنتم مستويات الضغوط النفسية لأولياء أمور المعاقين ذهنياً بالإرتفاع.
٢. توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الضغوط النفسية لأولياء أمور المعاقين ذهنياً ومتغير العمر.
٣. توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الضغوط النفسية لأولياء أمور المعاقين ذهنياً تعزى لمتغير التعليم.
٤. توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين الضغوط النفسية لأولياء أمور المعاقين ذهنياً تعزى لمتغير المستوى الإقتصادي.
٥. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس الضغوط النفسية لأولياء أمور المعاقين ذهنياً تعزى لمتغير النوع.

حدود البحث:

الحدود المكانية مراكز التربية الخاصة بولاية الخرطوم.

الحدود الزمانية ٢٠١٢ - ٢٠١٤ م.

مصطلحات البحث:

الضغوط النفسية:

مفردتها ضغط ويعني القدرة على الموازنة بين حجم الأعباء الملقاة على الفرد وقدرته على الإستجابة لهذه الأعباء للبحث عن وسائل فعالة للتغلب على عائق أو عوائق تحول دون الوصول لهدف ذي قيمة ويرى (أبوسريع) بأنها تمثل أي نقص يواجهه الكائن الحي في التوافق وينجم عن عائق في سبيل هدف لا يمكن بلوغه بالسلوك الذي إعتاده الفرد مما يؤدي إلى شعوره بالتردد والحيرة وهذا مايدفعه إلى أن يسعى لحل المشكلة حتى يتخلص مما يعانيه من ضيق وتوتر. (فاروق السيد عثمان، ٢٠٠١م: ١٨).

التعريف الإجرائي:

تعرف الباحثة الضغوط النفسية بأنها مجموع الدرجات التي يتحصلوا عليها أولياء أمور المعاقين ذهنياً في مقياس الضغوط النفسية المعدة الدراسة عليه.

الإعاقة الذهنية: هي حالة توقف أو عدم إكمال النمو العقلي يولد بها الطفل ويحدث في سن مبكرة نتيجة لعوامل وراثية وجينية أو بيئية مرضية يصعب على الطفل الشفاء منها، ويظهر ذلك في عدم إكمال النمو العقلي في مستوى أداء الطفل في المجالات التي ترتبط بجوانب النضج والتعلم والتكيف مع البيئة. (عبد الغفار وزميله، ١٩٦٦م).

تتمثل الإعاقة العقلية بمستوى أداء بمعدل يقل عن المتوسط بفرق واضح ويقترن بقصور في السلوك التكيفي ظهر جلياً أثناء فترة النمو. (عبدالله الكيلاني، وفاروق فارح الروسان، ٢٠٠٦م).

الأطفال المعوقون:

يقصد بهم في هذه الدراسة أولئك الأطفال الذين ولدوا بأوجه قصور معينة، تجعلهم يختلفون سلبياً عن أقرانهم العاديين في جانب أو أكثر من الجوانب النمائية لشخصيتهم سواء كانت بدنية، أو حسية، أو عقلية، بدرجة تجعلهم بحاجة إلى خدمات وأساليب رعاية خاصة، وتشمل فئات الإعاقات: السمعية، والبصرية، والعقلية، والبدنية.

التعريف الإجرائي:

تعرف الباحثة المعاقين بأنهم هم الأفراد الذين يعانون من اضطرابات خاصة أو من خصائص شاذة يمكن تشخيصها بأساليب علمية في مراحل المهد والطفولة والمراهقة.

وكذلك تعتمد الباحثة تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقة الذهنية في العام ٢٠٠٢م.

تتميز بقصور واضح في الأداء العقلي والسلوكي التكيفي الذي يظهر في المهارات الإدراكية الإبداعية والتكيفية العملية وينشأ قبل سن (١٨). (روحي حميدات، ٢٠٠٧م) مننديات مها الشرق.

أولياء ذوي الإعاقة الذهنية: هي مجموعة من الأفراد المقيمين معاً والمرتبطين بصلات القرى، وعادة ما تتكون من الأب والأم والأبناء (رمضان القذافي ١٩٩٧، ٢٤٧).

تمثل الأسرة النواة الأولى التي تنشأ فيها الأفراد وتمثل الوحدة الإجتماعية، فهي مجتمع مصغر ومنها تتكون العلاقات والطباع الإجتماعية، وقد تكون الأسرة ممتدة وتشمل الجد والجدة وغيرهم. ومشكلات الأسرة يقصد بها المواقف والأحداث الحياتية التي يتعرض لها الفرد. (علي إبراهيم، ٢٠٠٤م: ٤٩).

التعريف الإجرائي:

منهج البحث:

لما كان هدف البحث إيجاد للعلاقة بين الضغوط النفسية لمختلف أنواعها لأولياء أمور ذوي الإعاقة الذهنية هذا النوع من البحوث التي تصف الحاضر أو وقائع حياتية مستمرة ويجد إرتباطاً بين المتغيرات وهي تحقق درجة عالية من الدقة في الوصف والتحليل لعدة الأسباب أختارت الباحثة المنهج الوصفي.

مجتمع الدراسة:

يتمثل مجتمع الدراسة في جميع أولياء أمور الأطفال المعاقين ذهنياً المسجلين في مراكز ومؤسسات التربية الخاصة التي تقدم خدماتها للأطفال المعاقين ذهنياً.

أدوات البحث:

إستخدمت الباحثة مقياس الضغوط النفسية من إعداد وتقنين كل من السرطاوي والشخص (١٩٩٨م)، وفيما يلي تعريف بها وبما يتمتع من صدق وثبات.

مقياس الضغوط النفسية:

تضمن مقياس الضغوط النفسية المستخدم في هذه الدراسة سبعة عوامل تشمل: الأعراض النفسية والعضوية، ومشاعر اليأس والإحباط، والمشكلات المعرفية والنفسية للطفل، والمشكلات الأسرية والاجتماعية، والقلق على مستقبل الطفل، ومشكلات الأداء الإستقلالي للطفل، وعدم تحمل أعباء الطفل. (السرطاوي والشخص، ١٩٩٨م: ٣٦).

الديموغرافية: هو العلم الذي يدرس الناحية الكمية للسكان من البشر (يعتمد على الإحصائيات الحيوية لا سيما المواليد والوفيات).

ويبحث في العلاقة التي تنشأ في هذه الظواهر، وأحوال السكان العامة الناتجة عن ذلك كما يبرز العناصر التي يتألف منها السكان وإصطلاحاً مركب من أصلين إغريقيين (ديموس Demos = شعب) (Craphy = وصف). وتعني أيضاً بيانات حول الأحداث الديموغرافية الحيوية أو المسوحات الجغرافية العينة لفترة محددة حولها في الغالب أثنى عشر شهراً. (عدنان أبو مصلح، ٢٠٠٦م).

المتغيرات الديموغرافية إجرائياً:

تضمن هذا البحث بعض المتغيرات الديموغرافية التي يقصد بها (النوع، والعمر الزمني، ومتغير التعليم، ومتغير المستوى الإقتصادي) النفسية من قبل الأخصائيين المعنيين.

ولاية الخرطوم:

هي إحدى ولايات السودان تقع في الجزء الشمالي الشرقي من أواسط البلاد توجد بها العاصمة الخرطوم، وتنقسم إدارياً إلى سبع محليات هي: محلية الخرطوم - محلية أمدرمان - محلية بحري - محلية كرري - محلية أمبدة - محلية شرق النيل - محلية جبل أولياء.

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

المبحث الأول: الضغوط النفسية:

إن طبيعة علاقة الفرد بالبيئة المحيطة به معروفة لدى المرين، أكثر من غيرهم، بأنها علاقة تفاعل وتأثير متبادل بين الأثنين، فالفرد هو نتاج تأثيرين خاص، والبيئة هي من صنع الأفراد الذين يعيشون فيها، إن هذا التفاعل يمكن أن يكون صحياً ويمكن أن يكون ضاراً لكلا الطرفين.

وتعتبر البيئة المادية الخاصة للطفل، حيث يستجيب لمثيراتها المتعددة وتحاول هذه البيئة بدورها أن تتكيف لمطالب الطفولة وخاصة إذا كانت الأخيرة من ذوي الإحتياجات الخاصة.

تبدأ جميع الأسر عادة بإحداث تغييرات على حياتها قبل ولادة طفل جديد وليس هناك من طريقة لفهم كامل لجميع التغييرات التي سوف يحدثها طفل جديد في الأسرة، ومع ذلك تحاول كل أسرة تجهيز وإعداد نفسها لوصول طفلها وحين يقترب موعد ولادته، تصبح آثار وجود الطفل حقيقة بشكل متزايد وحتى قبل الولادة نجد أن الجانب المادي يبدأ في التغير، وتبدأ مجالات مسؤولية الوالدين، والترتيبات المعيشية للأسرة تتبدل فهذه المجالات - وغيرها تتأثر لدى الأسرة، وهناك دائماً آثار غير متوقعة سوف تترتب على ولادة طفل جديد، هذا في حالة ما إذا كان الطفل سليماً وعادياً، ولكن ما هو الأثر الدراماتيكي الذي قد يحدثه ولادة طفل معوق على الأسرة.

في حين نجد أن ولادة طفل معوق ولكتشاف إعاقته يمثل صدمة لجميع أعضاء الأسرة، ويوجد صعوبات كبيرة للوالدين لأعضاء الأسرة الآخرين، فكل نمط من أنماط الإعاقة وكل طفل معوق يعتبر فريداً، وقد يمثلون خصائص مختلفة من شأنها أن تشكل طبيعة التحدي الذي يواجهه أفراد الأسرة فالعملية التي تمر عبرها أسر الأطفال غير العاديين مفهومة بشكل جيد، ومع أن هذه العملية قد تم وصفها، فليس هناك أنماط إنفعالية خاصة الإستجابات الأسرة يمكن أن تكون ثابتة بحيث يمكن إعتبارها نموذجاً .

بالإضافة إلى ذلك فهناك بعض الإعاقات التي من شأنها أن توجد تبايناً كبيراً في القدرة والسلوك، ولهذا يوجد مدى كبير من التحدي لأعضاء الأسرة، ومن تلك الإعاقات الإعاقة الذهنية وما يصاحبه من خصائص ومشكلات متنوعة تمثل مصادر ضغط لأعضاء الأسرة.

مفهوم الضغوط:

هناك شبه إتياف بين المهتمين بالعلوم الحديثة، بأنه لا يمكن دراسة وفهم علم ما قبل تحديد مصطلحاته ومفاهيمه. ولذا يمكن القول بأنه دراسة الضغوط النفسية تواجه مشكلة أساسية وفي تعريفها وتحديد مصطلحاته لأن مفهوم الضغط مفهوم معقد ولهذا أرادت الباحثة أن توضح مفهومه لغة واصطلاحاً.

تعريف الضغوط النفسية في المعاجم والمعارف النفسية:

أ/ الضغوط النفسية في اللغة:

الضغوط كلمة مشتقة من الفعل ضغط ضغطاً أي إذا عصره وزحمه وضيق عليه.

والضغطة الشدة والمشقة. (المنجدة في اللغة والإعلام، ١٩٨١م).

وفي (مختار الصحاح ١٩٨١م). عرفت الضغوط النفسية بأنها جمع مشقة من ضغط ضغطة أي زحمه إلى الحائط ونحوه، ومنه ضغطة القبر. وأما الضغط بالضم هي الشدة والمشقة، ويقال لهم أرفع عنا هذه الضغطة. والضاغط كالرقيب الأمين، يقال: أرسله ضاغطاً " ولقد ورد في اللغة كلمة كرب وإبتلاء والمصيبة لمترادفات لكلمة الضغطة.

ورد في مختار الصحاح (الرازي، ١٩٦٩ : ١١٩) ضغط يضغطه إذا عصره وزحمه والضغطة والزحمة والضيق على الشيء والمشقة.

ب/ الضغوط النفسية في إصطلاح علم النفس:

نتيجة لتطور التعريفات التي إجتهدت في تحديد مفهوم الضغوط النفسية وأبعادها، فقد برزت إتجاهات متعددة في تناول هذا المفهوم فعلى سبيل المثال يميل بعض الباحثين إلى تطوير تعريف شامل موجز للضغط النفسي، ويمثل هذا الإتجاه (سلي) Selye والذي يعرف الضغط النفسي بإعتباره إستجابة محددة للجسم لأي مطلب (Selye، ١٩٧٦م).

و يعرف " Croph ١٩٨٠ " الضغط بأنه إدراك الفرد لضغط قدرته على إحداث إستجابته مناسبة لطلب أو مهام. ويصاحب هذا الإدراك ويصاحب إنفعالات سلبية كالغضب والقلق والإكتئاب. وتغيرات فسيولوجية كرد فعل تنبيهى للضغوط التى يتعرض لها الطالب، تعرض مفهوم الضغط كغيره من المفاهيم الى كثير من المشكلات أثناء تحديده.

فقد أشار " Monate ١٩٧٧ : ٢ " على وجود إرتباك وخط بين وجهات النظر الذى حاولت تعريف الضغط النفسى. حيث إعتبره البعض مثيراً . بينما تناوله البعض الآخر كإستجابته ونظر إليه فريق ثالث بإعتباره عملية تفاعلية بين المثير والإستجابته. على حين تناوله البعض الآخر بصورة شاملة تجمع مختلف وجهات النظر السابقة.

وعرفه " سيلى ١٩٥٦ " أن الضغط النفسى عبارة عن الإستجابته الفسيولوجية التى ترتبط بعملية التكيف. فالجسم يبذل مجهوداً لكي يتكيف مع الظروف الخارجية والداخلية. محثاً نمطاً من الإستجابات التى تحدث حالة من السرور أو الألم.

تعريف عام للضغط النفسى :

مفردتها ضغط يعنى عدم القدرة على الموازنة بين حجم الأعباء الملقاه على الفرد وقدراته على الإستجابة لهذه الأعباء. ويعرف سميت بأنه موقف يسعى فيه الفرد للبحث عن وسائل فعالة للتغلب على عائق أو عوائق تحول دون الوصول لهدف ذو قيمة. " (ابو السريع محمد ١٩٩٣ م : ١٨) .

الضغوط النفسيه:

يستخدم مصطلح الإحتراق النفسى للإشارة إلى الضغوط النفسية المهنية والعاملين فى مجال الخدمات الإنسانية بعامه " جوزيف ريزو وروبرت زايل، ١٩٩٩ : ٢٨٥ " والعاملين مع ذوي الإحتياجات الخاصة على وجه الدقه. بيد أن فايد يفرق بين الضغط والإحتراق بإعتبار أن الضغط قد يكون إيجابياً أو سلبياً وأن قدراً منه قد يكون لازماً للنجاح والحث على الإنجاز. ولكن الإحتراق يكون أبداً سلبياً.

(خالد محمد، ٢٠٠٨ م : ١٦٤).

الضغوط النفسية:

هي إدراكنا لحدث ما أو لخبرة ما على إنها صعبة أو مهددة أو غير سارة أو متحديّة إنه يحرضنا الى أن نكون مدركين أفعالنا وأن نقوم بتغيير المواقف لما هو أحسن أو أن ندعّن له ونستلم. فالعجز عن التقدم في زحمة المرور ينتج الضغط. والشعور بالضيق هو شعور مليئ بالضغط. (فاطمة محمد علي، ٢٠٠٢: ١٣).

ويعرف " ابو السريع ١٩٩٣م " الضغوط بأنها تمثل أي نقص يواجهه الكائن الحي في التوافق. وينجم الضغط عن عائق في سبيل هدف لا يمكن بلوغه بالسلوك الذي إعتاده الفرد. مما يؤدي الى شعوره بالتردد والحيرة والتوتر وهذا ما يدفعه الى أن يسعى لحل المشكله حتى يتخلص مما يعانيه من ضيق وتوتر.

تعريف الضغوط النفسية إصطلاحاً:

الضغط عبارة عن الإستجابة الفسيولوجية التي ترتبط بعملية التكيف مع الظروف الخارجية والداخلية تحدث نمطاً من الإستجابات في حالتها السرور والألم وهو الإدراك للفرد لعدم قدرته أحداث إستجابة مناسبة لطلب أو مهام ويصاحب هذا إدراك الفرد إنفعالات سلبية كالغضب والقلق والإكتئاب وتغيرات فسيولوجية كرد فعل تنتهي للضغوط التي يتعرض لها الفرد. (مصطفى غالب، ١٩٨٩م).

وهي عبارة عن النشاط الزائد لعمليات المعرفة بسبب خطر ما يتوقع الإنسان منه تهديداً لحياته ومن ثم يسعى مكرهاً لكي يأتي بإستجابة غير مألوفة له من أجل إستعادة توازنه النفسي. (علاء كفاي، ١٩٩٠م).

مصطلح الضغوط النفسية S tress:

مصطلح يستخدم للدلالة على نطاق واسع من حالات الإنسان الناشئة كرد فعل لتأثيرات مختلفة بالغة القوة، وقد نشأت فكرة الإجهاد في علم وظائف الأعضاء للدلالة على إستجابة جسدية غير محددة لأي تأثير غير مقبول، وفيما بعد أستخدم مفهوم الإجهاد لوصف حالات فردية في ظروف صعبة على المستويات الوظيفية العضوية، والنفسية، والسلوكية، وتصنف الأنماط المختلفة للإجهاد عادة طبقاً لعامل الإجهاد وأثره إلى : إجهاد ناجم عن كثرة المعلومات، وإجهاد إنفعالي. ويحدث الإجهاد الناتج

عن كثرة المعلومات في المواقف التي تتضمن كما زائداً من المشكلة، أو يكون بطيئاً في إتخاذ قرارات صحيحة، بينما تكون مسؤوليته عن النتائج كبيرة، ويظهر الإجهاد.

يعد الضغط عنصراً مجدداً للطاقة الإنسانية، وبدون الضغط تصبح الحياة بدون معنى. فالفرد القادر على إحتواء المتطلبات والإستمتاع بالإستثارة التي تسببها الضغوط، فإن الضغوط تكون مقبولة ومفيدة. ويحدد ماك لين متغيرين أساسيين يؤديان بالعمل إلى تجاوز حدود الإحتمال، وبالتالي إلى ضغوط نفسية مرتبطة بالعمل، وهما: العبء الكمي وهو زيادة حجم العمل المطلوب إنجاز، والعبء الكيفي وهو أن العمل يتطلب مهاماً صعبة في تحقيقها، فالعاملون الذين لا يدركون بوضوح المهام والمسؤوليات الملقاة على عاتقهم يخبرون توتراً ونقصاً في ثقتهم بأنفسهم.

وتعني الضغوط: تلك الظروف المرتبطة بالضبط والتوتر والشدة الناتجة عن المتطلبات التي تستلزم نوعاً من إعادة توافق عند الفرد وما ينتج من ذلك من آثار جسدية ونفسية، وقد ينتج الضغوط كذلك من الصداق والإحباط والحرمان والقلق. (فاروق السيد عثمان، ٢٠٠١م: ٩٦).

ويعرف (Mason:1972) المذكور في (مبارك عثمان ا لشيخ محمد) الضغوط النفسية بأنها المواقف وأحداث تؤثر في صحة الإنسان بطرق مختلفة كالصحة النفسية والجسدية، فالآثار النفسية للضغوط تتمثل في حالات القلق والإحباط والإكتئاب، أما الآثار الجسدية فتظهر في شكل إرتفاع معدل هورمونات معينة كهورمون الأدرينالين وسرعة ضربات القلب وضغط الدم. (مبارك عثمان الشيخ محمد، ٢٠٠٧م).

وتعرف الباحثة الضغوط النفسية: بأنها مجموعة من الأحداث البيئية والأسرية والتعليمية والصحية والسياسية التي تواجه الفرد وتسبب له حالة من الإنزعاج والضيق والتوتر مما يفقده إترانه ويضعف قدرته على مواجهة تحديات الحياة.

مفهوم الضغوط النفسية:

حالة من التوتر والإنعصاب يحدث بسبب عوامل خارجية تضغط على الفرد وتخلق عنده حالة من إختلال التوازن وإضطراب في السلوك. (محمد قاسم، ٢٠٠٤م).

درجة إستجابة الفرد للأحداث أو المتغيرات البيئية في حياته اليومية، وهذه التغيرات ربما تكون مؤلمة تحدث بعض الآثار الفسيولوجية، مع أن تلك التأثيرات تختلف من شخص لآخر تبعاً لتكوين شخصيته وخصائصه النفسية التي تميزه عن الآخرين وهي فروق فردية بين الأفراد. (إبراهيم عبد الستار، ١٩٩٨م).

تعريف الضاغط النفسي Stressor:

الضاغط النفسي هو كل عامل خارجي أو داخلي نفسي أو حسي، يؤدي إلى تغير في الحالة الطبيعية للفرد، وينتج عن ذلك الضغط النفسي وآثاره الإستجابة التوافقية له، فالأفراد الذين يعانون من إحدى أنواع الرهاب (Phobia) قد لا يبدو لنا أن خوفهم منطقي، ولكنه مازال ضاغطاً نفسياً عليهم، كذلك فإن الأفراد يختلفون في تحديد الضاغط النفسي، فما قد يعتبر ضاغط نفسي لشخص ما قد يكون أمراً غير مهم لآخر، أو أمراً ممتعاً لثالث، كتسلق الجبال، أو الظهور على المسرح، وبناءً على هذا فإن إستجابات الأفراد والطرق التي تؤدي بموجبها يحدث توافقهم للمواقف الضاغطة تتباين بشدة، بل أن الإستجابة التوافقية للفرد الواحد تختلف من موقف إلى آخر، ومن وقت لآخر، فمحاولة تشتيت الإنتباه، والتفكير في أمر آخر قد تكون إستجابة توافقية سليمة في حالة إنتظار إنتهاء عملية جراحية تجري لقریب مثلاً، ولكنها إستجابة غير سليمة عندما يقوم بها الجراح أثناء الجراحة. (محمد عبد العظيم، وفدوى المغربي، ٢٠٠٥م).

أسباب الضغوط النفسية:

١. المشاكل الأسرية:

تعد الأسرة من أهم مواقع الضغوط النفسية والاجتماعية لما فيها من شد وجذب فعندما لا تتحقق آمال الأسرة يؤدي ذلك إلى الإصطدام بالواقع فيحدث الضغط وعندما تفشل الأسرة في توفير المناخ الذي يساعد في تعليم أفرادها كي يحققون التوازن بين الحاجات الإتصالية بالآخرين والحاجات الإستغلاية عنهم فإن الباب يكون مفتوحاً لمختلف صور الإتصال الخاطئ والذي ينتهي باضطراب جو الأسرة وتحويلها لبؤرة مولدة للإضطراب بل، إصابة بعض أفرادها بالإضطراب الواضح الصريح.

٢. مشاكل الإنفصال:

ويقصد بها إنفصال الحياة الزوجية أو الطلاق، وهي من الظواهر التي تزيد من الضغوط خاصة عند المرأة.

٣. فقدان عزيز (صديق أو الزوجة):

تسبب كثير من الآلام والإحساس بالإحباط والمرارة.

٤. المشاكل الإقتصادية:

والتي تتمثل في تأمين لقمة العيش والسكن والمشاكل الإجتماعية والمشاكل الحياتية الجارية ومشكلات العمل. (مبارك عثمان الشيخ محمد، ٢٠٠٧م).

أولاً : أنواع الضغوط النفسية:

أ - الضغوط الإقتصادية:

ولها الدور الأعظم في تشتيت جهد الإنسان وضعف قدرته على التفكير والتركيز وخاصة حينما تقصف به الأزمات المالية أو الخسارة أو فقدان العمل بشكل نهائي إذا كان مصدر رزقه، فينعكس ذلك على حالته النفسية، وينجم عن ذلك عدم قدرته على مسايرة منظمات الحياة.

ب - الضغوط الإجتماعية:

تعتبر الضغوط الإجتماعية ضرب من التأثير الذي يمارسه أفراد المجتمع على أقرانهم فيؤدى الى التفاعلية فى تكوين معتقدات أو جمل الآخرين على تبنى مناهجهم وخدمة أغراضها والوقوف بجانبها، وهى تلك العوامل التى تتصل بالعادات والتقاليد والنظم الإجتماعية والقيم السائدة فى المجتمع وغير ذلك من الأمور التى تنعكس على الأفراد وعلى تكيفهم وتفاعلهم الإجتماعي.

ج - الضغوط الأسرية:

وتشكل بعواملها التربوية ضغطاً شديداً على رب الأسرة وأثراً على التنشئة الأسرية، فمعظم الأسر التى يحكمها سلوك تربوي متعلم ينتج عنه إلتزام والا إختل تكوين الأسرة وتتضمن معايير الضبط ونتج عنه تفكك الأسرة إذا ما إختل سلوك رب الأسرة أو ربة البيت (حسين محمد عوض، ٢٠٠٧م).

د: الضغوط الدراسية:

تشكيل الصعوبات الدراسية على الطالب في مختلف المراحل الدراسية ضغطاً شديداً في حالة عدم إستجابته للوائح المدرسية أو في المعهد أو الكلية، فهو مطالب بأن يحقق النجاح في الدراسة الإرضاء طموحه الشخصي الذاتي، ورد الجميل لأسرته خصصت من دخلها المادي كنفقات الدراسية فضلاً عن المؤسسة التعليمية التي صرفت الأموال المتمثلة في مستلزمات الدراسة كتوفير المدرسة المتخصصة الإحتياجات المادية العلمية في العملية التعليمية.

ه - الضغوط الفيزيائية:

وتتمثل في درجات الحرارة المتطرفة الضوء، الضوضاء، الكوارث الطبيعية. وقد تبين من بعض الدراسات أن التطرف في درجة الحرارة يؤثر على الصحة وإشكال السلوك الإجتماعي مثل العدوان، كما أن الرطوبة ترتبط سلبياً مع النشاط والحالات المزاجية الإيجابية.

ومن المعتقد أن المشكلات الصحية والإجتماعية ترتبط بدرجات الحرارة المرتفعة بشكل واضح في المدن. وقد ركزت معظم المدن، ووجد أن آثار المشقة الناتجة عن الحرارة تتراوح بين الإنهاك وأنواع الصرح المختلفة، القابلية للإستشارة والخمول والهذيان والنوبات القلبية والغيبوبة. وهذا وقد أشار (بولينجر) المذكور في هذه الرسالة أن تلوث الهواء حتى في مستوياته المنخفضة يمكن أن يكون له تأثير سلبي على الحالات المزاجية وزمن رد الفعل والقدرة على التركيز (نور الدين محمد أحمد محمد، ٢٠١٠م).

و - الضغوط العاطفية:

الضغوط العاطفية بكل نواحيها النفسية والإفعالية تمثل لبني البشر واحدة من مستلزمات وجوده الإنساني فالعاطفة لدى الإنسان عزيزة إختصها الله عند البشر فعندما يعاق الإنسان في طلب الزواج والإستقرار الزواجي ويشكل ذلك ضغطاً عاطفياً تكون نتائج نفسية مما يجعله يرتبك في حياته اليومية وفي عمله أيضاً. (مصطفى غالب، ١٩٨٦م: ٤).

أسباب الضغوط النفسية:

أن الضغوط النفسية تنشأ من المتغيرات النفسية عندما يكون هنالك أختلالات في الميكانيزمات الدفاعية و قصور في إشباع الحاجات وعندما تكون منظمات النفس في حالة صدام أو قلق أو شعور بالإحباط

أوعدم توافق وتكيف نفسي وهكذا نجد أن الضغوط ظاهرة معقدة وتعبر عن وقائع متعددة وذات مضامين بيولوجية ونفسية واقتصادية واجتماعية وتنشأ من مثيرات سارة مثلما تنشأ من مثيرات مؤلمة كالحوادث التي تؤدي إلى تغيير في الحياة وتتطلب عادة التوافق النفسي الثابت والخبرات السارة أيضاً تسبب ضغطاً ولكنه قليل القدر إذا قورن بالضغط الناتج عن الخبرات الغير سارة.(هارون توفيق الرشيد، ٢٠٠٤م: ٤)

مصادر الضغوط النفسية:

تحدث الضغوط النفسية عندما يحمل الفرد ما فوق طاقته وعندما يواجه متطلبات تفوق حدود قدرته ومالديه. من إستعداد لمواجهةها ولقد حظيت مسألة تحديد مصادر الضغوط باهتمام الكثير من الباحثين ولذلك تعددت تصنيفات المصادر لديهم فالإنسان عادة مايتعرض في حياته اليومية لأنواع عديدة من الضغوط والتي تحيط به من جوانب عديدة منها الجانب الأسري، والمادي والاجتماعي وتتمثل مصادر هذه الضغوط فيما يلي :

١/ الضغوط الإنفعالية والنفسية :

كالقلق، والإكتئاب، المخاوف المرضية.

٢/ الضغوط الأسرية:- كالإنفصال (طلاق)أو موت الشريكين، تربية الأطفال وجود أطفال مرضى أو معاقين في الأسرة.

٣/ ضغوط إجتماعية :

كالتفاعل مع الآخرين، كثرة اللقاءات الإجتماعية، الإختلاف مع الأصدقاء، الإسراف في التزاور أو حضور المناسبات الإجتماعية.

٤/ ضغوط العمل :

حالات التعب والملل، الصراعات خاصة مع الرؤساء والمشرفين ساعات العمل الطويلة وماينجم عنها من إرهاق بدني ونفسي.

٥/ الضغوط الإقتصادية :

كالأزمات المالية، الخسارة، فقدان العمل بشكل مؤقت أو نهائي قلة العائد المادي وعدم القدرة على الإلتزامات المادية.

٦/ الضغوط المدرسية :

المشاكل المدرسية المختلفة، سواء التوافق الدراسي.

٧/ضغوط الإنتقال والتغيير :

السفر، والهجرة، تغيير السكن، الإنتقال إلى عمل جديد.

٨/ الضغوط الكيميائية :

إساءة إستخدام العقاقير الكافيين إدمان الكحول.

٩/ الضغوط العضوية :

الإصابة بالمرض العادات الصحية السيئة صعوبات النوم إجهاد الجسم (عبد الستار إبراهيم، ١٩٩١م).

كذلك يصنف الضغوط إلى مصدرين :

أولاً :- الضغوط البيئية :

أ) مستويات الضجيج والضوضاء درجات الحرارة أو الباردة الشديدة، فترة دوام العمل، غموض الدور وتعارضه ، إفتقاد العمل للإثارة، عدم إقامة الفرصة لإظهار الكفاءة، العلاقة السلبية مع الزملاء، عدم واقعية الأهداف المهنية، وعدم المشاركة في القرارات التي تخص العمل، عدم العدالة في التقييم.

ب) الضغوط الإجتماعية :

وذلك عندما يفتقد الشخص التدعيم والمساندة من الآخرين.

ج) الضغوط الناتجة من عدم قدرة على تحمل الفرد الأعباء الحياتية اليومية.

ثانياً: ضغوط مرتبطة بالفرد :

تشير الدلائل إلى هناك أنماطاً للشخصية هم أكثر عرضة للإصابة بالضغط وبالتالي معرضون

بالإصابة بامراض نفسية وفسولوجية ويتميز شخصياتهم بما يلي :-

الدافع العالي للإنجاز الأهداف المتتالية.

ب) الرغبة التنافسية الشديدة.

ج) إنجاز الأنشطة بأسرع ما يمكن.

د) يقظة ونشاط زائدين.

هـ) الحاجة المستمرة للحصول على الإعراف والتقدير. (أسامة كامل راتب، ٢٠٠٤م: ١٣٩).

كيف تتكون الضغوط :

قد تنشأ الضغوط من داخل الشخص نفسه وتسمى ضغوط داخلية وهي الضغوط التي تتكون بسبب الإنفعالات وإحتباسات الحالة النفسية وعدم قدرة الفرد على البوح بها وكبتها، مع ضعف المقاومة الداخلية، أو قد تكون من المحيط الخارجي وتسمى ضغوط خارجية، وهي الضغوط التي تتكون بسبب مواجهة الخسائر المادية، أو موت شخص عزيز، أو رسوب في إمتحان، أو الفشل في العلاقات، مع الأصدقاء، أو الإختلاف معهم في الرأي، أو الخلافات مع شريك الحياة، أو الطلاق، أو التعرض لموقف صادم ومفاجئ. وعلى العموم فإن الضغوط سواء كانت داخلية المنشأ نتيجة إنفعالات أو إحتباسات الحالة النفسية وعدم قدرة الفرد على البوح بها وكبتها، أو ضغوطاً خارجية متمثلة في إحداث الحياة، فإنها تعد إستجابات لتغيرات بيئية.

فأحداث الحياة اليومية تحمل معها ضغوطاً يدركها الإنسان عندما يسير باستمرار المواقف المختلفة في العمل أو التعاملات مع الناس أو المشكلات التي لا يجد لها حلاً مناسبة، أو تسارع أحداث الحياة متطلباتها، وهي تحتاج إلى درجة أعلى من المسابرة لقرض التوافق النفسي، وربما يفشل في هذه الموازنة الصعبة، وحتى أسعد البشر تواجههم الكثير من خيبة الأمل والصراعات والإحباط والأنواع المختلفة من الضغوط اليومية ولكن عدد قليلاً منهم نسبياً، هم الذين يواجهون الظروف القاسية.

يتعرض الإنسان للضغوط المختلفة باستمرار ويستطيع أن يعيد توازنه بشكل سريع حال إنتهاء الموقف الضاغط أو مدى قدرته على المواجهة والمطالبة في التحمل، فالشخصية الإنسانية ذات خصائص يتميز بعضها عن البعض الآخر فبعض العوامل الضاغطة تشكل عبئاً على أنماط معينة من الشخصيات، في حين تستطيع أنماط أخرى تحملها ومن ثم تصريفها بالشكل الذي لا يترك أثراً لدى

الفرد، وأيضاً تتدخل المكونات البيولوجية في قدرة التحمل وقوة أجهزة الفرد البدنية (صفنار الشطي، ٢٠٠٨م: ٨).

• أنماط الضغوط النفسية Models of Stresses:

اشار Weiten الى أن هناك أربعة أنماط للضغط سنأتى على شرحها كما يلي :

١ / الإحباط: (Frustration):

يمثل الإحباط أى موقف يتعرض له الفرد. ويشعر أنه غير قادر على تحقيق هدف متوقع. ويحدث الإحباط عادة عندما يرغب الإنسان فى شئ ولايستطيع تحقيقه، والإنسان الإعتيادى يتعرض لإحباطات يومية. فالتأخير عن المحاضرة وعدم دخولها إحباط والدرجة الضعيفة بشكل غير متوقع إحباط. والوقوع فى شئ غير مرغوب فيه إحباط. والرفض من شخص عزيز إحباط. هناك بعض الإحباطات بسيطة وممكنة للفرد تجاوزها سيما الإعتيادية واليومية. وهى لا تشكل ضغطاً ذامداً بعيداً كإعتذار شخص عن موعد أو عدم وجوده فى مكان متوقع ووجوده فيه. ولكن بعض الضغوط تشكل تهديداً مستمراً لذاتية الفرد وبعده البيولوجى كإحساس بالظلم والموت المفاجئ لإنسان عزيز مفاجئ ويختلف الأفراد أيضاً فى درجة تقبلهم لواقعهم، وبالتالي درجة تأثرهم بالإحباط فبعضهم يحبط سريعاً، لأي موقف ويظهر عليه تأثير الضغوط بشكل إنفعالي عال، أما الآخر فعلى العكس، فإنه قليل التأثر بالبعد الضاغط، ويستطيع فلسفته بواقعية.

٢ / الصراع: Conflict

يعرف الصراع على إنه موقف يتعرض له الفرد عندما يكون هناك إثنين أو أكثر من الدوافع تسحبه نحو أهداف مختلفة. وقد تحدث قبل أكثر من قرن " فرويد " عن الصراع بين الرغبة والضمير والذي يتعرض له الفرد سيما فى مرحلة المراهقة وأن ضعف الخبرة وقوة الغريزة دائما تجعل الفرد فى حالة من التوتر والصراع، ولعدم قدرته على حل مشكلة التوازن بين الذات والضمير.

أشكال الصراع:

يصنف الصراع من حيث وعى الفرد به الى صراع شعورى يعى به الفرد ويدركه كصراع التلميذ مابين المكوث فى غرفته لمذاكرة دروسه. والاستجابة لنداء رفاقه بالذهاب الى حفله. وصراع لاشعورى

لا يعى الفرد أطرافه المتنازعه كما لا يفتن منه فقط. سواء إلى حالة التوتر والضيق والإرهاق الصعب الناجم عنه.

ومن أشهر أنماط الصراع ما وصل إليه " كيرت ليفين " من تحليله لأنواع الصراع على النحو التالي:

١ . صراع الإقدام - الإقدام:

يشير إلى موقف يكون فيه الفرد إزاء دافعين أو هدفين محبيين يجذبانه بدرجة واحدة لكنه لا يستطيع إشباعهما أو تحقيقهما معاً فى نفس الوقت. فإشباع إحداهما سوف يتضمن بالضرورة عن عدم إشباع الآخر أى إحباطه. ويعد هذا النوع من أيسر أنواع الصراع قابلية للحسم. فعادة ما يرجع الفرد أحد الدافعين عندما يدرك على إنه ذو قيمة أكبر من الآخر فيقدم عليه. بينما تأخذ فى التناقض بالنسبة للدافع. وألهدف المنافس له وقد لا يترتب على ذلك إحباط. بذكر مثال (تردد الفرد عند محاولته الاختيار بين كليتين أووظفتين يراهما متناسبتين لإستعدادته وميوله بقدر واحد - كلية الطب - وكلية طب الأسنان) (حامد عبد السلام زهران، ١٩٧٧م: ٣٨).

٢ . صراع الإحجام - الإحجام:

يشير إلى موقف يكون فيه الفرد إزاء هدفين كلاهما فيه تهيب له وتتغير بدرجة واحدة أى كلاهما مر كما يقولون. لكنه لا يستطيع تجنبهما معاً . وإذا تحاش واحداً وقع فى الآخر وهكذا يتردد بين نارين ويظل مذبذباً بينهما. مثال " اما السفر وترك العائلة للعمل أو البقاء وتحمل ضعف المرتب ولما أن يقبل الزواج من شخص فرض عليه أو يغترب ويسافر متعباً لكنه لا يجد فى نفسه ميلاً لواحدة منهما فكلاهما منفر له ولا يحظى بقبوله. وهكذا يتبين أن فرص الإفلات من الشعور بالألم والإحباط فى هذا النوع من الصراع محدودة بالنسبة للفرد(حامد عبد السلام زهران، ١٩٧٧م : ٤٠).

٣ . صراع الإقدام - الإحجام :

يشير الى مواقف صراعية أكثر خطورة من الشكلىن السابقين إذ يتولد عندما يكون الفرد أمام دافع أو هدف أو عمل واحد له خصائصه الترغيبية والترفيهية والتنفيرية فى آن واحد. ويتمثل الترغيب فى قوة جذب الهدف لما يمكن أن يسهم فى خفض التوتر لدى الفرد " جانب إيجابى " فىأخذ من الإقتراب منه. وتتكشف للفرد كلما إزداد إقترابا. أما التهيب فيتمثل فى قوة طرد وهو جانب سلبى ومن ثم يأخذ

الإحجام عنه وعندما يصل الفرد الى نقطة تتساوى أو تتعادل قوة الإستجابتين المتعارضتين الإقدام على الهدف لجاذبيته والإحجام عنه لسلبيته. ويعجز عن إصدار الإستجابته المناسبة فإنه يعيش في موقف صراع نفسى. مثال لهذا النوع(تردد أم بين أن تسمح لإبنها بالمشاركة فى رحلة تستغرق عدة أيام لكى يروح عن نفسه ويعتمد على ذاته ويثرى خبراته جوانب إيجابية) وأن تمنعه من المشاركة فيها خوفاً من أن يقع له خلالها مايسوءه وزعرها من هذا التوقع (جوانب سلبية) ويصعب حسم هذا النوع من الصراعات. مالم يدرك الفرد أن الهدف ينطوي على جوانب إيجابية أكثر مما ينطوي على جوانب سلبية. (حامد عبد السلام زهران، ١٩٧٧م: ٤٣).

ويتضح مما سبق عرضه من أنماط الصراع كما حددها ليفين سهولة حسم الصراع الإقدام الإقدام على حين تزداد الصعوبة في إتخاذ القرار شيئاً فشيئاً في صراعات الإحجام - الإحجام بحكم تعقيدها وصعوبة إفلات الفرد من الإحباط بدرجة ما في كل منهما. وتشير (ليندا دافيدوف ١٩٨٨م: ٦١٩) إلى أن هناك عوامل عديدة تؤثر في عملية إتخاذ القرار في مواقف الصراع من بينها:-

- أ- قوة الحافز التي تثيرها البدائل المطروحة: فالأهداف التي تثيرها الحوافز القوية تؤدي إلى عملية جذب أكثر من تلك التي تثيرها الحوافز الضعيفة
- ب- البعد الزمني والمكاني عن الإختبارات: فالميل إلى الإقدام أو الإحجام عن بدائل معينة تزداد كلما قربت ويميل إلى الضعف كلما كانت البدائل بعيدة نسبياً
- ت- التوقعات المتعلقة بالبدائل المطروحة في الصراع، فنحن نميل إلى الإقدام على الإختيارات الأكثر إشباعاً لإحتياجاتنا وأهدافنا

ث. ٣- الأحداث الطارئة أو المفاجئة: **Casual or Sudden incident**

تشير الدراسات التي أجراها Wetin 1996 أن الضغوط تهيئ الإنسان لعملية التغيير، ومنها التغيير البدني فيكون أكثر تقبلاً للمرض، أي في معناه أن الضغوط قد تهيئ الإنسان لتغيير شديد في حياته أظهرت الدراسة التي قام بها خلال مقابلاته لعدد كبير من الناس للسؤال عن أكثر المواقف والظروف التي أدت لتغيير في حياتهم أو التي إضافة لهم أعباء وضغوط جديدة وجد أن ليست كل الظروف

والأعباء ليست سلبية بل لبعضها أحداثاً إيجابياً مثل الزواج، وإنجاب الأطفال، إستلام منسب جديد، والسؤال الذي طرحته هذه الدراسة، لم الأحداث الإيجابية تولد ضغوطاً على الإنسان، يقول وتن أن سبب ذلك أن المتطلبات الجديدة أو المواقف الجديدة تتطلب أو يصاحبها تغيرات أو متطلبات ينبغي التوافق معها

قدم (Holmes & Rahe) قائمة بالظروف ، التي تحدث ضغوطاً أكثر من سواها تساهم في إحداث تغيرات في مسيرة حياة الإنسان على سبيل المثال موت الزوج، الطلاق أو الانفصال أو، الإيداع في السجن، موت صديق عزيز، أو إنسان عزيز في العائلة، المرض، الزواج، احتراق المنزل، إجراءات الزواج، وهذا قدم الباحثان حوالي ٤٢ موقفاً تم تسلسلها من الأكثر أهمية على الأقل ضغطاً، وكان في آخره هذه الضغوط التهيؤ للأعياد والأفراح، ويبدو واضحاً أن البعد الثقافي الإجتماعي يلعب دوراً مهماً في مسألة توافق الإنسان مع الأحداث، فبعض الأحداث الجوانب التي يعتبرها الغرب تغيراً في حياتهم قد يعتبرها مجتمع آخر مسألة طبيعية ولا تعني شيئاً وحتى أولويات الضغوط أو التغيرات قد نجد لها مختلفة على الصعيد الإجتماعي والثقافي وحتى على الصعيد الفردي أحياناً ولهذا تبقى مسألة الكشف عن أكثر الضغوط تأثيراً في مجتمعنا السوداني سيما في التوافق النفسي لأولياء الأمور مسألة مهمة للغاية.

إستجابة الإنسان للضغوط الخارجية:

تعد الضغوط الداخلية أو الخارجية مثيرات لا بد أن يستجيب لها الإنسان إستجابات مختلفة تبعاً لخصائصه من جهة أخرى ويمكننا تقسيم الإستجابات إلى:

١- إستجابات إرادية:

وهي تلك التي يعيشها الفرد، ويشعر إزاء وقوعها برد فعل مثل إستجابته بتحقيق ملبسه عند الإحساس بارتفاع درجة الحرارة أو إرتداء ملابس أخرى عند الإحساس بالبرد.

٢- إستجابات لا إرادية :

وهي ردود فعل بعض أجهزة الجسم التي يصعب التحكم بها مثل الإرتجاف عند التعرض لموقف لا يستطيع التحكم فيه أو التعرق بسبب الخجل ويمكن تقسيم الإستجابة إلى :

*عضوية:

مثل التنبهات الهرمونية وإفرازات بعض الغدد وفعاليات الجهاز السمبثاوي المسئول عن أمن الجسم تلقائياً من حيث السيطرة على جميع أجهزته الحيوية اللا إرادية مثل الجهاز الدوري والتنفسي وجهاز الغدد والجلد الذي يعمل وقت تعرض الجسم للخطر (ضغط خارجي أو داخلي) وهو يعلن مايشبه حالة الطوارئ، وذلك بتجهيز طاقاته ووضعها في أعلى درجات الإستعداد، وكذلك الجهاز الباراسمبثاوي، حيث العمل بالإتجاه المعاكس بإبطاء أو كف عمل بعض أجهزة الجسم.

*نفسية:

كافة الإستجابات التي يتحكم أولايتهك بها الفرد في الموقف المحدد وهي.

(١) العمليات المعرفية:

التي تمثل العمليات العقلية مثل التفكير بمعطيات الضغوط ومسبباته، وكذلك تقييم الضغوط الموجودة ثم الوصول إلى معرفة الضغوط دون القيام بفعل ما.

(٢) السلوكية:

وهي الإستجابات التي يلجأ إليها الفرد تحت وطأة الضغوط، تلك الإستجابات التي يمكن ملاحظتها.والإستجابة للضغوط لا تقتصر على الكائن البشري، بل أنها موجودة عند الحيوانات أيضاً. لذا فإن أي ضغوط يتعرض لها الإنسان لا تؤثر في أجهزة الجسم كلها، بل على قسم منها، إذ قد يتأثر أحدها بشدة، بينما لا يكاد يتأثر الآخر أبداً وعندما يتعرض الإنسان لضغوط مافاته يمر بثلاث مراحل وهي:

أولاً : رد فعل للأخطار:

حيث يقوم الجهاز العصبي السمبثاوي والغدد الادرينالية بتعبئة أجهزة الدفاع عن الجسم، إذ يزداد إنتاج الطاقة إلى أقصاه لمواجهة الحالة الطارئة ومقاومة الضغوط وإذا إستمر الضغط والتوتر إنتقل الجسم إلى المرحلة الثانية.

ثانياً : المقاومة:

عندما يتعرض الكائن للضغوط يبدأ بالمقاومة وجسمه يكون في حالة تيقظ تام، وهنا يقل أداء الأجهزة المسئولة عن النمو، وعند الوقاية من العدوى تحت هذه الظروف، وبالتالي سيكون الجسم في حالة إعياء وضعف ليتعرض لضغوط من نوع آخر في الأمراض وإذا ما أستمرت الضغوط الأولى وظهرت ضغوط أخرى (الأمراض) إنتقل إلى المرحلة التالية:

ثالثاً: الإعياء:

لا يمكن لجسم الإنسان الإستمرار بالمقاومة إلى النهاية، إذ تبدأ علامات الإعياء بالظهور تدريجياً وبعد أن يقل إنتاج الطاقة في الجهاز العصبي السمبثاوي يتولى الجهاز العصبي البارسمبثاوي الأمور فنتتياً، أنشطة الجسم وقد تتوقف تماماً، وإذا ما أستمرت الضغوط يصبح من الصعوبة التكيف لها لتؤدي إلى إضطرابات نفسية مثل الإكتئاب أو الأمراض جسدية تصل حد الموت (هارون توفيق الرشيد، ١٩٩٩م).

الإتجاهات الثلاثة للضغوط النفسية:

الإتجاه الأول : الضغوط النفسية كمثيرات:

يلاحظ أن المثيرات يقصد بها أحداث الحياة التي قد تطرأ على الفرد وتثير لديه الإنفعالات وتتطلب منه مجهوداً تكيفياً . وقد يصاحبها مشكلات نفسية أو فسيولوجية. وقد تتعدد مصطلحاتها وتعريفاتها. وثمة تعريفات لها تأخذ مناحى متعددة منها : أحداث الحياة اليومييه وأحداث الحياة الضاغطة وأحداث الحياة الصدمية.

وقد عرف (وين وواثين) المثيرات الضاغطة بأنها الأحداث الخارجية التي تمثل مطالب التكيف لدى الفرد. وأن الأفراد يمكن أن ينجحوا في التكيف كلية مع هذه المطالب. وآخرون لا ينجحون في ذلك. وعندما يفشلون تكون النتيجة هي الضغط النفسي أو البدني أو كلاهما.

ويرى (بنيامين ١٩٨٧م) أن الضغوط هي حالات العواطف الممتدة فهي تسبب الضغوط عندما تستمر لوقت طويل جداً وتظهر هذه الضغوط في صورة المشكلات الفسيولوجية والنفسية. ويضيف أن الأحداث التي تسبب الضغوط تسمى الضواغط وهي تشمل عدداً من الأحداث المرتبطة بتغيرات الحياة مثل : الإحباط، الفراغ، المواقف الطارئة، تغيرات الشخص، ضغوط العمل , ضغوط المنزل.

الإتجاه الثانى : الضغوط النفسية كإستجابة : .

يركز أصحاب هذا الإتجاه على تعريف الضغط النفسى إستناداً الى نتائجه حيث وصفوا إستجابة الضغط فى تعريفاته. ومن أهم التعريفات مايلى :

يعتبر (هانزسيلي) هو اول من تناول دراسة الضغوط النفسية فى عام ١٩٢٦م لاحظ أن الأفراد يعانون من نطاق واسع من الأمراض الجسمية. ولكن هناك عاملاً مشتركاً فى الأعراض. مثل فقدان الشهيه وانخفاض فى قوة العضلات وارتفاع ضغط الدم وفقدان الحماس للإنجاز. وفى بداية عمله فى هذا المجال إستخدام مصطلح الضغط النفسى لوصف مجموعة من المتغيرات غير المحددة وفى ضوء ذلك عرف (سيلي) ١٩٨٤ الضغط النفسى بأنه إستجابته فسيولوجيه نتجت عن أحداث مزعجة أو رد فعل الجسم لأي متطلب يوضع عليه (الطيرى ١٩٩٤).

وتوصل بيلتر (Pelletir1977) فى دراسة له أن الضغوط هى المسئولة عن إحداث مايقارب من (٥٠-٨٠%) من كل الأمراض، كما أن مايقارب من (٣٠) مليون أمريكي يعانون من توهم المرض وضغط الدم بسبب الضغوط. (صفاء رفيق موسى قراقيش، ٢٠٠٦م:٥٧).

الإتجاه الثالث : الضغوط النفسية كعملية إدراكية : .

أهتم أصحاب هذا الإتجاه بعملية تقييم الفرد نفسه للأحداث وكذلك تقييمه لإمكانية مواجهتها أو التكيف معها. ويعتبر لازوراس ١٩٨٤ من اوائل العلماء الذين أخذوا بهذا المنحى. إذ عرف الضغط بأنه " علاقة بين الفرد وبئيته يقيمه بأنها مرهقه. وأنها تفوق قدراته وتعرض حياته للخطر. ويرى أن الضغط ينشأ عن تقييم الفرد للأحداث. وتوقعاته فيما يتعلق بنتائجها، وكذلك عن تقييمه لإمكانية مواجهتها أو التكيف معها.

اما تايلور ١٩٨٦ فتعرف الضغوط النفسية بأنها عملية تقييم للأحداث كمواقف مهددة. والاستجابته

لها عبر تغيرات معرفيه وانفعاليه وفسيلوجيه (صفاء رفيق موسى قراقيش، ٢٠٠٦ :

ثالثاً:- العوامل المؤثرة على الضغوط النفسية:

تنقسم إلى عوامل داخلية وعوامل خارجية

العوامل الداخلية يقصد بها العوامل التي تخص الفرد ذاته ومنها:

(١)العوامل النفسية مثل:

(أ) **الإحباط:** ويعتبر من العوامل الهامة التي تشكل جانباً من الضغوط النفسية. ويمكن تعريف الإحباط بأنه الحالة التي يشعر الإنسان معها بعدم إمكانية قيامه بنشاط المطلوب القيام به أو الحيلولة بينه وبين تحقيق الهدف التي يسعى إليه.

وعادة ما ينشأ الإحباط إما بسبب العوامل الداخلية التي تمنع الشخص من القيام بالنشاط كما يجب أن يكون بسبب العوامل الخارجية التي تشتت طريق الشخص وتحول بينه وبين الهدف المقصود.

(ب) **التهديد:** وهو توقع حدوث ضرر ما يصيب الشخص أو وقوع أمر غير مرغوب فيه وكلما أزداد مستوى التوقع أرتفع مستوى الشعور بالتهديد. ويفرق العلماء بين كل من التهديد والإحباط على النحو التالي:

أن التهديد يمثل توقعات ينتظر حدوثها رغم أنها لم تحدث بعد.

أما الإحباط فهو نتيجة لأحداث قد وقعت بالفعل وأصبحت حقيقية.

(ج) **الصراع:** وهو حالة تنشأ بسبب وجود مثيرين أو هدفين متعارضين ويحدث التعارض لأن السلوك الضروري لتحقيق إحداهما يتعارض مع الرغبة في تحقيق الآخر ولايمكن حل الصراع طالما كانت الرغبة الإنسان التوفيق بين الموقفين أو محاولة تحقيق الهدفين في آن واحد أوفي مثل هذه الحالات كلما إزداد مستوى الرغبة أو الحاجة إزدادت حدة الشعور بالتهديد والإحباط.

(د) **القلق:** وتعتبر من الجوانب الهامة في تشكيل بعض مكونات الضغوط النفسية ونظراً لأنه لا يمكن التحقق من وجود القلق أو التعرف على وجوده من متابعة أسبابه ومظاهر أعراضه ونتائجه، وذلك عن طريق ملاحظة سلوك الشخص المعني أو سؤاله عن حالته ومشاعره وأحاسيسه. **(رمضان محمد القذافي، ١٩٩٨م).**

٢/ **العوامل الخارجية:** ويقصد بها التنبيهات التي تقع في المحيط الخارجي للفرد وتؤثر عليه بشكل أو بآخر ومن هذه العوامل:

أ/العوامل الأسرية : تمثل الأسرة الوحدة الإجتماعية والرئيسية المسئولة عن تنشئة الفرد ومنها يتشرب قيمه، ويتطبع بطابعها وأخلاقياتها ويحمل هويتها، وينتمي عليها طول حياته.

لذا فإنها تؤثر على شخصية بكل تفاصيلها في السلب أو الإيجاب وتشير الباحثة إلي أن الأسرة من أقوى العوامل التي تؤثر في النسيج الشخصي للفرد ومنها يتطبع بما هو مقبول وغير مقبول إجتماعياً وعليه فإن اضطراب الجو الأسري وتفكك العلاقات الأسرية وديمومة الخلاف تؤثر شديد على الحالة النفسية وأحياناً الصحية للفرد.

ب/البيئة الجامعية: تمثل البيئة الجامعية لكثير من الطلبة سيما الطلبة الذين يأتون من خلفيات ريفية حياة جديدة كثيرة من تنبهاتها غير مألوف سيما في الإيقاع السريع للمدينة ومتطلباتها والإختلاط وإثارة إنعكاساته ومتطلبات السلوكيات داخل الجامعة نفسها من إلتزام ببعض الأعراف والإفتاح على مختلف الثقافات وتقبل نوع من السلوكيات في العلاقات الإجتماعية قد لا يكون الطالب المقبل من الخارج المدينة قد إعتاد عليها وهي تشكل جزءاً مهماً في التفكير اليومي للطلبة (علي إبراهيم علي محمد، ٢٠٠٤م).

ج/العوامل الثقافية والحضارية: تظهر الضغوط النفسية متأثر بعوامل مثل الوظيفة المجتمع والأسرة والبنيان وعدد حجرات المسكن وما يكون عليه من أساليب التربية وتشكل العلاقات الناشئة بين الأفراد. والحضر والأحياء الشعبية تؤثر في الضغوط النفسية من حيث الشدة والترتيب.

د/النقدية المرتدة : فقد ثبت إنها تعمل على تخفيض الإحساس بالضغط أكد كلا (من كلفن ونفشال) المذكور في (هارون توفيق الرشيد) على أن تزويد عينات بمعلومات دائمة حول رد الفعل الفيزيقي المحتمل بمدى تأثير الضغوط فإن ذلك يسمح بتكيف أفضل.

ح/التدعيم الإجتماعي : التدعيم الإجتماعي المعبر والفعال مثل الشعور بالعناية والحب والتقدير والقيمة والإنتماء إلى شبكة من العلاقات الإجتماعية هي عوامل تؤدي إلى تخفيض الإحساس بالضغط (هارون توفيق الرشيد، ١٩٩٩م).

رابعاً: - أعراض الضغوط النفسية:

١. الأمراض الجسمية:

أ) أمراض القلب والجهاز الدوري : مثل النوبات القلبية، إرتفاع ضغط الدم، تصلب الشرايين، الذبحات الصدرية.

- ب) أمراض الجهاز الهضمي: مثل أمراض القولون، الإسهال، القرحة.
- ج) أمراض الجهاز التنفسي: الربو، الكحة، صعوبات التنفس نزلات البرد.
- د) الأمراض الجلدية: تساقط الشعر، الإكزيما، حب الشباب.
- هـ) أمراض الجهاز البولي: إحتباس البول، التبول اللاإرادي إلتهاب المثانة.
- و) أمراض الجهاز التناسلي: العنة، البرود الجنسي، سرعة القذف، إنخفاض الرغبة الجنسية.

٢/ الإضطرابات النفسية:

تتمثل في القلق، العدوان، الغضب، إنخفاض تقدير الذات، قلة التركيز، النسيان، الإحباط، الإكتئاب، الإحتراق النفسي، التعرض للحوادث، الهلع، المخاوف، القابلية للإستثارة، التوتر، الملل، ضعف الذاكرة، التردد المزمن، الهستيريا، العجز عن الإسترخاء.

٣/ الإضطرابات السلوكية:

الإفراط في الأكل أو فقدان الشهية، تعاطي المخدرات والكحول، إضطرابات النوم، التغيير في طريقة المشي والجلوس.

٤/ المزنبات الإجتماعية:

تؤثر الضغوط على العلاقات الأسرية والمجتمع بشكل عام والعلاقات في العمل (جمعة سيد يوسف، ٢٠٠٤م).

كذلك يمكن تصنيف أعراض الضغوط إلى أعراض فسيولوجية وأعراض ذاتية وأعراض سلوكية:

١- الأعراض الفسيولوجية:

زيادة معدل نبض القلب - زيادة ضغط الدم - العرق الزائد - زيادة تجلط الدم - زيادة التهوية (معدل التنفس) زياد مستوى جلكوز الدم.

٢- الأعراض الذاتية:

التعب وصعوبة النوم - توتر العضلات وخاصة الرقبة والكتفين - الإمساك - الإسهال - المغص - زيادة خفقات القلب - الصداع - صعوبة التركيز والميل للأرق - عدم الصبر والقابلية للإثارة وسرعة الغضب.

٣- الأعراض السلوكية:

زيادة التدخين - فقدان الشهية أو الأكل الزائد - عدم الشعور بالراحة - ضعف الرغبة الجنسية - التفاعل السلبي مع الآخرين (عدم الثقة، التهكم والسخرية، لوم الآخرين). (أسامة كامل راتب، ٢٠٠٤م: ١٤٣).

خامساً: نظريات الضغوط النفسية:

تتعدد النظريات العلمية في دراسة وتفسير الضغوط نتيجة الطبيعة النفس الإنسانية وتعقدتها وصعوبة تفسيرها، أدى هذا التعدد إلى إختلاف المدارس الفكرية.

١/ النظرية السلوكية:

تنطلق هذه في تفسيرها للضغوط من مفاهيمها العامة حول المثير والإستجابة ونواتج السلوك (التعزيز او العقاب) ولستناداً إلى تلك المفاهيم يمكن الإشارة إلى أن الضغوط هي مثيرات يستجيب لها الفرد بطريقة غير مناسبة، تولد لديه.

إنزعاج ويقوم بتكرار هذه الإستجابة رغم عدم مناسبتها في حالة تدعى بالعجز المتعلم.

٢/ النظرية الإدراكية المعرفية:

تؤكد هذه النظرية أن الفرد يسلك وفق الصورة التي يدركها بها الأحداث وفيما يتعلق الضغوط فإنه يعتقد أنه ربما لا يكون على صواب بأن مآلديه من مصادر تكيف لا يكفي لمواجهتها، فينجم عن ذلك الإحساس بالتوتر والإحباط وتندرج هذه تفسيرات النظرية الفينومينولوجية (الظاهراتية) التي تؤكد الشئ - أي أن الإنسان يتصرف تجاه الأحداث تبعاً لما يبتدى له وليس كما هي فعلاً.

٣/ النظرية التحليلية النفسية:

يمكن الإشارة هنا إلى أنه وفق مفاهيم النظرية التحليلية النفسية (كالكبت والاشعور والعدوان) إن الإحساس بالضغوط هو نتيجة لكبت دوافع ممنوعة لا تفصه عن نفسها بشكل صريح فتجد لها متنفساً بالتحويل والإزاحة إلى موضوعات أخرى.

٤/ نظرية المقلومة أو الهروب:

صاحب هذه النظرية العالم الفسيولوجي (وتركانون) الذي أعتمد في نظريته على الجوانب البيولوجية في تفسير آثار الضغوط النفسية وتؤكد هذه النظرية على أن حياة الافراد مليئة بالأحداث الضاغطة المرغوبة وغير المرغوبة مما يتحتم على الفرد مقاومة هذه الأحداث بقدر المستطاع أو الهروب بعيد عنها والأفراد الذين يتعرضون لمثل هذه الضغوط تظهر عليهم مجموعة من التغييرات مثل إرتفاع ضغط الدم، سرعة دقات القلب وتوتر العضلات وتحرير كمية من الدهون المخزونة في الجسم وسريان الدم لمنظومتى الهضم والدماغ، والعضلات والأطراف ن وهذه التغييرات والأعراض الجسمية تعمل على تهيئة الجسم لمقاومة الخطر أو الهروب منه.

٥/ نظرية التقدير العقلي:

صاحب هذه النظرية العالم لازاروس يؤكد فيها أن الضغوط النفسية تنشأ من خلال تفاعل الفرد مع البيئة المحيطة به عندما يقيم الفرد معرفياً المثيرات والأحداث الموجودة في البيئة على أنها مصدر تهديد أو خطر أو تحمل له الأذى وتتجاوز قدراته على التكيف وتعرض وجوده للخطر، ويرى أن الأحداث والمثيرات قد تكون ضاغطة لدى شخص في حين أنها تكون غير ضاغطة لدى شخص آخر وفق تقويم الفرد للأحداث وأن عملية التقويم تتأثر بسمات شخصية الأفراد وقيمهم وأهدافهم تجاه الذات والعالم.

ويحدد لازاروس العوامل المؤثرة على التقويم وهي :

طبيعة المنبه نفسه / خصائص الفرد الشخصية / الخبرة السابقة للمنبه / الذكاء / المستوى الثقافي للفرد / تقويم الفرد لإمكاناته.

٦/ نظرية ضغط الحاجة:

صاحبها هنري مورايو فيها يؤكد على أن الإنسان عرضة لمجموعة من الأحداث البيئية الضاغطة مستخدماً مجموعة من الإستراتيجيات المختلفة للتغلب على هذه الأحداث، وترى مفهوم الحاجة والضغط مفهومان مركزيان ومتكافئان في تفسير السلوك الإنساني وأن الفصل بينهما تعد تحريفاً

خطيراً ويجمع مصطلح (الشيء) بين مفهومين ويعني وحدة سلوكية تفاعلية تتضمن الموقف الحافز - الضغط - الحاجة.

٧/ نظرية النسق النفسي:

صاحب هذه النظرية (سبلرجر) تؤكد هذه على أهمية التفريق بين القلق كحالة والقلق كسمة - فالقلق بوصفه حالة يعتمد بصورة أساسية ومباشرة على الظروف الضاغطة، بينما القلق كسمة يعتمد على الخبرة الماضية. فالفرد في هذا الصدد يقدر الظروف الضاغطة التي أثارت حالة القلق لديه ثم يستخدم آليات الدفاع النفسية المناسبة لتخفيف الضغوط عنه، أو يستدعي سلوك التجنب الذي يسمح له بالهروب من الموقف الضاغط. (الصادق محمد عبد الحليم، رقية السيد الطيب، ٢٠١٢م).

تفسير الضغوط النفسية في مدارس علم النفس المختلفة:

إن كثيراً من السلوك الإنساني مزيج متفاعل في جذور الجينات والإستعداد الوراثي، والقسم الأعظم يعود للتنشئة ومكتسبات البيئة وظروف الثقافة والحضارة، والظروف الذاتية، التاريخية التي يعيشها الإنسان في محيط ما، لهذا وغيرها تعددت مشارب التفسير.

ومنذ أن بدء علم النفس كعلم حقيقي يسجل ويلاحظ ويقبس ظاهرة السلوك الفردي فحسب اختلفت الآراء لا في تسجيل الظواهر فحسب بل في سبل تفسيرها ولكن هذه الآراء كانت بمثابة حياة لعلم حديث درس الإنسان كفرد وجماعة وكائن متفرد، وكائن يشترك مع الكائنات الحية الأخرى في العديد من الخصائص. ومن هذا المنطلق إعتدنا أن نقدم لبعض وجهات النظر الأساسية، المفسرة لظاهرة تفاعل الإنسان مع الضغوط النفسية بإعتبارها تنبيه يمارس للإحجام والإعتراض والتحدي لمسيرة الإنسان ولصحته النفسية وسنحاول أن نبدأ بأقدم المدارس وهي مدرسة التحليل النفسي وبأحدث الأفكار وأكثرها قبولاً لدى الغرب وهي الإنسانية.

١- المدرسة التحليلية:

يرى فرويد مؤسس المدرسة التحليلية أو الفردية، أن الإنسان المتمتع بالسلوك السوي هو القادر على الحب والعمل والمنتج ولم يبين فرويد في كتاباته النظرية بدرجة كافية الطريقة التي ينمي بها الأفراد سلوكهم السوي حيث ركز جل إهتماماته حول الصراعات التي أعاقت تحقيق التوافق له، ورأى

فرويد أن من طبيعة الكائن الإنساني أن يكون عرضة للصراعات الداخلية، أن تصور فرويد للطبيع الإنسانية يترك إمكانية محدود للتوافق لدى الإنسان حيث يرى أن سلوكه مدفوع بدوافع لاشعورية وأنه في حالة صراع دائم بين دوافع داخلية لايقبلها المجتمع ومطالب ونواهي خارجية يفرضها المجتمع. ورأى فرويد أن الحياة اللاشعورية عند الفرد هي الأساس من حيث التأثير في سلوك الفرد، وأن الشعور لايشكل إلا جزءاً ضئيلاً من مجمل النشاط النفسي عند الإنسان. وقد تحدث عن طاقة (الليبدو) وهي مجموعة من القوى الكامنة التي تظهر من خلال النزعات الجنسية، والعوانية المتأصلة في الفرد. والتي تعبر عن نفسها أو الضغوطات على أساس نشاط طاقة الليبدو. ولقد أشار (فرويد) إلى أن قوة الأنا هي التي تتعامل مع الهو الأنا الأعلى من أوامر ونواهي فإذا عجز عن التوافق بينهما يحصل الصراع النفسي، والتوترات أي الضغوط.

ترى الباحثة أن مقاومة الفرد للضغط حسب نقطة فرويدية تتمثل في قدرة الأنا على التوفيق بين أجهزة الشخصية المختلفة، ومطالب الواقع أو الوصول إلى حل الصراع الذي ينشأ بين أجهزة الشخصية ومطالب الواقع.

إضافة إلى ذلك يرى فرويد أن الإنسان لا يستطيع، أن يسعى إلا إلى تحقيق جزئي للتوافق، حيث أن الإنسان في صراع دائم بين محتويات الهو ومطالب الواقع. (علي إبراهيم علي محمد، ٢٠٠٤م: ٩٤).

ترى الباحثة إلى أن التحليليين المحدثين، قد حاولو رسم السلوك تارة بإطار إجتماعي وتارة أخرى بإطار ذاتي، مهما يكن فإن الضغوط النفسية في نظر هؤلاء تثيرها المنبهات الخارجية، التي تحدث إستجابات مختلفة من قبل الفرد، وفقاً للظروف المحيطة به وتفاعله مع هذه المنبهات.

٢- تفسير الضغوط النفسية من منظور سلوكي:

بغض النظر عن كون سلوك الإنسان يتطور وينمو بالإقتران أو التعزيز الوسيلى، أو بالعادات فإن جميع أشكال هذا السلوك، هو إستجابة لمنبهات بيئية، فتعلمت الإنسان وأساليب تنشئته زمام به من ظروف موضوعية، تشكل ذاته الشخصية لذا تمكنه من الإستجابة، لأى نوع من المنبهات والضغوط النفسية بإعتبارها تنبيهات مؤلمة، فإن مقدار مقاومتها أو تحملها يرتبط بالمنظور السلوكي بالتعلمت السابقة للفرد. ودرجة تمكنه من إجتيار هذه الضغوط النفسية، فالبعد المقاوم للإنسان

للظروف البيئية، ينمو ويتطور عبر التعلمات ودرجة إستجابتها لنوع الضغوط فكثير من الذين انهاروا أما للضغوط النفسية، أما لأنهم لم يتمكنوا تحمل شدتها بسبب ضعف المقاومة للذي يعود إلى التعلمات السابقة الغربية، عن الضغوط الجديدة أو بسبب عدم التهيئة النفسية لاستقبال الضغط، وعليه فإن تعديل السلوك أو زيادة بقاء المقاومة ام ممكن جداً (موسى جبريل وآخرون، ١٩٩٢م: ٣٧٥).

يرى السلوكيين الأوائل أن الناس يقومون بسلوك معين لأنهم تعلموا عبر خبرات سابقة، أن يربطوا بين هذا السلوك والمكانات كذلك يتوقف الناس عن المشاركة في سلوك معين بعد حصولهم على مكافأة أو لمعاقبتهم. وعلى ذلك فإن كل أنواع السلوك متعلمة، فبعض الناس الذين لديهم توافق حسن، هم أولئك الذين تعلموا سلوكاً يساعدهم في التعامل بنجاح مع مطالب الحياة. (داود، ١٩٩٢م: ٢٤).

ترى الباحثة أن الضغوط النفسية أو السلوك التوافقي في القدرة على التنبؤ بالنتائج التي تترتب على السلوك وفي القدرة على ضبط الذات وهذه القدرات في جميع الأحوال مهارات أو مدركات متعلمة. وما دامت كذلك فهي قابلة للتعلم في أي وقت من عمر الانسان وان التوافق في رأي السلوكيين سلوك متعلم.

٣- تفسير الضغوط النفسية من منظور معرفي:

يرى المعرفيون أن الضغوط النفسية تعتمد على الأقل جزئياً على الطريقة التي يفسر بها الافراد وقيمون الحوادث في البيئة، ويرون ان زيادة الاحساس بالفاعلية الذاتية يسهم في عملية التوافق الحسن، وان الشخص المتوافق هو الذي يفسر الخبرات المهددة بطريقة تمكنه من المحافظة على الامل واستخدام مهارات مناسبة في حل المشكلات، كما انه يستخدم إستراتيجيات معرفية مناسبة في مواجهة الضغوط النفسية أما الشخص الذي يفقد الامل ويشعر بالعجز في تعلمه، لا يتمكن من الاستجابة بفاعلية لمطالب البيئة، ويعجز عن استخدام استراتيجيات معرفية مناسبة في مواجهة الضغط. (موسى جبريل، ١٩٩٢م: ٣٧٧).

بغض النظر عن الإنسان تتم عملية تعلمه عن طريق العمليات العقلية كالإدراك والتفكير والتحليل، والتذاكر والتفهم والحفظ والتركيز والتحليل والتقويم، وغيرها من العمليات العقلية الأخرى، والإستبصار أو الذكاء أى الفهم الكلي للموقف لم حوله، أو الإرتقاء المعرفي الذي يكسبه أنماط جديدة من التفكير

لحل مشاكله، قد تسعفه وقتها أو لاتسعفه في الموقف ويفكر بأخرى، أو في التراكيب المعرفية أو من المنظور المعرفي، فأن جميع هذه العمليات العقلية عبارة عن إستجابة لمنبهات بيئية وخبرات سابقة مربها الإنسان خلال مراحل حياته المختلفة. لذا تجده يواجه كثيراً من المنبهات، والضغط النفسية باعتبارها عقبات أو أحداث تهيج بها الحياة في كل نواحيها، وخاصة في البيئة الجامعية التي تتطلب من الطلاب بذل الكثير من الجهد والمثابرة والصبر لتلقى العلم وزيادة تحصيل العلوم المختلفة. (مصطفى فهمي، ١٩٩٧م: ٦٥).

ترى الباحثة أن المعرفيين حالة وسط بين النظر للتعلم، وعلاقة ذلك بالتفكير، هؤلاء يشعرون أن العقل هو المحرك للسلوك بغض النظر عن عما إذ كان ذكاء أو إستبصاراً، أو إرتقاء معرفياً، أو تجهيز معلومات، أو تحفيظات معرفية أو نباءات، وفي كل الأحوال فإن طريقة الإنسان في تفكيره وخبراته هي المسئولة عن طريقة تعامله مع الضغوط.

٤- تفسير الضغوط من منظور إنساني:

بغض النظر عن كون أن حاجات الإنسان عديدة مختلفة بإختلاف الظروف والأحداث المحيطة به في البيئة، ودرجة أهميتها له عند حاجته لإشباعها، والحاح الحاجات عليه يفضي به أن يكون إستجابة لمنبهات بيئته، أخذ في ذلك ما لديه من خبرات سابقة سواء في تربيته أو تنشئته لذا تمكنه من الاستجابة لأي نوع من المنبهات.

الضغوط النفسية باعتبارها حاجات ممكن إشباعها، وأخرى لايفلح الإنسان في إشباعها مما يجعله يعاني من التوترات والأزمات النفسية التي قد تكبت في اللاشعور، وتعود إلى وقت غير وجود مثيلاتها ومايشابهها. لذا فإن مقدار مقاومة، وتحمل الضغوط ترتبط بالخبرات السابقة للفرد. وهذا ماأكده ماسلو في نظريته بأن الإنسان في اختيار مايشاء من حاجاته فإن بلغ إشباعها وصل إلى الهناء والإرتياح، وأن أخفق في إشباعها نتج عنها التوتر وألمت به الضغوط وأوصلته للإحباط واليأس. (موسى جبريل وآخرون، ١٩٩٢م: ١١٠).

أما كارل روجرز فيرى أن الإنسان يمتلك مفهوماً لإيجابياً عن الذات، فيقبل ذاته ووثق بها ومفهوم الذات الإيجابي القوي قابل للتغيير النمو، فهو يستقبل الخبرات التي توجه الإنسان في حياته اليومية،

ويدركها إدراكاً صحيحاً فتتحول هذه الخبرات لتصبح جزءاً من مفهوم الذات مما يؤدي إلى إستمرار نموه . أما إذا كان هناك تطابق قليل بين الذات لامثالية والذات المدركة، يعني هذا الضعف في التطابق، أن فكرة المرء عن نفسه سلبية على حد ما أي أن ذاته كما يدركها تختلف كثيراً، عن ذاته كما يتمنى أن تكون. ومن هنا تكون الضغوط النفسية للفرد بسبب مفهومه عن ذاته السلبي مما يؤدي إلى عدم توافقه، فالإنسان الذي يفكر بطريقة صحيحة، لا يحتاج إلى أن يعيد ترتيب خبراته المطلوبة في مساعدته في التنفيس عن ضغوطه.

ترى الباحثة أن المدرسة الإنسانية ركزت على ذات الفرد، وهذا الذات تتأثر بعوامل خارجية كالحاجات كما سماها ماسلو أو المشاعر أو الأحاسيس كما سماها روجرز. إن الإضطرابات النفسية أو الضغوط النفسية يمكن مقاومتها بالآتي كما يرى روجرز :-

- أ- شعور الفرد بالتوتر النفسي، عندما يفشل في إستيعاب، وتنظيم الخبرات الحسية والعقلية، التي يمر بها إضافة إلى الفشل، في تنمية المفهوم الواقعي للذات، ووضع الخطط التي تتلائم معه.
- ب- أفضل طريقة لتغيير السلوك هي تنمية مفهوم ذات واقعي موجب بدلاً عن مفهوم ذات مشوهاً بعيداً عن الواقع كما لدى المرضى العقلين.

٥- المدرسة الإجتماعية: Social Approach :

تدور فكرة التعلم الإجتماعي، حول مسألة كيف يتعلم الناس عن طريق النموذج وكيف يؤثر القدوة أو النموذج في سلوكنا، وخاصة في الأنواع المقبولة إجتماعياً . وتعتمد المدرسة الإجتماعية في أسسها النظرية والتطبيقية على إضافات بالغم من أن البعض قد صنفها ضمن ماسمي بالسلوكية الجديدة على إعتبار أنها تدرس السلوك الخارجي للأفراد إلا أنها هي الأقرب للبعد الإجتماعي منه للبعد السلوكي.

أما التعلم الإجتماعي، فيشير إلى أن التوافق السوي يتضمن كفاية الفرد مهارته في التعلم بنجاح مع البيئة. وأن الأفراد يقللون من صراعاتهم الداخلية أو ضغوطاتهم المتعلمة عن طريق تغييرهم سلوكهم الإجتماعي وعن طريق تعلم إستخدام مدى واسعاً من المتغيرات المعرفية مثل حل المشكلات والتعزيز الذاتي.

أن التعلم الإجتماعي يشكل أحد مصادر التعلم التي ينبغي أخذها بالحسبان في عملية التعليم. وقد ظهرت على صورة تعلم بالملاحظة، والتمثيل والسلوك نتيجة لإستجابات غير مقبولة إجتماعياً .
ويعد تفسير هذه المدارس المختلفة للضغوط النفسية سوى ربط بعضها الذات بالمنبهات الخارجية أو بالخبرات والتعلم السابقة أو بالحاجات أو المهارات الإجتماعية، كل هذا يؤدي لإيجاد حل للعقبات التي تواجه الفرد، وهي كما يلي:-

١- أصحاب التفسير التحليلي كانوا أقرب إلى تفسير المعاناة الذاتية للإنسان بإطارها المكتسب والموروث، وحالوا رسم السلوك بإطاره الاجتماعي ونارة بالذاتي.

٢- أما أصحاب التفسير السلوكي كانوا أكثر إباحاً على التعلم بالمنبه الخارجي ودراسة السلوك باعتباره حالة يمكن قياسها ورفض الطاقة الداخلية أو المتغيرات التي لايمكن قياسها، ونظرتهم إلى أن تعلمت الإنسان هي التي تقوده نحو السلوك الهادف أو السلوك المستحب وتشكيل السلوك أو نمذجته من العوامل المهمة في تكامل السواء أي التوافق.

٣- بينما أصحاب التفسير المعرفي فهم حالة وسط بين النظر للتعلم والسلوك بغض النظر عن التعلم إن ذكاءً أو إستبصاراً أو أرتقاءً معوضاً أو معلومات أو تخطيطات معرفية أو بناءات وفي كل هذه الأحوال فإن طريقة الإنسان في تفكيره وخبراته هي المسؤولة عن تعامله.

٤- أما أصحاب تفسير المدرسة الإنسانية والذين ركزوا على الذات الخبرة بالنسبة للفرد بطبيعتها، وأن هذه الذات تتأثر بعوامل خارجية كالحاجات، كما سماها ماسلو أو الأحاسيس والمشاعر كما سماها روجرز.

٥- بينما أصحاب تفسير المدرسة الإجتماعية في التغلب على عقبات البيئة، وأن الضغوط التي يواجهها نتاج تعليمات سلوكية اجتماعية على مدى خبرات سابقة مثل حله لمشكلات مماثلة أو التعزيز الذاتي لها.

آثار الضغوط النفسية:

عندما يكون الفرد واقعاً تحت الضغط يكون مختلفاً من الناحية الفسيولوجية والمعرفية والإنفعالية والسلوكية عنه في الحالات العدية فأثار الضغط تشمل مختلف جوانب شخصية الفرد وقد

تتطور هذه الأحداث لتحدث بعض الأمراض الناتجة عن الضغط الحاد والمستمر ولهذه فقد إهتم الباحثون بدراسة التأثيرات السلبية الناجمة عن الضغوط النفسية والتي نذكرها فيما يلي:

١/ الآثار الفسولوجية:

الضغط يؤثر سلباً على الجانب الفزيولوجي للفرد، فالأحداث الضاغطة تحدث تغييرات في وظائف الأعضاء وإفراز الغدد وفي الجهاز الهضمي، ومن بين الآثار الفيزيولوجية الناتجة عن الضغط النفسي مايلي:

زيادة إفراز الأدرينالين في الدم لمدة طويلة يؤدي الى أمراض القلب، إضطرابات الدورة الدموية، ضيق التنفس، وارتعاش الأطراف.

إرتفاع مستوى الكوليسترول في الدم يؤدي إلى تصلب الشرايين والأزمات القلبية.

إضطراب المعدة والإمعاء والشعور بالغثيان والرعشة .

زيادة عملية التمثيل الغذائي في الجسم يؤدي إلى الإنهاك (طه عبد العظيم، ٢٠٠٦م).

وقد أوضح (غريب عبد الفتاح) أن هنالك في الجسم علاقة واضحة وصريحة بين الضغط النفسي وبعض الأمراض الجسمية العضوية أهمها:

السرطان.

السكر، الأمراض الجلدية، أمراض القلب.

قرحة المعدة، إضطرابات النوم (زينب محمود شقير، ٢٠٠٢م).

٢/ الآثار النفسية والسلوكية:

الآثار النفسية التي تنتج من الضغوط لها أهمية شديدة مثل الآثار الجسمية إن لم تزد.

فالحالة النفسية للأفراد من أهم المؤشرات التي تدل على تحديد نتائج أو آثار الضغوط، لأن لكل فرد حداً معيناً وقدرة معينة على تحمل الضغوط، إذا تجاوزها ظهرت عليه الإضطرابات النفسية والتي تتراوح بين سؤال التوافق وحتى أشد الإضطرابات النفسية وطأة كالإكتئاب، وفيما يلي قائمة بعض المشكلات والإضطرابات النفسية الناتجة عن الضغوط :-

القلق.

الغضب والعدوان. القابلية للإستثارة والتعب.
الإكتئاب.

التوتر والملل، إنخفاض تقدير الذات. (جمعة سيد يوسف، ٢٠٠٧م).

تظهر الآثار السلوكية للضغط في الأعراض التالية:

إنخفاض الأداء والقيام بإستجابات سلوكية غير مرغوبة.

إضطرابات لغوية مثل التأتأة والتعلم.

إنخفاض مستوى نشاط الفرد حيث يتوقف ممارسة هواياته.

إنخفاض إنتاجية الفرد.

تزايد معدلات الغياب عن العمل.

إضطراب النوم وإهمال المظهر والصحة.

الإنسحاب والميل إلى العزلة. (طه عبد العظيم حسين، ٢٠٠٦م).

٣/ الآثار المعرفية:

تؤثر الضغوط على البناء المعرفي للفرد، فتصبح العديد من الوظائف العقلية غير فعالة

وتظهر هذه الآثار في أعراض عديدة تتمثل في:

نقص الإنتباه والتركيز حيث أن العقل يجد صعوبة في أن يظل في حالة تركيز فتتضعف السيطرة على التفكير.

عدم القدرة على إتخاذ القرارات ونسيان الأشياء وبذلك تضعف القدرة الفرد على حل المشكلات التي تواجهه وصعوبة معالجة المعلومات.

تناقص الذاكرة حيث تقل قدرة الفرد على الإستدعاء والتعرف على ما هو مألوف وبالتالي تزداد الأخطاء في المهام المعرفية وتصبح القرارات مشكوك فيها.

عدم القدرة على التنظيم المعرفي الصحيح للموقف.

ضعف القدرة على حل المشكلات.

التعبيرات السلبية التي يتبناها الفرد عن ذاته وعن الآخرين.

إضطراب التفكير حيث يكون التفكير النمطي والجامد هو السائد لدى الفرد بدلاً من التفكير الإبتكاري.
الآثار الإنفعالية:

تتمثل الآثار الإنفعالية للضغط النفسي في زيادة التوتر الفسيولوجي والنفسي تتجلى في الآتي:
عدم القدرة على التحكم في الإنفعالات والسلوك، بحيث تقل القدرة على إسترخاء العضلات التي تعطي إحساساً بالتحسن.

إختفاء الإحساس بالصحة والسعادة وتحدث بذلك تغييرات في سمات الشخصية لذا يتحول الأفراد الذين يتسمون بالدقة والحرص إلى أفراد غير مبالين مهملين نظراً للضغط المتزايد.

ظهور بعض المشكلات الشخصية وزيادة معدل القلق والعدوانية والنظرة السوداية للحياة **(حسين باهي، ٢٠٠٦م)**.

سرعة الإستثارة والخوف.

الإحباط والغضب والهلع.

زيادة الشعور بالعجز وإنعدام الحيلة واليأس .

سيطرة الأفكار الوسواسية والقهرية.

إنخفاض توكيد الذات والشعور بعدم الإستحقاق والقيمة

إنخفاض تقدير الذات وفقدان الثقة بالنفس. التردد وتوهم المرض.

زيادة الإندفاعية والحساسية المفرطة. **(سعد الإمارة، ٢٠٠١م)**.

ومن الآثار المترتبة على الضغوط النفسية أيضاً:

١. الإضطرابات النفسجسمية:

تعتبر أمراض الأوعية الدموية والربو من الأمراض التي قد يكون عامل الضغط النفسي فيها من أهم مسبباتها أو زيادة مخاطرها، ويجدر بنا الإشارة هنا إلى أن نتائج الأبحاث قد تضاربت حول إذا ما كان الضغط النفسي يؤدي إلى إستمرارية هذه الأمراض ويجعلها مزمنة أم لا، ويبدو إستمرارية هذه الأمراض مرتبطة بشدة الضغط النفسي وإستمرارته، بالإضافة إلى عوامل بيئية وشخصية وإجتماعية

مساعدة أخرى، وفيما يلي نبذة بسيطة عن هذه الأمراض. (محمد عبد العظيم سيد، وفدوى المغربي، ٢٠٠٥).

أمراض الأوعية الدموية Cardiovascular Diseases:

هي أمراض تصيب القلب والدورة الدموية، تصيب هذه الأمراض مجموعة كبيرة من الافراد وكثيراً ما تؤدي إلى الموت، ومن أهم هذه الأمراض إرتفاع ضغط الدم وأمراض القلب. (محمد عبد العظيم سيد، وفدوى المغربي، ٢٠٠٥م).

إرتفاع ضغط الدم الأساسي: Essential Hypertension:

يطلق على إرتفاع ضغط الدم الذي لا تعرف أسبابه العضوية إرتفاع ضغط الدم الأساسي، وهو نوع غير محدد الأسباب، ولكن مضاره تزداد مع السمنة والضغط النفسية، ويعتبر من أخطر الأمراض النفسجسمية، حيث يؤدي إلى حدوث جلطة، نوبة قلبية، وتصلب الشرايين، إن جميع هذه الحالات تقفل من وصول الدم إلى مناطق معينة بالمخ، لذلك فقد تؤدي إلى إصابات مختلفة بالمخ ناتجة عن تلف خلايا المخ في تلك المناطق، وفي أحيان كثيرة يؤدي إرتفاع ضغط الدم إلى الوفاة نتيجة تأثيره على عمل الهرمونات وعملية الجهاز العصبي المركزي والطرقي بما في ذلك الجهاز السيمبيثاوي في هذه العملية، لذلك فإن خلل أو تغير في إحدى هذه العمليات قد تؤثر سلباً على ضغط الدم، ومن هنا نرى علاقة إرتفاعه بالضغط النفسية. (محمد عبد العظيم سيد، وفدوى المغربي، ٢٠٠٥م).

إن العوامل التي تؤدي إلى ضغط الدم الأساسي كثيرة، ونستطيع أن ندرج تحتها جميع الضغوط النفسية الشديدة مثل الحرائق والحوادث والغضب والإنفعال الشديد والقلق والخوف الشديد، ففي دراسة قام بها هاروبوغ وآخرون ١٩٧٣م وجد إن إرتفاع ضغط الدم كان أعلى عند الأفراد الذين يعيشون في مناطق غير آمنة مقارنة بالأشخاص الذين يعيشون في مناطق آمنة، وتقل فيها المشاكل كالسرقة والقتل. (Davison&Neael).

أمراض القلب Coronary Heart Disease:

هنالك نوعان رئيسيان من أنواع أمراض القلب: الخناق الصدري Angina Pectoris والنوبة القلبية Heart Attack وتسمى كذلك بالذبحة الصدرية أو القلبية Myocardial Infarction (سبيل لوب، ١٩٩٣م المذكور في مبارك عثمان).

يعتبر الخناق الصدري من أكثر أمراض القلب شيوعاً، يحدث فيه نقص وصول الأكسجين إلى القلب الذي يرجع بدوره إلى تصلب في شرايين القلب، أو إنسداد في الصمام الأورطي مما يسبب آلاماً في الصدر" تكون عادة وراء القفص الصدري تنتشر في الغالب إلى الكتف والذراع الأيسر، من أهم مسببات لخناق الصدري التدخين، السكري، ارتفاع ضغط الدم، الوراثة، ويزيد الضغط النفسي والجسمي من حدة الخناق الصدري وفي الغالب فإن الراحة والدواء يزيلان أعراض المرض الذي نادراً ما يسبب تلف دائم في عضلات القلب.

إن النوبة القلبية تعد أخطر من الخناق الصدري حيث أنها قد تؤدي إلى الموت، وتسبب النوبة الصدرية آلاماً شبيهة بآلام الخناق الصدري ولكنها أكثر شدة واستمرارية "تزيد عن ٣٠ دقيقة" وتصاحبها حالة من الغثيان والعرق ولاتزول هذه الأعراض إلا بالراحة أو الدواء، ومن أهم أسبابها النقص الشديد في وصول الأوكسجين إلى القلب، والذي يكون بسبب أمراض في شرايين القلب، ومن أهم مسببات النوبة القلبية أيضاً التدخين، ارتفاع ضغط الدم، ارتفاع نسبة الكوليسترول في الدم، زيادة حجم البطن الأيسر للقلب، والسكري. وعلى الرغم من الأسباب البيئية كالطعام الدسم وقلة التمارين الرياضية من مسببات المرض إلا أن الإحصائيات تدل على قلة هذا المرض في فرنسا والمناطق الريفية في الولايات المتحدة الأمريكية حيث يكثر الطعام الدسم مقارنة بالمناطق الصناعية في الولايات المتحدة، من هنا كان لابد من البحث عن دور الضغط النفسي والسمات الشخصية ودورها في إحداث النوبة القلبية. (مبارك عثمان الشيخ محمد، ٢٠٠٧م).

الربو Astma

هو ضيق في التنفس ناتج عن ضيق في الشعب الهوائية، وتتراوح الحالة من ضيق بسيط في التنفس إلى شديد قد يكون مميتاً. تعتبر الحساسية والعدوى والعوامل النفسية والوراثة من أهم

العوامل المسببة للربو، كذلك فإن كثير من المرضى المصابين بالربو تسوء حالتهم عند قيامهم برياضة أو تعرضهم لموقف في العمل أو عندما يتعرضون لضغط نفسي، بالإضافة إلى ذلك فإن الفرد المصاب بالربو قد يعاني من إتهابات في الرئة مما يؤدي إلى بدء الحالة أو زيادتها عندما يتعرض لمسببات الحساسية كالبولين، ويبدو أن العوامل المؤثرة في الربو تختلف باختلاف عمر المريض، حيث أن كثير من الأطفال يكون الربو ناتج عن حساسية، وأيضاً أن الأسباب النفسية تكون إحدى العوامل المهمة في الربو في البالغين، ويزداد دور العوامل البيولوجية الناتج عن كبر السن والحساسية في المسنين وفي جميع الحالات فإن عامل الضغط النفسي يزيد من حدة النوبة. (محمد عبد العظيم سيد، وفدوى المغربي، ٢٠٠٥م).

موت الفودو ودور الضغط النفسي:

يطلق على موت الفودو Voodoo Death على الشخص الذي يموت لإعتقاده أن الموت مقدر عليه، إما بسبب مرض أو سحر. تجاهل العلماء هذه الظاهرة لفترة طويلة إلى أن نشر والتر كانون Walter Cannon ١٩٤٢م مقالات موثقة عن أشخاص ماتوا لإعتقادهم أنهم مسحورون، أو ملعونون رغم أنهم لا يعانون من أي مرض. من أشهر هذه القصص قصة امرأة أكلت فاكهة، ثم قيل لها إنها أكلت من مكان ملعون وسمتوت، وفي خلال ساعات ماتت المرأة، ومن العوامل الأساسية لهذه الظاهرة معرفة الضحية بحدوث السحر، إعتقاد الضحية بأنه سيموت أو يمرض ومعاملة الأسرة للضحية و: انه سيموت، هذه العوامل تؤدي بالمريض إلى حالة من اليأس يتوقف فيها عن الطعام والشراب بالإضافة إلى حالة من الرعب الشديد تؤدي إلى إستثارة الجهاز السمبثاوي بشدة وينتهي الأمر بموت الضحية خلال ٤٨ ساعة. والحقيقة أن هذه الظاهرة موجودة في مجتمعات عديدة وخاصة في جزر الكاريبي "يمرض كثير من الأفراد لإعتقاد أنهم مرضى، كما نلاحظ هذه الحالة في مجتمعاتنا عندما يؤذن الأفراد بدور السحر والحسد وتتوالى عليهم الأمراض بسبب هذا الإعتقاد.

كذلك فإن كثيراً من الأفراد ينظر إلى مشاكله الإجتماعية والإقتصادية على أنها من آثار السحر والحسد، وتزداد مشاكله بدون أن يحاول جاداً حلها أو إيجاد حلول منطقية لها. (محمد عبد العظيم سيد، وفدوى المغربي، ٢٠٠٥م).

إستراتيجيات مواجهة وعلاج الضغوط النفسية:

يواجه أي فرد العديد من المواقف الضاغطة والمشكلات الحياتية غير أن التعرف على كيفية مواجه هذه الأحداث والمواقف الضاغطة والتكيف معها، يساعد في تخفيف من أثارها السلبية والتكيف معها.

ويعرف (لازاروس) المواجهة أنها عبارة عن مجموعة من الجهود المعرفية والسلوكية الموجهة نحو السيطرة الداخلية والخارجية على المتطلبات المتعددة للفرد أو التي تتجاوز حدود إمكانية والتحقق منها أو تحملها (زينب محمود شقير، ٢٠٠٢م).

يحدد(كوتن، ١٩٩٥م) أستراتيجيات مواجهة الضغوط في ثلاثة انواع هي :

١. إستراتيجية فسيولوجية : تتركز حول المشكلة وتتضمن تعديل السلوك واستخدام تدريبات النفس والإسترخاء.

٢. إستراتيجيات معرفية: تتمثل هذه الإستراتيجية في تعديل الفرد لإدراكه للمواقف الضاغطة تتضمن فنيات بينها توكيد الذات واكتساب فنيات مهارات جديدة (طه عبد العظيم، ٢٠٠٦م).

ويصنف كوهين إستراتيجيات المواجهة للتعامل مع الضغوط إلى أنواع منها:

أ/التفكير العقلاني: تشير إلى أنماط التفكير العلاقية والمنطقية التي يقوم بها الفرد حيال الموقف الضاغطة بحثاً عن مصادره وأسبابه.

ب/ الإنكار: وهي إستراتيجية دفاعية لاشعورية يسعى من خلالها الفرد إلى إنكار وتجاهل المواقف الضاغطة وكأنها لم تحدث.

ج/الدعابة والمرح: تتضمن التعامل مع الخبرات الضاغطة بروح المرحة والدعابة.

د/ الرجوع إلى الدين: وتشير هذه الإستراتيجية الدينية إلى الدين في أوقات الضغوط، وذلك عن طريق الإكثار من الصلاة والعبادة كمصدر الدعم الروحي والأخلاقي في مواجهة المواقف الضاغطة. (طه عبد العظيم، ٢٠٠٦م).

علاج الضغوط النفسية : ينقسم لعدة أنواع منها:

العلاج الطبي:

العلاج الطبي يتم اللجوء إليه في حالة تحول الضغط النفسي إلى أعراض مرضية ويتم العلاج باستخدام التقنيات التالية:

مواد ذات مفعول بيولوجي : تتضمن المغنزيوم والكالسيوم والفيتامينات التي تعمل على تقوية الدفاع الفيزيولوجي للفرد في حالة تعرضه للضغط.

مواد ذات فعل مركزي: تستعمل أدوية مختلفة بينها مضادات القلق وتستعمل في حالات وقائية من القلق المسبق قبل الوقوع في حالات الإضطراب الناتج .

وكذلك تستخدم مضادات الإنهيار لتجنب رد الفعل من الضغط المتكرر، وتستعمل أيضاً في حالات العصاب الصدمي وفي حالات القرحة المعدية أو إلتهاب المعدة الناتج عن الضغط الحار (محمد عبد المنعم، ٢٠٠٦م).

٢/ العلاج النفسي:

يتمثل العلاج النفسي للضغط في إجراء مقابلات شخصية مع المريض والتي بقتضها

يحاول الطبيب المعالج التعديل في الإستجابات التي تجعل تهيئة الفرد لمرضه ممكناً.

ومن بين المساعدات الأولية التي يمكن تقديمها، إعطاء المريض فبعض إمكانية التعبير والإستماع إليه بقصد تقديم المساعدة النفسية المثلثة فيها :-

مساعدة المريض على فهم حالته دون الضغط عليه.

الإرتياح والتنفيس الإنفعالي بتعبيره عن مشاكله، عدوانيته ومخاوفه وهذه التعبير اللفظي والتفريق الإنفعالي أساس العلاج.

الإستبصار: وذلك حينما تصبح صراعات المريض الإنفعالية مكشوفة في العلن ويستطيع أن يراها كما هي بالفعل، فإنه تلقائياً يكشف قدرأ كبيراً من الفهم في داوفعه وسلوكه وبذلك يتوصل إلى التحسين فيما يخص أساليبه في التكيف.

إعادة التعليم الإنفعالي: تقتضي هذه العملية إزالة العادات الإنفعالية الخاطئة التي تعلمها المريض وتعلمه بدلاً منها أساليب إيجابية لمواجهة أثناء الوضعيات الضغطة واعتناق تقنيات جيدة للتعامل مع مشاكله، وإعادة التعلم عملية طويلة شاقة، وقد تبدأ بتعليم عادات بسيطة كتعلم الفرد التعبير. العدوان بأسلوب مقبول إجتماعياً أفضل من قمع العدوان في الداخل الذي يؤدي إلى اضطرابات فيما بعد (محمد عبد المنعم، ٢٠٠٦م).

***وهناك بعض الأساليب المتبعة للتخلص من الضغوط النفسية منها:**

١. القدرة على تحديد الأولويات.
٢. تنظيم الوقت.
٣. المرونة في التعامل مع الآخرين.
٤. ضرورة مواجهة المشاكل.
٥. وضع برامج زمنية لحل المشكلات.
٦. القدرة على قول لا.
٧. السعي إلى الإجتهد وليس الكمال.
٨. أساليب رياضية.
- أ/ ممارسة الرياضة. ب/ التنفس العميق. ج/ الإسترخاء والإستجمام.
٩. أساليب أخرى :
- أ/ الصلاة. ب/ القراءة. ج/ التحدث مع الغير. د/ الإستماع على الموسيقى (فاروق عثمان، ٢٠٠١م).

بالإضافة إلى أساليب أخرى تتمثل في:

العمل من خلال الحدث:

ويتضمن كيفية إستفادة الفرد من الحدث في حياته الحاضرة وتصحيح مساره بالنسبة لتوقعات المستقبل من خلال التفكير المنطقي المتأني فيما يتضمنه طبيعة الحدث مما يمكن أن يساعد على التعامل معه ومع غيره من الأحداث.

الإلتفات إلى إتجاهات وأنشطة أخرى:

ويشمل مدى قدرة الفرد علة إعادة تنظيم حياته من جديد بعد الأحداث الصارمة، والتفكير في الأشياء الجديدة في حياته.

طلب المساندة الإجتماعية:

ويتضمن محاولات الفرد للبحث عن يسانده في محتته ويمده بالتوجيه للتعامل مع الحدث، وإيجاد المواساة والمساعدة لمواجهة هذه الأحداث بصورة إيجابية.

تنمية الكفاء الذاتية:

ويتضمن قيام الفرد بتكريس الجهد للعمل والإنجاز لمشروعات وحفظ جديدة ترضي طموحاته وتطرد الأفكار المرتبطة بالحدث مما يشهره بالكفاء والرضاعن الذات.

وهناك بعض الأساليب المتخصصة لكنها تحتاج لتدريب منها:

الإسترخاء:

عبارة عن مجموعة من التمارين التي تقوم بها الفرد، وتؤدي إلى إستجابة فيزيولوجية تتمثل في إنخفاض نشاط الوظائف.

قياس الضغوط النفسية:

يمثل قياس الضغوط النفسية وفحصها والتعرف على مستوياتها لدى الفرد أحد الإهتمامات الرئيسية لدى علماء النفس، كما تمثل معرفة قابلية الفرد وإستعداده للتعرض للضغوط إضافة إلى تعرضه الفعلي لها، الخطوة الرئيسية نحو مواجهة هذه الضغوط وإدارتها، حيث أن القدرة على مواجهة الضغوط والتغلب عليها أو التعايش معها تعتمد على درجة الإستعداد ونمط الشخصية إضافة إلى شدة الضغوط وجوهرية التغيرات ، وكذلك الأساليب التوافقية أو إستراتيجيات المواجهة القائمة.

وهناك طرق متعددة لقياس وفحص الضغوطات منها:

أ/ المقاييس السيكولوجية

ب/ المؤشرات الكيميائية الحيوية.

ج/ المقاييس والإختبارات النفسية التي تضم:

أساليب التقرير الذاتي ومنها:

١. الإستبيانات والإستخبارات ٢. المقابلات.

٢/ المقاييس السلوكية وتضم:

١. الملاحظة أي المواقف الطبيعية والمصطنعة.

٢/ الإختبارات الأدائية.

ومن وسائل القياس النفسي:

التقرير الذاتي : يتلخص هذا الأسلوب بعرض مواقف أو حوادث حياتية عدة أمام المفحوصين ويطلب منهم تحديد شدة الضغط في ضوء مقياس متدرج أمام كل المواقف سواء فيما يتعلق منها بمجالات الأسرة أو العمل أو الدراسة أو غيرها من المجالات (تبعاً لما هو مطلوب قياسه) ويعد هذا أسلوب بسيط للحصول على العديد من الإستجابات ومن أوائل المتخصصين الذين أستخدموا هذا الأسلوب. هلومز وراهي، (١٩٦٧) عندما صاغوا (٤٣) مواقف حياتياً في مجالات العائلة والدراسة والصحة والدين والعلاقات الإجتماعية وكذلك إستخدمه أندرسون (١٩٦٧) على شكل مقياس من (٤٩) موقفاً حياتياً. (سعد الإمارة، ١٩٩٨م).

فحص الإستعداد:

إن أول خطوة على طريق علاج الضغوط هي فحص مدى إستعداد الفرد للضغوط وبعد إكمال هذه الخطوة يستطيع الشخص أن يعرف مستوى الضغط الملائم ومدى تعرضه للآثار السلبية للضغوط فالإجراء أو التصرف الذي يتخذه الفرد في المواقف يتأثر بمدى إستعداد الذي يعرفه بأنه (المزاج المعتاد أو الإطار الذهني للفرد) فتجد الضغوط المتزايدة قد يحتفظ الفرد بهدوئه أو قد يصبح متوتراً جداً، ومن ثم فإن الإستعداد يؤثر في مستوى الضغوط لدى الفرد.

فالشخص المرتفع النشاط سوف يكرس مستوى مرتفعاً من الضغوط. والشخص الذي ينزعج بسرعة ودئماً قد يفضل مستوى منخفضاً جداً من الضغوط، كما الإستعداد يمكن أن يؤثر في قابلية التعرض أو إحتمال المعاناة من الآثار السلبية للضغوط (جمعة سيد يوسف،

٢٠٠٧م).

ومن المقاييس المستخدمة في قياس الضغوط النفسية مقياس الأحداث اليومية وضغوط الحياة والذي يدل على وجود ضغوط معينة مقتبس من.

وهذه بعض الفقرات الواردة فيه:

١. وفاة القرين (الزوج أو الزوجة).

٢. الطلاق.

٣. موت أحد أفراد الأسرة (بعض الأمراض المزمنة).

٤. الفصل عن العمل.

٥. تغيير مفاجئ في الوضع المادي.

٦. الزواج.

٧. محاولات التصالح أو التوافق الزوجي.

٨. وفاة صديق.

٩. الحصول على قروض كبيرة.

١٠. تغيير ظروف السكن.

١١. وفاة صديق.

١٢. الحصول على قروض كبيرة.

١٣. تغيير ظروف السكن. (إبراهيم عبد الستار، ٢٠٠١م).

مقياس تقييم التجارب اليومية: (The Assessment of Dally Experie ADE:Stone&Neale):

قام أستون ونيل ١٩٨٢م (المذكور في علاء الدين كفاقي) بعمل مقياس تقييمي يسمح لمفحوصين بأن يسجلوا ويقيموا تجاربهم اليومية أول بأول، واختار الباحثان اليوم كوحدة تحليل، لأنهما رأيا بأن هذا سيمنع التحيز في تذكر الأحداث الماضية. ولكن المقياس في نفس الوقت لا يستبعد الأحداث المهمة الماضية في حياة المفحوصين، حيث يتم تسجيلها كذلك، ومن هنا قد تكون بعض أحداث الحياة، أو المضايقات البسيطة مهمة بعض المفحوصين ولها علاقة بالأمراض الجسمية التي يعانون منها، والحدث الغير مهم لشخص ما قد يشكل ضغطاً نفسياً هائلاً لشخص آخر، وذلك حسب

الخلفية الإجتماعية والتربوية والثقافية والدينية لكل منها. الهدف من المقياس بناء قائمة بالأحداث اليومية التي تميز تجربة الفرد، ومن ثم تصنف هذه الأهداف على أبعاد عدة لتقييم إستجابة المفحوص لها، يتم التسجيل بشكل يومي على مدى مدة زمنية طويلة، لذلك راعي الباحثان بين عملية التقييم نفسها لا تكون مرهقة فقاما بعمل زمرة من الأحداث صغيرة نوعاً ما ولكن ممثلة لجميع مستويات الأحداث بدلاً من قائمة الأحداث اليومية الطويلة، كانت هذه الزمرة نتيجة التجارب اليومية لعينة مبدئية مكونة من ٢٦ زوجاً وزوجة لمدة ١٤ يوم، هذه التجارب أو الأحداث تمت مراجعتها ومن ثم تصنيفها إلى مستويات في شكل قائمة، وقد تمكن الباحثان بهذا الطريقة من ربط أحداث الحياة اليومية بأعراض المفحوصين المرضية والتي تم جمعها بإستخدام مقياس آخر (علاء الدين كفاي، ١٩٩١م).

أمراض الضغوط النفسية:

عندما يفقد الفرد القدرة على التحكم في المصادر التي تسبب له ضيقاً فإن جسمه يمر بحالة تعرف بالمواجهة أو الهروب، ومن ثم تزداد ضربات القلب ويتحول الدم من الأطراف إلى العضلات الداخلية وتتسع حدقة العين، وهذه عمليات حيوية غير طبيعية للجسم تظهر مع إستمرار المصادر المسببة للضيق، كما أن هذه الإضطرابات لا تظهر جميعها في وقت واحد ولا على جميع الأفراد إذا أن كل فرد له عالمه الخاص به وإدراكه المميز للموقف الحياتية، وفيما يلي، نتضيق لهذه الإضطرابات على النحو الآتي:

١ - الإضطرابات الجسمية (Phsical disorders):

مثل العرق الزائد والصداع بأنواعه وآلام العضلات، عدم الإنتظام في النوم، الإمساك، الآم أسفل الظهر، والقرحة، والتغير في الشهية.

٢ - الإضطرابات الذهانية (Intellectual disorder):

مثل النسيان، والصعوبة في التركيز، واتخاذ القرار، تداخل الأفكار مع بعضها البعض، وصدار الأحكام الخاطئة، إنجاز المهام بدرجة عالية من التحفظ.

٣ - الإضطرابات الإنفعالية (Emotional disorders):

مثل سرعة الإنفعال وتقلب المزاج وسرعة الغضب، والعدوانية، والشعور بالإنهاك والإنفعال، أو الإحترق النفسي والإكتئاب وسرعة البكاء.

٤ - الإضطرابات الخاصة بالعلاقات الشخصية (Interpersonal):

مثل عدم الثقة غير المباشرة بالآخرين ونسيان المواعيد أو إلغائها قبل فترة وجيزة، والسخرية من الآخرين وغياب الإهتمام الشخصي.

أما الضغوط الخارجية: فهي صعوبات في التعامل مع المحيط الإجتماعي، وعدم القدرة على مواجهة المشكلات وتحمل الصدمات مثل الخسائر المادية أو موت شخص عزيز... الخ (عبير بنت محمد، ٢٠٠٣م).

نظرة الإسلام للضغوط النفسية:

إن الضغوط النفسية التي يتعرض لها الفرد في الحياة هي بمثابة إمتحان من الله وتعالى لعبده، فإذا صبر فإن الله سبحانه وتعالى سوف يجزيه على هذا الصبر، أما إذا سخط على قدر الله له فإنه يكون قد فشل في الإمتحان فكل شئ بإذنه وتقديره.

قال تعالى: (وَلَنْبَلُونَكُمْ بِشَيْءٍ مِّنَ الْخَوْفِ وَالْجُوعِ وَنَقْصٍ مِّنَ الْأَمْوَالِ وَالْأَنْفُسِ وَالثَّمَرَاتِ ۗ وَشِئْرَ الْأَصْرَبِينَ ۗ) الَّذِينَ إِذَا أَصَابَتْهُمُ مُصِيبَةٌ قَالُوا إِنَّا لِلَّهِ وَإِنَّا إِلَيْهِ رَاجِعُونَ ﴿١٥٦﴾ (البقرة: ١٥٥-١٥٦). (عائض القرني، ١٩٩٩م: ٨٦).

إن الإيمان بالقدر هو أن تؤمن بأن الله سبحانه وتعالى قدر مقادير الخلائق كلها قبل أن يخلق السماوات والأرض وعن عبدالله بن العاص قال: سمعت رسول الله (ص) يقول (كتب الله مقادير الخلائق أن يخلق السماوات والأرض بخمسين ألف سنة وعرشه على الماء). (رواه مسلم متفق عليه) وأن الله تعالى قدر لكل إنسان وهو جنين في بطن أمه سعادته وشقاءه ورزقه وعمله وأجله ضمن نشأته سبحانه وتعالى أن يحيي ويميت ويعطي ويمنع ويعز ويذل ويرفع ويضع، ويغفر ويعاقب، والأقدار التي يوقعا سبحانه للإنسان مفرد أو مع غيره هي تذكره له ولهم عموم مشيئة الله وإحاطته بالإنسان في أعمال الإرادية قال تعالى: (مَا أَصَابَ مِنْ مُصِيبَةٍ فِي الْأَرْضِ وَلَا فِي أَنْفُسِكُمْ إِلَّا فِي

كَتَبَ مِنْ قَبْلِ أَنْ نَبْرَأَهَا إِنَّ ذَلِكَ عَلَى اللَّهِ يَسِيرٌ ﴿٢٢﴾ لِكَيْلَا تَأْسَوْا عَلَىٰ مَا فَاتَكُمْ وَلَا تَفْرَحُوا بِمَا آتَاكُمْ ۗ وَاللَّهُ لَا يُحِبُّ كُلَّ مُخْتَالٍ فَخُورٍ ﴿٢٣﴾ (الحديد: ٢٢-٢٣).

- عن أبي هريرة رضي الله عنه قال: قال رسول الله (ص) (ما يزال البلاء بالمؤمن والمؤمنة في نفسه وولده وماله حتى يلقي الله تعالى وما عليه خطيئة) (رواه الترميزي).

- وعن أبي سعيد وعن أبي هريرة رضي الله عنهما عن النبي (ص) قال: (ما يصيب المسلم من نصيب ولا وصب ولا هم ولا حزن ولا أذى ولا غم حتى الشوكة يشاكلها إلا كفر الله بها من خطاياها متفق عليه). (تهاني خليفة، ٢٠٠١م: ٥٢).

وترى الباحثة أن الضغوط التي تقع على الإنسان هي إمتحان من الله سبحانه وتعالى للعبد فعلى العبد أن يصبر على هذا البلاء حتى يجد الجزاء من الله سبحانه وتعالى.

إستراتيجيات مواجهة الضغوط من منظور إسلامي:

تهدف رسالة الإسلام إلى حماية النفس البشرية من كل ما تتعرض له من ضغوط وأزمات نفسية البشرية من كل ما تتعرض له من ضغوط وأزمات نفسية، فهي تنمي في نفس المسلم أن الأمر بيد الله وأن عليه أن لا يجزع ولا يتأثر بالأحداث قال تعالى (مَا أَصَابَ مِنْ مُصِيبَةٍ فِي الْأَرْضِ وَلَا فِي أَنْفُسِكُمْ إِلَّا فِي كِتَابٍ مِّن قَبْلِ أَنْ نَبْرَأَهَا إِنَّ ذَلِكَ عَلَى اللَّهِ يَسِيرٌ ﴿٢٢﴾ (الحديد: ٢٢).

وقد أرشد الاسلام الى مجموعة من الإستراتيجيات التي تؤدي إلى التحقيق من المعاناة والضغط النفسي قال تعالى (هو الذي أنزل السكينة في قلوب المؤمنين ليزدادوا إيماناً مع إيمانهم والله جنود السموات والأرض وكان الله عليماً حكيماً) (الفتح: ٣).

ومن هذه الإستراتيجيات:

١- تلاوة القرآن:

أن القرآن يحض على الموعظة ويستهدف شفاء مافي الصدور مما يحقق الهدى والرحمة للمؤمنين وذلك مصداقاً لقوله تعالى (قل بفضل الله وبرحمته فبذلك فليفرحوا هو خير ما يجمعون) (يونس: ٥٧).

كريم مايشفي النفوس المريضة والقلوب العليله كما أن فيه الرحمة للمؤمنين قال تعالى: (ونزل من القر ان ما هو شفاء ورحمة للمؤمنين ولايزيد الظالمين إلا خساراً) (الإسراء: ٨٢).

وهذا وللقران أثر عظيم في نفوس المسلمين وفي شخصياتهم وفي عقولهم وضمايرهم وسلوكهم.

(عبد الرحمن العيسوي، ١٩٨٨م: ٧٦).

إن القران الكريم قد نزل أساساً لهديّة الناس ودعوتهم إلى عقيدة التوحيد ولتعليمهم قيماً جديدة وأساليب جديدة من التفكير والحياة ولإرشادهم إلى السلوك السوي الذي فيه صلاح الإنسان وخير المجتمع (محمد نجاتي، ١٩٩٧م: ٢٧٥).

٢- اللجوء إلى الصلوات:

إن الصلاة هي صلة الإنسان بربه تمده بطاقة روحية هائلة وهي تبعث فيه الإسترخاء التام وهدوء النفس وراحة العقل لأنه يتجه بكل كيانه إلى ربه وينسى هموم الدنيا ومشكلاتها. وهذا الأسلوب يشابه الأسلوب الذي يمارسه رب لكن النفسيون السلوكيون في الأثر العلاجي يمثل للمسلم خمس مرات في الغرب إضافة إلى ذلك يقوم المسلم بعد الصلاة بالتسييح والدعاء وهو ما يعطيه الشعور بالأمن قال تعالى (يا أيها الذين آمنوا إستعينوا بالصبر والصلاة إن الله مع الصابرين) (البقرة: ١٥٣).

قال تعالى (ولقد تعلم إنك يضيق صدرك بما يقولون فسبح بحمد ربك من الساجدين). (الحجر ٩٧-٩٨).

٣- اللجوء إلى ذكر الله تعالى:

إن ذكر الله تعالى يصفى النفس ويشعرها بالأمن والطمأنينة والذكر يقرب العبد من خالقه ويشعره أنه في حماية الله ورعاية في ويضع في نفسه الثقة وفي من يذكر الله يذكره قال تعالى (الذين آمنوا أو تطمئن قلوبهم بذكر الله ألا بذكر الله تطمئن القلوب). (الرعد: ٢٨).

وقال تعالى (فأذكروني أذكركم). (البقرة: ١٥٢). وذكر الله مرتبط بالمعيشة السهلة الهينة. وعدم ذكر الله مرتبط بي الشقاء في المعيشة. قال تعالى (ومن أعرض عن ذكرى فإن له معيشة ضنكا). (طه: ١٢٤).

(محمد نجاتي، ١٩٩٧م: ٢٧٥).

٤- الصبر:

أن للصبر فوائد جلييلة في تربية النفس وتقوية الشخصية وزيادة قدرة الإنسان على تحمل المشاق وتجديد طاقته لمواجهة مشكلات الحياة وأعبائها قال تعالى (ولستعينوا بالصبر والصلاة وإنها لكبيرة إلا

على الخاشعين). (البقرة: ١٥٣). وقال تعالى (ياأيها الذين آمنوا أصبروا وربطوا واثقوا الله لعلمكم
تفلحون). (آل عمران: ٢٠٠١). قال تعالى (له معقبات من بين يديه ومن خلفه يحفظونه من أمرالله
إن الله لا يغير ما بقوم حتى يغيروا ما بأنفسهم وإذا أراد الله بقوم سوءاً فلا مرد له وما لهم من دونه من
وال). (الرعد: ١١). (محمد نجاتي، ١٩٩٧م: ٢٩٧).

٥- طلب الغفران:

(وأستغفرالله إن الله كان غفوراً رحيماً). (النساء: ١٠٦).
وترى الباحثة بأن الإيمان بقضاء الله وقدره وإتباع سنة الله ورسوله الكريم أفضل طريق لخلص النفس
من كل ما يتعرض له الفرد من ضغوط ومتاعب في الحياة.
قال تعالى (والذين جاهدوا فينا لنهدينهم سبلنا وإن الله لمع المحسنين). (العنكبوت: ٦٩).

المبحث الثاني التربية الخاصة والإعاقة الذهنية

مقدمة:

ظهر مفهوم التربية الخاصة (Special Education) في النصف الثاني من القرن العشرين. بحيث إمتد جذوره إلى ميادين علم النفس والتربية وعلم الإجتماع والقانون والطب. (فالطب يحدد نوع الإصابة ونسبة العجز ومقدار الإعاقة وبالتالي هل هو معاق أم لا. ويمتد إلى علم القانون من أجل سن قوانين للمعاقين بحيث يتم دمجهم مع المجتمع المحلي، وتقديم خدمات لهم من قبل المؤسسات بالدولة، ومواقف خاصة بهم، وتوفير فرص العمل).

فقد يشمل موضوع التربية الخاصة الأفراد غير العاديين ويشمل الموهوبين أيضاً (وهم الذين يختلفون عن الأفراد العاديين في نموهم العقلي والحسي والإنفعالي والحركي واللغوي، مما يستدعي إهتماماً خاصاً بهم من حيث تشخيصهم وتحديدهم ووضع البرامج التربوية لهم، واختيار مدرسين وطرائق تدريس خاصة بهم).

أما تعبير الأطفال المعاقين فهو لايشمل الموهوبين ويسمى (Handicappedchildren). أما تعبير غير الأسوياء فهم الذين يعانون من أمراض نفسية وعقلية (Abnormal). (حسن منسي، ٢٠٠٥م: ١٥).

يعتبر موضوع التربية الخاصة من الموضوعات الحديثة في ميدان التربية وعلم النفس، مقارنة مع الموضوعات المطروقة في ميدان التربية وعلم النفس كموضوع علم نفس النمو، علم النفس التربوي، علم النفس الإجتماعي. إذ تعود البدايات العلمية المنظمة لهذا الموضوع إلى النصف الثاني من القرن العشرين ويجمع موضوع التربية الخاصة بين عدد من العلوم إذ تمتد جذوره إلى ميادين علم النفس والتربية، وعلم الإجتماع، والقانون، والطب. كما يتناول موضوع التربية الخاصة الأفراد غير العاديين والذين ينحرفون إنحرافاً ملحوظاً عن الأفراد العاديين في نموهم العقلي والحسي والإنفعالي والحركي واللغوي. مما يستدعي إهتماماً خاصاً من قبل المربين بهؤلاء الأفراد من حيث طرائق تشخيصهم ووضع البرامج التربوية واختيار طرائق التدريس الخاصة بهم. (فاروق الروسان، ١٩٩٦م: ١٧).

أولاً : مفهوم التربية الخاصة:

يختلف المفهوم الإنجليزي للتربية الخاصة عن المفهوم الأمريكي، فالإنجليز يقصدون بالتعريف على وجه التحديد المعاقون أياً كانت إعاقاتهم جسمية - عقلية - إجتماعية أو إنفعالية. أم الإمبريكيون فيستخدمون المصطلح للإشارة للمعاقين على إختلاف أنواعهم وكذلك المتفوقين.

على سبيل المثال يرى بيرج وجونسون التربية الخاصة هي الخدمات التربوية المقدمة للأطفال المعاقين من قبل أشخاص مؤهلين والتي تختلف عن برنامج الإعتياديين أو تلك التي تضاف إليها. وهذا التعريف يؤكد تماماً تعريف لانس الذي يرى أن التربية الخاصة قد صممت لتقديم المعالجات المختلفة للأفراد الذين يتميزون بقدرات مختلفة وبشكل واضح من أجل الإستفادة من الأنشطة التربوية. (

قحطان أحمد الظاهر، ٢٠٠٥م:٢٨).

يعتبر البعض أن التربية الخاصة هي (تربية ذوي الإحتياجات الخاصة سمعياً أو بصرياً أو عقلياً وهذا الإعتقاد قاصر، لأن مفهوم التربية الخاصة أعم وأشمل فهو يتضمن بالإضافة إلى ماسبق ضعاف القلب، المرضى بأمراض مزمنة، المصابين بأمراض كلامية، المشلوليين، العاجزين عجز كلياً أو جزئياً، المتفوقين والموهوبين عقلياً). (وليد السيد خليفة، ٢٠٠٧م:٢٩).

كما أشار إليه(عبد السلام عبد الغفار) المذكور في (وليد السيد خليفة) بأنها ذلك التنظيم المتكامل الذي يضم جميع الخدمات التي يمكن للمدرسة أن تقدمها للفرد ذو الحاجات الخاصة وتشمل هذه الخدمات الجوانب التعليمية والإجتماعية والنفسية والصحية. (وليد السيد خليفة، ٢٠٠٧م:٢٩).

تعريف التربية الخاصة:

تعرف التربية الخاصة بأنها مجموعة البرامج المتخصصة التي تقدم لفئات من الأفراد غير العاديين من أجل مساعدتهم على تنمية قدراتهم إلى أقصى حد ممكن وتأهيلهم للتكيف مع الوسط(البيئة) الذي يوجد فيه. (حسن منسي، ٢٠٠٣م:١٦).

ويشير مصطلح التربية الخاصة:

إلى البرامج والخدمات المقدمة للأطفال الذين ينحرفون عن أقرانهم، سواء في الجانب الجسمي أو العقلي أو الإنفعالي بدرجة تجعلهم بحاجة إلى خبرات أو أساليب أو مواد تعليمية خاصة، تساعد على تحقيق أفضل عائد تربوي ممكن. (كمال عبد الحميد زيتون، ٢٠٠٣م:٥).

ويعرف (فاروق الروسان، ١٩٩٨م: ١٧) التربية الخاصة على أنها مجموع البرامج التربوية المتخصصة والتي تقدم لفئات من الأفراد غير العاديين، وذلك من أجل مساعدتهم في التكيف. ويقصد بفئات الأفراد غير العاديين والتي تنطوي تحت مظلة التربية الخاصة الفئات التالية مع نسب إنتشارها مرتبة تنازلياً كما أوضحتها (عصام النمر، ٢٠٠٦م: ٤٢) في الجدول التالي:

جدول رقم (٤)

يبين فئات الأفراد غير العاديين المنطويين تحت مظلة التربية الخاصة

م	الفئة	نسبة الإنتشار
١	إضطرابات النطق والكلام	٥,٣%
٢	صعوبات التعلم	٣%
٣	الإعاقة العقلية	٣,٢%
٤	الإضطرابات السلوكية	٢%
٥	الإعاقة السمعية	٠,٦%
٦	الإعاقة البصرية	٠,١%
٧	الإعاقة الحركية	٠,٥%
٨	الموهوبين	٢%

وبناء على التعريفات السابقة تعرف الباحثة إلتربية الخاصة: بأنها التربية مجموعة من الخدمات الخاصة التي تقدم للأفراد غير العاديين (متفوقين - معاقين) بحيث تشمل الجوانب التعليمية والإجتماعية والنفسية والصحية بما يتناسب والإحتياجات الخاصة بكل منهم، بحيث تمكنهم من الإستفادة الكاملة من إستعداداتهم ولمكانتهم، وتنميتها إلى أقصى حد ممكن مما يساعدهم في تحقيق ذواتهم، وتحقيق التوافق النفسي والإجتماعي لهم ضمن إطار البيئة التي يعيشون فيها. (أحمد محمد الزعبي، ٢٠٠٣م : ٢١).

وتشمل فئات الأفراد غير العاديين (أي التربية الخاصة) مايلي:

- ١- الإعاقة العقلية. Mental Impairment
- ٢- الإعاقة البصرية. Visual Impairment
- ٣- الإعاقة السمعية. Hearing Impairment
- ٤- الإعاقة الإنفعالية (العاطفية). Emotion Impairment
- ٥- الإعاقة الحركية. Mator Impairment
- ٦- صعوبات التعلم. Learning Disabilities
- ٧- بطيئ التعلم. Slow Learning.
- ٧- اضطرابات النطق (اللغة). Language and speech Disorders
- ٨- الموهبة والتفوق. Giftednss

ومن المفردات المهمة في التربية الخاصة:

١. الإصابة : هي العيب الخلقي الذي يحصل للفرد بعد أو أثناء الولادة.
٢. العجز: هو القصور في مستوى أداء الوظائف الفسيولوجية مقارنة بالعاديين نتيجة الإصابة بخل أو عيب في البناء الفسيولوجي للفرد.
٣. الإعاقة : هي عدم القدرة على تلبية الفرد لمتطلبات أداء دوره الطبيعي في الحياة، فهي مرتبطة بعمره وجنسه بفعل الإصابة أو العجز الذي لحق به، وقد تكون هذه الإعاقة غير متوارثة وقد لا يكون هناك إعاقة أو شخص معاق بل يوجد مجتمع معيق (أي أن الناس قد يكونون هم سبب الإعاقة عندما لايهتمون بالمعاق، وعندما يسخرون منه، وعندما يحطمونه بدل الأخذ بيده نحو تجاوز هذه الإعاقة). (حسن منسي، ٢٠٠٤م: ١٧).

ثانياً: تاريخ ميدان التربية الخاصة:

أن وجود الأطفال غير العاديين ظاهرة طبيعية منذ وجود البشرية فلا يخلو مجتمع إنساني من وجود معاقين على مر العصور والأزمان، وإن الإختلاف في نسبة وجود هؤلاء الأفراد في المجتمعات

الإنسانية يرجع لمتغيرات كثيرة منها إختلاف الظروف الصحية والإجتماعية والإقتصادية والسياسية والتشريعية من مجتمع لآخر .

ولقد ظهرت بعض الإتجاهات المنادية بإعتبار المعاقين فئة تحتاج إلى العلاج، إلا أن التشخيص كان يعتمد على تعريفات أدت إلى نكبة المعاقين أكثر مما عملت على توفير العناية لهم، إذ كانت التعريفات ترد في شكل أوصاف منفردة تتعلق بنقص الجن لبعض الأجساد أو حلول لعنة الآلهة على من وقع عليهم الغضب ما أدى إلى تحول تلك التعريفات في العصور الوسطى إلى مفاهيم تشاؤمية أدت إلى تقبل فكرة التخلص من المعاقين تحت ستار محاربة السحر ومطاردة السحرة. ولم يكن حظ المعاقين في العصر الإغريقي بأفضل منه في العصور السابقة إذ نادى أفلاطون بوجوب التخلص من الأطفال المعاقين عن طريق قتلهم للمحافظة على نقاء العنصر البشري في جمهوريته (المدينة الفاضلة).

أما في إسبارطة فقد طغى على أهلها الإتجاه إلى إعتبار الأطفال من سقام الأجسام غير صالحين للقيام بأي عمل ولا يبعثون على فخر أولياء أمورهم بهم، بالإضافة إلى نقل أعبائهم ومتطلباتهم على والديهم وأسرهم، فقد كان يلقي بهم إلى مكان سحيق بقاع الجبل نظراً لأنه يمثل عبئاً على نفسه وعلى غيره من جهة، ولأن الطبيعة (الإلهية) قد حرمتها من القوة وجمال التكوين.

أما في العصر الروماني، فقد بقى مصير المعاقين بين شيخ القبيلة الذي كان وحده يقرر مصائرهم اعتماداً على درجة تقديره للإعاقة وعلى ما تحتاجه من خدمات إقتصادية أو إجتماعية، وكان يتم التخلص من المعاقين عن طريق إلقائهم في الأنهار أو تركهم على قمم الجبال ليموتوا بفعل الظروف المناخية المتعاقبة.

ومع ظهور الأديان السماوية فقد كانت الرعاية والمعاملة الحسنة هي الإتجاه السائد، إذا خصت الديانات السماوية على معاملة المعاقين بشكل إنساني ونادت بعدم التفرقة بين البشر، وإقامة المساواة بينهم، كما أكدت على وجوب النظر إلى الإنسان على أساس عمله ليس بمقدار طوله أو كيفية تركيب أعضائه، وإن من يفعل غير ذلك فهو غير مقبول عند الله ويشير القرآن الكريم إلى المعنى إذ يقول في محكم آياته(عبسى وتولى(١) أن جاءه الأعمى (٢) ومايدريك لعله يزكى (٣) أو يذكر فتتفعه

الذكرى (٤) أما من أستغنى (٥) فأنت له تصدى (٦) وما عليك ألا يزكى (٧) ((سورة عبس آية (٧ - ١).

وفي بدايات القرنين السادس عشر و السابع عشر ساد الإتجاه السلبي في معاملة المعاقين، وبقي الحال كذلك حتى القرنين الثامن عشر والتاسع عشر ولكن مع قيام حركات الإصلاح كالثورة الفرنسية والأمريكية ظهرت الأفكار التي تنادي بحماية وتعليم المعاقين.

لقد بدأ الإهتمام بالتربية الخاصة في القرن التاسع عشر في فرنسا ثم إمتد إلى عدد من الدول الأوروبية ومن ثم إلى الولايات المتحدة الأمريكية، وكانت فئات الإعاقة البصرية والسمعية هي أولى الفئات التي حظيت بالرعاية والإهتمام ثم تلتها فئات الإعاقة الذهنية، وكانت الخدمات المقدمة لهم تتمثل في الحماية والإيواء في الملاجئ وذلك لحمايتهم من المجتمع الخارجي الذي يصعب عليهم التكيف معه، ثم تطورت الخدمات وأصبحت تأخذ شكل تعليم الأطفال المعاقين مهارات الحياة اليومية في مدارس أو مراكز خاصة بهم، وبعد ذلك تطورت الخدمات المقدمة للأطفال غير العاديين متمثلة في ظهور الجمعيات الخاصة بذوي الإحتياجات الخاصة، والتشريعات والبرامج التربوية، وأدوات القياس والتشخيص الخاصة بكل فئة من فئات التربية الخاصة. (عبد الصبور منصور محمد، ٢٠٠٣م).

تطور ميدان التربية الخاصة:

إن نمو ميدان التربية الخاصة في القرن العشرين لم يكن إلا ثمرة للتيارات التربوية والنفسية والطبية والسياسية في أوروبا، فقد كان للأطباء والمربين الأوائل أمثال فروبل ومنتسوري وبياجه وبينيه آثراً واضحة ساهمت في تقدم ميدان التربية الخاصة إلى ما هو عليه في الوقت الحاضر، إضافة إلى جهود هؤلاء كان للتقدم في ميدان علم النفس والتربية والإجتماع والطب والقانون آثراً واضحة في تقدم موضوع التربية الخاصة عامة وبخاصة في موضوع طرائق قياس وتشخيص مظاهر الإعاقة من الناحيتين الطبية والنفسية وإعداد البرامج التربوية والمهنية. ومما يدل على نمو ميدان التربية الخاصة إهتمام الدول النامية والمتقدمة بالأفراد غير العاديين. (فاروق الروسان، ٢٠٠١م).

ثالثاً: أهداف التربية الخاصة:

يمكن إجمال أهداف التربية الخاصة عموماً فيما يلي:

١- تحقيق الكفاءة الشخصية:

مساعدة الفرد ذي الإحتياج الخاص على الحياة الإستقلالية والإكتفاء والتوجيه الذاتي والإعتماد على النفس وذلك بتنمية إمكاناته الشخصية واستعداداته العقلية والجسمية والوجدانية والإجتماعية.

٢- تحقيق الكفاءة الإجتماعية:

وتعني غرس وتنمية الخصائص والأنماط السلوكية اللازمة للتفاعل وبناء العلاقات الاجتماعية المثمرة مع الآخرين، وتحقيق التوافق الاجتماعي لدى ذوي الإحتياجات الخاصة، وكسابهم المهارات التي تمكنهم من الحركة النشطة في المحيطة والإختلاط والإندماج في المجتمع، والتي تمنحهم شعوراً بالإحترام والتقدير الإجتماعي وتحسن مكانتهم الاجتماعية، وإشباع إحتياجاتهم النفسية إلى الأمن والحب والتفهم والثقة بالنفس، والتقليل من شعورهم بالقصور والعجز والدونية.

٣- تحقيق الكفاءة المهنية:

وتتعلق الكفاءة المهنية بإكساب ذوي الإحتياجات الخاصة لاسيما المعوقين منهم بعض المهارات اليدوية والخبرات الفنية المناسبة لطبيعتهم وإعاققتهم واستعداداتهم، والتي تمكنهم من ممارسة بعض الحرف أو المهن. (عبدالمطلب أمين القريطي، ٢٠٠٥م: ٦٨).

وأيضاً تتحدد أهداف التربية الخاصة بمايلي:

١. التعرف على الأطفال غير العاديين من خلال أدوات القياس والتشخيص المناسبة لكل فئة من فئات التربية الخاصة.

٢. إعداد البرامج التعليمية لكل فئة من فئات التربية الخاصة.

٣. إعداد طرائق التدريس لكل فئة من فئات التربية، وذلك لتنفيذ وتحقيق أهداف البرامج التربوية على أساس من الخطة التربوية الفردية.

٤. إعداد الوسائل التعليمية والتكنولوجية الخاصة بكل فئة من فئات التربية الخاصة كالوسائل التعليمية الخاصة بالمكفوفين أو المعوقين عقلياً، أو المعوقين سمعياً.

٥. إعداد البرامج الوقائية من الإعاقة، بشكل عام والعمل ما أمكن على تقليل حدوث الإعاقة عن طريق عدد من البرامج الوقائية. (حسن منسي، ٢٠٠٤م: ١٧).

٦. مراعاة الفروق الفردية بين الطلاب وذلك بحسن توجيههم ومساعدتهم على النمو وفق قدراتهم واستعدادهم وميولهم. (عبد الصبور منصور، ٢٠٠٣م).

رابعاً: المبادئ التي تستند عليها التربية الخاصة:

تستند التربية الخاصة إلى مجموعة من المبادئ التي لا بد من مراعاتها في التربية الخاصة المبكرة أكثر فاعلية من التربية في المراحل العمرية المتقدمة وهي كالاتي:

١. تتضمن التربية الخاصة تقديم برامج تربوية فردية.
٢. توفير الخدمات التربوية الخاصة يتطلب قيام فريق متعدد التخصصات بذلك يشمل الفريق: إختصاصي التربية الخاصة، الإختصاصي الإجتماعي، الإختصاصي النفسي، المعالج النفسي
٣. المعالج الوظيفي، المعالج الطبيعي، المعالج النطقي، المرشد إختصاصي التربية الرياضية، إختصاصي العمل الإجتماعي، الطبيب، والممرضة.
٤. تعليم الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة في البيئة التربوية القريبة من البيئة التربوية العادية.
٥. يؤثر الفرد من ذوي الإحتياجات الخاصة على جميع أفراد الأسرة والمدرسة، والمدرسة ليست بديلاً عن الأسرة.
٦. تتضمن برامج التربية الخاصة نشاطات وخدمات أساسية هامة. (خولة أحمد يحي، ٢٠٠٦م).

خامساً: إتجاهات التربية الخاصة:

١. الإتجاه الوقائي:

حددت منظمة الصحة العالمية الإتجاه الوقائي عام ١٩٧٦م على أنه تلك الإجراءات المنظمةة والمقصودة هدفها الأساسي هو عدم حدوث أو التقليل من حدوث الخلل أو القصور المؤدي إلى العجز في الوظائف الفسيولوجية أو السلوكية عند الفرد وإذ يمكن السيطرة عليه من إحدى الوسائل التالية:

أ. إزالة العوائق أو العوامل التي تسبب حدوث الإصابة بالخلل.

ب. المساعدة من تقليل الآثار السلبية للإعاقة.

ج. استخدام وسائل التشخيص الجيدة من أجل الكشف المبكر عن الإعاقة، وعلى المجتمع أن يتدخل للتخفيف من وطأة الإعاقة عن طريق تقبل هذه الفئة ودعمها نفسياً واجتماعياً وتوفير البرامج المخصصة لها لتطوير قدرتها وإمكاناتها.

٢. الإتجاه العلاجي:

يقوم الإتجاه العلاجي على إزالة القصور أو العجز في المجالات الوظيفية المختلفة، أو خفضه والتخفيف من حدوث الإعاقة عن طريق التعويض. تهدف العلاجية إلى إزالة القصور أو العجز في المجالات الوظيفية المختلفة، وخفضه والتخفيف من حدوثه أو التعويض عنه ببناء بديل لهذا القصور، أو ذلك العجز حالما يتعذر إزالته أو تصحيحه.

كما تستهدف الجهود إنمائية في هذا المستوى من الخدمات إستغلال وتنمية وإستثمار كل ما يتمتع به الفرد المعوق من طاقات وإستعدادات لبلوغ أقصى ما يمكن الوصول إليه من نمو. (تيسير مفلح كوافحة، وعمر فواز عبد العزيز، ٢٠٠٥م).

سادساً: محددات برامج التربية الخاصة :

أهم المحددات التي يجب أخذها بعين الإعتبار عند تخطيط برامج التربية الخاصة وتنفيذها ما يلي:

١. نوع الإنحراف: يختلف أفراد الفئات الخاصة فيما بينهم من حيث الخصائص أو جوانب الشخصية التي ينحرفون فيها عن المستوى العادي للأفراد عامة، فهناك أنواع متعددة من الإنحرافات الحسية، الجسمية، العقلية، الإنفعالية الإجتماعية وإضطرابات التواصل وصعوبات التعلم. ومن المعلوم أن الآثار تترتب عليها لدى كل فئة من ذوي الاحتياجات الخاصة ليست واحدة، وإنما قد تتباين تلك الآثار وهذه الحاجات تبعاً لتباين الإنحرافات. أي أن هناك متطلبات نمو وحاجات خاصة ترتبط بكل نوع من هذه الإنحرافات وتختلف تبعاً له.

٢. مستوى الإنحراف (درجته): من بين المحددات الأساسية في تصميم الخدمات والبرامج التربوية الخاصة "مستوى الإنحراف" يتراوح الإنحراف ما بين المستوى الحاد والمستوى البسيط الخفيف وبينهما درجات متفاوتة الشدة، وتختلف الإحتياجات التعليمية الخاصة ومن ثم البرامج والأساليب المشبعة لها تبعاً لتفاوت مستويات الإنحراف حادة أم جزئية بسيطة، لذا يصنف المختصون الفئات الخاصة إلى

جماعات متجانسة لدرجة التعامل معها كجماعات ذات خصائص مشتركة، ولتصميم البرامج والطرق والأساليب التعليمية تبعاً لإحتياجاتها بما يحقق لكل جماعة أقصى إفادة ممكنة وعلى أحسن وجه ممكن.

٣. تفريد التعليم تبعاً للحالة الخاصة لكل طفل: من الأمور المسلم بها في التربية المعاصرة أن لكل تلميذ يتمتع بخصائص فريدة تميزه عن غيره من التلاميذ، كما يعد حالة خاصة وإنه لا يتعلم فردان بنفس الطريقة وهو ما يشار إليه بمبدأ الفروق الفردية، وبناء عليه فإن وجود تلاميذ من بين العاديين يعانون من صعوبات معينة في عمليات التعليم لأسباب قد يكون مرجعها صعوبة المنهج أو عدم ملاءمته، أو عدم مناسبة طريقة التدريس. ولذا فإن الوقوف على الفروق داخل الطفل ذاته وأثر الإعاقة على جوانب شخصيته كحالة فردية يعد عاملاً له قيمته في تصميم وتنفيذ الخطط والبرامج التدريبية والتعليمية. الملاءمة لحالته. ويستلزم ذلك ضرورة تفريد التعليم تبعاً لحالة الطفل وإحتياجاته الخاصة بناءً على التقييم الدقيق المستمر وباستخدام الوسائل اللازمة لذلك.

٤. المشاركة الجماعية: بالإضافة إلى ضرورة مراعاة الفروق الفردية، والإهتمام بنمو المعوق وشخصيته كفرد أو كحالة مستقلة، وتفريد التعليم تبعاً لمتطلبات نموه وإحتياجاته التربوية والنفسية الخاصة، فإن البرنامج التعليمي وما يتضمنه من نشاطات أكاديمية وغير أكاديمية وتأهيلية مهنية يجب أن يكفل في جانب منه بنمو المعوق كعضو في جماعة يدرك الحصول إلتزاماته وواجباته إزاءها، كما يسعى إلى الحصول على حقوقه سواء بسواء.

إن النشاطات الجماعية تكفل فرص واسعة للتمرس على التعبير، والأخذ والعطاء وتبادل الرأي والتعاون وتقبل الآخر، والإمتثال لصالح الجماعة- وتهيئ الفرصة لظهور بعض المواقف والمشكلات التي ربما لاتظهر من خلال الأعمال والخبرات الفردية، وتحثهم على مواجهة هذه المشكلات. **(عبد المطلب أمين القريطي، ٢٠٠٥م: ٧٧).**

ترى الباحثة ضرورة مراعاة الفروق الفردية في تصميم وتنفيذ الخطط والبرامج التعليمية والتدريبية والتأهيلية للملاءمة.

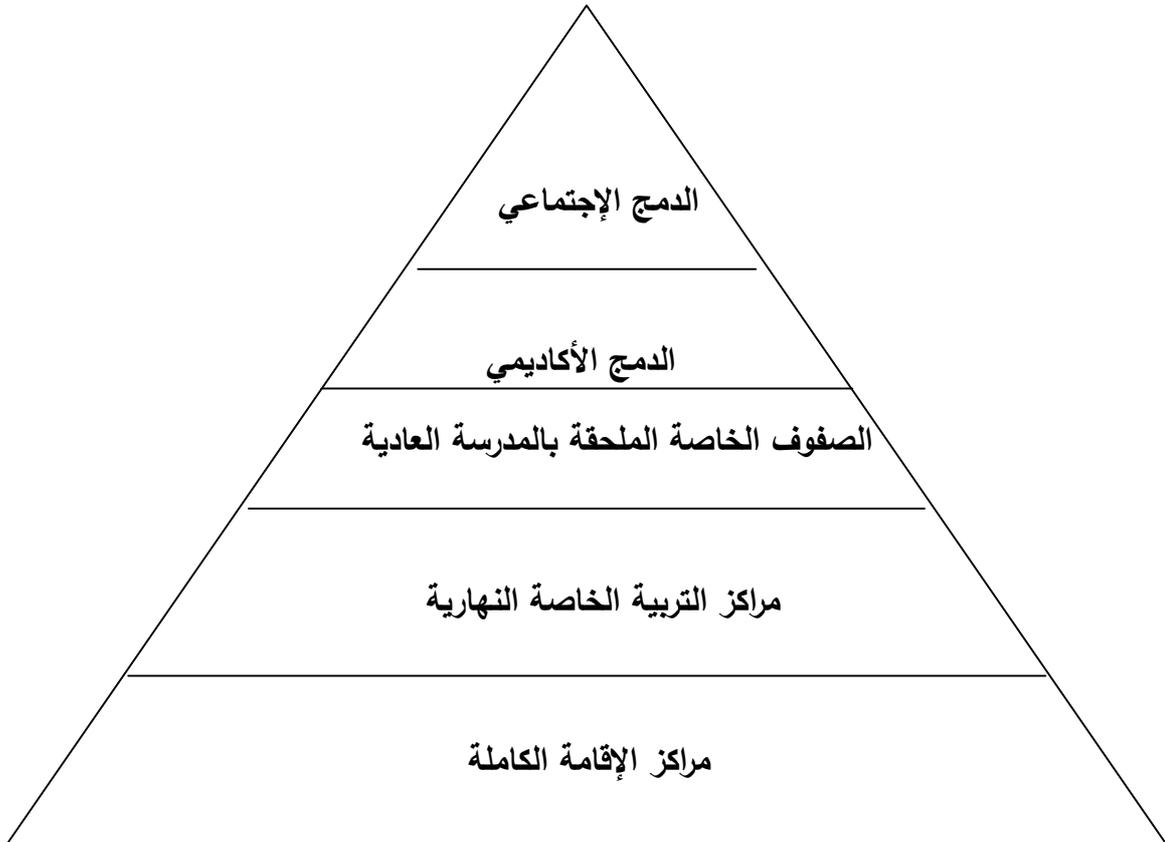
سابعاً: التنظيم الهرمي لبرامج التربية الخاصة:

لقد تطورت برامج التربية الخاصة خلال النصف الثاني من القرن الماضي بشكل ملحوظ في معظم

دول العالم وخاصة في دول العالم المتقدمة نتيجة لما يلي:

١. الدراسات والأبحاث التي تمت في هذا المجال.
٢. زيادة إهتمام الدول والحكومات بفئات الأفراد غير العاديين.
٣. جهود الهيئات والمنظمات الأهلية والحكومية المهمة بهذا المجال.
٤. إهتمامات الأفراد ذوي المكانة في المجتمع بالأفراد غير العاديين.
٥. تغيير الإتجاهات نحو غير العاديين من سلبية إلى إيجابية.
٦. ظهور الحقوق والتشريعات الخاصة بفئات غير العاديين والتي تكفل حقهم في جميع مناشط الحياة مثل أقرانهم العاديين. (عبد الصبور منصور محمد، ٢٠٠٣م).

ويوضح الشكل رقم (١) التنظيم الهرمي لتطوير برامج التربية الخاصة



الشكل رقم (١) التنظيم الهرمي لبرامج التربية الخاصة

١ - مراكز الإقامة الكاملة (Residential Schools):

تعتبر مراكز الإقامة الكاملة من أقدم برامج التربية الخاصة، فقد ظهرت هذه المراكز منذ بدايات الحرب العالمية الأولى وما بعدها، وغالباً ما كانت هذه المراكز معزولة عن التجمعات السكانية، وتقدم هذه المراكز خدمات إيوائية وصحية واجتماعية تربية، ويسمح فيها للأهالي بزيارة أبنائهم في المناسبات المختلفة، وقد وجهت العديد من الانتقادات لهذا النوع من البرنامج، فقد وجهه (كروكشناك C ruicakhank.1958) عدداً من الإنتقادات أهمها الأطفال المعوقين عن المجتمع وعن الحياة الطبيعية الإجتماعية، ووصم الأطفال (Stigma) الملتحقين بهذه المراكز على أنهم منبوذين عن المجتمع، إضافة إلى تدني مستوى الخدمات الصحية والتربية في مثل هذا النوع من المراكز.

٢ - مراكز التربية الخاصة النهارية (Specail Day Care Schools):

ظهرت مراكز التربية الخاصة النهارية كرد فعل للانتقادات التي وجهت إلى مراكز الإقامة الكاملة، وفي هذا النوع من المراكز يتلقى الأطفال خدمات تربية واجتماعية على مدى نصف النهار تقريباً، وغالباً مايكون عمل هذه المراكز صباحاً وحتى بعد الظهر حيث يمضي الأطفال الفترة الصباحية في هذه المراكز، أما فترة بعد الظهر فيقضونها في منازلهم مع ذويهم، وتبدو مزايا هذا النوع من البرامج في أنها توفر فرصاً تربية لفئة معينة من الأطفال المعوقين، وفي الوقت نفسه تحافظ على بقاء الطفل مع أسرته وفي نفس الجو الطبيعي للطفل بعد ذلك، وتشتمل خدمات هذه المراكز على إيصال الطلبة من وإلى منازلهم هذه بالإضافة إلى الخدمات الصحية، وبالرغم من الإستحسان الذي تواجهه مثل هذه المراكز إلا أنها تعرضت لبعض الانتقادات والتي أهمها توفر المكان المناسب لإقامة المراكز النهارية، وقلة عدد الأخصائيين في ميادين التربية الخاصة المختلفة وصعوبة المواصلات، ونتيجة لهذه الإنتقادات فقد ظهرت محاولات لإصلاح البرامج التعليمية في هذه المراكز وذلك بوجود مايسمى بالمدارس الزائر أو المتنقل أو مايسمى ومهمة الشخص الزائر أو المتنقل العمل على مساعدة معلمي التربية الخاصة في مراكز التربية الخاصة النهارية أو في المدرسة العادية في حل مشكلات الأطفال المعوقين الأكاديمية والاجتماعية.

٣- الصفوف الخاصة الملحقة بالمدرسة العادية (Special Classess Within Reguler Schools) :

ظهرت الصفوف الخاصة الملحقة بالمدرسة العادية نتيجة للانتقادات التي وجهت إلى مراكز التربية الخاصة النهارية ونتيجة لتغير الإتجاهات العامة نحو المعوقين من السلبية إلى الإيجابية، ويخصص في هذا النوع من البرامج صفوف خاصة للأطفال المعوقين عقلياً أم سمعياً أو بصرياً أو حركياً ملحقة بالمدرسة العادية، وغالباً ما يكون عدد الأطفال المعوقين في الصف الخاص قليلاً لا يتجاوز العشرة طلبة، ويتلقى هؤلاء الطلبة برامج تعليمية في صفوفهم الخاصة من قبل مدرس التربية الخاصة، كما يتلقون برامج تعليمية مشتركة في العادية وفي نفس المدرسة ومع زملائهم من الطلبة العاديين. ويهدف هذا النوع من البرامج زيادة فرص التفاعل الإجتماعي والتربوي بين الأطفال المعوقين، العاديين، وفي نفس الظروف الإجتماعية المدرسية، كما تبدو ميزات هذه البرامج في إنها قريبة في جوها العام الأكاديمي والإجتماعي من المدارس العادية ومع ذلك فقد وجهت بعض الإنتقادات لهذا النوع من البرامج تتمثل في مدى صعوبة الإنتقال من الصفوف الخاصة إلى الصفوف العادية، وتحديد المواد المشتركة بين الطلبة العاديين والمعوقين، والمواد غير المشتركة.

٤- الدمج الأكاديمي: (Mainstreaming) :

ظهر هذا الإتجاه في برامج التربية الخاصة للمعوقين نتيجة للانتقادات التي وجهت لبرامج الصفوف الخاصة الملحقة بالمدرسة العادية، ولالإتجاهات الإيجابية نحو مشاركة الطلبة المعوقين للعاديين في الصف الدراسي، ويعرف الدمج بأنه يمثل ذلك النوع من البرامج التي تعمل على وضع الطفل غير العادي في الصف العادي مع الطلبة العاديين لبعض الوقت وفي بعض المواد بشرط أن يستفيد الطفل غير من ذلك، بحيث تهيئ الظروف المناسبة لإنجاح فكرة دمج الأطفال المعوقين مع الأطفال العاديين. وتبدو مبررات هذا الإتجاه الجديد في توفير الفرص التربوية والإجتماعية المناسبة للطفل غير العادي الصفوف العادية، أو كما يشير كوفمان إلى وضع الطفل المعوق في أقل البيئات التربوية تقييداً ، ويقصد بذلك وضعه في المدرسة العادية ويتضمن هذا الإتجاه الجديد في تعليم الأطفال المعوقين ثلاثة مراحل رئيسية هي:

١- مرحلة التجانس بين الطلبة العاديين والمعوقين.

٢- مرحلة تخطيط البرامج التربوية وطرق تدريسها لكل من الطلبة العاديين والمعوقين.

٣- مرحلة تحديد المسؤوليات الملقاة على عاتق أطراف العملية التعليمية من إدارة مدرسية، ومعلمين ومشرفين.

وقد وجهت بعض الإنتقادات إلى مفهوم الدمج وطريقة تطبيقه ومع ذلك فإنه يبقى مرحلة من مراحل تطور برامج التربية الخاصة.

٥- الدمج الإجتماعي (Normalization):

تعتبر مرحلة الدمج الإجتماعي مرحلة نهائية من مراحل تطور برامج التربية الخاصة للمعوقين، إذ أنها تعكس الإتجاهات الإجتماعية الإيجابية نحو المعوقين، ويقصد بذلك العمل على دمج المعوقين في الحياة الإجتماعية العادية، وتبدو عملية الدمج هذه في مظهرين رئيسيين، الأول هو الدمج في مجال العمل وتوفير الفرص المهنية المناسبة للمعوقين للعمل كأفراد منتجين في المجتمع وتقبل ذلك إجتماعياً، أما المظهر الثاني فيبدو في الدمج السكني، بحيث تتاح الفرصة للمعوقين السكن والإقامة في الأحياء السكنية العادية كأسر مستقلة وما يشتمله ذلك من كل الإجراءات الضرورية واللازمة لتقبل هذه الأسر والتعامل معها على أساس من حكم الحيرة ومستلزماتها. (فاروق الروسان، ١٩٩٦م: ٤٠).

ثامناً: قياس وتشخيص فئات التربية الخاصة:

تعتبر عملية قياس وتشخيص فئات التربية الخاصة، ركناً أساسياً من أركان تربية أطفال غير العاديين، وذلك لأهمية هذه العملية والتي تبدو في التعرف إلى هذه الفئات وتشخيصها باستخدام أدوات القياس الخاصة بكل منها، ومن ثم تحديد المكان التربوي المناسب واعداد البرامج التربوية وأساليب التدريس المناسبة لها، وعلى ذلك ونتيجة لإزدهار حركة القياس والتشخيص في ميدان التربية الخاصة، فقد ظهرت أدوات القياس والنشخيص لكل فئة من فئات التربية الخاصة وتوفرت فيها دلالات صدق وثبات ومعايير تبرر إستخدامها بفاعلية. (فاروق الروسان، ١٩٩٨م).

أهداف التشخيص في التربية الخاصة:

تهدف عملية التشخيص في التربية الخاصة لتحقيق عدد من الأهداف والتي تعتبر الأساسي في عمل

التربية الخاصة وهذه الأهداف هي:

أولاً: تحديد القدرات التي يمتلكها كل فرد معوق (مهما كانت الإعاقة أو موهوب) بشكل دقيق.

ثانياً: تحديد الخصائص الأساسية التي سوف يتم التعامل معها عند الطفل غير العادي.

ثالثاً: بناء الأهداف التربوية الأساسية سواء كان ذلك في الخطة التربوية الفردية IEP أو الخطة

التعليمية الفردية، وأهداف التعليم الخاصة للأفراد غير العاديين غير الإعاقة العقلية.

رابعاً: تصميم واستخدام أنماط مختلفة من الوسائل والأساليب التدريسية أو التعويضية لمساعدة الفرد أو

حسب المتغيرات البيئية من أجل إعادة توجيه أساليب أداء الفرد نحو أهداف محددة مسبقاً، ومثال ذلك

الأدوات المساعدة على الكتابة للمعوقين حركياً، الحروف البارزة للمكفوفين.....الخ.

خامساً: بناء على المعلومات التشخيصية للطفل يمكن الحكم على كيفية التوفيق بين الفرد والمتغيرات

البيئية والأساليب المتاحة والإمكانية للإستفادة منها.

سادساً: تقليل الفاقد التعليمي وتكثيف الجهود المبذولة من قبل المعلم.

سابعاً: بناء على نتائج التشخيص الطبي تحديد المشكلات الصحية وتحديد العلاجات الطبية المناسبة

أو التدخل الطبي الجراحي حيثما كان ذلك ضرورياً. (عصام النمر، ٢٠٠٦م: ٤٤).

أهداف مؤسسات التربية الخاصة:

١. مساعدة الطفل المعوق على فهم نفسه نظراً لما قد يعتريه من مشاعر النقمة وخاصة إذا قابلته

البيئة الإجتماعية المحيطة بالرفض أو الإهمال أو العداة والصدود.

٢. العمل على منع أو تخفيض احتمال حدوث مشاكل سلوكية بسبب وجود الإعاقة نفسها، وما يمكن

أن يترتب عليها من إتجاهات سلبية.

٣. مساعدة المعوق على إكتشاف الوسائل التي تعينه في عملية التغلب على آثار الإعاقة.

٤. تنمية الوظائف المتصلة بالإعاقة الأصلية.

٥. مساعدة المعوق على الإحساس بالرضا والمتعة في الحياة دون أن تعمل الإعاقة على شعوره باليأس أو فقدان الأمل أو ضياع.

٦. توفير بيئة غنية بالمشيرات للأطفال المعاقين ذهنياً أو المتخلفين دراسياً .

٧. تشجيع المعوق على التخطيط لحياته وتحقيق أهدافه عن طريق:

أ. تكيف المعوق بأداء مهام تناسب قدراته حتى تتوفر فرص النجاح له.

ب. مكافأة المعوق على النجاح في تأدية ما كلف به لتحفيزه على الإستمرار في النمو والتقدم.

ج. تعريض المعوق لنشاطات وخبرات جديدة مبنية على ما سبق وأن تعلمه. (زينب محمود

شقيير، ٢٠٠٥م).

دور مؤسسات التربية الخاصة:

تسعى مؤسسات التربية الخاصة إلى تلبية حاجات المتعلمين من ذوي الإحتياجات الخاصة، والنهوض

بهم لتقريبهم من أقرانهم العاديين قدر المستطاع، والحد من تفاقم الإعاقة. وتقوم المؤسسات على:

١. مراعاة الفروق الفردية بين ذوي الإحتياجات الخاصة لأن مداها أعلى مما لو قرنوا بالأفراد العاديين،

ويتم ذلك من خلال عمليات التشخيص والقياس والتقييم لكل فئة من فئات التربية الخاصة عن طريق

أدوات متعددة كالإختبارات، الملاحظة، المقابلة، دراسة الحالة.

٢. تكيف البيئة التعليمية بما يتناسب مع فئات التربية الخاصة.

٣. إختيار معلم التربية الخاصة على أساس الرغبة الحقيقية الصادقة إضافة إلى الخصائص المعرفية

والمهنية والشخصية.

٤. وضع برامج تعليمية مناسبة تراعى فيها الفروق الفردية حيث تعتمد في كثير من فئات التربية

الخاصة على الخطة التربوية الفردية التي تعتمد على مكونات أساسية هي مستوى الأداء الحالي للفرد

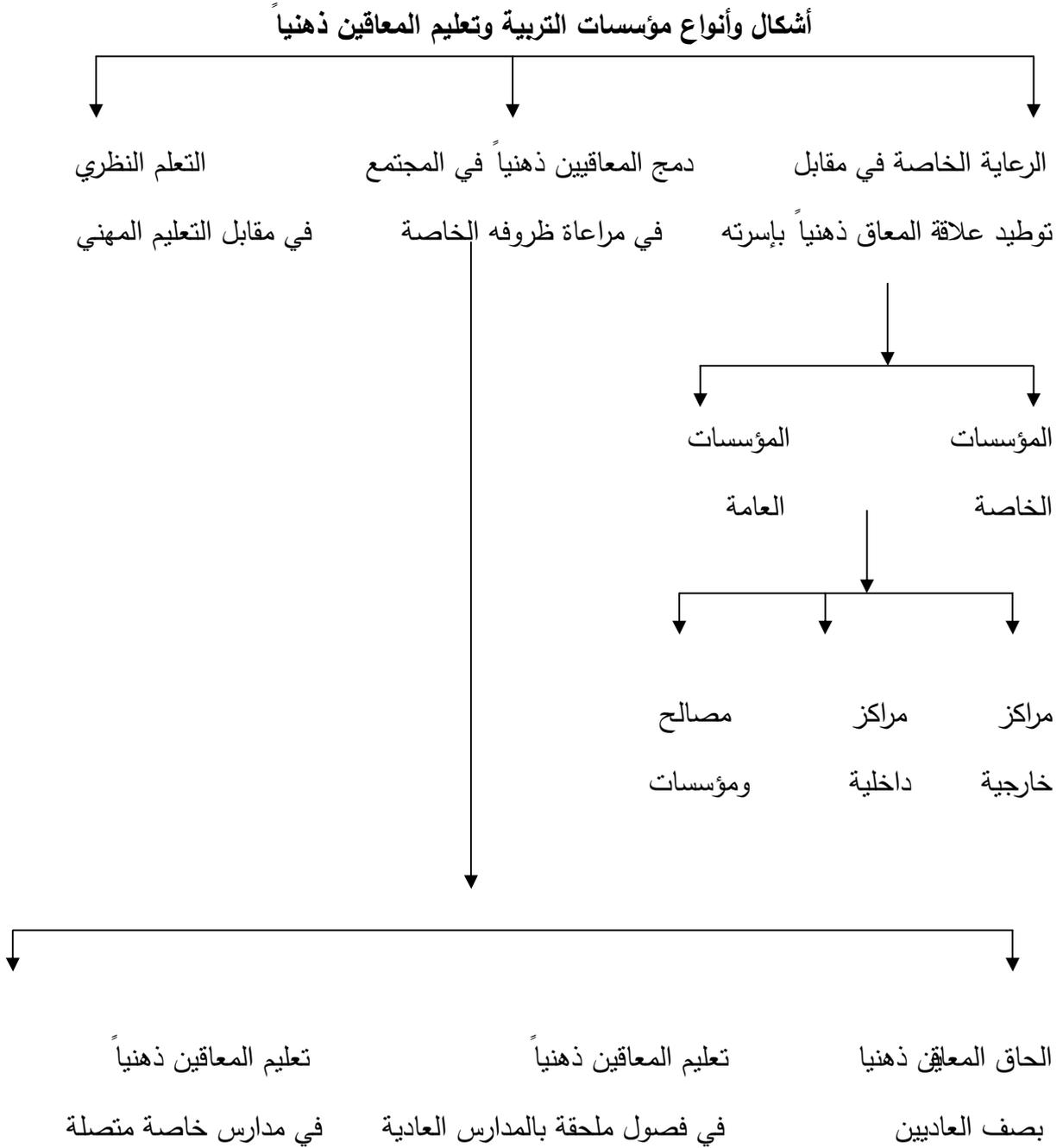
والتي تتعلق بالجوانب المتعددة العقلية والإجتماعية والإنفعالية والجسمية وأهداف بعيدة المدى،

والخدمات الكفيلة بتحقيق هذه الأهداف، وأختيار الوضع التعليمي أوالتدريبي المناسب، والمتخصصون

الذين يقومون بأهداف الخطة التربوية الفردية، وعملية التقييم بمعرفة مدى تقدم الذي تحقق.

٥. تسعى التربية الخاصة أن تكون النظرة إلى ذوي الإحتياجات الخاصة تتسم بالشمولية وليس قاصرة على جوانب القصور، والتركيز على جوانب القوة لغير نظرة الفرد إلى نفسه والأسرة والمجتمع.
٦. تسعى التربية الخاصة إلى جعل الفرد ذوي الإحتياجات الخاصة متقهماً لنفسه بشكل حقيقي ليتغلب على آثار القصور أو الإعاقة، وتنمية الشعور بالرضا، وحرز التفاؤل بالحياة.
٧. توفير الجو النفسي الآمن الدافئ المليء بالقبول والتقدير والحب.
٨. توفير البيئة الغنية المليئة بالمثيرات التي تستهض كوامن وقدرات الأفراد ذوي الإحتياجات الخاصة.
٩. تسعى مؤسسات التربية الخاصة إلى مد الجسور بينها وبين الأسر لكي يفهمو أبنائهم وكيفية التعامل معهم النصيح والإرشاد والتوجيه الذي يقدمها المتخصصون في هذه المؤسسات.
١٠. تسعى مؤسسات التربية الخاصة إلى إبعاد ذوي الإحتياجات الخاصة عن الفشل الإحباط من خلال الإنطلاقة من قدراتهم إضافة إلى إستخدام فنيات وأساليب تربية كالحث والتلاشي، التشكيل والنمذجة، التغذية الراجعة، التعزيز بأنواعه.
١١. تسعى مؤسسات التربية الخاصة إلى إطفاء أو تقليل المشاكل السلوكية عند ذوي الإحتياجات الخاصة والنااتجة عن إعاقتهن ويسبب الظروف البيئية التي عاشوها وذلك عن طريق المتخصصين وباستخدام تعديل السلوك. (قحطان أحمد الظاهر، ٢٠٠٥م).

شكل رقم (٢) يبين أشكال ومؤسسات تعليم المعاقين ذهنياً



(زينب محمود شقير، ٢٠٠٥م: ٢٥).

البرنامج التربوية لفئات التربية الخاصة:

عملية إعداد البرامج التربوية وأساليب تدريسها لفئات التربية الخاصة تعتبر الركن الثاني من أركان العملية التربوية لفئات التربية الخاصة، وهي تأتي بعد قياس وتشخيص فئات التربية الخاصة وتحويلها

إلى المكان التربوي المناسب لها، وتختلف هذه البرامج من فئة لأخر (فاروق الروسان، ١٩٩٦م: ١٠٦).

والبرامج التربوية للمعاقين ذهنياً تكون حسب درجة الإعاقة، فهناك برامج تربوية للمعوقين ذهنياً بدرجة بسيطة حيث تهتم هذه البرامج بمساعدة هذه الفئة بتعليمهم: -

المرحلة الإبتدائية: المهارات الأكاديمية الأساسية.

المرحلة المتوسطة: مهارات التهيئة - التدريب المهني البسيط.

المرحلة الثانوية: التعليم المهني - مهارات التشغيل.

كما أنه توجد برامج تربوية للمعاقين ذهنياً بدرجة متوسطة، وهي تتناول المهارات الأكاديمية في المستوى الوظيفي لمساعدتهم على تحقيق درجة أفضل من الإستقلالية" المهارات اليدوية، ومهارات العناية بالذات، والأنشطة الحياتية اليومية".

أما النوع الثالث من البرامج التربوية فهي الخاصة بدرجة الإعاقة الشديدة، وهي لتدريب بعض الحواس، والمهارات الحركية البسيطة ومهارات العناية بالذات (كتناول الطعام، واستخدام الحمام). (أحمد محمد الزعبي، ٢٠٠٣م: ٦٠).

إختيار البرنامج الملائم للطفل يتوقف على عدة أمور أهمها:

١- التشخيص والتقييم الشامل لحالة الطفل لتحديد نوع الإنحراف ودرجة شدته، ومن ثم مدى القصورات التي يعاني منها، وإستعداداته الأدائية الوظيفية، وخصائصه النفسية.

٢- تحديد الإحتياجات التربوية والتعليمية الخاصة للطفل، وتحديد الأهداف الإجرائية الملائمة لإشباع هذه الإحتياجات.

٣- تقييم البرامج والبدايل المتوفرة في نطاق البيئة المحلية والقريبة بالنسبة للطفل، وتحديد مدى كفاءتها في مواجهة إحتياجاته من حيث مدى توفر المناهج الدراسية والمواد التعليمية المناسبة، وملائمة التجهيزات المدرسية والكوادر البشرية من معلمين ومدربين وإخصائيين وغير ذلك.

٤- إختيار البرنامج المناسب لإشباع إحتياجات الطفل وتحقيق أقصى درجة من النمو التعليمي والنفسي والإجتماعي وفي إطار الأهداف المراد تحقيقها. (عبد المطلب أمين القريطي، ٢٠٠٥م: ٩١).

الإحتياجات التربوية اللازمة لتصميم برامج المعاقين ذهنياً:

١- توفير الملاعب، واللعب الحر الفردي والجماعي من أجل رفع الروح المعنوية ومحاولة إصلاح الكثير من العيوب الجسمية واتزان الحركة.

٢- توفير المبنى المناسب لنوع الاعاقة، مع توفير الأدوات والتجهيزات المناسبة لتدريب وتأهيل المعاقين ذهنياً .

٣- إعداد الحجرات لتكون ملائمة من حيث:-
أ- المساحة.

ب-الإضاءة الكافية.

ج-المعينات الأساسية للمعلم(اللوحات).

٤- إعداد الملفات لكل طفل تدون فيها حالته وكل ما يمكن ملاحظته ونتائج المقاييس التي تنطبق عليه، للتعرف على مشاكله وتطوراته.

٥- توفير المرافق الملائمة، والتركيز على إبقاء الأطفال بالطابق الأرضي منعاً لحدوث أي مشاكل. (زينب محمود شقير، ٢٠٠٥م: ٢٦).

برامج تعليم وتأهيل المعاقين ذهنياً:

يختلف برنامج المعاقين ذهنياً عن برنامج تعليم الأفراد العاديين بما يلي:-

حيث يتصف برنامج تعليم المعاقين على شكله الفردي ويسمى بالبرنامج الفردي، ويدرس بطريقة فردية، ويعكس برنامج تعليم العاديين الذي يدرس للجماعة.

ويتضمن البرنامج الفردي للمعاقين على الأبعاد والمهارات التي تشكل مجموعها المادة التعليمية وهي كما يلي:

١- البعد الأول: المهارات الإستقلالية. وتشمل:

أ- مهارات الحياة اليومية (أكل، شرب).

ب- مهارات العناية الذاتية(لبس ملابس ويخلعها لوحده ويدخل ويخرج للحمام).

٢- البعد الثاني: المهارات الحركية وتشمل:-

أ- المهارات الحركية العامة.

ب- المهارات الحركية الدقيقة.

٣- البعد الثالث: المهارات اللغوية:-

أ- مهارات اللغة الإستقبالية.

ب- مهارات اللغة التعبيرية.

٤- البعد الرابع: المهارات الأكاديمية.وتشمل:

أ- مهارات القراءة.

ب- مهارات الكتابة.

ت- مهارات الرياضيات.

٥- البعد الخامس: المهارات المهنية.

٦- البعد السادس: المهارات الإجتماعية.

٧- البعد السابع: مهارات السلامة.

٨- البعد الثامن: المهارات الإقتصادية.

وترتبط حاجة المعاقين ذهنياً بهذه الأبعاد بدرجة الإعاقة،وتتنظم صفوف المعاقين عقلياً وفق التغيرات التالية:

العمر العقلي والزمني أو كلاهما معاً على شكل مجموعات تبدأ بالعمر الزمني من قبل السادسة، ويحسب كل سنتين في مجموعة مثل:

١- ما قبل السادسة.

٢- ما بعد السادسة.

٣- ما بعد الثامنة.

٤- ما بعد العاشرة.

٥- ما بعد الثانية عشر.

أما بالعمر العقلي فلقد تتضمن مايلي:

١- مجموعة الإعاقة الشديدة.

٢- مجموعة الإعاقة المتوسطة.

٣- مجموعة الإعاقة البسيطة.

أما إذا كانت المجموعات وفق العمر العقلي والزمني معاً فهي كما يلي:

١- المجموعة الأولى: عمرها الزمني بين (٢-٤) سنة، والعمر العقلي بين (٢-٤ سنة).

٢- المجموعة الثانية: عمرها الزمني من (٩-١٣ سنة)، والعمر العقلي من (٤-٦ سنوات).

٣- المجموعة الثالثة: عمرها الزمني (٩-١٣ سنة)، والعقل من (٦-٩ سنوات).

٤- المجموعة الرابعة: عمرها الزمني لا يتجاوز ١٣ سنة، وعمرها العقلي ٩ سنوات. وهذا التنظيم هو

الأفضل لأغراض التعلم والتدريب. (حسن منسي، ٢٠٠٤م: ٢٧).

المبادئ التي تقوم عليها رعاية المعاقين ذهنياً وتوجه رعايتهم وتعليمهم وتأهيلهم:

١- الرعاية حق للمعاقين ذهنياً على تحديد المستوى.

٢- تسهم رعاية المعاقين ذهنياً في الوقاية من الجريمة والانحراف.

٣- العائد الإقتصادي والإجتماعي والنفسي من رعاية المعاقين ذهنياً يفوق ما ينفق من أموال وما يبذل

في سبيلهم من جهد ووقت. (مدحت أبو النصر، ٢٠٠٥م: ١٦).

أهم المبادئ التي ينبغي مراعاتها عند تعليم وتدريب المعاقين ذهنياً:

١- الفوز بانتباه الطفل من خلال تنظيم المواد والمثيرات، وتعزيز الطفل عندما ينتبه. واستخدام التلقين

اللفظي الإيمائي والجسمي لحث الطفل على الإنتباه واستخدام مثيرات ذات خصائص واضحة ومحددة

وغير مشتتة.

٢- الانتقال تدريجياً من المهارات البسيطة إلى المهارات أكثر تعقيداً.

٣- تحديد مستوى إتقان الطفل للمهارات المطلوبة منه.

٤- عدم التركيز على خبرات الفشل، والتأكيد على المحاولات الناجحة.

٥- استخدام ما أمكن من المواد والأدوات الطبيعية في عملية التدريب.

٦- تطوير قدرة المعاق على التذكر وذلك يتطلب التكرار والإعادة.

٧- توزيع التدريب أي أن التدريب يتم في جلسات قصيرة نسبياً تتخللها فترات راحة، ويمتد عن التدريب المكثف إلا في حالة أن الإستجابات المطلوبة من المعاق متشابهة إلى حد كبير. (جمال الخطيب ومنى الحديدي، ٢٠٠٥م: ١٩).

الإستراتيجيات والعوامل التي تسهم في نجاح برامج التربية الخاصة:

١/ شمولية الخدمات:

أي أن تقدم الخدمات لجميع الأفراد ذوي الإحتياجات الخاصة من خلال المراكز والمؤسسات التعليمية والتدريبية والتأهيلية والمجتمع المحلي.

٢/ الخلو من المعوقات سواء كانت هذه العوائق طبيعية أو معمارية أو إتجاهات سلبية.

٣/ اللامركزية:

وهي عدم إختصار التربية الخاصة وبرامجها على الأقسام والإدارات المركزية وإنما يجب أن تكون مرنة من خلال إعطاء الصلاحيات لإتخاذ القرارات وتنفيذ البرامج في مختلف المناطق.

٤/ الإدماج:

وهو بمعناه الشامل مجموعة من الإجراءات والممارسات التي تزيد من فرص المشاركة القصوى في الحياة الثقافية والإجتماعية والإدماج التعليمي يعد جزء من عملية الإدماج الشامل وهي إجراءات المتخذة لتوفير خدمات التربية الخاصة من خلال المؤسسات التربوية العادية.

٥/ التنسيق:

ويقوم على ضرورة إشراك الوالدين في مختلف البرامج المقدمة لذوي الحاجات الخاصة.

٦/ المهنية:

تتطلب برامج التربية الخاصة توفير معلمين على درجة عالية من التأهيل والإعداد.

٧/ الواقعية:

تسعى إستراتيجية التربية الخاصة إلى تطوير برامج تأخذ بالإعتبار المستوى الإجتماعي، الثقافي، الإقتصادي، والسياسي. (قحطان أحمد الظاهر، ٢٠٠٥م: ٨).

فلسفة التربية الخاصة:

تقوم فلسفة التربية الخاصة على تعيين الخطوات التي يمكن عن طريقها تحقيق رسالة التربية الخاصة في الأفراد ذوي الإحتياجات الخاصة وهي تمكنهم من الحياة العملية بقدر ما يمكن تنميته من قدرتهم للحصول على مكانة طبيعية في المجتمع وذلك بالنظر إلى مايلي:

أ-وقاية المواليد من الإعاقة، وذلك بتوعية الأسرة قبل الإنجاب، وسرعة إكتشاف الإعاقة في الطفل فور ولادته.

ب-معالجة الإعاقة في وقت مبكر تخفف من ثباتها واستمرارها وتسرع بالتعامل معها ومساعدة الطفل على تقبل ذاته والأسرة لحالته وعدم اليأس من الإصلاح وتهيئة اذهان الوالدين إلى حسن التصرف في معالجة الموقف بما يتطلب من حكمة واتزان عاطفي.

ج-تقوية الشعور بالتضامن الإجتماعي ومسئولية الوطن عن كل أفرادهم، وذلك بحذف عبارات التعبير. والإنتقاص من ألفاظ اللغاة وخاصة من الصغار، ومعاقبة الذين يتعمدون الإساءة إلى أخوانهم وذوي الإحتياجات الخاصة. (وليد سيد خليفة، ٢٠٠٧م: ٣٣).

فريق العمل في التربية الخاصة:

إن نجاح برامج الرعاية المدرسية أو المؤسسية للمعاق، وعمليات تأهيله النفسي والمهني والإجتماعي لايرتهن بإستعداداته وقدراته، أو إمكاناته المدرسية فحسب، وإنما يرتبط أيضاً بمستوى التمكن المهني والمهارات التي يتمتع بها أعضاء الفريق القائم على أمر رعايته وتأهيله، إضافة إلى المقدرة على توظيف هذه المهارات والخبرات التخصصية من منظر جماعي شامل لتحقيق الغايات المشتركة للعمل الفريقي.

أهم أسس نجاح العمل الفريقي أن يتفهم كل عضو فيه طبيعة دوره والمهام الموكلة إليه، وأن يعي بأدوار الآخرين وإختصاصاتهم، كما يجب أن تكون هناك آليات تنظيمية وإدارية للقيام بعمليات التخطيط والتنظيم والتنسيق بين الأدوار المختلفة ومتابعة عمليات التشخيص والعلاج واتخاذ القرارات المناسبة بغرض تحقيق أعلى مستوى ممكن من الأداء، ولتحقيق أهداف المؤسسة، ويتكون فريق العمل في التربية الخاصة من مجموعة من الأعضاء.

١ : الوالدان:

تتحمل الأسرة -كلها أو بعض أفرادها لاسيما الوالدان مسئوليات وواجبات كثيرة لمساعدة الطفل المعوق في التغلب على كثير من مشكلاته خاصة في سنوات الطفولة المبكرة.

واجبات الوالدين ومهامها:

١- إجراء الفحوص والإستشارات الوراثية اللازمة قبل الزواج إذا كانا من الأقارب، للوقاية من إنجاب أطفال معوقين بسبب الأمراض الوراثية.

٢- تأمين صحة الأم الحامل، واتخاذ التدابير الطبية للكشف عن الأمهات الأكثر عرضة لولادة أطفال معوقين كما في حالات التعرض للإشعاعات، والإصابة ببعض الأمراض، كسوء التغذية، تسمم الحمل، الحصبة الألمانية والزهري والسكر وغيرها.

٣- إجراء التحصينات والتطعيمات المبكرة للطفل ضد الأمراض كشلل الأطفال والدرن الرئوي والحصبة وغيرها.

٤- توفير الغذاء المتكامل لضمان النمو الجسمي والعقلي للطفل.

٥- متابعة نمو الطفل وسلوكه من حيث النواحي الصحية والجسمية والحركية والحاسية-البصرية والسمعية خاصة-اللغوية والإنفعالية والإجتماعية، وإحالاته إلى المتخصصين لدى ملاحظة أي قصور وذلك لمزيد من الفحص والتقييم.

٦- التعاون مع الإخصائيين وإمدادهم بالبيانات الدقيقة الوافية اللازمة عن الطفل، وظروفه البيئية، بما يساعدهم على تقييم حالته وتشخيصها بدقة، وتحديد إحتياجاته الخاصة، والبرنامج الملائم لرعايته.

٧- إتباع أساليب والدية إيجابية في تنشئة الطفل ورعايته، قوامها الرضا والتقبل والواقعية، والتشجيع والمساندة، والنظرة التفاؤلية إلى الطفل المعوق ليس على أنه فرد ناقص، وإنما كيان متكامل يتمتع بإمكانات وإستعدادات قابلة للنمو إذا ما أتيحت له الفرصة لذلك.

٨- توفير بيئة أسرية تكفل إشباع الحاجات الأساسية للطفل، وتنمية مهاراته الحاسية والحركية واللغوية، ومهارات الإستقلالية والإعتماد على النفس بقدر إستعداداته، وكذلك إتجاهاته الإجتماعية بما يحقق تفاعله واندماجه مع الآخرين في محيطه الأسري والعائلي والإجتماعي.

- ٩- التعرف على إستعدادات الطفل في المجالات المختلفة، وتهيئته للإلتحاق بالمدرسة.
- ١٠- التنسيق مع بقية الاخصائيين في المدرسة أو المؤسسة لمتابعة حالة الطفل، ومشاركتهم تنفيذ البرنامج المحدد لرعاية الطفل تعليمياً ومهنياً وتأهلياً، ومساعدتهم على تقويم فاعلية البرنامج.
- ١١- الدفاع عن حقوق الطفل في الخدمات المختلفة وحمايتها. (عبد المطلب أمين القريظي، ٢٠٠٦م: ١٢٨).

٢/ مدير المؤسسة:

هو القائد والمسئول الذي يدير ويوجه جهود جميع العاملين بالمؤسسة نحو تحقيق أهدافها وأهداف التربية الخاصة.

ويفضل في تعيين مدير مؤسسة أن يكون حاصلاً على الماجستير في التربية الخاصة مع التركيز على فئة من فئات التربية الخاصة.

مهام وواجبات مدير المؤسسة:

- ١- تحديد أهداف المركز أو المؤسسة في ضوء أهداف التربية الخاصة المنبثقة من السياسة العامة.
- ٢- تحديد إحتياجات المركز من الكوادر البشرية المتخصصة والمشاركة في إختيارها.
- ٣- تنظيم وتنسيق الجهود بين مختلف الأقسام داخل المؤسسة.
- ٤- الإشراف على عمليات القياس والتشخيص وقرار الإحالة إلى المكان المناسب بالنسبة للأطفال المعاقين.
- ٥- المشاركة في عمليات التقييم.
- ٦- المشاركة في توزيع الطلاب على الصفوف وتوزيعهم في مجموعات متجانسة حسب درجة وشدة تلك الإعاقة.
- ٧- القيام بعمليات الإلتصال بأولياء الأمور للمشاركة في حل مشكلات الطلاب وتقييم العملية التعليمية.
- ٨- الإلتصال بالمؤسسات الأخرى ذات العلاقة، والإستفادة من خدماته. (عبد الصبور منصور، ٢٠٠٣م: ٢٤).

٣/ معلم الفئات الخاصة:

هو من يعلم أو يدرّب الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة العلوم أو المهارات أو الخبرات.

مهام وواجبات معلم الفئات الخاصة:

- ١- المشاركة في تقييم وتشخيص الحالات، وتحديد مستوى الأداء التحصيلي الحالي لها.
- ٢- المشاركة في تحديد الإحتياجات الخاصة عموماً لكل حالة مع التأكيد على الإحتياجات التربوية والأكاديمية لها.
- ٣- تحديد الأهداف التربوية والتعليمية لكل طفل.
- ٤- تحديد البرنامج التربوي والتعليمي، والبرنامج الفردي والأنشطة الجماعية المناسبة لكل طالب.
- ٥- تحديد الخطة التعليمية ومستوياتها.
- ٦- تحديد المواد والمصادر والوسائل والأنشطة التعليمية المناسبة لحالة الطفل.
- ٧- تحديد أساليب التدريس وطرقه المناسبة لكل طفل.
- ٨- تنفيذ عملية التدريس.
- ٩- التقييم المستمر لأداء الطفل قبل التدريس وأثنائه وبعده. ومتابعة التقدم والنمو التعليمي والمعرفي والمهاري والوجداني.
- ١٠- استخدام طرق وأساليب تعديل السلوك المناسبة لحلة الطفل
- ١١- المشاركة في إرشاد ومعاونة المعلمين العاملين بالمدارس العادية التي يتعلم فيها أطفال ذوو إحتياجات خاصة (وزارة التربية والتعليم، ١٩٩٥م).
- ١٢- المشاركة في التوجيه والإرشاد الأسري، لاسيما بالنسبة للوالدين وأولياء الأمور، فيما يتعلق بالجوانب الأكاديمية والتحصيلية للطفل ومشكلاته.
- ١٣- تهيئة المواقف والبرامج الترويحية، والأنشطة الثقافية والاجتماعية، والفنية والرياضية، والرحلات والزيارات التي من شأنها أن تعزز شعور الأطفال بالسعادة، وتوثق صلاتهم ببيئتهم ومجتمعهم، وتحقق إندماجهم الاجتماعي.

١٤- التعاون مع بقية الأخصائيين في فريق التربية الخاصة وتبادل المعلومات اللازمة معهم بشأن نمو الطفل ومشكلاته، وإحالاته إلى غيره من المتخصصين عند اللزوم وبما يحقق صالح الطفل. (عبد المطلب أمين القريطي، ٢٠٠٦م: ١٢٩).

٤/الأخصائي الإجتماعي في مجال التربية الخاصة:

مهام الأخصائي الإجتماعي:

١- المشاركة في عمليات التشخيص والتقييم الشامل وذلك بجمع البيانات وإجراء البحوث الإجتماعية وتقديم التقارير.

٢- بناء وتنمية علاقات مهنية فعالة مع الطفل المعاق وأسرته على أن تكون هذه العلاقات قائمة على الثقة والإحترام المتبادل.

٣- المشاركة في عملية الإرشاد الأسري لمساعدة الأسرة على التخفيف من المشاعر السلبية تجاه الإعاقة وتصحيح مفاهيمها وتبصيرها بدورها في ضوء الوضع الراهن.

٤- ملاحظة سلوك الطفل وعلاقاته وتفاعلاته داخل البيئة الأسرية والمدرسية والمجتمعية للوقوف على أهم مشكلاته ومساعدته على حلها.

٥- الإتصال بالجهات المعنية لتقديم المساعدة أو الأجهزة التعويضية متى أحتاج لذلك المعاق. (عبد المطلب أمين القريطي، ٢٠٠٦: ١٢٩).

٦- أن يمهّد الطريق أمام المعاق ذهنياً يستعيد ثقته بنفسه أولاً وبالآخرين ثانياً، وذلك من خلال علاقة مهنية مناسبة.

٧- ملاحظة المعاق ذهنياً داخل بيئته الإجتماعية حيث توضح تلك الملاحظات فهم الدوافع وراء السلوك.

٨- على الأخصائي الإجتماعي تخفيف الضغوط الداخلية والخارجية للمعاق ذهنياً.

٩- المشاركة في وضع برامج التعليم المفرد لكل طفل. (أمل معوض الهجرسي، ٢٠٠٢م: ٨).

٥ / طبيب/ممرض / ممرض في مجال التربية الخاصة:

ومهمة الطبيب الكشف عن حالات الإعاقة ونموها وخاصة النمو الجسمي والحركي ومعالجة الأمراض الطارئة والحوادث.

وأهم واجبات الفريق الطبي مايلي:-

- ١- الرعاية الطبية للأُم خلال شهور الحمل وأثناء الولادة للتقليل من إحتمال حدوث الإعاقة.
- ٢- الرعاية الطبية للأطفال وخاصة خلال سنواتهم الأولى والتدخل العلاجي المبكر لمنع حدوث المضاعفات.
- ٣- المشاركة مع بقية أعضاء فريق العمل في التقييم الشامل للحالات مع التأكيد على التاريخ المرضي وتقييم النمو الطبيعي للطفل من النواحي الصحية والحركية والسمعية والبصرية للكشف عن جوانب العجز والقصور فيها والتدخل المبكر واتخاذ الإجراءات العلاجية والتعويضية الطبية اللازمة.
- ٤- تحديد الخدمات الطبية اللازمة لكل حالة ومنها المعينات السمعية والبصرية أو الأجهزة التعويضية والمشاركة في تقديمها ومتابعة إستخدامها بالطريقة المناسبة.
- ٥- تبصير الأسرة بحالة الطفل الصحية وما تستلزمه من متابعة وطرق ورعاية في محيط المنزل.
- ٦- التعاون مع بقية أعضاء الفريق وتبادل المعلومات والمشورة بما يكفل تحسين مستوى الأداء وتحقيق الأهداف. (عبد الصبور منصور محمد، ٢٠٠٣م: ٢٠).
- ٧- المشاركة في عملية الدفاع الإجتماعي عن المعوقين، خاصة فيما يتعلق بتأمين الخدمات الطبية اللازمة، وأهمية الإكتشاف والتدخل الطبي المبكر لمواجهة حالات الإعاقة، والتوعية والإعلام بدور مراكز رعاية الأمومة والطفولة والوحدات الصحية في هذا الصدد، وتدعيم الخدمات الصحية المدرسية. (عبد المطلب أمين القريطي، ٢٠٠٦م: ١٣٥).

٦/مهام وواجبات الاخصائي النفسي:

حدد فاروق صادق (١٩٩١م) واجبات الإخصائي النفسي في مجال ذوي الإحتياجات الخاصة على النحو التالي:

١- المشاركة في فرز الحالات وذلك من خلال المسموح التي تجريها السلطات أو الدوائر التعليمية أو الصحية أو الإجتماعية بغية الكشف عن مدى إنتشار نوعية أو شكل الإنحراف، كالتخلف أو التفوق العقلي أو الصمم أو العمى وتحديد حجم الظاهرة على مستوى شريحة إجتماعية حددة أو على مستوى المجتمع ككل.

٢- المشاركة في عملية التقييم والتشخيص الشامل للحالة: وذلك للتعرف على إمكاناتها وأوجه القصور فيها من الجانب النفسي، عن طريق المقابلة، وتطبيق الإختبارات والمقاييس النفسية المقننة، مع الإستعانة بمصادر البيانات الأخرى المتاحة من الوالدين والتقارير الطبية والإجتماعية، بحيث يتم تحديد الخصائص السلوكية المؤثرة في أداء الحالة إيجاباً وسلباً، ومن ثم إحتياجاتها الخاصة.

٣- المشاركة في قرار توجيه الحالات وقبولها في المدرسة أو المؤسسة: وذلك على أساس خصائص كل حالة، ومدى إستفادتها من البرنامج أو البرامج الموجودة داخل هذه المؤسسة، ومدى إستيفاء الحالة لشروط القبول بها.

٤- تصنيف الحالة وتسكينها في مستوى مناسب أو في مجموعة مناسبة بناء على مؤشرات واقعية عن مستوى أداء الحالة، مدى تجانسها مع غيرها من الحالات وإحتياجاتها الخاصة، وذلك بما يضمن النمو والتوافق وأفضل أداء ممكن.

٥- المشاركة في رسم البرنامج الفردي والجماعي وتنفيذه: يشارك الأخصائي النفسي الإخصائيين الآخرين في المدرسة أو المؤسسة تحديد الأهداف الإجرائية للبرنامج وتخطيطه، كما يقوم بترجمة هذه الأهداف إلى أنماط سلوكية ومفاهيم ومهارات يشرحها للمدرس أو المعالج، وكذلك تحديد نوع الموقف والإمكانات والأنشطة الممكن إستخدامها مع الحالة، ومتابعتها، ومناقشتها، وتحديد الخطوات التالية كما هو الحال في مؤتمر الحالة.

٦- التوجيه والإرشاد الفردي أو الجمعي: تعد مهمة التوجيه والإرشاد النفسي لذوي الإحتياجات الخاصة من أهم واجبات الإخصائي النفسي، حيث يعاني أفراد هذه الفئات عديداً من المشكلات اليومية الحياتية والأسرية أو التوافقية الدراسية والإجتماعية، كالإنسحاب والاضطراب الانفعالي والقلق والصراع والتناقض والوجداني والعدوان وغيرها، وهو ما يستلزم تدخل الاخصائي النفسي بجمع البيانات عن كل

حالة، واستخدام طريقة العلاج المناسبة لمساعدتها على تحقيق التوافق الشخصي والاجتماعي، وشباع حاجاتها النفسية، وتنمية إستعداداتها للمشاركة والتفاعل الإجتماعي.

٧- المشاركة في تخصيص صعوبات التعلم وعلاجها: حيث يتوقع أن تصاحب الإعاقة بعيوب وصعوبات في القراءة أو الكتابة، أو تعلم العمليات الحسابية، وكذلك عيوب النطق والكلام والتعبير اللغوي، ويشترك الإخصائي النفسي كل من المعلمين والإخصائيين الآخرين في تخطيط البرنامج التعليمي الفردي لمثل هذه الحالات وتنفيذه ومتابعته وتقييمه.

٨- المشاركة في التوجيه التربوي والمهني: يلزم ذوو الإحتياجات الخاصة توجيهها دينامياً متصلاً لكل حالة منذ دخول المؤسسة أو المدرسة حتى إنتهاء من التعليم ثم التدريب والتأهيل المهني والاجتماعي، عن طريق جمع البيانات اللازمة عن ميولها وإستعدادتها، ومتابعتها وملاحظتها في مواقف الأداء الدراسي والنشاطات المختلفة داخل المؤسسة وخارجها، والقيام بتسجيل هذه الحقائق، والإفادة منها في توجيه الحالة ونقلها من جماعة إلى جماعة، أو من مرحلة تعليمية إلى أخرى مهنية أو تشغيلية وظيفية.

٩- متابعة الحالات: بعد تخرجها ومساعدتهم في الإتصال بأماكن العمل والتشغيل بعد إنتهاء برامج داخل المدارس والمؤسسات، وعلى تحقيق التوافق الإجتماعي والمهني مع ظروف العمل.

١٠- المشاركة في برامج إعادة التأهيل: ربما لا تستطيع بعض الحالات التوافق مع حياة العاديين بعد إكمال تعليمها أو تأهيلها مهنيًا، نظراً لعدم كفاءتها الشخصية والاجتماعية أو المهارية المهنية، ويتطلب ذلك مشاركة الإخصائي النفسي في إعادة تدريب هذه الحالات وتأهيلها بما يتناسب مع خصائص كل منها، والمهارات المستلزمة، وإحتياجات المجتمع.

١١- المشاركة في تعليم أولياء الأمور وتدريبهم: وذلك لزيادة كفاءة الوالدين والأسرة، في تحمل مسؤولياتهم إزاء الحالة، عن طريق الإرشاد الأسري وتعريف الوالدين بماهية الإعاقة وأسبابها ومظاهرها وتأثيراتها على كل من الفرد والأسرة والمجتمع، وتبصير الوالدين بأهداف البرنامج التعليمي أو التأهيلي أو العلاجي ودورهما في تنفيذه ومتابعته.

١٢- المشاركة في عملية الدفاع الاجتماعي عن ذوي الإحتياجات الخاصة ويقصد بها التعرف بحقوقهم في التعليم التأهيل والإندماج الإجتماعي، والعمل والتشغيل وكذلك حقوقهم المدنية والشرعية،

ورعايتهم صحياً واجتماعياً وتربوياً ومهنياً والعمل على كفالة هذه الحقوق وتأمينها. (عبد المطلب أمين القريظي، ٢٠٠٦م: ١٣٢).

٧/أخصائي التخاطب والكلام في مجال التربية الخاصة:

وتتلخص مهامه فيما يلي:

- ١- المشاركة في القياس والتشخيص الشاملة للحالات الخاصة من حيث النمو اللغوي واضطرابات النطق كالحذف والابدال وعيوب الكلام.
- ٢- دراسة حالة الطفل المعاق مع التركيز على العوامل العضوية والنفسية والاجتماعية المسببة للاضطراب.
- ٣- وضع البرنامج العلاجي المناسب لنوع الاضطراب وحدته وتنفيذه ومتابعته وتقويمه أو إحالة الطفل إلى المراكز العلاجية المتخصصة.
- ٤- تبصير الوالدين بدورهما في متابعة حالة الطفل، وإمدادهم بالمعلومات والتدريب الملائم للمشاركة في البرنامج العلاجي.
- ٥- متابعة حالة الطفل بعد إنتهاء البرنامج العلاجي وإتخاذ مايلزم بشأن مواصلة مراحل أخرى من العلاج.
- ٦- تنسيق الجهود وتبادل المعلومات بشأن حالة الطفل مع بقية أعضاء الفريق والإستفادة من جهودهم من مساندة وتعزيز البرنامج العلاجي.
- ٧- إرشاد الأسرة بأهمية إستخدام الأساليب التربوية في المعاملة مع الطفل والعمل على تهيئة مناخ صحي سوي ومناسب للطفل. (عبدالصبور منصور، ٢٠٠٣م: ٦).

٨/ أخصائي التدريب والتأهيل في مجال التربية الخاصة:

من أهم واجباته:

- ١- المشاركة في القياس والتشخيص والتقييم مع التأكيد على تحليل وتحديد قدرات وإستعدادات الفرد المعاق المهنية عن طريق إستخدام الوسائل المختلفة كالاختبارات والمقابلات والملاحظات المنظمة لسلوك الفرد.

- ٢- إختيار نوع العمل المناسب للحالة في ضوء تحليل العمل والأنشطة التي يتطلبها، والكفاءات التي يستلزمها من جانب وما يتمتع به الفرد من إستعدادات ومقدرات مهنية من جانب آخر.
- ٣- تحديد المهام التدريبية اللازمة، وتحليل المهارات المتضمنة فيها.
- ٤- تحديد الأهداف العامة للبرنامج التدريبي والتأهيلي المهني للفرد المعاق والخاصة بكل مهمة أو مهارة.
- ٥- وضع البرنامج التدريبي المناسب وتوفير متطلباته من ورش وأدوات ومدربين متخصصين، وتهيئة الظروف المناسبة لعملية التدريب كالإضاءة والتهوية وتوزيع فترات العمل والراحة.
- ٦- تنفيذ البرنامج التدريبي مع التركيز على إكتساب المهارات وتنمية العادات والميول المرتبطة بالعمل.
- ٧- تقييم مستوى الأداء، وتحقيق مرونة البرنامج بما يساعد على تذليل الصعوبات التي قد يواجهها الفرد في التدريب، والتوفيق بين إمكانياته ومتطلبات العمل.
- ٨- المشاركة في عملية التوجيه والإرشاد المهني للفرد، وتعريفه بفرص العمل المتاحة، والأعمال التي تتفق وإستعدادته ومقدراته ومهاراته.
- ٩- إستخدام وتوظيف موارد المجتمع والهيئات والمصانع والورش في التدريب والتأهيل المهني للمعوقين، وتوفير التجهيزات اللازمة للتدريب، والتنسيق مع الهيئات المعنية لتوفير فرص العمل والتشغيل.
- ١٠- متابعة الحالات مهنيًا والتقييم المستمر بغرض التعرف على المشكلات التي قد تعوق توافقها المهني والمساعدة في التغلب عليها، وتبادل المعلومات مع أعضاء فريق العمل.
- ١١- والمشاركة في الدفاع الإجتماعي عن المعوقين وتوعية المجتمع بأهمية التأهيل المهني، وتوفير فرص العمل والتشغيل اللازمة لهم في بيئات وظروف آمنة تضمن سلامتهم المهنية - كالورش المحمية والأمن الصناعي متى كان ذلك ضرورياً - ومساعدتهم على تأسيس المشروعات والمؤسسات الإنتاجية الخاصة بهم ودعمها.

١٢- المشاركة في إعادة التأهيل المهني للمعوقين في حالة الحاجة إلى ذلك ربما يتفق مع ظروفهم وحاجة سوق العمل. (عبد المطلب أمين القريطي، ٢٠٠٦م: ١٣٨). ع

الأمانة العامة للتربية الخاصة:

لكل فرد الحق في تعليم مناسب يلبي حاجاته ويستجيب لقدراته في بيئة تربوية غير مقيدة لإمكاناته، ومن هنا فإن القرار المتعلق بالبيئة الأكثر ملائمة لآبد أن يستند إلى معلومات ومن التطورات التي برزت في التشريعات الخاصة بالمعوقين التركيز على مبدأ البيئة غير المقيدة (ctive Least Restri Environment) ويقصد بها أن يوضع الطفل غير العادي في بيئات تعظم فرص تفاعله مع أقرانه من العاديين.

أشار تقرير لجنة ورنوك (Warnock 1978) والتي شكلها البرلمان البريطاني لمراجعة أساليب رعاية الأطفال والشباب ومشكلات التربية الخاصة في إنجلترا إلى أن الإحتياجات الخاصة تتطلب توفير وسائل خاصة تمكن الطفل من الإستفادة القصوى من المنهج، وذلك عن طريق أجهزة وتسهيلات ومصادر خاصة وتعديلات معينة في البيئة الفيزيائية، والإهتمام بالجو الإنفعالي الذي تتم فيه عملية التربية. (عبدالله زيد الكيلاني وفاروق الروسان، ٢٠٠٦م: ٤٠).

قضايا ومشكلات في التربية الخاصة:

يلاحظ المتتبع لميدان التربية الخاصة، وخاصة منذ النصف الثاني من القرن العشرين وحتى الآن، نمواً متزايداً وتطوراً واضحاً في العديد من المجالات منها:

١- تطور المفاهيم الأساسية في ميدان التربية الخاصة، وتحديد كل فئة من فئات التربية الخاصة، وخاصة بعد أن ساهمت العلوم المختلفة في مثل هذا التحديد.

٢- تطور أدوات القياس والتشخيص كل فئة من فئات التربية الخاصة حيث يلاحظ التطور الواضح في كمية ونوعية تلك المقاييس، ولستخدمها في تشخيص الأطفال ذوي الإحتياجات.

٣- تطور البرامج التربوية والتعليمية لكل فئة من فئات التربية الخاصة، وخاصة الخطط التعليمية الفردية، والأساليب التعليمية المعدلة لتناسب كل فئة من فئات التربية الخاصة.

- ٤- تطور أساليب التدريس لكل فئة من فئات التربية وخاصة الخطط التعليمية الفردية، والأساليب التعليمية المعدلة لتناسب كل فئة من فئات التربية الخاصة.
- ٥- تطور الوسائل التعليمية، والتكنولوجية الحديثة، وخاصة استخدام الكمبيوتر في التعليم، لكل فئة من فئات التربية الخاصة.
- ٦- تطور البرامج التربوية والخدمات التربوية وانتقالها من مراكز الإقامة الكاملة إلى البرامج التربوية التي تنادي بمراكز التربية الخاصة النهارية، وبرامج الصفوف الخاصة الملحقه بالمدرسة العادية، وبرامج الدمج الأكاديمي وبرامج الدمج الإجتماعي.
- ٧- تطور الأنظمة والتشريعات والقوانين التي تكفل الحقوق التربوية والصحية والإجتماعية لفئات التربية الخاصة، من حيث ظهرت في دول العالم المختلفة مسودات تشريع، وتشريعات وقوانين تكفل تلك الحقوق لفئات التربية الخاصة.
- ٨- تطور البرامج الأكاديمية في الكليات والجامعات التي تعمل على تأهيل الكوادر اللازمة للعمل في برامج التربية الخاصة.
- ٩- تطور البرامج الدولية التي تهتم بفئات التربية الخاصة وظهور المنظمات الدولية التي تعمل على توفير السبل اللازمة لتوفير الخدمات التربوية والتأهيلية المهنية، لفئات التربية الخاصة.
- ١٠- تطور برامج الوقاية، وبرامج التدخل المبكر، وظهور الجمعيات الدولية الأكاديمية، والإجتماعية التي تهتم بفئات التربية الخاصة.
- وقد التطور الواضح في جوانب التربية الخاصة المختلفة والمتعلقة بظهور التعريفات المحددة لفئات التربية الخاصة، وأسباب ظهورها، وأدوات القياس والتشخيص، والبرامج التربوية وظهور القوانين والتعريفات، وبرامج الوقاية، إلى ظهور العديد من القضايا والمشكلات المتعلقة بتلك الجوانب، ويعود سبب ظهور تلك القضايا إلى تعدد الجهات العلمية والطبية والإجتماعية التي ساهمت في تطور ميدان التربية الخاصة، ومن ثم تعدد المواقف حيال تلك التطورات بين مؤيد ومعارض، تلك التطورات في ميدان التربية الخاصة. (نجدة إبراهيم علي سليمان، ٢٠٠٩م: ١٦).

- قضايا ومشكلات التربية الخاصة:

- ومن هذه القضايا والمشكلات الآتي:

- ١- قضية الدمج الأكاديمي والإجتماعي والتطبيع.
- ٢- قضية التسمية والتصنيف.
- ٣- قضية الحقوق والتشريعات.
- ٤- قضية الإتجاهات.
- ٥- قضية إعداد الكوادر.
- ٦- قضية القياس والتشخيص.
- ٧- قضية البرامج والمواد التعليمية.
- ٨- قضية الإحالة.
- ٩- قضية الوقاية والتدخل المبكر.
- ١٠- قضية التأهيل والتشغيل المبكر. (نجدة إبراهيم علي سليمان، ٢٠٠٩م: ١٨).

الإعاقة الذهنية

لقد أقتضت حكمة الخالق ألا يكون البشر سواء، وإن كانوا سواسية، لا يتفاضل بعضهم على بعض إلا بالتقوى، فهناك من فضلهم الله في الرزق، ومنهم من أعطاه العلم والجسم، ومنهم من حرم من بعض الحواس، أو أصيب بإعاقة من نوع معين، قد تكون بدنية، أو حسية، أو إنفعالية، أو نفسية، أو عقلية، ولعل خير دليل على ذلك قوله تعالى (أهم يقسمون رحمت ربك نحن قسمنا بينهم معيشتهم في الحياة الدنيا ورفعنا بعضهم فوق بعض درجات ليتخذ بعضهم سخرياً ورحمت ربك خير مما يجمعون) (سورة الزخرف، آية ٣٢).

وتعد الإعاقة من المشكلات المهمة التي تواجه كل المجتمعات على حد سواء، والتي بدأت المجتمعات توليها إهتماماً كبيراً، حيث أنها تمس ما يقرب من (١٠ - ١٥%) من أفراد المجتمع، وبالتالي يترتب عليها العديد من المشكلات التي تتعلق بتكيف ورفاهية المعوق، وكذلك قدرته على أن يصبح فرداً منتجاً في مجتمعه. (حسن محمد حسان، ٢٠٠٥م: ٨١).

وتعتبر ظاهرة الإعاقة الذهنية من الظواهر التي حظيت بإهتمام العديد من ميادين العلم والمعرفة، كعلوم النفس والتربية والطب والإجتماع والقانون. ويعود السبب في ذلك إلى تعدد الجهات العلمية التي ساهمت في تفسير هذه الظاهرة ونتيجة لذلك تم تقديم تعريفات مختلفة لهذه الظاهرة وقد يكون من المناسب إستعراض تلك التعريفات. (فاروق الروسان، ٢٠٠٧م: ١٤٩).

وصفها ومجالاتها:

رغم أن معظم الناس لديهم فكرة بسيطة عن الإعاقة الذهنية، إلا أن معظمهم لا يعلم أن هناك تعريفات فنية، ففي الغالب نستخدم التعريفات التي وضعتها الجمعية الأمريكية للإعاقة الذهنية، وهي منظمة متخصصة في المشاكل الناتجة عن الإعاقة الذهنية وتطورات نسبة العجز. وهذا التعريف قد تم تنقيحه ومراجعته في عام ١٩٩٢م، وقد كتب بلغة معقدة وله أوجه عديدة. (كريماني بدير، ٢٠٠٤م: ٩٣).

ليس سهلاً أن نجد تعريفاً واحداً للإعاقة الذهنية يكون مقبولاً لمختلف المهتمين في الحقل، وذلك لأسباب متعددة منها:

١. إن الإعاقة الذهنية في أغلب الأحيان ليست شيئاً نستطيع أن نمسكه أو نراه أو نحدده، وإنما نستدل عليه

٢. إن الإعاقة الذهنية درجات متعددة وأنماط مختلفة.

٣. إن أسباب الإعاقة الذهنية كثيرة جداً حيث توصل المختصون إلى ذكر ٢٠٠ سبب ومازالت هناك أسباب كثيرة غير معروفة.

٤. إن مشكلة الإعاقة الذهنية ليست خاصة تهتم بها فئة دون غيرها، وإنما هي محل إهتمام عالم النفس، ورجل التربية، ورجل الإجتماع، والأطباء، والمختص بالوراثة، وأولياء الأمور. لذلك يتأثر تعريف هذه المشكلة بإختصاص كل منهم.

٥. كماإنها تخضع للزمان والمكان حيث أن بعض حالات الإعاقة البسيطة قد لا تكون ملاحظة في المجتمعات الزراعية، وذلك لطبيعة الحياة فيها وما تحتاجه من مهن، بينما قد تكون تلك الإعاقة ملاحظة في المجتمعات الصناعية. (محمد أحمد خصاونة، ٢٠١٠م: ٣٥).

وبطبيعة الحال عندما يعرف عالم النفس الإعاقة الذهنية فإنه يركز على الجانب النفسي، بينما يؤكد رجل الإجتماع في تعريفه للإعاقة الذهنية على الكفاءة الإجتماعية، في حين يؤكد الطبيب في تعريفه للإعاقة الذهنية على الأسباب المؤدية لها. (محمد أحمد خصاونة، ٢٠١٠م: ٣٥).

التطور التاريخي لرعاية وتربية المعاقين ذهنياً:

مرت الإعاقة الذهنية بمراحل عدة منها:

أ- **مرحلة الإبادة:** كانت المجتمعات الإنسانية في العصور القديمة تتخلص من الأطفال المعاقين وضعفاء البنية. أمثال ماورد في (جمهورية أفلاطون) التي كانت تقوم على ارسنقراطية العقل وتمجيده، كذلك فعلت اسبارطة الدولة العسكرية. كذلك الإمبراطورية الرومانية من قبل.

ب- **مرحلة الإهمال:** لقد خفت سلبية ردود الفعل نحو المعاقين عقلياً فلم تعد كثيراً من المجتمعات يتخلص منهم بالقتل أو العزل بل تركوهم دون أي شكل من أشكال الرعاية الخاصة إلى أن يموتوا تلقائياً وبخاصة في حالات الاعاقة الشديدة، مما أدى إلى قصر معدل أعمارهم الزمنية.

ت- **مرحلة الرعاية الأساسية:** في هذه المرحلة بدأ الإهتمام بالمعوقين عقلياً بفضل الديانات السماوية التي تتضمن جميعها على قيم إنسانية تتادي برعاية الضعفاء والمرضى والمعوقين. واتسمت هذه المرحلة بالعناية بالمعوقين عقلياً وتزويدهم بالغذاء والشراب والكساء، وجعلت لهم مساكن خاصة في أقبية الكنائس والمستشفيات وكان الاعتقاد بعدم جدوى تعليمهم، بل بعضهم كان يفضل وضعهم في السجون إلى جانب المجرمين للظن أنهم قد يسببون خطراً على المجتمع.

ث- **مرحلة التربية والتأهيل:** بدأت هذه المرحلة في نهاية القرن الثامن عشر وبداية القرن التاسع عشر. وجدت محاولات كثيرة لتدريب المعوقين عقلياً وتأهيلهم. وكان أبرزها جهود الطبيب الفرنسي (إيتارد) حيث كانت البداية الحقيقية لهذا التأهيل، فقد كان هذا الطبيب يعمل في مركز خاص بالصم. وفي عام ١٧٩٨م عثر ثلاثة صيادين على طفل متوحش في إحدى الغابات وسمي فيما بعد الطفل (الفكتور) أو (أفيرون) نسبة إلى الغابة التي وجد فيها.

كان الطفل متوحش بمعنى الكلمة وخلال خمس سنوات إستطاع الطبيب إيتارد من تغيير سلوك الطفل لأن أصبح ينطق ويقرأ ويكتب بعض الكلمات، كما تحسن سلوكه الحيواني بعض الشيء. ثم توالى الإهتمامات بالمعوقين عقلياً عند غالبية الدول، حيث أنشئت مدارس خاصة بهم وبرامج تعليمية خاصة لهم، وبعد الحرب العالمية الثانية إزداد الإهتمام بالمعوقين عقلياً وبخاصة في أمريكا. (حسن منسي، ٢٠٠٤م: ١٩).

التطور التاريخي في العصور المختلفة:

١- تعرف الإنسان على حالات التخلف العقلي منذ أقدم العصور بمثابة مشكلة نفسية وإجتماعية واقتصادية، ففي العصور الإغريقية. عمل الإغريق على تشخيص حالة التخلف العقلي من خلال النواحي الجسمية وما يرافقها من تشوهات خلقية وقد أعتبروا أن المعاق ذهنياً غير صالح للحياة ويجب التخلص منه في مرحلة الطفولة.

٢- أما في العصور الرومانية فقد كانوا أكثر تسامحاً في تقبل المتخلفين ذهنياً، وقد حظوا بإهتمام أكثر من الإعاقة الجسدية وذلك بسبب إعتقادهم بأن المتخلفين عقلياً يمكن علاجه ولكن المعوقين جسدياً لايمكن علاجهم.

٣- وفي العصور المسيحية الأولى تغيرت النظرة الإنسانية نحو هؤلاء المعوقين في بداية العصور الوسطى حيث استخدم هؤلاء المتخلفون عقلياً كوسيلة للتسلية والترفيه لأبناء الطبقة الحاكمة في بعض المجتمعات الأوروبية.

- كانوا في العصور الإسلامية أكثر تقبلاً لهؤلاء المتخلفين عقلياً حيث عرف المسلمون الكثير عن الانحرافات العقلية وعن استخدام العلاج النفسي في معالجة هذه الحالات وقد استمرت هذه النظرة الإنسانية في التعامل والتقبل لهذه الفئة من خلال القرآن الكريم ومن الأحاديث النبوية الشريفة.

- وفي الولايات المتحدة الأمريكية بدأ الإهتمام بالمتخلفين عقلياً عام (١٨٥٠) على يد سيجان وكان ذلك في ولاية ماسوشيت إحدى الولايات الأمريكية إذ أسس مؤسسة لرعاية المتخلفين عقلياً، وفي عام (١٨٧٦) تأسست الجمعية الأمريكية لرعاية المتخلفين عقلياً وفي عام (١٩٥٠) أسست الجمعية الأمريكية للأباء المتخلفين عقلياً، وقد بلغت ذروة الأهتمام بالتخلف العقلي في الولايات المتحدة الأمريكية عام (١٩٦٢) حيث تبنى الرئيس الأمريكي جون كنيدي JohnKendey رعاية المتخلفين وكذلك بدأ الإهتمام بهؤلاء المتخلفين عقلياً من قبل عدد من العلماء وعلى رأسهم العالم أنطوني فترز هيربرت Hnthonhy-Fitz Herbart إذ نظر إلى المتخلف عقلياً نظرة علمية، ثم حاول جون لوك John Look التمييز بين الأبله والمجنون. (نادرفهمي الزويد، ٢٠٠٠م: ١٦).

- وفي فرنسا كانت أول محاولة فعلية لتعليم الأطفال بشكل واضح من خلال المؤسسات والمراكز الخاصة بالمعوقين حيث إهتمت هذه المراكز والمؤسسات بإمكانية توفير الحماية والرعاية والتدريب للمعاقين ذهنياً .

- وأظهر سيمون وبنيه الفرنسيين الإهتمام بالعملية التربوية لهؤلاء المتخلفين عقلياً مما أدى إلى إنشاء وبناء إختبار لقياس الذكاء.

- أما في الوطن العربي فقد الإهتمام بالمتخلفين عقلياً متأخراً وذلك بأخذه بعدين القطاع الحكومي والأهلي والخيري.

- وظهر الإهتمام في جمهورية مصر العربية عام (١٩٥٥م) متمثلاً في وزارة التربية والتعليم عندما عملت على تخصيص ثلاثة صفوف في ثلاث مدارس ابتدائية لتعليم الأطفال المتخلفين عقلياً ثم بدأت

عملية التوسع حتى بلغت في عام (١٩٦٥م) على حوالي (١٢٠) صف إضافية إلى أربع مؤسسات أخرى متخصصة في رعاية المتخلفين عقلياً. (آمال عبد السميع باظة، ٢٠٠٧م: ١٦-١٩).

- وفي الكويت بدأ الإهتمام بالمتخلفين عقلياً عام (١٩٦٠م) بإنشاء مركزين للمعوقين عقلياً إحداهما للذكور والآخر للإناث، وفي عام (١٩٦٥م) أنشأت وزارة الشؤون الإجتماعية والعمل مؤسسة ضعاف العقول لرعاية حالات التخلف العقلي الشديد.

- أما في سوريا ولبنان فقد بدأ الإهتمام (١٩٦٠م) بإنشاء مؤسستين لرعاية المتخلفين عقلياً أما في الأردن فقد بدأ الإهتمام متأخراً عن بقية الدول العربية في هذا المجال وقد كانت معظم المؤسسات التي أنشئت من قبل القطاع الأهلي والمؤسسات الأجنبية، ففي عام (١٩٦٧م) بدأت المؤسسة السويدية بتقديم خدماتها في مجال رعاية المتخلفين عقلياً وكان عملها في مدينة القدس من خلال إنشاء دار لرعاية المتخلفين عقلياً وقد زاد نشاط هذه المؤسسة بإنشاء ثلاث مدارس أخرى في أماكن مختلفة من الأردن وبلغ عدد المنتفعين (١٩٧٥م) حوالي (١٢٠) منتفعاً، وفي عام (١٩٧٠م) تم إنشاء جمعية الصحة النفسية وكان من أهدافها رعاية المتخلفين عقلياً وكذلك المرض النفسي وتأهيلهم وفي عام (١٩٧٤م) تم إنشاء جمعية الشابات المسلمات حيث تم إعداد مدرسة خاصة لرعاية المتخلفين عقلياً.

- وكذلك عملت وزارة التنمية الإجتماعية على فتح عدد المؤسسات لرعاية المتخلفين عقلياً ومنها مركز المنار الذي تأسس عام (١٩٧٧م) يهدف إلى:

- تعليم وتدريب وتأهيل الأطفال المعاقين عقلياً والمحصولين في الفئات التالية "الأطفال ذوي التخلف العقلي المتوسط وما دونه ممن تتراوح أعمارهم من سن ٣-٦". "الأطفال الذين يعانون إضافة إلى الإعاقة العقلية صعوبات حركية وصعوبات نطقية وصرع واضطرابات نفسية".

- تقديم خدمات التوجيه والإرشاد الأسري لأسر الأطفال المعاقين عقلياً.

- تقديم الخبرات الفنية والتدريب اللازم والمعلومات لفئات والهيئات التي لها علاقة بخدمات المعوقين عقلياً.

- تنمية قدرات المتخلفين عقلياً من الناحية العقلية والجسدية من خلال البرامج.

- تدريب المتخلفين عقلياً على السلوك الإجتماعي لمساعدتهم على الإدماج والتكيف مع البيئة.
(نادر فهمي الزويد، ٢٠٠٠م: ١٧).

مفهوم الإعاقة الذهنية:

تعتبر ظاهرة الإعاقة الذهنية من الظواهر المألوفة على مر العصور، ولايكاد يخلو مجمع ما منها، كما تعتبر هذه الظاهرة موضوعاً يجمع بين إهتمامات العديد من ميادين العلم والمعرفة، كعلوم النفس والتربية والطب والإجتماع والقانون، ويعود السبب في ذلك إلى تعدد الجهات العلمية التي ساهمت في تفسير هذه الظاهرة وأثرها في المجتمع، ولذا فليس من المستغرب أن نجد تعريفات مختلفة لهذه الظاهرة، وقد يكون من المناسب إستعراض تلك التعريفات: (فاروق الروسان، ١٩٩٦م: ٧٤).

أولاً: تعريفات الإعاقة الذهنية:

١- التعريف الطبي (Medical Definition):

يرى هذا الإتجاه بأن الإعاقة الذهنية ناتجة عن أسباب وراثية (جينية) لها علاقة بالكروموسومات تؤدي إلى إصابة المراكز العصبية في الدماغ والتي تحدث قبل أو أثناء أو بعد الولادة تؤدي إلى عدم إكمال نمو دماغ الفرد قبل الولادة أو بعدها، ومن العوامل المرضية التي تؤدي إلى الإعاقة الذهنية مرض السفلس، والحصبة الألمانية، والتعرض لأشعة أكس، ومشاكل الحمل، والتسمم الولادي، وسوء التغذية عند الأم الحامل، والتدخين، والتعرض للرضوض، وتناول الكحول، والعقاقير والمخدرات، والإخصاب غير المناسب أو الخلل الذي يصيب الحيوان المنوي، والبيئة الرحمية المريضة والعامل الرايزيسي أي إختلاف دم الأب عن دم الأم. (سعيد حسني العزة، ٢٠٠٩م: ٦٠).

التعريف الطبي: وهي إصابة المراكز العصبية بالخلل قبل أو بعد الولادة للفرد أو عدم إكمال نمو الدماغ. (حسن منسي، ٢٠٠٤م: ٢٠).

وهي يشير إلى أن التخلف العقلي هو حالة توقف أو عدم إكمال نمو الدماغ نتيجة لمرض أو إصابة قبل سن المراهقة أو بسبب عوامل جينية. (أحمد وادي، ٢٠٠٨: ٣٤).

ومن التعريفات الطبية:

أ/تعريف لوريا(١٠:١٩٨٣، luria) المذكورة في (سليمان عبدالواحد يوسف، ٢٠١٠م:٨) إن المعاق عقلياً هو الشخص الذي يعاني اضطراب بالمخ حاد في طفولته المبكرة مما يؤدي إلى تأخر الإرتقاء السوي بالمخ، وينتج عن ذلك مشكلات في إرتقاء الوظائف العقلية.(سليمان عبدالواحد يوسف إبراهيم، ٢٠١٠م:٨).

ب/ تعريف جيرفيس (jervis 1952م) وقد عرف الإعاقة الذهنية بأنها حالة توقف أو عدم إستكمال النمو العقلي، نتيجة لمرض أو إصابة قبل سن المراهقة، أو أن يكون لعوامل جينية. وترى الباحثة أن هذا التعريف أوضح فترة الإصابة التي يمكن إجراء الملاحظة عليها، وحدد الأسباب المؤدية للإعاقة.

لكنه لا ينطبق على كل الحالات لذلك فهو لا يصلح للتشخيص أو العلاج).

يعتبر التعريف الطبي من أقدم حالة الإعاقة الذهنية، إذ يعتبر الأطباء من أوائل المهتمين بتعريف وتشخيص ظاهرة الإعاقة الذهنية، وقد ركز التعريف الطبي على أسباب الإعاقة الذهنية، ففي العام ١٩٠٠ م ركز ايرلاند(Ireland) المذكور في (فاروق الروسان، ٢٠٠٣ م) على الأسباب المؤدية إلى إصابة المراكز العصبية، والتي تحدث قبل أو اثناء أو بعد الولادة. وفي العام ١٩٠٨ ركز تريد جولد (Tred gold) المذكور في (فاروق الروسان ٢٠٠٣ م) على الأسباب المؤدية إلى عدم إكتمال عمر الدماغ سواء كانت تلك الأسباب قبل الولادة أو بعدها.

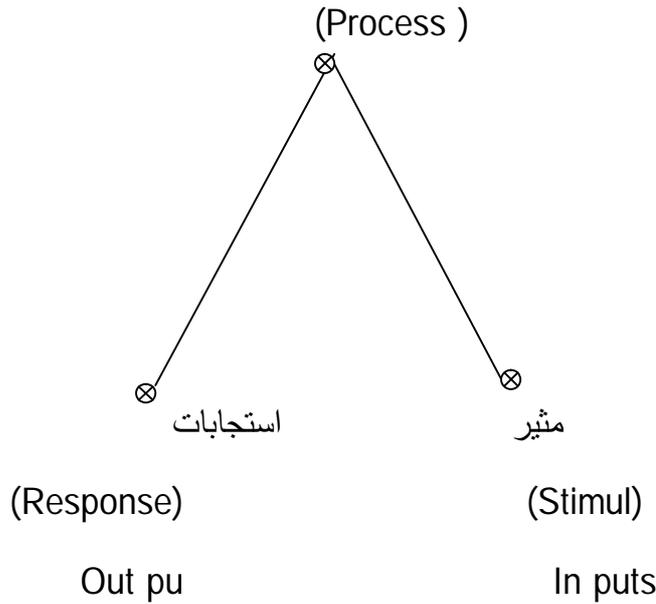
تتعدد الأسباب المؤدية إلى الإعاقة الذهنية وخاصة تلك الأسباب التي تؤدي إلى تلف في الجهاز العصبي المركزي (Central Nervous System CNS) وخاصة القشرة الدماغية (Cortex) والتي تتضمن مراكز: الكلام والعمليات العقلية العليا، التآزر البصري الحركي، الحركة، الإحساس، القراءة، والسمع.

حيث تؤدي تلك الأسباب إلى تلف في الدماغ (Brain Damage) أو المراكز المشار إليها، وبالتالي تعطيل الوظيفة المرتبطة بها. على سبيل المثال قد تؤدي الأسباب إلى إصابة مركز الكلام بالتلف ويترتب على ذلك تعطيل الوظيفة المرتبطة بالمركز. وهكذا بالنسبة لبقية المراكز.

وتبدو مهمة الجهاز العصبي المركزي فى إستقبال المثيرات من خلال الأعصاب الحسية ومن ثم القيام إستجابات المناسبة وفى الوقت المناسب، والشكل التالي يمثل أبسط أنواع العمليات العقلية التي يقوم بها، كما أن مهمة الجهاز العصبي المركزي إدارة كل العمليات النفسية والعقلية والحركية والحسية.

والشكل التالي رقم(٣) يوضح أنواع العمليات العقلية للجهاز العصبي المركزي

الجهاز العصبي المركزي(CNS)



وعلى ذلك يتمثل التعريف الطبي للإعاقة الذهنية في وصف الحالة وأعراضها وأسبابها. وقد وجهت إنتقادات لهذا التعريف تتمثل في صعوبة وصف الإعاقة الذهنية بطريقة رقمية تعبر عن مستوى ذكاء الفرد. (فاروق الروسان، ٢٠٠٣م: ١٨).

٢ / التعريف السيكومتري: (Psychometric Definition) :

ويشير هذا المفهوم الى مقاييس القدرة العقلية عند (الفرد بينيه ووكسلر) ويعتمد على درجة الذكاء كمحك في تعريف الإعاقة الذهنية ويصنف هذا المقياس المعاقين الى مايلي:

أ/ معاقين قابلين للتعليم (E M R) Educable Mental Retarded

وينحرفون إحرافاً معيارياً عن المتوسط.

ب/ معاقين قابلين للتدريب (T M R) Trainable M enta I Ret arded

وينحرفون إنحرافين سالبين عن المتوسط.

ج/ معاقين ذوي إعاقة شديدة (S M R) Severe Mental Retardation

وينحرفون ثلاث إنحرافات معيارية عن المتوسط. (سعيد حسن الغزة، ٢٠٠٩م: ٦١).

التعريف السيكومتري: وهو يعتمد على درجة الذكاء فهم الذين تقل درجة ذكائهم عن ٧٠ درجة حيث

أن معدل الناس الأسوياء من (٩٠ - ١٠٠) درجة. (حسن منسي، ٢٠٠٤م: ٢٠)

ظهر التعريف السيكومتري للإعاقة الذهنية نتيجة للإنقادات التي وجهت إلى التعريف الطبي، حيث

يمكن للطبيب وصف الحالة ومظاهرها وأسبابها دون أن يعطي وصفاً دقيقاً وبشكل كمي للقدرة

العقلية. فعلى سبيل المثال قد يصف الطبيب حال الطفل المنغولي ويذكر مظاهر تلك الحالة من

الناحية الفيزيولوجية وأن يذكر الأسباب المؤدية إليها، لكن لا يستطيع وصف نسبة ذكاء تلك الحالة،

بسبب من صعوبة استخدام الطبيب لمقياس ما من مقاييس القدرة العقلية كمقياس ستانفورد بينيه للذكاء

أو مقياس وكسلر لذكاء الأطفال وبسبب ذلك، ونتيجة للتطور الواضح في حركة القياس النفسي على

يد بينيه عام ١٩٠٥م وظهور مقياس ستانفورد بينيه للذكاء والذي ظهر نتيجة لعدد من التعديلات التي

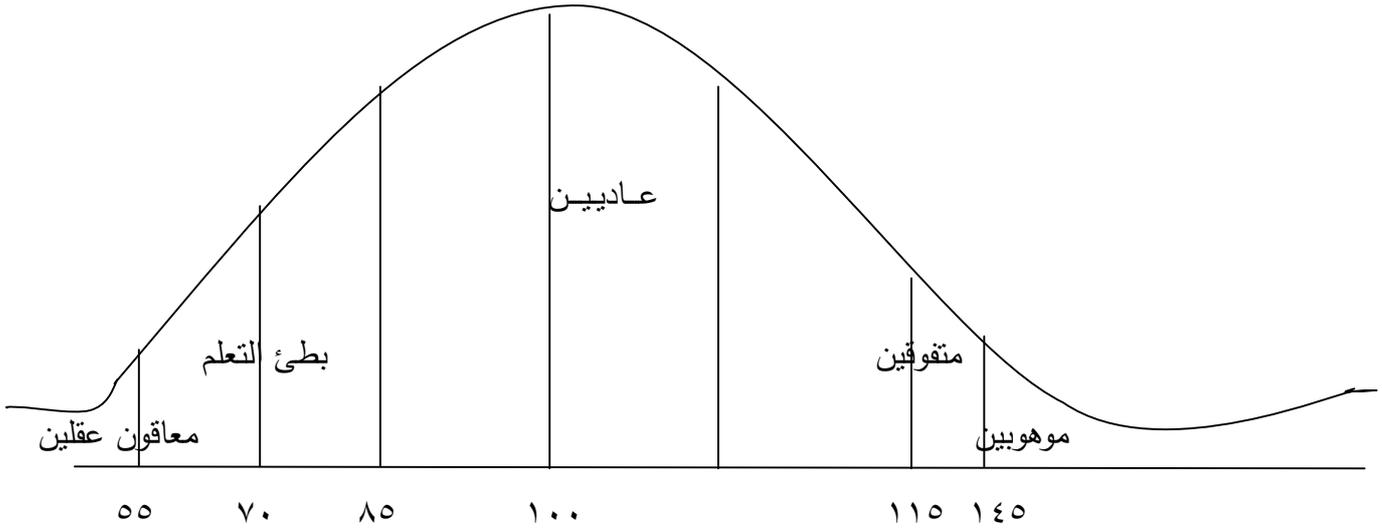
أجريت عليه في جامعة ستانفورد، في الولايات المتحدة (عام ١٩١٦م - ١٩٦٠)، ومن ثم ظهور

مقاييس أخرى للقدرة العقلية ومنها مقياس وكسلر لذكاء الأطفال عام ١٩٤٩م وغيرها من مقاييس

القدرة العقلية، وقد إعتد التعريف السيكومتري على نسبة الذكاء كمحك في تعريف الإعاقة الذهنية،

وقد إعتبر الأفراد الذين تقل نسبة ذكائهم عن (٧٥) معاقين ذهنياً على منحنى التوزيع الطبيعي للقدرة

العقلية، ويمثل الشكل رقم (٢) توزيع القدرة العقلية على منحنى التوزيع الطبيعي.



الشكل رقم (٤) منحى التوزيع الطبيعي للقدرة العقلية

ويمثل الشكل رقم (٢) موقع الأفراد المعاقين ذهنياً على منحى التوزيع الطبيعي للقدرة العقلية، حيث أعتبرت

أن نسبة الذكاء المعيار الوحيد في تصنيف الأفراد إلى معاقين ذهنياً ام لا، حيث إعتبرت الدرجة (٧٠) حداً فاصلاً بين كل من الأطفال المعاقين ذهنياً وغيرهم، حيث بلغت نسبة هذه الحالات حوالي ٣%، فيما ما مضى إعتبرت نسبة الذكاء ٨٥ حداً فاصلاً بين كل الأطفال المعاقين ذهنياً وغيرهم من حالات القدرة العقلية، وعلى ذلك تبلغ نسبة الأطفال المعاقين ذهنياً حسب ذلك المعيار ١٦%.

وتختلط أحياناً مصطلحات لها علاقة بالإعاقة الذهنية مثل مصطلح بطيء التعلم، وصعوبات التعلم، والمرض العقلي، وقد يكون من المناسب هنا التمييز بين حالات الإعاقة الذهنية وحالات بطء التعلم، حيث تمثل حالات بطء التعلم تلك الحالات التي تقع نسبة ذكاءها ما بين ٧٠-٨٥ درجة على منحى التوزيع الطبيعي، ومن المناسب أيضاً التمييز بين حالات بطيء التعلم و حالات صعوبات التعلم حيث تمثل حالات صعوبات تلك الفئة من الأطفال التي لاتعاني من نقص في قدرتها العقلية حيث تتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة ٨٥ - ١٤٥ درجة على منحى التوزيع الطبيعي.

كما قد يكون من المناسب التمييز في هذا الصدد بين حالات لإعاقة الذهنية من جهة والتي تعاني من نقص واضح في قدرتها العقلية (أقل من نسبة ذكاء ٧٠) وبين حالات المرض العقلي والتي قد لا تعاني من نقص واضح في قدرتها العقلية، بل قد تكون عادية في قدرتها العقلية، ومن ذلك يفقد

ذوي حالات المرض العقلي (الجنون) صلتهم بالواقع ويعيشون في حالة إنقطاع عن العالم الواقعي (أمراض جنون العظمة، الإكتئاب، الفصام بأشكاله). (فاروق الروسان، ٢٠٠٣م: ٢٠).

٣ / التعريف الإجتماعي (Social Definiti):

ويعتمد هذا التعريف على المقاييس الاجتماعية والتي تقيس قدرة الفرد على الإستجابة للمتطلبات الاجتماعية، وعلى مدى قدرته على النجاح والفشل في إستجاباته لهذه المتطلبات مقارنة مع أقرانه من نفس مجموعته العمرية. (سعيد حسن العزة، ٢٠٠٩م: ٦١).

التعريف الإجتماعي: وهي التي تقيس مدى تفاعل الفرد مع مجتمعه وإستجابته للمتطلبات الإجتماعية. أي مدى نجاح أو فشل الفرد الإستجابة للمتطلبات الإجتماعية المتوقعة منه مع أقرانه في مثل عمره وجنسه، بمعنى. (مدى قدرة الفرد على السلوك التكيفي). (حسن منسي، ٢٠٠٤م: ٢٠).

ظهر التعريف الإجتماعي نتيجة للإنتقادات المتعددة لمقاييس القدرة العقلية وخاصة ستانفورد بينيه، ومقياس وكسلر، في قدرتها على قياس القدرة العقلية للفرد، فقد وجهت إنتقاد إلى محتوى تلك المقاييس وصدقها وتأثرها بعوامل عرقية وثقافية وعقلية واجتماعية، الأمر الذي أدى إلى ظهور المقاييس الإجتماعية والتي تقيس مدى تفاعل الفرد في مجتمعه وإستجابته للمتطلبات الإجتماعية وقد نادى بهذا الإتجاه ميرسر (Mercer, 1973) وجنسن (Jenesen, 1980)، ويركز التعريف الاجتماعي على مدى نجاح أو فشل الفرد في الإستجابة للمتطلبات الإجتماعية المتوقعة منه مقارنة مع نظرائه من نفس المجموعة العمرية، وعلى ذلك يعتبر الفرد معوقاً ذهنياً إذا فشل في القيام بالمتطلبات الإجتماعية (Social Demands) المتوقعة منه، وقد ركز كثيرون من أمثال تريد جولد (Tred Gold, 1908) ودول (Doll, 1941) وهيبير (١٩٥٩م، Heber) وجرسمان (Grossman, 1973) وميرسر (Mercer, 1973)) على مدى الإستجابة للمتطلبات الإجتماعية كمتغير أساسي في تعريف الإعاقة الذهنية ، وقد عبر عن موضوع مدى الإستجابة للمتطلبات الإجتماعية بمصطلح السلوك التكيفي (Adaptive Behavior)، والذي قيس بعدد من مقاييس السلوك التكيفي (Adaptive Behavior Scales).

وقد تختلف هذه المتطلبات الإجتماعية تبعاً لمتغير العمر أو المرحلة العمرية للفرد، حيث تضمن

مفهوم السلوك التكيفي تلك المتطلبات الإجتماعية، وعلى سبيل المثال :

المتطلبات الإجتماعية المتوقعة من طفل عمره سنة واحدة هي:

- ١- التمييز بين الوجوه المألوفة وغير المألوفة.
- ٢- الإستجابة للمداعبات الإجتماعية.
- ٣- القدرة على الكلام (النطق) بكلمات بسيطة.
- ٤- القدرة على المشي.
- ٥- القدرة على التآزر البصري الحركي.
- ٦- الإستجابة الإنفعالية السارة أو المؤلمة حسب طبيعة المثير.

المتطلبات الإجتماعية لطفل في السادسة من العمر في:

- ١- تكوين الصداقات.
- ٢- نضج الإستجابات الإنفعالية السارة أو المؤلمة.
- ٣- التآزر البصري الحركي، المشي، القفز، الجري، الركض.
- ٤- ضبط عمليات التبول والتبرز.
- ٥- نمو المحصول اللغوي والإستعداد للقراءة والكتابة.
- ٦- التمييز بين القطع والفئات النقدية.
- ٧- القدرة على التسوق بقائمة بسيطة من المشتريات.
- ٨- الإحساس بالإتجاه وقطع الشارع.
- ٩- القيام بالمهارات المنزلية البسيطة.

وعلى ذلك تعتبر تلك المتطلبات الإجتماعية معايير يمكن من خلالها الحكم على أداء الفرد ومدى

قدرته على تحقيقها تبعاً لعمره الزمني، أما إذا فشل في تحقيق مثل هذه المتطلبات في عمر ما فان

ذلك يعني أن الطفل يعاني من مشكلة في تكيفه الإجتماعي.

وقد تضمن مقياس التكيف الإجتماعي عدداً من مظاهر السلوك التكيفي أو الإستجابة للمتطلبات الإجتماعية، وقد تم التعبير عن تلك المظاهر بعدد من الأبعاد منها:

١. المهارات الإستقلالية (مهارات الحياة اليومية) ومنها مهارات تناول الطعام والشراب، وإستخدام المرحاض، والنظافة الشخصية، والإستحمام، والمظهر العام، وإستخدام وسائل المواصلات العامة.
٢. المهارات الجسمية، ومنها مهارات إستخدام البصر والسمع، توازن الجسم، المشي، الركض، والتحكم بحركة اليدين وإستعمال الأطراف.
٣. مهارات التعامل بالنقود، ومنها مهارات التعامل بالنقود وموقعها والتمييز بينها، ومهارات الشراء.
٤. المهارات اللغوية ومنها مهارات التعبير اللفظي، والنطق، إستخدام المفردات والجمل، والقراءة والكتابة.

٥. مهارات الأرقام والوقت، ومنها مهارة معرفة وتمييز الأرقام، ومعرفة الوقت، وأيام الأسبوع.
٦. المهارات المهنية البسيطة، ومنها، مهارات تنظيف المنزل وإنجاز المهمات البسيطة وعادات العمل.
٧. مهارات التوجيه الذاتي، ومنها مهارات المبادرة والسلبية، والمثابرة وتنظيم وقت الفراغ.
٨. مهارات تحمل المسؤولية ومنها مهارة المحافظة على الممتلكات الشخصية.
٩. مهارات التنشئة الإجتماعية، ومنها مهارات التعاون وتقدير الآخرين، ومعرفة الآخرين والتفاعل معهم، والنضج الإجتماعي.

وقد تضمن القانون العام رقم ١٤٢/٩٤ والمعروف باسم قانون التربية لكل الأطفال المعاقين، والذي ظهر في الولايات المتحدة الأمريكية، بعد السلوك التكيفي، في تعريفه للإعاقة الذهنية. (فاروق الروسان، ٢٠٠٣م: ٢٣).

٤/ تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي: The American Association On mental Retardation:

ظهر تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقة الذهنية نتيجة للإنتقادات التي وجهت إلى التعريف السيكومتري والذي يعتمد على معيار القدرة العقلية وحدها في تعريف الإعاقة الذهنية، ونتيجة للإنتقادات التي وجهت إلى التعريف الإجتماعي والذي يعتمد على معيار الصلاحية الإجتماعية وحدها في تعريف

الإعاقة الذهنية، فقد جمع تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقة الذهنية بين المعيار السيكومتري والمعيار الإجتماعي، وعلى ذلك ظهر تعريف هيبير (Heber, 1959) والذي يرجع روجع عام 1961م والذي تبنته الجمعية الأمريكية للإعاقة الذهنية ويشير تعريف هيبير إلى مايلي:

تمثل الإعاقة الذهنية مستوى الأداء الوظيفي العقلي الذي يقل عن متوسط الذكاء بإنحرافين معياريين، ويصاحب ذلك خلل في السلوك التكيفي، ويظهر في مراحل العمر النمائية منذ الميلاد وحتى سن (18). (فاروق الروسان، 2003م: 23).

ومن الملاحظ ان تعريف هيبير (Heber) تضمن عدة مصطلحات يمكن إعتبارها محكات أساسية للتعرف على الإعاقة الذهنية وهي:

- 1- أداء دون المتوسط: مستوى أداء يقل عن الأفراد العاديين بمقدار إنحراف معياري واحد.
- 2- مستوى وظيفي عقلي: يقاس بواسطة إختبارات الذكاء المقننة لقياس القدرات المعرفية العامة مثل تقبل المفردات اللغوية أو المهارات المكانية.
- 3- قصور في السلوك التكيفي: يدل على الكفاية التأثيرية التي يواجه بها الأفراد مستويات الإستقلال الذاتي والمسئولية الإجتماعية المتوقعة من أفراد مستوى العمر والثقافة، ويتم تقييم أوجه القصور المرتبطة بالسلوك التكيفي طبقاً لتطور العمر ويمكن توضيح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (٢) يبين أوجه القصور المرتبطة بالسلوك التكيفي طبقاً لتطور العمر

المرحلة	التقييم
مرحلة الطفولة المبكرة	يتم التقييم بالعلاقة مع المهارات الحسية الحركية ومهارات الإتصال، ومهارات مساعدة الذات ومهارات التنشئة الإجتماعية.
مرحلة الطفولة المتأخرة	يكون التركيز على تطبيق المعادلات الأكاديمية الأساسية لأنشطة الحياة اليومية، قدرة إستدلالية مناسبة في التفاعل مع البيئة، المهارات الإجتماعية.
أثناء مرحلة البلوغ	يتم على قدرات الأداء المهنية والمسئولية الإجتماعية.

فترة النمو: هي الفترة ما بين الميلاد وحوالي عمر الثامنة عشر. (محمد سيد حلاوة، ٢٠٠٦م). ولكن في عام ١٩٧٣م ونتيجة للإنتقادات التي تعرض لها تعريف (هيبر) والتي خلاصتها أن الدرجة التي تمثل نسبة الذكاء كحد فاصل بين الأفراد العاديين أو الأفراد المعوقين ذهنياً عالية جداً الأمر الذي يترتب عليه زيادة نسبة الأفراد المعوقين في المجتمع لتصبح ١٦% وعلى ذلك تمت مراجعة تعريف (هيبر) السابق من قبل جروسمان في عام ١٩٧٣م وظهر تعريف جديد للإعاقة الذهنية ويشير التعريف الجديد إلى مايلي:

" تمثل الإعاقة الذهنية مستوى من الأداء الوظيفي العقلي والذي يقل عن متوسط الذكاء بإنحرافين معيارين، وبصاحب ذلك خلل واضح في السلوك التكيفي، ويظهر في مراحل العمر النمائية منذ الميلاد وحتى سن ١٨".

الفرق بين تعريف (هيبر) في عام ١٩٥٩م وتعريف (جروسمان) في عام ١٩٧٣م ويمكن تلخيص تلك الفروق في النقاط الرئيسية التالية:

١. كانت الدرجة (نسبة الذكاء) التي تمثل الحد الفاصل بين العاديين والأفراد المعوقين حسب تعريف هيبر ٨٥ و٨٤ على مقياس وكسلر أو مقياس ستانفورد بينية، في حين أصبحت الدرجة نسبة ذكاء) التي تمثل الحد الفاصل بين الأفراد العاديين والمعوقين حسب تعريف جروسمان ٧٠ أو ٩٦ على نفس المقاييس السابقة.

٢. تعتبر نسبة الأفراد المعاقين ذهنياً في المجتمع حسب تعريف (هيبر) ١٥،٨٦%، في حين تعتبر نسبة الأفراد المعوقين ذهنياً حسب تعريف جروسمان ٢،٢٧%.

٣. كان سقف العمر النمائي حسب تعريف (هيبر) هو سن ١٦ سنة، في حين أصبح سقف العمر النمائي حسب تعريف جروسمان هو سن ١٨ سنة.

ولقد تبنت الجمعية الأمريكية تعريف جروسمان منذ عام ١٩٧٣ وحتى ١٩٩٢م كما تبناه القانون العام رقم ١٤٢/٩٤ والمعروف باسم قانون التربية لكل الأطفال المعاقين.

وحسب ذلك التعريف فقد إعتبرت معايير نسبة الذكاء والسلوك التكيفي، أبعاداً رئيسية في تعريف الإعاقة الذهنية.

وظهر تعديل جديد لتعريف الجمعية الأمريكية للإعاقة الذهنية في عام ١٩٩٣م والذي أشار إليه كلاً من هنت ومارشيل (١٩٩٤ Marshall, Hunt) ولكسون (Luckasosn, ١٩٩٢)، والجمعية الأمريكية للطب النفسي (١٩٩٤) ويشير التعريف الجديد لمايلي:

تمثل الإعاقة الذهنية عدداً من جوانب القصور في أداء الفرد والتي تظهر دون سن (١٨) وتتمثل في التدني الواضح في القدرة العقلية عن متوسط الذكاء (٥+٧٠) يصاحبها قصور واضح في إثنين أو أكثر من مظاهر السلوك التكيفي مثل مهارات: الإتصال اللغوي، العناية الذاتية، الحياة اليومية، الإجتماعية، التوجيه الذاتي، الخدمات الإجتماعية، الصحة والسلامة، الأكاديمية، وأوقات الفراغ والعمل. (فاروق الروسان، ٢٠٠٣م).

تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقة الذهنية:

(الإعاقة الذهنية أو التخلف العقلي يشير إلى قصور جوهري في الوظائف العقلية ونسبة الذكاء، ويرتبط هذا القصور بالنشاط الذي يقوم به الفرد، ويكون مؤثراً على أهم وظيفتين عقليتين، وهما: الاتصال العقلي والعناية الشخصية، وكذلك الوظائف والصحة. وفي الغالب تظهر تلك الإعاقة الذهنية قبل سن الثامنة عشر).

تشير تلك الكلمات إلى أن الوظائف العقلية تقل عن المعدل العادي، وهذا يعني أن الطفل بمقدوره أن يتخطى اختبار الذكاء بمعدل ٧٠ أو أقل، وهذا الاختبار يكون إجراؤه فردياً.

ويشير مفهوم (مهارات الإستقلال) إلى المهارات اللازمة للإستقلال الشخصي والمسئولية الاجتماعية، مثل الإعتماد على النفس في إرتداء الملابس، أو الإهتمام الشخصي أو التزيين أو الطعام، أو التحكم في السلوك، وكذلك الإستقلالية في المجتمع والتفاعل مع الرفاق. بينما يشير السلوك الإستقلالي إلى العناية الشخصية ومهارات التفاعل الإجتماعي، وبإستخدام هذا التعريف يمكننا أن نقوم بعمل تشخيص للإعاقة الذهنية في ضوء ثلاثة معايير هي:

(١) مستوى الذكاء الوظيفي:

والقياس الأساسي لمستوى الذكاء، هو مصمم على هيئة إختبار ذكاء مثل مقياس (ستانفورد بينيه) للذكاء، أو مقياس ويكسلر لذكاء الأطفال، فيطبق على الشخص هذا الإختبار. ومن ثم يحصل على درجات من ٧٠ إلى ٧٥ أو أقل، يطلق عليه الحالة الأولى من التخلف العقلي، وهذا المجموع يعد أقل من المستوى العادي. أما الأشخاص الذين يحرزون ٧٥ درجة لايعتبرون من ضمن المعاقين ذهنياً .

(٢) مستوى مهارات الإستقلال:

المعيار الثاني هو مستوى المهارات الإستقلالية، وهو عموماً تعريف مقبول للإعاقة الذهنية، ويعطي هذا المستوى عشر نقاط أساسية، تضم: القدرة على الإرتباط والتعامل مع الآخرين، والإهتمام الشخصي - المهارات الإجتماعية - الصحة والحماية. فإذا كان الشخص ذو قصور ذهني يتم قياس ذكائه بواحد من إختبارات الذكاء، وأثبت فعلاً به قصور عقلي، يكون على الأقل به قصور في نقطتين من المهارات الإجتماعية.

(٣) السن الذي بدأت فيه ظهور الحالة:

المعيار الثالث الذي يمكن تحليله بهدف تشخيص الإعاقة الذهنية، هو ظهور الحالة قبل سن الثامن عشر، ويضم ذلك الوقت منذ الوعي وإلى سن الثامن عشر، بعدها يمكن تشخيص الإعاقة الذهنية على هذا الأساس.

في عام ١٩٩٢م قامت الجمعية الأمريكية للإعاقة الذهنية بوضع أسس أكثر عملية من قبل التعريف، والتركيز على نماذج مساندة الشخص ذي الإعاقة الذهنية، بهدف الاندماج في المجتمع. في إطار عشر نقاط محددة، تؤخذ من المستويات الأربعة، كما يوضحها الجدول التالي:

جدول (٣) يوضح مستويات تركيز المساعدة للطفل المعاق ذهنياً:

مستوى تركيز المساعدة	الوصف
مستوى متقطع	تتم المساعدة حسب الحاجة للأساسيات فالشخص ذو الإعاقة الذهنية يحتاج إلى مساعدة متقطعة وغير مستمرة أثناء الحياة العامة، مثل فقد الوظيفة، تغيير السكن، الحوادث الطبية.
محدودة	يحتاج إلى مساعدة ثابتة من وقت لآخر، ولكن في حدود، مثل التدريب على العمل، بعد إنتقاله من المدرسة إلى العمل
ممتدة	مساندة يومية في العمل أو المنزل، هي طويلة الأجل وليست محدودة
دقيقة	رعاية أكثر من قبل مجموعة، وتكون أكثر زكيزاً من الرعاية الممتدة أو الثابتة

وهي محددة طبقاً لتعريفات الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (تحديده وتصنيفه) (كريمان

بدير، ٢٠٠٤م: ٩٥)

مستويات الإعاقة الذهنية وتشخيصها وإحصاء مدى القصور الذاتي:

١ - الذكاء العادي:

طبقاً للتعريف الذي صدر في عام ١٩٨٣م، فإن الفرد يعتبر عادي الذكاء إذا كانت درجاته من ٨٤: ٨٥ أو من ١١٦: ١١٥ في إختبار الذكاء، والتي تمثل بالفعل ٦٨% من عدد السكان في العالم. أما الذين يحرزون أكثر من ١١٦ درجة، فهم ذوي قدرة ذكاء فوق العادية أو الموهوبون.

٢ - الذكاء المحدود:

يوضع معدل الذكاء الذي يحقق بين ٦٨: ٧٠ أو من ٨٤: ٨٥ أن الشخص محدود الذكاء، وأن هؤلاء الناس لايعتبرون ذوي إعاقة ذهنية، وليست لديهم مشاكل في الإستقلال الذاتي، وتمثل هذه النسبة ١٤% من عدد السكان تقريباً.

٣ - الإعاقة الذهنية البسيطة:

هم الأشخاص الذين يمثلون من ٥٠: ٥٥ ومن ٦٠: ٧٠ درجة في إختبارات الذكاء، وعديد من هؤلاء الأشخاص لايمكن تصنيفهم وتحديد نسبتهم، ولكنهم يتعلمون ببطء في المدارس وربما في وظائفهم، وهم في الغالب لديهم نوع من الإستقلال في المجتمع، مسئولون عن تدبير إحتياجاتهم اليومية، وقادرون أيضاً على العمل والعيش في إستقلالية بقدر بسيط من المساندة والإشراف والمراقبة.

(٤) الإعاقة الذهنية المتوسطة:

الأشخاص الذين يحرزون درجات من ٣٥: ٤٠ أو من ٥٠: ٥٥ في إختبارات الذكاء والأطفال في تلك الحالة، لهم القدرة على تعلم المهارات الرياضية الحسابية البسيطة وفقاً لإحتياجات حياتهم اليومية وكلما تقدموا، فإن المدرسة تركز على مهارات السلوك الإستقلالي، لمساعدة أنفسهم والإنخراط في المجتمع، ويمكن تشغيلهم في أعمال تخضع لإشراف كامل.

(٥) الإعاقة الذهنية العالية:

هم الأشخاص الذين يحققون ٢٠: ٢٥ و ٣٥: ٤٠ في اختبار الذكاء وهؤلاء الأشخاص ربما يعانون من عجز جسماني مصاحب مثل صعوبة في الحركة أواللغة. وتركز المدرسة على المهارات المتطورة والإتصال والسلوك الإستقلالي، وكثير منهم يحتاج إلى أعمال تحت إشراف.

(٦) الإعاقة الذهنية الأقل من المستوى العادي:

تشير إلى أن درجات إختبار الذكاء أقل من ٢٠ : ٢٥، وفي هذه الحالة تكون هناك نسبة عجز ملحوظة، وبالتدريب المستمر، يمكن لهؤلاء الأشخاص تعلم المهارات الإستقلالية الأساسية، وكذلك بعض نسب العجز إن وجدت مثل صعوبة السمع أو الرؤية أو الحركة وهم في حاجة إلى ترتيب حياتهم. (كريماني بدير، ٢٠٠٤م: ٩٨).

٥/ التعريف القانوني للإعاقة الذهنية:

الشخص المعاق ذهنياً هو غير قادر على الإستقلالية في تدبير شؤنه بسبب حالة الإعاقة الدائمة أو توقف النمو العقلي في سن مبكرة. (أحمد وادي، ٢٠٠٩م: ٣٤).

نسبة الإعاقة الذهنية (حجم المشكلة):

توجد الإعاقة الذهنية في كل المجتمعات، لكن نسبتها تختلف من مجتمع لآخر وذلك للأسباب التالية:

١- معيار نسبة الذكاء المستخدم في تعريف الإعاقة، فإذا كان تعريف هيبير فهو ١٥،٨٦% وأما تعريف جروسمان فهو ٢،٢٧% أما بينه فهو ٢،٥%.

٢- معيار العمر المستخدم في تعريف الإعاقة الذهنية، فإن سقف العمر النمائي عند هيبير ١٦ سنة وعند جروسمان ١٨ سنة.

٣- معيار السلوك التكيفي: بمعنى أن الفرد المعوق عقلياً هو الذي تقل نسبة ذكائه عن ٧٠%.

٤- العوامل الصحية والثقافية والإجتماعية: فهي تعني أنه كلما كان الوعي الصحي والثقافي والإجتماعي جيداً كلما قلت نسبة المعوقين عقلياً، وبخاصة في الدول النامية.

أسباب الإعاقة الذهنية:

ومن الحقائق التي تتعلق بأسباب الإعاقة الذهنية تتمثل في الآتي:

١- معظم أسباب الإعاقة الذهنية غير معروفة حتى الآن، إذ يشير المراجع في هذا المجال إلى أن ٢٥% فقط من أسباب الإعاقة الذهنية معروفة وأن ٧٥% من هذه الأسباب غير معروفة حتى الآن.

٢- هناك أكثر من طريقة لتقسيم الإعاقة الذهنية، وذلك بهدف التعرف إليها وتفسيرها، ومنها الأسباب الوراثية والأسباب البيئية. ومنها أيضاً تقسيم الأسباب حسب عدد من المراحل هي : مرحلة أثناء الولادة نقص الأكسجين، والصدمات، والإلتهابات وأسباب مرحلة ما بعد الولادة مثل الأسباب المتعلقة بسوء التغذية، والحوادث، والصدمات والأمراض والإلتهابات والعفاقير والأدوية.

٣- برامج الوقاية من الإعاقة الذهنية مازالت حتى الآن مقصورة في تقليل نسبة حدوث الإعاقة الذهنية وخاصة الدول النامية إذ تصل النسبة إلى حوالي ٥% في حين نجحت وإلى حد ما بعض الدول وخاصة الدول المتقدمة طبياً واجتماعياً وصحياً في تقليل حدوث الإعاقة الذهنية إذ وصلت إلى نسبة ٥٠%.

٤- الأسباب الإعاقة الذهنية متداخلة حيث لاتعمل العوامل الوراثية بمعزل عن العوامل البيئية والعكس صحيح. (فاروق الروسان، ٢٠٠٥ م: ١٦٣).

ويمكن تقسيم العوامل المسببة للإعاقة الذهنية في ثلاثة أقسام رئيسية على أساس المرحلة التي حدث فيها الإعاقة الذهنية وهي:

١. عوامل ما قبل الولادة: وهي العوامل التي تؤثر على الطفل قبل الميلاد (خلال فترة الحمل) والتي تؤدي إلى الإعاقة الذهنية.

٢. عوامل مصاحبة لعملية الولادة: وهي العوامل التي تؤثر على الطفل أثناء ولادته وتؤدي إلى الإعاقة الذهنية.

٣. عوامل بعد الولادة: وهي العوامل التي تؤثر على الطفل بعد ميلاده في سنواته الأولى وتؤدي إلى الإعاقة الذهنية. (عبد الصبور منصور محمد، ٢٠٠٣ م).

أولاً : مرحلة ما قبل الولادة:

تحدث أسباب الإعاقة قبل الولادة وخلال فترة الحمل، منذ لحظة الإخصاب إلى ما قبل الولادة وتنقسم إلى مجموعتين:

أ/ العوامل الجينية:

يقصد بالعوامل الجينية Genes العوامل الوراثية وهي إنتقال الصفات الوراثية من الآباء إلى الأبناء منذ عملية الإخصاب، حيث تتكون الخلية المخصبة من ٢٣ زوجاً من الكروموسومات " ٤٦ جيناً " نصفها من الأب والنصف الآخر من الأم وهي على ثلاثة أشكال:

١. جينات سائدة.

٢. جينات ناقلة.

٣. جينات متنهية.

وتظهر في الطفل في إختلاف العامل الرايزيسي يسمى RH Factor وهو أحد العوامل الوراثية المكونة للدم وتبدو أشكالها كما يلي:

--RH	-+RH	++R H
سائدة	ناقلة	متنحية

فأختلاف دم الأب عن الأم وخاصة إذا كان دم الأب موجباً والأم سالباً، يؤدي إلى أن يكون دم الجنين موجباً وبالتالي يختلف عن دم الأم، وهذا يؤدي إلى أن تكون الأم أجساماً مضادة في دمها، تهاجم كريات الدم الحمراء لدى أجنحتها مما يؤدي إلى تميع الدم ومن ثم يؤدي إلى تلف في الجهاز العصبي المركزي لدى الجنين، وبالتالي حدوث حالات الإعاقة ومنها الإعاقة الذهنية. (مدحت أبو النصر، ٢٠٠٥م).

ب/ العوامل الغير جينية ومنها:

١. تعرض الحامل إلى أشعة إكس أو الإشعاعات النووية خاصة في الأشهر الثلاثة الأولى.
٢. تعاطي المضادات الحيوية وخاصة في الأشهر الأولى، مثل عقار الثاليدومايد والذي من أثاره الجانبية حدوث تشوهات متعددة.
٣. إصابة الأم ببعض الأمراض المعدية كالزهري، الحصبة الألمانية، أو الإصابة بمرض الصفراء المخية علماً أن الحصبة الألمانية تؤدي إلى صغر حجم الجمجمة، وإستسقاء الدماغ، الشلل المخي، العمى، وازدياد الصفراء(اليرقان) وقد تسبب الصمم.

٤. اضطرابات الغدد الصماء.

٥. سوء أو نقص التغذية حيث أن مصطلح سوء التغذية يعنى توفر الأغذية الكمية لكنها تفتقد إلى عناصر غذائية مهمة كالبروتينات والمعادن أو غير متكاملة بالفيتامينات. أما نقص الأغذية فهو عدم توفر الغذاء نوعاً وكماً .

٦. فالتغذية الكاملة الصحية أثناء فترة الحمل يكون لها التأثير الكبير في نمو الجنين وخاصة في مراحله الأولى، ومهم جداً للطفل إذا شربت الأم الحليب بشكل كافي في الأشهر الثلاثة الأولى. حيث أن البروتينات وتوفرها تؤثر في بناء خلايا كل من الأم والجنين، والفيتامينات كذلك تساعد على البناء وعمل الهرمونات كالأنسولين وهرمون الثيروكسين.

٧. تعاطي التدخين أو الخمر أو المخدرات.

٨. الأمراض (السكري / أمراض القلب/الربو/ضغط الدم).

٩. تلوث الماء والهواء. (قحطان أحمد الظاهر، ٢٠٠٥م).

١٠. أثبتت الدراسات الحديثة أن التلوث بالرصاص نتيجة إستنشاق الطفل لأبخرته يؤدي إلى التأثير على الجهاز العصبي، ويؤثر في المخ نتيجة التسمم بالرصاص.

الحالة النفسية للأم: حيث أن المشاعر المتقلبة غير المستقرة التي تتعرض لها الأم الحامل تنعكس على النواحي الفسيولوجية المختلفة مما يؤدي إلى:

أ. إفراز الغدد لدى الأم وتغيير التركيب الكيميائي للدم.

ب. حدوث صعوبات الولادة.

١١. عمر الأم: حيث أن السن الأمثل كي تحمل الأم خلاله يتراوح بين ٢٠-٣٥ سنة حيث أن العوامل بعد هذه السن يتعرض للمرض، وصعوبات أثناء الحمل والولادة، ويزداد احتمال إصابة الأطفال بالإعاقة الذهنية، والحمل قبل سن العشرين قد توأكه حالات ولادة متيسرة وهو من العوامل التي يمكن أن تؤدي إلى الإعاقة الذهنية. (كريمان بدير، ٢٠٠٤م).

ثانياً: عوامل أثناء الولادة:

أ/ نقص الأوكسجين أثناء الولادة: (Asphxia)

حيث أنه قد يؤدي إلى إحداث تلف في الخلايا الدماغية ومن الأسباب التي تقف وراء نقص الأوكسجين أثناء عملية الولادة لدى الجنين.

تسمم الجنين (Toxemia) أو انفصال المشيمة (Placental Separation) أو طول عملية الولادة أو عسرها، أو زيادة نسبة الهرمون الذي يعمل على تنشيط عملية الولادة مثل هرمون (Oxytocin)، إلتفاف الحبل السري حول رقبة الجنين.

ب/ الصدمة الجسدية: (Physical Trauma)

وهي التي تنتج عن استخدام الأدوات الخاصة بالولادة مثل الملقط الذي يسحب به رأس الجنين في حالات صعوبات الولادة، أو يسبب وضع رأس الجنين أو كبر حجمة مقارنة مع عنق رحم الأم، مثل هذه الطرق تحدث تلف في القشرة الدماغية للجنين، وفي الجهاز العصبي المركزي للجنين، ويترتب على ذلك حدوث شكل من أشكال الإعاقة الذهنية.

ج/ الإلتهابات: (Infections)

تعتبر الإلتهابات من العوامل الفعالة في إحداث تلف في الجهاز العصبي المركزي أياً كان سببها فيروسي أو بكتيري، ومن أمثلة تلك الإلتهابات:

١. التهاب السحايا (Meningitis)

٢. التهاب الدماغ (Brain Infections)

٣. التهابات أخرى ناتجة بسبب سوء تغذية المادة الدماغية البيضاء (الحقل الأبيض). (فاروق الروسان، ٢٠٠٥م).

ثالثاً: عوامل بعد الولادة: واهم هذه الأسباب مايلي:

أ/ سوء التغذية:

حيث أنه لا بد أن يشتمل غذاء الطفل بعد الولادة على المواد الرئيسية اللازمة لنمو الجسم كالمواد البروتينية والكاربوهيدريتيية والفيتامينات والمعادن، وخاصة فيتامين ب٦، ب١٢، د. حيث أن الفيتامينات تساعد على بناء خلايا الجسم وتمد الجسم بالطاقة.

ب/ الحوادث والصدمات:

تعتبر الحوادث والصدمات الجسمية والتي تؤثر بشكل مباشر على خلايا الدماغية سبباً رئيسياً من أسباب الإصابة بالإعاقة الذهنية، وما يصاحب ذلك من نقص الأكسجين أو تلف الخلايا الدماغية.

ج/ الأمراض والإلتهابات:

تعرض الطفل في سنواته الأولى إلى العدوى والإصابة بالأمراض المعدية كالحصبة، الصفراء، إلتهاب السحايا و إلتهاب الجهاز التنفسي والتي من نتائجها إرتفاع درجة الحرارة التي تؤدي إلى إصابة الجهاز العصبي المركزي للطفل وبالتالي إلى الإعاقة الذهنية.

د/ العقاقير والأدوية:

حيث أن أزيد من كمية تعاطيها وأخذها دون إشراف الطبيب يؤدي إلى حالات التسمم ومن ثم إلى تلف الجهاز العصبي المركزي. (عبد الصبور منصور محمد، ٢٠٠٠م).

وفيما يلي قائمة العقاقير الخطرة والمخدرات كما ذكرتها الجمعية العربية للتوعية:

١. المنومات والمهدئات، وتبدو آثارها في اضطراب القدرات العقلية، وحوادث السير والاضطرابات العصبية.

٢. الأفيون والهيروين، وتبدو آثارها في الاضطراب العقلية والعصبية، وإلتهاب الكبد الفيروسي ومنلازمة نقص المناعة "الإيدز" وإلتهاب السحايا.

٣. المشروبات الكحولية، وتبدو آثارها في الاضطرابات النفسية والعقلية، وأمراض تشمع الكبد ومشكلات في الجهاز الهضمي.

٤. التدخين ويبدو آثاره في أمراض الجهاز التنفسي، والسرطان، وإرتفاع في ضغط الدم، اضطرابات الجهاز الهضمي، والاضطرابات العصبية. (فاروق الروسان، ٢٠٠٥م: ٧٣).

بالإضافة إلى ما سبق تضاف العوامل الإجتماعية والثقافية ضمن أسباب حدوث الإعاقة الذهنية، وتمثل هذه العوامل على سبيل المثال في الآتي:

١. الحرمان الثقافي (نقص الآثار الثقافية).

٢. الحرمان الإجتماعي.

٣. إنخفاض مستوى الرعاية الأسرية المتاحة للطفل.
٤. المعيشة في أسر مفككة، فالإنهيار الأسري قد يؤدي إلى اضطراب إنفعالي قد يعوق نمو الذكاء.
٥. عدم توفر درجة كافية من الرعاية الصحية سواء للأم وهي حامل أو للطفل بعد ولادته.
٦. الولادة المتقاربة.
٧. المستوى الإقتصادي المتدني للأسرة (الفقر).
٨. ضعف المستوى التعليمي للوالدين. (مدحت أبو النصر، ٢٠٠٥م: ١٠٥).

أنماط الإعاقة الذهنية:

ومن أكثر الأنماط شيوعاً يتمثل فيما يلي:

- ١- التخلف العقلي.
- ٢- اضطراب التوحد.
- ٣- متلازمة أعراض داون. (عادل عبدالله محمد، ٢٠٠٤م: ٣٣).

ثالثاً: السمات والخصائص العامة للمعاقين ذهنياً:

١/ السمات والخصائص الجسمية:

- يتسم هؤلاء الأطفال بقصور في نموهم الجسدي والحركي، وأهم هذه السمات:
١. الميل للقصر والسمنة مع عدم التوازن بين الوزن والطول.
 ٢. شذوذ وتشوه في الشكل الخارجي للجسم وكذلك الأطراف.
 ٣. وجود عجز بيولوجي وخاصة في الجهاز العصبي.
 ٤. بطء النمو الحركي عموماً سواء في الجلوس أو المشي حيث تتأخر عمليات النمو لديهم، فمثلاً لا يبدأون المشي قبل بلوغهم (٣) سنوات ولا يبدأون الكلام وضبط الإخراج قبل بلوغهم الرابعة من العمر.
 ٥. لديهم نقص في حجم ووزن المخ عن المتوسط الطبيعي للعاديين.
 ٦. إنعدام الشم والذوق أحياناً.
 ٧. البلوغ يكون مبكراً إلا أن هناك ضعفاً واضطراباً في النشاط الجنسي.
 ٨. نسبة القابلية للتعرض للإصابة بالأمراض عالية بينهم، وبالتالي فإن متوسط العمر لديهم منخفض.

٩. قلة عدد الخلايا العصبية عند المعاقين ذهنياً، حيث لا تزيد على ٣ مليون خلية على حين تبلغ ١٤ مليون عند الشخص العادي

١٠. لوحظ زيادة إفراز الغدة المخية التي تسبب نمو العظام وأيضاً الغدة الدرقية.

(مدحت أبو النصر، ٢٠٠٥ م).

٢/ الخصائص العقلية للمعاقين ذهنياً:

تعتبر نسبة ذكاء المعاقين أقل من (٧٠) أي أن القدرة العقلية لهذه الفئة تبلغ ثلاثة أرباع القدرة العقلية للفرد السوي المساوي له في العمر.

فالمعروف أن الطفل السوي ينمو سنة عقلية خلال كل سنة زمنية من عمره، أما الطفل المعاق ذهنياً فإنه ينمو بمعدل (٩) شهور عقلية أو أقل في كل سنة زمنية. والطفل ضعيف العقل لديه قصور وعجز في:

١. الرموز المعنوية.
٢. القدرة على التصور والتخيل.
٣. القدرة على تكوين الروابط.
٤. عدم تركيز الانتباه.
٥. عدم القدرة على التعميم وذلك لأن المعلومات لا محل لها في تفكيره.

ومن جوانب الخصائص العقلية للمعاقين:

أ/ **التعلم:** وهي أكثرها وضوحاً لدى هؤلاء الأطفال المعاقين مقارنة بالعاديين في نفس العمر والجنس. فالمعاقون عقلياً يختلفون في القدرة على التعلم لأن درجة إعاقتهم مختلفة. (حسن منسي، ٢٠٠٤: ٢٥).

ب/ الإدراك:

لدى المعاقين ذهنياً قصور في عمليات الإدراك مثل عمليات التمييز والتعرف إلا أن هذه الفروق لم تجد من الدلائل التجريبية ما يجعلنا نقدر أنها تعتبر من خصائص المعاقين ذهنياً العامة.

كما أن لدى المعاقين ذهنياً قصور في تكوين مفاهيم اللون والشكل والزمن والبعد، ومفاهيم الأشياء والحوادث.

والأطفال المعاقين ذهنياً لا يستطيعون تمييز أوجه الشبه أو أوجه الاختلاف بين الحوادث والأشياء وذلك ربما يكون للآتي:

١. نقص الإنتباه.

٢. توقع الفشل.

٣. قلة الدافع.

كما أن قدرتهم على التصور ضعيفة، وتتعهد القدرة على الربط وإدراك العلاقات بين الأشياء والتمييز بين شيئين متماثلين تقريباً (عبد الصبور منصور، ٢٠٠٣ م).

ج/ الإنتباه:

يعاني المعاقين ذهنياً من عدم القدرة على الإنتباه والتركيز للمهارات التعليمية، وهي تتناسب عكسياً مع درجة الإعاقة، فكلما زادت درجة الإعاقة قل الإنتباه والتركيز، وكلما قلت درجة الإعاقة زاد الإنتباه والتركيز. ولقد أثبتت الدراسات مايلي:

يعاني المعاقين ذهنياً من نقص في الإنتباه والتعلم التمييزي بين المثيرات من حيث شكلها ولونها ووضعها.

١. يعانون من الإحباط والشعور بالفشل لذا يركز المعاقون ذهنياً على تعبيرات وجه وحركات المعلم أكثر من تركيزهم على المهمة المطلوبة.

٢. يعانون من مرحلة إستقبال المعلومات بطريقة غير منظمة.

٣. يميلون إلى تجميع الأشياء وتصنيفها بطريقة غير صحيحة.

د/ التركيز:

تتناسب عكسياً مع درجة الإعاقة ومشكلة التركيز من أكثر المشكلات التعليمية عند المعاقين ذهنياً، وتمر عملية التركيز (وهي عملية إسترجاع المعلومات) في ثلاثة مراحل:

١/ الإستدخال ٢/ الترميز والتخزين ٣/ الإسترجاع.

وأكثرها صعوبة هي الإستقبال (بداية الإستدخال) لعدم القدرة على الإنتباه. (حسن منسي، ٢٠٠٤م: ٢٥).

٣ / الخصائص اللغوية:

القدرة على التحدث واستخدام اللغة ترتبط بالنمو العقلي، فالأشخاص الذين يعيشون حالات الإعاقة الذهنية يواجهون صعوبة في التحدث أو في إجادة اللغة، كما توجد عندهم مصاعب واضحة في النطق، والمهارات اللغوية قد تكون من أكثر المشاكل التي تواجههم في محاولاتهم لأن يكونوا جزءاً متكاملًا في مجتمع.

٤ / الخصائص الشخصية:

الفروق بين شخصية المعاقين ذهنياً وشخصية أقرانهم، ترجع إلى (عوامل بيئية) أي أن سمات الشخصية المرتبطة بالإعاقة الذهنية ترجع إلى طرق تنشئة المعاقين ذهنياً، والخبرات البيئية التي يتعرضون لها في تفاعلهم مع العاديين في البيئة المحيطة بهم، فالطفل المعاق ذهنياً يتعرض لخبرات الحرمان والفشل أكثر من العادي، وهذه الخبرات هي المسؤولة عن تنمية الإستعداد السلوكي للتوافق السيئ. (عبد المنعم عبد القادر الميلادي، ٢٠٠٢م: ٤٦).

٥ / الخصائص الإجتماعية:

يتميز الطفل أو الفرد المعاق ذهنياً بضعف القدرة على التكيف الإجتماعي ونقص الميول والإهتمامات، وعدم تحمل المسؤولية والإنسحاب، والعدوان، واضطراب مفهوم الذات حيث ينظر إلى نفسه على أنه فاشل أو عاجز وأنه أقل من غيره وهذا ينعكس على سلوكه الإجتماعي، فنجده لا يهتم بتكوين علاقات وخاصة مع أبناء عمره وإنما يميل إلى المشاركة مع من هم أصغر منه سناً في ممارساته الإجتماعية. (عمر نصر الله، ٢٠٠٢م: ٦٩).

٦ / السمات والخصائص الإنفعالية والنفسية:

يعاني أفراد هذه الفئة من اضطرابات إنفعالية ونفسية معقدة ومتشابكة منها على سبيل المثال:

١. تغلب المزاج وسوء التوافق والإستقرار الإنفعالي حيث منهم من يميزه بطء الإنفعال أو سرعته.

٢. يتسم غالبيتهم بالخجل/الخوف/الأنانية/الإنسحاب/الإعتماد على الآخرين/الإتجاه العدائي لدى بعضهم/حب الإستطلاع /الزائد/العصبية/سهولة الإستثارة/الإحباط السريع/الإنطواء/اضطراب الحالة المزاجية.

٣. بعضهم تبدو عليهم ميول إنتحارية.

٤. قد تدفع غريزة إعتبار الذات الدرجات العليا منهم(المورون) إلى محاولة السيطرة والعناد.

٥. أحياناً تبدو لديهم مخاوف مرضية من بعض الحيوانات ومن الظلام.(مدحت أبو النصر، ٢٠٠٥م:١٣٢).

٧/ الخصائص السلوكية:

١- النقص الواضح في التعليم مقارنة مع أقرانهم من الأطفال العاديين.

٢- نقص في الإنتباه والتركيز على المهارات التعليمية.

٣- نقص في التذكر وتعتبر هذه المشكلة من أكثر المشكلات التعليمية حدة لدى المعاقين ذهنياً .(أحمد وادي، ٢٠٠٩م:٧٢).

وترى الباحثة صعوبة تعميم هذه الخصائص على كل المعوقين ذهنياً في نفس العمر والجنس لأنها قد لا تنطبق على الجميع.

ترى الباحثة إلى أن هنالك تشابهاً وتداخلاً فيما يتعلق بهذه السمات بين المعاقين ذهنياً وبين الأسوياء. أيضاً ليس من الضروري وجود كل هذه السمات في كل فرد من المعاقين ذهنياً، بل هناك تفاوت في مدى وضوح هذه السمات لدى أفراد هذه الفئة.

مشكلات الأفراد ذوي الإعاقة الذهنية:

يظهر الأفراد المعاقين ذهنياً مجموعة من الخصائص التي تستدعي مناقشتها وتظهر المناقشة الآتية هذه الحاجات في معرض الإشارة إلى الخصائص المميزة لهذه الفئة الخاصة:

أولاً : القابلية الإجتماعية: Sociability

أن هذه الفئة تظهر أختلافاً ملحوظاً عن أقرانهم العاديين وذلك من حيث إستجاباتهم الإنفعالية وقدراتهم الإدراكية وسلوكهم الإجتماعي. فهم يظهرون هذه المظاهر النمائية على نحو يتناسب مع قدراتهم العقلية أي كلما زادت شدة الإعاقة الذهنية زادت شدة التأثير السلبي لهذه الصفات. ففي مجال الإستجابات الإنفعالية فهم يظهرون تأخراً وضحاً في التعبيرات الإنفعالية وفقاً للمواقف الإجتماعية، كما أن تعبيرات وجههم لا تتناسب ولا تتأثر بالمواقف والأحداث التي يعيشونها. بالإضافة إلى ذلك فقد يظهر هؤلاء الأفراد إستجابات غير مناسبة أثناء مشاركة الآخرين إنفعالاتهم، ومع العلم أن هذه الإستجابات قد تتباين من شخص معاق ذهنياً إلى آخر. فيمكن لشخص معاق ذهنياً أن يشارك آخر إبتسامته ولكنه قد لا يفهم لماذا هذا السلوك أو قد يبتسم وينظر جانباً، بينما نجد آخر لا يبادل شريكه نفس الإبتسامه. بالطبع فإن هذا ناتج عن طبيعة القصور المعرفي في قدراتهم. يظهر المعاقون ذهنياً صعوبات في فهم تعبيرات الوجه الخاصة بالآخرين، وهي سمة تتأثر بشدة الإعاقة فكلما زادت شدة الإعاقة إزدادت معها صعوبات فهم هذه التعبيرات، فالسعادة والخوف والحزن والغضب كلها إنفعالات قد يدرك منها ومن دلالاتها بالنسبة لهذه الفئة.

ثانياً: علاقات الرفاق: Peer Relationships

تؤثر الإعاقة الذهنية على التواصل وإقامة العلاقات مع الآخرين فهي تجعل تحقيق هذه المتطلبات عملية صعبة. وهي أيضاً متأثرة بشدة الإعاقة الذهنية، فكلما زادت الإعاقة الذهنية إزدادت معها صعوبات تحقيق العلاقات مع الرفاق، كما تتأثر علاقات الرفاق بمتغيرات أخرى مثل أنماط اللعب والإنسجام بين مجموعات اللعب. بمعنى أخرى هناك متطلبات محددة يجب توافرها بهدف تحقيق علاقات متبادلة بين الرفاق والأصدقاء، وحتى في سياقات الدمج الإجتماعي الذي يوفر للأفراد المعاقين ذهنياً فإن البعض قد يستفيد من هذه المواقف بينما يعجز آخرون عن تحقيق الفائدة منها. وعلى نحو عام فإن إنسجام مجموعات اللعب والألفة عامل مهم في التفاعل مع الرفاق، ولكن ومع ذلك فلا زال القليل واضحاً عن الأثر الإجتماعي الإيجابي للدمج في نمو العلاقات الإجتماعية وتطوير الصداقات. فالعلاقات بين الأفراد المعاقين ذهنياً والأفراد العاديين يمكن تطويرها وتميئتها.

ثالثاً: مفهوم الذات: Self Concept

يتبع إدراك الذات لدى الأطفال الرضع المعاقين ذهنياً التسلسل النمائي نفسه لدى الأطفال الرضع العاديين، أن مفهوم الذات لدى الأطفال في سن المدرسة المتوسطة مشابهة لمفهوم الذات لدى الأطفال غير المعاقين ذهنياً الأصغر منهم سناً، وذلك من حيث المحتوى والبناء. وفي هذا الإتجاه فإن الأطفال في سن المدرسة المتوسطة غير قادرين على تقييم كفاءاتهم الدقيقة كما أنهم لا يميزون بين المظاهر المتنوعة للذات. وفي مرحلة المراهقة فإن المراهقين ذوي القدرات الطبيعية يطورون مفهوم ذات واقعي والذي يبدأ في عمر المدرسة المتوسطة، أما المراهقين المعاقين ذهنياً فإن مفهوم الذات عندهم يتأثر بعوامل مختلفة كما يتأثر بقدراتهم العقلية التي تؤثر في كيفية الاستفادة من الخبرات وإدراك الخصائص الشخصية وتطويرها في السياق البيئي والاجتماعي الذي يعيش فيه المعاق.

ومن هنا فإن العجز في القدرات العقلية وصعوبات التواصل الناتجة عنها تؤدي إلى تدني في مفهوم الذات من جهة وتقدير الذات من جهة أخرى. بالإضافة إلى ذلك فإن الأفراد المعاقين ذهنياً يظهرون صعوبات في إدراك أنفسهم وخصائصهم الشخصية كما أنهم لا يعرفون قدراتهم ولا إمكاناتهم.

رابعاً: التكيف أو التلاؤم عبر مراحل الحياة: Adaptation through life span

يعود مفهوم التكيف أو التلاؤم إلى المدى الذي يستطيع فيه الفرد التكيف أو التعامل مع تحديات الحياة اليومية، وهو يتأثر بعوامل عدة منها سلوكيات الآخرين المهمين في حياة الفرد واتجاهاتهم وتوقعات الأسرة وقلّة الصداقات مع الأفراد العاديين وقلّة الإختلاطات الإجتماعية وتدني التحصيل المدرسي والخبرات السلبية وغيرها. وفي واقع الأمر فإن هذه العوامل من شأنها أن تؤثر سلباً على التكيف في مراحل الحياة. وبالطبع فإن التكيف أيضاً يتأثر بعامل شدة الإعاقة فكلما زادت شدة الإعاقة الذهنية إزدادت معها صعوبات التكيف في الحياة مما يجعل المعاق ذهنياً يوماً يطلب دعماً أكثر خصوصية. وهكذا فإن الأفراد المعاقين ذهنياً يواجهون صعوبات كثيرة في حياتهم منها قلّة العلاقات الإجتماعية وتدني مستوى الأداء المهني والتربوي، بالإضافة إلى المشكلات الصحية والإحباط الذي ينتج عن خبرات الفشل.

خامساً: السلوك التكيفي: Adaptive behavior

يستخدم السلوك التكيفي في تشخيص الإعاقة الذهنية وذلك مع تقييم مستوى العجز في القدرات العقلية. ويعرف السلوك التكيفي بأنه مجموعة من المهارات التي يستعملها الفرد بهدف التكيف والتعامل مع متطلبات البيئات المادية والإقتصادية الثقافية، كما يعرف أيضاً بأنه نوعية الأداء اليومي في التعامل مع المتطلبات البيئية. أما العيوب الخاصة في السلوك التكيفي كمؤشر فنشير فيها محددات ملحوظة في فعالية الفرد اللازمة لتحقيق معايير التنظيم والتعلم والإستقلالية الشخصية والمسؤولية الإجتماعية المتوقعة من المستوى النمائي والمجموعة الثقافية وذلك كما هي محددة في التقييم الإكلينيكي أو التقييم الناتج عن المقاييس المقننة. وهذا يعكس بوضوح العيوب الإجتماعية التي يعاني منها الأفراد المعاقين ذهنياً .

سادساً: عوامل الخطر السلوكية Behavioral Risk Factors

وتشمل عوامل الخطر السلوكية التغذية والصحة والتمرين والإلتزام بالحمية الطبية فالعادات الغذائية الجيدة لها فوائد مع كافة الأعمار. وتبدو الفائدة الأكثر في خفض السمنة وهي ظاهرة تؤثر على حوالي ٥٢% من المعاقين ذهنياً الكبار. كذلك فإن العادات الغذائية المناسبة تخفض نسبة الإصابة بأمراض القلب والسرطان وارتفاع ضغط الدم والتي غالباً ما تكون مشكلات ثانوية يعاني منها المعاقين ذهنياً .

سابعاً: سلوك إيذاء الذات: Self -Injurious Behavior (SIB)

يصف سلوك إيذاء الذات سلوكيات عديدة مؤذية للذات وفي مجال المعاقين ذهنياً فإن سلوكيات إيذاء الذات تشتمل على ضرب الرأس، والصفع واللطم وعض الذات، وسحب أو شد شعر الرأس، وأكل مواد مؤذية وقلع الأعين. وتؤدي ممارسة مثل هذه السلوكيات إلى إحداث مشاعر عدم الإرتياح والإحباط والحزن لمن يتعامل معهم أو يقدم الرعاية لهم. وتعتبر إجراءات تعديل السلوك من أكثر الإجراءات المستخدمة في التعامل مع سلوك إيذاء الذات مع الأطفال المعاقين ذهنياً .(سليمان طعمة الريحاني، ٢٠١٠م:١٩٢).

رابعاً: الفرق بين الإعاقة الذهنية والمرض العقلي:

الإعاقة الذهنية هي أنها حالة ينخفض فيها الأداء الوظيفي العقلي للفرد نتيجة تأخر نموه العقلي، أو توافقه عن إكتماله، ويترتب على هذا الإنخفاض قصور في السلوك الوظيفي، وشرط أن يحدث قبل سن الثامنة عشر.

أما المرض العقلي فهو اضطراب عقلي حاد يؤدي إلى تفكك شخصية الفرد وانحلالها والإختلال الشديد في وظائفه العقلية كالنتفكير والإدراك، وفيه يفقد المريض صلته بالآخرين وبالواقع من حوله، وهوليس مقيداً بفترة زمنية أو مرحلة عمرية معينة، كما هو الحال بالنسبة لإعاقة الذهنية، وإنما يحدث في أي وقت خلال سنوات الطفولة أو الرشد أو مابعدھا.

هذا ومن الممكن الشفاء من المرض العقلي من خلال العلاج الطبي والنفسي الملائم بينما لا يصلح مثل هذا العلاج مع حالات الإعاقة الذهنية إلا في حالات معينة (إستسقاء الدماغ). بينما يمكن تحسين مستوى الأداء العقلي لحالات الإعاقة الذهنية من خلال التعليم والتدريب. (أحمد قطب، ٢٠٠٣م).

أيضاً يحدث المرض العقلي في أي مرحلة من مراحل العمر بلا حدود يحدث بعد سن المراهقة وفي معظم الحالات يحدث المرض العقلي للفرد بسبب فشله في التعامل مع بعض عناصر البيئة التي يعيش فيها. أو بعد فشل الفرد في التعامل مع أشخاص بعينهم أو عجز الفرد عن حل بعض المشكلات. (بترس حافظ بترس، ٢٠٠١م).

أسباب الخلط بين مفهومي الإعاقة العقلية والمرض العقلي:

أن الخلط بينهما ينشأ نتيجة لتشابه بعض الأعراض الانفعالية والعقلية التي قد تظهر في سلوك كل من المعاقين عقلياً والمرض العقلي.

فالشخص المعاق عقلياً:

لايستطيع إكتساب المهارات الأساسية إلا في مراحل متأخرة من النمو، ولا يملك القدرة اللازمة لأداء الأعمال والمهام التي تتطلب قدرات عقلية معينة، ويفشل دائماً في أداء تلك الأعمال والمهام.

ونتيجة لهذا الفشل المستمر والعجز عن أداء ما يطلب منه من أعمال لاتناسب قدراته العقلية المحدودة، يصاب بالإحباط ويرى نفسه عديم القيمة لاشأن له مما يؤدي إلى ظهور بعض الأعراض الإنفعالية في سلوكه مثل: الإكتئاب والعدوانية والإنطواء والعزلة، فيتوهم من يرى هذا الشخص أنه مريض عقلي لأن هذه الأعراض تشبه الأعراض الإنفعالية التي تظهر سلوك الشخص المريض عقلياً، والواقع أنها قد حدثت للمعاق عقلياً نتيجة لقصوره العقلي.

أما الشخص المريض عقلياً:

هو في الواقع شخص معاق إفعالياً ووجدانياً، ونتيجة للمشكلات الإنفعالية والوجدانية التي يعاني منها قد تظهر عليه بعض الأعراض العقلية مثل: عدم الكفاءة في الأداء بعض المهام التي تتطلب قدرات عقلية معينة، وعدم القدرة على حل المشكلات، وقصور في أداء بعض الأنشطة العقلية، فيتوهم من يرى هذا الشخص أنه معاق عقلياً .

وفيما يختص بالعلاج د يستجيب العلاج في المرض القلي وذلك على شكل تخفيف الأعراض المؤدية لهذا المرض العقلي مما يؤدي إلى الشفاء، بينما في حالة التخلف العقلي لايمكن الشفاء منها إذا حدثت. (أحمد وادي، ٢٠٠٩م: ٧٤).

خامساً: الحاجات النفسية والإجتماعية للمعاقين ذهنياً:

الحالة النفسية للمعاقين ذهنياً:

هناك مجموعة من السمات أو الحالات المصاحبة للإعاقة الذهنية من ذلك:

١. إن فشل المعاق ذهنياً في الأداء العقلي أو الواجبات والأعمال الذهنية يهيئه للشعور بأنه لا قيمة له، وأنه لاحول ولاقوة مع الشعور بالإكتئاب، وقد يصاحب ذلك شعور بالنقص أو الدونية أو العجز.
٢. كلما تقدم المعاق ذهنياً في السن، كلما تأخر وتخلف عن زملائه وأصدقائه وكلما زاد إستبعاده من المناشط الإجتماعية، أو زادت عزلته عن ذلك من النشاط وعن الإختلاط بالجماعات الإجتماعية، يصعب عليه إشباع حاجته إلى الصحبة أو الرفاق أو الصداقة، هذا الشعور بالإحباط للحاجات النفسية والإجتماعية، والعزلة عن الجماعات قد تؤدي ببعض المعاقين إلى الشعور بالغضب والتمرد والعصيان.

٣. فيما يتعلق بالجو العائلي الذي ينبغي أن يتكيف المعاق ذهنياً، نجد أن بعض الآباء يشعرون بالذنب لأنهم أتوا إلى هذه الحياة بطفل معاق ويعبر هؤلاء الآباء عن شعورهم بالذنب عن طريق (الحماية الزائدة) للطفل، وهذا النمط السلوكي من الآباء يقابله الطفل المعاق ذهنياً بنوع من الإعتماذية. وهناك نمط آخر من الآباء يعبرون عن شعورهم بالذنب عن طريق إنكارهم لعجز الطفل، وهذا النمط السلوكي يؤدي إلى صعوبات في التكيف تواجه المعاق ذهنياً. (عبد الرحمن محمد العيسوي، ٢٠٠٤م).

١ / الحاجة إلى الأمن النفسي:

تمثل الحاجة إلى الأمن النفسي ركيزة أساسية في الإستقرار النفسي للطفل المعوق فشعوره بأن هناك من يهتم بأمره ويحميه وأنه موضع عطف وحب من والديه ومدرسيه ويتحقق ذلك من خلال الأسرة، فإذا كانت الأسرة عنصراً هاماً وحاسماً في تشكيل شخصية الطفل للعادي فهي كذلك للطفل المعوق وربما بدرجة أكبر وذلك لما يتعرض له من مواقف وإحباط والتي يترتب عليها شعوره بالفشل لعجزه عن أداء المهام المطلوبة منه في المواقف الإجتماعية المختلفة، ومما يزيد المشكلة صعوبة أن الجماعة كثيراً ما تهمل الشخص المعوق، وقد يصل الأمر إلى السخرية، وهو ما يشعر الطفل بالدونية، بأنه مهدد نفسياً وإجتماعياً. (سهير محمد سالم، ٢٠٠٩م: ٩٣).

٢ / الحاجة للتقبل الإجتماعي:

الحاجة للتقبل الإجتماعي تعد من الحاجات الأساسية الضرورية والمهمة بالنسبة للمعاق، لأنه بالإعتماد عليها يستطيع التقدم والإنخراط مع الآخرين في الأطر العامة مثل المجتمع والأطر الخاصة مثل الأسرة والمدرسة.

فالطفل المعاق ذهنياً يشعر أنه غير مقبول إجتماعياً في البيت من قبل الأهل والأخوة ومع أصحابه، مما يجعله يحاول دائماً الوصول ولحصول على التقبل الإجتماعي، وهذا بدوره يؤثر على تطور الجوانب الأخرى لديه.

ورد في دراسة جرين (Green، ١٩٦٠م) أن المعاقين ذهنياً يتأثرون في العمل ويستمترون في بذل الجهد والتدعيم الإجتماعي، أي عندما يشعرون بالتقبل من المدرسين والمشرفين عليهم، إضافة لذلك

وجد (جرين) أن المعاقين ذهنياً الذين يعيشون في المؤسسات يتأثرون بالتدعيم الإجتماعي أكثر من المعاقين ذهنياً الذين يعيشون في أسرهم.

٣/ الحاجة إلى التقدير:

يعتبر الشعور بالتقدير والقبول من الآخرين حاجة أساسية يحتاج إليها الطفل المعوق ذهنياً إلى مايقوم به من أعمال، ويمكن تحقيق ذلك من خلال عبارات التشجيع لما يؤديه الطفل حتى ولو كان شيئاً بسيطاً لأن ذلك يشجعه على أداء الأعمال الأخرى ويجب أن نقيس هذا العمل بعين الطفل وبارتباطه بحاجته إلى النجاح والتقدير، فالمعتاد أن الطفل المعوق ذهنياً يحصل على قدر قليل من التقدير، أو لا يحصل عليه كلية بل يحدث في كثير من الحالات أن يكون هدفاً للسخرية والإستهزاء والتهكم عليه في معظم المواقف مما يكون له أثر سيئ على بنائه لمفهومه عن ذاته. وهذا ما يجعلنا أن نقرر أن الطفل المعوق في حاجة إلى التقدير أكثر من الطفل العادي الذي تتاح له الفرصة أن يشبع هذه الحاجة بشكل أو بآخر.

ويمكن إشباع الحاجة إلى التقدير من خلال كلمات الثناء على ما يؤديه من أعمال بالإضافة لإشراكه في بعض الأعمال الجماعية والتي تكون شبه متأكدين من أنه يجيد أداءها حتى تكون فرصة نجاحه كبيرة فيشعر بتقدير الآخرين له، وبالتالي يزيد من ثقته بنفسه وبناء مفهوم غير متضرر عن ذاته. (عفاف عبد المحسن الكومي، ٢٠٠٩م: ٩٤).

٤/ الحاجة إلى الإنتماء:

من الهامة والأساسية للطفل المعوق ذهنياً شعوره بالإنتماء إلى أسرته حتى تساعده على النمو النفسي والإجتماعي، فشعوره بأنه مقبل من قبل أفراد الأسرة يجعله ينتمي للأسرة ويساعده على الأستقرار في الناحية النفسية والإجتماعية ويعطيه حكماً مسبقاً من أن الآخرين في المجتمع سوف يتقبلونه كما تقبله أفراد أسرته. أما عدم شعوره بالإنتماء يترتب عليه ضعف قدرته على تكوين علاقات إجتماعية مع الغير. وهنا نريد أن نؤكد أن الطفل المعوق مالم يشعر بقدر معقول من الشعور بالأمن والتقبل والتقدير فلن تنمو لديه الحاجة إلى الإنتماء والتي تبدأ بالإنتماء على الأسرة وتنتهي بالإنتماء إلى النوع

الإنساني، لأنه ليس من المعقول أن ينتمي الطفل إلى أسرة لا تشبع له الحاجات السابقة. (علاء الدين كفاي، ٢٠٠٩م: ٩٥).

٥ / الحاجة للشعور بالكفاءة:

في دراسة هارتر وزيجلر (١٩٧٤م) تم تقسيمهم إلى ثلاثة مجموعات كما يلي:
أ/ مجموعة من العاديين.

ب/ مجموعة من المعاقين ذهنياً يعيشون مع أسرهم.

ج/ مجموعة من المعاقين ذهنياً نزلاء المؤسسات التربوية.

وجد أن العاديين أعلى من المعاقين ذهنياً في السعي للتأثير على الآخرين، ووجد أن المعاقين ذهنياً الذين يعيشون مع أسرهم أعلى من الذين يعيشون في المؤسسات في هذه الناحية، وفسر الباحثان هذه النتائج بإفترض أن تكرار تعرض المعاقين ذهنياً للفشل والإحباط يجعلهم سلبين، وأن إيداعهم في مؤسسات إجتماعية يجعلهم أكثر مطاوعة وخضوعاً، ويضعف رغبتهم في إثبات كفاءتهم. (كمال إبراهيم مرسى، ١٩٩٦م).

٦ / الحاجة إلى الإنجاز:

لقد أشار ماك كليان ومساعدوه إلى أهمية الحاجة للإنجاز في حياة الإنسان، وربطها بالذكاء والقدرات العقلية. وهذا يعني انه كلما زاد الذكاء زادت الحاجة إلى الإنجاز وزادت القدرة على الإنجاز، أما الدراسات والأبحاث التي جاءت بعد ذلك أكدت على إرتباط الحاجة للإنجاز بظروف التنشئة الإجتماعية أكثر من إرتباطها بالذكاء، فقد تفوق أطفال الأسر الغنية ثقافياً واقتصادياً وإجتماعياً على الأطفال من الأسر الفقيرة المتخلفة ثقافياً. (عمر نصر الله، ٢٠٠٢م).

٧ / الحاجة إلى النجاح:

يحتاج كل فرد إلى أن يستشعر طعم النجاح، والحاجة إلى النجاح مرتبطة بالحاجة إلى مفهوم ذات إيجابي تقدير الذات وتأكيد الذات، وبما أن الطفل المعوق يعيش في بيئة يحتمل أن يحصل منها على درجة أقل في التقبل والتقدير من نظيره العادي فيحتمل أن يكون شعور الطفل المعوق بنجاح يكون أقل خاصة إذا لم يتم عمله قيمة يقدره من حوله. فضلاً عن أن مستوى قدرات المعوق ذهنياً أقل من

المتوسط وبالتالي يكون أدائه وإنجازه أقل، وبالتالي فرص النجاح تكون أقل وبالتالي يكون الطفل المعوق في حاجة أكثر إلى الشعور بالنجاح من العاديين.

٨ / الحاجة إلى التوجيه المستمر:

الطفل المعوق ذهنياً يحتاج للتوجيه المستمر، فالتوجيه المستمر يجنبه الوقوع في الأخطاء مما يقلل تعرضه للنقد والسخرية والتهكم والعقاب. ومن الناحية الأخرى يساعده هذا التوجيه على إصدار سلوكيات أكثر إقتراباً للمعايير الإجتماعية والأخلاقية، مما قد يجعله موضع الرضا والتقدير من المحيطين به. ومن هنا يمكن أن يزيد تكيفه مع المجتمع المحيط به. ومن ثم فتدريب الطفل على توقعات الدور يساعده على ذلك. فالطفل المعوق يريد أن يتأكد من أن سلوكه يحظى بموافقة الكبار، ومن هنا ينشأ ميله إلى سلطة ضابطة، ومن ثم فهو يحتاج إلى الحرية المنظمة حتى تتاح له حرية التصرف في بعض الأمور بحيث لا تضر به. (علاء الدين كفاي، ٢٠٠٩م: ٩٦).

الرعاية التربوية والنفسية والإجتماعية للمعاقين ذهنياً:

يعد المعوق ذهنياً أكثر فئات المجتمع إحتياجاً لرعاية التربوية والنفسية والإجتماعية فئة المعاقين ذهنياً، حيث أن ذلك ضرورة إنسانية وإجتماعية لمساعدته على تنمية المهارات المناسبة التي تساعده على التوافق الإجتماعي، لذلك لابد من تنمية حواس المعاق ذهنياً وتوجيهها لإستخدامها بشكل مناسب، وتنمية إدراكه الحسي وفقاً لخطة عملية مدروسة، وتدريبه على عملية الفهم من خلال تقديم المدركات التي يألفها بشكل حسي. كما لابد من تدريب قدرته اللغوية وتعليمه المهارات الأساسية للقراءة والكتابة والحساب، وتدريبه على مهارات العناية الذات، والعادات الصحية، وتدريبه على آداب السلوك الإجتماعية، وتنمية الجانب الأخلاقي والديني عنده، وتدريبه على المهارات اليدوية اللازمة للقيام ببعض الأعمال التي يمكن أن يقوم بها، وتنمية دوافعه كما لابد من الإهتمام بصحته النفسية وتنمية ثقته بنفسه كثيراً ما يوجد الإضطراب النفسي أو سوء التوافق الشخصي مصاحباً للإعاقة الذهنية، لهذا لابد من مساعدة المعاق على فهم ذاته، وتغيير وجه نظره عن نفسه وعن الآخرين وعن البيئة المحيطة به، لتحقيق وجوده في المجتمع الذي يعيش فيه. كما لابد من مساعدته على فهم دوافعه، والتوافق مع واقع.

وهذا يتطلب أن نتقبل المعاق ذهنياً ، ونعامله بهدوء دون إستخدام العنف، ومساعدته على أن يهتم بنفسه ومجتمعه، ومساعدته على أن يكون جماعة رفاق، وتنمية ماعنده من إستعدادات وقدرات ومهارات. كما يتوجب على المؤسسات الإجتماعية وخاصة الأسرة والمدرسة أن تعمل على تقبل المعاق ذهنياً كإنسان له حقوق، يمكن أن يساهم بما لديه من إمكانيات في تقدم المجتمع

أما البرامج التربوية التي يمكن أن تقدم للمعوقين ذهنياً تكون على حسب درجة الإعاقة. فهناك برامج تربوية للمعوقين ذهنياً بدرجة بسيطة، وتهتم هذه البرامج بمساعدة هذه الفئة في سن المرحلة الإبتدائية بتعليمهم المهارات الأكاديمية الأساسية. وفي سن المتوسطة يستمر التدريب على المهارات الأكاديمية، ومهارات التهيئة المهنية والتدريب المهني البسيط. أما في المرحلة الثانوية البرنامج على التعليم المهني، ومهارات التشغيل.

حيث يتناول البرامج التربوية للمعوقين ذهنياً بدرجة متوسطة المهارات الأكاديمية في المستوى الوظيفي لمساعدتهم على تحقيق الإستقلالي. فهم يستطيعون تحقيق مهارات لا بأس بها من الأداء في المهارات اليدوية، ومهارات العناية بالذات.

البرامج التدريبية للمعوقين ذهنياً بدرجة شديدة لتدريب بعض الحواس، والمهارات الحركية البسيطة ومهارات العناية بالذات، وتدريبهم على إستخدام الإشارات، وإستخدام لوحة الكلمات الأساسية من أجل الإتصال بالآخرين. (أحمد محمد الزعبي، ٢٠١٢م: ١١٧).

سادساً: نسبة إنتشار الإعاقة الذهنية:

- توجد الإعاقة الذهنية في كل المجتمعات، لكن نسبتها تختلف من مجتمع لآخر، وذلك للأسباب التالية:
- (١) معيار نسبة الذكاء المستخدم في تعريف الإعاقة، فإذا كان تعريف هيبير فهو ١٥،٨٦% وأما تعريف جروسمان فهو ٢،٢٧% أما بنيه فهو ٢،٥%.
 - (٢) معيار العمر المستخدم في تعريف الإعاقة الذهنية، فإن سقف العمر النمائي عند هيبير ١٦ سنة وعند جروسمان ١٨ سنة.
 - (٣) معيار السلوك التكيفي: بمعنى أن الفرد المعوق ذهنياً هو الذي تقل نسبة ذكائه عن ٧٠%.

(٤) العوامل الصحية والثقافية والاجتماعية: فهي تعني أنه كلما كان الوعي الصحي والثقافي والاجتماعي جيداً كما قلت نسبة المعوقين ذهنياً، وبخاصة في الدول النامية. (حسن منسي، ٢٠٠٤م: ٢٠).

تختلف نسبة الإعاقة الذهنية من مجتمع إلى آخر، تبعاً لعدد من المتغيرات في ذلك المجتمع، فهي تختلف باختلاف متغير درجة الإعاقة الذهنية، والجنس (ذكور، إناث)، والعمر، والمعيار المستخدم في تعريف الإعاقة الذهنية، كما تختلف تلك النسبة باختلاف البرامج الوقائية من الإعاقة الذهنية. (فاروق الروسان، ٢٠٠٥م).

تقدر نسبة الإعاقة بصفة عامة في أي مجتمع بحوالي ١٠% من عدد سكان هذا المجتمع، بينما نسبة الإعاقة الذهنية في أي مجتمع تقدر بنسبة ٣% من عدد السكان.

وأفادت تقارير منظمة الصحة العالمية لعام ١٩٩٢م أن من بين سكان العالم (٥٠٢مليار) يوجد (٢٠مليوناً) يعانون من الإعاقات المختلفة ١٠% وأن من بين هؤلاء (٧٠مليوناً) يعانون من إعاقة ذهنية أي حوالي ٣% من سكان العالم.

تصنيف الإعاقة الذهنية:

لا يوجد تصنيف واحد للمعاقين ذهنياً يتفق عليه المختصون في هذا المجال، لأن الإعاقة كما قلنا سابقاً ليست درجة واحدة أو نمط واحد كما أن أسبابها كثيرة فضلاً عن أن المهتمين بهذه المشكلة من شرائح مختلفة، وقد يعتمد التصنيف بشكل عام على واحدة من شدة الإعاقة Severity أو

السبب Cause، أو الشكل (الهيئة) Form، أو مجموعة أعراض Clusters of Symptom، ولكن قد يساعد التصنيف التخطيط والبرمجة المعتمدة على الفهم الأوفر. (قحطان أحمد الظاهر، ٢٠٠٥: ٦٩).

ونظراً لتعدد وتنوع الأفراد الذين تم تشخيصهم كمعاقين عقلياً كانت هناك الحاجة لتصنيف هؤلاء الأفراد في مجموعات معينة لهم سمات ومظاهر مشتركة، وقد اختلفت وتعددت المحكات التي على أساسها تم تصنيف الإعاقة العقلية، ومن أهم هذه المحكات مايلي:

أولاً: تصنيف على حسب الأسباب:

١- تخلف عقلي أولي:

ويضم الحالات التي تنشأ عن عوامل وراثية، عن طريق الجينات أو الكروموسومات وفقاً لقوانين الوراثة، كما تضم الحالات التي تنتج عن اضطرابات أو خلل في الجينات أو الكروموسومات أثناء التكوين خلا مرحلة إنقسام الخلايا وما يترتب عليه من نقص أو عيب في تكوين المخ كما في حالة المنغولية التي يسببها وجود كروموسوم زائد في الخلية نتيجة لاضطرابات في التكوين، وتشمل هذه الفئة أيضاً حالات الإعاقة العقلية الناتجة عن اضطرابات الغدد الصماء كما في حالات القصور أو القزامة التي يسببها نقص إفراز الغدة الدرقية، كما تشمل أيضاً على الحالات التي يسببها اضطرابات التمثيل الغذائي مثل اضطرابات تمثيل الدهون والبروتين والكربوهيدرات. (أحمد وادي، ٢٠٠٩م: ٤٢).

٢- تخلف عقلي ثانوي:

وتضم الحالات التي تنشأ عن توقف نمو النيورونات اللحائية، ويرجع إلى عوامل بيئية تؤدي إلى إصابة الجهاز العصبي في أي مرحلة من مراحل النمو بعد عملية الإخصاب، كما قد يرجع إلى نقص في تغذية المخ أو بفعل الحرمان البيئي، ومن أهم عوامل الحرمان البيئي ما ينشأ عن تدخل الغدد الصماء خاصة الغدة الدرقية وسوء التغذية وانعدام التنبهات الحسية. (أحمد وادي، ٢٠٠٩م: ٤٢).

ثانياً: التصنيف بحسب القابلية للتعلم

ويشيع هذا التصنيف في ميدان التعليم ويسمى بالتصنيف التربوي ويشمل:

١- فئة القابلين للتعليم :

وتتضمن هذه الفئة الأطفال القابلين لإكتساب المهارات الأكاديمية الأساسية كالقراءة، الكتابة، الحساب وتتراوح درجة ذكائهم ما بين (٥٠-٧٠ درجة).

٢- فئة القابلين للتدريب:

وتتضمن هذه الفئة المعوقين ذهنياً الذين يعتقدو أنه غير قادرين على تعلم المهارات الأكاديمية بالرغم من قدرتهم على إكتساب المهارات الإستقلالية بالإضافة إلى قابليتهم للتدريب وإكتساب مهارات التأهيل المهني عند التدريب عليها وتتراوح درجات ذكاء هذه الفئة ما بين (٢٥-٥٠ درجة).

٣- فئة الإعتماديين:

وتتضمن هذه الفئة المعوقين ذهنياً ممن تقل درجات ذكائهم عن ٢٥ درجة وممن ألا يستطيعون أداء المهارات الأساسية للحياة اليومية لذلك فهم في حاجة دائماً للإعتماد على غيرهم للوفاء بمتطلباتهم الأساسية. (أحمد جابر أحمد، ٢٠٠٤م: ٢٠).

ثالثاً: التصنيف السيكولوجي:

يهدف هذا التصنيف إلى معرفة المستوى الوظيفي للقدرة العقلية العامة، والتي يمكن قياسها بواسطة إختبارات الذكاء المقننة، وتصنف حالات الإعاقة العقلية تبعاً لهذا التصنيف إلى ثلاثة فئات حسب نسبة الذكاء كما يلي:

١- الالهوك أو المأفون:

ويتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة بين (٥٠-٧٠ درجة) ويستطيع هؤلاء القيام بأعمال روتينية بسيطة تحت الإشراف وبعد التدريب، كما يمكنهم التواصل ولكن القدرة اللفظية محدودة.

٢- الأبله:

ويتراوح ذكاء هذه الفئة بين (٢٥-٥٠ درجة) ويستطيع هؤلاء تعلم بعض الكلام وبالتالي يعبرون عن حاجاتهم الأساسية ولكنهم عادة لا يستطيعون القراءة ولا الكتابة كما يستطيعون حماية أنفسهم من الأخطار العادية وإنجاز أعمال بسيطة.

٣- المعتوه:

ويقدر ذكاء هؤلاء الأفراد عن ٢٥ درجة ولا يستطيع هؤلاء الإنتباه لحاجاتهم الشخصية أو حماية أنفسهم من الأخطار ويعانون من نقائص حركية وجسمية ملحوظة ويجب وضعهم في مؤسسات خاصة.

رابعاً: التصنيف حسب الشكل الخارجي:

يهدف هذا التصنيف إلى وضع الأفراد المصابين بالتخلف في فئات على حسب ما يميزهم من سمات بدنية مثل شكل الجسم والوجه والعينيين ومن أهم هذه التصنيفات:

١- المنغولية

٢- حالات صغر حجم الدماغ

٣- حالات كبر حجم الدماغ. (أحمد وادي، ٢٠٠٩م: ٤٤).

ويمكن تصنيف الإعاقة الذهنية إلى فئتين رئيسيتين هما:

أولاً التصنيف الطبي: Medical Classification

يعتمد هذا التصنيف على العوامل المسببة للإعاقة الذهنية، وتوقيت الإصابة ودرجتها والمظاهر المرتبطة بها، بغية تحديد الأساليب الوقائية والعلاجية المناسبة.

ثانياً: التصنيفات السلوكية: Behavioral Classification

تعتمد هذه التصنيفات على تحديد فئات الإعاقة الذهنية في ضوء مستويات أداء المعاقين ذهنياً في المواقف والمجالات المختلفة وتعدد محكاتها: كإختبارات الذكاء، والقابلية للتعليم والتدريب والسلوك التكيفي، وذلك بتعدد تلك المجالات والأعراض المتوخاه من التصنيف كالأعراض النفسية أو التعليمية أو الإجتماعية وتشمل:

١. التصنيف السلوكي

٢. التصنيف الإجتماعي

٣. التصنيف التربوي

٤. التصنيف متعدد الأبعاد. (حسن محمد حسان، ٢٠٠٥م: ٨٧).

١/ التصنيف الطبي الإكلينيكي:

يعتمد هذا التصنيف على الجانب الطبي وفق الأعراض الجسمية ويقوم على إستخدام المحكات التالية:
أ/ مصدر الإصابة:

أمثلة التصنيف بإستخدام هذا المحك تصنيف (ترد جولد) Tred Gold لأنواع الإعاقة الذهنية إلى قسمين هما:

١. الإعاقة الذهنية الأولية: تحدث نتيجة الوراثة، وهي ولادية وأساسها النقص الغددي، وعدم إنتظام

الترتيب، أوعدم اكتمال النيورونات اللحائية وتشمل الإعاقة الذهنية البسيطة وصغر الدماغ والمنغولية.

٢. الإعاقة الذهنية المكتسبة أو الثانوية:وقوامه توقف نمو النيورونات اللحائية، ويتحدد بسبب آفات

مخية جسمية أ ونقص في تغذية المخ أو الحرمان البيئي، ومن أهم عوامل الحرمان ما ينشأ عن تدخل

الغدد الصماء خاصة الغدد الدرقية، وسوء التغذية وانعدام التنبهات الحسية.

ب-درجة الإصابة:

من أمثلة هذه التصنيفات ما أقترحه (كانر) Cannar من وجود ثلاث فئات هي:

١. إعاقة ذهنية مطلقة: وتشمل ذوي المستوى الأدنى (الحاد أو الجسيم) من الإعاقة الذهنية (كالبلهاء والمعتهين).

٢. إعاقة ذهنية نسبية: وتشمل ذوي المستوى البسيط أو المعتدل من الإعاقة كفئة المورون.

٣. إعاقة ذهنية ظاهرية: وتنشأ من عوامل ثقافية بيئية.

ج/ توقيت حدوث الإصابة:

إقترح (يانيت) Yannet تقسيماً ثلاثياً لتصنيف الإعاقة الذهنية بحسب توقيت حدوث الإعاقة، تضمن الفئات التالية:

١. عوامل قبل الولادة: تتمثل في الأسباب الفيسيولوجية المرضية والإضطرابات الكيميائية التي تنتقل إلى الجنين من الوالدين كاضطرابات التمثيل الغذائي، وحالات الإصابة قبل الولادة بالزهري الوراثي، والتسمم، وعامل الريزوس Rh.F.

٢. عوامل ولادية: تتمثل حينما يتعرض لها الجنين أثناء الولادة من ظروف كالإختناق أو الإصابة الدماغ بأجهزة الولادة.

٣. عوامل بعد الولادة: تتمثل في تعرض الفرد خلال الفترة النمائية لبعض الأمراض كالإلتهابات السحائية وإصابات المخ نتيجة التسمم بأملاح الرصاص أو أول أكسيد الكربون، والإصابات المباشرة للدماغ نتيجة للحوادث.

د/ المظاهر الجسمية المميزة للحالة الإكلينيكية:

يصاحب الإعاقة الذهنية حالات مميزة إكلينيكياً من حيث تكوين أعضاء الجسم والملاح والمظاهر الجسمية، وهذه الحالات تتفاوت فيما بينها من حيث درجة الذكاء كحالات المنغولية بدرجة متوسطة (بلهاء) درجة شديدة (المعتهين) ودرجة بسيطة (المأفونين). (عبد المطلب أمين القريطي، ٢٠٠٥: ٢٢٥).

وأهم الحالات الإكلينيكية للمعاقين ذهنياً الحالات التالية:

١- المنغولية (Mongolism):

المنغولي: وتسمى عرض داون نسبة إلى الطبيب الإنجليزي جون داون (الذي أكتشفها). وهذه الإعاقة تشكل ١٠% من حالات الإعاقة المتوسطة والشديدة، ويمكن التعرف على هذه الحالة قبل الولادة وأثناءها، ولها علاقة بعمر الأم ويزداد حدوثها بعد عمر ٣٥ سنة، أما أسبابها فتعود إلى اضطرابات بالكروموسومات (الصبغيات) وبالتحديد بالكروموسوم الزوج رقم (٢١) حيث يظهر زوج الكروموسومات هذا ثلاثياً لدى الجنين وبالتالي يصبح عدد الكروموسومات لدى الجنين في حالة المنغولي (٤٧) كروموسوم بدلاً من ٤٦ في الأجنة وقد ترجع أسباب حالة المنغولي أيضاً إلى خطأ في موقع الكروموسوم (بدل ٢١ جاء ٢٢) ولكن نسبة حدوث ذلك قليلة جداً وليس لها علاقة بعمر الأم. تتراوح نسبة ذكاء المنغولين بين ٤٠% - ٥٥% وخصائص هذه الفئة: الوجه المسطح، صغر حجم الأنف المائل قليلاً، العيون الضيقة الممتدة بإتجاه عرضي، كبر حجم الأذنين، ظهور اللسان خارج الفم، الاضطرابات في شكل الأسنان حيث تكون مدببة ومنقرقة، الأيدي والأصابع والرغبة قصيرة. (حسن منسي، ٢٠٠٥: ١٥).

أو ما يطلق عليه (Down Syderome) عرض (داون) نسبة إلى مكتشفها الدكتور داون. وسميت المنغولية لأن صفاتها الجسمية تشبه صفات الجنس المنغولي، وتتصف بانحراف العينين وسمك الجفون وصغر حجم الرأس وإسندارته، ونعومة الجلد ورطوبته، وتشقق اللسان وكبره، وأنف أفطس، والأذنين قصيرتين أو كبيرتين، أما اليد فعرضية متورمة والأرجل مفلطحة القدمين، وأحياناً يوجد شق واسع بين إبهام القدم والأصابع المجاورة له.

تبلغ نسبة هذه الحالات ١% من مجموع السكان، وقد أوضحت دراسات مثل دراسات برسو Braousseau وبرانير Brainerd ودراسات مالزبيرج Malazberg إن نسبة المعتهوين بين هذه بين هذه الحالات تتراوح ما بين ٢٤% و ٣٨% وان نسبة البلهاء بينهم تتراوح بين ٦١% و ٧٢% كما ان نسبة المورون بينهم تتراوح ما بين ١% و ٤% وقد يكون هذا الاختلاف في درجة الإعاقة بالرغم من أن السبب واحد ويعود إلى المتغيرات المرافقة للمنغولية كالأوضاع الصحي للأم، التغذية، الحالة النفسية.

تتميز هذه الفئة بأنها متشابهة في جميع أنحاء العالم لأن سبب الإعاقة هو زيادة كروموسوم واحد ويكون أكثر احتمالاً في الزوج الحادي والعشرين، وتأتي في الأغلب من الأم فيكون ثلاثياً بدلاً من أن يكون ثنائياً . لذلك يكون في خلية المنغولي (٤٧) كروموسوم بدلاً من (٤٦) كروموسوم.

ولا يقتصر حدوث الخلل الكروموسومي على الزوج (٢١) بل قد يحدث أحياناً في الزوج ٨ أو ١٥ أو ١٣ وقد يكون بزيادة Y أو X أي قد يولد XYY أو XXY أو XXX.

أما الأسباب التي تؤدي إلى حدوث المنغولية أختلال نظام تغذية الجنين أثناء الحمل، والتسمم، واضطرابات نشاط الغدد، وقد يكون لعمر الأم أثر في ذلك فكثير من الحالات كانت لأمهات تزيد أعمارهن عن ٤٠ سنة. (قطحان أحمد الظاهر، ٢٠٠٥م).

٢- حالات اضطرابات التمثيل الغذائي (Phenyl Keton Uria):

حالات اضطرابات التمثيل الغذائي: يعود إكتشاف هذه الحالات إلى الطبيب النرويجي فولنج سنة ١٩٣٤م حيث يرجع حالات الإعاقة إلى اضطرابات التمثيل الغذائي لحمض الفينيلين وترجع ذلك إلى حالات (PKU) تعود إلى أسباب وراثية أي ترجع إلى نقص في كفاءة الكبد في إفراز الإنزيم اللازم لعملية التمثيل الغذائي لحمض الفينيلين، وبسبب سوء هضمه بالطريقة المناسبة حيث تظهر بالدم بمستويات عالية، كمادة سامة للدماغ مما يؤدي إلى الإعاقة العقلية. (حسن منسي، ٢٠٠٥م: ١٦).

وتعتبر حالات اضطرابات التمثيل الغذائي من الحالات الأقل شيوعاً بين حالات الإعاقة الذهنية إذ تصل نسبة الحالات إلى حالة من كل ١٨ ألف حالة ولادة. وتشير تقديرات أخرى إلى أن النسبة هي حالة من كل ٢٥ حالة ولادة أو حالة من كل ١٢٥٠٠ حالة ولادة.

ففي عام ١٩٣٤م (لاحظ الطبيب النرويجي فولنج ١٩٣٤، Asbjorn Folling) أثناء فحصه الطبي الروتيني لأحد الأطفال تغيير لون بول الطفل من اللون الأحمر البني إلى اللون الأخضر عند إضافة حامض الفيريك (Ferric Chiroide) إليه، كما لاحظ وجود رائحة غريبة في بول الطفل، وقد فسر فولنج ذلك باضطراب التمثيل الغذائي لحمض الفينيلين (Phenylalanine Amino Acid) حيث يؤدي ذلك إلى حالة الإعاقة الذهنية.

وفسر فولنج تلك الحالة في أبحاثه بعوامل وراثية تبدو في نقص كفاءة الكبد على إفراز الأنزيم اللازم لعملية التمثيل الغذائي لحمض الفينيلين، وبذلك يظهر حامض الفينيلين في الدم بمستويات عالية كمادة سامة في الدماغ والجهاز العصبي المركزي مما يؤدي إلى حدوث تلف في الجهاز العصبي المركزي يصعب علاجه.

هذا ويمكن معالجة حالات ال (PKU) إذا ما أكتشف مبكراً وبخاصة في الأسابيع الأولى للولادة، ومن المناسب إجراء الإختبارات الطبية المتمثلة في:

١ إختبار غثري (Guthrie Intibition Assay Test) حيث تؤخذ عينة دم من كعب الطفل فاذا ظهر أن مستوى الفينيلين في الدم هو ٢٠ ملم لكل ١٠ ملم من الدم فان ذلك يعني وجود حالة ال (PKU) لدى الطفل.

وكما أشارت بعض الدراسات فان نسبة ذكاء هذه الفئة تتراوح ما بين الإعاقة الذهنية المتوسطة والشديدة، ولكن الغالبية العظمى بين هذه الفئة ذات قدرات ذهنية تتراوح ما بين ٢٥ إلى ٥٠ درجة على إختبارات الذكاء.

وفيما يتعلق بالخصائص الجسمية لهذه الفئة فان الدراسات تشير إلى خصائص مثل الجلد الناعم الحساس الشاحب، والشعر الأشقر، والعيون الزرقاء، وصغر حجم الرأس. (فاروق الروسان، ٢٠٠٥م).

٣- حالات القماء (القزامة) (Cretinism):

القماء: هي مظهر من مظاهر الإعاقة العقلية وترجع الأسباب إلى نقص في إفراز هرمون الثيروكسين الذي تفرزه الغدة الدرقية والموجودة على جانبي العنق. (حسن منسي، ٢٠٠٥م: ١٦).

ويتصف هؤلاء الأطفال بالقصر المفرط ولا يتجاوز طول الفرد ٦٠-٧٠سم في فترة المراهقة (١٦-١٨)، وأطول طول يمكن أن يصل إليه ٩٠سم بالإضافة إلى قصر القامة توجد مظاهر جسدية أخرى مثل خشونة الشعر وجفافه، بالإضافة إلى جفاف الجلد وتجعده وانتفاخ في الجفنين والشفنتين، وتضخم اللسان، وقصر الأطراف، والأصابع السمكية، وبروز البطن وإستدارتها، ويلاحظ على الطفل الخمول والكسل وبطء الحركة، وسبب حدوث مثل هذه الإعاقة هو نقص وانعدام إفراز الغدة الدرقية، مما يؤدي

إلى خلل وتلف في خلايا المخ، وعلاج هذه الحالة ممكن إذا اكتشف مبكراً بإعطاء الطفل خلاصة إفراز الغدة الدرقية، ومثل هذا العلاج يستمر لفترة طويلة من العمر. (عمر نصرالله، ٢٠٠٢م: ٦١).

٤- حالات صغر الجمجمة: (Micro Cephaly):

صغر حجم دماغ: أي صغر حجم محيط الجمجمة منذ الولادة، حيث يظهر صعوبة التأخر البصري الحركي، وقد يرجع سبب هذه الإعاقة إلى تناول الأم الكحول أو العقاقير الطبية أو التعرض للأشعة أثناء الحمل. (حسن منسي، ٢٠٠٥م: ١٧).

وينجم صغر حجم الجمجمة عن زيادة في أحد كروموسومات المجموعة (د) التي تضم أزواج كروموسومات أرقام ١٥، ١٤، ١٣ ويسمى ثلاثي (د) والذي يترافق بتشوهات في القلب، وتشقق الشفاه العليا، والإعاقة الذهنية، وعادة ما نلاحظ على الطفل الذي يعاني من صغر حجم الدماغ شذوذ في شكل الرأس وكبير حجم الأذنين وعادة يكون عمره قصيراً.

كما ينجم الميكروسيفالي من شذوذ الكروموسومات أيضاً زيادة كروموسوم (١٨) حيث يتكرر ٣ مرات بدلاً من مرتين ويسمى ثلاثي (هـ)، والذي يؤدي إلى تشوهات في القلب العظام، وتلف الدماغ، والإعاقة الذهنية. وتزداد نسبة هذه الحالات في ولادة الأمهات بعد الأربعين. (أحمد محمد الزعبي، ٢٠٠٣م، ١٠٢).

٥ - حالات كبر الجمجمة: Macro Cephaly:

كبر حجم الدماغ: أي كبر حجم محيط الجمجمة منذ الولادة وترجع أسبابها إلى عوامل وراثية. (حسن منسي، ٢٠٠٥م: ١٤).

وتعتبر حالة نادرة الحدوث، يكبر فيها المخ لدرجة كبيرة، تظهر فيها الجمجمة مربعة الشكل أكثر منها مستديرة، وتصاحبها إعاقة ذهنية شديدة، ونوبات صرع وصداع وضعف الأبصار. (عبد العظيم شحاتة، ١٩٩٩م).

٦- الإستسقاء الدماغي (Hydro Cephaly):

وهو كبر حجم الجمجمة بسبب وجود سائل النخاع الشوكي داخل أو الخارج الدماغ، وقد يتم التخفيف من هذه الإعاقة بسحب السائل لكن العملية صعبة جداً. (حسن منسي، ٢٠٠٥م: ١٤).

ويتميز هؤلاء بكبر حجم الجمجمة وبروز الجبهة، ويظهر ذلك عند الطفل في الأسابيع الأولى من ولادته، ويرجع السبب في حدوث هذه الحالة إلى زيادة في كمية السائل المخي الشوكي في الجمجمة والذي يؤدي إلى تلف خلايا المخ، وعلاج هذه الحالة ممكن أو حدوث إذا أكتشف في فترة مبكرة، وبعد الولادة مباشرة، وذلك عن طريق إجراء جراحة لتحويل مسار السائل المخي وتخفيض ضغطه على المخ. (عمر نصرالله، ٢٠٠٢م).

٢/ تصنيف حالات الإعاقة الذهنية حسب متغير نسبة الذكاء

تصنف حالات الإعاقة الذهنية وفق متغير نسبة الذكاء إلى ثلاثة مجموعات هي:

أ/ الإعاقة الذهنية البسيطة: Mild Mental RETARATION:

تشكل هذه الفئة نسبة ٨٠% من الأطفال المعاقين ذهنياً وتتراوح نسبة الذكاء لهذه الفئة ما بين (٥٥ - ٧٠) درجة على إختبارات الذكاء، وعلى بعد إنحرافين معياريين سالبين من المتوسط على منحني التوزيع الطبيعي للقدرة العقلية.

وهؤلاء قابلون للتعلم حتى مستوى الصف الثالث الابتدائي، ولديهم مقدرة بسيطة بتعلم المهارات المهنية.

الخصائص الجسمية للإعاقة الذهنية البسيطة:

الخصائص الجسمية لهذه الفئة فتبدو مقاربة لمظاهر النمو الجسمي العادي المناظر لها في العمر الزمني، ويواجه أطفال هذه الفئة مشكلات في مهارات التآزر البصري الحركي.

الخصائص الإجتماعية للإعاقة الذهنية البسيطة:

يتميز أطفال هذه الفئة بعدد من الخصائص الإجتماعية التي تبدو في الأداء الموازي أو المقارب لأداء الأطفال العاديين المناظرين لهم في العمر الزمني، ولايعني ذلك ندرة المشكلات الفردية والإجتماعية لهذه الفئة.

الخصائص التعليمية للإعاقة الذهنية البسيطة:

الخصائص التعليمية لهذه الفئة تبدو في قدرة أطفال هذه الفئة على تعلم المهارات الأكاديمية البسيطة كالقراءة والكتابة والحساب في مستوى يوازي في أعلى تقدير مستوى طلبة الصف الرابع الابتدائي،

ومع ذلك يواجه مثل هؤلاء الأطفال مشكلات في التعليم المجرد، وغالباً ما يكون المكان التربوي المناسب لهذه الفئة الصفوف الخاصة الملحقة بالمدرسة العادية أو مراكز التربية الخاصة النهارية.

ب/ الإعاقة الذهنية المتوسطة: Moderate Mental Retardtion:

تشكل الفئة نسبة ١٠% تقريباً من الأطفال المعاقين ذهنياً وتتراوح نسبة الذكاء لهذه الفئة ما بين (٤٠ - ٥٥) درجة على إختبارات الذكاء، وعلى بعد ثلاثة إنحرافات معيارية سالبة عن المتوسط على منحنى التوزيع الطبيعي للقدرة العقلية. وتظهر العديد من المشكلات في المشي، والوقوف والجري، ولستعمال الأدوات اليومية، وكذلك مشكلات في الكتابة، كما قد تصاحب المشكلات الجسمية مشكلات أخرى صحية مرتبطة ببعض الأمراض ومشكلات حسية كالمشكلات البصرية والسمعية. وهم قابلون للتدريب، وعندهم مشكلات في المشي أو الوقوف، ويمكن القيام بمهارات مهنية بسيطة جداً.

الخصائص الإجتماعية للإعاقة الذهنية المتوسطة:

الخصائص الإجتماعية لهذه الفئة فتبدو في العديد من مشكلات السلوك التكيفي التكميلي كمهارات الحياة اليومية مثل تناول الطعام، والمهارات الصحية، ومهارات إرتداء الملابس، ومهارات التواصل الإجتماعي، ومهارات تحمل المسؤولية، ومهارات التنشئة الإجتماعية. وتنشأ لدى هذه الفئة مشكلات في السلوك اللاتكفي كالسلوك العدواني، وسلوك إيذاء الذات، والعادات الصوتية والإجتماعية غير لمقبولة إجتماعياً.

الخصائص التعليمية للإعاقة الذهنية المتوسطة:

الخصائص التعليمية لهذه الفئة فتبدو في صعوبة تعلم المهارات الأساسية البسيطة كالقراءة والكتابة والحساب، ويوازي أفضل أداء لأطفال هذه الفئة مستوى أداء طلبة الصف الأول الإبتدائي، والمكان التربوي المناسب لهذه الفئة مراكز التربية الخاصة النهارية، أو الصفوف الخاصة الملحقة بالمدرسة العادية. (فاروق الروسان، ٢٠٠٣م: ٦٠).

ج/ الإعاقة الذهنية الشديدة: Severs Mental Retardation:

تشكل هذه الفئة نسبة ٥% تقريباً ذهنياً وتتراوح نسبة الذكاء لهذه الفئة ما بين ٤٠ درجة فما دون على إختبارات الذكاء وعلى بعد أربعة انحرافات معيارية سالبة عن المتوسط على منحنى التوزيع الطبيعي للقدر العقلية.

لديهم اضطرابات جسمية وحركية، واضطرابات في النمو اللغوي، وغالباً ما يكونوا فاقدين الذاكرة ولايستوعبون معنى الكلام لأن دماغهم غير مكتملة النمو.

تظهر لدى أطفال هذه الفئة مشكلات واضحة في الطول والوزن وشكل الرأس، المهارات الحركية العامة كالمشي وصعوبة بالغة في المهارات الحركية القفيفة وهنالك بعض الأمراض المصاحبة لمثل هذه الحالات كالشلل والصرع الدماغي أو حالات كبير/صغر إستسقاء الدماغ. هذا بالإضافة إلى بعض المشكلات الحسية السمعية والبصرية، وقد تظهر على بعض أطفال هذه الفئة تعدد الإعاقات.

كذلك تبدو مشكلات السلوك التكيفي على هذه الفئة إذ يصعب على أطفال هذه الفئة القيام بمهارات الحياة اليومية، أوالمهارات الإستقلالية، أو المهارات اللغوية، ويصاحب مثل هذه الحالات ظهور أعراض فصام الطفولة.(Autism).

ويصعب تعليم هؤلاء الأطفال أي مهارات أكاديمية بسبب تدني قدراتهم العقلية وغالباً ما يكون أنسب الأماكن لهذه الفئة مراكز الإقامة الكاملة، أو أقسام الأطفال بالمستشفيات بسبب حاجة مثل هؤلاء الأطفال إلى الرعاية الصحية المباشرة. (فاروق الروسان، ٢٠٠٣ م: ٦١).

٣/تصنيف حالات الإعاقة الذهنية حسب متغير البعد التربوي:

وتستخدم هذه التقسيمات نسب الذكاء المعروفة وتضيف إليها أسماء للفئات تتناسب مع البرنامج التعليمي اللازم لكل فئة وقدرتها على التعلم كمعايير أساسية للتقسيم.

١. فئة القابلين للتعليم Educable: وتتضمن فئة الإعاقة الذهنية البسيطة Mild حيث تتراوح نسب ذكاء أفراد هذه الفئة ما بين "٥٠ - ٧٠" ويمكنهم تحصيل قدر من التعلم في مستوى الصف الخامس الإبتدائي ويحتاج مثل هؤلاء الأفراد إلى برامج تعليمية خاصة وإلى نوع خاص من الإرشاد النفسي لمواجهة الأزمات الرئيسية في الحياة.

٢. فئة القابلين للتدريب **Train able**: وتتضمن فئة الإعاقة الذهنية المتوسطة والشديدة حيث أن مستوى ذكاء أفراد هذه الفئة يتراوح ما بين "٢٥ - ٥٠" وأفراد هذه الفئة يصعب تلقينهم المواد التعليمية ولكن يمكن تدريبهم على العناية بأنفسهم وقضاء حاجتهم، كما يمكن تدريبهم على بعض الأعمال الآلية البسيطة.

٣. غير قابلين لتعليم أو التدريب **Uneducable or Untrainable**: تتضمن فئة الإعاقة الذهنية العميقة حيث يقل مستوى ذكاء أفراد هذه الفئة عن (٢٥) ويحتاجون إلى رعاية تامة حيث يصعب تعليمهم ويصعب تدريبهم على العناية بأنفسهم وهؤلاء يحتاجون إلى إشراف ورعاية مستمرة. (عبد الصبور منصور، ٢٠٠٣م: ٧٧).

٣- تصنيف الجمعية الأمريكية للإعاقة الذهنية (System AAMA Classification):

يعتبر تصنيف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية من أكثر التصنيفات قبولا بين المختصين في هذا المجال

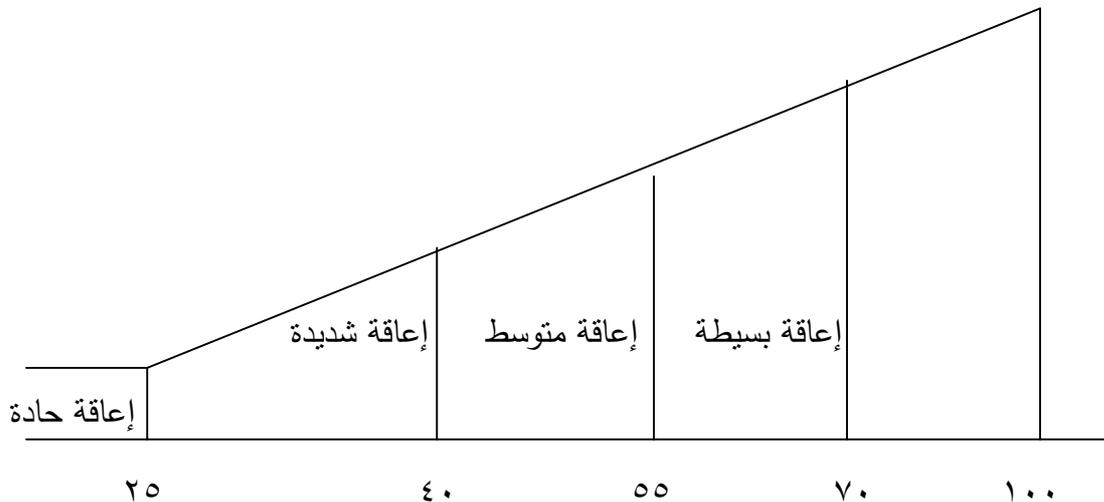
ويتضمن تصنيف الجمعية الأمريكية للإعاقة الذهنية الفئات التالية:

١- الإعاقة الذهنية البسيطة (Mild Retardation)

٢- الإعاقة الذهنية المتوسطة (Moderate Retardation)

٣- الإعاقة الذهنية الشديدة (Severe Retardation)

٤- الإعاقة الذهنية الشديدة جداً (Profund Retardation)



وفي عام ١٩٩٢م أختلفت طريقة تصنيف الجمعية الأمريكية للإعاقة الذهنية فصارت تشمل: مستويات تحدد مدى الدعم المختص الذي يحتاج إليه الطفل.

وتنقسم المستويات كالتالي:

١- **الدعم المتقطع:** وهو الدعم أو التدخل عند الحاجة فقط.

٢- **الدعم المحدود:** هو الدعم المحدود لفترة زمنية محددة.

٣- **الدعم الواسع:** وهو الدعم المنظم في البيت أو المدرسة أو العمل.

٤- **الدعم المنتشر:** وهو الدعم العام في جميع الظروف.

ويدلاً من تسمية الطفل المعاق إعاقة عقلية شديدة أصبح يعرف بأنه الطفل الذي يحتاج إلى دعم

منتشر في الاعتماد على النفس. (أحمد وادي، ٢٠٠٩م: ٤٧)

٤/ **تصنيفات حالات الإعاقة الذهنية على أساس السلوك التكيفي:**

لقد إعتمدت الجمعية الأمريكية للمعاقين ذهنياً مقياس السلوك التكيفي. وإعتمدت هذا التصنيف على

أساس السلوك التكيفي وهو مقياس شائع الاستخدام إضافة إلى عدد آخر من المقاييس التي إعتمدت

في قياس السلوك التكيفي ومنها:

١- مقياس فيلاند للنضج الاجتماعي Vineland Social Maturity Scale

٢- مقياس كين-ليفين للمهارات الاجتماعية Cain-LEVINE SOCIAL COMETENCY

٣- مقياس TMR للأداء TMR Performance Scale

وقد أعتد هذا التصنيف على أساس السلوك التكيفي لما له من أهمية في إعتماده على عوامل التعلم

والنضج والتكيف الاجتماعي، إضافة إلى إعتماده على الأسس التي تمت في مقياس الذكاء.

ومقياس السلوك التكيفي يقسم الى قسمين:

القسم الأول ويضم المظاهر النمائية التالية:

١- الإعتداد على النفس وتشمل تناول الطعام، إرتداء الملابس وخلعها، عملية الإخراج، العادات

الصحية.

٢- النمو الجسمي ويشمل النمو في الجوانب الحسية والحركية.

٣- النشاط الإقتصادي ويتمثل في كيفية استخدام مهارات الشراء واستخدام النقود وكذلك كيفية الإدخار.

٤- النمو في الجانب اللغوي: ويشمل قدرته في التعبير عن نفسه وعن الآخرين، الفهم ومدى قدرته على استخدام اللغة في المواقف الاجتماعية.

٥- مفاهيم الأعداد والزمن.

٦- المهارات المنزلية وأعمالها.

٧- المهارات العامة في المهنة.

٨- التوجيه الذاتي.

٩- تحمل المسؤولية.

١٠- التطبيع الاجتماعي.

اما القسم الثاني من المقياس فيركز على الجوانب الشخصية، هي:

١- السلوك العنيف والتدميري.

٢- سلوك مضاد للمجتمع.

٣- سلوك التمرد والعصيان.

٤- سلوك الشك وعدم الثقة.

٥- السلوك الانسحابي.

٦- السلوك النمطي.

٧- عادة الاصوات غير المناسبة.

٨- العادات غير المقبولة.

٩- الأساءة الى الذات.

١٠- الميل الشديد إلى النشاط الزائد.

١١- السلوك الجنسي الشاذ.

١٢- الاضطرابات النفسية.

والأسباب التي تدعو إلى ضرورة وضع السلوك التكيفي أساساً مهماً في تحديد الإعاقة الذهنية إلى نسبة الذكاء هي:

١. عدم وجود إتفاق عام على تعريف الذكاء من جهة ومفهوم الذكاء من جهة أخرى.
٢. عدم وجود إتفاق عام على تحديد العوامل التي تعنيها إختبارات الذكاء.
٣. وجود كثير من العوامل التي تظهر تبايناً في درجات الأفراد على إختبار من إختبارات الذكاء ويسمى بخطأ المقياس.
٤. إن إختبارات الذكاء تقيس معدل مستوى القدرات فقط وقد تعجز عن قياس جوانب النمو الإجتماعي والعاطفي مثلاً.

٥. عدم إتفاق علماء النفس على درجة نسبة الذكاء التي تبدأ عندها الإعاقة الذهنية.
٦. الأخطاء في تفسير نتائج إختبارات الذكاء للفرد المعاق ذهنياً، فيما لو حصل على درجات مرتفعة على بعض من المقاييس وعلى درجات منخفضة على مقاييس أخرى. (نادرفهمي الزبيد، ٢٠٠٠م: ٤٩).

الأغراض التي من أجلها تتم عملية التشخيص للإعاقة الذهنية:

١. تحديد إمكانيات وقدرات الطفل وخاصة القدرة العقلية.
٢. إمكانية تحويله للمؤسسة التربوية أو الإجتماعية المناسبة (معهد تربية فكرية أو صفوف ملحقة بالمدارس العادية).
٣. تحديد الخطة التربوية الفردية والأعداد المهني المناسب.
٤. متابعة الحالة وتحديد مدى التقدم في عملية التعليم والتدريب.
٥. لمنع تدهور الحالة كما في حالات الصرع وإستسقاء الدماغ. (عصام النمر، ٢٠٠٦م: ١١٤).

قياس وتشخيص الإعاقة الذهنية:

ظهر العديد من المقاييس، منها مقاييس القدرة العقلية العامة، كمقياس ستانفورد بينيه، ومقياس جودانف - هاريس للرسم والمعروف باسم: ومقاييس مكارثي للقدرة العقلية للأطفال والمعروف باسم و

ومقياس المفردات اللغوية المصورة والمعروف باسم، ومقاييس السلوك التكيفي، مثل مقياس الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي والمعروف باسم:

ومقياس كين وليفين للكفاية الإجتماعية والمعروف باسم:

ومقاييس البعد التربوي، كمقاييس المهارات اللغوية، والمهارات العددية، ومهارات القراءة والكتابة للمعوقين عقلياً. (فاروق الروسان، ١٩٩٧م: ٢٤).

قياس وتشخيص الإعاقة العقلية:

بعد عام ١٩٠٥م ومع ظهور مقاييس الذكاء على يد العالم بينيه ووكسلر أصبح التركيز على القدرات العقلية وقياسها حيث أستخدم مصطلح نسبة الذكاء (I.Q) وهو المقياس السيكومتري في تشخيص الإعاقة، لكن هذا المقياس لا يكون دقيقاً.

أما بعد ظهور التربية الخاصة واتساع مجال علم النفس ظهرت معايير أخرى مثل الإتجاه بين الخصائص الأربعة الرئيسية، وهي.

أولاً: التشخيص الطبي: يتضمن التشخيص الطبي مايقوم به طبيب أطفال عن طريق تقرير يحمل أسباب الحالة وتاريخها وظروف الحمل، ومظاهر النمو والفحوص المخبرية.

ويفحص فيه النمو الحركي والحواس والجهاز العصبي والنمو الجسمي لملاحظة الإعاقة الذهنية. وكذلك إجراء الفحوص المعملية للأمصال والبول والدم والسائل النخاع الشوكي ووظائف الغدد الصمام وعمل الأشعة السينية للرأس رسم للمخ، لمعرفة أسباب الإعاقة الذهنية قبل وأثناء وبعد الولادة. (عصام نور سرية، ٢٠٠٦م: ٢٧).

تعتمد عملية التشخيص الطبي على:

- ١- الفحص السريري.
- ٢- قياس محيط الرأس حيث يتراوح محيط الرأس للطفل العادي حديث بين ٣٢-٣٣.
- ٣- الفحص المخبري للكشف عن الأحماض وإفرازات الغدة الدرقية والتمثيل الغذائي.
- ٤- الطول والوزن وحركة الجسم الذراعين والساقين والحبو والمشي.
- ٥- التاريخ الوراثي للأسرة. (عصام النمر، ٢٠٠٦م: ١١٦).

ثانياً: التشخيص السيكومتري: هو الذي يقوم به أخصائي علم النفس بتقديم تقرير عن القدرة التعليمية باستخدام مقاييس القدرة العقلية أي إختبار نسبة الذكاء (I.Q) مثل مقياس بنيه وكسلر وستانفورد بنيه (صاحبه تيرمان) أو وأي مقياس ذكاء مصور لغوي ولكن يعتبر مقياس وكسلر لذكاء الأطفال هو أفضلها وبخاصة بالجانب الأدائي منه فإختبارات الذكاء الأدائية والمصورة غير متحيزة ثقافياً، أي أنها لانخضع لشعب أو أمة دون أخرى بل يصلح لجميع شعوب الأرض البشرية بلا إستثناء. (حسن منسي، ٢٠٠٥م: ١٧).

وتعتبر من أعقد العمليات التشخيصية وذلك للأسباب التالية:

- ١- عدم إستخدام الإختبارات المناسبة المقننة للبيئة.
 - ٢- سوء تفسير النتائج.
 - ٣- إستخدام التقييم المعدل أو عدم فهم التعليمات مما قد يظهر وجود إعاقة عند الطفل وهو غير ذلك.
 - ٤- إستخدام إختبار الفحوص أعلى من المتوقع ولذلك يكون الإختصاصي النفسي المعني باستخدام مايسمى بالتشخيص الفارق ومن أشهر الإختبارات المستخدمة إمتحانات بورتوس وإختبار رسم الرجل ولوحة سيجان وإختبار بينيه الصورة الرابعة وإختبار وكسلر والإزاحة. (عصام النمر، ٢٠٠٦م: ١١٧).
- ثالثاً: التشخيص الإجتماعي:** يقوم به أخصائي التربية الخاصة لتقويم تقريراً عن درجة السلوك التكيفي باستخدام أحد السلوك التكيفي مثل مقياس (منيسوتا) ومقياس الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي والمسمى (مقياس السلوك التكيفي) كذلك يوجد مقياس (كبيرت ليفن). (حسن منسي، ٢٠٠٤م: ٢٤).
- يعتبر الإتجاه الإجتماعي من الإتجاهات الحديثة في قياس وتشخيص الإعاقة الذهنية ويعتمد على إستجابة الطفل للمنبهات الإجتماعية في البيئة التي يعيش فيها ومن هذه الإستجابات موافق التغذية. والتدريب على النظافة والإخراج وإستجابات المواقف الإجتماعية والإحساس بالملكية.
- وهذه الإختبارات يعتمد بشكل كبير على مصدر معلومات عن الطفل كالأم أو المربية ومفيدة جداً في حالات عدم القدرة لاتصال مع الطفل مباشرة كصعوبة النطق أو الحالات الشديدة من الإعاقة.
- ومن أشهر هذه المقاييس:**

- ١- مقياس السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي.

٢- مقياس السلوك التكيفي للمعوقين ذهنياً .

٣- مقياس كين وليفين للكفاية الإجتماعية.

٤- مقياس السلوك التكيفي للأطفال والأخير ومقنن للبيئة السعودية والمصرية والأردنية. (عصام النمر، ٢٠٠٦م: ١١٧).

رابعاً: التشخيص الفارقي:

وفيه يتم التمييز بين الضعف العقلي وبين التأخر الدراسي والضعف العقلي والمرض العقلي وإضطراب الكلام والصرع. (عصام نور سرية، ٢٠٠٦م: ٢٨).

خامساً: التشخيص النفسي:

تحدد فيه مستوى نسبة ذكاء الطفل أقل من ٧٠% لا يستطيع التعبير عن نفسه، حصيلته اللغوية ضعيفة، صحل في سلوكه العام، لا يستطيع الإعتماد على ذاته في المأكل أو الملبس أو المشرب في حاجة مستمرة ف الإشراف من قبل الوالدين أو المربين. (عصام نور سرية، ٢٠٠٦م: ٢٨).

سادساً: التشخيص التربوي: يقوم به أخصائي التربية لتقديم تقريراً عن المهارات الأكاديمية التي يقوم بها الفرد المفحوص بإستخدام إحدى مقاييس المهارات الأكاديمية. مثل: مقياس مهارة القراءة، الكتابة، مقياس التهيئة المهنية ومقياس المهارات العددية. (حسن منسي، ٢٠٠٤م: ٢٤).

مشاكل عملية تشخيص الإعاقة الذهنية وصعوباتها:

تواجه الأخصائي النفسي العديد من الصعوبات أثناء عملية تشخيص الأطفال المعوقين ذهنياً وهذه المشكلات تقلل عادة من عملية الدقة في تحديد قدرات المعوق ذهنياً ومن هذه الصعوبات:

١- بعض الإختبارات تعتمد بشكل أساسي على لغة الطفل واستجابته المباشرة. إلا أن الأطفال المعاقين ذهنياً قد يعانون من عيوب النطق أو صعوبة النطق والإستجابة اللفظية. مما يقلل من صدق الإختبار.

٢- عدم فهم تعليمات الاختبارات من قبل المفحوص.

٣- أثر الخبرة للإختبارات خاصة للأطفال المعوقين ذهنياً إعاقة بسيطة أو الحديبيين. (عصام

النمر، ٢٠٠٦م: ١١٨).

الإختبارات التي يجب أن تؤخذ أثناء أو قبل عملية تشخيص المعوقين ذهنياً أهمها:

- ١- مناسبة الإختبار للعمر الزمني والبيئة (تقنين الإختبار).
- ٢- ضرورة معرفة تطبيق وتفسير نتائج الإختبار.
- ٣- قد يحصل الطفل على درجة أعلى من المتوقع خاصة مع الإختبارات الأدائية ولذلك يجب التركيز على الإختبارات اللفظية في الأعمار الكبيرة.
- ٤- مراعاة دراسة الحالة والتاريخ السابق للطفل والتي قد تساعد على الحكم على الطفل. وخاصة الأطفال الذين يصعب الإتصال معهم.
- ٥- عدم إعادة الإختبار قبل فترة من الزمن لا تقل عن ستة أشهر لمنع أثر الخبرة.
- ٦- تطبيق أكثر من إختبار خاصة مع الأطفال المعوقين ذهنياً بسبب غير عضوي. (عصام النمر، ٢٠٠٦م: ١١٩).

أساليب قياس وتشخيص الإعاقة الذهنية:

أولاً: المقاييس التحصيلية:

أ/ مقاييس المهارت اللغوية وذلك لقياس القدرة المهارية اللغوية للفرد ومقارنتها مع من هم في مثل سنه.

ب/ مقاييس القدرة على القراءة والكتابة وهن تتم مقارنة الفرد مع هو متوقع في مثل سنه.

ج/ مقياس التحصيل العام ومعه جستاك (Gastak) ومقياس التحصيل الفردي ومعه دن (Den)

ورفاقه. (إيمان أبو غربية، ٢٠١١م: ١٥٥).

ثانياً: المقاييس التكاملية:

تجمع هذه المقاييس بين المقاييس الطبية والسيكومترية والإجتماعية والتربوية، ويقوم بعملية القياس فريق يتكون من طبيب الأطفال، وأخصائي في علم النفس، وأخصائي في التربية الخاصة، تكون مهمتهم أعداد تقرير مشترك عن حالة الطفل المحول إليهمك لأغراض التشخيص، وذلك من أجل تحديد المكان الذي يناسب الطفل، وما هو المنهج الذي يتناسب مع هذا الطفل.. (إيمان أبو غربية،

٢٠١١م: ١٥٥).

ثالثاً: أساليب البعد الطبي:

حيث يقوم طبيب الأطفال بفحص المريض جسدياً وحركياً ثم ينتقل إلى تاريخ الحالة الوراثية، وأسباب ظروف الحمل، ومظاهر النمو الحسي، والجسمي، والحركي، والفحوص المخبرية، بعد ذلك يقوم الطبيب بعمل فحوصات لإكتشاف حالات اضطرابات التمثيل الغذائي والتي تتمثل فيما يلي:

١- إختبار حامض الفيريك: ويتم ذلك بخلط نقطة من هذا الحامض مع بول الطفل فإذا تغير لون البول فإن ذلك يدل على وجود حالة PKU.

٢- إختبار حامض الفيريك: وذلك بوضع الشريط في بول الطفل أو على الفوطة ثم يقارن لونه فيما بعد مع لوحة الألوان الخاصة بذلك ويتمكن الطبيب من معرفة أن الطفل لديه PKU أم لا.

٣- إختبار قثري: حيث تؤخذ نقطة دم من كعب الطفل وتتحص بهذا الإختبار فإذا كان مستوى الفينيلين في الدم ٢٠ لكل ١٠٠ ملم فإن ذلك يعني وجود PKU. وكذلك قياس محيط الرأس فالطفل حديث الولادة يكون محيط رأسه ما بين ٣٦/٣٢سم وإذا كان غير ذلك فإنه يدل على وجود حالات تعرف بحالات كبير أو صغر حجم الجمجمة أو المنغولية أو حالات الإستسقاء الدماغية، ويفحص أيضاً حركة الجزع والساقين والمشي والوقوف وكذلك الطول والوزن. (تيسير مفلح كوافحة وعبد العزيز، ٢٠٠٥م).

٢/ أساليب البعد السيكومتري:

يعتبر البعد السيكومتري من الإتجاهات التقليدية في قياس وتشخيص حالات الإعاقة الذهنية، فقد ظهرت الأساليب السيكومترية مع بدايات عام ١٩٠٤م بظهور مقياس سيمون وبينيه للذكاء، وظهر مقياس ستانفورد بينيه للذكاء عام ١٩٠٥م-١٩١٦م وظهر مقياس جودانف لرسم الرجل عام ١٩٢٦م وظهر مقياس وكسلر للذكاء في عام ١٩٤٩م ثم ظهور مقاييس الذكاء المصورة مثل مقاييس المفردات اللغوية.

ولستخدمت هذه المقاييس لتحديد نسبة ذكاء المفحوص ومن ثم تحديد موقعه على منحنى التوزيع الطبيعي لأغراض تصنيفه، وخاصة في قياس وتشخيص حالات الإعاقة الذهنية. ورغم الإنتقادات التي وجهت لإختبارات الذكاء مثل الإنتقادات المتعلقة بصدق وثبات معايير تلك الإختبارات وإجراءات

تطبيقها وتصحيحها، مازالت هذه الإختبارات مستخدمة في عملية قياس وتشخيص حالات الإعاقة الذهنية، وانتقدت الإختبارات الذكاء بنيت على أسس عرقية إجتماعية ولصالح الطبقات العليا.(فاروق الروسان، ١٩٩٩م).

ومن الإختبارات السيكومترية:

أ/ إختبار ستانفورد - بينية:

ظهر هذه الإختبار في عام ١٩٠٥م، على يد بينيه وسيمون في فرنسا. يتكون المقياس من ٣٠فقرة متدرجة في الصعوبة، وتعطي للفئات العمرية من ٣-١١سنة. ويستغرق تطبيق الإختبار من ٣٠-٩٠ دقيقة وتصحيحه من ٣٠-٤٥ دقيقة، وهو من أكثر الإختبارات شيوعاً وسهولة. وتم تعريبه في كثير من الدول العربية منها: الأردن - السعودية - مصر.

ب/ مقياس وكسلر:

وهو يتمتع بدرجة عالية من الصدق والثبات جاء نتيجة الإنتقادات التي وجهت إلى مقياس بينيه وضع وكسلر ثلاثة إختبارات للذكاء مقدمة لثلاث فئات عمرية وهي الكبار الأطفال مرحلة ما قبل المدرسة.

ويصلح مقياس وكسلر للكبار من سن ١٦ فما فوق وللأطفال من سن ٦-١٧، وأما أطفال ما قبل المدرسة فمن سن ٤-٥-٦.

ومتوسط العلامات الكلية على المقياس هو "١٠٠" والانحراف المعياري "١٥" ومدة تطبيقه ٥٠-٧٥ دقيقة، وتصحيحه من ٣٠-٤٠ دقيقة.(عبدالله زيد الكيلاني وفاروق فارح الروسان، ٢٠٠٦م).

أولاً: مقياس وكسلر للكبار، ويتألف القسم اللفظي من مايلي:

١- إختبار المعلومات.

٢- إختبار الاستيعاب.

٣- إختبار الحساب.

٤- إختبار المتشابهات.

٥- إختبار اعادة الارقام.

٦- إختبار المفردات.

القسم الأدائي:

١- إختبار الترميز.

٢- تكميل الصور.

٣- تصميم المكعبات.

٤- ترتيب الصور.

٥- تجميع الأشياء.

ثانياً: مقياس وكسلر عند الأطفال ويتكون من:

أ- اللفظي للأطفال.

١- معلومات عامة.

٢- إستيعاب.

٣- الحساب.

٤- متضادات ومتشابهات.

٥- المفردات.

٦- إعادة الأرقام.

ب- الأدائي:

١- تكملة الصور.

٢- ترتيب الصور.

٣- تصميم المكعبات.

٤- الترميز.

٥- المتشابهات.

ثالثاً: إختبار الأطفال ما قبل المدرسة:

أ- اللفظي:

- ١- المعلومات ٣٠ فقرة.
- ٢- المتشابهات ١٧.
- ٣- الحساب ١٨.
- ٤- المفردات ٣٢.
- ٥- الإستيعاب.
- ٦- إعادة الإرقام.

ب- الأدائي:

- ١- تكميل الصور.
- ٢- ترتيب الصور.
- ٣- تصميم المكعبات.
- ٤- تجميع الأشياء.
- ٥- الرميز أ - ٤٥ رمز. ب - ٩٣ رمز.
- ٦- إختبار المتاهات. (إيمان أبو غربية، ٢٠١١م: ١٥٩).

ج/ مقياس جودانف - هاريس للرسم: Goodenough-Harris Drawing:

يعتبر هذا المقياس من مقاييس القدرة العقلية يمكن إستخدام هذا المقياس بشكل فردي أو جماعي، ويهدف هذا المقياس إلى قياس وتشخيص القدرة العقلية والسمات الشخصية، حيث يعطي الشخص فيه على علامة ك تحول إلى علامة معيارية ثم إلى نسبة ذكاء، يستغرق وقت تصحيحه من ١٠ - ١٥ دقيقة، وتطبيقه من ١٠ - ١٥ دقيقة أيضاً.

تنطلق فكرة المقياس من قدرة الطفل على التعبير عن أفكاره عن طريق الرسم. وأجرى هاريس ١٩٦٣م مراجعة وتعديل على هذا المقياس منطلقاً من الخليفة النظرية، وبذلك تغير مدى المقياس من (٤ -

١٠) إلى (٣-١٥) وزادت عدد الرسومات من رسم الرجل إلى رسم الطفل والمرأة والرجل وعدد النقاط المفروض وجودها من ٥١-٧١ نقطة.

مظاهر قوة مقياس جودانف هاريس للرسم:

- ١- يعتبر من المقاييس الأدائية التي يسهل تطبيقها من قبل الأخصائي في علم النفس أو التربية الخاصة أو حتى من قبل الآباء والمعلمين وذلك بسبب سهولة الإجراء المتبع فيه.
- ٢- يعتبر من المقاييس التي تصلح لأغراض قياس وتشخيص القدرة العقلية للمفحوص وقياس السمات الشخصية ويوفر المعلومات الى المختصين في عملية قياس القدرات العقلية والسمات الشخصية للمفحوص.

مظاهر ضعف المقياس:

- ١- يعتبر من المقاييس المسحية في قياس وتشخيص القدرة العقلية لذا لا يعتمد عليه وحده.
- ٢- لا تتوفر لديه دلالات صدق المحك التحصيلي الدراسي.
- ٣- يعتبر من المقاييس الشخصية (الإسقاطية) لذا قد يعطي دلالة إكلينكية عن أداء المفحوص.
- ٤- يعتبر من المقاييس السهلة من حيث التطبيق والتصحيح وفق معايير المقياس ولكن قد يساء استخدام هذا المقياس، حيث يصعب تصحيحه وتدقيقه وفق المعايير الخاصة بالمقياس.

مقياس المفردات اللغوية ١٩٦٥م - ١٩٥٩م:

واضع هذا المقياس هو دن وكان سنة ١٩٥٩م وتم تطويره في سنة ١٩٦٥م في الولايات المتحدة ويعتبر هذا المقياس من المقاييس التشخيصية ويستخدم مع الأطفال الذين يعانون اضطرابات لغوية تعبيرية لأن فقراته تتطلب استخدام الإشارات وليس الكلام ويعتبر من مقياس المفردات اللغوية المصورة.

يتكون هذا المقياس من صورتين متكافئتين تقدم للفرد من أجل تشخيص قدرته العقلية، يستخدم هذا المقياس مع الأفراد من ٢-٨ سنة ويمكن أن يطبقه مخصص في التربية الخاصة أو علم النفس، أو أخصائي في اللغة، والعلامة التي يحصل عليها الفرد تحول إلى ثلاث درجات معينة ودرجة تمثل نسبة الذكاء ودرجة تمثل العمر العقلي، وهذا المقياس هو عبارة عن مجموعة من الصور يطلب فيها

من المفحوص أن يؤثر على واحدة منها كما هو الحال في إختبار ريفن، يتمتع هذا المقياس بدرجة صدق وثبات عالية حيث إلى ٠.٨ وأكثر من حسناته أن يستغرق وقت طويل في التصحيح والإجراء.

تقييم المقياس:

يعتبر هذا المقياس من المقاييس اللفظية للتعرف على نسب الذكاء أي أنه يعتبر من إختبارات الذكاء ويصلح هذا الإختبار مع الأشخاص الذين يعانون من مشكلات لغوية

ومن مظاهر قوة المقياس:

- ١- من المقاييس سهلة الإستخدام إذ يمكن لأخصائي في التربية الخاصة أو علم النفس أو حتى معلم صف تطبيقه واستخراج نتائجه لأنه لايتطلب أكثر من الإشارة إلى الصورة المطلوبة.
- ٢- لايتطلب هذا المقياس إستخدام اللغة اللفظية التعبيرية لقياس القدرة العقلية لذا فهو مناسب للأطفال الذين يعانون من ضعف عقلي أو صعوبات التعلم وذوي الحالات الشلل الدماغي أو الطفل البكم الذي لايتكلم.

مظاهر ضعف المقياس:

- ١- يقيس مظاهر محدودة من اللغة الإستقبالية مثل الأسماء والأفعال الصفات، ولا يتضمن قياس مظاهر أخرى مثل حروف الجر وظروف الزمان والمكان.
- ٢- يعتبر من المقاييس المتحيزة عرقياً لأنه طبق على عينة من البيض حيث تم تصميم هذا الإختبار على عينة من جنوب الولايات المتحدة.
- ٣- يتأثر أداء المفحوص بفهم التعليمات، لذا كلما كانت قدرة الفاحص على توصيل المعلومات جيدة كانت أدق.
- ٤- يقيس اللغة الإستقبالية مثل سماع اللغة وفهمها ولا يقيس جميع جوانب اللغة. (إيمان أبو غربية: ٢٠١١م: ١٦٢).

٣/ قياس البعد الإجتماعي:

نتيجة للانتقادات التي تعرضت لها إختبارات الذكاء جاءت الإختبارات التي تقيس البعد الإجتماعي لأن الإعاقة الذهنية لا تتضمن فقط البعد السيكومتري، فالإعاقة الذهنية تتضمن البعد الإجتماعي

أيضاً ، وقد ظهر العديد من هذه الإختبارات منها مقياس السلوك التكيفي والنضج الإجتماعي، ومقياس كين وليفين للكفاية الإجتماعية.

يعتبر الإتجاه الإجتماعي من الإتجاهات الحديثة في قياس وتشخيص حالات الإعاقة الذهنية وجاء ظهور هذا الإتجاه نسبة للإنتقادات التي وجهت للأساليب السيكومترية في قياس وتشخيص الإعاقة الذهنية، ونتيجة لإشتمال تعريف الإعاقة الذهنية على بعد الإجتماعي.

ومن أمثلة مقاييس السلوك التكيفي والتي تعبر عن البعد الإجتماعي في تعريف الإعاقة الذهنية، مقياس فايلند للنضج الإجتماعي لمؤلفه دول، ومقياس كين وليفين، ومقياس السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية للإعاقة الذهنية والذي أعده نهيرا وزملائه.

مقياس السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية للإعاقة الذهنية: (AAMR ABS):

يعتبر هذا المقياس من المقاييس شائعة الإستعمال لتوفر الدلالات والصدق والثبات العالين، ولذا فقد عرف في العديد من الدول العربية و منها الأردن ويشمل:

١- مراحل النمو الجسمي وتطوره.

٢- نمو اللغة.

٣- النشاط المهني.

٤- القدرة على تحمل المسؤولية.

٥- مهارات العمل الإستقلالي.

٦- الأنشطة المهنية.

٧- الأنشطة الإقتصادية.

٨- الأنشطة المنزلية.

٩- البيئة التربوية للطفل.

١٠- التوجيه الذاتي.

وأيضاً أكثر المقاييس شهرة وفاعلية في عملية قياس وتشخيص حالات الإعاقة الذهنية، يتألف المقياس من "٩٥" فقرة تغطي قسمي المقياس، الأول ويشمل مظاهر السلوك التكيفي وعدد فقراته "٥٦"

فقرة، والثاني ويشمل مظاهر السلوك اللا تكيفي وعدد فقراته "٣٩" فقرة، وتم تعريب هذا المقياس في كثير من الدول العربية.

والأبعاد التي يتضمنها المقياس في قسمه الأول هي:

١. الوظائف الإستقلالية وعدد فقراته ١٧ فقرة.
٢. النمو الجسمي وعدد فقراته ٦ فقرات.
٣. النشاط الإقتصادي وعدد فقراته ٤ فقرات.
٤. النمو اللغوي وعدد فقراته ٩ فقرات.
٥. الأرقام والوقت وعدد فقراته ٣ فقرات.
٦. النشاط المهني وعدد فقراته ٣ فقرات.
٧. التوجيه الذاتي وعدد فقراته ٥ فقرات.
٨. تحمل المسؤولية وعدد فقراته ٢ فقرة.
٩. التنشئة الإجتماعية وعدد فقراته ٧ فقرات.

ويتضمن القسم الثاني من المقياس أثناء عشر بعداً فرعياً وهي:

١. السلوك العدوانى وعدد فقراته ٥ فقرات.
٢. السلوك الضار للمجتمع وعدد فقراته ٦ فقرات.
٣. السلوك التمردى وعدد فقراته ٦ فقرات.
٤. السلوك التشككى وعدد فقراته ٢ فقرة.
٥. السلوك الإنسحابى وعدد فقراته ٣ فقرات.
٦. السلوك النمطى وعدد فقراته ٢ فقرة.
٧. العادات السلوكية الغير مناسبة وعدد فقراته فقرة واحدة.
٨. العادات الصوتية غير المقبولة وعدد فقراته فقرة واحدة.
٩. السلوك الإيذائى للذات وعدد فقراته ٤ فقرات.
١٠. الميل للنشاط الزائد وعدد فقراته فقرة واحدة.

١١. السلوك العصابي وعدد فقراته ٧ فقرات.

١٢. استخدام العقاقير وعدد فقراته فقرة واحدة. (فاروق الروسان، ٢٠٠٥م).

مقياس فيلاند للنضج الإجتماعي: Social Matuvity Scale

يشمل هذا المقياس "١١٧" فقرة تقيس الجوانب والمهارات التالية:

١. العناية بالنفس بوجه عام.

٢. إرتداء الملابس.

٣. العناية بالمأكل.

٤. الإتصال.

٥. توجيه النفس.

٦. النضج الإجتماعي.

٧. التقبل في البيئة.

٨. المهنة.

وتم إعداد صورة معربة من مقياس فيلاند للنضج الإجتماعي في أكثر من بلد عربي. وتجدر الإشارة إلى أن الصورة المعربة في العديد من الدول تتفاوت بدرجة كبيرة بدرجة كبيرة في دقتها. وحتى تكون عملية التشخيص أكثر دقة لابد من أن تتضمن النقاط التالية:

١. التاريخ الصحي للطفل: الحالة الصحية عند الولادة، الأمراض التي تعرض لها طفل المطاعيم التي تناولها، الأمراض التي تعرضت لها الأم أثناء فترة الحمل، حالة الجنين أثناء الحمل، عمر الأم عند الحمل.

٢. التاريخ التطوري للطفل: تتبع جوانب النمو الحركي واللغوي والإجتماعي مثل، متى أستطاع أن يمشي، أن يقف ويمشي ويتكلم ويضبط التبول والإخراج.

٣. الوضع الإجتماعي للأسرة: ترتيب الطفل في الأسرة، المستوى التعليمي للوالدين، مستوى الرعاية الأسرية، المستوى الإقتصادي والثقافي للأسرة الحوادث المهمة في الأسرة كالطلاق والإنفعال أو الوفاة.

٤. التحصيل الأكاديمي بالنسبة للأطفال في سن الدراسة: إن جميع البيانات السابقة لا يمكن التوصل إليها من خلال الموقف الإختياري وتطبيق المقاييس المقننة فحسب بل يجب توظيف أساليب مختلفة واللجوء إلى جميع المصادر الممكنة للحصول على المعلومات اللازمة، وفي هذا المجال تبرز أهمية ما يلي:

- أ- مقابلة الوالدين والأشخاص الآخرين المقابلين للطفل.
- ب- ملاحظة المفحوص في مواقف مختلفة.
- ت- مقابلة المعلمين أو المهنيين الذين سبق لهم وأن عملوا مع الطفل.
- ث- استخدام الإختبارات غير الرسمية المختلفة. (تيسير مفلح كوافحة وعمر فواز عبد العزيز، ٢٠٠٥م).

٤ / أساليب البعد التربوي:

يقوم به أخصائي التربية الخاصة، وظهرت مؤخراً مقاييس مقننة كقياس:

أ/ المهارات اللغوية للمعاقين ذهنياً والتي تشمل خمسة أبعاد:

١. الإستعداد اللغوي.
٢. التقليد اللغوي.
٣. المفاهيم اللغوية.
٤. اللغة الإستقبالية.
٥. اللغة التعبيرية.

ب/ ومهارات القدرة العددية للمعاقين ذهنياً والذي عدل ليتلاءم مع البيئة الأردنية، ويحتوي على

ثمانى مهارات وهي:

١. التآزر البصري الحركي.
٢. مطابقة الأشكال والألوان والأحجام والأوزان والكميات.
٣. تصنيف الأشكال والألوان والأحجام والأوزان والكميات.
٤. مهارات العد الآلي.

٥. مهارات تميز الأعداد وفهمها.

٦. التعرف على الأشكال الهندسية والألوان والأحجام والأرقام والنقود وأيام الأسبوع.

٧. مهارات تسمية الأشكال الهندسية والألوان والأحجام والأوزان والأطوال والنقود وأيام والأسبوع والأشهر والسنة.

٨. كتابة الأرقام وجمعها وطرحها.

ج/ وهناك كذلك مقاييس لمهارت القراءة للمعاقين ذهنياً وكذلك مهارات الكتابة.

وكذلك فالإتجاه الحديث يؤكد على أهمية إستخدام الجوانب الطبية والنفسية والتربوية والإجتماعية للحصول على تصور متكامل يساعد على التخطيط والبرمجة ووضع العلاجات الكفيلة بتحسين الطفل المعاق ذهنياً. (قحطان أحمد الظاهر، ٢٠٠٥م).

البرامج التربوية لفئات التربية الخاصة:

تعتبر عملية البرامج التربوية وأساليب تدريسها لفئات التربية الخاصة الركن الثاني من أركان العملية التربوية لفئات التربية الخاصة وتحويلها إلى المكان التربوي المناسب لها.

- البرامج التربوية للأطفال المعاقين ذهنياً فإنها تختلف من حيث محتواها وأسلوب تدريسها عن البرامج التربوية للأطفال العاديين. إذ تعكس الخطة التربوية الفردية منهاج الطفل المعاق عقلياً. كما يتم تنفيذ تلك الخطة التربوية الفردية. منهاج الطفل المعاق عقلياً. كما يتم تنفيذ تلك الخطة التربوية أو مايسمى بالمنهاج الفردي، وفق أسلوب الخطة التعليمية الفردية، أو مايسمى بأسلوب التعليم الفردي، وتشتق الخطة التربوية الفردية من خلال منهاج المعاقين عقلياً الذي يتضمن مهارات الحياة اليومية ومهارات العناية بالذات، والمهارات العامة والدقيقة، والمهارات اللغوية الإستقبالية والتعبيرية، والمهارات الأكاديمية والقراءة والكتابة والرياضيات والمهارات المهنية والإجتماعية ومهارات السلامة ومهارات التسوق والشراء. (فاروق الروسان، ١٩٩٧م: ١٤).

الوقاية من الإعاقة الذهنية:

لقد إستقطبت الوقاية من الإعاقة الذهنية إستقطاب العالم أجمع، في الأونة الأخيرة، وبرزت كأحد المسائل التي تتطلب المواجهة الفعالة وتركيز الجهود، ومن المؤكد أن مشكلة يعاني منها نسبة

كبيرة من الناس في شتى أنحاء العالم، لا بد وأن توضع في قائمة الأولويات بين المسائل التي تستوجب المجابهة الإيجابية والفعالة التي تتطلب تكاتف الجهود المحلية والعالمية لمواجهتها بشكل عملي جاد، ولذلك تضافرت جهود كل الأطباء والمتخصصين لوضع البرامج الوقائية للحد من حدوثها.

تعريف الوقاية من الإعاقة الذهنية:

هي مجموعة من الإجراءات والخدمات المقصودة والمنظمة التي تهدف إلى الإقلال من حدوث الخلل أو القصور المؤدي إلى عجز في الوظائف الفسيولوجية أو السيكولوجية، والحد من الآثار المترتبة على حالات العجز، بهدف إتاحة الفرص للفرد لكي يحقق أقصى درجة ممكنة من التفاعل المثمر مع بيئته، بأقل درجة ممكنة وتوفير الفرصة له لتحقيق حياة أخرى أقرب ما تكون من العاديين، وقد تكون تلك الإجراءات والخدمات ذات طابع إجتماعي أو تربوي أو تأهيلي.

أهمية الوقاية من الإعاقة:

على الرغم من أن الإعاقة الذهنية هي عرض من الأعراض المرافقة لحالات كثيرة، إلا أن الأبحاث الطبية لم تتوصل لأكثر من حوالي ٢٥% من الأسباب المؤدية للإعاقة الذهنية، وهذا يعني أن ٧٥% من أسباب الإعاقة الذهنية مازالت غير معروفة.

ولكن هذا الواقع لا يقلل من أهمية بذل الجهد على مستوى الوقاية، ولاشك أن الوقاية من هذه العوامل، تساعد في التقليل من نسبة إنتشار الإعاقة الذهنية، حيث يمكن تقليل خطر زيادة الإعاقة الذهنية بنسبة كبيرة إذا عمل وفق النصائح التي تفيد في التقليل من نسبة إنتشارها ولا تؤدي العملية الوقائية الأغراض التي وضعت من أجلها، إلا إذا تضافرت جميع الجهود لوضع كافة بنودها قيد التنفيذ من قبل:

١- الأسرة والمجتمع بكافة أفرادهم، والدولة بكافة مؤسساتها ذات الصلة بالعملية الوقائية.

٢- الباحثين والدراسين، ومخططي البرامج الوقائية من الأخصائيين والقائمين على تنفيذها.

مستويات الوقاية من الإعاقة الذهنية:

تقسم مستويات الوقاية من الإعاقة الذهنية إلى ثلاثة مستويات هي:

١- الوقاية الأولية:

وهي الإجراءات والتدابير التي تتخذ قبل حدوث المشكلة، وتعمل على منع حدوثها، وذلك بتوفير الخدمات والرعاية المتكاملة الصحية والاجتماعية والثقافية في البيئات والأسر ذات المستويات المتدنية إجتماعياً واقتصادياً، والتحصين ضد الأمراض المعدية، وتحسين مستوى رعاية الأم الحامل، وتوعيتها بأسباب الإعاقة

٢- الوقاية الثانوية:

وهي الإجراءات والتدابير التي تكفل التقليل من الإستمرار أو تعمل على شفاء الفرد من بعض الإصابات التي يعاني منها، أي تحول دون تطور الإصابة من خلال الكشف المبكر.

الوقاية الثلاثية:

وهي الإجراءات والتدابير الوقائية والأفعال التي تحد من المشكلات المترتبة على الإعاقة الذهنية، وتعمل على تحسين مستوى الأداء الوظيفي للفرد، وتساعد على التخفيف من الآثار النفسية والاجتماعية عند حدوث الإعاقة. (أحمد وادي، ٢٠٠٩م: ٣٤٣)

الإجراءات اللازمة للوقاية من الإعاقة الذهنية يمكن توضيحها فيما يلي:

- ١- نشر الأسباب والعوامل المؤدية إلى الإعاقة الذهنية بين المواطنين في كل مكان في المجتمع.
- ٢- نشر الثقافة الصحية والوعي الصحي في جميع أنحاء المجتمع.
- ٣- نشر الآثار الضارة من التعرض للأشعاع بين الأمهات الحوامل والقائمين على العمل في مجال الإشعاع.
- ٤- إنشاء مراكز إرشادية لتقديم الإستشارات الطبية والنفسية للأزواج قبل الإنجاب لتفادي حدوث الإعاقة الذهنية بقدر الإمكان.
- ٥- نشر الآثار الضارة لتعاطي بعض العقاقير الطبية والأدوية التي تسبب إصابة الأجنة بالإعاقة الذهنية.

٦- تقديم الرعاية الصحية للأم والجنين أثناء الحمل والولادة.

٧- الإكتشاف لحالات الإعاقة الذهنية وتقديم الخدمات العاجلة للحالات التي تتطلب علاجاً طبياً أو تدخلاً جراحياً فورياً لمنع تدهور الحالة وتفاقمها. (علاء عبد الباقي إبراهيم، ٢٠٠٠: ١٠٤).

برامج الوقاية من الإعاقة الذهنية:

من برامج الوقاية من الإعاقة الذهنية وأكثرها أهمية:

١- برنامج الإرشاد الجيني:

وهو برنامج يساعد الوالدين الذين يستعدون للزواج أو الأسر التي لديها طفل معوق، بإعطائهم المعلومات حول الصفات السائدة والمتحية والعوامل الوراثية واختلاف العامل الرايزيسي بين الأم وابنها، وهو برنامج توعوي .

٢- برنامج العناية الطبية أثناء الحمل:

وهو برنامج لتوعية الأمهات الحوامل بالنسبة للتغذية المناسبة والأمراض المعدية والعناية الطبية وتجنب الأدوية والأشعة والمخدرات والراحة النفسية

٣- برنامج توعية الأمهات حول أهمية الولادة في المستشفى:

من أسباب الإعاقة الذهنية الولادة في المنزل بسبب قلة التجهيزات الطبية في المنزل وقلة النظافة وعدم القدرة على تفادي الإختناق وغيرها

٤- برنامج توعية الوالدين حول أهمية التشخيص المبكر:

يجب توعية الأمهات حول المظاهر غير المطمئنة لدى الطفل منذ ولادته، وأن إكتشاف مثل هذه الإعاقات مبكراً يساعد في تقليلها أو إنقاذها مثل (اضطرابات التمثيل الغذائي) (أحمد

وادي، ٢٠٠٩م: ٣٤٤)

علاج الإعاقة الذهنية:

أهم أنواع العلاج اللازم للإعاقة الذهنية:

١- العلاج الطبي: Medical Therapy

تحتاج بعض الحالات إلى التدخل خلال الشهور الأولى من الولادة حيث يتطلب بعض الحالات نقل دم من وإلى الطفل في حالة إختلاف دم الأم عن الجنين وحالات تتطلب إجراء جراحة سريعة في حالة إستسقاء الدماغ حيث يتم تصحيح مسار السائل الشوكي وإيقاف أثره الضاغط على المخ. وقد يتمثل العلاج الطبي للإعاقة الذهنية في وصف نظام غذائي معين لبعض الحالات منذ الولادة ويستمر لمدة طويلة من عمر الطفل كما في حالة البول الفينيلكيتوني وهي ناجمة عن ترسيب حمض البيروفيك في الدم وإعطاء بعض الهرمونات للطفل في حالة القزامة أو القماءة التي تنتج من نقص هرمون الغدة كالسمع والبصر ونوبات الصرع.

٢- العلاج النفسي السيكولوجي: Psychotherapy

حيث تتطلب حالات الإعاقة الذهنية برامج العلاج النفسي والسلوكي لمعالجة الاضطرابات الإنفعالية والسلوكية التي تسببها الإعاقة الذهنية والتي قد تنشأ من الظروف الإجتماعية المحيطة بالطفل والإتجاهات السالبة للآخرين نحوه. أما العلاج السيكولوجي فإنه يتمثل في برامج الإرشاد النفسي للوالدين لمساعدتهما على تقبل طفلهما، وطرق معاملته، والتوجيهات العلاجية الصحيحة اللازمة للطفل، والتوقيت المناسب للتقدم بالطفل إلى البرامج التربوية والتأهيلية الملائمة له حسب المرحلة العمرية التي يمر بها وحسب درجة إعاقته كما يتضمن العلاج السيكولوجي برامج تغيير الإتجاهات نحو الإعاقة والمعوقين وبخاصة إتجاهات الأشخاص الذين يتعاملون مباشرة مع المعوقين ذهنياً والآباء والأمهات والإخوة والأخوات أو المعلمين وجميع القائمين على تربية الأطفال وتأهيلهم.

٣- العلاج السلوكي: Behavior Therapy

يتضمن العلاج السلوكي أو تعديل السلوك البرامج العلاجية التي تعد من أجل خفض معدل ممارسة سلوك غير مرغوب كما يتضمن البرامج التدريبية التي تهدف إلى إكتساب الطفل سلوكاً جديداً يراد

تعليمه أو زيادة معدل ممارسة سلوك مرغوب. ويعتمد العلاج السلوكي على إجراءات وفنيات خاصة يختلف استخدامها من حالة إلى أخرى وتبعاً لدرجة الإعاقة ونوع السلوك المراد تعديله.

٤- العلاج التربوي:

ونقصد به البرامج التربوية الخاصة التي يقوم بإعدادها المتخصصون في علم النفس والتربية والتي يراعى فيها القدرات والإمكانات المحدودة للمعوقين ذهنياً، والخصائص والسمات التي لا يميز بهاء هؤلاء الأفراد في نواحي التعلم والتدريب، ويهدف العلاج التربوي إلى إخراج القدرات المحدودة لدى هؤلاء الأفراد وتمييزها عن طريق التدريب على المهارات الشخصية والأسرية والاجتماعية لمواجهة الحياة الاجتماعية اليومية والتفاعل الإيجابي مع الآخرين ممن يعيشون بينهم والاندماج في المجتمع.

٥- علاج النطق والكلام: Speech Therapy

يحتاج معظم المعوقين ذهنياً إلى هذا النوع من العلاج حيث يعانون من عيوب كثيرة في النطق والكلام كالإبدال والحذف والتهتهة وعيوب في إخراج الأصوات، ويتأخرون في الكلام، ويتسمون بالكلام الطفلي ينقصهم القدرة على التعبير اللفظي ويتأخرون في النمو اللغوي. ويهدف علاج النطق والكلام إلى التصحيح عيوب النطق وإخراج الأصوات وزيادة الحصيلة اللغوية لدى الطفل، ومساعدته على التعبير اللفظي السليم، والتخلص من الكلام الطفلي، وهذا يساعد الطفل على الاندماج في الأنشطة الاجتماعية والتعليمية المتاحة له والاستفادة من التدريب على هذه الأنشطة، كما يساهم في تفاعل الطفل مع الآخرين وإقامة علاقات إيجابية معهم.

٦- العلاج التصحيحي: Corriective Thrapy

المقصود بهذا النوع من العلاج تصحيح بعض العيوب والتشوهات الجسمية التي يعاني منها الفرد المعوق ذهنياً والتي تؤثر سلباً على تقبله لذاته وتزيد مشكلاته النفسية والاجتماعية حيث تؤدي هذه العيوب والتشوهات الخلقية إلى إنعزاله عن الجماعة ورفض الآخرين له فيما بينهم. ويهدف هذا العلاج إلى تحسين المظهر العام الخارجي للجسم لمساعدة الفرد على بناء الثقة والتغلب على مشكلاته النفسية والاجتماعية والفاعل مع الآخرين والاندماج في المجتمع الذي يعيش فيه. (علا

عبد الباقي إبراهيم، ٢٠٠٠م: ١٠٨).

أثر الإعاقة على الأسرة وردود الفعل إتجاهها:

يتطلع الآباء لميلاد طفل عادي ومعافى صحياً بإعتبارات أن الطفل العادي في نظر الوالدين والمجتمع يمثل إمتداداً بيولوجياً ونفسياً لوالديه. فهما يريان مشروع مستقبل الذي يستثمران فيه عطاءهما النفسي والمادي في الحياة ولهذا فإن ميلاد طفل لديه إعاقة في الأسرة أو إكتشاف إعاقة في مرحلة مبكرة من مراحل عمره يمثل صدمة لكل أفرادها.

(١) تأثير الإعاقة على الأم:

تنظر الأم إلى ميلاد الطفل على أنه نتاج عمل، وعلى أنه هدية أعدتها لزوجها وهو بذلك نوع من الإنجاز الوالدان، ويعبر عنه بعبارة مثل (أنظروا ماذا أنتجت) وعندما تواجه بحقيقة أن الطفل معوق يتحول هذا التأثير إلى تعبير عكسي مؤداه (فقد فشلت فيما أنتجت) أي أن قيمة الهدية أو الهبة إنخفضت وإن لم تتحطم لميلاد هذا الطفل. (عبد الرحيم وبشاي، ١٩٨٨م: ٦٢).

أن علاقة الأم يمكن أن تتطور بالطفل على نحو إعتيادي، وأن تستمر هكذا، إذا كانت غير مدركة لمشكلة الطفل، أما في حالة معرفة الأم بحقيقة المشكلة للطفل عند الولادة تشعر إنها أصيبت في الصميم، الأمر الذي قد ينعكس سلباً على التوافق الزوجي والإلفة بين الزوجين. (قنطار، ١٩٩٢م: ١٨٩).

وهكذا يتضح أنه في حالة ولادة طفل معوق فان ذلك يؤدي إلى شعور الأم بالفشل وخيبة الأمل والخجل والشعور بالذنب من أن ولادة هذا الطفل تكون عقاب من الله عز وجل على ذنب قد إقترفت.

ترى الباحثة أن الأم تلعب دوراً بالغاً في حياة الطفل بصفة عامة، ويزداد هذا الدور أهمية في حياة الطفل فالأم هي أكثر أعضاء الأسرة حرصاً عليه، وقلقاً على حالته، وتأثراً بإعاقة، وتلعب دور الميسر والملبي لإشباع حاجات الطفل اليومية في ظل إنشغال الآباء بأعباء الحياة.

(٢) تأثير الإعاقة على الآباء:

يعد الآباء أقل تأثراً بالإعاقة من الأمهات وذلك بسبب طبيعة الدور الذي يؤديه الآباء في الأسرة، لأن الأب يقضي الجزء الأكبر من وقته خارج المنزل ونسبة مشاركته في تلبية إحتياجات أطفال

أقل من الأم. ويختلف تأثير الإعاقة في الآباء وفقاً لمجموعة من المعايير منها الجوانب الشخصية، وطبيعة العلاقات التي تربط الزوج وزوجته، والحالة الإقتصادية للأسرة وأثر المعايير الدينية والإجتماعية في تأثر الوالدين بالإعاقة واستجاباتهم نحو طفلهم.

(٣) تأثير الإعاقة على الأخوة:

أثر الإعاقة في الإخوة والأخوات ومن الآثار السلبية التي تنعكس عليهم شعورهم بالخوف والقلق والاضطرابات وعندما يصلون مرحلة المراهقة أو النضج فقد يبدؤن بالتساؤل عن إمكانية أن يحملوا الصفات الوراثية الخاصة بإنجاب أطفال معوقين عن زواجهم، مما قد يدفع بعضهم إلى عدم التفكير في الزواج والإنجاب وكذلك فإن أخوان الأطفال المعوقين تعاني مشاكل نفسية أكثر من يميزهن من اللواتي لا يوجد لديهن أخوة معوقين، وتعد المسؤولية التي يلقيها الأهل على عاتق الأخوة وخاصة الأخوات أن من المؤثرات السلبية.

أن الأخوات هن أكثر تحملاً لمسؤولية العناية بإخوانهن المعوقين، كما أن كثيراً من الآباء يفرضون على الأخوات تتحمل أدوار ومسؤوليات كثيرة تجاه المعوقين.

أما الآثار الإيجابية على الإخوة والأخوات فقد بين أن الأخوة أستفادوا من خبرتهم كإخوة لمعوقين حيث أن تلك أنهم للإصدار على زيادة التحصيل العلمي والإعتماد على التعب وزيادة رعايتهم إلى معوقين آخرين ودفعهم لدراسة التخصص والعمل مع ذوي الإحتياجات الخاصة.

ترى الباحثة أن تأثير الإخوة والأخوات بوجود الطفل داخل الأسرة موضوع لا يحتاج إلى برهان فالجو الإنفعالي داخل بعض الأسر يكون ضاغطاً بصورة كبيرة ويتضمن بعدم الإستقرار إلى الدرجة التي تؤدي إلى اضطراب إخوة هذا الطفل، كما أن دينامية التعامل الأسري في ظل وجود طفل قد يسهم في زيادة أو ضعف الضغوط النفسية على أخوان هذا الطفل حسب إنشغال الوالدين بإحتياجات على الإخوة العاديين للطفل ليصبحوا أكثر تجارب الذي قد يؤدي إلى اضطراب العلاقة بين الإخوة بعضهم بعض هذا بالإضافة إلى أن إقتصاد التواصل داخل الأسرة قد يسهم في الإحساس بالوحده على هؤلاء الإخوة بسبب تحريم الأسرة التحدث في بعض الموضوعات المرتبطة بإعاقة أخيهم بل وضرورة كبت مشاعر القلق التي قد يشعر بها إخوة وأخوات.

يتحدد أثر الإعاقة في الأسرة بعدة عوامل منها:

(١) المستوى الثقافي التعليمي للوالدين:

فقد يتوقع الفرد بأن كلما زاد المستوى الثقافي والتعليمي للآباء والأمهات أدى إلى أن تكون إتجاهاتهم نحو طفلهم إيجابي، وقدرتهم بحكم معلوماتهم ومستواهم الثقافي الذي يميز القدرة على توفير الأساليب المناسبة التعامل مع طفلهم والبحث عن المراكز ومؤسسات الملائمة لهم لكن يتبين أن الآباء والأمهات من المستوى التعليمي المتوسط (إعدادي فما دون، يتميزون بإتجاهات إيجابية أكثر من الآباء والأمهات من المستويات التعليمية العالية) ثانوي فمادون وكذلك تقبل الوالدين لطفلهم والإعاقة وميلهم إلى عدم إخفائه عن الآخرين وأن الطفل ما هو إلا هبة من الله لايجوز الاعتراض عليه.

(٢) حجم الأسرة: إن أثر حجم الأسرة سواء كان صغيراً أم كبيراً يؤثر ويتأثر بالإعاقة فولادة طفل معوق في أسرة كبيرة غالباً ما يكون وقعه. أضعف على أفرادها إن وجود عدد من الأبناء العادين يعزى الوالدين ويرجعها من المسؤولية للرعاية المباشرة للطفل بإهتمام والعناية بأخيهم. أما ولادة طفل معوق في أسرة صغيرة الحجم سيؤثر سلبياً في حياتها وسيزيد الأعباء المترتبة عليها، خاصة على الوالدين والأم بشكل خاص وكذلك فإن ولادة طفل معوق في أسرة صغيرة الحجم قد يزيد من شعور الأسرة بفقدان هذا الطفل نوع الإعاقة وشدتها ترتبط إتجاهات الأسرة وردود طفلها تجاه طفلها ارتباطاً مباشراً بنوع الإعاقة وشدتها فمثلاً ولادة طفل لديه تخلف عقلي يختلف تأثيرها عن ولادة طفل لديه إعاقة حسية بصرية سمعية جسمية ، وبسيطة تختلف تأثيرها في الأسرة عن الشديدة وإصابة طفل بإعاقة واحدة تختلف عن إصابته بإعاقات متعددة- فإن كانت الإعاقة شديدة زادت الأعباء المترتبة على الأسرة ولذلك شعور الأسر بالإحباط وخيبة الأمل ويظهره الإيمانات التي ترتب بالمظهر الخارجي كالتنشوهات الخلقية والمظاهر السلوكية والإنفعالية النشاط الزائد، سوف ربط الأسرة سلبية، أما إذا كان الإعاقة بسيطة فغالباً ماتحب الصلات من الوالدين وآخر أسر للطفل والرغبة في الحاقه في احد مراكز التربية الخاصة المناسبة لحالته دون الخوف في محاولة إخفائه عن الآخرين.

لاحظت الباحثة من خلال إستعراضها إلى أن مستوى الضغوط النفسية للوالدين يرتبط بموضوع الإعاقة من خلال فحصها لمستويات الضغوط ليست مقارنة بأمهات الأطفال المتخلفين والتكيف الوالدين التوحد

ومرض داون والعاديين أظهروا والدا التوحد مستويات أكبر ومشكلات في التكيف أعلى مما أظهره والدا أطفال عرض داون والعاديين.

(٣) جنس المعوق: يعد هذا العامل من العوامل المهمة في خصصة إتجاهات الأسرة نحو طفلها المعوق خصوصاً في مجتمعاتنا العربية التي سميت بعبادات وتقاليد وقيم إجتماعية تحد طرق تعامل الأهل مع الطفل على أساس الجنس، فولادة طفل ذكر معوق في الأسرة يزيد من الشعور بالأسى والحزن بين الوالدين، يتصدى هذا الشعور إلى باقي الأسرة الممتدة كالجد والجدة والأعمام والأخوال. أما إذا كان المولود أنثى فإن وقع الإعاقة يكون أخف للشعور بالخسارة أقل، ويعود السبب إلى كون الذكر هو يحمل إسم العائلة سيما الأنثى سوف تنتقل من عائلة والدها إلى عائلة زوجها بعد الزواج.

(٤) الآثار الإقتصادية:

إن الأعباء المالية المترتبة على وجود طفل معوق في الأسرة غالباً ما تكون دائمة ومستمرة طيلة حياة الطفل، أن الأطفال المعوقين يحتاجون إلى وقت ورعاية وحضانة وتدريب ومصاريف أكثر من غير المعوقين فمنهم من يحتاج إلى رعاية وعلاج لفترة طويلة كحالات الإعاقة الشديدة وحالات الشلل الدماغي ومنهم من يحتاج إلى أجهزة طبية مساندة كحالات الإعاقة الحركية والسمعية والبصرية. فالضغوط المادية تؤثر بشكل مباشر على زيادة الأعباء النفسية والإجتماعية على الأسرة، خصوصاً عن التفكير في متطلبات التدريب والتأهيل التي يحتاجها الطفل المعوق.

(٥) الآثار الإنفعالية:

لدى الوالدين هذه الإستجابات التي تكون متشابهة عن جميع الأسر، كما أن ليس بالضروري أن تمر جميع الأسرة بعدد الإستجابات ووتختلف من الوالدية في هذا المجال نتيجة لإختلاف نوع الإعاقة ودرجتها، وإختلاف شخصيات الآباء والأمهات والسن الذي اكتشف فيه الإعاقة، بالإضافة الى عوامل بيئية، ثقافية وإن معظمهم العانون من مشاعر وإستجابات إنفعالية ومن هذه المشاعر، وستخلفه هذه الأزمة على الأسرة تتمثل في الاتي:.

١ - الصدمة عند ولادة الطفل:

إن درجة الصدمة والتأثير الذي يعتمد على درجة الإعاقة طبيعتها وعلى وقت إكتشاف الإعاقة وعلى مدى تقبل الأسرة للإعاقة.

٢ - الرفض والإنكار:

هذه الإستجابات تعبر كآليات دفاعية في الموقف المؤلم القاسي وقد يؤدي إلى إيجاد نوع من التبرير لحلل. أو الحصول على رأي آخر مخالفة للرأي الأول ليؤكد أن الطفل عادي إي رفض الإعاقة تظهر نتيجة للخوف من المجهول والشك في القدرة على تحمل الإعباء والمسئوليات الجديدة.

٣ - الشعور بالذنب:

قد ينتاب الوالدين شعور بأنهم قد أرتكبوا ذنباً وأن الله قد عاقبهم على ذلك، ونجد كلمة (لو) تلعب دور كبير في تأجيج مشاعر الذنب فشعور الوالدين بالذنب، وقد لا يدرك الوالدين حقيقة ، هذا الشعور، وتحدث كذلك ردود أخرى كالرفض، والحماية تازائدة، وتعويض الطفل بصورة مفرطة.

٤ - الإحساس بالمرارة:

إنى وجود الطفل المعوق قد يؤدي إلى حرمان الوالدين من الكبت من الأنشطة. وهذا الإحساس قد يتحدو عن إحساس الوالدين بالنبذ الطفل من قبل المجتمع بصورة عنه مشاعر ه مما يؤدي الى التعدي بالعداء تجاه المجتمع والتذوق بالمرارة، ونتيجة إحساس الوالدين بأنهما السبب في وجود هذا الطفل وهذه الانفعالات يمكن أن تؤدي إلى حالة عاطفية تهدد الأسرة وقد تؤدي إلى تدمير السلوك التكيف للأسرة والوالدين.

٥ - النبذ:

إن فشل الطفل في كثير من الأمور يؤدي إلى شعور الوالدين بالإحباط ويعبران عن هذا النبذ للطفل. ويظهر النبذ بترك الطفل في المؤسسة، أو إهمال حاجاته الأساسية والثانوية . وقد يفسر من قبل الطفل بأنه نوع من رفض الوالدين له ويتسحب هو بناء على هذا الشعور، ويسلك سلوكاً لا يقبله الوالدين، الأمر الذي يخلق صراع الانفعالات وانعدام هذه الدائرة وقد يكون النبذ عن طريق العبارات التي تحمل اللوم والانتقاد ومقارنة الطفل بأقرانه وأخوانه العاديين وهذا الاحساس لاتعد بشئ على تكيفه ونموه الشخصي.

٦ - الغضب:

إن مشاعر الغضب قد يتم التعبير عنها بالشكوى، وقد تظهر مشاعر الغضب من خلال توجيهات الى الطبيب أو المدرسي أو أي شخص آخر. فبعض الآباء والأمهات يشعرون بالغضب تجاه أطفالهم المعوقين إلا أنهم لا يستطيعون التعبير عنها الاسباب يوجدنها نحو الزوجة.

٧ - التقبل والتكيف:

إن بعض الإستجابات قد لا يظهر، ولبعض الآخر يظهر لفترة قصيرة ثم يختفي أو هناك إستجابات تختفي ثم تظهر مرة أخرى تحت ظروف معينة إلا أن الأسرة عادة لا تتكيف. للوضع الجد بصورة تدريجية وثقتها وتبدأ بالتعبير عن قدرها في مواجهة الموقف فالأسرة هي نهاية الأمر سوف تقرر بالأمر الواقع وهذا في حد ذاته يساعده على مواجهة أفضل للمشكلة والتعامل مع عناصرها بعيداً عن الضغوط ومن امتهم، التأكيد على هذه المشاعر الطبيعية، في مشاعر إنسانية تظهر كتعبيرات عن الحدث فإن ظهورها أمر طبيعي ، لدلالة إلا إنه يوجب أن لا تتحول هذه المشاعر إلى قوة مدمرة لوالدي الطفل وللطفل نفسه وتقتضي المسؤولية وتبصر أسر الأطفال المعاقين ذهنياً بهذه المشاعر ومساعدتهم على تجاوزها بصورة طبيعية.

رعاية الإسلام لفئة المعاقين ذهنياً:

قال تعالى (قل لن يصيبنا إلا ما كتب الله لنا) (سورة التوبة-الآية ٥١).

قال تعالى (هو الذي يصوركم في الأرحام كيف يشاء) (سورة آل عمران-الآية ٦).

إن من المشكلات التي تواجه ذوي الإحتياجات الخاصة وبالذات المعاقين ذهنياً تلك المشكلات الأسرية والتي تتمثل في:

١- نظرة الوالدين للطفل المعاق على أنه عقاب من الله لهم على أخطاء سابقة.

٢- إنكار بعض الوالدين إعاقة أبنائهم.

٣- رفض الطفل المعاق.

٤- خجل الوالدين من وجود طفل معاق لديهم.

وهذا الشيء يجب أن يكون موجوداً وخصوصاً في مجتمعنا الإسلامي حيث أننا نؤمن بأن كل ما يصيبنا هو ابتلاء وامتحان من الله فلا يجب أن يكون وجود ذلك الطفل في البيت أو ضمن الأسرة شيئاً يدعو للخجل.

وقد يكون في وجوده وحسن التعامل معه سبيل إلى الزيادة في الأجر.

وان من تخجل منهم هم أول من ينظرون إليك بنظرات الإعجاب إذا رأوا حسن تعاملك مع ذلك الطفل، فقد ذكر إنه إذا أن تنظر إلى حضارة شعب فانظر إلى إهتمامه ومعاملته لمعاقيه قال تعالى (إن أكرمكم عند الله أتقاكم) (سورة الحجرات- من الآية ١٣)

إن المتأمل في المنهج يلاحظ إنه يهتم بذوي الإحتياجات الخاصة في كثير من تشريعاته ولاغرابة في ذلك فهو دين الحق ودين المساواة جاء ليبيد الباطل وينصر المظلوم وينتشر الحق ويخرج الناس من الظلمات إلى النور ويتجلى إهتمامه بالمعاقين في المساواة بين البشر في الحقوق والواجبات إن أكرمكم عند الله أتقاكم وفي تكريم الإنسان في أصل خلقته قال تعالى (ولقد كرّمنا بني آدم وحملناهم في البر والبحر) (سورة الإسراء- من الآية ٧٠)، وفي تقريره أن ما يصيب الإنسان من نقص إنما هو بمشيئة الله قال تعالى (هو الذي يصوركم في الأرحام كيف يشاء) (سورة آل عمران- من الآية ٦)، قال تعالى (قل لن يصيبنا إلا ما كتب الله لنا) (سورة التوبة- من الآية ٥١)، كما وجه المسلمين إلى عدم السخرية من أي فرد في المجتمع قال تعالى: (يا أيها الذين آمنوا لا يسخر قوم من قوم) (سورة الحجرات- من الآية ١١)، إضافة إلى حث الإسلام على إحترام المسكين والضعيف ورفع الحرج عن المجنون (أحمد وادي، ٢٠٠٩م: ٧٨)

إهتمام الإسلام بالمعاقين:

في العهد الإسلامي إهتم الإسلام إهتماماً كبيراً بكل فئات المجتمع وحرص المسلمون على الرعاية الكاملة للضعفاء وذوي الإحتياجات الخاصة فلو إفترضنا أن في المجتمع فئة قليلة من الناس ذوي إحتياجات خاصة تكاد لاتذكر فإن هذه القلة تحت نظام الإسلام وحمايته ستجد من يقف جانبها ويساعدها، وعليه جاءت الآيات الكريمة في كتاب الله تعالى لتؤكد للجميع أن الله تعالى يحث على نصرة الضعيف وإعانتة قدر الإستطاعة.

والمتمأمل في آيات الله تعالى يجد نفسه أمام آيات كثيرة توحى بهذا المعنى قال تعالى: (ليس على الضعفاء ولا على المرضى ولا على الذين لا يجدون ما ينفقون حرج إذا نصحوا الله ورسوله ما على المحسنين من سبيل والله غفور رحيم) (سورة التوبة- من الآية ٩١)، تدل الآية دلالة واضحة على أن الضعفاء والمرضى ليس عليهم أي مشقة إذا لم يقاتلوا مع إخوانهم الأصحاء

وقد تكرر في القرآن لفظ: (ليس على الأعمى حرج ولا على الأعرج حرج ولا على المريض حرج) (سورة النور، من الآية ٦١)، ففي الموضع الأول في الآية ٦١ من سورة النور، يعني عدم الحرج في مسألة الأكل والشرب في بيوت الأقارب، والموضع الثاني في الآية ١٧ من سورة الفتح ويقصد عدم الحرج عندما يتخلفون عن المعارك فإن لهم العذر المقبول عند الله، ففي زمن صدر الإسلام نجد أنفسنا أمام منزلة كبيرة وضعها الله سبحانه لهؤلاء الضعفاء ولعله من المناسب أن نذكر مكانة هؤلاء عند الله بعد أن آمنوا به ورسوله ونصروا الدعوة الإسلامية منذ بدايتها وتحملوا في سبيلها الكثير.

إن المتمأمل في القرآن الكريم يجد أمامه مثلاً إيجابياً من أمثلة الإهتمام والرعاية، وهذا المثل القائم والخالد بخلود كتاب الله تعالى وهو عتاب الله تعالى لنبيه صلى الله عليه وسلم في قصة عبدالله بن أم مكتوم ذلك الأعمى الذي حضر إلى رسول الله صلى الله عليه وسلم ليجلس معه كما تعود فأعرض عنه رسول الله صلى الله عليه وسلم لعدم فراغه وإنشغاله بدعوة كفار مكة وسادتها ومحاولة جذبهم إلى توحيد الله وأدار وجهه عنه والتفت إليهم، وبالطبع لم يرى ابن أم مكتوم ما فعله الرسول صلى الله عليه وسلم لأنه أعمى، فجاء عتاب الله لنبيه:

قال تعالى (عبس وتولى) (١) أن جاءه الأعمى....) الآيات وبهذه الآيات البيّنات أوضح الله تعالى لنبيه ولأمته أن المؤمن الضريع الكفيف هو أطيّب عند الله من هؤلاء الصناديد الكفرة، فكان صلى الله عليه وسلم كلما رآه هش له ورحب وقال: أهلاً بمن عاتبني فيه ربي..."، ورغم فقر ابن أم مكتوم وثراء هؤلاء القوم إلا أنه عند الله أثقل ميزاناً وأحسن حالاً وأفضل مقاماً وربما يكون ابن أم مكتوم نبراساً لهؤلاء الأغنياء.

بل إن من العلماء المسلمين من كان يعاني من إعاقة ومع هذا لم يؤثر ذلك عليهم بل أصبحوا أعلاماً ينصرون هذا الدين بالقول والفعل فمنهم:

- ١- أبان بن عثمان، كان لديه ضعف في السمع ومع هذا كان عالماً فقيهاً .
- ٢- محمد بن سيرين، كان ذو صعوبة سمع شديدة ومع هذا كان راوياً للحديث ومعبراً للرؤى.
- ٣- دعبل الخزاعي.
- ٤- القاضي عبده السليمانى.
- ٥- عبد الرحمن بن هرمز الأعرج.
- ٦- حاتم الأصم.
- ٧- سليمان بن مهران الأعمش.
- ٨- أبو العباس الأصم.

وفي هذا الزمان نجد أمثلة كثيرة منهم: سماحة الشيخ عبد العزيز بن باز رحمه الله مع أنه كان فاقداً للبصر، إلا أنه كان إماماً زاهداً ورعاً ناصراً للدين.

دمج المعاق ذهنياً في المجتمع كيف قرره القرآن الكريم والسنة النبوية:

وقد أعطى الإسلام لهؤلاء المعاقين ذهنياً حقوقهم فحرص على دمج المعاق في مجتمعه، فقد ولى الرسول صلى الله عليه وسلم ابن أم مكتوم على المدينة عندما خرج لإحدى غزواته، كما يتجه الإسلام إلى المجتمع والمحيط الذي يعيش فيه المعاق فيعلمهم ويربيهم على السلوك الذي يجب عليهم أن يسلكوه في معاملتهم لإخوانهم وأهلبيهم من ذوي العاهات فهو يعلن بصريح العبارة أن ما حل بإخوانهم من بلاء لا ينقص قدرهم ولا ينال من قيمتهم في المجتمع فهم جميعاً سواء لا تفاضل بينهم إلا بالتقوى فقد يكون صاحب العاهة أفضل وأكرم عندالله من ألف صحيح معافي فقال تعالى: (إن أكرمكم عندالله أنقاكم) فالميزان الحقيقي هو التقوى وليس المال أو الجاه أو الصحة أو الصورة الخارجية أو غير ذلك لأنه لا يمكن أن تتحقق الغاية السامية من هذه الحياة إلا إذا تحقق ميزان التقوى، هذا الميزان الذي له وقع أخاذاً في ضمير المسلم بما يحويه من الخير والإستقامة والصالح والإصلاح للفرد والمجتمع وللإنسانية جمعاء، فالتقوى جماع لكل فضيلة.

الأمر التي جعلها الإسلام للوقاية من الإعاقة:

الإسلام أرشد إلى الوقاية من الإعاقة ونلخص ذلك فيما يلي:

١- الحد من أثر الوراثة فحص على إنتقاء المرأة ذات الأصل الجيد من حديث:

"تخيروا لنطفكم فإن النساء يلدن أشباه إخوانهن وأخواتهن" رواه ابن عدي وابن عساكر، وكذلك إختيارها صالحة ذات شرف ليست صاحبة فاحشة، فإن ذلك يحمي بإذن الله من كثير من الأمراض والعاهات.

٢- أجازت قواعد الفقه الإسلامي التعقيم والتطعيم ضد الأمراض المنتشرة التي قد تؤدي إلى الإعاقات، ويرى الدكتور مصطفى السباعي إستناداً إلى القواعد الشرعية جواز التعقيم للأشخاص المصابين بأمراض وراثية بثلاثة شروط:

• تحقق إنتقال هذه الأمراض.

• أن لا يكون هناك وسيلة لمنع إنتقال هذه الأمراض إلى الورثة إلا بتعقيم الشخص المصاب به.

٣- تحريم الزنا والخمر لأن الفوضى أخلاقية والجنسية تنتج ذرية سيئة ينتقل من خلالها الأمراض المعدي الخطيرة ومن ذلك الزهري الذيل يسبب الشلل والعمى والتشوهات الجسمية وسرطان اللسان قال تعالى: ((ولا تقربوا الزنا....)) ولذلك حرم الإختلاط والتبرج والسفور والأسباب الداعية إليه، أما الخمر فيجمع الأطباء على أنه يسبب الجنون وتخلف العقل والإعاقات العصبية والهزل والضعف الجنسي والصرع.

٤- تحريم الدخان قال تعالى (ولا تلقوا بأيديكم إلى التهلكة) .

فعلى الأم أن تجنب ذلك وغيره من المواد الضارة فقد ثبت علمياً تسببها في حصول الإعاقة للجنين وخصوصاً في مراحل الحمل الأولى وأثناء الولادة. (أحمد وادي، ٢٠٠٩م: ٣٥٦).

المبحث الثالث الدراسات السابقة

تمهيد:

في هذه الدراسة سيتم عرض الدراسات التي تناولت موضوع الضغوط النفسية لدى أولياء أمور الإعاقة الذهنية:

قامت الباحثة بالبحث في مصادر المعلومات من دراسات وكتب ومجلات، إضافة للوسائل الحديثة مثل الأنترنت في جميع المكتبات التي تهتم بعلم النفس مثل مكتبة جامعة السودان وجامعة الخرطوم وجامعة أمدرمان الإسلامية وجامعة الأحفاد.

إضافة للمكتبات العامة الأخرى عليها تحظى بدراسة الضغوط النفسية لدى أولياء أمور المعاقين ذهنياً إلا أنها وفي جميع هذه الأماكن لم تحظى بها وقد إنحصرت جميع الدراسات حول الإعاقة كمصدر للضغوط لدى الوالدين.

تسعى الباحثة بإيرادها لتلك الدراسات وتلخيصها للإستفادة من طريقتها في أسلوب العرض والتبويب والوصف والتحليل إضافة للمناهج المستخدمة فيها لكي تستفيد منها في بحثها هذا وبالتالي فإن الباحثة تعتبر أن هذه الدراسة إمتداد وإضافة من حيث النوع كهذه الدراسات، إذ أنها في مجملها تسعى لدراسة الضغوط النفسية لدى أولياء أمور المعاقين ذهنياً .

تمثل هذه الدراسة حصيلة أبحاث في بيئات مختلفة منها الدراسات السودانية والعربية والأجنبية.

١. دراسات محلية:

١. دراسة سلوى عثمان عبدالله عثمان ٢٠٠١م

عنوان الدراسة : الضغوط النفسية لدى أولياء أمور الأطفال المعاقين عقلياً بولاية الخرطوم وأسباب مواجهتها:

الهدف من الدراسة:

تحديد مايمكن أن يحدثه وجود طفل معاق عقلياً في الأسرة من الضغوط النفسية لدى والديه والأساليب المختلفة التي يتخذونها لمواجهة تلك الضغوط.

الوقوف علماً للإنفعالات الاتي يخذوها لمواجهة تلك الضغوط مثل الحزن، والقلق والتوتر، والإحباط والألم النفسي.

التعرف على نوع المشاكل التي يسببها وجود الطفل المعاق في الأسرة وما تتطلبه رعايته إضافة إلى المشكلات الناتجة عن الإتجاهات السلبية التي قد يبديها بعض الأفراد من المجتمع تجاه الطفل المعاق وأسرته.

معرفة العلاقة بين لضغوط النفسه لأولياء أمور الأطفال المعاقين عقلياً وأساليب المواجهة التي يستقدمونها للحد أو التقليل من هذه الضغوط.

التعرف على الأساليب التي يستخدمها الوالدان لمواجهة الضغوط النفسية الناجمة عن الإعاقة ومدى تأثيرها بمستوى الضغط لديهم.

عينة الدراسة:

يتكون من أولياء أمور الأطفال المعاقين عقلياً بولاية الخرطوم آباء وأمهات والدين يتواجد أبنائهم بمعاهد رعاية وتأهيل الأطفال المعاقين عقلياً في مدينة الخرطوم وأم درمان وقد أختارت الباحثة هذه المعدن مما يسهل الحصول على العينة وتشمل الدراسة جميع المعاهد، والمجموعة المستهدفة من العينة هم آباء وأمهات الأطفال المعاقين عقلياً ولديهم أبناء يتلقون رعاية في العام الدراسي (٢٠٠٠ - ٢٠٠١م) ويبلغ العدد الكلي لمجتمع الدراسة (١١٠) أب وأم.

أداة جمع المعلومات :

تشمل على: أ/المعلومات الأولية ب/مقياس الضغوط النفسية. ج/مقياس أساليب مواجهة الضغوط

أولاً المعلومات الأولية:

معلومات عن الطفل

أ/عمر الطفل. ب/ عدد الأطفال في الأسرة. ج/ ترتيب الطفل المعوق في الأسرة.

معلومات عن ولي أمر الطفل

أ/النوع (ذكر - أنثى) . ب/ المؤهل التعليمي. ج/ العمر الزمني.

النتائج :

يتميز مستوى الضغط النفسي لدى أولياء أمور الأطفال المعاقين عقلياً بولاية الخرطوم بالإرتفاع.

يختلف الضغط النفسي لدى الوالدين باختلاف كل من .

أ / نوع الوالد (ذكر - أنثى) . ب/ العمر الزمني للوالدين . ج/ المؤهل التعليمي .

(٣) تختلف أساليب المواجهة للوالدين باختلاف :

أ/ نوع الوالد (ذكر،انثى) . ب/ العمر الزمني . ج/ المؤهل التعليمي .

٢.دراسة صفاء رفيق موسى قرايش (٢٠٠٦م)

عنوان الدراسة : الضغوط النفسية لدى أولياء أمور أطفال التوحد وإحتياجات مواجهتها :-

الهدف من الدراسة :

تحديد مايمكن أن يحدثه وجود طفل يعاني من اضطراب التوحد، من ضغوط نفسية لدى والديه، وعلاقة ذلك ببعض المتغيرات سواء الخاصة بالطفل أو الوالدين .

التعرف على إحتياجات أولياء أمور هؤلاء الأطفال التي تمثل متطلبات أساسية تساعدهم على مواجهة الضغوط النفسية الناجمة عن إعاقة أبنائهم وعلاقة ذلك بكل من مستويات الضغط النفسي، وبعض المتغيرات الخاصة بأولياء الأمور المتمثلة في: الجنس، والعمر الزمني، مستوى التعليم، والدخل الشهري، أو المتغيرات الخاصة بالأطفال المتمثلة في درجة التوحد لديهم، والجنس والعمر الزمني .

عينة الدراسة:

إشتملت عينة الدراسة الأساسية على (٢٣٧) من أولياء أمور أطفال التوحد ممن أستكملو تعبئة البيانات الأولية وأجابو عن فقرات مقياس الضغوط النفسية .

الأدوات:

مقياس الضغوط النفسية :

وهو من إعداد وتقنين كل من زيدان السرطاوي وعبد العزيز الشخص (١٩٩٨م) ويتضمن مقياس الضغوط النفسية ثمانين فقرة موزعة على سبعة أبعاد .

النتائج:

تتسم الضغوط النفسية لدى أولياء أمور أطفال التوحد بشكل عام بالارتفاع. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية لدى أولياء أمور أطفال التوحد ومستوى الضغوط النفسية لدى أولياء أمور الأطفال المعوقين من فئات الإعاقة الأخرى. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية لدى والدي التوحد على مقياس الضغوط النفسية المستخدم وفقاً لمتغير جنس الوالدين، وعمرهم ومستوى تعليمهم ودخلهم. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية لدى والدي أطفال التوحد على مقياس الضغوط النفسية المستخدم وفقاً لمتغير عمر الطفل، وجنسه، ودرجة إعاقته، وترتيبه بين إخوته، وعدد أفراد الأسرة.

٣-دراسة : مواهب الرشيد إبراهيم محمد (٢٠١١م).

عنوان الدراسة: الضغوط النفسية وعلاقتها ببعض سمات الشخصية لدى والدي التلاميذ المعاقين سمعياً.

الهدف من الدراسة:

معرفة مستوى الضغوط النفسية التي يعاني منها والدي التلاميذ المعاقين سمعياً، وأيضاً معرفة الفروق في الضغوط النفسية لدى والدي التلاميذ المعاقين سمعياً تعزى لنوع الطفل المعاق سمعياً. وكذلك معرفة الفروق في الضغوط النفسية لدى والدي التلاميذ المعاقين سمعياً تعزى لمتغير نوع الوالد ومعرفة علاقة الضغوط لدى والدي التلاميذ المعاقين سمعياً مع متغير عمر الوالد. وأيضاً علاقة الضغوط النفسية لدى والدي التلاميذ المعاقين سمعياً مع متغير عمر التلميذ المعاق سمعياً. وكذلك علاقة الضغوط النفسية لدى والدي التلاميذ المعاقين سمعياً مع متغير المستوى التعليمي للوالد. بالإضافة علاقة الضغوط النفسية لدى والدي التلاميذ المعاقين سمعياً مع سمة الضبط الإنفعالي. وعلاقة الضغوط النفسية لدى والدي التلاميذ المعاقين سمعياً مع سمة الشعور بالمسئولية. وعلاقة الضغوط النفسية لدى والدي التلاميذ المعاقين سمعياً مع متغير مستوى الدخل الشهري بالأسرة. وعلاقة الضغوط النفسية

لدى والدي التلاميذ المعاقين سمعياً وسمّة الميل الإجتماعي، وعلاقة الضغوط النفسية لدى والدي التلاميذ المعاقين سمعياً وسمّة الميل للعفو والتسامح.

عينة الدراسة:

إتبعت الباحثة أسلوب العينة الشاملة، بلغ حجم العينة عند مرحلة تطبيق الأدوات (١٢٥) من الآباء الذكور ومثلهم من الأمهات.

أدوات الدراسة:

مقياس الضغوط النفسية :

إعداد فونتانا ورضا أبو سريع (١٩٩٣م) ومقياس زيدان السرطاوي وعبد العزيز الشخص (١٩٩٨م) يتكون المقياس من ٧ أبعاد (القلق، الإحباط الإكتئاب، الأعراض النفسجسمية، الجوانب الأسرية والإجتماعية، الجانب الإقتصادي، ضغوط العمل).

النتائج:

(١) تسود الضغوط النفسية لدى آباء وأمهات التلاميذ المعاقين سمعياً بولاية الخرطوم بدرجة وسط. وتوجد فروق دالة إحصائياً في الضغوط النفسية لدى آباء وأمهات التلاميذ المعاقين سمعياً تعزى لنوع التلميذ المعاق سمعياً. وتوجد فروق دالة إحصائياً في الضغوط النفسية لدى آباء وأمهات التلاميذ المعاقين سمعياً تعزى لمتغير نوع الوالد. توجد علاقة إرتباطية دالة إحصائياً بين الضغوط النفسية لدى آباء وأمهات التلاميذ المعاقين سمعياً مع متغير عمر التلميذ الوالد /الوالدة. وتوجد علاقة إرتباطية دالة إحصائياً بين الضغوط النفسية لدى آباء وأمهات التلاميذ المعاقين سمعياً مع متغير عمر التلميذ المعاق سمعياً. وتوجد علاقة إرتباطية دالة إحصائياً بين الضغوط النفسية لدى آباء وأمهات التلاميذ المعاقين سمعياً مع متغير المستوى التعليمي لوالدين. وتوجد علاقة إرتباطية دالة إحصائياً بين الضغوط النفسية لدى آباء وأمهات التلاميذ المعاقين سمعياً مع متغير مستوى الدخل الشهري للأسرة. وتوجد علاقة إرتباطية دالة إحصائياً بين الضغوط النفسية لدى آباء وأمهات التلاميذ المعاقين سمعياً مع متغير سمة الضبط الإنفعالي. وتوجد علاقة إرتباطية دالة إحصائياً بين الضغوط النفسية لدى آباء وأمهات التلاميذ المعاقين سمعياً مع متغير سمة الشعور بالمسؤولية. توجد علاقة إرتباطية دالة إحصائياً بين الضغوط

النفسية لدى آبا وأمهات التلاميذ المعاقين سمعياً مع متغير سمة الميل الإجتماعي. توجد علاقة إرتباطية دالة إحصائياً بين الضغوط النفسية لدى آبا وأمهات التلاميذ المعاقين سمعياً مع متغير عمر التلميذ المعاق سمعياً .

٤ . دراسة: مبارك عثمان الشيخ محمد (٢٠٠٧م)

عنوان الدراسة: الضغوط النفسية لدى أسر المصابين بالعلل الدماغية وعلاقتها ببعض المتغيرات: هدفت الدراسة إلى التعرف إلى الفروق في الضغوط النفسية للأسر المصابين بالعلل الدماغية وعلاقتها ببعض المتغيرات.

بلغت العينة إلى ٢٥٠ فرداً من أسر المصابين بالعلل الدماغية من أبناء المصابين بالعلل الدماغية. توصلت إلى النتائج إلى السمة العامة للأسرة المصابين بالعلل الدماغية تتسم بالإرتفاع.

٢ . دراسات عربية دراسة:

١ - دراسة جلال جرار ١٩٩٠م:

عنوان البحث: الضغوط النفسية لدى أمهات المعاقين عقلياً بدولة البحرين:

هدف البحث إلى التعرف على الفروق في مستوى الضغوط النفسية بين أمهات المعاقين عقلياً وأمهات العاديين، وبلغ حجم عينة البحث ٢٢٥ من الأمهات ١٣٧ من أمهات ذوي الحاجات الخاصة و٨٨ من أمهات العاديين، إستخدم الباحث المنهج الوصفي، كما إستخدم مقياس الضغوط النفسية. أظهرت نتائج البحث وجود فروق دالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية بين أمهات الأطفال المعاقين عقلياً وأمهات الأطفال العاديين.

٢ - دراسة منى الحديدي وجميل الصمادي ١٩٩١م:

عنوان البحث: الضغوط التي يتعرض لها أسر الأطفال المعاقين

هدف البحث التعرف على مصادر الضغوط التي يتعرض لها أسر الأطفال المعاقين بإختلاف إعاقاتهم، بلغ حجم عينة البحث ٢٠٢ أسرة، منها ١٤٤ لديهم إعاقات سمعية وبصرية وحركية وعقلية، ١٤٨ لديهم إعاقات أخرى.

أظهرت نتائج البحث وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغوط بين أسر الأطفال ذوي الحاجات الخاصة وبين الأطفال غير ذوي الحاجات الخاصة.

٣- دراسة زيدان أحمد قاسم السرطاوي

عنوان البحث: الضغوط النفسية لدى أولياء أمور الأطفال المعوقين وأساليب مواجهتها:

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد ما يمكن أن يحدثه وجود طفل معوق في الأسرة من ضغوط نفسية لدى أولياء الأمور، والأساليب المختلفة التي يتخذونها لمواجهة تلك الضغوط، وعلاقة كل ذلك ببعض المتغيرات سواء الخاصة بالطفل أو أولياء الأمور.

ولتحقيق هذا الهدف تم إعداد مقياسين يقيس أحدهما مستوى الضغوط، فضلاً عن إستبانة لجمع البيانات الأولية عن الطفل ووالديه.

وتم تطبيق هذه الأدوات على عينة قوامها ٦٦١ أباً وأماً (٣٣٥ أباً، ٣٢٦ أما) تراوحت أعمارهم ما بين ٢٠-٦٥ سنة للآباء، ٢٠-٦٠ سنة للأمهات، وهم جميعاً لديهم أطفالاً معوقين (إما عقلياً أو سمعياً، أو بصرياً، أو بدنياً)، وبلغ عدد هؤلاء الأطفال ٣٤٨ طفلاً من الذكور ممن تنحصر أعمارهم الزمنية ما بين ٥-١٥ سنة، وجميعهم بالمرحلة الابتدائية بمعاهد التربية الخاصة عدا الإعاقة البدنية فأخذت من دار رعاية الأطفال المعاقين بالرياض.

وقد أسفرت نتائج التحليلات الإحصائية لبيانات الدراسة عن إرتفاع مستوى الضغط النفسي بين نسبة كبيرة من أولياء الأمور (٣٧.٤٧%) مع تساوي الآباء والأمهات في ذلك، كما لم يتأثر مستوى الضغط النفسي بأعمار أولياء الأمور أو مستوى تعليمهم، بينما تأثر بدخلهم المادي ليرتفع مع إنخفاض ذلك الدخل.

كما تأثر الضغط النفسي لدى أولياء الأمور بنوع إعاقة الطفل ليرتفع في حالة الإعاقة العقلية والبدنية، كما تأثر بعمر الطفل ليرتفع مع صغر سنة، وكذلك الحال بالنسبة لترتيب الطفل حيث إرتفع الضغط في حالة الطفل الصغير، وحدث نفس الشيء بالنسبة لعدد الأطفال، فكان مرتفعاً في حالة الطفل الوحيد المعوق بصرياً، بينما إزداد أكثر عندما بلغ عدد الأطفال خمسة بالنسبة لجميع الإعاقات.

ورغم ذلك فقد أوضحت النتائج أن ٥٠% تقريباً من الآباء والأمهات يحاولون مواجهة الضغط النفسي بنجاح، واختلفت مستويات المواجهة باختلاف مستويات الضغط لترتفع مع المستويين المتوسط والمرتفع، وذلك بالنسبة للآباء والأمهات. كما تأثرت مواجهة أولياء الأمور للضغط النفسي بأعمارهم الزمنية ليقبل لدى من لا يعرفون القراءة والكتابة، وكذلك بالدخل المادي لتقل المواجهة بإنخفاض ذلك الدخل، وكان لنوع إعاقة الطفل تأثير في هذا الصدد أيضاً، حيث تنخفض المواجهة بين أولياء أمور المعوقين عقلياً وتزداد لدى أولياء أمور المعوقين سمعياً ممن تقل أعمارهم عن ٦ سنوات ومن تزيد أعمارهم عن ١٢ سنة، ويؤثر ترتيب الطفل وعدد الأطفال في الأسرة في ذلك أيضاً لتزداد المواجهة بين أولياء أمور الطفل الأول المعوق سمعياً، وكذلك عندما يصل عدد الأطفال ٦ فأكثر بغض النظر عن نوع الإعاقة.

٣. دراسات أجنبية :

دراسات تناولت الضغوط الواقعة على الأسرة التي لديها ابن متخلف عقلياً وتم تقسيمها على النحو التالي:-

١- دراسات تناولت الضغوط الواقعة على الأسرة التي لديها ابن متخلف عقلياً بعد خروجه من المؤسسات الداخلية:

(١) دراسة كيتينج Keating ١٩٨١م:

دراسة عن خروج المتخلف عقلياً من المؤسسة كما يراه والدا الأفراد القاطنين بالمؤسسات والواقعين تحت حكم الخروج :

تهدف الدراسة إلى تقييم اتجاهات الوالدين تجاه خروج ابنائهم من المؤسسات والتعرف على مدى ما تتعرض له الأسر من ضغوط ونظرتهم لعملية الخروج على أنها باعثة للضغط، وذلك على عينة قوامها (٤٠) أسرة.

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:-

- أن العديد من الأسر كانوا سلبيين نحو خروج ابنائهم من المؤسسات واعتبروا أن خروج الابن من المؤسسة يمثل أزمة للوالدين.

- وكان من أهم نتائج الدراسة أن الأسر المعارضة لخروج الابن من المؤسسة كانت أكثر عرضة للضغوط، حيث وجدت علاقة موجبة بين معارضة الأسر لعملية خروج أبنائهم من المؤسسة ودرجة الضغط المحسوس لديهم.

- وجود علاقة دالة بين درجة تقبل الوالدين لخروج أبنائهم المتخلفين من المؤسسة وعمر الابن المتخلف حيث يكون الطفل الأصغر سناً أكثر تقبلاً لدى والديه للخروج من المؤسسة.

- لا توجد علاقة دالة بين درجة تقبل الوالدين لخروج أبنائهم من المؤسسة ودرجة التخلف العقلي وكان ذلك على عكس التوقعات.

١- دراسات تناولت الضغوط الواقعة على الأسرة التي لديها ابن متخلف عقلياً

(١) دراسة كوبين ويال : Quine and Pahl ١٩٨٥م:

حاول كوبين دراسة فحص أسباب الضغط في أسر الأطفال شديدي الإعاقة العقلية، وذلك بهدف التعرف على الضغوط الموجودة عندهم، وقد أجريت الدراسة على عينة مكونة من (٢٠٠) أسرة لأطفال معوقين عقلياً من فئة التخلف العقلي الشديد وقد توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

١- توجد علاقة موجبة دالة بين الإختلالات السلوكية للطفل المتخلف ودرج الضغط المحسوس لدى الأمهات حيث أظهرت النتائج أن زيادة الإختلالات السلوكية (توعك المزاج- التخريب- خلل في النوم- البصق- العض- الصراخ) لدى الطفل المتخلف تجعل الأمهات أكثر عرضة للضغوط.

٢- أن الأسر الأكثر عرضة للشدائد (وجود الوالد بمفرده سواء كان أباً أو أمماً أو أماً، وكون ذلك العائل مريضاً، وعدم ملاءمة المنزل لإحتياجات الأسرة، قلة الدخل، زواج غير سعيد، فقدان صديق حميم، كانت أكثر عرضة للضغوط، حيث وجدت علاقة موجبة دالة بين تعرض الأسر للشدائد ودرجة الضغط المحسوس لديهم.

٣- أن الأسر التي لديها ابن متخلف عقلياً ولديه مشاكل صحية كانت أكثر عرضة للضغوط، حيث وجدت علاقة موجبة دالة بين المشاكل الصحية للابن المتخلف عقلياً، ودرجة الضغط المحسوس لدى

الأسر

٤- أن الأسر التي لديها ابن متخلف عقلياً ذات مشاكل سلوكية بالإضافة إلى مستويات عليا من الشدائد الأسرية تكون أكثر عرضة للضغوط حيث وجدت علاقة موجبة بين كثرة المشاكل السلوكية للابن المتخلف والمستويات العليا من الشدائد مع درجة الضغط المحسوس لدى الأسر.

(٢) دراسة ولتون ورينوت Wilton and Renaut ١٩٨٦م:

دراسة مقارنة بين مستويات الضغوط في أسر الأطفال المعاقين عقلياً وأسر الأطفال غير المعوقين: في سن ما قبل المدرسة، وقد أجريت الدراسة على عينة الدراسة على عينة مكونة من (٤٢) أماً لأطفال معوقين عقلياً من فئة التخلف العقلي المتوسط والشديد، (٤٢) أماً لأطفال غير معوقين، وتمت المجانسة بين أفراد العينة من حيث المتغيرات التالية (العمر - الجنس - الحالة الاجتماعية والاقتصادية) وتم تقسيم عينة الدراسة من الأمهات الى مجموعتين (مجموعة الأمهات الصغار أقل من ٣٠ عاماً، مجموعة الأمهات الكبار أكثر من ٣٠ عاماً) وتم استخدام إستبيان الموارد والضغط. لهولرويد ١٩٧٤م، وقد تمت مقابلة الأمهات في منازلهم باستخدام مقابلات منظمة وقد توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

١- توجد فروق دالة بين أمهات الأطفال المعوقين عقلياً وأمهات الأطفال غير المعوقين في درجة الضغوط الواقعة عليهم، وقد إرتبطت درجة الضغوط لدى أمهات الأطفال المعوقين بمشاكل الوالدين ومشاكل الأسرة ومشاكل الطفل.

(٣) دراسة كذاك Kazak ١٩٨٧م:

بدراسة الضغوط وشبكة العلاقات الاجتماعية في ثلاث عينات لأسر الأطفال العاجزين، وقد أجريت الدراسة على عينة مكونة من (٢٥٢) أسرة قسمت إلى (١٢٥) أسرة من أسر الأطفال العاجزين (معوقين عقلياً، ومرضى مزمنين)، و(١٢٧) أسرة من أسر الأطفال العاديين) وقد توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

١- توجد فروق دالة بين أسر الأطفال المعوقين عقلياً والمرضى المزمنين وأسرة الأطفال العاديين لصالح آباء الأطفال المعوقين والمرضى المزمنين أي أن أسر الأطفال المعوقين عقلياً والمرضى المزمنين أكثر تعرضاً للضغوط عن أسر الأطفال العاديين.

٢- توجد فروق دالة بين أسر الأطفال المعوقين عقلياً والمرضى المزمنين وأسرة الأطفال العاديين في التوافق الزوجي ولصالح أسر الأطفال العاديين أكثر قدرة على التوافق الزوجي عن أسر الأطفال المعوقين عقلياً والمرضى المزمنين.

٣- توجد فروق ذات دلالة بين أسر المعوقين عقلياً والمرضى المزمنين وأسرة الأطفال العاديين في شبكة العلاقات الإجتماعية لصالح أسر الأطفال العاديين أي أن أسر الأطفال العاديين أكثر قدرة على تكوين علاقات إجتماعية عن أسر الأطفال المعوقين عقلياً والمرضى المزمنين.

(٤) دراسة مينيس Minnes ١٩٨٨م:

قامت مينيس بدراسة الموارد الأسرية والضغط المصاحب لوجود طفل متخلف عقلياً، وذلك بهدف الكشف عن العلاقة بين الضغط الوالدي المدرك المصاحب لوجود طفل متخلف عقلياً والموارد الأسرية الداخلية وهي (العلاقات الأسرية الخصائص الداخلية للأسرة والموارد لأعضاء الأسرة والحالة الإقتصادية والإجتماعية) والموارد الأسرية الخارجية وهي (المساندة الإجتماعية من الأسر الممتدة والأصدقاء والمتخصصين خارج الأسرة). والخصائص الطفل المتخلف.

وقد أجريت الدراسة على عينة مكونة من (٦٠) أماً لأطفال متخلفين عقلياً .

وقد أستخدمت الدراسة الأدوات الآتية:-

١- إستبيان الموارد والضغط.

٢- مقياس البيئة الأسرية: لقياس الموارد الأسرية الداخلية لموسى.

- وتم قياس الموارد الأسرية الخارجية بثلاثة مقاييس منبثقة من مقياس التقدير الشخصي الموجه للفاحة الأسرية. لما كوين وتومبرسون ١٩٨٧م.

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

١- لا توجد علاقة دالة بين درجة الضغوط الأسرية وكل من خصائص الطفل والموارد المقابلة للفاحة الأسرية.

٢- توجد فروق دالة بين أمهات الأطفال المتخلفين عقلياً بدرجة بسيطة وأمهات الأطفال ذوي التخلف الشديد في القدرة على مواجهة الضغط ولصالح أمهات الأطفال المتخلفين عقلياً بدرجة بسيطة، أي أن

أمهات الأطفال ذوي التخلف العقلي البسيط أكثر قدرة على مواجهة الضغط مصحوباً ذلك بنقص في المناسبات الأسرية وفي فترة العناية بالطفل.

٣- وجود علاقة دالة موجبة بين درجة الضغط الأسري وعمر الابن المتخلف عقلياً.

٤- أن الأسر ذات المستوى الإقتصادي والإجتماعي المرتفع أكثر عرضة للضغوط عن الأسر ذات المستوى الإقتصادي والإجتماعي المنخفض مصحوباً ذلك بتفضيلهم للمؤسسات الداخلية لرعاية أبنائهم المتخلفين حيث وجدت علاقة دالة بين المستوى الإقتصادي والإجتماعي ودرجة الضغط الواقع على الأسر.

(٥) دراسة دونوفان Donovan ١٩٨٨م:

والتي حاولت بحث الضغوط الأسرية وطرق مواجهتها مع المعوقين عقلياً المراهقين وذلك بهدف معرفة الإختلاف في الإدراك الأمومي للضغط الأسري وطرق مواجهة هذه الضغوط وقد أجريت الدراسة على عينة مكونة من (٤٥٠) أماً لأبناء معوقين عقلياً من فئة التخلف العقلي البسيط وفئة التخلف العقلي الشديد وتراوحت أعمار الابناء ما بين (١٠-٢١) عاماً.

وتم استخدام إستبيان الموارد والضغط لفريدريك وآخرون

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

١- وجود فروق دالة في الإدراك الأمومي للضغط الأسري بين المجموعات وفقاً لعمر الابن المتخلف وجنسه، وعدد الأبناء في الأسرة وعمر الأم والحالة الإجتماعية والإقتصادية للأسرة.

٢- توجد فروق دالة بين أمهات المعوقين عقلياً المراهقين بدرجة بسيطة وأمهات المعوقين عقلياً المراهقين بدرجة شديدة في مواجهة الضغوط. ولصالح أمهات المعوقين المراهقين بدرجة بسيطة أي أن أمهات المعوقين المراهقين بدرجة بسيطة أكثر قدرة على المواجهة.

٣- أثبتت النتائج أنه عندما تزيد الإحتياجات الوالدية لمراهق معوق عقلياً عن الموارد الأسرية والتي تتمثل في (الحالة الإقتصادية والإجتماعية- العلاقات الأسرية- التدعيم الإجتماعي من الأصدقاء والمتخصصين في المجال) تختار الأمهات مواجهة الضغوط بواسطة البحث النشط عن الدعم والنصيحة والمساعدة من خارج النظام الأسري.

(٦) دراسة فلينت وود Flynt and Wood ١٩٨٩م:

دراسة الضغط الواقع على أمهات الأطفال المتخلفين عقلياً من فئة التخلف العقلي المتوسط وكيفية مواجهة الأمهات لهذه الضغوط.

وذلك بهدف معرفة الاختلاف في الضغط الواقع على الأمهات طبقاً لاختلاف العوامل المؤثرة (عمر الابن المتخلف - عمر الأم - الحالة الاجتماعية والاقتصادية للأسرة)

وقد أجريت الدراسة على عينة مكونة من (٩٠) أباً لأبناء متخلفين عقلياً من متوسطي التخلف وقد تراوحت أعمار الأمهات ما بين (٢٢-٦٠) عاماً حيث قسمت عينة الدراسة من الأمهات إلى ثلاثة مجموعات وفقاً لأعمار الأبناء من (٦-٩) عاماً (١٢-١٥) عاماً، (١٨-٢١) عاماً، تم تطبيق مقياس الضغط الأسري.

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

- ١- وجود علاقة موجبة دالة بين الضغط المدرك للأمهات وكل من الأم في المجموعات الثلاثة للدراسة
- ٢- لا توجد فروق ذات دالة إحصائية في درجات الضغوط بين أمهات المجموعات الثلاث وفقاً لاختلاف أعمار الأبناء.
- ٣- توجد فروق دالة بين الأمهات ذات المستوى الإقتصادي والاجتماعي المرتفع والأمهات ذات المستوى الإقتصادي والاجتماعي المنخفض في القدرة على مواجهة الضغوط، ولصالح الأمهات ذات المستوى الإقتصادي والاجتماعي المرتفع أي أن الأمهات ذات الضغط أكثر قدرة على مواجهة الضغط عن الأمهات ذات المستوى المنخفض.

(٧) دراسة كاميرون وأورر Cameron and Orr ١٩٨٩م:

دراسة الضغوط الواقعة على أسر الأطفال المتخلفين عقلياً وذلك بهدف تقييم الضغوط الواقعة على أسر الأطفال المتخلفين، وذلك عينة قوامها (٨٤) أباً من آباء المتخلفين القابلين للتدريب (٨/٨م) - (٨/٨م) وتراوحت أعمار الأبناء المتخلفين عقلياً ما بين (٥-٢١) عاماً وقد تم التعليق على المصادر الرئيسية لمسببات الضغوط من خلال خصائص الطفل والوالدين، وهؤلاء مجتمعين يعطون نتيجة

الضغط الكلي، ويتكون مقياس خصائص الطفل من (٦) مقاييس هي التكيف - التقبل - الحاجة - التشتت - النشاط الزائد - الإعداد الوالدي.

ويتكون مقياس الخصائص الوالدية من (٧) مقاييس هي:

الإكتئاب والإتصال، الخطر والشعور بالتنافس، العزلة الإجتماعية والعلاقة مع الصديق والصحة والوالدية.

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:-

١- توجد فروق دالة بين آباء المتخلفين عقلياً في درجة الضغوط الواقعة عليهم (ضغوط مرتفعة/ ضغوط منخفضة) فالآباء ذات الضغط المرتفع يرون أبنائهم أقل تكيفاً وأقل تقبلاً وأكثر تشتتاً وعصبية، وكان الآباء ذات الضغط المرتفع أيضاً أكثر إكتئاباً وأقل إصلاً مع أبنائهم وأكثر عزلة إجتماعياً ولهم علاقات أقل إيجابية مع أصدقائهم.

٢- لا توجد فروق دالة في درجة الضغوط بين الآباء وفقاً لعمر أو جنس الابن المتخلف والحالة الإجتماعية والإقتصادية والمشاكل المادية الواقعة على الأسرة.

٣- توجد علاقة دالة بين الضغوط الواقعة على الوالدين وخصائص الابن المتخلف ممثلة في (المشاكل السلوكية ومستوى الإستقلالية- درجة الإعاقة- مستوى المساعدة الإجتماعية)

(٨) دراسة كوفمان وآخرون Kaufman ١٩٩٠م:

قام كوفمان بدراسة رعاية الوالدين، متقدمي العمر لأبنائهم المتخلفين عقلياً البالغون وذلك بهدف التعرف على نوع المشكلات ودرجة الضغوط النفسية التي يتعرض لها عينة من الآباء الذين يقومون برعاية أبنائهم من البالغين المتخلفين عقلياً، والتي تتراوح أعمارهم ما بين (٢٠-٤١) عاماً، وقد أجريت الدراسة على عينة مكونة من (٥٧) أباً والتي تتراوح أعمارهم ما بين (٤٦-٨٠) عاماً.

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

١- وجود علاقة موجبة دالة بين درجة الضغوط النفسية التي يتعرض لها الوالدان، وكل من عمر الابن المتخلف وحجم الأسرة والسلوك اللا توافقي للابن المتخلف عقلياً.

(١٠)دراسة أوروآخرون Orr et al ١٩٩١م:

فقد قاموا بدراسة مواجهة الضغوط في الأسر التي لديها أطفال متخلفون عقلياً ، وذلك بهدف فحص نتائج الضغط الوالدي وكيفية التعايش مع الحدث الضاغط، وعلاقته بالموارد الأسرية والممثلة في (العلاقات الأسرية، الحالة الإجتماعية والإقتصادية، المساندة الإجتماعية من الأصدقاء والمتخصصين خارج الأسرة والإدراك الأمومي) وقد أجريت الدراسة على عينة مكونة من (٨٦)الدا (٨٠أماً -٦أباً) وذلك لأطفال متخلفين تراوحت أعمارهم ما بين (٥-٢١) عاماً وقد إندمجوا جميعاً تحت فئة التخلف العقلي المتوسط.

وقدمت المقاييس في هذه الدراسة كجزء من بطارية كبيرة من الإختبارات المركزة على الضغط الأسري، وكيفية مواجهة الأسر لهذا الضغط وقد توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:-

١- أن تأثير الموارد الأسرية في تقليل الضغط على أسر الطفل المتخلف عقلياً يعتمد على كيفية تعريف وتفسير الأسرة الأحتياجات الطفل، ومستوى كفاءة الوالدين والمشاكل السلوكية للابن المتخلف واقتُرحت (النتائج أن الوالدين قادران على تحديد إحتياجاتهم ويجب على المتخصصين العمل معهم بشكل تعاوني ودائم.

٣-دراسات تناولت بعض المتغيرات النفسية لدى الأسر التي لديها ابن متخلف عقلياً بعد خروجه من المؤسسات الداخلية:-

١-دراسة سبريت وآخرون Spreat et al ١٩٨٧م:

قام بدراسة الإتجاهات نحو الخروج من المؤسسة وذلك بهدف التعرف على إتجاهات الوالدين أثناء، وبعد إيداع أبنائهم في المؤسسات وذلك فيما يتصل بإتجاهاتهم عن الخدمات المقدمة للابن في المؤسسة، وتم ذلك عن طريق المقابلات الشخصية لكل أب على حده، وقد أجريت الدراسة على عينة مكونة من (٤٠)متخلفاً عقلياً من البالغين وأسرههم وقد توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

١- أن آباء المتخلفين عقلياً كانوا راضيين بوجه عام بالخدمات المقدمة لأبنائهم في المؤسسات وكانت بالنسبة لهم تقي بحاجات الأمن واستمرار الحياة والخدمات الطبية.

٢- أيضا لم يتقبل الآباء فكرة حياة أبنائهم في المجتمع واتضح هذا الإتجاه أكثر لدى الآباء الذين لم يزوروا أبناءهم في المؤسسات.

٣- كانت الإتجاهات الوالدية بوجه عام سلبية نحو الابن المتخلف عقلياً البالغ عند خروجه من المؤسسات التعليمية.

يلاحظ أن هذه الدراسة توصلت إلى سلبية الإتجاهات الوالدية نحو خروج الابن المتخلف عقلياً من المؤسسة، ولكنها أغفلت توضيح الأسلوب الذي يساعد على تعديل وتحسين هذه الإتجاهات.

الدراسات الأجنبية الأخرى:

١-دراسة دى امرال وكارمو ٢٠٠٣ DoAmaral Carom

عنوان الدراسة : الضغوط النفسية لدى والدي الأطفال المعوقين والأطفال العاديين.

تناولت الدراسة خبرات آباء الأطفال المعوقين. واستخدمت بيانات تم الحصول عليها من إستجابات ((٨٩)) أباً و أمماً من منطقة باغلو بنيويورك منهم ((٤٥)) أباً و أمماً لأطفال لديهم اضطرابات نمائيه و ((٤٤)) أباً و أمماً لأطفال عاديين ليست لديهم أي اضطرابات. وذلك على عدد من المقاييس. منها مقياس الرضا الوالدي، ومقياس تقدير الذات ومقياس الدعم الأسرى. وذلك لفحص أثر هؤلاء الأطفال على الوالدين. بهدف إقتراح طريقة أكثر فائدة لفهم خبراته وكان جميع الأطفال يقيمون فى منازلهم ضمن أسر سليمة. وقد تم إختيار الوالدين من قبل أحد المراكز وتمت مقابلتهم فى المنزل وقد أوضحت المقارنات التى تمت بين المجموعات. أن والدي الأطفال الذين يعانون من اضطراب نمائى. يختلفون بدرجة دالة عن والدي الأطفال العاديين من حيث مستويات الرضا الوالدي. وأعراض الضغط ولم يظهران جنس الوالدين كان متغيراً دالاً فى الدراسة. لمعظم متغيرات الدراسة. ومع ذلك فإن أمهات الأطفال الذين يعانون من اضطرابات نمائية هم أقرب إلى الوقوع فى الكآبه والإحباط عن مقارنتهم مع أي من الآباء الآخرين. سواء آباء الأطفال الذين يعانون من اضطرابات نمائية. أو آباء وأمهات الأطفال العاديين ممن ليست لديهم أي اضطرابات. بالإضافة إلى ذلك تم إجراء تحليل الإرتباط لفحص عدة فرضيات. ولكن لم يظهر وجود أي إرتباط إيجابى دال بين الرضا الوالدي وأساليب المواجهة المستخدمة من قبلهم.

٢-دراسة ١٩٩٩ Roach .:

عنوان الدراسة : العلاقة بين الضغوط التي عبر عنها الآباء والأمهات.

درس دوش الضغوط المشاركة في رعاية الطفل لدى والدي ((٩١)) طفلاً ممن لديهم عرض داون في مرحلة ما قبل المدرسة. و((٥٨)) طفلاً عادياً من نفس المرحلة العمرية. وقد أظهر تحليل الإنحدار أن مستوى الضغوط لدى أمهات أطفال عرض داون كانت أعلى وبدرجة دالة منها لدى الآباء من جهة ووالدي الأطفال العاديين من جهة أخرى على المجالات السبعة التي تم قياسها. في حين إنه وجد ((إسبيكس وآخرون ١٩٩٩ - Essexet)) ارتباطاً ضعيفاً أي متوسطاً بين درجات ((١٣٣)) من والدي الأطفال الكبار ممن يعانون من إعاقة عقلية على أبعاد الضغوط. ووجدت نتائج متشابهة على مقياس من مثل مقياس تقدير الكآبة ووظائف الأسرة.

٣-دراسة فسمان و وولف ونوه ١٩٨٩ م:

دور ضغوط الوالدين والكآبة التي يعيشونها على الإلفة بين الأزواج لدى والدي أطفال معوقين ووالدي أطفال عاديين. وتألفت العينة من والدي((٣١)) طفلاً توحيدياً بلغ متوسط أعمارهم ((٤ - ٩)) سنة ووالدي ((٣١)) طفلاً ممن لديهم عرض داون بلغ متوسط أعمارهم ((٩ - ١١)) سنة و ((٦٢)) من آباء وأمهات أطفال عاديين بلغ متوسط أعمارهم ((٦ - ٧)) سنوات. وتمت المطابقة بين المجموعات الثلاث وفقاً للعمر العقلي والزمني. وأشارت النتائج إلى وجود إنخفاض في الإلفة بين الزوجين لدى أمهات أطفال التوحد أكثرها مما لدى أمهات الأطفال العاديين وأمهات أطفال عرض داون وعبر آباء أطفال التوحد عن ضغوط والديه كبرى وبدرجة مما عبر عنه الآباء في المجموعات الأخرى.

٥) دراسة بيسمر Bessmer.L(١٩٩٠م):

عنوان: معرفة العلاقة بين الوالدين والطفل المعاق.

تهدف هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الوالدين والطفل، وشتملت عينة الدراسة على(٦٠) طفلاً منهم (٣٠) ذوي أطفال المجموعة المقارنة التي لا تعاني من مشكلة تلك العلاقة التفاعلية بين أطفال المجموعة الإكلينكية، (٣٠) سلوك الطفل وكذلك قائمة الضغوط الأسرية، ومركز التحكم الوالدين

والأبناء، وتم تطبيق قائمة إبيرج لوالدي وأيضاً تصنيف علاقة التعامل بالوالدين والطفل، كما تم تسجيل تلك العلاقة بين الوالدين والطفل بشرائط الفيديو بواسطة متدربين متخصصين وأوضحت نتائج تلك الدراسة أن الضغوط الأسرية التي يعانيها للأبناء أثرها السلمي على العلاقة بين الأبناء والأسر.

(٦) دراسة كازاك ومارفن (١٩٨٤م):

عنوان البحث: الضغوط النفسية والمشاكل الإجتماعية لأسر الأطفال ذوي الحاجات الخاصة:

هدف البحث إلى التعرف على الضغوط النفسية والمشاركة الإجتماعية بين أسر ذوي الحاجات الخاصة مقارنة مع أسر أطفال غير ذوي الحاجات الخاصة.

أجريت الدراسة في الولايات المتحدة الأمريكية. تألفت عينة البحث من ٢٥٦ أسرة من أطفال ذوي الحاجات الخاصة، ٥٣ من أسر أطفال ذوي الحاجات الخاصة كانت لدي هم مستويات عالية من الضغوط النفسية، ومستويات منخفضة من المشاركات الإجتماعية.

(٧) دراسة أنسي وسييس (١٩٨٦م):

عنوان البحث: أثر مجموعة من العوامل المشتركة في تكوين الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي الحاجات الخاصة عقلياً

هدف البحث إلى التعرف على مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي الحاجات الخاصة عقلياً، وبلغ حجم عينة البحث ٩٤ أمماً من أمهات أطفال ذوي الحاجات الخاصة عقلياً. أظهرت نتائج البحث على أن أمهات أطفال ذوي الحاجات الخاصة عقلياً يظهرون مستوى عالي من الضغوط النفسية.

أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة

(١) إن الدراسات السابقة ساعدت الباحثة في إختيار المنهج الأكثر ملائمة لدراستها الحالية وهو المنهج الوصفي الإرتباطي..

(٢) إختيار أدوات الدراسة الميدانية وهو مقياس الضغوط النفسية.

التعليق على الدراسات السابقة : .

توجد بعض الدراسة التي تناولت متغير الضغوط النفسية وعلاقتها ببعض المتغيرات مثل متغير المعلمين وهي دراسة يوسف عبد الفتاح محمد ١٩٩٩. كذلك دراسة عبد الرحمن الطريري ١٩٩٥م عن المؤثرات السلوكية الدالة على مستوى الضغط. ودراسة صلاح أحمد محمد ٢٠٠٠م ودراسة دي موال وكارمو ٢٠٠٣ ودراسة Roach ١٩٩٩م ودراسة فسمان وولف ونوه ١٩٨٩م. والبعض الآخر تناول السمات الخاصة بالمعاقين عقلياً وخصائصهم والعوامل المؤدية للإعاقه العقلية. ومن بين هذه الدراسات دراسة سعدية بهادر ١٩٨٧م ودراسة جورجيت عبد الله ١٩٩٠م التي تهدف إلى التعرف على مسببات الإعاقه العقلية والتركيز على أهمية إكتشافها المبكر. كما توجد دراسة تناولت نفس الموضوع ولكن بزاوية مختلفة وهي دراسة صفاء رفيق ٢٠٠٦م: بعنوان الضغوط النفسية لدى أولياء أمور أطفال التوحد واحتياجات مواجهتها.

موقع الدراسة الحالية من الدراسات السابقة:

- (١) تعتبر هذه الدراسة من حيث تناولها لموضوع الضغوط النفسية لأسر ذوي الإحتياجات الخاصة وعلاقتها ببعض المتغيرات إمتداد للدراسات السابقة وإضافة لها.
- (٢) تميزت الدراسة بأنها تناولت مجتمع الدراسة وهم أسر ذوي الإحتياجات الخاصة وهم أكثر تعرضاً للضغوط النفسية.
- (٣) إكتسبت هذه الدراسة موقعها المتميز بين الدراسات حيث لم تجد الباحثة دراسة تناولت الضغوط النفسية لأسر ذوي الإحتياجات الخاصة.

ما يميز الدراسة الحالية من الدراسات السابقة:-

- الفترة الزمنية التي تجرى فيها هذه الدراسة قد تعطى تميزاً واضحاً لأن كل الدراسات السابقة أجريت في مدى زمني بعيد بينما الدراسة الحالية أجريت في العام ٢٠١٤م.
- الأمر الثاني هو الحدود الجغرافية التي قد يكون لها أثرها الواضح في بعض الدراسات , لأنه من المعروف أن البيئة قد تؤثر في بعض نتائج الدراسات. بحيث قامت الباحثة بإجراء هذه الدراسة في السودان.

الفصل الثالث

منهج البحث وإجراءاته

الفصل الثالث

المبحث الأول

منهج الدراسة الميدانية وإجراءاتها

تمهيد :

تناول هذا الفصل عرضاً لإجراءات البحث الميداني ويوضح المنهج المستخدم في البحث، ومجتمع البحث، والأدوات التي تم استخدامها في جمع البيانات وطريقة اختيار العينة الذين أجرى عليهم البحث، ووصف مفصل للأدوات وطريقة جمع البيانات ومن ثم المنهج الإحصائي المستخدم لمعالجة ما تم جمعه من بيانات.

منهج الدراسة

إعتمدت الباحثة في هذا البحث على المنهج الوصفي الإرتباطي أسلوباً للدراسة العلاقة بين متغيرات البحث، ويعرف المنهج الوصفي بأنه ذلك المنهج الذي يقوم بوصف ما هو كائن البيانات عنه، وتفسيره وتحديد العلاقات بين الوقائع ، كما يهتم بتحديد الممارسات الشائعة أو السائدة والتعرف على المعتقدات عند الأفراد والجماعات وطرق نموها وتطورها. (يسرى مصطفى، ١٩٩٩م:٥٦).

تم استخدام المنهج الوصفي المسحي لهذا البحث حيث يعرف بأنه أحد أشكال التحليل والتفسير العلمي المنظم لوصف ظاهرة أو مشكلة محددة وتصويرها كمياً عن طريق جمع بيانات ومعلومات مقننة عن الظاهرة أو المشكلة وتصنيفها وتحليلها واخضاعها للدراسة الدقيقة.

وتتعلق الدراسات المسحية بالوضع الراهن أو الواقع الحالي والتعرف على جوانب القوة والضعف فيه من أجل معرفة مدى صلاحية هذا الوضع أو مدى حاجته إلى إحداث تغييرات جزئية أو أساسية فيه.

(سامي محمد ملحم، ٢٠٠٠م:٤٠)

وفي هذا البحث قامت الباحثة بإختيار منهج البحث الوصفي الإرتباطي أخذت في الإعتبار أن هذا المنهج يناسب موضوع الدراسة الحالية التي تقوم بها. لأنه يعطي تصوراً دقيقاً للعلاقات المتبادلة بين المجتمع والإتجاهات والميول والرغبات. والتطور بحيث يعطي البحث صورة للواقع الحياتي ويضع مؤشرات وبناء تنبؤات مستقبلية كما يعمل هذا المنهج علي جمع معلومات دقيقة عن الظاهرة المراد

دراستها عن طريق وسائل جمع المعلومات من ثم تحليلها وتفسيرها والوصول إلي نتائج تفيد في هذا البحث كما يعمل المنهج على كشف جوانب عملية في الظاهرة ومعرفة الضغوط النفسية لأولياء أمور المعاقين ذهنياً .

مجتمع الدراسة :

تكون مجتمع البحث من أولياء أمور المعاقين ذهنياً بمراكز ومؤسسات التربية الخاصة للمعاقين ذهنياً بولاية الخرطوم وكان العدد الكلي للمراكز ١٦ مركز، وتم إستبعاد ٨ مراكز لأنها لا تضم فئات الإعاقة الذهنية، حيث أصبح العدد الكلي لمراكز المعاقين ذهنياً ١٠ مركز، وتم إستبعاد ٦ مركز لأنها مغلقة.

وتضم جميع أولياء أمور الأطفال المعاقين - المسجلين في مراكز التربية الخاصة بولاية الخرطوم. تقوم الباحثة بشرح وافي خاص بمجتمع البحث والذي يتكون من آباء و أمهات المعاقين ذهنياً .

جدول رقم (١) يوضح توصيف مجتمع الدراسة:

الرقم	أولياء أمور المعاقين ذهنياً	العدد
١	الآباء	٣٢
٢	الأمهات	٣٢
٣	العدد الكلي	٦٤

جدول رقم (٢) يوضح المؤسسات العاملة في مجال الإعاقة الذهنية بمحافظة الخرطوم

م	أسم المؤسسة	الموقع	عدد التلاميذ
١	مركز بستالوزي	الخرطوم - كلاكلة اللفة	١٨
٢	السوداني لتنمية القدرات	الخرطوم - جبرة بالقرب من محطة ببسي	١٣
٣	مركز أسرتنا	أم درمان - بالقرب من مدارس الأحفاد	١٠
٤	مركز عائشة لذوي الإحتياجات الخاصة	أم درمان - شارع الأربعين	٦
٥	مركز الطابية لذوي الإحتياجات الخاصة	أم درمان - الثورة بالنص	١١
٦	مركز الإكليل	أم درمان - الشهداء	٦

عينة الدراسة:

تمثلت عينة البحث في كل من أولياء أمور المعاقين ذهنياً بمراكز التربية الخاصة بمحافظة الخرطوم، وكان عددهم ٦٤ وكانت هذه العينة ضمن المجتمع الذي تم الوصول إليه. ولشملت عينة الدراسة الأساسية على (١٠٠) من أولياء أمور الأطفال المعاقين ذهنياً تم إختيار العينة بطريقة العينة العشوائية حيث تم تجزئة المجتمع إلى مجموعات غير متداخلة واختيار عينة عشوائية بسيطة من كل منها.

حيث تم إختيار عينات عشوائية طبقية على أساس الجنس، الوظيفة، المستوى الإقتصادي، العمر

وتتكون عينة البحث من آباء وأمهات الأطفال المعاقين ذهنياً . من ثم قامت الباحثة بإختيار العينة عن طريق أسلوب العينة العشوائية البسيطة لضمان توزيع فرص متكافئة لكل أفراد مجتمع البحث . حيث بلغ حجم العينة (٦٤) والذي يمثل نسبة سدس من المجتمع الأصلي للبحث. (وجيه ٢٠٠١م ١٦٠)

أدوات البحث:

إستخدمت الباحثة أداة الإستبانة وتم توزيع الإستبانة على الكادر الإداري ومن الإدارة تم تسليمها لأولياء أمور المعاقين ذهنياً .

والأدوات التي تم إستخدامها في هذا البحث هي:

١ - مقياس الضغوط النفسية.

مقياس الضغوط النفسية:

وهو من إعداد وتقنين كل من زيدان السرطاوي وعبدالعزيز الشخص ((١٩٩٨م)) ويتضمن مقياس

الضغوط النفسية ثمانين فقرة موزعة علي سبعة أبعاد.

أدوات الدراسة:

سوف تستخدم الباحثة مقياس الضغوط النفسية من إعداد وتقنين كل من السرطاوي والشخص

((١٩٩٨م) المستخدم في بحث صفاء قراقيش في عام ٢٠٠٦م وفيما يلي تعريف بها وبما يتمتع من

صدق وثبات.

مقياس الضغوط النفسية:

يتضمن مقياس الضغوط النفسية المستخدم في هذه الدراسة سبعة عوامل تشمل الأعراض النفسية

والعضوية، ومشاعر اليأس والإحباط، والمشكلات المعرفية والنفسية للطفل، والمشكلات الأسرية

والإجتماعية والقلق على مستقبل الطفل، ومشكلات الأداء الإستقلالي للطفل، وعدم تحمل أعباء

الطفل (السرطاوي، والشخص، ١٩٩٨م، ٣٦-٣٧) وهي على النحو التالي:

العامل الأول: الأعراض النفسية والعضوية:

يتضمن هذا العامل المشاعر النفسية المتعددة التي يعيشها ولي أمر الطفل الذي يعاني من الإعاقة من

حزن ولوم للنفس وقلق وتوتر وإحباط... الخ . بالإضافة إلى ما يظهر على ولي الأمر من أعراض

عضوية تتمثل في ضيق التنفس، وفقد الشهية واضطراب في دقات القلب، ألم في المفاصل وآلام في المعدة والأمعاء.

العامل الثاني: مشاعر اليأس والإحباط:

يتضمن هذا العامل ما يعانيه والد طفل معاق من مشاعر اليأس والإحباط التي تترتب على وجوده فيها وذلك لإحساس ولي الأمر بأنه سبب إعاقة طفله وبأن الطفل لن يكون إمتداداً للأسرة بالإضافة إلى ما قد يكون إمتداداً للأسرة بالإضافة إلى ماقد تعانيه الأسرة من مشاعر الرفض والتجنب الإجتماعي من الأقارب والأصدقاء.

العامل الثالث: المشكلات المعرفية والنفسية للطفل:

يتضمن هذا العامل مشاعر القلق والتوتر التي تصيب ولي الأمر بسبب المشكلات المعرفية والنفسية لطفلة الذي يعاني من إعاقة التي قد تتمثل في صعوبة الفهم والانتباه، وضعف الثقة بالنفس، وإفتقاره للدافعية للتعليم ويضاف إلى ذلك عدم قدرته على التكيف والتعامل مع أقرانه وأفراد أسرته مما يجعل التعامل معه أمراً صعباً ويجعله بحاجة إلى التوجيه والمراقبة المستمرة.

العامل الرابع: المشكلات الأسرية والإجتماعية:

يتضمن هذا العامل المشكلات التي يعاني منها الوالدان في علاقتهما الإجتماعية والتي منها تظهر بوصمة العار التي يحسها أولياء أمور الطفل، وتحديد لعلاقاتهم الإجتماعية وتفاعلهم مع الآخرين وذلك بسبب مشاعر الحرج التي يعيشها الوالدان.

العامل الخامس: القلق على مستقبل الطفل:

يتضمن هذا العامل مشاعر الخوف والقلق على مستقبل الطفل عندما يكبر وذلك لإدراك ولي الأمر أن طفله سوف يقضى حياته معوقاً وأنه لا يستطيع أن يعيش حياة طبيعية وذلك لمحدودية إمكاناته، بحيث تجعله غير قادر على أداء مهام الحياة اليومية مما يلقي مسؤولية كبيرة على عاتق الأسرة تجاه طفلها، ويجعلها تحرص على توفير الحماية الزائدة له وعدم التقصير في رعايته.

العامل السادس: مشكلات الأداء الإستقلالي للطفل:

يتضمن هذا العامل مشاعر القلق والألم التي يعيشها ولي أمر الطفل بسبب الصعوبة في أداء الطفل المعاق الوظائف الإستقلالية الضرورية للحياة والمتمثلة في القدرة على إرتداء الملابس، وإستخدام الحمام والتحكم في حركته أثناء المشي، وعدم المحافظة على نظافة ملابسه.

العامل السابع: عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل:

يتضمن هذا العامل المتطلبات الكثيرة المترتبة على وجود طفل يعاني من إعاقة في الأسرة التي تفوق كثيراً قدرتها المادية مما يؤدي إلى تغلبها عن الكثير من الأشياء هذا بالإضافة إلى عدم مراعاة مشاعر الأسرة من قبل الآخرين، مما يجعل أولياء أمور بحاجة لتلقي الدعم المادي والإجتماعي لتلبية إحتياجات طفلهم.

صدق وثبات المقياس في صورته الأصلية:-

تم التحقق من صدق المقياس إحصائياً لإستخدام كل من أسلوب التحليل العاملي والإشراف الداخلي للمقياس وقد أجري مطور المقياس تحليلاً عملياً للمقياس في صورته الأولية حيث بلغة العينة أدخلت بياناتها للتحليل العاملي (٨٩٢) من أولياء أمور الأطفال المعاقين وقد أستخدمت طريقة التدوير المتعامد حيث أنتهي الإختبار إلي إعتقاد سبعة عوامل تشعبت بها ثمانون فقرة من فقرات المقياس. وللتحقق من الإشراف الداخلي للمقياس تم حساب معاملات الإرتباط بين الفقرات والأفعال التي تنتمي إليها وكذلك حساب معاملات الإرتباط البينية بين الأبعاد من جهة وبينها وبين الدرجة الكلية للمقياس من جهة أخرى تتبين أنها معاملات إرتباط مرتفعة في معظمها ودالة إحصائياً عند ٠.٠١ وتدل علي ما يتمتع به القياس من إتساق داخلي يعبر بدورة مؤشر علي صدق المقياس.

مبررات إستخدام المقياس:

- ١- يتمتع بدرجة ثبات وصدق عالية.
- ٢- سهل الإستخدام.
- ٣- سهولة تعليماته من قبل المفحوصين.
- ٤- أثبت صلاحية على البيئة العربية.

تطبيق المقياس وتصحيحه:-

عند قراءة ولي الأمر لفقرات المقياس يختار واحدة من الإجابات الخمسة التالية والتي يرى أنها تعبر عن مدي ظهور المشاعر والمشكلات التي يتعرض لها بسبب إعاقة ابنه والتي تتراوح ما بين (١-٥) وذلك علي النحو التالي :

جدول (٦) خيارات الإستجابة على المقياس ودرجات التصحيح				
١ - لا يحدث مطلقاً	٢- يحدث نادراً	٣- يحدث قليلاً	٤- يحدث كثيراً	٥- يحدث دائماً

ويشير تقدير (١) إلي إنخفاض الضغوط النفسية إلي أدنى مستوياتها بينما يشير تقدير (٥) إلي إرتفاع مستوى الضغوط النفسية التي يتعرض لها ولي الأمر بسبب إعاقة ابنة ومن هنا يمكن إستخراج الدرجة الكلية التي وصل عليها ولي الأمر بجمع الدرجات التي تمثل مستويات الضغوط علي فقرات المقياس وكذلك إستخراج الدرجة التي يحصل عليها علي كل بعد من الأبعاد السبعة وذلك بجمع الدرجات التي تمثل مستويات الضغوط علي الفقرات التابعة لكل منها.

ويشير إرتفاع الدرجات التي يحصل عليها ولي الأمر علي أبعاد المقياس إلي زيادة الأعراض النفسية والعضوية ومشاعر اليأس والإحباط والقلق علي مستقبل الطفل وعدم القدرة علي تحمل أعباء الطفل مثلاً الأداء الإستقلالي للطفل من ما يعني تعرض الأسري لضغوط نفسية حادة بسبب طفلها المعوق الأبعاد الأربعة أما في حالة تشبع الفقرة بعاملين فقد يتم إختيار النسبة الأعلى أو ما يراه الباحثان أكثر إنتماء لأحد العاملين وقد أستبعدا ثلاثة فقرات بسبب عدم إنتمائها لأي من الإبعاد الأربعة وتم كذلك حساب معاملات الإرتباط للفقرات التي تألف منها المقياس مع درجات الأبعاد التي تنتهي إليها وكانت جميعها دالة عند ٠.٠١, وكذلك تم حساب معاملات الإرتباط بين الأبعاد الأربعة للمقياس , وقد تبين إرتباط الأبعاد مع بعضها البعض بـإرتباطاً موضعياً تتراوح ما بين ٠.٤٣-٠.٧٠, وجميعها دالة عند ٠.٠١ أما بالنسبة لمعاملات الإرتباط بين درجات أولياء أمور الأطفال المعوقين علي كل بعد من الأبعاد الأربعة والدرجة الكلية علي المقياس فقد تراوحت ما بين ٠.٦٧-٠.٨٩, وهي معاملات إرتباط مرتفعة جداً ودالة إحصائياً عند ٠.٠١, وتدلل علي ما يتمتع به المقياس مهم أنساق داخلي يعتبر

مؤشر علي صدق المقياس. وللتحقق من ثبات المقياس تم إستخدام طريقة الفا كرونباخ بلغت (٠.٩٤) للدرجة الكلية في حيث تراوحت ما بين ٠.٧٣-٠.٩٢ لأبعاد المقياس الأربعة.

صدق البناء (الإتساق الداخلي) لمقياس الضغوط النفسية:

لمعرفة الإتساق الداخلي لعبارات أبعاد مقياس حوافز العمل، قامت الباحثة بتطبيقه على عينة إستطلاعيه حجمها (٣٠) مفحوصاً تم إختيارهم بالطريقة العشوائية الطبقية من مجتمع الدراسة الحالية، ومن ثم قامت الباحثة بعد التصحيح بإدخال البيانات الحاسب الآلي، وحساب معامل إرتباط الفاكرونباخ بين كل عبارة مع مجموع العبارات التي يشملها كل بعد، فأظهرت نتيجة هذا الإجراء الجدول التالي:

جدول رقم (٧) معامل إرتباط ألفا كرونباخ لمعرفة لحساب الإتساق الداخلي من مقياس الضغوط النفسية.

جدول (3/2) الإتساق الداخلي للمقياس							
الإرتباط	رقم العبارة	الإرتباط	رقم العبارة	الإرتباط	رقم العبارة	الإرتباط	رقم العبارة
.306	س61	.984	س41	.735	س21	.508	س1
.190	س62	.851	س42	.740	س22	.989	س2
.680	س63	.775	س43	.785	س23	.894	س3
.809	س64	.671	س44	.740	س24	.765	س4
.402	س65	.775	س45	.000	س25	.735	س5
.905	س66	.782	س46	.735	س26	.735	س6
.905	س67	.595	س47	- .192	س27	.735	س7
.905	س68	.339	س48	.368	س28	.908	س8
.900	س69	.348	س49	.910	س29	.984	س9
.930	س70	.124	س50	.969	س30	.960	س10
.960	س71	.114	س51	.343	س31	.946	س11
.862	س72	.303	س52	.784	س32	.946	س12
.905	س73	.953	س53	.740	س33	.737	س13
.381	س74	.963	س54	.112	س34	.831	س14
.573	س75	.994	س55	.445	س35	.582	س15
.788	س76	.434	س56	.737	س36	- .139	س16

س17	.553	س37	.802	س57	.913	س77	.516
س18	.910	س38	.962	س58	.969	س78	.098
س19	.865	س39	.967	س59	.967	س79	- .178
س20	.896	س40	.930	س60	.542	س80	.473
الصدق	0.992	الثبات	0.986	العيارات المحزوفة	3	16 , 25 , 27	

يتضح من الجدول أعلاه أن جميع عبارات المقياس الضغوط النفسية إيجابية ودالة الارتباط مع مجموع العبارات التي يقع تحتها كل عبارة، وعليه أقيمت عليها الباحثة جميعاً وأستخدمت لإستخراج معاملي الثبات والصدق كما هو موضح في الجدول التالي:

ثبات المقياس:

قامت الباحثة بتوزيع المقياس على عينة إستطلاعية بلغ حجمها (٣٠) وبعد تفريغ البيانات قامت الباحثة بحساب معامل الثبات بطريقة (الفا كرونباخ) وتوصلت الى معامل ثبات قدره (٠,٩٨٦)، بالنظر الى هذه القيمة نجدها تشير الى معامل ثبات عالي شجع الباحثة على تطبيق المقياس على العينة الخاصة بالدراسة.

صدق المقياس:

بعد توزيع المقياس على عينة إستطلاعية بلغ حجمها (٣٠) وبعد تفريغ البيانات قامت الباحثة بحساب معامل الصدق عن طريق حساب الجذر التربيعي لمعامل الثبات وتوصلت إلى معامل صدق قدره (٠,٩٩) هذا بدوره يشير إلى معامل صدق عالي دفع الباحثة الى تطبيق المقياس.

إجراءات الدراسة الميدانية:

قامت الباحثة بتوجيه خطابات لمديرات المراكز بموضوع الدراسة والسماح لها بتوزيع الإستبيان على أولياء أمور المعاقين ذهنياً بالمراكز , بعدها قامت الباحثة بتوزيع الإستبيان على أولياء الامور كما قامت بشرح فقرات المقياس لهم وتوضيح أهمية هذه الدراسة لحصر المعلومات الخاصة ببضغوظاتهم وان هذه المعلومات تستخدم للأغراض العلمية فقط , بعدها قامت بجمع الاستبيانات منهم بعد تعب وعناء ولم ترجع لها بعد الإستبيانات و تواجعت الباحثة عوائق منها رفض بعد المراكز وبعضها مغلقة وبعدها غير متعاونين مع الباحثين وكذلك عدم الإحتكاكها مع اولياء الامور مما صعب عليها تعبئة الاستبيانات بعدها قامت بتفريغ البيانات وجدولتها لتسهيل معالجتها الاحصائية. تم توزيع الاستبيانات التي بلغ عددها (١٥٠) استمارة وتم استرجاع (٦٤) استمارة من جملة ال(١٥٠) مقياس بعد استبعاد الاستثمارات غير المكتملة والتالفة وبعض الاستثمارات لم تسترجع اصلا تم تفريغ استجابات المفحوصين وفق نموذج اعد لذلك ثم تم ادخالها الى جهاز الحاسب الالي لاستخراج النتائج .

الأساليب الإحصائية: تتم معالجة البيانات عن طريق الحاسب الالي وباستخدام الحزم الاحصائية للعلوم الاجتماعية (SP.SS) وبناء على اهداف وفروض البحث ثم تمت البيانات بالطرق الاحصائية التالية:

- ١- المتوسطات الحسابي
- ٢- الإنحرافات المعيارية
- ٣- معادلة الفا كرونباخ
- ٤- معاملات الارتباط
- ٥- تحليل التباين الاحادي

صعوبات الدراسة:

- ١ - توزيع الإمتحانات على مراكز التربية الخاصة.
- ٢ - عدم إستجابة بعض المراكز في توزيع الإمتحانات على أولياء الأمور.
- ٣ - عدم إستجابة أولياء الأمور.
- ٤ - ندرة الدراسات والمراجع في مجال الإعاقة الذهنية.

الفصل الرابع

عرض النتائج ومناقشتها

الفصل الرابع

عرض النتائج ومناقشتها

تمهيد:

تم في هذا الفصل عرض النتائج التي توصلت لها الدراسة من خلال أدوات جمع البيانات المستخدمة، وذلك عن طريق عرض كل فرض والنتائج المتعلقة به، ومن ثم التعليق عليها. وفيما يلي عرض

لنتائج الدراسة الحالية:

نتائج الدراسة:

اكتناول هذا الفصل عرضاً لنتائج التحليل الإحصائي وذلك من خلال المعالجات الإحصائية للبيانات باستخدام: حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والخطأ المعياري واختبار (ت)

الفرض الأول:

نص الفرض الأول على أنه " تتسم الضغوط النفسية لدى أولياء أمور المعاقين ذهنياً بالارتفاع " .

عرض نتائج الفرض الأول:-

لإختبار صحة هذا الفرض قامت الباحثة بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والخطأ المعياري واختبار (ت) لعينة واحدة جدول رقم (٤/١) على الدرجة الكلية لمقياس الضغوط النفسية للعينة وعينة الذكور وعينة الإناث.

بالنظر للجدول (٤/١) نجد أن متوسط أولياء الأمور على مقياس الضغوط النفسية في الدرجة الكلية بلغ (246.77) بانحراف معياري (83.55) والخطأ المعياري (10.44) والقيمة المحكية (231) وبلغ فروق المتوسط (15.77) ولتحقق من دلالة هذا الفرض إستخدمت الباحثة إختبار (ت) لعينة واحدة حيث بلغت قيمة (ت) (1.510) بد رجة الحرية (63) وقيمة الإحتمالية (.136).

جدول (٤/١) اختبار (ت) لعينة واحدة لحساب سمة الضغوط النفسية لدى أولياء أمور المعاقين ذهنياً (في العينة الكلية

وعينة الذكور وعينة الإناث)

البيانات الضغوط النفسية	العينة	المتوسط	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري	القيمة المحكية	فروق المتوسط	قيمة (ت)	درجة الحرية	القيمة الإحتمالية
العينة الكلية	64	246. 765	83.54 7	10.443	231	15.76 56	1.510	63	.136
ذكور	32	215. 062	56.30 4	9.953	231	15.93 75	- 1.601-	31	.119
إناث	32	278. 468	94.55 3	16.714	231	47.46 87	2.840	31	.008

وهذه القيمة الإحتمالية أكبر من (0.005) القيمة الإحتمالية المحددة للدراسة ولذا نقبل الفرض الصفري بمعنى عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسط أولياء الأمور للعينة الكلية بين الدرجة الكلية لمقياس الضغوط النفسية والقيمة المحكية البالغة (231) وهذه النتيجة لم تحقق فرضية البحث. بالرجوع للجدول (٤/١) نجد أن متوسط الذكور على مقياس الضغوط النفسية في الدرجة الكلية بلغ (215.06) بإنحراف معياري (56.30) والخطأ المعياري (9.95) والقيمة المحكية (231) وبلغ فروق المتوسط (15,93) ولتحقق من دلالة هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار (ت) لعينة واحدة حيث بلغت قيمة (ت) (1,60) بدرجة الحرية (31) وقيمة الإحتمالية (.,119).

وهذه القيمة الإحتمالية أكبر من (٠.٠٠٥) القيمة الإحتمالية المحددة للدراسة ولذا نقبل الفرض الصفري بمعنى عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسط أولياء الأمور على الدرجة الكلية لمقياس الضغوط النفسية والقيمة المحكية البالغة (231) وهذه النتيجة لم تحقق فرضية البحث. أظهرت نتائج الفرض الأول عدم وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى (٠.٠٠٥) بين متوسط أداء أولياء الأمور على الدرجة الكلية لمقياس الضغوط النفسية والقيمة المحكية البالغة (231).

بمعنى أن أولياء أمور الأطفال المعاقين ذهنياً يتسموا بالضغوط في حدود المتوسط.

بالنظر للجدول (٤/٢) نجد أن متوسط الإناث على مقياس الضغوط النفسية في الدرجة الكلية بلغ (278,٤٦) بإنحراف معياري (, 94,55) والخطأ المعياري (١٦,٧١) والقيمة المحكية (231) وبلغ فروق المتوسط (47.4687) ولتحقق من دلالة هذا الفرض إستخدمت الباحثة إختبار (ت) لعينة واحدة حيث بلغت قيمة (ت) (2.840) بدرجة الحرية (31) والقيمة الإحتمالية (0.008). وهذه القيمة الإحتمالية أكبر من (٠.٠٠٥) القيمة الإحتمالية المحددة للدراسة ولذا نقبل الفرض الصفري بمعنى عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسط أولياء الأمور على الدرجة الكلية لمقياس الضغوط النفسية والقيمة المحكية البالغة (231) وهذه النتيجة لم تحقق فرضية البحث.

أظهرت نتائج الفرض الأول عدم وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى (0.005) بين متوسط أداء أولياء الأمور على الدرجة الكلية لمقياس الضغوط النفسية والقيمة المحكية البالغة (231).

بمعنى أن أولياء أمور الأطفال المعاقين ذهنياً يتسموا بالضغوط في حدود المتوسط.

أظهرت نتائج الفرض الأول عدم وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى (٠.٠٠٥) بين متوسط أداء أولياء الأمور على الدرجة الكلية لمقياس الضغوط النفسية والقيمة المحكية البالغة (231).

بمعنى أن أولياء أمور الأطفال المعاقين ذهنياً يتسموا بالضغوط في حدود المتوسط.

تفسير ومناقشة نتائج الفرض الأول

تشير النتائج السابقة إلى صحة الفرض الباحثة حيث أكد صحة الفرضية

وترى الباحثة أن إرتفاع الضغوط النفسية لأولياء أمور الأطفال المعاقين ذهنياً يعد إنعكاساً لوجود الطفل معاق ذهنياً لدى أولياء أمورهم، تلك الخصائص المتمثلة بالخصائص اللغوية والإجتماعية والسلوكية والتي تتضمن مايعانيه الطفل المعاق ذهنياً في تأخر النمو اللغوي، والنقص النوعي في الإتصال اللفظي وغير اللفظي بشكل يجعله غير قادر على إقامة علاقات إجتماعية ناجحة مع الآخرين، بل وعدم القدرة على التواصل الإجتماعي معهم، وعدم المبالاة بمعرفة مشاعرهم وعواطفهم وردود أفعالهم بل يبدو وكأنه لا يسمع كالأصم ومحدودية في مستوى القدرات العقلية والوظيفية مقارنة بالعاديين.

كل هذه الخصائص تشكل مصدراً للضغوط النفسية لجميع أعضاء أسرة الطفل المعاق ذهنياً عامة والآباء خاصة مما يجعلهم أكثر معاناة من الضغوط وأثارها السالبة على جوانب نمو الشخصية مما يسهم في إرتفاع مستوى الضغوط النفسية لدى أولياء أمورهم.

وترى الباحثة أيضاً أن ما يصدره طفل المعاق ذهنياً يعد مصدراً للضغوط اليومية وبشكل خاص الأنشطة المرتبطة بالتواصل الإجتماعي والسلوكيات غير مرغوبة مثل سلوك إيذاء الذات، ونوبات الغضب، والنشاط الزائد والإندفاعية، وإضطراب الإنتباه والتشتت، والسلوك النمطي المتكرر، والعدوان الجسدي قد وضع المناخ الأسري عامة وأولياء أمور الطفل المعاق ذهنياً خاصة تحت ضغط إنعكس سلباً على العلاقات الأسرية بين أفراد الأسرة، والتوافق الزوجي بين أولياء أمور، فضلاً عن زيادة خطر وقوع الوالدين في كآبة وضعف في الصحة الجسمية والإنفعالية ومن جانب آخر تعد خصائص في الأسرة، وتأثيره السالب في نواحي متعددة من حياة الأسرة وحياة الإخوة، والعلاقات المعاق ناتجة عن التفكير الدائم في هؤلاء الأطفال في جميع النواحي الحياتية على طول الزمن. بالإضافة إلى الصعوبة التي يعانون منها في بداية تشخيص حالة طفلهم وعدم توفر المعلومات الكافية أو الجهات التي يمكن اللجوء إليها.

والضغوط النفسية التي يتعرضون لها من خلال محاولاتهم لتوفير إحتياجات إبنهم والذي يحتاج إلى توفير الإمكانيات المادية المتمثلة في إلحاق طفلهم بالمراكز الخاصة بتأهيل المعاقين ذهنياً .

وترى الباحثة أن ما توصلت إليه من نتائج هذا الفرض يتفق مع نتائج العديد من الدراسات منها دراسة سلوى عثمان عبدالله عثمان (٢٠٠١م) ودراسة صفاء موسى قراقيش (٢٠٠٦م) ودراسة هويدا محمد الحسن (٢٠٠٧م) والتي أكدت إرتفاع مستوى الضغوط النفسية لدى أولياء أمور المعاقين ذهنياً وهذا ما أيدت الدراسة.

ودراسة سلوى عبدالله عثمان (٢٠٠١م) يتميز مستوى الضغط النفسي لدي أولياء أمور الأطفال المعاقين عقلياً بولاية الخرطوم بالإرتفاع. ودراسة مبارك عثمان الشيخ (٢٠٠٧م) توصلت إلى النتائج إلى السمة العامة للأسرة المصابين بالعلل الدماغية تتسم بالإرتفاع.

واتفقت أيضاً مع دراسات عربية منها دراسة جلال جرار (١٩٩٠م):

أظهرت نتائج البحث وجود فروق دالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية بين أمهات الأطفال المعاقين عقلياً وأمهات الأطفال العاديين.

وأتفقت هذه الدراسة أيضاً مع دراسة منى الحديدي وجميل الصمادي (١٩٩١م):

أظهرت نتائج البحث وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغوط بين أسر الأطفال ذوي الحاجات الخاصة وبين الأطفال غير ذوي الحاجات الخاصة.

وتتفق مع دراسة زيدان أحمد قاسم السرطاوي

وقد أسفرت نتائج التحليلات الإحصائية لبيانات الدراسة عن ارتفاع مستوى الضغط النفسي بين نسبة كبيرة من أولياء الأمور (٣٧.٤٧%) مع تساوي الآباء والأمهات في ذلك، كما لم يتأثر مستوى الضغط النفسي بأعمار أولياء الأمور أو مستوى تعليمهم، بينما تأثر بدخلهم المادي ليرتفع مع انخفاض ذلك الدخل.

في ضوء ما سبق ترى الباحثة من أن خصائص الطفل المعاق ذهنياً وما يعانيه من مشكلات لن يترتب عليها ارتفاع مستوى الضغوط النفسية لدى أولياء أمورهم فقط بل يتعدى ذلك إلى الإنسحاب هؤلاء الآباء من المجتمع واضطراب المناخ الأسري والعلاقات الأسرية.

كما تأثر الضغط النفسي لدى أولياء الأمور بنوع إعاقة الطفل ليرتفع في حالة الإعاقة العقلية والبدنية، كما تأثر بعمر الطفل ليرتفع مع صغر سنه، وكذلك الحال بالنسبة لترتيب الطفل حيث يرتفع الضغط في حالة الطفل الصغير، وحدث نفس الشيء بالنسبة لعدد الأطفال، فكان مرتفعاً في حالة الطفل الوحيد المعوق بصرياً، بينما إزداد أكثر عندما بلغ عدد الأطفال خمسة بالنسبة لجميع الإعاقات.

ورغم ذلك فقد أوضحت النتائج أن ٥٠% تقريباً من الآباء والأمهات يحاولون مواجهة الضغط النفسي بنجاح، واختلفت مستويات المواجهة باختلاف مستويات الضغط لترتفع مع المستويين المتوسط والمرتفع، وذلك بالنسبة للآباء والأمهات. كما تأثرت مواجهة أولياء الأمور للضغط النفسي بأعمارهم الزمنية ليقبل لدى من لا يعرفون القراءة والكتابة، وكذلك بالدخل المادي لتقل المواجهة بإنخفاض ذلك الدخل، وكان لنوع إعاقة الطفل تأثير في هذا الصدد أيضاً، حيث تنخفض المواجهة بين أولياء أمور المعوقين عقلياً وتزداد لدى أولياء أمور المعوقين سمعياً ممن تقل أعمارهم عن ٦ سنوات ومن تزيد

أعمارهم عن ١٢ سنة، ويؤثر ترتيب الطفل وعدد الأطفال في الأسرة في ذلك أيضاً لتزداد المواجهة بين أولياء أمور الطفل الأول المعوق سمعياً، وكذلك عندما يصل عدد الأطفال ٦ فأكثر بغض النظر عن نوع الإعاقة.

الفرض الثاني:

لا توجد فروق ذات دلالة في الضغوط النفسية وسط أولياء أمور المعاقين ذهنياً تعزى لمتغير العمر.

عرض نتائج الفرض الثاني: -

ينص الفرض الثالث على أنه (لا توجد فروق ذات دلالة في الضغوط النفسية وسط أولياء أمور المعاقين ذهنياً تعزى لمتغير العمر)

لإختبار صحة هذا الفرض تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والخطأ المعياري وإختبار (ت) لعينتين مستقلتين في الجدول رقم (٤/٢) على الدرجة الكلية لحساب الضغوط النفسية. بالنظر للجدول (٤/٢) نجد أن متوسط أولياء الأمور على مقياس الضغوط النفسية في الدرجة الكلية بلغ (٢٢٦,٤٨) بإنحراف معياري (٥٣,٩٢) والخطأ المعياري (٩,١١) والعينة الثانية نجد أن متوسط أولياء الأمور على مقياس الضغوط النفسية في الدرجة الكلية بلغ (٢٢٢,٦٨) بإنحراف معياري (٦١,١٦) والخطأ المعياري (١١,٣٥) وبلغ فروق المتوسط (٣,٧٩) وللتحقق من دلالة هذا الفرض استخدمت الباحثة إختبار (ت) لعينتين مستقلتين حيث بلغت قيمة (ت) (٠,٢٦٤) بدرجة الحرية (٦٢) والقيمة الإحتمالية (٠,٧٩٣) وهذه القيمة الإحتمالية أكبر من (٠,٠٠٥) القيمة الإحتمالية المحددة للدراسة ولذا نقبل الفرض الصفري بمعنى عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسط أولياء الأمور على الدرجة الكلية لمقياس الضغوط النفسية وهذه النتيجة تحقق فرضية البحث.

جدول رقم (٤/٢) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والخطأ المعياري واختبار (ت) لعينتين مستقلتين لحساب

الضغوط النفسية تبعاً لمتغير العمر

البيانات	العمر	العينة	المتوسط	الإحراف المعيارية	الخطأ المعياري	فروق المتوسط	قيمة (ت)	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية
الضغوط النفسية	20-40 سنة	35	226.48	53.929	9.1158	3.79	.264	62	.793
	41 فما فوق	29	222.68	61.169	11.358				

أظهرت نتائج الفرض الثالث عدم وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥,٠) بين متوسط أداء أولياء الأمور على الدرجة الكلية لمقياس الضغوط النفسية بمعنى أن أولياء أمور الأطفال المعاقين ذهنياً يتسمون بالضغوط في حدود المتوسط .

تفسير ومناقشة الفرض الثاني:

ترى الباحثة أن عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أولياء أمور الأطفال المعاقين ذهنياً ممن تراوحت أعمارهم بين ٢٠ - ٤٠ سنة أو أكثر من ٤٠ سنة على أبعاد مقياس الضغوط النفسية الموضحة، يرجع إلى أن مشاعر أولياء أمور الأطفال المعاقين ذهنياً بغض النظر عن عمرهم الزمني متشابهة أمام إعاقة طفلهم، ويتأثرون بدرجات متقاربة فهم بشر تظهر عليهم أعراض نفسية وعضوية نتيجة إعاقة طفلهم وما يترتب على إعاقة من مشكلات معرفية ونفسية ومحاولة مساعدة الطفل والقلق بشأن مستقبله .

تؤكد الباحثة على أن إدراك الضغوط النفسية لوالدي الطفل المعوق لن يتوقف على مرحلة عمرية معينة للأباء بل إن الضغوط مرتبطة بالوالدين منذ إكتشاف الإعاقة وحتى وفاة أحد الوالدين أو كليهما أو وفاة الطفل المعوق.

وأيضاً تؤكد الباحثة على ان أولياء أمور الأطفال المعاقين مختلفون فى مستوى أعمارهم وهذا الإختلاف فى الأعمار قد ينتج عنه إختلاف فى مستوى الضغوط النفسية. علما بأن كل مرحلة عمرية معينة لها مايميزها من خصائص وسمات تختلف فى مجملها عن المراحل الأخرى لذلك افترضت الباحثة أن الإختلاف فى الأعمار من قبل أولياء أمور الأطفال المعاقين ذهنياً قد لا يؤدي بهم إلى إختلاف فى الضغوط النفسية. و النتيجة الحالية اثبتت ذلك انه لا توجد إختلافات أو فروق ترجع لمتغير العمر. وتعزي الباحثة هذا إلى وعي أولياء الأمور ومعرفتهم الكاملة بإعاقة أطفالهم وقدرتهم على التعايش مع هذه الإعاقات.

إنفقت الدراسة مع دراسة سلوى عثمان عبدالله عثمان (٢٠٠١ م)

يختلف الضغط النفسي لدى الوالدين بإختلاف كل من العمر الزمني للوالدين.

وأيضاً إنفقت مع دراسة صفاء رفيق موسى قراقيش (٢٠٠٦م)

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية لدى والدي التوحد على مقياس الضغوط النفسية المستخدم وفقاً لمتغير العمر.

(أ) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أولياء أمور المعاقين ذهنياً ممن تراوحت أعمارهم بين ٢٠ - ٤٠ سنة فأكثر على البعد الثاني المتمثل بمشاعر اليأس والإحباط، والبعد الرابع المتمثل بالمشكلات الأسرية والإجتماعية، والبعد السادس المتمثل بالمشكلات الاداء للاستقلالي للطفل من مقياس الضغوط النفسية، وذلك لصالح أولياء أمور الأطفال المعاقين ذهنياً ممن تراوحت أعمارهم بين ٢٠ - ٤٠ سنة.

ترى الباحثة أنه يبدو منطقياً أن مستوى الضغوط النفسية لدى أولياء أمور المعاقين ذهنياً ممن تراوحت أعمارهم بين ٢٠ - ٤٠ سنة أكثر مقارنة بأقرانهم ممن تراوحت أعمارهم من ٤٠ سنة فما فوق على الأبعاد الثاني والرابع والسادس من مقياس الضغوط النفسية حيث أن المرحلة العمرية من ٢٠ - ٤٠

سنة تعد هي المرحلة التي تشيع فيها التفكير في الزواج والإجاب أي مرحلة بداية الزواج وتفكير الزوجين في الإنجاب وبالتالي فإن إنجاب طفل معوق في هذه المرحلة وقد يكون الطفل الأول يترتب عليه مشاعر يأس وإحباط للزوجين (الوالدين) لشعورهم بأنهم سبب إعاقته ومرورهم ببردود إنفعالية مختلفة قد تقضي بهم الى العديد من المشكلات الأسرية وتفكك العلاقات الإجتماعية ومما يعمق الشعور باليأس والإحباط هو شعور الوالدين بصعوبة أداء طفلهم للعديد من الوظائف الإستقلالية الضرورية للحياة.

الفرض الثالث:

لا توجد فروق ذات دلالة في الضغوط النفسية وسط أولياء أمور المعاقين ذهنياً تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

عرض نتائج الفرض الثالث:-

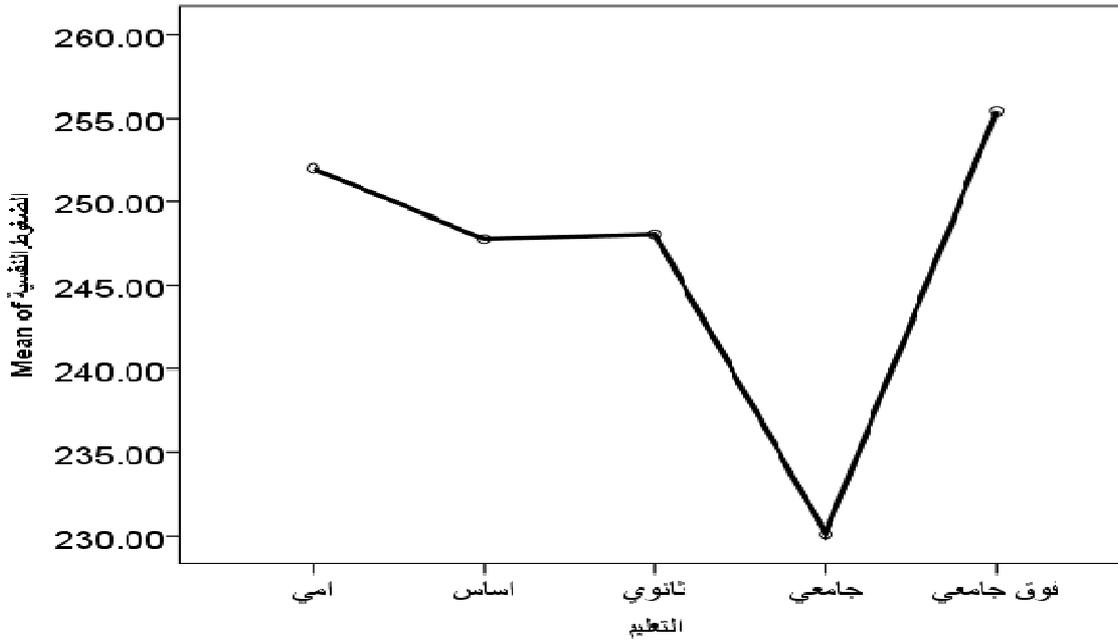
ينص الفرض الأول على أنه (لا توجد فروق ذات دلالة في الضغوط النفسية وسط أولياء أمور المعاقين ذهنياً تعزى لمتغير المستوى التعليمي)

للتحقق من صحة الفرض إستخدمت الباحثة المتوسطات والانحرافات المعيارية والخطأ المعياري جدول (أ٤/٣) واختبار التباين الأحادي جدول رقم (ب٤/٣).

بالنظر إلى الجدول (أ٤/٣) نجد متوسطات الضغوط النفسية تبعاً لمستوي التعليم في أمي بلغ (252.00) بإنحراف معياري (252.00) وفي أساس بلغ المتوسط (252.00) (بإنحراف معياري (252.00) وفي الثانوي بلغ (248.04) بإنحراف معياري (83.320) وفي الجامعي بلغ المتوسط (230.11) بإنحراف معياري (78.058) وفي فوق الجامعي بلغ المتوسط (255.40) بإنحراف معياري (71.386) ولحساب دلالة الفروق بين هذه المتوسطات إستخدمت الباحثة إختبار التباين الإحادي جدول (ب٤/٤).

جدول رقم (٣/٤أ) المتوسطات والانحرافات المعيارية والخطأ المعياري لمتوسط مقياس الضغوط النفسية تبعاً لمستوى التعليم

		الضغوط النفسية				
أكبر قيمة	أصغر قيمة	الخطأ المعياري	الانحراف المعياري	المتوسط	العينة	البيانات
260.00	237.00	7.505	13.000	252.00	3	أمي
515.00	125.00	21.962	100.643	247.76	21	أساس
456.0	121.0	18.181	83.320	248.04	21	ثانوي
330.00	127.00	26.019	78.058	230.11	9	جامعي
412.00	176.00	22.574	71.386	255.40	10	فوق جامعي
515.00	121.00	10.443	83.547	246.76	64	المجموع



شكل رقم (٣/٤) المتوسطات والانحرافات المعيارية والخطأ المعياري لمتوسط مقياس الضغوط النفسية تبعاً لمستوى التعليم

بالنظر للجدول (٤/٤ب) نجد أن مجموع المربعات بين المجموعات بلغ (3379.434) بدرجة حرية (٤) ومتوسط المربعات بلغ (844.858) بينما بلغ مجموع المربعات داخل المجموعات (436376.051) بدرجة حرية (59) ومتوسط المربعات بلغ (7396.204) وبلغت قيمة (ف) المرتبطة بهما (.114) والقيمة الاحتمالية بلغت (.977).

وهذه القيمة أكبر من (٠,٠٠٥) ولذا نقبل الفرض الصفري بمعنى عدم وجود فروق دالة إحصائية في الضغوط النفسية تبعاً للمستوى التعليمي وهذا النتيجة تحقق الفرضية.

جدول رق(٣/٤ب) إختبارالتباين الإحادي لحساب دلالة الفروق في الضغوط النفسية تبعاً لمستوى التعليم (ANOVA) إختبار التباين					
الضغوط.النفسية					
مصدر البيانات	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	القيمة الإحتمالية.
بين المجموعات	3379.434	4	844.858	.114	.977
داخل المجموعات	436376.051	59	7396.204		
المجموع	439755.484	63			

تفسير ومناقشة نتائج الفرض الرابع:

عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات أولياء أمور الأطفال المعاقين ذهنياً ممن كان مستوى تعليمهم ثانوي فما دون ومتوسطات درجات من كان مستوى تعليمهم بكالوريوس فما فوق على جميع أبعاد المقياس وعلى درجته الكلية.

ترى الباحثة أن عدم تأثر الضغوط النفسية لدى أولياء أمور الأطفال المعاقين ذهنياً بغض النظر عن مستوى تعليمهم سواء أمام الكارثة المتمثلة بإعاقة الطفل وآثارها السالبة على جوانب النمو، فالكل يتأثر بالإعاقة المرتبطة بطفولهم، ويمرون بنفس مراحل ردود الفعل من صدمة، وإنكار، وتبادل الاتهامات والشك في المتخصصين، وأخيراً تقبل الطفل وإعاقته والعمل على مساعدته.

وتتفق نتيجة هذا الفرض مع دراسة الشخص والسرطاوي (١٩٩٨م) من أن مستوى الضغوط النفسية لم يتأثر بمستوى تعليم أولياء أمور الأطفال المعوقين في حين أكدت دراسة جرادات (١٩٩٣م) على أن متغير تعليم الأم كان أكثر إسهاماً في التمييز بين أسر الأطفال العاديين والمعوقين.

إتفقت هذه النتيجة الدراسة مع دراسة سلوى عثمان عبدالله عثمان (٢٠٠١م).

يختلف الضغط النفسي لدى الوالدين باختلاف كل من المؤهل التعليمي.

وأتفقت أيضاً مع دراسة صفاء رفيق موسى قرايش (٢٠٠٦م).

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية لدى والدي التوحد على مقياس الضغوط النفسية المستخدم وفقاً لمستوى تعليمهم.

الفرض الرابع:

عرض نتائج الفرض الرابع:-

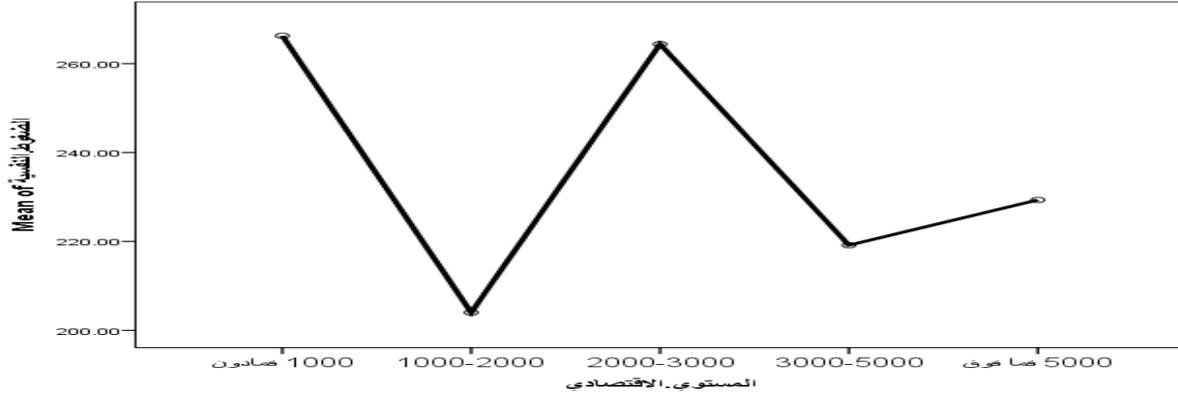
نص الفرض الخامس على أنه (لا توجد فروق ذات دلالة في الضغوط النفسية وسط أولياء أمور المعاقين ذهنياً تعزى لمتغير المستوى الإقتصادي).

للتحقق من صحة الفرض استخدمت الباحثة المتوسطات والانحرافات المعيارية والخطأ المعياري جدول (٤/٤) واختبار التباين الأحادي جدول رقم (٤/٤أب).

بالنظر إلى الجدول (٤/٤) نجد متوسطات الضغوط النفسية تبعاً لمتغير المستوى الإقتصادي بلغ متوسط الذين دخلهم (١٠٠٠) بلغ (266.2778) بإنحراف معياري (79.82835) وبلغ متوسط الذين دخلهم (1000-2000) بلغ (204.0000) بإنحراف معياري (28.05352) وبلغ متوسط الذين دخلهم (2000-3000) بلغ (264.3889).

بإنحراف معياري (94.94217) و بلغ متوسط الذين دخلهم (3000-5000) بلغ (219.1538) بإنحراف معياري (53.08617) و بلغ متوسط الذين دخلهم (5000 فما فوق) بلغ (229.3333) (بإنحراف معياري (91.88217) ولحساب دلالة الفروق بين هذه المتوسطات استخدمت الباحثة اختبار التباين الأحادي جدول (٤/٤ب)

جدول رقم (٤/٤أ) المتوسطات وانحرافات معيارية والخطأ المعياري لمستوى الضغوط النفسية تبعاً لى المستوى الإقتصادي						
البيانات	العينة	المتوسط	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري	أصغر قيمة	أكبر قيمة
1000 فمادون	18	266.27 78	79.82835	18.815 72	121.0 0	456.00
1000- 2000	3	204.00 00	28.05352	16.196 71	175.0 0	231.00
2000- 3000	18	264.38 89	94.94217	22.378 08	127.0 0	413.00
3000- 5000	13	219.15 38	53.08617	14.723 45	125.0 0	283.00
5000 فما فوق	3	229.33 33	91.88217	53.048 20	131.0 0	313.00
المجموع	55	249.10 91	79.61706	10.735 56	121.0 0	456.00



شكل رقم (٤/٤أ) المتوسطات وانحرافات معيارية والخطأ المعياري لمستوى الضغوط النفسية تبعاً لي المستوى الاقتصادي.

بالنظر للجدول (٤/٤ب) نجد أن مجموع المربعات بين المجموعات بلغ (28451.098) بدرجة حرية (4) ومتوسط المربعات بلغ (7112.774) بينما بلغ مجموع المربعات داخل المجموعات (313848.248) بدرجة حرية (50) ومتوسط المربعات بلغ (6276.965) وبلغت قيمة (ف) المرتبطة بهما (1.133) والقيمة الإحتمالية بلغت (0.352).

وهذه القيمة أكبر من (0,005) ولذا نقبل الفرض الصفري بمعنى عدم وجود فروق دالة إحصائية في الضغوط النفسية تبعاً للمستوى الاقتصادي وهذا النتيجة تحقق الفرضية.

جدول (٤/٤ب) إختبار لتباين الأحادي لحساب دلالة الفروق في الضغوط النفسية تبعاً للمستوى

الإقتصادي (ANOVA)

جدول (٤/٤ب) إختبار التباين الأحادي لحساب دلالة الفروق في الضغوط النفسية تبعاً لمستوى الإقتصادي (ANOVA)					
البيانات	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	القيمة الإحتمالية.
بين المجموعات	28451.098	4	7112.774	1.133	.352
داخل المجموعات	313848.248	50	6276.965		
المجموع	342299.345	54			

تفسير ومناقشة الفرض الرابع:

(أ) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أولياء أمور المعاقين ذهنياً على الأبعاد التالية من مقياس الضغوط النفسية وهي البعد الثاني المتمثل في مشاعر اليأس والإحباط والبعد الرابع المتمثل بالمشكلات الأسرية والإجتماعية والبعد الخامس المتمثل في القلق على مستقبل الطفل والبعد السادس المتمثل في الأداء الإستقلالي للطفل والبعد السابع المتمثل في عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل والدرجة الكلية على متغير المستوى الإقتصادي.

ترى الباحثة أن عدم تأثر الضغوط النفسية لدى أولياء أمور الأطفال المعاقين ذهنياً على مستوى المستوى الإقتصادي على الأبعاد المذكورة انفاً إلى أن ما يعانيه أولياء أمور المعاقين ذهنياً وما يشيع بين أفراد تلك الأسر من مشكلات ليست بالضرورة أن يكون السبب المباشر هو البعد المادي الذي قد لايمثل عائقاً لبعض للأسر السودانية في ظل المستوى الإقتصادي المرتفع.

جاءت هذه النتيجة الإحصائية مطابقة لفرض الباحثة حيث أكدت معرفة الحالة الفرض لها بل قد يرجع إلى عوامل أخرى مثل عدم تقبل الأسرة للطفل وإعاقته وعدم تعاون الوالدين في تلبية إحتياجاته وعدم معرفة الجهات ذات العلاقة بتقديم الخدمات لأطفالهم.

وترى الباحثة أن ارتفاع المستوى الإقتصادي لأولياء أطفال المعاقين ذهنياً يساعد على تخفيف الضغوط النفسية وذلك لأن المستوى الإقتصادي المرتفع يساهم في توفير الإمكانيات المادية والتي يحتاجها طفل المعاق ذهنياً حيث التدريب والتأهيل لأطفال المعاقين ذهنياً يستلزم وجود دخل مادي مرتفع.

ويوفر المستوى الإقتصادي المرتفع فرص العلاج المساعدة تخفيف أعراض الإعاقة الذهنية المتمثلة في النشاط الزائد ونوبات الغضب وإيذاء الذات والمشاكل الناتجة عن حساسية ضد بعض الأطعمة وفرص العلاج هذه تتنوع بين العقاقير الطبية والحمية الغذائية والتي تحتاج إلى متابعة مستمرة مع أطباء وخبراء تغذية متخصصون في هذا المجال.

وأيضاً يتيح المستوى الإقتصادي المرتفع إلتحاق أولياء أمور الأطفال المعاقين ذهنياً بالدورات العلمية والتعليمية المتخصصة في الإعاقة الذهنية والتي تساعدهم على إكتساب خبرات ومهارات تؤهلهم لأسلوب التعامل الصحيح مع أطفالهم وتساعدهم على السيطرة على أعراض الإعاقة الذهنية لدى أطفالهم ويدركون ما يفعلونه معهم مما يخفف لديهم الإحساس بالضغوط النفسية.

والمستوى الإقتصادي المرتفع يساعد أولياء أمور الأطفال المعاقين ذهنياً على إلتحاق طفلهم بمراكز التدريب المتخصصة وهي مراكز ذات رسوم دراسية مرتفعة لأن التدريب يكون فردي يعني أن كل طفل يخصص له مدرب وهي رسوم مرتفعة لايقدر أن يوفرها جميع أولياء أمور الأطفال المعاقين ذهنياً خاصة ذوي الدخل الإقتصادي المنخفض والذين تزداد نسبة الضغوط لديهم لعدم القدرة على توفير إحتياجات طفلهم المادية والتدريبية.

وأيضاً يوفر المستوى الإقتصادي المرتفع إمكانية توفير بيئة منزلية آمنة تتوافق مع حالة الطفل بل قد يرجع إلى عوامل أخرى مثل عدم تقبل الأسرة للطفل وإعاقته وعدم تعاون الوالدين في تلبية المعوقات قد تلعب دور العائد المادي الذي يعد بالنسبة للأسر.

وكذلك ترى الباحثة أن ما توصل إليه هذا الفرض من نتائج تتعلق بمتغير المستوى الإقتصادي من مقياس الضغوط النفسية، يؤكد تأثير مستوى الإقتصادي نظراً لما تتطلبه رعاية الطفل المعاق ذهنياً من نفقات إضافية وبالتالي فإن أولياء أمور ذوي الدخل المنخفض (أقل من ١٠٠ جنيه) قد

لايستطيعون تلبية إحتياجات الطفل المعاق ذهنياً مما يترتب على ذلك إحساس تلك الفئة بمشاعر نفسية متعددة، يشوبها قلق وتوتر وإحباط من جهة، وإضطرابات عضوية من جهة أخرى. نظرة الأمهات إلى إنجاب طفل عادي ومعافى صحياً بعد مشروع المستقبل للوالدين معاً، وانه هدية أعدتها لزوجها، أو بمعنى أدق نوع من الإنجاز الذاتي تبلغها لزوجها وللآخرين، والذي يضيف على الحياة الزوجية والأسرية مزيداً من الإستقرار ولكن عندما تفشل الأم في إنجاب الطفل العادي تشعر بأنها قد أصيبت في الصميم وانه فشلت فيما أعدت وما يترتب ردود أفعال سلبية، مثل الخجل، والشعور بالذنب، وأعراض عضوية أخرى فإن إدراك أمهات الطفل المعاق ذهنياً للضغوط النفسية مرتبطة منذ إكتشاف إعاقته وتتضاعف مع إحتياجاته اليومية وتعرضها المتزايد للتفاعلات الإجتماعية السلبية من قبل الآخرين خارج المنزل، مقارنة بالآباء الذين يغلب على أداؤهم الإنشغال بالأعباء الحياة المادية.

(ب) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أولياء أمور الأطفال المعاقين ذهنياً على البعد الأول من مقياس الضغوط النفسية المتمثل بالأعراض النفسية والعضوية وذلك لصالح أمور ذوي المستوى المنخفض الثالث المتمثل بالمشكلات المعرفية والنفسية والطفل وذلك لصالح أولياء أمور ذوي المستوى الاقتصادي المنخفض.

وترى الباحثة أن ما توصل إليه نتيجة هذا الفرض من نتائج تتعلق بمتغير المستوى الإقتصادي خاصة على البعدين الأول والثالث من مقياس الضغوط النفسية يؤكد تأثير المستوى الإقتصادي نظراً لما تتطلبه رعاية طفل من نفقات خاصة وإضافية وبالتالي فإن أولياء أمور ذوي الدخل المنخفض قد لا يستطيعون تلبية إحتياجات الطفل المعاق ذهنياً مما يترتب على ذلك إحساس تلك الفئة بمشاعر نفسية متعددة يشوبها قلق وتوتر وإحباط من جهة واضطرابات عضوية من جهة أخرى وهذا الوضع يتشابه مع أولياء أمور ذوي الدخل المرتفع (٥٠٠٠٠ فأكثر) والذين ينظرون إلى إعاقه طفلهم وما يعانیه من صعوبات في الفهم والإنتباه وافتقار الدافعية للتعلم على إنها تهديد لطموحاتهم وآمالهم المستقبلية حيث إنه بالرغم من توافر العائد المادي وتقديم الخدمات التأهيلية والتعليمية إلا أن الطفل المعاق ذهنياً سيظل لديه خصائص سلوكية سلبية تسهم في إرتفاع مستوى الضغوط الوالدي.

وتتفق نتائج هذه الدراسة الحالية مع دراسة صفاء موسى قراقيش (٢٠٠٤م) والتي أشارت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية لدى أولياء أمور المعاقين يعزى لمتغير دخلهم الشهري ومستواهم الإقتصادي وعزت الباحثة نتيجة دراستها لإرتفاع المستوى الإقتصادي في المملكة العربية السعودية وللدعم الحكومي لآباء وأمهات المعاقين المتمثل في الدعم المادي وكذلك توفير المراكز التدريبية والتأهيلية التابعة للحكومة ورسوم منخفضة على عكس الموجود في مجتمعنا السوداني.

وأشارت الدراسات السابقة وبطريقة غير مباشرة وضمنياً وبما يتفق مع نتائج هذه الدراسة أن أولياء أمور ذوي المستوى الإقتصادي المنخفض يعانون من ضغوط مرتفعة ناتجة عن عدم تحمل أعباء الطفل المعاق ذهنياً ولعدم توفير الإمكانيات المادية لهم والقلق والخوف على مستقبل طفلهم والضغوط النفسية الناتجة عن الإحساس بالذنب لعدم قدرتهم على توفير إحتياجات طفلهم على عكس أولياء أمور ذوي المستوى الإقتصادي المرتفع والذين تقل لديهم درجة الضغوط النفسية.

الفرض الخامس:

عرض نتائج الفرض الخامس:-

ينص الفرض الخامس على أنه (توجد فروق ذات دلالة في الضغوط النفسية وسط أولياء أمور المعاقين ذهنياً تعزى لمتغير ترتيب الطفل).

للتحقق من صحة الفرض إستخدمت الباحثة المتوسطات والانحرافات المعيارية والخطأ المعياري جدول

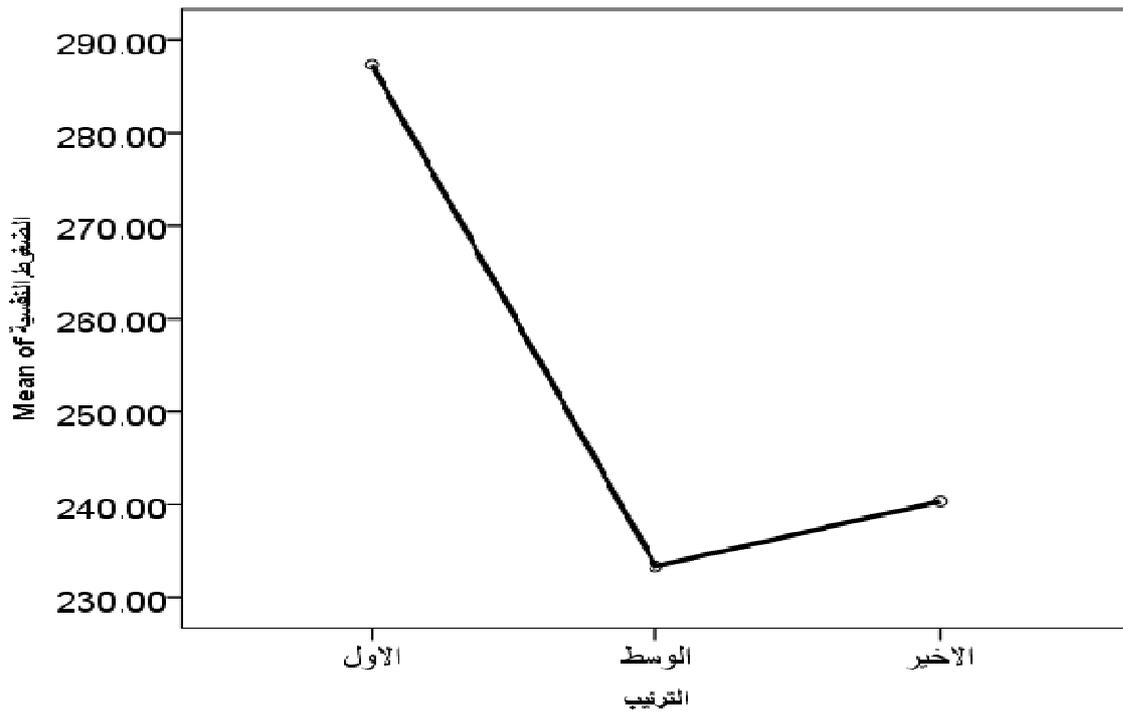
(٤/٥) واختبار التباين الأحادي جدول رقم (٤/٥أب)

بالنظر إلى الجدول (٤/٥أ) نجد متوسطات الضغوط النفسية تبعاً لمتغير ترتيب الطفل بلغ متوسط الطفل الأول بلغ (287.3333) بانحراف معياري (67.70301) وبلغ متوسط الطفل الأوسط بلغ (233.3636) بانحراف معياري (71.81030) وبلغ متوسط الطفل الأخير (240.3667) بانحراف معياري (93.97633) ولحساب دلالة الفروق بين هذه المتوسطات إستخدمت الباحثة إختبار التباين الأحادي جدول (٤/٥ب).

جدول (٤/٥) المتوسطات إنحرافات معيارية والخطأ المعياري لمستوى الضغوط النفسية تبعاً لمتغير

ترتيب الطفل

البيانات	العينة	المتوسط	الإنحراف المعياري	الخطأ المعياري	أصغر قيمة	أكبر قيمة
الأول	12	287.33	67.70301	19.54417	186.00	413.00
الوسط	22	233.36	71.81030	15.31001	157.00	515.00
الآخر	30	240.36	93.97633	17.15765	121.00	456.00
المجموع	64	246.76	83.54787	10.44348	121.00	515.00



شكل رقم (٥/٤) المتوسطات إنحرافات معيارية والخطأ المعياري لمستوى الضغوط النفسية تبعاً لمتغير ترتيب الطفل.

جدول (٥/٤) إختبار التباين الأحادي لحساب دلالة الفروق في الضغوط النفسية تبعاً لمتغير ترتيب الطفل (ANOVA)					
البيانات	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	القيمة الإحتمالية.
بين المجموعات	24928.760	2	12464.380	1.833	.169
داخل المجموعات	414826.72	61	6800.438		
المجموع	439755.48	63			

بالنظر للجدول (٥/٤) نجد أن مجموع المربعات بين المجموعات بلغ (24928.760) بدرجة حرية (٢) ومتوسط المربعات بلغ (12464.380) بينما بلغ مجموع المربعات داخل المجموعات (414826.724) بدرجة حرية (61) ومتوسط المربعات بلغ (6800.438) وبلغت قيمة (ف) المرتبطة بهما (1.833) والقيمة الإحتمالية بلغت (.169). وهذه القيمة أكبر من (٠,٠٠٥) القيمة الإحتمالية المحددة للدراسة ولذا نقبل الفرض الصفري بمعنى عدم وجود فروق دالة إحصائية في الضغوط النفسية تعزى لمتغير ترتيب الطفل وهذا النتيجة تحقق الفرضية.

تفسير ومناقشة الفرض الخامس:

ترى الباحثة أن نتائج هذا الفرض غير متوقعة حيث أنه من المتوقع أن يكون الترتيب الطفل المعاق ذهنياً في الأسرة تأثير على الضغوط النفسية فعندما يكون الطفل المعاق ذهنياً هو الأول فإن ذلك قد يمثل صدمة للوالدين بعد تطلعات وآمال ميلاد طفل يعد مشروع مستقبل بالنسبة لهم، وقد تتضاعف الضغوط النفسية لديهم مع عدم خبرتهم في رعاية الأبناء وما تعرضته الإعاقة من أعباء إضافية وقد

يخلق هذا التأثير إذا كانت ترتيب الطفل هو الأخير بين إخوته فإن ذلك قد يكون أقل صدمة للوالدين حيث أن لديهم ما يعوض ذلك الطفل المعوق وأن لديهم خبرة في رعاية الأبناء عامة وأكثر قدرة على البحث عن أماكن تقديم الخدمة له.

وتتناقض نتائج هذا الفرض مع ما ذكره الشخص والسرطاوي (١٩٩٨م) من أن ترتيب الطفل بين إخوته تحدث تأثيراً كبيراً ، حيث يرتفع مستوى الضغط النفسي في حالة الطفل الاوسط، وهذا أمر طبيعي لأن الوالدين يكونان قد تعودا على رعاية الابن العادي الأول، وتطلعاء إلى إنجاب طفل آخر يدعم وجود الأول ويضعون على آمال كبيرة وترى الباحثة أن مستوى الضغط النفسي قد يكون أكثر ارتفاعا اذا كان ترتيب الطفل المعوق هو الأول وما يرتبط بميلاده من أزمات و زلزلة لكيان الأسرة والمحيطين.

الفرض السادس:

عرض نتائج الفرض السادس:-

نص الفرض السادس على أنه (توجد فروق ذات دلالة في الضغوط النفسية وسط أولياء أمور

المعاقين ذهنياً تعزى لمتغير عدد الأطفال في الأسرة)

للتحقق من صحة الفرض استخدمت الباحثة المتوسطات والانحرافات المعيارية والخطأ المعياري جدول

(أ٤/٦) واختبار التباين الأحادي جدول رقم (٤/٦ب).

بالنظر إلى الجدول (أ٤/٦) نجد متوسطات الضغوط النفسية تبعاً لمتغير عدد الأطفال في الأسرة

بلغ متوسط الطفل الوحيد بلغ (302.0000) بإنحراف معياري (0.00000). وبلغ متوسط عدد الأطفال

(٥-٢) بلغ (244.7000) بإنحراف معياري (89.26716) وبلغ متوسط عدد الأطفال (٦ فأكثر)

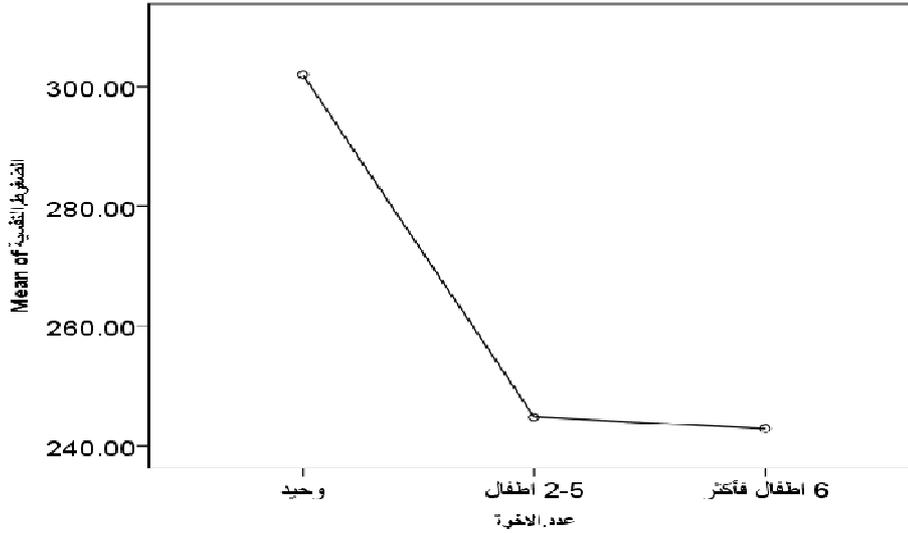
(242.8095) بإنحراف معياري (77.24223) ولحساب دلالة الفروق بين هذه المتوسطات

استخدمت الباحثة اختبار التباين الأحادي جدول (٤/٦ب).

جدول (أ٤/٦) المتوسطات إنحرافات معيارية والخطأ المعياري لمستوى الضغوط النفسية تبعاً لمتغير

عدد الأطفال في الأسرة

البيانات	العينة	المتوسط	الإنحراف المعياري	الخطأ المعياري	أصغر قيمة	أكبر قيمة
وحيد	3	302.0000	.00000	.00000	302.0	302.0
٥-٢ أطفال	40	244.7000	89.26716	14.11438	125.0	515.0
6 أطفال فأكثر	21	242.8095	77.24223	16.85564	121.0	456.0
المجموع	64	246.7656	83.54787	10.44348	121.0	515.0



شكل رقم (٤/٦) أ) المتوسطات إنحرافات معيارية والخطأ المعياري لمستوى الضغوط النفسية تبعاً لمتغير عدد الأطفال في الأسرة.

بالنظر للجدول (٤/٦ ب) نجد أن مجموع المربعات بين المجموعات بلغ (9651.846) بدرجة حرية (2) ومتوسط المربعات بلغ (4825.923) بينما بلغ مجموع المربعات داخل المجموعات (430103.638) بدرجة حرية (61) ومتوسط المربعات بلغ (7050.879) وبلغت قيمة (ف) المرتبطة بهما (684) والقيمة الإحتمالية بلغت (.508).

وهذه القيمة أكبر من (٠,٠٠٥) ولذا نقبل الفرض الصفري بمعنى عدم وجود فروق دالة إحصائية في الضغوط النفسية تبعاً عدد الأطفال في الأسرة وهذا النتيجة تحقق الفرضية.

(جدول ٤/٦ ب) إختبار التباين الأحادي لحساب دلالة الفروق في الضغوط النفسية تبعاً لمتغير عدد الأطفال في الأسرة ANOVA					
البيانات	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	القيمة الإحتمالية.
بين المجموعات	9651.846	2	4825.923	.684	.508
داخل المجموعات	430103.638	61	7050.879		
المجموع	439755.484	63			

تفسير ومناقشة نتائج الفرض السادس:

ترى الباحثة أن نتائج هذا الفرض جاءت مخالفة لما ذهبت اليه الفرضية، من أن ضغوط أولياء أمور الأطفال المعاقين ذهنياً نحو الطفل يتوقف على عدد الأطفال في الأسرة.

وترى الباحثة بأن وجود الطفل المعوق في الأسرة سواء كان طفلاً وحيداً لها أو بين مجموعة من الأطفال العاديين يمثل عبئاً نفسياً للأسرة ويتضاعف مستوى الضغوط النفسية لدى الوالدين وما ينتابهم من مشاعر يأس وإحباط ومشكلات أسرية واجتماعية وخرج من الآخرين وعدم قدرتهم على تحمل أعبائهم اليومية ومتطلبات إعاقة طفلهم. وذلك على عكس ما ذهب اليه الشخص والسرطاوي (١٩٩٨م) من أن الضغط النفسي يرتفع لدى والدي الطفل الوحيد المعوق بصرياً في الأسرة، والأعباء المرتبطة بإعاقة طفلهم ويتفقم العبء مع تزايد عدد الأطفال حيث يصل مداه عندما يبلغون خمسة أفراد، فالمشكلة ليست في العدد فحسب وإنما في قدرة الوالدين على الوفاء بمطالب رعايتهم جميعاً، والجهود المبذولة لمواجهة الضغوط النفسية المقترنة بإعاقة أطفالهم.

في ضوء ماسبق ترى الباحثة أن نتائج هذا الفرض تتناقض مع ما توصلت إليه بعض الدراسات منها دراسة الشخص والسرطاوي (١٩٩٨م) من أن مستوى الضغوط النفسية لدى أولياء أمور المعوقين عقلياً يتأثر بعدد الأطفال في الأسرة، حيث يرتفع الضغط في حالة الطفل الصغير الوحيد، ويزداد عندما يبلغ عدد الأطفال خمسة بالنسبة لجميع الإعاقات، وكذلك دراسة السرطاوي (١٩٩١م) التي توصلت إلى ارتفاع مستوى الضغط لدى الوالدين ممن لديهم طفل وحيد من المعوقين سمعياً.

ترى الباحثة بأن وجود الطفل المعوق في الأسرة كان طفلاً وحيداً لها أو بين مجموعة من الأطفال العاديين يمثل عبئاً نفسياً للأسرة، ويتضاعف مستوى الضغوط النفسية لدى الوالدين وما ينتابهم من مشاعر يأس وإحباط ومشكلات أسرية واجتماعية وخرج من الآخرين وعدم قدرتهم على تحمل أعبائهم اليومية ومتطلبات إعاقة طفلهم.

الفصل الخامس

الخاتمة-التوصيات -المقترحات

الفصل الخامس

الخاتمة . التوصيات . المقترحات

الخاتمة :

تفرد الباحثة في هذا الفصل أهم النتائج التي توصلت إليها من خلال البحث الميداني وبعد المعالجات الإحصائية وفقاً للفروض. ومن ثم تستعرض بعض التوصيات والمقترحات في ضوء النتائج التي توصلت إليها من خلال البحث عليها تكون سنداً وعوناً وتكون موضع إهتمام من قبل جهات الإختصاص كما يمكن أن تفيد هذه المقترحات بأن تكون دراسات مستقبلية , وأخيراً تستعرض الباحثة قائمة بأسماء المراجع والمصادر والملاحق.

نتائج البحث:

- ١- تتسم مستوى الضغوط النفسية لأولياء أمور المعاقين ذهنياً بالإرتفاع.
- ٢- لا توجد فروق ذات دلالة في الضغوط النفسية وسط أولياء أمور المعاقين ذهنياً تعزى لمتغير النوع.
- ٣- لا توجد فروق ذات دلالة في الضغوط النفسية وسط أولياء أمور المعاقين ذهنياً تعزى لمتغير المستوى التعليمي لصالح ذوي التعليم الجامعي وفوق الجامعي.
- ٤- لا توجد فروق ذات دلالة في الضغوط النفسية وسط أولياء أمور المعاقين ذهنياً تعزى لمتغير المستوى الإقتصادي لصالح المستوى الإقتصادي المرتفع.
- ٥- لا توجد فروق ذات دلالة في الضغوط النفسية وسط أولياء أمور المعاقين ذهنياً تعزى لمتغير ترتيب الطفل.
- ٦- لا توجد فروق ذات دلالة في الضغوط النفسية وسط أولياء أمور المعاقين ذهنياً تعزى لمتغير عدد الأطفال في الأسرة.

توصيات البحث: توصي الباحثة في ضوء النتائج التي توصلت إليها البحث بالآتي.

- ١- تقديم برامج إرشادية لأولياء أمور الأطفال المعاقين ذهنياً لتخفيض الضغوط النفسية لديهم.

٢- تقديم برامج إعلامية وتنقيفية تقدم فيها معلومات مبسطة عن الإعاقة الذهنية والمشاكل التي تصاحبه كنوع من التوعية المجتمعية لأولياء أمور الأطفال المعاقين ذهنياً ذوي الثقافة أو التعليم المتوسط.

٣- إقتراح وتصميم برامج ترفيهية وتشجيعية لأولياء أمور الأطفال المعاقين ذهنياً لكي يتم من خلالها تقديم بعض المعلومات والخدمات الإرشادية الخاصة بإعاقة أطفالهم.

٤- تفعيل دور مجالس الإخوة بصورة إيجابية لكي يقوموا بأدوار فعالة في مجال التوعية للمجتمع ككل والأسرة بصفة خاصة.

٥- توحيد الخدمات الإرشادية والتوجيهية والتأهيلية التي تقدم لأولياء أمور الأطفال المعاقين ذهنياً حتى لا تكون هناك فروق واضحة بين الجنسين.

٦- إنشاء بيت للشباب المعاقين الذين أعمارهم تفوق (١٨) سنة في وسط الأحياء السكنية لتوعية المجتمع المحلي وتخفيف ضغوط الآباء.

المقترحات: تقترح الباحثة في ضوء النتائج التي توصل إليها البحث إجراء الدراسات المستقبلية الآتية:-

- ١- دراسة الضغوط النفسية لأولياء أمور المعاقين ذهنياً وعلاقتها بحجم الأسرة.
- ٢- دراسة الضغوط الأسرية وعلاقتها ببعض المتغيرات الديموغرافية التي لم تتمكن الباحثة من تناولها في هذا البحث.
- ٣-دراسة مدى وعي الأسرة بطبيعة الخدمات المقدمة لأطفالهم المعاقين ذهنياً ومدى فعالية إشراك الأسر في البرنامج العلاجي.
- ٤ - تصميم منهج للمعاقين ذهنياً لتأهيلهم مهنياً وفقاً لقدراتهم وميولهم واحتياجاتهم لكي يزيد من فرصهم المهنية والتوظيفية.
- ٥ - تقديم برنامج إرشادي لأسر الأطفال المعاقين ذهنياً .
- ٦-مشاركة الآباء والأمهات والإخوة من خلال مجالسهم لإجراء إستفتاء ميداني حول الضغوط النفسية.

المراجع

أولاً : المراجع والمصادر:

القرآن الكريم.

- (١) إبراهيم عبد الستار: الإكتئاب إضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه، سلسلة عالم المعرفة، الكويت :المجلس الوطني للثقافة والفنون، نوفمبر: قائم ١٩٩٨م.
- (٢) إبراهيم عبدالله فرج الرزيقات: قسم الإرشاد والتربية الخاصة كلية العلوم التربوية الجامعة الأردنية الطبعة الأولى: دار وائل للنشر ٢٠٠٣م.
- (٣) أحمد نايل العزيز وأحمد عبد الطيف: التعامل مع الضغوط النفسية، ط ١، عثمان دار الشروق للنشر والطباعة ٢٠٠١م.
- (٤) أحمد محمدالزعيبي: التربية الخاصة للموهوبين والمعوقين وسبل رعايتهم وإرشادهم، الطبعة الأولى، دار زهران للنشر والتوزيع (٢٠١٢م).
- (٥) أمل معوض الهجرسي: تربية الأطفال المعاقين ذهنياً دار الفكر العربي، الطبعة الأولى، ٢٠٠٢م.
- (٦) آمال عبد السميع: مدخل إلى التربية الخاصة: الطبعة الأولى القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية، ٢٠٠٧م.
- (٧) إيمان أبو غريبة: القياس والتشخيص في التربية الخاصة: الطبعة الأولى، دار البداية ناشرون وموزعون، ٢٠١١م.
- (٨) بدر الدين كمال عبده: الإعاقة في محيط الخدمة الإجتماعية، المكتب الجامعي الحديث الإسكندرية، ٢٠٠٣م.
- (٩) بوشيل وايد مان - كولا- بيرنر (ترجمة كريمان بدير) الأطفال ذوو الإحتياجات الخاصة الطبعة الأولى، الشركة الدولية للطباعة والنشر ، ٢٠٠٤م.
- (١٠) تيسير مفلح كوافحة: وعمر فواز عبد العزيز، مقدمة في التربية الخاصة، ٢٠٠٥م.
- (١١) جمال الخطيب - مقدمة في الإعاقة السمعية - دار الفكر عمان.(١٩٩٨م).

- (١٢) جمعة سيد يوسف: إدارة الضغوط العمل، نموذج التدريب والممارسة القاهرة: دار بترارك للطباعة والنشر والتوزيع ٢٠٠٤م.
- (١٣) حسام أحمد محمد ابوسيف: (الطفل التوحدي خصائصه السلوكية والتربوية) إختبارات تقيس قدراته دمج في المجتمع) الطبعة الأولى، ٢٠٠٦م.
- (١٤) حسن محمد حسان: فلسفة التربية لذوي الإحتياجات الخاصة، ٢٠٠٥م.
- (١٥) حسن منسي: التربية الخاصة، الطبعة الأولى، دار الكندي، الطبعة الأولى، ٢٠٠٤م.
- (١٦) حسين باهي مصطفى: علم النفس الفيزيولوجي نظريات تحليلات وتطبيقات ن ط(١) مصر: مكتبة الأنجلو المصرية للنشر والتوزيع، ٢٠٠٢م.
- (١٧) خولة أحمد يحي: البرامج التربوية لأفراد ذوي الحاجات الخاصة دار المسيرة، الطبعة الأولى، ٢٠٠٦م.
- (١٨) رمضان محمد القذافي: التوجيه والإرشاد النفسي، الطبعة الأولى بيروت دار الجيل، ١٩٩٧م.
- (١٩) رمضان محمد القذافي: - الصحة والتوافق - المكتب الجامعي الحديث - إسكندرية الطبعة الثالثة ١٩٩٨م.
- (٢٠) رقية السيد الطيب: والزيير بشير طه: تأهيل ذوي الحاجات الخاصة داخل المجتمع، ٢٠٠٢م.
- (٢١) زينب محمود شقير: مقياس مواقف الحياة الضاغطة في البيئة العربية، مصر: مكتبة النهضة العربية، ٢٠٠٢م.
- (٢٢) زينب محمود شقير: التعليم العلاجي والرعاية المتكاملة لغير العاديين، مكتبة النهضة المصرية، الطبعة الأولى، ٢٠٠٥م.
- (٢٣) سليمان عبد الواحد يوسف: (سيكولوجية التوحد والطفل الذتوي بين الرعاية. ٢٠١٠م.
- (٢٤) سليمان طعمة الريحاني: إرشاد ذوي الحاجات الخاصة وأسرهه الطبعة الأولى، دار الفكر للنشر والتوزيع، ٢٠١٠م.
- (٢٥) سعيد حسن العزة: المدخل إلى التربية الخاصة للأطفال ذوي الحاجات الخاصة المفهوم- التشخيص - أساليب التدريس، الطبعة الأولى، دار الثقافة للنشر والتوزيع، ٢٠٠٩م.

- (٢٦) سهير محمد سالم: في تربية المعوقين عقلياً ، الطبعة الأولى، دارالفكر العربي للطباعة والنشر والتوزيع، ٢٠٠٩م.
- (٢٧) زكريا الشريبي: طفل خاص بين الإعاقات والمتلازمات تعريف وتشخيص)) الطبعة الأولى ١٤٢٥هـ - ٢٠٠٤م.
- (٢٨) طه عبد العظيم حسين: إدارة الضغوط التربوية والنفسية ط ١ الأردن: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، ٢٠٠٦م.
- (٢٩) عبد الصبور منصور محمد: مقدمة في التربية الخاصة، مكتبة الزهراء، الشرق، ٢٠٠٣م.
- (٣٠) عبد المطلب أمين القريطي: سيكولوجية ذوي الإحتياجات الخاصة وتربيتهم، الطبعة الرابعة، دار الفكر، ٢٠٠٥م.
- (٣١) عبد المنعم عبد القادر الميلادي: من ذوي الإحتياجات الخاصة المعاقون ذهنياً، ٢٠٠٦م.
- (٣٢) عصام النمر: محاضرات في أساليب القياس والتشخيص في التربية الخاصة، ٢٠٠٦م.
- (٣٣) عمر نصر الله: الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة وتأثيرهم على الأسرة والمجتمع، دار وائل للطباعة والنشر، الطبعة الأولى، ٢٠٠٢م.
- (٣٤) علاء عبد الباقي إبراهيم: الإعاقات العقلية التعرف عليها وعلاجها بإستخدام برامج التدريب للأطفال المعاقين عقلياً، ٢٠٠٠م.
- (٣٥) علاء الدين كفاي: في تربية المعوقين عقلياً ، الطبعة الأولى، دار الفكر العربي للطباعة والنشر والتوزيع، ٢٠٠٩م.
- (٣٦) عفاف عبد المحسن: في تربية المعوقين عقلياً ، الطبعة الأولى، دارالفكر العربي للطباعة والنشر والتوزيع، ٢٠٠٩م.
- (٣٧) فؤاد أبو حطب: فهم السلوك الإنساني وتنميته، مصر : وزارة التربية، ١٩٩١م.
- (٣٨) فائز محمد الحسن خليل مقدمة في علم الإقتصاد الطبعة الثانية، الخرطوم: مطبعة جي تاون، ٢٠٠٥م.

- (٣٩) فاروق الروسان : سيكولوجية الأطفال العاديين، الطبعة الخامسة، القاهرة، دار الفكر، ٢٠٠١م.
- (٤٠) فاروق الروسان: مقدمة في الإعاقة العقلية، الطبعة الثانية دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، ٢٠٠٣م.
- (٤١) فاروق السيد: القلق وإدارة الضغوط النفسية ط ١، القاهرة : دار الفكر العربي للطباعة. ٢٠٠١م.
- (٤٢) فاروق السيد عثمان: القلق وإدارة الضغوط النفسية، ط ١ القاهرة : دار الفكر، ٢٠٠١م.
- (٤٣) فيصل محمد مكي: شخصية الطفل المعوق والطفل المريض، الطبعة الأولى، الخرطوم منشورات معهد سكيينة، ١٩٩٠م.
- (٤٤) فيصل محمد مكي أمين: شخصية الطفل المعوق والطفل المريض، الطبعة الأولى : المطبعة العسكرية، ١٩٩٠م.
- (٤٥) فيصل محمد مكي: صرخة في وادي الإنسانية، ١٩٨٨م.
- (٤٦) نادر فهمي الزويد(١٩٩٥م). تعلم الأطفال المتخلفين عقلياً . الطبعة الثالثة. عمان الأردن. دار الفكر العربي.
- (٤٧) نجدة إبراهيم علي سليمان: نظم التعليم في التربية الخاصة، الطبعة الأولى، القاهرة، ٢٠٠٩م.
- (٤٨) كاظم محمد نوري الشمري وآخرون : مدخل علم الإقتصاد، الطبعة الثالثة، الأردن، ٢٠٠٣م.
- (٤٩) كمال إبراهيم مرسى: مرجع في علم التخلف العقلي، الطبعة الأولى، ١٩٩٦م.
- (٥٠) لندال دافيدوف (ترجمة لسيد الطوب وآخرون) : مدخل علم النفس: الدار الدولية للنشر، ١٩٩٢م.
- (٥١) محمد السيد حلاوة: التخلف العقلي في محيط الأسرة، المكتبة المصرية لطباعة والنشر والتوزيع، ٢٠٠٤م.
- (٥٢) محمد سيد فهمي السلوك الإجتماعي للمعوقين، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث. ٢٠٠١م.

- (٥٣) محمد عبد المنعم: الإرشاد النفسي مواجهة الضغوط لدى أسر المتخلفين عقلياً، القاهرة مكتبة زهراء الشرق للنشر والتوزيع، ٢٠٠٦م.
- (٥٤) محمد قاسم عبدالله: مدخل إلى الصحة النفسية، القاهرة، دار الفكر، ٢٠٠١م.
- (٥٥) محمد مختار متولي: مبادئ علم النفس، الطبعة الثامنة، المملكة العربية السعودية وزارة المعارف، (١٩٨١م).
- (٥٦) مدحت أبو النصر: الإعاقة العقلية (المفهوم والأنواع وبرامج الرعاية) مجموعة النيل العربية، الطبعة الأولى، ٢٠٠٥م.
- (٥٧) مدحت أبو النصر: الإعاقة الجسمية مفهوم وأنواع وبرامج الرعاية، دار النشر مجموعة النيل العربية القاهرة، (٢٠٠٥م).
- (٥٨) منى صبحي الحديدي - مقدمة في الإعاقة البصرية قسم الإرشاد والتربية الخاصة كلية العلوم التربوية - الجامعة الأردنية - الطبعة الثانية، ٢٠٠٢م.
- (٥٩) ماجدة السيد عبيد: برامج التربية الخاصة ومناهجها وأساليب تدريسها، الطبعة الأولى ٢٠١٠م-١٤٣١هـ، دار النشر دار صفاء للنشر والتوزيع عمان.
- (٦٠) هارون توفيق الرشدي -الضغوط النفسية طبيعتها ونظرياتها، ١٩٩٩م.

ثانياً : الرسائل الجامعية:

- (١) حسني محمد عوض - مقترح برنامج إرشادي جمعي لخفض الضغوط النفسية لدى عينة من طلاب الجامعات الفلسطينية دكتوراة غير منشورة كلية التربية جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا ٢٠٠٧م.
- (٢) علي إبراهيم علي محمد - العلاقة بين الضغوط النفسية والتحصيل الأكاديمي لدى الطلبة الجامعيون - دكتوراة غير منشورة كلية التربية - جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، ٢٠٠٤م.
- (٣) نور الدين محمد أحمد محمد - الإغتراب النفسي لدى طلاب كليات التربية في بعض الجامعات الحكومية وعلاقتها بالضغوط ومركز التحكم ودافع الإنتماء للوطن دكتوراة غير منشورة كلية التربية - جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، ٢٠١٠م.
- (٤) نجوان عبد الحميد: تقويم خدمات التربية الخاصة في السودان - رسالة دكتوراة جامعة أفريقيا العالمية، ٢٠٠٦م.
- (٥) رقية السيد الطيب: أثر الرعاية المجتمعية على السلوك التوافقي والقدرات العقلية والتحصيل الدراسي - رسالة دكتوراة غير منشورة - جامعة الخرطوم، ١٩٩٩م.
- (٦) مبارك عثمان الشيخ محمد: الضغوط النفسية لدى أسر المصابين بالعلل الدماغية وعلاقتها ببعض المتغيرات - رسالة ماجستير - جامعة النيلين، ٢٠٠٧م.

ثالثاً: المجالات:

- (١) الصادق محمد عبد الحليم، رقية السيد الطيب - إستراتيجيات تحمل الضغوط النفسية لدى المعاقين بصرياً بولاية الخرطوم وعلاقتها ببعض المتغيرات مجلة بحوث نصف سنوية والعدد ٨ ديسمبر ٢٠٠٨م.
- (٢) سليمان علي أحمد، إبراهيم عبد الرحيم إبراهيم الضغوط النفسية وعلاقتها بنوعية الحياة لدى مرافقي مرضى الفصام (دراسة ميدانية بمستشفيات الطب النفسي بولاية الخرطوم). مجلة بحوث نصف سنوية والعدد ٧ ديسمبر، ٢٠٠٩م.

رابعاً: مواقع النت:

.WWW.QASSIMEDU.957

HTTP/HAMHASY.FORUMEPT. أسامة كامل راتب.

WWW.IRAKER.DKLINDEX.PHP. جمال الشمري.

- سيد جمعة - إدارة الضغوط - ٢٠٠٦م متوفر على المسار.

*HTTP:11WWW.ALYGZA.COM.

- مجلة النبا العدد ٥٤ - ٢٠٠١م - د سعد الأمانة - متوفر على المسار.

*HTTP://WWW.5AMAX.COM

الملاحق

الملاحق
ملحق رقم (١)
خطاب محكمي الإستبانة

الأستاذ المحكم :.....

السلام عليكم ورحمة الله تعالى وبركاته،،

الموضوع : تحكيم مقياس الضغوط النفسية لدى أولياء أمور الأطفال المعاقين ذهنياً وعلاقتها ببعض المتغيرات الديموغرافية.

بالإشارة للموضوع أعلاه أتقدم لسيادتكم بهذا المقياس والذي يحتوي على مجموعة من الأسئلة، وأرجو من سيادتكم التفضل والتكرم بمراجعة صياغة هذه الأسئلة وإضافة ماترونه حتى تتناسب هذه العبارات مع فروض البحث.

فروض البحث:

- ١- تتسم مستوى الضغوط النفسية لأولياء أمور المعاقين ذهنياً بالإرتفاع.
- ٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد على مقياس الضغوط النفسية لدى أولياء أمور المعاقين ذهنياً لصالح الأمهات.
- ٣- لا توجد فروق ذات دلالة في الضغوط النفسية وسط أولياء أمور المعاقين ذهنياً تعزى لمتغير المستوى التعليمي لصالح ذوي التعليم الجامعي وفوق الجامعي.
- ٤- لا توجد فروق ذات دلالة في الضغوط النفسية وسط أولياء أمور المعاقين ذهنياً تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي لصالح المستوى الإقتصادي المرتفع.
- ٥- لا توجد فروق ذات دلالة في الضغوط النفسية وسط أولياء أمور المعاقين ذهنياً تعزى لمتغير ترتيب الطفل.
- ٦- لا توجد فروق ذات دلالة في الضغوط النفسية وسط أولياء أمور المعاقين ذهنياً تعزى لمتغير عدد الأطفال في الأسرة.

ولكم الشكر والتقدير،،،

إشراف الدكتور: عبدالرازق عبدالله البوني

إعداد الطالبة باخنة محمداحمد مصطفى

ملحق رقم (٢)

قائمة بأسماء المحكمين

الرقم	الإسم	الدرجة العلمية	الجهة
١	د/ علي فرح أحمد فرح	أستاذ مشارك	جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا
٢	د/ نجدة محمد عبد الرحيم	أستاذ مشارك	جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا
٣	د/ سلوى عبدالله الحاج	أستاذ مساعد	جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا
٤	د/ ميسونة بابكر حامد	أستاذ مساعد	جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا
٥	د/ بخيطة محمد زين علي	أستاذ مساعد	جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا
٦	د/ ساره محمد عبد الرحيم	أستاذ مساعد	أكاديمية السودان العالمية
٧	د/ أحمد الحسن حامد حسن	أستاذ مساعد	جامعة زالنجي

مقياس الضغوط النفسية قبل التعديل

أولاً : البيانات الأولية الخاصة بالمعاق .

(١)الجنس:

١/ ذكر () . ٢/ أنثى () .

(٢)العمر:

١/ أقل من ٦ سنوات () . ٢/ ٢ - ٦ سنوات () .

٣/ أقل من ١٢ سنة () . ٤/ ١٢ سنة فأكثر () .

(٣) ترتيب الطفل في الأسرة:

١/الأول () . ٢/الأوسط () . ٣/الأخير () .

(٤)عدد الأطفال في الأسرة:

١/وحيد () . ٢/ ٢ - ٥ أطفال () . ٣/ ٦ أطفال فأكثر () .

ثانياً: المعلومات الخاصة بولي أمر الطفل:

(١)ولي الأمر:

١/ الأب () ٢/ الأم () ٣/ وآخرون وضح () .

(٢) العمر:

١/ ٢٠ - ٤٠ سنة () . ٢/ ٤١ فما فوق ()

(٣)المستوى التعليمي:

١/أمي () ٢/أساس () ٣/ ثانوي () ٤/ جامعي () ٥/ فوق الجامعي ()

.

(٤)المستوى الإقتصادي: الدخل الشهري

١/١٠٠٠٠ فما دون () ٢/ من ١٠٠٠-٢٠٠٠ () ٣/ من ٢٠٠٠-٣٠٠٠ ()

٤/ من ٣٠٠٠-٥٠٠٠ () ٥/ ٥٠٠٠ فما فوق () .

مقياس الضغوط النفسية قبل التعديل

التعليمات:

بين يديك عبارات تصف حالتك بعد وجود المعاق الرجاء الإجابة على العبارة التي تتناسبك ضع علامة (✓) ونؤكد بأن المعلومات التي ستدلي بها فقط لأغراض البحث العلمي ولم يطلع عليها أحد سوى الباحثة:

الرقم	العبارة	لا يحدث مطلقاً	يحدث نادراً	يحدث قليلاً	يحدث كثيراً	يحدث دائماً
١	أشعر بالخمول والكسل وعدم الرغبة في النشاط					
٢	أشعر بالتعب والإرهاق عقب أي نشاط ولو بسيط					
٣	أعاني من الأرق وصعوبة النوم					
٤	أحزن وأبكي لأبسط الأسباب					
٥	لا أشعر بأي متعة في حياتي					
٦	أشعر بضيق في التنفس دون سبب واضح					
٧	أعرض لإضطرابات في دقات القلب دون سبب واضح					
٨	أعاني من الصداع دون سبب واضح					
٩	لا أستطيع التحكم في أعصابي وأثور لأبسط الأسباب					
١٠	ألوم نفسي بشدة على أبسط الأشياء					
١١	يصعب عليّ إتخاذ أي قرار ولو بسيط					
١٢	أشعر بفقد الشهية وعدم الرغبة في تناول الطعام					

					أشعر بالضيق والإختناق في وجود الآخرين	١٣
					أشعر بالإحباط وعدم الرغبة في الحياة	١٤
					أشعر بالآلام في مفاصلي دون سبب واضح	١٥
					يصعب عليّ تذكر الأشياء ولو البسيطة	١٦
					أعاني من اضطرابات الهضم	١٧
					أشعر بالقلق معظم الوقت دون مبرر	١٨
					أعاني من ألم مستمر في معدتي يفقدي الإستمتاع بتذوق الطعام	١٩
					أعاني من اضطرابات في الأمعاء تسبب لي الإمساك تارة والإسهال تارة أخرى	٢٠
					أشعر أن أسرتي مهددة بالإنتهيار بسبب ابني المعوق	٢١
					أشعر أن حياتي قد تحطمت بسبب قدوم ابني المعوق	٢٢
					أشعر أن الآخرين ينظرون إليّ نظرة سلبية بسبب المعوق	٢٣
					أشعر أن أقاربي يحاولون تجنب التعامل مع أسرتي بسبب ابني المعوق	٢٤
					أشعر أن أصدقائي قد تخلو عني بسبب ابني المعوق	٢٥
					أعتقد أن وجود فرد معوق في الأسرة يعد كارثة كبيرة لها	٢٦
					إن إصطحاب ابني إلى الخارج خلال العطلة يفسد عليّ متعتي	٢٧
					أشعر أن كل ما نفعله مع ابننا يعد جهداً ضائعاً	٢٨

				ترجعني كثرة التعليمات والتوجيهات التي يتعين إعطاؤها لابني	٢٩
				ؤلمني أن ابني لن يكون امتداداً طبيعياً لأسرتي	٣٠
				ينتابني الشعور بأنني سبب إعاقة ابني	٣١
				أشعر أن وضع الأسرة الإجتماعي سوف يعاني كثيراً بسبب وجود فرد معوق بها	٣٢
				أعتقد أنه لا جدوى من محاولة تعليم ابني ولو مهنة بسيطة	٣٣
				يؤلمني إحجام الناس عن الزواج من أسرتنا بسبب ابننا المعوق	٣٤
				يواجه ابني صعوبة كبيرة في الفهم	٣٥
				يصعب على ابني تركيز الإنتباه لفترة طويلة	٣٦
				أشعر أن ابني يفنقد الدافعية للتعلم	٣٧
				أشعر أن ابني لا يثق بنفسه	٣٨
				يؤسفني ممارسة ابني سلوكات غير مهذبة	٣٩
				يصعب على ابني التعامل مع أقرانه	٤٠
				يصعب على ابني التكيف مع أفراد الأسرة	٤١
				يقلقني عدم القدرة على ضبط سلوك ابني المعوق	٤٢
				لا يستطيع ابني التعبير عن مشاعره	٤٣
				يصعب علي التعامل مع ابني المعوق	٤٤

					٤٥	يقفني أن ابني يخاف من كل شيء
					٤٦	أعتقد أن ابني يحتاج إلى توجيه ومراقبة مستمرة
					٤٧	أشعر بالتوتر حينما أصطحب ابني إلى الأماكن العامة
					٤٨	لايمكنني زيارة أصدقائي وقتما أشاء
					٤٩	يتخلّى أفراد الأسرة عن كثير من الضروريات بسبب وجود طفل معوق بها
					٥٠	أتجنب الحديث مع الآخرين عن ابني المعوق
					٥١	أشعر أحياناً بالحرج والإرتباك بسبب ابني المعوق
					٥٢	أعتقد أن ابني سوف يمثل مشكلة دائمة للأسرة
					٥٣	أشعر بالحزن الشديد عندما أفكر في حالة ابني
					٥٤	أشعر بالقلق والضيق حينما أفكر في مصير ابني عندما يكبر
					٥٥	أشعر بالإحباط حينما أدرك أن ابني لن يعيش حياة طبيعية مطلقاً
					٥٦	أحرص على توفير الحماية الزائدة لابني
					٥٧	يؤلمني الشعور بأن ابني سيقضي كل حياته معوقاً
					٥٨	أشعر بالإحباط وخيبة الأمل تجاه أسلوب حياة ابني المعوق
					٥٩	أشعر بأن إمكانيات ابني محدودة بحيث لا يتمكن من أداء مهام الحياة اليومية
					٦٠	أعتقد أن أسرة الطفل المعوق تؤدي مهاماً تفوق المهام

					التي تقوم بها الأسرة العادية
					٦١ أشعر بالقلق عندما أقصر في رعاية ابني
					٦٢ أشعر أن إنجازات ابني أقل بكثير مما هو متوقع منه
					٦٣ أتمنى لو كان وجود ابني المعوق مجرد حلم مزعج سوف أفيق منه
					٦٤ أشعر بالأسى من الصورة المشوهة التي تقدمها وسائل الإعلام عن المعوقين
					٦٥ يزعج ابني عندما يشعر بعدم إهتمامي به
					٦٦ لا يستطيع ابني الإعتماد على نفسه في إرتداء ملابسه
					٦٧ لا يستطيع ابني إستخدام الحمام بنفسه
					٦٨ يجد ابني صعوبة في التعرف على عنوان المنزل
					٦٩ لا يستطيع ابني المشاركة في الألعاب الرياضية
					٧٠ لا يستطيع ابني التحكم في حركته أثناء المشي ويتعرض للسقوط
					٧١ لا يستطيع ابني المشي بدون مساعدة
					٧٢ يصعب على ابني تعلم المهارات البسيطة
					٧٣ يزعجني أن ابني لا يستطيع المحافظة على نظافته
					٧٤ يقلقني أن متطلبات رعاية ابني المعوق تفوق كثيراً قدراتي المادية
					٧٥ أشعر أن الناس لا يراعون مشاعر أسرة الطفل المعوق

					٧٦	أشعر أنني تخليت عن الكثير من الأشياء التي طالما تمنيتها بسبب ابني المعوق
					٧٧	متطلبات رعاية ابني ككثيرة ومرهقة بالنسبة لنا
					٧٨	يصعب على أسرة الطفل المعوق وضع خطط للمستقبل
					٧٩	يؤلمني عدم توافر الدعم المناسب لأسرة الطفل المعوق
					٨٠	يزعجني أن ابني عدواني بصورة لا تطاق

ملحق رقم(٤)

مقياس الضغوط النفسية على أولياء أمور الأطفال المعاقين بعد التعديل

أولاً : البيانات الأولية الخاصة بالمعاق.

(١) ترتيب الطفل في الأسرة:

١/الأول () . ٢ /الأوسط () . ٣ /الأخير () .

(٢) عدد الأطفال في الأسرة:

١/وحيد () . ٢ /٢ - ٥ أطفال () . ٣ / ٦ أطفال فأكثر () .

ثانياً: المعلومات الخاصة بولي أمر الطفل:

(٢) ولي الأمر:

١ / الأب () /٢ الأم () /٣ /آخرون وضح () .

(٢) العمر:

١ / ٢٠ - ٤٠ سنة () . ٢ / ٤١ فما فوق ()

(٣)المستوى التعليمي:

١/أمي () /٢/أساس () /٣/ ثانوي () /٤/ جامعي () /٥/ فوق الجامعي () .

(٤)المستوى الإقتصادي: الدخل الشهري

١/١٠٠٠٠فمادون () /٢ /من ١٠٠٠٠-٢٠٠٠٠ () /٣/من ٢٠٠٠٠-٣٠٠٠٠ () .

٤/من ٣٠٠٠٠-٥٠٠٠٠ () . ٥ /٥٠٠٠٠/٥ فما فوق () .

مقياس الضغوط النفسية بعد التعديل

التعليمات:

بين يديك عبارات تصف حالتك بعد وجود المعاق الرجاء الإجابة على العبارة التي تتاسبك ضع علامة (✓) ونؤكد بأن المعلومات التي سنتلي بها فقط لأغراض البحث العلمي ولم يطلع عليها أحد سوى

الباحثة:

الرقم	العبارة	لا يحدث	يحدث نادراً	يحدث قليلاً	يحدث كثيراً	يحدث دائماً
١	أشعر بالخمول والكسل وعدم الرغبة في النشاط					
٢	أشعر بالتعب والإرهاق عقب أي نشاط ولو بسيط					
٣	أعاني من الأرق وصعوبة النوم					
٤	أحزن وأبكي لأبسط الأسباب					
٥	لا أشعر بأي متعة في حياتي					
٦	أشعر بضيق في التنفس دون سبب واضح					
٧	أعرض لإضطرابات في دقات القلب دون سبب واضح					
٨	أعاني من الصداع دون سبب واضح					
٩	لا أستطيع التحكم في أعصابي وأثور لأبسط الأسباب					
١٠	ألوم نفسي بشدة على أبسط الأشياء					
١١	يصعب عليّ إتخاذ أي قرار ولو بسيط					
١٢	أشعر بفقد الشهية وعدم الرغبة في تناول الطعام					
١٣	أشعر بالضيق والإختناق في وجود الآخرين					
١٤	أشعر بالإحباط وعدم الرغبة في الحياة					
١٥	أشعر بآلام في مفاصلي دون سبب واضح					
١٦	يصعب عليّ تذكر الأشياء ولو البسيطة					

					أعاني من إضطرابات الهضم	١٧
					أشعر بالقلق معظم الوقت دون مبرر	١٨
					أعاني من ألم مستمر في معدتي يفقدي الإستمتاع بتذوق الطعام	١٩
					أعاني من إضطرابات في الأمعاء تسبب لي الإمساك تارة والإسهال تارة أخرى	٢٠
					أشعر أن أسرتي مهددة بالإنهيار بسبب ابني المعوق	٢١
					أشعر أن حياتي قد تحطمت بسبب قدوم ابني المعوق	٢٢
					أشعر أن الآخرين ينظرون إلي نظرة دونية بسبب المعوق	٢٣
					أشعر أن أقاربي يحاولون تجنب التعامل مع أسرتي بسبب ابني المعوق	٢٤
					أشعر أن أصدقائي قد تخلو عني بسبب ابني المعوق	٢٥
					أعتقد أن وجود فرد معوق في الأسرة يعد كارثة كبيرة لها	٢٦
					إن إصطحاب ابني إلى الخارج خلال العطلة يفسد علي متعتي	٢٧
					أشعر أن كل ما نفعله مع ابننا يعد جهداً ضائعاً	٢٨
					تزعجني كثرة التعليمات والتوجيهات التي يتعين إعطاؤها لابني	٢٩
					يؤلمني أن ابني لن يكون إبتدائياً طبيعياً لأسرتي	٣٠
					ينتابني الشعور بأنني سبب إعاقة ابني	٣١
					أشعر أن وضع الأسرة الإجتماعي سوف يعاني كثيراً بسبب وجود فرد معوق بها	٣٢
					أعتقد أنه لا جدوى من محاولة تعليم ابني ولو مهنة	٣٣

					بسيطة	
					يؤلمني إحجام الناس عن الزواج من أسرتنا بسبب ابننا المعوق	٣٤
					يواجه ابني صعوبة كبيرة في الفهم	٣٥
					يصعب على ابني تركيز الإنتباه لفترة طويلة	٣٦
					أشعر أن ابني يفتقد الدافعية للتعلم	٣٧
					أشعر أن ابني لا يثق بنفسه	٣٨
					يؤسفني ممارسة ابني سلوكات غير مهذبة	٣٩
					يصعب على ابني التعامل مع أقرانه	٤٠
					يصعب على ابني التكيف مع أفراد الأسرة	٤١
					يقلقني عدم القدرة على ضبط سلوك ابني المعوق	٤٢
					لا يستطيع ابني التعبير عن مشاعره	٤٣
					يصعب علي التعامل مع ابني المعوق	٤٤
					يقلقني أن ابني يخاف من كل شيء	٤٥
					أعتقد أن ابني يحتاج إلى توجيه ومراقبة مستمرة	٤٦
					أشعر بالتوتر حينما أصطحب ابني إلى الأماكن العامة	٤٧
					لا يمكنني زيارة أصدقائي وقتما أشاء	٤٨
					يتخلى أفراد الأسرة عن كثير من الضروريات بسبب وجود طفل معوق بها	٤٩
					أتجنب الحديث مع الآخرين عن ابني المعوق	٥٠
					أشعر حياناً بالحرج والإرتباك بسبب ابني المعوق	٥١
					أعتقد أن ابني سوف يمثل مشكلة دائمة للأسرة	٥٢

					أشعر بالحزن الشديد عندما أفكر في حالة ابني	٥٣
					أشعر بالقلق والضيق حينما أفكر في مصير ابني عندما يكبر	٥٤
					أشعر بالإحباط حينما أدرك أن ابني لن يعيش حياة طبيعية مطلقاً	٥٥
					أحرص على توفير الحماية الزائدة لابني	٥٦
					يؤلمني الشعور بأن ابني سيقضي كل حياته معوقاً	٥٧
					أشعر بالإحباط وخيبة الأمل تجاه أسلوب حياة ابني المعوق	٥٨
					أشعر بأن إمكانيات ابني محدودة بحيث لا يتمكن من أداء مهام الحياة اليومية	٥٩
					أعتقد أن أسرة الطفل المعوق تؤدي مهاماً تفوق المهام التي تقوم بها الأسرة العادية	٦٠
					أشعر بالقلق عندما أقصر في رعاية ابني	٦١
					أشعر أن إنجازات ابني أقل بكثير مما هو متوقع منه	٦٢
					أتمنى لو كان وجود ابني المعوق مجرد حلم مزعج سوف أفيق منه	٦٣
					أشعر بالأسى من الصورة المشوهة التي تقدمها وسائل الإعلام عن المعوقين	٦٤
					ينزعج ابني عندما يشعر بعدم إهتمامي به	٦٥
					لا يستطيع ابني الإعتماد على نفسه في إرتداء ملابسه	٦٦
					لا يستطيع ابني إستخدام الحمام بنفسه	٦٧
					يجد ابني صعوبة في التعرف على عنوان المنزل	٦٨

					لا يستطيع ابني المشاركة في الألعاب الرياضية	٦٩
					لايستطيع ابني التحكم في حركته أثناء المشي ويتعرض للسقوط	٧٠
					لا يستطيع ابني المشي بدون مساعدة	٧١
					يصعب على ابني تعلم المهارات البسيطة	٧٢
					يزعجني أن ابني لا يستطيع المحافظة على نظافته	٧٣
					يقلقني أن متطلبات رعاية ابني المعوق تفوق كثيراً قدراتي المادية	٧٤
					أشعر أن الناس لا يراعون مشاعر أسرة الطفل المعوق	٧٥
					أشعر أنني تخليت عن الكثير من الأشياء التي طالما تمنيتها بسبب ابني المعوق	٧٦
					متطلبات رعاية ابني ككثيرة ومرهقة بالنسبة لنا	٧٧
					يصعب على أسرة الطفل المعوق وضع خطط للمستقبل	٧٨
					يؤلمني عدم توافر الدعم المناسب لأسرة الطفل المعوق	٧٩
					يزعجني أن ابني عدواني بصورة لا تطاق	٨٠