

عمادة الدراسات العليا
جامعة القدس



استراتيجيات التأقلم لدى أهالي الأطفال المعاقين و علاقته بالقلق و الاكتئاب
في المنطقة الوسطى- غزة.

هند سليمان سالم أبو عيادة

رسالة ماجستير

القدس- فلسطين

2008م- 1429

استراتيجيات التأقلم لدى أهالي الأطفال المعاقين و علاقته بالقلق و الاكتئاب
في المنطقة الوسطى- قطاع غزة.

إعداد

هند سليمان سالم أبو عيادة
بكالوريوس علم اجتماع من جامعة بيرزيت

المشرف

د . عبد العزيز موسى ثابت . أستاذ مشارك الطب النفسي جامعة القدس

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات درجة الماجستير في الصحة
النفسية المجتمعية – كلية الصحة العامة

جامعة القدس

1429 / 2008



عمادة الدراسات العليا
جامعة القدس
كلية الصحة العامة
الصحة النفسية المجتمعية

استراتيجيات التأقلم لدى أهالي الأطفال المعاقين و علاقته بالقلق و
الاكتئاب في المنطقة الوسطى- قطاع غزة

اسم الطالب/ هند سليمان سالم أبو عيادة

الرقم الجامعي: 20511515

المشرف: د. عبد العزيز موسى ثابت

نوقشت هذه الرسالة و اجيزت بتاريخ: 2008/5/26م

من لجنة المناقشة المدرجة أسماؤهم و تواريخهم:

- 1- د. عبد العزيز ثابت . رئيس لجنة المناقشة التوقيع.....
- 2- د. بسام أبو حمد . ممتحنا داخليا التوقيع.....
- 3- د. أحمد أبو طواحينة . ممتحنا خارجيا التوقيع.....

القدس – فلسطين

2008

إهداء

إهداء خاص.....إلى

والدتي الغالية

إلى روح والدي رحمه الله

إلى خالتي و إخوتي جميعا

إلى زوجي العزيز تقديرا و

احتراما

إلى أصدقائي و زملائي و أساتذتي

إلى كل من أحبني و دعمني

إلى أهالي الأطفال المعاقين

هند سليمان أبوعيادة

إقرار

أقر أنا مقدمة الرسالة أنها قدمت لجامعة القدس لنيل درجة الماجستير ، و أنها نتيجة أبحاثي الخاصة ، باستثناء ما تم الإشارة له حيثما ورد ، و أن هذه الرسالة أو أي جزء منها لم يقدم لنيل أي درجة عليا لأي جامعة أو معهد.

التوقيع.....

الباحثة/ هند سليمان سالم أبو عيادة

التاريخ/

شكر و عرفان

الحمد لله رب العالمين، و الصلاة و السلام على خير المرسلين سيدنا محمد ، و على آله وصحبه أجمعين، الحمد لله الذي وفقني على أن أنجز هذا البحث بهذه الصورة، ولم يكن كذلك لولا من أكرموني بفضل علمهم، لذلك أتقدم بجزيل الشكر و الاحترام إلى كلية الصحة العامة ممثلة في إدارتها و طاقمها المحترمين لإتاحة هذه الفرصة لي لإكمال دراستي في برنامج الدراسات العليا. حيث أتوجه بالشكر العميق إلى الدكتور/ **عبد العزيز ثابت** المشرف على هذه الرسالة و لم يتوان أبدا في تقديم يد العون و المساعدة لانجاز هذا البحث. و أتقدم بجزيل الشكر و العرفان إلى الدكتور / **أحمد أبو طواحينة** الذي شرفني بقبوله ممتحنا خارجيا لي، كما أتقدم بجزيل الشكر و الاحترام إلى الدكتور / **بسام أبو حمد** الذي شرفني بكونه ممتحنا داخليا. و أتقدم بجزيل الشكر و التقدير إلى كل من ساندني من زملائي طوال فترة دراستي كما أتقدم بجزيل الشكر و الامتنان لطاقم **الجمعية الوطنية لتأهيل المعاقين** الذين كان لهم دور كبير في مساعدتي للوصول إلى العينة مجال البحث. و أخيرا أتقدم بجزيل الشكر و التقدير لزوجي الذي ساعدني و دعمني لكي يكتمل هذا البحث. فإلى كل هؤلاء أتقدم بجزيل الشكر و الاحترام.

الباحثة

هند سليمان أبو عيادة

ملخص

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على استراتيجيات التأقلم المستخدمة بين أهالي الأطفال المعاقين و علاقتها بالقلق و الاكتئاب في المنطقة الوسطى- قطاع غزة، في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية مثل الجنس، التعليم، السكن ، الدخل الشهري، عدد أفراد الأسرة و نوع الإعاقة .

واشتملت العينة على (306) والد ووالدة بواقع (151) أب و (155) أم و تم اختيارهم بطريقة قصديه غير عشوائية، و تم استخدام مقياس استراتيجيات التأقلم، مقياس تايلور للقلق، و اختبار بيك للاكتئاب و أوضحت النتائج أن إستراتيجيات إعادة التقييم تحتل المرتبة الأولى في الاستخدام من قبل أهالي الأطفال المعاقين، يليها الانتماء ، التحكم بالنفس، التخطيط لحل المشكلات و في المرتبة الخامسة يأتي التفكير بالتمني و التجنب، يليها تحمل المسؤولية، و جاءت إستراتيجية الارتباك و الهروب في المرحلة الأخيرة، كما وتبين وجود فروق دالة إحصائية بين مجموعتي الآباء و الأمهات من أهالي الأطفال المعاقين في إستراتيجيات الارتباك و الهروب لصالح الآباء. كما و توجد فروق في استخدام إستراتيجيات إعادة التقييم و التحكم بالنفس تعزى لعدد أبناء الأسرة، و الدخل الشهري، المستوى التعليمي، نوع السكن و نوع الإعاقة. كما تبين عدم وجود فروق دالة إحصائية بين مجموعتي الآباء و الأمهات من أهالي الأطفال المعاقين في القلق و الاكتئاب. و توجد فروق دالة إحصائية في مستوى القلق تعزى لعدد الأبناء، المستوى التعليمي للآباء و الأمهات ، و توجد فروق دالة إحصائية في القلق و الاكتئاب تعزى للدخل الشهري ، و لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى القلق و الاكتئاب تعزى لنوع السكن، و نوع الإعاقة.

توجد علاقة ارتباطيه بين القلق و استراتيجيات التأقلم(التفكير بالتمني و التجنب، الانتماء، و الارتباك و الهروب) كما توجد علاقة ارتباطيه بين الاكتئاب و استراتيجيات التأقلم (التفكير بالتمني و التجنب، إعادة التقييم و الارتباك و الهروب).

ABSTRACT

The aim of study was to identify the most common used coping strategies among disabled parents who have disabled children, and relation with depression and anxiety in light of some demographical variables. The researcher used intentional sample consist of (306) parents-(151) fathers and (155) mothers .Researcher used the following tools, Demographic variables list, coping strategies , Beck's Depression scale and Taylor's anxiety scale

The main Ruselt of The Study: Reappraisal was the first coping strategies used by parents of disabled children followed by planning for problem solving and self control , but the lowest used strategies was Distraction &Escape. There were statistical differences between fathers and mothers in using coping strategies .There were statistical differences in using coping strategies – Reappraisal and self control attributed to monthly income, level of education, type of residence and kind of disability.

There were no statistical differences in Anxiety and Depression among parents of disabled children. There were statistical differences in anxiety attributed to number of children and level

of education for parents. And there were statistical differences in depression and anxiety attributed to monthly income. And there were no statistical differences in Depression &Anxiety attributed to type of residence and kind of disability.

There were relation between Anxiety and coping strategies(Avoidance& Hope thinking , Affiliation and Distraction & Escape).

And there were relation between Depression &coping strategies(Avoidance& Hope Thinking , Reappraisal And Distraction & Escape).

| الصفحة | الموضوع | |
|--|----------------------------------|--------------|
| | • البيان | |
| | • شكر و عرفان | |
| | • ملخص الدراسة باللغة العربية | |
| | • ملخص الدراسة باللغة الانجليزية | |
| | • فهرس المحتويات | |
| | • قائمة الجداول | |
| | • قائمة الملاحق | |
| الفصل الأول : المقدمة | | الرقم |
| 2 | خلفية البحث | 1.1 |
| 4 | مشكلة البحث | 1.2 |
| 5 | مبررات البحث | 1.3 |
| 6 | أهداف البحث | 1.4 |
| 6 | أسئلة البحث | 1.5 |
| 7 | حدود البحث | 1.6 |
| 7 | تعريف مصطلحات البحث | 1.7 |
| 11 | استعراض عام لفصول الدراسة | 1.8 |
| الفصل الثاني : استعراض الأدبيات | | |
| 14 | النظريات المتعلقة بالبحث | 2.2 |
| 24 | مراجعة الأبحاث المتعلقة بالبحث | 2.3 |
| 42 | الخلاصة | 2.4 |
| الفصل الثالث : الإطار المفاهيمي | | |
| 45 | الإعاقة | 3.1 |
| 45 | الإعاقة عالميا | 3.1.2 |
| 47 | تعريف الإعاقة | 3.1.3 |
| 48 | أنواع الإعاقة | 3.1.4 |
| 49 | أسباب الإعاقة | 3.1.5 |
| 51 | القلق | 3.2 |
| 51 | تعريف القلق | 3.2.1 |
| 51 | عوامل المراضة لاضطرابات القلق | 3.2.2 |
| 52 | أسباب القلق | 3.2.3 |
| 53 | الأعراض النفسية للقلق | 3.2.4 |
| 54 | الاكتئاب | 3.3 |
| 54 | تعريف الاكتئاب | 3.3.2 |
| 54 | تعريف الاكتئاب | 3.3.3 |
| 55 | نسبة انتشار الاكتئاب | 3.3.4 |
| 56 | أسباب الاكتئاب | 3.3.5 |
| 59 | تصنيف الاكتئاب | 3.3.6 |
| 60 | التأقلم و استراتيجياته | 3.4 |
| 60 | التأقلم والتوافق | 3.4.1 |
| 61 | التأقلم والضغط | 3.4.2 |
| 61 | تعريف التأقلم | 3.4.3 |
| 63 | أشكال التأقلم | 3.4.4 |

| | | |
|---|--|-------|
| 64 | المناهج النظرية للتأقلم | 3.4.5 |
| 65 | وظائف التأقلم الكبرى | 3.4.6 |
| 66 | العوامل المؤثرة في إدراك الضغوط و التأقلم معها | 3.4.7 |
| 68 | عوامل اختلاف الاستجابات للضغوط و التأقلم معها | 3.4.8 |
| الفصل الرابع : الأساليب | | |
| 72 | مقدمة | 4.1 |
| 72 | تصميم البحث | 4.2 |
| 73 | مجتمع و عينة البحث | 4.3 |
| 73 | المكان المحدد للبحث | 4.4 |
| 74 | الاعتبارات الأخلاقية | 4.5 |
| 74 | أدوات البحث | 4.6 |
| 78 | طريقة جمع البيانات و تحليل البيانات | 4.7 |
| 79 | الخلاصة | 4.8 |
| الفصل الخامس : النتائج | | |
| 82 | مقدمة | 5.1 |
| 82 | عرض النتائج | 5.2 |
| 114 | الخلاصة | 5.3 |
| الفصل السادس : الاستنتاجات و التضمنيات | | |
| 116 | مقدمة | 6.1 |
| 116 | النتائج الرئيسية | 6.2 |
| 120 | استنتاجات حول مشكلة البحث | 6.3 |
| 127 | التضمنيات | 6.4 |
| 128 | توصيات لمزيد من البحث | 6.5 |
| المراجع | | |
| 130 | أولا : المراجع العربية | |
| 136 | ثانيا المراجع الانجليزية | |
| 144 | الملاحق | |

| الصفحة | الموضوع | الجدول |
|--------|--|--------|
| 82 | توزيع أفراد العينة حسب الجنس | 1 |
| 83 | توزيع أفراد العينة حسب عدد الأبناء في الأسرة | 2 |
| 83 | توزيع أفراد العينة حسب تعليم الأب | 3 |
| 84 | توزيع أفراد العينة حسب تعليم الأم | 4 |
| 84 | توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري | 5 |
| 85 | توزيع أفراد العينة حسب نوع السكن | 6 |
| 85 | توزيع أفراد العينة حسب نوع الإعاقة | 7 |
| 86 | المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية و الأوزان النسبية لاستراتيجيات التأقلم | 8 |
| 87 | اختبار (ت) للفروق في استخدام استراتيجيات التأقلم حسب الجنس | 9 |
| 88 | تحليل التباين الأحادي (ف) للفروق بين متوسطات درجات استراتيجيات التأقلم لأفراد العينة حسب مجموعات عدد الأبناء | 10 |
| 89 | المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة على مقياس استراتيجيات التأقلم حسب متغير عدد الأبناء | 11 |
| 91 | تحليل التباين الأحادي (ف) للفروق بين متوسطات درجات استراتيجيات التأقلم لأفراد العينة حسب مجموعات المستويات التعليمية للأباء | 12 |
| 92 | المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة على مقياس استراتيجيات التأقلم حسب متغير المستوى التعليمي للأباء | 13 |
| 93 | تحليل التباين الأحادي (ف) للفروق بين متوسطات درجات استراتيجيات التأقلم لأفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي للأمهات | 14 |
| 95 | المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة على مقياس استراتيجيات التأقلم حسب متغير المستوى التعليمي للأمهات | 15 |
| 96 | تحليل التباين الأحادي (ف) للفروق بين متوسطات درجات استراتيجيات التأقلم لأفراد العينة حسب متغير الدخل الشهري للأسرة | 16 |
| 98 | المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة على مقياس استراتيجيات التأقلم حسب الدخل الشهري للأسرة | 17 |
| 99 | تحليل التباين الأحادي (ف) للفروق بين متوسطات درجات استراتيجيات التأقلم لأفراد العينة حسب متغير نوع السكن | 18 |
| 100 | المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة على مقياس استراتيجيات التأقلم حسب نوع السكن | 19 |
| 101 | اختبار (ت) للفروق في استخدام استراتيجيات التأقلم حسب نوع الإعاقة | 20 |
| 102 | مدى انتشار الاكتئاب لدى أفراد العينة | 21 |
| 102 | المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية و الأوزان النسبية ل فقرات الاكتئاب | 22 |
| 103 | مدى انتشار القلق لدى أفراد العينة | 23 |
| 104 | اختبار (ت) للفروق في استخدام القلق و الاكتئاب حسب جنس الأهل | 24 |
| 105 | تحليل التباين الأحادي (ف) للفروق بين متوسطات درجات القلق و الاكتئاب لأفراد العينة حسب مجموعات عدد الأبناء | 25 |
| 105 | المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة على مقياسي القلق و الاكتئاب حسب متغير عدد الأبناء | 26 |
| 106 | تحليل التباين الأحادي (ف) للفروق بين متوسطات درجات القلق و الاكتئاب لأفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي للأباء | 27 |
| 107 | المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة على مقياسي القلق و الاكتئاب | 28 |

| | | |
|-----|--|----|
| | حسب متغير المستوى التعليمي للآباء | |
| 108 | تحليل التباين الأحادي (ف) للفروق بين متوسطات درجات القلق و الاكتئاب لأفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي للأمهات | 29 |
| 108 | المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة على مقياسي القلق و الاكتئاب حسب متغير المستوى التعليمي للأمهات | 30 |
| 109 | تحليل التباين الأحادي (ف) لدرجات أفراد العينة على مقياسي القلق و الاكتئاب حسب متغير الدخل الشهري للأسرة | 31 |
| 110 | المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة على مقياسي القلق و الاكتئاب حسب الدخل الشهري للأسرة | 32 |
| 11 | تحليل التباين الأحادي (ف) لدرجات أفراد العينة على مقياسي القلق و الاكتئاب حسب متغير نوع السكن | 33 |
| 112 | اختبار (ت) للفروق في استخدام القلق و الاكتئاب حسب نوع الإعاقة | 34 |
| 112 | الارتباطات بين استراتيجيات التأقلم و القلق و الاكتئاب لأهالي الأطفال المعاقين | 35 |

قائمة الملاحق

| الصفحة | الموضوع | الملحق |
|--------|--|--------|
| 157 | موافقة أهالي الأطفال المعاقين على المشاركة في البحث | 1 |
| 158 | استمارة المعلومات الديموغرافية | 2 |
| 159 | مقياس استراتيجيات التأقلم | 3 |
| 161 | مقياس تايلور للقلق | 4 |
| 163 | مقياس بيك للاكتئاب | 5 |
| 166 | الصيغة التشخيصية لأعراض الاكتئاب | 6 |
| 167 | الصيغة التشخيصية لأعراض القلق | 7 |
| 168 | موافقة لجنة هلسنكي | 8 |
| 169 | موافقة الجمعية الوطنية لتأهيل المعاقين على تطبيق الاستبيان | 9 |

الفصل الأول

المقدمة

| | |
|---------------------------|-----|
| خلفية البحث | 1.1 |
| مشكلة البحث | 1.2 |
| مبررات البحث | 1.3 |
| أهداف البحث | 1.4 |
| أسئلة البحث | 1.5 |
| حدود البحث | 1.6 |
| مصطلحات البحث | 1.7 |
| استعراض عام لفصول الدراسة | 1.8 |

الفصل الأول

المقدمة

1.1 خلفية البحث

تتميز مشكلة الإعاقة والمعاقين بخصوصية هامة في المجتمع الفلسطيني وذلك للوضع الاستثنائي الذي يعيشه المجتمع الفلسطيني.

حيث يعتبر مستوى نسبة الإعاقة في فلسطين من أعلى مستويات الإعاقة في العالم حيث تبلغ النسبة 2.5% إلى 4% وذلك ناتج عن الظروف البالغة الصعوبة التي يمر الشعب الفلسطيني كنتيجة للحرب و الاحتلال الإسرائيلي للأرض الفلسطينية منذ عدة عقود. (وزارة الصحة، 2004).

وحيث كان للانتفاضة الأولى عام 1987 و التي استمرت سبع سنوات و انتفاضة الأقصى 2000 و التي مازالت مستمرة سببا رئيسيا في تزايد عدد الإعاقات كنتيجة للممارسات الوحشية للجيش الإسرائيلي الذي يستخدم أحدث الأسلحة حتى المحرمة دوليا في مواجهة المواطنين العزل و التي تصيب الرأس و العمود الفقري و الأطراف بقصد متعمد إما للقتل أو للإعاقة الدائمة.

هذا بالإضافة إلى عوامل أخرى مثل الوراثة و الزواج المبكر و زواج الأقارب و ازدحام السكان و عوامل البيئة و سوء التغذية، كل هذه الأسباب مجتمعة تؤدي إلى زيادة نسبة المعاقين في صفوف الشعب الفلسطيني.

يصل عدد المعاقين في كل من الضفة الغربية و قطاع غزة إلى 46.063 نسمة حيث تبلغ عدد الحالات في قطاع غزة 16.214 أي بنسبة 1.6% (وزارة الصحة، 2004)

أما عن المنطقة الوسطى يوجد هناك (7373) حالة إعاقة بحسب (الجمعية الوطنية لتأهيل المعاقين، 2005) و حيث انه هناك أربع مؤسسات تعنى بالمعاقين و لكن تعتبر (الجمعية الوطنية لتأهيل المعاقين) هي الأهم في المنطقة الوسطى.

لذا نتيجة لكبر حجم هذه الفئة رأينا أنها تستحق الدراسة و حيث أن هذه الفئة تحتاج لمن يساعدها في تدبير وسائل عيشها اليومية ، وفي مجتمعنا الفلسطيني يقع العبء الأكبر من المسؤولية على الوالدين و حيث أن الأبوة و الأمومة هي من أكثر الأدوار تحديا التي يواجهها الرجل و المرأة في حياتهما، فتربية الأطفال هي عملية ضاغطة عبر جميع المراحل ، فكون الوالدين لديهم طفل معاق داخل الأسرة فهذا يؤثر على كل أفراد العائلة و على علاقاتهم الداخلية و الخارجية، و نجد أن هناك عائلات تتكيف مع الموقف جيدا و تكون قادرة على إكمال حياتها بشكل طبيعي و هناك عائلات لا تستطيع التكيف و تكون في مرحلة ضغط و تغير كبير(ثومبازون، 2000) حيث أن الوالدين الذين لديهم طفل معاق سجلوا أعلى نسبة من المتطلبات النفسية و العاطفية و الجسدية و المالية.

ففي دراسة (Mcconkey et al,2008)

الدراسة بعنوان أثر تربية طفل ذو إعاقة عقلية على الأمهات : دراسة عبر الثقافات، حيث هدفت الدراسة للتعرف على استراتيجيات التأقلم المستخدمة من قبل الأمهات و الدعم الرسمي المتاح لهن، و ذلك من خلال ثلاث ثقافات مختلفة و هي (الاييرلندية- التايوانية – الأردنية) . و أشارت النتائج أن الأمهات يعانين من مستوى عال من النقص في مستوى الصحة النفسية لديهن مرتبط باستخدام استراتيجيات تكيف سلبية مثل الإنكار، التجنب و علاقات اجتماعية قليلة، و أن هناك علاقة واضحة تلعب دورا رئيسيا في استخدام استراتيجيات تأقلم سلبية مرتبط بالمشاكل السلوكية لدى أطفالهن . و هذه النتائج تنطبق على الثلاث ثقافات.

دراسة(Twoy et al,2007)

الدراسة بعنوان استراتيجيات التأقلم المستخدمة من الآباء الذين لديهم أطفال يعانون من مرض التوحد.

هدفت هذه الدراسة الوصفية إلى تحديد مستوى التكيف عند الآباء و علاقة أساليب التكيف بالمتغيرات الديموغرافية، أظهرت النتائج و جود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التكيف عند الآباء أعلى من الأمهات. وفي المقارنة بالاختلافات العرقية أظهر الأمريكيان الآسيويين نسبة تكيف من القوقازيين الذين يميلون لأساليب تكيف سلبية. ظهرت فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمستوى التعليم، الدخل، مكان الإقامة، الحالة الاجتماعية

وفي دراسة أخرى ل (Taani et al, 2002) عن التأقلم لدى الوالدين الذين لديهم

أطفال ذو إعاقات جسدية أو عقلية.

حيث هدفت الدراسة لتوضيح آلية التأقلم لدى العائلات الذين لديهم أطفال يعانون من إعاقات عقلية و جسدية، ما هو نوع استراتيجيات التأقلم؟. أظهرت النتائج أن المعلومات و التقبل و التعاون العائلي الجيد و الدعم الاجتماعي لها علاقة باستراتيجيات التأقلم التي تستخدم بشكل كبير و متكرر، حيث نصف العائلات وجدت طرق ناجحة للتكيف ، بينما النصف الآخر يواجه مشاكل أساسية،و حيث هناك خمس ميادين أو حقول أساسية و حيث أن التكيف العالي أو المنخفض يختلف بمعظمه من شخص لآخر(1)التجربة الأولية للوالدين (2)السمات الشخصية (3)تأثير إعاقة الطفل على حياة العائلة (4)أداء الحياة اليومي (5)الدعم الاجتماعي .

1.2 مشكلة البحث

و حيث أن مشكلة الإعاقة تمثل هذا الحجم في مجتمعنا و تعتبر مشكلة كبيرة تؤثر في الوضع الاقتصادي و الاجتماعي في فلسطين، و خاصة في المرحلة الحالية في ظل وجود الاحتلال و في ظل توقع تزايد عدد المعاقين في فلسطين، و حيث أن تأثير مشكلة الإعاقة على الوالدين لم يتم دراستها من قبل، من هنا نشأت فكرة موضوع الدراسة استراتيجيات التأقلم لدى أهالي الأطفال المعاقين و علاقته بالقلق و الاكتئاب في المنطقة الوسطى في قطاع غزة . و ذلك للتعرف على هذه المشكلة لدى الأهل و كيفية التغلب عليها باستخدام استراتيجيات التأقلم المستخدمة .

1.3 مبررات البحث :

حيث أن مشكلة الإعاقة و المعاقين لها خصوصية هامة جدا ، نظرا للظروف الاستثنائية التي يمر بها الشعب الفلسطيني.

وبسبب النسبة العالية للمعاقين ولتي تتراوح ما بين 2.5% إلى 4% نسمة بحسب (وزارة الصحة ، 2004) و نتيجة للزيادة المستمرة في الخمس سنوات الأخيرة نتيجة (لانتفاضة الأقصى) و التي بدأت في (سبتمبر 2000).

و حيث مما لا شك فيه أن هناك نقص في الدراسات المحلية التي أجريت على المعاقين و بالأخص التي تعنى بذويهم فسوف تكون هذه الدراسة مشاركة و مساهمة بسيطة في تغطية النقص الحاد في الدراسات المحلية حول هذا الموضوع حول مشاكل أهالي المعاقين على الرغم من أهميتها، وبالإضافة إلى ذلك أيضا أن نتائج هذه الدراسة من الممكن أن تساهم في منح المهتمين بهذا المجال الفائدة التي تساعدهم في عمل برامج تطبيقية لأهالي المعاقين في كيفية ممارسة استراتيجيات تأقلم ايجابية لكي يستطيعوا مواجهة ضغوطات الحياة.

أما على المستوى العملي للباحثة و المرشدة النفسية في جمعية لتأهيل المعاقين فقد لاحظت وجود العديد من المشاكل لدى أهالي المعاقين التي من الممكن أن تكون عائدة لاستخدام وسائل و استراتيجيات تكيف سلبية تآثر على وضعهم النفسي و الاجتماعي داخل المجتمع و في علاقاتهم مع الآخرين. و لذلك فوجود هذه العوامل مجتمعة أدت لأن تكون فئة الدراسة في هذا البحث هي أهالي الأطفال المعاقين.

1.4 أهداف البحث:

الهدف العام:

تهدف هذه الدراسة التعرف على استراتيجيات التأقلم لدى أهالي الأطفال المعاقين و علاقتها بالقلق و الاكتئاب لدى الوالدين في المنطقة الوسطى في قطاع غزة.

الأهداف الخاصة:

- 1 - التعرف على استراتيجيات التأقلم لدى أهالي الأطفال المعاقين .
- 2 - التعرف على العلاقة بين أنواع استراتيجيات التأقلم المستخدمة من قبل آباء الأطفال المعاقين و نوع الإعاقة لدى الأبناء.
- 3 - التعرف على العلاقة بين استراتيجيات التأقلم من قبل آباء الأطفال المعاقين و المتغيرات الديموغرافية .
- 4 - التعرف على مستوى القلق و الاكتئاب و الفروق بين الآباء و الأمهات .
- 5 - التعرف على العلاقة بين القلق و الاكتئاب و المتغيرات الديموغرافية .
- 6 - التعرف على العلاقة بين نوع الإعاقة لدى الأبناء و القلق و الاكتئاب .
- 7 - التعرف على العلاقة ما بين استراتيجيات التأقلم و القلق و الاكتئاب .

1.5 أسئلة البحث:

1. هل يوجد علاقة بين نوع استراتيجيات التأقلم ونوع الإعاقة لدى الأبناء ؟
2. ما هي أنواع استراتيجيات التأقلم لدى آباء و أمهات الأطفال المعاقين؟
3. هل هناك علاقة بين استراتيجيات التأقلم لدى آباء الأطفال المعاقين و المتغيرات الديموغرافية؟
4. هل هناك فروق في مستوى القلق و الاكتئاب بين الآباء و الأمهات ؟
5. هل هناك علاقة بين نوع الإعاقة لدى الأبناء و مستوى القلق و الاكتئاب بين الوالدين؟
6. هل هناك علاقة بين القلق و الاكتئاب لدى آباء الأطفال المعاقين و المتغيرات الديموغرافية؟
7. هل هناك علاقة بين استراتيجيات التأقلم و القلق و الاكتئاب؟

1.6 حدود البحث:

يقتصر البحث الحالي عن الكشف عن استراتيجيات التأقلم المستخدمة لدى أهالي الأطفال المعاقين و علاقته بالقلق و الاكتئاب في المنطقة الوسطى في قطاع غزة ،حيث ستتضمن أهالي الأطفال المعاقين عقليا و حركيا المسجلين لدى (الجمعية الوطنية لتأهيل المعاقين) من سن (0-18) عام و ذلك عام 2008.

1.7 تعريف مصطلحات البحث:

- 1 - **التأقلم** : أساليب معرفية و سلوكية يستخدمها الفرد لمواجهة الجوانب المادية و الانفعالية للتوتر (Lazarus& Folkman, 1984).
- 2 - **استراتيجيات التأقلم**: هي استجابات سلوكية أو انفعالية متعلم ،قصديه و هادفة لمواجهة الضغوط و التكيف معها أو تغييرها (Turner,1984).
- 3 - **الاكتئاب** : يعرف الاكتئاب على أنه حالة من الحزن الشديد و المستمر ينتج عن الظروف المحزنة و الأليمة و تعبر عن شيء مفقود ، و أن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه(زهران1997، 415)
- 4 - **القلق** : استجابة الفرد لمشاعر من القلق الانزعاج و عدم الراحة ينسب لخطر ما نتيجة لنوازع داخلية لا يعرف الشخص مصدرها قد تكون مصادرها داخلية أو خارجية. (DSM-111).
- 5 - **الإعاقة** : تعرف الإعاقة على أنها عدم تمكن الفرد من الحصول على الاكتفاء الذاتي و جعله في حاجة مستمرة إلى إعانة الآخرين و بالتالي إلى تربية خاصة (أبو مصطفى، 2000).
و تعرف الجمعية العامة للأمم المتحدة ال م عاق بأنه "أي شخص عاجز عن أن يؤمن بنفسه،بصورة كلية أو جزئية ضرورات حياته الفردية و الاجتماعية، بسبب قصور خلقي أو غير خلقي في قدراته الجسمانية أو العقلية أو الحسية(الإعلان الخاص بحقوق المعاقين،1993)

أنواع الإعاقات:

- التخلف العقلي البسيط
- التخلف العقلي الشديد
- إعاقه تخاطب جزئية
- أعاقه حركية
- صم
- كف البصر
- صعوبات التعلم
- ضعف السمع
- المشكلات الصحية الخاصة والصرع
- إعاقه تخاطب كلية

المراكز و الجمعيات التي تعنى بالمعاقين في المنطقة الوسطى:

1. جمعية التأهيل و التدريب الاجتماعي – النصيرات: حيث تقدم هذه الجمعية خدماتها للأطفال المعاقين سمعيا ، الأطفال الذين يعانون من الشلل الدماغي، و يوجد بها أيضا وحدة التأهيل المهني و مركز تعزيز قدرات الطفل و يستفيد من هذه الجمعية 332 معاقا منهم 205 ذكور و 117 أنثى. (وكالة الغوث: 2006)
2. جمعية المغازي للتأهيل المجتمعي: تقوم هذه الجمعية على تقديم خدمات للأفراد المعاقين من خلال ورش عمل ، أدوات الطبية برنامج محو أمية للكبار و الصغار ، و أيضا من خلال برنامج توعية و تدريب مجتمعي، و يستفيد من هذه الجمعية حوالي 210 معاقا منهم 117 ذكور و 93 إناث.
3. جمعية دير البلح لتأهيل المعاقين: تقوم هذه الجمعية على خدمة ما يقارب 488 شخصا معاقا منهم 294 ذكرا و 194 أنثى، و ذلك من خلال عدة برامج كتعليم الأطفال المعاقين سمعيا، تأهيل

مهني للفتيات و البرنامج الخارجي و برنامج إعارة الأجهزة الطبية التعويضية للمساعدة، مركز العلاج الطبيعي و التأهيل الطبي.(وكالة الغوث:2006).

هذه تقريبا هي المؤسسات و الجمعيات التي تعنى بالمعاقين في المنطقة الوسطى، حيث أن كل جمعية تعنى بالمعاقين الذين تابعين لها في نفس المخيم مع وجود عدد قليل من المستفيدين من المخيمات المجاورة و ذلك لصعوبة الوضع الاقتصادي غالبا الذي يمنع الأشخاص إلى مراكز تقديم الخدمات، و هذا ما يميز (الجمعية الوطنية لتأهيل المعاقين) حيث أن موظفيها موجودون في جميع المخيمات و يقوموا بزيارات دورية للأهالي للتواصل و تقديم الخدمات التي سبق التحدث عنها لاحقا من خلال نبذة تاريخية عن الجمعية ، لذا فوجود هذه الأسباب مجتمعة تم اختيار الجمعية الوطنية لتأهيل المعاقين.

نبذة تاريخية عن الجمعية الوطنية لتأهيل المعاقين:

جمعية أهلية خيرية تأسست عام 1990 تتبنى منذ تأسيسها برنامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي C.B.R و الذي يهدف إلى تحسين الظروف المعيشية و الحياتية للأشخاص المعوقين من خلال برامج التأهيل المختلفة، و الذي هو إستراتيجية تدرج في إطار تنمية المجتمع المحلي و تهدف إلى تحقيق التأهيل و التكافؤ في الفرص و الاندماج الاجتماعي لجميع الأشخاص المعوقين . و حيث تعمل الجمعية على (30000) حالة بحسب آخر إحصائية لهم في (سبتمبر، 2007) في قطاع غزة ، ويتم التعامل مع جميع أنواع الإعاقات و بجميع درجاتها ما بين بسيطة ، متوسطة و شديدة.

أهداف التأهيل المبني على المجتمع المحلي(C.B.R)

- ضمان قدرة الأشخاص المعوقين إلى الوصول بإمكانيتهم البدنية و العقلية و النفسية إلى مستواها الأقصى و الانتفاع من الخدمات و الفرص العادية في المجتمع
- تحقيق الاندماج الاجتماعي الايجابي للأشخاص المعوقين في مجتمعاتهم في القطاعات كافة من مدارس و رياض أطفال وورش مهنية.

• رفع الوعي الاجتماعي فيما يتعلق بشؤون و قضايا الإعاقة و ذلك بهدف توفير الأجواء الاجتماعية الملائمة لتغيير نظرة المجتمع و سلوكه السلبيين اتجاه الأشخاص المعوقين و أسرهم.

• العمل على الإقلال من حدوث الإعاقة من خلال أنشطة الرعاية الصحية الأولية و برامج التوعية المجتمعية المختلفة.

• تشجيع روح العمل التطوعي للوصول للمشاركة المجتمعية الحقيقية في عملية التأهيل من خلال لجان محلية فاعلة.

• دعم و مؤازرة الأشخاص المعوقين في تنظيم أنفسهم و مجتمعاتهم للدفاع عن حقوقهم و الحفاظ عليها.

نشاطات الجمعية:-

1. إعداد خطة تأهيل فردية للأشخاص المعوقين من خلال برنامج الزيارات المنزلية.
2. إجراء التكييف المنزلية و البيئية لمنازل الأشخاص و كذلك الأماكن العامة في لمجتمع المحلي.
3. تصميم و صناعة الأدوات المساعدة البسيطة بمراد محلية رخيصة و متوفرة.
4. إجراء مسح ميداني شامل من منزل لمنزل لحصر حالات المعوقين و تحديد مشكلاتهم و احتياجاتهم.
5. دمج الأشخاص المعوقين في رياض الأطفال و المدارس و الورش العامة و متابعتهم.

1.8 استعراض عام لفصول الدراسة:

سوف تشتمل هذه الدراسة على ستة فصول ، ابتداء من الفصل الأول الذي يتناول خلفية عن موضوع البحث و مشكلته و أهميته و أهدافه و مصطلحاته ، و سوف يتناول الفصل الثاني استعراضا للأدبيات و الدراسات السابقة التي استطاع الباحث جمعها من العديد من المجالات المحكمة و الدراسات و الرسائل العلمية، أما الفصل الثالث فسيشتمل على الاستعراض النظري لمتغيرات البحث كل على حدة و هي استراتيجيات التكيف و علاقتها بالقلق و الاكتئاب .

و سيتناول الفصل الرابع الأساليب و المنهجية التي اتبعها الباحث في إجراءات البحث من حيث حجم العينة و الأدوات المستخدمة، العينة الكلية و جمع البيانات و الأساليب الإحصائية التي استخدمها الباحث في تحليل المعلومات ، وفي الفصل الخامس سيتم استعراض الجداول التي تبين نتائج البحث مرتبة حسب ترتيبات الفرضيات الأساسية. أما الفصل السادس و الأخير سيخصص لاستعراض النتائج الرئيسية و الاستنتاجات التي توصلت لها الدراسة حول مشكلة البحث و انتهت بالتوصيات.

الفصل الثاني

استعراض أدبيات البحث

| | |
|--------------------------|-----|
| المقدمة | 2.1 |
| النظريات المتعلقة بالبحث | 2.2 |
| الأبحاث المتعلقة بالبحث | 2.3 |
| الخلاصة | 2.4 |

2.1 المقدمة :

بعد الانتهاء من استعراض محتويات الفصل الأول بما يتكون من خلفية البحث و مشكلته و مبررات دراسته، و التطرق أيضا لأهداف البحث و أسئلته و حدود هذا البحث و مصطلحاته. في هذا الفصل سيقوم الباحث بمراجعة بعض النظريات المتعلقة بالبحث، و سيقوم بتسليط الضوء على النظريات العلمية المفسرة للتكيف ، وكذلك النظريات المفسرة للاكتئاب و النظريات المفسرة للقلق.

كما و أن الباحث سيقوم باستعراض عدد من الدراسات العالمية العربية و الأجنبية التي تناولت موضوع التكيف لدى أهالي المعاقين وان كانت الدراسات المحلية و العربية نادرة ، لذلك ستكون معظم الدراسات أجنبية.

هذا و سيقوم الباحث أيضا باستعراض و مناقشة النتائج و الأدوات و أحجام العينات و المعالجات الإحصائية التي استخدمتها الدراسات السابقة و ذلك للاستفادة منها في تحديد المنهجية و الخطوات التي سيتم إتباعها في إجراء

2.2 النظريات المتعلقة بالبحث

2.2.1 النظريات العلمية المفسرة للتكيف:

1 - النظرية البيولوجية الفسيولوجية Biological /physiological theory

إن لكل جسم طريقة معينة في مواجهة الضغوط ، ومن المعروف أن أي تهديد بيئي يواجهه الفرد في البيئة يتمخض عنه سلسلة من إفرازات عصبية غدية.

إن التغيرات البيولوجية التي قد تطرأ على الفرد يمكن فهمها على أنها استجابتين منفصلتين إحداهما تنتج من إفراز مادة الكاتيكولامين والأخرى هي استجابة الغدة النخامية الكظرية، إن الاختلافات في كيمياء الدماغ التي تحدث في مستويات الإفرازات العصبية، تظهر كثيراً في الاستجابات الجسمية و منها تسارع دقات القلب و ارتفاع في ضغط الدم.

ومع هذا فإن بعض الهرمونات قوية جداً وفعالة، وبذلك فإنه يحتاج إلى وقت طويل كي يقف و عليه فإن زيادة الإفراز من هذه الهرمونات يؤدي إلى تثبيط جهاز الأوعية الدموية، و الجهاز الهضمي، و الجهاز العصبي، و جهاز المناعة، و عندما لا تكون هناك مرحلة للنفاضة ستبدأ بعض الهرمونات بالانخفاض و سيصل الجسم إلى مرحلة الإنهاك (ابراهيم 29، 1998).

2- النظرية المعرفية: Cognitive Theory

إن الأسلوب الإدراكي في عملية التكيف قائم على العملية النفسية في كيفية تقييم الأشخاص لهذه الأحداث، حيث ن مستوى التقييم يحدد مستوى لضغوط الواقعة على الفرد و العملية الفريدة المناسبة لاستخدام إستراتيجية تكيف فعالة من شأنها تخفيف هذه الضغوط في إطار إدراكي معرفي، و من هنا تبرز أنواع التقييم الأولي و الثانوي:

أما التقييم الأولي فيقصد به تقييم الفرد للحدث، هل هو سلبي أم ايجابي أم عادي، فإذا أدركه الفرد بأنه سلبي يقوم بتقييمه هل هو ضار، أو مهدد، أو متحد ويرى Lazarus أن التقييم الأولي يتأثر بمجموعة من العوامل منها المعتقدات والالتزامات و هي موجودة مسبقا عند الفرد، حيث تخدم إدراك الفرد وفكرته عن الواقع.

أما عن التقييم الثانوي ويقصد بها تقييم الفرد لإمكاناته الشخصية والمادية الاجتماعية للتكيف مع الحدث الذي يقوم بتقييمه على انه حدث ضاغط، وينشأ هذا الشكل من التقييم بروز المشاعر السلبية داخل الشخص، فيقوم باستجماع قدراته و ما يتوفر لديه من مهارات ومعلومات وتسخيرها لعملية تخفيف الضغوط وهو ما يسمى بالتكيف (عسكر 110، 1998).

3- نظرية التعلم : Learning Theory

العنصر الأساسي في هذه النظرية للتكيف يفيد بأن كل شيء متعلم اجتماعيا، ونابعا من نظريات التعلم الاجتماعي، مما يناسب الحافزية الشخصية والسلوك ، وهو نتيجة مما يتم تعلمه خلال الخبرة ومن خلال التجربة والتعزيز، ويؤكد ذلك (Zeitlan, 1985) حيث أشار إلى أن استراتيجيات التكيف هي سلوكيات متعلمة، وقصديه، وبالتالي يمكن اكتسابها أو تعديلها أو محوها.

2.2.2 النظريات العلمية المفسرة للاكتئاب:

لقد تعددت النظريات التي تهتم بتفسير مسببات الاكتئاب منها:

1 - نظرية التحليل النفسي : Psychoanalytic Theory

لقد أرجع فرويد حالة الاكتئاب إلى المرحلة الفمية في النمو "النفسي جنسي" لدي الطفل، فالشخص الذي يجمد عنده النمو عند المرحلة الفمية تنمو عنده نزعة قوية للاعتماد على غيرها أي يفقد صفة الاعتماد على نفسه وهي من إحدى علامات الاكتئاب .

و قد ربط الاكتئاب الصراع الداخلي حيث أرجعه إلى الصراع بين الذات مع ابقاء فكرته عن الخوف من فقدان الحب، و قدربطه بالعدوان حيث يعتبر عدوان على الذات، و قد يرتفع الى درجة تؤدي بالمكتئب إلى الانتحار(فرويد،1989).

وعلى الرغم من أن النظرية التحليلية قد أسهمت بشكل أساسي في تفسير الاكتئاب إلا أنها واجهت العديد من الانتقادات،و ذلك لأنها أرجعت تفسير الاكتئاب إلى مرحلة الطفولة المبكرة، وأغفلت دور البيئة و العوامل اللاحقة من ضغوط الحياة وتأثيرها على حياة الفرد (معمرية 130،2000).

2- النظرية السلوكية : Behavior Theory

أصحاب هذه النظرية يرجعون الاكتئاب إلى مفاهيم التعزيز و الاشرط ويرون أن الشعور المكتئب دال على انخفاض معدل الاستجابة المتوقعة على التعزيز الايجابي ،و يذهب السلوكيين إلى أن القول بأن هذه الأساليب من التفكير تكتسب من الخبرات الاتكيفية في الطفولة، فالأطفال الذين تتميز علاقتهم المبكرة بوالديهم بالسوء و الحرمان ينزعون إلى تطوير الاكتئاب مستقبلا(Kalman,1993).

حيث يرى بافلوف أن العصاب هو اضطراب بين استجابة الكف و الاستثارة، و هي استجابات تعتمد على الفرد،ووفقا لقوانين النشاط العصبي فإن الاستثارة تنتقل من البؤرة الأضعف في ممر عصبي بينهما ، أي يحدث ارتباط مكتسب أو ما يسمى الفعل المنعكس الشرطي، و أثبتت التجارب

أنه إذا لم يعزز هذا الانعكاس فإنه ينطفئ تدريجياً إلى أن يتوقف أثره، و تنتج ظاهرة الانطفاء عن عملية عقلية تسمى الكف. (ياسين، 1988، 236).

و يشير سيلجمان أن تعرض الفرد لأحداث غير سارة فإنه يتعلم عدم مواجهتها انطلاقاً من اعتقاده بعدم وجود طائل من الاستجابة أو عدم قدرته على تغيير الأحداث و عندما تصبح هذه الأحداث شديدة ، فإن قلق الفرد و خوفه يمهّد لظهور الاكتئاب. و مع التقدم في نتائج الأبحاث قام سيلجمان بتطوير نظريته في أساس الاكتئاب خلل دافعي Motivational Deficit، و خلل معرفي Cognitive Deficit، و خلل في مفهوم الذات Self Concept، و خلل وجداني Affective Deficit. حيث تنتج الأنواع الثلاثة نتيجة لتعلم عدم القدرة على ضبط الأحداث. فعندما يعتقد الأفراد بأن النتائج المرغوبة غير محتملة أو غير متوقعة و أن ليس بالإمكان تعديلها فإن العجز المتعلم Helplessness يحدث مؤدياً إلى الاكتئاب (Seligman, 1980, 155).

ويرى السلوكيين أن هذه الأساليب من التفكير تكتسب من الخبرات التكيفية في الطفولة، فالأطفال الذين تتميز علاقتهم المبكرة بوالديهم بالسوء و الحرمان يكون لديهم الميل للإصابة بالاكتئاب في المستقبل (الوقفي، 1998، 635).

3- النظرية المعرفية : Cognitive Theory

تعد النظرية المعرفية من النظريات التي أسهمت في الكثير من المتغيرات الانفعالية النفسية، فهي تعزو أسباب الاكتئاب إلى النواحي المعرفية و قد وصف صاحب هذه النظرية (Back, 1967) الاكتئاب بأنه اضطراب وجداني عاطفي Affective Disorder ، وأكد (بيك) أن الإدراك يؤدي إلى المعرفة و لانفعال عند الأفراد العاديين و الاكتئابيين، وبخلاف الإدراكات المعرفية العادية فإن الإدراكات المعرفية للفرد المكتئب تسيطر عليها العمليات المفرطة في الحساسية و المحتوى، وهذه الإدراكات المعرفية تحدد الاستجابة العاطفية في الاكتئاب (موسى، 1993، 24).

في حين أشار كل من Melges and Bowlby إلى أن الشعور باليأس هو المحور الأساسي في الاكتئاب، كما و يعزى الأمل و اليأس إلى إمكانية الفرد في تقدير قدراته و إمكانيته لانجاز أهداف معينة (موسى، 25، 1993).

4- النظرية البيولوجية: Biological Theory

إن العوامل البيولوجية لهل الدور الهام و المباشر في حدوث الاكتئاب، و أن الجانب البيولوجي لا يمكن فصله بأي حال عن الجانب النفسي، والفصل بين ما هو بيولوجي و ما هو نفسي يعتبر عائقا للفهم الحقيقي للظاهرة، حيث تركز هذه النظرية على الخلل في المخ خاصة المواد الخاصة بالتوصيل العصبي مثل النوربينفرين Noropinpherine و السروتين Serotonin ، حيث يعملان على نقل السياق العصبي بين الأعصاب عبر الموصلات العصبية، حيث أن هاتين المادتين تتركزان في الجهاز العصبي الطرفي (خضر و الشناوي، 1999). و تؤكد النظرية العضوية على أن الأمراض النفسية العصبية العقلية هي نتاج لإصابات دماغية و أمراض عضوية (ياسين، 1988).

لذا من أهم العوامل البيولوجية:

1-العامل الوراثي :

لقد بينت العديد من الدراسات المتعلقة بالاستعداد الوراثي للإصابة بالاكتئاب على وجود علاقة بين مدى استعداد الفرد للإصابة بالاكتئاب وبين العوامل الوراثية، حيث أوضحت الدراسات أن نسبة الإصابة بين التوائم المتشابهة قد يصل إلى 68%، أما بين التوائم الغير متشابهة قد يصل إلى 23% (ابراهيم، 1998، 29).

2 - العامل البيوكيميائي :

لقد بين (معمرية 2000، 130) بعض الأدلة على دور العوامل البيولوجية في الاكتئاب، وعلى وجود مجموعة من الأعراض التي توحى بوجود اضطراب في العمليات الحيوية مثل: اضطراب النوم، اضطراب الشهية، اضطراب في المزاج اليومي، اضطراب في النشاطات النفسية الحركية، و الاستجابات الجسمية للأدوية الخاصة بالاكتئاب.

2.2.3 النظريات العلمية المفسرة للقلق:

النظرية التحليلية Psychoanalytic Theory

1- نظرية بييري جانيت Pierre Janet's Theory

بحسب النظرية أن معظم الوظائف العقلية تعمل بتناسق مع الطاقة العصبية ، و في حال انخفاض مستوى الطاقة العصبية سيصبح هناك خلل في تكامل الوظائف العقلية، حيث يفسر التعب و القلق على أنه أدراك مباشر لانخفاض الطاقة العصبية، و هنا يحدث القلق نتيجة للفوضى الناتجة عن انخفاض المراكز العصبية الحيوية.

2- نظرية فرويد Freud's Theory

بحسب نظرية فرويد أن الأفكار و المشاعر و النوازع لا تقبل في الأنا الواعي و لذلك يتم كبتها في اللاوعي، و الكبت هو الذي يسبب القلق.

و هناك نظرية أخرى للتحليليين عام (1926) تفيد بأن الكبت هو ميكانيزم دفاع و هو الذي يحفظ الأفكار و النوازع الغير مقبولة في اطار الوعي ، حيث القلق هو الذي يسبب الكبت ، فالقلق يعمل كأشارة للأنا (ego) و هو بحسب فرويد الجزء الواعي و العقلاني داخل العقل، فمهمة الأنا أن ييقظ و يثير كل العواطف المرتبطة بالنوازع المحرمة ، و التي بدورها تستثير القلق عند الانسان. (Piotrowski, 2005:92-93)

و قد ذكر فرويد أنواع مختلفة من الخوف وقال أن الإشارة فيه يمكن أن تأتي من العالم الخارجي و قد تكون تعبيراً عن غضب الأنا الأعلى أو عقابه يقول فرويد بوجود ثلاثة أنواع من القلق أو (الحرص أو الضيق) هي: القلق الموضوعي، والقلق العصبي، والقلق الخلفي .

1_ القلق الموضوعي reality: هو رد فعل يحدث لدى الفرد عندما يرك خطرا خارجيا واقعا ,أو ينتظر حدوثه بعد وجود إشارة تدل عليه ,وظروف هذا النوع من القلق تأخذ دلالتها الأساسية من معرفة الشخص وخبرته السابقة ومثال ذلك قلق البحار الخبير الذي ينظر إلى سحابة صغيرة تظهر في الأفق ويقدر ,استنادا إلى خبرته الشخصية ,أنها نذير إعصار(الرفاعي , 1982 ,ص210)

2_ **القلق العصابي neurotic**: فهو قلق شديد لا تتضح معالم المثير فيه .وأنه شديد ويبدو على شكل خوف من مجهول ,ويبدو صاحبه قابل لان يلقي اللوم على أكثر من مؤثر واحد دون أن تكون الصلة واضحة أو واقعية بين حالة القلق المثير.والقلق العصابي كما يراه فرويد يمكن أن يكون حالة عامة تتكرر يسميها حالة (القلق الطافي)ويمكن أن يأخذ شكل ردود(خوف مرضي) ويمكن أن تكون حالة من الشعور بالتهديد ترافق اضطرابا نفسيا مثل الهستيريا(الرفاعي , 1982 ,ص210)

3_ **القلق الخلقي moral**: ويتميز بمضمونه .ويكون مصدر الخطر احتمال غضب الأنا الأعلى ,ويغلب فيه أن يأتي نتيجة حكم الأنا الأعلى بارتكاب الفرد ذنبا (عقدة ذنب)ويحتمل أن يكون نتيجة إحباط لام موجود بين مكونات الأنا الأعلى (الرفاعي , 1982 ,ص211)وإذا ازداد القلق لدرجة كبيرة لا يستطيع معها أن يستخدم الوسائل العقلانية يلجأ إلى الكبت كوسيلة دفاعية أو أي حيلة لاشعورية أخرى (الخوaja , 2002 ,ص52).

2- النظرية الفسيولوجية

Physiological Theory

بحسب النظرية الفسيولوجية فالقلق هو حالة معقدة تتضمن العديد من الأجزاء في الجهاز العصبي ، و قد تضمنت العديد من الأبحاث لتطوير نموذج متكامل حول دور الدماغ في القلق (,piotrowski 2005:96)

و بالمقارنة مع الأوضاع الطبيعية فالشخص الذي يعاني من اضطراب القلق لديه فسيولوجية مختلفة مثل (ارتفاع في مستوى دقات القلب، ارتفاع ضغط الدم، و انخفاض في نسبة الأوكسجين أثناء أدار تمارين بسيطة). (Goldman , 2000:285).

3- النظرية المعرفية

Cognitive Theory

هناك العديد من الأنماط المعرفية المختلفة حول القلق ، و لكن جميعها متشابهة حول افتراض أن هناك سبب عقلي لحالة الخوف ، و هذه الخطوة المعرفية بعض الأحيان تسمى اعتقادات غير منطقية(Piotrowski, 2005:589).

العلاج المعرفي صمم لتغيير أنماط الأفكار الغير منتجة عن طريق تعليم اختبار المشاعر و التمييز بين الأفكار المنطقية و غير المنطقية، باستخدام تقنية الاسترخاء التي تركز على التنفس و إعادة التدريب على الاسترخاء و لحل الضغوطات التي تساهم في القلق. (Strickland,2001:42) و يحتوي العلاج العرفي عدد من العناصر مثل التعليم النفسي مثال(إعطاء معلومات عن الأنماط المعرفية للقلق) و إعادة البناء المعرفي و التي تركز على تحدي اعتقادات المريض حول الإحساسات الجسدية بالخطر.(Kay&Tasman, 2006:586-587).

تبنى نظرية واطسون (Watson) على الاستحضار التقليدي ل(Bavlove) حول الاستجابة و المثير للانعكاسات الشرطية، حيث القلق يستثار بواسطة الخوف من مثيرات تحدث بشكل ممتد مع المثيرات الطبيعية و نتيجة لهذا الامتداد و بخاصة حين يتعاقب مرات عديدة و بمناسبات عدة ، هنا تصبح المثيرات الأصلية الطبيعية قادرة على استثارة القلق ، و يصبح المثير الطبيعي مثير شرطي لاحداث القلق.(Sadock &Sadock, 2007:598)

أما في الاشرط الكلاسيكي : فالمثيرات المشروطة تدريجيا ، تفقد تدريجيا امكانية استثارة الاستجابة اذا لم تعزز، فالقلق يقود الشخص لفعل أي شيء لكي يتجنب التأثير المؤلم فهو يتعلم أفعال محددة تمكنه من تجنب المثير المسبب للقلق ، و تبقى أنماط التجنب ثابتة لمدة أطول كنتيجة للثواب و العقاب و التي تلقاها من قدرته على إضعاف مستوى القلق.(Sadock &Sadock, 2007:598) .

و بحسب السلوكيين في التعلم الإجرائي أي فعل يقود إلى مكافأة يتم تكراره، فالشخص القلق من القيادة يتجنب قيادة السيارات لأنها تخفف من مستوى القلق.(Piotrowski, 2005:93)

2.3 مراجعة الأبحاث المتعلقة بالبحث:

2.3.1 الدراسات التي تناولت موضوع استراتيجيات التأقلم:

1. دراسة (Cayse,1994)

الدراسة بعنوان الآباء اللذين لديهم أطفال يعانون من مرض السرطان: دراسة وصفية للضغوطات و استراتيجيات التأقلم .

هدفت هذه الدراسة للتعرف على الضغوطات و استراتيجيات التأقلم لدى الآباء اللذين شخصوا أبناءهم بإصابتهم بمرض السرطان، حيث تكونت العينة من (23) أب ، تم استخدام مقياس التكيف (Coping Health Inventory) و مقياس الضغط (PSI-SF Abidin 1995) و تم استخدام برنامج التحليل الإحصائي (SPSS) .

أهم النتائج: أشارت النتائج أن من أكثر استراتيجيات التأقلم المستخدمة شيوعا هي الصلاة ، و يتبعها إستراتيجية البحث عن المعلومات المتعلقة بالمشكلة، المشاركة بالنشاطات. وأن شدة إصابة الطفل لها علاقة بالضغط النفسي و إستراتيجية التأقلم المستخدمة.

2. دراسة (Heaman, 1995)

و التي بعنوان الضغوط المتلقاة و استراتيجيات التكيف للوالدين اللذين لديهم أطفال يعانون من إعاقات في النمو و التطور . و هدفت إلى تقييم الضغوط و استراتيجيات التكيف للوالدين اللذين لديهم أطفال يعانون من إعاقات في النمو و التطور ، حيث تم استخدام المنهج الوصفي على عينة تتكون من (203) والدين تتراوح أعمار أبنائهم ما بين (2-5 سنوات) و ذلك لاختبار التشابه و الاختلاف في مفهومهم للضغوط و استراتيجيات التكيف ، حيث تم استخدام أداة (Hymovich's parent perception inventory 1988) و طرق التكيف (Folk man& Lazarus,1988) لجمع المعلومات و تم استخدام تقنية T- Test في التحليل الإحصائي.

أما عن النتائج فقد أظهرت وجود اختلافات بسيطة بين الآباء و الأمهات في القلق و الضغوطات النفسية ، في حين كان هناك اختلاف كبير في استراتيجيات التأقلم.

3. دراسة (pritzlaff, 2001) و التي هدفت لفحص استراتيجيات التأقلم لدى الوالدين الذين

لديهم أطفال معاقين حيث تتكون العينة من (89) والدين لديهم أطفال يتلقوا خدمات نتيجة للشلل الدماغي تم استخدام مقياس F-COPES (Mccubbin, olsen,,and larson1987)استخدمت لتحديد اعتقادات و سلوكيات التكيف لدى الوالدين. بالإضافة للأسئلة المفتوحة التي أضيفت بعنوان ما هي أكثر الاستراتيجيات مساعدة للوالدين للتكيف مع إعاقة طفلهم؟.

تم استخدام الإحصاء الوصفي لتحليل المعلومات التي أعدت لتحديد هل المتغيرات الديموغرافية ذات علاقة مهمة مع استراتيجيات التأقلم التي استخدمت من قبل الوالدين،وأشارت النتائج أن أكثر الاستراتيجيات المساعدة التي سجلت من قبل الوالدين هي الدعم الاجتماعي و إعادة التشكيل، حيث أن معظم المستجيبين كانوا نساء و متزوجات و أيضا كان هناك دلالة إحصائية مهمة وجدت بين التقييم السلبي و عدد الأطفال في المنزل ، و هناك أيضا علاقة ايجابية بين الدخل السنوي و استراتيجيات طلب الدعم الروحي و إعادة التشكيل.

4. (Sivberg.B 2002)

في دراسته بعنوان استراتيجيات التأقلم و آراء الوالدين ، مقارنة بين أهالي أطفال يعانون من التوحد و أهالي أطفالهم لا يعانون من التوحد، العينة تكونت من 132 أسرة مقسمين بالتساوي 66لديهم أطفال يعانون من التوحد و(66) سليمين و هي مجموعة ضابطة، حيث تم دراسة آراء الوالدين اتجاه حب الرعاية ، القلق، الضغط، و الإحساس بالذنب.

طرق التحليل الإحصائي المستخدمة هي، T- Test و معامل الارتباط بيرسون (Person's correlations) .

أهم النتائج أن هناك فرق ذو دلالة إحصائية هامة بنسبة (P < .001 to .003) تبين الاختلاف بين المجموعة الضابطة و المجموعة التي يعاني أطفالها من التوحد في جميع المتغيرات تقريبا. و أظهرت النتائج أيضا دلالة واضحة و هامة في النوع الجندري حيث الآباء أظهروا تماسك أكثر من الأمهات اتجاه ابن لديه مرض التوحد.

5. (Sullivan,2002)

في دراسته بعنوان الاختلافات الجندرية في استراتيجيات التأقلم للأهالي الذين لديهم طفل منغولي. و التي تهدف لاختبار الاختلافات الجندرية في استراتيجيات التكيف للأهالي، حيث تكونت العينة من (150) والد ووالدة مقسمين بالتساوي (75) أمهات و (75) آباء، و تم استخدام مقياس (Carver, Scheier and Weintraub's COPE1989) . أهم النتائج : أن هناك اختلافات جندرية واضحة في استخدام استراتيجيات التأقلم حيث أظهرت النتائج أن هناك دلالة إحصائية واضحة في استخدام الأمهات لاستراتيجيه طلب الدعم العاطفي بنسبة أعلى من الآباء و في التنفيس عن المشاعر وفي كبت النشاطات التنافسية.

6. (Kim et al,2003)

و هي بعنوان دور التأقلم في المحافظة على الرفاهية النفسية للأمهات اللاتي لديهن أطفال يعانون من إعاقات عقلية و مرض نفسي. حيث تهدف هذه الدراسة للتحقق من كيفية تكيف الأمهات مع تحديات تربية طفل معاق و كيف يؤثر نوع التكيف على الرفاهية الأمومية، تتكون العينة من (246) أم لديهن أطفال لديهم إعاقة عقلية و (74) أم لديهن أطفال يعانون من المرض النفسي ، و تم استخدام مقياس التكيف الخاص بالباحث بعد أداء الصدق و الثبات له. حيث أظهرت النتائج وجود علاقة بين الإستراتيجية المستخدمة و بين الرفاهية الأمومية، فكلما زادت إستراتيجية

التركيز على المشاعر كلما قل مستوى الرفاهية، فالوالدين الذين لديهم طفل يعاني من إعاقة عقلية استخدام استراتيجيه حل المشكلات تؤدي إلى تخفيف الضغوط و تقوي العالقة مع الطفل المعاق ، في حين الآباء الذين لديهم أطفال يعانون من المرض النفسي و يستخدمون إستراتيجية التركيز على حل المشكلات لم تؤثر في خفض مستوى التوتر و لكنها تحسن العالقة مع الطفل أيضا.

7. (Nor Zaidah et al, 2004)

بعنوان استراتيجيات التأقلم لدى أمهات أطفال معاقين في مراكز التأهيل في المجتمعات الريفية في موارا-ماليزيا.

فقد هدفت الدراسة للوصول لأنواع المختلفة لأنماط التكيف للأمهات التي لديهن أطفال معاقين و العوامل المؤثرة . تم استخدام المنهج الوصفي دراسة مقطعية حيث تم استخدام مقياس التكيف للظروف الضاغطة (Coping Inventory Stressful Situation (CISS) ، العينة تكونت من (81) أم تم اختيارهم من مراكز تأهيل مجتمعية من قرينتين.

أهم النتائج استخدمت الأمهات في الغالب استراتيجيات التأقلم المتعلقة بالتجنب ، انخفاض في نسبة اللهو أو التسلية الاجتماعية بمتوسط ($t < 50$) أما عن النساء المطلقات ($p = 0.04$) و ذوات المستوى التعليمي المنخفض ($P = 0.00$) كن أكثر ميلا لاستخدام استراتيجيات التأقلم العاطفية، بينما الأمهات التي لديهن أطفال أقل من عمر 5 سنوات استخدمن إستراتيجية التجنب ($P = 0.01$) ، ولم يكن هناك فروق ذو دلالة إحصائية واضحة مرتبطة بعمر الأم ، العرقية ، مدة الزواج ، و عدد الأطفال.

8. (Garro.2004)

في دراسته أنماط التأقلم لدى الأمهات اللواتي لديهن أطفال يعانون من مشاكل مزمنة في التغذية. و التي تهدف للتعرف على أنماط التكيف لدى الأمهات الاتي يعانون من وجود طفل لديه مشاكل مزمنة في التغذية ، تكونت العينة من (35) أم خلال وجود أطفالهن في المستشفى لتلقي العلاج، و استخدم مقياس التكيف (Coping Health Inventory – CHIP) و تم استخدام تقنية التحليل الاحصائي (SPSS) .

أهم النتائج: أظهرت أن معظم الأمهات يستخدمن إستراتيجية التكيف القائمة على التركيز على المشاعر، طلب الدعم. و أن معظم الأمهات يستخدمن إستراتيجية التركيز على حل المشكلة بطلب المعلومات عن المرض ، و استخدام نشاطات مع أفراد العائلة.

9. (Yeh CH ,2004)

و هي بعنوان الاختلافات الجندرية في استخدام استراتيجيات التأقلم بين والدي الأطفال يعانون من السرطان في تايوان.

تهدف هذه الدراسة لاكتشاف الاختلافات الجندرية في استخدام استراتيجيات التكيف للأهالي الذين يعاني أطفالهم من مرض السرطان. تكونت العينة من (171) زوج و زوجة، و تم استخدام مقياس (Coping Inventory For Stressful Situation) و هو التكيف للظروف الضاغطة ، و تم استخدام البرنامج الاحصائي (SPSS) .

أهم النتائج: أهم النتائج تمثلت في عدم وجود اختلافات جندرية ذات دلالة احصائية في استخدام استراتيجيات التأقلم لدى الوالدين (الأب و الأم).

10. (Richard P et al, 2005)

في دراسته التي بعنوان استراتيجيات التأقلم لدى الآباء و الأمهات لأطفال يعانون من مرض التوحد في مرحلة ما قبل المدرسة و مرحلة المدرسة . حيث هدفت الدراسة لاختبار الاختلافات الممكنة في استراتيجيات التأقلم بين الآباء و الأمهات، و العلاقة بين استراتيجيات التكيف و الضغط الأسري و الصحة النفسية . العينة انقسمت لجزأين عينة لآباء أطفال في المرحلة المدرسي (20) أب ، (26) أم متوسط عمر الأمهات (41) عاما و متوسط أعمار الآباء (43) عاما و متوسط أعمار الأطفال (12.15) عام و العينة الأخرى (48) أم و (41) أب لأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة ، متوسط عمر الأمهات (34.46) و الآباء (38.02) عاما .

تم قياس استراتيجيات الوالدين للتأقلم مع الضغوط بمقياس cope inventory (Carver et .a) (1989 و تم قياس الصحة النفسية للوالدين باستخدام مقياس) Hospital Anxiety And Depression (HADS):Zigmond and Snaith(1983) .

أهم النتائج أن هناك اختلاف جندي في استخدام الاستراتيجيات حيث الأمهات كن أكثر استخداما لإستراتيجية التجنب النشط من الآباء ، و الأمهات أكثر استخداما لإستراتيجية التركيز على حل المشكلات من الآباء problem –focused coping .

الآباء ذوي الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة كانوا أكثر استخداما لإستراتيجية التركيز على حل المشكلات من آباء الأطفال في مرحلة المدرسة . الأمهات التي أطفالهن في المرحلة المدرسية و يعيشون في المنزل أكثر استخداما لاستراتيجيات التأقلم الايجابية و أقل استخداما لإستراتيجية التجنب النشط من الأمهات التي أطفالهن في مدرسة داخلية .

أما عن العلاقة بين القناعة و الرضا الأبوي و استراتيجيات التكيف فقد وجد أن

إستراتيجية التجنب لنشط لكلا الأمهات و الآباء مرتبطة أكثر بأعراض الضغط و القلق و الاكتئاب ، و نتيجة التدين و الإنكار مرتبطة بالاكتئاب عند الأمهات و القلق و الاكتئاب عند الآباء و التكيف الايجابي مرتبط بصورة سلبية بالاكتئاب عند كلا الوالدين ، حيث الآباء الذين تبنوا إستراتيجية تكيف ايجابية أكثر سجلوا مستوى أقل من الاكتئاب.

11. (Gray .D .E 2006)

و هي بعنوان التأقلم طوال الوقت لأهالي الأطفال الذين يعانون من مرض التوحد حيث هدفت هذه الدراسة للتعرف على أسلوب التأقلم لدى الوالدين من خلال دراسة طويلة استمرت حوالي عشر سنوات ، حيث تم جمع البيانات عن طريق المقابلة و الملاحظة لأهالي لمعرفة أنماط التكيف ، حيث تكونت عينة الدراسة من (28) والد ووالدة (9آباء، و 19أمهات) أما الأداة المستخدمة فكانت أسئلة تناولت التاريخ الطبي للطفل ، تجربة التحويل ، الأعراض الحالية للطفل ، أثر ألم الطفل على إرادة الوالدين، أثره على حياة العائلة الاجتماعية ، مفهوم المرض و توقعات الأهالي المستقبلية.

أهم النتائج أظهرت النتائج أن هناك تغير في استراتيجيات التأقلم المستخدمة منذ بدأ الدراسة ، حيث قليل من الوالدين تكيفوا عن طريق الاعتماد على الدعم الذي تقدمه العائلة ،استخدم الانسحاب الاجتماعي ، الفردية وتقريباً أكثر الآباء تكيفوا عن طريق الإخلاص الديني ، و استراتيجيات عاطفية أخرى.

12. (Mathiled Azar, Lina Badr 2006)

عن تأقلم الأمهات التي لديهن أطفال ذوو إعاقة عقلية في لبنان ، حيث تهدف الدراسة للتعرف على العوامل التي تلعب دوراً في تأقلم الأمهات و رعايتهن للأطفال الذين لديهم خلل عقلي. فمن خلال استخدام المنهج الوصفي من خلال دراسة مقطعية علائقية ن حيث تكونت العينة من (127) أم مسجلة أطفالهم في مراكز ذوي الاحتياجات الخاصة في المدينة في لبنان، حيث تم استخدام أربع أدوات لجمع المعلومات 1- الجرد العائلي لأحداث و متغيرات الحياة، 2- مؤشر الضغط الأسريين3- مقياس التقييم الشخصي الموجه للازمات العائلية ،4- مقياس الاكتئاب. أما عن أسلوب التحليل الإحصائي المستخدم هو (SPSS) باستخدام t-Test , ANOVA.

أهم النتائج كانت أن (46.5%) من النساء لديهن أعراض اكتئاب و (60%) من النساء سجلوا نسبة عالية من الضغوط ، أيضاً بالنسبة للمتغيرات الديموغرافية ظهر أن النساء الذين لديهم دخل عال و تأمين صحي لديهم ضغط أقل من قلبي الدخل و بدون تأمين ،و أن العائلات الكبيرة من الأمهات ذوات مستوى التعليم المنخفض لديهم مصادر تأقلم أقل من العائلات الصغيرة.

2.3.2 الدراسات التي تناولت القلق و الاكتئاب لذوي المعاقين و علاقتها بالتأقلم:

13. دراسة (Ryde-Brandt.B,1990)

و هي بعنوان القلق و استراتيجيات التأقلم لدى الأمهات اللاتي لديهن أطفال ذوو إعاقات مختلفة. تهدف هذه الدراسة للتعرف على القلق و استراتيجيات الدفاع عند الأمهات اللاتي لديهن أطفال ذوو إعاقات مختلفة، تتكون العينة من (62) أم مقسمات إلى أربع أقسام (18) أم أطفالهن يعانين من إعاقات نفسيه عصابية، و (18) أم لدى أطفالهن أنواع مختلفة من الإعاقة الحركية، و (13) أم لديهن طفل منغولي و (13) أم بدون إعاقات. تم استخدام مقياس القلق الخاص بالكاتب بعد إجراء اختبار الصدق و الثبات له، و تم استخدام مقياس التكيف (Coping Health Inventory). أهم النتائج: ظهرت في النتائج فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعات الأربعة لدى الأمهات اللاتي لديهن أطفال ذوو إعاقات نفسية عصابية. و أن الأمهات اللاتي استخدمن استراتيجيات تكيف سلبية كالإنكار، الانسحاب و قلة العلاقات الاجتماعية سجلن نسبة عالية من القلق (44%) .

14. شعيب (1991) :

بعنوان دراسة لمشاعر القلق و العصابية لدي أمهات أطفال معوقين و غير معوقين و هدفت إلى الكشف عن مشاعر القلق لدي الأمهات لأطفال معوقين و غير معوقين . و أجريت علي عينة قوامها 65 أم شملت 18 أم لأطفال مصابين بإعاقة سمعية 15 أم لأطفال مصابين بفقد البصر 13 أم لأطفال متخلفين عقليا و استخدم الباحث أيضا عينة قوامها 150 أم لأطفال عاديين و استخدمت الدراسة مقياس القلق الصريح من إعداد الباحث و مقياس الاكتئاب إعداد ماريا كوفاكس و مقياس العصابية مشتق من اختبار الشخصية إعداد أيزنك . أهم النتائج: توصلت الدراسة إلي أن أمهات الأطفال المعاقين سمعيا , بصريا , فكريا , لديهم زيادة في درجة القلق عن أمهات الأطفال العاديين و أنهم أكثر إحساسا بأعراض الاكتئاب عن الأمهات السويات . و أن أمهات الأطفال المعوقين سمعيا و المتخلفين عقليا لديهم ارتفاعا في درجة القلق عن أمهات الأطفال العاديين .

15. دراسة (Wong et al,2001)

و التي بعنوان تنبؤات الاكتئاب عند الأمهات اللاتي لديهن أطفال يعانون من الصرع. حيث تهدف هذه الدراسة الوصفية لاختبار العلاقة ما بين عدم الثقة عند الأمهات ، الحدود الغامضة، و الاكتئاب، تكونت العينة من (324) أم مسجلين في عيادات تابعة لثلاث مستشفيات في تايوان، حيث تم استخدام مقياس (المقياس الأبوي لعدم الثقة) و مقياس الحدود الغامضة، و مقياس (بك للاكتئاب) .

أهم النتائج: أن هناك علاقة ايجابية ما بين عدم الثقة و الغموض في المستقبل و الاكتئاب . و أشارت أن هناك علاقة ايجابية ما بين الاكتئاب و الغموض لدى الامهات حول مستقبل أبنائهن. و كان الغموض و عدم الثقة و عمر الأم له علاقة كبيرة بمستوى الاكتئاب عند الأمهات بنسبة (21.49%) من اجمالي نسبة الاكتئاب عند الأمهات.

16. دراسة (Mup et al,2001)

و التي بعنوان العائلات الصينية التي لديها أطفال يعانون من أورام خبيثة و العوامل المؤثرة في القلق عند الأمهات. حيث تهدف هذه الدراسة الوصفية العلائقية لاختبار العلاقة ما بين عدم الثقة ، الإحساس بالسيادة و القلق عند الأمهات، العينة تكونت من (100) أم مسجلة أسمائهن في مستشفيات تعليمية، و قد تم استخدام أسلوب التحليل الإحصائي (SPSS) لإظهار النتائج، و قد تم استخدام مقياس القلق (state- Trait Anxiety Inventory) (STAI).

أهم النتائج: هناك علاقة ما بين القلق و الشك أو الغموض عند الأمهات. و هناك فروق ذات دلالة إحصائية ما بين المعلومات عند الأمهات عن المرض و الأمهات اللاتي ليس لديهن معلومات في مستوى القلق بنسبة (13.4%).

17. (Little,2002)

الذي أشار بدراسته عن الاكتئاب و التكيف و الاختلافات بين الآباء و الأمهات الذين لديهم أطفال يعانون من اضطرابات التعلم الغير لفظية و متلازمة (Asperger,s Syndrome) .
فقد هدفت دراسته لاختبار الاختلافات في التكيف و الاكتئاب بين الآباء و الأمهات ، و تتكون العينة من (103) أم و أب يعاني أطفالهن من المشكلتين ، و قد تم استخدام مقيا س التكيف (coping Health Inventory) و مقياس الاكتئاب (Beck) و تم استخدام برنامج (SPSS) للتحليل الإحصائي.

أهم النتائج: أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة احصائية بين الآباء و الأمهات في مستوى الاكتئاب، حيث سجلت الأمهات نسبة عالية من الاكتئاب المرتبط بالتشاؤم حول مستقبل الطفل ، و المشاكل العائلية.
وسجلت الأمهات أيضا نسبة أعلى من الآباء في نسبة تناول الأدوية المضادة للاكتئاب (ب 17.32 % عن الآباء.- بالإضافة إلى أن نسبة الأمهات أعلى من الآباء في استخدام العلاج النفسي بنسبة 23.2%) عن الآباء.

18. دراسة (Mup et al,2002)

الدراسة بعنوان تأثير القلق على الآباء الذين لديهم أطفال يعانون من مرض السرطان.
و قد هدفت هذه الدراسة الوصفية العلائقية لاختبار العلاقة ما بين عدم الثقة الأبوية، الاحساس بالسيادة و مستوى القلق، تكونت العينة من (8) آباء و تم استخدام مقياس القلق (State –Traite Anxiety Inventory) (STAI) .
أهم النتائج: أظهرت النتائج وجود علاقة دالة احصائيا بين مستوى تعليم الأب و بين مستوى القلق.

و أشارت النتائج أن الآباء الذين لديهم درجات علمية مساوية أو أعلى من البكالوريوس سجلوا أعلى نسبة قلق حيث بلغت النسبة (34%).

19. دراسة (Duvdenvany I, 2003)

و التي بعنوان القلق، الدعم الاجتماعي للأمهات العربيات اللاتي لديهن أطفال يعانون من إعاقات عقلية و اللذين يتلقون خدمات اجتماعية في المنطقة الشمالية في إسرائيل. حيث هدفت الدراسة لاختبار تأثير الدعم الاجتماعي في مستوى القلق. العينة تكونت من (100) أم عربية (50) أم تتلقى خدمات اجتماعية ، في حين (50) أخرى لا تتلقى الخدمات بشكل منتظم، و تمت المقارنة على مستوى الأمهات المتعلقات في المناطق المدنية ، مقارنة بالأمهات الأقل تعليما في المناطق الريفية. و تم استخدام برنامج للتحليل الإحصائي (SPSS) . و أظهرت النتائج أن هناك علاقة ما بين الدعم الرسمي (خدمات الرعاية) و مستوى القلق لدى الأمهات، الأمهات المتعلقات في المناطق المدنية هم أكثر استخداما للدعم الرسمي من الأمهات الأقل تعليما في المناطق الريفية.

20. دراسة (Yeh Ch et al,2004)

بعنوان مستوى الاكتئاب لآباء لديهم أطفال يعانون من مرض السرطان مقارنة بآباء لديهم أطفال يعانون من إعاقات جسدية. فقد هدفت الدراسة للتعرف على الاختلاف في مستوى الاكتئاب مابين آباء الأطفال المصابين بالسرطان و آباء الأطفال لديهم إعاقات جسدية، تكونت العينة من (92) أب و أم لديهم أطفال ذو إعاقات جسدية و (89) لديهم أطفال مصابين بالسرطان، حيث تم استخدام مقياس (Beck) للاكتئاب ، و تم استخدام برنامج التحليل الإحصائي (SPSS) . و كانت أهم النتائج أظهرت وجود فروق ذات دلالة إحصائية هامة أن آباء الأطفال المصابين بالسرطان الذين سجلوا نسبة أعلى من الاكتئاب مقارنة بآباء الأطفال ذوي الإعاقات الجسدية.

21. دراسة (Bakio et al,2004)

الدراسة بعنوان القلق و الاكتئاب عند الأمهات و الأطفال الذين يعانون من الصرع. هدفت الدراسة لاختبار العلاقة بين الصرع عند الأطفال المراهقين و القلق و الاكتئاب لديهم و لدى أمهاتهم، هي دراسة مقطعية ، العينة تكونت من (35) طفل و مراهق يعانون من نوبات في سن (9-17) عام و (35) طفل لايعانون من نوبات بين عمر (8-19) و كلا الأمهات للمجموعتين (70) أم، تم استخدام مقياس الاكتئاب للأطفال (Kovae child Depression Inventory) و مقياس القلق للأطفال (State –Trait Anxiety Inventory children) و للأمهات تم استخدام مقياس (Beak) و القلق (STAI)، و استخدم برنامج التحليل الإحصائي (SPSS)

أهم النتائج: أشارت النتائج أن الأطفال الذين لديهم صرع سجلوا نسبة عالية من الاكتئاب مقارنة بالأطفال الغير مصابين بمعدل انحراف معياري للمصابين (SD 12.48) مقابل المجموعة الضابطة (-6.35). و لم يظهر هناك اختلاف ذو دلالة إحصائية بين مجموعتي الأطفال في مستوى القلق.

لم يظهر هناك أي فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى القلق و الاكتئاب لدى الأمهات اللاتي لديهن أطفال مصابين و اللاتي ليس لديهن أطفال مصابين.

22. دراسة (Rudolph.M et al,2004)

و هي عن القلق و الاكتئاب لدى أمهات يعاني أطفالهن من اضطرابات في النمو اللغوي. حيث تهدف هذه الدراسة لاكتشاف مستوى القلق و الاكتئاب لدى أمهات يعانون أبنائهم من اضطرابات النمو اللغوي، العينة تكونت من (100) أم مابين عمر (22-47) سنة و (100) طفل من مرحلة ما قبل المدرسة بمتوسط أعمار (1.3-7.7) و هم (32) فتاة و (68) ولد ، و توجد عينة ضابطة من الأمهات تبلغ (157) أم ، تم استخدام مقياس الاكتئاب عند الأمهات حسب النسخة

الألمانية (Hospital Anxiety and Depression Scale) و تم استخدام (Chi-squar) و (T. Test) و اختبار (Wilcoxons) للتحليل الإحصائي.

أهم النتائج : أظهرت النتائج وجود نسبة من الأمهات تعاني من الاكتئاب (11%) مقارنة بأمهات من المجموعة الضابطة (2.5%). و لم يكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى القلق عند المجموعتين.

23. دراسة (J. Advnurs,2005)

و التي بعنوان استراتيجيات التأقلم و الاكتئاب و عدم الثقة للآباء الذين لديهم طفل يعاني من الصرع.

تهدف هذه الدراسة الوصفية لاكتشاف الضغط لدى الآباء الذين لديهم تجربة رعاية طفل يعاني من الصرع، العينة تكونت من (210)آباء ، حيث تم اختيارهم من ثلاث مستشفيات في تايوان و تم استخدام مقياس التأقلم (Coping Health Inventory) و مقياس الاكتئاب (Beck Depression Inventory) و تم استخدام برنامج التحليل الإحصائي (SPSS).

أهم النتائج: أظهرت النتائج أنه ليس هناك مستوى عال من عدم الثقة نتيجة الإحساس بالخلل. ظهر اختلاف في استراتيجيات التأقلم المستخدمة و المستوى التعليمي الآباء . و أظهرت النتائج أن مستوى الاكتئاب ظهر بصورة كبيرة و بنسبة (61%) عند الآباء الذين لديهم أساليب تكيف سلبية كالتجنب.

24. دراسة (MU PF,et al,2005)

و الذي يهدف بدراسته الوصفية العلائقية إلى اختبار العلاقة ما بين الغموض و استراتيجيات التأقلم و الاكتئاب لدى الأمهات التي تربي طفل يعاني من الصرع. تم اختيار (316) أم من ثلاث مراكز طبية في تايوان، حيث تم استخدام مقياس التكيف (Coping health Inventory) و تم استخدام SPSS في التحليل الاحصائي.

أهم النتائج : أشارت النتائج بأن الغموض ليس له علاقة بأنماط التكيف، و أشارت أيضا أن الأمهات التي تستخدم استراتيجيات تكيف ايجابية مثل المشارك في النشاطات الاجتماعية لم تسجل أي مستوى من الاكتئاب .

25. (Aras,S.2006)

في دراسته التي تهدف لتقييم اضطرابات الشخصية ، مستوى القلق و الاكتئاب لدى الأمهات اللاتي أطفالهن يعانون من مشكلة رفض الطعام، حيث تم اختيار (30) أعمار أطفالهن (1-6) سنوات ، بالإضافة لوجود مجموعة ضابطة من الأمهات تبلغ (30) أم أيضا، استخدم مقياس (Beck) للاكتئاب و مقياس القلق (State-Trait Anxiety Inventory) و برنامج SPSS للتحليل الاحصائي.

و أشارت أهم النتائج أن نسبة القلق و الاكتئاب عند أمهات الأطفال المرضى اعلى من نسبة المجموعة الضابطة ، و أن قدرة الأمهات على أداء المهام العائلية أقل بكثير من أمهات المجموعة الضابطة. و لم تظهر فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين في اضطرابات الشخصية.

26. دراسة (Abasiubong.F et al,2006)

و التي بعنوان القلق و الاكتئاب عند الأمهات لديهن أطفال يعانون من إعاقات التعلم في لاجوس، نيجيريا. حيث هدفت هذه الدراسة لمعرفة مستوى القلق و الاكتئاب لدى الأمهات الآتي لديهن أطفال يعانون من إعاقات التعلم ، تكونت العينة من (106) أم لديهن أطفال ذو مشاكل تعليمية مقارنة ب (106) أم لديهن أطفال و لكن لا يعانون من مشاكل تعليمية حيث تم استخدام مقياس القلق (State- trait Anxiety Inventory) و مقياس (Beck) للاكتئاب .

أهم النتائج: هناك فروق ذات دلالة احصائية في مستوى القلق عند الأمهات بين المجموعتين بنسبة (25.5%). وهناك فروق ذات دلالة احصائية في مستوى الاكتئاب عند الأمهات بين المجموعتين بنسبة (10.4%). وأن الصعوبات و المشاكل الزوجية تأثر في مستوى القلق و الاكتئاب.

27. دراسة (Dellve,et al,2006)

بدراسته عن الضغط و القلق بين آباء الأطفال الذين يعانون من أمراض نادرة. حيث هدفت هذه الدراسة الطولية إلى تحديد الضغط و القلق لدى الآباء و الأمهات اللذين لديهم أطفال يعانون من أمراض نادرة ، العينة تتكون من (136) أم و (108) أب ، حيث تم استخدام مقياس الضغط (PSI-SF-Abdin 1995) و مقياس (Taylor) للقلق، و تم استخدام برنامج التحليل الاحصائي (SPSS).

أهم النتائج: أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأمهات و الآباء في مستوى القلق و الضغط النفسي. و أن الأمهات العازبات سجلن نسبة أعلى في مستوى القلق (24%). الأمهات و الآباء الذين يعملون بدوام كامل سجلوا نسبة أقل من غير العاملين أو العاملين بدوام جزئي في مستوى القلق بنسبة (16.8%).

28. دراسة (Hong HT,2006)

و التي بعنوان القلق عند الآباء و الأمهات الذين لديهم أطفال يعانون من تأخر عقلي في فيتنام. تهدف الدراسة لاختبار مستوى القلق لدى الآباء و الأمهات ذوي الأطفال الذين يعانون من تأخر عقلي، حيث تكونت العينة من (106) أم و (93) أب تتراوح أعمار أطفاله ن ما بين (3-6) أعوام، و تم استخدام مقياس القلق (State- trait Anxiety Inventory) بعد ترجمته للغة الأفغانية.

أهم النتائج: هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى القلق عند الأمهات عن الآباء.
الأمهات اللاتي لديهن أطفال إناث سجلوا نسبة أعلى في القلق عن الأمهات اللاتي لديهن أطفال
ذكور.

و أشارت النتائج أن الآباء ذوي الدخل المتدني و الذين لديهم شبكات دعم اجتماعي أقل سجلوا
مستوى عال من القلق بنسبة (46.3%).
و كلا الآباء و الأمهات سجلوا مستوى عال من القلق بنسبة (53.23%) فيما يتعلق بموضوع
الوصمة (Stigma).

29. دراسة (Dellvel, et al, 2006)

و التي بعنوان الاكتئاب لدى آباء الأطفال الذين يعانون من أمراض نادرة : دراسة طولية .
تهدف الدراسة للتعرف على مستوى الاكتئاب لدى والدي الأطفال الذين يعانون من أمراض نادرة،
حيث تم استخدام الدراسة الطولية مع قاعدة بيانات أساسية و من ثم المتابعة فترة (6-12 شهر) ،
العينة تكونت من (136) أم و (108) أب و تم استخدام مقياس (Beck) للاكتئاب. أهم النتائج
تمثلت في نسبة ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب عند الأمهات العازبات ، و أظهرت النتائج
مستوى عال من الاكتئاب لدى الآباء مرتبط بعدم الكفاءة، و أن الآباء الذين يتلقون المعرف عن
المشكلة و يستخدمون أساليب تكيف ايجابية و يتلقون الدعم الاجتماعي سجلوا مستوى أقل من
الاكتئاب.

30. دراسة (Nitta O, et al,2007)

و هي بعنوان الاكتئاب و الصحة النفسية لأمهات لديهم أطفال يعانون من إعاقات حركية حادة في
عمر المدرسة و يعانون من شلل دماغي.
تهدف الدراسة لتوضيح العلاقة بين الاكتئاب و الصحة النفسية لأمهات لديهن أطفال في عمر
المدرسة و يعانون من شلل دماغي، العينة تكونت من (249) أم و تم استخدام مقياس (Beck) و
مقياس (General Health Qustionair-12) للصحة النفسية ، و تم استخدام برنامج ج التحليل

الإحصائي (SPSS) . و كانت أهم النتائج و جود دلالة إحصائية هامة بين مستوى الاكتئاب و الصحة النفسية لدى الأمهات.

31. دراسة (Meijer Am, et al,2007)

و التي بعنوان التنبؤات بسلوكيات التأقلم و القلق عند الآباء الذين لديهم أطفال يعانون من الصرع. حيث تهدف الدراسة لوصف مستوى القلق و سلوكياتالتأقلم المستخدمة من قبل الوالدين الذين لديهم أطفال يعانون من الصرع. العينة تكونت من (91) والد و والدة متوسط أعمار أطفالهم ما بين (8سنوات و 5 أشهر) تم استخدام مقياس التكيف (Coping Health Inventory) و مقياس القلق (State- T)

و تم استخدام برنامج التحليل الإحصائي (SPSS) . أهم النتائج ظهرت بوجود أثر مباشر بين سلوكيات التأقلم المستخدمة و مستوى القلق لدى الآباء ، حيث أظهرت النتائج وجود دلالة إحصائية واضحة بين استخدام استراتيجيات تأقلم سلبية و بين مستوى القلق لدى الآباء.

32. دراسة (Webster,et al,2008)

و هي بعنوان القلق عن الوالدين لأطفال في مرحلة المدرسة لدى تشخيصهم في مرحلة ما قبل المدرسة بتأخر النمو. تهدف الدراسة للتعرف على القلق الأبوي لأبناء شخصوا في مرحلة ما قبل المدرسة بتأخر النمو، تكونت العينة من (65) والد ووالدة معدل أعمار أطفالهم (7.3-7) سنوات و تم استخدام مقياس القلق

(state- trait Anxiety Inventory) و تم استخدام برنامج التحليل الإحصائي (SPSS) . وأشارت أهم النتائج أن أكثر من 40% من الآباء لديهم مستوى عال من القلق ، و تقريبا نصف الآباء أظهروا مستوى هام من القلق طبييا.

2.4 تعليق على الدراسات السابقة:

من خلال استعراض الباحث للدراسات التي اطلع عليها تبين أن معظم الدراسات تركزت في الدول الغربية، وبعض العربية خاصة لبنان و الأردن،و كان لابد للباحث أن يقوم بالتعليق على هذه الدراسات بالوغم من اختلاف الأهداف و المتغيرات في كل دراسة.

أولاً: العينات

اختلفت الدراسات في تناول العينات من حيث لحجم و الفئة المستهدفة للدراسة، فهناك دراسات ركزت على فئة الأمهات فقط وأخرى جمعت بين الآباء و الأمهات، أما عن حجم العينات فقد تراوحت النسب فقد كانت أقل عينة هي (8) آباء كما في دراسة (Mupf,et.al,2002) و أيضا دراسة (Tanila A,et.al,2002) و أكبر عينة هي (330) أم كما في دراسة (Kim (Hw,et.al,2003 .

ثانياً: النتائج

معظم الدراسات التي تناولت مفهوم الإعاقة و التكيف خرجت بنتائج تبين أن هناك أثر كبير و فعال لوجود طفل معاق داخل الأسرة و ذلك بغض النظر عن نوع الإعاقة ،فالتأثير يشمل الصعيد النفسي و الاجتماعي و المادي، و أن جميع الأسر كانت تستخدم وسائل تكيف للتأقلم مع حجم و نوع الإعاقة عند الطفل ، فقد خرجت معظم الدراسات بنتائج تدلل على وجود فروق جندرية في مستوى و نوع إستراتيجية التكيف المستخدمة لدى الوالدين، و أظهرت فروق جندرية في مستوى الضغط الأبوي ، القلق،الاكتئاب، عدم التكيف و الخجل.

فقد اتفق كل من (Heaman .DJ,1995) و (Sullivan,2002) و (Yehch,2004) و (Richard et al,2005) على أن هناك اختلافات جندرية في استراتيجيات التكيف المستخدمة، و حيث أظهرت النتائج أن الأمهات كن أكثر ميلا لاستخدام إستراتيجية التأقلم العاطفية كما في دراسة (Sullivan,2002) و دراسة (Norzaidah and others,2004) و (Garro A,2004)، و أن

الآباء أكثر ميلا لاستخدام إستراتيجية التركيز على حل المشكلات كما في دراسة (Richard P,et.al,2005) .

أما عن الدراسات التي تناولت القلق و الاكتئاب لذوي المعاقين و علاقتها بالتكيف ، فقد أظهرت الدراسات وجود مستوى من القلق لدى الأمهات خاصة اللاتي لديهن أطفال يعانون من إعاقات كما في دراسة (Ryde-Brandt.B,1990) و دراسة (شعيب ، 1991) و (Abasiubong.F,etal,2006) و (Dellve,etal,2006) ، و اتفق كل من (Little L,2002) و (Abasiubong.F,etal,2006) و (Roudolph.M,et al,2004) و (Dellvel,et.al,2006) على أن هناك مستوى واضح من الاكتئاب لدى الأمهات أكثر من الآباء الذين لديهم أطفال ذو إعاقات.

الفصل الثالث

الإطار المفاهيمي

| | |
|-----------------------|-----|
| الإعاقة | 3.1 |
| القلق | 3.2 |
| الاكتئاب | 3.3 |
| التكيف و استراتيجياته | 3.4 |

3.1 الإعاقة:

3.3.1 مشكلة الإعاقة عالميا:

تشير أرقام منظمة الصحة العالمية إلى أن أعداد المعاقين في مختلف مجتمعات العالم ، تسجل زيادة مرتفعة حيث بلغت النسبة من 8-10% من سكان العالم ، و معظم حالات الإعاقة في الدول النامية، فالأرقام السابقة تشير إلى أن حالات الإعاقة المتوسطة و الشديدة نسبتها من 2-4% و تدل هذه الأرقام على و جود ملايين من الحالات من مختلف الأعمار في مجتمعات العالم (WHO 2005)

و يطلق على المعاقين الفئات الخاصة أو " ذوي الاحتياجات الخاصة" أو "متحدي الإعاقة" و ذلك لتجنب الواقع السيئ و الوصمة التي يحملها و صف الإعاقة، و يضاف إلى العبء الذي يواجه المعاق و أهله في المجتمعات العالم الثالث، أعباء أخرى أهمها انخفاض الدخل و تدني مستويات الرعاية الصحية و الاجتماعية، و في أوروبا أدت الحروب و النزاعات إلى زيادة مطردة في حجم الإعاقة في العالم ففي البوسنة و الهرسك أدت الحرب إلى مقتل ما يزيد على ربع مليون شخص ، و جرح حوالي 175 ألف آخرين ، خمسة آلاف منهم فقدوا أطرافهم ، كما قدرت الأمم المتحدة أن ثلث سكان البوسنة و الهرسك عانوا من مشاكل ما بعد الصدمة (Ministry of Health of Bosnia and Herzegovina, 1999)

و في الولايات المتحدة هناك ما بين 34-43 مليون شخص يعانون من إعاقات مزمنة ، إضافة إلى حوالي 2 مليون شخص يضافون سنويا إلى مجتمع المعاقين بسبب إصابات الحبل الشوكي، حيث تعتبر حوادث الطرق و الحرائق و السقوط من أماكن مرتفعة من أهم الأسباب المؤدية غالبا إلى ذلك (National Spinal Injury Statistical Center, 1998).

الإعاقة في الوطن العربي :

تعتبر الإعاقة في الوطن العربي من المشاكل الكبيرة من حيث الحجم و العوامل المؤثرة فيها ، و لا توجد حتى هذا التاريخ إحصاءات دقيقة و شاملة حول مشكلة الإعاقة و حجمها و ذلك لعدة أسباب منها أن مشكلة الإعاقة لم تطرح كقضية اجتماعية إلا في السنوات الأخيرة (العقد العربي للمعاقين

2001-2010) كما أقرت المنظمة العربية للمعاقين و كذلك بسبب وجود خلاف في تحديد هوية

الإعاقة و متى يعتبر الإنسان معاقا .

وعلى الرغم من عدم وجود إحصائيات رسمية موثوقة، فإن عدد الأشخاص المعاقين يقدر بحوالي 20 مليون شخص ففي أفريقيا يزيد عدد الأشخاص المعاقين على 100 مليون شخص ، و تتزايد هذه الأعداد باستمرار(الشر بين ي، 2005) و في فلسطين بلغ عدد الأشخاص المعاقين حوالي 109.035 معاقا منهم 69.145 معاقا في قطاع غزة، و يمثلون ما نسبته 3% من المجتمع الفلسطيني(المركز الفلسطيني للإعلام، 2005).

التصنيف الدولي للإعاقة :

لقد كانت وما زالت هناك العديد من المحاولات لتحليل معنى المفهوم الشامل للإعاقة بمستوياتها المختلفة ، إلا أن هذه المحاولات لم تصل إلى حد الإجماع لأن هذه المستويات المختلفة لا يمكن وضعها في لغة معيارية واحدة ، على الرغم من أن هناك نظام شامل لتصنيف الإعاقة اعتمده منظمة الصحة العالمية (WHO) و حسب هذا التصنيف أصبح هناك امكانية التمييز بين مفاهيم الإعاقة المختلفة كالتالي :

1-التلف (Impairment) يقصد بهذه الحالة حدوث تلف في وظيفة ما أو عضو ما .

2-الإعاقة (Disability) ويقصد بهذا الاصطلاح وجود قصور في قدرات الشخص الذي يعاني من الحالة السابقة بالمقارنة مع أقرانه من نفس الفئة العمرية .

3-العجز : وجود مشكلة حركية أو نفسية أو اجتماعية لدى شخص ما أثرت علي علاقته أو

معاملاته أو عمله

في المجتمع و ذلك كنتيجة لمعاناته من الحالتين السابقتين (Longmore 2001)

3.3.2 تعريف الإعاقة:

هي حالة تحد من قدرة الفرد على القيام بوظيفة واحدة أو أكثر من الوظائف التي تعتبر أساسية في الحياة اليومية كالعناية بالذات أو ممارسة العلاقة الاجتماعية والنشاطات الاقتصادية وذلك ضمن الحدود التي تعتبر طبيعية. أو هي عدم تمكن المرء من الحصول على الاكتفاء الذاتي وجعله في حاجة مستمرة إلى معونة الآخرين، والى تربية خاصة تساعده على التغلب على إعاقته. ويعرّف المعاق بأنه "الشخص الذي انخفضت إمكانيات حصوله على عمل مناسب بدرجة كبيرة مما يحول دون احتفاظه به نتيجة لقصور بدني أو عقلي (أبو عودة، 2000).

عدم القدرة على الاستجابة للبيئة أو التكيف معها نتيجة مشكلات سلوكية أو عقلية أو جسمية(الخطيب و الحديدي، 1998).

3.3.3 أنواع الإعاقات:

1- الإعاقة الحركية : وهي الإعاقة الناتجة عن خلل وظيفي في الأعصاب أو العضلات أو العظام والمفاصل والتي تؤدي إلى فقدان القدرة الحركية للجسم نتيجة البتر، وإصابات العمود الفقري، ضمور العضلات، ارتخاء العضلات وموتها، الروماتيزم، حيث بلغت نسبة الإعاقة في البطن والحوض 11.8% ونسبة الإعاقة في الأطراف السفلية نحو 35.5% وفي الأطراف العلوية نحو 19.7%. (وزارة الصحة، 2001)

2- الإعاقة الحسية: هي الإعاقة الناتجة عن إصابة الأعصاب الرأسية للأعضاء الحسية، العين، الأذن، اللسان وينتج عنها إعاقة حسية بصرية أو سمعية أو نطقية. حيث بلغت نسبة الإعاقة في الرأس والرقبة نحو 21.6% من إجمالي المصابين خلال انتفاضة الأقصى.

3-الإعاقة الذهنية: هي الإعاقة الناتجة عن خلل في الوظائف العليا للدماغ كالتركيز والعد والذاكرة والاتصال مع الآخرين وينتج عنها إعاقات تعليمية أو صعوبة تعلم أو خلل في التصرفات والسلوك العام للشخص.(أبو عودة، 2000).

4-الإعاقة العقلية: هي الإعاقة الناتجة عن أمراض نفسية أو أمراض وراثية أو شلل دماغي نتيجة لنقص الأكسجين أو نتيجة لأمراض جينية أو كل ما يعيق العقل عن القيام بوظائفه المعروفة.

5-الإعاقة المزدوجة: وهي وجود إعاقتين للشخص الواحد.

6-الإعاقة المركبة : وهي عبارة عن مجموعة من الإعاقات المختلفة لدى الشخص الواحد.(المركز الفلسطيني لحقوق الإنسان،2001).

3.3.4 أسباب الإعاقة:

تنقسم أسباب الإعاقة إلى سببين رئيسيين هما:

1- أسباب وراثية.

2- أسباب بيئية.

1- الأسباب الوراثية:

وهي التي تنتقل بالوراثة من جيل إلى جيل أي من الآباء إلي الأبناء عن طريق الجينات الموجودة علي الكروموسومات في الخلايا. وإن كانت تسهم بنسب أقل من الأسباب البيئية إلا أنها موجودة ومن هذه الحالات: مثل الهيموفيليا والضعف العقلي (الاستعداد للنزف)، مرض السكر، الزهري، والنقص الوراثي في إفرازات الغدة الدرقية يؤدي إلي نقص النمو الجسمي والعقلي. (مركز دراسات و أبحاث و رعاية العاقين، 2004)

2- الأسباب البيئية:

الأسباب أو العوامل البيئية لا توجد داخل الكائن الحي وإنما خارج نطاق جسده لكنها تسير جنباً إلى جنب مع العوامل الوراثية وتسير في علاقة تفاعلية معها. وتشتمل علي ثلاثة عوامل:

1- عوامل أثناء الحمل (ما قبل الولادة):

مثل إصابة الأم ببعض الأمراض والفيروسات أثناء الحمل، مما يؤدي بدوره إلي حدوث التشوهات لجنينها "العيوب الخلقية".

2- عوامل أثناء الولادة:

ميلاد الطفل قبل ميعاده يمكن أن يصاب بنزيف في المخ، كبر حجمه وتعثر ولادته، والإهمال في نظافة الطفل عند ولادته.

3- عوامل ما بعد الولادة:

الإصابة بالأمراض المختلفة للإهمال في مواعيد التطعيم ، الحوادث، والإصابة بالجروح. (مركز دراسات و أبحاث و رعاية العاقين، 20

3.2 القلق: Anxiety

3.2.1 تعريف القلق:

هو شعور عام غامض غير سار بالتوجس و الخوف و التحفز و التوتر، مصحوب عادة ببعض المشاعر الجسمية الخاصة بزيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي ، و يأتي في نوبات متكررة مثال : الشعور بالفراغ في فم المعدة، أو السحبة في الصدر، ضيق في النفس،الصداع و كثرة الحركة و زيادة في ضربات القلب(عكاشة، 2003).

و عرف (العناني ، 2002 ، 108) بأنه إشارة إنذار لكارثة توشك أن تقع. و إحساس بالضيق في موقف شديد الدافعية مع عدم القدرة على التركيز و العجز عن الوصول إلى حل مثمر.

و قد أشار (العناني ، 2002) إلى وجود نوعين أساسيين من القلق:

1- القلق العادي أو الموضوعي: و هذا النوع اقرب إلى الخوف لأن مصدره يكون واضحاً.

2- القلق العصابي المرضي: و هذا النوع من القلق لا يدرك المصاب علته ، و يشعر دائما بحالة من الخوف الغامض.

وعرفه (Wortman , 1992,501) بأنه الخوف من أسباب غير واضحة أو الخوف مما سيحدث في المستقبل ، و هي حالة تتميز بنوبة من الحزن و الكرب .

و عرفه (الكفافي، 1990,342) هو الحالة التي يشعر بها الفرد إذا تهدد أمنه أو تعرض للخطر أو لقي اهانة أو إحباط أو وجد نفسه في موقف صراعي حاد.

3.2.2 عوامل المراضة لاضطرابات القلق: Risk factors for anxiety disorder

1- عدم التوازن الفسيولوجي: Physiological Imbalances

لقد بينت الأبحاث أن النساء التي تعاني من الاضطراب القلبي المتعمم Generalized Anxiety من الممكن أن يحدث لديهن عدم توازن (جاما أمينو أسيد بيوترك) Gamma Amino Acid A butyric في المخ ووظيفة هذا الحامض الأميني توصيل الإشارات العصبية إلى أجزاء المخ مع بعضها البعض. (Barlow,1994)

2 - عوامل وراثية : Genetic Factor

العوامل الجينية لها علاقة بتطوير حالات القلق ففي دراسة للتوائم المتشابهة identical twins في مرحلة الطفولة وجد أن كلا الطفلين يعاني من القلق

3 - العائلة : Family

بعض العائلات تسهم في ظهور علامات القلق لدى أطفالهم نتيجة لفقدان الأمن ، الخوف و عدم الاعتماد على الذات (Barlow,1994)

3.2.3 أسباب القلق :

تعزى أسباب القلق إلى عاملين:

الأول : العامل الجيني:

بينت الدراسات أن القلق يحدث نتيجة خلل في العمليات الكيميائية في المخ و منها الموصلات العصبية (Neurotransmitter) و الذي منها (Gamma Amino Regulating Ones Level) (GABA) (Of Butyric Acid) و يظهر دور هذا الموصل في حالة انخفاض مستوى بيوترك (GABA) حيث يؤدي للاكتئاب و دراسات أخرى تعزي النوبة الهلعية إلى ارتفاع نسبة السير وتين. (Lynn Bufka,2004).

الثاني : العامل النفسي و يشتمل على عدد من العوامل منها:

- المعاناة من الفقر و القهر و المرض و الحرمان.
- المستقبل الغامض الغير محدد .
- الإصابة ببعض الأمراض التي تهدد حياة الإنسان.
- المشكلات العائلية و الاجتماعية. (Lynn Bufka,2004).

الأعراض النفسية للقلق:

- 1 - الخوف : الخوف من أشياء كانت في الماضي لا تسبب له أي استجابة مرضية
- 2 - التوتر أو التهيج العصبي: يصبح المريض حساسا لأي ضوضاء، و يفقد أعصابه بسهولة و لأنفه الأسباب.
- 3 - عدم القدرة على التركيز: أي سرعة النسيان و السرحان و الشعور بالاختناق و الصداع.
- 4 - فقدان الشهية للطعام : فقدان الوزن يكون نتيجة للأرق و قلة النوم.
- 5 - شرب الخمر أو تناول العقاقير المهدئة و المنومة. (عكاشة، 2003)

3.3 الاكتئاب: Depression

3.3.2 تعريف الاكتئاب

إنما يميز الحزن عن الاكتئاب أن الحزن استجابة انفعالية تتفق مع درجة الفقد أو الضرر الذي يلحق بالفرد ويمكن تعديله باستخدام المنطق ، أو بفعل ملائم أو عن طريق التفريغ الانفعالي ،

ويمكن أن يتحول من عانى منه عن هذه الحالة ، و أن يتعلم من واقع الخبرة كيفية التفاعل مع المواقف المائلة بشكل أسرع و أن يحقق قدرا من التكيف (إسماعيل،ب.ت:32).

3.3.3 تعريف الاكتئاب

الاكتئاب في اللغة:

يعرف الاكتئاب في اللغة العربية بأنه مأخوذ من مادة "كئب" ، وكأبة تعني تغيرت نفسه و انكسرت من شدة الهم والحزن فهو كئب و كئيب و الكأبة الحزن الشديد .(المنجد).
يعرف الاكتئاب على أنه حالة من الحزن الشديد و المستمر , ينتج عن الظروف المحزنة الأليمة ,وتعبر عن شيء مفقود , وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه) (زهرا

(514,1997)

ويعرف الاكتئاب أيضا بأنه "اتجاه انفعالي باثولوجي , وأنه في النهاية أحيانا ينطوي على شعور بعدم الكفاية وفقدان الأمل ,وفي بعض الأحيان يكون ساحقا , ويصاحبه عموما انخفاض في النشاط الجسدي النفسي , والتكدر والاعتماد (الدسوقي,1997,21)

وعرف (أبو هين, 1998) الاكتئاب بأنه "الإحساس الفعلي لوقوع ما كان يتوقع حدوثه , و هو حالة من الحزن الشديد و اليأس والانسحاب , و هبوط حاد في جميع الوظائف التي يقوم بها الشخص ,وهذا الخطر يدفع الفرد للبحث عن حل تكيفي مناسب يخلص الفرد من معاناته , فإذا فشل فإنه ينجم عنه آلام نفسية وجسمية تقف عائقا أمام الفرد , وتزيد من معاناته الداخلية العميقة" .

وعرفه (الجريسي,2003) بأنه حالة نفسية تتسم بالحزن و فقدان الأمل , لتصل أحيانا إلى الشعور بالذنب , وفقدان الشهية والانطواء وانعدام القيمة, وفي الحالات العميقة يصل المريض إلى حد كراهية الذات و إيذاء النفس , وهي حالة يتعرض لها الفرد نتيجة الخبرات التي يصادفها في حياته .

هذا ويختلف انتشار الاكتئاب باختلاف العوامل الحضارية والاجتماعية والاقتصادية من مجتمع لآخر , فقد أفاد مدير الصحة النفسية , بمنظمة الصحة العالمية Norman Sartri أن هناك أكثر من خمسين مليون نسمة في العالم يعانون من اضطرابات اكتئابية , تدخل في المعدل الإكلينيكي

ويعتقد أن النسبة في تزايد , لأسباب منها: تزايد متوسط عمر الفرد , وسرعة التغير الاجتماعي الذي عمل على زيادة الضغوط النفسية , ولقد دلت إحصائيات هيئة الصحة العالمي 1978 , أن نسبة الاكتئاب في العالم حوالي 5% , و أنه يوجد حوالي مائتي مليون مكتئب في عالمنا الحاضر إذ ا كان تعداد العالم 5 آلاف مليون نسمة , وتشكل الأمراض الوجدانية نسبة كبيرة من المترددين على عيادات الطب النفسي (عسكر1988,19).

يرجع الاكتئاب إلى مسببات نفسية شديدة , من أهمها التوتر الانفعالي و الظروف المحزنة , والخبرات الأليمة , والكوارث القاسية مثل الموت , أو السجن , أو الهزيمة و الحرمان , وفقد الحب والمساندة العاطفية , والصراعات اللاشعورية , والإحباط و الفشل , وخيبة الأمل والكبت والقلق , واتهام الذات والشعور بالذنب , والخبرات الصادمة والتفسير الخاطئ غير الواقعي للخبرات (زهرا ن 1997,515).

3.3.4 نسبة انتشار الاكتئاب :

يعد الاكتئاب عنوانا كلياً يطلق على حالة عسر المزاج ، أو زملة من الأعراض أو اضطراب اكلينيكي و قد برز عبر التاريخ على أنه ربما الأكثر انتشارا بين الاضطرابات النفسية ، ورغم أن تقسيم اضطرابات المزاج أو الوجدانية صعبة إلى حد كبير وفي غاية التعقيد (عكاشة، 1992،340).

فان تقدير انتشار الاكتئاب في عينات مجتمعية متفاوتة إلى حد كبير ، ويرى لبعض أن واحدا من بين كل خمسة أمريكيين يمر بخبرات اكتئابية تكفي لتشخيص كمكتئب و حصوله على العلاج كما أن النسبة تتراوح بين 3-5% من الجمهور (يوسف،2000،103).

تشير معظم الدراسات في مجال الاكتئاب إلى أنه ما يقارب من 12% من المجتمع الأمريكي يعانون من الاكتئاب لمدة تزيد عن عام ، كما توصلت تلك الدراسات إلى وجود مخاطر لتطور الاكتئاب بنسبة تتراوح بين (8-12%) بالنسبة للرجال و (20-26%) عند النساء ، (Montgomery، 1991).

وقد جاء في تقرير رابطة علم النفس الأمريكية أن هناك مليون امرأة و 3.5 مليون رجل على الأقل يمكن أن يشخصوا باعتبارهم يعانون من الاكتئاب الشديد ، ويمكن أن تشخص أعدادا مماثلة الديسثيميا ، و أن الاكتئاب الشديد و الديسثيميا منتشران لدى الطلاب الجامعيين بنسبة تصل إلى ضعف الأعداد السابقة (Clay،1993).

3.3.5 أسباب الاكتئاب:

هناك اختلاف في تفسير أسباب الاكتئاب تبعاً للخلفيات النظرية للمنظرين و الباحثين ، إلا أن النظرة الشمولية توجب الأخذ في الاعتبار جميع الأسباب المحتملة ، وفيما يلي تلخيص لأهم أسباب الاكتئاب بصفة عامة بالاعتماد على النظريات السابقة والنتائج العلمية.

1- الأسباب الوراثية و الفسيولوجية :

تشير الكثير من الدراسات إلى أهمية الوراثة في إحداث الاكتئاب ، كما يشير البعض إلى ارتباط الاكتئاب بالاضطراب البيوكيميائي للدماغ و الذي يرتبط بدوره بالعوامل الوراثية الجينية (Goldstein، 1989).

و لدعم هذه الأفكار قام البعض بدراسة الفروق في درجة انتشار الاكتئاب بين الأقارب حيث وجدت أنه يمكن أن يصل إلى عشرة أضعاف مقارنة بالمجتمع عامة ، بمعنى أن الاكتئاب عندما يظهر في فرد فإن احتمالات وجوده في العائلة أكبر ، مما يعني احتمال وجود ارتباط بين الاكتئاب و العوامل الوراثية (Costin & Draguns).

كما نهج آخرون نهج آخر و ذلك من خلال المقارنة بين التوائم المتطابقة و المتأخية ، وقد وجد أن احتمالات تربط درجة الاكتئاب بين التوائم المتطابقة أعلى منه بين التوائم المتأخية مما يعني أيضاً دعم فكرة مساهمة العوامل البيولوجية في إحداث الاكتئاب (Costin & Draguns ، 1989).

هناك بعض العوامل الجسمية التي تقلل من قدرة بعض الناس على التكيف ، فينهارون عند تعرضهم لشدة بسيطة ، يستطيعون مقاومتها في الحالات العادية مثل الإصابة بالحميات و التسمم ،

أو ارتجاج المخ أو في حالات ما بعد الولادة وفي حالة ما بعد الأنفلونزا الشديدة (عكاشة ،1998:36).

أو الإصابة بمرض خطير يؤدي إلى القنوط و توقع الموت كاضطراب القلق و السرطان الخ (ياسين ،1998،243).

2- الأسباب الاجتماعية :

يرتبط الإنسان بعلاقات اجتماعية مع أسرته و الآخرين من حوله ومع المجتمع الذي يعيش فيه ، وهو يتفاعل معهم بقدر احتياجه لهم فيؤثر فيهم ويؤثرون فيه ، وترجع معظم الاضطرابات النفسية إلى اختلال التوازن بين الفرد والمجتمع ، وبين الفرد والآخرين (عيفي ، 1989،36).

و من أهم الأسباب الاجتماعية الضاغطة التي تسبب في إصابة الإنسان بالاكتئاب :

1-الحرمان و فقدان الحب و المساندة العاطفية كفقدان حبيب أو مفارقتة أو فقد وظيفة أو ثروة أو مكانة اجتماعية أو فقد الكرامة و الشرف .

2-علاقة الطفل بأمه ، فإذا كانت الانطباعات التي كونها عن هذه العلاقة حسنة فان الحياة مبهجة ، و إذا لم تكن كذلك

فإن الحياة قاسية و مملوءة بالألم .

3-امتصاص الطفل أسلوب الوالدين الخاطيء في مواجهة المشاكل .

4-التربية الخاطئة كالتفرقة في المعاملة و التسلط والإهمال .

5- موت الأحبة و التوتر في الحياة .

6-أسلوب التنشئة في المدرسة .

7-أثر الرفاق على الطفل.

8-الهجرة من الوطن.

9-الوحدة ، و العنوسة ، و التقاعد ، و الطلاق ، و الفشل العاطفي (زهران ،1978،430).

تبين من الدراسات أن الظروف الضاغطة و خاصة في الطفولة ، كفقدان أحد الوالدين ، أو القسوة في المعاملة الوالدية ، و أسلوب الاعتمادية يمكن أن تؤدي بالفرد إلى الاكتئاب .

3- الأسباب النفسية:

الصراعات و الخبرات المؤلمة و عدم القدرة على مواجهة العقبات و التحديات قد تكون سببا في نشوء مرض الاكتئاب. و البعض يرى أن كل العوامل النفسية نتيجة للمرض وليس سببا له ، غير أن بعض الدراسات أثبتت العكس مثل دراسة

رينيه (Rennie) التي أجراها حول أسباب الاكتئاب فوجد أن 80% من بين 208 من مرضى الاكتئاب يرجع أسبابها إلى عوامل نفسية (عكاشة ، 1992).

كما ذكر زهران (1997) عدد من العوامل النفسية المسببة للاكتئاب منها التوتر الانفعالي و الخبرات الأليمة و الكوارث

القاسية مثل موت عزيز أو طلاق ، الصراعات اللاشعورية ، فقد الحب و الحرمان من المساندة و تدهور الكفاية الجنسية والتقاعد ، ضعف الأنا و اتهام الذات و الشعور بالذنب الذي لا يغتفر بالنسبة لسلوك سابق (خاصة حول الأمور الجنسية)، التربية الخاطئة ، التفرقة في المعاملة و التسلط والإهمال ، عدم التطابق بين مفهوم الذات الواقعي أو المدرك وبين مفهوم الذات المثالي.

4- تعاطي الأدوية و المخدرات:

تؤكد بعض الدراسات أن تناول أدوية معينة مثل الأدوية المستخدمة في علاج ضغط الدم و كذلك المستخدمة في علاج الروماتيزم مثل مشتقات الكورتيزون تؤدي إلى تغيرات كيميائية في الدماغ يحدد نتيجة لذلك ظهور آثار جانبية منها الاكتئاب النفسي (مراد ، 1994).

ويشير الذويبي (1419 هجرية) أن العديد من الدراسات الأجنبية أو المحلية و التي أجريت بغرض الكشف عن آثار تعاطي المخدرات بمختلف أنواعها من الناحية النفسية و الاجتماعية أثبتت جميعها شيوع القلق و الاكتئاب لدى المتعاطين إلى جانب اضطرابات نفسية أخرى.

كما يذكر الخاطر (1412 هجرية) أن بعض المخدرات تسبب الاكتئاب بنفسها و بعضها الآخر تسببه إذا توقف الشخص عن تعاطيها .

3.3.6 تصنيفات الاكتئاب :

يصنف الاكتئاب إلى عدة تقسيمات , و ذلك على حسب مدارس علم النفس المختلفة التي ينتمي إليها الباحثون , ولقد حدد الدليل الإحصائي الرابع DSM-IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للصحة النفسية أربع مجموعات رئيسية للاكتئاب وهي :

1- مرض الهوس الاكتئابي .

2- ثنائي القطب .

3- الاستجابة الاكتئابية الذهانية الكبرى .

4- الاكتئاب العصبي (الدميائي و آخرون 1992,220) .

في حين يصنف الدليل الإحصائي الرابع DSM-IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للصحة النفسية الاكتئاب إلى ثلاث مجموعات رئيسية للاكتئاب و هي :

1- النوبة الاكتئابية الكبرى .

2- عسر المزاج .

3- الاكتئاب ثنائي القطب

3.4 التأقلم و استراتيجياته:

3.4.1 التأقلم والتوافق : Coping & Adjustmen

من الملاحظ أن هناك جدل قائم وكبير , يدور حول مدى اتفاق مصطلح التوافق adjustmen ومصطلح التأقلم coping في دلالتهم , إذ يتجه بعض الباحثين إلى أن التأقلم يختلف في دلالاته و مضمونه عن التوافق , الذي يعد أشمل وأوسع دلالة من مصطلح التأقلم (الدويني 1998,137). فلقد أشار (الشرقاوي 1989) إلى أن التوافق و مفهوم التأقلم هما كلمتان مترادفتان تعنيان الشيء نفسه وهي العلاقة المرضية بين الفرد والبيئة (الطويل 2000,13) .

كما وفرق (كفاي 1989, 37) بين مفهوم التوافق والتأقلم , بالإشارة إلى أن التكيف يستخدم كمفهوم في علم الفسيولوجي , للإشارة إلى التغيرات التي تحدث في الأعضاء الجسدية كنتيجة لأعراض معينة تعرض لها .

هذا ولم يقتصر الخلاف بين العلماء على تعريف التوافق والتأقلم بل امتد ليشمل الترجمة الحقيقية لمصطلح coping , حيث عرفه بعض الباحثين العرب أمثال الدكتور رجب محمد بأنه أساليب تعامل , وترجمه البعض الآخر إلى معنى المواجهة , وعرفه بعضهم على أنه توافق , ولقد استخدم مفهوم التأقلم coping في الماضي , ولفترات زمنية ليست بقصيرة كشيء أساسيا ومركزيا في عملية التكيف الإنساني , فاستخدم في الأربعينات و الخمسينات , في أوساط التشخيص والتقييم والعلاج النفسي , ليصف المجهودات التي يبذلها الإنسان من أجل تغيير الطرق غير المجدية في التعامل مع المشكلات إلى طرق أكثر نفعاً وفعالية

(Lazarus & Folk man 1984)

هذا و قد اختلفت مسميات العلماء في وصفهم لسلوكيات التأقلم COPING مثل التفريغ الانفعالي CATHARSIS فنجد أن كل من (Gilbert & Holhan, 1982) يصف سلوكيات التأقلم بمصطلح التعبير عن الانفعالات , ونجد كل من (BURK & WEIR, 1980) قد قاما باستخدام مصطلح التفجر الانفعالي .

3.4.2 التأقلم و الضغوط :

إن مفهوم التأقلم يرتبط بشكل كبير بنظريات الضغوط النفسية , وهذا ما أشارت إليه النظرية المعرفية في الضغوط والتأقلم (Folk man, 1984), حيث أشارت إلى أنه ينظر للضغوط النفسية من المنظور المعرفي بأنها ليست كخاصية للفرد , أو خاصية للبيئة , وليست مثيرا أو استجابة لكن ينظر إليها بأنها علاقة معينة بين الفرد والبيئة , وعلاقة دينامية تفاعلية متغيرة باستمرار , وهي علاقة تأثير و تأثر ما بين الفرد و البيئة .

لقد تزايد اهتمام الباحثين بضغط الحياة و تحول الاهتمام إلى التركيز على مفهوم التأقلم مع الضغوط , لذا عرف (Lazarus & Lumir,1978) الضغوط بأنها " مطالب بيئية أو داخلية و صراع هذه المطالب و هي تفوق قدرات الفرد ومصادر الدعم المتاحة له.

3.4.3 تعريف التأقلم :

فقد ورد بحقه تعريفات كثيرة نرد من أهمها تعريف :

عرف التأقلم على أنه هو " قدرة الفرد على التعامل مع المواقف الجديدة والتأقلم معها "

(Vippema & Roger,1980).

كما و عرف مصطلح التأقلم باعتباره الأساليب المعرفية و السلوكية التي يستخدمها الفرد لمواجهة الجوانب المادية و الانفعالية للتوتر (Costa & Mccraer,1990).

و قد استخدم كل من (Lazarus & Folk man,1984) مفهوم التأقلم ليصف المجهودات التي يبذلها الإنسان من أجل تغيير الطرق الغير مجدية في التعامل مع المشكلات , إلى طرق أكثر نفعاً وفعالية , لذا فقد عرفوا مفهوم التأقلم coping " بأنه ذلك التغيير المستمر في المجهودات المعرفية و السلوكية و الانفعالية , من أجل إدارة المطالب الداخلية أو الخارجية التي يقيمها الفرد بأنها ترهقه , و تفوق إمكانياته .

و لقد عرف Billing التأقلم بأنه مجموعة المعارف و السلوكيات , التي يستخدمها الفرد بهدف تقدير مصادر المشقة , و تخفيض أثر الانعصاب الناتج عنها , وتعديل التنبيه الانفعالي المصاحب لخبرة المشقة (شكري,1999,392).

و يرى كل من (Pearline & Heather,1987) أن سلوك التأقلم يشتمل على مجهودات لتغيير أو تعديل الموقف الضاغط , وخفض حدة التهديد المدرك له , وإدارة الأعراض الناتجة عن الضغوط .

ويعرف أيضا مصطلح التأقلم بأنه مجموعة من النشاطات أو الاستراتيجيات الدينامية , سلوكية و معرفية , يسعى من خلالها الفرد إلى مواجهة الموقف الضاغط لحل المشكلة أو تخفيف التوتر الانفعالي المترتب عليه (إبراهيم ,1994,105).

ويصف أيضا كل من (Perlin & Schooler,1978) مفهوم التأقلم , على أنها الأشياء التي يقوم بها الناس من أجل تجنب الضرر الناتج عن شدائد الحياة و ضغوطها .
أما استراتيجيات التأقلم , فقد عرفت على أنها استجابات سلوكية أو انفعالية متعلمة و قصديه و هادفة لمواجهة الضغوط والتكيف معها أو تغييرها (Turner,1980).
و لقد وصفت استراتيجيات التأقلم Coping-Strategies , على أنها مجموعة من الاستراتيجيات المعلنة أو المقنعة التي يستخدمها الشباب خلال تصديهم للتحديات و يتضمن ذلك أسلوب حل المشكلة مثل الحصول على معلومات , ووضع اعتبارات بديلة , وأخذ قرارات من أجل القيام بأفعال محددة , والقيام بسلوك اتصالي اجتماعي , مثل مناقشة المواقف والتعاون مع الأفراد الآخرين و كذلك القيام بعمليات معرفية غير ملحوظة مثل التركيز على الجوانب الإيجابية لموقف وخفض حالة الإجهاد المترتبة على ذلك الموقف (Aspy etal,1996) .

3.4.4 أشكال التأقلم :

إن الضغوط عادة ما تولد الخوف والقلق و التوتر , لهذا فإن استراتيجيات التأقلم الفعالة يمكن أن تتعامل مع الضغوط نفسها , أو مع الانفعالات التي تستجربها هذه الضغوط , وتعمل على تخفيف وطأة هذه الضغوط على الأفراد (Lazarus & Folk man,1984) .
هذا و قد تختلف استراتيجيات التأقلم التي يستخدمها الفرد في مدى فعاليتها , إلا أنها تظل جميعها سواء الفعالة منها أو غير الفعالة , سلوكيات متعلمة و قصديه , وبالتالي يمكن اكتسابها أو تعديلها أو محوها (Zeitlan,1985).

إن التأقلم يأخذ شكلين حسب وجهة نظر (Lazarus & Volkmann ,1984), وهما التأقلم بالتركيز المباشر على المشكلة , وهي المحاولة لفعل شيء بناء تجاه الموقف الضاغط , أما الشكل الآخر فهو التكيف بالتركيز على العاطفة , و المقصود به تلك الجهود التي تنظم النتائج العاطفية للمواقف الضاغطة

ولقد أشار(شكري 1999,393) بأن Mccare تحدث على أن هناك أسلوبين , وهما التركيز على المشكلة والتركيز على الانفعال , وهما غير متعارضين , وإن الناس عادة ما يلجأ و ن إلى خليط

منها عند مواجهة الضغوط مع سيادة أسلوب على آخر , فمثلا أسلوب التركيز على المشكلة يكون أكثر استخداما في المواقف التي يعتقد خلالها الفرد لأن شيئا مفيدا يمكن حدوثه بخصوص الموقف الضاغط , أو السيطرة عليه , بينما يزيد استخدام الفرد لأسلوب التأقلم بالتركيز على العاطفة , حين يكون الموقف الضاغط شيئا مستمرا لا يمكن تغييره , أو خفضه وأنه يجب على الفرد أن يتحملة . أما (فورسيز كومبارس) , فيرى أن الاعتماد على التأقلم بالتركيز على العاطفة قد يصبح تكيفي فيه المواقف المحدودة , من أجل التحكم و السيطرة , حيث تكون وظيفتها حينئذ التخلص من مشاعر الانضغاط النفسي (هريدي 1996,272).

ولقد قام كل من (Lazarus,1979) بجمع ما توصل إليه الباحثون , حول وظائف التأقلم , وتوصلوا إلى أنها تعمل على خفض ضرر الظروف البيئية , والمحافظة على الوضع الطبيعي , و التسامح والتوافق مع الأحداث والظروف السلبية , والحفاظ على التصور الايجابي عن الذات , والحفاظ على التوازن الانفعالي , وأخيرا استمرارية الرضا عن العلاقات الاجتماعية الجيدة مع الآخرين .

3.4.5 المناهج النظرية للتأقلم :

الباحثون الذين درسوا التكيف ركزوا على أربعة طرق ومناهج نظرية أساسية للتكيف , منها المنهج التحليلي النفس Approaches Psychoanalytic , والذي يركز على ميكانزمات الدفاع والذي نما مبكرا مع الدراسات التحليلية النفسية والتي تعتبر طرق غير واعية Unconscious لتخفيف القلق(DSM-IV).

لذا فقد نظر أصحاب مدرسة التحليل النفسي , إلى أن ميكانزمات الدفاع هي بداية لتشكيل مفهوم التكيف , حيث كان يشار إلى ميكانزمات الدفاع بأنها الوسائل اللاشعورية في مواجهة الصراعات الداخلية الجنسية والعدوانية (الشرقاوي 1994,53).

هذا فقد وجدت سبعة أنواع من ميكانزمات الدفاع ,رتبت من الأكثر حدة (الدفاع غير المنظم والذي تعود أصوله إلى العمليات النفسية التي تستخدم الإسقاط والإنكار و التخيل والفعل والعمل خارجا

والغضب السلبي و الانسحاب العاطفي وميكانزمات التشوه التخيلي) , إلى الأقل حدة و هي الميكانزمات الغير ناضجة ,وتتضمن الإنكار ,والإسقاط , والتبرير , وضعف التقييم والمعيارية والإزاحة ,والكبت .

لقد قام (Cramer,2000) بعمل مقارنة بين التشابه والاختلاف لكل من الميكانزمات الدفاعية و عمليات التأقلم , فوجد أن الأولى غير قصديه,وليس لها مكان محدد وتدرجية وتترافق مع مرض ,بينما عمليات التأقلم هي واعية تستخدم بقصد وهي محددة اجتماعية وغير تدرجية , وعلاوة على ذلك فإن استراتيجيات التأقلم هي متعلمة وقصديه وهادفة لمواجهة الضغوط .

أما المنهج الثاني هو منهج الشخصية و الذي يركز على أساليب التأقلم Coping style , هذا وتختلف استراتيجيات التأقلم Coping Strategies عن أساليب التأقلم Coping Style , حيث أن أسلوب التأقلم هو نمط فطري من الاستجابة للضغوط , وهو يمثل سمة عامة جدا بحيث يصعب استخدامها للتنبؤ بالسلوك في موقف محدد, كما أن أسلوب التكيف أكثر ثباتا عبر الزمن, أما استراتيجيات التأقلم فهي سلوكيات فعلية , مستخدمة للتكيف مع الضغوطات و هي متعلمة و تختلف عبر الزمن و يمكن تغييرها (Brenner, 1984).

كما أنها تعتمد على درجة إدراك الفرد لإمكانية التحكم بمصدر الضغط, أو عدم التحكم به أكثر مما هي سمة فطرية أو موروثية(Miller& Green, 1985).

أما المنهج الثالث فيعتمد على نموذج السلوك الإدراكي coping process ,ففيه نرى كيف أن الأشخاص يقيموا الوضع إدراكيا, و كيف يتكيف هؤلاء الناس لذا يرى Lazarus أن تقدير كم التهديد ليس مجرد إدراك مبسط للعناصر المكونة للموقف, و لكنه علاقة خاصة من التفاعل الدينامي بين البيئة المحيطة بالفرد و خبراته الشخصية مع الضغوط, و يعتمد تقييم الموقف من الفرد على عوامل عديدة , منها الشخصية,و العوامل الاجتماعية,و العوامل المتصلة بالموقف الضاغط نفسه, و أن ما يعتبر ضاغطا لفرد لا يعتبر ضاغطا لغيره (عثمان 2000، 10).

أما المنهج الرابع فهو عملية التأقلم اليومي Daily coping process و تتضمن تقييم استراتيجيات التأقلم بشكل عام و محدد مرة أو مرتين في اليوم.

3.4.6 وظائف التأقلم الكبرى: Major function of coping

هناك وظيفتين عظيمتين تشيران إلى التركيز على المشكلة و العاطفة و التي تم شرحها بداية في عام 1980 على يد كل من Lazarus & Folkman. في وظيفة التركيز على المشكلة، فإن الأشخاص الذين يحصلون على المعلومات التي من شأنها أن توضح كيف يعملوا و يتحركوا بمجموعة أفعال غرضها تغيير الواقع المضطرب، ما بين البيئة و الفرد.

أفعال التأقلم ربما تكون مباشرة على كلا من الفرد و البيئة، فبعض الأشخاص الذين يعانون من السرطان ربما يطلبون و جهات نظر مختلفة عن علاجاتهم ليقوموا بالاختيار ، بينما الجراحة و هي أفضل طريقة ، فهذا الاتجاه يركز على و وظيفتها التركيز على المشكلة.

و يشير هذا الأسلوب إلى المجهودات الموجهة إلى الموقف الذي يقيمه الفرد بأنه ضار، أو مهدد لعمل شيء من أجل إدارة أو تغيير، أو تعديل الموقف الضاغط.

أما الوظيفة الثانية فهي التركيز على العاطفة، و التي تهدف غالبا إلى تنظيم العواطف و الانفعالات الناجمة عن الموقف الضاغط، و مثال ذلك تجنب التفكير بما هو خطر ، و إعادة تقييم الحدث بدون أي تغيرات للواقع المسبب لحالة الضغط (Lazarus, 1999).

العوامل المؤثرة في إدراك الضغوط و التأقلم معها:

1- شدة الحدث الضاغط: Severity

إن الفترة التي تستغرقها الضغوط هي التي تحدد مدى الاضطراب الذي قد يحدث لدى و لعل الضغوط تنقسم من حيث الشدة من وجهة نظر Cohen & Lazarus إلى ثلاث مجموعات و هي

الحوادث الجانحة: Cataclysmic

و هي ضغوط مفاجئة و عنيفة ، و يمكن أن تؤثر على أعداد كبيرة من الناس و من أنواعه (الحروب و الكوارث) و هي الأكثر قوة و تأثير على الصحة النفسية و الجسمية للإنسان.

الضغوط الشخصية: Personal stressor

و هي أحداث شديدة و لكنها أقل شدة من السابقة و تأثيرها على عدد قليل من الناس.

الضغوط العامة: Back ground stressors

و هي حوادث ذات شدة منخفضة و لكنها تستمر و تتكرر في الحياة اليومية و تبدو آثارها تراكمية،
ومن أمثلتها المشاحنات و المضايقات اليومية(عبد الخالق1998،47).

2- الضغوط غير المتوقعة: Unpredictability

يعتقد كل من Peterson &Sligman أن الإدراك و التنبؤ هما عنصران هامان من عناصر
القدرة على التحكم في الضغوط
و أشار(Shelley et al, 1995) إلى أن الضغوط غير المتوقعة، ذات تأثير سلبي أكثر من
الضغوط المتوقعة، حيث أن الفرد حين يتوقع الأحداث الضاغطة يمكن أن يؤثر عليها فيعدل من
تأثيرها و فهمها.

3- غموض الحدث الضاغط : Ambiguity

لقد أشار (Billing& Moos, 1984) إلى أن الغموض في الأحداث ، يجعل الفرد غير قادر على
التصرف بكفاءة في المواقف الضاغطة، حيث أن الغموض يجعل الموقف يشبه الاختبار
الاسقاطي، بحيث تكون الاستجابة للفرد متأثرة بمعتقداته، و كلما كان الموقف غامضا كلما تدخلت
العوامل الشخصية و الذاتية في تفسيره.

4- عدم القدرة على التحكم: Lack of control

يشير التحكم إلى اعتقاد الفرد بإمكانات تحكمه في المواقف الضاغطة التي يتعرض لها، و يرى
Milgram انه في أوقات الحروب حين يفقد الشخص القدرة على التحكم في الأحداث، وفي نفسه
فان ذلك يؤدي إلى حدوث أزمات نفسية شديدة.

5- عوامل خاصة بالفرد: Personal Factor

-العمر : تكون القابلية للتأثر السلبي بالضغوط ملموسة في مرحلة الطفولة، و المراهقة و سن الكهولة(Kozaric et al , 1995).

- الجنس : لم تثبت الدراسات فروق تذكر بين الجنسين في إدراك الضغوط النفسية، ولا حتى في أحداث الحياة الضاغطة بصفة عامة (يوسف 1994، 63) .

- الصحة النفسية : يرى كل من (Lazarus & Folk man, 1984) أن المرض و التعب و الإرهاق ، يؤثر على طبيعة إستراتيجية التكيف مع الضغوط و على عكس ذلك فإن الشخص السليم المعافى نفسيا و جسديا، يكون لديه طاقة مرتفعة، و قدرة أكبر في التكيف مع الضغوط.

- المعتقدات الدينية : إن الذين لديهم دافع ديني قوي يكونون أكثر رضا عن الحياة، و السعادة أقل في النتائج السلبية لأحداث الحياة الضاغطة بالمقارنة مع غير المتدينين(Ellison, 1991).

6- الترابط الأسري و الدعم الاجتماعي: Family & Social Support

تعد نظم المساندة الاجتماعية و الأسرية من أهم العوامل الدفاعية ضد المواقف الضاغطة، و قد أكد (علي 1997، 221) على أهمية دور المساندة الاجتماعية في التخفيف من حدة أحداث الحياة الضاغطة، التي قد يواجهها الفرد في تنمية المقومات النفسية الايجابية، من أجل التأقلم مع الضغوط التي يتعرض لها الفرد.

3.4.8 عوامل اختلاف الاستجابات لدى الأفراد و التأقلم معها:

1 - تقييم الحدث الضاغط : Appraisal of Stressors Event

يفرق (Lazarus , 1999) بين ثلاثة أشكال للتقييم و هي :

التقييم الأولي Primary Appraisal : و يقصد بها تقييم الفرد للحدث، هل هو سلبي أم ايجابي أم عادي ، فإذا أدركه الفرد بأنه سلبي يقوم بتقييمه هل هو ضار ، أو مهدد، أو متحد، و يرى

Lazarus أن التقييم يتأثر بمجموعة من العوامل منها المعتقدات، الالتزامات و هي موجودة مسبقا عند الفرد و فكرته عن الواقع.

التقييم الثانوي Secondary – Appraisal : و يقصد بها تقييم الفرد لإمكاناته الشخصية و المادية و الاجتماعية، للتكيف مع الحدث الذي يقوم بتقييمه على انه حدث ضاغط، و ينشأ هذا الشكل من التقييم عند بروز المشاعر السلبية داخل الشخص ، فيقوم باستجماع قدراته و ما يتوفر لديه من مهارات و معلومات و تسخيرها لعملية تخفيف الضغوط و هو ما يسمى بالتكيف.

- إعادة التقييم Reappraisal : يقصد بها أن الفرد بعد أن يقوم بتقييم الحدث و تقييم إمكانيات التكيف معه، يقوم الموقف و درجة تهديده وفقا لما يثيره من درجة تهديد، و ذلك وفقا للمعلومات الجديدة التي يستمدها الفرد من خلال تفاعله بالمواقف و البيئة المحيطة به، فيقوم بتعديل تقييماته من جديد للتكيف مع الضغوط التي تواجهه.

2- المعنى و التحكم : Meaning & Control

من خلال التحليل الذي قدمه Horowitz لعملية التكيف ، تبين أنه أعطى اهتماما كبيرا للمكنزات الداخلية، التي تساعد في معالجة الحدث الصادم و لكنه يهتم كثيرا بمحتوى عملية التأقلم.

و هناك ثلاثة أسئلة ، ذات محتوى بعملية التأقلم و هي :

- بعد الحدث الصادم، الأفراد يبحثون عن معنى لمل حدث لهم.
- الشخص يحاول استعادة التحكم و السيطرة الموقف.
- العملية النفسية الاجتماعية تلعب دورا هاما في تحديد الآثار و عملية التكيف مع الصدمة.(Keeber& Brom, 1992).

3- مفهوم المنظومة العقلية : The Concept Of Schema

عندما ينتهي الحدث الصادم، فهذا لا يعني أن الشخص لا يعاني ، حتى ولم يكن هناك نتائج مادية أو جسدية حيث أن هناك مجموعة من التفاعلات النفسية غالبا ما تبقى لفترات طويلة بعد انتهاء الحدث الصادم.

إن الأشخاص خلال مراحل النمو المختلفة يقومون ببناء توقعات و خيارات مختلفة عن أنفسهم و العالم الخارجي ، و يطلق علم النفس المعرفي اسم المنظومة العقلية على هذه التوقعات و الخيارات، و يعتقد Neisser أن المنظومة العقلية هي بناء معرفي مركزي و أساسي في الإدراك كما أن هذه المنظومة تتغير بتغير خبرة الإنسان على طول فترات الحياة المختلفة (Kleber& Brom, 1992).

الفصل الرابع

الأساليب

| | |
|-----|---------------------|
| 4.1 | مقدمة |
| 4.2 | تصميم البحث |
| 4.3 | تحديد العينة |
| 4.4 | المكان المحدد للبحث |

| | |
|----------------------|-----|
| الاعتبارات الأخلاقية | 4.5 |
| أدوات البحث | 4.6 |
| طرق تحليل المعلومات | 4.7 |
| الخلاصة | 4.8 |

4.1 المقدمة:

سوف نتناول الباحثة في هذا الفصل الخطوات و الإجراءات التي اتبعتها لتطبيق الدراسة الميدانية ، بحيث يتم التطرق إلى مجتمع الدراسة الأصلي و العينة التي طبقت عليها الدراسة ، ووصف الأدوات التي استخدمتها للدراسة ، و المعالجات الإحصائية التي استخدمت في تحليل البيانات للتحقق من نتائج و فروض الدراسة.

4.2 تصميم البحث :

قامت الباحثة باستعراض أدبيات الدراسة، والإطار المفاهيمي، واستطاعت بعد ذلك تحديد متغيرات الدراسة، والتي في ضوءها تم اختيار المقاييس التي ستستخدم في الدراسة الحالية وهي:

- 1- قائمة البيانات الديمغرافية: إعداد الباحثة (ملحق رقم 2).

2- مقياس استراتيجيات التكيف: اعداد (Folkman, Lazarus, Dunkel, Schetter,)

(Delonis & Gruen, 1986)- تعريب وتقنين سمير قوته 1997 (ملحق رقم 3).

3- مقياس تايلور للقلق: إعداد (Reynolds & Richmond, 1978, 1997) (ملحق 4).

4- اختبار بطني للاكتئاب: إعداد (Beck, 1984) تعريب وتقنين عبد الفتاح غريب

(ملحق رقم 5)

واستخدمت الباحثة في هذه الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، الذي يعتبر طريقة في البحث عن الحاضر، ويهدف إلى تجهيز بيانات لإثبات فروض معينة ، تمهيداً للإجابة على تساؤلات محددة

بدقة ، تتعلق بالظواهر الحالية، والأحداث الراهنة ، التي يمكن جمع المعلومات عنها في زمان إجراء البحث، وذلك باستخدام أدوات مناسبة (الأغا، 1997، 73).
كما أنه يعتمد على دراسة الواقع أو الظاهرة كما توجد في الواقع ، و يهتم بوصفها وصفا دقيقا و يعبر عنها تعبيراً كفيماً أو تعبيراً كمياً(عبيدات و آخرون 1984،187).

4.3 مجتمع وعينة البحث :

قامت الباحثة بتحديد مجتمع الدراسة، وهو يتكون من (153) من الأسر التي يوجد لديها أطفال معاقين حركياً أو عقلياً في المنطقة الوسطى من قطاع غزة، وهم جزء من إجمالي عدد أهالي الأطفال المعاقين والبالغ عددهم (459) من أسر الأطفال المعاقين.
وقامت الباحثة باختيار عينة البحث بطريقة القصدية (غير عشوائية) حيث تم دراسة جميع أهالي الأطفال الشديدي الإعاقة حركياً و عقلياً(sever) ما بين سن (0-18) عام حيث بلغ عددهم (153) طفل و طفلة، و بلغ عدد أفراد العينة (306) من أهالي الأطفال المعاقين، منهم (151) من الآباء بنسبة (49.3%)، ومنهم (155) من الأمهات بنسبة (50.7%) من أهالي الأطفال المعاقين، وتراوحت أعمار العينة من 18 –64 سنة، (بمتوسط 36.16 سنة وانحراف معياري 8.43).

4.4 محددات البحث:

اقتصرت البحث الحالي على عينة من أهالي الأطفال المعاقين حركياً و عقلياً في المنطقة الوسطى – قطاع غزة ، من الذكور و الإناث (آباء و أمهات) ، و ذلك من خلال تطبيق المقاييس المذكورة لاحقاً و تمت هذه الدراسة في الفترة ما بين (20-1-2008) إلى (15-2-2008).

4.5 الاعتبارات الأخلاقية :

- 1- تقدمت الباحثة بطلب لجنة هلسنكي بهدف الحصول على الموافقة لإجراء البحث على العينة التي تم تحديدها و تمت الموافقة عليها(ملحق رقم 8).
- 2- قامت الباحثة بالحصول على كتاب خطي من الجمعية الوطنية لتأهيل المعاقين، للموافقة على تطبيق الأدوات على عينة البحث. (ملحق رقم 9).

3- كما و قامت الباحثة بالاستئذان الخطي كتابيا من أفراد العينة مباشرة في مقدمة كل مقياس

بهدف توضيح كيفية الإجابة عليها و إعطائهم نبذة عن موضوع البحث(ملحق رقم 1).

4- تعهدت الباحثة للمبحوثين بأن هذه المعلومات التي سيتم جمعها ستبقى سرية ، بحيث لم يطلب

تسجيل اسم المبحوث على أداة البحث ، و أن البيانات التي سيتم جمعها ستقتصر على إجراءات

البحث العلمي فقط.

4.6 أدوات البحث :

4.6.1 مقياس استراتيجيات التكيف : تعريب وتقنين سمير قوته، 1997 (انظر ملحق رقم 3)

مقياس (استراتيجيات التكيف) Ways of Coping ، الصيغة المعدلة ، أعدها في الأصل

(Folkman, Lazarus, Dunkel, Schetter, Delonis & Gruen, 1986) والمقياس

الأصلي مكون من (46 عبارة) تغطي (8 أبعاد)، تصف كيفية مواجهة الناس للضغوط النفسية،

وقام سمير قوته (1997) بتعريبها وتقنينها على البيئة الفلسطينية، وتحتوي الصيغة المقننة على

(44 عبارة)، حيث طلب مقنن المقياس من عينة التقنين أن يتذكروا المواقف الضاغطة التي مروا

بها، ثم الإجابة على عبارات المقياس بطريقة ليكرت، على تدرج رباعي للإجابة كما يلي:

▪ لم أفعل ذلك مطلقاً.

▪ فعلت ذلك نادراً.

▪ فعلت ذلك أحياناً.

▪ فعلت ذلك كثيراً.

وعلى المفحوص أن يحدد مدى انطباق كل عبارة عليه ، وذلك بوضع علامة (X) أمام العبارة

تحت العمود الذي يتفق مع رأيه .

وتتراوح درجة كل عبارة من عبارات المقياس من 1 إلى 4 درجات ، بحيث إذا وضع المفحوص

علامة (X) أمام العبارة في العمود (لم أفعل ذلك مطلقاً) فإنه يحصل على درجة واحدة، ويحصل

على درجتين إذا وضع العلامة في العمود (فعلت ذلك نادراً) ، بينما إذا وضعها في العمود (فعلت

ذلك أحياناً) فإنه يحصل على ثلاث درجات ، ويحصل على أربع درجات إذا وضع العلامة في العمود (فعلت ذلك كثيراً).

وتوزع فقرات المقياس في صورته النهائية على سبع استراتيجيات كما يلي:

| أرقام الفقرات | أساليب مواجهة الضغوط | مسلسل |
|---------------------------------|-------------------------|-------|
| 3، 11، 19، 21، 34، 39، 42 | التفكير بالتمني والتجنب | 1 |
| 7، 12، 15، 23، 43، 44 | التخطيط لحل المشكلات | 2 |
| 5، 8، 9، 16، 20، 31، 32، 38، 40 | إعادة التقييم | 3 |
| 1، 17، 24، 30، 33 | الانتماء | 4 |
| 2، 10، 18، 26، 41 | تحمل المسؤولية | 5 |
| 6، 13، 14، 22، 28، 35، 37 | التحكم بالنفس | 6 |
| 4، 25، 27، 29، 36 | الارتباك والهروب | 7 |

فقد تم تقدير صدق الاتساق الداخلي للمقياس وقد تراوحت معاملات ارتباط فقرات كل بعد مع الدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه بين (0.242 – 0.699)، واتضح أن فقرات مقياس استراتيجيات التكيف مع الضغوط حققت ارتباطات دالة مع الدرجة الكلية لأبعادها. كما تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية لمقياس أساليب مواجهة الضغوط، وقد تراوحت معاملات الارتباط بين (0.415 – 0.693). كما تم حساب معامل الثبات باستخدام التجزئة النصفية وبلغت قيمة معامل الثبات (0.638)، كما بلغت قيمة كرونباخ ألفا لفقرات المقياس (0.729) ، وهي قيم تدل على مستوى جيد من الثبات عند مستوى دلالة أقل من 0.01 (النعامي، 2005).

وكان معرب ومقنن المقياس سمير قوته (1997) ، قد قام بحساب معامل ألفا كرونباخ لكل بعد من أبعاد المقياس وكانت النتائج كما يلي: التفكير بالتمني والتجنب (ألفا = 0.73) ، التخطيط

لحل المشكلات (ألفا = 0.74) ، إعادة التقييم (ألفا = 0.74) ، الانتماء (ألفا = 0.72)، تحمل المسؤولية (ألفا = 0.65)، التحكم بالنفس (ألفا = 0.66)، وأسلوب الارتباك والهرب (ألفا = 0.64).

4.6.2 مقياس تايلور للقلق من إعداد (Reynolds & Richmond, 1978, 1997)

قام تايلور (1953) باعداد قائمة القلق (MAS)، والتي تستخدم لتقدير حدة القلق عند الراشدين (Reynolds & Richmond, 1978, 1997)، وفي هذه الدراسة تم استخدام النسخة العربية والتي تتكون من 50 فقرة، ويتم الاستجابة عليها (بنعم وتصحح بدرجة واحدة) أو (لا وتصحح صفر)، ويتم جمع درجات المفحوص على جميع الفقرات لتقدير مستوى القلق لديه، وتقدر الدرجات من (0 – 26 درجة تعني لا يوجد قلق)، (27 – 32 تعني قلق خفيف)، (33 – 40 درجة تعني قلق شديد)، (41 درجة وفوق تعني قلق شديد جداً).

وتم تقدير الاتساق الداخلي باستخدام معامل كرونباخ ألفا وكانت قيمة ألفا تساوي (0.86)، وكانت قيمة معامل الثبات باستخدام التجزئة النصفية تساوي (0.79).

و تم استخدام هذا المقياس في البيئة الفلسطينية في دراسة العنف ضد المرأة. (ثابت و آخرون، 2007)

4.6.3 مقياس بك للإكتئاب: إعداد (Beck I, 1984) وتعريب غريب غريب (ملحق رقم 5).

هذا المقياس يتكون من 21 بند، تقيس شدة الاكتئاب في البالغين، ولقد استخدم في العديد من الدراسات السابقة، و يتم حساب النقاط وفقاً لتدرج ليكرت الرباعي وتتراوح درجات الاستجابة عليه

بين (0) وتعني عدم وجود عرض إلى (3) وتعني وجود عرض شديد, و تم حساب مصداقية المقياس الداخلية و كان معامل ألفا = 0.81, ومعامل الثبات = (0.82) (Beck, 1988).
النسخة العربية من هذا المقياس تم حسابها في دراسات على البيئة المصرية وكان مصداقية هذا المقياس باستخدام معامل ألفا = 0.79 (غريب, 2000). و تم استخدام هذا المقياس في دراسات أخرى في البيئة الفلسطينية، و كانت مصداقيته عالية (أبو ليله, 2003, وأبو سيف, 2003)،
(ثابت, 2007).

4.7 طرق جمع وتحليل المعلومات:

بعد الحصول على موافقة لجنة هلسنكي على موضوع الدراسة وموافقة أهالي الأطفال المعاقين على تطبيق المقاييس عليهم، قامت الباحثة بتطبيق أدوات الدراسة على أفراد العينة، وبعد الانتهاء من التطبيق استخدم الباحث برنامج الرزم الإحصائية (SPSS) لتفريغ البيانات وتصفيتها ومعالجتها، وتحليل البيانات واختبار الفرضيات استخدم الباحث الأساليب الإحصائية التالية:

1. اختبار (ت) T – Test للفروق بين متوسطات المجموعات المستقلة:

للكشف عن الفروق بين متوسطي درجات أمهات وآباء الأطفال المعاقين في استراتيجيات التأقلم، والفروق بين متوسطي درجات أهالي الأطفال المعاقين حركياً وأهالي الأطفال المعاقين عقلياً، في كل من استراتيجيات التأقلم، والاكتئاب، والقلق.

2. تحليل التباين الأحادي:

للتحقق من أثر الاختلاف في عدد الأبناء، وتعليم الآباء، وتعليم الأمهات، والدخل الشهري للأسرة، ونوع السكن على كل من استراتيجيات التأقلم، والقلق، والاكتئاب لدى أفراد العينة.

3. المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية:

يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية للمقاييس الفرعية لاستراتيجيات التأقلم ونفقرات الاكتئاب.

4. التكرارات والنسب المئوية:

للتحقق من مدى شيوع كل من الاكتئاب والقلق لدى أفراد العينة.

5. معامل ارتباط بيرسون:

للكشف عن العلاقة بين استراتيجيات التأقلم من جهة وكل من الاكتئاب والقلق من جهة أخرى.

4.8 الخلاصة:

بعد تطبيق الأدوات على عينة الدراسة، تبين للباحثة أن جميع الأدوات التي تم استخدامها تتسم بالصدق و الثبات ، و من ثم جاز الباحثة استخدام هذه الأدوات وفقا للأسس العلمية في جمع البيانات عبر عينة البحث، و أن هذه البيانات قادرة على قياس استراتيجيات التأقلم لدى أهالي الأطفال المعاقين و علاقته بالقلق و الاكتئاب في المنطقة الوسطى – قطاع غزة.

الفصل الخامس

النتائج

- المقدمة
- عرض النتائج
- الخلاصة

5.1 مقدمة

تسعى الباحثة في هذا الفصل إلى تحقيق أهداف الدراسة، وقد قامت بجمع البيانات اللازمة من خلال تطبيق المقاييس المخصصة، والتي تم التفصيل لها في فصل الأساليب والإجراءات، وذلك على عينة مكونة من "306 من أهالي الأطفال المعاقين"، وتم تفريغ البيانات وتصفيتها وتحليلها إحصائياً للتحقق من صحة فروض البحث.

وقد استخدمت الباحثة برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) في تحليل البيانات، وللتوصل للنتائج حسب الفروض، استخدمت الباحثة عدداً من المعادلات الإحصائية.

5.2 الخصائص الديموغرافية لأفراد العينة

يتضح من الجدول التالي أن العينة اشتملت على 306 من أهالي الأطفال المعاقين، منهم 151 من الآباء بنسبة (49.3%)، ومنهم 155 من الأمهات بنسبة (50.7%) من أهالي الأطفال المعاقين، وتراوحت أعمار العينة من 18 – 64 سنة، (بمتوسط 36.16 سنة وانحراف معياري 8.43).

جدول (1) توزيع أفراد العينة حسب الجنس

| م | الجنس | العدد | النسبة المئوية |
|---|---------|-------|----------------|
| 1 | ذكور | 151 | 49.3 |
| 2 | إناث | 155 | 50.7 |
| | المجموع | 306 | 100.0 |

والجدول التالي يوضح, أن 92 من أفراد العينة لديهم 4 أبناء فأقل بنسبة 30.1%, وأن 137 منهم لديهم ما بين 5 - 7 أبناء بنسبة 44.8%, وبلغ عدد الأسر التي لديها 8 أبناء وما يزيد 77 بنسبة 25.2%.

جدول (2) توزيع أفراد العينة حسب عدد الأبناء في الأسرة

| م | عدد الأفراد | العدد | النسبة المئوية |
|---------|-------------|-------|----------------|
| 1 | 4 فأقل | 92 | 30.1 |
| 2 | 5-7 | 137 | 44.8 |
| 3 | 8 فأكثر | 77 | 25.2 |
| المجموع | | 306 | 100.0 |

يوضح الجدول التالي توزيع آباء في أسر أفراد العينة حسب مستوى التعليم كالتالي: لم يتعلم بلغ العدد 28 فرداً بنسبة 9.2%, وتعلم حتى المرحلة الابتدائية 64 بنسبة 20.9%, وتعلم من الآباء حتى المرحلة الإعدادية 67 بنسبة 21.9%, وتعلم الآباء حتى المرحلة الثانوية بلغ 62 بنسبة 20.3%, وتعليم الأب حتى مرحلة الدبلوم 41 بنسبة 13.4%, أما تعليم الأب حتى الجامعة وفوق 44 بنسبة 14.4%.

جدول (3) توزيع أفراد العينة حسب تعليم الأب

| الرقم | مستوى التعليم | العدد | النسبة المئوية |
|---------|---------------|-------|----------------|
| 1 | لم يتعلم | 28 | 9.2 |
| 2 | ابتدائي | 64 | 20.9 |
| 3 | إعدادي | 67 | 21.9 |
| 4 | ثانوي | 62 | 20.3 |
| 5 | دبلوم متوسط | 41 | 13.4 |
| 6 | جامعة وفوق | 44 | 14.4 |
| المجموع | | 306 | 100.0 |

يتضح من الجدول التالي أن توزيع الأمهات حسب مستوى تعليمهن كالتالي، لم تتعلم بلغ العدد 39 فرداً بنسبة 12.7%، تعلمت حتى المرحلة الابتدائية 46 أم بنسبة 15.0%، تعلمت حتى المرحلة الإعدادية 69 بنسبة 22.5%، وتعلمت 89 أم حتى المرحلة الثانوية بنسبة 29.1%، تعليم الأم حتى مرحلة الدبلوم المتوسط 38 بنسبة 12.4%، أما تعليم الأم حتى المرحلة الجامعية وفوق 25 بنسبة 8.2%.

جدول (4) توزيع أفراد العينة حسب تعليم الأم

| الرقم | مستوى التعليم | العدد | النسبة المئوية |
|---------|---------------|-------|----------------|
| 1 | غير متعلمة | 39 | 12.7 |
| 2 | ابتدائي | 46 | 15.0 |
| 3 | إعدادي | 69 | 22.5 |
| 4 | ثانوي | 89 | 29.1 |
| 5 | دبلوم متوسط | 38 | 12.4 |
| 6 | جامعة وفوق | 25 | 8.2 |
| المجموع | | 306 | 100.0 |

الجدول التالي يوضح توزيع أفراد العينة من أهالي المعاقين حسب الدخل الشهري للأسرة، ويتضح أنه بلغ عدد الذين ينتمون لأسر دخلها 1000 شيكل فأقل 196 بنسبة 64.1%، وبلغ عدد الذين ينتمون لأسر دخلها يتراوح بين 1001 - 2000 شيكل 45 بنسبة 14.7%، ويتراوح الدخل الشهري عند 35 من الأسر بين 2001 - 3000 شيكل بنسبة 8.9% من العينة، وبلغ عدد الأسر 30 ممن ينتمون لأسر دخلها أكثر من 3000 شيكل بنسبة 9.8%.

جدول (5) توزيع أفراد العينة حسب الدخل بالشيكال

| النسبة المئوية | العدد | الدخل الشهري للأسرة | الرقم |
|----------------|-------|---------------------|-------|
| 64.1 | 196 | 1000 شيكل فأقل | 1 |
| 14.7 | 45 | 1001-2000 | 2 |
| 11.4 | 35 | 2001-3000 | 3 |
| 9.8 | 30 | أكثر من 3000 شيكل | 4 |
| 100.0 | 306 | المجموع | |

الجدول التالي يوضح توزيع العينة حسب نوع السكن: وتبين أن 40 من أفراد العينة يسكنون في المدينة بنسبة 13.1%، و20 منهم في القرية بنسبة 6.5%، أما المخيم بلغ العدد 246 بنسبة 80.4%.

جدول (6) توزيع أفراد العينة حسب نوع السكن

| النسبة المئوية | العدد | نوع السكن | الرقم |
|----------------|-------|-----------|-------|
| 13.1 | 40 | مدينة | 1 |
| 6.5 | 20 | قرية | 2 |
| 80.4 | 246 | مخيم | 3 |
| 100.0 | 306 | المجموع | |

يتضح من الجدول التالي 207 من أسر العينة لديها معاق حركياً في الأسرة بنسبة (67.6%)، وأن 99 من أسر العينة لديها إعاقة عقلية بنسبة (32.4%).

جدول (7) توزيع أفراد العينة حسب نوع الإعاقة

| النسبة المئوية | العدد | نوع الإعاقة | م |
|----------------|-------|-------------|---|
|----------------|-------|-------------|---|

| | | | |
|-------|-----|---------|---|
| 67.6 | 207 | حركية | 1 |
| 32.4 | 99 | عقلية | 2 |
| 100.0 | 306 | المجموع | |

نتائج الدراسة:

5.3.1 النتائج المتعلقة بالسؤال الأول الذي ينص على أنه: "هل توجد اختلافات في

استراتيجيات التأقلم المستخدمة من قبل أهالي الأطفال المعاقين تعزى للمتغيرات الديموغرافية؟

وللإجابة عن السؤال قامت الباحثة بالتحقق من السؤال والفرضيات التالية:

1- ما مستوى استراتيجيات التأقلم من قبل أهالي الأطفال المعاقين في المنطقة الوسطى من

قطاع غزة؟

للإجابة عن السؤال قامت الباحثة بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية

والأوزان النسبية لاستراتيجيات التأقلم، كل على حدة، وذلك بهدف الكشف عن الأكثر فالأقل

استخداماً لهذه الاستراتيجيات من قبل أهالي الأطفال المعاقين، كما يتبين في الجدول التالي:

جدول (8) يبين المتوسطات الحسابية

والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية لاستراتيجيات التأقلم (ن=306)

| الترتيب | الوزن النسبي | الانحراف المعياري | المتوسط | مجموع الدرجات | عدد الفقرا ت | استراتيجيات التأقلم |
|---------|--------------|-------------------|---------|---------------|--------------|-------------------------|
| 5 | 65.3 | 3.115 | 18.28 | 5594.00 | 7 | التفكير بالتمني والتجنب |
| 4 | 74.7 | 2.679 | 17.92 | 5484.00 | 6 | التخطيط لحل المشاكل |
| 1 | 82.9 | 3.738 | 29.87 | 9142.00 | 9 | إعادة التقييم |
| 2 | 80.7 | 2.577 | 16.14 | 4940.00 | 5 | الانتماء |
| 6 | 64.2 | 2.679 | 12.84 | 3930.00 | 5 | تحمل المسؤولية |
| 3 | 77.8 | 3.142 | 21.79 | 6669.00 | 7 | التحكم بالنفس |
| 7 | 55.1 | 2.775 | 11.01 | 3370.00 | 5 | الارتباك والهروب |

يتبين من الجدول السابق أن استراتيجية إعادة التقييم تحتل المرتبة الأولى في الاستخدام من قبل أهالي الأطفال المعاقين بوزن نسبي (82.9%)، يليها الانتماء بوزن نسبي (80.7%)، ثم التحكم بالنفس بوزن نسبي (77.8%)، و يليها التخطيط لحل المشكلات بوزن نسبي (74.7%)، وفي المرتبة الخامسة تأتي التفكير بالتمني والتجنب بوزن نسبي (65.3%)، يليها تحمل المسؤولية بوزن نسبي (64.2%)، وجاءت استراتيجية الارتباك والهروب في المرتبة الأخيرة في الاستخدام من قبل أهالي الأطفال المعاقين بوزن نسبي (55.1%).

2. النتائج المتعلقة بالفرض الأول الذي ينص على أنه: "لا توجد فروق دالة إحصائية في

استراتيجيات التأقلم تعزي لجنس الوالدين (الآباء – الأمهات)".

للتحقق من صحة الفرضية قام الباحثة بالمقارنة بين متوسط درجات أمهات الأطفال المعاقين (ن=151)، ومتوسط درجات آباء الأطفال المعاقين (ن=155) في استراتيجيات التأقلم، وقد استخدمت الباحثة اختبار (ت) للفروق بين متوسطات درجات العينات المستقلة، والجدول التالي يبين المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لدرجات أفراد المجموعتين من أهالي الأطفال المعاقين في استراتيجيات التأقلم، إضافة لقيمة اختبار (ت)، مع بيان مستوى الدلالة

جدول (9): يبين الفروق في استخدام استراتيجيات التأقلم حسب جنس الأهل (الآباء – الأمهات)

| استراتيجيات | الآباء (ن=151) | الأمهات (ن=155) | قيمة | مستوى |
|-------------|----------------|-----------------|------|-------|
|-------------|----------------|-----------------|------|-------|

| التأقلم | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | (ت) | الدلالة |
|-------------------------|-----------------|-------------------|-----------------|-------------------|----------|---------|
| التفكير بالتمني والتجنب | 18.11 | 3.056 | 18.44 | 3.172 | 0.9 3 | 0.351 |
| التخطيط لحل المشاكل | 17.92 | 2.789 | 17.92 | 2.577 | 0.0 7 | 0.995 |
| إعادة التقييم | 29.73 | 3.802 | 30.01 | 3.682 | 0.6 4 | 0.517 |
| الانتماء | 15.96 | 2.655 | 16.32 | 2.493 | 1.2 3 | 0.219 |
| تحمل المسؤولية | 12.74 | 2.824 | 12.94 | 2.536 | 0.6 5 | 0.514 |
| التحكم بالنفس | 21.70 | 3.178 | 21.88 | 3.114 | 0.5 1 | 0.614 |
| الارتباك والهروب | 11.47 | 2.734 | 10.56 | 2.749 | 2.9 2 | 0.004 |

* دالة عند مستوى 0.05 ** دالة عند مستوى 0.01

قيمة (ت) الجدولية (د.ح = 304) عند مستوى دلالة 0.05 = 1.96، وعند مستوى 0.01 =

2.58

يتبين من الجدول السابق أنه:

- توجد فروق دالة إحصائياً بين مجموعتي الآباء والأمهات من أهالي الأطفال المعاقين في استخدامهم إستراتيجية الارتباك والهروب لصالح الآباء عند مستوى دلالة 0.001.
- في حين لم تجد الدراسة فروقاً دالة إحصائياً بين متوسطات المجموعتين من أهالي الأطفال المعاقين في بقية استراتيجيات التأقلم الست، أي أن المجموعتين تستخدمان استراتيجيات التأقلم بنفس المستوى.

3. النتائج المتعلقة بالفرض الثاني الذي ينص على أنه: "لا توجد فروق دالة إحصائياً في

استراتيجيات التأقلم تعزى لعدد الأبناء للأسرة (4 أبناء ودون، 5 – 7 أبناء – 8 أبناء وفوق)".

للتحقق من صحة الفرض قام الباحثة بإجراء تحليل التباين الأحادي لفحص أثر عدد الأبناء (4 أبناء

ودون، 5 – 7 أبناء – 8 أبناء وفوق) على استراتيجيات التأقلم المستخدمة من قبل أفراد العينة من

أهالي الأطفال المعاقين، والجدول التالي يبين قيمة اختبار (ف) ومستوى الدلالة للفروق بين

متوسطات درجات استراتيجيات التأقلم لأفراد العينة حسب مجموعات عدد الأبناء:

جدول (10) يبين تحليل التباين الأحادي لدرجات أفراد العينة في أدائهم على مقياس استراتيجيات التأقلم حسب متغير عدد الأبناء

| المقياس | مصدر التباين | مجموع المربعات | درجات الحرية | متوسط المربعات | قيمة اختبار ف | مستوى الدلالة |
|-------------------------|----------------|----------------|--------------|----------------|---------------|---------------|
| التفكير بالتمني والتجنب | بين المجموعات | 46.080 | 2 | 23.040 | 2.39 | 0.093 |
| | داخل المجموعات | 2913.70 | 303 | 9.616 | | |
| | المجموع | 2959.80 | 305 | | | |
| التخطيط لحل المشاكل | بين المجموعات | 9.767 | 2 | 4.883 | 0.679 | 0.508 |
| | داخل المجموعات | 2180.351 | 303 | 7.196 | | |
| | المجموع | 2190.11 | 305 | | | |
| إعادة التقييم | بين المجموعات | 107.667 | 2 | 53.834 | 3.925 | * 0.021 |
| | داخل المجموعات | 4155.614 | 303 | 13.715 | | |
| | المجموع | 4263.28 | 305 | | | |
| الانتماء | بين المجموعات | 91.375 | 2 | 45.687 | 7.157 | *** 0.001 |
| | داخل المجموعات | 1934.299 | 303 | 6.384 | | |
| | المجموع | 2025.67 | 305 | | | |
| تحمل المسؤولية | بين المجموعات | 9.991 | 2 | 4.995 | 0.694 | 0.500 |
| | داخل المجموعات | 2180.480 | 303 | 7.196 | | |
| | المجموع | 2190.471 | 305 | | | |
| التحكم بالنفس | بين المجموعات | 67.451 | 2 | 33.726 | 3.470 | * 0.032 |
| | داخل المجموعات | 2944.578 | 303 | 9.718 | | |
| | المجموع | 3012.02 | 305 | | | |
| الارتباك والهروب | بين المجموعات | 23.015 | 2 | 11.508 | 1.498 | 0.225 |
| | داخل المجموعات | 2326.93 | 303 | 7.680 | | |
| | المجموع | 2349.94 | 305 | | | |

* دالة عند مستوى **0.05 دالة عند مستوى ***0.01 دالة عند مستوى

0.001

قيمة (ف) الجدولية (د.ح = 2، 303) عند مستوى دلالة $0.05 = 3.00$ ، وعند مستوى دلالة

$$4.61 = 0.01$$

يتبين من الجدول السابق أنه:

- توجد فروق في استخدام إستراتيجيتي إعادة التقييم والتحكم بالنفس تعزي لعدد الأبناء لأفراد العينة من أهالي الأطفال المعاقين عند مستوى دالة 0.05 ، وفي إستراتيجية الانتماء عند مستوى دلالة 0.001 .
- في حين لم تجد الدراسة فروقاً في بقية استراتيجيات التأقلم الأربع تبعاً لعدد الأبناء. والجدول التالي يبين المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد مجموعات عدد الأبناء في أدائهم على استراتيجيات التأقلم ذات الدلالة الإحصائية:

جدول (11) يبين المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة على مقياس استراتيجيات التأقلم حسب متغير عدد الأبناء

| المتغير | 4 أبناء ودون ن = 92 | 5 - 7 أبناء ن = 137 | 8 أبناء وفوق ن = 77 |
|---------------|------------------------|------------------------|---------------------------|
| إعادة التقييم | 29.22 | 30.52 | 29.49 |
| الانتماء | 15.40 | 16.68 | 16.06 |
| التحكم بالنفس | 21.32 | 22.31 | 21.42 |

يتبين من الجدول السابق أن الفروق في استراتيجيات التأقلم الثلاث جاءت لصالح الأسر التي لديها عدد متوسط من الأبناء (5 – 7 أبناء) فهي أكثر استخداماً لاستراتيجيات إعادة التقييم، والانتماء والتحكم بالنفس مقارنة بالأسر ذوات عدد الأبناء المنخفض أو المرتفع.

4. النتائج المتعلقة بالفرض الثالث الذي ينص على أنه: "لا توجد فروق دالة إحصائية في

استراتيجيات التأقلم لدى أفراد العينة تعزى للمستوى التعليمي للآباء".

للتحقق من صحة الفرض قامت الباحثة بإجراء تحليل التباين الأحادي لفحص أثر مستوى تعليم الآباء (لم يتعلم - ابتدائي - إعدادي - ثانوي - دبلوم - جامعي وفوق) على استراتيجيات التأقلم لأفراد العينة من أهالي الأطفال المعاقين، والجدول التالي يبين قيمة اختبار (ف) ومستوى الدلالة للفروق بين متوسطات درجات استراتيجيات التأقلم لأفراد العينة حسب مجموعات المستويات التعليمية للآباء:

جدول (12): يبين تحليل التباين الأحادي لدرجات أفراد العينة

في أدائهم على مقاييس استراتيجيات التأقلم حسب متغير المستوى التعليمي للآباء

| المقياس | مصدر التباين | مجموع المربعات | درجات الحرية | متوسط المربعات | قيمة اختبار ف | مستوى الدلالة |
|-------------------------|----------------|----------------|--------------|----------------|---------------|---------------|
| التفكير بالتمني والتجنب | بين المجموعات | 251.821 | 5 | 50.364 | 5.579 | *** 0.001 |
| | داخل المجموعات | 2708.009 | 300 | 9.027 | | |
| | المجموع | 2959.830 | 305 | | | |
| التخطيط لحل المشاكل | بين المجموعات | 93.214 | 5 | 18.643 | 2.667 | * 0.022 |
| | داخل المجموعات | 2096.904 | 300 | 6.990 | | |
| | المجموع | 2190.118 | 305 | | | |
| إعادة التقييم | بين المجموعات | 67.553 | 5 | 13.511 | 0.966 | 0.439 |
| | داخل المجموعات | 4195.729 | 300 | 13.986 | | |
| | المجموع | 4263.281 | 305 | | | |
| الانتماء | بين المجموعات | 15.822 | 5 | 3.164 | 0.472 | 0.797 |
| | داخل المجموعات | 2009.851 | 300 | 6.700 | | |
| | المجموع | 2025.673 | 305 | | | |
| تحمل المسؤولية | بين المجموعات | 93.830 | 5 | 18.766 | 2.685 | * 0.022 |
| | داخل المجموعات | 2096.640 | 300 | 6.989 | | |
| | المجموع | 2190.471 | 305 | | | |
| التحكم بالنفس | بين المجموعات | 106.336 | 5 | 21.267 | 2.196 | 0.055 |
| | داخل المجموعات | 2905.693 | 300 | 9.686 | | |
| | المجموع | 3012.029 | 305 | | | |
| الارتباك والهروب | بين المجموعات | 74.444 | 5 | 14.889 | 1.963 | 0.084 |
| | داخل المجموعات | 2275.504 | 300 | 7.585 | | |
| | المجموع | 2349.948 | 305 | | | |

* دالة عند مستوى 0.05 ** دالة عند مستوى 0.01 *** دالة عند مستوى 0.001
قيمة (ف) الجدولية (د.ح = 5، 300) عند مستوى دلالة 0.05 = 2.21، وعند مستوى دلالة

$$3.02 = 0.01$$

يتبين من الجدول السابق أنه:

- توجد فروق دالة إحصائياً في استراتيجيات التخطيط لحل المشكلات وتحمل المسؤولية تعزي للمستوى التعليمي للآباء لدى أفراد العينة من أهالي الأطفال المعاقين عند مستوى دلالة 0.05.
- كما توجد فروقاً دالة في استراتيجيات التفكير بالتمني والتجنب تعزي للمستوى التعليمي للآباء لدى أفراد العينة من أهالي الأطفال المعاقين عند مستوى دلالة 0.001.
- في حين لم تجد الدراسة فروقاً دالة في بقية استراتيجيات التأقلم تبعاً لمجموعات تعليم الآباء لدى أهالي الأطفال المعاقين.

أما الجدول التالي فيبين المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد مجموعات المستويات التعليمية في أدائهم على مقاييس استراتيجيات التأقلم ذات الدلالة الإحصائية:

جدول (13): يبين المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة على مقاييس استراتيجيات التأقلم حسب متغير المستوى التعليمي للآباء

| المتغير | لم يتعلم (ن=28) | ابتدائي ودون (ن=64) | إعدادي (ن=67) | ثانوي (ن=62) | دبلوم (ن=41) | جامعي وفوق (ن=44) |
|-------------------------|--------------------|---------------------------|------------------|-----------------|-----------------|-------------------------|
| التفكير بالتمني والتجنب | 17.53 | 18.53 | 19.71 | 18.20 | 17.51 | 17.02 |
| التخطيط لحل المشكلات | 18.28 | 17.18 | 18.17 | 17.40 | 18.70 | 18.36 |
| تحمل المسؤولية | 12.78 | 13.51 | 13.20 | 12.38 | 12.97 | 11.86 |

ويتبين من المتوسطات كما في الجدول السابق أنه:

- أن دلالة الفروق في التفكير بالتمني والتجنب كانت بين الذين أكملوا التعليم للإعدادية من جانب والذين أكملوا الدبلوم والجامعة من جانب آخر من أفراد العينة، وكانت الفروق لصالح الذين وصلوا لمستوى التعلم الإعدادي أي أنهم يستخدمون استراتيجيات التفكير بالتمني والتجنب أكثر من المجموعات الأخرى.
- ولم تتضح دلالة الفروق في استراتيجيات التخطيط لحل المشكلات.
- أن دلالة الفروق في تحمل المسؤولية كانت بين الذين أكملوا التعليم للابتدائية والإعدادية من جانب والذين أكملوا الجامعة من جانب آخر من أفراد العينة، وكانت الفروق لصالح الذين

وصلوا لمستوى التعلم الابتدائي والإعدادي أي أنهم أكثر تحملاً للمسئولية من المجموعات الأخرى.

5. النتائج المتعلقة بالفرض الرابع الذي ينص على أنه: "لا توجد فروق دالة إحصائية في

استراتيجيات التأقلم لدى أفراد العينة تعزى للمستوى التعليمي للأمهات".

للتحقق من صحة الفرض قامت الباحثة بإجراء تحليل التباين الأحادي لفحص أثر مستوى تعليم

الأمهات (لم تتعلم - ابتدائي - إعدادي - ثانوي - دبلوم - جامعي وفوق) على استراتيجيات

التأقلم لأفراد العينة من أهالي الأطفال المعاقين، والجدول التالي يبين قيمة اختبار (ف) ومستوى

الدلالة للفروق بين متوسطات درجات استراتيجيات التأقلم لأفراد العينة حسب مجموعات

المستويات التعليمية للأمهات:

جدول (14): يبين تحليل التباين الأحادي لدرجات أفراد العينة في أدائهم على مقاييس استراتيجيات التأقلم حسب متغير المستوى التعليمي للأمهات

| المقياس | مصدر التباين | مجموع المربعات | درجات الحرية | متوسط المربعات | قيمة اختبار ف | مستوى الدلالة |
|-------------------------|----------------|----------------|--------------|----------------|---------------|---------------|
| التفكير بالتمني والتجنب | بين المجموعات | 273.261 | 5 | 54.6 52 | 6.103 | *** 0.001 |
| | داخل المجموعات | 2686.569 | 30 0 | 8.95 5 | | |
| | المجموع | 2959.830 | 30 5 | | | |

| | | | | | | |
|--------------|-------|------------|---------|----------|-------------------|------------------------|
| 0.679 | 0.627 | 4.53 3 | 5 | 22.664 | بين المجموعات | التخطيط لحل المشاكل |
| | | 7.22 5 | 30 0 | 2167.454 | داخل المجموعات | |
| | | | 30 5 | 2190.118 | المجموع | |
| ** 0.008 | 3.163 | 42.6 95 | 5 | 213.475 | بين المجموعات | إعادة التقييم |
| | | 13.4 99 | 30 0 | 4049.806 | داخل المجموعات | |
| | | | 30 | 4263.281 | المجموع | |
| *** 0.001 | 5.934 | 36.4 60 | 5 | 182.298 | بين المجموعات | الانتماء |
| | | 6.14 5 | 30 0 | 1843.375 | داخل المجموعات | |
| | | | 30 5 | 2025.673 | المجموع | |
| 0.081 | 1.983 | 14.0 15 | 5 | 70.074 | بين المجموعات | تحمل المسئولية |
| | | 7.06 8 | 30 0 | 2120.396 | داخل المجموعات | |
| | | | 30 5 | 2190.471 | المجموع | |
| 0.053 | 2.210 | 21.4 02 | 5 | 107.009 | بين المجموعات | التحكم بالنفس |
| | | 9.68 3 | 30 0 | 2905.020 | داخل المجموعات | |
| | | | 30 5 | 3012.029 | المجموع | |
| 0.166 | 1.580 | 12.0 58 | 5 | 60.290 | بين المجموعات | الارتباك والهروب |
| | | 7.63 2 | 30 0 | 2289.657 | داخل المجموعات | |
| | | | 30 5 | 2349.948 | المجموع | |

* دالة عند مستوى 0.05 ** دالة عند مستوى 0.01 *** دالة عند مستوى 0.001

قيمة (ف) الجدولية (د.ح=5، 300) عند مستوى دلالة 0.05 = 2.21، وعند مستوى دلالة 0.01

3.02=

يتبين من الجدول السابق أنه:

▪ توجد فروق دالة إحصائياً في استراتيجيات التفكير بالتمني والتجنب والانتماء تعزي للمستوى

التعليمي للأمهات لدى أفراد العينة من أهالي الأطفال المعاقين عند مستوى دلالة 0.001.

كما توجد فروقاً دالة في استراتيجيات إعادة التقييم تعزي للمستوى التعليمي للأمهات لدى أفراد العينة من أهالي الأطفال المعاقين عند مستوى دلالة 0.01.

في حين لم تجد الدراسة فروقاً دالة في بقية استراتيجيات التأقلم تبعاً لمجموعات تعليم الأمهات لدى أهالي الأطفال المعاقين.

أما الجدول التالي فيبين المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد مجموعات المستويات التعليمية للأمهات في أدائهم على مقاييس استراتيجيات التأقلم ذات الدلالة الإحصائية:

جدول (15): يبين المتوسطات الحسابية لدرجات

أفراد العينة على مقاييس استراتيجيات التأقلم حسب المستوى التعليمي للأمهات

| المتغير | لم تتعلم (ن=39) | ابتدائي ودون (ن=46) | إعدادي (ن=69) | ثانوي (ن=89) | دبلوم (ن=38) | جامعي وفوق (ن=25) |
|--------------------------------|--------------------|---------------------------|------------------|-----------------|-----------------|-------------------------|
| التفكير بالتفكير والتجنب | 18.12 | 18.17 | 19.50 | 18.29 | 16.18 | 18.48 |
| إعادة التقييم | 29.58 | 29.19 | 30.21 | 30.19 | 28.39 | 31.76 |
| الانتماء | 15.25 | 15.60 | 16.55 | 16.79 | 14.81 | 17.08 |

ويتبين من المتوسطات كما في الجدول السابق أنه:

أن دلالة الفروق في التفكير بالتفكير والتجنب كانت لصالح الأهالي الذين أكملت الأمهات لديهم التعليم الإعدادي ثم الدبلوم ثم المرحلة الثانوية لدى أفراد العينة.

أن دلالة الفروق في إعادة التقييم كانت بين الأهالي الذين أكملت الأمهات لديهم التعليم

لمستوى الدبلوم والذين أكملت الجامعة من أفراد العينة، وكانت الفروق لصالح الذين أكملت

الأمهات مستوى الجامعة.

- أن دلالة الفروق في الانتماء كانت بين الأهالي الذين أكملت الأمهات لديهم التعليم للمرحلة الإعدادية والثانوية ومستوى الجامعة من جانب والذين أنهوا الدبلوم من أفراد العينة، وكانت الفروق لصالح الأهالي الذين أكملت الأمهات لديهم الإعدادية والثانوية والجامعة.

. النتائج المتعلقة بالفرض الخامس الذي ينص على أنه: "لا توجد فروق دالة إحصائية في استراتيجيات التأقلم لدى أفراد العينة تعزى للدخل الشهري للأسرة".

للتحقق من صحة الفرض قامت الباحثة بإجراء تحليل التباين الأحادي لفحص أثر الدخل الشهري للأسرة (1000 شيكل ودون، 1001 – 2000 ش، 2001 – 3000 ش، أكثر من 3000 شيكل) على استراتيجيات التأقلم لأفراد العينة من أهالي الأطفال المعاقين، والجدول التالي يبين ذلك:

جدول (16): يبين تحليل التباين الأحادي لدرجات أفراد العينة في أدائهم على مقاييس استراتيجيات التأقلم حسب متغير الدخل الشهري للأسرة

| المقياس | مصدر التباين | مجموع المربعات | درجات الحرية | متوسط المربعات | قيمة اختبار | مستوى الدلالة |
|-------------------------|----------------|----------------|--------------|----------------|-------------|---------------|
| التفكير بالتمني والتجنب | بين المجموعات | 126.339 | 3 | 42.113 | 4.488 | ** 0.004 |
| | داخل المجموعات | 2833.491 | 302 | 9.382 | | |
| | المجموع | 2959.830 | 305 | | | |
| التخطيط لحل المشاكل | بين المجموعات | 11.071 | 3 | 3.690 | 0.511 | 0.675 |
| | داخل المجموعات | 2179.046 | 302 | 7.215 | | |
| | المجموع | 2190.118 | 305 | | | |
| إعادة التقييم | بين المجموعات | 73.259 | 3 | 24.420 | 1.760 | 0.155 |
| | داخل المجموعات | 4190.022 | 302 | 13.874 | | |
| | المجموع | 4263.281 | 305 | | | |
| الانتماء | بين المجموعات | 25.921 | 3 | 8.640 | 1.305 | 0.273 |
| | داخل المجموعات | 1999.752 | 302 | 6.622 | | |
| | المجموع | 2025.673 | 305 | | | |
| تحمل المسؤولية | بين المجموعات | 58.551 | 3 | 19.517 | 2.765 | * 0.042 |
| | داخل المجموعات | 2131.919 | 302 | 7.059 | | |
| | المجموع | 2190.471 | 305 | | | |
| التحكم بالنفس | بين المجموعات | 16.364 | 3 | 5.455 | 0.550 | 0.649 |
| | داخل المجموعات | 2995.665 | 302 | 9.919 | | |
| | المجموع | 3012.029 | 305 | | | |
| الارتباك والهرب | بين المجموعات | 139.743 | 3 | 46.581 | 6.365 | *** 0.001 |
| | داخل المجموعات | 2210.205 | 302 | 7.319 | | |
| | المجموع | 2349.948 | 305 | | | |

*** دالة عند مستوى 0.001

** دالة عند مستوى 0.01

* دالة عند مستوى 0.05

قيمة (ف) الجدولية (د.ح=3، 302) عند مستوى دلالة $0.05 = 2.60$ ، وعند مستوى دلالة 0.01

= 3.78

يتبين من الجدول السابق أنه:

- توجد فروق دالة إحصائياً في استراتيجيات التفكير بالتمني والتجنب تعزي للدخل الشهري للأسرة لدى أفراد العينة من أهالي الأطفال المعاقين عند مستوى دلالة 0.01.
 - توجد فروق دالة إحصائياً في استراتيجيات تحمل المسؤولية تعزي للدخل الشهري للأسرة لدى أفراد العينة من أهالي الأطفال المعاقين عند مستوى دلالة 0.05.
 - وتوجد فروق دالة إحصائياً في استراتيجيات الارتباك والهروب تعزي للدخل الشهري للأسرة لدى أفراد العينة من أهالي الأطفال المعاقين عند مستوى دلالة 0.001.
 - ولم تجد الدراسة فروقاً دالة في بقية استراتيجيات التأقلم تبعاً لمجموعات الدخل الشهري لدى أهالي الأطفال المعاقين.
- والجدول التالي يبين المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد مجموعات الدخل الشهري للأسرة في أدائهم على مقاييس استراتيجيات التأقلم ذات الدلالة الإحصائية:

جدول (17): يبين المتوسطات الحسابية لدرجات

أفراد العينة على مقاييس استراتيجيات التأقلم حسب الدخل الشهري للأسرة

| المتغير | 1000 ش ودون (ن=196) | 1001 - 2000 (ن=45) | 2001 - 3000 (ن=35) | أكثر من 3000 شيكل (ن=30) |
|-------------------------|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| التفكير بالتمني والتجنب | 18.62 | 18.51 | 16.74 | 17.50 |
| تحمل المسؤولية | 13.06 | 12.95 | 11.68 | 12.60 |
| الارتباك والهروب | 10.91 | 12.51 | 10.20 | 10.33 |

ويتبين من المتوسطات كما في الجدول السابق أنه:

- أن دلالة الفروق في التفكير بالتمني والتجنب وفي تحمل المسؤولية كانت بين أهالي الأطفال المعاقين ذوي الدخل (1000 شيكل ودون) وذوي الدخل (2001 – 3000 شيكل) من أفراد العينة، وكانت الفروق لصالح ذوي الدخل المنخفض (1000 شيكل ودون).
- وكانت دلالة الفروق في الارتباك والهروب كانت بين أهالي الأطفال المعاقين ذوي الدخل الشهري (1001 – 2000 شيكل) وذوي الدخل من المجموعات الأخرى من أفراد العينة، وكانت الفروق لصالح ذوي الدخل (1001 – 2000 شيكل).

7. النتائج المتعلقة بالفرض السادس الذي ينص على أنه: "لا توجد فروق دالة إحصائية في استراتيجيات التأقلم لدى أفراد العينة تعزى لنوع السكن".

للتحقق من صحة الفرض قامت الباحثة بإجراء تحليل التباين الأحادي لفحص أثر نوع السكن (مدينة - قرية - مخيم) على استراتيجيات التأقلم لأفراد العينة من أهالي الأطفال المعاقين، والجدول التالي يبين ذلك:

جدول (18): يبين تحليل التباين الأحادي لدرجات أفراد العينة

في أدائهم على مقاييس استراتيجيات التأقلم حسب متغير نوع السكن

| المقياس | مصدر التباين | مجموع المربعات | درجات الحرية | متوسط المربعات | قيمة اختبار ف | مستوى الدلالة |
|-----------------|----------------|----------------|--------------|----------------|---------------|---------------|
| التفكير بالتمني | بين المجموعات | 19.113 | 2 | 9.557 | 0.985 | 0.375 |
| | داخل المجموعات | 2940.717 | 303 | 9.705 | | |

| | | | | | | |
|-------------|-------|--------|-----|----------|-------------------|------------------------|
| | | | 305 | 2959.830 | المجموع | والتجنب |
| 0.084 | 2.500 | 17.775 | 2 | 35.550 | بين المجموعات | التخطيط لحل المشاكل |
| | | 7.111 | 303 | 2154.568 | داخل المجموعات | |
| | | | 305 | 2190.118 | المجموع | |
| 0.331 | 1.110 | 15.506 | 2 | 31.013 | بين المجموعات | إعادة التقييم |
| | | 13.968 | 303 | 4232.268 | داخل المجموعات | |
| | | | 305 | 4263.281 | المجموع | |
| 0.222 | 1.512 | 10.011 | 2 | 20.022 | بين المجموعات | الانتماء |
| | | 6.619 | 303 | 2005.651 | داخل المجموعات | |
| | | | 305 | 2025.673 | المجموع | |
| ** 0.002 | 6.178 | 42.915 | 2 | 85.831 | بين المجموعات | تحمل المسئولية |
| | | 6.946 | 303 | 2104.640 | داخل المجموعات | |
| | | | 305 | 2190.471 | المجموع | |
| 0.559 | 0.583 | 5.769 | 2 | 11.538 | بين المجموعات | التحكم بالنفس |
| | | 9.903 | 303 | 3000.491 | داخل المجموعات | |
| | | | 305 | 3012.029 | المجموع | |
| ** 0.01 | 4.712 | 35.444 | 2 | 70.888 | بين المجموعات | الارتباك والهروب |
| | | 7.522 | 303 | 2279.059 | داخل المجموعات | |
| | | | 305 | 2349.948 | المجموع | |

* دالة عند مستوى 0.05** دالة عند مستوى 0.01 دالة عند مستوى 0.001

قيمة (ف) الجدولية (د.ح = 2، 303) عند مستوى دلالة 0.05 = 3.00، وعند مستوى دلالة

$$4.61 = 0.01$$

يتبين من الجدول السابق أنه:

▪ توجد فروق دالة إحصائية في استراتيجيتي تحمل المسئولية والارتباك والهروب تعزي لنوع

السكن لدى أفراد العينة من أهالي الأطفال المعاقين عند مستوى دلالة 0.01.

▪ ولم تجد الدراسة فروقاً بين مجموعات نوع السكن من أهالي الأطفال المعاقين في بقية

استراتيجيات التأقلم.

والجدول التالي يبين المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد مجموعات نوع السكن في أدائهم على

مقاييس استراتيجيات التأقلم ذات الدلالة الإحصائية:

جدول (19): يبين المتوسطات الحسابية لدرجات

أفراد العينة على مقاييس استراتيجيات التأقلم حسب نوع السكن

| المتغير | مدينة (ن=40) | قرية (ن=20) | مخيم (ن=246) |
|------------------|-----------------|----------------|-----------------|
| تحمل المسؤولية | 12.65 | 10.90 | 13.03 |
| الارتباك والهروب | 10.05 | 12.30 | 11.06 |

ويتبين من المتوسطات كما في الجدول السابق أنه:

- أن دلالة الفروق في تحمل المسؤولية كانت بين أهالي الأطفال المعاقين الذين يسكنون المخيم والذين يسكنون القرية من أفراد العينة، وكانت الفروق لصالح الذين يسكنون المخيم من أفراد العينة.
- وكانت دلالة الفروق في الارتباك والهروب كانت بين أهالي الأطفال المعاقين الذين يسكنون القرية والذين يسكنون المدينة من أفراد العينة، وكانت الفروق لصالح الذين يسكنون القرية.

8. النتائج المتعلقة بالفرض السابع الذي ينص على أنه: "لا توجد فروق دالة إحصائية في

استراتيجيات التأقلم تعزي لنوع الإعاقة (حركية – عقلية)".

للتحقق من صحة الفرضية قام الباحثة بالمقارنة بين متوسط درجات أهالي الأطفال المعاقين

حركياً (ن=207)، ومتوسط درجات أهالي الأطفال المعاقين عقلياً (ن=99) في استراتيجيات

التأقلم، وقد استخدمت الباحثة اختبار (ت) للفروق بين متوسطات درجات العينات المستقلة،

والجدول التالي يبين ذلك:

جدول (20): يبين الفروق في استخدام استراتيجيات التأقلم حسب نوع الإعاقة (حركية – عقلية)

| مستوى الدلالة | قيمة (ت) | أهالي المعاقين عقلياً (ن=99) | | أهالي المعاقين حركياً (ن=207) | | استراتيجيات التأقلم |
|---------------|----------|------------------------------|-----------------|-------------------------------|-----------------|-------------------------|
| | | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | |
| *** 0.001 | 3.425 | 3.077 | 17.41 | 3.054 | 18.69 | التفكير بالتمني والتجنب |
| 0.381 | 0.877 | 2.660 | 17.72 | 2.690 | 18.01 | التخطيط لحل المشاكل |
| * 0.047 | 1.994 | 3.532 | 29.26 | 3.806 | 30.16 | إعادة التقييم |
| ** 0.004 | 2.890 | 2.879 | 15.53 | 2.371 | 16.43 | الانتماء |
| 0.328 | 0.979 | 2.723 | 12.62 | 2.658 | 12.94 | تحمل المسؤولية |
| * 0.022 | 2.295 | 3.171 | 21.20 | 3.096 | 22.07 | التحكم بالنفس |
| 0.638 | 0.471 | 2.734 | 11.12 | 2.801 | 10.96 | الارتباك والهروب |

* دالة عند مستوى 0.05 ** دالة عند مستوى 0.01

قيمة (ت) الجدولية (د.ح = 304) عند مستوى دلالة 0.05 = 1.96، وعند مستوى 0.01 = 2.58

يتبين من الجدول السابق أنه:

- توجد فروق دالة إحصائياً بين مجموعتي أهالي الأطفال المعاقين حركياً وأهالي الأطفال المعاقين عقلياً في استخدامهم لاستراتيجية التفكير بالتمني والتجنب لصالح أهالي الأطفال المعاقين حركياً عند مستوى دلالة 0.001.
- وتوجد فروق دالة إحصائياً بين مجموعتي أهالي الأطفال المعاقين حركياً وأهالي الأطفال المعاقين عقلياً في استخدامهم لاستراتيجية إعادة التقييم والتحكم بالنفس لصالح أهالي الأطفال المعاقين حركياً عند مستوى دلالة 0.05.
- كما توجد فروق دالة إحصائياً بين مجموعتي أهالي الأطفال المعاقين حركياً وأهالي الأطفال المعاقين عقلياً في استخدامهم لاستراتيجية الانتماء لصالح أهالي الأطفال المعاقين حركياً عند مستوى دلالة 0.01.
- في حين لم تجد الدراسة فروقاً دالة إحصائياً بين متوسطات المجموعتين من أهالي الأطفال المعاقين حركياً وعقلياً في بقية استراتيجيات التأقلم، أي أن المجموعتين تستخدمان نفس استراتيجيات التأقلم - ما مدى انتشار القلق والاكتئاب عند أفراد العينة من أهالي الأطفال المعاقين

جدول (21): يبين مدى انتشار الاكتئاب لدى أفراد العينة

| النسبة % | العدد | الاكتئاب |
|----------|-------|-------------------------------|
| 65.0 | 199 | لا يوجد اكتئاب "0 - 21 درجة" |
| 34.6 | 106 | اكتئاب متوسط "22 - 42 درجة" |
| 0.3 | 1 | اكتئاب شديد "43 درجة فما فوق" |
| 100.0 | 306 | المجموع |

يتبين من الجدول السابق أنه لا يوجد اكتئاب عند 199 من أفراد العينة من أهالي الأطفال

المعاقين بنسبة 65.0%، ووجد اكتئاب متوسط عند 106 من أهالي الأطفال المعاقين بنسبة

34.6% من أفراد العينة، كما وجد أن 1 فقط من أهالي الأطفال المعاقين لديه اكتئاب شديد

بنسبة 0.3% من أفراد العينة.

الأوزان النسبية لاستجابات أفراد العينة على المقاييس الفرعية لمقياس الاكتئاب:

جدول (22): يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية لفقرات

الاكتئاب (ن = 306)

| الوزن النسبي % | الانحراف المعياري | المتوسط | مجموع الدرجات | عدد الفقرات | فقرات الاكتئاب |
|----------------|-------------------|---------|---------------|-------------|---------------------|
| 40.9 | 1.030 | 1.228 | 376.00 | 1 | التشاؤم |
| 39.7 | 0.959 | 1.189 | 364.00 | 1 | تغيرات في نمط النوم |
| 38.9 | 1.281 | 1.166 | 357.00 | 1 | نقد الذات |
| 36.8 | 1.151 | 1.104 | 338.00 | 1 | البكاء |
| 36.7 | 0.905 | 1.101 | 337.00 | 1 | فقدان الاستمتاع |
| 32.6 | 0.931 | 0.977 | 299.00 | 1 | فقدان الطاقة |

| | | | | | |
|------|-------|-------|--------|---|-------------------------------|
| 32.0 | 0.848 | 0.960 | 294.00 | 1 | الحزن |
| 29.3 | 0.959 | 0.879 | 269.00 | 1 | التهيج أو الاستثارة |
| 29.3 | 0.830 | 0.879 | 269.00 | 1 | القابلية للغضب أو الانزعاج |
| 28.1 | 0.913 | 0.843 | 258.00 | 1 | التردد |
| 27.6 | 0.893 | 0.835 | 254.00 | 1 | الإرهاق أو الإجهاد |
| 27.5 | 0.837 | 0.826 | 253.00 | 1 | تغيرات في الشهية |
| 27.3 | 0.713 | 0.820 | 251.00 | 1 | صعوبة التركيز |
| 26.7 | 0.717 | 0.800 | 245.00 | 1 | مشاعر الإثم (تأنيب الضمير) |
| 25.5 | 0.935 | 0.764 | 234.00 | 1 | مشاعر العقاب |
| 22.9 | 0.859 | 0.689 | 211.00 | 1 | فقدان الاهتمام بالجنس |
| 22.3 | 0.741 | 0.669 | 205.00 | 1 | فقدان الاهتمام |
| 16.9 | 0.814 | 0.509 | 156.00 | 1 | الفشل السابق |
| 15.5 | 0.912 | 0.464 | 142.00 | 1 | عدم حب الذات |
| 15.4 | 0.715 | 0.460 | 141.00 | 1 | انعدام القيمة |
| 8.3 | 0.635 | 0.248 | 76.00 | 1 | الأفكار أو الرغبات الانتحارية |

يتبين من الجدول السابق أن أكثر عناصر الاكتئاب تشبهاً عند أهالي الأطفال المعاقين هو التشاؤم بوزن نسبي (40.9%)، يليه تغيرات في نمط النوم بوزن نسبي (39.7%)، ونقد الذات بوزن نسبي (38.9%)، والبكاء بوزن نسبي (36.8%).

فيما كانت الأفكار الانتحارية أقل عناصر الاكتئاب تشبهاً عند أفراد العينة من أهالي الأطفال المعاقين بوزن نسبي 8.3%، يليه انعدام القيمة بوزن نسبي 15.4%، وعدم حب الذات بوزن نسبي 15.5%.

جدول (23): يبين مدى انتشار القلق لدى أفراد العينة

| القلق | العدد | النسبة % |
|-------|-------|----------|
|-------|-------|----------|

| | | |
|-------|-----|------------------------------|
| 34.0 | 104 | لا يوجد قلق "0 - 26 درجة" |
| 39.5 | 121 | قلق خفيف "27 - 32 درجة" |
| 23.9 | 73 | قلق شديد "33 - 40 درجة" |
| 2.6 | 8 | قلق شديد جداً "41 درجة وفوق" |
| 100.0 | 306 | المجموع |

يتبين من الجدول السابق أنه لا يوجد قلق عند 104 من أفراد العينة من أهالي الأطفال المعاقين بنسبة 34.0%، ووجد قلق خفيف عند 121 من أهالي الأطفال المعاقين بنسبة 39.5% من أفراد العينة، كما وجد أن 73 من أهالي الأطفال المعاقين لديهم قلق شديد بنسبة 23.9% من أفراد العينة، في حين وجد قلق شديد جداً عند 8 من أفراد العينة بنسبة 2.6%.

10. النتائج المتعلقة بالفرض الثامن الذي ينص على أنه: "لا توجد فروق دالة إحصائية في

القلق والاكتئاب تعزي لجنس الوالدين (الآباء - الأمهات)".

للتحقق من صحة الفرضية قام الباحثة بالمقارنة بين متوسط درجات أمهات الأطفال المعاقين

(ن=151)، ومتوسط درجات آباء الأطفال المعاقين (ن=155) في القلق والاكتئاب، والجدول

التالي يبين قيمة اختبار (ت)

جدول (24): يبين الفروق في استخدام القلق والاكتئاب حسب جنس الأهل (الآباء - الأمهات)

| المقياس | الآباء (ن=151) | الأمهات (ن=155) | قيمة | مستوى |
|---------|----------------|-----------------|------|-------|
|---------|----------------|-----------------|------|-------|

| الدلالة | (ت) | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | |
|---------|-----------|-------------------|-----------------|-------------------|-----------------|----------|
| 0.143 | 1.47 0 | 6.429 | 28.71 | 6.669 | 27.60 | القلق |
| 0.552 | 0.59 6 | 10.052 | 17.08 | 9.631 | 17.75 | الاكتئاب |

* دالة عند مستوى 0.05 ** دالة عند مستوى 0.01
قيمة (ت) الجدولية (د.ح = 304) عند مستوى دلالة 0.05 = 1.96، وعند مستوى 0.01 = 2.58

يتبين من الجدول السابق أنه: لا توجد فروق دالة إحصائياً بين مجموعتي الآباء والأمهات من أهالي الأطفال المعاقين في القلق والاكتئاب.

11. النتائج المتعلقة بالفرض التاسع الذي ينص على أنه: "لا توجد فروق دالة إحصائياً في

القلق والاكتئاب تعزى لعدد الأبناء للأسرة (4 أبناء ودون، 5 – 7 أبناء – 8 أبناء وفوق)".

للتحقق من صحة الفرض قام الباحثة بإجراء تحليل التباين الأحادي لفحص أثر عدد الأبناء (4 أبناء ودون، 5 – 7 أبناء – 8 أبناء وفوق) على القلق والاكتئاب المستخدمة من قبل أفراد العينة من أهالي الأطفال المعاقين، والجدول التالي يبين قيمة اختبار (ف) ومستوى الدلالة للفروق بين متوسطات درجات القلق والاكتئاب لأفراد العينة حسب مجموعات عدد الأبناء:

جدول (25) يبين تحليل التباين الأحادي لدرجات أفراد العينة في أدائهم على مقياس القلق والاكتئاب حسب متغير عدد الأبناء

| المقياس | مصدر التباين | مجموع المربعات | درجات الحرية | متوسط المربعات | قيمة اختبار ف | مستوى الدلالة |
|----------|----------------|----------------|--------------|----------------|---------------|---------------|
| القلق | بين المجموعات | 322.763 | 2 | 161.381 | 3.818 | * 0.023 |
| | داخل المجموعات | 12807.737 | 303 | 42.270 | | |
| | المجموع | 13130.500 | 305 | | | |
| الاكتئاب | بين المجموعات | 670.502 | 2 | 335.251 | 3.522 | * 0.031 |
| | داخل المجموعات | 28839.789 | 303 | 95.181 | | |
| | المجموع | 29510.291 | 305 | | | |

* دالة عند مستوى 0.05 ** دالة عند مستوى 0.01 *** دالة عند مستوى

0.001

يتبين من الجدول السابق أنه:

- توجد فروق دالة إحصائياً في القلق تعزي لعدد الأبناء لأفراد العينة من أهالي الأطفال المعاقين، عند مستوى دالة 0.05.
 - كما توجد فروق دالة إحصائياً في الاكتئاب تعزي لعدد الأبناء لأفراد العينة من أهالي الأطفال المعاقين، عند مستوى دالة 0.05.
- والجدول التالي يبين المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد مجموعات عدد الأبناء في أدائهم على القلق والاكتئاب:

جدول (26) يبين المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة على مقياسي القلق والاكتئاب حسب متغير عدد الأبناء

| الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | العدد | المتغير |
|-------------------|-----------------|-------|-----------|
| 6.534 | 26.64 | 92 | 4 ودون |
| 6.558 | 28.61 | 137 | 5-7 أبناء |
| 6.357 | 29.19 | 77 | 8 وفوق |
| 6.561 | 28.16 | 306 | المجموع |
| 10.095 | 15.71 | 92 | 4 ودون |
| 9.484 | 17.27 | 137 | 5-7 أبناء |
| 9.820 | 19.70 | 77 | 8 وفوق |
| 9.836 | 17.41 | 306 | المجموع |

يتبين من الجدول السابق أن الفروق في القلق والاكتئاب كانت بين أهالي الأطفال المعاقين الذين لديهم أبناء (4 أبناء ودون) وأهالي الأطفال المعاقين الذين لديهم (8 أبناء وفوق)، وكانت الفروق لصالح الأسر التي لديها عدد كبير من الأبناء (8 أبناء وفوق) فهي أكثر قلقاً واكتئاباً.

12. النتائج المتعلقة بالفرض العاشر الذي ينص على أنه: "لا توجد فروق دالة إحصائية في القلق والاكتئاب لدى أفراد العينة تعزى للمستوى التعليمي للآباء".

للتحقق من صحة الفرض قامت الباحثة بإجراء تحليل التباين الأحادي لفحص أثر مستوى تعليم الآباء (لم يتعلم - ابتدائي - إحصائي - ثانوي - دبلوم - جامعي وفوق) على القلق والاكتئاب لأفراد العينة من أهالي الأطفال المعاقين، والجدول التالي يبين قيمة اختبار (ف) ومستوى الدلالة للفروق بين متوسطات درجات القلق والاكتئاب لأفراد العينة حسب مجموعات المستويات التعليمية للآباء:

جدول (27): يبين تحليل التباين الأحادي لدرجات أفراد العينة في أدائهم على مقاييس القلق والاكتئاب حسب متغير المستوى التعليمي للآباء

| المقياس | مصدر التباين | مجموع المربعات | درجات الحرية | متوسط المربعات | قيمة اختبار ف | مستوى الدلالة |
|----------|----------------|----------------|--------------|----------------|---------------|---------------|
| القلق | بين المجموعات | 836.660 | 5 | 167.33 2 | 4.083 | *** 0.001 |
| | داخل المجموعات | 12293.8 40 | 300 | 40.979 | | |
| | المجموع | 13130.5 00 | 305 | | | |
| الاكتئاب | بين المجموعات | 874.106 | 5 | 174.82 1 | 1.831 | 0.106 |
| | داخل المجموعات | 28636.1 84 | 300 | 95.454 | | |
| | المجموع | 29510.2 91 | 305 | | | |

*** دالة عند مستوى 0.05 ** دالة عند مستوى 0.01 *** دالة عند مستوى 0.001**

يتبين من الجدول السابق أنه:

- توجد فروق دالة إحصائياً في القلق تعزي للمستوى التعليمي للآباء لدى أفراد العينة من أهالي الأطفال المعاقين عند مستوى دلالة 0.001.
 - في حين لم تجد فروقاً دالة في الاكتئاب تعزي للمستوى التعليمي للآباء لدى أفراد العينة من أهالي الأطفال المعاقين.
- والجدول التالي يبين المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد مجموعات المستويات التعليمية في أدائهم على مقياس القلق:

جدول (28): يبين المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة على مقياس القلق حسب متغير المستوى التعليمي للآباء

| الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | العدد | المتغير |
|-------------------|-----------------|-------|--------------|
| 7.370 | 29.78 | 28 | لم يتعلم |
| 6.168 | 29.09 | 64 | ابتدائي ودون |
| 5.488 | 29.19 | 67 | إعدادي |
| 6.139 | 28.54 | 62 | ثانوي |
| 5.955 | 27.31 | 41 | دبلوم |
| 7.957 | 24.47 | 44 | جامعي وفوق |

يتبين من المتوسطات كما في الجدول السابق أن دلالة الفروق في القلق كانت بين الذين لم

يتعلموا والذين أكملوا التعليم الجامعي من أفراد العينة، وكانت الفروق لصالح الذين لم يتعلموا،

أي أنهم أكثر المجموعات قلقاً.

13. النتائج المتعلقة بالفرض الحادي عشر الذي ينص على أنه: "لا توجد فروق

دالة إحصائياً في القلق والاكتئاب لدى أفراد العينة تعزى للمستوى التعليمي

للأمهات".

للتحقق من صحة الفرض قامت الباحثة بإجراء تحليل التباين الأحادي لفحص أثر مستوى تعليم

الأمهات (لم تتعلم - ابتدائي - إعدادي - ثانوي - دبلوم - جامعي وفوق) على القلق والاكتئاب

لأفراد العينة من أهالي الأطفال المعاقين، والجدول التالي يبين قيمة اختبار (ف) ومستوى

الدلالة:

جدول (29): يبين تحليل التباين الأحادي لدرجات أفراد العينة في أدائهم على مقاييس القلق والاكتئاب حسب متغير المستوى التعليمي للأمهات

| المقياس | مصدر التباين | مجموع المربعات | درجات الحرية | متوسط المربعات | قيمة اختبار ف | مستوى الدلالة |
|----------|----------------|----------------|--------------|----------------|---------------|---------------|
| القلق | بين المجموعات | 718.565 | 5 | 143.713 | 3.474 | ** 0.005 |
| | داخل المجموعات | 12411.935 | 300 | 41.373 | | |
| | المجموع | 13130.500 | 305 | | | |
| الاكتئاب | بين المجموعات | 723.243 | 5 | 144.649 | 1.507 | 0.187 |
| | داخل المجموعات | 28787.048 | 300 | 95.957 | | |
| | المجموع | 29510.291 | 305 | | | |

*** دالة

** دالة عند مستوى 0.01

* دالة عند مستوى 0.05

عند مستوى 0.001

يتبين من الجدول السابق أنه:

- توجد فروق دالة إحصائياً في القلق تعزي للمستوى التعليمي للأمهات لدى أفراد العينة من أهالي الأطفال المعاقين عند مستوى دلالة 0.01.
- في حين لم تجد الدراسة فروقاً دالة في الاكتئاب تعزي للمستوى التعليمي للأمهات لدى أفراد العينة من أهالي الأطفال المعاقين.

والجدول التالي يبين المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد مجموعات المستويات التعليمية للأمهات في أدائهم على مقياس القلق

جدول (30): يبين المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة على مقياس القلق حسب المستوى التعليمي للأمهات

| الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | العدد | المتغير |
|-------------------|-----------------|-------|--------------|
| 6.024 | 28.61 | 39 | لم تتعلم |
| 5.817 | 28.93 | 46 | ابتدائي ودون |
| 6.637 | 29.05 | 69 | إعدادي |
| 6.387 | 28.11 | 89 | ثانوي |
| 7.169 | 24.28 | 38 | دبلوم |
| 6.523 | 29.68 | 25 | جامعي وفوق |

يتبين من المتوسطات كما في الجدول السابق أن دلالة الفروق في القلق كانت بين أهالي الأطفال

المعاقين الذين لم تتعلم الأمهات لديهم والذين أكملت الأمهات التعليم لمستوى الدبلوم من أفراد

العينة، وكانت الفروق لصالح الأهالي الذين لم تتعلم الأمهات لديهم، أي أن الأهالي الذين لم

تتعلم الأمهات لديهم هم أكثر المجموعات قلقاً.

14. النتائج المتعلقة بالفرض الثاني عشر الذي ينص على أنه: "لا توجد فروق

دالة إحصائياً في القلق والاكتئاب لدى أفراد العينة تعزى للدخل الشهري للأسرة".

للتحقق من صحة الفرض قامت الباحثة بإجراء تحليل التباين الأحادي، كما في الجدول التالي:

جدول (31): يبين تحليل التباين الأحادي لدرجات أفراد العينة في أدائهم على مقاييس القلق والاكتئاب حسب متغير الدخل الشهري للأسرة

| المقياس | مصدر التباين | مجموع المربعات | درجات الحرية | متوسط المربعات | قيمة اختبار ف | مستوى الدلالة |
|----------|----------------|----------------|--------------|----------------|---------------|---------------|
| القلق | بين المجموعات | 915.592 | 3 | 305.197 | 7.546 | *** 0.001 |
| | داخل المجموعات | 12214.908 | 302 | 40.447 | | |
| | المجموع | 13130.500 | 305 | | | |
| الاكتئاب | بين المجموعات | 828.946 | 3 | 276.315 | 2.909 | * 0.035 |
| | داخل المجموعات | 28681.345 | 302 | 94.971 | | |
| | المجموع | 29510.291 | 305 | | | |

* دالة عند مستوى ** 0.05 دالة عند مستوى 0.01 *** دالة عند مستوى 0.001

يتبين من الجدول السابق أنه:

- توجد فروق دالة إحصائياً في القلق تعزى للدخل الشهري للأسرة لدى أفراد العينة من أهالي الأطفال المعاقين عند مستوى دلالة 0.001.
 - كما توجد فروق دالة إحصائياً في الاكتئاب تعزى للدخل الشهري للأسرة لدى أفراد العينة من أهالي الأطفال المعاقين عند مستوى دلالة 0.05.
- والجدول التالي يبين المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد مجموعات الدخل الشهري للأسرة في أدائهم على مقاييس القلق والاكتئاب:

جدول (32): يبين المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة على مقاييس القلق والاكتئاب حسب الدخل الشهري للأسرة

| المتغير | العدد | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري |
|---------|----------------|-----------------|-------------------|
| القلق | 1000 شيكل ودون | 196 | 28.68 |
| | | | 6.182 |

| | | | | |
|--------|-------|-----|-------------------|----------|
| 5.768 | 30.15 | 45 | 1001 – 2000 ش | الاكتئاب |
| 6.011 | 26.51 | 35 | 2001-3000 ش | |
| 8.448 | 23.73 | 30 | أكثر من 3000 شيكل | |
| 10.239 | 18.32 | 196 | 1000 شيكل ودون | |
| 8.844 | 17.66 | 45 | 1001 – 2000 ش | |
| 8.963 | 15.68 | 35 | 2001-3000 ش | |
| 8.433 | 13.10 | 30 | أكثر من 3000 شيكل | |

ويتبين من المتوسطات كما في الجدول السابق أن دلالة الفروق في القلق والاكتئاب كانت بين

أهالي الأطفال المعاقين ذوي الدخل (1000 شيكل ودون، و 1001 – 2000 شيكل) وذوي

الدخل (أكثر من 3000 شيكل) من أفراد العينة، وكانت الفروق لصالح مجموعتي ذوي الدخل

المنخفض (1000 شيكل ودون – 2000 شيكل)، أي أن ذوي الدخل المنخفض أكثر عرضة

للقلق

. النتائج المتعلقة بالفرض الثالث عشر الذي ينص على أنه: "لا توجد فروق دالة إحصائية في

القلق والاكتئاب لدى أفراد العينة تعزى لنوع السكن".

للتحقق من صحة الفرض قامت الباحثة بإجراء تحليل التباين الأحادي، كما في الجدول التالي:

جدول (33): يبين تحليل التباين الأحادي لدرجات أفراد العينة في أدائهم على مقاييس القلق والاكتئاب حسب متغير نوع السكن

| المقياس | مصدر التباين | مجموع المربعات | درجات الحرية | متوسط المربعات | قيمة اختبار ف | مستوى الدلالة |
|----------|---------------|----------------|--------------|----------------|---------------|---------------|
| القلق | بين المجموعات | 169.080 | 2 | 84.540 | 1.976 | 0.140 |
| | داخل المجموع | 12961.420 | 303 | 42.777 | | |
| | المجموع | 13130.500 | 305 | | | |
| الاكتئاب | بين المجموعات | 391.941 | 2 | 195.971 | 2.039 | 0.132 |
| | داخل المجموع | 29118.350 | 303 | 96.100 | | |
| | المجموع | 29510.291 | 305 | | | |

* دالة عند مستوى 0.05 دالة عند مستوى 0.01 *** دالة عند مستوى 0.001

يتبين من الجدول السابق أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً في القلق والاكتئاب تعزي لنوع السكن لدى أفراد العينة من أهالي الأطفال المعاقين.

16. النتائج المتعلقة بالفرض الرابع عشر الذي ينص على أنه: "لا توجد فروق دالة إحصائياً في القلق والاكتئاب تعزي لنوع الإعاقة (حركية – عقلية)".

للتحقق من صحة الفرضية قام الباحثة بالمقارنة بين متوسط درجات أهالي الأطفال المعاقين حركياً (ن=207)، ومتوسط درجات أهالي الأطفال المعاقين عقلياً (ن=99) على مقاييس القلق والاكتئاب، والجدول التالي يبين ذلك:

جدول (34): يبين الفروق في القلق والاكتئاب حسب نوع الإعاقة (حركية – عقلية)

| المقياس | أهالي المعاقين حركياً (ن=207) | | أهالي المعاقين عقلياً (ن=99) | | قيمة (ت) | مستوى الدلالة |
|----------|----------------------------------|----------------------|---------------------------------|----------------------|-------------|------------------|
| | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | | |
| القلق | 28.09 | 6.622 | 28.32 | 6.461 | 0.288 | 0.773 |
| الاكتئاب | 16.95 | 9.568 | 18.38 | 10.357 | 1.192 | 0.234 |

* دالة عند مستوى 0.05 ** دالة عند مستوى 0.01

يتبين من الجدول السابق أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين مجموعتي أهالي الأطفال المعاقين حركياً وأهالي الأطفال المعاقين عقلياً في القلق والاكتئاب.

17. النتائج المتعلقة بالفرض الخامس عشر الذي ينص على أنه: "لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين استراتيجيات التأقلم والقلق والاكتئاب لدى أهالي الأطفال المعاقين".

للتحقق من صحة الفرض استخدمت الباحثة معامل ارتباط بيرسون للكشف عن العلاقة بين استراتيجيات التأقلم وبين القلق والاكتئاب كما يلي:

جدول (35): يبين الارتباطات بين استراتيجيات التأقلم والقلق والاكتئاب لأهالي الأطفال المعاقين

| الارتباك والهروب | التحكم بالنفس | تحمل المسؤولية | الانتماء | إعادة التقييم | التخطيط لحل المشاكل | التفكير بالتمني والتجنب | المتغيرات |
|------------------|---------------|----------------|----------------|----------------|---------------------|-------------------------|-----------|
| *** 0.205 | 0.04 9 | 0.027 | * 0.11 3 | 0.03 7 | 0.074 | ** 0.165 | القلق |
| *** 0.228 | 0.07 9 | 0.054 | 0.04 6 | * 0.11 2 | 0.086 | ** 0.176 | الاكتئاب |

* دالة عند مستوى 0.05 ** دالة عند مستوى 0.01 * دالة عند مستوى 0.01

يتبين من الجدول السابق أنه:

- توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين درجات أهالي الأطفال المعاقين على مقياس القلق ودرجاتهم على استراتيجيات التأقلم: التفكير بالتمني والتجنب عند مستوى 0.01، والانتماء عند مستوى 0.05، واستراتيجية الارتباك والهروب عند مستوى 0.001.

■ في حين لم تجد الدراسة علاقة ارتباطية دالة بين درجات أهالي الأطفال المعاقين على مقياس القلق، ودرجاتهم على استراتيجيات التأقلم: التخطيط لحل المشاكل، وإعادة التقييم، وتحمل المسؤولية، والتحكم بالنفس.

■ توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين درجات أهالي الأطفال المعاقين على مقياس الاكتئاب ودرجاتهم على استراتيجيات التأقلم: التفكير بالتمني والتجنب عند مستوى 0.01، وإعادة التقييم عند مستوى 0.05، وإستراتيجية الارتباك والهروب عند مستوى 0.001.

في حين لم تجد الدراسة علاقة ارتباطية دالة بين درجات أهالي الأطفال المعاقين على مقياس الاكتئاب، ودرجاتهم على استراتيجيات التأقلم: التخطيط لحل المشاكل، والانتماء، وتحمل المسؤولية، والتحكم بالأنف

الخلاصة:

لقد تبين لدى الباحثة أنه لا يوجد فروق في دالة إحصائية في مستوى استخدام استراتيجيات التكيف من قبل أهالي الأطفال المعاقين ، و أن إستراتيجية إعادة التقييم تحتل المرتبة الأولى في الاستخدام من قبل أهالي الأطفال المعاقين بنسبة (82.9%) يليها الانتماء بنسبة (80.7%) أما في المرتبة الأخيرة فجاءت إستراتيجية الارتباك و الهروب بنسبة (55.1%).

أما بالنسبة للفروق في مستوى القلق فقد وجد أن (34%) من أفراد العينة لا يوجد لديهم قلق . (39.0%) لديهم قلق خفيف ، كما وجد أن (23.9%) من أفراد العينة لديهم قلق شديد ، في حين وجد قلق شديد جدا عند (2.6%) كما تبين أنه لا يوجد اكتئاب عند 199 من أفراد العينة أي (65.0%) ووجد اكتئاب عند 52 من أفراد العينة بنسبة (34.6%) ووجد أنه 1 فقط (فرد واحد) من

الأهالي لديه اكتئاب شديد بنسبة (3.%) من أفراد العينة . كما تبين أنه لا يوجد فروق دالة إحصائياً في القلق و الاكتئاب تعزى لجنس الوالدين . كما تبين أن هناك فروق في القلق و الاكتئاب

بين أهالي الأطفال الذين لديهم (4 أبناء و دون) و (8 أبناء و فوق) و كانت الفروق لصالح الأسر التي لديها عدد كثير من الأبناء . و تبين وجود فروق دالة إحصائية في القلق تعزى للمستوى التعليمي للأباء و الأمهات حيث كان غير المتعلمين أكثر قلقا . كما تبين وجود فروق دالة إحصائية في القلق و الاكتئاب تعزى للدخل الشهري للأسرة حيث تبين أن الأكثر قلقا و اكتئابا هم ذوي الدخل (100 شيكل) و دون و (200 شيكل) .

و تبين وجود علاقة ارتباطيه بين أهالي الأطفال المعاقين على مقياس القلق و الاكتئاب من حيث التمني ، التجنب ، الانتماء و إستراتيجية التمني و الهروب .

الفصل السادس

- النتائج الرئيسية
- استنتاجات حول المشكلة
- التضمينات
- توصيات لمزيد من البحث

6.3 المقدمة:

تستعرض الباحثة في هذا الفصل النتائج الرئيسية التي توصل لها البحث ، حسب ورودها في أسئلة البحث في الفصل الأول و نتائج الفصل الخامس . هذا و سوف تقوم الباحثة بتسليط الضوء على استنتاجات الدراسة بما يتفق مع مشكلة البحث ، وسيتم تحليل النتائج التي توصل لها البحث في إطار الدراسات السابقة و الإطار المفاهيمي و ستقوم الباحثة بوضع عدد من التوصيات المستنبطة من النتائج التي من شأنها تعزيز الاستراتيجيات الايجابية.

6.2 النتائج الرئيسية:

1-نتائج الفرض الأول:

تبين أن إستراتيجية إعادة التقييم تحتل المرتبة الأولى في الاستخدام من قبل أهالي الأطفال المعاقين ، يليها الانتماء ، ثم التحكم بالنفس ، و يليها التخطيط لحل المشكلات وفي المرتبة الخامسة يأتي

التفكير بالتمني و التجنب ، يليها تحمل المسؤولية ، وفي المرتبة الأخيرة جاءت إستراتيجية الارتباك والهروب .

2- نتائج الفرض الثاني:

تبين وجود فروق دالة إحصائيا بين مجموعتي الآباء و الأمهات من أهالي الأطفال المعاقين حيث كان الآباء أكثر استخداما لإستراتيجية الارتباك والهروب و توجد فروق دالة إحصائيا بين المجموعتين في استراتيجيات التأقلم الست الباقية .

3-نتائج الفرض الثالث :

تبين أن أهالي الأطفال المعاقين يستخدمون إستراتيجيتي إعادة التقييم و التحكم و الانتماء بالنفس تعزي لعدد الأبناء ، في حين لم تجد الدراسة فروقا في بقية استراتيجيات التأقلم الأربع تبعا لعدد الأبناء.

4-نتائج الفرض الرابع :

تبين وجود فروق دالة إحصائيا في استراتيجيات التخطيط لحل المشكلات و تحمل المسؤولية تعزي للمستوى التعليمي للآباء ، فقد كان الذين وصلوا لمستوى تعليم ابتدائي و إعدادي هم الأكثر تحملا للمسؤولية ، ووجدت فروق دالة إحصائيا في إستراتيجية التفكير بالتمني و التجنب تعزي للمستوى التعليمي للآباء حيث كان الذين وصلوا لمستوى التعليم الإعدادي هم الأكثر استخداما لإستراتيجية التفكير بالتمني و التجنب .

أما بالنسبة للأمهات فقد تبين وجود فروق دالة إحصائيا في استراتيجيات التفكير بالتمني و التجنب والانتماء وفي إستراتيجية إعادة التقييم ، حيث كانت إستراتيجية التفكير بالتمني و التجنب لصالح الأمهات التي لديها تعليم إعدادي ثم الدبلوم ثم الثانوية العامة ، و إعادة التقييم كانت لصالح الأمهات التي أكملت مستوى الجامعة . أم الفروق في الانتماء فقد كانت لصالح الأمهات التي أكملت الإعدادية و الثانوية و الجامعة .

5-نتائج الفرض الخامس:

تبين وجود فروق دالة إحصائية في إستراتيجية التفكير بالتمني و التجنب تعزى للدخل الشهري،
وتوجد فروق دالة إحصائية في إستراتيجية تحمل المسؤولية ، والارتباك والهروب ةلا توجد فروق
في بقية استراتيجيات التأقلم .

6- نتائج الفرض السادس:

توجد فروق دالة إحصائية في استراتيجيتي تحمل المسؤولية و الارتباك و الهروب تعزى لنوع
السكن ولا توجد فروق دالة إحصائية في بقية الإستراتيجية .

7- نتائج الفرض السابع:

تبين وجود فروق دالة إحصائية في استراتيجيات التأقلم تعزى لنوع الإعاقة، حيث توجد فروق دالة
إحصائية بين مجموعتي أهالي الأطفال المعاقين حركيا و أهالي الأطفال المعاقين عقليا في
استخدامهم لإستراتيجية التفكير بالتمني والتجنب ، و استراتيجيات إعادة التقييم و التحكم بالنفس
والانتماء لصالح أهالي الأطفال المعاقين حركيا.
و لم تجد الدراسة فروقا دالة إحصائية بين المجموعتين في بقية استراتيجيات التأقلم .

8- نتائج الفرض الثامن :

لا توجد فروق دالة إحصائية بين مجموعتي الآباء و الأمهات من أهالي الأطفال المعاقين في القلق
والاكتئاب .

9 - نتائج الفرض التاسع:

- تبين وجود فروق دالة إحصائية في القلق تعزى لعدد الأبناء كما تبين وجود فروق دالة إحصائية في الاكتئاب تعزى لعدد الأبناء لأهالي الأطفال المعاقين . حيث كانت الأسر التي لديها عدد كبير من الأبناء (8 فما فوق) هي الأكثر قلقا و اكتئابا.

10- نتائج الفرض العاشر:

- تبين وجود فروق دالة إحصائية في القلق و تعزى للمستوى التعليمي للآباء ، حيث كان الذين لم يتعلموا هم الأكثر قلقا ، ولم توجد فروق دالة في الاكتئاب تعزى للمستوى التعليمي للآباء .

11- نتائج الفرض الحادي عشر:

- تبين وجود فروق دالة إحصائية في القلق تعزى للمستوى التعليمي للأمهات، حيث كانت الأمهات التي لم تتعلم هن الأكثر قلقا ، ولم تجد الدراسة فروقا دالة في الاكتئاب تعزى للمستوى التعليمي للأمهات لدى أفراد العينة .

12- نتائج الفرض الثاني عشر:

- تبين وجود فروق دالة إحصائية في القلق و الاكتئاب تعزى للدخل الشهري للأسرة من أهالي الأطفال المعاقين .

13 - نتائج الفرض الثالث عشر:

-لا توجد فروق دالة إحصائية في القلق و الاكتئاب تعزى لنوع السكن لدى أفراد العينة من أهالي الأطفال المعاقين.

- 14-النتائج الفرض الرابع عشر :

-تبين عدم وجود فروق دالة إحصائية بين مجموعتي أهالي الأطفال المعاقين حركيا و أهالي الأطفال المعاقين عقليا في القلق و الاكتئاب .

- 15- نتائج الفرض الخامس عشر:

-تبين وجود علاقة ارتباطيه دالة إحصائية بين أهالي الأطفال عل مقياس القلق و درجاتهم على استراتيجيات التأقلم في التفكير بالتمني و التجنب والانتماء و إستراتيجية الارتباك والهروب .

-ولا توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائية على مقياس القلق و بقية استراتيجيات التأقلم . كذلك

توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائية بين أهالي الأطفال المعاقين على مقياس الاكتئاب و درجاتهم

على استراتيجيات التأقلم في التفكير بالتمني و التجنب ، إعادة التقييم ، وإستراتيجية الارتباك

-والهروب ، ولم توجد علاقة ارتباطيه دالة بين أهالي الأطفال المعاقين على مقياس الاكتئاب و

بقية استراتيجيات التأقلم .

6.3 استنتاجات حول مشكلة البحث:

لقد بينت النتائج حول السؤال الأول عن استراتيجيات التأقلم المستخدمة من قبل أهالي الأطفال

المعاقين ، حيث وجد أن أهالي الأطفال المعاقين يستخدمون كافة أنواع استراتيجيات التأقلم وإن

كانت إعادة التقييم تحتل المرتبة الأولى من بين الاستراتيجيات المستخدمة ، وبحسب رأى الباحثة

الشخصي فإن هذا يعتبر مؤشر ايجابي لدى أهالي الأطفال المعاقين ، فهذا يدل على وجود

استراتيجيات تأقلم ايجابية يتم استخدامها بالمقارنة مع أقل الاستراتيجيات استخداما وهي

إستراتيجية الارتباك و الهروب ، وفي نتائج بحثي هذا أجد أنني أتفق مع (Heaman.Dj1995)

حول وجود اختلاف و تعدد في استراتيجيات التأقلم المستخدمة فالدراسة بعنوان استراتيجيات

التكيف للوالدين الذين لديهم أطفال يعانون من إعاقات في النمو والتطور . فقد وجد أن الوالدين يختلفون ما بين استخدام إستراتيجيات الانتماء ، و إعادة التقييم و التحكم بالنفس .

و كذلك في دراسة (Garroa.2004) والتي تتحدث عن أنماط التكيف لدى الأمهات لديهن طفل معاق حيث وجد أن معظم الأمهات يملن لاستخدام استراتيجيات إعادة التقييم و التحكم بالنفس .

أما عن أقل الإستراتيجيات استخداما وهى الارتباك والهروب فقد اتفقت النتائج مع معظم الدراسات كدراسة (Richard.p.et al.2005)و التي بعنوان استراتيجيات التأقلم لدى الآباء و الأمهات لأطفال يعانون من التوحد ، حيث أن الأمهات كن أكثر استخداما لإستراتيجية التجنب النشط مثل (الإذعان ، استخدام سلوكيات عاطفية ، ارتباك وهروب)

و اتفقت أيضا مع دراسة (Gray.D.E 2006) وهى عن التكيف لأهالي أطفال يعانون من التوحد ، حيث أن معظم الآباء قد تكيفوا عن طريق الانسحاب الاجتماعي الفردية ، و استخدام استراتيجيات عاطفية.

و إن استخدام أهالي الأطفال المعاقين لجميع أنواع الاستراتيجيات السبع لهو دليل حي على أن هذه الفئة تتأثر بالوضع الاجتماعي الكائن لديها و إن كانت نسب الاستخدام تتفاوت في كل إستراتيجية.

أما بالنسبة للنتائج المتعلقة بالفرض الثاني :

و لقد تبين من خلال النتائج أن الآباء هم أكثر استخداما لإستراتيجية الارتباك و الهروب ، وقد ظهرت هذه النتائج في دراسة (Gray.D.2006) وهى بعنوان التكيف طوال الوقت لأهالي أطفال يعانون من التوحد ، حيث ظهر أن الآباء كانوا أكثر استخداما الارتباك والهروب، وقد تكيف الآباء عن طريق الانسحاب الاجتماعي ، الفردية و استخدام استراتيجيات عاطفية أخرى ،

و دراسة (Richard p.et al 2005) وهى عبارة عن استراتيجيات التأقلم لدى الآباء و الأمهات ، حيث ظهرت أن الأمهات كن أكثر ميلا لاستخدام التركيز على حل المشكلات من الآباء.

أما بالنسبة للنتائج المتعلقة بالفرض الثالث :

فيما يتعلق بالفرض الثالث وجد أنه يتفق مع دراسة (Pritzlaff.Amy 2001) والتي تهدف

لفحص استراتيجيات التأقلم لدى الوالدين لديهم أطفال معاقين حيث ظهرت في النتائج أن هناك

علاقة دالة ما بين إستراتيجية إعادة التقييم و عدد الأطفال ، فقد أشارت الدراسة إلى أن الأمهات

التي لديهن عدد أطفال قليل كن أكثر استخداما لإستراتيجية إعادة التقييم، مثل (الشعور بالقوة)

الصلاة وطلب الدعم الروحي، طلب المعلومات عن المشكلة

أيضا اتفقت نتائج الفرض مع النتائج التي توصل إليها (Cayse.LN,1994) حول استخدام

إستراتيجيتي إعادة التقييم التحكم والانتماء، حيث أشارت نتائجها إلى أن أكثر الاستراتيجيات

استخداما هي الصلاة والبحث عن المعلومات والمشاركة بالنشاطات.

وتتفق نتائج الفرض الرابع مع النتائج التي توصل إليها (Mathileed Azar Lina Badr

2006) والتي تتحدث عن تكيف الأمهات اللاتي لديهن أطفال ذو إعاقة في لبنان، والتي أظهرت أن

مستوى تعليم الأمهات يلعب دورا كبيرا في استخدام استراتيجيات تأقلم سلبية أو ايجابية، حيث أن

الأمهات ذوات التعليم المنخفض اتبعن استراتيجيات تأقلم تتسم بالتجنب، الإنكار والانسحاب، أما

الأمهات اللاتي لديهن مستوى تعليمي عالي فقد اظهرن المقدرة على استخدام استراتيجيات تأقلم

تتسم بالبحث عن حلول المشكلة، الشعور بالقوة. و دراسة (Nor, Zaidah and others,2004)

التي أكدت في نتائجها أن الأمهات ذوات المستوى التعليمي المنخفض كن يملن لاستخدام

استراتيجيات تأقلم عاطفية

و قد اتفقت نتائج الفرض الخامس أيضا مع دراسة (Mathilda..2006) حيث أكدت في نتائج

دراساتها أن هناك علاقة ما بين الدخل و التأمين الصحي لعائلة الطفل المعاق و بين أساليب التكيف

، حيث أوضحت أن العائلات التي لديهن دخل شهري منخفض يملن لاستخدام استراتيجيات)

تجنب ، انسحاب ، وعزلة و عدم الثقة بالآخرين) و اتفقت أيضا دراسة (Nor, zaidah and

others 2004) في دراستها عن استراتيجيات التأقلم للأمهات في مراكز التأهيل في المجتمعات

الريفية في موارد - ماليزيا. حيث وجدت علاقة بين الوضع الاقتصادي للعائلة و بين استراتيجيات التكيف المستخدمة ، حيث كانت الأمهات يستخدمن استراتيجيات التجنب ، العزلة الاجتماعية وانخفاض في نسبة اللهو و التسلية الاجتماعية. و اتفقت أيضا النتائج مع دراسة (J.Advunurs,2005) التي أشارت إلى وجود علاقة واضحة بين إستراتيجية التكيف المستخدمة و المستوى التعليمي للآباء . وان كانت هذه النتائج تؤكد على شئ ، فهي تؤكد عل أم الوضع الاقتصادي في جميع المجتمعات يلعب دورا كبيرا غي التأثير على كيفية تأقلمنا مع الوضع النفسي الضاغط الذي يعاني منه الفرد.

و قد اختلفت نتائج الفرض السابع مع دراسة (Ryole-Branolet.B.1990)و التي تناقش استراتيجيات التأقلم لدى أمهات لديهن أطفال ذو إعاقات مختلفة حيث أن نتائج الدراسات الحالية تشير إلى أن هناك فروق دالة إحصائية بين أهالي الأطفال المعاقين حركيا في استخدام استراتيجيتي التفكير بالتمني و التجنب ، لصالح أهالي الأطفال المعاقين حركيا . و استراتيجيتي إعادة التقييم لصالح أهالي الأطفال المعاقين حركيا . فقد أشارت الدراسة إلى أن الأمهات اللاتي استخدمن إستراتيجية التجنب و الإنكار هن من كان يعاني أطفالهن من إعاقات نفسية عصابية وليس عقلية . و لكن ربما يرجع هذا الاختلاف لعدم احتواء الدراسة الحالية على نوع إعاقاة ثالث يشمل إعاقاة نفسية عصابية و إن كان نوعا ما الإعاقة العقلية في مجتمعنا الفلسطيني تعرف من قبل العديد من الأفراد بأنه نوع من الجنون وكذلك ينطبق الوضع على من يعانون من إعاقات نفسية عصابية .

اختلفت الدراسة الحالية في نتائج الفرض الثامن مع دراسة (Little.L.2002) عن الاختلافات الجندرية بين الآباء و الأمهات في التكيف و الاكتئاب ففي الدراسة الحالية لا توجد فروق في القلق و الاكتئاب بين مجموعتي الآباء و الأمهات في حين أنه في الدراسة السابقة توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الآباء و الأمهات في مستوى الاكتئاب حيث سجلت الأمهات نسبة عالية من الاكتئاب وقد اختلفت أيضا مع دراسة (Dellve.et.d.2006)التي تدرس الضغط والقلق بين والدي الأطفال الذين يعانون من أمراض نادرة فقد أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الآباء و الأمهات في مستوى القلق ،

و أيضا دراسة (Hony HT.2006)و التي تدرس القلق عند الآباء و الأمهات الذين لديهم أطفال يعانون من تأخر عقلي في فيتنام ، حيث أظهرت الدراسة وجود فروق في مستوى القلق عند الأمهات عن الآباء.

ومن وجهة نظر الباحثة أن هذا الاختلاف ربما يعزى في مجتمعنا الفلسطيني إلى الإيمان بالقضاء والقدر ، ووجود شبكة من العلاقات الاجتماعية للأفراد تقدم للوالدين الدعم والتعاطف سواء كانت ذات صلة قرابة أو علاقة عمل أو جيران .

و اتفقت نتائج الفرض العاشر مع دراسة (Mupf.et.al.2002)التي تدرس تأثير القلق على الآباء الذين لديهم أطفال يعانون من السرطان ، حيث اتفقت نتائج تلك الدراسة مع الدراسة الحالية حول وجود علاقة دالة إحصائيا بين مستوى تعليم الأب و مستوى القلق ، حيث أشارت النتائج أن الآباء الذين لديهم درجات علمية مساوية أو أعلى من البكالوريوس سجلوا أعلى نسبة قلق حيث بلغت النسبة (34%) و لكن الاختلاف ظهر مع الدراسة الحالية ، في أن الآباء الذين سجلوا مستوى من القلق هم غير المتعلمين ، وذلك مبرر من وجهة نظر الباحثة فهناك شعور مبهم بالخوف و عدم

الأمان نتيجة عدم وجود دخل شهري ثابت لغير المتعلمين ، وربما عدم توفير معلومات كافية لديهم عن طبيعة المشكلة هو سبب في مستوى من القلق على النقيض من الآباء المتعلمين.

واتفقت نتائج الفرض الحادي عشر مع دراسة (Duvdenvany.I.2003) و التي تدرس القلق عند الأمهات العربيات اللاتي لديهن أطفال يعانون من إعاقات عقلية حيث أن نتائج الدراسة الحالية أشارت لوجود مستوى من القلق عند الأمهات غير المتعلمات أيضا و اتفقت الدراسة السابقة مع نفس النتيجة الحالية أن هناك مستوى من القلق لدى الأمهات غير المتعلمات ، وأن الأمهات المتعلمات هن أكثر استخداما للدعم الرسمي (من خلال مؤسسات الرعاية) من الأمهات الأقل تعليما في المناطق الريفية.

و اتفقت نتائج الفرض الثاني عشر مع دراسة (Hong HT, 2006) و التي أشارت إلى أن الآباء ذوي الدخل المتدني و علاقات اجتماعية و فعاليات اجتماعية قليلة ظهرت لديهم نسبة القلق (46.3%) و من وجهة نظر الباحثة أن الوضع الاقتصادي السيئ الذي يؤثر على شريحة واسعة من السكان في قطاع غزة و خصوصا الذين يقطنون المخيمات ، و المستمر منذ انتفاضة الأقصى عام (2000) ، حيث يؤثر هذا الوضع تأثيرا مباشرا على أهالي الأطفال المعاقين الذين يقطنون في مخيمات اللاجئين مكان تطبيق الدراسة، و الذين نسبة عالية منهم توقفت عن العمل نتيجة لسياسة الإغلاقات التي تتبع حكومة الاحتلال الإسرائيلية، و التي تأثر بشكل مباشر على الطفل المعاق و أسرته التي تعجز عن تلبية متطلباته التي قد تختلف عن متطلبات الطفل السوي. اختلفت نتائج الفرض الرابع عشر من الدراسة الحالية مع دراسة (شعيب . 1991) التي تدرس مشاعر القلق و العصابية لدى أمهات أطفال معاقين و غير معاقين حيث تبين وجود زيادة في درجة القلق لدى الأمهات اللاتي لديهن أطفال معاقين سمعيا و بصريا و فكريا ، و أنهن أكثر إحساسا بأعراض الاكتئاب عن الأمهات السويات ، و أن أمهات الأطفال المعاقين سمعيا و المتخلفين عقليا لديهم مستوى واضح من القلق عن أمهات الأطفال السويين.

و اختلفت أيضا مع دراسة (Yeh Ch, et.al,2004) و التي أظهرت و جود فروق ذات دلالة إحصائية هامة بأن (76%) من آباء الأطفال المصابين بالسرطان سجلوا مستوى من الاكتئاب مقارنة بآباء الأطفال ذوي الإعاقات الجسدية (11%).

و اتفقت نتائج الفرض الخامس عشر من الدراسة الحالية مع دراسة (Meijer Am,et.al, 2007) و التي تدرس التنبؤات بسلوكيات التكيف و القلق عند الآباء ، حيث أظهرت النتائج وجود أثر مباشر بين سلوكيات التأقلم المستخدمة مثل (التجنب ، الإنكار و الانسحاب الاجتماعي و عدم الثقة) و بين مستوى القلق لدى الآباء نتيجة لاستخدام استراتيجيات تكيف سلبية . و قد

أشار (Richared.P .et.al,2005) أن إستراتيجية التجنب للآباء و الأمهات مرتبطة أكثر بأعراض الضغط و القلق و الاكتئاب.

فيما كانت درجة النتائج عالية في دراسة (Ryde-Brandet.B,1990) حيث ظهر أن حوالي (44%) من الأمهات سجلن مستوى من القلق نتيجة استخدام استراتيجيات سلبية كالإنكار و الانسحاب.

و كانت النسبة أعلى في دراسة (Wong.T, et.al,2001) حيث أظهرت النتائج أن (49%) من الأمهات لديهن أعراض اكتئاب مرتبطة بالارتباك و الهروب و التجنب. و تتفق هذه النتائج مع ماتم التطرق إليه في الإطار النظري حيث استخدم كل من

(Lazarus&Flokman,1984) مفهوم التكيف ليصف المجهودات التي يبذلها الإنسان من أجل تغيير الطرق الغير مجدية في التعامل مع المشكلات ، إلى طرق أكثر نفعاً و فعالية ، لذا فقد عرفوا مفهوم التكيف (Coping) بأنه ذلك التغيير المستمر في المجهودات المعرفية و السلوكية و الانفعالية ، من أجل إدارة المطالب الداخلية أو الخارجية التي تقيم من قبل الفرد بأنها مرهقة و تفوق الإمكانيات.

و لقد قام (Lazarus,1979) بجمع ما توصل إليه الباحثون حول وظائف التكيف، حيث توصلوا إلى أنها تعمل على خفض الضرر للظروف الطبيعية ، المحافظة على الوضع الطبيعي، التسامح و التوافق مع الأحداث و الظروف السلبية ، و الحفاظ على التصور الايجابي عن الذات، و التوازن الانفعالي، و أخيراً استمرارية الرضا عن العلاقات الاجتماعية الجيدة مع الآخرين.

6.4 تضمينات للنظرية أو التوصيات :

يتضح من خلال ما سبق عرضهن و في سياق ما توصلت إليه الدراسة الحالية من نتائج أهمية استخدام استراتيجيات تأقلم ايجابية و التي من شأنها أن تخفف من أعراض القلق و الاكتئاب لدى أهالي الأطفال المعاقين ، حيث يتضح جليا من خلال نتائج الدراسة أن إستراتيجية إعادة التقييم تعتبر من أكثر الاستراتيجيات التي يجب التركيز عليها و الحث على استخدامها،و ذلك لما يترتب عليها من نتائج مذهلة لذوي المعاقين للتأقلم مع المواقف الضاغطة التي يتعايشون معها، و هذا لايلغي أهمية استخدام إستراتيجية الانتماء، التحكم بالنفس و التخطيط لحل المشكلات و تحمل المسؤولية هذا و ترى الباحثة أن من ما شأنه أن يخفف من الأعباء النفسية و المادية لأهالي الأطفال المعاقين ، هو أن يكون هناك اهتمام أكبر بهذه الفئة ، عن طريق تخص المؤسسات المعنية في تقديم الخدمات للمعاق و بالتالي يتم تغطية متطلباتها الأساسية التي تثقل واديه نفسيا و فكريا.

و ترى الباحثة أن هناك إجراءات يمكن إتباعها لتعزيز الاستراتيجيات الايجابية ، لضمان وقاية أهالي الأطفال المعاقين من القلق و الاكتئاب و هي :

1 . تطوير برامج إرشادية منهجية و للمنهجية تأكد على استراتيجيات التكيف الايجابية التي تساهم في مواجهة مشكلة الإعاقة لدى لوالدين.

2 . العمل على تعزيز وضع الطفل المعاق من خلال تطبيق القوانين التي ينص عليها الإعلان العالمي لحقوق المعاق.

3. العمل ضمن خطة متكاملة من قبل المؤسسات الحكومية و الأهلية للمساهمة في توفير احتياجات الطفل المعاق من خلال معاش شهري دائم له.

4. تسخير دور الإعلام و الإذاعات المسموعة في دمج أهالي الأطفال المعاقين مع المجتمع المحلي و التأكيد على الجهود الجبارة التي تتم من قبل أهالي الأطفال المعاقين نتيجة تربية طفل معاق.

5. عقد لقاءات دورية لأهالي المعاقين للتحدث عن تجربتهم و اكتساب معلومات جديدة من

بعضهم البعض و التي من شأنها التخفيف من أعراض القلق لديهم.

6. دمج أهالي الأطفال المعاقين داخل القرى أو الذين يقطنون الأماكن النائية، ضمن نشاطات

خاصة مع أهالي الأطفال المعاقين في المدينة أو المخيم،و ذلك للاستفادة من خبرة الآخرين.

7. بناء برنامج إرشادي لخفض حدة القلق و الاكتئاب و الضغوط النفسية لدى أهالي الأطفال

المعاقين.

توصيات لمزيد من البحث: (الدراسات المقترحة)

1. دراسة مدى علاقة الوصمة بالقلق و الاكتئاب لأهالي الأطفال المعاقين و

علاقتها بالمتغيرات الديموغرافية.

2 دراسة تأثير وجود طفل معاق في الأسرة على الإخوة و تكيفهم مع البيئة

المحيطة بهم.

3. تأثير الأوضاع الاجتماعية و الاقتصادية على أهالي الأطفال المعاقين و

علاقتها بالقلق و الاكتئاب.

4. دراسة مقارنة بين استراتيجيات التأقلم و القلق و الاكتئاب لدى أهالي الأطفال

المعاقين و أهالي الأطفال السويين.

المراجع العربية:

1. إبراهيم، سعد الدين:(2001)" بحوث و دراسات لأسر غير العاديين " ، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.
2. إبراهيم، عبد الستار:(1998) الاكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمه و أساليب علاجه، عالم المعرفة الكويت.
3. إبراهيم ، لطفى. (1994) عمليات تحمل الضغوط في علاقتها بعدد من التغيرات النفسية لدى المعلمين. مجلة مركز البحوث التربوية.العدد5 : 95-127.
4. ابن منظور (1984) "لسان العرب"، القاهرة، دار المعارف،الجزء الرابع.
5. أبو مصطفى،(2000) ، (الإعلان الخاص بحقوق المعاقين،1993).
6. أبو مصطفى، نظمي (2000)، مدخل إلى التربية الخاصة، غزة،مكتبة الشهداء، خان يونس ص20.
7. أبو مصطفى، نظمي و شعت،رزق:(1997)"سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة(مقدمة في التربية الخاصة)" ، غزة، الطبعة الأولى،ص10-7.
8. أبو منصور،حسين. 2007. تقييم برامج التأهيل المبني على المجتمع المحلي في مخيمات اللاجئين – قطاع غزة دراسة ماجستير غير منشورة.كلية الصحة العامة- جامعة القدس- غزة.

9. أبو هين، فضل. 1988. القلق لدى الأطفال الفلسطينيين، دراسة مقارنة بين المواطنين و اللاجئين الفلسطينيين. رسالة دكتوراه غير منشورة. جامعة عين شمس. القاهرة.
10. الإدارة العامة للتأهيل الاجتماعي للمعوقين (1994). بحوث و مؤتمرات اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة و المعاقين، مطبوعات المؤتمر السادس لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة و المعوقين ص190.
11. الأغا، إحسان (1997) "البحث التربوي، عناصره و مناهجه و أدواته"، غزة، مطبعة الرنتيسي.
12. البداينة، دياب (1996). "الأوصمة الاجتماعية و الإعاقة" مؤتمة للأبحاث و الدراسات، السلسلة(أ) من مجلة العلوم.
13. البلتاجي، تيسير(2003) "تقييم خدمات التأهيل الطبي المقدمة للمعاقين حركيا جراء انتفاضة الأقصى بمحافظة غزة في الفترة ما بين 28/9/2000 و حتى 28/9/2001". رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الصحة العامة-جامعة القدس-غزة.
14. بدوي، أحمد زكي (1986). معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية. مكتبة لبنان، بيروت، لبنان.
15. ثابت، أحمد حسين: (2007) "ترافق المراضة بين الاكتئاب و كرب ما بعد الصدمة لدى طلبة الجامعات في قطاع غزة". رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الصحة العامة- جامعة القدس-غزة.
16. ثابت، عبد العزيز:(1998) الطب النفسي للأطفال و المراهقين ،غزة.

17. الحديدي،منى و آخرون (1992). إرشاد أسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، دولة الإمارات العربية،مكتبة الفلاح للنشر و التوزيع،ص93،15،69.
18. الحديدي ،منى و آخرون (1994). "الضغوط التي تتعرض لها أسر الأطفال المعاقين"، مجلة الدراسات الإنسانية مجلد21(أ) ، عمان ، الجامعة الأردنية العدد الأول ص35-7.
19. الحديدي،منى و آخرون (1996). "أثر إعاقة الطفل على أسرته" مجلة كلية التربية ، جامعة المنصورة، العدد31.
20. الجريسة ، محمد عبد العزيز: (2003)"الاكتئاب لدى مرضى سرطان الرئة بمحافظات غزة و علاقتها ببعض المتغيرات". رسالة ماجستير غير منشورة،الجامعة الإسلامية – غزة.
21. الجمعية الوطنية لتأهيل المعاقين (2005).تقرير حول الإعاقة في فلسطين. غزة،فلسطين.
22. الجمعية الوطنية لتأهيل المعاقين (2007).تقرير حول الإعاقة في فلسطين. غزة،فلسطين.
23. جمعية جباليا للتأهيل: (2005). التقرير السنوي العام.
24. الحفني، عبد المنعم: (1999).موسوعة الطب النفسي، مكتبة مدبولي، القاهرة.
25. الخطيب،جمال و الحديدي،منى:(1998)"مناهج و أساليب تدريس في التربية الخاصة:دليل علمي على تربية و تدريب الأطفال المعوقين " الأردن،دار الفكر العربي،ص18.

26. خاطر، عبد الله : (1412 هجري). الحزن و الاكتئاب على ضوء الكتاب و
السنة، الطبعة الثانية. لندن :المنتدى الاسلامي.
27. خضر، علي و الشناوي، محروس: (1991). مقياس بيك للحالة المزاجية.
الجمعية المصرية للدراسات النفسية، المؤتمر السابع لعلم النفس، 4-2 سبتمبر، الأنجلو
المصرية، القاهرة.
28. الخطيب، محمد جواد: (2000). التوجيه و الإرشاد النفسي، طبعة 2، مطبعة
المقداد، غزة.
29. الخواجة، جاسم: (1996). دراسة علاقة الصدمات الحياتية بسمة القلق و
الاكتئاب باستخدام قائمة اضطراب الضغوط التالية للصدمة و هوبكنز - 235، مجلة
بحوث كلية الآداب جامعة المنوفية، العدد 22 ص 191-209.
30. الخزندار، ثناء: (2000) "أثر التأهيل المهني على التوافق النفسي الاجتماعي
للمعوقين في محافظة غزة". رسالة ماجستير غير منشورة، قسم التربية المقارنة و
الإدارة التعليمية في كلية التربية، جامعة عين شمس، القاهرة.
31. داوود، عزيز: (1998). " التأهيل المبني على المجتمع المحلي". منظمة العمل
الدولية.
32. دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية (2000). التعداد العام للسكان و المنازل و
المنشآت، لمحة إحصائية (ملخص نتائج التعداد). رام الله-فلسطين.
33. الدسوقي، مجدي : (1997). مقياس القلق للمراهقين، مجلة الإرشاد النفسي،
عدد 7، جامعة عين شمس، القاهرة.

34. رضوان، شعبان: (1992). العلاقة بين أحداث الحياة و مظاهر الاكتئاب، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب- جامعة القاهرة.
35. زهران ، حامد عبد السلام : (1978). الصحة النفسية و العلاج النفسي، القاهرة، عالم الكتب ط2.
36. زهران ، حامد عبد السلام : (1997). الصحة النفسية و العلاج النفسي، القاهرة، عالم الكتب ط3.
37. الشربيني، لطفي : (2002):. الاكتئاب النفسي "أسبابه و علاجه"، الأنجلو المصرية، القاهرة.
38. صالح، أحمد محمد حسن: (1989) . تقدير الذات و علاقته بالاكتئاب لدى عينة من المراهقين. الكتاب السنوي السادس، الجمعية المصرية للدراسات النفسية ، القاهرة: الأنجلو المصرية.
39. عبد الخالق، أحمد و آخرون : (1995). القلق لدى الكويتي ن بعد العدوان العراقي، إدارة البحوث و الدراسات، مكتب الإنماء الاجتماعي، الديوان الأميري، الكويت، ط1.
40. عبد الستار إبراهيم و عبد الستار عسكر: (1992): علم النفس الإكلينيكي في ميدان الطب النفسي، القاهرة: الأنجلو المصرية.
41. عبد الفتاح، غريب: (1985). مقياس الاكتئاب. القاهرة، دار النهضة العربية.
42. عسكر، عبد الله: (1988). الاكتئاب النفسي بين النظرية و التشخيص. القاهرة: الأنجلو المصرية.

43. عسكر، عبد الله: (1998). الاكتئاب النفسي بين النظرية و التشخيص. القاهرة:

الأنجلو المصرية.

44. عكاشة، أحمد: (1992). الطب النفسي المعاصر. القاهرة: مكتبة الأنجلو

المصرية.

45. عكاشة، أحمد: (1998). الطب النفسي المعاصر. القاهرة: مكتبة الأنجلو

المصرية.

46. عكاشة، أحمد: (2003). الطب النفسي المعاصر. القاهرة: مكتبة الأنجلو

المصرية.

47. فرويد، سيجموند: (1989). الكف و العرض و القلق. ترجمة محمد عثمان ن

نجاتي. القاهرة: دار الشروق.

48. عبد الله، محمد: (2001). مدخل إلى الصحة النفسية. القاهرة: دار الفكر

للطباعة و النشر.

49. عبيدات، ذوقان: (1984). البحث العلمي مفهومه أدواته و أساليبه. عمان: دار

الفكر للنشر و التوزيع.

50. عثمان، فاروق: (2001). القلق و إدارة الضغوط النفسية. القاهرة: دار الفكر

العربي.

51. الفقي، حامد: (1996). دراسات في سيكولوجية النمو، ط6، الكويت، دار القلم.

52. فيفي، عبد الحكيم: (1989). الاكتئاب و الانتحار. لبنان: الدار المصرية، ط1.

53. مخيمر، صلاح: (1995). المدخل إلى الصحة النفسية، القاهرة، الأنجلو

المصرية.

54. مراد، عزت: (1994). كيف تتخلص من الأمراض النفسية. دار البلاد للطباعة.
55. مغاري، رائد عبد الله. 2005. تأثير الإعاقة السمعية للأطفال على الصحة النفسية للوالدين في قطاع غزة. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية الصحة العامة - جامعة القدس- غزة.
56. المعاينة، عبد العزيز و آخرون: (2002) المدخل إلى علم النفس. عمان: دار الثقافة و الدار العلمية الدولية.
57. منشورات: المركز الفلسطيني للإعلام (2005). "3 ديسمبر اليوم العالمي للمعاق".
58. منشورات: القانون الفلسطيني لحقوق المعوقين رقم 4 لسنة 1999.
59. محمد، رجب: (1995). الفروق الجنسية و العمرية في أساليب التكيف مع المواقف الضاغطة. مجلة علم النفس للهيئة المصرية العامة للكتاب. العدد 34 :- 110-123.
60. النعامي، أيمن: (2005). الآثار النفسية الناجمة عن الأسر و علاقتها باستراتيجيات التكيف لدى الأسرى الفلسطينيين المحررين في قطاع غزة. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الصحة العامة-جامعة القدس - غزة.
61. وزارة الصحة الفلسطينية (2002). تقرير خاص حول شهداء و جرحى انتفاضة الأقصى في الفترة ما بين 28/9/2000 و حتى 28/9/2005. فلسطين.
62. وكالة الغوث الدولية: (2006). دليل المؤسسات و المنظمات العاملة في مجال المعاقين و تدريب المعاقين في قطاع غزة، دائرة الإغاثة و الخدمات الاجتماعية بوكالة الغوث الدولية بغزة-قسم الخدمات الاجتماعية- برنامج المعاقين، يناير.

المراجع الأجنبية:

63. A.Taanila, et al.(2002) Coping of Parents with Physically and /or intellectually isabled Children. Child Care,Health&Development,28:73-86.
64. American Psychatric Association.(1994).Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder(DSMIV).
Washington:D.C.A.P.A.
65. Abasuiubong,F.et al .(2006).Acontrolled Study of Anxiety and Depression in Mothers of Children with learning disability in Lagos, Nigeria. Niger Journal of Medicine,15:124-137.
66. Aras,S et al.(2006). Family functioning, personality disorder, and anxiety symptoms in the mothers of children with food refusal. Journal of Turkish Psychiatry.
67. Baki,O et al.(2004). Anxiety and depression in children with epilepsy and their mothers .Journal of Epilepsy Behavior,5:958-964.
68. Barlow and Crask:(1994).Mastery of your anxiety and panic. Graywind Publication

69. rener,A.(1984).Helping children cope with stress .Lixigton.MA:Lixigton books.

70. Chi Tc&Hinshwa SP.(2002). Mother-child relationship of children with ADHD: The role of maternal depressive symptoms and depression- related distortion. Journal of Abnormal Child Psychiatry.

71. Costa,T&McCrae,R.(1990). Personalith: Another"Hidden factor in stress research. Psychology Inquiriny Journal,1:22-24.

72. omer,R.(1992).Abonrml Psychology. New york :Freeman &Comp.

73. Dellve L, et al(.2006). Stress and anxiety among parents of children with rare diseases : Aprospective study . Journal of Advanced Nursing, 53:392-402.

74. Duvderany,I.(2003). Anxiety , Social support and well-being of Arab mothers of children with intellectual disability who are served by welfear services in Northren Isreal. Journal of Intellectual Disability Research,47:264-272.

75. Folkman,S. (1984). Personal control & stress and coping process: Theoretical Analysis. Journal of Personality and Social Psychology ,46:839-852.

76. Garro,A(2004). Coping patterns in mothers/ caregivers of children with chronic feeding problems. Journal of Pediatric Health Care, 18: 138-144.

77. Gray,D.E.(2006). Coping over time: the parents of children with autism. Journal of Intellectual Disability Research,50:12-97.

78. Gray, DE.(2003). Gender and coping: the parents of children with high functioning autism. Journal of Intellectual Disability Research,56: 631-642.

79. Goldman,H.H.(2000). Review of the general psychiatry, 5 the Edition, Baltimore,Maryland, New York.

80.. Hong,HT et al.(2006). Parenting Anxiety of mothers and fathers of young children with cognitive delays in Vietnam. Journal of Intellectual Disability Research, 50: 748-760

81. Heaman,DJ.(1995). perceived stressors and coping strategies of parents who have children with developmental

disability: A comparison of mothers with fathers. Journal of pediatric Nursing,10: 311-320.

82. Hassall,R.et al.(2005). parenting stress in mothers of children with intellectual disability: the effect of parental cognitions in relation to child characteristics and family support. Journal of Intellectual Disability Research,49: 405-418.

83. Kalman,N.&Waugh,F.1993. Mental Health Concept . USA: Plamer Center.

84. Kim Hw, et al.(2003). The role of coping in maintaining the psychological well- bing of mothers of children of intellectual disability and mental illness. Journal of Intellectual Disability Research,47:313-327.

85. Kleber,R. & Brom,D.(1992). Coping with Trauma, Theory prevention &Treatment. Amesterdam: Netherlands by offsitdrukkerij Kanters B .V, Alblasserdam.

86. Kay, Jerald and Tasman, Allan.(20006) . Essentials of psychology, 2nd Edition, Gale Group.

87. Lazarous,R.&Folkman,S.(1984). Coping and Adaptation in Gentry,W Daily. Behavior Medicine. New York: The Guilford press.

88. Lazarus ,R.&Launier,R.(1978). Perspective in interaction psychology. New York: Plenum press.

89. azarous,R. (1999). Stress and Emotional ,Anew Synthesis. Great Britian: Spring Publishing Company, INC.

90.. Longmore,M. Wilkinson,I.&Torok,E.(2001). Oxford hand book of clinical medicine,5th edition, Oxford university press.

91. Little,L.(2002). Differences in depression and coping for mothers and fathers of children with Aspenser's syndrome and nonverbal learning disorders. Journal of Pediatric Nursing,28: 565-570.

92. Mathiled,A.Lina,B. (2006). The adaptation of mothers of children with intellectual disability in Lebanon. Journal of Transcultural Nursing,17: 375-380.

93. Maria,K.Denny,et al(.2006). Maternal stress and efficacy for Latina mothers with infants in neonatal intensive care. Journal of Research&practice for persons with Sever Disability,31:255-266.

94. McConkey,R et(2006). The impact on mothers of bringing up
A child with intellectual disabilities: across- cultural study.
International Nursing Studies,45:65-78.

95. Meijer AM , et al .(2007). Parents of children with
enduring epilepsy : Predictors of parenting anxiety and parenting
coping. Epilepsy Behavior,11:197-207.

,L.(1985). The Socialization of Emotions .New york: plenum
pres. 96. Miler ,M& Green

97.Mu Pf,et al.(2001). Families of chine's children with
malignancy: the factor impact on mothers anxiety. Journal of
Pediatric Nursing,16:287-295.

98. Mu Pf,et al.(2002). Families of children with cancer: The
impact on anxiety experienced by fathers. Journal of cancer
Nursing,25:66-73.

99. Mu Pf, et al .(2005). parental reactions to the child with
epilepsy: uncertainty, coping strategies, and depression. Journal
of advanced Nursing, 49:367-376.

100. u Pf,Kuo Hc .&Chang Kp.(2005). Boundary ,Ambiguity,
coping patterns and depression in mothers caring for children

with epilepsy in Taiwan . International Nursing Studies,42:273-282.

101. Nitta,O.et al. (2007). Relationships of depression and mental health of mothers of severely handicapped school-aged children suffering from cerebral palsy. Journal of Public Health,54:479-485.

102. Nor Zaidah ,Ah.et al.(2004). Coping styles of mothers with disabled children at rural community rehabilitation centers in Muar, Malaysia. Medicine Journal of Malaysia,59:384-390.

103.. Perlin,L.&Turner,H.(1987). The Family as a context of stress process. New York: John Wiley & Sons Ltd.

- 104. Piotrowski, Nancy A. (2005) Psychology Basics, University of California, Berkeley, Salem Press, Inc., Pasadena, California.

-

105. Pritzlaff,Amy(.2001). Examining the coping strategies of parents who have children with disabilities. American psychological Association Publication Manual,85.

106. Richard P.Hastings,et al.(2005). Systems Analyses of stress and positive perceptions in mothers and fathers of pre-

school children with Autism. Journal of Autism and Development Disorder,35:635-644.

107. Richard P,etal.(2005). Coping strategies in mothers and fathers of pre-school and school age children with Autism. SAGE Publication and The Autistic Society,9:377-391.

108. Roudolph M,et al.(2004). Speech impaired children . Anxiety, depression and quality of life of the mothers. Journal of HNO,52:561-568.

109. Ryde-Brandet.B,(1990).Anxiety and defense strategies in mothers of children with different disabilities. Journal of Medicine Psychology, 63: 183-192.

110. Sadock, Benjamin James & Sadock, Virginia Alcott (2007). Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, 10th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, New York.

111. Starcevic, Vladan. (2005). Anxiety disorders in adults: A clinical guide, 1st Edition, Oxford University Press. , New York..

112. Strickland, Bonnie Ruth .(2001). The gale encyclopedia of psychology, 2nd Edition, Gale Group

113. Sivberg,B.(2002). Coping strategies and parental attitudes , a comparison Of parents with children with Autistic spectrum disorders and parents with non-Autistic children. International Journal of Circumpolar Health,61:36-50.

114. Smith, TB, et al. (1993). Depression symptomology and interaction behaviors of mothers having a child with disability. Psychology Report, 73:1184-1188.

115. Swartz Ha, et al. (2005). Depression and Anxiety Among mothers who bring their children to pediatric mental Health clinic. Psychiatric Services, 56:1077-1083.

116. Taanila A, et al. (2002). Coping of parents with physically and /or intellectually disabled children. Journal of Child Care Health Development, 28: 73-86.

117. T, Salovita, et al. (2003). Explaining the parental stress of fathers and mothers caring for a child with intellectual disability : A double ABCX Model. Journal of Intellectually Disability Research, 47: 300-312.

118. Turner, J. (1980). Made for life: coping competence and cognition. London: Mthen.

119. Twoy, R, et al. (2007). Coping strategies used by parents of children with Autism. Journal of American Academic Nursing, 19:240-251.

120. Webster, RI. et al. (2008) . Child health and parental anxiety in school age children with pre- school diagnosis of development delay. Journal of Child Neurology, 23:32-38.

121. Wong TT , et al. (2001). Predictions of maternal for families having a child with epilepsy. Journal of Nursing Research,9:116-126.

122. Wortman, Camille &et al.(1992). Psychology, 4th edition, New york, MCGraw- Hill, Inc,USA.

123. Yeh,CH.(2004). Gender Differences in the use of coping strategies among Taiwanese parents whose children have cancer. Cancer Nursing, 27:100-107.

124. Yeh Ch,et al(.2004). Comparing depression levels of parents of children with cancer and parents of children with Physical disabilities. Journal of Psycho oncology, 13:898-910.

125. Wills, T. (1996). Family support, coping and competence .New Jersey: Lawrence Elbaum Associates,Inc.

126. Willson,T.,Olery,D.& Nathan,E.(1992). Abnormal Psychology. New Jersey: Prinitic-Hall.

127. World Health Organization (1992). The ICD-10 Classification of mental and Behavioral disorder: Clinical description and guideline ginen: World Health organization pP. 147-148.

128. Zeitlin,S.(1985). Coping inventory: A measure of adaptive Behavior . Bensenvill: Scholistic Testing Service.

ملاحق الدراسة

الملاحق

- موافقة أهالي الأطفال المعاقين على المشاركة في البحث
- استمارة المعلومات الديموغرافية
- مقياس استراتيجيات التكيف
- مقياس تايلور للقلق
- مقياس بيك للاكتئاب
- الصيغة التشخيصية لأعراض الاكتئاب
- الصيغة التشخيصية لأعراض القلق
- موافقة لجنة هلسنكي
- نموذج موافقة الجمعية الوطنية لتأهيل المعاقين على تطبيق

المقاييس

موافقة الأهالي على المشاركة في البحث

جامعة القدس

كلية الصحة العامة

الصحة النفسية المجتمعية

عزيزتي الأم ، عزيزي الأب:

نحاول بهذا الاستبيان الذي نقدمه لكم التعرف على استراتيجيات التأقلم التي تم استخدامها من قبلكم ،و ذلك للتكيف مع وجود طفل معاق لديكم، و هل لذلك علاقة بالقلق و الاكتئاب، لذا فإنني أقوم بالبحث في الموضوع:

" استراتيجيات التأقلم بين أهالي الأطفال المعاقين و علاقته بالقلق و الاكتئاب في المنطقة الوسطى في قطاع غزة"

و ذلك لنيل درجة الماجستير في الصحة النفسية المجتمعية، و ستستعمل المعلومات الواردة في هذا الاستبيان لغرض البحث العلمي فقط، و نعلمكم أن المشاركة في البحث لن تعرضك لأي أخطار تذكر و ليس من الضروري أن تضع اسمك و عنوانك، كلنا ثقة بصدقكم في الإجابة على العبارات.

ونشكر لكم تعاونكم

الباحثة

هند أبو عيادة

استمارة المعلومات الديموغرافية

الرجاء الإجابة علي هذه الأسئلة

1- الجنس ذكر أنثي

2- العمر _____

3- ترتيب الطفل في الأسرة _____

4- عدد الأولاد اقل من 4 من 5-7 أكثر من 8

5- تعليم الأب لم يتعلم ابتدائي إعدادي ثانوي دبلوم جامعي

6- تعليم الأم لم تتعلم ابتدائي إعدادي ثانوي دبلوم جامعي

7- دخل الأسرة الشهري اقل من 1000 شيكل 1001 - 2000 2001 - 3000 أكثر

من 3001 شيكل

8- نوع السكن مدينة قرية مخيم

9- نوع الإعاقة:

مقياس استراتيجيات التكيف المستخدمة مع المواقف الضاغطة

هناك استراتيجيات كثيرة يستخدمها الناس في التعامل مع المواقف الضاغطة أو المشكلات القاسية التي تمر بهم ، و هناك أربع احتمالات بالنسبة لاستخدامك أنت لكل أسلوب.

- 1 - إما أنك لا تستخدمه إطلاقا
- 2 - تستخدمه أحيانا قليلة
- 3 - تستخدمه بدرجة متوسطة
- 4 - تستخدمه كثير

| الرقم | العبرة | لم أفعل ذلك مطلقا (1) | فعلت ذلك نادرا (2) | فعلت ذلك أحيانا (3) | فعلت ذلك كثيرا (4) |
|-------|--|-----------------------|--------------------|---------------------|--------------------|
| 1 | تحدثت لبعض الأشخاص و ذلك بغرض معرفة المزيد من المعلومات عن الموقف الضاغط | | | | |
| 2 | انتقدت نفسي | | | | |
| 3 | تمنيت أن ينتهي الموقف المزعج بأي طريقة | | | | |
| 4 | لقد عبرت عن ضيقي للأشخاص الذين سببوا لي المشكلة | | | | |
| 5 | حاولت أن أنظر للجانب المشرق للأمور | | | | |
| 6 | حاولت الاحتفاظ بمشاعري لنفسى | | | | |
| 7 | لقد كنت أعرف ما ينبغي أن أفعله و لذلك ضاعفت جهودي كي تسير الأمور | | | | |
| 8 | لقد تغيرت و نموت كشخص يتصرف بشكل أفضل | | | | |
| 9 | تحدثت لبعض الأشخاص الذين يمكن أن يفعلوا شيئا ما بشأن المشكلة | | | | |
| 10 | أدركت أنني جلبت لنفسى مشكلة | | | | |
| 11 | تمنيت حدوث معجزة | | | | |
| 12 | وقفت صلبا و ناضلت من أجل ما أريد | | | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | تحويلها إلى تصرفات و أمور أخرى |
| | | | | اتجهت إلى الصلاة و الدعاء |
| | | | | لم أصدق أن المشكلة أو المشكلة قد حدثت |
| | | | | بدأت أفكر بما ينبغي أن أفعله و أقوله |
| | | | | بدأت أغير بعض الأشياء في نفسي |
| | | | | ألقيت اللوم على الآخرين |
| | | | | بدأت استرجاع خبراتي السابقة عندما كنت في موقف مشابه |
| | | | | مضيت و كأن شيئاً لم يحدث |

مقياس تايلور

ضع دائرة حول الإجابة التي تنطبق عليك و لو بالتقريب، و أجب عن جميع الأسئلة، و لا تترك س{ال بدون إجابة.

| الرقم | البند | نعم | لا |
|-------|---|-----|----|
| 1 | نومي مضطرب و متقطع. | | |
| 2 | مرت بي أوقات افتقدت فيها النوم بسبب القلق | | |
| 3 | لدي قليل جدا من المخاوف إذا قورنت بأصدقائي | | |
| 4 | أعتقد أنني لست أكثر عصبية من معظم الناس | | |
| 5 | تنتابني أحلام مزعجة (أو كوابيس) من حين لآخر | | |
| 6 | عندي قدر كبير من المتاعب في معدتي | | |
| 7 | غالباً ما ألاحظ أن يداي ترتجفان عندما أحاول القيام بعمل من الأعمال | | |
| 8 | أعاني من نوبات الإسهال | | |
| 9 | المال و العمل يثيران القلق عندي | | |
| 10 | أصاب أحيانا بنوبات من الغثيان (غميان النفس) | | |
| 11 | كثيراً ما أخشى أن يحمر وجهي خجلاً. | | |
| 12 | أشعر بجوع في كل الأوقات تقريباً | | |
| 13 | أنني أثق بنفسي تماماً | | |
| 14 | لا أتعب بسرعة | | |
| 15 | إن الانتظار يجعلني عصبياً | | |
| 16 | أشعر أحيانا بالإثارة لدرجة أن النوم يتعذر علي | | |
| 17 | أشعر دائماً بالهدوء | | |
| 18 | تمر بي فترات من عدم الاستقرار لدرجة أنني لا أستطيع أن أمكث طويلاً في مقعدي. | | |
| 19 | أنني سعيد في معظم الوقت | | |
| 20 | أجد من الصعب علي تركيز ذهني في عمل ما. | | |

| | |
|----|---|
| 21 | أشعر بالقلق على شيء ما أو شخص ما طول الوقت تقريبا. |
| 22 | أخاف من مواجهة أزمة أو شدة |
| 23 | أود أن أصبح سعيدا كما يبدو الآخرين. |
| 24 | كثيرا ما أجد نفسي قلقا على شيء ما. |
| 25 | من المؤكد أنني أشعر أحيانا بأن لا فائدة لي. |
| 26 | أشعر أحيانا بأنني أكاد أتمزق إربا |
| 27 | أعرق بسهولة حتى في الأيام الباردة. |
| 28 | الحياة عسيرة بالنسبة لي في أغلب الأوقات. |
| 29 | يقلقني ما قد أواجه من حظ سيء. |
| 30 | أنني حساس بنفسي لدرجة غير عادية. |
| 31 | لا أظن أنني لاحظت أبدا أن قلبي يخفق بشدة و يندر أن تنهج أنفاسي. |
| 32 | أبكي بسهولة |
| 33 | لقد خشيت أشياء أو أشخاص أعرف أنهم لا يستطيعون إيذائي. |
| 34 | عندي استعداد لان تأثر في أحداث الحياة تأثيرا شديدا. |
| 35 | قلما أصاب بالصداع. |
| 36 | لا بد أن أعترف أنني شعرت أحيانا بالقلق الشديد على أشياء لا قيمة لها. |
| 37 | لا أستطيع أن أركز تفكيري على شيء واحد. |
| 38 | أنا أرتبك بسهولة. |
| 39 | في بعض الأحيان أعتقد أنني لا أصلح لشيء أبدا. |
| 40 | أنني شخص متوتر جدا. |
| 41 | أحيانا عندما أتضايق يتساقط مني العرق بصورة تضايقتني. |
| 42 | وجهي لا يحمر خجلا بدرجة أكثر مما يحدث للآخرين. |
| 43 | أنا أكثر حساسية من غالبية الناس. |
| 44 | لا يكاد يحمر وجهي من الخجل أبدا. |
| 45 | مرت بي أوقات كنت أشعر خلالها بأن الصعاب تتراكم فوق بعضها البعض بحيث لا أستطيع التغلب عليها. |
| 46 | عندما أقوم بعملتي أكون في حالة توتر شديد. |
| 47 | يدي و قدمي دافئتان في العادة. |
| 48 | أحلم كثيرا بأمور أفضل الاحتفاظ بها لنفسني. |
| 49 | تنقصني الثقة بالنفس. |
| 50 | يندر جدا أن أصاب بالإمساك. |

اختبار بك

تعليمات :

يتضمن هذا الاختيار 21 مجموعة من العبارات الرجاء أن تقرأ كل مجموعة من العبارات بعناية ، ثم تختار عبارة واحدة والتي تصف بطريقة أفضل الطريقة التي تشعر بها خلال الأسبوعين الأخيرين بما في ذلك اليوم. ضع دائرة حول الرقم جوار العبارة التي اخترتها . ولو بدا لك أكثر من عبارة في مجموعة العبارات تنطبق عليك بطريقة متساوية ، ضع دائرة حول أعلى رقم في هذه المجموعة وتأكد أنك لا تختار أكثر من عبارة في أي مجموعة بما في ذلك المجموعة 16.

(تغيرات في نمط النوم) أو المجموعة 18 (تغيرات في الشهية)

| البند | | |
|--------------------|---|---|
| 1- الحزن | 0 | لا أشعر بالحزن |
| | 1 | أشعر بالحزن أغلب الوقت |
| | 2 | أنا حزينة طول الوقت |
| | 3 | أنا حزينة أو غير سعيدة لدرجة لا أستطيع تحملها. |
| 2- التشاؤم | 0 | لم تفتر همتي فيما يتعلق بمستقبلي. |
| | 1 | أشعر بفتور الهمة فيما يتعلق بمستقبلي بطريقة أكبر مما اعتدت. |
| | 2 | لا أتوقع أن تسير الأمور بشكل جيد بالنسبة لي. |
| | 3 | أشعر بأن لي في المستقبل وانه سوف يزداد سوءا. |
| 3- الفشل السابق | 0 | لا أشعر بأنني شخص فاشل |
| | 1 | لقد فشلت أكثر مما ينبغي. |
| | 2 | كلما نظرت الي الوراء ارى الكثير من الفشل |
| | 3 | أشعر بأنني شخص فاشل تماما |
| 4- فقدان الاستمتاع | 0 | أستمتع بالأشياء قدر استمتاعي بها من قبل.. |
| | 1 | لا أستمتع بأشياء بنفس القدر الذي اعتدت عليه |

| | | |
|---|---|----------------------------------|
| أحصل علي قدر قليل جدا من الاستمتاع من الأشياء التي اعتدت أن أستمتع بها. | 2 | |
| لا أستطيع الحصول علي أى استمتاع من الأشياء التي اعتدت الاستمتاع بها. | 3 | |
| لا أشعر بالإنتم (تأنيب الضمير) | 0 | 5- مشاعر الإنتم (تأنيب الضمير) |
| أشعر بالإنتم (تأنيب الضمير) عن العديد من الأشياء التي قمت بها أو أشياء كان يجب أن أقوم بها. | 1 | |
| أشعر بالإنتم (تأنيب الضمير) أغلب الوقت. | 2 | |
| أشعر بالإنتم (تأنيب الضمير) طول الوقت . | 3 | |
| لا أشعر بأنه يقع علي عقاب. | 0 | 6- مشاعر العقاب |
| أشعر بأنه يقع علي عقاب. | 1 | |
| أتوقع بأن يقع عبي عقاب . | 2 | |
| أشعر بأنه يقع علي عقاب. | 3 | |
| شعورى نحو نفسي كما هو . | 0 | 7- عدم حب الذات |
| فقدت الثقة في نفسي. | 1 | |
| خاب رجائي في نفسي. | 2 | |
| لا أحب نفسي. | 3 | |
| لا أنقد أو ألوم نفسي أكثر من المعتاد. | 0 | 8- نقد الذات |
| أنقد نفسي أكثر مما اعتدت. | 1 | |
| أنقد نفسي علي كما أخطائي. | 2 | |
| ألوم نفسي علي كل ما يحدث من أشياء سيئة. | 3 | |
| ليس لدى أى أفكار انتحارية. | 0 | 9- الأفكار أو الرغبات الانتحارية |
| لدى أفكار للانتحار ولكن لا يمكنني تنفيذها. | 1 | |
| أريد ان انتحر. | 2 | |
| قد انتحر لو سنحت لي الفرصة. | 3 | |
| لا أبكي أكثر مما اعتدت. | 0 | 10- البكاء |
| أبكي أكثر مما اعتدت | 1 | |
| أبكي بكثرة من أى شئ بسيط. | 2 | |
| أشعر بالرغبة في ولكنى لا أستطيع. | 3 | |
| لست أكثر تهيجا أو استثارة عن المعتاد. | 0 | 11- التهيج أو الاستثارة |
| أشعر بالتهيج أو الاستثارة أكثر من المعتاد. | 1 | |
| أحتاج أو استثار لدرجة أنه من الصعب علي البقاء بدون حركة. | 2 | |
| أحتاج أو استثار لدرجة تدفعني للحركة أو فعل شئ ما. | 3 | |
| لم أفقد الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة . | 0 | 12- فقدان الاهتمام |
| أهتم بالآخرين أو بالأمر أقل من قبل. | 1 | |
| فقدت أغلب اهتمامي بالآخرين والأمر الأخرى. | 2 | |
| من الصعب ان أهتم بأى شئ. | 3 | |
| اتخذ القرارات بنفس كفاءتي المعتادة. | 0 | 13- التردد |
| أجد صعوبة أكثر من المعتاد في اتخاذ القرارات. | 1 | |
| لدى صعوبة أكثر بكثير مما اعتدت في اتخاذ القرارات. | 2 | |
| لدى مشكلة اتخاذ أى قرارات. | 3 | |
| لا أشعر بأننى عديم القيمة. | 0 | 14- انعدام القيمة |
| لا أعتبر نفسي ذو قيمة وذو نفع كما اعتدت أن أكون. | 1 | |
| أشعر بأننى عديم القيمة بالمقارنة بالآخرين. | 2 | |
| أشعر بأننى عديم القيمة تماما. | 3 | |
| لدى نفس القدر من الطاقة كالمعتاد . | 0 | 15- فقدان الطاقة |
| لدى قدر من الطاقة أقل مما اعتدت. | 1 | |
| ليس لدى طاقة كافية لعمل الكثير من الأشياء. | 2 | |
| ليس لدى طاقة كافية لعمل أى شئ. | 3 | |
| لم يحدث لي أى تغير في نمط (نظام) نومى. | 0 | 16- تغيرات في نمط النوم |
| أ - أنام أكثر من المعتاد الي حد ما. | 1 | |
| ب - أنام أقل من المعتاد الي حد ما. | | |

| | | |
|---|---|--------------------------------|
| أ - أنام أكثر من المعتاد بشكل كبير. ب - أنام أقل من المعتاد بشكل كبير. | 2 | |
| أ - أنام أغلب اليوم. ب - أستيقظ من نومي مبكراً ساعة أو ساعتان ولا أستطيع أن أعود للنوم مرة أخرى. | 3 | |
| قابليتي للغضب أو الانزعاج لم تتغير عن المعتاد. | 0 | 17- القابلية للغضب أو الانزعاج |
| قابليتي للغضب أو الانزعاج أكبر من المعتاد. | 1 | |
| قابليتي للغضب أو الانزعاج أكبر بكثير من المعتاد. | 2 | |
| قابليتي للغضب أو الانزعاج طول الوقت. | 3 | |
| لم يحدث أي تغير في شهيتي. | 0 | 18- تغيرات في الشهية |
| أ - شهيتي أقل من المعتاد الي حد ما. ب - شهيتي أكبر من المعتاد اليحد ما. | 1 | |
| أ - شهيتي أقل كثيراً من المعتاد. ب - شهيتي أكبر كثيراً من المعتاد. | 2 | |
| أ - ليست لي شهية علي الاطلاق. ب - لدى رغبة قوية للطعام طول الوقت. | 3 | |
| أستطيع التركيز بكفاءة المعتادة. | 0 | 19- صعوبة التركيز |
| لا أستطيع التركيز بنفس الكفاءة المعتادة. | 1 | |
| من الصعب علي ان أركز عقلي علي أي شئئ لمدة طويلة. | 2 | |
| أجد نفسي غير قادر علي التركيز علي أي شئئ. | 3 | |
| لست أكثر إرهاقاً أو إجهاداً من المعتاد. | 0 | 20- الإرهاق أو الإجهاد |
| أصاب بالإرهاق أو الإجهاد بسهولة أكثر من المعتاد | 1 | |
| يعوقني الإرهاق أو مجهد جداً لعمل أغلب الأشياء التي اعتدت عليها. | 2 | |
| أنا مرهق أو مجهد جداً لعمل أغلب الأشياء التي اعتدت عليها . | 3 | |
| لم ألاحظ أي تغير في اهتمامي بالجنس حديثاً. | 0 | 21- فقدان الاهتمام بالجنس |
| أنا أقل اهتماماً بالجنس مما اعتدت . | 1 | |
| أنا أقل اهتماماً بالجنس الآن بدرجة كبيرة. | 2 | |
| فقدت الاهتمام بالجنس تماماً. | 3 | |

أعراض الاكتئاب :

أ - الأعراض النفسية للاكتئاب:

- 1- الحزن والشعور بالضيق .
 - 2- صعوبة التركيز أو التذكر أو أخذ أي قرار .
 - 3- النسيان و قلة في النوم أو العكس , الشعور بالذنب وفقدان الحنان .
 - 4- فقدان المتعة في الحياة .
 - 5- عدم الراحة و الاضطراب .
- وأنه إذا كانت خمسة من هذه الأعراض كل يوم لمدة على الأقل أسبوعين

ابحث عن تقييم الحالة (DSM-IV)

ب- الأعراض الجسمية للاكتئاب :

- 1- ضعف في المتعة الجنسية .
- 2- انخفاض مستوى النشاط .
- 3- اضطراب النوم: hypersomni و هو الاستيقاظ مبكرا أو الاستيقاظ عدة مرات أثناء الليل (insomnia) sleep disturbances وبعض المرضى يعاني من النوم طوال اليوم .
- 4- فقدان الشهية و انخفاض في الوزن .
- 5- قلة النشاط الوهن و التعب لأقل مجهود . (زهران , 1997) .

أعراض القلق:

- 1- اليأس .
- 2- فقدان المتعة .
- 3- الغضب بسهولة .
- 4- صعوبة التركيز
- 5- اضطراب الأكل.
- 6- اضطراب النوم .
- 7- نقص الطاقة الحيوية و النشاط .

8- توتر العضلات و النشاط الحركي .

9- التفكير في الموت .