جامعة القدس

عمادة الدراسات العليا

الضغوط النفسية التي تعاني منها أسر ذوي المتخلفين عقلياً في منطقة القدس

رانية رشيد يسار أبو السعود

رسالة ماجستير

القدس - فلسطين

1433هـ - 2012م

الضغوط النفسية التي تعاني منها أسر ذوي المتخلفين عقلياً في منطقة القدس

إعداد الطالبة

رانية رشيد يسار أبو السعود

بكالوريوس خدمة اجتماعية جامعة القدس، 2007

إشراف أ. د. تيسير عبد الله

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات درجة الماجستير في الإرشاد النفسي والتربوي عمادة الدراسات العليا / جامعة القدس

1433هـ - 2012م

جامعة القدس
عمادة الدراسات العليا
برنامج ماجستير الإرشاد النفسي والتربوية

إجازة الرسالة

الضغوط النفسية التي تعاني منها أسر ذوي المتخلفين عقلياً في منطقة القدس

اسم الطالبة: رانية رشيد يسار أبو السعود

الرقم الجامعي: 20913122

المشرف: أ. د. تيسير عبد الله

نوقشت هذه الرسالة وأجيزت بتاريخ: 2012/8/1 من قبل لجنة المناقشة المدرجة أسماؤهم وتواقيعهم:

1. أ. د. تيسير عبد الله	رئيس لجنة المناقشة	التوقيع:
2. د. عمر الريماوي	ممتحناً داخلياً	التوقيع:
3. أ. د. زياد بركات	ممتحناً خارجياً	التوقيع:

القدس – فلسطين

1433هـ - 2012م

الإهداء

إلى من تجرع الكأس فارغاً ليسقيني قطرة حب

إلى من كلّت أنامله ليقدم لنا لحظة سعادة

إلى من حصد الأشواك عن دربي ليمهد لي طريق العلم

إلى القلب الكبير والدي العزيز

إلى من أرضعتني الحب والحنان

إلى رمز الحب وبلسم الشفاء

إلى القلب الناصع بالبياض والدتي الحبيبة

إلى القلوب الطاهرة الرقيقة والنفوس البريئة إلى رياحين حياتي إخوتي

الآن تفتح الأشرعة وترفع المرساة لتنطلق السفينة فيعرض بحر واسع مظلم هو بحر الحياة وفي هذه الظلمة لا يضيء إلا قنديل الذكريات ذكريات الإخوة البعيدة إلى الذين أحببتهم وأحبوني أصدقائي

إلى كل من علمني حرفاً

إقرار:

أقر أنا مقدم هذه الرسالة أنها قدمت لجامعة القدس لنيل درجة الماجستير، وأنها نتيجة أبحاثي الخاصة، باستثناء ما تمت الإشارة له حيثما ورد، وأن هذه الرسالة أو الجزء منها لم يقدم لنيل أي درجة عليا لأي جامعة أو معهد.

رانية رشيد يسار أبو السعود

التوقيع:

التاريخ : 1 / 8 /2012

الشكر والتقدير:

الحمدُ لله ربِّ العالمين، على النَّعمَة التي أنعمها عليّ، بأن أعانني على إنجاز هذا العملِ المتواضع، كما وأتوجّه بالشكر والتقدير والاحترام إلى الأستاذ الدكتور تيسير عبد الله، الذي أشرف على هـذا العمل، وبذل جهداً لا يُنسى من توجيهٍ وإرشادٍ نحو السداد والصّواب، فله مني جزيلُ الشكر وعظيم الامتنان.

كما وأتقدّم بالشكر والتقدير إلى أعضاء لجنة المناقشة د. عمر الريماوي ممتحناً داخلياً، والـدكتور زياد بركات ممتحناً خارجياً، ولا أنسى الطواقم العاملة في مدارس التربية الخاصة في منطقة القدس الّذينَ كانت مساهمتهم واضحة في تزويدي بكافة المعلومات التي احتجتها من أجل إخـراج هـذه الرسالة بشكلها النهائي.

كما أتوجّه بالشكر العميق إلى أعضاء لجنة تحكيم أداة الدراسة واللّجنة الأكاديمية أساتذتي ، ممّـن تلقيتُ على أيديهم العلمَ والمعرِفة في برنامج ماجستير الإرشاد النفسي والتربوي، فلهم مني الشكر كلُّهُ والتقدير والعرفان، وأبقى اللهُ جامعةَ القدس صرحاً علميّاً رياديّاً في فلسطينَ الحبيبةِ.

الملخص:

هدفت هذه الدراسة التعرف إلى الضغوط النفسية التي تعاني منها أسر المتخلفين عقلياً في، من خلال دراسة أبعاد لها علاقة بالضغوط النفسية، مثل الأعراض النفسية والعضوية، والمشكلات المعرفية والنفسية، المشكلات الأسرية والاجتماعية، القلق على مستقبل الطفل، مشكلات الأداء الاستقلالي عند الابن المتخلف عقلياً، وعدم القدرة على تحمل أعباء الطفل، مشاعر اليأس والإحباط، وذلك بوجود المتغيرات التي قد يكون لها علاقة بهذه الأبعاد مثل القلق، وتخوف الأسرة على مستقبل ابنهم المتخلف عقلياً، ونوع الإعاقة، وجنس الوالدين، وترتيب الإبن المتخلف عقلياً في الأسرة، وصلة القرابة بالمتخلف عقلياً، وجنس المتخلف عقلياً وعمره.

ولتحقيق هدف الدراسة، تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي الذي يوصف الأبعاد المدروسة، ودرجة وجودها، من خلال استجواب عينة البحث، يتكون مجتمع الدراسة من والدي الأطفال المتخلفين عقلياً، والمسجلين في مكاتب الشؤون الاجتماعية في منطقة القدس، ويبلغ عدد الأشخاص من ذوي الاحتياجات الخاصة في مدينة القدس (2521)، وحسب المعطيات من قبل مكتب التأهيل لذوي الإعاقة العقلية في منطقة القدس يبلغ عدد المتخلفين عقلياً (1470) شخصا منذ الولادة حتى جيل (64) سنة، أما عينة الدارسة فقد تمّ جمعها باستخدام العينة الطبقية العشوائية من مدارس التربية الخاصة في منطقة القدس، وبلغ حجمها (118)، أي ما نسبته (8%) من مجتمع الدراسة.

وبعد إجراء عملية التحليل الإحصائي باستخدام برنامج (SPSS)، تبيّن أن مستوى الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن متخلف عقلياً فيها في منطقة القدس جاءت بمستوى متوسطة، كذلك مشاعر اليأس والإحباط حصل على أعلى متوسط حسابي، ثم بُعد مشكلات الأداء الاستقلالي، ومن ثم بُعد القلق على مستقبل الطفل، ثم بُعد عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل، ثم بُعد المشكلات المعرفية والنفسية، ثم بُعد الأعراض النفسية والعضوية، ثم بُعد المشكلات الأسرية والاجتماعية.

تبيّن أيضاً أنه لا توجد فروق في مستوى أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن متخلف عقلياً فيها في منطقة القدس يعزى لمتغيرات التالية: الجنس، والمستوى التعليمي، و العمر، ووجود صلة قرابة، وعدد الأطفال الذكور، وعدد الأطفال المتخلفين عقلياً، ونوع الإعاقة.

وتبيّن وجود فروق في مستوى أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن متخلف عقلياً فيها في منطقة القدس يعزى للمتغيرات التالية: عدد الأطفال الإناث لصالح الذكور ووجود أمراض وراثية, في بعد مشكلات الأداء الاستقلالي لصالح التخلف العقلي الشديد.

وفي ضوء هذه النتائج أوصت الباحثة ضرورة العمل على توعية الأسر، على كيفية التعامل مع وجود شخص متخلف عقلياً في الأسرة، والعمل على استحداث دورات بشكل دوري، تعقد بالتعاون

مع مؤسسات رعاية المتخلفين عقلياً، ومؤسسات الخدمة الاجتماعية، والمؤسسات التي تعنى بالصحة النفسية.

توصلت الباحثة في نهاية الرسالة إلى أن قوة الوازع الديني يلعب دور كبير في تقبل الوالدين للإبن المتخلف عقلياُ، وأن العادات والتقاليد تؤثر بشكل سلبي على العائلة في المجتمع العربي، والخجل والخوف من المستقبل على بقية أفراد العائلة بعدم تقبل المجتمع لهم بسبب وجود الإبن المتخلف عقلياُ يلعب دور كبير في سير حياتهم بالشكل الطبيعي.

The Psychological Stress Which Families of People with Mental Disabilities in the Jerusalem Area Suffer from.

Prepared by: Rania Abu Al soud.

Supervisor: Prof. Taisir Abdallah

Abstract:

This study aimed to identify the psychological stress experienced by families of people with mental disabilities in Jerusalem, through the study of the aspects linked psychiatric symptoms to psychiatric, physical symptoms, lack of understanding, social and family problems, future anxiety, independency of child with disability, inability to provide the requirements and needs of the child, and lastly the feelings of frustration and hopelessness

The research considered the effect of the type of the disability, sex of the parent, the order of a disabled child in the family, the relationship to the disabled, the sex and age of the disabled person.

The study used a descriptive method to describe the aspects of the study and its dependence on the research community. The study composed population of parents of children with special needs who are registered in the offices of social affairs in Jerusalem.

The number of people with special needs in Jerusalem, according to data from the office of rehabilitation for people with special needs in Jerusalem is (1470) from birth up to the age of 64 years, and the study sample was collected using a stratified random sample and the total scope was (118).

The results showed that of the psychological stress on the families in Jerusalem is moderate, however the feelings of despair and frustration that got the highest arithmetic average, followed by the problems of independence of the disabled, the concern on the future of the child, not being able to afford the expenses of the child, the mental and psychological problems, psychological and physical symptoms, and finally family and social problems.

The researcher recommended that there is a need to educate families in the city of Jerusalem on how to deal with a person's with disabilities in the family, to work on the development and held training courses on a regular basis through cooperate with the institutions for the disabled, social service institutions, and institutions concerned with mental health. Moreover, to inform parents on the ways and methods of dealing with a disabled person, as well as allocation of interviews with mothers of disabled people to reduce their fear and anxiety about the future in the presence of a disabled person.

الفصل الأول

خلفية الدراسة ومشكلتها

الفصل الأول:

خلفية الدراسة وأهميتها:

1.1 المقدمة:

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على أشرف الأنبياء والمرسلين محمد وآله الطيبين الطاهرين وأصحابه المخلصين.

إن وجود ابن معاق جسديا أو مصاب بتخلف عقلي يضفي عبئاً إضافياً على أعباء الأسرة، ويترك آثاراً تكون الأسرة بغنى عنها، وهذا الأمر يستدعي الباحثين العمل على دراسة الآثار التي يسببها وجود ابن متخلف عقلي على الأسرة، ومن ضمنها الضغوط النفسية، لذلك اتخذت الضغوط النفسية التي تعاني منها أسر ذوي المتخلفين عقلياً في منطقة القدس عنوانا لرسالتي، وإن دراسة مثل هذه الحالة يتطلب دراسة جوانب مختلفة ترتبط تمام الارتباط ووضعية الأسرة.

وبيّنت الدراسة الضغوط النفسية التي تتعرض لها الأسرة نتيجة وجود ابن متخلف عقلياً فيها، وما تلاقيه الأسرة من صعوبات اجتماعية في طرق التعامل مع ابنها المتخلف عقلياً، ومدى الإمكانات المتاحة أمام الأسرة للتعامل معه، ومع الضغوط النفسية التي يتركها وجوده، كذلك تعرضت للوضع الاقتصادي لأسرة الابن المتخلف عقلياً، فوجود هذا الابن يجعل من الأسرة تختلف عن باقي الأسر الأخرى، وهذا ما يجعل النواحي الاقتصادية مختلفة عندها، مما يدعو إلى دراستها، كون الناحية المادية لها تأثير بوجود الضغوط النفسية عند أسرة الابن المتخلف عقلياً.

وأن وجود ابن متخلف عقلياً في الأسرة لا بد له من إضافة أعباء أخرى على كاهل الأسرة، وهذا مما دفع بالدراسة إلى تناول موضوع أدوار ووظائف الأسرة تجاه الأطفال المتخلفين عقلياً، وتناول الوظائف الخاصة بتربية وتنشئة الأطفال المتخلفين عقلياً، مما يؤدي إلى بروز وظائف خاصة ببناء شخصية المتخلف عقلياً ونفسياً، والتي تحتاج إلى أساليب خاصة للتنشئة الاجتماعية للابن المتخلف عقلياً، لأن هذه الأسرة تحتاج إلى استمرارية في رعاية الابن المتخلف عقلياً ولفترات زمنية طويلة (السرطاوي، 2002).

لذلك لا بد أن يتم الوقوف إلى جانب هذه الأسر، وتقديم العون والتوجيهات والإرشاد بها، حيث إن هناك تبعيات ومشكلات مستمرة في ظل وجود ابن متخلف عقلياً ، لذلك عمدت الدراسة إلى التطرق وعرض حاجة أسر المتخلفين عقلياً لأنماط متعددة من الدعم، وذلك بدراسة خصائصها.

2.1 مشكلة الدراسة

تتمثل مشكلة الدراسة في الضغوط النفسية التي تواجهها الأسرة في منطقة القدس، وذلك بوجود ابن متخلف عقلياً فيها، فمشكلة هذه الدراسة لا تنحصر في شخص بعينه، إنما تتحدث عن أب وأم وإخوة، يواجهون ضغوط نفسية، وهذا ما يضفي على مشكلة الدراسة أبعاداً كثيرة، ومنها مشاعر اليأس والإحباط التي تتكون نتيجة الضغوط النفسية، والقلق على مستقبل الطفل، كذلك الناحية الاقتصادية المتمثلة في عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل.

ويمكن تلخيص مشكلة الدراسة في السؤال الرئيس التالي: **ما مستوى الضغوط النفسية التي تعاني منها أسرة ذوي المتخلفين عقلياً في منطقة القدس؟**

3.1 أهمية الدراسة

تنبع أهمية الدراسة الحالية في كونها تبحث في التعرف إلى الضغوط النفسية التي تنشأ في أسرة يتواجد فيها طفل متخلف عقلياً في محافظة القدس، وفي بحثها في أهم الضغوط التي تواجهها أسرة الطفل المتخلف عقلياً، كذلك مدى وعي الأسرة للحقوق والخدمات المقدمة لأطفالهم من المؤسسات المختلفة في القدس، إضافة إلى الصعوبات التي تواجهها الأسرة قبل عملية التشخيص وبعدها.

ووما يضفي أهمية أخرى للدراسة بحثها في مقدرة الأسرة على التعامل مع السلوكيات غير المقبولة اجتماعيا من قبل الابن المتخلف عقلياً، كالإحراج في المواقف الاجتماعية المختلفة، فكما هو ملاحظ أن وجود الطفل المتخلف عقلياً يعطي الفرصة للوالدين للتواصل معه بشكل طبيعي نتيجة الصعوبات التي يواجهها، حيث إنه يعيش في عالم بعيد عن الواقع.
كذلك تقوم هذه الدراسة بالكشف عن الصعوبات والمعيقات التي تعيق تواصل الوالدين مع ابنهم المتخلف، وكذلك المعيقات والصعوبات التي تواجهها الأسرة في تنشأة ابنها المتخلف عقلياً.

1.4 أهداف الدراسة

تهدف هذه الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية:

1- التعرف إلى الضغوط النفسية لدى أسر المتخلفين عقلياً في منطقة القدس، من خلال دراسة أبعاد لها علاقة بالضغوط النفسية، مثل الأعراض النفسية والعضوية، كالقلق على مستقبل الطفل، مشكلات الأداء الاستقلالي عند المتخلف عقلياً، وعدم القدرة على تحمل أعباء الابن، مشاعر اليأس والإحباط.
2- التعرف إلى المتغيرات التي يكون لها ارتباط بهذه الأبعاد كنوع الإعاقة، جنس الوالد، ترتيب الطفل المتخلف في الأسرة، صلة القرابة بالمتخلف، جنس المتخلف وعمر المتخلف.
3- التعرف إلى وظائف وأدوار الأسرة تجاه الأطفال المتخلفين عقلياً.

1.5 أسئلة الدراسة

تحاول هذه الدراسة الإجابة على الأسئلة البحثية التالية:

1- ما مستوى الضغوط النفسية لدى أسرة المتخلف عقلياً في منطقة القدس الشريف؟
2- هل توجد فروق دالة إحصائياً في مستوى الضغوط النفسية لدى أسرة المتخلف عقلياً في منطقة القدس الشريف تبعاً للمتغيرات(جنس المتخلف عقلياً،عمر المتخلف عقليا،المستوى التعليمي للوالدين، عمر الوالدين، صلة القرابة عدد الأطفال في الأسرة، عدد الأطفال المتخلفين عقلياً في الأسرة، درجة التخلف العقلي لدي ابناء الأسرة، أسباب التخلف العقلي)؟

6.1 فرضيات الدراسة:

تحاول هذه الدراسة اختبار الفرضيات الصفرية التالية:

1- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن متخلف عقلياً فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير الجنس.

2- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$) في مستوى الأبعاد النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن متخلف عقلياً فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير المستوى التعليمي.

3- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن متخلف عقلياً فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير العمر.

4- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن متخلف عقلياً فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير وجود صلة قرابة.

5- لا توجد فروق ذات دلاله إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن متخلف عقلياً فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير عدد الأطفال الذكور.

6- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن متخلف عقلياً فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير عدد الأطفال الإناث.

7- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن متخلف عقلياً فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير عدد الأطفال المتخلفين عقلياً.

8- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن متخلف عقلياً فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير نوع الإعاقة.

9- لا توجد فروق ذات دلاله إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن متخلف عقلياً فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير وجود أمراض وراثية.

7.1 حدود الدراسة

- الحدود الزمنية : الفصل الدراسي الثاني للعام 2011/2012.
- الحدود المكانية : مدينة القدس الشريف.
- الحدود البشرية : أسر المتخلفين عقلياً الموجودين في مدارس ذوي التخلف العقلي في منطقة القدس الشريف.

1.8 مصطلحات الدراسة:

- **الإعاقة العقلية**: يقصد بالإعاقة العقلية نقص في درجة الذكاء الفرد يحدث نتيجة عوامل وراثية أو بيئية –أو هما معا – مما يؤدي إلى عدم قدرة الفرد المعاق على التكيف مع نفسه ومع البيئة من حوله، ويحدث هذا النقص نتيجة إصابة في الجهاز العصبي، وتحدث هذه الإصابة قبل الولادة أو في مرحلة الطفولة (الخطيب 2001).

كما تعد الإعاقة حالة من العجز أو القصور العقلي أو الحركي يعاني منه الفرد ويقيده ويمنعه عن أداء ادوار ووظائفه والمسئوليات الملقاة على عاتقه والتي تتوافق مع نوعه ومع المرحلة العمرية التي يمر بها (القريوتي، والسرطاوي، 2001).

التخلف العقلي: التخلف العقلي هي تدن ملحوظ (انخفاض لا يقل عن انحرافتين معياريين عن المتوسط) في المستوى الاداء العقلي العام يرافقه عجز في السلوك التكيفي، بعبارة اخر، التخلف العقلي يعني نسبة ذكاء تقل عن 70 على احد اختبارات الذكاء الفردية المفتنة كاختبار ستانفورد. اضافة الى ذلك، هناك عدم القدرة على الاداء المستقل او تحمل المسؤولية الشخصية والاجتماعي، واعتمادا على هذا التعريف يصنف التخلف العقلي الى اربعة مستويات:

- بسيط.
- متوسط.
- شديد.
- شديد جدا (الخطيب، 2001).

- **الأسرة:** الأسرة هي جماعة اجتماعية تكون وحدة أساسية توجد بين كل شعوب النوع البشري، وتتألف من شخص بالغ أو أكثر من كلا الجنسين مع مالهما من أبناء، ويتمتع أفراد الأسرة بحقوق معينة كما إن لهم واجبات محددة، وللأسرة أنواع: الأولية أو النواة، والأسرة الممتدة والأسرة المشتركة، كما إن الأسرة باعتبارها نسقا اجتماعية أساسيا عليها أن تحقق متطلبات وظيفية من أجل الحفاظ على بقاء المجتمع ومن هذه الوظائف:_

1- الوظيفة الاقتصادية "الضبط الاجتماعي.

2- التنشئة الاجتماعية وتربية الأطفال وفقا لفلسفة المجتمع وثقافته.

3- إشباع الناحية العاطفية والنفسية للأبناء، منح أفرادها المكانة الاجتماعية (الخطيب، 2001) .

- **المعاقين:** كل فرد يختلف عمن يطلق عليه لفظ (سوي أو عادي) في النواحي الجسيمة أو العقلية أو الانفعالية أو الاجتماعية إلى الدرجة التي تستوجب عمليات التأهيل الخاصة حتى يصل إلى استخدام أقصى ما تسمح به قدراته ومواهبه (الخطيب، 2001).
- **الطفل المعاق:** الطفل الذي يعاني من حالة عجز تحد من قدرته أو تمنعه من القيام بالوظائف و الأدوار المتوقعة ممن هم في عمره بإستقلالية (الهمص، 2006).

والاعاقة ليست مرضا بل حالة انحراف أو تأخر ملحوظ في النمو الذي يعتبر عاديًا من الناحية الجسمية، أو الحسية، أو العقلية، أو السلوكي، أو اللغوية، أو التعليمية مما ينجم عنه حاجات فريدة ، وهذه الحاجات تقتضي تقديم خدمات خاصة وتستدعي توفير فرص غير تقليديه للنمو والتعلم واستخدام أدوات وأساليب معدلة يتم تنفيذها وتوظيفها على المستوى الفردي، وباللغة التربوية ، فان الإعاقة حالة تفرض قيودا على الأداء الأكاديمي مما يجعل التعلم في الصف العادي وبالطرق التعليمية العادية مرا يصعب تحقيقه(عبد الرحمن، 2001).

- **لإعاقة:** إصابة بدنية أو عقلية أو نفسية تسبب ضرراً لنمو الطفل العقلي أو البدني أو كليهما. والإعاقة درجات مختلفة، فد تكون يسيرة تخفى عن النظرة السريعة، وتحتاج إلى فحص طبي، وتشخيص شعاعي ومخبري، وقد تكون واضحة تعيق الإنسان عن ممارسة نشاطه أو تحد من تفكيره، أو نطقه مما يجعله يعتمد على غيره في حياته اليومية(الحازمي وآخرون، 2003).
- **الضغوط النفسية:** تعد محاولة تعريف الضغط النفسي من المحاولات التي يكتنفها كثير من الصعوبات من الناحية العلمية فتعريف الضغوط في اللغة الانجليزية ورد مصطلحين هما الضواغط (stressor) والضغط (stress)، وقد جاءت الضواغط لتشير إلى تلك القوى والمؤثرات التي توجد في المجال البيئي والتي يكون لها القدرة على أنشاء حاله ضغط ما.

الضغوط النفسية: عَرَّفَ عثمان الضغوط، بأنها تلك الظروف المرتبطة بالضبط والتوتر والشدة الناتجة عن المتطلبات التي تستلزم نوعا من إعادة التوافق عند الفرد وما ينتج عن ذلك من آثار جسمية ونفسية، وقد تنتج الضغوط كذلك من الصراع والإحباط والحرمان والقلق، وتفرض الضغوط على الفرد متطلبات قد تكون فسيولوجية أو اجتماعية أو نفسية، أو تجمع بين هذه المتغيرات الثلاثة، ورغم أن الضغوط جزء من حياتنا، إلا أن مصادرها تختلف من شخص إلى آخر (عثمان، 2001).

وعَرَّفَ عبد المعطي الضغوط النفسية بأنها تلك المثيرات الداخلية أو البيئية، والتي تكون على درجة من الشدة والدوام بما يُثقل القدرة التوافقية للفرد، والتي تؤدي في ظروف معينة إلى الاختلال الوظيفي والسلوكي (عبد المعطي،2006).

وأورد (عياد، 1995) تعريفين للضغوط النفسية:

- أن الضغط حاله تكون في اضطراب وعدم كفاية الوظائف المعرفية وتتضمن المواقف التي يدرك فيها الفرد بأن هناك فرق بين مايطلب منه سواء أكان داخليا أو خارجيا وقدرته على الاستجابة لها.

وبأنه عبارة عن نظام استجابه لحالات ضاغطة أو الضواغط يتكون من نظام تفاعلات فسيولوجية ونفسيه سواء مباشرة أو مرجأة.

ويحدث الضغط كنتيجة عندما يتعرض الفرد لعوائق وصعوبات تستلزم فيه مطالب تكيفيه قد تكون فوق احتماله، بحيث تتمثل الضغوط فى النشاط الفيزيائي والكيميائي والذهني للجسم، كرد فعل منه واستجابة للمواقف المخيفة أو المثيرة،أو المسببة للارتباك أو الإحساس بالخطر أو الشعور بالرعب ومن ثم فأن الضغوط تحدث نتيجة للفرح والحزن على حد سواء، فتظهر هذه الضغوط على شكل ردود أفعال عضويه للتجارب النفسية، أي التفاعل العضوي مع المواقف النفسية المختلفة وأن مستويات تلك الضغوط ترتبط بالأشخاص والظروف المحيطة بهم (قورة، 2001).

وتعريف آخر للضغوط الحياتية يتلخص في أنها أحداث تؤدى إلى استجابه انفعاليه حادة ومستمرة ويمكن إن تكون مصادر الضغوط خارجية كالضغوط الاسريه والضغوط الأجتماعيه وضغوط العمل وضغوط الانتقال والتغير وقد تكون مصادر الضغوط داخلية كالإصابة بالأمراض والتغيرات الهرمونية الدورية(www.kenanaonline.com).

وتستخلص الباحثة من تعريف الضغوط النفسية السابقة تعريفا يناسب أهداف الدراسة الحالية وهو أن: الضغوط النفسية عبارة عن المثيرات التي يتعرض لها الفرد بصورة مستمرة وبدرجة من الشدة تفوق مصادرهِ وإمكاناتهِ الخاصة وقدرتهِ التوافقية ويقيمها على أنها مهددة لذاتهِ وصحتهِ.

- **التعريف الإجرائي للضغوط النفسية:** الدرجة التي يحصّل عليها أهالي الطفل المعاق على مقياس الضغوط النفسية الذي تم إعداده لهذا الغرض.

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة:

1.2 مقدمة

تشير دائرة الإحصاءات المركزية الفلسطينية إلى أن نسبة المتخلفين بلغت حوالي (4%) من عدد السكان، كما بيّنت وزارة التربية والتعليم العالي أن أعداد الطلبة المتخلفين ذكوراً وإناثاً في مدارسها، وحسب إحصائيات الإدارة العامة للتخطيط قد بلغ ما يقارب (5400) من جميع أنواع الإعاقة الجسدية ، منهم ما يقارب (1500) في المرحلة الأساسية، حيث تتوزع هذه الأعداد إلى الإعاقة السمعية (1165)، والإعاقة البصرية (1231)، والإعاقة الحركية (1721)، والاضطرابات في النطق (1721) (وزارة التربية والتعليم العالي، 2007).

وبشكل عام، يبلغ عدد الأطفال المتخلفين في فلسطين، ممن يشملهم التخلف العقلي حوالي (15,567) طفلاً، ممن يعانون واحدة أو أكثر من الإعاقات. ولم يحدد الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني عدد الأطفال المتخلفين عقلياً أو نسبتهم بالتحديد، بل أشار إلى نوع الإعاقة على أنها (عقلية أو حركية وعقلية)، وبيّن أن نسبتهم في منطقة الشمال (12.6%)، وفي الوسط (6.5%)، وفي الجنوب (20.0%)، ونسبة الذكور تصل إلى (14.2%)، ونسبة الإناث (11.6)، من العدد الكلي للمتخلفين (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2009).

ولقد بدأ المتخصصون في الإرشاد والتأهيل والعمل الاجتماعي حديثاً الاهتمام بآباء وأمهات المتخلفين، وأدركوا الضغوط والصراعات الموجودة لديهم، وبالرغم من أن المشاكل الأساسية التي تواجه أسر الأفراد المعاقين تشبه مشاكل الأسر العادية، إلا أن وجود طفل معاق في الأسرة ينجم عنه مشاكل إضافية وعلاقات أسرية أكثر تعقيداً وبالتالي فإن آباء وأمهات الأطفال المعاقين قد يواجهون درجة مرتفعة من الضغوط، حيث تبذل الأسرة التي لديها طفل معاق طاقة كبيرة ليظهر الطفل بصورة مقبولة أمام الناس، حيث تهتم هذه الأسرة اهتماماً كبيراً بردود فعل الآخرين لوجود طفل معاق لديهم.

وقد لوحظ أن إعاقة الطفل تؤثر على بُنية الأسرة بأربع طرق: إذ تثير انفعالات قوية لدى الوالدين، وتعمل على تثبيط الهمة بسبب الشعور بالفشل المشترك، وتعيد تنظيم الأسرة، وتوجد أرضاً خصبة للصراع، إلا أن الحقائق تبقى واضحة بأن تربية الطفل المعاق تؤدي إلى درجة عالية من الضغوط

النفسية وكثير من استراتيجيات التكيف التي تضر الأسرة للجوء أليها وهذه بحد ذاتها مثيرة للضغوطات (يحيى،2009).

2.2 تصنيف التأخر العقلي:

لا شك إن هناك اختلافات وفروقاً فردية بين المتأخرين عقلياً ودراساً، حيث توجد مظاهر سلوكية معينة عقلية أو اجتماعية تكون مرتبطة بمدى التأخر، لذلك فإنه من الأهمية تصنيف وتقسيم المتأخرين عقلياً إلى فئات بغية الوصول إلى نوع من التجانس النسبي بين أفراد كل فئة، حتى يمكننا أن نحدد الخصائص المشتركة والصفات الخاصة بكل فئة على حدة، بحيث يسهل تنظيم الخدمات اللازمة لكل فئة أو لأغراض علمية. ويعتبر تصنيف منظمة الصحة العالمية، والذي ورد في الإصدار الدولي العاشر للأمراض العقلية ICD – 10 من أشهر التصنيفات الحديثة، حيث تركز على أساس متغير الذكاء كما يلي (التويم، 2007):

1- **التأخر العقلي ذو الدرجة المنخفضة** (Mental Mild Retardation): الأفراد المتأخرون تأخراً عقلياً منخفضاً يكتسبون اللغة متأخرين بعض الشيء، لكن معظمهم يمكنه استخدام الكلام في أغراض الحياة اليومية، واغلبهم يكتسبون كذلك استقلالا كاملاً في رعاية أنفسهم. وتظهر الصعوبات الرئيسة في مجال التحصيل الدراسي. ويمكن تقديم مساعدة كبيرة للمتأخرين تأخراً منخفضاً بواسطة أساليب تعليمية صممت لتطوير مهاراتهم ولتعويضهم عن إعاقتهم. أما بالنسبة للصعوبات السلوكية والعاطفية والاجتماعية التي تواجه المتأخرين تأخرا عقلياً خفيفاً فهي أقرب إلى تلك الموجودة بين الأفراد ذوي الذكاء الطبيعي.

2. التأخر العقلي ذو درجة متوسطة: يكون الأفراد في هذه الفئة بطيئين تفهم واستخدام اللغة، وانجازاتهم النهائية في هذا المجال محدودة، كذلك يتأخر اكتسابهم لرعاية الذات والمهارات الحركية، والبعض يحتاج إلى الإشراف مدى الحياة. وتقدمهم في الأعمال المدرسية محدودة. ويستطيع المتأخرون تأخراً متوسطاً من الكبار أن يؤديا عملاً تطبيقياً يسيراً ونادراً ما يحقق هؤلاء الأفراد استقلالاً حياتياً كاملاً عندما يكبرون. وحاصل الذكاء هنا بين (35 و49) . ويشمل: البله والدونية العقلية المتوسطة والتأخر العقلي المتوسط.

3. التأخر العقلي ذو الدرجة المرتفعة: تتشابه هذه الفئة بشكل عام مع فئة التأخر العقلي المتوسط فيما يتعلق بالصورة الإكلينيكية ووجود سبب عضوي والحالات المصاحبة له. كذلك فإن مستويات الإنجاز المنخفضة المذكورة مع التأخر المتوسط هي الأكثر شيوعاً أيضاً في هذه المجموعة. وأغلب الأفراد في هذه الفئة يعانون من درجة بالغة من الاختلال الحركي، أو من نقائص مصاحبة أخرى مما يشير إلى وجود تلف أو عيب بنيوي له شأنه إكلينيكياً في الجهاز العصبي المركزي.

4. التأخر العقلي العميق: يعاني المصاب في هذه الفئة من تحديد شديد في فهم الطلبات أو التعليمات، أو تنفيذها. وأغلب الأفراد في هذه الفئة لا يستطيعون الحركة، أو يكونون محدودين بشدة في حركتهم، وفي أحسن الأحوال لا يقدرون إلا على أشكال بدائية جداً من التواصل اللفظي، وهم يحتاجون إلى مساعدة ومتابعة دائمة. وحاصل الذكاء أقل من (20)، ويشمل: العته والدونية العقلية العميقة، والتأخر العقلي العميق.

5. التأخر العقلي الآخر: تستخدم هذه الفئة فقط عندما تكون هناك صعوبة خاصة أو استحالة في تقييم درجة التأخر العقلي بواسطة الإجراءات المعتادة بسبب وجود اختلافات حسية أو جسمية مصاحبة كما هي الحال بالنسبة للأفراد المصابين بالعمى والبكم والاضطراب السلوكي الشديد أو العجز الجسمي الشديد.

6. التأخر العقلي غير المعين: يكون هناك بينة على وجود التأخر العقلي، ولكن المعلومات لا تكفي لإدراج الحالة ضمن أي من الفئات المذكورة السابقة ويشمل: القصور العقلي الذي لم يتم تعيينه في موضع آخر، والدونية العقلية التي لم يتم تعيينها في موضع آخر، والتأخر العقلي الذي لم يتم تعيينه في موضع آخر (ناجي، 1999).

أما أسباب التخلف العقلي فيصعب تحديدها بدقة في حوالي 85% من الحالات إلا إن هناك بعض العوامل التي يعتقد أنها ترتبط بحدوث هذه الإعاقة ومن أهمها (ناجي، 1999) :

1. الالتهابات والتسمم (التهاب السحايا، التهاب الدماغ، الحصبة الألمانية، الزهري ، العقاقير ، التدخين، الكحول، والرصاص).

2. لاصابات والعوامل الجسمية(الأشعة السينية، الرضوض والجروح اثناء عملية الولادة، إصابات الرأس ونقص الأكسجين سواء قبل الولادة أو أثناء الولادة أو بعدها).

3. الاضطرابات الغذائية (الجلاكتوسيميا، الفتيل كيتو يوريا، وسوء التغذية).

4. الاضطرابات الكروموسومية (متلازمة داون، متلازمة برادر ويلي ، متلازمة كلاينفلتر، متلازمة تيرنر).

5. الامراض الدماغية العامة (الأورام، والتصلب الدرني).

6. العوامل المرتبطة بمرحلة ما قبل الولادة، (استقصاء الدماغ، وصغر حجم الجمجمة).

7. اضطرابات الحمل (طول فترة الحمل أو قصرها).

8. الاضطرابات النفسية الشديدة.

9. العوامل البيئية (الظروف الأسرية بالغة الصعوبة، الحرمان الشديد).

3.2 المشاكل الصحية والإعاقات:

هي حالات مختلفة قد تكون ولادية وقد تكون مكتسبة ولكنها عموما تحد من قدرة الفرد على استخدام جسمه في القيام بالوظائف الحياتية اليومية بشكل مستقل وعادي ، وتصنف الأدبيات التربوية الخاصة الإعاقة الجسمية والصحية إلى ثلاث فئات رئيسية وهي:

1- الاضطرابات العصبية.

2- الاضطرابات الصحية المزمنة.

3- الاضطرابات العضلية \ العظمية.

4.2 نسب حدوث الإعاقة:

لا تتوفر إحصائيات دقيقه عن نسبة حدوث الإعاقات المختلفة في المجتمعات الإنسانية، وأسباب ذلك متنوعة وتشمل عدم قيام عدد كبير من دول العالم بإجراء دراسات مسحية لتحديد إعدادالأفراد المعوقين في المجتمع.
بالنسبة للدول التي أجرت هذا النوع من الدراسات، فثمة عوامل عديدة تحول دون التوصل إلى نتائج دقيقه، ومن هذه العوامل:

1. اعتماد تعريفات غامضة بعض الشيء لفئات الإعاقة واختلاف التعريفات من وقت إلى آخر ومن دراسة إلى أخرى.
   تداخل الفئات التشخيصية وغيرها من وقت إلى آخر.

2. الأخطاء المتعلقة بالعينات التي تشملها الدراسات المسحية مثل عدم تميلها للمجتمع وتحيزها لسبب أو لآخر.

3. المشكلات المتعلقة بدور المدرسة في هذه العملية والمتمثلة بعدم اخذ الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة والشباب الذين تزيد أعمارهم عن السن المدرسي بالحسبان واختلاف المعايير المستخدمة من مدرسة إلى أخرى.

4. الوصمة الاجتماعية المرتبطة بالإعاقة الأمر الذي يدفع أعدادا كبيرة من الأسر إلى إخفاء أطفالهم المعوقين وتجنب إدراج أسمائهم في الدراسات والسجلات الرسمية (الخطيب، 2001).

وبالرغم من تلك الأسباب إلى أن هناك دراسات مسحية شاملة وقدمت إحصائيات رسمية والجدول التالي يبين النسب التقديرية لحدوث فئات الإعاقة المختلفة.

جدول (1.2): فئات الإعاقات ونسبتها

فئة الإعاقة	النسبة التقريبية
التخلف العقلي	%2.3
عصوبات التعلم	%3
الإعاقة السمعية	%0.6
الإعاقة البصرية	%0.1
الإعاقة الجسمية	%0.5
الإعاقة الانفعالية	%2
الاضطربات الكلامية واللغوية	%3.5
المجموع	**%12**

(الخوجا ، 2001).

جدول (2.2): الفلسطينيون حسب حالة الإعاقة والمنطقة:

نوع الإعاقة	الضفة الغربية	قطاع غزة	أراضي الفلسطينية
بصرية	%15.4	%13.2	%14.6
سمعية	%5.4	%4.7	%5.1
نطقية	%5.3	%6.2	%5.6
عقلية	%13.4	%16.4	%14.5
حركية	%30.4	%29.8	%30.2
سمعية ونطقية	%5.9	%7.2	%6.4
عقلية وحركية	%4.3	%5.1	%4.6
متعددة	%8.1	%7.6	%7.9

(الخوجا ، 2001).

1.4.2 الحدوث والانتشار:

إن نسبة انتشار التخلف العقلي المقدرة بحوالي (3%)، وهي نسبة نظرية تعتمد على نسبة الذكاء فقط وهي تتجاهل السلوك التكيفي، وفي الولايات المتحدة الأمريكية فإن النسبة المعتمدة اعتماداً على العدد الحقيقي للأطفال المتأخرين عقلياً في سن المدرسة هي (3%) أما نسبتهم في الوطن العربي باعتبار عدد سكانه (339) مليون نسمة فإن نسبة المتأخرين عقلياً هي تقريبا (9.5) مليون نسمة، وإن نسبة الإعاقة العقلية بين أبناء الطبقة الاجتماعية العليا قليلة بسبب العوامل الثقافية المرتفعة في تلك الأسر، وإن ازدياد نسبة الإعاقة بين أبناء الطبقة المتوسطة والمتدنية اجتماعيا يعود سببه إلى انتشار المرض بين هاتين الفئتين وسوء التغذية، ونقص العناية والرعاية الاجتماعية بالطفل والأم التي تحمله، ولما تتعرض له من سوء تغذية وقلة رعاية أثناء الحمل وبعده (القريوتي ،2009).

1 .5.2 الضغوط النفسية:

ينظر علماء هذا الاتجاه إلى الضغوط على أنها استجابة لأحداث مهددة تأتي من البيئة، ولهذا فهيَ تمثل ردود الفعل التي تصدر عن الفرد إزاء الحدث، وبالتالي يتناول هذا الاتجاه الضغط على أنه متغير تابع، بمعنى أن الضغوط هي استجابة للحدث، وهذه الاستجابة قد تعمل مرة أخرى كمثير يؤدي إلى ظهور المزيد من الاستجابات، وهذه الاستجابات متعددة الأوجه حيث تتضمن تغيرات في الوظائف المعرفية والانفعالية والفسيولوجية للجسم، وفي ضوء ذلك فإن هذا الاتجاه يركز على الحالة الداخلية للكائن العضوي، ومن الذين عرفوا الضغط كاستجابة العالم الفسيولوجي هانز سيلاي (Selye, 1992)، فقد أشار إلى أن كثيراً من العوامل البيئية يحول الجسم عن حالة التوازن مما يحتاج إلى ردود فعل جسمية لاستعادة التوازن، وهذه العوامل تسمى الضواغط (Stressors) أو مثيرات الضغط، وتتضمن أي شيء يتطلب من الجسم أن يعبئ استجاباته، فالجسم يستجيب للضغوط بجهاز منظم من التغيرات الجسمية والكيميائية التي تعد الفرد للمواجهة، وأن الاستجابة تتكون من تلك المجموعة من ردود الفعل التي أطلق عليها أعراض التكيف العام.

(General Adaptation Syndroms–GAS) حيث يقابل الجسم عن طريقها الاعتراض أو التحدي البيئي ليتكيف مع الضغوط التي يواجهها، وتسير أعراض التكيف العام في ثلاث مراحل

(الحسين، 2006)، ويوضح الأمارة (2006) هذه المراحل التي يمر بها الإنسان عند تعرضه للضغوط وهي:

المرحلة الأولى:

رد فعل للأخطار، حيث يقوم الجهاز العصبي السمبثاوي والغدد الأدرينالينية بتعبئة أجهزة الدفاع في الجسم، إذ يزداد إنتاج الطاقة إلى أقصاه لمواجهة الحالة الطارئة ومقاومة الضغوط وإذا استمر الضغط والتوتر انتقل الجسم إلى المرحلة الثانية.

المرحلة الثانية:

مرحلة المقاومة، عندما يتعرض الكائن للضغوط يبدأ بالمقاومة وجسمه يكون في حالة تيقظ تام، وهنا يقلّل أداء الأجهزة المسئولة عن النمو، وعند الوقاية من العدوى تحت هذه الظروف، وبالتالي سيكون الجسم في حالة إعياء وضعف ليتعرض لضغوط من نوع آخر هي الأمراض، وإذا ما استمرت الضغوط الأولى وظهرت ضغوط أخرى (الأمراض) انتقل إلى المرحلة الثالثة.

المرحلة الثالثة:

مرحلة الإعياء، لا يمكن لجسم الإنسان الاستمرار بالمقاومة إلى مالا نهاية، إذ تبدأ علامات الإعياء بالظهور تدريجياً وبعد أن يقل إنتاج الطاقة في الجهاز العصبي السمبثاوي يتولى الجهاز العصبي الباراسمبثاوي الأمور فتتباطأ أنشطة الجسم وقد تتوقف تماماً. وإذا ما استمرت الضغوط يصبح من الصعوبة التكيف لها لتؤدي إلى اضطرابات نفسية مثل الاكتئاب أو أمراض جسمية تصل حد الموت.

ويذكر الإمارة (2006) أن الاستجابات العضوية للضغوط النفسية مثل التنبيهات الهرمونية وإفرازات بعض الغدد وفعاليات الجهاز السمبثاوي المسئول عن أمن الجسم تلقائياً من حيث السيطرة على جميع أجهزته الحيوية اللاإرادية مثل الجهاز ألدوراني والتنفسي والجهاز الغددي والجلد الذي يعمل وقت تعرض الجسم للخطر (ضغط خارجي أو داخلي)، وهو يعلن ما يشبه حالة الطوارئ

وذلك بتجهيز طاقاته ووضعها في أعلى درجات الاستعداد وكذلك الجهاز الباراسمبثاوي بإبطـــاء أو كف عمل بعض أجهزة الجسم.

ولقد قام فونتانا (Fontana,1989) الوارد في (عبد المنعم، 2008) بوضع قائمة للتغيرات التي تحدث للكائن الحي عند تعرضه للضغوط وهي على النحو التالي:

1. تأثيرات فسيولوجية تنتج عند زيادة الضغوط منها:

- زيادة الأدرينالين بالدم مما يؤذي الجسم – وإذا استمر لمدة طويلة أدى إلى أمراض القلب، واضطراب الدورة الدموية.
- زيادة إفراز الغدة الدرقية يؤدي إلى زيادة تفاعلات الجسم، وإذا استمر لمدة طويلة يـــؤدي إلى نقص الوزن، والإجهاد والانهيار الجسمي.
- زيادة إفراز الكولسترول من الكبد ويؤدي إلى الإصابة بأمراض القلب (تصلب الشـــرايين)، تحدث تغيرات في أجهزة الجسم مثل اضطرابات معدية، تفاعلات جلدية، وإقـــلال مناعـــة الجسم.

2. تأثيرات معرفية تنتج عن زيادة الضغوط منها: عدم القدرة على التركيز، وتؤدي إلى قرارات مسرعة وخاطئة تؤدي إلى كثرة الأخطاء مع عدم قدرة الجسم على الاستيعاب، وعدم القـــدرة على التنظيم والتخطيط، تؤدي إلى تداخل الأفكار مع بعضها البعض.
3. تأثيرات انفعالية تنتج عن زيادة الضغوط ومنها: حدوث تغيرات في صفات الشخصية، وزيادة التوترات الطبيعية والنفسية، وزيادة الإحساس بالمرض، وظهور الاكتئاب وعدم تقدير الذات.
4. تأثيرات سلوكية تنتج عن زيادة الضغوط منها: النسيان والإهمال وزيادة مشاكل التخاطـــب، واللجلجة والتلعثم وانخفاض مستوى الطاقة والقلق في النوم وإلقاء اللوم على الآخرين وعدم تحمل المسؤولية.

وتظهر هذه الأعراض عند التعرض للضغوط السلبية، أما التعرض للضغوط الإيجابية فيكون لهـــا تأثير إيجابي على دافعية الفرد، حيث تدفعه إلى تحقيق الذات والأداء الجيد والتفاعل الاجتماعي مع الآخرين. (الحسين ، 2006)

ويذكر (إبراهيم، 1992) أن هناك بعض المؤشرات أو الإنذارات بوجود ضغوط مرتفعة أو حالات من الإجهاد، وتتطلب اتخاذ بعض الإجراءات لخفض التوتر أو الضغط لكي لا تتحول إلـــى حالـــة مرضية عند استمرار وجودها لفترة طويلة، هي:

- اضطرابات النوم
- اضطرابات الهضم
- اضطرابات التنفس
- خفقات القلب
- التوجس والقلق على أشياء لا تستدعي ذلك
- أعراض اكتئابية
- التوتر والشد العضلي
- الغضب لأتفه الأسباب
- التفسير الخاطئ لتصرفات الآخرين ونواياهم
- الإجهاد السريع
- تلاحق الأمراض والتعرض للحوادث.

6.2 النظريات المفسرة للضغوط:

1.6.2 نظرية تاريخية لتطور رعاية المعوقين:

في التاريخ القديم عانى المعوقين في كثير من الأمم من الاضطهاد والازدراء والإهمال فكانوا يتركون للموت جوعا أو يوأدون وهم أطفال، شهدت ذلك مجتمعات روما واسبرطة وكذلك الجزيرة العربية إلى جانب عديد من القبائل في مختلف أرجاء العالم بينما كانوا يتمتعون بالرعاية في مصر والهند (مخلوف، 1991).

ثم جاءت الديانات السماوية بما تحمله من تعليم المحبة والتسامح والإخاء بين البشر فكانت نبرات تستضيء بهادية البشرية مما أدى إلى انتشار نظم الإحسان كنظام الوقت في مصر الملاجئ في فرنسا وغيرها، واستمر هذا النظام أساسيا في رعاية المرضى والمعوقين عن طريق مساعدتهم

ماديا دون أي جهد في مساعدتهم على استرداد مكانتهم في المجتمع , ولقد تميز المجتمع الإسلامي عن أوروبا بنظرته الايجابية إلى المعوقين فخصص لهم من يساعدهم على الحركة والتنقل وإنشاء المستشفيات العلاجية.

ولقد عنى الخلفاء وحكام المسلمين بالمرض والمعوقين ويبدو ذلك واضحا في اهتمام عمر بن الخطاب وعبد الملك بن مروان وعمر بن عبد العزيز وغيرهم من الخلفاء المسلمين بتوفير الرعاية الاجتماعية للمعوقين، وقد بلغ من اهتمام عمر بن عبد العزيز بهذا المجال انه حث على عمل إحصاء للمعوقين، وخصص مرافقا لكل كفيف، وخادما لكل مقعد ولا يقوى للقيام وقوفا (أداء الصلاة) (فهمي، 2002).

تعتبر مشكلة المعوقين ورعايتهم من المشكلات الاجتماعية التي تمتد جذورها إلى العصور القديمة الوسطى، إلىأن وصلت إلى الوضع الذي حالي في العصر الحديث، ولكن تختلف بالطبع أساليب الرعاية ونعيتها حسب الوضع السياسي والاقتصادي والاجتماعي و الديني الذي كان سائدا في كل عصر من هذه العصور، وكما تكشف لنا حقائق التاريخ (عبد الرحمن ، 2001).

وان القرن الثامن عشر كان نقطة تحول هامة في كثير من الظواهر الإنسانية، والعملية وكان بحق فاتحة حركات إصلاح اجتاحت كثيرا من الميادين والمجالات الإنسانية ساعد في قيامها ظهور علم النفس و الاجتماع و الانثروبولوجيا و الاقتصاد كما حققت العلوم البيولوجية تقدما هائلا في ميدان العلاج الطبي، وكان من نتيجة ذلك التقدم إذ ظهرت أولى مظاهر الرعاية الاجتماعية للمرضى وأصحاب العاهات بصورة هادفة وأكثر تنظيما(عبده ، 2002).

اختلفت النظريات التي اهتمت بدراسة الضغوط طبقا لاختلاف الأطر النظرية التي تبنتها وانطلقت منها، فهناك نظريات ذات أسس نفسية أو فسيولوجية أو اجتماعية، ومن أهم هذه النظريات ما يلي :

2.6.2 النظريات الاجتماعية السائدة للإعاقة :

تقوم النظريات المختلفة بمجال الإعاقة، على مفاهيم أساسية تدور حول إنتاج الإعاقة "أسبابها" أو تفسيرها "ماهيتها"، و تتواجد النظريات المختلفة جنبا إلي جنب لفترات تاريخية طويلة، فحاليا ومع

هيمنة النظرية الطبية ومزاحمة النظرية الاجتماعية لها، مازالت النظرية الأخلاقية تسود غالبية المجتمعات بالعالم، وسوف نذكرها كالأتي:

1. **النظرية الأخلاقية:** تعرف الاخلاق تعريفات عدة تعتمد في جوهرها على طبيعة الموقف النظري الذي ينطلق منه صاحب التعريف ، الا ان هذه التعاريف تتفق فيما بينها على اعتبار الاخلاق مجموعة القوانين والقواعد التي دونت من قبل الفرد والتي تحدد افعاله الاجتماعية، وتعتبر هذه القوانين مدونة من قبل الفرد، اذا اطاعها وامتثل لها لاسباب ودوافع داخلية لا لاسباب او دوافع خارجية من مثل العقاب والتهديد.

تقوم النظرية الأخلاقية على التفسير الغيبي للإعاقة، وتخلط بين التفسيرات الدينية المختلفة للخير والشر وبين الإعاقة. حيث تتجسد النظرية الأخلاقية في المحددات الجزائية التي تتعلق بجزاء الإنسان على أعماله من ثواب أو عقاب، والمحددات العملية فتبين مدى اتساق سلوك الإنسان مع منظومة القيم الأخلاقية الإيجابية، واتساقه مع منظومة القيم السلبية، فالممارسات العملية هي المحك الوحيد لاتساق سلوك الإنسان مع هذه النظرية (أمين، 2001).

2. **النظرية الطبية:** تنطلق النظرية الطبية من الجسد الإنساني، وتقوم على رؤية الجسد وقدراته قياسا على ما يتصور أنه الجسد الكامل السليم، وما يميزه لتأدية الوظائف، الجسدية (الفسيولوجية أو النفسية ومنها البصر مثلاً) والتكوين الجسدي (الأجزاء التشريحية ومنها العين والتركيبات المرتبطة). ويُعرِّف الضعف في البنية الجسدية والوظيفية على أنه ينطوي على وضعٍ شاذٍ أو عيبٍ أو فقدانٍ أو أي انحرافٍ آخر عن المعايير المحددة والمقبولة بشكلٍ عامٍ من قبل الجميع، والتي قد تتأرجح عبر الزمن. ويُعرِّف النشاط على أنه تنفيذٌ لمهمةٍ أو فعلٍ معينٍ، وبالتالي فالإعاقة طبقا لهذه النظرية نتاج الأمراض وتأثيرها على القدرات الجسدية للإنسان وهو ما يوصل لتعريف الإعاقة بالقصور الوظيفي للجسد(عكاشة، 2003).

3. **النظرية الاجتماعية**: تقوم النظرية الاجتماعية على نقد النظرية الطبية، حيث قال الكثير من الخبراء أن النظرية الطبية تتجاهل منتج الإعاقة أو بمعني أخر تناول الإعاقة بمعزل عن مسببتها وعلى أساس فردي يفصل بين الشخص وبين المحيط المجتمعي الموجود فيه، وترى النظرية أن الإعاقة إنتاج اجتماعي وليس مشكلة فردية، وتنادي أيضاً بأن تكون الخدمات التأهيلية المقدمة للأشخاص المعاقين من الخدمات المتطورة والمميزة والتي تجعل الأشخاص

المعاقين من فئة مستهلكون إلى فئة منتجون، ويجب أن يتم اتعامل معهم على أساس مستوى عال من الوعي والإدراك المجتمعي على كافة الجوانب، سواء تقبلهم في المجتمع أو إحقاق حقوقهم، مما يؤدي بهم إلى التكيف في حياتهم (عكاشة، 2003).

2.7.2 النظريات النفسية السائدة للإعاقة:

1- نظرية كانون: (Cannon Theory)

يعتبر كانون أحد الرواد الأوائل في بحوث الضغط، وعرف الضغط بأنه ردود فعل الجسم في حالة الطوارئ، وأشار إلى مفهوم استجابة المواجهة أو الهروب (Fight or Flight) ، التي قد يسلكها الفرد حيال تعرضه للمواقف المؤلمة في البيئة وتعتبر هذه الاستجابة تكيفيه لأنها تمكن الفرد من الاستجابة بسرعة للتهديد، غير أنها قد تكون ضارة للكائن لأنها تزيد من مستوى أدائه الانفعالي والفسيولوجي عندما يتعرض لضغوط مستمرة ولا يستطيع المواجهة أو الهروب، ويحدث تنشيط للجهاز العصبي السمبثاوي والجهاز الغددي مما يؤدي إلى حدوث تغيرات فسيولوجية تجعل الشخص مستعداً لمواجهة التهديد أو الهروب، ويرى كانون أن جسم الإنسان مزود بميكانيزم يساهم في الاحتفاظ بحالة من الاتزان، أي قدرة الجسم على مواجهة التغيرات التي تحدث وكذلك ميله إلى العودة إلى الوضع الفسيولوجي الذي كان عليه قبل الضغط، وبالتالي فإن أي متطلب بيئي إذا فشل الجسم في التعامل معه فإنه يخلّ بهذا الاتزان، ومن ثم ينتج المرض (عثمان، 2001).

2-نظرية فرويد للتحليل النفسي: (Psychoanalytic Theory)

طبقاً لوجهة نظر فرويد تنطوي ديناميات الشخصية على التفاعلات المتبادلة وعلى الصدام بين الجوانب الثلاثة للشخصية وهي الهو (Id) وهو الجانب البيولوجي للشخصية، والأنا (Ego) الجانب السيكولوجي للشخصية، والأنا الأعلى (Super Ego) ويعكس قيم ومعايير المجتمع، فالهو تحاول دائماً السعي نحو إشباع المحفزات الغريزية ودفاعات الأنا تسد عليها الطريق، وبالتالي لا تسمح لهذه المحفزات والرغبات الغريزية الصادرة من ألهو بالإشباع ما دام هذا الإشباع لا يتسق ولا يتماشى مع قيم ومعايير المجتمع ويتم هذا عندما تكون الأنا قوية، ولكن عندما تكون الأنا ضعيفة وتكون كمية الطاقة المستثمرة لديها منخفضة فسرعان ما يقع الفرد فريسة للصراعات والتوترات

والتهديدات، ومن ثم لا تستطيع الأنا القيام بوظائفها ولا تستطيع تحقيق التوازن بين مطالب ومحفزات ألهو ومتطلبات الواقع الخارجي، وعلى هذا ينتج الضغط النفسي.

وإن الانفعالات السلبية كالقلق والخوف، ما هي إلاّ امتداد لصراعات وخبرات ضاغطة ومؤلمة مر بها الفرد في الطفولة، ولذلك فإن المشقة والكدر النفسي (Psychological Distress) التي يعانيها الفرد في حياته الحالية هي امتداد للصعوبات والخبرات الماضية والتي حاول التعامل معها من خلال استخدام ميكانيزمات الدفاع في الطفولة والتي تبدو غير توافقية وغير ملائمة اجتماعياً للمواقف والخبرات المؤلمة حالياً (Freud, 2010).

3- نظرية التقييم المعرفي للازاروس: (Cognitive Appraisal Theory)

أكد لازاروس (Lazarus،1982)على أن طريقة تفكير الفرد بالمواقف التي يتعرض لها هي التي تسبب الضغط له، بمعنى أنه حين يكون الموقف مجهدا،يجب أن ندرك أولا بأنه كذلك، أي يجب إدراكه بأنه مهدد لصحة الفرد وسلامته بمعنى أن الأساس في هذه النظرية أن الاستجابة للضغط تحدث فقط عندما يقوّم الفرد موقفه الحالي بأنه مهدد، أي يحاول الفرد تقييم الموقف معرفياً بصورة أولية لتحديد معنى الموقف و دلالته، وأن رد الفعل يظهر عندما يدرك الفرد أن بعض القيم أو المبادئ المهمة تبدو مهددة. ففي هذه المرحلة يتم تقييم جميع المنبهات على أنها ضارة أو مفيدة أو لا تشكل أية خطورة، ثم بعد ذلك يقوم بعملية تقييم ثانوي لتحديد مصادر المواجهة التي يستند إليها في التعامل مع الموقف، ثم القيام باستجابة المواجهة إزاء الموقف الضاغط وهو ما سماه لازاروس بعملية التقييم الأولي و الثانوي، وكلتا المرحلتين متأثرة بعدد من العوامل الآتية (lorentzen ,2010):

1- طبيعة المنبه نفسه.

2- خصائص الفرد الشخصية.

3-الخبرة السابقة بالمنبه.

4- ذكاء الفرد.

5- المستوى الثقافي للفرد.

6- تقويم الفرد لإمكاناته.

4- نظرية أحداث الحياة الضاغطة لهولمز و راهي: (Critical Life Events Theory)

إن أحداث الحياة وتغيرات البيئة الخارجية سواء أكانت ايجابية أو سلبية من شأنها أن تسبب ضغطا على الفرد، وأعدا بذلك مقياساً لقياس تأثير أحداث الحياة الضاغطة على الأفراد، وأن الأفراد ذوي الدرجات المرتفعة على المقياس هم الذين يتعرضون للإصابة بالأمراض مقارنة بالأفراد ذوي الدرجات المنخفضة فيه، وأن تكدس وتراكم أحداث الحياة الضاغطة (أي الضواغط البيئية) يحدث المشقة والضيق للفرد، وترتبط أحداث الحياة الضاغطة التي تكون مهددة وغير مرغوبة اجتماعيا ولا يمكن التحكم والتنبؤ بها بالمشقة النفسية، وكذلك ترتبط بالاكتئاب والقلق وظهور بعض الاضطرابات الذهنية مثل البارانويا والشيزوفرينيا، وقد تؤدي هذه الأحداث أيضا إلى المنغصات اليومية وبالتالي إلى الأعراض والاضطرابات النفسية (Freud, 2010).

5- **نظرية العجز المكتسب لسيلجمان :Learned Helplessness Theory**

يرجع مفهوم العجز المتعلم أو المكتسب (Helplessness Learned) إلى أن تكرار تعرض الفرد للضغوط مع تزامن اعتقاده بأنه لا يستطيع التحكم في المواقف الضاغطة أو مواجهتها فإن هذا من شأنه أن يجعل الفرد يشعر بالعجز وعدم القيمة أو الاستحقاق، وأن هذا الشعور بالعجز يجعله يبالغ في تقييمه للأحداث والمواقف التي يمر بها ويشعر بالتهديد منها، ويشعر بعدم قدرته على مواجهتها مما يجعله يشعر بالفشل بشكل مستمر، ويدرك أن فشله وعدم قدرته على المواجهة في الماضي والحاضر سوف تستمر معه في المستقبل ومن ثم يشعر باليأس ثم يترتب على ذلك الشعور بالسلبية والبلادة وانخفاض تقدير الذات ونقص الدافعية والاكتئاب.

وتعود أسباب العجز المتعلم إلى نوعين من العوامل: أولها عوامل بيئية ضاغطة سواء في الحياة الأسرية أو المهنية أو الاجتماعية للفرد، وثانيهما إلى عوامل ذاتية وتتعلق بالشخص ذاته وبخصائص شخصيته والتي على أساسها يتحدد نوع الاستجابة التي تصدر عنه إزاء الأحداث الضاغطة، ومن أمثلة ذلك مفهوم الفرد عن ذاته ومركز التحكم والمرونة والانطوائية (Brown, 2008).

6- نظرية فعالية الذات لباندورا: (Self- Efficacy theory)

أشار باندورا (Bandura ,1977) إلى أن قدرة الفرد على التغلب على الأحداث الصادمة والخبرات الضاغطة تتوقف على درجة فاعلية الذات (Self-Efficacy) لديهِ، وأن فاعلية الذات لدى الفرد تنمو من خلال إدراك الفرد لقدراته وإمكاناته الشخصية ومن خلال تعدد الخبرات التي يمر بها في حياته، حيث تعمل هذه الخبرات في مساعدة الفرد على التغلب على المواقف الضاغطة التي تواجهه، ويؤكد باندورا أيضاً أن الشخص عندما يواجه بموقف معين فإنه يقيم الموقف من خلال نوعين من التوقعات، وهما: أولاً توقع النتيجة، ويشير ذلك إلى تقويم الفرد لسلوكهِ الشخصي الذي يؤدي إلى نتيجة معينة، وثانيا توقع الفاعلية ويشير ذلك إلى اعتقاد الشخص وقناعته بأنه يستطيع تنفيذ السلوك الذي يتطلب حدوث النتيجة بشكل ناجح، وعلى ضوء ذلك صاغ باندورا نظريته عن فعالية الذات، وأن توقعات الفاعلية لدى الفرد عندما تكون في تزايد تكون مصادر الفرد كافية لمواجهة الموقف، وبالتالي يصبح الموقف أقل تهديداً للفرد.

7- نظرية مفهوم الحاجة لموراي: (Need Concept Theory)

يعتبر موراي أن مفهوم الحاجة ومفهوم الضغط مفهومان أساسيان على اعتبار أن مفهوم الحاجة يمثل المحددات الجوهرية للسلوك، ومفهوم الضغط يمثل المحددات المؤثرة والجوهرية للسلوك في البيئة، ويعرف الضغط بأنه صفة لموضوع بيئي أو لشخص تيسر أو تعوق جهوده للوصول إلى هدف معين، ويميز موراي بين نوعين من الضغوط هما :

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

ب- ضغط ألفا Alpha Stress: ويشير إلى خصائص الموضوعات ودلالتها كما هي.

ويوضح موراي أن سلوك الفرد يرتبط بالنوع الأول من الضغوط ويؤكد على أن الفرد بخبرته يصل الى ربط موضوعات معينة بحاجة بعينها، ويطلق على هذا مفهوم تكامل الحاجة، أما عندما يحدث التفاعل بين الموقف الحافز والضغط والحاجة الناشطة فهذا ما يعبر عنه بمفهوم ألفا (عثمان، 2001).

8- نظرية حفظ المصادر لهوبفول: (Conservation of resources theory)

يرى هوبفول(Hobfoll, 1989) ،أن الضغط يحدث عند وجود واحدة من الحالات التالية: أولاً عندما يعاني الفرد من فقدان مصادر السعادة(المفيدة) التي يمتلكها في مواجهة الضغوط، وثانياً عندما تكون هذه المصادر معرضة للتهديد، وثالثاً عندما لا يتم استثمار أو تفعيل هذه المصادر.

وقد صنف هوبفول المصادر إلى أربعة أصناف وهي :-

أولاً: المصادر الموضوعية(الحسية) مثل البيت والملابس والحصول على وسائل النقل وغيرها.

ثانياً: المصادر الحالية مثل الوظيفة والعلاقات الإنسانية.

ثالثاً: المصادر الشخصية مثل المهارات أو فاعلية الذات (self-efficacy).

رابعاً: مصادر الطاقة وهي المصادر التي تسهل تحقيق المصادر الأخرى مثل توفر المال والقروض والمعرفة (Hobfoll, 1989).

وتوصل (Hobfoll,1989) إلى مجموعة من الفرضيات أو(المبادئ) التي تركزت على نظرية صيانة أو حفظ المصادر وهي:

1- أن فقدان المصادر يعتبر السبب الرئيسي للضغط بسبب تعرض الفرد لمحنة.

2- تقوم المصادر على حماية وحفظ المصادر الأخرى. فمثلاً تقدير الذات هو مصدر مهم وقد يكون مفيداً لبقية المصادر، فمثلاً وِجد أن النساء اللواتي لديهنّ تقدير ذات مرتفع يستطعنّ الاستفادة من الدعم الاجتماعي عند مواجهتهنّ للضغط على عكس النساء اللواتي لديهنّ تقدير ذات منخفض فإنهنّ يفسرنّ الدعم الاجتماعي على أنه دليل على عدم الكفاية الذاتية وبذلك فإنهنّ يبتعدنّ ولا يستفدن من هذا الدعم.

3- يستنزف الأفراد مصادر المقاومة المخزونة بعد تعرضهم المستمر للمواقف الضاغطة (الضغوط)، وهذا الاستنزاف يقلل قابلية الفرد لمواجهة ضغوط إضافية. وهذه الحالة توضح أهمية الحفاظ على المصادر وذلك بالتركيز على كيفية التفاعل بين المصادر ومتطلبات متغيرات الموقف باستمرار الزمن، باعتبارها عملية كشف للضغوط المتعاقبة، إن هذا المبدأ يظهر أهمية فحص النتيجة على المصادر بالإضافة إلى فحص المصادر على النتيجة(hassal, 2005) .

ويؤكد يونغ على أن الضغط النفسي كمسبب للأمراض والاضطرابات النفسية، أنه ناتج عن الطاقة التي هي مع الإنسان بالفطرة وهذه الطاقة تنتج عن سلوكيات فطرية وتطورها خبرات الطفولة مما

يكون شخصيته المستقبلية وسلوكه المتوقع وإذا ما واجه الإنسان أنواعاً من الصراعات النفسية الداخلية نتيجة ضغوط حياتيه مختلفة ويتغير السلوك المتوقع حدوثه وهو ما يسمى بالمرض النفسي الناتج عن الضغوط الذي يحتاج إلى علاج (ناجي، 1999).

9- النظرية السلوكية

يرى السلوكيون أن الضغوط تتمثل في الاعتماد على عملية التعلم كمنطلق من خلاله يتم معالجة معلومات المواقف الخطرة التي يتعرض لها الفرد والمثيرة للضغط، وتكون هذه المثيرات مرتبطة شرطيا مع مثيرات حيادية أثناء الأزمة أو مرتبطة بخبرة سابقة فإن الفرد يصنفها على أنها مخيفة ومقلقة(كامل، 1998).

ويرى السلوكيون أن التفاعلات المتبادلة لدى إنسان حي وواقي مع وسطه الفيزيائي والاجتماعي وهو ممارسة التنبؤ والتوقع لمعرفة السلوك قبل وقوعه ورأوا أن تكيف محل سلوك حسب متطلبات الموقف المحدد وبصورة ذات معنى ومغزى وأن جسم الإنسان ليس سلبياً بل هو فعال يسعى لأن يتكيف ولا يفسر بفعل الوسط، فالوسط والجسم يفسران سوياً مع بعضهما البعض(زيدان، 2004).

وقد بين (غولد نبيرج، 1977) الوارد في ناجي (1999) أن النتائج النفسية والسلوكية التي تحدثها الضغوط وتحدث من السلوك ومدى تأثره على نمط سلوكه المعتاد، والضغط في نظره يؤدي إلى القلق ولكنه يكون أحياناً ناجحاً وعملياً لأنه يؤدي بالإنسان إلى اتخاذ قرارات حاسمة ويقوي إرادته التي تمكنه من مواجهة الفشل أو النجاح في المستقبل كما يعلم الضغط الإنسان أسلوب حل المشكلات منذ الصغر ويهيئ شخصيته لتكون فاعله ومواجهة لما قدي واجهه مستقبلاً من أحداث ويرى أنه لن يتمكن أحد من تفسير سلوك الفرد الخاطئ لأن السلوك يفسر بمدى وقى الضغط عليه ليسهل تعديله والتخلص من مسبباته.

10- نظرية هانز سيلي Selye

يتألف النسق الفكري لنظرية سيلي فبالضغوط بأن الضغوط متغير مستقل وهو استجابة لعامل ضابط، كما يربط بين التقدم أو الدفاع ضد الضغط وبين التعرض المستمر المتكرر للضاغطة وحدد ثلاثة مراحل للدفاع وتسمى مراحل التكيف العام وهي :

1- مرحلة التنبيه. وفيه يظهر الجسم تغيرات واستجابات تتميز بها درجة التعرض المبدئي للضاغط ونتيجة لهذه التغيرات تقل مقاومة الجسم ويوضح سيلي انه في حالة إن يكون الضاغط شديدا فان مقاومة الجسم تنهار وتكون الوفاة.

2- مرحلة المقاومة: وتحدث هذه المرحلة عندما يكون التعرض للضاغط متلازما مع التكيف وهنا تختفي التغيرات التي ظهرت على الجسم في المرحلة الأولى وتظهر تغيرات واستجابات أخرى تدل على التكيف.

3- الإجهاد: وهي المرحلة التي تعقب المرحلة الثانية ويكون فيها الجسم قد تكيف غير إن الطاقة الضرورية تكون قد استنفدت وانه إذا كان الاستجابات الدفاعية شديدة ومستمرة لفترة طويلة فانه قد ينتج عنها أمراض التكيف التي تحدث عندما يتعدى مصادر الجهاز الفسيولوجي (عبد المنعم، 2002).

11- نظرية سبيلبرجر: (Spielperger)

هذه النظرية تركز على المتغيرات المتعلقة بالمواقف الضاغطة وإدراك الفرد لها تعتبر نظرية سبيلبرجر في القلق مقدمة ضرورية لفهم نظريته في الضغوط حيث أنه يربط بين قلق الحالة والضغط ويعتبر الضغط الناتج عن ضاغط معين مسبباً لحالة القلق ويهتم كذلك فإنه يمي بين مفهوم الضغط (stress) ومفهوم التهديد (threat) فكلاهما مفهومين مختلفين. فكلمة ضغوط تشير إلى الاختلافات في الظروف والأحوال البيئية التي تتسم بدرجة ما من الخطر الموضوعي أما كلمة التهديد فتشير إلى التقدم والتفسير لموقف خاص على أنه خطير ومخيف Alexandra, B. et al (2004).

وهو يرى أن النظرية الشاملة يجب أن تأخذ في اعتبارها العوامل والمتغيرات التالية:

1- طبيعة وأهمية الضغوط في المواقف المختلفة.

2- قياس مستوى شدة القلق الناجمة عن الضغوط في المواقف المختلفة .

3-قياس الاختلافات الفردية في الميل للتعلق.

4-توفر السلوك المناسب للتغلب على حالات القلق .

5- توضيح تأثير الدفاعات السيكولوجية التي يستخدمها الأفراد الذين تجرى عليهم تجارب للتخفيف من حالة القلق.

6-تحديد القوة النسبية للاستجابات الصحيحة والميول نحو الأخطاء التي تنتج عن التعلم.

7-قياس ذكاء الأشخاص الذين تجرى عليهم تجارب التعلم ومعرفة قدراتهم على التعلم، (Hassall, 2005).

12-نظرية التوافق بين الفرد والبيئة لوليامسون: (Williamson)

تقوم هذه النظرية على أساس العلاقة بين الفرد، وإدراكه لقدراته على إكمالها, والافتراض الذي تقوم عليه هذه النظرية، هو أن الضغوط تكون نتيجة الفجوة بين الفرد والبيئة.

وتعطي (سارة ايفا، 1999) الواردة في (العزة، 2001) مثالا على ذلك قائلة: عندما يواجه المهندسون تحديا يتمثل في ساعات العمل الطويلة ,والارتفاع السريع في الجو الفوضوي, ولكنهم يستمتعون بإحساسهم بأهميتهم حيث يعتمد عليهم الكثير من الأفراد, وعلى النقيض من ذلك ، فإن الذين يزدهرون في بيئة كبيرة ومستقرة غالبا ما ينخفض مستوى أدائهم في بيئة تتسم بالفوضى, وكثيرا ما يؤدي هذا إلى ارتفاع مستوى الضغط عندهم إلى حد لا يطاق والعكس صحيح, ومن ثم فإن هذه النظرية ترى أن الضغوط تكون نتيجة اختلال التوازن بين الفرد والبيئة التي يوجد فيها. فالفرد يحاول الاحتفاظ بالتوازن بين الجانب العقلي والبدني, ومواجهة التغيرات الحياتية التي من شأنها أن تؤدي إلى الخلل في هذا التوازن. أي أن الضغوط تنتج من سوء التوافق بين الفرد والبيئة وينتج سوء التوافق من جانبين أساسيين هما:

1. مدى الانسجام بين قدرات الفرد ومهارته الشخصية مع المطالب المطروحة.
2. مدى الإتباع الفعلي للحاجات والتوقعات التي يطمح إليها الفرد.

تحول هذه النظرة بين إدراك الفرد إحدى المهام وإدراكه لقدراته على إكمال هذه المهمة وما لديه من حافز على إكمالها وبالتالي تفترض بأنها مشاعر الضغط لا بد وأن تزداد عند اتساع الفجوة بين الفرد والبيئة وبالتالي مقدار الضغط يتفاوت بحسب مستوى التحدي الذي يفضله الفرد (جرير،2008).

وطبقاً للنظرية النفسية فإننا جميعا لدينا صراعات غير شعورية ولدى بعض الناس على أي حال فإن هذه الصراعات أكثر حدة وعددا، وهؤلاء الناس يرون حوادث حياتهم كمسببات للضغط، واعتبر فرويد الكتب من أهم عوامل ووسائل ميكانيكية الدفاع اتجاه الضغوط، وفي الكتب أو الإخضاع تكون الذكريات والتأثيرات مرعبة جدا ًأو مؤلمة، ومستثناه من الوعي والإدراك المحسوس أو الوعي والذكريات التي تهيج الخجل، والذنب والاكتئاب تعتبر عوامل الضغط ويعتبرها فرويد غالباً تكبح ويعتقد فرويد أن كبح بعض عوامل الضغط من مشاعر ورغبات، ومخاوف يتم في الطفولة، وأن الكبح نادراً ما يكون ناجحاً كلياً والذين يعانون منه تبرر لديهم أمراض مثل الشريان التاجي والسرطان.

لقد تناولت النظريات السابقة موضوع الضغط النفسي من جوانب مختلفة، فقد اعتبرت أن ما يتعرض له الإنسان من حوادث وحالات طارئة لا بد أن تسبب عنده ردّة فعل، ويستجيب الإنسان لهذه الحوادث حسب طريقة تفكيره، وحسب الجانب البيولوجي لشخصيته. وأشارت النظريات السابقة أن حوادث الحياة الضاغطة والتغيرات البيئية الخارجية من شأنها أن تسبب ضغطاً نفسياً على الفرد، وتكرار هذه الحوادث مع مرور الزمن يجعل الفرد يشعر بالعجز، مما يولد عنده ضغطاً نفسياً. كذلك أشارت إلى أن هناك قدرة معينة عند الفرد، تجعله يتغلب على هذه الأحداث، خاصة إذا كان يمتلك خبرة سابقة، بالإضافة إلى قناعته بأنه قادر على تنفيذ السلوك الذي يتطلب حدوث النتيجة بشكل ناجح، بحيث يستطيع الفرد بخبرته أن يربط الموضوعات بعضها مع بعض.

فتكون تلك النظريات، قد شرحت الأسباب التي تؤدي إلى حدوث ضغط نفسي عند الفرد، كذلك بيّنت سبب شعوره بالعجز، وبيّنت ما يمكن أن يتعرض له الفرد نتيجة هذه الضغوط، وأشارت إلى أن تراكم الخبرات عند الفرد يساعده في الوصول إلى نتيجة إيجابية، بحيث يتخلص ولو جزئياً من ضغوطات الحياة.

7.2 الإعاقة وسيكولوجية المعوقين:

تعد الإعاقة ظاهرة شائعة لدى كل المجتمعات، فهي لا تقتصر على مجتمع معين وقد شهدت العقود الماضية تطورات مختلفة على صعيد تعريف الإعاقة، واتجاهات الأفراد نحوها، والخدمات المقدمة للمعاقين، ففي القرن التاسع عشر كانت الخرافات والشعوذة والاتجاهات السلبية تشيع نحو المعاق والتي تركزت في طردة ونبذة من المجتمع، أما في القرن العشرين فكانت بداية ظهور المؤسسات

التي ترعى هذه الفئات واستمرت حركة هذه المؤسسات، إذ عمدت في النصف الثاني من القرن العشرين إلى دمج المعاقين في المدارس العادية(الحديدي 2001).

8.2 الإعاقة العقلية:

إن الإعاقة بشكل عام والإعاقة العقلية بشكل خاص ظاهرة لا تعترف بالحدود الاجتماعية، ويمكن أن تتعرض لها على حد سواء الأسرة الفقيرة والغنية والمثقفة، فإنها بحق ظاهرة بدرجات متفاوتة اهتمام مختلف الفئات الاجتماعية فقد أدى هذا الاهتمام الواسع بالإعاقة العقلية من قبل مختلف الفئات المهنية والعلمية إلى درجة من الاختلاف في فهم هذه الظاهرة وتحديد مسبباتها. (القريوتي، والسرطاوي، 2001)

وقد تباينت الآراء حول استخدام مصطلح مناسب ليشير إلى الأفراد الذين يتصفون بأنهم ذوو مستوى عقلي وظيفي منخفض دون المتوسط يظهر أثناء فترة النمو، ويصاحب ذلك قصور في مستوى السلوك ألتكيفي عندهم، حيث استخدم الباحثون مصطلحات عديدة، مثل الضعف العقلي، والنقص العقلي، والقصور العقلي، والتأخر العقلي، والتخلف العقلي، وضعف العقل (محمد 2002).

ويعرف (عكاشة، 2003) التأخر العقلي " بتوقف أو عدم تكامل تطور ونضوج العقل، مما يؤدي إلى نقص في الذكاء لا يسمح للفرد بحياة مستقلة أو حماية نفسه ضد المخاطر أو الاستقلال.
وعندما نتكلم عن العقل فإننا لا نعني الذكاء فقط، بل كل خصائص الفرد من الشخصية والمزاج والسلوك.

ويحدد (محمد، 2002) ثلاثة محددات لتعريف الفرد على أنه معاق عقلياً، هي:

1. أداء وظيفي عقلي منخفض عن المتوسط بدرجة جوهرية: ويتحدد الأداء الوظيفي هنا بالنتائج التي نحصل عليها لتطبيق واحد أو أكثر من اختبارات الذكاء العام المقننة، كما يقصد به أن يكون الأداء الوظيفي منخفضاً عن المتوسط بدرجة جوهرية.
2. تلازم انخفاض الأداء الوظيفي العقلي مع القصور الواضح في مستوى السلوك ألتكيفي للفرد.

3. أن يحدث الانخفاض الجوهري عن المتوسط في الأداء الوظيفي العقلي للفرد والقصور الملاحظ في السلوك التكيفى أثناء الفترة النمائيه وقبل اكتمال البلوغ – أي في فترة الحمل وحتى سن الثامنة عشرة.

9.2 خصائص المتخلفين عقلياً:

إن هناك فروق بين العاديين والمتأخرين عقلياً في مختلف السمات والخصائص، كما أن هناك فروقاً فردية شائعة لدى المتأخرين عقلياً فيما بينهم، ومع ذلك فإنه توجد عدة خصائص عامة ومشتركة بين غالبية الأفراد المتأخرين عقلياً إلى بعض خصائص المعاقين عقلياً كما يلي (محمد، 2002):

1-الخصائص الجسمية: يتميز المتأخرون عقلياً بتأخر النمو الجسمي وبطئه وصغر الحجم بشكل عام، كما أن وزنهم أقل من العاديين، وبصغر حجم الدماغ وقلة وزنه لدى المتأخرين عن المتوسط، كما تظهر أحياناً تشوهات في شكل الجمجمة والعين والفم والأطراف والأصابع.

2-الخصائص العقلية: تتلخص الخصائص العقلية للمتأخرين عقلياً بوجه عام في تأخر النمو العقلي، تتدني نسبة الذكاء بحيث تقل عن (70) درجة، وتأخر النمو اللغوي إلى حد كبير، وكذلك الأمر فيما يتعلق بالعمليات العقلية الأخرى مثل: ضعف الذاكرة ، والانتباه والإدراك والتخيل والتفكير، وتكون نتيجة ذلك ضعفاً في التحصيل، ونقصاً في المعلومات والخبرة.

3-الخصائص الاجتماعية: يتميز المتأخرون عقلياً بضعف القدرة على التكيف الاجتماعي إلى درجة دعت بعض علماء النفس إلى اتخاذ القدرة على التكيف الاجتماعي أساساً في تصنيف المتأخرين عقلياً إلى فئات وفق قدراتهم على هذا التكيف، هناك تفاوت كبير بين هذه الفئات في القدرة على التكيف الاجتماعي، كما نجد أنهم يتميزون بنقص في الميول والاستعدادات وعدم تحمل المسؤولية، كما يتميزون بالانسحاب والعدوان.

4-الخصائص الانفعالية: يتميز المتأخرون عقلياً من الناحية العاطفية بعدم الاتزان الانفعالي، وعدم الاستقرار والهدوء، كما يتميزون أحياناً بسرعة التأثر، وببطء الانفعال أحياناً أخرى، وهم أقل قدرة على تحمل القلق والإحباط, كما يتميزون بعدم اكتمال نمو الانفعالات وتهدئتها بصفة عامة.

10.2 أسباب التأخر العقلي:

يحدث التأخر العقلي نتيجة مجموعة متباينة من الأسباب والعوامل قد تكون وراثية وقد تكون بيئية وهذه العوامل تعطل مسار النمو العقلي أو المعرفي للفرد، فلا يصل إلى مداه المطلوب في العمر الزمني المحدد(العيسوي، 1994، التويم، 2007).

ويمكن تقسيم الأسباب المحتملة للإعاقة العقلي وفق حدوثها إلى عوامل ما قبل الولادة، وهي العوامل التي تؤثر على الطفل قبل ميلاده والتي تؤدي إلى تأخره العقلي ، مثل الأمراض الوراثية، والأمراض المعدية، وتعرض الأم للأشعة، وأمراض المشيمة. وعوامل مصاحبة لعملية الولادة، وهي العوامل التي تؤثر على الطفل أثناء ولادته، والتي تؤدي إلى تأخره العقلي، مثل: إصابة رأس الطفل، والنزيف المخي، وتعرض الطفل للاختناق، ونقص سكر الدم. وعوامل ما بعد الولادة،وهي العوامل التي تؤثر على الطفل بعد الميلاد في سنواته الأولى، والتي تؤدي إلى تأخره العقلي، مثل: أمراض الجهاز العصبي، والأمراض المعدية، والتسمم، والحوادث(القريوتي، 2001).

11.2 التطور التاريخي لوظائف المجتمعات القديمة والحديثة تجاه الأطفال المتخلفين عقلياً:

لقد وجد الأطفال غير العاديين في كل العصور، ومنذ أقدمها، ولكن أدوار المجتمعات والأسر تجاه هذه الفئة اختلفت من عصر إلى عصر تبعاً لمجموعة من المتغيرات والعوامل والمعايير(الروسان، 2003) ولقد تنوعت هذه الأدوار والوظائف تجاه هذه الفئات عبر العصور المختلفة كالتالي:

1- الوظائف السلبية للمجتمعات القديمة تجاه الأطفال المتخلفين عقلياً:

اتسم دور الأسرة والمجتمع للمعاقين في الحضارات القديمة بالقسوة والعنف في التعامل مع فئة المتخلفين عقلياً، فبالنظر إلى موقف الأسرة اليونانية من أفرادها المعاقين نجد أنه تأثر إلى حد كبير بالحضارة اليونانية التي أقامت دعائمها على القوة الجسدية، فلم تتورع عن إلقاء الأطفال المعاقين في العراء لتجد الوحوش الفرصة للفتك بهم، وقد أيد فلسفة اليونان أمثال سقراط وأفلاطون وأرسطو ذلك التعامل الأسري مع أبنائها المعوقين زعماً بأنهم يشكلون عبئاً اقتصادياً على المجتمع(الفوزان، 2001).

وإذا نظرنا إلى تراث الإغريق ونسقهم الاجتماعي نجد أن قوانينهم كانت تسمح بالتخلص ممن بهم تشويه أو نقص جسماني، كما أعد أفلاطون دار لعزل الأطفال المشوهين خارج حدود المدينة أهلاكاً لهم، وفي روما ظل الناس أجيلاً عديدة يغرقون الأطفال ناقصي النمو في الأنهار إن الظروف المجتمعية في تلك الحقبة التاريخية كانت تستند إلى دوافع ومعتقدات ثقافية خاطئة ملخصها أن المعاقين تحل بهم أرواحاً شريرة، لذا ينبغي التخلص منهم حماية للمجتمع من شرورهم، وتحدثت كتب التاريخ أن أوروبا – في العصور الوسطى – كانت تتخذ أساليب تتسم بالقسوة في معاملة المعاقين، فتارة تلجأ– بالإضافة إلى اعتقالهم– إلى أمور أخرى مثل: التشويه أو الحرق أو الإغراق أو الشنق (قورة، وآخرون، 2001).

2– الوظائف الإيجابية للمجتمعات الإسلامية تجاه الأطفال المتخلفين عقلياً:

أكدت معظم الأديان على ضرورة الاهتمام بالفئات المحتاجه – ومنهم المعاقين والمرضى – وقد كان رجال الدين المسيحي يوصون بمعاملة المرضى والمعوقين بروح الإخوة، كما دعا الإسلام بوجه خاص إلى التعامل معهم تعاملاً عقلانياً يتسم بالرحمة حيث كلفهم بالأمور العادية مثلهم مثل الأسوياء إلا أنه في نفس الوقت أخذ أوضاعهم الجسمية والعقلية والنفسية بعين الاعتبار حين خفف عنهم في بعض الأمور الشرعية التي لا تلاءم إعاقتهم.

ومن هذا المنطلق تأثر تعامل الأسرة المسلمة مع أفرادها من المعاقين بتعاليم الإسلام فحرصت على رعايتهم وتوفير سبل الحياة الكريمة لهم واحترام إنسانيتهم، وفي العصر الحديث شهد المعوقون اهتماماً دولياً ومجتمعياً متزايداً، فلم تعد رعايتهم تفضلاً وإحساناً وإنما أصبحت حقاً مشروعاً لهم، ومن أجل ذلك أقيمت العديد من المنظمات الدولية والإقليمية والمحلية التي تسعى إلى توفير الخدمات والبرامج التأهيليه والعلاجية والتعليمية والتدريبية الضرورية لهم، وتحاول في نفس الوقت تقديم تلك الخدمات داخل بيئاتهم الأسرية قدر الإمكان بعد أن تبين عجز هذه المراكز والمؤسسات الإيوائية المتخصصة في مجال المعوقين عن توفير الجو النفسي والعاطفي الذي يجده المعوقون عند تواجدهم مع أسرهم(الفوزان، 2001).

ولو نظرنا إلى وضع المعاق في المجتمعات الإسلامية المعاصرة نجد أنه حدث تدهور في الظروف الاقتصادية والاجتماعية والثقافية أثر بشكل واضح على فئة المعاقين حيث أصبحوا من الفئات المهشمة أو غير المرغوب فيها نتيجة تأثرهم بهذه الظروف المجتمعية التي تضاعف من إعاقة المعاق الجسدية والعقلية لتصبح إعاقات مركبة: اقتصادية واجتماعية وجسدية وعقلية ومن هنا يجب الاعتراف بأن أوضاع الأشخاص المعاقين في معظم دول العالم الإسلامي بصفتها بلاد نامية هي

أوضاع بعيدة عما دعا إليه الإسلام حيث يعاني المعاقون من مشاكل لا حصر لها تبدأ من التشخيص الطبي والرعاية الصحية والاجتماعية (الجزولي، 1999).

3- الوظائف الإيجابية للمجتمعات الحديثة تجاه الأطفال المتخلفين عقلياً:

شهد المعوقون اهتماماً علمياً من قبل بعض الدراسات المعاصرة التي اهتمت بالأسباب الوراثية والبيئية للإعاقة العقلية، كما اهتمت كذلك بالآثار السلبية للإعاقة، كما شهدت السياسات والتشريعات المعينة بالإعاقة في فترة التسعينات إحراز تقدم أكبر مما تحقق في العقود السابقة. وقد بدأ هذا التطور من خلال الأنشطة المضطلع بتا في إطار الاحتفال بالسنة الدولية للمعوقين (1981)، واعتماد برنامج العمل العالمي المتعلق بالمعوقين، والأنشطة بتا خلال العقد الأولي للمعوقين (1983 _ 1992)، وقد نتج ذلك عن الاهتمام الدولي بالإعاقة وحقوق الإنسان المعاق(عبد الغني، 2008).

ومن خلال دراسة النمط الثقافي للأسرة فإن الباحثة تناقش دور الخصائص الثقافية والاجتماعية في حدوث الإعاقة العقلية، وهي كالتالي:

أ- انخفاض المستوى التعليمي والثقافي للأم:

لا شك أن الأم تلعب دوراً رئيسياً في تنشئة الطفل في السنوات الأولى من حياته وتلك المسؤولية الضخمة التي تتحملها الأم تتطلب حدا أدنى من الثقافة والتعليم إن لم تتوفر لها عجزت عن تنمية مواهب الطفل وقدراته العقلية وعن حمايته من العجز والمرض، ولعنا ندرك الآثار الحية المتوقعة نتيجة الأمية إذا ما لاحظنا الارتفاع الكبير لمعدلات الأمية وخاصة بين النساء (فهمي، 2002).

ب- تدني مستوى الوعي الصحي للأم:

يؤثر انخفاض المستوى التعليمي والثقافي للأم على درجة الوعي الصحي لديها حيث تنخفض درجة الوعي الصحي للأم نتاج انخفاض التعليم والفقر والدخل المنخفض مما يؤدي إلى ظهور العديد من السلوكيات الصحية الخاطئة المسببة للإعاقة العقلية ومنها الاستخدام الخاطئ للأدوية والعقاقير الطبية، أو الإسراف في استخدام أنواع منها كالأسبرين أو خلط أدوية ببعضها دون استشارة الطبيب (زيدان، 2004).

وتعد العقاقير والأدوية سبباً رئيسياً من أسباب الإعاقة العقلية ومن الأدوية التي تؤدي إلى تلف الخلايا الدماغية للجنين الأسبرين وبعض المضادات الحيوية والأنسولين والهرمونات الجنسية

والأدوية الخاصة بعلاج الملاريا والحبوب المهدئة، ويبدو تأثير هذه الأدوية في التشوهات الخلقية للأجنة والخلل الحادث في الجهاز العصبي المركزي.ومن هنا يجب على الحامل تجنب الأدوية سواء كانت بشكل حبوب أو بودرة، بما في ذلك الأدوية التي تنقط في الأنف والمراهم الخارجية والفيتامينات، فإن الأدوية وإن كانت آمنة إلا أنها تشكل خطراً شديداً على صحة الجنين (الروسان، 2003).

كما يؤدي الإفراط في استعمال الأدوية المسكنة والمهدئة أو حتى الفيتامينات إلى آثار ضارة على صحة الجنين، لذلك يجب اجتنابها إلا إذا أخذت تحت الإشراف الطبي الدقيق، ومثال ذلك الدواء المسكن المعروف " الثاليدوميد" الذي أحدث تشوهات بالغة في أطراف الأطفال وبخاصة في أوروبا حيث كثر استخدامه، ولحسن الحظ لم يشع استعماله في مصر أو الدول العربية (Vilans, & Van 2009).

ومن هنا يؤدي انخفاض مستوى التعليم والوعي الصحي لدى الأم إلى حدوث الإعاقة العقلية حيث تظهر هذه الممارسات الصحية الخاطئة المسببة للإعاقة.

كذلك يؤدي انخفاض مستوى التعليم والوعي الصحي لدى الأم إلى حدوث الإعاقة العقلية من خلال وجود العديد من السلوكيات الثقافية الأخرى المسببة للإعاقة العقلية ففي كثير من الأحيان تفضل الأمهات الولادة لدى الأفراد غير المؤهلين طبياً (كالقابلة) بدلاً من طبيب أو طبيبة متخصصة مما يعرضها هي والجنين لمخاطر عديدة نتيجة أن الولادة تتم في ظروف غير صحية أو أن من يقوم بإجرائها غير مختص من الناحية الطبية أو تنقصه الخبرة الكافية للتعامل مع حالات الولادة الحرجة مما قد ينجم عنه إصابة الطفل بالإعاقة العقلية وذلك لأن كثيراً من إصابات المخ والتي تنجم عنها الإعاقات المختلفة تحدث أثناء عملية الولادة وذلك في ظروف معينة منها المخاض السريع وبطء عملية المخاض مما يترتب عليه استخدام بعض الوسائل التي تساعد على سرعة هذه العملية كالشفط المستخدم لشفط الجنين مما يعرض المخ للإصابة التي ينجم عنها حدوث الإعاقة، ومن مخاطر الولادة الأخرى نقص وصول الأكسجين جسم الجنين أو اختناق الجنين كذلك قد تحدث الإعاقة كنتيجة لحدوث أخطاء في عملية التخدير وارتفاع ضغط الدم للأم طوال فترة المخاض وحدوث انفجار في الحبل السري مما ينجم عنه عدم وصول الأكسجين للطفل ويعرضه للإصابة بالإعاقة العقلية طوال حياته، وتشير التقديرات إلى أن نسبة النساء في العالم التي لا يتلقين رعاية طبية أثناء الحمل أو وقت الوضع بنحو (60%) في أواخر السبعينات، ويرجع هذا الانخفاض إلى إتاحة قدر أكبر من التدريب للقابلات المحليات بما يسمح بإلمامهن بمبادئ الطب الوقائي، والصحة العامة والتغذية ورعاية الأم والطفل، وتنظيم الأسرة، مما يمنع الحمل المتكرر وخطره على صحة الأم

والطفل بالإضافة إلى تعلم فن التوليد الطبيعي، والتعرف على الأمهات المعرضات للخطر في الوقت الملائم لوضعهن تحت الإشراف الطبي، لكن على الرغم من المنطق النظري السليم لهذا الاتجاه فإنه في كثير من البلدان النامية لم تصل خدمات هذا البرنامج إلى أكثر من (20%) من المجموعة المستهدفة (فيليب، 1992).

ج- تدني مستوى الوعي الصحي للأسرة:

يتضمن المستوى الثقافي للأسرة العادات والتقاليد التي تؤمن بتا ودرجة وعيها الصحي وثقافتها الصحية، كما يعد انعكاسا لثقافة الوالدين ومؤهلاتها العلمية وثقافة أبنائها من غير المعاقين، وكلما ارتفع الوعي الثقافي للوالدين كلما أدى ذلك لارتفاع وعيهم وإحساسهم بأهمية تعليم أبنائهم من المعاقين بالقدر الذي تسمح به قدراتهم العقلية من جهة، ونوع ودرجة إعاقتهم من جهة أخرى حيث تؤثر الثقافة الصحية للأسرة على النمو البدني والعقلي وعلى إصابة أبنائها بالإعاقة من عدمه حيث يؤثر المستوى الثقافي للأسرة على نظرتها وأساليب تعاملها مع الابن المعاق عقلياً فقد لوحظ أن الأبناء المعاقين الذين ينتمون إلى أسر تتمتع بمستوى ثقافي ودخل مادي مرتفع يستفيدون من فرص التعليم والتربية الخاصة المتاحة لهم سواء كانت الدولة هي التي تقوم بتوفيرها لهم أو الجمعيات الأهلية وسواء كانت هذه الفرص التعليمية بمصروفات أو مجانية، وقد لوحظ كذلك أن الأسر ذات الدخول المرتفعة ولكنها تتسم بانخفاض مستواها الثقافي عادة ما تعزف عن إلحاق أبنائها المعاقين بمؤسسات التربية الخاصة، وهذا العزوف لا يرجع إلى عجزها عن الإنفاق عليهم بقدر ما يرجع إلى تدني مستوى الوعي لدى هذه الأسر بضرورة وأهمية تعليم هذه الفئة(عيسوي، 2004).

د- إهمال الأسرة إجراء الفحوص الوراثية:

تلعب الوراثة دوراً كبيراً في حالات الإعاقة بأنواعها وتنتقل من جيل إلى جيل عن طريق الموروثات وقد يكون العامل الموروث الذي تحمله جينات متنحية لا تظهر آثاره مباشرة من الجيل السابق ولكنها تظهر بعد ذلك في أجيال تالية مما يترتب علية وراثة نماذج من التخلف العقلي أو أنواع أخرى من الإعاقة: كالإعاقة السمعية أو البصرية أو التشوهات الخلقية أو غيرها، ويؤدي موضوع زواج الأقارب إلى تزايد فرص ظهور هذه الإعاقات في المواليد الجدد، وغالباً ما يهمل الوالدان من الأقارب إجراء الفحوص الوراثية قبل الزواج واتخاذ قرارات تتعلق بإنجاب الأطفال وهذه السلوكيات السائدة تتأثر بعدة عوامل أهمها المستوى الثقافي والتعليمي للأبوين ودرجة الوعي الصحي لديهما واهتمام الدولة بتوافر هذه النوعية من الفحوصات بأقل تكلفة ممكنة (عبد الغني، 2008).

وهناك العديد من الفحوص الوراثية التي يتم ٬جرائها للتعرف على الحالة الصحية والعقلية للجنين من خلال إجراء فحص وراثي للأم في فترة الحمل من خلال تحليل مكونات السائل الآموني بأسلوب يسمى فحص السائل الآموني لتحديد ما قد يوجد بالجنين من إعاقات أو عيوب خلقية (فهمي، 2002).

وفي المجتمعات الغربية تلتزم الأم بضرورة إنهاء الحمل فور إجراء الفحص الوراثي واكتشاف وجود أي عيوب وراثية أو إعاقة لدى الجنين، ويذهب أرمر أن ذلك يحدث بسبب أن قيم المجتمعات الغربية لا تتلاءم مع فكرة ولادة أشخاص معاقين واستمرارهم في الحياة، فضلاً عن ارتفاع التكاليف الاقتصادية والآثار الاجتماعية السلبية للإعاقة العقلية، ومن ثم فقد طورت هذه المجتمعات العلوم المتصلة بالوراثة فظهر علم جديد هو " تحسين النسل" ، وعلم الهندسة الوراثية حيث أن مهمة هذه العلوم منع ظهور العيوب الوراثية، وتعزيز ظهور الصفات الوراثية المرغوبة كالذكاء والاتزان الانفعالي(عيسوي، 2004).

ويحاول علماء الوراثة البحث عن الجينات المسؤوله عن صفات معينة ويقومون بعزلها في المعامل ثم وضعها في "الشريط الوراثي" الخاص بالكائن الحي الذي يريدون تغيير إحدى صفاته الوراثية، أي أنهم يتدخلون بطريقة مباشرة في عمل الجينات ولهذا فإن أساليب الهندسة الوراثية الحديثة ما هي إلا طريق مختصر لنقل الجينات المفيدة إلى الذرية، فعلى سبيل المثال هناك الملايين من الناس الذين يعانون من " الهيموفيليا" ومئات الأمراض الوراثية الأخرى التي تنتج من النقص في بروتينات معينة، فكل من الأطباء وخبراء الوراثة يبحثون عن الجينات التي تسبب هذه الأمراض، وهم يعلمون على أمل أن يتمكنوا من عزل هذه الجينات ووضعها في خلايا البكتيريا.
وعلى هذا الأساس تتفق الباحثة مع الرأي القائل بأنه يمكن فهم رؤية الأفراد للمرض وللإعاقة وللصحة وللطب بوجه عام بالرجوع إلى المعتقدات والمفهومات الثقافية جنباً إلى جنب مع الاهتمام بالعوامل البيولوجية والبيئية، وذلك لأن تلك الممارسة والمعتقدات الطبية تعتبر جزء من الثقافة، ومن هنا ومع الإيمان بدور العوامل الثقافية في تشكيل النمط الطبي (معتقدات وممارسات) تؤكد على أهمية العلاقات الوظيفية بين أجزاء النمط الطبي من جهة وبين النمط الثقافي، ومن هنا نخلص إلى أن كل من ظواهر الصحة والمرض والإعاقة لها جانبان أحدهما ثقافي والآخر بيولوجي(بشاي، 1994).

4- الوظائف السلبية للمعتقدات الثقافية السائدة حول المتخلفين عقلياً:

تؤثر المعتقدات والتصورات السائدة تجاه فئة المعاقين عقلياً تأثيراً سلبياً على خصائص الشخصية لديهم وذلك لتأثير الخبرات التي تواجه الأفراد المعاقين عقلياً على شخصياتهم فضلاً عن تأثير الطريقة التي تعامل بتا هذه الفئة في المواقف الاجتماعية المختلفة ونظرة المجتمع إليهم باعتبارهم أفراداً أغبياء، معتوهين، أو مجانين، وفيما يلي بعض الأدوار والوظائف السلبية للمعتقدات الثقافية السائدة حول المعاقين عقلياً (الشناوي، 1997):

أ- **تدني نظرة ذوي الإعاقة لأنفسهم:** تميل الأقلية من المعاقين إلى قبول أحكام الأغلبية، فالمعاق يقتنع في دخيلة نفسه برفض الأغلبية ل سواء أن أظهر هذا الاقتناع أو أخفاه، كذلك ينظر المعاق إلى ذاته على أنه غير كامل في عيون الآخرين وأنه لا يستطيع إخفاء عيوبه عنهم، ولذا فالمعاقين غير قادرين على التكيف مع الأغلبية.

ب- **الشعور بالنقص وانعدام القيمة:** يعاني المعاقون عقلياً من اضطراب نفسي لشعورهم النقص وانعدام القيمة وينتابهم الخجل والخوف وفقدان الأمان والشعور بالاضطراب وعدم التوافق وعدم قبول الدور الاجتماعي بأنه معوق الناتج عن عدم التقدير الاجتماعي له باعتباره شخصاً عاجزاً.

5- المعتقدات الثقافية السائدة حول أساليب علاج الإعاقة العقلية:

ترتبط أساليب ووسائل علاج الأمراض المختلفة، ومنها الإعاقات بأنواعها المختلفة بطبيعة التصور السائد عن أساليب المرض للدرجة التي يمكن معها تصنيف أساليب العلاج وفقاً لتصورات الشعوب المختلفة لأسباب المرض والمرتبط بالثقافة المحلية السائدة ولما كان السحر الضار والأرواح الشريرة يعتبر أن أحد العوامل الثقافية، المسببة للمرض والإعاقات بأنواعها لذا يتحتم أن يتم العلاج بوسائل سحرية من نفس طبيعة ونوعية أساليب المرض، ومن هذا المنطلق نجد أن السحر الأبيض يستخدم لإبطال السحر الأسود وإجبار القوي الخارقة للطبيعة على تقديم مساعدتها للمريض(أبو زيد، 1982).

وفي دراسة للمعتقدات الثقافية لأساليب علاج الإعاقة العقلية في بعض المجتمعات المحلية في جنوب شرق آسيا، تبين وجود بعض المعتقدات الثقافية والتصورات الخاطئة حول أساليب علاج الإعاقة العقلية منها:

إنه بإمكان علاج حالات الإعاقة العقلية باستخدام الفيتامينات والمقويات، في حين تؤكد الحقائق العلمية أن الأطباء والباحثون في مجال العلوم الطبية المختلفة لم يتمكنوا من اكتشاف دواء طبي أو فيتامين أو مقويات أو منشطات للمخ بإمكانها معالجة تلف الدماغ، ليتحول بعدها الطفل المعاق عقلياً إلى طفل سوي تماماً من الناحية العقلية والسلوكية ورغم هذه الحقيقة العلمية إلا أنه يوجد بعض المعالجين ومصانع الدواء التي تفتقد الأمانة والدقة العلمية تصف مواد أو أدوية محددة تضع عليها أسماء عامة ومضللة كي تعطي إيحاء لأسرة الطفل المعاق، التي تكون تحت ضغوط نفسية كبيرة تسببها حالة الابن المعاق، بأن تناول هذا الدواء بإمكانه تحقيق الشفاء التام للطفل (www.who.org).

12.2 أدوار ووظائف الأسرة تجاه المرض:

وبالنسبة للوظائف الأسرية النموذجية لأسر الأطفال المعاقين عقلياً نجد أنها تتمثل في:
الوظائف الاقتصادية، الرعاية الطبية والمنزلية، الوظائف التربوية، إشباع الاحتياجات النفسية والعاطفية للمعاق، الوظائف الاجتماعية التي تتمثل في تنمية المهارات الاجتماعية للابن المعاق وهذه الوظائف والحاجات الاجتماعية والنفسية يجب أن تشبع إذا أما إذا أريد لنسق أو نظام الأسرة أن يستمر، وإذا لم تشبع فإن النسق يعاني عندئذ من عدم التكامل ويصيبه الخلل ويعتريه التغير الواضح (Seligman, 1989) .

وفي المجتمعات التقليدية تأخذ الأسرة على عاتقها العناية بالمريض ويشعرونه بمشاركتهم الإيجابية ومساندتهم الاجتماعية والنفسية، وتقوم الأسرة باستدعاء المعالج، ويحضرون الفحص، ويقومون بتنفيذ الممارسات العلاجية التي يحددها، ويتضامنون كجماعة لدفع أجر الطبيب المحلي.
ومن هنا يعتمد المريض على جماعته القريبة في إمداده بالاحتياجات المادية والنفسية، فالجماعة تدرك أن مرض أحد أعضائها هو أزمة للكل، وأن التزام الأعضاء واستعدادهم للمساعدة هو عملاً لإدراكهم الخطر الذي يهدد الجماعة ككل، وهو يظهر مدى الترابط العائلي والجماعي في حماية الشخص من المرض ومساندته حتى يتماثل للشفاء، وكذلك الأمر في المجتمعات الحديثة نجد أن الأسرة تعيد تكييف العلاقات داخلها ويقتضي ذلك إعادة توزيع الواجبات بالمسئوليات العائلية ويصبح أحد أهداف إعادة تكامل الفرد داخل الأسرة ويتولى بعض أعضاء الأسرة ملاحظة المريض وأعراض المرض وتقديم النصيحة الطبية، وإذا لم يستجب المريض للعلاج المنزلي يتخذ القرار باستدعاء الطبيب الأخصائي أو الذهاب للمستشفى، فالأسرة إذن هي المحيط الذي يحتوي المريض،

كذلك توجد وظيفة هامة للآباء وهي تقديم الدعم العاطفي والنفسي لزوجاتهم عند معرفة إصابة الطفل بالإعاقة مما يدعم تماسك الأسرة وتضامنها كوحدة اجتماعية عاطفية(بشاي، 1994).

12.2 أدوار ووظائف الأسرة تجاه الأطفال المتخلفين عقلياً

بالنسبة لأسر الأطفال المعاقين بوجه عام والمعاقين عقلياً بوجه خاص نجد أن الوظائف والأدوار المتعددة التي تقوم بتا الأسرة تجاه الابن المعاق مختلفة نظراً للطبيعة الخاصة للإعاقة العقلية وللابن المعاق، كذلك تتسم هذه الوظائف والأدوار الأسرية بالتنوع والاختلاف فهي وظائف متعلقة بإشباع الحاجات النفسية والعاطفية للابن المعاق، ووظائف اقتصادية ورعاية صحية وطبية مستمرة له (عبد الرحمن،2001).

يعد دور الأسرة في مشكلة الأداء الوظيفي للطفل المعاق عقلياً دوراً جوهرياً للغاية، فالطفل المعاق عقلياً بشكل أساسي، كغيره من الأطفال عرضه للعواطف والانفعالات الإنسانية ويحتاج لإشباع حاجاته الأساسية النفسية والصحية والتربوية والاقتصادية (كامل، 1998).

ومن هذا المنطلق يرتكز الأساس العلمي لرعاية الطفل المتخلف على دور وأهمية الأسرة بالنسبة له وأهمية ما تقوم به من وظائف حيوية باعتبارها من النظم الأساسية ومن أهم الجماعات الأولية التي لها تأثير مباشر على حياة الطفل ومستقبله، إذ تلعب الأسرة دوراً مهماً ورئيسياً في رعاية وتنشئة الطفل المتخلف عقلياً وإعداده إعداداً يكفل له مواجهة الحياة أو ما يطلق عليه تدريب وتأهيل المعوقين عقلياً حيث تهدف برامج التأهيل إلى إعداد الطفل للحياة وتزويده بمجموعة من المهارات التي تساعده على التوافق الاجتماعي والانفعالي وتدريبه على مهارات الاندماج داخل مجتمعه المحلي.

كذلك نجد أن للأسرة دوراً هاماً في إمداد الأخصائيين بالبيانات الدقيقة الأزمة عن الطفل وظروفه البيئية مما يساعدهم على تشخيص حالته وتقييمها بدقة وتحديد احتياجاته الخاصة والبرامج اللازمة لرعايته، إتباع أساليب إيجابية في تنشئته ورعايته تقوم على الرضا وتقبل حالته والنظرة الإيجابية للطفل المعاق ليس على أنه فرد ناقص وإنما على أنه كيان متكامل يتمتع بإمكانيات واستعدادات قابل للتقدم والتطور، كما يوجد للأسرة أدوار أخرى هامة تتمثل في تنمية المهارات الاجتماعية والعادات السليمة والتقاليد وآداب السلوك مع توسيع نطاق خبراته الاجتماعية وتشجيعه على تكوين

علاقات اجتماعية على الآخرون وتنمية مهارات السلوك الاجتماعي لديه كتقبل الآخرون وبالتعاون والمشاركة الاجتماعية (الحميضي، 2004).

على هذا الأساس توجد وظائف أسرية نموذجية لأسر الأطفال المتخلفين عقلياً تتمثل في:
الوظائف الاقتصادية، الرعاية الطبية والمنزلية، الوظائف التربوية، إشباع الاحتياجات النفسية والعاطفية للمعاق، الوظائف الاجتماعية التي تتمثل في تنمية المهارات الاجتماعية للابن المعاق وهذه الوظائف والحاجات الاجتماعية والنفسية يجب أن تشبع إذا ما أريد لنسق أو نظام الأسرة أن يستمر، وإذا لم تشبع فإن النسق يعاني عندئذ من عدم التكامل ويصبه الخلل ويعتريه التغير الواضح . (Segilman, 2001)

وهناك حلول للمشكلات الأسرية المتعلقة بزيادة أدوارها ومسئولياتها المرتبطة برعاية الابن المتخلف عقلياً، وذلك من خلال نظام يعرف " بنظام الخدمات مدفوعة الأجر للمعاقين" حيث يتم بمقتضى هذا النظام – المعمول به في بريطانيا – توظيف مجموعة من المعالجين والأخصائيين الاجتماعيين – يطلق عليها " المساعدين الشخصيين" الذين يعينون بمعرفة الأشخاص المتخلفين عقلياً أنفسهم أو أسرهم تكون مهمتهم مساعدة الفرد المعاق في قضاء شئون حياته اليومية نظير مقابل مادي، وتقوم أسر المعاقين ببعض الترتيبات التي تعد ضرورية للمساعد الشخصي حتى يعيش فترة زمنية طويلة مع أسر المعاقين لتقديم خدماته التي تستمر على مدار اليوم للأفراد المعاقين داخل الأسرة، مما يوجد أنماط من العلاقات الاجتماعية التي تحدث بين هؤلاء الأفراد والمعاقين من ناحية، وبينهم وبين أسر وأصدقاء المعاقين من ناحية أخرى، فضلاً عن دراسة تأثير هؤلاء الموظفين المختصين برعاية المعاقين على طبيعة وتطور العلاقات الاجتماعية للفرد المعاق، ويساعد هذا النظام على زيادة درجة التكيف الأسري مع مشكلة الإعاقة، لوجود من ينوب عنهم في رعاية الابن المعاق، ومما سبق إلى أن موضوع تقديم الخدمات والمساعدات المختلفة للمعاقين في منازلهم نظير مقابل مادي ومن خلال أفراد مختصين (معالجين أو أخصائيين أو اجتماعيين) مدربين موضوع من شأنه أن يقدم حلولاً للمشاكل المرتبطة بالأعباء الملقاة على عاتق الأسرة والمختصة برعاية الأبناء المعاقين (Segilman, 2001) .

13.2 أثر بعض الخصائص الاجتماعية على استعداد الأسرة للقيام بوظائفها:

يتوقف أداء الأسرة لوظائفها المرتبطة برعاية الابن المعاق عقلياً على بعض الخصائص الأسرية مثل الحالة الاجتماعية والاقتصادية والتعليمية لأسر المعاقين والمعاقين أنفسهم، ومن هنا نجد أن هذه الخصائص الأسرية تؤثر على استعداد الأسرة للقيام بمتطلباتها الوظيفية تجاه الابن المعاق، وفي دراسة للفوزان (2001) بعنوان: "أثر بعض العوامل الاجتماعية على الاستعداد الأسري لرعاية المعوق: دراسة ميدانية على بعض أسر المعوقين ذهنياً في السعودية" توصل إلى أهم وأكثر تلك العوامل تأثيراً في ذلك الاستعداد من خلال النتائج التالية:

1-أن الاستعداد الأسري لرعاية المعوقين والتعايش معهم يختلف تبعاً للحالة الاجتماعية والاقتصادية والتعليمية لأسر المعوقين وللمعوقين أنفسهم.
2-هناك عدة عوامل اجتماعية وثقافية تؤثر في هذا الاستعداد وهي مرتبة تبعاً لأهميتها:
3-وجود أكثر من معوق لدى الأسرة: حيث ترتفع نسبة الاستعداد الأسري لرعاية فرد معاق واحد مقارنة بالأسر التي لديها أكثر من معاق حيث أبدت استعداداً أقل لرعايته.
4-العلاقات القرابة بين الوالدين: حيث تبين من نتائج الدراسة أن الأسر التي يرتبط فيها الوالدين بعلاقة قرابة أقل استعداداً لرعاية المعوق والتعايش معه من الأسر التي لا يرتبط بها الوالدين بأية علاقة قرابة.
5-الدخل الشهري للأسرة: حيث اتضح من نتائج الدراسة أن الاستعداد الأسري لرعاية المعاق يزداد بازدياد الدخل الشهري للأسرة.
6-الحالة التعليمية للمعوق: حيث تزداد نسبة الاستعداد الأسري لرعاية المعاق بين الأسر التي يكون فيها المعوق متعلماً.
7-إدراك المعاق لإعاقته: حيث تزداد نسبة رعاية الابن المعاق المدرك لإعاقته.

14.2 المشكلات الاجتماعية لأسرة الأطفال المتخلفين عقليا:

توجد العديد من المشكلات الاجتماعية تعاني منها اسر المعاقين لعل أهمها تلك الوصمة الاجتماعية المحيطة بالإعاقة والمعاق والموصوم اجتماعيا هو الشخص المرفوض والمنبوذ اجتماعيا وتحيط به نظرات الازدراء والاحتقار أو الخوف والإشفاق ،ويحيط بالإعاقة العقلية هالة اجتماعية تبدو فيها الإعاقة والتشوهات العضوية –الظاهرة–والمصاحبة لها أكثر وضوحا وتتسم بأنها غير مقبولة

اجتماعيا ويتسم المعاق بأنه اقل تحكما وضبطا لحياته بسبب القهر الشديد الذي يرجع للوصمة الاجتماعية المنسوب إليه ،حيث أن المجتمع لا يتيح للموصوم اجتماعيا فرصة الحصول على فرص متساوية في الحياة مثله مثل الشخص السوي ،ويرجع المجتمع تصرفات المعاق إلى الشعور بالنقص ويستقبل كذلك استجابته الدفاعية لموقفه كتعبير مباشر عن خلله وقصوره ،ومع أن البعض منهم لديه القدرة على الاندماج الكامل في الحياة الاجتماعية العادية إلاأن المجتمع يوجد للغالبية منهم شخصية جديدة بناء على ردود فعل الشخص وعلاقة الآخرين معه تجاه الوصمة الاجتماعية التي اصطبغ بها وهذا يؤدي إلى تطوير نمط جديد من المفاهيم الأساسية للشخص المعاق الموصوم إعاقته مما ينجم عنه شعوره بعدم الكفاءة أو الصلاحية الاجتماعية .

والمجتمع يعتبر المعاق عقليا شخص غير سوي وغير كفء –ككائن اجتماعي–وغير قادر على الوفاء بالتزاماته الاجتماعية فهو ليس بإمكانه أن يؤدي دوره في الحياة الاجتماعية في نظر الزاخرين وبالتالي تظهر الإعاقة العقلية كأشد الحالات المرضية تعبيرا عن عدم الصلاحية وعدم الكفاءة أو القصور الاجتماعي النفسي(بشاي، 1994).

ونفس المعنى أشار إليه محمد علي محمد الذي أكد أن هناك ميلا قويا نحو الظفر إلى الإعاقات العقلية على أنها نوع من الوصمة (Stigma) التي تنسب للأشخاص الذين يوصفون بهذه الحالة وذلك لان كلا من المرض العقلي والعصبي والإعاقة العقلية تحطم حياة الفرد وتقضي على استقراره الاجتماعي لا من حيث نتائجهما المباشرة على الأسرة فحسب بل باعتبارهما وصمة اجتماعية حيث يميل الأفراد إلى النظر إلى المرض من واقع الرؤية الثقافية الخاصة بهم (محمد، 2002).

15.2 الوظائف الخاصة بتربية وتنشئة الأطفال المتخلفين عقليا

أن عملية التنشئة الاجتماعية من أهم العمليات تأثيرا على الأبناء في مختلف مراحلهم العمرية ،لما لها من دور أساسي في تشكيل شخصياتهم وتكاملها،وعملية التنشئة الاجتماعية تتم من خلال وسائط متعددة،وتعد الأسرة أهم هذه الوسائط، فالأبناء يتلقون عنها مختلف المهارات والمعارف الأولية كما أنها تعد بمثابة الرقيب على وسائط التنشئة الأخرى ،ويبرز دورها في توجيه وإرشادا لأبناء من خلال عدة أساليب تتبعها في تنشئة الأبناء ،وهذه الأساليب قد تكون سوية أو غير ذلك وكلا منهما ينعكس على شخصية الأبناء وسلوكهم سواء بالإيجاب أو السلب (عبد الحفيظ، 2001).

بالنسبة لأساليب التنشئة الاجتماعية السوية نجد أنها تبرز الدور الرئيسي الذي تقوم هذه الأسرة في رعاية وتنشئة الطفل المعاق وإعداده إعدادا يكفل له مواجهة الحياة وتزويده بمجموعة من المهارات التي تساعده على التوافق الاجتماعي مثل تعليم ما يسمى بمهارة الحياة اليومية أو مهارات الطفولة التي تؤهله لاعتماد على الذات في قضاء احتياجاته اليومية ومن هذه المهارات:مهارات العناية بالذات والاعتماد على النفس في المأكل والمشرب وارتداء الملابس وقضاء الحاجة والمقدرة على استخدام النقود وركوب الموصلات العامة ، وتحديد الزمن (الحازمي، وآخرون، 2003).

وبهذا المعنى يكمن دور ووظيفة اسر المعاقين عقليا في أن يهيئوا لهم البيئات الثرية والمناخ الملائم لتحقيق النمو إلى أقصى درجاته ،وما لم تتح الأسرة لهذا الطفل العديد من الخبرات التي تساعده على التعلم فإن توافقه التعليمي قد يحجب،ففي بعض الأحيان نجد أن اسر المعاقين عقليا لديهم حساسية كبيرة وشعور بالحرج من اصطحاب أبنائهم المعاقين إلى الأماكن العامة ومواجهة نظرات الناس لمظهر الطفل وتصرفاته ،وكن ما ينبغي على الآباء أن يعرفوه انه ما لم يزر الطفل حديقة ويركب الحافلات ويحتك بالبيئة من حوله فأننا بذلك نحرمه من التعرض لخبرات هامة وايجابية لتحقيق أفضل نمو ممكن(محمد، 2002) .

16.2 الوظائف الخاصة بتلبية الحاجات النفسية والعاطفية للأطفال المتخلفين عقليا:

تلعب الأسرة دورا هاما في تقدير الطفل المعاق لذاته وتكوين مفاهيم ايجابية لدى الطفل المعاق عن نفسه والطفل المعاق عقليا يمر في أسرته بخبرات تعده للاستجابة بطريقة ايجابية أو سلبية للخبرات القادمة في حياته ، من خلال الأساليب التي يعامل بها الوالدين الطفل والتي تعتمد على تقبله واستيعابه بأنه عضو في الأسرة وعدم التحرج منه أمام الأصدقاء ،وعدم التفرقة بينه وبين إخوته العاديين في المعاملة وفي الملبس واستخدام الإثابة اللفظية أو المادية معه ، إن مثل هذه المعاملة الحسنة تسهم في رفع تقدير الذات لديه(عياد، 1995).

وتتفق الباحثة مع هذا الرأي حيث –انه من خلال عملها في مجال الإرشاد النفسي والتربوي للأسرة لاحظت أن البيئة الأسرية التي يسودها التشجيع وتقبل حالة الابن المعاق ,وتفهم ضعف الإمكانيات العقلية لديه مقارنة بالفئات العادية " من الأبناء والأقارب تسهم بشكل ايجابي في تحسن حالته وإمكانية اكتسابه العديد من الخبرات في حدود درجة ذكائه ، على العكس من ذلك تلعب الأسرة دورا في خفض تقدير الطفل المعاق لذاته وتكوين مفاهيم سلبية لديه عن نفسه في حالة الأطفال

المعاقين ممن لديهم قابلية التعليم ولكن الأسرة لا تشجعهم بل وتعمل على التفرقة بينه وبين إخوته العاديين في المعاملة،ومقارنته بغيره من الأطفال العاديين ،وإتباع أساليب على الإيذاء البدني والنفسي للابن المعاق.

17.2 الوظائف الخاصة ببناء شخصية المتخلف عقليا من الناحية الاجتماعية:

توجد مجموعة من الخصائص الثقافية والاجتماعية والأسرية لها تأثير كبير على الابن المعاق عقليا سلبا أم إيجابا، ومن الأهمية في هذا الصدد التأكيد على أن المستوى الثقافي لأسرة المعاق يعد انعكاسا لثقافة الوالدين ومؤهلاتهم العلمية وثقافة أبناء هذه الأسرة من غير المعاقين ،كما انه يمثل انعكاسا لمهن الأبوين والأبناء الراشدين، فكلما ارتفع الوعي الثقافي للوالدين كما أدى ذلك لارتفاع وعيهم وإحساسهم بأهمية بل وضرورة تعليم أبنائها من المعاقين ورعايتهم بالقدر الذي تسمح قدراتهم العقلية، كما تؤثر كذلك في أساليب تربية وتنشئة الابن المعاق عقليا،وفي مدى استعدادها لرعاية ألابن معاق عقليا رعاية منزلية أو عزله في مؤسسة داخلية أو داخل الأسرة لإحساسهم بالخجل من وجود هذا الطفل , كذلك تؤثر هذه الخصائص سلبا أو إيجابا على بناء شخصية الابن المعاق من الناحية النفسية والاجتماعية والمعرفية (عبد المعطي، 2006) .

18.2 الوظائف السلبية للأسرة تجاه الأطفال المتخلفين عقليا

توجد العديد من الوظائف السلبية للأسرة تجاه الابن المعاق عقليا والتي من أهمها أساليب التنشئة الاجتماعية الغير سوية من الأسرة تجاه الابن المعاق والتي تتراوح من الإيذاء البدني والنفسي وإهمال أو عزل الابن المعاق من الأسرة وعن المجتمع ،هذا وتقوم الخصائص الأسرية بدور كبير في التأثير سلبا على استعداد الأسرة لرعاية الابن المعاق والقيام بوظائفها تجاهه ،ومن هذه الخصائص الأسرية :انخفاض المستوى التعليمي للأسرة ،قلة الدخل الاقتصادي ،الاضطرابات النفسية والصحية التي يعاني منها الوالدان(الفوزان، 2001) .

1.18.2 أساليب التنشئة الاجتماعية غير السوية تجاه الأطفال المتخلفين عقليا:

يتعرض الأطفال المتخلفون عقليا إلى العديد من أساليب التربية والتنشئة الاجتماعية غير السوية في البيئة الأسرية والمدرسة وتتفاوت هذه الأساليب من العنف والإساءة البدنية والنفسية إلى إهمال المعاق عقليا ونبذه انفعاليا ونفسيا . وتعد الإساءة للأطفال واحدة من اخطر الظواهر التي تجتاح أي مجتمع من المجتمعات ،وتعد الإساءة الموجهة ضد الطفل المعاق من اخطر أنواع الإساءات الموجهة للأطفال نظرا لما من أثار سيئة عليه حيث يتحول الطفل إلى موضوع لعدوانية الكبار جسيما وانفعاليا مما ينعكس سلبا على صحته النفسية حيث يتحول إلى الجنوح والعدوانية (أمين، 2001).

2.18.2 استمرارية في رعاية الابن المتخلف عقليا فترات زمنية طويلة:

إن السمة الرئيسية التي تميز الأسر ذات الطفل المعاق عن الأسر التي تواجه كوارث أخرى هي استمرارية رعاية هذا الابن المعاق،ففي حالات الإعاقة الشديدة قد تصل الرعاية إلى أربع وعشرين ساعة يوميا في سبعة أيام أسبوعيا ولسنوات عديدة ،مما ينهك الأسرة جسديا ونفسيا ،فضلا عن الضغط المادي الذي تتطلبه الرعاية الطبية والنفسية والتربوية للطفل المعاق .

وبالنسبة لبعض الأسر فان عبء الرعاية ليس فقط مزمنا بل له تأثيرا السلبي على الحالة الصحية والجسيمة والمالية للأسرة ، فالعيش لسنوات طويلة مع طفل معاق ذهنيا له هذه التأثيرات السلبية على الأسرة وقد أكدت العديد من الدراسات أن أسرة الطفل المتخلف عقليا تقضي فترات زمنية أطول في رعاية الابن المعاق وذلك بسبب ظروف وخصائص الإعاقة العقلية التي تحتم على الأسرة أن ترعاه فترات طويلة من عمره ،فالابن يكون في حالة تبعية مستمرة اتجاه أسرته حسب درجة شدة أو الإعاقة (Segliman, 1989).

وهناك العديد من الأسباب التي تؤدي لهذه التأثيرات السلبية على الأسرة منها:
قلة معلومات الأسرة بشان طبيعة وأسباب مشكلة الإعاقة العقلية ومدى إمكانية علاج الابن المعاق وأساليب التعامل معه ،التوتر والقلق والانشغال الزائد على مستقبل الابن المتخلف عقليا، المشكلات السلوكية والصحية الموجودة لديه ،الضغوط المادية المتمثلة في زيادة الأعباء المالية نتيجة ما تستلزمه رعاية هذا الابن المعاق من تكلفة اقتصادية وما قد يترتب عليه من استنزاف معظم موارد

الأسرة ،الشعور المرير بالحرج والحساسية في المواقف والمناسبات نتيجة للاختلاف الملحوظ بين درجة ذكاء ومستوى أداء الطفل المعاق عقليا وأقرانه من فئة العاديين (القريطي ،2002) .

3.18.2 التبعية المستمرة للابن المتخلف عقليا للأسرة:

إن نمو الأطفال ذوي الإعاقات يمكنهم من إن يصبحوا اقل أعنادا على أسرهم وبنهاية سنوات الدراسة فإنهم يكونون قادرين على إطعام أنفسهم وارتداء ملابسهم بأنفسهم والعناية بحاجاتهم للذهاب إلى دورة المياه ،وقد يتمكنوا من المكوث في المنزل بمفردهم دون الحاجة إلى جليسة أطفال،وهكذا تقل المطالب على وقت الوالدين ،ومع هذا فان درجة الإعاقة أو شدتها يمكن إن تحد من قدرة الأطفال على الوصول إلى الاستقلالية ،وتبرز أهمية خدمات الدعم التي تقدم للأسرة كي تحقق نوعا من الراحة والترويح فحتى الأسر ذات الأطفال شديدة التبعية يمكنهم إن يحققوا نوعا من الراحة النفسية لو أنهم توصلوا إلى خدمات دعم جيدة مقل جليسة أطفال ذات كفاءة متخصصة وذات تدرب خاص للعناية بالأطفال المعاقين ذهنيا، ومن ناحية أخرى فعندما تكون هذه المصادر متوفرة فإن التأكيد على أسلوب الحياة العادي أمر يعتبر صعبا للغاية ،فالأسرة تستغرق وقتها كله فيه رعاية الابن المعاق، وقد تؤدي السلوكيات المرتبطة بإعاقته إلى الانعزال الاجتماعي للأسرة (Segliman, 2001).

4.17.2 حاجة أسر المتخلفين عقليا لأنماط متعددة من الدعم:

إن الأسرة التي لديها ابن متخلف عقليا لا بد وأن يتأثر وضعها الاجتماعي بوجود الابن، فعدا عن الضغوط النفسية التي تتعرض لها، فهي تواجه نمطاً أسرياً يختلف عن الأسر العادية، وتكون بأمسّ الحاجة إلى توجيه وإرشاد من قبل المختصين، سواء دعم أم معنوي أم إرشادي، لأنّ ذلك حتماً سيخفف من الضغوط النفسية على الأسرة، وسيوفر لها طرقا تكون تجهلها حول التعامل مع الابن المعاق عقلياً، ومن أهم صور هذا الدعم ما يلي:

أ- الدعم الاجتماعي:

يعتبر الدعم الاجتماعي بمثابة إستراتيجية مواجهة خارجية تقلل من الضغط الأسري الناتج عن وجود الطفل ذو الإعاقة، كما أن له دورا ايجابيا في دفع مقدرة الأسرة على المواجهة والتكيف مع الإعاقة فالأسر والأمهات بوجه خاص تكن أكثر ايجابية في سلوكهن اتجاه الأبناء المعاقين إذا ما وجدن الدعم الاجتماعي المناسب، وتمثل الأسرة الممتدة والجيران والأقرباء والأصدقاء جماعات

الدعم الاجتماعي، وفي المجتمعات الصغيرة والريفية بوجه خاص نشد شبكة قوية من الدعم الاجتماعي العائلي لأسرة المعاق نظرا لطبيعة العلاقات الاجتماعية في هذا النمط من المجتمعات .
ومما لا شك فيه إن الأسرة الممتدة تعتبر من مجموعات الدعم الاجتماعي غير الرسمي الذي تحتاجه اسر المعاقين عقليا حيث يمكن أن يلعب أفراد هذه الأسرة دورا قويا في دعم أسرة الطفل المعاق عقليا، فمن خلال علاقاتهم الاجتماعية وروابطهم القوية يمكن لهم إشباع الحاجات النفسية والاجتماعية والاقتصادية لأسرة الطفل المعاق، وقد أشارت بعض الدراسات إلى إن أقرباء الزوجة يكون أكثر تقبلا لوجود الطفل المعوق عن أقرباء الزوج، وذلك لان أم الزوج تميل إلى لوم زوجة ابنها على إنجابها لطفل متخلف عقليا (الشناوي، 1997).

وهكذا نجد أن الدعم الاجتماعي يمكن أن يكون له جانب ايجابي فهو يمكن أن يقلل الضغط الذاتي للأسرة ويشجع الأداء الايجابي لها وللطفل المعاق عقليا ,ومع هذا فهناك نوع أخر سلبي من الدعم يمكن أن يضيف إلى المشكلات الأسرية التي تسببها الإعاقة فللآباء الرافضون لأبنائهم والأقرباء والجيران الذين تكون لهم اتجاهات سلبية نحو الإعاقة والابن المعاق عقليا يمكن أن يزيد من حدة العبء الملقى على عاتق الأسرة .

ب-مجموعات الدعم:

إن معظم الآباء قادرون على الحصول على الدعم الذي يحتاجونه من الأصدقاء والأسرة (العائلة الممتدة)،لكن عندما يتصرف الأصدقاء والأسرة سلبيا كان يوجهوا انطباعات السلبية عن حالة الطفل لدى الأصدقاء والمعارف ,مما يدفع الأسرة إلى أن تجنب الابن المعاق هذه المواقف والمناسبات الاجتماعية فيزداد شعوره بالوحدة والعزلة ،أو قد يكونوا بعيدين عن الوالدين البحث في مكان آخر عن الدعم، ومن هنا وجد أن أفضل مجموعات الدعم هي الأسر المؤلفة من شباب ذو إعاقات واسر لأطفال معاقين حيث إن مقابلة أسرة الطفل المعاق لآباء آخرين لديهم أطفال معاقين هامة للغاية حيث تؤدي هذه المجموعات عددا من المهام تتضح في النقاط التالية:

تخفيف الوحدة أو العزلة ،تقديم المعلومات ،تقديم أساس للمقارنة ،حيث تجد أسرة الطفل المعاق اسر أخرى لها نفس المشكلة ولديها نفس الضغوط ،كما تحصل على معلومات عملية عن كيفية تربية الأطفال المعاقين والمهارات العملية التي تمكن الأسرة من تعليم أبنائها الاعتماد على الذات ،والمراكز المناسبة لحالة الطفل كذلك فان الوالدين عندما يقابلون الأسر الأخرى يكتشفان ليس فقط الأسر التي واجهت مشكلة الإعاقة بنجاح ولكن هؤلاء الذين لديهم أطفال ذوي إعاقات أصعب وأسوء كثيرا من طفلهما المعاق (Segilman, 2001) .

وتتبنى الباحثة الفكرة السابق عرضها ،حيث أن الأسر التي لديها حالة إعاقة يمكن بالفعل أن تشكل مجموعة دعم اجتماعي ونفسي لغيرها من الأسر ،حيث أن جميع اسر المعاقين عقليا تواجه نفس المشكلات ,ولذا فان الأسرة بمكن أن تستفيد من" الخبرة العلمية"لغيرها من الأسر حول المشكلات التي تمر بها ومرت بها غيرها من الأسر وكيف قامت بمواجهتها ,كذلك تمثل اسر المعاقين عقليا مجموعة دعم ومساندة قوية تقدم الدعم النفسي والاجتماعي لغيرها من الأسر وذلك عندما تعلم الأسرة أن غيرها من الأسر يواجه نفس المشكلات التي تواجهها أو مشكلات أكثر صعوبة فإن ذلك يساهم في تخفيف حدة القلق والتوتر لدى الأسرة ، ومن خلال عمل الباحثة في مجال إرشاد اسر الأطفال ذوي الإعاقات العقلية استخدمت الباحثة هذا الأسلوب مع الأسر وذلك من خلال اطلاع الأسرة على معاناة ومشكلات غيرها من الأسر ممن لديهم حالة التخلف العقلي أصعب مما لديهم، وذلك بهدف تخفيف حدة القلق والتوتر لدى الأسرة عندما تعلم أن مشكلتها بسيطة مقارنة مع غيرها من الأسر.

19.2 احتياجات أسر المتخلفين عقليا

تحتاج اسر المعاقين لكفالة مستوى معيشي ملائم والتخفيف من وطأة الفقر ,وتؤكد دراسات وتقارير هيئة الأمم المتحدة إن المعاقين وأسرهم –خاصة في البلدان النامية –وفي عدد متزايد من البلدان المقدمة يكونوا أكثر عرضة للعيش في فقر مقارنة بسائر السكان ،والعلاقة هنا ذات اتجاهين، فالإعاقة تزيد من خطر التعرض للفقر للتكاليف المادية المتزايدة على علاج الابن المعاق من جهة، ولحرمان المعاق عقليا من فرص التعليم والتوظيف والخدمات العلمية ,وظروف الفقر التي تزيد من خطر التعرض للإعاقة من جهة أخرى (www.un.org).

- **تعريف المشكلات الأسرية لأسر المتخلفين عقليا:**

عرف العديد من الباحثين الضغوط الأسرية على أنها تمثل حالة من الإجهاد تتسم بالتوتر العضوي والنفسي والصراع المستمر بين الاختيارات التي تضغط على الأسرة لتخفيض التوتر وتحقيق التوازن ,كما أن ظهور اثر حالة الإعاقة لدى الابن وإدراك الأسرة لذلك يجعلها تستشعر حالة من التوتر والإجهاد المرتبطة بالمتطلبات الانفعالية والاجتماعية والتعليمية والاقتصادية (عبد الرحمن، 2001).

- **مصادر المشكلات المختلفة لأسر الأطفال المتخلفين عقليا:**

ركزت بعض الدراسات على تحليل ما يعرف بمصادر المشكلات المختلفة لأسر المتخلفين عقليا ووجدت أن منها ما يتعلق بخصائص الابن المعاق عقليا ,ومنها ما يتعلق بخصائص الوالدين .

- **المشاكل السلوكية للابن المعاق عقليا:**

تواجه الأطفال المتخلفين عقليا كثيرا من المشكلات السلوكية الناجمة عن تصرفات غير مقبولة اجتماعية مثل نوبات الغضب العنيفة ,الاعتداء على الآخرين ,بعض التصرفات العدوانية تجاه الذات أو تجاه الآخرين ,وهناك أسباب عديدة لهذه المشكلات ,ولعل السبب الأكثر شيوعا لهذه المشكلات هو إن الابن المتخلف عقليا يعتقد إن هذا السلوك هو طريقة جيدة للحصول على اهتمام الآخرين .

- **المستوى الاجتماعي والثقافي والاقتصادي للأسرة:**

يؤدي وجود طفل معاق في الأسرة إلى حدوث أزمة انفعالية داخل هذه الأسرة وتتعدد الأزمات وتختلف اختلافا كبيرا باختلاف الخصائص والمستويات الثقافية والاجتماعية للأسرة ,وبالنسبة للأسر ذات المستوى الاجتماعي الاقتصادي المرتفع نجد كثيرا حدوث أزمات مأساوية خاصة بعد تشخيص حالة الابن المتخلف عقليا ,حيث تفقد هذه الأسر التوقعات المهنية التي تمنتها بالنسبة للابن ,لان الإعاقة غير مقبولة في ذهن الوالدين لأنها تسير عكس نظام القيم لهما ,وعلى سبيل المثال فأن بعض العائلات التي ينتشر فيها التعليم العالي والتخصصات الراقية بشكل كبير مما يجعل أبناء هذه العائلات يتبنون قيم خاصة للانجاز الأكاديمي، فإذا رزق احدهم بطفل معاق عقليا فإن هذا يعني التصادم مع القيم التي لديهم عن التعليم، والآباء الذين يعيشون (أزمة القيم) قد تكون لديهم اتجاهات لرفض الابن المتخلف عقليا ,وقد يظهر النوع البسيط من هذا الرفض في صورة حماية زائدة إما في الحالات المتطرفة فقد يظهر الرفض في شكل مسارعة لإيداع الطفل في إحدى المؤسسات التي يقيم فيها الطفل بشكل دائم مع إنكار لوجود الطفل، بينما نجد أن الأسر ذات المستوى الاجتماعي المنخفض تحدث ما يسمى بأزمة تنظيم الدور وتحدث مباشرة بعد التشخيص , وهي تترسب لدى الأبوين بعدم قدرتهما على التعامل مع الطفل وتكون الشكور الشائعة لدى الأمهات في هذه المجموعة هو ضعف صحتهم البدنية (الشناوي، 1997).

- **الجانب النفسي الانفعالي:**

يختص هذا الجانب بردود الفعل الأسرية لميلاد طفل معاق في الأسرة حيث إن تقبل هذه الحقيقة أمر صعب للغاية لذلك فإن مساعدة هؤلاء الإباء على تقبل الواقع يعتبر من أول أهداف الإرشاد والتخلص من كافة المشاعر السلبية التي يستشعرها الوالدين اتجاه هذا الواقع (القريوتي، 2009) .

20.2 المشكلات المختلفة لأسر الأطفال المتخلفين عقليا

تؤدي الإعاقة العقلية بعض الأدوار والوظائف السلبية المتمثلة في ظهور مشكلات اقتصادية واجتماعية ونفسية متعددة تعاني منها اسر المعاقين عقليا،وهي كالتالي:

1-المشكلات الاقتصادية لأسرة المتخلفين عقلياً:

إن مجال دراسة التكلفة الاقتصادية لأسر المتخلفين عقلياً تعتبر من الدراسات شبه النادرة وخاصة التي تجري في الدول النامية نظرا لقلة اهتمامات الباحثين والمهتمين بمجال رعاية المعوقين بوجه عام ,ورغم ذلك إلا أن الحقيقة اللافتة للنظر أن الإعاقة تؤثر على الأسرة من الناحية الاقتصادية حيث تتعدد الآثار الاقتصادية الناتجة عن وجود داخل الأسرة (عبد الرحمن، 2001).

2-المشكلات الاجتماعية لأسرة الأطفال المتخلفين عقليا:

توجد العديد من المشكلات الاجتماعية تعاني منها اسر المعاقين لعل أهمها تلك الوصمة الاجتماعية المحيطة بالإعاقة والمعاق والموصوم اجتماعيا هو الشخص المرفوض والمنبوذ اجتماعيا وتحيط به نظرات الازدراء والاحتقار أو الخوف والإشفاق، ويحيط الإعاقة العقلية هالة اجتماعية تبدو فيها الإعاقة والتشوهات العضوية –الظاهرة–والمصاحبة لها أكثر وضوحا وتتسم بأنها غير مقبولة اجتماعيا ويتسم المعاق بأنه اقل تحكما وضبطا لحياته بسبب القهر الشديد الذي يرجع للوصمة الاجتماعية المنسوبة إليه.

حيث إن المجتمع لا يتيح للموصوم اجتماعيا فرصة الحصول على فرص متساوية في الحياة مثله مثل الشخص السوي، ويرجع المجتمع تصرفات المعاق إلى الشعور بالنقص ويستقبل كذلك استجابته الدفاعية لموقفه كتعبير مباشر عن خلله وقصوره ,ومع إن البعض منهم لديه القدرة على الاندماج الكامل في الحياة الاجتماعية العادية إلا أن المجتمع يوجد للغالبية منهم شخصية جديدة بناء على ردود فعل الشخص وعلاقة الآخرين معه تجاه الوصمة الاجتماعية التي اصطبغ بها وهذا

يؤدي إلى تطوير نمط جديد من المفاهيم الأساسية للشخص المعاق الموصوم بإعاقته مما ينجم عنه شعوره بعد كفاءة أو الصلاحية الاجتماعية.

3- التصورات والأحكام المجتمعية السائدة تجاه فئة المتخلفين عقليا :

ومما سبق نخلص إلى إن العديد من الدراسات أكدت انه توجد أحكام وتصورات سلبية من المجتمع المحيط بالمعاق عقليا بدءا من الأسرة فالمدينة والمجتمع الكبير المحيط به,

وهذه الأحكام والتصورات حول فئة المعاقين عقليا تتسم بالسلبية وتبدو بعيدة عن المفاهيم العلمية وتتصل بمدى تقبل أفراد المجتمع لهذه الفئة ,وقد أكدت جميع هذه الدراسات إن المصدر الأساسي لهذه الأحكام وتكون الشكوى الشائعة لدى الأمهات في هذه المجموعة هو ضعف صحتهم البدنية (الشناوي،1997) .

4- الوظائف الخاصة بالرعاية الصحية للأطفال المتخلفين عقليا:

تلعب الأسرة دورا هاما يتعلق بتوفير الخدمات الطبية للأبناء المعاقين عقليا ,حيث يتطلب الأطفال ذوي الإعاقات بصفة عامة رعاية طبية أكثر تخصصية والتردد باستمرار على الأطباء والمستشفيات مقارنة مع الأسوياء ,كما يحتاج هؤلاء الأطفال إلى خدمات طبية محددة مثل العلاج الطبيعي والمهني وعلاج صعوبات الكلام ,ومن هنا فمن اللازم أن تصل خدمات التامين الصحي لهذه الفئة (سيلجمان، 2001).

21.2 خصائص أسر الأطفال المتخلفين عقليا:

تختلف الأسرة بنائيا ووظيفيا من مجتمع لأخر ,فقد يكون المجتمع بدوي أو ريفي أو حضري ,بل أنها تختلف في المجتمع الواحد ,إلا أن هذا الاختلاف والتنوع لا يمنع من وجود عناصر وخصائص مشتركة بين كل الأسر في مختلف مجتمعات العالم. وفيما يلي أهم الخصائص(الفوزان، 2001):

- تمتاز الأسر باعتبارها أول جماعة ومنظمة اجتماعية يمكن من خلالها توفير الرعاية والغذاء وكل متطلبات التنشئة الاجتماعية لأفرادها.
- ترتبط الأسرة بقواعد تنظيمية داخلية يتحدد من خلالها دور كل فرد في الأسرة.
- تمارس قواعد الضبط الاجتماعي على أفرادها من خلال عملية التنشئة الاجتماعية.
- تعتبر دعامة أساسية من دعائم البناء الاجتماعي.

توجد العديد من الوظائف السلبية للأسرة تجاه الابن المعاق عقليا والتي من أهمها أساليب التنشئة الاجتماعية الغير سوية من الأسرة تجاه الابن المعاق والتي تتراوح من الإيذاء البدني والنفسي وإهمال أو عزل الابن المعاق من الأسرة عن والمجتمع، هذا وتقوم الخصائص الأسرية بدور كبير في التأثير سلباً على استعداد الأسرة لرعاية الابن المعاق والقيام بوظائفها تجاهه ومن هذه الخصائص الأسرية: انخفاض المستوي التعليمي للأسرة، قلة الدخل الاقتصادي، الاضطرابات النفسية والصحية التي يعاني منها الوالدان (عبد الغني، 2008).

22.2 الدراسات السابقة:

1.22.2 الدراسات العربية:

دراسة الحبش (2011) مستوى مشاركة والدي الأطفال المعاقين عقليًا في الخدمات التربوية المقدمة لأبنائهم وعلاقته بمستوى تكيفهم مع الإعاقة، هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن مستوى مشاركة والدي الأطفال ذوي الإعاقة العقلية في الخدمات التربوية المقدمة لأبنائهم، ومستوى تكيفهم مع الإعاقة والعلاقة بينهما، وقد استخدم مقياسين لهذه الدراسة، مقياس مشاركة والدي الأطفال ذوي الإعاقة العقلية في الخدمات التربوية المقدمة لأبنائهم، مقياس تكيف الوالدين مع الإعاقة، وطبق المقياسين على عينة مكونة من (336) مفحوصًا، (168) أبًا و (168) أمًا، حيث اختيروا بالطريقة العشوائية البسيطة من مجتمع والدي الأطفال ذوي الإعاقة العقلية الملتحقين بمراكز الإعاقة العقلية الخاصة في محافظة العاصمة عمان، وكانت النتائج أن مستوى مشاركة والدي الأطفال ذوي الإعاقة العقلية في الخدمات التربوية المقدمة لأبنائهم كان متوسطًا، كما أظهرت النتائج ارتفاعًا في مستوى مشاركة الأمهات في الخدمات التربوية المقدمة لأطفالهن ذوي الإعاقة العقلية، وأن مستوى مشاركة الآباء كان متدينًا، كما أشارت النتائج أن مستوى تكيف الوالدين مع الإعاقة كان مرتفعًا، وأن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى مشاركة والدي الأطفال ذوي الإعاقة العقلية والخدمات التربوية يعزى لمتغير جنس الوالدين لصالح الأمهات، كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق في مستوى مشاركة الوالدين تعزى لمتغير المستوى التعليمي للوالدين، في حين أظهرت النتائج فروقًا ذات دلالة إحصائية في مستوى مشاركة الوالدين تعزى لمتغير جنس الطفل المعاق لصالح الابن الذكر، بينما لا توجد أي فروق تعزى لمتغير درجة إعاقة الطفل، كما أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى تكيف الوالدين مع الإعاقة تعزى لمتغير جنس الوالدين لصالح الأمهات، كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق في مستوى التكيف تعزى لمتغير المستوى التعليمي للوالدين، ومتغير جنس الطفل المعوق، في حين أظهرت فروقًا في مستوى التكيف مع الإعاقة تعزى لمتغير درجة الإعاقة لصالح الإعاقة البسيطة، كما أن معامل الإرتباط بين مستوى مشاركة والدي الأطفال ذوي الإعاقة العقلية في الخدمات التربوية المقدمة لأبنائهم ومستوى تكيفهم مع الإعاقة كان دالاً إحصائيًا.

دراسة الحازمي (2009) **حاجات أولياء أمور التلاميذ المعوقين فكريًا وعلاقتها ببعض المتغيرات،** هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على الحاجات المعرفية، والمادية، والاجتماعية، لأولياء أمور التلاميذ ذوي الإعاقة الفكرية، وعلاقتها ببعض المتغيرات ذات العلاقة بخصائص التلميذ

المعوق فكريًا والمتمثلة في عمره الزمني، درجة إعاقته(بسيطة، متوسطة)، وخصائص أولياء أمورهم المتمثلة في مستواهم التعليمي والاقتصادي .وتكونت عينة الدراسة من (383) من أولياء أمور التلاميذ ذوي الإعاقة الفكرية من الذكور الملتحقين بمعهد وبرامج التربية الفكرية في المدينة المنورة، حيث قام الباحث بتطوير استبانة تحتوي على ثلاثة أبعاد وهي الحاجات المعرفية، والحاجات المادية، والحاجات الاجتماعية، وقد كان من نتائج الدراسة أن الحاجات المادية جاءت في المرتبة الأولى وفقًا لأهميتها بالنسبة لأولياء الأمور، ثم الحاجات المعرفية، والحاجات الاجتماعية على التوالي، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين حاجات أولياء أمور التلاميذ المعاقين فكريًا باختلاف عمر التلميذ، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أولياء أمور التلاميذ المعاقين فكريًا إعاقة بسيطة وأولياء المعاقين فكريًا إعاقة متوسطة في درجة الحاجات) المعرفية، المادية، الاجتماعية (لصالح أولياء أمور التلاميذ المعوقين فكريًا إعاقة بسيطة، كما أظهرت عدم وجود فروق بين حاجات أولياء الأمور التلاميذ المعوقين فكريًا باختلاف المستوى التعليمي لأولياء الأمور، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين حاجات أولياء أمور التلاميذ المعوقين فكريًا باختلاف المستوى الاقتصادي لأولياء الأمور.

دراسة القريوتي (2009): بعنوان (دعم أسرة المعاق نفسياً واجتماعياً)، عمل الباحث على دراسة تأثير الطفل المعاق على الأسرة، كذلك تأثير الأسرة على الطفل المعاق من الناحية النفسية والاجتماعية، حيث هدف من دراسته إلى معرفة دور المعلم والمختصين في المجالات الإنسانية والاجتماعية في دعم أسرة المعاق وتزويدها بالخدمات.

حيث عمل على دراسة الأبعاد المؤثرة في الأسرة، من حيث إمكانيات الأسرة المالية، والإمكانيات الاجتماعية، والإمكانيات الانفعالية العاطفية، وعمل على دراسة المستوى التعليمي والثقافي للوالدين، وحجم الأسرة، ونوع الإعاقة وشدتها، وتناول المهارات الضرورية للمختصين العاملين مع أسر الأشخاص المعاقين، وعمل الباحث على وضع خطوات وأساليب من شأنها أن تدعم الأسرة نفسيا في المستقبل، منها لقاءات تتضمن تدريب الوالدين والأسرة والمعلم، وتوفير وإعطاء معلومات، واقترح مشاركة الأسر بالفعاليات والأنشطة المختلفة، ثم الدعم المالي.

دراسة بركات (2008): بعنوان (إستراتيجية التضامن كمدخل لتنظيم مجتمع أسر المعاقين سمعياً). عمل الباحث على مساعدة الأسرة على تنظيم ردود الأفعال وخطواتها عند اكتشاف الإعاقة السمعية، حيث عمل الباحث وضع إستراتيجية لبناء أسرة قادرة على القيام بدورها بفاعلية قادرة على أن تكون في حالة من التوازن للحفاظ على النسق الأسري والتوافق مع التغيرات التي تحدث في كل وقت خصوصا عندما يظهر متغير يرتبط بوجود إعاقة سمعية لدى أحد أفرادها ، وبيّن أنه عند مرحلة

اكتشاف وتشخيص الإعاقة تحتاج الأسرة للمساعدة والدعم لتنظيم ردود أفعالها بما يمكنها من الحصول على الإرشادات والمعلومات الصحيحة الخاصة ببرنامج الرعاية المناسب للمعاق، حيث كان هدف الدراسة، حيث هدف إلى مساعدة أسر المعاقين سمعيا على مواجهة الضغوط والمشكلات المرتبطة بحالة الإعاقة داخلها. واستخدم الباحث منهج المسح الاجتماعي باستخدام العينة، وقام بجمع المعلومات عن طريق الاستبانة من عينة الدراسة البالغ عددها (20) من أولياء الأمور.
وخرج الباحث بنتيجة مفادها أن الأسرة والمجتمع شريك فعال في مجال رعاية الأبناء المعاقين سمعياً، وعليه فإن إعداد إستراتيجيات للمستقبل يساهم كثيراً في تخفيف عب الخوف والقلق جراء وجود طفل معاق سمعياً في الأسرة.

دراسة القريوتي (2008): بعنوان (تقبل الأمهات الأردنيات لأبنائهن المعاقين)، حيث هدفت الدراسة التعرف إلى درجة تقبل الأمهات الأردنيات لأبنائهن المعاقين، إذ تكونت عينة الدراسة من (405) أُماً من أمهات الأفراد الملتحقين في مدارس ومراكز التربية الخاصة، منهن (167) أُماً لأفراد معاقين سمعياً، و (96) أُماً لأفراد معاقين بصرياً، و (65) أُماً لأفراد مشلولين دماغياً، و (77) أماً لأفراد معاقين عقلياً .استخدم الباحث استبانه مكونة من (43) فقرة تعكس الاستجابة عليها درجة تقبل الأم لولدها المعاق، وقد تم التحقق من صدق الأداة وثباتها وأشار معامل الصدق والثبات إلى مناسبة الأداة لما وضعت لقياسه .أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تقبل الأمهات لأبنائهن المعاقين تعزى لنوع الإعاقة ولصالح ذوي الإعاقة السمعية والبصرية مقابل ذوي الإعاقة العقلية .كما أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تقبل الأمهات لأبنائهن المعاقين سمعياً تعزى إلى درجة الإعاقة ولصالح ذوي الإعاقة السمعية الشديدة، وجنس المعاق ولصالح الإناث وللتفاعل بين جنس المعاق وعمره .كما أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تقبل الأمهات لأبنائهن المشلولين دماغياً (12) سنة مقارنة بالأفراد الأقل - تعزى لعمر المشلولين دماغياً في الأعمار من (6) من ست سنوات، والأكبر من (18) سنة .في حين لم تظهر الدراسة أية فروق ذات دلالة إحصائية في عملية تقبل الأمهات لأبنائهن المعاقين بصرياً وعقلياً .

دراسة عبد اللطيف (2007) بعنوان (دراسة سوسيو أنثروبولوجية على أسر الأطفال المعاقين بمدينة سوهاج)، تناولت الباحثة مشكلات أسر المعاقين عقلياً وأدوارهم بدراسة اجتماعية – إنسانية، بحيث تناولت الأبعاد الاجتماعية لعينة الدراسة إضافة إلى علم الإنسان (الأنثروبولوجيا)، وقد هدفت الدراسة إلى إلقاء الضوء على العوامل الثقافية والاجتماعية المؤدية إلى حدوث مشكلة الإعاقة، ومن ثم التعرف على النتائج السلبية للإعاقة العقلية من خلال البحث في المشكلات الاجتماعية والاقتصادية المختلفة لأسر المعاقين عقلياً.

وقد استعانت الباحثة بعدة مناهج وأدوات لتحقيق الهدف من دراستها، فقد اعتمدت على منهج دراسة علم الإنسان (الأنثروبولوجيا) القائم على الملاحظة والمقابلة، واعتمدت كذلك على منهج المسح الاجتماعي بالعينة ومنهج دراسة الحالة، وقد تكون مجتمع الدراسة من مجموع العائلات من ذوي الطفل المعاق التي تعالج أبناءها في جمعية (تنمية المجتمع ورعاية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة) في سوهاج، وقد تكونت عينة الدراسة من (60) عائلة، (50) أسرة منها تم استخدام أداة الملاحظة والمقابلة، و(10) أسر منها استخدمت الباحثة معها منهجي البحث الاجتماعي ودراسة الحالة على السواء.

وقد خرجت الباحثة بالعديد من النتائج منها أن هناك أسباب للعزلة الاجتماعية لأسر المعاقين مثل الحالة الصحية والعقلية للابن المعاق، وكذلك خجل الأسرة من سلوكيات الابن المعاق عقلياً. ووجود خوف لدى الأسر من المستقبل خاصة لمن لديهم ابنة معاقة عقلياً. وهناك قلق لدى الأسر من الزيارات المنزلية والمناسبات العائلية، والأماكن العامة، سواء آنياً أو مستقبلاً. ووجود ابن معاق يؤدي إلى نفور الأقارب من الأسرة مما يزيد العزلة الاجتماعية.

دراسة الفليكاوي (2007): بعنوان (الفروق أبعاد التفاعل الأسري داخل أسر ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة العدوانيين وغير العدوانيين بدولة الكويت)، عمل الباحث على دراسة تأثير وجود ابن معاق في الأسرة من عدّة نواحي تتعلق بقلق الأسرة وخوفها، وذلك بتناوله إلى تأثير الطفل المعاق ذهنياً على الأسرة، وتأثير السلوك العدواني للطفل المعاق ذهنياً على الأسرة، وأبعاد سلوك الطفل المعاق ذهنيا وخاصة العدواني منه على الأسرة مستقبلاً، حيث هدفت الباحث من خلال دراسته إلى التعرف على الفروق في بعض أبعاد التفاعل الأسري داخل أسر الأطفال المعاقين ذهنياً، وشملت هذه الأبعاد: التماسك وحرية التعبير عن المشاعر وصراع التفاعل الأسري، والاستقلال، والتوجه نحو التحصيل الأكاديمي، والتوجه الثقافي والتنظيم والضبط، والعلاقات الأسرية فيما بينها.

وتكون مجتمع الدراسة من (75) تلميذاً يدرسون في مدرسة للتربية الفكرية في دولة الكويت، وبلغ عدد أفراد العينة (30) تلميذاً، حيث تراوحت أعمارهم ما بين (9 – 14) سنة، وقام الباحث باستخدام مقياس تقدير السلوك العدواني للأطفال ذوي الإعاقة الذهنية من الدرجة البسيطة على التلاميذ، واستخدم أيضاً مقياس العلاقات الأسرية والتطابق بين أعضاء الأسرة.

وكانت أهم النتائج التي توصل إليها الباحث أن أسر التلاميذ ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة يعانون غير العدوانيين لديهم تماسك أسري أقل من الأسر العادية، كذلك الأمر بالنسبة للتفاعل الأسري. وكذلك تبين أنه في حالة وجود ابن معاق ذهنياً فإنه يؤثر سلباً على الأسرة من حيث الاستقلال والإنجاز والتوجه الثقافي والتوجه نحو القيم والتنظيم والنمو النفسي.

دراسة عبدات (2007): بعنوان (الآثار النفسية والاجتماعية للإعاقة على إخوة الأشخاص المعاقين): عملت هذه الدراسة للتعرف على الآثار النفسية والاجتماعية للأخوة من جراء وجود طفل معاق في الأسرة، من أجل اتخاذ الإجراءات الوقائية والعلاجية التي تحول دون تفاقم هذه المشكلات، ومراعاة احتياجات أخوة الأطفال المعاقين عند وضع أي برامج أو خدمات تقدمها مؤسسات ومراكز التربية الخاصة، وتفعيل دور الأخوة في المشاركة في هذه البرامج مستقبلاً.

وقد هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على التأثيرات التي تصيب إخوة الأشخاص المعاقين، وتحدث الباحث عن أخوة ذوي الاحتياجات الخاصة، ومن ثم التعرف على السبل الصحيحة للتعامل معهم مستقبلاً، وتنظيم البرامج النفسية والاجتماعية الملائمة لهم من قبل مؤسسات التربية الخاصة، وبشكل هدفت هذه الدراسة إلى التعرف إلى الآثار النفسية والاجتماعية للإعاقة على أخوة الأشخاص المعاقين في دولة الإمارات العربية المتحدة، وذلك ضمن متغيرات: (جنس الأخ، ترتيبه في العائلة، جنسيته، عمره، نوع الإعاقة، عمر المعاق) حيث عمل الباحث على إجابة السؤال الرئيس: ما الآثار النفسية والاجتماعية للإعاقة على أخوة الأشخاص المعاقين في دولة الإمارات العربية المتحدة؟

وقد تكون مجتمع الدراسة من عينة عشوائية من إخوة الأشخاص المعاقين الملتحقين بأقسام ومعاهد مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية. وقد تم اختيار العينة بطريقة عشوائية حيث بلغت (119) أخ وأخت من مراحل عمرية مختلفة بحيث كان عدد الذكور (72) وعدد الإناث (47). واستخدم الباحث أداة الاستبانة التي تكونت من (30) فقرة من إعداد الباحث.

أما نتيجة الدراسة فكانت أن مشاعر الخوف لدى إخوة المعاقين تزداد مع تقدم العمر.

دراسة بخش (2007): بعنوان (أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالقلق والاكتئاب لدى عينة من أمهات الأطفال المعاقين عقليا والعاديين بالمملكة العربية السعودية)، حيث هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على العلاقة بين أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالقلق والاكتئاب لدى عينة من أمهات الأطفال المعاقين عقليا والعاديين بالمملكة العربية السعودية. وتكونت عينة الدراسة من (120) أماً منهن (60) أمهات لأطفال عاديين، و(60) أمّا لأطفال معاقين عقلياً، وتم تطبيق مقياس أحداث الحياة الضاغطة ومقياس القلق ومقياس بيك للاكتئاب عليهن. وباستخدام معاملات الارتباط واختبار "ت" لدلالة الفروق بين المتوسطات؛ أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة دالة وموجبة بين أبعاد أحداث الحياة الضاغطة وبين كل من القلق والاكتئاب لدى عينة أمهات الأطفال العاديين وعينة أمهات الأطفال غير العاديين، كما أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أمهات الأطفال العاديين وأمهات الأطفال غير العاديين في كل من القلق والاكتئاب وأحداث الحياة الضاغطة.

كما تبين من دراسة عبد الله (2006) لمعرفة العلاقة بين الاحتياجات النفسية والاجتماعية لوالدي الطفل المتأخر عقلياً والتوافق الأسري، على عينة من (118) أباً وأماً ممن لديهم أطفال متأخرون عقلياً ببعض مدارس التربية الفكرية التابعة لوزارة التربية والتعليم بمحافظة الشرقية، وتراوحت أعمارهم بين (25 إلى 70) سنة. وجود علاقة ارتباطيه سالبة دالة إحصائياً بين كل من الاحتياجات النفسية والاجتماعية لوالدي الطفل المتأخر عقلياً والتوافق الأسري.

كما توصل عبد المعطي (2006) في دراسته لأثر بعض المتغيرات على الضغوط الوالدية التي يواجهها آباء وأمهات الأطفال المتأخرين عقلياً بين سن (25– 65) سنة، وذلك على عينة مكونة من (162) أسرة لدى كل منها طفل متأخر عقلياً. وجاءت نتائج الدراسة مؤكدة على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الضغوط الو الدية المرتبطة بالطفل المتأخر عقلياً تبعاً للمستوى الاقتصادي والاجتماعي، حيث تبين أن الوالدين في الأسر ذات المستوى المرتفع أكثر إحساساً بهذه الضغوط، يليهم الأسر ذات المستوى المتوسط، ثم الأسر ذات المستوى دون المتوسط، وأخيراً الأسر ذات المستوى المنخفض، حيث كانت الفروق دالة بين هذه المجموعات وبعضها.

وتوصل **بيومي (2003)** في دراسته للضغوط النفسية التي يعاني منها أسر الأطفال المتأخرين عقلياً، وعلاقتها ببعض المتغيرات، وعلاقتها بالاتجاهات الو الدية نحو الطفل المتأخر عقلياً، على عينة من (80) أسرة من أسر المتأخرين عقلياً من مستويات تعليمية ومستويات اقتصادية مختلفة، وهم من المدرسة التربوية الفكرية، وجمعية التثقيف الفكري بالإسماعيلية، ومن مدرسة القصاصين الابتدائية، ومدرسة التل الكبير الابتدائية. إلا أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين أسر الأطفال المتأخرين عقلياً بدرجاتهم الثلاثة في بعدي الضغوط المالية وضغوط مستقبل الطفل.
كما أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أسر الأطفال المتأخرين عقلياً ذوي المستويات التعليمية (المنخفضة –المتوسطة – المرتفعة) في الأبعاد الفرعية الآتية الضغوط الأسرية، والضغوط الاجتماعية، والضغوط المالية، وضغوط صحة الطفل، والدرجة الكلية للمقياس، وذلك لصالح الأسر ذوي المستوى التعليمي المتوسط والمنخفض. بينما لا توجد فروق دالة إحصائياً بين الأسر ذات المستويات التعليمية (المنخفضة – المتوسطة – المرتفعة) في الأبعاد الآتية: الضغوط الانفعالية، وضغوط مستقبل الطفل، وضغوط سلوك الطفل.

وفي **دراسة قامت بها الحديدي (2001)** هدفت التعرف إلى المشكلات التي تواجهها أسر الأطفال المعاقين فكرياً في الأردن، حيث بلغت عينة الدراسة (200) من أمهات الأطفال المعاقين فكرياً الملتحقين بمراكز التربية الخاصة في مدينة عمان، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى الآتي:

1. أن المشكلات الاقتصادية احتلت المرتبة الأولى، يليها المشكلات النفسية، فالمشكلات الاجتماعية.
2. أن كلاً من متغيري درجة الإعاقة وجنس الطفل المعاق كان لهما أثر ذو دلالة إحصائية في حدة المشكلات بأبعادها الثلاث، وأما متغيري عمر الطفل المعاق، وترتيبه بين الأطفال الآخرين في الأسرة فلم يكن لهما أثر دال إحصائياً.
3. إن متغيرات عمر الأم ومستواها التعليمي، والدخل الشهري للأسرة، كان لهما أثر ذو دلالة إحصائية.

وأكدت **دراسة الكاشف (2000)** على أهمية المساندة الاجتماعية للتخفيف من الضغوط النفسية التي تعاني منها أمهات الأطفال المعاقين (سمعياً، وبصرياً، وفكرياً). من خلال التعرف على أنواع تلك الضغوط، وكذلك التعرف على أهم الحاجات الأسرية في أسرة الطفل المعاق وتحديد أكثرها أهمية، وأهم مصادر المساندة الاجتماعية التي تتلقاها الأم، وقد اشتملت عينة الدراسة على (100) أم، تتراوح أعمارهن ما بين (20 – 45) سنة، وقد بينت نتائج الدراسة الآتي:

1. إن أهم الضغوط التي تواجهها الأم هي ضغوط رعاية الطفل المعاق، وهموم مستقبل الطفل، والضغوط المادية.
2. ترتبط احتياجات الأسرة بمصادر الضغط ارتباطاً واضحاً، ثم الحاجات الخاصة بتأمين مستقبل الطفل، ثم الحاجات المعرفية، واحتياجات رعاية الطفل.
3. أهمية المساندة الاجتماعية، التي تتلقاها الأم للتخفيف من حدة الضغوط.
4. لم يؤثر جنس الطفل المعاق على تقليل حدة الضغوط أو احتياجات الأسرة.

2.22.2 الدراسات الأجنبية:

وفي دراسة **بتا باركر (Parkar, 2008)** التي كانت حول أشكال الدعم المقدم لأسر الأطفال المعاقين عقلياً، حيث قامت بالاتصال مع (108) من الأسر التي ولد لها طفل متخلف عقلياً حيث قامت بالتركيز على خاصية واحدة ألا وهي: دعم الأسرة بكل وسائل الدعم، التي تجعل منها المعلم الأول الذي يقوم بفتح قنوات التواصل مع العالم الخارجي، أي تنشئته تنشئة اجتماعية صحيحة بعيداً عن أي انزواء أو إحساس بأية تفرقة بينه وبين أقرانه.

وقد قامت الدراسة بالتعرف أكثر على التفاصيل الدقيقة للمشاكل والحاجات التي تواجه الآباء والأمهات للقيام بتلك المهمة، وبالذات مع الأطفال المعاقين فكرياً ما قبل سن المدرسة، وقد ارتكزت إستراتيجية الباحثة على أربع نقاط أساسية في التعامل مع الآباء والأمهات ألا وهي:

1) على الوالدين أن يختار طريقتها الخاصة طبقاً لشخصيتهما.
2) أن يضعى نصب عينيهما الأمل وان يعملا جاهدين لئلا يفقدا ذلك الأمل.
3) أن يعملا دائماً لبناء علاقات لابنهما مع الآخرين.
4) أن يلتزما بالكفاح للوصول إلى هدفهما المتفق عليه مسبقاً ألا وهو تنشئة الابن المعاق تنشئة اجتماعية بلا تفرقة.

وفي دراسة **إسين وآخرين (Esin et ai. , 2007)** للصعوبات التي تواجهها أسر الأطفال المعاقين على عينة من (103) أسرة لدى كل واحدة منها طفل معاق (شلل دماغي، تأخر عقلي، وتوحد) وكان أعمار الأطفال تتراوح بين (3 – 18) سنة، وتمت الدراسة في مركز عام ومركزين خاصين للتأهيل، وكانت أعمار الأمهات بين (24 – 34) سنة، وتوصلت الدراسة إلى ارتفاع الضغوط لدى أمهات الأطفال المعاقين، حيث عبرت الأمهات عن شعورهن بالحزن الحاد.

واستطلعت دراسة كل من **سيين ويارتسييفر (Sen& Yurtsever, 2007)** آراء مجموعة من الأسر لديها طفل أو أطفال معاقون، من بينهم أطفال معاقون فكرياً، للوقوف على الدعم الذي تحتاجه الأسر، حيث قام الباحثان بعمل استقصاء من خلال استبانه صممت خصيصاً لتلك الحالات، ومن خلال التحليلات الإحصائية للبيانات، أوضحت الدراسة النتائج الآتية:

1) إن معظم تلك الأسر تفتقد إلى المعلومات الكافية عن طبيعة الحالة التي يعاني منها أبنائهم، إضافة إلى الحالة النفسية السيئة التي تعاني منها الأمهات بعد معرفتهن بحالة أبنائهن.
2) في أغلب الأحوال تتأثر الحياة العائلية وعلاقات العمل الخاصة بالأبوين، ومعظم العلاقات الاجتماعية عند قدوم ابن معاق جديد بالعائلة.
3) تتأثر الحالة الاقتصادية تأثراً ملحوظاً طبقاً للنفقات التي تنفق لمواكبة متطلبات ذلك الطفل المعاق، ووضعه في أمثل صورة تحافظ عليه من التفرقة الظاهرية على الأقل.
4) يجب دعم الأسرة بجميع أنواع الدعم مثل توعيتها تثقيفياً بما تعنيه تلك الإعاقة، ودعمها اجتماعياً من خلال شبكات الأمان الاجتماعي التي تعمل على عدم انعزالها اجتماعياً بعد معرفتها بحالة ابنها، وتعميق ثقافة تقبل الإعاقة كحالة طبيعية يحب تقبلها والتعامل معها طبيعياً.

5) دعم الأسرة مادياً من خلال جمعيات ومراكز رعاية الطفل المعاق.
6) التثقيف العام للأسرة الذي يجعل الأم والأب في طليعة مقدمي الخدمة والرعاية للطفل المعاق من قبل الطبيب والممرضة.

كما أكدت دراسة **سوريسى وآخرين (Soresi & et al., 2007)** على دور التثقيف ألمعلوماتي كأحد الحاجات والمتطلبات المهمة لمجابهة حالات الإعاقة الفكرية، للأسر التي من بين أبنائها أطفال معاقين فكرياً، وأثر ذلك على جودة حياة تلك الأسر، وبالتالي انعكاس ذلك على الرعاية المقدمة لابنها المعاق .

حيث قام الباحثان بتتبع وتسجيل ومتابعة تلك الأسر من خلال برنامج بحثي وإحصائي معد لذلك الغرض بداية من قدوم طفلهم إلى الحياة، وحتى التحاقهم بالعديد من الدورات التثقيفية والنقاشية، ورصد حالتهم الأسرية العامة تباعاً. وقد أشارت الدراسة إلى النتائج الآتية:

1. التحاق أي أسرة بالدورات والمقابلات الاستشارية والتثقيفية كان له أثر إيجابي على تلك الأسر.
2. زيادة وعي الأسرة تجاه حالة الإعاقة لابنها، نتيجة التحاقها بالدورات التثقيفية.
3. تحسن جودة الحياة التي تحياها الأسرة، ورضاها عن وضعها العام، نتيجة التحاقها بالدورات التثقيفية.

كذلك أوضحت الدراسة التي قام **بتا أباديا وهافالا بنافار (Havalappanavar& Upadhyay, 2007)** لمقارنة احتياج الأسر ذات العائل الواحد وأسر أخرى كلا الوالدين على قيد الحياة. حيث قاما باختيار عدد (77) أسرة من كلا الفريقين كلاهما لدية طفل معاق فكرياً، وقد قام الباحثان باستخدام مقياس الحاجة والضغوط المعدة من قبل جيريماج (Geyeremagy, 1999) لتطبيقه على دراسات حالات الأطفال المعاقين فكرياً وأسرهم، وذلك لقياس الحاجات، والضغوط الاقتصادية، والاجتماعية، والعاطفية، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن:

1. حاجة كلا النوعين من الأسر إلى الدعم الشامل.
2. حاجة الأسر ذات العائل الواحد إلى الدعم الشامل أعلى من الأسر التي كان كلا الوالدين فيها على قيد الحياة.
3. تفاوت نسب الدعم المقدم إلى الأسر من كلا النوعين حسب ترتيبها الآتي: الدعم العاطفي، ثم الدعم الاجتماعي، والدعم الاقتصادي.

دراسة سندلر، أفيطال، وشاحاك، ويفعات (Avittal, & Shahak, 2006): بعنوان (المعاقون في إسرائيل فرصة للتغيير الاجتماعي)، هدفت الدراسة إلى تشخيص المشاكل والاحتياجات الرئيسية الخاصة بالمعاقين العرب في المجتمع العربي في إسرائيل، وإلى طرح اقتراحات حول الفرص وحول الوسائل الضرورية لإحداث التغيير في المستقل . وقد عمل الباحثان على تلخيص والخروج بمحصلة نهائية من خلال الدراسات الميدانية التي قام بها مهنيون وأصحاب القرار السياسي في هذا الشأن، وممّثلي المعاقين وأهاليهم، حيث اعتمدت الدراسة على سبعة تقارير أجرتها مؤسسات بحث مختلفة في إسرائيل، كذلك العمل دراسة الحالات التي تأتي إلى "وحدة الإعاقات وإعادة التأهيل "في جمعية الجوينت – إسرائيل،حيث بلغ حجم العينة (107) أفراد معاقين، حيث عمل الباحثان على رفع مكانة المعاقين في المجتمع العربي، والاعتراف بحّقهم في الاندماج في جميع مجالات الحياة، وقد أعدّ الباحثان مشروع يساعد المعاقين وأسرهم على الانخراط في المجتمع وانخراط أهاليهم وخاصة الأمهات مع الأسر العادية، وقد كانت أهم خطوات المشروع الموجهة لأمهات المعاقين في مساعدتهم للتغلب على مشاكل المستقبل هي التوجه إلى قسم الخدمات الاجتماعية، ثم إلى مكاتب التشغيل، ووزارة الأمن، وفي النهاية الوصول إلى الاستقلالية في المستقبل.

كما جاء في دراسة **ناتيس وآخرون (Natius et al. , 2006)** للكشف عن الإحساس بالتماسك الأسري والضغوط الو الدية لدى آباء وأمهات أطفال لديهم إعاقات في النمو على عينة من (59) أسرة لدى كل واحدة منها طفل معاق، و (45) أسرة لدى كل واحدة منها طفل عادي في سن ما قبل المدرسة، واستخدم مقياس مؤشر الضغوط الوالدية لابيدين (Abidin,1995)، حيث وجد فروق دالة في الضغوط الوالدية بين آباء وأمهات الأطفال المعاقين وآباء وأمهات الأطفال العاديين لصالح آباء وأمهات الأطفال المعاقين.

كما أوضحت دراسة **جوزميث (Gousmett, 2006)** أنواع وتأثيرات الفروق بين الدعم والحاجات الاجتماعية المقدمة لأسر الأطفال المعاقين فكرياً. حيث استعان الباحث في هذه الدراسة بعدد (22) من الأمهات وعدد (19) حالة إعاقة لتلاميذ معاقين فكرياً، وقام الباحث بقياس مدى المساعدة الاجتماعية التي تقدم من مصادر مختلفة، مستخدماً في ذلك مقياس دعم:

1. حاجة أولياء الأمور إلى مصادر مادية تتمثل في توفير دخل ثابت لتلك الأسر وكذلك الحال للأنثى المعاقة إن أمكن.
2. حاجة أولياء الأمور إلى التوسع في الرعاية للأسرة وأطفالهم المعاقين.
3. حاجة أولياء الأمور إلى الدعم الاجتماعي.

وفي دراسة **هاسل وآخرين (Hassaii, et al. , 2005)** التي تفحص العلاقة بين الإدراك الوالدي، وصفات الطفل، والدعم العائلي، والضغوط الوالدية على عينة من(46) أما لدى كل واحدة منهن طفل مصاب بالإعاقة العقلية ومسجلين في (6) مدارس خاصة تخدم منطقة من الطبقة الوسطى الريفية في جنوب شرق إنجلترا، وكان سن الأمهات في هذه العينة يتراوح بين (21 – 49) سنة، ولقد استخدم الباحثون مؤشر الضغوط الوالدية لابيدين (Abidin, 1995)، حيث أوضح اختبار (ت) أن المتوسط للعينة الحالية كان أعلى بشكل دال مقارنة بالعينة المرجعية، مما يشير إلى أن هؤلاء الأمهات كانت في المتوسط يخبرن أنهم يعشن معدل ضغوط أعلى مقارنة بالعينة المرجعية.

من جهة أخرى أجرى **أروين (Irwin, 2005)** دراسة هدفت إلى تقصي حاجات أولياء أمور التلاميذ ذوي الإعاقة في مرحلة ما قبل المدرسة، وتحديد ما إذا كانت المدرسة تلبي هذه الحاجات أم لا. وقد تم جمع المعلومات المتعلقة بكيفية تقييم أولياء الأمور للمهارات التي يمتلكونها، ومدى فهمهم لأطفالهم، ومدى توفر نظام من الدعم النفسي اللازم لهم، كما تم جمع المعلومات المتعلقة بالمستوى الذي يرغب أن يصل إليه الوالدان من المهارات،ومدى الفهم للأطفال، ونظام الدعم المقدم لهم، كذلك تم تخيير الوالدين بالنسبة للمعلومات وطريقة الدعم المقدمة للأطفال سواء كانت من خلال النماذج المكتوبة، أو طريق المناقشات الجماعية، أو تحسين الاتصال مع الفريق الذي يقوم بدراسة حال الطفل، أو من خلال تخصيص مرشدين خاصين بالوالدين. وتألفت عينة الدراسة من والدي (42) طفلاً. وقد أشارت نتائج الدراسة إلى الآتي:

1. بين أولياء الأمور رغبتهم بتحسين مهاراتهم، ومدى فهمهم لأبنائهم، ونظام الدعم المقدم لهم بالنسبة لمعظم المجالات التي شملتها.
2. حاجة أولياء الأمور إلى دعم عاطفي جماعي من قبل أولياء أمور آخرين.
3. حاجة أولياء الأمور إلى الاتصال مع المدرسة، وتحسين تبادل المعلومات المتوفرة عن البرامج والخدمات المقدمة لأبنائهم، والخطط المستقبلية.

وسعت دراسة **وونغ وآخرين (Wong& et al., 2004)** التعرف إلى أهم حاجات أسر الأطفال ذوي الإعاقة النمائية وذلك في المراحل الأولى من تشخيص إعاقتهم، وتعتبر المقابلة من أهم الأدوات التي استخدمها الباحثون في هذه الدراسة حيث تم خلالها إجراء مقابلات مع (23) أسرة يشكلون عينة الدراسة، وقد تركزت هذه المقابلات على خمسة محاور أساسية هي: الحاجة إلى المعلومات حول التطور النمائي للطفل المعاق، والحاجة إلى تعلم مهارات العناية اليومية، والحاجة إلى تكوين اتجاهات إيجابية من قبل أفراد المجتمع نحو الطفل المعاق وأسرته، والحاجة إلى دعم المجتمع، وقد أظهرت نتائج الدراسة الآتي:

1. الحاجة إلى تعلم مهارات العناية بالطفل.
2. الحاجة إلى معلومات عن خصائص ذوي الإعاقة الفكرية بصفة عامة.
3. الحاجة إلى الدعم المهني والمجتمعي.

وفحصت دراسة كل من **دوفدفني، وأبود (Duvdevany& Abboud, 2003)** العلاقة بين الدعم الاجتماعي، والحاجات النفسية والمادية لدى أمهات الأطفال ذوي الحاجات الخاصة، وقد تكونت عينة الدراسة من (100) أم ممن أطفال ذوي حاجات خاصة منهم (50) إما حصلن على الدعم الاجتماعي، و (50) إما لم يحصلن على أي نوع من الدعم، وقد توصلت نتائج الدراسة إلى:

1. وجود علاقة موجبة بين الدعم الاجتماعي، وتلبية حاجاتهن النفسية والمادية.
2. عدم وجود علاقة دالة بين كل من: المستوى التعليمي للأم ومكان إقامتها، وحاجاتها النفسية والمادية.

كما استهدفت **دراسة لويلين وآخرين (Liewellyn& et al, 2003)** التعرف إلى طبيعة شبكات الدعم، والمساندة الاجتماعية، ونماذجها المطلوبة في أسر لديها أطفال من ذوي الإعاقة الفكرية، ومدى حاجتها لهذه النماذج، وذلك بالبحث في خصائص مجموعات الدعم والتحقق منه كما عملت على تحليل تصورات الأم وأسرتها، وتوقعاتها الخاصة بتلك الشبكات، ونماذجها المختلفة، وذلك في عينة من (25) إما استرالية. وقد أكدت نتائج الدراسة على:

1) حاجة الأمهات إلى الدعم الاجتماعي كمصادر أساسية طبقاً لترتيب الأمهات، والتي تميزت في عدة حالات وهي: أمهات تعيش في صورة علاقات والدية، وأخرى تقيم بمفردها مع أطفالها، وثالثة تقيم مع شريك (رفيق) في الأسرة.
2) حاجة الأمهات إلى مساعدات إضافية وجهات مختلفة للدعم.

تبين من **دراسة بيب سيجيل وآخرين (Pipp Siegel et al., 2002)** بالكشف عن الضغوط الوالدية لدى أمهات الأطفال المعاقين سمعياً ودراسة بعض المتغيرات المرتبطة بالضغوط الوالدية التي تواجهها أمهات المعاقين سمعياً على عينة من (184) أما، وقسمت العينة إلى مجموعتين: (92) أما لدى كل واحدة منهن طفل معاق سمعياً، و(92) أما لدى كل واحدة منهن طفل عادي السمع، تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مجموعة أمهات الأطفال المعاقين سمعياً، ومتوسطات درجات مجموعة أمهات الأطفال عاديي السمع على مقياس الضغوط الوالدية والدرجة الكلية في تجاه أمهات الأطفال المعاقين سمعياً.

كما قام **ليدربيرج وجولباش (Lederberg and GoIbach, 2002)** بقياس الضغوط لدى الأمهات ذوات الأطفال المعاقين سمعياً وذوات الأطفال العاديين، وشملت عينة الدراسة جزءاً من بحث طولي بدأ سنة (1985 حتى 1993)، وتكونت عينة الدراسة النهائية من (46) أما، وقسمت العينة إلى مجموعتين: الأولى مجموعة من (23) أما الأطفال لديهم إعاقة سمعية. والثانية مجموعة من (23) أما الأطفال بدون إعاقة.

كما بينت دراسة **هيدوف، وآخرين (Hedov& et al, 2002)** عما إذا كان الدعم المعلوماتي يلبي حاجات أسر الأطفال ذوي "متلازمة داون" في الحصول على المعلومات، وقد تكونت عينة الدراسة من (86) أسرة سويدية لديها أطفال يعانون من "متلازمة داون"، وقد بينت نتائج الدراسة الآتي:

1) أن (56%) من أفراد العينة لم يحصلوا على الدعم ألمعلوماتي الكافي بعد تشخيص إعاقة أبنائهم.
2) أن (70%) من عينة الدراسة تركزت معظم المعلومات التي حصلوا عليها على الجوانب الصحية السلبية المصاحبة "لمتلازمة داون" وتجاهلت الجوانب الإيجابية لديهم.
3) واستخدمت الباحثتان مقياس الضغوط الوالدية، وأسفرت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مجموعة الأمهات ذوات الأطفال المعاقين سمعياً ومتوسطات درجات مجموعة أمهات الأطفال غير المعاقين على مقياس الضغوط الوالدية، وذلك في اتجاه أمهات الأطفال المعاقين سمعياً.

3.21.2 التعقيب على الدراسات السابقة:

لقد تناولت الدراسات السابقة موضوع الضغوط النفسية التي تتعرض لها الأسرة من عدة جوانب مهمة، كان أهمها على الحاجات المعرفية، والمادية، والاجتماعية، لأولياء أمور التلاميذ ذوي الإعاقة الفكرية، وعلاقتها ببعض المتغيرات ذات العلاقة بخصائص التلميذ المتخلف عقلياً ، كذلك تأثير الطفل المتخلف على الأسرة، وتأثير الأسرة على الطفل المتخلف من الناحية النفسية والاجتماعية، وعملت أيضاً على وضع إستراتيجات تربط بين دور الأسرة ودور المجتمع المحيط بالأسرة، ذلك أن الأسرة والمجتمع شريكين في مجال رعاية الأبناء المعاقين، فهذا يساهم في تخفيف عبء الخوف والقلق جراء وجود طفل معاق عقلياً في الأسرة.

ومن المواضيع المهمة أيضاً تأثير السلوك العدواني للطفل المعاق ذهنياً على الأسرة، وأبعاد سلوك الطفل المعاق ذهنيا وخاصة العدواني منه على الأسرة مستقبلاً، والتأثيرات التي تصيب إخوة

الأشخاص المعاقين، السبل الصحيحة للتعامل معهم مستقبلاً، والتعرف على العلاقة بين أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالقلق والاكتئاب لدى أمهات الأطفال المعاقين عقليا، وكيف يؤدي وجود ابن معاق إلى تأثيرات سلبية عامة على الأسرة والمجتمع.

ومما يلاحظ كذلك تناول الدراسات السابقة إلى مواضيع مثل العلاقة بين الاحتياجات النفسية والاجتماعية لوالدي الطفل المتأخر عقلياً والتوافق الأسري، وكذلك الضغوط الوالدية التي يواجهها آباء وأمهات الأطفال المتأخرين، وكذلك بحثت في الضغوط النفسية التي يعاني منها أسر الأطفال المتأخرين عقلياً، وعلاقتها ببعض المتغيرات، وعلاقتها بالاتجاهات الو الدية نحو الطفل المتأخر عقلياً، والصعوبات التي تواجهها أسر الأطفال المعاقين عقلياً.

وتناولت كذلك الدعم الذي تحتاجه الأسر، وتشخيص المشاكل والاحتياجات الرئيسية الخاصة بالمعاقين، من خلال استطلاع آراء الأسر التي لديها طفل أو أطفال معاقين، و دور التثقيف كأحد الحاجات والمتطلبات المهمة لمجابهة حالات الإعاقة العقلية، و احتياج الأسر ذات العائل الواحد وأسر أخرى كلا الوالدين، وبحثت في التماسك الأسري والضغوط الو الدية لدى آباء وأمهات أطفال لديهم إعاقات عقلية.

وبشكل عام تتميز دراستنا الحالية عن هذه الدراسات، أنها بالإضافة إلى المواضيع السابقة، فقد تناولت موضوع الضغوط النفسية من جوانب أخرى، وعملت على بيان أثر متغيرات لم ترد في الدراسات السابقة، فقد تميزت ببحثها بأثر المستوى التعليمي لدى الوالدين، كذلك بحثها فيما إذا كانت الإعاقة تنتقل بالوراثة أم لا، كذلك عدد الأبناء المعاقين عقلياً، وعدد الأبناء الذكور في الأسرة، وتأثير كل متغير على الضغوط النفسية التي تتعرض لها الأسرة.

ويمكن التعليق على الدراسات السابقة بشكل أكثر موضوعية كما يلي:

المتغيرات: استخدمت الدراسات السابقة مجموعة من المتغيرات، وقد استندت في ذلك على العلاقات بين المتغيرات مع خصائص المعاقين، أو أولياء أسر المعاقين وما يؤثر في هذه العلاقة من الأبعاد الاقتصادية والاجتماعية. وكان أهم هذه المتغيرات العمر، ودرجة الإعاقة (بسيطة أو متوسطة أو شديدة) المستوى التعليمي، والمستوى والاقتصادي، الجنس، والحالة الاجتماعية. وجود أبناء أم لا، ترتيب المعاق في العائلة، جنسه ،نوع الإعاقة، أمراض تؤدي إلى إعاقة عقلية، مثل: شلل دماغي، تأخر عقلي، توحد.

الأدوات: استخدمت الدراسات السابقة العديد من الأدوات، كان أبرزها الاستبيانات من تصميم الباحثين أنفسهم، كذلك استخدمت دراسات أخرى مقياس قلق المستقبل، مقياس مفهوم الذات، مقياس صورة الجسم، مقياس القلق ومقياس بيك للاكتئاب، ومقياس الضغوط الوالدية، ومؤشر الضغوط

الوالدية، وبعض الدراسات استخدمت الاختبارات، وذلك بتقسيم العينة إلى مجموعة ضابطة ومجموعة تجريبية.

النتائج: أبرز النتائج التي توصلت إليها الدراسات فتتلخص فيما يلي:

الضغوط النفسية: أن هناك قلق ضغوط نفسية متعددة عند الأسر التي لديها ابن معاق، ومن ضمن هذه الضغوط النفسية التفكير والقلق في الحاجات المادية وفي الحاجات المعرفية، والحاجات الاجتماعية على، وأن هذه القلق له علاقة مع متغير جنس المعاق ومع الحالة الاجتماعية، فوجود ابن معاق يؤدي إلى نفور الأقارب من الأسرة مما يزيد العزلة الاجتماعية، وهناك مشاعر خوف لدى إخوة وأسرة المعاقين تزداد مع تقدم العمر. كذلك تبيّن أن الوالدين في الأسر ذات المستوى المرتفع أكثر إحساساً بهذه الضغوط، يليهم الأسر ذات المستوى المتوسط، ثم الأسر ذات المستوى دون المتوسط، وأخيراً الأسر ذات المستوى المنخفض، حيث كانت الفروق دالة بين هذه المجموعات وبعضها.

الأسرة والمجتمع: يلعب المجتمع والأسرة معاً دوراً بارزاً في رعاية الأبناء المعاقين، من حيث هناك العزلة الاجتماعية لأسر المعاقين، وخجل الأسرة من سلوكيات الابن المعاق عقلياً. وهناك قلق لدى الأسر من الزيارات المنزلية والمناسبات العائلية، والأماكن العامة،

الأمهات: أما بخصوص النتائج المتعلقة بالأمهات، فتبيّن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تقبل الأمهات لأبنائهن المعاقين أكثر من الأمهات العاديات، كذلك يرجع إلى درجة الإعاقة التي يعاني منها الابن المعاق، كما أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أمهات الأطفال العاديين وأمهات الأطفال غير العاديين في كل من القلق والاكتئاب وأحداث الحياة الضاغطة. وتواجه الأم ضغوط رعاية الطفل المعاق.

المستوى الاقتصادي: يلعب المستوى الاقتصادي دوراً بارزاً من حيث إحداث ضغط نفسي على أسرة الابن المعاق، حيث أظهرت بعض الدراسات أن متغير الدخل الشهري للأسرة، كان له أثر ذو دلالة إحصائية.

الدعم: الحاجة إلى تعلم مهارات العناية بالطفل، والحاجة إلى الدعم المهني والمجتمعي، والحاجة إلى الدعم الصحي. والحاجة إلى الدعم التربوي. والحاجة إلى الدعم النفسي والاجتماعي. وزيادة وعي الأسرة تجاه حالة الإعاقة لابنها، نتيجة التحاقها بالدورات التثقيفية.

نلاحظ أن الدراسات السابقة قد عملت على دراسة الضغوط النفسية التي تتعرض لها الأسر التي لديها ابن أو أبناء معاقين من كافة النواحي، حيث عملت هذه الدراسة على التعرف على المشكلات التي تواجهها أسر الأطفال المعاقين من النواحي الاجتماعية داخل الأسرة وخارجها، من حيث علاقاتها بالمجتمع المحيط بها، وعملت الدراسات على دراسة النواحي الفكرية التي تعاني منها هذه الأسرة، كما في دراسة الحديدي (2001)، أما في دراسة بخش (2007) فقد عمل على دراسة العلاقة بين أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالقلق والاكتئاب لدى عينة من أمهات الأطفال المعاقين. وهدفت بعض الدراسات إلى البحث في العلاقة بين الاحتياجات النفسية والاجتماعية لوالدي الطفل المتأخر عقلياً والتوافق الأسري، كما في دراسة عبد الله (2006)، والحبش (2011).

وعدّة دراسات تناولت الضغوط النفسية التي تتعرض لها الأمهات بشكل خاص دون الآباء، كما في دراسات ليدربيرج وجولباش (2002)، ودراسة بيب سيجيل وآخرون (2002)،

كذلك فقد تناولت عدّة دراسات أثر بعض من المتغيرات على الضغوط التي يواجهها آباء المعاقين، كما في دراسة عبد المعطي (2006)، سواء كان الابن المعاق تلميذ في مدرسة كما في دراسة الحازمي (2009)، أو أبناء موجودين في المراكز الصحية أو المستشفيات، أو في مؤسسات التربية الخاصة، كما في دراسة العبدي (2007)، أما في دراسة بيومي (2003) فقد عمل دراسة الضغوط النفسية التي تعاني منها أسر الأطفال المعاقين عقلياً، وعلاقتها ببعض المتغيرات. ودراسة هاسل وآخرون (2005).

هدفت الدراسة إلى تشخيص المشاكل والاحتياجات الرئيسية الخاصة بأسر المعاقين، مثل دراسة نايتس وآخرون (2006) الذي عمل على دراسة فقدان التماسك الأسري والإحساس به عند هذه الأسر، وعمل هيدوف (2002) على فحص ما إذا كان الدعم المعلوماتي يلبي حاجات أسر الأطفال المعاقين، أما دراسة دوفدفني، وأبود (2003) فبحثت في العلاقة بين الدعم الاجتماعي، والحاجات النفسية والمادية لدى أمهات الأطفال المعاقين.

نلاحظ أن الدراسات السابقة عملت على دراسة الضغوط النفسية التي يعاني منها أسر ذوي الإعاقة العقلية في الكثير من الجوانب، وفي دراستنا هذه سنعمل على دراسة الضغوط النفسية من الأعراض النفسية والعضوية، والمشكلات المعرفية والنفسية والمشكلات الأسرية والاجتماعية التي تعاني منها أسرة ذوي المعاقين، ودراسة القلق على مستقبل الطفل، والمشكلات التي يواجهها الابن العاق مثل مشكلات الأداء الاستقلالي، وعدم القدرة على تحمل أعباء الطفل، وما يرافق ذلك من مشاعر اليأس والإحباط لدى أسرة الابن المعاق.

الفصل الثالث
الطريقة والإجراءات

الطريقة والإجراءات:

قامت الباحثة في هذا الفصل من الدراسة بتناول عرضاً للخطوات والمراحل وفقا للمنهج العلمي، من خلال تحديد مجتمع الدراسة وعينته، والأدوات المستخدمة ومتغيرات الدراسة المستقلة، وإجراءات التحقق من صدق الأداة وثباتها، والوسائل الإحصائية المستخدمة في معالجة البيانات المتعلقة باستجابة أفراد العينة على أسئلة الدراسة واختبار فرضياتها.

3 . 1 منهج الدراسة

لتحقيق الأهداف المرجوة من هذه الدراسة، اتبعت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي وهو المنهج الذي يهدف إلى وصف خصائص الظاهرة وجمع بيانات عنها، فقد تم استخدام هذا المنهج لأنه يلاءم طبيعة وأهداف الدراسة، معتمداً على أسلوب الدراسة الميدانية في جمع المعلومات، ليفي بأغراضها ويحقق أهدافها واختبار صحة فرضياتها وتفسير نتائجها.

3 . 2 مجتمع الدراسة

تكوّن مجتمع الدراسة من والدي الأطفال من ذوي التخلف العقلي، والمسجلين في المدارس الخاصة لذوي الإعاقة العقلية، ويبلغ عدد الأشخاص من ذوي الاحتياجات الخاصة في مدينة القدس وحسب المعطيات من قبل مكتب التأهيل لذوي الاحتياجات الخاصة (1470).

3 . 3 عينة الدراسة

قامت الباحثة باختيار عينة الدراسة عن طريق العينة الطبقية من مجتمع الدراسة، وبلغ حجمها (118) فرداً، بحيث يراعى بأن تشمل أسر لديها ابن معاق عقلياً، ويكون لديها أبناء آخرين عدا عن المتخلف، وقد تمّ اختيار ثلاث مدارس لذوي التخلف العقلي بالإضافة إلى مؤسسة لذوي التخلف العقلي ، وتمّ توزيع (250) استمارة على كل من المدارس المختصة بذوي التخلف العقلي وهي :

1- مدرسة الزهراء لذوي المتخلفين عقليا، وقد تم توزيع (50) استمارة على أهالي الأطفال المتخلفين عقلياً .

2- مدرسة البكرية لذوي المتخلفين عقلياً، وقد تم توزيع (60) استمارة على أهالي المتخلفين عقلياً.

3- مدرسة السلام لذوي المتخلفين عقلياً ، وقد تم توزيع (100) استماره على أهالي الأطفال المتخلفين عقليا .

4- مؤسسة رند لذوي المتخلفين عقلياً، وقد تم توزيع (40) استمارة فيها على أهالي المتخلفين عقلياً.

3 . 4 وصف عينة الدراسة

جدول (1.3): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيرات الدراسة.

المتغير	المتغير	العدد	النسبة المئوية
الجنس	ذكر	52	44.1
	أنثى	66	55.9
المستوى التعليمي	اعدادي أقل	30	25.4
	ثانوي	33	28.0
	توجيهي	27	22.9
	دبلوم فما فوق	28	23.7
العمر	20-40	63	53.4
	41 فما فوق	55	46.6
وجود صلة قرابة	نعم	59	50.0
	لا	59	50.0
صلة القرابة	لا يوجد	59	50.0
	الدرجة الأولى	37	31.3
	الدرجة الثانية	16	13.6
	الدرجة الثالثة	6	5.1

عدد الأطفال الذكور	3-1	85	72.0
	4 فما فوق	26	22.0
عدد الأطفال الإناث	3-1	88	74.6
	4 فما فوق	20	16.9
عدد الأطفال المتخلفين في الأسرة	1	86	72.9
	2 فما فوق	32	27.1
نوع الإعاقة	تخلف عقلي بسيط*	34	28.8
	تخلف عقلي متوسط*	45	38.1
	تخلف عقلي شديد*	32	27.1
وجود أمراض وراثية	نعم	26	22.0
	لا	92	78.0
ما هو نوع المرض	لا يوجد أمراض	92	78.0

يبين الجدول (1.3) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس معبئ الاستمارة، ويظهر أن (44.1%) لكل من الذكور والأب، ونسبة (55.9%) لكل من الإناث والأم. ويبين الجدول توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي، ويظهر أن نسبة (25.4%) للإعدادي فأقل، ونسبة (28%) للثانوي، ونسبة (22.9%) للتوجيهي، ونسبة (23.7%) للدبلوم فما فوق. ويظهر متغير العمر أن نسبة (53.4%) من (20-40)، في حين كانت نسبة (46.6%) من (41) فما فوق. ويبين متغير وجود صلة قرابة أن نسبة (50%) لنعم، ونسبة (50%) للا، وان نوع صلة القرابة من الدرجة الأولى كانت نسبتها (31.3%) ونسبة (13.6%) من الدرجة الثانية ونسبة (5.1%) من الدرجة الثالثة. ويبين الجدول توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير عدد الأطفال الذكور، ويظهر أن نسبة (72%) من (1-3)، ونسبة (22%) لـ (4) فما فوق. ويبين أيضاً متغير عدد الأطفال الإناث، ويظهر أن ونسبة (74.6%) من (1-3)، ونسبة (16.9%) لـ (4) فما فوق. ويبين متغير عدد الأطفال المعاقين في الأسرة أن نسبة (72.9%) لطفل واحد، ونسبة (27.1%) لطفلين فما فوق. ويبين متغير نوع الإعاقة أن نسبة (28.8%) تخلف عقلي بسيط، ونسبة (38.1%) تخلف عقلي متوسط، ونسبة (27.1%) تخلف عقلي شديد. ويبين متغير وجود أمراض

وراثية أن نسبة (22%) لنعم، ونسبة (78%) لِلا. ويظهر أن نسبة (11.9%) لأمراض منقولة، ونسبة (10.2%) لأمراض غير منقولة.

5.3 أداة الدراسة:

تمّ استخدام مقياس الضغوط النفسية الموجود في الحازمي (2009)، وهي من إعداد عبد الغني، خالد (2008)، وتمّ تقسيمه إلى سبعة محاور هي 1- الأعراض النفسية والعضوية، 2-المشكلات المعرفية والنفسية، 3- المشكلات الأسرية والاجتماعية، 4- القلق على مستقبل الطفل، 5- مشكلات الأداء الاستقلالي، 6- عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل، 7 – مشاعر اليأس والإحباط. وقد تكون من 68 فقرة.

6.3 صدق الأداة

قامت الباحثة بالاستعانة بمقياس الضغوط بصورته المعدلة، ومن ثم تم التحقق من صدق أداة الدراسة بعرضها على المشرف، وعدد من أساتذة الجامعات في مختلف انحاء فلسطين. والذي أبدو بعض الملاحظات حولها مشكورين ، وتمّ تعديل بعض الفقرات بناء على توجيهاتهم، ووفق هذه الملاحظات تم إخراج المقياس بصورته النهائية (أسماء المحكمين ، ملحق رقم 1) .

من ناحية أخرى تم التحقق من صدق الأداة أيضاً بحساب معامل الارتباط بيرسون لفقرات الاستبانة مع الدرجة الكلية للأداة لكل مقياس، واتضح وجود دلالة إحصائية في جميع فقرات الاستبانة ويدل على أن هناك اتساق داخلي بين الفقرات. والجدول التالي يبين ذلك:

جدول (2.3): نتائج معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) لمصفوفة ارتباط فقرات أبعاد القلق والخوف من المستقبل في ظل وجود معاق في منطقة القدس

الرقم	قيمة R	الدالة الإحصائية	الرقم	قيمة R	الدالة الإحصائية	الرقم	قيمة R	الدالة الإحصائية
1	0.625**	0.001	24	0.652**	0.001	47	0.574**	0.001
2	0.570**	0.001	25	0.638**	0.001	48	0.567**	0.001
3	0.651**	0.001	26	0.556**	0.001	49	0.589**	0.001
4	0.507**	0.001	27	0.665**	0.001	50	0.712**	0.001
5	0.628**	0.001	28	0.644**	0.001	51	0.669**	0.001
6	0.539**	0.001	29	0.585**	0.001	52	0.680**	0.001
7	0.519**	0.001	30	0.535**	0.001	53	0.420**	0.001
8	0.576**	0.001	31	0.677**	0.001	54	0.456**	0.001
9	0.560**	0.001	32	0.673**	0.001	55	0.494**	0.001
10	0.611**	0.001	33	0.550**	0.001	56	0.316**	0.001
11	0.640**	0.001	34	0.547**	0.001	57	0.487**	0.001
12	0.669**	0.001	35	0.634**	0.001	58	0.622**	0.001
13	0.641**	0.001	36	0.604**	0.001	59	0.479**	0.001
14	0.654**	0.001	37	0.539**	0.001	60	0.505**	0.001
15	0.521**	0.001	38	0.644**	0.001	61	0.379**	0.001
16	0.584**	0.001	39	0.576**	0.001	62	0.523**	0.001
17	0.544**	0.001	40	0.599**	0.001	63	0.495**	0.001
18	0.711**	0.001	41	0.567**	0.001	64	0.400**	0.001
19	0.565**	0.001	42	0.655**	0.001	65	0.388**	0.001
20	0.509**	0.001	43	0.640**	0.001	66	0.436**	0.001
21	0.718**	0.001	44	0.644**	0.001	67	0.406**	0.001
22	0.703**	0.001	45	0.591**	0.001	68	0.453**	0.001
23	0.662**	0.001	46	0.374**	0.001			

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

3. 7 ثبات الدراسة

قامت الباحثة من التحقق من ثبات الأداة، من خلال حساب ثبات الدرجة الكلية لمعامل الثبات، لأداة الدراسة حسب معادلة الثبات كرونباخ ألفا، وكانت الدرجة الكلية (0.969). وقد حصل بعد الأعراض النفسية والعضوية على أعلى ثبات (0.925)، يليه بعد مشكلات الأداء الاستقلالي (0.892)، يليه بعد المشكلات الأسرية والاجتماعية (0.886)، يليه بعد مشاعر اليأس والإحباط (0.852)، ومن ثم بعد المشكلات المعرفية والنفسية(0.839)، ومن ثم بعد عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل(0.754)، ومن ثم بعد القلق على مستقبل الطفل (0.707).

جدول (3.3): نتائج قيمة كرونباخ ألفا لأبعاد المقياس والدرجة الكلية

الرقم	الأبعاد	قيمة كرونباخ ألفا
1	الأعراض النفسية والعضوية	0.925
2	المشكلات المعرفية والنفسية	0.839
3	المشكلات الأسرية والاجتماعية	0.886
4	القلق على مستقبل الطفل	0.707
5	مشكلات الأداء الاستقلالي	0.892
6	عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل	0.754
7	مشاعر اليأس والإحباط	0.852
	الدرجة الكلية	**0.969**

3 . 7 إجراءات الدراسة

1. من أجل تنفيذ الدراسة قامت الباحثة بإجراءات الدراسة وفق الخطوات الآتية:
2. التأكد من صدق وثبات أداة الدراسة.
3. مخاطبة مدارس ذوي المتخلفين عقليا ، من أجل جمع المعلومات، التي تسهل الوصول للمبحوثين، وكذلك السماح للباحثة بتوزيع الاستبانة عليهم.
4. قامت الباحثة بتوزيع الاستبيانات وجمعها بنفسها، وبمساعدة فريق من العاملين في المدارس والمؤسسات .
5. بلغت حصيلة الاستبيانات المسترجعة (118) استمارة من (250) استمارة تم توزيعها.
6. تبويب البيانات وترميزها وإدخالها على الحاسوب.
7. عولجت البيانات إحصائيًا.

3 . 8 المعالجة الإحصائية

بعد جمع الاستبيانات والتأكد من صلاحيتها للتحليل تم ترميزها (إعطائها أرقاما معينة)، وذلك تمهيدا لإدخال بياناتها إلى جهاز الحاسوب الآلي لإجراء المعالجات الإحصائية المناسبة، وتحليل البيانات وفقا لأسئلة الدراسة بيانات الدراسة، وقد تمت المعالجة الإحصائية للبيانات باستخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل فقرة من فقرات الاستبانة، واختبار (ت) (t- test)، واختبار التباين الأحادي (One Way ANOVA)، ومعامل ارتباط بيرسون، ومعادلة الثبات كرونباخ ألفا (Cronbach Alpha)، وذلك باستخدام الرزم الإحصائية (SPSS) (Statistical Package For Social Sciences).

الفصل الرابع

نتائج الدراسة

نتائج الدراسة

1 . 4 تمهيد

تضمن هذا الفصل عرضا لنتائج الدراسة، التي توصلت إليها الباحثة عن موضوع الدراسة، وهو الصغوط النفسية التي تعاني منها أسر ذوي المتخلفين عقلياً في منطقة القدس، وبيان أثر كل من المتغيرات من خلال استجابة أفراد العينة لأداة الدراسة، وتحليل البيانات الإحصائية التي تم الحصول عليها. وحتى يتم تحديد درجة متوسطات استجابة أفراد عينة الدراسة تم اعتماد الدرجات التالية:

الجدول (1.4): درجة الفقرات حسب المتوسط الحسابي

الدرجة	مدى متوسطها الحسابي
منخفضة	2.33 فأقل
متوسطة	3.67-2.34
عالية	3.68 فأعلى

وقد تم اعتماد هذا التقسيم لكي تتماشى الدرجات الثلاث (منخفضة، متوسطة، عالية) مع مقياس ليكريت الخماسي (موافق بشدة، موافق، محايد، لا أوافق،لا أوافق بشدة)، والوسط الحسابي بينهم يكون (4)، وعند تقسيم (4) على (3) يكون الناتج (1.3)، فيتم جمع (1 + 1.3) يكون (2.3) ونستمر بإضافة (1) حتى نصل لأقرب رقم من (5).

4 . 2 نتائج أسئلة الدراسة:

1.2.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الأول:

ما مستوى الضغوط النفسية لدى أسر المتخلفين عقلياً في منطقة القدس الشريف؟

للإجابة عن هذا السؤال قامت الباحثة بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على فقرات الاستبانة التي تعبر عن درجة أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس.

جدول (2.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لأبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس

تسلسي	الرقم في الاستبانة	الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
1-	56	أحرص على توفير الحماية الزائدة لابني.	4.26	0.871	عالية
2-	61	أشعر بالقلق عندما أقصر في رعاية ابني.	4.22	0.980	عالية
3-	57	يؤلمني الشعور أن ابني سيبقى كل حياته معوقاً.	4.19	1.139	عالية
4-	65	ينزعج ابني عندما يشعر بعدم اهتمامي به.	4.13	1.000	عالية
5-	59	أشعر بأن ابني لا يمتلك القدرة على إدارة مهامه اليومية بشكل مستقل.	4.04	1.112	عالية
6-	54	أشعر بالقلق حينما أفكر في مصير ابني عندما يكبر	4.04	1.150	عالية
7-	55	أشعر بالإحباط حينما أدرك أن ابني لن يعيش حياة طبيعية	4.01	1.151	عالية
8-	60	أعتقد أن أسرتي تؤدي مهام تفوق المهام التي تقوم بها الأسرة العادية.	3.94	1.104	عالية
9-	53	أشعر بالحزن الشديد عندما أفكر في حالة ابني.	3.91	1.125	عالية
10-	46	أعتقد أن ابني يحتاج إلى توجيه مستمرة.	3.90	1.150	عالية
11-	66	لا يستطيع ابني الاعتماد على نفسه في ارتداء ملابسه.	3.86	1.280	عالية
12-	67	لا يستطيع ابني استخدام الحمام بنفسه.	3.86	1.326	عالية
13-	62	أشعر أن إنجازات ابني أقل بكثير مما هو متوقع منه.	3.84	1.046	عالية

14-	64	أشعر بالأسى من الصورة المشوهة التي تقدمها وسائل الإعلام عن المعوقين.	3.78	1.341	عالية
15-	36	يصعب على ابني تركيز الانتباه لفترة طويلة.	3.72	1.124	عالية
16-	63	أتمنى لو كان وجود ابني المعاق مجرد حلم مزعج سوف أفيق منه.	3.69	1.466	عالية
17-	58	أشعر بخيبة الأمل تجاه أسلوب حياة ابني المعاق.	3.58	1.310	متوسطة
18-	68	يجد ابني صعوبة في التعرف على عنوان المنزل.	3.57	1.459	متوسطة
19-	30	يؤلمني أن ابني لن يكون ذو اندماج طبيعياً لأسرتي.	3.50	1.454	متوسطة
20-	43	لا يستطيع ابني التعبير عن مشاعره.	3.44	1.291	متوسطة
21-	37	أشعر أن ابني يفتقد الدافعية للتعلم.	3.42	1.222	متوسطة
22-	35	يواجه ابني صعوبة كبيرة في الفهم.	3.41	1.249	متوسطة
23-	40	يصعب على ابني التعامل مع أقرانه.	3.35	1.208	متوسطة
24-	38	أشعر أن ابني لا يثق بنفسه.	3.34	1.282	متوسطة
25-	42	يقلقني عدم القدرة على ضبط سلوك ابني المعوق.	3.30	1.379	متوسطة
26-	4	أحزن لأبسط الأسباب.	3.28	1.240	متوسطة
27-	48	لا يمكنني زيارة أصدقائي وقتما أشاء.	3.27	1.369	متوسطة
28-	45	يقلقني أن ابني يخاف من كل شيء.	3.26	1.277	متوسطة
29-	9	لا أستطيع التحكم في أعصابي وأثور لأبسط الأسباب.	3.25	1.302	متوسطة
30-	39	اشعر بالإحراج لممارسة ابني سلوكيات غير مهذبة.	3.23	1.355	متوسطة
31-	10	ألوم نفسي بشدة على أبسط الأشياء.	3.19	1.283	متوسطة
32-	2	أشعر بالتعب عقب أي نشاط ولو بسيط.	3.13	1.278	متوسطة
33-	15	أشعر بآلام في مفاصلي دون سبب واضح.	3.06	1.373	متوسطة
34-	1	أشعر بعدم الرغبة في النشاط.	3.04	1.290	متوسطة
35-	41	يصعب على ابني التكيف مع أفراد الأسرة.	3.04	1.355	متوسطة
36-	18	أشعر بالقلق معظم الوقت دون مبرر.	2.99	1.304	متوسطة

37-	3	أعاني من الأرق وصعوبة النوم.	2.97	1.297	متوسطة
38-	47	أشعر بالتوتر حينما أصطحب ابني إلى الأماكن العامة.	2.96	1.487	متوسطة
39-	16	يصعب علي تذكر الأشياء ولو البسيطة.	2.92	1.271	متوسطة
40-	49	يتخلى أفراد أسرتي عن كثير من الضروريات بسبب وجود طفل معوق فيها.	2.91	1.314	متوسطة
41-	8	أعاني من الصداع دون سبب واضح.	2.90	1.361	متوسطة
42-	5	لا أشعر بأي متعة في حياتي.	2.88	1.282	متوسطة
43-	14	أشعر بالإحباط في الحياة.	2.86	1.404	متوسطة
44-	44	يصعب علي التعامل مع ابني المعوق.	2.78	1.397	متوسطة
45-	33	أعتقد أنه لا جدوى من محاولة تعليم ابني ولو مهنة بسيطة.	2.77	1.386	متوسطة
46-	34	يؤلمني إحجام الناس عن الزواج من أسرتنا بسبب ابننا المعوق.	2.73	1.344	متوسطة
47-	23	أشعر أن الآخرين ينظرون إلي نظرة دونية بسبب ابني المعوق.	2.69	1.330	متوسطة
48-	52	أعتقد أن ابني سوف يمثل مشكلة دائمة للأسرة.	2.64	1.311	متوسطة
49-	7	أتعرض لاضطرابات في دقات القلب دون سبب واضح.	2.64	1.317	متوسطة
50-	50	أتجنب الحديث مع الآخرين عن ابني المعوق.	2.61	1.275	متوسطة
51-	6	أشعر بضيق في التنفس دون سبب واضح.	2.59	1.256	متوسطة
52-	13	أشعر بالضيق في وجوه الآخرين.	2.59	1.262	متوسطة
53-	32	أشعر أن وضع الأسرة الاجتماعي سوف يعاني كثيراً بسبب وجود فرد معوق فيها.	2.59	1.322	متوسطة
54-	11	يصعب عليّ اتخاذ أي قرار ولو بسيط.	2.58	1.236	متوسطة
55-	12	أشعر بفقدان الشهية وعدم الرغبة في تناول الطعام.	2.58	1.270	متوسطة
56-	17	أعاني من اضطرابات في الهضم.	2.58	1.316	متوسطة
57-	19	أعاني من ألم مستمر بمعدتي يفقدني الاستمتاع بتذوق الطعام	2.58	1.329	متوسطة
58-	29	تزعجني كثرة التعليمات التي يتعين إعطاؤها لابني.	2.57	1.304	متوسطة
59-	51	أشعر أحياناً بالحرج بسبب ابني المعوق.	2.52	1.338	متوسطة

60-	24	أشعر أن أقاربي يحاولون تجنب التعامل مع أسرتي بسبب ابني المعوق.	2.51	1.312	متوسطة
61-	27	إن اصطحاب ابني إلى الخارج خلال العطلة يفسد عليّ متعتي.	2.51	1.388	متوسطة
62-	20	أعاني من اضطرابات في الأمعاء تسبب لي الإمساك .	2.49	1.266	متوسطة
63-	31	ينتابني الشعور بأنني سبب إعاقة ابني.	2.31	1.388	منخفضة
64-	28	أشعر أن كل ما نفعله ما ابننا يعد جهداً ضائعاً.	2.29	1.366	منخفضة
65-	21	أشعر أن أسرتي مهددة بالانهيار بسبب ابني المعوق.	2.28	1.339	منخفضة
66-	22	أشعر أن حياتي قد تحطمت بسبب وجود ابني المعوق.	2.26	1.355	منخفضة
67-	26	وجود طفل معاق في أسرتي يعد كارثة كبيره لي	2.25	1.463	منخفضة
68-	25	أشعر أن أصدقائي قد تخلو عني بسبب ابني المعوق.	2.15	1.203	منخفضة
		المستوى الكلي	**3.126**	**0.735**	**متوسطة**

يلاحظ من الجدول (2.4) الذي يعبر عن المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على درجة أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس أن المتوسط الحسابي للدرجة الكلية (3.12) وانحراف معياري (0.735) وهذا يدل على أن درجة أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس جاءت بدرجة متوسطة.

كما وتشير النتائج في الجدول رقم (1.4) أن (16) فقرة جاءت بدرجة عالية، و(46) فقرة جاءت بدرجة متوسطة، و(6) فقرات بدرجة منخفضة. وحصلت الفقرة " أحرص على توفير الحماية الزائدة لابني" على أعلى متوسط حسابي (4.26)، يليها فقرة " أشعر بالقلق عندما أقصر في رعاية ابني" بمتوسط حسابي (4.22). وحصلت الفقرة "أشعر أن أصدقائي قد تخلو عني بسبب ابني المعوق " على أقل متوسط حسابي (2.15)، يليها فقرة " وجود طفل معاق في أسرتي يعد كارثة كبيره لي" بمتوسط حسابي (2.25).

وقامت الباحثة بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لأبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن متخلف عقلياً فيها في منطقة القدس؛ فكانت كما هو مبين في الجدول الآتي :

جدول (3.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لأبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس

الرقم	الأبعاد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى
7	مشاعر اليأس والإحباط	3.5153	0.826	متوسطة
5	مشكلات الأداء الاستقلالي	3.4752	0.810	متوسطة
4	القلق على مستقبل الطفل	3.2218	0.835	متوسطة
6	عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل	3.1723	0.857	متوسطة
2	المشكلات المعرفية والنفسية	3.0028	0.834	متوسطة
1	الأعراض النفسية والعضوية	2.8281	0.931	متوسطة
3	المشكلات الأسرية والاجتماعية	2.6403	0.970	متوسطة
	المستوى الكلي	3.123	0.735	**متوسطة**

ويلاحظ من الجدول (3.4) الذي يعبر عن المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس أن المتوسط الحسابي للدرجة الكلية (3.123) وانحراف معياري (0.735)،وقد حصل بعد مشاعر اليأس والإحباط على أعلى متوسط حسابي يليها مشكلات الأداء الاستقلالي ومن ثم القلق على مستقبل الطفل يليها عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل يليها المشكلات المعرفية والنفسية يليها بعد الأعراض النفسية والعضوية ومن ثم بعد المشكلات الأسرية والاجتماعية، وكلها جاءت بدرجة متوسطة.

3.2.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني:

هل توجد فروق دالة إحصائياً في مستوى الضغوط النفسية لدى أسرة المتخلف عقلياً في منطقة القدس الشريف تبعاً لمتغيرات الدراسة ؟

وللإجابة عن هذا السؤال تم تحويله إلى الفرضيات التالية:

نتائج الفرضية الأولى:

لا توجد فروق ذات دلاله إحصائية عند مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$)في مستوى الضغوط النفسية لدى أسرة المتخلفين عقلياً في منطقة القدس الشريف يُعزى لمتغير الجنس.

ولفحص الفرضية الصفرية الأولى تم حساب نتائج اختبار "ت" والمتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على درجة أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير الجنس.

جدول (4.4): نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة لاستجابة أفراد العينة لدرجة أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير الجنس

المجال	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة"ت" المحسوبة	مستوى الدلالة
الأعراض النفسية والعضوية	ذكر	52	02.80	0.952	0.239	0.812
	أنثى	66	72.84	0.920		
المشكلات المعرفية والنفسية	ذكر	52	2.987	0.833	0.180	0.857
	أنثى	66	3.015	0.840		
المشكلات الأسرية والاجتماعية	ذكر	52	2.707	0.981	0.664	0.508
	أنثى	66	82.58	0.964		
القلق على مستقبل الطفل	ذكر	52	43.16	0.775	0.671	0.503
	أنثى	66	83.26	0.883		
مشكلات الأداء الاستقلالي	ذكر	52	53.48	0.779	0.115	0.909
	أنثى	66	83.46	0.840		

عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل	ذكر	52	3.125	0.866	0.531	0.596
	أنثى	66	103.2	0.854		
مشاعر اليأس والإحباط	ذكر	52	13.48	0.817	0.401	0.689
	أنثى	66	3.542	0.839		
الدرجة الكلية	ذكر	52	3.115	0.734	0.135	0.893
	أنثى	66	43.13	0.742		

ومن خلال الجدول السابق الذي تضمن عدة مجالات وهي :

- الأعراض النفسيه والعضوية.
- المشكلات النفسيه والمعرفية.
- المشكلات الأسريه والإجتماعية
- القلق على مستقبل الابن.
- مشكلات الأداء الاستقلالي.
- عدم القدرة على تحمل أعباء الابن.
- مشاعر اليأس والإحباط.

حيث إن الإجابات كانت موزعه ما بين الذكور (52)، والإناث (66)، وقد تم حساب المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري وقيمة "ت"، وكذلك حساب مستوى الدلاله لكل مجال من هذه المجالات.

وقد تبين من خلال الجدول السابق أن قيمة "ت" للدرجة الكلية (0.135)، ومستوى الدلالة (0.893)، أي أنه لا توجد فروق في درجة أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن متخلف عقلياً فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير الجنس، وكذلك لكل الأبعاد، وبذلك يتم قبول الفرضيه الصفرية الأولى.

نتائج الفرضية الثانية:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة($\alpha \leq 0.05$) في مستوى الأبعاد النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن متخلف عقلياً فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير المستوى التعليمي.

ولفحص الفرضية الصفرية الثانية تم حساب المتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على درجة أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن متخلف عقلياً فيها في منطقة القــدس يعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى والدي الابن المتخلف عقلياً .

جدول (5.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة في متوسطات درجة أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير المستوى التعليمي

المجال	المستوى التعليمي	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الأعراض النفسية والعضوية	إعدادي فأقل	30	92.97	0.708
	ثانوي	33	32.85	1.018
	توجيهي	27	2.661	0.896
	دبلوم فما فوق	28	92.79	1.077
المشكلات المعرفية والنفسية	إعدادي فأقل	30	93.11	0.771
	ثانوي	33	3.047	0.838
	توجيهي	27	2.786	0.899
	دبلوم فما فوق	28	63.03	0.835
المشكلات الأسرية والاجتماعية	إعدادي فأقل	30	92.68	1.035
	ثانوي	33	2.710	0.933
	توجيهي	27	102.4	1.0264
	دبلوم فما فوق	28	12.65	0.92108
القلق على مستقبل الطفل	إعدادي فأقل	30	3.294	0.801
	ثانوي	33	3.141	0.899
	توجيهي	27	33.17	0.786
	دبلوم فما فوق	28	33.28	0.874

مشكلات الأداء الاستقلالي	اعدادي فأقل	30	3.526	0.8141
	ثانوي	33	63.44	0.800
	توجيهي	27	3.492	0.746
	دبلوم فما فوق	28	93.43	0.9129
عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل	اعدادي فأقل	30	3.350	0.875
	ثانوي	33	3.035	0.857
	توجيهي	27	53.10	0.735
	دبلوم فما فوق	28	3.208	0.950
مشاعر اليأس والإحباط	اعدادي فأقل	30	3.640	0.819
	ثانوي	33	3.418	0.879
	توجيهي	27	3.522	0.772
	دبلوم فما فوق	28	103.4	0.849
الدرجة الكلية	إعدادي فأقل	30	303.2	0.683
	ثانوي	33	73.10	0.775
	توجيهي	27	3.037	0.710
	دبلوم فما فوق	28	33.12	0.772

يلاحظ من الجدول رقم (5.4) عدم وجود فروق ظاهره في درجة أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير المستوى التعليمي، ولمعرفة دلالة الفروق تم استخدام تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) كما يظهر في الجدول التالي:

جدول(6.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في درجة أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير المستوى التعليمي

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
الأعراض النفسية والعضوية	بين المجموعات	1.475	3	0.492	0.561	0.642
	داخل المجموعات	99.854	114	0.876		
	المجموع	101.329	117			
المشكلات المعرفية والنفسية	بين المجموعات	1.766	3	0.589	0.844	0.473
	داخل المجموعات	79.554	114	0.698		
	المجموع	81.320	117			
المشكلات الأسرية والاجتماعية	بين المجموعات	0.849	3	0.283	0.295	0.829
	داخل المجموعات	109.193	114	0.958		
	المجموع	110.041	117			
القلق على مستقبل الطفل	بين المجموعات	0.551	3	0.184	0.258	0.855
	داخل المجموعات	81.064	114	0.711		
	المجموع	81.614	117			
مشكلات الأداء الاستقلالي	بين المجموعات	0.151	3	0.050	0.075	0.973
	داخل المجموعات	76.700	114	0.673		
	المجموع	76.851	117			
عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل	بين المجموعات	1.725	3	0.575	0.779	0.508
	داخل المجموعات	84.104	114	0.738		
	المجموع	85.830	117			
مشاعر اليأس والإحباط	بين المجموعات	0.798	3	0.266	0.383	0.765
	داخل المجموعات	79.095	114	0.694		
	المجموع	79.893	117			
الدرجة الكلية	بين المجموعات	0.547	3	0.182	0.332	0.802
	داخل المجموعات	62.709	114	0.550		
	المجموع	**63.257**	**117**			

يلاحظ أن قيمة ف للدرجة الكلية (0.332) ومستوى الدلالة (0.802) وهي أكبر من مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.05$)، أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً في درجة أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير المستوى التعليمي، وكذلك لكل الأبعاد وبذلك تقبل الفرضية .

نتائج الفرضية الثالثة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.05$) في مستوى أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن متخلف عقلياً فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير العمر.

ولفحص الفرضية الصفرية الثالثة تم حساب نتائج اختبار "ت" والمتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على درجة أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير العمر.

جدول (7.4): نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة لاستجابة أفراد العينة لدرجة أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير العمر

المجال	العمر	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجات الحرية	قيمة"t"	مستوى الدلالة
الأعراض النفسية والعضوية	20-40	63	52.82	0.877	116	0.033	0.973
	41 فما فوق	55	2.831	0.997			
المشكلات المعرفية والنفسية	20-40	63	2.988	0.826	116	0.211	0.833
	41 فما فوق	55	3.020	0.849			
المشكلات الأسرية والاجتماعية	20-40	63	2.603	0.910	116	0.444	0.658
	41 فما فوق	55	2.683	1.0413			
القلق على مستقبل الطفل	20-40	63	3.217	0.786	116	0.067	0.947
	41 فما فوق	55	3.227	0.895			
مشكلات الأداء الاستقلالي	20-40	63	3.448	0.788	116	0.391	0.697
	41 فما فوق	55	3.507	0.841			
عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل	20-40	63	3.138	0.794	116	0.470	0.639
	41 فما فوق	55	3.212	0.928			
مشاعر اليأس والإحباط	20-40	63	3.548	0.824	116	0.454	0.651
	41 فما فوق	55	3.478	0.835			
الدرجة الكلية	20-40	63	3.114	0.693	116	0.186	0.852
	41 فما فوق	55	3.139	0.787			

يتبين من خلال الجدول (7.4) أن قيمة "ت" للدرجة الكلية (0.186)، ومستوى الدلالة (0.852)، أي أنه لا توجد فروق في درجة أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير العمر، وكذلك لكل الأبعاد، وبهذا تقبل الفرضية .

نتائج الفرضية الرابعة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن متخلف فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير وجود صلة قرابة.

ولفحص الفرضية الصفرية الرابعة تم حساب نتائج اختبار "ت" والمتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على درجة أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير وجود صلة قرابة.

جدول (8.4): نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة لاستجابة أفراد العينة لدرجة أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير وجود صلة قرابة

المجال	وجود صلة قرابة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة"t"	مستوى الدلالة
الأعراض النفسية والعضوية	نعم	59	2.794	0.84921	0.394	0.694
	لا	59	2.862	1.01171		
المشكلات المعرفية والنفسية	نعم	59	3.051	0.86099	0.624	0.534
	لا	59	2.955	0.80998		
المشكلات الأسرية والاجتماعية	نعم	59	2.772	0.958	1.484	0.140
	لا	59	2.509	0.972		
القلق على مستقبل الطفل	نعم	59	3.254	0.902	0.421	0.675
	لا	59	3.189	0.769		
مشكلات الأداء الاستقلالي	نعم	59	3.614	0.794	1.878	0.063
	لا	59	3.337	0.809		
عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل	نعم	59	3.271	0.890	1.257	0.211
	لا	59	3.073	0.817		
مشاعر اليأس والإحباط	نعم	59	3.548	0.871	0.422	0.674
	لا	59	3.483	0.785		
الدرجة الكلية	نعم	59	3.187	0.737	0.911	0.364
	لا	59	3.064	0.735		

يتبين من خلال الجدول (8.4) أن قيمة "ت" للدرجة الكلية (0.911)، ومستوى الدلالة (0.364)، أي أنه لا توجد فروق في درجة أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير وجود صلة قرابة، وكذلك لكل الأبعاد، وبهذا ترفض الفرضية .

نتائج الفرضية الخامسة:

لا توجد فروق ذات دلاله إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن متخلف فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير عدد الأطفال الذكور.

ولفحص الفرضية الصفرية الخامسة تم حساب نتائج اختبار "ت" والمتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على درجة أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن متخلف عقلياً فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير عدد الأطفال الذكور.

جدول (9.4): نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة لاستجابة أفراد العينة لدرجة أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير عدد الأطفال الذكور

المجال	عدد الأطفال الذكور	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجات الحرية	قيمة"t"	مستوى الدلالة
الأعراض النفسية والعضوية	1-3	85	2.818	0.96303	109	0.443	0.659
	4 فما فوق	26	2.912	0.911			
المشكلات المعرفية والنفسية	1-3	85	2.986	0.86624	109	0.549	0.584
	4 فما فوق	26	3.090	0.77301			
المشكلات الأسرية والاجتماعية	1-3	85	2.6200	0.98301	109	1.008	0.316
	4 فما فوق	26	2.840	0.986			
القلق على مستقبل الطفل	1-3	85	3.161	0.87908	109	1.428	0.156
	4 فما فوق	26	3.430	0.69149			
مشكلات الأداء الاستقلالي	1-3	85	3.460	0.81545	109	0.483	0.630
	4 فما فوق	26	3.544	0.826			
عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل	1-3	85	3.162	0.911	109	0.313	0.755
	4 فما فوق	26	3.224	0.759			
مشاعر اليأس والإحباط	1-3	85	3.482	0.877	109	0.767	0.445
	4 فما فوق	26	3.627	0.70572			
الدرجة الكلية	1-3	85	3.104	0.776	109	0.780	0.437
	4 فما فوق	26	3.235	0.651			

يتبين من خلال الجدول (9.4) أن قيمة "ت" للدرجة الكلية (0.780)، ومستوى الدلالة (0.437)، أي أنه لا توجد فروق في درجة أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن متخلف عقليا فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير عدد الأطفال الذكور، وكذلك لكل الأبعاد، وبهذا ترفض الفرضية .

والسبب بأنه كانت العينة في الجدول (9.4) أقل من (118)، وذلك لانه تم إستبعاد اجابات أفراد عينة الدراسة للمستوى أقل من (20)، حيث كان عدد المستوى الذي تم استبعاد أفراد عينته وهو (7) من عينة التحليل، وعلى هذا الأساس فقد تم أخذ (111) استمارة.

نتائج الفرضية السادسة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن المتخلف فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير عدد الأطفال الإناث.

ولفحص الفرضية الصفرية السادسة تم حساب نتائج اختبار "ت" والمتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على درجة أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير عدد الأطفال الإناث.

جدول (10.4): نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة لاستجابة أفراد العينة لدرجة أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير عدد الأطفال الإناث

المجال	عدد الأطفال الإناث	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجات الحرية	قيمة"t"	مستوى الدلالة
الأعراض النفسية والعضوية	3-1	88	2.837	0.975	106	0.745	0.458
	4 فما فوق	20	2.664	0.723			
المشكلات المعرفية والنفسية	3-1	88	3.020	0.852	106	0.392	0.696
	4 فما فوق	20	2.934	0.770			
المشكلات الأسرية والاجتماعية	3-1	88	2.700	0.993	106	1.289	0.200
	4 فما فوق	20	2.390	0.898			
القلق على مستقبل الطفل	3-1	88	3.218	0.867	106	0.475	0.635
	4 فما فوق	20	3.317	0.700			
مشكلات الأداء الاستقلالي	3-1	88	3.489	0.795	106	0.305	0.761
	4 فما فوق	20	3.550	0.887			

عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل	1-3	88	3.174	0.860	106	0.237	0.813
	4 فما فوق	20	3.225	0.884			
مشاعر اليأس والإحباط	1-3	88	3.544	0.865	106	0.358	0.721
	4 فما فوق	20	3.470	0.670			
الدرجة الكلية	1-3	88	3.145	0.76068	106	0.397	0.692
	4 فما فوق	20	3.072	0.625			

يتبين من خلال الجدول (10.4) أن قيمة "ت" للدرجة الكلية (0.397)، ومستوى الدلالة (0.692)، أي أنه لا توجد فروق في درجة أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير عدد الأطفال الإناث، وكذلك لكل الأبعاد. (تم إستبعاد الإجابات المحايدة خلال التحليل). وبما أنه لا توجد فروق، ومستوى الدلاله **($\alpha \geq 0.05$)**، فبهذا تقبل الفرضية.

نتائج الفرضية السابعة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.05$) في مستوى أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير عدد الأطفال المتخلفين.

ولفحص الفرضية الصفرية السابعة تم حساب نتائج اختبار "ت" والمتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على درجة أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير عدد الأطفال المتخلفين.

جدول (11.4): نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة لاستجابة أفراد العينة لدرجة أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير عدد الأطفال المتخلفين عقلياً.

المجال	عدد الأطفال المعاقين	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة"t"	مستوى الدلالة
الأعراض النفسية والعضوية	1	86	2.816	0.936	0.238	0.813
	2 فما فوق	32	2.862	0.930		
المشكلات المعرفية والنفسية	1	86	2.956	0.823	0.999	0.320
	2 فما فوق	32	3.1285	0.863		
المشكلات الأسرية والاجتماعية	1	86	2.541	0.978	1.835	0.069
	2 فما فوق	32	2.906	0.911		

القلق على مستقبل الطفل	1	86	3.138	0.850	1.812	0.073
	2 فما فوق	32	3.448	0.760		
مشكلات الأداء الاستقلالي	1	86	3.400	0.770	1.657	0.100
	2 فما فوق	32	3.676	0.892		
عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل	1	86	3.068	0.831	2.208	*0.029
	2 فما فوق	32	3.453	0.875		
مشاعر اليأس والإحباط	1	86	3.405	0.840	2.433	*0.016
	2 فما فوق	32	3.8125	0.720		
الدرجة الكلية	1	86	3.057	0.734	1.714	0.089
	2 فما فوق	32	3.314	0.715		

* دالة على مستوى الدراسة ($\alpha = 0.05$)

يتبين من خلال الجدول (11.4) أن قيمة "ت" للدرجة الكلية (1.714)، ومستوى الدلالة (0.089)، أي أنه لا توجد فروق في درجة أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير عدد الأطفال المتخلفين، ولكن تبين وجود فروق في بعد عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل ولصالح 2 فما فوق، وكذلك بعد مشاعر اليأس والإحباط لصالح العدد (2 فما فوق)، وبما ان مستوى الدلالة أقل ترفض الفرضية .

نتائج الفرضية الثامنة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.05$) في مستوى أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير نوع الإعاقة.

ولفحص الفرضية الصفرية الثامنة تم حساب المتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على درجة أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير نوع الإعاقة.

جدول (12.4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسة في متوسطات درجة أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير نوع الإعاقة

المجال	نوع الإعاقة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الأعراض النفسية والعضوية	تخلف عقلي بسيط	34	2.810	0.980
	تخلف عقلي متوسط	45	2.905	0.972
	تخلف عقلي شديد	32	2.679	0.834
المشكلات المعرفية والنفسية	تخلف عقلي بسيط	34	2.928	0.987
	تخلف عقلي متوسط	45	3.104	0.818
	تخلف عقلي شديد	32	2.892	0.706
المشكلات الأسرية والاجتماعية	تخلف عقلي بسيط	34	2.461	0.995
	تخلف عقلي متوسط	45	2.795	0.939
	تخلف عقلي شديد	32	2.497	0.928
القلق على مستقبل الطفل	تخلف عقلي بسيط	34	2.970	0.957
	تخلف عقلي متوسط	45	3.415	0.748
	تخلف عقلي شديد	32	3.182	0.718
مشكلات الأداء الاستقلالي	تخلف عقلي بسيط	34	3.074	1.001
	تخلف عقلي متوسط	45	3.480	0.697
	تخلف عقلي شديد	32	3.761	0.547
عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل	تخلف عقلي بسيط	34	3.000	1.031
	تخلف عقلي متوسط	45	3.374	0.769
	تخلف عقلي شديد	32	3.010	0.752
مشاعر اليأس والإحباط	تخلف عقلي بسيط	34	3.294	1.01113
	تخلف عقلي متوسط	45	3.678	0.74403
	تخلف عقلي شديد	32	3.453	0.714
الدرجة الكلية	تخلف عقلي بسيط	34	2.937	0.896
	تخلف عقلي متوسط	45	3.235	0.674
	تخلف عقلي شديد	32	3.093	0.595

* دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$)

يلاحظ من الجدول رقم (12.4) عدم وجود فروق ظاهرة في درجة أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير نوع الإعاقة، ولمعرفة دلالة الفروق تم استخدام تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) كما يظهر في الجدول التالي:

جدول(13.4): نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في درجة أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير نوع الإعاقة

المجال	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
الأعراض النفسية والعضوية	بين المجموعات	0.957	2	0.478	0.545	0.582
	داخل المجموعات	94.844	108	0.878		
	المجموع	95.801	110			
المشكلات المعرفية والنفسية	بين المجموعات	1.017	2	0.508	0.712	0.493
	داخل المجموعات	77.081	108	0.714		
	المجموع	78.098	110			
المشكلات الأسرية والاجتماعية	بين المجموعات	2.709	2	1.354	1.490	0.230
	داخل المجموعات	98.150	108	0.909		
	المجموع	100.859	110			
القلق على مستقبل الطفل	بين المجموعات	3.861	2	1.930	2.947	0.057
	داخل المجموعات	70.747	108	0.655		
	المجموع	74.608	110			
مشكلات الأداء الاستقلالي	بين المجموعات	7.935	2	3.968	6.722	0.002*
	داخل المجموعات	63.742	108	0.590		
	المجموع	71.677	110			
عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل	بين المجموعات	3.645	2	1.823	2.504	0.086
	داخل المجموعات	78.616	108	0.728		
	المجموع	82.262	110			
مشاعر اليأس والإحباط	بين المجموعات	2.931	2	1.466	2.142	0.122
	داخل المجموعات	73.896	108	0.684		
	المجموع	76.828	110			
الدرجة الكلية	بين المجموعات	1.740	2	0.870	1.636	0.200
	داخل المجموعات	57.429	108	0.532		
	المجموع	59.169	110			

* دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$)

يلاحظ أن قيمة ف للدرجة الكلية (1.636) ومستوى الدلالة (0.200) وهي أكبر من مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.05$)، أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً في درجة أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير نوع الإعاقة، ولكن تبين وجود فروق في بعد مشكلات الأداء الاستقلالي، ولدى استخدام اختبار (LSD) للمفارقات البعدية، لمعرفة اتجاه هذه الفروق المبينة نتائجه في الجدول الأتي:

الجدول (14.4): نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية لاستجابات أفراد عينة الدراسة حسب متغير نوع الإعاقة

المتغيرات		الفروق في المتوسطات	مستوى الدلالة
تخلف عقلي بسيط	تخلف عقلي متوسط	-0.40584-*	*0.022
	تخلف عقلي شديد	-0.68763-*	*0.001
تخلف عقلي متوسط	تخلف عقلي بسيط	0.40584*	*0.022
	تخلف عقلي شديد	-0.28180-	0.116
تخلف عقلي شديد	تخلف عقلي بسيط	0.68763*	*0.001
	تخلف عقلي متوسط	0.28180	0.116

* دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (α = 0.05) .

وتبين من خلال الجدول السابق ، كانت الفروق في المتوسطات في متغير التخلف العقلي البسيط والمتوسط هي متساويه (0,022) هي أكبر مقارنه مع التخلف العقلي الشديد (0,001) . وبهذا تقبل الفرضية.

نتائج الفرضية التاسعة:

لا توجد فروق ذات دلاله إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.05$) في مستوى أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير وجود أمراض وراثية.

ولفحص الفرضية الصفرية التاسعة تم حساب نتائج اختبار "ت" والمتوسطات الحسابية لاستجابة أفراد عينة الدراسة على درجة أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير وجود أمراض وراثية.

جدول (15.4): نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة لاستجابة أفراد العينة لدرجة أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير وجود أمراض وراثية

المجال	وجود أمراض وراثية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة"t"	مستوى الدلالة
الأعراض النفسية والعضوية	نعم	26	3.033	0.778	1.275	0.205
	لا	92	2.770	0.965		
المشكلات المعرفية والنفسية	نعم	26	3.184	0.714	1.256	0.211
	لا	92	2.952	0.862		
المشكلات الأسرية والاجتماعية	نعم	26	2.872	0.859	1.384	0.169
	لا	92	2.575	0.99348		
القلق على مستقبل الطفل	نعم	26	3.436	0.887	1.488	0.139
	لا	92	3.161	0.815		
مشكلات الأداء الاستقلالي	نعم	26	3.610	0.860	0.960	0.339
	لا	92	3.437	0.799		
عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل	نعم	26	3.276	0.928	0.695	0.488
	لا	92	3.143	0.838		
مشاعر اليأس والإحباط	نعم	26	3.773	0.703	1.819	0.071
	لا	92	3.442	0.847		
الدرجة الكلية	نعم	26	3.316	0.687	1.504	0.135
	لا	92	3.072	0.7431		

يتبين من خلال الجدول السابق أن قيمة "ت" للدرجة الكلية (1.504)، ومستوى الدلالة (0.135)، أي أنه لا توجد فروق في درجة أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير وجود أمراض وراثية، وكذلك لكل الأبعاد، وبهذا تقبل الفرضيه .

الفصل الخامس

ملخص النتائج والتوصيات

مناقشة النتائج والتوصيات

1.5 مقدمة

يتضمن هذا الفصل مناقشة نتائج الدراسة التي بحثت في الضغوط النفسية التي تعاني منها أسر ذوي الإعاقة العقلية في منطقة القدس، وكذلك التعرف على أثر بعض المتغيرات الّتي تناولتها الدراسة، وقد اشتملت الدراسة على مجموعة من الأسئلة والفرضيات.

وتقوم الباحثة في هذا الفصل بعرض نتائج تحليل البيانات المتعلقة بأسئلة الدراسة واختبار فرضياتها ومناقشة تلك النتائج وتفسيرها في ضوء الدراسات السابقة ذات العلاقة الموجودة في هذه الدراسة، ثم الوصول إلى نتائج الدراسة ووضع التوصيات.

2.5 مناقشة نتائج السؤال الأول:

ما درجة أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن متخلف عقلياً فيها في منطقة القدس؟

أشارت النتائج في الجدول رقم (1.4) أن غالبية الفقرات الّتي تتناول مواضيع مثل الحرص على الابن المتخلف عقلياً، وتوفير الرعاية له على درجات عالية، ويلاحظ كذلك من الجدول (2.4) الذي يعبر عن المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس،أن المتوسط الحسابي للدرجة الكلية (3.12) وانحراف معياري (0.735)،وهذا يدل على أن درجة أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس جاءت بدرجة متوسطة.

تلاحظ الباحثة أن وجود ابن معاق في أسرة في منقطة القدس، لا يسبب ضغوطاً نفسية بدرجة عالية، وهذا يدل أن هناك حرص من قبل الأهل على متابعة ابنهم المتخلف، وأن وجوده لا يؤدي إلى إحداث تقصير من قبل الأهل في عملية الرعاية له، بل يعمل الوالدان على توفير أكبر قدر من

الاحتياجات الخاصة به، خاصة أن غالبية الأسر ينتابها شعور بالقلق حين التقصير برعايـــة ابنهـــا المتخلف، كذلك تعمل الأسر على أداء مهام تفوق المهام التي تقوم بها الأسرة العادية فـــي ســـبيل خدمة ابنها المتخلف عقلياً.

وهذا ما أكده الخوجا (2001) أنّ الضغوط النفسية تكون بدرجة متوسطة بسبب المعاملة التي يتلقاها الطفل المتخلف عقلياً، فتعمل الأسر على التعامل مع الطفل المتخلف عقليـــاً مثـــل بقيـــة إخوانـــه، بالإضافة إلى تلبية بعض الحاجات الخاصة به، فينصب التركيز على التعامل معه دون التركيز على الآثار السلبية لإعاقة الطفل، بالإضافة إلى الاهتمام والرعاية والحنان من جانب الوالـــدين، بســـبب الشفقة الزائدة على الطفل المتخلف.

3.5 مناقشة نتائج الفرضيات

1.3.5 نتائج الفرضية الأولى:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير الجنس.

يتبين من خلال الجدول (4.3) أن قيمة "ت" للدرجة الكلية (0.135)، ومستوى الدلالة (0.893)، أي أنه لا توجد فروق في درجة أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير الجنس، وكذلك لكل الأبعاد، أي تم رفض الفرضية الصفرية الأولى. وهذا ما يتوافق مع دراسة القريوتي (2008)، والحديدي (2001)، ولم يتفق مع دراسة الكاشف (2000).

وترى الباحثة أن جنس المتخلف عقليا يؤثر على مشاعر اليأس والإحباط، خاصة إذا كان جنسه أنثى، ويزيد من درجة الضغوط النفسية كذلك على الأسرة، وفي جميع الأبعاد، وتعزو الباحثة ذلك إلى الطبيعة العربية المحافظة في مدينة القدس، حيث يكون الاهتمام والخوف على مستقبل الأنثى أكثر من الخوف والاهتمام على مستقبل الذكر، وكذلك وهذا يعني أن الأسرة أكثر خوفاً وقلقاً من آثار الإعاقة على صحتهم الجسمية وعلى مستقبلهم الاجتماعي، وترجع الباحثة السبب في ذلك إلى أن

الأنثى هي بالدرجة الأولى ضحية النظرة الاجتماعية نحو أسرة المتخلف عقليا، حيث تقل فرص زواجها .

2.3.5 نتائج الفرضية الثانية:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة($\alpha \geq 0.05$) في مستوى الأبعاد النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير المستوى التعليمي.

يلاحظ من الجدول رقم (5.4) عدم وجود فروق ظاهره في درجة أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير المستوى التعليمي، ولمعرفة، ونلاحظ من الجدول (6.4) أن قيمة ف للدرجة الكلية (0.332) ومستوى الدلالة (0.802) وهي أكبر من مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.05$) أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً في درجة أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير المستوى التعليمي، وكذلك لكل الأبعاد، أي تم قبول الفرضية الصفرية الثانية. وهذا ما يتفق مع دراسة الحبش(2011)، ودراسة الحازمي (2009)، ودراسة دوفدفني، وأبود (Duvdevany& Abboud, 2003)، ولم يتفق مع دراسة عبد المعطي (2006)، وبيومي (2003)، والحديدي (2001).

وتعزو الباحثة ذلك إلى أن المستوى العلمي عند الأم أو الأب، لا يلعب أي دور من حيث القلق والخوف، فمعظم هذه الضغوط تعود إلى المشاعر والتركيب البيولوجي للفرد، وإلى المشاعر لا علاقة لها بالمستوى التعليمي، فاهتمام الأم والأب بالابن لا يحتاج من حيث الخوف إلى درجة علمية، خاصة أنه تبين من تحليل النتائج أن الفروق في الانحراف المعياري لجميع الأبعاد ولجميع مستويات التعليم قليلة، أيضاً لا يوجد في مجتمع الدراسة أساليب رعائية وتربوية محددة يستطيع استخدامها المتعلم ولا يستطيع استخدامها غير المتعلم، فهم سواسية في هذا لأمر.

3.2.5 نتائج الفرضية الثالثة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير العمر.

يتبين من خلال الجدول (7.4) أن قيمة "ت" للدرجة الكلية (0.186)، ومستوى الدلالة (0.852)، أي أنه لا توجد فروق في درجة أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير العمر، وكذلك لكل الأبعاد، وتم قبول الفرضية الصفرية الثالثة.

تلاحظ الباحثة أن الفئة العمرية (41 فما فوق) تكون لديها مشاعر الخوف والقلق أقل بشيء بسيط من الفئة العمرية (20 – 40) سنة من عمر الزوجين، وتعزو الباحثة ذلك أنه بمرور الوقت، يتكون لدى الوالدين تقبّل لوضع ابنهما المتخلف عقليا، كذلك يتكون لديهما قدرة أكبر على التعامل معه، فالعيش لسنوات طويلة في تنشئة الأطفال سواء المتخلف عقلياً أم العادي تحتم على الأسرة أن ترعاه فترات طويلة من عمره، فالابن يكون في حالة تبعية مستمرة اتجاه أسرته حسب درجة شدة أو الإعاقة (Segliman, 1989). وهذه النتيجة لم تتفق مع دراسة عبدات (2007)، ومع دراسة الحديدي (2001).

4.3.5 نتائج الفرضية الرابعة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير وجود صلة قرابة.

يتبين من الجدول (8.4) أن قيمة "ت" للدرجة الكلية (0.911)، ومستوى الدلالة (0.364)، أي أنه لا توجد فروق في درجة أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير وجود صلة قرابة، وكذلك لكل الأبعاد.

إن وجود ابن معاق في أي أسرة، لا بد أن يحدث فارقاً في أي تصرف تقوم به العائلة، وهذا بدوره ينعكس على شكل ضغوط نفسية على الأسرة، من هذه النقطة، فإن الباحثة ترى أن وجود ابن معاق يسبب مشكلات أسرية واجتماعية، لأن ذلك سيحد من التفاعلات واللقاءات الاجتماعية التي تقوم بها

الأسرة في مدينة القدس، وقد يكون ذلك سببه الخجل من باقي الأسر، أو عدم القيام بجميع الواجبات الأسرية المناطة بها، وحضورها للمناسبات العائلية يكون أقل من غيرها. حيث إن الأسر التي يرتبط فيها الوالدين بعلاقة قرابة أقل استعداداً لرعاية المعوق والتعايش معه من الأسر التي لا يرتبط بها الوالدين بأية علاقة قرابة (الفوزان، 2001).

وهذا ما يتوافق مع دراسة عبد اللطيف (2007)، ومع دراسة **سيين ويارتسييفر (Sen& Yurtsever, 2007)**، ولم يتفق مع دراسة بخش (2007).

5.3.5 نتائج الفرضية الخامسة:

لا توجد فروق ذات دلاله إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير عدد الأطفال الذكور.

يتبين من الجدول (9.4) أن قيمة "ت" للدرجة الكلية (0.780)، ومستوى الدلالة (0.437)، أي أنه لا توجد فروق في درجة أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير عدد الأطفال الذكور، وكذلك لكل الأبعاد.

تعزو الباحثة ذلك لطبيعة الأسرة في مدينة القدس، فعند وجود أبناء ذكور في الأسرة، يتكون لدى الأسرة شعور بالاطمئنان، مقابل مشاعر الخوف والقلق، لأن وجود أبناء ذكور يساعد في التخفيف من هذه المشاعر، وكأن وجود أنباء ذكور يخفف من أعباء تحمل مسؤولية ابن معاق آخر، سواء كان المتخلف عقلياً ذكر أم أنثى، حيث نرى من الجدول (9.4) أن الانحراف المعياري والمتوسط الحسابي للقلق على مستقبل الطفل كان عالياً.

وإن الآباء والأمهات يمتلكون مستويات عالية من القدرة على التعامل مع الأبناء في حال وجود أبناء ذكور، وأنهم يشعرون بالأمن على مستقبل أبنائهم. (عبد اللطيف، 2007). وهذا ما لم يتفق مع دراسة عبدات (2007).

6.3.5 نتائج الفرضية السادسة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير عدد الأطفال الإناث.

يتبين من خلال الجدول (10.4) أن قيمة "ت" للدرجة الكلية (0.397)، ومستوى الدلالة (0.692)، أي أنه لا توجد فروق في درجة أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير عدد الأطفال الإناث، وكذلك لكل الأبعاد، أي تم قبول الفرضية الصفرية السادسة.

تعزو الباحثة ذلك لنفس الأسباب التي تتعلق بعدد الأبناء الذكور، وبشكل عام، فإن الباحثة تلاحظ أن وجود عدد من الأبناء سواء ذكور أو إناث في أسرة الابن المتخلف عقلياً، فإن ذلك يمثل عزاءً للوالدين بوجود أبناء آخرين يتمتعون بصحة نفسية وجسدية ممتازة. كذلك إن إستراتيجيات التكيف مع وجود الذكور والإناث يؤدي إلى تعرضهم إلى نفس الضغوط المتعددة المصادر من المجتمع المحلي، وإلى عدم تعدد الأبناء المتخلفين عقلياً، ويساعد وجود الإخوة الابن المتخلف عقلياً على اكتساب الخبرة التي اكتسبوها من خلال دراستهم أو عملهم (عثمان، 2001)، وهذا ما يتفق مع دراسة القريوتي (2009).

7.3.5 نتائج الفرضية السابعة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير عدد الأطفال المتخلفين عقلياً.

يتبين من الجدول (10.4) أن قيمة "ت" للدرجة الكلية (1.714)، ومستوى الدلالة (0.089)، أي أنه لا توجد فروق في درجة أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير عدد الأطفال المتخلفين عقلياً، ولكن تبين وجود فروق في بعد عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل ولصالح 2 فما فوق، أي تم قبول الفرضية الصفرية السابعة.

وتعزو الباحثة القلق والخوف على المستقبل بوجود أكثر من ابن معاق نابع من الأسرة نفسها، بحيث يتكون لديها تخوّف من إنجاب أبناء آخرين معاقين، خاصة أننا نلاحظ من الجدول (10.4) أن عدد الأسر التي لديها أكثر من ابنين معاقين هو (32) مقابل (86) أسرة لديها ابن معاق واحد، ومع ذلك فإن جميع الأبعاد كانت متقاربة.

حيث يحول وجود أبناء عدّة معاقين بين قيام الأسرة بواجباتها تجاههم وبين استمراريتها في المجتمع بالشكل الطبيعي، ويعمل هذا الوضع على زيادة مهام الأسرة وواجباتها، وبالتالي تفترض بأنها مشاعر الضغط لا بد وأن تزداد عند اتساع الفجوة بين الفرد والبيئة وبالتالي مقدار الضغط يتفاوت بحسب مستوى التحدي الذي يفضله الفرد (جرير،2008).

وهذا ما يتفق مع دراسة الفليكاوي (2007)، ومع دراسة عبد الله (2006)، وعبد المعطي (2006)، ودراسة بيومي (2003)، ودراسة الحديدي (2001)، ودراسة إسين وآخرين (Esin et ai. , 2007)، ودراسة ناتيس وآخرون (Natius et al. , 2006).

8.3.5 نتائج الفرضية الثامنة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير نوع الإعاقة.

يلاحظ من الجدول رقم (12.4) عدم وجود فروق ظاهره في درجة أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير نوع الإعاقة، كذلك نلاحظ من الجدول (12.4) أن قيمة ف للدرجة الكلية (1.636) ومستوى الدلالة (0.200) وهي أكبر من مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) أي أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً في درجة أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير نوع الإعاقة، ولكن تبين وجود فروق في بعد مشكلات الأداء الاستقلالي لصالح التخلف العقلي الشديد، كما في الجدول (14.4).

وتعزو الباحثة ذلك إلى أن التخلف العقلي الشديد يؤثر بشكل مباشر على أداء الاستقلالي للابن المتخلف عقلياً، فمن الطبيعي كلما كانت درجة الإعاقة شديدة، فإن جميع الأبعاد الأخرى ستتأثر بشكل سلبي، وهذا يشكل عبئاً أكثر على الأسرة، أكثر من وجود ابن معاق بدرجة بسيطة أو

متوسطة. وإن وجود الطفل المتخلف عقلياً بإعاقة معينة يؤدي إلى استجابات انفعاليه معيـــه لـــدى الوالدين، وهذه الاستجابات لن تكون متشابهه عند جميع الأسر، كما انه ليس من الضروري ان تمر جميع الاسر بهذه السلسله من الاستجابات، فالاستجابات الوالديـــة فـــي هـــذا المجـــال ســـتختلف كنتيجة طبيعيه لاختلاف نوع الاعاقه ودرجتها، وكذلك نتيجة لاختلاف شخصيات الآباء والأمهـــات وكذلك السن الذي اكتشفت فيه الإعاقه اضافه الى عوامل بيئيه وثقافيه اخرى. وهذا ما يتفـــق مـــع دراسة القريوتي (2009)، والقريوتي (2008).

9.3.5 نتائج الفرضية التاسعة:

لا توجد فروق ذات دلاله إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير وجود أمراض وراثية.

يتبين من خلال الجدول (15.4) أن قيمة "ت" للدرجة الكلية (1.504)، ومستوى الدلالة (0.135)، أي أنه لا توجد فروق في درجة أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير وجود أمراض وراثية، وكذلك لكل الأبعاد، أي تم قبول الفرضية الصفرية التاسعة.

إن مجرد وجود أمراض وراثية سيؤثر بشكل سلبي على مستقبل الأسرة، وترى الباحثة أن وجود أمراض وراثية ووجود ابن متخلف عقلياً سيشكل سبب مباشر لتكون مشاعر الخوف والقلق من المستقبل عند الأسرة في منطقة القدس، لأن الأمراض الوراثية تعتبر سبباً في إنجاب أبناء معاقين، مما يشكل قلقاً بالغاً عند هذه الأسر، كذلك إن أمراض عديدة قد تسبب الإعاقة العقلية، ويحدث التأخر العقلي نتيجة مجموعة متباينة من العوامل الوراثية التي تعطل مسار النمو العقلي، فلا يصل إلى مداه المطلوب في العمر الزمني المحدد، (التويم، 2007). والعوامل الوراثية قد يكون سببها عوامل ما قبل الولادة، مثل الأمراض الوراثية، والأمراض المعدية، وتعرض الأم للأشعة، وأمراض المشيمة. وعوامل مصاحبة لعملية الولادة، ومنها ما يؤثر على الطفل أثناء ولادته، والتي تؤدي إلى تأخره العقلي، مثل: إصابة رأس الطفل، والنزيف المخي، وتعرض الطفل للاختناق، ونقص سكر الدم. وعوامل ما بعد الولادة، وهذا الأمر ما لم تتناوله الدراسات السابقة.

4.5 التوصيات:

من منطلق ما توصلت إليه الدراسة الحالية من نتائج، فإنها توصي بما يلي:

1- تخصيص برامج إرشادية للوالدين تتعلق بكيفيات وطرق تعليم الابن المتخلف عقلياً للمهارات الأساسية اليومية، باعتبار أن الوالدين هما المعلم الأول للابن.

2- العمل على إنشاء دورات وبرامج مخصصة للوالدين من شأنها التخفيف من أعباء الضغوط الاجتناعية المحيطة بهم، وتوجيههم بطرق تكفل لهم الانخراط بشكل طبيعي في البيئة المحيطة، دون أن يكون لإعاقة ابنهم أي تأثير، مما يعمل على تحريك الأسرة نحو التفاؤل والنضج النفسي والاجتماعي والإشباع، والرضا المتبادل بين أعضاء الأسرة.

3- ضرورة تزويد والديّ الطفل المتخلف عقلياً بالمعلومات اللازمة للتعامل معه بطريقة سهلة وسلسة، فعملية إرشاد الوالدين هي عملية فنية، يجب على الأخصائيين النفسيين أن يقدموا فيها المعلومات عن تجارب النجاح مع الآخرين، وعليهم تبصرة الوالدين بقدرات ابنهما المتخلف عقلياً عقلياً، وتعديل طموحاتهما بالنسبة له فلا يبالغان في التفاؤل ولا في التشاؤم فيصيبهما اليأس.

4- زيادة الاهتمام بالمشاكل الخاصة بالوالدين أنفسهم، وعلاج مشاكلهما الزوجية والأسرية، حتى تكون الأسرة متماسكة وقادرة على رعاية الأبناء، لأن ذلك يؤثر في واجبات الأسرة وتماسكها بشكل إيجابي، وفي الوقت ذاته مساعدة الأسرة على تقبل الصدمة، ومواجهة الضغوط والمشاكل التي يتعرضون لها.

5- وتوضي الباحثة الأخصائيين النفسيين بتوجيه جهودهم نحو فهم شخصية الوالدين، وما يعانيان منه من صراعات واحباطات، وشعور بالذنب والقلق تجاه ابنهما.

6- الاهتمام بتوفير المعلومات حول الخدمات المتاحة للمعاقين وأسرهم في المجتمع، وتوفير الوسائل والأجهزة المعينة التي تساعد أسر المتخلفين عقلياً على الاندماج مع المجتمع، والخروج من العزلة الاجتماعية التي قد تضع الأسرة نفسها فيها.

7- ضرورة تزويد مراكز التربية الخاصة كافة بالأخصائيين الاجتماعيين، وذلك لكونهم الأقدر على التخفيف من وطأة المشكلات الاجتماعية خصوصا النفسية منها واجتماعية التي تتعرض لها أسر المتخلفين عقلياً جراء إعاقة ابنهم.

8. الاهتمام بعمل ورش تدريبية لطرح الخبرات الإيجابية للوالدين في التعامل مع الإعاقة داخل الأسرة لإمكانية الاستفادة منها ومحاولة تقليدها، وعمل دورات تدريبيه للوالدين عن أساليب

التعامل المختلفة مع المعاقين بمختلف الإعاقات، وذلك بالمؤسسات التعليمية الخاضعة لوزارة التربية والتعليم.

9. ضرورة عمل مكتبات تعليمية يستفيد منها الباحثون وأولياء الأمور المعاقين في كل مكان بحيث تكون في متناول الجميع.
10. إعداد ندوات عن طريق المؤسسات الاجتماعية يقوم بها أساتذة متخصصون لمساعدة الوالدين في توضيح الأساليب العلمية الحديثة في التعامل مع المتخلف عقلياً.
11. إقامة ورش عمل من العاملين في المجال العلاجي والإرشادي توضح للأفراد المشاكل الناتجة عن الضغط النفسي والأسلوب الأمثل للتعامل معه كعامل تثقيفي ووقائي
12. مساهمة المؤسسات الخاصة وخاصة الإعلامية والإستفادة من إقبال الجماهير عليها، واستغلال ذلك في تقديم برامج إرشادية لأسر المتخلفين عقلياً تظهر الآثار الإيجابية للتوافق الأسري وقدرته على مواجهة الضغوط والآثار السلبية الناتجة من عدم التوافق والاستسلام للضغوط.

5.5 مقترحات عامة:

1. ضرورة العمل على توعية الأسر في مدينة القدس على كيفية التعامل مع وجود ابن معاق في الأسرة.
2. العمل على تزويد الأسر في مدينة القدس بمعلومات حول الأمراض الوراثية التي تكون سبباً في الإعاقة، وبالأمراض الأخرى التي لها تأثير مباشر على نمو الطفل العقلي.
3. زيادة الاهتمام بأسر الأبناء المتخلفين عقلياً في مدينة القدس خاصة وفلسطين عامة، من خلال فتح مراكز تُعنى بهذه الحالات، وتوجيه الأسر للتعامل مع المراكز الموجودة كافة المدن.
4. العمل على استحداث دورات بشكل دوري، تعقد بالتعاون مع مؤسسات رعاية المتخلفين عقلياً، ومؤسسات الخدمة الاجتماعية، والمؤسسات التي تعنى بالصحة النفسية، لإطلاع الأهالي على طرق وكيفيات التعامل مع الابن المتخلف عقلياً.
5. العمل على دعم الأسر ذوي الأبناء المتخلفين عقلياً مادياً ومعنوياً للتخفيف من قلق وخوف المستقبل لديها، والاطلاع على احتياجات هذه الأسر.
6. تبني سياسة من خلال مؤسسات الخدمة الاجتماعية، ومؤسسات المجتمع المحلي عامّة، تعمل على التخفيف من الأعباء النفسية عند أسر ذوي الإعاقات.
7. تشكيل لجان من طلبة الجامعات للقيام بجولات ميدانية حول احتياجات الأسر في مدينة القدس.
8. تخصيص لقاءات مع أمهات المتخلفين عقلياً في مدينة القدس للتخفيف عنهنّ بشأن الخوف والقلق من المستقبل في ظل وجود ابن معاق.

المصادر والمراجع

المصادر المراجع:

إبراهيم، محمد عبسا (1992): **الطب الشعبي والمعتقدات الشعبية، دراسة الأنثروبولوجيا في مجتمع الإمارات العربية المتحدة**، الاسكندرية، دار المعرفة الجامعية.

أبو زيد، أحمد (1982): **البناء الاجتماعي**، ج1، المفهومات، الإسكندرية، الهيئة العامة المصرية للكتاب.

الإمارة، أسعد (2006): **مشكلات نفسية اجتماعية معاصرة**، الأكاديمية العربية المفتوحة في الدنمرك.

أمين، سهي أحمد (2001): **المتخلفون عقليا بين الإساءة والإهمال –التشخيص العلاج**، القاهرة، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

بخش، أميرة (2007): أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالقلق والاكتئاب، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى، كلية التربية.

بركات، وجدي (2008): **استراتيجية التضامن كمدخل لتنظيم مجتمع أسر المعاقين سمعياً**، رسالة ماجسيتر غير منشورة، جامعة حلوان، قسم تعليم المجتمع.

بشاي، أليس اسكندر (1994): **علم الاجتماع الأنثربولوجيا الطبية**، دار المعارف، القاهرة.

بيومي، أسعد (2003): **الضغوط النفسية والتوافق الأسري والزواجي لدى عينة من آباء وأمهات الأطفال المعاقين تبعاً لنوع ودرجة وبعض المتغيرات الديمغرافية والاجتماعية**، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة جنوب الوادي، كلية الآداب، قسم الاجتماع.

التويم، سعد عبد العزيز (2007) **مدخل لحقيقة الطفل المتأخر عقليا وفكريا**، وكيفية التعامل معه، نادي مكة الثقافي الأدبي، مكة المكرمة .

جرير، سارا زيف (2008) **ادارة الضغوط من أجل النجاح** ، ترجمه مكتبه جرير ، مكتبة جرير.

الجزولي، عدنان (1999): **الإعاقة والتشريعات المعاصرة**، دراسة لبعض التجارب الوطنية في دول العالم الإسلامي، المنظمة الإسلامية للتربية والعلوم والثقافية (إيسيسكو) موقع أطفال الخليج، www.gulsfkids.com

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني (2008): **الكتاب السنوي رقم "9"**، رام الله، فلسطين.

الحازمي، عدنان (2009): **حاجات أولياء أمور التلاميذ المعاقين فكرياً وعلاقتها ببعض المتغيرات**، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الملك سعود، كلية التربية، قسم التربية الخاصة.

الحازمي، محسن علي، وأخرون (2003)، **البحث الوطني لدراسة الإعاقة لدى الأطفال بالمملكة العربية السعودية**، الرياض، مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية.

الحبش، فوزي، (2011) **مستوى مشاركة والدي الاطفال المعاقين عقيًا في الخدمات التربوية المقدمة لابنائهم وعلاقته بمستوى تكيفهم مع الاعاقة**، رسالة ماجستير غير منشورة الجامعة الأردنية، كلية الدراسات العليا.

الحديدي، هناء (2001): **مشكلات أسر المعاقين عقلياً من وجهة نظر الأمهات**، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان.

الحسين، محمد (2006) **حاجات والدي الطفل المعاقين وعلاقتها بعمر الطفل المعاق وجنسه ونوع إعاقته** . رسالة ماجستير غير منشورة الجامعة الأردنية، عمان.

الحميضي ، أحمد (2004)، **فعالية برنامج سلوكي لتنمية بعض المهارات الإجتماعية** ، رسالة ماجستير ، جامعة نايف العربية ، للعلوم الأمنية .

الخطيب، جمال (2001): **أولياء أمور الأطفال المعاقين واستراتيجيات العمل معهم وتدريبهم ودعمهم**، الرياض، الأكاديمية العربية للتربية الخاصة.

الخوجا ، عبد الرحمن محمد ، (2001) ، **سيكولوجية الإعاقة العقلية، القدس المؤسسة السويدية للإغاثة الفردية.**

الروسان ، فاروق (2000) ، **دراسات في التربية الخاصة**، دار الفكر ، الأردن .

الروسان، فارق (1998): **سيكولوجية الأطفال غير العاديين – مقدمة في التربية الخاصة**،عمان، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع .

الروسان، فاروق (2003): **مقدمة في الاعاقة العقلية**، – ط2، دار الفكر للطباعة القاهرة.

زيدان ، فاطمة (2004)، مركز الطفل في القانون الدولي العام ، القاهرة، دار الخدمات الاجتماعية

السرطاوي ، عبد العزيز (2002): إرشاد اسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ، دبي ، دار القلم.

سندلر، أفطال، وشاحاك، ليف (2006): **المعاقون في المجتمع العربي في إسرائيل فرصة للتغير الاجتماعي**، ترجمة برنامج تدعيم مكانة أشخاص ذوي إعاقات في المجتمع العربي في إسرائيل، إسرائيل، جوينت، وحدة الإعاقات وإعادة التأهيل.

سيلجمان ، ودارلنج (2001):**إعداد الأسرة والطفل لمواجهة الإعاقة** . ترجمة إيمان الكاشف ، القاهرة ، دار قباء

الشناوي، محمد محروس (1997): التخلف العقلي – السباب – التشخيص – البرامج، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع .

الطريري ، عبد الرحمن (1994): **العقل العربي وإعادة التشكيل**، القاهرة ، دار الخدمات الاجتماعية .

عبد الحفيظ عزت ، مرزوق (2001):**أساليب التنشئة الاجتماعية وعلاقتها بالسلوك الانحرافي** : دراسة ميدانية في احدى المناطق العشوائية بمدينة أسيوط، رسالة ماجستير منشورة على موقع المنشاوي للرسائل العلمية، قسم الاجتماع ، كلية الأداب ، جامعة أسيوط.

عبد الرحمن، عبد الله محمد (2001): **سياسيات الرعاية الاجتماعية للمعوقين في المجتمعات النامية**، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.

عبد الغني، خالد محمد (2008): **احتياجات وضغوط أسر ذوي الاحتياجات الخاصة**،القاهرة مؤسسة الطيبة للنشر والتوزيع ، ط (1) .

عبد اللطيف، سماح (2007): **ثقافة الإعاقة – دراسة سوسيوأنثروبولوجية على أسر الأطفال المعاقين بمدينة سوهاج**، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة جنوب الوادي، كلية الآداب، قسم الاجتماع.

عبد الله، أحمد (2006): **العلاقة بين الاحتياجات النفسية والاجتماعية لوالديّ الطفل المتأخر عقلياً والتوافق الأسري**، رسالة ماجسيتر غير منشورة، جامعة نايف للعلوم الأمنية، كلية الدراسات العليا، قسم العلوم الاجتماعية.

عبد المعطي ، حسن مصطفى (2006): **ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها** . القاهرة ، مكتبة زهراء الشرق .

عبد المنعم، عبد الله (2008): **الالتزام الشخصي واستراتيجيات التعامل مع الضغوط** ، دراسة سيكومترية مقارنة بين البدو والحضر . ، جامعة عين شمس ، القاهرة .

عبدات، روحي (2007): **الآثار النفسية والاجتماعية للإعاقة على إخوة الأشخاص المعاقين،** رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الإمارات العربية المتحدة، كلية التربية.

عبده ، بدر الدين كمال ، (2002) ، **الإعاقة في محيط الخدمة الاجتماعية** ، أسوان ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة جنوب الوادي.

عثمان، فاروق السيد (2001) **القلق وادارة الضغوط النفسية** ، القاهرة، دار الفكر العربي.

العزة، سعيد حسني (2001): **التربية الخاصة لذوي الإعاقات العقلية والبصرية والسمعية والحركية** ، عمان ، الدار العلمية الدولية ودار الثقافة .

عكاشة ، احمد (2003): **الطب النفسي المعاصر** ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .

عياد، مواهب إبراهيم (1995): **المرشد في تدريب المختلفين عقلياً على السلوك الاستقلالي، الاسكندرية، منشأة المعارف.**

عيسوي، عبد الرحمن (2004):**علم النفس الاسري**، المشكلات والبرامج الإرشادية، عمان، دار اسامه .

عيسوي، عبد الرحمن (1994) : **التخلف العقلي** ، دار النهضة العربيه للطبع والنشر والتوزيع .

الفليكاوي، محمد (2007): **الفروق في أبعاد التفاعل الأسري داخل أسر التلاميذ ذوي الإعاقة الذهنبية البسيطة العدوانيين وغير العدوانيين بدولة الكويت،** رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الخليج العربي، كلية الدراسات العليا، برنامج الإعاقة الذهنية والتوحد.

فهمي، محمد سيد (2002): **واقع رعاية المعوقين في الوطن العربي،**الاسكندرية المكتب الجامعي الحديث.

الفوزان، عبد الله محمد المحسن (2001): **مشكلات المعوقين وأسرهم،** الرياض. دار الزهراء للنشر والتوزيع.

فيليب، عطية (1992):**أمراض الفقر**، المشكلات الصحية في العالم الثالث ، سلسلة عالم المعرفة، الكويت ، المجلس الوطني للثقافة والفنون .

القريطي، عبد المطلب (2002)، **الموهبون والمتفوقون خصائصهم واكتشافهم ورعايتهم** ، القاهرة : دار الفكر العربي.
القريوتي، إبراهيم (2008): **تقبل الأمهات الأردنيات لأبنائهن المعاقين**، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، **مجلد 4، عدد3**.

القريوتي، إبراهيم (2009): **دعم أسر الشخص المعاق نفسياً، واجتماعيا**، مؤتمر دور جمعيات أولياء أمور المعاقين في دعم أسرة الشخص المعاق، الشارقة، جمعية أولياء أمور المعاقين في الإمارات.

القريوتي، يوسف، والسرطاوي، عبد العزيز (2001): **المدخل إلى التربية الخاصة**، ط2، دبي، ار القلم للنشر والتوزيع.

قورة ، عادل (2001): **واقع المعوقين في مصر**، القاهرة ، المركز القومي للأبحوث الاجتماعية والجنائية .

الكاشف، إبراهيم (2000): **الدعم المقدم لأسر الأطفال المعاقين نفسيا واجتماعياً**، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة السلطان قابوس، كلية التربية.

كامل، سهير (1998): **سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة**، الاسكندرية، مركز الاسكندرية للكتاب.

محمد عادل عبد الله (2002): **جداول النشاط المصورة للاطفال التوحديين وامكانية استخدامها مع المعاقين عقليا**، دار الرشاد القاهرة.
مخلوف، إقبال إبراهيم ، (1991)، **الرعاية الاجتماعية وخدمات المعوقين** ، الإسكندرية ، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية.
ناجي، رجاء (1999): **الأطفال المهمشون قضاياهم وحقوقهم**، منشورات المنظمة الإسلامية للتربية والعلوم والثقافة، منشورات على موقع أطفال الخليج ذوي الاحتياجات الخاصة.
الهمص ، عبد الفتاح عبد الغني ، (2006) ،**الطفل المعاق**، في منظور الإسلامي، قسم علم النفس، كلية التربية ، غزة ، فلسطين.
الوردني، محمود (1986) : مدخل إلى الطب وعلم النفس المرضي، دار الحوار، دمشق.
وزارة التربيه والتعليم العالي الفلسطينية (2007) ، رام الله .
يحيى، خولة أحمد (2009) **إرشاد اسر ذوي الاحتياجات الخاصة** .ط ، 2 عمان ، دار الفكر .

المراجع الأجنبية :

1. Alexandra, Charles , joun smeath P. (2004**). Brain Bane: Researchers may have found a cause for dyslexia**. Psychology today, Agu, P. 12.
2. Brown, R. (2008). **Family Quality of Life and Disability**: A Comparative Study, Journal on Intellection Disability Research, V 48, 4-5, 444-462
3. Duvdevandy & Abboud (2003): The relationship between social support and psychological and physical needs of mothers of children with special needs, **Journal of the Hammill Institute on Disabilities,**32(6),37-47.
4. Esin, J., (2007): Loneliness among children and young adolescents,6, 1025-1031 , http://psycnet.apa.org/journals/dev/21/6/1025/.
5. Fontana, D. (1989), Managing Stress (London, British Psychological Society) **Sources and Levels of Stress in Relation to Locus of Control and Self Esteem in University Students** ,P (323-330) .
6. Freud, A., (2010) Life Stress And depression mood among adolescents: examining a cognitive –affective mediation model, Journal of Social & Clinical Psychology 20 (3) , 416—429 (pscINFO)
7. Gousmett, G., (2006): The types and effects of differences between the support and The social Almekdh needs families of intellectually disabled children, **Journal of Intellectual Disabilities**, 13 (1), 43-53.
8. Hassaii, R., & et, al (2005): The relationship between parental perception and qualities of the child and family pressuring, **Journal of Emotional and Behavioral Disorders**, 9 (2), 123-130.
9. Hassall,R. Rose, J. and McDonald, J. (2005). Parenting stress in mothers of children with.
10. Hedov, & et. Al., (2002): Adequacy of information support for families of children with AIDS Darwin in access to information, **Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities,** 22 (6), 561-573.
11. Hobfoll, Piatrick (1989): Inside the competence evaluation, the stress tolerance of students. An empirical study based on onvesation resorce, Nuria Mancebo, Universitat de Girona.
12. Irwin (2005): he needs of parents of students with disabilities in preschool, **the Annual Conference of the Mid-South Educational Research Association**, USA.

13. Lazarus, R.S. (1982). Thoughts on the relations between emotion and cognition. American Psychologist, 37, 1019–1024.
14. Lederberg &,Golbach (2002). **Family Life Education Needs of Mentally Disabled Adolescent: Adolescence.** Vol. 22, No. 22, (pp. 221-30.)
15. Liewellyne . (2003). Shifting Pictures in Akaleidoscopic World : **Concerns Parents of Preschool Children With Disabilities. A thesis Submitted to the Pittsburgh.**
16. Lorentzen ،steinar (2010): Group therapy in community mental health centers: A Norwegian survey. **Journal of Nordic Psychology** 62(3)، 12-35.
17. Parker, S. M., Wal der, S., Butow, P. N., Carrick, S.,Currow, D., Ghersi, D., Glare, P., Hagerty, R., & Tattersall, M. H. N. (2008).Truth-telling in discussing prognosis in advanced life-limiting illness: a systematic review. Palliative Medicine, 21, 5017-517.
18. Pipp, Siegel, & et, al (2002): The relationship between psychological stress for mothers who have children with disabilities with some, **International Journal of Disability, Development and Education**, 55 (1), 61-76.
19. predict maternal stress. Journal of Intellectual & Developmental, Vol. 29, No. 4: 339-349.
20. Seligman, M. E. P. (1989). Causal explanations as a risk factor for depression: Theory and evidence. Psychological Review, 91, 347-374.
21. Selye, Hans (1992): Stress, Journal of medical ethics, 1992, 18, 156-159, Bruce G Charlton Glasgow University.
22. Sen, M., & Yurtsver (2007): Difficulties faced by families of children with disabilities, Unpublished doctoral. dissertation (Ph. D. Thesis), Tennessee State University, Tennessee.
23. Sorsi, I., et, al, (2007): Culture and information to meet the needs of the disabled, **British Journal of Educational Psychology**., 33 (4),204-209.
24. Upadhyaya, M., Halava, Panavar (2007): Compared to the needs of single-parent families with other with disabled son, **Journal of the Hammill Institute on Disabilities, *23***(5), 258-267.
25. Vilans، Leke، Winknes ; Van، Carloline (2009) Training patients in time pressure Management، a cognitive strategy for mental slowness. Journal of Clinical Rehabilitation, 23: 79-90.

26. Wong, & et, al (2004): The needs of families of children with disabilities in the growth in the early stages of diagnosis, **British Journal of Educational Psychology**, 31 (3), 157-162.

المواقع الالكترونية:

http://www.kenanaonline.net/page/3328

www.who.org

www.un.org

قائمة الجداول:

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
1.3	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيرات الدراسة	74
2.3	نتائج معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation) لمصفوفة ارتباط فقرات ابعاد القلق والخوف من المستقبل في ظل وجود معاق في منطقة القدس	77
3.3	نتائج قيمة كرونباخ ألفا لأبعاد المقياس والدرجة الكلية	78
1.4	درجة الفقرات حسب المتوسط الحسابي	81
2.4	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لأبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس	82
3.4	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد عينة الدراسة لأبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس	86
4.4	نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة لاستجابة أفراد العينة لدرجة أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير الجنس	87
5.4	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسةفي متوسطات درجة أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير المستوى التعليمي	89
6.4	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في درجة أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير المستوى التعليمي	91
7.4	نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة لاستجابة أفراد العينة لدرجة أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير العمر	92
8.4	نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة لاستجابة أفراد العينة لدرجة أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير وجود صلة قرابة	93
9.4	نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة لاستجابة أفراد العينة لدرجة أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير عدد الأطفال الذكور	94

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
10.4	نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة لاستجابة أفراد العينة لدرجة أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير عدد الأطفال الإناث	95
11.4	نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة لاستجابة أفراد العينة لدرجة أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير عدد الأطفال المعاقين	96
12.4	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة أفراد عينة الدراسةفي متوسطات درجة أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير نوع الإعاقة	98
13.4	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لاستجابة أفراد العينة في درجة أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير نوع الإعاقة	99
14.4	نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية لاستجابات أفراد عينة الدراسة حسب متغير نوع الإعاقة	100
15.4	نتائج اختبار "ت" للعينات المستقلة لاستجابة أفراد العينة لدرجة أبعاد الضغوط النفسية على مستقبل الأسرة بوجود ابن معاق فيها في منطقة القدس يعزى لمتغير وجود أمراض وراثية	101

فهرس الملاحق:

الرقم	عنوان الملحق	الصفحة
1	قائمة بأسماء المحكمين	130
2	الاستبانة بصورتها النهائية	131

قائمة المحتويات:

إقرار: ..... أ
الشكر والتقدير: ..... ب
الملخص: ..... ج
Abstract..... ه
الفصل الأول:..... 2
خلفية الدراسة وأهميتها:..... 2
1.1 المقدمة:..... 2
2.1 مشكلة الدراسة 3
1.4 أهداف الدراسة..... 4
1.5 أسئلة الدراسة..... 4
6.1 فرضيات الدراسة: 5
7.1 حدود الدراسة..... 6
مصطلحات الدراسة:..... 7
الإطار النظري والدراسات السابقة: 1.2 مقدمة: 11
2.2 تصنيف التأخر العقلي: 12
3.2 المشاكل الصحية والإعاقات:..... 14
4.2 نسب حدوث الإعاقة: 15
1.4.2 الحدوث والانتشار: 17
1 .5.2 الضغوط النفسية: 17
6.2 النظريات المفسرة للضغوط:..... 20
1.6.2 نظرية تاريخية لتطور رعاية المعوقين:..... 20
2.6.2 النظريات الاجتماعية السائدة للإعاقة : 21
2.7.2 النظريات النفسية السائدة للإعاقة:..... 23
7.2 الإعاقة وسيكولوجية المعوقين..... 31
8.2 الإعاقة العقلية:..... 32
9.2 خصائص المتخلفين عقلياً:..... 33
10.2 أسباب التأخر العقلي:..... 34
11.2 التطور التاريخي لوظائف المجتمعات القديمة والحديثة تجاه الأطفال المتخلفين عقلياً:..... 34
12.2 أدوار ووظائف الأسرة تجاه المرض:..... 41

12.2 أدوار ووظائف الأسرة تجاه الأطفال المتخلفين عقلياً: 42
13.2 أثر بعض الخصائص الاجتماعية على استعداد الأسرة للقيام بوظائفها: 44
14.2 المشكلات الاجتماعية لأسرة الأطفال المتخلفين عقليا: 44
15.2 الوظائف الخاصة بتربية وتنشئة الأطفال المتخلفين عقليا 45
16.2 الوظائف الخاصة بتلبية الحاجات النفسية والعاطفية للأطفال المتخلفين عقليا: 46
17.2 الوظائف الخاصة ببناء شخصية المتخلف عقليا من الناحية الاجتماعية: 47
18.2 الوظائف السلبية للأسرة تجاه الأطفال المتخلفين عقليا 47
1.18.2 أساليب التنشئة الاجتماعية غير السوية تجاه الأطفال المتخلفين عقليا: 48
2.18.2 استمرارية في رعاية الابن المتخلف عقليا فترات زمنية طويلة: 48
3.18.2 التبعية المستمرة للابن المتخلف عقليا للأسرة: 49
4.17.2 حاجة أسر المتخلفين عقليا لأنماط متعددة من الدعم: 49
19.2 احتياجات أسر المتخلفين عقليا: 51
20.2 المشكلات المختلفة لأسر الأطفال المتخلفين عقليا 53
21.2 خصائص أسر الأطفال المتخلفين عقليا: 54
22.2 الدراسات السابقة: 56
1.22.2 الدراسات العربية: 56
2.22.2 الدراسات الأجنبية: 62
3.21.2 التعقيب على الدراسات السابقة: 68
الفصل الثالث: 73
الطريقة والإجراءات: 73
3 . 1 منهج الدراسة 73
3 . 2 مجتمع الدراسة 73
3 . 3 عينة الدراسة 73
3 . 4 وصف عينة الدراسة 74
5.3 أداة الدراسة: 76
6.3 صدق الأداة 76
3. 7 ثبات الدراسة 77
3 . 7 إجراءات الدراسة 78
3 . 8 المعالجة الإحصائية 79
الفصل الرابع 81

نتائج الدراسة 81
4 . 1 تمهيد 81
4 . 2 نتائج أسئلة الدراسة: 82
1.2.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الأول: 82
3.2.4 النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني: 87
الفصل الخامس 103
مناقشة النتائج والتوصيات 103
1.5 مقدمة 103
2.5 مناقشة نتائج السؤال الأول: 103
3.5 مناقشة نتائج الفرضيات 104
1.3.5 نتائج الفرضية الأولى: 104
2.3.5 نتائج الفرضية الثانية: 105
3.2.5 نتائج الفرضية الثالثة: 106
4.3.5 نتائج الفرضية الرابعة: 106
5.3.5 نتائج الفرضية الخامسة: 107
6.3.5 نتائج الفرضية السادسة: 108
7.3.5 نتائج الفرضية السابعة: 108
8.3.5 نتائج الفرضية الثامنة: 109
9.3.5 نتائج الفرضية التاسعة: 110
4.5 التوصيات: 111
5.5 مقترحات عامة: 113
المصادر المراجع :_ 115
قائمة الجداول: 123
قائمة المحتويات: 126
الملاحق 129

الملاحق

ملحق رقم (1): قائمة بأسماء المحكمين

أ. د. تيسير عبد الله	جامعة القدس
د. محمد براغيث	جامعة بير زيت
د. يوسف دياب	جامعة القدس المفتوحة – نابلس
د. سمير شقير	جامعة القدس
د. موسى نجيب	جمعية المرفأ للصحة النفسية
أ. خالد سلمان	جامعة القدس
د. بسام ماضي	جامعة بير زيت
د. نبيل شبلي	جامعة القدس

ملحق رقم (2): الاستبانة بصورتها النهائية:

1- الجنس : ذكر ☐ أنثى ☐

2- معبئ الاستمارة: الأب ☐ الأم ☐

3- المستوى التعليمي للوالدين : .....

4- عمر الأهل : ☐ 20-30 ☐ 30-40 ☐ 40-50 ☐ 50-60 فما فوق .

5- هل يوجد صلة قرابه : نعم ☐ لا ☐

* اذا كان الجواب نعم ما هي صلة القرابة :_

قرابه من الدرجة الأولى ☐ قرابه من الدرجة الثانية ☐ قرابة من الدرجة الثالثة ☐

6- عدد الأطفال : الذكور_____ الإناث _____

7- عدد الأطفال المعاقين في الأسرة : ☐

8- نوع الإعاقة :_ تخلف عقلي بسيط ☐ تخلف عقلي متوسط ☐ تخلف عقلي شديد ☐ تخلف عقلي عميق ☐

9-هل يوجد أمراض وراثية في العائلة : نعم ☐ لا ☐

10- إذا كان الجواب نعم ما هو نوع المرض : أمراض منقولة ☐ أمراض غير منقولة ☐

مقياس الضغوط النفسية :

يتعرض ولي أمر الطفل المعوق سواء أكان أباً أو أماً إلى درجة من الضغوط النفسية نتيجة إعاقة طفلهم، وستجد فيما يلي مجموعة من تلك العبارات التي تصف مشاعر أولياء الأمور والمشكلات التي يعرضون لها في حياتهم، اقرأ كل عبارة من تلك العبارات، ثم قرر مدى حدوث تلك المشاعر في حياتك ومدى انطباقها عليك، وذلك بوضع إشارة (✓) في المربع الذي يعبر عن درجة حدوث تلك المشاعر لديك .

الرقم	العبارة	موافق بشدة	موافق	محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة
1- الأعراض النفسية والعضوية						
.1	أشعر بعدم الرغبة في النشاط.					
.2	أشعر بالتعب عقب أي نشاط ولو بسيط.					
.3	أعاني من الأرق وصعوبة النوم.					
.4	أحزن لأبسط الأسباب.					
.5	لا أشعر بأي متعة في حياتي.					
.6	أشعر بضيق في التنفس دون سبب واضح.					
.7	أتعرض لاضطرابات في دقات القلب دون سبب واضح.					
.8	أعاني من الصاع دون سبب واضح.					
.9	أشعر بفقدان الشهية وعدم الرغبة في تناول الطعام.					
.10	أشعر بالإحباط في الحياة					
.11	أشعر بآلام في مفاصلي دون سبب واضح					
.12	أعاني من اضطرابات في الهضم					
.13	أعاني من ألم مستمر بمعدتي يفقدني الاستمتاع بتذوق الطعام					
.14	أعاني من اضطرابات في الأمعاء تسبب لي الإمساك					
2- المشكلات المعرفية والنفسية						
.15	لا أستطيع التحكم في أعصابي وأثور لأبسط الأسباب.					
.16	ألوم نفسي بشدة على أبسط الأشياء.					
.17	يصعب عليّ اتخاذ أي قرار ولو بسيط.					
.18	أشعر بالضيق في وجوه الآخرين.					
.19	أتجنب الحديث مع الآخرين عن ابني المعوق.					
.20	أشعر أحياناً بالحرج بسبب ابني المعوق.					
.21	ينزعج ابني عندما يشعر بعدم اهتمامي به					

.22	يصعب علي تذكر الأشياء ولو البسيطة.					
.23	اشعر بالإحراج لممارسة ابني سلوكيات غير مهذبة.					
3- المشكلات الأسرية والاجتماعية						
.24	أشعر أن أسرتي مهددة بالانهيار بسبب ابني المعوق					
.25	أشعر أن حياتي قد تحطمت بسبب وجود ابني المعوق					
.26	أشعر أن الآخرين ينظرون إلي نظرة دونية بسبب ابني المعوق					
.27	أشعر أن أقاربي يحاولون تجنب التعامل مع أسرتي بسبب ابني المعوق					
.28	أشعر أن أصدقائي قد تخلو عني بسبب ابني المعوق					
.29	يؤلمني إحجام الناس عن الزواج من أسرتنا بسبب ابننا المعوق					
.30	أشعر بالتوتر حينما أصطحب ابني إلى الأماكن العامة..					
.31	لا يمكنني زيارة أصدقائي وقتما أشاء.					
.32	يتخلى أفراد أسرتي عن كثير من الضروريات بسبب وجود طفل معوق فيها.					
4- القلق على مستقبل الطفل						
.33	أشعر بالقلق معظم الوقت دون مبرر.					
.34	وجود طفل معاق في أسرتي يعد كارثة كبيره لي.					
.35	يؤلمني أن ابني لن يكون ذو اندماج طبيعياً لأسرتي.					
.36	أعتقد أن ابني يحتاج إلى توجيه مستمرة.					
.37	أعتقد أن ابني سوف يمثل مشكلة دائمة للأسرة.					
.38	أشعر بالقلق حينما أفكر في مصير ابني عندما يكبر.					
5- مشكلات الأداء الاستقلالي						
.39	أعتقد أنه لا جدوى من محاولة تعليم ابني ولو مهنة بسيطة.					
.40	تزعجني كثرة التعليمات التي يتعين إعطاؤها لابني.					
.41	يواجه ابني صعوبة كبيرة في الفهم.					
.42	يصعب على ابني تركيز الانتباه لفترة طويلة.					
.43	أشعر أن ابني لا يثق بنفسه.					
.44	يصعب على ابني التعامل مع أقرانه.					
.45	يصعب على ابني التكيف مع أفراد الأسرة.					
.46	لا يستطيع ابني التعبير عن مشاعره.					

.47	أحرص على توفير الحماية الزائدة لابني.					
.48	أشعر بأن ابني لا يمتلك القدرة على إدارة مهامه اليومية بشكل مستقل.					
.49	لا يستطيع ابني الاعتماد على نفسه في ارتداء ملابسه.					
.50	لا يستطيع ابني استخدام الحمام بنفسه.					
.51	يجد ابني صعوبة في التعرف على عنوان المنزل.					
.52	أشعر أن ابني يفتقد الدافعية للتعلم.					
6- عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل						
.53	إن اصطحاب ابني إلى الخارج خلال العطلة يفسد عليّ متعتي.					
.54	أشعر أن كل ما نفعله ما ابننا يعد جهداً ضائعاً.					
.55	يقلقني عدم القدرة على ضبط سلوك ابني المعوق.					
.56	يصعب علي التعامل مع ابني المعوق.					
.57	أعتقد أن أسرتي تؤدي مهام تفوق المهام التي تقوم بها الأسرة العادية.					
.58	أشعر بالقلق عندما أقصر في رعاية ابني.					
7 – مشاعر اليأس والإحباط						
.59	ينتابني الشعور بأنني سبب إعاقة ابني.					
.60	أشعر أن وضع الأسرة الاجتماعي سوف يعاني كثيراً بسبب وجود فرد معوق فيها.					
.61	يقلقني أن ابني يخاف من كل شيء.					
.62	أشعر بالحزن الشديد عندما أفكر في حالة ابني.					
.63	أشعر بالإحباط حينما أدرك أن ابني لن يعيش حياة طبيعية.					
.64	يؤلمني الشعور أن ابني سيبقى كل حياته معوقاً.					
.65	أشعر بخيبة الأمل تجاه أسلوب حياة ابني المعوق.					
.66	أشعر أن إنجازات ابني أقل بكثير مما هو متوقع منه.					
.67	أتمنى لو كان وجود ابني المعوق مجرد حلم مزعج سوف أفيق منه.					
.68	أشعر بالأسى من الصورة المشوهة التي تقدمها وسائل الإعلام عن المعوقين.					

(عبد الغني، 2008)