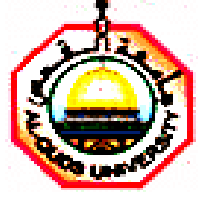




وزارة الصحة

كلية الصحة العامة
School of Public Health
القدس - فلسطين



جامعة القدس

عمادة الدراسات العليا
جامعة القدس

تأثير الإعاقة السمعية للأطفال علي الصحة النفسية
للوالدين في قطاع غزة

مقدمة من الطالب
رائد عبد الله سلمان مغاري

رسالة ماجستير

القدس - فلسطين

2005م



وزارة الصحة

كلية الصحة العامة
School of Public Health
القدس - فلسطين



جامعة القدس

تأثير الإعاقة السمعية للأطفال علي الصحة النفسية للوالدين في قطاع غزة

مقدمة من

رائد عبد الله سلمان مغاري

بكالوريوس علم اجتماع - جامعة الأزهر بغزة

إشراف الدكتور

عبد العزيز موسي ثابت

أستاذ مساعد الطب النفسي

جامعة القدس

قدمت هذه الدراسة استكمالاً لمتطلبات درجة الماجستير في الصحة النفسية المجتمعية

جامعة القدس

كلية الصحة العامة

إبريل / 2005م

الصحة النفسية المجتمعية
كلية الصحة العامة - غزة
عمادة الدراسات العليا
جامعة القدس

تأثير الإعاقة السمعية للأطفال علي الصحة النفسية للوالدين في قطاع غزة

اسم الطالب: رائد عبد الله سلمان مغاري

الرقم الجامعي: 20211518

المشرف: الدكتور: عبد العزيز موسى ثابت

نوقشت هذه الرسالة وأجيزت بتاريخ: 2005/4/20م

من لجنة المناقشة المدرجة أسماءهم وتوافقهم:

- 1- د. عبد العزيز ثابت رئيس لجنة المناقشة التوقيع :
- 2- د. سوزان شعشاعة ممتحناً داخلياً التوقيع :
- 3- د. محمد عليان ممتحناً خارجياً التوقيع :

جامعة القدس - القدس

2005م

إلى أعز الناس علي قلبي

والدي وأبنائي الأحبة

إلى من سهرت علي راحتى طوال دراستي

وجمعت بين المعاناة والأمل زوجتي الغالية

إلى كل السامعين بأعينهم وقلوبهم أطفالنا الصم

إلى أمهات وآباء الأطفال الصم أكرمهم الله وعافاهم...

...أهدي هذا البحث...

البيان

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

التوقيع:

رائد عبد الله سلمان مغاري

إبريل / 2005

شكر وتقدير

بفضل الله تعالى أنجز هذا العمل المتواضع لذا أتقدم بجزيل الشكر وعظيم الاحترام والتقدير إلى كل من ساعدني في إنجاز هذا العمل.

أتقدم بجزيل الشكر والاحترام لجامعة القدس لإتاحة هذه الفرص التعليمية في قطاع غزة ومد يد العون لمساعدة الطلبة.

أتوجه بالشكر العميق إلى الأستاذ الدكتور/ عبد العزيز موسى ثابت المشرف على هذه الرسالة والذي لم يتوان أبداً في تقديم يد العون والمساندة والمساعدة في إنجاز هذا البحث.

وإلى آباء وأمهات الأطفال المعاقين سمعياً (مجتمع الدراسة) وأبنائهم الطلبة من الصم لاهتمامهم الواضح ومساعدة في إتمام الدراسة، كما أتوجه بخالص الاحترام والتقدير إلى مدراء ومشرفي ومدرسي وأخصائيي جمعيات ومراكز ومدارس الإعاقة السمعية في قطاع غزة الممتدة من الجنوب إلى الشمال والتي ساعدت بشكل فعلي في مد يد العون بتوفير كافة المعلومات والبيانات اللازمة والتي يحتاجها البحث، وأتقدم بجزيل الشكر والعرفان إلى الدكتور الفاضل خليل حماد علي مساهمته الجادة في تدقيق الرسالة لغويا وتوجيهاته المفيدة، كما وأتقدم بجزيل الشكر والتقدير من الأخ الأستاذ عماد الكلوت الذي ساعد الباحث في تنفيذ المعالجات الإحصائية.

ولا أنسي تقديم الشكر والعرفان إلى زملائي وإخوتي في العمل لمساعدتهم في توفير أقصى أوقات الراحة اللازمة لإنجاز هذا العمل، وأخيراً لا أنسي أن أتقدم بالولاء والانتماء وجزيل الامتنان لأسرتي الغالية ودعمها المتواصل طوال أعوام الدراسة: وما قدموه لي من دعم ومساندة فترة الدراسة وخاصة زوجتي على ما قدمت من مساعدة وصبر وطول احتمال.

الباحث

رائد عبد الله مغاري

ملخص الدراسة

هذه الدراسة أجريت للبحث عن تأثير الإعاقة السمعية للأطفال على الصحة النفسية للوالدين في قطاع غزة.

هدفت الدراسة إلى التعرف على الفروق في الصحة النفسية بين والدي الأطفال المعاقين سمعياً، وعلاقتها مع المتغيرات الديمغرافية، وهي دراسة وصفية تحليلية مقطعية حيث شملت الدراسة علي جميع الأطفال المسجلين في مدارس الصم في قطاع غزة حيث كانت نسبة الاستجابة 97%.
لقد تم استخدام مقياس الصحة النفسية المعدل SCL-90-R وتم حساب صدق الاتساق الداخلي وتراوحت الارتباطات بين 0.596 - 0.967 ، والثبات بطريقة إعادة الاختبار وبطريقة التجزئة النصفية، وتوصلت النتائج إلى أنه توجد فروق دالة إحصائياً بين الآباء والأمهات في الصحة النفسية العامة حيث كان المتوسط الحسابي لكل من الأعراض النفسية للآباء علي التوالي: الاكتئاب، الوسواس القهري، الحساسية التفاعلية، القلق، الأعراض الجسمية، الذهانية، البارانونيا، قلق الخوف، العداوة (3.10، 3.38، 3.91، 3.41، 4.51، 4.83، 6.33، 7.94، 8.60، 50.6) وأن المتوسط الحسابي للصحة النفسية للأمهات فقد كانت علي النحو التالي: (9.24، 11.64، 69.2، 7.98، 7.90، 7.64، 5.19، 4.41، 4.58، 4.66) وكانت كل الفروق لصالح الأمهات أي أن مشكلات الصحة النفسية للأمهات أعلى منها عند الآباء، كما أنه لم تجد الدراسة فروقاً ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسية بين متوسطي درجات مجموعتي كل من الآباء والأمهات ذوي الأطفال المعاقين 1-2 طفل وذوي الأطفال المعاقين 3 فأكثر.

أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسية بين مجموعتي آباء الذكور وآباء الإناث من الأطفال المعاقين، في حين وجدت الدراسة فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسية بين الأمهات لصالح أمهات الإناث من الأطفال المعاقين سمعياً.

لا توجد فروق دالة بين درجات آباء الأطفال المعاقين سمعياً في الصحة النفسية وفقاً لدرجات الإعاقة

السمعية لأبنائهم. في حين توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسية لصالح أمهات

الأطفال متوسطي الإعاقة السمعية.

أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين درجات آباء أو أمهات الأطفال المعاقين سمعياً في الصحة

النفسية وفقاً لمكان السكن.

توجد فروق دالة بين درجات كل من آباء وأمهات الأطفال المعاقين سمعياً في الصحة النفسية وفقاً

لمستوياتهم التعليمية.

وعليه أوصت الدراسة عمل برنامج توعية شامل لوالدي الأطفال المعاقين سمعياً وذلك لمساعدتهم

علي التعامل مع أطفالهم والتكيف مع الإعاقة بشكل أفضل.

Abstract

The study was carried out to investigate the effect of hearing impairment of children on parents mental health in Gaza Strip.

It aims to examine differences in mental health among parents of children with hearing impairment and its relation with other socio-demographic variables.

Descriptive analytic cross sectional design used for all parents who have registered children at the deaf schools. The number of parents who respond to the study was 97%.

SCL-90-R was used as an instrument to measure the level of parents mental health. Internal consistency was calculated and its correlation was from 0.596 to 0.967; and validity was calculated by using retest and split half method.

The main results of the study showed that there are statistically significant differences between fathers and mothers in general mental health and its dimensions. The means for fathers and mothers general mental health, for depression, obsessive compulsive, interpersonal sensitivity, anxiety, somatization, psychoticism, paranoiac ideation, phobic anxiety and hostility as follow : for fathers it was (50.6, 8.60, 7.94, 6.33, 4.83, 4.51,3.41 3.91, 3.38, 3.10) respectively; and for mothers (69.2, 11.64, 9.24, 7.98, 7.90, 7.64, 5.19, 4.41, 4.58, 4.66) respectively. Also, the results revealed that there are no statistically significant differences in general mental health between parents who have 1-2 children with hearing impairment and those who had 3 and more children.

There are no statistically significant differences in the general mental health between fathers according to the sex of the children.

However, the study revealed that there are statistically significant differences in general mental health toward mothers of female children.

There are no statistically significant differences in the general mental health between fathers due to the severity of the children hearing impairment.

There are statistically significant differences in the general mental health toward mothers of children with moderate hearing loss.

The results showed that place of residence did not influence the general mental health of parents.

Level of education of parents was statistically significant differences for general mental health of parents.

The study recommended the establishment of a comprehensive awareness program for parents of children with hearing impairment in order to help them to deal and cope with their children hearing impairment.

الفصل الأول

المقدمة

الفصل الأول

1.1 خلفية البحث

ينتاب الكثير من الآباء والأمهات الذين يولد لهم طفل معاق سمعياً الشعور بالحزن والغضب وعدم الرضا والرفض والخجل من وجود هذا الطفل، ويبدأ الشعور بالذنب يتسلل إليهم ويعتبرون أن إصابة ابنهم بالإعاقة السمعية نوع من العقاب علي ذنب اقترفوه من قبل، وفي بعض الأحيان يوجه جزء من الغضب إلى نفس الطفل الذي ليس له أدني مسؤولية لما ألم بالأسرة، وتزداد الأمور سوءاً عندما يفشل الوالدان في الاتصال بطفلهم الصغير حيث تتعالى صرخاته ويفشلان في تفسير سبب تلك الصرخات وهذا يؤثر علي هذه الأسرة وعلاقاتها الاجتماعية ووضعها النفسي . وعندما ينمو الطفل يجد صعوبة في التعبير عن مشاعره وأفكاره لمن حوله الأمر الذي يؤثر علي معدل نموه الاجتماعي والنفسي والعقلي واللغوي. لذلك فإن الأسرة مطالبة بتقبل الطفل الأصم ورعايته بشكل متكامل رغم الحالة النفسية التي قد تتعرض إليها الأسرة وبخاصة الوالدان (Shell,et al., 1972)

وقد أشارت دراسات تناولت موضوع الضغط النفسي لدي أسر المعاقين إلى أن معظم الأسر قد تتعرض لضغط نفسي شديد قد تصل آثاره إلى درجة مرض بعض أفرادها (Ellis, 1982).

أما من الناحية الاجتماعية فقد يصل الأمر إلى خلق جو من عدم التنظيم الأسرى ووجود خلافات في إطار الأسرة (Eheart, 1982).

كما أنّ وجود طفل معاق في الأسرة يضيف إلى أعبائها النفسية والاجتماعية أعباء أخرى مالية واقتصادية، كما قد يؤدي إلى انقطاع الأم العاملة عن عملها ؛ كي تعمل علي رعاية طفلها المعاق ؛ مما يسهم في انخفاض الدخل المالي للأسرة (Eheart & Ciccone, 1982).

ويؤكد الأدب في هذا المجال علي أن الطفل المعاق يمكن أن يشكل مصدر تهديد علي وحدة الأسرة، بحيث يخلق ضغوطات جديدة ويؤثر علي علاقات الأسرة وأدوارها (Schreiber, 1984).

ويعاني الآباء من الضغوط النفسية نتيجة إعاقة أحد أبنائهم، ويظهرون ردود فعل مثل الصدمة والقلق والخجل، والشعور بالذنب، والعزلة، وإنكار الإعاقة ورفضها، وبعد ذلك يبدؤون عملية التعايش مع إعاقة ابنهم بإقرارهم للواقع الذي يمر به المعاق ومتابعة مراحل نموه ومتطلباته النفسية والاجتماعية والمالية (قنديل، 1996).

يتميز الآباء الفلسطينيون بما يعانونه من كثرة المتطلبات التي يحتاجونها لأبنائهم سواء كانت متطلبات معيشية لظروف الحياة القاسية، وخصوصية ما يتطلبه من علاج ورعاية للأطفال المعاقين الذين يقعون في منازلهم في ظل هذه الظروف والتي لا يتحقق التوافق النفسي أو الاجتماعي أو الأسري إلا من خلال التغلب علي المعوقات الحياتية التي يواجهها الآباء وتشكل لهم حالة ضاغطة بصورة مستمرة رغماً عن كل الظروف مما يتطلب منهم السعي نحو تحقيق التوافق سواء مع أفراد الأسرة أو مع المحيط الاجتماعي (شعبان ومهران، 1997).

إن ما تواجه أسر المعاقين من الضغوط النفسية والاجتماعية والمادية يؤثر في كيفية تعايش الأسرة مع الإعاقة وفي ردود فعلها نحو الطفل المعاق وازدياد الضغوط لدي الأسرة عند تقدم العمر بالطفل أو إصابة رب الأسرة بالإعاقة (الحديدي ومسعود، 1997)

ومن الجدير ذكره أن البحوث التي أجريت في موضوع الأسرة والطفل والمعاق ركزت علي تتبع مشاعر الوالدين وتحديد مستوي التوتر والارتباك في حياة أسر الأطفال المعوقين بشكل عام. وفي هذا

السياق توصل الباحثون إلى افتراض وجود نوع من التتابع في استجابات الوالدين عند ولادة طفل معوق أو عند اكتشاف حالة إعاقة ما عند أحد أفراد الأسرة. وقد تمثلت الاستجابة الأولى لدي الغالبية العظمي من الآباء والأمهات بالصدمة، وتحولت هذه الاستجابة بالتدرج إلى موقف يقضي بإنكار مظاهر الإعاقة عند الطفل، وجاءت استجابة الحزن رد فعل شائعاً لدي الآباء والأمهات في المرحلة التالية، وقد صاحب هذه الحالة لدي عدد كبير من الآباء والأمهات حالة من القلق الشديد. كذلك كانت مشاعر الغضب الموجهة نحو الوالدين نفسيهما أو اتجاه الطفل أو اتجاه العاملين في مجال الخدمات من الاستجابات الشائعة بدرجة واضحة. وعقب هذه المرحلة بدأت معظم الأسر فترة من التكيف للموقف تميزت بدرجة من الثقة أكبر مما كانت عليه الحال من قبل في قدراتهم علي القيام بالأدوار التي تتطلبها رعاية أبنائهم (عبد الرحيم، 1983)

وتشير دراسة ميدو (Meadow, 1985) التي أجريت علي 542 أسرة من أسر الأطفال المعوقين سمعياً بهدف التعرف علي أثر الإعاقة السمعية علي الوالدين إلى عدم وجود فروق دالة بين الآباء والأمهات في الأبعاد التي سبق ذكرها، إلا أن الآباء عبروا عن تعرضهم لضغوط نفسية أكبر، في حين عبرت الأمهات عن ثقة أكبر في قدرتهن علي التواصل مع أطفالهن المعوقين سمعياً. وكذلك توصلت الدراسة إلى نتائج متباينة حول علاقة بعض المتغيرات باستجابات الوالدين.

ومن خلال النظرة الشمولية التي يراها الباحث في عملة في نفس المجال تأتي هذه الدراسة لتوضيح حجم المشكلة والمعاناة الشديدة التي يعاني منها الوالدين في الأسرة ومدى تحمل المسؤولية والحاجات الملحة عليهم كانت هذه الدراسة لتوضيح هذه المعاناة حيث تفتقر المكتبات العلمية في محافظات غزة حد علم الباحث لدراسات من هذا النوع.

1.2 مشكلة البحث

يمكن تحديد مشكلة البحث في السؤال الرئيس الآتي:

ما مدى تأثير الإعاقة السمعية للأطفال علي الصحة النفسية للوالدين في قطاع غزة ؟

1.3 مبررات البحث

مما لا شك فيه أن وجود أطفال عدة في الأسرة، له تأثير كبير علي هذه الأسرة ولكن وجود طفل معاق سمعياً له الأثر المهم في حياة هذه الأسرة وحاجتها إلى الدعم النفسي والاجتماعي والاقتصادي، لما تحتاجه هذه الأسرة إلى مساعدات عدة فمن هنا تأتي مبررات هذا البحث للخروج بنتائج مناسبة تسعى من خلالها إلى الوصول لخدمات مهنية أفضل، وهذا يساعد الباحثين في وضع استراتيجيات العمل مع آباء المعاقين سمعياً وأمهاتهم إضافة إلى استفادة المهنيين بشكل مباشر.

حيث بدأ الاهتمام بالأفراد المعاقين سمعياً في قطاع غزة في وقت متأخر جدا مقارنة بباقي الإعاقات كالتخلف العقلي والإعاقة البصرية حيث سجلت البدايات الأولى لهذا الاهتمام في أواسط العام (1992) بافتتاح جمعية أطفالنا للصم وهي أول جمعية تنشأ لهذا الغرض (جمعية أطفالنا للصم، 1995)

ومنذ ذلك الحين والاهتمام بفئة الصم قد تطور بصورة متسارعة وفعالة جداً إذ وصل عدد المؤسسات التي تعني بهم أكثر من سبعة مؤسسات، موزعين توزيعاً جيداً على محافظات قطاع غزة كما تشكلت لجنة عام (1993) سميت بلجنة تطوير خدمات المعاقين سمعياً مهمتها التنسيق بين مؤسسات الصم سواء أكانت في قطاع غزة أم في الضفة الغربية وقد بلغ عدد المنتسبين إليها عشرون مركزاً وجمعية في جميع مناطق السلطة الوطنية (اللجنة المركزية الوطنية للتأهيل، 1998).

وبفضل هذه الجهود فقد تطورت الخدمات المقدمة للصم وتخصصت بعض المؤسسات في خدماتها لهذه الفئة وأصبحت الخدمات الآن تشمل الجوانب التربوية والمهنية والنفسية والاجتماعية والرياضية والترفيهية، بالإضافة إلى البرامج التي تهتم بتقديم الخدمات السمعية والنطقية ، وبدأت ملامح لغة الإشارة الفلسطينية بالظهور، بعد أن كانت لغة الإشارة الأردنية هي المسيطرة، سواء أكانت للتخاطب مع الصم أو في داخل صفوف الصم ، حيث أن معظم الذين تلقوا تعليمهم في مجال الصم سواء أكانوا صماً أم ناطقين قد تلقوه في الأردن ، وتأثروا بالطبع بل اكتسبوا هذه اللغة وتعززت في غياب لغة إشارة فلسطينية قوية وفعالة، كذلك فلن ملامح مجتمع الصم وثقافتهم قد تعزز ظهورها في ظل هذا التطور الحادث ، وتغيرت نظرة المجتمع للصم بعد أن كانت تتسم بالحزن والشفقة أو الاستهزاء والنبذ بسبب الغموض الذي كان يكتنف هذه الفئة حيث لم تتوفر في حينه لغة اتصال مناسبة قادرة على التعبير عن الصم وما يتحلون به من قدرات، وبسبب أيضاً غياب المجموعات الداعمة والمساندة لهذه الفئة، أما اليوم فلن نظرات التقدير والإعجاب والفخر بمنجزات الصم هي المسيطرة والسائدة في عقول الناس وضمائهم، وعلى الرغم مما ذكر سالفاً فلنّه لا زالت هناك العديد من المهام بحاجة إلى إنجاز بالإضافة إلى المشاكل الجمة التي واجهت ولا تزال مسيرة التطور في مجالات واتجاهات عدة سنتطرق إليها في ضوء معالجتنا لواقع الصم في قطاع غزة (جمعية أطفالنا للصم ، 1995).

1.4 أهداف البحث

تهدف هذه الدراسة إلى الآتي:

١. التعرف على مدي تأثير وجود أطفال معاقين سمعياً علي الصحة النفسية للوالدين.
٢. التعرف على مدي تأثير عدد الأطفال المعاقين سمعياً علي الصحة النفسية لكل من الوالدين.
٣. التعرف على مدي وجود فروق في الصحة النفسية عند والدي الطفل المعاق سمعياً تعزى لجنس الطفل (ذكر، أنثي).
٤. معرفة مدي تأثير نوع الإعاقة السمعية ودرجتها (ضعيف، متوسط، شديد، شديد جداً) علي الصحة النفسية للوالدين (الأب - الأم).
٥. معرفة مدي تأثير مكان السكن للأطفال المعاقين سمعياً علي الصحة النفسية للوالدين (الأب - الأم).
٦. الكشف عن تأثير المستوى التعليمي لوالدي الأطفال المعاقين سمعياً علي الصحة النفسية للوالدين (الأب - الأم).
٧. كما يهدف هذا البحث إلى إمكانية الاستفادة من نتائجه في المساعدة في رسم سياسة تتعلق بتعزيز الصحة النفسية لدي آباء الأطفال المعاقين سمعياً وأمهاتهم.

1.5 أسئلة البحث

حاولت هذه الدراسة الإجابة عن الأسئلة الآتية:

- ١- هل توجد فروق دالة إحصائياً في الصحة النفسية بين آباء وأمّهات الأطفال المعاقين سمعياً؟
- ٢- هل توجد فروق دالة إحصائياً في الصحة النفسية لدى كل من "الآباء - الأمّهات" تعزى إلي عدد الأطفال المعاقين سمعياً في الأسرة؟

٣- هل توجد فروق دالة إحصائياً في الصحة النفسية لدى كل من "الآباء - الأمهات" تعزى إلي جنس الطفل المعاق سمعياً (ذكر، أنثى)؟

٤- هل توجد فروق دالة إحصائياً في الصحة النفسية لدى كل من "الآباء - الأمهات" تعزى إلي درجة الإعاقة السمعية للأطفال (ضعيف، متوسط، شديد، شديد جداً)؟

٥- هل توجد فروق دالة إحصائياً في الصحة النفسية لدى كل من "الآباء - الأمهات" تعزى إلي مكان السكن للطفل المعاق سمعياً (مخيم، قرية، مدينة)؟

٦- هل توجد فروق دالة إحصائياً في الصحة النفسية لدى كل من "آباء - أمهات" الأطفال المعاقين سمعياً تعزى إلي مستويات تعليمهم (ابتدائي وما دون - إعدادي - ثانوي - جامعي وما فوق)؟

1.6 الفرضيات الأساسية

١- لا توجد فروق دالة إحصائياً في الصحة النفسية بين آباء وأمهات الأطفال المعاقين سمعياً.

٢- لا توجد فروق دالة إحصائياً في الصحة النفسية لدى الآباء تعزى إلي عدد أطفالهم المعاقين سمعياً.

٣- لا توجد فروق دالة إحصائياً في الصحة النفسية لدى الأمهات تعزى إلي عدد أطفالهن المعاقين سمعياً.

٤- لا توجد فروق دالة إحصائياً في الصحة النفسية لدى الآباء تعزى إلي جنس الطفل المعاق سمعياً (ذكر، أنثى).

٥- لا توجد فروق دالة إحصائياً في الصحة النفسية لدى الأمهات تعزى إلي جنس الطفل المعاق سمعياً (ذكر، أنثى).

- ٦ - لا توجد فروق دالة إحصائياً في الصحة النفسية لدى الآباء تعزى إلي درجة الإعاقة السمعية للأطفال (ضعيف، متوسط، شديد، شديد جداً).
- ٧ - لا توجد فروق دالة إحصائياً في الصحة النفسية لدى الأمهات تعزى إلي درجة الإعاقة السمعية للأطفال (ضعيف، متوسط، شديد، شديد جداً).
- ٨ - لا توجد فروق دالة إحصائياً في الصحة النفسية لدى آباء الأطفال المعاقين سمعياً تعزى إلي أماكن سكنهم (مخيم، قرية، مدينة).
- ٩ - لا توجد فروق دالة إحصائياً في الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين سمعياً تعزى إلي أماكن سكنهم (مخيم، قرية، مدينة).
- ١٠ - لا توجد فروق دالة إحصائياً في الصحة النفسية لدى آباء الأطفال المعاقين سمعياً تعزى إلي مستويات تعليمهم (ابتدائي وما دون - إعدادي - ثانوي - جامعي وما فوق).
- ١١ - لا توجد فروق دالة إحصائياً في الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين سمعياً تعزى إلي مستويات تعليمهم (ابتدائي وما دون - إعدادي - ثانوي - جامعي وما فوق).

1.7 حدود البحث

يقتصر البحث الحالي علي الكشف عن تأثير الإعاقة السمعية للأطفال علي الصحة النفسية لآباء وأمهات هؤلاء الأطفال المسجلين في مدارس الصم وجمعيات تأهيل المعاقين والموزعة علي محافظات غزة في العام الدراسي 2004 - 2005م.

1.8 مصطلحات البحث

الإعاقة

تعرف الإعاقة على أنها "عدم تمكن المرء من الحصول على الاكتفاء الذاتي وجعله في حاجة مستمرة إلى إعانة الآخرين وبالتالي إلى تربية خاصة تغلبه علي إعاقته" (أبو مصطفى، 2000).
وتعرف الجمعية العامة للأمم المتحدة المعوق بأنه " أي شخص عاجز عن أن يؤمن بنفسه، بصورة كلية أو جزئية ضرورات حياته الفردية والاجتماعية العدية ؛ بسبب قصور خلقي أو غير خلقي في قدراته الجسمية أو العقلية أو الحسية (الإعلان الخاص بحقوق المعوقين، 1993).

الأطفال المعاقون سمعياً

هم الأطفال الذين فقدوا حاسة السمع إلى درجة من السوء تجعل فهم الكلام المنطوق مستحيلاً في معظم الأحوال مع أو بدون المعينات السمعية (مندل و ماكاي، 1976).

الطفل الأصم

هو الطفل غير القادر علي اكتساب اللغة الطبيعية، وهو الذي يتخلى عن اللغة اليدوية، والذي ينمو لديه تلقائياً نظام الإيماءات في التواصل (عبد الحي، 2001).

ضعاف السمع

هم الأطفال الذين تكون حاسة السمع لديهم رغم أنها قاصرة إلا أنها تؤدي وظائفها باستخدامها المعينات السمعية أو بدون استخدام هذه المعينات (عبد الحي، 2001).

الصحة النفسية

تعرف الصحة النفسية على أنها " حالة دائمة نسبياً، يكون فيها الفرد متوافقاً نفسياً ، ويشعر بالسعادة مع نفسه ومع الآخرين، ويكون قادراً علي تحقيق ذاته واستغلال قدراته وإمكانياته إلى أقصى حد ممكن ، ويكون قادراً علي مواجهة مطالب الحياة، وتكون شخصيته متكاملة سوية. ويكون سلوكه عادياً، بحيث يعيش بسلامة وسلام. والصحة النفسية حالة إيجابية تتضمن التمتع بصحة العقل والجسم، وليست مجرد غياب أو الخلو أو البرء من أعراض المرض النفسي" (زهران، 1977).

ويتبنى الباحث التعريفات السابقة لاتفاقها مع إجراءات الدراسة، كما يتبنى الباحث التعريفات الإجرائية لأبعاد الصحة النفسية موضوع الدراسة (أبو هين، 1992) كما يلي:

1- الأعراض الجسمية

يقصد بها الأحوال المختلفة التي يكون عليها الجسم الإنساني، وخاصة تأثير أعضاء الجسد بالجهاز العصبي اللاإرادي، حيث تظهر هذه التأثيرات في بعض تعطيل أو المعاناة في الأداء الوظيفي للعضو.

2- الوسواس القهري

يقصد به الأفكار التي تسيطر علي ذهن الفرد ولا يقوي علي التخلص منها رغم أنه يبذل الجهد الكثير للتغلب عليها إلا أنه يجد نفسه مقهوراً لتكرارها ، مما يوقعه دوما تحت وطأة الألم الشديد ، وكذلك تلك الأفعال والطقوس الحركية التي تسيطر عليه ولا يجد منها فكاكاً ويجد نفسه مقهوراً علي تكرارها رغم سعيه وقناعته بعدم منطقيتها.

3- الحساسية التفاعلية

يقصد بها العلاقات البينية القائمة بين الأفراد بعضهم البعض، وأثر هذه العلاقات في الوضع النفسي للإنسان، ويتميز الأفراد ذوو الحساسية التفاعلية المرتفعة بدرجة عالية من تبخيس الذات وتقدير ذات منخفض.

4- الاكتئاب

يقصد به زملة الأعراض الإكلينيكية المصاحبة للاكتئاب سواء علي المستوي العضوي أو النفسي وتشتمل الهبوط في الأداء الوظيفي للإنسان وتتفرع منها حالات الهبوط المزاجي واليأس والسوداوية والانسحاب من الواقع وعدم الاهتمام بالأنشطة ونقص الهمة و الدافعية، والإحساس بفقدان الطاقة الحيوية إضافة لمشاعر الدونية وتبخيس الذات.

5- القلق

يقصد به التوتر والعصبية والأعراض السلوكية التي تكون تظهر كتعبير عن حالات القلق من ارتجاف الأطراف إلى العوارض الجسمية الأخرى.

6- العداوة

يقصد به سلوك الاعتداء إما علي مستوي الأفكار أو المشاعر أو الأفعال.

7- قلق الخواف (الفوبيا)

يقصد به مظاهر الخوف الغير طبيعية التي تنتاب بعض الأفراد والتي يصطلح علي تسميتها بالفوبيا ومنها الخوف من الأماكن العامة وأي مظهر من المظاهر المختلفة للخوف من موضوع معين بطريقة غير طبيعية.

8- البارانويا

يقصد به ا إنساب الشخص عيوبه للآخرين وكذلك العداء والشك والارتياب والمركزية حول الذات والهذات وفقدان الاستقلال الذاتي ومشاعر العظمة.

9- الذهانية

يقصد بها الهلوس السمعية وإذاعة الأفكار والتحكم الخارجي في الأفكار واقتحام الأفكار داخل الذهن عن طريق قوي خارجه عن إرادة الفرد.

1.9 استعراض عام لفصول الدراسة

يحتوى الفصل الأول علي الخطوات العريضة حيث يحتوي علي خلفية موضوع الدراسة ومشكلة البحث والمبررات والأهداف وأسئلة وفرضيات الدراسة ومكان وحدود الدراسة التي سيجري عليها البحث.

وفي الفصل الثاني تم استعراض لأهم النظريات التي تناولت مفهوم الصحة النفسية ومن ثم يستعرض في عدة محاور الدراسات السابقة التي لخصها من خلال دراسته واستنباطه هذه الدراسات ومن سبقه في دراسات سابقة متقاربة مع موضوع دراسته والتي ستكون أرضية شاملة لدراسته الحالية حيث شملت مجموعة من الدراسات ذات العلاقة بموضوع الدراسة الحالية.

ويحتوي الفصل الثالث علي الإطار النظري للدراسة والمكون من شقي الدراسة وهما الإعاقة السمعية والصحة النفسية وذلك من خلال إثارة موضوعات ذات علاقة مباشرة في موضوع الدراسة والتطرق إلى الموضوعات الهامة فيها.

وفي الفصل الرابع تم توضيح الأساليب والإجراءات المتبعة والتي تشتمل تصميم البحث وتحديد العينة ومكان ومحددات الدراسة والاعتبارات الأخلاقية المتبعة والأدوات المستخدمة والطرق والأساليب والدراسة الأولية الاستطلاعية والتحليل الإحصائي للكشف عن صدق وثبات الأدوات المستخدمة. ويحتوي الفصل الخامس علي استعراض شامل لنتائج الدراسة والتعليق عليها وذلك من خلال عرض جداول وأشكال الدراسة التي توصل إليها الباحث في دراسته.

و في الفصل السادس تم مناقشة النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة في ضوء الدراسات السابقة والكشف عن مدي توافق وانسجام أو تعارض نتائج هذه الدراسة مع الدراسات الأخرى، ومن ثم تم وضع عدد من التوصيات بناءً على نتائج هذه الدراسة.

الفصل الثاني

استعراض الأدبيات

الفصل الثاني

استعراض الأدبيات

يُعدّ عالم المعاقين من أحد العلوم المعقدة في مجتمعات العالم أجمع وفي المجتمعات العربية عامة، وفي المجتمع الفلسطيني علي وجه الخصوص؛ بسبب ما يحدث في مجتمعنا وبسبب ارتفاع نسبة الإعاقة في فلسطين وخاصة ما خلفه الاحتلال الإسرائيلي علي شعبنا الفلسطيني، حيث بدأ الاهتمام في هذا الموضوع في أواخر الثمانينات من خلال إنشاء مؤسسات تأهيل الأطفال الصم وما ترتب عليه من اعتبارات أخرى، لذا قام الباحث بالبحر في هذا الموضوع في مستويات عدة لا يقل كل منهما عن الآخر من الدراسات السابقة من دراسات خاصة بالصمم وضعاف السمع ومرضي الطنين والدوار، وكلها تعدّ من المشاكل السمعية وذلك من خلال التسلسل في الدراسات علمياً علي الصعيد العربي والغربي مع الفارق بين موضوع كل دراسة.

2.2 مراجعة النظريات المتعلقة بالبحث

يرى عدد كبير من علماء النفس على اختلاف اتجاهاتهم أن الصحة النفسية هي السواء والخلو من الاضطرابات والصراعات النفسية والقدرة على الانسجام مع النفس والآخرين، ومع هذا الإجماع فإن لكل مدرسة ونظرية وجهة نظرها في تحديد مفهوم الصحة النفسية، وفيما يلي عرض مختصر لأهم وجهات النظر المفسرة للصحة النفسية:

أولاً: نظرية التحليل النفسي

يرى أصحاب نظرية التحليل النفسي فرويد وتلاميذه أن الصحة النفسية تكمن في مقدرة الأنا علي التوفيق بين متطلبات أجهزة الشخصية أي قدرة الأنا على الموازنة والتوفيق بين غرائز وشهوات الهو ومطالبات وطموحات الأنا الأعلى من الرفعة والسمو الإجتماعي، وفي الوصول إلى حل للصراع بين تلك الأجهزة وبعضها البعض فإن الإنسان وفقاً لذلك لا يستطيع أن يصل إلا إلى تحقيق جزئي لصحته النفسية. مما حدا ب (فروم) في معرض حديثه عن التحليل النفسي إلى القول بأن: الإنسان يجد نفسه أمام طريقتين، إما الإشباع التام لغريزته، ومن ثم الحياة البربرية أو إحباط جزئي لها ومن ثم النمو الثقافي (عبد الغفار، 1981)

أما الاتجاهات الحديثة للتحليل النفسي فقد ربط أصحابها بين الصحة النفسية أو الشخصية السوية، وبعض المفاهيم الأخرى، كالتوجه المنتج والحب عند فروم، والإبداعية عند رانك، وإدراك الذات أو معرفتها عند هورني، بينما أوضح أر يكسون، أن تحقيق مطالب الأنا عبر مراحل النمو النفسي الاجتماعي وخلال عملية التنشئة هو الذي يحقق الصحة النفسية وهذه المطالب هي الثقة في العالم الخارجي والثقة في النفس والاستقلالية والمبادأة والمقدرة علي الإنجاز، والإحساس بالهوية وتقدير الذات، والمقدرة علي الإنتاج وتكامل الأنا (القريطي والشخص، 1992).

وأشارت مدرسة التحليل النفسي إلي استخدام العديد من الميكانزمات الدفاعية التي غالباً ما نجد الآباء والأمهات يتعاملون بها لا شعورياً مع المواقف الضاغطة التي يفرضها وجود طفل معاق، حيث يسبب قدوم الطفل المعاق مشكلات نفسية واجتماعية لأسرته فعندما يكتشف الوالدان إعاقة طفلها يصابان بالهم والغم، وينتابهما الخوف الزائد علي مستقبله، ويعانيان من قلق التردد بين الأمل في العلاج واليأس من الشفاء (الأشول، 1993).

ويلخص إنجلر (1991) مؤشرات الصحة النفسية والتي تعني فاعلية الأنا السوية في كل من الثقة، الاستقلالية، المبادرة، الإنجاز، تشكل الهوية، الألفة، الإنتاجية، والحكمة. في حين تمثل مؤشرات سوء الصحة النفسية في النقيض من ذلك وتشمل انعدام الثقة في الذات والآخرين، الاعتمادية والخجل والشك، المعاناة من مشاعر الذنب وفقدان روح المبادرة، الشعور بعدم الكفاية وعدم القدرة علي الإنجاز، فقدان الهوية واضطراب الدور، العزلة، الركود، واليأس.

ثانياً: النظرية السلوكية

يشير رواد النظرية السلوكية إلي أن الصحة النفسية عملية مكتسبة عن طريق التعلم والخبرات التي يمر بها الفرد، وأن السلوك الصحيح يشتمل على خبرات تشير إلي كيفية الاستجابة لتحديات الحياة

والتي سوف تقابل بالتعزيز أو التدعيم. ويرى واطسون Watson ، وسكندر Skinner أن الصحة

النفسية لا يمكن لها أن تنمو عن طريق الجهد الشعوري ولكنها تتشكل بطريقة آلية عن طريق

تلميحات البيئية أو إثباتها (إنجلر، 1991).

وبذلك فإن الصحة النفسية تعد نتاجاً لعملية التعلم والتنشئة، وهي تكمن في اكتساب الفرد عادات

مناسبة، وفعالة، تساعد في التعامل مع الآخرين، وفي مواجهة مختلف المواقف التي يتعرض لها.

وينتج الاضطراب الانفعالي الاجتماعي عن الفشل في تعلم أو اكتساب السلوك المناسب. أو عن تعلم

أساليب سلوكية غير مناسبة، أو مواجهة الفرد لمواقف صراعية نفسية تستلزم تمييز أو اتخاذ قرارات

يشعر أنه عاجز عنها (عبد الغفار، 1981).

وركز السلوكيون علي الطرق التي بواسطتها يتعلم الأفراد كيف يتأقلمون مع ردود فعل الضغوط في

مواقف معيشية وربما الناس يكون لديهم ردود فعل تجاه مواقف محددة بالخوف والقلق، لأن هذه

المواقف تسبب لديهم الأذى، أو كانت مؤذية للضغط في الماضي، وبعض المخاوف غير المبررة

وتطورت خلال هذه الظروف، وعلي سبيل المثال فإن الشخص الذي كادت أن تزلق سيارته بالقرب

من حافة جبل، ربما يتذكر ذلك القلق كل وقت يكون فيه في مكان مرتفع (هليجار، 1990).

وتشير المدرسة السلوكية إلي أن توقعات الآباء لأطفالهم المعاقين تحبط من عدم مقدرتهم علي

النجاح في تحقيق صحة التوقعات، وتعتبر الإعاقة من وجهة نظر السلوكية مثيرات متواصلة علي

الآباء لتخلق حالة مستمرة من الضغوط النفسية التي تحتاج إلي استجابات متكررة تؤدي إلي استهلاك

طاقة الجسم وعدم تحقيق التوازن الجسدي والنفسي.

ثالثاً : النظرية الإنسانية

ويري أصحاب هذه النظرية ماسلو وروجرز أن الصحة النفسية تتمثل في تحقيق الفرد لإنسانيته تحقيقاً كاملاً ومن المؤشرات الدالة على ذلك مدى ما يمارسه الفرد من حرية، ومدى إدراكه لهذه الحرية وحدودها، وتحمله لمسؤولياتها، ومقدرته على التعاطف مع الآخرين وحبهم، والتزامه بالقيم العليا كالحق، والخير، والجمال، والإحساس بالطمأنينة، والانتماء، وتقبل الذات، وتحقيق إمكانات الفرد وأهدافه (عبد الغفار، 1981). وأن الإنسان كائن فعال يستطيع حل مشكلاته وتحقيق التوازن وأنه ليس عبداً للحتميات البيولوجية كالجنس والعدوان كما يرى فرويد أو للمثيرات الخارجية كما يرى السلوكيون (عبد اللطيف، 1993).

ويشير روجرز إلى أن الأفراد الذين يعانون من سوء الصحة النفسية يعبرون عن بعض الجوانب التي تقلقهم فيما يتعلق بسلوكياتهم غير المتسقة مع مفهومهم عن ذاتهم، وأن سوء الصحة النفسية يمكن أن يستمر إذا ما حاول الأفراد الاحتفاظ ببعض الخبرات الانفعالية بعيداً عن مجال الإدراك أو الوعي، وينتج عن ذلك استحالة تنظيم مثل هذه الخبرات، أو توحيدها كجزء من الذات التي تتفكك، وتتبعثر نظراً لافتقار الفرد لقبوله لذاته، وهذا من شأنه أن يولد مزيداً من التوتر والأسى وسوء الصحة النفسية (إنجلر، 1991).

رابعاً: الصحة النفسية في الإسلام

لقد اهتم القرآن الكريم بالنفس البشرية وعوامل صلاحها وفسادها بل جاءت الرسالة الإسلامية برمتها موجهة لهذه النفس لكي تستعد في الدارين الدنيا والآخرة، يقول كمال مرسي في تعقيبه على تعريفات الصحة النفسية باعتبارها مرادف للسعادة:

إن السعادة التي تدل علي الصحة النفسية ليس في لذات حسية، لكنها في لذات نحصل عليها من عمل ما يرضي الله، فيرضي عنا ويحبنا، وينير عقولنا وقلوبنا وأبصارنا وأسماعنا، فنقبل علي ما يقربنا منه، ونرضي بما قسمه لنا، فنسعد في الدنيا والآخرة (مرسي، 1988).

ولقد بين القرآن الكريم في كثير من الآيات أن هذه النفس تملك قدراً "متساوياً" من الاستعداد لأن تكون نفساً معافاة وسليمة أو تكون نفساً مضطربة ومريضة حيث يقول تعالي " وَتَفْسٍ وَمَا سَوَّاهَا فَأَلْهَمَهَا فُجُورَهَا وَتَقْوَاهَا قَدْ أَفْلَحَ مَنْ زَكَّاهَا، وَقَدْ خَابَ مَنْ دَسَّاهَا " (الشمس، 7 - 10)، ويقول تعالي: "وَهَدَيْنَاهُ النَّجْدَيْنِ" (البلد، 10)، " إِنَّا هَدَيْنَاهُ السَّبِيلَ إِمَّا شَاكِرًا وَإِمَّا كَفُورًا " (الإنسان، 3).

ويعتبر الإمام سيد قطب رحمه الله الآيات سالفة الذكر أنها قاعدة النظرية النفسية للإسلام ويضيف أن الإنسان يمتلك من الإرادة وحرية الاختيار ما يجعله أن يستجيب لتوجيهات الواقع وكل العوامل الخارجية عن نفسه بالطريقة التي يشاءها، وبالقدر الذي يريده فان هو استخدم هذه الإرادة في تزكية نفسه وتطهيرها، وتنمية استعداد الخير فيها، وتغلبه علي الشر فقد أفلح، ومن أظلم هذه القوة وخبأها وأضعفها فقد خاب (قطب، 1988).

ويرى (الغزالي، 1956) ومسكويه (بجاتي، 1993) أن قوى النفس ثلاث وهي : الحكمة (القوة الناطقة)، والشجاعة (القوة الغضبية) ، والعفة (القوة الشهوانية) ويعرف الغزالي الصحة النفسية بأنها الاتفلق الناشئ بين قوى النفس الثلاث، وأن مستوى الصحة النفسية يكون بحسب عدد قوى النفس، ثم تحدث عن هذه القوى الثلاث باعتبارها ونسبة بعضها إلى بعض فضيلة هي كمالها وتماها وهي فضيلة العدالة التي يصل الفرد بها إلى مستوى عالٍ من السواء والكمال. ويعني من نسبة بعضها إلى بعض أن العدالة تتحقق عندما تتحكم قوة العقل الناطقة (الحكمة) في القوة الغضبية والقوة الشهوانية وأن تقوم قوة العقل بضبط عملهما وتنظيمه.

وفي المقابل فإن أضعاد هذه الفضائل الأربع أربع أيضاً وهي الجهل، والشر، والجبن، والجور وتندرج ضمن وتحت هذه الأجناس أنواع كثيرة وأشخاص هذه الأنواع أمراض نفسانية كثيرة تحدث منها أمراض كثيرة كالخوف والحزن، والغضب، وضروب كثيرة من سوء الصحة النفسية (بجاتي، 1993).

ويكون بذلك العلماء المسلمين قد سبقوا علماء النفس المعاصرين بحيث تتقارب هذه المركبات مما دعا له فرويد في نظرية التحليل النفسي من أن الشخصية تنمو بشكل سوي وتحقق أعلى مستوى من الصحة النفسية عندما تضبط الأنا Ego وتوجه بشكل جيد عمل كل من الهو Id والأنا الأعلى Super Ego .

كما أن ابن سينا أدرك العلاقة بين الجسم والنفس وأن كلا منهما يؤثر ويتأثر بالآخر، وقد استخدم ابن سينا أسلوب التداعي الحر أو الطليق، قبل أن يعتمد فرويد المنهج الأساسي للتحليل النفسي.

وقد عرف ابن سينا قيمة ردود الفعل الانفعالية في الكشف عن الجوانب ذات الدلالة الخاصة عند

مريض الصحة النفسية(كفاي، 1997).

2.3 مراجعة الأبحاث المتعلقة بالبحث

يستعرض الباحث في هذا الجزء الدراسات السابقة التي تمكن من الحصول عليها والتي تناولت الإعاقات وخاصة السمعية وعلاقتها بمتغيرات الصحة النفسية موضوع الدراسة بشكل مباشر أو غير مباشر لدى الوالدين أو الأطفال المعاقين أنفسهم، ويصنف الباحث هذه الدراسات وفقاً للمحاور التالية:

أولاً: دراسات تناولت الإعاقة وعلاقتها بمتغيرات الدراسة:

أ) دراسات تناولت بعض متغيرات الدراسة لدى الأطفال المعاقين.

ب) دراسات تناولت بعض المتغيرات لدى أسر الأطفال المعاقين.

ثانياً: دراسات تناولت الضغوط النفسية الناشئة عن الإعاقة:

أ) دراسات أجريت على أسر المعاقين فقط.

ب) دراسات مقارنة بين أسر المعاقين والعاديين.

أولاً: دراسات تناولت الإعاقة وعلاقتها بمتغيرات الدراسة:

أ) دراسات تناولت بعض متغيرات الدراسة لدى الأطفال المعاقين.

دراسة كينتش وآخرون (Kentish. et al., 2000):

بعنوان "تأثيرات الطنين النفسية علي الأطفال المصابين به". وهدفت هذه الدراسة إلى دراسة تأثيرات

الطنين النفسية على الأطفال المصابين به. واشتملت عينة الدراسة على 24 طفلاً من مرضى

الطنين (50%) منهم ذو سمع طبيعي و(50%) لديهم ضعف في السمع، وتركز هذه الدراسة

على الأطفال من مرضى الطنين وذلك نظراً لأن غالبية الدراسات تركز على البالغين من مرضى

الطنين، رغم أن الأبحاث تلقي الضوء على ظهور الطنين لدى الأطفال إلا أنه ما زال هناك القليل

من البيانات عن تأثيراته عليهم من الناحية النفسية.

وتوصلت الدراسة الحالية إلى أن الطنين له تأثير واضح على حياة الأطفال، وأن المشكلات النفسية والسلوكية التي يسببها الطنين للأطفال مثل التي لدى البالغين، حيث يعد الأرق والضغوط النفسية، ومشكلات الانتباه والسمع، هي المشكلات النفسية الأساسية المرتبطة بالطنين عند الأطفال، ويكون بدوره ذو تأثير على الأداء الدراسي للأطفال، وأن هناك فروقاً بين الأطفال مرضى الطنين من ذوى السمع الطبيعي، وبين الأطفال من ذوى ضعف السمع، حيث كان الطنين أكثر تأثيراً ويرتبط بمستويات عالية من القلق لدى الأطفال الذين يعانون من الطنين دون ضعف في السمع.

دراسة إيرلاندسون وهالبيرج (Erlandsson & Hallberg, 2000):

بعنوان "جودة الحياة لدي مرضي الطنين". وهدفت الدراسة للكشف عن مستوى جودة الحياة لدى مرض الطنين، ومدى تأثير الطنين على الإحساس بجودة الحياة. وتكونت عينة الدراسة من 122 مريضاً من الذين يحضرون لعيادة السمعيات. واستخدمت الدراسة اختبار لقياس جودة الحياة واختبارات سمعية لقياس شدة الطنين.

وتوصلت الدراسة إلى أن الطنين ينتشر في كل الفئات العمرية وإن كان أكثر لدى البالغين، وتعد نسبة انتشاره من (0.05 – 1%) وأن الطنين له تأثير شديد في القدرة على إقامة حياة طبيعية، وأن 6 متغيرات داخلية في جودة الحياة قد تغيرت وضعفت بنسبة (65%)، وهذه المتغيرات الستة هي: ضعف التركيز والانتباه، الشعور بالاكنتاب، الاتجاهات السلبية نحو الحياة، الحساسية الزائدة للأصوات، التأثير على عملية السمع، واستمرار الطنين لفترات طويلة، وأن أقصر فترات الطنين استمراراً هي الأكثر تأثيراً على جودة الحياة، وأن هناك علاقة إرتباطية بين الطنين والصداع، وأن ذلك ينعكس سلباً على إحساس المريض بجودة الحياة.

دراسة ياردلى وآخرون (Yardley. et al., 2001):

بعنوان "اضطراب الهلع ورهاب الأماكن العالية المصحوب بالدوار"، والتي هدفت إلى دراسة اضطرابات الهلع ورهاب الأماكن العالية المصحوب بالدوار، وكذلك دراسة نسبة انتشار اضطرابات الهلع والرهاب لدى مرضى الطنين والدوار. واستخدمت الدراسة عدة مقاييس: شدة الطنين والدوار، وقياس الاتزان، ومقياساً لقياس نوبات الهلع، وآخر لقياس الرهاب وخاصة رهاب الأماكن العالية والرهاب الاجتماعي. وتكونت عينة الدراسة مكونة من 128 مريضاً بالطنين والدوار. وتوصلت عينة الدراسة إلى: أن ثلثي أفراد العينة تقريباً كانت لديهم اضطرابات الهلع مرتفعة وكانت مرتبطة بشكل دائم بالطنين والدوار، وهؤلاء حققوا معدلاً أعلى في الإغماء والغيبوبة ورهاب الأماكن العالية وعدم القدرة على أداء العمل بشكل جيد مما يصل إلى حد العجز الوظيفي، وأن احتمالية التعرض للنوبات بشكل فجائي يرتبط بشكل واضح بالرهاب الاجتماعي والبعد عن الأماكن العامة.

دراسة ماك كومب وآخرون (McCombe. et al., 2002):

بعنوان "تحديد مستويات المشكلات النفسية والتقييم النفسي المرتبط بشدة نوبات الطنين والدوار"، وهدفت الدراسة إلى تحديد العلاقة بين بعض المشكلات النفسية وشدة نوبات الطنين والدوار لدى المعاقين سمعياً. واستخدمت الدراسة عدة مقاييس سمعية لقياس شدة النوبات والاتزان وأخرى نفسية لقياس الضغوط النفسية وجودة الحياة. وتكونت عينة الدراسة من 216 مريضاً بالطنين والدوار. وتوصلت الدراسة إلى: أن ما يزيد عن ثلث البالغين في المجتمع عانوا في وقت ما في حياتهم من الطنين الخفيف بشكل عابر، وأن أقل من (1%) من البالغين يعانون من الطنين بشكل مرتفع الأمر الذي يؤثر على جودة الحياة لديهم وبشكل ضغطاً نفسياً عليهم ويرتبط بالشعور بالإحباط والقلق والاكتئاب، كما أشارت النتائج إلى أن العوامل النفسية تلعب دوراً مهماً لدى مريض الطنين والدوار.

دراسة مونزاني وآخرون (Monzani et al., 2001):

بعنوان "تقييم جودة الحياة لدى مرضى الدوار". وهدفت إلى تقييم مستوى جودة الحياة لدى مرضى الدوار. وكانت المجموعة التجريبية في عينة الدراسة 206 مريضاً بالدوار، والمجموعة الضابطة عددها 86 فرداً من الأصحاء. واستخدمت الدراسة استبيان الدوار، ومقياس القلق ومقياس الاكتئاب، واستبياناً لقياس جودة الحياة.

وتوصلت الدراسة إلى أنه: ليس هناك ارتفاع واضح على مقاييس القلق والاكتئاب لدى الإناث سواء ممن تعانين من الدوار أو ممن لا تعانين منه، وأن الخوف من الإصابة بالدوار ترتبط بالإعاقة والعجز الملحوظ لدى المرضى، ولذلك تتشكل لديهم إعاقة قد تكون أقوى ممن يعانون بالفعل من الدوار، وذلك ينعكس بشكل أو بآخر على الإحساس بجودة الحياة ويؤثر على إدراك قيمتها لدى المرضى.

ب) دراسات تناولت بعض المتغيرات لدى أسر المعاقين:

دراسة مارجريت و رافيف (Margrit & Raviv, 1983):

بعنوان "وضع تصور محدد للمناخ الأسري وديناميات العلاقات الأسرية داخل أسر الأطفال المعاقين". وهدفت الدراسة إلى وضع تصور محدد للمناخ الأسري وديناميات العلاقات الأسرية داخل أسر الأطفال المعاقين . وتألقت عينة الدراسة من 67 أمماً من أمهات الأطفال المعاقين إعاقات مختلفة بالإضافة إلى مجموعة أخرى قوامها 67 أمماً من أمهات الأطفال العاديين . وقام الباحثان بتطبيق مقياس العلاقات والمناخ الأسري علي أفراد العينة.

وكشفت الدراسة علي أن المناخ الأسري للأطفال المعاقين كان يتسم بتزايد الضغوط الوالدية والمشاكل الأسرية، وعدم إتاحة الفرصة لقيام علاقات قوية وحميمة في التفاعلات بين الأفراد، كما أنه لا يساعد علي نمو الاستقلالية ولا يتيح فرص للترويح والترفيه، نتيجة لوجود طفل معاق في الأسرة، وذلك علي عكس المناخ الأسري للأطفال العاديين والذي كان أكثر إيجابية وتشجيعاً علي قيام العلاقات القوية والنمو والاستقلالية وأنشطة الترويح فيه.

دراسة ريتشل (Reichle, 1987):

بعنوان "مدي تأثير وجود طفل معاق في الأسرة علي أدائها الوظيفي. وهدفت إلى الكشف عن مدي تأثير وجود طفل معاق في الأسرة علي الأداء الوظيفي لها، والأساليب التكيفية التي تتبعها تلك الأسر للتوافق مع وجود طفل معاق فيها. وقد تألفت العينة من 144 أمماً من أمهات الأطفال المعاقين وغير المعاقين مما تقل أعمارهم عن 6 سنوات. واستخدمت الباحثة مقياس أداء المهام أو الوظائف الأسرية ومقياس الضغوط النفسية، وتم تطبيق هذه المقاييس من خلال المقابلة الشخصية مع الأمهات من أفراد العينة.

وكشفت نتائج الدراسة علي أن الأمهات المطلقات هن أكثر الأمهات معاناة من الضغوط الناجمة عن وجود طفل معاق لديهن مما جعلهن أكثر الأمهات معاناة من الضغوط الناجمة عن وجود طفل معاق لديهن مما جعلهن أكثر عرضة للإصابة الاكتئاب مقارنة بغيرهن من أمهات الأطفال المعاقين من المتزوجات، وتبين أيضاً أن أمهات الأطفال المعاقين يحظين بقدر أكبر من المساعدات المادية من المؤسسات الاجتماعية مقارنة بأمهات الأطفال العاديين أي أن الدعم الاجتماعي والنفسي المقدم لهم لم يكن علي المستوي المطلوب.

دراسة مكدونالد (McDonald, 1988):

عنوان الدراسة: العوامل المختلفة لدي كل من الآباء والأطفال المعاقين والأسرة ككل والتي تؤثر في قدرة الأسرة علي مواجهة المصاعب المترتبة علي وجود طفل معاق فيها. وهدفت الدراسة للتعرف على الاتجاهات الودية نحو احتياجات الطفل الاجتماعية والشخصية، وعمر الوالدين، وحجم الأسرة، والعلاقة بين الوالدين ونوعية الخدمات التي تقدم للطفل المعاق ومدى جودتها وفعاليتها. واستخدمت نموذج (T-Double Abcx) للدعم الأسري وهو برنامج فعال يقيس جودة العلاقات الأسرية في التعامل مع المعاق، ويقدم خطوات فعالة للتعامل السوي للأسرة في كيفية التعامل مع المعاق، وأن هذا النموذج يصنف التوافق الأسري ما قبل الصدمة، وقدرتها علي مواجهة المصاعب، ويقدم نموذجاً جاهزاً لهذه الأسرة لاحتواء الأزمة الناشئة عن وجود طفل معاق في الأسرة حسب نوع التوافق، ودرجة قدرة الأسرة علي مواجهة المصاعب.

وأظهرت النتائج أن الدعم الوالدي القوي، والمبرمج للطفل المعاق يسهم بشكل فعال في خفض الضغوطات النفسية لدي الوالدين، وأن دعم الأسرة كقالب مترابط لاحتياجات الطفل المعاق، كذلك دعم الأصدقاء مرتبط بشكل جوهري بمستويات متدنية من الضغوط النفسية لدي آباء وأمهات المعوقين.

دراسة شعيب (1991):

بعنوان "دراسة لمشاعر القلق والعصابية لدي الأمهات لأطفال معوقين وغير معوقين. وهدفت إلي الكشف عن مشاعر القلق لدي الأمهات لأطفال معوقين وغير معوقين. وأجريت علي عينة قوامها 65 أم شملت 18 أم لأطفال مصابين بإعاقة سمعية، 15 أم لأطفال مصابين بفقد البصر، 13 أم لأطفال متخلفين عقلياً، واستخدم الباحث أيضاً عينة قوامها 150 أم لأطفال عاديين. واستخدمت الدراسة مقياس القلق الصريح من إعداد الباحث، ومقياس الاكتئاب إعداد ماريا كوفاكس، ومقياس العصابية، مشتق من اختبار الشخصية إعداد آيزنك.

وتوصلت الدراسة إلي أن أمهات الأطفال المعاقين سمعياً، بصرياً، فكرياً، لديهم زيادة في درجة القلق عن أمهات الأطفال العاديين وأنهن أكثر إحساساً بأعراض الاكتئاب عن الأمهات السويات (العاديات)، وأن أمهات الأطفال المعوقين سمعياً، والمتخلفين عقلياً لديهم ارتفاعاً في درجة القلق عن أمهات الأطفال العاديين.

دراسة ديسيل (Desselle, 1994):

بعنوان "العلاقة بين أساليب التواصل التي يستخدمها الآباء وتقدير الذات لدي أبنائهم الصم وضعاف السمع". هدف الدراسة: تهدف هذه الدراسة إلي الكشف عن طبيعة العلاقة بين أساليب التواصل التي يستخدمها الآباء وتقدير الذات لدى أبنائهم الصم وضعاف السمع. عينة الدراسة:

وتكونت عينة الدراسة من 53 مراهقاً أصماً وضعيف السمع ممن تتراوح أعمارهم ما بين 13-19 سنة، بالإضافة إلى آباء هؤلاء الصم، وقد تمت مجانسة أفراد الدراسة من حيث درجة الإعاقة والذكاء. أدوات الدراسة: استخدمت الدراسة عدة أدوات منها القائمة المعدلة لتقدير الذات (إعداد كيلهر)، واستبيان التواصل، واختبار الذكاء لستانفورد. وتوصلت النتائج إلى وجود علاقة موجبة بين أساليب التواصل وتقدير الذات لدى المراهق ذوي الإعاقة السمعية، إذ تبين أن أبناء الآباء الذين يستخدمون أكثر من أسلوب (قراءة الشفاه، لغة الإشارة، التواصل الكلي) مع أبنائهم ذوي الإعاقة السمعية، كانوا أكثر تقديراً لذواتهم وتقبلاً للآخرين وذلك على عكس أبناء الآباء الذين يستخدمون مجرد وسيلة واحدة فقط مع أبنائهم المعاقين سمعياً فقد كانوا أقل تقديراً لذواتهم، وكلما كان الآباء أكثر معرفة بأساليب التواصل مع أبنائهم الصم أدى ذلك إلى شعور الأصم وضعيف السمع بأنه مقبول اجتماعياً، وأن هذه الإعاقة مجرد ضعف في إحدى الحواس، ويمكن التغلب عليها باستخدام وسائل معينة.

دراسة أليس (Alice, 1994):

بعنوان "اتجاهات ودور أولياء أمور الأطفال المعوقين سمعياً والخبراء المهنيين نحو التدخل المبكر". وهدفت الدراسة إلى معرفة اتجاهات ودور أولياء أمور الأطفال المعوقين سمعياً والخبراء المهنيين نحو التدخل المبكر، وأثر ذلك في تحسين عمليات تفاعل الأطفال الصم بأفراد المجتمع والتكيف مع الظروف المختلفة. وقام الباحث باستطلاع آراء 168 أباً وأماً و 142 موظفاً في مراكز للأطفال الصم.

وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن الأسلوب التقليدي للآباء والأمهات هو التزام السكوت والصمت عند قدوم الموظفين المتخصصين إلى المنزل دون أن يكون هناك أي نوع من التدخل أو إعطاء الآراء

حول طبيعة أطفالهم وأنماط سلوكهم. لذا إن هذا الأسلوب كان له أثر في إقلال حالات التفاعل للأطفال الصم مع أفراد المجتمع وتهيئة الطفل للعزلة والانتواء.

دراسة البداينة (1996):

بعنوان "مدي تقبل الإعاقات وقياس المسافة الاجتماعية بين المعاقين في المجتمع الأردني". و هدفت إلى معرفة مدى تقبل الإعاقات وقياس المسافة الاجتماعية بين المعاقين في المجتمع الأردني ، ومعرفة أثر متغير الجنس والمستوى الأكاديمي في النظرة للإعاقة ، ومقارنة تقبل الإعاقات في المجتمع الأردني مع جنسيات عالمية. وتكونت عينة الدراسة من 433 مشاركاً ومشاركة، وقد طورت أداة مناسبة لخدمة أغراض هذه الدراسة.

وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن هناك عدم تقبل بشكل عام للإعاقات، وأن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية في تقبل الإعاقات . وأن الإعاقات الظاهرة (التخلف العقلي، المرض النفسي، الشلل الدماغي) كانت أكثر الإعاقات رفضاً لعينة الدراسة، وأن هناك توافقاً في قبول الإعاقات لدى الجنسين تعزى للجنس والمستوى الأكاديمي.

ثانياً: دراسات تناولت الضغوط النفسية الناشئة عن الإعاقة:

(أ) دراسات أجريت على أسر المعاقين فقط:

دراسة جبريل (1993):

بعنوان "تقدير الأطفال لمصادر الضغط النفسي لديهم وعلاقتها بتقديرات آباءهم وأمهاتهم". و هدفت الدراسة للكشف عن وجود فروق بين تقدير الوالدين وتقدير الأطفال لمستوي الضغط النفسي لدي الأطفال الذكور والإناث في ترتيب مصادر الضغط النفسي من حيث المستوي. وتألقت عينة الدراسة من 280 من طلبة وطالبات الصفين الخامس والسادس موزعين بالتساوي حسب الصف والجنس.

واستخدمت الباحثة مقياساً للضغط النفسي للأطفال من إعداد الباحثة كما استخدم المتوسط الحسابي والانحراف المعياري واختبار "ت".

وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة بين تقدير الآباء وتقدير الأطفال لمستوى الضغط النفسي لدى الأطفال حيث كان تقدير الآباء أقل مستوى من تقدير الأبناء ، وجود فروق بين تقدير الأمهات وتقدير الأطفال الذكور للضغط النفسي لدى الأطفال، عدم وجود فروق بين الأطفال الذكور والأطفال الإناث في ترتيب الضغط النفسي.

دراسة ملكوش ويحيى (1994):

بعنوان "الضغوط النفسية والدعم الاجتماعي لدى آباء وأمهات الأطفال المعاقين". وهدفت الدراسة إلى فهم الضغوط النفسية التي تواجه أسر الأطفال المعاقين وبعض جوانب الدعم الاجتماعي المتوفر لهم. واشتملت عينة الدراسة على 166 أباً وأماً من آباء الأطفال المعاقين وأمهم في مدينة عمان الذين وضعوا أبناءهم في مؤسسات خاصة للعناية بالإعاقة. واستخدمت الدراسة مقياس الضغوط النفسية من إعداد الباحثين، ومقياس الدعم الاجتماعي لباربرا واليني Barbara and Alenae ترجمة وتعريب الباحثان واستخدما المتوسط الحسابي واختبار ك2، واختبار "ت" لمعالجة بيانات الدراسة. وأظهرت الدراسة أن آباء الأطفال المعاقين وأمهم يعانون من مستوى مرتفع من الضغوط النفسية، لم تختلف درجة الضغوط عند آباء الأطفال المعاقين عن درجة الضغوط عند أمهات هؤلاء الأطفال، وجود علاقة إيجابية بين درجة الضغوط لدى الوالدين ودرجة الدعم الاجتماعي المقدم لهما.

دراسة الحديدي وآخرون (1994):

بعنوان "الضغوط التي تتعرض لها أسر الأطفال المعوقين". و استهدفت الدراسة التصدي لموضوع الضغوط التي تتعرض لها أسر الأطفال المعوقين سمعياً وبصرياً وحركياً، ومصادر الضغوط التي

يتعرض لها أهالي الأطفال المعوقين عقلياً التي تميز كل نوع من أنواع الإعاقة عن أهالي الأطفال غير المعوقين، ومصادر الضغوط التي يتعرض لها أهالي الأطفال المعوقين باختلاف فئة إعاقة أبنائهم. وشملت العينة 192 أسرة منها 144 أسرة لديها أطفال معاقين عقلياً، أو بصرياً، أو حركياً و48 أسرة ليس لديها أطفال معوقون. واستخدم الباحثان مقياس هلرويد Holroyd للضغوط النفسية، وقاما بتقنيته علي البيئة العربية، واستخدما أسلوب التحليل العاملي واختبار"ت" وتحليل التباين للوصول الي نتائج الدراسة.

وأوضحت الدراسة أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية في مستوي الضغوط النفسية بين أسر الأطفال المعوقين من جهة وأسرة الأطفال غير المعوقين من جهة أخرى ، وأن أكثر الأسر تعرضاً للضغوط النفسية هي أسر الأطفال المتخلفين عقلياً يليها أسر الأطفال المعاقين سمعياً فأسر الأطفال المعاقين حركياً فأسر الأطفال المعاقين بصرياً.

دراسة هيونغ (Huang, 1996):

بعنوان "فحص نموذج تركيبى لقدرة التحمل العائلي ومعرفة مدي تفهم كل من الآباء والأمهات لما يخص متغيرات الدراسة". و هدفت الدراسة إلى فحص نموذج تركيبى لقدرة التحمل العائلي ومعرفة مدي تفهم كل من الآباء والأمهات لما يخص متغيرات الدراسة. وتكونت عينة الدراسة من 76 زوجاً من الآباء والأطفال ما بين سن (2 - 7 سنوات) معاقين من خلال مسح ترابطي وتم سحبهم من المدارس، ومراكز رعاية الطفل، وعيادات العناية الصحية من منطقة ميدويسترون وأشارت الدراسة إلى أن التقنية الطبية الحديثة زادت من إمكانية حياة الأطفال المعاقين. وأظهرت الدراسة إلي دعم اقتراحات نظريات التكيف والتقييم المعرفي للضغوط، وأن قدرة التحمل لدي العائلة كانت المتنبئ الأقوى للضغوط العائلية، والتعامل الفعال والأداء العائلي أكثر من الدعم

الاجتماعي ، وأن تفهم وإدراك الدعم الاجتماعي والتعامل الفعال بين الآباء كان مختلفاً بشكل ذي مغزى، وأن ثقافة الأبوين وتشخيص الطفل طبيياً كان له ترابط ذو مغزى مع قدرة العائلة علي تحمل الصعاب، والدعم الاجتماعي والتعامل الناجح، وأن فهم خصائص الآباء والأطفال التي تساهم بشكل كبير في تقييم التوتر، والتعامل الفعال والأداء العائلي فلها أهمية كبيرة للممرضات في مساعدة العائلات التي لديها أطفال معوقون.

دراسة لاندروث ولوبوث (Landreth & Lobaugh, 1998):

بعنوان "مدي فاعلية برنامج إرشادي وعلاجي وتدريبى مكون من عدة جلسات". وهدفت الدراسة إلى الكشف عن مدي فعالية برنامج إرشادي وعلاجي وتدريبى مكون من عدة جلسات يتم تقديمها علي مدى عشرة أسابيع متتالية في خفض حدة الضغوط النفسية لدى والدي الطفل المعاق وفي زيادة تقبل الآباء لأبنائهم المعاقين وتأثير ذلك علي التوافق الشخصي والاجتماعي للطفل المعاق. وتكونت عينة الدراسة من 16 طفلاً من ذوي الإعاقات المختلفة وآبائهم. وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود تأثيرات وعوائد إيجابية للبرامج الإرشادية والتدريبية لآباء الأطفال المعاقين واتجاهات تخفيض حدة الضغوط النفسية وزيادة تقبل الآباء لأبنائهم المعاقين مما ينعكس بصورة إيجابية علي تحسين مستوى التوافق لدي هؤلاء الأطفال.

ب) دراسات مقارنة بين أسر المعاقين والعاديين:

دراسة روتش (Roach, 1984):

بعنوان "فحص طبيعة الضغوط النفسية الاجتماعية للعائلات التي لديها أطفال معاقون وطبيعيين وذوو نشاط مفرط". وهدفت هذه الدراسة إلى فحص طبيعة الضغوط النفسية الاجتماعية للعائلات

التي لديها أطفال معاقون وطبيعيين وذوو نشاط مفرط. واشتملت عينة الدراسة آباء وأمهات 20 طفلاً معوقاً و 20 طفلاً عادياً و 20 طفلاً مفرط النشاط يسكنون في منطقة نيويورك. واستخدم الباحث مقياس الضغوط النفسية.

وأوضحت النتائج ما يلي: أن آباء الأطفال المعاقين ذوي النشاط المفرط يشعرون بالضغوط النفسية الاجتماعية أكثر من آباء الأطفال العاديين وكذلك فليق المجموعات العيادية قد أبلغت عن ضعف صحي أو مزاج سيء أكثر من آباء الأطفال العاديين، وكذلك فقد كانوا مفرطين في الحماية، ويشعرون بأنهم تلقوا القليل من الدعم الاجتماعي، وأن لدي طفلهم صفات شخصية صعبة ، وكذلك فليق آباء الأطفال مفرطي النشاط فقد كانوا متميزين بإبلاغهم عن ألم نفسي كبير بسبب سلوك الطفل المسبب للمشاكل وأيضاً لديهم مزيداً من نماذج التحكم الأبوية.

دراسة ساندرنس (Sanders, 1993):

بعنوان "الفروق الموجودة في الشعور بالضغوط والتوافق النفسي والاجتماعي والأسري بين أسر الأطفال المعاقين والأطفال العاديين". وهدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن الفروق الموجودة في الشعور بالضغوط والتوافق النفسي والاجتماعي والأسري بين أسر الأطفال المعاقين والأطفال العاديين.

وقام الباحث بتطبيق مقياس العلاقات الزوجية والمناخ الأسري ومقياس الضغوط النفسية علي آباء الأطفال المعاقين وأخوتهم.

وكشفت نتائج الدراسة عن وجود تأثيرات سلبية ناتجة من الضغوط المترتبة علي رعاية الطفل المعاق داخل الأسرة مما يؤدي إلى عدم وجود الوقت الكافي لممارسة الأنشطة الثقافية والترفيهية لأفراد الأسرة، مما يؤدي إلى تزايد شعور جميع أفراد الأسرة بالضغوط النفسية، وسيادة مناخ أسري غير

سوي سيء التوافق مقارنة بالمناخ الأسري السائد في غير الأطفال العاديين الذي اتسم بقدر أقل من الضغوط وقد أعلى من التوافق الأسري والعلاقات الحميمة والقوية بين أفراد الأسرة.

دراسة ديسون (Dyson, 1997):

بعنوان "تأثير الإعاقات علي مستوي الضغوط لدي الوالدين". و هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن تأثير الإعاقات علي مستوي الضغوط لدي آباء الأطفال المعاقين وغير المعاقين والتعرف علي طبيعة العلاقات والتفاعلات الأسرية والأداء الوظيفي للنسق الأسري ودور الدعم الاجتماعي في تخفيف تلك الضغوط ومساندة الأسرة ومساعدتها علي القيام بوظائفها بصورة طبيعية . وتألفت عينة الدراسة من 30 من آباء وأمهات الأطفال المعاقين و 32 من آباء الأطفال العاديين . واستخدمت الدراسة مقاييس الضغوط النفسية والتفاعلات الأسرية.

وكشفت الدراسة عن وجود فروق دالة في الضغوط النفسية بين آباء الأطفال المعاقين والأطفال العاديين حيث كان آباء الأطفال المعاقين أكثر معاناة من كثير بين صور الضغوط النفسية والمادية أيضاً، وجود الكثير من الجوانب السلبية في التفاعلات الأسرية داخل أسر الأطفال المعاقين نظراً لأن وجود الطفل المعاق يؤدي إلى اضطراب صور التفاعل الأسري وأساليب الرعاية الوالدية تتجه إما إلى الرعاية الزائدة أو القسوة والتعسف، خاصة تجاه الطفل المعاق.

2.3 الخلاصة "تعليق علي الدراسات السابقة"

من خلال استعراض الباحث للدراسات التي اطلع عليها تبين أن معظم الدراسات تركزت في بلدان الغرب بالدرجة الأولى ويعيش الدول العربية خاصة في الأردن، وكان لا بد للباحث أن يقوم بالتعليق علي هذه الدراسات بشكل مباشر رغم اختلاف المنغرات و أهداف كل دراسة ورغم اتفاق الموضوع ذاته وما ينتج عنه من أعراض وأمراض نفسية عدة:

أولاً: العينات

اختلفت الدراسات السابقة في تناولها للعينات فمنها ما تناولت عينة المعاقين أنفسهم وأخرى تناولت الأسر من آباء وأمهات الأطفال المعاقين.

كما اختلفت الدراسات في تناولها لأحجام العينات فقد كانت أصغر العينات (24 طفلاً) كما في دراسة كينتس وآخرون (2000)، في حين كانت أكبر العينات (433) كما في دراسة البداينة (1996). ومن خلال المناقشة والإطلاع علي هذه الدراسات لم يجد دراسة واحدة تتحدث بشكل مباشر عن تأثير الإعاقة السمعية علي الصحة النفسية للوالدين، ولم يوجد دراسات في فلسطين بخصوص هذا الموضوع، حيث هناك موضوعات تخص إعاقات أخرى تحت عنوان الضغوط النفسية للأخوة كنتيجة لوجود إعاقة أو الضغوط النفسية للوالدين للمعاقين حركياً، ولكن دراسات تخص موضوع الدراسة الحالية لا يوجد بشكل تام، مما أثار الباحث للعمل علي إنجاح هذه الدراسة خاصة بعد الإطلاع خلال فترة الإعداد وقبل البدء بموضوع الدراسة. كما أن الإطلاع على الدراسات السابقة ساعد الباحث في وضع الفرضيات الأساسية للدراسة الحالية، وتحديد حجم العينة واختيار المقاييس المناسبة.

ثانياً: النتائج

اتفقت نتائج غالبية الدراسات السابقة علي أن وجود إعاقة في الأسرة لها أثر بارز في حياة هذه الأسرة علي أكثر من مستوي، ففي حالة الإعاقة البسيطة يصيب الأسرة انتكاسات عدة أقل درجة وحدة من وجود إعاقة أخرى ذات مستوي عالٍ من الشدة أو حالة متعددة الإعاقات إما ثنائية الإعاقة أو أكثر، فقد اتفقت الدراسات التالية: دراسة (الخطيب، 1992)، دراسة أوير وآوير (Oyer, 1979) ، بأن الأسرة تصاب بحالات من (القلق - الاكتئاب - الغضب - عدم التكيف - ولوم الذات - الصدمة- الخجل - عدم القبول للإعاقة).

وفي دراسة أخرى (للحديدي، 1992) ودراسة (مكاوي، 1993) ودراسة (جبريل وآخرون، 1995) اتفقت بأن الأعباء والمشاكل النفسية التي تصيب الأم أكثر من المشاكل والأمراض التي تصيب الأب وهذا يأتي من خلال العلاقة القريبة التي تربط الأم بطفلها إضافة إلى أن الأمهات المطلقات أو اللواتي فقدن أزواجهن هن عرضة للمشاكل أكثر من الأمهات المتزوجات حيث تعاني معظمهن من حالات الاكتئاب.

ومن خلال الإطلاع علي دراسة (جبريل، 1993) يتضح أنه لا يوجد فروق بين الأطفال الذكور والأطفال الإناث في ترتيب الضغط النفسي، حيث تعاني أسرة المعاقين من فئة الإناث أكثر من الذكور مع اختلاف وحدة ونوع الإعاقة وذلك لأسباب مستقبلية تخص كل من الذكر والأنثى وما يترتب علي ذلك من سلوك وما ينتج عنه لدى الأسرة وكيفية تعامل الوالدين مع تلك الإعاقة. وفي دراسة (الحديدي والخطيب، 1994) حيث تعبر هذه الدراسة عن أن الإعاقة السمعية تعد الأثر الثاني من الإعاقات حيث أن الإعاقة العقلية ثم تليها الإعاقة السمعية و أثرها علي الأسرة وبين هذه الإعاقات وبين الإعاقات المتعددة والمختلفة.

أما دراسة فاربر (Farber, 1963 - 1960) حيث تقول هذه الدراسة بان الإعاقة تؤثر سلباً علي نمو أخوة المعاقين وتفرض قيود علي مجريات الحياة وتسبب خلافات أسرية مع الوالدين وتتجنب الأسرة علاقات اجتماعية عدة لهذا السبب، وهذا يأتي من خلال ترك الطفل دون مشاركة اجتماعية وتركه في المنزل وحده وعدم اصطحابه معهم في مناسباتهم الخاصة والعامة حيث يؤثر سلباً علي حياة الطفل المعاق ومن ثم ينعكس علي الوالدين والأسرة بأكملها.

ودراسة سترننج و رابكن (Streuning & Rabkin, 1976) حيث أكدت هذه الدراسة علي أن الأسر التي تعاني من صعوبات مادية وظروف اجتماعية صعبة لديها قابلية للتدخل من قبل أطراف أخرى وذلك لحاجتها لذلك بعكس الأسر ذات المستوي العالي وهذا ما نلاحظه من خلال العمل في

المؤسسات أيضا بأن الأسر الأقل وضعا" تطلب الخدمة مباشرة من المؤسسة مع مطالب وخدمات اجتماعية أخرى ، أما الأسر ذات المستوي العالي فتطلب الخدمة للمنزل في حال المعرفة بوجود إعاقة لديهم وان هناك أسر تخفي المعاق في المنزل لعدم رؤيته أيضا.

وفي دراسة كل من إيرلانديسون وهالبيرج (Erlandsson & Hallberg, 2000) و يارولي وآخرون (Yardley, et al, 2001) و ماك كومب وآخرون (Mecombe, et al , 2002)، كل هذه الدراسات تحدثت عن أمراض الدوار والطنين وهي من إحدى مشاكل السمع لدى الإنسان وخاصة لدى كبار السن حيث ترتبط نتائج الدراسات بالهلع والخوف من الأماكن العالية واجتمعت هذه الدراسات علي أن المرضى يعانون من مشاكل ، القلق – الاكتئاب – الإحباط، ولديهم ضغط نفسي دائم.

الفصل الثالث

الإطار المفاهيمي

الفصل الثالث

الإطار المفاهيمي

في هذا الفصل تم الحديث بشيء من التفصيل عن متغيرات الدراسة وبخاصة الإعاقة السمعية لدى الأطفال فيبدأ بتعريفاتها ومن ثم معدلات انتشارها عالمياً وعربياً ومشكلة الإعاقة السمعية في قطاع غزة ومن ثم يستعرض نبذة تاريخية عن رعاية المعاقين سمعياً، وبعد ذلك يوضح الباحث أسباب الإعاقة السمعية وآثارها على الأسرة وعلى الخصائص الشخصية للطفل المعاق سمعياً. وفي الجزء الثاني من الإطار المفاهيمي نتطرق للصحة النفسية من حيث التمهد والمفهوم والتعريفات الإيجابية منها والسلبية ومفهوم الصحة النفسية بين السواء واللاسواء وينتهي الباحث بالتعقيب على الإطار النظري.

3.1 الإعاقة السمعية

إن البذور الأولى للشخصية الإنسانية تغرس في السنوات الأولى من حياة الطفل أي في مرحلة ما قبل المدرسة فهذه المرحلة هي مرحلة التشكيل والتعديل والنمو، من خلال التفاعل والاحتكاك مع عناصر البيئة المحيطة به (عبد الرحيم، 1997). ويعتمد الطفل في ذلك التفاعل اعتماداً جوهرياً على حواسه حيث تأتية من خلالها الأحاديث المتباينة التي تكون خبراته بالإضافة إلى معلوماته، لذا فإن الحرمان من بعض هذه الحواس يؤدي لفقدان الكثير من الخبرات التي يتمتع بها الطفل الطبيعي (Reilly, 1983).

وللمسمع أهمية عظيمة في حياة الإنسان، إذ إنه يسمع عن طريق الكلام فيستطيع عن طريقه التفاهم مع الناس، ويستطيع التعلم والتثقيف، والتمييز بين الكثير من أحداث الحياة، وتحديد أماكن الأشياء من حيث قربها أو بعدها دون حاجة للرؤيا ويميز بين الأصوات فيحمي نفسه من مصادرها إذا كانت ضارة(السيد، 1990).

والأذن أداة السمع جهاز شديد الحساسية يستطيع أن يحس بضغط الهواء الذي تبلغ شدته (ثلاثة ملايين من الجرام) كما أنها تستطيع أن تسمع الأصوات الضعيفة جداً التي يحرك ضغط موجاتها غشاء طبلة الأذن مقداراً يقل عن واحد مليون من البوصة(عبد الحي، 1998).

3.1.1 تعريفات الإعاقة السمعية

التعريف اللغوي للإعاقة

تعني الإعاقة في لسان العرب عوق. رجل عوق، أي ذو تعويق، وعاقه عن الشيء يعوقه عوقاً. صرفه وحبس، ومنه التعويق، والاعتياق، وذلك إذا أراد أمراً فصرفه صارف.

والعوق هو الأمر الشاغل، وعوائق الدهر، الشواغل من أحداثه والتعوق، التنشيط (ابن منظور)

وقال تعالى " قد يعلم الله المعوقين منكم " (الأحزاب، 18)

تعريف الإعاقة في التراث السيكولوجي

عرفها مايرسون (Meyerson, 1971) علي أنها الحواجز، والعوائق، والمتطلبات، والضغوط البيئية المفروضة علي الشخص من قبل البيئة بما فيها الأشخاص الآخرون(الحديدي وآخرون، 1992).
وعرفها (الشخص والدمياطي، 1992) تعني ما ينتج عن أي حالة أو انحراف بدني أو انفعالي بحيث يكبح أو يمنع إنجاز الفرد أو تقبله، وأنه يطلق علي مثل هذا الفرد معاق (سليمان، 1999)
وعرفها هاشم بأنها هي نقص النضوج الأدائي للوظائف الحيوية المختلفة التي يستلزمها النمو البدني والعقلي بدرجة تحد من اكتساب المعدلات الطبيعية للذكاء بكافة الجوانب، وتؤهل الوظائف الحركية

والحسية والسمعية والبصرية للأداء الوظيفي الذي يتناسب مع السن الزمني علي مدي سنوات النضوج المختلفة (أبو مصطفى, 2000).

تعريف الصمم

يعرف (Stark, 1974) الأَصْم بأنه هو المعوق سمعياً الذي مهما كانت درجة التكبير المقدمة له، لن يكتسب اللغة عن طريق المعينات السمعية فهو يحتاج إلى أساليب تمكنه من الاستيعاب دون مخاطبة كلامية أو ما يعرف بلغة الإشارة (Stark, 1974).

الأَصْم: فهو الشخص الذي لا تؤدي حاسة السمع لديه وظائفها للأغراض العادية في الحياة (الزراد، 1990).

يقصد بالصمم حدوث إعاقة سمعية علي درجة من الشدة، بحيث لا يستطيع معها الفرد أن يكون قادراً علي السمع وفهم الكلام المنطوق، حتى مع استخدام معين سمعي (اللقاني والقرشي، 1999).

وينقسم الصمم علي أساس الوقت أو المرحلة التي حدث فيها فقدان السمع إلى نوعين

▪ الصمم الولادي: ويوصف به الأفراد الذي ولدوا وهم مصابون بالصمم.

▪ الصمم العارض: ويوصف به الأفراد الذين ولدوا بقدرة سمعية عادية، ولكن لم تعد

الحاسة السمعية لديهم تقوم بوظيفتها بسبب حدوث مرض أو إصابة (اللقاني والقرشي، 1999)

ويوضح (القريطي، 2001) أن الأطفال الصم هم أولئك الذين لا يمكنهم الانتفاع بحاسة السمع في

أغراض الحياة العادية أو من ولدوا فاقدى السمع ، أو بدرجة أعجزتهم عن الاعتماد على آذانهم في

فهم الكلام وتعلم اللغة ، أو من أصيبوا بالصمم في طفولتهم المبكرة قبل أن يكتسبوا الكلام واللغة ،

أو من أصيبوا بفقدان السمع بعد تعلمهم الكلام واللغة مباشرة لدرجة أن آثار هذا التعلم قد تلاشت

تماماً ، مما يترتب عليه في جميع الأحوال افتقاد المقدرة على الكلام وتعلم اللغة (القريطي، 2001).

تعريف الإعاقة السععية

تعرف الإعاقة السمعية علي أنها حرمان الطفل من حاسة السمع إلى درجة تجعل الكلام المنطوق ثقيل السمع مع استخدام المعينات أو بدونها وتشمل الإعاقة السمعية الأطفال الصم وضعاف السمع (صالح، 1987).

ويقصد بالإعاقة السمعية تلك المشكلات التي تحول دون أن يقوم الجهاز السمعي عند الفرد بوظائفه أو تقلل من قدرة الفرد علي سماع الأصوات المختلفة، وتتراوح الإعاقة السمعية في شدتها من الدرجات البسيطة والمتوسطة التي ينتج عنها ضعف سمعي إلى الدرجة الشديدة جدا" والتي ينتج عنها صمم (القيوتي و آخرون، 1995).

يذهب كل من يسليديك والجوزين (Ysseldyke & Algozzine, 1995) إلى أن الإعاقة السمعية تعنى القصور في السمع بصفة دائمة أو غير مستقرة والذي يؤثر بشكل سلبي على الأداء التعليمي للطفل (Ysseldyke & Algozzine, 1995).

وتعرف (عبيد، 2000) الإعاقة السمعية بأنها تعنى حرمان الطفل من حاسة السمع إلى درجة تجعل الكلام المنطوق ثقيل السمع بدون أو باستخدام المعينات، وتشمل الإعاقة السمعية الأطفال الصم وضعاف السمع (عبيد، 2000).

ويذكر (القيطي، 2001) أن الإعاقة السمعية أو القصور السمعي مصطلح عام يغطي مدى واسعاً من درجات فقدان السمع يتراوح بين الصمم أو فقدان الشدید الذي يعوق عملية تعلم الكلام واللغة، والفقدان الخفيف الذي لا يعوق استخدام الأذن في فهم الحديث وتعلم الكلام واللغة (القيطي، 2001).

ويرى (عبد الحي، 2001) أن الإعاقة السمعية مصطلح يعنى تلك الحالة التي يعانى منها الفرد نتيجة عوامل وراثية أو خلقية أو بيئية مكتسبة من قصور سمعي يترتب عليه آثار اجتماعية أو نفسية أو الاتنتين معاً، وتحول بينه وبين تعلم وأداء بعض الأعمال والأنشطة الاجتماعية التي يؤديها الفرد

العادي بدرجة كافية من المهارات، وقد يكون القصور السمعي جزئياً أو كلياً، شديداً أو متوسطاً أو ضعيفاً، وقد يكون مؤقتاً أو دائماً، وقد يكون متزايداً أو متناقصاً أو مرحلياً (عبد الحي، 2001). ويعرف الباحث إجرائياً المعاق سمعياً بأنه الشخص المصاب بالصمم التام أو المصاب بضعف سمعي إما شديد جداً أو شديد أو متوسط أو بسيط مما يعيق قدرة هذه الفئة على النطق السليم أو ممارسة حياتهم الطبيعية أسوة بالآخرين.

3.1.2 معدل انتشار الإعاقة السمعية عالمياً وعربياً

يبدو لأول وهلة أنه من الممكن تحديد نسبة انتشار الإعاقة السمعية في مجتمع ما بسهولة، إلا أن الحقيقة قد تبدو مختلفة، ويرجع ذلك إلي أنه لم تتوفر إحصائيات دقيقة عن نسبة حدوث الإعاقة السمعية وذلك لعدم قيام عدد كبير من دول العالم بإجراء دراسات مسحية، و إن أجريت فإنها تكون غير دقيقة وتكون العينات غير ممثلة للمجتمع الأصلي. وعلي أية حال، فالإعاقة السمعية ليست بمستوى شيوع الإعاقات الأخرى مثل التخلف العقلي أو صعوبات التعلم، وقد أشار المركز العالمي لإحصاءات الصحة (1994) إلي أن نسبة ضعاف السمع تتوزع كما يلي: (5%) من الأطفال والمراهقين بين (17:13) سنة لديهم بعض درجات ضعف السمع، وأن (23%) من بين الأفراد في عمر (24:18) سنة لديهم ضعف سمعي، وبنين (64:45) سنة منهم (29%) ضعاف السمع، وفي سن 65 سنة فأكثر نسبة ضعاف منهم (43%) ويشير الإحصاء نفسه إلي أن معدل انتشار الإعاقة السمعية عام (1971) كان 69 لكل 1000 فرد وتزايدت هذه النسبة سنة (1991) إلي (86.1) لكل 1000 فرد (Jackson, 1997).

ويذكر هايس وآخر (Hayes et al, 1997) أن نسبة الإعاقة لدى فئة المعاقين سمعياً الأكثر من 80 ديسيبيل في درجة فقد السمع تتراوح بين 1 طفل لكل 1000 طفل، ولكن في فئة الإعاقة البسيطة

والمتوسطة تكون أكثر انتشاراً وتقدر بنحو 3 أطفال لكل 1000 طفل، ويذكر نفس المؤلفين أنه في دراسة أخرى عام (1994) وجد أن النسبة تصل إلى 6 أطفال لكل 1000 طفل لديهم إعاقة سمعية حس عصبية من النوع المتوسط والشديد والحاد (Hayes. et al., 1997).

ويقدر باباس (Pappas,2000) أن نسبة انتشار فقدان السمع الحس عصبى المتوسط والحاد بنحو (0.5:1) لكل 1000 مولود ، ولكن هذا التقدير يختلف عنه في البلاد النامية، فيقدر بين أطفال البلدان النامية في سن 6 سنوات بنحو (1.5:2) لكل (1000) طفل(Pappas, 2000).

هذه الإحصاءات خاصة بالمجتمعات الأجنبية، ولكن ما هي الصورة بالنسبة لمجتمعنا العربي؟ وفي ذلك يذكر (الخطيب، 1997) أن ضعف السمع والذي يمكن اعتباره إعاقة سمعية تقدر نسبة انتشاره بحوالي (0.5%) وتقدر نسبة الصمم بنحو (0.75%) ويعني ذلك وجود نحو مليون ومائتي ألف شخص معوق سمعياً في الوطن العربي منهم نحو 150.000 أصم (الخطيب، 1997).

3.2.1 حجم الإعاقة السمعية في قطاع غزة

لقد جرت محاولات عديدة لإحصاء الصم في قطاع غزة ولكن حتى الآن لا يوجد مسح شاملة ودقيقة ويرجع ذلك إلى صعوبة التعرف على الإعاقة السمعية حيث أن المسوح المتبعة في قطاع غزة تعتمد كلية إلى سؤال الأهل أو المحيطين بالأسرة عما إذا كان لديهم شخص معاق أم لا وبما أن الإعاقة السمعية غير ظاهرة لذلك يصعب ملاحظتها بالنظر ولا تستطيع الأسرة التأكد من وجود الإعاقة السمعية لدى طفلها فكثير من الأطفال يفشلون في التعليم بسبب ضعف السمع ، ولكن لا أحد يدرك ذلك، وإذا حاولت سؤال المربين أو الوالدين ستكون الإجابة بان الطفل غبي ، وقد أكد هذه الظاهرة نتائج الفحص الأولى للسمع الذي قامت به جمعية أطفالنا للصم على عينة من الطلاب في المدارس الابتدائية بمدينة غزة والذي أثبت أن حوالي (8%) من طلاب هذه المدارس يعانون من مشاكل

سمعية مختلفة، كذلك فقد تظل المشاكل النطقية الناتجة عن عيوب خلقية في جهاز النطق أو مشاكل في الدماغ فتعزى هذه المشاكل إلى ضعف السمع وعليه نقول بأنه إذا كنا نريد أن نحصل على نتائج دقيقة لتعداد الصم لا بد من استخدام أدوات دقيقة في عملية المسح كاستخدام أدوات فحص السمع (جمعية أطفالنا الصم، 1995).

وقدرت منظمة الصحة العالمية (WHO Report, 1995) نسبة الصم في دول العالم النامي بحوالي (1%) من تعداد السكان وإذا صحت هذه التقديرات قد يصل عدد المعاقين من فئة الصم في قطاع غزة إلى أكثر من 10.000 إنسان أصم في قطاع غزة (WHO Report, 1995). كما قدرت لجنة تطوير خدمات المعاقين سمعياً نسبة الذين يعانون من فقد في السمع في الضفة الغربية و قطاع غزة بحوالي (2%) أي ما يقارب 20.000 معاق سمعياً في الضفة الغربية وقطاع غزة (راحيل، 1996).

3.2.3 نظرة تاريخية عن رعاية وتأهيل المعاقين سمعياً

كانت النظرة في المراحل التاريخية القديمة أيام الإغريق والرومان تدعو إلى التخلص من المعاقين سمعياً كغيرهم من المعوقين، وتطالب بضرورة عزلهم تماماً، وفي بعض الحالات كانت تستخدم معهم أساليب لا إنسانية، فكانت النظرة إلى المعوقين الصم كغيرهم من المعوقين بأنهم مخلوقات بشرية ناقصة، تعيش حالة علي المجتمع، كما اعتبروهم نفايات بشرية تستهلك طاقة المجتمع دون أن تسهم فيه، كما اتسمت النظرة إليهم بالطابع اللإنساني، كذلك اتسمت الأساليب التي تناولت مشكلاتهم والتعامل معهم بنفس الطابع اللإنساني. وفي مرحلة تاريخية تالية لتلك الفترة ظهر ما يمكن أن نسميه بالنظرة الإنسانية الأخلاقية إلى المعوقين الصم وغيرهم، واعتبروا مخلوقات تثير الشفقة والعطف الإنساني، وكانت تلك الفترة بداية تقديم خدمات تتمثل في شكل إيوائي من خلال مؤسسات

يقدم فيها الغذاء والرعاية الصحية، وكذلك تلك المؤسسات معزولة عن المجتمع . ومع نهاية الحرب العالمية الثانية أصبحت الحاجة أكثر إلى توفير برامج تأهيلية، مما أدى إلى إنشاء الجمعيات التي تعني بتقديم الخدمات لهم، وزاد الاهتمام بالمعوقين بشكل أفضل وتغيرت النظرة إليهم، وأصبحت الخدمات تهدف إلى تعليمهم و إعدادهم مهنيًا، وتم إنشاء بعض المعاهد والمراكز التي تهتم بتأهيل المعوقين سمعياً وغيرهم. ثم جاءت المرحلة التي صدر فيها إعلانات عالمية وإنسانية كثيرة، بدأت بالإعلان العالمي لحقوق الإنسان عام (1948)، و إعلان حقوق الطفل عام (1959) والقرارات العديدة التي صدرت من اليونسكو و اليونسيف، ثم واكب ذلك إعلانات عربية أبدت اهتمامها بالمعوقين والعناية بهم، وتوفير برامج إنسانية تربوية واجتماعية لهم، وأكدت علي أهمية رعاية وتأهيل وتشغيل المعوقين سمعياً وغيرهم، واعتبر عام (1981) عاماً دولياً للمعوقين والذي انطلقت منه النظرة الجديدة للمعوقين سمعياً وغيرهم بأنهم طاقة بشرية أهدرها ويهدرها المجتمع، ويجب عدم الاكتفاء بالرعاية و إعادة التأهيل، و إنما علي المجتمع أن يبحث عن السبل التي تيسر دمجهم في المجتمع؛ لكي يشاركوا بفاعلية في تنميته. إن النظرة الجديدة إلى المعوقين سمعياً وغيرهم التي تطالب بدمجهم في المجتمع لا يمكن أن تتحقق ما لم يغير المجتمع من نظرتة القديمة إليهم، التي تعتبر إعاقة الفرد هي مشكلة الفرد وعليه أن يتحملها بنفسه، وإن مشكلة الفرد تنتهي بإعادة تأهيله، وعلاج ما يمكن علاجه من صور العجز لديه، و إعادة النظر في مشكلة المعوقين سمعياً وغيرهم من نظرة إحسان وعطف.

إن نظرة المجتمع إذا أراد أن يحقق دمج المعوقين سمعياً وغيرهم يجب تناول مشكلة الإعاقة من منطلق عقلائي يؤكد علي اعتبار أن مشكلة الإعاقة هي قضية اجتماعية يتحملها المجتمع كله، وليس الفرد وحده، إنها مسؤولية جماعية يجب أن يتناولها المجتمع من منظور اجتماعي، تنطلق من مسلمة أن الإنسان المتكامل القادر الفعال هو النموذج الذي نسعى إليه، وأن أي إعاقة هي انتقاص

لهذا النموذج الإنساني، ليس هذا فقط بل يجب أن تستخدم معهم طرق إبداعية تجد يديه تستفيد من الإنجازات التكنولوجية والطبية، ومن علوم النفس والتربية، ويتم ذلك في ضوء تخطيط إبداعي، وتطبيق إبداعي أيضاً، يأخذ في اعتباره البعد المستقبلي والعوامل المسببة للإعاقة السمعية، واحتمالات تطورها و آثارها المختلفة.

إن عدداً كبيراً من الدول العربية تميل إلى إنشاء المعاهد والمراكز والمدارس بهدف إعادة تأهيل الأطفال المعوقين سمعياً وغيرهم، وبغرض تكثيف الرعاية، وخاصة في بداية عهدها بهذه الخدمات، وتخدم هذه المؤسسات المعوقين سمعياً وغيرهم، إما بالنظام الداخلي، أو اليوم الكامل أو من خلال الفصول الخاصة الملحق بالمدارس العادية (عبد ا لحي، 2001).

3.2.4 أسباب الإعاقة السمعية

ويتناول الباحث أسباب الإعاقة السمعية من مدخلين رئيسيين كما يلي:

1- العوامل الوراثية الجينية

الوراثة حيث تشير الدراسات إلي أن نحو (50%) من حالات الإعاقة السمعية تعزى لأسباب وراثية، والمرض هنا ينتقل للجنين عن طريق الجينات الحاملة للمرض من الأم أو الأب أو الأجداد وقد لا يكون المرض ظاهراً في الأقارب الحاليين من الأسرة، ويوجد منه نوعان:

الأول: يولد به الطفل ويلاحظ أنه لا ينتبه إلي الأصوات من حوله مهما كانت مرتفعة ويتأخر في

النطق فأقرانه (سليمان، 1994).

الثاني: يولد به الطفل طبيعياً ويسمع الأصوات من حوله جيداً ويتكلم مثل أقرانه في موعده ولكنه

يفقد السمع في سن معينة قد تكون الخامسة أو السادسة من عمره (سليمان، 1994).

كما يساعد زواج الأقارب علي الإصابة بالإعاقة السمعية خاصة في العائلات التي ينتشر بها الصمم، وفي دراسة قامت بها الإدارة العامة للتأهيل الاجتماعي للمعوقين عن العلاقة بين قرابة الوالدين وبين وجود حالات إعاقة سمعية متكررة في الأسرة الواحدة وتوصلت الدراسة إلي أنه في حالات الإعاقة السمعية المتكررة في الأسرة تزداد نسبة من كان آباؤهم أقارب وهذا يزيد احتمال مسئولية الوراثة عن حالات الإعاقة السمعية المتكررة في الأسر ومسئولية التزاوج القريب عن تجميع هذه العوامل الوراثية، وقد دفع الاعتقاد بمسئولية الوراثة عن حدوث الإعاقة السمعية أن أصدرت بعض الدول مثل فنلندا تشريعاً بتحريم تزاوج المعاقين سمعياً فيما بينهم (الإدارة العامة للتأهيل الاجتماعي للمعوقين، 1994).

2- عوامل بيئية أو مكتسبة

ويمكن تقسيمها إلى عوامل تحدث قبل الميلاد وأثناء الميلاد وبعد الميلاد كما يلي:

عوامل قبل الميلاد

إن إصابة الأم الحامل بالفيروسات مثل الحصبة الألمانية والالتهاب السحائي والتهابات الغدد النكفية والحصبة والأنفلونزا، وخاصة في شهور الحمل الأولي أثناء تكوين الجنين داخل الرحم وتسبب عدم اكتمال نمو الأجهزة والأعضاء المختلفة ومن بينها الجهاز السمعي و تناول الأم الحامل لأدوية ضارة بالجنين دون استشارة طبية، إذ تؤدي هذه الأدوية إلي عدم اكتمال نمو الجنين ومن ثم ولادته بعيوب خلقية (سليمان، 1994).

وترجع أسباب الإعاقة سمعية إلى حدوث شذوذ جيني في اختلاف عامل الريزيسى (RH) بين الأم والجنين، ويطلق عليه صمم خلقي ولادى، أو نتيجة لنقص الأكسجين خلال فترة الحمل ويسمى ذلك بالصمم المكتسب (Hall. et al., 1996).

وأيضاً التسمم الحملى والنزيف الذي يحدث قبل الولادة والأمراض التي تصيب الأم أثناء الحمل كالتهابات الغدد النكفية والزهري والتيفود، ويذكر توركنجتون وآخر (Turington. et al., 2000) أن نحو (7 - 20 %) من حالات الصمم وضعف السمع يكونون فاقدين لسمعهم قبل الميلاد، وأن هناك ثلاثة أسباب رئيسية تهدد سمع الجنين وهي الأمراض الفيروسية والعقاقير السامة التي تضر بالسمع وحالة الرحم أثناء الولادة (Turkington. et al., 2000).

عوامل تحدث أثناء الولادة

وتكون مصاحبة لعملية الولادة مثل الولادة المتعسرة التي تطول مدتها، وكذلك ولادة الجنين قبل موعده مما يحتاج إلي وضعه في حضانة، وكذلك ولادته مصاباً بالصفراء، إذ أن زيادة نسبة الصفراء في الدم عن 340 ميكرومول/ لتر يؤدي إلي فقدان السمع خاصة عند ملاحظة تلون قرني عيني المولود باللون الأصفر (Hall. et al. , 1996).

عوامل تحدث بعد الميلاد

إصابة الطفل ببعض الأمراض خصوصاً في السنة الأولى من حياته مثل الحميات الفيروسية والميكروبية كالحمى الشوكية أو الالتهاب السحائي والحصبة والتيفود والأنفلونزا والحمى القرمزية والدفتريا، و يترتب علي هذه الأمراض تأثيرات مدمرة في الخلايا السمعية والعصب السمعي. وتعتبر الحصبة الألمانية أكثر الأسباب الولادية شيوعاً مسببة للضعف السمعي والصمم، فقد ذكر مارتن Martin أن الصمم يحدث في حوالي ثلث الأطفال المصابين بالحصبة الألمانية، وأشار نفس

المؤلف إلي أن القضاء علي الحصبة الألمانية يقضي علي خمس حالات من الصمم الولادي (عبد الرحيم، 1990).

وتمثل الحوادث التي تصيب الفرد سواء في الرأس أو الأذن واحدة من العوامل البيئية العارضة التي تؤدي إلي إصابة بعض أجزاء الجهاز السمعى كإصابة طبلة الأذن الخارجية بثقب وحدث نزيف في الأذن نتيجة آلة حادة أو لكمة أو صفة شديدة أو التعرض لبعض الحوادث، كحوادث السيارات والسقوط من أماكن عالية، ويذكر شاكنكت Schknecht أن صدمة الرأس التي تكفي لإذهاب الوعي عن الطفل يمكنها أن تسبب ارتجاجاً في القوقعة وينتج عنها ضعف سمعي (عبد الرحيم، 1990).

وهناك أنواع أخرى من الأمراض تؤدي إلي ظهور العديد من الاضطرابات السمعية كالتهاب الأذن الوسطي الذي يشيع بين الأطفال في سن مبكرة، وأورام الأذن الوسطي أو تكس بعض الأنسجة الجلدية بداخلها.

يحدث في بعض الحالات أن يتأثر الجهاز السمعى لدى الطفل نتيجة لوجود بعض الأشياء الغريبة داخل الأذن أو القناة الخارجية مثل الحصى والخرز والحشرات والأوراق وغيرها وكذلك نتيجة لتراكم المادة الشمعية أو صملاخ الأذن في القناة السمعية مما يؤدي إلي انسداد الأذن، فلا تسمح بمرور الموجات الصوتية بدرجة كافية، أو يؤدي وصولها مشوهة إلي طبلة الأذن (القريطي، 1996). وفي دراسة قام بها ليلمور وآخر (Lillemor, 1996) توصلوا فيها أن هناك علاقة قوية وواضحة بين التعرض للضوضاء وفقدان السمع ومرض طنين الأذن، وذكر أن (50%) من العاملين في الصناعات التي بها ضوضاء وصخب ويتعرضون لمدة 8 ساعات يومياً للضوضاء يعانون من ضعف في السمع بدرجة خفيفة وأن (25%) منهم لديهم ضعف سمع متوسط، و (25%) لديهم ضعف سمع حاد (Lillemor, 1996).

وكذلك يُرجع حسن سليمان أسباب ضعف السمع إلي التهابات الجهاز التنفسي العلوي مثل التهابات الأنف والجيوب الأنفية والحلق واللوزتين والحمية، والحنجرة والبلعوم الأنفي بقناة استاكيوس مما يؤدي إلي الالتهاب غير الصيدي للأذن الوسطى، والذي يؤدي إلي وجود رشح خلف طبلة الأذن، ومن ثم يتسبب في ضعف السمع أو الالتهاب الصيدي المتكرر والمزمن والذي يتسبب في ثقب طبلة الأذن وتآكل عظيمات السمع، كما يحدث في بعض الحالات أن تسد قناة استاكيوس عند إصابة الفرد بالبرد الشديد أو الزكام، وينتج عن ذلك أن يكون الضغط الخارجي علي طبلة الأذن شديداً، وهنا لا تهتز الطبلة عند وصول الصوت إليها، ومن ثم لا تستطيع أن تؤدي وظيفتها (سليمان، 1998). وقد يحدث الضعف السمعي نتيجة تحطم السائل الداعم في القوقعة الهلالية الموجودة في الأذن الداخلية، أو نتيجة للتعرض لبعض الأمراض أهمها الحصبة الألمانية والحمى الفيروسية ومرض مينير والنكاف والتهاب السحايا أو إصابة الأذن الداخلية وخاصة عصب السمع بأمراض تتلفها أو تعطلها عن العمل (Turkington. et al., 2000).

ويذكر ألبرتي Alberti أنه توجد أنواع عديدة للضعف السمعي الناتج عن الضوضاء والعمل ويمكن إجمالها الآتي: إزاحة عتبة السمع المؤقتة الناتجة عن الضوضاء ، إزاحة عتبة السمع الدائمة الناتجة عن الضوضاء.

ويتطلب كلا النوعين تعرضاً للضوضاء، سواء أكانت ذات طبيعة مستقرة أو علي هيئة صدمة أو مزيجاً من الاثنين ويضاف إلي ذلك الضعف السمعي الناتج عن مصدر صوتي قوى مكثف مثل: الطلقة النارية، صوت الانفجار (قنبلة مثلاً)(عبد الرحيم، 1990).

إذ تسبب هذه العوامل نسبياً متفاوتة من الضعف السمعي، قد يشفي بعضها ولكنها لا بد وأن تترك بعض درجات الضعف السمعي والتأثير علي غشاء الطبلة وعظيمات الأذن السمعية مع درجات متفاوتة من تلف القوقعة. ولذلك يتضح أن للضوضاء تأثيراً قوياً علي عملية السمع، حتى أنه يعد من أهم وأقوى الأسباب المؤدية إلي الضعف السمعي.

ويضيف كل من (Kimberl & Elsie,2005) بأنه إذا تلقى الطفل من آبائه (جين متحي) يتعلق بمتلازمة يوشر فالطفل يولد مصاباً من ناحية وراثية بإعاقه سمعية، وبعد ذلك يصاب بإعاقه بصرية(Kimberl & Elsie,2005).

3.2.4 تأثير الإعاقة السمعية على الأسرة

يترتب على وجود الإعاقة والمعاق السمعية عدداً من الآثار التي تنعكس على الأسرة، أو المجتمع، وتأخذ مظاهر متنوعة. وفي كثير من الأحيان من الصعب الفصل بين الآثار الناتجة عن العلاقة بين المعاقين وأسرهم، ومحاول الباحث فيما يلي أن يبين إلى أي حد تتأثر العلاقات الاجتماعية الأسرية بطبيعة هذه العلاقات.

1- الآثار النفسية لدى الأسرة

ترك الإعاقة مجموعة من الآثار النفسية بين أفراد أسرة الطفل المعاق، حيث تتأثر الأسرة بالعديد من المشاكل العاطفية والانفعالية التي ترتبط بمراحل حدوث الإعاقة ذاتها، ويمكن تصنيف هذه الآثار بما يلي:

مرحلة الصدمة

وتظهر فور علم الوالدين بالإعاقة، سواء أكانت في مرحلة الحمل، أو أثناء الولادة أو بعدها وخاصة أنها تتعلق بأعز الناس لدى الأسرة (عبد الرحمن، 1995).

مرحلة الإنكار

وتعكس الآثار التالية لمرحلة الصدمة، حيث تمر الأسرة بحالة نفسية سيئة يسعى الجميع إلى معرفة سبل العلاج، أو عملية تبرير حدوث الإعاقة، وفي البيئة العربية تعكس الأسرة المرض أو الإعاقة، خاصة الأمراض النفسية والعقلية لتأثر الأسرة منها اجتماعياً (عبد الرحمن، 1995).

مرحلة الخوف والإحباط

حيث تظهر هذه المرحلة مظاهر سيكولوجية تؤدي إلى الاكتئاب والعزلة والإحباط، نتيجة لتقبل الوضع الراهن لحدوث الإعاقة بين أحد من أفراد الأسرة، وخاصة إذا كان الجميع يسعى لإخفاء الإعاقة عن الآخرين بقدر الإمكان، كما أن القلق يعتبر مظهراً من مظاهر الإعاقة، ولقد سعت بعض الدراسات لتحليل مشاكل الأسرة ذات الأعضاء المعاقين، وكشفت عن مظاهر متعددة لعدم التكيف الأسري، وحددت التباين بين أفراد الأسرة حول سبل رعاية وتأهيل المعاق، كما كشفت عن أن أسرة المعاق بأنها أسرة متعددة المشاكل، حيث تتميز بعدم الاتزان العاطفي والانفعالي والمناخ

السيكولوجي غير الملائم (عبد الرحمن، 1995)

2- الآثار الاجتماعية لدي الأسرة

إن أسرة المعاق تتأثر بالعديد من مظاهر الحياة الاجتماعية غير الطبيعية، حيث تؤثر طبيعة الإعاقة علي العلاقات الاجتماعية الأسرية ككل، وعلي طبيعة علاقة أفراد الأسرة مع المعاق ذاته، مما يعكس الكثير من المشاكل النفسية والاجتماعية عليهما معاً، ولقد كشفت الدراسات السابقة عن مظاهر الحياة الاجتماعية، والآثار الناتجة عن الإعاقة، نظراً لأهميتها بصورة عامة، وركزت علي التعرف علي الحياة الأسرية وعلاقتها ببعض المتغيرات ومنها دراسة بناء الأسرة وسمات أعضائها، وحجم الأسرة وموطن الإقامة والوضع الثقافي للأسرة، الجنس، والدين، والمكانة الاجتماعية، والاقتصادية، ودراسة وظائف الأسرة، مثل: الوظائف الاقتصادية، والمهنية، والتنشئة الاجتماعية، والطاعة، والتعليم والتفاعل الاجتماعي، والسلوك بين أفراد الأسرة، والتماسك الأسري، والقدرة علي التكيف والتفاهم أو الاتصال والتغيرات الوظيفية والبنائية، و تتضمن تلك التغيرات المظاهر الجديدة لنوعين لبناء الأسرة وطبيعتها الثقافية، والأيدلوجية(عبد الرحمن، 1995).

3- الآثار الاقتصادية لدي الأسرة

تتعدد الآثار الاقتصادية الناتجة عن وجود علاقات داخل الأسرة، حيث تسبب الإعاقة أياً كان نوعها في حدوث تأثيرات سلبية، علي الدخل الاقتصادي للأسرة، وخاصة إذا كانت الإعاقة لعائلها الوحيد، حيث أنها تؤدي إلى الحرمان من العمل، والبطالة الإجبارية في كثير من الأحيان، كما تؤدي إلى ضعف الإنتاجية وقدرات العمل العادية. و من المظاهر السلبية للإعاقة أجور العلاج الطبي أو الطبيعي، وزيادة نفقات التعليم والتأهيل وشراء الأجهزة التعويضية، حيث يشعر جميع أفراد الأسرة بنوع من الالتزام الاقتصادي تجاه المعاق(عبد الرحمن، 1995).

كما قد تؤدي الإعاقة إلى ترك العمل، أو تغيير دورة إلى ما يتناسب مع وضعه الجديد، فضلاً عن المشكلات التي ستترتب على الإعاقة في علاقاته برؤسائه، وزملائه ومشكلات في أمنه(عبده، 1999).

3.2.6 تأثير الإعاقة السمعية علي الطفل الأصم

يذكر مورثان وريتشارد (Morethan & Richard, 1980) أن الإعاقة السمعية تؤثر بشكل سلبي على النمو الانفعالي للطفل حيث تؤدي إلى شعوره بالإحباط لعدم فهم الآخرين له، والميل إلى الانطواء فقد أوضحت بعض الدراسات أن ضعف السمع أقل توازناً في انفعالاتهم، وأكثر انطواء عن سواهم من العاديين(حسين، 1986).

فضلاً عن ذلك يرى كل من يونس وحنوره (1990) أن أهم أثار الإعاقة السمعية ضعف أو انعدام القدرة على التخاطب اللفظي.

ويذهب (القيوتي وآخرون، 1995) إلى أن المعاقين سمعياً يحاولون تجنب مواقف التفاعل الاجتماعي ويميلون إلى العزلة نتيجة لإحساسهم بعدم المشاركة أو الانتماء إلى الأطفال الآخرين (القيوتي وآخرون، 1995).

وهكذا يتضح التأثير السلبي للإعاقة السمعية على توافق الطفل المعاق، ومع ذلك فقد أكد لنا التحليل النفسي على أنه لا يوجد في حقيقة الأمر أطفال مشكلون، وإنما آباء مشكلون فحسب، ومن ثم يكون من العبث أن نعى بدراسة حياة هؤلاء الأطفال بمعزل عن آباؤهم(زيدان، 1998).

ويتفق ذلك مع ما يذكره (القيطي، 2001) بأن الإعاقة السمعية تؤدي إلى إعاقة النمو الاجتماعي للطفل حيث تحد من مشاركته وتفاعلاته مع الآخرين واندماجه في المجتمع مما يؤثر على توافقه الاجتماعي، وعلى مدى اكتسابه المهارات الاجتماعية الضرورية واللازمة لحياته في المجتمع،

ويضيف عبد المطلب القريطى بأن الإعاقة السمعية تؤدي أيضاً إلى إعاقة النمو الانفعالي والعاطفي للطفل (القريطى، 2001).

1- تأثير الإعاقة السمعية علي النمو اللغوي

لا شك في أن النمو اللغوي هو أكثر مظاهر النمو تأثراً بالإعاقة السمعية فالإعاقة تؤثر سلباً على جميع جوانب النمو اللغوي. وبدون تدريب منظم ومكثف لن تتطور لدى الشخص المعوق سمعياً "مظاهر النمو اللغوية الطبيعية. ومع أن الأطفال ذوي السمع العادي يتعلمون اللغة والكلام دون تعلم مبرمج فالمعوقون سمعياً بحاجة إلى تعليم هادف ومتكرر فالشخص المعوق سمعياً "سيصبح أبكم إذا لم تتوفر له فرص التدريب الخاص الفاعل. ويعزى ذلك لغياب التغذية الراجعة السمعية عند صدور الأصوات وعدم الحصول على تعزيز لغوي كاف من الآخرين. وفي حالة اكتسابهم للمهارات اللغوية فإن لغتهم تتصف بكونها غير غنية كلغة الآخرين، وخبرتهم محدودة، وألفاظهم تتصف بالتمركز حول الملموس، وجملهم أقصر وأقل تعقيداً، أما كلامهم فيبدو بطيئاً ونبرته غير عادية (Courad, 1979).

ويذكر (فهمي، 1980) أن كلام ضعيف السمع يتسم بعدة خصائص هي ما يلي:

- عدم النضوج.
- عدم القدرة على التحكم في الفترات الزمنية بين الكلمة والكلمة التي تليها؛ بمعنى أنه قد يقضى وقتاً أطول في نطق كلمة واحدة، فحين أن الكلمة التالية قد يسرع في نطقها.
- عدم القدرة على فصل الأصوات المختلفة، وتوضيحاً قد يحدث أن يكون هناك تداخل بين بعض الأصوات.
- عدم الضغط الكافي على الكلمات أثناء نطقها مما يؤدي إلى أن الأشكال الصوتية لهذه الكلمات تكون غير واضحة وأحياناً تكون مختلفة تماماً (فهمي، 1980).

ولما كانت تلك العوامل بالغة الأثر في عملية فهم الحديث لدى السامع، فإن حديث الشخص ضعيف السمع يمثل حاجزاً كبيراً لديه يعوقه عن التخاطب الفعال، وهذا ما أكد عليه (يونس حنوره، 1991) علي أن أهم آثار الإعاقة السمعية هي ضعف أو انعدام القدرة علي التخاطب اللفظي (يونس و حنوره، 1991).

يذكر (قنديل، 1995) أن من أخطر ما يترتب علي الصمم أو ضعف السمع هو فقدان الفرد لقدرته علي النطق والكلام، فالأصم لا ينطق الكلمات لأنه لا يسمعها، وهو لا يستطيع تصحيح الأصوات التي تصل إليه، لأنه لا يسمع أصوات الآخرين، ومن ثم لا يستفيد في تصحيح أخطائه، فالدائرة غير مكتملة بينه وبين الآخرين (قنديل، 1995).

2- تأثير الإعاقة السمعية علي النمو العقلي والمعرفي

الإعاقة والذكاء

لا يبدو أن الإعاقة السمعية تؤثر علي الذكاء، فقد أشارت بحوث عديدة إلى أن مستوى ذكاء الأشخاص المعوقين سمعياً كمجموعة لا يختلف عن مستوى ذكاء الأشخاص العاديين. وأشارت دراسات أخرى إلى أن المعوقين سمعياً لديهم القابلية للتعليم والتفكير التجريدي ما لم يكن لديهم تلف دماغي مرافق للإعاقة (Hallahan & Kauffman, 1978).

وذكر (مندل وفيرنون، 1976) أن نحو 50 دراسة مقارنة أجريت علي مستويات الذكاء بين ضعاف السمع والأسياء، وأثبت الإحصاء من هذه الدراسات أن ضعف السمع في حد ذاته لا يؤثر علي نسبة الذكاء، وذلك علي الاختبارات الأدائية، إلا أن هناك نوعيات معينة من بين فئات الضعف السمعي يتواجد بها خلل أو عطب في الجهاز العصبي بالإضافة إلى الضعف السمعي، وتكثر في هؤلاء نسبة الضعف الفكري، مما يدل علي أن الإصابة الدماغية هي التي تكمن وراء التخلف العقلي وليس الضعف السمعي (مندل وفيرنون، 1976).

فللفروق في الأداء بين ذوي الإعاقة السمعية وعاديين السمع يعود إلى قصور اختبارات الذكاء اللفظية المقدمة لذوي الإعاقة السمعية لا إلى قدراتهم العقلية، أي أن اختبارات الذكاء بوضعها الحالي لا تقيس قدراتهم الحقيقية إلا إذا صممت بطريقة تناسبهم (الروسان، 1989).

فلختبارات الذكاء تعتمد إلى درجة كبيرة على المهارات اللغوية فإذا ما استخدم هذه الاختبارات دونما تكيف فقد يصنف المعوق سمعياً بالخطأ على أنه متخلف عقلياً. وإذا ما تعامل الآخرون مع المعوق سمعياً على أنه لا يتمتع بذكاء عادي فهذا بحد ذاته قد يؤثر على أدائه الفعلي. ولذلك يقترح استخدام مثيرات حسية متعددة لقياس ذكاء الصم بعبارة أخرى، إن هؤلاء الأطفال يتعلمون بشكل أفضل عندما يكون الموقف التعليمي مشبعاً ليس بالأصوات فقط، ولكن بالحركة، والألوان، والروائح، والأنماط المختلفة. ولهذا فان هؤلاء الأطفال بحاجة إلى ألعاب وأنشطة متنوعة خاصة في المراحل العمرية المبكرة (Bigge, 1982).

الإعاقة والتحصيل الدراسي

وعلى الرغم من أن ذكاء الطلاب المعوقين سمعياً ليس منخفضاً إلا أن تحصيلهم العلمي عموماً منخفض بشكل ملحوظ عن تحصيل الطلاب العاديين. فغالباً ما يعاني هؤلاء الطلاب وبخاصة الصم منهم مستويات مختلفة من التأخر أو التخلف في التحصيل الأكاديمي عموماً وبوجه خاص في التحصيل القرائي (Trybus & Karchmer, 1977).

وذلك أمر واضح حيث أن الأثر الأكبر للإعاقة السمعية هو ذلك المتعلق بالضعف اللغوي الأمر الذي يقود إلى التأثر سلباً على التحصيل في القراءة. وقد أفادت دراسات عديدة بأنه كلما زادت المتطلبات اللغوية ومستوى تعقيدها أصبحت قدرة الطلاب المعوقين سمعياً على التحصيل أضعف. وتظهر الدراسات في العالم أن مستوى التحصيل الأكاديمي لدى معظم الراشدين الصم لا يتعدى مستوى تحصيل الطلاب العاديين في الرابع أو الخامس الابتدائي. وما ينبغي التنويه إليه هنا هو أن

ذلك لا يعني بالضرورة أن الأشخاص الصم لا يستطيعون تحقيق مستويات أعلى من التحصيل فلعل طرق التدريس المستخدمة معهم غير فعالة (الخطيب، 1998).

ويخلص الباحث إلى أنه بالرغم من أن الإعاقة السمعية لا تؤثر سلبياً على مستوى الذكاء عند الأطفال المعاقين سمعياً إلا أن تأثير الإعاقة السلبي واضح وملحوس على التحصيل الدراسي فالإعاقة تقلل من إدراك الطفل لكثير من المفاهيم بالشكل الصحيح من جانب ولكثير من الحقائق العلمية بأشكالها التجريدية.

تتضارب الآراء حول مدى تأثير الإعاقة السمعية علي النمو العقلي، فهناك من يرون أن للإعاقة السمعية تأثيراً سلبياً علي النمو العقلي، بينما يقرر آخرون أنه ليس ثمة علاقة واضحة للإعاقة السمعية علي النمو العقلي، فعلي الجانب الأول يعتبر بنتر Pinnter أول من أشار إلي علاقة الحرمان الحسي بتخلف القدرات العقلية للأصم، حيث توصلت دراسته إلي أن مستوى القدرات العقلية للمعاق سمعياً في الصغر تكون أقل منها لدى الطفل العادي، ويعلل ذلك بأن الأمراض المسببة لحدوث الإعاقة السمعية أثرت علي المخ، وبالتالي سببت التخلف العقلي (عبد الرحيم، 1990). ويضيف (عبد العزيز، 1992) أن تفوق الأطفال عاديو السمع على ذوي الإعاقة السمعية في بعض القدرات المعرفية والإبتكارية يرجع إلى عدة أسباب منها:

- أن البيئة الأسرية التي ينتمي إليها الفرد ذو الإعاقة السمعية لا تنمي خياله الإبتكاري بحكم أنه فرد ذو إعاقة لا فائدة منها.
- كما أن البيئة المدرسية الخاصة للفرد ذي الإعاقة السمعية بيئة محبته لا تشجعه ولا تقدم له المناخ المناسب الذي يعمل على التنشيط العقلي والدليل على ذلك أنه عند تحليل المناهج المخصصة له وجد أنها خالية من أية دعوة لتنمية الإبتكار لديه (عبد العزيز، 1992).

ويرى (قنديل، 1995) أيضاً بأن القدرات العقلية للمعاق سمعياً تتأثر سلباً نتيجة إصابته بالإعاقة، وذلك بسبب نقص المثيرات الحسية في البيئة، مما يترتب عليه قصور في مدركاته، ومحدودية في مجاله المعرفي، بل أحياناً تأخر في نموه العقلي مقارنة بأقرانه من العاديين (قنديل، 1995).

3- تأثير الإعاقة السمعية على النمو الشخصي والاجتماعي

إن الأفراد ذوي الإعاقة السمعية لهم بروفيل نفسي خاص يميزهم عن غيرهم من العاديين وعن غيرهم من ذوي الفئات الخاصة الأخرى ولهذا تأثيره على نموهم الشخصي والاجتماعي، فهم يميلون إلى العزلة عن الأفراد عاديين السمع الذين لا يستطيعون فهمهم، وهم مجتمع الأكثرية الذي لا يستطيع أن يعبر بلغة الإشارة أو بلغة الأصابع، ولهذا السبب يميل ذوي الإعاقة السمعية إلى تكوين النوادي والتجمعات الخاصة بهم، بسبب تعرض الكثير منهم لمواقف الإحباط الناتجة عن تفاعلهم الاجتماعي مع الأفراد عاديين السمع (الروسان، 1989).

فالطفل الأصم أو ضعيف السمع ظاهرة لها خصوصياتها مقارنة بمن سواه من الأفراد فئات ذوي الحاجات الخاصة، إنه يبدو شخصاً عادياً في مظهره الخارجي، ونقص قدرته على السمع أو فقدها لا يلفت نظر الآخرين نحوه مثل غيره من أفراد الإعاقات الأخرى، كما أنه لا يثير اهتمام أحد بإعاقته ولا بحجم مشكلته، أو خطورة آثارها على شخصيته، بل إنه حتى لا يستدر عطفاً (قنديل، 1995).

ويذكر (قنديل، 1995) بأنه تكاد تجمع الأبحاث والدراسات في نتائجها على تميز شخصياتهم بالتمركز حول الذات والتصلب والجمود وعدم النضج الانفعالي ، وأن معظم المشكلات السلوكية للأصم وضعيف السمع تتبع من طبيعة إعاقته، فعلى سبيل المثال فإن الطفل ضعيف السمع حين يقاوم النوم أو ينام وحجرته مضاءة ليلاً فهو سلوك يمكن تفهمه وتقبله في ضوء مشكلة طفل يشعر أن اتصاله بالعالم ينقطع كلية بمجرد إغماض جفنيه، أو بمجرد غياب والديه أمام عينيه.

كما تتأثر الحالة الوجدانية لذوي الإعاقة السمعية تأثراً كبيراً بعوائق الفهم، إذ أن اللغة وتميز الأصوات يلعبان دوراً مهماً في الحالة الانفعالية.

ويؤكد كابلان (Kaplan, 1997) أن كلاً من الأصم وضعيف السمع عادة ما ينغلق عن العالم، ليس فقط بسبب صعوبة الاتصال مع الآخرين بل أيضاً لأن الغالبية من مجتمع السامعين لا يعرفون وسائل الاتصال بالمعاقين سمعياً، ويكون مردود ذلك عليهم الحزن والاكتئاب والانسحاب من الحياة الاجتماعية ومن الاتصال بالناس. كما يشعر المعاق سمعياً بالنقص بشكل متكرر وأن عليه أن يتحمل الكثير بسبب إعاقته، إضافة إلى شعوره بالخزي والوصمة والعار بسبب ارتباط الإعاقة عنده بالعجز عن اتخاذ القرار وتحمل المسؤولية، كما يشيع بينهم الإنكار كحيلة دفاعية حيث أن ضعاف السمع لا يعترفون بوجود ضعف سمع بينهم لأن قبولهم لذلك يدل على عجزهم وذلك يفسر رفض ضعاف السمع لسماعة الأذن التي يراها الناس في آذانهم مما يجعل الإعاقة السمعية ظاهرة للآخرين كما يفسر ذلك أيضاً إصرار ضعاف السمع على أن مشاكل اتصالهم ستختفي لو أن الناس تتحدث بوضوح، كما يشيع بينهم أيضاً ميكانيزم الشك والتبرير، فهم كما يلومون الآخرين من العاديين بأن كلامهم به تهتهة وغمغة متعمدة حتى لا يفهمون كلامهم، ويفسرون ضحك الآخرين على أي شئ بأنه سخرية منهم، كما يظهر عليهم بوضوح سلوك العدوان على الأقارب مثل الأزواج والأطفال والأصدقاء كميكانيزم دفاعي (Kaplan, 1997).

وأشار اتكنس (Atkins,1997)إلى أن (9.6% : 8.4%) من المعاقين سمعياً لديهم مشكلات واضطرابات انفعالية وسلوكية، كما أشار فيرنون Vernon في تقريره إلى أن (22.5% : 20.7%) لديهم سوء تكيف أو مضطربين نفسياً ولذلك فإن الكثير من التقارير تشير بأن الاضطرابات الانفعالية والسلوكية الحادة تفوق انتشارها بين الأطفال ضعاف السمع بنحو (3:6) مرات عن الأطفال الذين يسمعون (Atkins, 1997).

ويخلص جاكسون (Jackson, 1997) إلى عدد من الخصائص النفسية الانفعالية لضعاف

السمع وهي

- أنهم أقل نضجاً.
- الانسحابية وخصوصاً من المواقف الاجتماعية.
- أقل مرونة من أقرانهم العاديين.
- يميلون إلى أن يتقيدوا بالروتين ويقواعده بشده.
- لديهم أفكار سلبية حول ذاتهم، وقد يكون هذا جزءاً من أسباب نقص المعلومات الخاصة بطبيعة إعاقته السمعية.
- لا يظهرون اهتماماً بمشاعر الآخرين.
- يميلون لأن يكونوا محدودي الاهتمامات.
- يظهرون نقصاً في تقديراتهم الاجتماعية.
- أنهم أكثر سداجة من غيرهم.
- أكثر اعتماداً علي غيرهم.
- غير قادرين على تحمل المسؤولية.
- يميلون إلى الاندفاعية في سلوكياتهم.
- سلبيون وخاصة عند فقدان السمع في مراحل مبكرة من الحياة.
- مكتئبون بصفة عامة، وتزداد درجة الاكتئاب عندما يحدث الضعف السمعي في المراحل المتأخرة من العمر.
- يميلون إلى الأنانية والفردية في حياتهم (Jackson, 1997).

ومن ذلك فلا يستطيع أحد أن ينكر حقيقة أن الإعاقة السمعية قد تؤثر بشكل مباشر وغير مباشر على التنظيم السيكولوجي الكلي للمعاق، وكثيرون هم الذين يعتقدون بوجود خصائص انفعالية فريدة للأشخاص المعوقين سمعياً تختلف عن خصائص الأشخاص ذوي الإعاقات الأخرى (كالمكفوفين مثلاً) وتختلف أيضاً عن خصائص الأشخاص العاديين (الخطيب، 1998).

ومما سبق يتضح أن تأثير الإعاقة السمعية على الفرد ليس مجرد عدم القدرة على الكلام، ولكن الواقع يشير بعكس ذلك فالعجز عن الكلام ليس إلا أحد أضعف الآثار التي يمكن أن تنتج عن الإعاقة السمعية، فالتعبير عن النفس والاستجابة للآخرين لا يتم إلا من خلال ما يطلق عليه بالتغذية الراجعة، وعملية الاتصال هذه هي الأساس لعملية أخرى لها أهميتها وهي عملية التفاعل الاجتماعي، ما يتصل بما من قيام العلاقات بين الشخصية، وتلك العلاقات هي المسؤولة عن قيام حياة اجتماعية فعالة وتشكيل مفهوم الذات لدى الفرد.

3.2 الصحة النفسية

يُعدُّ علم الصحة النفسية من العلوم ذات الأهمية الكبيرة؛ لارتباطه الوثيق بحياة الإنسان صغيراً كان أو كبيراً ذكراً أو أنثى، وخاصة في العصر الحاضر، فنحن نعيش عصر السرعة والتقدم التكنولوجي، حيث يتطلب من الفرد أن يبذل جهداً أكثر لمحاولة اللحاق بالآخرين في مجالات الحياة المختلفة، وبذلك يتعرض الإنسان لأنواع مختلفة من الأزمات النفسية، فهناك العديد من صنوف الإحباط والصراع والقلق وغيرها التي تصادف الإنسان في حياته والتي تؤثر في توازنه النفسي، فالصحة النفسية من هذا المنطلق تعمل على الحفاظ على صحة الفرد النفسية بإبعاده عن مصادر الاضطرابات النفسية، والتدخل للعلاج في حالة دخوله في تلك الاضطرابات النفسية. ومن هنا تبدأ أهمية الصحة النفسية فهي تقدم رعايتها للأُم أثناء الحمل بإبعاده عن كل المثيرات النفسية، فقد أثبتت الدراسات النفسية أن الحالة النفسية للأُم تؤثر في الجنين سلباً أو إيجاباً. وهي كذلك تهتم بالطفل منذ لحظة ولادته بتهيئة الظروف الأسرية المناسبة، باعتبار أن الأسرة السعيدة المترابطة بيئة نفسية صحية للنمو السوي وبالتالي سعادة الطفل التي بدورها تنعكس إيجاباً على الصحة النفسية له، ونخص بالذكر السنوات الخمس الأولى من حياة الطفل حيث فيها تتكون المعالم الأولى من شخصية الطفل، إلا أن خدمات الصحة النفسية لا تتوقف عند هذا الحد ولكنها تستمر في تقديم خدماتها للفرد عبر مراحل نموه المختلف (محمد، 2004).

فهي بذلك ترعى الفرد داخل أسرته وفي مدرسته وفي عمله، تعمل على تهيئة الظروف المناسبة له إيماناً بأن الصحة النفسية علامة من علامات التقدم والتحضر، وقبل ذلك مطلب ضروري من مطالب الحياة السعيدة سواء للفرد نفسه أو على مستوى الأسرة أو على مستوى المجتمع، إذ على المجتمع مسئولية توفير وتطبيق خدمات الصحة النفسية لأفراده إذ أن المجتمع الذي تسود فيه

الصراعات والانحلال والفساد والجهل وغيرها مجتمع من وجهة نظر الصحة النفسية مجتمع مريض . إن الاهتمام بالصحة النفسية يجب أن يكون بالاهتمام نفسه بالصحة الجسمية للارتباط الوثيق بينهما، لأنه ثبت علمياً أن هناك كثيراً من الأمراض الجسمية يكون منشأها نفسياً فنجد مثلاً قرحة المعدة و الأثني عشر سببها كثرة ما يتعرض له الفرد من اضطرابات نفسية، كذلك في حالات القلق نجد عدم انتظام ضربات القلب وتصيب العرق، وفي حالات الاكتئاب فقدان الشهية مثلاً (محمد، 2004). فالعوامل البيولوجية تعد من أهم المحددات للسلوك كونها تتحكم في الإفرازات الغددية والتي بدورها تتحكم في الجهاز العصبي، ومن الملاحظ أن تأثير العوامل البيولوجية الوراثية يكون واضح وملحوس في حال الحديث عن الجوانب الجسمية للشخصية (كفافي، 91-100)

والأمراض النفسية التي يرجع سببها إلى وجود مرض عضوي أو جسمي فنجد مثلاً مرض القلب والفشل الكلوي والسرطان وداء السكري وما يصاحب هذه الأمراض الجسمية من حالات من التوتر الشديد والقلق والخوف على حياتهم ومصير أسرهم، ولذلك بدأ الاهتمام بهؤلاء الفئة من المرضى من حيث تقديم الرعاية النفسية لهم. إن خدمات الصحة النفسية أصبحت مطلباً أساسياً في معظم المستشفيات العامة إضافة إلى وجود مستشفيات الصحة النفسية والعيادات النفسية المستقلة، إلا أن خدماتها لا يقتصر تقديمها في المستشفيات بل نجدها في المدارس والمعاهد والجامعات وفي معظم مجالات الحياة المختلفة (محمد، 2004).

3.2.1 مفهوم الصحة النفسية

الصحة النفسية ذات مفهوم واسع وغير محدد ومن هنا حدث الاختلاف بين الكثير من العاملين في مجال الصحة النفسية، وذلك لأسباب كثيرة لعل أهمها ما أشار إليه عبد السلام عبد الغفار من اختلاف المنحني الفكري الرئيسي لكل عالم أو باحث واختلاف وجهات النظر، واختلاف وجهات

نظرهم في طبيعة الإنسان، وما ينبغي أن تكون عليه صحتهم النفسية من الوسائل التي تستطيع قياس مدى قيام الأجهزة النفسية بوظائفها المختلفة بدقة كما هو موجود عند الأطباء، من قيامهم بتحديد مدى قيام أجهزة الجسم المختلفة بوظائفها ونشاطها بدرجة مناسبة من الدقة، وبالتالي هم يتفقدون فيما بينهم بشأن مفهوم الصحة الجسمية (عبد الغفار، 1981).

ومفهوم الصحة النفسية ذاته هو مفهوم ثقافي ونسبي بطبيعته وهو متغير بتغير ما يجد عليه من معلومات عن الحياة وما ينبغي أن تكون عليه، كما أنه يتغير بما نكتشفه عن أنفسنا وسلوكنا، وما نحب أن نصل إليه في حياتنا (عبد الغفار، 1981).

وهناك من أنواع النشاط التي يختلف في النظر إليه بين أفراد الجماعة الواحدة مثل: النفاق والرياء والكذب فمن الناس من يمارس هذا النشاط مع ذوي الجاه والسلطان كي يحققوا أهدافهم ويعتبرون ذلك من حسن التوافق الاجتماعي، ومن الصحة النفسية في حين يعتبره آخرون من قبيل الخلل في الصحة النفسية للأشخاص الذين يمارسونه (عبد الغفار، 1981).

وهناك من الأنماط السلوكية ما يدعم هذا القول أن الصحة النفسية مفهوم ثقافي ونسبي نجده داخل الثقافة الواحدة والمجتمع الواحد ما يبدو مقبولاً عند جماعة قد يكون مرفوضاً عند جماعة أخرى (الريفين والحضر مثلاً)، بل إن حياة المجتمع الواحد نفسه متطورة وقد تتبدل معها نظرتة إلى بعض هذه الأنماط من فترة إلى أخرى فما كان عادياً أصبح غير عادي اليوم والعكس صحيح (القرطي، 1995).

يتضح للباحث أن من الصعوبة تحديد مفهوم موحد ومعمم للصحة النفسية، ويرجع ذلك لأسباب كثيرة منها العادات والتقاليد والقيم والديانة فقد يكون لدينا بعض العادات والتقاليد الإيجابية قد تكون سلبية في مجتمع آخر مثل المجتمعات الغربية وقد يكون العكس مثلاً بعض السلوك السيئ في المجتمعات الغربية تكون نوع من التخلف أو المرض النفسي في مجتمعاتنا العربية والإسلامية.

3.2.2 تعريفات الصحة النفسية

اختلفت التعريفات في تحديد مصطلح الصحة النفسية، ويرجع الاختلاف إلى اختلاف اتجاهات وتخصصات الدراسات التي تناولت هذا المفهوم واختلف العلماء واتجاهاتهم العلمية وبالرغم من هذا التنوع في التعريفات إلا أنه يوجد اتجاهين رئيسيين لتعريف الصحة النفسية كما يلي:

التعريفات الإيجابية

وهي التعريفات التي ترى أن الصحة النفسية هي حالة من السواء والتوافق بين الفرد وذاته وبين الفرد والمجتمع، فتعرف الصحة النفسية بأنها "التوافق التام والتكامل بين الوظائف النفسية المختلفة مع القدرة علي مواجهة الأزمات النفسية العادية التي تطرأ عادة علي الإنسان مع الإحساس الإيجابي بالسعادة والكفاية (القوصي، 1975).

ويعرف عبد السلام عبد الغفار 1981 الصحة النفسية للفرد هي حالته النفسية العامة والصحة النفسية السليمة هي حالة تكامل طاقات الفرد المختلفة بما يؤدي إلى حسن استثماره لها ومما يؤدي إلى تحقيق وجوده أي يحقق إنسانيته.

ويعرف زهران 1977 الصحة النفسية على أنها " حالة دائمة نسبياً، يكون فيها الفرد متوافقاً نفسياً ، ويشعر بالسعادة مع نفسه ومع الآخرين، ويكون قادراً علي تحقيق ذاته واستغلال قدراته وإمكانياته إلى أقصى حد ممكن ، ويكون قادراً علي مواجهة مطالب الحياة، وتكون شخصيته متكاملة سوية. ويكون سلوكه عادياً، بحيث يعيش بسلامة وسلام. والصحة النفسية حالة إيجابية تتضمن التمتع بصحة العقل والجسم، وليست مجرد غياب أو الخلو أو البرء من أعراض المرض النفسي" (زهران، 1977).

ويعرف عبد المطلب القريطي وعبد العزيز الشخص 1992 الصحة النفسية هي تمتع الفرد ببعض الخصائص الإيجابية التي تساعد علي حسن توافقه مع نفسه ومع بيئته الاجتماعية أو المادية وكذلك

تحرره من تلك الصفات السلبية أو الأعراض المرضية التي تعوق هذا التوافق (القريطي و الشخص، 1992).

وتعرف منظمة الصحة العالمية 1995 الصحة النفسية هي مدي تكامل طاقات الفرد الجسمية والاجتماعية والانفعالية مما يحقق له الشعور بالسعادة والرفاهية مع أفراد المجتمع الذي يعيش فيه، وبالتالي فهي لا تحدد فقط علي أساس انتقاء المرض أو الاضطراب النفسي (نقلًا عن زهران، 1995).

التعريفات السلبية

وتضم تلك المحاولات التي تحدد معني الصحة النفسية عن طريق استبعاد كل ما لا يتفق معها ويحدد جوانبها ، ومن هذا المنظور تعرف الصحة النفسية على أنها " الخلو أو البرء من الأعراض المرضية" (عبد الغفار، 1981).

وعلي الرغم من دفاع أصحاب هذا القسم من التعريفات عنها بأن حالة الصحة لا يمكن فهمها إلا بالرجوع إلى حالة المرض فإن الكثير قد أخذوا علي هذا القسم العديد من المآخذ فمثلاً: يعتبر عبد المطلب القريطي أن الإنسان ربما يكون معاق من الاضطرابات النفسية والعقلية ومع ذلك لا يجده متمتعاً بمستوي فعال من المقدرة علي مواجهة ما يعترضه من مشكلات أو علي بناء علاقات متميزة وفعالة مع الآخرين أو في المجتمع الذي يعيش فيه أو غير قادر علي تحقيق ذاته بل قد يكون فاشلاً في عمله وغير راض عنه ولا يشعر بالإشباع والسعادة (القريطي، 1995).

ومن خلال التعريفات السابقة يرى الباحث أن الصحة النفسية هي حالة من التوافق التام والتكامل بين

الوظائف النفسية المختلفة مع القدرة علي مواجهة الأزمات النفسية العادية التي تطرأ علي الإنسان

حيث هناك أزمات غير عادية وهي التي قد تصيب الإنسان والتي قد تصادف الإنسان والتي لم

تصبه من قبل وبذلك تكون صدمة نفسية لم يمر بها من قبل هذا الإنسان وبالتالي تكون صدمة غير

عادية، وأن الصحة النفسية للفرد هي حالته النفسية العامة وأنها حلة تكامل طاقات الفرد المختلفة

والتي تؤدي إلي تحقيق وجوده وإنسانيته، و أن الصحة النفسية تتسم بان يتمتع الفرد ببعض

الخصائص الايجابية التي تساعده أن يتوافق مع نفسه وبيئته الاجتماعية أو المادية وتحرره من

الصفات السلبية والأعراض المرضية، و أن الصحة النفسية هي مدي تكامل طاقات الفرد الجسمية والاجتماعية والانفعالية مما يحقق له السعادة مع أفراد المجتمع الذي يعيش فيه. ويتبنى الباحث تعريف حامد زهران 1977، كونه يتسم بالشمولية والتكامل والنظرة الإيجابية للصحة النفسية كما أنه يتفق مع إجراءات الدراسة.

3.2.3 الصحة النفسية بين السواء واللاسواء

ونظراً لعدم إمكانية وضع حدود فاصلة قاطعة بين ما هو سوي وما هو غير سوي، ومن ثم ما يعد صحة نفسية وما يعد اعتدالاً نفسياً يتوزع الأفراد من حيث حالاتهم النفسية علي متصل أحد طرفيه هو حالة التوافق الدالة علي صحتهم النفسية، أما الطرف الآخر فهو سوء التوافق الدال علي اعتلال الصحة النفسية والمرض النفسي، وبينهما درجات متفاوتة تعكس مدي ما يتمتع به الفرد من حيث الصحة النفسية (القريطي، 1995).

3.3 تعقيب علي الإطار المفاهيمي

تندرج الإعاقة السمعية أو ما يعرف بإعاقة الصم ضمن إعاقات عدة منتشرة في العالم أجمع لا سيما في الدول النامية أكثر منها في الدول المتقدمة، حيث تحتوي هذه الإعاقة على جميع أنواع الإعاقات المتعددة والممثلة بالصم وضعاف السمع بدرجات متفاوتة ومختلفة ومرضي الطنين والذي يصيب كبار السن مع وجود حالات مصابة بهذا المرض من الصغار والشباب.

وتتفق غالبية الدراسات والتي تم ذكرها في هذا الفصل بأن الإعاقة السمعية لها تأثير مباشر علي الطفل والتي تؤثر سلباً عليه في شتي المجالات اللغوية والتعليمية والعقلية والجسمية والحركية والبدنية والسلوكية والاجتماعية والنفسية منها حيث تؤثر علي الطفل منذ ميلاده حتى نهاية المطاف ويبقي هذا الإنسان ذا علاقة محددة في أمور الحياة العامة والخاصة ونادراً ما تختلف الآراء حول ذلك التأثير علي الطفل.

وتتأثر الأسرة بشكل واضح من جراء وجود إعاقة سمعية لديهم في الأسرة وهذا ما أكده الكثير من العلماء والكتاب في مجالات عدة، حيث تتأثر الأسرة منذ لحظة معرفتهم بإعاقة ابنهم أو ابنتهم وهذا ابتداء من مرحلة الصدمة حيث تظهر علي الوالدين وأحياناً قبل الميلاد عندما يتم تشخيص واضح أثناء الحمل بوجود خلل ما في الجنين.

وتأتي المرحلة الثانية وهي مرحلة الإنكار وهذا ما تمر به الأسرة بحالة نفسية سيئة وذلك خلال معرفة العلاج وهذا يؤثر سلباً علي الأسرة لعدم قناعتهم بأن ابنهم لديه مشكلة أو إعاقة أو خلل معين. ومن ثم تأتي مرحلة الخوف والإحباط وهنا تدخل الأسرة ويدخل الوالدان علي وجه الخصوص في مرحلة الاكتئاب والعزلة والإحباط جراء وجود الإعاقة لديهم في الأسرة إضافة إلي ظاهرة القلق المستمرة والتي تلاحق الوالدين أينما ذهبوا كل هذا يؤثر سلباً علي الأسرة والوالدين نفسياً واجتماعياً واقتصادياً إضافة إلي عدم تقبل المجتمع للإعاقة وما تتركه تلك المفاهيم والنظرات إلي ابنهم أو ابنتهم المعاقة.

إضافة إلي أن الأسرة تمر في مراحل عدة ومشاكل أسرية وعلاقات سائدة متغيرة من حين إلي آخر وردود فعل مستمرة بين أعضاء الأسرة وتحدثت بعض الدراسات أن وجود إعاقة في الأسرة قد يضعها في حالة نفسية سيئة باستمرار إضافة إلي التوتر وسوء العلاقات الأسرية والاجتماعية فيما بينهم وأن العلاقة بين وجود معاق سمعياً في الأسرة هي علاقة سلبية وهذا يرجع إلي أن الإعاقة تحتاج

لاهتمامات ورعاية واسعة تزداد كلما كبرت الحالة وعلي وجه الخصوص في حال أن تكون الإعاقة السمعية بنت.

وهذا ما ستحاول الدراسة الحالية الإجابة عنه من خلال تساؤلاتها والتي ستقيس أيضاً المشاكل والاضطرابات النفسية التي يتعرض لها الوالدان في الأسرة وقياس مستوى الصحة النفسية لهم.

الفصل الرابع

الأساليب والإجراءات

الفصل الرابع

الأساليب والإجراءات

يتناول هذا الفصل الخطوات والإجراءات التي اتبعتها في الجانب الميداني من هذه الدراسة من حيث المنهجية والطريقة، ومجتمع الدراسة الأصلي، واختيار العينة الكلية التي طبقت عليها الدراسة من آباء وأمهات الأطفال المعاقين سمعياً، والعينة الأولية "الاستطلاعية" والمعالجات الإحصائية التي استخدمت في تحليل البيانات لاختبار صدق وثبات الأدوات والتأكد من صلاحيتها للتطبيق في البيئة الفلسطينية عامة وعلى مجتمع الدراسة من آباء وأمهات الأطفال المعاقين خاصة.

4.1 تصميم البحث

استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي، كونه يعتمد على دراسة الواقع أو الظاهرة كما توجد في الواقع ويهتم بوصفها وصفاً دقيقاً ويعبر عنها تعبيراً كيفياً أو كمياً (عبيدات وآخرون، 1984، 187). وقد تم استخدام هذا المنهج كونه يهكّن الباحث من وصف ظاهرة مشكلات الصحة النفسية لدى أسر الأطفال المعاقين سمعياً ومدى تأثير الإعاقة السمعية للأطفال على الصحة النفسية للوالدين. وقد تم تحديد المنهج الذي اختاره الباحث من خلال إطلاع على الأدبيات والدراسات السابقة والتي أتاحت للباحث أيضاً التمكن من تحديد حجم العينة التي يمكن أن تفيدي في تعميم نتائج هذه الدراسة، وإمكانية اختيار المقاييس التي سيتم تطبيقها على أفراد العينة. كما استطاع الباحث تحديد الخطوات الإجرائية والأساليب الإحصائية التي سيستخدمها للتوصل لنتائج هذه الدراسة.

4.2 مجتمع وعينة البحث

أولاً: مجتمع البحث

يتمثل المجتمع الأصلي للدراسة في جميع آباء وأمهات الأطفال المعاقين سمعياً والمسجلين للدراسة في مراكز وجمعيات ومدارس الإعاقة السمعية في قطاع غزة، والبالغ عددهم 531 طالباً وطالبة خلال العام 2003-2004م.

ثانياً: عينة البحث

اشتملت عينة الدراسة جميع أفراد المجتمع الأصلي للدراسة ما عدا الأسر التي بها أكثر من طفل معاق فقد تم أخذ طفل أو طفلة واحدة في الأسرة بهدف عدم حدوث تكرار في العينة نفسها أكثر من مرة واحدة، لذلك تكون عينة الدراسة التي تنطبق عليها الدراسة هي 486 أباً وأمّاً، منهم 217 أباً و255 أمّاً.

وبعد توزيع المقاييس على آباء أو أمهات الأطفال فقد استجاب 472 من آباء وأمّهات الأطفال وعددهم من إجمالي العينة الأصلية والتي عددها 486، وقد كانت نسبة الاستجابة (97%) وتعد هذه النسبة عالية مقارنة ببعض الدراسات الأخرى و في ظل الظروف الصعبة التي يعيشها المجتمع الفلسطيني عامة، ومجتمع أهالي المعاقين خاصة.

ويعود الفضل في ارتفاع هذا العدد من الاستجابة في تعبئة هذا المقياس للمدرسين والعاملين في جمعيات التأهيل في قطاع غزة حيث قاموا ببذل جهد كبير لتعبئة المقياس، وذلك من خلال التعاون مع الأمهات والآباء، وتكرار الاستمارة مرة أخرى في حال عدم تعبئتها في المرة الأولى، والجدول التالي يبين توزيع أفراد العينة:

جدول (1)

يبيّن توزيع أفراد العينة من الآباء والأمهات وفقاً للمحافظة والمؤسسة

مسلسل	المحافظة	اسم الجمعية	الآباء	الأمهات	المجموع
1	رفح	جمعية الأمل	42	45	87
2	خانيونس	جمعية الهلال الأحمر الفلسطيني	28	22	50
3	دير البلح	جمعية دير البلح للتأهيل	8	15	23
4	النصيرات	جمعية النصيرات للتأهيل	18	33	51

208	109	99	جمعية أطفالنا للصم	غزة	5
53	31	22	جمعية جباليا للتأهيل	جباليا	6
472	255	217	المجموع الكلي للعينة		

4.3 مكان البحث

تم إجراء هذه الدراسة على آباء وأمهات الأطفال المعاقين سمعياً والذين تتراوح أعمارهم بين 4 - 18 سنة والمسجلين في مؤسسات ومدارس وجمعيات التأهيل في محافظات غزة (الجدول 1)، وذلك في العام الدراسي 2004/2005م.

4.4 الاعتبارات الأخلاقية للدراسة

من الاعتبارات الهامة التي يجب أخذها بعين الاعتبار خلال الدراسة هي كالتالي:

- أ) سرية وخصوصية المعلومات.
- ب) أثناء عملية البحث قدم الباحث استئذان خطي للمبحوث (ملحق 3) يوضح فيه ما يلي:
 - توضيح هدف الدراسة.
 - مشاركة المبحوث اختيارية.
 - مدى الاستفادة من هذه الدراسة والفئة المستهدفة والعائد علي هذه الفئة علي صعيد الخدمات والعلاقات مع المؤسسات والمهنيين.

4.5 أدوات البحث

أولاً: استمارة بيانات عن المعاق وأسرتة: إعداد الباحث. (الملحق 4)

▪ وصف الاستمارة:

بعد إطلاع الباحث على عد من المقاييس الخاصة بالوضع الاقتصادي الاجتماعي للأسرة، اكتفي الباحث بإعداد استمارة بيانات تهدف لجمع بعض المعلومات الشخصية والأسرية التي تتعلق بأسر أفراد عينة الدراسة.

وقد اشتملت الاستمارة على عدد من الأسئلة تضم جنس الآباء ومستويات تعليمهم وعمل كل منهم ومستوى الدخل الشهري ومكان السكن وعدد المعاقين سمعياً في الأسرة وجنس المعاق ودرجة الإعاقة السمعية.

ثانياً: مقياس الصحة النفسية للوالدين -R - 90 SCL المعدل. (ملحق 5)

▪ وصف المقياس

قام بوضع مقياس الصحة النفسية في الأصل : ليونارد ، ر. ديروجيتس ، س. ليمان ، لينو كوفي.

SCL- -R Leonard, R. Derogatis, Ronald, S.Lipman and Linocovi تحت عنوان:

Symptoms Check List 90 . ثم قام فضل أبو هين بتعريب المقياس، وتقنيه علي البيئة

الفلسطينية (أبو هين، 1992).

ويتكون المقياس من 90 عبارة تدرج تحت تسعة أبعاد وهي موزعة كالاتي:

أرقام الفقرات	أعراض الصحة النفسية
1-53-4-48-27-49-12-56-58-52-43	12 الأعراض الجسمانية
3-65-28-10-55-46-9-51-38-45	10 الوسواس القهري
73-69-61-41-37-36-34-21-6	9 الحساسية التفاعلية
-32-31-30-29-26-22-20-15-14-5 79-71-54	13 الاكتئاب
86-80-78-72-57-39-33-23-17-2	10 القلق
81-74-67-63-24-11	6 العداوة
5-82-75-70-47-25-13	7 قلق الخواف (الفوبيا)
83-76-68-43-18-8	6 البارانويا
90-88-87-85-84-77-62-35-16-7	10 الذهانية
89-59-66-64-44-60-19 عبارات وهي عبارات صحة نفسية عامة يتم احتسابها مع الدرجة الكلية للمقياس.	7 عبارات إضافية

وتصح كل فقرة من فقرات المقياس على تدرج خماسي وتكون أقل درجة صفر للخيار لا توجد
إطلاقاً وأعلى درجة 4 للخيار توجد بشكل كبير جداً، وتتراوح أدنى وأعلى درجة على جميع فقرات
المقياس التسعين بين (صفر وهي أدنى الدرجات - 360 وهي أعلى درجة).

4.6 الدراسة الأولية "الاستطلاعية"

تم اجراء دراسة أولية على عينة استطلاعية من مجتمع الدراسة الأصلي مكونة من 25 أب وأم من أولياء أمور الأطفال المعاقين سمعياً (12 أب و 13 أم)، وبعد تعبئة المقاييس من قبل الآباء والأمهات استخدمت البيانات التي تم جمعها لحساب الصدق والثبات بهدف التأكد من صلاحية المقاييس للتطبيق على عينة الدراسة الكلية من آباء وأمهات الأطفال المعاقين سمعياً في محافظات غزة.

4.10.1 صدق الأداة

أ) صدق المحكمين

تم عرض مقياس الصحة النفسية SCL-90 علي لجنة تحكيم من ذوي الخبرة من الأكاديميين حيث تم الأخذ بالتعديلات والتغيرات التي تم تسجيلها " الملحق رقم (6)".

ب) صدق الاتساق الداخلي:

جدول رقم (2)

يظهر معامل ارتباط درجة كل بعد من أبعاد مقياس الصحة النفسية مع الدرجة الكلية للمقياس

الأبعاد	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	الأبعاد	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الاعراض الجسمية	0.619	0.001	العداوة	0.596	0.001
وسواس قهري	0.890	0.001	قلق الخوف	0.807	0.001
حساسية تفاعلية	0.922	0.001	البارانويا	0.825	0.001
اكتئاب	0.967	0.001	الذهانية	0.865	0.001
القلق	0.959	0.002			

*** دالة عند > 0.001

** دالة عند > 0.01

* دالة عند > 0.05

يتضح من الجدول السابق أن معاملات الارتباط تراوحت بين (0.596 – 0.967)، هي وذات دلالة إحصائية عالية، وبهذا يكون الباحث قد تحقق من أن مقياس الصحة النفسية يتسم بصدق الاتساق الداخلي وأن جميع الأبعاد ملائمة وتقيس ما صممت لقياسه.

4.10.2 الثبات

أ) طريقة إعادة التطبيق

تم تطبيق المقياس على أفراد العينة الاستطلاعية (25 أم وأباً) للأطفال المعاقين سمعياً من المسجلين في مدارس الإعاقة السمعية وبعد 3 أسابيع تم تطبيق المقياس على العينة الاستطلاعية

مرة أخرى، وبلغ معامل الارتباط بين الدرجات في المرتين 0.92 وهو ارتباط عالٍ يدل على درجة مقبولة من ثبات المقياس.

ب) طريقة التجزئة النصفية

قام الباحث بحساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية بين الفقرات الفردية (4.5 فقرة) والفقرات الزوجية (4.5 فقرة)، وكانت قيمة الارتباط باستخدام معادلة بيرسون ($r=0.918$) وبعد تعديل طول الاختبار باستخدام معادلة سبيرمان - براون التنبؤية (النصفين متساويين) وكانت قيمة الارتباط ($r = 0.957$) وهي قيمة تدل على درجة عالية من ثبات المقياس.

ج) طريقة ألفا كرونباخ

كما قام الباحث بحساب ثبات الاختبار باستخدام معادلة ألفا كرونباخ وكانت قيمة ألفا لجميع فقرات

مقياس الصحة النفسية "عدد الفقرات = 90 فقرة" تساوي (0.965). والجدول التالي يبين قيمة ألفا

لكل بعد من أبعاد مقياس الصحة النفسية:

جدول (3)

معاملات ألفا كرونباخ لأبعاد مقياس الصحة النفسية

عدد البنود	معامل ألفا	الأعراض	مسلسل
12	0.85	الأعراض الجسمية	1
10	0.71	الوسواس القهري	2
9	0.64	الحساسية التفاعلية	3
13	0.77	الاكتئاب	4
10	0.84	القلق	5
6	0.72	العداوة	6
7	0.55	قلق الخوف (الفوبيا)	7
6	0.52	بارا نويا	8
10	0.78	الذهانية	9

وبذلك يكون الباحث قد تحقق من أن المقياس على درجة عالية من الثبات ويضمن إلى استخدامه

وتطبيقه على أفراد العينة من آباء وأمهات الأطفال المعاقين سمعياً.

4.7 جمع ومعالجة البيانات

تم جمع البيانات من خلال توزيع الاستمارة والمكونة من 113 سؤالاً، منه 90 سؤالاً من خلال

مقياس الصحة النفسية SCL-90-R والذي يوصف الأعراض المرضية للآباء والأمهات، و 23

سؤالاً من خلال الاستمارة الأولية والتي تصف أوضاع الطفل أو الطفلة و أوضاع الأسرة ومعلومات أخرى تخص الدراسة.

حيث قام الباحث بتوضيح وشرح هذه الاستمارات لجميع المؤسسات من خلال إمام مدير المدرسة ومن ثم إلى الطاقم العامل مباشرة مع الحالات والأسر أو من خلال الأخصائيين الاجتماعيين أو المشرفين علي هذه المدارس، وذلك من خلال منهجية موحدة وذلك لتوحيد آلية تعبئة المعلومات دون التحيز أو المبالغة أو الاستخفاف بأي معلومات أخرى.

ولتحليل البيانات قام الباحث باتخاذ الخطوات التالية

أ) إدخال البيانات

تم إدخال الاستمارات المكونة من المقياس والاستمارة الأولية علي جهاز الحاسوب وذلك باستخدام الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، والذي يتيح للباحث تنفيذ العمليات الإحصائية باستخدام المعادلات المطلوبة لمتغيرات الدراسة والمتعلقة بأفراد العينة (472) من آباء وأمهات الأطفال المعاقين سمعياً.

ب) التحليل الإحصائي

وبعد الانتهاء من جمع البيانات وإدخالها قام الباحث بتصفية البيانات وتنقيتها، ومن ثم تحليلها باستخدام البرنامج الإحصائي من خلال عمل جداول تكرارية وعمل الاختبارات الإحصائية المناسبة من خلال حساب قيمة (ت) وتحليل التباين الأحادي، ومستوي الدلالة الإحصائية (P-Value).
تم إيجاد تكرار المتغيرات الديموغرافية ونسبتها في عينة الدراسة وتم عمل تحليل لإيجاد الفروق بين الصحة النفسية لكلا الوالدين وشمل ذلك المقاييس الفرعية مثل الاكتئاب، الوسواس القهري، الحساسية

التفاعلية، القلق، الأعراض الجسمية، البارانويا، الذهانية، قلق الخواف، العداوة، باستخدام اختبار (ت).

أما بالنسبة للتباين بين المجموعات المكونة من ثلاثة متغيرات، فقد تم استخدام تباين الأحادي بين الصحة النفسية للوالدين ونوع الإعاقة ونوع السكن.

4.8 خطوات البحث

بعد الانتهاء من الدراسة النظرية والتي اشتملت على استعراض الأدبيات من النظريات التي تناولت مفاهيم الدراسة واستطاع الباحث جمع عدد من الدراسات السابقة ذات العلاقة ومن ثم وضع الإطار النظري فإن الباحث استطاع تحديد خطوات وإجراءات الدراسة كما يلي:

1. قام الباحث بتحديد عينة الدراسة من آباء وأمهات الأطفال المعاقين سمعياً والمسجلين في مدارس الإعاقة السمعية في قطاع غزة.
2. إعداد استمارة بيانات لجمع المعلومات الخاصة بالوالدين والطفل المعاق سمعياً. واختيار مقياس الصحة النفسية لتطبيقه على أفراد العينة كونه يشتمل على العديد من جوانب الصحة النفسية.
3. قام الباحث بحساب الصدق والثبات لمقياس الصحة النفسية من خلال تطبيق المقياس على عينة استطلاعية مكونة من 12 أب و13 أم .
4. تم استخدام برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS لمعالجة البيانات ومن خلال ذلك تم التوصل إلي نتائج الدراسة الحالية.
5. وقد استخدم الباحث عدداً من الأساليب والمعادلات الإحصائية منها المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار ت للفروق بين المتوسطات وتحليل التباين الأحادي.
6. وبعد التوصل للنتائج قام الباحث ذلك بتفسيرها بالرجوع إلى الإطار النظري والدراسات السابقة.

4.9 م عوقات البحث

أثناء إجراء هذه الدراسة استطاع الباحث التغلب على بعض المعوقات وأهمها:

- الظروف السياسية والأوضاع الأمنية وإغلاق الطرقات التي أثرت علي عملية جمع البيانات من خلال تطبيق المقاييس بأوقاتها المتوقعة خاصة وأن مؤسسات الأطفال الصم منتشرة على طول قطاع غزة.
- الأوضاع الاجتماعية وخاصة المستويات التعليمية لهذه الفئة وصعوبة تعبئة المقاييس أحياناً من بعض أولياء الأمور.

4.10 المشمولين والمستثنين في البحث

شمل البحث جميع الأطفال المعاقين سمعياً والمسجلين في مدارس وجمعيات الإعاقة السمعية في قطاع غزة من سن (4 - 18 سنة)، بحيث كان عدد أفراد المجتمع الأصلي هو عدد العينة الكلية الذي تنطبق عليه معايير البحث المتفق عليها سابقاً البالغ عددهم الإجمالي 486 طفل وطفلة من أصل العينة القصدية والبالغ عددها في تلك المؤسسات 531 طفل وطفلة من المعاقين سمعياً حيث كان عدد العينة التي استجابت للدراسة 472 طفل وطفلة، ولم يستجب آباء وأمّهات 14 طفل وطفلة إلى تعبئة المقياس لأسباب غير معروفة، وتم استثناء جميع الأطفال الذين لديهم أخوة معاقين سمعياً حيث أجري البحث علي طفل واحد في الأسرة وذلك بسبب وجود عدد آخر من المعاقين سمعياً في الأسرة.

الفصل الخامس

النتائج

الفصل الخامس

نتائج الدراسة

لتحقيق أهداف الدراسة تم تطبيق أدوات الدراسة على أفراد العينة من آباء وأمهات الأطفال المعاقين سمعياً، والتي ورد ذكرها بالتفصيل في الفصل الرابع، كما تم تفرغ البيانات التي حصل عليها باستخدام برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS ، كما استخدم عدداً من الأساليب الإحصائية منها المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، واختبار ت T-Test للكشف عن الفروق بين متوسطين، و تحليل التباين الأحادي One way anova ، وذلك بهدف التحقق من فروض الدراسة والتوصل إلى النتائج.

5.1 عرض النتائج:

1- نتائج الفرض الأول والذي ينص على أنه: "لا توجد فروق دالة إحصائية في الصحة النفسية بين آباء وأمهات الأطفال المعاقين سمعياً".

للتحقق من صحة الفرض قام الباحث باستخدام اختبار(ت) للفروق بين متوسطات درجات العينات المستقلة T-Test ، وذلك للمقارنة بين متوسطي درجات الآباء ودرجات الأمهات على مقياس الصحة النفسية المستخدم وأبعاده التسعة (اكتئاب - وسواس قهري - حساسية تفاعلية - القلق - الأعراض الجسمية - البارانويا - الذهانية - القلق الخوف - العداوة). والجدول التالي يبين

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد مجموعتي الدراسة من الآباء والأمهات،

وقيمة اختبار ت ومستوى الدلالة:

جدول (4)

يبين المتوسط الحسابي والانحراف المعياري

وقيمة (ت) لأبعاد لمقياس الصحة النفسية SCL - 90 - R بالنسبة للوالدين

مستوى الدلالة P	قيمة (ت)	الأمهات (ن = 255)		الآباء (ن = 217)		المقياس
		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
0.001	4.2	52.1	69.2	41.5	50.6	الصحة النفسية
0.035	3.63	9.82	11.64	7.54	8.60	إكتئاب
0.001	2.11	6.92	9.24	6.24	7.94	وسواس قهري
0.008	2.68	6.89	7.98	6.23	6.33	حساسية تفاعلية
0.001	5.07	7.31	7.90	5.26	4.83	القلق
0.001	4.62	8.08	7.64	6.13	4.51	الأعراض الجسمية
0.001	3.52	5.75	5.19	4.88	3.41	الذهانية
0.222	1.22	4.91	4.41	3.77	3.91	بار انويا
0.007	2.69	4.74	4.58	4.81	3.38	قلق الخواف
0.001	4.20	4.38	4.66	3.48	3.10	العداوة

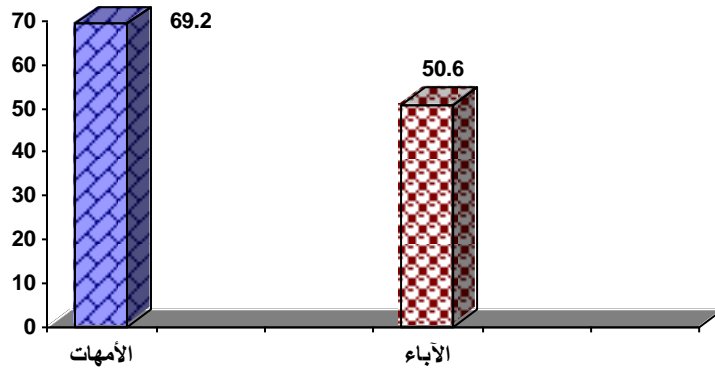
قيمة (ت) الجدولية (د.ح = 470) عند مستوى دلالة 0.05 = 1.96، وعند مستوى 0.01 = 2.57

يتبين من النتائج كما في الجدول السابق ما يلي:

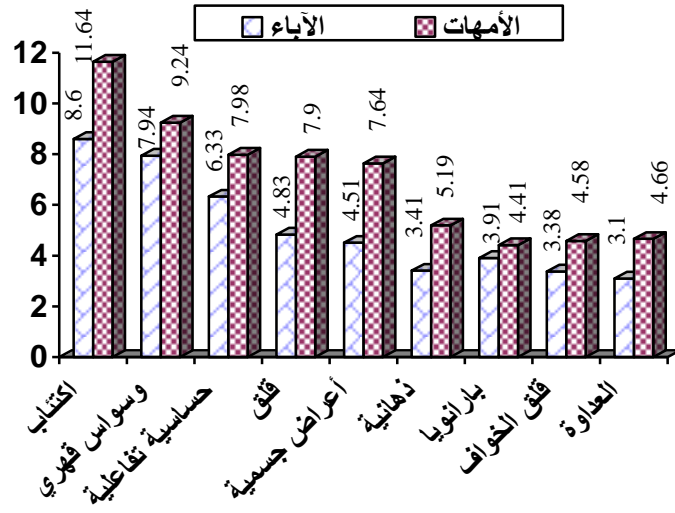
- أنه توجد فروق دالة بين الآباء والأمهات في مشكلات الصحة النفسية، لصالح الأمهات.
- كما توجد فروق دالة بين الآباء والأمهات في الاكتئاب، لصالح أمهات المعاقين سمعياً.
- أنه توجد فروق دالة إحصائياً بين الآباء والأمهات في الوسواس القهري، لصالح الأمهات.

- وأنه توجد فروق دالة بين الآباء والأمهات في الحساسية التفاعلية، لصالح الأمهات.
- توجد فروق دالة إحصائياً بين الآباء والأمهات في القلق، لصالح الأمهات.
- توجد فروق بين الآباء والأمهات في الأعراض الجسمية، لصالح الأمهات.
- كما توجد فروق دالة بين الآباء والأمهات في الذهانية، لصالح الأمهات.
- وتوجد فروق دالة بين الآباء والأمهات في قلق الخوف، لصالح الأمهات.
- أنه توجد فروق دالة بين الآباء والأمهات في العداوة، لصالح أمهات المعاقين سمعياً.
- في حين لم تجد الدراسة فروقاً دالة إحصائياً في البارانويا بين آباء وأمهات الأطفال المعاقين سمعياً. مع العلم أن الدرجة المرتفعة على مقياس الصحة النفسية تعني مستوى مرتفع من مشكلات الصحة النفسية وفقاً لتعليمات المقياس المستخدم.

شكل يبين درجات الصحة النفسية للآباء والأمهات



شكل يبين درجات أبعاد الصحة النفسية للآباء والأمهات



2- نتائج الفرض الثاني والذي ينص على أنه: "لا توجد فروق دالة إحصائية في الصحة النفسية لدى الآباء تعزى لعدد أطفالهم المعاقين سمعياً".

للتحقق من صحة الفرض قام الباحث باستخدام اختبار (ت) للفروق بين متوسطات درجات العينات المستقلة T-Test ، وذلك للمقارنة بين متوسطي درجات الآباء وفقاً لعدد الأطفال المعاقين (2-1 طفل معاق، ن = 161) و(3 فأكثر معاقين سمعياً، ن = 56) على مقياس الصحة النفسية المستخدم، والجدول التالي يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد مجموعتي الدراسة من الآباء، وقيمة اختبار (ت) ومستوى الدلالة:

جدول (5)

يبين اختبار (ت) للفروق بين متوسطي درجات

الآباء في الصحة النفسية تبعاً لعدد الأطفال المعاقين سمعياً

مستوى الدلالة P	قيمة (ت)	3 فأكثر معاقين (ن = 56)		2-1 طفل معاق (ن = 161)		المقياس
		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
0.485 *	0.699	40.34	53.96	42.02	49.45	الصحة النفسية

0.001 < ***

0.01 < **

* غير دالة < 0.05

قيمة (ت) الجدولية (د.ح = 215) عند مستوى دلالة 0.05 = 1.96، وعند مستوى 0.01 = 2.57

يتبين من الجدول السابق أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة أقل من 0.05

في الصحة النفسية بين متوسطي درجات مجموعة الآباء ذوي الأطفال المعاقين (2-1 طفل)

ومجموعة الآباء ذوي الأطفال المعاقين (3 فأكثر)، وبذلك يقبل الباحث الفرض الصفري.

3- نتائج الفرض الثالث الذي ينص على أنه: "لا توجد فروق دالة إحصائية في الصحة النفسية

لدى الأمهات تعزى لعدد أطفالهن المعاقين سمعياً".

كما استخدم الباحث اختبار (ت) للفروق بين متوسطات درجات العينات المستقلة T-Test ، للتحقق من صحة الفرضية بالمقارنة بين متوسطي درجات الأمهات وفقاً لعدد الأطفال المعاقين (1-2 طفل معاق، ن = 172) و(3 فأكثر معاقين سمعياً، ن = 83) على مقياس الصحة النفسية المستخدم، والجدول التالي يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد مجموعتي الدراسة من الأمهات، وقيمة اختبار (ت) ومستوى الدلالة:

جدول (6)

يبين اختبار (ت) للفروق بين متوسطي درجات

الأمهات في الصحة النفسية تبعاً لعدد الأطفال المعاقين سمعياً

مستوى الدلالة P	قيمة (ت)	3 فأكثر معاقين (ن = 83)		2-1 طفل معاق (ن = 172)		المقياس
		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
0.243 *	1.169	52.83	63.74	51.69	71.88	الصحة النفسية

0.001 < ***

0.01 < **

* غير دالة < 0.05

قيمة (ت) الجدولية (د.ح = 253) عند مستوى دلالة 0.05 = 1.96، وعند مستوى 0.01 = 2.57

يتبين من الجدول السابق أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة أقل من 0.05

في الصحة النفسية بين متوسطي درجات مجموعة الأمهات ذوات الأطفال المعاقين (1-2 طفل)

ومجموعة الأمهات ذوات الأطفال المعاقين (3 فأكثر)، وبذلك يقبل الباحث الفرض الصفري.

4- نتائج الفرض الرابع والذي ينص على أنه: "لا توجد فروق دالة إحصائية في الصحة النفسية

لدى الآباء تعزى لجنس الطفل المعاق "ذكور - إناث".

للتحقق من صحة الفرض قام الباحث باستخدام اختبار (ت) للفروق بين متوسطات درجات العينات المستقلة T-Test ، وذلك للمقارنة بين متوسطي درجات آباء الذكور (ن = 119) و آباء الإناث (ن = 86) للأطفال المعاقين سمعياً، على مقياس الصحة النفسية المستخدم، والجدول التالي يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد مجموعتي الدراسة من الآباء، وقيمة اختبار (ت) ومستوى الدلالة:

جدول (7)

يبين اختبار (ت) للفروق بين متوسطي درجات

الآباء في الصحة النفسية تبعاً لجنس الأطفال المعاقين سمعياً

مستوى الدلالة P	قيمة (ت)	آباء الإناث (ن = 86)		آباء الذكور (ن = 119)		المقياس
		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
0.308	1.02	44.94	54.72	40.33	48.60	الصحة النفسية

0.001 < ***

0.01 < **

* غير دالة < 0.05

قيمة (ت) الجدولية (د.ح = 203) عند مستوى دلالة 0.05 = 1.96، وعند مستوى 0.01 = 2.57

يتبين من الجدول السابق أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة أقل من 0.05

في الصحة النفسية بين متوسطي درجات مجموعتي آباء الذكور وآباء الإناث من الأطفال المعاقين ،

وبذلك يقبل الباحث الفرض الصفري.

5- نتائج الفرض الخامس الذي ينص على أنه: "لا توجد فروق دالة إحصائية في الصحة النفسية لدى الأمهات تعزى لجنس الطفل المعاق "ذكور - إناث".

كما استخدم الباحث اختبار (ت) للفروق بين متوسطات درجات العينات المستقلة T-Test ، للتحقق من صحة الفرضية بالمقارنة بين متوسطي درجات أمهات الذكور المعاقين سمعياً (ن = 113) وأمهات الإناث المعاقات سمعياً (ن = 132) على مقياس الصحة النفسية المستخدم، والجدول التالي يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد مجموعتي الدراسة من الأمهات، وقيمة اختبار (ت) ومستوى الدلالة:

جدول (8)

يبن اختبار (ت) للفروق بين متوسطي درجات

الأمهات في الصحة النفسية تبعاً لجنس الأطفال المعاقين سمعياً

مستوى الدلالة P	قيمة (ت)	أمهات الإناث (ن = 132)		أمهات الذكور (ن = 113)		المقياس
		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
0.015 *	2.46	55.82	76.11	46.06	59.84	الصحة النفسية

0.001 < ***

0.01 < **

* غير دالة < 0.05

قيمة (ت) الجدولية (د.ح = 243) عند مستوى دلالة 0.05 = 1.96، وعند مستوى 0.01 = 2.57

يتبين من الجدول السابق أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة أقل من 0.05 في الصحة النفسية بين متوسطي درجات مجموعة أمهات الذكور ومجموعة أمهات الإناث من المعاقين لصالح أمهات الإناث، وبذلك يرفض الباحث الفرض الصفري ويقبل البديل.

6- النتائج المتعلقة بالفرض الهادس الذي ينص على أنه: "لا توجد فروق دالة إحصائية في الصحة النفسية لدى الآباء تعزى لدرجة الإعاقة السمعية للأطفال".

للتحقق من صحة الفرضية قام الباحث بإجراء تحليل التباين الأحادي **one way ANOVA** لفحص أثر درجة الإعاقة على الصحة النفسية لدى أفراد العينة من آباء الأطفال المعاقين ، والجدول التالي يبين قيمة اختبار فيشر (ف)، ومستوى الدلالة للفروق بين متوسطات درجات الصحة النفسية للآباء حسب درجات الإعاقة السمعية للأطفال (ضعيف - متوسط - شديد - شديد جداً):

جدول (9)

يبين تحليل التباين الأحادي لدرجات الآباء

في أدائهم على مقياس الصحة النفسية حسب متغير درجة الإعاقة السمعية

المقياس	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة اختبار ف	مستوى الدلالة
الصحة النفسية	بين المجموعات	3198.48	3	1066.15	0.612	0.608
	داخل المجموعات	369377.73	212	1742.34		
	المجموع	372576.20	215			

قيمة (ف) الجدولية (د.ح = 3، 212) عند مستوى دلالة $0.05 = 2.60$ ، وعند مستوى دلالة $0.01 = 3.78$

يتبين من الجدول السابق أنه لا توجد فروق دالة بين درجات آباء الأطفال المعاقين سمعياً في

الصحة النفسية وفقاً لدرجات الإعاقة السمعية لأبنائهم، وبذلك يقبل الباحث الفرض الصفري.

أما الجدول التالي فيبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات الآباء في أدائهم على

مقياس الصحة النفسية وفقاً لدرجة الإعاقة السمعية:

جدول (10)

يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية

لدرجات الآباء على مقياس الصحة النفسية حسب متغير درجة الإعاقة السمعية

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	درجة الإعاقة	المقياس
49.89	55.31	32	ضعيف	الصحة النفسية
37.16	45.55	56	متوسط	
41.15	49.29	66	شديد	
41.73	54.52	62	شديد جداً	

ويتبين من الجدول السابق أن متوسط درجات الصحة النفسية لآباء الأطفال ضعيفي الإعاقة السمعية (55.31)، ومتوسط درجات الصحة النفسية لآباء الأطفال متوسطي الإعاقة السمعية (45.55)، متوسط درجات الصحة النفسية لآباء الأطفال شديدي الإعاقة السمعية (49.29)، وأن متوسط درجات الصحة النفسية لآباء الأطفال ذوي الإعاقة السمعية الشديدة جداً هو (54.52).

ويتضح أن متوسطات الدرجات لدى آباء أدنى فئة وأعلى فئة من الإعاقة السمعية متقاربتان جداً من بعضهما، مما يشير إلى أن متغير درجة الإعاقة لا يؤثر على مستوى الصحة النفسية لآباء الأطفال المعاقين سمعياً.

7- النتائج المتعلقة بالفرض السابع الذي ينص على أنه: "لا توجد فروق دالة إحصائية في الصحة النفسية لدى الأمهات تعزى لدرجة الإعاقة السمعية للأطفال".

للتحقق من صحة الفرضية قام الباحث أيضاً باستخدام تحليل التباين الأحادي **one way ANOVA** للكشف عن أثر درجة الإعاقة على الصحة النفسية لدى أفراد العينة من أمهات الأطفال المعاقين ، والجدول التالي يبين قيمة اختبار فيشر (ف)، ومستوى الدلالة للفروق بين متوسطات درجات الصحة النفسية للأمهات حسب درجات الإعاقة السمعية للأطفال (ضعيف - متوسط - شديد - شديد جداً):

جدول (11)

يبين تحليل التباين الأحادي لدرجات الأمهات

في أدائهن على مقياس الصحة النفسية حسب متغير درجة الإعاقة السمعية

المقياس	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة اختبار ف	مستوى الدلالة
الصحة النفسية	بين المجموعات	25691.63	3	8563.88	3.22	0.023
	داخل المجموعات	661835.24	249	2657.97		
	المجموع	687526.87	252			

قيمة (ف) الجدولية (د.ح = 3، 249) عند مستوى دلالة $0.05 = 2.60$ ، وعند مستوى دلالة $0.01 = 3.78$

يتبين من الجدول السابق أنه توجد فروق دالة بين درجات أمهات الأطفال المعاقين سمعياً في

الصحة النفسية وفقاً لدرجات الإعاقة السمعية لأبنائهن، وبذلك يرفض الباحث الفرض الصفري ويقبل

الفرض البديل.

أما الجدول التالي فيبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات الآباء في أدائهم على

مقياس الصحة النفسية وفقاً لدرجة الإعاقة السمعية:

جدول (12)

يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية

لدرجات الأمهات على مقياس الصحة النفسية حسب متغير درجة الإعاقة السمعية

المقياس	درجة الإعاقة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الصحة النفسية	ضعيف	40	72.33	57.85
	متوسط	52	52.98	39.26
	شديد	83	67.17	51.65
	شديد جداً	78	81.23	55.12

ويتبين من الجدول السابق أن متوسط درجات الصحة النفسية لأمهات الأطفال ضعيفي الإعاقة

السمعية (72.33)، ومتوسط درجات الصحة النفسية لأمهات الأطفال متوسطي الإعاقة السمعية

(52.98)، متوسط درجات الصحة النفسية لأمهات الأطفال شديدي الإعاقة السمعية (67.17)، وأن

متوسط درجات الصحة النفسية لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة السمعية الشديدة جداً هو (81.23).

ويتضح أن متوسطات الدرجات لدى لأمهات الأطفال المعاقين في الصحة النفسية تتناسب طردياً مع

شدة درجة الإعاقة السمعية، مما يشير إلى أنه كلما زادت شدة الإعاقة السمعية للأطفال المعاقين فإن

ذلك يؤدي إلى ازدياد مشكلات الصحة النفسية لأمهاتهم. وذلك باستثناء درجات أمهات الفئة ضعيفة

السمع والتي كانت مشكلات الصحة النفسية لديهن مرتفعة نسبياً.

8- النتائج المتعلقة بالفرض الثامن الذي ينص على أنه: "لا توجد فروق دالة إحصائية في الصحة النفسية لدى آباء الأطفال المعاقين سمعياً

تعزى لأماكن سكنهم".

للتحقق من صحة الفرضية قام الباحث بإجراء تحليل التباين الأحادي **one way ANOVA** لفحص أثر مكان السكن على

الصحة النفسية لدى أفراد العينة من آباء الأطفال المعاقين سمعياً، والجدول التالي يبين قيمة اختبار فيشر (ف)، ومستوى الدلالة

للفروق بين متوسطات درجات الصحة النفسية للآباء حسب مكان السكن (مخيم - قرية - مدينة):

جدول (13)

يبين تحليل التباين الأحادي لدرجات الآباء في أدائهم على مقياس الصحة النفسية حسب متغير مكان السكن

المقياس	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة اختبار ف	مستوى الدلالة
الصحة النفسية	بين المجموعات	2433.84	2	1216.92	0.70	0.498
	داخل المجموعات	370354.75	213	61738.7		
	المجموع	372788.59	215			

قيمة (ف) الجدولية (د.ح = 2، 213) عند مستوى دلالة $0.05 = 2.60$ ، وعند مستوى دلالة $0.01 = 3.78$

يتبين من الجدول السابق أنه لا توجد فروق دالة بين درجات آباء الأطفال المعاقين سمعياً في الصحة النفسية وفقاً لمكان السكن، وبذلك يقبل الباحث الفرض الصفري.

أما الجدول التالي فيبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات الآباء في أدائهم على مقياس الصحة النفسية وفقاً لمكان السكن:

جدول (14)

يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات الآباء على مقياس الصحة النفسية حسب متغير مكان السكن

المقياس	مكان السكن	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الصحة النفسية	مخيم	56	49.64	39.11
	قرية	59	46.03	35.83
	مدينة	101	53.98	46.01

ويتبين من الجدول السابق أن متوسط درجات الصحة النفسية لآباء الأطفال الذين يسكنون المخيم بلغ (49.64)، ومتوسط درجات الصحة النفسية لآباء الأطفال الذين يسكنون القرية بلغ (46.03)، وبلغ متوسط درجات الصحة النفسية لآباء الأطفال الذين يسكنون المدينة (53.98).

ويتضح أنه بالرغم من عدم وجود فروق دالة في الصحة النفسية لدى آباء الأطفال المعاقين وفقاً لمكان السكن، إلا أن المتوسطات تشير إلى ارتفاع مطرد في مشكلات الصحة النفسية وأن اتجاه هذا الاطراد يلاحظ تصاعدياً من الذين يسكنون المخيم ثم القرية وأعلى مشكلات في الصحة النفسية كانت لدى الآباء الذين يسكنون المدينة، أي أن الذين يسكنون المخيم كانوا الأفضل في الصحة النفسية في حين الذين يسكنون المدينة كانوا الأسوأ في الصحة النفسية.

9- النتائج المتعلقة بالفرض التاسع الذي ينص على أنه: "لا توجد فروق دالة إحصائية في الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين سمعياً تعزى لأماكن سكناهم".

كما قام الباحث أيضاً باستخدام تحليل التباين الأحادي **one way ANOVA** للكشف عن تأثير مكان السكن على الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين ، والجدول التالي يبين قيمة اختبار فيشر (ف)، ومستوى الدلالة للفروق بين متوسطات درجات الصحة النفسية للأمهات حسب متغير مكان السكن (مخيم - قرية - مدينة):

جدول (15)

يبين تحليل التباين الأحادي لدرجات الأمهات

في أدائهن على مقياس الصحة النفسية حسب متغير مكان السكن

المقياس	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة اختبار ف	مستوى الدلالة
الصحة النفسية	بين المجموعات	3689.16	2	1844.58	0.68	0.510
	داخل المجموعات	684980.96	251	2729.01		
	المجموع	688670.11	253			

قيمة (ف) الجدولية (د.ح = 2، 251) عند مستوى دلالة 0.05 = 2.60، وعند مستوى دلالة 0.01 = 3.78

يتبين من الجدول السابق أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين درجات أمهات الأطفال المعاقين سمعياً في الصحة النفسية وفقاً لمكان السكن (مخيم - قرية - مدينة)، وبذلك يقبل الباحث الفرض الصفري.

أما الجدول التالي فيبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات الأمهات في أدائه ن على مقياس الصحة النفسية وفقاً لمكان السكن (مخيم - قرية - مدينة):

جدول (16)

يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات الأمهات على مقياس الصحة النفسية حسب متغير مكان السكن

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	مكان السكن	المقياس
56.47	75.59	68	مخيم	الصحة النفسية
53.11	68.16	50	قرية	
49.67	66.68	136	مدينة	

ويتبين من الجدول السابق أن متوسط درجات الصحة النفسية لأمهات الأطفال الذين يسكنون المخيم

بلغ (75.59)، ومتوسط درجات الصحة النفسية لأمهات الأطفال الذين يسكنون القرية بلغ

(68.16)، في حين بلغ متوسط درجات الصحة النفسية لأمهات الأطفال المعاقين سمعياً الذين

يسكنون المدينة (66.68 درجة).

ويتضح أنه بالرغم من عدم وجود فروق دالة في الصحة النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين وفقاً

لمكان السكن، إلا أن المتوسطات تشير إلى ارتفاع مطرد في مشكلات الصحة النفسية وأن اتجاه هذا

الاطراد يلاحظ تصاعدياً لدى الذين يسكنون المدينة ثم القرية وأعلى مشكلات في الصحة النفسية

كانت لدى الأمهات اللواتي يسكنن المخيم. أي أن اللواتي يسكنن المدينة كنن الأفضل في الصحة

النفسية في حين الأمهات اللواتي يسكنن المخيم كنن الأسوأ في الصحة النفسية.

10- النتائج المتعلقة بالفرض العاشر الذي ينص على أنه: "لا توجد فروق دالة إحصائية في الصحة النفسية تعزى لمستوى تعليم آباء

الأطفال المعاقين سمعياً".

للتحقق من صحة الفرضية قام الباحث بإجراء تحليل التباين الأحادي **one way ANOVA** لفحص الفروق في الصحة النفسية تبعاً لمستوى تعليم آباء الأطفال المعاقين سمعياً، والجدول التالي يبين قيمة اختبار فيشر (ف)، ومستوى الدلالة للفروق بين متوسطات درجات الصحة النفسية للآباء حسب المستوى التعليمي للآباء:

جدول (17)

يبين تحليل التباين الأحادي لدرجات الآباء

في أدائهم على مقياس الصحة النفسية حسب المستوى التعليمي للآباء

المقياس	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة اختبار ف	مستوى الدلالة
الصحة النفسية	بين المجموعات	44613.46	3	14871.15	9.65	0.001
	داخل المجموعات	328389.79	213	1541.77		
	المجموع	373003.25	216			

قيمة (ف) الجدولية (د.ح = 3، 213) عند مستوى دلالة $0.05 = 2.60$ ، وعند مستوى دلالة $0.01 = 3.78$

يتبين من الجدول السابق أنه توجد فروق دالة بين درجات آباء الأطفال المعاقين سمعياً في الصحة النفسية وفقاً لمستوياتهم التعليمية عند مستوى دلالة أقل من 0.001، وبذلك يرفض الباحث الفرض الصفري ويقبل البديل.

أما الجدول التالي فيبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات الآباء في أدائهم على

مقياس الصحة النفسية وفقاً لمستوياتهم التعليمية:

جدول (18)

يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية
لدرجات الآباء على مقياس الصحة النفسية حسب متغير المستوى التعليمي

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	المستوى التعليمي	المقياس
53.99	80.41	39	ابتدائي وما دون	الصحة النفسية
35.65	48.18	40	إعدادي	
36.88	45.01	99	ثانوي	
30.23	37.56	39	جامعي وما فوق	

ويتبين من الجدول السابق أن متوسط درجات الصحة النفسية لآباء الأطفال الذين وصلوا إلى التعليم الإبتدائي كأعلى مرحلة بلغ (80.41 درجة)، ومتوسط درجات الذين وصلوا إلى المرحلة الإعدادية بلغ (48.18)، وبلغ متوسط درجات الذين وصلوا إلى المرحلة الثانوية (45.01 درجة) وكان متوسط درجات الذين أنهوا المرحلة الجامعية (37.56) وهو أقل المتوسطات.

ويتضح من متوسطات درجات الآباء في الصحة النفسية وفقاً لمستوياتهم التعليمية أنه توجد علاقة طردية بين الصحة النفسية "السواء النفسي" والمستوى التعليمي لآباء الأطفال المعاقين سمعياً، أي أنه كلما ازداد المستوى التعليمي زادت جودة الصحة النفسية لآباء المعاقين سمعياً من أفراد العينة. وكلما انخفض المستوى التعليمي انخفضت الصحة النفسية أو زادت مشكلاتها.

11- النتائج المتعلقة بالفرض الحادي عشر الذي ينص على أنه: "لا توجد فروق دالة إحصائية في الصحة النفسية تعزى لمستويات تعليم أمهات الأطفال المعاقين سمعياً".

للتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث أيضاً باستخدام تحليل التباين الأحادي **one way ANOVA** للكشف عن تأثير المستوى التعليمي على الصحة النفسية لدى أفراد العينة من أمهات الأطفال المعاقين ، والجدول التالي يبين قيمة اختبار فيشر (ف)، ومستوى الدلالة للفروق بين متوسطات درجات الصحة النفسية للأمهات حسب مستوياتهن التعليمية:

جدول (19)

يبين تحليل التباين الأحادي لدرجات الأمهات

في أدائهن على مقياس الصحة النفسية حسب المستوى التعليمي

المقياس	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة اختبار ف	مستوى الدلالة
الصحة النفسية	بين المجموعات	58356.33	3	19452.11	7.71	0.001
	داخل المجموعات	630839.37	250	2523.36		
	المجموع	689195.70	253			

قيمة (ف) الجدولية (د.ح = 3، 250) عند مستوى دلالة 0.05 = 2.60، وعند مستوى دلالة 0.01 = 3.78

يتبين من الجدول السابق أنه توجد فروق دالة بين درجات أمهات الأطفال المعاقين سمعياً في الصحة النفسية وفقاً لمستوياتهن التعليمية عند مستوى دلالة أقل من 0.001، وبذلك يرفض الباحث الفرض الصفري ويقبل البديل.

أما الجدول التالي فيبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات الأمهات في أدائهن على مقياس الصحة النفسية وفقاً لمستوياتهن التعليمية:

جدول رقم (20)

يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية

لدرجات الأمهات على مقياس الصحة النفسية حسب متغير المستوى التعليمي

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	المستوي التعليمي	المقياس
62.28	93.86	43	ابتدائي وما دون	الصحة النفسية
57.91	76.08	78	إعدادي	
41.69	59.83	120	ثانوي	
15.60	32.00	13	جامعي وما فوق	

ويتبين من الجدول السابق أن متوسط درجات الصحة النفسية للأمهات الأطفال اللواتي وصلن إلى التعليم الابتدائي كأعلى مرحلة بلغ (93.86 درجة)، ومتوسط درجات اللواتي وصلن إلى المرحلة الإعدادية بلغ (76.08)، وبلغ متوسط درجات اللواتي وصلن إلى المرحلة الثانوية (59.83 درجة) وكان متوسط درجات اللواتي أنهين المرحلة الجامعية (32.00) وهو أقل المتوسطات.

ويتضح من متوسطات درجات الأمهات في الصحة النفسية وفقاً لمستوياتهن التعليمية أنه توجد علاقة طردية بين المستويات المرتفعة للصحة النفسية والمستوى التعليمي للأمهات الأطفال المعاقين سمعياً، أي أنه كلما ازداد المستوى التعليمي زادت درجة سواء الصحة النفسية للأمهات المعاقين سمعياً من أفراد العينة. وأنه كلما انخفض المستوى التعليمي بالتالي ينخفض مستوى الصحة النفسية أو تزداد مشكلات الصحة النفسية لدى الأمهات.

ويتبين أيضاً أن هذه النتيجة تطابقت من حيث المدلول مع نتيجة الفرض السابق أي أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للأب أو الأم فإن مستوى الصحة النفسية يرتفع، وكلما انخفض المستوى التعليمي انخفض مستوى سواء الصحة النفسية أو زادت مشكلات الصحة النفسية لكلا الوالدين.

5.2 الخلاصة

تبين من نتائج الدراسة خلال هذا الفصل أنه توجد فروق دالة بين الآباء والأمهات في مشكلات الصحة النفسية العامة وجميع المقاييس الفرعية وذلك لصالح الأمهات، وأنه لا توجد فروق دالة بين درجات آباء الأطفال المعاقين سمعياً في الصحة النفسية وفقاً لدرجات الإعاقة السمعية لأبنائهم، في حين توجد بين درجات أمهات الأطفال المعاقين سمعياً في الصحة النفسية وفقاً لدرجات الإعاقة السمعية لأبنائهم، وأنه كلما زادت شدة الإعاقة زادت مشكلات الصحة النفسية لأمهات الأطفال المعاقين سمعياً.

أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين درجات آباء أو أمهات الأطفال المعاقين سمعياً في الصحة النفسية وفقاً لمكان السكن.

أنه توجد فروق دالة بين درجات كل من آباء وأمهات الأطفال المعاقين سمعياً في الصحة النفسية وفقاً لمستوياتهم التعليمية، وأنه كلما ارتفع المستوى التعليمي زاد سواء الصحة النفسية.

الفصل السادس

الاستنتاجات

و

التضمينات

الفصل السادس

6.1 الاستنتاجات والتضمينات

في هذا الفصل تم تفسير ومناقشة النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة وذلك وفقاً للفروض الدراسة التي تم عرضها سابقاً حيث يلقي الضوء علي تفسير هذه النتائج وفقاً للأدبيات والدراسات السابقة والتي تحدثت عن هذا الموضوع ودراسات أخرى شبيهة إضافة إلي نظرة الباحث ووجهة نظره حيث يتم تأكيد أو عدم تأكيد الفروض التي تم صياغتها من قبل الباحث في سياق دراسته. وتعتبر هذه الدراسة في حدود علم الباحث من الدراسات الأولى التي تناولت موضوع الإعاقة السمعية لدى الأطفال وتأثيرها على الصحة النفسية للوالدين في قطاع غزة، وعدم تواجد دراسات مشابهة علي مستوي فلسطين ومناطق الشرق الأوسط حيث تركزت الدراسات حول إعاقات أخرى وفئات عمرية أخرى ومتغيرات أخرى وذلك كما تبين في الدراسات السابقة التي استطاع الباحث جمعها. وتم مناقشة نتائج الدراسة من خلال الاستعانة بالدراسات السابقة والإطار النظري ويحاول أن ينقح الأفكار من خبرته المتواضعة في مجال رعاية الأطفال الصم على مدار سنوات طويلة كما يلي.

تفسير الفروق في الصحة النفسية العامة للوالدين

يتبين من نتائج الفرض الأول أنه توجد فروق بين الآباء والأمهات في مشكلات الصحة النفسية، لصالح الأمهات، فقد كان متوسط درجات الآباء على مقياس الصحة النفسية (50.6) وكانت الصحة النفسية للأمهات هي (69.2) أي أن مشكلات الصحة النفسية للأمهات أعلى منها عند الرجال وأن الأمهات أكثر اضطراباً وتعرضاً للمشاكل النفسية ولديهن صحة نفسية سيئة، وأن الآباء لديهم صحة نفسية أعلى مقارنة بالأمهات.

واتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة (جبريل، 1995) والتي توصلت إلى أن معظم أفراد الأسرة يتعرضون لمعاناة نفسية بسبب وجود طفل معاق في الأسرة وأن مستوي الصحة النفسية أعلى لدى الذكور مقارنة بمستوي الصحة النفسية المنخفض لدى الإناث. وكشفت دراسة

(Konstantareas & Lampropoulou, 1995) و دراسة لوري (Lowry, 1989) التي كشفت أن الأمهات اللواتي لديهن أطفال معاقون معرضات للضغوط النفسية والصحية والاجتماعية. وكانت دراسة (يحيي، 1998) توصلت إلى أن أسر المعاقين سمعياً هم الأكثر معاناة للمشكلات النفسية يليهم المعاقين حركياً ثم المعاقين عقلياً. كما توصلت دراسة (الحديدي والصماوي والخطيب، 1994) إلى أن أسر المعاقين سمعياً أكثر الأسر معاناةً.

وأشارت دراسة فاربر (Farber, 1960) إلى أن الإناث اللواتي يتفاعلن مع إخوتهن المعاقين عقلياً لديهن سمات عصابية أكثر من الذكور. وأفادت دراسة (إبراهيم، 1994) بأن الذكور لديهم صحة نفسية أعلى من الإناث من طلبة الجامعة. وأوضحت دراسة سيمون وجونسون (Johnson. et al., 1999) بأن المراهقات يعانين من الضغط النفسي الناتج عن الوضع الاجتماعي والاقتصادي السيئ أكثر من الذكور (Johnson. et al., 1999).

وقد بينت معظم الدراسات المجتمعية ازدياد نسبة الاضطرابات النفسية في النساء خاصة الاضطرابات النفسية البسيطة وهناك اضطرابات تكاد تكون أكثر التصاقاً بالمرأة مثل اضطرابات الأكل وفقدان الشهية العصبي والبوليميا (المهدي، 2004).

ويرى الباحث أن نتائج الدراسة الحالية والدراسات السابقة جميعها تؤكد بأن الأمهات اللواتي لديهن معاقون من فئة الإعاقة السمعية أو أي إعاقة أخرى لديهن معاناة ومشاكل نفسية عالية مقارنة بمستوي الصحة النفسية لدي الآباء.

ويرى الباحث من خلال خبرته العملية منذ سنوات طويلة في هذا المجال أن هذا التذني في مستوى الصحة النفسية يرجع إلى أن الأم هي المسؤولة غالباً عن متابعة الأبناء المعاقين أكثر من الآباء وذلك كما أشارت إليه دراسة (Farber, 1960) وبقيت الدراسات الأخرى كما أن الأم في البيت أيضاً هي المسؤولة عن تلبية حاجات الطفل المعاق. كما أن الباحث يلاحظ معاناة وشكوى الأهالي وخصوصاً الأمهات من معاناتهن مع أطفالهن علي الأقل من خلال الأطفال المسجلين في المراكز، وهذا يؤكد أن لدي الآباء صحة نفسية أعلى من الأمهات.

الاكتئاب

ويتبين من نتائج الفرض الأول أيضاً أن هناك فروق بين الآباء والأمهات في الاكتئاب لصالح الأمهات وهذا يعني أن الأمهات أكثر تعرضاً للاكتئاب، فقد كان متوسط درجات الآباء (8.60 درجة) في حين كان المتوسط عند الأمهات (11.64 درجة) مما يبين أن الآباء لديهم صحة نفسية أعلى من الأمهات في بعد الاكتئاب.

وجاء في دراسة بريسلو ووايزمان ومسنجر (Breslau, Weitzman & Messenger, 1981) من خلال مقابلات أجروها مع 239 أسرة فقد أشار الأمهات أن أبناءهم من أخوة الأطفال المعاقين

يعانون من مشاكل نفسية عدة وأن الأخوة من الإناث يملن إلي الاكتئاب أكثر من أبنائهم الذكور

ويميل الذكور أيضا إلي النشاط الزائد (Breslau, Weitzman & Messenger, 1981).

وتتفق هذه النتائج مع ما توصلت إليه دراسة (الشيخ خليل، 2002) من وجود فروق في الاكتئاب

لصالح الإناث، كما بينت دراسة (أبو هين، 1993) أن اضطراب الاكتئاب يحتل المرتبة الثانية عند

الإناث من أعراض الصحة النفسية. مما يشير بأن اضطراب الاكتئاب أكثر لدى الإناث والأمهات

في مجتمعنا الفلسطيني.

كما أن دراسة ريتشل (Reichle, 1987) توصلت إلى أن الأمهات المطلقات كن أكثر الأمهات

معاناة من الضغوط الناجمة عن وجود طفل معاق لديهن، مما جعلهن أكثر عرضة للإصابة

بالاكتئاب مقارنة بغيرهم من أمهات الأطفال المعاقين من المتزوجات (Reichle, 1987). وقد وجد

كولنز (Collins, 1963) أن الأمهات الكاثوليكيات اللواتي لديهن أطفال مشلولون دماغياً أكثر

انطواء علي الذات، وأكثر اكتئاباً من الأمهات الأخريات (Collins, 1963).

وتشير معظم الدراسات في مجال الاكتئاب إلي أنه ما يقارب من (12%) من المجتمع الأمريكي

يعانون من الاكتئاب لمدة تزيد عن عام، كما توصلت تلك الدراسات إلي وجود مخاطر لتطور

الاكتئاب بنسبة تتراوح بين (8-12%) بالنسبة للرجال، وبين (20-26%) بالنسبة للنساء

(Montgomery, 1991) وهذا يؤكد ما جاء في الدراسة الحالية حيث أن نسبة اضطرابا

الاكتئاب لدي الأمهات أعلي منها لدي الآباء.

وببين (الحاج، 1987) أن النساء عامة يتميزن بأنهن أكثر اكتئاباً من الرجال وهن عرضة لهذا

المرض وهو كثير الشيعو لديهن. ويرى (المهدي، 2004) أن المرأة أكثر ارتباطاً بالاكتئاب وأن نسبة

الاكتئاب لدي النساء هي ضعف النسبة عند الرجال وتحدث الباحث بأن هذه النسبة مؤكدة وليست

راجعة إلي سلوك البحث عن المساعدة، وهذه النسبة تحدث لدي النساء المتزوجات أكثر خاصة في

سن (25-45) سنة، واللواتي لديهن أطفال وأن العوامل الاجتماعية لها علاقة مباشرة في إحداث هذا الاكتئاب وقد تصل نسبة الاكتئاب إلى حالة مزمنة (المهدي، 2004).

ويري الباحث هنا من خلال نتائج الدراسة الحالية بأن أمهات الأطفال المعاقين سمعياً يعانون معاناة شديدة من جراء إعاقة أبنائهن ولكن يتضح ذلك بشكل أوسع لدي الأمهات في اضطراب الاكتئاب الذي كان من أعلي الدرجات لديهن وكان الأمهات أكثر اكتئاباً من جراء هذه الإعاقة وهذا يمكن تأكيده أيضاً من خلال الدراسات التي تم مناقشتها والتي انسجمت مع ما جاء في هذا السياق والتي تؤكد غالبيتها، ذلك إضافة إلى خبرة الباحث في ميدان العمل مع الإعاقة السمعية منذ زمن طويل وهذا كان واضحاً من خلال الحالات التي تزور المدرسة في مكان العمل وشكواهم المستمرة وظهور تلك الأعراض عليهم.

الوسواس القهري

كما تبين من نتائج الفرض الأول في الدراسة الحالية أنه توجد فروق بين الآباء والأمهات في الوسواس القهري لصالح الأمهات، فقد كان متوسط درجات الآباء (7.94 درجة) في حين كان متوسط درجات الأمهات (9.24 درجة)، أي أن أمهات الأطفال المعاقين سمعياً أكثر تعرضاً لعرض الوسواس القهري من الآباء، حيث يتضح أن الآباء لديهم صحة نفسية أعلى علي بعد الوسواس القهري.

وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (الشيخ خليل، 2002) ومع نتائج دراسة دينو (Daino,1985) التي توصلت إلى أن الوسواس القهري لدي الإناث أعلى منه عند الذكور.

وفي دراسة (عبد الخالق و النيال، 1990) الهادفة إلى فحص العلاقة بين الوسواس القهري وكل من القلق والمخاوف والاكنتاب كشفت أن متوسطات الأعراض النفسية أعلى عند الإناث منها عند الذكور.

ويرى الباحث أن الوسواس القهري يصيب الجنسين في المجتمعات عامة، ولكن تزداد تلك النتائج لدى الإناث كما تبين في عينة أمهات الأطفال المعاقين سمعياً في الدراسة الحالية مقارنة بالآباء حيث تزداد حدة الأعراض المرضية لدى الإناث وكان ذلك ملاحظاً من خلال مراجعات الأمهات اليومية حيث كان يروي الأمهات قصصاً عديدة تحدث لهن في حياتهن الخاصة وعلاقاتهن بأبنائهن المعاقين سمعياً، ويرى البحث أن الأعراض النفسية مرتبطة مع بعضها ففي حال ارتفاع عرض معين من الأعراض مثل الاكنتاب فإنه من السهل للشخصية في حال عدم وجود الإرشاد والنصح أن تطور أعراضاً أخرى من أعراض لا سواء الصحة النفسية. فالوسواس القهري أفكار تسيطر علي ذهن الفرد ولا يستطيع التخلص منها رغم أنه يبذل الجهد الكثير للتغلب عليها إلا أنه يجد نفسه مقهوراً لتكرارها ، مما يوقعه دوما تحت وطأة الألم الشديد.

الحساسية التفاعلية

تبين من نتائج الفرض الأول أيضاً أن هناك فروق بين الآباء والأمهات في الحساسية التفاعلية، لصالح أمهات الأطفال المعاقين سمعياً في اضطراب الحساسية التفاعلية، ومن النتائج كان متوسط درجات الآباء هو (6.33 درجة) وكان متوسط درجات الأمهات (7.98 درجة) أي أن الأمهات تعرضن لاضطراب الحساسية التفاعلية أكثر من الآباء.

وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة (الشيخ خليل، 2002) بأن اضطرابات الحساسية

التفاعلية في مقياس الصحة النفسية للإناث أعلى مما لدى الذكور، وذلك يؤكد بأن اضطراب

الحساسية التفاعلية لدى الإناث أكثر من الذكور.

ويرى الباحث هنا أن هذه الدراسة أكدت ما جاء في دراسته، ويؤكد ذلك أيضاً من سياق خبرته

العملية في هذا المجال بأن هناك حالة من الحساسية لدى أسر المعاقين سمعياً، وخاصة الأمهات

منهم، فهم الأكثر مراجعة للمؤسسات، والأكثر ارتباطاً بالمكان الذي يقدم الخدمة لأبنائهن من

المعاقين سمعياً ويتضح من ذلك ارتفاع مستوى الصحة النفسية لدى الآباء مقارنة بالأمهات.

القلق

كما تبين من النتائج في الفرض الأول للدراسة الحالية أن هناك فروق بين الآباء والأمهات في القلق

لصالح الأمهات، فقد كان متوسط درجات اضطراب القلق لدى الآباء (4.83 درجة) وكان لدى

الأمهات (7.90 درجة) أي أن الأمهات أكثر تعرضاً للقلق من الآباء، وأن الآباء يتمتعون بصحة

نفسية في بعد القلق أعلى من الأمهات.

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع ما توصلت إليه دراسة (الحبيش، 2003) في السعودية والتي بينت

أن (45%) من الآباء يعانون من القلق علي مستقبل طفلهم المعاق مقابل (90%) من الأمهات.

كما كشفت دراسة التي أجراها (El Sarraj & Abu Hein, 1992) أن معدل انتشار القلق لدى

النساء في قطاع غزة أكثر من معدل انتشاره بين الذكور. واتفقت مع دراسة (Thabet.et

al.,1998) التي كشفت أن نسبة انتشار اضطراب القلق لدى الأطفال أعلى بين الفتيات دون

الفتيان.

وانتقلت دراسات كل من (Cooper,1986) و(أغا، 1988) و(عبد الخالق وحافظ، 1988) و(عبد الخالق وآخرون، 1989) و(عبد الرحمن وعبد الله، 1995) و(الطحان، 1991) و(القشيش، 1991) و(غريب، 1994) و(حداد، 1994) و(مرسي، 1987) و(السمادوني، 1994) و(Pigge, 1997) بأن سمة القلق موجودة لدى الإناث بشكل واضح، وهذا يأتي متوافقاً تماماً مع هذه الدراسة حيث نتج عن الدراسة بأن أعراض القلق مصاحبة لدى أمهات الأطفال المعاقين سمعياً. ويأتي ذلك لقرب الأمهات لأبنائهن من الآباء وتعاملهم اليومي والمباشر معهم، وتعد خاصية القلق من أهم الركائز الأساسية التي تصاحب أمهات الأطفال المعاقين سمعياً وهذا كان واضحاً من خلال تساؤلات الأمهات علي مستقبل أبنائهم الطلبة في مدارس الصم، خاصة بعض التساؤلات المتعلقة بإمكانيات أبنائهن المستقبلية في أمور الزواج والعمل والحياة العامة وكان ذلك مرتبطاً بأبنائهم من الإناث، وما يدور حولهم من مشاكل عدة خاصة كلما كبرت بناتهن، ويتم تأكيد ذلك من خلال نتائج الدراسة التي بينت أن مستوى الصحة النفسية لدي الآباء أعلي من الأمهات في بعد القلق.

الأعراض الجسمية

بينت نتائج الدراسة الحالية أن هناك فروق بين آباء وأمهات الأطفال المعاقين سمعياً في الأعراض الجسمية لصالح الأمهات، فقد كان متوسط درجات الآباء (4.51 درجة) في بعد الأعراض الجسمية في حين كانت المتوسط (7.64 درجة) لدي الأمهات، وهذا يعني أن الأمهات أكثر تعرضاً لمشاكل الأعراض الجسمية في الصحة النفسية من الآباء، وأن الآباء لديهم صحة نفسية أعلي من الأمهات. وقد وجدت دراسة بوناماكي (Punamaki,1987) ارتفاع حدة المشاكل النفسية لدى النساء وأن (70%) منهن يعانين من صعوبات في النوم وآلام جسمية متكررة. وبينت دراسة (El Sarraj & Abu Hein, 1992) أن معدل انتشار السيكوسوماتية (النفسجسمية) لدى النساء أكثر من معدل

انتشارها بين الذكور. ويرى (كمال، 1988) أن النساء كثيرات الشكوى من المشاكل الجسمية حيث تصل نسبتهن إلى (60%) إضافة إلى أعراض نفسية أخرى.

كما أشار (المهدي، 2004) إلى ظهور الكثير من الاضطرابات النفسية لدى المرأة في صورة أعراض جسمية مما يجعلها في حالة تخبط في زيارات كثير من الأطباء في تخصصات أخرى ظناً منها أنها تعاني اضطرابات جسمية وليست نفسية. كما أكدت دراسات (سلطان، 1969) و(حسين، 1973) و(المطوع، 1991) (Oliver, Reed & Smith, 1998) أن المشكلات الصحية الجسمية مثل كثرة الصداع، وزيادة الوزن ونقص الوزن وضيق التنفس وتساقط الشعر كانت أكثر عند الإناث مقارنة بالذكور. وفي دراسة (يوسف، 1991) انفردت الإناث في مشاكل ضغط الدم وسقوط الشعر. ويخلص الباحث إلى أن الدراسة الحالية اتفقت مع مجمل الدراسات السابقة في أن أعراض اللاسوء في الصحة الجسمية تصيب الأمهات بدرجة أكبر من الذكور، ومن خلال عمل الباحث وإطلاعه بالعمل مع هذه الفئة من المعاقين سمعياً، وكان هناك شكاوى كثيرة متعددة حول طلب الأهالي وخاصة الأمهات منهم مساعدات دائمة منها المساعدات العلاجية لمشاكل متعددة لديهم مثل ألم المفاصل وألم الرأس والنظر وأمراض أخرى.

الذهانية والبارانويا

تبين من نتائج الدراسة الحالية أن هناك فروق بين آباء وأمّهات الأطفال المعاقين سمعياً في بعد الذهانية وكانت النتائج لصالح الأمّهات، ومن النتائج يتبين أن متوسط درجات اضطرابات الذهانية (3.41 درجة) عند الآباء وكانت (5.19 درجة) لدى الأمّهات ، أي أن الأمّهات أكثر اضطراباً بالذهانية، وأن الآباء يتمتعون بصحة نفسية أعلى من الأمّهات.

وتتفق النتائج الحالية مع ما توصلت إليه دراسة (كمال، 1988) بأن النساء لديهن مشاكل ذهانية متعددة خاصة في عدم التركيز الذهني حيث تصل نسبة المشاكل الذهانية لديهن إلى (44%) وهذه نسبة عالية جداً.

ويرى الباحث أن ارتفاع مستويات المشكلات النفسية السابقة جميعها من الاكتئاب والوسواس القهري والحساسية التفاعلية والقلق والأعراض الجسمية فإنها جميعاً تساهم في التشتت الذهني لدى الأمّهات مما يزيد من مستوى أعراض الذهانية للأمّهات الأطفال المعاقين سمعياً مقارنةً بالآباء، فالذهانية أصلاً هي الهلوس السمعية وإذاعة الأفكار والتحكم الخارجي في الأفكار واقتحام الأفكار داخل الذهن عن طريق قوي خارجه عن إرادة الفرد (أبو هين، 1992).

كما كانت الفروق بين آباء وأمّهات الأطفال المعاقين سمعياً في بعد البارانويا لصالح الأمّهات، ولم تتوفر دراسات لدى الباحث حول الفروق بين الآباء والأمّهات في هذا العرض من أعراض الصحة النفسية، والبارانويا هي إنباب الشخص عيوبه للآخرين وكذلك العداء والشك والارتباب والمركزية حول الذات والهذات وفقدان الاستقلال الذاتي (أبو هين، 1992)، ويرى الباحث أن ما سبق من سمات في الشخص المصاب بالبارانويا يمكن أن تصاب بها أمّهات الأطفال المعاقين سمعياً أكثر من الآباء نظراً لتراكم الأعباء والضغوط النفسية على الأم من وجود طفل معاق في الأسرة.

قلق الخواف

تبين من نتائج الفرض الأول أيضاً من الدراسة الحالية أن هناك فروق بين الآباء والأمهات في قلق الخوف لصالح أمهات الأطفال المعاقين سمعياً، وكانت متوسط قلق الخوف (3.38 درجة) لدي الآباء في حين ارتفع متوسطه إلى (4.58 درجة) لدي الأمهات، مما يعني أن الأمهات أكثر اضطراباً في قلق الخوف وأن الآباء يتمتعون بصحة نفسية أعلى من الأمهات.

واتفقت النتائج في الدراسة الحالية مع نتائج دراسات (العيسوي وعبد اللطيف، 1989) ودراسة (درويش، 1992) ودراسة (قسم البحوث النفسية، 1993) والتي كشفت نتائجها أن مستوى القلق والخوف لدى الإناث أعلى منه عند الذكور.

وقد كشفت دراسات كل من (Arrindell et . al,1993) و(الأنصاري، 1994) و (Abdel Khalek, 1994) و (Erol & Sahin, 1995) و(Gupta et. al., 1995) بأن هناك فروقاً جوهرية فيما يتعلق بالقلق حيث حصل الطالبات في الجامعة في بند الخوف أكثر من الطلاب في نفس الجامعة حيث أظهرت أن الإناث أكثر خوفاً من الذكور لدي العينة.

ويعلق الباحث في هذا المقام مشيراً إلى أن نتائج دراسته تتسجم مع ما جاء في الدراسات السابقة من نتائج وهذا تأكيد علي أن هناك حالة قلق مرتبطة بالخوف من جراء تواجد حالة من حالات الإعاقة السمعية أو أكثر وتتفق جميع الدراسات السابقة في أن الأمهات أكثر اضطراباً من الآباء في عرض قلق الخوف وهذا له اعتبارات كثيرة، أهمها ارتباط الأمهات بشكل مباشر مع أبنائهن وتحملهم للمسؤولية أكثر من الآباء في تربيتهم.

العداوة

تبين من نتائج الدراسة الحالية أن هناك فروق بين آباء وأمّهات الأطفال المعاقين سمعياً في العداوة وأن هذه الفروق كانت لصالح الأمّهات، فقد كان متوسط اضطراب العداوة لدى الآباء هو (3.10 درجة) ولدى الأمّهات هو (4.66 درجة)، وهذا يعني أن الأمّهات أكثر اضطراباً وأن الآباء يتمتعون بصحة نفسية أعلى من الأمّهات، وذلك كان واضحاً من خلال حساب المتوسطات الحسابية لاضطراب العداوة لكل من الآباء والأمّهات.

واختلفت هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة (شقير، 1995) من وجود فروق في بعد العدوانية من الصحة النفسية لصالح الذكور. وأوضحت جيري شوب وزملاؤه (Shope, 1978) ودراسة (Reinisch & Sanders, 1986)، ودراسة (فايد، 1996) أنه بالرغم من وجود السلوك العدواني لدى الجنسين إلا أن الذكور أكثر استخداماً للسلوك العدواني البدني واللفظي معاً. وأكدت كذلك دراسة كل من (بشاوي، 1991)، (Cooney, 1967)، (Lewis, 1998)، (حسين، 1994)، (المقدم، 1990) أن نسبة وحدية العدوان لدى الأطفال والمراهقين وكبار السن من فئة الذكور أعلى منها في فئة الإناث وهذا يؤكد أن هناك عدوانية واضحة لدى الذكور في غالبية الدراسات التي تطرق لها الباحث مع تفاوت نسبية الدراسة ونوعها ومكان تنفيذها، وهذا يتعارض مع النتائج التي صدرت لدينا بأن نسبة العدوانية لدى أمّهات الأطفال المعاقين سمعياً أعلى مستوى من الذكور في العدوان. وانسجمت دراسة كل من (الشدولي، 1993) و (سليمان، 1989) في نتائجها مع الدراسة الحالية حيث أكدت أن الإناث أكثر ميلاً للعدوان الداخلي وذلك من خلال كبت العنف بداخلهن وتظهر أيضاً نسبة العنف والعدوان لدى الإناث بدرجة أكبر منها لدى الذكور، وهذا يؤكد دراستنا الحالية وما جاء فيها بأن هناك مستوى العدوان لدى الإناث أكثر منه لدى الذكور.

ويؤكد الباحث أنه من خلال عمله لسنوات طويلة فإنه لمس شكاوي مستمرة من الأطفال بأنهم يتعرضون للإهانة والضرب من الوالدين وبخاصة الأمهات ، وأن غالبية الأطفال المعاقين سمعياً يتم متابعتهم من أمهاتهم وذلك لمقدرتهن علي الرعاية أكثر من الآباء وخاصة بأن الآباء ينشغلون في أعمالهم أكثر من الأمهات وهذا كان واضحاً من خلال النظر إلي نسبة الأمهات من العينة اللواتي يعملن تكاد لا تذكر وعليه يؤكد أن الأمهات أكثر عدوانية وأن الآباء يتمتعون بصحة نفسية أعلي من الأمهات.

تفسير نتائج الفرضين الثاني والثالث

▪ تبين من نتائج الفرض الثاني أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسية بين متوسطي درجات مجموعة الآباء ذوي الأطفال المعاقين (1-2 طفل) ومجموعة الآباء ذوي الأطفال المعاقين (3 فأكثر).

▪ كما تبين من نتائج الفرض الثالث أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسية بين متوسطي درجات مجموعة الأمهات ذوات الأطفال المعاقين (1-2 طفل) ومجموعة الأمهات ذوات الأطفال المعاقين (3 فأكثر)

ويري الباحث ومن خلال الاضطلاع علي دراسات عديدة في هذا المجال أنه لا توجد دراسات تناولت عدد المعاقين سمعياً في الأسرة وتأثير ذلك علي الوالدين وفي ضوء النتائج يرى الباحث أن أطفال معاقين سمعياً في الأسرة أياً كان عدد هؤلاء الأطفال له بالغ التأثير علي كل من الآباء والأمهات، وأن مستوى التوتر النفسي الذي يؤثر على الصحة النفسية لكل من الآباء والأمهات على حدا متقارب مما يجعل الأمر والمشاكل النفسية المصاحبة واضحة المعالم خاصة في ظل الفقر وندرة العمل وقلة الدخل ويمكن إرجاع ذلك إلي أن الأطفال المعاقين سمعياً يحتاجون مبالغ طائلة في تعليمهم و

ملبسهم وحياتهم العامة إضافة إلى أن تكاليف السماعه الواحدة للفرد الواحد تحتاج إلى مبالغ عالية لا يمكن للأسرة توفيرها لابنهم أو ابنتهم إلا من خلال دعم ومساعدة ومساندة من الآخرين وهذا السماعهات تحتاج إلى صيانة وقطع غيار وبطاريات باستمرار وهي عرضة أيضا للمشاكل والعطل، لذلك وجود طفل واحد معاق سمعياً بقطع النظر عن جنسه له تأثير كبير وفق سياق ما ذكر لاحقا فماذا عن وجود إعاقات عدة إما اثنين أو ثلاثة وهناك أسر لديها خمس أو ست إعاقات سمعية لذلك يؤكد الباحث وفق ما نتج من دراسته أن عدد المعاقين سمعيا في الأسرة له تأثيرات جمة يصعب حصرها.

تفسير نتائج الفرض الرابع

تبين من نتائج الفرض الرابع أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسية لدي الآباء تعزي لمتغير جنس الطفل المعاق سمعياً، فقد كان المتوسط الحسابي في الصحة النفسية لآباء الذكور هو (48.60 درجة) ومتوسط درجات آباء الإناث هو (54.72 درجة) ويتضح أن الفارق بين المتوسطين صغير مقارنة بحجم العينة الكبير نسبياً. واتفقت هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة (القيوتي، 2003) والتي أكدت عدم وجود أثر لمتغير الجنس على الصحة النفسية لوالدي طفل المعاق.

ويرى الباحث أنه بالرغم من الدور الذي يعده المجتمع لكل من الذكر والأنثى على حدا إلا أن الآباء ينظرون إلى أبنائهم في حالات إعاقاتهم على حد سواء فالإبن يجب أن ينمو ليساند أباه في أعباء الحياة مقارنة بالأبناء الآخرين الأسوياء والبنات في نظر الأب يجب أن تكبر وتمثل الدور الذي يعدها المجتمع من أجله وهو في المحصلة النهائية تكوين الأسرة من خلال الزواج، وبالنظر لمتوسطات الصحة النفسية فبالرغم من عدم وجود فروق إحصائية إلا أن المتوسطات تشير إلى أن مستوى

مشكلات الصحة النفسية لآباء الإناث المعاقات سمعياً أعلى من متوسط آباء الذكور المعاقين مما يشير إلى أن الصحة النفسية للآباء تتأثر سلباً في حال وجود البنات المعاقات أكثر من وجود الأولاد المعاقين في الأسرة.

تفسير نتائج الفرض الخامس

يتضح من نتائج الفرض الخامس أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصحة النفسية بين متوسطي درجات أمهات الذكور ودرجات أمهات الإناث من المعاقين لصالح أمهات الإناث المعاقات سمعياً.

وتكشف النتائج أن المتوسط الحسابي للصحة النفسية لأمهات الأطفال الذكور هو (59.84) وأمهات الأطفال الإناث هو (76.11) مما يشير إلى الفرق الكبير في الصحة النفسية عند الأمهات تبعاً لجنس الطفل المعاق.

بينت دراسة بريستون (Bristol,1979) إلى أن جنس المعاق يرتبط بالضغوط النفسية بالإضافة إلى خصائص الشخصية ودرجة الاعتمادية ودرجة المحدودية الجسمية. وأكدت دراسة (يعقوب و يحيى، 1994) ودراسة (فتحي، 1998) أن جنس المعاق سمعياً له تأثيراً علي مستوي الضغوط النفسية التي تصيب الأسرة.

وأكدت دراسة (Freeman,et.at,1975) أن جنس الإعاقة السمعية له تأثير علي مستوي الضغوط والمشاكل النفسية التي قد تصاحب أسرة ذوي المعاقين سمعياً (Freeman, 1975).

ويرى الباحث في هذا التساؤل أن طبيعة جنس الإعاقة من الأمور المهمة التي يجب الوقوف عليها خاصة في مجتمعاتنا العربية ذات التقاليد والعادات المعروفة وما يتعلق بهذه العادات من مقياس له علاقة بالذكر والأنثى علي الأسوياء فماذا عن المعاقين سمعياً وما يعانيه من مشاكل ومعاناة يصعب

قياسها في ظل المجتمع الملتهب بمشاكله النفسية والاجتماعية والمادية والسياسية ومدى القصور الذي وصلت إليه الإعاقات عامة من قبل أصحاب القرار الذي يرى الباحث أن وجود بنت معاقة سمعياً في الأسرة أكثر بكثير من وجود ولد وهذا من عدة أبعاد ألا وهو أن البنت يصعب زواجها مستقبلاً ويصعب التعايش معها أسرياً في ظل غياب الوالدين أو بعد وفاتهما ومن سيتحمل المسؤولية حتى لو وصلت الإعاقة السمعية للبنت إلي سن كبير تبقى مشاكلها كثيرة وهناك مشاكل أخرى نشهدها أيضاً من خلال شكاوى الأمهات والآباء وهي ما يتعرض لها المعاقون سمعياً وخاصة الإناث منهم من إساءة جسدية ونفسية وحركات واحتكاكات لا أخلاقية إما في الطرقات والشوارع والمدارس والأسواق مع أن بعض هذه القضايا تصيب الأولاد ولكن الأمر يختلف في ظل عادات وتقاليد المجتمع لذلك يرى الباحث أن إعاقة البنت أكثر معاناة للأسرة منها بالنسبة للذكور لذلك يؤكد الباحث وفق المعايير والنتائج التي توصل إليها أن جنس الإعاقة السمعية لها تأثير مباشر علي الوالدين والأسرة أجمع، فتختلف تأثيرات الإعاقة السمعية لدى الولد عنها لدى البنت.

تفسير نتائج الفرض السادس

يتضح من نتائج الفرض السادس أنه لا توجد فروق دالة بين درجات آباء الأطفال المعاقين سمعياً في الصحة النفسية وفقاً لدرجات الإعاقة السمعية لأبنائهم. ويتبين أن متوسط درجات الصحة النفسية على التوالي لآباء الأطفال ضعيفي الإعاقة السمعية (55.31 درجة)، ومتوسطي الإعاقة السمعية (45.55 درجة)، وشديدي الإعاقة السمعية (49.29 درجة)، والمتوسط الحسابي لذوي الإعاقة السمعية الشديدة جداً (54.52 درجة)، حيث يتضح أنه لا يوجد فارق كبير بين أعلى متوسط حسابي وأقل متوسط حسابي وأن هناك تقارب واضح بين المتوسطات الحسابية لكل الدرجات.

وهذه النتيجة تتفق مع نتيجة دراسة (القيوتي، 2003) من عدم وجود أثر دال إحصائياً للاندماج الأسري يعزى لمتغير درجة الإعاقة أو وقت حدوثها كما لم تظهر النتائج أثر إيجابي تفاعل درجة الفقدان السمعي ووقت حدوث الإعاقة.

ومن تعريف الإعاقة بأنها عدم تمكن المرء من الحصول على الاكتفاء الذاتي وجعله في حاجة مستمرة إلى إعانة الآخرين وبالتالي إلى تربية خاصة تغلبه على إعاقته" (أبو مصطفى، 2000) يرى الباحث أن الإعاقة بحسب الدرجة التي تتدرج تحتها فإنها تحتاج إلى رعاية وعناية من قبل الآباء للارتقاء بمستوى الأداء للأبناء. وبذلك فإنه ليس من الضروري أن يكون لدرجة الإعاقة السمعية خاصة تأثير على مستوى الصحة النفسية لآباء الأطفال المعاقين سمعياً. ومن جانب آخر قد يكون اهتمام الآباء بالأبناء المعاقين قليل نسبياً مقارنة باهتمام الأمهات بأبنائهن المعاقين مما يؤدي إلى عدم الاختلاف في الصحة النفسية للآباء تبعاً لدرجة إعاقة الأبناء وهذا ما تؤيده نتائج الفرض التالي.

تفسير نتائج الفرض السابع

أنه توجد فروق دالة بين درجات أمهات الأطفال المعاقين سمعياً في الصحة النفسية وفقاً لدرجات الإعاقة السمعية لأبنائهن.

ويتبين من النتائج أن متوسطات الصحة النفسية للأمهات حسب درجات إعاقة أبنائهن هي على التوالي: أمهات الأطفال ضعيفي الإعاقة السمعية (72.33 درجة)، وأمهات متوسطي الإعاقة السمعية (52.98 درجة)، وأمهات شديدي الإعاقة السمعية هو (67.17)، وأن متوسط درجات الصحة النفسية للأمهات الأطفال ذوي الإعاقة السمعية الشديدة جداً (81.23 درجة).

ويتضح من النتائج أنه كلما زادت درجة الإعاقة السمعية كلما زادت مشكلات الصحة النفسية لدي الأمهات وأن العلاقة هنا علاقة طردية مع درجة الإعاقة السمعية.

وتتفق نتيجة هذا الفرض مع نتيجة دراسة (السرطاوي، 1991) من أن لمستوي ودرجة الإعاقة السمعية تأثير مباشر الجوانب النفسية لأمهات المعاقين.

ومن وجهة نظر الباحث فإن هذه النتيجة جاءت متفقة مع الواقع والمنطق لشدة ودرجة الإعاقة السمعية خاصة وأنه كلما اشتدت الإعاقة السمعية كلما تأخر وضع الحالة من جميع المستويات وكذلك تكاليف الحياة للحالة أكثر خاصة وأنها تحتاج إلي تكاليف عالية من أدوات مساعدة مثل الساعات وتعليم خاص ومشاكل في التعامل اليومي وعدم المقدرة عن فهم الكلام ولو بشكل جزئي كل هذا له الأثر الكبير علي الصحة النفسية لأمهات الأطفال المعاقين سمعياً بشكل مباشر، وبذلك يرفض الباحث الفرض الصفري ويقبل الفرض بأنه توجد فروق بين دالة بين درجات أمهات الأطفال المعاقين سمعياً في الصحة النفسية وفقاً لدرجات الإعاقة السمعية لأبنائهم.

تفسير نتائج الفرضين الثامن والتاسع

- يتبين من نتائج الفرض الثامن أنه لا توجد فروق دالة بين درجات آباء الأطفال المعاقين سمعياً في الصحة النفسية وفقاً لمكان السكن.
- ويتضح أن متوسط درجات الصحة النفسية لآباء الأطفال الذين يسكنون المخيم بلغ (49.64 درجة)، والذين يسكنون القرية بلغ (46.03 درجة)، وبلغ متوسط درجات الصحة النفسية لآباء الأطفال الذين يسكنون المدينة (53.98 درجة).
- كما يتبين من نتائج أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين درجات أمهات الأطفال المعاقين سمعياً في الصحة النفسية وفقاً لمكان السكن (مخيم - قرية - مدينة).

وكانت متوسطات الصحة النفسية للأمهات على التوالي المخيم (75.59 درجة)، القرية (68.16 درجة)، في حين بلغ متوسط درجات الصحة النفسية للأمهات الأطفال المعاقين سمعياً الذين يسكنون المدينة (66.68 درجة).

والواضح من خلال نتائج الفرضين الثامن والتاسع أن هناك اختلاف بين الآباء والأمهات في مستوى الصحة النفسية حيث أنه تشير المتوسطات لدي الآباء إلى ارتفاع مطرد في مشكلات الصحة النفسية وأن اتجاه هذا الطرد واضح انه تصاعدياً من الذين يسكنون المخيم ثم القرية وسجلت اعلي مشكلات في الصحة النفسية لدي الآباء الذين يسكنون المدينة وأ ن الذين يسكنون المخيم كانوا الأفضل في الصحة النفسية.

وتشير المتوسطات لدي الأمهات إلى ارتفاع مطرد في مشكلات الصحة النفسية وأن اتجاه هذا الاطراد واضح أنه تصاعدياً لدي الذين يسكنون المدينة ثم القرية وأعلي مشكلات الصحة النفسية سجلت لدي الأمهات اللواتي يسكن المخيم، واللواتي يسكن في المدينة كن الأفضل في الصحة النفسية.

ومن خلال إطلاع الباحث علي دراسات كثيرة وواسعة إلا انه لم يجد أي دراسة تنفي أو تؤكد هذه النتائج وذلك علي حد معرفة الباحث.

ويري الباحث أن طبيعة منطقة قطاع غزة الفارق الاجتماعي بين المحافظات ليست واسع بقدر كبير لذلك تكون المتغيرات متقاربة إلي حد ما والفروق غير واضحة إلا من خلال طبيعة الخدمات المقدمة والتي تساعد في رفع مستوى المشاكل النفسية التي يعاني منها البعض إما في المخيمات أو المدن وهذا راجع إلي طبيعة الخدمات والتي تتوفر من حين لآخر ومن منطقة لأخرى في المناطق.

تفسير نتائج الفرضين العاشر والحادي عشر

▪ يتبين من نتائج الفرض العاشر أنه توجد فروق دالة بين درجات آباء الأطفال المعاقين سمعياً في الصحة النفسية وفقاً لمستوياتهم التعليمية.

وكانت متوسطات الصحة النفسية لآباء المعاقين سمعياً وفقاً للمستويات التعليمية على التوالي: مرحلة التعليم الابتدائي كأعلى مرحلة (80.41 درجة)، والمرحلة الإعدادية بلغ (48.18 درجة)، والمرحلة

الثانوية (45.01 درجة) وكان متوسط درجات الذين أنهوا المرحلة الجامعية فما فوق (37.56 درجة).

▪ كما يتضح من نتائج الفرض الحادي عشر أنه توجد فروق دالة بين درجات أمهات الأطفال المعاقين سمعياً في الصحة النفسية وفقاً لمستوياتهن التعليمية.

وكانت متوسطات الصحة النفسية لأمهات المعاقين سمعياً وفقاً لمستوياتهن التعليمية على التوالي:

متوسط درجات اللواتي وصلن للتعليم الابتدائي كأعلى مرحلة (93.86 درجة)، والمرحلة الإعدادية

بلغ (76.08 درجة)، والمرحلة الثانوية (59.83 درجة) وكان متوسط درجات النفسية للأمهات

اللواتي أنهين المرحلة الجامعية (32.00 درجة).

ويرى الباحث من خلال نتائج الفرضين العاشر والحادي عشر أنه كلما ازداد المستوى التعليمي زادت

درجة سواء الصحة النفسية للآباء والأمهات من أفراد العينة وأنه كلما انخفض المستوى التعليمي

تنخفض الصحة النفسية لديهم.

واختلفت نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة (البداينة، 1996) والتي بينت أن المستوى الأكاديمي في

النظرة إلى الإعاقة من قبل الآخرين نظرة سيئة وعدم تقبل للإعاقة (البداينة، 1996). ودراسة

(الحبيش، 2003) وجدت أن الآباء ذوو التعليم العالي أعلى نسبة في المشكلات المعرفية والنفسية

للطفل من الآباء والأمهات ذوو التعليم المتوسط والمنخفض، أي انه كلما كان المستوى التعليمي

أعلى بالنسبة للآباء كلما كان مستوى الصحة النفسية أقل لديهم.

ويلاحظ الباحث أن غالبية الدراسات السابقة تقريباً لا تتفق مع ما توصلت إليه الدراسة الحالية والتي توصلت إلى أنه كلما ازداد المستوى

التعليمي لدي الآباء والأمهات كلما زادت درجة سواء الصحة النفسية لديهم.

ويرى الباحث أن الدراسة الحالية توصلت إلى نتائج منطقية بحيث أن الآباء والأمهات ذوو التعليم المرتفع لديهم قدرات أعلى في التكيف

مع الإعاقات الموجودة في الأسرة من الأطفال المعاقين سمعياً مما يفسر جودة الصحة النفسية المرتفعة لديهم مقارنة بذوي المستويات

التعليمية الأقل على التوالي، كما أن التعليم المرتفع يساهم غالباً في رفع المستوى الاقتصادي أو على الأقل يساهم في استقرار المستوى الاقتصادي الاجتماعي للأسرة مما يساعد الأسر ذوات التعليم المرتفع على التكيف مع المتطلبات المادية الإعاقات السمعية لأبنائها.

6.2 توصيات الدراسة

١. إعداد برنامج إرشادي موسع يناسب حجم المشكلة التي يعاني منها الآباء والأمهات والأسرة، وذلك من خلال برامج الدعم النفسي والاجتماعي والمادي والتعليمي والمهني ومشاركة الأخصائيين والمعلمين والمهنيين وأسر الأطفال المعاقين سمعياً ووضع الحلول المناسبة لهم.
٢. تكثيف الجهود المهنية والتنموية لتوفير أرقى الخدمات لفئة المعاقين سمعياً من خلال توفير المهنيين والمدرسين والأدوات والأجهزة المساعدة للمعاقين سمعياً مما ينعكس علي أسرهم وخصوصاً الوالدين بشكل مباشر.
٣. نشر ثقافة التوعية المجتمعية لمساندة وتقبل واستيعاب هذه الفئة، مما يساعد علي دمج هذه الفئة في المجتمع، ومؤسساته وتدريب لغة الإشارة الفلسطينية في المدارس والجامعات بوصفها مساقات إجبارية وذلك للتفاهم مع هذه الفئة في المجتمع.
٤. توعية وإرشاد أسر الأطفال المعاقين سمعياً؛ وذلك لمعرفة وضع أبنائهم المعاقين، وكيفية التعامل معهم وتعليمهم وتدريبهم لغة الإشارة الفلسطينية لتسهيل التفاهم مع أبنائهم.
٥. توفير التعليم والتدريب المهني المجاني والتشغيل المناسب لفئة المعاقين سمعياً في المجتمع، وذلك لضمان المستقبل لهم، وهذا ينعكس عليهم وعلي أسرهم ويخفف الأعباء عنهم وعن أسرهم خاصة فيما يتعلق بالمستقبل.
٦. العمل على إعداد برامج معلوماتية فلسطينية تربية متخصصة تحتوي علي برامج الانترنت وأفلام الفيديو وبرامج الحاسوب للاستخدام بين أيدي المعاقين وأسرههم، للحصول علي أي إجابات واستفسارات تخص حالة ابنهم وتبادل الخبرات فيما بين هذه الفئات وأسرههم.
٧. أن يساهم الإعلام الفلسطيني في نشر ثقافة رعاية المعاقين وخاصة ذوي الإعاقة السمعية وأن تخصص برامج نفسية لمناقشة مشاكل المعاقين وأسرههم وتقديم الخدمات الإرشادية المتخصصة.

٨. إجراء الفحوصات النفسية والسمعية المناسبة والدقيقة والمتعددة لفئة المعاقين سمعياً وإجراء

فحوصات نفسية لآباء الأطفال المعاقين سمعياً وأمهاتهم وذويهم.

٩. في ضوء الافتقار إلى إحصائية شاملة ودقيقة للمعاقين بشكل عام والمعاقين سمعياً على وجه

الخصوص فإن الباحث يوصي المؤسسات المختصة وخاصة الجهاز المركزي للإحصاء

اللسطيني بالاشتراك مع الجهات المختصة الأخرى للقيام بمسح شامل لجميع فئات الإعاقات

اللسطينية للوقوف على الحجم الحقيقي للمشكلة.

١٠. إجراء عدد من الدراسات في مجال الإعاقة عامة والإعاقة السمعية خاصة، ومن خلال دراسات

ميدانية مهمة تخدم هذه الفئة للوصول إلى نتائج تساهم في وضع خطة تنموية شاملة تساهم في

رفع مستوى الخدمات وتوضيح حجم المشاكل التي تعاني منها الفئة وأسرهم.

قائمة المراجع

أولاً المراجع العربية

ثانياً المراجع الأجنبية

أولاً: المراجع العربية

- إبراهيم، فؤاد (1994). "الصحة النفسية وبعض المتغيرات الأسرية ودور الإرشاد النفسي للشباب من الجنسين" مجلة الإرشاد النفسي، العدد3، السنة الثانية، جامعة عين شمس، ص ص21، 55.
- ابن منظور، (ب.ت). معجم لسان العرب، القاهرة، دار المعارف، ص 279- 280 .
- أبو مصطفى، نظمي (2000)، مدخل إلى التربية الخاصة، غزة، مكتبة الشهداء، خان يونس، ص20.
- أبو هين ، فضل (1992). تقنين قائمة الأعراض المرضية في البيئة الفلسطينية بقطاع غزة، التقويم والقياس النفسي التربوي، العدد الأول، 1993.
- أبو هين، فضل (1985). مظاهر العدوان لدى الأطفال الفلسطينيين في منطقة غزة، رسالة ماجستير، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
- أبو هين، فضل (1993). تأثير الإبعاد علي الصحة النفسية للنساء في قطاع غزة، وحدة الأبحاث، برنامج غزة للصحة النفسية، مارس.
- أغا، كاظم ولي (1988). "القلق والتحصيل الدراسي دراسة تجريبية مقارنة لعلاقة القلق بالتحصيل الدراسي لدي الذكور والإناث من طلاب المرحلة الإعدادية في دولة الإمارات المتحدة"، مجلة جامعة دمشق في العلوم الإنسانية المجلد الرابع، العدد الرابع عشر، الجزء الأول شوال 1408 هـ ، ص ص37، 9.
- الإدارة العامة للتأهيل الاجتماعي للمعوقين (1994). بحوث ومؤتمرات اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ، مطبوعات المؤتمر السادس لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، ص190.
- الإعلان الخاص بحقوق المعوقين (1993). مجموعة صكوك دولية ، المجلد الأول (الجزء الثاني)، منشورات الأمم المتحدة، ص 760.
- الأغا، إحسان (1997). البحث التربوي "عناصره ومناهجه وأدواته"، مطبعة الرنتيسي ، غزة.
- الأنصاري ، بدر (1996). دراسة عاملية للحالات الانفعالية للشباب الجامعي في الكويت بعد العدوان العراقي . مركز دراسات الخليج والجزيرة العربية - عدد خاص عن الأبعاد النفسية لآثار الغزو العراقي على دولة الكويت، جامعة الكويت، ص ص 85 ، 150.
- الأنصاري، بدر (1994). أثر العدوان العراقي في سمات شخصية طلاب جامعة الكويت من الجنسين ، المؤتمر الدولي عن آثار العدوان العراقي على دولة الكويت ، جامعة الكويت ، ص 2- 6.

- البداينة، ذياب (1996). "الأوصمة الاجتماعية والإعاقة"، مؤتمراً للأبحاث والدراسات ، السلسلة (أ) من مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية ، 11 ، العدد 3 ، عمادة البحث العلمي والدراسات العليا.
- الغزالي،محمد(1956). احياء علوم الدين، الجزء الثالث.
- الحاج، فايز (1987). الأمراض النفسية، مطبعة المكتب الإسلامي، بيروت لبنان، ص66.
- الحبيش، خالد (2003). أسرة الشخص ذوي الاحتياجات الخاصة، الضغوط ، الأساليب، الاحتياجات ، التدخل المبكر، إدارة تعليم محافظتي الحوطة والحريق، وزارة المعارف، السعودية.
- الحديدي ، مني ومسعود وائل (1997). المعاق والأسرة والمجتمع، غزة جامعة القدس المفتوحة ، ص 63.
- الحديدي، مني وآخرون (1996). "أثر إعاقة الطفل علي أسرته"، مجلة كلية التربية، جامعة المنصورة، العدد31 .
- الحديدي ، مني وآخرون(1992). إرشاد اسر الأطفال ذوى الحاجات الخاصة، دولة الإمارات العربية، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، ص ص15،93،69،62.
- الحديدي، مني والخطيب، جمال والصماوي، جميل (1994). "الضغوط التي تتعرض لها أسر الأطفال المعوقين"، مجلة الدراسات إنسانية، مجلد 21 (أ) م1، عمان ، الجامعة الأردنية العدد الأول، ص ص7،35 .
- الخطيب ، جمال (1991). "سيكولوجية الأطفال الصم"، دراسة نظرية.رسالة التربية. عمان، ص ص115،132.
- الخطيب ، جمال (1997). الإعاقة السمعية، ط 1، الأردن، دار المكتبة الوطنية، ص ص407،40،36،33.
- الخطيب، جمال (1998). مقدمة في الإعاقة السمعية، قسم الإرشاد والتربية الخاصة ، عمان، ص88-93
- الخطيب ، جمال و الحديدي ، مني و السرطاوي ، عبد العزيز (1992). إرشاد اسر الأطفال ذوي الحاجات الخاصة ، دار حنين ، عمان.
- الروسان، فاروق (1989). سيكولوجية الأطفال غير العاديين، مقدمه في التربية الخاصة، عمان، مكتب الجامعة، ص124.
- الزراد، فيصل (1990). اللغة واضطرابات النطق والكلام، الرياض، دار المريخ للنشر ، ص 208 - 214.

- السرطاوى، زيدان (1991). "أثر الإعاقة السمعية للطفل على الوالدين وعلاقة ذلك ببعض المتغيرات"، مجلة جامعة الملك سعود، العلوم التربوية (1)، المجلد الثالث، الرياض، ص ص335،305.
- السمادي، السيد (1994). "القلق المدرسي لدي عينة من طلبة المدارس المتوسطة بمدينة الرياض"، مجلة التربية المعاصرة، العدد الحادي والثلاثون، السنة الحادية عشر، مارس، ص ص199،237.
- السيد، عبد الحليم (1990). علم النفس العام، مكتبة غريب، القاهرة، ص ص141، 154.
- السيد، عثمان فاروق (1993). "أنماط القلق وعلاقته بالتخصص الدراسي والجنس والبيئة لدي طلاب الجامعة أثناء أزمة الخليج"، مجلة علم النفس، مجلة فصلية، تصدر عن الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد الخامس والعشرون، السنة السابعة، ص ص38،53.
- الشخص، عبد العزيز (1985). "دراسة لحجم مشكلة النشاط الزائد بين الأطفال وبين الأطفال الصم وبعض المتغيرات المرتبطة به"، مجلة كلية التربية، جامعة عين شمس، العدد التاسع، القاهرة، ص ص363.
- الشندويلي، نجاح (1993). العدوانية وعلاقتها ببعض جوانب التوافق لدي شرائح من المراهقين، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية البنات، جامعة عين شمس.
- الشيخ خليل، جواد (2002). الاغتراب وعلاقته بالصحة النفسية لدي طلبة الجامعات الفلسطينية في محافظات قطاع غزة، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية ص ص132-134.
- الطحان، خالد (1991). "دراسة العلاقة بين القلق عند الأبناء وكل من الاتجاهات الوالدية بالتنشئة والمستوي الاجتماعي والاقتصادي للأسرة"، مجلة كلية التربية، العدد السادس، السنة السادسة تصدرها كلية التربية جامعة الإمارات العربية المتحدة، ص ص291،351.
- العتوم، عدنان (1996). "الضغوط النفسية لأسر المعاقين بصريا، دراسة حالة لعشيرة أردنية"، المجلة العربية للطب النفسي ص ص186.
- العيسوي، عبد الرحمن و عبد اللطيف مدحت (1989). مخاوف الأطفال المرضية وعلاقتها بحالة القلق وسمته، الكتاب السنوي في علم النفس، الجمعية المصرية للدراسات النفسية، المجلد السادس، ص ص114،139.
- القريظي، عبد المطلب (1996). سيكولوجية ذوى الاحتياجات الخاصة وتربيتهم، ط 1، القاهرة، دار الفكر العربي، ص ص149-150.
- القريظي، عبد المطلب (2001). سيكولوجية ذوى الاحتياجات الخاصة وتربيتهم، ط 3، القاهرة، دار الفكر العربي، ص ص311-314.
- القريظي، عبد المطلب و الشخص، عبد العزيز (1992). مقياس الصحة النفسية للشباب، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية، ص ص4،9،10.

- القريوتي، إبراهيم (1994). "سيكولوجية المعوقين سمعياً"، مكتبة الإمارات، العين، الإمارات العربية المتحدة، ص 20-21.
- القريوتي، إبراهيم (2003). مدي تفاعل واندماج ذوي الإعاقة السمعية في الأسرة الإماراتية، الملتقى الثالث للجمعية الخليجية للإعاقة، قطر، يناير 14-16، ص16.
- القريوتي، يوسف والسرطاوي، عبد العزيز و الصمادي، جميل (1995). المدخل إلى التربية الخاصة، دار القلم الإماراتي، ص ص125،124، 141،140،138، 245.
- القشيش، هبة(1991). سمة القلق وعلاقتها بالبيئة الاجتماعية، رسالة ماجستير، جامعة المنيا.
- القوصي، عبد العزيز (1975). أسس الصحة النفسية، القاهرة، دار النهضة، ص6.
- اللجنة المركزية الوطنية للتأهيل (1998). نحو أساسيات واستراتيجيات التأهيل في فلسطين، واقع ورشة العمل الوطنية، 16-17، القدس، كانون الأول، ديسمبر.
- اللقاني، أحمد و القرشي، أمير (1999). مناهج الصم، التخطيط والبناء والتنفيذ، القاهرة، عالم الكتب، ص15 .
- المطوع، عبد الله (1991). "مشكلات الشباب في مجتمع متغير"، مجلة كلية التربية والآداب، جامعة الإمارات العربية المتحدة، (7)، ص ص297، 335.
- المقدم، نور(1990). المشكلات السلوكية والتوافق النفسي لأطفال الأسر المتصدعة في الرحلة الابتدائية، رسالة دكتوراة غير منشورة، كلية التربية بأسوان، جامعة أسيوط.
- المهدي، محمد(2004). المرأة والطب النفسي، مجلة الحوار المتمدن، العدد 939 .
- بشاي، شنودة (1991). "دراسة لبعض المتغيرات الاجتماعية التي ترتبط بالسلوك العدواني لدى المراهقين"، مجلة كلية التربية، سوهاج، العدد السادس، الجزء الأول، يناير ص ص204، 147.
- ثابت، عبد العزيز و فوستانس، بانوس (2001). اتجاهات الوالدين نحو الصحة النفسية للطفل والمراهق.
- جبريل، موسى (1993). "تقديرات الأطفال لمصادر الضغط النفسي لديهم وعلاقتها بتقديرات آبائهم وأمهاتهم" مجلة دراسات إنسانية، الجامعة الأردنية، مجلد 22 (أ)، عدد 3 ص1467.
- جبريل، موسى (1995). الصحة النفسية لدي أخوة المعوقين، مجلة العلوم التربوية، العدد 1، المجلد 23، الجامعة العربية، ص ص51، 35 .
- جمعية أطفالنا للصم (1995). تقارير صادرة عن الجمعية، غزة.
- جمعية أطفالنا للصم (2000). نشأة الجمعية وتطورها، محافظة غزة.
- حداد، عفاف (1994). "سمة القلق وعلاقتها بمستوي الدعم الاجتماعي"، مجلة دراسات العلوم الانسانية، المجلد 22 (أ) العدد الثاني، ص ص925، 949.

- حسين، محمد (1986). سيكولوجية غير العاديين وتربيتهم، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، ص91.
- حسين، محمد (1994). السلوك العدواني وعلاقته بمتغيرات بيئة الفصل كما يدركها تلاميذ الصف الرابع من التعليم الأساسي، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الإسكندرية.
- حسين، محمود عطا (1973). دراسة مقارنة لمشكلات المراهقين في الريف والحضر الأردني. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة عين شمس.
- دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية (1999). المسح الديموغرافي للضفة الغربية وقطاع غزة، سلسلة إحصاءات الطفل(رقم2).
- دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية (2000). التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت، لمحة إحصائية (ملخص نتائج التعداد)، رام الله، فلسطين.
- درويش، زين العابدين(1992) "أثر العدوان العراقي في الحالة النفسية للشباب الكويتي"، دراسة ميدانية على عينات من الطلاب المقيمين بمصر في ظروف العدوان ، المجلة العربية للعلوم الإنسانية ، 39، ص ص 238، 274.
- دمنهور ، رشاد (1996). " بعض العوامل النفسية الاجتماعية ذات الصلة بالتوافق الدراسي دراسة مقارنة"، مجلة علم النفس ، القاهرة ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، عدد (38) ، السنة العاشرة، ص ص82،92 .
- راحيل، ميشيل (1996). واقع الإعاقة السمعية في فلسطين.
- راضي، فوقية(2000).الضغوط النفسية والحاجات الإرشادية لإخوة المتخلفين عقليا، بحوث مؤتمر نحو رعاية نفسية وتربوية أفضل لذوي الاحتياجات الخاصة، كلية التربية، جامعة المنصورة ص ص431،478.
- زهران، حامد (1980). التوجيه والإرشاد النفسي، الطبعة الثانية، القاهرة، عالم الكتب.
- زهران، حامد (1977). التوجيه والإرشاد النفسي، كلية التربية، جامعة عين شمس، (أ)، ص21.
- زهران، حامد (1977). الصحة النفسية والعلاج النفسي ، القاهرة : عالم الكتب، ص13-14.
- زهران، حامد(1982). الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط2، القاهرة، عالم الكتب، ص9-11.
- زيدان، وجدي (1998). "فاعلية استخدام السيكدراما في العلاج الأسرى لتحسين التواصل لدى الأبوين المسيئين"، مجلة كلية التربية، بحث مقبول للنشر، ص3.
- سلطان، عماد الدين (1969). "بحث احتياجات طلبة وطالبات الكليات والمعاهد العليا". المجلة الاجتماعية القومية، 6(1)، ص 134.

- سليمان، حسن (1994). نحو مستقبل أفضل للطفل المعوق، مطبوعات المؤتمر السادس لاتحاد هيئات الفئات الخاصة والمعوقين، جمهورية مصر العربية، ص166.
- سليمان، حسن (1998). الوقاية من ضعف السمع، المؤتمر السابع لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، جمهورية مصر العربية، المجلد الأول، ص203-204.
- سليمان، سعيد (1989). ظاهرة العنف لدي بعض شرائح المجتمع المصري، الكتاب السنوي في علم النفس، القاهرة، المجلد السادس، مكتبة الأنجلو المصرية.
- سليمان، عبد الرحمن (1999). سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة و أساليب التعرف والتشخيص، القاهرة، مكتبة زهران الشرق، ص20.
- شعبان، فائق و مهران، محمد (1997). "ردود الأفعال النفسية لذوي الطفل المعاق عقليا"، مجلة معوقات الطفولة، القاهرة، جامعة الأزهر، العدد السادس، ص ص303،313.
- شقير، زينب (1995). "مفهوم الذات ومظاهر الصحة النفسية لدي المكتئبين من طلاب جامعة طنطا"، مجلة علم النفس، العدد 33، السنة التاسعة، ص ص51،35.
- شكور، جليل (1995). معاقون لكن عظماء، لبنان، الدار العربية للعلوم . ص32.
- صالح، حسن (1985). "الوضع الجغرافي والديموغرافي للشعب الفلسطيني". دار الشروق، عمان، الأردن.
- صالح، مروه (1987). تأخر نمو اللغة عند الطفل، رسالة ماجستير، كلية الطب، جامعة عين شمس، ص13.
- عبد الحي، محمد (1998). طرق الاتصال بالصم وأساليبها (إشارة، هجاء، شفاء، لغة صوتية، كتابة، تواصل كلي) دار القلم، ط1، دولة الإمارات العربية المتحدة.
- عبد الحي، محمد (2001). الإعاقة السمعية وبرنامج إعادة التأهيل، دولة الإمارات العربية المتحدة، دار الكتاب الجامعي، ص ص187،38،31،188.
- عبد الخالق، أحمد و الدمياطي، عبد الغفار (1990). "الوسواس القهري"، دراسة عينات سعودية، مجلة دراسات نفسية، المجلد الخامس، العدد الأول، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، رانم، ص ص17،1.
- عبد الخالق، أحمد و النيال، مایسة (1990). "الوسواس القهري وعلاقتها بكل من القلق والمخاوف والاكتئاب"، مجلة كلية التربية، جامعة الإسكندرية، ص38.

- عبد الخالق، أحمد و حافظ أحمد (1988). "حالة القلق وسمة القلق لدي عينات من المملكة العربية السعودية"، مجلة العلوم الاجتماعية، جامعة الكويت، المجلد السادس عشر، العدد الثالث، ص ص196، 181.
- عبد الخلق، أحمد و دويدار، عبد الفتاح والنيال، مايسة وكريم، عادل وعبد الغني، السيد (1989). الفروق في القلق والاكتئاب بين مجموعة عمرية مختلفة من الجنسين، بحوث المؤتمر الخامس لعلم النفس في مصر، الجمعية المصرية للدراسات النفسية بالاشتراك مع كلية التربية جامعة طنطا، ص ص113، 97.
- عبد الرحمن ، عبد الله (1995). سياسات الرعاية الاجتماعية للمعوقين في المجتمعات النامية، القاهرة، دار المعرفة الجامعية، ص 157.
- عبد الرحمن، فتحي (1981). الدراسة المبرمجة للتخلف العقلي، مؤسسة الصباح، بالكويت، ص 16.
- عبد الرحيم ، جو زال (1997). "الاستعداد للقراءة وعلاقته بالتدعيم الأسري والمشاركة الوالدية وأفكار وإدراك طفل الروضة"، مجلة دراسات نفسية، المجلد السابع، العدد الأول، ص 67.
- عبد الرحيم ، فتحي (1990). سيكولوجية الأطفال غير العاديين وإستراتيجيات التربية الخاصة، ح 2 . ط4، الكويت، دار القلم للنشر والتوزيع، ص ص 214، 215، 232، 290.
- عبد الرحيم ، فتحي السيد (1983). قضايا ومشكلات في سيكولوجية الإعاقة ورعاية المعوقين النظرية والتطبيق، الكويت ، دار القلم .
- عبد العزيز ، رشاد (1992). "الفروق في بعض القدرات المعرفية بين عينة الأطفال الصم وأخرى من عادى السمع"، مجلة مركز معوقات الطفولة، جامعة الأزهر، العدد الأول، ص 254.
- عبد الغفار، عبد السلام (1981). مقدمة في الصحة النفسية، القاهرة، دار النهضة العربية.
- عبده ، بدر الدين (1999). رعاية المعاقين سمعياً وحركياً، القاهرة، المكتب العلمي للنشر والتوزيع، ص 91.
- عبید، ماجدة (2000). السامعون بأعينهم، الإعاقة السمعية ، ط1، دار صفاء للنشر، عمان، ص 33.
- عبيدات وآخرون ، ذوقان (1984) : البحث العلمي . مفهومه . أدواته . أساليبه ، دار الفكر للنشر والتوزيع ، عمان ، الأردن .
- غريب، عبد الفتاح (1994). القلق لدى الشباب في دولة الإمارات العربية المتحدة في مرحلتي التعليم قبل الجامعي والتعليم الجامعي مدي الانتشار والفروق في الجنس والعمر، قراءات في علم النفس الاجتماعي في الوطن العربي، إعداد وتنسيق لويس كامل مكية، الهيئة المصرية العامة للكتاب، المجلد السادس، ص ص318، 301.

- فايد، جمال (2000)، أثر استخدام مجموعة من الأساليب الإرشادية علي تعديل بعض جوانب السلوك المشكل لدي الأطفال الصم في مرحلة التعليم الأساسي، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة المنصورة، مصر.
- فايد، حسين (1996). أبعاد السلوك العدوانى لدي شباب الجامعة، المؤتمر الدولي الثالث لمركز الإرشاد النفسى في عالم متغير، جامعة عين شمس، العدد23-24، القاهرة، المجلد الأول، ص ص177،135.
- فتحى، محمد (1998). "مشكلات إدماج الطفل الأصم في أسرته وكيفية التغلب عليها"، مجلة كلية التربية، جامعة الإمارات، السنة الثالثة عشرة العدد 15، ص ص180،22.
- فهمي، مصطفى (1965). "سيكولوجية الأطفال غير العاديين"، مجلة علم النفس، مكتبة مصر، القاهرة، ص ص 77،81،82.
- فهمي، مصطفى (1980). "سيكولوجية الأطفال غير العاديين"، مجلة علم النفس، القاهرة، مكتبة مصر، ص ص 83،77،65.
- قسم البحوث النفسية، وزارة التربية(1993). اثر الغزو العراقي الغاشم للكويت علي بعض السمات النفسية لدي طلبة التعليم العالى، إدارة الخدمة النفسية، الكويت.
- قنديل، شاکر (1996). "الاستجابات الانفعالية السلبية لآباء الأطفال المعاقين عقليا ومسؤولية المرشد النفسى"، مجلة الإرشاد النفسى في عالم متغير، مجلد 2، القاهرة، جامعة عين شمس، ص 759.
- قنديل، شاکر (1995). سيكولوجية الطفل الأصم ومتطلبات إرشاده، المؤتمر الثاني المركز الإرشاد النفسى "الإرشاد النفسى للأطفال ذوي الحاجات الخاصة"، جامعة عين شمس، ص 2،3.
- قنديل، شاکر(2000). الإعاقة كظاهرة اجتماعية، بحوث مؤتمر نحو رعاية نفسية وتربوية أفضل لذوي الاحتياجات الخاصة، كلية التربية، جامعة المنصورة ص ص 381، 428.
- كفاي، علاء الدين (1997). الصحة النفسية، ط4، القاهرة، هجر للطباعة والتوزيع، ص18.
- كفاي، علاء الدين (1998). رعاية نمو الطفل و الثقافة النفسية، دار قباء للطباعة، القاهرة، ص157.
- كمال، علي (1988). النفس: ج 1، دار واسط، بغداد العراق، ص 255.
- مرسى، كمال (1980). الطفل الغير العادي من الناحية الذهنية، دار النهضة العربية، القاهرة، ص 25.
- مرسى، كمال (1987). القلق وعلاقته بالشخصية في مرحلة المراهقة، دار النهضة العربية، القاهرة.
- مسعود، وائل (1987). أثر الإعاقة علي التكيف الأسرى، ورقة عمل قدمت إلى مركز البحث والتطوير التربوي، جامعة اليرموك، اربد، الأردن .
- ملف التنمية البشرية (1996-1997). مشروع التنمية البشرية، جامعة بيرزيت، فلسطين.

- ملكاوي ، أسماء (1993). خصائص الأطفال ذوي الأمراض المزمنة واحتياجاتهم الاجتماعية، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الدراسات العليا ، الجامعة الأردنية .
- ملكوش ، رياض و يحي ، خولة (1994). "الضغوط النفسية والدعم الاجتماعي لدي آباء وأمّهات الأطفال المعاقين "، مجلة دراسات إنسانية ، عمان ، الجامعة الأردنية ، مجلد 22 (أ)، م5 ، ص 2329، 2349.
- مندل، أبو جين و فيرنون، مكاي (1976). أنهم ينمون في صمت الطفل الأصم وأسرته، الطبعة الثانية، ترجمة عز الدين الأشول، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ص ص 73، 75، 157 ، 160.
- موسى، رشاد وآخرون (1993). علم النفس الديني، القاهرة، دار عالم المعرفة.
- نجاتي، عثمان (1993).الدراسات النفسانية عند العلماء المسلمين، دار الشروق، القاهرة.
- وزارة الصحة الفلسطينية (2003). تقرير خاص حول شهداء وجرحى انتفاضة الأقصى في الفترة ما بين 2000/9/28 إلى 2003/9/28، فلسطين.
- يحيي، خولة (1989). "المشكلات التي يواجهها ذوي المعاقين عقليا وسمعيًا وحركيًا الملتحقين بالمراكز الخاصة بهذه الاعاقات في مدينة عمان" ، مجلة دراسات العلوم الإنسانية، المجلد26(أ) العدد 1 .
- يعقوب، رياض ويحي، خولة (1994). "الضغوط النفسية والدعم الاجتماعي لدي آباء وأمّهات الأطفال المعاقين في مدينة عمان" ، مجلة دراسات العلوم الإنسانية، المجلد22(أ) العدد5.
- يوسف، جمعة سيد (1991). "مشكلات الطلبة والطالبات بجامعة القاهرة. في بحث المشكلات النفسية والاجتماعية لطلاب جامعة القاهرة" ، القاهرة، مركز البحوث النفسية بجامعة القاهرة، (أ) ص ص 43،100.
- يونس، أحمد وحنوره، مصري (1990). رعاية الطفل المعوق صحياً ونفسياً واجتماعياً، ط 2، دار الفكر العربي، القاهرة، ص19، 27.

ثانياً: المراجع الأجنبية

- Atkins, D. (1987). Families and their hearing impaired children, *The Volta Review*, 89(5), 11-21.
- Andrew R. (1989). Political violence in South Africa, some effects on children of the violent destruction of their community, *International Journal of Mental Health*, 18(2),31
- Arrindell, W., Kolk, A., Pickersigill, M., & Agerman, W. (1993). Biological sex role orientation, masculine sex role stress. dissimulation and self-reported fear, *Advances in Behavior Research and Therapy*, 15(17), 103-106.
- Abdel- Khalek, A. (1994). Normative results on the Arabic fear survey schedule III. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 25(7), 61-67.
- Alice, S. (1994). Attitudes towards parent empowerment in early intervention, *The Role of Parents and Professionals Abstracts International*. 55(5), 1241.
- Buss, A. (1966). *The psychology of aggression*, New York: Wally.
- Bristol, M. (1979). *Maternal coping with autistic children adequacy of interpersonal supports*. University of Carolina, Chapel Hill.
- Beckman, P. (1983). Influence of selected children characteristics on stress in families of handicapped infants, *American of Mental Deficiency* . 88(8), 151-156.
- Breslau, N., Weitzman, M., & Messenger, K. (1981). Psychological functioning of disabled children, *Pediatrics*. 67(8), 344-353.
- Bigge, J. (1982). *Teach individuals with physical and multiple disabilities*. Columbus, Ohio: Charles E. Merrill.
- Benedict, M. (1992). Current parental stress in mal-treating and normal treating families of children with multiple disabilities, *Child Abuse and Neglect* 16(2), 63-75.
- Collins, H. (1963). Religious values and adjustment in mothers of cerebral palsied children, *Exceptional children*. 1(2), 15-19.

- Cooney, N. (1967). Control of aggression in child rearing in Puerto Rico, A study of professed practices used with boys and girl in two socioeconomic urban groups. *Dieses abstract international*, 44(2), 777.
- Courad, R. (1979). *The deaf schoolchild, language and cognitive function*. London: Harper and Row.
- Cooper, L. (1986). The relationship of state and trait anxiety of student teachers and teaching effectiveness (stress, evaluation). *Dissertation Abstract International*, 47(10), 37-25.
- Daino, A. (1985). Personality traits of adolescent tennis players *International journal of sport psychology*.
- Dyson, L., & Fewell, R. (1986). Stress & adaptation in parents of young handicapped and non-handicapped children, a comparative study. *Journal of the Division for Early Childhood*, 10(1), 25-35.
- Dyson, L. (1997). Fathers and mother of school age children with developmental disabilities: parental stress, family functioning, and social support. *American Journal on Mental Retardation*, 102(3), 267-279.
- Escalona, S. (1974). Interventions programs for children at psychiatric risk: the contribution of child psychiatry and developmental theory, in Anthony, A., and Koupernik, C: *The Child in His Family: Children at Psychiatric Risk* . Toronto: Wiley.
- Eheart, B. (1982). Mother-child interactions with non-retarded and mentally retarded preschoolers. *American Journal of Mental Deficiency*, 87(1), 26-33.
- Eheart, B., & Ciccone, J. (1982). Special Needs of Low – in come mothers of developmentally delayed Children. *American Journal of Mental Deficiency*, 89(1), 33-42.
- Ellis, H. (1982). Child development center and team work with the handicapped. *Child Health*,1(9), 139-145.
- El Sarraj, E., & Abu Hein, F. (1992). *Epidemiological Study of Mental Disorders in Gaza*, G.C.M.H.P.
- Endler C., & Bagby, S. (1992). Self reports of depression and state trait anxiety, evidence for differential assessment. *Journal and Personality Social Psychology*, 63(5), 832-838.
- Erol, N., & Sahin. N. (1995). Fears of children and cultural context: the Turkish norms. *European Child Adolescent Psychiatry*, 4(7), 85-93.
- Erlandsson, S., & Hallberg L. (2000). Prediction of quality of life in patients with tinnitus. *British Journal of Audiology*, 34 (1), 11-20.
- Farber, B., & Blakman, L. (1956). Marital role tensions, number and sex of children. *American Journal of Social Review*, 21, 596-601.

- Farber, B. (1960). Perceptions of crisis and related variables in the impact of a retarded child on the mother. *Journal of Health and Human Behavior*, 1(2), 108-118.
- Farber, B. (1960). Family organization and crises, maintenance of integration in families with severely retarded, child monographs of the society for research: in *Child development*, 25.
- Farber, B. (1963). Interaction with retarded siblings and life goals of children. *Marriage and Family Living*, 25(4), 96-98.
- Freeman, R. (1975). Psychosocial problems of deaf children and their families: comparative study. *American Annals of the Deaf*, 1(20), 391-405.
- French, R., & Jansma, P. (1982). *Special physical education*. Columbus, Ohio: Charles E. Merrill.
- Fallen, N., & Umansky, W. (1985). *Young children with special needs*. (2nd Ed.) Columbus, Ohio: Charles E. Merrill.
- Fisisloglu A., & Fisiloglu H. (1996). Turkish families with deaf and hard of hearing children, A system approach for assessing family function. *American Annals of the Deaf*, 141(3), 225-231.
- Goldberg, L., & Wilensky, H. (1979). Aggression in children in an urban clinic. *Journal of Personality Assessment*, 40(1), 73-80.
- Greenberg, M. (1983). Family stress and child competence: the effects of early intervention for families with deaf infants, *American Annals of the Deaf*. 12(8), 407-417.
- Gupta, R., Derevensky, J., Tsaos, A., & Klein, C. (1995). A comparison of adolescents' fears from Montreal and Vancouver. *Canadian Journal of School Psychology*, 27(1), 10-17.
- Hallahan, D., & Kauffman, J. (1978). *Exceptional children*. Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice- Hall.
- Hall, N., & Hill, D. (1996). *The child with a disability*, 2nd ed., Blackwell Science, Australia, 211-213.
- Huang, C. (1996). Families of children with developmental disabilities: the test of a structural model of family hardiness, social support, stress, coping, & family functioning. *Unpublished Doctorate Thesis*, Saint Louis University.
- Hayes, D., & Norther, L. (1997). *Infants and hearing*. London, Singular Publishing group.
- Hinteraid, M. (2000). Children who are hearing impaired with additional disabilities and related aspects of parental stress. *Exceptional Children*, 66(3), 327-332.

- Kirk, S., & Gallagher, J. (1979). *Education exceptional children*. (2nd ed.), Boston: Houghton Mifflin Company.
- Konstantareas, M., & Lampropoulou, V. (1995). Stress in Greek mothers with deaf children, effects of child characteristics, family resources and cognitive set. *American Annals of the Deaf*, 140(3), 257-264.
- Kaplan, F. (1997). Counseling adults who are hearing impaired, in Hull, R. *Aural rehabilitation serving children and adults*, 3rd ed. London. Singular Publishing Group, 194.
- Jackson, L. (1997). A psycho-social and economic profile of the hearing impaired and deaf, in Hull, R: *Aural Rehabilitation*. 3rd ed., by Singular Publishing Group, 39-40.
- Jackson, L. (1997). Speech conversation for adults who are hearing impaired, in Hull, R: *Aural Rehabilitation*, 3rd ed., by Singular Publishing Group, 253-258.
- Johnson, C., Simons, R., & Beacman, J. (1999). Parents and peer group as mediators of the effect of community structure on adolescent problem behavior. *American Journal of Community Psychology*, 24(1), 145 ,171.
- Kentish, R., Crocker, S., & Mckenna, L. (2000). Children's experience of tinnitus: preliminary survey of children, presenting to a psychology department. *British Journal Audiology*, 34(6), 336-340
- Kimberl, M., & Elsie, B. (2005). Concerns of children, who have hearing and their families. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(1), 96-100.
- Lloyd, F. (1973). Mental retardation and hearing impairment, in Norris, A. *PRWAD Deafness Annual*, Washington DC.
- Liwag, M. (1989). Mothers and fathers of autistic children, an exploratory study of family stress and coping. *un-published master Thesis University of North Carolina*.
- Lowry, M. (1989). Predicting stress in the mothers of handicapped persons, the importance of stressor characteristics and resources, *unpublished doctorate thesis, University of Notre Dame*.
- Lillemor R. (1996). Occupational hearing loss, coping family life, in Erlands' sons. *Scandinavian Audiology*, 25,43.
- Landreth, G., & Lobaugh, A. (1998). Filial therapy with Incarcerated fathers: effects on parental acceptance of child, parental stress, and child adjustment. *Journal of Counseling and Development*, 76(2), 157-165.
- Lewis, W. (1998). Social information processing in lower and higher aggressive black adolescence, dissertation abstract international, *PhD, Hofstra University*, 49(7b), 37- 42.

- Morethan, M., & Richard, G. (1980). *The every day needs of sick and handicapped children & their families*. London, Tovistock Publications, 110-112.
- Michaelis, C. (1980). Home and school partner ship. In *Exceptional education*, Rockville, Maryland Aspen Systems Corporation.
- Mollick, L., & Etra, K. (1982). *Poor learning ability or poor hearing in educating exceptional Children*, Guilford, Conn : Dushkin Publishing Company .
- Margrit, M., & Raviv, O. (1983). Mother perception, of family climate in families with retarded child. *Exceptional Child*, 30(2), 163-169.
- Meadow, K. (1985). *Impact of a child hearing loss on the family*, 260,556.
- Mcdonald, L. (1988). Stress and supports in families with a handicapped child and Adjustment of families with handicapped children, In Brain. D. *Alternative futures for the education of students with severe disabilities*, Cando, Edmonton.
- Montgomery, J. (1991). *Psychological effects of torture on adults, children and family relationships*. Refugee Studies Program, University of Oxford.
- Manfred, H. (2000). Children who are hearing impaired with additional disabilities & related aspects of parents. *Exceptional Children*, 66(3), 327-332.
- Monzani, D., Calsolari, L., Guidetti, G., & Rigatelli, M. (2001). Psychological Distress & Disability in Patients with Vertigo, *Journal Psychosomatic Research*. 7(6), 319-323.
- McCombe, A., Baguley, D., Coles, R. Mckenna, L., Mckinney, C., & Windle –Taylor, P. (2002). Guidelines for the grading of tinnitus severity: the results of a working group, Commissioned by The British Association of Otolaryngologists. *Clin-Otolaryngol*, 26(5), 388-393.
- Oyer, E., & Paolucci, B. (1970). Homemakers hearing Loss and family integration. *Journal of Home Economics*, 6(12), 257-262.
- Oyer, H., & Oyer,E. (1979). Social consequences for hearing Loss for the elderly. *Allied Health Behavioral Sciences*, 23(2), 123-138.
- Oliver, J., Reed, C., & Smith, B. (1998). Patterns of psychological problems in university undergraduates: factor structure of symptoms of anxiety and depression, physical symptoms, alcohol use, and eating problems. *Social Behavior and Personality*, 26(3), 211-232.
- Punamaki, S. (1987). *Children in the shadow of war, a psychological study on attitudes and emotional life of Israel and Palestinian children*. Temper Peace Research Institute, Research Report, 23.

- Pigge, F. (1997). Relationships between student characteristics and changes in attitudes, concerns, anxieties and confidence about teaching during teacher preparation. *The Journal of Educational Research*, 81(2), 109-115.
- Pappas, G. (2000). *Diagnosis and treatment of hearing Impairment in children*. London, Singular Publishing group.
- Robinson, N., & Robinson, H. (1976). *The Mentally retarded child*. McGraw-Hill, N.Y.
- Reilly, R. (1983). *Educational psychology*. MacMillan publishing Co., New York, 113.
- Roach D. (1984). Psychosocial stress in parents of normal physically handicapped and hyperactive children, *un-published master thesis, University of Alberta*.
- Reinisch, J., & Sanders, S. (1986). A test of sex difference in aggressive response to hypothetical conflict situation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 1045-1049.
- Reichle, N. (1987). *Stress, support, and Quality of parenting: comparisons of black, married and previously- married mothers of handicapped and non-handicapped children*. University of North Carolina: at Chapel Hill.
- Shell L., and Shellhase. F. (1972). Role of the family in rehabilitation. *Social Case Work*, 3(11), 544-550.
- Stark, R. (1974). *Sensory capabilities of hearing impaired children*, University Park Press, Baltimore, 307.
- San-Martino, M., & Newman, M., (1974). Siblings of retarded: a population at risk. *Child Psychiatry & Human Development*, 14(4), 168-177.
- Sandidge, S., & Friedland, S. (1975). Sex role taking and aggressive behavior in children. *The Journal of Genetic Psychology*, 126(7), 222-231.
- Shope, L. (1978). Physical verbal aggression, sex differences in style. *Journal of Personality*, 46(1), 22-42.
- Schreiber, M. (1984). Normal sibling of retarded persons, *Social Case Work*. 9(5), 420-427.
- Sanders, J. (1993). Stress and adjustment in families with an autistic or down syndrome member, *un-published doctorate thesis, Memphis State University*.
- Simon, J. (1994). *Human adjustment*. Madison: Brown and Benchmark, 146.
- Trybus, R., & Karchmer, M. (1977). School achievement scores of hearing impaired children. *American Annals of the Deaf*, 12(2), 62-69.
- Thabet, A., & Vostanis, P. (1998). Social adversities and anxiety disorders in the Gaza strip. *Archives of Childhood Diseases*.

- Turkington, C., & Sussman, E. (2000). *Living with hearing loss, The source book for deafness and hearing disorders*, New York, Check mark book.
- Wikler, L. (1981). Chronic sorrow revised: parent's professional detection of the adjustment of parents of mentally retarded children. *American Journal of Psychiatry*, 16(6), 56-62.
- WHO. (1995). *Disability in northern and middle Gaza*, October (2002)MPDL Report.
- Ysseldyke, J., & Algozzine, B. (1995). *Special education a practical approach for teachers*, Houghton Mifflin.
- Yardley, L., Owen, N., Nazareth, I. & Luxon, L. (2001). Panic disorder with agoraphobia associated with dizziness: Characteristic symptoms and Psychological Sequel. *Journal New Mental Diseses*, 189 (5), 321-327.

الملاحق

خارطة قطاع غزة

موافقة لجنة هلسنكي

الاستئذان الخطي من أسر المعاقين

استمارة بيانات عن المعاق وأسرتة

مقياس الصحة النفسية

قائمة بأسماء محكمي مقياس الصحة النفسية

خارطة قطاع غزة



ملحق 2

مواقفة لجنة هلسنكي

ملحق 3

الاستئذان الخطي من أسر المعاقين

السيد/_____ حفظه الله

تحية احترام وتقدير

الموضوع: توزيع استمارة ومقياس لأبنائكم الطلبة في مدراس الإعاقة السمعية.

نشكر لكم حسن تعاونكم ونرجو من سيادتكم التكرم والمساعدة في إنجاز هذه المهمة وهي توزيع هذا المقياس لأبنائكم الطلبة من المعاقين سمعياً وضعاف السمع وحالات الصمم التام وذلك من خلال إرسالها للأسرة مع كل طالب يدرس لديكم وتعبئتها من قبل أحد الوالدين والتي تخدم الباحث في إنجاز رسالة الماجستير المسجلة في:

(جامعة القدس - أبو ديس - كلية الصحة العامة - تخصص صحة نفسية)

بعنوان تأثير الإعاقة السمعية للأطفال علي الصحة النفسية للوالدين

والتي تساعد في المستقبل المؤسسات والمهنيين العاملين في المجال ومساعدة أسر الأطفال المعاقين سمعياً وأبنائهم الطلبة. مع العلم أن البيانات ستبقى سرية لأغراض البحث العلمي فقط.

ودمتم

الباحث

راند عبدا الله مغاري

ملحق 4

استمارة بيانات عن المعاق وأسرتة

الإخوة الكرام / والد ووالدة الطفل المحترمين

رقم الاستمارة: _____

تحية احترام وتقدير . . .

نرجو منكم التكرم بمساعدتنا في الإجابة عن هذه الاستمارة رغبة منا في الحصول علي بعض المعلومات التي ستخدم في المستقبل إن شاء الله أهالي الأطفال الذين يعانون من صعوبات سمعية و إعاقه الصمم التام سواء كان في تحسين الوضع النفسي لهم أو تحقيق درجة أكبر لتحسين الصحة النفسية للوالدين والعمل علي إيجاد علاقة مميزة بين الوالدين والأبناء وبين المهنيين العاملين معهم في مجالات عدة .

يرجى وضع إشارة (X) إلى جانب الإجابة المناسبة:

م	السؤال	الإجابة
1	المجيب علي الأسئلة	<input type="checkbox"/> الأب <input type="checkbox"/> الأم
2	المستوي التعليمي للأب	<input type="checkbox"/> ابتدائي وما دون <input type="checkbox"/> إعدادي <input type="checkbox"/> ثانوي <input type="checkbox"/> جامعي فما فوق
3	المستوي التعليمي للام	<input type="checkbox"/> ابتدائي وما دون <input type="checkbox"/> إعدادي <input type="checkbox"/> ثانوي <input type="checkbox"/> جامعي فما فوق
4	دخل الأسرة	_____ بالشيكل
5	مكان السكن	<input type="checkbox"/> مخيم <input type="checkbox"/> مدينة <input type="checkbox"/> قرية
6	عدد المعاقين في الأسرة	_____ معاق
7	عدد المعاقين سمعياً في الأسرة	_____ معاق سمعياً"
8	جنس المعاق سمعياً	<input type="checkbox"/> ولد <input type="checkbox"/> بنت
9	تم عمل فحص سمعي خاص للطفل/ه	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا (إذا نعم ما هي الدرجة)
10	درجة فقدان السمع	<input type="checkbox"/> ضعيف <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> شديد <input type="checkbox"/> شديد جدا"

ملحق 5

مقياس الصحة النفسية

SCL - 90

يهدف هذا المقياس للتعرف علي رأيك حول بعض القضايا الشخصية

الرجاء التكرم بالإجابة وذلك بوضع دائرة حول رمز الإجابة المناسبة لوجهة نظرك حول وجود هذه المشاكل خلال الأسبوع الماضي، حيث يوجد أمامك عدد من المشكلات التي قد تعاني منها - يرجى اختيار رمز الإجابة التي تنطبق عليك فإذا كنت لا تعاني أبداً" عليك اختيار رمز صفر وهكذا..

(مثال توضيحي علي ذلك الاستمارة)

4	3	2	1	0	الصداع المستمر	1
---	---	---	---	---	----------------	---

صفر : لا توجد إطلاقاً"

١ : توجد

٢ : توجد بشكل متوسط

٣ : توجد بشكل كبير

٤ : توجد بشكل كبير جداً"

علماً بأن إجابتك ستعامل بمنتهى السرية ولن تستخدم إلا في الأغراض العلمية فقط شاكرين لكم حسن تعاونكم

م	الفقرة	لا توجد إطلاقاً	توجد	توجد بشكل متوسط	توجد بشكل كبير	توجد بشكل كبير جداً
1	الصداع المستمر					
2	الشعور بالإعياء أو الإغماء أو الدوخة					
3	الإحساس بالألم في القلب أو الصدر					
4	الإحساس بالألم أسفل الظهر					
5	الإحساس بالغثيان واضطراب المعدة					
6	الشعور بالألم في العضلات					
7	الصعوبة في التقاط أنفاسك					
8	الإحساس بنوبات من السخونة أو البرودة في جسمك					
9	تتميل أو شكشكة في أجزاء من جسمك					
10	الإحساس بأن شيء يقف في زورك/يسد زورك					
11	الشعور بضعف في أجزاء من جسمك					
12	الشعور بثقل في أذرعك أو أرجلك					
13	وجود أفكار أو خواطر أو ألفاظ غير مرغوب فيها لا تفارق بالك					
14	الصعوبة في تذكر الأشياء					
15	الانشغال الزائد فيما يتعلق بالقذارة أو الإهمال					
16	عدم القدرة علي إتمام أعمالك					
17	الاضطرار إلي أداء أعمالك ببطء شديد حتى تتأكد من دقتها					
18	الاضطرار من إعادة التأكد من أفعالك (تعيد وتزيد)					
19	صعوبة اتخاذ القرارات					
20	الإحساس بأن ذهنك خال من الأفكار					
21	صعوبة في التركيز					
22	الاضطرار إلي تكرار نفس الأفعال كاللمس والعد والغسيل					
23	الشعور بحساسية تجاه الآخرين					
م	الفقرة	لا توجد	توجد	توجد بشكل متوسط	توجد بشكل كبير	توجد بشكل كبير جداً

بشكل كبير جداً	بشكل كبير	بشكل متوسط		توجد إطلاقاً		
					الشعور بالخجل أو الاضطراب مع الجنس الآخر	24
					الإحساس بأن مشاعرك يمكن أن تجرح بسهولة	25
					الشعور بأن الآخرين لا يفهمونك أو لا يتعاطفون معك	26
					الشعور بعدم صداقة الناس لك أو لا يتعاطفون معك	27
					الإحساس بأنك اقل من الآخرين (الشعور بالنقص)	28
					الشعور بالاضطرابات والضيق عندما يتحدث الناس عنك أو يراقبونك	29
					الإحساس بالخجل والهيبية في وجود الآخرين	30
					الإحساس بضيق عند تناول طعام أو شراب في مكان عام	31
					أشعر بأن رغبتني وحياتي الجنسية غير طبيعية	32
					الشعور بالخمول أو قلة النشاط	33
					التفكير في إنهاء حياتك	34
					البكاء بسهولة	35
					الشعور بأنك محبوس أو مقيد الحركة	36
					تلوم نفسك علي الأحداث التي تمر بك	37
					عدم القدرة علي إتمام أعمالك	38
					الإحساس بالوحدة	39
					الإحساس بالانقباض	40
					القلق علي الأشياء بصورة مبالغ فيها	41
					الشعور بعدم الاهتمام بما حولك	42
					الإحساس باليأس من المستقبل	43
					سرعة الانفعال أو الاضطراب الداخلي	44
					رعشة بالجسم	45
					رعب مفاجيء بدون سبب	46
					الشعور بالخوف	47
توجد بشكل	توجد بشكل	توجد بشكل	توجد بشكل	لا توجد	الفقرة	م

	إطلاقاً	متوسط	كبير	كبير جداً		
48					الإحساس بضربات القلب وزيادة سرعتها	
49					الشعور بالتوتر أو أنك مشدود داخلياً	
50					نوبات من الفزع أو الذعر بدون سبب معقول	
51					الشعور بعدم الاستقرار لدرجة لا تمكنك من الجلوس هادئاً في مكان	
52					اشعر بصعوبة في التعرف علي الأشياء المألوفة	
53					أشعر بوجود قوة داخلية تدفعني للقيام بأعمال معينة	
54					الشعور بسرعة المضايقة والاستثارة	
55					ثورات مزاجية لا يمكن السيطرة عليها	
56					الإحساس بدافع ملح لان تضرب أو تجرح أو تؤذي شخص معين	
57					الشعور بدافع ملح لتكسير أو تخريب الأشياء	
58					الدخول في كثير من الجدل والمناقشات	
59					اشعر بالعصبية والتوتر لدرجة أنني أبدأ بالصراخ وقذف الأشياء التي تقع في يدي	
60					الشعور بالخوف في الأماكن المفتوحة أو الشوارع	
61					الشعور بالخوف من أن تخرج من المنزل بمفردك	
62					الشعور بالخوف عند السفر بالسيارات أو الأتوبيسات	
63					الاضطرار إلي تجنب أشياء أو أعال أو أماكن معينة لأنها تسبب لك الإحساس بالخوف	
64					الشعور بضيق في الأماكن المزدحمة كالأسواق والسينما	
65					الشعور بالتوتر عندما تكون بمفردك	
66					الشعور بقلق واضطراب أثناء النوم	
67					الشعور بالخوف من الإغماء في الأماكن العامة	
68					إلقاء اللوم علي الآخرين في معظم متاعبك	
69					الشعور بعدم الثقة في معظم الناس	
70					الشعور بان الآخرين يراقبونك أو يتحدثون عنك	
م	لا توجد	توجد بشكل	توجد بشكل	توجد بشكل	الفقرة	

	إطلاقاً	متوسط	كبير	كبير جداً	
71					وجود أفكار أو معتقدات لديك لا يشاركك فيها الآخرون
72					الشعور بأن الآخرون لا يعطوك ما تستحق من ثناء وتقدير علي أعمالك وإنجازاتك
73					الإحساس بأن الناس سوف يأخذون فرصتك لو مكنتهم من ذلك
74					الاعتقاد بأن شخص ما يستطيع السيطرة علي أفكارك
75					سماع أصوات لا يسمعها الآخرون
76					الاعتقاد بان الآخرون يطلعون علي أفكارك الخاصة
77					الشعور بان أفكارك ليست من صنعك
78					الشعور بالوحدة في وجود الآخرين
79					اشعر بالتعب وعدم الراحة كلما فكرت في الأمور الجنسية
80					أفكار تسيطر عليك بأنك لا بد أن تعاقب علي ذنبك
81					الاعتقاد بأن هناك شيئاً خطيراً قد حل بجسمك
82					عدم الشعور بأنك قريب من أي إنسان آخر
83					الاعتقاد بأن هناك تغييراً غريباً قد طرأ علي أفكارك
84					ضعف الشهية للطعام
85					صعوبة الاستغراق في النوم
86					التفكير في الموت
87					الإفراط في تناول الطعام
88					أستيقظ من النوم مبكراً ولا أستطيع العودة إلي النوم مرة أخرى
89					نوم مضطرب وغير مريح
90					الشعور بالذنب

ملحق 6

قائمة بأسماء محكمي مقياس الصحة النفسية

أ.د محمد وفائي الحلو	أستاذ علم النفس - كلية التربية بالجامعة الإسلامية بغزة
د. محمد محمد عليان	أستاذ علم النفس المساعد- عميد كلية التربية بجامعة الأزهر بغزة
د. عبد العظيم المصدر	أستاذ مساعد ورئيس قسم علم النفس - كلية التربية بجامعة الأزهر بغزة
د. محمد جواد الخطيب	أستاذ علم النفس المساعد - كلية التربية بجامعة الأزهر بغزة
د. أحمد أبو طواحينية	أستاذ الصحة النفسية المساعد - برنامج غزة للصحة النفسية
د. فضل عاشور	أخصائي الطب النفسي

فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع	الرقم
I	البيان	
II	شكر وعرهان	
III	ملخص الدراسة باللغة العربية	
V	ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية	
VI	فهرس المحتويات	
VIII	قائمة الجداول	
X	قائمة الأشكال	
XI	قائمة الملاحق	
الفصل الأول - المقدمة		
2	خلفية البحث	1.1
5	مشكلة البحث	1.2
5	مبررات البحث	1.3
7	أهداف البحث	1.4
7	أسئلة البحث	1.5
8	الفرضيات الأساسية	1.6
9	حدود البحث	1.7
10	مصطلحات البحث	1.8
13	استعراض لفصول الدراسة	1.9
الفصل الثاني - استعراض الأدبيات		
16	مراجعة النظريات المتعلقة بالبحث	2.1
22	مراجعة الأبحاث المتعلقة بالبحث	2.2
36	الخلاصة	2.3
الفصل الثالث - الإطار المفاهيمي		
40	الإعاقة السمعية	3.1
41	تعريفات الإعاقة السمعية	3.1.1
44	معدل انتشار الإعاقة السمعية عالمياً وعربياً	3.1.2

45	حجم الإعاقة السمعية في قطاع غزة	3.2.2
56	نظرة تاريخية عن رعاية وتأهيل المعاقين سمعياً	3.2.3
49	أسباب الإعاقة السمعية	3.2.4
53	تأثير الإعاقة السمعية على الأسرة	3.2.5
56	تأثير الإعاقة السمعية على الطفل الأصم	3.2.6
65	الصحة النفسية	3.2
66	مفهوم الصحة النفسية	3.2.1
68	تعريفات الصحة النفسية	3.2.2
70	الصحة النفسية بين السواء واللاسواء	3.2.3
71	تعقيب على الإطار المفاهيمي	3.3
الفصل الرابع - الأساليب		
74	تصميم البحث	4.1
75	مجتمع وعينة البحث	4.2
76	مكان البحث	4.3
76	الاعتبارات الأخلاقية للبحث	4.4
77	أدوات البحث	4.5
79	الدراسة الأولية "الاستطلاعية"	4.6
81	جمع ومعالجة البيانات	4.7
83	خطوات البحث	4.8
84	معوقات البحث	4.9
84	المشمولين والمستثنيين في البحث	4.10
الفصل الخامس - النتائج		
86	عرض النتائج	5.1
104	الخلاصة	5.2
الفصل السادس - الاستنتاجات والتضمينات		
105	الاستنتاجات والتضمينات	6.1
126	التوصيات	6.2
المراجع		
128	أولاً: المراجع العربية	
138	ثانياً: المراجع الأجنبية	
145	الملاحق	

قائمة الجداول

الصفحة	الموضوع	الجدول
76	يبين توزيع أفراد العينة من الآباء والأمهات وفقاً للمحافظة والمؤسسة	1
79	يظهر معامل ارتباط درجة كل بعد من أبعاد مقياس الصحة النفسية مع الدرجة الكلية للمقياس	2
81	معاملات ألفا كرونباخ لأبعاد مقياس الصحة النفسية	3
87	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة (ت) لأبعاد لمقياس الصحة النفسية SCL - 90 - R بالنسبة للوالدين	4
89	اختبار (ت) للفرق بين متوسطي درجات الآباء في الصحة النفسية تبعاً لعدد الأطفال المعاقين سمعياً	5
90	اختبار (ت) للفرق بين متوسطي درجات الأمهات في الصحة النفسية تبعاً لعدد الأطفال المعاقين سمعياً	6
91	اختبار (ت) للفرق بين متوسطي درجات الآباء في الصحة النفسية تبعاً لجنس الأطفال المعاقين سمعياً	7
92	اختبار (ت) للفرق بين متوسطي درجات الأمهات في الصحة النفسية تبعاً لجنس الأطفال المعاقين سمعياً	8
93	تحليل التباين الأحادي لدرجات الآباء في أدائهم على مقياس الصحة النفسية حسب متغير درجة الإعاقة السمعية	9
94	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات الآباء على مقياس الصحة النفسية حسب متغير درجة الإعاقة السمعية	10
95	تحليل التباين الأحادي لدرجات الأمهات في أدائهن على مقياس الصحة النفسية حسب متغير درجة الإعاقة السمعية	11
95	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات الأمهات على مقياس الصحة النفسية حسب متغير درجة الإعاقة السمعية	12
97	يبين تحليل التباين الأحادي لدرجات الآباء في أدائهم على مقياس الصحة النفسية حسب متغير مكان السكن	13
97	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات الآباء على مقياس	14

	الصحة النفسية حسب متغير مكان السكن	
96	تحليل التباين الأحادي لدرجات الأمهات في أدائهن على مقياس الصحة النفسية حسب متغير مكان السكن	15
99	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات الأمهات على مقياس الصحة النفسية حسب متغير مكان السكن	16
100	تحليل التباين الأحادي لدرجات الآباء في أدائهم على مقياس الصحة النفسية حسب المستوى التعليمي للآباء	17
101	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات الآباء على مقياس الصحة النفسية حسب متغير المستوى التعليمي	18
102	تحليل التباين الأحادي لدرجات الأمهات في أدائهن على مقياس الصحة النفسية حسب المستوى التعليمي	19
103	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات الأمهات على مقياس الصحة النفسية حسب متغير المستوى التعليمي	20

قائمة الأشكال

الصفحة	الموضوع	الشكل
88	شكل يبين درجات الصحة النفسية للآباء والأمهات	1
88	شكل يبين درجات أبعاد الصحة النفسية للآباء والأمهات	2

قائمة الملاحق

الصفحة	الموضوع	الملحق
146	خارطة قطاع غزة	1
147	موافقة لجنة هلسنكي	2
148	الاستئذان الخطي من أسر المعاقين	3
149	استمارة بيانات عن المعاق وأسرتة	4
150	مقياس الصحة النفسية المعدل SCL - 90 - R	5
155	قائمة بأسماء محكمي مقياس الصحة النفسية	6