المدركات الإيجابية تجاه الإعاقة وعلاقتها بالضغوط الأسرية وأساليب مواجهتها لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقات الذهنية

د. مريم عيسى الشيراوي ●
أ.د. فتحي السيد عبدالرحيم ● ●
محمد عبدالله الشراح ● ● ●

المقدمة:

تعتبر الأسرة نواة المجتمع، فهي المدرسة الأولى التي يستمد منها الطفل خبراته وتتشكل جوانب الشخصية لديه من خلالها، إضافة إلى قيامها بدور أساسي في عمليات التنشئة الاجتماعية من أجل تهيئة الطفل لكي يكون له دور فعال ومشارك في تنمية المجتمع.

والأسرة بحد ذاتها إنما هي نظام اجتماعي أو مؤسسة اجتماعية ذات طبيعة اعتمادية متبادلة يحدد مداها عدد أفرادها والأدوار التي أدوها، والتي تتفق مع شخصياتهم وقدراتهم، وهي بدورها تحدد علاقات بعضهم ببعض (عمر نصر الله، 2002). وتشير أميرة طه بخش 2003، إلى أن ما يتعلمه الطفل في المحيط الأسري يحتل مكانة مهمة لهذا يعتبر الوالدان أكثر

● كلية الدراسات العليا - جامعة الخليج العربي
● ● كلية الدراسات العليا - جامعة الخليج العربي
● ● ● معهد البحوث التربوية - جامعة القاهرة

أهمية من سواهما ممن يتفاعل الطفل معهم. ولاشك بأن ميلاد طفل جديد للأسرة هو من أهم وأسعد اللحظات والمواقف التي يستعد لها الوالدان والتي يبنون عليها أحلامهم وتطلعاتهم، وعند ولادة طفل معاق ذهنيا فإن هذه الأحلام ستختفي وستظهر عليهم مظاهر أخرى تتسم بالإحباط والتوتر والقلق والشعور بالذنب، حيث تختلف هذه المظاهر من أسرة إلى أخرى باختلاف ثقافاتها ومدى تماسك أفرادها واتباعهم لأساليب أخرى قد تخفف من الضغوط الواقعة عليهم.

وعلى الرغم من وجود الكثير من الدراسات التي تبين وتوضح الآثار والجوانب السلبية الناتجة عن ولادة طفل معاق ذهنيا على جميع أفراد الأسرة سواء على الوالدين أو الطفل المعاق نفسه أو على باقي إخوته، إلا أنه وجدت بعض الدراسات التي أشارت إلى جوانب إيجابية لدى هذه الأسر، ومنها أن الطفل المعاق مصدراً للفرح ولزيادة التقارب بين أفراد الأسرة واتساع شبكة العلاقات الاجتماعية، مما جعل هذه الأسر تحقق نوعاً من التكيف والتوافق في ظل وجود طفل معاق ذهنيا، وهذا ما دفع الكثير من المهتمين بالعمل في هذا المجال بوضع البرامج التدريبية والإرشادية المناسبة لهذه الأسر.

وتشير سعيدة الشمالي 2001، إلى أن بعض الدراسات وصفت أسر الأطفال المعاقين ذهنياً بأن لديها القدرة على مواجهة الأزمات والضغوط وتقوم ببعض الأساليب والأنشطة التي تساعدها على التوافق مع هذه الضغوط وتمثل استجابات التكيف مع المشكلات الأسرية التي تحاول من خلالها تسخير قدراتها والاستفادة من الموارد المتاحة لها في المجتمع بما يساعد هذه الأسر على إعادة التوازن اللازم لبقائها والقيام بدورها.

مشكلة الدراسة:

إن ولادة طفل معاق ذهنياً تجعل الأسرة في مواجهة نوع خاص من التحدي ويتمثل ذلك في مواجهة الآثار الناجمة عن وجود هذا الطفل، ويمكن القول بأن الفترة الزمنية ابتداءً من مرحلة الصدمة ومروراً بمرحلة القيم الذاتية حتى الوصول إلى مرحلة التقبل هي من أهم وأصعب المراحل التي يمر بها الوالدان، فقد تستغرق فترةً زمنيةً بسيطة لدى بعض الأسر ولكن قد تمتد لفترات زمنية طويلة عند الآخرين.

ويشير فتحي السيد عبدالرحيم (1981، ص149) إلى أنه ربما لا توجد ظروف سيئة يمكن أن تواجه أسرة من الأسر ويصعب على الأسرة مسايرتها أكثر من الظروف التي تؤدي إلى إعاقة النمو العقلي للطفل. ولقد ظهرت العديد من البحوث والدراسات التي أجريت على أسر الأطفال

المعاقين ذهنياً، حيث تناولت المظاهر السلبية والآثار الناجمة عن إعاقة الطفل سواء على طبيعة العلاقات المتبادلة بين أفراد الأسرة أو الضغوط الواقعة عليها، إضافة إلى مشكلات اجتماعية وسلوكية وانفعالية لدى بعض أفراد الأسرة. ويشير عمر نصر الله 2002، إلى أن إنجاب طفل معاق ذهنياً يسبب للأسرة مشكلات عاطفية وسلوكية واقتصادية واجتماعية وقد يفكك من تماسك الأسرة ويحد من نشاطاتها المعتادة بسبب توجيه الرعاية والاهتمام وبذل الجهد الذي يتجه نحو هذا الطفل. ومن هنا فإن مشكلة الدراسة تتركز حول الخبرات والمدركات الإيجابية تجاه الإعاقة لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقات الذهنية البسيطة وعلاقتها بالضغوط الأسرية من جهة وبأساليب مواجهة تلك الضغوط من جهة أخرى.

أسئلة الدراسة:

هل توجد فروق دالة إحصائياً في الضغوط الأسرية بين أسر الأطفال ذوي الإعاقات الذهنية البسيطة الذين لديهم والذين ليست لديهم خبرات ومدركات إيجابية تجاه الإعاقة؟

هل توجد فروق دالة إحصائياً في أساليب مواجهة الضغوط بين أسر الأطفال ذوي الإعاقات الذهنية البسيطة الذين لديهم والذين ليست لديهم خبرات ومدركات إيجابية تجاه الإعاقة؟

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى تسليط الضوء على أسر الأطفال ذوي الإعاقات الذهنية البسيطة الذين لديهم خبرات ومدركات إيجابية تجاه الإعاقة مقارنة بأسر الأطفال الذين ليست لديهم تلك الخبرات والمدركات الايجابية، كما تهدف الدراسة إلى معرفة العلاقة بين تلك الخبرات والمدركات الإيجابية تجاه الإعاقة لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقات الذهنية البسيطة بالضغوط الأسرية من جهة وبأساليب مواجهة الضغوط لدى هذه الأسر من جهة أخرى.

أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة في الاهتمام بالوجه الآخر من الصورة والتي تتعلق بالخبرات والمدركات الإيجابية تجاه الإعاقة لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقات الذهنية البسيطة، والتي تفتقر لها الدراسات العربية بشكل كبير والتعرف على استراتيجيات وأساليب مواجهة الضغوط المستخدمة عند هذه الأسر.

ومن جانب آخر يمكن الاستفادة من نتائج هذه الدراسة من قبل المختصين والمهتمين ببرامج الأسرة في عمل البرامج الإرشادية المناسبة لأسر الأطفال ذوي الإعاقات الذهنية الذين لديهم

خبرات ومدركات سلبية تجاه الإعاقة، حيث تعمل هذه البرامج على التقليل من النواحي السلبية وزيادة الجوانب الايجابية لديهم، ومن جهة أخرى تساهم في استخدام استراتجيات وأساليب مواجهة مناسبة للتغلب على الضغوط التي تواجه أسر الأطفال ذوى الإعاقات الذهنية البسيطة.

مصطلحات الدراسة:

الإعاقة الذهنية Intellectual Disability:

يشير مصطلح الإعاقة الذهنية حسب تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقة الذهنية، أنها إعاقة تتسم بالقصور الواضح في كل من الأداء الوظيفي العقلي والمهارات التكيفية والمفاهيمية والاجتماعية والعملية، وتظهر هذه الإعاقة قبل سن الثامنة عشرة (Luckasson، et al،2002).

التعريف الإجرائي للإعاقة الذهنية:

وهم التلاميذ الملتحقون بمدارس التربية الفكرية للبنين والبنات ومدارس التأهيل المهني للبنين والبنات التابعة لمدارس التربية الخاصة بدولة الكويت، والذين يندرجون ضمن فئة الإعاقة الذهنية البسيطة والتي تتراوح نسب ذكائهم بين (52 – 68) درجة على مقياس ستانفورد بينيه للذكاء، أو (55–70) على مقياس وكسلر للذكاء.

المدركات الإيجابية تجاه الإعاقة Positive Perceptions Of Disabilities:

هي مجموعة من المشاعر والأحاسيس والأفكار والسلوكيات يدرك الآباء والأمهات من خلالها أن الطفل المعاق يمثل مصدراً من مصادر السعادة للأسرة، ويسهم في تماسكها، ويعتبر مثيراً للتطور والنمو الشخصي لأفراد الأسرة، وعاملاً من عوامل توسعة الشبكات الاجتماعية في العلاقات الأسرية، ومصدراً من مصادر التعلم لأفراد الأسرة من خلال خبراتها الخاصة والتحديات التي تواجهها (فتحى السيد عبدالرحيم، 2003).

التعريف الإجرائي للمدركات الإيجابية تجاه الإعاقة:

هي الدرجة التي يحصل عليها آباء وأمهات الأطفال ذوي الإعاقات الذهنية البسيطة بناءً على محكات الربيعات، وذلك على الأبعاد الفرعية لاستبانة المدركات الإيجابية تجاه الإعاقة المستخدمة في الدراسة، حيث تشير درجات الربيع الأعلى للآباء والأمهات ذوى المدركات الإيجابية تجاه الإعاقة، في حين تشير درجات الربيع الأدنى للآباء والأمهات الذين ليس لديهم مدركات إيجابية تجاه الإعاقة.

الضغوط الأسرية Family Stress:

يعرف ماكوبين (Mccubbin، 1979، p.238) الضغط الأسري بأنه حالة عدم توازن تقع فيها الأسرة عند تعرضها لأي حادث ضاغط وتستمر حالة عدم التوازن إذا لم تتحرك الأسرة بطرق فعالة لحل المشكلة لاستعادة ثبات الأسرة.

التعريف الإجرائي للضغوط الأسرية:

هي الدرجة التي يحصل عليها آباء وأمهات الأطفال ذوي الإعاقات الذهنية البسيطة على الأبعاد الفرعية لاستبيان الضغوط ومصادرها المستخدم في الدراسة.

أساليب (استراتيجيات) المواجهة Coping Strategies:

يطلق عليها أحيانا استراتيجيات التعامل أو المسايرة ويقصد بها جملة من الاستجابات والإدراكـات والأفـكـار الموجهة نحو التغلب على الأحـداث الحياتية التي قد تولد الضغوط (Mccubbin، 1979، p.240).

كما يقصد بها سلسلة من الأفعال وعمليات التفكير تستخدم لمواجهة موقف ضاغط أو غير سار أو في تعديل استجابات الفرد لمثل هذه المشكلات(فيوليت فؤاد إبراهيم وسعاد بسيونى وعبدالرحمن سيد سليمان ومحمد محمود النحاس، 2001 ص147).

التعريف الإجرائي لأساليب المواجهة:

هي الدرجة التي يحصل عليها آباء وأمهات الأطفال ذوي الإعاقات الذهنية البسيطة على الأبعاد الفرعية لمقياس أساليب مواجهة الضغوط المستخدم في الدراسة.

حدود الدراسة:

الحـدود البشرية: تم تطبيق الدراسة على (141) أسرة لديها أطفال من ذوي الإعاقات الذهنية البسيطة والملتحقين بمدارس التربية الفكرية ومدارس التأهيل المهني التابعة لمدارس التربية الخاصة بدولة الكويت.

الحدود الزمنية: تم تطبيق الدراسة خلال الفصل الدراسي الثاني للعام الدراسي (2005 - 2006م).

الحـدود المكانية: تم تطبيق الدراسة في مدارس التربية الفكرية للبنين والبنات ومدارس التأهيل المهني للبنين والبنات التابعة لمدارس التربية الخاصة في دولة الكويت.

منهج الدراسة:

تم استخدام المنهج الوصفي الذي يعد أحد المناهج الأساسية في البحوث التربوية والاجتماعية،

حيث يعنى بدراسة مشكلة ما في مجتمع ما بغرض تجميع الحقائق واستخلاص النتائج لحل تلك المشكلة(أحمد بدر، 1984)، ويعتبر المنهج الوصفي منهجاً مناسباً لهذه الدراسة حيث إن موضوع الدراسة الحالية يدور حول المدركات الإيجابية تجاه الإعاقة وعلاقتها بالضغوط الأسرية وأساليب مواجهتها لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقات الذهنية البسيطة.

الإطار النظري:

تعد الإعاقة الذهنية من أكبر المشكلات التي تهم قطاعاً كبيراً من العلماء والمتخصصين في المجتمع، حيث تظهر آثارها في المجالات الطبية والنفسية والتربوية والاجتماعية، فهي مشكلة متعددة الأبعاد والجوانب وتتداخل هذه الأبعاد والجوانب مما يقتضى تعاون عدد كبير من أجهزة الدولة والمتخصصين لمواجهتها والتخفيف من آثارها السلبية على الفرد والأسرة والمجتمع أيضا. فالأفراد المعاقون ذهنياً يحتاجون إلى رعاية طبية ونفسية وتربوية واجتماعية مما يتطلب تضافر جهود كل المتخصصين في هذه المجالات لتقديم الرعاية اللازمة في حينها دون تأخير وبصورة متكاملة وشمولية من أجل إعداد هؤلاء الأفراد للحياة الاجتماعية وتأهيلهم للاندماج في المجتمع الذي يعيشون فيه وتحقيق التوافق النفسي والاجتماعي لهم ولأسرهم(علا عبدالباقي2000). إن مولد طفل معوق في الأسرة قد يكون سبباً للشقاق الزواجي وخاصة إذا كانت شخصية الزوجين تسمح بهذا الشقاق، بمعنى أنه إذا لم يكن الوالدان على درجة ملحوظة من النضج، ويفتقدان القدرة عل تحقيق قدر من التفاهم والتوافق الزواجي، وكان لديهما استعداد للشقاق والمشاحنات الزوجية، فإن مولد الطفل المعوق سيكون سبباً كافياً لاندلاع المزيد من الخلافات والشقاق بينهما، حيث يحمل كل منهما الآخر مسؤولية ولادة هذا الطفل، كما يحاول كل منهما التهرب من المسؤوليات الكبيرة والمتمثلة في رعاية هذا الطفل والقائها على الآخر(علاء الدين كفافي، 2003).

تعريف الإعاقة الذهنية:

إن الإعاقة الذهنية مشكلة متعددة الجوانب والأبعاد، ومن ثم تعددت واختلفت التعريفات حول مفهومها، وذلك لتعدد واختلاف المحكات التي يمكن على أساسها تحديد معناها، ويمكن تحديد هذه المحكات في الجوانب التالية:

1. نسبة الذكاء.
2. الصلاحية الاجتماعية.

3. القدرة على التعليم.
4. الجانب الطبي.
5. أكثر من محك (سمية جميل، 1998).

ويشير يوسف القريوتى وعبدالعزيز السرطاوى وجميل الصمادى (2001) إلى أن الاهتمام بالإعاقة الذهنية من قبل مختلف الفئات المهنية والعلمية أدى إلى الاختلاف في فهم هذه الظاهرة وتحديد مسبباتها، حيث حاول الأطباء تفسيرها وفقاً لإطارهم المرجعي، في حين حاول المختصون الاجتماعيون تفسيرها وربطها بالمتغيرات الاجتماعية والثقافية في الأسرة والبيئة المحيطة، في حين أن علماء النفس والتربية انطلقوا من خلفياتهم الأكاديمية والمهنية وقدموا النظريات السيكولوجية والتربوية المختلفة.

وفي عام 2002 صدر تعريف للجمعية الأمريكية للإعاقة الذهنية، والذي ينص على أن "الإعاقة الذهنية هي إعاقة تتسم بالقصور الواضح في كل من الوظائف العقلية والمهارات التكيفية المفاهيمية والاجتماعية والعملية، ويظهر هذا القصور قبل سن 18 سنة" (Luckasson et al.، 2002).

ويعتبر تصنيف الجمعية الأمريكية للإعاقة الذهنية من أكثر التصنيفات قبولاً بين المختصين في هذا المجال، نظراً لأن المسميات التي يتضمنها لا تحمل درجة عالية من السلبية كما في التصنيفات الأخرى ويبين الجدول (1) هذه الفئات مع معاملات الذكاء المقابلة لكل فئة.

جدول (1) تصنيف فئات الإعاقة الذهنية حسب معامل الذكاء

درجة الإعاقة	معامل الذكاء
الإعاقة الذهنية البسيطة	من 50 – 55 إلى حدود 70
الإعاقة الذهنية المتوسطة	من 35 – 40 إلى 50 – 55
الإعاقة الذهنية الشديدة	من 20 – 25 إلى 35 – 40
الإعاقة الذهنية الشديدة جداً	دون 20

(كمال مرسي، 1980)

أهمية دور الأسرة في التنشئة الاجتماعية للأطفال المعاقين ذهنياً:

الأسرة هي نظام اجتماعي رئيسي يشكل أساس وجود المجتمع ومصدر الأخلاق فيه (سناء

الخـولي، 1982)، وتعتبر مؤسسة اجتماعية قائمة بذاتها ينشأ فيها الطفل وتتبلور معالم شخصيته، بناء على ما يحدث في هذه المؤسسة من تفاعل وعلاقات تعاون بين أفرادها (عصام نمر وعزيز سمارة، 1990).

ويوضح أحمد الكندرى (1992) أهمية الأسرة من خلال الجوانب التالية:

1. الأسرة جماعة اجتماعية دائمة تتكون من أشخاص لهم رابطة تاريخية وتربطهم ببعض صلة الزواج، والدم.
2. أن أفراد الأسرة عادة يقيمون في مسكن واحد.
3. الأسرة هي المؤسسة الأولى التي تقوم بوظيفة التنشئة الاجتماعية للطفل الذي يتعلم من الأسرة كثيراً من العمليات الخاصة بحياته.
4. الأسرة هي المؤسسة والخلية الاجتماعية الأولى في بناء المجتمع وهي الحجر الأساسي في استقرار الحياة الاجتماعية الذي يستند عليه الكيان الاجتماعي.
5. الأسرة وحدة للتفاعل الاجتماعي المتبادل بين أفراد الأسرة الذين يقومون بتأدية الأدوار والواجبات المتبادلة بين عناصر الأسرة، بهدف إشباع الحاجات الاجتماعية والنفسية والاقتصادية لأفرادها.
6. الأسـرة بوصفها نظاماً للتفاعل الاجتماعي تؤثر وتتأثر بالمعايير والقيم والعادات الاجتماعية والثقافية داخل المجتمع، وبالتالي يشترك أعضاء العائلة في ثقافة واحدة.
7. للأسرة نظام اقتصادي خاص من حيث الاستهلاك وإنتاج الأفـراد، لتأمين وسائل المعيشة للمستقبل القريب لأفراد الأسرة.

وتشير داليا مؤمن (2004) إلى أن أهمية دراسة الأسرة ترجع إلى ما تحتله من مكانه وأهمية في المجتمع الإنساني، وما تقوم به من وظائف أساسية في حياة كل من الفرد والجماعة وإن اختلفت هذه الوظائف أو اختلف شكل الأسرة باختلاف المجتمعات والعصور، ولقد زاد الاهتمام بدراسة الأسرة خلال العقود القليلة الماضية، لعوامل وأسباب متعددة منها الاعتقاد بأن النموذج الأساسي لتكوين الشخصية يتشكل خلال السنوات الأولى من حياة الفرد، وأن الأسرة هي أول مهندس يضع تصميماً لهذا النموذج. والأسرة تشكل الثقافة وتتشكل بفعلها، فالثقافة لا تقوم بتعريف الأسرة وبتحديد أنماط تفاعلاتها فقط، ولكنها تقرر أيضا الخطوط العريضة لأساليب الرعاية الوالدية، والأنمـاط السلوكية والتقاليد والقيم واللغة وحجم الأسـرة، وطرق قيامها

بوظائفها ودورها في المجتمع الكبير.

ومع تزايد إدراك أهمية دور الأسرة المهم والضروري في المشاركة بتربية ابنها المعاق، وتأثير هذه المشاركة الإيجابية على نمو وتنشئة وتأهيل ابنها، فإن العناصر التالية تعتبر مبررات لتلك الأهمية:

1. إن الفترة الأطول التي يقضيها المعاق من حياته هي بين أفراد أسرته.
2. دور الأسرة الكبير في إحداث نتائج إيجابية في نمو ابنهم المعاق وبخاصة في مراحل النمو المبكرة.
3. إبقاء الأسرة على اتصال واطلاع بطبيعة الخدمات والبرامج المقدمة لابنها وإبداء ملاحظاتهم وآرائهم.
4. اشتراك الوالدين في تربية أبنائهما المعاقين من أهم الواجبات الاجتماعية والتشريعية.
5. إن مساعدة الأهل ودورهم في تربية أبنائهم المعاقين يشكل تعزيزا طبيعيا، ويحقق تكافؤ الفرص في تربية الأبناء الآخرين إلى جانب الابن المعاق.
6. إن تعاون الآباء يزيد من فعالية البرامج المقدمة لأبنائهم المعاقين.
7. إن مشاركة الآباء تساهم في زيادة المعلومات لديهم عن الإعاقة وكيفية التعامل معها ويزيد من خبراتهم ويساهم في تدريبهم (جمال الخطيب وآمنة راشد وغانم البسطامى ومنى عبدالكريم).

ويذكر كمال مرسي(1996) أنه قد حدث تطور في دور التربية الخاصة ليشمل رعاية الأسرة والطفل معاً حتى يستمر تماسك الأسرة وترابطها، ويكتسب الوالدان المعلومات والمهارات التي تمكنهما من رعاية طفلهما، ودمجه مع الأطفال العاديين وتنظيم سلوكه، وتنمية قدراته ومهاراته الجسمية والعقلية والاجتماعية. وهكذا فإن التربية الخاصة الحديثة تحرص على تطوير مهارات والدي الطفل المعاق ذهنياً بحيث يكونان معلمين أساسيين في تنفيذ برامج رعايته، وتركز على زيادة معارفهما عن حالة ابنهما وحاجاته النفسية والجسمية والاجتماعية، وتنمية مهارتهما في التعامل معه وتنظيم سلوكه وعلاج مشكلاته وإكسابه المهارات المختلفة التي تساعد على اندماجه في الأسرة وفي المجتمع. وقد أوضحت الدراسات أن المعاق ذهنياً الذي يدرك أن أباه يعامله مثل بقية أخوته ولا يفرق بينه وبين أخوته في المعاملة يرتفع تقديره لذاته، وتوجد علاقة إيجابية بين اتجاهات الآباء (التقبل، المساواة، الإثابة) نحو الأطفال المعاقين ذهنياً كما يدركونها وتقدير الذات لديهم، حيث إن للوالدين دوراً مهماً في تكوين صورة ايجابية للذات أو رفع تقدير الذات

لدى الطفل المعاق ذهنياً من خلال الأساليب التي يعامل بها الوالدان الطفل والتي تعتمد على تقبله كفرد من أفراد الأسرة وعدم الحرج منه أمام الأصدقاء وعدم التفرقة بينه وبين إخوته الآخرين، وهذه المعاملة تسهم في رفع تقدير الذات وتجعله يرى نفسه بأنه مثل الآخرين وأنه قادر على الإنجاز في حدود إمكانياته وقدراته المحدودة (مواهب إبراهيم عياد ونعمه مصطفى رقبان وسامية إبراهيم لطفي، 1995).

أثر وجود طفل معاق ذهنياً على الأسرة:

إن وجود طفل معاق ذهنياً في الأسرة له تأثير كبير على بناء الأسرة ووظائفها وتطورها، إذ إن وجود هذا الطفل يسبب للأسرة بعض المشكلات الوجدانية والسلوكية والاقتصادية والاجتماعية، ومن جهة أخرى ينتاب هذه الأسرة شيء من عدم الاستقرار والخوف الشديد على مستقبل طفلهم (مريم العسعوسي، 1993).

وتشير سمية طه جميل (1998) إلى أن قدوم الابن المعاق ذهنياً يسبب مشكلات عاطفية ووجدانية واقتصادية واجتماعية لأسرته، وقد تختلف مواجهة الأسر للابن المعاق ذهنياً بحسب العلاقة التي تربط بين الزوجين، ففي الأسر التي لا تتمتع بمودة واضحة بين أفرادها قد يحدث قدوم الابن المعاق ذهنياً خلافات كثيرة، وتكاد تتفكك الروابط فيها وقد يلوم كل طرف من الأطراف الآخر على مجيء الابن المعاق، أما إذا كانت العلاقة بين الزوجين قوية قبل مجيء الابن المعاق فقد تزداد الروابط بين الزوجين.

ويشير كل من كرنيك، فريدريك وجرينيرج Crnic ، Friedrich & Greenberg بأن أثر الإعاقة الذهنية ليس مقصوراً على الأشخاص المعاقين ذهنياً، وإنما يؤثر على أعضاء الأسر القريبة والممتدة بدرجات متفاوتة، في حين عرض روبنسون وروبنسون Robinson & Robinson مفهوماً أخر عن أثر الطفل المعاق على الأسرة، حيث أوضحا بأن طريقة التربية الأبوية لم تكن سهلة البتة، فالصبر والفهم والإبداع والمرح والقوة، كلها صفات مرغوبة بقدر كبير من أبوي أي طفل، ويصبح الوضع أكثر تعقيداً وخطورةً بالنسبة لأسرة الطفل المعاق حيث يفتقد الوالدان الكثير من متعة الرعاية الأبوية، كما أن إعاقة الطفل ونموه البطيء والإجراءات الخاصة المطلوبة للعناية البدنية والتدريب والصحبة والمرافقة وخيبة الأمل وضياع الأحلام، كل هذه مجتمعة تخلق ضغوطاً تعطل التوازن الأسري، وقد يضاف لهذه الضغوط المشكلات المالية والتوترات الناتجة عن السيطرة غير الناضجة للطفل على ذاته، وإعاقات الاتصال وشكوك الآباء المتعلقة بأسلوبهم في

التنشئة وهكذا، فإن العلاقة بين الطفل المعاق وأسرته تكون أكثر تعرضاً للتعقيد والتردد، وأكثر توتراً واستمراراً من العلاقة العادية(في: جاك إستيوارت، 1996). وللوالدين والأسرة أثر جوهري على تطور الطفل اجتماعياً وعقلياُ وانفعاليا وجسمياً، وأثر الأسرة لا يقتصر فقط على سلوك الطفل الراهن، بل يمتد ليحدد سلوكه المستقبلي، وتستمد الأسرة شدة أثرها على الطفل من حقيقة اعتماد الكائن الإنساني على أسرته لفترة طويلة نسبياً في إشباع حاجاته، ويتعاظم أثر الأسرة على الطفل في حالة كونه معوقاً ذهنياً، حيث إن درجة اعتماده على أسرته أكثر من أقرانه العاديين. ويشير كرنك Crnic أن وجود طفل معوق في الأسرة يؤدي إلى خلق حالة من التوتر والضغوط المستمرة داخل الأسـرة، وأن الضغوط ترتبط في التفاعل اليومي مع الطفل أو خصائصه، كما أن ولادة طفل جديد للأسرة يؤدي إلى تغير أدوار أفراد الأسرة، حيث أن وجود طفل معوق يهدد الأسرة ويعطل نظامها ككل من حيث قيامها بوظائفها الطبيعية(في: جلال جرار، 1989).

ويشير بيترسون (Peterson،1988) إلى مدى تأثير الطفل المعاق على والديه عندما أوضح أن أمهات الأطفال المعاقين ذهنياً يختلفن عن أمهات الأطفال الآخرين فيما يلي: وجود مشاعر اكتئابية أكثر، لديهن صعوبة أكبر في التعامل مع الغضب من الطفل، مشاعر تملك زائد نحو الطفل، إحساس بعدم الكفاءة، استمتاع أقل بوجود الطفل. أما الآباء فقد اختلفوا عن آباء الأطفال الآخرين في أنهم: أكثر اكتئاباً، انشغال زائد بالطفل، استمتاع أقل بوجود الطفل، ضعف تقدير الذات، مشاكل أكثر في علاقاتهم بزوجاتهم.وعندما يكون الآباء قلقين ومكتئبين نتيجة إعاقة أطفالهم ويعيشون المشاعر السابق عرضها، فإن تفاعلاتهم مع الطفل سوف تتأثر، وقد تؤدى مشاعر الحزن أو الغضب أو الخجل أو الذنب بأحد الوالدين إلى رفض الطفل المعاق، أو الفشل في الاستجابة المناسبة لاحتياجاته، فيتم التعامل مع الطفل عند الضرورة فقط، وقد يعزلونه عن الاتصال بالآخرين أو بالخبرات التي يستمتع بها عادة الطفل العادي (في: محمد هويدي، 1995).

ويذكر مناحي العازمي (1998) بأن وجود طفل معاق قد يسبب توتراً مستمراً ومزمناً في حياة الزوجين، وأن هذا التوتر يؤثر سلباً في كثير من الأحيان على اتزانهما العاطفي وقدرتهما على التكيف مع التحديات مما يسبب لهما شعوراً بالكآبة والأسى المزمن، إن هذا الشعور يزداد في الفترات الحرجة للنمو مثل تعلم المشي والكلام وفي بدء دخول المدرسة وفي فترات البلوغ الجنسي.

وتشير فاربر Farber إلى أن الأسرة عندما يضاف لها عضو جديد معاق فإنه غالباً ما يؤدي إلى ارتفاع مستويات التوتر لدى هذه الأسرة، فكثير من الباحثين يرى أنه عند ميلاد طفل معاق ذهنياً فإنه يحمل تهديداً بالخطر لبناء الأسرة وعمليات التفاعل القائمة فيها وكذلك يؤثر تأثيراً مباشراً على الآباء والأمهات، فالطفل المعاق ذهنياً يؤثر على شخصية واتجاهات كل من الأب والأم(في: فتحي السيد عبدالرحيم، 1999). ويذكر كمال مرسى (1996) أن رعاية الطفل المعاق تختلف من أسرة إلى أخرى، فبعض الأطفال يجدون الرعاية والاهتمام في أسرهم، وبعضهم الآخر يجدون الإهمال والإساءة إليهم. ومن أهم العوامل التي تجعل الأسرة تتمسك بطفلها المعاق ذهنياً ولا تتخلى عنه الآتي:

1. قوة العلاقة الزوجية بين الوالدين واحترام كل منهما الآخر ورغبته فيه.
2. تماسك الأسرة وترابط أفرادها، وقدرة كل منهم على التضحية من أجل الآخرين.
3. صغر حجم الأسرة، وارتفاع مستواها الثقافي والاجتماعي والاقتصادي وتوفر المسكن المناسب لها.
4. الإيمان بالقضاء والقدر عند الوالدين، وصبرهما على ما أصاب ابنهما باعتباره ابتلاء من الله، سوف يؤجران عليه في الدنيا والآخرة.
5. العلاقة الطيبة بين الإخوة والأخوات في الأسرة ورغبة كل منهم في مساعدة أخيه المعاق ذهنياً.
6. قدرة الأسرة على التأقلم مع المواقف الصعبة، وتقبل أفرادها لإعاقة الطفل ورضاهم بما قسمه الله لأحد أفرادها وتعاون الجميع في مواجهة الموقف ورعاية الطفل.
7. توفر خدمات الرعاية والتعليم والتأهيل والتشغيل للمعاقين ذهنياً في المجتمع وسهولة الحصول عليها بالقدر المناسب والوقت المناسب.
8. توفر الإرشاد النفسي للأسرة، وحصولها على التأييد والتشجيع والعون من المؤسسات الرسمية وغير الرسمية، ومن الأهل والأصدقاء والجيران.
9. قدرة الطفل المعاق ذهنياً على القيام ببعض الأعمال المنزلية البسيطة مثل ترتيب السرير وغسل الصحون وتحضير المائدة.

في حين أن العوامل التي تجعل بعض الأسر تهمل في رعاية أطفالها المعاقين ذهنياً وتسيء إليهم تتمثل في الآتي:

1. شدة تخلف الطفل، ونشاطه الحركي الزائد، وخطورة سلوكياته على نفسه وعلى الآخرين.
2. تفكك الأسرة واضطراب العلاقة الزوجية، واختلال عواطف الأبوة والأمومة عند الوالدين.
3. ضعف الوازع الديني وعدم الرضا بقضاء الله، والشعور باليأس من حالة الطفل.
4. الفقر والبطالة في الأسرة، وإدمان أحد الوالدين أو كليهما على الكحوليات أو المخدرات.

ويمتد تأثير الطفل المعاق ذهنياً ليشمل الأخوة والأخوات، ويتأثر هؤلاء الأخوة بشكل متفاوت حيث يتأثر الأبناء في ظل وجود أخ لهم معاق ذهنياً، فبعض هؤلاء الأبناء يشعر بالحرج من أخيه المعاق فيخفى أمره عن زملائه وأصدقائه، ويعتبر الأبناء أحد وسائل الدعم للوالدين في تلبية حاجات الطفل المعاق ذهنياً وتوفير متطلبات العناية به خصوصاً الأخوات الأكبر سناً فهن من يتعرضن لعبء العناية والمساعدة لأخيهن المعاق(محمد المطيري، 2002)، وتعتبر الأخت الكبرى من أكثر أعضاء الأسرة ميلاً لمواجهة بعض مشكلات التوافق، حيث يظهرن اضطرابات سلوكية أكثر من غيرهن(فتحي السيد عبدالرحيم، 1999). كما اتضح أن إخوة المعاقين ذهنياً يعانون من صعوبات في التوافق الاجتماعي والنفسي والدراسي والمهني أكثر من إخوة الأطفال الآخرين وأن ردود أفعالهم تختلف، فبعض هؤلاء الإخوة يتوافق مع إعاقة الأخ ويتقبله في حين يتوافق الآخر توافقاً سيئاً ويستمر تأزمهم من إعاقة أخيهم، وهناك مجموعة من العوامل التي أشار إليها ستاينمان Steinman من أهمها:

- التقارب في السن بين الطفل المعاق ذهنياً وأخيه.
- عندما يكون الأخ من نفس جنس الطفل المعاق.
- عندما تكون الأخت أكبر من أخيها المعاق حيث يطلب منها رعاية أخيها(في: كمال مرسي، 1996).

المدركات الإيجابية تجاه الإعاقة لدى أسر الأطفال المعاقين ذهنيا:

أصبح من المألوف في الوقت الحاضر سواء بالنسبة للباحثين الأكاديميين أو الاختصاصيين المهنيين تسجيل ملاحظاتهم حول التغيرات الإيجابية التي طرأت على الآراء المهنية المتعلقة بالتوافق الأسري للأطفال ذوي الإعاقات الذهنية أو الإعاقات النمائية، فعلى مدى العقدين الماضيين بدأ الباحثون يدركون أن عدداً كبيراً من الأسر تمتلك مدركات إيجابية في تنشئة

الأطفال ذوي الإعاقات، يضاف إلى ذلك توافر نماذج لدراسات بحثية قام بها أصحابها بتوجيه تساؤلات ذات طبيعة إيجابية(فتحي السيد عبدالرحيم، 2003). ففي دراسة قام بها مارجليت وأنكوينانا (Margalit، M. & Ankoinina، D.، 1991) ركزت على العوامل التي تتنبأ بالشعور الإيجابي والسلبي لآباء وأمهات الأطفال ذوي الإعاقات.

ولقد وصف سومرز وآخرون (Summers et al.، 1989) العائلات ذات التكيف الإيجابي بأنها العائلات التي تقبل حقيقة وواقع الإعاقة وتستطيع حب الطفل كما هو / هي وتستطيع إدارة الحياة الزوجية السعيدة في حالة تكيف عاطفي جيد مع الأطفال (In: Tess، B. & Deborah، D.، 1996).

وعلى الرغم من قله الدراسات عن الإسهامات والأدوار الإيجابية للأفراد ذوي الإعاقات(Stainton & Besser، 1998)، فقد تحولت الأبحاث المتعلقة بعائلات الأطفال ذوي الإعاقات من التركيز على التوترات والضغوط الأسرية إلى التركيز على التكيف الإيجابي لهذه الأسر، وفيما يتعلق بالبحوث الحديثة عن دورة حياة الأسرة فقد اهتمت بالضغوط الأسرية والتكييف الأسري في مراحل مختلفة من دورة الحياة الأسرية (Tess ،B. & Deborah ،D.،1996)، ويرى فولكمان و موسكوفيز (Folkman and Moskowitz، 2000) بأن المدركات الإيجابية قد تساعد على مواجهة الأحداث الضاغطة والمؤلمة.

ويشير مولينز(Mullins،1987) من خلال تحليله محتويات 60 كتاباً لآباء وأمهات أطفال ذوي إعاقات، حيث وجد أن الغالبية من هؤلاء الآباء قد شعروا بأن حياتهم أصبحت ذات معنى نتيجة لخبراتهم مع أبنائهم المعاقين. وفي تحليل مشابه للآباء أوضح هورنبى (Hornby،1992) أنه على الرغم من وجود خبرات ضاغطة ومشاعر سلبية لدى هؤلاء الآباء، إلا أنه يوجد أيضاً مشاعر إيجابية قوية ونمو في الشخصية، واتضح كذلك بأن أقاربهم يظهرون نظرة إيجابية نحو هؤلاء الأبناء المعاقين(In: Gupta & Sindhal، 2004).

والشعور الإيجابي يعكس مدى شعور الفرد بالحماس والرغبة في الحياة وليس الرغبة في الاكتئاب والحزن، ويتطلب الشعور الإيجابي مشاركة حماسية وفعالة ونشطة في الحياة اليومية، ويتحدد الشعور الإيجابي العالي ببعض الكلمات مثل مبتهج قوى ومعجب بنفسه وهي كلمات تعبر عن النشاط والمشاركة السارة، في حين يمثل الشعور السلبي درجة إحساس وشعور الفرد بالقلق والحزن والخوف والعصبية والإحساس بالذنب والتوتر(In: Margalit،M.& Ankoining ، D، 1991).

وفي دراسة قام بها هيستنجز وتونت (Hastings، R. and Taunt، H.،2002) عن طبيعة

المدركات والخبرات الإيجابية لآباء وأمهات الأطفال المعاقين، فقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

1. السرور والإشباع في توفير الرعاية اللازمة للطفل.
2. الطفل كمصدر للفرح والسعادة.
3. الإحساس بالإنجاز في بذل أقصى ما يمكن من أجل الطفل.
4. تبادل مشاعر المحبة مع الطفل.
5. الطفل يوفر فرصة للتحدي والتعلم والنمو.
6. تقوية الروابط الأسرية والزواجية.
7. توفير إحساس جديد أو إحساس متزايد بالهدف من الحياة.
8. نمو مهارات وقدرات جديدة، أو فرص مهنية جديدة.
9. التحول إلى شخص أفضل (أقل أنانية وأكثر قدرة على الاحتمال والتسامح).
10. زيادة الثقة في النفس، أو القوة الذاتية.
11. اتساع شبكات العلاقات الاجتماعية والمجتمعية.
12. زيادة المشاعر الروحانية.
13. تغيير النظرة إلى الحياة (إيضاح الأشياء المهمة في الحياة).
14. استثمار كل لحظة في الحياة على أفضل نحو ممكن.

ويؤكد علاء الدين كفافي (2003) بأنه ليس من الضروري أن يفجر وجود الطفل المعوق الخلافات الأسرية بين الوالدين، حيث أظهرت عدد من الدراسات أن بعض الأسر ممن لديها طفل معوق كانت تحظى بقدر معقول من التفاهم والتوافق الزواجي، ويبدو أن الأمر يتعلق بنضج الوالدين وطبيعة علاقتهما من الأساس، وما مولد الطفل المعوق إلا سبب محتمل للخلافات، ويتوقف الأمر بعد ذلك على طبيعة علاقة الوالدين معاً وعلى أسلوبهما في مواجهة مشكلاتهما، فقد يكون وجود الطفل المعوق عاملاً مثيراً للخلافات الشديدة، وقد لا يكون كذلك، بل قد يكون عاملاً من عوامل التكاتف أو التعاطف المتبادل بين الزوجين. ولقد أشارت بعض الدراسات بأن الآباء الذين يهتمون ويتابعون أبناءهم المعاقين هم أكثر تقبلا لهم، كما أن بعض الأسر تعتبر الطفل المعاق رفيقاً للأم الأمر الذي يساعد على تقبله من قبل بقية أفراد الأسرة (سعيد عبدالعزيز، 2005). أما جانيت

سايمونSimon.J فقد أشارت في دراستها إلى أن وجود الإعاقة في معظم الأسر التي شملتها دراستها لم تؤد إلى تأثيرات سلبية على الآباء أو الإخوة أو حتى بقية أفراد العائلة وخاصة في مجالات الزواج، والسعادة الزوجية أو العلاقة بين الوالدين أو على وظيفة رب الأسرة ومكان سكن الأسرة وعلاقة الأسرة بغيرها من الأسر، كما أشارت إلى أن نوع الإعاقة حدد إلى درجة ما شدة التأثيرات السلبية على الأسرة أو العلاقات بين أفرادها (في: خولة أحمد يحيى، 2003).

وتضيف روز ماري لمبي وديبي دانيلز مورنج(2001) أنه على الرغم من أن إخوة الأطفال ذوي الحاجات الخاصة عرضه للكثير من المشكلات فإن مدى هذه المشكلات أو خطورتها يتوقف بالدرجة الأولى على توافق الآخرين في الأسرة خاصة الوالدين، فإن كانت هناك مهارات مواجهة مناسبة ونمط تواصل منفتح وبيئة تتسم بالدعم المتبادل، فإنه ينتج عن ذلك بعض التأثيرات الإيجابية من وجود طفل له حاجات خاصة، فالأخوة في هذه الحال يكون لديهم درجة أكبر من الفهم والتحمل للاختلافات أو الفروق التي توجد بين الناس، كما أن إخوة الأطفال ذوي المشكلات الانفعالية غالباً ما يظهرون توجهاً نحو المثالية والميول الإنسانية، وغالباً ما يختار الإخوة خاصة من الإناث مهناً ترتبط أو يكون لها علاقة على نحو أو آخر بإعاقة الأخ. ويشير فتحي السيد عبدالرحيم (2003) إلى أنه يمكن استخلاص أربع نتائج رئيسية على الأقل من خلال الدراسات التي تناولت المدركات والخبرات الإيجابية للآباء والأمهات لابنهم المعاق، وهذه النتائج هي:

النتيجة الأولى: هي أن أسر الأطفال ذوي الإعاقات يظهرون مدركات إيجابية بالإضافة إلى المدركات السلبية الضاغطة، وتوجد دلالات قوية على أن المدركات الإيجابية شائعة ومنتشرة.

النتيجة الثانية: هي أن الدراسات الوصفية للمدركات الإيجابية متسقة إلى درجة مقبولة في التعرف على عدد من مظاهر وأبعاد هذا النوع من المدركات.

النتيجة الثالثة: هي أن نتائج غالبية الدراسات المتوافرة تشير إلى أن متغيرات مختلفة ترتبط بالمدركات الإيجابية والسلبية لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقات، علاوة على ذلك، توجد شواهد تتعلق بعضو الأسرة مثل جنس الوالد.

النتيجة الرابعة: هي أنه على الرغم من أن كثيراً من الباحثين وجدوا أن أسر الأطفال ذوي

الإعاقات يقررون قدراً من الضغوط أكثر مما تقرره الأسر الأخرى، فليس هناك دليل واضح على أنهم يظهرون أيضاً قدراً أقل من المشاعر أو المدركات الإيجابية.

الضغوط التي تواجه أسر الأطفال ذوى الإعاقات الذهنية :

إن دراسة الضغط النفسي بوجه عام والآثار المترتبة عنه على الفرد كانت منذ زمن طويل موضع اهتمام الباحثين في ميادين علم النفس وعلم الاجتماع والصحة العامة، وكان سيليي (Selye،1959) من أوائل الباحثين الذين درسوا بطريقة منظمة دور الضغط النفسي في حدوث المرض الجسمي، فقد اقترح هذا الباحث أن الجسم يستخدم ما يعرف باسم: متلازمة التكيف العام (General Adaptation Syndrome) لمواجهة الضغط، وهذه الوسيلة تساعد الجسم على تسخير طاقاته ودفاعاته بشكل كبير، ونظام التكيف هذا إنما هو محاولة يبذلها الجسم لحماية الفرد من الضغط، إلا أن الإنسان غالباً ما يدفع ثمناً باهظاً لمثل هذه العملية وذلك على شكل ارتفاع في ضغط الدم، أو التهاب المفاصل الروماتزمي أو القرحة المعدية، أو ردود الفعل التحسسية(أمراض الحساسية المختلفة) وغيرها من الأمراض الجسمية (في: جمال الخطيب ومنى الحديدى وعبدالعزيز السرطاوى، 2002).

ويشير زيدان السرطاوي وعبدالعزيز الشخص(1998) إلى أن مصطلح الضغط النفسي يعد من المصطلحات قديمة الاستخدام في مجال العلوم الطبيعية مثل الكيمياء والفيزياء ثم بدأ استخدامه حديثاً في مجال العلوم الإنسانية عامة، ومجال التربية خاصة ليشير إلى تلك القوة التي تؤثر على الفرد بصورة كبيرة فتسفر عن تأثره وتعرضه لبعض التغيرات النفسية الضارة مثل التوتر والقلق وحدة الانفعال وقد يتعرض الفرد من جراء ذلك إلى الاضطراب النفسي وسوء التوافق.

ويعرف عبدالعزيز السرطاوي وجميل الصمادي(1998) الضغط النفسي Stress بأنه الموقف الذي يطلب فيه من الفرد القيام باستجابات تكيفية ويظهر على شكل استجابات انفعالية. ولتقدير شدة الضغط النفسي الذي قد يعانيه الفرد المعوق لا بد من الأخذ بعين الاعتبار العوامل التالية:

1. المدة الزمنية التي يستمر فيها الموقف الضاغط.
2. مدى تحمل الفرد للإحباط.

3. تعدد المواقف الضاغطة.
4. إدراك الفرد للموقف على أنه ضاغط.
5. وجود تهديد مع الموقف الضاغط.

وللمدة الزمنية التي يستمر فيها الموقف الضاغط أهمية في تقدير مدى الضغط النفسي الذي يعانيه الفرد. وحيث إن الإعاقة حالة دائمة فإنها تشكل موقفاً ضاغطاً مستمراً مما يتعين على الفرد المعوق القيام باستجابات تكيفية لكي يستطيع العيش بسلام في مجتمعه.

وتشير سمية طه جميل (1998) في دراستها إلى عدة تعريفات لمفهوم الضغطStress فقد عرف سيليي (Selye،1979) الضغط بأنه استجابة غير محددة Non Specific Respones يقوم بها الجسم لأي مطلب أو حدث خارجي لحدوث تكيف مع متطلبات البيئة عن طريق استخدام أساليب جديدة لجهاز المناعة، ويعرف كابلان (Caplan،1981) الضغط بأنه التباين بين المتطلبات التي ينبغي أن يؤديها الكائن الحي وقدرته على الاستجابة لها، أما فونتانا (Fontana،1989) فيرى أن الضغط حالة تنتج عندما تزيد المطالب الخارجية عن القدرات والإمكانيات الشخصية للكائن الحي كما يذكر مونت ولازاروس (Monat and Lazarus،1991) أن الضغط هو حالة تنتج من عدم حدوث توازن بين المطالب البيئية والداخلية والموارد التكيفية للفرد، وتعرف فؤاده محمد (1995) الضغط بأنه الحالة التي يتعرض فيها الكائن الحي لظروف أو مطالب تفرض عليه نوعاً من التوافق وتزداد تلك الحالة إلى درجة الخطر كلما ازدادت شدة الظروف أو المطالب لو استمرت المطالب لفترة طويلة.

ويعرف كل من فيجلي وماكوبين (Figley and Mccubbin،1983) الضغوط الأسرية على أنها ممارسات مفاجئة وغير متوقعة غالباً ومصاحبة بإحساس بالعجز والتمزق والضياع. أما ماكوبين (Mccubbin،1979) فيعرف الضغط الأسري بأنه حالة عدم توازن تقع فيها الأسرة عند تعرضها لأي حادث ضاغط وتستمر حالة عدم التوازن إذا لم تتحرك الأسرة بطرق فعالة لحل المشكلة لاستعادة ثبات الأسرة فسوف تستمر حالة عدم التوازن والتي ستؤدي إلى ارتباك السبل والأهداف للأسرة كلها، ويمكن القول بأن الضغوط الأسرية ترتبط بتعرض الأسرة لحادث ضاغط يؤثر على حياتها ويجعلها في حالة عدم توازن وارتباك وذلك بما يفرضه عليها من ممارسات مفاجئة وغير متوقعة تحتاج إلى إعادة تنظيم شامل لحياتها، وتستمر حالة عدم التوازن إذا لم تتحرك الأسرة بطرق فعالة لمواجهة هذه الضغوط(في: سمية طه جميل، 1998).

وتتعرض أسر الأطفال المعاقين ذهنيا لضغوط مختلفة، وربما يكون من أهم مصادر الضغط متطلبات الرعاية المستمرة للطفل المعاق، وكذلك من مصادر الضغط عدم توفر الفرص الكافية للتفاعل الاجتماعي بسبب حاجة الطفل إلى العناية وصعوبة الحصول على المساعدة لتلبية تلك الحاجة المهمة وكذلك لأن اصطحاب الطفل خارج المنزل قد يكون بحد ذاته مصدر ضغط وتوتر، والمصدر الثالث من مصادر الضغط هو البديل التربوي المتاح لتعليم الطفل المعاق ذهنياً فتدريسه في مدرسة عادية إذا كانت الظروف مهيأة لذلك يرافقه تخوف على الطفل من الرفض والعزل وتدريسه في مدرسة خاصة للمعاقين ليست بسهولة لما قد ينطوي عليه من صعوبات مختلفة (جمال الخطيب وآخرون، 2002).

ويمكن القول بأن إضافة أي عضو جديد إلى النظام العائلي يتطلب من جميع أعضاء الأسرة التكيف مع هذا الوضع الجديد، وميلاد طفل معاق ذهنياً يتطلب جهداً أكبر للتكيف، حيث إن مصادر الضغوط التي تنتج عن وجود طفل معاق ذهنياً ليست ثابتة فهي تتغير بنمو الطفل أو بتحرك الآباء والأبناء خلال مراحل دورة حياة الأسرة. وقد توصل الباحثون إلى بعض مصادر الضغوط على أسرة الطفل المعاق ومن أهمها ما ذكرها بيترسون (Peterson، 1988):

- المصروفات المالية.
- الوصمة الاجتماعية.
- الوقت يصبح مطلبا مهماً كنتيجة لمتطلبات رعاية الطفل.
- صعوبات في تنفيذ المهام الإنسانية للرعاية، مثل الطعام والاستحمام والملبس.
- تناقص وقت النوم.
- العزلة الاجتماعية عن الأصدقاء والأقارب والجيران.
- عدم وجود وقت للأنشطة الترفيهية أو الأنشطة الشخصية.
- صعوبات في ضبط سلوك الطفل وتعديله.
- تصادم مع مسؤوليات الأعمال المنزلية.
- مشاعر عامة عن التشاؤم حول المستقبل.
- ردود فعل الأخوات أو صعوباتهم التي ترتبط بشكل مباشر أو غير مباشر بالأخ المعاق (في: محمد هويدي، 1995).

جدول (2) دورة حياة الأسرة في وجود طفل لديه إعاقة

المرحلة	مجالات الضغوط الخاصة
ما قبل إنجاب الأطفال	– التوقعات العادية حول إنجاب الأطفال. – التكيف العادي للحياة مع القرين. – مخاوف من أن الطفل غير عادي.
إنجاب الأطفال	– التشخيص.
وما قبل المدرسة	– العثور على علاج. – إخبار الأبناء والأقارب عن الإعاقة.
المدرسة	– رد فعل الأطفال والأسر الأخرى تجاه الطفل. – التعليم.
المراهقة	– رفض الأقران للمراهق المعاق. – التهيئة والإعداد المهني. – قضايا تتعلق بعلامات البلوغ.
العمل	– ترتيبات المعيشة للمعاق. – انشغال بقضايا مالية. – فرص التطبيع الاجتماعي للمعاق.
ما بعد الوالدية	– توفير الأمان طوال المدى للمعاق. – التفاعل مع العاملين في الخدمات الخاصة. – التعامل مع اهتمامات المعاق في الزواج وإنجاب الأطفال.
الشيخوخة	– رعاية المعاق والإشراف بعد وفاة الزوج / الزوجة. – انتقال بعض المسؤوليات الوالدية على نظم الرعاية البديلة أو العاملين في الخدمات الخاصة.

أساليب مواجهة الضغوط لدى أسر الأطفال ذوى الإعاقات الذهنية :

على الرغم من الأدلـة المتقاربة والمتناظرة التي توصلت إليها البحوث والدراسات خلال الثلاثين سنة الماضية حول وظيفة أساليب مواجهة الضغوط والعوامل التي تؤثر فيها، إلا أنه لا زال هناك الكثير أمام العلماء والباحثين لمعرفة مدى تأثير آليات أساليب المواجهة على النتائج المختلفة، ومن الأسباب التي تؤدى إلى عدم حدوث تطور كبير هو التركيز الزائد على النتائج السلبية في عملية الضغوط والتوترات، والواجب على النظريات والبحوث المتعلقة بأساليب المواجهة مراعاة النتائج الإيجابية لها أيضاً. والسمة البارزة للبحوث والدراسات عن أساليب المواجهة خلال الفترة الماضية هو سيطرة نماذج المواقف التي تشدد على وضع الشخص في مواجهة ضغوط خاصة، حيث تختلف هذه الدراسات على أساس هذه التصورات في تقديرها لتأثير العوامل القديمة مثل الشخصية والموارد الاجتماعية والفردية والنمو والتطور على مدى الحياة. وعلى رغم هذه الاختلافات والتغيرات فإن البحوث على أساس أساليب مواجهة الضغوط تتقابل في بعض الجوانب منها:

1. أساليب المواجهة تتأثر بخصائص مواقف التوتر التقديرية ومنها إمكانية السيطرة والتحكم في الموقف.
2. تتأثر أساليب المواجهة بتصرفات وميول الشخصية ومنها التفاؤل والانبساط.
3. تتأثر أساليب المواجهة بالموارد الاجتماعية (In: Folkman، S. and Monskowitz، J.، 2000).

ويشير ماكوبين (Mccubbin،1979) إلى أن استراتيجيات التعايش أو المواجهة توصف بأنها جملة من الاستجابات والإدراكات والأفكار الموجهة نحو التغلب على الأحداث الحياتية التي قد تولد الضغوط، فالأسرة تنظم الموارد لضبط وتنظيم التغيير داخل نظام الأسرة وبالتالي خفض الضغط. ويوضح فولكمان وآخرون (Folkman، et al.،1978) أن الموارد المحتملة هي الصحة والطاقة الموجودة لدى أفراد الأسرة، ومهارات حل المشكلات لديهم، وإدراكا تهم وتعريفاتهم للموقف والعلاقات بين أفـراد الأسـرة ونظم الدعم الاجتماعي المتوفرة للأسـرة(في: جمال الخطيب وآخرون، 2002).

ويعرف لازاروس وفولكمان Lazarus and Folkman أساليب المواجهة بأنها الجهود والمحاولات السلوكية والمعرفية المتغيرة والمستمرة لإدارة وتنظيم متطلبات خارجية أو داخلية تعتبر عبئاً ثقيلاً يفوق موارد الشخص، وطبقاً لهذا التعريف تتضمن أساليب المواجهة أي محاولة أو جهد لتنظيم

التوتر والضغوط بغض النظر عن مدى نجاح هذه المحاولة أو هذا الجهد. وتتضمن أساليب المواجهة نوعين من الاستراتيجيات:

1. استراتيجيات تركز على المشكلة Problem-focused coping وتتضمن الجهود والمحاولات المبذولة لتغيير سبب التوتر أو الضغط.
2. استراتيجيات تركز على العاطفة Emotion-focused coping وتتضمن جهود ومحاولات تنظيم الاستجابة والردود الانفعالية المسببة للتوتر والضغط.

ويؤكد مارش March على أهمية المهارات التالية في مواجهة الضغوط وهى: إعادة البناء المعرفي، وحل المشكلات، والمهارات الاجتماعية، والاسترخاء، والبحث عن مصادر إضافية للمعلومات. وأشار إلى أن نموذج التدريب التحصينى ضد الضغوط النفسية Inoculation Training – Stress الذي اقترحه ميكينبورم Meichenbaurm،D. يمكن توظيفه تطبيقيا مع أسر الأطفال المعوقين لمساعدتهم على مواجهة الضغوط، ويشتمل هذا النموذج على ثلاث مراحل متداخلة:

1. مرحلة تكوين المفاهيم Conceptualization ويتم من خلالها تحديد المشكلة وتقييم موارد الأسرة وتقديرها لطبيعة إعاقة الطفل وتحديد الأهداف.
2. مرحلة اكتساب المهارات والتدريب Skills acquisition and rehearsal ويتم فيها تعلم أساليب ومهارات مواجهة الضغوط كالتدريب على الاسترخاء، ومهارات المواجهة المعرفية.
3. مرحلة التدريب التطبيقي Rehearsal training ويتم فيها تجريب أساليب مواجهة الضغوط بعد إتقانها وتطبيقها في المواقف الحياتية الضاغطة المثيرة لضيقهم وتوترهم أثناء التعامل مع الطفل (في: عبد المطلب القريطى، 1999).

وهناك بعض الخصائص التي يمكن أن يتم التنبؤ من خلالها بقدرة الأسرة على مواجهة ضغوط الحياة، وقد حدد كل من فجلي وماكوبينFigley and Mccubbin مجموعة من هذه الخصائص وهي:

- القدرة على تحديد العامل الضاغط.
- رؤية الموقف كمشكلة أسرة أكثر منه مشكلة لأحد أعضائها.
- تبني المدخل الموجه بالحل أكثر من المدخل المعتمد على اللوم.

- إظهار التحمل والتسامح لأفراد الأسرة الآخرين.
- التعبير الواضح عن الالتزام والعاطفة نحو أفراد الأسرة الآخرين.
- الاتصال الصريح والواضح والمفتوح بين الأعضاء.
- تماسك الأسرة المرتفع.
- توافر قدر مناسب من مرونة الدور.
- الاستخدام المناسب للمصادر داخل الأسرة وخارجها.
- قلة العنف البدني (في: روز ماري لامبي وديبي دانيلز مورنج، 2001).

وفى ضوء ذلك يمكن القول بأن الكثير من الآباء والأمهات ينجحون في مسايرة هذه الضغوط بطرق بناءة ومثمرة، ويتقبلون الواقع بالنسبة لحالة الطفل الحقيقية، ويواجهون التحديات الناتجة عن ذلك بطرق تؤدي إلى مساعدة الطفل. فالطفل المعاق يمكن أن يجد العون لو أن الكبار المحيطين به كانوا قادرين على تقبل حالته على أساس من الإدراك الواقعي لجوانب القوة فيه ونواحي الضعف الكامنة فيه أيضا (فتحي السيد عبدالرحيم وحليم بشاي، 1992).

ويضيف سيلجمان ودارلينغ(2000) أنه على الرغم من أن المشكلات التي تواجهها أسر الأطفال المعاقين ذهنياً كثيرة ومتعددة، إلا أن معظم الأسر مازالت قادرة على التكيف مع الإعاقة في حياتها، وعلى رغم ذلك فإن هذا التكيف يمكن أن يكون مرتبطاً بإعاقة الطفل ودرجتها وكذلك بقدرة الآباء على المواجهة وتوفير الفرص لبقاء الترابط الأسري.

ويبين سينجر وآخرون (Singer et al.، 1988) عدة استراتيجيات في كيفية مواجهة الضغوط والتعامل معها وتتمثل في تدريب الوالدين على ما يلي:

1. مهارات القياس الذاتي للضغوط عن طريق التعرف على أعراضها الفسيولوجية والجسمية والنفسية مثل الأرق والصداع وعسر الهضم.
2. مهارات الاسترخاء العضلي وفيها يتم الاسترخاء على فترات قصيرة في بادئ الأمر ثم تأخذ فترة أطول، وبذلك يعتبر الاسترخاء العضلي استجابة لأساليب المواجهة النشطة.

ويتم تعلم مهارة الاسترخاء للوالدين عن طريق:

- ممارسة الاسترخاء الموجه.
- جلسات استرخاء مسجلة على شرائط كاسيت.
- التدريب على جلسات استرخاء في الأماكن العامة.

3. تعديل الأفكار المعرفية المصاحبة للضغط، وفيها يتم تعليم الوالدين تسجيل أفكارهم عند الشعور بالضغط، والتعرف على أفكارهم المبالغ فيها وكيفية التدريب على التفكير بأنماط أكثر واقعية وتستخدم هذه الطريقة لمعالجة القلق والاكتئاب. ويتم تعليم الوالدين في هذا البرنامج على المهارات التالية:

- التحدث عن الضغوط في حياتهم وكيفية إدارة الضغط ومعالجته.
- تعليم الوالدين مهارة حل المشكلات والتأكيد على أهمية المساندة الاجتماعية Social Support والعلاقات الزوجية الإيجابية والتماسك الأسرى كعامل مخفف للضغط.

وقد أشار بلينج وموس (Billing & Moos،1984) إلى ثلاث استراتيجيات لمواجهة الضغوط تتضمن ما يلي:

1. استراتيجيات سلوكية نشطة، وتشمل تلك السلوكيات الظاهرة التي تعكس محاولة الفرد التعامل مباشرة مع المشكلة أي مصادر الضغط.
2. استراتيجيات معرفية، وتتضمن ما يقوم به الفرد من مجهود عقلي لتقدير أبعاد مصادر الضغط ودرجة خطورتها أو حدتها.
3. استراتيجيات إحجام، وتعكس محاولة الفرد تجنب المشكلة وعدم التعامل المباشر مع مصادر الضغط، وربما يحاول الحد من التأثير الانفعالي السيء الناتج عن الضغط بطريقة غير مباشرة.

ويبدو أن إدراك الوالدين لمصادر الضغوط وطبيعة تلك المصادر يؤثر كثيراً في أساليب المواجهة التي يختارونها ويطبقونها، كما أن إدراك الوالدين لهذه المصادر يعتمد على مدى استفادتهم من مصادر الدعم المتاحة لهم في المجتمع. وعندما يتكيف الوالدان لمصادر الضغط ومطالبه فإنه تحدث تغيرات في الأسرة تؤدى إلى أساليب أداء جديدة لأفرادها. وبصورة عامة فإن عملية تكيف الوالدين للضغط تعتمد على عدة متغيرات منها مستوى الأداء السابق، والدعم الاجتماعي المتاح، وقدرتهم على التحمل بصفة عامة، ونوع إعاقة الطفل ودرجتها(في: زيدان السرطاوى وعبدالعزيز الشخص، 1998).

متغيرات الدراسة:

أولاً: المتغير المستقل: وهو المدركات الإيجابية تجاه الإعاقة لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقات الذهنية البسيطة.

ثانياً: المتغير التابع:

1. الضغوط الأسرية لدى أسر الأطفال ذوى الإعاقات الذهنية البسيطة.
2. أساليب مواجهة الضغوط لدى أسر الأطفال ذوى الإعاقات الذهنية البسيطة.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (141) أب وأم لديهم أبناء من ذوي الإعاقات الذهنية البسيطة الملتحقين في مدارس التربية الفكرية للبنين والبنات وكذلك مدارس التأهيل المهني للبنين والبنات، حيث توفرت في أبنائها الشروط التالية:

1. أن يكون الابن / الابنة ملتحقاً بإحدى مدارس التربية الفكرية للبنين أو البنات، أو يكون ملتحقاً بإحدى مدارس التأهيل المهني للبنين أو البنات التابعة لمدارس التربية الخاصة بدولة الكويت.

أن يكون الابن/الابنة من ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة، أي تقع نسبة ذكائه بين (55-70) في ضوء نتائج اختبارات الذكاء الفردية (اختبار وكسلر أو ستانفورد بينيه لذكاء الأطفال) التي تعتبر من متطلبات القبول في هذه المدارس، وقد تم حصرهم من واقع ملفات وسجلات المدارس بالتعاون مع الاختصاصيات الاجتماعيات والاختصاصيات النفسيات لكل مدرسة.

2. أن يتراوح عمر الابن أو الابنة ما بين 6-18 سنة.
3. أن يكون الوالدان على قيد الحياة ويعيشان مع الابن أو الابنة.

وقد تم تطبيق استبانة المدركات الايجابية تجاه الإعاقة على عينة الدراسة، وعليه تم تقسيمهم إلى مجموعتين:

- أسر لديها مدركات إيجابية تجاه الإعاقة (العدد = 40).
- أسر ليست لديها مدركات إيجابية تجاه الإعاقة (العدد = 36).

أما بالنسبة إلى باقي الأسر (العدد = 65) والتي كانت مدركاتهم الإيجابية ومدركاتهم السلبية تجاه الإعاقة متقاربة، فقد تم استبعادهم.

أدوات الدراسة:

أولا: إستبانة المدركات الإيجابية تجاه الإعاقة (إعداد محمد الشراح):

تتكون الأداة في صورتها النهائية من (30) بنداً منها (19) بنداً لمدركات إيجابية، (11) بنداً لمدركات سلبية، حيث قام الباحث بإعداد هذه الأداة وذلك بعد مراجعة ما

توفر له من دراسات تناولت هذا الجانب، وكذلك الاستنارة بالأفكار والآراء من قبل الأكاديميين الاختصاصيين والعاملين في مجال التربية الخاصة.

وكان الهدف من تصميم هذه الاستبانة هو تقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين:

1. أسر لديها مدركات إيجابية تجاه الإعاقة.
2. أسر ليست لديها مدركات إيجابية تجاه الإعاقة.

مع استبعاد الأسر التي تكون مدركاتها الإيجابية والسلبية تجاه الإعاقة متقاربة وغير متباينة.

أبعاد الاستبانة: تتكون استبانة المدركات الإيجابية تجاه الإعاقة من (4) أبعاد هي:

1. **التوافق الانفعالي:** يغطي هذا البعد مشاعر الوالدين نتيجة قيامهم بأدوارهم كآباء أو أمهات لأبناء معاقين، وتتضمن مشاعر إيجابية كالثقة بالنفس، والرضا النفسي، وتقدير الذات، كما تتضمن أيضا مشاعر سلبية، كالشعور بالحزن، والضيق والإرهاق، ويحتوى هذا البعد(9) بنود هي (5، 7، 8، 13، 14، 17، 19، 25، 29).
2. **الاتجاهات نحو الابن المعاق:** ويشتمل على الاتجاهات الإيجابية للوالدين كالتقبل والسعادة والفخر والاهتمام، كما يشتمل أيضاً على الاتجاهات السلبية كاليأس وخيبة الأمل نتيجة عدم قدرة الابن المعاق على الحياة العادية، ويتضمن هذا البعد (6) بنود هي (1، 3، 9، 12، 22، 28).
3. **تأثير الابن المعاق على الأسرة:** ويشمل مدى التأثير الإيجابى للابن المعاق على الأسرة كزيادة التقارب بين أفرادها، والتماسك، والقوة في العلاقة الزوجية، كما يشمل أيضاً مدى التأثير السلبي للحياة الاجتماعية للأسرة وعدم إتاحة الفرصة للاهتمام بباقي أفراد الأسرة، ويتضمن هذا البعد (7) بنود هي (2، 11، 15، 16، 18، 21، 23).
4. **النمو الشخصي للوالدين:** ويتعلق هذا البعد بنمو وتطور الوالدين كأفراد، إضافة لقيامهم بأدوارهم كآباء أو أمهات لأبناء معاقين، وكذلك النمو في العاطفة والتسامح والمشاركة الوجدانية مع الآخرين وقلة الأنانية، ويتضمن هذا البعد (8) بنود هي (4، 6، 10، 20، 24، 26، 27، 30).

والملاحظ في هذه الأبعاد المتعلقة بالمدركات الإيجابية للوالدين تجاه الإعاقة أنها تشتمل على جوانب مشتركة ومتداخلة فيما بينها، لأنها مرتبطة بالجوانب الشخصية والنفسية للوالدين والتي يصعب أن تتباين فيما بينها.

ثانياً: استبيان الضغوط ومصادرها (الصورة المختصرة) Friedrich et al., 1983

ويشتمل على (52) بنداً موزعة على (4) أبعاد، هي:

1. مشكلات الوالدين والأسرة: ويشتمل على (20) بنداً، يستهدف قياس إدراك المفحوص لمشكلاته أو لمشكلات أفراد الأسرة الآخرين أو مشكلات الأسرة ككل، وهذه البنود هي (2، 3، 5، 9، 10، 12، 15، 16، 18، 20، 24، 31، 33، 35، 40، 42، 45، 46، 50، 51).
2. التشاؤم: ويشتمل على (11) بنداً يعكس مدى تشاؤم المفحوص حول إمكانية أن يتحقق للطفل اكتفاء ذاتي في الوقت الحاضر أو المستقبل، وهذه البنود هي (4، 7، 13، 22، 25، 27، 28، 29، 32، 43، 47).
3. خصائص الطفل: ويشتمل على (15) بنداص، يعكس إدراك المفحوص للصعوبات النفسية أو الجسمية التي يظهرها الطفل موضع الدراسة، وهذه البنود هي (1، 6، 11، 14، 17، 19، 21، 23، 30، 34، 37، 39، 41، 44، 48).
4. المحددات الجسمية: ويشتمل على (6) بنود يقيس إدراك المفحوص لمحدودية القدرات الجسمية للطفل موعض الدراسة، وهذه البنود هي (8، 26، 36، 38، 49، 52).

ثالثاً: مقياس أساليب مواجهة الضغوط (Vitaliano et al. ,1985)

(ترجمة محمد الشراح): استخدام مقياس أساليب مواجهة الضغوط والذي يتألف من (42) بنداً موزعة على (5) أبعاد هي:

1. **التركيز على المشكلة:** ويهدف إلى حل المشكلة أو عمل شيء لخفض أو تغيير مصدر الضغط أو الإجهاد، أي أنه يتم وضع خطة عن الموقف ثم اتباعها، وتتضمن استراتيجيات جمع المعلومات والتخطيط واتخاذ القرار، ويشتمل على (15) بنداً هي (1-6-7-8-12-13-18-19-23-24-28-32-36-38-41).
2. **البحث عن الدعم الاجتماعي:** والهدف منه هو طلب النصيحة أو المساعدة أو المعلومات من الاختصاصيين، ومن جانب آخر يهدف للحصول إلى المزيد من الدعم المعنوي أو المشاركة الوجدانية أو التفهم من الآخرين من أجل

استعادة الأمن والطمأنينة نتيجة حدوث موقف ضاغط، ويضم (6) بنود هي (2-9-14-20-25-39).

3. **لوم الذات:** ويقصد به شعور الشخص أنه المسؤول عن المشكلة التي حدثت من خلال لومه وانتقاده لذاته، ويضم (3) بنود هي (3-15-29).
4. **التفكير فى الرغبات:** ويقصد به التفكير في الأمنيات التي يمكن من خلالها تغيير الموقف الذي حدث، و تشمل كذلك الأحلام والتفكير الخيالي، ويشتمل على (8) بنود هي (4-10-16-21-26-30-34-40).
5. **التجنب:** ويقصد به الرفض (عدم التصديق) بأن الموقف قد حدث وذلك بتجنب التفكير فيه أو فعل شيء تجاهه والابتعاد عن الأشخاص وعن الأشياء التي تذكره بمشكلته، ويضم (10) بنود هي (5-11-17-22-27-31-33-35-37-42).

نتائج الدراسة ومناقشتها

السؤال الأول:

1. هل توجد فروق دالة إحصائياً في الضغوط الأسرية بين أسر الأطفال ذوى الإعاقات الذهنية البسيطة الذين لديهم، والذين ليست لديهم خبرات ومدركات إيجابية تجاه الإعاقة؟
2. هل توجد فروق دالة إحصائيا في أساليب مواجهة الضغوط بين أسر الأطفال ذوى الإعاقات الذهنية البسيطة الذين لديهم، والذين ليست لديهم خبرات ومدركات إيجابية تجاه الإعاقة؟

وقد تم تطبيق استبيان الضغوط ومصادرها (الصورة المختصرة 1983) تعريب جلال جرار، وذلك لتحديد تلك الضغوط من خلال سلم إجابة مكون من مستويين (نعم، لا)، ويتكون المقياس من(52) بنداً تمثل أربعة مجالات (مشكلات الوالدين والأسرة، التشاؤم، خصائص الطفل، المحددات الجسمية).

كما تم تطبيق مقياس أساليب مواجهة الضغوط، من إعداد:

(Vitaliano، Maiuro، Russo and Becker 1985) (ترجمة الباحث)، وذلك لتحديد تلك الأساليب من خلال سلم إجابة مكون من خمسة مستويات (دائما، غالبا، أحيانا، نادراً، مطلقا)، ويتكون المقياس من(42) بنداً تمثل خمسة مجالات (التركيز على المشكلة، الدعم الاجتماعي، لوم الذات، التفكير في الرغبات، التجنب).

للإجابة عن سؤال الدراسة الأول:

هل توجد فروق دالة إحصائياً في الضغوط الأسرية بين أسر الأطفال ذوى الإعاقات الذهنية البسيطة الذين لديهم والذين ليست لديهم خبرات ومدركات إيجابية تجاه الإعاقة؟

أولا: تحليل الأبعاد: تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات كل من مجموعتي الدراسة (أسر لديها مدركات إيجابية، أسر ليست لديها مدركات إيجابية) في جميع أبعاد استبيان الضغوط ومصادرها، كما تم استخدام اختبار (ت) للعينات المستقلة (Independent T-Test) وذلك لفحص تلك الفروق بين متوسطات المجموعتين كما هو مبين في الجدول.

جدول (3) اختبار (ت) للفروق في متوسطات الضغوط الأسرية لدى أسر الأطفال المعاقين ذهنياً بحسب متغير المدركات (إيجابية، ليست إيجابية) في أبعاد استبيان الضغوط ومصادرها (درجات الحرية= 74)

أبعاد المقياس	أسر لديها مدركات إيجابية (ن = 40)		أسر ليست لديها مدركات إيجابية (ن = 36)		قيمة ت
	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	
مشكلات الوالدين والأسرة	29.75	2.92	33.03	2.57	***5.21
التشاؤم	15.38	2.86	15.67	2.83	0.24
خصائص الطفل	22.88	1.95	25.70	1.31	***7.47
المحددات الجسمية	10.23	0.86	10.33	0.79	0.57
الدرجة الكلية	78.68	6.79	84.72	5.00	***4.38

*** دالة عند مستوى 0.001

يتبين من الجدول السابق أن هناك فروقاً بين متوسطات درجات مجموعتي الدراسة (أسر لديها مدركات إيجابية، أسر ليست لديها مدركات إيجابية) في المقاييس الفرعية لاستبيان

الضغوط ومصادرها (مشكلات الوالدين والأسرة، خصائص الطفل)، حيث يرتفع متوسط الأسر التي ليست لديها مدركات إيجابية (المتوسط الحسابي= 33.03، الانحراف المعياري= 2.57) عن متوسط الأسر التي لديها مدركات إيجابية (المتوسط الحسابي= 29.75، الانحراف المعياري= 2.92) في بعد (مشكلات الوالدين والأسرة)، كما يرتفع متوسط الأسر التي ليست لديها مدركات إيجابية (المتوسط الحسابي= 25.70، الانحراف المعياري= 1.31) عن متوسط الأسر التي لديها مدركات إيجابية (المتوسط الحسابي= 22.88، الانحراف المعياري= 1.95) في بعد (خصائص الطفل)، ولا توجد فروق في المقاييس الفرعية (التشاؤم، المحددات الجسمية) بين كلتا المجموعتين.

وللتحقق من هذه الفروق فيما إذا كانت ذات دلالة إحصائية استخدم الباحث اختبار (ت) للعينات المستقلة (Independent T-Test)، ويتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.001 بين متوسط درجات الأسر التي ليست لديها مدركات إيجابية ومتوسط درجات الأسر التي لديها مدركات إيجابية في بعدي (مشكلات الوالدين والأسرة، خصائص الطفل)، الأمر الذي يشير إلى أن حدة الضغوط لدى الأسر التي ليست لديها مدركات إيجابية أعلى منها لدى الأسر التي لديها مدركات إيجابية في عينة الدراسة، كما يتبين من النتائج عدم وجود فروق دالة بين مجموعتي الدراسة في بعدي(التشاؤم، المحددات الجسمية

ثانيا: تحليل بنود الأبعاد:

لمعرفة ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية لكل بند من بنود استبيان الضغوط ومصادرها بين مجموعتي الدراسة قام الباحث باستخدام اختبار (ت) للعينات المستقلة (Independent T- Test)، وذلك لمقارنة بنود كل بعد من أبعاد المقياس على حدة.

1 - المقياس الفرعي: مشكلات الوالدين والأسرة:

يوضح الجدول (4) مقارنة بنود المقياس الفرعي (مشكلات الوالدين والأسرة) بين مجموعتي الدراسة (عدد البنود =20).

جدول (4) اختبار (ت) للفروق في متوسطات بنود المقياس الفرعي (مشكلات الوالدين والأسرة) بين مجموعتي الدراسة (درجات الحرية=74)

رقم البند	أسر لديها مدركات إيجابية (ن=40)		أسر ليست لديها مدركات إيجابية (ن=36)		قيمة ت
	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	
2	1.16	0.38	1.75	0.44	***6.04
3	1.93	0.27	1.83	0.38	1.21
5	1.35	0.48	1.69	0.47	***3.16
9	1.38	0.49	1.33	0.48	0.38
10	1.85	0.36	1.92	0.28	0.90
12	1.43	0.50	1.69	0.47	**2.43
15	1.93	0.27	1.86	0.35	0.89
16	1.13	0.33	1.69	0.47	***6.05
18	1.68	0.47	1.61	0.49	0.57
20	1.15	0.36	1.61	0.49	***4.60
24	1.70	0.46	1.86	0.35	1.72
رقم البند	أسر لديها مدركات إيجابية (ن=40)		أسر ليست لديها مدركات إيجابية (ن=36)		قيمة ت
	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	
31	1.70	0.46	1.75	0.44	0.48
33	1.25	0.44	1.44	0.50	1.79
35	1.38	0.49	1.47	0.51	0.85
40	1.33	0.47	1.42	0.50	0.82
42	1.40	0.50	1.50	0.51	0.87
45	1.40	0.47	1.56	0.50	1.35
46	1.78	0.42	1.80	0.40	0.32
50	1.48	0.51	1.69	0.47	1.97
51	1.38	0.49	1.61	0.49	*2.09

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

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي الدراسة (أسر لديها مدركات إيجابية، أسر ليست لديها مدركات إيجابية) في البنود التالية كما هو موضح في جدول(5).

جدول (5) البنود ذات الدلالة الإحصائية للمقياس الفرعي (مشكلات الوالدين والأسرة)

رقم	البند
2	الأفراد الآخرون في الأسرة يحرمون أنفسهم من أشياء مختلفة.
5	أن من متطلبات العناية الدائمة بأنها تحد من نمو وتطور الأفراد الآخرين في أسرتنا.
12	الحياة الاجتماعية لأسرتنا ستتأثر في المستقبل بسبب تزايد المسؤوليات والضغوطات المالية.
16	أن اصطحاب ـ في نزهة أو رحلة يفسد استمتاع جميع أفراد الأسرة.
20	أنني أنزعج مما تسير عليه حياتي الآن.
51	أنني قلق كثيرا من الوقت.

يوضح الجدول السابق أن أسر الأطفال التي ليست لديها مدركات إيجابية تجاه الإعاقة تتعرض إلى ضغوط أسرية تتعلق بمشكلات الوالدين والأسرة أكثر من أسر الأطفال التي لديها مدركات إيجابية، ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن أسر الأطفال التي ليست لديها مدركات إيجابية تجاه الإعاقة تتعرض إلى ضغوطات ومسؤوليات مالية كبيرة قد لا تستطيع تحملها وتفوق إمكانياتها المادية مما يؤثر على باقي أفراد الأسرة وتزيد من معاناتهم، كما أن وجود طفل معاق في الأسرة قد يزيد على جميع أفراد الأسرة وخاصة الوالدين من أعباء العناية والرعاية به خارج المنزل أثناء الرحلات والنزهات، وكذلك قد تشعرهم بنوع من الحرج أمام الآخرين مما يفسد عليهم الاستمتاع بسبب وجود هذا الطفل.

المقياس الفرعي: التشاؤم:

تمت مقارنة بنود المقياس الفرعي «التشاؤم»، وعددها (11) بنداً بين مجموعتي الدراسة كما هو موضح في الجدول رقم (6).

جدول (6) اختبار (ت) للفروق في متوسطات بنود المقياس الفرعي (التشاؤم) بين مجموعتي الدراسة

(درجات الحرية=74)

رقم البند	أسر لديها مدركات إيجابية (ن=40)		أسر ليست لديها مدركات إيجابية (ن=36)		قيمة ت
	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	
4	1.55	0.50	1.67	0.48	1.04
7	1.10	0.30	1.14	0.35	0.51
13	1.40	0.50	1.44	0.50	0.39
22	1.48	0.51	1.44	0.50	0.26
25	1.25	0.44	1.25	0.44	0.000
27	1.85	0.36	1.75	0.44	1.08
28	1.45	0.50	1.42	0.50	0.29
29	1.35	0.48	1.36	0.49	0.10
32	1.63	0.49	1.58	0.50	0.37
43	1.65	0.48	1.67	0.48	0.15
47	1.13	0.33	1.14	0.35	0.18

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية لجميع بنود المقياس الفرعي (التشاؤم) بين مجموعتي الدراسة (أسر لديها مدركات إيجابية، أسر ليست لديها مدركات إيجابية)، وترجع هذه النتيجة إلى العلاقات الأسرية المترابطة سواءً من الإخوة داخل الأسرة أم من الأقارب ومشاركتهم مع الوالدين في تحمل مسؤولية رعاية ابنهم المعاق حتى بعد وفاة الوالدين، كما يرى الباحثون أن اهتمام ورعاية الدولة لأطفالهم المعاقين من حيث توفير الرعاية التعليمية والطبية المناسبة لهم يشعرهم بنوع من الاطمئنان بأن أبناءهم المعاقين سيجدون الاهتمام والرعاية لهم في الحاضر وحتى عند وفاة الوالدين، وقد يكون ذلك مبررا مقبولا لعدم وجود فروق دالة بين مجموعتي الدراسة لبعد التشاؤم.

3 - المقياس الفرعي: خصائص الطفل: وفيما يتعلق بالمقياس الفرعي (خصائص الطفل) فقد تمت مقارنة البنود (عدد البنود=15) بين مجموعتي الدراسة كما هو مبين في الجدول (7).

جدول (7) اختبار (ت) للفروق في متوسطات بنود المقياس الفرعي (خصائص الطفل) بين مجموعتي الدراسة (درجات الحرية=74)

رقم البند	أسر لديها مدركات إيجابية (ن=40)		أسر ليست لديها مدركات إيجابية (ن=36)		قيمة ت
	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	
1	1.35	0.48	1.64	0.49	**2.59
6	1.58	0.50	1.58	0.50	0.07
11	1.08	0.27	1.72	0.45	***7.47
14	1.10	0.30	1.67	0.48	***6.09
17	1.80	0.41	1.75	0.44	0.51
19	1.95	0.22	2.00	0.000	1.43
21	1.23	0.42	1.75	0.44	***5.30
23	1.30	0.46	1.69	0.47	***3.69
30	1.45	0.50	1.39	0.49	0.53
34	1.80	0.41	1.78	0.42	0.23
37	1.30	0.46	1.64	0.49	***3.10
39	1.78	0.42	1.75	0.44	0.25
41	1.92	0.27	1.92	0.28	0.13
رقم البند	أسر لديها مدركات إيجابية (ن=40)		أسر ليست لديها مدركات إيجابية (ن=36)		قيمة ت
	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	
44	1.45	0.50	1.58	0.50	1.16
48	1.80	0.41	1.83	0.38	0.37

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

يتبين من الجدول السابق أن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية للمقياس الفرعي (خصائص الطفل) بين مجموعتي الدراسة (أسر لديها مدركات إيجابية، أسر ليست لديها مدركات إيجابية) في البنود التالية كما هو مبين في الجدول(8).

جدول(8) البنود ذات الدلالة الإحصائية للمقياس الفرعي(خصائص الطفل)

رقم البند	البند
1	لا يستطيع الطفل أن يتواصل مع الآخرين من نفس عمره.
11	أحيانا أتجنب اصطحاب الطفل إلى الخارج حيث يوجد الناس.
14	أشعر بالتوتر عندما اصطحب الطفل خارجا أمام الناس.
21	بعض الأحيان أشعر بالإحراج الشديد بسبب الطفل.
23	من الصعب التواصل بالطفل بسبب أنه يعاني من صعوبة في فهم ما يقال له.
37	لا يستطيع الطفل أن يتذكر ما يقوله من لحظه إلى أخرى.

يتضح من الجدول السابق أن أسر الأطفال الذين ليست لديهم مدركات إيجابية تجاه الإعاقة تتعرض لضغوط أسرية تتعلق بخصائص الطفل المعاق أكثر من الأسر التي لديها مدركات إيجابية، حيث توضح النتائج أن هؤلاء الأطفال لديهم صعوبات في التواصل مع الأطفال الآخرين كما لديهم صعوبات في الذاكرة، وذلك عند مقارنتهم بأطفال الأسر التي لديها مدركات إيجابية تجاه الإعاقة، حيث قد لا يشكل التواصل مع الأطفال الآخرين مشكلة بالنسبة لهم نتيجة إدراك الوالدين بأهمية تواصل أبنائهم المعاقين مع باقي الأطفال من نفس عمرهم وإكسابهم الثقة بأنفسهم، كما يتضح من النتائج بأن الأسر التي ليست لديها مدركات إيجابية تجاه الإعاقة تشعر بالتوتر والحرج عند اصطحاب أبنائهم المعاقين إلى الخارج، فتحرمهم من فرصة تواصل أطفالهم مع الأطفال الآخرين والمجتمع، وبذلك يمكن القول بأن هذه النتيجة لها تأثير سلبي على الأطفال المعاقين من جهة، وكذلك على الوالدين من جهة أخرى لأن المشكلة لا زالت قائمة نتيجة الحرج والتوتر من اصطحاب أطفالهم إلى الخارج.

4 - المقياس الفرعي: المحددات الجسمية: قام الباحثون بمقارنة بنود المقياس الفرعي (المحددات الجسمية) لمجموعتي الدراسة (عدد البنود=6) كما هو موضح في الجدول (9).

جدول (9) اختبار (ت) للفروق في متوسط بنود المقياس الفرعي (المحددات الجسمية) بين مجموعتي الدراسة (درجات الحرية=74)

رقم البند	أسر لديها مدركات إيجابية (ن=40)		أسر ليست لديها مدركات إيجابية (ن=36)		قيمة ت
	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	
8	1.83	0.38	1.92	0.28	1.20
26	1.88	0.33	1.83	0.38	0.51
36	1.95	0.22	1.97	0.17	0.50
38	1.63	0.49	1.56	0.50	0.61
49	1.03	0.16	1.06	0.23	0.66
52	1.93	0.27	2.00	0.000	1.78

يتبين من الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى بنود المقياس الفرعي (المحددات الجسمية) لمجموعتي الدراسة (أسر لديها مدركات إيجابية، أسر ليست لديها مدركات إيجابية)، وقد يرجع سبب ذلك لأن البعد يضم عبارات قد لا تمثل ضغوطا على الأسرة، خاصة وأن أطفالهم من ذوى الإعاقات الذهنية البسيطة وأعمارهم تتراوح بين (6-18) سنة. وهذا ما أشار إليه مناحي العازمي (1998) في دراسته إلى أن هذا البعد يضم ست عبارات فقط يقيس مدى استطاعة الطفل المعاق أن يأكل بنفسه، يأخذ دورا في الألعاب الرياضية، الذهاب للحمام لوحده، استطاعته استخدام الباص، يحتاج للحفاضات، يمشى دون مساعدة، وهذه المحددات لدى الأطفال ذوى الإعاقات الذهنية البسيطة قد لا تمثل ضغوطاً على الأسرة وقد يكون الأطفال في هذه المرحلة العمرية قد تجاوزوا هذه المحددات، وهذا لا يدل على عدم صدق البعد لأن المقياس معد لأسر الأطفال المعاقين بصفة عامة، فهذا البعد قد يمثل ضغطاً لفئات أخرى من المعاقين أو حتى لمستويات أخرى من الإعاقات الذهنية.

وللإجابة عن سؤال الدراسة الثاني: هل توجد فروق دالة إحصائياً في أساليب مواجهة الضغوط بين أسر الأطفال ذوى الإعاقات الذهنية البسيطة الذين لديهم والذين ليست لديهم خبرات ومدركات إيجابية تجاه الإعاقة؟

أولا: نتائج الأبعاد: تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات كل من مجموعتي الدراسة (أسر لديها مدركات إيجابية، أسر ليست لديها مدركات إيجابية) في جميع أبعاد مقياس أساليب مواجهة الضغوط، كما تم استخدام اختبار (ت) للعينات المستقلة (Independent T-Test) وذلك لفحص تلك الفروق بين متوسطات درجات المجموعتين كما هو مبين في الجدول(9).

جدول (10) اختبار (ت) للفروق في متوسطات أساليب مواجهة الضغوط لدى أسر الأطفال المعاقين ذهنياً بحسب متغير المدركات (إيجابية، ليست إيجابية) في أبعاد مقياس أساليب مواجهة الضغوط (درجات الحرية= 74)

أبعاد المقياس	أسر لديها مدركات إيجابية(ن = 40)		أسر ليست لديها مدركات إيجابية(ن = 36)		قيمة ت
	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	
التركيز على المشكلة	59.05	7.46	55.19	11.58	1.71
الدعم الاجتماعي	21.35	5.45	18.28	4.38	***2.72
لوم الذات	8.22	2.13	10.58	1.88	***5.09
التفكير في الرغبات	26.70	6.71	27.28	6.75	0.37
التجنب	28.90	6.66	29.72	4.88	0.62
الدرجة الكلية	141.09	22.5	143.93	15.65	0.65

*** دالة عند مستوى 0.001

يتبين من الجدول السابق أن هناك فروقاً بين متوسطات درجات مجموعتي الدراسة في المقياس الفرعي لأساليب مواجهة الضغوط(الدعم الاجتماعي)، حيث يرتفع متوسط درجات الأسر التي لديها مدركات إيجابية عن متوسط الأسر التي ليست لديها مدركات إيجابية في بعد(الدعم الاجتماعي)، كما توجد فروق بين متوسط درجات مجموعتي الدراسة في المقياس الفرعي لأساليب مواجهة الضغوط(لوم الذات)، حيث يرتفع متوسط درجات الأسر التي ليست لديها مدركات إيجابية عن متوسط الأسر التي لديها مدركات إيجابية في بعد (لوم الذات).

وللتحقق من هذه الفروق فيما إذا كانت ذات دلالة إحصائية استخدم الباحثون اختبار (ت) للعينات المستقلة (Independent T-Test)، ويتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.001 بين متوسط درجات الأسر التي لديها مدركات إيجابية (المتوسط الحسابي= 21.35، الانحراف المعياري= 5.45) ومتوسط درجات الأسر التي ليست لديها مدركات إيجابية (المتوسط الحسابي= 18.28، الانحراف المعياري= 4.38) في بعد(الدعم الاجتماعي)، وذلك لصالح الأسر التي لديها مدركات إيجابية تجاه الإعاقة الأمر الذي يشير إلى أن أسلوب مواجهة الضغوط في هذا البعد لدى الأسر التي لديها مدركات إيجابية أعلى منه لدى الأسر التي ليست لديها مدركات إيجابية في عينة الدراسة، كما يتبين من النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.001 في بعد(لوم الذات)، حيث يرتفع متوسط درجات الأسر التي ليست لديها مدركات إيجابية تجاه الإعاقة (المتوسط الحسابي= 10.58، الانحراف المعياري= 1.88) عن متوسط الأسر التي لديها مدركات إيجابية (المتوسط الحسابي= 8.22، الانحراف المعياري= 2.13)، الأمر الذي يشير إلى أن أسلوب مواجهة الضغوط في هذا البعد لدى الأسر التي ليست لديها مدركات إيجابية تجاه الإعاقة أعلى منه لدى الأسر التي لديها مدركات إيجابية في عينة الدراسة، كما أشارت نتائج اختبار ت للعينات المستقلة عدم وجود فروق دالة بين مجموعتي الدراسة في أبعاد(التركيز على المشكلة، التفكير في الرغبات، التجنب). ولتوضيح هذه النتيجة تم رسم بروفيل يمثل متوسطات درجات المجموعتين من أسر الأطفال ذوى الإعاقات الذهنية البسيطة وذلك من خلال أدائهم على مقياس أساليب مواجهة الضغوط.

ثانيا: تحليل بنود الأبعاد: لمعرفة ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية لكل بند من بنود مقياس أساليب مواجهة الضغوط بين مجموعتي الدراسة، فقد تم استخدام اختبار (ت) للعينات المستقلة (Independent T- Test)، وذلك لمقارنة بنود كل بعد من أبعاد المقياس على حدة.

1 - **المقياس الفرعي: التركيز على المشكلة:** يوضح جدول (11) مقارنة لبنود المقياس الفرعي (التركيز على المشكلة) وعددها(15) بين مجموعتي الدراسة (أسر لديها مدركات إيجابية، أسر ليست لديها مدركات إيجابية).

جدول (11) اختبار (ت) للفروق في متوسطات بنود المقياس الفرعي (التركيز على المشكلة) بين مجموعتي الدراسة (درجات الحرية=74)

رقم البند	أسر لديها مدركات إيجابية (ن=40)		أسر ليست لديها مدركات إيجابية (ن=36)		قيمة ت
	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	
1	4.35	0.95	4.06	1.12	1.23
6	4.33	0.80	3.75	1.13	**2.54
7	3.78	1.03	3.69	1.06	0.34
8	3.73	1.04	3.61	1.20	0.44
12	4.23	0.73	3.58	1.16	***2.85
13	4.28	0.91	3.69	1.14	**2.44
18	3.73	0.91	3.58	1.20	0.58
19	3.83	1.08	3.58	1.20	0.92
23	4.43	0.75	3.75	1.02	***3.25
24	4.00	0.96	3.50	1.08	*2.12
28	3.58	1.22	3.61	1.18	0.13
32	3.90	1.01	3.83	1.18	0.26
36	3.85	1.31	3.83	1.18	0.06
38	3.60	1.26	3.25	1.08	1.31
41	3.48	1.28	3.86	1.10	1.41

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

يتبين من الجدول السابق أنه على الرغم من عدم وجود فروق دالة بين مجموعتي الدراسة (أسر لديها مدركات إيجابية، أسر ليست لديها مدركات إيجابية) في متوسط بعد (التركيز على المشكلة)، إلا أن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية على مستوى البنود بين مجموعتي الدراسة لصالح الأسر التي لديها مدركات ايجابية تجاه الإعاقة في البنود التالية وذلك كما هو مبين في الجدول(12).

جدول (12) البنود ذات الدلالة الإحصائية للمقياس الفرعي (التركيز على المشكلة)

الرقم	البند
6	أركز على شيء جيد يتحقق من الموقف المرتبط بالمشكلة
12	أكون مطلعاً على كل الأفكار والمواقف المرتبطة بالمشكلة
13	أتعامل مع الموقف بصورة مرنة
23	أقبل أفضل حل متاح لي في الموقف المرتبط بالمشكلة
24	أتعامل مع المواقف المرتبطة بالمشكلة بصورة تدريجية

يتضح من الجدول السابق أن الأسر التي لديها مدركات إيجابية تجاه الإعاقة يمكن لها أن تواجه الضغوط بأن تكون مطلعة على المواقف والأفكار المرتبطة بالمشكلة، وعند مواجهتها لموقف ضاغط فإنها تركز على شيء جيد وتقبل بأفضل حل متاح لهذا الموقف المرتبط بالمشكلة بصورة مرنة وبصورة تدريجية، وذلك مقارنة بالأسر التي ليست لديها مدركات إيجابية تجاه الإعاقة. ولقد أظهرت عدد من الدراسات أن بعض الأسر ممن لديهم طفل معاق ذهنياً كانت تحظى بقدر مناسب من التفاهم والتوافق الزواجي، ويتوقف الأمر بعد ذلك على طبيعة علاقة الوالدين معا وعلى أسلوبهما في مواجهة مشكلاتهما (علاء الدين كفافي، 2003). وعلى الرغم من أن إخوة الأطفال ذوي الحاجات الخاصة عرضة للكثير من المشكلات فإن مدى هذه المشكلات أو خطورتها يتوقف بالدرجة الأولى على توافق الآخرين في الأسرة وخاصة الوالدين، فإذا كانت هناك مهارات مواجهة ومناسبة ونمط متواصل وبيئة تتسم بالدعم المتبادل، فإنه ينتج بعض التأثيرات الإيجابية من وجود طفل له حاجات خاصة(روزماربي لمبي وديبي داينلز مورنج، 2001). وطبقا لدراسة فري و آخرون. Frey et al تعتبر الاستراتيجيات التي تركز على المشكلة أسلوبا مفضلا للمواجهة المرتبطة بمشكلات الإعاقة لأنها ترتبط بتقليل وخفض التوترات والضغوط (In:Judge،S.،1998)، كما يذكر كارفر وآخرون (Carver et al.،1989) بأن أساليب المواجهة التي تركز على المشكلة تهدف إلى حل المشكلة أو عمل شيء لتغيير أو تعديل مصدر الضغط والإجهاد، وتكون لها الغلبة والسيادة على باقي أساليب المواجهة عندما يشعر الناس بأنه يمكن عمل شيء بناء إيجابي. وقد حدد كل من فجلي وماكوبين

Figley and Muccubin بعض الخصائص التي يمكن التنبؤ من خلالها بقدرة الأسرة على مواجهة ضغوط الحياة ومنها رؤية الموقف كمشكلة للأسرة أكثر منها مشكلة لأحد أعضائها، إضافة للاستخدام المناسب للمصادر داخل الأسرة وخارجها (روزماري لامبي وديبي دانيلز مورنج، 2001).

3 - المقياس الفرعي: الدعم الاجتماعي: أما بالنسبة للمقياس الفرعي (الدعم الاجتماعي) فقد قام الباحث بمقارنة البنود (عدد البنود= 6) بين مجموعتي الدراسة (أسر لديها مدركات إيجابية، أسر ليست لديها مدركات إيجابية) كما هو مبين في الجدول (13).

جدول (13) اختبار (ت) للفروق في متوسطات بنود المقياس الفرعي (الدعم الإجتماعى) بين مجموعتي الدراسة (درجات الحرية=74)

رقم البند	أسر لديها مدركات إيجابية (ن=40)		أسر ليست لديها مدركات إيجابية (ن=36)		قيمة ت
	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	
2	3.96	1.06	3.36	1.07	**2.40
9	3.50	1.45	3.19	0.89	1.12
14	3.98	1.23	3.22	1.10	***2.82
20	3.35	1.41	2.86	1.22	1.62
25	3.25	1.24	3.08	1.11	0.62
39	3.33	1.49	2.56	1.08	**2.59

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

يتضح من الجدول السابق أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية في المقياس الفرعي (الدعم الاجتماعي)، بين مجموعتي الدراسة (أسر لديها مدركات إيجابية، أسر ليست لديها مدركات إيجابية) لصالح الأسر التي لديها مدركات إيجابية تجاه الإعاقة، وذلك في البنود التالية كما هو مبين في الجدول (14).

جدول (14) البنود ذات الدلالة الإحصائية للمقياس الفرعي(الدعم الإجتماعى)

الرقم	البند
2	أتحدث مع أشخاص آخرين لتوضيح الموقف المرتبط بالمشكلة.
14	أطلب النصيحة من شخص أحترمه لحل المشكلة.
39	أتحدث مع الآخرين عن مشاعري وأحاسيسي تجاه المشكلة.

يتضح من الجدول السابق بأن الأسر التي لديها مدركات إيجابية تجاه الإعاقة تواجه الضغوط التي تتعرض لها عن طريق الدعم الاجتماعى، وذلك من خلال التحدث مع أشخاص آخرين يحترمونهم ويقدرونهم وذلك لطلب النصيحة ولتوضيح الموقف المرتبط بالمشكلة، وللتحدث كذلك عن مشاعرهم وأحاسيسهم، وذلك مقارنة مع الأسر التي ليست لديها مدركات إيجابية تجاه الإعاقة، حيث لا تواجه الضغوط التي تتعرض لها عن طريق الدعم الاجتماعي.

3 - المقياس الفرعي: لوم الذات: وفيما يتعلق بالمقياس الفرعي (لوم الذات) فقد تمت مقارنة بنوده وعددها(3) بين مجموعتي الدراسة (أسر لديها مدركات إيجابية، أسر ليست لديها مدركات إيجابية) كما هو موضح بالجدول (15)

جدول (15) اختبار (ت) للفروق في متوسطات بنود المقياس الفرعي (لوم الذات) بين مجموعتي الدراسة (درجات الحرية=74)

رقم البند	أسر لديها مدركات إيجابية (ن=40)		أسر ليست لديها مدركات إيجابية (ن=36)		قيمة ت
	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	
3	3.03	1.13	3.55	0.81	*2.28
15	2.72	1.00	3.38	1.00	***2.83
29	2.47	1.00	3.65	0.98	***5.19

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

يتبين من الجدول السابق أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية في البنود الثلاثة للمقياس الفرعي (لوم الذات) بين مجموعتي الدراسة (أسر لديها مدركات إيجابية، أسر ليست لديها مدركات إيجابية)، وهذه البنود مبينة في الجدول(16).

جدول(16) بنود المقياس الفرعي(لوم الذات)

الرقم	البند
3	ألوم نفسي بسبب الموقف المرتبط بالمشكلة
15	أنتقد نفسي بسبب المشكلة
29	أعتقد أنني جلبت على نفسي هذه المشكلة

يتضح من الجدول السابق أن الأسر التي ليست لديها مدركات إيجابية تجاه الإعاقة تواجه الضغوط الواقعة عليها باستخدام أسلوب لوم الذات، حيث تلوم نفسها بسبب الموقف الضاغط المرتبط بالمشكلة وتنتقدها لأنها جلبت هذه المشكلة مما يخلق جواً من الصراع والخلاف بين أفراد الأسرة ويؤثر على تماسكها، وذلك مقارنة بالأسر التي لديها مدركات إيجابية تجاه الإعاقة والتي يسودها نوع من الترابط والتماسك بين أفرادها.

4 - المقياس الفرعي: التفكير في الرغبات: أما فيما يتعلق بالمقياس الفرعي (التفكير في الرغبات) فقد تمت مقارنة البنود (عدد البنود= 8) بين مجموعتي الدراسة (أسر لديها مدركات إيجابية، أسر ليست لديها مدركات إيجابية) كما هو مبين في الجدول (17).

جدول(17) اختبار (ت) للفروق في متوسطات بنود المقياس الفرعي (التفكير في الرغبات) بين مجموعتي الدراسة (درجات الحرية=74)

رقم البند	أسر لديها مدركات إيجابية (ن=40)		أسر ليست لديها مدركات إيجابية (ن=36)		قيمة ت
	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	
4	3.40	1.22	3.69	1.12	1.10
10	3.65	1.19	3.72	1.26	0.26
16	3.48	1.15	3.47	0.97	0.01
21	3.38	1.21	3.08	1.30	1.01
26	3.43	1.41	3.72	1.19	1.00
30	2.73	1.36	2.72	1.32	0.01
34	3.38	1.23	3.28	1.14	0.36
40	3.28	1.26	3.58	1.18	1.10

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي الدراسة (أسر لديها مدركات إيجابية، أسر ليست لديها مدركات إيجابية) لبنود المقياس الفرعي (التفكير في الرغبات). ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن الأسر التي لديها مدركات إيجابية تجاه الإعاقة والأسر التي ليست لديها مدركات إيجابية لا تختلف إحداها عن الأخرى في هذا الأسلوب لمواجهة الضغوط، حيث هذا الأسلوب قائم على الأمنيات والتخيلات، في حين أن هذه الأسر تؤمن بقضاء الله وقدره وتتعامل مع الضغوط التي تتعرض لها نتيجة وجود طفل معاق ذهنياً في الأسرة بواقعية أكثر وتدرك أهمية الترابط الأسرى بين أفرادها، والتعاون فيما بينها، إضافة إلى الاهتمام والرعاية من قبل الجمعيات والمؤسسات المختلفة بفئة المعاقين.

5 - المقياس الفرعي: التجنب: وللتحقق فيما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتي الدراسة (أسر لديها مدركات إيجابية، أسر ليست لديها مدركات إيجابية) للمقياس الفرعي (التجنب)، فقد تمت مقارنة البنود (عدد البنود = 10) كما هو مبين في الجدول (18).

جدول (18) اختبار (ت) للفروق في متوسطات بنود المقياس الفرعي (التجنب) بين مجموعتي الدراسة

(درجات الحرية=74)

رقم البند	أسر لديها مدركات إيجابية (ن=40)		أسر ليست لديها مدركات إيجابية (ن=36)		قيمة ت
	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	
5	3.80	1.20	3.36	1.40	1.46
11	3.15	1.27	3.39	1.23	0.83
17	2.55	1.13	2.64	1.38	0.31
22	3.73	1.24	4.00	1.29	0.95
27	3.23	1.25	3.56	1.08	1.24
31	2.40	1.01	2.50	0.97	0.44
33	3.08	1.25	3.08	1.00	0.03
35	2.23	1.49	2.39	1.32	0.51
37	2.28	1.48	2.56	1.59	0.80
42	2.48	1.20	2.25	1.18	0.82

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية لبنود المقياس الفرعي (التجنب) بين مجموعتي الدراسة (أسر لديها مدركات إيجابية، أسر ليست لديها مدركات إيجابية). وترجع هذه النتيجة إلى أن أسر الأطفال ذوى الإعاقات الذهنية البسيطة في مجموعتي الدراسة لا تواجه الضغوط الواقعة عليها باستخدام أسلوب التجنب أو الهروب لأنها تتعامل مع الضغوط الواقعة عليها بواقعية وتؤمن بأهمية التركيز على الموقف المرتبط بالمشكلة نتيجة الإيمان بالله وبقضائه، وعدم إيمانها بأن أسلوب التجنب أو الهروب من المشكلة هو الحل.

ويلاحظ أن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في بعد (الدعم الإجتماعى) لصالح الأسر التي لديها مدركات إيجابية تجاه الإعاقة، إنما هو تأكيد على أهمية هذا الجانب كأحد أساليب مواجهة الضغوط المستخدمة عند أسر الأطفال ذوى الإعاقات الذهنية البسيطة والذين لديهم خبرات ومدركات إيجابية تجاه الإعاقة، في حين أن (لوم الذات) هو أسلوب المواجهة المستخدم من قبل أسر الأطفال ذوى الإعاقات الذهنية البسيطة والذين ليست لديهم خبرات ومدركات إيجابية تجاه الإعاقة.

المراجع

أولاً: المراجع العربية:

1. أحمد محمد الكندرى(1992). علم النفس الأسرى. (الطبعة الثانية). الكويت: مكتبة الفلاح.
2. أميرة طه بخش(2003). دور الأسرة في مساعدة ذوي الحاجات الخاصة. ورقة عمل مقدمة إلى لقاء التربية الخاصة (رؤى وتطلعات). المملكة العربية السعودية.
3. جاك إستيوارت(1996).إرشاد الآباء ذوى الأطفال غير العاديين.(ترجمة عبدالصمد الأغبرى وفريدة عبدالوهاب آل مشرف). الرياض: جامعة الملك سعود.
4. جلال جرار(1989).دراسة عن مستوى الضغوط لدى أمهات الأطفال المعوقين. البحرين: وزارة الإعلام.
5. جمال الخطيب ومنى الحديدي وعبدالعزيز السرطاوي(2002). إرشاد أسر الأطفال ذوي الحاجات الخاصة – قراءات حديثة.(الطبعة الثانية). الكويت: مكتبة الفلاح.
6. جمال الخطيب وآمنة راشد وغانم البسطامى ومنى عبدالكريم(1996). الرعاية الأسرية للطفل المعاق.سلسلة الدراسات الاجتماعية والعمالية(31)، البحرين: المكتب التنفيذي لمجلس وزراء العمل

والشؤون الاجتماعية بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية.

7. خولة أحمد يحيى(2003). إرشاد أسر ذوي الاحتياجات الخاصة. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر.

8. داليا مؤمن(2004). الأسرة والعلاج الأسرى. القاهرة: دار السحاب للنشر والتوزيع.

9. زيدان السرطاوى وعبدالعزيز الشخص(1998). بطارية قياس الضغوط النفسية وأساليب المواجهة والاحتياجات لأولياء أمور المعاقين. العين: دار الكتاب الجامعي.

10. سعيدة الشمالي(2001). أساليب مواجهة الضغوط ودور شبكات الدعم الاجتماعي ـ دراسة مقارنة بين أمهات التلميذات المتخلفات عقلياً والعاديات في المجتمع القطري. رسالة ماجستير غير منشورة، البحرين: جامعة الخليج العربي.

11. سعيد عبدالعزيز(2005). إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة. عمان: دار الثقافة للنشر والطباعة.

12. سميه طه جميل(1998). التخلف العقلي: استراتيجيات مواجهة الضغوط الأسرية. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

13. سناء الخولى(1994). الأسرة والحياة العائلية. القاهرة: دار المعرفة الجامعية.

14. عبدالعزيز السرطاوى وجميل الصمادى(1998). الإعاقات الجسمية والصحية. الكويت: مكتبة الفلاح.

15. عبد المطلب القريطى(1999). الإرشاد النفسي لآباء وأسر الأطفال المتخلفين عقلياً. ورقة مقدمة ضمن ندوة الإرشاد النفسي والمهني من أجل نوعية أفضل لحياة الأشخاص ذوى الاحتياجات الخاصة. تنظيم جامعة الخليج العربي ضمن برنامج مؤسسة سلطان بن عبدالعزيز آل سعود للتربية الخاصة بالتعاون مع الجمعية العمانية للمعوقين. مسقط.

16. عصام نمر وعزيز سمارة(1990). الطفل والأسرة والمجتمع (الطبعة الثانية). عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.

17. علاءالدين كفافي(2003). الإرشاد الأسرى للطفل المعاق. القاهرة: دار الفكر العربي.

18. علا عبدالباقي إبراهيم(2000). الإعاقة العقلية-التعرف عليها وعلاجها باستخدام برامج التدريب للأطفال المعاقين عقليا. القاهرة: عالم الكتب.

19. عمر نصر الله(2002). الأطفال ذوو الاحتياجات الخاصة وتأثيرهم على الأسرة والمجتمع. عمان: دار وائل للطباعة والنشر.

20. فتحي السيد عبدالرحيم(1981). الدراسة المبرمجة للتخلف العقلي. الكويت: مؤسسة الصباح.
21. فتحي السيد عبدالرحيم(1999). قضايا ومشكلات في سيكولوجية الإعاقة ورعاية المعوقين: النظرة والتطبيق. (الطبعة الثالثة). الكويت: دار القلم.
22. فتحي السيد عبدالرحيم(2003). الخبرات والمدركات الإيجابية لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقات. ورقة مقدمة ضمن ندوة تكامل المسؤوليات والوظائف الأسرية والمؤسسات في رعاية ذوي الحاجات الخاصة. تنظيم جامعة الخليج العربي ضمن برنامج مؤسسة سلطان بن عبدالعزيز آل سعود للتربية الخاصة، البحرين: جامعة الخليج العربي.
23. فتحي السيد عبدالرحيم وحليم بشاي(1992). سيكولوجية الأطفال غير العاديين واستراتيجات التربية الخاصة. الجزء الأول (الطبعة الثالثة). الكويت: دار القلم.
24. فيوليت فؤاد إبراهيم وسعاد بسيوني وعبدالرحمن سيد سليمان ومحمد محمود النحاس(2001). بحوث ودراسات في سيكولوجية الإعاقة. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
25. كمال إبراهيم مرسي (1996). مرجع في علم التخلف العقلي. الكويت: دار القلم.
26. كمال إبراهيم مرسي (1980). الطفل غير العادي من الناحية الذهنية. القاهرة: دار النهضة العربية.
27. محمد رشيد المطيري (2002). العلاقة بين ضغوط الوالدية وبعض المتغيرات الخاصة بالطفل المتخلف عقليا. رسالة ماجستير غير منشورة، البحرين: جامعة الخليج العربي.
28. محمد عبدالرزاق هويدي (1995).بعض خصائص أسر الأطفال الذين لديهم إعاقة، مجلة علوم التربية، العدد الثامن، ص 25-41. المغرب
29. مريم جاسم العسعوسى(1993). طبيعة العلاقات الأخوية المتبادلة في وجود أخ متخلف عقليا. رسالة ماجستير غير منشورة، البحرين: جامعة الخليج العربي.
30. مناحي العازمي (1998). الحاجات والضغوط الأسرية كما تدركها أمهات الأطفال ذوي التخلف العقلي البسيط. رسالة ماجستير غير منشورة، البحرين: جامعة الخليج العربي.
31. مواهب إبراهيم عياد ونعمة مصطفى رقبان وسامية إبراهيم لطفي(1995). المرشد في تدريب المتخلفين عقليا على السلوك الاستقلالي في المهارات المنزلية. الاسكندرية: منشأة المعارف.
32. يوسف القريوتي وعبدالعزيز السرطاوى وجميل الصمادى(2001). المدخل إلى التربية الخاصة. (الطبعة الثانية). دبي: دار القلم.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

1. Carver, C. S. , Scheier, M. F. , & Weintraub, J. k. (1989). Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. Journal of Personality and Social Psychology. 56 (2), 267- 283.
2. Folkman,S.,&Moskowitz,J.T. (2002). Positive affect and the other side of coping. American Psychologists. 55 (6), 647- 654.
3. Gupta, A. & Singhal, N. (2004). Positive Perception in Parents of Children with Disabilities. Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal. 15 (1), 22 – 35.
4. Hastings, R. P. & Taunt, H. M. (2002). Positive Perceptions in Families of Children with Developmental disabilities. American Journal on Mental Retardation. 107 (2), 116- 127.
5. Judge, S. L. (1998). Parental coping strategies and strengths in families of young children with disabilities. Family Relations. 47, 263 – 268.
6. Luckasson, R.; Coulter, D.; Poloway, E.; Reiss, S.; Schalock, R.; Shell, M.; Spitalink, D. & Stark, J. (2002). Mental Retardation: Definition, Classification, and System of Support. (10th ed). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
7. Margalit, M. & Ankonina, D.B. (1991). Positive and negative affect in parenting disabled children. Counselling Psychology Quarterly. 4 (4), 289 – 299.
8. Mccubbin, H. I. (1979).Integrating coping behavior in family stress theory. Journal of Marriage and the Family. 41, 237- 244.
9. Singer, G. , Irvin, I. & Hawkines, N. (1988). Stress management training for parents of children with severe handicaps. Journal of Mental Retardation,26, 269- 277 .
10. Tess, B. & Deborah, A. D. (1996). Family of children with disabilities: Positive adaptation across the life cycle. SocialWork in Education. 18 (1), 14 – 31.

Positive Perceptions of Intellectual Disability and its Relationship [to Family Stress & Coping Strategies in families With Mild Intellectual Disabled Children

Dr. Mariam Isa Al-Sherawi
Assistant Professor in Intellectual Disability & Autism Program
Arabian Gulf University
Dr. Fathi Al-Sayed Abdul-Rahim
Professor in Intellectual Disability & Autism Program
Arabian Gulf University
Mohammed Abdulla Al Sharrah
College of Basic Education/ State of Kuwait

Abstract

The aim of this study was to draw the attention to the families with mild intellectual disabled children, having experience and positive perceptions of disability. The study also aimed at determining the relationships among those experiences, positive perceptions of disability, family stress and coping strategies.

The study revealed that there are statistically significant differences in family stress amongst families with mild intellectual disabled children with and without experience and positive perceptions of disability.

It also showed that there are significant differences in coping strategies among families with mild intellectual disabled children with and without positive experience and positive perceptions of disability.