

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد لمين دباغين. سطيف 2

قسم علم النفس و علوم التربية و الأطفونيا



كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

الرقم التسلسلي:

رقم التسجيل:

أطروحة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة دكتوراه علوم

فرع: علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

بعنوان:

السند الاجتماعي و دوره في بناء الجلد عند أم الطفل المتخلف عقليا

إعداد الطالبة:

فتيحة ابن الطيب

لجنة المناقشة:

الصفة	مؤسسة الانتساب	الرتبة	اسم ولقب الأستاذ
رئيسا	جامعة قسنطينة 2	أستاذ	أ.د كربول عبد الحميد
مشرفا ومقررا	جامعة سطيف 2	أستاذ	أ.د محمد الصغير شرفي
عضوا ممتحنا	جامعة قسنطينة 2	أستاذ محاضراً	د. بوشلوخ محفوظ
عضوا ممتحنا	جامعة سطيف 2	أستاذ محاضراً	د. حافري زهية غنية
عضوا ممتحنا	جامعة سطيف 2	أستاذ محاضراً	د. بن غضفة الشريفة
عضوا ممتحنا	جامعة باتنة 1	أستاذ محاضراً	د. جار الله سليمان

السنة الجامعية: 2019/2020

** إهداء **

إلى روح والداي الطاهرتين

تغمدهما الله بوسع رحمته

إلى كل عائلتي

إلى كل من ساندني ودعا الله من أجلي

أهدي ثمرة هذا الجهد

** شكر و عرفان **

الحمد لله الذي بحمده تم النعم

أتقدم بخالص الشكر والثناء إلى الأستاذ الدكتور "شرفي محمد الصغير" على كل ما قدمه لي من توجيهات وآراء ساهمت في إظهار هذا العمل بهذه الصورة والذي نهلت من فيض علمه وتوجيهاته فكان نعم الأستاذ كما أتقدم بالشكر إلى الأستاذة " بن قويدر أمينة" على دعمها واهتمامها ومساعدتها لي في الجانب الميداني للدراسة والشكر موصول إلى مديرة المركز النفسي البيداغوجي للمتخلفين عقليا بتيارت وكل الطاقم التقني العامل به وأخص بالذكر الأخصائية النفسية 'عبيد سمية' على المساعدة التي قدمتها لي في الإجراءات الميدانية للدراسة والأخصائية النفسية العاملة بالمركز النفسي البيداغوجي للمتخلفين عقليا بتيسمست كما ليفوتني أن أثني على كل الطاقم التقني لجمعية الوفاء للإدماج المدرسي والمهني لأطفال

التريزوميا بتيارت

ولا يسعني إلا أن أشكر أفراد العينة على قبول مشاركتهم في البحث وعلى

تحليلهم بالاهتمام والتعاون والمواظبة

كما أوجه بالغ الشكر و

التقدير للسادة الأساتذة أعضاء لجنة المناقشة على تفضلهم بمناقشة هذا العمل وإضفاء

خبرتهم العلمية عليه

وأشكر كل من أمدني بيد المساعدة لإتمام هذا العمل .

ملخص:

سعت الدراسة الحالية للتعرف على الدور الذي تلعبه المساندة الاجتماعية في بناء سيرورة الجلد لدى أم الطفل المتخلف عقليا، والتعرف على مستوى هذه المساندة بمختلف مصادرها ومعرفة أثر كل بعد من أبعادها في بناء قدرة الجلد لديها، وكذا التعرف على مستوى الجلد لديها وقد اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي مستعملتا الأدوات التالية :

-مقياس المساندة الاجتماعية لأم الطفل المتخلف عقليا حيث قامت الباحثة بتصميمه والتأكد من خصائصه السيكومترية على عينة أولية مكونة من (70) أم طفل متخلف عقليا.

-سلم الجلد كنور - دافيدسون المعرب والمكيف للبيئة الجزائرية من طرف (شرفي، جار الله، 2009) كذلك تم التأكد من خصائصه السيكومترية على عينة الدراسة الاستطلاعية المتمثلة في (70) أم طفل متخلف عقليا.

كما تم تطبيق هاتين الأداتين على عينة أساسية متمثلة في (76) أم طفل المتخلف عقليا.

واعتمدت الباحثة كذلك على المنهج العيادي لتعميق نتائج الدراسة ومعرفة مدى مساهمة كل من العوامل الذاتية والبيئية في بناء سيرورة الجلد لدى هذه الفئة من الأمهات بالاستعانة بالمقابلة العيادية والملاحظة والقيام بتحليل مضمون نتائجهما على عينة مكونة من (09) حالات.

وقد أسفرت الدراسة على النتائج التالية :

-حصول أمهات الأطفال المتخلفين عقليا على مستوى مرتفع من المساندة الاجتماعية.

- احتلت المساندة الأسرية المرتبة الأولى بالنسبة لباقي مصادر المساندة الاجتماعية الأخرى.

- لا تتمتع أمهات الأطفال المتخلفين عقليا بمستوى مرتفع من الجلد خاصة في بعد الكفاءة الذاتية ، التحكم في الانفعالات ، المشاعر الايجابية.

- حصول أمهات الأطفال المتخلفين عقليا على مستوى مرتفع من الجلد في بعدي المساندة الاجتماعية والعامل الديني .

ومن خلال تحليل مضمون المقابلات والملاحظة العيادية تبين مساهمة المساندة الاجتماعية خاصة بعد المساندة الأسرية كشكل من أشكال المساندة الغير رسمية ومساندة المراكز النفسية البيداغوجية وجمعيات أولياء المتخلفين عقليا التي تمثل المساندة الاجتماعية الرسمية ، وكذا توضح مساهمة العامل الديني في بناء الجلد لدى أمهات الأطفال المتخلفين عقليا أكثر من العوامل الأخرى ما يعكس دور العوامل البيئية الخارجية في تفعيل العوامل الذاتية وبالتالي نسيج سيرورة الجلد لدى هذه الفئة من الأمهات .

Abstract :

This study aims at recognizing the role which plays the social support in building up the resilience process of mentally handicapped child mothers, knowing the level of this assistance and its resources, knowing the effect of each dimension on building up the resilience ability by them as well as knowing the resilience level by them. The researcher depended on the descriptive method using the following tools:

- The social assistance to the mental handicap child mothers which was designed by the researcher and be sure of its psychometric characteristics on a primary sample group composed of (70) mothers of a mentally handicapped child.
- Skin Scale to(DC-CSIR)which is arabized and adapted to the Algerian society by (Chorfi, Djarrallah, 2009). It has also been proved of its psychometric features on a pilot study sample group composed of (70) mothers to a mental handicap child.

These two instruments have been applied on the main sample group represented in (76) mothers to a handicap child. Moreover, the searcher has adopted the clinical method to deepen the study findings and know to what extent the résilience personal and environmental factors contribute in building up the iencerésil process to the this category of mothers with the use of the clinical interview and observation as well and analyzing their content on a sample group of (09) cases.

The following study resulted into the following findings:

- Mothers of mentally handicapped children are provided a high level of social support.
- The familial assistance revealed in the first rank in comparison to the other types of social support.
- The mothers of mentally handicapped children showed a low level of résilience especially in the personal competence dimension and positive emotions and feelings management.
- The mothers of mentally handicapped children showed a high level of résilience in both assistance and religious factor dimensions.

It has been found, throughout the analyse of the clinical interviews and observation, that the contribution of the religious factor and the familial assistance into the résilience by the mothers of mentally handicapped seems to be children more than any other factor, which reflect the interaction of the personal and environmental factors in sewing the résilience process by the mothers of mentally handicapped children.

فهرس المحتويات

فهرس المحتويات	
الصفحة	الموضوع
	شكر و عرفان
ج	ملخصات البحث
ط	قائمة المواضيع
ف	قائمة الجداول
ق	قائمة الأشكال
1	مقدمة
الجانب النظري	
الفصل الأول: إشكالية البحث وأهدافه	
9	1- الإشكالية
14	2- أهمية الدراسة
15	3- أهداف الدراسة
15	4- تحديد المصطلحات
17	5- حدود الدراسة
17	6- الدراسات السابقة
الفصل الثاني: التخلف العقلي بين الماضي والحاضر	
48	تمهيد
49	1- نظرة تاريخية على التخلف العقلي
51	2- مصطلح التخلف العقلي
52	3- تعريف التخلف العقلي
54	4- تصنيف التخلف العقلي
60	5- نسبة الإصابة بالتخلف العقلي
61	6- أسباب التخلف العقلي
81	7- الاختبار الجيني والاستشارة الجينية
82	8- خصائص المتخلفين عقليا
85	9- قياس وتشخيص التخلف العقلي
87	10- الوقاية من التخلف العقلي
91	11- علاج التخلف العقلي
94	12- تعليم وتدريب المتخلفين عقليا

فهرس المحتويات

102	13- دمج المتخلفين عقليا في المجتمع
106	خلاصة
الفصل الثالث: أم الطفل المتخلف عقليا بين الضغط والمساندة	
108	تمهيد
108	1- الأمومة
112	2- العلاقة أم الطفل
122	3-ردود الفعل اتجاه التخلف العقلي
129	4-العوامل المؤثرة على ردود فعل الأم اتجاه التخلف العقلي
137	5- الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال ذوي التخلف العقلي
153	6- حاجات أمهات الأطفال ذوي التخلف العقلي
158	خلاصة
الفصل الرابع: المساندة الاجتماعية والإعاقة	
160	تمهيد
160	1- نظرة تاريخية حول المساندة الاجتماعية
163	2- تعريف المساندة الاجتماعية
165	3- أهمية المساندة الاجتماعية
167	4- النماذج النظرية للمساندة الاجتماعية :
171	5- علاقة المساندة الاجتماعية بالتطبيقات الاكلينيكية
172	6- الأثر المتناقض للمساندة: Effets paradoxaux de soutiens social
173	7- شروط تقديم المساندة الاجتماعية
174	8- شبكة العلاقات الشخصية Le réseau social personnel
175	9-أنواع المساعدة الاجتماعية
179	10-مصادر المساندة الاجتماعية
180	11-قياس المساندة الاجتماعية
182	12- المساندة والتخلف العقلية
188	13- مختلف أنماط المساندة منذ الإعلان عن التشخيص
192	14- المساندة الآتية من الطاقم النفسي
195	15- المساندة من أجل النفاذ إلى المصالح
196	16- المساندة وتدريب الأولياء
197	17- المساندة المالية

فهرس المحتويات

198	18- مختلف أنماط المساندة للتنظيم في الأسرة
200	19- المساندة عن طريق مجموعات آباء الأطفال المعاقين
202	خلاصة
الفصل الخامس: الجلد بين النظرية والتطبيق	
204	تمهيد
205	1- أصل مفهوم الجلد
207	2- بعض المفاهيم القريبة من الجلد
208	3- تاريخ بحوث الجلد النفسي
209	4- مظاهر الجلد
209	5- مؤشرات وعلامات الجلد
212	6- الدين
213	7- الجلد بين عوامل الخطر وعوامل الحماية
215	8- المقاربات المفسرة للجلد
222	9- بناء الجلد
225	10- التطبيقات الإكلينيكية حسب نموذج الجلد
226	11- الجلد لدى أسر الأطفال المتخلفين عقليا
229	12- علاقة المساعدة
230	13- استراتيجيات التكيف والجلد
232	14- الفكاهة
233	15- التحول والوصول إلى مرحلة من الجلد
237	16- مقاربات التدخل لبناء سيرورات الجلد لدى أسر المتخلفين عقليا
242	17- قياس الجلد
248	خلاصة
الجانب الميداني	
الفصل السادس: الفصل المنهجي	
251	تمهيد
251	1- منهج الدراسة
252	2- الدراسة الاستطلاعية
261	3. الدراسة الأساسية
261	4. عينة الدراسة الأساسية

فهرس المحتويات

263	5.أدوات الدراسة
270	خلاصة
الفصل السابع: عرض وتحليل نتائج الدراسة	
272	1- عرض نتائج الدراسة الكمية
282	2- عرض نتائج الدراسة الكيفية
347	مناقشة عامة للنتائج
350	الاستنتاج العام
350	التوصيات
351	الاقتراحات
353	خاتمة
356	قائمة المراجع الملاحق

فهرس الجداول

الصفحة	العنوان	الرقم
55	النظام التصنيفي لأسباب للتخلف العقلي لوكاس وآخرون (1992)	01
189	استراتيجيات التعامل الإرشادية مع ردود أفعال أمهات المتخلفين عقليا	02
242	الخصائص الشخصية والبيئية للجد	03
254	خصائص العينة الإستطلاعية حسب متغير السن والمؤسسة المختارة	04
256	صدق الإتساق الداخلي لمقياس المساندة الإجتماعية	05
259	قيم ألفا كرونباخ لمقياس المساندة الإجتماعية	06
261	صدق الاتساق الداخلي لمقياس الجد	07
261	توزيع أفراد العينة حسب المؤسسة المسجل بها الطفل المتخلف عقليا	08
262	أبعاد المساندة الإجتماعية	09
263	تصحيح مقياس المساندة الإجتماعية	10
265	شبكة ملاحظة أم الطفل المتخلف عقليا	11
265	شبكة ملاحظة الطفل المتخلف عقليا	12
271	دلالة الفروق بين المتوسطات النظرية والمتوسطات النظرية والمتوسطات الحسابية المتحصل عليها لمقياس المساندة الإجتماعية	13
272	ترتيب أبعاد المساندة الإجتماعية حسب المتوسطات الحسابية المتحصل عليها	14
274	دلالة الفروق بين المتوسطات النظرية والمتوسطات الحسابية لسلم الجد	15
282	شبكة ملاحظة أم مرام	16
282	شبكة ملاحظة الطفلة مرام	17
286	جدول التحليل الكمي لمخلص المقابلات لحالة أم مرام	18
292	شبكة ملاحظة أم بن يمينة	19
292	شبكة ملاحظة الطفل بن يمينة	20
296	جدول التحليل الكمي لمخلص المقابلات لحالة أم بن يمينة	21
300	شبكة ملاحظة أم أيوب	22
300	شبكة ملاحظة الطفل أيوب	23
304	جدول التحليل الكمي لمخلص المقابلات لحالة أم أيوب	24
308	شبكة ملاحظة أم مصطفى	25
308	شبكة ملاحظة الطفل مصطفى	26
311	جدول التحليل الكمي لمخلص المقابلات لحالة أم مصطفى	27
314	شبكة ملاحظة أم محمد رياض	28
314	شبكة ملاحظة الطفل محمد رياض	29
317	جدول التحليل الكمي لمخلص المقابلات لحالة أم محمد رياض	30
320	شبكة ملاحظة أم عبد القادر	31
321	شبكة ملاحظة الطفل عبد القادر	32
323	جدول التحليل الكمي لمخلص المقابلات لحالة أم عبد القادر	33
327	شبكة ملاحظة أم جمال	34
327	شبكة ملاحظة الطفل جمال	35

فهرس الجداول

330	جدول التحليل الكمي لملخص المقابلات لحالة أم جمال	36
334	شبكة ملاحظة أم محمد	37
334	شبكة ملاحظة الطفل محمد	38
337	جدول التحليل الكمي لملخص المقابلات لحالة أم محمد	39
341	شبكة ملاحظة أم اكرام	40
341	شبكة ملاحظة الطفل اكرام	41
343	جدول التحليل الكمي لملخص المقابلات لحالة أم اكرام	42
346	جدول حوصلة نتائج التسع	43

فهرس الأشكال والمخططات

فهرس الأشكال والمخططات

الصفحة	العنوان	الرقم
83	الاتجاه التكاملى فى تشخيص التخلف العقلى	01
148	مخطط لتأثير المعاقين على أسرهم	02
149	ردود فعل الأسرة للتخلف العقلى	03
214	مخطط كامبفر Kumpfer (1999) المكيف بواسطة زادر Zeder (2010)	04

مقدمة

مقدمة:

مجيء طفل هو دائما حامل لانتظارات متعددة، للأمنيات غير المحققة للوالدين والتي خاب ظنهم بها، لإسقاطاتهم على المستقبل لاستمرارية الاسم العائلي، سند جديد لتحقيق الذات، دعم للروابط الزوجية، والروابط بين الأقارب، هذا الطفل هو استثمار من طرف الوالدين وعائلتيهما.

كما أن الإنجاب دلالة على الصحة الجسدية والخصوبة وعلى اكتمال نمو الجسد والكفاءة، ويمثل بعض مصادر الاعتزاز الذاتي التي تظهرها المرأة حين تستعرض حملها أو تقدم طفلها ومثل ما هو معروف يملأ الطفل النقص على الصعيد الوجودي، فهو يعوض قصور الذات ويعالج ثغرات المشروع الوجودي للوالدين، كما أنه يمثل استمرارية الاسم وليس مجرد استمرار بل استمرار تعويضي لما فاتهم من حرمان طفولتهم، وضمان لمستقبلهم أحيانا أخرى التأمين على الغد، وهو كذلك مجال للافتخار والإنجاز الذاتي وتحقيق المشروع الوجودي من خلال الذرية الصالحة كعطاء طيب للمجتمع مما يولد الإحساس بالاستحقاق والفضل والمكانة فيه .

وبما أن الأم محور للعلاقات بين كل أفراد الأسرة وتحظى بقدر كبير من القدرة على التعبير عن الحب، فهي تستجيب لمشاعر الطفل وتوفر له العديد من المناسبات التي تحقق له الاستثارة الانفعالية والنفسية لمساعدته على تنمية ما يعرف بالتعلق الآمن، فحركات الأم وأفعالها ليست فقط استجابة لاحتياجات الطفل بل تمثل أيضا تعبيراً عن احتياجاتها، ومن ملاحظة التفاعلات السلوكية ظهر أن الرضيع النشط أكثر قدرة على إقامة روابط منذ أول لحظة في حياته كما تم الكشف على أن الكفاءات السلوكية التي يتمتع بها بعض الرضع تسمح بإقامة علاقات تماما كما يفعل الراشد، فكما تسمح الأمومة بتسجيل مشاعر الأمن التي تبني شخصية الطفل يعمل هو كذلك على خفض التوتر لديها (Marciano,2001, P14)، فكل واحد من الضروري أن يثير الآخر من أجل إقامة التعلق، وحين يأتي الطفل مشوه أو مريض أو معاق عقليا، يفجر هذا قلق الأم والأب من خلال إثارة نقصهما

اللاشعوري، فإعاقة الطفل تتخذ دلالة إلحاق الأذى بصورة الذات وتكاملها عند أحد الوالدين وخصوصا الأم التي يجسد هذا الطفل جزءا من جسدها ونتاج له وتتفاقم المشكلة إذا كانت صورة هذا الجسد تعاني أصلا، هنا تتشكل علاقة مرضية بينهما، ومن الدفاعات الناجمة عن هذه الحالة نبذ الطفل، الشعور بالإثم تفجر القلق، الحماية الزائدة، العدوانية الخ ... (حجازي، 2004، ص 209)، فالطفل المتخلف عقليا غالبا يكون غير قادر على الاستجابة للجهود التي تبذلها الأم، فالتخلف العقلي يشعر الأم بالعجز والقصور والإحباط وعدم القدرة على ممارسة دورها، إن إنجاح التواصل بين الطرفين يعتمد على سلوك كلاهما فالطفل المعاق عقليا يتميز بفقر المؤثرات ويتطلب مجهودا إضافي من الأم للتفاعل معه مقارنة مع الطفل العادي، ما يشعر الأم بالسلبية وأن تكون أكثر تدخلا لتلبية حاجاته، هذا ما قد يؤدي إلى اضطراب العلاقة بينهما، فالتخلف العقلي من المؤكد أنها يسبب الصدمة الحلم بطفل مثالي سيحول إلى كابوس، ومن خلال الإطالة على الأدب النفسي الخاص بميلاد طفل معاق بالأسرة، تؤكد معظم الدراسات أن هذه الحالة تولد مجموعة من ردود الفعل المختلفة، الصدمة الرفض والإنكار، المخاوف، الشعور بالذنب، الإحساس بالمرارة الانسحاب والعزلة، الغضب... الخ (هدى، ماهر، 2008، ص 61) (الشعراني، 2006، ص 243)، كما أن درجة اعتماد يته على الأم وما يتميز به من حاجات خاصة من أهم العوامل التي تشعر الأم وكل الأسرة بالصدمة والضغط.

إن تجربة ميلاد طفل ذو إعاقة عقلية ترصف دائما بمصطلح الضغط العالي، وينتاب الوالدان تساؤلات من مثل كيف سيكون رد فعل الأقارب والأصدقاء، ما هو تأثير هذا الحدث على الأوضاع المادية والاجتماعية للأسرة، كيف يتم التعامل معه، وغالبا ما يكون هناك قصور في المعلومات والخبرات التي تساعد الأولياء في التغلب على مخاوفهم نقص الموارد المالية والخدمات .. الخ، رغم هذه الضغوط والانفعالات السلبية التي يعيشها الوالدين وخاصة الأم، إلا أن التيار الحديث في الكتابات العلمية يتجه نحو التركيز على التكيف، المواجهة والجلد والتحويلات الإيجابية التي يعيشها والدا الطفل المصاب بالتخلف العقلي والتي تفسر

مقدمة

نظرة جديدة لهذه العائلات التي تحتاج إلى المساندة الاجتماعية لتجاوز الصدمات والضغوط والوصول إلى إعادة التنظيم وتقبل واقع التخلف العقلي، فالأم التي لديها طفل متخلف عقليا تواجه تحديات مختلفة تمس تكامل النشاطات اليومية وكافة جوانب الحياة، فتشخيص التخلف عند الطفل موقف صعب على الأسرة وعلى الأم تحديدا، ففي كثير من الأحيان تجد الأم صعوبة بالغة في فهم واستيعاب المشاكل المعقدة للتخلف العقلي (عبد الرحيم، 1981، ص149).

فهي بحاجة إلى مساعدة منذ الأسابيع والأشهر الأولى قبل أن ترسيخ لديها أنماط سلوكية قد تكون خاطئة لتنشئة طفلها، كما تحتاج إلى معلومات محددة لتتبنى سلوكيات مناسبة مع هذا الطفل (حسن أحمد، 1996 ص 22).

كما يرى (منيب، 2010 ص84) أن مساعدة الوالدين على تخطي الضغوط ترتبط بالمساندة المقدمة من الأقارب والأصدقاء والجيران، وأن إمداد الأسر بالموارد المالية والخدمات الأسرية ومصادر المعلومات من الهيئات والمؤسسات المتخصصة يعتبر من الأدوار الهامة للمتخصصين من المهنيين، فكثير من الدراسات التي اهتمت بوالدي الأطفال التخلفين عقليا أشارت إلى أن الأولياء عموما والأمهات خصوصا يمرون بمراحل أزمة بدءا بالصدمة والإنكار وصولا إلى التكيف مع الحالة وتبني سلوكيات جديدة كتحمل المسؤولية، إعادة تشكيل المعتقدات، تعلم الصبر وأن هذا الخروج من الأزمة لا يكون إلا عن طريق العلاقات مع الآخرين (Garwick,et al 1994) ومن الشرعي أن تأخذ العائلة المكانة الأساسية، كما أن السند الاجتماعي الآتي من خارج الأسرة هو من أهم عوامل الحماية التي تساعد على بناء الجلد، وهو العنصر الايجابي الأكثر معنى للخروج من الأزمة التي تفرضها الإعاقة العقلية على الأم كما يحتاج الأولياء إلى التحدث مع آباء آخرين لأطفال معاقين وتبادل التجارب مع بعضهم البعض والضحك معا والمشاركة الوجدانية وترجمة صورة حقيقية لوضع الطفل المعاق عقليا.

إن أهمية الدعم الاجتماعي تكمن في تحسين المشاعر الإيجابية للوالدين تجاه أبنائهم التخلفين عقليا وتعمل على خفض بعض التأثيرات الأكثر قسوة للعجز، فكل من الدعم الرسمي المتمثل في المراكز والخدمات الاجتماعية البيداغوجية والتأهيلية والغير رسمي المتمثل في الأسرة والأقارب والأصدقاء يمكن أن يساعد في القدرة على المواجهة، فالمساندة الاجتماعية هي عامل وقائي في مواجهة ضغط التخلف العقلي، وانفراج الأزمة يتبع المساعدة الآتية من شبكات الدعم (Scelles, 2006, 173-174)، وكما يري (1998، Barrois) انه من المستحيل التكلم عن تسيير الصدمة سيرورة الجلد التي رافقها بدون الروابط مع الآخر، فلا يمكن التحدث عن الجلد التحول و إعادة النمو بدون علاقات مساندة تنمو بفضل العلاقة مع المحيط ومن خلال نسج الروابط مع الآخر، فبعض الأولياء وصفوا أنفسهم بأنهم أصبحوا أكثر إنسانية وتعاطف، ونمو الغيرية من خلال الدفاع عن حقوق أطفال آخرين وتقديم نماذج لأولياء جدد في جمعيات الآباء كما يصفون أنفسهم كخبراء في نمو أبنائهم التخلفين عقليا و تتحدث الأمهات عن تغير جذري في شخصياتهن والتخلص من التبعية وتحمل المسؤولية والشعور بالاستقلالية بفضل هذه التجربة بفضل الموارد الفردية والبيئية التي تتفاعل لنسج الجلد كقدرة على إعطاء معنى ايجابي يسمح بتغيير صورة الذات، فهو سيرورة نمو وابداع و إعلاء التحديات التركيز على الحاضر والتفائل تجاه المستقبل تنشيط القدرات لحل المشكلات ومن خلال تنمية قدرات الطفل لكي يكون أكثر استقلالية في حياته ويتمكن من الاندماج الاجتماعي.

ومما سبق عرضه من معاناة وضغوطات أم الطفل المتخلف عقليا واحتياجاتهن للمساعدة ودورها في تمكين هذه الفئة من التغلب على هذه الضغوطات وكيفية تجاوزها وصولا إلى القدرة على الجلد و إعادة النمو والتحول الإيجابي تأتي أهمية هذه الدراسة التي تتمثل في تسليط الضوء على دراسة المساندة الاجتماعية كأحد أهم عوامل الحماية التي تساهم في بناء الجلد لدى الأم التي لديها طفل متخلف عقليا والتعرف على أهم مصادر المساندة الاجتماعية بأبعادها المختلفة التي تتحصل عليها هذه الأمهات ودورها في نسج

سيرورة الجلد لديهن وسعيا لتحقيق هذا الهدف ثم تناول الدراسة في جانبين أساسيين هما:
أولا: الجانب النظري والذي اشتمل على خمسة فصول:

الفصل الأول خصص لإشكالية الدراسة وطرح تساؤلاتها، صياغة الفرضيات، الأهمية، الأهداف، تحديد المصطلحات، حدود الدراسة، الدراسات السابقة التي اهتمت بالمتغيرات المتناولة.

الفصل الثاني التخلف العقلي بين الماضي والحاضر قد شمل هذا المبحث معنى التخلف العقلي، المنظور التاريخي، تعريفاته، تصنيفه، أسبابه، خصائص المتخلفين عقليا، قياس وتشخيص التخلف العقلي، الوقاية منه، علاج التخلف العقلي، تعليم وتدريب المتخلفين عقليا، التدخل المبكر، دمج المتخلفين عقليا في المجتمع .

الفصل الثالث أم طفل المتخلف عقليا بين الضغط والمساندة تم تناول معنى الأمومة، العلاقة أم الطفل، التعلق، العلاقة أم الطفل والطفل المعاق عقليا، اضطراب العلاقة أم طفل، ردود الفعل تجاه الإعاقة العقلية، العوامل المؤثرة على ردود فعل الأم تجاه التخلف العقلي، الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال ذوي التخلف العقلي، حاجات أمهات الأطفال ذوي التخلف العقلي .

الفصل الرابع المساندة الاجتماعية والتخلف العقلي تم فيه التحدث عن تاريخ ظهور مصطلح المساندة، تعريفها، أهميتها، النماذج المفسرة للمساندة الاجتماعية، علاقة المساندة الاجتماعية بالتطبيقات الإكلينيكية، شروط تقديمها، أنواع المساعدة الاجتماعية، قياس المساندة الاجتماعية، المساندة الاجتماعية والتخلف العقلي، مختلف أنماط المساندة الاجتماعية منذ الإعلان عن التشخيص والمساندة الاجتماعية وتدريب الأولياء .

الفصل الخامس الجلد بين النظرية والتطبيق والذي تطرقنا فيه إلى أصل مفهوم الجلد، تعريف الجلد مظاهر الجلد، مؤشرات الجلد، الجلد بين عوامل الخطر وعوامل الحماية، المقاربات المفسرة للجلد، بناء الجلد، التطبيقات الإكلينيكية حسب النموذج الجلد،

الجلد لدى أسر الأطفال المتخلفين عقليا، مقاربات التدخل ببناء سيرورة الجلد لدى أسر الأطفال المتخلفين عقليا، قياس الجلد.

أما الجانب الميداني تم تناوله في فصلين:

الفصل السادس: وقد تم فيه عرض منهجية الدراسة حسب المنهجين الكمي والكيفي، الدراسة الاستطلاعية، حدود الدراسة، عينة الدراسة، أدوات الدراسة الكمية والأساليب الإحصائية التي تم بها معالجة النتائج، أدوات الدراسة الكيفية وكيفية تحليل نتائجها عن طريق تقنية تحليل المضمون.

الفصل الثامن: عرض النتائج ومناقشتها في ضوء الفرضيات التي تم طرحها في الدراسة، نتائج الدراسة الكمية ومعالجتها إحصائيا، نتائج الدراسة الكيفية وعرض الحالات التسع، تحليل مضمون الحالات للكشف عن دور المساندة في نسج سيرورة الجلد ومدى تفاعل كل من العوامل الذاتية والبيئية في بناء الجلد مناقشة عامة للنتائج والاستنتاج العام، الخاتمة كخلاصة عن ماتم تحقيقه في الدراسة انتهاء بالتوصيات .

الجانب النظري

الفصل الأول:

إشكالية البحث وأهدافه

- 1 - الإشكالية
- 2 - أهمية الدراسة
- 3 - أهداف الدراسة
- 4 - تحديد المصطلحات
- 5 - حدود الدراسة
- 6 - الدراسات السابقة

1- الإشكالية:

بالإضافة إلى التحديات التي تواجهها الأم فيما يتعلق بالمهام الموكلة إليها في إطار الأسرة تواجه أمهات المتخلفين عقليا تحديات إضافية، ترجع طبيعتها إلى التخلف العقلي للطفل، فهذه الحالة تجعل الأم تواجه مشكلات وصعوبات يصعب تخطيها، فالمتخلف عقليا يتميز بتأخر نمائي ملحوظ في جميع المجالات، ضعف في القدرات، أحيانا تشوهات في مناطق متعددة من الجسم، تأخر في النمو الحركي واللغوي، نقص في القدرات الحسية، وفي الحالات الشديدة انعدام بعض القدرات كالمشي واللغة، ضعف الذكاء والذاكرة، الانتباه والإدراك وبالتالي القدرات المعرفية كل هذه الأنماط من القصور تعيق تعلمه وتدريبه، أما من الناحية الاجتماعية فهو يتصف بضعف القدرة على التكيف، نقص الميول والاهتمامات، وعدم القدرة على تحمل المسؤولية، التبعية مع وجود سلوكيات غير اجتماعية، كالانسحاب والعدوان وصعوبات في بناء العلاقات الاجتماعية مع الآخرين، ومن الجانب العاطفي والانفعالي فهم يتميزون بعدم الاتزان الانفعالي، فرط النشاط، سرعة التأثر وعدم القدرة على تحمل القلق والإحباط .

كل هذه الخصائص تجعل هذا الطفل غير قادر على اكتساب الاستقلالية في تلبية حاجاته وحماية ذاته، بالإضافة إلى أنهم عرضة للأمراض المختلفة، هذا ما يتطلب استمرارية رعايته لساعات طويلة في اليوم الواحد وسبعة أيام أسبوعيا، مما ينهك الأم، فهي من يتحمل هذه المسؤولية الضخمة في رعايته (الخطيب، 1998، ص 264).

فضلا عن ذلك الضغط الذي تفرضه تكاليف الرعاية الطبية والنفسية والتربوية للطفل المتخلف عقليا، الوصمة الاجتماعية التي تتميز بها هذه الإصابة، كما تؤكد بعض الإحصائيات أن معظم أسر المتخلفين عقليا تنتمي إلى الطبقة الفقيرة، وكما ورد في جريدة النهار بلغ عدد المتخلفين عقليا بالجزائر حوالي 200 ألف حالة اغلبهم ينتمون إلى أسر معوزة (أديب، 2016، جريدة النهار) هذا ما يرفع الضغوط لدى هذه الأسر خاصة الأم.

وحسب المقاربة التحليلية أن اكتشاف إعاقة الطفل لها أثر تحطيمي على الأم، فهي صدمة وكسر مفتوح يستدعي وبدون توقف إعادة التشكيل، كسيرورة غير منتهية للجرح لا يوجد ميدان في شخصية الوالدين لم ينقلب كل شيء يحمل معنى آخر، فالإعاقة تزلزل معالم الهوية والنسل تقسم خط الزمن نهائيا، ليس لها وزن في الحاضر فقط، فهي علامة مسجلة للمستقبل كذلك هي تغيير لإدراك الماضي، الوالدين مصابون حتى في ذاكرتهم، ميلاد الطفل المتخلف عقليا يخلق فجوة نفسية للوالدين والتي تستدعي باستمرار محاولة غلقها وتضميدها، كجرح نرجسي طويل الأمد (Korff-sausse ,1995,p44-45).

إعاقة الطفل تتخذ دلالة إلحاق الأذى بصورة الذات وتكاملها لدى الأم، كما أنها تشعرها بالعجز والقهر والإحباط فالحالة الصحية لهذا الطفل تؤثر على سلوك الأم وعلى كفاءتها الوالدية (قنطار، 1992، ص 113).

وغالبا تعاش هذه التجربة بضغط مرتفع، مع حصر وضيق نفسي شديد وتفشي الاكتئاب، وتقدير ذات منخفض، الشعور بالهامشية ووصم العار، وبالخجل، وأحيانا تعتقد بعض الأمهات انه عقاب إلهي على خطيئة ما ارتكبتها الوالدان (عريبات، 2011، ص54) لكن مع كل هذه الانفعالات الحادة والمشاعر السلبية والمعاش الصدمي والضغوط اليومية المتواصلة أكدت مقاربات عديدة وخاصة المقاربة السيكودينامية لاسيما التحليلية على أن أمهات المتخلفين عقليا تتمكن من الوصول إلى حالة الجلد من خلال إعادة تنظيم مشاعرهن والخروج من الأزمة للعيش مع هذا الطفل ذي التخلف العقلي و إعادة تشكيل معتقداتهن وتطوير روابط تعلق ايجابية مع الطفل المتخلف عقليا ونمو الكفاءات الوالدية بفضل الاستثمار في الروابط الاجتماعية (Normand,Giguere ,2009).

ولقد أشارت كثير من الدراسات أن أسر المتخلفين عقليا والأمهات خصوصا يمرون بمراحل أزمة بدءا بالصدمة والإنكار وصولا إلى التكيف مع الحالة وتبني سلوكيات جديدة كتحمل المسؤولية، وكأن تصبح الأمهات أكثر إيمانا وتقبلا للواقع، تعلم الصبر والشعور

بالاستقلالية وأن هذا الخروج من الأزمة وتجاوز الصدمة وإعادة تطوير الشخصية والنمو وصولاً إلى الإبداع لا يكون إلا عن طريق مستودع العلاقات مع الآخرين ذوي الدلالة، فكثير من الأمهات صرحن أنهن كن ربات بيوت عاديات لكن بفضل هذه التجربة تعلمن المسؤولية وتولي مهام جديدة كالبحث عن برامج لتعليم لأطفالهن المتخلفين عقلياً وعن الخدمات الطبية وغيرها من الخدمات التي يحتاجها هذا الطفل وكذا تطوير أساليب تواصل خاصة معهم وتدريبهم وإيجاد معنى إيجابي لهذه الإصابة كما أدلت كثير من الأمهات للباحثة أن هذا الطفل هو حجتهم عند الله وأنه ابتلاء فإذا أحسن تربيته يكون مصدر لدخولهن الجنة.

وحسب التيار التحليلي و السيكودينامي والتيار النسقي بل والمقاربة المعرفية كذلك أن الدعم الذي تتلقاه الأم من أسرتها وأقاربها، الأصدقاء والجيران والمؤسسات الخدمة الاجتماعية والجمعيات التي تتولى الدفاع عن حقوق هذه الفئات وأفراد المجتمع بشكل عام يسهل التعايش مع التخلف العقلي لهذا الطفل، فالإعاقة حسب زيقمان (Zucman,1982) هي سبب لاكتشاف الأم للصعوبات أو الطاقات التي تتمتع بها، الإبداع، أو الجمود، الكفاءة أو الانطواء الاجتماعي، كما أن صعوبة الحصول على الخدمات والدعم والمساندة التي تحتاجها الأم على مختلف الأصعدة النفسية والاجتماعية والتربوية والمالية يعرقل تكيف هذه الأمهات فالكفاح من أجل البحث عن الدعم هو أكبر من مشكلة أن تكون ولي لطفل متخلف عقلياً حسب أولياء المعاقين، وجود هذا الطفل ذو التخلف العقلي يفرض ظروف أسرية وحاجات خاصة لمواجهة هذه الظروف والتعامل معها، ويمكن القول أن هذا الطفل يمثل مصدر من مصادر الضغط المزمن (الشناوي،1997)، ما يتطلب تقديم الدعم الاجتماعي حتى تتمكن الأمهات من تحسين مشاعرهن تجاه أبنائهن المعاقين عقلياً، فكل من الدعم الرسمي المتمثل في مراكز الخدمات الاجتماعية والمراكز النفسية البيداغوجية والتأهيلية والغير رسمي المتمثل في الأسرة وخاصة الزوج والأقارب من العائلة الموسعة، الأصدقاء،

الجمعيات، يمكن أن يساعد في القدرة على المواجهة، فالمساندة الاجتماعية هي عامل وسيط وقائي لمواجهة ضغط التخلف العقلي (سليمان، دارلينج، 2001، ص 72) وهو العنصر الإيجابي الأكثر دلالة للخروج من الأزمة التي يفرضها التخلف العقلي للطفل على الأم وخاصة إذا قدم بشكل ملائم سواء من الشبكة الرسمية الممثلة في مهنيو الصحة والأخصائيين أو من طرف الشبكة الغير رسمية المتمثلة في الزوج، الإخوة، وأخوات الطفل المصاب، الأقارب الأصدقاء والجيران وكذا جمعيات أولياء الأطفال المتخلفين عقليا، لتقوية القدرات وتسهيل الاستقلالية والاندماج الاجتماعي والحياة الملائمة لكل فرد في العائلة.

وتشير شيل (Scelles,2001,p173) إلى أن الطريقة التي يستجيب بها المحيط الإيكولوجي للحدث، تساهم في نمو وتطور الكفاءات الوالدية وتنمي القدرة على تسيير الواقع الداخلي والخارجي للأم فهي ترتبط بنوع وملائمة الموارد المتوفرة في الشبكات العلائقية في العائلة ما يمكن الأم من تسيير الصدمة، ونسج سيرورة الجلد بفضل الروابط مع الآخر خاصة الزوج والأجداد، كما أنه لا يمكن التحدث عن الجلد بدون علاقات مساندة فالقدرات الداخلية تنمو بفضل العلاقة مع المحيط ومن خلال نسج الروابط مع المحيط (Cyrulink,1999).

فالجلد حسب المقاربة التحليلية ولاسيما السيكدينامية، يعتبر سيرورة دينامية فهذا النموذج يركز على كيفية عمل الميكانيزمات الدفاعية والعمليات العقلية للفرد والعلاقات السيكو عاطفية والمساندة الخارجية التي تساهم في نسج سيرورة الجلد هذه المقاربة ترى أن الجلد يتم بعد مواجهة الصدمة والفوضى النفسية ثم إدماج الصدمة والترميم باستعمال ميكانيزمات دفاعية أكثر نضجا كطلب المساندة، الإعلاء، التفكير العقلي، الغيرية، إيجاد معنى... الخ. (Anaut 2004).

وحسب توم كويس (Tomkiewicz,2001,p164) إن ميلاد طفل متخلف عقليا هو حدث صدمي عنيف يهدد تلاحم الحياة الزوجية، لكنه قابلا للكثير من الأزواج الذين وثقوا

علاقاتهم واتحدوا أكثر والذين كونوا جمعيات وأصبحوا مدافعين عن الأطفال المتخلفين عقليا وأسرهم في حين أن الأسر الأقل جدا تنكسر بسرعة فهذه الحالة تعكس حاجة هؤلاء الأولياء لمن يشرع ويصلح مسيرتهم من الأقارب والمهنيين، فالطريقة التي يصبحوا بها أولياء هي ثمرة التفاعل بين الاستعداد الفطري الداخلي والاتجاهات العلائقية الإيجابية من الوسط الإنساني، النظرة الإيجابية والمساعدة المقدمة أو عدمها يسقطها الأولياء على هذا الطفل والتي تجعلهم يواصلون تطورهم ما يشعرون بالكفاءة ويضفي الشرعية على هذه المهمة ويتم إلغاء تشوهات الزمن الأول للصدمة ويؤدي إلى نشوء كفاءات والى الإبداع كاستعانة ببعض الأمهات، أخوة الطفل المتخلف عقليا وتقوية الروابط الأسرية فتصبح الأسرة أكثر تلاحما وتعاونوا حتى إيجاد أوقات للضحك ونزع الدرامية .

ومما سبق الإشارة إليه تتضح أهمية هذه الدراسة التي تركز على التعرف على المساندة الاجتماعية التي تتحصل عليها أمهات الأطفال المتخلفين عقليا كعامل من عوامل الحماية البيئية بمختلف مصادرها وتعدد أبعادها وخاصة من خلال الأهمية التي تعطيها المقاربة التحليلية والسيكودينامية للمساندة الاجتماعية والتي اعتبرتها كعامل وقاية يرفع من قدرات الأمهات وكفاءتهن الوالدية، وإعطاء معنى إيجابي للحدث الصدمي المتمثل في التخلف العقلي للطفل والقدرة على إعادة النمو والتطور وبناء روابط تعلق جديدة أكثر تكيفا مع هذا الطفل وانخراط في العمل الاجتماعي من خلال الدفاع عن هذه الفئة الاجتماعية ذات الاحتياجات الخاصة وتجنب العزلة الاجتماعية فكل هذه المؤشرات توضح أهمية المساندة الاجتماعية ودورها في نسج سيرورة الجلد لديهن، ومدى تفاعل كل من العوامل الذاتية والعوامل البيئية في بناء هذه السيرورة النفسية ومنه جاءت فكرة هذه الدراسة التي تسعى للإجابة عن التساؤلات التالية:

(1) ما هو مستوى المساندة الاجتماعية التي تتحصل عليها أم الطفل المتخلف عقليا؟

(2) ما هو مستوى الجلد الذي تتمتع به أم الطفل المتخلف عقليا ؟

(3) ما هو دور المساندة الاجتماعية في بناء سيرورة الجلد لدى أم الطفل المتخلف عقليا؟
ومنه يمكن صياغة الفرضيات التالية :

- (1) تتحصل أمهات الأطفال المتخلفين عقليا على مستوى مرتفع من المساندة الاجتماعية .
- (2) تتمتع أمهات الأطفال المتخلفين عقليا على مستوى عالي من الجلد .
- (3) تلعب المساندة الاجتماعية دور في بناء الجلد لدى أم الطفل المتخلف عقليا .

2- أهمية الدراسة:

2-1 - الأهمية النظرية:

جاءت هذه الدراسة كإضافة للبحوث النفسية التي تعالج مشكلة متعددة الجوانب المتمثلة في التخلف العقلي والتي لا زالت تشكل تحدي للباحثين في المجال الطبي، النفسي، التربوي، الاجتماعي وغيرها.

وكما هو ملاحظ قلة البحوث والدراسات العلمية التي تعنى بأسر المتخلفين عقليا في الجزائر على حد اطلاع الباحثة، فمعظم الدراسات الموجودة بالميدان والتي تناولت هذه المشكلة، اهتمت بالطفل المتخلف عقليا، وأهملت أسرته وخاصة الأم التي هي محور العلاقات الأسرية ومن يتحمل أعباء هذه الحالة فورا كل طفل ذو احتياجات خاصة أسرة ذات احتياجات خاصة.

ترجع أهمية الدراسة كذلك إلى طبيعة المتغيرات التي تم تناولها بها، فموضوع المساندة الاجتماعية والجلد يعتبران من المتغيرات الحديثة نسبيا في الدراسات النفسية ببلادنا كما أنهما يصبان في ميدان علم النفس الايجابي الذي يركز على العوامل الحمائية التي تساعد الفرد في التغلب على الصدمات والضغوط وتعمل على تطوير قدرات الأفراد.

التعرف على مصادر المساندة الاجتماعية التي تتحصل عليها هذه الفئة المهمشة من المجتمع، وأنواعها، وكذا احتياجاتها من أجل مساعدتهن على طلبها وتوجيه التطبيقات العيادية لهذا الهدف.

2-2- الأهمية التطبيقية

من خلال الإجراءات الميدانية للدراسة، تم الإصغاء لفئة من أمهات الأطفال المتخلفين عقليا، والسماع لانشغالاتهن واحتياجاتهن للمساعدة خاصة من المراكز البيداغوجية، كما كانت هذه الدراسة فرصة للتفريغ الانفعالي لبعض الأمهات والتنفيس سواء من خلال مجريات الدراسة الاستطلاعية أو الدراسة الأساسية، حيث أبدت بعض الأمهات ارتياحهن لذلك.

توفير أداة قياس مقننة على عينة محلية فيما يخص المساندة الاجتماعية لأمهات الأطفال المتخلفين عقليا، يمكن استغلالها في الدراسات والبحوث المستقبلية.

3- أهداف الدراسة :

- * معرفة مستوى المساندة الاجتماعية التي تتحصل عليها أمهات الأطفال المتخلفين عقليا .
- * معرفة مستوى الجلد لدى أمهات الأطفال المتخلفين عقليا .
- * معرفة نوع العلاقة الموجودة بين مصادر المساندة الاجتماعية والجلد لدى أمهات الأطفال المتخلفين عقليا .
- * معرفة مدى مساهمة العوامل الذاتية والبيئية في نسج سيرورة الجلد لدى أمهات الأطفال المتخلفين عقليا .

4- تحديد المصطلحات:

4-1- المساندة الاجتماعية:

تعرفها سارسون (Sarason, 1983) « أنها إدراك الفرد أن البيئة تمثل مصدر للتدعيم الاجتماعي الفعال ومدى توافر أشخاص يهتمون بالفرد ويرعونهم ويثق فيهم ويأخذون بيده ويقفون بجانبه عند الحاجة ومن ذلك الأسرة والأصدقاء والجيران » (كاشف، إبراهيم عبد الله، 2009، ص20) .

وتعرفها الباحثة بأنها ثقة أم الطفل المتخلف عقليا في وجود أقارب وأصدقاء وجيران ومؤسسات خدماتية اجتماعية وجمعيات تقدم لها الدعم المعنوي النفسي والمادي والمعلوماتي والتربوي العلاجي لها ولطفلها المتخلف عقليا، ما يسهم في تكيفها الايجابي لصعوبات التخلف العقلي التي يعاني منها طفلها المصاب وتساهم في تطوير قدراته وإجرائها هي الدرجة المرتفعة التي تتحصل عليها أم الطفل المتخلف عقليا في مقياس المساندة الاجتماعية المعد لهذا الغرض والتي تقدر بـ: 170 درجة وأكثر، وتتراوح الدرجة الكلية بين (68-272) 4-2-الجلد:

تعرفه الباحثة بأنه القدرة على التكيف الايجابي مع الحدث الصدمي الذي تعرضت له الأم جراء التخلف العقلي لطفلها وتنمية علاقات ايجابية مع طفلها المصاب والسعي لتنمية قدراته، التفاوض بالمستقبل والاندماج في المجتمع وإجرائها هو الحصول على درجة كلية مرتفعة (≤ 50) ما يدل ذلك على تمتع أم الطفل المتخلف عقليا بقدرة عالية على الجلد وكلما انخفضت الدرجة على المتوسط دل ذلك ضعف قدرة الجلد لديها. 4-3-التخلف العقلي:

"التخلف العقلي هو إصابة تتميز بقيود ملحوظة في كل من الأداء الفكري والسلوك التكيفي كما يتبدى في المهارات المفاهيمية الاجتماعية والعملية وتنشأ هذه الإصابة قبل 18 سنة" (رونالد وآخرون، 2010، ص 75) (فوقية، 2008، ص 17). 4-4-أم الطفل المتخلف عقليا:

هن الأمهات التي لديهن طفل مصاب بتخلف عقلي والملتحقين بالمركزين النفسيين البيداغوجيين لولايي تيارت تيسمسلت وجمعية الوفاء لأطفال التريزوميا (21) والخاضعين للتشخيص الطبي والنفسي والتربوي الذي أكد إصابتهم بالتخلف العقلي بمختلف درجاته، وتتراوح أعمارهم من (5-18) سنة .

5- حدود الدراسة:

5-1- الحدود المكانية: طبقت هذه الدراسة في كل من المركزين النفسيين البيداغوجيين للأطفال المتخلفين عقليا لمدينتي تيارت تيسمسيلت وجمعية الوفاء للأطفال التريزوميا (21) بمدينة تيارت.

5-2- الحدود البشرية: شملت هذه الدراسة أمهات الأطفال المتخلفين عقليا المسجلين بكل من المركزين النفسيين البيداغوجيين للأطفال المتخلفين عقليا لمدينتي تيارت تيسمسيلت وجمعية الوفاء للأطفال التريزوميا (21) بمدينة تيارت.

5-3- الحدود الزمانية: بدأت مجريات الدراسة من سنة 2013 إلى غاية سنة 2018.

6- الدراسات السابقة :

تعتبر الدراسات السابقة خطوة مهمة في كل دراسة علمية فهي تلعب دور مهم في تبصير الباحث بالجوانب التي تم إغفالها في بحوث سابقة وكذلك الجوانب الإيجابية التي تم تناولها في هذه الدراسات ما يدفعه إلى تحديد أهداف بحثه وصياغة إشكالية دراسته والتعرف على المنهج الذي ستعتمد عليه، وتحديد الأدوات المساعدة على ذلك بهدف التوصل إلى نتائج ذات قيمة علمية تساهم في تطوير البحث العلمي وترقيته .

6-1- دراسات حول تأثيرات الإعاقة على أسر الأطفال المعاقين وحاجاتهم:

6-1-1- الدراسات العربية:

قامت (عايش، 2013) في دراسة بعنوان الضغوط النفسية لدى أسر المعاقين بالجزائر في كل من ولايتي الشلف ووهران .

الهدف: هو التعرف على الضغوط التي تعاني منها أسر المعاقين.

المنهج: استخدمت الباحثة المنهج الوصفي.

العينة: تم إجراء الدراسة على عينة مكونة من 121 أسرة للأطفال الملتحقين بمراكز المعاقين بكل من ولايتي وهران والشلف إضافة إلى جمعية المعاقين بولاية وهران تم اختيارهم بالطريقة العشوائية.

الأدوات: استعملت الباحثة مقياس الضغوط النفسية "لزيدان السرطوي" وعبد العزيز الشخص.

النتائج: بعد معالجة البيانات إحصائيا خلصت الباحثة إلى أن أسر المعاقين يعانون من ضغوط منخفضة.

وفي دراسة لـ(جبالي، 2012)، تحت عنوان الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون بالمركز الطبي البيداغوجي بمدينة باتنة .
الهدف: سعت الدراسة إلى معرفة مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون واستراتيجيات المواجهة لديهم.

العينة: تكونت العينة من 66 أم تم اختبارهن بطريقة قصديه.

المنهج: اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي.

الأدوات: قامت الباحثة بإعداد استبيان الضغوط النفسية واستبيان استراتيجيات المواجهة لأمهات الأطفال المعاقين عقليا.

النتائج: بعد معالجة النتائج إحصائيا خلصت الباحثة إلى أن أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون تعاني من ضغوط مرتفعة وتعتمد الأمهات في مواجهة هذه الضغوط على استراتيجيات مواجهة إيجابية لتخفيف الضغوط النفسية تتمثل في التدين والتقبل واستراتيجيات البحث عن حل للمشاكل كطلب المعلومات والتخطيط كما أن جنس المصابة إذا كانت أنثى يؤدي ذلك إلى ارتفاع ضغط أكثر عند الأمهات، بينما لا يؤثر سن الابن المصاب بمتلازمة داون على مستوى الضغوط النفسية ونوع استراتيجيات المواجهة المستعملة لديهم .

وفي دراسة لـ (براهيمي، 2007) حول ردود فعل العائلة الجزائرية بعد ما عرفت أن ابنها المتخلف عقليا .

الهدف: هو التعرف على ردود فعل الآباء والأمهات تجاه هذا الحدث الصادم ومعرفة واقع وفهم أسباب الإعاقة من وجهة نظر هذه الأسر وحالات التكفل والمساعدة المتوفرة لهذه الأسر، تحديد الحلول التي توفرها هذه الأسر حول طرق التكفل بأبنائهم من ذوي التخلف العقلي.

العينة: شملت عينة الدراسة 150 أسرة ممن يستفيد أبنائهم من التكفل بالمراكز الطبية البيداغوجية في الجزائر العاصمة، البليدة، وتيبازة.

المنهج: اعتمد الباحث على المنهج الوصفي

الأدوات: استعمل الباحث استمارة من إعداده حول موضوع الدراسة.

النتائج: بينت نتائج الدراسة أن هناك عدم فهم ووعي بأسباب التخلف العقلي من هذه الأسر وإرجاعها للقضاء والقدر بنسبة 80% وكذلك أظهرت الدراسة نسبة تقبل تقدر بـ 80% من أفراد العينة لأبنائهم المعاقين بفضل العامل الديني ونسبة 65.55% لديهم خوف عن مستقبل الطفل المعاق وهناك نسبة 48.86% لديها توافق مع هذه الحالة ورغبة في إدماج أبنائهم في مدارس عادية وفي مراكز ذات رعاية يومية، وهناك من يرغب في إبقاء أبنائهم في المنزل مع تلقي مساعدة متخصصة.

كما قامت الباحثة (المحسن، 2014) بالسعودية. بدراسة بعنوان مستوى الضغوط لدى الأسر من ذوي التخلف العقلي في القصيم بالسعودية وعلاقتها ببعض المتغيرات كجنس الطفل ومتغير درجة التخلف العقلي.

الهدف: التعرف على مستوى الضغوط لدى أسر المعاقين عقليا وعلاقتها ببعض المتغيرات كجنس الطفل المعاق ودرجة التخلف العقلي .

العينة: تكونت من 199 أم بالعنيزة بالقصيم في السعودية .

المنهج: استعملت الباحثة المنهج الوصفي.

الأدوات: استعملت الباحثة مقياس الضغوط النفسية من إعدادها.

النتائج: توصلت الباحثة إلا أن هؤلاء الأمهات تعانين من ضغوط مرتفعة وتأتي في المرتبة الأولى الأعراض الانفعالية ثم المشكلات المادية كما أنه توجد فروق دالة إحصائياً تبعاً لمتغير جنس المعاق في جميع مجالات مقياس الضغوط النفسية والدرجة الكلية وكانت لصالح أسر المعاقات من الإناث وتوجد كذلك فروق دالة تبعاً لدرجة الإعاقة العقلية لصالح الإعاقة الشديدة في رفع مستوى الضغوط لدى الأمهات.

وفي دراسة لعلي فرح (2014) بعنوان الضغوط النفسية لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية بالسودان

الهدف: معرفة مستوى الضغوط للأمهات المترددات على مستشفى السلاح الطبي بأم درمان بالسودان .

العينة: مكونة من 30م تم اختبار هن بطريقة قصديه.

الأدوات: استعانت الباحثة بمقياس الضغوط النفسية لزيدان السرطاوي وعبد العزيز الشخص.

النتائج: توصلت الباحثة إلى أن مستوى الضغوط يرتفع حسب درجة الإعاقة العقلية والحالة الاقتصادية، ولم توجد فروق في مستوى الضغط حسب متغير المستوى التعليمي.

وفي دراسة لـ بخش (2002) بعنوان الضغوط النفسية لأمهات المعاقين عقلياً وعلاقتها بالاحتياجات المختلفة لهذه الأمهات والمساندة المقدمة لهم.

الهدف: هو التعرف على الضغوط التي تعاني منها أمهات الأطفال المعاقين عقلياً وعلاقتها بالاحتياجات الأسرية والمساندة الاجتماعية كوسيلة لخفض حدة الضغوط بمدينة جدة.

العينة: مكونة من (100) أم لأطفال متخلفين عقلياً يتراوح أعمار الأمهات بين (24-45) سنة بينما الأطفال أعمارهم بين (6-14) سنة.

الأدوات: استخدمت الباحثة مقياس الضغوط لأمهات الأطفال المتخلفين عقليا ومقياس احتياجات أولياء أمور الأطفال المتخلفين عقليا، ومقياس المساندة الاجتماعية. **النتائج:** أسفرت الدراسة عن النتائج التالية، وجود علاقة ارتباطيه بين كل من الضغوط والاحتياجات الأسرية والمساندة الاجتماعية بمصادرها وفقا لأهميتها بالنسبة لأمهات الأطفال المتخلفين عقليا. وأن هناك علاقة دالة إحصائيا بين كل من الضغوط والاحتياجات الأسرية والمساندة الاجتماعية المقدمة لهن على حدى، وبين الاحتياجات والمساندة الاجتماعية المقدمة لهن، كما توجد علاقة ارتباطيه بين الضغوط والاحتياجات الأسرية والمساندة الاجتماعية عند عزل الضغوط، بينما لا توجد علاقة ارتباطيه دالة بين الضغوط والمساندة الاجتماعية عند عزل الاحتياجات الأسرية.

6-1-2- دراسات أجنبية:

أجرى جويارد (2012) Guyard دراسة حول موضوع تأثير التخلف العقلي للطفل على الحياة الأسرية بفرنسا **الهدف:** هو التعرف على تأثير التخلف العقلي للطفل على مجريات الحياة الأسرية والتعرف على الضغوط النفسية التي تعاني منها هذه الأسر حسب عدة أبعاد وهي الصحة النفسية والجسدية، العلاقات الاجتماعية والعائلية، مدة التكفل، العمل والجانب الاقتصادي العوامل الشخصية والبيئية المرتبطة بهذا الأثر **المنهج:** استعان الباحث بالمنهج الوصفي.

الأدوات: تم استعمال استبيان مستنبط من النموذج النظري للتكيف الأسري (ABCX).

العينة: تكونت من 287 أسرة.

النتائج: وتوصل الباحث إلا أن الضيق النفسي الذي تعانيه هذه الأسر يرجع إلى تقدم عمر الطفل المعاق، غياب عمل الوالدين، شدة الإعاقة، الاضطراب السلوكي للمراهق المعاق، كما أن لهذه الإعاقة أثر سلبي على صحة الوالدين النفسية والجسدية، واضطراب العلاقات

داخل الأسرة وان نقص المصادر كبطالة الوالدين يزيد من ارتفاع الضيق والمعاناة النفسية المدركة من طرف الوالدين والأسرة وأن التكيف مع الإعاقة يتأثر بنمط التوظيف الأسري أكثر من نقص المصادر المادية.

وفي فرنسا أجري (ايدليمان (Eideliman, 2008) دراسة للتعرف على مشكلات والدي الأطفال المعاقين عقليا في ظل الضغوط المتعددة لهذه الحالة.

الهدف: هو الكشف عن الضغوط التي يعاني منها الوالدين في ظل الإعاقة العقلية للطفل على الوالدين.

المنهج: تمت الدراسة باستخدام المنهج الوصفي.

الأدوات: استخدم الباحث استبيان يقيس الضغوط النفسية التي يعاني منها الوالدين شمل عدة أبعاد وهي المعاناة النفسية للوالدين، مستقبل الطفل المعاق، النظرة الاجتماعية للإعاقة العقلية، الموارد المالية التي تتلقاها الأسرة، الخدمات النفسية والطبية تجاه الطفل.

العينة: تمت الدراسة على (42) أسرة فرنسية.

النتائج: توصل الباحث إلى أن والدي الأطفال المتخلفين عقليا يعانون مشاعر متناقضة تجاه أبنائهم بين الشفقة وعدم الثقة تجاه مستقبلهم، كما أن لهذه الإعاقة أثر سلبي على المستوى النفسي والاجتماعي للوالدين، وبصفة خاصة الأمهات بسبب النقص الذي تشعر به الأم نتيجة إنجابها طفل معاق كما يواجه الوالدان صعوبات مع مهنيو الصحة كصعوبة الحصول على المعلومات، نقص المصادر المادية المهيأة لتجهيز أسر المتخلفين عقليا.

كما خلصت بلشا وآخرون (Pelchat et al, 2005) من خلال متابعة دراسات

متعددة أن الأمهات والآباء الذين لديهم طفل معاق عقليا أو مشكل صحي مزمن.

الهدف: هدفت هذه الدراسة التتبعية لدراسات متعددة التعرف على آراء الآباء والأمهات فيما يخص الضغوط التي يعانون منها جراء الإصابة بمشكل صحي مزمن للابن والمتخلفين عقليا والمقارنة بينهما.

المنهج: استعمل الباحثون المنهج الوصفي المقارن .

النتائج: توصلت هذه الدراسة التتبعية أن كلا الوالدين يقعون في عاصفة انفعالية يشعرون بالصدمة ويعشن ضغوط شديدة بسبب ظهور المشاكل والمسؤوليات التي تفرضها الإعاقة العقلية أو المشكل الصحي المزمن للطفل المصاب والشعور بعدم الأمن، استنفاد لطاقة الوالدين ووقتهم، الخوف على مستقبل الطفل، والحاجة للمساعدة الاجتماعية عادة تنظيم الأدوار في الأسرة وان هذه المعاناة وشدة الضغوط ترتفع أكثر لدى الأمهات مقارنة بالآباء الذين يميلون أكثر لكبت مشاعرهم وعدم التعبير عنها.

كما كشفت دراسة لـ: كريستال ورويار (Roeyers,Christal, 1995) بعنوان: آباء وأمهات الأطفال المعاقين كيفية مع الإعاقة ومشاعرهم تجاه المساعدة الاجتماعية المقدمة لهم.

الهدف: هو التعرف على شعور الآباء والأمهات تجاه الإعاقة العقلية للطفل وشعورهم بالمساعدة أو عدمها وخاصة بين الزوجين وباقي مصادر المساعدة، وكذا مقارنة بين أولياء لأطفال توحديين والأولياء الذين لديهم أطفال متخلفين عقليا وبين الآباء والأمهات والتحري عن الآثار الناجمة عن هذه الحالة.

العينة: تمثلت العينة في (84) أسرة مقسمة إلى مجموعتين المجموعة الأولى بها أسر تحتوي على أطفال بها طفل متخلف عقليا والمجموعة الثانية بها أسر لأطفال مصابين بالتوحد.

الأدوات: تم تقديم استمارات للأمهات والآباء كل واحد على حدى احتوت على عدة أبعاد البعد النفسي والشعور بالاكنتاب والقلق، اضطراب العلاقات الأسرية، واستمارة ثانية تخص المساعدة المقدمة لهذه الأسر من كلا الزوجين خاصة ومن العائلة الممتدة وباقي المصادر ومدى الرضا عنها.

النتائج: أظهرت النتائج أن الأمهات أكثر اكتئابا من الآباء وأن أمهات الأطفال التوحديين أكثر درجة اكتئابا من أمهات المعاقين عقليا كما أشارت هذه الدراسة إلى أهمية المساندة بين الزوجين ومساندة المحيط كأفضل ضمانات لأحسن ردود أفعال تجاه الإعاقة العقلية للأبناء.

6-2- دراسات حول المساندة الاجتماعية:

6-2-1- دراسات عربية:

في دراسة للهنداوي (2011) حول الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركيا بمحافظة غزة .

الهدف: هدفت الدراسة لمعرفة علاقة الدعم الاجتماعي بمصادره المختلفة المتمثلة في الأسرة والأقارب والأصدقاء، ومؤسسات المجتمع بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى عينة من المعاقين حركيا بمحافظة غزة بفلسطين.

العينة: شملت (201) معاق حركيا بإعاقات حركية متعددة من كلا الجنسين منهم (119) ذكور بنسبة (59.2%) و(82) إناثا حيث شكلوا نسبة (40.8%) حيث تراوحت أعمارهم من 18 سنة فما فوق.

المنهج: قام الباحث باستعمال المنهج الوصفي بتطبيق أداتين هما مقياس المساندة الاجتماعية ومقياس جودة الحياة من تصميم الباحث.

النتائج: توصل الباحث إلى أنه توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مصادر الدعم الاجتماعي والرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركيا، خاصة الدعم المقدم من الأسرة والأقارب، وارتفاع مستوى الرضا عن الحياة المهنية والزوجية بارتفاع الدرجة من مصدر مساندة الأصدقاء والأسرة والرضا عن جودة الحياة ككل وعلاقته بمستوى الدعم المقدم من مؤسسات المجتمع الخدماتية والتأهيلية.

حاولت الباحثة (قدور، 2014) الكشف عن دور المساندة الاجتماعية في تخفيف الآثار الناجمة عن أحداث الحياة الضاغطة التي تواجهها المرأة العاملة في حياتها اليومية بقطاع الصحة العمومية بوهران.

الهدف: هو معرفة دور المساندة الاجتماعية بمختلف مصادرها خاصة الأسرة الزوج والأبناء وكذا العائلة الموسعة في التخفيف من درجة الضغوط التي تعاني منها المرأة والأم العاملة خاصة بالقطاع الصحي العمومي.

العينة: تكونت العينة من (242) عاملة منها 40 ممرضة و طبيبة, 86 عاملة بالإدارة.

الأدوات: استعملت الباحثة المنهج الوصفي حيث استعانت بمقياس المساندة الاجتماعية لسارلساون بنسختها باللغة العربية من طرف محمد الشناوي وسامي أبو يه (1990) ومقياس الأحداث الضاغطة إعداد الباحثة وتم معالجة النتائج ببرنامج الحزمة الإحصائية (SPSS) .

النتائج: توصلت الباحثة إلى أن المرأة المتزوجة والعاملة في القطاع الصحي تتعرض لضغوط مرتفعة وتلجأ إلى المساندة الاجتماعية كوسيلة لتخفيف الضغوط خاصة مساندة الزوج، الوالدين، الأخوة والأبناء وأبدت هذه الفئة رضا عن هذه المساندة المقدمة لهن من طرف الأسرة والعائلة الممتدة واستتجت الباحثة انه توجد علاقة سالبة عكسية بين الضغط العام والمساندة الاجتماعية .

وأجرت هيا الخزعان (2010) دراسة بعنوان الرضا الزوجي وعلاقته بالمساندة

الاجتماعية لدى عينة من الطالبات المتزوجات بجامعة أم القرى مكة المكرمة بالسعودية.

الهدف: سعت هذه الدراسة إلى التعرف عن العلاقة الموجودة بين المساندة الاجتماعية والرضا الزوجي لدى عينة من الطالبات المتزوجات بجامعة أم القرى بالسعودية.

العينة: بلغ عددها 207 من الطالبات المتزوجات بجامعة أم القرى.

المنهج: استخدمت الباحثة المنهج الوصفي بأساليب الإحصائية معامل الارتباط بيرسون واختبار ت، تحليل الانحدار الخطي المتعدد، تحليل التباين أحادي الاتجاه.

الأدوات: استعملت الباحثة مقياس للمساندة الاجتماعية من إعدادها ومقياس الرضا الزوجي إعداد البيلاوي (1987).

النتائج: توصلت الباحثة إلى أنه توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين المساندة الاجتماعية للزوج والعائلة والأصدقاء والرضا الزوجي، كما أنه يمكن التنبؤ بالرضا الزوجي من خلال مصادر المساندة الاجتماعية.

وفي دراسة لمحمد الشراح (2007) في دراسة بعنوان: الضغوط النفسية لوالدي الطفل المصاب بالإعاقة العقلية وأساليب مواجهتها.

الهدف: أرادت هذه الدراسة تسليط الضوء على والدي الأطفال ذوي التخلف العقلي واتجاهاتهم نحو إعاقة أبنائهم وأساليب مواجهة هذه الضغوط الناجمة عن التخلف العقلي لأبنائهم .

المنهج: استعانت هذه الدراسة بالمنهج الوصفي.

العينة: قدرت بـ (76) أسرة مقسمة إلى مجموعتين الأولى مكونة من (40) لديهم مدركات إيجابية نحو الإعاقة والثانية مكونة من (36) ولي ممن لديهم مدركات سلبية نحو الإعاقة.

الأدوات: عن طريق استبانة من إعداد الباحث واستبيان للضغوط ومصادرها .

النتائج: أشارت إلى أن الأسر التي لديها مدركات سلبية تجاه إعاقة أبنائهم تتعرض أكثر للضغوط والصراعات الأسرية وأن الأسر التي لديها مدركات إيجابية عن إعاقة أبنائهم هي الأسر التي تتلقى دعم اجتماعي أكبر وأنه توجد علاقة موجبة دالة إحصائياً بين توافر المساندة الاجتماعية والمدركات الإيجابية تجاه التخلف العقلي للطفل، وأسفرت الدراسة كذلك عن دور المساندة الاجتماعية في تخفيض الضغوط لدى والدي المتخلفين عقلياً.

وفي دراسة لدياب (2006) بعنوان: دور المساندة الاجتماعية كمتغير وسيط بين الأحداث الضاغطة والصحة النفسية للمراهقين الفلسطينيين .

الهدف: هدفت هذه الدراسة لمعرفة أهمية المساندة الاجتماعية كأحد عوامل الحماية من الأثر النفسي الناتج عن أحداث ضاغطة ومستوى الصحة النفسية لدى فئة من الطلبة المراهقين بفلسطين.

المنهج: استخدم الباحث النهج الوصفي ارتباطي.

العينة: تكونت عينة الدراسة من (550) طالب وطالبة في المرحلة الثانوية.

الأدوات: قد تم استخدام استبانة الأحداث الضاغطة واستبانة الصحة النفسية واستبانة المساندة الاجتماعية من إعداد الباحث وباستعمال الأساليب الإحصائية المناسبة.

النتائج: توصل الباحث إلا أن المراهقون الفلسطينيون يتعرضون لأحداث ضاغطة متعددة وأن هناك علاقة ارتباطيه بين المساندة الاجتماعية المقدمة لهم وانخفاض الضغوط، وتوجد علاقة عكسية قوية بين الصحة النفسية للمراهقين والأحداث الضاغطة المنخفضة وان المساندة الاجتماعية عامل وقاية وسيط بين الأحداث الضاغطة والصحة النفسية.

كما أجرت قراقيشس (2006) دراسة حول الضغوط النفسية لوالدي أطفال ذوي التوحد وأطفال ذوي إعاقة عقلية والإعاقة الحسية واحتياجاتهم للمساندة.

الهدف: سعت الباحثة للتعرف على مستوى الضغوط التي يتعرض لها والدي الأطفال المعاقين عقليا ووالدي ذوي الإعاقات الحسية ووالدي الأطفال المصابين بالتوحد.

العينة: اشتملت الدراسة على عينة مكونة من (514) من أولياء الأمور منها (200) ولي لأطفال لديهم توجده (114) ولي لأطفال لديهم إعاقة عقلية و(200) ولي لأطفال مصابين بإعاقات حسية في السعودية.

المنهج: تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي المقارن.

الأدوات: استعان الباحثة بمقياس للضغوط النفسية ومقياس احتياجات أولياء الأمور.

النتائج: عن طريق تحليل نتائج الدراسة إحصائيا توصلت الباحثة إلى أن أولياء أطفال التوحد يعانون من ضغوط مرتفعة مقارنة مع أسر لديها إعاقات أخرى واختلفت حاجات

الأسر للدعم والمساندة الاجتماعية حسب مستوى الضغوط النفسية لديهم فكلما ارتفع مستوى الضغط ترتفع الحاجة للمساندة الاجتماعية.

وفي مصر قامت كاشف (2000) بإحصاء حاجات أولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقة للمساندة الاجتماعية وهي احتياجات معرفية، احتياجات مادية، احتياجات إلى توفير خدمات، الحاجة إلى دعم الزوج، الحاجة إلى رعاية الطفل، حاجات الأبناء العاديين، الحاجات المرتبطة بالخدمات المجتمعية الأخرى كالنقل، الترفيه،... الحاجات المستقبلية للطفل المعاق.

6-2-2- دراسات أجنبية:

في دراسة لـ بيرليي (Perlier,2013) بعنوان أثر المساندة الاجتماعية على تصورات مرضى السرطان بفرنسا.

الهدف: هدفت الدراسة للتعرف على تصورات مرضى السرطان المقيمين بالمستشفى لتلقى العلاج وأثر المساندة الاجتماعية كمتغير وسيط لتحسين التصورات حول مرض السرطان.
المنهج والأدوات: استعملت الباحثة المنهج العيادي عن طريق المقابلة والملاحظة ودراسة ملفات المرضى.

العينة: تكونت من 40 شخص مصاب بالسرطان.

النتائج: انتهت الباحثة إلى أن السند الاجتماعي له تأثير كبير على صحة المرضى ويلعب دور في تحسين تصوراتهم تجاه المرض.

كما أجريت دراسة تحت إشراف مجلس العائلة والطفولة الكندي في (2008) من طرف (رييوم وآخرون، 2008، Reaume et al) في منطقة الكيبك بكندا.

الهدف: هدفت هذه الدراسة لمعرفة رأي أسر الأطفال معاقين عقليا في السند المقدم لهم من طرف الزوج والأبناء لأم الطفل المتخلف عقليا ومن طرف مهنيو الصحة والجمعيات المكلفة بهذه الفئات والمؤسسات الخدمائية.

العينة: تمت هذه الدراسة الكيفية على (35) أسرة ذوي أطفال متخلفين عقليا وصبر للآراء بلغ (836) مشاركة من أولياء ومهنيون متخصصون في العمل مع هذه الفئات.

المنهج والأدوات: استعمل المنهج الإكلينيكي في دراسة كيفية استخدام فيها المقابلة والملاحظة العياديتين، وقد تم تصميم دليل لمعرفة حاجات الأسر للمساعدة يحتوي على المحاور الآتية الدعم النفسي السيكلوجي للأسر وأبنائهم من ذوي الإعاقة العقلية الخدمات الطبية، الحاجات المعرفية فيما يخص التخلف العقلي، المساعدة المالية، مراكز حضارة للأطفال وقت الطوارئ، الحاجة إلى الترفيه للطفل المعاق، الحاجة إلى السند الجمعي.

النتائج: خلصت هذه الدراسة إلى أهمية دور المساعدة في مساعدة هذه الأسر على التغلب على الصعوبات المواجهة مع أبنائهم المعاقين، الحاجة لمختلف أنواع المساعدة الاجتماعية وخاصة من طرف مهنيو الصحة وكذا الحاجة لمراكز لحضن هؤلاء الأطفال خاصة أوقات الطوارئ كدخول الأولياء إلى المستشفى وكذلك حاجة الأولياء للترفيه وأوقات للراحة.

قام (هازال وماكدونالد, 2005, Hassal, and Mcdonald) بدراسة حول الدعم الأسري

والنضج الاجتماعي لأمهات الأطفال المعاقين.

الهدف: هدف الباحثان للتعرف على دور الدعم الأسري والنضج الاجتماعي للأمهات الأطفال المتخلفين عقليا في التخفيف من الضغوط الوالدية الناجمة عن المتخلفين عقليا لأبنائهم.

العينة: تكونت العينة من 46 أم.

المنهج والأدوات: استخدام الباحثان المنهج الوصفي واستعانا بمقياس للدعم الأسري ومقياس فايلاند للنضج الاجتماعي.

النتائج: خلصت الدراسة إلى وجود ضغوط عالية لدى الأمهات خاصة في مجال التحكم بالذات يعزي للمشكلات السلوكية التي يعاني منها الأبناء المعاقون، كما أظهرت الدراسة بأن

الأمهات اللاتي تحصلن على مستوى عالي من الدعم الاجتماعي كانت ضغوطهن منخفضة (القيروني، 2008).

كما أجرى عبود (Abboud, 2003) دراسة للتعرف على الضغوط النفسية و اثر الدعم الاجتماعي لدى أمهات المعاقين العربيات في مدينة الناصرة بفلسطين اللواتي تتلقين مساعدة من وزارة الرفاه الاجتماعية في إسرائيل.

الهدف: التعرف على دور المساندة الاجتماعية في خفض الضغوط التي تعاني منها أمهات المعاقين عقليا بفلسطين وعلاقتها ببعض المتغيرات.

العينة: تألفت العينة من (50) أما لأطفال متخلفين عقليا تحصلن على خدمات منتظمة من وزارة الرفاه بفلسطين.

المنهج والأدوات: اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي واستخدم الباحث مقياس الضغوط النفسية ومقياس المساندة الاجتماعية.

النتائج: أشارت النتائج أن الأمهات اللواتي تتلقين خدمات كالدعم النفسي والاجتماعي مع تمتعهن بمستويات تعليمية مرتفعة ودعم من الشريك ودعم المهنيين كان إحساسهن بالضغط الناجم عن إعاقة أبنائهن أقل درجة من الأمهات التي لا تتحصل على دعم ومساندة اجتماعية وخاصة المساعدة المتخصصة من المهنيين.

كما قامت هيتشكوك Hitchok 2008 بدراسة هدفت للتعرف على أثر برنامج Head

Start كبرنامج دعم تأهيلي للأسر التي يعاني أحد أبنائهن من إعاقة عقلية.

العينة: شملت الدراسة عينة مكونة من 76 ولي لمعاقين بأمريكا.

المنهج والأدوات: الدراسة استخدمت المنهج الوصفي عن طريق الاستبانة.

النتائج: أظهرت نتائج الدراسة أن الأولياء أصبحوا أكثر تكيفا مع حالة أبنائهم المعاقين كما أنهم اكتسبوا مهارات في تعليم أبنائهم وأكثر فهما لاحتياجاتهم وحقوقهم وكيف يدافعون عنها ولديهم أكثر ثقة في قدرتهم على مساعدة أبنائهم وأنهم أكثر وعيا بضرورة الحصول على

نظم الدعم المناسبة. وأظهرت هذه الدراسة أن هذا البرنامج المساند يقدم معلومات تعرف الأسر بخصائص الإعاقة وتشجع الأسر على الاندماج بالبرامج التعليمية للأطفال المعاقين (منيب، 2010).

وفي دراسة لـ دار لينج وباكسلر (2001)، بعنوان دور المساندة الاجتماعية في مواجهة الضغوط النفسية التي تعاني منها أم الطفل المتخلف عقليا.

المنهج والأدوات: هو المنهج العيادي قام الباحثان بدراسة لأسرة لديها طفلة متخلفة عقليا بالمجتمع الأمريكي باستخدام المقابلة العيادية وعن طريق الزيارات المنزلية للأسرة.

الهدف: هو محاولة معرفة دور المساندة الاجتماعية المتمثلة في الخدمات النفسية والمساعدة الاجتماعية من طرف المرشد النفسي والأخصائي الاجتماعي كأحد وسائل الدعم الرسمي الذي يقدمه المجتمع لأسر ذوي الإعاقات.

النتائج: كشفت الدراسة أهمية هذه الخدمات في دعم أسرة المتخلف عقليا وأن هذه الخدمات التي تقدم في المجتمع الأمريكي متنوعة منها الرعاية النفسية والتربوية والطبية (سليقمان، دارلينج، 2001، ص84).

كما أجرى بروس (bruce, 2001) دراسة تحت عنوان المساعدة الاجتماعية وأثرها في خفض الضغط لدى أمهات وآباء الأطفال المعاقين.

الهدف: تمثل في التعرف على وجهات نظر الأمهات في أثر مساعدة الآباء للأمهات في الاعتناء بالطفل المعاق داخل الأسرة وتأثير هذه المساعدة على خفض الضغط الذي تشعر به الأمهات نتيجة المسؤوليات الضخمة التي يعانين منها جراء إعاقة أبنائهم ودورها في تكيفهن مع الإعاقة.

العينة: اعتمدت الدراسة على عينة مكونة من (60) أسرة استرالية.

المنهج والأدوات: استعان الباحث بالمنهج الوصفي وتمثلت الأدوات في مقياس للضغوط النفسية ومقياس الحاجات لأولياء المعاقين عقليا ومقياس المساندة الاجتماعية.

النتائج: أظهرت النتائج أن هناك اتفاق كبير في وجهات النظر حول أهمية مساعدة الأب للام في رعاية الطفل المعاق، والاهتمام بحاجاته المتنوعة مثل اللعب، إطعامه والترفيه وغيرها والدور الذي تلعبه المساندة الاجتماعية المتبادلة بين الزوجين في الضغوط المتعلقة بالإعاقة العقلية خاصة مساندة الزوج لأم الطفل المتخلف عقليا.

قام ديزون (Dyson 1997) بدراسة بعنوان آباء وأمهات المعاقين حركيا وتأثير الضغوط الوالدية والأداء الوظيفي للمساندة الاجتماعية.

الهدف: الدراسة إلى التحقق من تأثير الإعاقة في رفع مستوى ضغط الوالدين وطبيعة العلاقات الأسرية ودور الدعم والمساندة الاجتماعية في تخفيض الضغوط على الأسر ومساعدتها على القيام بوظائفها بصورة طبيعية.

العينة: تكونت عينة الدراسة من (30) زوج وزوجة من آباء وأمهات المعاقين حركيا و(32) زوج وزوجة من آباء وأمهات الأطفال العاديين.

المنهج والأدوات: استخدم الباحث المنهج الوصفي وتمثلت أدوات الدراسة في مقياس الضغط النفسي ومقياس المساندة الاجتماعية والتفاعلات الأسرية، وقد أسفرت الدراسة عن النتائج التالية:

النتائج: وجود فروق دالة في مستوى الضغوط بين آباء وأمهات الأطفال المعاقين وأقرانهم من العاديين لصالح أمهات وآباء المعاقين الذين كانوا يعانون من مستويات عالية من الضغوط النفسية والمادية وأن هناك العديد من الجوانب السلبية في التفاعلات الأسرية داخل أسر الأطفال المعاقين كما أن هذه الأسر بحاجة للمساندة الاجتماعية.

وأجرت شيري (Cherry 1991) بعنوان: أثر المساندة الاجتماعية على تقدير الذات لدى عينة من المعاقين جسديا.

الهدف: تمثل في التعرف على العلاقة بين الدعم الاجتماعي وتقدير الذات بين المعاقين جسديا من المراهقين ومن العاديين.

العينة: تكونت العينة من (98) فرد معاق جسديا من ذوي الإصابة بالشلل الدماغي والصلب المشقوق، و (60) من المراهقين العاديين تتراوح أعمارهم بين (13-19).
المنهج والأدوات: استخدمت الباحثة المنهج الوصفي المقارن وتمثلت الأدوات في مقياس مفهوم الذات، ومقياس تقدير الذات ومقياس الدعم الاجتماعي المقدم من الأصدقاء والعائلة.
النتائج: توصلت الباحثة إلى أن هناك فروق في مفهوم وتقدير الذات بين المراهقين من العاديين والمراهقين المصابين بالإعاقة الجسدية لصالح العاديين، وإلى أن الدعم الاجتماعي المقدم من الأصدقاء والأسرة له أثر كبير في رفع مفهوم الذات وتقدير الذات والثقة بالنفس عند المعاقين جسديا.

قام لير في (Parfit,1991) بدراسة دور المساندة الاجتماعية في خفض الضغوط لدى أولياء الأطفال المتخلفين عقليا وأولياء الأطفال المصابين بأمراض مزمنة.
الهدف: هدفت الدراسة إلى معرفة دور المساندة الاجتماعية من خلال مجموعات للدعم لأولياء المتخلفين عقليا أو ذوي أمراض مزمنة.
العينة: شملت العينة على (30) زوج لآباء وأمهات المصابين بالتخلف العقلي والأمراض المزمنة بإنجلترا .

المنهج والأدوات: اختار الباحث المنهج العيادي وقد استعمل المقابلة والملاحظة العيادية .
النتائج: من خلال تحليل محتوى تجارب الأولياء أظهرت النتائج أهمية هذا النوع من المساندة الذي حقق هدفين لأولياء أساسيين هو توزيع المساعدات المادية وكذلك الخدمات النفسوتقنية اللازمة لأولياء بالإضافة إلى تنمية الجانب العلائقي بين الأولياء والهدف الثاني هو التضامن بين الأولياء وفك العزلة عنهم (Zucman ,1982).

6-3- دراسات حول الجلد:

إن موضوع الجلد موضوع حديثا نسبيا خاصة على المستوى العربي والمحلي لكن رغم ذلك تم القيام بدراسات لمتغيرات قريبة منه نذكر منها متغير الصلابة النفسية، المرونة النفسية، استراتيجيات المواجهة، البرامج الإرشادية... الخ .

6-3-1- الدراسات العربية:

قام جار الله (2013) بدراسة بعنوان منظور الزمن وعلاقته بالجلد في مواجهة الأحداث الصادمة.

الهدف: هدفت الدراسة إلى التعرف على دور منظور الزمن كعامل ارصان للمعلومات لحدوث الجلد في مواجهة الأحداث الصادمة لدى عينة من المتعرضين لأحداث صدمية من الراشدين في المجتمع الجزائري .

العينة: أجريت الدراسة على عينة مكونة (86) فرد من البالغين من المجتمع الجزائري.

المنهج والأدوات: استخدم الباحث النهج الوصفي الإرتباطي وتمثلت الأدوات في مقياس الجلد كنور - دافيدسون وقائمة منظور الزمن المصغرة لزومباردوا، سلم الإجهاد المنقح، وقام الباحث بترجمة هذه الأدوات إلى اللغة العربية، وكذا التأكد من خصائصها السيكوميتريية .

النتائج: توصلت الدراسة إلى وجود علاقة قوية بين متغيرات الدراسة وعدم وجود فروق تغزى للجنس والمستوى الثقافي، بينما هناك فروق تعزى لمتغير السن، وأظهرت النتائج وجود أثر إيجابي دال إحصائيا لكل من متغير منظور الزمن الإيجابي وأثر سلبي للإبعاد السلبية للزمن على الجلد، وعكس هذا الأثر على إجهاد الصدمة، ووجود أثر لإبعاد منظور الزمن على الجلد وإجهاد الصدمة وأثر إيجابي لارتفاع الجلد، كما كشف تحليل التباين وجود تفاعل بين أبعاد منظور الزمن والجلد على إجهاد الصدمة، فالنتائج كشفت عن دور أبعاد الزمن الإيجابية التي تسمح بالتوجه نحو المشاعر والأهداف الإيجابية كمصادر للجلد والتحكم في الانفعالات الناجمة عن الأحداث الصادمة والتخلص من آثار الصدمة النفسية.

قامت البسطامي (2013) بدراسة بعنوان إدارة التكيف للضغوط النفسية لدى آباء وأمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بمحافظة نابلس بفلسطين .

الهدف: تمثل في التعرف على استراتيجيات التكيف للضغوط النفسية لدى والدي الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأمهاتهم بمحافظة نابلس بفلسطين من وجهة نظر أولياء أمورهم .

المنهج والأدوات: اعتمدت الباحثة في هذه الدراسة الوصفية على استبيان الاستراتيجيات المواجهة واستبيان الضغوط النفسية من إعدادها وقد تم التحقق من صدقهما وثباتهما .

العينة: تكونت من (255) ولي منهم (46) أب و(209) أم ممن أبنائهم يراجعون المراكز التي تعني بذوي الإعاقات في نابلس وتوصلت الباحثة إلى النتائج التالية:

النتائج: أكثر الاستراتيجيات استخداما للتكيف مع الضغوط النفسية لدى والدي ذوي الاحتياجات الخاصة كانت استراتيجيات التدين، فقد حصلت على الترتيب الأول تليها إستراتيجية حل المشكلات ثم إستراتيجية الدعم الاجتماعي، ثم إستراتيجية البناء المعرفي، تليها إستراتيجية الاسترخاء وإستراتيجية التجنب والهروب والنكران وآخرها إستراتيجية الرياضية كما بينت الدراسة أنه توجد فروق في استراتيجيات التكيف للضغوط النفسية بين الآباء والأمهات وفروق تعزي لمتغير المستوى الاقتصادي والوضع الاجتماعي وجنس الطفل، وشدة الحالة ونوع الإعاقة ومكان السكن والمستوى التعليمي .

وفي دراسة جزائرية قام بها مرابو ويوسنة (2015) حول نموذج الجلد لدى الطفل

المصدوم.

الهدف: كان الهدف منها هو معرفة العوامل المساعدة على اكتساب الطفل بروفيل الفرد الجلد والتعرف على سمات المرونة لدى الطفل المصدوم .

العينة: تمثلت في دراسة حالتين .

المنهج والأدوات: تم اعتماد المنهج الإكلينيكي واستخدما الباحثان المقابلة النصف موجهة واختبار الرورشاخ وتم تحليل النتائج عن طريق تحليل المضمون .

النتائج: توصل الباحثان إلى أنه رغم عوامل الخطر التي تعرضت لها الحالتين إلا أنها تمكنتا من نسج صيرورة الجلد بفضل عوامل الحماية الذاتية التي ساهمت في تشغيل الميكانيزمات الدفاعية وتوظيف القدرات المعرفية والمهارات التكيفية الاجتماعية والقدرة على التقمص والذكاء والنجاحات المدرسية وروح التفاؤل والفكاهة والإحساس بالمسؤولية التي تميزت بها الحالتان، كما لعبت العوامل البيئية دور في بناء الجلد لدى الحالتين ويتعلق الأمر بالعلاقات التي تربطهما بالمحيط كالعلاقات الحميمة مع الأسرة في ظل غياب العنف الأسري والتعلق الآمن بالإضافة إلى مؤسسات المجتمع والشبكة الاجتماعية التي تقدم مختلف أنواع الرعاية.

وفي دراسة للشماط (2013) بدمشق بسوريا بعنوان مرونة الأنا كمؤشر وقائي من سيطرة الميول الاكتئابية وميول الانتحار لدى طلبة الثانوية.

الهدف: هو التعرف على مستوى مرونة الأنا لدى طلاب الثانويات الذي لديهم ميول اكتئابية وأفكار انتحار وفقا لمتغير الجنس والصف.

المنهج والأدوات: استعمل الباحث المنهج الوصفي التحليلي ولقياس مرونة الأنا استعمل مقياس مرونة الأنا لـ (Block & Kremen, 1996) ومقياس للاكتئاب والأفكار الانتحارية لبليك (BSS).

العينة: تكونت عينة الدراسة من (915) طالب وطالبة ثانوية (524) طالب و(391) بمحافظة دمشق بسوريا.

النتائج: توصل الباحث إلى وجود مستويات مرتفعة من مرونة الأنا لدى غالبية أفراد العينة بنسبة 70,38%، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 بين متوسطات أفراد العينة في مرونة الأنا وفقا لمتغير الجنس، لا توجد فروق فيما يتعلق بمرونة الأنا ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة في ما يخص متغير الصف

وتوجد علاقة سالبة بين مرونة الأنا والميول الكتائبية إذ تساهم مرونة الأنا في تخفيف الميول الاكنتائية والأفكار الانتحارية عند أفراد العينة.

كما أجرت كفا (2012) دراسة عنونها الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية لدى المسنين في دور الرعاية وخارجها بدمشق واللاذقية بسوريا.

الهدف: للتعرف على العلاقة بين الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية لدى عينة من المسنين في دور الرعاية الاجتماعية بدمشق وخارجها واللاذقية.

العينة: بلغت عينة الدراسة من المسنين (620) مسن ومسنة.

المنهج والأدوات: اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي الإرتباطي واستخدمت مقياس الصلابة النفسية (PVS.III-R) ترجمة الباحثة، مقياس الحالة الصحية (SF,12R) ترجمة الباحثة.

النتائج: توصلت الباحثة إلى أنه توجد علاقة ارتباطيه بين الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية المقدمة للمسنين وأن هذه العلاقة الارتباطية موجبة تعمل على رفع مستوى الصلابة النفسية لدى هذه الفئة.

أجرت الشريف (2010) دراسة عنونها أثر برنامج التدريب على حل المشكلات في خفض التوتر وتحسين التكيف لأمهات المعاقين بعمان بالأردن.

الهدف: هدفت الدراسة إلى معرفة أثر التدريب على أسلوب حل المشكلات في خفض التوتر وتحسين تكيف الأمهات تجاه أبنائهن المعاقين في مدينة عمان.

العينة: تألفت عينة الدراسة على (30) أسرة، تم توزيعهم إلى مجموعتين، مجموعة تجريبية مكونة من (15) أما تم تدريبهن على أسلوب حل المشكلات ومجموعة ضابطة تكونت من (15) أما لم يتلقين أي تدريب على حل المشكلات .

المنهج والأدوات: اختارت الباحثة المنهج التجريبي وقد طبقت الباحثة على جميع أفراد الدراسة أدوات الدراسة مقياس التوتر النفسي ومقياس التكيف النفسي (قياس قبلي) ثم تطبيق

برنامج أسلوب حل المشكلات على المجموعة التجريبية لمدة (8) أسابيع بمعدل جلسة واحدة أسبوعيا لمدة ساعة وبعد انتهاء التدريب أعيد تطبيق الأدوات للقياس البعدي على جميع أفراد الدراسة .

النتائج: أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية التي تعرضت للتدريب والمجموعة الضابطة التي لم تتعرض للتدريب على الدرجة الكلية للتوتر النفسي وعلى البعدين المعرفي والنفسي للتوتر لصالح المجموعة التجريبية وكذا أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية على درجة التكيف بين المجموعة التجريبية التي تعرضت للتدريب، والمجموعة الضابطة التي لم تتعرض للتدريب لصالح المجموعة التجريبية.

قامت الباحثة ابن غانم بدراسة حول عوامل الجلد عند الأطفال ضحايا الطلاق في (2010).

الهدف: كان هدف الدراسة هو تسليط الضوء على عوامل الحماية للجلد الموجودة لدى أطفال الوالدين المطلقين.

النهج والأدوات: اعتمدت الباحثة على المنهج الإكلينيكي المتمثل في المقابلات النصف موجهة والاختبارات والمقاييس تقدير الذات لكوير سميث، اختبار رسم الرجل، واستبيان دومينيك للتفاعلية .

العينة: شملت ثلاث حالات، كما تم إجراء مقابلات مع الطفل ومع أقارب (الأم، الحالة، الجدة، المعلم)، توصلت الباحثة إلى النتائج التالية:

النتائج: من العوامل الفردية التي تم تحديدها عند هذه الحالات هي التقدير الإيجابي للذات، القدرات العقلية المتمثلة في ارتفاع معامل الذكاء QI وكذا النجاح المدرسي بالإضافة إلى بعض السمات الاجتماعية اللطف وكذا روح الفكاهة، الاستقلالية، التفاؤل وتمثلت عوامل الحماية البيئية في جودة العلاقات الحميمة مع الوالدين بالإضافة إلى الحب والدعم المقدم

من طرف أب ناضج ذو قدرات تربية عالية تتميز بالكفاءة إضافة إلى اهتمامه بحاجيات طفله وكذلك العلاقات الأسرية بما في ذلك الأخوة، الجدة، العمّة، ... الخ، فوجود علاقة إيجابية ودافئة بينهم له دور فعال في مساعدة الطفل على التكيف الإيجابي وهذا بين أن هناك تفاعل بين عوامل الحماية الداخلية والخارجية، الأمر الذي يعزز الجلد عند الأطفال ضحايا الطلاق .

وفي دراسة لإسحاقو لاء (2009) بعنوان فاعلية برنامج إرشادي في رفع مرونة الأنا لدى عينة من طالبات الجامعة الإسلامية بغزة بفلسطين .

الهدف: كان غرض الدراسة هو الكشف عن فاعلية برنامج إرشادي لزيادة مرونة الأنا لدى طالبات الجامعة الإسلامية بغزة .

العينة: اعتمدت الدراسة على عينة مكونة من (116) طالبة حيث تم قياس مرونة أناهم ثم اختارت الباحثة منهم (12) طالبة ذات مرونة متدنية ثم تم إخضاعهن لبرنامج إرشادي لزيادة مرونة أناهم .

المنهج والأدوات: قامت الباحثة باستعمال المنهج التجريبي واستخدمت مقياس مرونة الأنا وقامت بتصميم برنامج إرشادي لرفع مرونة الأنا.

النتائج: بينت النتائج أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد العينة على استبانة مرونة الأنا في الاختبار البعدي، والاختبار التتبعي مما يعني فاعلية البرنامج الإرشادي واستمرار تأثيره على زيادة مرونة الأنا لدى عينة الدراسة .

6-3-2 - الدراسات الأجنبية:

في دراسة بإسبانيا قامت بها (قواد الوبي وآخرون (Guadalupe et al,2013) بجامعة لأعلى مجموعة رجال أعمال إسبان بعنوان: الخصائص السيكوميتريية لمقياس الجلد كنور - دافيدسون لدى عينة من رجال الأعمال الإسبان.

الهدف: قليس درجة جلداهم من خلال مقياس كنور -دافيدسون والتأكد من خصائصه

السيكومترية .

العينة: تكونت العينة من (783) رجل أعمال تم اختيارهم بطريقة بالمسح بالتليفون .

المنهج والأدوات: تمثل في المنهج الوصفي والأساليب الإحصائية .

النتائج: بعد تحليل النتائج إحصائياً تبين أن مقياس كنور فيدسون أداة موثوقة وصحيحة لقياس الجلد عند رجال الأعمال وأن صمود رجال الأعمال في مهنتهم يساعد في تفسير نجاح شركاتهم وبين جلدن من خلال نجاحهم في المشاريع الصغيرة كعامل حماية جد مهم في بروفيل الفرد الجلد .

وفي دراسة أخرى بمنطقة الكيبك الكندية قام بها كلود وتوريني وجوردان وهاميلان (Claude, Tourigny, Jourdon, Hamelin, 2011), بعنوان: الجلد عند الطلبة الجامعيين في تخصص علم النفس بجامعة الكيبك الأودية الثلاثة.

الهدف: سعت الدراسة إلى معرفة كيف يواجه الطلبة تحديات مشوارهم الدراسي بواسطة قياس الجلد ومقارنة ذلك من خلال نجاحهم المدرسي .

العينة: تكونت العينة من 41 من 66 طالب في علم النفس منهم (41) طالب في الليسانس و(25) طالب وطالبة دكتور ا تتراوح أعمارهم من 19 إلى 29 سنة 11 رجل و 31 امرأة.

المنهج والأدوات: استعمل الباحثون في الدراسة مقياس الجلد كنور - دافيدسون ومقياس الجلد ل واقلند ويونق (Young&Waiglind, 1993) .

النتائج: توصلت الدراسة إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستوى الدراسي للطلبة ومستوى الجلد ولا تفاعل بين المستوى الدراسي والعمر، وبين التحليل أن هناك ارتباط مستقر بين مستوى الجلد عند الطلبة وفقاً للمستوى الدراسي.

لا توجد ذات دلالة بين الفريقين في المستوى الدراسي ولا يوجد تفاعل بين المستوى الدراسي والعمر، كما بينت الدراسة أن هناك فرق ذا أهمية بالنسبة لطلبة السنة الثالثة ليسانس في المستوى الدراسي والذين اظهروا اقل مستوى جلد. وأظهرت النتائج أن العمر

عامل يجب أن يؤخذ في الاعتبار لأنه في ارتباط ايجابي مع مستوى الجلد عند الطلبة كما أظهره سلم الجلد كنور-دافيدسون (RISC-CD) ما لم يظهره مقياس الجلد (Young&Wagnild) .

وفي دراسة لنان (Nann,2014) حول مصادر الجلد لدى المتطوعين الدوليين الفرنسيين.

الهدف: هو التعرف على منابع الجلد لدى المتطوعين الدوليين الذين يتعرضون لأنماط متعددة من الصدمات أثناء تدخلاتهم .

العينة: بلغ عددهم (340) متطوع (64%) نساء و(36%) رجال وقد يتواصل عملهم أكثر من سنة في ميدان التضامن الدولي ويبلغ سنهم أكثر من 18 سنة .

المنهج والأدوات: اختارت الباحثة المنهج الوصفي حيث استعملت مقياس الجلد (BRS) (Brief(2008) لـ سميت Smith والذي يقيس قدرة الجلد واستعادة التوازن وإعادة النهوض بعد الضغط، ومقياس L'égoresiliency (ER) جلد الأنا لـ بلوك وكرمان Block Kremen والذي يقيس القدرة على المراقبة في ظل ضغوط البيئة والمحافظة على التوازن .

النتائج: بينت نتائج الدراسة على مقياس Brief للجلد أن أكثر من (96%) من المتطوعين لديهم قدرة على إعادة النهوض واستعادة التوازن والتي تتجلى في موارد التكيف الفعالة والكفاءات الشخصية، والتجارب السابقة والكفاءات المكتسبة والقدرة على البحث عن المساندة الخارجية، كما بينت النتائج على مقياس جلد الأنا L'égoresiliency أن أفراد العينة تحصلوا على نتائج عالية على هذا المقياس لحوالي (98,52%) من المتطوعين اظهروا قدرة تكيف للوضعية الجديدة ، وكذلك نتائج استبيان المواجهة لبلهان (WCC-R) بينت أن أفراد العينة لديهم استراتيجيات تكيف مع استعمال لاستراتيجيات البحث عن حل المشكلات بنسبة (70%)، وأن (62%) يستعملون استراتيجيات تجنب و(61%) يستعملون استراتيجيات البحث عن المساندة الاجتماعية و(72%) يعيدون تقويم المواقف الضاغطة بشكل إيجابي

بينما 64% يلجئون إلى اتهام الذات من خلال هذه النتائج تبين أن أفراد العينة لديهم قدرة على الجدل .

وفي دراسة لـ زادر (Zeder,2010) بعنوان: الجدل لدى إخوة وأخوات الطفل المعاق عقليا بسويسرا.

الهدف: قامت الباحثة بدراسة على الأسر التي بها طفل متخلف عقليا هذه الدراسة ركزت اهتمامها على التعرف على صيرورة الجدل لدى إخوة وأخوات الطفل المعاق عقليا .

المنهج والأدوات: باستعمال المنهج الكيفي عن طريق المقابلات النصف الموجهة حيث تمت أغلب هذه المقابلات في البيئة المنزلية لهذه الأسر وعن طرق البريد وباستعمال تقنية تحليل المضمون.

العينة: بلغ عددها (25 أخ وأخت) بسويسرا في إطار مقارنة معرفية نسقيه تراوح سنهم من 10 سنوات إلى أكثر من 30 سنة .

النتائج: من خلال تحليل مضمون المقابلات التي تمت مع العينة توصلت الدراسة إلى النتائج التالية: (07) من أفراد العينة اعتبروا الإعاقة كمصدر تهديد وهم الأطفال الذين ينتمون إلى أوساط أكثر جروحية ولم يتمكنوا من الحصول على المساندة الاجتماعية من البيئة المحيطة، خاصة في ظل عوامل خطر أخرى كالحرمان من الأب وضعف المكانة الاجتماعية للأسرة أو في حالة موته أو إصابته بمرض مزمن أو في حالة الطلاق واستعمالهم لاستراتيجيات مواجهة تركز على الانفعال، بينما الحالات الأخرى والتي عايشت نفس عوامل الخطر ولديها طفل متخلف عقليا بينهم والذين ينتمون إلى أسر أكثر كفاءة اجتماعية بفضل المساندة الاجتماعية من مختلف موارد البيئة المحيطة حيث تمكنت هذه الأسر من نسج سيرورة الجدل ونقل هذه الكفاءات إلى أبنائهم والتي تظهر في استعمال الإخوة والأخوات لاستراتيجيات تركز على حل المشكلات، وتميزهم بكفاءات اجتماعية عالية كمرافقة الأخ أو الأخت للطفل المعاق والمشاركة في تقديم المساعدة له، كذلك ظهر هذا

الجلد في النجاح المدرسي والاختيار المهني الذي يتضمن مهن في الميدان الطبي والأنشطة الاجتماعية ما يبين القدرة على ترميم الجرح النرجسي وتحويل الجرح نحو بناء كفاءات و يؤكد قدرة هؤلاء الإخوة على تطوير صيرورة الجلد والقدرة على إعادة معرفة الذات بفضل مساعدة الآخر وتبادل المساعدة .

وفي دراسة سيكودينامية للجلد من طرف تبي(Thies, 2006) بعنوان: دراسة سيكودينامية للجلد لأطفال تعرضوا لسوء المعاملة العائلية والمتواجدين بمراكز الاستقبال. **الهدف:** هو التعرف على مصادر الجلد التي يتمتع بها هؤلاء الأطفال وقدرتهم على الجلد أو عدمها في ظل تفاعل عوامل الحماية وعوامل الخطر وخاصة من خلال إيجاد وصي للجلد وكذا النجاح المدرسي والقدرة على طلب المساندة .

المنهج والأدوات: تبنت الباحثة المنهج العيادي وقد استعملت في هذه الدراسة الكيفية عدة أدوات المقابلات النصف موجهة والاختبارات الإسقاطية وهي اختبار الحكايات Test des contes, Jac quline Royer 1978 وهو اختبار يقيس اندماج المراحل التكوينية لبناء الشخصية، واختبار الرورشاخ، كما استعملت الباحثة تقنية الرسم الحر وكذلك قياس الذكاء بواسطة اختبار (Wisc-III) .

العينة: مكونة من (12) طفل تعرضوا لسوء المعاملة وتم وضعهم في عائلات مستقبلية وفي هذه الدراسة السيكودينامية اختارت الباحثة التوجه التحليلي لتفسير النتائج عن طريق مقارنة(06) لأطفال جلودين (06) أطفال غير جلودين .

النتائج: خلصت النتائج إلى أن الأطفال الذين تمكنوا من نسج وتطوير صيرورة الجلد لديهم أنظمة دفاعية أكثر نضجا متنوعة ونشطة ولديهم خيال واسع وخصب، كما تمكنوا من ربط علاقات تعلق بوصي للجلد من البيئة المحيطة كنموذج للتقمص الإيجابي، أما الأطفال الغير جلودين فقد تميزوا بأنظمة دفاعية أقل نضجا تتميز بالجمود، فقر في الخيال، عدم القدرة على التعقّل و ارضان سيء، كما اتضح عدم قدرتهم على إيجاد وصي للجلد.

التعليق على الدراسات السابقة:

بعد استعراض الدراسات السابقة التي تناولت متغيرات متعددة تضمنت متغيرات الدراسة تبين أن من مجمل الدراسات التي تناولت أسرا المعاقين بينت أن هذه الأسر تعاني من ضغوط مرتفعة وأن الأمهات هن الأكثر تعرضا لعوامل الضغط، ماعدا دراسة عايش (2013) التي خلصت إلى أن هذه الأسر ذات مستوى منخفض من الضغوط، وأن هذه الأسر بحاجة إلى مساعدة ذات أبعاد ومصادر متعددة لكي تتكيف مع هذه الإعاقة وتواجه الضغوط الحادة الناجمة عنها، كما اهتمت معظم هذه الدراسات بالألم تحديدا حيث أكدت أنها تتعرض لمستوى مرتفع من الضغط مقارنة بالآباء وباقي أفراد الأسرة وأن هذه الإعاقة لها تأثيرات سلبية متنوعة تؤدي إلى اضطرابات نفسية وجرح زجسي تتعرض له الأم خاصة، كذلك تعتبر وصمة اجتماعية تتسبب في العزلة والعجز على غرار دراسة جبالي (2012) ودراسة المحسن (2014) ودراسة علي فرح (2014) ودراسة بخش (2002) كما أكدت الدراسات التي تناولت المساندة الاجتماعية أنها من أهم عوامل الحماية التي تساعد في التكيف مع الضغوط خاصة الضغوط التي يتعرض لها والدا الأطفال المعاقين وتعتبر من استراتيجيات المواجهة الإيجابية الفعالة في مواجهة هذه الضغوط وتشكل عامل مهم من عوامل الجلد كدراسة جبالي (2012) ودراسة قراقيش (2006) ودراسة مجلس الطفولة والعائلة الكندي (Rhéaume ,et al,2008) ودراسة هازال وماكدونال (2005) ودراسة (Parfit,1991) وغيرها من الدراسات كما كشفت جل هذه الدراسات أن مساندة الزوج لزوجته من أهم مصادر هذه المساندة وكذا مساندة مهنيو الصحة بفضل الخدمات المقدمة من طرفهم للأم والطفل معا.

ووضحت الدراسات التي تناولت متغير الجلد أن هناك تفاعل بين العوامل الذاتية والبيئية لنسج هذه السيورة النفسية، كما بينت أن المساندة الاجتماعية هي من أهم العوامل البيئية المساهمة في بناء الجلد كدراسة البسطامي (2013) ودراسة جبالي (2012) ودراسة

نان (Nann,2014) ودراسة زادر (Zeder,2010) ودراسة تبي (Theis,2006) خاصة لدى اسر المتخلفين عقليا وبينت بعض الدراسات العربية أن عامل التدين يشكل عامل حماية مهم لمواجهة الضغوط وتجاوز الصدمات والشدائد كدراسة براهيمى (2008) ودراسة جبالى (2012) ودراسة البسطامي(2013) والتي بينت أن هذه الأمهات تعتبرن الإعاقة كبلاء يجب الصبر له ويؤدي إلى الجنة.

أما فيما يخص المنهج والأدوات لوحظ أن أغلب الدراسات التي تم تناولها في ظل هذه المتغيرات اعتمدت على المنهج الوصفي بأساليبه الإحصائية وبعضها فقط استخدمت المنهج العيادي وخاصة الدراسات التي تناولت متغير الجلد كما تعددت الأدوات المستعان بها في هذه الدراسات من مقاييس واختبارات, المقابلة والملاحظة وغيرها من الأدوات كما اعتمدت جل الدراسات التي تناولت موضوع المساندة الاجتماعية مقاييس تم تصميمها حسب خصوصيات كل دراسة، أما الدراسات التي تناولت متغير الجلد فبعضها تناول مقاييس متعددة للجلد خاصة مقياس الجلد كنور - دافيدسون كدراسة جار الله (2014) ودراسة (Gaudalupe et al,2013) ودراسة نان (Nann,2014) وبعض الدراسات اعتمدت على المقابلة وبعض الأساليب الإسقاطية كدراسة تبي (Theis,2006) ودراسة زادر (Zeder,2010).

أما فيما يخص العينة فقد اعتمدت معظم الدراسات على عينات ممثلة من 30 فأكثر لآباء وأمهات الأطفال المعاقين، وخاصة في دراسات المساندة الاجتماعية أما في الدراسات الخاصة بمتغير الجلد فان أغلب الدراسات تناولت عينات كبيرة نوعا ما مع وجود دراسات كيفية استندت إلى المنهج العيادي ودراسة الحالة والتي استعملت خاصة المقابلات النصف موجهة والمقاييس والاختبارات وبعضها استعان بتقنية تحليل المضمون لتحليل النتائج.

وأفادت معظم الدراسات أن المساندة الاجتماعية عامل وقاية مهم يساعد على التغلب على الضغوط ويمكن من إعادة النهوض بعد الصدمات والضغوط الحادة التي تسببها الإعاقة كما أن معظم العائلات التي مسها التخلف العقلي تتمكن من نسج سيرورة الجلد

بفضل العوامل الذاتية للجلد و المساندة الاجتماعية الآتية من المحيط الخارجي ويفضل العوامل الذاتية للجلد خاصة العامل الديني.

ومن خلال هذه الدراسات خلصت الباحثة إلى اختيار متغيرات الدراسة الحالية التي لم تتمكن من إيجاد دراسة مماثلة شملت هذه المتغيرات في البيئة الجزائرية أو العربية ما شكل دافع للبحث في هذه المتغيرات، وقد ساهمت هذه الدراسات في صياغة إشكالية الدراسة الحالية وطرح تساؤلاتها كما جاءت هذه الدراسة لتؤكد أو تنفي ما توصلت إليه هذه الدراسات فيما يخص أهمية المساندة الاجتماعية في التغلب على الضغوط التي يسببها التخلف العقلي للطفل لدى الأم والدور الذي تلعبه في بناء الجلد، اختلفت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في المنهج حيث تم اعتماد المنهج المختلط الذي يشمل المنهج الوصفي التحليلي والمنهج الإكلينيكي للوصول إلى نتائج أكثر موضوعية وأكثر عمقا باستعمال الأساليب الإحصائية وتقنية تحليل المضمون في حين اختارت معظم الدراسات السابقة إما المنهج الوصفي أو المنهج العيادي ولم يتم الجمع بينهما .

وكذلك استفادت الباحثة من هذه الدراسات في اختيار أدوات بحث تتميز بخصائص سيكومترية عالية وخاصة المقننة على بيئة جزائرية لقياس الجلد لدى الأمهات وهي سلم الجلد كنور - دافيدسون، كما تمكنت الباحثة بفضل هذه الدراسات من بناء مقياس للمساندة الاجتماعية لأمهات الأطفال المتخلفين عقليا وفقا لمحددات البيئة الجزائرية وكذا تصميم دليل المقابلة.

الفصل الثاني:

التخلف العقلي بين الماضي والحاضر

تمهيد

- 1- نظرة تاريخية على التخلف العقلي
- 2- مصطلح الإعاقة العقلية
- 3- تعريف التخلف العقلي
- 4- تصنيف التخلف العقلي
- 5- نسبة الإصابة بالتخلف العقلي
- 6- أسباب التخلف العقلي
- 7- الاختبار الجيني والاستشارة الجينية
- 8- خصائص المتخلفين عقليا
- 9- قياس وتشخيص التخلف العقلي
- 10- الوقاية من التخلف العقلي
- 11- علاج التخلف العقلي
- 12- تعليم وتدريب المتخلفين عقليا
- 13- دمج المتخلفين عقليا في المجتمع

خلاصة

تمهيد:

التخلّف العقلي مشكلة من أهم المشكلات ذات الجوانب المتعددة والتي تهّم ميادين كثيرة منها الطبية والنفسية، التربوية الاجتماعية وغيرها، فهي ظاهرة تتحدى بشكل خاص أطباء الأعصاب كما أنها مشكلة وراثية أثارت اهتمام علماء الوراثة، وإصابة يصعب فيها التكيف ما يمثل تحدي لعلماء النفس من حيث مظاهرها وآثارها المعرفية، الانفعالية والسلوكية كما أنها مشكلة تربوية واجتماعية وقانونية أيضا (الموصلي، حسن عبد الغني، 2009، ص 325)، وهي حالة تظهر منذ الطفولة يضعف فيها النمو العقلي، ويسوء التوافق النفسي والاجتماعي (زهران، 1997، ص 405) متعذرة الشفاء تظهر قبل (18) سنة بحيث يعجز فيها الفرد عن إدراك أكثر المفاهيم بساطة وعن ممارسة مهنة والاستغراق في العلاقات الاجتماعية والعناية بالذات، آثارها تتعدى الفرد الحامل لها إلى جميع أفراد الأسرة التي بها فرد متخلف عقليا وإلى كل المجتمع، مما يتطلب تكاتف الجهود وتنسيقها من أجل التخفيف من أعبائها من خلال تقديم الرعاية والمساندة للفرد المصاب والأسرة التي ينتمي إليها، بغية إدماجه وأسرته في المجتمع وفك عزلته وتحقيق مبدأ تكافؤ الفرص لكل فرد من أفراد هذا المجتمع مهما كانت حالته.

وحسب الإحصائيات الدولية تقدر منظمة الأمم المتحدة أن طفلا واحدا من بين عشرة أطفال يعاني من عاهة تمتد بين العمى والصمم والتخلّف العقلي (80%) منهم في الدول النامية، وتشكل نسبة المتخلفين عقليا (3%) من أفراد كل مجتمع (كمر، بدون تاريخ، ص 55).

رغم تعقيد هذه الحالة إلا أنه مازالت الأعمال الإكلينيكية التي كرسّت لها قليلة مقارنة بالدراسات التي كرسّت للاضطرابات النفسية الأخرى، أين هي الأعراض أكثر وضوحا وجاذبية وأقل خطورة على المستوى الاجتماعي والفردى، هذا ما أدى إلى إهمال التخلّف العقلي واعتبارها كمفهوم بسيط ذو أصل عضوي متعذر شفاؤه (Houzel, Mazet, 1978, p93).

غير أن أفكار جديدة بدأت ودراسات حالية مختلفة تتضافر من أجل تناول هذا المشكل القديم تحت نظرة جديدة لفهم تعقيداته.

1- نظرة تاريخية على التخلف العقلي:

يعتبر التخلف العقلي مشكلة اجتماعية معقدة استرعت منذ أقدم الأزمان، اهتمام المجتمعات الإنسانية، وتفاوتت موافق كل مجتمع منها حسب نظامه الاجتماعي، ففي مصر القديمة، كان المصريون يقدرون أطفالهم ومن خلال الدين والطب حاولوا أن يعالجوا أمراض عديدة وفي اليونان القديمة كانوا يعتبرون الأطفال ملكية للدولة وليس للآباء، أما اسبرطة على سبيل المثال كان الأطفال المولودون يعرضون على هيئة من الشيوخ لتقرر قدرتهم البدنية وإذا رأيت الهيئة أن هذا الطفل معاق (بما في ذلك قدرتهم العقلية) فإنهم كانوا يرمون هذا الطفل في نهر أورتيس أو يتركونه في البرية (رونالد وآخرون، 2010، ص 20)، وكان للرومان القدماء معتقدات عن الأطفال ذوي الإعاقات تشبه معتقدات اليونانيين، بحيث كانت هذه الفئة تتعرض للوَأد، وهكذا فالحضارات القديمة عاملت المتخلفين عقليا بوحشية واعتبرتهم لا يستحقون الحياة، كما عملت على التخلص منهم والاحتفاظ بهم من طرف الأثرياء الرومان يستعملون للمتعة والتسلية (القذافي، 1988، ص 98).

ومع ظهور المسيحية، انعكست تعاليم المسيح على المعوقين وأصبحوا موضع اهتمام وعطف، ففي انجلترا اصدر الملك إدوارد الأول (1272-1307) بعض القوانين التي ميزت المتخلفين عقليا، وحين ظهر الإسلام قامت الدولة الإسلامية ورُفرت عليها راية سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم، فأعطي للمعاقين حقوقا متعددة، حيث خصص عمر ابن الخطاب منحة من بيت مال المسلمين لكل أسرة تكفل يتيما أو لديها مريض أو ذو عاهة حيث يقول تعالى: (ليس على الأعمى حرج ولا على الأعرج حرج ولا على المريض حرج) الآية 61 - سورة النور، أما في العصور الوسطى التي تميزت بالخرافة والخوف وسيطرة رجال الدين والفقر والحروب، ورغم ذلك حدث بعض التقدم الطبي، وكان ابن سينا أشهر أطباء هذا

العصر وكتاباتة تصف علاجات مقترحة لحالات ترتبط بذوي التخلّف العقلي مثل: التهاب السحايا واستسقاء الرأس، في حين تميز عصر النهضة بتأثير أطباء كثيرون على مجال التخلّف العقلي وقد كان من بين هؤلاء باراسيلسوس Paracelsus الطبيب السويسري الذي ميز بين التخلّف العقلي والمرض العقلي، أما في القرن التاسع عشر عاد الاهتمام بهذه الفئة على أساس أنهم مرضى يمكن علاجهم وبدأت حركة إنشاء المراكز ومؤسسات المعوقين عقليا على يد كل من هورس مان وصامويل جريدلي ودور تينادكمس، وإلى جانب التقدم الطبي انتشر إدراك أهمية الممارسات التعليمية، وأول دراسة وصفت التخلّف العقلي وقدمت بيداغوجية وعلاج هي الدراسة التي قام بها إيتارد الطبيب الفرنسي الذي يعتبر أول شخص حاول ان يعلم فردا ذو تخلّف عقلي، وقام اسكيروول (1918) بتصنيف التخلّف العقلي على أساس اللغة، وجود اللغة وبساطتها، المستوى الثاني اللغة ضعيفة كلمات وجمل بسيطة، المستوى الثالث بعض الأصوات، انتقد سيقان Seguin هذا التصنيف وقدم تصنيف آخر المعنوه، الأبله، المأفون، بينما أدخل ديبر مفهوم التأخر العقلي وفرق بين التخلّف العقلي والإعاقة الحركية، بقي هذا المفهوم غير مضبوط بوسائل علمية واضحة ومقننة رغم محاولات كريبلين، سومر وشولتر، وفي 1905 قدم بنيه وسيمون اختيار الذكاء وقنناه بطرق إحصائية علمية مما أثار بحوث لا تحصى تكمن أهميته في تحديده مستويات الذكاء حسب العمر، حيث حدد اسكيروول التخلّف العقلي الحاد، المتوسط، البسيط، وتغيرت النظرة للتخلّف العقلي عند ما اعتبرها مونتسوري مشكلة تربوية، أما ذروة الاهتمام على المستوى الحكومي والشعبي ظهر في أمريكا عام (1962) حيث تبنى الرئيس الأمريكي كيندي رعاية المعوقين لأن شقيقته كانت متخلّفة عقليا، وطلب من رجال التربية وعلم النفس والطب وعلم الاجتماع دراسة هذه المشكلة دراسة وافية وانتهت هذه الدراسة بعدة توصيات أهمها:

وضع تشريع جديد لرعاية المعوقين ذهنيلوا إجراء الدراسات والبحوث العلمية في هذا المجال وتحسين برامج الخدمة النفسية والاجتماعية للمعوقين وأسرههه والتركيز على برامج التعلم والتدريب (وادي، 2009، ص40-41)

وفي الستينات أيضا ظهرت فكرة التطبيع وهي أن الأفراد ذوي الاحتياجات العقلية يجب ان يتمكنوا من الوصول إلى الغرض والظروف نفسها للحياة المتاحة لغير ذوي الإعاقات كما دافع لويد دون الذي كان رئيس مجلس الأطفال الاستثنائيين عن فكرة دمج الطلاب ذوي التخلف العقلي المتوسط في فصول التعليم النظامي، وتم تطبيق كذلك برامج التدخل المبكر مثل برنامج "بداية موفقة"، أما السبعينات فتميزت بظهور القانون العام رقم (94/142) وهو تشريع صدر حول الأفراد ذوي الإعاقات حيث فرض هذا القانون برنامج التعليم الفردي والتعليم العام المجاني الملائم وتحديد المكان التعليمي في البيئة الأقل تقييدا (أي المكان الذي يتعلم فيه الأطفال غير ذوي الإعاقات)، وفي نفس العشرية ظهرت حركة أكثر في اتجاه الدعم المجتمعي، أما المنظورات الحالية فهي تحمل وعودا كبيرة للأفراد ذوي التخلف العقلي حول موضوعات الدمج المجتمعي، تقرير الذات صنع القرار ونظام العدالة الجنائية والمنع الطبي والأخلاق وحركات الإصلاح التعليمي (رولاند وآخرون، 2010، ص50-55) .

2- مصطلح الإعاقة العقلية:

أن كل شيء يوجد في الاسم والمصطلح المعين الذي يختار لحالة يمكن أن يؤثر على المدركات والاتجاهات حول هذه الحالة، فضل الباحثون استعمال "التخلف العقلي" على عبارة "القصور العقلي" التي اقترحتها منظمة الصحة العالمية في 1954 لتركيزه على إرجاع سبب العجز العقلي إلى توقف النمو الذي تعرض له الفرد (ميخائيل، 1994، ص 434).

بينما يستعمل المختصون الأوروبيون العاملين في هذا الميدان مصطلحات مثل "أفراد الاستثنائيين" ومصطلح العجز العقلي الذي كان معروف عند العامة ولم يعد مستعملا.

(كار، 2001، ص51)، إلا أن الاتجاه الحديث في التربية الخاصة يميل إلى استخدام مصطلح الإعاقة العقلية بدلا من المصطلحات الأخرى مثل التخلف العقلي، التأخر العقلي، ذلك المصطلح الذي ظهر مع بداية (2007) في منشورات الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية والنمائية فبراير (2007)، والتي تعتبر من أقدم وأشهر الجمعيات في ميدان الإعاقة العقلية وذلك التعبير جاء استنادا إلى تعريف التخلف العقلي على أنه: "قصور في وظائف الفرد والبيئة في إطار السياق الاجتماعي الذي يركز على أهمية التفاعل بين الفرد والبيئة مع إعطاء أهمية لمساندة الفرد في تحسين أدائه" (سحر، 2013، ص21).

وقد بدأت منظمة الصحة العالمية (OMS) ارتياحا لهذا التغيير لعدة مبررات أهمها:

- 1- يتبع التطورات العلمية الحديثة.
- 2- يستخدم في أغراض متعددة بما في ذلك التعريف، التشخيص، التصنيف، خطط الدعم والمساندة.
- 3- يعبر عن الكرامة والاحترام للشخص المعاق عقليا ولا يخفض من قدراته. (نفس المرجع، 2013، ص64).

- بالإضافة إلى ذلك فإن قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات (IDRA) طالب بالتحول إلى صيغة الشخص أولا (مثل: إنه فرد ذو إعاقة عقلية)، والذي يؤكد ان هذا الفرد شخص أولا وقبل كل شيء إنسان (رونالد وآخرون، 2010، ص64).

3- تعريف التخلف العقلي:

إن تعريف التخلف العقلي يجب أن يتضمن تقديم وصف دقيق بمعنى وحدود المصطلح، وقد قام شالوك (Schalock, 2004) أثناء مسحه لتاريخ ومستقبل التخلف العقلي بتحديد ستة عوامل شعر أنها أثرت وستظل تؤثر على تصور وتعريف المصطلح منها:

- 1- الطبيعة المتغيرة لجماعة الأشخاص ذوي التخلف العقلي .
- 2- التقدم في الكيمياء الحيوية الذي من شأنه أن يمنع ويعالج حالات معينة .

3- زوال التفكير النمطي وكمثال لهذه النقطة أن فكرة التخلّف العقلي مزمنة وغير قابلة للعلاج، وأن الأشخاص ذوي التخلّف العقلي مختلفين بشكل متأصل عن الآخرين والتخلي عنها في التعريفات الحالية ومن المؤكد أن قضية تعريف التخلّف العقلي معقدة ومتعددة الوجوه وتحمل مضامين مهمة على أولئك الأفراد الذين تمسهم (رونالد وآخرون، 2010، ص65-66)

3-1 - تعريف الجمعية الأمريكية للتخلّف العقلي:

لا شك أن الجمعية الأمريكية للتخلّف العقلي (AAMR) أثرت بقوة على تطور التعريفات الحديثة للتخلّف العقلي وردت هذه التعريفات في أدلة المصطلحات والتصنيف التي نشرتها المنظمة (نفس المرجع، 2010، ص 70).

وفي عام 2002 نشرت الجمعية الأمريكية للتخلّف العقلي الطبعة العاشرة من دليلها الذي حمل اسم "التخلّف العقلي" التعريف والتصنيف ونظم الدعم وجاء نص تعريف 2002 كالتالي: "التخلّف العقلي إعاقة تتميز بقيود ملحوظة في كل من الأداء الفكري والسلوك التكيفي كما يتبدى في المهارات المفاهيمية الاجتماعية والعملية وتنشأ هذه الحالة قبل 18 سنة" (رونالد وآخرون، 2010، ص 75) (فوقية، 2008، ص17).

ومع تعدد مجالات الإعاقة تعددت تعاريف المهتمين بها حسب هذه الميادين:

3-2 - التعريف الطبي:

يشير إلى أن التخلّف العقلي هي حالة توقف أو عدم اكتمال نمو الدماغ نتيجة لمرض أو إصابة قبل سن المراهقة أو بسبب عوامل جينية .

3-3 - التعريف الاجتماعي:

يعرف التخلّف العقلي بأنه حالة عدم اكتمال النمو العقلي بدرجة تجعل الفرد عاجزا عن التكيف مع الآخرين مما يجعله دائما بحاجة إلى رعاية واستشراف ودعم الآخرين.

3-4 - التعريف القانوني:

المتخلف عقليا هو شخص غير قادر على الاستقلالية في تدبير شئونه بسبب حالة الإعاقة الدائمة أو توقف النمو العقلي في سن مبكر (وادي، 2009، ص 34-35).

3-5 - التعريف التربوي:

"المتخلف عقليا هو ذلك الطفل الذي لا يستطيع التحصيل الدراسي في نفس مستوى زملائه في الفصل الدراسي وفي نفس العمر الزمني".

ويمثل التخلّف العقلي عدد من جوانب القصور في أداء الفرد والتي تظهر دون سن 18 سنة وتمثل التدني الواضح في القدرة العقلية عن متوسط الذكاء (75 إلى غاية ± 5) يصاحبها قصور واضح في اثنين أو أكثر من مظاهر السلوك التكيفي من مثل مهارات الحياة اليومية، المهارات الاجتماعية، اللغوية، ومهارات السلامة .

4 - تصنيف التخلّف العقلي:

إضافة إلى تطور المصطلحات المستخدمة في تعريف التخلّف العقلي تغيرت أيضا الرؤى ووجهات النظر حول طريقة تصنيفها إلى فئات ذات معنى وتتعدد الإعاقة العقلية تبعا لتعدد أبعادها وتعدد الأسباب المؤدية إليها، وتعدد المظاهر المميزة لحالات هذه الإعاقة والتي تختلف بدورها تبعا لدرجة الإعاقة ووقت حدوثها والحالة الإكلينيكية لها حيث توصف بعض الحالات بمظاهر وملامح جسمية معينة تميزها عن غيرها من الحالات وما يجب ذكره أن هناك تقسيمات مختلفة لفئات الإعاقة العقلية تبعا لعوامل متعددة والتي منها أسباب الإصابة، أي الأسباب الطبيعية والهدف منه هو التعرف على الحالة وأسبابها ومنه تحديد العلاج اللازم .

4-1 - التصنيف على أساس الأسباب المرضية: قدم لوكاس وآخرون (1992) جدولا يحدد

الأسباب بشكل واضح وذلك للفترات الثلاث: ما قبل وأثناء وبعد الولادة كما هو موضح في الجدول.

الجدول 1- النّظام التصنيفي وفقا لأسباب المرضية لوكاس وآخرون 1992 .

أسباب ما قبل الولادة	أسباب أثناء الولادة	أسباب ما بعد الولادة
الاضطرابات الكروموسومية	الاضطرابات داخل الرحم	الاضطرابات الكروموسومية
الاضطرابات المتلازمات	اضطرابات حديثي الولادة	الاضطرابات النمائية
أخطاء فطرية في الايض		اضطرابات حديثي الولادة
الاضطرابات النمائية في تكوين المخ		الاضطرابات النخاعية
التأثيرات البيئية		الاضطرابات الايضية السامة

4-2- التصنيف وفقا للقدرة العقلية:

في بداية القرن العشرين أثر عامل آخر على التصنيف، تطور واستخدام اختبارات الذكاء، وهذا التقسيم يستخدم لأغراض متعددة طبية، سيكولوجية، اجتماعية، تربية، فلقد ارتأت الباحثة أن تتناول هذا التصنيف الشامل الذي يأخذ بعين الاعتبار جميع هذه الأبعاد، وفائدة هذا التصنيف هو تحديد أنواع البرامج العلاجية والتأهيلية لكل فئة من فئات التخلّف تبعا لدرجة التخلّف ونسبة الذكاء، والقدرة على التعلم والتدريب والقدرة على التكيف الاجتماعي، والخصائص العامة الخاصة بكل فئة، وهذا ما يخدم أهداف الدراسة، ويتفق هذا التصنيف مع التقسيم الذي وضعته الجمعية الأمريكية للتخلّف العقلي وهو كالتالي:

4-2-1- فئة التخلّف العقلي البسيط أو الخفيف:

ويتراوح معامل ذكاء هذه الفئة ما بين 50-69 والعمر بين (6-9) سنوات لديهم صعوبات في التعلم، تبدو ملامح هؤلاء الأفراد من حيث المظهر كالعاديين، حيث لا تظهر عليهم علامات التخلّف العقلي بوضوح ويمكن لهؤلاء الأفراد العناية بأنفسهم ويستطيعون التحرك بأمان في البيئة التي يعيشون فيها ويمكنهم التنقل بين الأماكن العائلية المعروفة لديهم دون مساعدة ولكن يحتاجون إلى مراقبة ومتابعة من الكبار في بعض شؤونهم

ومعاملاتهم مع الآخرين ويمكن تدريب هؤلاء الأفراد على بعض الأعمال المهنية والحرفية البسيطة التي تعينهم على مواجهة الحياة الاجتماعية والعملية حيث يمكنهم من تحقيق الاكتفاء الاقتصادي في سن الرشد وتقلل من اعتمادهم على الآخرين في تصريف شؤونهم الخاصة، ويتمتع أفراد هذه الفئة بنمو جسمي قريب من العادي أما النمو الاجتماعي وان كان أقل من العادي إلا أنه يمكنهم من التكيف الاجتماعي اذا تم تدريبهم على المهارات الاجتماعية منذ الطفولة، ويتأخر النمو الحركي لدى هؤلاء الأفراد ومع التدريب الحركي يستطيع هؤلاء تحقيق نجاح في المهارات الحركية.

4-2-2 - فئة التخلّف العقلي المتوسط:

وتشمل هذه الفئة الأفراد الذين تتراوح نسبة ذكائهم بين 35-49، ويتراوح العمر العقلي لهم بين (5-6) سنوات ويصعب على هؤلاء الأفراد القراءة والكتابة ولكن يمكن تعليمهم بعض الكلمات البسيطة مثل الاسم أو التعرف على اسم الشارع أو بعض العبارات الإرشادية أو التحذيرية ويتطلب هذا جهدا كبيرا ويحتاج هؤلاء إلى التدريب على جميع مهارات العناية بالنفس مثل الطعام والشراب وعادات النظافة، ويمكن تدريبهم على بعض الأعمال اليدوية البسيطة الروتينية ذات الطبيعة التكرارية في أماكن محمية وذلك لتحقيق قدر من الاكتفاء الاقتصادي والاعتماد على النفس في سن الرشد، ويحتاج هؤلاء الأفراد إلى متابعة ورعاية الكبار في كثير من شؤونهم .

4-2-3 - فئة التخلّف العقلي الشديد أو الحاد:

وتضم من تتراوح نسب ذكائهم بين 25-34 وفي بعض المراجع 40 فمادون (الروسان، 2013، ص 123) والعمر العقلي في هذه الفئة بين (3-5) سنوات، وتعاني نسبة كبيرة منهم من التلف العصبي للمخ، وتتأخر لديهم القدرة على المشي والكلام، تتميز هذه الفئة بخصائص جسمية مضطربة مقارنة مع الأفراد العاديين في مثل عمرهم الزمني ويحتاجون إلى تدريب خاص لإخراج الكلمات والتعبير عن حاجتهم وهم في حاجة للمساعدة

و الحماية، ويمكن تدريبهم على بعض مهارات العناية بالنفس كالطعام والشراب، والإخراج، ولا يستطيع هؤلاء الاعتماد على أنفسهم إلا في حدود ضيقة، فهم بحاجة إلى رعاية ومراقبة شبه دائمة طيلة حياتهم .

4-2-4 - فئة التخلّف العقلي العميق أو الاعتمادي:

وتشمل الأفراد والذين لا تزيد نسب ذكائهم عن (24) والعمل العقلي لا يتجاوز الثلاث سنوات، ومعظم هؤلاء الأفراد مصابون بالتلف العصبي للمخ وكثير منهم لا تنمو لديهم القدرة على المشي ويقضون حياتهم معقدون وتنتشر بينهم الإعاقات الحسية (البصرية والسمعية)، ولا يستعطون إ طعام أنفسهم ولا يتحكمون في الإخراج، ويحتاجون إلى مراقبة كاملة ورعاية مستمرة مدى حياتهم (علا، 2000، ص 67-68).

4-3 تصنيف التخلّف العقلي وفقا للدعم المطلوب :

علاوة على التصنيفات السالفة الذكر هناك تصنيف آخر على أساس احتياجات الفرد، وهذا يتطلب تصنيف الأفراد ذوي التخلّف العقلي بطريقة تكشف عن نوع ومدى الدعم الذي يحتاجونه للأداء على أفضل نحو في بيئتهم، لقد الغي دليل عام 1992 للجمعية الأمريكية للتخلّف العقلي مستويات التخلّف العقلي بناء على معامل الذكاء واستعاض عنها بمستويات الدعم المطلوب، والهدف منه تقديم نظام أكثر فعالية قائم على التدخل، وهذا التصنيف يعد افتراقا كبيرا عن نظم التصنيف الأخرى، فهو يركز على احتياجات الفرد وليس على أوجه القصور لديه، وذلك بهدف توفير معلومات من شأنها أن تساعد على تخطيط التدخل، فعندما يتم تشخيص فرد أن لديه تخلّف عقلي، يتم تحديد مستوى الدعم المطلوب في المجالات التالية:

1. القدرة الفكرية .
2. السلوك التكيفي .
3. المشاركة، التفاعلات والأدوار الاجتماعية .

4. الحالة الصحية .

5. السياق (البيئات والثقافات) .

وهناك أربع مستويات للدعم هي:

4-3-1 - المتقطع Intermittent: دعم يتميز بأنه عرضي على أساس الحاجة والشخص لا يحتاج للدعم دائما، أو هو قصير المدى (الدعم يكون مطلوب أثناء الانتقالات على مدى الحياة، مثل فقدان العمل، أو المرور بأزمة صحية حادة)، والدعم المتقطع يمكن أن يكون مرتفع أو منخفض الكثافة عند تقديمه .

4-3-2 - المحدود Limited: دعم تتميز كثافته بالاتساق عبر الزمن، وتكون محدودة زمنيا، دون أن تكون ذات طبيعة منقطعة، يتمثل في التدريب المحدود زمنيا من أجل التوظيف أو الدعم الانتقالي أثناء الانتقال من الدراسة إلى حياة البالغين .

4-3-3 الموسع Extensive: دعم يتميز بالتدخل المنتظم (اليومي مثلا) في بعض البيئات (مثل المدرسة أو العمل أو البيت)، وليس محدود زمنيا من حيث طبيعته (مثل الدعم طويل المدى ودعم المعيشة المنزلية طويل المدى) .

4-3-4 الشامل Pervasive: دعم يتميز بأنه ثابت ومرتفع الكثافة ويقدم عبر البيئات ويقوم على دعم المعيشة المستقلة ويضمن الدعم الشامل عادة وتدخل أكثر مما هو عليه في الدعم الموسع أو المحدود زمنيا (رونالد وآخرون، 2010، ص 84-86).

5-نسبة الإصابة بالتخلّف العقلي:

تؤكد العديد من الدراسات أن نسبة الإصابة بالتخلّف العقلي تكاد تكون ثابتة حيث تمثل حوالي (3%) من عدد السكان، ولكن هذه النسبة تزداد بانخفاض المستوى الاقتصادي والثقافي في المجتمع، حيث تصل إلى حوالي 7% في المناطق الفقيرة والكثيفة بالسكان (علا، 2000، ص 36)، وفي الولايات المتحدة الأمريكية تمثل حوالي (1%) فقط من السكان (رونالد وآخرون، 2010، ص 87).

في الجزائر بلغ عدد الأشخاص المتخلّفين عقليا حوالي 200 ألف حالة، وأغلبهم ينتمون إلى أسر معوزة (أديب، 2016، جريدة النهار) تاريخ الاطلاع 2016/07/5.

فالعوامل الصحية، الثقافية والاجتماعية المرتبطة بالوعي الصحي والثقافي والمستوى الاجتماعي تعمل على زيادة أو خفض نسبة التخلّف العقلي في المجتمع، وقد تنخفض هذه النسبة في بعض الدول المتقدمة كالسويد إلى حوالي (0.4%) وترتفع في دول أمريكا اللاتينية إلى حوالي (10.3%) (الروسان، 2013، ص 91)

وبالنسبة لفئات التخلّف العقلي تبلغ نسبة ذوي الإعاقة الخفيفة حوالي 87%، و13% الباقية تمثل الحالات التي لا يزيد معدل ذكائهم عن (50%) فهم الذين سيواجهون صعوبات كبيرة يمكن التخفيف منها عن طريق التدخل المبكر، والتعليم الذي يركز على المهارات العملية مع تقديم الدعم عند الكبر حتى يتمكنوا من العيش بصورة مرضية في مجتمعاتهم (وادي، 2009، ص 40).

6- أسباب التخلّف العقلي:

رغم مرور قرنين من الزمن على دراسة التخلّف العقلي إلا أن هذا المفهوم لا يزال غير محدد بدقة، وهذا لاتساع مجاله وغموض أسبابه، فإذا كانت أسباب التخلّف العقلي العميق عضوية عامة، فإن التخلّف العقلي الخفيف ناتجة عن سببية واسعة حتى إذا كانت عضوية في البداية فهي مدعمة بأسباب اجتماعية ونفسية .

6-1 - الأسباب الجينية:

إن الاضطرابات الجينية يمكن أن تتضمن جينات إما من الـ22 زوج من الكروموزومات أو الزوج الواحد لكروموسومات الجنس والجينات التي تنتج خصائص مختلفة تسمى أليلات (Allèles) والطفل يرث آليا واحد من كل زوج كروموسومات من كل واحد من والديه البيولوجيين وثمة تفسيرين لحدوث الاضطرابات هو أن إصابة الجين الواحد يؤدي إلى الاضطرابات، بينما يقترح تفسير مواضع السمة الكمية أن الجينات المتعددة في مجموعة هي

السبب الاضطراب وهناك أيضا قضية الانتقال متعدد العوامل، وهي مجموعة العوامل الجينية والبيئة التي تلعب دورا مهما في الوراثة (رونالد وآخرون، 2010، ص 141).

6-1-1 الاضطرابات الكروموزومية السائدة:

إذا نقل أحد الوالدين الأليل الخاص باضطراب معين سيكون لدى الطفل الاضطراب الذي يسمى الاضطراب الكروموزومي السائد وهذا الاضطراب يكون عادة لدى أحد أو كلا الوالدين ومنها:

-**التصلب الحدبي Tuberos sclerosis**: اضطراب أوتوسومي سائد يكون فيه الجين المسؤول عن نمو الأورام معطلا يؤدي ذلك إلى نمو أورام في الأعضاء، بما في ذلك المخ، والإعاقة العقلية قد تحدث أولا تحدث، وتختلف درجة الأعراض من شخص لآخر .

-**الورم الليفي العصبي Neurofibromatoses**: اضطراب كروموزومي سائد يتضمن نمو أورام في النظام العصبي الطرفي والنظام العصبي المركزي، وهناك نوعان منه:

1 الورم الليفي العصبي 1، الورم الليفي العصبي 2

يؤدي النوع الأول إلى تشوهات جسدية، والإعاقة العقلية قد تحدث أو لا تحدث، وتختلف درجة الأعراض من شخص إلى آخر.

يؤدي النوع الثاني إلى أورام متعددة وتنوّات على الجلد فوق الأعصاب وقد يؤدي إلى ضخامة الرأس (macrocéphalie) وتشوهات العظام .

6-1-2 الاضطرابات الكروموزومية المتنحية:

نوع من الاضطرابات يرثه النسل فقط عندما يكون الوالدان عندهما جين (أليل) ذلك الاضطراب الذي يؤدي إلى إعاقة عقلية تكون اضطرابات أيضا ناتجة عن عيوب إنزيمية تؤدي إلى عدم القدرة على تكسير مواد معينة (مثل البروتين أو السكريات) في الجسم ومنها:

- مرض جلاكتوز الدم: وهو اضطراب يحدث نتيجة عدم القدرة على تكسير سكر الجلاكتوز، تجمع الجلاكتوز يمكن أن يلحق أضرار بالمخ ويحدث فشل في الأعضاء وهنا يجب على الأفراد أن يتقادوا تناول الأطعمة التي تحتوي على اللاكتوز والجلاكتوز.

- متلازمة هيرلر **Hurler syndrome**: اضطراب كروموزومي يؤدي إلى عدم القدرة على تكسير المواد الكربوهيدراتية المعقدة، تنتج عنها سمات جسدية مميزة وإعاقة عقلية حادة وتحدث الوفاة عادة في سن المراهقة المبكرة (Brown , 1999, p143).

- مرض بول عصير القيقب **Maple syrip urine disease**: اضطراب كروموزومي متحي يؤدي إلى عدم القدرة على تأييض الأحماض الأمينية الليوسين والايوزولوسين والفالين وهنا يتسم البول برائحة حلوة مميزة تشبه عصير القيقب وإذا لم يعالج يؤدي هذا المرض إلى أضرار في المخ ويؤدي إلى الإعاقة العقلية .

- مرض تاي زاكس **Taysachs**: اضطراب كروموزومي متحي، ينتج هذا المرض من نقص الإنزيم الذي يكسر ليبيدات معينة تتراكم في المخ ويؤدي هذا المرض إلى مضاعفات حادة ويتسبب في مشكلات عصبية حادة كفقدان الحركة، العمى، الشلل العام والإعاقة العقلية الحادة، ويؤدي إلى الموت المبكر .

- مرض الفينيل كيتون يوريا **phenylketonuria**: يسبب هذا الاضطراب في نقص الإنزيم **phenylalanine hydroxylase** الذي يكسر الحامض الأميني الفينيلالانين **phenylalanine** إلى تيروسين **Tyrosine** ثم ينكسر الترابوزين أكثر إلى مواد أخرى منها الميلانين المسئول عن لون البشرة لذلك يكون أصحاب هذا المرض فاتحي البشرة، ويؤدي هذا الاضطراب إذا لم يعالج إلى ضرر حاد في النظام العصبي المركزي ومنه الإعاقة العقلية .

3-1-6 - الاضطرابات الجينية المرتبطة بالجنس: وهي الاضطرابات التي تصيب لزوج

الثالث والعشرين من الكروموزومات وفي العادة الكروموزوم X .

- متلازمة الكروموزوم x الهش **fragile x syndrome**: هي الشكل الموروث جينيا والأكثر شيوعا للإعاقة العقلية، وهي تنتج عن حمل الجين، والإعاقة العقلية الناتجة عن الكروموزوم x الهش المسماة FMR-1 تقع في المنطقة الهشة المسؤولة عن إنتاج البروتين المسمى FMRP (بروتين التخلّف العقلي من الكروموزوم x الهش) وبالتالي نقص هذا البروتين يؤدي إلى الإعاقة العقلية (نفس المرجع السابق، 1999).

- متلازمة ريت **Rett syndrome**: ان الطفرة في ذلك الجين الذي يتضمن كروموزوم x يؤدي إلى نقص البروتين $Mecp2$ ونقص هذا البروتين عادة يؤدي إلى إثارة بروتينات أخرى في أنسجة مختلفة وفي أوقات مختلفة وهي ضرورية للنمو الطبيعي، وبذلك تؤدي هذه العرقلة إلى اضطراب نمائي عصبي يؤدي إلى تناقص نمو الرأس وفقدان مهارات اللغة والحركة والإعاقة العقلية، تحدث في هذه المتلازمة بشكل خاص في الإناث تقريبا (رونالد وآخرون، 2010، ص 144-154).

6-1-4 الاضطرابات المرتبطة بعدد الكروموزومات:

إن الاضطرابات التي تؤدي إلى التخلّف العقلي يمكن أن تحدث عندما يكون لدى الفرد كروموزومات أقل أو أكثر من الحالة الطبيعية التي يكون فيها 23 زوج من الكروموسومات أي 46 كروموزوم وفي غالبية الاضطرابات المرتبطة بعدد الكروموزومات يكون هناك 47 كروموزوم (اضطراب التثليث الكروموزومي Trisomy)، ومن النادر أن يكون هناك 45 كروموسوم فقط (ضطراب أحادي الكروموزوم (Monosomie)).

-**عدم الانفصال**: فشل كروموزوم في الانقسام أثناء الانتصاف يؤدي إلى ذهاب كروموزومين إلى خلية ابنة واحدة ولا شيء إلى الخلية الابنة الأخرى .

- **النقل Translocation**: تبادل بين كروموسومين أو الاندماج جزء من كروموزوم مع جزء مماثل من كروموزوم آخر .

- الفسيفسائية **Mosaicism**: يحدث فشل الكروموزومات في الانفصال عادة أثناء التنقل mitoses، وفيما بعد انقسام الخلية، وهذا يؤدي إلى أن يكون في بعض الخلايا 46 كروموزوم فيما يكون في بعضها الآخر 47 كروموزوما، ونتيجة لوجود بعض الخلايا الطبيعية تكون خصائص الأفراد ذوي الاضطرابات الفسيفسائية أقل حدة. وكلما زادت المادة الجينية المتأثرة زادت خصائص الاضطرابات، وفي حالات كثيرة يجهض الجنين وفي حال وجود مادة جينية كثيرة ولاضطرابات المرتبطة بعدد الكروموزومات يمكن أن تتضمن الجينات أو كروموزومات الجنس (مرجع سابق، 2010، ص 156).

6-1-5 - الاضطرابات الكروموزومية:

-متلازمة داون Down Syndrome: هي السبب البيولوجي الأكثر انتشارا للتخلف العقلي، تنتج غالبية حالات متلازمة داون عن كروموسوم 21 ثالث سببه عدم الانفصال، بينما تنتج نسبة أصغر عن النقل الفسيفسائية، تنتج متلازمة داون الناتجة عن النقل عندما ينتقل جزء من كروموزوم 21 إلى كروموسوم آخر أما في حالة متلازمة دون الناتجة عن الفسيفسائية، فإن بعض الخلايا يكون كروموزوم 21 إضافي وأخرى يكون بها كروموزومين فقط، وترتبط هذه المتلازمة أكثر بعمر الأمومة فهي تنتشر أكثر عند الأمهات الأكبر سنا، وهناك حوالي 50 خاصة جسدية ترتبط بمتلازمة داون مع أنه لا يشترط أن يظهر كل الأفراد ذوي هذه المتلازمة كل تلك الخصائص، تصاحب هذه المتلازمة سمات وجهية مميزة ومن أكثر الخصائص انتشارا لمتلازمة داون ميل العين لأعلى، والأنف الصغير، وتسطح مؤخرة الرأس، والأيدي والأقدام الصغيرة واللسان السميء والطيات الصغيرة في الزوايا الداخلية للعين والقوام الصغيرة، والإعاقة العقلية، وتفاوت درجة الإعاقة العقلية المرتبطة بمتلازمة داون لكنها تكون عادة من معتدلة إلى متوسطة إضافة إلى ان هؤلاء الأفراد يكونون عرضة لأن تتأهبهم بعض المشكلات الصحية خاصة عيوب القلب ويكونوا عرضة للاضطرابات التنفسية والبصرية والسمعية .

- متلازمة ادواردز (تثلث18): تنتج متلازمة ادواردز في كروموزوم 18 إضافي وكما في حالة متلازمة داون ترتبط متلازمة ادواردز بعمر الأمومة وتتضمن الخصائص الجسدية الرأس الصغير والأذن المنخفضة المشوهة والشفاه المشقوقة والحنك المشقوق أما درجة الإعاقة العقلية فتكون حادة نوعا ما، والأطفال ذوي هذه المتلازمة عرضة لعدد من المشكلات الصحية والعصبية ويموت معظم أطفال هذه المتلازمة قبل نهاية السنة الأولى من العمر

- متلازمة باتو (تثلث الكروموزوم 13 Patau syndrome): تنتج عن كروموزوم 13 إضافي (تثلث الكروموزوم 13، تصاحب هذه المتلازمة تشوهات جسدية كثيرة منها انحدار الجبهة وصغر الرأس والأصابع الإضافية في الأيدي والأقدام (التصاق الأصابع والعيون الصغيرة، نقص نمو المخ، وتكون الإعاقة العقلية حادة جدا وتؤدي المشاكل الصحية المرتبطة بهذه المتلازمة إلى الموت المبكر .

6-1-6 - الاضطرابات المرتبطة بالجنس:

متلازمة كلانفيلتر Klinefelter syndrome: يكون عند الذكور كروموزوم x إضافي (xxy) وليس كل الحالات التي تظهر عندها هذه المتلازمة يصابون بالإعاقة العقلية لكن معظم أفراد هذه الحالة يعانون من صعوبات التعلم القائمة على اللغة، ومن الممكن أيضا أن يكون لذكر كروموزوم y إضافي (xyy)، وهذه الحالة يمكن في بعض الأحيان أن تؤدي للإعاقة العقلية والسلوك العدواني (نفس المرجع السابق، 2010، ص 156 -158).

-متلازمة تيرنر tyerner Syndrome: تحدث هذه المتلازمة عند الأنثى التي ينقصها كروموسوم x (xo)، وهذا يؤدي إلى نمو جنسي شاذ، مثل عدم اكتمال نمو المبايض أو عدم وجودها مطلقا، وأفراد ذوي هذه الحالة يكون قوامهم قصير جدا ورقبتهم وتراء، وكذلك مشكلات في أعضاء مثل الكلية والقلب وأوجه قصور مركزية ومشكلات في الانتباه

والمهارات البصرية الإدراكية، والمهارات الاجتماعية وتحدث الإعاقة العقلية في بعض الحالات وليس كل أفراد ذوي متلازمة تيرنر.

- متلازمة **تحمس الكروموزوم x Pentasonyx syndrome**: ترث الإناث في هذه الحالة المتلازمة ثلاثة كروموسومات x إضافية مما يؤدي إلى توليفة (xxxxx) ومن أعراضها الرأس الصغير والأذان المنخفضة المشوهة ونقوس العمود الفقري والرقبة الوترية والمبايض الشاذة، كما تتميز أيضا بالإعاقة العقلية والحركية والنمو و سن البلوغ المتأخرين وفي بعض الحالات قد يكون لدى الأنثى ثلاثة أو أربع كروموزومات x وعموما كلما زاد عدد الكروموزومات x زادت حدة الإعاقة العقلية .

6-1-6 - الاضطرابات المرتبطة بتركيب الكروموزومات: والى جانب ما سبق يمكن أن تنتج مشكلات أيضا عن تغيير تركيب الكروموزوم والسبب الأكثر شيوعا لهذه المشكلات هو الحذف أي غياب جزء من الكروموزوم وعمليات الحذف أما أن تكون كبيرة أو صغيرة والنتائج المترتبة على الحذف تعتمد على مقدار ونوع المادة الجينية المفقودة .

- متلازمة **ولف هيرشهورن wolf Hirshhorn**: تنتج عن حذف جزئي يتضمن الذراع القصير للكروموزوم الرابع (4p) وتعتمد الأعراض على مدى الحذف وبالتالي مقدار المادة الجينية المتضمنة، وعموما تتضمن الأعراض الرأس الصغير والعيون الواسعة المتباعدة والشفاة المشقوقة والحنك المشقوق والأنف البارز الواسع والنوبات ومشكلات قلبية وإعاقة عقلية عميقة (Brown , 1999 , p150).

- متلازمة **كيري دو- شات** العبارة **Cri-du-chat** : (صراخ القطّة) وهذه المتلازمة بذلك تسمى باسم الصرخة عالية النبرة التي يصدرها الأفراد المصابون بها وهي تنتج عن حذف جزئي من الذراع القصير للكروموزوم الخامس (5p)، ويتميز هؤلاء الأفراد بالقوام القصير ونقص التوتر العضلي (hypotonia) في الطفولة ونقص الوزن عند الولادة وإعاقة عقلية حادة، وجميع المصابين بهذه المتلازمة تقريبا يتميزون أيضا بالرأس الصغير والشذوذ

الجسدي مثل: الأذان المشوهة والعيون العريضة المتباعدة والطيّات العضلية -epican-thafolds. (رولاند وآخرون، 2010، ص 160)

- متلازمة ويليامز **williams syndrome**: يسببها حذف المادة من الذراع الطويل للكروموزوم 7 (1.23qI) التي تتضمن جينا مسؤولا عنك إنتاج البروتين ايلاستين *élastine* الذي يوفر القوة والمرونة لأوعية الدموية وهي التي تؤدي إلى سمات وجهية شبه عفريتيه تتضمن الأنف الصغير المقلوب والفم الواسع والأسنان الصغيرة المتباعدة جدا والشفاه المنتفخة والذقن الصغير والانتفاخ حول العين، وهؤلاء الأفراد يكونوا اندفاعيين ومنبسطين اجتماعيا وعندهم مشكلات نمو كثيرة، وترتبط هذه المتلازمة بإعاقة عقلية من المعتدلة إلى متوسطة وقد لوحظ جوانب قوة لدى هؤلاء الأشخاص في اللغة والموسيقى والمهارات الشخصية .

- متلازمة جاكوبسون **Jacobsen synodonte**: سببها حذف جزئي في الذراع الطويل للكروموزوم 11 (11 q) وتؤدي إلى نمو بطيء جدا وخصائص جسدية منها التشوهات الوجهية مثل شذوذ العين والإعاقة العقلية، وتتميز أيضا بتشوهات الأيدي أو الأقدام وضعف اللغة والكلام ومشكلات القلب .

- متلازمة برادرفيلي **prader-willi**: تتج عن حذف الذراع الطويل للكروموزوم 15 (15q)، يتميز أفرادها بنقص التوتر العضلي في وقت مبكر من الحياة، ويؤدي إلى حالة تعرف "بالطفل اللين"، بالإضافة إلى قصور الغدد التناسلية، يحدث أيضا اختناق الخصيتين أو الفشل في نزول الخصيتين من الأصل . ومستويات معامل الذكاء لدى أفراد هذه المتلازمة منخفض، والسمنة المظرفة التي تلاحظ لدى أفراد هذه المتلازمة يعتقد أنها ناتجة عن شهية لا تشبع وسلوكا غذائي غير عادي مثل أكل المنتجات الغير غذائية، ويمكن أن يأكل هؤلاء الأفراد أي شيء يقع تحت أيديهم، ومن الخصائص المرتبطة بهذه المتلازمة

أيضا هي القوام القصير وسلوك إيذاء الذات، العدوان ونوبات الغضب خاصة في المراهقة وفيما يتعلق بالغذاء أيضا (مرجع سابق، ص 161-163).

- متلازمة الإنسان الملاك **Angelman Syndrome**: مثل متلازمة برا درفيلي تنسم بحذف جزء من الذراع الطويل للكرموسوم 15 والحذف في الإنسان الملاك يرتبط بالأمومة، وأفراد هذه المتلازمة تتنابهم مشكلات حادة نسبيا، منها الرأس الصغير والنوبات وضعف اللغة والكلام ومشكلات التوازن والمشي والإعاقة العقلية الحادة ومن الخصائص الجسدية لهذه المتلازمة الفك البارز والفم الواسع والعيون الفاتحة ومؤخرة الرأس المسطحة، سلوكيا يبدوا هؤلاء الأفراد عصبيين وخاملين، ويظهرون عدم الامتثال وفرط النشاط وقصر مدى الانتباه والسلوك الفمي الغير الملائم مثل لعق الأشياء ومن الخصائص الفريدة المرتبطة بهذه المتلازمة السلوك السعيد الغير العادي مثل الضحك غير الملائم والخفقان باليد .

6-2- الاضطرابات ذات الأسباب المتعددة أو الغير معروفة: إن الاضطرابات السابقة لها سبب جيني معروف، أما أسباب الاضطرابات الأخرى التي تؤدي إلى التخلّف العقلي، فإنها غير معروفة أو ترجع إلى أسباب متنوعة، ومن الحالات التي ترجع إلى أسباب متعددة استسقاء الرأس، وكبر وصغر الرأس وجميعها اضطرابات قحفية.

- استسقاء الرأس **Hydrocephaly**: اضطراب ينتج عن تجمع سائل نخاعي في المخ يؤدي إلى دمار أنسجة وخلايا المخ، وإذا لم تعالج هذه الحالة يمكن أن تؤدي إلى ضرر حاد في المخ وإعاقة عقلية وربما الموت .

- ضخامة الرأس **Macrocephaly**: رأس كبير عن المتوقع مقارنة بعمر الشخص وجنسه وهي تنتج عن أسباب متعددة (كاستسقاء الرأس) .

- صغر الرأس **Microcephaly**: وهي الحالة التي يكون فيها محيط الرأس أصغر من المتوسط بالنظر إلى العمر والجنس وقد يرجع إلى أسباب متعددة كالاضطرابات الصحية الأمومية أثناء الحمل .

- متلازمة ستريج-ويبير **Struge-Weber**: حتى الآن ليس هناك سبب معروف لهذه المتلازمة، ومن خصائص المصاب بها العلامة الوجهية الأرجوانية التي تتضمن عادة أعلى الجفن والجبهة والخد والأنف والشفة العليا، وهي تنتج عن الوفرة الزائدة للأوعية الشعرية تحت الجلد ومن الخصائص الأخرى لها، النوبات، الأورام والخزل (فقد عمل جهة من الجسم والخزل النصفي (Hemioparesis)) والتخلف العقلي .

6-3- الأسباب البيئية النفسية والاجتماعية:

توجد أسباب كثيرة للتخلف العقلي، ومع أن كثير من الحالات أصلها بيولوجي، فإن غالبية الحالات سببها غير معروف وكثير من الأشخاص الذين تم تشخيص التخلف العقلي لديهم يفترض أن عندهم على الأقل إمكانية النمو الطبيعي أعيقت بسبب عوامل تحدث قبل وأثناء الولادة وهذه العوامل قد تكون بيئية (مثل سوء استخدام العقاقير أو الكحول من جانب الأم أثناء الحمل أو اجتماعية (مثل المخاطر المرتبطة بالفقر مثل سوء التغذية) أو نفسية (مثل الإساءة والإهمال)، إن الأسباب البيئية يمكن أن تقسم إلى أسباب تحدث قبل الولادة (أثناء الحمل) وأثناء عملية الولادة وبعدها، بالإضافة إلى الأسباب الاجتماعية والنفسية .

6-4- أسباب ما قبل الولادة:

6-4-1- **Tératogenèse** الماسخات: هي كل العوامل التي تسبب عيبا في الجنين النامي وهذه العوامل تتضمن الأمراض المعدية والإشعاع وسوء تغذية الأم وفقد الوزن عند الولادة، وثمة عوامل خطر أخرى في فترة ما قبل الولادة منها عمر الأم ونقص الرعاية فيما قبل الولادة ومشكلات الأم الصحية وسوء استخدام المواد والعقاقير أثناء الحمل وهذه العوامل قد تؤدي إلى نمو الإعاقة العقلية أو على الأقل تخلق الشروط التي تنمو فيها الإعاقة العقلية.

(رولاند وآخرون، 2010، ص 178)

6-4-2- الأمراض المعدية: الأمراض المعدية الشائعة التي قد تؤدي إلى التخلّف العقلي تتضمن داء المقوسات والحصبة الألمانية والفيروس المضخم للخلايا والحل ومرض الزهري. -**داء المقوسات Toxoplasmosis:** مرض معدي قد ينقله اللحم النيئ وبراز القطط وقد يكون خليقا أو مكتسبا ويكون خطر بشكل خاص أثناء الثلثين الأولين للحمل، لكنه يمكن أن ينتقل أيضا بعد الولادة والمرض الخارجي يرتبط بحالات العين والشبكية والتكلس المخي استسقاء الرأس وصغر الرأس واضطرابات النمو النفسي الحركي، وصعوبة الأكل والارتفاع المفاجئ لدرجة الحرارة وفرط التوتر في العضلات وحوالي 85% من الناجين من هذا المرض تكون عندهم تخلّف عقلي قد تتراوح بين متوسطة إلى عميقة، وإذا حدثت الإصابة بداء المقوسات بعد الولادة فإنه يؤدي إلى التهاب المخ .

-**الحصبة الألمانية Rubella:** ترتبط خاصة عندما تأخذها الأم في الثلث الأول من الحمل بأخطار متزايدة للتخلّف العقلي وإعاقات أخرى منها التشوهات الخلقية في القلب والعين والأذن، وقد تؤدي إلى مرض القلب وإعتام عدسة العين والطرش والشلل المخي .

-**الفيروس المضخم للخلايا Cytomegalovirus:** إصابة الأم بهذا الفيروس فيما قبل الولادة يؤدي إلى إصابة الغدة اللعابية لدى الأم وأعراضه على الجنين قد تتضمن تضخم الكبد أو الطحال واستسقاء الرأس والتكلس المخي والتخلّف العقلي بدرجات مختلفة والإعاقات الحسية والاضطرابات التشنجية والشلل المخي وإعتام عدسة العين .

-**مرض الزهري Syphilis:** مرض تناسلي عندما تأخذها الأم يمكن أن يعبر المشيمة ويصيب الجنين ويؤدي إلى أعراض مختلفة كتضخم الكبد والطحال والالتهاب السحائي والتخلّف العقلي واستسقاء الرأس والتشنجات .

-**عدوى فيروس نقص المناعة المكتسبة البشرية HIV:** للمرأة الحامل قد ينتقل إلى الجنين ويؤدي إلى ضرر عصبي في المستقبل والأمراض الأخرى التي تنتقل جنسيا ويمكن أيضا إن تعرض الجنين لخطر المشكلات الصحية .

-الإشعاع: لقد اتضح من البحوث التي أجريت على الناجين من تفجيرات هيروشيما وناجازاكي الذرية أن الإشعاع يرتبط بالعيوب الخلفية كما وجد كذلك مشكلات في أجنة النساء اللاتي تعرضن بدرجة أقل كثيرا للإشعاع مثل الإشعاع الطبي وقد لاحظ جراهام ومورغان أن الإشعاع له تأثيرات مختلفة تعتمد على نقطة التعرض على امتداد فترة النمو الجنيني وطول درجة التعرض ويمكن للإشعاع أن يؤثر أو قد يسبب الموت، الجنين يكون عرضة للتأثيرات الماسخة والمعوقة للنمو وقد يحدث صغر الرأس وحالات شذوذ العين .

-سوء تغذية الأم الحامل أثناء الحمل: إن سوء التغذية ربما تكون له تأثيرات ضارة سواء فيما قبل أو بعد الولادة وسوء التغذية جنبا إلى جنبا مع حرمان بيئي بعد الولادة، قد يكون السبب الأكثر شيوعا للتخلّف العقلي في العالم أو من العوامل التي تؤثر على الجنين وتؤدي إلى خطر الإصابة بالتخلّف العقلي و انخفاض الوزن أثناء الحمل، و الجنين يكون عرضة للنقص الغذائي لدى الأم، وأن فقر الدم لدى الأم يرتبط بالقصور المعرفي لدى الأطفال، وقد لاحظ هورفاث وآخرون (1993) على أن سوء التغذية قبل الولادة يمكن أن يؤدي إلى نقص قدرة خلايا المخ من (40% إلى 60%) .

-عوامل أخرى تؤثر على النمو فيما قبل الولادة: يرتبط عمر الأم بالخطر الأعلى للتعرض لمشكلات صحية لدى الأطفال حديثي الولادة، فالأمهات الأكبر من 36 سنة والأصغر من 16 سنة يحتمل أكثر أن يلدن أطفال منخفضي الوزن عند الولادة widerstrun et Nickel (1997) وكذلك الأمهات الأصغر سنا يحتمل أكثر أن يلدن قبل الأوان، وقد أكد روبنسون وجونزاليز Robinson and Gonzalez (1999) على أن الأطفال المبسترين يكونوا عرضة لخطر أشكال التأخر في المعرفة والنمو الحركي والسلوك واللغة، وقد لاحظ بيرنبوم وباتشر (Bernbaum and Batshaw 1997) أن عمر الأم هو أكبر عامل يزيد احتمال الولادة المبكرة وكما سبق ذكره أن عمر الأم يعتبر أحد عوامل الخطر الممكنة التي تؤدي إلى حالات مثل متلازمة داون .

- نقص الرعاية : فيما قبل الولادة يمثل عاملا آخر يؤثر على حالة الطفل ويؤدي إلى الولادة المبكرة وانخفاض الوزن عند الولادة، وبالمثل الأمهات الغير المتزوجات والمدخنات والنساء ذات الأمراض المنقولة جنسيا اللاتي لا يجدن دعما اجتماعيا كافيا يمكن ان يؤدي إلى عدم الاستفادة من رعاية ما قبل الولادة حتى عندما تتوفر لهن .(مرجع سابق، 2010، ص 182)

- المشكلات الصحية لدى الأم : ترتبط هي الأخرى بزيادة خطر عيوب الولادة وأشكال التأخر اللاحقة في النمو (widerstrun et Nickel 1997) وقد ذهب فاروزان Farouzan وآخرون (1997) إلى أن الاضطرابات الإفرازية (مثل مرض السكري والاضطرابات الروماتيزمية (مثل داء الذئبة) والاضطرابات الوعائية القلبية (مثل ارتفاع ضغط الدم) وفقر الدم تهيئ الجنين إلى الولادة المبكرة وتأخر النمو داخل الرحم، وأن الأمهات التي لديهن صرع وتعالجن بمضادات الاختلاج يحتمل أن تتجنبن أطفال بعيوب خلفية أكثر مرتين أو ثلاثة من الأمهات اللاتي عندهن صرع ولا يعالجن بمضادات الاختلاج .

- كما يمثل سوء استخدام العقاقير والمواد أثناء الحمل، الكحول والنيكوتين وخاصة الكحول عامل خطر أساسي على الأجنة الذي يؤدي إلى انخفاض الوزن، وصغر الرأس والعيوب القلبية وأشكال الشذوذ الوجهي وسوء النمو وتأخر النمو والإعاقة الحركية واضطرابات قصور الانتباه/فرط النشاط، وهذه النتائج تعرف باسم متلازمة الكحول الجنينية Fetal alcohol syndrom.. واستخدام النيكوتين يمكن أن يؤدي إلى زيادة خطر الإجهاض، انخفاض الوزن عند الولادة وتأخر النمو داخل الرحم، وكذلك استخدام الكوكايين والهيروين والميثادون methadone تؤدي جميعها إلى أخطار متزايدة منها انخفاض الوزن عند الولادة والانسحاب وصغر الرأس وانخفاض عتبات الإثارة الزائدة كذلك يمكن أن يضعف الأداء المعرفي وتحدث مشكلات في مدى الانتباه واللغة، غير أن العوامل المذكورة ليست جميعا أسبابا مباشرة للتخلّف العقلي، فالسبب المباشر يكون غي الغالب غير معروف، إلا أن العوامل السابقة

كلما ظهرت معا زادت الخطر على الجنين واِضافة إلى عوامل ما قبل الولادة الكثيرة، هنالك عوامل مختلفة تحدث أثناء الو لادة يمكن إن تسبب في التخلف العقلي.

6-5 - الأسباب المؤثرة أثناء الولادة:

من العوامل المؤثرة أثناء الولادة الاختناق والولادة المبكرة وانخفاض الوزن عند الولادة والمشكلات النفسية و النزيف والمشكلات الأيضية مثل اليرقان Janndice والنوبات وأشكال الشذوذ والولادة نفسها يمكن أن تؤدي أيضا إلى عوامل خطر منها: الولادات المتعددة ووضع الجنين الشاذ أثناء المخاض وتدلي الحبل السري وكذلك نقص الوزن عند الولادة المذكورة سالفا فهذه من عوامل الخطر الأكثر شيوعا أثناء الولادة، كما أن نقص الأوكسجين الذاهب إلى المخ Anoxia يمكن أن يؤدي إلى ضرر المخ أو الموت، ويشير الاختناق Asphyxia أيضا إلى نقص الأوكسجين الذاهب إلى المخ. وذهب ايفانز Evans(1997) إلى ان درجة أبغار تشتق من خمس مقاييس: متوسط نبضات القلب والجهد التنفسي وتوتر العضلات ومنعكس التهوع gagréflax ولون الجسم . وقد أكد كامب وآخرون (1998) أن درجة أبغار المنخفضة تعتبر منبئات جيدة للإعاقة العقلية اللاحقة، وهي تعتبر أكبر منبئ لتحديد الأطفال حديثي الولادة الذين قد يحتاجون إلى تدخلات طبية لتحسين قدرتهم على البقاء ولتقليل المخاطر أو وجود حالات قد تؤدي إلى الإعاقة، وتعتبر الولادة المبكرة كما سبق التحدث عنها أحد عوامل الخطر المهمة والأطفال الذين يولدون قبل الأسبوع الـ 37 من الحمل يعتبرون مبتسرين (widerstrun et Nickel, 1997)، شدد بيرتوم وباتشو(1997) أن الولادة المبكرة قد تؤدي إلى متلازمة الضيق التنفسي Respiratory distress syndrome، إضافة إلى أضرار داخل المخ التي قد تؤدي الشلل المخي، والحالات التي تشبه السكتة ممكنة هي الأخرى، والأطفال المبتسرين يكونوا عرضة لكثير من المضاعفات الموجودة عند الأطفال المبكرين في الولادة، بل ربما يكونوا أكثر عرضة للإعاقات النمائية والتخلف العقلي

والشلل المخي (Bernbaum and Batshaw 1997)، كما ترتبط الولادة المبكرة بانخفاض الوزن عند الولادة .

- إن انخفاض الوزن عند الولادة ربما يكون عامل الخطر الأكثر "عمومية" لان هناك متغيرات كثيرة تقف وراءه، فانخفاض الوزن عند الولادة (الأقل من 2500 جرام أو 5.5 رطل) يحدث في واحدة من كل 7 حالات حمل ناجحة (Horvath et al, 1993) يعتبر عامل خطر بالإضافة إلى عوامل أخرى في حدوث أشكال التأخر النمائية، والشلل المخي وهم عرضة أكثر لخطر التخلّف العقلي، يرتبط النزيف القحفي الداخلي بالولادة المبكرة غالباً، ويحدث أيضاً عند الأطفال الغير المبتسرين، كما يحدث عن رض أو اختناق ويمكن أن يؤدي إلى استسقاء الرأس وزيادة خطر الشلل المخي والإعاقة العقلية (Evans , 1997, p186) .

- الاضطرابات الأيضية Metabolic disorders تؤدي إلى زيادة خطر الإعاقة لكنها تكون في الغالب قابلة للعلاج وقابلة للمنع.

- عدم توافق العامل الريصي RH هو السبب الأشد لزيادة بيليروبين الدم (Evans,1997) (صبغة صفراء تنتج عن تكسير خلايا الدم الحمراء) ويعرض الطفل لتهديد كبير .

- نقص سكر الدم: يحدث نقص لسكر الدم Hypoglycémie أكثر عند الأطفال ذوي الاختناق والمبتسرين وذوي الوزن المنخفض عند الولادة، وسوء التغذية أو الذين كانت أمهاتهم لديهم مرض السكر أثناء الحمل (Evans,1997) وإذا لم يعالج فإنه يمكن أن يؤدي إلى ضرر في المخ لكنه قابل للعلاج عموماً .

-النوبات Seizures : والتي قد تنتج عن حالات عديدة منها نقص كالسيوم الدم وانسحاب العقاقير، وعندما ترتبط النوبات بتشوهات في المخ أو نزيف يكون خطر الإعاقات النمائية الناتجة أكبر (مرجع سابق، 1997، ص 188).

- **الولادات المتعددة** : مع أنها ليست سببا مباشرا للإعاقات النمائية إلا أنها تزيد من خطر احتمالات الصعوبات لاحقا وكلما زاد عدد الأطفال المنجبين زاد احتمال الولادة المبكرة والولادة الصعبة، بالإضافة إلى ذلك وضع الجنين الشاذ أثناء المخاض وتدلي الحبل السري وفي هذه الحالة عندما يكون التشخيص موجود تجري العملية القيصرية وتدلي الحبل السري يؤدي إلى منع سريان الدم إلى الطفل وتلك حالة الطوارئ أخرى ربما تتطلب عملية قيصرية بالإضافة إلى هذه العوامل توجد عوامل أخرى مرتبطة بفترة ما بعد الولادة قد تزيد من خطر التخلف العقلي على الطفل (رونالد وآخرون، 2010، ص 185-190).

6-6 الأسباب المؤثرة فيما بعد الولادة:

هي تلك الأسباب التي تحدث بعد الولادة مباشرة أو في الأسابيع القليلة الأولى من العمر، وهنا أيضا تؤدي الولادة المبكرة وانخفاض الوزن عند الولادة إلى تعرض الطفل لخطر الحالات التي تستمر لفترة ما بعد الولادة والتي تؤدي في النهاية إلى إعاقات نمائية، وقد ذهب باتشو وشابيرو Batshaw and Shapiro (1997) إلى أن 5% تقريبا من حالات التخلف العقلي ذات السبب المباشر تحدث بعد الولادة وتكون عموما ناتجة عن أمراض المخ المعدية وإصابة المخ الرضية، وتتمثل أسباب ما بعد الولادة التي تعرض الطفل لخطر تنمية الإعاقات إلى :

- **نوعية التعلق Quality of attachment** : وهي الدرجة التي ينمي بها الوالدان والطفل علاقة متبادلة تؤدي إلى تفاعلات مشبعة للطرفين، فحالة الطفل الجسدية (مثل الإعاقات الجسدية الحادة والإقامة لفترة طويلة في المستشفى) تؤكد على نوعية الارتباط ووجود إعاقات (مثل الشلل المخي)، فقد تكون التفاعلات أكثر تحديا للآباء والأمهات والأطفال وثمة عوامل أخرى أقل وضوحا قد تؤثر أيضا على نوعية الارتباط مثل الاكتئاب لدى الآباء والأمهات والإساءة والإهمال والحالة المزاجية والشخصية والحالة الانفعالية للمرأة الحامل من العوامل التي تؤثر على المستوى العقلي للجنين (فوقية، 2008، ص 331).

ومستوى المهارات الأبوة /الأمومة ودعم الشبكة الاجتماعية (Evans,1997)، إذ تعتبر نوعية الارتباط منبأ جيدا للكفاءة المعرفية والاجتماعية للوالدين.

-**الأمراض الجدية:** تمثل هذه الأمراض تهديدا للنمو الطبيعي لدى أطفال السنوات الأولى من العمر، ومن هذه الأمراض التي تسبب العدوى مرض التهاب المخ والتهاب السحايا .
-**التهاب المخ Encephalitis** يحدث هذا الالتهاب بعد الولادة وتتسبب فيه عوامل كثيرة مختلفة (مثل: الحصبة، التهاب الرئوي والحصبة الألمانية والحماق) والإعاقة العقلية يمكن أن تنمو نتيجة الحمى الممتدة والعامل المعدي الأكثر شيوعا يأتي من الحلا البسيط herpes simplex (B-Baroff.1999) وتأثيرات هذا المرض قد تكون فورية أو قد تتأخر لسنوات عدة (Horvath et al ,1993).

-**التهاب السحايا meningitis:** هو التهاب الغشاء المبطن للمخ، وقد يحدث قبل أو أثناء أو بعد الولادة، قد تسبب فيه الفيروسات أو البكتيريا ويمكن أن يؤدي إلى الإعاقة فضلا عن فقد السمع والنوبات والمشكلات الحركية -السمعية وضعف الكلام .

-**التسمم:** ان التسمم الناتج عن التعرض للرصاص قد يؤدي إلى الإعاقة العقلية، والمعادن الأخرى مثل: الزئبق والزرنيخ والكوبالت والنيكل يمكن أن تؤثر على الجهاز العصبي المركزي في حال ابتلاعها. وقد ذهب هورفات وآخرون (1993) إلى أن العوامل الكيميائية يمكن أن تضر بالجهاز العصبي المركزي مما يؤدي إلى الإعاقة العقلية) بطريقتين فالسيانيدو وأول أكسيد الكربون والتسمم الحاد بحامض الباريتيوريت قد تسبب في نقص الأوكسجين والأضرار اللاحقة في المخ، وثمة عوامل عضوية كثيرة مثل: بعض مبيدات الأعشاب والمخصبات ومبيدات الفطريات ومبيدات الحشرات) يمكن أن تهاجم النظام العصبي، وأيضا قد يحدث ضرر دائم من ابتلاع الغراء (Toluène) والغازولين والميثانول وعقاقير مختلفة (مثل الأمفيتامين ومحدثات الهلوسة والمسكنات) (Horvath et al,1993).

- سوء التغذية: إن سوء التغذية الذي يكون أكثر تدميرا في تأثيراته فيما قبل الولادة، يمكن ان يكون له تأثيرات كبيرة اذا كان حادا في فترة ما بعد الولادة، إذ تكشف الأدلة أن الأفراد الذين يعايشون سوء تغذية حاد في الفترات الحرجة لنمو المخ قد لا يلحقون بأقرانهم الذين كانوا جيدي التغذية بسبب نقص قدرة 60% في عدد خلايا المخ.

- الإصابات: يمكن أن تؤدي إلى الإعاقة العقلية، فقد لاحظ هورفاث وآخرون أن السببان الأساسيان هما الإساءة والحوادث، فالضربات الموجهة إلى الرأس واختراق العظام أو الأشياء الخارجية التي تصيب المخ والوذمة المخية (التورم) والورم الدموي والتخثرات (الجلطات) يمكن أن تلحق أضرار بالمخ (Horvath et al , 1993) والإصابة الرضية.

بالإضافة إلى كل هذه العوامل والتي قد تحدث خلال فترة النمو (من الولادة إلى عمر 18 سنة)، هناك عدد من العوامل النفسية والاجتماعية قد تؤثر على النمو وبالتالي تؤدي إلى الإعاقة العقلية (رونالد وآخرون، 2010، ص 192).

6-6 - العوامل النفسية والاجتماعية:

ان العوامل الاجتماعية التي تقسم إلى عوامل مرتبطة بالبيئة المادية (مثل الحالة الاجتماعية، الاقتصادية والتغذية والفقير) والبيئة اللغوية والعوامل النفسية يمكن ان تضاف إلى الإساءة والإهمال وممارسات تربية الأطفال ويمكن أن تؤثر على النمو الفردي فهذه العوامل لا تقاس بشكل مباشر وهي ترتبط غالبا بالنمو المعرفي والاجتماعي والحركي واللغوي والتحصيل الدراسي وتأثير هذه العوامل يظهر مع الوقت وخاصة عندما يدخل الطفل بيئته التعليمية.

-العوامل الاجتماعية: تتضمن هذه العوامل التي قد تؤثر على نمو الإعاقات الحالة الاجتماعية، الاقتصادية والتغذية والفقير وحجم الأسرة والغياب الوالدي ومستوى التعليم الوالدي ومثلها عوامل كثيرة لا تؤدي هذه العوامل بالضرورة إلى الإعاقة العقلية كلما زاد عدد عوامل الخطر زاد أيضا خطر الإعاقة، فالمكانة الاجتماعية-الاقتصادية المنخفضة ومستوى تعليم

الأم المنخفض ترتبط بزيادة كبيرة لخطر التعرض للتخلّف العقلي، سوء التغذية يمكن أن يكون له تأثيرا مباشر على النمو العقلي للطفل خلال السنتين الأوليتين من عمره، وحجم الأسرة قد يؤثر هذا العامل بعض الشيء على خطر التخلّف العقلي فالولادات المتعددة تزيد احتمال مضاعفات الولادة وانخفاض الوزن عند الولادة والولادة المتبسرة. نجاب عدد كبير من الأطفال قد يكون عامل ضغط أساسي على أداء الأسرة، وأن انخفاض ذكاء الأم ومستواها التعليمي يرتبط بالمخرجات المعرفية والسلوكية السيئة للنسل، فأطفال الأمهات ذات الإعاقة العقلية المعتدلة يكونوا منخفضي الذكاء والتحصيل الأكاديمي وذوي مشكلات سلوكية .

- **الغياب الوالدي:** يشكل هذا العامل عنصر خطر آخر يمكن أن يؤثر على مخرجات النمو، كالأطفال الذين ينشئون في أسر أحادية الوالد عندما يكون الوالد عنده تخلّف عقلي خاصة الأم، لكن الخطر الأكبر يظهر عند ما يكون الأب والأم عندهما تخلّف عقلي (Baraff,1999).

رغم أن العوامل الاجتماعية ليست متميزة بشكل واضح عن العوامل النفسية التي تنتج عنها، لكن من المفيد الفصل بينهما وهذه العوامل تؤخذ في الاعتبار كعوامل تحدث في الغالب مجتمعة مع بعضها البعض وكعوامل تزيد تأثيراتها التراكمية من أخطار الإعاقات النمائية .

-**العوامل النفسية:** أكد هورفاث (1993) على أن الأطفال يمكن أن يدفعوا دفعا إلى للتخلّف العقلي عندما يربون في بيئة تتسم بالحرمان العاطفي وعندما يسود الشعور باليأس، وعندما لا يتاح للطفل الاستفادة من أمثلة للأبنية اللغوية الثرية والأنماط اللغوية المتقنة، وعندما تكون الخدمات العلاجية أو الوقائية غير كافية أو يصعب الوصول إليها ولا يكون الآباء والأمهات منخرطين بدرجة كافية في الأسرة، وعندما لا يتم تعليم وتعزيز الأطفال بدرجة كافية من أجل السلوك المتوقع، أكد باروف (1999) على أن البيئة النمائية الصحيحة تعتمد على وجود مقدمي رعاية متجاوبين يتضمن تجاوبهم هذا أن يكونوا حساسين لحالات الطفل

الجسدية والنفسية وأن يكونوا مستعدين للتجاوب مع تلك الحالات وكذا توفير التنظيم والتحفيز وحرية الاستكشاف وكذلك الخبرات اللفظية وقد وفق مونوال (2003) في تحديد الإساءة كأحد العوامل المساهمة في خطر التخلّف العقلي بالإضافة إلى نقص المودة والدفء، كما قد تسهم المخدرات والإفراط في تناول الكحول في فقدان السيطرة أو تسبب فيه كذلك الآباء والأمهات المعزولين والذين يفتقدون إلى نظم الدعم قد يشعروا أكثر بالضغط وبالتالي الإساءة والإهمال الذي يمكن أن يحدث وحده أو أنه يحدث في الغالب جنبا إلى جنب مع الإساءة، حيث تحدث الإساءة الجسدية أو النفسية أو سوء استخدام المواد خاصة في حال وجود اكتئاب مزمن أو حاد لدى الأم (Merck, M 2003) وقلة الرعاية البدنية والأمراض التي تنتج عن الإساءة يمكن أن تؤدي إلى إعاقة النمو جسديا ونفسيا وانفعاليا فضلا عن ذلك إن الأطفال الذين يولدون بإعاقات ربما يخلقوا ضغطا أكبر لدى الآباء والأمهات والأسر بما يزيد من خطر الإساءة والإهمال (رونالد، وآخرون، 2010، ص 198-201)، لذلك فإن آباء وأمّهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية يحتاجون إلى خدمات دعم ومساندة متنوعة ومجموعات دعم الوالدين .

لقد تم التحدث عن العوامل البيئية، النفسية والاجتماعية التي قد تعرض الجنين أو الطفل للإعاقة العقلية ما يدفع بنا إلى التساؤل عن الإجراءات الوقائية التي تحد من انتشار هذه الحالة .

7- الاختبار الجيني والاستشارة الجينية:

بفضل تطور الإجراءات التشخيصية وتوفر المعلومات حول الأساس الجيني لكثير من الاضطرابات وبفضل تقنيات كثيرة تستخدم للمساعدة في تحديد الحالة الصحية للطفل قبل أن يولد فمثلا اختبار البروتين الجيني ألفا $\text{Alphafetoprotein testin}$ ، وهو عبارة عن فحص دم بسيط يمكن أن يحدد مستويات الشذوذ في البروتين الجيني ألفا الذي يصاحب اضطرابا مثل شلل الحبل الشوكي، واختبار بارت Bart's test يمكن أيضا أن تستخدم

للغرض نفسه، كما يقيس هذا الاختبار هرمونين آخرين: الاوسترويل Oestriol موجهة للغدد التناسلية البشرية Human chorionic gonadotropin فالمستويات الشاذة في هذه الهرمونات ترتبط بمشكلات جينية .

البزل السلي Amniocentesis يتضمن هذا الإجراء أخذ مقدار من السائل الذي يحيط بالجنين، يتم ذلك بمصاحبة الأشعة فوق الصوتية لتجنب مس الجنين أو المشيمة يحتوي السائل على خلايا جينية يتم تحليلها مجهريا بعد معالجتها كيميائيا، لكن هذا الاختبار يتضمن بعض الأخطار منها العدوى والإجهاض، والإجهاض يحدث في حوالي (0.5% إلى 1%) من الحالات .

الزغابة المشيمية chorionic villus الذي يتم فيه تحليل عينة صغيرة من النسيج المشيمي، لكنه يتضمن خطر مرتفع جدا للإجهاض .

- وثمة كذلك إجراءات أخرى تم تطويرها للتعرف على أشكال الشذوذ الكروموزومي، وكل الإجراءات السابقة تصمم لكي تعطي للوالدين معلومات حول طفلهم قبل أن يولد فضلا عن هذه الإجراءات التي توفر معلومات عن الحمل، هناك اختيار carrier المصمم لتحديد ما اذا كان أحد الوالدين أو كلاهما حاملا لاضطرابات محددة وإضافة إلى ذلك يمكن للتاريخ العائلي أن يقدم معلومات مهمة للوالدين المستقبليين .

8- خصائص المتخلفين عقليا:

يمكن أن ننظر للتخلف العقلي باعتباره حالة "واحدة"، لكن على اعتبار التعاريف وإجراءات التعرف ومنظورات المهنيين المختلفين يتضح أن هذه الحالة لها تأثيرات كثيرة على الأشخاص وبالمثل فإن العوامل السببية الكثيرة الممكنة التي ترتبط بالتخلف العقلي تؤدي إلى مخرجات متنوعة من حيث الخصائص، وأن هذه الخصائص قد تتضح أولا تتضح لدى بعض الأشخاص، وأن نضع في الاعتبار أن يكون كل شخص متفرد بحالته.

8-1 - الخصائص العامة: تأخر النمو العام، قابلية التعرض للإصابة بالأمراض، قصر متوسط العمر، قرب الرغبات من المستوى الغريزي، نقص القدرة على ضبط السلوك وتكييفه حسب المواقف (السلوك الطفولي) جموده ورتابته، عدم القدرة على التركيز، عدم التحكم في الحركة وأحيانا الخمول والكسل الشديد، سرعة الاستشارة والغضب والعنف.

8-2 - الخصائص الجسمية والحركية:

يمتاز النمو الجسمي والحركي لدى الأطفال المتخلفين عقليا بأنه منخفض ويزداد هذا الانخفاض بازدياد شدة الإعاقة، وخاصة نمو العضلات التي تؤثر في قدرتهم على تعلم المهارات (شواهين وآخرون، 2008، ص 53)، فنرى الأطفال المتخلفين عقليا أقل حجما وطولا مقارنة بأقرانهم من العاديين مع نقص حجم وزن المخ من المتوسط، تشوه شكل وتركيب وحجم الجمجمة، الأذنين والعينين، الفم والأسنان واللسان، اضطراب وعدم اتزان السير، سرعة التعب، ببطء النمو الحركي صعوبة تكييف الحركة مع الأشياء، نقص القدرة على أداء المهارات التي تتطلب العضلات الصغيرة كالكتابة، وكذلك صعوبات في التآزر البصري (اللالاو وآخرون، 2012، ص 127).

8-3 - الخصائص الحسية: تعتبر الحواس أهم وسائل التعرف على المحيط بما فيه من مثيرات صوتية وبصرية وحسية أخرى، فهي وسيلة اكتساب المعرفة والتعرف على المحيط لقد أكدت الدراسات أن المتخلفون عقليا يعانون من مشاكل حسية ومنها:

-القصور السمعي: يمتاز الأطفال المتخلفون عقليا بأنهم يعانون من قصور سمعي، وأن نسبة فقدان السمع لديهم بين (3-4) أضعاف فقدان لدى أقرانهم العاديين .

-القصور البصري: تشير الدراسات أن أسباب هذا القصور في البصر يكون بسبب الحصبة الألمانية والزهري وحالات التسمموا إصابات الرأس التي تحدث أثناء الولادة، وأن نسبة إصابة القرنية لدى الأفراد المتخلفون عقليا أكثر منها لدى العاديين، كما تكثر لديهم حالات عمى الألوان، قصر وطول النظر، والحول وخصوصا ذوي متلازمة داون .

- القصور اللمسي: بينت الدراسات أن ذوي القصور اللمسي يقعون في أخطاء التمييز باللمس أكثر من أقرانهم العاديين، وأن معدل الأخطاء يرتفع كلما انخفض معدل ذكائهم (البلباوي وآخرون، 2011).

8-4 الخصائص المعرفية والعقلية:

يعاني ذوي التخلّف العقلي صعوبات واضحة في التفكير والعمليات العقلية مما يؤثر على قدرتهم على التعلم وصعوبة استيعاب الأمور النظرية والأفكار والخبرات لذلك يعتمد تدريبهم على الخبرات العملية والحسية (شواهين وآخرون، 2008، ص 53) ومن هذه الصعوبات:

- الانتباه: يعاني ذوي التخلّف العقلي من ضعف القدرة على الانتباه والقابلية للتشتت وهذا ما يفسر عدم قدرتهم على مواصلة مهام الأداء في الموقف التعليمي، كما أن ضعف سعة الانتباه يزداد بازدياد درجة الإعاقة .

- التذكر: يمكن القول أن ضعف عملية الانتباه يترتب عليها ضعف في الذاكرة، ومن العمليات التي تساهم في ضعف الذاكرة لدى المتخلفين عقليا ما يسمى بضعف القدرة على القيام بعمليات الضبط والمتابعة والتي تعتبر ضرورية لإعادة تكرار البنى المعرفية، فلا يتمكن الفرد من عملية التذكر .

- التفكير: تعتبر عملية التفكير من أرقى العمليات العقلية وأكثرها تعقيدا، فالتفكير يتطلب درجة عالية من القدرة على التخيل والتذكر وغير ذلك من العمليات العقلية (بطرس، 2007، ص 136) .

8-5- الخصائص اللغوية: يشير كوافحة وعبد العزيز (2011) إلى أن المتخلفين عقليا يعانون من قصور واضح في استخدام اللغة والكلام، فهم لا يستطيعون استخدام اللغة الصحيحة أو الكلام متناسق المعنى وأن أهم ما يميز الكلام واللغة عند المتخلفين عقليا هو التأخير في نمو اللغة .

8-6 الخصائص الانفعالية والسلوكية:

يتصف الأطفال المتخلفين عقليا بسلوكيات تختلف من طفل لآخر، حيث يميل الطفل المعاق إلى الانسحاب والانزواء والبعد عن الأنشطة الاجتماعية، كما يتميز بعضهم بسلوك عدواني تجاه الآخرين ويشير الخطيب (1998) إلى أن المتخلفين عقليا يتصفون بمظاهر سلوكية غير مكيفة ومن أهمها العنف والتخريب والانسحاب، السلوك النمطي، إيذاء الذات، النشاط الزائد، العادات الكلامية الغير مقبولة، التمرد ويضيف بدر (2010) إلى أن الأطفال ذوو التخلّف العقلي لديهم إحساس بالفشل والألم وانخفاض تقدير الذات، بالإضافة إلى مشكلات التواصل والمبالغة في عناق الآخرين والتقلب والاضطراب الانفعالي، سرعة التأثر ببطء الانفعال وغرابته قرب ردود الفعل قريبة من المستوى البدائي، عدم القدرة على تحمل الإحباط وغيرها من السلوكيات الشاذة .

8-7 - الخصائص الاجتماعية:

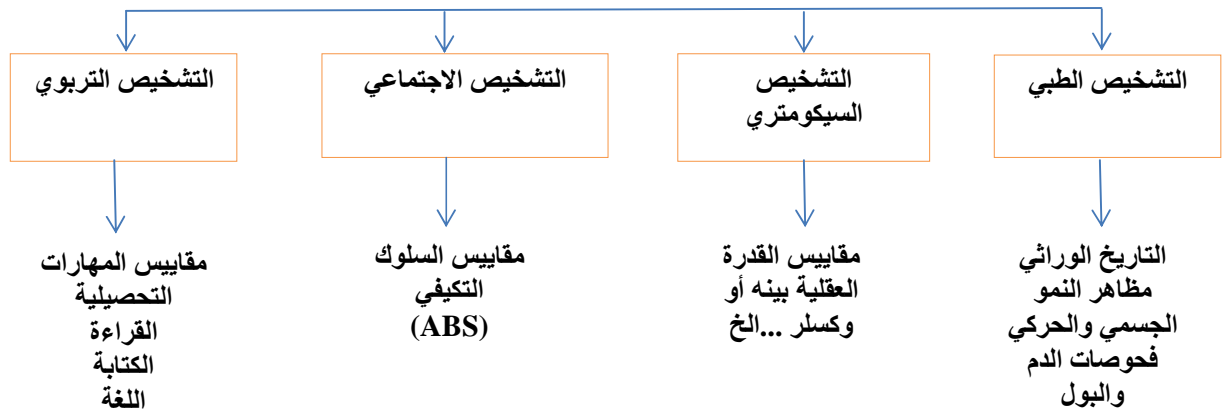
يعاني الأطفال المتخلفين عقليا من نقص في الجوانب الاجتماعية من حيث القدرة على التعامل مع الآخرين وعدم القدرة على تكوين علاقات اجتماعية مع أقرانهم العاديين، وأن سلوكياتهم تتصف بالسلبية والتخريب للممتلكات والسلوكيات الغير مرغوبة داخل الصفوف، صعوبة التوافق الاجتماعي، وأحيانا الجنوح كما يتصفون بنقص الميول والاهتمامات، عدم تحمل المسؤولية اللامبالاة والسلبية والاستسلام لأي صعوبة، اضطراب مفهوم الذات والميل إلى مشاركة الأصغر سنا في النشاط الاجتماعي .

9- قياس وتشخيص التخلّف العقلي:

إن تعدد فئات التخلّف العقلي، وتعدد الأسباب والعوامل المؤدية إليها ثم تعدد مظاهر الإعاقة وملامحها واختلاف المظاهر والملاح من حالة إلى أخرى يجعل من عملية تشخيص هذه الإعاقة عملية صعبة ومعقدة، ولا يمكن أن نعتبرها مجرد قياس لمستوى الذكاء أو مجرد التعرف على العمر العقلي للفرد، فدرجة الذكاء أو العمر العقلي يعد من الأبعاد

الأساسية للتعرف على وجود هذه الإعاقة، وهناك أبعاد أخرى متعددة يجب أن تؤخذ في الاعتبار عند تشخيص التخلّف العقلي، ولا يجوز أن يعتمد على نسبة الذكاء وحدها، هذا بالإضافة إلى تشخيص حالة التخلّف العقلي يعني وضع طفل أو مجموعة من الأطفال ضمن فئة معينة من الأطفال الذين يحتاجون إلى رعاية من نوع خاص ليتم انتقاء أنواع البرامج العلاجية والتأهيلية المناسبة لهؤلاء الأطفال (علا، 2000، ص 73).

ويعتبر الاتجاه التكاملي الذي يتبناه الروسان (2000) في تشخيص التخلّف العقلي من الاتجاهات المقبولة حديثاً في أوساط التربية الخاصة، إذا يجمع ذلك الاتجاه بين الخصائص الأربعة الرئيسية ألا وهي التشخيص الطبي والاجتماعي والتحصيلي ويمثل الشكل رقم (1) ذلك الاتجاه التكاملي في تشخيص الإعاقة العقلية .



الشكل (1) يمثل الاتجاه التكاملي في تشخيص التخلّف العقلي الروسان (2000)

9-1 التشخيص الطبي: يتضمن التشخيص الطبي والذي يقوم به عادة أخصائي في طب الأطفال تقريراً من عدة جوانب منها تاريخ الحالة الوراثي، وأسباب الحالة، وظروف الحمل، ومظاهر النمو الجسمي للحالة واضطراباتها والفحوص المخبرية (كفحص الدم، والبول، السائل النخاعي الشوكي، فحص يلزم لكل حالة وبعض الحالات تتطلب رسم للمخ وبعضها

يتطلب فحص للجهاز العصبي، وتتطلب جميع الحالات فحص القدرة الحركية للطفل والقدرة على التوازن الحركي والتآزر الحسي الحركي (علا، 2000، ص 77).

9-2 - التشخيص السيكوميتري: والذي يقوم به عادة أخصائي في علم النفس وهو تقريراً عن القدرة العقلية للمفحوص وذلك باستخدام مقاييس القدرة العقلية (IQTest) من مثل مقياس ستانفورد بنيه للذكاء ومقياس وكسلر واختبار الذكاء المصور واختبار رسم الرجل (الروسان، 2013، ص 107).

9-3 - التشخيص الاجتماعي: والذي يقوم به عادة أخصائي في التربية الخاصة يتضمن تقريراً عن درجة السلوك التكيفي للمفحوص، وذلك باستخدام إحدى مقاييس السلوك التكيفي، كما يتضمن مظاهر السلوك الاجتماعي ومدى حاجته للإشراف والمتابعة .

9-4 - التشخيص النفسي: بالإضافة إلى القيام بقياس القدرة العقلية للمفحوص، يقوم الأخصائي النفسي كذلك بفحص مظاهر السلوك العام ودرجة التوافق النفسي ومظاهر النمو الانفعالي وأي مشاكل سلوكية أو انفعالية لدى الطفل .

9-5 - التشخيص التربوي: والمقصود به تحديد مدى قدرة الطفل على التعلم ومدة نموه اللغوي والقدرة على التعبير اللفظي، والحصيلة اللغوية لدى الطفل، وإذا وصل الطفل إلى سن التمدرس يجب أن تتضمن عملية التشخيص وصف أدائه التحصيلي ونسبة التحصيل والمستوى العام للطفل بين زملاء الدراسة وتحديد مشاكله السلوكية في المدرسة (علا، 2000، ص 78).

10 - الوقاية من التخلّف العقلي:

لقد استقطبت الوقاية من التخلّف العقلي، العالم أجمع في الآونة الأخيرة، وبرزت كأحد المسائل التي تتطلب المواجهة الفعالة وتركيز الجهود ومن المؤكد أنها مشكلة يعاني منها نسبة كبيرة من الناس في شتى أنحاء العالم، ولا بد أن يوضع في قائمة الأولويات المسائل التي تستوجب المجابهة الفعالة التي تتطلب تكاتف الجهود المحلية والعالمية

لمواجهتها بشكل عملي جاد، وكذلك تضافر جهود كل الأطباء والمتخصصين لوضع البرامج الوقائية للحد من حدوثها .

10 - 01 تعريف الوقاية من التخلّف العقلي:

هي مجموعة من الإجراءات والخدمات المقصودة والمنظمة التي تهدف إلى الإقلال من حدوث الخلل أو القصور المؤدي إلى عجز في الوظائف الفسيولوجية، والحد من الآثار المترتبة على حالات العجز، بهدف إتاحة الفرصة للفرد لكي يحقق أقصى درجة ممكنة من التفاعل المثمر مع بيئته، بأقل جهد ممكن وتوفير الإمكانيات له لتحقيق حياة أقرب ما تكون من العاديين، وقد تكون تلك الإجراءات والخدمات ذات طابع اجتماعي أو تربوي أو تأهيلي .

10-02 - أهمية الوقاية من التخلّف العقلي:

على الرغم من أن التخلّف العقلي هو عرض من الأعراض المرافقة لحالات كثيرة إلا أن الأبحاث الطبية لم تتوصل لأكثر من حوالي 25% من الأسباب المؤدية للتخلّف العقلي، لكن هذا الواقع لا يقلل من أهمية بذل الجهد على مستوى الوقاية ولا شك أن الوقاية من هذه العوامل يساعد على التقليل من نسبة انتشار التخلّف العقلي، حيث يمكن من تقليل خطر زيادة التخلّف العقلي بنسبة كبيرة إذا عمل وفق النصائح التي تفيد في خفض نسبة انتشارها وهذه العملية الوقائية لا تؤدي أغراضها التي وضعت لأجلها إلا اذا تضافرت جهود الجميع لوضع كافة بنودها قيد التنفيذ من قبل الأسرة والمجتمع بكافة أفرادهم، والدولة بكافة مؤسساتها ذات الصلة بالعملية الوقائية (وادي، 2009، ص 342).

10-3 - مستويات الوقاية من التخلّف العقلي:

تقسم مستويات الوقاية من التخلّف العقلي إلى ثلاث مستويات وهي:

-**الوقاية الأولية:** وهي الإجراءات والتدابير التي تتخذ قبل حدوث المشكلة، وتعمل على منع حدوثها وذلك بتوفير الخدمة والرعاية المتكاملة الصحية والاجتماعية والثقافية في البيئات

والأسر ذات المستويات المتدنية اجتماعيا واقتصاديا والتحصين ضد الأمراض المعدية، وتحسين مستوى رعاية الأم الحامل وتوعيتها بأسباب الإعاقة .

- **الوقاية الثانوية:** وهي الإجراءات والتدابير التي تكفل التقليل من الاستمرار أو تعمل على شفاء الفرد من بعض الإصابات التي يعاني منها أي تحول دون تطور الإصابة من خلال الكشف المبكر .

- **الوقاية الثلاثية:** وهي الإجراءات والتدابير الوقائية والأفعال التي تحد من المشكلات المترتبة على الإعاقة العقلية وتعمل على تحسين مستوى الأداء الوظيفي للفرد، وتساعد على التخفيف من الآثار النفسية والاجتماعية عند حدوث الإعاقة (وادي، 2009 ص: 343).

10-4 - برامج الوقاية من التخلّف العقلي:

من برامج الوقاية من التخلّف العقلي وأكثرها أهمية :

-**برنامج الإرشاد الجيني:** وهو برنامج يساعد الوالدين الذين يستعدون للزواج أو الأسر التي لديها طفل معاق، بإعطائهم المعلومات حول الصفات السائدة والمتحية والعوامل الوراثية واختلاف العامل الريزيسي بين الأم وابنها، وهو برنامج توعوي

-**برنامج العناية الطبية أثناء الحمل:** وهو برنامج لتوعية الأمهات الحوامل بالنسبة للتغذية المناسبة والأمراض المعدية والعناية الطبية وتجنب الأدوية والأشعة والمخدرات، والضغوط النفسية .

-**برنامج توعية الأمهات حول أهمية الولادة في المستشفى:** من أسباب التخلّف العقلي الولادة في المنزل بسبب قلة التجهيزات الطبية في المنزل وقلة النظافة وعدم القدرة على تفادي الاختناق وغيرها .

-**برنامج توعية الوالدين حول أهمية التشخيص المبكر:** يجب توعية الأمهات حول المظاهر غير المطمئنة لدى الطفل منذ ولادته، وأن اكتشاف مثل هذه الإعاقات مبكرا يساعد على تقليلها أو إنقاذها مثل (اضطرابات التمثيل الغذائي).

وتتم الوقاية من الإعاقة عن طريق عملية الكشف المبكر وبرامج الوقاية لبرامج الأمومة والطفولة والتغذية والتعليم والتطعيم وبرامج طبية وحملات الإعلام تجاه المواطنين حول العوامل المسببة للإعاقة والتدخل المبكر بواسطة أعمال طبية، اجتماعية، تحاليل واختبارات وفحوص طبية تهدف إلى التعرف على الإعاقة وتشخيص وتقليل أسبابها وحدثها (فهمي، 2005، ص 327).

من خلال الثلاثين عاما الأخيرة، أظهرت نتائج الأبحاث التي تم إجراؤها تقدم ملحوظ في منع الإصابة من الإعاقة العقلية، عن طريق منع الأسباب التي يمكن أن تؤدي إلى الإصابة.

1- منع الخلل الذي يحدث في التمثيل الغذائي والذي يعرف باسم (فينيل كيتونيوريا phenyl ketonuria)، وذلك عن طريق عمل فحص الاختبارات للأطفال حديثي الولادة وابتاع نظام غذائي معين .

2- منع الإصابة بنقص في الغدة الدرقية (congenital hypothyroidism) عن طريق فحص الطفل حديث الولادة عن طريق العلاج بإحلال بدائل هرمون الغدة الدرقية.

3- استخدام المضادات (Anti-RHI amux Globulin) لمنع الإصابة (RH) والإصابة بالصفراء الحادة عند الأطفال حديثي الولادة .

4- التطعيم بفاكسين الهيبي لمنع الإصابة بأنفلونزا هيبي .

5- التطعيم ضد الحصبة.

6- التطعيم ضد الحصبة الألمانية (روبيلا) لمنع الإصابة بها أثناء الحمل .

7- التخلص من الرصاص الموجود في البيئة حيث يعمل على تلف المخ لدى الأطفال .

8- استخدام الطرق الوقائية لمنع إصابة الأطفال مثل أحزمة الأمان في السيارات كحوازه الدرجات . (نفس المرجع السابق، 2005، ص 328).

9- العناية المبكرة في مرحلة ما قبل الولادة أثناء فترة الحمل تساهم في الوقاية بدرجة كبيرة من العديد من الأمراض، مثل علاج الأم الحامل لـ (AZT)، لوقاية جنينها من الإصابة بمرض الايدز اذا كانت حاملة لهذا المرض، العناية بالنظام الغذائي مثل (الفوليك أسيد) والذي يقلل من مخاطر الإصابة بتشوهات القناة العصبية .

10- وهناك العديد من الأبحاث للتوصل إلى العقاقير التي تعالج الجينات التي يوجد بها خلل عند الطفل الصغير .

11- فحص الزوج والزوجة قبل الزواج من الناحية الجينية والوراثية وأثناء الحمل اذا تم تشخيص الحالة فيتم التعامل مع الطفل المصاب وهناك التشخيص المبكر لحالات خاصة والحالات الممكن علاجها مثلا جالا كتوزيميا (galactosemia) وفنيل كيتون يوريا (phenylketonuria) وفشل الغدة الدرقية الوراثي.

12- وفي الدول المتقدمة يتم مسح لكل الأطفال فور ولادتهم لاكتشاف هذه الحالات فالعلاج المبكر يمنع حدوث التأخر الذهني لهذه الحالات، وهذا المسح يشمل أشعة على الركبة ونسبة هرمون الغدة الدرقية (T_3T_4)، ووجود مواد مختزلة في البول في حالة الجالاكتوزيميا وعمل اختبار أوكسيد الكلوريد في البول في حالات الفينيل كيتون يوريا .

كما يمكن تجنب الأسباب التي تؤدي إلى التأخر الذهني المكتسب والناشئ عن أسباب غير وراثية مثل تجنب حدوث الزرقان ونقص الاوكسجين عند الطفل أثناء الولادة بقي الطفل من حدوث التأخر الذهني .

- وفي حالات الالتهابات العدوى للجهاز العصبي مثل التهاب أنسجة المخ والالتهاب السحائي فان التشخيص المبكر والعلاج الفوري والمناسب يقي الطفل من حدوث التأخر الذهني لاحقا

- وفي حالات الغيبوبة التي تحدث للأطفال والتي قد تسبب ضرر خلايا المخ ما يؤدي إلى التأخر الذهني فان التشخيص السريع والعلاج الصحيح اعطاء الطفل الاوكسجين والجلوكوز

يؤدي إلى عدم تضرر خلايا المخ وبالتالي تمنع حدوث التأخر الذهني، ومنع حدوث نوبات طويلة (وادي، 2009، ص 75).

- عدم تعرض الأم الحامل لأشعة اكس (X-RAY) أو النظائر المشعة أثناء فترة الحمل .
- الامتناع عن تناول أي عقاقير طبية أثناء فترة الحمل.
- الامتناع عن المسكرات والتدخين أثناء فترة الحمل.
- اتخاذ الإجراءات والاحتياطات اللازمة لتخفيف أخطار الولادة (علا، 2000، ص 104).

11 - علاج التخلّف العقلي:

نظرا لتعدد أبعاد التخلّف العقلي وتعدد الأسباب المؤدية إليهم الآثار والمشكلات المترتبة عليها، لذا فقد تعددت أنواع العلاج اللازم لمواجهة الإعاقة.

11-1 - العلاج الطبي:

نحتاج بعض حالات التخلّف العقلي إلى التدخل الطبي لإنقاذ الحالة من التدهور، وذلك خلال الأسابيع والشهور الأولى من الولادة، حيث تتطلب بعض الحالات نقل من وإلى الطفل كما في حالات الإعاقة الناتجة عن اختلاف دم الجنين من حيث العامل (RH) وحالات تتطلب إجراء جراحة سريعة كما في حالة استسقاء الدماغ، حيث يتم تصحيح مسار السائل الشوكي لإيقاف أثره الضاغط على المخ، وقد يتمثل العلاج الطبي للتخلّف العقلي في وصف نظام غذائي معين لبعض الحالات منذ الولادة ويستمر هذا النظام لمدة طويلة من عمر الطفل كما في حالة الفنيل كيتون وهي الحالة التي تتجم عن ترسيب حمض البيروفيك في الدم، أو إعطاء بعض الهرمونات للطفل كما حالة القزامة أو القماءة التي تنتج عن نقص أو انعدام هرمون الغدة الدرقية، وتحتاج بعض حالات التخلّف العقلي إلى متابعة طبية، وهي الحالات التي يصاحبها بعض الأمراض الجسمية كأمراض الجهاز التنفسي أو القصور في وظائف الأعضاء الحسية كالسمع والبصر ونوبات الصرع (علا، 2000، ص 105).

11-2 - العلاج النفسي (السيكولوجي):

يلزم العلاج السيكولوجي لكل من المتخلف عقليا وأسرته، حيث تتطلب حالات التخلف العقلي برامج العلاج النفسي والعلاج السلوكي لمعالجة الاضطرابات الانفعالية والسلوكية التي تسببها التخلف العقلي والتي قد تنشأ عن ظروف الاجتماعية المحيطة بالطفل والاتجاهات السالبة نحوه أما العلاج السيكولوجي لأسر المتخلفين عقليا فانه يشمل الإرشاد النفسي للوالدين لمساعدتهما على تقي طفلهما وطرق معاملته، والتوجهات العلاجية الصحيحة اللازمة للطفل، والتوقيت المناسب للتقدم بالطفل إلى البرامج التربوية والتأهيلية الملائمة له حسب المرحلة العمرية التي يمر بها وحسب درجة إعاقته كما يتضمن العلاج السيكولوجي برامج تغير الاتجاهات نحو الإعاقة والمعوقين وبخاصة اتجاهات الأشخاص الذين يتعاملون مباشرة مع المعوقين وهم الآباء والأمهات والإخوة والأخوات العاديين والمعلمين والمعلمات وجميع القائمين على تربية الأطفال وتأهيلهم .

11-3 - العلاج السلوكي:

وأحيانا يطلق على هذا النوع من العلاج (تعديل السلوك) ويتضمن العلاج السلوكي أو تعديل السلوك، البرامج العلاجية التي تعد من أجل خفض معدل ممارسة سلوك غير مرغوب، ويعتمد العلاج السلوكي على إجراءات وفنيات خاصة يختلف استخدامها من حالة إلى أخرى وتبعا لدرجة الإعاقة وتبعا لنوع السلوك المراد تعديله لدى الطفل، ولا يحتاج العلاج السلوكي إلى مهارات لغوية أو لفظية، لذا فهو يناسب المتخلفين عقليا تماما، وقد أكدت الدراسات التي أجريت في هذا المجال على نجاح العلاج السلوكي في الحد من المشكلات السلوكية لدى هؤلاء الأفراد وفي إكسابهم كثير من السلوك الاجتماعي الايجابي، ولقد أمكن باستخدام فنيات تعديل السلوك مع حالات التخلف العقلي الشديدة إكساب هؤلاء الأفراد كثير من مهارات العناية بالنفس والمهارات الاجتماعية التي تساعد على اعتماد الطفل على نفسه في تصريف شؤون حياته اليومية وتقليل اعتماده على الآخرين، وحديثا نجح

استخدام فنيات تعديل السلوك في تدريب الأفراد من الفئة التخلّف العميق والتي لا تتجاوز نسب نكاه أفرادها عن 24 في حين كان سابقا يعزلون أو يودعون في مؤسسات خاصة نظر لليأس من حالتهم.

11-4- علاج النطق والكلام:

يحتاج معظم المتخلفين عقليا إلى هذا النوع من العلاج حيث يعانون من عيوب كثيرة في النطق والكلام كالإبدال والحذف والتأتأة وعيوب في إخراج الأصوات، ويتأخرون في الكلام ويتسمون بالكلام الطفلي Baby Talk وتنقصهم القدرة على التعبير اللفظي، ويتأخرون في النمو اللغوي ويستفيد من هذا العلاج المتخلفين عقليا من فئتي التخلّف البسيط والمتوسط وبعض أفراد التخلّف الشديد، ويهدف هذا النوع من العلاج إلى تصحيح عيوب النطق وإخراج الأصوات وزيادة الحصيلة اللغوية لدى الطفل، ومساعدته على التعبير اللفظي السليم، والتخلص من الكلام الطفلي وهذا يساعد على اندماج الطفل في الأنشطة الاجتماعية والتعليمية المتاحة له والاستفادة من التدريب في هذه الأنشطة كما يساهم في تفاعل الطفل مع الآخرين .

12- تعليم وتدريب المتخلفين عقليا:

ان نظام التعليم في كل بلاد العالم نشأ أساسا لخدمة الأطفال العاديين ولا غرابة في ذلك فهم يمثلون الأغلبية ويتزايد الوعي بالإعاقة والمتخلفين عقليا عقب صدور توصية اليونسكو في اجتماع خبراء التربية في باريس (1969) الذي دعي إلى ضرورة أهمية وجود نظام تعليمي للمعاقين، وفي هذا الاتجاه كتب (Hayden Mc Giness)(1977) « لا يمكن أن نشعر بالرضا مالم نرى نظاما تعليميا عاما للطفل المعوق يقوم على قاعدة متماسكة ومبنية منذ لحظة اكتشاف إعاقته»، وهم بذلك يؤكدون على الاكتشاف المبكر للإعاقة والتدخل للحد من تأثيرها لأقصى حد ممكن.

12-1 الاكتشاف المبكر للتخلف العقلي:

الهدف منه هو التعرف على مجالات التشخيص مبكرا هو تحديد المشكلة ومستوى حدوثها تمهيدا لتحديد نوع البرامج العلاجية مستقبلا، مجالات التشخيص يجب ان تغطي مختلف جوانب شخصية الطفل (المعرفية، الانفعالية، الاجتماعية الجسمية والسلوك التكيفي) (أمين على، 2014، ص 117) وذلك للأسباب التالية:

للخبرة المبكرة تأثير ايجابي على كل نواحي الأداء، قد يكون هناك فترات هامة لنمو مهارات معنية وأن معظم هذه الفترات، كما كشفت الدراسات تأتي خلال السنوات الأولى من الحياة، إذا لم توفر للطفل في سنواته الأولى بيئة غنية بالاستثارة، فهذا لا يؤدي فقط إلى استمرار حالة إعاقة بل إلى ضمور فعلي للقدرات الحسية والى تدهور أبعاد نموه .

تتداخل أنظمة الكائن العضوي ويتصل الواحد بالآخر بطريقة دينامية وان الفشل في علاج إعاقة ما، قد يضاعف من تأثيرها على نواحي «نمائية» أخرى.

-يصاحب التأخر في علاج الإعاقة العقلية أو المعرفية نقص تراكمي في التحصيل في حدود مجال واحد من محالات الأداء (مصطفى، 1996، ص 22).

- ولكي نكتشف الإعاقة في وقت مبكر لا بد من القيام بملاحظات دقيقة وبفحوص مبدئية على مدى زمني كافي في عقب ميلاد الطفل، ولكي يتم ذلك يجب أن يكون الفحص النمائي والسلوكي جزء متكامل من الفحوص الطبية العادية، ولا يوجد وقت محدد لاكتشاف كل الاضطرابات، وتلعب التقنيات الحديثة دورها في مساندة مبدأ الاستكشاف المبكر للإعاقة والتدخل محدد من آثارها وحسب ماك ميلان (Mc Milan) كلما بدأ الأطفال التدريب في مرحلة مبكرة جدا من حياتهم معناه يحققون نتائج إيجابية كما يساعد في الحد من آثار الحالة ويكون هذا الانخفاض في تأثير الإعاقة أكثر تأكيد وأسرع من التدخل في مرحلة متأخرة، اذا يحتاج الوالدين إلى المساندة خلال الأسابيع والأشهر الأولى قبل أن ترسخ لديهم أنماط سلوكية قد تكون خاطئة لتنشئة طفلهم، إذ يحتاج الوالدان إلى معلومات محددة للإتيان

بالتصرفات المناسبة نحو طفلهم كما أن التدخل المبكر أجدى من الناحية الاقتصادية في إطار التكلفة والفائدة من التدخل اللاحق .

12-2- التمدخل المبكر:

12-2-1- تعريف التمدخل المبكر:

يعرف التمدخل المبكر على أنه مجموعة من الخدمات الطبية الاجتماعية والتربوية والنفسية المقدمة للأطفال دون عمر السادسة الذين يعانون من إعاقة أو تأخر نهائي أو الذين لديهم القابلية للتأخر والإعاقة (يحي، 2003) في (عربيات، 2011، ص79)، ويعرفه على أنه السياق الجهود النظامية المدعمة للأطفال الصغار المعوقين والأطفال المعرضين للخلل، في النمو عند فترة الولادة وحتى سن الخامسة وأيضاً مساعدة أسرهم(عبد الجوالدة، 2012، ص 182) .

-فالتمدخل هو تلك الإجراءات والبرامج للأطفال ذوي الحاجات الخاصة منذ لحظة التشخيص قبل الولادة وحتى يصل الطفل إلى سن المدرسة ويتضمن ذلك العمليات بداية بإمكانية التعرف المبكر على الحالات وتتبعها مرحلة التدريب والإرشاد وتعتمد العملية بشكل أساسي على الوالدين والبيئة المحيطة .

12-2-2- أهمية التمدخل المبكر:

ترجع أهمية التمدخل المبكر إلى أنه يساعد الأطفال الذين يعانون من تأخر في النمو على تحقيق مستويات متقدمة من الوظائف الإدراكية والاجتماعية كما أنه يمنع أيضاً العيوب الثانوية عند الأطفال من ذوي الإعاقة(الطواب، 2008، ص 2016).

- وقد أثبتت الأبحاث التي تمت على نمو الطفل أن معدل النمو والتعليم الإنساني هي عملية أكثر سرعة في سن الروضة فإذا لم تغتنم هذه المراحل التي يكون فيها لديه القدرة على التعليم سيواجه الطفل صعوبة في تعلم المهارات مع مرور الوقت .

- وللتدخل المبكر تأثير هام على الوالدين والإخوة والطفل المعوق وكذلك موقف الأسرة التي لديها طفل معوق دائما فتعثر بالإحباط والعزلة ويزيد توترها وبأسسها وإحساسها بالعجز ويؤثر على مدى مساعدة الأسرة له وتقدمه ونموه، والتدخل المبكر يؤدي إلى تحسين معاملة الوالدين اتجاه أنفسهم وأطفالهم مما يكسبهم المعلومات والمهارات اللازمة لتعليم أطفالهم بالإضافة إلى قضاء وقت الفراغ معهم بجانب العمل .

- والمجتمع هو المستفيد فالطفل يتعلم يكتسب القدرة على الاعتماد على النفس ويقلل الاعتماد على المؤسسات الاجتماعية وهذا يحقق فائدة اجتماعية واقتصادية .

- ومن مراجعة هيوارد وأورلانسكي لمئات الدراسات تحول أهمية التدخل المبكر في رعاية الأطفال المعوقين أو المتعرضين للتأخر العقلي تبين تحسين حالات كثيرة في النمو العقلي والاجتماعي والانفعالي واللغوي والحركي كما تبين من هذه المراجعة إلى أن التدخل المبكر له تأثير كبير على المدى البعيد (مرسي، 1996، ص255)

- يقدم التدخل المبكر مساعدة مبكرة ومتخصصة لتكوين أنماط بناءه ومنظمة من العلاقة الأسرية مع طفلهم كي يستطيعوا تزويده بالرعاية الكافية والإثارة والتدريب في تلك الفترة النمائية الحرجة فالمدرسة ليست بديل للأسرة، فالآباء معلمون لأطفالهم ذوي الاحتياجات الخاصة، بالإضافة إلى أن هذه الخدمات المبكرة تلعب دور في التقليل من الأعباء المادية المترتبة على تأخيرها وكذلك من إمكانية التخفيف من المشكلات الاجتماعية اللاحقة، فالتدخل المبكر يساهم في تجنب الوالدين وطفلها ذو الحاجة الخاصة مواجهة صعوبات نفسية هائلة لاحقة. (عبد الجالدة، 2012، ص 187 -188).

- فوالدي الطفل المعوق بحاجة إلى مساعدة في المراحل الأولى كي لا تترسخ لديهم أنماط تنشئة غير بناءة، وأهمية التدخل المبكر لذوي الإعاقة لا تقل عن أهمية بالنسبة لأسرة الطفل المعاق، ولا شك بأن التدخل التربوي والطبي والدعم الخاص للأطفال والأسر بشكل مبكر يخفف كثيرا من الضغوط المتولدة لدى الأولياء عن ولادتهم طفلهم نظرا للصعوبات

والتحديات التي تواجههم، وبدون شك الاستماع للأسر هو الأكثر أهمية في حل المشكلات وتهيئة الأهل لوظيفتهم الأولى وهي الوالدية، فهم أولاً وقبل كل شيء أولياء ولكنهم يختلفون عن بعضهم البعض من حيث الثقافات والقناعات، و يبدأ العمل معهم منذ لحظة ولادة الطفل، (خولة، 2003، ص 274).

12-2-3 - أهمية دور الأسرة في برامج التدخل المبكر:

إن التدخل المبكر الفعال لن يتحقق دون تطوير علاقات مع أولياء الأمور يكون أساسها المشاركة في تخطيط الخدمات وتخاذ القرارات بشأنها مما يتطلب تعود الأخصائيين المهنيين العمل مع الأسرة، فهذه الأهمية تتضح من خلال مشاركة الأخصائيين في تحديد الأهداف الخاصة بالبرامج وتحديد أولويات الاحتياجات سواء للطفل أو للأسرة، والتدخل في الأنشطة اليومية، وأفضل برامج التدخل المبكر التي تعتمد على التدريب في المنزل والمشاركة الأساسية للأسرة وكذلك دور الأم في تدريب أمهات آخريين وتعديل اتجاهاتهم نحو طفلهم ذو الاحتياجات الخاصة ومساعدتهم على تقبله، ف وراء الطفل ذو حاجة خاصة أسرة ذات حاجات خاصة أكبر وتكيف الطفل يعتمد بدرجة أكبر على دعم الأسرة له وتفهمها لحاجاته الخاصة فأ أسرة الطفل ذو الحاجات الخاصة بحاجة إلى قسط من الراحة والدعم والإرشاد والتوجيه .

12-2-4 - أهمية التدخل المبكر في مواجهة الضغط الأسري:

لقد أورد برنكر وآخرون (1994,Brinker,seifer and Sameroff) أن المكتسبات النمائية للأطفال كانت تنتج عن تفاعل معقد بين الحالة الاجتماعية الاقتصادية والضغط الأمومي ومدى التدخل المبكر والحضور المنتظم له وعليه يجب أن يهتم أخصائيو التدخل المبكر بتكيف الأسر ومساعدتهم على التغلب على الضغط الذي تسببه الإعاقة .

كما ذكر (Trumbull and Trumbull,2001) أهمية التدخل المبكر في تحقيق مكاسب جيدة في النمو مع الأطفال الصغار ذوي التخلف العقلي وعلى ضرورة تركيز

الجهود حول الأسرة وليس حول الطفل فقط، لتقليل الضغط الذي تسببه الإعاقة (وادي، 2009، ص 305).

12-2-5 - طرق التدخل المبكر:

*تقدم خدمات التدخل المبكر في مراكز خاصة ومن سلبياته اعتماد الأسرة على خدمات المركز بسبب عدم تواجدها مع الطفل

*البرنامج المنزلي ومن ايجابياته وجود الأسرة وتدريبها على طرق التعامل وإرشادها إلى الأخصائيين وتدعم إحساس الأسرة بالمسؤولية اتجاه الطفل إضافة إلى تقديم الخدمات في الجو الاعتيادي، ومن سلبياته عدم توفر الألعاب والتجهيزات الضرورية (وادي، 2009، ص 85).

12-2-6 أهداف التدخل المبكر:

يهدف إلى إجراء معالجة فورية من أجل تنمية قدرات الطفل المكتشف في مجالات متعددة الحركية الاجتماعية واللغوية الرعاية الذاتية، وغير ذلك من الإرشادات الطبية والفحوصات المخبرية اللازمة .

-مساعدة الأسرة: ان أسرة الطفل المتخلف تواجه مجموعة من المشاكل الاجتماعية والنفسية لذلك يجب الاستماع بدقة إلى أسئلة الأسر والإجابة عليها بشكل واقعي وغير مبالغ به ويجب إيضاح مواقع القوة والضعف و إشراك الأسرة في الاختبارات وتصميم البرامج العلاجية، كما يستحسن دعوة أسر أخرى لحضور جلسات تدبير لأسر أطفال آخرين.

الفوائد المحتملة لمشاركة الوالدين في برامج التدخل المبكر:

-بالنسبة للطفل:

أ- ازدياد فرص النمو التعلم المتاحة للطفل تحسين إمكانيات تعديل سلوك الطفل، لان الأخصائيين والآباء يصبحون أكثر ثباتا في التعامل مع الطفل في المدرسة أو المنزل

ب- ازدياد احتمالات تعميم الاستجابات، وكذلك فإن الخدمات المقدمة للطفل تصبح أكثر شمولية وأكثر قدرة على تلبية احتياجاته (الخطيب , الحديدي، 2004، ص 272 - 273).

-بالنسبة للوالدين:

أ- اشتراك الآباء في البرامج التربوي العلاجي المقدم لطفهم يساعدهم في اكتساب المهارات اللازمة لتدريب الطفل وتعليمه .

ب- مشاركتهم تجعلهم أكثر تفهم لاحتياجات الطفل المعاق كما تزودهم بالمعلومات الضرورية حول مصادر الدعم .

ج- تسهل عليهم الرعاية والتعامل مع المريض، وتطبيق العلاجات الطبية أو العمليات الجراحية تساهم في دحض المرض أو الحالات المرضية (أسامة، الشربيني، 2014، ص196).

12-3- تعليم المتخلفين عقليا:

ويقصد به البرامج التربوية الخاصة التي يقوم بإعدادها المختصون في علم النفس والتربية والتي تراعي فيها القدرات والإمكانات المحدودة للمتخلفين عقليا والخصائص والسمات التي يتميز بها هؤلاء الأفراد في نواحي التعليم والتدريب، إن التدريس للمتخلفين عقليا لا يتم عشوائيا وإنما هو عملية تحتاج إلى الحيطة والحذر، لذا فإن هناك عددا من الاعتبارات التي يجب أن تراعي عند التدريس للمعاقين وهي:

-تنظيم المادة التعليمية وإتباع الوسائل التي تعود الطفل على الإجابة الصحيحة وتقديم بعض الإرشادات والتلميحات عند الضرورة مع الإقلال من الاختيارات في استجابة الطفل فإرشاد الطفل للإجابة الصحيحة يكون بتكرار السؤال بنفس الكلمات أي المرور بخبرة نجاح - تقديم تغذية راجعة: وذلك بأن يعرف الطفل نتيجة عمله بعد أدائه مباشرة ولهذا يجب أن ينظم الدرس بطريقة تسهل على الطفل معرفة استجابته وتصميمها في حالة الخطأ.

- التعزيز: حيث يجب أن يكون التعزيز مباشرا وواضحا في حالة قيام الطفل بأداء استجابة صحيحة، وهذا التعزيز إما أن يكون ماديا مثل الحلوى أو معنويا مثل الاستحسان الاجتماعي والمديح والإطراء وما إلى ذلك .
- تحديد أقصى مستوى أداء يجب أن يصل إليه الطفل: يجب أن تراعى في المادة التعليمية المستوى الذي يمكن أن يؤديه الطفل وذلك بأن لا تكون سهلة جدا أو صعبة جدا .
- الانتقال من خطوة إلى خطوة أخرى يجب أن يسير موضوع الدرس وفق خطوات منظمة متتابعة بحيث تكمل كل خطوة الخطوة السابقة لها وتقود للخطوات اللاحقة من السهل إلى الصعب .
- نقل التعليم وتعميم الخبرة وذلك عن طريق تقديم نفس المفهوم في مواقف وعلاقات متعددة مما يساعد على نقل وتعميم العناصر الهامة في الموقف الذي سبق تعلمه إلى مواقف جديدة.
- التكرار لضمان التعلم: فالأطفال المتخلفين عقليا يحتاجون إلى تكرار أكثر من خبرة وربط بين المهارات المتعلمة والمواقف المختلفة وذلك للاحتفاظ بها وعدم نسيانها .
- ربط المثير بالاستجابة، من الضروري العمل على ربط المثير باستجابة واحدة فقط في المراحل المبكرة من التعليم .
- تشجيع الطفل للقيام بمجهود أكبر وذلك عن طريق تعزيز الاستجابة الصحيحة والتنويع في طرق و أغراض المادة التعليمية والتشجيع اللفظي من قبل المعلم .
- تحديد عدد المفاهيم التي ستقدم في فترة زمنية معينة لتفادي تشتت انتباه الطفل بمحاولة تعليمه عدة مفاهيم في موقف تعليمي واحد بل يكتفي بعرض مادة تعليمية واحدة جديدة في فترة زمنية محددة، وذلك بعد أن تصبح المادة التعليمية السابقة مألوفة لديه .
- ترتيب وتنظيم المادة التعليمية وتباع تعليمات مناسبة لتركيز الانتباه .

- تقديم خبرات ناجحة ان الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم ممن يواجهون الفشل باستمرار ينمو لديهم عدم القدرة على تحمل الإحباط واتجاهات سلبية نحو العمل المدرسي بالإضافة إلى بعض المشكلات السلوكية التي قد تؤدي إلى رفضهم اجتماعيا لذا فان من أفضل طرق التعامل مع هذه المشكلات تنظيم برنامج يومي يقدم بعض المهارات التي تمكن الطفل من تحقيق النجاح (بطرس، 2007 ص 139-140).

12-4- التاهيل والتكوين المهني للمتخلفين عقليا:

يعتبر تأهيل المتخلف عقليا أحد عناصر الاستثمار البشري باعتبارهم فئة من المجتمع تعطلت طاقتها نتيجة الإصابة بخلل في أحد أجهزة الجسم ولذلك أصبح الاهتمام بالمعوقين مع مطلع الألفية الثالثة، ضرورة ملحة تعويضا لهم عما يعانونه من عجز جزئي أو كلي وتمكينهم من الحياة الطبيعية المنتجة، وتدعيما لمساعدتهم على الحصول على حقوقهم المهضومة وتحقيقا لما أعلنته لجنة حقوق الإنسان في ميثاق هيئة الأمم المتحدة من أن مجموع أفراد الجنس البشري ولدوا أحرار متساوين في كرامتهم وحقوقهم، وتطبيقا لما حثت عليه الشرائع السماوية من ضرورة العناية بالمعوقين .

التكوين المهني: ان التعليم والتكوين المهني في مؤسسات التعليم والتكوين المهني، وعند الحاجة تهيأ أقسام وفروع خاصة لهذا الغرض ولا سيما في الوسط المدرسي والمهني، وتتضمن المؤسسات المتخصصة عند الاقتضاء إيواء المتعلمين والمتكويين والتكفل بهم نفسيا واجتماعيا وطبيا، وتتكفل الدولة بالأعباء والمصاريف المتعلقة بالتعليم والتكوين المهني والإقامة والنقل في المؤسسات العمومية (فهمي، 2005، ص 328).

13- دمج المتخلفين عقليا في المجتمع:

يرى بعض المهنيين والمختصين في شؤون التخلف العقلي ضرورة دمج المعاقين في المجتمع، وعدم عزلهم لأن هذه الفئة لهم مهاراتهم الاجتماعية والسلوكية التي ستكتشف من خلال تعايشهم مع المجتمع بكل سلبياته وإيجابياته، وقد اتجهت بعض الدول اليوم نحو إلغاء

السكن الداخلي الذي يقيم فيه المتخلفين عقليا حتى يندمجوا في المجتمع معتبرين أن الأفضل هو وضع برنامج تتبناه الدولة ويقوم عليه متخصصون يؤهل المتخلف عقليا نو إعاقة بسيطة للزواج وتربية الأبناء وتحمل المسؤولية من خلال مساعدات مادية واجتماعية ونفسية، لأن التخلّف العقلي درجات فمنهم من لديه القدرة على تكوين أسرة والقيام بالواجبات الزوجية، مع إمكانية حدوث بعض الصعوبات لكن اذا كان الطرف الآخر سيحتويه ويتفهم وضعه ويساعده وبوجهه ستتجح تجربة الزواج (وادي , 2009، ص352).

13-1 - تعريف الدمج في البيئة الأقل عزلا:

يقصد به الإقلال بقدر الإمكان من عزل ذوي الاحتياجات الخاصة وذلك بدمجهم قدر الإمكان بالأطفال العاديين في الفصول والمدارس العادية .

-الدمج Mainstrening: ويقصد بذلك دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس والفصول العادية مع أقرانهم العاديين مع تقديم خدمات التربية الخاصة المساندة .

13-2 - مبادرة التربية العادية:

يقصد بهذا المصطلح أن يقوم مدرسي المدارس العادية بتعليم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة خصوصا ذوي التخلّف البسيط والمتوسط في الفصول والمدارس العادية مع تقديم الاستشارات من المختصين في التربية الخاصة .

13-3 - الدمج الشامل :

هذا المصطلح يستخدم لوصف الترتيبات التعليمية عند ما يكون جميع المعاقين بغض النظر عن نوع أو شدة الإعاقة التي يعانون منها يدرسون في فصول مناسبة لأعمارهم مع أقرانهم العاديين في مدرسة الحي إلى أقصى حد ممكن مع توفير الدعم لهم في هذه المدارس.

13-4 - أنواع وأشكال الدمج:

- **الدمج الكلي التربوي:** ويقصد به دمج الطفل ذوي الاحتياجات الخاصة مع أقرانه العاديين داخل الفصول الدراسية المخصصة للأطفال العاديين ويدرس نفس المناهج الدراسية التي يدرسها نظيره العادي مع تقديم خدمات التربية الخاصة.

- **الدمج الجزئي (جزء من الوقت):** ويقصد به دمج الطفل ذوي الاحتياجات الخاصة في مادة دراسية أو أكثر مع أقرانه العاديين داخل الفصول الدراسية العادية .

- **الدمج الاجتماعي:** وهو أبسط أنواع وأشكال الدمج حيث لا يشارك الطفل ذوي الاحتياجات الخاصة نظيره العادي في الدراسة داخل الفصول الدراسية إنما يقتصر على دمجهم في الأنشطة التربوية المختلفة مثل: (التربية الرياضية، التربية الفنية، أوقات الترفيه، الجماعات المدرسية، الرحلات، المخيمات وغيرها (بطرس، 2007، ص 144).

13-5 - الدمج في الجزائر:

الجزائر من البلدان التي تهتم بفئة المعاقين وتبذل الجهود من أجل دمج المعاقين في المجتمع وانتهجت سياسة تربوية قائمة على الدمج وقد تم التأكيد على ذلك سنة 2012 بالمنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم (الإيسكو)، وذلك لضمان فرص متكافئة للتربية والتعليم لجميع الأطفال المعاقين ودمجهم في جميع المؤسسات التربوية والتعليمية وفي أقسامها النظامية العادية، وقد صدرت قوانين خاصة لحماية ذوي الاحتياجات الخاصة وضمان إدماجهم في العملية التعليمية (المادة 14، 15، 16، 17، 18) من القانون التوجيهي للتربية رقم 04/ 08 المؤرخ في 23 جانفي 2008، خاصة المادة 14 التي تنص على: (تسهر الدولة على تمكين الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة من التمتع بحقوقهم في التعليم) إن فئة ذوي الاحتياجات الخاصة تشكل شريحة هامة في المجتمع الجزائري، فكلما زاد عدد السكان تبعته زيادة في هذه الفئة، والجزائر كغيرها من الدول تسعى جاهدة للاهتمام بهذه الفئة إيماناً منها بحق التعليم للجميع وعملت على عقد الاتفاقيات بين وزارة التربية

الوطنية ووزارة التضامن الوطني والتنسيق بين الوزارتين لكيفية تحديد الإجراءات العملية للتكفل بهذا الجانب من حيث وضع النصوص لإصلاح الاختلالات وتدارك النقائص لتحسين مردود الفعل التربوي (شامي، 2016، ص 414).

وقد سطرت الوزارة برنامج يضمن تدرس ذوي الإعاقات الخفيفة داخل الأقسام العادية، بينما ذوي الإعاقات الأكثر شدة فيستلزم وضعهم في أقسام خاصة حتى يتم متابعتهم وبعد ذلك يتم وضعهم في أقسام عادية وهذا ما يعرف بالدمج الجزئي، أما النوع الأول أي الدمج الكلي فهو المحبذ أكثر بشرط توفير مرافقين لهؤلاء التلاميذ والمعلم يقدم الدرس للعاديين ولا يعيق ذلك الاحتياجات الخاصة، أي يكون هناك أستاذان داخل القسم، وقد كشفت الوزارة حسب العاملين في القطاع أن نسبة التخلف العقلي في الجزائر مرتفعة بشكل رهيب وعليه تم ترسيم لجنة مختصين لتحقيق حول التخلف العقلي في الجزائر لمعرفة أسباب ارتفاعه وكيف نستطيع معالجته (جريدة النهار، تاريخ الاطلاع 2016/07/05).

وفيما يخص الإدماج الاجتماعي والمهني يتم منة خلال إدماج الأشخاص المعاقين من خلال ممارسة نشاط مهني مناسب أو مكيف يسمح لهم بضمان استقلالية بدنية واقتصادية، ويتعين على المستخدم تخصيص نسبة (1%) على الأقل من مناصب العمل للأشخاص المعاقين وعند استحالة التعيين يتوجب دفع اشتراك مالي في صندوق خاص لتمويل نشاط حماية المعاقين وترقيتهم .

-المساعدة الاجتماعية: يتضمن القانون الحد الأدنى من الدخل للمعاقين العاملين أما الأشخاص المعاقون الذين هم بدون دخل يستفيدون من مساعدة اجتماعية تتمثل في التكفل بهم أو بمنحة مالية .(فهمي 2005، ص 330 -331).

13-6 اهتمام الإسلام بدمج المعاقين:

اهتم الإسلام اهتماما كبيرا بكل فئات المجتمع وحرص المسلمون على الرعاية الكاملة للضعفاء، وذوي الاحتياجات الخاصة، وبما أن فئة ذوي الاحتياجات الخاصة فئة قليلة في

المجتمع، فإنها تحت نظام الإسلام وحمايته ستجد من يقف جانبها ويساعدها، وعليه جاءت الآيات الكريمة في القرآن الكريم لتؤكد للجميع أن الله تعالى حث على نصره الضعيف وإعانتة قدر المستطاع والمتأمل في آيات الله تعالى يجد نفسه أمام آيات كثيرة توحى بهذا المعنى، قال تعالى: (ليس على الضعفاء ولا على المرضى ولا على الذين لا يجدون ما ينفقون حرج إذا نصحوا لله ورسوله ما على المحسنين من سبيل والله غفور رحيم). سورة التوبة الآية (91).

وقد تكرر في القرآن لفظ (ليس على الأعمى حرج ولا على الأعرج حرج ولا على المريض حرج). سورة النور الآية 61. أي أن الإسلام وضع منزلة كبيرة لهؤلاء الضعفاء .
دمج المعاق في المجتمع كما أقره القرآن الكريم والسنة النبوية:

قد أعطى الإسلام لهؤلاء المعاقين حقوقهم فحرص على دمج المعاق في المجتمع فقد ولى الرسول صلى الله عليه وسلم ابن أم مكتوم على المدينة عندما خرج لإحدى غزواته، كما يتجه الإسلام إلى المجتمع والمحيط الذي يعيش فيه المعاق فيعلمهم ويربيهم على السلوك الذي يجب عليهم أن يسلكوه في معاملتهم لإخوانهم وأهليهم من ذوي العاهات فهو يعلن بصريح العبارة أن ما حل بإخوانهم من بلاء لا ينقص قدرهم ولا ينال من قيمتهم في المجتمع فهم جميعا سواء لا تفاضل بينهم إلا بالتقوى ويكون صاحب العاهة أفضل وأكرم عند الله من ألف صحيح معافى حيث قال تعالى: ﴿إِنْ أكرمكم عند الله أتقاكم﴾، فالميزان الحقيقي هو التقوى وليس المال أو الجاه أو الصحة أو الصورة الخارجية أو غير ذلك لأنه لا يمكن أن تحقق الغاية السامية من هذه الحياة إلا إذا تحقق ميزان التقوى، هذا الميزان الذي له وقع أخذ في ضمير المسلم لما يحويه من الخير والاستقامة والصلاح للفرد والمجتمع وللإنسانية جمعاء فالتقوى جماع كل فصيلة .

خلاصة:

تواجه أم الطفل المتخلف عقليا جملة من المشكلات الخاصة في أثناء محاولتها التكيف والتعايش مع طفل متخلف عقليا، بالإضافة إلى أنها عرضة لضغوط وتوترات تواجهها أي أم، فمن خلال ما تم عرضه عن التخلّف العقلي كحالة عدم اكتمال نمو عقلي واضطراب نمو في جميع المجالات وما ينجم عنها من سوء توافق نفسي واجتماعي للفرد المصاب بها هذا ما يجعله عبء على والديه وخاصة أمه، والذي قد يؤدي إلى اضطراب العلاقة بينهما وخلق صعوبات تعلق وبالتالي يتوجب دراسة هذه العلاقة وردود الفعل اتجاه هذا الطفل وما ينتج عنه من صدمة وضغوط لدى هذه الأخيرة .

الفصل الثالث:

أم الطفل المتخلف عقليا بين الضغط والمساندة

تمهيد

1- الأمومة

2 - العلاقة أم الطفل

3-ردود الفعل اتجاه التخلف العقلي

4-العوامل المؤثرة على ردود فعل الأم اتجاه التخلف العقلي

5 - الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال ذوي التخلف العقلي

6 - حاجات أمهات الأطفال ذوي التخلف العقلي

خلاصة

تمهيد:

لا يوجد شخص في يومنا هذا يشك أنه وحتى قبل الوجود الجسدي للفرد يميز الطفل من طرف أمه، فالطفل المرغوب فيه أو غير المرغوب فيه يشغل مكانة في العالم النفسي لوالديه، انه منتظر قبل وصوله، الأمهات والآباء يتخيلونه ويكونون فكرة تتعلق بتصوراتهم عنه " ابني طبيب، مهندس، حرفي، سيعمل مثلي، سيدير أعمال... الخ".

إن هذه العبارات تمثل آليا ما يقوله كل الناس، إنها القيم الجماعية التي يؤسس عليها الضمير الطبيعي لما يريده الأولياء وما يتمونه من الأفضل لأنبائهم ودفعهم بذلك بأقصى ما يمكن أن يمتلكونه من قدرة، بالنسبة للأم الطفل الخيالي يشكل حلم المستقبل والاستغراق في هذا الحلم لا ينمو إلا بعد تمجيد نرجسي بمعنى " لقد أصبحت حامل" هذا الفخر يؤدي بالنساء الحوامل بأن يكن أكثر حذرا في تلك الفترة كأنهن بصدد تأدية عمل مقدس، ولقد اعتبر (Berland et al , 1993) فترة الحمل كمرحلة نمو حقيقية للمرأة (le camus, 1995,) (p-14).

1- الأمومة:

الأمومة خصوصا و الوالدية عموما هي واحدة من أقوى الغرائز عند كل الكائنات الحية، وعلى رأسها الإنسان، ترجع قوة هذه الغريزة إلى وظيفتها في حفظ النوع، فيتم فيها تجاوز الدوافع الفردية والاجتماعية لتشكل الأمومة والتكاثر الأداة الأبرز لخدمة هذا الدافع الحيوي المتمثل في الحفاظ على الحياة ونموها وانتشارها، فالأمومة اذا دافع فطري، والعناية بالصغار، وأساليب رعايتهم كلها سلوكيات فطرية تثيرها بعض الإشارات في البيئة، بكاء الصغار، ضعفهم، مناداتهم للكبار، الخ... مما يشير إلى سلوكيات الحماية والرعاية بالإضافة إلى الفطرة والتعلم الاجتماعي، تلعب الديناميات النفسية الواعية واللاواعية دورا في تحديد سلوكيات الأمومة ونوعية التفاعل مع الأبناء ورعايتهم، وهو ما يجعل كل علاقة أمومة/طفولة

فريدة من نوعها نظرا لخصوصية معادلة التفاعل الفطري والاجتماعي والنفسي في كل حالة (حجازي، 2004، ص 199-200).

1-1- معنى الإنجاب:

إن المكانة التي تعطى لكل واحد من الأبناء والدور الذي يناط به يتعدد انطلاقا من وضعية معقدة ونوعية الصلة والتفاعل مع ولد من الأولاد، فكل علاقة أم طفل هي علاقة فريدة في ظروفها ودوافعها والقوى الفاعلة فيها، وفي مسارها ومصيرها في آن واحد فرغم الرعاية التي يوفرها الوالدان لكل أولادهما إلا أن كل مولود جديد هو تجربة خاصة تحدث في ظروف معينة من تاريخ الرباط الزوجي والظروف المؤثرة فيه وتأتي في مرحلة محددة من النضج النفسي ومن التجربة الوجودية. وهكذا فإن تسلوت الرعاية فإن الدلالة والمكانة والدور تبقى فريدة، متميزة بهذا القدر أو ذلك التمايز أو الاختلاف، انطلاقا منها تتحدد العلاقة كما تتحدد نوعية التفاعل (حجازي، 2004، ص 200-201)، مجيء طفل هو دائما حامل لانتظارات متعددة هو حامل للأمنيات الغير محققة للوالدين، لإسقاطاتهم للمستقبل لاستمرارية العائلة، سند جديد لتحقيق الذات، تقديم دعم للروابط الزوجية للروابط بين الأقارب، فهذا الطفل هو استثمار من طرف الوالدين وعائلتهما، ويسجل في سلسلة ذات معنى (André, F , 2002, p14)

1-2 - دلالة الطفل بالنسبة للأم:

الطفل بشكل عام، وكل طفل خصوصا مجموعة متفاعلة ومتكاملة من الدلالات بالنسبة لكلا الوالدين ولممارسة أدوار الأمومة ونوعيتها ويمكن تمييز ثلاثة مستويات من الدلالة .

-**الدلالة الاجتماعية:** يشكل هذا النوع من الدلالة المستوى الأكثر وضوحا وعمومية، فالأمومة والأبوة، مهمتان اجتماعيتان بامتياز وكل مجتمع ينشئ أجياله الطالعة لإعدادها لمجموعة من الأدوار والأمومة والأبوة أبرز هذه الأدوار، وتمثل هذه الأخيرة قيمة اجتماعية

كبيرة في الثقافة و الأمومة أبرزها، ولها قيمة اجتماعية كبيرة في الثقافة العربية، فالبنت تنشأ منذ صغرها كي تصبح زوجة وأما، وتعزز لديها هذه الهوية كي تصبح مكونا أساسيا من مكونات أنوثتها وهويتها الشخصية ومفهومها عن ذاتها يؤدي هذا التعزيز إلى تنشيط قوي لدافع الأمومة وتصبح الأمومة عماد المشروع الوجودي للمرأة (حجازي، 2004، ص 201).

بعد الزواج يمارس المجتمع على المتزوجين حديثا مقدار من الضغط من أجل دفعهم إلى الحمل، وتقابل سرعة الحمل بكم من الترحيب وتكثر التساؤلات حين يتأخر وكان المجتمع يترك عضوية الأهلية الاجتماعية للزوجين معلقة حتى يستوفي شرط أساسي من شروطها ألا وهي الوالدية والقدرة عليها ، فالأمومة والأبوة يشكلان اذا شهادة الأهلية الاجتماعية.

لقد أظهر (Rosengren, 1962) أن الحمل في بعض الثقافات يأخذ مكانة كبيرة كما اشار فينيكوت إلى الاهتمامات الأمومية الأولية خلال مرحلة الحمل والتي تستمر بعض الوقت بعد الولادة (مريم سليم، 2002، ص 97)، فالقيمة الملقاة عليه تجعل بعض الأمهات يسلكن سلوكا مرضيا بسبب أن الحمل يأخذ تقدير عالي، ويمكن ان تحمل المرأة مكانة عالية.

-الدلالة النفسية: انطلاقا من هذا التعزيز الاجتماعي، تتخذ الأمومة والأبوة دلالة الجدارة الشخصية على المستوى النفسي، فالوالدية هي اكتمال الرجولة والأنوثة و البرهان على كل منهما حتى الرشد والنضج و لا يتكرسان نفسيا إلا بالإنجاب كبرهان على اكتمال مقوماتها، الطفل إذن على الصعيدين الاجتماعي كما النفسي هو جواز العبور إلى الأهلية والجدارة، وما يحملانه من توازن نفسي ومكانة اجتماعية ووافق مع الذات وثبات المكانة.

وعلى المستوى النفسي تتكرس أنوثة المرأة في أن تصبح أما كأمها كما تتكرس ذكورة الرجل في أن يصبح أبا كأبيه، وبذلك وحده يتجاوز كلاهما وضعية المرجعية الخارجية (والدتها كمرجعية لها) وصولا إلى المرجعية الذاتية هي أم اذا هي مرجع ذاتها، وهو أب

كمرجع ذاته، تلك السيرورة النفسية طويلة يقطعها الطفل الإنساني من وجهة نظر التحليل النفسي، وصولاً إلى مرتبة الكائن القائم بذاته، هذا الجهد الدائب يندرج ضمن عملية تجاوز التبعية أو المرجعية الوالدية من هنا تلك المشاعر المزيجية من الاعتزاز والفرح والإحساس بالتحول عند ميلاد الطفل الأول، كذلك الاطمئنان إلى الصحة النفسية والجسدية وتكاملهما، من خلال الخصوبة والإنجاب، فهو دلالة على اكتمال نمو الجسد والكفاءة، تلك هي بعض مصادر الاعتزاز الذاتي التي تظهرها المرأة حين تستعرض حملها أو تقدم طفلها (حجازي، 2004، ص202).

- الاستمرارية التعويضية: يضاف إلى ما سبق الحاجة إلى استمرارية الاسم من خلال توالد الذات مجسدة في كيان خارج عنها وهو جزء منها، هذا الكيان الذي يمكن أن يعوض قصور ذواتنا ويعالج ثغرات مشروعنا الوجودي، فما فاتنا يمكن أن يعوضه أولادنا، كما هو معروف، الطفل يملأ النقص على هذا الصعيد الوجودي حتى أحيانا أنه يمكن أن يستوعب هذا النقص الوجودي بأكمله، إذا اشتدت هيباطات الحياة الخارجية وإنجازاتها وإذا تفاقم إحباط الرباط الزوجي، فالطفل ليس مجرد استمرارية، بل هو استمرارية تعويضية، وبسبب هذه الدلالة يطلب إليه في الكثير من الأحيان، أن يقوم نيابة عنا بتعويض ما فاتنا أو تغدق عليه العناية، باعتباره صورة عن ذاتنا وممثلاً لها لعلاج حرمانات طفولتنا، كما يحدث في بعض حالات التدليل الزائد، كما أن الطفل هو تقليدياً وقبل توفير ضمانات حياة العمل المعاصرة ضمانة المستقبل والتأمين من الغد ومن غوائل الدهر وسبيل الإحساس بالمتعة والحصانة من خلال قوة العزوة المتمثلة في كثرة الولد وأخيراً هو مجال للافتخار والانجاز الذاتي وتحقيق للمشروع الوجودي من خلال الذرية الصالحة، وحسن ترتيبها وهو عطاء طيب للجماعة مما يولد الإحساس بالاستحقاق الفضل والمكانة فيه .

-الدلالات النوعية: بالإضافة إلى الدلالات الاجتماعية والنفسية السابقة، فهناك دلالات طبيعية نوعية تبعا للمرحلة التاريخية وللظروف التي يولد فيها الطفل والتي تلعب دورا هاما

في العلاقة معه، أي الدلالة الخاصة لكل طفل تتباين هذه الدلالة من حالة إلى أخرى مما يجعل لكل طفل مكانته الفريدة في التاريخ الأسري على مستوى القبول والتقدير كما في خيبة الأمل والنبذ النوعي، كما يعتبر الولد البكر هو الاعتزاز والتقدير النرجسي، يعلى شأنه وصولاً إلى إعلاء شأن النرجسية الذاتية الوالدية، وهو كذلك محط اهتمام الأسرة الممتدة التي تطمأن إلى استمراريتها وسلامة نسلها ليس الآباء وحدهم ينجبون بل هم يريدون الاطمئنان على أبنائهم ينجبون (نفس المرجع، 2004، ص 203-207).

2 - العلاقة أم طفل:

لقد أجمع الباحثون على اعتبار العلاقة بين الأم والطفل بمثابة الركيزة الأساسية للنمو الاجتماعي والانفعالي المبكر عند الطفل (قنطار، 1992، ص 47)، فالعلاقة أم طفل هي أهم ما يعيشه الإنسان منذ ميلاده حتى نهاية حياته، ويظل وجه الأم بلامحه وقسماته في ذاكرة الطفل منذ اللحظة الأولى، كما تعتبر هذه الأخيرة محور العلاقات بين كل أفراد الأسرة، والأم تحظى بقدر كبير من القدرة على التعبير عن الحب، فهي تستجيب لمشاعر الطفل وتوفر له العديد من المناسبات التي تحقق له الاستشارة الاجتماعية كاللعب و يساعده ذلك على تنمية ما يعرف بالتعلق الآمن (عبد الرسول، 2013، ص 09).

عند الميلاد يشكل الرضيع والأم وحدة نفسية، والعناية الأمومية هي التعبير عن هذه الوحدة، بحيث تشكل هذه العناية بداية استجابة للطلبات البيولوجية للرضيع، بينما تظهر مراقبة وضعية التغذية تنوع في علاقة الأم برضيعها، هذا يعني أن حركات وأفعال الأم ليست فقط استجابة لاحتياجات الطفل بل تمثل تعبيراً عن احتياجاته (Gutton, 1983, P70).

إن إقامة علاقة ما يتطلب وجود تصور لهذا الشخص وصورة عقلية له بالنسبة للوبوفيسي (Lebovici, 1983)، تكلم عن عدة تصورات للأم عن الطفل واعتبر أن الرغبة في الأمومة تنمو وتتكون من خلال الصراعات الليبيدية والتنظيمات النرجسية للطفل الأوديب (Bourrat & al, 2008, P78).

2-1 الحب الأمومي:

وصف هذا الحب كإطار منظم ضابط ومساند للرضيع، يعمل كصناديق إشارات الذي يشارك في تنظيم المثيرات الداخلية (الحاجات الأساسية والخارجية، الضجيج، درجة الحرارة، الخ...)، ومنظم للأنظمة البيوظيفية الغذائية، من أجل مواصلة الحياة بالنسبة للطفل (الغذاء، النوم، الإفراغ...). وقد ساهم الباحثون في فهم أحسن لمكونات الحب الأمومي فملاحظة التفاعلات السلوكية أظهرت أن الرضيع النشط في قدرته على إقامة روابط منذ أول لحظة في حياته، كذلك تم الكشف أنه حتى الجنين له كفاءات سلوكية للتكيف لمحيطه، هذا الرضيع الكفء يثير الراشد لإقامة علاقات تماما كما يفعل الراشد، فكما تسمح الأمومة بتسجيل مشاعر الأمن التي تبني شخصية الطفل، يعمل الطفل كذلك على خفض التوتر لدى الأم (Marciano,2001,P14-20).

2-2 - التعلق:

لقد أكدت نظريات التعلق (Eyer,1992) أن التعلق بين الأم والطفل لا يتحققان آليا حتى عندما يكون الطفل غير مصاب، فهو ليس رد فعل فوري، ووجد (Le Mosters,1957) أن معظم أمهات الأطفال العاديين يتميزون بنقص الفاعلية للقيام بالأدوار الوالدية ولاحظ (Dyer,1963) أن 80% من الأمهات التي أجري عليهن دراسته اعترفوا بأن الأمور لم تكن كما توقعوا بعد ميلاد الطفل كما أشار (Ruter,1980,p115) إلى خصوصية التعلق الأولى وتطور مفهوم الرابط الذي يحمل فكرة التبادل بين الأم والطفل، فكل واحد من الضروري أن يثير الآخر من أجل إقامة التعلق (L'attachement) الذي يعتبر كقاعدة للسلوكيات الاجتماعية والمستقبلية (Zucman,1982,P25)، ويرى بولبي أن الطفل مزود ببرنامج إشارات وإيماءات تؤدي إلى الاقتراب من الأبوين تكوينا رابطة الحب بينهما فالصراخ يمثل نداء استغاثة، الابتسامة تجعل الأمهات أكثر قربا من أبنائهن ومولدة للحب والرعاية الأمومية (مريم سليم، 2002، ص101)

2-3 - التفاعل بين الأم والطفل:

إن الاتصال الانفعالي والعاطفي بين الأم والطفل يكون من اليوم الأول للميلاد، فالأم مستعدة لتكوين روابط التعلق مع رضيعها والتفاعل هو مجمل التظاهرات الدينامية التي تدور مع الزمن بين الرضيع وأمه، ومع ظهور المفاهيم الجديدة من خلال نظرية التعلق لبولبي (Bowlby) والتي تتكلم عن أهمية العلاقة العاطفية التي تجمع الأم مع رضيعها، وأن الطفل مدفوع لأن يتقرب من أمه أو بديلها كحاجة أولية، وحسب Spitz السننتين الأوليتين لحياة الطفل تعتبر كحوار محدود بين ثنائي العلاقة وسلوكيات التعلق التي يعبر عنها الرضيع كأفعال توجه للأم بغرض الحماية (le Camus J,1995,P91).

فمع بداية نمو الرضيع هناك نشاط خاص حيث أن للرضيع إشارات كالصراخ، الابتسامة، الخ.... كجواب على طريقته على الإشارة المستقبلية من الأم، هذه السيرورات النفسية التي تدور مع الزمن بين الرضيع وأمه، تدل على أن هناك تفاعل تصاعدي، واتصال ليس له اتجاه احد بل يحضر بشكل تركيبى السبب الذي أدى لبوفيسي (Lebovici) إلى استعمال مصطلح سعيد من شكل التعاملات اللولبية (1986 , Justin P,249) ومن خلال هذه التبادلات تكتشف الأم كفاءات وليدها، ما يسهل عملية التعلق المبكر ويمكن تمييز ثلاث أنماط من التبادلات (Duverger,P5).

- **تبادلات سلوكية:** معناه الطريقة التي ينظم كل واحد فيهما سلوكه بالنسبة للآخر وتتمثل في:

- **تبادلات مرئية:** فمن اليوم الأول، تكون النظرة نموذج تبادلي مفضل خلال الرضاعة، فالأم تتجه نحو النظر (نظرة تعاونية)، بينما تلعب نظرة الرضيع لأمه دور المكافئ والتي لها قيمة عالية .

- **تبادلات جسدية:** هي مجمل التبادلات التي تجرى بالجسد وتسمى "حوار حضري" Dialogue "Tonique" إذ يوجد تفاعل حقيقي بين مواقف الطفل والأم راحة أو عدم راحة،

تشنج، استرخاء، انتباه أو عدم انتباه من الطرفين الخ... فاستجابات الرضيع لتأثيرات الأم تدرك كحث على المواصللة أو القطع.

- **تبادلات لفظية:** يعتبر البكاء والصراخ اللغة الأولى للرضيع والتي لا تعبر فقط عن حاجاته لكن كذلك على ردود أفعاله، فالبكاء والصراخ يؤدي إلى تأثيرات شديدة تدفع الأم إلى التصرف، الحيرة، أو العدوانية، حتى فقدان الأمل، فالأم تتكلم مع الرضيع منذ الساعات الأولى للميلاد.

- **تبادلات عاطفية:** يتعلق الأمر بتأثير تبادلي للحياة الانفعالية للرضيع وأمه، فالتبادل يحدث عن طريق الكلمات، الإيماءات، السلوكات، التعبيرات، فالأم غالبا تترجم ما يشعر به الرضيع إلى كلمات، ارتباط عاطفي، فهذه التبادلات العاطفية ستسمح للرضيع بتجربة تقاسم الحياة الانفعالية، حتى قبل تكوين اللغة، فالأم تستجيب لتعبيرات الرضيع باستعمال نفس النموذج التواصلية أو بغيره، كاستجابتها للصوت، الإيماءات وبفضل قدرتها على الفهم العاطفي لما يشعر به الرضيع وترجمتها لكلمات وإشارات والطفل بدوره يدرك بمقاييس معينة، الحالة العاطفية للأم، فهو يتمكن من معرفة ان الأم في حالتها المعتادة أم لا.

- **التعبيرات العاطفية:** يستطيع الطفل التعبير بشكل متعدد عن عواطفه، فوجهه يعبر عن اهتمامه عن استياءه، الضيق المفاجئ حوالي الشهر الرابع، يضاف إلى ذلك الفرح، الغضب، الخوف، الابتسامة تبدأ من الشهر الثاني إلى الثالث، فهي سلوك جد مكافئ للأم والأب، فالعلاقات المصاحبة للابتسام وحتى الضحك هي دليل على التبادلات العاطفية بالإضافة إلى ذلك يبحث الرضيع عن فهم الأحداث من حوله من خلال الأجوبة الانفعالية للأم بما أن حالته لا تسمح بفهمها وحده، فهو يدركها بفضل الحالة العاطفية للأم، والطفل غالبا ما يقوم بتقليد والديه وأطفال آخرين (Duverger, p6).

- **التبادلات الهوائية:** الحياة الخيالية الهوائية للوالدين هي جد مرتبطة بالحياة العاطفية لتاريخهم لعلاقاتهم، لصور والديهم، قبل ميلاده الطفل الهوائي والطفل الخيالي بالنسبة للأم

المستقبل هو نتاج جوانب لا شعورية لرغبة الأمومة، والحياة الخيالية الهوامية للرضيع تنتج من الحياة الهوامية والخيالية للوالدين، فالتبادلات الهوامية تبين كيف أن هومات الواحد تؤثر في الآخر، فبالنسبة لمنوني Mannoni، اللاشعور والرغبة عند الأم لهما التأثير الكامل على الطفل أما ميلاني كلاين فهي ترى أن الطفل يصنع أم خيالية يشطرها، يقصدها، يسقط عليها، يجتافها من خلال نزواته وهوماته الأولية، فكل نظرية تحاول أن تبين المكانة الذي يشغله أحدهما بالنسبة للآخر، فهي هومات الأم عند (Mannoni) وهومات الطفل عند ميلاني كلاين (M.Klein) (Lustin, 1986, p220).

2-4- تصورات الأم حول الطفل:

إن أي طفل سيأتي إلى هذا العالم يمثل ثمرة حلم سابق ونتيجة تقاطع خيال الأم والأب متجسدا في لقائهم، ويعبر عن المنطق الذي يسمح لهذين الحلمين أن يضلا مترابطين، فبعض الأولياء يفترقا بعد فقدانه أو نتيجة فشل في تربيته، أي أن كل طفل هو الوريث بالمعنى الكامل للكلمة والحامل لمخاوف وآمال الأولياء الذين هم أنفسهم كانوا وريثي هومات أوليائهم، فهذا الطفل يمثل امتداد النسل العائلي ورمز الدوام لهذا الاسم واستمرار يته وأحلامهم حول مصيره وكيفية جعله كنموذج له بالصورة التي يرونها، وبمصطلح آخر على الأطفال أن يكملوا نقائص أوليائهم التي يشعرون بها تجاه من حولهم، وكأن هذا الطفل يمتلك مسبقا ماضي قبل ميلاده، فلا يوجد ولي ليس له تفكير مسبق قبل مجيء ابنه، كل أم أو أب من الضروري أن يكون لهما آمال تجاه ابنهما، فالإنسان تتكون لديه حياة هوامية يفكر ويجهز مشاريع تماما كما يتنفس، فهي تمثل النشاطات الإبداعية لاكتشاف والتحضير للواقع، وتعتبر صيرورات طبيعية وتلقائية وهي ضرورية لحفظ وبقاء حياة الفرد، تماما كما هو الحال بالنسبة للصيرورات البيولوجية والفيزيولوجية المسؤولة عن الحفظ والتكامل الفيزيولوجي للمعضوية، لأن التوقف عن الحلم والتخيل يؤدي حتما وفي وقت قصير إلى إزالة

معايشة العالم والنتيجة الموت النفسي للفرد، فضلا عن ذلك يمثل الحلم الأمل بالنسبة للحياة. (Ringler ,M ,1998,p69-72).

- **الطفل الهوامي:** إن الرغبة في الأمومة شيء تعرفه كل النساء بحيث تسمح الهوامات التي تنظم هذه الرغبة بالتكلم عن طفل هوامي طفل الحياة السابقة، لقد اعتبر (بارجري) Bergeret، أن الطفل المستقبلي هو نتيجة قصة طويلة قبل ميلاده فهو موجود منذ القدم في المعاش الهوامي للأم. (Bergeret,2000,p35).

هذه الرغبة التي تظهر منذ الطفولة المبكرة والتي يعبر عنها من خلال لعبة الطفلة الصغيرة بدمائها، ولعبة المعلمة المدرسية وتمثيلات الأب والأم، الخ....، وفي هذا الصدد اظهر فرويد في وصفه لهوام المشهد الأولى كيف يبني الأطفال رواياتهم العائلية حيث تندمج انشغالاتهم حول الوالدية في صراعات لاشعورية تتطور بالتوازي مع نموهم (Lebovici ,1970,p258).

-الطفل الخيالي:

وهو نتيجة الرغبة في الحصول على طفل والتي تترسخ في إشكالية الوالدين، والحمل هو الذي يعطي معنى لها، وتستقر كذلك في نموذج التوازن العائلي، والذي تنطوي عليه الضرورات الثقافية وتعاقب الأجيال. (Bourra,& al, 2003 , p78).

إن الطفل الخيالي هو نتاج أحلام اليقظة، فهو بناء هوامي يرتكز على الرغبة في الأمومة وهواماتها، إنه مشروع يغطي بطريقة أو بأخرى الطموحات النرجسية للأم، حيث ترسم العلاقات مع الأب والوالد الطفل والصراعات الأوديبية مع الأم (Bergeret,j,2000,p37).

وأثناء الحمل يصبح الطفل المستقبلي حيا، فتحضر الأم لقدمه وقد تفضل جنسا معيناً ذكر أو أنثى، وتتوقع شكله وشبهه تنتبأ له بمستقبل ما وتشكل له طقم ملابسه، وتقلق على بقاءه على قيد الحياة وتخشى أن يولد بتشوهات، فخلال هذه الفترة أو قبلها تهاب معظم الأمهات من إمكانية إنجاب طفل ذو إعاقة وقد أظهرت الدراسات (Ciottbied,et)

(al,1975,&Richardson,et al,1970) أن معظم أفراد المجتمع تقريبا لديهم اتجاهات سلبية نحو الأفراد المعاقين عقليا (سليقمان، دارلينج، 2001، ص78).

وتختار له اسم بالمشاركة مع الأب أو كل واحد منهما يحاول ان يتحيز لشجرة نسبه، يبصم هذا التسجيل بهواماته حول والدي الوالدين المستقبليين، بتعبير آخر يبصم بعناصر الرواية العائلية المبنية من طرف هؤلاء، ويتعلق الأمر بقصة عابرة للأجيال التي تنقل للطفل المستقبلي كل الأسرار العائلية التي هو حامل لها.

فالحمل هو مرحلة تغيير في الاقتصاد النفسي مهمة، زيادة في الليبيدو النرجسي على حساب لبيدو الموضوع، فمن هذا الوقت يحمل الطفل الخيالي وزن كبير وحضور، حيث تمنح له هذه الأم مقدا جسم خيالي هلوسي وبعض الخصائص النفسية (وجه معين، شعر، الخ..) والتي تتمنى أن تجدها بعد الميلاد (Lustin,j,1996,p248).

-الطفل الواقعي:

الولادة هي لحظة لقاء الأم بوليدها، المولود حقيقي الآن، كتلة حية عزيزة على الأم تضمها بين ذراعيها، تبدأ الأم عند الولادة ببناء تصورات حول ما هو عليه وليدها، وكيف يمكن ان يصبح، عادة ما تجري الأم إعادة بناء هذا الطفل وفقا للخصائص العامة التي هو عليها هذا المولود، وتستظهر هومات فترة الحمل من جديد ولكن سيعاد ارضانها استجابة للواقع الموجود بتعبير آخر سينمحي الطفل الخيالي بهدوء لصالح الطفل الواقعي (Stern,D,1992,p79).

2-5 العلاقة أم طفل والطفل المتخلف عقليا:

لقد أثبتت الدراسات بأن الطفل منذ ولادته يلعب دورا نشط في صياغة العلاقة مع الأم، وبدأ الباحثون في الأخذ بعين الاعتبار التأثير المتبادل بين الأم والطفل في تحديد العلاقة بينهما (قنطار، 1992، ص112). فالطفل منذ ميلاده يبدي ميولا للاقتراب من الأم، وهذا ليس نتيجة تعلم بل هو نتيجة حاجة فطرية، تدفع الأم إلى الاهتمام بصغيرها وإعطائه

الحنان والحماية وتلبي حاجاته، هذا السلوك كذلك ناجم عن ردود الطفل الذي يدفع الأم إلى الاهتمام به أكثر بفضل احتجاجه وإجبارها على الاهتمام به، بصراخه بمتابعته لها، بإغرائها (ميموني، 2005، ص179). أي ان هناك علاقة تبادلية يتأثر كل طرف بالآخر (Cohen,1999,p30).

فكل مولود جديد يأتي يجلب معه تحديات وظروف تتطلب عملية تكيف جديدة، وهو قيد للأم كزوجة شابة وكذا لمن مضى على زواجها عدة سنوات، فالمولود له حاجاته التي تتطلب الجهد والتنظيم والعناية والإنفاق، تعديل أوقات النوم، البكاء المستمر، فغالب ما يشكل هذا إحباط لدى الأم، وحتى صعوبات أمام الزوج وقد تقود إلى العصبية والإزعاج، وحين يأتي طفل غير مرغوب أو مشوه أو مريض أو معاق، يؤدي هذا إلى الإحباط إلى إهمال الطفل ونبذه (الختاتنة، 2012، ص85). فإصابة الطفل بعاهة خلقية أو إعاقة قد يفجر قلق الأم أو الوالدين كلاهما من خلال إثارة نقصهما اللاشعوري، إعاقة الطفل تتخذ دلالة إلحاق الأذى بصورة الذات وتكاملها عند احد الوالدين، وخصوصا الأم التي يجسد الطفل جزءا من جسدها، ونتاجا له وتتفاقم المشكلة إذا كانت صورة الجسد هذه تعاني أصلا، هناك تتشكل علاقة مرضية بينهما، فالطفل المصاب يمثل بإصابته التعبير الخارجي عن النقص اللاوعي عندها، ومن الدفاعات الناجمة عن هذه الحالة نبذ الطفل، الشعور، بالإثم، تفجر القلق، الحماية الزائدة، العدوانية الخ....، (حجازي، 2004، ص 209).

2-6 اضطرابات التعلق بين الأم والطفل المتخلف عقليا:

ينبتق التعلق من عملية التفاعل بين الأم والطفل، فعندما يستجيب الطفل لمحاولات الأم لإطعامه ومداعبته تشعر الأم بالتعزيز لمشاعرها، ويزداد التعلق بعمق عندما يبدأ الطفل بالابتسام، وإصدار الأصوات والاستجابة لإيماءات الأم، بالنسبة للأطفال ذوي الإعاقات فالغالب أن يكونوا غير قادرين على الاستجابة للجهود التي يبذلها الوالدان.

إذ يمكن لخصائص الطفل أن تعدل مسار العلاقة بينه وبين الأم كعمره وجنسه وقدرته على الاستجابة للمؤثرات الحسية، البصرية والسمعية الصادرة عن الأم، فالإعاقة تشعر الأم بالعجز والقهر والإحباط، وعدم القدرة على ممارسة دورها. والحالة الصحية للطفل تؤثر في سلوك الأم وفي كفاءتها الوالدية، فالطفل السليم جسديا يخفض الكثير من معاناة الأهل، ويجعل من السهل على الأبوين التحلي بالصبر، ويعزز شعور الأمل والتفاؤل، وسلوك الواحد يؤثر في الآخر ويرتبط به، وهذا ما يدعم قول ميدو هايمان (Med. And Hayman,1965) " تبتسم الأم عندما يبتسم طفلها، وتستجيب له عند بداية لعبه، فالطفل يعلم العالم بأن هناك مكانا داخله للناس أن يتبادلوا التفاهم والأمزجة والطباع".

كذلك تنسيق المؤثرات التي يصدرها كل منهما وتزامنها بالنسبة للمؤثرات التي يصدرها كل طرف للآخر يجعل السلوك المتبادل بين الأم والطفل أكثر فاعلية (قنطار، 1992، ص113).

إن نجاح التواصل بين الطرفين يعتمد على سلوك كل منهما، فالإعاقة التي يعاني منها الطفل قد تجعله في وضع لا يمكنه من الإحساس بالمؤثرات التي تصدرها الأم أو إدراكها مما ينعكس سلبا على التفاعل القائم بينهما، فالطفل المتخلف عقليا يتميز بفقير المؤثرات، ويتطلب مجهود إضافي من الأم للتفاعل معه مقارنة مع الطفل العادي (Jones,1977)، ما يشعر الأم بالسلبية وأن تكون أكثر تدخلا، قصور الطفل في قدرته على للتواصل مع الأم وإقامة الروابط والتفاعل معها من شأنه أن يؤثر على قدرتها في تنمية هذا التعلق مما يؤدي إلى اضطراب العلاقة بين الأم والطفل (نفس المرجع، 1992، ص169-170).

2-6-1 خصائص استجابات الطفل المتخلف عقليا:

لقد اقترح كل من بلاشر، بايلي، ووشر وولري (Blacher,1984,;Woechter,1977) Bailey & Wolery1984) مجموعة من الخصائص التي يمكن أن تؤثر في درجة التعلق بين الطفل المتخلف عقليا ووالديه ومنها:

- مظهر الطفل خاصة التشوه في منطقة الوجه.
- الاستجابة السلبية عند حمله بين اليدين (التصلب، التوتر، انعدام الاستجابة).
- البكاء الحزين المستمر.
- مستوى النشاط الشاذ، إما الخمول أو النشاط المفرط.
- عدم القدرة على الاستجابة بعد فترة من حدوث المثير.
- صعوبات الرضاعة.
- الصعوبات الطبية، وجود الأجهزة الطبية بصفة مستمرة، مثل أنابيب التغذية، أو اسطوانات الأكسجين.
- الحياة المهددة.
- البقاء في المستشفى لمدة طويلة، والانفصال الكامل عن الطفل.
- عدم القدرة على المناغاة أو النطق.
- عدم القدرة على تحقيق الاتصال البصري.
- النوبات المرضية المتكررة (سليقمان، دارلينج، 2001، ص76).

بعدما تم التحدث عن العلاقة الثنائية والتفاعل الذي يحدث بين طرفي هذه العلاقة وضرورة ان يكون لكل واحد منهما دور في إثارة الآخر وخاصة خصائص الطفل التي تساعد الأم على تقديم الرعاية أكثر وتوفير الحماية، وبما أن الطفل المتخلف عقليا يمتلك خصائص سلبية ويتطلب جهد اكبر لاستشارته من طرف الأم وأحيانا يمتلك تشوهات

وخصائص مرضية ما قد يؤدي بالأم إلى الشعور بالصدمة ومعايشة الضغط ومجموعة من ردود الفعل نتيجة هذه الحالة.

3-ردود الفعل اتجاه التخلف العقلي:

ميلاد طفل هو تجربة تغيير كبير لكل العائلة، أزمة انتقال نفسي مهم لاستقبال هذا الرضيع ذي التبعية الكاملة ما يتطلب عقد روابط أكثر اندماجا تتكفل بها الأم بشكل رئيسي. فهي تحضر نفسها من اجل بناء عالمه الداخلي، الأمر لا يتعلق بها فقط بل كذلك كمتحدثة باسم الفوج العائلي، أي الروابط مع الزوج، الأقارب، العائلة، إذن هذه الأم مع التوظيف النفسي لكل العائلة الذي سيعطي المكان الخاص لهذا القادم الجديد للعائلة الحالية وللأجيال المتعاقبة، التأسيس لهوية هذا الطفل بشرط ان يتمكن هو من التسجيل في استمرارية القيم العائلية، هذا الطفل الحامل لانتظارات متعددة، للأمنيات الغير محققة للوالدين، للاستمرارية العائلية، سند جديد لتحقيق الذات، لدعم الروابط الزوجية الروابط بين الأقارب، فهذا الطفل قبل مجيئه يحمل استثمار مسبق.(André,1982,p14)، إذن فميلاد هذا الطفل الحامل للتخلف العقلي، أو المكتشف لاحقا، من المؤكد التفكير في الصدمة، الحلم بطفل مثالي سيتحول إلى كابوس، هذه التجربة القاسية تمس بهوية الوالدين، فشل يتسبب في انهيار كل الآمال المعلقة على الطفل الحلم. ومن خلال الإطالة على الأدب النفسي الخاص بحالة طفل متخلف عقليا في الأسرة ما من شك أن هذه الحالة تولد مجموعة من ردود الفعل المختلفة مثل: الصدمة، الرفض الإنكار، إسقاط اللوم، المخاوف، الشعور بالذنب، الإحساس بالمرارة، الانسحاب، الغضب، الحماية الزائدة، النبذ، التقبل، التكيف... الخ (هدى، ماهر، 2008، ص61). (الشعراني، 2006، ص243).

كما انه مما لاشك فيه أن درجة اعتماد الطفل على أمه وخصائص إعاقته من أهم العوامل التي تشعر الأم وكل الأسرة بالصدمة والضغط (Beckman,1984) في (قنطار، 1992، ص165).

3-1 - مرحلة الصدمة:

عند إعلام الوالدين للمرة الأولى بحدث الإعاقة سواء كان ذلك بعد الميلاد مباشرة، أو في سن متقدمة فإن وقع هذا الخبر عليهما سيكون قاسيا، فإعاقة هذا الطفل تعاش كشدة عند الوالدين، ومفاجأة لأنه لا يمكن أن تكون موجودة في تركيبة أحلامهم وتصوراتهم يحس الوالدين بالفاجعة، ويشعرون بالرغبة في جو من الوهمية واللامعقولية، يشعرون بالتهديد ويكون التعبير عن الصدمة بعبارات عدم التصديق وعدم معرفة كيفية التصرف في مثل هذا الموقف (Ringler, M1989, p773-75). (وادي، 2007، ص33).

فخصائص التخلف العقلي هي مصدر للنشوز والتنافر فهذا الطفل يظهر كغريب، لا بل غريب يحمل غرابة، في توظيفه النفسي والجسدي تعرقل سيرورة التقمص الأولى، وجود التشوهات يكون حاجز للتفاعلات التكمسية لأم تجاه رضيعها، فالعيوب والعاهات تحدث اضطراب خطير في الاقتصاد النفسي المتوازن للوالدين، وتؤدي إلى الصدمة فهي جرح نرجسي للأُم، (Lustin, 1986, p249)، هذا التقمص أمام التخلف العقلي هو أحيانا مستحيل. إذن هي معاشات صدمية، فقدان للمعالم، الأم مجروحة تشعر بالفشل في قدراتها الوالدية، التخلف العقلي يخلق كسر في استمرارية نرجسية الفوج العائلي، فهذا الغريب لا يستطيع أن يأخذ مكانه في حمل المثل العائلية، فالطفل المتخلف عقليا جاء لقطع النسل، جرح نرجسي لأنه قد يهز في العائلة معنى النوع ويخلق كسر في استمرار الأجيال.

وعلاوة على ذلك التخلف العقلي قد يحدث في قصة عائلية هي أساسا هشّة بالصدمات، فالطفل المعاق إذن يصبح كصورة تكرر النكبة الغير مهياً لها. وضع (Evelyngranyon , 1994) فرضية إقامة عقد ذهاني بين الطفل وعائلته، يحيي الطفل بلا علم بإعاقته بعض ما يتعلق بالوراثة والسلبية، فيصبح كموصل لها إنه الغير مفكر فيه، الغير ممثل المخل بتعاقب الأجيال، لأنه يحتل مكان، ولا يقوم بمهام فهو الذي يجب إخفاؤه، الذي لا يمكن التكلم عنه ولا التفكير فيه، الطفل المعاق إذن يجدد في الحاضر أحداث صدمية

ماضية، يعرض الوالدين والعائلة إلى معاش تحطيمي، جرح نرجسي، قطع النسب، تنشيط التصدعات الكامنة في الأصول. (André,1986,p16) كما تحدثت عنه كورف سوف (Korff-sausse,1995,pp43-44) أن "التخلف العقلي تتسبب في حدوث عصاب صدمي غير منتظر لا يحدث إلا للآخرين". لذلك فإن ردود فعل الوالدين تتمثل في العدوانية، الأمراض السيكوسوماتية، الإنكار، الاكتئاب، الخ ونستطيع القول أن التخلف العقلي هو وضعية نموذجية تجمع كل عناصر الصدمة كما تم وصفها كلاسيكيا من طرف فرويد وفرنزي: فجائية الحدث، عدم التحضير النفسي، ظاهرة تسبب الرعب أكثر من الخوف والقلق، فشل في القدرة على الترميز، الذهول وتجزئة الأنا، وقد تم دراسة هذا الموضوع في إطار دكتورا بجامعة (Denis) في فرنسا نوقشت عام 1996 بباريس تحت عنوان: Figures et Devenir de L'étranger في مقاربة نفسو تحليلية للإعاقة مارتني (Marty ، 2001) فهؤلاء الأولياء يظهروا كأشخاص مصدومين تماما كضحايا الكوارث الطبيعية أو الحروب، وهذا ما أظهرته المقاربة الإكلينيكية بين أولياء الأطفال المتخلفين عقليا والدراسات التي أقيمت على مصدومي الحرب (Marty,2001,p101).

فهذا الحدث الغير ممثل يجعل الوالدين في حالة ذهول أو صمت الإصابة بأعراض، أو ظهور سلوكات مرضية، هذه الكارثة لا تسمح للنفس بالقيام بوظيفتها في استدخال عناصر العالم الخارجي نتيجة العجز الناجم عن أسباب نفسو اقتصادية لفيض الإثارة التي تعمل على تعطيل وظائف الأنا.

3-2- الإنكار:

يعتبر الرفض والإنكار من الاستجابات التي تشكل آليات دفاعية وقائية ذاتية ضد الحقائق المؤلمة خاصة عندما يتعلق الأمر بالأطفال الذين هم امتداد لأوليائهم، فالتشوهات الخاصة بالطفل تؤدي إلى الرفض والإهمال الأمومي (Guedenez,N,2005,p58). وقد يقلل الآباء من درجة الإعاقة أو ينكرون ببساطة وجود مشكلة وهم في هذه الحالة يتغافلون

ويغلقون عقولهم عن جوانب قصور هذا الطفل وقد لا يلاحظ الإنكار بشكل مباشر فالآباء لا يسمعون إلا إلى الآراء الإيجابية ويقومون بالتنقل من طبيب لآخر ساعين إلى حل لهذه المشكلة التي يتوقعون أنها آلية، ويستطيع الآباء نكران الإعاقة لفترة طويلة إذا كان هذا الطفل لا يبدو عليه أنه مختلف عن الأطفال الآخرين (عريبات، 2011، ص52)، وفي رحلة البحث عن الشفاء هذه والتنقل من أخصائي لآخر كثير ما يفشل الأخصائيون في تفسير الحالة بوضوح، وبطريقة يتقبلها الأهل، وكيف يتم مساعدة الطفل (بطرس، 2007، ص160).

ويبحث الأولياء عن مصادر تتلج صدورهم وتنفي لهم حقيقة أن ابنهم معاق، وفي هذه المرحلة ينظر الأولياء إلى لأنماط السلوك الإيجابية عند الطفل، ويراقبوا الحركة والنشاط والسلوك الطبيعي للطفل وبيالغون في تقييمها، بينما يتم إغفال الجوانب الأخرى فيتجاهلون أنماط السلوك السلبية، كنوع من الهرب من حقيقة إعاقة ابنهم (وادي، 2009، ص303).

وفي الواقع أن استجابة الرفض أو الإنكار تعمل على تأخر تقبل الطفل وتمنع الوالدين في هذه الفترة الحرجة من عمر الطفل من التدريب أو العلاج الضروريين (هدى، ماهر، 2008، ص63)، كما تختلف المواقف الوالدية بين "الرفض" و"الحماية المفرطة" كموقفين متناقضين، لكن يمكن ملاحظة مواقف وسيطيه يتجه بها الوالدين نحو أبنائهم وقبول هذا الطفل كما هو وبالتالي تكيف سلوكياتهم تجاه تنظيم حياتهم وتوفير ظروف ملائمة لنمو أفضل في حالة تضافر الجهود بين الأولياء والمهنيين .

3-3 - مرحلة الفوضى:

وهي أطول مرحلة في سيرورة الحداد تنتاب الوالدين عواطف شديدة في بعض الأحيان متناقضة المسيطر عليها الاكتئاب، تكلم مونبوركات (Monbourquette , 1983/2014). عن فيض المشاعر والتأثر (flot d'émotivité)، تبدأ مرحلة الفوضى عندما تكون ميكانيزمات الدفاع غير كافية لحماية الفرد من هذا الضياع، فتتطلق مشاعر الخجل (العار)، الحزن والأسى، الغضب، الترك والفرق (Bowlby,1980) وبالمقابل الوعي الشعوري

الكامل أو القبول بتشخيص الإعاقة العقلية، هذه المرحلة تشهد موجة، عارمة من الانفعالات الاعتراض، عدم القدرة، الغضب الناجم عن التشخيص يوجه نحو الطفل لعجزه، أو نحو الأجهزة الطبية لعدم قدرتهم على تقديم العلاج أو للشريك، وفي بعض الحالات نحو عوامل الضغط الثانوية، كنقص السند الاجتماعي، المراكز المتخصصة، نقص المعلومة، الصعوبات المادية... الخ (Dionne et Rousseoiu.2006, Ellis, 1989, Grant et al, 1998, Riez 2004)، بالإضافة إلى عدم القدرة وفقدان المراقبة أمام مختلف المواعيد الطبية ومواجهة قوائم الانتظار بعض الأمهات تحول الغضب نحو الذات (Bornett et al, 2003)، والإحساس بالقيام بذنب أثناء الحمل أو قبل مجيء الطفل ممكن أن يدوم هذا عدة أشهر أو حتى سنوات (Normand, giguere, 2009).

مشاعر الذنب قوية رغم أن (30%-50%) من حالات التخلف العقلي غير معروف فيها السبب، وقد يعتقد الوالدين كذلك أن إعاقة الطفل إنما هي عقاب على فعل خاطئ صدر عنهما في الماضي وهم يدفعون الثمن الآن، وأن الإعاقة شيء سيئ وأن الأمور السيئة لا تحصل للإنسان الجيد ولذلك فهما يشعران بالذنب لمجرد وجود الإعاقة (عربيات، 2011، ص 53-54).

وقد يلوم الوالدان أحدهما الآخر، وقد يلوم الأجداد الصهر على ما حدث وتكون النتيجة، شجارات عائلية لا فائدة منها إذ لم يكن بين الوالدين قرابة دم فقد يلوم أحدهما الآخر، على أن في عروق أحدهما دم فاسد ويحاول البعض إبقاء الطفل بعيدا عن اللقاءات العائلية لكي لا يكتشف الأقارب إعاقة الطفل (بطرس، 2007، ص 160).

ويشعر الوالدان بالذنب كذلك لأنهما لم يتخذا الإجراءات الوقائية اللازمة التي تمنع حدوث الإعاقة، ويلوم أحدهما الآخر في مسؤولية ذلك (وادي، 2009، ص 303).

تجربة أن تكون والد لطفل متخلف عقليا هي تجربة توصف دائما بمصطلح الضغط العالي، مع حصر وضيق نفسي شديد وتفشى كبير للاكتئاب، و تقدير ذات ضعيف،

الشعور بالهامشية ووصم العار، كثير ما يشعر الوالدان بشكل أو بآخر بالخجل من هذه الإعاقة لأنهم يعتقدون أن الاتجاهات السائدة في المجتمع سوف تؤدي إلى رفض ابنهم وأن وجود هذا الطفل ما هو إلا عقاب على خطيئة ارتكابها , ولأنهما جزء من المجتمع الكبير الذي تسوده مثل هذه المعتقدات فلا غرابة أن يحاول الوالدان تجنب مخالطة الناس وعزل طفلهم خجلا من ردود فعل الآخرين (عربيات، 2011، ص 54).

وينتاب الأولياء تساؤلات من مثل كيف سيتعامل أصدقاؤنا وأقاربنا مع طفلنا؟ وما هو تأثير ما حدث على الأوضاع الأسرية المادية والاجتماعية؟ يبحث الوالدان عن إجابات لها وعادة ما يكون هناك قصور في المعلومات والخبرات التي تساعد في التغلب على مخاوفهم (هدى، ماهر، 2008، ص 64).

إلا أن التيار الحديث في الكتابات العلمية يتجه الآن إلى التركيز على استراتيجيات التكيف والتحويلات الايجابية التي يعيشها والدي الطفل ذوي الاحتياجات الخاصة كالتخلف العقلي والتي تفسر بنظرة جديدة، لهذه العائلات التي تحتاج إلى أقل سند إكلينيكي لتجاوزا مرحلة الفوضى والوصول إلى إعادة التنظيم أو التكيف وتقبل واقع التخلف العقلي، وهذا لا يكون إلا بالتعبير عن كل المشاعر السلبية والمحطمة للتوازن النفسي والعائلي والاجتماعي لمدة من الوقت، حتى يحل الحداد بشكل ايجابي (Normand, Gigurère2009) .

3-4 -مرحلة إعادة التنظيم La réorganisation:

إن هذه المرحلة لا تأتي إلا بعد المرور بمرحلة الفوضى، فمن الخطأ التفكير أن الحداد سيرورة خطية، بمعنى أن مرحلة إعادة التنظيم تأتي بعدها، أي أنه بعد فقدان وعدم التوازن يبحث الإنسان عن إعادة التنظيم بهذا المعنى من الممكن إدراك محاولات التكلم عن إعادة التنظيم عند تغيير صورة الذات، التكيف من خلال أدوار جديدة والاستثمار في علاقات ارتباط جديدة بالنسبة لهؤلاء الأولياء الذين يقومون بهذا التحدي يجب أولا:

- التخلي عن صورة الذات كولي سيئ التي تظهر في مرحلة الإنكار والفوضى، كذلك صورة الطفل الناقص المغذاة بمشاعر عدم القدرة والغضب والمعاشاة في فترات معينة، التقبل ليس فقط عقلي لكن كذلك عاطفي نهائي في الحياة مع طفل معاق عقليا (Normand ,2009,giguère).

-يجب كذلك التخلص من عقدة الذنب والشعور بالمسؤولية الشخصية عن الإعاقة، فتقبل الإعاقة لا يعني أبدا عدم الشعور بالألم وانتهاء الأحران، فثمة من يعتقد أن أسرة المعاق تعاني من الأسى المزمن، وفي هذه المرحلة يبحث الأهل عن الخدمات وبرامج التربية الخاصة لمساعدة ابنهم المعاق وتكون الأسر في وضع نفسي جيد من أجل مساعدة أبنائهم المعاقين، وأن الإعاقة لا مفر منها وأنه تقع عليهم مسؤوليات، ولا يصل الوالدان إلى هذا المستوى من ردود الفعل إلا بعد المرور بفترات صعبة ومعاناة قاسية (عربيات، 2011، ص 55-56).

4-العوامل المؤثرة على ردود فعل الأم اتجاه التخلف العقلي:

تختلف استجابة الأسرة للإعاقة على عدة عوامل منها الخاصة بالطفل المتخلف عقليا والخاصة بعوامل المحيط الأسري والمستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي الذي تنتمي إليه هذه الأسرة ومن المعروف أن الأمهات في كافة المجتمعات هن اللواتي يقمن بالدور الرئيسي في رعاية الأطفال (عوني، 2008، ص 79)، وبالتالي هن أهم فرد يتأثر بوجود فرد متخلف عقليا في هذه الأسرة .

4-1 - العوامل التي تتعلق بخصائص الطفل المتخلف عقليا:

نوع التخلف العقلي وشدته:

تشير الدراسات إلى وجود علاقة ايجابية بين شدة الضغوط، وانخفاض معدل تطور الطفل، أو المزاج الصعب للطفل، وزيادة متطلبات الرعاية الخاصة (عوني، 2008،ص76) كما أن نوع الإعاقة وشدتها له تأثير مختلف فوقع التخلف العقلي البسيط يختلف عن وقع

التخلف الشديد، فكما اتجهت الإعاقة نحو الشدة وارتبطت بالمظهر الخارجي للطفل كالتشوهات الخلقية والمظاهر السلوكية والانفعالية كالنشاط الزائد أو السلوك العدواني كلما زاد الأثر، حيث تميل بعض الأسر إلى إخفاء طفلها عن الآخرين، وقد يصل الأمر ببعض الأسر إلى تمنى موته كما أن درجة الإعاقة تتطلب من الأهل التدريب على الأجهزة المساعدة والثبات في استعمالها، وكذلك قد يتطلب الأمر متابعة يومية من طرف الأم وتمارين منزلية، كل هذا يزيد من الأعباء المترتبة على الأم، وغالبا ما تحتاج الأم إلى إرشاد حول أهمية استخدام الأجهزة، وطرق التعامل مع هذا الطفل في حالة رفضه لاستخدام الأجهزة أو المتابعة للتمارين، أما إذا كانت الإعاقة بسيطة ولا ترتبط بالمظاهر الجسمية الظاهرة عند الطفل، أو السلوكية فغالبا ما يكون هناك تقبل وتفهم أفضل لدى الأم وأفراد أسرتها، والرغبة في إدخاله إلى أحد مراكز التربية الخاصة المناسبة، وبالمقابل تزداد المسؤوليات الملقاة على عاتق الأم وباقي أفراد الأسرة، وكذلك الأعباء المادية والنفسية والاجتماعية المترتبة على الأسرة تبعا لنوع الإعاقة وشدتها (القيروتي، 2009).

وخاصة إذا كانت الحالة تتطلب الإدخال المتكرر للمستشفيات أو العمليات الجراحية وهذا ما يزيد مشاعر الاستياء، والإحساس بالضغط (الخطيب، 1989، ص 272).

عمر الطفل المتخلف عقليا:

كلما زاد عمر الطفل المعاق وأصبح عبئا ثقيلا على الأم يتشكل الخوف على مستقبل هذا الطفل المتخلف عقليا (عريبات، 2011، ص 56).

جنس الطفل المتخلف عقليا:

ان استجابات الأم وأفراد أسرتها نحو الطفل المتخلف عقليا تختلف تبعا لجنسه خاصة في مجتمعنا العربي، حيث أن هناك تحيز واضح نحو الذكور، وعليه فان ولادة ذكر معاق في الأسرة يزيد من الشعور بالحزن والأسى بين الوالدين، وقد يمتد هذا الشعور إلى الأجداد والأخوال والأعمام، أما إذا كان المولود أنثى فان وقع الإعاقة قد يكون أخف، والشعور

بالخسارة أقل، ويعزون ذلك إلى كون الذكر هو الذي سيحمل اسم العائلة ويساهم في استمرار ذكرها على عكس الفتاة التي تنتقل إلى أسرة زوجها، ومن جانب آخر نظرة الأسرة نحو ابنتهم المعاقة تشوبها الكثير من المخاوف (الشعور بالقلق على مستقبلها ومصيرها فيما يتعلق بقيم الزواج وعاداته، وما يمكن أن تواجهه من مشكلات في تعامل باقي أفراد المجتمع معها خاصة بعد وفاة والديها، وأيضا نظرتهم خصوصا الجوانب الأخلاقية والسلوكية والمخاوف الناجمة عن ذلك (القيروتي، 2009).

4-2- العوامل المتعلقة بخصائص الوالدان:

هناك عوامل متعددة ترتبط بالأم وتؤثر في درجة تقبلها وتكيفها مع التخلف العقلي لطفلها، كمستوى الذكاء، ودرجة التحصيل الدراسي، كذلك بالنسبة لتاريخ التجربة النفسية المعاشة من طرف الأم، وتاريخ الأسرة، وقدراتهم النفسية (فنطار، 1992، ص 165)، كذلك الاتجاهات السلبية نحو الإعاقة، قلة الخبرة وعدم التمتع بدفاعات نفسية قوية، الخ ... كلها تجعل الأم أقل قدرة على التكيف مع الضغوطات المختلفة الناجمة عن التخلف العقلي لوليدها (عوني، 2005، ص 77). ويؤثر المستوى المعيشي الوظيفي للوالدين على اتجاهاتهما نحو الإعاقة ودرجة استجابتهما نحو طفلهم المعاق، وقد أظهرت الدراسات التي أجريت على هذا الجانب تناقضات في الاتجاهات لدرجة أنها اختلفت معها توقعات الباحثين أحيانا فقد يعتقد الفرد أنه كلما ارتفع المستوى الثقافي والتعليمي للوالدين أدى ذلك إلى أن تكون اتجاهاتهما نحو الطفل المتخلف عقليا ايجابية، وقدرتهم على مواجهة المشكلات المصاحبة للإعاقة بحكم معلوماتهم ومستواهم الثقافي الذي يمنحهم القدرة على توفير الأساليب المناسبة التعامل مع طفلهم المعاق، والبحث عن المراكز والمؤسسات الملائمة لرعايته وتدريبه، لكن الدراسات أخرى أظهرت العكس فالدراسة التي قام بها (مسعود، 1988) بينت أن الآباء والأمهات من المستوى التعليمي المتوسط وما دون يتميزون باتجاهات ايجابية أكثر من الآباء والأمهات ذوي المستوى العالي (الثانوي وما فوق)، والميل إلى تقبل

الطفل المتخلف عقليا و عدم إخفاءه عن الآخرين كان موجود بشكل أكبر بين فئات الآباء والأمهات الأقل ثقافة تعليمية، وقد أرجعت الدراسة ذلك إلى المعتقدات الراسخة التي يتمتع بها هؤلاء الأهل من أن الطفل المعاق ما هو إلا هبة منحها الله لهم ولا يجوز الاعتراض عليها (القيروتي، 2009).

3-4 - العوامل المتعلقة بخصائص الأسرة:

إمكانيات الأسرة المالية:

إن إمكانيات الأسرة المالية تساعد على التعايش مع الأزمة، فعند توفر الإمكانيات المالية وذلك من خلاف التكاليف الباهظة للعلاج الطبي، والعلاج النطقي والطبيعي، لذا فإن المصادر المالية الغير كافية يترتب عليها مجموعة من الضغوط النفسية والاجتماعية والاقتصادية التي تنقل كاهل الأسرة، وتحرم الوالدين والإخوة والأخوات من التمتع وتلبية احتياجاتهم، ويعتبر هذا من أهم عوامل الضغط بالنسبة للأسر ذات الدخل المحدود (الخطيب، 1998، ص 272)، (القيروتي، 2009).

وتزداد هذه الأعباء المادية مع زيادة عمر الطفل وتستمر طيلة حياته وقد يتفاقم العبء المادي عندما تضطر الأمهات إلى الانقطاع عن العمل لضرورة تواجدهن في البيت للتعناية بالطفل المعاق وبالتالي فإن العمل الشاق لتلبية حاجات الطفل المعاق والأسرة تكون من بين العوامل الرئيسية في زيادة الضغوط النفسية لدى الأم وأفراد أسرتها، وفي حالة الإعاقات البسيطة والمتوسطة قد لا تكون ضرورة لانقطاع الأم عن العمل اذا توفرت مصادر الدعم المختلفة (عوني، 2008، ص 78).

-الإمكانيات الاجتماعية:

إن الدعم الذي تتلقاه الأم من أسرتها أو الأقارب والأصدقاء والجيران والمختصين وأفراد المجتمع بشكل عام، يسهل التعايش مع التخلف العقلي ويقلل من هروب الأسرة من هذه الوضعية وجود حالة إعاقة في الأسرة يؤثر على نشاطها اذا لم نجد الدعم والمساندة

الاجتماعية المناسبة من الآخرين، فإذا قل الدعم فان نشاط الأسرة الاجتماعي أو الثقافي، أو الرياضي أو الترفيهي يتأخر حيث أن وجود معاق بالأسرة يحد من الأنشطة الأسرية، كونه يحتاج إلى الرعاية المستمرة وخاصة وجوده بالأسرة لن يسمح للوالدين وخاصة الأم بقضاء وقت فراغ أو الذهاب في إجازة خاصة، اذا فكل الأمهات والأهل قد يشعرون بالخجل والخوف من ردود فعل الآخرين وخاصة اذا كانت الإعاقة واضحة أو مؤثرة على سلوكيات وتصرفات المتخلف عقليا.

كما أن الإشراف المستمر من قبل أفراد الأسرة على المتخلف عقليا يعيق نشاط الأسرة كلها خاصة اذا كانت الحالة شديدة، أو متعددة الإعاقات وتحتاج إلى رقابتها وإشراف حفاظا عليه ومن أجل سلامة الآخرين وعدم تعريضهم للأذى، ومنه فان الإمكانيات الاجتماعية غير الملائمة تعمل على عزل الأسرة اجتماعيا وتزيد من شدة المعاناة والضغط عليها (القيروتي، 2009).

-الإمكانيات الانفعالية العاطفية:

إن العلاقات الانفعالية والعاطفية تعكس مدى ترابط الأسرة وتماسكها فوجود حالة تخلف عقلي في الأسرة يعمل على خلق جو من التوتر والضغط النفسي وقد تساهم في إضعاف الروابط والتماسك الأسري خاصة بين الزوجين ففي كثير من الحالات لا يتحمل الأب الوضع ويلجأ إلى الهروب من البيت أو الانفصال عن زوجته، نتيجة وجود الإعاقة وقد يسود جو الأسرة نوع من الضيق والتذمر ومشاعر الكراهية والانحراف، أو تنتابه ساعات غضب شديدة ويقوم باعتداء على المصاب أو على الزوجة وتحميلها مسؤولية الوضع لوجود المعوق في الأسرة، فقد تميل بعض الأمهات إلى الحماية الزائدة للطفل المتخلف عقليا نتيجة الإعاقة العقلية، الصدمة والضغط والشعور بالذنب وأنه أقل قدرة ما يؤدي هذا إلى حدوث الاضطراب النفسي لدى الإخوة والأخوات وهذا النمط من السلوكيات يؤثر على المصاب وإخوته (القيروتي، 2009).

-وجود اضطرابات نفسية في الأسرة قبل التخلف العقلي:

حدوث الإعاقة لدى الطفل في الأسرة التي تعاني أصلا من اضطرابات ومشكلات نفسية غالبا ما يؤدي إلى صعوبات نفسية كبيرة (الخطيب، 1998، ص 172).

-التنظيم الأسري:

تتأثر درجة الضغوط التي تعاني منها الأسرة بطريقة تنظيمها وبنيتها فمقارنة الأمهات اللواتي يعشن وحيدات مع الأمهات التي يعشن مع الزوج (الأب)، تبين هذه المقارنة أن هذه الأم أقدر على مواجهة مشكلة الطفل المعاق عندما تعيش مع الأب، إلا أن وجود الأب بحد ذاته لا يكفي للتخفيف من معاناة الأسرة، بل لا بد من المشاركة الجدية وتحمل المسؤولية في مختلف احتياجات الطفل المتخلف عقليا وتقديم المساعدة للأم لتخفيف من وطأة الضغوط الناجمة عن مشكلة الطفل المعاق (beckman,1984) في (قنطار، 1992، ص165).

فالإعاقة قد تكون سبب لاكتشاف الوالدين لل صعوبات أو الطاقات التي يتمتعون بها، الإبداع أو الجمود وحدة وتعاون الزوجين، الكفاءة أو الانطواء الاجتماعي (Zucman,1982,P96).

ففي الزيجات الصحيحة التعرض للضغوط لبعض الوقت يجعل الزوج والزوجة يكافحا لكي يتكيفوا مع التغيرات في حياتهما، ويتقبلانها ويتفهمانها وعندما ما يتوافقا، فإنهما يكتشفان أنهما قد أصبحا أكثر قربا وأنا زواجهما أقوى مما كان، وبعض الزيجات التي تكون بها مشكلات غير مرتبطة بإعاقة الطفل تصبح أكثر وضوحا أثناء هذه الفترة من الضغوط، فالصراعات القديمة تميل إلى الظهور مجددا، بالإضافة إلى ذلك تتصادم حاجات الوالدين الفردية أثناء وقت الأزمة هذه، فكل شريك ينتظر الدعم والمواساة من الآخر في الوقت الذي يصعب عليه أن يقدم هذا الدعم، فعند ما يولد الطفل المعاق يواجه الوالدين عديد من الاختبارات والقرارات غير المتوقعة، وتترايد الضغوط وقد يشعران أن كل شيء يجب التعامل

معها في وقت واحد، ومهما كان الأمر ففي هذه الأوقات يحتاج الوالدان إلى بعض الوقت للتكيف مع التغييرات التي يمران بها كما هما بحاجة إلى بعض المقترحات والمساعدة لتفادي الصراعات والعزلة (بوشيل، وايدمان، 2004، ص 56-57).

كما أن للآباء المنفصلون عبء إضافي لعدم وجود أي شخص يشاركهما مسؤولية الابن المعاق.

-مشكلة الوالدين بالتبني:

يمكن أن يعاني الوالدين بالتبني نفس الضغوط وأن يشعروا بالصدمة تماما كالآباء البيولوجيون، ففي حالة اكتشاف أن طفلهم يعاني من إعاقة، قد يقلق الإباء بالتبني لأن شيئا ما يختص بأسرة المولد قد حجب عنهم، وسيؤثر هذا على مدى ارتباطهما بالطفل، إن الشعور بالذنب المرتبط بشعورهما الطبيعي والتناقض الوجداني هو نتيجة طبيعية، إذا كان تكيفهم مع ألم عدم الانجاب صعبا على نحو خاص مما يجعل الصدمة الإضافية للتخلف العقلي تصعب تكفيهم بصورة خاصة بالإضافة إلى المضاعفات التي تنشأ بسبب الصعوبات المحتملة في الأسرة ما قبل التبني كمشاكل التعلق بسبب فقدان الحب والثقة وسوء المعاملة أو الإهمال في بعض الحالات (بوشيل، وايدمان، 2004، ص 60).

كما أن مشكلات العناية بالطفل المعاق في كثير من الأحيان تستنزف من الأم وقتا طويلا كتوصيل ابنها المعاق إلى المستشفى أو العيادة أو مركز التأهيل، مما يؤثر سلبا على علاقتها مع زوجها وأولادها وإذا كانت عاملة فإن المشكلة تصبح أكبر حيث أن ذلك يستلزم تكرار غيابها عن العمل (وادي، 2009، ص 310).

-حجم الأسرة:

يتأثر حجم الأسرة بالإعاقة فولادة طفل متخلف عقليا في أسرة كبيرة العدد غالبا ما يكون وقعه أخف على أفرادها، وجود عدد من الأبناء غير المعاقين يريح الوالدين ويرحمهم من مسؤولية العناية بالطفل المتخلف عقليا، ومن جهة أخرى قد لا تشكل مسألة ولادة طفل

معاق في الأسرة الكبيرة عبئ ماديا كبيرا عليهم، حيث يكون هناك بعض الإخوة العاملين مثلا يساهمون في تحمل جزء من التكاليف، ولكن على صعيد آخر هناك آثار سلبية ناجمة عن ولادة طفل معاق في أسرة كبيرة الحجم وأهمها ما يمكن أن يلحق بالأخوات الإناث، على وجه الخصوص اللاتي هن في سن الزواج من خوف أو قلق من عدم الإقبال على الزواج منهن لوجود فرد متخلف عقليا في أسرهن ، وفيما يتعلق بوقوع الإعاقة على الأسرة صغيرة الحجم قد يؤثر هذا سلبيا على حياتها وسيزيد من الأعباء المترتبة عليها خاصة على الوالدين والأم بشكل خاص، إضافة إلى ما قد يشكله فقدان هذا الطفل من الشعور بالأسى لفقدانه في حالة بعض الإعاقات العقلية الشديدة (القيروتي، 2009).

-عدد المعاقين في الأسرة:

إن استجابة الأسرة لإعاقة الطفل تتأثر بوجود حالات إعاقة أخرى، فتمتع الأفراد الآخرين في الأسرة بالصحة والقدرات الطبيعية يقلل من احتمالات شعور الوالدين بعدم الكفاية، أما وجود أكثر من فرد معاق في الأسرة فهو غالبا ما يقود إلى صعوبات كبيرة في التكيف (الخطيب، 1998، ص 272).

-ردود فعل الإخوة والأخوات:

يحاول الوالدان عادة إخفاء إعاقة الطفل عن إخوانه إذا كانت إعاقته بسيطة، في حين لا يستطيعون ذلك إذا كانت إعاقته شديدة (عربيات، 2011، ص 59)، في الحقيقة أنه في البداية يخيم الصمت، الصمت المطبق ثم يبدأ الأهل بإعطاء بعض المعلومات عن الحالة إلى الإخوة والأخوات، وغالبا ما تفتقد هذه المعلومات إلى العلم والموضوعية و عادة لا يعبر عن المشاعر والأحاسيس تجاه حالة الإعاقة بين الطرفين (الأهل والإخوة، إما لحماية أو تجنب الإفصاح عن مشاعر قد تكون فجة، وغير إنسانية بما يختص بالإعاقة ومن قبل الطرفين (الشعراني، 2006، ص 245)، فإذا أخذ الوالدان وقتا إضافيا دون تفسير ذلك لأبنائهم، فإن ذلك يؤدي إلى شعور إخوة الطفل المعاق بالغضب والغيرة وقد يتكون لديهم

مفهوم سلبي لذواتهم، أما إذا فسر الوالدان طبيعة إعاقة الطفل وحاجته إلى العناية والرعاية من قبلهم ومن قبل جميع أفراد الأسرة فان ذلك سينعكس بشكل ايجابي على علاقتهم بالمعاق آخذين بعين الاعتبار أن علاقة الإخوة والأخوات بالمعاق انعكاس لعلاقة الآباء به ايجابية أو سلبية، فالأبناء مرآة لوالديهم، بل الحماية والاهتمام الزائد بالمعاق والشعور بالذنب من قبل الوالدين ينعكس على الأبناء، ويؤدي ذلك إلى التوتر والانسحاب ونقص في مفهوم الذات كما أن الإفراط في التسامح أي بمعنى التسامح الزائد وعدم وجود ضوابط لوضع حدود لدى السلوك لدى الطفل المعاق، يشعره بحرية، وبذلك يصبح مخالف للنظم والمعايير الاجتماعية، هذا ينعكس على الإخوة والأخوات على شكل خيبة أمل وانسحاب، وبالمقابل فان علاقة الإهمال والرفض من قبل الوالدين للمعاق تؤدي إلى مشاعر سلبية لدى الإخوة والأخوات وإلى نقص في الإحساس بالمسؤولية، أما بالنسبة لتقبل الوالدين لإعاقة طفلهم فان ذلك ينعكس ايجابيا على الإخوة والأخوات، وهكذا يساهم هؤلاء مع الوالدين في مساعدة المعاق في البحث عن الخدمات والبرامج التربوية الخاصة والمشاركة في تنفيذها ومتابعتها على أحسن وجه، (عربيات، 2011، ص 59-60). وتشير بعض الدراسات أن بعض إخوة الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة كانوا أكثر تحملا للتعبيرات العدائية والغاضبة تجاه أخيهام المعاق مقارنة مع والديهم، وكما أن الإخوة الراشدين للأطفال ذوي الإعاقات اكتسبوا زيادة في سلوك الغيرية والتحمل، كما يرى سليقمان أن وجود الإعاقة في الأسرة، يشعر الأطفال الصغار بالقلق من انتقال العدوى لهم أو صابتهم بالإعاقة ويزيد القلق المتعلق بذلك حين يعرف الأبناء أن سبب الإعاقة الذي أصاب أختهم أو أخاهم المعاق هو مرض الحصبة الألمانية أو الالتهاب السحائي، كما أن انعدام الاتصال بين أفراد الأسرة فيما يتعلق بحالة الطفل قد يسهم في شعور الإخوة العاديين بالوحدة وأن المشاعر غير الودية يجب أن تبقى مكبوتة (عربيات، 2011، ص 61-62).

5 - الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال ذوي التخلف العقلي:

رغم الكتابات المختلفة حول موضوع الضغط من جانب المهتمين بالصحة النفسية والبدنية، إلا أن عبارة الضغط أو الضغوط لا تعني الشيء نفسه لهم جميعا، ومع ذلك فإن العامل المشترك في تعريفات العديد من الباحثين في المجالين المذكورين هو الحمل الذي يقع على كاهل الكائن الحي، وما يتبعه من استجابات من جانبه للتكيف مع التغيير الذي يواجهه (علي عسكر، 1998، ص 15).

5-1 تعريف الضغط: يعرف (الخطيب وآخرون، 1982، ص 87) الضغوط النفسية بأنها الأحداث الحياتية أو الظروف الشديدة التي تحدث تغييرا في نظام الأسرة.

وتعرفه (السماذوني، 1993، ص 45) أنه حالة نفسية تنعكس على ردود الفعل الداخلية الجسمية والسلوكية ناشئة من التهديد الذي يدركه الفرد، عندما يتعرض للمواقف أو الأحداث الضاغطة في البيئة المحيطة .

ويعرفه (ملكوش، 1995): أنه يتعلق بالحادثة التي تزيد فيها المتطلبات الداخلية أو المتطلبات البيئية على المصادر التكيفية للفرد أو الوحدة الاجتماعية أو الجهاز الفيزيولوجي. ومن العوامل التي أشارت لها الدراسات بأنها تؤدي إلى الضغط النفسي للأسرة هي حالة وجود طفل معاق داخلها (عوني، 2008، ص 76)، ويعرف الضغط المتعلق بالعائلة أو الأسرة بأنه أزمة أو موقف مثير تكون فيه الأسرة قليلة الاستعداد أو غير مهيأة إطلاقا، إن وجود فرد معاق بالأسرة يعتبر حادثة ضاغطة شديدة في حياة هذه الأخيرة، وعند محاولة الوالدين التكيف مع وضع الطفل المعاق يواجهون نوعين من الأزمات المولدة للضغط النفسي .

النوع الأول: يتمثل في الموت الرمزي "للطفل الحلم" ويمثل تحطم الآمال والطموحات التي رسماها لمستقبل الطفل المنتظر، وعند مواجهة هذا الطفل المخالف للأحلام تتشكل مجموعة

من الاستجابات التي تتمثل في الصدمة، الإنكار، الشعور بالذنب، الخجل والخوف، الاكتئاب، الغضب والقلق، وفي النهاية قبول الطفل كما هو أو يعيشون في تأزم دائم.

النوع الثاني: المتمثل في المشاكل المتعلقة بالعتاية والرعاية اليومية التي تتطلبها إعاقة الطفل وإدراك الوالدين لحقيقة كون طفلهم المعاق لن يتطور بشكل طبيعي، ولا يكون مستقلا في يوم من الأيام، هذا ما يتقل كاهلهم بشكل صفة عنيفة تهدد كيانهم (عربيات، 2011، ص 62 - 63).

وبما أن الأم هي التي تتحمل عبء تربية ورعاية الأبناء وتشتغل الدور الرئيسي في الأسرة وكونها محور العلاقات الأسرية وبالتالي كل ضغط يقع بهذه الأسرة، تستجيب له الأم بشكل أكبر و هي من يقع عليها الحمل الناجم عن هذا التخلف العقلي والمشكلات المترتبة عليها، ويمكن تعريف الضغط النفسي لدى أم الطفل المتخلف عقليا على النحو التالي :

"بأنه ردود الفعل التي تبديها الأمهات في حالة علمهن بإعاقة أطفالهن والإحساس المتزايد بالصدمة والشعور بالضيق والتوتر ومشاعر الإحباط فيما يتعلق بسلوكيات أطفالهن، وتعليمهم وكيفية رعايتهم، والقلق على مستقبل الطفل، والتعرض للإحراج الاجتماعي في مواقف عدة والإحساس بالعزلة الاجتماعية (أسامة، الشرابيني، 2014، ص 261).

5-2 - خصائص الضغط لدى أسرة الطفل المتخلف عقليا:

لقد أنشأ هيل (Hill، 1949) أول نموذج نظري للضغط النفسي الموجود غالبا في الدراسات الأسرية و ردود الفعل اتجاه الإعاقة هي غالبا الصدمة و الضغط (Mc cubbin , 1983 , patterson)، وتم تصميم نموذج للضغط الواقع على الأسرة (ABCX) وتمثل A "الحدث الضاغط" مع B "موارد الأسرة المستقبلية للكارثة" متفاعلة مع C " وتمثل التعريف الذي تضعه الأسرة للحدث" منتجة x وهو " الكارثة أو الحدث"، إن العامل (A) (الحدث الضاغط) يكون حدثا أو تحولا يؤثر على الأسرة ويمكن أن يحدث تغيرا في نظام الأسرة، والحدود أو الأهداف أو نماذج التفاعل الأسري أو القيم الأسرية يمكن أن يهدمها تغيير

يحدثه ضغط معين، فالحدث الضاغط (A) على سبيل المثال يمكن أن يؤدي إلى حاجة الأسرة إلى زيادة دخلها أكثر نتيجة الأعباء الاقتصادية التي تسببها حقيقة وجود طفل ذو تخلف عقلي أو هذه "الصعوبة" يمكن أن تضع أعباء على أدوار ووظائف أفراد الأسرة أو تؤثر في الأهداف الموضوعية وتقلل التفاعلات الأسرية، والعامل (B) (موارد الأسرة) وصف بأنه قدرة الأسرة على منع حدث ما أو تغيير في الأسرة من إحداث الكارثة، فهو قدرة الأسرة على مقابلة العقبات وتقليص مدى تأثير الأحداث وهذا العامل يرتبط مباشرة بالفكرة القائلة بأن مرونة الأسرة وجودة العلاقة السابقة لوجود طفل ذو إعاقة يمكن أن يكون منبأ هاماً بقدرتها على التكيف ويمكن أن تكتسب الموارد أيضا خارج الأسرة بواسطة بدأ الاتصال بالخدمات المجتمعية، أما العامل (C) فيقصد به التعريف الذي تضعه الأسرة لخطورة الحدث الضاغط الذي تعيشه، وهو يعكس القيم الأسرية وتجاربها السابقة في التعامل مع الكارثة، ويشبه هذا العامل المكون الرئيسي في أسلوب المعالجة الانفعالي المنطقي لإليس (, ELLIS 1978) فهو يؤكد أن الحدث ليس في حد ذاته هو المزعج للفرد لكن المعني الذي ينسب إلى الحدث هو الذي يكون مصدر للتفكير المشوش.

إذن العوامل الثلاثة (ABC) تؤثر جميعها في قدرة الأسرة على منع الحدث الضاغط من خلق كارثة (العامل X) فالكارثة تعكس عجز الأسرة على الاحتفاظ بالتوازن والثبات، ومن المهم أن نلاحظ أن الحدث الضاغط لا يمكن أن يصبح أبدا كارثة لو أن الأسرة قادرة على استخدام الموارد الموجودة وتعريف الموقف كحدث يسهل إدارته والتعامل معه (سليقمان، درالينج،، 2001، ص 41-42).

3-5 مراحل الضغوط النفسية لأسرة الطفل ذو تخلف عقلي:

تمر الحياة الأسرية عبر مراحل وبسبب إعاقة الطفل واستجابة الأسرة لها، فإن الأطفال ذوي الإعاقات يكونون أبطأ في تحقيق هذه المراحل في جانب معين أو في مراحل نمو معينة، وبعضهم يكمن ألا يصل إليها (Farber 1975, Fawell 1986) وعند اقتراب

الطفل من الفترات الحرجة يمكن أن يعيش الوالدين قلقا أو حزنا متجددا، تصف فاوول (Fewell , 1986) ستة مراحل ذات ضغط خاص على أمهات الأبناء ذوي التخلف العقلي.

*مواجهة الإعاقة:

طبيعة الإعاقة تحدد عامة متى يعرفها الآباء، فالإعاقات الوراثية مثل عرض داون (Syndrome Down) تظهر في الحال بعد الميلاد ولذلك يصبح الوالدان على دراية بحالة الطفل في وقت مبكر، أما في حالات أخرى من التخلف العقلي، فيمكن ألا تكتشف حتى يكبر الطفل أو يمكن أن تواجه الأسر الإعاقة الناتجة عن حادث أو مشكل في النمو تسبب في حدوث كارثة، وتؤثر على الأسرة ككل، فردود الفعل الفورية يمكن أن تتضمن الصدمة، خيبة الأمل الكبيرة، القلق والاكتئاب، إن حالة الخسارة أو الفقد الذي يسببه وجود طفل متخلف عقليا غير المتوقع يمكن أن يعجل بحدوث فترة من الحزن تشبه إلى حد كبير موت أحد أفراد الأسرة، ويعتبر طلب المساعدة الطبية والصحية في هذه المرحلة ذو أهمية خاصة وتحتاج الأسرة في هذه الحالة من الضغط الشديد إلى إخبار باقي أفراد العائلة والأصدقاء وزملاء العمل بالموقف، فالدمار الذي يحسه بعض أفراد الأسرة خاصة الأم يمكن أن يؤدي إلى العزلة أثناء فترة الضغط، وفي هذه الحالة يعتبر تقديم الدعم الاجتماعي مهما جدا، ففي دراسة لكولبارجي وآخرون (coldberget etal , 1986) وجد أن الأمهات تعانين أعراض ضغط عالي، وتقدير ذات وضبط منخفض مقارنة بأمهات الأطفال العاديين.

إن المواجهة الأولية تتوقف على الفكرة القائلة بأن إعاقة الطفل حدث غير متوقع، فالشباب المتزوج حديثا يكون لديهم آمالا كبيرة سابقة لأحداث الحياة العادية، فهم يزينون الآمال العريضة الصادقة لأحداث الحياة المقبلة، ليس فقط ما ينبغي أن تكون عليه هذه الأحداث، لكن متى تقع هذه الأحداث الغير متوقعة (ميلاد طفل ذو تخلف عقلي) كصدفة ينشئ ضغط عالي بسبب هذا الحدث الاستثنائي الخارج عن توقعات الوالدين (Marsh , 1993) في (سيلقمان، دار لينج، 2001، ص 39).

***الطفولة المبكرة:** إن السنوات الأولى من مرحلة الطفولة المبكرة يمكن أن تكون صعبة بالنسبة للأسرة عند مراقبتهم بقلق لطفلهم أثناء مراحل نموه وإن حدة إعاقة الطفل وما تعنيه للأسرة يكون جانبا رئيسيا في سنوات مرحلة الطفولة المبكرة ويلعب دورا رئيسيا في سلوكها الفعلي تجاه إعاقة الطفل (Fewell 1991, Lyon & Lyon ,1991).

فتأخر استقلالية الطفل وصعوبة المهام التي تقوم بها الأم تشكل ضغطا انفعاليا كبيرا فوقع نهاية بعض المهام كتغيير الحفاضات وزجاجات الرضاعة الليلية وغيرها، يلقي بالأحلام جانبا وتطرح أسئلة عن المستقبل.

وبالرغم من أن برامج التدخل المبكر التي يدخل الطفل فيها (Fewell , 1986) يلاحظ أنها قد تكون كارثة لأن الأسر ترى أن الأطفال الكبار بنفس حالة ابنهم، وتتساءل الأمهات ما إذا كان ابنهم سوف يشبههم عندما يكبر أم لا ؟، فالأم التي تأخذ خبراتها من أمهات أخريات تدرك أنها تحتاج لأن تجاهد من أجل الخدمات التي يحتاجها طفلها مما يستنزف موارد الأسرة وتتعلم الأم أنها هي مقدمة الرعاية الأولية ومعلمة الطفل، وفي هذه النقطة يعرض (Trumbull & Trumbull , 1990) ما تقوله أحد الأمهات "لقد وجدت أن برنامج إثارة الطفل الرضيع يمكن أن يكون متعاوننا في تقديم فرصة لتعلم مهارات الوالدين، وهذا الأمر يساعد كذلك في رفع معنوياتنا حيث تم إعطاؤنا أشياء معينة لتدريسها لطفلنا وهكذا استطعنا أن نرى تقدما ملموسا في نموه".

وفي أثناء هذه الحالة تصبح الأم في اتصال متزايد مع الأخصائيين الذين ربما يعاملون الأمهات كمرضى يحتاجون إلى معالجة وليس كخبراء مقدمي رعاية، ولعل الشيء الأكثر إحباطا في هذه المرحلة هي إدراك العبء المزمّن الذي يكون على الوالدين والإخوة ويرتبط بروئبتهم للمستقبل و بدرجة ما بانعدام الأمن والقلق، وعلى أي حال تساعد برامج التدخل الأمهات في خوض الماراتون مقدما (سليقمان، دارلينج، 2001، ص 47-50)

***دخول المدرسة:** يعيش الوالدين حقبة أخرى أو فترة إعادة توافق جديدة عندما يدركون أن ابنهما فشل في أن يتلاءم مع النظام التعليمي التقليدي السائد، ويحتاج الطفل إلى نوع التعلم الخاص أو الفصول الخاصة. وتتميز هذه المرحلة بأنها مرحلة حرجة خاصة عندما يغامر أفراد الأسرة ويخرجون إلى ما وراء حدود الأسرة إلى الأماكن العامة، ويرى الوالدان أن كل الأبواب ليست مفتوحة لاستقبال طفلهم بل ستغلق معظمها في وجوههم؛ وتزداد هذه الصعوبات عندما يكون النظام التعليمي السائد غير مستعد لتقديم خدمات تعليمية وخدمات مساعدة الطفل، وكذلك إتاحة الفرصة للوالدين مناقشة مزايا التعليم المنفصل مقابل التعليم المدمج لابنهما.

***مرحلة المراهقة:** تتميز مرحلة المراهقة ببداية انفصال الأطفال عن والديهم، وهذه الفترة تعكس الوقت الذي تستغرقه التغيرات الكبيرة والاضطراب النفسي الذي يمر به الأطفال المراهقون (Marshak , 1982)، وبالنسبة لأسر الأطفال المعاقين فهذه المرحلة يمكن أن تكون ذكرى مؤلمة لفشل أملهم (ابنهم) في تخطي هذه المرحلة من دورة الحياة بنجاح و استمرار الإشكالية على الوالدين وحالة العزلة والرفض التي يعيشها المراهق بدون رفقة تزيد من حالة الضغط التي تعيشها الأم وكذلك الإخوة، إن فترة المراهقة تشكل فترة صعبة من الحياة يعيشها المراهق ذو التخلف العقلي، بسبب عزلته وعدم القدرة على اجتذاب الجنس الآخر وعدم الاستقلالية والقدرة على العمل .

***بدء الحياة:** يؤدي التعليم الخاص لخدمات للأبناء والآباء فهو يساعد المعاق على الحصول على بعض المهارات التعليمية والمهنية وعلى بعض الاستقلالية ويعتبر فترة راحة الوالدين لكن الإمكانيات المهنية الضئيلة، والتنظيمات المعيشية المجتمعة الغير ملائمة، وقلة الفرص يجعل مستقبل المراهق غير واضح ويمكن أن يؤدي إلى ضغط وقلق كبير على مصيره.

***تأكيد حياة الشباب:** أين سيعيش الشباب ذو تخلف عقلي؟ وما مستوى الرعاية اللازمة التي تتماشى مع اهتمامات الأسرة في هذه المرحلة؟ إن الاهتمام الرئيسي هو الرعاية المستقبلية

للابن الشاب هو سبب قلق الوالدين في هذه المرحلة، ففي السنوات التالية وعندما يكونوا غير قادرين على أن يستمروا كمراقبين نشطين أو عندما يمرضون وعند وفاة الوالدين، إن دور أخصائي الصحة النفسية يكون ذا أهمية خاصة هنا لمساعدة الوالدين في تخطيط المستقبل لأبنائها وفي الأنشطة المهنية وأوقات الفراغ وفي التنظيمات المعيشية إن الإخوة الكبار والآخرين من العائلة الممتدة يمكن ان يكونوا مصادر مفيدة ولا بد من استكشافهم كمساعدين محتملين أثناء هذه الفترة وبالرغم من ان خدمات الدعم المجتمعية لازمة دائما إلا ان إمكانية الحصول عليها ليس بالأمر السهل حسب كل مجتمع متواجد فيه المعاق.

وفي هذا الصدد تقول (Fewell, 1986) "عندما يكون لدى الأسرة طفل معاق جميع الممثلين في شبكة الدعم يجب ان يتكيفوا مع الحاجيات المستمرة للفرد المعاق والتكيفات التي يصنعها أفراد الأسرة".

4.5 مصادر الضغوط النفسية ومشكلات والدي ذوي التخلف العقلي:

يتعرض والد الطفل المتخلف عقليا إلى ضغوطات ومشكلات متعددة ناجمة عن التأخر النمائي الملاحظ في معظم المجالات والقصور الكلي والتبعية الكاملة للوالدين بالإضافة إلى نقص البرامج التعليمية والتدريبية والمهنية المتخصصة والصعوبات السلوكية والتكفل الطبي والنفسي بالطفل والأم وكذا الوسائل المادية والدعم المالي وغيرها من المشكلات، هذه الصعوبات يمكن تصنيفها تحت ثلاث فئات رئيسية: مصاعب مالية، مصاعب متعلقة بالوقت، مصاعب نفسية ومن هذه المشكلات ما يلي:

*ضغوطات متعلقة بالمشكلات المعرفية للطفل المتخلف عقليا: تتضمن توتر الوالدين

بسبب صعوبة الفهم والانتباه ونقص الدافعية لدى الطفل المعاق وعدم قدرته على التكيف مع المحيط الذي يعيش فيه وقصور إمكانياته المعرفية في التعامل مع مكونات بيئته المهنية.

*ضغوطات متعلقة بالأداء السلوكي للطفل: تزايد الضغوط مع السلوكيات الشاذة الصادرة

عن الطفل كاضطرابات الإخراج وعدم الاستقلالية في النظافة والأكل..... الخ وقد انتهت

نتائج دراسة لزاريس وآخرون (Lazarus & al , 1998) إلى أن والدي الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة يعانون من ضغوط متزايدة من إعاقة الطفل والسلوكيات الشاذة التي يبديها الطفل، كما وجد (Baxter , 1986) في دراسة لأسر المعاقين أن الضغوط الكبيرة المقترنة برعايتهم إدارة الطفل تتعلق بمشكلات التحكم في السلوك والتبعية المستمرة .

*** ضغوطات متعلقة بتحمل أعباء الطفل المالية:** يؤثر الطفل المعاق على الأوضاع الاقتصادية للأسرة حيث يحتاج الطفل المعاق إلى رعاية طبيعية وإلى أدوية وعمليات التأهيل والتدريب والانتقال إلى أماكن الدراسة والعلاج وقد لا يكون في مقدور الأسرة توفير جميع المستلزمات ومتطلبات طفلها المعاق الأمر الذي يسبب ضغطا إضافيا ومضاعفا عليها كما تزداد هذه الضغوط إذا انقطعت الأم عن عملها بسبب رعاية الطفل المتخلف عقليا ما يسبب صعوبات إضافية للأب في الحصول على المال لمواجهة أعباء الطفل والأسرة . (أسامة، الشريبي، 2014، ص262)، (عربيات، 2011، ص65)

كما أجرى هارباوث (Harbaugh) 1984 مسح لـ 1709 عائلة من ذوي الاحتياجات الخاصة وجد أن أعلى النفقات غير مصروف الجيب هو جليسة الأطفال وبعد تكاليف جلساء الأطفال تأتي تكاليف العلاج الجسمي والتأهيلي في المقام الأكبر للنفقات في الأسر موضوع الدراسة، حيث أن معظم هذه الخدمات العلاجية لا تغطيها دائما مظلة التأمين الصحي بالإضافة إلى ذلك فإن معظم الأطفال المعاقين ينتمون إلى أسر فقيرة، وكذلك فإن بعض الإعاقات يمكن أن تتطلب تعديلا في السكن أو تتطلب الكرسي المتحرك والحفاظات لذوي العجز الخ... (سليمان، دار لينج، 2001، ص108-110)

***مشكلات متعلقة بتربية الطفل المتخلف عقليا:** إن عدم وجود تقاليد مجتمعية معروفة بطرق تربية الطفل المعاق وانعدام التجارب على الصعيد الشخصي والعائلي، يزيد من أعباء الرعاية الوالدية وكذلك عدم توفر دراسات مؤكدة عن حاجات الطفل المعاق في مراحل النمو المختلفة يجعل هذه المهمة أكثر صعوبة، حيث أن المعلومات المتاحة خاصة باحتياجات

طفل طبيعي لذلك قد تلجأ بعض الأمهات إلى مقارنة حاجة الطفل المعاق بحاجة إخوانه، وهي بالتأكيد ليست متشابهة مما يجعلها في حدة وتذبذب في المعاملة وهنا نقطة مهمة وهي الاختلاف في تطبيق النظام على المعاقين وأشقايقهم من حيث الحقوق والواجبات والضوابط، حيث يميل الأبوين إلى عدم ردع الطفل المعاق حيثما يسيء التصرف إضافة إلى الشعور بعدم القدرة على العناية بالطفل المتخلف عقليا (عربيات 2011ص64-65) .

*** مشكلات متعلقة بالرعاية الطبية المتكررة:** يتطلب الأطفال ذوي الإعاقة إلى رعاية طبية أكثر تخصصية والنزول المتكرر للمستشفى أكثر من الآخرين إضافة إلى ذلك فهؤلاء الأطفال يمكن أن يحتاجوا إلى خدمات طبية محددة مثل العلاج الطبيعي وعلاج النطق والكلام وتختلف هذه الخدمات من مكان إلى آخر حيث يعيش الطفل يمكن التنبؤ بمدى وصول الرعاية إليه، بالإضافة إلى ذلك فإن والدي الأطفال المعاقين يمكن أن يبحثوا لفترات طويلة قبل أن يجدوا طبيب يرتاحون إليه، لميل الأطباء لمعالجة الأطفال العاديين أكثر من ميلهم لمعالجة الأطفال ذوي الإعاقات (سليمان، دار لينج، 2001، ص95-96) كما أن الإقامة في المستشفى للعلاج أو التأهيل يترتب عن ذلك الانفصال عن الأسرة والأصدقاء والمدرسة، وانفصال الأم عن البيت لمرافقته وما قد ينجم عن ذلك من إحساس بالألم على الطفل وكذلك على فقدان الجو الأسري والتقصير في الواجبات مع باقي أفراد الأسرة الآخرين (عربيات، 2011، ص64) .

*** مشكلات متعلقة بالحاجيات التربوية الخاصة:** إن مسألة الخدمات الطبية يمكن أن تقل أهميتها بتقدم عمر الطفل، ففي عمر المدرسة يصبح البحث عن برامج تربوية مناسبة هو الأكثر أهمية في معظم الأحيان وإذا كان من المسلم به أن آباء الأطفال العاديين سوف يجيدون النظام التعليمي الذي يقدم تربية مناسبة لأبنائهم، لكن والدا الأطفال المعاقين يعلمون أن البرامج التعليمية لا تسير احتياجاتهم مما يسبب صعوبات كبيرة في الحصول على تعليم مناسب لأبنائهم ويشعرهم هذا بقساوة وامتعاض تجاه النظام التعليمي، فتشريعات التربية

الخاصة قد قررت رسميا بان من حق الأطفال ذوي الإعاقات أن يتلقوا تعليما عاما مجانيا ومناسبا في حدود الإمكانيات المتوفرة، ولكن ولعدة أسباب شاملة الخوف، الجهل، الموارد المحدودة للمناطق، لم يعد هذا التشريع حقيقي بالنسبة للعديد من الأطفال، وذلك بسبب المعرفة الضحلة بالحقوق الشرعية لم يحاول الكثير من الآباء تطبيق القانون (94-142) حول حق كل طفل متخلف عقليا أن يتلقى تعليما عاما مجانيا مناسبا، كما أن إدارات المدارس والعاملين بها يستخدموا عبارات جارحة ويلومون الآباء على مشاكل أبنائهم مدعين أن الطفل يعاني من مشكلات انفعالية وليس مشكلات تعليمية مستخدمين لغة مؤسفة ومقدمين فقط مستويات ضئيلة من الخدمات الخاصة.

كذلك نجد أن الأسرة التي تعيش في المناطق الريفية تواجه صعوبة اكبر من الأسر التي تعيش في المدن في الحصول على الخدمات التعليمية المناسبة لأبنائهم، كما تكثر المشاكل المالية وصعوبة التنقل والمواصلات في المناطق الريفية (Helge,1984) ونتيجة لذلك فإن الأسر الريفية ذات الأطفال المعاقين غالبا ما تواجه تحديات خاصة (سليقمان، دار لينج، 2001، ص 97-102)

*مشكلات التبعية المستمرة: في كثير من الأحيان تقضي الأم وقتا كبيرا في توصيل ابنها المعاق إلى المستشفى، العيادة، مركز التأهيل....الخ، مما يؤثر سلبيا على علاقاتها مع زوجها وأولادها. إذا كانت الأم عاملة فان المشكلة تصبح اكبر حيث أن ذلك يستلزم تكرار غيابها عن العمل (عربيات، 2011، ص 65).

وعندما يصبح الأطفال المعاقين اقل اعتمادا على أمهاتهم وبنهاية سنوات المدرسة فإنهم يكونوا قادرين على إطعام أنفسهم وارتداء ملابسهم بأنفسهم وأن يعتنوا بحاجاتهم للذهاب إلى دورة المياه ولاحقا يصبحوا قادرين على الذهاب إلى الجيران بدون إشراف الوالدين وفي النهاية يمكن أن يمكثوا في البيت بمفردهم دون حاجة إلى جليس وهكذا تقل المطالب على الوالدين ولكن يمكن أن تحد درجة الإعاقة من قدرة الأطفال على الوصول إلى الاستقلالية

الكبيرة هذه، وفي دراسة لأولياء أطفال عاديين ووالدين لأطفال مصابين بعرض داون تبين أن الوالدين في المجموعة الثانية يقضون وقت أطول مع أبنائهم المصابين بعرض داون في رعايتهم ووقت أقل في الأنشطة الاجتماعية، وتجد الأمهات وقت أقل في الأنشطة الاجتماعية والترفيهية والعمل (سليقمان، دار لينج، 2001، ص106).

كما يمكن أن تسوء العلاقات بين الوالدين بسبب الأعباء الملقاة على الأم، وتزداد حالة التوتر والانفعالات فعادة تواجه الأم هذه الأعباء بالانفعالات الحادة، وتزداد الضغوط النفسية في الأسرة فهذا الألم الانفعالي يؤثر على العلاقة الزوجية، وفي بعض الحالات تصبح المشكلات غير المرتبطة بتخلف الطفل أكثر وضوحا والصراعات القديمة تميل إلى الظهور مجددا، بالإضافة إلى ذلك غالبا ما تتصادم حاجات الوالدين الفردية بمشكلات الإعاقة، فكل شريك ينتظر الدعم والمواساة من الآخر في الوقت الذي يصعب عليه أن يقوم هو بذلك (بوشيل، وايدمان، 2004، ص 56-57)

*مشكلات متعلقة بالإجازات والترفيه ووقت الراحة: إن تخطيط الإجازات وما يتعلق بأمور الترفيه والراحة فكل أفراد الأسرة يحتاج إلى إعادة النظر في ظل الطفل معاق مما يسبب إرباكا كبيرا للأسرة ولجميع أفرادها (عريبات، 2011، ص 65).

وقد اعترف عدد من الأولياء أنهم أبدا لم يذهبوا في عطلة بمفردهم ونادرا جدا ما يخرجون في يوم عطلة أسبوعية، لأنهم لا يحصلوا على جليس أطفال يضطلع بهذه المهمة الغير عادية (Klein, 1977) في (سليقمان، دارلينج، 2001، ص 104).

العزل الاجتماعي: يقتل فرص المشاركة الاجتماعية لأسر الأطفال المتخلفين عقليا، مما يضطر الكثير من الأمهات البقاء في المنزل ونقل الزيارات كذلك لأسر الأطفال المعاقين كما لاحظ (Baxter , 1986) أن الوالدين يرغبون في الغالب أن يأخذوا أبناءهم في تجمعات تشمل الأسرة والأصدقاء المقربين وتقل رغبتهم في أخذهم إلى الأماكن التي تحتوي على

أغراب كما ظهر أن هناك مواقف اجتماعية معينة ينتج عنها ضغوط نفسية شديدة على الوالدين منها:

- (1) -المناسبات الاجتماعية الرسمية حيث لا ينسجم الطفل مع الأطفال العاديين .
- (2) -الدعوات في بيوت الآخرين، حيث يكون توجيه سلوك الطفل صعب .
- (3) -الأماكن العامة، حيث يكون التحكم في السلوك مشكلة.
- (4) -الأماكن المقيدة التي لا يسمح للطفل بالحركة، ولا للوالدين بالانسحاب من الموقف.
- (5) -المواقف الاجتماعية حيث يدخل الطفل في أشكال منحرفة من السلوك عند التفاعل مع الآخرين، ويشعر الوالدين بالضغط عندما يستدعي سلوك الطفل انتباه الآخرين وبالرغم من أن معظمهم يحاولون تفسير عجز الطفل للأصدقاء والغرباء فإن بعضهم يسيطر على مشاعره ولا يقول شيئا أو يتحركون بعيدا عن المواجهة المحزنة.

كما وجد(Baxter, 1986) السبب الأكثر احتمالا أن يجذب الانتباه للطفل المتخلف عقليا هو الكلام أكثر من المظهر أو السلوك وأن درجة الضغط الواقع على الوالدين مرتبط بجودة كلام الطفل، ولكي يمنع مواجهات إحداث الوصمة تتجنب الأم المواقف الاجتماعية ويذكر (Bristol, 1987) أن الآباء والأمهات المنفصلين يكونوا على وجه الخصوص عرضة للمزيد من الضغوط (سليقمان، دارلينج، 2001، ص103-105)

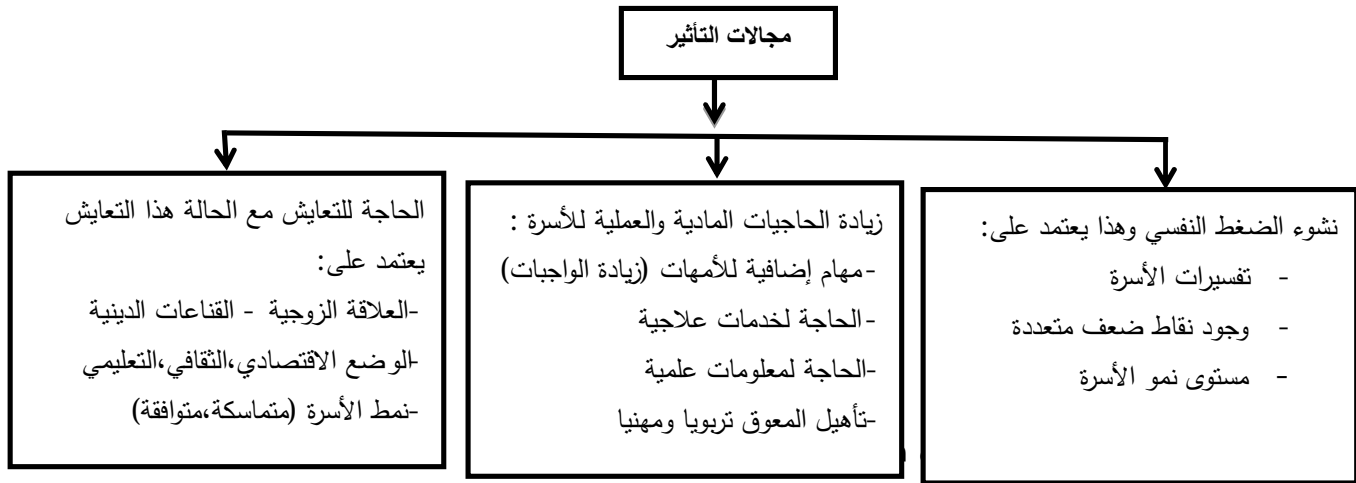
***الموانع الطبيعية:** إن الموانع الجسدية للإعاقة للأفراد ذوي الإعاقات يمكن أن تشكل مانع للمشاركة الاجتماعية الكاملة نتيجة المرافق المصممة للعاديين، فإن والدي ذوي الإعاقات مقيدة للحرية العامة للحركة وباقي المرافق، فالعقبات المفروضة اجتماعيا هي العوائق الرئيسية تجاه تحقيق السوية.

***المواقف الطارئة:** يتعرض والدا الأطفال المعاقين إلى ضغوط متزايدة نتيجة عدم القدرة على التعامل مع المؤثرات الطارئة في حياتهما فتصبح حياتهم أكثر صعوبة في ظل وجود طفل معاق(عربيات، 2011، ص65) .

***الخوف على مستقبل الطفل:** يخاف الناس عادة من المجهول والوالدان اللذان يعلمان بإعاقة طفلها يعتريهما الخوف من المستقبل أن تسوء حالته، وأن تتغير أوضاع الأسرة بما لا يساعد على الوفاء بحاجاته عندما يكبر، أو نبذ المجتمع له (محمود محروس، 1997، ص537) والخوف من المستقبل خيرة وجدانية غير سارة تنتج عن استغراق أمهات الأطفال المعاقين في التفكير تجاه ما يتوقع حدوثه في المستقبل لأبنائهم وتكون مصحوبة بأعراض نفسية وجسمية متباينة. والإحساس باليأس لعدم قدرة الطفل المعاق على رعاية نفسية، والقدرة على الكسب والزواج وتكوين أسرة في المستقبل وأنه سوف يظل عالة على أسرته طوال الحياة (أسامة، الشربيني، 2014، ص263) .

***صعوبة الحصول على الخدمات المناسبة للطفل المتخلف عقليا:** إن صعوبة الحصول على خدمات الدعم المساندة التي تحتاجها العائلات على مختلف الأصعدة النفسية والاجتماعية والتربوية ما يعرقل تكيف هذه العائلات ومن بين أهم المشاكل التي يتعرض لها أولياء المعاقين هو عدم إيجاد مصادر للمساعدة والحصول على الدعم المناسب فكفاح البحث عن الدعم اكبر من مشكلة أن تكون ولي طفل معاق يقول أحد الأولياء. حيث أن أولياء ذوي حالات تخلف عقلي شديد لا يوجد لديهم مكان للرعاية داخل مراكز التربية الخاصة فهذه الحالات شديدة العجز تسبب صعوبات اجتماعية ونفسية بالغة للأسرة وخاصة الأم. (فهمي، 2005، ص122).

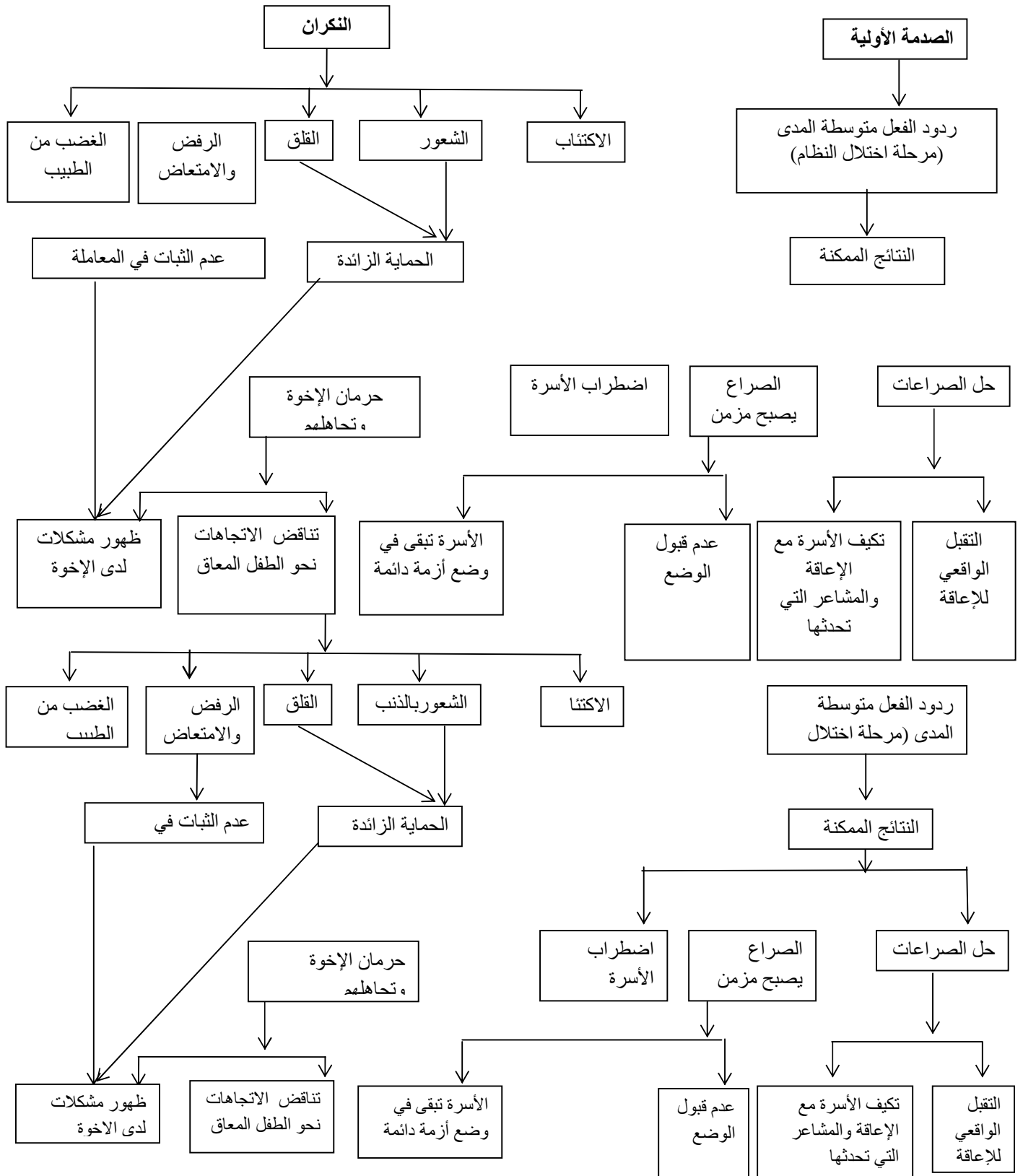
مخطط لتأثير المتخلفين عقليا على أسرهم



***المشكلات والضغوطات النفسية:** أشارت معظم الدراسات التي اهتمت بالجانب النفسي لأمهات الأطفال المتخلفين عقليا، أن هؤلاء الأمهات تتعرض لمستويات عالية من الضغوط النفسية والمشكلات النفسية والشعور المتزايد بالقلق والاكتئاب والأسى المزمن مما يؤثر على اتزانهم العاطفي .

- تعرضهن لضغوط نفسية قد يؤدي إلى الإصابة بالضغط الدموي والسكري والأعصاب.
- الشعور بالخجل من المجتمع المحلي بسبب النظرة السلبية لهذه الفئة.
- ردود فعل سلبية وتشاؤمية لدى أمهات المتخلفين عقليا حيث تزداد لديهم مشاعر الذنب والخوف على مستقبل الطفل المتخلف عقليا .
- تتعرض الأم للإحباط الدائم الناجم عن بطء النمو وكثرة الواجبات والأداء السلوكي الغير متوافق وغيرها مما يخلق ضغط كبير لديهن ومشاكل أسرية (عربيات، 2011، ص 108) (أسامة، الشربيني، 2014، ص 264) (الأعظمي، فليحان، 2014، ص 264).

الشكل (2) ردود فعل الأسرة للتخلف العقلي (الخطيب، 1998، ص 273)



- حاجات أمهات الأطفال ذوي التخلف العقلي:

تقوم الأم بوظائفها المختلفة لتلبية الحاجيات الفردية والجماعية لأفراد أسرتها وتتعلق

هذه الوظائف التي تقوم بها الأم بالمجالات السبعة التالية:

- المجال الاقتصادي .
- مجال الانتماء والهوية الذاتية .
- المجال الصحي .
- المجال العاطفي .
- المجال الترفيهي .
- المجال التربوي/المهني .
- المجال الاجتماعي .

ان وجود طفل ذو تخلف عقلي يفرض على والديه وأسرته ظروفًا خاصة وحاجات خاصة لمواجهة هذه الظروف والتعامل معها، ويمكن القول بان وجود مثل هذا الطفل في الأسرة يمثل مصدر من مصادر الضغوط المزمنة والتي قد تتحول إلى أزمات عند نقاط زمنية معينة، وهذا يفرض على الوالدين مجموعة من المهام ويولد مجموعة من الحاجات الخاصة بها (الشناوي, 1997).

وقد وصف كل من كاري (Carey) وولكين (Wilkin) واقع الرعاية المجتمعية للأسر بصيغة روتين العناية اليومية، ومن الأعمال المنزلية وان العبء الأكبر تتحمله الأمهات مع تقديم الآباء للدعم من ثم تأتي الأخوات رغم أن مهام كل من الآباء والأخوات قليلة و قد وجد أن الدعم من المصادر الأخرى محدود جدا من ناحية التوجيه والمعلومات والدعم المعنوي والمادي، وأن أمهات وآباء المراهقين والراشدين المتخلفين عقليا مجموعة لا يتم البحث عن حاجاتها في معظم الأحيان، فحاجاتهم والصعوبات التي يواجهونها قد تختلف إلى ابعده الحدود عن حاجات ومشكلات والدي الأطفال العاديين، حيث أن نسبة كبيرة من الراشدين

وذوي التخلف العقلي عاطلين عن العمل أو منهمكون في نشاطات مهنية غير مناسبة وهناك مشكلة كبيرة تفكر بها الأمهات والآباء وهي مستقبل ابنهم عندما لا يعود بمقدورهم تقديم العناية له والتساؤل كيف وأين سيعيش ابنهم المعاق في سن الرشد وبعد رحيلهم؟ (وادي، 2009، ص 322-323) (بطرس، 2007، ص156).

تتباين حاجيات الوالدين بناء على جملة من العوامل منها:

- (1) -طبيعة إعاقة الطفل وشدها.
- (2) -موقف المحيط الخارجي من أسرة المعاق .
- (3) -طبيعة الخدمات التي تحصل عليها الأسرة وبناء على ما سبق يمكن تصنيف الحاجات إلى:

6-1 - الحاجة إلى المعلومات:

وتعتبر حاجة ملحة بالنسبة للأم وغالبا ما تحتاج إلى فهم الطفل بصورة أعمق وبشكل مفصل معرفة كيفية التعامل معه وكيفية مساعدته وطرق تربيته وتدريبه, كما تحتاج الأمهات إلى معرفة مراحل نمو الطفل ذوي التخلف العقلي معلومات تتعلق باحتياجات الطفل وكيفية مساعدته على تلبينها، معلومات تتعلق بتعليم الطفل واكتسابه المهارات الأكاديمية الأساسية وكيفية تفسير الإعاقة لأخوته الآخرين وكيفية التعايش مع الحالة كما يحتاج الوالدين إلى معلومات تتعلق بالمساعدات والخدمات التي يوفرها المجتمع (عربيات، 2011، ص105).

وهم بحاجة إلى من يوضح لهم كيف ومتى يتطور الطفل ومآل الحالة في المستقبل مع إمدادهم بمعلومات دقيقة لإزالة الخوف والقلق والسيطرة على مشاعر العجز وانعدام الحيلة (هدى، ماهر، 2008، ص65).

تبحث الأمهات في أماكن مختلفة عن التشخيص الدقيق للحالة عند الأطباء أو الجمعيات أو الكتب أو غيرها،حيث عند معرفة التشخيص فإنهم يكونون مهتمين ما اذا كان الطفل سيكون قادر على المشي، الكلام، الذهاب إلى المدرسة، الزواج، العمل لاحظ

باكستر (Baxter, 1986) أن العامل الأساسي في كل تعبيرات القلق الوالدي هو انعدام التأكيد، فوالدي الطفل المتخلف عقليا يعيشان في حاجة مستمرة إلى المعلومات عن معنى حالة طفلهم وهي حاجة لا بد ان يسدها المختصون ففي دراسة لـ (Baxter 1986) فأشار الوالدان إلى النمط الأكثر أهمية للمساعدة التي تتلقاها الأمهات من المختصين هي المعلومات وان هذه المساعدة كانت أكثر أهمية من التعاطف والدعم العاطفي وبالمثل فقد سجل سيميلاري (Similary & al, 1993) أن هذه الحاجة تزداد خاصة أثناء مرحلة المهد ومرحلة الحبو وفترات ما قبل المدرسة .

6-2- الحاجة إلى الدعم:

يحتاج الوالدان إلى الدعم من مصادر متنوعة منها ما هو رسمي كأن يلجأ الوالدان إلى احد المتخصصين لمساعدتهم على التخلص من أحد مسببات الضغوط المرتبطة بتخلف الطفل كما يحتاجوا إلى مساندة غير رسمية من الجيران والأصدقاء والأقارب (عوني، 2008، ص80).

فمن المفيد أن يبحث الوالدين عن شخص ما ليستمع إليهم يشاركهم الهموم يساعد في التخفيف من الضغط كالتحدث إلى الآباء الذين لديهم أطفال معاقين (بوشيل، وايدمان، 2004، ص55).

و يحتاج الوالدين إلى المهنيين ذوي الإعداد الأكاديمي السليم والثبات الانفعالي لكي يواجهوا الوضع مع الوالدين ويشاركونهم وجدانياً ويترجموا صورة حقيقية للوضع الحالي للطفل المعاق بالإضافة إلى التقديرات المستقبلية التي يمكن عملها، مع الاعتراف بأن بعض التقديرات لا يمكن التنبؤ بها في نمو الطفل المستقبلي وطاقاته (بطرس، 2007، ص157) (الأعظمي، فليحان، 2014، ص، 440).

6-3- الحاجة إلى التدخل لصالح الطفل:

بالإضافة إلى تقديم المعلومات وتفهم مشاعر الأمهات تجاه إعاقة أبنائهم ومشاركتهن وجدانيا لا بد أن يكون الأخصائيون مثل أخصائي التدخل المبكر و الجسمي، اللغوي، الطبي، العلاج الطبيعي... الخ، قادرين على تقديم تدخل علاجي مناسب للطفل حيث يقلل من تأثيرات تخلف الطفل، فالوالدين بعد أن يعلموا أن طفلهم ذو إعاقة يكونا في شغف لبدأ البرنامج العلاجي، وعندما يتلقون معلومات تشخيصية يخفف هذا من الضغط وقلة الحيلة التي يقعون فيها حيث يبدوون في عمل شيء تجاه إعاقة ابنهم (سليقمان، دارلينج، 2001، ص79).

6-4 الحاجات الاجتماعية:

من الضروري مساعدة الأمهات في التفاعل الاجتماعي والعمل على توفير خدمات في البيوت، ومساندة المجتمع المحلي لهن من جميع المصادر المختلفة، ويشير كوب إلى أن الدعم الاجتماعي الجيد يقود إلى الاعتقاد بأن الآخرين يهتمون به ويقدرونه وأن الجميع ملتزمين بدعمه ومساعدته وبالتالي ما يساعد هذا على فك عزلتهن ومحاولة إعادة دمجهن مع المحيط الخارجي (عوني، 2008، ص81).

6-5- الحاجة إلى السند السيكولوجي:

يحتاج الوالدان والأم خاصة إلى دعم عاطفي فيما يخص معاش الطفل المعاق فهم بحاجة إلى سند لأن حالة الطفل صعبة وبالتالي يؤدي هذا إلى نفاذ طاقة الوالدين سواء كان ذلك من مهنيو المراكز البيداغوجية ومن خلال الجمعيات التي توفر خلايا إصغاء ومن خلالها أيضا يتم تبادل الآراء والخبرات بين الأولياء.

6-6- الحاجة إلى من يراقب الطفل:

بالإضافة إلى الحاجة للتدخل لصالح الحالة الصحية والسلوكية والتربوية للطفل يحتاج الوالدان لمن يراقب ولدهم خلال الأسبوع أثناء العمل خاصة إذا كانت الأم عاملة، وكذا من

اجل السماح للوالدين بممارسة عملهم وقضاء حاجاتهم اليومية خارج المنزل، قضاء وقت فراغ، ممارسة هواية وغيرها من الحاجات .

6-7- الحاجات المالية:

يضيف الطفل المتخلف عقليا لأسرته أعباء مالية نتيجة ما يحتاج إليه من أدوية، زيارات مستمرة للأطباء، الحاجة إلى إلحاقه بالمراكز التربوية الخاصة وبما أن بعض الأسر تعاني من تدني المستوى الاقتصادي لها، هذا ما يجبرها إلى طلب المساعدة من الجهات المختصة (عربيات، 2011، ص 106) .

6-8- الحاجة إلى الراحة:

تحتاج الأم إلى أوقات الراحة بدون وجود الطفل المعاق لأنها منهكة تعباً بسببه ومن أجل باقي أطفالها، ومن أجل تضييق أوقات ممتعة معهم بدون الانشغال بالحاجات الخاصة للطفل المعاق، مع أن هذه الحاجة يمكن أن تقوم بها العائلة الموسعة أو بعض الأصدقاء أحيانا إلا أن هذا لا يكون بشكل منتظم أو ليس لكل الأمهات من يساعدهن في هذه المهمة و أن الأولياء يفضلون وجود أماكن مخصصة لتأدية هذا الواجب.

6-9- الحاجة إلى المساندة عند بعض الطوارئ:

تمر الأسر ببعض الحالات الغير متوقعة كحالة الاستشفاء للأُم أو احد أفراد أسرتها، فتحتاج إلى مساندة العائلة أو الأصدقاء في تعويضها في هذه الحالة الطارئة، لكن بعض الأمهات ليس لديهن لمن يلجأن إليه في هذه الحالة الطارئة وبالتالي هن بحاجة إلى من يعوضهن في هذه الفترات الصعبة (Michel , 2006).

خلاصة:

مما تقدم ذكره حول العلاقة أم طفل والتي أكدتها جل التيارات النظرية أنها علاقة تبادلية، وأن التعلق المؤمن يتطلب أن يمتلك طرفي العلاقة خصائص بحيث يثير كل منهما الآخر، وبما أن الطفل المتخلف عقليا يمتلك خصائص لا تساعد اغلب الأمهات على إقامة الروابط بشكل آلي مع هذا الطفل مما يخلق ردود فعل صدمية واضطرابات لدى هذه الأم وكما يؤدي التخلف العقلي للطفل إلى معاشتها لضغوطات نفسية دائمة، هذا ما يتطلب تقديم الدعم الاجتماعي والمساندة النفسية لهذه الأم من اجل التكيف مع حالة الطفل وكذا من أجل قدرتها على مساعدته على النمو والاندماج في المجتمع.

الفصل الرابع:

المساندة الاجتماعية والتخلف العقلي

تمهيد

- 1 - نظرة تاريخية حول المساندة الاجتماعية
- 2 - تعريف المساندة الاجتماعية
- 3 - أهمية المساندة الاجتماعية
- 4 - النماذج النظرية للمساندة الاجتماعية :
- 5 - علاقة المساندة الاجتماعية بالتطبيقات الإكلينيكية
- 6 - الأثر المتناقض للمساندة: Effets paradoxaux de soutiens social
- 7 - شروط تقديم المساندة الاجتماعية
- 8 - شبكة العلاقات الشخصية Le réseau social personnel
- 9-أنواع المساعدة الاجتماعية
- 10 -مصادر المساندة الاجتماعية
- 11 -قياس المساندة الاجتماعية
- 12 - المساندة الاجتماعية والتخلف العقلي
- 13 - مختلف أنماط المساندة منذ الإعلان عن التشخيص
- 14 - المساندة الآتية من الطاقم النفس طبي
- 15 - المساندة من أجل النفاذ إلى المصالح
- 16 - المساندة وتدريب الأولياء
- 17 - المساندة المالية
- 18 - مختلف أنماط المساندة للتنظيم في الأسرة
- 19 - المساندة عن طريق مجموعات آباء الأطفال المتخلفين عقليا

خلاصة

تمهيد :

تعد الروابط الاجتماعية مع الآخرين منذ أمد بعيد من المظاهر الحياتية التي تبعث على تحقيق الرضا الانفعالي كما أنها يمكن أن تخفف من تأثير الضغط، وتساعد على التعامل مع الأحداث الضاغطة وتخفف مما يمكن أن يقود إليه الضغط الانفعالي من سوء الصحة النفسية والجسدية للفرد، فالإنسان يحتاج إلى تبادل التواصل مع الآخرين وتبادل العلاقات والمشاركة في تجارب الفرح والسعادة أو بالعكس، تجارب الألم والحزن، وتعتبر الأسرة من أهم مكونات المجتمع، والتي هي مجموعة من الأفراد تجمعهم روابط عائلية وعاطفية، يتقاسمون الأدوار ويتشاركون في الحقوق والواجبات، ويعتبر الوالدان العضو الرئيسي لهذه الأسر ويعد الأطفال ثمرتها يتلقون الرعاية الكاملة داخل هذه الأسر ويعتمدون الاعتماد الكلي على الوالدين خاصة الأم، فبالإضافة إلى التحديات التي تواجهها الأم في تربية طفل عادي، تواجه أمهات الأطفال المعاقين عقليا تحديات إضافية تفرضها طبيعة هذه الإعاقة، فالطفل المعاق من خلال عجزه بحاجة إلى مساعدة في كل نشاطات الحياة اليومية، ناهيك عن حالته الصحية واضطراباته السلوكية، والاتجاهات السلبية التي تميز المعاقين في أغلب المجتمعات وغيرها من المشكلات والضغوطات اللامتناهية التي تشعر بها كل أم معاق، ما يتطلب مساندتهن نفسيا واجتماعيين وتقديم كل عون لتخفيف عبئهن وتمكينهن من القيام بواجباتهن اتجاه هذا الطفل ذو الاحتياجات الخاصة .

1 - نظرة تاريخية حول المساندة الاجتماعية :

دور العلاقات الاجتماعية ومساهمتهما في الراحة النفسية والصحة كان موضوع تأملات ودراسات منذ أكثر قرن، ففي 1997 أشار دوركايم Durkeim إلى أن قطع الروابط الاجتماعية ينتج عند فقدان وضعف في القيم والأدوار الاجتماعية، فلقد أظهرت دراسته حول الانتحار انتشار كبير للظاهرة عند الأولاد الذين لديهم قلة الروابط الاجتماعية كما استنتج الايكولوجيين الأوائل (Park et Burgess) أن هناك ارتفاع في المشاكل السلوكية عند

الشعوب التي ليس لها جذور (Caran,2005)، فموضوع المساندة الاجتماعية أخذ أهمية كبيرة في الأبحاث منذ السبعينات من القرن الماضي وذلك من خلال إعادة قراءة الندوات التي تمت من طرف جمعية علم النفس الأمريكية ثم التعرف على هذا التطور السريع لهذا الموضوع حيث كتب دينتلين (Deanetlin) أن المساندة الاجتماعية كانت من المواضيع المهمة في الدراسات الخاصة بالأحداث الضاغطة المسببة للأمراض، لكن في الوقت الحالي أظهرت الدراسات أن هناك علاقة بين المساندة الاجتماعية والصحة النفسية (Tousignant,1988 ,p77).

وبينت الأبحاث أن الأفراد الأكثر اندماجا في جماعتهم ومحيطهم الاجتماعي يتمتعون بصحة جيدة من الأشخاص المعزولين كما أظهر (بركمان وسيم Berkman et al, 1985) أن نسبة المرضية والوفيات كانت من 2-5 مرات أعلى عند المعزولين اجتماعيا، دراسات متعددة حول الصحة أعطت أهمية للروابط الاجتماعية والعلاقة بين الأعراض العقلية وحدثها ونوع السند الاجتماعي فمصطلح "السند الاجتماعي" استعمل من أجل الأخذ في الاعتبار التأثير الإيجابي لصيرورة تكوين العلاقات الاجتماعية على الصحة والشعور بالراحة، فهو يسعى لتوضيح مختلف المفاهيم التي تسمح في الأخذ في الاعتبار شدة وتعميد هذه العلاقات وقياس مساهمتها (Caron, 2005 P16) .

التأثير النظري لـ Bowlby :

تمت أعماله حول الحداد كما كانت مبينة في أبحاث بروان وهيندروسون (Harris Brown Henderson)، أين يتم وضع اليد على أهمية الروابط الأولية وكل الشبكة الاجتماعية

الأنثروبولوجيا :

بصفة خاصة اهتم هذا الميدان بالمساندة الاجتماعية من خلال أعمال Bott في إنجلترا ببنية الشبكات لكل فرد من الزوجين ودراسات Mitchell حول المهاجرين القادمين من إفريقيا السوداء كونت المفاهيم الأولى حول بنية الشبكات الاجتماعية .

علم الاجتماع :

بأمريكا كان التيار النفس مرضي الاجتماعي بين الحربين العالميتين يركز اهتمامه بظاهرة الانحلال الأخلاقي ودورها في نشوء المرض الاجتماعي كالانحراف، فأسطورة المجتمع الريفي الجيد وبنية الشبكات ساهمت طويلا كنقطة مرجعية لأيدولوجيا المجتمع الذي يتمتع بصحة عقلية جيدة، وبالموازاة مع هذا التطور ضاعفت الأبيدومولوجيا السيكارتيية النتائج وبينت أن النسب المرتفعة للأمراض العقلية ترتبط بفقر النسيج الاجتماعي للتكتلات التي تظهر فيها هذه الأمراض ومن المؤشرات الدالة على ظاهرة الانحلال الأخلاقي غياب القيم الدينية، اختلاط القيم الثقافية، التوتر الحاد للعائلات المفككة، العدوانية، الجرائم وكثرة الاعتداءات، حضور ضعيف للجماعات الرسمية والغير الرسمية فهذين العنصرين الأخيرين يعكسان نوعية الشبكات الاجتماعية والمساندة الفردية في هذه البيئات، كما أظهرت الدراسة الكلاسيكية لريدلايك وهو لينشد (Redlick et Hollingshead) في نيوهافن والتي حاولت توضيح تواتر المرض العقلي في الطبقات الدنيا التي يظهر فيها مشاكل الاندماج الاجتماعي في شبكات انتماء لمنازل مفككة، أقليات اثنيه، عدم الاستقرار في العمل، كما كانت كثافة الجماعة ضعيفة بالمقارنة بالمجتمع كلما زاد خطر الإصابة بالأمراض النفسية أكثر، وكما ساهم العمل المرجعي لـ (كابلان caplan) ببلورة الجهودات وتوجيه التفكير نحو مفهوم المساندة الاجتماعية، وشدد ألبى (Albé) من جهته على أهمية الدور الذي يمكن أن تلعبه المساندة الاجتماعية في علم النفس الإكلينيكي، كذلك أهمية النظريات النفسية ومدارس العلاج من أجل تعزيز كل ميادين الشبكة الاجتماعية، هذه الحركة التي كانت متأثرة بمفكرين كالانترولوجي Bateson الذي لاحظ أهمية الروابط النسقية بين الأفراد من أجل تفسير السلوك توزينو (Tousignant ,1988 , P78-88).

2- تعريف المساعدة الاجتماعية :

معنى كلمة سند لغويا: تشير كلمة للسند زَدُ ، ما ارتفع من الأرض لجمع أسد زَادٌ ويقال أسنفته إليه، ويسمى سندا، وجمعه المساند ويقال ساندت الرجل أي مساندة، اذا عاضدته وكاتفته وفلان سند أي معتمد (ابن منظور، ص 271- 272) .

وساند، مساندة وسنادا، عاونه وكانفه (مجمع اللغة العربية، 1996، ص 1996) .

تعريف المساعدة الاجتماعية :

تعريف كوب Coob (1976) يعرفها بأنها انتماعا إدراك لشبكة اتصالات اجتماعية وواجبات متبادلة عن طريق المجموعة داخل الشبكة الاجتماعية، فتتم عملية الاعتماد المتبادل وتشابه القيم المتعارف عليها التي يحملها أعضاء الشبكة، وتتشأ من خلالها في النهاية علاقة ود وحب واعتناء متبادلة (مفتاح، 2010، ص 82).

ويعرفها كوهن وزملائه et al Cohen بأنها المتطلبات الخاصة بالفرد الذي يطلبها من البيئة المحيطة سواء أكانوا أفراد أم جماعات تساعد هذا الشخص على مواجهة الأحداث الحياتية الضاغطة .

كما ترى ساراسون Sarason et al (1983) أن المساعدة الاجتماعية تعني إدراك الفرد أن البيئة تمثل مصدر للتدعيم الاجتماعي الفعال ومدى توافر أشخاص يهتمون بالفرد ويرعونهم ويتقنون فيه ويأخذون بيده ويقفون بجانبه عند الحاجة، ومن ذلك الأسرة الأصدقاء الحيران .

كما يرى الشناوي وعبد الرحمان أن المساعدة الاجتماعية تمثل تلك العلاقات القائمة بين الفرد والآخر يدركها على أنها يمكن أن تعاضده عندما يحتاج إليها، كما أن للمساندة أثر مخففا لضغوط الحياة، وقد يرجع هذا الأثر المخفف إلى ما يحدث من تحسن في أساليب المواجهة والتعامل coping مع الضغوط، ومصادرها (كاشف، 2009، ص 190).

ويرى هاوس (Hoise، 1981) أن المساعدة الاجتماعية تشير إلى العلاقات المتداخلة بين الأفراد وتقوم على الأسس الآتية: الاحترام التقدير الذاتي والمشاعر و الوجدان، والمساعدات المالية، وتقديم المعلومات " (على، 2005، ص 12).

كما يرى (ريتشسلي، 1998 Rietschlin) بأنها الحصول على المعلومات من الأشخاص الذين يشعر الفرد نحوهم بالحب والاهتمام والاحترام والتقدير بمجموعة من الالتزامات المتبادلة مثل: الوالدين، شريك الحياة والحبيب، الآخرين والأصدقاء والذين يرتبط معظمهم بعلاقات اجتماعية ومجتمعية (كدور العبادة أو النوادي)، أو حتى الحيوان الأليف (شيلي، 2000، ص 444).

وتعرفها بشرى إسماعيل (2004)، على أنها جميع الإمدادات التي يقدمها الآخرون للفرد لمساعدته على مواجهة الضغوط أو التهديد (بشرى، 2004).

فالمساعدة الاجتماعية معناه توفير الدعم من مختلف الأنماط من طرف شخص آخر من أجل تكيفه (Mélanie,2006,p7).

وتعرف المساعدة بأنها مجموع الموارد والاستراتيجيات التي تؤدي إلى النمو، التربية، الفؤاد، الراحة الشخصية من خلال تحسين التوظيف الفردي (AAMR, 2002)، (الجمعية الأمريكية لعلم النفس) في (Squilaci، 2008).

من خلال ما تقدم في هذه التعاريف المختلفة يظهر أن المساعدة الاجتماعية تتمثل في توفير الدعم، من مختلف الأنماط، مادي ومعنوي واستراتيجيات من طرف شبكة علاقات الفرد الرسمية أو الغير رسمية والتي تهدف إلى تخفيف الأحداث الضاغطة وتحقيق التكيف والصحة النفسية للفرد .

3 - أهمية المساعدة الاجتماعية :

اعتبر السند من طرف عدة باحثين كمتغير عازل منتج لأثر حمائي واقى ضد تأثير الضغط وضد نمو الأعراض (ccuttrona et Russe ,1990) في حين أن باحثين آخرين اعتبروه أساسي للتكيف وله أثر مباشر على الصحة والشعور بالراحة (Caron.2005.p18) وأن المساعدة لها فائدة في تحقيق التوازن، وتقلل من الشعور بالضغط، وتعزز القابلية للتعامل مع الأحداث، ويمكن أن تقلل احتمالات حدوث المعاناة الجسدية والعقلية أو المرض وتسرع في حدوث الشفاء منه عندما يحدث (شيلي، 2008، ص 458)، كما تبين من خلال البحوث أن المساعدة الاجتماعية يمكن أن تخفض من المعاناة النفسية كالكآبة والقلق اللذين يمكن أن يشعر بهما الفرد عند ما يتعرض للضغط، كما كشفت الدراسة التي أجريت على المقيمين في الموقع بالقرب من الحادث النووي الذي وقع في جزيرة كري ماي (The Mail Island) عام 1979، على أن الأفراد الذين يتمتعون بمستويات عالية من المساعدة الاجتماعية كانوا أقل إحساسا بالمعاناة من الأشخاص الذين لم يكن لديهم سوى مستوى متدني من المساعدة الاجتماعية .

كما وجد أن الاستجابات الفيزيولوجية للضغط كانت أكثر انخفاضا لمجرد اعتقاد الأفراد بإمكانية الحصول على المساعدة أو لدى التفكير بالمساعدة التي يحصل عليها في العادة (نفس المصدر السابق، ص 44-447)، و أن النساء اللواتي تتوفر لديهن مستويات عالية من المساعدة الاجتماعية، أقل تعرضا للمضاعفات أثناء الحمل والولادة، فالتأثير الايجابي للدعم الاجتماعي ودوره الكبير الذي يزود الإنسان بخبرة ايجابية وحالة من الاستقرار ومن ثم الدور الكفاء والمشاركة الاجتماعية ورفع جودة الحياة للفرد وذلك من خلال تطوير استراتيجيات أكثر فعالية للمساعدة (Melanie,2006,p6)، كما يرى تويس أن العلاقات الاجتماعية، يمكن أن تسهم في شعور الشخص بالهوية، فالجماعة الدائمة تخفف من حدة الضغوط، بالمقابل فإن العزلة الاجتماعية والنفسية تساعد على زيادة تأثير الضغوط

في ظل غياب العلاقات الاجتماعية الدائمة، والذي يؤدي إلى أمراض نتيجة الخلل الهرموني المسؤول عن إحداث بعض العوائق المرضية التي يمكن أن تصيب الإنسان، فهناك تأثير ايجابي للرفقة الاجتماعية التي يمتلكها الفرد على جهاز المناعة (مفتاح، 2010، ص 83). كما أن الأفراد الذين يستطيعون الاستعانة بشبكة اجتماعية مساندة لديهم أقل مشاكل في الصحة الجسدية والنفسية، فالعلاقة بين مؤشرات الموت ونمط الحياة يعكس الجانب العاطفي لها، فقر الشبكة الاجتماعية يؤدي إلى ارتفاع في نسبة الوفيات و من خلال الدراسات الطولية تبين أن الرجال الذين ليس لديهم علاقات اجتماعية مساندة منهم معرضين 2-3 مرات للموت من الذين لديهم أكثر علاقات، والعلاقة نفسها بالنسبة للنساء لكنها أكثر ارتفاعا من 2 - 8 مرات توزينو (Tousignant, 1988, p86).

وتعمل الخدمات النفسية للتقليل من الآثار السلبية الناجمة عن ما يتعرض له الأفراد حين يمرون بالأزمات أو الكوارث، مثل الأزمة الاقتصادية أو الكوارث الطبيعية، فهي تساعدهم على التأقلم مع الأوضاع التي يمرون بها، فالمساندة النفسية، في أبسط تعريف لها هي إمداد فرد يقع تحت ضغط أو أزمة سواء كانت عامة أو خاصة بدعم نفسي والإحساس بما يعاينه ومساعدته على إعادة تنظيم أفكاره، من خلال استبصاره بالخبرة التي مر بها، وهو ما يمكنه من التخلص التدريجي من اضطرابات أو تشوهات فكرية أو انفعالية وتقليل أو علاج ما خلفته من آثار من طرف أخصائي نفسي مدرب (النوايسة، 2013، ص 17).

ولقد أظهرت العديد من الدراسات أن المحن النفسية التي هي حالة ترتبط بمشاكل في الصحة العقلية والجسدية كالاكتئاب والحصر وعدم القدرة على التكيف الفعال، كما أن عدة خصائص ديموغرافية تعتبر عوامل حظر أو حماية ترتبط بالمحن النفسية، فهذه الأخيرة ترتفع أكثر عند النساء والأشخاص ذوي الدخل الضعيف، وذوي المستوى الدراسي المتدني، الأشخاص بدون عمل والذين لديهم مشاكل في الصحة الجسدية، عوامل الضغط اليومي، كالمتناقضات، مشاكل العمل، المشاكل المالية والمشاكل المتعلقة بالأطفال، ففي هذه

الحالات المساعدة الاجتماعية تكون نسبيا عامل حماية ضد المحن النفسية وتلعب دور المخفض من تأثير الضغوط والتي يمكن قياسها من خلال بنية العلاقات، أو مصادر المساعدة (الزوج، العائلة، الأصدقاء مثلا) .

فالنسبة للأولياء الذين لديهم أطفال ذوي توحّد أو الإعاقة العقلية، تعتبر جودة الشبكة الاجتماعية عامل تكيف جيد فمساندة الزوج و الأب تأتي على رأس القائمة أبو زياد وآخرون (Abouziéd & al, 2011).

بعد ما تمّ التعرّض لأهمية المساعدة و دورها الحمائي للصحة النفسية والجسدية، نستعرض الآن إلى تفسير تأثير عملية المساعدة الاجتماعية، سواء كعنصر أساسي للتكيف أو عنصر عازل فهذين النموذجين هما الأكثر استعمالا في الدراسات من طرف الباحثين .

4 - النماذج النظرية للمساعدة الاجتماعية :

1-4 - نموذج الأثر المباشر: The direct effects hypothesis

ويشير هذا النموذج إلى أن المساعدة الاجتماعية مفيدة للفرد، بعض النظر عن المشقة المدركة والعكس صحيح، فنقص المساعدة ضار لصحتنا حتى في غياب الضغوط والمشقة النفسية (شويخ، 2012، ص 158)، حسب هذا النموذج للسند الاجتماعي أثر مباشر وإيجابي على الصحة من خلال عدة أشكال فشبكة العلاقات الاجتماعية تسمح بتوفير تجارب إيجابية منتظمة ومجموعة العلاقات الاجتماعية توفر الأمن والاستقرار وتعزز الشعور بالراحة، فللمساندة الاجتماعية تأثير على الحدث نفسه وتعمل على خفض الأثر النفسي السلبي، كما أنه من أهم مبادئ آثار التبادل مع المحيط هو المساهمة في بناء الهوية وتقدير الذات كعوامل أساسية في اكتساب صحة عقلية، ففي دراسة (والكر وآخرون، Walker et al) على أرامل يتمتعن بشبكة اجتماعية استنتج مساهمة هذه الأخيرة في تكيفهم بعد الزواج، وبالعكس الأرامل اللاتي ليس لديهن شبكة اجتماعية قوية لم يتمكن من إعادة التكيف مع المحيط. (توزينو ص 92، 1988، Tousignant).

فالعائلة أو الأصدقاء الذين يقدمون النصائح يمنع هذا الفرد من اللامبالاة، وفي دراسة (Ben Shlomo et al, 1993) بلندن على عينة من 18403 موظف حول تأثير العلاقات الاجتماعية على الصحة والإصابة بالأمراض توبعوا لمدة 18 سنة، وجد أن الرجال الأرامل هم أكثر احتمالا للموت بسبب الأزمة القلبية من الرجال المتزوجين، في حين أن الرجال المطلقين أو المنفصلين هم الأكثر عرضة لخطر الموت من السرطان، الشريك وباقي أعضاء الأسرة عندما يكون هناك خلل في تقديم المساندة من طرفهم لأمهات الأطفال المرضى التعويض عن هذا النقص يكون بفاعلية اللجوء إلى الأصدقاء أو باقي أفراد العائلة سواء حب أعضاء أفراد العائلة أو مساندة صديق، يمكن لها تعويض الآخر وحب إنساني عامة، حب الله وممارسة العبادة لا محالة ينتج عنه فوائد صحية، فالإحساس بوجود الله معك يملأ وحدة الإنسان، كل هذه الأنماط من الحب لها أثر إيجابي على الصحة كما هو قاسي عدم الإحساس بالحب (Lecomte, 2014, p134-136).

4-2- نموذج الأثر العازل: Effet tampon

ويشير هذا النموذج إلى أن المساندة الاجتماعية، تعمل كواقى ولها دور تخفيفي سواء من خلال التأثير على طريقة إدراك الأفراد للمواقف الضاغطة أو عن طريق تعديل إستراتيجية المواجهة التي يعتمد عليها الأفراد أي طلبهم للمساعدة من الآخرين (شويخ، 2012، ص 158).

فأنصار هذا النموذج استدلوا على أن الأثر الإيجابي للسند الاجتماعي على الصحة يظهر خاصة في حالة الضغط، فالسند الاجتماعي يلعب دور وسيط في العلاقة بين الحدث الضاغط والصحة (كابيلن وآخرون 1993, caplan et al). (كوهين، ويلز، 1985, Cohen , wills) وهذا بطرق مختلفة :

أولا: يؤثر بشكل إيجابي على مدركات الفرد حول البيئة بما في ذلك الاعتقاد بأن الآخرين قادرين على المساعدة وسيقدمون الموارد الضرورية لمساعدته .

ثانياً: السند الاجتماعي يمكن أن له يكون أثر ايجابي من خلال الجو الانفعالي المرتبط بالحدث الضاغط وعلى تقويم نتائجه فسند الأقارب المخفف لأثر الضغط يوفر حلول للفرد، ويعمل على خفض الأهمية المدركة للحدث الضاغط، ومن خلال تسهيل تبني معارف عقلية والتقليل من السلوكيات الغير متكيفة .

ثالثاً: يؤثر مباشرة على مستوى الصيرورات السوسولوجية ما يجعل الفرد أقل تنشيط للضغط المدرك (Cohen et Wills, 1985) (Caron, 2005, P20) .

ومن بين الدراسات التي اقترحت الأثر العازل هي دراسة Nickels نيكولس وآخرون، تمت ملاحظة 170 امرأة حامل يتراوح عمرهن بين (18-29 سنة) والتي بينت أن تفاعل أحداث الحياة مع المساندة الاجتماعية كان لها دور في التقليل من خطر تعقيدات الحمل Cohen و Hoberman وضحا كيف ساهمت المساندة الاجتماعية في خفض الأعراض الناجمة عن الأحداث ضاغطة من خلال عينة اكلينيكية من المكتئبين واستخلصا Moss et billing أن للمساندة الاجتماعية أثر في التقليل من الأعراض المرضية .

مجلة تيرنر (La revue de turner) استتجت أن 6 دراسات من بين 14 دراسة أثبتت أن للمساندة الاجتماعية أثر عازل، ما أعطى دليلاً على أهمية المساندة الاجتماعية، (كارون Caron, 2005, P19-20) .

4-3 - المساندة الملائمة :

سنة 1990 كيترونه وريزال Cutrona et Russell، طورا نموذج يتم من خلاله التزاوج التفاعلي بين الأحداث الضاغطة والحاجة إلى نمط من المساندة الخاصة، هذا النموذج يحدد دور السند الاجتماعي نظرياً، آثار الضغط في علاقة مع أحداث الحياة والقدرة على تسييره "coping" المطور من طرف لازاريس وفولكمان Iazarus et folkman في هذا النموذج الانزعاج من الحدث، القدرة على مراقبة ذاته وميادين حياته يساعد في إنتاج أفضل الوسائل، العلاقات، الانجازات تحديد الحاجات، التناقضات هذا ما يبين من جهته النمط الخاص

للمساندة و يسهل الوصول إلى الحالة الصحية الجيدة، القدرة على ممارسة رقابة على الأحداث لها تأثير كبير في التعرف على الحاجة إلى المساندة الاجتماعية، هذا النموذج يبنى بأن الأحداث الغير القابلة للمراقبة تنتج صدمات انفعالية عند الأفراد الذين تعرضوا لها ما يحدث لديهم حاجة كبيرة للمساندة الانفعالية من نمط ملائم يؤدي إلى الشعور بأنه محبوب، فالأحداث الغير مراقبة مرتبطة غالبا بالفقدان أو أزمات لها علاقة بأبعاد ذات قيمة في الحياة، هؤلاء الباحثين تنبؤوا بأن هذا الفقدان يتطلب مساندة من طبيعة تعويضية لما تم فقده (مثلا البطالة تتطلب مساندة مالياً وإدماج اجتماعي) فالأحداث المتجاوزة لقدرة التحمل تتطلب مستوى عالي من المساندة الوسائلية ما يسمح إذن بحل المشكلات، المعلومات النصائح، اللجوء إلى استراتيجيات المساندة التي تشجع على تقييم القدرات تجاه الأحداث الغير المتحكم فيها (كبترونة وريزال، Cutrona et Russell, 1990)، كما بالتحقيق من نموذجهم بواسطة تحليل نتائج المعطيات الإحصائية من عدة دراسات على الصحة العقلية، مستعملين في ذلك عدة منهجيات تهتم بعينات مختلفة (Caron, 2005, p 21-20).

ان أثر المساندة الاجتماعية هو أمر مؤكد والنموذجان يكتملان، وانه من الصعب التفكير في نمو الإنسان بدون تواجد أشخاص ذوي معنى في محيطه من أجل تطوره وراحته، كذلك مساعدة الشبكة الاجتماعية في فترة الضغط يكون لها معنى أجل الحصول على إعادة التوازن .

5 - علاقة المساندة الاجتماعية بالتطبيقات الإكلينيكية :

بعدما تبين أهمية المساندة ودورها في أحداث تأثيرات ايجابية على حياة الفرد، توجب على المختصين الاكلينكيين وفي علم النفس الصحي ان ينظروا للمساندة الاجتماعية كمصدر مهم من مصادر الوقاية الأولية والتعرف على الطرق التي تزيد من فعالية المساندة الاجتماعية، أو تعمل على توفيرها من أقرباء المريض أو أصدقائه، وأن يعمل الاكلينكيون على تشجيع الأفراد على التعرف على الموارد الممكنة للمساندة الاجتماعية التي توفرها البيئة

المحيطة بهم، كما يجب تعليمهم كيفية اجتذاب مصادر المساندة الاجتماعية بفاعلية أكبر وكيفية تطويرها، وذلك عن طريق الانضمام إلى المجموعات المجتمعية، أو المجموعات التي تشاركهم الاهتمامات، أو المجموعات الاجتماعية غير الرسمية التي تلتقي بشكل منظم وعلى المختصين بأن يساهموا في تطوير آليات المساندة الاجتماعية، والكشف عن طرق تساعد على تكوين الروابط الاجتماعية (شيلي، 2010، ص 459).

وضرورة إدماج استراتيجيات من أجل تقييم عملية المساندة الاجتماعية للأفراد ذوي المشاكل في الصحة العقلية، والتي يمكن أن تظهر ذات فائدة في العلاج، وتجلب للعياديين إنارة حول السياق الزواجي العائلي والاجتماعي أين يتم تطوير الفرد ليتقصد مكونات السند الملائم، فهذه المعارف تسمح للعياديين بتحديد الحاجات للمساندة الاجتماعية للمرضى .

6 - الأثر المتناقض للمساندة: Effets paradoxaux de soutiens social:

بينت الدراسات حول ردود الأفعال تجاه المساندة أن هذه الأخيرة قد تخفض من تقدير الذات فالأشخاص الأكثر استقلالية يشعرون بتهديد استقلاليتهم من الأشخاص التبعيين وتكون المساندة أكثر اضطرابا عندما يكون الشخص المقدم للمساندة يملك نفس المكانة التي يملكها الشخص المساند، وعندما تأتي من شخص أكبر مكانة تكون لها غالبا قيمة المحاكاة وتؤدي إلى الاستفاد والنمذجة وإلى الاعتماد على النفس، كما يرى البعض أن الهبة هي مساس بالحرية، فهي تجبر الفرد على أن يظهر بشكل هادئ والأخذ في الاعتبار بالنصائح المقدمة في أعماله المستقبلية، أي أن تقديم خدمات يمكن أن يرمز إلى عدم كفاءة الشخص الذي يستقبلها، فهذا العطاء قد يستقبل بشكل ايجابي اذا كان سبب تقديمه حالة ضغط أو رعب فهو ينتمي إلى وضعية وليس إلى حاجة إلى الموارد، وما يمكن تأكيده هو أن أغلب الأفراد لا يمكنهم النفاذ لوحدهم لبعض الوضعيات، كذلك فان المساندة لأسباب أخرى سلاح ذو حدين، تلقى المساعدة هي حالة ضعف تجبر الفرد على الشعور بالأمل والى انتظارات خاصة به، الفشل إذن يكون خطر الشعور بالذنب، السند يخلق شعور شديد بالتبعية، ويمكن

أن يكون شلل، فمثلا قد يترك بعض المراهقين الدراسة إذا أكثر الوالدين من تقديم النصائح لهم، وفي حالة الأمراض قد يكون للمساندة الاجتماعية فوائد ثانوية، يمكن أن تأخر عملية الاندماج في الحياة العادية، كما يمكن أن يؤدي إلى الكدر عندما تظهر على شكل آمال كاذبة للشفاء من المرض أو للشخص في حالة حداد، وفي حالات معينة يمكن أن يكون المشكل غير قابل للحل، أو أن نمط الدعم المطلوب لا يمكن تأمينه من البيئة فوريا، فالأشخاص الذين يبحثون عن الدعم معرضين للإحباط والضيق الشديد . (Tousignon, 1988,p93-94)

ويرى شين وآخرون Sheinn et al,1984 أن المساندة الاجتماعية في كثير من الأحيان تمثل عبئا على المتلقي وقد تكون أحيانا عالية التكاليف في تقديمها، وفي أحيانا أخرى يمكن أن تؤدي إلى ضغوط نفسية أو الإحساس السلبي والإرهاق البدني أو شعور المتلقي أنها لم تقدم في موعدها (علي، 2005).

7 - شروط تقديم المساندة الاجتماعية :

بما أنه يمكن أن يكون هناك آثار سلبية للمساندة الاجتماعية وبالتالي يجب أن تتوفر مجموعة من الشروط لتقديمها ومن أهمها :

(أ) كمية المساندة : ويقصد بها أن يكون كم المساندة الاجتماعية معتدل عند تقديمها للمتلقي حتى لا تجعله أكثر اعتمادية و بالتالي ينخفض تقديره لذاته .

(ب) اختيار التوقيت المناسب : ويحتاج إلى كثير من الكفاءة لدى مقدمي المساندة حتى تؤدي إلى نتائج جيدة لدى المتلقي .

(ت) مصدر المساندة: ويقصد به أنه لا بد أن تتوفر بعض الخصائص لدى تقديم المساعدة، والتي تتمثل في المرونة، النضج و الفهم للمشكلة، حتى يكون هناك كفاءة في منح هذه المساندة .

(ث) كثافة المساندة : ويقصد بها نوع المساندة اللازمة النابعة من فهم للمشكل .

ح) التطابق الانفعالي والتعاطف: ان المساندة الاجتماعية يمكن تقبلها في حالة التطابق النفسي والاجتماعي للمساند والمساند وتكون فعالة لدى المتلقي والمانح إذا كانت متطابقة ومتشابهة كمجموعات الدعم (على،2005).

*كما تعتمد فعالية المساندة الاجتماعية على كيفية استخدام الفرد لشبكة علاقاته الاجتماعية، فبعض الأفراد لا يكونوا فعالين في انتزاع الدعم الذي يحتاجون إليه من الآخرين (شبلي، 2008، ص 453).

8 - شبكة العلاقات الشخصية Le réseau social personnel :

وهي مجموعة الروابط الاجتماعية المستقرة التي يتمتع بها الفرد والتي يمكن وصفها بالحجم، الكثافة، والكثافة الحدية .

***حجم الشبكة:** وهو عدد الأشخاص في هذه الشبكة، والذين يتلقون أنواعا من الدعم مثل الدعم الروحي، الطبي، النفسي والمادي وأكدت الدراسات أنه كلما كانت الشبكة الاجتماعية أوسع كلما زادت إمكانية التكيف الناجح، وحدد الباحثون حجم الشبكة من خلال طلبهم من أفراد العينة قائمة بأسماء الأشخاص المساندين كل في مجموعته مثل الأصدقاء، الأسرة، الأخصائيين ... الخ).

***كثافة الشبكة:** وهي تمثل عدد الأشخاص المتواصلين في هذه الشبكة والمدى الذي يعرف فيه الأفراد دور الشبكة الاجتماعية الفردية أحدهم الآخر، بعيدا عن الشخص محط الاهتمام، وتحديد الكثافة يتطلب وضع محددات تسمح بالتعرف على الروابط الاجتماعية المستقرة، فالروابط قد تستند إلى جوانب معيارية (شغل دور معين كأن يكون أب، أم، جار ... الخ). عاطفي (مشاعر القرابة للأشخاص مع بعضهم البعض أو أن تستند إلى التبادلات مع الأفراد الذين لهم تفاعلات منظمة مع المصادر مكونات أخرى كالجوار، جماعة الرفاق ... الخ) (Brisette etal,2000).

***الكثافة الحدية:** وهو عدد أفراد الشبكة الذين يعرفهم الفرد المساند ويستفيد منهم (سليقمان، دار لينج، 2001، ص 43-44).

وهناك خاصيتين لشبكات العمل الاجتماعي وهما تبادليه الشبكة، بعدية الشبكة، ويقصد بتبادلية الشبكة الدرجة التي تعطي وتقدم فيها المساعدة العاطفية والمادية" بعدية الشبكة هي عدد الوظائف التي تقدم بواسطة أفراد الشبكة القادرين على تقديم أنواع متعددة من المساعدة، فينظر إليها أنها مدعمة في التكيف الإيجابي .

9-أنواع المساعدة الاجتماعية :

وتسمى أيضا أبعاد السند وهناك بعدين أساسين للسند الاجتماعي، البعد البنوي ويتعلق بالمشورات الموضوعية للاندماج الاجتماعي كحجم العلاقات، تواتر الاتصالات، نمط الرابط (شريك، صديق، معرفة بسيطة) كثافة أو درجة التفاعلات بين عناصر الشبكة، مركزية رابط معين، تعدد العلاقات وتعدد الأدوار، التقارب الطبيعية المتفافة أو المختارة من العلاقة .

البعد الوظيفي: يخص الفوائد الناجمة عن العلاقة يمكن أن يتعلق بالسند العاطفي مثلا الإحساس بالراحة لان شخص ما قام بالإصغاء والتعاطف مع القصة التي تحزنك (لو كانت (Lecomte, 2014, P18).

ويصنف باريرا Barrera المساعدة إلى ستة أصناف : المساعدة المادية الخدمات، العاطفية، الإرشادات، المعلومات، المشاركة في النشاطات، (Tousignant, 1988, P85).

كما أعد مجموعة من الباحثين نماذج نظرية متعددة الأبعاد للسند الاجتماعي (Cohen etal, 1985, Shaeffer etal cobb, 1979, weiss, 1974).

(Cutrona et Russell 1990) استخرجا 05 أبعاد : السند العاطفي، الاندماج الاجتماعي (l'intégration social)، السند القيمي (التقديري)، السند الملموس (المالي، الوسائلي، والسند المعلوماتي .

9-1 المساندة العاطفية :

ويسمى أيضا المساندة الانفعالي أي الإصغاء العاطفة، الفهم، والشعور بالراحة، ويعرفها البعض Levy (1983) بأنها تلك المساندة التي تتضمن الاهتمام والثقة والدفء، كما يعرفها كوهن Cohen (1996) بأنها " مظاهر الرعاية والاهتمام التي تقدم بشكل لفظي أو غير لفظي، وتتضمن الإصغاعوا إظهار العاطفة والطمأنينة، وفتح الباب للتعبير عن الشعور ما يعمل على خفض الإحساس بالضغط وتعمل على تحسين العلاقات بين الأفراد، كما تزودهم ببعض الاستراتيجيات وخبرات الحياة (شعبان، 2002، ص 40).

وهي من الأنماط الأكثر أهمية خاصة إذا قدمت من طرف شخص حميم، ففي دراسة طولية أجريت على مجموعة من الطلبة في المرحلة الجامعية الأولى من جامعة هارفارد، تبين أن الطلبة الذين يعتقدون أنهم يتمتعون بعلاقات دافئة مع آبائهم كانوا في وضع صحي أفضل بعد 35 سنة لاحقة (Russel & Schwortz) وبالنسبة للرجال الذين أفادوا بأن علاقاتهم مع آبائهم لم تكن دافئة، كانوا أكثر في أواسط العمر ميلا إلى تطوير أمراض الشريان التاجي وفرط ضغط الدم، القرحة، والكحولية (شيلي، 2008، ص 455).

الحالة الخاصة للشريك أو الزوج: إن دور الزوج أو الشريك والعلاقة الزوجية الجيدة تعتبر كنموذج جيد للصحة العقلية بحث هذا الموضوع من طرف بروان وهاريس Brown et Harris في دراسة لمجموعة من النساء الواقعات تحت أحداث ضاغطة واللاتي تلقين مساندة من أزواجهن تبين أنهن 10 مرات أقل عرضة للاكتئاب من نساء واقعات في وضعيات مماثلة والتي لا تعقدن الآمال على مساعدة من طرف أزواجهن أو الشخص الموثوق ودراسات أخرى أكدت أنه لا يتم تطوير أعراض الضغط ما بعد الصدمة في حالة تلقي مساندة من طرف الزوج (Tousignant , 1988, P95) فالإحساس بالقيمة يؤدي إلى شعور بالراحة .

9-2 المساندة المعلوماتية أو المعرفية :

توفير المعلومات الآراء، أو الإرشادات تسمح بالسيطرة على مشكل أو وضعية، وتعمل على تقديم التوجيهات النصائح من أجل تعلم مهمة أو اكتساب كفاءة. ويمكن أن تقدم من طرف العائلة أو الأصدقاء أو زملاء العمل في بعض المهام الخاصة بالعمل، فهذا النوع من المساندة يساعد على فهم الموقف بطريقة واقعية موضوعية، وتجعل الفرد أكثر استبصار بالوضعية وبالتالي التحكم فيها والقدرة على حل المشكل، والتقبل للمواقف والتعايش مع مشاكل وضغوط البيئة وتوفير تغذية راجعة حول سلوكياته .

9-3 - المساندة الملموسةTangible :

وتسمى أيضا بالمساندة المادية أو الوسائلية والتي يمكن أن تأتي من علاقات متعددة، لكن أكثر نمطية وتتبع بشكل اعتيادي من علاقات الجوار أو الوالدية (Caron,2005,p17) ومعناها تقديم دعم من أجل تسهيل النفاذ إلى مصادر مادية وتتضمن تقديم موارد مادية مثل المساعدات المالية، البضائع، وحتى تغيير البيئة، الخدمات أو العون في الأنشطة مثل توفير الراحة أو الاسترخاء للفرد المساند (الشناوي، محمد السيد، 1994، ص 41).

كما يرى Wills (1985) أن المساندة المالية يمكن أن تشمل على مدى واسع أنشطة مثل رعاية الأطفال، القروض والتبرعات المالية والمهام والأعمال الإدارية والمساعدة في المهام العملية وتقديم السلع المادية (بشرى، 2004، ص 20).

فمن التأثيرات الايجابية للمساندة على عائلات الأطفال الذين يعانون من إعاقة عقلية الشعور بالراحة سواء المدة قصيرة أو طويلة، حيث أكد دراسة ميلان (Mullins) 2007 أن الراحة لمدة قصيرة والتي تختلف من ثلاث إلى سبعة أيام لديها عوائد ايجابية على الضغط النفسي للأولياء، فهي تسمح لهم بالاسترخاء وترك مسؤولياتهم الخاصة بالعناية بالطفل من أجل التركيز على حاجاتهم هم، وفي دراسة أسترالية لبرتن سميث (Burton Smith) 2006) حول أهمية برامج حضانة الأطفال ما يسمح لأولياء المعاقين عقليا بتنمية علاقات حميمة

بين أفراد العائلة والشعور بالراحة، فهذه الدراسة تؤكد الدور الايجابي للمساندة المادية. (جينيفياك وآخرون, 2004, Geneviek etal).

9-4- المساندة التقديرية أو التقييمية :

يتعلق هذا النوع من المساندة بالمعايير والقيم الاجتماعية وتقديم مساندة تقديرية يسهم في الشعور بالراحة، تخفيف الضغط، فوجود شخص يمكن التحدث إليه حول المشاكل المواجهة يساعد على تبني شعور ايجابي اتجاه ذاته، ويعزز تقدير الذات، لا سيما حالات التعرض للأحداث التي تسبب ضغوط شديدة (شيلي، 2008، ص 454).

فشعور الفرد بأنه مقبول رغم الصعوبات التي يمر بها أو الأخطاء المرتكبة وأنه محل لتقدير قيمته الذاتية بفضل هذا النوع كما أن تقاسم الاهتمامات، وتبادل المعلومات والأفكار حول الوضعيات المشتركة أو حول مواضيع تعاونية، ما يسمح بأخذ صورة مشتركة للتجربة وأخذ معالم معيارية، هذا النمط من العلاقات يوجد بين الزملاء والأصدقاء (كارون Caron, 2005, P17).

في حين يشكل الخبراء والمهنيين مصدر لتقديم النصح والمعلومات (شيلي، 2008، ص 455)، كما يمكن أن يكون مصدرها العلاقات العائلية التي تعمل على رفع قيمة الذات والإحساس بالأهمية والتقدير .

9-5- مساندة المرافقة الاجتماعية :

وتسمى أيضا التنشئة الاجتماعية وتعني الدعم بواسطة الانخراط في نشاطات اجتماعية أو ترفيهية، وهي حسب كوهين وويلز (1985) Kohen & wills: "قضاء بعض الوقت مع الآخرين في أنشطة الفراغ الترويح ما يعمل على تخفيف الضغوطا إشباع الحاجة إلى الانتماء والاتصال مع الآخرين وكذلك المساعدة على صرف الفرد عن التفكير في المشكلات أو عن طريق التعبير عن الجوانب الوجدانية الموجبة (الشناوي، محمد السيد، 1994، ص 41).

وتعمل كذلك على تقوية الشعور بالانتماء وتخفيف الضغوط من خلال المشاركة الوجدانية مع الآخرين في نشاطات وقت الفراغ، وتساهم في الاندماج الاجتماعي وينتج عنها علاقات حميمية ومستقرة كعلاقات الصداقة، فهذه العلاقات تعمل على الحصول على التوازن النفسي للفرد (كارون (Caron, 2005, P17).

10- مصادر المساندة الاجتماعية :

تقدم الأنواع المختلفة للمساندة من الأعضاء المختلفين الذين يتصل بهم الفرد في شبكة علاقته الاجتماعية، وعموما هناك مصدرين رئيسيين للحصول على هذه المساندة وهي:

10-1 - المساندة الاجتماعية الرسمية:

والتي تقدم من طرف المؤسسات الحكومية المتخصصة أو الجمعيات المجتمعية المتطوعة حيث يقدمها، الأخصائيون والمهنيون خاصة في أوقات الأزمات والكوارث فكل مجتمع يسعى لتوفير مختلف أنواع المساندة كالمساعدات المتخصصة الطبية والنفسية والإرشادية والمساعدات المالية والمواد، وغيرها عن طريق مراكز خدمتية ومؤسسات متخصصة.

10-2 - المساندة الاجتماعية غير الرسمية :

يحصل عليها الفرد من عائلته، أصدقاءه، زملاء العمل، الجيران، ورجال الدين، فكل عضو من أعضاء الشبكة، قد يكون له إمكانيات فريدة لتقديم المساعدة، وفق أبعاد محددة فالمساندة الانفعالية قد تكون في غاية الأهمية عندما تقدم من الأشخاص الذين تربطهم بالفرد علاقة حميمية في حين يشكل المختصون والمهنيون موردا مهما لتقديم النصائح والإرشادات والمعلومات، ومساعدة الأصدقاء قد تكون هامة في الشعور بالتقدير، كما أن إدراك المساندة الاجتماعية على أنها مصدر مساعد في عمليات التعامل الاجتماعي يتضمن بدوره فعالية المساندة الموائمة بين حاجات الفرد وما يتلقاه من الآخرين المتواجدين ضمن شبكة علاقته الاجتماعية من مساندة اجتماعية، فالمساعدة لن تتحقق عامل حصانة من

الضغوط إلا اذا حققت الموائمة بين الحاجات التي تنشأ عن الحدث الضاغط وبين نوعية المساندة المتوافرة (شيلي، 2008، ص 454).

11-قياس المساندة الاجتماعية :

يستعمل الباحثون استبيانات على شكل محاورات من أجل قياس المساندة المدركة المستقبلية من طرف الشخص، المساندة المقدمة والرضا عن هذه الأخيرة ومن بين أهم هذه المقاييس مقياس سارسون (Sarason & al,1983) والذي يحدد فيه الأشخاص الذين يمكن الاعتماد عليهم للحصول على المساعدة وتحديد نمط العلاقة بهم وكذلك هناك مقاييس أخرى متعددة تقيس مدى توفر المساندة لـ(Caran ,1996,Cutrona& al) والسلوكات المساندة للأقارب (Russell ,1987) لكنه يسمح بإعطاء إدراك للمساندة التي يمكن الحصول عليها وليس للسلوكات الواقعية للمساندة، وتم تطوير عدة أدوات لقياس المساندة الاجتماعية، من خلال قراءات (ويلز وشينر، 2000 ، wills et shinar) الذين قاما بإنتاج مجلة تشمل معظم أدوات قياس المساندة الاجتماعية (إدراك المساندة المستقبلية والمتوافرة)، و قاما بتوضيح فوائدهم وسلبياتهم وخصائصهم السيكوميترية، أن المساندة متغير متعدد الأبعاد فلقد حدد الباحثون الامبريقيون خمس أبعاد مميزة لوظائف المساندة : المساندة الانفعالية، المرافقة الاجتماعية أو الإدماج الاجتماعي، المساندة التقديرية (التقييمية)، المساندة الملموسة (المالية، الوسائلية)، والمساندة المعلوماتية، توجد سلاسل تقيس فقط بعدين للمساندة ومعظمها تتكون من إما السند الانفعالي، السند المادي أو السند المعلوماتي (بروسيدانو وميلر Procidono et Meller.1983) (سارسون وآخرون Sarason et al 1983)، (اندرسون وآخرون Henderson et al ,1980)، وفي الوقت الحالي مع تطور الدراسات حول المساندة الاجتماعية كعامل حماية ضد الضغوط، يفضل استعمال وسائل قياس تشمل مجمل الأبعاد في مختلف السياقات، فهي الأكثر تكاملا وهي الأكثر استعمالا من أجل قياس إدراك توافر المساندة ومن هذه الوسائل قائمة Evaluation interpersonal Support لـ (Cohen et

Support Behavior, scale de vaux et Harrison (1985) و Hoberman ,1983) و(1987) Cutrona et Russelle، هذه الوسائل لا تقيس أحيانا تواتر المساندة و Dunkel و Schetter et Bennett(1990) وضعوا قائمة تقيس مختلف أبعاد المساندة، وتحديد مصدر المساندة (أصدقاء، والدين، أقارب..الخ)، وفيما يلي مجموعة من المقاييس التي ذكرتها البحوث السيكولوجية لمتغير المساندة الاجتماعية .

1 - مقياس سلوك السند الاجتماعي: Csa .inventaire de soutien social من طرف باريرا وسندلرومسي (1981) Barrera Sandler et Ramsy والذي يقيس السلوك الذي يوفر السند يحتوي على 40 بند، هذه البنود تبحث في توفير السند خلال أربعة أسابيع الماضية .

2 - قائمة تقييم السند ما بين الأشخاص (LESSI) Liste de l'évaluation interpersonnel لـ كوهن وآخرون Cohen et al 1985، تحتوي القائمة 40 بند تقيس السند المدرك، وتوفر المصادر المساندة، تشمل الأبعاد الفرعية للسند الاجتماعي المالي، التقديري، الإحساس بالانتماء والاندماج الاجتماعي (بير قارد 1996, P63). (Bearegard,1996, P63).

3 - استبيان سارسون وآخرون Sarason et al (1983) وهذا الاستبيان يحتوي على 17 بندا يقيس وفرة السند والأشخاص الذين يمكن الاعتماد عليهم للحصول على المساعدة وتحديد نمط العلاقة بهم، وكذلك يقيس مدى الرضا على هذه المساندة المتحصل عليها (سارسون وآخرون 1983, Support-social) .

4 - مقياس السند الاجتماعي لفو وآخرون Vaux 1982 يقيس مختلف أبعاد للسند الاجتماعي وينقسم إلى ثلاثة مقاييس الأول معد لقياس إدراك السند الاجتماعي يحتوي على 23 بند تخص بعد التقدير الذاتي للسند، أما الثاني فهو معد لقياس خمسة أنواع من السند Vaux & Stewart (1987) Riedel وهي السند العاطفي، المساعدة المالية، المعلوماتية، الإدماج الاجتماعي من طرف العائلة والأصدقاء يحتوي على 45 بند تصف مختلف هذه الأبعاد

والمقياس الثالث هو مقياس وضع من طرف Harrison Vaux يقيس موارد الشبكة الاجتماعية للفرد (بورقارد 1996, P69). (Beauregard, 1996, P69).

12 - المساندة والتخلف العقلي :

عرفت الثمانينات من القرن الماضي تغييرات هامة في طريقة اعتبار الفرد الذي لديه تخلف عقلي (هيلاوي Healewy لا شبال Lachapelle و بواسفار 2003, Boisevert, 2003)، ذكر هؤلاء الباحثين أنه يمكن ملاحظة اهتمام متزايد بمفاهيم كالقوى الشخصية، أنظمة المساندة الفردية، مفهوم حق تقرير المصير (L'autodétermination) فيمكن استنتاج أن هناك تغيير في النموذج مرورا بحركة تركز أساسا على الإعاقات الفردية إلى حركة تركز على تقرير المصير والضمانية (تومسن، 2003, Tompson) (سيلفرن Tasse et silvernan) (تاسي، هيقاس Hughes، شالوك Schalok)، تغيير النموذج وضع اليد على مفاهيم الإدماج الاجتماعي ومساندة المجتمع بدلا من تقديم الخدمات نفسها. (هيلاوكي وآخرون، 2003, Helowyck et al)، مستندين إلى فلسفة التطبيع ومفهوم جودة الحياة (شالوك) (Schollock, 1996-1997) فنموذج المساندة الذي نما تقليديا، كان يركز على عامل الكفاءة الشخصية كعامل أساسي من أجل تحديد جودة الحياة الفردية، لكن مؤخرا هناك إلحاح كبير على العلاقة بين الفرد والبيئة من أجل تحديد مفهوم جودة الحياة (ميلاني 2006, Melanie). ففي تحقيق عالمي لمنظمة الصحة العالمية حول المساندة تجاه الأشخاص المعاقين لوحظ تبعية هؤلاء لعائلاتهم تبعية شاملة عدم القدرة على الحصول على نشاط ربحي وأن يكونوا مندمجين في المجتمع، وفي معظم دول العالم عموما غير راضيين عن وضعهم ويلاحظ حرمان في كل مكان في مراكز تقديم الخدمات، فلا يوجد نموذج لمراكز خدماتية التي توظف كل السياقات وتستجيب لجميع الحاجات والأشخاص المعاقين في حاجة إلى مساعدة شخصية من أجل حياة لائقة وأن يكونوا قادرين على المشاركة في الحياة الاجتماعية والاقتصادية بشكل عادل تماما كالآخرين، ومعظم المساعدة والمساندة هي مضمونة من

طرف العائلة أو شبكات اجتماعية عادية، وعلى الحكومات القيام بدور أساسي في وضع المعايير، لتكييف وتعديلوا أعداد المراكز أجل توفير الحاجات الضرورية (المنظمة العالمية للصحة، 2012, P153, Organisation mondiale de la santé).

وفي تحديد مفهوم الإعاقة المقترح من طرف فوجيريولاس (fougeyrolles, 2010) والذي تطور في السنوات بين (1991 - 2010) ما يسمى بصيرورة إنتاج وضعية الإعاقة وهي نتاج العجز الواضح للبناء الاجتماعي الناجم عن تفاعل العوامل ذات الصلة بالفرد المعاق أو متعدد الإعاقات والعجز الناتج عنها وعوامل بيئية (مادية أو بشرية)، والتي قد تكون ميسرة أو عائقة تحول دون تحقيق عادات الحياة لهذا الشخص لذلك فالذي يعاني من إعاقة يمكن أن يوجد أولاً في وضعية إعاقة، هذا حسب البيئة التي يمكن أن تسهل أولاً عملية إعداده للحياة، وتماشياً مع هذه المقاربة الايكوسيقية (Eco systémique) لنمو الإنسان، ما يسمح بتحديد الجوانب التي ستركز عليها التدخلات، هي بطريقة أخرى خريطة مفاهيمية لتوجيه الشخص وفريق إعادة التأهيل لتحديد وتعبئة العوامل الوقائية وموارد الشخص وبيئته من أجل المساعدة على تهيئته لتحقيق مشروعه الشخصي، وإدخال نموذج إعداد المؤهلات هذا في الممارسة العملية، بالنسبة لمراكز التأهيل وبالنسبة للشخص وأسرته وأقاربه، وإعادة التأهيل ينظر لها الآن كصيرورة التعليم والتمكين (Processus d'apprentissage et d'empouwerment) من خلال العمل على مشروع إعادة التأهيل، وتحقيق مهارات الحياة لهذا الشخص، من منظور المشاركة الاجتماعية المثلى، تتدرج هذه الصيرورة في تحديث مشاريع الحياة للأشخاص الذين لديهم عجز، عائلاتهم وأقاربهم، فهم بحاجة إلى خدمات إعادة التأهيل بسبب عجزهم الجسدي أو العقلي، وأقاربهم يواجهون تحولات شخصية وحداد كبير على المستوى الشخصي والعائلي بالنسبة لمعاني حياتهم وبالنسبة للكثيرين هذا الأمر هو جد مؤلم يرتبط بصعوبات نفسية، غياب معنى الحياة

والمساندة الكافية غالبا ما ستؤدي إلى انسحاب الشخص وأسرته وتقليص اهتماماتهم ومسؤولياتهم ما يشكل حاجز مهم لنجاح صيرورة إعادة التأهيل ميشالي (Michallet, 2015)

12-1 - المساندة وعائلة المتخلف عقليا :

تواجه عائلات الأطفال ذوي التخلف العقلي تحديات مختلفة و التي تمس تكامل النشاطات اليومية ومختلف جوانب الحياة، تشخيص التخلف العقلي عند الطفل موقف صعب على الأسرة والوالدين تحديدا وفي كثير من الأحيان يجد الوالدين صعوبة بالغة في محاولة فهم واستيعاب المشاكل المعقدة للتخلف العقلي (عبد الرحيم، 1981، ص 149). يحتاج الوالدين إلى مساعدة منذ الأسابيع و الأشهر الأولى قبل أن ترسخ لديهم أنماط سلوكية قد تكون خاطئة لتنشئة طفلهم ويحتاج الأولياء إلى معلومات محددة للإتيان بالسلوكيات المناسبة (حسن أحمد، 1996، ص22).

وربما تكون مساعدة الوالدين على تخطي الضغوط ترتبط بالمساندة المقدمة من قبل الأقارب والأصدقاء أو الجيران، إلا أن إمداد الأسر بالموارد المالية والخدمات الأسرية ومصادر المعلومات من الهيئات والمؤسسات المتخصصة يعتبر من الأدوار الهامة للمتخصصين (منيب، 2010، ص 84)، كما يحتاج الآباء إلى التحدث مع آباء آخرين لأطفال معاقين والضحك مع بعضهم البعض أحيانا، و إلى التقنيين ذوي الإعداد الأكاديمي السليم والثبات الانفعالي، والاستعداد لمواجهة الوضع مع الآباء ومشاركتهم وجدانيا وترجمة صورة حقيقية لوضع الطفل المعاق، بالإضافة إلى التقديرات المستقبلية التي يمكن عملها مع الاعتراف بأن هناك بعض التقديرات التي لا يمكن التنبؤ بها على نمو الطفل المستقبلي وطاقته وربما تكون المساعدة الأولية التي يمكن توفيرها للآباء هي احترام شعورهم بالصدمة والخوف والقلق، حيث يحتاج الأولياء إلى التعبير عن مشاعرهم بدل من الاستماع فقط إلى التأكيد بأن كل شيء على ما يرام، وقد اقترح كل من هلرز وآخرون (Hlers ,et al,1982) ستة خطوات عملية أعدت لمساعدة الآباء في مواجهة مشكلاتهم :

- 1- مساعدة الأولياء لكي يصبحوا أكثر موضوعية فيما يتعلق بطفلهم المعاق .
 - 2- مساعدة الوالدين للتنبؤ بالسلوك المستقبلي لطفلهم، وما هي أنواع السلوك التي يتوقع أن يقلع عنها الطفل أو يستمر بها .
 - 3- مساعدة الوالدين على تمثّل الأفكار والأساليب لأوضاع المشكلات المختلفة الشائعة بين أسر المعاقين .
 - 4- مساعدة الوالدين في اكتشاف كل خدمات المجتمع المتوافرة لهم مثل العيادات، مراكز التقويم، وجماعات الآباء الذين يواجهون المشكلة نفسها وحلقات العمل والمعاهد التعليمية للمعاقين .
 - 5- مساعدة الوالدين (والأسرة بأكملها) لإدراك أن الطفل المعاق لديه الحاجات الجسمية والجنسية والترويحية والتعليمية نفسها، كما هو الحال لدى الطفل العادي .
 - 6- مساعدة الأولياء لتصميم طرق لمتابعة تقدم الفرد المعاق عقليا تجاه الأهداف والأغراض الموضوعية (الأعظمي، فليحان، 2014، ص 440- 441).
- وبما أن الأم هي من يقع عليها العبء الأكبر في رعاية وتربية الطفل المعاق عقليا، كما أن لديها مسؤوليات أخرى تتطلبها وظيفتها المركزية داخل الأسرة كإعانة الزوج وإعانة الطفل المتخلف عقليا والوظائف المنزلية والحاجات الأسرية، والطفل المعاق من خلال إعانة فهو بحاجة إلى مساعدة في كل نشاطات الحياة اليومية من إعانة جسدية، تغذية، تنقل، إعانة طبية، استثارة مظاهر النمو، شغل وقت الفراغ،.. الخ، فهي بحاجة إلى إعانة مستمرة، لمن يراقب أمنها فهي غالبا في قمة الإنهاك وفي حاجة لوقت راحة من أجل مواصلة دورها تجاه أسرتها واتجاه هذا الطفل (البراك وآخرون 2008, Labrecque).
- هذا ما أكدته كل من (ويسران 1980, Waisbran) (مارش 1983, Marsh) عن أهمية الدعم الاجتماعي في تحسين المشاعر الإيجابية للوالدين تجاه أبنائهم المعاقين فهو يعمل على خفض بعض التأثيرات الأكثر قسوة للعجز، فكل من الدعم الرسمي مثل مراكز الخدمة

الاجتماعية والتأهيلية والغير رسمي المتمثل في الأقارب والأسرة، الأصدقاء، يمكن أن يساعد في القدرة على المواجهة فالمساندة هي عبارة عن عامل وسيط وقائي في مواجهة ضغط الإعاقة العقلية (كرينك Crinc,1983) نقلا (سليقمان دار لينج، 2001، ص84) ومن جانبهم ريدمود وريدشاردسون Redmoud et Richardson 2003 أشارا إلى أن الضغط المدرك بالنسبة لأمهات الأطفال المعاقين راجع إلى المساندة الناقصة أكثر منه إلى الصعوبات المتعلقة بالطفل نقص الخدمات يؤدي إلى تعقيد مهام التسيير والعناية المثلى، ومن جهة أخرى فإن التأثيرات الإيجابية لمساندة الأولياء، جاءت في الكتابات العلمية وأعطت الأولياء الثقة بأنفسهم والقوة وأحسوا بأنهم خبراء من طرف المهنيين لأطفالهم، وبالعكس فإن إحساسهم بعدم المساندة من طرف المهنيين يعتبر كتجربة مؤلمة، عدة باحثين حللوا تأثيرات المساندة على العائلة، مثلا الراحة لمدة قصيرة أو طويلة، و تمثل أحد أشكال المساندة الموثقة وفي دراستهم ميلان وآخرون (Mullins et al ,2008) أكدوا أن الراحة القصيرة لها عوائد ايجابية على الشدة النفسية للأولياء، ففي هذه الفترة يمكن للأولياء أن يسترخوا، ترك مسؤولياتهم الخاصة بالعناية بالطفل من أجل التركيز على حاجاتهم كما أكدت دراسة استرالية (بيرتن وسميث Burton ,Smith , 2009) أهمية برامج حضانة الأطفال المعاقين في تنمية العلاقات الحميمة بين أفراد الأسرة، كما أشارت هذه الدراسة إلى أهمية السند المعلوماتي والمادي ولاسيما خدمات الراحة، هذه الأبحاث تضع في الاعتبار آثار المساندة على الأنظمة الدقيقة العائلية، فالنموذج التفاعلي الجديد للإعاقة الذي هو نتيجة التفاعل بين العوامل الشخصية للإعاقة أو العجز وحواجز البيئة (Fougeyrolles, 2012)، إذ يؤكد هذا الاتجاه على أن مساندة العائلات التي لديها طفل معاق إما أن تكون عامل بيئي يمكن أن يزيد من حدة وضعية الإعاقة أو العكس سيساهم في المشاركة الاجتماعية لهذا المعاق (بيرار وآخرون، 2014، p130- 131). (Piérart et al

ومن الأساليب الحديثة في تقديم سبل دعم أسر المعاقين عقليا هو بناء علاقة تشاركية مع والدي المعاقين وخاصة الأم، فهذا المنحى من العمل يوكل للأُم دور مهم ولا يتعامل مع الطفل بمعزل عن أسرته، فهذا الأخير لا يمكن فهمه جيدا بمنأى عن ظروفه الأسرية والاجتماعية، والأسرة هي الشئى الثابت في حياة الطفل، والفاعلية القصوى لهذا العمل المشترك يتطلب علاقة إيجابية بين الأخصائيين والوالدين وخاصة الأمهات (القيروتي، 2009).

مما سبق يعتبر السند الاجتماعي العنصر الإيجابي الأكثر معنى للخروج من الأزمة التي تفرضها الإعاقة العقلية على الأم وخاصة اذا قدم بشكل ملائم سواء من الشبكة الرسمية المتمثلة في المراكز الخدماتية والتأهيلية ومهنيو الصحة والأخصائيين أو من طرف الشبكة الغير رسمية المتمثلة في الأسرة، إخوة وأخوات الطفل المعاق، الأقارب في العائلة الممتدة، الأصدقاء والحيران وكذا مجموعات أولياء الأطفال المعاقين، وهذا لتقوية القدرات العائلية وتسهيل الاستقلالية والاندماج الاجتماعي والحياة الملائمة لكل فرد من العائلة .

13 - مختلف أنماط المساندة منذ الإعلان عن التشخيص:

إن ميلاد طفل يؤدي إلى اختلال في تنظيم التوظيف العائلي (بلشا، وآخرون، 1994، Pelchat et al) وإذا كان هذا الطفل حامل لإعاقة فان هذا الخل محتمل أن يصيب كل أفراد العائلة، وخاصة الأم يؤدي هذا إلى اضطراب في علاقتهم الداخلية والخارجية (ديزن، 1991، Dyson) ويغير الخلية الأسرية، عدة دراسات اهتمت بدرجة الضغط المدرك من طرف الأسرة التي لديها طفل معاق في ظل عوامل المساندة واستراتيجيات المواجهة حيث تبين من خلال الدراسات أن الإعلان عن خبر الإعاقة العقلية هو وقت دقيق في مرحلة الولادة، المساندة تظهر جد مهمة في مساعدة الوالدين على التكيف مع هذا الحدث وإقامة علاقة مع هذا الرضيع المختلف (روي وآخرون، 1995، Roeyers & al) .

ويعتبر طلب المساعدة الطبية في هذه المرحلة ذو أهمية خاصة (دار لينج، سليقمان، 2001، ص 48)، كما أنه تم الحكم على عدة أنماط من المساعدة بأنها مهمة عند الإعلان عن التشخيص .

13-1 المساعدة الخاصة بالحصول على المعلومات الضرورية :

ان المعلومات المقدمة مباشرة بعد الإعلان عن تشخيص التخلف العقلي هي من أهم منابع المساعدة المذكورة من طرف الوالدين فمعظم الأولياء يكونون مهتمين بصفة خاصة فيما اذا كان طفلهم المتخلف عقليا قادر على المشي أو الكلام أو الذهاب إلى المدرسة، الزواج الحصول على مهنة، فلقد لاحظ (باكستر 1986، Baxter)، إن العامل الأساسي في كل تعبيرات القلق الوالدي هو عدم التأكيد والبحث عن المعلومات عن معنى حالة طفلهم وهي حاجة يجب أن يسدها المختصون (سليقمان، دارلينج، 2001، ص 79).

13-2 - المساعدة الخاصة للحصول على تشخيص دقيق :

في حقل الإعاقة التشخيص عن السبب قد يؤدي إلى علاج خاص، يسمح بالحصول على معطيات للعائلة، فهذه المعلومات تساعد الأسرة في الحصول على المساعدات والتأمين المناسبين أجل تغطية مصاريف الطفل (سكيلاسي لونار، 2008، P16، Squilaci,loners).

13-3 مساعدة من اجل التغطية الإنسانية المحترمة والفهم العاطفي:

يفتقد الوالدين عادة رعاية الطواقم الاستشفائية في أوقات حساسة التي تتعلق بالإعلان التشخيص، عدة أولياء وصفوا ردود فعلهم في هذه الفترة بالخوف، والصدمة والعزلة التي يشعر بها الوالدين و التي تأتي بعد الإعلان عن الإعاقة، إنهم أمام مهنين لا يعرفون كيف يتواصلوا مع الأولياء يستعملون مصطلحات معقدة يعطونهم آمال وهمية أو يغرقونهم في بأس تام، فلا شك أن التدخل التربوي والطبي والدعم الخاص للأطفال والأسر بشكل مبكر يخفف كثيرا من الضغوط المتولدة لدى الوالدين من ولادتهم للطفل المعاق، نظر للصعوبات والتحديات التي قد تواجههم وبدون شك فإن الإصغاء للأمهات هو الأكثر أهمية في حل

المشكلات وتهيئة الأولياء لوظيفتهم الأولى وهي الوالدية (خولة، 2013، ص 275)، كما أن الأمهات تعقدن أهمية كبرى لتكامل العلاقة الزوجية ومساندة الزوج (Pelchat et al) . (2004,P64).

13-4 مساندة من أجل إعلان الخبر للعائلة الموسعة والأصدقاء :

بعد الإعلان عن التشخيص فإنه من الصعب على الوالدين تحضير عائلتهما لاستقبال هذا الطفل المختلف هذه المهمة الثقيلة في أخبار العائلة الموسعة، ما يؤدي إلى اضطراب الوالدين، فقد قال الكثيرون أنهم لا يريدون شرح الأمر للعائلة الموسعة وفي بعض الحالات يخاف الوالدان من إثارة الحزن في نفوس الأقارب الأكبر سنا أو أفراد الأسرة، فتتمثل ردود الفعل السلبية من أفراد الأسرة والعائلة الممتدة والأصدقاء من إنكار مشكلة الطفل إلى رفض الطفل نفسه، ومن جهة أخرى كثير من الأسر أفرت أن الأصدقاء والأقارب كانوا مساندين ومتعاونين جدا (سليقمان، دارلينج، 2001، ص 182).

13-5 - مساندة من أجل تلقي معلومات حول المستقبل الممكن للطفل :

إن الإعاقات أو الأمراض النادرة تؤدي إلى إسقاطات سلبية على المستقبل نقص المعلومات، الخطأ في المعلومات المتوافرة، قلة المعارف فيما يخص التدخلات الممكنة مستقبلا، نقص النفاذ إلى المعلومات سكيلاسي، لونار (Squilaci , Lonners, 2008,p17) . ففي دراسة لباكستر (Baxter,1986) أشار فيها أن النمط الأكثر أهمية لمساعدة الوالدين هي تلك التي يتلقونها من المختصين وخاصة " المعلومات " وأن هذه المساعدة كانت أكثر أهمية من التعاطف والدعم العاطفي وبالمثل سجل سيميلاري و آخرون (Similary etal ,1993) وكذا (دارلينج وباكستر، 1996 Darling et Baxter) أن الحاجة تشتد خاصة أثناء مرحلة المهد ومرحلة الزحف وفترات ما قبل المدرسة (سليقمان، دارلينج، 2001، ص 79).

13-6 - مساندة من أجل التماور مع والدين آخريين :

إن معظم الآباء قادرين على الحصول على الدعم الذي يحتاجونه من الأصدقاء والأسرة لكن عندما يتصرف الأصدقاء والأسرة سلبيًا، أو يكونوا بعيدين عن والديين فيجب على والديين أن يبحثوا عن الدعم في مكان آخر حتى يقابلوا آباء آخريين لديهم أطفال معاقين، إن مجموعات الدعم المؤلفة من أسر الأطفال تؤدي عدد من المهام و التي تشمل تخفيف الوحدة والعزلة، تقديم المعلومات، تقديم نماذج للأدوار، تقديم أساس للمقارنة (نفس المرجع السابق، 2001، ص 84)، فوعي والديين بأنهم ليسوا الوحيدين في هذه الوضعية تمثل مرحلة مميزة في سيرورة تكفيهم عدة أولياء تناولوا أهمية تقاسم تجاربهم مع أولياء آخريين لأطفال معاقين، تقديم نصائح عملية كذلك المساندة العاطفية هي عادة متوفرة من طرف الأولياء وتجلب الحلول لمشاكل يومية يواجهونها ويتمثل هذا الدور في :

*المساندة النفسية بفضل تجاربهم المشتركة وبواسطة مشاعر المساواة والتقارب المحسوس.

*دور معلوماتي وتقديم النصائح حول الإعاقة وحول مشروع الحياة للطفل (Singer, 2002).

*دور المشاركة في التسيير والإعداد لاستقبال هؤلاء الأطفال (سكيلاسي، لونار،

.(Squilaci, Loners ،2008,p18).

13-7 - المساندة من أجل التدخل لصالح الطفل :

بالإضافة إلى تقديم المعلومات لا بد أن يكون الأخصائيون مثل أخصائي التدخل المبكر، العلاج الجسمي، اللغوي، الطبي، الطبيعي قادرين على تقديم تدخل علاجي مناسب للطفل،حيث يقلل هؤلاء من تأثيرات إعاقة الطفل، فالوالدان بعد أن يعلموا أن طفلهم ذو إعاقة يكونا في شغف لبدأ البرنامج العلاجي، وعندما يتلقون معلومات شخصية يخفف هذا من الضغط (قلة الحيلة التي يقعون فيها، حيث يبدأ في عمل شيئي تجاه التخفيف من إعاقة ابنهم)، بعض الكتابات في هذا المجال اقترحت أن والديين يسعون للعلاج لأنهم يريدون بشكل غير واقعي أن يشفى الطفل، تشير دراسات عديدة إلى أن الآباء يسعون لطلب

أخصائي أو برنامج يجعل ابنهم "سويا" ويسلك الوالدان ما يسمى بسلوك التسوق ويذكر الأولياء أن هذا السلوك ليس غرضه هو العلاج، ولكن يقولون أنهم يحاولون مثل أي أب عادي أن يكونوا آباء صالحين ويفعلون أقصى ما يمكن لتحسين حالة طفلهم (سليقمان، دارلينج، 2001، ص 80-81).

14 - المساندة الآتية من الطاقم النفس طبي :

إنه من الصعب على الفريق الطبي مواجهة صعوبات شرح مرض أسبابه غالبا غير معروفة، فالإعلان عن الخبر يجب أن تهيئ له ظروف خاصة من الطاقم الطبي .

-إعداد المكان، الوضعية، الوقت، الأشخاص المعنيين، الإعلان يجب أن يكون للوالدين معا، كما أن التواصل بعد الإعلان هو جد ضروري، ويجب أن يكونوا حذرين سواء حول أصل التشخيص أو حول نتائج الإعاقة .

-الإعداد لمستقبل الطفل، يجب تقديم توجهات تطويرية بالنسبة للطفل يجب على الطاقم الطبي عدم التقليل من درجة الإعاقة، كما يجب تقييم طاقات الطفل، وتقديم المساعدات الخاصة للتكفل به، في مرحلة العناية الأولية يجب إحاطة الرضيع بكم من الانتباه وكم من العاطفة منذ الولادة تماما ككل الرضع الآخرين .

-في عملية المرافقة للوالدين يجب تقديم لهم مساندة عاطفية دافئة، كما يجب احترام حاجاتهم للكلام والإجابة عن أسئلتهم .

- إقامة تبادلات بين الأولياء والطفل المعاق للمحافظة على سيرورة التعلق والتعريف بأن المعاق هو إنسان وتشجيع عملية التبادل بينه وبين الوالدين، فالوالدين يجب أن يكونوا مؤكدين في كفاءاتهم الوالدية من أجل تربية طفل مختلف .

-إعداد شبكة من المهنيين المساندين، بطريقة تضمن التنسيق في المعلومات .

-مواصلة المساندة لتفادي ترك العائلة لوحدها مع طفلها المعاق .

-تكوين الطاقم الطبي من أجل مواجهة الصعوبات الناجمة عن ميلاد طفل يحمل إعاقة حادة (سكيلاسي، لونار، 2008, P18, Squilaci, Iouners) .

14-1 - المساندة العاطفية النفسية للوالدين :

إن الإعاقة قد تفرض على الوالدين تغييرات مهمة في مجرى حياتهما وتقود إلى الشعور بالحزن وقد يختفي أحيانا ولكنه قد يعود فيظهر مجددا، فالإعاقة شيء غير متوقع، فكل أب أو أم ينتظرون طفلا عاديا بل ومثاليا، لذلك فليس غريبا أن تمثل الإعاقة صدمة قوية لهما ولا يمكن أن يتقبل الوالدان إعاقة طفلهما دفعة واحدة دون صعوبات في البداية، فهي تشكل أزمة حقيقية لأنها تحدث ردود فعل نفسية قد تكون شديدة (عوني، 2008، ص 73) . فهناك بلا شك حاجة للتدخل الموجه تجاه المشاكل النفسية التي تواجه أسر الأطفال المعاقين والأطفال الغير عاديين بصفة عامة، والإرشاد هو أحد أنواع المساعدة التي يمكن أن تسير جنبا إلى جنب مع كل الخدمات التي تسعى الأسرة للحصول عليها، يعتبر الإرشاد الموجه جزءا مكملا للتربية الخاصة، كما أن الأسر تتطلع إلى أن يكون لها دور ملموس في تربية وتعليم أبنائها، وهناك أدلة على أهمية الإرشاد وفوائده، فمن خلال المراجعة التي قام بها دافيس وفالو فيلد (Davis & fallow field 1986) والتي وجدا فيها ما يؤيد الفروض التي تربط بين الإرشاد الجيد والتخفيف من حدة الضغط النفسي، وازدياد دقة التشخيص وحالة الرضي لدى الأولياء، التقدم في العلاج، نتائج نفسية إيجابية الارتقاء بالفهم والاحتفاظ بالمعلومات لفترة أطول، الوقاية من المرض وقدم بلاس وستروايت (1972) (Pless & Satterwhite) من دراسة لبرنامج مساعدة أمهات الأطفال شديدي الإعاقة ما يدل على تقدم التوافق النفسي لدى هؤلاء الأمهات وأطفالهن، ووجد ستاين وجيسوب Stein & jessop (1984) دليلا على أن البرامج الخاصة لرعاية و تثقيف أمهات الأطفال المعاقين إعاقة شديدة في بيوتهن أدت إلى زيادة ملحوظة في رضا هؤلاء الأمهات والى تقدم في توافق أطفالهن، وأعقاب هذا الدليل وجد بلاس ونولان Pless & Nolan أن ما اكتسبته هذه الأسر

من معرفة في أساليب التعامل مع إعاقات أطفالهن استمرت لسنوات لاحقة، ويعرف ستيوارت 1978 إرشاد أسر الأطفال الغير عاديين " بأنه علاقة مساعدة بين أخصائي مدرب ووالدي الطفل غير العادي، من أجل الوصول الي فهم أفضل لاهتماماتهم ومشاكلهم ومشاعرهم الخاصة وهو عملية تعليمية، استثارة وتشجيع النمو الشخصي الذي عن طريقه يكتسب الوالدين مهارات واتجاهات لحل مرضي لمشكلتهم، وأن يكونوا ذوي فعالية تامة لخدمة طفلهم، وتحقيق الانسجام الأسري والتوافق"(مصطفى حسن، 1996، ص 50-514).

وقدم الخطيب والحديدي 1998، بعض استراتيجيات للتعامل مع ردود الفعل النفسية المتوقع حدوثها للآباء والأمهات (الخطيب، الحديدي، 1988) كما هو مبين في الجدول الموالي:

جدول رقم (2) استراتيجيات التعامل مع ردود الفعل النفسية المتوقع حدوثها لآباء وأمهات ذوي الإعاقة:

رد الفعل	الاستجابة المطلوبة من الأخصائيين
الصدمة	دعم الوالدين وتفهم عواطفهما فالإعاقة تؤدي إلى الشعور بخيبة الأمل والحزن والدعم لا يعني تشجيعهما على تبني آمال غير واقعية .
الإنكار	عدم مواجهة الوالدين بالحقائق بشكل مباشر ولعل أفضل الطرق هي إتاحة الفرصة لهما لمقارنة أداء طفلهما بأداء أطفال آخرين من نفس عمره لمساعدتهما على تقييم الوضع بموضوعية، مع وصف خصائص الطفل وصف أولي غير معقد وحاجته للحصول على الخدمات اللازمة .
الحداد	تقديم المساعدة العملية للوالدين مع التعبير عن التعاطف معهما
الخجل والخوف	الوقوف بجانب الوالدين الذين يعبرون عن مخاوفهم، وتزويدهم بالمعلومات الحقيقية عن الإعاقة وقد تكون لمجموعات الآباء فائدة كبيرة .
اليأس والاكئاب	تشجيع الوالدين على حضور لندوات والبرامج التربوية، تقبل انفعالتهما دون إطلاق أحكام عليهما .
الغضب	تقبل تعبير الوالدين عن الغضب وتوجيه غضبهما بطريقة صحيحة السماح لهما بالتعبير عما بداخلهما تفهم مشاعر الإحباط لديهما .
الرفض	توجيه الوالدين تقديم الإرشادات المناسبة، ولعل أفضل الطرق وأكثرها فائدة هو التعامل بشكل ايجابي مع الطفل والتركيز على التحسين في أدائه (عوني، 2008، ص 73).

14 -2 مساندة للحصول على المعلومات حول محدودية إمكانيات الطفل :

ان تقديم رؤية واقعية حول إعاقة الطفل هي جد مهمة للأولياء من أجل أن يتقبلوا الوضع (وايكر، 2002، Whitaker) بهذه الرؤية ينمي الوالدين نظرة تفاؤلية فيما يخص مستقبل الطفل ما يجعل البحث عن المساندة أكبر، فهم ينتظرون من المهنيين أن يقاسموهم معارفهم ومعلوماتهم، ويرغبون في أن يستعملوا معهم وسائل فعالة من أجل التواصل وتبادل الحوار معهم (سكيلاسي، لونار، 2008، Squilaci, lonners, P20).

14 -3 - مساندة من أجل سير دورة المعلومات :

يشعر بعض الأولياء بنقص في مرونة التواصل من جهة المؤسسات، بينما يرى البعض الآخر أن هناك صعوبات في التواصل معرفة واضحة للأهداف والرغبة في اختبار استراتيجيه حوارية، فالأولياء واعون بحقوقهم في المعرفة، فهم بحاجة لمعرفة ما يجري في يوميات أطفالهم، وأن يقدموا شيء ما تجاههم، إعطاء آرائهم حول إمكانيات أطفالهم، فالمواعيد الفردية هي جد مهمة للأسر .

14 -4 - مساندة من أجل ترميم مستقبل طفلهم عند الرشد :

مع مرور السنوات يظهر الوالدين أقل حاجة للمساعدة، لأنهم تعرفوا على المصالح المتاحة للخدمات لطفلهم، وعندما يعرفوا أن هناك مصادر للمساعدة الكافية لطفلهم فيما بعد في حياته، تعتبر مساندة مهمة للوالدين، فنجاح برامج التدخل لصالح الطفل تبدوا كسيطرة على الموقف كما أن المدى الذي تكون فيه الأسرة قادرة على جعل أسلوب حياتها عاديا وتوفر مجموعات الدعم والعوامل الأخرى (سليقمان، دارلينج، 2001، ص 92).

15 - المساندة من أجل النفاذ إلى المصالح:

يعتبر الوالدين أن المصادر الرسمية هي جد مهمة، فالتربية الخاصة تعتبر من أهم أشكال المساندة، توفير البرنامج التعليمي المناسب كفاية المصادر المالية، الوصول إلى الرعاية المستمرة واليومية هو من أفضل عوامل التكيف التي ذكرتها الدراسات (سليقمان،

دارلينج، 2001، ص 114)، ويتوقف هذا الأمر كذلك على درجة الإعاقة فعدم إيجاد مكان لأطفالهم ذوي الإعاقة العقلية العميقة هو عبارة عن لا عدالة اجتماعية، مشروع الحياة الذي يبحث عنه الأولياء من الطفولة إلى الرشد عاجز عن التجسيد في ظل الانتظار الغير محتمل أو عدم وجود أماكن للتكفل بأطفالهم، في ظل التحولات من سن الدخول المدرسي، للمرافقة، إلى سن الرشد، دائما هناك عدم تنسيق بين المصالح، نقص المعلومات، الفوضى في الاستقبال، بعد بعض أماكن الاستقبال، تشتت أماكن العلاج، لا تترك للأولياء إلا خيار واحد وهو وضع الطفل في مراكز داخلية أو العزلة، فضمن أماكن استقبال ومكونين مؤهلين هي موارد مساندة رسمية جد مطلوبة من طرف الأولياء (سكيلاسي، لونار Squilaci, Lonner 2008,P21, .

16 - المساندة وتدريب الأولياء :

وفرت الدراسات والأبحاث العلمية أدلة على حول فاعلية تدريب أولياء الأمور لتنفيذ برامج تربوية وسلوكية مع أطفالهم، وبالتالي زيادة احتمال تعميم المهارات التي يكتسبها الأطفال، كما أن مبادرة الأخصائيين العاملين في ميدان التربية الخاصة على تنمية مهارات الأطفال عن طريق تربية الوالدين، وعلى جعلهم شركاء وليس أشخاص بحاجة إلى النصيحة والإرشاد، هو من أهم عوامل المساندة التي تجعل الوالدين أكثر قدرة على مواجهة التحديات التي تواجههم واتخاذ القرارات المناسبة لهم ولأبنائهم (القيرواني، 2009).

كما يعبر الأولياء عن رغبتهم في أن يكونوا مرافقين مع بعضهم البعض بواسطة أولياء آخرين فهذا يساعدهم على التحدث عن نجاحاتهم مع والدين آخرين و التعبير عن حاجاتهم وإخفاقاتهم في تدريب أولادهم المعاقين، ويقودهم نحو التأمل في اقتراحات لتدريب أولادهم المعاقين، و نحو التأمل في اقتراحات مفيدة حول البرامج الفعالة والغير فعالة، ومن فوائد هذا التدريب إتباع الوالدين إجراءات سلوكية عامة وأساليب ضبط متشابهة بين البيت والمدرسة، هذا العمل المشترك يفسح المجال إلى متابعة الطفل بشكل يساعد على تطوير

قدراته وتقدمه ويزيد من فرص النمو والتعلم المتاحة للطفل ويحسن من إمكانيات تعديل سلوكه (القيرواني، 2009).

17 - المساعدة المالية :

ان الحاجات الخاصة للطفل المعاق لها أثر مباشر وغير مباشر على ميزانية الأسرة، الأثر المباشر يرجع إلى المصاريف المتعلقة بحاجات تعديل السكن لصالح الطفل، جلب المعدات المتخصصة (مساعدة تقنية، ألعاب بيداغوجية، معدات علاجية، الخ ...)، التنقلات، مصاريف قياس القدرات، الإقامة بالمستشفى، الأثر الغير مباشر يرتبط باستثمار وقت الوالدين، غالبا الأم هي التي تقلل من مدة العمل أو تقطع عنه (سكيلاسي، لونار، 2008، Squilaci, louner)، فينبغي تفهم هذه الحالة وأن يكون لدى مقدم الدعم معلومات حول الجهات التي تقدم المساعدة المالية لهذه الأسرة، وعموما يمكن المساعدة في المجالات التالية :

*مساندة للطفل لاستثارة النمو لديه.

*مساندة في مجال المراقبة الصحية للطفل، أدوية، عمليات جراحية، .. الخ.

*مراقبون منزليون للأطفال خاصة لمتعددي الإعاقات (سليقمان، دارلينج، 2001، ص 116) هذه المساعدة تقلل من مستوى الأسى الأسري وتمكن الأولياء من العناية بذواتهم، الاستثمار في العلاقة الزوجية، الاهتمام بالأخوة، التمكن من ممارسة الهوايات الذي يقلل من العزلة الاجتماعية .

كما يمكن فريق المساعدة الأم من احتفاظ بعملها وذلك بترتيب الأمر مع رب العمل بطريقة تسمح للأم بمغادرة العمل في وقت مبكر (القيروتي، 2009).

وفي الجزائر تقدم الدولة من خلال الوزارة الوصية منحة لذوي الاحتياجات الخاصة لكنها غير كافية مقابل ما هم بحاجة إليه من مصاريف، علاج، تنقل وغيرها (براهيمي، 2007).

18 - مختلف أنماط المساندة للتنظيم في الأسرة :

نقص المساندة الأسرية، غياب الأصدقاء أو العائلة الموسعة ينجم عنه عزلة اجتماعية ويخلق صعوبات، فالمساندة في التنظيم الأسري تعتمد على عدة مفاصل (وريتكتر، 2002، whitaker).

18-1 المساندة بواسطة التماسك الأسري :

من المعروف أن الأمهات في كافة المجتمعات هن اللواتي يقمن بالدور الرئيسي في تقديم الرعاية، ويكون الأمر كذلك في رعاية الطفل المعاق وتشير الكثير من الدراسات أنه كلما كان دور الآباء في تقديم الدعم والمساعدة أكثر فعالية في الأسرة كلما قل ذلك من الأزمات الأسرية سواء كانت الأم تعمل خارج المنزل أم لا، فهذا يعطيها المجال والوقت الكافي خارج نطاق الرعاية الأسرية لتجديد طاقتها ويمنح لها الراحة (عوني، 2008، 79) مشاركة الزوج وتقاسم المهام على مستوى الأسرة هي مساندة ثمينة على المستوى الغير رسمي، فمساندة الزوج تعتبر الأكثر أهمية، بواسطة القدرة على التحدث بانفتاح على مشاعر وتجارب إيجابية وسلبية باحترام بأنك لست وحيد، الإخوة كذلك يمكن أن يكونوا مصدر دعم مهم للأم، (سليقمان، دارلينج، 2001، ص 83)، اتفاق الوالدين و الأبناء ينمي علاقة من نوع خاص مع الطفل المعاق، نفس التصورات كمصدر جد مهم للمساندة بالنسبة للأم (سنجر، 2002، Singer).

18-2- المساندة عن طريق العلاقات مع العائلة الموسعة :

لقد أقرت الكثير من الأسر أن الأقارب كانوا جد مساندين كما أن تلقي الدعم من أفراد الأسرة يمكن أن يكون أكثر أهمية بين الأسر الريفية (سليقمان، دارلينج، 2001، ص83)، حيث يميل أفراد الأسرة الممتدة إلى العيش في جيرة قريبة ويعملون على خدمة أحدهم الآخر وكموارد مدعمة لبعضهم البعض، وخلال العشرينيتين الأخيرة، سمح البحث بتعميق المعرفة حول أهمية مساندة الأجداد وكشف بأنها مصدر جد مهم لمساندة الأسر

التي لديها طفل معاق، يقدم لهم مساعدة في عدة ميادين عملية، كأعمال التنظيف، مراقبة الطفل، المساعدات المالية، المساعدة العاطفية، وحسب الدراسات الأجداد من جهة الأم يقدمون مساعدة أكثر من الأجداد من جهة الأب، والجداث أكثر من الأجداد، كذلك تلعب المسافة دور مهم، فكل ما كان الأجداد قريبين جغرافيا كلما كان إدراك المساعدة أكثر كمهمة، كما أن دراسات عديدة وصفت أن الأجداد يمثلون في بعض الحالات، عبء ومصدر ضغط اضافي للوالدين خاصة اذا كانوا في صراع مع أم الطفل المعاق عقليا، إن المساعدة الغير رسمية المتمثلة في الأصدقاء أو الأجداد اعتبرت كوسيلة فعالة لمحاربة العزلة الاجتماعية وممارسة الهوايات، من أجل المحافظة على نمط الحياة السائد قبل الإعاقة (سليقمان، دارلينج، 2001، ص 83).

معظم الوالدين الذين لديهم أطفال بإعاقات حادة، ليس لديهم هوايات ولديهم قيود في ممارسة عملهم، فالإعاقة تملئ عليهم ما يدور في يومياتهم بدون أن تسمح لهم "بالتنفس"، حتى في أوقات الراحة والعطل الأسبوعية، والخرجات فهي لا تسمح بأي حرية (جرنيفياف، وآخرون، 2014، Geneviève et al)، كل خرجه تكون مقيدة بالإعاقة، وقت الفراغ إن وجد فمن الصعب تنظيمه داخل العائلة أو أن أحد الوالدين يخصص وقته للإخوة والثاني للطفل المعاق (سكيلاسي، لونار، 2008، Squilaci,lonner).

18-3 - المساعدة من أجل تجنب وضع الطفل في الداخليات:

وضع الطفل في الداخليات أمر يمس بالأطفال ذوي الإعاقات الحادة وكذلك بالأسرة، في ظل عدم كفاية المصالح المتاحة للعائلات، وبالتالي يجب الأخذ في الاعتبار المساعدة الملائمة قبل تقديمها وحسب بونسوت Ponsot (1995) في دراسة قام بها على 112 عائلة طفل لديهم إعاقة حادة المتواجدين بالأسرة، فإن وضع الطفل في الداخليات زاد من فقر الحياة الاجتماعية للوالدين، لكن كما يوضحه التراث العلمي فإن عدة عوامل تجعل العائلات يضعون الطفل في مراكز داخلية، العوامل المتعلقة بالطفل نفسه، كحدة الإعاقة يضيف

تعقيدات طبية، الضغط الناجم عن ثقل المهام المدركة من طرف الوالدين هي التي قد تؤدي إلى وضع الطفل في الداخليات، فالموارد الآتية من مساندة الزوج والموقف الإيجابي يسمح بالتقليل من احتمال وضع الطفل ضمن مراكز داخلية، حتى بالنسبة إلى نوع العلاقة مع الطفل، نقص مصالحي المساعدة المتاحة للأسرة خاصة مصالحي الاستقبال للأطفال، شيخوخة الوالدين كذلك يمكن أن تؤدي إلى عدم قدرة الوالدين على تقديم المساعدة اللازمة لطفلهما ما يؤدي إلى وضعهم في مراكز داخلية .

في الدول العربية تواجه أسر ذوي الإعاقة الشديدة صعوبات في الحصول على خدمات التأهيل، فهذه الفئة لا يوجد لها مكان للرعاية داخل مراكز التربية الخاصة، وأسر هذه الحالات تواجه مشكلات نفسية واجتماعية واقتصادية بالغة، كتحديهم كيفية التعامل معهم وسبل رعايتهم، ما ينمي مهاراتهم ويساهم في اعتمادهم على أنفسهم وإدماجهم الاجتماعي (فهيمي، 2005، ص 123-125)، وفي دراسة جزائرية ل(براهيمي، 2007) توصل الباحث إلى أن أسر الأطفال المعاقين تفضل المراكز ذات الرعاية اليومية وحتى إبقائهم في البيت وتلقى المساعدة المتخصصة، كما أن أغلبهم يعيشون في المدن والقرى والأرياف أين لا تتوفر الخدمات للتكفل بهم حتى أولئك الموجودون في المدن الكبرى، والخدمات المقدمة لهم تكاد لا تفي بالغرض المنشود .

19 - المساندة عن طريق مجموعات آباء الأطفال المتخلفين عقليا :

تمثل مجموعات الدعم المكونة من والدي الأطفال المعاقين مصدر مهم للمساندة السيكولوجية ومكان لتبادل التجارب والآراء وتوفير هذه الجمعيات خلايا للإصغاء، تبحث في المشاكل التي يتعرض لها هؤلاء الأولياء، التخفيف من حالة الخوف، وفك العزلة، تحقيق النمو لأطفالهم، الدفاع عن حقوق أطفالهم، فالخدمات الجموعية يمكن اعتبارها قاعدة مهمة للمساندة، والتربية التي تحضر للعمل البعدي للمراكز النفسية البيداغوجية، فالمهنيون المتواجدين بها يعملون على وضع اليد على المشاكل والصعوبات التي يواجهها الأولياء من

خلال الفهم والإصغاء للأمهات، الخدمات التقنية المقدمة لهن ولأطفالهن محو آثار الإعاقة، الخ ... (المبارت، 1978، Lambert)، فأهمية هذه الخدمات تأتي في المرتبة الثانية وراء الأهمية المعطاة للدينامية العلائقية (Zucman 1982).

فهذه المجموعات تقدم فضاء لتخفيف الوحدة، تقدم المعلومات ونماذج للأدوار، أساس للمقارنة (سليقمان، دارلينج، 2001، ص 84).

20 - المساعدة الضرورية للانتقال لحياة الرشد :

ان هذه المرحلة تجعل الأولياء يواجهوا حقائق لم يتحضروا لها بعد، تساؤلات، تحديات أخرى حيرة تجاه مستقبل الشاب المتخلف عقليا، هل لديه فرص للتكوين بما سينشغل، هل سيكون، سعيد هل سيستفيد من العلاج، جدد سيمو وآخرون (2000) Cimo مؤشرات من أجل مساندة المراهقين المعاقين ووالديهم :

-تخطيط عملية الانتقال من طرف المتدخلين .

-تعاون بين المؤسسات التي تقدم الخدمات .

-العائلة هي جزء مكمل للسيرورة .

-تقديم المعلومات وتحضير ملاتم بالنسبة لجميع جوانب التحويل .

شبكة المصالح المخصصة للراشد المعاق (سكيلاسي لونار، 2008، Squilaci, Lonner).

وترى الباحثة أنه في بلادنا تشكل هذه المرحلة معضلة حقيقية عند الأولياء ومصدر

حيرة وقلق فهم غالبا يعتمدون على شبكة دعمهم الغير رسمية، كالأخوة والأخوات خاصة

وأن مسألة التنسيق بين المصالح هو أمر ضروري لضمان تكفل جيد، كما يجب التواصل

والتعاون بين المتدخلين وأن يكون هذا التنسيق تحت شروط معينة .

-يجب أن تكون مصالح الخدمات كافية لتقديم تكفل ملائم للمشاكل المتعددة للإعاقة.

-يجب أن يركز تقديم الخدمات على حصيلة المشاكل المدروسة .

من الأفضل أن يكون فوج مستقر لضمان عدم انقطاع الحوار ونقص التوجيه للعائلة، وأن يستعمل المتدخلون لغة مشتركة بنظرة وأخلاقيات مشتركة من أجل ضمان تماسك مصادر المساندة، ومن أولويات المتدخلين هو الإصغاء للعائلات بدون تفسير للمعاش العائلي، يجب عدم أخذ القرارات في مكان الأولياء وفيما يخص التنسيق الذي له دور فعال بالنسبة للطفل والعائلة ويضمن تدفق المعلومات والمصادر ويرفع من الشعور بالراحة وجودة الحياة.

خلاصة :

إن وجود طفل لمتخلف عقليا بالأسرة يؤدي إلى مستوى عالي من الضغط، نظرا للاحتياجات الخاصة التي تتطلبها رعايته والتكفل به، لذلك يجب أن تكون هناك مساندة ملائمة للأمهات هؤلاء الأطفال سواء عن طريق الشبكة الرسمية المتمثلة في مراكز الخدمات والتأهيل أو عن طريق الشبكة الغير رسمية المتمثلة في باقي أفراد الأسرة خاصة الزوجاء إخوة الطفل المعاق وكذا الأقارب من العائلة الممتدة بالإضافة إلى الأصدقاء وجماعات آباء الأطفال المتخلفين عقليا، ويجب أن تكون هذه المساندة متعددة الأشكال عاطفية، تقديرية، مالية حسب طلب الأمهات وليس كما يفكر المتدخلون، هذا ما أكدته العديد من الدراسات في أن المساندة تلعب دور وقائي من الضغط المدرك من طرف الأولياء وتساهم في عملية تكيفهم مع هذه الحالة، عطاء معنى إيجابي لهذا الحدث، خاصة بفضل التماسك الأسري ومساعدة الأم في مهامها تجاهه ما يجعل الأمهات أكثر جدلا.

الفصل الخامس:

الجلد بين النظرية والتطبيق

تمهيد

- 1 - أصل مفهوم الجلد
 - 2 - بعض المفاهيم القريبة من الجلد
 - 3 - تاريخ بحوث الجلد النفسي
 - 4 - مظاهر الجلد
 - 5 - مؤشرات وعلامات الجلد
 - 6 - الدين
 - 7 - الجلد بين عوامل الخطر وعوامل الحماية
 - 8 - المقاربات المفسرة للجلد
 - 9 - بناء الجلد
 - 10 - التطبيقات الإكلينيكية حسب نموذج الجلد
 - 11 - الجلد لدى أسر الأطفال المتخلفين عقليا
 - 12 - علاقة المساعدة
 - 13 - استراتيجيات التكيف والجلد
 - 14 - الفكاهة
 - 15 - التحول والوصول إلى مرحلة من الجلد
 - 16 - مقاربات التدخل لبناء سيوررات الجلد لدى أسر الأطفال المتخلفين عقليا
 - 17 - قياس الجلد
- خلاصة

تمهيد:

بينت تطبيقات الطب العقلي أن تجارب الحياة السلبية والأحداث الضاغطة يمكن أن تسبب اضطرابات عقلية، ومن خلال الملاحظات الإكلينيكية للأطفال الذين تعرضوا للضغوط الحياتية خاصة الانفصال عن الوالدين تبين أن النصف الأكبر منهم يتأثر بهذه الأحداث ، نفس الملاحظات بالنسبة للراشدين فأنهم يطورون الاكتئاب بعد فقدان أو تجارب الفشل، وفي حين أنه يتم تطوير الاكتئاب بعد الأحداث الضاغطة والصادمة للحياة، هناك عدد من الأشخاص لا يصبحوا مكتئبين بعد هذه التجارب المسببة للاضطراب، ففي سبعينات القرن الماضي وتحت تأثير الأمثلة على الدمى لـ Jacques May و Anthony (1974-1978) ومفهوم الطفل المحض (Invulnérable) أصبح لمصطلح الجلد شعبية ما أدى إلى التفكير في الفروق التكوينية والبيئية إذ تبين أن بعض الأطفال يقاومون الضغوط والظروف المعاكسة، ظهر مصطلح الجلد (Résilience) بدلا من المصطلح المطلق للحصانة ، كما بين ميدان الاكتئاب عند الراشد بعد أحداث الحياة الصعبة نتائج الفروق بين الأفراد والتي قادت البحوث نحو عوامل الجروحية (Vulnérabilité) التي تعمل على رفع عوامل الخطر و إلى التأثيرات المخفضة التي تعمل على الحماية في ظل نفس الظروف، ومن خلال هاتين المقاربتين، وجود مساندة أو غيابها كونها المتغير الأكثر أهمية (Rutter,2002, P 15)، سنوات من بعد تحدد المصطلح أكثر عندما جمع (جرامزي، Norman Gramezy) فعة واحدة أخصائيو علم النفس المرضى للنمو، الأطباء والأخصائيون النفسانيين، علماء النفس الاجتماعي من أجل تحديد عوامل خطر وعوامل الحماية، وكان (Rutter & Werner) هما من أعطا الحياة لمصطلح الجلد، (مارسيانو، 2001).

1 - أصل مفهوم الجلد :

كلمة (Résilience) كلمة مشتقة من أصل لاتيني (Résilencia) وهي تعني في الإنجليزية امتصاص الضغوط ومن ثم العودة إلى الوضع السابق (حجازي، 2012، ص 224) وفي

الفرنسية حسب القاموس التاريخي للغة الفرنسية كلمة *résilier* تتكون من "re" وتعني حركة للوراء. "salire" وتعني القفز والوثب، إذن كلمة (*Résilience*) تعني القفز نحو الوراء، يقفز أو يتجاوز أو يستعيد النهوض "**Rebond**" و "tobac Jump" (أقنز، 2005، Agnes) .
وهذا المصطلح أتى من فيزياء الميكانيك من أجل تقويم المواد التي تتلقى صدمات حادة وقدرتها على امتصاص الطاقة الحركية بدون أن تقطع، وهو بذلك يعني صفة المرونة والقدرة على العودة إلى الحالة الأولى بعد تلقي الصدمة أو الضغط المتواصل عليها، مستعمل في ميادين متعددة، كالإعلام الآلي، علم الاجتماع، علم النفس، ... الخ) (أنو، 10p, 2003, Anant).

1-1- الترجمة إلى اللغة العربية :

باللغة العربية لا يوجد اتفاق حول ترجمة هذا المفهوم واستعملت مصطلحات متعددة كالمرونة النفسية، المرونة الاستيعابية، الرجوعية والجلد .

أصل كلمة الجلد لغويا : الجلد هو القوة والشدة والصبر نقول شخص جلد أي القوي في نفسه وجسده (ابن منظور، ص 174).

- وفي معجم المعاني الجامع يعبر الجلد عن الصبر والقوة والاستماتة جلد على مواجهة الشدائد .

- يترجم سهيل الإدريس كلمة الجلد في قاموس المنهل 1998 كلمة (*Resilience*) بالرجوعية.

- وفي المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، ص 255 تستعمل كلمة الجلد التي تعني الصبر على المكاره وتحمل الألم، وبما في ذلك من دينامية وخاصة إنسانية، وكما سبق ذكره كلمة الجلد في لسان العرب تعني صفة الرجل القوي في نفسه وجسده ويظهر هذا اللفظ أكثر تعبيراً عن باقي الألفاظ الأخرى كالرجوعية أو المرونة الاستيعابية حسب رأي الباحثة.

1-2- تعريف الجلد اصطلاحا :

ظهر هذا المصطلح في الدول الانجلوساكسونية في سنوات السبعينات ولم يعرف إلى يومنا هذا تعريف اتفاقي عند الباحثين، ولقد قدم التراث العلمي تعريفات عديدة ومختلفة للجلد حسب التخصصات وتطبيقاتها على الأفراد والجماعات العائلية أو المجتمعات في حين أن تحليل العناصر المشتركة لمختلف المقاربات بين أن الجلد في المقام الأول يتعلق غالبا بنموذجين تكيفيين وهما التكيف مع الصدمة، البناء والنمو النفسي السوي في ظل المخاطر (أنو، 2004، P10). (Anaut,2004, P10).

• تعريف آخر (2003) Anaut " الجلد هو القدرة على الخروج الناجح من تجربة صدمية، مع قوة متجددة، الجلد يتضمن التكيف تجاه الخطر، النمو السوي في ظل المخاطر بعد الصدمة " (أنو , P 7 , 2003). (Anaut,2003, P 7).

• تعريف فانستونداال، لوكانت، مونسيو، سيرلينك Manciaux, Vanistendael, lecomte et Cyurlnik, 2001 "الجلد هو قدرة شخص أو جماعة على النمو الجيد، ومواصلة الإسقاط على المستقبل في ظل أحداث معاكسة، ظروف حياتية صعبة، صدمات حادة"، وفي هذا التعريف الاتفاقي يظهر الجانب الديناميكي للجلد ذي مرجعية النهوض السيكولوجي، الذي يميز التوظيف الجلود، يتعلق كذلك بالخروج الناجح من التجربة الصدمية بقوة متجددة (أنو، 2004، P11). (Anaut ,2004,P11).

*والجلد هو سيرورة دينامية تمكن الأفراد من إظهار تكيف سلوكي عند ما يواجهون مواقف عصبية أو صادمة أو مأساوية أو تهديد مواقف ضاغطة (لودر، سيشتي، باكر، 2000 Luthar ,Cichtti,Baker) في (حلاوة ، 2013) .

* تعريف المرونة الاستيعابية (الجلد) حسب (حجازي، 2012) :هي فن التعامل مع الضغوط والمحن، وقد يتخذ هذا التعامل طابع الانحناء أو الارتداد ومن ثم العودة إلى الحالة الطبيعية واستئناف النمو أو النشاط الوظيفي المعتاد، أو يؤدي استخدام التعرض للمنحة إلى تطوير مناعة نفسية وقدرة على القيام بنشاط وظيفي أفضل مما هو متوقع تماما على غرار

اكتساب المناعة ضد المرض من خلال أخذ اللقاح، وينظر للمرونة الاستيعابية بمثابة عملية تفاعلية مع المحنة أكثر من النظر إليها بمثابة صيغة أو سمة يتمتع بها المرء فطريا (حجازي، 2012، ص 224).

ومن خلال هذه التعاريف يظهر الجلد كسيرورة دينامية تفاعلية تتضمن المواجهة مع استمرار النمو السوي والإسقاط على المستقبل .

2- بعض المفاهيم القريبة من الجلد:

*الصلابة النفسية Hardiness psychological:

نمط من التعاقد النفسي يلتزم به الفرد اتجاه نفسه وأهدافه وقيمه والآخرين من حوله وهو اعتقاد الفرد أنه بإمكانه أن يكون له تحكم فيما يواجهه من أحداث، وان كل ما يطرأ على جوانب حياته من تغيير هو أمر مثير وضروري للنمو أكثر من كونه تهديدا أو إعاقة له " .
وتتكون من ثلاث خصائص هي :

-الالتزام أو القابلية لدى الفرد لمواجهة المواقف .

- الاعتقاد بتوافر القدرة على الضبط والمسؤولية تجاه مواجهة أحداث الحياة والتحكم بها.

- التحدي (challenge) والاستعداد لتقبل التغيير (شيلي، 2008، ص 420).

*المرونة النفسية Flexibilité, Elasticité

تستعمل من أجل وصف التغييرات في شخصية الفرد والقدرة على العودة إلى الحالة الأولى، ويخص خصائص الأنا، فالأنا الهش هو غير قادر على التكيف، والأنا المرن الجلد هو القادر على القيام بالتبادلات مع الآخرين، وأشار Blok إلى مصطلح (Ego-Résilency) الذي يمكن أن يرتبط بمفهوم التنظيم الانفعالي (نان، 2014، Nann) .

*المواجهة Coping:

هي مجموع الجهودات المعرفية والسلوكية الموجهة نحو السيطرة، حفظ متطلبات الحياة الداخلية أو الخارجية التي تهدد أو تتجاوز موارد الفرد (لزاريس، فولكمان، 1984، Lazarus et folkman).

وهي رد فعل المواجهة لوضعية عامة للضغط و الطريقة التي يتفاعل بها الفرد أمام

الوضعيات الضاغطة (تياز، 2008, p134)

3- تاريخ بحوث الجلد النفسي :

حركة الجلد قديمة تعود إلى سبعينات القرن الماضي، سواء تعلق الأمر بدراسة الجماعات التي تعرضت للكوارث الطبيعية أو الحروب والاضطهاد الجماعي والتصنيفات والتهجير، أو بدراسة الأطفال الذين تعرضوا لظروف تنشئه من النوع المولد للاضطراب وسوء التوافق السلوكي والدراسي والاجتماعي، وكان من اللافت أن هذه الكوارث أو الظروف المعاكسة التي يفترض علميا أن تؤدي إلى الانهيار النفسي أو الوجودي، لم تولد الآثار المرضية لدى جميع الذين تعرضوا لها وإنما هناك جماعات وأفراد، وأطفال خرجوا بدون أضرار ما مكنهم من متابعة حياتهم ونموهم بل أكسبهم قدرات أكبر لتحمل للمحن والشدائد (حجازي، 2012، ص 226).

نشر جرامزي (1973) Garmezy نتائج أول بحث عن الجلد واستخدام ما يعرف بعلم الوبائيات، والذي يدرس من الذي يتعرض للمرض، ولماذا، وذلك للكشف عن عوامل الخطورة وعوامل الوقاية والتي ساعدت الآن كثيرا في تعريف الجلد، صاغ Garmezy وستيرمان Streiman (1974) أدوات للنظر في نظم الجلد. وكانت إيمي وارنر Emmy Werner من أعطى الحياة لمصطلح الجلد (Résilience) منذ 1955 حيث تابعت 698 طفل في جزر هوائي الذين يعيشون في ظروف جد سيئة، ثلاثون سنة من بعد، استخلصت أن هناك أطفال من سن 10-18 سنة الذين كانوا معرضين لأخطار جسدية ونفسية واجتماعية وعند عمر 30 سنة، استطاعوا الترميم والتغلب على جانب كبير من اضطراباتهم، كما حدد روتر Rutter الفرق الموجود بين الجلد الفردي والجلد العائلي في ظل الظروف المعاكسة (مارسيانو، 2001 p,78, Marciano).

وكشفت دراسة ماستن (1989) Masten أن بعض الأطفال لأولياء مرضى بالفصام والذين لم يتحصلوا على نفس شروط النمو للأطفال ذوي أولياء عاديين رغم ذلك نجحوا في

التوافق والإنجاز المدرسي بإيجابية، وبالتالي قادت هذه البحوث إلى محاولة فهم الاستجابات الإيجابية رغم الظروف العصبية التي يتعرضون لها.

وحاليا تركز البحوث الأمريكية الميدانية على محاولة الكشف عن عملية الوقاية الكامنة والعوامل المتعلقة بالبيئة المحيطة للفرد مثل الأسرة ومعرفة دورها الإيجابي في عملية الجلد (حلاوة، 2013، ص 26) .

4- مظاهر الجلد :

يمكن أن يتخلى الجلد من خلال الأبعاد التالية :

- 1- النتائج الإيجابية بغض النظر على المواقف الضاغطة وظروف الحياة الصادمة .
- 2- الاحتفاظ بالكفاءة الذاتية في ظل ظروف الحياة الضاغطة
- 3- التعافي من الصدمات
- 4- التوظيف الإيجابي للمصاعب والتحديات واعتبارها فرصة للنمو والارتقاء مما يجعل متاعب ومشاق المستقبل محتملة ويوصف الجلد عند الأفراد الذين يحققون النجاح بالرغم من تعرضهم لعوامل الخطورة والظروف المعاكسة و يستطيعون النمو الشخصي السوي .
- 5- مؤشرات وعلامات الجلد :

بالاعتماد على ملاحظة السلوك والمقابلات للذين تعرضوا للتحطيم، ومع ذلك استطاعوا النمو والازدهار استطاع (ديسمي وبورتوا 2012, Desmet & pourtois)، من تحديد مؤشرات وعلامات الجلد عن طريق اعتمادهم على عدة وسائل الملاحظة الإكلينيكية، المقابلة، تحليل القصص، المذكرات الذاتية، وتحليل محتواها من خلال المنشورات المكتوبة وتجميع شبكة المعطيات أجريت الدراسة على عينة مكونة من (113) فرد أظهروا جلد ، وقد تم استخلاص المؤشرات التالية :

5-1- المصادر العاطفية :

نمو الحاجات النفس اجتماعية الميول نحو الجذب واللفظ والتي تتعلق بأساليب المعاملة الوالدية الإيجابية والخبرات المدرسية الإيجابية (Werner&Smith,1982,Garmezy,1990)،

فالتعلق الآمن وأهمية التجارب العاطفية الأمومية في مرحلة الطفولة الأولى وتأثيرها على مستقبل الصحة العقلية وانعكاساتها على النمو النفسي لهذا الأخير (روتر Rutter,2002,P124) ببناء قواعد صلبة لمواجهة التجارب المستقبلية، وهذا من خلال روابط عاطفية آمنة مع شخص ذو معنى (FFAPAMM, 2010).

إن الأنماط الأولى للجلد تم دراستها من خلال الأعمال حول مرونة أنماط التعلق خلال الحياة (Anaut, 2005, P5).

فالتعلق الآمن يعتبر كمؤشر للنمو الموثوق والازدهار ويسمح بالقدرة على الاتصال والتعبير عن الحاجات والترحيب بالآخرين (ديسمي، بورتوا، هامبك، Pourtois, Humbeeck, Desmet, 2012).

الحس الفكاهي وممارسة روح الدعابة يخفض من الاحتقان الانفعالي ويؤدي إلى تحجيم المشكلة والحد من حالة الشعور بالعجز تجاهها، مشاعر الثقة والتفاؤل الواقعي والاستبشار وتوقع الأفضل والابتعاد عن الهوامات والتخيلات الغر واقعية وتلمس جوانب الخير.

5-2- الموارد المعرفية :

ويتعلق الأمر بالمجال المعرفي، فالفرد الذي يظهر الذكاء والواقعية على الرغم من الصدمة المواجهة يستطيع استئناف نموه والمقصود بالذكاء، الرغبة في الانخراط في تعلم أكاديمي البقطة الفكرية والفضول وحب التعلم، الثقة في الذات والآخر مما يسمح بالفهم الإيجابي لمنعطف الأحداث والوصول إلى التخلص من عناصر القلق، هذه المؤشرات تسمح بتغيير النظرة للواقع والنمو السوي .

• الحاجة للتواصل وكذلك البصيرة والإدراك التام للواقع وتقبل الحدود والتكيف معها في ظل الارتباط بالنفس .

• إظهار الإبداع والخيال والشعور بالحرية والتقبل وأخذ الحياة على محمل الجد دون النظر لها بشكل درامي.

• الانتباه المركز أو المنتقي و اللجوء إلى استراتيجيات مواجهة فعالة والبحث عن الإنجاز بواسطة النشاط هي مؤشرات جيدة للجلد .

5-3 - الموارد الاجتماعية :

حسب هؤلاء الباحثين إن الشخص الذي تعرض إلى التحطيم لفترة من حياته رغم ذلك يظهر اجتماعي وأو اجتماعية وغيرية (Socialité et /ou socialité et altruisme) هي مؤشر ممتاز للجلد، يقصد هنا هو الدخول في اتصال متبادل مع الآخرين والبقاء على اتصال، والتعاون والرعاية للآخرين ويصبح الشخص بذلك قادر على العطاء اللامشروط، مع طلب المساعدة عند الحاجة إليها واستعمال مصادر الدعم الاجتماعي المتاح له، كما أن مفهوم الذات يعزز من خلال الحاجات الاجتماعية (اتصال، القيمة والاعتبار، والحاجات العاطفية التعلق والتقبل) والتي تسمح للفرد المحطم بإيجاد المعنى لحياته من خلال الآخرين، الميل والتقرب من الآخرين ونمو الكرم، بالإضافة إلى ذلك إظهار السلوك الأخلاقي والمعايير هي كذلك مؤشرات لإمكانات ميلاد جديد للفرد الذي تعرض للصدمات.

كما أن صفات كالضبط الذاتي، الاحترام، وضع الحدود داخل بيئته التي يدركها أنها عادلة يظهر الشخص أكثر قدرة على التعامل بالمعايير الأخلاقية وقيم السلوك الإنساني الذي يخضع لها، والتي تتطلب مستوى من النضج المعرفي والاجتماعي، فلقد تكلم المؤلفون كذلك عن استقرار الهوية، الاستقلالية تقدير الذات المستقر، الوعي والقدرة على تدبير الأمور، تقاسم العالم الحميمي مع الآخرين، الصورة الإيجابية للذات، التوافق والتعارض مع الآخرين والهوية المتميزة، احترام الذات والرغبة في الوجود رغم الأحداث الصدمية يعزز آلية

الجلد 5-4 - موارد التواصل Les ressources conatives :

يؤكد Desmet et Pourtois أهمية الذكاء العاطفي في القرار أو القدرة على التعرف على الانفعالات الخاصة وتحليلها وكذلك السيطرة عليها، والفهم العاطفي أو التطابق (l'empathie)، الحساسية والانتباه إلى ما يعيشه الآخرون كدلالات على الجلد، القدرة على الإصغاء والانشغال والاهتمام بالآخر، التعاطف والاجتماعية، تسمح بربط ما يتعرض له

الآخر في ضوء ما يعيشه الفرد، التواصل الفعال، مراقبة الذات، معاش ملون بمشاعر إيجابية كلها مؤشرات لها دور في إعادة البناء بعد صدمي، الدافعية، الروحانية هي كذلك أدلة على الجلد كذلك تحديد الأهداف، المواظبة، القناعات والاعتقاد الراسخ، الحساسية تجاه الجمال، وموقف الفرد في البحث عن معنى لحياته، ولما عايشه تعتبر مؤشر للتطور بعد التعرض للحدث الصدمي، كذلك يصل الفرد إلى إعادة تهيئة لنظام قناعاته من خلال ما تلقاها والتعبير عن معاناته الشعورية واللاشعورية من خلال المعنى والبحث عن الإبداع والجمال (ديسمي، بوراتوا، 2012, Desmet, Pourtois).

6- الدين:

أن القدرة على الاحتفاظ بالقيم الروحية والحكمة، خاصة الفرد الذي ينتمي إلى مجتمع إسلامي فالجزائري يتمتع بقيم روحية ودينية عالية تجعله يعطي معنى إيجابي لأحداث الصادمة وظروف الحياة الضاغطة إذ أن الإسلام يحث الفرد على الإيمان والطاعة والالتزام والقناعة بالعطاء والصبر على المكاره والأمل والتفاؤل والتوكل على الله والاعتماد عليه وحب العلم وطلبه، التسليم للقدر مع ضرورة العمل والاجتهاد في الحياة، العفو والإيثار والتضحية والاستقامة والتحلي بالأخلاق الرفيعة والرحمة والتعاطف وصلة الرحم البر والإحسان، تقديم المساعدة وطلبها. كل هذه السمات اذا استطاع الفرد تنميتها والعمل بها تصبح لديه قدرة على الجلد ، فالتقرب إلى الله هو اللجوء إلى الله عند الشدة طلبا للعون والمساعدة بهدف إزالة المشاكل التي يتعرض لها الفرد , وقد قامت نعمة عبد الكريم (1999) بتناول العلاقة بين الإستراتيجية الدينية وأحداث الحياة الضاغطة على عينة من مرضى الكلى بمستشفى جامعة المنصورة بمصر عددها (174) وعدد من الأقارب المهمين للمرضى وعددهم (123) وقد كشفت الدراسة أن الإستراتيجية الدينية كانت منبأ جوهريا عن الرضا عن الحياة لدى عينة المرضى (النوبي, 2010, ص 129).

فالدين يعزز الشعور بالعافية ويساعد على التعامل مع الأحداث الضاغطة، فهو يشكل جانب مهم في الحياة ويساعد على الارتقاء بالحالة النفسية لكثير من الأفراد، فالذين يمتلكون عقيدة دينية قوية، يقرون بوجود درجة عالية من الرضا عن حياتهم ودرجة أكبر من السعادة الشخصية، وتأثيرات سلبية أقل للأحداث بفضل نظام معتقدات يسمح بإعطاء معنى للأحداث الضاغطة، ويزيد من الإحساس بالهوية الجماعية والشعور بالانتماء والمشاركة الفعالة من خلال الممارسات الدينية خاصة الأشخاص الذين كانوا ناشطين دينياً مما يساهم في إدراكهم للمساندة الاجتماعية (شيلي، 2008، ص 430، 431).

ومن خلال مراجعة أدبيات العلاقة بين التدين والجانب الروحي والاضطرابات التالية للصدمة (PTSD) وجدا أن 50% من الدراسات التي أجريت في هذا المجال كشفت عن علاقة إيجابية دالة بين التدين والجلد (حلاوة، 2013، ص 30).

7- الجلد بين عوامل الخطر وعوامل الحماية :

يتفق الباحثون حول عدة معالم للجلد، فلا يمكن التكلم عن الجلد إلا إذا واجه الشخص ظروف معاكسة أو حسب بعض التوجهات النظرية مواجهة الموت بمعنى خطر إصابة جسدية أو نفسية التي يؤدي إلى الشعور بالموت والاضطراب النفسي حسب سيريلنك Cyrulnik، هذه المقاربة ذات المرجعية التحليلية ترى أن الإصابات الصدمية هي أولوية لظهور سيرورة الجلد بفضل إعلاء الصدمة، فالصدمة هي عامل للجلد (ديتشي، De tychey, 2001).

يعتبر الجلد مفهوم متعدد الأبعاد تنتج عنه حالة من التوازن من خلال التفاعل بين عوامل الخطر وعوامل الحماية المتواجدة في مختلف السياقات الإيكولوجية للفرد في النظام البيئي، عوامل الحماية تحتوي على عدة خصائص شخصية خاصة بالفرد، وخاصة بالمحيط الذي يعيش فيه، الأسرة، المدرسة، الجماعة، الخ... ، فالجلد يتبع تجارب الشخص، كما أنه غير مكتسب نهائياً فالطفل الجلد ليس بالضرورة راشد جلد، كما يمكن أن يكون الشخص جلد في ميدان و غير جلد في ميادين أخرى أو سياقات أخرى (Bernard et al, 2015, p12).

إن الدراسات حول عوامل الخطر لا تركز على عامل واحد فالبحوث حول الأطفال والعائلات التي تواجه وضعيات خطر بينت أن هناك تراكمية مرتبطة بعدة عوامل خطر سامروف وآخرون، (Sameroff et al) 1987 درسوا الرابط الموجود بين ثمانية عوامل خطر مرتبطة بالعائلة (الفقر، غياب الأب، المستوى الدراسي المتدني للوالدين، مقارنة تربية صلبة، تناول الكحول والمخدرات من طرف الوالدين، مشكل الصحة العقلية للأم، عائلة متعددة الأفراد، الانتماء إلى أقلية اثنية) ، ووجود ثلاث عوامل فقط من هذه العوامل يؤدي إلى انخفاض ذكاء الأطفال، وعوامل خطر المحيطة بالطفل أو الوالدين يؤثر على التطور النمائي له، كما يؤدي إلى فشل في الوظيفة الوالدية ، فالفقر وانخفاض المكانة الاجتماعية والاقتصادية، انخفاض الذكاء، السمات الشخصية، عوامل الضغط الراجعة للمحيط، تاريخ نمائي مؤلم للوالدين، علاقات شخصية صراعية ، عزلة اجتماعية تخلق سياق صعب لممارسة الدور الوالدي ، بالعكس فإن وجود عوامل الحماية سوف يكون ثقل على عوامل الخطر التي تهدد نمو الطفل أو ممارسة الدور الوالدي ، يؤكد جرامزي (1993) Garmezy حسب معطيات بحثية أنه يوجد أطفال رغم تعرضهم لعدة عوامل خطر لها نتائج سلبية إلا أنهم لم يظهروا الاضطراب (Garmezy,1993, P129) .

كما تحدث أنتوني Anthony (1974) في مقابل الجروحية بواسطة التعرض للخطر تكلم عن حالة روحية للطفل تمكن من السيطرة عن طريق القوى الموجودة لدى الفرد ليستطيع المواجهة باستمرار تجاه الظروف الكارثية .

كما أن دراسات كثيرة كشفت عن التأثيرات الإيجابية للمساندة الاجتماعية وبناء علاقات الحب وتقديم التشجيع من طرف الأسرة وخارجها .

القدرة على التخطيط والثقة في الذات، صورة الذات الإيجابية ومهارات التواصل والقدرة على إدارة المشاعر والاندفاعات، النزعة التفاوضية (APA , 2010).

و ميزت Werner (1995) بين ثلاث سياقات لعوامل الوقاية :

1 - الخصائص الشخصية، كمفهوم الذات الإيجابية

2- الأسرة وما يتواجد بها من روابط قائمة على دفء العلاقات والتقبل الإيجابي الغير مشروط، ومنح الحب بدون شروط .

3- المجتمع وما يحتويه من مصادر دعم ومساندة فضلا عن علاقات التواصل مع الأصدقاء والأقران .

كما كشفت العديد من الدراسات عن متغيرات نفسية متعددة منها تقدير الذات، ضبط الأنا، مرونة الأنا، الخ.....

وهكذا فالجلد يرتبط بعوامل الحماية كمصادر وقائية في مقاومة عوامل الخطر، تتعدد أبعاده بين العوامل الذاتية والبيئية، كما أن للجلد طابع ديناميكي يتوقف على السياق الذي يتواجد فيه الفرد، وهو سيرورة تفاعلية أكثر منه موضوع للفروق الفردية .

8-المقاربات المفسرة للجلد:

ظهرت مقاربات نظرية متعددة تبعا للتيارات المتباينة للباحثين ومن أهمها :

8-1 النموذج السلوكي المعرفي: أعطى هذا النموذج أهمية للميكنزمات أو الصيرورات من طبيعة معرفية ومن جهة أخرى استراتيجيات السلوك الملاحظ من أجل معرفة حالة الجلد لدى الفرد (دوتيشي، 2001 De tychey)

اهتمت هذه المقاربة بمفهومين أساسيين الضغط والمواجهة التي يقوم الفرد فيها باستخدام استراتيجيات لمواجهة الضغوط التي هي من أصل معرفي والتي هي إذن شعورية، يرى كذلك أصحاب نظرية التعلم أن الجلد هو في نفس الوقت مجموعة من الخصائص الفردية وهو سيرورة ونتيجة يندرج في مسيرة تعلم تعلم تعاوني (Coapprentissage) والتأهيل والتمكين (Empowerment) وتقرير المصير (Autodétermination) من خلالها يستطيع الشخص إعادة المعنى لحالة الشدة والتوجه نحو المعنى الإيجابي من أجل متابعة النمو والتطور بتعزيز عوامل الحماية الشخصية أو البيئية ، المعنى المعطي لحالة الشدة يساعد على تنظيم هذا التطور (Bernard, 2015).

8-2 المقاربة السيكودينامية للجلد: المقاربات السيكودينامية للجلد لاسيما المقاربة التحليلية تعتبر الجلد سيرورة دينامية، هذا النموذج يبين كذلك عمل الميكانيزمات الدفاعية والعمليات العقلية للفرد والعلاقات البسيكوعاطفية، والمساندة الخارجية التي تساهم في نسج سيرورة الجلد (أموندي، 2006، Amandies).

في الاتجاه السيكودينامي لا يوجد جلد إلا بعد التعرض لصدمة أحادية أو متعددة، النشوءية الصدمية تضع في الاعتبار الأبعاد التالية: خطر حيوي (نفسى أو مادي فيزيائي)، تجربة التعرض للموت (شعور نفسى بالموت)، نماذج استجابات الفرد الدفاعي (Cyrułnik, 2001)، كما يمكن الإشارة إلى الآثار العاطفية للصدمة عند كل حالة، كذلك الشدة العاطفية لسياق صدمي تتبع إدراك الفرد وقدراته الدفاعية إنن هي ذاتية، بواسطة النماذج الدفاعية تحرك الموارد الداخلية والخارجية للبيئة العلائقية والاجتماعية العاطفية للفرد ما يميز هذه الميكانيزمات الدفاعية هو قبل كل شيء دورها في الحصول على التوازن، وحماية الفرد كما يمكن تمييز دفاعات ناضجة، كالإعلاء، روح الدعابة، الغيرية ودفاعات غير ناضجة كالإسقاط، المرور إلى الفعل، السلوك العدوانى، الخمول... ويميز النوع الأول الحالة العقلية للأفراد الأكبر سنا، وفي هذه المقاربة ينقسم الجلد إلى مرحلتين، ما يمكن ترجمته إلى جلد قصير المدى وجلد طويل المدى (دوتيتشي، 2001، De tychey).

1- الزمن الأول للجلد: مواجهة الصدمة والفوضى النفسية، ويتم فيها اللجوء إلى ميكنزمات استعجاليه (كالإنكار، الإسقاط، قمع العواطف بهدف الحماية ضد التحطيم النفسى).

2- الزمن الثانى للجلد: إدماج الصدمة والترميم حيث يتم التخلي عن الدفاعات الاستعجالية والتفضيل لدفاعات أكثر نضجا وأكثر مرونة وتكيف بالمعنى الكامل للمصطلح كالإبداع روح الدعابة، التفكير العقلي، الغيرية، الإعلاء هذه المرحلة تمر بضرورة إعطاء معنى للإصابة والتوظيف النفسى للجلد تتم فيه سيرورة التعقيل la mentalisation، إيجاد المعنى، إعادة التكوين، القدرة على ترجمة الصور لكلمات وانفعالات محسوسة، لتصورات لفظية قابلة للمشاركة (ديتيتشي، 2001، De tychey)، فالتعقيل والفضاء الخيالى الغنى يساهم في جلد

واسع طويل المدى بينما يتعلق الجلد قصير المدى بالاستجابة تجاه الصدمة (أنو، 2004 (Anaut,

8-3 - المقاربة الايكولوجية :

يهتم هذا النموذج بالسياق السيكولوجي وارتباطه بنمو الطفل حسب نظرية بروفنبرنر Uri Brofenbrenner (1981) وفي اتجاه توافقي، هذا النموذج ملخص بواسطة كامبفر Kumpfer التي قامت بإعداد مخطط (كامبفر 1999) (Kumpfer, 1999) استندت فيه إلى كثير من البحوث الأنجلوساكسونية والذي حاولت فيه وضع إطار كنقطة انطلاق من أجل تنظيم السيرورات التي تنبؤ بالنتائج الإيجابية في حالة الخطر الشديد، لأنها أرادت أن تجعل الجلد كمفهوم عملي حيث وصفت الشدائد كضغط هذا الأخير ينشط سيرورة الجلد زادر (Zeder,2010) ، ويكون البعد الأول ذو معنى من بين الأبعاد الستة من أجل تطور سيرورة الجلد، يتعلق الأمر بأربع ميادين تعتبر كمنبئات من (1-4) وسيرورتان توافقيتان رقم (5 و 6) كما هو في الشكل رقم (04)، في هذا النموذج العملي يولي الاهتمام لعوامل الحماية و عمليات الوقاية .

1-الضغط : يمثل للشخص تحدي، تهديد فقدان ، فهو أصل الاضطراب ويتسبب في فقدان التوازن للشخص أو لوحدة الأسرة أو الفوج أو الجماعة .

2-الموارد البيئية : هذا البعد يكون توازن بين عوامل الخطر وعوامل الحماية، ينتمي هذا البعد إلى بيئة الشخص كالأسرة أو المؤسسات السيكو بيداغوجية، أو جماعات الأولياء كذلك السياق الاجتماعي، المتغيرات التي تؤثر في هذا العامل هي مستوى النمو، العمر، الجنس، السياق الاجتماعي الثقافي، الاقتصاد الجغرافي، التاريخي، فيمكن أن يكون هناك أثر تراكمي لمختلف العوامل يزيد أو يخفض عامل الخطر.

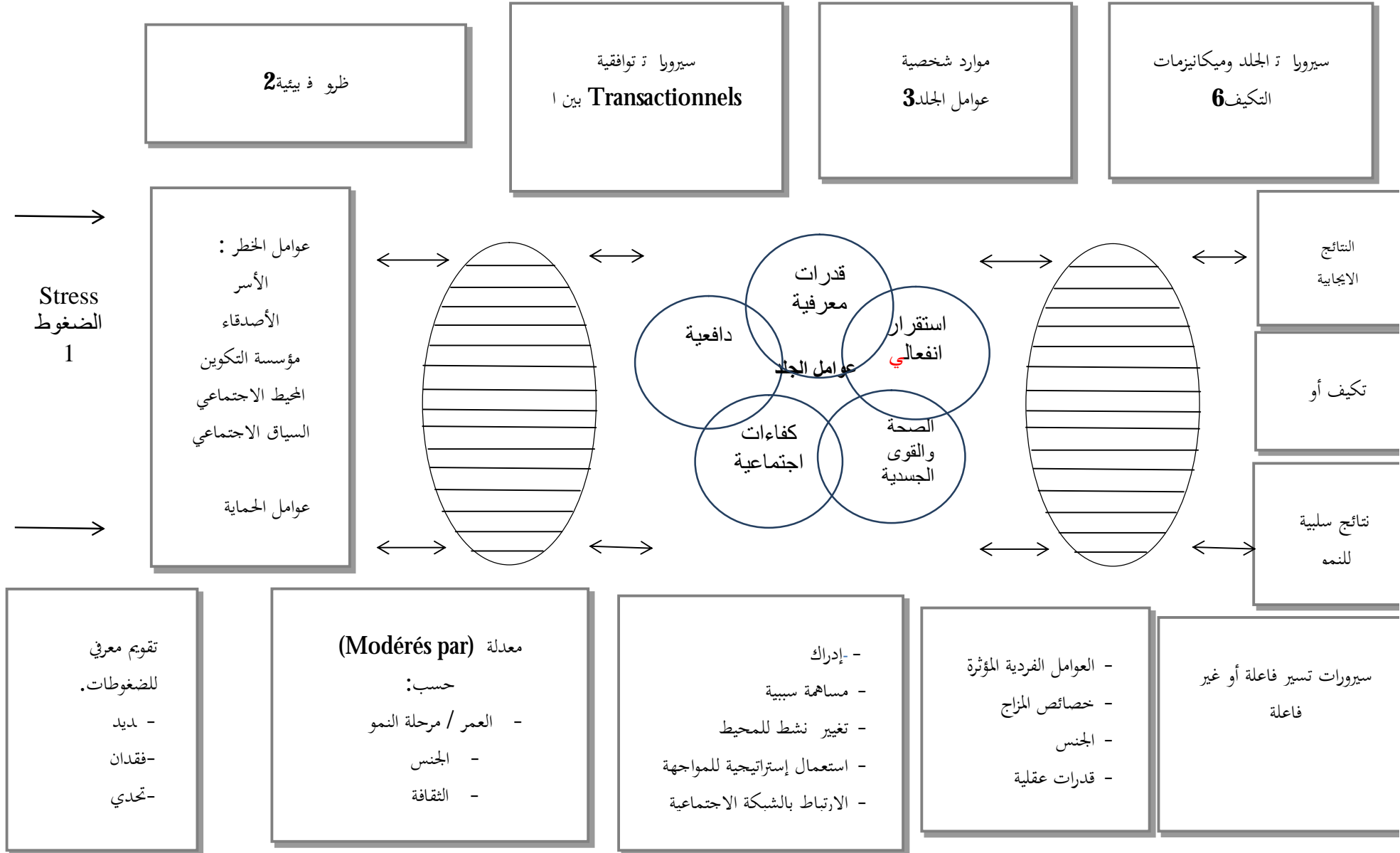
3-الموارد الشخصية: تتمثل في القدرات المعرفية، الاستقرار العاطفي، الصحة، والقوى الجسدية، الكفاءات الاجتماعية، الدافعية والإيمان .

4- نتائج النمو: النمو الإيجابي يظهر في القدرة على تطوير قدرات وكفاءات لها علاقة بعمر الطفل وغياب الإصابات النفسية فالنمو السوي يصبح كمنبأ لتكيف ناجح يسمح بتعلم السيطرة على الوضعيات الضاغطة.

5- السيرورات التوافقية بين الفرد والبيئة: يمكن ملاحظتها من خلال المعنى المعطى للأحداث والإستراتيجيات المنشطة أو الخاملة من أجل محاولة إعلاء التهديدات، التحديات، أو صعوبات البيئة، من أجل تكوين فضاء وقائي أكثر .

6- السيرورات التوافقية بين الفرد ومستوى نموه: يمكن ملاحظتها من خلال النتائج الايجابية أو التكيفات الناجحة في بعض جوانب النمو، أو في إطار مطول فيما بعد خلال مرحلة الرشد .

الشكل رقم (04) مخطط Kumpfer (1999,P185)، مكيف من طرف (E.Zeder,2010)



8-4 المقارنة التنظيمية والبنوية :

يستند هذا الاتجاه إلى سيكشتي، شنيدر روزن 1986 سروف (Cicchetti & schnider- Rosen 1986, Sroufe, 1979) على الاعتقاد بأن الاستمرار والاتساق هما قدرتان تتموان عبر الزمن على المدى الطويل، وهناك عاملان مهمان في سيرورة النمو وهما الاختيارات الفردية والبنية الشخصية من جهة، عوامل التاريخ الفردي والتأثيرات من جهة أخرى (سيكشتي وتيكر Cichetti & Tucker,1994) طورا هذا الاتجاه التنظيمي في مقاربتهم النظرية (سيكشتي، روقوش، 1997، سيكشي وآخرون، 1993، اقلندو فارير 1987 جاست وآخرون 1993، لوذر 1995، ماستون وآخرون 1995، 1999) (Cicchetti & Rogosh ,Lauthar 1993, Gest et al 1993, Egeland et Farber 1987, Cicchetti et al 1993, Masten et al 1995, 1999).

يرى كذلك لوذر Lauther (2006) بأن الجدل يمثل مساعدة على الاستكشاف في علم النفس النمو، ويمثل تفكير متقدم في علوم التربية، كما أن بعض الباحثين استعملوا مفهوم الجدل مبدئيا ورأوا أنه نموذج عملي أكثر منه علمي، بعض المفكرين (لو كانت وفانستوندال، 2006 Lecomte Vanistandael) قدموا ملاحظات ذات أهمية بالنسبة للمطبقين الجدل قدرة أو ظاهرة تبنى يمكن استعادتها وهو :

- ليس مطلق.
- الجدل متغير يتم بناءه وحتى رعايته والمحافظة عليه .
- الجدل له مكونين مقاومة التحطيم والقدرة على التطور الإيجابي .
- الجدل يحوي قيمة أخلاقية .
- الجدل يمكن أن يطبق في أنظمة اجتماعية كالعائلة، الجماعات ...
- الجدل يتموقع ضمن سياق اجتماعي ثقافي .
- الجدل يمكن أن يوجه السياسات الاجتماعية (فانستوندال ولوكانت، Vanistendael & Lecomte, 2000, pp. 110-111) .

5-8 النموذج التطوري :

في هذه المقاربة يدرك الجلد كمفهوم تطوري مما يساعد المهنيين على اكتشاف القدرات التطورية للأشخاص الذين هم في معاناة ، هؤلاء الأشخاص يتلقون مساعدات للحصول على كفاءات تسمح لهم بالخروج من وضعية العجز، في هذا الاتجاه يمكن التعرف على عدة مراحل تسمح بتحليل وضعية الخطر أو الشدة :

***المحافظة على البقاء :** في حالة الفوضى يركز الفرد طاقاته للحفاظ على أمنه من خلال استغلال الموارد الشخصية والبيئية بشكل ضعيف والتفكير في سلوكيات تدميرية .

***الجلد كتجديد :** في هذه المرحلة تنمو كفاءات واستراتيجيات تكيفيه بنائية يكتشف الفرد في هذه المرحلة وسائل أكثر فعالية لتسيير التحديات والبدء في البحث عن الموارد الشخصية والخاصة بالمحيط هذا التحسن غير كامل تتخلله أزمات .

***الجلد التكيفي :** هذا التكيف أكثر من استقرار، يحمل الفرد نظرة إيجابية حول ذاته، يثبت شعور شخصي بالفردانية، يعرف جيدا استعمال موارده الشخصية و الخاصة بالبيئة ما يسمح له بالتطور .

***الجلد المزدهر:** يتكيف جيدا تجاه واقعه المعاش، يستعمل كل طاقاته ، يثبت شعور عميق بالاندماج ويعتبر أن للحياة معنى وأنه قادر على السيطرة (Palmer, 1997,P201-209) في (Zeder ,2010) .

يسمح هذا النموذج للمهنيين بتغيير النظرة اتجاه الأفراد وعدم التركيز على المرضية أو الإشكاليات وإنما التمتع بحساسية تجاه القوى الفردية أو الخاصة بأسرته من أجل مواجهة الشدائد، يأخذ التدخل أهميته عبر الزمن بين المرحلة الأولى لمواجهة للشدائد وفترة الملاحظة، فالمرافق أو الملاحظ يمكن أن يركز انتباهه حول استكشاف السيرورات والإستراتيجيات التكيفية والموارد البيئية أو أثارها ما يسمح بظهور سيورة الجلد .

8-6 - المقاربة النفسية العصبية :

وضحت بعض الدراسات الأسس العصبية للجلد في علاقته بالضغوط النفسية، فقد خلصت بعض الدراسات أن ما يعرف بالببتيد العصبي (Neuropeptide yy & (5-DHEA) (NPY) من العوامل التي تحد من الاستجابة للضغوط من خلال تقليل تنشيط الجهاز العصبي السمبتاوي وتعمل على وقاية الدماغ من التأثيرات الضارة المحتملة لارتفاع مستويات الكورتيزول (شارني Charney,2004) فضلا عن الاعتقاد بأن للمساندة الاجتماعية دور في الجلد وبالتالي التعامل مع الضغوط والتخفيف منها حيث يلعب ما يعرف بمحور الهيبيو ثلاموس والغدة النخامية والكظرية دورا بسيطا في هذه العلاقة (شارني وآخرون Charney، 2008) ، كما أن دراسات عديدة كشفت عن وجود أساس جيني للمساندة من خلال دراسات التوائم حول القابلية لتقدير المساندة، أو انتقاء العلاقات الاجتماعية المساندة، وأن هذه التأثيرات الجينية، قد تكون مسؤولة عن التحصين ضد الضغوط، فعند التعرض للضغوط تنشط النزعة الجينية التي تعمل على التوجه نحو الشبكة العلاقات الاجتماعية المساندة في اعتقاد مؤداه أن توافر المساندة الاجتماعية يعمل على تخفيف الضغوط (شيلي، 2008، ص 452).

9-بناء الجلد :

أوضحت الدراسات أن الجلد لدى الطفل ليس سمة يمتلكها الطفل اذا أن مفهوم الطفل المحصن مفهوم غير صحيح، كما أن الطفل قادر هكذا بصورة تلقائية على التغلب على العقبات التي تعترضه غير ممكن، إن الجلد عند الطفل هو نتيجة سيرورات نمائية متعددة تتكون عبر الزمن، تسمح للطفل بالنمو السوي باستمرار رغم التعرض لعوامل الخطر من خلال موارد بيئية وعلائقية تعمل على حمايتهم وجعلهم أكثر قدرة على الأداء السلوكي الجيد من خلال سيرورات التعلم الاجتماعي والوجداني وتنمية المهارات كالتواصل، صنع القرار، المهارات العلائقية، التفاعل، حل الصراعات ..الخ، فالجلد سيرورة دينامية تطويرية، بنيوية تتعلق بالسياق وأساليب التنشئة عبر مؤسسات متعددة .

9-1 - الأسرة :

بالإضافة إلى الخصائص الفردية التي تساهم في بناء الجلد تلعب الأسرة الدور الرئيسي في بناء سيرورة الجلد، إذ لا يمكن التكلم عن الجلد بدون وجود علاقات مساندة تعمل على تنمية القدرات الداخلية للطفل حسب تأكيد معظم الباحثين، كما أنها قادرة على تطوير مصادر وقدرات جماعية في مواجهة المعاكسات والشدائد، فالجلد العائلي يساعد على الجلد الفردي، ويعمل على بناء حياة نامية وغنية لكل عضو من أعضائها، في ظل الظروف الصعبة، ونظرية التعلق لا تعطي أهمية للنمو البعدي للفرد وتطوره إلا بعد اكتساب أمن داخلي يتكون من قاعدة التبادلات المبكرة للطفل مع محيط الأسرة، هذا الأمن الداخلي يمكن الطفل من تطوير قدرات مواجهة الحواجز التي تعترضه خلال حياته (Bowlby,1978)، فنظام التعلق يتم تنشيطه، في كل مرة يواجه فيها الطفل الضغوط ، كما يقوم الوالدان بتعديل الحالات الانفعالية للطفل، وتعمل الأسرة على نمذجة ومعالجة الحالات الانفعالية للطفل في حالة التعرض لحدث صادم بإطلاق نشاط التصور، والذي يعد من أهم مصادر الجلد، فالأسرة إذن هي المجموعة المحتملة أن تطور لدى الطفل وتمكن الراشد من ثقة قاعدية، تقدير ذات، مشاعر هوية، وهي ذلك الفضاء الوسيط بين الواقع الداخلي والخاص بكل فرد والواقع الخارجي، فالجلد الفردي ينطلق ضمن الفوج العائلي من خلال سيناريوهات نشاط التصورات والقيام بالمساندة والتفكير ضمن الفوج (ديلاج 281-282,2002,Delage).

كما أن بناء الجلد وتعزيزه يتطلب بنية أسرية ذات صفات خاصة أهمها الانتظام والاتساق في المعاملة والرعاية ودفء العلاقات والتوقعات المرتفعة فضلا عن التشجيع والمؤازرة و التقبل غير المشروط.

9-2 المدرسة:

إن الأطفال ذوي الجلد النفسي قادرون على العمل واللعب بصورة جيدة ولديهم توقعات مرتفعة، ومركز ضبط داخلي ومستوى ايجابي من تقدير الذات وفعالية ذاتية وتلقائية (جارمزي،1974,Garmezy) وأضاف بنارد 1991 Bénard مجموعة أخرى من الخصائص

لهؤلاء الأطفال منها التوقعات المرتفعة والمعنى الإيجابي للحياة، وضوح الهدف من الحياة، والكفاءة والقوة الشخصية ومهارات حل المشكلات، العلاقات مع الآخرين تعمل كل هذه الخصائص معا لمنع التدهور السلوكي الذي يمكن أن يرتبط بالعجز المتعلم، وضاع شيس Chess (1989) ما سماه "الابتعاد التكيفي" كعملية نفسية تمكن الفرد من الابتعاد عن مصادر الكدر والضيق الانفعالي للتفرغ لإنجاز أهدافه ومشاريعه والسير نحو النمو السوي .

وتعد المدرسة كبيئة توفر فرص التفاعل وإدماج التلاميذ في بيئة تعلم تعاوني والمشاركة في وضع أهداف التعلم والتوقعات العالية للإنجاز الأكاديمي كعوامل أساسية لبناء الجلد لدى الطفل كما أن المدرسة تنمي الإحساس بالانتماء والاندماج وتقدير الذات الإيجابي، وتعد بيئة تحصين ضد التأثيرات السلبية للظروف .

9-3- المجتمع :

تلعب المجتمعات دورا بارزا في بناء وتعزيز الجلد لدى الأطفال، وقد حدد بنار Bénard (1991) مجموعة من الخصائص التي تميز هذه النوعية من المجتمعات.

- 1- توافر المؤسسات الاجتماعية التي تقدم الخدمات الاجتماعية .
- 2- اتساق وسلامة التعبير عن المعايير الاجتماعية ليتمكن أفراد المجتمع من فهم طبيعة ومحددات السلوك المقبول اجتماعيا .
- 3- توفير فرص مشاركة الأطفال في الخبرات الاجتماعية والحياتية.
- 4- توفير المساندة الاجتماعية التي تساعد على تحقيق النمو السوي للطفل (حلاوة، 2013، ص 37).

وقد قدمت الجمعية الأمريكية لعلم النفس عشر طرق لبناء الجلد هي :

- 1- العلاقات الاجتماعية الإيجابية مع الآخرين بصفة عامة وأعضاء الأسرة والأصدقاء بصفة خاصة.
- 2- تجنب الاعتقاد بان الأزمات والأحداث الضاغطة لا يمكن تجنبها .
- 3- تقبل الظروف التي لا يمكن تغييرها .

- 4- وضع أهداف واقعية والسعي الإيجابي نحو تحقيقها .
- 5- القيام بأفعال حاسمة في المواقف العصبية .
- 6- التطلع لفرص استكشاف الذات بغض النظر في الخسارة بعد الصدمات.
- 7- تنمية الثقة في الذات .
- 8- الحفاظ على تصور طويل الأمد، وفهم الحدث الضاغط في إطار السياق الواسع .
- 9- الحفاظ على روح التفاؤل وتوقع الجوانب الإيجابية والشعور بالأمل .
- 10- العناية بالجانب النفسي والجسدي وممارسة أنشطة الترفيه والرياضة بانتظام والتعلم والاستفادة من التجارب السابقة والتمتع بالحياة والإحساس بقيمتها (APA, 2010).

10- التطبيقات الإكلينيكية حسب نموذج الجلد :

تخص هذه التطبيقات حسب النموذج الجلد ميادين متعددة لتدخلات مختلفة يتعلق الأمر بالوقاية وإعادة الإدماج أو العلاج والتي قد تأخذ عدة أشكال وتطبق في عدة سياقات، نموذج الجلد يشجع المتدخلين النفسانيين ، المساعدين الاجتماعيين كذلك المدرسين والمعالجين للأخذ في الاعتبار تحريك قدرات الفرد ومساعدته على إيجاد موارد بداخله ومن حوله، هذا يدعو لاستعمال تقنيات تعمل على استثمار الجلد لمواجهة الشدائد (توم كويس، 2001، Tomkiewicz).

يتعلق الأمر بالعمل على تنشيط عوامل الحماية باستعمال طرق وسيطيه بهدف مساعدة الشخص على استثمار موارده الداخلية والخارجية، دعا توزينو (2001) Tousignant إلى تكثيف الأعمال النابعة عن السياق البيئي للمساعدة على الجلد وشدد على تطوير تطبيقات ميدانية إكلينيكية وتربوية وأشارت تيراز Tèrese (2002) إلى ضرورة الأخذ في الاعتبار السياق العلائقي العائلي في ميدان التكفل نو النموذج الجلد، ولقد طورت مع فريقها وسائل تقنية (استمارة تقييم عائلية QEF) من أجل تقييم كفاءات الجلد العائلية (بالنظر لعوامل الخطر) واستعمالها في إطار المراقبة المعتمدة على نموذج الجلد للعمل على رفع تقديرات الذات والإدماج الاجتماعي، إعادة التقييم، المساندة، الدمج والعمل على تشجيع

الفرد على النجاح في ميادين مهمة، بالنسبة لها هذه النماذج تستند إلى الإمكانيات العائلية وعلى المساندة الاجتماعية، بالنسبة للمحيط العائلي يمكن الاستناد إلى تحليل المصادر والكفاءات العائلية (كالجوانب الإيجابية التكيفية للوالدين) كما في حالات العجز، وبالتالي في هذه الحالة يتم تحريك الإمكانيات العائلية وإقامة روابط علاجية مع العائلة وتوحيد الروابط، العمل يتم على الأسرة وشبكة المساندة الاجتماعية التي يمكن أن تستند إلى تقنيات وساطة من التاريخ الأسري، واستعمال تقنيات المساندة كالجينوغرام génogramme الأسري من أجل إيجاد معنى للأحداث الصدمية وكذا العمل العقلي (Anant,2004 ,p15-16)

11 - الجلد لدى أسر الأطفال المتخلفين عقليا :

ميلاد طفل متخلف عقليا هو صدمة شديدة تضع تماسك الحياة الزوجية في خطر خاصة عند ميلاد طفل متعدد الإعاقات بالنسبة للمهنيين لا يتعلق الأمر فقط بمساعدة العائلات التي هي في مواجهة مع الإعاقة أو معالجة الجروح، وإنما يجب تحليل الطريقة التي يتعامل بها كل فرد بالعائلة والأهم ليس فقط الاهتمام بالأسرة التي بها طفل معاق وإنما بالطريقة التي يستجيب بها المحيط الأيكولوجي للحدث، في الحقيقة نمو وتطور الكفاءات الوالدية يرتبط بنوع وملائمة الموارد المتوفرة في مختلف الشبكات العلائقية في العائلة، وما يؤكد ذلك هو الدراسات التي أظهرت أن انفراج الأزمات يتبع المساعدة الآتية من شبكات الفرد عند ما تظهر هذه الأزمة (شيل Scelles, 2001, p173-174) .

بالنسبة لباروا (Barrois (1988، يرى أنه من المستحيل التكلم عن تسيير الصدمة، وسيرورة الجلد التي ترافقها بدون الروابط مع الآخر، وبدون التفكير في بناء وتطوير مشاعر الهوية لدى الفرد، فانستونداال (S, Vanistendael) تكلم عن الجلد العائلي ووجد الجماعات الذي يعني استقرار الزوجين أو الخلية الأسرية بعد المعاكسات الفجائية فهناك أسر تتفكك بسرعة فهما غير جلودين رغم أن كل شريك لوحده جلد، تعتبر بعض الأحداث في الحياة الزوجية كتجربة للجلد، ميلاد طفل معاق بإعاقة حادة أو متعددة الإعاقات يقول (Tomkiewicz) تومكيوسي (2001) " هو حدث صدمي عنيف يهدد تلاحم الحياة الزوجية،

لكنه قابل العديد من الأزواج الذين وثقوا علاقتهم واتحدوا أكثر، والذين كونوا جمعيات للأولياء، وأصبحوا مدافعين عن الأطفال والأسر التي بها معاقين، في حين أن بعض الأسر الأقل جلدا تنكسر بسرعة" (Tomkiewicz, 2001, p164) .

11-1 - سيرورة الجلد لدى الأسر التي بها طفل ذو إعاقة :

في الزمن الأول تقوم الصدمة بالصعق وتؤدي إلى تعطيل حرية التفكير، لذة الحياة، العدوانية تجاه الذات، والجلد يعني البحث عن حالة السيطرة على ما جرى وما سيجري، كيفية تحويل الحدث إلى مكاسب إذن التفكير سوف لن يتجه نحو المرضية المحطمة للفوج الأسري أو بعض أفرادها لكن نحو استثمار الأجزاء السليمة " نحو البحث عن ميكانيزمات الدفاع سيرورات الإجماع التي تساهم في بناء سيرورة الجلد للشخص الذي يواجه إعاقة أو أم الطفل، الأخ، الأخت .. الخ ، سيرلنيك Cyrulnik (1999)، يقول إن " الألم malheur" لا يمكنه أبداً أن يكون جميل ... لكن ندبة مؤلمة تضطربنا إلى الاختيار، التغلب على القهر وعدم الاستسلام أو الإجماع، الجلد يعني الحافز لأولئك الذين تلقوا ضربة، وتمكنوا من تجاوزها، النقيض (L'oxymoron) ، نستطيع القول أن العائلات التي مستها الإعاقة يمكنها الإحساس بمتعة العذاب "Merveilleusement souffrantes" فهم مجروحين وفي حالة ضعف لكن بالموازي حيويون بواسطة قوة تدفعهم نحو التعلم واكتشاف الواقع الداخلي والخارجي (شيل، Scelles, 2001, P175).

11-2 - سيرورة الوالدية :

في بداية الأمر من الصعب إغارة خصائص قريب أو الذات إلى هذا الرضيع الحامل للإعاقة، فهو " غريب يحمل غرابة " . "étrange étranger" هذا الذي يجب إبعاده قدر الإمكان عن الذات هذا الشعور بالغرابة، الإحساس بعدم الرغبة في معرفة هذا الطفل عدم معرفة ما يمكن العمل معه، ما يهز هوية الوالدين، إذن التمكن من أن تكون ولي (أم، أب) لهذا الطفل يفترض إعادة معرفة هذا الطفل " سيرورة إنسانية " بأنه ابنهم " سيرورة والدية " وأخيرا وفي الحالات الجيدة يصبحوا أولياء جيدين بالنسبة لهم أولياء أكفاء، ومن

أجل الوصول إلى هذه الكفاءة، هم بحاجة في كل مرحلة لمن يشرح لهم و يصلح مسيرتهم، من الأشخاص ذوي المعنى بالنسبة لهم سواء كانوا مهنيين أو أقارب، فالطريقة التي يصبحوا بها أولياء هي ثمرة التفاعل بين استعداد داخلي فطري ومن خلال اتجاهات وعلائقية إيجابية من الوسط الإنساني .

في مواجهة إعاقة الطفل، الأولياء في حالة بحث عن معالم جديدة، في مواجهة أسئلة جديدة، يتحولون نحو من لديهم المعرفة، المعالجين، أو من عالجوا الموقف بشكل مختلف من أولياء آخرين "هم جد حساسين للطريقة التي ينظر بها لهم من عائلاتهم، أصدقائهم، المعالجين لطفلهم، وكيف يتكلموا عنه، وما يأتي من خلال النظرة المساندة، أو بالعكس يعمقون رعبهم، فالطريقة التي ينظر بها لهم تقوم من خلال تعاملهم مع هذا الطفل المساعدات أو عدمها يسقطها الأولياء على هذا الطفل، فإن كانت هذه النظرة دافئة فهذا يعني أنهم سيواصلون تطورهم ما يؤدي إلى إحساسهم بالكفاءة وإضفاء الشرعية على هذه المهمة، في هذه المرحلة يتم إلغاء ما تم تشويبه في وقت أول، إبداع وقدرة على تسير الواقع الخارجي والداخلي، هذه التعديلات تنشأ من خلال الطريقة التي يقيم بها هذا الطفل من الأقارب ومن خلال عمل الروابط مع الآخر شيل(Scelles,2001,P179) ، أين لا يمكن التحدث عن الجلد بدون علاقات مساندة فالقدرات الداخلية تنمو بفضل العلاقة مع المحيط ومن خلال نسج الروابط مع المحيط (Cyrułnik, 1999) ومن الشرعي أن تأخذ العائلة المكانة المركزية لهذا النمو كما أنها قادرة على تطوير موارد وقدرات جماعية لمواجهة الصدمات .

11-3- نسج الروابط من خلال تدخل الآخر :

عندما يختار الأولياء تربية الطفل الحامل للإعاقة أو تركه سواء كانوا مساعدين أو لا من طرف الأصدقاء المهنيين، لكنهم لا يتمكنوا نهائياً من التخلص من العنف الناجم عن صدمة هذا الحدث تمضية وقت الإعلان عن الإعاقة...الخ، يتسم نسج الروابط بين العائلة وهذا الطفل المصاب أحيانا بالهشاشة، أين يواجه الزوجين مشاكل (يمكن أن تكون نتيجة

تفاعلهما ونتيجة المحيط الاجتماعي والثقافي الذي ينتميان إليه ، كما أن الفوج العائلي يوفر فضاء لمواصلة التفكير وفي نفس الوقت مساند لقدراته وتصورات. فالجلد الفردي أو العائلي يستند إذن إلى نمط الروابط وإمكانياته للتفريغ الانفعالي، والقدرة على تسجيل الأحداث الصدمية ضمن سيناريوهات التفكير داخل الفوج (ديلاج، 2000، Delage).

12- علاقة المساعدة :

المساندة هي مفهوم شامل فكل إنسان يرغب في مساعدة قريب أو شخص آخر ،وليست خاصة بالمعالجين فقط وعندما لا تكون مرحلية أو مؤقتة، تعتبر علاقة، فهذه العلاقة تتطلب استمرارية في الزمن وفي الممارسات، كما أنها تستمد جذورها من الرغبة في المساعدة والعمل الخيري في فائدة الغير، بنظرة إيجابية، بثقة عن طريق الإصغاء، الفهم العاطفي في غياب الأحكام التقييمية و الحيادية، مع إمكانية التعبير عن الانفعالات، التعاطف، مع إمكانية تقديم الاقتراحات و الإرشادات (لورون، 2012، p3) Laurent) تتمثل علاقة المساعدة في كيفية مساعدة الوالدين في ممارسة دورهم الوالدي من خلال عوامل الحماية التي تتمثل في موارد الوالدين من أعضاء شبكتهم الاجتماعية من أفراد العائلة الممتدة والمحيط (لفيقور وآخرون 2001، Lavigueur & al) .

13 - استراتيجيات التكيف والجلد :

إن بعض السيرورات التكيفية المبتكرة التي ينميها الوالدان من أجل مواجهة خطر الإعاقة العقلية للطفل ترجع خاصة إلى المهارات من أجل مواجهة خطر التخلف العقلي، ونمط التوظيف المستعمل من أجل التوافق وحتى تنمية نقاط القوة تجاه هذه الشدة , يستند هذا الجلد إلى مصادر فردية وعائلية وجمعية ما يسمح بالتعاون الإيجابي تجاه تحديات التخلف العقلي (لفيقور، وآخرون، 2001، Lavigueur, & al) ، بالإضافة إلى ذلك كوان Cowan ومعاونيه (1996) أشاروا إلى أنه في مسيرة تكيفه الجلد يمكن أن ينمو كنتيجة إيجابية لسيرورة مواجهة التعرض للضغط والتحديات يسمح بنوع من التوافق، المحنة تمكن

الأم وكامل الأسرة من القيام بتعلمات جديدة، تقوى الجلد وتنميته كشكل من أشكال الحصانة.

13-1 - الإستراتيجيات الفردية:

- العاطفة: مواجهة الضغط عن طريق التعبير عن الانفعالات وهنا تظهر أهمية السند التعبيري من أجل الاستعلام والبحث عن المساعدة وكيفية التعامل مع الطفل في المستقبل .
- المعرفية : الميل إلى إستراتيجية البحث عن حلول للمشكلة المواجهة .
- السلوكية : عند التوصل إلى معلومات ملائمة، تستطيع الأم التكيف الإيجابي مع مشكلة الطفل في حين أن نقص المعلومات يؤدي إلى عزلة الأم (بلشا، 2001، Pelchat) خاصة في عدم الحصول على تشخيص للحالة .

13-2- الإستراتيجيات الزوجية :

تعقد الأمهات أهمية فائقة للتكامل في الحياة الزوجية ، التعاون بين الزوجين يرفع من حميمية الأم في العلاقة وتقبلها للحالة وهذا من خلال قدرة الزوج على مساندة الأم ماديا ومعنويا ومن خلال التعبير عن الانفعالات ، المشاركة في الأعمال والمهام المتعلقة بالطفل المعاق والإصغاء لها ولما تعانیه ، الحوار حول الضغوط المعاشة للتخفيف منها (بريستول وآخرون ، Bristol et al 1998) .

13-3- الإستراتيجيات خارج الأسرة :

مهم جدا للتكيف مع الوضعية ويعتبر كعامل حماية خاصة في الأسابيع الأولى لميلاد الطفل وخلال السنوات الأولى لحياة الطفل ومن هذه النتيجة تأتي أهمية عملية التدخل لصالح الأطفال ذوي الإعاقة، فالأمهات بحاجة إلى التعارف والالتقاء بوالدين في نفس الوضعية مساندة المحيط خاصة المراكز الصحية والمراكز الاجتماعية والتأهيلية، فالأمهات يعقدن أهمية كبيرة للمساندة الآتية من المحيط نظر لحجم المسؤوليات التي يقمن بها تجاه هذا الطفل ذو المشكلات المتعددة (بلشا وآخرون Pelchat & al,2005).

فالسند الاجتماعي الآتي من مختلف مصادر المحيط له دور تفرغى، ىسمح بالقدرة على القيام بالمسؤوليات، خاصة الأشخاص ذوي الدلالة بالنسبة للام ، يؤكذ (قاروبك وباترسون 1994 Patterson, Garwick et) على أن السند الاجتماعي الآتي من خارج العائلة هو من أهم عوامل الحماية التي تقوي الجلد في مواجهة ضغط الإعاقة و من بين هؤلاء الأشخاص يوجد مهنيو الصحة ، المراكز الاجتماعية والتربوية التي يجب على الوالدين طلب المساعدة وتلقيها منهم .

13-3-1 المراكز الصحية والاجتماعية :

تلعب هذه المراكز دور مهم في تكيف الوالدين تجاه وضعية الطفل، حسب الباحثين إن والدي الطفل ذو إعاقة عقلية هم أكثر عرضة لمشاكل نفسية وعائلية، إذا لم يتلقوا الدعم من هذه المراكز منذ ميلاد الطفل وطوال حياته، والأمهات هن الأكثر بحثا عن هذه المساعدة من أجل حالة الطفل ومراقبتها والدخول في حوار مع المربين والمهنيين بسهولة لتحسين القدرات الداخلية والخارجية وتحسين العناية بالطفل ومن أجل التكيف الإيجابي مع الوضعية ، تحسن العلاقة الزوجية وتأدية الأدوار الوالدية وارتياح عام داخل العائلة وكل مجالات الحياة (بلشا, 2005, al, Pelchat).

13-3-2 جمعيات الآباء :

إن الآباء والأمهات الذين حققوا التكيف ووصلوا إلى حالة من السوية مشتركين في جمعيات خاصة بالمعاقين في مجموعات الدعم، فالأنشطة التي تقدمها هذه الجمعيات تلبي حاجات هامة للطفل والوالدين، وتساعد الوالدين الذين لم يتكيفوا بعد من الوصول إلى حالة السوية، هؤلاء الآباء أحيانا يلعبون أدوار قيادية في هذه الجمعيات ويناضلوا من أجل أبنائهم، بأشكال مختلفة كحملات التحسيس بإعاقة أبنائهم تجاه المجتمع، الدفاع والمطالبة بحقوق أفضل لأبنائهم، كإنشاء برامج مدرسية، مساعدات مالية، الخ (سليقمان، دارلينج، 2001، ص119)، وبالنسبة للبعض الآخر اللجوء إلى الهوية الاجتماعية يساعد على سيرورة الجلد بفضل هذا النشاط الجمعي في ميدان الإعاقة كنوع من رد الاعتبار وأن يكون هذا الجرح

محتمل، التفكير في معاناته من خلال التفكير في معاناة الآخرين، هذا الانخراط يعتبر كعامل حماية من خلال التواصل والتعبير عن الانفعالات، والتمكن من إعلاء صعوبات الإعاقة عن طريق التكلم عن مشاكل الإعاقة لأسر أخرى هذا "الأنا الاجتماعي" يسمح بالحماية والقدرة على تحمل التأثيرات السلبية للتخلف العقلي (شيل، 2001, p182, Scelles).

14 - الفكاهاة :

الجو الكارثي الذي يعيشه الوالدين، الألم ، الجو الغريب ، تفجر الضحك، يعني الاتصال بين أفراد الأسرة، يعني الارتياح الحياة مع وجود هذا الطفل فمن خلال بعض المواقف المضحكة التي يعيشها الوالدين مع هذا الطفل المتخلف عقليا التي من المقروض أن تثير الغضب، بالعكس تفجر الضحك اللجوء إلى الفكاهاة يساعد على تجاوز هذا الجانب "من الواقع الذي لا يمكن تجنبه المستحيل شخصنته" فيصبح الموضوع أكثر اعتياديا وأقل تهديد. (نفس المرجع السابق، ص182).

15 - التحول والوصول إلى مرحلة من الجلد :

سلوكيات الجلد تتأثر بالعوامل الداخلية والخارجية، عوامل الحماية تساعد الأولياء على التغلب على الوضعية في مختلف الأصعدة، وتقوي قدرات التكيف لديهم .

15-1 تغير صورة الذات :

في الكتابات عن الأسر التي لديها طفل ذو إعاقة وظفا مفهوم التحولات الشخصية، فالجلد كسيرورة يترافق مع التعلم الأولياء يتعلمون ويتحولون، يتجاوزون المحنة، يتبنون سلوكيات جديدة لاستثمار وتكوين روابط تعلق جديدة مع الطفل، والدفاع عن حقوقه (نورمان، جيرار، 2009، بلشا وآخرون، 2005 Normand, Pelchat, & al, 2005) ، بعض الأولياء وصفو أنفسهم أنهم أصبحوا أحسن الأفراد بسبب هذه التجربة، تحدثوا عن الشعور أكثر بالآخرين، نمو التعاطف والشفقة تجاههم، من جهة أخرى تقديم خدمات بعض الأولياء أصبحوا "كخبراء" في نمو أبنائهم وتلبية حاجاتهم، كشركاء للمهنيين في التكفل بأبنائهم، كأخصائيين حيث أن أطفالهم هم المرجع، كذلك يمكن ملاحظة

أن بعض الأولياء القيايين ينمون الغيرية والإيثار من خلال الدفاع عن حقوق أطفال آخرين ويقدموا نماذج لأولياء منخرطين جدد في جمعيات الآباء رغم أنهم لم يعودوا محتاجين لأي خدمات من هذه الجمعيات، فهؤلاء يقدمون الرعاية، والبعض أصبح لديهم إحساس قوي بالعدالة، والبعض يطبق مبادئ الدين والبعض يتمتع بالمهارات الاجتماعية للمشاركة فهؤلاء الايثاريون، يختارون هذه الأدوار رغم أنهم قد حققوا الاندماج في المجتمع (سليقمان، دارلينج، 2001، ص 120).

كما أن بعض الأمهات ممن كن تبعيات لأولياتهن ثم لأزواجهن بعد ولادة الطفل ذو التخلف العقلي يتعلمن كيف يتحملن بعض المسؤوليات ويشعرن بالاستقلالية، حيث تقول أم لطفلة معاقة "بدون ابنتي المعاقة، سأبقى تلك المرأة المعزولة في منزلها، ولم أكن أعي بأن لدي قدرات كهذه ، تعلمت السياقة، أصبحت متحدثة باسم الأطباء والشبه طبيين، وفضلت القيام بمهام تجاه ابنتي وتحملت مسؤوليتها بعدما كنت أعتمد على والدي، فالوالدين الذين يقومون بكل سهولة بنسج سيرورة الجلد هم أولئك الذين يشعرون أن لديهم قدرات للمواجهة لممارسة مسؤولياتهم الوالدية وأخذ القرارات الملائمة والاختيارات الجيدة لأطفالهم.

(Scelles, 2001 , p 184) .

15-2- عمل قصة تعكس تجربة الغرابة :

التحدث مع شخص معناه إيجاد ما تم معاشته في ذهن الآخر وأن يكون مفهوم، هذا البوح الحميمي والشعور المتقاسم يغير بشكل معين ما تم الشعور به من خلال الآخر، يوضح غرابة التجربة المعاشة على شكل قصة، ويصبح الحدث الصدمي ممكن التكلم عنه كذلك الشعور بالهدوء والراحة من خلال تعاطف الآخر الذي يصغي له، التحدث يساعد على عدم الإحساس بالغرابة داخله، ويعدل الصورة التي كونها الآخرين عنه، كذلك الشعور بالهدوء والراحة من خلال تعاطف الآخر الذي يصغي له، تقاسم التجربة الصادمة مع الآخرين، كأنها يد ممدودة من أم لأخرى تسمح بالخروج من العزلة، الانفعالات المترجمة لكلمات تمكن من التحكم الجزئي في الحدث، التمكن من التعبير ينقل الحدث إلى سيرورة

تطورية، يسمح بشخصنة الحدث، إعادة بناء الواقع أين يتم تواجده عند الآخر وأن هذا الآخر يتفاعل معه، عمل قصة يسمح بإعادة إنتاج الزمن في التصور ومن هنا تحويل الأثر نحو فكرة، المشهد نحو سيناريو، الإحياء كإعادة التسجيل الذكري، حل الصدمة ما يعني القيام باقتصاد المواجهة مع الواقع، الآخر كضامن ككفيل لواقع إعادة معاشته شيل، (Scelles, 2001, p187 188).

فمن خلال التواصل مع الآخر عن التجربة الصدمية، كل ولي يجد صور تشبيهات بهدف تشكيل الانفعالات المحسوسة (الدائمة، البلية، الفراغ ...) إلى كلمات فالأولياء يختارون بعض الأحداث من أجل عمل قصة والتي تصبح لهم ذات معنى ويتمكنوا من شخصنة الحدث.

15-3 الإبداع :

مفهوم الإبداع بالنسبة لروبار (Robert 1995) "هو الفكرة التي يتم التصور فيها، من خلال عمل إرادي بسيط، اللاشيء يصبح شيء معين " العمل الإبداعي مرتبط بالنقص، يقوم بتمثيل ما لم يمتلكه، ما لم يعيشه، ما لم يشعر به بواسطة الوسائل التي يمتلكها، كالتحدث بلغة الإشارة مع الطفل التوحدي الذي لا يملك لغة بدل من معاشة قلق الفراغ وبالتالي تكوين روابط معه، ومن أجل محاربة فقدان الأمل، ولإعطاء الحياة ما تم فقده القيام بمجهودات جبارة من طرف الأمهات من أجل تلبية حاجيات الطفل المعاق والإحساس به، من أجل إيجاد أفضل الطرق لتغذيته لجلب انتباهه، هكذا تتعلم الأمهات من هذه التجربة ويكتسبن المهارات، بعض الأولياء يصبحون أكثر تمكنا من تأدية مهامهم، ويتحسنون في علاقاتهم العائلية والاجتماعية، ورغم عجز الطفل تتمكن بعض الأمهات من إقامة روابط معه، وأن تكون أم جيدة له، وتساعده على إقامة علاقات مع الآخرين رغم إعاقته، كما تسمح هذه التجربة كذلك للأمهات بالتفتح أكثر على العالم ويسمح الجلد العائلي بالترميم في العائلة (Scelles, 2001, p191-193)

15-4 تبني سلوكيات جديدة:

مع الوقت تتمكن الأمهات من القدرة على تسيير الحدث، والتكيف معه، يظهر هذا التوازن من خلال القدرة على توزيع الوقت والجهد المبذول من طرفها لكل الأسرة، تصبح العائلة أكثر قوة ومتوحدة بفضل الحوار والتواصل بين أفرادها والتعبير عن الانفعالات البحث عن المساعدة وتقبلها حتى تصبح الأسرة كنظام موحد (Patterson, 1994)، احترام هذا الطفل وتقبله والسعي لتطوير قدراته رغم وعيها بمحدوديتها، المثابرة والثبات على المبادئ، التسامح وتجاوز الذات تشجيع الطفل على التعبير عن حاجياته وإعلاء التحديات، التركيز على الحاضر وتجنب فرض الفرضيات حول مستقبل الطفل والأسرة والتركيز على ما هو ايجابي والعمل على تذكر تجارب النجاح التي مرت بها الأمهات والشعور أكثر بالتفاؤل، تصبح الأمهات أكثر نشاطا في حل المشكلات بدلا من الجمود تجاه المعاكسات، الفكاهة والإحساس باللذة في الأسرة، تطوير روابط جديدة مع الطفل تقبل الطفل كما هو وعلى ما هو عليه، وضع اليد على التشابهات وليس على الفروق بين الطفل والأسرة كما تم في مرحلة الصدمة وإدراك الطفل كمصدر للفرح والسعادة والافتخار واللذة.

15-5 - إعادة تشكيل المعتقدات:

المعنى المعطى لهذه التجربة في الأسرة هو الذي يؤثر على تكيف الأم كذلك معناه تعديل المعتقدات بناء استراتيجيات أكثر فعالية بهذا يتم إدراك ما هو إيجابي للوضعية، ففي الأول الإعاقة تعتبر كعامل خطروا إدراك سلبي للوضعية معناه كذلك تبني استراتيجيات مواجهة أقل مقاومة مركزة أكثر على الانفعال وميكنيزمات دفاعية أقل نضجا، بفضل المقارنة التفضيلية مع عائلات أخرى، بتحويل الضيق إلى إعادة تعرف على كل ما تقدمه التجربة لحياتها ولحياة أسرتها، بفضل الموارد الفردية والموارد البيئية كجمعيات أولياء المعاقين، الدين، الأخصائيين والأطباء، فالجلد يتأثر بسلوكيات ومواقف الأطباء ومهنيو الصحة (بلشاوآخرون, 2005, &al, Pelchat) المساعدات، برامج التدخل، موقف العائلة

- الموسعة كما يؤكد voysey في (سليقمان، دارلينج، 2001، ص94) أن الأسر تكون إيديولوجية لحالة السوية والتي تحتوي على العناصر التالية:
- تقبل مالا مفر منه (فيمكن أن يحدث لأي فرد).
 - فقدان الجزئي للشيء مسلم به (فكل يوم يشبه الآخر).
 - إعادة تحديد الجيد و الرديء (فهناك دائما من هو أسوء حالا).
 - اكتشاف القيم الحقيقية (أن تستطيع تحسين حالة الطفل وعدم الأخذ الأمر باللامبالاة).
 - القيمة الإيجابية للمعانة (تؤدي إلى التقارب بين أفراد الأسرة).
 - القيمة الإيجابية للاختلاف (إن في الاختلاف مصلحة خاصة).

تغيير المعنى يكون كذلك بتجارب النجاح أو الفشل وتقويم الأحداث كتحديات لا كتهديدات وإيجاد معنى متنسق للوضع، الإنتاجية، المكاسب المادية، الاتساق يأتي مع مرور الوقت، الأولياء لا يكثرثون بما هو غير ضروري ويهتمون فقط بالأشياء التي لها قيمة حقيقية، العيش بالأمل، هذا الأخير يسمح لهم بمواصلة الحياة رغم الإعاقة، هذه السيرورة تسير نحو إعادة التنظيم والتكيف يحول هذا الأمر إلى مستقبل أين يكون هذا الطفل أكثر استقلالية في حياته وإلى اندماج اجتماعي ومشاركة ذات قيمة، البعض من الأولياء يركز على الأيمان بالله والقيم العليا من أجل إبقاء الأمل، الصبر، الرحمة، التعاطف، لتغذية الأمل، لتنمية قدرات طفلهم وفي مستقبل بثقة، كوشي للذات . (نورمان، جيرار، 2009 Normand, giguere)

16-مقاربات التدخل لبناء سيرورات الجلد لدى أسر الأطفال المعاقين:

الجلد سيرورة دينامية تركز على خصائص فطرية وخصائص مكتسبة، مفهوم الجلد الأسري معناه وضع اليد على السيرورات المبتكرة التكيفية التي ينميها الولي من أجل مواجهة خطر الإعاقة، فحسب الباحثين يرجع الجلد إلى المهارات ونمط التوظيف المستعمل من أجل التوافق وتشكيل نقاط قوة تجاه هذه المنحة , فالجلد يستند إلى الموارد الفردية، العائلية، الجموعية التي تسمح لهذه الأسر بالتعامل الإيجابي تجاه التحديات المواجهة.

تعتمد مقاربات التدخل هذه على قوى الجلد وذلك من خلال:

* تغيير الاتجاهات والارتكاز على الكفاءات وتفضيل التكيف بدلا من الارتكاز على النقص والعجز، و تبديل تسمية "اسر ذات مشاكل متعددة" نحو تسمية "اسر ذات حاجات متعددة" ومن هذه المقاربات :

16-1 المقاربة المركزة على التأهيل Empowerment :

وتعني التعرف على قوى الجلد الموجودة لدى الأسرة وتكاملية إستراتيجيات التكيف لديهم، إقحام الأولياء في تعليم أبنائهم والتكاملية مع المهنيين تقييم الاختلافات الجانب الثقافي و إعطاء قيمة للثقافة التحتية للأسرة

16-2- المقارنة الايكولوجية :

استعمال المساندة المتاحة في الشبكة الاجتماعية في علاقة المساعدة للأفراد، التدخل في تكاملية يسمح بتحديد نوع المقاربة تجاه الأسر في خطر بدون إنكار أهمية الفهم الجيد للصعوبات الواقعية التي يعيشها الوالدين خاصة الأم، وكذا الأخذ في الاعتبار الاستراتيجيات الايجابية وموارد المساندة التي يسعى الوالدين لتطويرها رغم ما يتعرضون له من وضعيات شدة ومعاكسات، يتعلق الأمر على حد تعبير بوشار Bouchard، (1989) اعتبار الوالدين في وضعية قوة بواسطة إعادة التعرف على إمكانياتهم وكفاءتهم "...". (Bouchard,1989,p144).

*إعادة التعرف وتقوية استراتيجيات التكيف للوالدين كذا الموارد الزوجية والشبكة الاجتماعية: في اتجاه تقوية الجلد الأسري كاوان cowan ومعاونه (1986) قدم ثلاث أهداف للتدخل تجاه الأسر في خطر:

-كبح تراكم عوامل الخطر.

- مرافقة الأسر والأفراد من أجل مساعدتهم على إيجاد وسائل من أجل مواجهة الأخطار الصغيرة وتمكينهم من أن يكونوا أكثر جلدًا .

- مساعدة الأسر على تطوير طرق جديدة للتصرف وتقوية استراتيجيات التوافق المكيفة لديهم سواء كانت معرفية أو سلوكية، أو على استعمال الشبكة الاجتماعية، كفهم المشكل المواجه، تفسيره، تقويم حدته والمعني المعطى له، حل الشكل كفعالية السلوكيات سيوررات التواصل على مستوى الأسرة، استعمال الشبكة الاجتماعية ترجع إلى القدرة على اللجوء والاستفادة من مصادر الشبكة الاجتماعية التي هي خارج الأسر النووية (Mc cubbin et al 1999).

16-3- اتجاه نحو تكامل المقاربات:

تطبيق نموذج تدخل متعدد النماذج يتطلب إسهام عدة مقاربات:

* **الانطلاق:** أول لقاء يكون على شكل تبادلات بين الوالدين والمتدخل معرفة انشغالات وآمال الولي، كذلك الواقع اليومي للأسرة ويجب التركيز على محددتين اثنتين هما:

- إقامة علاقة: التحدي الأول هو تأسيس علاقة من اللقاء الأول من خلال إظهار الفهم العاطفي، احترام عميق لما يعيشه الولي وأسرته من البداية يجب على المتدخل معرفة شدة الانفعالات، الاحباطات، مشاعر النقص، الجذب، الخوف المعاش من أفراد الأسرة .

- اتجاه جماعي: التحدي الثاني يتعلق بأهمية تناول الوضعية العائلية في توجه جماعي تجميع المعلومات حول الانفعالات وردود فعل كل فرد يتعلق الأمر ب (الأم، الأب، الطفل، الإخوة)؛ التكيفات التي تطورت داخل الأسرة، القيم ونمط الحياة السياق الثقافي والبيئي، الاستراتيجيات المستعملة (ما هو جيد، ما هو صعب)، الأشخاص المساعدين، الأشخاص مصدر ضغط... الخ، ويمكن استعمال عدة وسائل كشبكات الملاحظة، استمارات تقييم ذاتي، شبكات تأملية،... الخ

مساهمة المكون المعرفي:

المقاربة المعرفية تركز على استراتيجيات التوافق التي تستند إلى التغيير في المدركات، تقويم الفهم الذي يستند به الولي في واقعه، الصعوبات المواجهة، يجب الاستعلام

جيدا، فهم طبيعية الإشكالية السببية، القدرة على إعطائه معنى يمثل مجموعة استراتيجيات معرفية فعالة.

مساهمة المكون العاطفي:

في سياق المحن أو المعاكسات أو الضغط اليومي، التبادلات أم طفل تظهر غالبا كمصدر للإحباط أو الشعور بعدم التقدير، في حين أن نمط العلاقة مع الطفل هي التي تساهم في إعطاء معنى للدور الوالدي في هذا الاتجاه «تغذية نوعية العلاقة» تمثل إستراتيجية للتوافق بالنسبة للطفل والأم كذلك علاقة تعاونية ايجابية تسمح بإعادة تعبئة الانفعالات وإعطاء الطاقة التي يحتاجها الطرفين من أجل تكملة «القيام بمجهودات» والتوافق ايجابيا اتجاه الضغوط ومتطلبات البيئة، فالعلاقة أم طفل والإستراتيجية العاطفية هي عامل مفتاحي في التوازن الأسري. بعض البرامج تعتمد على تدريب المؤهلات الوالدية كالتشجيع على تخصيص أوقات للعب مع الطفل، أوقات للمتعة المتقاسمة كذلك معالجة مشكل مطروح، مساعدة الولي لكي يكون حساس تجاه ما يدركه الطفل، وأنه مفتخر به مساعدته على الاحتفاظ بصور ايجابية لطفله، الاحترام والافتخار به وتشجيع التواصل معه هي مكونات قاعدية لتنمية الشعور بتقدير الذات (لفيغور وآخرون، 2001, Lavigne et al).

مساهمة المكونات السلوكية:

المكون السلوكي يمكن تجسيده في إطار تدخل مساند لممارسة الدور الوالدي، من خلال المساعدة المقدمة من المتدخل لرفع الكفاءة الوالدية وتفعيلها، تحسين استراتيجياته في حل المشكل، استعمال مبادئ المقاربة السلوكية للتعلم الاجتماعي، لتعويض نقائص الطفل معناه توفير شروط خارجية، تنظيم البيئة، والتأطير الذي يسهل نجاحه، أو الصعوبات الخاصة، توضيح الطلبات التي تقوم بها الأم اتجاه الطفل من أجل توفير أكبر قدر من الحظوظ لكي يوفى الطفل بالطلب (مثال، إنقاص عدد الطلبات شرحها بوضوح ضمان المتابعة لجواب الطفل،... الخ، الانتباه الإيجابي اتجاه سلوك الطفل المراد تشجيعه لتعلم الطفل التصرف بشكل أفضل، إحباط الغير مقبول بالرجوع إلى الوسائل الملموسة التي تسمح

بإطفاء السلوكات بفاعلية بدون عدوانية متصاعدة مثلا كأخذ وقت لإيقاف السلوكات الغير مرغوبة .

مساهمة المكون النسقي:

استراتيجيات تكاملية الأدوار من طرف الزوج وإخوة الطفل داخل النظام الأسري، استراتيجيات التوافق المرتبطة بمقاربة المكونات النسقية والمجتمعية الخاصة باستعمال مساندة الزوج هذه المقاربة تعتمد على أهمية الولي الذي يعيش صعوبات لعدم الانعزال في ممارسة دوره (ديلاج، 2001، Delage)، في هذه المقاربة يعمل المتدخل على جعل القوى الأسرية تعمل بشكل مشترك سواء داخل النظام العائلي (الزوج أو الزوجة، الإخوة، الأجداد) كما في المحيط الاجتماعي (الأولياء، الأصدقاء، الجيران، المدرسة، موارد في الحي، جمعيات الأولياء، وأفواج المساعدة)، مساندة الزوج تمثل عامل حماية مهم في ممارسة الدور الوالدي بالعكس العزلة والعلاقات المحدودة مع المحيط تجعل الأولياء أقل فعالية في حل المشكلات اليومية، فيجب على المتدخلين إدماج موارد الشبكة الاجتماعية في علاقة المساعدة المهنية فمختلف الموارد الموجودة بالمحيط تساعد على تقوية الاستراتيجيات المعرفية، العاطفية أو السلوكية مثلا تساعد في فهم الوضعية أفضل وإعطاء معنى ايجابي للمحنة، تشجيع علاقة ايجابية مع الطفل كذلك تحسين مقارباتها التربوية (لفيقور وآخرون، 2001، Lavigueur, et al)، يساهم المتدخل في جعل القوى العائلية تعمل بشكل مشترك فالانفعالات هي معدية بحكم أن الأسرة نظام يتكون من روابط دافئة سواء الانفعالات السلبية أو الإيجابية، إذن من الضروري أن يكون التدخل اتجاه الفوج الأسري يسير بدينامية تبادلية، كما يساهم المتدخل في تغذية التبادلات الأسرية، الزوج، الإخوة، «الأسرة» تمثل وحدة لديها ديناميتها الخاصة، مثلا تشجيع الأم على تقييم نشاطات اللذة في الأسرة.

يساعد المتدخل الأم في هذا الإطار على التعرف على الوضعيات الصعبة أو الضاغطة في الحياة الأسرية وتناولها في إطار «حل المشكلات» حسب نموذج تبادلي وجعل القوى الأسرية في مجال مشترك يعني تفضيل التعليم النسقي لأفضل قدرات في

التواصل بين أعضاء الأسرة، وترك الفرصة لإبداع حلول من طرف النظام الأسري نفسه ضمن البحث عن التوازن .

مساهمة المكون المجتمعي :

استعمال كل القوى المتوفرة، استراتيجيات التوافق المرتبطة بالمكون الجمعي يمكن تلخيصه من المثل الإفريقي «تربية طفل يتطلب تدخل كل القرية Ça prend tout un village pour élever un enfant» ، في مقارنة تدخل متعدد، الاتجاه الجمعي يجعل المتدخل متجه نحو الاستثمار مع الولي لمختلف المصادر المتوفرة في محيطه هذه الموارد كمرجع لكل أشكال المساعدة المكملة التي تسمح بتقاسم المسؤولية ومرافقة الطفل كعامل حماية مهم في ممارسة الدور الوالدي للأُم، من جهة أخرى المصادر المهنية كالمراكز البيداغوجية كذلك شبكة العلاقات الغير رسمية (الأجداد، الأصدقاء، الجيران) مجموعة النشاطات الترويجية، الجمعيات، الخ...)، كذلك التدخل هو تسهيل النفاذ نحو شبكة الأسرة التي لديها الطفل المعاق وعمل جسر والوساطة بين الموارد المتوفرة والولي أو عضو آخر من الأسرة الذي يمكن الاستفادة منه، ما يسمح لهذه الأسر التي تشعر بالتهميش بإدماج الموارد المجتمعة (Bénéard, 1998)

الروحانية :

من المهم الأخذ في الاعتبار الروحانية كبعد يعمل به في التدخلات، يتعلق الأمر بالمعتقدات الدينية والآراء الفلسفية، الأفكار حول معنى الحياة التي يحملها الإنسان، أن يكون هناك إيمان بالمستقبل، تطوير فكرة التضحية في فائدة الآخرين خاصة الأم، أن تكون هناك فكرة زرع الأمل، هي عناصر يمكن أن تكون تنظيمات سلوكية وعلائقية إذا كانت الأم أو فرد آخر في الأسرة يحركها في الآخرين بالمكانة المركزية التي يشغلها تعتبر الروحانية بعد للتفكير للحوار أثناء التدخل مع الولي، وللتريميم والعلاج (ديلاج، 2002، Delage).

17-قياس الجلد: في الكتابات العلمية تم اقتراح عدة خصائص يتميز بها الشخص الجلود، إذ لا يوجد إجماع في يومنا هذا حول هذه الخصائص الشخصية التي تعتبر كعوامل حماية. (Hamelin & Jourdan,2011)

فالبعض يرى أنها قدرة والبعض الآخر يرى أنها نتيجة والبعض يرى أن الجلد سيرورة دينامية (Richardson, 2002)، سلام الجلد الأولى استهدفت فقط بعض الخصائص، اليوم يعتبر الجلد كمفهوم متعدد الأبعاد اهتمت هذه السلام بخصائص الفرد التي تختلف حسب العمر، الجنس، الثقافة، والسياق الاجتماعي هذه الاختلافات تظهر من خلال سلام الجلد المتعددة الأبعاد.

والجدول التالي رقم (3): يوضح أمثلة عن الخصائص الشخصية والبيئية للجلد التي ذكرها الباحثون:

المؤلفون	الخصائص الشخصية والبيئية المرتبطة بالجلد
بلوك وبلوك (1950) Block et Block	إمكانية أن تكون سعيد، القدرة على الدخول غي عمل منتج، الأمن الانفعالي، القدرة على النمو والقدرة على القيام بعلاقات كافية.
وارنر (2001) Werner وارنر و سميث (1992) Werner et Smith	معنى الاستقلالية، وضعية اجتماعية ايجابية مرنة، مشاعر الضبط الداخلي، سلوك اجتماعي منتج، التطابق، نظرة إيجابية للذات، التفاؤل.
كوبازا (1979) Kobosa	تعتبر العامل الضاغظ كفرصة تحدي، الالتزام معرفة الحدود التي يجب مراقبتها (المراقبة والضبط الذاتي).
روتر (1985) Rutter	الحصول على المساندة من الآخرين وتقديم المساندة، التعلق الآمن، بناء الأهداف الشخصية والجماعية، نجاحات محققة، مشاعر الضبط، الحصول على اختيارات، الحس الفكاهي، التوجه نحو النشاط، التكيف مع التغيير.
كلوزان (1993) Clausan	القدرة على تنظيم الفرد لحياته، علاقات بين شخصية مساندة.
أنتوفسكي (1993) Antonovsky	التوافق والمرونة النفسية/الشخصية، التحكم في الانفعالات، الكفاءة.
كنور ودافيدسون (2003) Connor et Davidson	التفاؤل، الأمل، الإيمان، بالإضافة إلى الخصائص السابقة

(نفس المرجع، 2011) .

من خلال هذا العرض للتاريخ المفاهيمي للجلد تبين أنه ينطوي على عدد مهم من الخصائص الشخصية والقدرات، سمات الشخصية التي تتدخل في الجلد والتي ترتبط بالمحيط .

17-1- سلم الجلد (واقلند ويونغ، 1993، Wagnild-&Young):

تم تطويره من خلال دراسة كيفية في (1990) على 25 امرأة يتراوح سنهن من 53 إلى 95 سنة تكيفوا تجاه حدث صدمي ضخم خلال فترة من حياتهن، ثم تم توسيع العينة سنة 1993 على عينة راشدين عددهم (782)، يحتوي هذا السلم على 25 بند يقيم حسب سلم ليكرت ، معامل الصدق هو (0.62) بينما بلغ ثباته (0.91) ومعامل الاتساق ألفا كرونباخ (0.82)، يقيس هذا السلم عاملين هما مشاعر الكفاءة الشخصية وقبول الذات والحياة، كما تتم إعادة التأكيد على صدقه عند مستويات عمرية أخرى كالمراهقين في إصدار يحوي (14) عبارة (هامليون وجوردان، 2011، Hamelin et Jordan).

17-2- سلم جلد الأنا (1996) L'ego Resiliency (ER):

بلوك وكيرمان Block et Kremen هدفه هو استكشاف خصائص الجلد ومستوى المراقبة عند الفرد والقدرة على التكيف مع ضغوط الحياة (ER) يبين أن الفرد قادر على المراقبة والتكيف في ظل الضغوط من أجل المحافظة على التوازن ثم تم تقنيه على عينة مكونة من (46) رجل و(04) نساء يعيشون في وسط حضري ثم تقويمهم على فترتين في عمر (18) سنة وعمر (23) سنة يحتوي (على فترتين في عمر (18) سنة وعمر (23) سنة يضم (ER) 14 عبارة تقيم حسب سلم ليكرت من (01) لا ينطبق تماما حتى (04) ينطبق تماما)، نموذج تطبيق ذاتي مؤشر الثبات هو (0.76) بالنسبة لفترتين القياس يستهدف خصائص كالمرونة، الفضول، الكرم، المهارات الاجتماعية.

17-3- سلم (BRS) Brief Resilience Scale:

لسميث وآخرون (2008) Smith et al، هذا السلم يعتبر وسيلة من أجل تقويم الجلد عند الفرد ويقيس الجلد كقدرة على استعادة التوازن وإعادة النهوض بعد الضغط، وهو وسيلة

فعالة لقياس القدرة على الارتداد واستعادة التوازن يمكن التنبؤ بالروابط الموجودة بين الجلد والصحة عند الشخص الذي تعرض للضغوط، يحتوي على 06 بنود تقييم حسب سلم ليكرت حيث (01 تمثل غير موافق بشدة إلى 05 تمثل موافق تماما) لنموذج تطبيق ذاتي (نان، 2014، Nann).

17-4 - سلم جلد الراشدين لـ مارتينوس وأودان وفريبور وروزنفانق (2001)

La Résilience Scale for Adults (RSA) Martinusson, M ; Odin, H ; Friborg ; Rosenvinge

بالاعتماد على دراسات الجلد السالفة تم تطوير إصدار أخير لهذا السلم تم تقنيه على عينة مكونة من (1581) راشد نرويجي بنسبة (55%) نساء و(45%) رجال تتراوح أعمارهم بين (25-50 سنة) بمتوسط عمر (39.5 سنة)، معامل الصدق حسب 05 أبعاد هي «الكفاءة شخصية» «المساندة الاجتماعية»، «الاتساق العائلي»، «البنية الشخصية»، «الكفاءة الاجتماعية» يتراوح الاتساق الداخلي بين (0.74-0.92) حسب الأبعاد، ألفا كرونباخ هو (0.93) لكل اختبار يقيم حسب سلم ليكرت (1-5)، 1 موافق تماما حتى 5 غير موافق تماما. (هاميلين، جوردان، 2011، Hamelin et Jourdan).

17-5 سلم الجلد كنور دافيدسون (CD.RISC) Connor Davidson:

تم تطويره في 2003 بواسطة كاترين كنور Kathryn Connor وجونثان دافيدسون Davidson Jounathan، لتناول جوانب الجلد ولاستخدامه في الممارسة العيادية يحتوي هذا المقياس على 25 بند والتي تم دراستها على عينات متنوعة لمختلف الثقافات والإثنيات وفئات من جميع الأعمار، وفي ميادين متعددة كالميدان العسكري، الطب العقلي، الاختيار المهني، الطواقم الطبية، وعناصر الخدمات الاجتماعية وثبت بأنه له خصائص سيكومترية مرتفعة تصمد في جميع الدراسات تقريبا (نوران، 2003، Noran) تم تقنيه على عينات مكونة من 806 مشارك مقسمة إلى خمسة أفواج الفوج (1) يتكون من 577 شخص بدون اضطراب عقلي أو جسدي، الفوج (2) يتكون من 139 فرد يتابعون علاج خارجي تعرضوا لحالة (PTSD) والفوج (3) يتكون من 43 شخص يعالج في عيادة خاصة باضطراب عقلي،

الفوج(4) يتكون من 25 شخص لديهم اضطرابات حصر عامة، الفوج (5) يتكون من 22 شخص لديهم اضطرابات ضغط بعد صدمة، العينة الكلية تحتوي 75% نساء 25% رجال لمتوسط عمر هو 43.8 سنة ثم تقييم بنود هذا المقياس حسب سلم ليكرت من (0:لا أوافق تماما، 4: أوافق تماما). كلما ارتفعت أو انخفضت الدرجات المتحصل عليها دل على ارتفاع أو انخفاض الجلد، قسم هذا السلم إلى 05 أبعاد وهي «الكفاءة الذاتية» وتعتبر عنها البنود(3،،4،15،،17،18، 19،20،21، 22)، البعد الثاني هو «التحكم في الانفعالات» وتدل عليه كل من البنود(7، 9، 10، 14، 16، 24، 25) البعد الثالث وهو «المشاعر الايجابية» ويتمثل في كل من البنود (1، 2، 12، 13، 22)، البعد الرابع حول المساندة الاجتماعية وتعتبر عنه البنود(5، 6، 23)، أما البعد الخامس فتتمثل بنوده في (8، 11) وهو البعد الروحاني، يمتاز كنور دافيدسون بدرجة ثبات جيدة حيث بلغ ألفا كرونباخ لكل الاختبار(0.93) أما الثبات عبر الزمن بلغ (0.87)، أما صدق الاتساق الداخلي تراوحت معاملات الارتباط فيه بين (0.72، 0.90) أعطى هذا الاختبار ارتباط سلبي بمقياس الجروحية نحو الضغوط ومقياس العجز الاجتماعي، هذا السلم يمكن أن يكون ذو تقييم ذاتي وهو متوفر بعدة لغات وهناك إصدار يحتوي على 10 عبارات فقط. (Hamelin; & Jourdan , 2011)

*النسخة العربية: توجد نسخة عربية لهذا المقياس قام بإعدادها الدكتور رياض العاسمي من جامعة دمشق بسوريا عام 2012 تحتوي على 25 عبارة تقييم حسب سلم ليكرت.

*في الجزائر: قام الباحث جار الله سليمان تحت إشراف البروفسور شرفي محمد الصغير بإعداد نسخة باللغة العربية وذلك بعد أخذ موافقة من معدي السلم كنور ودافيدسون حيث تم الترجمة من الإنجليزية إلى اللغة العربية من طرف أستاذ متخصص في الإنجليزية، كما عرض على أخصائيين عياديين والقيام بالتعديلات في صيغ العبارات حسب آراء المحكمين بما يتلاءم مع الخصائص الثقافية للمجتمع الجزائري وقد تم تعديل العبارات(6، 8، 16) وبعد ذلك تمت كذلك الترجمة العكسية من العربية إلى الإنجليزية للأمانة العلمية، وقام

الباحث بتطبيق الصورة النهائية له على عينة مكونة من (143) فرد بالإضافة إلى عينة مكونة من (52) فرد مع سلم الإحساس بالضغط النفسي من أجل دراسة الخصائص السيكومترية للاختبار .

حساب الصدق: صدق المحكمين، عرض الاختبار على خمس أخصائيين عياديين، وقد أجمع الأخصائيون العياديون على أن العبارات تقيس ما أعدت لقياسه.

الصدق التمييزي: يتميز السلم بقدرة تمييزية جيدة حيث بلغت قيمته (ت:18.17) عند مستوى دلالة أقل من 0.01 مما يعني أن السلم يتمتع بصدق مقبول

الاتساق الداخلي: تراوحت معاملات الارتباط بين فقرات السلم بين (0.106-0.621) وهي دالة إحصائياً عند مستوى دلالة أقل من 0.01 مما يؤكد أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الاتساق الداخلي.

أما الثبات: فقد قام الباحث بحساب معامل ألفا كرونباخ، والذي بلغت قيمته في كل الاختبار (0.84)، التجزئة النصفية لنصفي الاختبار هي (0.712) أما معامل سييرمان براون (0.832) ومعامل التجزئة جيتمان (0.830)، وهي قيم مرتفعة مما يثبت أن السلم يتمتع بثبات جيد.

ومن خلال هذا العرض لسلام الجلد اختارت الباحثة سلم كنور دافيدسون وذلك لوجود نسخة جزائرية تتمتع بقيم صدق وثبات مرتفعة بالإضافة إلى أن هذا المقياس يلقي استعمال واسع في الدراسات والتطبيقات العيادية وفي ثقافات متعددة.

خلاصة:

من ما تم التطرق إليه في هذا الفصل يظهر الجلد كسيرورة دينامية تفاعلية بين عوامل الخطر وعوامل الحماية وجود طفل متخلف عقليا يعتبر عامل خطر مما يتطلب من الأمهات استعمال قدراتهن الفردية والموارد والبيئية كوامل حماية للقدرة على الإغلاء وتعقيل الحدث الصدمي، وإعادة النهوض، تظهر سيرورة الجلد لديهن من خلال طلبهن للمساندة الاجتماعية من محيطهن العائلي أو من طرف المهنيين في المراكز الصحية والبيداغوجية وجمعيات الآباء والغير رسمية المتمثلة خاصة في الزوج كذلك الأصدقاء والعائلة الموسعة، كما يظهر الجلد من تمكنهن من إعطاء معنى ايجابي للحدث، ما يسمح لهن بالحصول على استقلالية نمو الغيرية القدرة على تقديم المساعدة لأولياء آخرين، الإبداع وإقامة الروابط مع هذا الطفل الذي لا يتمتع بخصائص مشجعة على ذلك، بناء هذه السيرورة يكون بمساعدة الموارد البيئية المتمثلة في الأسرة خاصة الزوج، الأجداد، وكذلك مهنيو الصحة والمراكز البيداغوجية وجمعيات الآباء وكل موارد المجتمع.

الجانب التطبيقي

الفصل السادس:

الفصل المنهجي

تمهيد

1- منهج الدراسة

2- الدراسة الاستطلاعية

3. الدراسة الأساسية

4. عينة الدراسة الأساسية

5. أدوات الدراسة

خلاصة

تمهيد:

تم تخصيص هذا الفصل إلى الإجراءات الميدانية للدراسة بدءا باختيار المنهج المناسب والأدوات إلى الإجراءات الميدانية التي تضمنت عدة خطوات ، التعرف على ميدان الدراسة وعلى مجتمع البحث واختيار العينة والقيام بالدراسة الاستطلاعية للتحقق من الخصائص السيكومترية للأدوات واختيار عينة الدراسة والقيام بتطبيق الأدوات ومعالجة النتائج إحصائيا وكذلك القيام بمقابلات عيادية وتحليل مضمون نتائجها، ومن ثم التحقق من صحة الفروض المطروحة في الدراسة أو نفيها.

1- منهج الدراسة:

لتوضيح وفهم أكثر لمتغيرات الدراسة الحالية اختارت الباحثة منهج البحوث المختلطة للحصول على نتائج كمية ونتائج كيفية معا، يساعد هذا المنهج على توضيح البيانات وفهم أكثر عمقا لمشكلة البحث، فالبيانات الكمية والتي يتم تحليلها إحصائيا تقدم لنا وصف للظاهرة المدروسة لأعداد كبيرة من الأفراد، وتساهم البيانات الكيفية التي يتم الحصول عليها من المقابلات العيادية من التعمق في جوانب مشكلة الدراسة، حيث يقول ميل وهيارم (Huberman&Miles p42،1994) ان هذا النوع من البحوث يعطينا مزجا قويا. فعندما نحلل النتائج الكمية والنتائج الكيفية معا نستطيع إعطاء صورة مركبة للظواهر الاجتماعية، كما ان البيانات الكيفية المتعمقة تعطي قوة للبيانات الكمية، وأفضل طريقة يتم فيها جمع بيانات المناهج المختلطة هي التي تتم في مرحلتين متتاليتين ويسمي هذا تصميم المناهج المختلطة التفسيري ويسمى كذلك " النموذج ذو الوجهين" وهو الأكثر شيوعا في البحوث النفسية والتربوية كريسوال (Creswell،1994). فيتم في المرحلة الأولى جمع بيانات كمية ثم في مرحلة ثانية يتم جمع بيانات كيفية للمساعدة في تفسير وشرح النتائج الكمية وتعميقها (أبو علام، 2007، ص 336) .

وعليه قد استخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي لمناسبته وأغراض البحث الحالي فمن خلاله يتم وصف الظواهر موضوع الدراسة وتحليل نتائجها وتبيين العلاقة بين متغيراتها، حيث يقول (الأغا، والأستاذ، 2000، ص83)، يهتم المنهج الوصفي التحليلي بدراسة ظاهرة أو حدث أو قضية موجودة حالياً يمكن الحصول منها على معلومات تجيب على أسئلة البحث دون تدخل الباحث"، كما استعانت الباحثة بالمنهج العيادي لدراسة بعض الحالات قصد الحصول على نتائج تعزز أو تضعف نتائج الدراسة الكمية ، فدراسة كل حالة بشكل فردي وجمالي هي الطريقة الأقرب للتطبيقات العيادية، يقول ابوزيد "دراسة الحالة هي الإطار الذي يتضمن كل المعلومات التي تجمع عن الحالة وقد تكون فرداً أو أسرة أو جماعة، وهي تحليل دقيق للموقف العام للحالة ككل وهي منهج لتنسيق وتحليل المعلومات التي جمعت بوسائل جمع المعلومات الأخرى عن الحالة وعن البيئة التي تعيش فيها الحالة" (ابوزيد، 2011، ص14)، ويعرفها لويس كامل مليكة" بأنها الوعاء الذي ينظم فيه الإكلينيكي كل المعلومات والنتائج التي يحصل عليها" (لويس ، 1999، ص 79).

2- الدراسة الاستطلاعية:

تهدف الدراسة الاستطلاعية في العادة إلى التقرب من الميدان من أجل فهم أكبر للموضوع ومعرفة مدى ملائمة ظروف القيام بالدراسة وكذا إعداد أدوات الدراسة والتأكد من خصائصها السيكمومترية، وفي هذه الدراسة قمنا بالتقرب من الميدان بعد أخذ موافقة الجهات الرسمية ومن ثم البت في مجريات الدراسة، والتعرف على ظروف التطبيق، بالإضافة إلى بناء مقياس المساندة الاجتماعية والتأكد من خصائصه السيكمومترية ، و عادة التأكد من لخصائص السيكمومترية لسلم الجلد كنور -دافيدسون ، وبناء دليل المقابلة النصف موجهة.

2-1-1 - حدود الدراسة الاستطلاعية :

2-1-1-1 - الحدود المكانية: أجريت هذه الدراسة بكل من المركزين النفسيين البيداغوجيين لكل من مدينتي تبارت وتيسمسيلت للأطفال المتخلفين عقليا وكذا جمعية الوفاء لأطفال التريزوميا (21) بمدينة تيارت.

2-1-1-2 - الحدود البشرية: تمت الدراسة الاستطلاعية على عينة أولية مكونة من (70) أم من أمهات الأطفال المتخلفين عقليا ممن أولادهم المتخلفين عقليا مسجلين بهذين المركزين وجمعية الوفاء.

2-1-1-3 - الحدود الزمانية: امتدت هذه الدراسة من شهر ديسمبر 2016 إلى غاية مارس 2017 .

2 - 2 إجراءات الدراسة الاستطلاعية :

بعد الاطلاع على الجانب النظري والدراسات السابقة قامت الباحثة بعقد مقابلات حرة مع الأخصائيين العياديين العاملين بالمركز النفسي لمدينة تيارت وجمعية الوفاء للإدماج المدرسي والمهني للأطفال المصابين التريزوميا 21 بتيارت بحكم أن هؤلاء الأخصائيين في احتكاك دائم بأمهات الأطفال ذوي التخلف العقلي وتم فيها التحاور حول متغيرات الدراسة والعينة الممكن الحصول عليها ومدى استعداد الأمهات لقبول المشاركة في هذه الدراسة، ثم تم إجراء مقابلات عيادية حرة أولية مع بعض الأمهات بغرض الحصول على آرائهن واتجاهاتهن حول متغيرات الدراسة، وخاصة معرفة حاجاتهن للمساندة الاجتماعية بمختلف أنواعها ومصادرها وكذا التعرف على مؤشرات جلدهن للتمكن من صياغة عبارات مقياس المساندة الاجتماعية وبناء دليل المقابلة المستعمل في دراسة الحالة .

وفيما يلي سيتم عرض المراحل المتبعة في إعداد وتقنين المقياس المساندة الاجتماعية .

2-2-1 تصميم مقياس المساندة الاجتماعية:

تم إعداد مقياس المساندة الاجتماعية من طرف الباحثة، وذلك وفقا للخطوات التالية:
أولاً: الاطلاع على أدبيات الموضوع والدراسات السابقة ومن أهمها (الهنداوي، 2012)،
(ريوم، وآخرون، 2008، Rhéaume & al) وكذلك تم الاطلاع على بعض مقاييس المساندة
في هذا المجال ومن أهمها، مقياس المساندة الاجتماعية (سارسون Sarason، 1983) ومقياس
احتياجات أولياء أمور المعاقين زيدان السرطاوي وعيد العزيز الشخص (1998).
ثانياً: إجراء مقابلات حرة عن مصادر المساندة وأشكالها التي تتلقاها الأمهات بالمركز
البيداغوجي لتيارت وكذلك مقابلات مع المختصين النفسانيين والأرطفونيين للمركز
البيداغوجي بحكم احتكاكهن الدائم بالأمهات، تضمنت هذه المقابلات أسئلة مفتوحة حول
المحاور التالية:

*مصادر المساندة الاجتماعية التي تحصل عليها الأمهات من الأسرة وخاصة الزوج وخوة
الطفل المعاق، العائلة الموسعة، مؤسسات المجتمع كالمراكز النفسوبيداغوجية والجمعيات،
الجيران والأصدقاء الخ.....

*احتياجات الأمهات للمساندة الاجتماعية المتعلقة بالمساندة النفسية ، الحاجات المعرفية ،
المساندة المتخصصة من المهنيين للطفل والأم، المساعدة المادية، الخ....
* الرضا عن هذه المساندة المقدمة والآمال المرجوة .

ثالثاً: إعداد النسخة الأولية كما في الملحق رقم (01) من المقياس وتقديمها إلى أساتذة
محكمين في الاختصاص الملحق رقم (07) وإعداد نسخة معدلة بناء على توجيهات
الأساتذة المختصين الملحق رقم (02).

جدول رقم (4) خصائص العينة الاستطلاعية من حيث السن والمؤسسة التي تم الاختيار منها:

النسبة	المجموع	50 فما فوق	40-49	30-39	السن
78.57%	55	11	28	16	تيارت
14.28%	10	01	04	05	تيسمسيلت
7.14%	05	01	04	00	جمعية الوفاء
100%	70	17	38	21	المجموع

يبين الجدول أعلاه خصائص العينة الاستطلاعية التي تم اختيارها من حيث السن والمؤسسة التي تم الاختيار منها والتي تم من خلالها تطبيق أدوات الدراسة لحساب خصائصها السيكومترية من صدق وثبات وقد تم اختيار هذه العينة حسب توفر الحالات وقبولهن المشاركة والإجابة على أدوات البحث .

رابعا: تطبيق مقياس المساندة الإجتماعية على عينة مكونة من (70) من أمهات الأطفال المتخلفين عقليا المسجلين في المراكز النفسية البيداغوجية لمدينة تيارت وتيسمسيلت وجمعية الوفاء، بغرض حساب الخصائص السيكومترية للمقياس.

وقد تم التأكد من الخصائص السيكومترية لمقياس المساندة الاجتماعية على النحو التالي:

* **الصدق** : تم التأكد من صدق المقياس بطريقتين:

- **صدق المحكمين**: قامت الباحثة بعرض الأداة الأولية على مجموعة تتكون من (11) محكما، من أساتذة علم النفس بجامعة ابن خلدون تيارت، ولقد احتوت الأداة في صيغتها الأولية على (78) بندا (النسخة الأولية كما في الملحق رقم (01) ،) تنتمي هذه البنود إلى 6 أبعاد وهي:

- البعد الأول هو المساندة الأسرية (أي الزوج والإخوة وأخوات الطفل المتخلف عقليا).

- البعد الثاني هو المساندة العائلية (المقصود بها والدي الأم والإخوة والأخوات لهذه الأم).

- البعد الثالث يخص المركز النفسي البيداغوجي الموجود به الطفل.

- البعد الرابع ويخص جمعيات أولياء الأطفال المتخلفين عقليا.

- البعد الخامس يخص الأصدقاء.
- البعد السادس تمثل في الجيران.
- وبعد العمل بتوجيهات الأساتذة المحكمين تم :
- الاستغناء عن بعد الجيران، نظرا للتغير الاجتماعي الحاصل في المجتمع الجزائري حاليا، وتقلص دور الجيران.
- إعادة الصياغة اللغوية لبعض البنود.
- حذف بعض البنود المكررة المتمثلة في البند رقم 3 الذي ينتمي إلى بعد المساندة الأسرية وكذا البندين رقم 19 و رقم 28 اللذان ينتميان لبعد المركز النفسي البيداغوجي.
- الاحتفاظ بالبنود والأبعاد التي حظيت بنسبة اتفاق تتراوح بين (90-95%).
- وتكون المقياس في صورته النهائية من 70 بند ممثلة ب(05) أبعاد المذكورة أعلاه ماعدا بعد الجيران الذي تم الاستغناء عنه.
- صدق الاتساق الداخلي:** تم التأكد من صدق مقياس المساندة الاجتماعية عن طريق حساب صدق الاتساق الداخلي وذلك بحساب معامل الارتباط بيرسون بين درجة كل بند والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه وبين البند والدرجة الكلية للمقياس ككل، والنتائج موضحة في الجدول رقم (5):

الجدول رقم (5): صدق الاتساق الداخلي لمقياس المساندة الاجتماعية

مع	الاتساق مع البعد	مع	الاتساق مع البعد	رقم البند	البعد	الاتساق مع المقياس	الاتساق مع البعد	رقم البند	البعد
287*	660**	4			مساندة المركز البيداغوجي	360**	578**	1	المساندة الأسرية
400**	720**	10				323**	682**	6	
454**	642**	14				269*	371**	15	
390**	650**	19				363**	607**	20	
168	662**	24				120	385**	25	
319**	601**	29				169	336**	30	
162	309**	34				161	336**	35	
285*	562**	41				520**	742**	38	
296*	613**	45				313**	655**	42	
228	548**	49				453**	741**	46	
228	548**	53				288*	512**	50	
303**	491**	57				441**	698**	54	
254*	411**	60				459**	582**	58	
497**	647**	62				220	412**	61	
142	528**	64			534**	795**	63		
270*	729**	05			540**	714**	65		
295*	772**	08			426**	791**	66		
418**	883**	12			523**	841**	67		
358**	680**	17			387**	506**	68		
341**	763**	22			414**	410**	69		
140	396**	27			310**	190	70		
334**	408**	32			437**	643**	2	مساندة الجمعيات	
318**	741**	37			491**	691**	9		
407**	219	3			491**	843**	13	مساندة العائلة	
366**	136	7			369**	648**	18		
216	220	11			398**	696**	23		
529**	154	16			485**	804**	28		
449**	378**	21			201	617**	33		
406**	254*	26			443**	736**	40		
444**	003-	31			524**	846**	44		
496**	313**	36			549**	854**	48		
536**	244*	39			339**	399**	52		
552**	203	43			272*	485**	56		
182	049	47							
387**	226	51			442**	810**	59		
463**	163	55							

من خلال الجدول رقم (05) يتضح أن كل أبعاد مقياس المساندة الاجتماعية مرتبطة ارتباطا دالا إحصائيا، إما مع الدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه، أو مع الدرجة الكلية للمقياس أو مع كليهما، ماعدا البعدين 1 و 47 وقد تم حذفهما .

*ثبات مقياس المساندة الاجتماعية:

تم تقدير ثبات مقياس المساندة الاجتماعية عن طريق حساب معامل ألفا كرونباخ للمقياس ككل، ولكل بعد على حدا، ونجد هذا التوضيح في الجدول رقم (6).

الجدول رقم(6): قيم ألفا كرونباخ لمقياس المساندة الاجتماعية.

المتغيرات	معامل ألفا كرونباخ
الأسرة (الزوج، الأولاد)	0.895
العائلة (والدي الأم، الإخوة والأخوات)	0.897
الأصدقاء	0.833
جمعيات أولياء المعاقين عقليا	0.913
المركز النفسي البيداغوجي	0.847
الثبات الكلي للمقياس	0.906

من خلال الجدول رقم(06) يظهر أن قيم ألفا كرونباخ لمقياس المساندة الاجتماعية بمختلف أبعاده مرتفعة، هذا ما يدل على أن المقياس يتمتع بثبات جيد .

ومن خلال التأكد من الصدق والثبات يمكن القول أن مقياس المساندة الاجتماعية يتمتع بخصائص سيكومترية جيدة، وعليه يمكن اعتماده في قياس مستوى المساندة الاجتماعية لأمهات الأطفال المعاقين عقليا على البيئة الجزائرية .

2-2-2 مقياس الجلد:

لإعداد النسخة النهائية لمقياس الجلد والتي تم استخدامها في هذه الدراسة، تم إتباع الخطوات التالية:

أولا: الاطلاع على المقاييس التي تقيس متغير الجلد ثم تبني مقياس الجلد (لكنور كاترين

دافيدسون جونتان (Davidson jounathan&Connor kathrun، 2003)

(CD .CSIR) وذلك لأنه يتمتع بخصائص سيكومترية عالية كما أنه خالي من العوامل الثقافية، طبق في المجال العيادي، يقيس درجة الجلد لدي الأفراد يحتوي على 25 بند تنتمي إلى 05 أبعاد يقيس البعد الأول الكفاءة الذاتية ويحتوي على البنود التالية: (21، 20، 19، 18، 17، 15، 4، 3) أما البعد الثاني فهو يقيس التحكم في الانفعالات وتمثلت بنوده في (25، 24، 16، 14، 10، 7، 9)، البعد الثالث فهو بعد المشاعر الإيجابية ويحوي العبارات التالية: (22، 13، 12، 2، 1) أما البعد الرابع فهو بعد المساندة الاجتماعية وشمل العبارات الآتية: (23، 6، 5) والبعد الخامس يقيس العامل الديني ممثل بالبندين (11، 8)، يتميز كنور دافيدسون في نسخته الأصلية بخصائص سيكومترية عالية، حيث بلغ معامل ألفا كرونباخ لكل الاختبار (0.89)، أما الثبات عبر الزمن بلغ معامل الارتباط (0.87) وتراوحت قيم الاتساق الداخلي بين (0.30-0.70) (جار الله، 2014، ص167) .

كمائنه مترجم إلى اللغة العربية ومقنن على البيئة الجزائرية من طرف (شرفي، جار الله، 2009) .

ثانياً: ترجمة مقياس الجلد لكونور دافيدسون من اللغة الانجليزية إلى اللغة العربية وذلك بمساعدة أساتذة مختصين في اللغة الإنجليزية، ثم عرض المقياس على مجموعة من الأساتذة المحكين في علم النفس، كما تم حساب صدقه التمييزي وكانت قيمة ت(18.17) وقد تم كذلك التأكد من صدقه عن طريق الاتساق الداخلي حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.106-0.621) وكانت دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.01 أما الثبات فقد قام الباحث بحساب معامل ألفا كرونباخ والذي بلغت قيمته في كل الاختبار (0.84)، أما التجزئة النصفية لنصفي الاختبار فكانت مقدرة ب(0.712) وقيمة سبيرمان براون هي (0.832) وبلغت قيمة معامل الثبات جيثمان (0.830)، وكل هذه القيم مرتفعة مما يبين أن هذا السلم يتمتع بقيم ثبات عالية ومن خلال التأكد من الصدق والثبات لهذا السلم على عينة من البيئة الجزائرية، تم اختيار هذا السلم كما فضلت الباحثة إعادة التأكد من خصائصه السيكومترية على عينة أولية تخدم أهداف الدراسة.

ثالثا: تطبيق مقياس الجلد على عينة مكونة من 70 من أمهات الأطفال المعاقين عقليا المسجلين في المراكز النفسية البيداغوجية لمدينة تيارت تيسمست وجمعية الوفاء لأطفال التريزوميا (21) بغرض حساب الخصائص السيكومترية للمقياس و عادة التأكد منها.

وقد تم التأكد من الخصائص السيكومترية لمقياس الجلد على النحو التالي:

- الصدق: تم التأكد من صدق المقياس عن طريق حساب صدق الاتساق الداخلي
- الاتساق الداخلي: تم حساب صدق مقياس الجلد كنور دافيدسون عن طريق حساب صدق الاتساق الداخلي وذلك بحساب معامل الارتباط بيرسون بين درجة كل بند والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه وبين البند والدرجة الكلية للمقياس ككل، والنتائج موضحة في الجدول رقم (07):

الجدول رقم (7): صدق الاتساق الداخلي لمقياس الجلد

البعد	البند	الاتساق مع البعد	الاتساق مع المقياس	البعد	البند	الاتساق مع البعد	الاتساق مع المقياس		
بعد الكفاءة الذاتية	3	725**	636**	بعد التحكم في الانفعالات	10	620**	389**		
	4	620**	492**		7	483**	448**		
	15	602**	537**		9	376**	285**		
	17	660**	658**		14	593**	640**		
	18	578**	499**		16	599**	401**		
	19	529**	463**		24	601**	492**		
	20	589**	571**		25	548**	450**		
	21	591**	484**		5	642**	503**		
	المشاعر الإيجابية	12	631**		625**	بعد المساندة الاجتماعية	6	671**	463**
		13	785**		721**		23	690**	277**
22		406**	316**						
1		0.62**	0.523**						
2	0.481**	0.304**							
بعد العامل الديني	8	0.224*	0.103						
	11	0.279*	0.435*						

**دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.01.

*دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05.

من خلال الجدول رقم (07) يتبين أن معاملات الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية لمقياس الجلد وبين درجة كل بند مع الدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه مرتبطة ارتباطا دال إحصائيا، وبالتالي فإن المقياس يتمتع بدرجة مقبولة من الصدق.

- ثبات مقياس الجلد:

للتحقق من ثبات مقياس الجلد تم استخدام معامل ألفا كرونباخ للمقياس ككل وقد قدرت قيمته بـ 0.853، وهي قيمة مرتفعة، مما يدل على أن مقياس الجلد يتمتع بدرجة مرتفعة من الثبات.

وبناء على النتائج المتعلقة بصدق وثبات مقياس الجلد تم اعتماده كأحد أدوات جمع

البيانات في هذه الدراسة.

3. الدراسة الأساسية :

1.3 حدود الدراسة:

***الحدود المكانية:** تمت هذه الدراسة بكل من المركزين النفسيين البيداغوجيين لمدينتي تيارت تيسمسيلت للأطفال المتخلفين عقليا وكذلك جمعية الوفاء للإدماج المدرسي والمهني للأطفال التريزوميا (21) بمدينة تيارت.

***الحدود الزمانية:** امتدت مجريات الدراسة الأساسية من شهر افريل 2017 إلى غاية شهر فيفري 2018.

4. عينة الدراسة الأساسية:

4-1 عينة الدراسة الكمية :

تم اختيار أفراد العينة بالطريقة القصدية حيث كان هدف الباحثة الوصول إلى أكبر عدد من الأمهات اللواتي لديهن أطفال ذوي تخلف عقلي، وللوصول إلى هذا الهدف تقربت الباحثة من المركزين النفسيين البيداغوجيين لمدينتي تيارت تيسمسيلت وكذا جمعية الوفاء للأطفال المصابين التريزوميا 21، وقد تم الحصول على عينة مكونة من (76) أم ممن

أطفالهن مسجلين بهذه المؤسسات وقبلن المشاركة والإجابة على أدوات البحث والجدول التالي يوضح توزيع أفراد العينة .

جدول رقم (8): يوضح توزيع أفراد العينة حسب المؤسسة المسجل بها الطفل المتخلف عقليا و سن الأمهات

النسبة	المجموع	50 فما فوق	49-40	39-30	السن
%78.94	60	14	28	18	تيارت
%14.47	11	02	06	03	تيسمسيلت
%06.57	05	01	04	00	الوفاء
%100	76	17	38	21	المجموع

4-2 مجموعة الدراسة الكيفية:

تم انتقاء تسع أمهات من العينة الأساسية للبحث لدراسة حالاتهن بشكل معمق من أجل التعرف على دور المساندة الاجتماعية في نسج سيرورة الجلد لدى هذه الفئة من الأمهات، وقد تم تقسيمهن إلى مجموعتين مجموعة جلدة وأخرى غير جلدة كل، المجموعة الجلدة مكونة من خمس حالات والمجموعة الغير جلدة مكونة من أربع حالات، اعتمدت الباحثة في هذا الاختيار على نتائج الملاحظة العيادية، وبعض مؤشرات الجلد الذاتية والبيئية المتحصل عليها من المقابلات الأولية التي تم القيام بها في الدراسة الاستطلاعية كالتحكم في الانفعالات، وجود بعض المشاعر الايجابية تجاه الإعاقة، الشعور بالمساندة من المحيط الإيكولوجي للأمم خاصة الأسرة. ثم التأكد من ذلك من خلال سلم الجلد كنوردافيدسون ومقياس المساندة الاجتماعية، للتأكد خاصة من الحالات التي تحصلت على مساندة اجتماعية منخفضة أو مساندة اجتماعية مرتفعة على هذا المقياس وذلك للتحقق من الفرضية الخاصة بمعرفة دور المساندة الاجتماعية في بناء سيرورة الجلد .

5 - أدوات الدراسة:

بما أن الباحثة استعانت بالمنهج المختلط الذي يساعد في الحصول على نتائج كمية وأخرى كيفية كما سبق توضيحه ، كمية عن طريق نتائج التحليل الإحصائي، ونتائج كيفية عن طريق دراسة الحالة .

5-1 - أدوات الدراسة الكمية :

5-1-1 - مقياس المساندة الاجتماعية لأهات الأطفال المتخلفين عقليا:

والذي تم تصميمه من طرف الباحثة والتأكد من خصائصه السيكميترية كما سبق توضيح ذلك في مجريات الدراسة الاستطلاعية .

*وصف المقياس: احتوى المقياس في صورته النهائية على (70) بند ايجابية وسلبية موزعة

على (05) أبعاد كما هو مبين في الجدول الموالي

الجدول رقم (9) أبعاد المساندة الاجتماعية

الأبعاد	عدد البنود	البنود الإيجابية	البنود السلبية
بعد المساندة الأسرية	21	30.58.25.15.06.01 54.50.46.42.38.35 67.66.65.63	70.69.68.61.20
بعد المساندة العائلية	13	31.26.16.11.07.03.55.51.43.39.3 6	47.21
بعد مساندة المركز البيداغوجي	15	04،10،14،19،24،29 41،45،49،53،60،62 64	57.34
بعد مساندة الجمعيات	13	،4440:48:59:02:09،13،18،23،28 33	52،56
بعد مساندة الأصدقاء	08	05.08.12.17.22.32 37	27

*التنقيط على اساس البدائل : تتم الاستجابة على البنود بوضع علامة (x) أمام الاستجابة المختارة وفقا للبدائل التالية :

موافق دائما تعطى 04 درجات

موافق أحيانا تعطى 03 درجات

حيادي تعطى 02 درجة

غير موافق أبدا تعطى 01 درجة

أما البنود السلبية فتتقط عكس ذلك .

*تصحیح الاستبيان : يتم تصحيح الاستبيان حسب الأبعاد كما في الجدول .

*جدل رقم (10) تصحيح الاستبيان :

الأبعاد	مستوى مساندة اجتماعية مرتفع	مستوى مساندة اجتماعية منخفض
بعد مساندة الأسرة	84- 53	52- 21
بعد مساندة العائلة	52- 33	32- 13
بعد مساندة المركز النفسي البيداغوجي	60- 38	37- 15
بعد مساندة الجمعيات	52- 33	32- 13
بعد مساندة الأصدقاء	32- 21	20- 8
الدرجة الكلية	280- 176	175- 70

يتم حساب درجات الفحوص بجمع درجاته على كل بعد من ابعاد المقياس ثم كل الأبعاد للحصول على الدرجة الكلية للمفحوص، وتتراوح الدرجة الكلية لكل مفحوص بين (70-280) بحيث يتم حساب درجاته على كل بعد على حدى ثم تجمع درجاته على كل ابعاد المقياس.

- . مجموع درجات بعد المساندة الأسرية تتراوح بين (21-84) .
- . مجموع درجات بعد المساندة العائلية تتراوح بين (13-52) .
- . مجموع درجات بعد مساندة المركز البيداغوجي تتراوح بين (15-60) .
- . مجموع درجات بعد المساندة الجمعيات تتراوح بين (13-52) .
- . مجموع درجات بعد مساندة الأصدقاء تتراوح بين (8-32)

5-1-2 - سلم الجلد كنور دافيدسون :

لقياس الجلد انتقت الباحثة سلم الجلد كنور - دافيدسون المعرب والمقنن على بيئة جزائرية وكذلك تم إعادة التحقق من خصائصه السييكوميترية من طرف الباحثة على العينة الاستطلاعية كما تم توضيحه في الدراسة الاستطلاعية.

5-1-3 - الأساليب الإحصائية الخاصة بالدراسة الكمية:

تم استخدام المتوسطات الحسابية والنظرية لحساب الفروق عن طريق اختبار (ت) من أجل قياس مستوى المساندة الاجتماعية ومستوى الجلد لدى أمهات الأطفال المتخلفين عقليا وترتيب ابعاد مقياس المساندة الاجتماعية عن طريق المتوسطات الحسابية المتحصل عليها في كل بعد.

5-2 - أدوات الدراسة الكيفية :

هدفت هذه الدراسة للحصول على نتائج أكثر عمقا بالنسبة لمتغيري البحث من خلال دراسة حالات لأمهات الأطفال المتخلفين عقليا من عينة الدراسة الأساسية المتمثلة في تسع حالات بغرض دراسة عوامل الجلد لديهن، ومعرفة مدى مساهمة كل من العوامل الذاتية والبيئية للجلد ودور كل عامل وبالتالي معرفة اثر المساندة الاجتماعية والدور الذي تقوم به في بناء سيرورة الجلد لدى أمهات الأطفال المتخلفين عقليا وقد تم الاستعانة بـ:

5-2-1 - الملاحظة العيادية : تم فيها ملاحظة كل من الأم والطفل بناءا على شبكة

ملاحظة شملت المتغيرات التالية:

جدول رقم (11) يبين شبكة الملاحظة لأم الطفل المتخلف عقليا

المؤشرات	حالة الأم
المظهر الخارجي	مرتب / مهمل
الميزاج	حزين / متفائل
التحكم في الانفعالات	تحكم / عدم تحكم
روح الدعابة	موجود / غير موجود
المشاعر الايجابية أو السلبية	ايجابية / سلبية
التواصل	جيد / صعوبة التواصل
الإيماءات	كأبة وعدم تقبل / تكيف وتقبل
القدرات المعرفية	جيدة / نقص في القدرات
مؤشرات أخرى	حسب كل حالة

أما الطفل فيتم ملاحظته في الجوانب التالية كما هو موضح في الجدول الموالي :

جدول رقم (12) يمثل شبكة ملاحظة الطفل المتخلف عقليا

مؤشرات	حالة الطفل
الهدام	مرتب ونظيف / مهمل وغير نظيف
اللغة	مفهومة / غير مفهومة
السلوك	متكيف / مضطرب
الاضطرابات	تبول للإرادي ، نشاط زائد ، سلوك عدواني ، ...
النتائج المدرسية	مقبولة / غير مقبولة
استقلالية الوظائف الأساسية	موجودة أو غير موجودة
ملاحظات أخرى	حسب كل حالة

5-2-2 المقابلة العيادية:

اختارت الباحثة هذه الوسيلة الهامة نظرا للقيمة العلمية التي تتميز بها هذه التقنية والنتائج التي تقدمها فمن خلال العلاقة الدينامية والتبادل اللفظي يتم بناء علاقة ثقة بهدف الحصول على بيانات أكثر عمقا، كما أنها الوسيلة الأمثل للحصول على البيانات من الفئات ذات المستوى التعليمي المتدني وحسب ما تدلي به الإحصائيات ان معظم أسر المعاقين

عقليا تنتمي إلى مستويات تعليمية متدنية، وتساهم في إثراء البحث كما تكمن فائدتها في الملاحظة المباشرة للمبحوث وتسجيل تحركاته وإيماءاته ومختلف تعبيراته والتعرف على معاشه الداخلي وكيفية استجابته، ومن خلال مجريات الدراسة الاستطلاعية لاحظت الباحثة اقبال المبحوثات على الاستجابة والإدلاء بآرائهن تجاه أسئلة البحث واهتمامهن بذلك ماشكل دافع للاعتماد على هذه الوسيلة الهامة للحصول على البيانات التي تخدم البحث. ومهما كان الغرض من المقابلة فان جمع البيانات والفهم المتكامل للأشخاص هو القاسم المشترك الذي تسعى المقابلة بشتى أنواعها الوصول إليه.

وحسب (Benony & Chahraoui) 1999. المقابلة الإكلينيكية المستعملة من طرف الأخصائي النفسي... تهدف إلى فهم إدراك التوظيف النفسي من خلال التركيز على معاش العميل في إطار العلاقة... إذن هدف المقابلة هو فهم الفرد في مجمله وفرديته. وقد اختارت الباحثة لهذا الغرض المقابلة النصف موجهة واستعانت الباحثة تم بناء دليلها على أدبيات الدراسة وكذلك المقابلات الأولية التي تمت خلال الدراسة الاستطلاعية وذلك حسب المحاور التالية :

* محاور المساندة الاجتماعية :

-المحور الأول يتعلق بمعايشة صدمة الإعاقة وكيفية تجاوزها والأفراد الذين قدموا المساعدة للأُم.

-المحور الثاني يتعلق بالحاجات للمساندة الاجتماعية وأشكال المساعدة المطلوبة .

-المحور الثالث يتعلق بمصادر المساندة الاجتماعية المتحصل عليها فعلا .

-المحور الرابع يتعلق بالرضا عن المساندة الاجتماعية والآمال المرجوة .

*محاور الجلد :

-المحور الأول يتعلق بمؤشرات تجاوز أزمة الإعاقة ومنها: تقبل الإعاقة، التعلق بالطفل المعاق، إكسابه الاستقلالية تطوير قدرات الطفل، المشاعر الايجابية والتكيف مع الإعاقة، عدم العزلة.... .

-المحور الثاني يتعلق بالقدرات الذاتية للجلد ومنها :القدرة على المواجهة ، استراتيجيات مواجهة مركزة على حل المشكلات كالسعي لتعليم الطفل ودمجه في المحيط، العامل الديني، طلب المساندة أو عدمه ،الثقة في القدرات.....

-المحور الثالث يتعلق بالنظرة للمستقبل، التفاؤل أو التشاؤم، التخطيط للمستقبل ،الخوف من المستقبل، الغيرية، تغيير صورة الذات والنمو والازدهار أو الجمود، المشاعر الايجابية تجاه هذه الفئة، أو الشعور بالخجل،...

-المحور الرابع المتعلق بالعوامل البيئية للجلد: الأسرة وخاصة الزوجا إخوة الطفل المتخلف عقليا، العائلة الموسعة، الأصدقاء، مؤسسات المجتمع ،جمعيات الآباء للأطفال المتخلفين عقليا من خلال الخدمات المقدمة للأم.

5-2-3 تقنيات الدراسة الكيفية :

تم استعمال تقنية تحليل المحتوى في هذه الدراسة بهدف البحث عن المعنى من أجل فهم المعطيات اللفظية التي تم الحصول عليها من الملاحظة العيادية والمقابلات الإكلينيكية من أجل التقصي عن سيرورة الجلد وكيف تم نسجها من طرف أمهات الأطفال المتخلفين عقليا وما مدى مساهمة المساندة الاجتماعية المتحصل عليها من المحيط الإيكولوجي لهذه الأمهات في بناء هذه السيرورة .

* يعرفها موريس أنجرس:

بأنها "تقنية غير مباشرة للتقصي العلمي تطبق على المواد المكتوبة والمسموعة والمرئية التي تصدر عن الأفراد والجماعات حيث يكون المحتوى غير رقمي، وتسمح بالقيام بسحب كمي أو كمي بهدف التعبير والفهم والمقارنة" (أنجرس، 2004، ص، 218) .

* تعريف روجي ميكيلي :

انه البحث عن المعلومات الموجودة بالوثائق أو الاتصالوا إبراز المعنى، أو معاني الشيء المقدم ويتم صياغة وترتيب محتوى هذه الوثيقة أو الحوار (R.Muchielli،58،1997) .

* **تعريف باردان:** هو مجموع تقنيات تحليل الاتصال تتم بواسطة إجراءات منطقية وموضوعية عن طريق وصف محتوى هذه النصوص للحصول على مؤشرات تسمح بالاستدلال عن معلومات تتعلق بالمتغيرات المرجعية لهذه النصوص (Bardin, 2009).

أهمية استعمال تقنية تحليل المحتوى عند الإكلينيكي :

- تسمح هذه التقنية بالوصول إلى نتائج معمقة أثناء البحث، التشخيص أو العلاج من خلال تحليل التصورات، الآراء، القيم، الشخصية.... الخ والبحث عن المعنى.

تبعد هذه التقنية الإكلينيكي عن التفسيرات الحدسية والذاتية والانطباعات العامة للباحث عن طريق احترام كرونولوجيا المراحل بواسطة القواعد التي تفرض البقاء ضمن تفكير المتحاور.

أنواع تحليل المحتوى: يميز روجي مكيلي بين نوعين من تحاليل المحتوى .

(1) * **التحاليل الكمية:** التي تستند إلى العمليات الإحصائية، ترميز، عد، ارتباط، مقارنة ...

(2) * **التحاليل الكيفية:** التي تستند إلى عمليات تحليل الأفكار والتصورات وضع التصنيفات،

الوضع في المحتوى، البحث عن الوحدات، تقليل المجازات .. الخ... وقد اعتمدت الباحثة

على هذين النوعين أي التحليل الكمي والكيفي وقد تم فيه وضع المؤشرات التالية :

* **1 العوامل الذاتية للجلد** وبدورها احتوت على وحدات فرعية تمثلت في :

- تجاوز الحدث الصدمي وتقبل الإعاقة العقلية أو العكس.

- التكيف الإيجابي مع الإعاقة العقلية والقدرة على المواجهة أو العكس.

- إعادة النمو والازدهار التخطيط للمستقبل ، التفاؤل والعامل الديني أو العكس.

* **2 العوامل البيئية والعلائقية للجلد:** وبدورها احتوت على وحدات فرعية تمثلت في :

- توافر المساندة الأسرية الزوجا إخوة الطفل المعاق عقليا أو عدم توافرها .

- توافر المساندة الآتية من العائلة الموسعة أو عدم توافرها .

- توافر المساندة الآتية من الأصدقاء أو عدم توافرها .

- توافر المساندة القادمة من مؤسسات المجتمع أو عدم توافرها .

خلاصة:

بعدما تم عرض خطوات الدراسة الاستطلاعية والدراسة الأساسية بدءا بالعيننة وانتهاء بأساليب المعالجة الإحصائية والتحليل الكيفي عن طريق تقنية تحليل المضمون، سيتم في الفصل الموالي عرض النتائج ومناقشتها في ضوء الفرضيات بناءا علي الدراسات السابقة والجانب النظري المستعان بهما في هذه الدراسة .

الفصل السابع:

عرض وتحليل نتائج الدراسة

1 - عرض نتائج الدراسة الكمية

2 - عرض نتائج الدراسة الكيفية

مناقشة عامة للنتائج

الاستنتاج العام

التوصيات

الاقتراحات

1- عرض نتائج الدراسة الكمية:

هدف الدراسة الكمية هو التقصي عن مستوى الجلد ومستوى المساندة الاجتماعية وذلك من خلال التحقق من صحة الفرضية الأولى والفرضية الثانية.

أولا عرض النتائج :

1-1- عرض نتائج الفرضية الأولى:

صيغة الفرضية الأولى على النحو التالي:"

تتحصل أمهات الأطفال المتخلفين عقليا على مستوى عالي من المساندة الاجتماعية .

للتأكد من صحة هذه الفرضية تم حساب قيمة اختبار "ت" لمجموعة واحدة لمعرفة دلالة الفروق بين المتوسط النظري لمقياس المساندة الاجتماعية، والمتوسط الحسابي للدرجات التي تحصل عليها أفراد العينة من أمهات الأطفال المتخلفين عقليا في هذا المقياس وبمختلف أبعادها، وهذا ما هو موضح في الجدول رقم (13):

الجدول رقم (13): دلالة الفروق بين المتوسطات النظرية والمتوسطات الحسابية لمقياس المساندة بمختلف أبعادها.

المتغيرات	المتوسط الحسابي	المتوسط النظري	قيمة ت	الدلالة
الدرجة الكلية للمساندة الاجتماعية	200.18	170	9.21	دالة عند مستوى الدلالة 0.01
المساندة الأسرية	65.79	52.5	8.21	دالة عند مستوى الدلالة 0.01
المساندة العائلية	31.12	27.5	2.98	دالة عند مستوى الدلالة 0.01
مساندة الجمعيات	38.62	32.5	4.70	دالة عند مستوى الدلالة 0.01
مساندة المركز البيداغوجي	49.36	37.5	28.63	دالة عند مستوى الدلالة 0.01
مساندة الصديقات	18.45	20	1.99-	دالة عند مستوى الدلالة 0.05

تبين من خلال الجدول رقم (13) أن الفروق بين المتوسطات الحسابية والمتوسطات النظرية للمساندة الاجتماعية دالة إحصائياً سواء الدرجة الكلية أو مختلف الأبعاد هذا ما يبين ان أمهات الأطفال المعاقين عقليا تتمتع بمستوى عالي من المساندة الاجتماعية وهذا ما يعنى تتحقق الفرضية العامة الأولى .

جدول رقم (14) ترتيب أبعاد المساندة الاجتماعية حسب المتوسطات الحسابية المتحصل عليها

الترتيب	الأبعاد	المتوسط الحسابي
01	المساندة الأسرية	65.79
02	المساندة المركز البيداغوجي	49.36
03	مساندة الجمعيات	38.62
04	مساندة العائلة	31.12
05	مساندة الصديقات	18.45

يتضح من خلال الجدول رقم (14) ان المساندة الاجتماعية المقدمة من الأسرة ذات مستوى مرتفع حيث احتلت الرتبة الأولى من بين مصادر المساندة الأخرى وقد بلغ متوسطها الحسابي 65.79 مما يبين أن الأسرة المكونة من الزوجا، خوة وأخوات الطفل المتخلف عقليا هي أكبر داعم للأم فهذه الأسرة تقدم لها مساندة مختلفة الأشكال من مساعدة نفسية كالسماح لها بالتفريغ الانفعالي والتذكير بالعامل الديني من أجل تقبل التخلف العقلي والوصول إلى التكيف معها ورفع معنوياتها، ومساندة مادية كتكاليف العلاج ومختلف الخدمات كالمساعدة في الاعتناء بالطفل المعاق والأعمال المنزلية والترريح عنه وعن الأم، وجاءت المساندة القادمة من المركز النفسي البيداغوجي في الرتبة الثانية حيث بلغ متوسطها الحسابي 49.36 مما يوضح مساهمة هذه المؤسسة الرسمية في التكفل بالطفل المتخلف عقليا وكذلك الأم من خلال الخدمات المقدمة والمتمثلة في تربية وتدريب الطفل المتخلف عقليا وتحسين أدائه في مختلف الوظائف كالأكل والنظافة النمو النفسي الحركي، اللغة وغيرها من الوظائف التي تساعد الطفل على الاستقلالية وعلى التكيف وكذلك الخدمات المقدمة للأم خاصة من طرف الأخصائيين النفسانيين والأرطفونيين سواء المتعلقة بتكيف الأم مع إعاقة الطفل وتجاوزها للصدمة ومن خلال النصائح والتوجيهات المتعلقة بكيفية التعامل مع الطفل ورفع قدراته واستراتيجيات التكفل به وغيرها من الخدمات، أما مساندة الجمعيات فقد احتلت المرتبة الثالثة حيث بلغ متوسطها الحسابي (38.62) إذ تكتسي هذه

الأخيرة في دعم هذه الفئات وأولياهم رغم أنها مؤسسة غير رسمية إلا أنها تقدم خدمات متنوعة سواء للأولياء أو للأطفال المتخلفين عقليا فهذه الجمعيات المكونة من أولياء الأطفال المعاقين تعمل على الدفاع عن حقوق الأطفال المعاقين والمطالبة بها وتسعى للإدماج المدرسي والمهني لهذه الفئة وكذا علاجهم والترويح عنهم وتوفير فضاء للالتقاء الأمهات من أجل تبادل التجارب المساهمة في تقبل إعاقة الطفل أو التي تؤدي إلى إكسابهم معلومات أو طرق تساعد على تكفل أفضل لهذه الحالة وحتى فرصة للترويح ورفع المعنويات والدعابة وغيرها، تليها مباشرة المساندة المقدمة من العائلة الموسعة والتي احتلت مرتبة مقبولة مقارنة بالمساندة القادمة من الأسرة أو من المركز النفسي البيداغوجيا بلغ متوسطها الحسابي (31.12) فحسب ما أدلت به بعض الأمهات ان عائلتهن خاصة أمهاتهن وآبائهن وكذا الإخوة، والأخوات ساهموا في تقديم كثير من أنماط المساندة كالمساعدة على رفع معنويات الأم ومساعدتها ماديا وأحيانا التكفل بالطفل المتخلف عقليا خاصة في بعض أوقات الطوارئ كمرض الأم أو في حالة السفر أو لظروف أخرى وكذلك المساعدة النفسية من خلال التخفيف عنها ومساعدتها على تقبلها والترويح عن حالتها وعن الطفل المصاب، أما مساندة الصديقات فقد احتلت المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي منخفض يقدر ب(18.45) مما يفسر ان الخدمات الممثلة بهذا البعد قليلة وغير كافية وتفتقد للأهمية عند الأمهات.

1-2- عرض نتائج الفرضية الثانية:

والتي تنص على أن أم الطفل المتخلف عقليا تتمتع بمستوى عالي من الجلد .

للتأكد من صحة هذه الفرضية تم حساب قيمة اختبار "ت" لمجموعة واحدة لمعرفة دلالة الفروق بين المتوسط النظري لمقياس الجلد كنور-دافيدسون، والمتوسط الحسابي للدرجات التي تحصل عليها أفراد العينة من أمهات الأطفال المعاقين عقليا في هذا المقياس وبمختلف أبعاده، وهذا ما هو موضح في الجدول رقم (15):

الجدول رقم (15): دلالة الفروق بين المتوسطات النظرية والمتوسطات الحسابية لمقياس الجلد ومختلف أبعاده.

المتغيرات	المتوسط الحسابي	المتوسط النظري	قيمة ت	الدلالة
الدرجة الكلية للجلد	74.05	75	-25.68	غير دالة إحصائيا
الكفاءة الذاتية	24.17	24	0.21	غير دالة إحصائيا
التحكم في الانفعالات	20.02	21	-1.46	غير دالة إحصائيا
المشاعر الايجابية	14.14	15	-1.61	غير دالة إحصائيا
العامل الديني	8.68	6	7.59	دالة عند مستوى الدلالة 0.01
المساندة الاجتماعية	8.68	6	7.59	دالة عند مستوى الدلالة 0.01

يتبين من خلال الجدول رقم (15) أن الفروق بين المتوسطات الحسابية والمتوسطات النظرية لكل من الدرجة الكلية للجلد والكفاءة الذاتية والتحكم في الانفعالات والمشاعر الايجابية غير دالة إحصائيا ما يفسر أن أمهات الأطفال المعاقين عقليا لديهم مستوى منخفض من الجلد في معظم أبعاد العوامل الذاتية للجلد والممثلة بكل من بعد الكفاءة الذاتية وبعد التحكم في الانفعالات وبعد المشاعر الإيجابية، أما بالنسبة للفروق بين المتوسطات الحسابية والمتوسطات النظرية في كل من بعد الجلد الديني وبعد المساندة الاجتماعية فقد كانت دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0.01.

وعلى هذا الأساس يمكن القول أن أمهات الأطفال المعاقين عقليا لديهم جلد مرتفع في هذين البعدين والذين يمثلان العوامل البيئية للجلد خاصة بعد المساندة الاجتماعية وحتى بعد العامل الديني يساهم في بناءه المحيط الذي يتمتع به الفرد بفضل التذكير بضرورة الصبر وتقبل القدر والتمسك بالله وانتظار الجزاء منه، ومنه يتبين ان هذه الفرضية تحققت جزئيا فقط.

ثانيا مناقشة وتفسير نتائج الدراسة الكمية :

مناقشة نتائج الفرضية الأولى :

تمت صياغة الفرضية الأولى بهدف التعرف على مستوى المساندة الاجتماعية لدى أم الطفل المتخلف عقليا حيث أظهرت نتائج الجدول رقم (13) أن الفروق بين المتوسطات الحسابية والمتوسطات النظرية باستعمال اختبار 'ت' لدلالة الفروق لمجموعة واحدة أنها دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0.01 سواء الدرجة الكلية أو مختلف أبعاد المساندة الاجتماعية , هذا ما يبين تحقق هذه الفرضية التي تنص على أن أم الطفل المتخلف عقليا تتحصل على مستوى عالي من المساندة الاجتماعية توافقت هذه النتائج مع دراسة عبود(2003, Aboud) التي ترى أن أمهات الأطفال المتخلفين عقليا يطلبن مختلف أنماط الدعم الاجتماعي للتخفيف من ضغوطهن ومواجهة مشاكل التخلف العقلي سواء المساندة الاجتماعية الرسمية كالخدمات النفسو تقنية من المراكز والتأهيلية ومؤسسات المجتمع أو الغير رسمية كطلب دعم الزوج والأسرة والأصدقاء، ويكاد يكون هناك إجماع فيما يخص الدراسات التي تمت على أسر المتخلفين عقليا وخاصة الأمهات، أنهن يلجئن إلى طلب المساندة الاجتماعية من مختلف المصادر بهدف التغلب على مشاكل التخلف العقلي للطفل والخروج من الأزمة وكما جاء في الإطار النظري للدراسة أن المساندة الاجتماعية تعتبر كعامل حماية مهم يساعد على مواجهة الضغوط الناجمة عن إعاقة الابن، ويمكن تفسير هذا المستوي المرتفع للمساندة الاجتماعية إلى طبيعة المجتمع الجزائري الذي يزخر بقيم روحية عالية وتقاليد راسخة وتماسك أسري يكرس المساندة ويدعو لضرورة تقديم الدعم للمحتاجين ولا سيما أمهات الأطفال المعاقين عقليا كما ان الدين الإسلامي يحث على ذلك خاصة لفئة المرضى والضعفاء وأسرههم سواء مساندة مادية أو معنوية عاطفية أو معرفية وغيرها من أنواع المساندة الاجتماعية.

ويبين الجدول رقم (14) ترتيب أبعاد المساندة الاجتماعية حسب المتوسط الحسابي المتحصل عليه، حيث جاءت المساندة الاجتماعية الأسرية في الرتبة الأولى بمتوسط حسابي 65.79 وهي درجة مرتفعة إذ كانت الفروق لصالح المتوسط الحسابي وهي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.01 ما يعنى تحقق هذه الفرضية في هذا البعد ويعكس أهمية هذا المصدر من مصادر المساندة الاجتماعية لدى أم الطفل المتخلف عقليا ودور هذه الأخيرة بالنسبة للأمهات هذا أكدته العديد من الدراسات التي توصلت إلى أن أم الطفل المعاق عقليا توكل أهمية كبيرة لمساندة أسرهن خاصة الزوج منها دراسة (البسطامي، 2013) التي جاء فيها أن أمهات الأطفال المعاقين عقليا يلجأن إلى مساندة الزوج كأفضل ضمانات لتقبل الإعاقة ولمواجهة ضغوطها كما خلصت دراسة (Bruce, 2001) إلى نفس النتيجة حيث بينت هذه الدراسة أن أمهات الأطفال المتخلفين عقليا تولي أهمية خاصة للمساندة التي يقدمها الزوج لهن في رعاية الطفل المعاق ومساعدة الأم على التكفل به الاهتمام بحاجاته كإطعامه، اللعب معه والترفيه عنه وغيرها من الحاجات، وكما كشف عنه الإطار النظري للدراسة أن الأمهات تعطي أهمية خاصة لمساندة الزوج لهن وتسعى في طلبها بشكل خاص فهي تلعب دور أساسي في تخطي صدمة الإعاقة من خلال الدعم المعنوي الذي يقدمه الزوج لزوجته ومن خلال تقبله لحالة ابنه أو ابنته المعاقوا عطاء معنى ايجابي للإعاقة العقلية وتقديم مختلف أشكال الدعم للأم والطفل المعاق، وتتمثل كذلك المساندة الأسرية في إخوة الطفل المعاق عقليا إذ أن الأمهات تسعى إلى طلبها من إخوة وأخوات الطفل المعاق كإستراتيجية دعم مستقبلي للقضاء على الخوف من المستقبل المجهول للطفل المعاق عقليا خاصة بعد موتهم، هذا ما توصلت إليه دراسة (Zeder, 2010) ان أمهات المعاقين يطلبن المساندة الاجتماعية من إخوة وأخوات الطفل المتخلف عقليا وان الإخوة يشكلون أفضل مصادر للدعم للأمهات الأمر الذي أكدته (القيروتي، 2009) أن إخوة الطفل المعاق يشاركون الأمهات في تحمل مسؤولية الطفل المتخلف عقليا ويخففون الضغط على أمهاتهم.

وجاءت في المرتبة الثانية المساندة الاجتماعية المقدمة من المراكز النفسية البيداغوجية حيث بلغ متوسطها الحسابي 49.36 وهي قيمة عالية ما يؤكد تحقق هذه الفرضية في هذا البعد كما تم ذكره في الجدول رقم (13) أعلاه إذ جاءت الفروق لصالح المتوسط الحسابي وهي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.01، ويمكن تفسير ذلك إلى أن أمهات الأطفال المعاقين يعقدن أهمية خاصة للخدمات المقدمة من المراكز البيداغوجية وتسعى لطلبها سواء للحصول على تشخيص لإعاقة أبنائهن أو الحصول على دعم نفسي لهن من طرف المهنيين أو لتعليم وتدريب أبنائهن المعاقين وتطوير قدراتهم ومختلف أشكال الدعم المقدمة من طرف هذه المؤسسات والتأهيلية للأم والطفل المعاق، هذا ما أكدته دراسة (سليقمان، دارلينج، 2001) أن أولياء المعاقين يعقدن أهمية بالغة للمساندة المقدمة من الأخصائيين النفسوتقنيين وإنها من أهم أشكال الدعم التي يهتم الأولياء بطلبها والبحث عنها، كما يرى (منيب، 2010) أن والدي المعاقين يعتبرون الخدمات من معلومات ومختلف أشكال الدعم النفسية والطبية من الهيئات المتخصصة كأفضل ضمانات لتخطي المشاكل التي يسببها التخلف العقلي لهم.

أما الرتبة الثالثة فقد احتلتها المساندة المقدمة من جمعيات أولياء المعاقين بمتوسط حسابي قدر بـ 38.62 وهي كذلك نسبة مرتفعة وإن الفروق بين المتوسط الحسابي والمتوسط النظري لصالح المتوسط الحسابي وهي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.01 مما يثبت تحقق هذه الفرضية في هذا البعد، تتفق هذه النتيجة مع دراسة (Parfit, 1991) أن مجموعات الدعم هي من مصادر الدعم التي تبحث الأمهات الحصول عليها وأن هذا النوع من المساندة الاجتماعية هدفين أساسيين هما تقديم المساعدات المادية وكذا الخدمات النفسوتقنية اللازمة للطفل والأم وتنمية الجانب العلائقي بين الأمهات والهدف الثاني هو التضامن بين الأولياء وفك عزلتهم، وكما أكدت ذلك الأطر النظرية أن مجموعات الدعم المؤلفة من أولياء المعاقين تؤدي عدد من المهام تشمل تخفيف عزلة الأولياء ووحدتهم، تقديم المعلومات، تقديم نماذج لأدوار، تقديم أساس للمقارنة (سليقمان، دارلينج، 2001) فشعور الأولياء أنهم ليسوا

الوحيدين في هذه التجربة عامل مهم يسعى الأولياء للحصول عليه ويعمل نزع الدرامية من التي يعيشونها بسبب هذه التجربة كما تساهم هذه الجمعيات في تقديم خدمات نفسوتقنية لهم ولأطفالهم المعاقين على غرار المراكز المتخصصة، وتلعب اللقاءات المتكررة للأمهات التي توفرها هذه الجمعيات بتبادل التجارب بينهم وتقديم النماذج الناجحة والحلول لمشاكلهم اليومية التي يعيشونها مع أطفالهم المتخلفين عقليا، وتبادل النصائح بين أولياء المعاقين والتفريغ الانفعالي والمساندة العاطفية ما يفسر حاجة أمهات المعاقين لهذا النوع من المساندة وإقبال الأمهات على طلبها.

أما المساندة العائلية الممثلة بأولياء الأم إختوها وأخواتها فقد احتلت الرتبة الرابعة بمتوسط حسابي قدر ب 31.12 وهي قيمة مرتفعة وهذا أكدته النتائج الموضحة في الجدول رقم (13) أعلاه حيث كانت الفروق لصالح المتوسط الحسابي وهي دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0.01 ما يدل كذلك على تحقق هذه الفرضية في هذا البعد، هذا ما تأكده العديد من الدراسات أن أمهات الأطفال المتخلفين عقليا تلجئن إلى طلب المساندة الاجتماعية من العائلة الممتدة خاصة من الأجداد إخوة وأخوات الأم، فالأم التي يلقى وليدها القبول من طرف عائلتها أو عائلة زوجها العائلة التي تعطي معنى ايجابي لهذه الحالة يعتبر كتشريع يسمح للأم بتقبل حالة طفلها والتكيف معها تحديدا من خلال أنماط المساعدة المقدمة للأم من طرفهم كإعانة هذا الطفل خاصة في حالات طارئة كمرض الأم أو سفرها، أو من خلال تقديم المساندة المادية والعاطفية التي يقدمونها ما يؤدي إلى شعور الأم بالأمن والثقة وعدم العزلة والقدرة على المواجهة، الأمر الذي أكدته الأطر النظرية التي وضحت أن الدعم الاجتماعي الآتي من الأقارب والأسرة والأصدقاء يساعد على المواجهة، كما يرى (Garwick et al, 1994) أنه من الشرعي أن تأخذ العائلة المكانة الأساسية في طلب الدعم من طرف الأمهات نفس النتيجة خلصت إليها (Scelles, 2006)، وتفسر كذلك الباحثة ان بعض الأمهات يعتمدن على هذا النوع من المساندة بشكل أساسي خاصة وأن المجتمع الجزائري

يتمتع بقيم دينية وثقافية تدعو إلى التماسك الأسري وتقديم المساعدة بأنواعها بين أفراد العائلة الواحدة هذا ما يوضح ارتفاع المساندة في هذا البعد .

وجاءت المساندة الآتية من الأصدقاء في المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي قدر ب18.45 وكما تم توضيحه في الجدول رقم (14) أعلاه أن مستوى هذا البعد هو الأقل ارتفاعا مقارنة بباقي أبعاد المساندة الاجتماعية كما جاءت الفروق بين المتوسط الحسابي والمتوسط النظري لصالح المتوسط الحسابي وهي دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0.05 ما يعنى تحقق الفرضية الخاصة بارتفاع مستوى المساندة الاجتماعية في الدرجة الكلية وفي مختلف الأبعاد، فرغم أهمية هذا النوع من المساندة الاجتماعية حسب ما ورد في الجانب النظري حول المكانة التي يحتلها هذا المصدر من مصادر المساندة الاجتماعية والدراسات التي تناولت أهمية حاجة أمهات الأطفال المتخلفين عقليا لمختلف أنماط الدعم الاجتماعي والتي منها مساندة الأصدقاء إلا أن الأمهات من أفراد عينة البحث ليطلبن هذا النوع من أنواع المساندة بكثرة وتفسر الباحثة هذه النتيجة إلى أن طبيعة المجتمع الجزائري وتقاليدته التي تفرض على بعض الأسر عدم عقد الكثير من العلاقات خارج العائلة، خاصة في وقتنا الحالي والتغيير الاجتماعي الحاصل على المجتمع لذلك احتل هذا البعد الرتبة الأخيرة في ابعاد المساندة الاجتماعية.

مناقشة نتائج الفرضية الثانية :

صيغة هذه الفرضية على النحو التالي: تتمتع أمهات الأطفال المتخلفين عقليا بمستوى عالي من الجلد .

أظهرت نتائج الجدول رقم (13) أن الفروق بين المتوسطات الحسابية والمتوسطات النظرية لكل من الدرجة الكلية للجلد وبعد الكفاءة الذاتية وبعد التحكم في الانفعالات وبعدا لمشاعر الايجابية غير دالة إحصائيا ما يفسر أن أمهات الأطفال المتخلفين عقليا لديهم مستوى منخفض من الجلد في معظم أبعاد العوامل الذاتية للجلد والممثلة بكل من بعد الكفاءة الذاتية وبعد التحكم في الانفعالات وبعده المشاعر الإيجابية والدرجة الكلية للجلد, أما بالنسبة

للفروق بين المتوسطات الحسابية والمتوسطات النظرية في كل من بعد الجلد الديني وبعد المساندة الاجتماعية فقد كانت دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.01، ومنه يمكن القول أن أمهات الأطفال المتخلفين عقلياً لديهم مستوى عالي من الجلد في هذين البعدين، إذ أن بعد المساندة الاجتماعية يمثل العوامل البيئية والعلائقية التي تبني للجلد كما أن بعد العامل الديني يساهم في تأسيسه وتقويته البيئة المحيطة بالفرد بفضل التذكير بضرورة الصبر وتقبل القدر والتمسك بالله وانتظار الجزاء منه، ومنه يتبين أن هذه الفرضية تحققت جزئياً فقط، توافقت هذه النتيجة جزئياً مع الدراسة التي قامت بها جبالي (2012) في أن أمهات الأطفال المصابين بعرض داون يستعملن إستراتيجية التدين وإستراتيجية الدعم الاجتماعي واختلفت معها في استعمال أمهات عرض داون يستعملن إلى جانب هذين الإستراتيجيتين أساليب مواجهة ايجابية تمثلت في كل من إستراتيجية حل المشكلات والبحث عن المعلومات وإستراتيجية التخطيط للمستقبل هذا ما لم يتحقق في الدراسة الحالية والتي بينت أن أفراد عينة البحث ليس لديهم أساليب مواجهة ايجابية وأنهن حصلن على فروق غير دالة إحصائياً وكانت لصالح المتوسط النظري حيث أن أفراد العينة لا يمتلكن قدرة على التحكم في الانفعالات ولديهن مشاعر سلبية ونقص الكفاءة الذاتية، كما توافقت الدراسة التي قام بها إبراهيمي (2007) جزئياً مع الدراسة الحالية في بعد العامل الديني حيث أظهرت نتائج الدراسة أن أمهات الأطفال المعاقين عقلياً من أفراد عينة البحث يتمتعن بجلد ديني فقد كانت الفروق بين المتوسط النظري والمتوسط الحسابي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.01 لصالح المتوسط الحسابي، واختلفت الدراسة التي قامت بها البسطامي (2013) في النتائج التي وصلت لها مع هذه الدراسة إذ أنها وجدت أن أمهات وآباء الأطفال المتخلفين عقلياً يستعملون استراتيجيات مواجهة ايجابية احتوت على إستراتيجية حل المشكلات وإستراتيجية البناء المعرفي بينما اتفقت معها في استعمال أفراد عينة هذه الدراسة مع عينة البحث الحالي في كل من إستراتيجية التدين وإستراتيجية البحث عن الدعم الاجتماعي، وتوافقت هذه الدراسة التي قامت به (Zader,2010)، كذلك جزئياً مع الدراسة الحالية في أن أسر المتخلفين

عقليا تمكنوا من نسج سيرورة الجلد من خلال امتلاكهم لكفاءات ايجابية تمثلت في إستراتيجية حل المشكلات والمشاركة في النشاط الاجتماعي والتضامن والغيرية ومن خلال استغلالهم للموارد البيئية والدعم الاجتماعي المتحصل عليه من مختلف المصادر استراتيجيات مواجهة، بينما كشفت هذه الدراسة عدم حصول أمهات المعاقين من عينة البحث على مستويات مرتفعة من الكفاءة الذاتية والمشاعر الإيجابية والتحكم في الانفعالات، وأشارت كذلك دراسة الشراح (2007) أن الحصول على الدعم الاجتماعي يساهم في بناء المشاعر الإيجابية لدى أسر المتخلفين عقليا هذا ما لم يتوافق مع الدراسة الحالية التي أظهرت أن الأمهات من أفراد عينة البحث رغم امتلاكهن للمساندة الاجتماعية إلا أنهن لم يتمتعن بمستوى جلد مرتفع، وتفسر الباحثة النتيجة الحالية إلى أن هناك بعض المتغيرات تضعف القدرة على الجلد لدى أم الطفل المتخلف عقليا كمتغير المستوي التعليمي للأم ومتغير المستوي الاقتصادي والاجتماعي شدة الإعاقة وهذا ما أكده الإطار النظري للدراسة (القيروتي، 2009) (قنطار، 1992).

2- عرض نتائج الدراسة الكيفية :

هدفت الدراسة الكيفية للحصول على نتائج أكثر عمقا من خلال دراسة حالات من أجل التعرف على الدور الذي تلعبه المساندة الاجتماعية في بناء سيرورة الجلد لدى أم المتخلف عقليا وذلك من خلال دراسة عيادية لتسع حالات وبالتالي التحقق من صحة الفرضية الثالثة .

صيغة هذه الفرضية على النحو التالي: تلعب المساندة الاجتماعية دور في بناء الجلد لدى أم الطفل المتخلف عقليا .

2-1- عرض وتحليل الحالات:

2-1-1- الحالة الأولى: أم مرام

جدول رقم (16) شبكة الملاحظة لأم مرام

المؤشرات	حالة الأم
المظهر والهندام	مرتب ونظيف
المزاج	عادي
الانفعالات	تحكم
روح الدعابة	نوعا ما
المشاعر	ايجابية
الإيماءات	تعكس حالة التقبل
التواصل	جيد
القدرات المعرفية	جيدة

جدول رقم (17): شبكة ملاحظة الطفلة مرام:

المؤشرات	حالة الطفل
الهندام والمظهر الخارجي	نظيف ومرتب
اللغة	في حالة تطور
السلوك	متكيف
الاضطرابات	لا توجد
التشوهات	غير موجودة
الاستقلالية	موجودة
أخرى	مشاركة الأم في الأعمال المنزلية

ملخص المقابلات :

أم مرام هي سيدة عمرها 40 سنة ذات مستوى تعليمي ثانوي قبل ميلاد ابنتها المتخلفة عقليا كانت ماكثة بالبيت وبعد ميلاد ابنتها المعاقة أصبحت من بين المؤسسات لجمعية الوفاء لأطفال التريزوميا 21 وأطفال التوحد وتشغل الآن منصب المسيرة المالية للجمعية والمكلفة بالشؤون الإدارية، تعيش مع الزوج الذي يعمل كمهندس، تنتمي إلى أسرة ذات مستوى اقتصادي جيد، تقيم بمدينة تيارت بمنزل مستقل لديها ثلاث أولاد ذكور ومرام الطفلة المصابة التريزوميا 21 والتي هي تحل الرتبة الأخيرة، أنجبتها في سن الثلاثين وبما أنها مصابة التريزوميا 21 فان اكتشاف الإعاقة كان جد مبكر في السنة الأولى، ما شكل صدمة حادة لهذه الأم حيث صرحت هذه الأم أنها بقيت 3 أيام تبكي " كما خبروني بقيت 3 أيام وأنا أبكي "لكنها سرعان ما تم تجاوزها للصدمة وكما ذكرت الأم " قلت هذا أمر ربي " الحمد لله " عند 06 اخوات لكن عمري ما قلت واعلاش ما همش هوما " هذا التقبل حسب الحالة ظهر بفضل زوجها واعتبرته أكبر سند لها إذ تقبل إعاقة ابنته، أما العامل الثاني حسب الحالة الذي ساعد في هذا التقبل والتجاوز السريع للصدمة هو أب الحالة الذي قام بتذكيرها بضرورة التمسك بالإيمان وكذلك قام بإحضار ابنتا الجيران إليها وهما شابان معاقان لكن من الحالات التي لهما قدرات جيدة بفضل مساعدة أسرتهما لهما ويتميزا بدرجة من الاستقلالية والنمو والتكيف، تمتهنان مهنة صنع الحلويات، وحسب الحالة كل العائلة تقبلت الطفلة وساعدت الأم في ذلك. حتى عائلة الزوج إذ صرحت الأم تقبلت الإعاقة وقلت أمر الله وقع ما عندي ما ندير وقالت لازم نعتبرها نورمال كتحدى للإعاقة وحسبها "لازم تحدى الإعاقة، بنتي راها نورمال هكذا نفسيا تقدرى تتغلبى على الإعاقة" وباش تقدرى تساعديه أولا العكس"، وأكثر من ذلك تعتبر هذه الأم ذات طموحات عالية فهي تسعى بالإضافة إلى تنمية القدرات لدى ابنتها خاصة تحسين اللغة إلى تحفيظ ابنتها القرآن الكريم، بالإضافة إلى الزوج الذي أدلت الأم أنه أهم سند لها فهو من ساعدها في الخروج من الأزمة وشجعها على الانخراط في الجمعية ويعتبر كداعم مهم لاستمرار هذه الجمعية التي ترى فيها هذه الأم أنها

نمت شخصيتها وقدمت لها صورة جديدة للعالم أهمها الإحساس بالمسؤولية، التحدي كذلك الأهداف السامية، ومن بين أهداف هذه الأم هو مساعدة الأمهات اللاتي تعرضن لنفس الحدث الصادم وقالت هدفي "نساعد الأمهات اللتي ما همش صابرين" والعامل الأكبر الذي يظهر في حديث هذه السيدة هو الدين حيث صرحت أن هذه الطفلة المصابة حجتها عند الله كامتحان يجب النجاح فيه، وقالت "هي حجتي عند ربي"، وقد صرحت أنها عندما تأخرت في المشي قامت بالصلاة ليلا وحينها رأت منام لحالات تخلف شديدة، وبعد الاستيقاظ حمدت الله على حالة ابنتها علما بأن الطفلة المعاقة مصابة بتأخر فسيكسائي أي أن درجة التخلف خفيفة ومظاهر التريزوميا أقل ظهورا لديها بالإضافة إلى تميزها بدرجة من الجمال، لكن القلق يبدو واضحا فهي تلزم البنت المعاقة أحيانا بتمارين عديدة لتنمية قدراتها وتطلب من أخواتها معاملتها على أنها عادية ولا يجب أن يؤدوا الواجبات مكانها وتلتزم ببرنامج يومي لمساعدتها على ذلك كما أنها في عملية بحث دائم عن المعلومات في الإنترنت عن هذه الحالات وطلب المساعدة من عدة جهات كأخت الزوج التي تعيش ببريطانيا وتعمل كمتجمة للعرب في جمعية للأطفال المعاقين كما هي جد متأثرة ببعض النماذج من حالات التريزوميا الناجحة فحسب ما صرحت به أنها شاهدت على الإنترنت حالة فتاة مصابة بتريزوميا من فلسطين تعمل كأخصائية أرطوفونيا وأنها ناجحة في عملها أحسن من العاديين كذلك تكلمت عن حالة في الجزائر العاصمة تعمل كخياطة وتعمل نفسها بعد أن توفيت والدتها وقالت أنها تحت حماية الجيران، أما فيما يخص واجباتها المنزلية وناحية ابنتها المعاقة فهي تحمد الله لان كل عائلتها وأسرته الصغيرة وزوجها يقدمون لها المساندة، فابنتها حسب ما صرحت تحب جدتها لأبيها وتمكث عندها أو عند جدتها لامها في حالة طوارئ أي سفر وتقول أنها "ذهبت إلى العمرة . وتركتها عند جدتها، فهي لا تواجه أي مشاكل بخصوص هذا الموضوع أما المنزل فباقي الأولاد أي إخوة البنت ذات الإعاقة يقدمون المساعدة لامهم وأكثر من ذلك حيث ذكرت أن هذه المعاقة تساعد أمها في حمل الأواني وترتيب الأشياء وقالت أن زوجي معاووني بزاف ومنتهبه لها كثيرا وقالت أنه يعتبرها نقطة

حمراء' أي لا أحد من إخوتها أو الأسرة يؤذيها بأي شكل من الأشكال وصرحت الأم بأنه يقول "مram نقطة حمراء كلش ليها" حتى أنها قالت بأنه إخوتها الذكور يغيرون منها وقالت أنها عندما تحس بالفشل زوجها يقويها ويدفع بها للإمام ويشجعها على الاستمرار بالجمعية، إما بالنسبة للمؤسسات الرسمية كالمركز البيداغوجي فهذه الأم لا تثق بهم وترى أنهم يقدمون خدمات مفيدة لهذه الفئة وأن الأطفال يتعرضون لاعتداءات وأنهم لا ينمون قدرات هؤلاء المعاقين، أما الجمعيات فهي كانت تنتمي إلى جمعية عانيت للأطفال المتخلفين عقليا وانسحبت منها بسبب مشاكل إدارية، أما الآن فهي وزوجها وباقي المؤسسين يسعون دائما إلى تطوير هذه الجمعية أي الوفاء ويقابلون المسؤولين لكي يدافعون على حقوق هذه الفئة، كما أنهم في اتصال دائم بالأخصائيين المكونين وقيّمون دورات تدريبية للأخصائيين الارطوفونين والنفسانيين وكذا أخصائيين النفسحركيين، وهذه السيدة تبحث دائما عن التقنيات العلاجية الحديثة وتسعى لإدخالها للجمعية وكذا اقتناء الأجهزة لمساعدة هؤلاء الأطفال، كما أنهم لا يأخذون تكاليف العلاج من الأولياء ذوي المستوى المعيشي الضعيف ويرشدون الأولياء للدفاع عن حقوق أبنائهم المصابين بالتخلف، ويساعدونهم على تقبل إعاقة أبنائهم بفضل الأخصائيين العاملين بهذه الجمعية، أما بنت هذه الأم فحسب ملاحظتنا لها تتميز بتكيف جيد تدرس بهذه الجمعية في قسم خاص، أمها في حالة تحدي دائما لتطوير قدراتها وتقول " لكل مجتهد نصيب، وأنها رغم الملاحظات الجارحة التي تصدر عن بعض أفراد المحيط، هي جد متقبلة لابنتها ولا تشعر بأي حرج من إعاقتها، تذهب معها لكل الأماكن وتقول أنها تحسن التصرف بفضل التربية، إذ تقدم الأم جهد كبير للقيام بتطوير قدرات ابنتها وتقول أنها عاهدت الله بأن تحفظها القرآن والطفلة عمرها شهر، أما من الناحية المادية فتقول " في عرس خالها وجدت حقيبة كاملة ليها" "حتى يغيروا منها الآخرين وما تغيرش هي"، هذه الأم تعي جيدا أهدافها وقالت " أنا راني نشوف فيها نورمال حتى نواصل مجهوداتي لو كان نشوفها معاقة ما نقدر ندير والو " فهي واثقة جيدا من قدراتها تقول أنها أصبحت أكثر قوة مما كانت عليه في السابق تلك المرأة رب البيت العادية ذات الطموحات

المحدودة أما بعد إنجاب هذه البنت المصابة بالإعاقة فأصبحت ترى فيها كمولد للطاقة وإعادة النمو نظرة أخرى للعالم بأكثر إيجابية، فالجمعية تشكل جزء مهم من شخصيتها غيرت نظرتها للحياة، فهي جد متفائلة وتعي جيدا أن تطور هذه الفئات يتطلب جهدا ووقت كبيرين وصبر، فقد قالت أن الرسول صلى الله عليه وسلم " تفاعلوا خيرا تجدوه" تسمد نظرتها الإيجابية هذه كذلك من النماذج الناجحة من ذوي التخلف العقلي، فهي تسعى دائما للوصول بابنتها إلى تعليمها وتكوينها مهني وتحفيظها القرآن كي نستطيع مستقبلا الاعتماد على نفسها وتكون مستقلة فحسب ما صرحت " أنا ما ندوم لهاش " والأكثر من هذا كله فهي ترى فيها مصدر دخولها الجنة وحجتها عند الله وتريد أن تقابل ربها وهي قد أدت الأمانة من خلال حسن تربيته وتأمين مستقبلها وتحفيظها كتاب الله .

جدول (18) التحليل الكمي لمضمون المقابلة .

النسبة	التكرارات	الفئات الفرعية	الفئات
12.30 %	08	تجاوز الحدث الصدمي وتقبل التخلف العقلي (تفرغ إدراك,تقبل,إعطاء معنى ايجابي للحدث , الروحانية)	العوامل الذاتية للجدد
30.76 %	20	التكيف الإيجابي مع التخلف العقلي والقدرة على المواجهة (سيطرة على مشاكل الإعاقة ,تعلم ,طلب والبحث عن المعلومة,طلب المساعدة,تطوير قدرات الطفل...)	
18.46 %	12	العامل الديني والتفاؤل	
46.15 %	25	إعادة النمو والازدهار (نمو الشخصية ,تعلم المسؤولية , , رسم الأهداف ,الانجاز...)	
72.22 %	65	/	
44 %	11	المساندة المقدمة من الأسرة الزوج وأخوه الطفل المعاق	العوامل البيئية والعلاقية للجدد
32 %	08	المساندة الآتية من العائلة الموسعة	
00 %	00	مساعدة الأصدقاء	
24 %	06	مساعدة مؤسسات المجتمع	
27.77 %	25	المجموع	
100 %	90		المجموع

التحليل الكيفي للمقابلة :

من خلال التحليل الكمي لمخلص المقابلات والملاحظة العيادية التي تمت على الأم والبنات المعاقة العقلية، تظهر هذه الأم وقد تجاوزت الحدث الصدمي وتقبلت إعاقة ابنتها فهي كانت تجيب على كل ما قامت الباحثة بطرحه من أسئلة بارتياح وحكت قصتها مع هذه التجربة دون أن تتكر أنها مرت بمرحلة الصدمة فقد صرحت بذلك وقالت " تصدمت وبقيت ثلاث أيام وأنا نبكي لكنها أدلت أنها سرعان ما تجاوزت هذا الحدث وقامت بتقييمها إعطاء معنى إيجابي حيث قالت أن "أمر الله وقع"، " وأشا رايحة ندير بالبكا كي نكفر ما نريح لا دنيا ولا دين "، فالشيء الملاحظ هو أن هذه السيدة سرعان ما تقبلت هذه الإعاقة بفضل الإيمان الذي تتمتع به وكذلك بفضل المساعدة التي قدمها الزوج في تقوية هذا الإيمان حيث نقل لها هذا الخبر معتمدا على العامل الديني بعدما فحصت البنت عند طبيب أطفال وعرف أنها مصابة التريزوميا، ولقد صرحت هذه الأم أن الزوج قال لها أولا " استغفري الله، وتفكري ربي "، هذا البعد الديني والمساندة المقدمة من الزوج المعتمدة على الإيمان وتقبل قضاء الله كانت هي العامل الأكثر معنى بالنسبة لهذه الأم والتي ساعدتها على تقبل الإعاقة وتجاوز الحدث الصدمي، وهذا ما أكدته دراسات عديدة عربية وأجنبية على غرار دراسة جبالي (2012) التي أوضحت أن البعد الديني، كان أول الاستراتيجيات المستعملة من طرف أمهات ذوي متلازمة داون في مواجهة ضغط الإعاقة كما بينت كذلك دراسة البسطامي كذلك (2013) التي قامت بدراسة استراتيجيات المواجهة لدى أمهات وآباء الأطفال المعاقين بفلسطين وقد توصلت إلى أن أكثر الاستراتيجيات استخداما لدى هؤلاء الأمهات هي التدين، فهذه الأم عندما سألتها الباحثة عن أهم الجوانب التي ساعدتها في التقبل لهذه الإعاقة قالت "نفعني إيماني بري" وهذا ما بينته نتيجة التحليل الكمي للمقابلات في العوامل الذاتية للجد والتي جاء فيها عامل التكيف والمواجهة بنسبة (30.76%) فأعطاء معنى إيجابي للإعاقة بفضل العامل الديني الذي كان له تأثير كبير مكن هذه الأم من القدرة على التحدي وعلى حد تعبيرها "قتلهم اسناو" والمقصود هنا هم أفراد المحيط الذين ينظرون لها نظرة الشفقة

أو لا يتقبلون إعاقة ابنتها " هذا التقبل والتكيف الإيجابي جعل الأم تبذل المجهودات وتنمي ذاتها وتبحث عن المعلومات كذلك تنمي قدراتها فبعد النمو وعودة الازدهار بلغت نسبتها (46.15%) وهي أكبر نسبة لعوامل الحماية التي سمحت لها ببناء الجلد، وهذا التطور وعودة بناء الشخصية وتغيير صورة الذات بحيث أن هذه الإعاقة سمحت لهذه الأم بالنمو فقد صرحت بقولها " كنت غير إمرة نتاع دار وليت نشوف في الحياة بنظرة وحدة أخرى"، فحسب ما جاء في الدراسات عن أولياء المعاقين أن هذه الإعاقة تسمح لهم بتغيير صورة الذات وبالنمو الإيجابي (Pelchat, & al, 2008).

وأنها أصبحت أكثر إنسانية فهي كانت تنتمي إلى جمعية الأطفال المتخلفين عقليا، أما الآن أصبحت من بين المؤسسات لجمعية الوفاء وتدافع عن حقوق الأطفال المعاقين، أي أن مواجهة الصدمة تسمح ببناء الجلد من خلال اكتساب معاني إنسانية وتغيير قناعات بعد النظرة الأولى السلبية وبالقدرة على الترميم والمواجهة .

هذا يأتي كذلك بفضل المقارنة التفضيلية مع حالات أخرى فهي ترى ابنتها أحسن من حالات أخرى، فقد اكتسبت المشي ليس لديها تشوهات مستقلة في أكلها ولباسها ونظافتها، تتبع رجين غذائي، وحتى أن الأم صرحت أنها تقوم بمساعدتها في أعمال البيت، هذه النتيجة تعبر عن الجلد، والذي يظهر في تعلق ايجابي بالبنات رغم الإعاقة وتنمية قدراتها الذي يظهر في المكتسبات التي تتمتع بها البنات المعاقة بفضل الأم خاصة التي قالت « أنا جد يقضه منتبها لها، أقوم بالتمارين، حتى أن أسرتها وعائلتها وصفوها بالموسوسة»، هذا ما أكدته (Pelchat et al, 2005) أن أولياء الأطفال ذوي مشكل صحي يعيشون تغيرات ايجابية من الجانب الشخصي العلائقي بالنسبة لفلسفتهم في الحياة وقيمتهم الروحية وأنهم يشعرون دائما بقدرتهم على أداء أدوارهم الوالدية مقارنة بأولياء الأطفال العاديين. كما أنه في أحد تعاريف الجلد وصفه الله القدرة على الخروج الناجح من التجربة الصدمية، مع قوة متجددة...» (Anaut, 2003) هذا النجاح يظهر في تنمية روابط ايجابية مع هذه المعاقة وذلك من خلال تنمية قدراتها، فالأم تقوم بالتعلم والبحث عن النماذج الناجحة

للمعاقين وعن المعلومات وهذا ما ظهر في قولها عندي حماتي تسكن في إنجلترا وتعمل كمتريجة في جمعية لأسر المعاقين للعرب الذين لديهم أطفال معاقين فهي ترسل لها المعلومات، وتتواصل معها حول عملية تنمية قدرات الأطفال المعاقين، ظهرت كذلك هذه المساندة من طرف الجد الذي عندما رآها تبكي قام بإحضار ابنتي الجيران المصابتان بنفس الإصابة واللذان تتمتعان بتربية جيدة وهما تاملان كصانعتي حلويات، فهذه المساندة القادمة من العائلة الموسعة كما تقول (Scelles,2001) تسمح لهم بإعادة تشكيل معالم جديدة وإصلاح ما شوه والقدرة على تسيير الواقع الداخلي والخارجي، فالاستجابة المحيط الأيكولوجي للحدث لها دور في تطور الكفاءات الوالدية وهذا ما أكدته دراسات عديدة أظهرت أن انفراج الأزمات يتبع المساعدة الآتية من شبكات الفرد (Scelles,2001) وهذا ما يبينه التحليل الكمي للمقابلات حيث ظهرت المساعدة الآتية من العائلة الموسعة بنسبة 24%، لكن أهم مساندة تلقت هذه الأم هي مساندة الزوج وإخوة الطفل المعاق التي كانت نسبتها 44% فهذا الزوج ساعد أولاً للأم بالخروج من الصدمة وتقبل الإعاقة وكذلك يقوم بمساعدتها في مهامها بنجاحها، ويعتبرها هي المفضلة في أبنائه، وتحضي بعناية كبيرة من طرفه من حيث الهدايا والحب وغيرها لدرجة أن الإخوة الذكور يشعرون بالغيرة منها، كما أنه يقوي الأم دائما عند شعورها بالعجز وكذا هو من دفع بها إلى الاستمرار في العمل الجمعي كما أن هذه الأم صرحت بأن أبنائها يساعدها في نشاطات البيت أو بالنسبة للأخت هذه المساندة التي قدمت للأم جعلتها تشعر بالقوة والحماية، هذا ما أكدته دراسات عديدة حول دور المساندة في بناء الجلد لدى أمهات المعاقين (البسطامي، 2013، الهنداوي، 2011، جبالي، 2012) وكذلك الدراسات الأجنبية التي خلصت إلى نفس النتيجة أن تكامل العلاقة الزوجية يلعب دور مهم في مساندة الأم على التقبل والتكيف مع هذه الإعانة (Scelles,2001, Pelchat et al, 2005)، كما أن لجوء الأم إلى الهوية الاجتماعية وانخراطها في العمل الجمعي يعتبر عامل جد مهم يعكس النمو وإعادة البناء بعد التجربة الصادمة، فهذه الأم صرحت أنها تغيرت وأصبحت ترى نفسها أكثر ايجابية وإنسانية فهي

حسب ما ذكرته أنها تريد أن تساعد الأمهات الغير متقبلات لإعاقاة أبنائهن كما أنها تدافع على حقوق هذه الفئة، وترى أنها ولدت من جديد بعدما كانت مجرد ربة بيت أصبحت امرأة ذات قيمة اجتماعية تسعى لتطوير الخدمات لصالح هذه الفئة التي تستحق المساعدة، فقالت أنها تطلب المساعدة لصالحهم عن طريق الجمعية من الوزارة الوصية من الولاية، من البلدية وغيرها هذا ما جعلها تشعر بقيمتها ومكانتها في المجتمع , إذ أن دراسات عديدة أجنبية وعربية تعطي أهمية لهذا الانتماء في تعزيز صيرورة الجلد لدى أولياء المعاقين (القيروتي، 2007، سليقمان، 2001)، (Scelles,20001,Pelchat et al, 2005)

كما أن هذا العمل الجمعي يعكس خاصية الغيرية، وحسب بورتوا وديسمي (Desmet, Pourtois, 2012) أن هذه الميزة هي مؤشر ممتاز للجلد. فرغم ارتفاع نسبة العوامل الذاتية والتي كما سبق توضيحه ساهم في بناءها البيئة المحيطة بها والتي تعكس جلد هذه الأم بنسبة (72.22%) والتي أهمها العامل الديني والتفاؤل الذي سمح بإعادة النمو، الازدهار، ربط علاقات تعلق جيدة بالطفلة المعاقة وسمح للأم بتنمية قدراتها وبالتعلم الاجتماعي، كذلك بالمشاركة الاجتماعية والقيام بأدوار اجتماعية ايجابية كالدفاع عن هؤلاء الأطفال، ونمو كفاءات جديدة كالمطالبة بالمساندة من مؤسسات الدولة ومن المجتمع، هذه الكفاءات والقدرات نمت كذلك بفضل المساندة التي تعددت مصادرها، الأسرة وخاصة الزوج، العائلة الموسعة وخاصة الوالدين، وعائلة الزوج والعمة، وكذلك المساعدة المتلقاة من مؤسسات المجتمع والتي كانت نسبتها (27.77) أعطت انطلاقة لهذه العوامل الذاتية وساعدت في بناء سيرورة الجلد لدى هذه الأم «القدرات الشخصية تتأثر كذلك بالمحيط» (Luthar,2013) في (حلاوة، 2013) كما أن دراسات عديدة كشفت على وجود عوامل تنمي وترفع من قدرة الجلد وهي اكتساب مهارات حل المشاكل والبحث عن مصادر المساندة والحصول عليها ومساندة الآخرين، البحث عن معنى ايجابي للصدمة أو الحدث الضاغط (Tull,2007) في (حلاوة،2013).

كما قدمت الجمعية الأمريكية لعلم النفس عدة عوامل تتدخل في بناء الجلد ومنها العلاقات الاجتماعية الايجابية مع الآخرين وأعضاء الأسرة والأصدقاء، تقبل الظروف التي لا يمكن تغييرها، وضع أهداف واقعية والاندفاع الايجابي نحو تحقيقها، الحفاظ على تصور طويل الأمد، الثقة في الذات، روح التفاؤل والاستبشار وتوقع الأفضل (APA,2010)، هذا تماما ما توفر عند هذه الأم التي تقبلت واقع الإعاقة وساعدها في ذلك العلاقات الايجابية التي تتمتع بها مع أسرتها وخاصة مع الزوج السند الرئيسي لها، وكذلك أبنائها الذين حسب ما قالت "ريبتهم على طاعة ربي وعلى الدين" وكذلك علاقتها الايجابية مع عائلتها وعائلة زوجها وأعضاء الجمعية المنتمة إليها، وحتى مع الأمهات اللواتي يترددن على هته الجمعية، كما لعبت المعتقدات الدينية كالصبر وتقبل قضاء الله، السعي لرضاه ووضع أهداف سامية أي الحصول على الجنة وكذا النظرة المتفائلة المستمدة من الدين وكذلك الاجتهاد المتمثل في تنمية قدرات الطفلة المعاقة والنمذجة والتعليم من النماذج الناجحة لمعاقين آخرين، والهوية الاجتماعية من خلال الجمعية، كل هذه العوامل تفاعلت فيما بينها وسمحت ببناء سيرورة الجلد لدى هذه الأم.

من خلال ما تقدم تبين تحقق الفرضية التي تنص على أن المساندة الاجتماعية تلعب دور في بناء الجلد لدى أم الطفل المتخلف عقليا سواء من خلال المساندة الغير رسمية الممثلة بالأسرة وخاصة الزوج أو العائلة الموسعة وأب الحالة أو الرسمية المقدمة للأم من مؤسسات المجتمع كما ساهمت كذلك هذه المساندة في تقوية العوامل الذاتية للجلد , هذا ما يعكس تفاعل عوامل الحماية الذاتية والبيئية للجلد أي أن المساندة الاجتماعية لعبت دور كبير في تفعيل العوامل الذاتية للجلد كما تم توضيحه في التحليل الكيفي للمقابلات والدراسات السابقة والجانب النظري المستعان به في هذه الدراسة.

2-1-2 الحالة الثانية: أم بن يمينة

جدول رقم (19) شبكة الملاحظة للأم بن يمينة

المؤشرات	حالة الأم
المظهر الهندام	مرتب ونظيف
الانفعالات	تحكم
روح الدعابة	موجودة
المشاعر	ايجابية
الميراج	جيد
الإيماءات	تعكس حالة التقبل
التواصل	جيد
القدرات المعرفية	جيدة

جدول رقم (20) شبكة الملاحظة للطفل بن يمينة :

المؤشرات	حالة الطفل
المظهر والهندام	مرتب ونظيف
اللغة	موجودة
السلوك	متكيف
الاضطرابات	لا توجد
الاستقلالية في الوظائف	موجودة
التشوهات	غير موجودة
أخرى	إدماج مدرسي

ملخص المقابلات :

السيدة أم بن يمينة : عمرها (50) سنة ذات مستوى تعليمي جامعي تعمل كمهندسة أم لثلاثة أطفال تعيش مع زوجها الذي يعمل كتقني سامي بالصحراء، حالتها الاجتماعية متوسطة، تملك مسكن مستقل، رتبة هذا الطفل المعاق عقليا الثاني مصاب التريزوميا أنجبته وهي في سن الثلاثينات، واكتشاف الإعاقة كان منذ الولادة، أعطت اهتمام كبير للحضور والاستجابة للمقابلات والمقابيس وقد حضرتها كلها حتى أنها طلبت أن تقرأ المذكرة بعد تكملتها، قالت أنها عاشت الصدمة لمدة شهرين، رغم أن الزوج بكى كذلك على ابنه وقال

هل سيكون غداً مستقلاً بذاته ومن يتكفل به، إلا أنه هو الذي ساعد زوجته في التغلب على حالتها وقالت زوجي " مثقف حنون ومتفهم " لكن تغلبها على الصدمة كان بفضل الإيمان وقد قالت كذلك ما ساعدني هو طبيب العائلة الذي قال لها لا يجب أن تيأسي هناك نماذج ناجحة فقد ذكرها عندما كان يؤدي الخدمة العسكرية، كان معه طبيب وكان لديه هذه الحالة قالت هذا أدى بي إلى الاتجاه نحو البحث عن المعلومات وعن النماذج الناجحة، أما فيما يخص عائلتها فقد قالت أن موقفهم كان عادي، وقالت أن عائلة الزوج اعتبرته كعقاب إلهي، فهي لم تتلق المساعدة لا من عائلتها ولا عائلة زوجها، لكنها قالت " فرضته عنهم وعودته عليهم ". مع ذلك أنها تلقت مساعدة من عدة أطراف لكن الإعانة الكبرى كانت هي إيمانها وأن أسرتها أي الزوج وأولادها يساعدها والتحاور موجود في الأسرة، كما أنت هذه الأم، تملك استراتيجيات مواجهتها قوية بعد تغلبها على الصدمة ومن خلال بحثها عن المعلومات تسعى دائماً لتغيير نظرة عائلة زوجها نحو ابنها المعاق فقد قالت مرة في زيارة عائلية " قعدت أختي توكل في ابني فقال لها هو أنا ماشي صغير ناكل وحدي " وفي زيارة أخرى لعائلة زوجها لها عند تحضير مائدة العشاء قالت الأم أنها استعانت بابنها المعاق لكي يساعدها في وضع الطعام وتحضير المائدة وقد كانت الأم جد سعيدة بهذا الانجاز، فتقبلها للصدمة وتجاوزها لها ظهر كذلك في قدرتها على تنمية قدرات طفلها حيث ذكرت أنها عندما زارت الطبيب قال لها إنه حسن الاستشارة .

وكذلك يظهر تقبل الأم لهذه الحالة حتى في الولادة رغم مرارة ما شعرت به إلا أنها كانت قوية، فقد قالت أنها وضعت خمارها عليه وقد انتبه وقد اعتبرت أن هذه العلامة برهان إلهي لها بأن لا تيأس من حالته وأن هذا الطفل فيه الأمل، حسب ملاحظتنا فإن هذه الأم جد مرتاحة أثناء المقابلة فكانت جد فخورة به وتقول أنه يتحسن ويدرك العديد من الأمور ويعتمد على نفسه، تعامله معاملة عادية أي عندما يخطئ يعاقب كإخوانه، وتسعى دائماً إلى طلب المساعدة الأسرية فقد حضرت إخوته لكي يكونوا مرافقين له وتقول أنها لفتنتهم تعاليم الدين الإسلامي لكي لا يشعروا بالخجل ناحية أخيم ويعاملوه معاملة لائقة ويقدموه

لأصدقائهم دون خجل منه، كما ذكرت كذلك أنها أحيانا تتركه لوحده بالمنزل كعلامة من علامات النضج وعدم الخوف عليه، لأنها تثق بقدرته على حماية نفسه في غياب أسرته، وفيما يخص تعلم ابنها قالت " قطعت كل الخرجات والزيارات إلى ما عندهم حتى فائدة حتى أركز على ابني لتنمية قدراته ". كما أنها ترى أن ذلك فرصة للتخلص من ذنوب المجالس والانشغال بابنها، وهذه الأم لا تشعر بالوصمة الاجتماعية فهي تخرجه معها إلى كل الأماكن فقط قالت لأذهب حيث أشعر أنه غير مرغوب به، خاصة عائلة الزوج وترى نفسها جد متحكمة في تسيير أوضاع أسرتها وكل الأسرة متعاونة وتشعر بإيجابية كبيرة نحو ذاتها فقد قالت زوجي كان ما يخدمش ومستواه التعليمي محدود وقد كانت هي سبب تغييره بحيث أكمل مشواره الدراسي وتحصل على منصب عمل جيد وهي جد فخورة بذاتها، لكنها ترى فيه كذلك تجاوبه وحبه وتواضعه وتسامحه وبالنسبة للمعنى الذي أعطته هذه الأم لهذه التجربة، فقد صرحت " لقد ميزني ربي على هاذو العباد وميزني ربي أكثر كي نجحت، بلاك هذه الإصابة هي رسالة حياتي كلها"

"أنا عندي حنانة فوق اللازم"، أؤمن بالروحانيات، أنا متوكله على الله " لان مبدئي هو أن ربي قادر يعطيك ولد عادي ويولي معاق كي يكبر " تعبر هذه العبارات على التقبل والشعور الايجابي وتحويل العنصر الصادم إلى مصدر للايجابية بفضل الإيمان والمعتقدات الدينية أما فيما يخص إحساسها السلبي نحو الإعاقة فقد أجابت هذه الأم أنها لا تشعر بأي حرج من الإعاقة نفسها لكن تشعر بالأسف ناحية مواقف المجتمع السلبية وتلومه على عدم فهمه ومساعدته لهذه الفئة، وكذلك نقص الأمن وبالتالي تقييد حرية المعاقين . وهي تأمل أنه عند ما يخرج إلى خارج المنزل، يرجع مرتاح ويكون المجتمع متعاون وآمن، وتأمل كذلك أن خطوة الإدماج هذه تتجح وتتواصل وهي مدركة تماما أن هذه الفئة تحتاج إلى صبر وتعلمهم يكون خطوة بخطوة، وقد أدلت كذلك أن هذه التجربة تعلمت منها الصبر والإيمان وتطورت قدراتها، وتقول أن نجاح هذه الفئة ونجاح الإدماج هو نجاح للمجتمع ككل

أما بالنسبة للمستقبل فهي تؤمن بالمعجزات وتقول أنه بالعمل والاجتهاد يأتي النجاح وصرحت أن أقوم بتعليمه الدراسة، وأمور الحياة، وخاله كذلك اعتمد عليهم لكي يعاونوه في المستقبل، وكذلك باش يتعاملوا معاه فرد عادي، وينطقوه النطق الصحيح أما الزوج فهو جد متعاون يحبه، يلعب معاه، يوفر جو مرح في البيت ولين صار فكاهي وقد قالت " وليدي ولي يشوف وينوض يزعف " أما بالنسبة للدولة ومؤسسات المجتمع فهي جد مرتاحة للخدمات التي تقدمها المراكز البيداغوجية لكي يجب أن يهتموا بالأسر وخاصة تقديم المساعدة النفسية للأمهات وهي كذلك تشعر بالمسؤولية ناحية هذه الأمهات بالمسؤولية أنها تقدم لهم النصائح .

واعتبرت أن تجربة الإدماج المدرسي هذه حسنت كثيرا من قدرات ابنها، فقد اكتسبت مفهوم الزمن تحسن النطق أصبحت لغته مفهومه، انضباط اجتماعي والتواصل ، كما رأت في هذه التجربة مصدر للتحدي، وقالت مبدئ في الحياة أن كل أمر بيد الله . " وكابن حالات كانوا طبيعيين وأصبحوا معاقين " أما بالنسبة للنمو والتطور فان لهذه الأم تجربة جمعوية فقد عملت كناشطة اجتماعية مع المرضى والعائلات المعوزة والمسنين، والمكفوفين، وقد قالت " شفت كيفاش المكفوفين يفتحوا الباب في الظلام، هنا تحسي أنك تملكي الدنيا بالإيمان "، وقالت أنها تعرضت في بداية حياتها الزوجية لمشاكل مع أهل الزوج ولم تستعن بأحد إلا الله بالصلاة وقراءة القرآن .

جدول رقم (21) التحليل الكمي للمقابلات :

النسبة	التكرارات	الفئات الفرعية	الفئات
09.87%	08	تجاوز الحدث الصدمي وتقبل التخلف العقلي (تفريغ, إدراك, تقبل, معنى ايجابي للحدث, الروحانية)	العوامل الذاتية للجد
39.50%	32	التكيف الايجابي للإعاقة والقدرة على المواجهة (سيطرة على مشاكل الإعاقة, تعلم, البحث عن المعلومات, طلب المساعدة, تطوير قدرات الطفل)	
30.86%	25	التفاؤل والعامل الديني	
19.75%	16	إعادة النمو والازدهار (نمو الشخصية, تعلم المسؤولية, رسم الأهداف, الانجاز...)	
78.64%	81	المجموع	
77.27%	17	المساندة الأسرية (الزوج, إخوة الطفل المعاق)	العوامل البيئية والعلاقية للجد
00%	00	المساندة المقدمة من العائلة الموسعة	
9.09%	02	المساندة المقدمة من مؤسسات المجتمع	
13.63%	03	الأصدقاء	
21.35%	22	المجموع	
100%	103	المجموع الكلي	

التحليل الكيفي (أم بن يمينة):

هذه السيدة ذات مستوى تعليمي جامعي مثقفة وخاصة في الجانب الديني ظهرت في حالة جد مرتاحة خلال المقابلات، كما أنها حضرت معها زوجها الذي كان بدوره مستعد لعمل المقابلات مع الباحثة هذا ما يعكس التكامل في العلاقة الزوجية بينهما، كما يبين حالة التقبل وتجاوز الصدمة لكليهما، والتي لم تنكر الأم مرورهما بها كما صرحت أن زوجها مثقف وحنون وهو من ساندها في هذا التجاوز إذ بلغت نسبة هذه المساندة الأسرية (77.28) من إجمالي المساندة المحصل عليها من موارد المحيط هذا ما أكدته عدة دراسات حول دور مساندة الأسرة خاصة الزوج في تجاوز صدمة التخلف العقلي للطفل لدى الأم، على غرار ما خلصت إليه دراسة (جبالي، 2012)، أن أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة

داون يعتمدن على استراتيجيات مواجهة إيجابية في التخفيف من ضغوطهن النفسية جراء الإعاقة العقلية لأبنائهن كطلب المساعدة من الأسرة ونفس النتيجة التي توصلت إليها دراسة (كريستال ورويار، 1995 Kristatel & Royers) بفرنسا حول أهمية المساندة الاجتماعية بين الزوجين ومساندة المحيط كأفضل ضمانات لأحسن ردود أفعال تجاه صدمة التخلف العقلي للطفل، وحسب هذه الحالة تقول لقد ساعدني إيماني بالله إذ بلغت نسبة هذا العنصر (30.86)، فالعامل الديني والقيم الروحانية تعتبر الأحداث الضاغطة في الدين الإسلامي بلاء يجب الصبر عليه وتقبله وكما يقول (شيلي، 2008، ص 430) أن نظام المعتقدات يعزز الشعور بالعافية ويساعد على التعامل مع الأحداث الضاغطة والتمتع بالصحة النفسية والرضا .

أما العامل الآخر الذي ساعد هذه السيدة على تقبل حالة ابنها هو طبيب العائلة الذي بعث فيها الأمل من خلال ما ضرب لها من أمثلة بحالات مصابين التريزوميا ناجحين في المجتمع يشغلون مناصب، ما ساعدها على التقبل والبحث عن المعلومات خاصة فيما يخص هذه النماذج الناجحة هذا ما أكدته الدراسات حول أهمية المساندة العاطفية المقدمة من طرف الطاقم الطبي وعملية مرافقة الوالدين (سكيلاسي، لونار 2008، Squilaci Ionners)، وكذلك ما أكدته دراسة (خولة، 2013، ص 275).

ان التدخل التربوي والطبي والدعم للأطفال والأسر بشكل مبكر يخفف كثيرا من الضغوط المتولدة من إنجاب طفل متخلف عقليا، ما أظهرته النسبة المتحصل عليها من المساعدة الآتية من مؤسسات المجتمع والتي بلغت (9.09) ورغم أن عائلة الزوج لم تكن مساندة لهته الأسرة وخاصة الأم، إلا أن مساندة الزوج كانت لها أهمية كبيرة لديها ، هذا ما أكدته (بلشا وآخرون، 2005، Pelchat et al). حول أهمية تكامل العلاقة الزوجية ومساندة الزوج في تجاوز صدمة الإعاقة أو المرض المزمن للطفل لدى الأم.

كما تعتبر الموارد المعرفية التي تمتلكها الأم المتمثلة في مستواها العلمي وتكوينها الديني عامل يساعد على تبني استراتيجيات مواجهة فعالة لمواجهة مشاكل الإعاقة كالا اعتماد

على إخوة الطفل المعاق، البحث عن المعلومات وغيرها إذ يعتبر هذا العامل من المؤشرات التي تسمح بمواصلة النمو والتغلب على الضغوطات (بورتوا، ديسمي , Pourtois ,Desmet, 2012) هذا ما ظهر في قدرتها على بناء علاقات تعلق ايجابية مع ابنها المصاب وما ساعدها على تنمية قدراته، فهو تعتبر عنصر حيوي بالبيت ويساعدها بأعمال المنزل كما أنه من الحالات التي تم إدماجها في الوسط المدرسي العادي هذا ما يعتبر كمؤشر هام للجلد حسب الدراسات التي تمت على أسر المعاقين، وما أكدته عدة مقاربات حول دور العوامل الفردية في بناء الجلد خاصة ذات الأصل المعرفي (De tychey,lighzzolo, 2004) في (حلاوة ، 2013) .

ويظهر هذا التعلق الايجابي كذلك من رؤية الأم لقدرات ابنها عند الولادة فقد رأت أنه حسن الاستثارة وما أكده الطبيب كذلك الذي أعطى لها الأمل بمواصلة مجهوداتها في تنمية قدراته فالإعاقة حسب (زيقمان، 1982، Zucman) تسمح باكتشاف قدرات الوالدين، الإبداع والكفاءة والتكيف مع التغيرات .

تظهر هذه الكفاءات كذلك من خلال تصريح الأم حول وجود الحوار والتعاون داخل الأسرة وإعطاء المكانة لكل فرد فيها بما فيهم حالة هذا الطفل المصاب بالإعاقة العقلية، وما ساعد كذلك على هذا التكامل في الأسرة هو تمتع الأم بيقين دينية استخدمتها في تعليم الإخوة غير المصابين لمساعدة أخيهم وتقبل حالته وعدم الخجل منه فكلما كانت علاقة الأمهات بأطفالهم المعاقين ايجابية تنعكس هذه العلاقة على الأبناء (يحي، 2003، عريبات 2011)، (سليقمان، دار لينج 2001)، هذه القدرات التي تتمتع بها الأم كتنمية الاتصال والحوار داخل الأسرة، البحث عن المعلومات، مواجهة الصدمة وغيرها والتفاؤل والشعور بالأمل، تعتبر كمؤشر لوجود الجلد لدى هذه الأم من خلال هذه الموارد العاطفية (بورتوار، ديسمي، 2012, Pourtois ,Desmet,)، كما أن هذه الأم تتمتع بروحانية عالية وتفاؤل ومعتقدات راسخة فهي تمتلك رؤية جد ايجابية عالية حول مستقبل ابنها خاصة عندما تم إدماجه في فصل دراسي بالمدرسة مع العاديين، وإيمانها بأن الله هو من سيتكفل به بعد وفاتها وأكثر من ذلك

فهي ترى أنه قد يجد من سيتكفل به فيما بعد وأكثر من ذلك فهي ترى أنه قد يجد أشخاص آخرين يساعدونه بعد وفاتها وزجها أحسن منها هي، التحول نحو المعنى الإيجابي ومتابعة التطور من خلال التركيز على تنمية قدرات الطفل وإعادة تنظيم الوقت فقد صرحت أنها تخلت على بعض النشاطات الاجتماعية (الزيارات، الحفلات وغيرها) من أجل التفرغ لتعليم طفلها، هذا ما أكدته عدة مقاربات كالمعرفية التحليلية أن الجلد يظهر من خلال متابعة النمو والتطور واستغلال الموارد الفردية (برنار 2012، Bernard)، كما أن تفاعل هذه العوامل أي القدرات الفردية وكذا المساندة الخارجية خاصة الزوج، الطبيب، المركز النفسي البيداغوجي وغيرها يساهم في نسج سيرورة الجلد حسب المقاربة السيكودينامية (اموندي Amandies, 2006,

وتعتبر النظرة التفاوضية لهذه الأم والتي تعكس قدرة الجلد حسب (ريفيش، 2005 Reivich, في (حلاوة، 2013) فهذا المتغير الذي ظهر من خلال التفاوض بحالة الإدماج وحالة التقدم التي وصل إليها ابنها كادراك مفهوم الزمن، تحسن النطق، الانضباط في السلوك وغيرها ماهي إلا دليل على ذلك وعلى المجهودات التي تبذلها الأم تجاه ابنها ما يفسر قدراتها على حل المشكلات، كما أن هذه الأم لديها قدرات على التعاطف والفهم العاطفي وذلك من خلال عملها الجمعي مع المكفوفين ما زاد من قدراتها على ربط علاقة اجتماعية ايجابية مع ابنها المعاق ومع كل أفراد أسرتها .

من خلال التحليل الكيفي والملاحظات التي تمت يتضح تحقق الفرضية التي تقول أن المساندة الاجتماعية تلعب دور في بناء الجلد لدى أم الطفل المعاق عقليا وتبين مساهمة العوامل الذاتية للجلد خاصة العامل الديني الذي تتمتع به هذه الأم وكذلك الموارد المعرفية والغيرية بشكل خاص إلا ان العامل الديني الذي عندها تم تقويته بفضل العلاقات البيئية المساندة للأم.

2-1-3- الحالة الثالثة: أم أيوب

جدول رقم (22) شبكة ملاحظة أم أيوب

المؤشرات	حالة الأم
المظهر والهندام	مرتب ونظيف
المزاج	عادي
الانفعالات	تحكم
روح الدعابة	موجود
المشاعر	ايجابية
التواصل	جيد
الإيماءات	تعكس حالة التقبل
القدرات المعرفية	جيدة

جدول رقم (23) شبكة ملاحظة الطفل أيوب

المؤشرات	حالة الطفل
المظهر والهندام	نظيف ومرتب
اللغة	مضطربة
السلوك	متكيف
الاضطرابات	لا توجد
الاستقلالية في الوظائف	موجودة
التشوهات	اعاقة باليد
أخرى	روح الدعابة

ملخص المقابلات :

هذه السيدة عمرها 30 سنة ذات مستوى تعليمي ثانوي مائكة بالبيت تعيش مع زوجها في سكن مستقل مستواهم الاقتصادي متوسط لديها أربعة أطفال والطفل المعاق هو الأوسط، تم اكتشاف الإعاقة منذ الأشهر الأولى فهذه الأم أنجبته وهي في سن العشرين فقط لكنها تعرضت لولادة عسيرة تم التفاف الحبل السري حول الجنين وكانت حالته خطيرة في زمن الولادة .

عند طلب مقابلة هذه الأم كانت جد رغبة في ذلك وقد تركت رقم هاتفها للاتصال بها عند الحاجة ورغم انشغالاتها بشؤونها المنزلية ولديها رضيع إلا أنها كانت تحضر المقابلات وتجيب باهتمام كبير واهتمت بهذه الدراسة لأنها تخص هذه الفئة التي تحتاج إلى اهتمام كبير من طرف كل أفراد المجتمع حسب ما أدلت به.

عاشت هذه الأم تجربة ولادة صعبة جدا وهي لا تزال فقط في سن العشرين هذه الشابة الجميلة لم تلقي تكفل بها أثناء ولادتها بهذا الطفل الذي عانى صعوبات كبيرة في التنفس ووضع الحاضنة لمدة ساعتين، لم يرد رضاعة أمه فقد ذكرت الأم أنه " زاد مكرفس " وبعد خروجها من المستشفى لم يبلغها الطاقم الطبي بضرورة متابعة حالته الصحية فقد صرحت هذه الأم بأن لونه لم يكن طبيعي " جهة زرقة وجهة صفرة " وهي تلوم مستشفى الولادة وتقول أنهم قصروا معه ولم يقولوا لها ان لديه نقص في الأكسجين لكن رغم إعاقته تقول الأم ابني لديه ذاكرة جيدة يفهم أشياء كثيرة لكن لا ينطق جيدا بالإضافة إلى جانب ذلك فإن لديه إعاقة حركية جزئية في يده ورجله فهو لا يستطيع حمل الأشياء وعند اكتشافها لهذه الإعاقة قالت الأم " انضريت بزاف وأنا نافسة نبكي ونقول الطايلة كيفاش " " وليت نبكي الليل مع النهار " ولقد فقدت وزن كبير وأصبحت جد نحيفة، ولم تستطع استيعاب هذه الحالة فأصبحت ترسل رضيعها إلى أمها لتتكفل هي به و لاحظت أنه يعاني تأخر في كل المجالات، الرضاعة، في نمو الأسنان في المشي وغيرها، لكنها صرحت أن أمها وأم زوجها ساعدوها في تربيته فهي تقول أن أم زوجها كانت تعمل كمديرة مدرسة وهي مثقفة وتذكرها

بالتمسك بالله وأنه ابتلاء من عند الله وأنه تمكن من المشي وحالته أحسن من حالة آخرين، وقالت كذلك " دارنا عاونوني بزاف وكانوا يبغوه ويقولوا نينا وحتى أخي الصغيرة تحبو "، لكنها في الأول كانت ترفض تماما بأن يكون ابنها معاق فقد قالت "إلي كان يقولي معاق نظير فيه "، أما فيما يخص موقف زوجها فقد قالت الأم " متقبلو وقال هذا نتاع ربي " وتفعل هو عموما من النوع "الساكت " وهو يحب ابنه وأيوب كذلك يبغيه، وقالت هذه الأم كي وليت " نتقلق من حالتو كي ولا يتحرك بزاف وشافني نتعصب بزاف "أصبح أبوه يديه معاه للحنوت " ينام عنده،" داير صورته في صفحته على الفايس بوك "وهو محبوب من الناس وتصل الرسائل لأبيه من أجل هذا الطفل، هذه الأم التي لم تملك تجارب كبيرة بالحياة والتي تزوجت في سن صغيرة، لم تكن تعني كثيرا الأمور، فقد صرحت أنها تلقت مساعدة كبيرة من عائلتها وعائلة زوجها من أجل تقبل حالته، كما ذكرت أنها كانت تظن أنه سيصبح عادي مستقبلا، حتى الطبيب الذي كان يتابع حالة ابنها قال لها أنه لو كان بالخارج لما وصل إلى هذه الحالة وقالت أنه في سن 4 أشهر كاد أن يموت، وأنه كان مصدر قلق كبير لها جراء بكائه الكبير .

لكن المساعدة التي تلقتها من عائلتها إذ كانوا دائمي الكلام معها وتصبيرها على هذه الحالة، وكانت تتركه لامها في الأشهر الأولى حتى توعدت تدريجيا على حالته، وقالت أن أبي يحبه كثير وكل إخوتها وقالت " هو يزقق على بابا ويقلوا داب وبابا يولي يضحك "، كما ان أم الزوج كذلك يمكث عندها عندما تكون أمه لديها انشغالات، وهذه الأخيرة متقبلة لحالته وتقول هو أحسن من حالات كثيرة، وعند ما يكمل دوامه في المركز يمكث عند جدته لأبيه ثم يأتي به الأب إلى المنزل في آخر المساء، كما أن هذه الأم ترى نفسها لديه قدرة على تسيير أمور حياتها، تساعد أبنائها في دروسهم، وتنمي قدرات ابنها المعاق كي يصبح مستقل، والأب يوفر الأموال أو أي وسائل يحتاجها الابن، ويخرجه معه، وترى أنه تحسن، وتقول ان الرجوع إلى الله هو الذي يساعد على تقبل مثل هذه الحالات، وترى أنها مسيطرة على أمور حياتها، وهي راضية عنها،و أن الأمور يجب أن تسيير تدريجيا، وبالنسبة لإخوته

قالت أن " راني نعود فيهم باش يعانون أهوم، "ضرك راهم يغسلولوا"، "خطرت يعلموه وعجوزي كذلك تبدأ تتطق فيه"، وترى أنه هو كذلك تحسن كثيرا وقالت أن هذا الطفل "يعاوني، يرفد رغم أنو عندو يد وحدة" "وهو الفكاهي في دار يضحكنا"، وقالت هو الحنين خير من خاوتوا، "خطرة كنت مريضة جا طل في الليل عليا، وقال لي أمي " كحبي " أي يقصد كيف راهي صحتك"، ويلعب مع إخوته، كلامو يضحك "يشوده أحيانا عند خروجي لبعض الأماكن"، كذلك أختها تحبه كثيرا وتتركه عندها أحيانا .

أما فيما يخص المستقبل فهي جد مشغولة بهذا الموضوع وتفكر في استراتيجيات حول ذلك، وقد ذكرت أنها لا تريد أن يتشرد ابنها كخالها (الذي يعاني مرض عقلي) بعدها وتريد أن نضع المسكن الذي تملكه الأسرة باسمه وتترك له مبلغ من المال وتقول " راني نحنن في خوتو عليه"، وتقول إخوته يحبونه، وهي جد متفائلة، وتتأمل الخير وأن يكن كذلك في المستقبل معتمدا على نفسه، وتقول أنها تعامله ليس كمعاقوا إنما كباقي إخوته العاديين .

تذهب أحيانا إلى المراكز النفسية البيداغوجي الذي هو مسجل به وتطلب منهم المشورة والمعلومات وتتابع حالته، كما نتابع حصص تلفزيونية حول المعاقين، كذلك تتلقى مساعدات مادية من أسرتها، فأختها هي التي اشترت له ملابس العيد، تقول ليس لدي أي مشكل في حالة أي طارئ فهي تتركه عند عائلتها وترى أنه من الضروري توفير منحة كافية من طرف الدولة لهم، ودعمهم، ويهتموا بالدعم المعنوي لأمهات هذه الحالات والتكفل بهم .

رغم أن هذه الأم تعرضت لصدمة قوية إلا أنها الآن تشعر أنها أصبحت أكثر قوة وحساسية تجاه هؤلاء الحالات ولديها قدرة على مواجهة مشاكل وصعوبات الحياة، وتفكر في الحلول بدلا من الحزن والبكاء، وتقول ولدته وعمرها 19 سنة رغم ذلك استطعت تربيته والتغلب على مشاكل الإعاقة كإطعامه ونظافته، وغيرها، تقول جرحت لكني الآن أصبحت أستغفر الله كثيرا وأنا أناضل من أجل أولادي وأحس بالقوة، وتقول أنا أريد أن أكون من المدافعين هذه الفئة من الأطفال وقالت " لو كان عندي الدرهم نعاونهم " .

جدول رقم (24) التحليل الكمي للمقابلة (أم أيوب):

النسبة	التكرارات	الفئات الفرعية	الفئات
17.24%	10	تجاوز الحدث الصدمي وتقبل التخلف العقلي (تقبل، إدراك الواقع، إعطاء معنى تفرغ...)	العوامل الذاتية للجلد
34.85%	20	التكيف الإيجابي للإعاقة والقدرة على المواجهة (سيطرة على مشاكل الإعاقة، تعلم، طلب مساعدة، تطوير قدرات الطفل..)	
20.69%	12	التفاؤل والعامل الديني	
27.58%	16	إعادة النمو والازدهار (تعلم المسؤولية، رسم الأهداف، انجاز...)	
49.57%	58	المجموع	
28.81%	17	المساندة الأسرية (الزوج، إخوة الطفل المعاق)	العوامل البيئية والعلائقية للجلد
61.01%	36	المساندة العائلية الموسعة	
10.16%	06	المساندة المقدمة من مؤسسات المجتمع	
00%	00	الأصدقاء	
50.42%	59	المجموع	
100%	117	المجموع الكلي	

التحليل الكيفي (أم أيوب):

من خلال جدول التحليل الكمي للمقابلات يظهر أن هذه تتمتع بقدرة على الجلد كما يظهر دور كل من العوامل الفردية وكذلك المساندة الاجتماعية مع ارتفاع نسبة العوامل البيئية للجلد (50.42)، تمثلت هذه العوامل الفردية في القدرة على تجاوز الحدث الصدمي وتقبل الإعاقة العقلية والتكيف معها وإعادة النمو والازدهار كذلك العامل الديني، رغم أن هذه الأم تتمتع بقدرات ذاتية على الجلد، إلا أن المساندة الاجتماعية التي تحصلت عليها من محيط العائلة الموسعة خاصة عائلتها وعائلة زوجها والتي بلغت نسبتها (61.01) وهي أعلى نسبة وكذا مساندة الزوج التي بلغت نسبتها (28.81) حيث لعب هذا الأخير دورا

أساسيا في رفع قدراتها الفردية على الجلد، اذا تؤكد ذلك العديد من النماذج التفسيرية على أن العوامل البيئية لها تأثير على جلد الأفراد (Smith,1982) في (حلاوة، 2013)، فبالرغم من أن هذه الأم عاشت تجربة صدمية تزامنت مع فترة النفاس وحالة رفض للإعاقة إلا أن المساندة الاجتماعية التي حصلت عليها هذه الأم ساعدتها على التعافي من الصدمة، كذلك أم الزوج التي كانت تمتهن عمل مديرة مدرسة ذكرتها بضرورة تقبل الحالة والتمسك بالقيم الروحية هذه المساندة لعبت دور في رفع قدرة الجلد لديها، إذ العديد من الدراسات كشفت عن أهمية عامل الدعم الاجتماعي في خفض ضغوط المتخلف العقلي كدراسة (بخش، 2002) خاصة الضغوط والصدمة النفسية لأم المتخلف عقليا ودراسة (كريستال وروريار، 1995، Cristel Roys حول أهمية المساندة الاجتماعية كأفضل ضمانات لأحسن ردود أفعال وكذا دراسة (بن قدور، 2014) في دور المساندة الاجتماعية في تخفيض الضغوط النفسية خاصة تلك المساعدة التي تأتي من العائلة الممتدة. كما ظهرت هذه المساندة الاجتماعية التي ساعدت الأم على تجاوز صدمتها وتقبل الإعاقة ورفعت من قدراتها على المواجهة من الزوج الذي تقبل حالة ابنه واعتبرها قدر من الله كما أن الزوج يحب ابنه ويساعد الأم من خلال أخذه معه إلى محله التجاري، ينام معه، ودعم مادي وغير ذلك، هذا ما أكدته عدة دراسات أن المساندة القادمة من الزوج تلعب دورا مميزا في تقبل الأم لحالة إعاقة ابنها وترفع من قدراتها على المواجهة وتحسن إدراكها نحو الإعاقة (الشرح، 2007، كاشف، 2000)، دراسة (ربيوم وآخرون، 2005، Réaume et al)، فكل هذه الدراسات أكدت حاجة أولياء المعاقين عقليا للدعم الاجتماعي ودوره في تخفيض ضغوط التخلف العقلي، ورغم الدور الذي لعبته المساندة الاجتماعية المقدمة للام من طرف أسرتها وكذلك العائلة الممتدة كما أن القدرات الفردية التي تزخر بها هذه الأم خاصة العامل الديني والإيمان الذي عمل المحيط على تقويته ساعدها على تقبل حالة ابنها فهي ترى أن العودة إلى الله هي أهم عامل يساعد على تجاوز هذه المحنة، فالعامل الديني والتمتع بالقيم الروحية كما أكد ذلك العديد من الباحثين حيث اعتبروا من أهم الموارد الفردية للجلد (عطية، 2001، ص 77)، (ديلاج،

(Delage, 2002)، (ديسمي وآخرون، 2012، Desmet et al) (شيلي، 2008، ص 430)، (حلاوة، 2013).

كما تظهر قدرة الجلد لدى هذه الأم من خلال قدرتها على المواجهة وحل المشكلات من خلال طلب المساندة من إخوته والاعتماد عليهم كإستراتيجية للتكيف مع متطلبات الإعاقة ولمساعدتها في تلبية حاجاته وكذلك كإستراتيجية تكفل مستقبلية وتمثلت أيضا في إعطاء معنى إيجابي للحدث الصدمي، كما صرحت به هذه السيدة فيما يخص تحويل سلبيات هذه الإعاقة إلى إيجابيات كالقدرة على الإبداع بحيث أنها اعتبرت أن كلامه مضحك وأنه مصدر الفكاهة في المنزل وأنه محبوب بفضل كلامه الطفولي من طرف أسرته ومن طرف العائلة الموسعة وكذلك تظهر هذه القدرات في ربط علاقات تعلق إيجابية مع هذا الطفل الذي ترى فيه الأم أنه يتمتع بالحنان وأنه الأقرب لها فحسب (Normand, Giguère, 2009) أن التعلق الإيجابي للام مع الطفل المتخلف عقليا مؤشر للجلد والاستعداد للمواجهة، وتمثلت هذه المواجهة الإيجابية في قدرة هذه الأم على تبني استراتيجيات كاستعمال الإخوة في مساعدة أخيهم المعاق والتكفل بحالته حاليا وفي المستقبل فحسب (وادي، 2007، ص 305) هذا النوع من الأولياء هو الذي يتمكن من مواجهة إعاقة الطفل، كذلك سعيها لإيجاد حلول بدلا من الخوف من المستقبل تمثلت في محاولة إقناع زوجها بضرورة توفير مسكن باسمه حتى لا يتشرد بعد موتها هي وزوجها وكذلك توفير مبلغ مالي له للحماية في المستقبل، وهي جد متفائلة بالمستقبل من خلال تعويده على الاستقلال بذاته وتنمية قدراته حتى يستطيع الاعتماد على نفسه، وتستعمل في ذلك البحث عن المعلومات سواء من طرف أخصائيو المركز البيداغوجي المسجل به حيث بلغت نسبة هذه المساندة (10.16) فرغم انخفاض نسبتها إلا أنها مرتاحة للخدمات التي يقدمها هذا الأخير وخاصة من خلال القدرة على التفريغ الانفعالي أو من خلال التقاء الأمهات ببعضهن في المركز، والحصول على المعلومات من خلال متابعة حصص تلفزيونية تعرض نماذج لهذه الحالات، وحتى أنها وصفت نفسها بالمناضلة من أجل ابنها، وترى أنها أصبحت أكثر

إنسانية، واهتماما بهذه الدراسة يعكس هذا البعد وترى فيها اهتمام بهذه الحالات، وتتمنى أن تكزن من المدافعين عن هذه الفئة، والمساعدين لهم ماديا اذا توفر لها المال والوقت مستقبلا، هذا ما أكدته دراسات عديدة حول تكيف أمهات الأطفال المعاقين عقليا من خلال استعمالهن لاستراتيجيات حل المشكلات والتدين، والبحث عن معلومات (جبالي، 2012، البسطامي 2013، الشريف 2010).

مما تقدم سواء التحليل الكمي للمقابلات أو التحليل الكيفي والملاحظات التي تمت على الأم والطفل تبين تحقق الفرضية التي تنص على ان المساعدة الاجتماعية تلعب دور في بناء الجلد لدى أم الطفل المتخلف عقليا خاصة المساعدة الآتية من العائلة الموسعة وكذلك المساعدة الأسرية وتبين كذلك دور العامل الديني الذي أيضا تساهم موارد المحيط في تفعيله وتقويته لدى الأم.

2-1-4 - الحالة رقم 04 : أم مصطفى

جدول رقم (25) شبكة ملاحظة أم مصطفى

المؤشرات	حالة الأم
المظهر والهندام	مرتب ونظيف
المزاج	عادي
الانفعالات	تحكم
روح الدعابة	غير موجود
المشاعر	ايجابية
التواصل	جيد
الإيماءات	تعكس حالة التقبل
القدرات المعرفية	مقبولة

جدول رقم (26) شبكة ملاحظة الطفل مصطفى

المؤشرات	حالة الأم
المظهر والهندام	مرتب ونظيف
اللغة	مضطربة
السلوك	متكيف نوعا ما
الاضطرابات	عدوانية
التشوهات	قصر القامة وضعف البنية
الاستقلالية	موجودة
النتائج المدرسية	ضعيفة
أخرى	لا توجد

ملخص المقابلات :

أم مصطفى سنها 45 عاما لديها ولدين فقط ذات مستوى تعليمي متوسط تعيش مع زوجها في مسكن مستقل الأسرة ذات مستوى اقتصادي متوسط تعيش في مدينة تيارت، ماكثة بالبيت، أنجبت هذا الطفل وهي في سن الثلاثين وهو الأخير تم اكتشاف إعاقته بعد مرور سنة، تعرضت هذه الأم لصدمة قوية ورفضت هذه الإعاقة وتقول أنها بقيت لمدة عامين رافضة لهذه الحالة، لكنها تقبلت حالته بعد أن رأت حالات أسوأ من حالة ابنها، قالت "كنت نتقلق بزاف خاصة كيما نطقش وكان يعيط بزاف قالت كنت نديه لمصلحة الطب العقلي للأطفال بالمستشفى، والنفسانيين والأرطوفونيين إلي يعملو هناك ساعدوني كثيرا"، وبعدها أدخلته المدرسة قسم تحضيري لكنهم نصحوها بأخذه إلى المركز النفسي البيداغوجي، ورغم أن هذا المركز لم يكن بالقرب من السكن فهو متواجد بدائرة تابعة لمدينة تيارت إلا أنها لم تتوان في تسجيله بهذا المركز وكان عليها أن تستيقظ باكرا وتأخذه إلى المركز وذلك بحكم عمل الزوج الذي لا يستطيع ذلك فقد صرحت " بذلت مجهودي باش نوصل في الوقت " وبعد مدة مفاوضات قبلت مديرة المركز المتواجد بالمدينة إعادة تسجيله وهذه الأم كانت دائمة الاهتمام بحالة ابنها وتأخذه إلى مدينة وهران للمعاينة الطبية، تقول الآن أنا جد متقبلة لحالة ابني، أبوه وأخوه يحبونه وزوجي يخرجهم معه لكل مكان للصلاة، للحفلات،" ما يحشمش بيه " مخبر صاحبوا عليه " وهوما يحبوه، وحتى أصحاب ابني كذلك يحبوه، وتقول " أنا حاساتوا طبيعي "، وأخوه يحبوا ويخرجوا معاه، وترى أنها تبذل قصارى جهدها من أجل أن ينمو ويتعلم ويندمج بالمجتمع قالت حتى ولو كان على حساب شؤون البيت فقد قالت " ما عليش نتغبن، المهم هو اللي يقولوا عليها نديرها، باش ما يقولوش خطرا أخرى ما قامتش بيه "، وعند سألته الباحثة عن سبب عدم انجذابها لأطفال آخرين بعده قالت هو أمر ربي وأن ذلك من حكمة الله لكي تعني أكثر بحالته، وتقول أنا أحمد الله دائما، ورغم أن زوجها أحيانا يرفض خروجها من المنزل للذهاب به إلى المركز الذي كان بعيدا كثيرا عن المنزل خارج المدينة، إلا أنها رفضت ذلك وقالت له أن هذا الأمر لن نتخلى

عنه، حتى ولو كان هذا يتسبب في طلاقها منه، وقالت أنها فرضت ذلك عليه كما أصبحت لها مكانة أكبر عند زوجها بفضل هذه التجربة، وترى أنها أصبحت أكثر قوة وغم تعرضها أحيانا لمشاكل مع زوجها، لكنها تقول أنها لا تستسلم خاصة فيما يخص شؤون ابنها المعاق، حتى أنها قالت: أنها كانت تأخذه إلى المركز حتى بعد رفض زوجها لخروجها لكن رغم ذلك فإنها لم تضعف، وتقول ان الزوج أحيانا يقدم لها يد المساعدة وتقول " هو يديه بشريلوا، يحوس بيه يديه، للخدمة للأعراس"، أما فيما يخص عائلتها وعائلة زوجها فتقول هناك قبول وحب وتتلقى مساعدات خاصة من أمها وأختها التي تعمل كأستاذة جامعية ماديا ومعنويا فقد ذكرت " أختي معاونتني بزاف" وأخواتي الأخريات كذلك " وأما هي ثاني معاونتني ماديا ومعنويا، ويحبوه وكيفا ما نديهش معايا يقولولي جيبه " وصرحت " حتى ولا ماني ما جيتيش، ارسله هو " وقالت " أولاد اخواتي يلعبوا معاه، ومايتقلقوش منوا"، كما أنه ليس لديها أي مشكل في حالة طوارئ فهي تعتمد على أبوه وأخوه وعائلتها، عائلة زوجي كذلك يحبوه ويروح عندهم " الكل متقبلوا " .

هذه الأم تقول أنا جد مسيطرة على حياتي وأقوم بواجباتي تحب هذا الطفل، وتقول راني حساتوا طبيعي، وقالت حتى أنه يعاوني بالمنزل ويحسن بحالتي وتقول " أنا من بكري قادرة على شقاي وكنت نخدم قبل زواجي، تحمد الله لأن هناك حالات كثيرة أسوء من حالته، وترى فيه سبب لدخولها الجنة وترى أن الإيمان ساعدها بالصلاة والدعاء وقراءة القرآن يتم التغلب على حالة القلق وتقبل الأمور كلها وأنها قوية الشخصية، حتى في حالة المرض، تقاوم " وأنا مريضة نوص ونطيق، ربي يعطيني القوة"، وتقول هذه التجربة قواتني " فرضت روحي، أصبحت لي مكانة عند زوجي"، أما فيما يخص المستقبل فهي جد متفائلة وتأمل أن تعنتي الدولة أكثر بهذه الفئات وليس فقط عمل حفلات سنوية لهم بل بتخصيص منحة كافية لهم وتعمل على تكوينهم مهنيا، فتقول أن ابنها لديه موهبة الطبخ حيث قالت " كي نكون نطيب في الحلوى يجي يحب بخدم معايا"، وتقول سأزوجه في المستقبل وأقوم بتربية أبنائه، "والأولاد إلى ماجبتهمش أنا يجبهم هو والزوج كذلك ونفرحوا بيهم " .

جدل رقم (27) التحليل الكمي للمقابلات :

النسبة	التكرارات	الفئات الفرعية	الفئات
%11.36	05	تجاوز الحدث الصدمي وتقبل التخلف العقلي (تقبل إدراك الواقع، تفرغ، روحانية ..)	العوامل الذاتية للجدل
%52.27	23	التكيف الإيجابي للإعاقة والقدرة على المواجهة (تعلم، طلب المساعدة، سيطرة على مشاكل الإعاقة، طلب المساعدة..)	
%25	11	التفاؤل والعامل الديني	
%11.36	05	إعادة النمو والازدهار (نمو الشخصية، تعلم المسؤولية، إبداع..)	
%57.14	44	المجموع	
%39.39	13	المساندة الأسرية (الزوج، إخوة الطفل المعاق)	العوامل البيئية والعلائقية للجدل
%51.51	17	المساندة القادمة من العائلة الموسعة	
%09.09	03	المساندة المقدمة من مؤسسات المجتمع	
%00.00	00	الأصدقاء	
%42.85	33	المجموع	
%100	77	المجموع الكلي	

التحليل الكيفي (أم مصطفى):

مرت هذه الأم بصدمة قوية ولم تتمكن من حل الحداد إلا بعد فترة طويلة دامت سنتان ورغم مظاهر الإعاقة التي تبدو عليه من خلال ملاحظتنا له بالمركز النفسي البيداغوجي، فهو لم يكتسب بعد اللغة، لديه سلوكيات عدوانية، إلا أن الأم أدخلته المدرسة العادية بقسم تحضير ما يعكس حالة الإنكار التي مرت بها هذه الأم، لكنه عندما تم رفضه بالمدرسة العادية، بدأت الأم في مرحلة التقبل لحالة ابنها وانطلقت مسيرة مساعدته وتحسين قدراته، ما يعكس بداية خروج الأم من مرحلة الفوضى والتخلي عن مشاعر الخجل، الحزن، الغضب ... الخ والمرور إلى الوعي الشعوري والقبول بتشخيص الإعاقة العقلية (نورمان، جبرار، 2009، Normand, Giguère)، وأن هذا الأمر لا مفر منه والشعور بالمسؤولية بعد المرور بالمعاناة القاسية (عريبات، 2011، ص 55) .

فإعادة التنظيم هذه التي أظهرتها هذه الأم تمثلت في البحث عن المساعدة بكافة أنواعها ومصادرها، إذ صرحت أنها سعت لتطوير قدرات ابنها المعاق عقليا من خلال أخذه بشكل دوري إلى ملحق طب الأطفال العقلي عند الأرطفونية والأخصائية النفسية بالمستشفى وكذا إلى أطباء آخرين خارج مدينتها، كما أنها أدخلته إلى المركز البيداغوجي البعيد عن مقر السكن بأكثر من 30 كلم، وتأخذه يوميا إلى هذا المركز رغم معارضة زوجها لذلك، هذا ما يعكس حالة التحدي للإعاقة والقدرة على المواجهة التي أنتجها هذا الحدث الصدمي ويظهر قدرة الجلد لدى الأم وقد قالت هذه الأم لقد أصبحت أكثر قوة حيث بلغت نسبة هذا العامل (11.36%)، وكما وردا في دراسة (Zucman,1982) ان الإعاقة تكون لسبب لاكتشاف الوالدين للطاقات التي يتمتعون بها كما أن المساندة المقدمة للأم من طرف عائلتها الموسعة (الأم والأخوات، ساعدتها كثيرا على تقبل الحالة ورفعت من قدرتها على المواجهة حيث كانت نسبة هذه المساندة بـ(42.85%) وتمثلت في دعم معنوي ومادي حسب (سليقمان، دار لينج، 2001) كذلك دراسات عديدة عربية وأجنبية أكدت أهمية المساندة الاجتماعية لمهات الأطفال المتخلفين عقليا (جبالي، 2012، البسطامي 2013، براهيمي، 2007، بخش، 2002) كذلك الدراسات الأجنبية (Pelchat,etal, 2005, cristal, Roeyers,1995) وغيرها من الدراسات التي أكدت على الدور الذي تلعبه المساندة الاجتماعية في رفع قدرة الجلد لدى أمهات الأطفال المعاقين عقليا وخاصة المساندة الخارجية التي تساهم في نسج سيرورة الجلد (أموندي، 2006، Amandies) كما أنه حسب المقاربة السيكودينامية أن القدرات الذاتية الدفاعية تحرك الموارد الداخلية والخارجية للبيئة العلائقية والاجتماعية والعاطفية للفرد المصدوم هذا ما يبين مرحلة إعادة النمو والازدهار التي بلغت نسبتها (11.36%) وصلت إليها هذه الأم بعد تعرضها لصدمة التخلف العقلي لابنها التي نجمت من تفاعل العوامل الفردية للجلد التي تتمتع بها الأم وكذا العوامل البيئية والعلائقية، ما أدى إلى قدرتها على رفع التحدي ومواجهة مشاكل إعاقة ابنها والتي بلغت بدورها نسبة (52.27%) ومحاولة مساعدته في الحصول على الاستقلالية والتفكير في مستقبله فهي

تسعى لكي يدخل إلى التكوين المهني لتعلم مهنة تساعده في المستقبل كما تقول أنها ستزوجه وتربي أبنائه، هذا ما يبين حالة التفاؤل التي تتمتع بها هذه الأم والتي بلغت نسبتها (25%) فبالرغم من محدودية قدراته إلا أنها لم تيأس من حالته وتسعى للوصول إلى هدفها، تظهر هذه القدرات الفردية كذلك في قوة العامل الديني الذي عبرت عنه في تقبل الإعاقة وحمد الله على ذلك، كما أنها اعتبرت أن عدم حصولها على أبناء آخرين حكمة من الله لكي تعي أكثر بحالة هذا المعاق، فالتمتع بالقيم الروحية ووجود معتقدات راسخة لدي الفرد يعكس القدرة على الجلد (ديسمي وآخرون، 2012، Desmet et al)، وكذلك دراسة (البسطامي، 2013) التي أكدت اعتماد الأمهات على العامل الديني لمواجهة ضغوط الإعاقة العقلية، كما أن هذه الأم استطاعت تحريك مواردها البيئية الأسرية خاصة زوجها وأخ هذا الطفل المعاق في مساعدتها على المواجهة ومساعدة ابنها المعاق حيث بلغت نسبتها (39.39%)، فحسبها يقوم الأب وأخ الطفل بإخراجه واصطحابه للعب والأفراح وغيرها وتتركه الأم معهم في حالة بعض الطوارئ، كما أنها قالت أن عائلة زوجها وعائلتها يحبونه ويقضي أوقات عندهم هذا القبول من طرف العائلة الموسعة والمساندة المقدمة من طرفهم والتي بلغت (51.51%) ساهمت كذلك في جلد الأم وقدرتها على المواجهة على تخطي الضغوط (منيب، 2010، ص 84)، وحسب (سليقمان، دار لينج، 2001، ص) تعتبر المساندة الاجتماعية كعامل وقائي يساعد على مواجهة ضغط التخلف العقلي للطفل وهكذا تكمن القوة التي تتمتع بها هذه الأم وتعكس القدرة على الجلد كما تظهر كذلك في علاقة التعلق الإيجابية مع هذا الطفل رغم تخلفه العقلي، كما تظهر في قدرتها على تحريك مواردها البيئية العلائقية وحصولها على مساندتهم المعنوية والمادية، وتظهر كذلك في التفاؤل والإعداد للمستقبل وذلك من خلال سعيها لإدخال ابنها للتكوين المهني للحصول على مهنة (صانع حلويات) وأكبر من ذلك فهي تشعر بأمل كبير في أنها ستزوج ابنها مستقبلا وتساعده في تربية أبنائه كما أنها تمكنت من إعداد أخيه وحثه على مساعدته مستقبلا وترى أن من واجب الدولة مساعدة هذه الفئة ماديا وبكل الوسائل .

ومن ما تقدم إظهاره عن حالة الجلد التي نسجتها هذه الأم بفضل تفاعل العوامل البيئية والعوامل الذاتية يمكن القول أن الفرضية التي تنص على أن المساندة الاجتماعية تلعب دور في بناء الجلد لدى أم الطفل المعاق قد تحققت كما أظهر التحليل الكيفي أهمية العوامل البيئية في تقوية العوامل الذاتية لدى الفرد وبناء الجلد لديه .

2-1-5- حالة رقم 05:(أم محمد رياض)

جدول رقم (28)شبكة ملاحظة أم محمد رياض:

المؤشرات	حالة الأم
المظهر والهندام	مرتب ونظيف
المزاج	جيد
الانفعالات	تحكم
المشاعر	ايجابية
التواصل	جيد
روح الدعابة	موجود
الإيماءات	تعكس حالة التقبل
القدرات المعرفية	جيدة

جدول رقم (29)شبكة ملاحظة الطفل محمد رياض:

المؤشرات	حالة الطفل
المظهر والهندام	مرتب ونظيف
اللغة	بعض اضطرابات النطق
السلوك	متكيف
التشوهات	لا توجد
الاستقلالية في الوظائف	توجد
النتائج المدرسية	إدماج مدرسي
الاضطرابات	لا توجد
ملاحظات أخرى	معاناة صحية

ملخص المقابلات :

أم محمد رياض تبلغ من العمر 45 سنة سيدة جميلة مهتمة بأناقته ذات مستوى ثانوي تعليمي مأكثة بالبيت تعيش مع زوجها بمسكن مستقل أسرتها مكونة من ثلاثة أطفال والابن المعاق هو الأخير أنجبته في عمر العشرون وأكثر، مصاب التريزوميا وكان اكتشاف هذه الإعاقة في الشهر الأول أي منذ الولادة وحسب هذه الأم قام الطبيب بإخبار الأب وهو بدوره أخبر الأم حيث قالت "راجلي مومن" وطبعا في البداية شعرت الأم بالصدمة عدة أشهر ثم تقبلت حالة ابنها، هذه الأم كانت أثناء المقابلات جد متزنة تجيب باهتمام، ذات تواصل جيد، تسعى للحصول على المعلومات، مهتمة كثيرا بحالة ابنها دائمة الزيارات للمركز، ذكرت هذه الأم أن أسرتها وخاصة زوجها هو السبب في تقبلها لهذه الإصابة وحتى أختي فقد قالت " زوجي قال لي بلاك هاذوا هوما اللي بلاك تلقاي فيهم الخير " وقد قالت الأم أنه فرحة المنزل،" ملي زاد رياض زاد الخير " وهي نادمة أنها صدمت في الأول، لكنها قالت أنا كنت' خايفة بزاف على حالته الصحية، وبالنسبة للأخ الأكبر الذي هو منخرط بالجيش قالت الأم عندما أذهب لزيارته يقول لها لماذا لم تحضري لي رياض وقالت عندما ما يدخلوا إلى البيت أي إخوته يسألون عليه، وتقول أنه نو مكانة مميزة في المنزل أبوه يشتري له كل شيء يريده، وكذلك الأم تقول، "تلبس الخمار لون قبعة رياض"، كما أن عائلتها وعائلة زوجها متقبلين لحالته ويحبونه كثيرا، قالت هو "مقبول ويحبوه بزاف"، وقالت هو مقبول فوق الحد، عمته وخالته كذلك متعلق بهما، وحتى زوج الخالة كذلك وقد صرحت الأم واهي تضحك أنه يملك سيارة صفراء واسمه هواري، قالت عندما يرى سيارة صفراء يقول هواري" حتى الجيران يحبوه وكذلك أصحاب أولادي وقالت عندما مرض أتو لزيارته ويخرج مع أخيه في نزعات، وترى أن عائلتها قامت بمساعدتها نفسيا .يذكروها بالله والشدة فيه وأنه عطاء من عند الله وأن أسرتها هي مصدر الأمن أي زوجها وأولادها .

أما بالنسبة لهذا الطفل فهي جد متعلقة به وفخورة بنموه فهو واثق من نفسه صرحت الأم " هو اللمقلش نتاع الدار" قالت هو الأول في كلش باباه اشرا لوالا كرطونة "Jus"، اجتماعي جدا ليس لديه سلوكيات غير متكيفة، مستقبل في أكله في لباسه وأحيانا تساعده الأم، لكن لديه مشاكل في النطق نظيف أنيق، وهي تسعى جاهدة لتطوير قدراته في النطق وتراجع الأرطفونية بالمركز البيداغوجي، وترى أن ابنها يملك قدرات فقد تم وضعه في قسم الإدماج، وكما أنا هذه الأم تسعى دائما لتطوير هذه القدرات قالت "تهدر معاه بزاف في الدار" دائمة البحث عن المعلومات فيما يخص هذه الحالات في الانترنت وعن طريق متابعة الحصص التلفزيونية وكذلك الأخصائيين الموجودين بالمركز كما أنها قامت بعقد علاقات مع أمهات أخريات لديهن أطفال معاقين وتتجاوز معهن حول أوضاع أطفالهن المعاقين وترى أنها وسعت علاقتها بفضل هذه التجربة، كما أنها أصبحت تثق بنفسها كثيرا ، وأكثر إنسانية حيث قالت " وليت نحس بها ذو الحالات بزاف صوالح تغيرت"، "نحس بالناس" أما فيما يخص دخوله للمركز البيداغوجي فاعتبرها مرحلة جد ايجابية، حيث لاحظت أن ابنها تحسنت حالته، كما أنه أصبح أكثر استقلالية، كما تستطيع قضاء مشاورتها وقد قالت "لقيت روعي" كما أن هذه الأم ترى أنها وباقي الأمهات يحتاجون إلى حصص لتعريفهم كيف يتعاملون مع أبنائهم المعاقين، وكذلك التكفل النفسي وهي راضية عن الخدمات المقدمة بالمركز البيداغوجي، وترى ان ابنها أصبح يدرس ووجد ذاته "لقا روي" أما فيما يخص المستقبل فقد ذكرت "أنا راني متهليا فيه، وموصية خوه الكبير عليه، وبوه يقلي نزوجوا الاولاد ونقعد أنا وياك ورياض" كما أنها فكرت في أنه يعمل مستقبلا مع أبيه في محله التجاري .

جدول رقم (30): التحليل الكمي للمقابلات أم محمد رياض :

النسبة	التكرارات	الفئات الفرعية	الفئات
21.21%	07	تجاوز الحدث الصدمي وتقبل الإعاقة العقلية (تقبل إدراك الواقع، إعطاء معنى، تفريغ، روحانية..)	العوامل الذاتية للجلد
48.48%	16	التكيف الإيجابي للإعاقة والقدرة على المواجهة (سيطرة على مشاكل الإعاقة، حل المشكلات، تعلم، طلب المساعدة..)	
06.06%	02	التفاؤل والعامل الديني	
24.24%	08	إعادة النمو والازدهار (تعلم المسؤولية، الإنجاز، إبداع..)	
49.52%	33	المجموع	
38.23%	13	المساندة الأسرية (الزوج وأخوه الطفل المعاق)	العوامل البيئية والعلائقية للجلد
20.58%	07	المساندة القادمة من العائلة الموسعة	
26.47%	09	المساندة المقدمة من مؤسسات المجتمع	
14.47%	05	الأصدقاء	
50.74%	34	المجموع	
100%	67	المجموع الكلي	

تحليل الكيفي: حالة (أم محمد رياض) :

أم رياض سيدة جد بشوشة أقبلت على المقابلات بكل اهتمام تجيب عن الأسئلة بكل ارتياح مهتمة بمظهرها، محمد رياض يشغل الرتبة الأخيرة، رغم أنها لم تتكر مرورها بالصدمة خلال الأشهر الأولى، إلا أنها قالت ندمت على ذلك، وأصبحت ترى أن هذا الطفل المصاب التريزوميا هو مصدر الخير في المنزل فلقد صرحت أنه مع ميلاده ازدادت خيارات المنزل وأنه هو مصدر الفرح والبهجة في المنزل هذا ما يؤكد تجاوز الأم لمرحلة الصدمة وإعطائها المعنى الإيجابي ما ساعد الأم على التكيف مع حالة إصابة ابنها فحسب (أنو، 2004، Anaut)، يمتلك الشخص الجلد قدرة على الخروج الناجح من التجربة الصدمية والجلد هو سيرورة دينامية تمكن الأفراد من إظهار تكيف سلوكي عندما يواجهون مواقف عصبية أو صادمة (لودر، سيثي، باكر، 2000، Luthar, Cichtte, Baker) في (حلاوة،

(2013)ومما يعكس مظاهر الجلد لدى هذه الأم هو تعافياها من الصدمة وإعطائها معنى إيجابي والاهتمام بذاتها وأناقته وتعلقها الإيجابي بهذا الطفل المعاق عقليا والتواصل الجيد ومشاعر الثقة كل هذه المؤشرات تدل على امتلاك هذه الأم قدرة على الجلد، لعبت المساندة الاجتماعية التي بلغت نسبتها (50.74%) دور كبير في تعافي هذه الأم من الصدمة وامتلاكها لهذه الثقة ورؤية لجوانب الإيجابية للحدث الصدمي، فالزوج الذي أخبرها بالخبر واعتبره مصدر للخير اذ بلغت نسبة (38.23%)، كذلك عائلة هذه الأم قدمت معنى إيجابي ساعدها في الإدراك الإيجابي للصدمة والتي بلغت نسبة (20.58%)، هذا ما يفسر التداخل الموجود بين العوامل الفردية والعوامل البيئية والعلائقية للجلد، هذا التكيف الجلود ظهر كذلك من امتلاك هذه الأم لقدرات على المواجهة فعالة حيث بلغت نسبتها (48.48%) تمثلت في سعيها لتطوير قدرات ابنها فهو يملك سلوكيات متكيفة كما أنه مستقل في لباسه وأكله وقد تم إدماجه القسم بالمدرسة العادية، كما أن هذه الأم في اتصال دائم بالمركز وبالمهنيين المتواجدين به، خاصة الأطفونية كي تطور قدرات ابنها على النطق السليم وكذا هي في بحث ومتابعة دائمة عن المعلومات من خلال أخصائي المركز وكذا من الحصص التلفزيونية التي تهتم بهذه الحالات أو من خلال تبادلها المعلومات مع الأمهات التي تلتقي بهن خلال زياراتها المتكررة للمركز هذا ما أكدته عدة دراسات حول مؤشرات المواجهة الإيجابية لمخاطر الإعاقة العقلية للطفل كدراسة (جبالي، 2012، البسطامي، 2013)، كما بينت ذلك دراسات أجنبية أن البحث على المساندة والقدرة على النهوض واستعادة التوازن يعتبر كمؤشر على الجلد (نان، 2014، Nann)، كما أن هذه الأم تعتمد على استراتيجيات مواجهة إيجابية تتمثل في طلب المساندة الأسرية من خلال إخوة الطفل المعاق عقليا فهي تحضر أولادها لمساعدة أخيهام مستقبلا وحمايته. وكذلك تفكر في أن يعمل مستقبلا مع أبيه في محله التجاري، ما يعكس قدرة هذه الأم على التخطيط، وحل المشكلات حيث بينت دراسات كثيرة أن الجلد لدى أسر الأطفال المعاقين عقليا يبني من خلال التماسك الأسري فلقد أكدت دراسة (زادر 2010، Zader) أن الكفاءات الوالدية يتم نقلها إلى إخوة الطفل

المعاق عقليا وبفضل المساندة الاجتماعية والعلاقات الأسرية حيث بلغت نسبتها (38.23%) ما يساعد على نسج سيرورة الجلد . كما يتبن جلد هذه الأم من خلال نسج روابط تعلق إيجابية مع الطفل المعاق فقد صرحت الأم أنه هو مصدر البهجة في المنزل وأنها ترتدي الخمار لون قبعة هذا الطفل كما أنها تصطحبه إلى جل الأماكن التي تذهب إليها هذا ما يعكس التحول الايجابي لأولياء الأطفال المعاقين، وتغيير صورة الذات، والتقبل العقلي والعاطفي النهائي لحالة الطفل كما ورد في (نورمان، جيرار، 2009، Normand, Giguere)، وكذلك من خلال مساعدة الطفل فهذه الأم تقوم بتنفيذ الإرشادات التي تقدمها الأطفونية لها بالمنزل لتحسين حالة النطق لابنها ومساعدته على التكيف واكتساب مهارات سلوكية وقد بلغت نسبة المساعدة المقدمة من مؤسسات المجتمع والممثلة خاصة بالمركز النفسي البيداغوجي نسبة (26.47%)، هذا ما تم ملاحظة على الطفل وما تم معرفته كذلك من طرف مهنيو المركز النفسي البيداغوجي خاصة المربين وما أكده (عريبات، 2011، ص 55-56) "أن هذا التحول يظهر من خلال نظرة الوالدين الإيجابية لهذا للطفل وتحمل المسؤوليات تجاهه".

كما يظهر الجلد لدى هذه الأم من خلال إعادة النمو والتفاؤل حيث بلغت نسبتها (24.24%) من خلال ربطها علاقات إيجابية مع أمهات أطفال معاقين من أجل تبادل التجارب وتطوير قدرات أبنائهن المعاقين عقليا وكذلك يظهر هذا النمو من خلال قول الأم أنها تغيرت وأصبحت أكثر إنسانية خاصة تجاه هذه الفئات من ذوي الاحتياجات الخاصة واعتبار هذه الفئة عطاء من الله ويجب العناية بهم، ما يعكس اكتساب القيم الإيجابية وروحانية ساعدتها على الجلد، كما أن هذه الأم تسعى إلى البحث عن المساندة الاجتماعية المعلوماتية والمتخصصة من المركز النفسي البيداغوجي، هذا ما أكدته دراسات عديدة حول حاجات أولياء المعاقين عقليا للمساندة المتخصصة حسب (سليقمان، دار لينج، 2001، ص 84)، وما أكده كل من (وايسيران، 1980، Waisbran) و(مارش 1983، Marsh) حول أهمية

الدعم الاجتماعي في تحسين المشاعر الايجابية للوالدين تجاه أبنائهم المعاقين والقدرة على المواجهة .

من خلال هذه المؤشرات يظهر أن هذه الأم تمتلك قدرات جلد ساعدتها على التكيف مع إعاقة ابنها وقدراتها على التطور والنمو والتقاؤل ونظرة مستقبلية ايجابية. بفضل المساندة الاجتماعية الأسرية خاصة الزوج وإخوة الطفل المعاق عقليا وكذلك العائلة الموسعة ومن خلال المساندة الاجتماعية الرسمية والتمثلة خاصة في مهنيو المركز النفسي البيداغوجي وغير رسمية المتمثلة في العوامل البيئية والعلائقية ساعدت هذه الأم علي رفع قدراتها ونسج سيرورة الجلد لديها ومنه يمكن القول أن الفرضية التي تقول ان المساندة الاجتماعية تلعب دور في بناء الجلد عند أم الطفل المعاق عقليا قد تحققت.

2-1-6 - حالة السادسة: أم عبد القادر

جدول رقم (31) شبكة ملاحظة أم عبد القادر:

المؤشرات	حالة الأم
المظهر والهندام	مقبول
المزاج	حزين
المشاعر	سلبية
التواصل	جيد
الانفعالات	غير متحكم بها
روح الدعابة	غير موجود
الإيماءات	تعكس حالة الرفض
القدرات المعرفية	مقبولة

جدول رقم (32) شبكة ملاحظة الطفل عبد القادر

المؤشرات	حالة الطفل
المظهر والهندام	مقبول
اللغة	ضعيفة
السلوك	غير متكيف
الاضطرابات	عدوانية
الاستقلالية في الوظائف	غير مكتسبة تماما
النتائج	لا يوجد اكتساب
التشوهات	لا توجد
أخرى	اضطراب الحركة

ملخص المقابلات :

أم عبد القادر عمرها 50 سنة بدون مستوى تعليمي مأكثة في البيت، تعيش مع زوجها العامل مستواه المعيشي ضعيف لديها حالتي إعاقة، والحالة رتبة السادس، لم يتم اكتشاف الإعاقة إلى بعد مرور أكثر من سنة، رغم أنه لم يتكلم إلا في العام الثالث، تأخر المشي مع معاناة صعوبات فيه، جيدة التواصل عاشت المقابلة باهتمام، بحيث أنها لم تتوقف عن ذرف الدموع أثناء المقابلات بملامح وجه حزين، وقد صرحت أن هذا الطفل مرغوب به وقد أنجبته وهي بعمر الأربعين ثم إدخال هذا الطفل إلى المدرسة مكثت بها أربع سنوات رغم شكاوي المدرسة المتواصلة حول عدم تجاوبه مع الدراسة فهو لا يتكلم ولا يستجيب للدراسة، حتى أن الأم قالت أنه لم يكن يريد الذهاب هناك وهي من كانت تأخذه وتأتي به منها، هذا الطفل لم يتقبل المدرسة والإدارة نصحت الأم بأخذه مصلحة الطب العقلي للأطفال لفحصه، وكذلك قالت أخذته إلا الأطفونيا أي أخصائية الكلام، بعدما قالت أنه تكلم في ثلاث سنوات، وبعد أن مكث في المدرسة أربع سنوات، أرسلت من طرفهم إلى المركز النفسي البيداغوجي بتيارت حيث تم إدخاله هناك، عاشت الأم هذه الفترة بيأس ومعاناة وقالت "ما طقتش نصبر" كي يرسلولي نتاع المدرسة" و"كي دخل للمركز"، وقد

أرجعت الأم هذه المشاكل إلى زوجها وقالت " راجلي نتاع الناس الكل " لأن زوجها حسب تصريحاتها هو السبب في مرض ابنها فقد قالت " ابني زاد نورمال بصح راجلي هو السبب " إذ أن زوجها حسب ما أدلت به لديه علاقات غير شرعية مع نساء أخريات، وبالتالي فإن " الدعاوي " أي أن هذا هو ثمن الخطيئة التي ارتكبتها حسب قولها، ورغم دخوله إلى المركز إلا أنها لم ترى أي تغيير على حالته وتقول " أنا راني متقلقة وكى نشوفوا نبكي وتقول كى يكبر واش كون بوه " وبين يعيش " فهي تريد أن يكون ابنها كباقي الناس وترى أن زوجها لا يقوم بواجباته لا يتكفل بمصاريف المنزل بشكل جيد وقالت " ما علابالوش بيه " وبتحصر وتقول إلى حد الآن لم أعمل له اختيار (EEG) أو الكشف عن حالته، وأبوه فقط عند ما كان يوصله إلى المركز يتذمر من ذلك وهذه الأم تنتظر لزوجها كإنسان بدون إحساس. كما أنها لا تنتظر بتقاؤل لابنها بعد دخوله للمركز ولم ترى أي تحسن على حالته وتقول أريد تعليمه لكنه لا يرغب " ابني معاسري ما ياخذش الراي "

ورغم أنها تقول أنا راني صابرة إلا أن حالتها لا تعكس ذلك فهي لم تتوقف عن البكاء بالمقابلة، وقالت " ما كاين حتى حاجة ايجابية ما بانلي والو " وباقي أفراد أسرتها من أولاد وبنات ذكرت هذه الأم أنهم يقدمون لها نوع من المساندة المعنوية ويذكروها بالتمسك بالله والإستسلام لقدره أما ابنها الكبير الذي يعمل أحيانا فقط لا يتكفل إلا بنفسه، لا يهتم بأخيه أو يخرج معه وأحيانا يضربه لكنها قالت يندم على ذلك .

أما فيما يخص تقبلها للحالة فقد قالت " ما عندي ما ندير كى نتقبل ولا ما نتقبلش،.. شاندير " .

أما فيما يخص عائلتها هي أو عائلة زوجها ذكرت هذه الام أنها لا تتلقى أي مساندة من أي كان وتقول بأن " كل واحد في داروا " ما عندي حتى واحد، أنا وحدي " لا يوجد من يساعدي، أما فيما يخص المركز فقد صرحت هذه الأم أنها أدخلته لأنها لم تجد حل غير ذلك بسبب رفض المدرسة بقاءه بها . وأنها الحد الآن غير متقبلة لذلك ، ورغم أن مظاهر إعاقته الواضحة ومكوته بالمدرسة أربع سنوات بدون أي تعلم إلا أنها ما زالت تريد

أن يرجع ابنها طبيعي، أما فيما يخص الصدقات والجيران، فهي تكاد تكون معزولة حسبها " ما عندي حتى واحد، كل واحد في داروا " هذه الأم رغم مشاكلها إلا أنها تعتمد على الدين وتدعو الله لشفاء ابنها وأن أبنائها يحاولون تقديم بعض الدعم المعنوي للام، يحاولون معه لتعليمه حتى البنت المتزوجة قالت لأمها آخذه معي إلى منزلي لكن هذا الطفل المعاق ذي 11 سنة رفض ذلك ، تأمل هذه الأم بأن يكون لابنها مستقبل زاهر وأن تكون له مهنة، كما أنها تأمل من الدولة أن تقدم المساعدة لهذه الفئات خاصة الذين ينتمون لعائلات فقيرة .

جدول رقم (33) التحليل الكمي لمخلص المقابلات (أم عبد القادر) :

النسبة	التكرارات	الفئات الفرعية	الفئات
54.05%	20	عدم تجاوز الحدث الصدمي وعدم تقبل التخلف العقلي) نقص تقبلاً بذكر الواقع، نقص التفريغ، نقص العامل الديني، حداد غير محلول..)	العوامل الذاتية للجدد
24.32%	09	عدم التكيف الإيجابي للإعاقة والقدرة على المواجهة(الشعور بالعجز عدم، القدرة على طلب المساعدة ، نقص الكفاءة ، عدم تعلم...)	
13.54%	05	نقص التفاؤل والعامل الديني	
08.10%	03	نقص النمو والازدهار (عزلة ،تجمد الأفكار، عدم نمو،..)	
57.81%	37	المجموع	
70.37%	19	نقص المساندة الأسرية (الزوج وأخوة الطفل المعاق)	العوامل البيئية والعلائقية للجدد
14.81%	04	نقص مساندة العائلة الموسعة	
11.11%	03	نقص المساندة المقدمة من مؤسسات المجتمع	
3.70%	01	نقص المساندة القادمة من الأصدقاء	
42.18%	27	المجموع	
100%	64	المجموع الكلي	

التحليل الكيفي (أم عبد القادر):

من خلال المقابلات التي جرت مع هذه الأم ومن خلال ملاحظتها عياديا هي والطفل المعاق يظهر أنها مازالت في حالة الصدمة ولم تتمكن من حل الحداد الناجم عن صدمة الإعاقة العقلية وفي حالة إنكار ولم تتمكن من حل الحداد الناجم عن صدمة الإعاقة العقلية لابنها فهي لم تتوقف عن ذرف الدموع خلال المقابلات وكما يبدو على وجهها ملامح الحزن والأسى، فرغم أن ابنها لديه إعاقة حادة حسب تشخيص المركز النفسي البيداغوجي لحالته إلا أنه بقي بالمدرسة العادية أربع سنوات، وكذلك تظهر هذه الإعاقة من خلال عدم اكتساب الاستقلالية في تلبية حاجاته، وعدم اكتسابه اللغة، وحسب ملاحظات المربين بالمركز والأخصائية النفسانية أنه يعاني من بعض السلوكيات الغير متكيفة، يظهر هذا الإنكار من خلال رفض الأم لتواجد ابنها في المركز النفسي البيداغوجي وتعيشها كنقص نرجسي وأن تواجهه بالمركز ما هو إلا حالة اضطرار وأنها ترغب في أن يصبح عادي ويزاول دراسته بالمدرسة العادية فمن خلال التحليل الكمي للمقابلات بلغت نسبة عدم التقبل وعدم القدرة على تجاوز الحدث الصدمي نسبة 54% ويقول (عريبات، 2011، ص 52) "أن بعض الأولياء يعيشون حالة إنكار لفترة طويلة" كما يبدو أن هذه الأم لم تتجاوز حالة الفوضى التي سببتها الإعاقة العقلية للطفل، بالرغم من أنها صرحت أن ابنها لم يكتسب المشي واللغة ورفض بقائه بالمدرسة وتواجهه بالمركز النفسي البيداغوجي كما تعيش حالة فقدان للأمل حيث بلغت نسبة اليأس وعدم التفاؤل 13.51% وعدم التكيف 24.32% هذا ما يبين أن ميكنزمات الدفاع غير كافية لحماية الأم من هذا الضياع، والخجل والحزن من حالة الإعاقة العقلية لابنها (بولي، 1980، BowLby)، كما أن مشاعر السخط التي تعاني منها هذه الأم تتجلى في إرجاع بسبب الإعاقة العقلية التي أصابت ابنها إلى الأب، الذي تعتبره غير مسؤول وغير مهتم بشؤون الأسرة وأنه أناني لا يشعر بهومها ولا يقدم الرعاية الكافية لابنها كما أن هذه الحالة هي عقاب لإلهمي على الخطيئة حسب تصريحها أنه يعاشر النساء بشكل غير شرعي، كما أدلت كذلك أن هذا الطفل لم يكن مرغوب به هذا ما يعكس حسب

(نورمان، جيرار، 2009، Normand, Giguere)، حالة الفوضى التي يعيشها هذه الأم، وكذلك شعورها بالذنب فهي ترى أنه لم يحظى بالعلاج الكافي ولم يتم عمل (EEG) له بسبب نقص الموارد المالية وعدم اهتمام بالأب به اللوم، ومشاعر الذنب، والنظر للإعاقة على أنها عقاب إلهي حسب (عربيات، 2011، ص 53، بطرس، 2007، ص 160) هي من مظاهر عدم التكيف مع الصدمة ويؤكد ذلك (وادي، 2008، ص 303) أن هذا الشعور بالذنب يترجم في اللوم وعدم تحمل المسؤولية تجاه إعاقة الابن، هذا ما يسبب ضغوط شديدة يعيشها الأولياء خاصة الأمهات وما تؤكد دراسات عديدة كدراسة (جبالي، 2012) أن أمهات الأطفال المعاقين يعانون من ضغوط مرتفعة جراء إعاقة أبنائهم كذلك دراسة (المحسن، 2014) التي توصلت إلى أن أمهات الأطفال المعاقين بالسعودية تعاني من ضغوط مرتفعة تمثلت في الأعراض الانفعالية، ثم المشكلات المادية. كما كشفت دراسة علي فرح (2014) أن الضغوط النفسية لأمهات المعاقين عقليا ترتفع بارتفاع درجة الإعاقة العقلية وضعف الحالة الاقتصادية .

يظهر على هذه الأم كذلك عدم التكيف والقدرة على المواجهة والتي بلغت نسبتها (24.32%) فهي تقول أنها ترغب في مساعدته في البيت وتعليمه إلا أنه يرفض ذلك، كما أنها لم تستطيع الحصول على هذه المساعدة من طرف أخوته خاصة أخوه الكبير التي تقول أنه لا يهتم به وأحيانا يضربه كما أنه لا يقدم مساعدة مادية .

رغم أنه يعمل أحيانا فقد بلغت نسبة نقص المساندة الأسرية (70.37%) هذا ما أكدته دراسات متعددة كدراسة (بخش 2002) التي توصلت إلى وجود علاقة الارتباطية بين ارتفاع مستوى الضغوط لدى أمهات الأطفال المعاقين عقليا والاحتياجات ونقص المساندة الاجتماعية . كذلك دراسات أجنبية كدراسة (جوبارد، 2012، Guyard). التي بنيت أن نقص الموارد المالية ونمط التوظيف الأسري يؤدي إلى الشعور بالمعاناة والإحباط لدى أولياء الأطفال المعاقين كذلك دراسة (ايدلمان، 2008، Eideliman) بفرنسا أن أمهات الأطفال

المتخلفين عقليا يعانون من الشعور بالنقص وأن لهذه الإعاقة أثر سلبي على المستوى النفسي والاجتماعي .

كما يظهر أن هذه الحالة التي تعيشها الأم هي ناجمة عن نقص المساندة الأسرية والمساندة العائلية وكذا مساندة الجيران والصدقات، فهذه الأم تشعر بالعزلة وعدم قدرتها على المواجهة هذا ما توصلت إليه دراسة (بلشا، 2005، Pelchat et al) من خلال متابعة عدة دراسات حول أمهات وآباء الأطفال المعاقين أنهم يعيشون صدمة ويعانون ضغوط شديدة، وعدم الأمن، والخوف على مستقبل الطفل والحاجة للمساندة الاجتماعية وإعادة تنظيم الأدوار في الأسرة، كما أن نقص المستوى التعليمي لهذه الأم، وكذلك وجود حالة إعاقة أخرى بالأسرة تعتبر من العوامل التي تؤدي إلى إضعاف الكفاءات الوالدية وعدم القدرة على النمو والتطور، وعدم الاستثمار في علاقات اجتماعية وعدم القدرة على نسج علاقة تعاونية مع المركز النفسي البيداغوجي للتمكن من مساعدة الطفل وتطوير قدراته، فحسب (وادي 2007، ص 305) هذا النوع من الأولياء يصاب بالإحباط ، كما أن الإعاقة الحادة التي يعاني منها الطفل تزيد من الضغوط، فحسب (عوني، 2008، ص 76) نوع الإعاقة وشدتها له تأثير مختلف الوقع من تأثير الإعاقة العقلية البسيطة وكذلك المستوى المعيشي الوظيفي للوالدين، والإمكانيات المالية لهم (الخطيب، 1988، ص 272) (القيروتي، 2009) كذلك نقص الدعم الاجتماعي .

ومن خلال نقص الميكانيزمات الدفاعية لهذه الأم، وعدم القدرة على المواجهة الفعالة وعدم إعطاء معنى ايجابي لها واعتبارها كعقاب إلهي ، كذلك نقص الموارد المادية والمساندة العاطفية ونقص مصادر المساندة المختلفة وعدم القدرة على طلبها من المركز البيداغوجي أحيانا، كلها عوامل خطر تفاعلت تسببت في إضعاف قدرة هذه الأم على الجلد ما يعكس عدم تمكن الأم من تجاوز الصدمات وإعادة النمو والتطور وبالتالي يمكن القول أن الفرضية التي تنص على أن المساندة الاجتماعية تلعب دور في بناء الجلد لدى أم الطفل المعاق تحققت وأن هذه الأم ليس لديها قدرة على الجلد.

2-1-7- الحالة السابعة : حالة أم جمال

جدول رقم (34) شبكة ملاحظة أم جمال:

المؤشرات	حالة الأم
المظهر والهندام	مرتب ونظيف
المزاج	تزين
التواصل	جيد
الانفعالات	عدم تحكم
المشاعر	سلبية
الإيماءات	تعكس حالة رفض الإعاقة
لقدرات المعرفية	مقبولة
روح الدعابة	لا توجد

جدول رقم (35) شبكة ملاحظة الطفل جمال:

المؤشرات	حالة الطفل
المظهر والهندام	مقبول
اللغة	لم تكتسب بعد
السلوك	متكيف
الاضطرابات	لا توجد
التشوهات	لا توجد
النتائج	لم يدمج بعد
الاستقلالية في الوظائف	لم تكتسب بعد
أخرى	أمراض عضوية

ملخص المقابلات:

أم جمال هي أم لطفل مصاب التريزوميا، عمرها (42) سنة مستواها التعليمي ابتدائي، تعيش مع زوجها أسرتها ذات مستوى اقتصادي ضعيف، ليس لديه عمل مستقر فهو بناء أحيانا يعمل وأحيانا لا، رتبة هذا الطفل هو الأخير بما أن الطفل مصاب التريزوميا ففي معظم الأحيان يتم اكتشاف هذه الحالات في الشهر الأول، تبدو على هذه الأم ملامح القلق، خاصة وأن هذا الطفل حالته الصحية صعبة فهو مصاب بمرض القلب والربو، الغدة

الدرقية كما أدلت به الأم «كان يمرض بزاف»، تم إخبار هذه الأم من طرف الطبيب فالأم لم تكن تعرف هذه الحالات فقد قالت: «كنت نسمع عليهم، ماكانوش في بالي»، عاشت هذه الأم صدمة كبيرة وعندما اخبروها بحالته أصيبت بنسبة هبوط في السكر والضغط الدموي وتقول: «لضروك راني نتقلق» ولا تريد التكلم عنه ورغم ذلك تقول "راني متقبلة لحكم الله"، لكن نظرة الآخرين هي التي لا أحتملها وتقول لأخرج حتى لا يرونه ولا يسألوني عنه وتعتقد أنهم يضحكون عليه وتقول أن عائلتها يسألونها من أين أتى وأنه سابقة في العائلة ولا يوجد آخر مثله وبالتالي تشعر هذه الأم بحرج كبير نتيجة ذلك ولذلك تقول «أنا ما نحبش نخرج باش ما يسقسونيش عليه» وترتاح عندما ما تقعد فقط في المنزل، ومع ذلك فهي تقول هناك أناس آخرين يقولون لها اهتمي به

حتى زوجها في بداية الأمر تقول أنه بقي مصدوم حوالي شهر ومن بعدها تذكر وقال أن هذا أمر الله وتقبل حالته، هذه الأم تلقت مساعدات من طرف عائلتها من خلال الدعم المعنوي وخاصة بإرجاع الأمر إلى العامل الديني، لكنها أحست بارتياح أكبر عندما أتت إلى جمعية الوفاء، حيث تلقت دعم من طرف الأخصائيين الموجودين بها، ومن خلال رؤيتها لحالات إعاقاة أكثر من حالة ابنها وتقول ارتاح، وخاصة عندما سمعت لتجارب أخريات وان كذلك متقبلة له لكن أخاف من المستقبل والآخرين يضحكون عليه وأحيانا تشعر بالقلق وتقول أصبحت عصبية وأخاف من المجتمع، وتشعر بانشطار في نظرة الآخرين هناك من لديهم فهم وآخرين العكس وكما صرحت حتى أن البعض منهم لديهم مستوى تعليمي جامعي ومع ذلك يضحكون على هذه الحالات «وهذا إلي يضرك» ورغم اعترافها بأن هذا قدر وأنهم مصدر أجر وطريق إلى الجنة إلا أن تأثرها بأراء الآخرين لا يساعدها على التقبل وتقول «هاذوك يجهلوك» إلى درجة أنها أصبحت توسوس وتقول الشارع يشعر بالعار ناحية هذه الحالات ومن جهة أخرى أصبحت هذه الأم تهتم بهذه الفئة وتستفسر من المهنيين العاملين بالجمعية وتسمع لتجارب الأخريات وحتى الحصص التلفزيونية بخصوصهم.

وترى أنه مقبول بعائلتها وعائلة زوجها لكنها تقول هذا ما يببداوا لكن يعلم الله ما هو سرهم, والزوج كذلك يخرجها أحيانا معه وحتى إخوانه لكن لا تعتمد عليهم وأنها هي فقط التي تأتي به إلى الجمعية وزوجها لا يقوم بذلك رغم أنها تقطن خارج المدينة والجمعية مقرها بالمدينة وعندما تكون مريضة لا تحضره إلى الجمعية.

أما فيما يخص المستقبل تقول هذه الأم أنا على قيد الحياة أهتم لحالته إلا اذا لم استطع ذلك، أما فيما يخص طلبها المساعدة أو أي استراتيجيات مستقبلية فنقول أنها لا تملك أي استراتيجيات، وهي مرتاحة تجاه المساعدة المقدمة من طرف الجمعية، أما فيما يخص المراكز البيداغوجية فهي تقول أنا لا أعرفهم ولا يسمح لي زوجي بذلك وهو بدوره لا يسأل، تتلقى مساعدة من طرف عائلة زوجها لمتابعة حالته الصحية خاصة المساعدات المادية لسبب حالة الفقر التي يعانون منها وأحيانا أخويها كذلك تقديم بعض المساعدات المادية , رغم مستواها التعليمي المتدني تسعى هذه الأم إلى تعليمه الكلام، المشي، كما ذكرت أنها تتلقى أحيانا مساعدات مادية من طرف الجمعية ولا تشعر بالرضا تجاه الخدمات المقدمة لها وتقول راني طامعة في الله فقط أن يساعدني، كما ترى أن هذه التجربة جعلتها تتعرف على الأخصائيين النفسانيين وتحس بالمرضى، كما أنها أصبحت أقل قدرة على التحمل خاصة نظرة الآخرين للمعاقين التي لا تطاق.

جدول رقم (36) التحليل الكمي للمقابلة (أم جمال)

النسب	التكرار	الفئات الفرعية	الفئات
70%	28	عدم تقبل الإعاقة والبقاء في صدمة (نقص تقبل إدراك الواقع, عدم إعطاء معنى ايجابي للإعاقة, نقص التفريغ, الخجل..)	العوامل الذاتية لعدم الجدل
25%	10	عدم التكيف ونقص المواجهة (عدم السيطرة على مشاكل الإعاقة, نقص الكفاءة, عدم تعلم, نقص طلب المساعدة..)	
2.5%	01	نقص التفاؤل والعامل الديني	
2.5%	01	عدم القدرة على تطوير قدرات النمو (عزلة, تجرد الأفكار, عدم نمو, سوماتية..)	
86.95%	40	المجموع	
66.66%	04	نقص المساندة الأسرية	العوامل البيئية والعلائقية للجدل
33.33%	02	نقص مساندة العائلة الموسعة	
00%	00	نقص المساندة من طرف مؤسسات المجتمع	
00%	00	انقص مساندة الأصدقاء	
13.04%	06	المجموع	
100%	46	المجموع الكلي	

التحليل الكيفي (أم جمال):

من خلال الملاحظة العيادية والمقابلات لاحظت الباحثة على هذه السيدة حالة الحزن والأسى وعدم التقبل حالة ابنها المصاب التريزوميا والشعور بالخجل من حالة ابنها الذي أنجبته وهي في سن الأربعين وبما أنه من حالات التريزوميا فلقد تم اكتشاف حالته في الشهر الأول من ميلاده، كما لوحظ على هذه الأم الشعور بالقلق هذا ما يعكس عدم تجاوز صدمة الإعاقة العقلية لدى هذه الأم فلقد بلغت نسبة عدم تقبل الإعاقة وعدم تجاوز الصدمة نسبة (70%)، وما عمق الإحساس بالصدمة لدى هذه الأم هو إصابة هذا الطفل بعدة أمراض كمرض القلب والربو والغدة الدرقية، ومن خلال ما أدلت به أنها لم تكن تعرف هذه الحالات وأن ابنها هو أول حالة في العائلة، حيث تسببت هذه الصدمة في إصابتها

بهبوط في السكر وارتفاع في ضغط الدم وتقول أنها لا زالت إلى يومنا هذا تشعر بالقلق ورغم ذلك تقول أنها متقبلة لحكم الله فحسب (هدى ماهر، 2008، ص 61) (الشعراني، 2006، ص 243)، من خلال الإطالة على الأدب النفسي لتأثير إعاقه الطفل على الأسرة فان هذه الحالة تولد مجموعة من ردود الأفعال كالصدمة، المخاوف، النبذ... الخ كما يرى كل من (رانجلي، 1989، P73، Ringlier) (وادي، 2007، ص 33) (ليستان P249، 1986، Lustin) أن العيوب والعاهات تحدث اضطرابات خطيرة في الاقتصاد النفسي المتوازن للوالدين، وتؤدي الصدمة إلى جرح نرجسي للام، وأن التقمص أمام الإعاقة هو أحيانا مستحيل، فقدان المعالم، فشل في القدرات الوالدية، فهذا الغريب يخلق كسر في العائلة، هذا تماما ما شعرت به هذه الأم فلقد قالت هو أول تجربة في العائلة وأنها تكن تعرف هذه الحالات كما أكدت (Korff-sausse, 1995, P43) " ان الإعاقة إلى تؤدي ردود فعل تتمثل في العدوانية، الجسدية"، هذا ما عانت منه هذه الأم فهي تقول أنها أصيبت بهبوط في حالة السكر وارتفاع في الضغط الدموي ما يعكس حالة الصدمة الشديدة التي تعرضت لها هذه الأم، كما أدي بها إلى دفاعات مرضية كتجزئة الأنا والانشطار حيث شعرت بالخجل ورفض الإعاقة من جهة ومن جهة أخرى تقول أن هذا هو حكم الله، فهذه الحالة التي تعيشها الأم تعكس عدم قدرتها على الجلد وبالتالي ينجم عنه عدم القدرة على تبنى دفاعات أكثر نضجا كالنشاط والتعقيل لتقبل حالة الطفل والتكيف معها وبالتالي تنمية قدراتها وبناء روابط تتعلق إيجابية معه وعدم الخجل من حالته والعزلة، هذا ما أكدته دراسات متعددة حول معاشة أولياء الأطفال المعاقين للصدمة وتعرضهم لأمراض سيكوسوماتية وكذلك العزلة الاجتماعية والشعور بالخجل كدراسة (جبالي، 2012) ودراسة (المحسن، 2014). التي ترى أن أمهات الأطفال المعاقين يعانون من ضغوط مرتفعة وتأتي في المرتبة الأولى الأعراض الانفعالية ثم المشكلات المادية، كذلك دراسة (على فرح، 2014)، ودراسة (بخش، 2002) التي توصلت فيها الباحثة إلى أن أمهات الأطفال المعاقين عقليا تعانين من ضغوط مرتفعة ولديهن احتياجات للمساندة الاجتماعية بمختلف مصادرها . وما زاد حالة القلق لدى هذه الأم

وتعرضها لأمراض سيكوسوماتية هو الوضع الاقتصادي للأسرة فالزوج لا يملك عمل مستقر فهو أحيانا يبقى بدون عمل، كما أن ابنها المعاق بالإضافة إلى تخلفه العقلي يعاني من أمراض القلب والربو ما يتطلب مصاريف أكبر لرعايته لا تستطيع هذه الأم توفيرها، وكما تحدث عن ذلك عدة باحثين في مجال أسر المعاقين أن بعض المتغيرات تلعب دور في زيادة الضغط لدى أسر المعاقين عقليا كبطالة الوالدين، ارتفاع التكاليف المادية التي يحتاجها الطفل المعاق (الخطيب، 1998، ص 272)، (القيروتي، 2009) (عوني، 2008، ص 78) وما جاءت به كذلك دراسات أجنبية عديدة كدراسة (جوبارد، 2012، Guyard، ابدلميان، 2007 Eideliman، بلشا وآخرون، 2005 Pelchat et al) كل هذه الدراسات أثبتت الآثار الانفعالية كالصدمة والضيق النفسي وكذلك مشاعر، النقص، والشعور بالخجل ... وغيرها من المشاعر السلبية التي تعاني منها الأمهات التي لديهن طفل معاق عقليا وأنهن بحاجة إلى المساعدة لتخطي الأزمة والوصول إلى مرحلة إعادة التنظيم بآليات دفاعية أكثر نضجا، هذا ما أدى إلى عدم قدرتها على المواجهة الفعالة كما أن هذه الأم بدون مستوى تعليمي كذلك الزوج ما يعني عدم قدرتها على البحث عن المعلومات التي تساعدها على فهم حالة ابنها وكذلك على طلب المساندة، إذ أن المساندة حسب دراسات عديدة هي أفضل ضمانات لأحسن ردود أفعال كدراسة (محمد الشراح، 2007) (قرايش، 2006، عبود، 2003)، فمن خلال التحليل الكمي للمقابلات نلاحظ أن نقص المساندة الأسرية والتي بلغت نسبتها (66.66%) وكذلك نقص مساندة العائلة الموسعة بنسبة (33.33%)، إما المؤسسات الاجتماعية الأخرى فهذه الأم لم تتلقى أي مساندة من طرف أي جهة رسمية وحتى أن عمر هذا الطفل عامين لم يسمح بتسجيلها في المراكز النفسية البيداغوجية ما عمق شعور الأم بالضغط وعدم القدرة على المواجهة الفعالة، إذ تشير دراسات عديدة كدراسة (كريستال ورويار، 1995، Gristel,Royers) ريوم وآخرون (2008، Réaume et al) (هازل وماكدونالد، 2005، Hassal Mc, Demald)، إلى ضرورة تقديم المساندة الاجتماعية لهذه الأمهات بكافة أنواعها ومن مختلف المصادر الرسمية وغير

رسمية من أجل تمكنهن من تحسين مدركاتهن حول إعاقاة الطفل والقدرة على التغلب على الضغوط وتجاوز الصدمة والتمكن من المواجهة وإعادة تنظيم الدفاعات النفسية الأكثر نضجا، فقدان المساندة أو نقصها بالنسبة لهذه الأم بالإضافة إلى العوامل الذاتية التي تتميز بها هذه الأم كتدني المستوى التعليمي وكذلك نقص التفاؤل، عدم امتلاكها لاستراتيجيات مواجهة فعالة (25%) لم يمكنها من تبني دفاعات أكثر تطورا ، كالتعقيل، الإبداع والتمكن من إعادة توحيد الأنا والقدرة على المواجهة، هذا ما يعني عدم تمكن هذه الأم من نسج سيرورة الجلد، فالجلد حسب العديد من المقاربات السيكو دينامية، المعرفية النسقية ينتج عن تفاعل بين العوامل الذاتية للفرد والعوامل المحيطة بالعلائقية المساعدة، اذا لا يمكن التكلم عن الجلد دون مواجهة لمواقف صادمة وظروف ضاغطة خاصة حسب المقاربة السيكودينامية، وهو كذلك مواصلة النمو والتطور هذا ما لم تتمتع به هذه الأم، ما يعني عدم تمكن الأم من التكيف والقدرة على الجلد

ومما تقدم توضيحه يمكن القول أن هذه الأم لم تتمكن من نسج سيرورة الجلد لديها بسبب نقص المساندة الاجتماعية وكذلك بسبب ضعف القدرات الذاتية لديها ما يعني تحقق الفرضية التي تنص على أن المساندة الاجتماعية تلعب دور في بناء الجلد لدى أم الطفل المعاق عقليا.

2-1-8 - الحالة الثامنة: حالة أم محمد

جدول رقم (37) يمثل شبكة ملاحظة أم محمد

المؤشرات	حالة الأم
المظهر والهندام	مقبول
المزاج	حزين
التواصل	مقبول
المشاعر	سلبية
الانفعالات	عدم تحكم
الإيماءات	تعكس الحزن
لقدرات المعرفية	ضعيفة
روح الدعابة	لا توجد

جدول رقم (38) شبكة ملاحظة الطفل محمد

المؤشرات	حالة الطفل
المظهر والهندام	مقبول
اللغة	موجودة
السلوك	متكيف
الاضطرابات	غير موجودة
الاستقلالية في الوظائف	موجودة
التشوهات	غير موجودة
النتائج	ضعيفة
أخرى	لا توجد

ملخص المقابلات :

أم محمد هي امرأة بدون مستوى تعليمي عمرها (45) سنة مطلقة تعيش أحيانا بالريف مع أمها وأحيانا أخرى بمدينة تيارت بالقرب من أولادها الذين لم تتحصل على حضانتهم بعد طلاقها مأكثة بالبيت تعتمد فقط بعض المعونات المادية القليلة التي تتحصل عليها أحيانا من أمها وأخوها ولا زالت إلى يومنا هذا تتابع طليقها قضائيا للحصول على حضانة أطفالها تلتقي بابنها المعاق فقط بالمركز البيداغوجي المسجل به حاليا الذي أنجبته

وهي في سن الثلاثين من عمرها حيث كانت لم تطلق بعد، وقد صرحت هذه الأم أنه أصيب بالحمى وعمره ثلاث أشهر تم إدخاله المستشفى عدة مرات على اثر هذه الحالة .

حسب هذه الأم فإن عوارض الإعاقة ظهرت مبكرا فهو لم يمشي في الوقت وكذلك الكلام حتى 04 سنوات وأكثر لكن مع ذلك لم تتعرف الأم على هذه الإعاقة إلى بعد دخوله المدرسة، حيث اكتشفت حالته هناك من طرف المعلمة التي أرسلت لأبيه وقالت له أنه لا يتعلم « ما هوش كي الذراري» ومن ثم تم أخذه إلى للطبيب حتى الطبيب قال لهم أنه طبيعي وبعد تم أخذه ال مصلحة الطب العقلي للأطفال بمستشفى الأمراض العقلية بتيارت ثم رفض من طرف المؤسسة نظرا لسلوكاته الغير متكيفة وحينها وجه إلى المركز البيداغوجي وبعد تشخيص حالته من طرف المهنيين المتواجدين بالمركز أخبرت الأم أن لديه إعاقة عقلية، لكن الأم تقول إلي ما يكسرش، مايزعفش، بصح برا يتبع الناس»

ومن هذه الفترة قالت الأم أصبحت أتابعه ولأتركه مع أطفال آخرين، واخذ نصائح من طرف الأخصائية النفسانية بالمركز وأصبحت أسبوعيا آتي للمركز لتعلم النصائح، والسؤال عن حالته، رغم أن هذا الابن المعاق يتمتع باستقلالية في لباسه، أكله، نظافته إلا أنه حسب أمه «الفهامة ماكانش، ما يعرفش يرد الصرف» عاشت الأم هذه الحالة بقلق كبير وقالت "أنا ربي أعطاني واحد وجاني مريض»، « شا درت»، «وضروك راني نخم عليه" وقالت لو كان طبيعي هو من يكون سندي في المستقبل وأستطيع أن أعيش معه بمنزل مستقل عن أهلها وهو يعمل ويصرف عني، حيث لا يمكن اعتمادها على أخيها طوال حياتها وحتى الأم كبيرة بالسن ومريضة وهي لا تملك أي مستوى يؤهلها لوظيفة ما. فقد قال « أنا ما عندي والوا، عندي غير ربي، ضرك ما كانش إلي يدنق للأخر أنما نحس روحي وحدي»، وحتى هذا الأخ الذي تردد عليه حاليا هو ذو مستوى اقتصادي فقير، ترفض هذه الأم الإعاقة وتقول: « مانيش متقبلة حالتو الناقصة، لو كان جا ولدي مسقم»، وكذلك تأسفت الأم لأن الأب يتركهم بدون أي رعاية وخاصة في غيابها وتقول عندما اراهم أجدهم مهملين بدون نظافة، فقط المركز يقدم لهم الخدمات ويعتنون به وهي دائمة التفكير في حالته، وتقول:

"كيفاش تكون حالتو من بعد" لكن هذه الأم تقول نرجع نتفكر ربي وأقول: "ربي يفرج" وفي نفس الوقت تقول: « ربي اغبني » ولا يوجد من يساعدني، تشعر هذه الأم بعدم الرضا والعجز، وهي غير متفائلة تقول:

"ماضنيش لكان رايح يتعلم"، أنا لا استطيع فعل أي شيء تجاهه انتظر الدولة فقط وما ستقدم لهم "راني غي نستتي"، ترى أنها في طريق مسدود بدون أي حل: "ماراني نشوف في حتى حل". تشعر باليأس وتقول هذا الأب لا يسأل عن حالته "ماهوش شايفو"، وأرادت أن يقوم الأب بعمل ملف المنحة له، حتى أنها لا تثق في الدولة وتقول: "واش رايحة ديرلهم الدولة"، وبالنسبة لإخوتها تقول أنهم يعرفون حالتها لكنهم لا يقدمون أي مساعدة.

تعتبر هذه التجربة مصدر لإنقاص القيمة، وترى أن همومها ازدادت بسبب حالة ابنها، وأنها لا تتحكم بحياتها حيث تقول: « أنا حياتي ضاعت »، ليس لدي احد "ماعنديش لي يخمم عليا"، تقول لا يوجد من يرافقني، عائلتها تشعر أنهم هم كذلك بدورهم امكانياتهم محدودة وغير قادرين على تقديم المساعدة حسب تصريحات هذه الأم لا يوجد أي أمل « ماكان حتى حية مليحة »، عاشت هذه الأم المقابلات ويبدو عليها الحزن والحيرة ولم تتمكن أحيانا من التحكم في حالتها الانفعالية وبالرغم من ذلك فهي عاشت تجربة تفريغ انفعالي.

جدول رقم (39) التحليل الكمي لمخلص المقابلات (أم محمد):

النسب	التكرار	الفئات الفرعية	الفئات
40.90%	18	عدم تقبل الإعاقة والبقاء في صدمة (عدم تقبل الإدراك للحدث ، بأس...)	العوامل الذاتية لعدم الجاد
29.54%	13	عدم التكيف ونقص المواجهة (عدم السيطرة على مشاكل الإعاقة ،نقص طلب المساعدة ،نقص الكفاءة،...)	
20.54%	09	نقص التفاؤل والعامل الديني	
9.09%	04	عدم النمو وتطوير القدرات (تجمد الأفكار وعدم تطوير الذات ،عزلة ...)	
81.48%	44	المجموع	
20%	02	نقص المساندة الأسرية	العوامل البيئية والعلائقية للجاد
60%	06	نقص المساندة العائلية (العائلة الموسعة)	
20%	02	نقص مساندة المؤسسات الاجتماعية	
00	00	نقص مساندة الأصدقاء	
18.51%	10	المجموع	
100%	54	المجموع الكلي	

التحليل الكيفي (أم محمد) :

أم محمد هي سيدة مطلقة بدون مستوى تعليمي بطالة ليس لديها سكن خاص تعيش على بعض المعونات المادية البسيطة التي تقدمها لها أمها المقعدة أو أخيها ،بعد طلاقها ذهبت إلى العيش مع أمها بالريف بعيدا عن أولادها الذين لم تتحصل على حضانتهم وأحيانا تقطن مدة من الزمن عند أخيها،كما أن زوجها لم يعد الزواج بعد وهي تلتي بأبنائها خلسة على زوجها وكانت تذرف الدموع عندما تتكلم عن الحالة المزرية التي تجدهم بها، أما ابنها المعاق عقليا تزوره بالمركز النفسي البيداغوجي حيث تجد تعاطف من العاملين بالمركز، رغم أن هذه الأم تقول أن ابنها لم يمشي مبكرا ولم يتكلم إلا بعد اربع سنوات وبعد دخوله المدرسة التي لم يحرز بها أي نتائج ، تم توجيهه إلى المركز النفسي البيداغوجي .وبعد

تشخيص حالته تم إخبار هذه الأم بحالة التخلف العقلي من طرف مهنيو المركز النفسي البيداغوجي على إثرها عاشت هذه الأم حالة الصدمة والإنكار حيث يبين التحليل الكمي للمقابلات أن نسبة عدم تقبل التخلف العقلي وعدم القدرة على تجاوز الصدمة بلغ (40.90%) فهي تعيش مشاعر متناقضة حول حالة ابنها فهو لا يمتلك أي علامات تظهر هذه الإعاقة لا يعاني من أي تشوهات خارجية، وفي نفس الوقت عدم قدرته على حماية ذاته خارج المنزل أو السلوك كطفل ناضج، هذا ما يعكس حالة الرفض والانشطار وعدم التكيف مع حالته وكذلك القلق الشديد والبحث عن سبب هذه الإعاقة العقلية كما تعتبرها عقوبة من عند الله، فحسب (Monbourquette 1983/2008) تنطلق مجموع من ميكنزمات الدفاع الغير كافية لحماية الفرد من هذا الضياع، الحزن والأسى، الغضب والاعتراض، وعدم القدرة والذنب (نورمان جيرار، 2009، Normand,Giguere) ، ويعتقد بعض الوالدين أن إعاقة الطفل هي عقاب إلهي (عريبات، 2011، ص 53-54)، وهذا يظهر من خلال تصريح إلام "أنا شادرت"، هذا ما يظهر المشاعر السلبية والمحطمة للتوازن النفسي (Normand, Giguere,2009) وما عمق من ضعف القدرة على التكيف ونقص القدرة على المواجهة حيث بلغت نسبتها (29.54%) هو الحالة الاجتماعية والاقتصادية التي تعيشها هذه الأم، الطلاق، الفقر، البطالة، عدم امتلاك سكن، نقص المساندة الأسرية، عدم حضانة أبنائها , حيث يرى الكثير من الباحثين أن بعض العوامل المتعلقة بالظروف الاجتماعية خاصة الطلاق ترفع من ضغوط الإعاقة ويضعف القدرة على المواجهة، فحسب (قنطار،1992، ص 165) الأمهات التي تعيش وحيدات تكن أقل قدرة على المواجهة لمشكلات الإعاقة العقلية التي يعاني منها الطفل، وتريد الضغوط والأعباء نتيجة الانفصال وعدم وجود المساندة الأسرية (بوشيل، وايدنمان، 2004، ص 56-57). فهذه الأم تشعر بالحزن والأسى الكبير فهي بحد ذاتها تبحث عن من تستند عليه كما أن هذا الابن المعاق يبلغ من العمر 17 سنة حسبها لو لم يكن يعاني من الإعاقة العقلية سيكون هو هذا السند

الذي تبحث عنه هذه الأم المحطمة حيث قالت " لو كان جا ما هوش مريض نعيش معاه وندير معاه الدار ونعتمد عليه " .

مما عمق الشعور بالمعاناة و عدم القدرة على التحكم نتيجة هذه الأوضاع المزرية التي تعيشها ونقص المساندة، حتى عائلتها تصفهم بالعاجزين وأنهم هم بحد ذاتهم يعانون من مشاكل ونقص التماسك، هذا ما أكدته دراسات عديدة عربية وأجنبية حول معاناة أمهات الأطفال المعاقين عقليا من ضغوط مرتفعة نتيجة التخلف العقلي للطفل ونتيجة متغيرات أخرى ترفع من حالة الضغط التي تعيشها الأم، ما تسبب في ضغوط عالية تهدد كيان هذه الأم (عريبات، 2011، ص 62)، كما يعرف (الشريبي، أسامة، 2014، 261) الضغط النفسي لدى أم المتخلف عقليا بأنه ردود الفعل التي تبديها الأمهات في حالة علمها بإعاقة ابنها والإحساس المتزايد بالصدمة والشعور بالضيق والتوتر ومشاعر الإحباط فيما يتعلق بتعلم أبنائهن والقلق على مستقبل أطفالهن والإحساس بالعزلة " إذ صرحت هذه الأم بقولها " شكون بيه" وحول مصيره مستقبلا. هذا ما أكدته الدراسات المتعددة حول العلاقة الارتباطية الموجودة بين الضغوط التي تعاني من أمهات الأطفال المتخلفين عقليا وحاجاتهم للمساندة الاجتماعية والاحتياجات المتعددة النفسية والمادية وغيرها كدراسة (المحسن 2014) ودراسة علي فرح حول ارتفاع الضغوط وارتباطها بضعف الحالة الاقتصادية للأسر، كما كشفت دراسة بخش (2002) التي توصلت فيها إلى أن المساندة الاجتماعية تساعد على خفض الضغوط لدى أمهات المتخلفين عقليا وأن هناك علاقة دالة إحصائيا بين الضغوط والاحتياجات والمساندة الاجتماعية ودراسة (جوبارد، 2012، Guyard) أن هناك عوامل متعددة ترتفع من ضغط الأمهات نتيجة التخلف العقلي للابن هي تقدم عمر الطفل المعاق، غياب العمل للوالدين، كما أن التكيف مع التخلف العقلي يتأثر بنمط التوظيف الأسري ونقص المصادر المادية، هذا ظهر عند هذه الأم التي لم تستطيع المواجهة إذ بلغت نسبتها (29%)، وكذلك عدم قدرتها على النمو والتطور، فالمساندة الاجتماعية هي عامل وقائي

يخفف من حدة الضغوط وتحسين مشاعر الوالدين تجاه إعاقة أبنائهم (سليقمان، دار لينج، 2001، ص 74) .

كما أنه في النموذج الحديث للمساندة الاجتماعية لأسر المتخلفين عقليا تعتبر هذه الأخيرة نموذج تفاعلي بين العوامل الشخصية للإعاقة أو العجز والعوامل البيئية، فالمساندة الاجتماعية إما أن تكون عامل بيئي يزيد من حدة وضغط الإعاقة أو العكس سيساهم في تخفيف الضغوط أو المشاركة الاجتماعية لهذا المعاق (بيرا وآخرون، 2014 Piérat et al) . ويمكن القول من خلال عرض حالة هذه الأم التي تعاني ميكنزمات دفاعية غير كافية وتعاني من حالة حزن وأسى وخيبة أمل وإحباط كبير وكما أنها تستعمل استراتيجيات مواجهة غير فعالة وشعور بالعجز والمتغيرات التي تميز حالة هذه الأم، كانهدام المستوى التعليمي، البطالة، الفقر، والعوامل البيئية المحيطة المتمثلة في التفكك الأسري ونقص المساندة، الطلاق، نقص المساندة من العائلة الموسعة وضعف إمكانياتهم، جعلت هذه الأم غير قادرة على نسج سيرورة الجلد، إذ أن ارتفاع عوامل الخطر في مقابل انخفاض عوامل الحماية يضعف قدرات الفرد على المواجهة ويساهم في خفض إمكانيات القدرة على الجلد، هذا ما أكدته (أنو 2003، Anaut) ان الجلد هو القدرة على الخروج الناجح مع قوة متجددة تضمن التكيف مع الخطر، والنمو في ظل المخاطر بعد الصدمة "، هذا ما لم تتمكن منه أم هذا المعاق وما تعكسه خيبة الأمل التي تشعر بها هذه الأم ونقص المساندة الاجتماعية، نقص التفاؤل والاستبشار بالمستقبل، عدم القدرة على الحصول على عمل وإعادة تنظيم الحياة بعد الطلاق والتكيف مع ظروفها الضاغطة، وتدبر الأمور، المشاعر السلبية كلها مؤشرات تعكس عدم قدرة هذه الأم على الجلد والخروج الناجح من تجاربها الضاغطة .

لعب مؤشر نقص المساندة الاجتماعية دور كبير في إضعاف هذه القدرة ومنه يمكن القول أن الفرضية التي تنص على ان المساندة الاجتماعية تلعب دور في بناء الجلد لدى أم الطفل المعاق عقليا قد تحققت.

2-1-9 - الحالة التاسعة: حالة أم إكرام

جدول رقم (40) شبكة ملاحظة أم إكرام:

المؤشرات	حالة الأم
المظهر والهندام	مرتب ونظيف
المزاج	قلق واكتئاب
التواصل	جيد
الانفعالات	عدم تحكم
القدرات المعرفية	مقبولة
روح الدعابة	غير موجود
المشاعر	ايجابية
الإيماءات	تعكس الرفض

جدول رقم (41) شبكة ملاحظة الطفل :

المؤشرات	حالة الطفل
المظهر والهندام	مرتب ونظيف
السلوك	متكيف
الاضطراب	لا توجد
التشوهات	إعاقة حركية
الاستقلالية في الوظائف	غير مكتسبة تماما
النتائج	ضعف الاكتساب
اللغة	غير مكتسبة تماما
أخرى	لا توجد

ملخص المقابلات:

أم إكرام هي أم ذات مستوى تعليمي ابتدائي عمرها 37 سنة، متزوجة من رجل لا يعمل، لا تملك سكن مستقل تعيش مع أم زوجها في غرفة واحدة فقط، المستوى المعيشي الأسري ضعيف رتبة هذه الطفلة الأولى عاشت هذه المقابلات بعدم القدرة على التحكم في الانفعالات، تتواصل بشكل جيد، عاشت المقابلات بارتياح وتولد لديها رغبة كبيرة في التفريغ، عندما عرفت أن ابنتها معاقة فقد اكتشفت هذه الحالة وهي في الأشهر الأولى من

عمرها وقد أنجبتها وهي في العشرينيات من عمرها وكأي أم شعرت بقلق كبير وبكت كثيرا، كما شعرت بالصدمة لكن أمها وأخواتها ساعدوها تدريجيا كي تتقبل وتتحمل هذه الصدمة، أما الزوج فلم يبدي أي اهتمام ولم يعطي أي رأي حسب هذه الأم. بينما أم الزوج تقول هذه السيدة أنها تحب هذه الطفلة وكذلك العمو عائلة الأم أيضا فهم يحبونها لذلك تقول الأم تقبلت حالتها، ومع ذلك صرحت هذه الأم أنها لا تحب كلمة الإعاقة وتقول أنا أرى ابنتي عادية وأن أي احد يقوللي : « بنتك مريضة، نزعف »، وأنها تتأثر عندما ترى هذه الحالات، تقول الأم ان خالها هو الذي أدخلها إلى المركز النفسي البيداغوجي وليس الأب، فزوجها لم يهتم لحالتها، تشعر هذه الأم بالعجز وليس لديها قدرات لكنها تتمنى ان تتعلم ابنتها وتستطيع مستقبلا ان تستقل بحياتها وتكون لها مهنة، وفيما يخص طلبها المساعدة صرحت هذه الأم بأنها لا تطلبها من أي أحد وتقول : « أنا تبانلي بلي واحد ما يقدر يساعدني »، أي ان حالتها ليس لها حل، كما ان مشكلة السكن ترى أنها أضافت إلى ضغوطها، وهي الآن تذهب لأخصائي نفسي لمتابعة حالتها، وتبكي من هذا الوضع المزري وكذا تقول لدي مشاكل اجتماعية كبيرة، وتعاني من ضغط مرتفع لأنها لا تحكي مشاكلها لعائلتها لكي تتفادى المشاكل.

جدول رقم (42) التحليل الكمي للمقابلات (أم إكرام):

النسب	التكرار	الفئات الفرعية	الفئات
60%	15	عدم تقبل الإعاقة والبقاء في صدمة (نقص تقبل وإدراك واقع الإعاقة، نقص التفريغ، عدم حل الحداد، إعطاء معنى سلبي للإعاقة..)	العوامل الذاتية لعدم الجدل
32%	08	عدم التكيف ونقص القدرة على المواجهة (عدم السيطرة على مشاكل الإعاقة، عدم طلب المساعدة، نقص الكفاءة..)	
4%	01	نقص التفاؤل والعامل الديني	
4%	01	عدم النمو وتطوير القدرات (تجمد الأفكار، عدم نمو، عزلة، اضطراب...)	
69.44%	25	/	المجموع
72.72%	08	نقص المساعدة الأسرية	العوامل البيئية للجدل
00%	/	نقص المساعدة العائلية الموسعة	
9.09%	01	نقص المساعدة من مؤسسات المجتمع	
18.18%	02	نقص المساعدة من الأصدقاء	
30.55%	11	/	المجموع
100%	36	المجموع الكلي	

التحليل الكيفي (أم إكرام):

أم إكرام هي سيدة ذات مستوى تعليمي ابتدائي تعيش ظروف معيشية مزرية مع زوجها حيث صرحت أنها فقط تمتلك غرفة واحدة عاشت المقابلات بعدم قدرة على التحكم الانفعالي فقد بكت كثيرا أثناء المقابلات، كما أنها ارتاحت لأنها اعتبرتتها فرصة للتفريغ الانفعالي، وصرحت أنها تتابع العلاج عند أخصائي نفسي حيث تقول بأنها تشعر بالعجز ولا تتقبل كلمة الإعاقة، فمن خلال التحليل الكمي للمقابلات بلغت نسبة عدم تقبل الإعاقة والبقاء في مرحلة الصدمة (60%) ما يظهر جليا أن حالة الإعاقة التي تعاني منها ابنتها وكذا المتغيرات الخاصة التي تعيشها كضعف الحالة الاقتصادية، والإمكانيات الاجتماعية الغير ملائمة تزيد من شدة الضغوط (القيروتي، 2009) هذا ما أكدته عدة دراسات كدراسة

(علي فرح، 2014، المحسن، 2014، بخشن، 2002) كذلك الدراسات الأجنبية كدراسة (جوبارد، 2012، Guyard)، (ايدليمان، 2008، Eideliman)، (بلشا، 2005، Pelchat et al)، عدم التحكم الانفعالي ومعاونة الأم من القلق الشديد هو نتيجة إعاقة الطفل، فهذه الحالة تتطلب احتياجات مادية، ودعم اجتماعي ونفسي ومهني متخصص، وعلاج طبي وغيرها من الاحتياجات، وهذا ما جاء في دراسات متعددة والتي بنيت أن أمهات الأطفال المتخلفين عقليا بحاجة إلى المساندة الاجتماعية بمختلف أنواعها ومن مصادر متعددة كدراسة (المحسن، 2014) التي توصلت فيها الباحثة إلى معاونة أمهات الأطفال المتخلفين عقليا من ضغوط مرتفعة وتأتي في المرتبة الأولى الأعراض الانفعالية والمشكلات المادية كما أن متغير جنس المتخلف عقليا لصالح الإناث أي أن أمهات الإناث تعانين ارتفاع في شدة الضغوط نتيجة طبيعة المجتمع كما توصلت إلى نفس النتيجة دراسة علي فرح (2014) بالسودان أن أمهات الأطفال المتخلفين عقليا تعانين من ضغوط عالية، وترتفع هذه الضغوط حسب درجة التخلف العقلي والحالة الاقتصادية وأكدت ذلك دراسة البخش (2002) حول وجود علاقة ارتباطية بين مستوى الضغوط والاحتياجات للمساندة الاجتماعية إذ أن معاونة هذه الأم من ضغوط التخلف العقلي لابنتها والصدمة التي عاشتها الأم وخاصة أن هذه البنت هي البكر وفي نفس الوقت عجزها عن طلب المساندة من الآخرين إذ بلغت نسبة هذا المؤشر (30.55%)، هذا ما توصلت إليه دراسات أجنبية كدراسة جوبارد (2012) Guyard حول تأثير إعاقة الطفل على الأمهات خاصة على الصحة النفسية والجسدية والعلاقات الاجتماعية والعائلية، وبالذات في حالة وجود عوامل أخرى ضاغطة كالجانب الاقتصادي والاجتماعي مما يؤثر على عملية التكيف والتي بلغت نسبتها عند هذه الحالة (32%) .

كما أن هذه الطفلة متخلفة عقليا تعاني كذلك من إعاقة حركية هذا ما زاد من معاونة الأم، ففي دراسة لـ (ايدليمان، 2008، Eideliman) على 42 أسرة بباريس توصل الباحث إلى

أن والدي الأطفال المتخلفين عقليا يعانون من الشعور بالنقص والخوف من المستقبل، نقص المعلومات، ونقص المصادر المادية المهنية لتجهيز أسير المعاقين .

وتبين من التحليل الكمي للمقابلات ارتفاع نسبة نقص التكيف وعدم القدرة على المواجهة حيث بلغت هذه النسبة (32%) فالحالة الانفعالية التي تعيشها الأم نتيجة صدمة الإعاقة العقلية والحركية لابنتها وكذلك ضعف الموارد الاجتماعية والاقتصادية، ونقص المساندة الأسرية خاصة الزوج والتي بلغت (72.72%)، فالحالة تقول ان عائلتها فقط هي من يقدم لها المساندة حيث أدلت أن أخاها هو الذي قدم لها المعلومات وأدخل ابنتها إلى المركز النفسي البيداغوجي في ظل لامبالاة الزوج والذي يبدو انه هو كذلك يعاني الصدمة ونقص الكفاءة هذا ما يفسر حالة اللامبالاة باحتياجات أسرته كما أنه بطال لا يملك سكن خاص ما ضاعف عوامل الخطر وأدى إلى عدم قدرة هذه الأم على الخروج من صدمتها وضعف ميكنزاتها الدفاعية وعدم قدرتها على المواجهة ويؤكد (Monbourquette, 1983) أن الوالدين تتناهبهم عواطف شديدة وفي بعض الأحيان متناقضة المسيطرة عليها الاكتئاب كما تلکم عن فيض المشاعر وشدة التأثير، وحسب (عربيات، 2011، ص 54) ان تجربة أن تكون والد طفل متخلف عقليا هي تجربة توصف دائما بالضغط العالي، مع حصر وضيق نفسي شديد وتفشي الاكتئاب، كما أن حالة القصور التي تعيشها هذه الأم بسبب أوضاعها الاجتماعية والاقتصادية ونقص المعلومات تساهم في زيادة المخاوف (هدى، ماهر، 2008، ص64). وما عمق حالة الأسى التي تعيشها الأم هو أن هذه المصابة أنثى فالشعور بالقلق على مستقبلها ومصيرها كما يقول (لقيروتي، 2009) أن المخاوف التي تحياها أمهات المتخلفين عقليا من الإناث ترتبط بالقلق على المستقبل وخاصة الزواج ومواجهة المشكلات وخصوصا الجوانب الأخلاقية والسلوكية بعد وفاة الوالدين .كما يذكر الخطيب، 1998، ص 272 (لقيروتي، 2009)، أن ضعف الإمكانيات الاقتصادية والإمكانيات المالية للأسرة هو من أهم عوامل الضغط بالنسبة لأسر المعاقين ذات الدخل المحدود .

وكما صرحت به هذه الأم أنها قليلة الزيارات للمركز النفسي البيداغوجي والتي كشف عنها التحليل الكمي للمقابلات والممثلة بنسبة (9.09%) وأنها لا تطلب المساعدة حيث قالت "أن تباخلي بلي واحد ما يقدر يساعدني" وأن حالتها ليس لها حل، هذا ما يعكس الشعور بالعجز وعدم قدرتها على مساعدة ابنتها إلا أنها تتمنى أن تكون مستقبلا مستقلة وتملك مهنة،

وما يمكن استنتاجه أن هذه الأم تعتمد على استراتيجيات مواجهة غير فعالة كمشاهدة القلق والشعور بالعجز وعدم قدرتها على طلب المساعدة، يبين أن هذه الأم لم تتمكن من نسج سيرورة الجلد فنقص الموارد الفردية كضعف المستوى التعليمي، وسيطرة القلق ونقص طلب المساعدة وكذلك عدم حصول الأم على المساعدة خاصة من طرف الزوج وعدم طلبها من المركز النفسي البيداغوجي وضعف الموارد الاقتصادية والاجتماعية للأسرة أضعف من إمكانيات فه الأم ولم يسمح لها بالوصول إلى حالة الجلد وإعادة النمو والتطور ومنه يمكن القول ان الفرضية التي تنص على المساعدة الاجتماعية تلعب دور في بناء الجلد لدى أم الطفل المعاق قد تحققت .

ويمكن حوصلة نتائج الحالات لمعرفة مدى تحقق الفرضية من خلال الجدول التالي :

جدول رقم (43) حوصلة نتائج الحالات التسع

النتائج	المساعدة الاجتماعية	الجلد	مدى تحقق الفرضية
الحالة رقم 01	موجودة	مرتفع	تحققت
الحالة رقم 02	موجودة	مرتفع	تحققت جزئيا
الحالة رقم 03	موجودة	مرتفع	تحققت
الحالة رقم 04	موجودة	مرتفع	تحققت
الحالة رقم 05	موجودة	مرتفع	تحققت
الحالة رقم 06	نقص المساعدة	منخفض	تحققت
الحالة رقم 07	نقص المساعدة	منخفض	تحققت
الحالة رقم 08	نقص المساعدة	منخفض	تحققت
الحالة رقم 09	نقص المساعدة	منخفض	تحققت

مناقشة عامة للنتائج :

تؤكد تعاريف عديدة أن الجلد يتوقف على بعدين أساسيين هما خصائص الفرد الذاتية وعوامل البيئة المحيطة وأن عملية المواجهة تعني قدرة الفرد على استعمال إمكانياته الكامنة والخارجية المتمثلة في العلاقات مع الآخرين وكم المساندة المقدمة من طرفهم، ويؤكد سيريلنيك (Cyrułnik,1999) أن القدرات الفردية الكامنة تبرز وتتطور بفضل مساندة المحيطين وبفضل نسيج الروابط بين الفرد وبيئته الاجتماعية المحيطة به، كما اعتبر هذا الأخير الجلد قدرة على التطور الناجح والنمو والإبداع بعد مواجهة الصدمات والشدائد وأنه لا يمكن التكلم عن الجلد دون المرور بالصدمة، هذا ما توصلت إليه الدراسة الحالية التي بينت أن أمهات الأطفال المتخلفين عقليا اللواتي تحصلن على مساندة اجتماعية متعددة الأشكال والمصادر والتي مكنتهن من التكيف مع حاجات التخلف العقلي التي يعاني منها أبنائهن المتخلفين عقليا ومواجهة تحدياتها، فلقد استنتجت الباحثة من خلال تحليل مضمون مقابلات وملاحظات الحالات المتناولة في هذه الدراسة سواء الحالات التي تمكنت من نسج سيرورة الجلد أو التي لم تتمكن من ذلك ، والذي توضح من خلال قدرتهن على تقبل صدمة الإعاقة وإدراك الواقع وحل الحداد والتفريغ الانفعالي وإعطاء معنى إيجابي للتخلف العقلي وطلب المساندة الاجتماعية و استعمال ميكنزمات دفاعية ناضجة أو الحالات التي لم تتمكن من نسج هذه السيرورة والبقاء في الصدمة وعدم حل الحداد وإعطاء معنى سلبي لها وعدم القدرة على طلب المساندة أو السعي للحصول عليها، واتضح كذلك أن الأمهات الجلديات هن اللواتي تحصلن على مساندة اجتماعية خاصة الأسرية منها ومساندة المراكز النفسية البيداغوجية من خلال ما تم تقديمه لهن من دعم نفسي ومعلومات وخدمات تأهيلية لهن أو للطفل المتخلف عقليا وتطوير لكفاءتهن وغيرها من الخدمات التي مكنت هؤلاء الأمهات من فك عزلتهن والقضاء على الشعور بالخجل جراء التخلف العقلي للطفل وإقامة روابط تعلق إيجابية معه وتطوير لقدراته والسعي لدمجه في المجتمع من خلال تعليمه وتدريبه والترفيه عنه والبحث عن استراتيجيات لإيجاد حلول لمشاكل التخلف العقلي والتكيف معها وكذا

التخطيط للمستقبل من أجل القضاء على مخاوف التخلف العقلي وضمان مستقبل أبنائهم المعاقين، أما الأمهات اللواتي لم يظهر لديهن الجلد لم تتمكن من السيطرة على مشاكل التخلف العقلي لأبنائهم ولم يستطعن تطوير قدرات هذا المعاق ويشعرن بالخوف من المستقبل كما يتبين آليات مواجهة سلبية تركز على الانفعال كال بكاء والشعور بالذنب والخجل والعزلة وعدم القدرة على طلب المساعدة، كما بينت الحالات الجلدة قدرة على التفاؤل والشعور الإنساني بفضل هذه التجربة والغيرية من خلال الرغبة في تقديم المساعدة لبعضهن البعض بفضل الجمعيات أو اللقاءات التي يعقدنها بالمر اكز النفسية البيداغوجية، وتبين كذلك تمتعهن بالعامل الديني والقيم الروحية والصبر ما مكنهن من الإغلاء واعتبار أن كل جهد مقدم لصالح هذا الطفل المعاق هو طريق للجنة ومصدر للحصول على الأجر، بينما تشعر الحالات الغير جلدة بالتشاؤم وان هذه الإعاقة نتيجة خطيئة مرتكبة لكنهن مع ذلك يعتبرن الدين مصدر لتخفيف ما يشعرن به من معاناة، كما توصلت الدراسة إلي دور المساندة الاجتماعية في تحريك القوة الكامنة لدى الأمهات من قدرات على المواجهة والإبداع وأنهن أحسن بالتغيير في شخصياتهن وبالثقة واحترام الذات والمسؤولية وارتفاع في الإيمان والحس الإنساني وتطور كفاءتهن، بينما لعب عامل نقص المساندة دور سلبي عند الأمهات التي لم تتمكن من الوصول إلى الجلد واللواتي أظهرن تجمد في الأفكار وعدم القدرة على تطوير كفاءتهن ومواجهة مشكلات الإعاقة باستراتيجيات مواجهة سلبية كال بكاء والإحساس بالعجز والوحدة والتشاؤم ومعاناة بعضهن من اضطرابات كالقلق والاكنتاب وبعض الأمراض السيكوسوماتية، كذلك عدم التمكن من الجلد هو نتيجة تعدد عوامل الخطر لدى هؤلاء الأمهات كانهدام المستوى التعليمي وانخفاض المستوى الاقتصادي والاجتماعي والبطالة وغيرها من العوامل التي أثبتت الدراسات السابقة أنها تزيد من معاناة اسر المتخلفين عقليا ولا تسمح لهن بالقدرة على المواجهة والجلد كما بينته الدراسة الحالية من خلال الحالات المدروسة .

وتوصلت الدراسة أنه بالرغم من توافر المساندة الاجتماعية وارتفاع مستواها كما توضح في الدراسة الكمية عند عينة البحث إلا أن مستوى الجلد كان منخفض لديهن فيما يتعلق بالمتغيرات الذاتية التي تم قياسها بواسطة سلم الجلد كنور-دافيدسن والمتمثلة في التحكم في الانفعالات والمشاعر الإيجابية والكفاءة الذاتية بينما تحصل أفراد عينة البحث على مستوى مرتفع من الجلد في بعد العامل الديني وبعد المساندة الاجتماعية ويرى كنور دافيدسون (Connor&Davidson,2003) " أن الدين هو أحد المصادر الخارجية التي تساهم في الجلد" ما يفسر أن الجلد يتدخل في نسجه عوامل ذاتية وأسرية وبيئية كما جاء في الإطار النظري للدراسة أي أن بعض العوامل كارتفاع المستوى التعليمي والثقة في الذات والشعور بالكفاءة وروح المسؤولية والتمتع بقيم ومعتقدات دينية وإنسانية ثابتة وغير ذلك وبعض المتغيرات الأخرى كالانتماء لمستوى اجتماعي واقتصادي وثقافي جيد، الأمر الذي أكدته نتائج الدراسة الكيفية وهو انتماء جل الحالات الجلدة لمستوى اجتماعي واقتصادي مقبول وأحيانا جيد مكنهن من تلبية الاحتياجات التي يتطلبها التخلف العقلي ومستوى تعليمي سمح لهن بتطوير كفاءتهن وقدراتهن على المواجهة والتمكن من طلب المساعدة وحسن استغلال موارد البيئة المحيطة والاستفادة منها وإيمان راسخ، بينما تبين انتماء الحالات الغير جلدة لمستويات اجتماعية واقتصادية منخفضة ومستوى تعليمي متدني ومعاناتهن من مشاكل أسرية كفقْدان التماسك وفقْر في الموارد البيئة المحيطة.

الاستنتاج العام:

يعتبر الجلد قدرة متعددة الأبعاد يساهم المحيط العلائقي للفرد في بناءها عن طريق الموارد المتعددة الأشكال المعرفية العاطفية والمادية التي يمكن أن يمد بها الفرد وعن طريق مساهمة هذه الموارد وتفاعلها مع القدرات الذاتية للفرد والعمل على إيقاضها لديه، كما تبين أهمية العامل الديني بوجه خاص كمؤشر مساندة خارجي يساعد على الجلد لدى هذه الفئة من الأمهات والذي يجب العمل على تحريكه .

التوصيات :

- ضرورة تقديم مختلف أشكال المساندة لأسر المتخلفين عقليا وخاصة أم الطفل المتخلف عقليا باعتبارها العنصر الأساسي الذي يضمن التكفل بهذا المصاب من طرف المهنيين النفسو طبيين والتربويين.

- ضرورة التواصل مع الأمهات ومعرفة انشغالاتهن ومشاكلهن لضمان أحسن تكفل.

- التكفل بالأطفال المتخلفين عقليا مبكرا بتقديم مختلف أشكال الدعم سواء التدخل المبكر المنزلي أو الذي يكون في مراكز متخصصة لتكييف الأمهات ومساعدتهن على التغلب على صدمة التخلف العقلي ومواجهة الضغوط التي يسببها مبكرا.

- إشراك الأولياء وخاصة الأمهات في هذه التدخلات وإقامة علاقات تعاونية معهم تعتمد على استراتيجيات التعلم لمساعدتهم على تطوير قدراتهم ورفع كفاءاتهم من أجل تمكينهم من مساعدة أنفسهم للتغلب على مشاكل التخلف العقلي للطفل أو من أجل تطوير قدرات أطفالهن وفك العزلة عنهن وإدماجهم داخل المجتمع.

- بناء البرامج العلاجية والتدخلات العيادية التي تهدف لرفع قدرات الجلد لدى أمهات الأطفال المتخلفين عقليا والتي تعتمد خاصة على تحريك وتفعيل مصادر المساندة الاجتماعية لديهم خاصة الأسرية وإرشاد الأمهات لإشراك أسرتهن في التكفل بالطفل المتخلف عقليا .

- تقديم الدعم النفسي المتواصل للأمهات للتخفيف من معاناتهن اليومية مع أبنائهن المعاقين من طرف المختصين العياديين وعدم عزلهن وإشراكهم في اتخاذ القرارات التي تخص أبنائهن المتخلفين عقليا.

- إقامة لقاءات دورية للأمهات داخل المركز المتخصصة لتبادل التجارب والمعلومات وتقديم النماذج الناجحة من الأولياء للإقتداء بها والتعلم منها.

- تفعيل مختلف أشكال الدمج للمتخلفين عقليا والتي منها الإدماج المدرسي والمهني وتوفير مناصب العمل لذوي الحالات الخفيفة والمتوسطة خاصة لضمان مستقبلهم وتحقيق استقلاليتهم.

- توفير مختلف أشكال المساندة المادية والوسائلية للأطفال المعاقين خاصة أن إحصائيات كثيرة أكدت انتماء أغلبهم لأسر معوزة للتمكن من تلبية احتياجاتهم والقضاء على مشاكلهم المادية

- توفير مراكز الترفيه للأطفال المتخلفين عقليا وأوليائهم
- المساهمة في إقامة جمعيات مكونة من أولياء المعاقين للحصول على مختلف أشكال الدعم والدفاع عن حقوق أبنائهم المتخلفين عقليا .

الإقتراحات :

- إجراء المزيد من الدراسات عن المساندة الاجتماعية بمختلف أبعادها على آباء وإخوة وأخوات الأطفال المتخلفين عقليا نظرا لدورها الأساسي في المساعدة على التكيف مع التخلف العقلي للطفل .

- إجراء دراسات تتبنى البرامج العلاجية التي تعتمد على المساعدة على الجلد لدى أسر المتخلفين عقليا .

- إجراء دراسات تكشف عن أهمية العامل الديني وباقي عوامل الحماية الأخرى من اجل استغلال النتائج في التدخلات العيادية لصالح إرشاد أسر المتخلفين عقليا .

- إجراء دراسات حول اضطراب التوحد والتي تتناول الجلد والمساندة الاجتماعية وباقي عوامل الحماية الأخرى.

خاتمة

خاتمة:

اهتمت الدراسة الحالية بالجلد الذي يعتبر مفهوم حديث نسبيا في الدراسات النفسية الخاصة بمجتمعنا كما أنه من مواضيع علم النفس الإيجابي التي اتجهت الاهتمامات إليها مؤخرا في علم النفس ، وكذلك الشأن بالنسبة إلى موضوع المساندة الاجتماعية الذي بينت المقاربات النظرية التي تم البحث فيها بالدراسة الحالية أنها أحد أهم العوامل الوقائية التي تساعد على الجلد، وخاصة فيما تم التطرق له في الأدب السيكولوجي الذي تناول أسر المتخلفين عقليا وكيفية نسج سيرورة الجلد وتحديد لدى أم الطفل المتخلف عقليا كأحد أساليب مواجهتها لتحديات الإعاقة العقلية للطفل ، وقد توضح فيها قدرة هذا العامل على المساعدة في بناء الجلد ، فمن خلال المساندة الاجتماعية المقدمة لهن والتي شملت أنواع متعددة من أشكال الدعم الاجتماعي سواء العاطفية أو المعلوماتية والمعرفية أو المادية أو التقديرية والموارد المختلفة التي تمكن من الحصول عليها والتي بين الإطار النظري لهذه الدراسة أهمية كل من الأسرة والمؤسسات التأهيلية كأفضل مصادر للدعم لأم الطفل المعاق عقليا وكذلك المنابع الأخرى الممثلة بجمعيات الأولياء والعائلة الموسعة ، حيث هدفت هذه الدراسة إلى التعرف عن الدور الذي تقدمه المساندة الاجتماعية للوصول إلى الجلد عند أم الطفل المتخلف عقليا ، وقد تم التوصل من خلال المجرىات التطبيقية للدراسة ان المساندة الاجتماعية تلعب دور مهم في التكيف مع التخلف العقلي للطفل وتسمح بمواجهة تحدياتها والقضاء على المخاوف الناجمة عنها ما يؤدي إلى حالة الجلد لديها، و بينت الدراسة الدور الخاص الذي تلعبه أسرة الأم خاصة في تحريك العامل الديني لديها ومساعدتها على التكفل بالطفل المعاق وكذلك وضحت الدراسة الحالية أهمية الخدمات المقدمة من طرف المراكز النفسية البيداغوجية بفضل المهنيين المتخصصين ، وتبعاً لما تم تناوله في المقاربات النظرية للدراسة ومجرىات العمل التطبيقي لها يعتبر الجلد مفهوم عملي أكثر منه نظري وبالتالي يمكن استغلال نتائج هذه الدراسة في إرشاد العياديين إلى تنميته لدى الأفراد وتشجيع المهنيين المختصين العاملين مع أسر المتخلفين عقليا على إعداد برامج للتدخل

خاتمة

والإرشاد تعتمد على مفهوم الجلد لتقوية القدرات الذاتية التي يتمتعن بها وتشجيع التبادلات العلائقية وتحريك منابع الدعم لديهن ، فالدخول في تبادلات مع الآخرين وتلقي الدعم الاجتماعي منهم خاصة ذوي الدلالة كأبوا إخوة الطفل المتخلف عقليا والأجداد وتبادل التجارب مع أمهات أخريات يعزز مفهوم الذات الإيجابي لأم المتخلف عقليا ويفك عزلتها ، ويسمح لها بالتغلب على التحطيم الذي سببته الإعاقة العقلية وإعطاء معنى إيجابي للحدث ، وقد توصلت الدراسة إلى أن هذه الفئة من الأمهات تتمتع بمستوى مرتفع من المساندة الاجتماعي خاصة الأسرية المتمثلة في الزوج وإخوة وأخوات الطفل المعاق عقليا وهذا نظرا لما يتمتع به المجتمع الجزائري من قيم وتقاليد تدعو إلى التعاون والتكافل الاجتماعي ، واعتبار هذه الإصابة ابتلاء من الله ومصدر أجر لهن ، وبالتالي ضرورة تقديم المساعدة لمن يعاني منها ولأسرته خاصة من طرف الأقارب ، ما يعني استغلال هذا العامل في التدخلات الإكلينيكية للنفسانيين العاملين في هذا المجال .

المراجع

قائمة المراجع :

أولاً - الكتب :

- 1) ابن منظور، لسان العرب، المجلد السابع، الجزء السابع، دار صادر، بيروت، لبنان.
- 2) ابن منظور، لسان العرب، المجلد الثالث، ط1، دار صادر بيروت، لبنان .
- 3) أبو حلاوة محمد سعيد عبد الجواد (2013)، المرونة النفسية ماهيتها محدداتها وقيمتها، إصدارات شبكة العلوم النفسية العربية، العدد 29.
- 4) أبو زيد أحمد محمد، (2001)، دراسة الحالة لذوي الاحتياجات الخاصة، ط1، دار المسيرة، عمان، الأردن .
- 5) أبو علام رجاء محمود، (2007)، مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية، ط6، دار النشر للجامعات، القاهرة .
- 6) أسامة فاروق مصطفى، الشرييني السيد كامل، (2004)، التوحد الأسباب -التشخيص- العلاج، ط2، دار المسيرة، عمان، الأردن
- 7) الأعظمي سعيد رشيد، فليحان سليمان الريالات، (2014) قضايا معاصرة في التربية الخاصة لذوي الاحتياجات الخاصة، ط1، دار جليس الزمان، عمان، الأردن .
- 8) أمين على سليمان محمد (2014)، المخ البشري وصعوبات التعلم لدى الأطفال، ط1، دار الكتاب الحديث، القاهرة .
- 9) أنجرس موريس، (2006)، منهجية البحث في العلوم الإنسانية، تدريبات عملية، ترجمة بوزيد صحراوي، ط2، دار القصبه للنشر، الجزائر .
- 10) انشراح المشرفي، (2014)، التدخل المبكر لإعاقات الطفولة، جامعة أم القرى .
- 11) بختي إبراهيم (1998)، الدليل المنهجي لإعداد البحوث العلمية IMRAD (المذكرة، الأطروحة، التقرير، المقال)، ط4، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، الجزائر. دار الفكر، عمان، الأردن.

المراجع

- 12) بشرى إسماعيل (2004)، المساندة الاجتماعية والتوافق المهني، ط1، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- 13) بطرس حافظ بطرس (2007)، إرشاد ذوي الحاجات الخاصة وأسرهم، ط1، دار المسيرة، عمان، الأردن.
- 14) التميمي محمود كاظم محمود (2013)، الصحة النفسية، نظرية وأسس تطبيقية، ط1، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن .
- 15) حجازي مصطفى (2012)، إطلاق طاقات الحياة، ط1، دار التنوير، بيروت لبنان .
- 16) حجازي مصطفى، 2004، الصحة النفسية منظور ديناميكي تكاملي للنمو في البيت والمدرسة، المركز الثقافي العربي، ط2، المغرب.
- 17) حمدي أبو الفتوح عطية، (2012)، منهجيات البحث العلمي في التربية وعلم النفس، ط1، دار النشر للجامعات، القاهرة
- 18) الختاتة، (2012)، مقدمة في الصحة النفسية، ط1، دار الحامد، عمان، الأردن .
- 19) الخطيب جمال (1998) مقدمة في الإعاقات الجسمية و الصحية، ط1، دار الشروق، عمان الأردن.
- 20) خليفة عبد اللطيف محمد، (2007) دراسات في علم النفس الصحة، مفاهيم نظريات، نماذج، دراسات، ط1، دار وائل، عمان، الأردن .
- 21) خوله أحمد يحي، (2003)، مقدمة في الإعاقات الشديدة والمتعددة، ط1، دار الفكر، عمان، الأردن .
- 22) رشاد علي عبد العزيز موسى (2009)، سيكولوجية المعاق سمعيا، ط1، عالم لكتب، القاهرة.
- 23) الروسان فاروق، (2013)، سيكولوجية الأطفال الغير العاديين مقدمة في التربية الخاصة، ط 10، دار الفكر، عمان، الأردن .

المراجع

- 24) رونالد تايلور، ستيفن ريتشارد، ميشال بردي (2010)، الإعاقة العقلية، الماضي-الحاضر -المستقبل، ترجمة مصطفى محمد قاسم، ط1، دار الفكر، عمان، الأردن .
- 25) زرواتي رشيد (2008)، تدريبات على منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية، ط3، بدون دار النشر والبلد .
- 26) زهران حامد عبد السلام، (1997)، الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط3، عالم الكتب، القاهرة.
- 27) سحر عبد الفتاح خير الله، (2013)، الكفاءة الاجتماعية لذوي الإعاقة العقلية، برنامج إرشادي للأباء والمعلمين، دار الصفاء، ط1، عمان الأردن .
- 28) السمادوني إبراهيم (1997)، مقياس المساندة الاجتماعية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة .
- 29) سهيل إدريس، (1998)، المنهل قاموس فرنسي عربي، ط 18، دار الآداب، بيروت، لبنان .
- 30) الشعراني إلهام، مريم سليم (2006) ، الشامل في المدخل إلى علم النفس، ط1، دار النهضة، بيروت، لبنان .
- 31) الشناوي محمد محروس (1997)، التخلف العقلي (الأسباب، التشخيص، البرامج)، دار غريب، القاهرة
- 32) الشناوي محمد محروس، عبد الرحمان محمد السيد (1994)، المساندة الاجتماعية والصحة النفسية، مراجعة نظرية، دراسات تطبيقية، ط1، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة .
- 33) شواهين خير، سحر عريقات محمد، خالد الزغبى، (2008)، خبرات علمية ومهارات عملية في تربية ذوي الاحتياجات الخاصة، عالم الكتب الحديث، اربد، الأردن .
- 34) شويخ هناء، أحمد محمد، (2012)، علم النفس الصحي، ط1، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة .

المراجع

- 35) شيلي تايلور (2008)، علم النفس الصحي، ترجمة، وسام درويش، بريك فوزي، شاعر داود، ط1، دار الحامد، عمان، الأردن .
- 36) الطواب سيد محمود (2008)، الصحة النفسية والإرشاد النفسي، مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية، مصر .
- 37) العاسمي رياض نايل، (2012)، مقياس المرونة النفسية كنور-دافيدسون، جامعة دمشق، سوريا.
- 38) عبد الجوالدة فؤاد، (2012)، الإعاقة السمعية، ط1، دار الثقافة، عمان الأردن .
- 39) عبد الرحيم فتحي السيد، (1981)، الدراسة المبرمجة للتخلف العقلي، الكويت، مؤسسة الصباح .
- 40) عبد المطلب أمين القريطي ، 1996، ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم ، دار الفكر العربي، القاهرة ، مصر .
- 41) عبيدات محمد، أبو نصاره وآخرون (1999)، منهجية البحث العلمي القواعد، المراحل والتطبيقات، ط2، دار وائل، عمان، الأردن .
- 42) عربيات أحمد، (2011)، إرشاد ذوي الحاجات الخاصة وأسره، ط1، دار الشروق، عمان، الأردن.
- 43) عسكر علي، (2003)، ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها، الصحة النفسية والبدنية في عصر التوتر والقلق، ط1، دار الكتاب، الكويت 29.
- 44) علا عبد الباقي إبراهيم، (2000)، الإعاقة العقلية التعرف عليها وعلاجها باستخدام برامج التدريب للأطفال المعاقين عقليا، عالم الكتب، القاهرة .
- 45) علي عبد السلام علي، (2005)، المساندة الاجتماعية وتطبيقاتها العملية في حياتنا اليومية، ط1، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية .
- 46) عوني معين شاهين، (2008)، الأطفال ذوي متلازمة داون مرشد الآباء والمعلمين، ط1، دار الشروق، عمان، الأردن .

المراجع

- 47) فهمي محمد سيد، (2005)، واقع رعاية المعوقين في الوطن العربي، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر .
- 48) فوقية حسن رضوان، (2008)، التشخيص التكاملي الفارقي (الإعاقة العقلية)، دار الكتاب الحديث، القاهرة .
- 49) القذافي رمضان محمد، (1996)، رعاية المتخلفين عقليا، المكتب الجامعي الحديث، ط1، الجامعة المفتوحة، طرابلس.
- 50) القمش نوري مصطفى، (2013)، الإعاقات المتعددة، دار المسيرة، عمان، الأردن .
- 51) قنطار فايز، (1992)، الأمومة نمو العلاقة بين الطفل والأم، عالم المعرفة، الكويت
- 52) كار سمانتي، (2001)، الأطفال غير العاديين سيكولوجيتهم وتعليمهم، ترجمة الأحمر عدنان إبراهيم، زحلق مها إبراهيم، ط1، دار الرسالة، بيروت، لبنان.
- 53) كاشف فؤاد إيمان، (2008)، دمج ذوي الاحتياجات الخاصة مع الأطفال العاديين، ط1 دار الكتاب الحديث، القاهرة .
- 54) كاشف فؤاد إيمان، هشام إبراهيم عبد الله، (2009)، القياس النفسي الاجتماعي تقويم وتنمية المهارات الاجتماعية لذوي الاحتياجات الخاصة، ط1، دار الكتاب الحديث، القاهرة .
- 55) كمر صالح شيخ، بدون تاريخ، الجوانب الصحية والنفسية للتخلف العقلي في الطفولة، دار الهدى، عين ملييه، الجزائر .
- 56) اللالا صائب كامل، اللالا زياد كامل، (2012)، أساسيات التربية الخاصة، ط1، دار المسيرة، عمان، الأردن .
- 57) لويس كامل مليكه، (1992)، علم النفس الإكلينيكي، ط1، مكتبة النهضة المصرية، مصر .
- 58) مجمع اللغة العربية (1985)، المعجم الوسيط، الجزء الأول، القاهرة .
- 59) مرسي كمال إبراهيم، (1996)، علم التخلف العقلي، ط1، دار القلم، الكويت .
- 60) مريم سليم، (2002)، علم النفس النمو، ط1، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان .

المراجع

- 61) مصطفى حسن أحمد، (1996)، الإرشاد النفسي لأسر الأطفال الغير العاديين، ط1، جامعة عين شمس، مصر.
- 62) الموصلي وداد، حسين عبد الغني محمود، (2009)، الصحة النفسية، دار زهران، عمان، الأردن .
- 63) ميموني بدره معتصم، (2005)، الاضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل المراهق، ط2، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر .
- 64) النواسية فاطمة عبد الرحيم، (2013)، الضغوط والأزمات النفسية وأساليب المساندة، ط1، دار المناهج، عمان، الأردن .
- 65) النوبي محمد علي، (2012)، الزهايمر لدى المسنين، دار صفاء للنشر، عمان، الأردن
- 66) النوبي محمد علي، (2010)، مقياس الاتجاهات الدينية لدى المراهقين المعوقين بدنيا و العاديين، ط1، دار صفاء، عمان، الأردن .
- 67) هدى حسن محمود محمد، ماهر حسن محمود محمد، (2008)، الترويح وأهميته في التوافق النفسي والاجتماعي لتحدي الإعاقة الذهنية، ط1، دار الوفاء، الإسكندرية، مصر .
- 68) وادي أحمد، (2009)، الإعاقة العقلية، (أسباب-تشخيص-تأهيل)، ط1، دار أسامة للنشر، عمان، الأردن .
- 69) وائل عبد الرحمان التل، فحل محمد عيسى، (2007)، البحث العلمي في العلوم الإنسانية، ط2، دار الحامد، عمان، الأردن .
- ثانيا المجلات والدوريات :**
- 70) بوسنة عبد الوافي، عثمانى ماريو صورية، (2015)، نموذج عوامل الجلد عند الطفل المصدوم، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 19 جوان 2015.
- 71) الحديدي منى، الصمادي جميل، الخطيب جمال، (1994)، الضغوط التي تتعرض لها أسر الأطفال المعوقين، مجلة دراسات، المجلد (21)، العدد (1)، ص ص 7-34.

المراجع

- 72) السرسى أسماء، عبد المقصود أماني، (2000)، المساندة كما يدركها المراهقون وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية، مجلة كلية التربية، بنها .
- 73) عايش صباح، (2013) الضغوط النفسية لدى أسر المعاقين، مجلة دراسات نفسية وتربوية، مخبر تطوير الممارسات النفسية والتربوية، العدد 11، جامعة وهران، الجزائر .
- 74) عبد العزيز عمر فواز، (2012)، حاجات أسر أطفال ذوي الإعاقة العقلية وعلاقتها بالجنس والعمر ودرجة الإعاقة للمعاقين عقليا، المجلة الأردنية التربوية المتخصصة، المجلد (1)، العدد (11)، ديسمبر 2012، جامعة الملك عبد العزيز، السعودية.
- 75) عربيات أحمد (2008)، فاعلية برنامج إرشادي لخفض الضغوط الأسرية لدى أسر الأطفال ضعاف السمع وأثره في تكيف أطفالهم، مجلة دمشق، المجلد 24 - العدد الأول .
- 76) قراقيش صفاء، (2006)، الضغوط النفسية لدى أولياء أمور أطفال التوحد واحتياجاتهم لمواجهة تلك الضغوط، المجلة العربية للتربية الخاصة، العدد التاسع، 209 - 214.
- 77) لقبروتي إبراهيم أمين، (2008)، تقبل الأمهات الأردنيات لأبنائهن المعاقين، المجلة الأردنية في العلوم التربوية المجلد 4، العدد 3، .
- 78) منيب تهاني محمد عثمان، (2010)، أولياء ذوي الاحتياجات الخاصة وسبل إرشادهم، ط1، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، مكتب الدراسات والبحوث، الرياض، السعودية .
- ثالثا الأطروحات والرسائل الجامعية :**
- 79) ابن غانم إيمان (2010)، دراسة عوامل الجلد عند الأطفال ضحايا الطلاق، مذكرة ماجستير في علم النفس العيادي، جامعة قسنطينة .
- 80) إسحاق ولاء إحسان (2009)، فاعلية برنامج إرشادي مقترح لزيادة مرونة الأنا لدى طالبات الجامعة الإسلامية بغزة، مذكرة لنيل شهادة الماجستير كلية التربية، الجامعة الإسلامية غزة ، فلسطين .
- 81) بخش أميرة طه، (2001) أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالقلق الاكتئاب لدى عينة من أمهات الأطفال المعاقين عقليا والعاديين، جامعة أم القرى، السعودية.

المراجع

- 82) براهيمى إبراهيم، (2007)، ردود فعل العائلة الجزائرية بعدما عرفت أن ابنها معاق عقليا، رسالة دكتوراه في علم النفس، جامعة الجزائر .
- 83) البسطامي سلام راضي أنيس (2013)، مستوى إدارة استراتيجيات التكيف الضغوط النفسية لدى آباء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأمهاتهم في محافظة نابلس، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في الإدارة التربوية، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين .
- 84) بوحاتي سامية (2001)، السند الاجتماعي المقدم في دور العجزة ودوره في تخفيض الضغط النفسي ، مذكرة ماجستير في علم النفس، جامعة الجزائر .
- 85) توهامي عائشة، (2015)، تقدير الذات لدى أمهات الأطفال المتوحدين، مذكرة لنيل شهادة ماجستير في علم النفس العيادي، جامعة محمد خيضر بسكرة ، الجزائر .
- 86) جار الله سليمان، (2014)، منظور الزمن وعلاقته بالجدل في مواجهة الأحداث الصادمة، أطروحة دكتوراه، تخصص علم النفس العيادي، جامعة سطيف -2، الجزائر .
- 87) جبالي صباح، (2012)، الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون، مذكرة ماجستير في علم النفس الضغط، جامعة سطيف الجزائر .
- 88) الخزعان هيا إبراهيم، (2010)، الرضا الزوجي وعلاقته بالمساندة الاجتماعية لدى عينة من الطالبات المتزوجات بجامعة أم القرى مذكرة ماجستير في علم النفس النمو، جامعة أم القرى مكة المكرمة، السعودية .
- 89) الدهيمات يحي (2008)، مستويات الضغوط النفسية لدى أسر الأطفال المعاقين سمعيا وفاعلية برنامج إرشادي مقترح لخفضها في مدينة عمان، أطروحة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان الأردن.
- 90) رازان كفا، (2012)، الصلابة النفسية وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية لدى المسنين في دور الرعاية الاجتماعية، مذكرة ماجستير جامعة دمشق، سوريا.
- 91) الشماط مازن (2013)، مرونة الأنا كمؤشر وقائي من سيطرة الميول الاكتئابية وأفكار الانتحار لدى المراهق، مذكرة ماجستير في الإرشاد النفسي، جامعة دمشق، سوريا.

المراجع

92) العرعير محمد مصباح حسين (2010)، الصحة النفسية لدى أمهات ذوي متلازمة داون في قطاع غزة وعلاقته ببعض المتغيرات، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس كلية التربية الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

93) قدور بن عباد هوارية، (2014)، المساندة الاجتماعية في مواجهة الأحداث الضاغطة كما تدركها العاملات المتزوجات، رسالة دكتورا منشورة في علم النفس العمل، جامعة وهران.

94) ملكاوي محمد زايد، (2010)، فاعلية برنامج إرشادي في خفض مستوى الضغط النفسي لدى أسر الأطفال المعاقين عقليا، مذكرة ماجستير جامعة أم القرى السعودية .

95) نوف بنت علي بن عبد الرحمن المحسن، (2014)، مستوى الضغوط النفسية لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقة العقلية في منطقة القصيم وعلاقتها ببعض المتغيرات، مذكرة ماجستير جامعة القصيم، السعودية.

96) الهنداوي محمد حامد إبراهيم، 2011، الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركيا بمحافظة غزة، مذكرة ماجستير في علم النفس، جامعة الأزهر، غزة، فلسطين.

رابعا المؤتمرات والأيام الدراسية :

97) علي فرح أحمد فرح، (2014)، الضغوط النفسية لأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، دراسة وصفية على الأمهات المترددات على العيادة النفسية بمستشفى أم درمان، ورقة مقدمة لمؤتمر الإعاقة الذهنية، قسم علم النفس، جامعة السودان .

98) القبيوتي إبراهيم أمين ، (2009)، دعم أسرة الشخص المعاق نفسيا واجتماعيا، مؤتمر دور جمعيات أولياء أمور المعاقين في دعم أسرة الشخص المعاق، 26 مارس، 2009، الشارقة، الإمارات.

99) كاشف فؤاد إيمان، بدون تاريخ، المؤتمر العلمي الأول حول حق أسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة للحصول على خدمات إرشادية، مركز دراسات وبحوث المعوقين، جامعة بنها أطفال الخليج، www.gulfkids.com .

المراجع الأجنبية :

أولا الكتب

- 100) Anaut, M, (2003), la résilience surmonter les traumatismes, Paris : Nathan université.
- 101) Arezki D.(2008) ,Méthodologie de la recherche graduée et post graduée .Edition L'odyssée. Tizi-Ouzou, L'Algérie .
- 102) Barrois .c (1998) les névroses traumatiques , 2^{ème} Ed Dunod, Paris.
- 103) Blanchet , Anne Gotman, (1992) l'enquête et ses méthodes l'entretien ,paris ,Nathan .
- 104) Brown ,M(1999) The mucopolysoccharidosc .In S Goldstein & C Reynolds (Ed) Hand Book of neurodevelopmental and genetic disorders In children pp317-336). New York: Guilford .
- 105) Cyrulnik , B,(1999), un merveilleux malheur .Paris : Odile Jacob .
- 106) Cyrulnik B.(2001), les vilains petits canards .paris :Odile Jacob.
- 107) De tychey,C .(2001),la résilience au regard de la psychanalyse. In Manciaux et al .La résilience résister et se construire .Genève : cahiers médicaux sociaux, 145-157.
- 108) Desmet .H ;Pourtois .J.P ;Humbeeck B, (2012), les Ressources de la Résilience , Paris ,Presses universitaires , France.
- 109) Evans .J h ,(1997), The frist weeks of life .In M.L Batshaw (E D) .Children with disabilities (4th ,pp.93-113) .Baltimore Brookes.
- 110) Graziani.p. Swendsen.joel,(2004),Le stress émotions et stratégies d'adaptation ,Nathan.
- 111) Guedeney ,N et al, (2005), L'attachement concepts et applications, Masson ,Belgique.
- 112) Guittet.A ,(2002) ,L'entretien techniques et pratiques sixième édition , Armand , colinn, Paris .
- 113) Gutton .P.(1983), Le bébé du psychanalyse le centurion ,Paris .

- 114) Institut canadien d'information Sur la santé ,(2012), le rôle du soutien social dans L'atténuation de la détresse psychologique. www.ICIC. Ca Mars, 2012.
- 115) Korff-Sausse .S ,(1995) Le Handicap, Figure de l'étrangeté ,in Dayan ,trauma et de venir psychique, 1^{ère} Edition ,PUF,Paris.
- 116) L'emperiere , th, féline A. et al (2000), Psychiatrie de l'adulte, Masson , paris .
- 117) Lamy. L, (2014),L'impact du soutien social sur la santé in ,Introduction à la psychologie positive vous la direction de Jacques Lecomte ,Dunod, Paris.
- 118) Laurent Shmith ,(2012), psychothérapie de soutien , Elsevier, Masson, Fr .
- 119) Lavigueur ,S, coutu, S, & Dubeau D.(2001) , l'intervention auprès des familles de risque .une approche multimodale qui mise sur la résilience. Dans L.le Blanc & M .Séguin (Eds) la relation d'aide .Concepts de base et interventions spécifiques (Chap .7 ,pp171-220).Montréal : les édition logique .
- 120) Lazarus,R .S,Folkman ,S. (1984) ,Stress ,coping and adaptation, Springer, New York .
- 121) Le camus , J(1995) ,Pères et bébés , l'harmattan ,paris .
- 122) Lebovici .S.Soul, M, (1970) La connaissance de l'enfant par la psychanalyse ,PUF , paris .
- 123) Lecomte . J ; Vanistendal .S ,2000, Le bonheur est toujours possible , Construire la résilience , Paris .Bayard Editions .
- 124) Lustin ,J.J. Bergeret, J.et al (1986) ,Psychologie pathologie théorique et clinique 8^{ème} Edition ,Masson ,Paris .
- 125) Marciano P, (2001) , L'amour maternel, un amour impératif ,Spirale ères ,Marseille ,N18.
- 126) Maxwell ,Joseph,(1999) , La modélisation de la recherche qualitative .une approche interactive ,éditions universitaires de fribourg ,(PP 140-147).
- 127) Mazet,P et Houzel .D.(1978) ,Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ,Maloine ,S.A. éditeur, Paris .

- 128) Organisation mondiale de la santé Banque mondial (2012), Rapport mondial sur l'handicap.
- 129) PEDINIELLI J-L.(1994) Introduction à la psychologie clinique ,Paris : Nathan .
- 130) Quivyluc .R,Crmpenhoudt.V,(1995) ,Manuel de recherche en sciences sociales ,3ème Ed ,Dunod, Paris.
- 131) Réaume ,R , Labreque. M ,Cowell , J , 2008 , Avis sur le soutien aux familles avec enfants handicapés . Conseil de la famille et de l'enfance ,Québec , Bibliothèque national du Québec .
- 132) Ringler, M ,(1998) , L'enfant déférent accepter un enfant handicapé 2^{ème} édition ,Dunod, Paris .
- 133) Scelles .R ; Tubert ; Damiani C ; Houssier.F ; Korff-sausse S ;Sironi F. ; Tomkiewicz S.Caule .E.(2001), Figures et traitements du traumatisme ,Dunod ,Paris .
- 134) Stern .D , (1996), La constellation maternelle calmann , Levy, paris.
- 135) Thérèse. M ,(2008) ,Gestion et prévention de crise en situation post-catastrophe, Prise en charge des Traumatismes collectifs Nouvelles pratiques psychologiques et psychosociales ,Edition Boeck, Bruxelles,1^{er} édition Belgique.
- 136) Tomkiewicz .S .1999 ,L'adolescence volée, Paris .Calmann levy.
- 137) Zucman ,E ,1982 ,Familles et handicap dans le mande , analyse critique de travaux de la dernière décennie , les publications du centre technique national d'études et recherches sur les Handicaps et inadaptations , Paris .

ثانيا: المجلات والدوريات :

- 138) Abboud ,S,(2003) stress social support and welt being of Arab mothers of children with intellectual disability who are served by Welfare services In mothers Israel Journal of intellectual disability Research, Vol 47 PP264-272.
- 139) Anaut ,M ,(2005), le concept de résilience et ses applications Cliniques, Recherche en soins infirmiers, (N° 82) p4-11.

- 140) Anaut M.(2004) La résilience en situations de soins approche théorico-clinique , recherche en soins infirmiers n°77 , Université Lumière-Lyon2 .
- 141) André.F.F.(2002),les adaptations familiales défensives face au handicap , In presse le Divan familial ,N°08, P11-24.
- 142) Bernard .M (2015) , Interventions , programmes ,Modèles et rôles ,Revue internationale de communication et socialisation , vol ,2 ,N°2, université du Québec , Trois Rivières , Canada .
- 143) Bernard .T. Kalubi .J.C larivées S.J. (2007) Résilience et handicap chez l'enfant, Reliance 2,N°24, p 12-21.
- 144) Bruce B,(2001) Fathers and mother perception of father ,involvement in families with young children with disability -journal of intellectual disability 26(4), PP 324-339.
- 145) Carron .J Stéphane , Guay.D.(2005).Soutien social et santé mental ,concept ,mesures recherches récentes et implications pour les cliniciens « santé mental au Québec 302 » ,vol.30 N°2 .P.15-41.
- 146) Delage Michel ,(2002) ; Aide A la résilience familiale dans les situations traumatiques , "Thérapie familiale", 3/(vol 23) p269- 287.
- 147) Garnezy. N ., 1993 , Children in Poverty . Resilience Despite risk , psychiatry interpersonal and biological processes , Vol .56,N° 1 , p127-136.
- 148) Gravel M.C,(2013) ,le rôle du soutien social en santé mentale ,Trumag,N°4 P , centre d'étude sur le trauma , centre de recherche de l'institut universitaire et santé mental de Montréal , Québec , canada .H1 N 3M5.
- 149) Guadalupe M.Garcia , JuanCarlos.A.G(2013) psychometric properties of Connor –Davidson Resilience scale in a Spanish sample of entrepreneurs Psicothema , vol 25 N°2, P245-251.
- 150) Hamelin A , & Jourdan-Ionescu C , (2011) , Les instruments d'évaluation du processus de résilience , Revue Développement humain, handicap et changement social , Vol 19 , N°1 P.75-84.
- 151) <http://id.erudit.org/iderudit/1025333ar>

- 152) <http://www.ripph.qc.ca> /revue/journal.19-01-2011-11
- 153) Lecomte .J , 2014, Résilience un parcours de vie Non –violence actualité, Enfance et violence.
- 154) Lecomte. J , 2005, Les caractéristiques des tuteurs du résiliences , recherches en soins infirmiers N° 82 .
- 155) Nann.S,(2014), les Ressources de la résilience chez les volontaires internationaux, laboratoire (CLIPSYD) et intervenante , France, volontaires.
- 156) Nourmand .C et Giguère, (2009), Processus et Stratégies d’adaptation positives des parents face à la déficience intellectuelle de leur enfant ,Revue francophone de la déficience intellectuelle N° 20,P5-16.
- 157) Pelchat .D.lefebvre H,levert, M.J.(2005) ,l’expérience des pères et mères ayant un enfant atteint d’un problème de santé v, état actuel des connaissance ,Revue internationale de recherche et de transfert, enfances ,familles, génération ,N°3,P56-77.
- 158) Perlier,P.1, (2013) , L’impact du soutien social sur le sujet malade du cancer et sur son parcours de maladie .étude qualitative ,université de Strasbourg, France ;Faculté de psychologie. European scientific Journal, SPECIAL/ed.vol 4,P.557-583 .
- 159) Piérart,G .& al,(2014). Handicap , Famille , et Soutien Regard Croisé Québec suisse , Enfances, Familles , Générations N°20 P.128-147 .
- 160) Rasclé.N .& al 2003, Le questionnaire de soutien social de sarason (SSQC) : une adaptation française, Laboratoire de psychologie (EA-366) ,université de bordeaux 2.[http :www.resea.chagate.net](http://www.resea.chagate.net)
- 161) Roeyers .H , Christel C,(1995) , Les Pères et Les mères d’un enfant handicapé ; Leur adaptation à la situation et leur sentiment d’être aides , Revue Européenne du handicap Mental, vol 2, N° 6. P. 3-10. Dialogues .
- 162) Rollande Deslandes,(2012), un modèle du développement humain au service de la réussite éducative du jeune , vers un modèles intégrateur des

facteurs et processus de la collaboration école –famamille, vol .20,N03 ,P77-92,
<http://www.Ripph.qc.ca/Revue/journal,2003-2012-06>

163) Rutter ,M, (2002), la résilience face à l' adversité facteurs de protection et de résistance aux des ordres psychiatriques, Etude sur la mort,12 (N° 122) p 123 -146.

164) Scelles .R, (2006) ,Devenir parent d'un enfant handicapé une affaire d'homme , de femme , de couple, d'enfant et de société , informations sociales ,vol4 , N°132, P. 82-90.

165) Squilaci .M, lanners .R ,(2008) ,Education et soutien à la parentalité . Les attentes des parents ayant un enfant handicapé , La revue internationale de l'éducation familiale 1 (N °23), P.15-38.

166) The American psychological Association, APA , 2000, The Road to Resilience brochure ,go to helping .apa .org

167) Tousignant .M.(1988) , Soutien social et santé mentale : une revue de la littérature , in science sociales et santé ,vol 6,N°1 ,PP77-106.

ثالثا: المذكرات والرسائل الجامعية:

168) Audrey Guyard,(2012), Retentissement du Handicap de l'enfant sur la vie familiale ,thèse pour obtenir le grade de docteur, spécialité : Modèles, Méthodes et algorithmes, sociologie, université de Grenoble, France .

169) Eideliman .J.S, (2012) , Des parents face au handicap mental ,théories diagnostiques et arrangements pratiques, thèse de sociologie dirige pour florence ,l'école des hautes études en sciences sociales ,Paris , (2012, Association Alter, publie par Elsevier Masson SAS).

170) Mélanie Lamoureux - Hébert,(2006),Les besoins de soutien des personne présentant un retard mental manifestant des comportements problématiques, Thèse du doctorat en psychologie ,université du Québec à Montréal.

171) Ruiller caroline .(2008) , Le soutien social au travail : conceptualisation , mesure et influence sur l'épuisement professionnel et l'implication

المراجع

organisationnelle : l' étude d'un cas hospitalier ,thèse de doctorat mention Sciences et gestion, .université de Rennes 1 ,France.

172) Théis.A, (2006) ,Approche psycho dynamique de la résilience ,thèse de doctorat en psychologie clinique université de Nancy2 ,France .

173) Zeder .E.(2010) Altérité traumatique ,Adaptation Résilience être frère ou sœur d'une personne en situation d'handicap mental , Thèse de doctorat université de franche- comte école doctorale longanes espaces, Temps ,Sociétés.

رابعا: المؤتمرات و الأيام الدراسية:

174) Abouzeid N.et all (2011) ,les compétences parental des parents ayants un enfant présente un diagnostic d'autisme ou de déficience intellectuelle ,79^{ème} congrès annuel de l'association Francophone pour le savoir (ACFAC) , Sherbrooke .

175) Bernard , Michallet , Résilience et Réadaptation, : une histoire à suivre ,CRDP ,Interval,GIRAFE CRIR, 2^{ème} colloque annuel du CRDP Interval.

176) Bernard, Michallet ,2012 , Autour de la Résilience , 4^{ème} CONGRÈS BIENNAL Du CQJDC 2-4 Mai 2012 .

177) FFAPAMM , 2010 , fédération des familles et amis de la personne atteinte de la maladie mentale

الملاحق

الملاحق

-الملحق 1-

مقياس المساندة الاجتماعية في صورته الأولية

الرقم	العبارات	تقيس	لا تقيس	المقترحات
1	يقدم لي زوجي كل ما احتاجه من مال للتكفل بإبني المتخلف عقليا ومصاريف علاجه			
2	يتلقى ابني التكفل والعناية اللازمة من طرف أخصائيي الجمعية			
3	تقدم لي عائلتي العون المادي الذي احتاجه للتكفل بحالة ابني المتخلف عقليا			
4	يتلقى ابني العناية اللازمة داخل المركز النفسي البيداغوجي			
5	اجد الدعم المعنوي من صديقاتي			
6	بخفف عني جيرانني همومي وأحزاني			
7	يخفف زوجي معاناتي اليومية مع ابني المعاق ذهنيا ويدعمني معنويا			
8	معر بالراحة عندما اكون مع عائلتي (والدي، اخوتي، اخواتي)			
9	تصغي لي صديقاتي عند الحديث عن حالة تخلف ابني العقلية			
10	يتعلم ابني مهارات سلوكية جيدة داخل الجمعية			
11	اتحصل على توجيهات مهمة فيما يخص التعامل مع سلوكيات ابني الغير متكيفة من اخصائيي المركز			
12	يتكفل جيرانني بإبني المتخلف عقليا عند حصول ظروف طارئة			
13	تشعرنني عائلتي بمكانتي وقيمتي رغم تخلف ابني العقلية			
14	تسعى صديقاتي للترويج عني جراء اعاقه ابني الذهنية			
15	اشعر بالراحة النفسية في اوقات تواجدي بالجمعية			
17	اجد الدعم النفسي من الاخصائية النفسية بالمركز			
18	يساعدني زوجي في بعض الاعمال المنزلية			
19	اعتمد على عائلتي في رعاية ابني المتخلف عقليا عند اي طارئ			
20	اتحصل على معلومات مهمة فيما يخص التعامل مع سلوكيات ابني المضطربة			
21	اجد العون المادي من صديقاتي عند الحاجة			
22	يتجنب جيرانني ابني المتخلف عقليا			

الملاحق

			اشعر انني لست وحيدة عندما اتواجد بالجمعية مع امهات في مثل حالتي	23
			ساعدني اخصائيي المركز في تقبل التخلف العقلي لابني	24
			يتجاهلني زوجي ولا يبالي بما اعاني من حالة التخلف العقلي لابني	25
			اشعر وكأني بدون دعم عائلي	26
			تذكرني صديقاتي بالتمسك بالله عند شعوري بالضيق من تخلف ابني العقلي	27
			تساعدني الجمعية في الحصول على حقوق ابني المتخلف عقليا	28
			أجد الدعم من جيراني	29
			اصبحت انظر بشكل ملائم للتخلف العقلي لابني بعد دخوله المركز	30
			يساعدني ابنائي في بعض الاعمال المنزلية	31
			لدي عائلة تخفف آلامي واحزاني بسبب تخلف ابني العقلي	32
			ليس لدي علاقات صداقة جديرة بالثقة	33
			استفيد من تجارب الاولياء في مثل حالتي بالجمعية	34
			كتسبت مهارات تساعدني على مواجهة مشكلات ابني من عائلتي	35
			تعرفت على التشخيص الدقيق لحالة ابني من طرف اخصائيي المركز	36
			يشاركني ابنائي في رعاية اخيهم المتخلف عقليا	37
			ترعى عائلتي ابني المتخلف عقليا عندما اشعر بالتعب	38
			تتكفل صديقاتي بابني المتخلف عقليا عند اي طارئ	39
			تقبلت تخلف ابني العقلي بعد انخراطي بالجمعية	40
			لا ارى اي تحسن على حالة ابني بعد دخوله المركز	41
			يحاول ابنائي الترفيه عني لأنسى همومي بسبب تخلف ابني العقلي	42
			تهتم عائلتي بالترويح عني وعن ابني المتخلف عقليا	43
			تقدم لي صديقاتي نصائح وارشادات فيما يخص التعامل مع ابني المتخلف عقليا	44
			شعرتني جيراني بالخجل جراء حالة ابني المتخلف عقليا	45
			يشاركني زوجي مسؤولية ابننا المتخلف عقليا	46
			تساعدني عائلتي في حل مشكلاتي الناجمة عن التخلف العقلي لابني	47

الملاحق

			يساعدني لقائي مع امهات في الجمعية على التحكم بشكل افضل في تسيير اموري العائلية	48
			اصبحت اعرف حدود امكانيات ابني بعد دخوله المركز	49
			اتباحت انا وزوجي مستقبل ابننا المتخلف عقليا	50
			تشاركني عائلتي في حل مشكلاتي الناجمة عن التخلف العقلي لابني	51
			اكتسبت مهارات تساعدني على مواجهة مشكلاتي مع التخلف العقلي لابني بالجمعية	52
			ساعدني اخصائيو المركز لوصول ابني لمستوى من الاستقلالية	53
			يضفي زوجي جو من المرح في البيت لرفع معنوياتي	54
			تشعر عائلتي بالخجل من تخلف ابني العقلية	55
			تسعى الجمعية للترفيه عني وعن ابني المتخلف عقليا	56
			اشعر انني لست وحيدة عندما التقى بأمهات في مثل حالتني داخل المركز	57
			يصغي زوجي لمعاناتي حول سلوكيات ابني غير المتكيفة	58
			تذكرني عائلتي بالتمسك بالله عند الشعور بالضعف	59
			اعتقد أن الجيران لايقدمون أية مساعدة	60
			لا اشعر باي تغيير ايجابي على حالة ابني بعد دخوله الجمعية	61
			اشعر بالتفاوت تجاه مستقبل ابني نتيجة تطور قدراته بالمركز	62
			يهتم زوجي بالبحث عن المعلومات التي تساعدنا في التعامل بشكل افضل مع حالة التخلف العقلي لابننا	63
			تسعى عائلتي لفك عزلتي الناجمة عن التخلف العقلي لابني	64
			ارى ان انضمامي للجمعية لم يفدني	65
			لا يهتم اخصائيو المركز بانشغالاتي الناجمة عن التخلف العقلي لابني	66
			ياخذني زوجي في نزهات للتخفيف عن معاناتي بسبب التخلف العقلي لابني	67
			ساعدني انضمامي للجمعية في التخلص من عقدة النقص تجاه التخلف العقلي لابني	68
			يهتم المركز بالترفيه عن ابني المتخلف عقليا	69

الملاحق

			لا يشاركني ابنائي معاناتي وعبء مسؤولياتي تجاه اخيهم المتخلف عقليا	70
			ساعدني اخصائيي المركز في التعرف على حقوق ابني المتخلف عقليا	71
			يشعرنى زوجي بأهميتي ومكانتي العالية في حياته جراء عبء مسؤوليتي مع ابننا المتخلف عقليا	72
			اخرج من عزلتي عندما التقى بأمهات في مثل حالتي بالمركز	73
			يثني زوجي علي امام عائلته ومعارفنا	74
			يذكرني زوجي بالاستعانة بالله في لحظات ضعفي	75
			يشعرنى زوجي بالتفاؤل تجاه مستقبل ابننا المتخلف عقليا	76
			يرى زوجي أن تخلف ابني العقلي بسببي	77
			لطالما كان ابني المتخلف عقليا السبب في مشاكل الاسرية	78

الملاحق

-الملحق-2-

مقياس المساندة الإجتماعية في صورته النهائية

بعد التحية :

في اطار الاعداد لإنجاز اطروحة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في علم النفس العيادي اضع بين يديك سيدتي الكريمة هذا المقياس الذي يصف مشاعرك تجاه المساندة الاجتماعية المقدمة لك من طرف اسرتك (زوجك وأولادك)وعائلتك (والداكي، إخوتك ، أخواتك)، صديقاتك، وكذا المركز البيداغوجي النفسي وجمعيات الاطفال المعاقين عقليا، أمل قراءة كل عبارة باهتمام، والإدلاء برأيك بصدق عن حقيقة شعورك وما ينطبق عليك تجاه المعنى الذي تحمله كل عبارة ، وذلك بوضع علامة (x) في الخانة المناسبة ، علما بان هذه المعلومات ستحظى بالسرية التامة ، وتستخدم فقط لأغراض البحث العلمي ولا تستلزم الاجابة ذكر الإسم فارجوا الاهتمام بالإجابة على كل العبارات ولكي مني فائق الشكر والتقدير على تعاونك .

الرقم	العبارات	موافق دائما	موافق احيانا	حيادي	غير موافق ابدا
1	يتكفل زوجي بكل حاجات ومصاريف علاج ابننا المتخلف عقليا				
2	يتلقى ابني العناية اللازمة داخل الجمعية				
3	تقدم لي عائلتي العون المادي الذي احتاجه للتكفل بحالة ابني المتخلف عقليا				
4	يتلقى ابني العناية اللازمة داخل المركز				
5	اجد الدعم المعنوي من صديقاتي				
6	يخفف زوجي معاناتي اليومية مع ابني المتخلف عقليا ويدعمني معنويا				
7	اشعر بالراحة عندما اكون مع عائلتي (والدي, اخوتي ، اخواتي)				
8	تصغي لي صديقاتي عند الحديث عن حالة تخلف ابني العقلية				
9	يتعلم ابني مهارات سلوكية جيدة داخل الجمعية				
10	اتحصل على توجيهات مهمة فيما يخص التعامل مع سلوكيات ابني				

الملاحق

				تقدم لي صديقاتي نصائح وارشادات فيما يخص التعامل مع ابني المتخلف عقليا	37
				يشاركني زوجي مسؤولية ابننا المتخلف عقليا	38
				تساعدني عائلتي في حل مشكلاتي الناجمة عن التخلف العقلي لابني	39
				يساعدني لقائي مع امهات في الجمعية على التحكم بشكل افضل في تسيير اموري العائلية	40
				اصبحت اعرف حدود امكانيات ابني بعد دخوله المركز	41
				اتباحت انا وزوجي مستقبل ابننا المتخلف عقليا	42
				تشاركني عائلتي في حل مشكلاتي الناجمة عن التخلف العقلي لابني	43
				اكتسبت مهارات تساعدني على مواجهة مشكلاتي مع التخلف العقلي لابني بالجمعية	44
				ساعدني اخصائيو المركز لوصول ابني لمستوى من الاستقلالية	45
				يضيف زوجي جو من المرح في البيت لرفع معنوياتي	46
				تشعر عائلتي بالخجل من تخلف ابني العقلي	47
				تسعى الجمعية للترفيه عني وعن ابني المتخلف عقليا	48
				اشعر انني لست وحيدة عندما التقى بأمهات في مثل حالتي داخل المركز	49
				يصغي زوجي لمعاناتي حول سلوكيات ابني غير المتكيفة	50
				تذكرني عائلتي بالتمسك بالله عند الشعور بالضعف	51
				لا اشعر باي تغيير ايجابي على حالة ابني بعد دخوله الجمعية	52
				اشعر بالتفاؤل تجاه مستقبل ابني نتيجة تطور قدراته بالمركز	53
				يهتم زوجي بالبحث عن المعلومات التي تساعدنا في التعامل بشكل افضل مع حالة التخلف العقلي لابنا	54
				تسعى عائلتي لفك عزلتي الناجمة عن التخلف العقلي لابني	55
				ارى ان انضمامي للجمعية لم يفدني	56
				لا يهتم اخصائيو المركز بانشغالاتي الناجمة عن الاعاقة الذهنية لابني	57

الملاحق

				58	يأخذني زوجي في نزهات للتخفيف عن معاناتي بسبب التخلف العقلي لابني
				59	ساعدني انضمامي للجمعية في التخلص من عقدة النقص تجاه التخلف العقلي لابني
				60	يهتم المركز بالترفيه عن ابني المتخلف عقليا
				61	لا يشاركني ابنائي معاناتي وعبء مسؤولياتي تجاه اخيهم المتخلف عقليا
				62	ساعدني اخصائيي المركز في التعرف على حقوق ابني المتخلف عقليا
				63	يشعرنى زوجي بأهميتي ومكانتي العالية في حياته جراء عبء مسؤوليتي مع ابنا المتخلف عقليا
				64	اخرج من عزلتي عندما التقى بأمهات في مثل حالتي بالمركز
				65	يثني زوجي علي امام عائلته ومعارفنا
				66	يذكرني زوجي بالاستعانة بالله في لحظات ضعفي
				67	يشعرنى زوجي بالتفاؤل تجاه مستقبل ابنا المتخلف عقليا
				68	يعتبرني زوجي السبب في تخلف ابني العقلي
				69	لطالما كان ابني المتخلف عقليا السبب في مشاكل الاسرية
				70	يشعر ابنائي بالنقص تجاه التخلف العقلي لأخيهم

الملاحق

- الملحق 3 -

سلم الجدل -كونور دافيدسون

التعليمات:

اقرئي كل عبارة مما يلي واجبيي عنها بعناية وقرري الى أي مدى تعبر عن مشاعرك ,وانها صحيحة بالنسبة لك ، واختاري احدى الخانات لتحديد تقدير مدى انطباقها عليك ، بتقديرها من درجة غير صحيحة تماما الى درجة صحيحة تماما، يرجى الاجابة على كل العبارات بوضع علامة (x) في احدى الخانات المقابلة لها:

الرقم	العبارات	غير صحيح تماما	غير صحيح	حيادي	صحيح	صحيح تماما
1	استطيع التكيف مع التغيرات .					
2	لدي علاقات وثيقة واطمنن لها .					
3	اشعر بالفخر لإنجازاتي .					
4	اعمل من اجل تحقيق اهدافي .					
5	احس بانني مسيطر على حياتي .					
6	اشعر بان اهدافي واضحة المعالم .					
7	ادرك جانب المزحة في التعاملات .					
8	تحدث الامور لأسباب غيبية .					
9	اعمل وفق حدسي نحو الاشياء .					
10	استطيع التعامل مع المشاعر الغير سارة .					
11	احيانا القضاء والقدر يساعدني كثيرا .					
12	استطيع التعامل مع كل ما يعترضني في طريق الحياة					
13	النجاحات السابقة تمنحني الثقة لمواجهة التحديات الجديدة.					
14	التعامل مع الضغوط يعزز قوتي .					
15	احب مواجهة التحديات .					
16	تخذ قرارات صعبة وغير مقبولة اجتماعيا.					

الملاحق

					اعتقد في نفسي بانني شخص قوي .	17
					عندما تبدو الامور ميؤوس منها لا افقد الأمل .	18
					ابدل قصارى جهدي مهما كانت الظروف.	19
					استطيع تحقيق اهدافي .	20
					لا استسلم بسهولة.	21
					اميل الى استعادة توازني بعد المشقة او المرض.	22
					اعرف الى أين اتجه للحصول على المساعدة .	23
					تحت الضغط اركز وأفكر بوضوح .	24
					أفضل أخذ زمام المبادرة لحل المشاكل .	25

الملاحق

-الملحق 4-

استمارة معلومات عن حالات الدراسة

*السن:

*المستوي التعليمي: ابتدائي متوسط ثانوي جامعي

*العمل: مائثة في البيت عاملة

*الحالة الاجتماعية: متزوجة مطلقة ارملة

*الوضع الاقتصادي للعائلة: جيد متوسط ضعيف

*عدد الاطفال المتخلف عقليا: واحد اثنان اكثر

*رتبة الطفل المتخلف عقليا: الاول الاوسط الاخير

*مكان الإقامة: الريف المدينة

*مدة تواجده في المركز اوالجمعية: سنة سنتان اكثر

*سنة عند انجاب الطفل المتخلف عقليا: عشرون وأقل عشرون واكثر ثلاثون

واكثر اربعون واكثر

*زمن اكتشاف التخلف العقلي: اشهر سنة اكثر

*القرابة بالزوج: توجد لا توجد

*السكن: مع عائلة الزوج سكن مستقل بدون سكن

الملاحق

-الملحق 5-

شبكة الملاحظة

شبكة ملاحظة الأم

المؤشرات	حالة الأم
المظهر و الهندام	
المزاج	
التواصل	
الإنفعالات	
القدرات المعرفية	
روح الدعابة	
المشاعر	
الإيماءات	

شبكة ملاحظة الطفل

المؤشرات	حالة الطفل
المظهر والهندام	
السلوك	
الاضطراب	
التشوهات	
الاستقلالية في الوظائف	
النتائج	
اللغة	
أخرى	

-الملحق 6 -

دليل المقابلة

المحور الأول يتعلق بالمساندة الإجتماعية:

- 1- كيفاش عشتي تجربة اصابة ابنك/بنتك؟
- 2- قداش قعدتي باش تقبلتي حالتوا؟
- 3- واش كون الي وقف معاك وقدملك المساعدة؟
- 4- واش هي الحاجات إلي راكي باغيا يعاونوك بيها باش تتغلب على هذي الحالة؟
- 6- وش كون هوما الناس إلي راكي شايفتهم قادرين يعاونوك؟
- 7- وبيناهم الي فعلا عاونوك على هذي الحالة؟
- 8- وبيناهم الي راكي راضية على المعاونة إلي قدموهالك؟

المحور الثاني يتعلق بمحاور الجلد:

- 1- واش حسيتي كي عرفتني بحالة ابنك /بنتك؟
- 2- كيفاش تجاوزت هذي الحالة؟
- 3- كيفاش راكي تشوفي في هذا الولد /البنت؟
- 4- راكي قادرة تهتم بيه وتجيبيلوا صوالحو؟
- 5- كيفاش راكي تواجهي في مشاكل حالة ابنك؟
- 6- كيفاش راكي تشوفي في المستقبل وواش راكي تفكري تديري؟

الملاحق

-الملحق 7-

قائمة الأساتذة المحكمين

الرقم	الأستاذ المحكم	الدرجة العلمية	التخصص	الجامعة
01	قريصات الزهرة	أستاذ التعليم العالي	ع/العيادي	ابن خلدون تيارت
02	ملوكي جميلة	أستاذ محاضر أ	ع/العيادي	أبوبكر بلقايد
03	معاريف منور	أستاذ محاضر أ	ع/العمل والتنظيم	ابن خلدون تيارت
04	براخلية عبد الغاني	أستاذ محاضر أ	ع/العمل والتنظيم	ابن خلدون تيارت
05	ابن موسى سمير	أستاذ محاضر أ	ع/العمل والتنظيم	ابن خلدون تيارت
06	صدقاوي محمد	أستاذ محاضر ب	ع/العمل والتنظيم	ابن خلدون تيارت
07	ضيف الله حبيبة	أستاذ محاضر أ	تربية خاصة	ابن خلدون تيارت
08	يونس جميلة	أستاذ محاضر ب	ع/المدرسي	ابن خلدون تيارت
09	آكتوف نجية	أستاذ مساعد أ	ع/الأرطفوني	سعد دحلب
10	قايد عادل	أستاذ محاضر أ	ع/الإجتماعي	ابن خلدون تيارت
11	سعد الحاج	أستاذ محاضر أ	تربية علاجية	ابن خلدون تيارت
12	بالعالية محمد	أستاذ محاضر ب	القياس النفسي	ابن خلدون تيارت