دراسات نفسية

دورية محكمة تصدر عن مركز البصيرة للبحوث والاستشارات والخدمات التعلمية- الجزائر

العدد العاشر (10) جويلية 2014

خبرة المعلمين الذين يدرسون طلاب التوحد في المدارس المتوسطة بالمملكة العربية السعودية :دراسة فينومينولوجية

أمحمد مقداد
خالد ال عثيمين

مدراء مؤسسات ذوي الاحتياجات الخاصة بين تصور الدور وفعاليته -دراسة ميدانية بمدارس صغار الصم-

منى عتيق

فعالية برنامج علاجي نفسي جماعي (سلوكي-معرفي) في التخفيف من أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة له عند أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون

مبروك وداد

اعتماد درجات الذكاء لاقتراح برنامج تدريبي لتاهيل المتخلفين عقليا و اجتماعيا ومهنيا

هلايلي ياسمينة

بعض سمات الشخصية وعلاقتها بدافعية الانجاز الرياضي لذوي الاحتياجات الخاصة حركيا

بن حاج الطاهر عبد القادر

علاقة مفهوم تقييم الذات بالتحصيل الدراسي لدى فئة من المعاقين سمعيا

زلوف منيرة

أثر الضغط المهني و المميزات النفسية على الصحة النفسية و الجسمية لدى المديرين

مزياني فتيحة

مؤشرات التكيف النفسي و الاجتماعي للمراهقين دراسة وصفية مقارنة في المجتمعين الجزائري والكويتي

سعود فيصل الدويش

الرقم الدولي ISSN 2353 - 0324

بسم الله الرحمن الرحيم

دراسات نفسية

دورية فصلية محكّمة تصدر عن :

مركز البصيرة

للبحوث والاستشارات
والخدمات التعلمية

- العدد العاشر -
10

مدير التحرير
أ.سمير إدريس

رئيس التحرير
أ.د.كلتوم بلميهوب

المراسلات باسم مدير مركز البصيرة
46 تعاونية الرشد القبة القديمة – الجزائر
ها: 0021321289778
فا: 0021321283648
نقال: 0553.19.20.70
البريد الإلكتروني:
Markaz_bassira@yahoo.fr

الموقع الإلكتروني:
www. basseeracenter.com

حقوق الطبع محفوظة

التوزيع

دار الخلدونية للنشر والتوزيع
05، شارع محمد مسعودي القبة الجزائر.
ها/فا : 021.68.86.48
ها : 021.68.86.49

دعوة للمشاركة بمقالات نفسية

ترحب دراسات نفسية وهي مجلة محكمة تصدر عن مركز البصيرة للبحوث والاستشارات والخدمات التعليمية بالجزائر، بإسهامات الباحثين في الموضوعات ذات الصلة بعلم النفس التي تراعي القواعد التالية:

1-أن يكون البحث غير منشور في مصادر أخرى.

2-التقيد بالأسلوب العلمي والمعالجة الموضوعية والإحاطة المنهجية مع ملخص باللغتين العربية والإنجليزية.

3- لا يقل حجم المقال عن 15 صفحة ولا يزيد عن 25.

4- أن يكتب المقال ببرنامج word.

الخط باللغة العربية حجم الخط 14 Arabic Transparent

5-أن يكون البحث مرفقا بالمراجع مدونة في نهاية البحث حسب أسلوب APA.

6- تخضع الأبحاث المقدمة للتقييم من قبل الهيئة العلمية للدورية ويبلغ أصحابها بالقرار النهائي المتعلق بالقبول أو التعديل.

يرسل المقال على العنوان البريدي التالي:

belmihoubkeltoum@yahoo.fr

أ.د. كلتوم بلميهوب

الهيئة العلمية

من الجزائر

أ.د.عبد القادر الأمير خياطي .... جامعة الجزائر
د. زناد دليلة .... جامعة الجـــزائر
د. لحرش محمد..... ..... جامعة الجـزائر
أ. د. معمرية بشير..... ..... جامعة باتنـــة
أ. د. ماحي إبراهيم..... ..... جامعة وهـران
د. بوفولة بوخميس..... جامعة عنابة
د. فقيه العيد ..... جامعة تلمسان
د. هدى كشرود..... جامعة الجزائر

من الوطن العربي

أ. د. جمال تركي..... تونـــــــس
أ. د. كشرود عمار..... ..... ليبيـــــــا
أ. د. أحرشاو الغالي..... ..... المغـــــــرب
أ. د. عمر هارون الخليفة..... .... الســـــودان
أ. د. أحمد جمال أبو العزائم..... .... مصـــــــر
أ. د. فاضل شاكر الساعدي..... ..... العـــــراق
أ. د. سامر رضوان .... سـوريا
أ. د. عشوي مصطفى .... السعـــودية
أ. د. عثمان يخلف..... ..... قطـــــــر
أ. د. محمد مقداد..... ..... البحـــــرين

عنوان المراسلات
الموقع الإلكتروني:http/www. basseeracenter.com
البريد الإلكتروني: WWW.markazbassira@yahoo.fr

أمة تتعلم، امة تتقدم

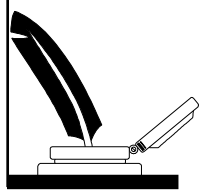
دورية دراسات نفسية – العدد (10) - جويلية 2014

محتويات

▪ افتتاحية العدد:	أ.د/ كلتوم بلميهوب	7
خبرة المعلمين الذين يدرسون طلاب التوحد في المدارس المتوسطة بالمملكة العربية السعودية :دراسة فينومينولوجية	أ.د/محمد مقداد أ/خالد ال عثيمين البحرين	9
مدراء مؤسسات ذوي الاحتياجات الخاصة بين تصور الدور وفعاليته -دراسة ميدانية بمدارس صغار الصم-	أ/منى عتيق جامعة باجي مختار عنابة	21
فعالية برنامج علاجي نفسي جماعي (سلوكي-معرفي) في التخفيف من أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة له عند أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون	أ/مبروك وداد جامعة الجزائر2	39
اعتماد درجات الذكاء للاقتراح برنامج تدريبي لتاهيل المتخلفين عقليا و اجتماعيا ومهنيا	د/هلايلي ياسمينة جامعة باتنة	77

بعض سمات الشخصية وعلاقتها بدافعية الانجاز الرياضي لذوي الاحتياجات الخاصة حركيا.	أ/بن حاج الطاهر عبد القادر جامعة باتنة.	97
علاقة مفهوم تقييم الذات بالتحصيل الدراسي لدى فئة من المعاقين سمعيا	د/زلوف منيرة جامعة الجزائر2	121
أثر الضغط المهني و المميزات النفسية على الصحة النفسية و الجسمية لدى المديرين	د/مزياني فتيحة جامعة الجزائر2	131
مؤشرات التكيف النفسي و الاجتماعي للمراهقين دراسة وصفية مقارنة في المجتمعين الجزائري والكويتي	سعود فيصل الدويش جامعة الجزائر2	145

كلمة التحرير



بسم الله الرحمن الرحيم والصلاة والسلام على اشرف المرسلين سيدنا محمد الرحمة المهداة.

يسعدني في هذا العدد العاشر من دورية دراسات نفسية أن أقدم لعدد من البحوث القيمة التي يدور معظم مواضيعها حول فئة هامة من فئات المجتمع وهي فئة ذوي الاحتياجات الخاصة التي أصبح الاهتمام بها من بين المعايير التي يقاس بها مدى تحضر الأمم وتقدمها ويعكس تقبل المجتمع لها وإيمانه العميق بحقها الإنساني في الرعاية المتكاملة من خلال إتاحة الفرص أمامها للمشاركة في بناء المجتمع وتوفير الفرص التعليمية التي تتناسب واحتياجاتها ووجود التشريعات الخاصة لإقرار حقوقها المدنية والاجتماعية وتوفير البيئة الملائمة لتحقيق ذلك بتكييف جميع الأبنية الموجهة للاستخدام العام ووسائل النقل والمواصلات والحق في العمل والترويح مما يسهم في توافقها.

ذلك أن الإعاقة كما جاء في تعريف فيوليت فؤاد إبراهيم وآخرون[1]: "لم تعد تعني العجز الذي يشير إلى الافتقار إلى القدرة على ممارسة مهام الحياة اليومية بصورة عادية والحاجة إلى الآخرين باستمرار بل أصبحت تعني أن المعاق قد يصل إلى مستوى مناسب من الاكتفاء والاستقلال الذاتي إذا أحسن تدريبه وتأهيله لذلك".

وفي الجزائر على غرار عالمنا العربي ما زالت فئة ذوي الاحتياجات الخاصة تطالب بحقوقها في شتى المجالات وإن كانت حققت البعض منها كالحق في التعليم إلى حد ما فما زالت تسعى إلى تحقيق الحق في تكييف مختلف المرافق حتى يتسنى لها المشاركة الكاملة في المجتمع. مما يشير إلى المعاناة المضاعفة لهذه الفئة فهي تعاني من الإعاقة من جهة كما تعاني من عدم توفير كامل احتياجاتها الإنسانية من جهة أخرى ويترتب عنه معاناة مختلف الأطراف التي تتعامل معها. كما جاء في مواضيع هذا العدد.

فمن جامعة البحرين قام الباحث محمد مقداد وزميله خالد آل عثيمين ببحث حول "خبرة المعلمين الذين يدرسون طلاب التوحد في المدارس المتوسطة بالمملكة العربية السعودية: دراسة فينومينولوجية" والتي خلصت إلى أن الخبرة المعيشة لمعلمي طلاب التوحد تتشكل من أربعة مفاهيم هي الخوف من الفشل في تعليم الأطفال، وعدم الحصول على الدعم المادي والمعنوي الذي يحافظ على ارتفاع الدافعية إلى العمل. والضغط والاحتراق النفسي، والصراع النفسي.

ومن جامعة عنابة قامت الباحثة منى عتيق ببحث حول "مدراء مؤسسات ذوي الاحتياجات الخاصة بين تصور الدور وفعاليته "بهدف الوقوف على واقع التصور الجمعي للدور وما يحمله من مؤشرات الفعالية الإدارية لدى عشر مديرين من مدارس صغار الصم بالشرق الجزائري

---

[1] فيوليت فؤاد إبراهيم وآخرون 2001 بحوث في سيكولوجية الاعاقة. مكتبة الزهراء. القاهرة جمهورية مصر العربية.

وخلصت إلى أن ما ينقص المديرين لبلوغ فعاليتهم الإدارية بهذه المؤسسات، هو تلك الصفات الإنسانية والمهارات الفنية المهنية.

ومن جامعة الجزائر2 قامت الباحثة مبروك وداد بدراسة حول "فعالية برنامج علاجي نفسي جماعي (سلوكي- معرفي) في التخفيف من أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة له عند أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة "داون". انطلاقا من أن اكتشاف التشوه سواء كان مبكرا أو متأخرا، يعتبر دوما صدميا بالنسبة للآباء والأمهات، فالعديد منهم يتألمون دائما لمجرد استحضار تلك اللحظات الخاصة بإعلان الإصابة، مهما مضت من سنوات على ميلاد طفلهم مما يؤكد حاجتهم إلى المساعدة النفسية.

ومن جامعة باتنة قدمت الباحثة هلايلي ياسمينة دراسة موضوعها "اعتماد درجات الذكاء لاقتراح برنامج تدريبي لتأهيل المتخلفين عقليا واجتماعيا ومهنيا "حيث هدفت إلى التحقق من مدى فعالية برنامج تدريبي يحتوي على مجموعة من المهارات في المجالات التالية: "المجال المعرفي، المجال العقلي، المجال الاقتصادي، ارتقاء اللغة، النمو الجسمي، الاعتناء بالنفس، في مجال الطعام وأخيرا في مجال الأعمال المنزلية".

ومن جامعة باتنة أيضا حاول الباحث بن حاج الطاهر عبد القادر في مقاله الموسوم "بعض سمات الشخصية وعلاقتها بدافعية الانجاز الرياضي لذوي الاحتياجات الخاصة حركيا" معرفة العلاقة بين بعض سمات الشخصية وأبعاد دافعية الانجاز الرياضي وهو مجال مهم من المجالات التي اثبت فيها ذووا الاحتياجات الخاصة ذواتهم فقد حقق لاعبو المنتخبات الوطنية لمختلف الأنشطة نتائج متقدمة، تضاهي تلك التي حققها الأسوياء، والتي تعتبر بمثابة تأكيد شخصي تثبت أن أفراد هذه الفئة قادرون على التحصيل في جميع مجالات الحياة، والتعويض عن الإعاقة.

ومن جامعة الجزائر2 قامت الباحثة زلوف منيرة بدراسة حول "علاقة مفهوم تقييم الذات بالتحصيل الدراسي لدى فئة من المعاقين سمعيا"

كما تناول العدد العاشر بحوثا متفرقة حيث قامت الباحثة مزياني فتيحة من جامعة الجزائر2 ببحث حول "أثر الضغط المهني والمميزات النفسية على الصحة النفسية والجسمية لدى المديرين"

وتناول الباحث سعود فيصل الدويش من جامعة الجزائر2 "مؤشرات التكيف النفسي والاجتماعي للمراهقين دراسة وصفية مقارنة في المجتمعين الجزائري والكويتي"

عزيزي القارئ أمل أن تجد في هذا العدد ما يرهف إحساسك ويرقق قلبك ويثري معارفك بفئة ذوي الاحتياجات الخاصة كي تساهم بما تقدر في إدماجهم في المجتمع.

أ.د كلثوم بلميهوب
رئيس التحرير

خبرة المعلمين الذين يدرسون طلاب التوحد في المدارس المتوسطة بالمملكة العربية السعودية دراسة فينومينولوجية

أ. د/ محمد مقداد
قسم علم النفس، جامعة البحرين
أ/ خالد آل عثيمين
قسم علم النفس، جامعة البحرين

الملخص:

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة الخبرة التي يعيشها معلمو طلاب التوحد. تضمنت العينة خمسة معلمين تم اختيارهم قصديا باعتبار أنهم يدرسون طلاب التوحد لفترة تراوحت ما بين ست سنوات وعشر سنوات. وقد تمثلت أداة جمع البيانات في المقابلة نصف المنظمة . وقد اتضح أن الخبرة المعيشة لمعلمي طلاب التوحد تتشكل من أربعة مفاهيم هي الخوف من الفشل في تعليم الأطفال، وعدم الحصول على الدعم المادي والمعنوي الذي يحافظ على الدافعية إلى العمل مرتفعة. والضغط والاحتراق النفسي، والصراع النفسي. وقد تم تقديم توصيات من شأنها أن تعمل على جعل الخبرة أكثر إيجابية مما هي عليه الآن.

المقدمة:

حظيت العلوم الإنسانية وخاصة العلوم التربوية بالكثير من البحث والدراسة. وقد كانت البحوث والدراسات شاملة لجميع المؤسسات التربوية والتعليمية، بمن فيها من الأفراد، وبما فيها من برامج وأهداف ومبان وتجهيزات. ومن فروع العلوم التربوية التي تم تسليط الكثير من الضوء عليها في السنوات الأخيرة، التربية الخاصة وخاصة تربية المعاقين، فأنشئت لها المراكز التدريبية والتأهيلية المتخصصة، والمدارس الداخلية، والدور الإيوائية.

ومن أهم ما شهدته تربية المعاقين، عملية الدمج. فقد كان وما زال تعليم المعاقين - على الأقل في بعض البلدان- يتم ضمن مؤسسات تعليمية خاصة، مما أدى إلى زيادة عزلتهم وجعلهم يشعرون بأن ما سببته لهم الإعاقة من قصور لا يرتبط فقط بالإعاقة التي يعانونها،

ولكن أيضا بباقي نواحي حياتهم الأخرى الجسمية والنفسية والاجتماعية، وأوحى إليهم بأنهم لا يستطيعون أن يتعايشوا مع أفراد مجتمعهم. وقد كان لا بد لهذه الاتجاهات نحو المعاقين، وهذه الممارسات التي تمارس معهم أن تتغير. وظهر في أواخر القرن العشرين مفهوم الدمج، الذي يأخذ بعين الاعتبار المعاق كإنسان أولا، قبل أن يكون معاقا. وهو يسعى إلى جعله يشعر أنه فرد كباقي أفراد المجتمع له ما لهم من حقوق (مثل حق التعليم وحق العمل) وعليه ما عليهم من واجبات (مثل المشاركة في بناء المجتمع وتطويره). هذا وقد أكدت الدراسات العلمية أن لدمج المعاقين مع باقي أفراد المجتمع بمؤسساته المتنوعة دورا بارزا في التخفيف من حدة العزلة التي يعانونها، وزيادة فرص التفاعل الاجتماعي مع أقرانهم العاديين، وتهيئة البيئة المدرسية بصورة أكثر جذبا وتحفيزا، لاكتساب المهارات الحياتية، ورفع مستويات التحصيل العلمي، وتحسين مستويات معيشتهم. وقد أشارت دراسة الخشرمي (2002م) إلى أن دمج ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العادية يؤثر في تحسين مستوى المهارات الاجتماعية واللغوية ومفهوم الذات لديهم. كما أن تشيوك وهاتش (Cheuk & Hatch, 2007) بينا أن للدمج دورا كبيرا في اكتساب الأطفال المهارات الاجتماعية التي يحتاجون إليها.

ولما أن أدركت البلدان أهمية الدمج، راحت تجسده فعليا في مدارسها. والمملكة العربية السعودية- كغيرها من البلدان- شرعت، ابتداء من الربع الأخير للقرن المنصرم، في تطبيقه، ووفرت أفضل أساليب الرعاية الإنسانية والتربوية والمهنية لذوي الاحتياجات الخاصة، وأظهرت الاهتمام بهم من خلال عدة إجراءات كان أهمها عملية الدمج مع طلاب التعليم العام، فعملت على توفير التجهيزات التي تتطلبها عملية الدمج وشرعت في إعداد المعلمين المتخصصين وتهيئتهم لتدريس ذوي الاحتياجات الخاصة بجميع أنواعهم، حيث ركزت على تطوير أدائهم ومهاراتهم وأساليبهم التدريسية وصولا إلى إكسابهم القدرة على التعامل الفعال معهم، الذي يحتاج إلى جهد بدني ونفسي وذهني يختلف عما يحتاج إليه التعامل مع الطلاب العاديين. ومن ذوي الاحتياجات الخاصة الذين يحتاجون إلى رعاية أكثر خصوصية، طلاب التوحد (الأوتيزم)، وهو الاضطراب الذي يصيب الدماغ، ويبدأ في مرحلة الطفولة المبكرة ويستمر حتى الرشد، ويؤثر في ثلاثة مجالات مهمة في نمو الطفل وهي التواصل اللفظي وغير اللفظي، والتفاعل الاجتماعي، واللعب الإبداعي أو التخيلي (الشامي، 2004م).

وبالتالي، فإن الخبرات التي يعيشها من يشارك في تربية ذوي الاحتياجات الخاصة (طلاب التوحد) وتعليمهم، ستكون خبرة منفردة وثرية وغنية كما بين كل من كروز ومازاروس

(Krausz & Meszaros 2005)، تساهم معرفتها بدون شك في ترقية تربية ذوي الاحتياجات الخاصة وتعليمهم.

مشكلة الدراسة:

يختلف التعامل مع ذوي الاحتياجات الخاصة عن التعامل مع الطلاب العاديين في التعليم العام. ومن أسباب ذلك الاختلاف، الصفات التي يتصف بها طلاب التوحد وسمات الشخصية التي يتمتعون بها. ستضع تلك الصفات وتلك السمات الكثير من الضغط على المعلمين الذين يقومون بتعليمهم. فقد ذكر المغلوث (2006م) أن ذوي التوحد يغلب عليهم الانسحاب إلى الداخل والانغلاق على الذات، مما يضعف اتصالهم بالعالم الخارجي المحيط بهم، ويجعلهم متقوقعين على ذواتهم منغلقين على أنفسهم، مع رفض أي نوع من الاقتراب من الأطراف الأخرى حتى لو كانت من أقرب الناس إليهم، مما يزيد مهمة من يتعامل معهم صعوبة خاصة من المعلمين الذين يتعاملون معهم بشكل مباشر. وبين ستروسماير (Strassmeier, 1992) أن (12 ٪) من معلمي الأطفال ذوي الإعاقة العقلية الذين درسهم (ن= 671)، أظهروا مستويات عالية من الشعور بعدم الرضا عن العمل. كما أظهروا مستويات عالية من الضغط النفسي تصل إلى مستوى الاحتراق النفسي.

وبالتالي، فإن ما يختبره من يربون طلاب التوحد من خبرات لا يختبرها غيرهم من المربين. وتجب الإشارة إلى أن كثيرا من الباحثين قاموا بدراسة خبرات آباء طلاب التوحد وإخوتهم (Cashin, 2003; Swanepoel, 2003; Becraft, 2004; Jardine, 2008; Liaw, 2008; Brace, 2009; Lendenmann, 2010 & Huinker, 2012.)، لكن خبرات معلميهم لم تدرس. لهذا، يكون من المفيد دراسة خبرة معلمي طلاب التوحد لمعرفة ما يتم القيام به لترقية تربيتهم وتعليمهم. لهذا، جاءت هذه الدراسة للتعرف على الخبرات التي يمر بها معلمو طلاب التوحد في المدارس المتوسطة في المملكة العربية السعودية.

مصطلحات الدراسة:

الخبرة الإنسانية: هي مجموعة الأفكار والمعلومات والاتجاهات النفسية والاجتماعية الناتجة عن التفاعل الذي تم بين الفرد ومجموعة من المواقف في ظروف بيئية معينة ومحددة، وبمعنى آخر هي مدى البصيرة التي تحصل عليها الفرد كنتيجة لممارسته لعمل ما، وتكوينه لمعان أو تصور خاص عن الشيء الذي مارسه، وتأثيرها على جانب الانفعالات لديه.

الدمج: عرفه الحزنوي (2010م) بأنه عبارة عن تهيئة وتوفير البيئة التربوية والتعليمية المناسبة وذلك لتعليم التلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العادية مع أقرانهم العاديين، من خلال توفير بيئة طبيعية، أو معدلة قدر الإمكان، مع وجود خدمات التربية الخاصة.

كما عرفه النقيثان (2012م) بأنه تقديم كافة الخدمات والرعاية لذوي الاحتياجات الخاصة في بيئة بعيدة عن العزل في المدرسة عبر الفصل الدراسي أو الخاص بالمدرسة العادية، إضافة إلى الدمج في مجالات الحياة المجتمعية العامة.

التوحد: أشار الزارع (2005م) إلى أن التوحد خلل في الجهاز العصبي غير معروف المنشإ والسبب، يؤثر على عدد من جوانب النمو الممثلة غالبا في الأبعاد النمائية التالية (بعد العناية بالذات، والبعد اللغوي والتواصلي، والبعد المعرفي، والبعد السلوكي، والبعد البدني والصحي، والبعد الأكاديمي، والبعد الاجتماعي والانفعالي، والبعد الحسي).

وقد عرفه الدليل التشخيصي الرابع (American Psychiatric Association: 2000) بأنه حالة من القصور المزمن في النمو الارتقائي بالطفل يتميز بانحراف وتأخر في نمو الوظائف النفسية الأساسية المرتبطة بنمو المهارات الاجتماعية واللغوية وتشمل الانتباه والإدراك الحسي، والنمو الحركي، وتبدأ هذه الأعراض خلال السنوات الثلاث الأولى.

ومن مظاهره الإخفاق في تنمية القدرة على الكلام والتحدث وعدم القدرة على استخدام ما تعلمه الطفل، وما هو موجود لديه أصلا للتواصل الطبيعي مع الآخرين. والانطواء والانعزال وعدم القدرة على تكوين علاقات عادية مع الآخرين. ووجود سلوكيات نمطية غير هادفة ومتكررة بشكل واضح.

معلم طلاب التوحد هو المعلم المتخصص والمؤهل لتدريس ذوي الاحتياجات الخاصة بما فيهم طلاب التوحد، كما أنه مؤهل أيضا لتدريس الطلاب العاديين إذا دعت الحاجة إلى ذلك.

منهج الدراسة:

اعتمد الباحثان على منهج البحث الكيفي الفينومينولوجي وخاصة الفينومينولوجيا الأمبيريقية (Empirical phenomenology): التي يغلب فيها الوصف. وفقا لما جاء في مقترحات كلارك موستاكاس .(Moustakas, 1994).

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من جميع معلمي التوحد الذين بلغ عددهم خمسة معلمين بإحدى المدارس المتوسطة التي تطبق الدمج بمدينة الدمام في المملكة العربية السعودية، وذلك خلال الفصل الثاني من العام الدراسي 1433ه- 1434ه . وقد تم اختيار هذه المتوسطة اختيارا قصديا لتنسجم مع متطلبات المنهج الكيفي الفينومينولوجي .(Creswell, 2002). تراوحت أعمار المعلمين بين 29 و41 سنة. كما تراوحت سنوات خدمتهم في التعليم ما بين 6 و 10 سنوات، خلال الفصل الدراسي الثاني من العام الدراسي 1433هـ- 1434هـ .

أدوات جمع البيانات:

استعان الباحثان في جمع البيانات، بالمقابلات نصف المنظمة (Semi- structured Interviews). أجرى المقابلات أحد الباحثين (خ. أ)، بطرح السؤال التالي على أفراد العينة: كيف كانت خبرتكم في تدريس طلاب اضطراب التوحد في المدرسة؟ وقد تم إجراء ست مقابلات مع المعلمين، بحيث تمت كل مقابلة بشكل جماعي في غرفة المرشد الطلابي في المدرسة. تراوحت مدة كل مقابلة حوالي الساعة والثلث. وقد تم تسجيل المعلومات يدويا لأن المعلمين لم يوافقوا على التسجيل الآلي. هدفت المقابلة الأولى إلى بناء العلاقة الإيجابية مع المعلمين، وكسب ثقتهم، والتمهيد للمقابلات القادمة، وقد تم فيها توضيح أهداف الدراسة، وتحديد تواريخ وأيام عقد المقابلات القادمة، وفي المقابلات الخمس الأخرى، تمت مناقشة خبرة المعلمين في تدريس طلاب التوحد.

مناقشة نتائج الدراسة:

توصل الباحثان إلى أن خبرة معلمي التوحد تتشكل من أربعة مفاهيم رئيسة كالآتي:

المفهوم الأول: الخوف من الفشل:

أبدى المعلمون خوفا واضحا من الفشل في أداء المهمة الجسيمة المنوطة بهم وهي تربية طلاب التوحد. فقد ذكر أحد المعلمين: "أنا لست واثقا بأني قادر على تدريس هذه الفئة"، في حين ذكر أحدهم: "أنا لا أمتلك المهارات اللازمة لتحقيق النجاح في التعامل مع طلاب التوحد"، وتكرر من معلم آخر عدة مرات قوله: "نحن لسنا مؤهلين إلا لتحقيق الحد الأدنى مع طلاب التوحد". وعن أسباب هذا الخوف، فقد ردها المعلمون إلى الآتي:

أ) خشية محاسبة الله سبحانه وتعالى لهم لعدم إتقانهم للعمل. فقد ذكر أحد المعلمين: أنا أعرف أن نبينا محمداﷺ يقول: "إن الله يحب من أحدكم إذا عمل عملا أن يتقنه"، وأنا غير قادر على إتقان العمل. وبالتالي، فأنا خائف من عقاب الله سبحانه وتعالى.

ب) أفراد الإدارة والمسؤولون عن العمل الذين يمكن أن يكون تقديرهم لأداء المعلمين منخفضا. وبما أن التجربة جديدة، فإن أفراد الإدارة يخضعونها للمراقبة المستمرة أملا في إنجاحها. فقد بين أحد المعلمين أن تقدير أداء المعلم إذا كان ضعيفا وتكرر، يعرض المعلم إلى عقاب قد يكون التوقيف عن العمل كلية.

ت) زملاء العمل: لا يرغب زملاء العمل أن يكون تقويم أحد زملائهم ضعيفا لأنهم يعتقدون أن الأداء الضعيف للواحد منهم يترك انطباعا سيئا عند أفراد الإدارة عن المعلمين كلهم. وبالتالي، فإن المعلمين لا يريدون أن يكون أحدهم ذا تقدير ضعيف، ولا يترددون في تقديم المساعدة لكل من يحتاج إليها منهم ليكون في مستوى الآخرين. وقد أشار الكثير من الباحثين إلى أن كثيرا من معلمي ذوي الاحتياجات الخاصة يشعرون أنهم غير مؤهلين لتدريس هؤلاء الأفراد (Monaham, Miller & Cronic, 1997; Schumm & Vaughn, 1992; Thompson, 1992; Thompson, White & Morgan, 1982).

هذا وتجب الإشارة إلى أن حالة الخوف التي تعتري المعلمين من المفترض أن تكون طبيعية، ويجب أن لا تؤثر في مستويات أدائهم داخل الصف. تشير يحيى (1998م) إلى أن المعلم هو أحد أهم أركان العملية التعليمية، وأن أي معوقات تعترض طريقه ستؤثر بالتالي، على أدائه التعليمي وسعيه نحو الأفضل، وتؤدي إلى إحساسه المباشر بالعجز عن القيام بواجباته ومسؤولياته تجاه الأجيال التي يعلمها والمجتمع الذي يعمل فيه. وقد أكد (Wisniewski & Gargiulo,1997) "أن معلم التربية الخاصة يعاني الإحساس بنقص الإنجاز الشخصي، وهو إحساس بأنه لم يعد فاعلا أو مؤثرا في تلاميذه أو زملائه أو أولياء الأمور".

المفهوم الثاني: عدم الحصول على الدعم من قبل مجتمع التعليم والمجتمع الخارجي بصفة عامة:

بين معلمو طلاب التوحد أنهم –وهم يتعاملون مع طلاب التوحد- لا يحصلون على الدعم (المادي والمعنوي) ممن يحيطون بهم في المجتمعين الداخلي والخارجي. كما بينوا أنهم على علم كامل بأهمية الدعم ودوره في زيادة الدافعية إلى العمل. قال أحدهم: "لم أسمع كلمة "شكرا" أو أي نوع من الثناء من الإدارة طيلة مدة العمل"، وأشار آخر: "دائما أسمع من المشرفين الزائرين عبارة واحدة يرددونها جميعا، وهي: "لا شكر لمن أدى الواجب والعمل

المطلوب منه فهذا واجبه وعمله"، بالإضافة إلى هذا، فإن أحدهم ذكر: "في إحدى السنوات الماضية رغبة المدرسة في تكريم معلمي طلاب التوحد في نهاية العام بحضور أحد مسؤولي التعليم آنذاك، لكنه رفض التوقيع على شهادات الشكر معتبرا أنها غير ضرورية، لأن المعلمين يؤدون واجبهم، ولا يشكر من يقوم بواجبه.

إذا كان للتحفيز دور كبير في رفع مستوى الإنتاجية والأداء وجودة العمل لدى الموظفين بشكل عام (Farr, et al 1977; Frisch, & Dickinson, 1990.)، فسيكون ذا دور بالغ الأهمية لدى معلمي طلاب التوحد بسبب طبيعة عملهم الذي يتطلب جهدا بدنيا ونفسيا مضاعفا ومستمرا.

المفهوم الثالث: الضغط والاحتراق النفسي:

لقد عبر معلمو طلاب التوحد عن أنهم يشعرون بالضغط النفسي الذي يؤدي أحيانا إلى الاحتراق النفسي. فقد ذكر أحدهم "أنه يشعر بالضيق والحزن خلال بعض فترات أدائه لعمله في المدرسة"، وأفاد آخر بأنه: "يشعر بأن المدرسة أصبحت مصدر توتر وشد أعصاب"، وذكر ثالث بأنه أصبح يكره العمل بسبب ما يواجهه من أعباء ومهام إضافية فوق مهمته الأساسية وهي تدريس طلاب التوحد. وفي محاولة لمعرفة سبب أو أسباب الشعور بالضغط النفسي، أشار المعلمون إلى سلوك طلاب التوحد. علاوة على اضطراب سلوك الاتصال الذي تمت الإشارة إليه أعلاه، فإن سلوك طلاب التوحد قد يتضمن السلوكيات التكرارية أو الطقوسية (ritualistic behavior) كالخفقان باليد والدوران والجري في دائرة، والخوف المفرط، وإيذاء الذات مثل ضرب الرأس أو جرحها، إلخ... وقد لا يكون معلمو طلاب التوحد السعوديين هم فقط من يتعرض للضغوط النفسية أثناء التعامل مع أنماط السلوك التي تصدر من طلاب التوحد، ولكن غيرهم من المعلمين كذلك. ففي دراسة لقداح (2007) هدفت إلى تقييم مصادر الضغط النفسي لدى معلمي طلاب التوحد (ن= 87 معلما) في سورية، أشارت النتائج إلى أن المصدر الرئيس للضغط النفسي هو أنماط سلوك طلاب التوحد. وفي دراسة أجرتها يحيى، وحامد (2001)، لتحديد مصادر الاحتراق النفسي لدى معلمي الطلبة المعاقين عقليا في اليمن، أكدت النتائج أن مصادر الاحتراق النفسي لدى المعلمين تزداد بزيادة الإعاقة العقلية لدى الطلبة. وفي دراسة السرطاوي (1997م) التي هدفت إلى التعرف على مستوى الاحتراق النفسي لدى معلمي التربية الخاصة بالرياض، أظهرت النتائج تعرض معلمي التربية الخاصة للاحتراق النفسي

بدرجة متوسطة على بعدي الإجهاد الانفعالي ونقص الشعور بالإنجاز، وبدرجة منخفضة على اختبار تبلد المشاعر.

المفهوم الرابع: الصراع النفسي:

يشير الخالدي (2009) ورضوان (2009) إلى أن الصراع النفسي أربعة أنواع هي صراع الإقدام- الإقدام، وصراع الإقدام- الإحجام، وصراع الإحجام- الإحجام، وصراع الإقدام- الإحجام المزدوج. ومن أكثر هذه الأنواع تأثيرا في الصحة النفسية للفرد النوعان الثاني والرابع (صراع الإقدام- الإحجام وصراع الإقدام- الإحجام المزدوج). ومما تضمنته خبرة معلمي طلاب التوحد صراع الإقدام- الإحجام. يتمثل جانب الإقدام في اقتناع المعلمين بأهمية دورهم في تدريس طلاب التوحد، من حيث الاهتمام بهم، ورعايتهم، وإكسابهم أولا، مهارات الحياة اليومية مثل: لبس الملابس وربط الحذاء واستخدام دورة المياه وغيرها. وثانيا، المهارات اللازمة للاندماج في المجتمع المدرسي والعام. ويتمثل جانب الإحجام في اعتقادهم بأن زملاءهم من معلمي التعليم العام في المدرسة لا يبذلون جهدا كبيرا في عملهم، وينعمون بعمل سهل الممارسة، ويميل إلى أن يكون روتينيا، ويرسلون الحالات التي يصعب التعامل معها إلى معلمي طلاب التوحد.

الصورة العامة لخبرة المعلمين: تتشكل هذه الصورة كما بينت النتائج من أربعة مفاهيم هي: الخوف من الفشل، وعدم الحصول على الدعم من قبل مجتمع التعليم والمجتمع الخارجي بصفة عامة، والضغط والاحتراق النفسي، والصراع النفسي. ويمكن وضع المفاهيم الأربعة في مجموعتين هما المسببات (الخوف من الفشل، وعدم الحصول على الدعم)، والنتائج (الضغط والاحتراق النفسي، والصراع النفسي). وإن العمل على إزالة الأسباب من المحتمل جدا أن يؤدي إلى إزالة النتائج. وكما هو واضح، فإن هذه الصورة لا تبعث على الاطمئنان. وهي تشبه إلى حد كبير الصورة التي برزت في أبحاث سابقة كثيرة وخاصة الأبحاث التي أجريت للكشف عن خبرة آباء أطفال التوحد وإخوتهم مثل (Cashin, 2003; Swanepoel, 2003; Becraft, 2004; Jardine, 2008; Liaw, 2008; Brace, 2009; Lendenmann, 2010 & Huinker, 2012). كيف يمكن لتجربة جديدة كتجربة دمج طلاب التوحد في التعليم العادي أن تنجح إذا كانت خبرة من يعول عليهم أساسا في إنجاحها، وهم المعلمون يمتلكون مثل هذه الخبرات. وما على المسؤولين على التربية الخاصة ونظام الدمج في التعليم العادي لا في المملكة العربية السعودية فحسب، ولكن في كل البلدان العربية، إلا أن يتدخلوا قبل فوات الأوان وقبل أن تنتكس

التجربة، ويكون آنذاك من الصعب ترميمها. إن نجاح تجربة دمج طلاب التوحد وغيرهم من ذوي الاحتياجات الخاصة، يحتاج إلى تهيئة كل من المجتمع والسلطات التربوية والمدرسة والفصل الدراسي والمعلم والأخصائيين الذين يعملون مع الطفل لتعليمه وإرشاده وإرشاد أسرته. بدون هذه التهيئة، أو بتهيئة جزئية، قد لا يكون النجاح حليف تجربة الدمج.

التوصيات:

بناء على ما تم التوصل إليه من نتائج، يوصي الباحثان بما يأتي:

- وضع برامج وسياسات تدريب وانتقاء تسعى إلى زيادة قدرة معلمي طلاب التوحد على العمل التربوي والتعليمي للقضاء على الخوف من الفشل في العمل.
- وضع برامج وسياسات حوافز ومكافآت تسعى إلى زيادة رغبة معلمي طلاب التوحد في العمل التربوي والتعليمي.
- بناء البرامج الإرشادية الوقائية التي تقي معلمي طلاب التوحد الآثار السلبية المختلفة للضغوط والصراعات النفسية.

المراجـــع:

الحزنوي، محمد سعيد.(2010م). معوقات دمج تلاميذ ذوي اضطراب التوحد في مدارس التعليم العام.رسالة ماجستير. مكة المكرمة. جامعة أم القرى.

الخالدي، أديب (2009). المرجع في الصحة النفسية: نظرة حديثة. دار وائل للنشر، عمان، الأردن.

الخشرمي، سحر أحمد. (2002م). دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العادية. مجلة العلوم التربوية والدراسات الإسلامية. جامعة الملك سعود، 16(1)، 49-18.

رضوان، سامر جميل (2009). الصحة النفسي. دار الميسرة للطباعة والنشر، عمان، الأردن.

الزارع، نايف عابد. (2005 م). تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة. الطبعة الأولى. عمان. دار الفكر.

السرطاوي، زيدان (1997). الاحتراق النفسي ومصادره لدى معلمي التربية الخاصة (دراسة ميدانية). مجلة كلية التربية - جامعة عين شمس. 21 (جزء 2)، 57- 96.

الشامي، وفاء علي (2004م). خفايا التوحد. الطبعة الأولى. الرياض. مكتبة الملك فهد الوطنية للنشر.

قداح، هلا محمد رمزي.(2007م). الضغط النفسي لمعلمي الأفراد التوحديين وعلاقتها ببعض المتغيرات. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية التربية. دمشق .

المغلوث، فهد حمد.(2006م). التوحد كيف نفهمه ونتعامل معه؟ الطبعة الأولى. الرياض. إصدارات مؤسسة الملك خالد الخيرية .

النقيثان، إبراهيم حمد. (2012م). الدمج المجتمعي الشامل لذوي الإعاقة في المجتمع العربي الإسلامي (نظرة تاريخية – تأصيلية). الملتقى الثاني عشر للجمعية الخليجية للإعاقة. ورقة عمل. مسقط.

يحيى خولة، وحامد رنا (2001م). مصادر الاحتراق النفسي لدى معلمي الطلبة المعوقين عقليا في اليمن. مجلة مركز البحوث التربوية. جامعة قطر. 10(20)، 97- 124.

يحيى ندى(1998م). مصادر ومستوى الضغط النفسي وعلاقته بالروح المعنوية كما يراها معلمو وكالة الغوث في منطقة نابلس التعليمية. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة النجاح الوطنية. نابلس.

American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.

Becraft, C. A. (2004). An Exploration of the Family 's Lived Experience of Autism". University of Tennessee Honors Thesis Projects. In: http://trace.tennessee.edu/utk_chanhonoproj/711

Brace, H. J., (2009). Lived experience: Diverse perspectives on raising a child with autism. Graduate School Theses and Dissertations. University of South Florida. At: http://scholarcommons. usf.edu/etd/1870.

Cashin, A. (2003). A hermeneutic phenomenological study of the lived experience of parenting a child with autism. Ph. D. thesis, University of technology, Sydney.

Cheuk, J. & Hatch, J. (2007). Teachers' perceptions of integrated kindergarten program in Hong Kong. Early Child Development and Care, 177(4), 417-432.

Creswell, J. W. (2002). Research Design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches (2nd Ed.). Thousand Oaks, CA: Sage...

Desai M U.; Divan G; Wertz F J.; and Patel V. (2012). The discovery of autism: Indian parents' experiences of caring for their child with an autism spectrum disorder. Transcultural Psychiatry 49(3–4) 613–637

Farr, J.L., Vance, R.J., & McIntyre, R.M. (1977). Further examinations of the relationship between reward contingency and intrinsic motivation. Organizational Behavior and Human Performance, 20, 31-53.

Frisch, C.J., & Dickinson, A.M. (1990). Work productivity as a function of the percentage of monetary incentives to base pay. Journal of Organizational Behavior Management, 11(1), 13-33.

Huinker, H., (2012). The Experiences of Individuals with a Sibling Diagnosed with an Autism Spectrum Disorder. Master of Social Work. St. Catherine University. http://sophia.stkate.edu/msw_papers/40

Jardine, K. M. (2008). What Meaning does raising a Child with Autism have for Parents? A Qualitative Exploration. Doctorate in Clinical Psychology, the University of Edinburgh, Scotland.

Krausz, M & Meszaros J. (2005). The retrospective experiences of a mother of a child with autism. The International Journal of Special Education, 20, 2.

Lendenmann, M. M. (2010). The lived experience of parenting a preschool age moderately mentally retarded autistic child. Doctorate in nursing, the school of nursing at the Catholic University of America.

Liaw, A. (2008). Phenomenological study an exploratory on parents of autistic children in Kuching Sarawak. M.Sc. thesis, Centre for graduate studies, The Open University, Kaula Lampur, Malaysia.

Mary Lynch B. (2007). The Experiences of "Autism Mothers" who become Behavior Analysts: A Qualitative Study. SLP- ABA, 2 (3), 287-305

العدد 10 ـــ

مـــديرو مؤسسات ذوي الاحتياجات الخاصة بين تصور الدور وفعاليته

-دراسة ميدانية بمدارس صغار الصم-

أ/منـــــــــى عتيـــــــق
عضو هيئة التدريس بقسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا بجامعة باجي مختار عنابة-الجزائر-

ملـــــــخص:

هدفت الدراسة إلى الوقوف على واقع التصور الجمعي للدور وما يحمله من مؤشرات الفعالية الإدارية لدى عشر مديرين من مدارس صغار الصم بالشرق الجزائري. حيث تم استعمال المقابلة نصف الموجهة وتقنية تحليل المحتوى، فقد أسفرت النتائج عما يلي: لم يتحدد تصور الدور بمجال التكليف والإلزام، بل بجملة صفات إنسانية ومهارات فنية. حيث دلت نواة التصور الجمعي على أن المدير هو: القائد، المسير، الذكي والواعي. وما ينقص المديرين لبلوغ فعاليتهم الإدارية بهذه المؤسسات، هو تلك الصفات الإنسانية والمهارات الفنية المهنية، كما تؤثر الخبرة والتكوين الأولي في إبراز مؤشرات الفعالية ضمن تصور الدور المهني.

Résumé:

L'objectif de cette recherche est de porter un regard sur les représentations que se font les directeurs de dix écoles de jeunes sourds se situant à l'est Algérien, par rapport à leur rôle et ce que porte cette représentation comme indicateur d'efficacité administrative. En utilisant l'entretien semi directif, et en s'appuyant sur l'analyse de contenu, il ressort que: les représentations s'organisent plutôt autour d'un ensemble de caractéristiques humaines et d'habiletés techniques, qu'autour d' obligations ou de prescriptions. Selon les gestionnaires c'est ce qui devrait être intériorisé par tout acteur social. Les éléments du noyau central montrent que pour être efficace, il faut être: leader, manageur, intelligent et conscient. Aussi parait –il que l'expérience professionnelle et la formation initiale ont une influence sur les représentations quant à l'apparition des indicateurs d'efficacité.

مـقدمـــــة:

لما تطورت مهام التربية، وسعت هذه الأخيرة إلى شمول كل نواحي الفرد وتنميتها بأساليب تقنية، بيداغوجية وديداكتيكية واكبها تطور الإدارة المدرسية. فصارت مهمة هذه الإدارة الحديثة لا تقتصر على الجانب الإداري الصارم والمألوف بل تتعداه إلى جانب تقني كذلك لتتحد المهام والوظائف في هذا الإطار (الإداري والفني)، وتتدارك عجز المؤسسة التعليمية وتوفر ما يلزمها من موارد مادية وبشرية وترتبط ارتباطا وثيقا بمدخلاتها الإنسانية وتحرص على أن تقدم لها أفضل الخدمات وأجودها، (بكل ما تستدعيه هذه المهمة من جهود وتفان في العمل). إيمانا منها بأنها (الإدارة المدرسية) اللبنة الأولى وأصغر وحدة تنظيمية وأهمها في العملية التربوية، والمعيار الأصدق لنجاحها.

كما يعتبر المدير القائد التربوي الذي لا يمكن تجاهل وجوده ودوره، إذ أصبح معروفا أن سمعة المدير والعاملين معه بالمدرسة تتوقف على حسن تصرفه، ونظرته وحسن إدارته، كما أن بيئة المدرسة هي تعبير عن شخصيته [1] **(حسن أحمد الطعاني، 2004، ص169).**

وتفحصا لخصائص الإدارة المدرسية الفعالة والناجحة [2] (**سلامة عبد العظيم حسن، 2004، ص30- 31**)، نجد أن المدير مطالب بضمان نجاحه بالمهام والصفات التالية: تخطيط بشكل سليم وللصالح العام، توجيه وقيادة، إشراك العمال في صنع القرار، الإنسانية، الإحساس بالغير، عدم التسلط، المرونة في إدارته والكفاءة والفعالية من خلال الاستخدام الأمثل للإمكانيات المادية والبشرية. سواء أكانت المؤسسة التي يسيرها حكومية أم خاصة، تقدم تعليما عاديا أو متخصصا، كون عمل هذا المدير يندرج في إطار الخدمة الاجتماعية، ويعتبر تدخلا اجتماعيا"le métier d'intervention sociale '، دقيقا'. وهذا ما جعل هؤلاء القادة ملزمين بتحديد أكبر لمهامهم، بحسب موضعهم وفق متطلبات التسيير العلمي **(Miramon.J.m et all, 1992,p08)** *Management* [3] ومفاهيم الفعالية والمردودية. إجابة على انتظارات المحيطين أي انتظارات الآخر. ولعلها كثيرة هي العوامل التي تجعل الفرد عموما ومدير المدرسة فعالا في عمله، وكثيرة هي كذلك العوامل التي تمنعه وتقف عائقا أمامه لبلوغ هذه الفعالية. ومن بين العوامل أو المحركات المولدة لفعالية أداء أي مدير اخترنا فرضا التصورات الاجتماعية للدور.

الدراســـــات السابقة:

تعتبر الدراسات السابقة بمثابة إطار نظري للبحوث ودعامة قوية لبناء أفكار شاملة وملمة بموضوع الدراسة الجديدة للباحث، فمن خلال الاطلاع على جملة الأدبيات في ميدان الإدارة المدرسية، اتضح أن هناك دراسات سابقة متعلقة بالموضوع، نعرضها كما يلي:

دراسة حسن أحمد الطعاني، حول "فاعلية برنامج تطوير الإدارة المدرسية بالأردن من وجهة نظر المديرين المشاركين في البرنامج"،[4] (**حسن أحمد الطعاني، م س، ص167- 190**) التي هدفت إلى التعرف على مدى توافر المبادئ التربوية للتدريب الفعال في برنامج تطوير الإدارة المدرسية، والتعرف على أثر كل من الجنس والخبرة والمؤهل العلمي والتفاعل بينهما في مدى توافر هذه المبادئ التربوية للتدريب في البرنامج المذكور.

اقتصرت الدراسة على مديري ومديرات المدارس الذين التحقوا ببرنامج تطوير الإدارة المدرسية في مديريات التربية والتعليم في محافظة إربد بالأردن للعام الدراسي 2001/2000. حيث استعمل الباحث استبيانا للكشف عن مدى اكتساب المهارات الأساسية في برنامج تطوير الإدارة المدرسية. يحتوي على 48 فقرة موزعة على سبعة مجالات، يستجاب لها بميزان خماسي (كبيرة جدا، كبيرة، متوسطة، قليلة، قليلة جدا). وتبين من نتائج الدراسة أن أهداف البرنامج كانت واضحة للمتدربين وتلبي الحاجات الفعلية لهم لبلوغ فعاليتهم المهنية.

كما تبين أنه لا توجد فروق ذات دلالة تعزى إلى الخبرة والجنس والمؤهل والتفاعل بينهما في تقدير المديرين والمديرات للبرنامج التدريبي بأبعاده السبعة مجتمعة.

- كما بينت الدراسة أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى إلى الخبرة أو الجنس أو المؤهل أو التفاعل بينهما في كل بعد من الأبعاد السبعة باستثناء البعد الثاني المتعلق بالأهداف حيث توجد فروق دالة لتفاعل الخبرة مع الجنس.

دراسة محمد حسن محمد حمادات حول قيم العمل والالتزام الوظيفي لدى المديرين والمعلمين في المدارس"[5] (حسن محمد حمادات" **م س**)، التي هدفت إلى الكشف عن قيم العمل لدى المديرين والمعلمين وعلاقتها بالالتزام الوظيفي وتكونت عينتها من 985 مدير و1309 معلم للمدارس الثانوية العامة في المملكة الأردنية الهاشمية من 12 مديرية، اختيرت عشوائيا، حيث استجابوا لأسئلة استبيانين، الأول خاص بقيم العمل السائدة والثاني خاص بالالتزام الوظيفي. وخلصت الدراسة إلى وجود التزام وظيفي جيد لدى المديرين من وجهة نظر المعلمين. والمديرون نوعا ما مطالبون بهذه الالتزامات الوظيفية. ووجود فروق بين الجنسين لصالح المديرات ويعزى لتقييم المديرات لأنفسهن الذي كان عاليا. أما الخبرة الطويلة فهي تضفي العقلانية والتبصر

على المسؤول فيما يقوم به فتجعل من ذاته رقيبا عليه،كما أن الخبرة الطويلة قد تشكل هالة للفرد تمنعه من التصرف غير المنضبط، وأيضا قد تكسب الفرد معرفة ودراية في قيم وظيفية فيصبح أكثر انتباها لما يقوم به.

دراسة أميرة راشد الغامدي" الدور المثالي والرسمي والواقعي لمديرة المدرسة الثانوية"[6] **(محمد سيف الدين وحسن عبد المالك، 1993،ص40- 42)** التي هدفت إلى تحديد أدوار مديرة المدرسة الثانوية في م.ع.س في ضوء الاتجاهات الحديثة للإدارة المدرسية،وكذا مقارنة الأدوار المنصوص عليها بالأدوار الواقعية.

شملت الدراسة 18 مديرة، 192 معلمة، 154 موظفة من الموظفات الإداريات بالمدارس الثانوية للبنات بمدينة جدة. وأسفرت النتائج عما يلي:

أهم مجالات الأنشطة التي تؤديها المديرات فعليا تتعلق بممارستهن تجاه التنظيم الإداري والمالي والتنشئة الدينية وعلاقة المدرسة بالمجتمع المحلي والإشراف على المبادئ المدرسية في حين ممارستهن تجاه هيئة التعليم والإدارة والطالبات وإحداث التجديد والتطور التربوي وتنمية العلاقات الإنسانية هي في مرتبة أدنى من الأهمية.

-دراسة دلال عبد الواحد الهدهود" الكفايات الأساسية لمدير المدرسة في التعليم العام في دولة الكويت"[7] **(محمد سيف الدين وحسن عبد المالك، 1993،ص53- 54)** هدفت إلى تحديد الكفايات الأساسية التي يجب توافرها في مديري مدارس التعليم العام بدولة الكويت لمساعدتهم في أداء عملهم بصورة أفضل، وبناء نموذج لتقويم أداء المديرين استنادا على قائمة الكفايات المقترحة. شملت 50 مديرا ومديرة لمدارس التعليم العام، 308 مدرسة ومدرس، و8 رؤساء أقسام تعليمية بمراحل مختلفة. اعتمدت على بطاقة فيها قائمة للكفايات الأساسية والتي احتوت على 80 كفاية وزعت على 10 مجالات رئيسية لازمة لعمل مدير المدرسة.

أهم نتائجها هو وجود اتفاق بين فئات الدراسة الثلاث في ترتيب ستة (6) مجالات هي: (العلاقات الإنسانية، تقويم أداء المدرسين والطلبة، الدور الاجتماعي للمدرسة، تدريب العاملين، التقديم، التنظيم). أما مجالات التنفيذ والمتابعة، تنفيذ المنهج، العلاقات مع المسؤولين، والتخطيط فقد حدث حولها اختلاف في تقدير أهميتها. كما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين فئات الدراسة الثلاث في إدراكهم للأهمية النسبية للمجالات التالية: التنظيم، تنفيذ المنهج، تقويم أداء المدرسين والطلبة، الدور الاجتماعي، وهذا يشير إلى أن نوع العمل لا تأثير له على تقدير أهمية هذه المجالات.

- تصدرت العلاقات الإنسانية قائمة الكفايات لجميع الفئات وهذا دليل على وعي العاملين في الحقل التربوي بأهمية الجانب الإنساني في الإدارة المدرسية وآثاره الإيجابية على المردود التربوي.

-**دراسة حسن ك.س.**" تقويم برامج تدريب مديري المدارس الثانوية في ضوء أدائهم لواجباتهم الوظيفية"[(8)] **(محمد سيف الدين وحسن عبد المالك، م س)** هدفت إلى تقويم برامج التدريب في أثناء الخدمة المقدمة لمديري المدارس الثانوية بالعراق،وإلى تحديد أثر هذه البرامج على أداء المديرين لواجباتهم ومهامهم الوظيفية. أجريت مع 100 مدير مدرسة، 50 مديرا سبق لهم المشاركة في دورات تدريبية و50 مديرا لم يسبق لهم المشاركة في دورات تدريبية. استعملت الدراسة كأداة قائمة متكونة من (150) سلوك مطلوب لإنجاز مهام مدير، صنفت في ست 06 مهام ووظائف رئيسية هي: التدريس وشؤون المناهج، شؤون التلاميذ، شؤون المدرسين والإداريين، الشؤون المالية والإدارية، صيانة المبنى المدرسي وتجهيزاته وعلاقة المدرسة بالمجتمع المحلي. ومن أهم نتائجها أن برامج التدريب لها أثر إيجابي على الأداء الإداري وفعاليته.

-**دراسة***Joen Gates*" المعارف والمهارات اللازمة لإدارة المدرسة بكفاءة "[(9)] **محمد سيف الدين وحسن عبد المالك، م س،ص63)**، إلى التعرف على آراء مديري المدارس الابتدائية لولاية *Alabama* بالولايات المتحدة الأمريكية لمدى أهمية المهام الوظيفية التي يمارسها مدير المدرسة ودرجة المعارف والمهارات التي تستخدم فعليا لممارسة هذه المهام. كما هدفت إلى التعرف على مقدار المعارف والمهارات التي يجب توفرها لدى المدير لأداء هذه المهام بصورة فعالة ومثالية. أجريت على115 مدير مدرسة (ولاية *Alabama*)، باستعمال استبانة اشتملت على 48 مهمة وظيفية وقد صنفت هذه المهام في 05 محاور هي: علاقة المدرسة بالمجتمع، الإدارة العامة، إدارة الأفراد، القيادة التعليمية والخدمات الطلابية، وطلب من خلالها تحديد مدى أهمية كل مهمة من هذه المهام والمعارف والمهارات اللازمة لأداء أفضل للمدير في ممارسته لدوره.

من أهم نتائجها وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المعارف والمهارات الفعلية لدى مدير المدرسة، والمعارف والمهارات اللازمة له لتأدية مهامه الوظيفية على نحو أمثل، وذلك في 43 مهمة وظيفية، كما أشارت النتائج إلى كون مديري المدارس بحاجة إلى معارف ومهارات إضافية لمساعدتهم في عملية تطوير البرامج التي تتيح شراكة بين العائلة والمدرسة، والمدرسة وأفراد المجتمع، وهذا ما يؤدي إلى حسن فهم للبرامج التي تقدمها المدرسة.

-**دراسة Richards ,Charles**"الإدراكات الإدارية للقائمين على إدارة المدارس الابتدائية الكبيرة "[(10)]**(محمد سيف الدين وحسن عبد المالك،م س)** هدفت إلى التعرف على نوعية

شاغلي وظائف الإدارة بالمدارس الابتدائية الكبيرة بولاية *Indiana* بـ *USA* ، وكذلك التعرف على الواجبات والمسؤوليات والمهارات والمشكلات المرتبطة بهذه الوظيفة. وكذلك التعرف على الواجبات والمسؤوليات والمهارات والمشكلات المرتبطة بهذه الوظيفة ، أقيمت الدراسة على مديري المدارس الابتدائية بولاية *Indiana* بـ *USA*. *من نتائجها :* أهم الواجبات والمسؤوليات الملقاة على عاتق مديري المدارس الابتدائية هي:

- الإشراف على سير العمل، التنسيق بين المدرسين، إدارة المبنى المدرسي، حفظ النظام، مقابلات أولياء الأمور والزائرين. وأهم المهارات الواجب توفرها في الأفراد المرشحين لشغل منصب مدير مدرسة هي: التنظيم الجيد ، القدرة على الاتصال بالآخرين، قدرات قيادية قوية ، إضافة إلى القدرات الشخصية.

تعليق عن الدراسات السابقة:

من خلال هذه الدراسات، نلمس تفوق عامل التدريب على عامل الخبرة والجنس وحتى المؤهل العلمي. فهو عامل كفيل للنهوض بالإدارة المدرسية وجعل قادتها أكثر فعالية ، خاصة إذا وجد الصدق في التكون والتدريب، وإذا كان المدربون هم المديرين ذواتهم. (دراسة حسن أحمد الطعاني). كما نلمس الفعالية الإدارية في ثوب آخر هو الالتزام الوظيفي كما تراه الفرقة العاملة مع المدير (المعلمون) وكل مدير ملتزم وظيفيا بمستوى عال هو فعال لا محالة ،لأنه سيتجه مباشرة إلى الهدف الذي وضع من أجله ، وتعتبر آراء المعلمين محكا تقييميا لمستوى أداء المديرين لأن آراءهم نابعة من واقع ممارس وفعلي. (دراسة حسن محمد حمادات). كذلك إن واقع العمل الإداري مهما تأثر بالجنس فهو لا يرتبط ارتباطا وثيقا به لأن المسألة مسألة حزم والتزام وانتماء مهني وعمل إداري إن اختلف قائده لا تختلف كثيرا بيئته البشرية (دراسة أميرة راشد الغامدي) وهذه الدراسة كشفت لنا عن واقع الممارسة القيادية ومجالات التدخل فيها ، وهي محصورة في نطاق ضيق مقارنة بما هو واجب أن يكون حتى يتسنى لنا الحكم على فعالية دور المديرين أو المديرات دون إقصاء لأي عامل ((*Facteur*) من عوامل التدخل الإداري. كذلك تنبهنا إلى كفايات مهمة لأداء جيد ودور فعال لمدير مدرسة (كالعلاقات الإنسانية، المهارات الفنية ، التقويم، الحرص على التكوين المستمر للعمال، الوعي بدور المدرسة الاجتماعي ورسالتها...) هي كفايات في غاية الأهمية (دراسة دلال عبد الواحد الهدهود). كما أن التدريب أو التربصات أو التكوين هي عوامل مهمة في تحسين جودة الأداء وفعاليته لدى المديرين (**دراسة حسن ك.س**). كذلك يتضح جليا في دراسة (*Joen Gates"*) تقييم ذاتي للمديرين لأدوارهم وشروط أدائها على أكمل وجه ، وحكم ذاتي كذلك

على مدى توفر هذه المهارات في شخصيتهم وماذا ينقصهم بالضبط كي يحققوا حسن الأداء. وهذا كله من خلال ما يخفونه **من تصورات حول** النموذج الأمثل في الأداء الإداري.

ما ستضيفه الدراسة الحالية:

هذه الدراسة من جهة تجعلنا نستشف مستوى الإجابة عن أسئلة المقابلة الخاصة بتصورات الدور، وكذا جانب التأهيل الإداري لقيادة مؤسسة بذوي الاحتياجات الخاصة كمدرسة صغار الصم: فهل هذا التأهيل موجود أم شتان بين ما يجب توفره من مؤهلات وما هو عليه مدير EJS من مهارات وقدرات ومعارف مولدة لفعالية أدائه.

كذلك ضرورة البحث في النقائص المهاراتية التي يتصورها المديرون ذواتهم (كتقييم ذاتي وشخصي) في شخصهم وهي لازمة لفعاليتهم المهنية عموما والإدارية على وجه التحديد..

مشكـــلة البـــحـــث:

إن الشريحة المتكفل بها داخل مدارس صغار الصم خاصة ومتطلباتها التعليمية أكثر خصوصية، وواقع توفير مطالبها هذه (وسائل ديداكتيكية متطورة، تدريب أفضل للمكونين، استقطاب أحسن التجارب والاقتداء بها في ميدان الإعاقة الحسية...) ليس بالأمر السهل والمفروغ منه، وكان ولا يزال في الجزائر محل تساؤل ونقاش. مع أن تحقيق هذه المطالب هو الذي من شأنه أن ينهض بالتكفل التعليمي إلى أسمى مستوياته، ويصبغ دور قائد المؤسسة بصبغة الفعالية كونه سيحقق أهداف مؤسسته وبمستوى جيد وفي الوقت المحدد لذلك.

من هنا ومن تناقضات العمل داخل هذه المدارس، ومن صراع الأدوار الذي يعيشه المدير ذاته (الدور الموصوف، و المنتظر والمدرك)، أرادت الباحثة أن تكشف القطب المحرك لعمل مدير المدرسة وهو التصورات ومدى علاقتها بفعاليته الإدارية.

- فما الذي يتصوره مديرو مدارس صغار الصم عن أدوارهم المهنية؟ ماذا ينتظره الآخرون منهم من خلال منصبهم؟

- هل تظهر في تصوراتهم لأدوارهم المهنية مؤشرات الفعالية الإدارية المفروضة؟

- وهل للخبرة ونوع التكوين دور في جعل تصور الدور يؤثر على ظهور المؤشرات الدالة على الفعالية؟

ـ أهـــــداف البـــحث:

1- يهدف هذا البحث إلى سد جزء بسيط من فراغ ملحوظ في ميدان دراسة التصورات الاجتماعية للأدوار المهنية وعلاقته بالفعالية المهنية- الإدارية- لدى المدرين داخل مؤسسات مماثلة (ذوي الاحتياجات الخاصة). باعتبار الأمور داخل هذه المؤسسات ليست آلية والأدوار فيها معقدة وبلوغ الأهداف فيها ليس بالأمر السهل ويستوجب التساؤل.

2- كشف كيفية تصور المديرين لأدوارهم داخل مدارس الصم بالشرق الجزائري.

3- كشف مدى ورود مؤشرات الفعالية الإدارية في تصورات المديرين لأدوارهم المهنية.

4- البحث عن مدى تأثير الخبرة في ورود مؤشرات الفعالية في تصوراتهم.

ـ التعاريف الإجرائية لمفاهيم البحث:

إن ورود بعض المصطلحات في دراستنا يحتم علينا شرحها إجرائيا، وهي الآتي:

مدارس صغار الصم: مؤسسات تعليمية تستقبل تلاميذ صما بكما من سن التحضيري يتلقى فيها التلاميذ تعليما ابتدائيا عاديا مع وسائل تعليمية مكيفة. ويدرس بها معلمون مختصون في الإعاقة السمعية وأساتذة في التعليم المختص ويتقدم تلاميذها إلى امتحان السنة السادسة...

تصور الدور المهني: هو النشاط الذهني الذي يتشكل لدى الفرد ليكون جملة معارف وإدراكات شخصية حول ما يمارسه من وظائف ومهام يومية (تختلف هده المعارف حسب الخبرة أو الثقافة أو...). كذلك الحساسات التي يكنها الفرد لموضوع ما.

الفعالية الإدارية: هي بلوغ المدير أهداف المؤسسة التي يعمل بها بكل مهارة، ومن خلال جو عملي مملوء بالتفاهم والرضا الوظيفي بين العمال ورئيسهم. (مهام موفقة وعلاقات جيدة).

الآخرون: هم المجتمع بما يحتويه من عائلات التلاميذ الصم، عالم الشغل وما ينتظره من كفاءات لدى هؤلاء التلاميذ..

النموذج النظري للمدير الفعال (محل مقارنة): لقد تم وضع نموذج نظري للمدير الفعال، مؤسس مبدئيا على نموذج "جوبا للعلاقات الإنسانية"تحدده أربعة عناصر هي:

1- المدير له مهارات فنية، مهارات إنسانية، مهارات فكرية، خصائص مهنية وصفات شخصية.

2- المدير له قوتان واحدة رسمية مستمدة من دوره المعياري (الدور الذي وضعه له المشرع)، وأخرى غير رسمية مستمدة من دوره الشخصي أي (انعكاس لصفاته الشخصية، ومهاراته الإنسانية).

3- المدير يبلغ فعاليته من خلال تحقيق أهداف المؤسسة ورضا العمال والتلاميذ، والأولياء ورضاه الشخصي.

4- المدير في تفاعل دائم مع البيئتين الداخلية والخارجية.

الدراسة الحـــالية:

1-**وصف العينة:**

أ- حسب الخبرة في الإدارة المدرسية:

(الجدول رقم 01 يوضح العينة حسب الخبرة في الإدارة المدرسية)

الخـــــبرة في الإدارة المدرسية الجنس	أقل > من 05 سنوات	مـــن 05 إلى 09 سنوات	تســاوي ≤ أو تفـــــوق10 سنوات	المجمـــــوع العام
ذكور	3	3	2	8
إناث	2			2
المجموع	5	3	2	10

هم عشرة مديرين مقسمون حسب خبرتهم إلى ثلاث (**أقل من 05 سنوات** لدينا خمسة مديرين ثلاثة منهم رجال واثنان نساء، من **05 إلى 09** سنوات لدينا ثلاثة هم رجال- ذكور- وذوو الخبرة التي **تساوي أو تفوق 10** سنوات لدينا مديران هما ذكران.

العدد 10 ـــ

ب- حسب نوع التكوين الأولي:

(الجدول رقم 02 يوضح العينة حسب نوع التكوين):

التكوين / الجنس	التكوين داخل مجال الإعاقة			التكوين الذي لا يمس الإعاقة		المجموع العام
	معلم مختص	مربي مختص	مربي متعدد الاختصاص	نفساني	إداري	
ذكور	02	01	01	02	02	08
إناث				02		02
المجموع	02	01	01	04	02	10

- هم عشرة مديرين مقسمون حسب نوع التكوين الأولي اثنان ذكران تكوينهما الأولي في مجال الإعاقة وهو معلم مختص، ذكر واحد مرب مختص، وواحد آخر مرب متعدد الاختصاصات. بمعنى هم أربعة 04.

- أما ذوو التكوين الذي لا يمس الإعاقة فهم **ستة 06** حيث: أربعة **نفسانيون**- 02 **ذكران، 02 أنثيان**- واثنان آخران **إداريان** في تكوينهما و**ذكران**.

2-أدوات البحث:

استعملت الباحثة المقابلة نصف الموجهة، **مستعينة** بتقنية تحليل المضمون لتحليل البيانات المجمعة.

أ- المقابلة نصف موجهة: l'entretien semi directif: تقول كاترين لوقيو " ***Cathrine Louviot***"إن اختيار نوع المقابلة يتعلق بنوع المعلومات التي نرغب في جمعها، ودرجة العمق المرغوب حول المواضيع المطروحة (**Louviot.C, 2007**)[11]، فهناك المقابلة الحرة، المقابلة نصف الموجهة والمقابلة الموجهة. كما يرى أبو نظرية التصورات إبريك *Abric* أن المقابلة تسمح بالدخول إلى محتوى التصور لكن ليس بالاقتراب المباشر لبنيته الداخلية[12] **(بوضياف سميرة، 2004، ص73)**. من هنا فأداة جمع البيانات التي اعتمد عليها كانت المقابلة نصف الموجهة *l'entretien semi directif*، لأننا بصدد دراسة حول التصورات الاجتماعية للدور المهني وعلاقتها بالفعالية الإدارية، ونود جمع معلومات كيفية وليست كمية. كذلك ربما استعمالنا

لاستبيان كان سيجعلنا نجمع معلومات كمية هائلة لكن ببقاء التصورات خاصة بمصمم الاستبيان وليس بالمستجوب لأن هذا الأخير سيتقيد بما نتصوره نحن وليس بالضرورة ما يتصوره هو، في حين المقابلة ستسمح للمستجوب (بفتح الواو) بالإدلاء بتصوراته الخاصة والشخصية. هي نصف موجهة من حيث:

أولا: -ليست حرة إطلاقا، وليست مقيدة تماما بعدد كبير من الأسئلة:

ب- دليل أسئلة المقابلة: تم تحضير دليل خاص مسبقا يحتوي على خمسة أسئلة – مفتوحة- .

- الالتزام بالسؤال الأول كبداية ضرورية، وباقي الأسئلة لم تخضع لترتيب إجباري من طرف الباحثة. أما باقي الأسئلة فقد خضعت لترتيب وتسلسل أفكار المستجوب.

- ثم إعادة طرح الأسئلة حسب ما يرد من رد فعل للمستجوب (بفتح الواو) في حالة ابتعاد المستجوب عن المسار المفروض مثلا - ***Questions de Relance***- .

هذه الأسئلـــة هي:

ما الذي يتصوره مديرو مدارس صغار الصم عن أدوارهم المهنية؟ ماذا ينتظره الآخرون منهم من خلال منصبهم؟

- هل تظهر في تصوراتهم لأدوارهم المهنية مؤشرات الفعالية الإدارية المفروضة؟ ما الذي ينقص المديرين لبلوغ فعاليتهم الإدارية؟ ما هي السلوكيات التي يتصورها المديرون تقودهم إلى الفعالية في أدوارهم بالمؤسسة؟ هل للخبرة ونوع التكوين دور في جعل تصور الدور يؤثر على ظهور المؤشرات الدالة على الفعالية؟ من هو المدير الفعال حسب تصور المديرين؟

ج- تحليل المضمون: يعتبر تحليل المضمون أو تحليل المحتوى من الأساليب العلمية في التحليل وهناك من اعتبره منهجا [13] **(بوحوش عمار، 2001، ص 151)**. فهو أسلوب يهدف إلى تحليل المعلومة بطريقة موضوعية متضمنة داخل خطاب، نص أو وثيقة. وحسب "عواطف عبد الرحمن" فهدف تحليل المضمون هو الإجابة عن الأسئلة الخمسة التالية:

1- من يتكلم؟ / ماذا يقول؟ / بأي وسيلة؟/ لمن يتوجه؟/ وبأي تأثير؟

فماذا يقول؟ يشتمل تحليل الكلمات والأفكار وهذا الركن هو المقصود بالاهتمام والتحليل في دراستنا هذه.

ومن أهم مبادئ تحليل المضمون ما يلي [14] **(بوضياف سميرة، م س، ص74)**

- المقابلة التي من خلالها يحلل المضمون تكون نصف موجهة وتكون حرية المستجوب ظاهرة في كلامه من خلال الموضوع المختار من شبكة المقابلة.

- للمستجوب حق في العلم بموضوع البحث لكن دون العلم بالأهداف كي لا يصدر استنتاجاته التي تؤثر على إجابته، وتفسد النتائج.

- تكتب المقابلة مع احترام لغة المتحدث (لأن المفروض تسجل المقابلة كما هي خام 100٪)

- ليست عملية الكشف عن الوحدات ذات المعنى داخل المقابلة محصورة في الطريقة **الخطية** *méthode linéaire* حسب نموذج تفسير النص، لكن يمكن كذلك **التقطيع** و**المقارنة**.

❖- **الخطوات التي تم بها تحليل المضمون في هذه الدراسة:**

1- تم تحليل كل فكرة على حدا مبدئيا [*Répartition et Analyse par item*].

2- استخراج الوحدات ذات الدلالة في المحتوى والتي تدخل في إطار واحد متسق (نفس الفكرة، نفس السياق) داخل كل *Item*.

3- محاولة استخلاص (*Synthèse*) الفكرة المراد إيصالها أو الإشارة إليها من طرف المستجوب (بفتح الواو).

4- محاولة إدراج سلوك المستجوب وإعطائه معنى مضافا إلى كلامه (كالسكوت، الصوت المرتفع...) في التحليل.

5- (ملخص التحليل) لكل مقابلة على حدة.

6- محاولة استخلاص العالم المرجعي للمدير الفعال حسب كل مسؤول مؤسسة وما أدلى به في تصوراته.

7- محاولة استخلاص التصور الجمعي للمديرين العشرة حسب كل فكرة (*Item*)

8- محاولة استخلاص العالم المرجعي المشترك للمدير الفعال حسب كل المديرين العشرة.

9- اعتبار الملخصات الفردية قاعدة *Base De Données* لاستخلاص الملخص التحليلي العام.

ـ صدق وثبات التحليل:

هناك من الباحثين من يرى مجرد حصر الظواهر وأمانة رصد الاتجاهات في ضوء تكرار الظواهر كافيا للدلالة على صدق وثبات التحليل. ولهذا اكتفينا برصد التصورات بأمانتها

وبكل موضوعية وذلك من خلال تدوين منظم مباشر *La Retranscription directe* بعد إجراء كل مقابلة تفاديا للنسيان.

كذلك عمدنا **إلى إعادة** تحليل بعض وحدات المقابلات (*Items*) على فترات متباعدة للتأكد الشخصي من **مدى ثبات** التحليل.

نتـــــائج الدراســـــة:

1- **حسب التصور الجمعي للدور، يستخلص ما يلي:** اشترك المديرون في تصوراتهم للدور في التسيير الإداري والقيادة أو العلاقات الإنسانية، وهناك خصوصيات حسب كل مدير. كما أن دور مدير مؤسسة متخصصة كمدرسة صغار الصم، لا يتحدد بالتكليف الإداري، بل يتسم هذا الدور بالخصائص الإنسانية للمدير، والصفات المهنية كالجدية والتخطيط، والمرونة والليونة.

2- **ما ينتظره الآخرون من مديري مدارس صغار الصم**: هو حسب الإجابات الجمعية:

❖التسيير الفعال بالدرجة الأولى (اشتراك معظم المديرين)

❖ وهناك ورود جزئي للإدماج المهني والمدرسي والتكوين بالنسبة للأبناء بالدرجة الثانية.

❖ خصوصيات أخرى حسب التصور الفردي لكل مدير مؤسسة (كإعطاء منح مالية للتلاميذ...)

3-**بصفة عامة، تم تسجيل** تطابق شبه كلي بين تصور المديرين لأدوارهم والنموذج النظري للمدير الفعال، حيث كخلاصة لهذه **الشروط** الأربعة المتوفرة في النموذج، نجد أن.

الشرط الأول الخاص بالمهارات **متوفر**

- الشرط الثاني الخاص بالقوتين (الرسمية / اللارسمية) متوفر
- الشرط الثالث الخاص بالفعالية متوفر
- الشرط الرابع الخاص بالبيئة (الداخلية /الخارجية) **غير** متوفر

وتعزى الأسباب إلى كون هذا النموذج مصمما على أساس [نموذج جوبا] وبعض خلاصات أدبيات الإدارة والفعالية التي لا نتصورها في مجملها مقتبسة من الثقافة العربية الخالصة.

كذلك **ثقافة الإدارة كعلم وكفن** في حد ذاتها لا تأتي بسهولة بل مع الممارسات الطويلة المدى، خاصة في مؤسسات مماثلة. أيضا حتى أبعاد نظرياتها: **كنظرية الإدارة بالأهداف** التي تعطي أهمية كبيرة للبيئة الخارجية. وهذا ما جعل المديرين نوعا ما يتجنبون العلاقات الخارجية الواسعة النطاق ويفضلون العمل في إطار مغلق.En vase Clot. ((projet FAR Annaba,2007)

فعموما، ظهرت مؤشرات الفعالية الإدارية المفروضة في التصورات الجمعية للأدوار.

4- ما ينقص المديرين لبلوغ فعاليتهم المهنية هو المهارات الفنية والصفات الشخصية كعوامل مدعمة لفاعلية المديرين وكأهمية قصوى لهذا النوع من الإدارة (التنفيذية) فالمدرسة جهاز تنفيذي. وهذا ما ينقص المديرين بالدرجة الأولى لبلوغ فعاليتهم حسب مديري مدارس الشرق الجزائري العشرة (EJS).

5- السلوكات التي تقود إلى الفعالية المهنية: اشترك المديرين حسب تصوراتهم الجمعية في الإدلاء بسلوكيات قائدة إلى الفعالية الإدارية، ونعرضها حسب الأولوية التي استخلصت من الإجابات والتحليل:

1- المهارات الفنية أو الإدارية (اتخاذ القرارات، التقييم، التخطيط...)

2- الخاصية المهنية، سيكولوجيا العامل أو التلميذ (فهم، تفهم، معرفة السلوكات، ثقة متبادلة، معرفة الحاجات)

3- الخاصية الشخصية، كالصرامة، الجدية، الدبلوماسية أو الحكمة والتعقل، الذكاء.

6- تعمل الخبرة والتكوين على جعل التصورات الاجتماعية للدور ترتبط بمؤشرات الفعالية المهنية.

7- المدير الفعال هو حسب نواة التصور الجمعي للمديرين العشرة هي: المسير- القائد- الذكي- الواعي.

والعناصر المحيطة بالنواة المركزية للتصور الجمعي هي تمثل خصوصيات المديرين وفردياتهم المرجعية وهي (محب لمهنته ولديه إمكانات، صارم وإنساني، يخاف الله ومكلف، مثقف ومؤهل علميا وعلائقيا وعلميا، ملتزم، حكيم ويثق ويوثق فيه، عادل ومخلص لمهنته وجاد، طموح، مخلص لمهنته إنساني، مجدد، متعدد الاختصاص، مثقف، وأخيرا ديمقراطي، معاصر).

أما النواة المركزية فهي مرآة عاكسة للمرجعية المشتركة التي يتدخل في تشكيلها البعد الاجتماعي والثقافي الذي يحكم المديرين الخاضع للقيم والمعايير المشتركة والمتمثل في ما يجب

أن يكون عليه *Ideaux*. والتي توحي لنا باقتناع المديرين بأن العمل في القطاع الاجتماعي عامة، وفي مدارس الصم على وجه الخصوص، يستلزم أن يكون المسؤول الأول فيها المسير والقائد بكل ما تحمله هاتان الكلمتان من معاني القوة والتمكن من الدور المنوط. ضف إليها صفتي الذكاء والوعي اللتين بدورهما تزودان المدير بنور واستبصار في مهمته النبيلة.

مناقشة عامـــة للنتائج:

- هم عشرة مديرين بمدارس الصم البكم بالشرق الجزائري، **لم يتحدد** تصورهم لأدوارهم المهنية بمجال **التكليف** أو الإلزام أو الإجبار (كما تبين ذلك في دراسة حسن أحمد الطعاني). هذا راجع ربما إلى ورود بعدا آخر في مهنتهم أو في ممارستهم المهنية هو البعد الشخصي، الذي يخفف من حدة الضغط المهني ويشعر المديرين بنوع من الحرية حتى إن كانت نسبية، فبعدما كانت الإدارة المدرسية التقليدية تلزم المديرين بمهام ووظائف لا نقاش فيها، جاءت الإدارة الحديثة أو المعاصرة لتفتح آفاق الحرية للمديرين، وإمكانية استغلالهم لصفاتهم الشخصية في أداء مهامهم بأكثر مرونة مع الحفاظ دوما على تحقيق الهدف. (وهذا يتوافق مع ما بينته دراسة دلال عبد الواحد الهدهود) لهذا ربما لم يشعر هؤلاء المسئولون بهذا الضغط أو هذا التكليف، ولم يرد في تصوراتهم الجمعية للدور.

- **إن نموذج المدير الفعال النظري** مهما نقصت بعض عناصره أو جزئياته في تصورات المديرين، هذا **لا يعني** أن هؤلاء ليسوا أو لن يكونوا فعالين بل ربما الخلفية المرجعية الثقافية المشتركة بين هؤلاء المديرين: مديرو مدارس الصم بالشرق الجزائري، توجد فيها أولويات وخصوصيات تجعل من مهارة ما أكثر حظا في الظهور من الأخرى، ليبقى الهدف واحدا هو بلوغ مستوى الفعالية المرجوة اجتماعيا من هؤلاء القادة التربويين.

- بدا واضحا أن **لنوع التكوين دورا** في جعل **تصورات** المديرين **ترتبط** بالنموذج النظري من خلال ترسخ صفات الفعالية، (وهذا ما توصل إليه حسن. ك. س في دراسته) ولعل ما لاحظناه هو غياب المهارات الفكرية في تصورات المديرين ذوي تكوين داخل مجال الإعاقة. ربما هؤلاء يركزون بالمقابل على اهتمامهم حول الخصائص المهنية والمهارات الفنية، بحكم تكوينهم في الإعاقة وخصوصياتها **أولا**، **وثانيا** بحكم منصبهم الإداري.

كذلك هناك من المديرين ذوي الاختصاص الذي لا يمس الإعاقة (إدارة، علم النفس العيادي، علم النفس التربوي) من غابت في أفكاره الخصائص المهنية، في حين ظهرت المهارات الفكرية. وهذه وجهة أخرى **دالة على تأثير التكوين الأولي** فهو ساري المفعول حتى لو تقلد صاحبه منصبا في اختصاص آخر.

بمعنى أدق وكأن التكوين الذي لا يمس الإعاقة جعل المديرين ذوي آفاق ونظرة ثاقبة للأمور، و عدم تقوقع أو تقيد في خصوصية المهنة وشريحتها، فحتى لو كانوا يشتغلون مع معاقين **فيجب أن يأملوا** دوما في ما هو **أحسن ويخططون له** مسبقا. وهذا ربما يجعلنا نفسر ذلك بعدم مقاومة التغيير لدى المديرين ذوي تكوين لا يمس الإعاقة من جهة أخرى.

- أخيرا لاحظنا أنه مهما اختلفت سنوات الخبرة بين المديرين ظل ترسخ المهارات الفكرية كمعنى وكفائدة عملية ناقصا، و هذا ما يؤكد حداثة الثقافة الإدارية كعلم وكفن وعدم التمكن منها بمستوى كبير في أوساط المديرين. ما لا يعني إطلاقا عدم فعاليتهم الإدارية.

أما عن التصور الجمعي لمن هو المدير الفعال، فهو حسب النواة المركزية: المسير- القائد- الذكي- الواعي، هذه النواة والتي هي مرآة عاكسة للمرجعية المشتركة التي يتدخل في تشكيلها البعد الاجتماعي والثقافي الذي يحكم المديرين الخاضع للقيم والمعايير المشتركة والمتمثل *Idéaux*. والتي توحي لنا باقتناع المديرين بأن العمل في القطاع الاجتماعي عامة، وفي مدارس الصم على وجه الخصوص يستلزم أن يكون المسؤول الأول فيها المسير والقائد بكل ما تحمله هاتان الكلمتان من معاني القوة والتمكن من الدور المنوط. ضف إليها صفتي الذكاء والوعي اللتين بدورهما تزودان المدير بنور واستبصار في مهمته النبيلة. كما وردت عناصر محيطية éléments périphériques مثل مثقف، طموح، يخاف الله، يحب مهنته...

ـ الاقتراحات:

- من خلال المقابلات العشر التي قامت بها الباحثة مع مديري مدارس الشرق الجزائري (سطيف- قالمة- بجاية- باتنة- جيجل- قسنطينة- عنابة- ميلة- الطارف- سكيكدة)، ومن خلال تصريحاتهم الضمنية والمباشرة استطعنا أن نستخلص نقاطا مهمة نوردها على شكل **اقتراحات:**

1- الإدارة المدرسية الفعالة تستلزم:

- التكوين والتدريب (فلا يصبح العامل مديرا إلا إذا تلقى فترة تكوين وتدريب كافية).

2- الفعالية الإدارية داخل مدارس خاصة كـ *EJS* أساسها حب المهنة.

3- حسن القيادة والإدارة هما شرطان متلازمان لفعالية المدير المهنية، وبالتالي ضرورة صقل كل المهارات اللازمة.

4- وضع العمال المترشحين لمنصب إداري تحت التجريب- Essai- كي يعيشوا أو يجربوا كل الوضعيات الحرجة والمريحة لهذا المنصب، ثم يقرروا في النهاية رغبتهم النهائية، وتقرر لجنة خاصة مؤهلاتهم.

5- إعطاء أهمية للتصورات الجمعية لمديري المدارس الخاصة (شريحة الاحتياجات الخاصة)، وإجراء بحوث في هذا النطاق، كي تؤخذ بعين الاعتبار كل النقائص الموجودة في الميدان من خلالها، وتعزز كل الإيجابيات التي من شأنها أن تقود إلى الفعالية المهنية لهؤلاء (لم لا تغيير الذهنيات، العادات،كسر المقاومة ضد التغيير...).

6- أخيرا إجراء دراسة بباقي نواحي القطر الجزائري (غرب –جنوب- شمال) ثم المقارنة بين النتائج واستخلاص أمور تهم القطاع الاجتماعي والعمل الاجتماعي في الجزائر وتخدمه.

الهوامـــــــش:

1- حسن أحمد الطعاني. (2004) فاعلية برنامج تطوير الإدارة المدرسية في الأردن (من وجهة نظر المدرين المشاركين في البرنامج)، كلية العلوم التربوية، جامعة مؤتة، الأردن، مجلة العلوم التربوية والنفسية، المجلد الخامس، العدد الرابع،كلية التربية، جامعة البحرين، ديسمبر.

2- سلامة عبد العظيم حسن.(2004)، اتجاهات حديثة في الإدارة المدرسية الفعالة.دار الفكر، الطبعة الأولى،

3-Miramon (J.M) et autres.(1992). Le métier de directeur -techniques et fictions, Edition ENSP

4- حسن أحمد الطعاني. (2004) م س

5- محمد حسن حمادات، (2006). قيم العمل والالتزام الوظيفي لدى المديرين والمعلمين في المدارس. الطبعة الاولى، دار الحامد للنشر والتوزيع.

6- **أميرة راشد الغامدي**. الدور المثالي والرسمي والواقعي لمديرة المدرسة الثانوية في محمد سيف الدين فهمي وحسن عبد المالك محمود.(1993).تطوير الإدارة المدرسية في دول الخليج العربي.مكتب التربية العربي لدول الخليج الرياض.

7- **دلال عبد الواحد الهدهود**" الكفايات الأساسية لمدير المدرسة في التعليم العام في دول الكويت"في محمد سيف الدين فهمي وحسن عبد المالك محمود.(1993).تطوير الادارة المدرسية في دول الخليج العربي.مكتب التربية العربي لدول الخليج الرياض

العدد 10 ـــ

فعالية برنامج علاجي نفسي جماعي
(سلوكي-معرفي)
في التخفيف من أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة له عند أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون

أ/مبروك وداد
أستاذة محاضرة قسم ب
قسم علم النفس وعلوم التربية
والأرطوفونيا (جامعة الجزائر2)

الملخص:

تهدف الدراسة الحالية إلى محاولة تطبيق استراتيجية هادفة للتخفيف من أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة له عند أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون، والتي تتمثل في برنامج علاجي نفسي جماعي (سلوكي- معرفي)، ولبلوغ ذلك اعتمدنا التصميم التجريبي ذي المفحوص الواحد، باستخدام تقنيات القياس التالية:

المقابلة العيادية، الملاحظة المباشرة وتقنية مراقبة الذات (الملاحظة الذاتية:-Self monitoring، مقياس التقرير الذاتي لأعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة:

(Modified PTSD Symptome Scale-Self-Report) (MPSS-S.R)، اختبار الشعور بالذنب، مقياس(Beck) للاكتئاب المترجم والمقنن من طرف إبراهيم عبد الستار، وقد تكونت مجموعة البحث الحالي من (10) أفراد من الأمهات، كما خضع كل أفراد مجموعة البحث لنفس الاستراتيجيات: استراتيجية التشخيص والعلاج والتقويم والمتابعة، وقد أكدت الدراسة فعالية البرنامج العلاجي النفسي الجماعي (السلوكي- المعرفي).

إشكالية الدراسة:

يقول (D.W.Winnicott): " إنه لمن الطبيعي جدا أن ترغب الأم في التعرف على مولودها عند ازدياده مباشرة، وذلك بسبب شوقها لرؤيته واحتضانه من جهة، ومن جهة أخرى للتأكد

من سلامته الجسمية والعقلية خاصة، لأنها قد لا تفارقها طيلة الحمل أفكار غريبة كوضعها لطفل مشوه، ونفس الشيء ينطبق على الأب، فإنه يعاني من نفس درجة معاناة الأم، فلذلك يعتبر التعرف على الطفل بعد الميلاد، مسألة مستعجلة مما يخفف من قلق الانتظار"(D.W.Winnicott, 1971, p21).

فحسب(D.W.Winnicott) دائما يكون الوضع مريحا بالنسبة للأم التي تنجب طفلا سليما، بينما يختلف الأمر تماما بالنسبة للأم التي تضع طفلا مشوها. "فإنها لم تتهيأ لأن تصبح أما لطفل مصاب بمتلازمة داون مثلا أو أي تشوه آخر، فهي تصدم بشكل عنيف عند اكتشافها لإعاقته لا محالة"(R.Mises et all, 1994, p185).

أما(S.Korff- Sausse) فتقول "بأن جميع الأمهات يكن في حالة ذهول وصمت Sidération Sans (voix) ويثير هذا الخبر ألما يصعب وصفه (douleur indicible) لدى الأمهات، كما هو الحال بالنسبة لمصدومي الحرب أو الناجين من الكوارث الطبيعية"(S.Korff- Sausse, 1966, p33).

وترى نفس المحللة بأنه عندما يواجه الآباء والأمهات حدثا غير منتظر (يصاب به الآخرون حسب رأيهم)، أو بالعكس منتظر جدا، كخوف أغلب النساء الحوامل من إنجاب طفل مشوه، فإنهم يكونون تحت وطأة صدمة قد تدمر جميع دفاعاتهم المألوفة وتظهر غيرها أقل سوءا.

ومن بين الخصائص الأخرى للصدمة النفسية التي وصفها كل من (Freud وFerenczi) نذكر: البغتة (Soudaineté)، عدم التهيؤ لمثل هذا الوضع الذي يعجز اللسان عن وصفه، اختراق التنظيم النفسي فجأة (L'affraction du moi)، ثم تعطل ملكة تفكير الفرد على الترميز وصعوبة أو استحالة إيجاد التصورات والعواطف، كما تثير هذه الصدمة الرعب (L'effroi)، الذهول (Sidération)، وتجزئة الأنا (Fragmentation du moi)، فجميع هذه الخصائص والسلوكات تعرف بالعصاب الصدمي (Névrose traumatique)(S.Korff- Sausse, 1995) .

وفي نفس السياق تؤكد (S.Korff- Sausse) على " أن الإعاقة بمثابة صدمة تغمر قدرات الأنا ولا تسمح له باستيعاب الحدث الجديد، المفاجئ والمؤلم في آن واحد، حيث لا يمكن للعقل تقبله ولا الهروب منه، وذلك بسبب توقف النشاطات العقلية والنفسية للآباء والأمهات، وكان مثل هذا الخبر يعمل كمخدر (Un anesthésique). ودرجة الذهول هذه قد تجعلهم عاجزين عن تقبل دورهم كأولياء لما تتركه الصدمة من أثر عنيف (S.Korff- Sausse, 1995, p45).

فعند مرحلة التشخيص تصاب الأم بالصدمة من وقوع الخبر محاولة رفضه وإنكاره، وقد تشعر بالذنب ولوم نفسها أو لوم زوجها، وقد تعاني من الإحساس بالغضب ويمكن أن يكون موجها إلى أي شخص آخر الفريق الطبي مثلا الذي ساعد في تشخيص المرض. فالأم في مثل هذه المواقف تلجأ إلى نوع من الاستجابات أو ما قد نسميه نوعا من الآليات السلوكية، لأنها تحدث دون وعي منها من شأنها أن تساعد في التخفيف من أثر صدمتها، فتستغرق في عملية استبدال الإنكار بالحزن وقد تمر أيام أو حتى أسابيع حتى تستقبل هذه الحقيقة، وقد تصل إلى شهور وأعوام وهذا ما عرفناه في الميدان عندما سألنا بعض أفراد مجموعة بحثنا، سواء على المستوى النفسي كما ذكرنا فيما سبق كاستجابات الإنكار والكف أو تدفق الإثارات (Débordement des excitations)، أم على المستوى الجسمي كالاضطرابات الجلدية على سبيل المثال: البرص (Vitiligo) أو ارتفاع ضغط الدم وذلك مباشرة بعد ميلاد طفل مصاب بمتلازمة داون عند البعض من الأمهات.

فهذه التعبيرات الجسدية تدل على العجز المؤقت لمواجهة الصدمة، والتي قد تتطلب ترتيبا نفسيا أليما حيث يؤكد ذلك (Ferenczi) قائلا " بأن العضوية تبدأ بالتفكير في اللحظات التي يخفق فيها التنظيم النفسي، (S.Korff- Sausse, 1995).

إن الجهاز النفسي لا يستطيع احتواء هذه الإثارات المفرطة الناتجة عن حدوث الصدمة، فتتدفق عندئذ على شكل سلوكات أو أمراض جسمية.

فمعظم الآباء والأمهات يصفون هذه الفترة بالغموض وبالفراغ، فصدمة اكتشاف إصابة أطفالهم تحدث جرحا مفتوحا في التنظيم النفسي، والذي يستدعي الانغلاق باستمرار، ولكن بدون جدوى، فكأن سياق الالتئام لا نهاية له، ولن تعود الأمور كما كانت سابقا (S.Korff- Sausse, 1995).

فبعد إعلان الأطباء عن التشوه، تجد الأمهات أنفسهن في حالة نفسية أليمة، لا تستوعب كل ما يدلي به الطبيب في تلك اللحظة، لذا ترى البحوث الخاصة بهذا الموضوع أنه من المستحسن أن يقدم التشخيص للأمهات بعد التأكد من الخريطة الكروموزومية (Caryotype) للطفل، وتوضيح هذا التشخيص بشكل مبسط ودقيق قدر الإمكان، مع تفادي التركيز أكثر على الجوانب السلبية المرتبطة بالإعاقة، والمحافظة على التواصل بين المختصين (أطباء نفسيين، مربين مختصين) والأمهات للتخفيف من حدة الصدمة التي قد

تخرب سلامة التوظيف النفسي، وربما تجعل صورة الطفل المنتظر تبتعد أكثر عن صورة الطفل الحقيقي(J. Roy, J.P. Visier, 1997).

كما أن اكتشاف التشوه سواء كان مبكرا أم متأخرا، يعتبر دوما صدميا بالنسبة للآباء والأمهات، فالعديد منهم يتألمون دائما لمجرد استحضار تلك اللحظات الخاصة بإعلان الإصابة، مهما مضت من سنوات عن ميلاد طفلهم.

فهذه الوضعية الصادمة تأتي لتمس على وجه الخصوص نرجسية الأمهات، فهي جرح حقيقي قد يخل بالتوازن النفسي وصعوبة إدماج واقعهن النفسي في نظامهن الفكري، وقد تجد الأمهات أنفسهن أمام ضغوط خارجية وأخرى داخلية قد تفشل قدرتهن على مواجهة محيطهن الخارجي وعالمهن الداخلي(D. Anzieu, C. Chabert, 1983).

فميلاد طفل مصاب بمتلازمة داون بالأسرة يمثل حادثة ضغط أو أزمة في المجال الأسري والتي فيها تتأرجح وتتباين مشاعر وردود أفعال الأم من الإنكار والحزن والقلق والخوف إلى الرفض واللوم والتأنيب، ويظهر لدينا ما يسمى بموقف الأزمة والذي يبدأ بمرحلة التعرض للخطر أو الصدمة.

ونتيجة الأزمة التي تمر بها الأم فإنها تواجه مستويات مرتفعة من الضغط الذي يرتبط مباشرة بإدراكها لحقيقة تشخيص حالة الطفل المعاق، والأمر يزداد حدة في حالات الأمراض الخلقية كالأمراض المرتبطة بخلل في الكروموزومات كمتلازمة داون، والذي يعتبر من الأمراض المرتبطة بالتغيرات الكروموزومية العددية (محمد السيد حلاوة، 1998، ص69).

كما يمثل ميلاد طفل مصاب بمتلازمة داون في الأسرة بداية لسلسلة هموم نفسية لا تحتمل وتكليف بأعباء مادية شاقة وخلق لمخاوف وشكوك متزايدة للآباء والأمهات، وبداية لصراعات من وجهات النظر واختلافات في الآراء، وتبادل للاتهامات، ولوم الذات وللآخرين، وسيطرة لنزعات التشاؤم والانكسار النفسي، وتحطيم للثقة في الذات، وتعطيل للإرادة.

ومع تقدم العمر بالطفل، وتراكم متاعبه ومشاكله، وزيادة اليقين بعجزه وتأخره، تبدأ مرحلة الخصام والشقاق بين أبي وأم الطفل، يتبادلان إلقاء اللوم كل على الآخر، ويرى كل منهما نفسه أنه مظلوم، ويعتبر كل منهما نفسه خاسرا، ويبقى كل منهما مقتنعا بأنه غير مسؤول، وكأنهما يبحثان عن فاعل ليوجها إليه الاتهام ويحملانه بعضا مما يصعب عليهما تحمله (شاكر قنديل، 1996، ص 235).

فتشخيص الطبيب وقراره بأن الطفل مصاب بمرض خلقي وهو متلازمة داون يؤدي إلى حدوث صدمة مؤلمة للوالدين وخاصة الأم كما أشرنا إلى هذا فيما سبق، فتمارس الأم العديد من الضغوط بدءا من ردود الأفعال الفردية وصولا إلى المشكلات المؤثرة على مقومات التكامل الأسري، وعندما تفوق شدة المشكلة قدرة الأم على مواجهتها، فإن هذه المشكلة تتأزم وتزداد تعقيدا وعندما يتزايد التوتر والضغط تصبح الأم أقل قدرة على إيجاد حل، وعادة ما لا تستطيع أن تخطو خطى إيجابية لحل المشكلة أو التخفيف من أثرها لأنها تكون تحت تأثير ما يسمى باضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

فالموقف الذي تجد الأم نفسها فيه يكون أكثر تعقيدا وأشد خطورة، فيتكاتف ما يعاني منه الطفل من إعاقة وبطء في نموه، وما يتطلبه من ترتيبات خاصة للعناية بحاجاته الجسمية وما يلزمه من تدريب ومراقبة، بالإضافة إلى ما يفرض على الأم من مواءمة وتعديل توقعاتها للمستقبل، تتكاتف كل هذه العوامل لتضغط على الأم، وهذا بدوره يزيد من تعزيز إصابة الأم باضطراب الضغط ما بعد الصدمة، إضافة إلى عامل تشخيص الطفل ومن ثم اختلال التوازن الطبيعي للأم (B. Davidson, D. Adosser, 1983, p116).

إن الإصابة الصدمية والتي هي في حقيقة الأمر انفعالات سريعة لضغط متجاوز متبوعة بتفريغات انفعالية مباشرة، بمعنى تناذر صدمي نفسي عارض ومتبوع على المدى الطويل بآثار مرضية مزمنة، ويطلق على هذه الحالات في الطب النفسي الحديث، اضطراب الضغط اللاحق للصدمة ويطلق عليه باختصار (Post Traumatic Stress Disorder) (PTSD).

من الممكن أن تزيد الصدمة وآثارها اللاحقة من قيمتها وتصعد من الضغط اللاحق خصوصا إذا جاء الحدث الصدمي على نحو غير متوقع ومفاجئ، وعدم استعداد الفرد للحدث (L. Crocq, 1999, p375) كحدث إصابة طفل بمرض خلقي وهو متلازمة داون والذي قد يؤدي إلى ظهور وتطور مشاكل نفسية سلوكية ومعرفية لدى الأم، كما يمكن أن نعلق أهمية فائقة على البنية النفسية المعرفية والاجتماعية وقدرات المواءمة مع الحادث الصدمي، على غرار ما تمليه البحوث الكلاسيكية من أهمية السياق اللاشعوري، فيما يخص العلاقة بين الأحداث السلبية (التي تؤثر سلبا على البنية النفسية للفرد) وميكانيزمات الدفاع لمواجهة القلق والتهديد(L. Crocq, 1987, p110).

وعلى هذا الأساس فإن استراتيجيات غير ملائمة مع الأحداث الصدمية قد تسبب جروحا نفسية، مثل أعراض الاضطراب النفسي في صورة قلق وتوتر دائمين، هلع (قلق حاد)،

ذكريات أليمة والمرتبطة بالحادث الصدمي، تقتحم تفكير الفرد غالبا في اليقظة وفي النوم على شكل كوابيس فيسبب ذلك شعورا بالألم والضيق، العزلة، ردود انفعال التشتت الذهني، الانتباه الزائد (المفرط)، ردود أفعال عصبية لكل ما يذكر بالصدمة والشعور بالاكتئاب، ناهيك عن الاضطرابات العصابية، كالقلق الذي يظهر في البداية ثم يتبع بحالات اكتئابية شديدة، كما يربط البسيكوسوماتيون بين الكارثة وبين ظهور الوساوس المرضية في حالة ما إذا كان الجسد موضع تهديد له، أو الخوف من تشوه الجسد حسب (Marie Sylvine)أو الهجاس (Hypochondrie) وكذلك التعرض لإصابات قلبية، الرهاب، عياء نفسي (Neurasthénie)، التجنب، الكف، النكوص والتبعية.

ان الأعراض التي لا تظهر مباشرة عقب التعرض للصدمة، قد يتأخر ظهورها لشهور وسنوات حيث يحدث تشكل إعادة معايشة الصدمة خصوصا لدى الشخصية النرجسو-نكوصية (طفلية نزوية)، وهي ما تتميز به شخصية المصاب باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بالإضافة إلى خلل في التمثيلات المعرفية، فقدان الحس وانخفاض تقدير الذات(C. Damiani, 1997, p235).

في هذا الشأن تعددت وجهات النظر للكيفية والطريقة التي تحدث بها حالة (PTSD)، فنظرية التحليل النفسي تشدد على وجود خبرات سابقة لدى الفرد منذ المراحل الأولى للنمو، فالاستعداد المسبق لأفراد دون غيرهم للتفاعل مع مواقف التهديد أثناء الأزمات يولد الاضطراب، ووجود عوامل اجتماعية وسوابق مرضية قد تكون مجرد عوامل إضافية تؤثر في الحالة وطبيعة الأعراض، ولا تسبب في حدوثها أو عدم حدوثها.

أما النظرية السلوكية، فتفسر (PTSD) كنتيجة شرطية بين الصدمة من جهة والاضطرابات من جهة أخرى، وتظهر الأعراض المرضية نتيجة التعميم السلبي.

إلا أن النظرية المعرفية تأخذ بعين الاعتبار طبيعة الفرد وتعاليمه في فهم معنى الضغط المسلط عليه، ومن ثم استجابته للأزمة، فيحدث الفعل الصدمي فعلته، يعيشه المصدوم إجهادا نفسيا فيهدد كيانه الانفعالي والجسدي (C. Damiani, 1997, p236)

إذن يتضح أن أهم الأعراض الناتجة تتميز بنكوص المشاعر لمستوى أدنى، ويشمل هذا إسقاطات هشة قد سجلت في تاريخ حياة الفرد وتكوينه البنيوي، وتشكلت معها لواحق صدمية (C. Damiani, 1997, p238).

ومن أهم الأعراض الظاهرة كذلك أن حالة اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، يسمح بتمييز إما عجز كلي مؤقت (Impuissance Totale Temporelle)(ITT) أو عجز جزئي دائم(Impuissance Partielle Permanente)(L.Crocq, 1987, p113) (IPP)

يفسر (M.F.Bacques) في ضوء جوانب الشخصية التي تظهر فيها الأعراض، وطبيعة الصدمة (كارثة، حرب، أعمال عنف، إصابة بمرض) فمن الأعراض الحسية، تكون الاستجابات سريعة لأي منبه خارجي يشبه بشكل من أشكال الحادث الصدمي، فهي فائض من الإحساس المتداول، وتظهر هذه الأعراض في سلسلة من الانقباضات الحادة والسريعة المسببة لفقدان الأمل، الشعور بالذنب، الحزن، الأسى، الانطواء، ويكون الفرد المصدوم سريع الغضب تجاه عائلته وأصدقائه، وتجاه المصير، كما يمتاز بالعدوانية والخوف من الأزمة العصبية، ومن أن يصبح مجنونا، ومن الموت ومن الإحساس بالوحدة، وهي تظهر على شكل مخاوف مرضية، حيث يبتعد فيها الشخص المصدوم عن كل ما يذكره بالحادث، يأخذ المصدوم حالة فقدان الوعي مع تقلص عضلي وتشنجات من أجل الهروب وذلك لعجز الذات عن مواجهة الموقف الذي هو فيه، أيضا يصاب بالانهيار والاكتئاب بحيث يكون نظرة سيئة عن نفسه وهذا ما يسبب له خمول فكره ويكون في حالة من الحزن المتكرر، ومن الأعراض السلوكية التي تظهر عليه: ضعف في النشاط الوظيفي العام، العجز عن إيجاد الراحة، نشاط زائد (مفرط)، الشعور بالتعب الشديد، البكاء كوسيلة للتعبير عن الحزن والتخفيف منه، كما يظهر مواقف سلبية تجاه المحيط كتوبيخه لذاته وسوء تقديره لها (M.F.Bacques,1992,pp72- 92).

وانطلاقا من كل ما سبق، فإنه في حالة اختلال التوازن السوي لأم الطفل المصاب بمتلازمة داون، يتدخل المعالج النفسي لمساعدة الأم في التخفيف من أعراض اضطراب الضغط ما بعد صدمتها الناتجة عن إصابة طفلها بمرض خلقي، ورغم وجود هذا الاضطراب وشيوعه وما يترتب عليه من عواقب أليمة، إلا أن نسبة كبيرة من أمهات الأطفال المصابين، واللواتي تعرضن للإصابة باضطراب الضغط ما بعد الصدمة نتيجة حدث مؤلم (إصابة الطفل بمتلازمة داون)، لا يتقدمن للاستشارة النفسية ولا يتلقين أي علاج، وأن نسبة أكبر منهن لا يتلقين العلاج النفسي المناسب.

لقد دفع هذا الوضع بالباحثين والأطباء وعلماء النفس إلى إيجاد عدة تقنيات علاجية حصل البعض منها على بعض الدعم الإمبريقي، لأنها تثبت فعاليتها في مواجهة الآثار النفسية والجسمية المترتبة على اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

كما أن هناك أساليب عدة تستخدم في العلاج النفسي للتخفيف من حالات اضطراب الضغط ما بعد الصدمة لدى أمهات أطفال مصابين بمتلازمة داون.

ومن بين هذه الأساليب نذكر:

العلاج التوجيهي في مقابل العلاج غير التوجيهي، العلاج السطحي في مقابل العلاج العميق، العلاج محدود الهدف في مقابل العلاج طويل المدى، وكذا العلاج الجماعي في مقابل العلاج الفردي.

وأول اعتبار يهتم به المعالج النفسي في حالات أمهات الأطفال المعاقين ذهنيا عامة والمصابين بمتلازمة داون خاصة، هو مشكلة هذا النوع من الإصابات في تأثيره على نمو الأفراد المصابين، ونمو هؤلاء الذين يعيشون معهم.

وقد لخص (Smith and Neisworth) هذا الشعور كالتالي:

"إن أي شيء تقدمه أو تفعله للطفل سواء كان علاجا أم تدريبا أم تعليما، أم أي شيء نقوم به من أجله، أو نقدمه لعائلته سواء كان في شكل نصيحة أم إرشاد أم مساندة أم علاج، يجب أن يكون في ظل اعترافنا بحقيقة أن الأسرة تمثل نظاما من الآدميين يتفاعل فيها الواحد منهم مع الآخر لدرجة أن ما يؤثر على أحدهم ينتقل أثره في الحال إلى الآخرين، فلا يمكننا أن نأخذ الطفل ونعزله عن الأسرة أو نغيره بطريقة أو بأخرى كما لو كان منعزلا (R.M. Smith, Neisworth, 1975, p41)

هذا ما يؤكد أن التفاعل بين الأفراد والانخراط في جماعة له دور في تخفيف أو علاج بعض الاضطرابات النفسية بما فيها اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

فعندما يتناول المعالج النفسي في وقت واحد عددا من المرضى، حيث يشفى المريض من خلال تفاعله مع الجماعة ومن خلال علاقته بغيره من المرضى، وعلاقته بالمعالج نكون أمام نوع من أنواع العلاج النفسي وهو العلاج النفسي الجماعي. (عبد الرحمن العيسوي، 1984، ص213).

وتجدر الإشارة إلى أنه من خلال مطالعات الباحثة وجدت أنه بالإمكان تطبيق كل أنواع العلاجات النفسية الفردية في جماعة، فيمكن تطبيق العلاج النفسي التحليلي والسلوكي،

والسلوكي المعرفي، إلى غير ذلك من العلاجات النفسية الفردية والتي من الممكن تحويل طريقة تطبيقها من الفرد إلى الجماعة أو إلى جماعة من الأفراد، وبذلك تصبح هذه العلاجات تسمى مثلا: علاجا نفسيا جماعيا تحليليا أو علاجا نفسيا جماعيا سلوكيا، أو علاجا نفسيا جماعيا سلوكيا معرفيا.

إن العلاج المعرفي السلوكي يعتبر من أهم التطورات في علم النفس الحديث، فهو يبدو كتحول جذري عن السلوكية الكلاسيكية، ومن الجدير بالذكر أن التعلم الشرطي يعد هو الأسلوب الذي يلعب الدور الرئيسي في نشأة اضطراب الضغط ما بعد الصدمة موضوع دراستنا، ومن ثم فإن العلاج السلوكي والعلاج المعرفي السلوكي هما الأكثر شيوعا والأفضل في نتائجهما في هذا الميدان، وإن تفوق العلاج المعرفي السلوكي نظرا لاعتماده على فنيات انفعاليه تعتمد على استخراج المشاعر العميقة والتأثير عليها حتى يصبح الفرد أقل تشددا في حكمه على الموقف، ويصبح بإمكانه أن يتقبل الأمر برمته. (عادل عبد الله محمد، 2000، ص 235).

ويمكن في هذا الإطار أن يقوم الفرد بكتابة ما يشعر به من مشاعر متنوعة تتضمن الشعور بالذنب نظرا لما يكون قد قام به حتى يبقى على قيد الحياة، والأفكار التي تتوارد على ذهنه، ويتم التعامل معها على أنها أفكار أوتوماتيكية سلبية على أن يتم التعامل مع كل فكرة على حدة، كذلك يجب أن يتم تدريب الفرد على السلوك التو كيدي حتى نساعده على أن يسترد ثقته بنفسه، تلك الثقة التي افتقدها على إثر الصدمة، إلا أن هذا التدريب يجب أن يكون مصحوبا بالمساندة الاجتماعية سواء من باقي أعضاء الأسرة أم من الأصدقاء أم من الهيئات المختلفة في المجتمع (عادل عبد الله محمد، 2000، ص 236).

كذلك يمكننا في هذا الإطار أن نستخدم استراتيجيات للمواجهة كأن يتم تدريب الفرد الضحية على أسلوب حل المشكلات (Problem Solving)، هذا الأسلوب الذي يدخل في إطار برنامج تعلم مهارات التأقلم والذي نعمل فيه على التخفيف أو التخلص من الانفعالات الحادة المترتبة على الأزمة، وهنا يمكننا أن نستخدم تقنية التعريض ومنع الاستجابة سواء كان هذا التعريض واقعيا أم تخيليا، وذلك لمنبهات ليست مؤذية من الناحية الموضوعية ولكنها تخيفه وتثير القلق لديه، ويمكن أن يكون هذا التعريض متدرجا، وهنا نستخدم التحصين التدريجي ضد القلق أو فقد الحساسية المنظم، كما يمكن أن يكون التعريض غير متدرج، وهو الأمر الذي يتطلب أن نستخدم أسلوب الغمر(Flooding) وذلك بأن يستحضر الفرد في

ذهنه كل الأحداث المرتبطة بالخبرة الصدمية مع التركيز عليها حتى يتناقص القلق ويتبعه اختفاء تلك الأفكار التي تقتحم عقله، ومن ناحية أخرى يمكن أن نستخدم برنامج مهارات التأقلم متبوعا باستخدام التدريب على الاسترخاء مما يساعد الفرد على تحديد مناظر الحدث الصدمي وعزلها، ويمكنه من أن يعايشها بشكل متكرر وهو الأمر الذي يؤدي بالضرورة إلى خفض أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، هذا ويجب أن تتضمن استراتيجيات العلاج المعرفية السلوكية تمكين الفرد الضحية من القيام بما يلي:

- إعادة تحديد الحادث حتى يكتسب معنى متسقا في العالم وذلك بمقارنة ذلك الفرد بمن هم اقل حظا منه، والنظر إلى الاستفادة الممكنة من تلك الخبرة.
- إيجاد معنى وغرض في تلك الخبرة.
- تغيير السلوك لمساعدة الفرد على منع ذلك الحادث من أن يعاود الحدوث.
- البحث عن المساندة الاجتماعية(عادل عبد الله محمد، 2000، ص237).

تجدر الإشارة إلى أنه بعد البحث والاطلاع على عدة كتب لباحثين وعلماء نفس فيما يخص العلاج النفسي الجماعي(السلوكي _المعرفي)، وفعاليته في التخفيف أو زوال أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة عند أمهات أطفال مصابين بمتلازمة داون، وبعد الاطلاع على عدة رسائل ما جستير ودكتوراه، لم تجد الباحثة دراسات سابقة حول ما سبق.

إلا أن الباحثة استطاعت أن تجد بعض الدراسات السابقة والقليلة جدا حول فعالية العلاج النفسي الجماعي في حالات اضطراب الضغط ما بعد الصدمة عند عموم الناس، وليس عند فئة معينة من فئات المجتمع كفئة أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون، هذه الفئة التي هي موضوع دراستنا.

من بين هذه الدراسات نذكر:

1_ بعض الدراسات السابقة التي أوضحت فعالية العلاج النفسي الجماعي لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة:

إذا كان العلاج النفسي الفردي هو الأكثر إستعمالا في معالجة اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، فهذا لا يعني أن تقنيات العلاج الجماعي لا تفيد، حيث يعتقد قسم من الباحثين والمعالجين بأن العلاج النفسي الجماعي مفيد في حالات اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

ويعتقد كل من (NashوWalker) بأن العلاج النفسي الجماعي مع الجنود المقاتلين في الفيتنام قد أعطى نتائج إيجابية، وبالأخص في الحالات التي يفشل فيها العلاج الفردي، إذ عندما يرى المريض أشخاصا آخرين يعانون من المشكلة نفسها، فإن المقاومة تنخفض لديه ويصبح أكثر انفتاحا وتعاونا (1981, Walker, Nash).

ولكي نتأكد من فعالية العلاج فإنه من المفيد أن نطرح على الشخص المصدوم الأسئلة التالية:

1- ماذا حدث، أو ماذا جرى لك؟

2- لماذا حدث ذلك؟

3- لماذا تصرفت بهذا الشكل أثناء الصدمة؟

4- لماذا تتصرف الآن بهذا الشكل مع العلم أن الصدمة قد مرت؟

5- كيف تتصرف إذا تعرضت لحدث مماثل أو مشابه في المستقبل؟

إذا تمكن الشخص من وصف الصدمة بشكل عادي دون بكاء وانفعال شديد، فهذا مؤشر إيجابي لفعالية العلاج وإمكانية التحسن، ولكي يتكامل العلاج، يجب أن يتابع الشخص جلسات العلاج الفردي والجماعي(Figley.1985).

2- بعض الدراسات السابقة التي أوضحت فعالية العلاج السلوكي المعرفي لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة:

هناك العديد من الدراسات التي اتخذت من مواقف صدمية معينة خاصة الحروب موضوعا لها كتلك الدراسات التي تناولت اضطراب الضغط ما بعد الصدمة الناتج عن حرب الفيتنام والحرب اللبنانية والغزو العراقي للكويت، ولكنها تعتبر دراسات وصفية اهتمت فقط بتناول تلك الآثار السلبية التي خلفتها مثل هذه الحروب على عينات مختلفة من الأفراد في تلك البلاد.

أما الدراسات العلاجية التي تمكنت الباحثة من الحصول عليها فقد انحصرت فيما يلي:

- استخدم فيليب صايغ (Saigh) تقنية الغمر كتقنية من تقنيات العلاج السلوكي المعرفي في علاج ثلاثة أطفال يعانون من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة المرتبط بالحرب اللبنانية، وتضمن البرنامج العلاجي عدة مشاهد مثل سماع صوت إنفجار، والاقتراب من منطقة

الانفجار، ورؤية أفراد مصابين، وكان يطلب من الطفل خلال كل مشهد أن يقوم بتقدير شدة القلق، ثم طلب منهم بعد ذلك أن يتواجدوا في مكان الإنفجار.

وأشارت نتائج القياس البعدي أن نسبة التحسن قد بلغت F.Saigh,198695))%.

- أجرى (Butcher et al) دراسة على عينة من اللاجئين استخدموا خلالها أربع استراتيجيات علاجية، تم استخدام كل منها مع إحدى المجموعات التي تضمنتها العينة، وتمثلت تلك الإستراتيجيات في:

- تدخل الأزمة
- العلاج السلوكي المعرفي.
- العلاج الفردي الدينامي.
- العلاج الأسري والزواجي.

هذا وقد تم تقسيم العينة إلى تلك المجموعات بناءا على السمات السيكوباتولوجية العامة لأفراد العينة والديناميات بين الشخصية التي تميزهم، ووفقا لثقافاتهم التي ينتمون إليها أيضا، وقد أثبتت هذه الاستراتيجيات فعاليتها في تخفيف حدة هذا الموقف الصدمي بالنسبة لهم، وكان العلاج السلوكي المعرفي هو الأفضل في الفاعلية في هذا الصدد (Butcher et al ,1988).

3-بعض الدراسات السابقة التي أوضحت فعالية العلاج النفسي الجماعي (السلوكي_المعرفي) لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة:

يرى (Marafiote) بأن تطبيق المنهج السلوكي _المعرفي في علاج اضطراب الضغط ما بعد الصدمة وخاصة على الجنود المقاتلين في الفيتنام، يمكن أن يعطي نتائج إيجابية، وهناك مبادئ لابد من الالتزام بها حتى نصل إلى تحقيق الأهداف المنشودة:

- حجم الجماعة أو الفريق من6_10أشخاص.
- عدد الجلسات الإجمالي من 8_12جلسة.
- مدة الجلسة من ساعة ونصف الساعة إلى ساعتين ونصف الساعة
- التشديد على الحضور والمشاركة من جانب الأعضاء

- التعزيز والتشجيع وتحقيق الانسجام داخل أفراد المجموعة
- التشجيع على الانفتاح والتعبير عن الذات
- تعزيز السلوك الإيجابي والتدعيم اللفظي (Marafiote ، 1980)

ويحدد (Marafiote) ثلاث مراحل للعلاج الجماعي:

- **في المرحلة الأولى**:يشرح المعالج الأهداف والتوقعات ويحاول أن يحصل على عقد إتفاق موقع من جانب الأعضاء، بحيث يلتزم كل منهم بالحضور والمشاركة والتصميم على التقدم.

- **في المرحلة الثانية**:وبعد أن ينتظم أفراد المجموعة ويلتزمون بالاجتماعات، يحاول المعالج أن يقوم بتقويم الصعوبات التي تواجه أعضاء الفريق بما في ذلك التصرفات وطريقة التفكير وطبيعة العلاقة ومدى انعكاس ذلك على سير العمل والجلسات، هنا يمكن استخدام بعض الأسئلة والاختبارات لتقويم السلوك واحتمالات النجاح والفشل، في هذه المرحلة يتم أيضا تحديد الأهداف والأطر والمعايير بغية تحقيق التقدم في عمل الفريق.

- **المرحلة الأخيرة** تضم مجمل التقنيات التي يمكن استخدامها من خلال المنهج السلوكي المعرفي بما في ذلك التدريب على الاسترخاء (حيث يطلب من الأعضاء في بداية الجلسة إجراء تمارين في الاسترخاء العضلي والتنفس العميق)وطريقة التفكير ووقف التفكير السلبي ((Marafiote ، 1980).

يتضح من نتائج هذه الدراسات أنها تكاد تجمع على أن العلاج النفسي الجماعي (السلوكي_المعرفي) يعد أسلوبا مناسبا للتخفيف من أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة المختلفة، وبذلك نلاحظ أن هذه الدراسات في مجملها تدعم فعالية العلاج النفسي الجماعي(السلوكي_المعرفي) لعلاج هذا الاضطراب إجمالا، حيث كشفت عن انخفاض حدة الأعراض لدى المرضى بعد العلاج، وربما اختفائها تماما في بعض الحالات، وقد يرجع ذلك إلى أن هذا الأسلوب العلاجي بما يضمه من استراتيجيات متنوعة من حوار ونقاش يتعامل مع الأفكار والمشاعر والانفعال، ويؤدي نجاح تنفيذه إلى حدوث التعديل والتغيير السلوكي المرغوب، ويؤدي بالتالي إلى قدرة الفرد على استعادة توافقه من جديد، وعلى الرغم من عرضنا لدراسات قليلة فإنها تؤكد على فعالية العلاج النفسي الجماعي (السلوكي _المعرفي) في علاج اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، وهو الأمر الذي يتفق مع مكوناته العلاجية

المعرفية والوجدانية والسلوكية الأمر الذي يجعله يهاجم الاضطراب بقوة ثلاثية تساعده على تحقيق الفعالية.

إن أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون، المتواجدين بالمركز الطبي التربوي للأطفال المعاقين ذهنيا بالمدية يشتكين من جملة أعراض تظهر على مستوى:

-السلوكات الظاهرة:

خمول وانخفاض مستوى النشاط، شكاوي جسمية(الألم والتعب)، الأرق، فقدان الشهية.

-الجانب الإنفعالي:

إستثارة مفرطة أو فائقة (Surecxitation)، الشعور بالحزن والتعاسة لدرجة لا تحتمل(وذلك لعدم وجود علاج نهائي لمرض الطفل، فالتكفل بالمرضى المصابين بمتلازمة داون من الأطفال، يتوقف على تعديل سلوكهم وتدريبهم فيما يخص إعاقتهم الذهنية فقط بمراكز خاصة لذلك وليس العلاج التام للمرض)، شعور بالندم والأسى والحسرة والأسف (حيث تعتبر الأم نفسها هي المتسبب الرئيسي بمرض طفلها)، هذا بالإضافة إلى التوتر والغضب، القلق في المواقف الإجتماعية، الضيق والملل والخجل.

-الجانب الاجتماعي:

تجنب الوضعيات التي تذكر بالحادث مع تبلد في الاستجابات العامة (évitement)، صعوبات في الاندماج الاجتماعي وعجز في الاحتجاج أو المعارضة عندما تهضم حقوق الأمهات، فقدان الاهتمام بالآخرين.

-الجانب المعرفي:

إعادة معايشة الحادث بصفة مستمرة وملحة (Reviviscence) وجود أفكار إنتحارية قليلة نسبيا، لوم النفس وتأنيب الذات مع تقدير منخفض للذات، أفكار سلبية وتشوهات معرفية، ضعف التركيز، إنشغال البال، الرغبة في التركيز الشديد، تشتت الانتباه، التوتر الذهني.

تجتمع هذه الأعراض لتكون ما يسمى بأعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة (PTSD) والمتمثلة في:

أ- إعادة معايشة الحادث بصفة مستمرة وملحة (Reviviscence): حادث يوم إعلان تشوه الطفل.

ب- تجنب الوضعيات التي تذكر بالحادث مع تبلد في الاستجابات العامة (évitement) كتجنب الدخول إلى المستشفى الذي ولد فيه الطفل.

ج- إستثارة مفرطة أو فائقة (Surexcitation) خاصة عند تذكر يوم إعلان تشوه الطفل والمعلن عن التشوه وطريقة الإعلان.

أما عن الأعراض المصاحبة فتتمثل في أعراض اضطراب الاكتئاب والشعور بالذنب، واللذان يعتبران أهم ما يصاحب أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة عند أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون، وهذا ما تمت معرفته في الميدان من الأمهات، حيث أن أم الطفل المصاب بمتلازمة داون ينتابها شعور بأنها هي السبب في مرض إبنها، وذلك بإهمال شخصي منها أثناء الحمل، وهذا ما يؤدي إلى الشعور بالذنب، كما تنتابها أيضا حالة من الشعور بالحزن واليأس لعدم وجود علاج نهائي لمرض طفلها، مما يسبب لها حالة من الاكتئاب قد تؤدي أحيانا إلى وجود بعض من الأفكار الانتحارية، ليأسها من عدم علاج طفلها وأن مرض طفلها هذا يبقى ملازما له مدى حياته.

كما أن هناك دراسات توضح أن اضطراب الاكتئاب والشعور بالذنب أهم ما يصاحب اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، وذلك فيما يخص الصدمة الناتجة عن الحروب، فقد توصلت (Tarch 1985) في محاولة معمقة لفهم جنود حرب الفيتنام، معتمدة في ذلك على المقابلة العيادية التي أجرتها مع 36 حالة من الفيتناميين الذين تلقوا العلاج، وخلصت إلى أن هؤلاء الأفراد يعانون بشكل عام من حالة اكتئاب على شكل عزاء مستمر لموت أصدقائهم، كما أنهم يشعرون بالذنب لنجاتهم(M.Tarch, 1985, p18).

وكشفت دراسة (Frederick 1983)عن وجود ارتباط وثيق بين صدمة الحرب وظهور بعض الاضطرابات النفسية، إذ شخصت حالات الجنود الذين شكلوا عينة بحثه على أنها حالات تعاني من الاكتئاب واضطرابات أخرى كاضطراب الشخصية والإدمان (Frederick,1983,p1177).

وتوصل (Solomon 1988) في دراسة مماثلة إلى أن أهم الاضطرابات التي يعاني منها العائدون من المعركة، الشعور بالوحدة والذنب، الانسحاب العاطفي والانفعالي (Z.Solomon, 1988, p279).

كما يعتقد العديد من الباحثين: (Izard 1974)، (Dougherty 1974)، (Bloxom 1974)، (Kotsch 1974)، (Pultchik 1980)، (Harder and Lewi 1987)، (Hostetler1992) بأهمية هذا العرض في مصاحبته لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة، لأنه من أهم الانعكاسات النفسية لدى الأشخاص المصابين به، أما اضطراب الاكتئاب فيتواجد عادة بشكل شائع مع اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، ويعتبر جزء من الصور العيادية الأشمل والأكثر تعقيدا.

(K.C.Peterson, M.F.Prout, R.A.Schwarz, 1991, pp36- 41)

والملاحظ أنه بعد تشخيص اضطراب الضغط ما بعد الصدمة عند أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون، ومع ضرورة التكفل النفسي بالأمهات المصابات بهذا النوع من الاضطرابات والأعراض المصاحبة له(الشعور بالذنب واضطراب الاكتئاب) نتيجة إصابة أطفالهن بمتلازمة داون، تحاول الباحثة تطبيق برنامجا علاجيا نفسيا جماعيا (سلوكيا- معرفيا) للتعرف على مدى فعالية هذا العلاج في التخفيف من الاضطراب وما يصاحبه من أعراض، وذلك في مختلف جوانب شخصية الأمهات(الجانب السلوكي الظاهري، الجانب الإنفعالي، الجانب الإجتماعي، الجانب المعرفي).

بعبارة أخرى تهتم الباحثة بالإجابة عن التساؤلات التالية:

- ما مدى فعالية برنامج علاجي نفسي جماعي(سلوكي- معرفي) في التأثير على مختلف أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة (إعادة معايشة الحادث بصفة مستمرة وملحة، تجنب الوضعيات التي تذكر بالحادث مع تبلد في الاستجابات العامة، إستثارة مفرطة أو فائقة) عند أمهات أطفال مصابين بمتلازمة داون؟

- هل للبرنامج العلاجي النفسي الجماعي(السلوكي- المعرفي) فعالية إيجابية على الشعور بالذنب كعرض مصاحب لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة عند أمهات أطفال مصابين بمتلازمة داون؟

- هل للبرنامج العلاجي النفسي الجماعي(السلوكي- المعرفي) فعالية إيجابية على اضطراب الاكتئاب باعتباره مصاحبا لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة عند أمهات أطفال مصابين بمتلازمة داون؟

فرضيات البحث:

بما أن الفرضيات هي تفسيرات مقترحة للعلاقة بين متغيرين أو أكثر، وهي تمثل في ذهن الباحث احتمالا لحل مشكلة البحث، فيقوم الباحث بوضع الفرضيات التي يعتقد أنها تؤدي إلى تفسير مشكلة البحث.

إنطلقت الباحثة من ثلاث فرضيات، فرضية عامة وفرضيتين جزئيتين:

-الفرضية العامة:

- يوجد فرق جوهري بين القياس القبلي والقياس البعدي يشير إلى انخفاض مستوى أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة له عند أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون يعود لفعالية برنامج علاجي نفسي جماعي(سلوكي- معرفي).

-الفرضيات الجزئية:

الفرضية الأولى: هناك علاقة بين الآثار الإيجابية في تطبيق برنامج علاجي نفسي جماعي(سلوكي- معرفي) وتخفيف أو زوال أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة(إعادة معايشة الحادث بصفة مستمرة وملحة، تجنب الوضعيات التي تذكر بالحادث مع تبلد في الاستجابات العامة، إستثارة مفرطة أو فائقة) عند أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون.

الفرضية الثانية: هناك علاقة بين الآثار الإيجابية في تطبيق برنامج علاجي نفسي جماعي(سلوكي- معرفي) وتخفيف أو زوال الشعور بالذنب كعرض مصاحب لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة عند أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون.

الفرضية الثالثة: هناك علاقة بين الآثار الإيجابية في تطبيق برنامج علاجي نفسي جماعي(سلوكي- معرفي) وتخفيف أو زوال أعراض الاكتئاب باعتباره اضطرابا مصاحبا لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة عند أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون.

إجراءات الدراسة:

1-مجموعة البحث وخصائصها:

تتكون مجموعة البحث من 10 أمهات يعانين أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة الناتجة عن إصابة الطفل بمتلازمة داون، حيث تكون هذه الأعراض مصحوبة بالشعور بالذنب وبأعراض الاكتئاب.

وأما عن أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة الناتجة عن إصابة الطفل بمتلازمة داون فتتمثل في:

أ- **إعادة معايشة الحادث بصفة مستمرة وملحة (Reviviscence)**: حادث يوم إعلان تشوه الطفل.

ب - **تجنب الوضعيات التي تذكر بالحادث مع تبلد في الاستجابات العامة (évitement)**: كتجنب الدخول إلى المستشفى الذي ولد فيه الطفل.

ج- **استثارة مفرطة أو فائقة (surexcitation)**: خاصة عند تذكر يوم إعلان تشوه الطفل والمعلن عن التشوه وطريقة الإعلان.

وأعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة سابقة الذكر تكون مصحوبة بـ:

د- **الشعور بالذنب** (شعور أم الطفل المصاب أنها السبب في مرض ابنها، وذلك بإهمال شخصي منها أثناء الحمل).

هـ- **أعراض الاكتئاب** (لعدم وجود علاج نهائي لمرض طفلها الذي يبقى ملازما له طوال حياته).

يتراوح سن الأمهات ما بين 25 إلى40 سنة ولقد حددنا السن في هذه الفئة العمرية للأسباب التالية:

- أن معظم المصابات باضطراب الضغط ما بعد الصدمة المصاحب بالشعور بالذنب وأعراض الاكتئاب، من أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون، يتراوح سنهن ما بين25-61 سنة، ولتفادي سن اليأس فيما يخص أعراض الاكتئاب المصاحبة لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة، أهملنا الحالات الأخرى التي يفوق سنها 40 سنة وأقصيناها من مجموعة البحث.

- تضـم مجموعـة البحـث مختلـف الطبقـات الاجتماعيـة الاقتصـادية ومختلـف المسـتويات التعليمية، وهكذا تم ضبط جميع المتغيرات المتعلقة بالمفحوصات والتي قد تؤثر على المتغير التابع.

ولقد لخصنا خصائص مجموعة بحثنا في الجدولين التاليين:

جدول رقم(1) و(2): خصائص مجموعة البحث:

جدول(01):

الخصائص الحالات	السن	الحالة المدنية	المستوى الاقتصادي	المستوى التعليمي	الحالة المهنية	عدد الأطفال
أم أيوب	40 سنة	متزوجة	متوسط	دون مستوى	دون عمل	03
أم محمد	39 سنة	متزوجة	متوسط	دون مستوى	دون عمل	03
أم إلهام	40 سنة	متزوجة	جيد	ثانوي	دون عمل	02
أم مريم	40 سنة	متزوجة	متوسط	دون مستوى	دون عمل	08
أم مهدي	38 سنة	أرملة	متوسط	ابتدائي	عاملة تنظيف	05
أم عبد القادر	28 سنة	مطلقة	متوسط	متوسط	موظفة بالبلدية	02
أم إبراهيم	30 سنة	متزوجة	جيد	ثانوي	دون عمل	03
أم عبد السلام	25 سنة	متزوجة	متوسط	ابتدائي	دون عمل	02
أم ياسين	32 سنة	متزوجة	جيد	ثانوي	دون عمل	04
أم سعيد	30 سنة	متزوجة	متوسط	متوسط	دون عمل	03

جدول(02):

الأمهات	سن الأم عند ميلاد الطفل المصاب	سن الطفل المصاب	بداية الكفالة في مركز نفسي بيداغوجي	يوم إعلان تشوه الطفل	المعلن عن التشوه	طريقة الإعلان	ملاحظات
1- أم أيوب	22 سنة	18 سنة	8 سنوات	بعد الولادة بساعات	طبيبة النساء والتوليد بالمستشفى	عادية حسب قول الأم	لم تستوعب لحد الآن إصابة طفلها
2- أم محمد	33 سنة	5 سنوات	5 سنوات	اليوم الثاني من الولادة	طبيبة الأطفال بالمستشفى	طريقة غير واضحة	إصابتها بمرض السكر بعد ميلاد الطفل بشهر
3- أم إلهام	24 سنة	15 سنة	6 سنوات	أسبوعين من ميلاد الطفلة	طبيب أطفال خاص	طريقة غامضة	قلق شديد وضيق في التنفس وتناول أدوية مهدئة
4- أم مريم	33 سنة	6 سنوات	6 سنوات	بعد 3 أسابيع من الولادة	طبيب الأطفال بالمستشفى	طريقة مطمئنة	عدم تقبل التشخيص والإغماء
5- أم مهدي	27 سنة	10 سنوات	7 سنوات	بعد الولادة بساعات	طبيب الأطفال بالمستشفى	طريقة غير مطمئنة	تقبل التشخيص
6- أم عبد القادر	22 سنة	5 سنوات	5 سنوات	بعد الولادة بساعات	طبيبة الأطفال بالمستشفى	طريقة عنيفة وصادمة	إنكار الإصابة

الأمهات	سن الأم عند ميلاد الطفل المصاب	سن الطفل المصاب	بداية الكفالة في مركز نفسي بيداغوجي	يوم إعلان تشوه الطفل	المعلن عن التشوه	طريقة الإعلان	ملاحظات
7- أم إبراهيم	19 سنة	10 سنوات	7 سنوات	بعد أسبوع من الولادة	طبيب القلب(خاص)	طريقة واضحة وصريحة	عدم الاقتناع بالإصابة في البداية
8- أم عبد السلام	17 سنة	7 سنوات	4 سنوات	اليوم الثاني من الولادة	ممرضة بالمستشفى	طريقة غير مقنعة وغير مفهومة	إغماء الأم لمجرد سماع التشخيص
9- أم ياسين	19 سنة	12 سنة	11 سنة	يوم الولادة	قابلة بالمستشفى	طريقة عادية ومطمئنة	آلام جسمية وتناول أدوية مهدئة بسبب إصابة الطفل
10- أم سعيد	20 سنة	9 سنوات	8 سنوات	يوم الولادة	قابلة بالمستشفى	طريقة صادمة وجارحة	عدم توقع الإصابة جعلها في ذهول وتوتر

2-أدوات البحث ووسائله:

أ- المقابلة العيادية:

تعتبر المقابلة العيادية أم التقنيات، إنها ضرورية لإجراء التشخيص الصحيح والعلاج الملائم والتقويم، إذ إنها عبارة عن علاقة مهنية تجمع بين الممارس العيادي والمفحوص، في مكان معد خصيصا لممارسة الفحص النفسي، وتهدف المقابلة إلى قيام الممارس العيادي (الفاحص)

بمساعدة المفحوص على التوصل إلى الراحة والتخفيف أو القضاء على المشاكل والاضطرابات التي يعانيها (والتر بنداي بنجهام، 1961، ص269).

اعتمدنا في بحثنا الحالي على أربعة أنواع من المقابلات هي كالتالي:

-المقابلات التشخيصية:

تكون فردية، أي إنها تتم بشكل فردي مع الحالة، والتي تهدف إلى جمع أكبر عدد ممكن من المعلومات التي تخص المفحوص (الأمهات)، وقد أجريت مقابلتان فرديتان مع كل أم.

-المقابلات العلاجية:

تتم بشكل جماعي حيث يتم فيها تطبيق الخطة العلاجية المتمثلة في العلاج النفسي الجماعي - السلوكي المعرفي- للتخفيف أو القضاء على أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة التي تعانيها الأمهات، وقد تم هذا النوع من المقابلات في(14) جلسة علاجية جماعية ومع مجموعة مكونة من ثماني مفحوصات.

-المقابلات التقويمية:

تهدف إلى اختبار مدى فعالية العلاج النفسي المطبق، وتتم بشكل فردي مع كل حالة، وقد أجريت مقابلة فردية تقويمية واحدة مع كل أم، بهدف تقويم العلاج النفسي المستخدم.

-مقابلات المتابعة:

تمت في مقابلتين فرديتين، مقابلة للمتابعة الأولى بعد شهرين من انتهاء العلاج، أما مقابلة المتابعة الثانية فكانت بعد انتهاء المتابعة الأولى بمدة زمنية تقدر بأربعة أشهر.

تجدر الإشارة هنا إلى أننا استخدمنا في بحثنا المقابلة نصف الموجهة لأنها تعد أفضل طريقة تخدم أغراض التشخيص والعلاج، وتمكن في نفس الوقت من توفير معلومات حول سلوك المفحوص وتسمح له بالتعبير عن معاناته بارتياح (A. Adouceur, sans date de parution, p30).

ب- الملاحظة:

1.الملاحظة المباشرة: تدرج الملاحظة هنا كتقنية مساعدة ومتداخلة مع المقابلة وأثناءها، وليس كتقنية قائمة بذاتها كما يستخدمها الباحث الأكاديمي، وتهدف إلى وصف السلوك المشكل وتسجيله وتحديد الظروف المحيطة به(A.Adouceur, sans date de parution)

2. الملاحظة الذاتية أو المراقبة الذاتية(Self- Monitoring): تعتبر الملاحظة الذاتية أو المراقبة الذاتية إحدى التقنيات التي يزداد شيوعها واستخدامها يوما بعد آخر في التقدير السلوكي وفي التقدير المعرفي، إذ يمكن استخدامها لقياس الوقائع الظاهرة والكامنة، وهي تقنية تشخيصية وعلاجية في آن واحد، يتم استخدامها في كل مراحل التقدير، أي قبل العلاج وأثناء العلاج وبعده.

ج- المقاييس والاختبارات:

1. مقياس التقرير الذاتي لأعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة المعدل

:(Modified PTSD Symptome Scale- Self Report (MPSS- SR)

وضع هذا المقياس من طرف كل من.(Fallsetti.S, Resnick.H, Resick.P, Kilpatrick.D) (1993)، ومن تعريب "أحمد محمد عبد الخالق" (1998) بتصريح من مؤلفيه، يشمل هذا المقياس على 17 بندا (سؤالا)، تتطابق مع محكات الأعراض الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل لاضطراب الضغوط التالية للصدمة، ويقدر هذا المقياس كلا من التكرار(Frequency) والشدة(Intensity).

2.اختبار الشعور بالذنب:

وضع هذا الاختبار من طرف "آمال عبد السميع مليحي باضة" (1996) لتقدير مشاعر الذنب المرتفعة أو المنخفضة، يتكون من (57) بندا، بحيث تعكس شدة الشعور بالذنب حسب أربعة مستويات للإجابة (أبدا- أحيانا- بدرجة متوسطة- دائما)، وتقابلها الدرجات (0، 1، 2، 3).

3. مقياس(Beck) للاكتئاب:

يترجم كل مقياس الأحكام الإكلينيكية إلى نتائج كمية، ويهدف إلى قياس شدة وتكرار ونوع الاضطراب المدروس.

ويعتبر مقياس (Beck) الأكثر استعمالا في حالات الاكتئاب إذ يستعمل للتشخيص والتقدير في نفس الوقت.

وقد تم وضعه من طرف الطبيب النفساني الأمريكي(Aron Beck) تحت اسم (BDI) (Beck Depression Invotery) انطلاقا من الملاحظات العيادية التي استقاها من مرضاه المكتئبين، ونشر لأول مرة سنة (1961)، تتكون صورته الأصلية من (21) بندا، وكل بند يتكون من (04) عبارات تصف الأعراض بطريقة متدرجة من أقلها شدة إلى أكبرها شدة وتنقط من 0 إلى 3. كما خضع أفراد مجموعة البحث لنفس الاستراتيجيات المتبعة في الدراسة: **استراتيجية التشخيص والعلاج والتقويم والمتابعة**، مما يساهم في التقريب بين الممارسة العيادية والبحث الأكاديمي، ويبرهن على وجوب إرساء الممارسة على أسس المنهج العلمي.

تصميم البحث:

أ- التصميم التجريبي:

استعملنا في بحثنا الحالي التصميم ذا المفحوص الواحد، والذي يهدف إلى تحديد العلاقة السببية بين متغيرات مستقلة من جهة، وأخرى تابعة من جهة ثانية (Jean.Cottraux, 1979, p73)، وهذا من خلال الدراسة المعمقة والمكثفة لسلوك فرد واحد، وهذا النوع من التصميم يعتمد على المقارنة بين استجابات الحالة الواحدة قبل وبعد إدخال المتغير المستقل، ومن هنا ضرورة إدخال متغير واحد فقط حتى يكون التحكم أكثر سهولة (A.Adouceur, sans date de parution, p40).

وتجدر الإشارة إلى أن هذا النوع من التصميم يقتضي قياسا متكررا ومتتابعا للمتغيرات التابعة (أعراض الاكتئاب)، قبل تقديم نوع العلاج النفسي المستخدم في البحث (العلاج النفسي الجماعي السلوكي- المعرفي)، أثناء العلاج وبعده.

ب- تقدير مفعول العلاج:

اعتمدنا في دراستنا على تمثيل النتائج في رسومات بيانية تعكس تطور سلوك الفرد خلال الفترات العلاجية، حيث يشير كل من(Kazdin 1977) و(Risley 1970)، وذلك حسبما ذكره(Jean.Cottraux) إلى وجود معيارين لتقدير وتحليل النتائج المحصل عليها في البحث:

- **المعيار التجريبي**: الذي يعتمد على التقنيات والدلالة الإحصائية.

- **المعيار العيادي**: الذي يعتمد على مدى التغير الحاصل على مستوى السلوك الشاذ، بحيث يسهل التكيف الصحيح، واستعمال المعيار العيادي يغني عن استعمال التقنيات الإحصائية(Jean.Cottraux, 1979, p75-76).

ج- تعميم نتائج البحث:

يهدف كل بحث إلى ضبط العلاقة السببية بين المتغير المستقل والتابع، ثم تعميم هذه العلاقة من مجموعة البحث إلى المجتمع العام، ذلك أن الدراسة غير القابلة للتعميم تفقد أهميتها، وفي حالة استعمال التصميم التجريبي ذي المفحوص الواحد يمكن استعمال القياس المتكرر، أو تقنية الإعادة لتحقيق التعميم، ولهذا الغرض لا بد من ضبط كل الظروف التي تظهر فيها العلاقة السببية، إذ يمكن استعمال الإعادة المباشرة التي تهدف إلى بحث فعالية العلاج على المدى الطويل، وهو أحد أهداف هذا البحث، إذ تقضي هذه التجربة التشابه في كل المتغيرات مع التجربة الأصلية كالإجراءات التجريبية، الظروف الفيزيقية، البحث العيادي، الاضطراب المدروس، العلاج المطبق ومجموعة البحث(Jean.Cottraux, 1979, p78).

وهو ما حاولت الباحثة القيام به لتحقيق تعميم النتائج المحصل عليها، إذ عمدنا إلى إجراء القياس قبل البدء في العلاج وخلاله وبعد نهايته، ثم خلال الحصص التتبعية ستة أشهر بعد نهاية العلاج.

عرض حالة نموذجية: (**أم أيوب**):

أ- تقديم الحالة:

السيدة فاطمة الزهراء (أم أيوب) متزوجة في 40 من عمرها، دون مستوى تعليمي، ماكثة بالبيت، مستواها الاقتصادي متوسط على حد قولها، زوجها متقاعد، لديها 3 أولاد (2 ذكور و1 أنثى)، أصغرهم أيوب المصاب بمتلازمة داون والذي يبلغ من العمر (18 سنة) مواليد: 8

ديسمبر1990، وهو الوحيد المصاب بهذا التشوه الكروموزومي 21، حيث إنه لا توجد إعاقات أو أمراض مزمنة بالأسرة، كما أنه لا توجد قرابة بين الوالدين.

ب.**استراتيجية التشخيص:**

- **المقابلة الأولى:** ارتكزت المقابلة الأولى حول التعريف بدور الأخصائية النفسانية وكسب ثقة المفحوصة بالإصغاء الإيجابي الذي يخلو من أي حكم قيمي والزاخر بالاهتمام الإيجابي، ثم انتهجت الباحثة مقابلة نصف موجهة استقت منها المعلومات الكافية عن الحالة.

- **المقابلة الثانية:** سعت الباحثة إلى تعريفها بالبرنامج العلاجي الذي ستتبعه معها، وأن توضح لها الأسلوب المتبع في الجلسات العلاجية للقضاء أو التخفيف من معاناة المفحوصة، وهنا عملنا على بناء العقد العلاجي مع أم أيوب للزيادة من اكتساب الثقة في العلاقة العلاجية التي ما فتئت الأطر النظرية النفسية تنوه بأهميتها في الموقف العلاجي النفسي.

ج- **استراتيجية العلاج:**

1- **عرض بروتوكول البرنامج العلاجي:**

- **المسمى**: مهارات التأقلم(Coping Skills).

- **الاتجاه العلاجي**: العلاج السلوكي المعرفي (Cognitive Behavioral Therapy).

- **الخصائص**: برنامج علاجي مقنن(Standardized)، وغير حر(Non Free)، منظم (Systimatic)، قصير الأمد(Short-Term) .

- **هدف البرنامج العام:** المساعدة في التخفيف أو القضاء على أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة له (الشعور بالذنب والاكتئاب) سواء كانت أعراضا سلوكية ظاهرة، انفعالية، اجتماعية ومعرفية.

- **طبيعة البرنامج:** علاجي جماعي(Group-Therapy).

- **حجم المراحل العلاجية**: سبع مراحل.

- **طبيعة الجلسات**: مغلقة(Closed).

- **حجم الجلسات:** 12 جلسة.

- **تكرار الجلسات:** جلستان في الأسبوع.

- **مدة الجلسة**: ساعة ونصف (90 دقيقة).

- **قيادة الجلسة**: المعالجة النفسية (الباحثة).

- **الملاحظون والمعاونون**: لا يوجد.

- **حجم الجماعة وطبيعتها:** تحوي مجموعة بحثنا عشر (10) مفحوصات يعانين اضطراب الضغط ما بعد الصدمة وأعراضا مصاحبة له نتيجة إصابة أطفالهن بمتلازمة داون.

- **مدة المقرر العلاجي:** ستة أسابيع (شهران).

- **تاريخ إجراء البرنامج**: أكتوبر 2008 إلى غاية ديسمبر 2008.

- **مكان تنفيذ البرنامج**: قاعة أعدت خصيصا لتطبيق البرنامج العلاجي الجماعي وذلك بالمركز الطبي البيداغوجي للأطفال المعاقين ذهنيا بالمدية.

- **مصدر البرنامج**: تم اقتباس البرنامج من برنامج المعهد القومي للكحوليات والذي قام بإعداده رونالد كادين مع آخرين عام 1992(Kadden et al,1992).

2- التصور الهيكلي للبرنامج:

- **المرحلة الأولى:** الإعداد القبلي (جلسة رقم1).

- **المرحلة الثانية:** التقويم القبلي (جلسة رقم2).

- **المرحلة الثالثة:** التوجه التعليمي (جلسة رقم 3).

- **المرحلة الرابعة:** التدخل الأساسي (ست جلسات، من الجلسة رقم 4 إلى الجلسة رقم 9) وهي كالآتي:

- جلسة رقم 4: المواقف ذات الخطورة لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة له.

- جلسة رقم5: مهارات التأقلم مع إصابة الطفل بمتلازمة داون المسببة لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة له.

- جلسة رقم6: التعامل مع الأفكار السلبية المتعلقة بالاضطراب.
- جلسة رقم7: تعلم أسلوب حل المشكلات.
- جلسة رقم 8: التعامل مع القرارات الخاطئة.

جلسة رقم9: التخطيط للوقاية من الهفوة أو الارتكاس (خطة الطوارئ المستقبلية).

- **المرحلة الخامسة:** الاستبصار الكلي (جلسة رقم10).
- **المرحلة السادسة:** تذكير بالتقويم البعدي (جلسة رقم11).
- **المرحلة السابعة:** الإنهاء (جلسة رقم12).

د- استراتيجية التقويم:

طبقت هذه الاستراتيجية في مقابلة تقويمية واحدة لكل فرد بمقدار جلسة واحدة مدتها 45 دقيقة.

وفي آخر هذه المقابلة ترك للمفحوصة الاختيار للعودة إلى الاستشارة النفسية كلما شعرت أنها بحاجة إليها، وتحديد موعد لها بعد شهرين للمتابعة.

هـ- استراتيجية المتابعة:

بعد شهرين من انتهاء العلاج، سعت الباحثة إلى الوقوف على فعالية البرنامج العلاجي النفسي الجماعي (السلوكي- المعرفي) في علاج أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة له، لجأت الباحثة إلى اتباع نفس الاستراتيجية التي اتبعت أثناء التشخيص، العلاج، التقويم (المتابعة الأولى)، ثم تحدد موعدا آخر للمفحوصة بعد أربع أشهر، وقد تم فيها تطبيق نفس المقاييس المطبقة في التشخيص للتأكد من فعالية البرنامج العلاجي المقرر (المتابعة الثانية).

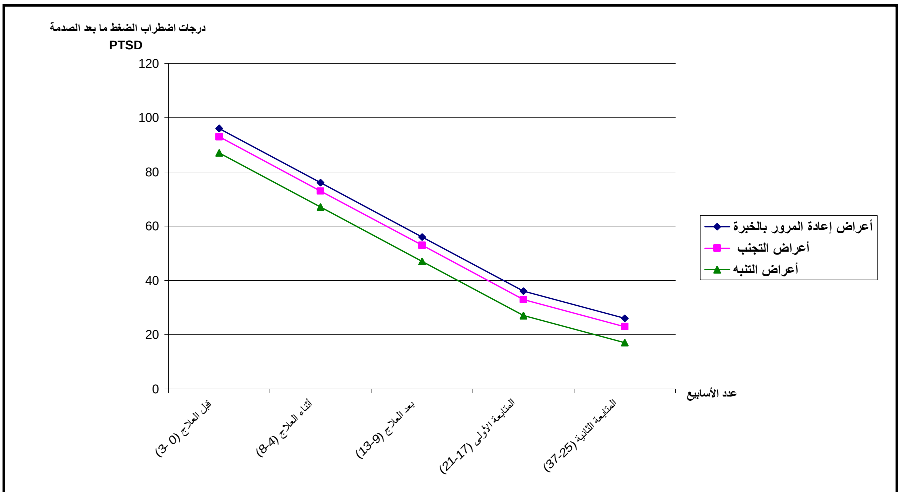
ـالتقييم العام للحالة:

1-الحالة النموذجية (أم أيوب):

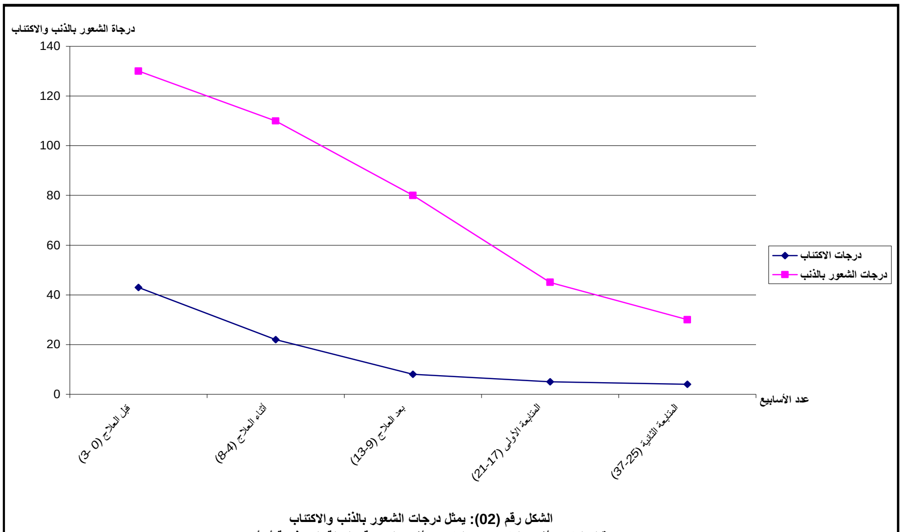
جدول رقم (03): يبين نتائج تقدير اضطراب الضغط ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة له (الشعور بالذنب وأعراض الاكتئاب)

الاستراتيجيات المتبعة	مراحل العلاج	مقياس التقرير الذاتى لأعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة"PTSD"				اختبار الشعور بالذنب	مقياس الاكتئاب "BDI"
إستراتيجية التشخيص	قبل العلاج	أعراض إعادة المرور بالخبرة	قيم التكرار	45		130	43
			قيم الشدة	51	96		
		أعراض التجنب	قيم التكرار	41			
			قيم الشدة	52	93		
		أعراض التنبه	قيم التكرار	42			
			قيم الشدة	45	87		
استراتيجية العلاج:برنامج علاجي نفسي جماعي(سلوكي-معرفي)	أثناء العلاج(بعد شهر من تطبيق البرنامج العلاجي	أعراض إعادة المرور بالخبرة	قيم التكرار	35		110	22
			قيم الشدة	41	76		
		أعراض التجنب	قيم التكرار	31			
			قيم الشدة	42	73		
		أعراض التنبه	قيم التكرار	32			
			قيم الشدة	35	67		
إستراتيجية التقويم	في نهاية العلاج	أعراض إعادة المرور بالخبرة	قيم التكرار	25		80	08
			قيم الشدة	31	56		

		أعراض التجنب	قيم التكرار	21			
			قيم الشدة	32	53		
		أعراض التنبه	قيم التكرار	22			
			قيم الشدة	25	47		
إستراتيجية المتابعة	المتابعة الأولى (بعد شهرين من انتهاء العلاج)	أعراض إعادة المرور بالخبرة	قيم التكرار	15		45	05
			قيم الشدة	21	36		
		أعراض التجنب	قيم التكرار	11			
			قيم الشدة	22	33		
		أعراض التنبه	قيم التكرار	12			
			قيم الشدة	15	27		
	المتابعة الثانية (بعد أربع أشهر من انتهاء المتابعة الأولى	أعراض إعادة المرور بالخبرة	قيم التكرار	10		30	04
			قيم الشدة	16	26		
		أعراض التجنب	قيم التكرار	6			
			قيم الشدة	17	23		
		أعراض التنبه	قيم التكرار	07			
			قيم الشدة	10	17		



الشكل رقم (01): يمثل درجات اضطراب الضغط
ما بعد الصدمة قبل العلاج أثناء العلاج، بعد العلاج، وأثناء المتابعة
(الحالة النموذجية أم أيوب)



الشكل رقم (02): يمثل درجات الشعور بالذنب والاكتئاب
قبل العلاج، أثناء العلاج، بعد العلاج، وأثناء المتابعة (الحالة النموذجية أم أيوب)

توضح البيانات الواردة في الجدول رقم(01) وفي الشكل رقم(01) التقديرات الأولية لأعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة له (الشعور بالذنب وأعراض الاكتئاب) التي انطلق منها البرنامج العلاجي، حيث تبين أن المفحوصة كانت تعاني من نوبات ضغط ما بعد صدمة شديدة قدرت بـ96 درجة فيما يخص أعراض إعادة المرور بالخبرة، و93 درجة فيما يتعلق

بـأعراض التجنـب، و87 درجـة بخصـوص أعـراض التنبـه وذلـك قبـل العـلاج وبعـد إدخـال البرنـامج العلاجـي الجمـاعي (السـلوكـي المعـرـيـ) لمـدة سـتة أسـابيع (12 جلسـة علاجيـة جماعيـة)، انخفـض مستوى نشـاط اضطـراب الضـغط مـا بعـد الصـدمة إلى 76 درجـة فيمـا يخـص أعـراض إعـادة المـرور بالخبرة، و73 درجة بخصوص أعراض التجنـب، و67 درجـة فيمـا يتعلـق بـأعراض التنبـه، ليصـبح ـيـ نهاية العلاج (الجلسة العلاجية الثانيـة عشـرة)، 56 درجـة لأعـراض إعـادة المـرور بـالخبرة، و53 درجـة لأعراض التجنب، و47 درجة لأعراض التنبه، وتواصل أعـراض اضـطراب الضـغط مـا بعـد الصـدمة ـيـ الانخفاض أثناء المتابعة الأولى وذلك بعد مرور شهرين من العلاج لتصـل إلى 36 درجـة فيمـا يخـص أعراض إعادة المرور بالخبرة، و33 درجة فيما يتعلق بأعراض التجنب، و27 درجة بخصـوص أعـراض التنبه، وتستقر الدرجات بعد 6 أشهر من انتهاء العلاج ـيـ الدرجة 26 لأعراض إعادة المـرور بـالخبرة، و23 درجة لأعراض التجنب، و17 درجة لأعـراض التنبـه، ممـا يـدل علـى تخفيـف أعـراض اضـطراب الضغط ما بعد الصدمة بشكل كبير.

أما فيما يتعلق بدرجات الشعور بالذنب فقد قدرت قبل العـلاج بـ 130 درجـة، لتـنخفض إلى الدرجة 110 أثناء العلاج، وتستمر درجـات الشـعور بالـذنب ـيـ الانخفـاض لتصـل إلى الدرجـة80 ـيـ نهاية العلاج، و45 درجة بعد شـهرين من انتهاء العلاج وذلـك أثنـاء المتابعـة الأولى، وكـذا 30 درجة بعد أربعة أشـهر مـن انتهـاء المتابعـة الأولى وذلـك أثنـاء المتابعـة الثانيـة، ممـا يـدل أن هنـاك تناسبا عكسيا بين درجات الشعور بالذنب ومدى التقدم ـيـ تطبيق البرنامج العلاجي.

وفيما يخص درجات الاكتئاب فقد سجل مقياس(BDI) الدرجة 43 كخط قاعدي لدرجة الاكتئاب الذي تعاني منه أم أيوب، وهو مؤشر مرتفع للاكتئاب، لينخفض بعد أربعة أسـابيع من تطبيـق العـلاج النفسـي الجمـاعي (السـلوكـي- المعـرـيـ) إلى الدرجـة 22، ثـم ينـخفض بعـد إتمام تطبيق المقـرر العلاجـي ليصـل إلى الدرجـة 8، ويـزداد الانخفـاض أثنـاء المتابعـة الأولى بعـد مرور شهرين من العلاج ليصل إلى 5 درجات، ويستقر بعد 6 أشهر من انتهـاء العـلاج ـيـ الدرجـة 4، والتي تدل على عدم وجود اكتئاب بمعنى اختفاء وزوال كل أعراض الاكتئاب.

تحليل النتائج ومناقشتها:

يظهر من خلال العرض السابق للنتائج، بأن جميع الحالات المدروسة كانت تعـاني مـن أعـراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة الناتجة عن إصابة الطفل بمتلازمة داون والمتمثلة فيما يلي:

1- إعادة معايشة الحادث بصفة مستمرة وملحة(reviviscence)(حادث يوم إعلان تشوه الطفل).

2- تجنب الوضعيات التي تذكر بالحادث مع تبلد في الاستجابات العامة (évitement) (كتجنب الدخول إلى المستشفى الذي ولد فيها الطفل).

3- استثارة مفرطة أو فائقة (surexcitation)(خاصة عند تذكر يوم إعلان تشوه الطفل والمعلن عن التشوه وطريقة الإعلان).

كما أن الحالات كانت تعاني من أعراض مصاحبة والمتمثلة في:

1- الشعور بالذنب (شعور أم الطفل المصاب أنها السبب في مرض ابنها وذلك بإهمال شخصي منها أثناء الحمل).

2- أعراض اكتئابية (لعدم وجود علاج نهائي لمرض طفلها الذي يبقى ملازما له طوال حياته).

فعامل إصابة الطفل بمتلازمة داون يساعد على ظهور أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة وأعراض أخرى مصاحبة له (الشعور بالذنب وأعراض الاكتئاب) عند الأمهات.

- هناك فرق بين درجات القياس القبلي (قبل العلاج) وأثناءه، ودرجات القياس البعدي في نهاية العلاج، ودرجات القياس أثناء المتابعة الأولى والثانية (بعد شهرين من انتهاء العلاج)، ودرجات القياس أثناء المتابعة الثانية (بعد4 أشهر من انتهاء المتابعة الأولى) حيث كلما كانت هناك استمرارية في تطبيق البرنامج العلاجي النفسي الجماعي (السلوكي- المعرفي)، كلما انخفضت درجات اضطراب ضغط ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة له (الشعور بالذنب وأعراض الاكتئاب)، أي أن هناك تناسبا عكسيا بين العلاج المطبق ودرجات الضغط ما بعد الصدمة والشعور بالذنب ودرجات الاكتئاب.

إذن فالفرق بين القياسات أشار إلى انخفاض درجات الاضطراب وما يصحبه من أعراض في كل مرحلة من مراحل البرنامج العلاجي المقرر، وذلك بشكل ملحوظ مما يؤكد أن أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة له قد تعدلت وانخفضت أو زالت نهائيا، ويعني ذلك أن البرنامج العلاجي أثبت فعاليته في خفض درجات الاضطراب عند أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون.

فتأكيد فاعلية العلاج النفسي الجماعي (السلوكي- المعرفي) من خلال مهارات التأقلم يتفق مع دراسات عديدة سابقة سلف ذكرها في الجانب المنهجي والنظري من الدراسة الحالية.

كما أن تأثير الجماعة العلاجية ذاتها ساعد في التخفيف أو القضاء نهائيا على أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة وما يصاحبه من أعراض، مما جعل العلاج النفسي الجماعي فعالا من خلال تفاعل أفراد الجماعة.

خلاصة عامة لنتائج الدراسة:

قمنا في البحث الحالي باختبار الفرضيات التالية:

-الفرضية العامة:

- يوجد فرق جوهري بين القياس القبلي والبعدي يشير إلى انخفاض مستوى أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة له (الشعور بالذنب وأعراض الاكتئاب) عند أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون يعود لفعالية برنامج علاجي نفسي جماعي (سلوكي- معرفي).

-الفرضيات الجزئية:

- هناك علاقة بين الآثار الإيجابية في تطبيق برنامج علاجي نفسي جماعي (سلوكي- معرفي) وتخفيف أو زوال أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة عند أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون.

- هناك علاقة بين الآثار الإيجابية في تطبيق برنامج علاجي نفسي جماعي (سلوكي- معرفي) وتخفيف أو زوال الشعور بالذنب كعرض مصاحب لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة عند أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون.

- هناك علاقة بين الآثار الإيجابية في تطبيق برنامج علاجي نفسي جماعي (سلوكي- معرفي) وتخفيف أو زوال أعراض اضطراب الاكتئاب المصاحبة لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة عند أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون.

وقد اعتمدنا في البحث الحالي على التصميم الدوري ذو المفحوص الواحد، الذي يعتبر أحسن التصميمات التجريبية لتقويم فعالية العلاج، نظرا لأنه يعتمد على التقييمات المتتابعة والمتكررة: قبل العلاج، وأثناءه، وفي نهاية العلاج، وخلال المتابعة، ولقد تم الحصول على الخطوط القاعدية للمتغير التابع بعد القيام بتقييمات مستمرة، من خلال التقنيات التي اعتمدناها في البحث: المقابلة العيادية، الملاحظة المباشرة، تقنية المراقبة الذاتية، مقياس

التقرير الذاتي لأعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة المعدل، اختبار الشعور بالذنب، مقياس الاكتئاب ل(Beck).

فقد لاحظنا بعد إدخال المتغير المستقل وهو البرنامج العلاجي النفسي الجماعي (السلوكي- المعرفي)، ثم القيام بعملية التقييم، ظهور تحسن في إحداث تغيير على المتغير التابع وهو أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة له (الشعور بالذنب وأعراض الاكتئاب).

أما عن مجموعة البحث فقد تكونت من10 حالات (أمهات يعانين اضطراب الضغط ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة له (الشعور بالذنب وأعراض الاكتئاب)، تتراوح أعمارهن بين 25 إلى 40 سنة.

وقد خلص البحث إلى جملة من النتائج نعرضها فيما يلي:

- تحققت فرضيات البحث والمتعلقة بالعلاقة العكسية المتواجدة بين تطبيق البرنامج العلاجي النفسي الجماعي (السلوكي- المعرفي)، وزوال أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة له (الشعور بالذنب والاكتئاب)، بعد إدخال البرنامج العلاجي المقرر، فكلما زاد تواصل الجلسات العلاجية الجماعية كلما انخفضت درجة الاضطراب عند الأمهات، حتى بعد المتابعة التي دامت 6 أشهر.

إذن من خلال نتائج هذه الدراسة ومن خلال التطبيقات العلاجية للمفحوصات، تبين أن تدخل البرنامج العلاجي النفسي الجماعي (السلوكي- المعرفي) له فعالية في حفظ واستمرار النتائج التي حققها (زوال أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة له- الشعور بالذنب وأعراض الاكتئاب).

ـالمراجع باللغة العربية:

1- أبو زيد مدحت عبد الحميد، **العلاج النفسي وتطبيقاته الجماعية: الأسس والديناميات والتطبيق والمشكلات**، الجزء الأول، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2002.

2- أبو زيد مدحت عبد الحميد، **العلاج النفسي وتطبيقاته الجماعية، بروتوكولات تحليلية وسلوكية**، الجزء الثاني، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، 2002.

3- أحمد صبري محمد، **مقدمة في الجماعات العلاجية**، الجمعية العلمية المصرية للتدريب الجماعي، القاهرة، 1982.

4- أحمد مصطفى حسن، **الإرشاد النفسي لأسر الأطفال غير العاديين**، دار النهضة العربية، القاهرة، 1982.

5- القذافي رمضان محمد، **سيكولوجية الإعاقة**، الجامعة المفتوحة، ليبيا، 1994.

6- القذافي رمضان محمد، **رعاية المتخلفين ذهنيا**، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1996.

7- النابلسي أحمد محمد، **الصدمة النفسية: علم النفس الحروب والكوارث**، دار النهضة العربية للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت، ط5، 1991.

8- بيك أرون، **العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية**، ترجمة:مصطفى عادل، دار النهضة العربية، بيروت، 2000.

9- تركي رابح، **المعوقون في الجزائر وواجب المجتمع والدولة نحوهم**، الشركة الوطنية للنشر والتوزيع، الجزائر، 1982.

10- حلاوة محمد السيد، **التخلف العقلي في محيط الأسرة**، المكتب العلمي للنشر والتوزيع، مصر، 1998.

11- شعلان محمد، **الطب النفسي والعلاج الجماعي**، القاهرة، 1985.

12- شو مارتن، **ديناميات الجماعة**، ترجمة:مصري حنورة، محي الدين حسين، دار المعارف، القاهرة، 1986.

13- عبد الخالق أحمد محمد، **الصدمة النفسية، مع إشارة خاصة للعدوان العراقي على دولة الكويت**، مطبوعات جامعة الكويت، ط1، 1998.

14- عبد الستار إبراهيم، **العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث:أساليبه وميادين تطبيقه**، ط1، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة، 1994.

15- علي سامي محمود، **دراسة في الجماعة العلاجية**، دار المعارف، القاهرة، 1962.

16- محمد عادل عبد الله، **العلاج المعرفي السلوكي- أسس وتطبيقات**، دار الإرشاد، كلية التربية، جامعة الزقازيق، مصر، 2000.

17- والترينداي بنجهام، **سيكولوجية المقابلة**، ترجمة:عزت سيد إسماعيل، فاروق عبد القادر، دار النهضة العربية، القاهرة، 1961.

دراسات ـــ

18- يعقوب عنان، **سيكولوجيا الحروب والكوارث ودور العلاج النفسي**، دار الفارابي، بيروت لبنان، ط1، 1999.

ـ المراجع باللغة الأجنبية:

1- Adouceur.A,Bouchar,Granger, **Principe et Aplications des Thérapies Behaviorales,**Maloine, SA,Paris,sans date de parution.

2- ANZIEU. D, **La Dynamique des Groupes Restreints,** P U F, Paris, 1976.

3- BASQUIN.M, BRACONNIER.A et all:**Le Jeune Handicapé et sa Famille**,Paris,ESF,1982.

4- BOUCEBCI.M: **Maladie Mentale,Handicap Mentale,**Alger,ENAL,1984.

5- BOUJOBZA.G**: Face au Traumatisme**, Paris, Harmattan,2000.

6- CELESTE.B, LAURAS.B:**Le jeune enfant porteur de trisomie**,Paris, Nathan,1997.

7- COHEN.S: **Handicapés l'Accueil Depuis l'Enfance**, Paris, PUF,1999.

8- COTTRAUX.J**, Les Thérapies ComportementalesStratégie du Changement**, Masson, Paris,1979.

9- DELEMENT.J,LUCH.F,**Guide Pratique de Psychiatrie**,Berti, Edition, 1995.

10- EIDELMAN-REHAHLA.B: **L'Abord Psychosomatique de l'Enfant Trisomique**,Paris,Masson,1995.

11- EITINGTON.J.e,**Savoir Travailler en Groupe Exercices et Documents**, Edition d'Organisation, paris, 1990.

12- GEORGE.M.Beal**, Les Secrets de la Dynamique des Groupes**, Chataud et Associer, Paris, 1969.

13- GILL.Amado, ANDRE.Guettet**, La Dynamique des Communications dans les Groupes**, 3éme édition,Amond Colin, Paris, 1997.

14- GOURGANT.Pierre**, Les Techniques de Travail en Groupe**, Ed, Privat,Paris, 1989.

15- GUILLERET.M**: Les Trisomiques Parmis Nous**, Paris, SIMEP,1981.

16- GUILLERET.M: **Trisomique 21 Aides et Conseils**, Paris, Masson,2000.

17- KORFF-SAUSSE.S:**Le Miroir Brisé**,Paris,CALMANNE-LEVY,1996.

18- KORKINA, **Leçon Pratique de Psychiatrie**, Edition Mir, Moscou, 1982.

19- KUPER.Jesssica**, Social Problems and Mental Health**, Boputeldge and Kegan Paul, London and New york, 1987.

20- LAFLEUR.L: **Le Langage de l'Enfant Trisomique 21**,Montréal,Hospital Sainte justine,1993.

21- LAMBERT.GI, RONALMD.Ga**, Mongolisme**, Pierre Mardaga, Bruxelles, 1978.

22- LAPASSADE.George, **Groupes Organisations et Instructions**, 2éme édition, Gauthier, Villanded, Paris, 1970.

23- LONERGAN.E, **Using Théories of Group Therapy**, The Guilford, press New York, 1944.

24- LUFT.Joseph, **Introduction La dynamique des Groupes: Les Petits Groupes et Leur Role dans la Pratique Sociale et d'Educative**, Edouart, Privat, Paris, 1958.

25- MAISONNEUVE.Jean, **La dynamique de groupes**, Press Univ de françe(Puf), paris, 1976.

26- MARTY.P: **Les mouvements individuels de vis et de mort**,Paris, Payot,1976.

27- MARTY.P: **L'ordre Psychosomatique Désorganisations et régressions,** Paris,Payot,1980.

28- MARTY.P: **Psychosomatique de l'adulte,**Paris,PUF,1990.

29- MARTY.P: **Mentalisation et psychosomatique**, Paris,coll.Les Empicheurs de penser en rond,1991.

30- MAX.Pagés**, La vie d'éffective des groupes,** 2éme édition, Dunord, Paris, 1975.

31- MISES.R, PERRON.R, SALBREUX.R**: Retard et troubles de L'intélligence de l'enfant**, Paris, ESF, 1994.

32- ROBERT.A, **Crises intervention hand books Assesment treatment and research,wads worth publishing company**,Belmont, California, 1990.

33- RONDAL.J.A, LAMBERT.J.L: **Questions et réponses sur le mongolisme**,Quebéc, la liberté,1982.

.34- SARRON.Mirabal, VEARA.L, **L'entretien en thérapie comportementale et cognitive**, Dunord, Paris,1995.

35- VAGINAY.D: **Accompagner l'enfant trisomique, Trsomie 21 et quéte d'identité**, Lyon, Ed chronique Sociale,2000.

36- WILSON.D, SMITH.M: **L'enfant trisomique 21, le mongolisme**, Paris, Centurion, 1976.

37- WINNICOTT.D.W: **L'enfant et sa famille, les premiéres relations**, Paris, Payot, 1971.

39- ZAZZO.R, **Les débilites Mentales**, Librairie Amond Colin, paris, 1969.

اعتماد درجات الذكاء لاقتراح برنامج تدريبي لتأهيل المتخلفين عقليا واجتماعيا ومهنيا

د/هلايلي ياسمينة
شعبة علم النفس جامعة باتنة

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى التحقق من مدى فعالية برنامج تدريبي صمم على أساس علمي يقوم على مجموعة من المهارات في المجالات التالية:"المجال المعرفي، المجال العقلي، المجال الاقتصادي، ارتقاء اللغة، النمو الجسمي، الاعتناء بالنفس، في مجال الطعام وأخيرا في مجال الأعمال المنزلية"، في تحسين السلوك لدى عينة من المتخلفين عقليا تألفت عينة الدراسة من 20 متخلفا وقد تم اختيار المنهج التجريبي حيث تم تقسيم العينة إلى مجموعتين متساويتين في العدد، إحداهما تجريبية تم تطبيق البرنامج التدريبي عليها والأخرى ضابطة لم تتعرض لأي إجراء تجريبي وقد تراوحت أعمارهم بين 10- 14 سنة، ونسب ذكائهم بين 63- 70 والتي تم ضبطها بواسطة اختبار كولوميا للذكاء، وتم تقديم البرنامج التدريبي المستخدم الذي أعدته الباحثة، وقياس نمو سلوك المتخلفين عقليا وذلك باستخدام مقياس تقدير نمو سلوكهم من إعداد الباحثة، وكشفت الدراسة عن النتائج التالية:

1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج ومتوسطات درجات أفراد نفس المجموعة بعد التطبيق في مقياس تقدير نمو سلوك المتخلفين عقليا لصالح القياس البعدي.

2- لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة قبل تطبيق البرنامج، ومتوسطات درجات أفراد نفس المجموعة بعد التطبيق في مقياس تقدير نمو سلوك المتخلفين عقليا.

3- توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج في مقياس تقدير نمو سلوك المتخلفين عقليا.

4- لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج ومتوسطات درجات أفراد نفس المجموعة بعد مرور 3 أشهر من المتابعة في مقياس تقدير نمو سلوك المتخلفين عقليا.

مقدمة:

تعد فئة المتخلفين عقليا في مقدمة فئات ذوي الاحتياجات الخاصة. وعلى ذلك فإن رعاية هذه الفئة لا تقف عند حد التحاقهم بالمراكز المعدة للتكفل بهم فحسب، بل تمتد إلى مساعدتهم على تحقيق الأداء التكيفي في المواقف الحياتية المتعددة من خلال أدائهم الوظيفي المستقل الذي يعتمدون فيه على أنفسهم. فالطفل المتخلف عقليا لا يصل إلى المعايير السلوكية المتوقعة من الأطفال في مثل سنه وفي جماعته الثقافية وهذا في المجالات التالية: التواصل- العناية بالنفس- الفاعلية في المنزل- المهارات الاجتماعية- الاستفادة من مصادر المجتمع واستغلالها- التوجيه الذاتي- المهارات الأكاديمية، العمل، استغلال وقت الفراغ، الصحة، الأمان، بالإضافة إلى قصوره في الوظائف والعمليات العقلية، خاصة العمليات العقلية العليا كالذاكرة، الانتباه، التفكير، الإدراك، التجريد والتعميم. ويميل الأطفال المتخلفون عقليا إلى المشاركة مع الأطفال الأصغر منهم سنا في ممارسات اجتماعية معينة، ومن ثم فهم غير قادرين على مسايرة الآخرين.

وعلى هذا الأساس يعد توفير الرعاية النفسية التدريبية للأطفال المتخلفين عقليا كغيرهم من فئات ذوي الاحتياجات الخاصة واجبا من واجبات المجتمع نحو مجموعة من أبنائه لم تنل حظها من الرعاية والاهتمام حتى يصبح بإمكانهم تحقيق مستوى مقبول من الصحة النفسية والتوافق النفسي من خلال تقديم البرامج التربوية الخاصة بهم آخذة بعين الاعتبار درجة ذكاء المتخلفين عقليا. وهذا ما يتطلب تخطيطا وتنظيما للبرامج التدريبية بما يتفق مع هذه الدرجات ومطالب مراحلهم العمرية التي تهدف إلى إكساب مثل هؤلاء الأطفال أساليب واستراتيجيات وطرائق السلوك التكيفي، ومن ثم تسهم في مساعدتهم على الانخراط في المجتمع. وقد تتضمن هذه الأنشطة مجموعة من المهارات الضرورية لهؤلاء الأطفال المتخلفين عقليا وحثهم على تعلمها من خلال تجزئة المهارة إلى مكوناتها الأساسية والقيام بها أمامهم مع تعزيز كل إنجاز وهكذا بالنسبة للمهارات الأخرى. إلى أن يتمكن المتخلفون عقليا من إنجاز هذه المهارات بشكل مستقل من تلقاء أنفسهم ودون أن يحصلوا على أي مساعدة من جانب المعلم وهو الهدف الأساسي من هذه البرامج. من هذا المنطلق تحاول الدراسة الراهنة التأكد من

فعالية برنامج تدريبي مقترح للمتخلفين عقليا القابلين للتعلم بهدف تحسين وتنمية سلوكهم وهذا بإكسابهم الاستقلالية في القيام بمجموعة من المهارات في عدة مجالات.

مشكلة الدراسة:

يعد التخلف العقلي *Mental retardation* مشكلة هامة من المشكلات الاجتماعية والطبية للمتخلف عقليا. وهذا بسبب إمكاناته العقلية المحدودة التي تعد أقل قدرة على التكيف الاجتماعي، والتصرف في المواقف الاجتماعية المتنوعة وذلك من خلال تفاعله مع الآخرين[1]، ويمكن للبرامج التدريبية أن تؤدي دورا كبيرا في إكساب المتخلفين عقليا المهارات السلوكية وتدريبهم على الاستقلال والاعتماد على أنفسهم. وهنا تبرز ضرورة وأهمية البرامج التدريبية التي توفر للمتخلفين التدريب العملي على الأعمال التي تتناسب وقدراتهم المحدودة من أجل استثمار هذه القدرات وتحقيق استقلالهم والحفاظ على كرامتهم، وهذا ما يساعدهم على تحقيق نجاح يعوضهم عن الفشل الذي يحيط بهم في مجال التعليم العادي ويعينهم على مواجهة الحياة الاجتماعية وتذوقهم لنشوة النجاح، ما يؤدي إلى تعديل التصورات السالبة للآخرين نحوهم ويغير من الاتجاهات السالبة نحو قدراتهم وإمكاناتهم ومن ثمة تحسين اتجاهات الآخرين والمجتمع بصفة عامة نحوهم. وقد يستطيع الطفل المتخلف عقليا كسب[2] عيشه عن طريق ممارسة الأعمال التي تدرب عليها ونجح في أدائها فيحقق لنفسه الاكتفاء الاقتصادي بقدر الإمكان وتتحسن نظرته إلى نفسه ويشعر بالمعنى والوجود والهدف. وكان هذا دافعا للقيام بدراستنا هذه وتصميم برنامج تدريبي للمتخلفين عقليا فئة القابلين للتعلم وتتلخص إشكالية بحثنا في دراسة مدى فعالية البرنامج التدريبي المقدم لفئة المتخلفين عقليا "القابلين للتعلم" وذلك من خلال الإجابة عن الأسئلة التالية:

1- هل توجد فروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج ومتوسطات درجات أفراد نفس المجموعة بعد التطبيق في مقياس تقدير نمو سلوك المتخلفين عقليا؟.

2- هل توجد فروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة قبل تطبيق البرنامج ومتوسطات درجات أفراد نفس المجموعة بعد التطبيق في مقياس تقدير نمو سلوك المتخلفين عقليا؟.

---

(1) أميرة طه بخش- فاعلية برنامج إرشادي في خفض السلوك العدواني لدى الأطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعلم: مجلة العلوم التربوية العدد. 11. 1998.

(2) بشير معمرية- تدريب المتخلفين عقليا على السلوك الاستقلالي في مجال مهارات العناية بالذات داخل الأسرة وفق مبادئ وفنيات التعلم بالتقليد والتعلم بالإشراط الإجرائي- مجلة تنمية الموارد البشرية- العدد. 3 . 2006.

3- هل توجد فروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج في مقياس تقدير سلوك المتخلفين عقليا؟

4- هل توجد فروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج ومتوسطات درجات أفراد نفس المجموعة بعد مرور ثلاثة (03) أشهر من المتابعة في مقياس تقدير نمو سلوك المتخلفين عقليا.

فروض الدراسة:

1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج ومتوسطات درجات أفراد نفس المجموعة بعد التطبيق في مقياس تقدير نمو سلوك المتخلفين عقليا لصالح القياس البعدي.

2- لا توجد فروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة قبل تطبيق البرنامج ومتوسطات درجات أفراد نفس المجموعة بعد التطبيق في مقياس تقدير نمو سلوك المتخلفين عقليا.

3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج في مقياس تقدير نمو سلوك المتخلفين عقليا.

4- لا توجد فروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج ومتوسطات درجات أفراد نفس المجموعة بعد مرور ثلاثة (03) أشهر من المتابعة في مقياس تقدير سلوك المتخلفين عقليا.

أهداف الدراسة:

1- تقديم تصور لمفهوم التخلف العقلي حيث ينظر إلى المتخلف عقليا على أنه ليس عاجزا من الناحية العقلية فقط ولكنه يعاني من سوء التوافق السلوكي.

2- تهدف الدراسة الراهنة إلى تصميم برنامج تدريبي للمتخلفين عقليا فئة القابلين للتعلم وهذا لتدريبهم على أهم المهارات الضرورية لتحقيق استقلالهم وتحقيق التكيف العام مع مجتمعهم.

3- إلقاء الضوء على الأسس النظرية السلوكية التي تقوم عليها أساليب التدريب.

4- التأكد من فعالية البرنامج وهذا من خلال نمو سلوك المتخلفين عقليا وتحسين المهارات المعرفية والعقلية والاقتصادية وترقية اللغة عندهم، وتعليمهم مهارات حسية إدراكية والحركية وتحقيق استقلاليتهم في مجال الاعتناء بالنفس وفي مجال الطعام وفي أعمال المنزل.

5- التعرف على أفضل الأساليب والاستراتيجيات التربوية والتدريبية التي تستخدم مع المعاق.

6- مساعدة الطفل المتخلف عقليا على ممارسة السلوك الاستقلالي والسلوك التكيفي الذي يساعده على تحقيق تكيفه وتوافقه في المجتمع الذي يعيش فيه.

7- الاستفادة من تقويم نتائج البرنامج في هذه الدراسة وتوفير معلومات تفيد في إرشاد الوالدين والمربين والمتخصصين والمسؤولين في ضوء الواقع الفعلي لمواجهة السلبيات والتغلب عليها وتنمية الإيجابيات وتقديم بعض التوصيات التربوية للمعاقين عقليا.

8- تصميم مقياس يمكن في ضوئه تقدير نمو سلوك المتخلفين عقليا فئة القابلين للتعلم.

9- تقديم تجربة عملية وتطبيقية لمعطيات كل من النظريات السلوكية والنمذجة في مجال التخلف العقلي نظرا إلى ندرة الدراسات العربية في هذا المجال.

أهمية الدراسة:

1- تعد هذه الدراسة ذات أهمية خاصة وذلك من خلال الأشخاص الذين تهتم بهم وهم فئة المتخلفين عقليا.

2- حاجة المتخلفين عقليا إلى برامج تدريبية توفر لهم الحد الأدنى من الإعداد اللازم للحياة والاعتماد على أنفسهم في قضاء حاجاتهم اليومية .

3- إعداد برنامج تدريبي يعمل على تنمية المهارات اللازمة لهم، لممارسة حياة طبيعية دون الاعتماد على الآخرين في تلبية احتياجاتهم اليومية.

4- استغلال هذا البحث في الإرشاد الأسري عن طريق توعية الوالدين وتبصيرهم بالطرق المثلى التي يمكن بمقتضاها التعامل السليم مع أعضاء فئة المتخلفين عقليا القابلين للتعلم.

تحديد مصطلحات الدراسة إجرائيا:

1- المتخلف عقليا:

تعرف الإعاقة العقلية بأنها مصطلح يستخدم للإشارة إلى ذلك الاضطراب الذي تم تصنيفه في الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية

والعقلية *DSM-IV* الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (1994) ضمن اضطرابات المحور الثاني، وتبدأ هذه الإعاقة خلال مرحلة المهد أو الطفولة، ويكون الأداء العقلي للطفل دون المتوسط حيث تبلغ نسبة ذكائه حوالي 70 % أو أقل وذلك على أحد مقاييس الذكاء الفردية للأطفال، وعادة ما تكون مصحوبة بخلل في السلوك التكيفي وذلك خلال سنوات النمو حيث لا يصل الطفل إلى المعايير السلوكية المتوقعة من الأطفال في مثل سنه وفي جماعته الثقافية وذلك في اثنين على الأقل من المجالات التالية: التواصل- العناية بالنفس- الفاعلية في المنزل- المهارات الاجتماعية أو بين الشخصية- التوجيه الذاتي- المهارات الأكاديمية- العمل- الفراغ- الصحة- الأمان- الاستفادة من موارد المجتمع واستغلالها.

تركز الدراسة الراهنة على فئة الإعاقة العقلية البسيطة التي تتراوح نسبة ذكاء الأطفال فيها بين 63- 70 والذين يعرفون تربويا بالأطفال القابلين للتعلم.

2- البرنامج التدريبي:

يقصد بالبرنامج التدريبي في الدراسة الراهنة بالبرنامج المخطط المنظم في ضوء أسس علمية وتربوية تستند إلى مبادئ وفنيات نظرية التعلم الاجتماعي والمدرسة السلوكية لتقديم الخدمات والتدريبات المباشرة بشكل جماعي من خلال عدد من الجلسات التدريبية التي تهدف إلى التأثير على المهارات المعرفية والعقلية والاقتصادية، ومدى ارتقاء اللغة عندهم، وتعليمهم المهارات الحسية الإدراكية والمهارات الحركية، وتحقيق استقلاليتهم في مجال الاعتناء بالنفس وفي مجال الطعام وفي مجال الأعمال المنزلية.

الدراسات السابقة:

1-دراسة جولد ستين ويسكتروم *Goldstein- Wickstrom* (1986) موضوعها أثر تدخل زملاء اللعب على التفاعل والتواصل الاجتماعي واللفظي لدى الأطفال المعاقين عقليا والعاديين على عينة من الأطفال المتأخرين لغويا، والذين يتصف سلوكهم بالقصور في الاستجابة في مواقف التفاعل مع الأقران وعدم الإذعان للتعليمات، قام الباحثان بتدريب الأطفال على استراتيجيات محددة للتفاعل والتواصل أثناء اللعب، وتوجيه التدريبات الحركية مع الأطفال العاديين وأقرانهم من المعاقين وأسفرت نتائج الدراسة عن تحسن ملحوظ في معدلات التفاعل

بين أطفال المجموعتين واستمر هذا التحسين حتى في غياب المدرس مما يؤكد فعالية البرنامج المستخدم وخاصة أثناء التفاعل الاجتماعي واللفظي لديهم[3].

3- كما قامت ريبيكا وآخرون *Rebecca et al* (1986) بدراسة موضوعها فاعلية برنامج التدريب على المهارات الاجتماعية لصغار الأطفال من ذوي الإعاقات العقلية البسيطة هدفت إلى التدريب على المهارات الاجتماعية لصغار الأطفال المعاقين عقليا ممن يعانون من إحساس بالعزلة والسلوك العدواني والسلوك اللاتوافقي مع الأقران والمحيطين على عينة قوامها سبعة من الذكور واعتمد الباحثون في هذه الدراسة على أسلوب القياسين القبلي والبعدي، اتضح من نتائج الدراسة أن هناك تحسنا ملحوظا في السلوك التعاوني والتفاعل اللفظي والاجتماعي مع الأقران في المجموعة التي تعرضت لأساليب التدريب على البرنامج الذي أعد خصيصا لهذا الغرض[4].

4-دراسة فرانكين برجر *Franken Berger* (1989) التي تبحث عن مدى فاعلية استخدام التدريب على الاسترخاء في خفض حدة الأساليب العدوانية لدى الراشدين من فئة المعاقين عقليا، واستهلت عينة الدراسة على مجموعة قوامها (16) راشدا من مجموع العدوانيين المقيمين بمؤسسات الإعاقة حيث قام الباحث بتقسيم العينة بالتساوي إلى مجموعتين مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة وقد كانتا متجانستين من حيث العمر ودرجة الذكاء والسلوك العدواني، كما قام الباحث بإجراء المقابلة الإكلينيكية بهدف توضيح العوامل والمؤثرات والظروف البيئية الضاغطة المحيطة بالمعاق وتحديد بدايات أساليب السلوك العدواني[5].

قدم للمفحوصين(06) جلسات للتدريب على الاسترخاء عن طريق ملاحظة التدريبات والأنشطة الرياضية كنموذج للتدريب على الاسترخاء العضلي كما تضمنت الجلسات أيضا أساليب التعزيز الموجب والتغذية المرتدة بهدف تحسين فاعلية أسلوب التدريب في خفض حدة الأساليب السلوكية للراشدين من المعاقين عقليا.

وأوضحت نتائج الدراسة حدوث تحسن ملحوظ على أفراد العينة التجريبية وذلك بمقارنتهم بأفراد المجموعة الضابطة والتي لم تتعرض للتدريب على الاسترخاء المستخدم في الدراسة.

---

[3] أميرة طه بخش- فاعلية برنامج التدخل الباكر على توافق الأطفال المعاقين عقليا فئة القابلين للتعلم- مجلة التربية- العدد. 66. 1998.

[4] سهير محمود أمين عبد الله- فاعلية برنامج إرشادي في خفض السلوك العدواني لدى الأطفال المعاقين عقليا- بحوث ودراسات المؤتمر القومي الرابع للتربية الخاصة- المجلد الثاني. 1997.

[5] أميرة طه بخش- فاعلية برنامج إرشادي في خفض السلوك العدواني لدى الأطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعلم- مجلة العلوم التربوية- العدد. 11. 1998

5-دراسة ماتسون وآخرين ***Matson et al*** **(1990)** موضوعها فاعلية التدريب على مهارة مساعدة الذات للأطفال المتخلفين عقليا، والمصابين بالتوحدية على عينة قوامها (104) طفل من الذكور، تراوحت أعمارهم من (04- 11 سنة) واشتمل البرنامج على أساليب وإجراءات التدريب القائمة على أسلوب تحليل المهارات واعتمدت في ذلك على ثلاث فنيات تضمنت: النموذج والشرح اللفظي للسلوك المطلوب، والإرشاد خلال تعاقب مراحل تحليل العمل، وتوجيه الطفل للأداء المستقل باتباع التعليمات والنموذج، واشتمل البرنامج على مهارة رعاية الذات الشخصية والاجتماعية.

وأسفرت نتائج الدراسة عن فاعلية التدريب على مهارات مساعدة الذات وإجراءات تعديل السلوك وذلك للعينة التجريبية، وهذه النتيجة تعني فاعلية استخدام الفئات والنماذج في اكتساب المهارات المستهدفة لدى المفحوصين.

6-دراسة كازول ميلر وآخرين ***Miller et al*** **(1991)** وضع برنامجا لتحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية للأطفال المعاقين عقليا من خلال المحادثة مع الأقران سواء المعاقين عقليا أم العاديين. العينة متكونة من (40) طفلا تتراوح أعمارهم بين (09- 14 سنة) وبجانب إجراءات أخرى عديدة استخدمت خلال الدراسة ثم اللجوء إلى صور تتضمن مثل هذه المحادثات، وأسفرت النتائج عن أن الإجراءات قد ساهمت في تعديل الطريقة التي يتعامل بها الأطفال المعاقون عقليا مع الآخرين وتفسيرهم لتلك السلوكيات الصادرة منهم مما انعكس إيجابيا على تفاعلاتهم الاجتماعية مع أقرانهم وتحسين كيف تلك التفاعلات قياسا بما كانت عليه قبل البرنامج[6].

7-دراسة مارسي هانسون ***Marci Hanson*** **(1995)** كان موضوعها: أثر البرنامج على معدلات النمو العقلي للطفل المعاق من خلال تقديم الخدمات والاستراتيجيات لأسر الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة، وأكدت نتائج الدراسة على أهمية تلك البرامج في رعاية الأطفال المعاقين وأسرهم، وتوصلت الدراسة إلى نتيجة مؤداها أهمية تلك البرامج في تنمية القدرات العقلية وتحقيق قدر كبير من فاعلية الطفل المعاق في تعديل بعض الأساليب والممارسات السلوكية والتوافق النفسي في مرحلة ما قبل المدرسة[7].

---

[6] عادل عبد الله محمد- تعديل السلوك للأطفال المتخلفين عقليا باستخدام جداول النشاط المصورة- دراسات تطبيقية- دار الرشاد- القاهرة- 2003 ص.38.

[7] أميرة طه بخش- فاعلية برنامج للتدخل الباكر على توافق الأطفال المعاقين عقليا فئة القابلين للتعلم- مجلة التربية- العدد. 66. 1998.

8-دراسة عايدة قاسم (1998) التي استهدفت التعرف على مدى فاعلية برنامج إرشادي لتنمية المهارات الاجتماعية لدى عينة من الأطفال المعاقين عقليا تضم 80 طفلا من الذكور بمدارس التربية الفكرية بالجيزة (مصر) مقسمين إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية متجانستين وتتساويان في العدد حيث يتراوح العمر الزمني لأفراد العينة بين (09- 12 سنة) ومستوى الذكاء بين (50% - 70%) أي فئة القابلين للتعلم، وتم استخدام مقياس المهارات الاجتماعية للأطفال المعاقين عقليا، وبرنامج إرشادي لتنمية مهاراتهم الاجتماعية وأسفرت النتائج عن أن البرنامج الإرشادي يؤثر على المهارات الاجتماعية لهؤلاء الأطفال المعاقين عقليا حيث وجدت فروق دالة بينهم في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي وعن وجود فروق دالة إحصائيا بين المجموعة الضابطة والتجريبية بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية(8).

10-دراسة لسميث وآخرين *Smith et autres* (1999) كان هدفها التعرف على مدى فعالية أحد الإجراءات التي تستخدم مع جداول النشاط، وهو استخدام الإشارات التي تهدف إلى تذكرة الطفل بما يجب عليه أن يفعل إلى جانب النمذجة والتعليمات واستخدام الصور والتعزيز في تعليم أربعة مراهقين يعانون من التوحد المصحوب بتخلف عقلي بسيط متوسط في اكتساب المهارات التي تم تدريب هؤلاء الأفراد عليها إلى جانب مواقف أخرى، وهو ما أسهم في تكييفهم واندماجهم في الحياة الأسرية مع أعضاء أسرهم(9).

11-دراسة هاروول وآخرين *Harwool et autres* (1999) هدفت إلى التعرف على التغيرات الانفعالية لعينة ضمت 24 مراهقا نصفهم من المتخلفين عقليا والنصف الآخر عاديون عرضت عليهم مجموعة من الصور الفوتوغرافية وصور ثابتة وأخرى متحركة من خلال شريط فيديو. وأوضحت النتائج أن المراهقين المعاقين عقليا كانوا أقل من العاديين بدرجة دالة إحصائيا في التعرف على انفعالات الغضب والخوف والاشمئزاز والدهشة.(10)

(8) أمير طه بخش- فاعلية برنامج تدربي مقترح لأداء بعض الأنشطة المتنوعة على تنمية المهارات الاجتماعية للأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم- مجلة مركز البحوث التربوية السنة العاشرة- العدد. 19. 2001.

(9) أحلام رجب عبد الغفار- الرعاية التربوية لذوي الاحتياجات- دار الفجر- ص 28- 29.

(10) ماجدة السيد عبيد: الإعاقة العقلية، مناهج وأساليب تدريس ذوي الحاجات الخاصة، دار صفاء، عمان، 2000.

تعقيب على الدراسات السابقة:

في ضوء ما سبق عرضه يمكن استخلاص العديد من الملاحظات على الوجه التالي:

1- معظم الدراسات استخدمت برامج تدريبية والتحقق من فعاليتها في مجال التخلف العقلي فئة القابلين للتعلم، أما دراستنا الحالية فقد استخدمنا برنامجا تدريبيا مع التحقق من فعاليته في تحسن المهارات في المجالات المعرفية والعقلية والاقتصادية وارتقاء اللغة والنمو الجسمي والاعتناء بالنفس وفي مجال الطعام والأعمال المنزلية.

2- معظم الدراسات استخدمت المنهج التجريبي من خلال تصميم المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة مثل دراسة عايدة قاسم (1998) ودراسة فرانكين برجر (1989)، في دراستنا الحالية استخدمنا نفس التصميم.

3- أكدت نتائج الدراسات فاعلية البرامج التدريبية المقدمة في الإسراع بمعدلات النمو العقلي والاجتماعي وفي تحسين المهارات الاجتماعية للمتخلفين عقليا ورفع مستوى التفاعلات الاجتماعية لهم وتحسين طريقة التعامل مع الآخرين، واكتساب بعض المهارات الشخصية والاجتماعية. إلا أننا لم نجد دراسة واحدة تطرقت- في حدود اطلاع الباحثة- إلى مدى فعالية برنامج تدريبي في تنمية هذه المهارات، وهذا كان من الدوافع للقيام بدراستنا هذه للإحاطة بمختلف المهارات المتنوعة التي يحتاجها المتخلف عقليا ليحقق استقلاله.

المنهج المستخدم في الدراسة:

استخدمت الباحثة المنهج التجريبي بطريقة القياس القبلي - القياس البعدي والقياس التتبعي وذلك باستخدام مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة[11].

عينة الدراسة:

تتألف عينة الدراسة من "20" معاقا عقليا متواجدين بالمركز الطبي البيداغوجي تم تقسيمهم إلى مجموعتين متكافئتين وذلك بطريقة عمدية وكان قوام كل منها عشرة من المعاقين عقليا وكانت إحدى هاتين المجموعتين تجريبية، تم تطبيق البرنامج التدريبي المستخدم على أفرادها، في حين كانت الأخرى ضابطة ولم تخضع لأي إجراء تجريبي، وقد تراوحت أعمار أفراد العينة بين 14.10 سنة نسبة ذكائهم بين 63- 70.

[11] زكريا الشربيني: الإحصاء وتصميم التجارب في البحوث النفسية والتربوية والاجتماعية، مكتبة انجلو المصرية، القاهرة، 1995.

وقد تم إجراء التجانس بين أفراد المجموعتين من حيث السن، مستوى الذكاء، ودرجة نمو سلوك المتخلفين عقليا.

جدول رقم (1): تجانس أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة من حيث متغير الذكاء:

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	مستوى دلالة الذكاء
بين المجموعات	12	1	1	0.06	غير دالة
داخل المجموعات	283	18	15.72		
المجموع الكلي	284	19	-		

يتضح من الجدول رقم (1) عدم وجود فروق بين مجموعتي الدراسة التجريبية والضابطة لدى المتخلفين عقليا، حيث بلغت قيمة ف 0,06 وهي غير دالة إحصائيا، ويعني ذلك تجانس أفراد المجموعتين من حيث متغير الذكاء. لقد روعي أن يكون جميع أفراد العينة من المعاقين عقليا القابلين للتعلم وذلك من خلال تطبيق اختبار كولومبيا للذكاء.

جدول رقم (2): تجانس أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة من حيث متغير السن:

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	مستوى دلالة السن
بين المجموعات	0.2	1	0.2	0.12	غير دالة
داخل المجموعات	30	18	30		
المجموع الكلي	30.2	19	-		

يتضح من الجدول رقم (2) عدم وجود فروق بين مجموعتي الدراسة التجريبية والضابطة من الأطفال المتخلفين عقليا حيث بلغت قيمة ف 0,12 وهي غير دالة إحصائيا ويعني ذلك تجانس أفراد المجموعتين من حيث متغير السن.

جدول رقم (3): يوضح نتائج تجانس أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة من حيث تقدير نمو سلوكهم:

المتغير	التجريبية قبل		الضابطة قبل			مستوى الدلالة
	م1	ع1	م2	ع2	ت	
تقدير نمو سلوك الأطفال المتخلفون عقليا	49.2	1.53	49.8	3.37	0.71	غير دالة

يتبين من الجدول السابق عدم وجود فروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في مقياس تقدير سلوك المتخلفين عقليا، ويعني ذلك تجانس أفراد المجموعتين من حيث درجة نمو سلوكهم.

الأدوات المستخدمة:

استخدمت الباحثة في هذه الدراسة الأدوات التالية:

1- اختبار كولومبيا للذكاء.

2- مقياس تقدير نمو سلوك المتخلفين عقليا "إعداد الباحثة".

3- برنامج تدريبي للمتخلفين عقليا "إعداد الباحثة".

1-اختبار كولومبيا للذكاء:

هذا الاختبار مقتبس من أعمال فيكوسي قولد ستار وهو اختبار فردي غير لفظي يتلاءم مع فئة المتخلفين عقليا ويتكون اختبار كولومبيا من 100 لوحة من الورق المقوي 15×48 سم تحوي رسومات مختلفة تمثل أشكالا هندسية وأشياء في حدود خبرة الطفل ويتطلب الاختبار من المفحوص بذل مجهود في الملاحظة والتمييز لمعرفة الشكل المختلف عليها في اللوحات الأولى، فيما بعد تتعقد الفكرة، بحيث يصبح المطلوب من الطفل أن يكتشف أساس التشابه والذي يسمح بعزل شكل واحد فقط بطريقة منطقية أما الهدف من هذا الاختبار فهو معرفة العمر العقلي والزمني ودرجة الذكاء.

2- البرنامج التدريبي المستخدم "إعداد الباحثة":

يهدف البرنامج الحالي إلى تدريب المتخلفين عقليا وإكسابهم المهارات الضرورية والتي تساعدهم على تحقيق استقلالهم وجعلهم متكيفين نفسيا واجتماعيا ويسير العمل في البرنامج وفق الخطوات الإجرائية الآتية:

1- تحديد المهارة.

2- تحليل المهارة إلى خطوات إجرائية بسيطة.

3- تحديد الهدف من المهارة.

4- مراحل تحقيق الهدف من المهارة.

5- وصف السلوك الإجرائي للمعلم خلال مراحل تحقيق الهدف من المهارة.

6- وصف السلوك الإجرائي للتلميذ خلال مراحل تحقيق الهدف من المهارة، أهم مهاراته:

1- المهارات المعرفية2- المهارات الحسابية3- المهارات اللغوية

4- المهارات الخاصة بالنمو الجسمي 5- مهارات سلوكية

3-مقياس تقدير نمو سلوك المتخلفين عقليا: "إعداد الباحثة":

وأهم متغيراته: 1- النشاط المعرفي. 2- النشاط العقلي. 3- النشاط الاقتصادي.4 ارتقاء اللغة. 5- النمو الجسمي. 6 - الاعتناء بالنفس.7 في مجال الطعام. 8 الأعمال المنزلية، الصدق التمييزي

الجدول رقم (4) يوضح ذلك:

المتغير	المجموعة$_1$ 50٪ الأعلى		المجموعة$_2$ 50٪ الأدنى		ت	مستوى الدلالة
	م 1	ع 1	م 2	ع 2		
تقدير نمو سلوك المتخلفين عقليا	47,6	0,48	45,8	1,16	3,27	0,05

جدول رقم (5)حساب الصدق التمييزي لمقياس تقدير نمو سلوك المتخلفين عقليا:

ن	س	ع	$(س- م)^2$	$(ع- م)^2$
1	48	47	0.16	1.44
2	48	47	0.16	1.44
3	48	46	0.16	0.04
4	47	45	0.36	0.64
5	47	44	0.36	3.24
متوسط حسابي م	47.6	45.8	0.24	1.36

كما قامت الباحثة بحساب معاملات الثبات باستخدام إعادة الاختبار على عينة المربين بعد مرور 15 يوما من التطبيق.

جدول رقم (6) معاملات الثبات لمقياس تقدير نمو سلوك المتخلفين عقليا باستخدام أسلوب إعادة الاختبار:

المتغيرات	معامل الثبات	مستوى الدلالة
1- النشاط المعرفي	0,92	0,01
2- النشاط العقلي	0,89	0,01
3- النشاط الاقتصادي	0,71	0,01
4- ارتقاء اللغة	0,65	0,05
5- النمو الجسمي	0,79	0,01
6- الاعتناء بالنفس	0,66	0,05
7- في مجال الطعام	0,84	0,01
8- الأعمال المنزلية	0,83	0,01

يتضح من الجدول السابق أن معامل الثبات بطريقة إعادة الاختبار في المتغيرات الثمانية كان دالا إحصائيا حيث تراوح ما بين 0,65-0,92 في مستوى دلالة 0,05-0,01 مما يمكن معه القول إن المقياس على قدر عال وموثوق به من الثبات.

4-عرض وتحليل ومناقشة نتائج البحث:

أولا: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج ومتوسطات درجات أفراد نفس المجموعة بعد التطبيق في مقياس تقدير نمو سلوك المتخلفين عقليا لصالح القياس البعدي".

جدول رقم(7) متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس تقدير نمو سلوك المتخلفين عقليا في القياسين القبلي والبعدي ودلالة الفروق بينها:

أبعاد المقياس	م للقياس القبلي للمجموعة التجريبية	م للقياس البعدي للمجموعة التجريبية	مج ف	مج $ف^2$	$س_ف$	ت	مستوى الدلالة
1.النشاط المعرفي	5,3	8,5	32	118	3,2	3,01	0,05
2.النشاط العقلي	5	9	39	193	3,9	5,8	0,05
3.النشاط الاقتصادي	1,5	2,8	13	19	1,3	8,66	0,05
4.ارتقاء اللغة	5,6	9,7	33	161	3,3	4,34	0,05
5.النمو الجسمي	11,4	19	76	648	7,6	8,63	0,05
6.الاعتناء بالنفس	9,5	19,4	98	1038	9,8	10,65	0,05
7.في مجال الطعام	7,4	12	43	255	4,3	6,51	0,05
8. الأعمال المنزلية	3,9	7,6	34	148	3,4	5,66	0,05

يتضح من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى 0,05 بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج ومتوسطات درجات نفس المجموعة بعد التطبيق في مقياس تقدير نمو سلوك المتخلفين عقليا وبالرجوع إلى متوسطات تلك الدرجات في أبعاد المقياس الثمانية يتضح جليا أن هذه الفروق في صالح المتوسطات الأكبر وهي متوسطات المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج أي لصالح القياس البعدي.

ثانيا- "لا توجد فروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة قبل تطبيق البرنامج ومتوسطات درجات أفراد نفس المجموعة بعد التطبيق في مقياس تقدير نمو سلوك المتخلفين عقليا"، ويوضح الجدول التالي نتائج هذا الفرض

جدول رقم (8) متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس تقدير نمو سلوك المتخلفين عقليا في القياسين القبلي والبعدي ودلالة الفروق بينهما:

أبعاد المقياس	م للقياس القبلي للمجموعة الضابطة	م للقياس البعدي للمجموعة الضابطة	مج ف	مج $ف^2$	سَ ف	ت	مستوى الدلالة
1.النشاط المعرفي	6	6,1	3	3	0,3	2	غير دالة
2.النشاط العقلي	4,2	4,1	1	5	0,1	0,4	غير دالة
3.النشاط الاقتصادي	1,8	2	2	4	0,2	1	غير دالة
4.ارتقاء اللغة	5,4	5,5	1	5	0,1	0,43	غير دالة
5.النمو الجسمي	9,4	11,2	7	21	0,7	1,66	غير دالة
6.الاعتناء بالنفس	9,4	9,7	3	5	0,3	1,42	غير دالة
7.في مجال الطعام	8,4	9,1	7	13	0,7	2,33	دالة عند 0,05
8. الأعمال المنزلية	4,1	4,3	2	20	0,2	0,43	غير دالة

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة قبل تطبيق البرنامج ومتوسطات درجات نفس المجموعة بعد التطبيق في مقياس تقدير نمو سلوك المتخلفين عقليا ، وهذا في سبعة أبعاد من مجموع أبعاد المقياس الثمانية ، في حين توجد فروق دالة إحصائيا عند 0,05 في البعد السابع وهو في مجال الطعام وبهذا تتحقق صحة الفرض الثاني إلى حد كبير وهذه نتيجة منطقية كون المجموعة الضابطة لم تتعرض لأي برنامج وتتفق مع النمط السائد والعام في هذا المجال والذي يؤكد على فعالية الرعاية التربوية المتكاملة سعيا لتحقيق أفضل المستويات الحضارية والإنسانية للمعاق عقليا.

ثالثا: "توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج في مقياس تقدير نمو سلوك المتخلفين عقليا".

جدول رقم (9) متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس تقدير نمو سلوك المتخلفين عقليا في القياس البعدي والانحرافات المعيارية ودلالة الفروق بينها:

أبعاد المقياس	التجريبية بعد		الضابطة بعد		ت	مستوى الدلالة
	م1	ع1	م2	ع2		
1.النشاط المعرفي	8,5	1,43	6,1	0,94	4,52	0,01
2.النشاط العقلي	9	1,97	4,1	1,56	6,28	0,01
3.النشاط الاقتصادي	2,8	0,74	2	0,63	2,75	0,05
4.ارتقاء اللغة	9,7	1,18	5,5	1,43	7,36	0,01
5.النمو الجسمي	19	2	11,2	1,33	10,4	0,01
6.الاعتناء بالنفس	19,4	2,28	9,7	2,32	9,50	0,01
7ـ في مجال الطعام	12	2,48	9,1	1,52	3,18	0,01
8. الأعمال المنزلية	7,6	1,01	4,3	1,67	5,40	0,01

يتضح من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج في مقياس تقدير نمو سلوك المتخلفين عقليا لصالح أفراد المجموعة التجريبية، أي أن البرنامج التدريبي الذي تم تطبيقه على أفراد المجموعة التجريبية قد نجح في تحسين سلوك المتخلفين وتحسين مهاراتهم في المجال المعرفي والعقلي والاقتصادي وفي مجال ارتقاء اللغة والنمو الجسمي والاعتناء بالنفس وفي مجال الطعام والأعمال المنزلية.

رابعا: "لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج ومتوسطات درجات أفراد نفس المجموعة بعد مرور 3 أشهر من المتابعة في مقياس تقدير نمو سلوك المتخلفين عقليا".

جدول رقم (10) متوسطات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس تقدير نمو سلوك المتخلفين عقليا في القياسين البعدي والتتبعي بعد 3 أشهر من المتابعة والانحرافات المعيارية ودلالة الفروق بينهما:

أبعاد المقياس	م للقياس البعدى للمجموعة التجريبية	م للقياس التتبعى للمجموعة التجريبية	مج ف	مج ف^2	سَو	ت	الدلالة
1. النشاط المعرفي	8,5	8,2	3	3	0,3	2	غير دالة
2. النشاط العقلي	9	9	1	7	0,1	0,37	غير دالة
3. النشاط الاقتصادي	2,8	2,7	1	1	0,1	0,30	غير دالة
4. ارتقاء اللغة	9,7	9,6	1	7	0,1	0,37	غير دالة
5. النمو الجسمي	19	18,9	1	13	0,1	0,27	غير دالة
6. الاعتناء بالنفس	19,4	18,9	5	10	0,5	1,78	غير دالة
7. في مجال الطعام	12	11,5	5	21	0,5	1,11	غير دالة
8. الأعمال المنزلية	7,6	7,4	2	4	0,2	1	غير دالة

يتضح من الجدول عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج ومتوسطات درجات أفراد نفس المجموعة بعد مرور 3 أشهر من المتابعة في مقياس تقدير نمو سلوك المتخلفين عقليا مما يؤكد أن تأثير البرنامج التدريبي المستخدم في الدراسة كان إيجابيا وفعالا وممتدا في المدة 3 أشهر ونمو تحسين سلوك المتخلفين عقليا واكتسابهم المهارات المعرفية والعقلية وفي المجال الاقتصادي وارتقاء اللغة والنمو الجسمي والاعتناء بالنفس وفي مجال الطعام والأعمال المنزلية وهذا يحقق الغرض الرابع لهذا البحث وتعني هذه النتيجة فاعلية البرنامج التدريبي المستخدم في الدراسة الحالية في رفع مستوى نمو سلوكات المتخلفين عقليا وتحسين نمو معدل عملية اكتساب المهارات والخبرات عندهم .

قائمة المراجع:

1. الكتب بالعربية:

1- أحلام رجب عبد الغفار: الرعاية التربوية لذوي الاحتياجات الخاصة، دار الفجر، لبنان

2- زكريا الشربيني: الإحصاء وتصميم التجارب في البحوث النفسية والتربوية والاجتماعية، مكتبة أنجلو المصرية، القاهرة، .1995

3- سميرة أبو زيد كحيل: برامج وطرق تربية الطفل المعوق قبل المدرسة، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، .2001

4- عادل عبد الله محمد: تعديل السلوك للأطفال المتخلفين عقليا باستخدام جداول النشاط المصورة، دراسات تطبيقية، دار الرشاد، القاهرة، .2003

5- ماجدة السيد عبيد: الإعاقة العقلية، مناهج وأساليب تدريس ذوي الحاجات الخاصة، دار صفاء، عمان، .2000

2. المجلات:

1- أميرة طه بخش: فاعلية برنامج إرشادي في خفض السلوك العدواني لدى الأطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعلم، مجلة العلوم التربوية، العدد 11، .1998

2- أميرة طه بخش: فاعلية برنامج التدخل الباكر في توافق الأطفال المعاقين عقليا فئة القابلين للتعلم، مجلة التربية، العدد 66،1988

3- أميرة طه بخش: فاعلية برنامج تدريبي مقترح لأداء بعض النشطة المتنوعة على تنمية المهارات الاجتماعية للأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم، مجلة مركز البحوث التربوية، العدد 19، 2001.

5- بشير معمرية: تدريب المتخلفين عقليا على السلوك الاستقلالي في مجال مهارات العناية بالذات داخل الأسرة وفق مبادئ وفنيات التعلم بالتقليد والتعلم بالإشراط الإجرائي، تنمية الموارد البشرية، العدد 7، 2006.

6- سهير محمد أمين عبد الله: فاعلية برنامج إرشادي في خفض السلوك العدواني لدى الأطفال المعاقين عقليا، بحوث ودراسات المؤتمر القومي الرابع للتربية الخاصة، مجلد 2، 1987.

بعض سمات الشخصية
وعلاقتها بدافعية الإنجاز الرياضي
لذوي الاحتياجات الخاصة حركيا

أ/بن حاج الطاهر عبد القادر
أستاذ مساعد"أ"،
معهد علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية، جامعة باتنة.

ملخص البحث:

هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة ما بين بعض سمات الشخصية وأبعاد دافعية الإنجاز الرياضي (دافع إنجاز النجاح، دافع تجنب الفشل) لذوي الاحتياجات الخاصة حركيا، وكذا التحقق من الفروق في سمات الشخصية حسب نوع الرياضة الممارسة (رياضة كرة الطائرة جلوس، رياضة كرة السلة على الكراسي المتحركة)، وبعد تطبيق أدوات البحث توصلت النتائج إلى عدم وجود فروق في سمات الشخصية حسب نوع الرياضة الممارسة، ماعدا سمة القلق التي أظهرت النتائج عن وجود فروق دالة لصالح ممارسي كرة الطائرة جلوس، وكذا وجود علاقة موجبة ما بين سمة (تقدير الذات، العدوانية) ودافع إنجاز النجاح، وعلاقة سلبية ما بين سمة القلق ودافع إنجاز النجاح، ووجود علاقة عكسية ما بين سمة تقدير الذات ودافع تجنب الفشل وعلاقة طردية ما بين سمة (الاكتئابية، القلق) ودافع تجنب الفشل.

الكلمات المفتاحية: سمات الشخصية، دافعية الإنجاز الرياضي، دافع إنجاز النجاح، دافع تجنب الفشل، ذوو الاحتياجات الخاصة حركيا.

مقدمة:

احتلت نتائج الرياضيين المعاقين مكانا بارزا في التقويم الحضاري لمختلف المجتمعات، وأصبحت من المقاييس المهمة التي يقاس بها تقدم الدول في المجال الرياضي، والعلمي.

ويحقق لاعبو المنتخبات الوطنية لمختلف الأنشطة لذوي الاحتياجات الخاصة نتائج متقدمة، تضاهي تلك التي حققها الأسوياء، تعتبر بمثابة تأكيد شخصي تثبت أن أفراد هذه الفئة قادرون على التحصيل في جميع مجالات الحياة، والتعويض عن الإعاقة.

فالإعاقة لها آثار سلبية على تطور الشخصية، ومن ثم تعد دراسة عوامل الشخصية لدى المعوق حركيا مقارنة بما لدى الفرد العادي الخطوة الأولى في مساعدته على التخلص مما يعانيه من مشكلات واضطرابات نفسية حتى يصل إلى التكيف، فيتقبل إعاقته، وفي هذه الحالة يمكن أن تتحول الإعاقة إلى عامل نبوغ وتفوق.

وقد أشار "آدلر" أن الأفراد ذوي العاهات الجسمية يكافحون للتغلب على ما لديهم من نقص بالتعويض عنه في ميدان معين، فنظريته تقوم على الربط بين قصور الأعضاء والتعويض النفسي الزائد، فقصور بعض الأعضاء يزيد من الشعور بالقلق وعدم الأمن، ولكن هذا الشعور نفسه هو الذي يلهب الإرادة ويستثير الدافع لإقرار الشخصية وتأكيد الذات (السيد محمد فرحات، 2004، ص.15)

ومن الواضح أن المشكلات التي يتعرض لها المعاق حركيا ذات صبغة نفسية واجتماعية، أكثر منها مشكلات جسمية، فقد أشار "الروسان" أن مشاعر الخوف والقلق، والرفض، والعدوانية، والانطوائية، والدونية من المشاعر المميزة لسلوك ذوي الاضطرابات الحركية (فاروق الروسان، 1996، ص.247)، فتحد هذه الأخيرة من فرص تحمل الفرد المسؤولية، وعدم إظهار قدراته، وعدم الاتسام بالواقعية،والتي تنعكس سلبا على دافعية إنجازه الرياضي.

ويرى العديد من الباحثين في مجال علم النفس الرياضي أن الوصول إلى المستويات العالية يتأسس على دافعية الإنجاز الرياضي، التي يرتبط مفهومها بمفهوم التنافس والرغبة في النجاح والتفوق، لذا وجب على الأخصائيين تنميتها والبحث عن المتغيرات النفسية والشخصية المرتبطة بها.

من هذه المتغيرات نجد سمات الشخصية للأفراد التي تتأثر في حد ذاتها بالإعاقة الحركية، حيث تظهر في بعض السلوكيات السلبية كالقلق، العدوانية، العصابية، انخفاض تقدير الذات، والتي ترتبط سلبا بدافعية الإنجاز الرياضي، في حين إن المكونات الإيجابية لها نتائج فعالة في الرفع من مستويات الدافع إلى الإنجاز.

ومن هنا تكمن أهمية البحث في محاولة التعرف على سمات الشخصية لدى الرياضيين من ذوي الاحتياجات الخاصة، التي ترتبط بدافعية إنجازهم الرياضي، لتنمية الإيجابية منها وتعديل السلبية للوصول إلى مستويات مرتفعة من دافعية الإنجاز التي تعتبر من المتغيرات النفسية المهمة، للرقي بنتائج رياضة ذوي الاحتياجات الخاصة.

مشكلة البحث:

تتلخص مشكلة البحث في محاولة التعرف على الفروق في سمات الشخصية لذوي الاحتياجات الخاصة (المعاقين حركيا) تبعا لنوع الرياضة الممارسة (كرة الطائرة جلوس، كرة السلة على الكراسي المتحركة)، وكذا طبيعة العلاقة الارتباطية بين هذه السمات وأبعاد دافعية الإنجاز الرياضي (دافع إنجاز النجاح، دافع تجنب الفشل).

ومن هذا الطرح يمكن الخروج بالتساؤلات الآتية:

- هل توجد فروق في سمات الشخصية موضع البحث حسب نوع الرياضة الممارسة؟
- هل توجد علاقة ارتباطية ما بين سمات الشخصية ودافع إنجاز النجاح.
- هل توجد علاقة ارتباطية ما بين سمات الشخصية ودافع تجنب الفشل.

فروض البحث:

- لا يوجد فروق في سمات الشخصية حسب نوع الرياضة الممارسة.
- نتوقع وجود علاقة ارتباطية ما بين سمات الشخصية ودافع إنجاز النجاح.
- نتوقع وجود علاقة ارتباطية ما بين سمات الشخصية ودافع تجنب الفشل.

أهداف البحث:

- التعرف على الفروق في سمات الشخصية ما بين لاعبي كرة الطائرة جلوس ولاعبي كرة السلة على الكراسي المتحركة.

- معرفة طبيعة العلاقة الارتباطية ما بين سمات الشخصية لدى الرياضي المعاق حركيا ودافع إنجاز النجاح لديه.

- معرفة طبيعة العلاقة الارتباطية ما بين سمات الشخصية لدى الرياضي المعاق حركيا ودافعه لتجنب الفشل.

تحديد المصطلحات:

الشخصية:

ذلك التنظيم المتكامل الديناميي للصفات الجسدية والعقلية والنفسية والخلقية والاجتماعية الروحية للفرد، وتضم الشخصية الدوافع الموروثة والمكتسبة والعادات والتقاليد

والقيم والاهتمامات والعواطف والمثل والآراء والمعتقدات والسمات والاتجاهات والميول والقدرات والاستعدادات (عبد الرحمن محمد العيسوي، 2001، ص.26).

وحسب "ريكارد"(Richard) نقلا عن "كلات"(Kalat,1999)، فإن الشخصية هي مجموع السلوكيات المنتظمة، التي تظهر عند الفرد، وتميزه عن الآخرين، خاصة في مواقف العلاقات الاجتماعية، وهي ثابتة وفردية، فمثلا الرياضي الذي يظهر الثقة داخل وخارج الملعب نستطيع القول بأنه شخص واثق من نفسه. (Richard, h. 2005,p.136).

سمات الشخصية: تفترض هذه النظريات أن السمة هي استعداد فطري عام، وكامن وثابت تدفع بسلوك خاص في موقف معين، وفي أي وقت، وعلى سبيل المثال إذا كنا دوما نشعر بتوتر الأعصاب قبل المنافسة، فقد يقال إننا نملك سمة القلق التنافسي (مصطفى باهي، سمير جاد، 2006، ص.233).

سمات الشخصية المختارة:

العصبية: هي إحدى السمات الشخصية التي يتميز فيها اللاعب بالاضطرابات العامة والتوتر والقلق وعدم التركيز.

الاكتئابية: هي إحدى السمات التي يتميز فيها اللاعب بالتذبذب المزاجي والتشاؤم والشعور بالتعاسة وعدم الرضا والإحساس بالذنب.

الاجتماعية: هي إحدى السمات الشخصية التي يتميز فيها اللاعب بالقدرة على التفاعل مع الآخرين ومحاولة الاقتراب منهم وتكوين الصداقات كما يتميز بالمرح والحيوية والنشاط وسرعة البديهة.

العدوانية: هي إحدى السمات الشخصية التي يتميز فيها اللاعب بشدة التوتر والانزعاج وعدم الصبر والغضب والحساسية. (الطالب نزار، كامل الويس، 1993، ص.93)

سمة القلق: يشير إلى أساليب استجابة ثابتة نسبيا تميز شخصية الفرد، أي أن القلق المستثار في هذه الحالة يرتبط بشخصية الفرد، ولذا يرتبط التفاوت في درجة سمة القلق أكثر بشخصية الفرد والفروق الفردية التي تميزه، وهذا النوع من القلق هو الأكثر ارتباطا بالصحة النفسية للفرد. (صبره محمد علي، أشرف شريت، 2004، ص.92).

تقدير الذات: حسب "معتز سيد عبد الله " نقلا عن "روزنبيرج" (Rosenberg,1979)، فإن تقدير الذات يستخدم بوصفه اتجاه الفرد نحو نفسه، يعكس من خلال فكرته عن ذاته، وخبرته الذاتية معها، فهو بمثابة عملية فينومينولوجية يدرك الفرد بواسطتها خصائصه الشخصية، ويستجيب لها

سواء في صورة انفعالية، أم في صورة سلوكية، وعلى ذلك فإن تقدير الذات عبارة عن تقويم الفرد لذاته في سعي منه نحو التمسك بهذا التقويم بما يتضمنه من إيجابيات تدعوه لاحترام ذاته، مقارنا نفسه بالآخرين، وبما يتضمنه هذا التقويم أيضا من سلبيات لا تقلل من شأنه بين الآخرين، في الوقت الذي يسعى للتخلص منها (معتز سيد عبد الله، 2000، ص.198).

المعاقون حركيا: حسب"عبد العزيز جلال" فإن المعاقين حركيا أشخاص مصابون في الجهاز المحرك ويعانون قصورا وظيفيا. والشيء الذي يميزهم هو صعوبة التحرك أو استحالته. (عبد العزيز جلال، 1980، ص. 121).

الدافع إلى الإنجاز: يرجع الفضل إلى "موراي"(Murray,1938) في بدء تحديد مفهوم الحاجة إلى الإنجاز، وإرساء الأسس التي يمكن أن تستخدم في قياسه، وقد عرف "موراي" الدافع إلى الإنجاز على أنه حرص الفرد على تحقيق الأشياء التي يراها الآخرون صعبة، السيطرة على البيئة الفيزيقية والاجتماعية، التحكم في الأفكار وحسن تناولها وتنظيمها، سرعة الأداء، الاستقلالية، التغلب على العقبات وبلوغ معايير الامتياز والتفوق على الذات ومنافسة الآخرين (باهي مصطفى حسين، أمينة إبراهيم شلبي، 1999، ص. 20)

كما يعرف "ماكليلاند"(Mc Clelland، 1953) الدافع إلى الإنجاز بأنه الأداء في ضوء مستوى محدد من الامتياز والتفوق، أو هو ببساطة الرغبة في النجاح. (أسامة كامل راتب، 1990، ص.29).

دافعية الإنجاز الرياضي: يمكن وضع تعريف لدافعية الإنجاز بأنها: «استعداد اللاعب الرياضي لمواجهة مواقف المنافسة الرياضية ومحاولة التفوق والامتياز في ضوء مستوى أو معيار معين من معايير أو مستويات التفوق والامتياز، عن طريق إظهار قدر كبير من النشاط والفعالية والمثابرة للتعبير عن الرغبة في الكفاح والنضال من أجل التفوق والامتياز في مواقف المنافسة الرياضية. (صالح الزعبي، ماجد الخياط، 2011، ص.57).

مكونات دافعية الإنجاز الرياضي: أشار عدد من الباحثين إلى أن أهم المكونات الشخصية لدافعية الإنجاز الرياضي هما: دافع إنجاز النجاح، ودافع تجنب الفشل.

دافع إنجاز النجاح: يمثل هذا الدافع الدافعية الداخلية للاعب للإقبال نحو أنشطة معينة ويدفعه إلى محاولة تحقيق التفوق، وبالتالي الإحساس والشعور بالرضا والسعادة.

دافع تجنب الفشل: وهو تكوين نفسي يرتبط بالخوف من الفشل، الذي يتمثل في الاهتمام المعرفي بعواقب أو نتائج الفشل في الأداء، والوعي الشعوري بانفعالات غير سارة، مما يسهم في محاولة تجنب مواقف الإنجاز.(صالح الزعبي، ماجد الخياط، 2011، ص.58).

النظرية المعتمد عليها في الدراسة:

أ- **نظرية حاجة الإنجاز:** تعتبر نظرية حاجة الإنجاز (ماكليلاند- أتكنسون، McClelland, Atiknson, 1961-1974)، مقاربة تفاعلية تأخذ بعين الاعتبار الشخص والوضعية التي يتواجد فيها لتوقع السلوك، حيث يملك الفرد حسب هذه النظرية دافعين أساسين للإنجاز يتمثلان في دافع إنجاز النجاح، ودافع تفادي الفشل(Weinberg, s.,gould, D., 1997, p.74)

ب- **نظرية ألفرد آدلر(Adler, A):** اعتمدت هذه النظرية في تفسيراتها ودراساتها على مجموعة من المبادئ والمفاهيم لخصها "الشناوي" في:

النقص البدني والنفسي وما يتبعه من تعويض مفهوم الذات، أسلوب الحياة، الحياة الاجتماعية، إذ يعتبر "آدلر" أن الإنسان معرض للقصور البدني الخلقي أو المكتسب وبالتالي للشعور بالنقص الذي هو مشترك بين البشر يدفعه إلى العمل على تعويضه.(الشناوي محمد محروس، دون سنة، ص.403)

بالرجوع إلى هذه النظرية، فإنه إذا كان الشعور بالنقص لدى عامة الناس، فهو قد يزداد حدة لدى المعاق حركيا بغض النظر عن طبيعة إعاقته أو أصلها، بالإضافة إلى ما ينجم عن القصور الوظيفي لدى الفرد من شعور بالعجز والتبعية للغير، القلق والاكتئاب، السلوك العدواني وانخفاض تقدير الذات... إلخ، وكل هذه العوامل تلزمه على إيجاد وسيلة للتعويض، لتفادي هذا الشعور بالنقص أو التخفيف من حدته، كالرغبة في التنافس والسعي والكفاح للوصول إلى مستوى معين من التفوق والامتياز، والتي تنعكس إيجابيا على دافعيته للإنجاز الرياضي.

إجراءات البحث:

منهج البحث: اعتمد الباحث على الدراسة الوصفية الارتباطية، التي تندرج في إطار المنهج الوصفي، والذي يعتبر من أكثر مناهج البحث استخداما، وخاصة في البحوث التربوية والنفسية والاجتماعية والرياضية.

الدراسة الاستطلاعية:

قام الباحث بإجراء الدراسة الاستطلاعية على عينة اختيرت بالطريقة العشوائية، مكونة من (50) رياضيا من ذوي الاحتياجات الخاصة (المعاقين حركيا)، وتمثلت أهميتها وأهدافها في:

- ربح الجهد والوقت للقيام بالدراسة الأساسية،
- اختبار الفروض المقترحة أوليا،
- اختيار أدوات القياس اللازمة وحساب خصائصها السيكومترية.

مجتمع وعينة البحث:

تمثل مجتمع البحث في ممارسي الرياضات الجماعية لذوي الاحتياجات الخاصة حركيا لفئة الذكور، حيث بلغ عدد المنخرطين في الموسم الرياضي (2011- 2012) ما بين الرياضتين حوالي 344 رياضي*

عينة البحث:

اعتمد الباحث المعاينة الاحتمالية، بأسلوب العينة العشوائية الطبقية غير النسبية، بطريقة الكيس المثالي، مكونة من (72) رياضيا، ما تمثل نسبة 20,93٪ من المجموع الكلي لأفراد المجتمع.

*معلومات مقدمة من طرف الاتحادية الجزائرية لرياضة المعاقين

الجدول (1): يبين خصائص مجتمع وعينة البحث:

الرياضة	مجموع الرياضيين (المجتمع)	الفرق الرياضية المختارة	عدد اللاعبين (العينة)	المجموع	النسبة المئوية
كـــــرة السلة على الكراسي المتحركة	251	نور المسيلة	12	36	14.34٪
		إتحاد بوفاريك	11		
		نادي حمادي	6		
		مستقبل سعيدة	7		
كـــــرة الطـــائرة جلوس	93	أمال بريان	10	36	7,38٪
		نادي وهران	7		
		أمال بوسعادة	11		
		نادي المنيعة	8		
المجموع	344	8	72	72	20,93٪

أدوات الدراسة:

• **قائمة فرايبرج للشخصية:** قائمة فرايبرج للشخصية وضعها في الأصل" فاهرنبرج"، (Fahrenberg) "سيلج" (Selg)، "هانبل"(hampel) بألمانيا الغربية عام (1970)، وتهدف القائمة إلى قياس (9) أبعاد عامة للشخصية بالإضافة إلى (3) أبعاد فرعية، وقد قام "ديل" (Diehl) أستاذ علم النفس بجامعة جيسن بألمانيا الغربية بتصميم صورة مصغرة للقائمة تتضمن الثمانية أبعاد الأولى من القائمة وتتضمن

(56) عبارة، وقد قام بتعريبها "علاوي" في البيئة المصرية (محمد حسن علاوي، 1998، ص78)، ولقد اكتفى الباحث بأربعة أبعاد وهي: العصبية، العدوانية، الاكتئابية، الاجتماعية.

الخصائص السيكومترية للقائمة:

ثبات القائمة: اعتمدت طريقة التجزئة النصفية بين نصفي القائمة، حيث بلغت قيمة "ر" المحسوبة (0.48)، وبعد التصحيح بمعادلة "سبيرمان براون" *(Spearman Brown)*، واستخدام اختبار "ت"، توصلنا إلى أن معامل الثبات له دلالة إحصائية.

الصدق: اعتمد الباحث في حساب الصدق على:

أ- **صدق المحتوى:** اعتمد الباحث للتأكد من صدق محتوى القائمة على طريقة حصر وتحليل الدراسات السابقة، حيث ثبت من خلال المسح المكتبي للدراسات التي استخدمت القائمة توفر المعايير العلمية لهذه الأداة، وبالتالي اطمئن الباحث إلى صدق مضمونها.

ب- **الصدق المرتبط بالمحك:** من بين الطرق للتحقق من هذا النوع من الصدق طريقة المقارنة الطرفية بين المجموعات المتضادة،(محمد علاوي ، نصر الدين رضوان، 2000، ص78)، وهي التي اعتمد عليها الباحث في حساب هذا النوع من الصدق.

الجدول(2): يبين الفروق بين المجموعة ذات الدرجات الأعلى والمجموعة ذات الدرجات الأدنى في أبعاد قائمة فرايبرج للشخصية:

المقاييس / أبعاد قائمة فرايبرج	المجموعة ذات الدرجات الأعلى		المجموعة ذات الدرجات الأدنى		قيمة "ت" المحسوبة
	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	
العصبية	10.46	0.78	7.80	0.78	13.02***
العدوانية	10.29	0.68	7.73	0.45	6.02***
الاكتئابية	11.75	0.75	7.87	0.34	16.57***
الاجتماعية	13.62	1.02	10.56	0.81	9.36***

*** دالة عند مستوى (0.001)

من خلال الجدول أعلاه يتبين أن هناك فروقا في نتائج المجموعتين في سمات الشخصية المأخوذة من قائمة فرايبرج للشخصية، مما يدل على أن هذه الأخيرة تميز ما بين المجموعة

ذات الدرجات المرتفعة والمجموعة ذات الدرجات المنخفضة، وبالتالي نستنتج أن قائمة فرايبرج للشخصية صادقة فيما تقيسه.

ج- **صدق التكوين الفرضي**: اعتمد الباحث على طريقة التناسق الداخلي للاختبار، حيث يستخدم معامل الارتباط بين كل عبارة مع الدرجة الكلية لعبارات البعد الذي تنتمي إليه، وبعد التطبيق تراوحت معاملات الارتباط ما بين (0.28) و(0.71)، وبعد استخدام اختبار "ت" تبين أن كل العبارات لها دلالة إحصائية في مستوى مقبول.

د- **الصدق الذاتي**: الصدق الذاتي هو صدق الدرجات التجريبية للقائمة بالنسبة للدرجة الحقيقية التي خلصت من أخطاء القياس، وبالتالي تصبح الدرجات الحقيقية كمحك الذي ننسب إليه صدق القائمة. (محمد حسن علاوي، محمد نصر الدين رضوان، 2000، ص.275)، ويحسب الصدق الذاتي بتطبيق المعادلة الآتية:

الصدق الذاتي = جذر معامل الثبات، وبعد التطبيق تحصلنا على النتيجة الآتية:

الصدق الذاتي= 0.79

تدل هذه النتيجة أن قائمة فرايبرج للشخصية تتميز بصدق ذاتي مقبول، ويمكن اعتماده في الدراسة الأساسية.

• **مقياس تقدير الذات:** استخدم الباحث مقياس تقدير الذات لرزومبيرج (Rosenberg,1985)، وتعطي هذه الأداة تقديرا لمدى تقييم الفرد لذاته بشكل عام. (Gosling& Ric,1998,p.p.42,43) .

الخصائص السيكومترية للمقياس:

ثبات المقياس: تم الاعتماد على طريقة التجزئة النصفية:

التجزئة النصفية: اعتمدت طريقة التجزئة النصفية بين نصفي القائمة حيث بلغت قيمة "ر" المحسوبة (0.42)، وبعد التصحيح بمعادلة "سبريرمان براون"، واستخدام اختبار "ت"، توصلنا إلى أن معامل الثبات له دلالة إحصائية.

الصدق: اعتمد الباحث في حساب الصدق على:

أ- **صدق المحتوى**: اعتمد الباحث للتأكد من صدق محتوى المقياس على طريقة حصر وتحليل الدراسات السابقة حيث ثبت من خلال المسح المكتبي للدراسات التي استخدمت المقياس توفر المعايير العلمية لهذه الأداة، وبالتالي اطمئن الباحث إلى صدق مضمونه.

ب- **الصدق المرتبط بالمحك:** استخدم الباحث الصدق التلازمي بطريقة المقارنة الطرفية بين المجموعات المتضادة.

الجدول (3): يبين الفروق بين المجموعة ذات الدرجات الأعلى والمجموعة ذات الدرجات الأدنى في سمة تقدير الذات:

المقاييس	المجموعة ذات الدرجات الأعلى		المجموعة ذات الدرجات الأدنى		قيمة "ت" المحسوبة
	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	
تقدير الذات	33.05	1.78	26.88	1.24	11.23***
***دالة عند مستوى (0.001)					

من خلال الجدول السابق يتبين أن هناك فروقا بين نتائج المجموعتين في مقياس تقدير الذات، مما يدل على أن هذا الأخير يميز ما بين المجموعة ذات الدرجات المرتفعة والمجموعة ذات الدرجات المنخفضة، وبالتالي نستنتج أن مقياس تقدير الذات صادق فيما يقيسه.

ج- **صدق التكوين الفرضي**: اعتمد الباحث على طريقة التناسق الداخلي للاختبار، حيث تراوحت معاملات الارتباط ما بين 0.29 و0.48، وبعد استخدام اختبار "ت" تبين أن كل العبارات لها دلالة إحصائية في مستوى مقبول 0.05.

د- **الصدق الذاتي**: الصدق الذاتي = جذر معامل الثبات، وبعد التطبيق تحصلنا على النتيجة الآتية:

الصدق الذاتي= 0.78

تدل هذه النتيجة أن مقياس تقدير الذات يتميز بصدق ذاتي مقبول، ويمكن اعتماده في الدراسة الأساسية.

• **مقياس سمة القلق:** وضع من طرف "سبيلبرجر" (Spielberger) و"جورست" (Gorssuch) و"لوشين" (Lushene) سنة (1970)، وتم اقتباسه من طرف "البحيري" في البيئة المصرية، ويشمل على مقياسين منفصلين الأول حالة القلق، والثاني سمة القلق. (عبد الرقيب أحمد البحيري، 1984، ص. 10)، حيث اعتمد الباحث على مقياس سمة القلق.

الخصائص السيكومترية للمقياس:

ثبات المقياس: تم الاعتماد على طريقة التجزئة النصفية:

التجزئة النصفية: اعتمد الباحث على طريقة التجزئة النصفية بين نصفي القائمة حيث بلغت قيمة "ر" المحسوبة (0.74)، وبعد التصحيح بمعادلة "سبيرمان براون"، واستخدام اختبار "ت"، توصلنا إلى أن معامل الثبات له دلالة إحصائية.

الصدق: اعتمد الباحث في حساب الصدق على:

أ- صدق المحتوى: اعتمد الباحث للتأكد من صدق محتوى المقياس على طريقة حصر وتحليل الدراسات السابقة حيث ثبت من خلال المسح المكتبي للدراسات التي استخدمت المقياس توفر المعايير العلمية لهذه الأداة، وبالتالي اطمئن الباحث إلى صدق مضمونه.

ب- الصدق المرتبط بالمحك: استخدم الباحث الصدق التلازمي بطريقة المقارنة الطرفية بين المجموعات المتضادة.

الجدول (4):يبين الفروق بين المجموعة ذات الدرجات الأعلى والمجموعة ذات الدرجات الأدنى في سمة القلق.

المقاييس	المجموعة ذات الدرجات الأعلى		المجموعة ذات الدرجات الأدنى		قيمة "ت" المحسوبة
	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	
سمة القلق	48.57	3.25	28	3.62	15.53 ***
***دالة عند مستوى (0.001)					

من خلال الجدول أعلاه يتبين أن هناك فروقا في نتائج المجموعتين في مقياس سمة القلق، مما يدل على أن هذا الأخير يميز ما بين المجموعة ذات الدرجات المرتفعة والمجموعة ذات الدرجات المنخفضة، وبالتالي نستنتج أن مقياس سمة القلق صادق فيما يقيسه.

ج- صدق التكوين الفرضي: اعتمد الباحث على طريقة التناسق الداخلي للاختبار.

طريقة التناسق الداخلي للاختبار:

تراوحت معاملات الارتباط ما بين 0.31 و0.57، وبعد استخدام اختبار "ت" تبين أن كل العبارات لها دلالة إحصائية في مستوى مقبول0.05.

د- الصدق الذاتي: الصدق الذاتي= جذر معامل الثبات، وبعد التطبيق تحصلنا على النتيجة الآتية:

الصدق الذاتي= 0.92

تدل هذه النتيجة أن مقياس سمة القلق يتميز بصدق ذاتي مقبول، ويمكن اعتماده في الدراسة الأساسية.

• **مقياس دافعية الإنجاز:** صممه "جو ولس" (Willis,j.1982)، وقد قام بتعريبه واقتباسه" علاوي"، ويتضمن (20) عبارة، تقيس بعدين لدافعية الإنجاز المرتبطة بالمنافسة.(دافع إنجاز النجاح، دافع تجنب الفشل).(محمد حسن علاوي، 1998، ص. 181).

الخصائص السيكومترية للمقياس :

ثبات المقياس: تم الاعتماد على طريقة التجزئة النصفية.

التجزئة النصفية: اعتمد الباحث على طريقة التجزئة النصفية بين نصفي القائمة حيث بلغت قيمة "ر" المحسوبة (0.35)، وبعد التصحيح بمعادلة "سبيرمان براون"، واستخدام اختبار "ت"، توصلنا إلى أن معامل الثبات له دلالة إحصائية.

الصدق: اعتمد الباحث في حساب الصدق على:

أ- صدق المحتوى: اعتمد الباحث للتأكد من صدق محتوى المقياس على طريقة حصر وتحليل الدراسات السابقة حيث ثبت من خلال المسح المكتبي للدراسات التي استخدمت المقياس توفر المعايير العلمية لهذه الأداة، وبالتالي اطمئن الباحث إلى صدق مضمونه.

ب- الصدق المرتبط بالمحك: استخدم الباحث الصدق التلازمي بطريقة المقارنة الطرفية بين المجموعات المتضادة.

الجدول (5): يبين الفروق بين المجموعة ذات الدرجات الأعلى والمجموعة ذات الدرجات الأدنى في مقياس دافعية الإنجاز الرياضي:

المقاييس	المجموعة ذات الدرجات الأعلى		المجموعة ذات الدرجات الأدنى		قيمة"ت" المحسوبة
أبعاد دافعية الانجاز	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	
دافع إنجاز النجاح	47.16	4.90	35.53	3.23	***7.95
دافع تجنب الفشل	34.62	2.06	25	2.16	***12.89
***دالة عند مستوى (0.001)					

من خلال الجدول أعلاه يتبين أن هناك فروقا في نتائج المجموعتين في أبعاد مقياس دافعية الإنجاز الرياضي، مما يدل على أن أبعاد المقياس تميز ما بين المجموعة ذات الدرجات المرتفعة والمجموعة ذات الدرجات المنخفضة، وبالتالي نستنتج أن مقياس دافعية الإنجاز الرياضي صادق فيما يقيسه.

ج- **صدق التكوين الفرضي**: اعتمد الباحث على طريقة التناسق الداخلي للاختبار، وبعد التطبيق كانت النتائج كالتالي:

بعد دافع إنجاز النجاح: تراوحت معاملات الارتباط ما بين 0.28 و0.69، وبعد استخدام اختبار "ت" تبين أن كل العبارات لها دلالة إحصائية في مستوى مقبول 0.05.

بعد دافع تجنب الفشل: تراوحت معاملات الارتباط ما بين 0.28 و0.54، وبعد استخدام اختبار "ت" تبين أن كل العبارات لها دلالة إحصائية في مستوى مقبول 0.05.

د- **الصدق الذاتي**: **الصدق الذاتي** = جذر معامل الثبات، وبعد التطبيق تحصلنا على النتيجة الآتية:

الصدق الذاتي= 0.71.

تدل هذه النتيجة أن مقياس دافعية الإنجاز الرياضي يتميز بصدق ذاتي مقبول، ويمكن اعتماده في الدراسة الأساسية.

الأساليب الإحصائية:

استخدم الباحث القوانين الآتية:

- معادلة "سبيرمان براون" لتصحيح معامل الثبات.
- اختبار "ت" لحساب الدلالة الإحصائية لمعامل الثبات.
- قانون الصدق الذاتي لحساب هذا النوع من الصدق.
- معامل الالتواء واختبار "كولموغروف - سميرنوف"(kolmogorov-smirnov) للتأكد من اعتدالية التوزيع للبيانات.
- اختبار "ت" لمجموعتين مستقلتين: للتأكد من صدق التكوين الفرضي وحساب الفروق في سمات الشخصية ما بين الرياضتين.
- معامل الارتباط "بيرسون" (Pearson) لحساب خاصية الثبات، وحساب الارتباط ما بين سمات الشخصية وأبعاد دافعية الإنجاز الرياضي. وقد تم معالجة البيانات باستخدام الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (spss.v.18)

عرض النتائج:

الجدول (6): يوضح معاملات الالتواء ونتائج اختبار التوزيع الطبيعي:

المقاييس	لاعبو كرة الطائرة جلوس				لاعبو كرة السلة على الكراسي المتحركة			
سمات الشخصية	معامل الالتواء	قيمة "ز"	مستوى الدلالة	الدلالة	معامل الالتواء	قيمة "ز"	مستوى الدلالة	الدلالة
العصبية	0.19	0.97	0.29	(-)	1	1.221	0.101	(-)
العدوانية	0.61	1.295	0.07	(-)	0.606	1.210	0.107	(-)
الاكتئابية	0.241	0.983	0.289	(-)	0.238-	0.822	0.509	(-)
الاجتماعية	0.81-	1.054	0.216	(-)	0.321-	1.123	0.160	(-)
تقدير الذات	0.221	1.03	0.239	(-)	0.007	0.816	0.518	(-)
القلق	0.825	0.593	0.873	(-)	0.067-	0.465	0.982	(-)
(-): غير دالة								

يلاحظ من الجدول أعلاه أن معاملات الالتواء تتراوح ما بين (±1)، ونتائج اختبار "كولموغروف - سميرنوف" لجميع المتغيرات ليست لها دلالة إحصائية، وبالتالي فإن البيانات تتبع التوزيع الطبيعي، مما يمكن من إجراء التحليلات المعلمية عليها.

الجدول (7): يوضح الفروق في سمات الشخصية ما بين لاعبي كرة الطائرة ولاعبي كرة السلة لذوي الاحتياجات الخاصة:

المقاييس سمات الشخصية	لاعبو كرة الطائرة		لاعبو كرة السلة		قيمة "ف"	قيمة "ت" المحسوبة	مستوى الدلالة	الدلالة الإحصائية
	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري				
العصبية	10.38	1.93	9.61	1.60	0.525	1.848	0.069	(-)
العدوانية	8.94	1.51	8.91	1.50	0.163	0.078	0.938	(-)
الاكتئابية	10.44	1.81	9.83	2.13	1.564	1.301	0.197	(-)
الاجتماعية	11.75	1.52	11.55	1.40	0.039	0.560	0.577	(-)
تقدير الذات	29.80	3.60	30.02	3.81	0.001	0.254-	0.8	(-)
القلق	37.45	7.80	32.95	9.10	0.829	2.03	0.047	(*)

(-):غير دالة، (*):دالة في مستوى 0.05، (**): دالة في مستوى 0.01

الاستنتاج الأول:

يلاحظ من الجدول السابق عدم وجود فروق دالة إحصائيا، ما بين لاعبي كرة الطائرة جلوس ولاعبي كرة السلة على الكراسي المتحركة، في جميع الأبعاد المدروسة، ماعدا سمة القلق التي بينت الفروق أنها دالة في مستوى 0.05 لصالح لاعبي كرة الطائرة جلوس.

الجدول (8): يبين معاملات الارتباط بين سمات الشخصية وبعد دافع إنجاز النجاح:

المقاييس / سمات الشخصية	قيمة "ر" المحسوبة	درجة الحرية	مستوى الدلالة	الدلالة الإحصائية
العصبية	0.069 -	70	0.564	(-)
العدوانية	0.308		0.008	(**)
الاكتئابية	0.076 -		0.524	(-)
القلق	0.293 -		0.024	(*)
الاجتماعية	0.090		0.451	(-)
تقدير الذات	0.310		0.008	(**)
(-) غير دالة، (*) دالة عند مستوى 0.05، (**) دالة عند مستوى 0.01				

الاستنتاج الثاني:

من خلال الجدول أعلاه نستنتج وجود علاقة طردية دالة إحصائيا في مستوى 0.01 بين سمتي (تقدير الذات، العدوانية) وبعد دافع إنجاز النجاح، كما يلاحظ وجود علاقة عكسية دالة إحصائيا ما بين سمة القلق وبعد دافع إنجاز النجاح، بينما العلاقة ما بين بعدي (العصبية، الاكتئابية) هي علاقة سلبية غير دالة إحصائيا، وكذا الحال بالنسبة لسمة الاجتماعية فالعلاقة موجبة ولكنها غير جوهرية.

الجدول (9): يوضح معاملات الارتباط بين سمات الشخصية وبعد تجنب الفشل:

المقاييس / سمات الشخصية	قيمة "ر" المحسوبة	درجة الحرية	مستوى الدلالة	الدلالة الإحصائية
العصبية	0.115	70	0.335	(-)
العدوانية	0.147		0.217	(-)
الاكتئابية	0.298		0.011	(*)
القلق	0.279		0.032	(*)
الاجتماعية	0.128		0.285	(-)
تقدير الذات	0.251 -		0.033	(*)
(-) غير دالة، (*) دالة عند مستوى 0.05، (**) دالة عند مستوى 0.01				

الاستنتاج الثالث:

توضح نتائج الجدول أعلاه وجود علاقة دالة سلبية بين تقدير الذات وبين بعد دافع تجنب الفشل في مستوى الدلالة 0.05، كما يلاحظ وجود علاقة طردية دالة إحصائيا في مستوى 0.05 ما بين سمة (الاكتئابية، القلق)، ودافع تجنب الفشل، في حين إن العلاقة ما بين سمة (العدوانية، العصبية، الاجتماعية) هي علاقة طردية غير جوهرية.

مناقشة النتائج:

نصت الفرضية الأولى على عدم وجود فروق في سمات الشخصية موضع البحث حسب نوع الرياضة الممارسة، ومن خلال الجدول رقم (7)، تبين عدم وجود فروق ما بين لاعبي كرة الطائرة جلوس ولاعبي كرة السلة على الكراسي المتحركة في جميع سمات الشخصية المدروسة ماعدا سمة القلق التي اتجهت الفروق فيها لصالح لاعبي كرة الطائرة جلوس.

فحسب تصنيف الأنشطة، تشترك الرياضتان في أنهما تدخلان في فئة الأنشطة الجماعية، وكذا الأنشطة التي يتطلب زمن أداء مسابقاتها فترة طويلة، فسمات رياضيي الأنشطة الجماعية تختلف عن سمات رياضيي الأنشطة الفردية، نفس الشيء إذا قارنا الأنشطة التي يتطلب زمن أداء مسابقاتها فترة قصيرة والأنشطة ذات الفترة الكبيرة (أسامة كامل

راتب، 1999، ص.51)، وبالتالي نجد أن الفروق ما بين المتوسطات الحسابية في سمات الشخصية المدروسة هي فروق بسيطة غير جوهرية.

كما يمكن تفسير الفروق في سمة القلق لصالح لاعبي كرة الطائرة، إلى طبيعة الممارسة في كل رياضة، حيث يمارس المعوق حركيا في لعبة كرة الطائرة في وضعية الجلوس (وضعية ثابتة)، والتي تؤثر على انتقاله خاصة في استرجاع الكرات، ما يشعره بالنقص والعجز، مما يولد التوتر والغضب فيؤثر في سمة القلق لديه، عكس لاعب كرة السلة الذي يساعده الكرسي المتحرك في الانتقال واللعب بكل حرية في كامل أنحاء الملعب، كما تؤكد هذه النتيجة الفروق في سمة العصبية حيث إن المتوسط الحسابي للاعبي الكرة الطائرة أعلى من لاعبي كرة السلة.

من هذه التحاليل نجد أن الفرضية الأولى قد تحققت جزئيا.

نصت الفرضية الثانية على وجود علاقة ارتباطية ما بين سمات الشخصية ودافع إنجاز النجاح.

فمن خلال الجدول (7) بينت النتائج عن وجود علاقة طردية معنوية ما بين سمة تقدير الذات ودافع إنجاز النجاح في مستوى 0.01، أي كلما ارتفع مستوى تقدير الذات كلما زاد دافع إنجاز النجاح، في هذا الصدد توصل "جوتر" (Gauthier) و"ياروث" (Yarworth) إلى أن ارتفاع مستوى تقدير الذات يؤدي إلى زيادة المشاركة في الأنشطة الرياضية، كما أكدت دراسة "وايفد ولش"(WievaidWalch) أن ارتفاع مستوى تقدير الذات يؤدي إلى ارتفاع مستوى الأداء الرياضي في حين إن انخفاض المستوى الرياضي يكون من العوامل المهمة في انخفاض مستوى تقدير الذات، كما توصل كل من "بيرن" (Byrne,1974) و"ايدبرن"(Edeburn,1976)، إلى أن الأشخاص الذين لديهم تقدير ذات عال كانوا أكثر توافقا في عملهم من الذين لديهم تقدير ذات منخفض وأعلى دافعية للإنجاز وأفضل في الفصل الدراسي. (صفوت محمد يوسف وآخرون، 1989، ص. 37).

وتشير بعض الدراسات إلى أن الأشخاص الذين يتسمون بتقدير مرتفع للذات هم أميل إلى الثقة في أحكامهم وآرائهم، وهم أقل تعرضا للقلق وأكثر ميلا لتحمل الأدوار الإيجابية، وكما أنهم يحصلون على درجات مرتفعة في القدرات الإبداعية ويتسمون كذلك بأنهم أقل حساسية وتهيبا للنقد، وأكثر ذكاء.(سيد عبد الله معتز، 2000، ص.199).

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة "جودري" (Gaudry,1977)، في المجال التربوي، من خلال دراساته الأربع لأثر النجاح والفشل لعينة من الطلاب، حيث توصل إلى وجود ارتباط إيجابي بين الدافع إلى النجاح وتقدير الذات. (عبد العزيز رشاد ،1994، ص. 409).

فالفرد الذي يحمل تقديرا إيجابيا عن نفسه، فإن هذا التقدير يوفر له حالة من التوافق النفسي، ويمنحه الثقة في النفس، ما يدفعه إلى إنجاز الأفعال بأحسن أداء، مما ينعكس إيجابيا على دافعيته للإنجاز.

كما تبين وجود علاقة عكسية دالة إحصائيا ما بين سمة القلق وبعد دافع إنجاز النجاح.

تتفق هذه النتيجة مع الدراسة التي قام بها "ترپياثي وآجروال" (Tripathi,&Agrawal,1978)، على طلاب الجامعة، حيث توصلا إلى وجود علاقة سلبية ما بين القلق ودافعية الإنجاز، ودراسة "جيندال وباندا"(Jindal,&Banda,1982)، التي توصلت إلى نفس النتيجة. (عبد العزيز رشاد ،1994، ص.ص. 409- 413).

فالقلق يرتبط بالتوقعات السلبية للرياضي نحو قدراته وإمكاناته وتصوره للفشل، والذي يعتبر من أهم العوامل التي تحد من استعداداته نحو مواقف الإنجاز الرياضي، مما يؤدي إلى انخفاض دافعه لإنجاز النجاح، وهذا ما يفسر العلاقة العكسية ما بين هذين المتغيرين، أي كلما زاد القلق قل الدافع لإنجاز النجاح.

أما سمة العدوانية فدلت النتائج على ارتباطها طرديا مع دافع إنجاز النجاح.

يذهب "سيلفا" (Silva) إلى شرح مفهوم العدوان على أساس الهدف منه، وفي ذلك يقسم العدوان إلى نوعين هما: العدوان كغاية والعدوان كوسيلة، ويعتبرهما من السلوك غير المرغوب فيه، نظرا لأن القصد منه هو إلحاق الضرر بالمنافس، ويقدم نوعا آخر يطلق عليه السلوك العدواني الإيجابي أو السلوك الجازم، ويقصد به إظهار مقدرة وطاقة بدنية فائقة من أجل تحقيق الفوز. (أسامة كامل راتب، 1999، ص.ص. 208،207).

ويضيف "جاك "و"جودي" (jack et judy,1982) أن السلوك الجازم للرياضي يتميز بما يلي: زيادة الدافعية، زيادة الطاقة البدنية، عدم الخوف من الفشل، عدم الخوف من حدوث الإصابة.

في هذا الصدد قدمت "بت "(butt)، ثلاث فئات تمثل مصدرا للدافعية لدى المشاركين في الأنشطة الرياضية، وتشير إلى أن سمات الدافعية الفردية هي العدوان، الصراع العصابي، والكفاح لإثبات الكفاءة، فاللاعب الذي ترتبط دوافعه بالعدوان يمكن أن يتميز بالنشاط والدافعية القوية المتجهة تحديدا إلى محاولة التفوق على منافسه، وأما سمات الدافعية الجماعية فتتمثل في المنافسة والتعاون. (إبراهيم خلاف أبو زيد، إبراهيم السيد أحمد، 2000، ص. 42).

ويؤكد "أسامة كامل راتب" أن الأنشطة التي تسمح قواعدها بالاحتكاك المباشر والالتحام مع المنافس من المحتمل أن تجذب معها الأفراد الذين يتميزون بارتفاع درجة العدوانية، وأن بعض الرياضيين يظهرون السلوك العدواني بالرغم من عدم رغبتهم في ذلك، ولكن لأن مثل هذه الاستجابات العدوانية في تلك الأنشطة تقابل بالاستحسان والتشجيع من قبل المدرب والجمهور (أسامة كامل راتب، 1999، ص.201).

من هذه التحاليل نجد أن الفرضية الثانية قد تحققت جزئيا.

نصت الفرضية الثالثة على وجود علاقة ارتباطية ما بين سمات الشخصية ودافع تجنب الفشل.

تبين من خلال نتائج الجدول (9) وجود علاقة سلبية دالة ما بين سمة تقدير الذات ودافع تجنب الفشل، أي كلما انخفض مستوى تقدير الذات، زاد بعد دافع تجنب الفشل.

في هذا السياق توصل"ليكر" (Laker,1969)، إلى أنه إذا كان تقدير الذات منخفضا فإن الأفراد يفقدون الاحترام لذواتهم ويعتقدون أنهم عاجزون وغير مستقرين وغير ناجحين في أمورهم وغير جديرين بالاحترام (صفوت محمد يوسف وآخرون، 1989، ص. 42).

وتشير دراسات أخرى أن الأشخاص ذوي التقدير المنخفض يتصفون بنقص الثقة في النفس والشعور بالخجل وعدم القدرة على مواجهة الظروف الاجتماعية اليومية، والقلق الزائد، والشعور بعدم الارتياح والخضوع السلبي للسلطة والشعور الدوري بالحزن واليأس كما يعانون من مشاعر النبذ وعدم التقبل والعجز والدونية ويفتقدون للأساليب المناسبة التي تعينهم على مواجهة المشكلات المختلفة، مما يولد لديهم الخوف من الفشل وعدم تحمل المسؤولية في مختلف المواقف التي يواجهونها (معتز سيد عبد الله، 2000، ص. 199)، فاللاعب الذي يملك التقدير السلبي لذاته، يرى نفسه أنه عاجز وغير قادر، مما يفقد ثقته بنفسه، وتنخفض مثابرته وفعاليته، ما يؤدي به إلى تجنب مواقف الإنجاز.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة "جودري" ، المذكورة آنفا حيث توصل إلى وجود علاقة سلبية بين الدافع إلى تجنب الفشل وتقدير الذات. (عبد العزيز رشاد، 1994، ص. 409).

كما تبين وجود علاقة موجبة دالة إحصائيا ما بين سمة القلق وبعد دافع تجنب الفشل.

فالأشخاص الذين يسعون للتفوق خوفا من الفشل يبذلون الجهد، ويؤدونه على نحو جيد، نظرا لأن التفكير في الفشل، يمثل شيئا بغيضا بالنسبة إليهم، فهم يحاولون تجنب حدوث الفشل وما يصاحبه من اضطرابات وقلق واكتئاب ونقد لذواتهم. (أسامة كامل راتب، 1999، ص. 190).

فالقلق يؤدي إلى التعرض للمواقف الضاغطة أثناء التدريب أو المنافسة، حيث تظهر عليهم حالات التوتر والعصبية والاضطرابات التي تؤدي إلى الخوف من الفشل.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة "جودري"، المذكورة سابقا، حيث توصل إلى أن الطلاب الذين يحصلون على درجات مرتفعة في دافع تجنب الفشل يحصلون كذلك على درجات مرتفعة في سمة القلق، كما تتفق مع دراسة "رشاد علي عبد العزيز" حيث توصل إلى وجود فروق ما بين الأفراد مرتفعي الدافعية للإنجاز والأفراد منخفضي الدافعية للإنجاز في سمة القلق لصالح الأفراد منخفضي الدافعية للإنجاز. (عبد العزيز رشاد، 1994، ص. 409- 426).

كما تشير نتائج بعض البحوث أن الخوف من الفشل يعتبر السبب الأكثر أهمية الذي يجعل الرياضيين يشعرون بالعصبية والقلق، والخوف المباشر يأتي نتيجة الخوف من خسارة المباراة، أو فقدان بعض النقاط أثناء المسابقة، أو ضعف الأداء أثناء المنافسة... (أسامة كامل راتب، 2000، ص.189).

وهذا ما يفسر العلاقة الطردية بين دافع تجنب الفشل وسمة القلق، أي كلما زاد القلق لدى الرياضي المعاق حركيا زاد دافع تجنب الفشل لديه.

كما تبين وجود علاقة طردية دالة إحصائيا ما بين سمة الاكتئابية وبعد دافع تجنب الفشل.

فالاكتئاب يرتبط باليأس والعجز وهو حالة من عدم الرغبة في التفوق وإتمام المهام الصعبة وعدم الرغبة في بلوغ معايير التفوق على الآخرين وانعدام روح المنافسة مما يؤثر على إمكانية الفرد المعوق حركيا في النجاح في المنافسة الرياضية ويجعله يتفادى مواقف الإنجاز الرياضي، وتتفق هذه الدراسة مع دراسة كل من "أحمد السنتريس"(1976) و"عصام عبد الخالق" (1979) في أن المتفوقين رياضيا أقل اكتئابية من الرياضيين الأقل مستوى.(صالح الدين محمد مالك،1994، ص.186).

ويشير "بشير معمرية" نقلا عن "هشام عبد الله"(1995)، عن وجود بعض الأعراض هي الأكثر تكرارا في الاكتئاب: الحزن، القلق، الشعور باليأس، نقص الحيوية والنشاط، فقدان الاهتمام، القابلية للاستثارة، فقدان الشهية، ضعف القدرة على التركيز، تراجع شبكة العلاقات الاجتماعية... تؤثر كلها في دافعية الإنجاز للفرد،كما تشير دراسة "جورتمان" (gurtmon,1981) إلى وجود ارتباط بين الشعور باليأس والاكتئاب ونقص الدافعية للإنجاز. (بشير معمرية،2006، ص. 73).

وهـذا مـا يفسـر العلاقـة الطردية مـا بـين سمـة الاكتئابيـة ودافـع تجنـب الفشـل، ومـن هـذه التحاليل نجد أن الفرضية الثالثة قد تحققت جزئيا.

ومـن قـراءة جملـة النتـائج الخاصـة بفـروض الدراسـة، نجـد أن هـذه الأخـيرة قـد تحققـت جزئيا، كما يمكـن استخلاص مـن عـرض النتـائج، أن سمـات الشخصية لـذوي الاحتياجـات الخاصة تعتبر من العوامل النفسية المهمة التي تساهم في تنمية الدافعية للإنجاز للرياضيين مـن ذوي الاحتياجـات الخاصـة، كمـا تكمـن أهميـة هـذه النتـائج في الإشـارة إلى ضـرورة تنميـة وتدعيم سمات الشخصية الإيجابية المرغوب فيها وتعزيزها لدى الرياضي المعاق حركيا لما لها مـن ارتبـاط إيجـابي مـع دافـع إنجـاز النجـاح، وتعـديل السـلبية منهـا، الـتي تـرتبط بـدافع تفـادي الفشـل، وبالتـالي الوصـول إلى درجـة عاليـة مـن الدافعيـة للإنجـاز الرياضـي، الـتي تسـاعد في تحسين وتطوير النتائج الرياضية، للوصول إلى أعلى المستويات في الأنشطة الرياضية التنافسية المكيفة في بلادنا.

المراجع العربية:

- أبو زيد إبراهيم خلاف، إبراهيم السيد أحمد، (2000)، قلق المنافسة الرياضية ودافعية الانجـاز لـدى ممارسـي بعـض الأنشـطة الرياضـية، **المجلـة العلميـة للتربيـة البدنيـة والرياضـية**، جامعة حلوان، العدد: 34، 23- 48

- أسامة كامل راتب(1990)، **دوافع التفوق في النشاط البـدني الرياضـي**، القـاهرة، دار الفكر العربي.

- ________، (1999)، **علم النفس الرياضـة:المفـاهيم– التطبيقـات**، ط3، القـاهرة، دار الفكر العربي.

- باهي مصطفى حسين، سمير جاد، (2006)، **سيكولوجية الأداء الرياضـي**، القـاهرة، مكتبة الأنجلومصرية.

- باهي مصـطفى حسـين، أمينـة إبـراهيم شـلبي(1999)، **الدافعيـة: نظريـات، تطبيقـات**، القاهرة، مركز الكتاب للنشر

- البحيري أحمد عبد الرقيب، (1984)،**اختبار حالة قلق وسمة لـدى الكبـار**، القـاهرة، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.

- جـلال عبـد العزيـز، (1980)، **قـراءات في التربيـة الخاصـة وتأهيـل المعـوقين**، تـونس، المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم.

- رشاد علي عبد العزيز، (1994)، **علم النفس الدافعي:دراسات وبحوث**، القاهرة، دار النهضة العربية.

- الروسان فاروق، (1996)، **سيكولوجية الأطفال غير العاديين: مقدمة في التربية الخاصة**، الأردن، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

- الزعبي صالح عبد الله ، الخياط ماجد محمد ،(2011)، **علم النفس الرياضي**، عمان، دار الراية للنشر.

- سيد عبد الله معتز، (2000): **بحوث في علم النفس الاجتماعي والشخصية**، المجلد الأول، القاهرة، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع

- السيد محمد فرحات، (2004)، **سيكولوجية مبتوري الأطراف**، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق

- الشناوي محمد محرس (دون تاريخ): **نظريات الإرشاد والعلاج النفسي**، القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

- صبره محمد علي، أشرف شريت، (2004): **الصحة النفسية والتوافق النفسي**، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية

- صفوت محمد يوسف ، صلاح الدين محمد سليمان، مرسي غانم محمد ، تيسير محمد عبد الله، (1989)، دراسة مقارنة لتقدير الذات لدى المعاقين وغير الممارسين ولاعبي رياضة الجمباز، **المجلة العلمية للتربية البدنية والرياضية**، جامعة حلوان، العدد:4، 35- 54

- الطالب نزار، كامل الويس، (1993) ، **علم النفس الرياضي**، بغداد: دار الحكمة

- علاوي محمد حسن،(1998)، **موسوعة الاختبارات النفسية للرياضيين**، القاهرة، دار الفكر العربي.

- علاوي محمد حسن، رضوان محمد نصر الدين،(2000)، **القياس في التربية البدنية وعلم النفس الرياضي**، القاهرة، دار الفكر العربي.

- العيسوي محمد عبد الرحمن، (2001):**سيكولوجية الشخصية**، الإسكندرية، منشأة المعارف.

- محمد مالك صلاح الدين ، (1994)، السمات الشخصية للاعبي كرة الماء طبقا لنتائج المسابقات، **المجلة العلمية للتربية البدنية والرياضية**، جامعة حلوان، العدد: 14، 45- 60

- معمرية بشير، (2006) : تصميم استبيان لقياس الشعور باليأس لدى الراشدين، (نسخة إلكترونية)، **مجلة شبكة العلوم النفسية العربية**، تونس، العدد9.

المراجع الأجنبية:

- Gosling, P., & Ric, F. (1998), **psychologie sociale : approches du sujet social et des relations interpersonnelles**, Tome :2, France, ed ; Bréal.

-Richard. h. cox, (2005) : **Psychologie du sport**, Bruxelles, Belgique, ed ;de boek université.

-Weinberg, s.,gould, D.,(1997) **psychologie du sport et l'activité physique,** paris, ed .Vigot.

علاقة مفهوم تقييم الذات بالتحصيل الدراسي لدى فئة من المعاقين سمعيا

د/ زلوف منيرة
أستاذة محاضرة
قسم علم النفس وعلوم التربية، جامعة الجزائر2

ملخص:

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن العلاقة الموجودة بين تقييم الذات والتحصيل الدراسي عند الطفل ضعيف السمع، حيث كشفت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تقييم الذات بين الأطفال العاديين والأطفال ضعاف السمع، كما دلت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائيا في متغير التحصيل الدراسي بين هاتين الفئتين من الأطفال.

الكلمات المفتاحية:

تقييم الذات - الإعاقة السمعية - ضعف السمع - التحصيل الدراسي.

Résumé:

Cette étude a permis de vérifier la corrélation entre l'estime de soi et l'apprentissage scolaire chez l'enfant hypoacousique; tout en prouvant l'existence d'une différence significative sur le plan statistique de l'estime de soi entre les enfants malentendants et les enfants entendants, ainsi qu'une différence des acquisitions scolaires entre ces deux catégories d'enfants.

مقدمة:

إن الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة هم فئة موجودة في كل مجتمع من المجتمعات، فهم مجموع الأفراد الذين ينحرفون انحرافا ملحوظا في نموهم العقلي، والانفعالي واللغوي والحركي والحسي عن الأفراد العاديين، ومن بينهم المعاقون سمعيا.

لقد كانت الإعاقة السمعية من الإعاقات الأولى التي حظيت برعاية خاصة، لأن وظيفة السمع تعتبر من الوظائف الرئيسية للكائن الحي، ويعتبر الجهاز السمعي من الأجهزة الحيوية في جسم الإنسان، فمن خلال الجهاز السمعي يحصل الإنسان على المعلومات، ويكتسب اللغة ويتفاعل مع البيئة المحيطة.

من خلال الدراسات التي أجراها الباحثون، تبين أن معظم من يعانون من قصور، تكون معرفتهم بذواتهم ناقصة، وبما أن تقييم الذات هو الحكم الذي يضعه الفرد لأفعاله ورغباته، فإنه كلما كان إيجابيا زادت نسبة النجاح، وكلما كان سلبيا زادت نسبة الفشل.

الإشكالية:

إن إدراك الإنسان لعالمه الداخلي أو الخارجي يعتمد بالدرجة الأولى على المعلومات التي يتلقاها عبر حواسه، وحدوث أي خلل في واحدة أو أكثر من هذه الحواس قد ينجم عنه صعوبات شتى، وبما أن الطفل يسمع ويشعر ويعبر عن أحاسيسه ومشاعره ومشكلاته بالكلام، إذ يعتبر ذلك وسيلة من وسائل تحديد ملامح شخصيته والتعبير عن ذاته، فإما يكون هذا التعبير باتجاه الاستحسان أو الرفض (إبراهيم أحمد ابو زيد، 1987).

ومن هذا يتضح أن موضوع تقييم الذات ذو أهمية بالغة عند الإنسان بغض النظر عن السن والجنس والظروف المحيطة، ولذلك اهتم به علم النفس.

فتقييم الذات هو حالة شعورية داخلية يحس بها الفرد، وتتكون تدريجيا إما سلبا أو إيجابا مؤثرة في ذلك على أدائه فيحس بتقييم عال للذات إذا نجح في أداء معين، كما يحس بتقييم منخفض للذات إذا أخفق في أدائه (مصطفى فهمي، 1969).

إن معظم من يعانون من قصور مهما كان يتميزون بمفهوم سلبي عن ذواتهم، وبما أن الصمم يعتبر عاملا من العوامل التي قد تعرقل الطفل في مساره التعليمي مما قد يسبب له تأخيرا دراسيا يرجع سببه إلى تقييم الذات المنخفض عنده.

يعتبر تقييم الذات عنصرا مهما في حياة الأفراد، فهو أساس بناء الشخصية السوية وبما أن تقييم الشخص لذاته يكون من خلال قدراته وإمكاناته، فإنه كلما كان تقييم ذاته إيجابيا

زادت نسبة نجاحه في جميع المجالات، وكلما كان سلبيا، زادت نسبة فشله، بمعنى أن الفرد الذي له صورة سلبية عن ذاته تكون فرص النجاح أمامه قليلة.

يدل إذن تقييم الذات المرتفع على أن الفرد ذا الكفاءة أو ذا القيمة يتقبل ذاته ويحترمها، أما ذو التقييم المنخفض للذات، فيشير إلى رفض الذات وعدم الاقتناع بها (مريم داود سليم، 2003).

وترتبط قدرة التلميذ على التحصيل الدراسي الجيد أساسا بقدرته على التوافق مع ذاته، وعدم التوافق مع الذات يؤدي في الغالب إلى الفشل الدراسي، حيث يوجد ارتباط موجب بين الفكرة الذاتية الإيجابية والتحصيل الدراسي (حامد عبد السلام زهران، 1991).

فمن هذا المنطلق، يمكننا أن نتساءل: هل تقييم الذات عند الطفل ضعيف السمع يؤثر على مستوى تحصيله الدراسي؟

فرضيات الدراسة:

كإجابة على التساؤل المطروح سابقا وضعنا الفرضيات التالية:

1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى تقييم الذات بين التلاميذ ضعاف السمع والتلاميذ العاديين.

2- يختلف مستوى التحصيل الدراسي بين التلاميذ ضعاف السمع والتلاميذ العاديين.

الهدف من الدراسة:

الكشف عن العلاقة الموجودة بين تقييم الذات عند الطفل ضعيف السمع وتحصيله الدراسي ومحاولة التعرف إذا كان تقييم الذات المنخفض له تأثير سلبي على مستوى التحصيل الدراسي للطفل ضعيف السمع.

الدراسات السابقة:

أ- **دراسة الزريقات سنة 2003:** أجرى دراسة بعنوان العوامل المؤثرة على أنشطة الطلبة المعاقين سمعيا.

شملت الدراسة 248 طالب معاق سمعيا، وقد أشارت النتائج إلى أنهم يتأثرون بالإدراك المرتبط بالظروف النفسية والاجتماعية وتأثيره السلبي على مهارات وممارسات الطلبة المعاقين سمعيا لأنشطتهم المختلفة (عبد الله فرج الزريقات، 2003).

ب- **دراسة مصطفى فهمي سنة 1969:** اختيرت فئة من الأطفال الصم من مدرسة خاصة بهم، أما فئة الأطفال العاديين فكانوا من إحدى المؤسسات التعليمية.

تكونت العينة الكلية من 59 طفلا أصم وعادي السمع، وتراوحت أعمارهم بين 14 و18 سنة.

وقد توصلت النتائج إلى أن الأطفال الصم يميلون إلى الانسحاب من المشاركة الاجتماعية وعدم القدرة على تحمل المسؤولية أكثر من الأطفال العاديين، كما يظهرون الميل إلى العزلة والوحدة والتقليل من القيام بالنشاطات المدرسية (مصطفى فهمي، 1969).

الإطار النظري ومصطلحات الدراسة:

مفهوم تقييم الذات:

إن تقييم الذات من حيث تشكيله هو تنظيم نفسي، وتعتبر الحاجة الأساسية لكل فرد هي تطوير هذا التنظيم وصيانته لذا عندما يتعرض الفرد لخبرات جديدة فإنه يأخذ أو يرفض منها حسب ما يتوافق مع ذاته ليحافظ عليها ويتجنب موقع الصراع.

يعرف منسي تقييم الذات بأنه: " ذلك المفهوم الذي يكونه الفرد عن نفسه، باعتباره كائنا بيولوجيا اجتماعيا أي مصدرا للتأثير والتأثر بالنسبة للآخرين وبعبارة أخرى هو ذلك التنظيم الإدراكي الانفعالي الذي يتضمن استجابات الفرد نحو نفسه ككل. (محمود عبد الحليم منسي، 1986).

فحسب هذا التعريف ينشأ تقييم الذات عن طريق تعميم تأثير الخبرات الانفعالية الإدراكية على الفرد باعتباره جزءا من المجال الكلي، وهو ينمو من خلال احتكاك الفرد بالبيئة الاجتماعية أي من خلال العلاقة الديناميكية للفرد بالعالم الخارجي.

إن المواقف التي مر بها الفرد خلال التنشئة الاجتماعية تؤثر بدرجة كبيرة في هذا التقييم.

فالخبرات والمواقف المحبطة أو المؤلمة تؤدي إلى تقييم سلبي للذات في الغالب، أما إذا كانت هذه الخبرات مشبعة، فإن هذا المفهوم عن الذات يكون إيجابيا، وبحكم أن معظم الأفراد يمرون بهذين النوعين من الخبرات معا، فإن هؤلاء يكون لديهم جانب سلبي وإيجابي في مفهومهم عن ذواتهم. (محمد عماد الدين إسماعيل، 1986).

فمفهوم الذات عند الشخص ممكن أن يكون إيجابيا أو سلبيا، ولكن الفرد ذو مفهوم الذات السلبي لا يعني عدم امتلاكه تماما للمراجع الذاتية الإيجابية مؤكدا ذلك سيد خير الله بقوله: " ولسنا نقصد أن الشخص الذي تكون لديه مراجع ذاتية سلبية هو خال تماما من الشعور الإيجابي تجاه نفسه (سيد خير الله، 1981).

هذا وسنتطرق إلى كل نوع من نوعي تقييم الذات:

أ – تقييم الذات الإيجابي: ترتكز الذات الإيجابية على دعامات من خبرات فعلية تحقق تقدما ونجاحا، فالفرد ذو مفهوم الذات الإيجابي ينطلق من خبراته الواقعية وهذا ما يدفعه إلى القيام بسلوكات إيجابية.

تعزز الفكرة الجيدة عن الذات الشعور بالأمن النفسي وبالقدرة على الوصول إلى الأهداف المرجوة، ونتيجة لذلك يتحقق التكيف الاجتماعي والنفسي. (سيد خير الله، 1981).

ب – تقييم الذات السلبي: يكون الفرد ذو تقييم الذات السلبي فاقدا للأمن النفسي، فعندما يكون غير واثق من نفسه ويحس بأن إدراكاته منحصرة في مجال محدد، يجعله ذلك يشعر بالعجز الذي يعرقله عن تحقيق أهدافه.

فهو يعتقد أن معظم محاولاته ستبوء بالفشل، ويتوقع أن مستوى أدائه سيكون منخفضا.

إن مثل هذا الشخص الفاقد لثقته بنفسه، ينسب محاولاته ومجهوداته إلى الفشل الذي يؤدي به إلى تجميد قدراته، ويعمل باستمرار على افتراض أنه لا يمكن أن يحقق النجاح لسبب أو لآخر (سيد خير الله، 1981).

مفهوم الإعاقة السمعية:

هو نقص في السمع وهو عجز بسبب إصابة في إحدى مناطق جهاز السمع، وقد تكون على مستوى الجهاز الإرسالي للأصوات أي الأذن الخارجية والأذن الوسطى، وهنا نتكلم عن ضعف السمع الإدراكي. (فاروق الروسان، 1998).

ويعتمد تصنيف الإعاقة السمعية تبعا لمقدار الخسارة السمعية مقاسة بالدسيبل وتقسم إلى:

- **الإعاقة السمعية البسيطة:** وتبلغ الخسارة السمعية عند هذه الفئة من الأفراد المعاقين سمعيا ما بين 30/20 دسيبل، ويواجه الطفل في هذه الفئة صعوبات في السمع، ولكنه يستطيع التعلم في المدرسة العادية مع بعض الصعوبات التي يمكن التغلب عليها باستخدام معينات سمعية.

- **الإعاقة السمعية المتوسطة:** وتبلغ الخسارة السمعية عند هذه الفئة ما بين 69/46 دسيبل، ويواجه الأفراد في هذه الفئة صعوبات كبيرة في المدرسة العادية بسبب قلة المحصول اللغوي لديهم نتيجة للصعوبة في فهم الكلام.

- **الإعاقة السمعية الشديدة:** وتبلغ الخسارة السمعية عند هذه الفئة ما بين 89/70 دسيبل، ويواجه الأفراد في هذه الفئة صعوبة كبيرة في النطق والكلام، وصعوبة في الاستفادة بشكل كبير من المعينات السمعية، وهم بحاجة إلى أساليب تعليمية خاصة من قبل معلمين متخصصين. (تيسير مفلح كوافحة، عمر فواز عبد العزيز، 2003).

التحصيل الدراسي:

يعتبر التحصيل الدراسي المعيار الأنسب لتقييم ومعرفة مدى كفاءة التلميذ في اكتسابه للمعارف والمهارات في فترة معينة، كما يمثل المؤشر الذي يقاس به المستوى التعليمي.

يمكن تقسيم مستوى التحصيل الدراسي إلى نوعين:

- **التحصيل المدرسي الجيد:**

ويعرف أيضا بالنجاح المدرسي، ويعني وصول التلميذ إلى درجة معينة من التحصيل الجيد.

وتشير كلمة الناجحون مدرسيا إلى فئة من التلاميذ ذوي مستوى متفوق من التحصيل.

- **التحصيل المدرسي الضعيف:**

ويدعى أيضا بالتخلف أو التأخر الدراسي، أي عدم اكتمال النمو التحصيلي نتيجة لعوامل عقلية أو جسمية أو اجتماعية أو انفعالية، بحيث تنخفض درجة التلميذ التحصيلية عن المستوى العادي (حامد عبد السلام زهران، 1991).

منهجية الدراسة وإجراءاتها:

أولا : منهج الدراسة:

استعملنا في هذه الدراسة المنهج الوصفي الذي يهدف إلى وصف ظاهرة ما أو واقع بدقة وموضوعية اعتمادا على المعطيات والبيانات التي تحلل كميا (مصطفى عشوي، 2003).

ثانيا: مكان الدراسة:

لقد قمنا بإجراء الدراسة في ابتدائية " الشمس الضاحكة " بالأبيار في الجزائر العاصمة، والتي يوجد بها قسم خاص لضعاف السمع، مدمج دمجا جزئيا داخل هذه المدرسة بالإضافة إلى وجود أقسام عادية .

ثالثا: عينة الدراسة:

تتكون الدراسة من مجموعتين حيث احتوت المجموعة الأولى 09 تلاميذ ضعاف السمع من الجنسين 06 ذكور و03 إناث، واحتوت المجموعة الثانية 08 تلاميذ عاديين 04 ذكور و04 إناث وتتراوح أعمارهم في كلا المجموعتين ما بين 09- 12 سنة.

رابعا: أدوات البحث:

طبق في هذا البحث اختبار تقييم الذات لـ: سبيلبيرجر وآخرين ويحتوي على 40 سؤالا وهي كلها أسئلة مقيدة، مقسمة إلى قسمين ويجب اختيار إجابة واحدة.

يحتوي كل قسم على 20 عبارة، يطلب من المفحوص في القسم الأول أن يوضح بالتحديد حقيقة شعوره الآن، أي في وقت تطبيق الاختبار.

أما في القسم الثاني فيطلب منه أن يوضح كيف يشعر عموما على سلم متدرج يتكون من 04 نقاط هي: لا أشعر بذلك مطلقا، أشعر بذلك أحيانا، أشعر بذلك غالبا، أشعر بذلك دائما.

ويعتمد تصحيح أسئلة كل قسم على صيغة العبارة، وكلما ارتفعت الدرجة على المقياس كان ذلك مؤشرا للاضطراب والعكس صحيح، أي كلما انخفضت الدرجة كان ذلك مؤشرا لعدم وجود الاضطراب.

كما اعتمدنا على المعدلات الدراسية الفصلية الخاصة بكل طفل.

خامسا: التقنيات الإحصائية المستخدمة في تحليل النتائج:

يعتبر التحليل الإحصائي للنتائج المتحصل عليها في البحث الطريقة المثلى التي تمكن من التعامل مع النتائج بطريقة موضوعية والوصول إلى استنتاجات علمية، ومن أجل ذلك عمدنا إلى استعمال اختبار (T) حيث تعتبر هذه الطريقة الإحصائية أمثل الطرق لدراسة الفروق بين المتوسطات غير المرتبطة.

سادسا: عرض نتائج البحث:

الجدول رقم (01) يبين دلالة الفروق في مستوى تقييم الذات بين التلاميذ العاديين والتلاميذ ضعاف السمع:

الحالات	$\overline{N}$	x	s	S^2	قيمة ت المحسوبة	قيمة ت المجدولة	مستوى الدلالة
مستوى تقييم الذات عند التلاميذ العاديين	08	132	5.10	26.01	4.94	3.169	0.01
مستوى تقييم الذات عند تلاميذ ضعاف السمع	09	61	11	121			

الجدول رقم (02): يوضح دلالة الفروق في مستوى التحصيل الدراسي بين التلاميذ العاديين والتلاميذ ضعاف السمع:

الحالات	$\overline{N}$	X	s	S^2	قيمة ت المحسوبة	قيمة ت المجدولة	مستوى الدلالة
مستوى التحصيل الدراسي عند التلاميذ العاديين	08	129	4.98	24.80			
مستوى التحصيل الدراسي عند تلاميذ ضعاف السمع	09	67	12	144	5.49	3.169 0.01	

انطلاقا من النتائج المتوصل إليها، يظهر أن قيمة ت المحسوبة أكبر من قيمة ت المجدولة كما هو مبين في كلا الجدولين (4.94 > 3.169)، (5.49 > 3.169).

هذا يعني وجود فرق ذي دلالة إحصائية في مستوى تقييم الذات بين التلاميذ العاديين والتلاميذ ضعاف السمع.

كما يوجد فرق في مستوى التحصيل الدراسي بين التلاميذ العاديين والتلاميذ ضعاف السمع، ومنه تتحقق كل من الفرضية الأولى والثانية.

سابعا: تفسير النتائج:

بعد عرضنا للنتائج المتحصل عليها، توصلنا إلى أن التقييم المنخفض للذات يؤثر سلبا على مستوى التحصيل الدراسي للطفل ضعيف السمع، حيث إن فئة ضعاف السمع تعاني من عدة مشاكل في مشوارها الدراسي، نظرا لوجود صعوبة في السمع، مما يجعل الطفل يحس بأنه غير عادي، ومختلف عن بقية أقرانه، وإن لم يجد الدعم اللازم، وأحس بأنه غير مرغوب فيه بسبب عجزه، فإن تقييمه لذاته يمكنه أن ينخفض.

لذلك لا بد من التكفل بهذه الفئة، وعدم تحسيسهم بالنقص لكي يستطيعوا العيش في المجتمع، ويندمجوا مع الأطفال العاديين دون مشاكل أو صعوبات مدرسية.

خلاصة:

إن هذه الفئة من ذوي الاحتياجات الخاصة، أي ضعاف السمع، يحتاجون إلى كفالة جيدة حتى يتمكنوا من إبراز قدراتهم، ويستطيعوا إتمام مسارهم التعليمي، وذلك من خلال الدعم

والمساعدة من طرف المجتمع، أولا من العائلة بالدرجة الأولى، وثانيا المدرسة التي تلعب دورا مهما في تطوير الرصيد العلمي والمعرفي للطفل، ويتمكن من تحصيل دراسي جيد.

ولن يتحقق ذلك إلا إذا تقبل المجتمع هذه الفئة من ضعاف السمع وأدمجها مع العاديين.

توصيات واقتراحات:

من خلال ما توصلنا إليه أثناء إجراء هذا البحث، نضع التوصيات التالية:

1- توعية الأولياء بضرورة دعم ومساعدة أبنائهم ضعاف السمع والاهتمام الجيد بهم.

2- على الأولياء إشعار أبنائهم بالأمان، رغم قصورهم.

3- إعطاؤهم الفرصة للتعبير عن آرائهم بكل حرية حتى يرتفع تقييمهم لذواتهم.

4- تحسيس الأطفال ضعاف السمع بأهميتهم ومساواتهم مع العاديين.

5- توفير كل ما يحتاجه الطفل ضعيف السمع من مكبرات صوتية، وغيرها من الأدوات التي تساعده على التعلم والاستيعاب.

6- تكييف البرنامج الدراسي لتسهيل عملية التعلم عند ضعاف السمع.

المراجع:

1- إبراهيم أحمد أبو زيد، (1987)، سيكولوجية الذات والتوافق، الطبعة الثانية، دار المعارف الجامعية الإسكندرية .

2- تيسير مفلح كوافحة، عمر فواز عبد العزيز، (2003)، مقدمة في التربية الخاصة، دار الميسرة للنشر والتوزيع، عمان

3- حامد عبد السلام زهران ،(1991)، علم النفس المعاصر، دار النهضة العربية، بيروت.

4- سيد خير الله، (1981)، الطفولة والمراهقة، دار الفكر العربي .

5- عبد الله فرج الزريقات ،(2003)، الإعاقة السمعية، الطبعة الأولى، دار وائل لنشر والتوزيع، عمان .

6 - فاروق الروسان، (1998)، سيكولوجية الأطفال غير العاديين، الطبعة الثالثة، دار الفكر للنشر، الأردن.

7- مصطفى فهمي، (1969)، التكوين النفسي، دار مكتبة الخانجب، القاهرة .

8- مريم داود سليم، (2003) ، تقدير الذات والثقة بالنفس، دار النهضة العربية، بيروت.

9- مصطفى عشوي، (2003)، مدخل إلى علم النفس المعاصر، الطبعة الثانية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.

10 - حمود عبد الحليم منسي، (1986)، قياس مفهوم الذات لطلاب الجامعة، مركز النشر العلمي، جدة.

11 - محمد عماد الدين إسماعيل، (1986)، النمو في مرحلة المراهقة، دار القلم، الكويت.

أثر الضغط المهني والمميزات النفسية
على الصحة النفسية والجسمية لدى المديرين

د/مزياني فتيحة
– جامعة الجزائر 2-

الملخص:

تهدف الدراسة الحالية إلى معرفة مدى تأثير مصادر الضغط المهني والمميزات النفسية على الصحة النفسية والجسمية لدى المديرين. وقد أجريت الدراسة على عينة متكونة من مائة (100) مدير من مختلف المؤسسات الوطنية بالجزائر العاصمة. وقد تم قياس متغيرات الدراسة بتقنية مؤشر الضغط المهني لكوبر وسلون وويليامس. وقد توصلت النتائج إلى أن مصادر الضغط المهني والمميزات النفسية تؤثر فعلا على الصحة النفسية والجسمية لدى المديرين.

Summary:

The present study aims to examine the influence of occupational stress and psychological characteristics on health. The sample is consisted of (100) manager in different Algerian society. The survey assessed variables with Cooper, C.L, Sloan, S.G. & Williams, S, occupational stress indicator. The results revealed that sources of occupational stress and psychological characteristics effect health.

مقدمة:

يتعرض الإنسان في مشوار حياته لتجارب متعددة متمثلة في أحداث حياتية (كموت الزوج (ة)، ومرض أحد أفراد العائلة، ورهن مبلغ مالي...)، تتطلّب تكيّفا وتوافقا نفسيّا واجتماعيّا. وفي حالة إدراك هذه الأحداث كعامل خطر، يحاول الفرد مقاومتها لأنها تتسّبب في إحداث اضطرابات انفعالية وتكوّن على المدى البعيد تراكم آثار سلبية على الصحّة النفسيّة والجسميّة. وقد وجد العديد من الباحثين أنّ للأحداث الضاغطة أثرا سلبيا مباشرا على الصحّة النفسيّة. كما أثبتت العديد من الدراسات أن هذه الأحداث تعجّل بحدوث الأمراض النفسيّة والأمراض النفسجسمية. فعندما يصبح الضغط عاليا جدّا لدرجة لا يستطيع الفرد تحمّله، يتجاوب هذا الأخير بإظهار أمراض نفسيّة وجسميّة، ويزداد التوتّر فتظهر أمراض القلب، وأمراض ذات علاقة بالجهاز التنفسي، ومشاكل معدية، وما إلى ذلك من أمراض نفسية- جسمية (باقات Bhagat، 1983، بولهان ونويسيي Paulhan et Nuissier 1994، بريانسون Briançon وآخرون، 1985، والشنايدر، 199).

هذا الضغط العام يتفرّع عنه ما يسمّى بالضغط المهني المتخصّص، والمحصور في مجال العمل الذي يعتبر دون شكّ من أهمّ المجالات التي ينبغي أن يحقّق فيها الفرد أكبر قدر ممكن من التوافق. وترجع هذه الأهميّة إلى عاملين أساسيين:

- أوّلهما أنّ الفرد يقضي نسبة كبيرة من وقته في ميدان العمل.
- وثانيهما الدور المهم للعمل وتأثيره على حياة الفرد ومكانته المهنية والاجتماعية.

إنّ الارتباط بين الصحّة والأنشطة ليس في حاجة إلى إثبات، فلئن كان الاعتراف بأنّ العمل يساعد الفرد على الاحتفاظ بصحته ما لم يفق قدراته الجسميّة والعقلية، فقد أثبتت من جانب آخر أنّ نوع العمل والجهد الجسميّ والعقلي الذي يتطلّبه، وخصائص بيئة العمل، والظروف التّي ينجز فيها، والطريقة التّي ينظّم بها، يمكن أن تكون لها إن عاجلا أم آجلا انعكاسات سلبية على الحالة الصحيّة للعمّال. وقد أثبت فعلا (العواملة، 1994) أنّ هناك مظاهر ترافق ضغط العمل تتمثّل في القلق، والاكتئاب وآثار نفسية وجسمية وسلوكية عديدة.

نموذج الضغط المهني المعتمد عليه في هذه الدراسة:

إنّ موضوع الضغط المهني من المواضيع الحديثة نسبيا، سواء من الناحية النظرية أم العملية. تتطلّب دراسته تبنّي نموذج أو إطار عام يساعد الباحث على التعرّف على عناصره الرئيسية، وعلى إبراز علاقة التفاعل بين مصادره ومميّزات الفرد الذّي يعاني منه، وإبراز أهمّ نتائجه المحتملة. فمصادر وآثار الضغط المهني عديدة ومختلفة، بالإضافة إلى تداخل بعض العوامل التّي تجعل من تحليله وتحديده أمرا جدّ معقد. لذلك قدّم بعض الباحثين ومن بينهم ماغولي Magolis وكرويز Kroes وبيهر Beehr ونيومان Newman (1978) وكابلان Caplan وفرينش French (1974)، وكوبر (1981) نماذج لدراسته.

ويعتبر نموذج " كوبر " من أهمّ النماذج لدراسة الضغط المهني، كونه يقوم على فكرة التفاعل بين الفرد ومحيطه مع التأكيد على الطبيعة الفردية. لذلك تمّ تبنّيه في الدراسة الحالية.

ويتكوّن هذا النموذج من أربعة عناصر هي:

- مصادر الضغط،
- الفرد الذي يعيش تجربة الضغط،
- استراتيجيات المقاومة،
- آثار الضغط المهني على الفرد

يظهر من خلال هذا النموذج أنّ مصادر الضغط المهني متعدّدة يتّم التفاعل بينها وبين مميّزات الفرد. ونتيجة لهذا التفاعل تنشأ آثار فردية.

تلعب مصادر الضغط التّي حدّدها النموذج (لعمل في حدّ ذاته والدور الإداري، والعلاقات البينشخصيّة والسيرة المهنية والإنجاز، والبنية والجو التنظيمي والعلاقة البيت- العمل) دورا رئيسيا في إحداث الضغط، إلاّ أنّ هذا الأخير لا ينشأ بمجرّد التعرّض لهذه المصادر، وإنّما يتوّقف الأمر على المميّزات الفردية التّي تلعب دور المعدّل في العلاقة بين مصادر الضغط ونتائجه. وتتمثّل هذه المميزات الفردية في:

- سلوك النمط (أ) الذّي استعمل لوصف مجموعة محددّة من المميّزات،

- ومركز التحكّم الذي يتعلق بدرجة إدراك الأشياء التّي تحدث للفرد، وبمدى تحكّمه فيها.

- بالإضافة إلى وظيفة القدرة على المقاومة وذلك من خلال الاستراتيجيات الستّ المتمثّلة في: السند الاجتماعي، واستراتيجيات المهمّة، والمنطق، والعلاقة بين البيت والعمل، والوقت والاندماج.

وعليه تظهر النتائج السلبيّة لظاهرة الضغط المهني في النتائج النفسية والجسمية.

ونظرا لأهميّة دور المديرين في المنظّمة ونظرا لمركزهم الجدّ حسّاس، الذّي يتطلّب جهدا ذهنيا عاليا نتيجة عمليات التشخيص واتخاذ القرارات، وحلّ الصراعات... فإنّهم كثيرا ما يتعرّضون للضغط المهني وهذا ما أثبتته العديد من الدراسات منها دراسة فرانش French وكابلان Caplan (1970) التي بينت أن الهيئة التي لديها مسؤولية الأفراد تدخن أكثر، وضغط دمها مرتفع ونسبة الكولسترول عالية لديها (عن بغليوني Baglioni وآخرون، 1990). ودراسة كوبرCooper وستورا Stora التي توصّلت إلى تبيان أسباب الضغط والمظاهر التي ترافقه كالقلق، والاكتئاب، وآثار نفسيّة وجسميّة وسلوكيّة عديدة (عن العواملة، 1994)

بذلك تهدف الدراسة الحالية إلى معرفة ما إذا كانت كل من مصادر الضغط المهنيّ، وسلوك النمط (أ)، مركز التحكّم واستراتيجيّات المقاومة تؤثر على الصحّة النفسية والجسميّة لدى المديرين. وبطريقة أخرى تحاول الدراسة الحالية الإجابة عن التساؤلات التالية:

1- هل تساهم كل من مصادر الضغط المهنيّ، وسلوك النمط (أ) ومركز التحكّم واستراتيجيّات المقاومة في شرح التباين في مستوى الصحّة النفسية لدى المديرين؟

2- هل تساهم كل من مصادر الضغط المهنيّ، وسلوك النمط (أ) واستراتيجيّات المقاومة في شرح التباين في مستوى الصحّة الجسميّة لدى المديرين؟

فرضيات الدراسة:

1- تساهم كل من مصادر الضغط المهنيّ، وسلوك النمط (أ)، ومركز التحكّم واستراتيجيّات المقاومة في شرح التباين في مستوى الصحّة النفسية لدى المديرين.

2- تساهم كل من مصادر الضغط المهنيّ، وسلوك النمط (أ) واستراتيجيات المقاومة في شرح التباين في مستوى الصحّة الجسميّة لدى المديرين.

إجراءات الدراسة:

1-منهج الدراسة:

يندرج هذا البحث ضمن دراسات الهبة الطبيعيّة **(ex-post facto)** التي تقوم أساسا على دراسة متغيّرات الدراسة كما هي محاولة إيجاد العلاقات الارتباطية والسببيّة بين الظواهر دون تدخّل أو تحكّم الباحث فيها.

2-مجتمع الدراسة:

يتكوّن مجتمع عينّة الدراسة من كل المديرين المتواجدين في المؤسسات الإنتاجية والخدماتية المتواجدة على مستوى الجزائر العاصمة.

3-عينة الدراسة:

تمثّلت عيّنة الدراسة من عيّنة تطوعيّة، متكوّنة من مائة (100) مدير من مختلف المؤسسات الصناعية والمالية والتعليمية والصحية بالجزائر العاصمة. بلغ متوسط سن العينة 45.5. وأغلب أفرادها يشغل مركز مدير مديرية (36%) أو مدير مركزي (30%) والأقليّة منهم يشغل مركز مدير عام (6%) كما نجد 14% من أفراد العينة تشغل منصب مدير معهد أو جامعة و14% مدير مؤسسة تعليمية. كما يتميز أفراد العينة بمستويات تعليمية مختلفة؛ بحيث نجد 49% منهم لديهم شهادة في الدراسات العليا و35% لديهم شهادة ليسانس أو ما يعادلها و26% فقط لديهم مستوى بكالوريا فما أقل.

أما بالنسبة للأقدمية فقد بلغ المتوسّط الحسابي لسنوات الأقدمية في المركز 9.15 بانحراف معياري 8.96. وقدر متوسط الأقدمية في المؤسسة 20.18 وانحراف معياري يقدر بـ 9.72.

4-أدوات البحث:

تتمثل أدوات البحث في ستة استبيانات من مؤشّر الضغط المهني **occupational stress indicator.** لكوبر وسلون وويليامس، الذّي تمّ نشره سنة 1988. بالإضافة إلى استبيان السيرة الشخصيّة. سنتعرّض إليها فيما يلي بقليل من التفصيل.

4- 1- استبيان مصادر الضغط المهنيّ: يهدف هذا الاستبيان إلى معرفة مستوى الضغط المهنيّ في مختلف مصادره عند المديرين. ويتكوّن من 61 بندا موزّعة على ستّة مقاييس جزئيّة كلّ منها تقيس مصدرا واحدا من المصادر الستّة للضغط.

❖ **العمل في حدّ ذاته**: يقيس هذا المقياس الضغط الذي يعيشه الفرد في عمله أي مختلف جوانب العمل التي يعيشها الفرد كمصدر للضغط. ويتكوّن من تسعة بنود هي: 1، 8، 14، 20، 33، 36، 40، 41، 55.

❖**الدور الإداري**: ويقيس مدى إدراك الفرد للتوقّعات التي يضعها الآخرون تجاهه. ويتكوّن من 11 بندا هي: 2، 9، 15، 21، 24، 31، 38، 44، 45، 51، 57.

❖ **العلاقات البينشخصيّة**: إنّ طبيعة الإدارة تتطلّب درجة عالية من التواصل مع الأفراد سواء داخل أم خارج المنظّمة، بالإضافة إلى العلاقات مع الرؤساء، ويهتم هذا المقياس الجزئي بقياس هذا النوع من العلاقات. ويتكوّن من عشرة بنود هي: 5، 6، 17، 18، 26، 27، 34، 37، 50، 56.

❖ **السيرة المهنية والإنجاز**: إنّ الحاجة إلى الإنجاز الشخصيّ والنجاح المشترك للفرد والمنظّمة يمكن أن يكون مصدرا رئيسيا للرضا كما يمكن أن يكون مصدرا رئيسيا للضغط. يهدف هذا المقياس الجزئيّ إلى قياس هذا النوع من الضغط المهنيّ. ويتكوّن من تسعة بنود هي: 3، 10، 25، 30، 32، 39، 52، 54، 58.

❖ **البنية والجوّ التنظيميّ**: يقيس الضغط الناتج عن شعور الفرد بالإحباط نظرا لخصائص التنظيم في المنظمة التي ينتمي إليها. ويتكوّن من 11 بندا هي: 11، 12، 16، 22، 23، 28، 35، 42، 48، 53، 61.

❖ **العلاقة البيت- العمل**: يهدف إلى قياس الضغط المهنيّ الناتج عن تأثير العمل على الحياة خارج العمل والعكس صحيح. ويتكون من 11 بندا هي: 4، 7، 13، 19، 29، 41، 43، 46، 49، 59، 60.

4- 2- **استبيان سلوك النمط(أ):**

الطريقة التي يسلك بها الفرد عموما: يقيس هذا الاستبيان مختلف الجوانب المهمّة لسلوك النمط (أ) كالتوجّه نحو الإنجاز، وسرعة الغضب أو الانفعال ونفاد الصبر، ويتكوّن من 14 بندا مقسّمة على ثلاثة مقاييس جزئية هي كالتالي:

❖ **الاتجاه نحو الحياة**: يقيس التطلّعات الأساسية للفرد فيما يتعلّق بحياته وعمله (كالتوجّه نحو الإنجاز). ويتكوّن من ستّة بنود هي: 1، 3، 5، 7، 9، 11.

❖ **أسلوب السلوك**: بينما يقيس المقياس الجزئيّ الأول الجانب الذهنيّ لسلوك النمط (أ)، فإنّ هذا المقياس يقيس الجانب السلوكي منه أي ما يقوم به الفرد فعلا (كالعدوانية، وسرعة الغضب والانفعال.) ويتكوّن من خمسة بنود هي: 2، 6، 10، 13، 14.

❖ **الطموح**: يقيس مستوى طموح الفرد. ويتكوّن من ثلاثة بنود هي: 4، 8، 12.

4- 3- استبيان مركز التحكّم:

كيفية تفسير الفرد للأحداث: يقيس هذا الاستبيان كيفية تفسير الفرد للأحداث التي تقع له. ويتكوّن من 12 بندا مقسّمة هي أيضا إلى ثلاثة مقاييس جزئية هي كالتالي:

❖ **القوى التنظيميّة**: يقيس مدى شعور الفرد أنّ القوى التنظيمية تقيّد قدرته الخاصّة على التأثير في الأحداث ويتكوّن من خمسة بنود هي: 1، 4، 6، 8، 10.

❖ **السيرورة التنظيميّة**: يقيس درجة إدراك الفرد بأن لجهده الخاص ولأدائه أثرا على إنجازاته. ويتكوّن من أربعة بنود هي: 2،5،9، 12.

❖ **التأثير الفرديّ:** ويقيس إدراك الفرد وقدرته على التأثير، أي درجة تحكّم الفرد في نتائج أفعاله. ويتكوّن من ثلاثة بنود هي: 3، 7، 11.

4- 4- استبيان المقاومة:

يتكوّن هذا الاستبيان من 28 بندا موزعة على ستّة مقاييس جزئية هي كالتالي:

❖ **السند الاجتماعي**: ويقيس درجة اعتماد الفرد على الآخرين كسبيل لمقاومة الضغط. ويتكّون من أربعة بنود هي: 6، 12، 18، 28.

❖ **استراتيجيات المهمّة**: يقيس طريقة مقاومة الفرد للضغط بإعادة تنظيم العمل ويتكوّن من سبعة بنود هي: 5، 15، 20، 21، 23.

❖ **المنطق**: يقيس مدى مقاومة الضغط بتبني الفرد تناولا منطقيّا وغير انفعالي للموقف، ويتكوّن من ثلاثة بنود هي: 8، 10، 22.

❖ **العلاقة بين البيت والعمل**: يعرّفنا هذا المقياس الجزئي بالدور الثنائي لهذه العلاقة كاستراتيجيّة للمقاومة، أي استعمال الموارد من خارج العمل من أجل تدعيم الفرد لقدراته على مقاومة الضغط في العمل. ويتكوّن من أربعة بنود هي: 7، 11، 13، 17.

❖ **الوقت**: الدرجة العالية في هذا المقياس الجزئي يدل على أنّ الفرد يميل إلى سرعة زائدة في الحياة وعدم الصبر. ويتكوّن من أربعة بنود هي: 1، 3، 9، 25.

❖ **الاندماج**: يقيس مدى إجبار الفرد نفسه على تقبّل الواقع الذي يعيش فيه. ويتكوّن من ستّة بنود هي: 2، 4، 14، 16، 19، 26.

4- 5- **استبيان الصحة:**

ينقسم هذا الاستبيان إلى جزأين مهمين هما:

- **الجزء "أ"**: خاص بالصحّة النفسيّة. ويتكوّن من 18 بندا.
- **الجزء "ب"**: خاص بالأعراض الجسميّة للضغط. ويتكوّن من 12 بندا.

4- 6- **استبيان السيرة الشخصيّة:**

يهدف هذا الاستبيان إلى جمع المعلومات حول خصائص المفحوصين من حيث السن والمستوى التعليمي وعدد الرؤساء وعدد المرؤوسين، والأقدمية في المركز وفي المؤسسة.

❖الخصائص السيكوميتريّة للمؤشّر:

قبل التأكّد من الخصائص السيكوميتريّة للمؤشّر على عينّة من المديرين الجزائريين، تجدر الإشارة إلى أنّ مصمميّه قد تحصلوا في دراساتهم لهذه الخصائص على معاملات صدق وثبات عالية ودالة عند مستوى ($p<0,01$) أو ($p<0,001$)، وهذا فيما يخص مختلف المقاييس الجزئيّة.

وفي إطار دراستنا هذه أجرينا دراسة على عينة محدودة من المديرين بهدف اختبار الفهم اللفظيّ لتعليمات المؤشّر وبنوده أولا، والتحقّق من صلاحية الخواص السيكوميتريّة (الثبات والصدق) لمختلف أجزائه ثانيا. وعليه تمّ تطبيق الاستبيان (النسخة الفرنسية) على مرحلتين:

أ- المرحلة الأولى: تمّ التطبيق الأولي للاستبيان على عيّنة تطوعيّة متكوّنة من ثلاثين (30) مديرا طلب منهم تسجيل ملاحظاتهم المتعلّقة بمدى فهمهم لألفاظ الاستبيان وتعليماته، وكذا الاقتراحات والتغييرات التي يمكن إجراؤها.

وبعد استرجاع الاستبيانات لوحظ أنّ مجمل الملاحظات التي سجّلت على عدد قليل من البنود لا يتعدى عدد تكراراتها ثلاثة، لذلك لم نجر أي تعديل على أي بند من بنود الاستبيان ولا على تعليماته.

ب- المرحلة الثانية: تم إجراء تطبيق آخر على عينة تطوّعيّة من المديرين متكوّنة من (60) مديرا (ذكور) من أجل دراسة الخصائص السيكومترية لكل مقياس من مقاييس استبيان مؤشّر الضغط المهني.

ثبات الاستبيان: تمّ حساب معاملات ثبات مقاييس استبيان مؤشّر الضغط المهني باستخدام طريقة التّجزئة النصفيّة (بنود فرديّة/ بنود زوجيّة) وبعد إيجاد معامل الارتباط بين النصفين تم تصحيح هذا المعامل لرفعه إلى ما يتوقع أن يكون عليه معامل الثبات الكلي مستخدمين في ذلك المعادلات التصحيحيّة المناسبة:

جدول (1): معاملات الثبات المصحّحة لمقاييس مؤشّر الضغط المهني:

المقاييس	المقاييس الجزئية	معامل الارتباط بين الجزأين	المعادلـــــة التصحيحية	معامل الثبات الكلي	مستوى الدلالة
مصـــــادر الضـــــغط المهني	العمل في حدّ ذاته	0,29426	هورست	0,4570	0,05
	الدور الإداري	0,68647	هورست	0,8154	0,05
	العلاقات البينشخصية	0,49071	سبيرمان- براون	0,658	0,05
	السيرة المهنية والإنجاز	0,67056	هورست	0,8047	0,05
	الجوّ والبنية التنظيمية	0,47177	هورست	0,6428	0,05
	العلاقه البيت- العمل	0,62266	هورست	0,7689	0,05
سلوك النمط (أ)	النمط (أ) ككل	0.2877	سبيرمان- براون	0,4468	0,05
مركـــــز التحكّم	مركز التحكّم	0,23527	سبيرمان- براون	0,6153	0,05
استراتيجيات المقاومة	السند الاجتماعي	0,1415	جوتمان	0,24	0,05
	استراتيجيّات المهمة	0,3082	هورست	0,4783	0,05
	المنطق	0,3869	هورست	0,61	0,05
	العلاقات البيت /العمل	0,2812	سبيرمان - براون	0,43.91	0,05
	الوقت	0,1845	سبيرمان - براون	0,4525	0,05
	الاندماج	0,4841	سبيرمان - براون	0,6532	0,05
الصحة	الصحة النفسية	0,48425	جوتمان	0.61	0,05
	الصحة الجسمية	0,80974	سبيرمان- براون	0,8949	0,05

يتّضح من خلال الجدول (3) أنّ كل معاملات الثبات دالة عند α = 0,05 . بالتالي، يعتبر مؤشّر الضغط المهنيّ ثابتا على عينّة المديرين الجزائريين.

صدق الاستبيان: للتأكد من صدق المؤشّر تمّ الاعتماد على الصدق الظاهري فعرض على مجموعة من المحكّمين (15 فردا) من أساتذة علم النفس وطلبته في الماجستير (قضوا على

الأقل ثلاث سنوات في البحث) من تخصّصات ثلاث هي: علم النفس العمل والتنظيم، وعلم النفس الاجتماعي وعلم النفس العيادي. وقد طلب منهم إبداء الرأي من حيث:

1- مدى وضوح البنود والتعليمات وسلامتها لغويا.

2- مدى ارتباط البنود بالتعليمات والجانب المدروس.

3- مدى ملاءمة المقاييس الجزئية لقياس ما أعدّت له.

4- إضافة أيّة معلومات أو تعديلات أو بنود يرونها مناسبة.

وقد أجمع كلهم على ملاءمة الاستبيان بصورته الفرنسية لعينّة الدراسة.

هكذا تتفّق نتائج صدق وثبات استبيان مؤشّر الضغط المهنيّ على عيّنة المديرين الجزائريين مع النتائج التي تم التوصل إليها في مختلف البلدان كإنجلترا، وفرنسا، والولايات المتّحدة الأمريكية وألمانيا والّتي أثبتت جميعها أنّ هذا المؤشّر لا تتدخّل فيه عوامل ثقافيّة وبالتالي نتائجه ثابتة وصادقة.

النتائج:

للتعرّف على مدى قوّة تأثير أيّ من المتغيّرات المستقلة (مصادر الضغط المهنّي، وسلوك النمط (أ)، ومركز التحكّم واستراتيجيّات المقاومة) على كل متغيّر من المتغيّرات التّابعة كل على حدة (الصحّة النفسية، والصحّة الجسميّة) عملنا على استخدام الانحدار التدريجيّ المتعدّد.

والغرض من استخدام هذه الطريقة هو معرفة حجم التباين في كل متغيّر تابع الذي يمكن تفسيره بواسطة المتغيّرات المستقلّة فتحليل الانحدار التدريجيّ المتعدّد يفرز المتغيّرات التي تساهم بقدرة تنبؤية دالّة إحصائيّا ويستبعد المتغيّرات التي لا تزيد في نسبة التباين المشروح زيادة دالّة إحصائيّا.

وفيما يلي عرض مفصّل لنتائج تحليل الانحدار التدريجيّ المتعدّد لتأثير أي من المتغيرات المستقلة على الصحة النفسيّة أولا ثم على الصحّة الجسميّة ثانيا.

1-أثر الضغط المهني والمميّزات النفسيّة على الصحّة النفسيّة:

يقدم لنا الجدول (2) نتائج تحليل الانحدار التدريجيّ المتعدّد فيما يخصّ تأثير المتغيّرات المستقلة (مصادر الضغط المهني، ومركز التحكّم، وسلوك النمط (أ) واستراتيجيات المقاومة) على الصحّة النفسيّة.

جدول (2): تحليل الانحدار المتعدّد لتأثير المتغيّرات المستقلّة على الصحّة النفسيّة:

المتغير المستقلة	معامل الانحدار	الخطأ المعياري	قيمة " ت"	مستوى الدلالة
الثابت	59,15914	9,716072	6,0888	0,0000
القوى التنظيميّة	- 0,917575	0,282194	- 3,2516	0,0016
ضغط العلاقات البينشخصيّة	0,730747	0,142028	5,1451	0,0000
التأثير الفردي	0,674945	0,366259	1,8428	0,0685
الاندماج	- 0,477316	0,21583	- 2,2115	0,0294

جدول (3): تحليل التباين الخاص بالنموذج الناتج عن الجدول (2):

المصدر	مجموع المربّعات	درجات الحرية	متوسط المربّعات	نسبة " ف"	مستوى الدلالة
النموذج	3154,80	4	788,699	9,33021	0,0000
الخطأ	8030,51	95	84,5317		
المجموع	11185,3	99			

ر= 0,282048

ر ^{2} 0,251819

يتّضح من خلال الجدولين السابقين أن أربعة متغيّرات مستقلة قد ظهرت في معادلة الانحدار، ثلاثة منها دالّة إحصائيًا ومتغيّر واحد غير دالّ متمثّل في التأثير الفردي. وقد بلغ معامل الارتباط المتعدّد (0,282048) ومعامل التحديد (0,251819).

وبذلك يمكن القول إنّ كلا من القوى التنظيمية، وضغط العلاقات البينشخصية والاندماج من أقوى المتغيرات المستقلة تأثيرا على الصحّة النفسية، وهي مسؤولة عن تفسير ما يقرب من 25% من التباين في درجاته وهذه المتغيّرات مرتّبة حسب أهميّتها كما يلي:

1- ضغط العلاقات البينشخصيّة
2- القوى التنظيميّة

2-استراتيجية الاندماج:

إنّ معامل انحدار ضغط العلاقات البينشخصيّة موجب (0,730747) دال (P< 0.0000) يعني أنّ الضغط في هذا المصدر يؤدّي إلى سوء الصحّة النفسيّة. ويمكن تفسير ذلك بمهنة المدير في حدّ ذاتها التي تتطلب درجة عالية من التواصل مع الأفراد سواء داخل أم خارج المنظّمة أهمها العلاقات

مع الرؤساء، وقد وضحت ماسلاش Maslach (1981) (عن كاستنبوم Kastenbaum، 1984) بأنّ الضغط المهنيّ يظهر بصورة أكثر شيوعا عند الذين يتعاملون مباشرة مع الناس.

تتّفق هذه النتيجة مع نتائج العديد من الدراسات كدراسة كاهن Kahn وآخرين (1964) وفرينش وكابلان (1970) الذين توصّلوا إلى أنّ علاقات الفرد السيّئة مع الأفراد الآخرين في ميدان العمل تجعله يشعر بالتوتّر النفسيّ (عن كوبر 1981) بالمقابل توصّل العديد من الباحثين إلى أنّ العلاقات الحسنة بين الأفراد في العمل عامل رئيسيّ للصحّة الفرديّة والتنظيميّة على حدّ سواء (كوبر ومارشال، 1978).

وقد توصّلت الدراسات التّي أجريت حول آثار الضغوطات على الصحّة النفسيّة عند العمال إلى أنّ كلا من تصميم العمل، وغموض الدور، وصراعات الشخصيّة مع الهيئة، والأهداف غير الواقعيّة والاحتكاك بالزّبائن تنذر بضغط مهني شديد جدا (ميديروس Medeiros وبروشاسكا Prochaska، 1988).

كما تتّفق هذه النتيجة مع ما توصّل إليه (لام وآخرون، 1987) في دراسته على عينة متكوّنة من 185 إداريّ بشركات خصوصيّة بهونغ كونغ إلى أنّ ضغط العلاقات البينشخصيّة ينبئ بحالة الصحّة النفسيّة.

غير أنّ هذه النتيجة لا تتّفق مع نتائج دراسة (بغليوني وآخرين، 1990) الذين توصّلوا فيها إلى أنّ مصادر الضغط بما فيها مصدر العلاقات البينشخصيّة لا تساهم في شرح نسبة كبيرة من التباين في الصحّة النفسية، ما عدا عبء العمل الذي لديه إسهام دال وكبير، هذا الاختلاف في النتائج ربما يعود إلى اختلاف العينات.

إنّ معامل الانحدار السلبيّ للقوى التنظيميّة (0,917575 -) دالّ (P < 0,0016) يعني أنه كلّما زاد إدراك المديرين بتحكّم وتأثير أقل في سير المنظمة كلّما ساءت صحّتهم النفسيّة.

فالمديرون الذين يدركون تحكمّا وتأثيرا أقل فيما يخصّ سير المنظّمة لا يأخذون الأمور بعاطفية، فهم لا يشعرون بالذنب تجاه الأحداث التي تقع من حولهم، ولا يستنزفون كل طاقاتهم وإمكاناتهم وبذلك لا ينهكون قوّتهم النفسيّة وإنما تبقى وظائفهم النفسية تعمل بشكل متناسق وكامل ممّا يدلّ على سلامة صحتهم النفسيّة.

غير أن هذه النتيجة تبدو متناقضة مع ما توصّل إليه (روتر Rotter، 1966) حيث أثبت أنّ الأفراد الذين يظهرون قوّة نفسيّة يتميّزون بمركز تحكّم داخلي أي أنهم يدركون تحكما وتأثيرا عاليا في الأحداث التي تقع حولهم.

ويدلّ معامل الانحدار السلبيّ لاستراتيجيّة الاندماج (0,477316 -) دال (P < 0.0294) أنّ استعمال هذه الاستراتيجية يزيد من سلامة الصحّة النفسيّة فهي استراتيجيّة فعّالة وملائمة

لتمتّع المديرين بصحّة نفسيّة سليمة، فالمديرون الذين لا يصعب عليهم الالتزام بنشاطاتهم يكونون أكثر اندماجا في عملهم وتكون صحتهم النفسية سليمة.

3-أثر الضغط المهنيّ والمميّزات النفسيّة على الصحّة الجسميّة:

يبرز لنا الجدول (4) نتائج تحليل الانحدار التدريجي المتعدّد فيما يخص تأثير المتغيرات المستقلة (مصادر الضغط المهنيّ وسلوك النمط (أ)، ومركز التحكّم واستراتيجيّات المقاومة) على الصحّة الجسميّة.

جدول (4): تحليل الانحدار التدريجي المتعدّد لتأثير المتغيّرات المستقلة على الصحّة الجسميّة:

المتغير المستقلة	معامل الانحدار	الخطأ المعياري	قيمة " ت"	مستوى الدلالة
الثابت	11,159506	6,277374	1,7777	0,078
ضغط العمل في حدّ ذاته	0,355536	0,151814	2,3419	0,021
القوى التنظيمية	0,64224	0,281497	2,2850	0,024

جدول (5): تحليل التباين الخاص بالنموذج الناتج عن الجدول (4):

المصدر	مجموع المربّعات	درجات الحرية	متوسّط المربّعات	نسبة " ف"	مستوى الدلالة
النموذج	1550,80	2	775,400	8,54412	0,0000
الخطأ	8802,99	97	90,7525		
المجموع	10353,8	99			

ر = 0,149781

$ر^2$ = 0,132251

بالرجوع إلى الجدولين السابقين يتبيّن أنّ هناك متغيّرين اثنين فقط من بين ثمانية عشر متغيّرا مستقلا وصلا إلى مستوى الدلالة الإحصائيّة ويؤثران تأثيرا مباشرا في المتغيّر التابع. إذ بلغ معامل الارتباط المتعدّد (0,149781) ومعامل التحديد (0,132251).

وبذلك يمكن القول إنّ ضغط العمل في حدّ ذاته والقوى التنظيمية يؤثران في الصحّة الجسميّة وهما مسؤولان على تفسير حوالي 13% من التباين في درجاتها.

ويتبّين ترتيب هذين المتغيّرين حسب أهمّيتهما كما يلي:

1- ضغط العمل في حدّ ذاته

2- القوى التنظيمية

تبدو هذه النتيجة منطقيّة ومتّفقة مع نتائج دراسات عديدة. ففي المجال نفسه قام (باركس Parkes، ورابنو Rabenau، 1993) بدراسة على عينة مكونة من 145 فرد (مديرون، إداريون، أطباء) في القطاع الصحيّ تمثّلت أهم نتائجها في أنّ الضغط الناتج عن نمط العمل ينبئ بأعراض جسميّة. وتوصّل كورنهور (1965) إلى أنّ الصحّة الجسميّة تتأثر تأثرا دالا بالضغط الناتج عن العمل في ظروف سيّئة وضرورة العمل بسرعة وبذل جهد جسمي كبير والعمل لساعات طويلة وغير ملائمة (عن سافوا Savoie وفورجي Forget، 1983) وانتهى فرينش وكابلان (1970) إلى نتيجة مفادها أن ضغط عبء العمل (النوعي والكمي) ينتج على الأقل تسعة أعراض هي: ضيق فيزيولوجي ونفسي، وتوتر مهني، وتقدير واطئ للذات، والشعور بالتهديد، واضطرابات في ارتفاع مستوى الكوليسترول وفي ارتفاع معدل ضربات القلب، ومقاومة الخطر أو التهديد والتدخين بكثرة (عن كوبر 1985).

وفي دراسات أخرى قام بها كل من كوبر وسميت (1986) وشيبار Shepard (1971) توصلوا فيها إلى أنّ ضغط ظروف العمل السيّئة تؤثّر على الصحّة (عن كوبر وبغليوني، 1988).

كما تتّفق هذه النتيجة أيضا مع الدراسات النفسجسميّة التي أجريت في هذا المجال من بينها دراسة ستيفي Steffy وجونس Jones (1988) (عن العتيبي، 1997) التّي دلّت على وجود ارتباط بين متغيّرات ضغوط العمل والاضطرابات النفسجسميّة، ودراسة تانغ Tang وهامونتري Hammontree (1992) (عن العتيبي، 1997) التي أسفرت نتائجها عن أنه كلّما زاد التعرّض لضغط العمل زاد معدّل الإصابة بالأمراض النفسجسميّة وذلك عند عينة متكوّنة من 60 ضابط شرطة في ولاية تيني بالولايات المتّحدة الأمريكية وأخيرا دراسة (العتيبي، 1997) التي توصّل فيها إلى أنّ ضغط العمل من أقوى العوامل تأثيرا في الإصابة بالأمراض النفسجسميّة.

ويدل معامل الانحدار الموجب للقوى التنظيمية (0,643224) على أنه كلّما زاد إدراك المديرين بتحكّم أقل في سير المنظمة كلّما ساءت صحّتهم الجسمية.

تتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة كوباسا Kobassa وزملائها (1979) (عن لوباج Lepage، 1995) التي توصلوا فيها إلى أن المديرين الذين استطاعوا أن يقاوموا المرض على رغم تعرضهم الشديد للضغط، يدركون درجة عالية من التحكّم في الأفعال التي يقومون بها وفي الأحداث التي تقع لهم ويتميّزون بروح التحدّي.

الخاتمة:

عملنا في هذه الدراسة على إبراز مدى تأثير مصادر الضغط المهنيّ والمميزات النفسية على الصحة لدى المديرين الجزائريين. وكيف أن المميزات النفسية تلعب دور المعدل في العلاقة بين الضغط المهنيّ والصحة لدى هذه الفئة.

مؤشرات التكيف النفسي والاجتماعي للمراهقين

دراسة وصفية مقارنة في المجتمعين الجزائري والكويتي

سعود فيصل الدويش
جامعة الجزائر2

تمهيد:

النفس البشرية الكثير من السلوكيات الطبيعية التى تولد مع الإنسان والسلوكيات المكتسبة التى يكتسبها مع مرور السنوات وخلال فترات عمره المختلفة باحتكاكه مع المجتمع بداية من أسرته ووصولا إلى محيطه الخارجي الذي يعيش فيه.

ويؤكد علماء النفس والاجتماع بأن مراحل التحول النفسي والطبيعي عند الإنسان تبرز من خلال التغيرات التي تظهر عليه في مظاهر النمو المختلفة الجسمية والفسيولوجية والعقلية والاجتماعية والانفعالية والدينية والخلقية.

ولعل مكمن الخطر لا يكون أكثر حدة أو حجما بقدر ما يكون في مرحلة التحول من الطفولة إلى سن الرشد مرورا بمرحلة المراهقة، وهي المرحلة التي يتعرض خلالها الإنسان لصراعات متعددة، داخلية مرتبطة بمكامن النفس البشرية وأغوارها العجيبة وعوامل خارجية تتعلق بالمحيط والبيئة التي يعيش فيهما.

ونسعى من خلال هذه الدراسة إلى حصر وتبيان عوامل تكيف المراهقين نفسيا في حدود البيئة الاجتماعية التي يعيشون فيها، خاصة وأننا سنقوم في جزء من هذه الدراسة بإجراء مقارنة وصفية بين المجتمع الكويتي ـ والمجتمع الجزائري لمعرفة مدى تكيف المراهقين في المجتمعين دون إغفال الخصائص التي تجمعهما والمميزات التي تفرقهما.

إشكالية الدراسة:

قد تنوعت الدراسات التي حاولت الكشف عن التكيف النفسي للمراهقين وعلاقته بالحالة الاجتماعية والاقتصادية واختلفت تفسيرات الباحثين للمظاهر النفسية التي تدل على سوء التوافق النفسي وعدم التكيف كالاكتئاب والقلق، والوحدة النفسية، والشعور بالاغتراب، وعدم الإحساس بالأمن والطمأنينة، والعجز الاجتماعي، والخجل، والعصابية،

والانطواء، والأفكار اللاعقلانية، والتشاؤم، وانخفاض الثقة في النفس، والتمركز حول الذات، وضعف التحصيل الدراسي... وغيرها.

في حين اهتمت دراسات أخرى بالمتغيرات التي لها علاقة بالتوافق النفسي والتكيف الاجتماعي كالجنس، والبلد والتخصص الأكاديمي والوضع النفسي، والحالة الاجتماعية والتوجهات الدينية، والاقتصادية، والاجتماعية، والسياسية والقيم الأخلاقية.

أما الدراسات الأخرى فقد ركزت على الحاجات التي يساهم إشباعها في رفع مستوى التوافق النفسي والتكيف لدى المراهقين كالحاجة إلى الانتماء والحب، وتقدير الذات وتوفير المناخ النفسي الاجتماعي والوضع الأسري وتأثيره على حياة المراهقين.

من هذا المنطلق يمكننا أن نصيغ إشكالية دراستنا من خلال طرح التساؤلات كما يلي:

- ما هي مؤشرات التكيف النفسي لدى المراهقين؟

- هل اختلاف المعاملة من قبل الوالدين والمدرسين يؤثر في عملية التكيف النفسي للمراهقين؟

- ما مدى تأثير البيئة الاجتماعية في المجتمعين الكويتي والجزائري على المراهقين وعلى طرق تكيفهم النفسي؟

- ما هي طرق التكيف النفسي لدى المراهقين في المجتمع الكويتي؟

أهـــداف الدراســة:

تهدف الدراسة الحالية إلى تحقيق العديد من الأهداف يأتي في مقدمتها:

1- معرفة (مؤشرات) طرق وأساليب التكيف النفسي لدى فئة المراهقين.

2- معرفة مدى تأثير الجوانب الاجتماعية للبيئة الحياتية التي يعيش فيها هؤلاء عليهم وعلى طرق تكيفهم النفسي من خلال المقارنة بين مجتمعين هما المجتمع الجزائري والمجتمع الكويتي، مجتمعين تجمعهما روابط مشتركة وتفرقهما عوامل مختلفة من حيث البيئة الجغرافية والأبعاد التاريخية والموروثات الاجتماعية والثقافية ونمط المعيشة وهو ما يُعطي دراستنا الكثير من الأهمية والتشويق.

3- التركيز على فترة المراهقة كمرحلة عمرية مهمة يمر بها الشباب باعتبارها مرحلة الطاقات والإمكانات غير المحدودة التي يجب أن يتم استغلالها إيجابيا.

4- التعرف على بعض أسباب التكيف النفسي انطلاقا من الحاجة إلى القيام بدراسات يمكن

أن يستفاد منها في تحسين الخدمات التربوية والأكاديمية والاجتماعية والنفسية المقدمة للمراهق.

5- محاولة الكشف عن بعض المؤثرات النفسية والاجتماعية التي تعمل على تشكيل البنية النفسية لدى المراهقين.

6- الخروج بجملة من النتائج التي بإمكانها أن تشكل منطلقات إرشادية للمجتمع الكويتي والمجتمع الجزائري من أجل مساعدة المراهق على التكيف النفسي السليم.

الأهمية التطبيقية لهذه الدراسة:

1- نأمل أن ننجح بتوفير قدر ولو بسيط من المعلومات التي تتيح لنا وتعزز من فهم الأسباب المؤثرة على إمكانات التكيف لدى المراهقين في المجتمع الجزائري وفي المجتمع الكويتي.

2- محاولة استخلاص النتائج التي سوف نترجمها إلى توصيات تهدف إلى تحديد الطرق المثلى لتحقيق التكيف الأمثل لدى المراهقين.

3- نأمل أن تكون النتائج المتوصل إليها أسئلة جديدة تُطرح لدراسات مستقبلية تتناول المراهقين وطرقهم للتكيف النفسي والاجتماعي.

4- أخيراً نأمل أن تفتح هذه الدراسة الآفاق أمام المزيد من الدراسات للبحث في مفهوم الذات لدى الشباب الجزائري والكويتي خاصة وأن هناك الكثير من المستجدات والتحديات التي انتشرت في ثقافة المجتمع كقضايا العولمة الثقافية والهوية الفردية والوطنية والانتماءات الدينية والعرقية والقبلية والمنافسة الشخصية والتي تتطلب تنمية مفهوم ذاتي مرن، سوي وإيجابي لدى الشباب للتفاعل والتعامل مع هذه المستجدات والتطورات المعاصرة.

إن رعاية الأحداث والمراهقين والشباب يتطلب فهماً عميقاً وتحليلاً دقيقاً لمفهوم الذات لديهم، وبالتالي فإن أهمية نتائج دراستنا الحالية تكمن في عدة جوانب فهي قد تساعد المرشدين والاختصاصيين النفسيين في المؤسسات التربوية والاجتماعية في التعرف بصورة أكبر وأعمق على أهمية مفهوم الذات لدى الشباب والمراهقين وبالتالي مساعدتهم في تطوير مفاهيم إيجابية عن ذواتهم. كذلك يمكن أن تفيد عملية الكشف عن مستويات مفهوم الذات، المرشدين والاختصاصيين النفسيين في تعديل سلوكات سوء التوافق والتكيف.

تحديد المفاهيم:

تشير د. شيماء ذو الفقار في مؤلفها مناهج البحث والاستخدامات الإحصائية (شيماء ذو الفقار زغيب، 2009، ص: 109) بأن المفاهيم مصطلحات تعبر عن فكرة مجردة تتكون نتيجة تعميم الجزئيات وتجميع الملاحظات المرتبطة.

1ـ التكيف:

هو عملية التوازنات التي تقوم بها العضوية من أجل الاستمرار في الحياة والمحافظة على النوع (petit la rousse de la psychologie) أما التكيف النفسي فهو مجموعة من الآليات والأفكار والحركات التي يقوم بها الفرد قصد التوافق مع المحيط الاجتماعي وهي تركز على التغيرات الداخلية لدى الفرد من أجل التوافق مع المتغيرات الخارجية الاجتماعية.

2ـ المراهقة:

كلمة "المراهقة" في الفعل العربي ترجع إلى "راهق" الذي يعني الاقتراب من الشيء وعليه نقول راهق الغلام فهو مراهق، أي: قارب الاحتلام، ورهقتُ الشيء أي: اقتربت منه والمعنى هنا يشير إلى الاقتراب من النضج والرشد.

وتعنى المراهقة في علم النفس: "الاقتراب من النضج الجسمي والعقلي والنفسي والاجتماعي"، ولكنه ليس النضج نفسه لأن الفرد في هذه المرحلة يبدأ بالنضج تدريجيا ولكنه لا يصل إلى اكتمال النضج إلا بعد سنوات عديدة قد تصل إلى عشر سنوات. (عبد الرحمن العيسوي، 1987، ص: 29).

3ـ الآليات الدفاعية:

هي مكانيزمات الدفاع النفسي التي يستخدمها الإنسان والتي تتكون من مجموعة عمليات تهدف إلى تقليص أو إلغاء التغيرات التي من شأنها أن تضع حالة الاندماج والثبات النفسي للفرد مع محيطه الاجتماعي في خطر (الشربيني، 1991، ص: 20).

4ـ التصعيد:

هو آلية دفاع يستخدمها الفرد عند صرف رغبة معينة عن اتجاهها الأصلي إلى اتجاه آخر مع محاولة إضفاء الجانب القيمي عليها مثل الاتجاه إلى الفن أو الرياضة والأدب والدين (المرجع السابق ص 20).

ولدى سيقموند فرويد فإن الآليات الدفاعية تندرج في وظائف الأنا في حين لدى ابنته أنا فرويد تربطها بمتطلبات الداخل ومتطلبات الخارج (Anna Freud. 1968)

5ـ الجنوح:

هـو الميـل والانحـراف والخـروج عـن طريقـة معينـة، الجنـوح اصـطلاحاً يعـــني تصـرفات وأفعـــال الأطفـال الخـارجة عـن القيم والأعـــراف الاجتماعيـة وذلـك بميلـهم وخـروجهم عـن الخطوط المستقيمة التي اختطها المجتمع في شكل قيم وتقاليد وأعراف.

6. التبرير:

هو حيلة لا شعورية يلجأ إليها الفرد للدفاع عن سلوك خاطئ وهـو العملية التي يختلق بها الإنسان المبررات لما يأتيه من سلوك أو ما يراوده من أفكار وآراء، وذلك لكي تحل محل الأسباب الفعلية التي كانت وراء تصرفه.

وذكر في القاموس المحيط الفعل برر بمعنى سوّغ أي أجاز لنفسه ويقول ابن منظور في لسان العرب سوّغته أي بمعنى جوّزته.

7ـ العنف: Violence

تعرّف موسوعة علم النفس والتحليل النفسي العنف بأنه السلوك المشوب بالقسوة والعدوان والقهر والإكراه، وهو عادة سلوك بعيد عن التحضر والتمدن تستثمر فيه الدوافع والطاقات العدوانيـة استثمـــاراً صـريحاً بدائيـــا، كـالضـرب والتقتيـل للأفـراد والتكسـير والتـدمير للممتلكات، واستخدام القوة، ولإكراه الخصم وقهره (طه وآخرون، 1993، ص:551).

ويعرّف الشربيني العنف بأنه الإكراه المادي الواقع على شخص لإجباره على سلوك أو التزام ما وبعبارة أخرى هو سوء استعمال القوة، ويقصد به جملة الأذى والضرر الواقع على السلامة الجسدية للشخص كالقتل والضرب والجرح (الشربيني، 1991، ص: 20).

ويعرّف العنف أيضاً بأنه أي سلوك يؤدي إلى إيذاء شخص لشخص آخر، قد يكون هذا السلوك كلامياً يتضمن أشكالاً بسيطة من الاعتداءات الكلامية مثل التهديد وقد يكون السلوك فعليا حركيا كالضرب المبرح والاغتصاب والحرق والقتل، وقد يكون كلاهما وقد يؤدي إلى حدوث ألم جسدي أو نفسي أو إصابة أو معاناة أو كل ذلك. (عيد، 1999، ص: 58).

8. الصحة النفسية: Mental Health

تعـرف الصحة النفسية في الأنسكلوبيديا بـ: خـلو الإنسـان مـن الأمـراض النفـسية أو العقـلية (William B. 1996)، ويشير Bakal إلى أن الصحة النفسية هي التوازن بين جميع جوانب الحياة

الاجتماعية، المادية، الروحية والعاطفية، وأنها مؤشر على الكيفية التي نتعامل بها مع ما يحيط بنا، وقدرتنا على إيجاد البدائل أو الخيارات الملائمة في حياتنا(Bakal,1979, p.121)

أما (Surgeon) فيعرّفها على أنها: قدرة الوظائف العقلية على القيام بعملها بشكل ناجح (فعال) يمكن أن يؤدي إلى نشاطات أو فعاليات منتجة إيجابية كإقامة علاقات سليمة مع الآخرين، والقدرة على التكيف مع ظروف الحياة وتغييراتها(.Guttentag,1980 , p. 187) .

والتعريف الإجرائي للصحة النفسية هو تلك الاختلالات النفسية الناجمة عن العنف الذي يرتكبه المراهق ضد نفسه أو محيطه العائلي أو الاجتماعي أو انحرافه أو سلوكه سلوكا يمكن أن نصفه بغير السوي في العرف الاجتماعي، ويمكن أن نستدل على ذلك بالدرجة التي يحصلها المراهق من خلال الاستجابة على قائمة الأعراض المرضية المعدلة والمعتمدة في الأبحاث النفسية والتي بمكن أن يكون بحثنا من ضمنها.

9ـ الترشيد:

محاولة تبرير سلوك محدد وجعله مقبولا لدى العقل وإيجاد المحفزات النفسية للقيام بذلك السلوك.

10. القــيم الاجتمــاعية:

هى المثل العليا التى يتخذها الأفراد والجماعات قاعدة لهم في تصرفاتهم اليومية كما تعد تعبيرا عن الغايات والأهداف البعيدة للفاعل الاجتماعى وهى إذا لا ترتبط بما هو موجود بل بما يجب أن يكون (وليام لامبرت وولاس لامبارت، 1973، ص: 95).

11ـ الإنجاز:

هو العمل بهمة وحماس لتحقيق الأعمال والبحث عن أعمال أخرى.

12ـ الوجداني:

مشتقة من كلمة وجدان أي الشعور والعواطف والمزاج أو الميول وهو نقيض للمعرفة.

13ـ القلق:

حالة من التوتر المشابهة للخوف ترجع إلى مصدر غامض داخل الذات البشرية خاصة فيما يتعلق بالمستقبل أو العلاقات مع الآخرين.

المنهج المستخدم في البحث:

إن هذا التقسيم يمكن تصنيفه ضمن التصاميم الوصفية (غير التجريبية) وبالتحديد التصميم المسحي SURVEY DESIGN الذي يهدف إلى جمع البيانات باتجاهات الأفراد وآرائهم ووصفهم لسلوكهم مع افتراض أن هؤلاء الأفراد يمثلون خصائص المجتمع الذي ينتمون إليه حيث يمكن إجراء المسح بعدة طرق إما باستخدام المقابلة وجها لوجه وإما بالاختبارات الكتابية أي الاستبيانات.

وتقوم الدراسة المسحية على مبدإ بسيط هو أنك إذا أردت أن تعرف رأي الأفراد عن موضوع معين فيمكنك أن تسألهم فالمسح يقوم على تقويم استجابة الأفراد لمجموعة من الأسئلة أو العبارات التي تقدم لهم من أجل قياس اتجاهاتهم لمناهج واعتقاداتهم وقيمهم أو ميولهم للتصرف أو السلوك. فالدراسة المسحية تتضمن الحصول على معلومات مباشرة من المشاركين في البحث عن طريق طرح مجموعة من الأسئلة سواء مكتوبة أم شفهية ويُطلب من أفراد العينة الإجابة أي أن الباحث والمبحوث يشتركان معا في جمع المعلومات لأن الباحث يسأل والمبحوث يجيب.

وسنعتمد خلال دراستنا هذه من أجل الإجابة على الإشكالية المطروحة على المنهج الوصفي المقارن باعتباره الطريقة التي تتبع للكشف عن الحقائق بواسطة استخدام مجموعة من القواعد التي ترتبط بتجميع البيانات وتحليلها حتى نصل إلى نتائج ملموسة.

ويعتبر المنهج الوصفي لدى الباحثين والدارسين مظلة واسعة ومرنة تتضمن عددا من المناهج والأساليب الفرعية مثل المسوح الاجتماعية ودراسات الحالات الميدانية إذ يقوم على أساس تحديد خصائص الظاهرة ووصف طبيعتها ونوعية العلاقة بين متغيراتها وأسبابها واتجاهاتها وما إلى ذلك من جوانب تدور حول سبر أغوار مشكلة أو ظاهرة معينة والتعرف على حقيقتها في أرض الواقع (عبد الباسط محمد حسن، 2011، ص: 219).

ويعتمد المنهج الوصفي على تفسير الوضع القائم، أي ما هو كائن وموجود وتحديد الظروف والعلاقات الموجودة بين المتغيرات، كما يتعدى المنهج الوصفي مجرد جمع بيانات وصفية حول الظاهرة إلى التحليل والربط والتفسير لهذه البيانات وتصنيفها وقياسها واستخلاص النتائج منها، وهو الأمر الذي جعله يحتل المكانة الحالية بين جمهور الباحثين والدارسين.

وباعتبار أننا سنقوم بدراسة الظاهرة كما هي في الواقع دون أي محاولات للتأثير في أسبابها وعواملها وعليه فإننا سنعتمد على الوصف الكمي والكيفي انطلاقا من ملاحظاتنا حول مجتمع البحث وهو مجتمع المراهقين ونقصد العينة (Sample) مجتمع الدراسة، ثم نقوم

بالمقارنة بين فئة المراهقين من عينة المجتمع الجزائري وعينة المجتمع الكويتي حيث تكون المقارنة خطوة للحصول على النتائج والتأكد أو نفي الفرضيات، حيث حددنا حجم العينة في 423 حالة قمنا بتوزيع الاستبيان عليها قبل تفريغه ودراسته ثم إجراء المقارنة.

في موضوع دراستنا فإن اختيار العينة كان عشوائيا وغير مقصود من فئة المراهقين من تلاميذ الثانويات باعتبارهم يُشكلون المرحلة العمرية التي نقوم بدراستها.

الأدوات المستخدمة في البحث:

ككل الدراسات الوصفية سنعتمد في دراستنا هذه على أدوات البحث التي يتم في العادة استخدامها ويتعلق الأمر بالملاحظة والاستبيان والمقابلة والاختبار ثم تحليل المعطيات.

1 ـ الملاحظة:

تُعد الملاحظة في نظر فقهاء المنهجية الطريقة والوسيلة المقصودة التي توجه الانتباه والحواس والعقل إلى طائفة خاصة من الظواهر والوقائع لإدراك ما بينها من علاقات (عبد الرحمان بدوي، 1963 ص: 118).

وتعتبر الملاحظة من أوائل الأدوات التي استخدمت في مجال علم النفس لدراسة السلوك سواء أكان سلوك الإنسان أم الحيوان، حيث أسهمت الملاحظة في تطور علم النفس بوصفه تخصصا علميا. وتعتمد الملاحظة على التحديد الدقيق والواضح للظاهرة محل الملاحظة، وفي الدراسات المسحية النفسية تحدد أنواع السلوك بصورة إجرائية واضحة لا لبس فيها ولا غموض بحيث يمكن تسجيل الملاحظات من قبل الباحث كخطوة أولى تليها خطوات إجرائية أخرى.

يشترط في البحوث العلمية أن تكون الملاحظة موضوعية وبعيدة عن الذاتية وأهواء الباحث وميوله وأفكاره حيث يسجل الظواهر أو السلوكيات كما تكون في الواقع وليس كما يريدها أن تكون مع عدم إهمال أي عنصر من عناصر الموقف الملاحظ واستخدام الأدوات العلمية في الملاحظة (أحمد محمد عبد الخالق وآخرين، 2008، ص: 86).

2 ـ المقابلة:

تُعرف المقابلة من قبل عموم الباحثين بأنها استبيان شفوي يتم فيه التبادل اللغوي اللفظي بين القائم بالمقابلة (الباحث) وبين فرد أو عدة أفراد للحصول على معلومات ترتبط بآراء أو اتجاهات أو سلوكيات محددة (عبد الرحمان بدوي، 1963، ص: 129).

وتعتبر المقابلة من وسائل التقرير الذاتي حيث يتم فيها لقاء الباحث والمبحوث وتبادل للمعلومات ويقوم الباحث بإعداد قائمة من الأسئلة يريد طرحها على المبحوث لتلقي الإجابة منه أي معلومات يحصل عليها الباحث تعتمد على ما يقوله المبحوث عن نفسه ووصفه لها. وتتطلب المقابلة الحضور الشخصي للطرفين أي أن يكون الباحث والمبحوث وجها لوجه، فالمقابلة تُمكن الباحث من رؤية كل فرد من أفراد العينة والتحدث معه، كما تُمكنه من تعديل الأسئلة وتحويرها عندما تحتاج إلى توضيح (أحمد محمد عبد الخالق وآخرين، 2008، ص: 89).

يلجأ الباحثون خاصة المتخصصين في البحوث الوصفية النفسية والتربوية إلى استخدام المقابلة إلا أنها تختلف في أهميتها حسب المنهج المتبع في الدراسة لكنها تظل من أنسب الأدوات استخداما في المنهج الوصفي ولاسيما فيما يتعلق ببحوث دراسة الحالة.

تُصنف الأسئلة المطروحة في المقابلات إلى ما يلي:

ـ أسئلة مقيدة وفيها يستتبع كل سؤال بمجموعة من الاختيارات وما على المفحوص إلا الإشارة إلى الاختيارات الذي تتفق مع رأيه.

ـ أسئلة شبه مقيدة وتصاغ فيها الأسئلة بشكل يسمح بالإجابات الفردية ولكن بشكل محدود للغاية.

ـ أسئلة مفتوحة حيث يقوم الباحث بتوجيه أسئلة واسعة غير محددة إلى المفحوص مما يؤدي إلى تكوين نوع من العلاقات بينهما وذلك في سبيل خلق أجواء من الثقة بما يفيد الجانبين (عبد الرحمان بدوي، 1963، ص: 120).

اعتمدت دراستنا على المقابلة المسحية ونقصد بها لقاءنا المتواصل وحتى اليومي مع عينات من فئة المراهقين، حيث قام الباحث على فترات بالاختلاط بهم وتجاذب أطراف الحديث معهم واستقصاء آرائهم من أجل الحصول على قدر معين من المعلومات عن الظاهرة موضوع الدراسة انطلاقا من استفادته من تجارب لدراسات نفسية سابقة قام خلالها الباحثون باعتماد هذا النوع من المقابلة وعلى سبيل المثال في دراسات الرأي العام أو دراسات الاتجاهات ودراسات الجمهور والدراسات الوصفية والسلوكية.

3-الاســـتبيان:

يعتبر الاستبيان إحدى وسائل البحث العلمي المستخدمة على نطاق واسع من أجل الحصول على بيانات أو معلومات شخصية أو عامة.

وفي مجال علم النفس والصحة النفسية يرتبط الاستبيان بميول وتوجهات الناس أو اتجاهاتهم وحالاتهم النفسية مما يسمح للباحثين والدارسين بتحليل البيانات التي تتضمنها استمارة الاستبيان وإصدار الأحكام واستخلاص النتائج حول الظاهرة محل الدراسة (عبد الرحمان بدوي، 1963، ص: 123)، ومن فوائد الاستبيان أنه يتيح للباحث توفير واقتصاد الجهد والوقت إذا ما تمت مقارنته بالمقابلة والملاحظة.

وبعيدا عن التصنيفات العلمية للاستبيان والمحددة في أربعة أنواع هي الاستبيان المغلق والاستبيان المفتوح والاستبيان المغلق المفتوح والاستبيان المصور فإن دراستنا سوف تعتمد على النوع الثاني وهو الاستبيان المغلق المفتوح الذي اعتبر خليطا من النوعين المذكورين ويحتوي على عدد من الأسئلة تكون إجاباتها جاهزة ومحددة وعدد آخر من الأسئلة إجاباتها حرة ومفتوحة أو أسئلة ذات إجابات محددة متبوعة بطلب شرح أو تفسير سبب اختيار الجواب دون غيره.

لقد اخترنا في دراستنا هذا النوع من الاستبيان لأنه في نظرنا الأكثر ملاءمة لبحثنا وحتى نجعل المشاركين في الاستبيان يشعرون بالراحة ويقومون بالإجابة على الأسئلة التي تتضمنها استمارة الاستبيان خاصة وأن جل الباحثين والدارسين يفضلون استخدام هذا النوع من الاستبيانات لأنه يتخلص من عيوب ومشاكل النوعين السابقين ويستفيد من مميزاتهما.

يتألف الاستبيان المطبق في دراستنا من استمارة بحث تحتوي على مجموعة من الأسئلة مقسمة على عدة مؤشرات للتكيف النفسي للمراهقين في بيئتهم الاجتماعية وهو من النوع المطلق المفتوح الذي يحتوي على 60 بندا موزعة على عدة محاور وهي:

ـ المحور الأول يمثل خصائص العينة ويضم 8 أسئلة وقد شملت الأسئلة س1 س 2 س 3 س 4 س 5 س 6 س 7 س 8.

ـ المحور الثاني ويضم أسئلة الاستبانة المتعلقة بمؤشرات البحث وتم تقسيمها كما يلي:

أ- مؤشر المستوى المادي للعائلة: س2 س3 س4 س27

ب- مؤشر المستوى التعليمي: س5 س6 س7 س19 س41

ج- مؤشر الشعور بالارتياح في الوسط العائلي والاجتماعي: س9 س10 س11 س20 س21 س22 س 33 س34 س35 س36 س47 س57 س58

د- مؤشر استخدام العنف: س12 س13 س14 س54.

هـ- مؤشر الاستعداد لتقديم المساعدة: س37 س40

و- مؤشر الاستمتاع بالحياة: س28 س30 س31 س32 س56

ي- مؤشر حرية التعبير: س23 س43

ز- مؤشر الانحراف: س15 س16 س17 س38 س48 س49 س50 س59

ك- مؤشر استراتيجيات التكيف: س39 س42 س44 س45 س46 س51 س52 س53 س60.

لقد تم عرض الأسئلة التي تضمنها الاستبيان على أفراد عينة البحث من المراهقين الذكور في المجتمع الكويتي والمراهقين الذكور في المجتمع الجزائري للإجابة عنها ومن المفترض أن الإجابة كانت دون مساعدة أو تدخل من أحد لكن لا يمكننا التأكد من ذلك خاصة وأن الإجابة عن الاستبيان لم تكن في كل الحالات بصورة مباشرة بل في بعض الحالات أخذها المستجوبون معهم إلى منازلهم للإجابة عنها ثم إعادتها إلينا.

خصائص عينة البحث:

تضمنت عينة الدراسة فئتين من المراهقين في المجتمعين الكويتي والجزائري وتجسيدا لما تضمنه البحث في شقه المتعلق بالجانب التطبيقي فقد قمنا بتوزيع حوالي 600 ورقة استبيان على عدد متنوع من الثانويات 300 ورقة استبيان في الكويت وعدد مماثل 300 في الجزائر بصفة غير منتظمة وعشوائية خاصة وأن اختيار العينة الكبيرة في الدراسات المسحية مستحب لكنه لا يعني بالضرورة بأنها ستكون ممثلة لخصائص مجتمع الدراسة، فالعينة إذن هي نموذج يشمل جزءا من وحدات المجتمع الأصلي يكون ممثلا له تمثيلا جيدا، بحيث يحمل صفاته المشتركة وهذا النموذج أو الجزء يغني الباحث عن دراسة كل وحدات ومفردات المجتمع الأصلي خاصة في حالة صعوبة أو استحالة دراسة كل تلك الوحدات (تمار يوسف، 2010، ص: 10).

في حين يرى بونوا لومان بأنه لا توجد طريقة واحدة ومثالية يمكن الرجوع إليها في تحديد حجم العينة منذ بداية التحليل (.Benoit le maux .doc internet).

ونظرا لطبيعة الموضوع كانت العينة ذكورية وقد تم اختيارها بطريقة عشوائية حتى تكون النتائج قريبة من الواقع.

بعد جمع أوراق الاستبيان لم نتمكن من استرجاع سوى 233 ورقة استبيان من المخصصة لثانويات الكويت (في منطقة العاصمة) و218 ورقة استبيان من المخصصة لثانويات الجزائر (منطقة غرب ووسط العاصمة الجزائر) وبعد تمحيصها استبعدنا عدد 08 ورقات استبيان من الفئة الأولى المخصصة للكويت لعدم استيفائها الشروط، ما تعلق منها بشطب بعض المستجوبين للأوراق والكتابة عليها خارج حدود الاستبيان وعدم الإجابة عن بعض الأسئلة فأصبح عدد العينة بالنسبة للمراهقين في المجتمع الكويتي هو: 225، كما ألغينا 16 ورقة

استبيان من الفئة الثانية بالنسبة للمراهقين الجزائريين لنفس الأسباب فأصبح عدد العينة بالنسبة للمراهقين في المجتمع الجزائري هو: 202.

1 ـ متغير الجنس:

	المراهق في المجتمع الكويتي	المراهق في المجتمع الجزائري		
الجنس	العدد	العدد	المجموع	النسبة
ذكور	225	202	427	%100

تتكون عينة الدراسة التي هي عينة عشوائية من 427 مستجوب من المراهقين الذكور في المجتمعين الجزائري والكويتي حيث تتقسم إلى 225 مراهق مستجوب من المجتمع الكويتي و202 من المراهقين المستجوبين من المجتمع الجزائري.

2 ـ طبيعة الأسرة:

	المراهق الجزائري		المراهق الكويتي	
	التكرار	النسبة	العدد	النسبة
كبيرة	31	٪15.35	86	٪38.23
متوسطة	115	٪56.93	130	٪57.77
صغيرة	56	٪27.72	9	٪04
المجموع	202	٪100	225	٪100

يعيش 115 من أفراد عينة المراهقين الجزائريين في أسرة متوسطة العدد أي بنسبة ٪56.93 في حين يعيش 130 من أفراد عينة المراهقين الكويتيين في أسرة متوسطة أي نسبة ٪57.77 وهي نسب متقاربة تدفعنا إلى القول بأن أغلب أفراد العينة من المراهقين يعيشون في عائلات متوسطة العدد وهو مؤشر مشترك لدى المجتمعين سوف نأخذه بعين الاعتبار عند صياغة النتائج.

في حين يعيش 86 فردا من أفراد العينة أي نسبة ٪38.23 من المراهقين في المجتمع الكويتي في أسر وعائلات كبيرة مقابل 31 فردا أي ٪15.35 من المراهقين الجزائريين، غير أن 56 أي ٪27.72 من المراهقين الجزائريين يعيشون في عائلات صغيرة مقابل 9 مراهقين كويتيين أي نسبة ٪04 وهو مؤشر يتماشى مع معطى التطور الذي شهده المجتمع الجزائري خلال السنوات الأخيرة وتحول الأسر الجزائرية إلى عائلات صغيرة في حين لا يزال المجتمع الكويتي يتمسك بالعائلة الكبيرة وهو معطى يطبع المجتمع الخليجي.

3ـ العلاقة الوالدية:

	المراهق الجزائري		المراهق الكويتي	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة
الوالدان	156	٪77.22	191	٪84.88
الوالد	18	٪08.92	11	٪04.88
الوالدة	16	٪07.92	21	٪09.35
بعيد عنهما	12	٪05.94	02	٪0.89
المجموع	202	٪100	225	٪100

من خلال السؤال الثالث أجاب 191 من أفراد العينة من المراهقين الكويتيين بأنهم يعيشون مع الوالدين أي بنسبة 84.88٪، في حين بلغت نسبة المراهقين الجزائريين الذين يعيشون مع الوالدين معا 77.22٪.

تعتبر النسبتان مؤشرا واضحا على أن معظم أفراد العينة يعيشون في جو أسري مترابط وغير مفكك، خاصة وأن نسب المراهقين الذين يعيشون بعيدا عن الوالد أو الوالدة متقاربة ولم تبلغ 10٪، في حين لم تتجاوز نسبة المراهقين الذين يعيشون بعيدا عن الوالدين معا نسبة 5٪.

وعليه تؤكد تلك النسب بأن المراهقين المستجوبين أغلبهم يعيشون مع الوالدين وليس لديهم معاناة بسبب انفصال الوالدين أو افتراقهما.

4ـ طبيعة المسكن:

	المراهق الجزائري		المراهق الكويتي	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة
فيلا	84	٪41.58	160	٪71.11
حوش	15	٪07.43	11	٪04.88
شقة	103	٪50.99	51	٪22.66
أخرى	0	٪0	03	٪01.35
المجموع	202	٪100	225	٪100

أجابت نسبة 71.11٪ من المراهقين الكويتيين بأنها تعيش في فيلا مقابل نسبة 41.58٪ من المراهقين الجزائريين، وفي المقابل أجابت نسبة 50.99٪ من المراهقين الجزائريين مقابل نسبة 22.66٪ من المراهقين الكويتيين بأنها تعيش في شقة.

تمثل النسب المذكورة فارقا في المستوى الاجتماعي وعلامة اختلاف بين المجتمعين محل الدراسة والبحث.

5ـ المستوى الاقتصادي:

	المراهق الجزائري		المراهق الكويتي	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة
ميسورة	22	10.90٪	117	52٪
مقبولة	103	50.99٪	76	33.77٪
متوسطة	67	33.16٪	30	13.35٪
فقيرة	10	04.95٪	02	0.88٪
المجموع	202	100٪	225	100٪

يصف 117 من المراهقين الكويتيين مستواهم الاقتصادي والحالة الاجتماعية لعائلاتهم بأنها ميسورة أي بنسبة 52٪ مقابل 10.90٪ من أفراد عينة المراهقين الجزائريين، الذين اعتبر منهم 103 وضعهم الاقتصادي بالمقبول أي بنسبة 50.99٪ مقابل 33.77٪ للمراهقين الكويتيين، في حين كانت نسبة من وصفوا حالهم بالمتوسط لدى المراهقين الجزائريين 33.16٪ مقابل 13.35٪ للمراهقين الكويتيين.

تؤكد هذه النسب وتتوافق مع ما سبق وأن أبرزته نسب الجدول السابق المتعلق بطبيعة المسكن حيث يبدو المستوى الاقتصادي لأفراد العينة من المراهقين الكويتيين ميسورا ومقبولا إلى حد بعيد، أما المستوى الاقتصادي لأفراد العينة من المراهقين الجزائريين فهو مقبول ومتوسط.

6ـ المستوى التعليمي للوالد:

	المراهق الجزائري		المراهق الكويتي	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة
ابتدائي	24	11.88٪	20	08.90٪
متوسط	35	17.34٪	41	18.22٪
ثانوي	84	41.58٪	86	38.22٪
جامعي	59	29.20٪	78	34.66٪
المجموع	202	100٪	225	100٪

يغلب على أفراد عينة المراهقين الجزائريين بالنسبة لمستوى والدهم التعليمي المستوى الثانوي أي بنسبة 41.58٪ مقابل نسبة 38.22٪ للمراهقين الكويتيين، في حين يغلب على أفراد

عينة المراهقين الكويتيين من حيث مستوى والدهم التعليمي المستوى الجامعي بنسبة 34.66٪ مقابل نسبة 29.20٪ للمراهقين الجزائريين.

وعليه يمكن القول إن المستوى الدراسي للوالد لدى أفراد عينتنا من المراهقين الكويتيين والمراهقين الجزائريين عال ومقبول جدا وهو مؤشر له دلالاته النفسية.

7ـ المستوى التعليمي للوالدة:

	المراهق الجزائري		المراهق الكويتي	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة
ابتدائي	34	٪16.85	24	٪10.66
متوسط	47	٪23.26	43	٪19.11
ثانوي	79	٪39.10	76	٪33.78
جامعي	42	٪20.79	82	٪36.43
المجموع	202	٪100	225	٪100

كشف هذا الجدول أن نسبة أفراد العينة من المراهقين الكويتيين والمراهقين الجزائريين في مستوى والدتهم التعليمي الثانوي متقاربة للغاية 39.10٪ للجزائريين و33.78٪ للكويتيين، في حين يغلب على أفراد عينة المراهقين الكويتيين في مستوى والدتهم التعليمي الجامعي بنسبة 36.43٪ مقابل نسبة 20.79٪ للمراهقين الجزائريين، وهي نسب تقارب نسب الجدول السابق المتعلق بالمستوى التعليمي للوالد.

وعليه يمكن القول إن المستوى الدراسي للوالدة لدى أفراد عينتنا من المراهقين الكويتيين والمراهقين الجزائريين عال ومقبول جدا وهو مؤشر له دلالاته النفسية.

8ـ هوايات المراهق:

	المراهق الجزائري		المراهق الكويتي	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة
المطالعة	36	٪17.82	49	٪21.77
الرياضة	91	٪45.05	102	٪45.33
الموسيقى	30	٪14.85	21	٪09.33
إنترنت	31	٪15.35	33	٪14.66
المسرح	07	٪03.46	15	٪06.66
أخرى	06	٪02.97	05	٪02.22

لم نلتزم في هذا الجدول بنسبة المجموع 100 % وذلك لأن أفراد العينة اختاروا عدة إجابات وأكثر من اختيار واحد في وقت واحد ، حيث كانت توجهات أفراد العينة تميل إلى اختيار الرياضة بنسبة 45.33٪ للمراهقين الكويتيين ونسبة 45.05٪ للمراهقين الجزائريين تليها المطالعة بنسبة 21.77٪ للمراهقين الكويتيين و17.82٪ للمراهقين الجزائريين ثم الإنترنت بنسبة 15.35٪ للمراهقين الجزائريين و14.66٪ للمراهقين الكويتيين والموسيقى بنسبة 14.85٪ للمراهقين الجزائريين ونسبة 09.33٪ للمراهقين الكويتيين.

وعليه فإن ما يميز أغلب أفراد العينة ميلهم إلى الرياضة والإنترنت وهو لغة العصر ووسيلة التواصل الحديثة لدى غالبية أفراد المجتمع والشباب على وجه الخصوص ومنهم المراهقون.

أهم نتائج الدراسة:

لقد انبثقت عن هذه الدراسة المتعلقة بمؤشرات التكيف النفسي لدى المراهقين الكويتين والجزائريين، جملة من النتائج المهمة التي تترجم هذه المؤشرات، والمتمثلة فيما يلي:

1-صعوبات الحياة:

إن صعوبات الحياة تؤثر في التوافق النفسي لدى 10.30٪ من المراهقين الجزائريين في مقابل نسبة 5.20٪ من المراهقين الكويتيين بينما لا تؤثر في نسبة 21.50٪ من الكويتيين مقابل 9.40٪ من الجزائريين وتتقارب النسب بين الفئتين في المستويات الأخرى من التأثير، فهي تؤثر أحيانا على 26.20٪ من الجزائريين و24٪ من الكويتيين.

وتعتبر صعوبات الحياة كمؤشر ضروري للتوافق النفسي لدى المراهقين ،حيث كانت قيمة ($كا^2$) مساوية لـ 27.32 ودالة عند مستوى 0.001 وهي ما يشير إلى أن الفروق في تأثير صعوبات الحياة على مستوى التوافق النفسي لدى المراهقين هي لصالح الكويتيين الذين يشعرون بأقل درجة من الصعوبات في الحياة.

2- أنواع الصعوبات والمعاناة لدى المراهقين:

إن هناك مجموعة مهمة من أنواع الصعوبات التي تشير إلى إبعاد التكيف النفسي لدى المراهقين والشعور بالارتياح أهمها الصعوبات النفسية والصعوبات المدرسية.

حيث أشار 13.80٪ من المراهقين الجزائريين إلى تأثير الصعوبات النفسية على توافقهم النفسي مقابل 7.30٪ من المراهقين الكويتيين كما أشار 12.20٪ من المراهقين الكويتيين إلى تأثير الصعوبات الدراسية ،مقابل10.80٪ من المراهقين الجزائريين.

بينما كانت الصعوبات المادية أكثر تأثيرا على توافق المراهقين الجزائريين وذلك حسب إجابة 8.7٪ منهم مقابل 3.50٪ من المراهقين الكويتيين.

- أما الصعوبات الصحية، فهي على نفس مستوى التأثير لدى الفئتين وقد عبر عنها 1.9٪ من الجزائريين والكويتيين على حد سواء وهي نسبة ضئيلة تشير إلى تحسين المستوى الصحي لدى المجتمعين وعدم تأثيره بوضوح على تكيفهم النفسي وقد كانت النتائج المشار إليها دالة عند مستوى 0.001 وكانت قيمة الفروق (كا^2) بين الفئتين مساوية لـ 44.276٪ عند درجة حرية 5.

- وأشارت هذه الدلالة إلى أن الفروق في الصعوبات النسبية كبيرة لدى المراهقين الجزائريين وضئيلة لدى المراهقين الكويتيين.

- بينما الصعوبات المدرسية فهي أكبر لدى المراهقين الكويتيين وأقل لدى المراهقين الجزائريين.

3-مدى تفهم الآخرين للمراهق:

قد أكدت النتائج، بأن النسبة الغالبة من المراهقين ترى بأن الآخرين المحيطين بهم لا يفهمونهم. فيما أكد 44% منهم بأن عددا محدودا من المحيطين بهم يفهمونهم ويستجيبون لأمورهم. لكن أظهر المراهقون الكويتيون أعلى نسبة في ذلك حيث بلغت 26% مقابل 18.3% من المراهقين الجزائريين الذين يرون نفس الأمر بأن القليل منهم يفهمهم.

كما أكد 17.8% من المراهقين الكويتيين بأن المحيطين بهم يفهمونهم في مقابل شعور نسبة 11.9% من المراهقين الجزائريين بذلك. ولقد حسبت قيمة كا2 لهذه الفروق فوجدت أنها تساوي 42.446 ودالة عند مستوى 0.001.

4-البيئة الاجتماعية كمؤشر للتكيف النفسي:

يصنف المراهقون بيئتهم الاجتماعية التي يعيشون فيها بكونها بيئة أصيلة ومعاصرة، وقد بلغت نسبتهم 52,7% من المجتمع الكلي وقد أشار إلى ذلك المراهقون الجزائريون والكويتيون على التوالي بنسبتي 27,6% و25,1%.

في حين يري 32.1% بأنهم من بيئة أصيلة وهو ما أشار إليه 20,6% من الكويتيين في مقابل 11,5% من الجزائريين وقد ظهرت فروق في ذلك بين الفئتين (أي في كون بيئتهم أصيلة فقط).

بينما أشار 10,5% من العينة الإجمالية بأن بيئتهم الاجتماعية معاصرة فقط وقد حسبت قيمة كا2 لهذه النتائج فيما يخص هذا المؤشر وقد وجدت بأنها مساوية لـ17,403 ودالة عند مستوى 0,001 وهو ما يؤكد بأن البيئة الاجتماعية المحيطة بالمراهق تساهم في تحديد مشاعره

نحو نفسه ونحو مجتمعه، وتشعر بالتكيف والتوافق النفسي إذا ما كانت ملائمة بالنسبة له فتصنيفهم لبيئتهم الاجتماعية يتماشى مع طموحاتهم في عيش حياة مطمئنة رغدة.

5-مؤشر التمسك بالتقاليد والقيم:

فقد بينت نتائج الدراسة بأن نسبة 51,8% من العينة الإجمالية للمراهقين متمسكون بالتقاليد وأن هناك اختلافات في تمثل هذه القيم والتقاليد بين الفئتين. حيث عبر 35,4% من المراهقين الكويتيين بأنهم متمسكون بالتقاليد وقيم مجتمعهم في مقابل تأكيد 16,4% من المراهقين الجزائريين.

كما أكد 35,8% من المجتمع الكلي للعينة المدروسة أنهم يتفاعلون حسب الظروف والمناسبات مع هذه القيم والتقاليد. لكن وجدت اختلافات فيما بينهم. فقد أجاب 24,4% من المراهقين الجزائريين بأنهم يحترمون تقاليد مجتمعهم حسب الظروف. في مقابل تأكيد ذلك من طرف 11.5% من المراهقين الكويتيين.

بينما كانت الإجابات الأخرى لا تمثل نسبة كبيرة فمن لا يحترم ولا يهتم بتقاليد المجتمع كانت ضعيفة وتشير هذه النتائج إلى وجود دلالة واضحة عند حدود 0,001 وكانت قيمة كا2 لهذه النتائج مساوية لـ56,145.

وإن دلت هذه الأرقام على شيء فإنما تدل على أن الاحترام والاهتمام بالتقاليد والقيم الاجتماعية لا زالت في مستواها الإيجابي لدى المراهقين بفئتيهم.

6-رأي المحيطين في قرارات المراهق:

يظهر من خلال النتائج أن 53% من العينة الكلية يحترمون ويهتمون برأي المحيطين بهم في اتخاذ قراراتهم، ويعد ذلك مؤشرا إيجابيا في مستوى توافق المراهق نفسيا واجتماعيا.

وإذا ما قارنا بين الفئتين نجد أن 33,5% من المراهقين الكويتيين يولون أهمية للمحيطين بهم عندما يريدون أخذ قرار في حياتهم مقابل 20,4% من المراهقين الجزائريين.

في حين إن الذين لا يهمهم رأي المحيطين بهم بلغ نسبة 32,3% من العينة الكلية، وكانت نسبة 17,3% من المراهقين الجزائريين تعبر عن ذلك، مقابل 15% من المراهقين الكويتيين، الذين عبروا عن عدم اهتمامهم برأي المحيطين بهم في اتخاذ أي قرار. وقد أكدت قيمة هذه النتائج قيمة كا2 المحسوبة 34,135 والدالة عند مستوى 0,001.

7-الاستمتاع بالحياة الشخصية للمراهق:

إن المراهق الناجح هو الذي يعرف كيف يستمتع بحياته سواء كان جزائريا أم كويتيا، والاستمتاع بالحياة من أهم المؤشرات الدالة على الهدوء والطمأنينة والارتياح لدى المراهقين،

وقد بينت النتائج أن الإجابة كانت " بنعم" للمراهقين الجزائريين ووصفهم بالناجحين في حياتهم وبلغت نسبتهم 45.5%. من مجمل العينة الكلية. وهذا إن دل على شيء فإنما يدل على تحقيق الارتياح النفسي مما ينتج عنه الاستمتاع بالحياة بصورة جيدة. ولو قمنا بمقارنة بسيطة بين العينتين نجد أن مستوى الاستمتاع بالحياة لدى المراهقين الكويتيين أكبر من المراهقين الجزائريين.

وهذا ما توضحه النتائج، حيث أجاب المراهقون الكويتيون بـ "نعم" بنسبة 27.9% أي في المرتبة الأولى من مجموع العينة المطبق عليها الاستبيان، في حين نجد أن المراهقين الجزائريين يحتلون المرتبة الثانية بنسبة 17.6%، كما أجاب المراهقون الجزائريون بـ " لا أدري" أي لا يعرفون كيفية وصف أنفسهم بالناجحين بنسبة 23.7%، ربما يرجع ذلك إلى ضعف التقدير لذاتهم ولا يجيدون كيفية الاستمتاع بحياتهم، كما نلاحظ كذلك أن بعض المراهقين الكويتيين والمراهقين الجزائريين يصفون أنفسهم بعدم النجاح أي لا يتمتعون بحياتهم أبدا. وهذا ما توضحه نتائج البحث على التوالي 6.3% و6.1% من مجموع أفراد العينة، كما وجدنا كذلك أن الفروق كانت طفيفة بين المراهقين بفئتيهم.

وقد حسبت قيمة الفروق "كا مربع" بين الفئتين إجمالا ووجدت بأنها مساوية لـ11.482 وهي قيم دالة عند مستوى 0.003، وهذه الدلالة تشير إلى أهمية تأثير المؤشر الخاص بالاستمتاع بالحياة في تحقيق التكيف النفسي لدى المرهقين.

8- مؤشرات التعبير بالصراحة:

يختلف المراهقون الجزائريون عن المراهقين الكويتيين فما يخص معظم مؤشرات التكيف النفسي المرتبطة بحرية التعبير. ويعتبر (التعبير بصراحة عن جميع الآراء) من المؤشرات المهمة والمميزة للتكيف النفسي والتي ينتج عنها الارتياح النفسي لدى المراهقين، وقد أوضحت نتائج الدراسة الحالية أن مؤشر "التعبير عن الآراء بصراحة" يلعب دورا مهما وبارزا في تحقيق الارتياح النفسي لدى المراهقين وهذا ما عبر عنه المراهقون في إجاباتهم، بحيث قدرت النسبة بـ 42.6٪ من مجمل أفراد العينة.

وإذا ما قارنا بين الفئتين نجد أن نسبة الإجابة (بنعم) هي عند المراهق الكويتي أكبر وتقدر بـ 26.4٪، مقابل 16.2٪ عند المراهق الجزائري. وبـ الإجابة بعبارة (لا) بنسبة 7.3٪، هي

عند المراهق الجزائري، مقابل 2.8٪ عند المراهق الكويتي في الاستطاعة عن التعبير بصراحة عن جميع الآراء. وقد حسبت الفروق كا مربع بين الفئتين إجمالا ووجدت بأنها متساوية 20.038 وهي قيمة دالة عند مستوى 0.001، وهذه الدلالة تشير إلى أهمية تأثير المؤشر حرية التعبير في تحقيق التكيف النفسي لدى المراهقين.

9-مؤشر الانحراف:

يختلف المراهقون الجزائريون عن المراهقين الكويتيين في ما يخص معظم مؤشرات التكيف النفسي المرتبطة بالانحراف. حيث أظهرت نتائج الدراسة أن عدم التدخين من العناصر المهمة والمميزة في تحقيق التوافق النفسي والارتياح عند المراهقين حيث عبر عن ذلك 70.5٪ من مجموع أفراد عينة الدراسة.

وإذا ما قارنا بين الفئتين من خلال النتائج في هذا المؤشر نجد أن نسبة الإجابة بـ (نعم) عند المراهق الكويتي هي 8.0٪ وعند المراهق الجزائري هي 7.0٪ وهي زيادة طفيفة وبالمثل في حالة (لا)، ونسبتها عند المراهق الكويتي هي 36.5٪، بينما نسبة المراهق الجزائري هي 34.00٪ من مجموع أفراد العينة.

وقد حسبت الفروق كا مربع بين الفئتين إجمالا ووجدت بأنها متساوية 1.34 وهي قيمة غير دالة عند مستوى 0.855، وعدم الدلالة هذا يشير إلى عدم أهمية تأثير المؤشر الانحراف عامة وتعاطي التدخين خاصة في تحقيق التكيف النفسي لدى المراهقين.

وأظهرت نتائج الدراسة أيضا، أن عدم تعاطي المخدرات من العناصر المهمة والمميزة في تحقيق التوافق النفسي والارتياح عند المراهقين حيث عبر عن ذلك 81.3٪ من مجموع أفراد عينة الدراسة. وإذا ما قارنا بين الفئتين من خلال النتائج في هذا المؤشر نجد أن نسبة الإجابة ب (نعم) عند المراهق الكويتي هي 1.66٪ وعند المراهق الجزائري هي 3.0٪ وهو فرق طفيف، وبالمثل في حالة (لا)، ونسبتها عند المراهق الكويتي هي 45٪، بينما نسبة المراهق الجزائري هي 34.50٪ من مجموع أفراد العينة.

وقد حسبت الفروق كا مربع بين الفئتين إجمالا ووجدت بأنها متساوية 17.72 وهي قيمة دالة عند مستوى 0.001، وهذه الدلالة تشير إلى أهمية عدم تناول المخدرات في تحقيق التكيف النفسي لدى المراهقين عند أفراد عينة الدراسة.

خاتمة:

يتضح من مختلف نتائج الدراسة أن المراهق في المجتمعات العربية وبالأخص في المجتمعين الكويتي والجزائري، يعاني من التهميش والضياع ونقص الرعاية النفسية والاجتماعية. حيث عبر عن ذلك أغلب أفراد عينة الدراسة، فهم في حاجة ماسة إلى الاستمتاع بحياتهم والتعبير

عن آرائهم بكل حرية وصراحة دون قيود. ويصنف المراهقون بيئتهم الاجتماعية التي يعيشون فيها بكونها بيئة أصيلة ومعاصرة، أي هم يعانون من التناقض الوجداني بين الأصالة والمعاصرة، خصوصا في ضوء عولمة الثقافة والتحرر الفكري، وهو ما يجعلهم يصطدمون بواقع مختلف عما يتمنون العيش فيه.

وقد أدى هذا التحرر إلى تفكك في شخصية المراهقين، وإلى اضطراب نفسي اجتماعي لدى فئة كبيرة من المراهقين الكويتيين من خلال تعاطيهم التدخين والمخدرات التي تمثل مؤشرا للانحراف في المجتمع العربي الكويتي. ويذهب إلى نفس الشيء المراهقون الجزائريون. إلا أن عامل الترف والرفاهية متغير مساعد على السير قدما في هذا الانحراف ويظهر ذلك جليا لدى المراهقين الكويتيين. وتؤكد عينة الدراسة على أن الابتعاد عن ذلك من دواعي التكيف النفسي والاجتماعي.

كما أن هناك مجموعة مهمة من أنواع الصعوبات التي توثر على التكيف النفسي للمراهقين والشعور بالارتياح لديهم أهمها الصعوبات النفسية والصعوبات المدرسية، وقدرة الآخرين والمحيطين بهم على تفهم مشاكلهم وصعوباتهم. وهو ما يستدعي من المؤسسات الاجتماعية في كل من المجتمعين الكويتي والجزائري، ضرورة العمل على تحسس مشاكل المراهقين وحمايتهم من التعسف والتهميش، وتوفير كل الظروف والوسائل الوقائية لحمايتهم من الانغماس في التفكير في أنفسهم وفي مجتمعهم بطريقة سلبية تؤدي بهم إلى اليأس والفشل والخوف والشعور بعدم الآمان والطمأنينة.

المراجع:

1 ـ الكتب والمؤلفات:

1 ـ شيماء ذو الفقار زغيب، 2009، مناهج البحث والاستخدامات الإحصائية في الدراسات الإعلامية الدار المصرية اللبنانية، القاهرة.

2 ـ عبد الرحمن العيسوي، 1987، سيكولوجية المراهق المسلم المعاصر، دار الوثائق، ط1 الكويت.

3ـ فرج عبد القادر طه وآخرون، 1993، موسوعة التحليل النفسي. دار سعاد الصباح. الكويت.

4 ـ عبد الرحمن بدوي، 1963، مناهج البحث العلمي، دار النهضة العربية، القاهرة

5 ـ وليام لامبرت وولاس لامبارت ـ ترجمة سلوى الملا. 1973.علم النفس الاجتماعي، دار الشروق القاهرة.

العدد 10 ـــ

مركز البصيرة للبحوث والاستشارات والخدمات العلمية

46، تعاونية الرشد القبة القديمة – الجزائر.

ها : 00.213.0550.54.83.05 - 00.213.21.28.97.78 فا : 021.28.36.48

البريد الالكتروني: markaz_bassira@yahoo.fr / الموقع الالكتروني: www. Bassiracenter.com

دفعا لعملية البحث على مستوى المركز والتواصل العلمي مع مختلف المؤسسات البحثية والباحثين، يفتح المركز فضاءه العلمي، أمام كل القدرات العلمية الجادة من خلال الاشتراك أو الكتابة في دورياته المتخصصة: دراسات اقتصادية، دراسات إستراتيجية، دراسات إسلامية ودراسات أدبية، ودراسات قانونية ودراسات اجتماعية ودراسات نفسية أو من خلال التواصل العلمي مع المركز .

- **تصدر الدوريات فصليا، أي أربع أعداد في السنة لكل دورية.**
- **الاشتراك السنوي في الدورية الواحدة للأفراد: 1000 دج لكل دورية، وخارج الوطن: 14 دولار. للمؤسسات في الجزائر: 1200دج و خارج الوطن: 15 دولار.**

قسيمة الاشتراك السنوي

دورية دراسات إسلامية ودراسات إستراتيجية ودراسات اقتصادية ودراسات قانونية ودراسات أدبية ودراسات اجتماعية ونفسية، تاريخية ، الطفولة والأرطفونية.

تصدر أربع مرات في السنة

الاسم واللقب أو المؤسسة.....الهاتف.....

العنوان.....

الاشتراك في الدوريات:

دراسات أدبية ☐	دراسات إستراتيجية ☐
دراسات إسلامية ☐	دراسات قانونية ☐
دراسات اقتصادية ☐	دراسات اجتماعية ☐
دراسات نفسية ☐	دراسات تاريخية ☐
دراسات الطفولة ☐	دراسات أرطفونية ☐

يُرسل الاشتراك إلى رقم الحساب الجاري : مؤسسة دار الخلدونية

Ccp : 7625589 clé 81

ملاحظة : ترسل قسيمة الاشتراك وصورة الحوالة البريدية يمكن تسديد المباشر **والاستلام** المباشر على مستوى المركز.

تكاليف البريد مقدرة ضمن سعر المجلة