

الصحة النفسية لذوي الاحتياجات الخاصة

إعداد

د. خالد عوض البلاح

أستاذ مساعد - كلية التربية

جامعة الملك فيصل

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ
(الَّذِينَ آمَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ)
[الرعد: ٢٨]
صدق الله العظيم

الإهداء

إلى الذين علموني مفهوم الصحة النفسية في واقع الحياة وكتبها
زوجتي وأولادي
أساتذتي وطلابي

مقدمة الكتاب

بسم الله الرحمن الرحيم الحمد لله حمداً يليق بعظمته، ونعمه التي أنعمها على عباده ظاهرةً وباطنة، وصلاةً وسلاماً على رسولنا المصطفى سيدنا محمد بن عبد الله أفضل من عالج علل الأمة النفسية والروحية والبدنية، بكلمات رقيقة وأفعال بسيطة لا تشق على النفس فكان بحق نعم الطبيب ونعم القدوة للعالمين جميعاً.. وبعد،،

هذا هو كتاب الصحة النفسية لذوي الاحتياجات الخاصة والذي نأمل أن يقدم على ما فيه من جهد المقل الفائدة والنفع لطلابنا الدارسين في أقسام التربية الخاصة وعلم النفس والصحة النفسية والأخصائيين النفسيين والمعلمين والباحثين وأولياء الأمور والمهتمين بالصحة النفسية لأطفالنا.

ويتكون الكتاب من عشرة فصول تتناول مدخل الصحة النفسية، والحساسية للنبذ، والصحة النفسية والتسكين التربوي للفئات الخاصة، والصحة النفسية لدى فئات الإعاقة السمعية، وذوي الإعاقة العقلية، والبصرية، والموهوبين، وذوي صعوبات التعلم، والأسرة، ومعلم ذوي الاحتياجات الخاصة ونحوت في هذا الكتاب إلى عرض المشكلات الوجدانية لدى كل فئة من حيث الانتشار والأسباب والعوامل المساعدة على زيادة حدتها، وعرض لبرامج العلاج التي يمكن استخدامها في تخفيف حدة المشكلات الوجدانية، وبالتالي كيفية تجنب تفاقم هذه المشكلات لدى الكثيرين من أطفالنا ذوي الاحتياجات الخاصة، مع التعرف على بعض استراتيجيات المواجهة لدى الفرد والأسرة، ومن هنا وجب زيادة اهتمام الوالدين والمعلمين والمتخصصين بهذه المشكلات وتأثيرها على جوانب الصحة النفسية.

ونأمل من خلال هذا الكتاب أن يكتسب القارئ والمتخصص والدارس معرفة أعمق بالصحة النفسية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة،،، تمهيداً لوضع برامج علاجية مناسبة وفعالة وفق مؤشرات التشخيص الجيد للمشكلات النفسية. ونرجو الله العلى التقدير أن ينفع به خدمة لأبنائنا وأطفالنا من ذوي الاحتياجات الخاصة في الوطن العربي فهم أمل المستقبل.

والله ولي التوفيق ،،،، المؤلف

فهرس الكتاب

٧.....مقدمة الكتاب

الفصل الأول

مدخل الصحة النفسية

٢١.....	تمهيد
٢١.....	مفهوم الصحة النفسية
٢٤.....	اهتمامات الصحة النفسية
٢٥.....	معايير وأسس السوية واللاسوية
٢٦.....	مؤشرات ومظاهر الصحة النفسية
٣٠.....	مظاهر الصحة النفسية والنظريات النفسية
٣٠.....	نظرية التحليل النفسي
٣٠.....	النظرية السلوكية
٣٠.....	نظرية أريكسون
٣٣.....	نظرية عبد السلام عبد الغفار
٣٣.....	مناهج الصحة النفسية
٣٤.....	- المنهج البنائي
٣٤.....	- المنهج الوقائي
٣٤.....	- المنهج العلاجي
٣٥.....	الصحة النفسية واستراتيجيات المواجهة
٣٦.....	مراجع الفصل الأول

الفصل الثاني

الحساسية للنبد والصحة النفسية

٤١.....	تمهيد
٤٢.....	أولاً: مفهوم الحساسية للنبد
٤٣.....	ثانياً: الحساسية للنبد وبعض المفاهيم الأخرى
٤٣.....	١- الحساسية للنبد والخجل
٤٧.....	٢- الحساسية للنبد والتقبل
٤٧.....	٣- الحساسية للنبد والتجاهل
٤٨.....	٤- الحساسية للنبد والكراهية

٤٨.....	٥- الحساسة للنبد ومفهوم الذات
٤٩.....	٦- الحساسة للنبد والقلق الاجتماعي
٥٠.....	٧- الحساسة للنبد والانسحاب الاجتماعي
٥٢.....	٨- الحساسة للنبد والوحدة النفسية
٥٤.....	ثالثاً: النبد الفعلي والمتصور
٥٥.....	رابعاً: أسباب الحساسة للنبد
٥٦.....	خامساً: نموذج الحساسة للنبد
٥٩.....	سادساً: جماعة الأقران والحساسة للنبد
٦٣.....	سابعاً: الحساسة للنبد والصداقة
٦٥.....	ثامناً: الحساسة للنبد والصحة النفسية
٦٧.....	الحساسة للنبد والسلوك العدواني
٦٧.....	الحساسة للنبد والأعراض للقلق
٦٨.....	الحساسة للنبد والأعراض الاكتئابية
٦٨.....	أساليب خفض الحساسة للنبد لدى التلاميذ
٧٠.....	مراجع الفصل الثاني

الفصل الثالث

الصحة النفسية والتسكين التربوي

٧٥.....	تمهيد
٧٥.....	تقييم النمو الاجتماعي الانفعالي للأطفال قبل الدمج
٧٦.....	غايات الدمج وأهدافه
٧٧.....	الدمج بين الإيجابيات والسلبيات
٧٩.....	أولاً: الصحة النفسية والدمج لدى المعاقين سمعياً
٧٩.....	نظام الدمج
٨٠.....	التفاعل الاجتماعي ودمج الأطفال الصم
٨٢.....	العوامل المؤثرة على التفاعل الاجتماعي بين الصم والعادين في برامج الدمج
٨٦.....	المخرجات الاجتماعية للأطفال والمراهقين الصم
٨٧.....	فوائد الدمج لذوي الإعاقة السمعية
٩٠.....	الصحة النفسية للصم بين نظام العزل / الدمج
٩١.....	ثانياً: الصحة النفسية لذوي صعوبات التعلم بين العزل / الدمج
٩٢.....	ثالثاً: التسكين التربوي والوضع النفسي للموهوبين

٩٤.....	رابعاً: الصحة النفسية للمعوقين عقلياً بين العزل / الدمج
٩٥.....	خامساً: الصحة النفسية لدى المعوقين بصرياً بين العزل / الدمج
٩٨.....	مراجع الفصل الثالث

الفصل الرابع

الصحة النفسية لذوي الإعاقة السمعية

١٠٣.....	تمهيد
١٠٣.....	التواصل والتشخيص النفسي
١٠٥.....	أولاً : القلق
١١٠.....	ثانياً :الاكتئاب
١١٢.....	التداخل بين حالات القلق والاكتئاب
١١٣.....	القلق والاكتئاب لدى المراهقين الصم
١٢٥.....	التواصل والقلق والاكتئاب لدى الصم
١٣١.....	التواصل والقلق والاكتئاب لدى الصم وفقاً للنوع
١٣٣.....	كيف نخفف حدة القلق والاكتئاب لدى الصم
١٣٧.....	الوحدة النفسية لدى الصم
١٣٩.....	مفهوم الوحدة النفسية
١٤١.....	بعض المفاهيم المرتبطة بالوحدة النفسية
١٤٦.....	الوحدة النفسية لدى المعاقين سمعياً
١٥٢.....	العوامل المساهمة في شيوع الوحدة النفسية لدى الصم
١٥٤.....	الوحدة النفسية والتواصل لدى الصم
١٥٥.....	كيف نخفف من الشعور بالوحدة النفسية
١٥٨.....	جودة الحياة كدالة للصحة النفسية لدى الصم
١٥٩.....	جودة الحياة واستراتيجيات المواجهة لدى المعاقين سمعياً
١٦٠.....	١- أسلوب حل المشكلات
١٦١.....	٢- أسلوب تعديل البناء المعرفي
١٦٣.....	٣- المساندة الاجتماعية
١٦٤.....	مراجع الفصل الرابع

الفصل الخامس

الصحة النفسية لدى الموهوبين

١٧٣.....	تمهيد
----------	-------

١٧٣	.....	خصائص الأفراد الموهوبين وارتباطها بالصحة النفسية
١٧٣	.....	الخصائص الانفعالية والاجتماعية
١٧٥	.....	الخصائص الخلقية لدى الموهوبين
١٨٢	.....	أهم مشكلات الموهوبين
١٨٤	.....	الاغتراب لدى الموهوبين
١٨٦	.....	الموهبة والعزلة الاجتماعية
١٨٧	.....	المخاوف لدى الأطفال الموهوبين
١٨٩	.....	القلق لدى الموهوبين
١٩٠	.....	الوحدة النفسية لدى الموهوبين
١٩٢	.....	الاكتئاب لدى الموهوبين
١٩٦	.....	الاكتئاب لدى الموهوبين بين عوامل الحماية/ وعوامل الخطورة
١٩٧	.....	الكمالية لدى الموهوبين
٢٠٠	.....	الكمالية والموهبة
٢٠١	.....	الترجسية لدى الموهوبين والمتفوقين
٢٠٢	.....	الحساسية الانفعالية لدى الموهوبين
٢٠٥	.....	أبعاد الشخصية ذات الحساسية الانفعالية
٢٠٥	.....	سمات الشخصية الحساسة
٢٠٧	.....	جودة الحياة لدى الموهوبين
٢٠٨	.....	تأثير الموهبة على جودة الحياة
٢١١	.....	الفاعلية الذاتية لدى الموهوبين
٢١٢	.....	أنماط الفاعلية الذاتية
٢١٤	.....	الرضا عن الحياة لدى الموهوبين
٢١٥	.....	الرضا عن الحياة والموهبة
٢١٦	.....	التوافق النفسي لدى الموهوبين
٢١٧	.....	التوافق النفسي والنوع لدى الموهوبين
٢١٧	.....	السن والتوافق النفسي لدى الموهوبين
٢١٨	.....	تأثير الموهبة والتفوق على الصحة النفسية
٢١٩	.....	استراتيجيات المواجهة المستخدمة لدى الموهوبين
٢١٩	.....	استراتيجيات المواجهة الاجتماعية
٢٢٢	.....	الموهبة كحالة وصمة

٢٢٣	دور المدرسة في الوصمة الاجتماعية لدى الموهوبين
٢٢٥	استراتيجيات مواجهة الاجتماعية لدى المراهقين الموهوبين في السياق التعليمي
٢٢٦	الضغوط النفسية وأساليب المواجهة لدى الموهوبين والمتفوقين
٢٢٨	مراجع الفصل الخامس

الفصل السادس

الصحة النفسية لذوي صعوبات التعلم

٢٣٥	تمهيد
٢٣٦	الصورة العامة للتلاميذ ذوي صعوبات التعلم
٢٤٠	صعوبات التعلم النمائية والأكاديمية والسلوك الاجتماعي الانفعالي
٢٤٣	المشكلات السلوكية والانفعالية لدى ذوي صعوبات التعلم
٢٤٧	الوحدة النفسية لدى ذوي صعوبات التعلم
٢٥٠	القلق لدى ذوي صعوبات التعلم
٢٥٢	الاكتئاب لدى ذوي صعوبات التعلم
٢٥٤	معدلات شيوع الاكتئاب لدى ذوي صعوبات التعلم
٢٥٦	قضايا تشخيص القلق والاكتئاب لدى الطلاب ذوي صعوبات التعلم
٢٥٧	القلق والاكتئاب والتحصيل الأكاديمي لدى ذوي صعوبات التعلم
٢٦٥	قلق الاختبار لدى ذوي صعوبات التعلم
٢٦٨	الوصمة لدى طلاب صعوبات التعلم
٢٧١	علاقات الأقران لدى الطلاب ذوي صعوبات التعلم - المكتئبين
٢٧٥	استراتيجيات المواجهة لدى الطلاب ذوي صعوبات التعلم
٢٧٧	الضغوط والمواجهة والمساندة الاجتماعية لدى ذوي صعوبات التعلم
٢٧٩	الصداقة والصحة النفسية لدى ذوي صعوبات التعلم
٢٧٩	١- العزلة الاجتماعية
٢٧٩	٢- مفهوم الذات المتدني
٢٨٠	٣- الشعور بالنقص
٢٨٣	برامج التدخل لتحسين مهارات المواجهة
٢٨٥	البرامج العلاجية للمشكلات النفسية لدى ذوي صعوبات التعلم
٢٩١	عوامل تحقيق الصحة النفسية للطلاب ذوي صعوبات التعلم
٢٩٢	الدكاء الناجح وصعوبات التعلم (رؤية إيجابية)
٢٩٥	التوافق الناجح لدى ذوي صعوبات التعلم

٢٩٦	الاستراتيجيات والتدعيمات لدى ذوي صعوبات التعلم
٢٩٦	١- الجانب النفسي
٢٩٧	٢- التكنولوجيا المساندة
٢٩٧	٣- الاستراتيجيات التربوية
٢٩٨	مشاهير حققوا النجاح رغم صعوبات التعلم
٢٩٩	مراجع الفصل السادس

الفصل السابع

الصحة النفسية لذوي الإعاقة العقلية

٣٠٩	تمهيد
٣٠٩	الجوانب الانفعالية
٣٠٩	عدم الثبات الانفعالي
٣١٠	اضطراب مفهوم الذات
٣١٠	الانسحاب
٣١٠	السلوك العدوانى
٣١١	الغضب
٣١١	الصحة النفسية لدى أطفال متلازمة داون
٣١٢	القلق لدى ذوي الإعاقة العقلية
٣١٤	الوحدة النفسية لدى ذوي الإعاقة العقلية
٣١٥	الاكتئاب لدى ذوي الإعاقة العقلية
٣١٦	السلوك التكيفى كدالة للصحة النفسية لدى المعاقين عقلياً
٣٢٤	الأنشطة الفنية والصحة النفسية للمعاقين عقلياً
٣٢٥	جودة الحياة والصحة النفسية للمعاقين عقلياً
٣٢٨	مراجع الفصل السابع

الفصل الثامن

الصحة النفسية لذوي الإعاقة البصرية

٣٣٣	تمهيد
٣٣٣	القلق لدى ذوي الإعاقة البصرية
٣٣٦	الوحدة النفسية لذوي الإعاقة البصرية
٣٣٨	العوامل المرتبطة بالوحدة النفسية والعزلة الاجتماعية
٣٣٩	مهارات التواصل والوحدة النفسية لدى المعوقين بصرياً

٣٤٠	الصداقة والصحة النفسية لدى المعوقين بصريا
٣٥١	الاكتئاب لدى ذوي الإعاقة البصرية
٣٥٣	المكانزمات الجسمية والاكتئاب والإعاقة البصرية
٣٥٤	المساندة الاجتماعية والصحة النفسية لدى المكفوفين
٣٥٥	الأمن النفسي لدى المكفوفين
٣٥٦	تقدير الذات والثقة بالنفس لدى ذوي الإعاقة البصرية
٣٥٨	التعويض كدالة للصحة النفسية لدى ذوي الإعاقة البصرية
٣٦٠	معنى الحياة كدالة للصحة النفسية لدى المكفوفين
٣٦٢	جودة الحياة كدالة للصحة النفسية لدى المعوقين بصريا
٣٦٤	مراجع الفصل الثامن

الفصل التاسع

الصحة النفسية لأسرة ذوي الاحتياجات الخاصة

٣٦٩	تمهيد
٣٦٩	الضغوط النفسية لدى آباء المعاقين عقليا
٣٧٠	عوامل زيادة الضغوط النفسية لدى آباء المعوقين عقلياً
٣٧٠	التحديات السلوكية
٣٧٢	الضغوط النفسية للوالدين
٣٧٢	الأعباء المالية
٣٧٣	العوامل المؤثرة في المواجهة والتوافق لدى آباء الأطفال المعوقين عقلياً
٣٧٣	- شدة الإعاقة
٣٧٣	- التواصل
٣٧٤	- عمر الطفل
٣٧٤	- حجم الأسرة
٣٧٥	- الترتيب الميلادي
٣٧٥	المواجهة والتوافق بين آباء وأمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية
٣٧٧	المواجهة والتوافق لدى والدى المعاقين عقليا وفقا لنوع الطفل
٣٧٧	التماسك الأسرى لدى أسر الأطفال المعوقين عقليا
٣٧٩	القلق والاكتئاب لدى آباء المعوقين عقليا
٣٨٢	القلق لدى أمهات الأطفال الداون
٣٨٣	الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون

٣٨٥	..... الذكاء الوجداني كدالة للصحة النفسية لدى أمهات الأطفال الداون
٣٨٧	..... الضغوط النفسية لدى آباء أطفال اضطراب الأوتيزم
٣٨٨	..... الضغوط النفسية لدى آباء الأطفال المعوقين سمعياً
٣٩١	..... المساندة ودورها في تدعيم الصحة النفسية لدى أسر ذوي الإعاقة السمعية
٣٩١	..... المساندة الاجتماعية تحقق الأمن النفسي لدى المعوقين سمعياً
٣٩٣	..... الضغوط النفسية لدى أسر الموهوبين والمتفوقين
٣٩٥	..... الضغوط النفسية لدى أسر ذوي صعوبات التعلم
٣٩٨	..... الضغوط النفسية لدى أسر المعوقين بصرياً
٣٩٩	..... الخصائص الوالدية ودورها في المواجهة والتوافق وتحقيق الصحة النفسية للأبناء
٣٩٩	..... عمر الوالدين
٤٠٠	..... تعليم الوالدين
٤٠٠	..... شخصية الوالدين
٤٠٠	..... العلاقات الزوجية
٤٠١	..... المساندة الاجتماعية
٤٠٤	..... مراجع الفصل التاسع

الفصل العاشر

الصحة النفسية لمعلم ذوي الاحتياجات الخاصة

٤١١	..... تمهيد
٤١١	..... مفهوم الاحتراق النفسي
٤١٢	..... مصادر الضغوط لدى المعلم
٤١٤	..... مكونات الاحتراق النفسي
٤١٥	..... أنماط الاحتراق النفسي لدى المعلم
٤١٥	..... أسباب الاحتراق النفسي
٤٢٠	..... أعراض الاحتراق النفسي لدى المعلم
٤٢١	..... عوامل الشخصية الخمس الكبرى والاحتراق النفسي
٤٢٥	..... ضغوط المعلم والاحتراق النفسي
٤٢٦	..... الاحتراق النفسي لدى معلم ذوي الاحتياجات الخاصة
٤٣٢	..... الاحتراق النفسي لدى معلم التربية الخاصة حسب نوع الإعاقة
٤٣٣	..... الاحتراق النفسي لدى المرشدين التربويين والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين
٤٣٥	..... مواجهة الاحتراق النفسي لدى المعلمين كدالة للصحة النفسية

٤٣٨.....	جودة حياة معلم التربية الخاصة كدالة للصحة النفسية
٤٤٤.....	مراجع الفصل العاشر

الفصل الأول

مدخل الصحة النفسية

الفصل الأول

مدخل الصحة النفسية

تمهيد:

الصحة النفسية شأنها شأن الصحة الجسمية يجب النظر إليها على أنها منتهى ما يسعى إليه الفرد من خلال سلوكه وتفاعله مع الحياة من حوله، وعلى هذا فهي منتهى طريق طرفها الأول الصحة النفسية وطرفها الثاني المرض النفسي. وإذا نظرنا للصحة الجسمية فإنها لا تقرر إلا بالأداء الإيجابي للجسم وأعضائه والقدرة على توظيف هذا الجسم لخدمة الفرد وتحقيق أهدافه مع الإحساس بالمتعة من جراء السيطرة على قدرات وإمكانيات هذا الجسم والاستخدام الإيجابي لها في الحياة اليومية.

والفرد الصحيح نفسياً هو الشخص الذي يعي دوافع سلوكه، مؤثراً في البيئة من حوله بفاعلية وموجهاً للمثيرات المختلفة الواقعة على الآخرين ومُهيئاً لهم الفرص للاستجابة التكيفية، مستشعراً السعادة والرضا من جراء ذلك ويصبح أسلوبه هذا بمثابة طريقة في الحياة، فالفرد السليم نفسياً هو الذي يمكنه الاستجابة بطريقة تكيفية حينما تواجهه مواقف حياتية تستدعي ذلك.

والخلاصة أن الفرد الخالي من المرض النفسي هو الشخص الذي لا تصدر عنه استجابات عصابية أو ذهانية ظاهرة نتيجة لاتخاذ موقف الهامشية أو الحياد أو لعدم تعرضه عن قصد أو غير قصد لمواقف التفاعل. وفي المقابل فإن الفرد المريض نفسياً هو الشخص الذي لا يستطيع أن يواجه المواقف التفاعلية بأي صورة من الصور لأسباب مختلفة تجعله يستجيب في هذه المواقف استجابات توافقية تأخذ شكلاً عصابياً أو ذهانياً.

مفهوم الصحة النفسية:

تتعدد تعريفات الصحة النفسية بتعدد المناحي النظرية التي تنطلق منها هذه التعريفات، إلا أنها تتفق فيما بينها على مجموعة من المقومات الأساسية للصحة النفسية. فالصحة النفسية حالة إيجابية نسبية، يكون فيها الفرد متوافقاً نفسياً شخصياً وانفعالياً واجتماعياً مع النفس ومع البيئة، يشعر فيها بالسعادة مع نفسه ومع

الآخرين ويكون قادراً على تحقيق ذاته واستغلال قدراته وإمكانياته إلى أقصى حد ممكن ويكون قادراً على مواجهة مطالب الحياة وتكون شخصيته متكاملة سوية، ويكون سلوكه عادياً.

والصحة النفسية تعنى حالة إيجابية تتضمن التمتع بصحة العقل والجسم، وليست مجرد غياب أو خلو الفرد من أعراض المرض النفسي، أو النظر إلى تعريف منظمة الصحة العالمية بأنها حالة من الراحة الجسمية والنفسية والاجتماعية وليست مجرد عدم وجود المرض (حامد زهران، ٢٠٠٥ : ٩).

ويعرف "عبد السلام عبد الغفار" (١٩٧٦) الصحة النفسية بأنها: مفهوم ثقافي ونسبي بطبيعته، وهو متغير بتغير ما يجد علينا من معلومات عن الحياة، وما ينبغي أن نكون عليه، كما أنه يتغير بما نكتشفه عن أنفسنا وسلوكنا وما نحب أن نصل إليه في حياتنا. ويعرف "أحمد عبد الخالق" الصحة النفسية بأنها: حالة دائمة نسبياً فهي ليست استاتيكية ثابتة إما تتحقق أو لا تتحقق، وإنما هي حالة ديناميكية متحركة، ونسبية تتغير من فرد إلى آخر، ولدى الفرد ذاته من وقت إلى آخر، كما تختلف معاييرها تبعاً لمراحل النمو التي يمر بها الفرد، وتتغير تبعاً لتغير الزمان وتغير المجتمعات.

ويعرف هادفيلد الصحة النفسية قائلاً "أن الصحة النفسية هي التعبير الكامل والحر عن كل طاقاتنا الموروثة والمكتسبة وهي تعمل بتناسق فيما بينها في اتجاهها نحو هدف أو غاية للشخصية من حيث هي كل، وهو ينظر للصحة النفسية على أنها تعبير عام وشامل لطاقات الإنسان وهي تعمل.

والصحة النفسية حالة إيجابية، وأنها تبدو بشكل عام في التناسق الكائن بين الوظائف النفسية المختلفة وهي تؤدي عملها ضمن وحدة الشخصية، ذلك التناسق الذي يتكشف في عدد من المظاهر الأساسية، وهذه المظاهر التي تبدو الصحة النفسية من خلالها والتي يمكن أن تدلنا على قيام الوظائف بمهامها بمستوى ما من مستويات التناسق والتكامل.

وللصحة النفسية شقان أحدهما: نظري علمي يتناول الشخصية والدوافع والحاجات وأسباب الأمراض النفسية وأعراضها والحيل الدفاعية والتوافق، والآخر تطبيقي عملي يتناول الوقاية من المرض النفسي وتشخيص وعلاج الأمراض النفسية.

الصحة النفسية الجيدة ليست مجرد غياب مشكلات الصحة النفسية التي يمكن تشخيصها، إنها تعنى جودة الحياة المادية والعاطفية، التي تجعل الفرد مبدعاً وقادراً على التعامل مع تقلبات الحياة في الصعود والهبوط، والصحة النفسية الجيدة لدى الأطفال والشباب يمكن الإشارة إليها من خلال قدرته على:

- نمو عاطفي إبداعي وفكري وروحي.
- بدء وتنمية وإدامة علاقات شخصية مرضية للطرفين.
- مواجهة المشاكل، وحلها والتعلم منها وفق الطرق المناسبة لعمر الفرد.
- تنمية الشعور بالصواب والخطأ.
- تنمية الثقة في النفس والحزم.
- تنمية الوعي بالآخرين، والتعاطف معهم.
- اللعب والتعلم. (Sally,Ramsay,2009: 4)

ومن خلال استعراض التعريفات السابقة للصحة النفسية نستطيع أن نستخلص

التالي:

- (١) الصحة النفسية مفهوم ثقافي بمعنى أنه مفهوم يتأثر بطبيعة وثقافة وقيم ومعتقدات المجتمع الذي يطبق فيه مفهوم الصحة النفسية، فمفهوم الصحة النفسية للشخصية العربية يختلف عن المفهوم الغربي للصحة النفسية.
- (٢) الصحة النفسية مفهوم نسبي، بمعنى أنه يختلف من مرحلة عمرية إلى مرحلة أخرى في نفس المجتمع، ومن وقت لآخر لنفس المرحلة في نفس المجتمع.
- (٣) مفهوم الصحة النفسية ثابت نسبياً، وليس معنى ذلك أنه استاتيكيًا جامدًا، فالثبات يعني أن حالة الصحة النفسية لفرد ما لا تتغير بشكل يومي ومفاجئ إنما يمكن التنبؤ بها من خلال معرفتنا السابقة بشخصية الفرد.
- (٤) مفهوم الصحة النفسية مفهوم متغير، وديناميكي، ومتحرك، وهذا التغير والتحرك يحدث وفق قوانين تعديل السلوك والتدخل السيكولوجي، أي وفق أصول علمية ومنهجية، وديناميكي بمعنى يؤثر في جوانب أخرى في الشخصية ويتأثر بها في الوقت نفسه.

- ٥) مفهوم الصحة النفسية يعني مواجهة مطالب الحياة عن طريق التكيف الاجتماعي والتوافق الاجتماعي.
- ٦) الشعور بالسعادة هو جوهر الصحة النفسية وهذا يتأتى من خلال الفاعلية النفسية.
- ٧) الصحة النفسية لها شرطان أساسيان هما:
- أ) مواجهة ضغوط الحياة بطريقة سليمة.
- ب) تحقيق الذات من خلال استغلال أقصى طاقات وإمكانات الفرد.

اهتمامات الصحة النفسية:

يهتم الباحثون في مجال الصحة النفسية بدراسة سلامة الحواس والعمليات الفعلية الأولية التي هي الأساس لإقامة التكيف للفرد في علاقته الديناميكية مع البيئة. كذلك يدرس علم الصحة النفسية السوية واللاسوية على حد سواء حيث يعين كل الاهتمام بكل فئة في تفسير عملية التوافق ثم التكيف وكيفية التغلب على العقبات والضغوط النفسية وعملية التحدي والضبط والإرادة.

ويدخل في علم الصحة النفسية وضمن أبحاثه اهتمامات خاصة ببيكولوجية فئات محددة مثل المدمنين والأطفال المحرومين وأطفال دور الرعاية الاجتماعية وأطفال الشوارع بالإضافة إلى سيكولوجية الحمل والولادة والسعادة ومفهومها لدى الفراد وخصائص وسمات الموهوبين والمبتكرين وذوي الاحتياجات الخاصة وتشجيعهم ورعايتهم والمسنين وأساليب الرعاية النفسية لهم بالإضافة إلى دراسة أهم الاضطرابات النفسية التي تصاحب كل فئة عمرية منذ الميلاد (آمال باظه، ١٩٩٩: ١٠).

وبالتالي فإن هذا الكتاب الذي بين أيدينا يتناول الصحة النفسية لدى ذوي الاحتياجات الخاصة كفئة تتطلب الاهتمام على مختلف الجوانب التربوية والتعليمية والاجتماعية والنفسية، حيث تتكامل الخدمات التي يمكن تقديمها لتلك الفئات ولا شك أن الصحة النفسية وإدراك أبعادها لدى تلك الفئات له الكثير من الفائدة والمردود الإيجابي على شخصية الفرد ومدى توافقه مع ذاته ومع الآخرين من حوله.

معايير وأسس السوية واللاسوية:

السواء لغة يعنى الاعتدال أو العادية والشذوذ هو الانفراد أو المخالفة أو الندرة. وتعتبر المظاهر السوية لدى الأفراد نسبية وتعنى السوية قدرة الشخص على التكيف والتوازن بين المتطلبات البيئية والشخصية وتحقيق إمكاناته والشعور بالسعادة مع الذات والآخرين، وهناك أطر عامة في غالبية المجتمعات تعتبر محددات لسوية السلوك لدى مثل الحدود البيئية والخلقية والقانونية والمعايير الاجتماعية والتقاليد والعرف والعادات السلوكية التي أصبحت مألوفاً لدى أي جماعة أو أسرة.

والسوية (العادية) Normality هي القدرة على توافق الفرد مع نفسه ومع بيئته والشعور بالسعادة وتحديد أهداف وفلسفة سليمة للحياة يسعى لتحقيقها ، والسلوك السوى هو السلوك العادي أي المألوف على حياة غالبية الناس. والشخص السوى هو الشخص الذي يتطابق سلوكه مع سلوك الشخص العادي في تفكيره ومشاعره ونشاطه ويكون سعيداً ومتوافقاً شخصياً وانفعالياً واجتماعياً.

أما اللاسوية (الشذوذ) Abnormality هي الانحراف عما هو عادى والشذوذ عما هو سوى، واللاسوية حالة مرضية فيها خطر على الفرد نفسه أو على المجتمع تتطلب التدخل لحماية الفرد وحماية المجتمع منه. والشخص اللاسوي هو الشخص الذي ينحرف سلوكه عن سلوك الشخص العادي في تفكيره ومشاعره ونشاطه ويكون غير سعيد وغير متوافق شخصياً أو انفعالياً واجتماعياً.

وهناك معايير للحكم على السلوك السوى والسلوك اللاسوي وهذه المعايير نسبية ويحددها المجتمع والزمان الذي نعيش فيه:

- المعيار الذاتي: حيث يتخذ الفرد من ذاته إطاراً مرجعياً يرجع إليه في الحكم على السلوك بالسوية أو اللاسوية، ويمثل حكم الفرد على سلوكه، فإذا كان راضياً عن سلوكه فليس لديه مشكلة ولا يحتاج لعلاج أما إذا كان غير راضٍ عن سلوكه فإن لديه مشكلة ويحتاج للعلاج .
- المعيار الاجتماعي: حيث يتخذ من مسايرة المعايير الاجتماعية أساساً للحكم على السلوك بالسوية أو اللاسوية، فالسوى هو المتوافق اجتماعياً، واللاسوي هو غير

متوافق اجتماعياً. وتضع العادات والتقاليد والقيم الخط الفاصل بين ما هو مقبول وما هو غير مقبول ويعتبر من لا يمثل لتقاليد مجتمعه شاذاً أو غير سوى.

— **المعيار الإحصائي:** حيث يتخذ المتوسط أو المنوال أو الشائع معياراً يمثل السوية وتكون اللاسوية هي الانحراف عن هذا المتوسط زيادة أو نقصاً. ويعتبر سلوك الفرد شاذ إذا انحرف بشكل ملحوظ عن المتوسط الحسابي (ما يفعله معظم الناس) فالأفراد الذين يشبه سلوكهم سلوك أغلب الناس في المجتمع يوصفون بأنهم عاديون.

— **المعيار المثالي:** حيث يعتبر السوية هي المثالية أو الكمال أو ما يقرب منه واللاسوية هي الانحراف عن المثل الأعلى أو الكمال والسوية واللاسوية مفهومان لا يفهم أحدهما إلا بالرجوع إلى الآخر، والفرق فرق في الدرجة وليس النوع بين السوي واللاسوي أي بين الصحة النفسية والمرض النفسي.

مؤشرات ومظاهر الصحة النفسية:

يرى "مصطفى الشرقاوي" أن مظاهر الصحة النفسية تتمثل في تحقيق الجوانب الإيجابية التالية:

(١) **تكامل الدوافع النفسية وانعدام الصراع النفسي:** أي تؤدي الشخصية وظائفها بصورة متكاملة جسمياً وعقلياً وانفعالياً وليس معنى ذلك إنكار وجود دوافع متعارضة في الشخص الواحد، ولكن المقصود بهذا أن يظهر كل من هذه الدوافع في الوقت المناسب حين يكون ظهوره ملائماً لتكيف الإنسان، وألا يسيطر أحد الدوافع على الفرد فيصبح هو المحرك الوحيد له، وانعدام الصراع النفسي يسمح للإنسان بأن يواجه كل قواه إلى تحقيق حاجاته دون أن يشعر من جراء ذلك بشيء من الذنب والحرمان.

(٢) **تقبل الحقيقة للذات وللغير والعالم:** أي يتقبل الشخص نفسه على ما هي عليه وأن ينمي قدراته المتاحة أو يستغلها الاستغلال الأمثل، كما يتقبل الآخرين على ما هم عليه والتلاؤم معهم في حدود إمكانياتهم وطاقاتهم، كذلك الحال بالنسبة للظروف والبيئة المحيطة.

- (٣) تحمل مسئولية الأعمال والمشاعر والأفكار: الفرد الصحيح نفسياً قد يتفق أو يختلف مع المعايير القائمة أو الأوضاع المتعارف عليها طالما كان الاتفاق أو الاختلاف مبنياً على أساس من الرغبة في تحقيق سعادة أشمل وإشباع أعم وأكثر دواما ، وطالما كان الشخص أميناً مع نفسه مقتنعاً بما يراه فإن سواه يتجلى في تحمله مسئولية ما يقوم به من أعمال وعدم الهرب من انفعالاته ومشاعره وإسقاطها على الآخرين، وكذلك في تحمله نتائج تفكيره وعدم اللجوء إلى الآخرين ليفكروا له بهدف أن يكون له العذر في أن يرجع فشله إليهم إذا ما فشل.
- (٤) تقبل النقد: إن الشخص الصحيح نفسياً هو الذي يعمل من أجل الآخرين والعمل الجماعي من أجل تحقيق الأهداف التي ترفع من قيمة المجتمع، وهو في ذلك يحتك مع غيره من الأفراد لدى تبادل الأفكار والآراء معهم، وتقبل النقد من الغير دون الشعور في ذلك بالإثم أو النقص هي خاصية أساسية من خصائص الصحة النفسية.
- (٥) تقدير الحياة والشعور بالرضا: بمعنى أن يكون الشخص سعيداً بحياته، ويرى أن لها قيمة وفيها ما يستحق أن يكافح ويعمل ويعاش من أجله.
- (٦) إدراك الدوافع والأهداف: إن الشخص الصحيح نفسياً يدرك أسباب سلوكه ودوافعه، كما يدرك أهدافه ويؤمن بها ويعرف الوسائل التي يستطيع أن يحقق بها هذه الأهداف.
- (٧) التعاون والمبادأة: من منطلق الطبيعة الإنسانية في اعتماد الناس بعضهم على بعض، وفضل المبادرة بالإسهام في تحسين البيئة المحيطة والخدمة والعطاء، تبرز أهمية هذه الخاصية للدلالة على الصحة النفسية.
- (٨) الاتزان الانفعالي: الشخص الصحيح نفسياً هو الذي يمكنه السيطرة على انفعالاته المختلفة والتعبير عنها بحسب ما تقتضيه الضرورة وبشكل يتناسب مع المواقف التي تستدعي هذه الانفعالات ويدخل في ذلك عدم اللجوء إلى كبت هذه الانفعالات أو إخفائها أو الخجل منها من ناحية، والخضوع لها بالمبالغة في إظهارها من ناحية أخرى. إن ذلك من شأنه أن يساعد الفرد على المواجهة الواعية لظروف الحياة فلا يضطرب أو ينهار للضغوط أو الصعوبات التي تواجهه، بل يتكيف

لكلا الحالتين بالصورة التي تحقق له أفضل تغلب على سلبيات الحياة وأفضل استغلال لإيجابياتها.

(٩) ثبات الانفعالات: إن ثبات الاستجابة الانفعالية في المواقف المتشابهة هو علامة على الصحة النفسية والاستقرار الانفعالي، ذلك أن تباين الانفعالات دليل على الاضطراب الانفعالي، والمقصود بالثبات هنا هو ثبات الاستجابة الانفعالية الإيجابية. فاستجابة الخوف مثلاً في موقف يستدعي الخوف هي استجابة إيجابية معقولة، فإذا تكرر الموقف وأبدى الفرد خوفاً مرة ولامبالاة مرة أخرى دل ذلك على عدم ثبات الانفعالات لديه، وغنى عن القول أن ثبات الاستجابة الانفعالية السلبية (أي المغايرة للاستجابة التي يتطلبها الموقف) شأنها شأن تباين الاستجابة الانفعالية هو دليل على المرض النفسي.

(١٠) ثبات السلوك: ويرتبط بالخاصية السابقة ويعنى التمسك بالمبادئ المعينة التي يرتضيها الفرد والأساليب السلوكية الإيجابية المرتبطة بذلك والتي أصبح يتبعها في حياته، ولا يعنى ثبات السلوك هنا الجمود في التفكير أو الأعمال، وإنما يعنى الالتزام الواعي بتلك الأفكار والأعمال.

ويرى "حامد زهران" (٢٠٠٥: ١٣-١٤) أن الشخصية المتميزة بالصحة النفسية الجيدة هي التي تحمل الجوانب الإيجابية متمثلة في الصفات التالية:

(١) التوافق: ودلائل ذلك: التوافق الشخصي ويتضمن الرضا عن النفس والتوافق الاجتماعي ويشمل التوافق الزوجي والتوافق الأسرى والمدرسي والمهني.

(٢) الشعور بالسعادة مع النفس: ودلائل ذلك: الشعور بالسعادة والراحة النفسية لما للفرد من ماضٍ نظيف وحاضر سعيد ومستقبل مشرق واستغلال والاستفادة من مسرات الحياة اليومية، وإشباع الدوافع والحاجات النفسية الأساسية والشعور بالأمن والطمأنينة والثقة، ووجود اتجاه متسامح نحو الذات، واحترام النفس وتقبلها والثقة فيها، ونمو مفهوم موجب للذات وتقدير الذات حق قدرها.

(٣) الشعور بالسعادة مع الآخرين: ودلائل ذلك: حب الآخرين والثقة فيهم واحترامهم وتقبلهم، والاعتماد على ثقتهم المتبادلة، ووجود اتجاه متسامح نحو الآخرين "التكامل الاجتماعي" والقدرة على إقامة علاقات اجتماعية سليمة ودائمة

"الصداقات الاجتماعية" والانتماء للجماعة والقيام بالدور الاجتماعي المناسب والتفاعل الاجتماعي السليم، والقدرة على التضحية وخدمة الآخرين، والاستقلال الاجتماعي، والسعادة الأسرية والتعاون وتحمل المسؤولية الاجتماعية.

(٤) تحقيق الذات واستغلال القدرات: ودلائل ذلك: فهم النفس والتقييم الواقعي

الموضوعي للقدرات والإمكانات والطاقات وتقبل نواحي القصور وتقبل الحقائق المتعلقة بالقدرات موضوعيا، وتقبل مبدأ الفروق الفردية واحترام الفروق بين الأفراد، وتقدير الذات حق قدرها واستغلال القدرات والطاقات والإمكانات إلى أقصى حد ممكن، ووضع أهداف ومستويات طموح وفلسفة حياة يمكن تحقيقها وإمكان التفكير والتقرير الذاتي وتنوع النشاط وشموله، وبذل الجهد في العمل والشعور بالنجاح فيه والرضا عنه والكفاية والإنتاج.

(٥) القدرة على مواجهة مطالب الحياة: ودلائل ذلك النظرة السليمة الموضوعية للحياة

ومطالبها ومشكلاتها اليومية، والعيش في الحاضر والواقع والبصيرة المرنة والإيجابية في مواجهة الواقع، والقدرة على مواجهة إحباطات الحياة اليومية وبذل الجهود الإيجابية من أجل التغلب على مشكلات الحياة وحلها، والقدرة على مواجهة معظم المواقف التي يقابلها، وتقدير وتحمل المسؤوليات الاجتماعية، وتحمل مسؤولية السلوك الشخصي والسيطرة على الظروف البيئية كلما أمكن والتوافق معها، والترحيب بالخبرات والأفكار الجديدة.

(٦) التكامل النفسي: ودلائل ذلك: الأداء الوظيفي المتكامل المتناسق للشخصية ككل

(جسديا وعقليا وانفعاليا واجتماعيا) والتمتع بالصحة ومظاهر النمو العادي.

(٧) السلوك العادي: ودلائل ذلك: السلوك السوي العادي المعتدل المألوف الغالب على

حياة غالبية الناس العاديين، والعمل على تحسين مستوى التوافق النفسي والقدرة على التحكم في الذات وضبط النفس.

(٨) حسن الخلق: ودلائل ذلك: الأدب والالتزام وطلب الحلال واجتناب الحرام وبشاشة

الوجه وبذل المعروف وكف الأذى وإرضاء الناس في السراء والضراء ولين القول وحب الخير للناس والكرم وحسن الجوار وقول الحق وبر الوالدين والحياء والصلاح والصدق والبر والوفاء والصبر والشكر والرضا والحلم والعفة والشفقة.

٩) العيش في سلامة وسلام: ودلائل ذلك: التمتع بالصحة النفسية والصحة الجسمية والصحة الاجتماعية والأمن النفسي والسلم الداخلي والخارجي والإقبال على الحياة بوجه عام والتمتع بها، والتخطيط للمستقبل بثقة وأمل.

مظاهر الصحة النفسية والنظريات النفسية:

يمكن النظر إلى مظاهر الصحة النفسية في ضوء نظرية نفسية محددة سواءً كانت نظرية التحليل أو المدرسة السلوكية أو نظرية أريكسون أو نظرية عبد السلام عبد الغفار حول السلوك الإنساني.

نظرية التحليل النفسي:

الصحة النفسية هي القدرة على مواجهة الدوافع البيولوجية والغريزية والسيطرة عليها في ضوء متطلبات الواقع الاجتماعي، مع قدرة الفرد على التوفيق بين مطالب: الهو، والأنا، والأنا الأعلى. وقد حدد صلاح مخيمر (١٩٧٥) مظاهر الصحة النفسية في ضوء نظرية التحليل النفسي في:

- إحساس الشخصية بالوحدة الكلية برغم ما فيها من صراعات وتناقض.
- شعور مضطرد بتحقيق الذات.
- قدرة على مواجهة المواقف المختلفة.
- إمكانية السيطرة على الاستجابات.
- القدرة على المشاركة في الحياة الاجتماعية.

النظرية السلوكية:

القدرة على اكتساب عادات تتناسب مع البيئة التي يعيش فيها الفرد وتتطلبها هذه البيئة. (على اعتبار أن كل السلوكيات السوية وغير السوية) يكتسبها الفرد بالتعلم.

نظرية أريكسون:

ربط أريكسون الخصائص المميزة للصحة النفسية بمراحل النمو عند الفرد، وتطلق فكرته من أن الإنسان في كل مرحلة من مراحل نموه يواجه مشكلة أو مشكلات أساسية يجب أن يتم مواجهتها وحلها بنجاح حتى يتيسر له مواجهة وحل مراحل المشكلات التالية، وقد عرض أريكسون ثمان مظاهر للصحة النفسية هي:

— الإحساس بالثقة: والمرحلة الملائمة لهذه الخاصية هي السنة الأولى من حياة الطفل، وتعنى هنا أن تكون كل خبرات الطفل الأولى مشبعة بصورة مرضية، مثل خبرات تناول الطعام، والقبض على الأشياء، ولعبة الظهور والاختفاء، والتلبية الفورية للحاجات البيولوجية كالتخلص من البلل، والدفء، وما يحيط بذلك من مشاعر الحب والابتسام والمناغاة ..إلخ.

— الإحساس بالاستقلال: وهي تبدأ في الشهر ١٢-١٥ ويعنى الإحساس بالاستقلال إدراك الطفل أنه كائن له إرادة خاصة به نتيجة لما تتميز به هذه المرحلة العمرية من حب الاستطلاع ومن نضج الجهاز العضلي يدفعه إلى القيام بأنشطة المشي والقبض على الأشياء والكلام ، ويتم ذلك من خلال إتاحة الفرصة للطفل للاختيار واكتشاف ما يستطيعه وما لا يستطيعه، وما يمكنه الاعتماد فيه على نفسه وما هو صعب عليه مع ضرورة تعليمه حدود قدراته وإرادته كما هو الحال مثلا في عملية ضبط المثانة والإخراج التي تعتبر الخبرات المرتبطة بها وأساليب التدريب الواجب إتاحتها للطفل بشأنها عوامل فعالة في تحقيق أو إضعاف إحساس الطفل بالاستقلالية.

— الإحساس بالمبادأة: وهي خاصية تميز الصحة النفسية لدى الطفل في الرابعة والخامسة، ويعنى الإحساس بالمبادأة القدرة على عمل أشياء يكتشف في ضوئها الأشخاص الذين يلقاهم، نظرا لما تتميز به هذه المرحلة من تقليد للآخرين والرغبة في المشاركة فيما يقومون به من أنشطة وما تتميز به أيضا من رغبة نشطة في التعلم وحب الاستطلاع ولفت الأنظار، والرغبة في تنفيذ خيالاتهم على أرض الواقع، ويجب أن يصحب الإحساس بالمبادأة عدم الإحساس بالذنب نتيجة الإحباط من الكبار، ويمكن تحقيق هذه الخاصية إذا أدرك الطفل الأهداف والأدوار التي يمكنه القيام بها وإتاحة الفرصة له لتجريب ما يريد القيام به من أنشطة أو مساهمات أو ألعاب.

— الإحساس بالإنجاز: إن أهم ما يميز الصحة النفسية لطفل مرحلة السادسة وحتى الحادية عشرة أو الثانية عشرة هي الإحساس بالإنجاز، فهي مرحلة تتميز

بالاستقرار والانتظام، ويكتسب الطفل خلالها المعلومات والمهارات اللازمة للعمل والتعاون مع الآخرين، ويتضح ذلك خلال الأنشطة المدرسية التي تنمي الشعور بالإنجاز، كما يساعد البيت ورفاق اللعب وما يتيح المجتمع من أنشطة على استيعاب وتوجيه طاقات الأطفال مما يتيح الفرصة لنمو هذا الإحساس بالإنجاز لديهم.

- الإحساس بالهوية: وتبدأ هذه الخاصية مع بداية مرحلة المراهقة، ونتيجة للتغيرات الفسيولوجية التي تميز هذه المرحلة وللتحولات العقلية والانفعالية المصاحبة لها يبدأ الفرد في التساؤل والشك ويحاول اتخاذ مواقف خاصة من كل من يحيطون به من علاقات وأفكار واتجاهات ويغرق في سؤال رئيسي هل هو كبير أم مازال طفلاً؟
- الإحساس بالود والتألف: تبدأ هذه الصفة المميزة للصحة النفسية في سن السادسة عشرة أو السابعة عشرة (بداية المراهقة المتأخرة) وتتحقق هذه الصفة في ضوء مدى تحقيق الفرد لهويته حتى يكون قادراً على تكوين علاقات مع الجنس الآخر أو مع نفس الجنس قوامها المشاركة والمخالطة والود والصدقة والحب.
- الإحساس بالوالدية: ومعك هذا الإحساس ليس مجرد الاهتمام بالإنجاب وإنما بالإدراك الواعي لفكرة الوالدية، ذلك الإدراك الذي يظهر في علاقة الفرد بأطفاله أو أطفال الآخرين والشعور بالمسئولية إزاءهم، ويصل الفرد إلى الرشد (١٢ سنة) قبل أن ينمو لديه هذا الشعور الوالدي نمواً كاملاً، وبقدر ما يتصف به الفرد من خصائص الصحة النفسية السابقة لهذه المرحلة بقدر ما ينمو لديه الإحساس بالوالدية.
- الإحساس بالتكامل: وتعني هذه الخاصية التي تميز الصحة النفسية اعتباراً من الرشد المتأخر ٤٥ سنة وتعني إدراك الفرد بأن حياته هي مسئوليته وحده، وأنه مستعد للدفاع عن كرامته وقيمه وأهدافه في مواجهة ما يهددها، لأن دفاعه عن مبادئه هو دفاع عن الإنسانية كلها.

نظرية عبد السلام عبد الغفار:

لقد اقترح نظرية حول السلوك الإنساني توصل من خلالها إلى عدد من محركات الصحة النفسية هي:

- الرضا عن النفس: ويأتي من خلال إدراك الفرد لما زود به من إمكانيات عقلية ومعرفية أو انفعالية أو واقعية، وأن الناس مختلفون في القدر الذي زودوا به من هذه الإمكانيات والرضا بهذا القدر وبالعامل على الانتفاع به واستثماره وتحقيقه دون أن يكون هذا الرضا قائماً على الاستسلام والخضوع وإنما على الإدراك الواقعي للحياة، مع حرية الفرد في اختيار الأسلوب الذي يحقق به إمكانياته المتعددة وإدراكه حدود هذه الحرية وتحمل مسؤولية استخدامها.
- السمو والالتزام: أي نجاح الفرد في الوصول إلى معنى يحدد له مساره في الحياة أو إلى أهداف تحدد له طريقه في الحياة، تلك الأهداف والمعاني التي تثري من خلالهما الإنسانية، وبمعنى آخر خروج الفرد بأهدافه ومطالبه من ذلك الحيز الضيق الذي يرتبط به بصورة مباشرة إلى نطاق يشمل الإنسانية مما يساعده على مواجهة عدد من المواقف الصراعية حين تتعارض مطالب الفرد مع مطالب المجتمع.
- الوسطية: وتعنى عدم الإفراط في إشباع الحاجات، والنجاح في تحقيق الأهداف الخاصة دون الخروج عن الالتزام بالقيم الإنسانية أو الدين، وفي مجال الانفعالات الاتزان الانفعالي، وفي مجال التكوين العقلي القدرة على الاختيار بين الوسطية والتطرف.
- العطاء: يقصد به العطاء الذي لا يخفى مطامع أو أهداف أخرى كالرغبة في السيطرة أو المن على من يعطيه، والعطاء يشمل المال والجهد العقلي والجهد العضلي وغيره.

مناهج الصحة النفسية:

يوجد ثلاثة مناهج رئيسية في الصحة النفسية وهي:

-المنهج البنائي Developmental:

وهو منهج إنشائي يتضمن زيادة السعادة والكفاية والتوافق لدى الأسوياء والعاديين خلال مرحلة نموهم حتى يتحقق الوصول بهم إلى أعلى مستوى ممكن من الصحة النفسية، ويتحقق ذلك عن طريق دراسة الإمكانيات والقدرات وتوجيهها لتوجيه السليم نفسياً وتربوياً ومهنياً.. ومن خلال رعاية مظاهر النمو جسمياً وعقلياً وانفعالياً بما يضمن إتاحة الفرص أمام المواطنين للنمو النفسي السوي تحقيقاً للنضج والتوافق والصحة النفسية.

-المنهج الوقائي Preventive :

ويتضمن الوقائية من الوقوع في المشكلات والاضطرابات والأمراض النفسية، ويهتم بالأسوياء والأصحاء قبل اهتمامه بالمرضى ليقبهم من أسباب الأمراض النفسية بتعريفهم بها وإزالتها أول بأول.. ويرعى نموهم النفسي السوي ويهيئ الظروف التي تحقق الصحة النفسية وللمنهج الوقائي مستويات ثلاثة تبدأ بمحاولة منع حدوث المرض ثم محاولة تشخيصه في مرحلته الأولى بقدر الإمكان ثم محاولة تقليل أثر إعاقته، وتتركز الخطوط العريضة للمنهج الوقائي في الإجراءات الوقائية الحيوية الخاصة بالصحة العامة والإجراءات الوقائية النفسية الخاصة بالنمو النفسي السوي ونمو المهارات الأساسية والتوافق المهني والمساندة أثناء الفترات الحرجة والتشئة الاجتماعية السليمة والإجراءات الاجتماعية الخاصة بالدراسات والبحوث العلمية والتقييم والمتابعة، والتخطيط العلمي للإجراءات الوقائية ويطلق البعض على المنهج الوقائي اسم "التحصين النفسي".

- المنهج العلاجي Remedial :

ويتضمن علاج المشكلات والاضطرابات والأمراض النفسية حتى العودة إلى حالة التوافق والصحة النفسية ويهتم هذا المنهج بأسباب المرض النفسي وأعراضه وتشخيصه وطرق علاجه وتوفير المعالجات والعيادات والمستشفيات النفسية (حامد زهران، ٢٠٠٥: ١٢).

والسؤال ما هي الاضطرابات التي تشير إلى سوء الصحة النفسية؟

مشاكل الصحة النفسية - يمكن أن تكون مؤلمة للطفل والأسرة، مما يدفعهم إلى طلب المساعدة من أخصائي العلاج النفسي أو مقدمي الرعاية، وقد تتضمن مشكلات مثل:

- صعوبات النوم.

- صعوبات التغذية.
- التعاسة.
- مشكلات عدم ضبط الإخراج.
- الإفراط في النشاط.
- نوبات الغضب والسلوك المنحرف والمعارضة.
- الأعراض النفسية - والألام بدون سبب بدني ظاهر.
- كما تشمل اضطرابات الصحة النفسية:
- الحالة العاطفية (المزاج) مثل الاكتئاب والقلق والوحدة النفسية.
- أعراض التعب المزمن.
- اضطرابات السلوك مثل: نوبات الغضب الحادة والمتكررة.
- اضطرابات الفكر، مثل الأوهام (الضلالات) والهلوسة.
- اضطرابات الأكل مثل فقدان الشهية والشره المرضي.
- اضطرابات فرط الحركة واضطراب نقص الانتباه.
- إيذاء النفس والانتحار. (2006) British Medical Association :BMA)

الصحة النفسية واستراتيجيات المواجهة:

تعد استراتيجيات المواجهة استجابة سلوكية أو معرفية تهدف إلى تحقيق التوافق بين النتائج البيئية ورغبات الفرد، أو على الأقل تقليل التهديد الناتج عن عدم تحقيق هذا التوافق، أو هي تغييراً فاعلاً للجهود العقلية المعرفية والسلوكية للسيطرة على المطالب الداخلية أو الخارجية التي تتعدى طاقات الفرد، والمواجهة تعنى جهد صحى أو غير صحى، شعوري أو لاشعوري لمنع وتقليل الضغوط أو المساعدة على احتمال تأثيراتها بأقل كلفة ممكنة. والواقع أن جودة الصحة النفسية لا ترجع - في حقيقتها - إلى الأجواء المحيطة بالفرد - قدر ما ترجع إلى الذات الفاعلة التي تجعل الفرد يضى على هذه الأجواء المحيطة قيمة معينة تجعلها تتواءم ممن خلال أفعاله وأفكاره، وتمثل بدورها اهتماما خاصا يجعل الإنسان منفعلاً وفاعلاً ومتجاوباً بقدر توفر هذه الإرادة الفاعلة والتي تعد إحدى نواتج الدور الإيجابي في الموقف، وهناك عدد من الدلائل

البحثية التي تشير إلى أهمية معتقدات الفرد وإدراكه للمواقف، والتي تؤثر بدورها على مستوى جودة الصحة النفسية للفرد، ومدى التعرض لمشاعر الاكتئاب وبالتالي فإن الأفراد يستجيبون لأحداث انطلاقاً من المعاني التي يعطونها لها، وهذه المعاني تؤدي إلى ردود فعل انفعالية متباينة للموقف الواحد باختلاف الأفراد بل وداخل الفرد الواحد وفي أوقات مختلفة، وبذلك فإن طبيعة الاستجابة الانفعالية لدى فرد ما تتوقف على ما إذا كان هذا الفرد يدرك الأحداث على أنها إضافة حدث أو تهديد أو اصطدام بمجال الفرد الذي يتألف من جملة الأشياء التي يعطيها أهمية خاصة ومن بينها - وفي قلب مجال الفرد - توجد الذات (عبد المنان معمر والفرحاتي السيد، ٢٠١٢: ١١٦-١١٨).

ويعرض (سيد صميده، ٢٠١٠) تصنيف مونيتا وآخرون (Moneta, et al., 2007) لأساليب المواجهة إلى فئتين هما: أساليب المواجهة ذات الطبيعة الإقداامية Approach Category (وأيضاً يطلق عليها: اليقظة، الانتباه، والإرادة) والفئة الأخرى هي: أساليب المواجهة ذات الطبيعة التجنبية: (ويطلق عليها: القمع، التحرر، الاعتراض). ومن جانب آخر فإن مصطلح استراتيجيات المواجهة مستعار من أدبيات البحث في الضغوط وهو يشير إلى محاولات الفرد لإزالة العوامل المسببة للضغوط (مسببات الضغوط Stressors) من بيئتهم أو لتقليل تأثير تلك العوامل، وهي تنقسم بصورة عامة إلى فئتين هما: استراتيجيات المواجهة القائمة على المشكلة، واستراتيجيات المواجهة القائمة على الانفعال، وتعرف المواجهة القائمة على المشكلة بالواجهة النشطة Active Coping وهي تتضمن التحكم وإدارة الضغوط من خلال التعديل المباشر للموقف الضاغط، في حين تعرف المواجهة القائمة على الانفعال بالواجهة المتمركزة على العرَض Symptom-Focused Coping وهي تتضمن محاولات الفرد لتنظيم استجاباته الانفعالية ومشاعره.

مراجع الفصل الأول

١. أحمد عبد الخالق (١٩٩١): أصول الصحة النفسية. دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
٢. أمال عبد السميع باظه (١٩٩٩): بحوث وقراءات في الصحة النفسية. القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
٣. حامد عبد السلام زهران (٢٠٠٥): الصحة النفسية والعلاج النفسي. ط ٤، القاهرة، عالم الكتب.
٤. سيد محمدي صميده (٢٠١٠): نمذجة العلاقات بين المعتقدات المعرفية وتوجهات الأهداف وأساليب التعلم واستراتيجيات المواجهة لدى مرتفعي ومنخفضي التحصيل الدراسي. رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة بنها.
٥. عبد السلام عبد الغفار (١٩٧٦): مقدمة في الصحة النفسية. القاهرة، دار النهضة العربية.
٦. عبد المنان ملا معمور والفرحاتي السيد الفرحاتي (٢٠١٢): العجز المتعلم "المفهوم والمواجهة". تقارب للاستشارات النفسية والتربوية والأسرية، قراءات في علم النفس الإيجابي.
٧. مصطفى خليل الشرفاوي (ب ت) في علم الصحة النفسية، كلية التربية، جامعة الأزهر.
8. British Medical Association (2006) Child and adolescent mental health – a guide for healthcare professionals, London: BMA.
9. Sally, Ramsay (2009). Mental health in children and young people. An RCN toolkit for nurses who are not mental health specialists. Published by the Royal College of Nursing, 20 Cavendish Square, London W1G 0RN.

الفصل الثاني

الحساسية للنبذ والصحة النفسية

الفصل الثاني

الحساسية للنبذ والصحة النفسية

تمهيد:

تمثل الحساسية للنبذ Rejection sensitivity حالة انفعالية معرفية والتي تتميز بالميل نحو قلق النبذ المتوقع، والنتائج عن سوء تفسير الإشارات الاجتماعية في سياق المواقف والذي يجعل الفرد يتصرف بشكل يغلب عليه الرفض للآخرين المهمين بالنسبة له. ويعتبر المراهقين أكثر حساسية للنبذ والميل نحو الاستجابات القلقة المتعلقة بالإشارات والقرائن الاجتماعية وهذا يتطلب تحقيق حاجاتهم للطمأنينة والأمن في علاقاتهم. كما أن سوء تفسير قراءة المواقف الاجتماعية يؤدي إلى الغموض وإرباك التفاعلات، وهذا يستجلب مشاعر عدم الرضا عن العلاقات ويعزز مشاعر النبذ والتي تؤدي إلى المخاوف من الوالدين والأقران وشركاء العلاقة.

(Downey&Feldman,1996:1327).

إن دورة الحساسية للنبذ تؤدي إلى قطع العلاقات الحميمة، فالأفراد ذوي الحساسية المرتفعة يزداد لديهم النبذ المرتبط بالقلق من خلال تجنب البحث عن المودة وإظهار العلاقات الحميمة، وقد أشار بروكنجس وآخرون (Brooking,et al)، إلى أن الأفراد يُظهرون علاقات رومانسية أقل وتوقعات نبذ مرتفعة تتبى بتجنب المودة مع الأصدقاء المقربين وأطراف العلاقات (Downey,et al.,2000:45).

كما حاولت النماذج المفسرة للحساسية للنبذ بحث العلاقات بين الحساسية للنبذ والصراع والمظاهر السلبية في العلاقات الحميمة، فالحساسية للنبذ تقلل جودة العلاقات وتعزز الغيرة والسلوكيات غير الداعمة بين أطراف العلاقات. وذكر داووني وفلدمان (Downey & Feldman 1996) أن الأفراد ذوي الحساسية المرتفعة أكثر تعرضاً للاكتئاب والوحدة النفسية وتقدير الذات المنخفض عن الأشخاص ذوي الحساسية الأقل. كما أن النماذج البيئشخصية حول الاكتئاب والبحوث في ذلك الميدان افترضت أن ارتفاع الاكتئاب والوحدة النفسية وارتباطهم بتقدير الذات يمثل ميكانيزم آخر للحساسية للنبذ يؤدي إلى صعوبة العلاقات، قد تناولت البحوث السابقة العلاقة بين

الحساسية للنبذ ومخرجات علاقات الأقران والروابط بين المراهقين ذوي الحساسية المرتفعة للنبذ والصراع والجوانب السلبية لعلاقة الفرد بوالديه والصدقات الثنائية المفضلة. ومن المهم ملاحظة أن الحساسية للنبذ قد ترتبط إيجابياً مع الكراهية والأذى، كما أنها ترتبط مع العصائية، الانطواء، تقدير الذات، التجنب الاجتماعي، الضغوط الاجتماعية، الحساسية البيئشخصية وتجنب التعلق. وتشير دراسات: شيشيار وكامبل (Cheshier & Campell, 1997) وجولي ماكلكهون (Julie, Mclachlon 2010) إلى أن الطلاب ذوي صعوبات التعلم يشيع لديهم الحساسية للنبذ، وذلك بسبب تدني شعورهم بالمكانة الاجتماعية، وتقدير الذات، وربما لتعرضهم لضغوط الأقران والمنزل والمعلمين بسبب بطء فهمهم للإشارات الاجتماعية في التفاعلات مع الآخرين.. وذلك الشعور بالدونية يزيد لديهم الحساسية للنبذ وسوء تفسير سلوكيات الآخرين نحوهم. (كتبت هذا الفصل : أ. سماح محمد الغبور ماجستير تربية خاصة، معهد الدراسات والبحوث العربية، جامعة الدول العربية)

أولاً: مفهوم الحساسية للنبذ:

تعتبر الحساسية للنبذ حالة من التوقع القلق وإدراك أفعال الآخرين على أنها إشارة إلى الرفض والنبذ، ويفترض نموذج الحساسية للنبذ أن الأفراد ذوي الخبرة السابقة للنبذ يصبحون أكثر حساسية لخبرات النبذ مستقبلاً نحو الآخرين، ويتعرضون لسوء التوافق المرتبط بالحساسية للنبذ. (Stephen, Ford, 2012: 62-63) ولقد حدد "داوني وآخرون" مفهوم الحساسية للنبذ بأنه عملية دينامية وجدانية معرفية تعرض للتوقع القلق Anxiously expect والإدراك الواقعي ورد الفعل بشكل مبالغ فيه نحو أسباب النبذ في سلوك الآخرين تجاه الفرد، والحساسية للنبذ تصف في الأساس الإطار المرجعي للعمليات الانفعالية المعرفية وتجهيز المعلومات لدى الفرد، وتؤثر الحساسية للنبذ على إدراك الفرد للواقع الاجتماعي من خلال التوقعات، والتحييزات الإدراكية في السياقات البيئشخصية، وبشكل عام الأفراد ذوي الحساسية العالية للنبذ لديهم توجه في المواقف الاجتماعية نحو التوقعات القلقة للنبذ أو الرفض، والذي يجعلهم أكثر تحفزاً لتفسير الإشارات الدالة على النبذ المحتمل عند تفسير القرائن البيئية أو البيئشخصية لصالح

النبذ، فالأفراد ذوي الدرجة العالية للنبذ يخبرون بالفعل مشاعر النبذ، مما يشعرهم بالكراهية والتجنب والاكْتئاب. (Downey, et al., 2004: 2-3).

ويضيف "داوني وآخرون" أن الأفراد ذوي الدرجات العالية من الحساسية للنبذ يمرون بخبرة مزعجة للوظائف البينشخصية والتي تنشأ عن مخاوفهم المتوقعة، والتي تثير السلوك الذي ينشأ عن النبذ الفعلي من قبل الأشخاص المهمين في حياتهم (Downey, et al., 1998:1074) كما أن الأفراد ذوي الحساسية المرتفعة للنبذ، يجدون غموضاً في إدراك القرائن والإشارات الاجتماعية أكثر من الأفراد منخفضي الحساسية للنبذ، فمثلاً رسالة النبذ التي يخبرها الأشخاص نتيجة ضعف قدرة الآخرين في عرض مشاعر الحب والتقبل تؤدي إلى مشاعر اليأس والاكْتئاب، فالأفراد الذين يخبرون مستويات عالية من الحساسية للنبذ لديهم مشاعر عالية من الضغوط الانفعالية. التي تساهم في الاكْتئاب (Ayduk, Downey, 2001: 868).

من خلال استعراض مفهوم الحساسية للنبذ يتضح ما يلي:

- ١) أن مفهوم الحساسية للنبذ يعبر عن التوقع القلق تجاه أفعال الآخرين.
- ٢) أن الحساسية للنبذ حالة وجدانية دينامية معرفية سلوكية.
- ٣) أن الحساسية للنبذ تؤثر على إدراك الفرد للواقع الاجتماعي من خلال التوقعات السلبية.
- ٤) أن الحساسية للنبذ قد تتخذ شكل النبذ المتصور أو شكل النبذ الواقعي.
- ٥) أن الحساسية للنبذ خبرة مزعجة تستهلك الطاقة النفسية للفرد.
- ٦) أن الحساسية للنبذ قد تنتهي بالفرد إلى الوحدة النفسية والاضطرابات الداخلية كالقلق والاكْتئاب.

ثانياً: الحساسية للنبذ وبعض المفاهيم الأخرى:

١- الحساسية للنبذ والخجل Shyness :

إن الأساس في مشكلة الخجل وبالتالي الانطواء وجود درجة عالية من الحساسية الزائدة Hypersensitivity وخاصة الحساسية الزائدة للنقد ومن التقييم السلبي Negative evaluation فالأفراد الذين يعانون من الحساسية الزائدة يشعرون بالإهانة

والإنجراف من كل نقد عادى موجه إليهم، ويدركون هذا النقد باعتباره دليلاً على عدم كفاءتهم وعلى فشلهم وعدم جدارتهم واستحقاقهم، مما يدفعهم إلى الشعور العميق بالنقص وبأنهم دون الآخرين. وبالتالي فهم يميلون إلى الانسحاب والعزلة تجنباً للملاحظات التقويمية والتعليقات التي تسبب لهم الأذى والشعور بالخزي والضآلة. (علاء كفاي، ٢٠١٢: ١٦٦).

ويعتبر الخجل مصدر من مصادر القلق الاجتماعي الذي يؤثر في قدرة الفرد على التفاعل مع الآخرين، إذ أنه نزوع إلى تجنب التفاعل الاجتماعي والإحجام عن المشاركة في المواقف الاجتماعية المختلفة أو المشاركة بصورة غير مناسبة، فالخجول يود التقرب من الآخرين لكنه لا يقوى على تحقيق رغبته اعتقاداً منه بأن التواصل الاجتماعي سوف ينتهي بخبرة سلبية مؤلمة. كما أن الخجل يوصف بأنه الميل إلى تجنب التفاعل الاجتماعي مع المشاركة في المواقف الاجتماعية بصورة غير مناسبة، كما أنه حالة تجعل الفرد ميالاً إلى الاهتمام المبالغ فيه بالتقييم الاجتماعي الصادر عن الآخرين إزاءه. والخجل يختلف عن العزلة في أن الخجل ليس مرتبطاً بالخبرات السيئة خلال التجارب الاجتماعية مع الآخرين، بل هو نابع من شخصية الفرد نتيجة نقص تقدير الذات أو نقص المهارات الاجتماعية، فالطلاب الخجولين يرغبون عادة في العلاقات الاجتماعية ويبدلون محاولات لإقامتها، بينما العزلة الاجتماعية استجابة أكثر شدة حيث يسعى الطلاب إلى تجنب الآخرين، والطالب الخجول يشعر بعدم الارتياح، لكنه يستمر في البحث عن التواصل الاجتماعي، بينما يمتنع الطلاب المنعزلين بشكل متعمد أكثر فأكثر عن التواصل بالآخرين (صلاح الدين حمدي، ٢٠٠٣: ١٩).

ويُوصف الأفراد الخجولين أنهم ذوي علاقات شخصية مضطربة وغير مكتملة، ولديهم تدنى في مستوى تقدير الذات، ومستويات عالية من الوحدة النفسية، وفي الحالات الشديدة لديهم انسحاب اجتماعي وعزلة اجتماعية. ويمكن التمييز بين نمطين من الخجل هما: خجل الحالة وخجل السمة أو ما يعرف بالخجل الموقفي Situational وخجل غير موقفي Dispositional والخجل الموقفي ينتج عن موقف اجتماعي محدد خصوصاً ما يتميز بالجدة Novel ويثير انتباه الآخرين، أما خجل السمة فهو ثابت نسبياً ويظهر في مواقف عديدة ومتنوعة. ويرتبط بالخجل خصائص الفرد والموقف الاجتماعي

فمثلاً طلاب المدرسة غالباً يشعرون بالخجل مع الغرباء وربما يكونون أقل من ذلك في البيت وببساطة فإنهم يعانون من الخجل مع الناس الجدد وفي المواقف التي ليس لديهم خبرة سابقة بها ذلك لأنهم ليس لديهم مهارات الاندماج في التفاعلات مع الآخرين (Erwin,1998:108- 109).

ويرى علاء كفا في (٢٠١٢) أن من العوامل الأساسية المسببة للحساسية الزائدة المؤدية إلى الخجل والانطواء عند المراهقين والشباب، هو إحساسهم أو شعورهم بعدم الكفاءة. وهذا الشعور ليس من الضروري أن يكون حقيقياً معتمداً على وقائع ملموسة، بل قد يكون شعوراً متوهماً، وهذا الإحساس جزء من مفهوم الفرد عن ذاته يتصرف بناءً عليه دون أن يعتمد إلى فحصه. ومن المعروف أن هذا الإحساس يتكون في الصغر بناءً على الأحكام والتعليقات والأوصاف السلبية التي كان يسمعها المراهق أو الشاب وهو طفل صغير لم تتم قدراته النقدية بعد. ومثل هؤلاء الطلاب يكونون مهينين للشعور بالضعف وعدم الكفاءة. والشعور بالاختلاف عن الآخرين قد يكون كافياً جداً عند المراهقين والشباب لكي يتأكد أنه غير كفء وأنه دون الآخرين في مستوى الذكاء والتفوق الرياضي أو الجاذبية الشخصية. ويصبح هؤلاء الأفراد حساسون جداً لمواقف المقارنة لأنهم يشعرون أن نتيجة المقارنة لن تكون في صالحهم، بل ستؤكد دونيتهم وضعفهم.

ومن العوامل الأساسية أيضاً في خلق الحساسية الزائدة المؤدية إلى الخجل والانطواء أسلوب الحماية الزائد الذي يتبعه بعض الآباء في تربية أبنائهم. ويحدث ذلك عندما يعمد الآباء إلى الإسراع بتلبية رغبات الأبناء. ويعبر عن هذه الظاهرة في الأسرة بأن الأم تعرف ما يريد ابنها قبل أن ينطق به، وتحاول أن تحميه من أية مشيرات ترى أنها قد تؤذي، أو لا يحب أن يتعرض إليها. ويحدث هذا بصفة خاصة مع الابن الوحيد، أو الابن الذكر الوحيد وسط مجموعة من الأخوات. مثل هذا الابن يتعود على نمط اعتاده ويتوقع أن يجده خارج المنزل، وعندما لا يجده يشعر بالصدمة ويميل إلى الانسحاب انسحاباً مصحوباً إما بمشاعر عدم الكفاءة أو بمشاعر الظلم والاضطهاد أو الاثنين معاً.

وقد تتدعم استجابة الانسحاب عند الابن عن طريق شعور الآباء بالإشفاق والإغداق عليه، بحيث يتعلم الابن أنه بهذا السلوك الاستسلامي يحقق ما يريد. ويتحدث بعض

العلماء عن استعداد تكويني عند بعض الأفراد للحساسية الزائدة أي الميل غير المتعلم، ويظهر ذلك في حال الابن الذي يتصف بالحساسية الشديدة وسط إخوته الذين لا يعانون من مثل هذه المشكلة في الوقت الذي يعتبر فيه الآباء أنهم متقاربي السن وأنهم عوملوا معاملة واحدة وعاشوا في بيئة لم تكن تختلف من ابن إلى آخر. وحالة مثل هؤلاء تطرح الفرض القائل أن بعض الأبناء ورثوا أنظمة عصبية زائدة الحساسية أو ذات استثارة عالية (علاء كفاي، ٢٠١٢: ١٦٦-١٦٧).

وترى سالي صلاح (٢٠٠٥: ٣٣) أن من الأعراض السلوكية للخجل تجنب المواقف الجديدة والأشخاص الجدد، وهم أشخاص يفضلون العزلة ولا يميلون إلى المشاركة في المواقف الاجتماعية ولا يفكرون في إنشاء أي علاقة مع الآخرين، وعلاقاتهم الفعلية محدودة جداً، ويتجنبون الأنشطة والأعمال التي تتطلب احتكاكاً بالآخرين ولديهم صعوبة في التعبير عن النفس ويلزمون الصمت في مواقف المناقشة، ويتجنبون المبادرة في الحديث. إن شعور الفرد بمظاهر الخجل يرجع في الأساس إلى افتقاره للمهارات الاجتماعية سواءً اللفظية وغير اللفظية مما يدفعه إلى تجنب إقامة أي علاقة مع الآخرين، وبذلك يجد صعوبة في التعبير عن نفسه، فيفضل العزلة ويصمت في مواقف المناقشة، ويشعر بالنقص والدونية وعدم الثقة بالنفس والقلق وعدم الارتياح والارتباك نظراً لعدم امتلاكه لهذه المهارات الاجتماعية، كما أنه حساس جداً للنقد، لأنه يعلم أن لديه قصور في مهاراته التي تمكنه من إقامة علاقات اجتماعية جيدة.

ويؤكد فهر بيفرلي (Fehr, Beverley, 1996:56) أن الأفراد ذوي الخجل يبدو لديهم نقص في المهارات الاجتماعية ويميلون إلى قلة الكلام والتفاعل مع الآخرين، وقلة الاستجابة أو الابتسام والتواصل البصري وليس من الغريب أن يكون عدد الأصدقاء لدى هؤلاء الأفراد قليل بالمقارنة بالأفراد غير الخجولين، كما أنهم يعانون من الوحدة النفسية بدرجة كبيرة، وقلة الحميمة في علاقاتهم وصعوبة في تجديد الصداقات. وأن العلاقة قوية بين الحساسية للنبد والخجل، فقد يكون الفرد ذو الحساسية للنبد خجولاً أو قد يكون الخجل هو سبب في ارتفاع مستوى الحساسية للنبد، وكلاهما يتخذ صوراً متصورة على مستوى الإدراك أو على مستوى الموقف السلوكي.

٢- الحساسية للنبد والتقبل:

التقبل الاجتماعي Social acceptance وهو يعنى درجة نجاح الفرد في عضوية الجماعات التي ينتمي إليها كما تظهر من خلال اختيار أعضاء الجماعة الآخرين له كرفقاء يشاركونهم في اللعب أو العمل أو غيرها في مرحلة أو فترة زمنية محددة بعينها، ويتضح ذلك من طريق رسم السوسيوغرام Sociogram. كذلك "يشير التقبل الاجتماعي إلى شعور الفرد بأنه محبوب ومقبول لدى أعضاء أسرته وأقرانه ومدرسيه، ومن ثم مقبول لدى ذاته هو بشكل يحقق له التوافق الشخصي والاجتماعي". والواقع أن تقبل المراهق لأقرانه يتوقف على عدة صفات شخصية أهمها أن الأقران المحبوبين يكونون حسنى المظهر، ويتسمون بالأناقة، والمرح والانطلاق، ويمتلكون المهارات الاجتماعية الملائمة لمستوى سنهم، ويجعلون الآخرين يشعرون أنهم مقبولون، أما الأقران غير المحبوبين فيوصفون بأنهم خجولون، غير اجتماعيين، ومنطويين، يجعلون الآخرين ينظرون إليهم على أنهم ليس لديهم إحساس بالمسئولية ولذلك يشعرون تجاههم بالضيق، وبصفة عامة فإن المراهقين يحبون الأقران الذين يشبهونهم والذين يحافظون على قيم تشبه قيمهم. والواقع أن التقبل الاجتماعي يرتبط بالحساسية للنبد فكما انخفض مستوى التقبل الاجتماعي، تزداد الحساسية للنبد، ويشعر الفرد بالإهمال، وبالتالي ينسحب من مواقف التفاعل، وقد يلجأ إلى العدوانية كرد فعل، أو يشعر بالوحدة النفسية مما يعوق نموه الاجتماعي ويعرقل نمو الصداقات.

٣- الحساسية للنبد والتجاهل Disregard :

هناك نوع ثان من أحكام الاستبعاد، يسمى محك التجاهل وفي ذلك فإننا نستبعد بعض الأفراد من دائرة الأصدقاء ليس بسبب كراهيتنا لهم، بل بسبب أنهم يبدو غير مرشحين بشكل مناسب للصداقة. وربما نتجاهل الأفراد بسبب مستواهم التعليمي، جاذبيتهم البدنية، السن، الملابس. إلخ. إن محك التجاهل حسب رودين (1982 Rowden) يشير إلى أن الأفراد الذين لا يريدون قضاء الوقت في تنمية العلاقات مع الآخرين فإنهم يستبعدونهم وبذلك تضيع فرصة تشكيل الصداقة، لذلك عند تشكيل الصداقات نبدأ باستبعاد الأفراد الذين لا نحبههم أو نحكم عليهم حكم غير مناسب، وفي البحوث التجريبية تبين أن الأفراد يستخدمون محك الكراهية ومحك التجاهل ليضيقوا قاعدة

الصدقة الممكنة، ومن تم استبعادهم كانت الأسباب ترتبط بعدم التماثل أو التشابه في السلالة، التعليم، نمط اللبس، والسن (Fehr, Beverley, 1996:56). ويؤكد ما سبق الحديث الشريف عن عائشة رضي الله عنها "الأرواح جنود مجندة ما تعارف منها ائتلف وما تناكر منها اختلف" رواه البخاري. ويشير إلى أن كل إنسان يميل إلى من هو على شاكلته وينفر ممن لا يشاكله.

٤- الحساسية للتبذ والكراهية Dislike :

إذا كنت تعتقد أن شخص ما يحبك كثيراً، إذن عليك كتابة واحد أو اثنين ممن لديهم صفات جيدة والذين تعتقد أنهم مفضلين لديك، بعد ذلك اسأل نفسك هل يوجد أي شخص لا أحبه؟ رغم أنه يملك تلك الصفات الجيدة.. إن غالبية الناس ستجيب على نفس السؤال بنعم.. وإذا نظرنا إلى قائمة حس الدعابة كخصائص مرغوبة في الشخص الذي نحبه.. فإن الفرص والاحتمالات موجودة لدى الأفراد الذين لا نحبهم والذين لديهم حس الدعابة، الآن فكر في شخص تكرهه جداً.. ثم حدد واحد أو اثنين من الصفات التي تكرهها جداً في ذلك الشخص.. ثم اسأل نفسك سؤالاً.. هل هناك شخص أحبه لديه ذات السمات والخصائص؟ الإجابة قد تكون لا.. وحسبما ترى "رودين Rowden" فإننا لا نحب الناس الذين يبادلوننا الكراهية بل نضعه في محك التجاهل بغض النظر عن الخصائص التي يملكونها والتي يمكن قبولها" لذلك فإن أحكام الحب والكراهية غير متسقة Asymmetrical والواقع أنه ربما نتشارك في الصفات المرغوبة في الأفراد الذين لا نحبهم، لكننا لا نتشارك في الصفات غير المرغوبة في الأشخاص الذين نحبهم.. ولذلك فإن الخصائص التي تسبب لنا كراهية أو نبذ الآخرين تلعب دوراً رئيسياً في مراحل تكوين العلاقات ومنها الصداقة (Fehr, Beverley, 1996:56).

٥- الحساسية للتبذ ومفهوم الذات:

إن العلاقة بين مفهوم الذات ومشاعر التقبل من الآخرين تم تناولها من قبل العديد من الباحثين، وفي الواقع فإن بعضهم ذكر أن السبب الرئيسي في انخفاض مفهوم الذات هو الاستبعاد من مودة الآخرين. وفقاً لنظرية السيوسومري فإن درجات الأفراد في الاندماج في العالم الاجتماعي تبدأ من مستوى الفرد للحاجة إلى تحديد مستوى تقديره لذاته. إن البحوث حول مفهوم الذات والاستبعاد بينت أن إدراك الاستبعاد يرتبط مباشرة

ياحساس الفرد بذاته وأن مفهوم الذات يعمل كمصدر وحماية ضد الآثار السلبية للنبذ، وقد وجد كيلى وجوب Kelly & Jobe أن الأفراد سمادون يحساس الإيجابي بالذات أقل تعرضاً للحساسية للنبذ مقارنة بمن لديهم مفهوم ذات سلبي، لذلك يبدو أن مفهوم الذات المرتفع يعمل كخط دفاع ضد خبرة النبذ. كما أن الأفراد ذوي مفهوم الذات المنخفض من المتوقع أن يتعرضوا للنبذ من الآخرين على عكس ذوي مفهوم الذات المرتفع (Kelly & Jobe, 2002). ومن هذا المنطلق فقد ذكر هيثرتون وفوهس Heatherton & Vhohs أن تهديدات النبذ ربما تؤدي إلى انخفاض مفهوم الذات عند الأفراد ومن ثم يستجيبون بشكل مختلف عن الأفراد ذوي مفهوم الذات المرتفع ولاختبار ذلك الفرض، قام الباحثون بإعطاء مجموعتين من الأفراد بعض المهام المختلفة لاختبار التهديدات، المجموعة الأولى مفهوم الذات لديها مرتفع والثانية مفهوم الذات لديها منخفض، ثم طلب منهم المحادثة كتشائيات وبينت النتائج أثبات صحة افتراض الباحثين والذي مؤداه أن الأفراد ذوي مفهوم الذات المرتفع معدلاتهم في الشعور بالتهديد أقل من أقرانهم ذوي مفهوم الذات المنخفض (Heatherton & Vhohs, 2000: 725)

٦- الحساسية للنبذ والقلق الاجتماعي؛

يؤكد الكثير من الباحثين أن الخبرات البيئشخصية الماضية تؤثر بشكل كبير على توقعات الفرد نحو علاقاته المستقبلية خصوصاً لدى الأفراد ذوي التاريخ من العلاقات المرتبطة بالقلق والنبذ المتوقع من الآخرين في المواقف الاجتماعية مقارنة بمن يشعرون بالرضا عن علاقاتهم. فقد بينت البحوث أن الأبناء الذين يشعرون بالنبذ من والديهم، يعانون من قلق اجتماعي مرتفع مثل (الخوف من النبذ) وعلى العكس من ذلك الوالدين ذوي مشاعر الديقء، لذلك فإن النبذ المبكر من مقدمي الرعاية ربما يؤثر على توقعات القلق والاستبعاد من العلاقات الاجتماعية مستقبلاً.

وعندما قام داووني وفيلدمان (Downey & Feldman, 1996) بدراسة القلق الاجتماعي والنبذ المتوقع لدى عينة من طلاب الجامعة فقد وجدوا أن درجات القلق الاجتماعي مرتفعة، وقرروا كذلك أن النبذ المتوقع في علاقاتهم الجديدة يكون أكثر من أقرانهم ذوي القلق الاجتماعي المنخفض، لذلك يبدو أن الضغوط والاهتمام في المواقف الاجتماعية يرتبط بشكل كبير بالنبذ المرتقب في علاقات الشخص بشكل عام

وافترض كثير من الباحثين أن نقص الكفاءة الاجتماعية يرتبط بمشاعر القلق الاجتماعي والتي تخفى قدرة الفرد على التفاعل مع الآخرين في المناسبات الاجتماعية. وقد لاحظ وليامز وسومر (Williams & Sommer, 1997: 693) أن ميول الأفراد نحو القلق يتبعه النبذ ثم بعد النبذ ينسحب ثم تصبح سلوكياته منبوذة.

٧- الحساسية للنبذ والانسحاب الاجتماعي:

الانسحاب الاجتماعي هو نمط من السلوك يتميز عادة بانطواء الفرد على نفسه وإحجائه عن القيام بمهام الحياة العادية، ويصحب ذلك إحباط وتوتر وخيبة أمل في إقامة أية علاقات اجتماعية ناجحة، كما يتضمن الانسحاب الاجتماعي الابتعاد عن مجرى الحياة الاجتماعية العادية. وقد عرف معظم علماء النفس اضطراب الانسحاب الاجتماعي تعريفاً إجرائياً بأنه ابتعاد الفرد عن الانسجام الاجتماعي، حيث يظهرون درجات متدنية من التفاعلات السلوكية والاجتماعية مع أسرهم وأقرانهم في المواقف الحياتية المختلفة. ويبدأ الانسحاب الاجتماعي في سنوات ما قبل المدرسة، ويستمر هذا السلوك فترات طويلة، وربما يستمر مدى الحياة وتتمثل مظاهره فيما يلي:

- العزلة وانشغال البال.
- تجنب المبادرة بالتحدث مع الآخر.
- تجنب الآراء والنشاطات المشتركة مع الآخرين.
- الشعور بعدم الارتياح والتوتر عند مخالطة الآخرين والتفاعل معهم.
- عدم الشعور بالسعادة والمعاناة من المواقف الاجتماعية المحيطة لدرجة تصل إلى حد الاكتئاب.

والطالب المنسحب أو المنطوي اجتماعياً في العادة يكون مصدر خطر على نفسه، وليس على الآخرين المحيطين به، فهو لا يثير المشاكل ولا الضوضاء داخل حجرة الدراسة وكثيراً ما يتم وصفه من قبل المعلمين بأنه غير قادر على التواصل، وأنه خجول وحزين، ودائم الفشل في المشاركة في الأنشطة المدرسية وفي تكوين علاقات تبادلية مثمرة مع الآخرين.

ويؤدي الانسحاب الاجتماعي المتواصل للطالب إلى أن يبتعد عنه معظم الأقران ويتجنبون اللعب معه سواءً في البيت أو المدرسة، كما أن انسحاب الطالب وابتعاد

الآخرين عنه كرد فعل لسلوكه يتسبب في عدم وصوله إلى النضج الاجتماعي المناسب لمراحلته العمرية، وعدم قدرته على تمثيل الأدوار الاجتماعية أو تقبل أدائها، مما يؤدي إلى نقص شديد في التعلم والإدراك الاجتماعي وجمود النمو المعرفي، كما يؤدي الانسحاب إلى فقد الثقة بالآخرين وعدم الاشتراك في المناسبات الاجتماعية مطلقاً.

ويتمثل الانسحاب الاجتماعي في الطلاب الذين لم يسبق لهم أن أقاموا تفاعلات اجتماعية مع الآخرين، أو أن تفاعلاتهم كانت محدودة، مما يؤدي إلى عدم نمو مهاراتهم الاجتماعية، والخوف من التفاعلات الشخصية. وتتمثل العزلة الاجتماعية أو النبذ في الطلاب الذين سبق لهم أن أقاموا تفاعلات اجتماعية مع الآخرين في المجتمع، ولكن تم تجاهلهم أو رفضهم أو تمت معاملتهم بطريقة سيئة، مما أدى إلى انسحابهم وانعزالهم عن الآخرين. (يسرى أبو العنين وآمال الصايغ، ٢٠١٢: ١٧٦-١٧٨).

إن الإيثار الاجتماعي لدى الأفراد يجعلهم مقبولين من الآخرين، وإن الحاجة إلى التقبل، الاندماج، وحب الآخرين، دوافع إنسانية أساسية. مما يجعل التقبل والاندماج عوامل مرغوبة لدى الناس، في مقابل ذلك يحدث النبذ من الآخرين، أو التهديد بالنبذ، إضافة إلى أن النبذ يتخذ أشكال متنوعة يشمل التجاهل، أو تجنب الآخرين، الاستبعاد من أنشطة الجماعة. البحوث السابقة على الأطفال والمراهقين والبالغين أشارت إلى أن النبذ يرتبط بتأثيرات سلبية كثيرة، في حالة الأطفال على سبيل المثال: نبذ القران يرتبط بالضغوط الداخلية مثل القلق، عدم السعادة، الغضب، الأعراض الاكتئابية، وانخفاض مفهوم الذات.

إن نبذ الأقران ظاهرة اجتماعية لها تعقيدات خطيرة على ضحاياها، وقد بينت البحوث أن مرحلة المراهقة يزداد بها النبذ المزمن يرتبط بزيادة Serious array وتدمير الذات، والسلوكيات المضادة للمجتمع، الصعوبات الأكاديمية، العنف والعدوانية، والانسحاب من الدراسة العالية، جناح الأحداث، وسوء استخدام العقاقير والمخدرات. وقد توصلت نتائج دراسات عديدة إلى أن الحساسية للنبذ والاستبعاد Exclusion يرتبطان بسوء التوجه المعرفي Cognitive disorientation والضغوط الانفعالية والاكتئاب. وأشارت دراسات داووني وفيلدمان (١٩٩٦-١٩٩٨-٢٠٠٥-٢٠٠٧) إلى أن النبذ المزمن بالفعل يؤدي إلى نمو مشكلات شخصية وبيئشخصية.

(John Watson&Drew Nesdale, 2012: 1984)

الحساسية للنبذ والانسحاب الاجتماعي: توجد رابطة بين الحساسية للنبذ والانسحاب الاجتماعي تشير إلى أن الناس تميل إلى تباعد أنفسهم عن الآخرين إذا هم شعروا أن النبذ مرتفع، وبينت البحوث أن خبرة القلق في المواقف ربما تكون دافعاً للتجنب، وبشكل أكثر مباشرة فإن الحساسية للنبذ تتصف بالقلق والتوقعات الفعلية للنبذ وما صاحبها من حساسية مرتفعة للنبذ لدى الأفراد ربما يجعلهم أكثر قلقاً اجتماعياً وانسحاباً اجتماعياً، وقرر لندن (٢٠٠٧) قرر أن المساندة تنبئ بالتوقعات المقلقة للنبذ وتنبئ بالانسحاب الاجتماعي مثل القلق الاجتماعي.

ومن الواضح الحاجة إلى بحث العلاقة بين الحساسية للنبذ والقلق الاجتماعي والانسحاب الاجتماعي خصوصاً لدى المراهقين والبالغين مع أن نتائج بعض البحوث السابقة أشارت إلى العلاقة بين الحساسية للنبذ والانسحاب الاجتماعي لأن الأفراد ذوي القلق المرتفع (التوقعات القلقة) للنبذ في مواقف معينة ربما بالفعل Instigate استراتيجيات سلوكية للتجنب الاجتماعي أو الانسحاب لمحاولة تجنب النبذ. وعلى الرغم أن العلاقة بين الحساسية للنبذ والانسحاب الاجتماعي لم يدرس بشكل واضح Explicitly وتتفق مع ذلك نتائج تشير إلى أن الاستجابة للتهديدات والأحداث الاجتماعية مثل: الانتقال إلى الجامعة، لأن الأفراد ذوي الحساسية للنبذ يتجنبون التواصل الاجتماعي الجديد (John Watson&Drew Nesdale, 2012: 1987-1988).

ومن أمثلة عبارات الحساسية للنبذ:

- أميل إلى تجنب المواقف الاجتماعية لأنني أخشى أن لا يكلمني أحد.
- لا أحب أن أقدم نفسي للغرباء لأنني أخشى ألا يكلمونني.
- سوف أذهب إلى حفلة وأحاول أن لا أعرف أناس كثيرين لأن معظمهم يبذلون جهداً لجعلي مندمجاً في محادثاتهم.

٨- الحساسية للنبذ والوحدة النفسية:

يرى بعض الباحثين أن خبرات النبذ يصحبها مشاعر الوحدة، وتوصلت نتائج بعض الدراسات إلى أن العلاقة بينهما تبادلية فعلى الرغم من أن الوحدة النفسية والنبذ يشتركان في خصائص عامة، وأن العلاقة بين الوحدة النفسية والحساسية للنبذ أشارت

إلى أن مكون أو بنية الاثنين متشابهة لكن توجد فروق في المفاهيم وتمايز بين أصحاب الشخصيتين. ولتأكيد العلاقة بين الحساسية للنبذ والوحدة النفسية لدى عينات من الأطفال والمراهقين تناول استوكر (Stocker 1994) في دراسته عينة عددها (٨٥) أعمارهم من ٦-١٦ سنة وقد وجد أن علاقاتهم مع أشقائهم وأمهاتهم ترتبط بشكل دال مع مشاعر الوحدة النفسية ومستوى الأعراض الاكتئابية خصوصاً لدى الذين شعروا بالنبذ في أسرهم والذين أظهروا مستويات مرتفعة من الوحدة النفسية وأظهروا تدنى في التوافق الاجتماعي عن أقرانهم في الأسر التي تتسم بالديفء والتقبل. وقد قام جيرهام وآخرون (Graham, et al., 1998: 587) بإجراء مسح لطلاب المدارس الإعدادية حول إدراكهم لمكانة القرين، وأشارت النتائج إلى أن الإدراك الذاتي للنبذ كان مرتبطاً بمشاعر الوحدة النفسية، القلق، وانخفاض قيمة الذات وتتفق مع هذه النتائج دراسة فيرنبرج (Vernbrg, 1995: 58) التي هدفت إلى دراسة التفاعلات السيئة المتكررة مثل: (الإغاضة- التهديد- الاستبعاد من الأنشطة الاجتماعية، والضرب) لدى عينة من المراهقين بلغت (١٣٠) وقد وجدوا أن التفاعلات السيئة كانت ترتبط بشكل مرتفع مع مستويات الوحدة النفسية، ورغم الحاجة إلى أساليب بديلة لقياس الحساسية للنبذ مازال البحث بحاجة إلى استكشاف مخرجات الصحة النفسية وخبرات الاستبعاد والتهميش، لذلك فالنبتذ المتوقع لا يُكتفي بدراسته من خلال التقرير الذاتي وقياس الاهتمام الاجتماعي لكن أيضاً من خلال الاستجابات النفسية والفسولوجية للنبتذ الفعلي. (Rebecca, Jobe, 2003: 12)

وقد أشارت نتائج البحوث إلى أن نقص الاندماج والتكامل الاجتماعي يرتبط بالوحدة النفسية لدى ضحايا علاقات الأقران، والتأثيرات السلبية للاستجابات الناجمة عن مشاعر العجز في كم وطبيعة العلاقات الاجتماعية للأفراد، وقد وجدت رابطة بين الحساسية للنبتذ والوحدة النفسية والحساسية العالية نحو الإشارات Cues البيئيشخصية والحساسية المرتفعة للنبتذ Hypersensitivity وبعوث أخرى كذلك أشارت إلى أن التوقعات العالية للنبتذ وليس فقط الحساسية للنبتذ ساهمت في مشاعر الوحدة النفسية. وقد افترض لندن وآخرون (٢٠٠٧) أن الحساسية للنبتذ كذلك ترتبط بالوحدة النفسية، لأن الوحدة النفسية مصحوبة دينامياً برغبة قوية مع زيادة الضغط الاجتماعي على

المشاعر في أي موقف اجتماعي خاص مع التحيز نحو تقدير متدنى وخصوصاً التقدير الاجتماعي المقدم في الموقف. وقد افترض لندن وجود علاقة إيجابية بين المشاركين وتوقعاتهم القلقة للنبذ وشعورهم بالوحدة النفسية.

ثالثاً: النبذ الفعلي والمتصور

حاولت دراسات عديدة قياس النبذ الفعلي والمتصور، وهناك دراسات اعتمدت على ترشيح الأقران وأسلوب الشعبية في دراسة نبذ الأقران في مرحلة الطفولة والمراهقة، ودراسات أخرى مثل دراسات أشر وآخرون (Asher, et al, 1985) والتي تناولت المكانة الاجتماعية للقرين من خلال وسيلتين رئيسيتين: الأولى: أن يختار الطالب أكثر ثلاثة يحبهم وأقل ثلاثة يحبهم من نفس النوع من زملاء الفصل. الثانية: أن يرتب الطالب من يحبهم ترتيباً يعتمد على الأفضل فالأفضل... بطريقة ليكترت Likert. وفي كل حالة فإن كل طالب يحدد المكانة الاجتماعية والفئة وفقاً للشعبية "Popular" منبوذ، متجاهل، المتوسط، المعاند، والمثير للجدل. وبشكل أكثر تحديداً فالأفراد الذين يصنفون كمحبوبين ينتمون إلى فئة الشعبية، والذين ترتفع معدلاتهم في الكراهية وانخفاض التقبل يصنفون في فئة المنبوذين، أما الأفراد المشيرون للجدل فإنهم يحصلون على معدلات تتراوح بين الحب والكراهية من أقرانهم وفئة المتوسط "average" يتلقون أرقام متوسطة في الترشيح من أقرانهم تشمل الحب والكراهية، والذين يتلقون ترشيحات أقل بشكل عام فإنهم يصنفون في فئة المتجاهلون "neglected" ومن خلال الدراسات فإن الأطفال والمراهقين المنبوذين أكثر شعوراً بالوحدة عن غيرهم ويحصلون على درجات عالية تشير إلى العدوانية، وأنماط السلوك المضاد للمجتمع (Rebeca. Jobe, 2003: 5-9).

وقد قام كيلي وجوب (Kelly & Jobe, 2002) ببحث النبذ بطريقة اصطناعية لمعرفة تأثير الاستبعاد والتهميش على الخصائص الشخصية والمظهر لدى عينة من خمسة أفراد يعملون معاً، تم عزل أحدهم للعمل بمفرده وتم إخبار المجموعة أثناء التدريب أن أحدهم يستبعد من المجموعة ويتم التصويت على الشخص المستبعد من قبل المجموعة وفقاً للخصائص الشخصية والمظهر، ومن هنا تم تشكيل إحساس بالنبذ الاجتماعي، علاوة على أن العينة طلب منها تكملة اختبار الحالة الانفعالية قبل وبعد

التدريب، وقد أشارت النتائج إلى أن الأفراد ذوي الوحدة النفسية المرتفعة كانوا أكثر إظهاراً لخبرة النبذ مقارنة بالأفراد الأقل في درجات الوحدة النفسية، كما أن الأفراد الذين أظهروا حالة مزاجية سيئة والذين استبعدتهم المجموعة أظهروا درجات عالية من النبذ. وفي دراسة أخرى تم تناول تأثير النبذ الفعلي في مواقف تجريبية أعطت نتائج مشابهة للنتائج التي تم الحصول عليها على عينات متخيلة لحالة النبذ من الآخرين، فعلى سبيل المثال طلب تامبور وليري (1993) (Tambor&Leary) من عينة أن يتخيلوا أنهم سيتم إدماجهم - استبعادهم في مواقف اجتماعية، وكان الذين يتخيلون أنهم سيتم نبذهم في مواقف افتراضية يظهرون درجات عالية من القلق أكثر من زملائهم الذين تم دمجهم في مواقف افتراضية، وأشارت النتائج إلى أنه على الرغم من أن المشاركين لم يظهروا فروق فردية لاستجابات فسيولوجية للاستبعاد المتخيل، إلا أنهم أظهروا درجة عالية من القلق، الاكتئاب، والكراهية المتبوعة بمشاهد مرئية للنبذ الاجتماعي.

رابعاً: أسباب الحساسية للنبذ

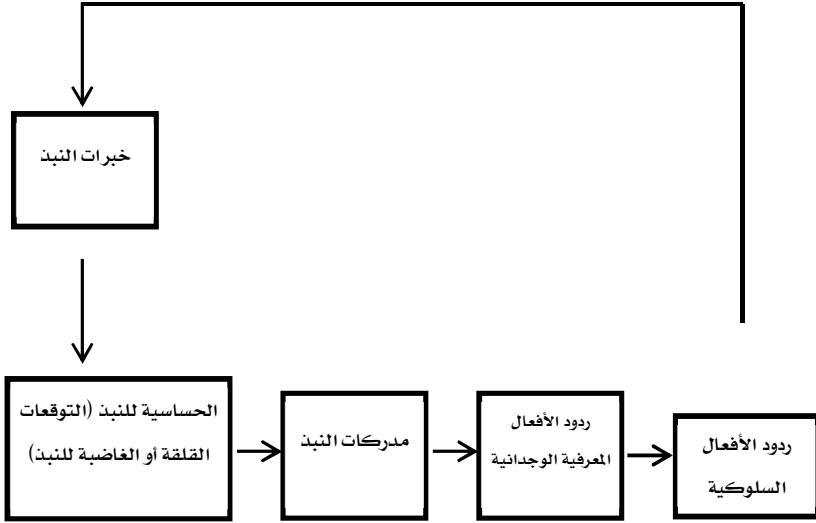
عندما ننظر لأسباب الحساسية للنبذ المرتفعة فإننا نجد العديد من الاقتراحات والنتائج التجريبية خصوصاً عند حدوثها في فترة مبكرة والتعرض لخبرات النبذ من قبل الوالدين، المعلمين، الأصدقاء، وغيرهم من ذوي الشأن بالنسبة للفرد. ولذلك كان العديد من مقدمي الرعاية مسئولون عن تشكيل مستوى مرتفع للحساسية للنبذ لدى الأطفال، والمراهقين. كما أن تكرار سلوك الكراهية والنبذ من قبل الوالدين والأقران يدفع الأفراد للتعرض للكراهية والنبذ في التفاعلات الاجتماعية. ووفقاً لداوني وفيلدمان (1996) (Downey & Feldman) فإن الحساسية المرتفعة للنبذ تمثل نتيجة داخلية للنبذ المبكر، فعلى سبيل المثال: العنف البدني واللفظي، وكذلك النبذ الخفي (التجاهل الانفعالي) يجعل الأشخاص ذوي الحساسية المرتفعة للنبذ يميلون إلى تقرير مشكلات أسرية وضغوط والدية وسلوكيات عدوانية داخل الأسرة، الغيرة في الطفولة، والنبذ من قبل الأقران يتحدد ضمن الأسباب الاجتماعية للحساسية المرتفعة للنبذ. ومن الأسباب التي تؤدي إلى الحساسية للنبذ أسلوب المعاملة الوالدية والسلبية وتجاهل الأقران، ويتم فهم الحساسية للنبذ من الخصائص التي تنمو خلال التكرار

والخبرة الطويلة للنبذ، بالإضافة إلى الإدراك والسلوك في المواقف، وبلا شك هذه الخصائص من المفترض أنها تتميز بثبات نسبي خصوصاً في مواقف التهديد (Charlotte Rosenbach, et al., 2011:88).

خامساً: نموذج الحساسية للنبذ

نظرية داووني وفيلدمان (Downey & Feldman, 1996) حول الحساسية للنبذ والتي استمداها من نظرية التعلق لجون بولبي (John, Bowlby, 1980) والتي تمثل أكثر النماذج النفسية كوسيط بين النبذ المبكر في الوظائف البينشخصية فيما بعد. وقد اقترح بولبي Bowlby استناداً على استجابات مقدمي الرعاية للأطفال بأن الأطفال يطورون "نماذج صحية" لهم وهذه الاستجابات سواءً بالنبذ أو التقبل تؤثر على العلاقات المستقبلية. وانطلاقاً من نموذج بولبي قام داووني وفيلدمان بافتراض نموذج يقترح أن الأبناء قد يُستجاب لاحتياجاتهم بالنبذ، ومن ثم تتطور لديهم الحساسية للنبذ، وهؤلاء الأشخاص من المتوقع مواجهتهم للنبذ عند البحث عن المساندة والتقبل. وقد قام ليفي أيدك وداووني (Levy, Ayduk & Downey, 2001: 251) برسم نموذج الخطوات الخمس للحساسية للنبذ كما يتضح من الخطوات التالية:

- (١) الحساسية للنبذ والتوقعات القلقة والغاضبة نحو الرفض.
Rejection Sensitivity anxious or angry expectations of rejection
- (٢) مدركات الرفض أو النبذ. Perceptions of Rejection
- (٣) ردود الأفعال المعرفية الوجدانية. Cognitive- Affective Reactions
- (٤) ردود الأفعال السلوكية. Behavioral Reactions
- (٥) خبرة الرفض أو النبذ. Rejecting Experience



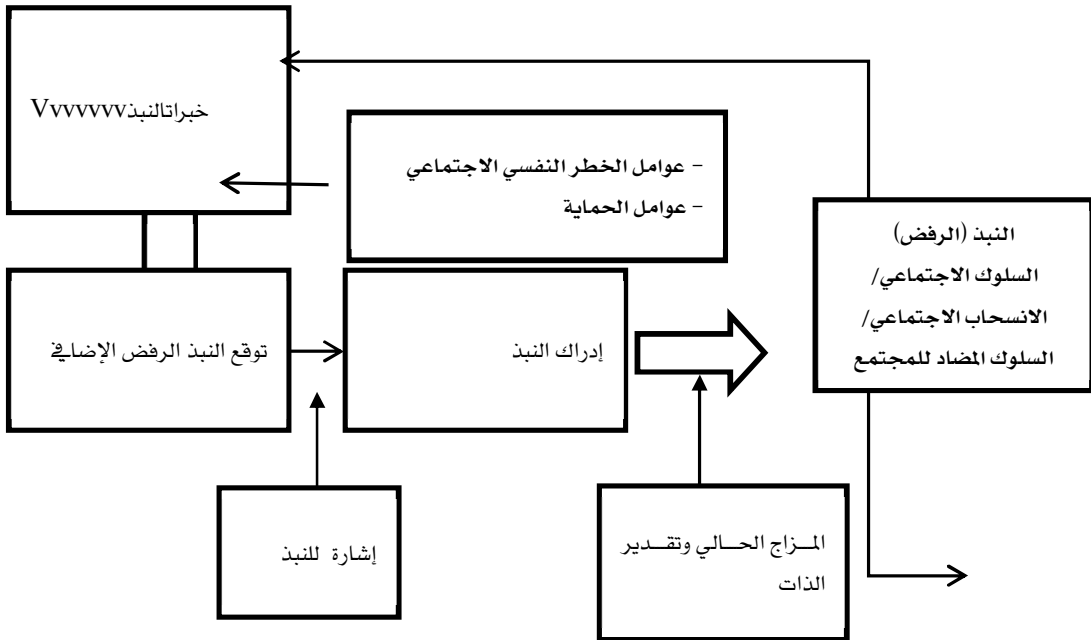
شكل (١) نموذج الحساسية للنبذ: كما وضعه ليفي وأيدك وداوني (٢٠٠١)

وهذا النموذج يفترض أن إدراكات الرفض بداية تثير ردود الأفعال الوجدانية المعرفية فعلى سبيل المثال، بعد الحساسية للنبذ فإن الابن يُكون أو يُشفر سلوك رفض الأفراد فيسلك نحوهم بالغضب والأذى ولوم الذات أو الآخرين، ثم يؤدي ذلك إلى ردود أفعال سلوكية تشمل العدوانية والكرهية والانسحاب، وفي الخطوة الخامسة يفترض أن الاستجابات السلوكية السلبية تؤدي إلى الحساسية للنبذ.

(Levy, Ayduk & Downey, 2001: 251).

وبالرغم أن "ليفي" Levy وآخرون سلطوا الأضواء على نموذج الحساسية للنبذ فإن البحوث حوله مازالت قليلة مما يتطلب بحوث إضافية، وإن النقص الواضح في التراث حول الحساسية للنبذ يتمثل في البحوث القليلة ومع عينات محددة وبشكل أكثر تحديداً خلال علاقات الأقران، والبحوث التي تناولت الحساسية للنبذ في مقابل العلاقات الرومانسية وعلاقات الأب بالابن وعلاقات المعلم وعلاقات الأقران، وباهتمام فإن الأنماط المختلفة للعلاقات الدالة بينت أن الحساسية للنبذ في علاقات الأقران مع الأطفال، المراهقين، والبالغين على الأقل تتطلب جهود بحثية كبيرة والدليل على ذلك قلة ما توافر من بحوث تبين الحساسية للنبذ لدى عينات الأطفال والمراهقين. كما يوجد نموذج آخر للحساسية للنبذ وضعه داووني وآخرون (Downey, et al., 2004) والذي يتكون من :

- (١) تفسير الفرد لإشارات النبذ بشكل سلبي.
- (٢) توقع النبذ أو الرفض.
- (٣) إدراك النبذ ويؤثر في ذلك عوامل: (المزاج الحالي، تقدير الذات، عوامل الخطر النفسي الاجتماعي، وعوامل الحماية).
- (٤) النبذ والرفض الفعلي مثل: (السلوك الاجتماعي، الانسحاب، والسلوك المضاد للمجتمع...إلخ).
- (٥) خبرات النبذ.



شكل (٢) نموذج الحساسية للنبذ كما وضعه داووني وآخرون (٢٠٠٤)

يتضح من خلال المقارنة بين النموذجين السابقين للحساسية للنبذ الآتي:

- (١) الاتفاق بين أصحاب النموذجين على دورة الحساسية للنبذ والتي تبدأ بإشارة النبذ وتنتهي عند السلوك وخبرات النبذ الفعلي من الآخرين.
- (٢) التأكيد على تداخل بعض العوامل المعرفية، الوجدانية، والسلوكية في تشكيل الحساسية للنبذ.

سادساً: جماعة الأقران والحساسية للنبذ:

إن جماعة الرفاق تؤدي دوراً هاماً في تطبيع الفرد اجتماعياً، فهي تزوده بمعايير لسلوكه، وبأدوار يقوم بأدائها، وب نماذج يتوحد معها وتوجه أنماطه السلوكية إيجاباً أو سلباً، فالرفاق يعدون مصدراً للمعلومات والإثارة، كما أن الطالب يتعلم كثيراً من الأدوار الاجتماعية في إطار جماعة الرفاق، فهو يتعلم كيف يكون قائداً وكيف يعمل تحت قيادة آخرين، وكيف يؤثر في الآخرين وكيف يتأثر بهم، وكيف يقبل رأى الأغلبية، ومن ثم فإن جماعة الرفاق تقوم بدور مهم في النضج النفسي الاجتماعي، فهي تؤثر في معايير الطالب الاجتماعية، وتمكنه من القيام بأدوار اجتماعية متعددة، وتكوين صداقات جديدة وتنمية روح التعاون لديه. (يسرى أبو العنين وآمال الصايغ، ٢٠١٢: ٢٣٥ - ٢٣٦).

إن العلاقات الحميمة والعلاقات الاجتماعية تمثل أهمية للأمن النفسي والبيولوجي والصحة النفسية، والحساسية للنبذ على وجه خاص تتعارض مع ذلك لدى الأطفال والمراهقين، وتشكل المساندة أحد مصادر الشعور بالأمن الذي يرتبط بالعديد من المخرجات الإيجابية كالإنجاز الأكاديمي المرتفع وتقدير الذات، وفي المقابل ترتبط مشكلات التوافق بالرفض أو الكراهية، إذ أن العلاقات مع الأقران تمثل ضرورة في مرحلة المراهقة لأنها تزيد المودة والصحة مع الأقران والإحساس بالانتماء، وعند تعرض علاقات الأقران للصعوبات مثل: النبذ والاستبعاد فتظهر المشكلات الداخلية مثل الوحدة النفسية والكتئاب (Julie, McLachlan, et al; 2010:31).

إن مفهوم الطلاب حول العلاقات البينشخصية والاستجابات للآخرين، تتعلق ببعض الميكانيزمات التي تربط بين الخبرات الاجتماعية السلبية والتوافق الشخصي فعلى سبيل المثال يحدث النبذ خلال العلاقات الهامة مع الآخرين كوالدين أو الأقران في المدرسة، مما يؤثر على مدركات الأفراد للعلاقات وتوقعاتهم نحو الآخرين خصوصاً أثناء مرحلة الطفولة والمراهقة، بعض هذه المفاهيم يشير إلى الحساسية للنبذ التي تعرف غالباً بأنها توقعات قلقية من الرفض والميل إلى إدراك غير صحيح لذلك.

(Downey&Feldman, 1996: 1328).

معظم البحوث التي تناولت الحساسية للنبذ ركزت على العلاقات السلبية للحساسية للنبذ في مرحلة المراهقة والبلوغ مثل السلوك العدواني والاكْتئاب، فالحساسية للنبذ ينظر إليها على أنها ذات نتائج سلبية مرتفعة وتأثيرات فعلية على خبرات النفس في صورة الوحدة النفسية، الاكْتئاب، العدوانية، العنف، وسوء العلاقات (Levy, Ayduk, & Downey, 2001: 251; Zimmer & Wright, 2007: 121).

في عقد التسعينيات ظهرت نظرية تقترح أن الحساسية للنبذ ترتبط بخبرات انخفاض التقبل أو النبذ من الآخرين في مرحلة الطفولة، هذه النظرية تبناها داووني وآخرون (Downey, et al., 1996) انطلاقاً من نظرية التعلق لجون بولبي John, Bowlby وافترض أن الحساسية للنبذ ترتبط بالخبرات المبكرة للنبذ من الآخرين وهذه النظرية تتخذ الجوانب المعرفية الاجتماعية كإطار عملي لها، والحساسية للنبذ توصف بأنها إحدى العمليات المؤثرة على الخبرات والمواقف الاجتماعية الآن ومستقبلاً، كما أن هناك رابطة بين الخبرات الاجتماعية في المراهقة المبكرة والحساسية للنبذ.

(Feldman & Downey, 1994: 233)

كما يمكن وصف الحساسية للنبذ بأنها العمليات الوسيطة بين خبرات العلاقات المبكرة والاستجابات للمواقف الحالية وبشكل أكثر تحديداً قام فيلدمان وداووني Feldman & Downey بتحديد تاريخ الرفض الوالدي ورفض الأقران وما يصاحب ذلك من حساسية للنبذ، عندما ننظر لذلك كمنحى معرفي اجتماعي فمن المتوقع أن الحساسية للنبذ تتخذ أشكال استراتيجيات مشفرة Shapes coding strategies، التوقعات، القيم، وخطط التنظيم الذاتي والتي يظهرها الأفراد في المواقف الجديدة. وقد تناولت بعض البحوث العلاقات بين الطفل - الوالدين والحساسية للنبذ من هذه الدراسات المبكرة دراسة فيلدمان وداووني (Feldman & Downey, 1994) والتي بحثت الحساسية للنبذ لدى البالغين وسلوك العنف في مرحلة الطفولة فوجدوا أن التوقعات القلقة للنبذ في مرحلة المراهقة كانت مرتفعة أكثر لدى الذين تعرضوا للنبذ في الطفولة. وفي دراسة أخرى تناولت المستويات المرتفعة لتجاهل الوالدين في الطفولة وارتباطه بالحساسية للنبذ في المراهقة وهي دراسة داووني وآخرون (Downey, et al., 1997) خلصت إلى أن تجاهل الوالدين لأبنائهم في الطفولة يرتبط بالحساسية للنبذ في مرحلة المراهق.

وقد اعتمدت نتائج دراسة جولي ماكيلان (Julie,McLachlan, 2010) على نموذج دواني وزملاؤه للحساسية للنبذ والذي افترض أن النبذ الوالدي ونبذ الأقران يساهمان في الفروق الفردية في الحساسية للنبذ خلال الطفولة والمراهقة، كما قدمت الدراسة دليل على أن التفاعل بين الابن والوالدين والأقران يرتبط بالحساسية للنبذ، كما أن العلاقة بين الابن والوالدين تؤثر على علاقات الصداقة والتي قد ترتبط سلباً أو إيجاباً بالحساسية للنبذ. وخبرات النبذ سواء من الوالدين أو الأقران ترتبط بالغضب وتوقعات القلق في المراهقة المبكرة للحساسية للنبذ وهناك رابطة بين نبذ الأقران والحساسية للنبذ، ومن الواضح أن نبذ جماعات الأقران يرتبط بقوة مع الحساسية للنبذ مما يبين أهمية جماعات الأقران في حياة المراهقين والحالة الانفعالية المدركة للرفض (Julie,McLachlan,et,al;2010:31).

إن دور رفض الأقران يستمر في إيضاح التقبل الوالدي والرضا عن الصداقة كوسطاء يربطون بين رفض الأقران والحساسية للنبذ، وبرؤية أكثر تحديداً فإن العلاقات الإيجابية بين رفض الأقران والحساسية للنبذ تكون أضعف عند ارتفاع التقبل الوالدي مقارنة بانخفاض التقبل الوالدي، وعلى الرغم من تنوع أسباب الرفض إلا أن الوالدين يمكن أن يلعبوا دوراً في مواجهة نبذ الأقران والمتوقع أنهم يساعدون ويرشدون أبنائهم المرفوضين من خلال مناقشة وإيضاح ما هو نبذ الأقران؟ بالطرق التي تؤثر على فهمهم وتساهم في تشكيل خبراتهم الذاتية.

ومن الاهتمامات في هذا المجال ما يتعلق بتقبل الوالدين ونبذ الأقران، وقياس إدراك الفرد لمدى حب الأقران له ودور الرضا عن الصداقة وارتباطها بنبذ الأقران والحساسية للنبذ، فمن المتوقع أن التقبل الوالدي والرضا عن الصداقة يخفضان الحساسية للنبذ، كما أن جودة العلاقات مع الوالدين أو الأصدقاء وسائط حماية ضد الحساسية للنبذ، وأن الصداقة المرتفعة تعمل كوسيط بين نبذ الأقران والحساسية للنبذ وأن الرضا عن الصداقة يساعد على خفض الحساسية للنبذ، خاصة إذا قرر المشاركون انخفاضاً في نبذ الأقران، وبشكل عام فإن نبذ جماعة الأقران يلعب دوراً هاماً في الحساسية للنبذ عند إدراكها بشكل مرتفع، كما أن جودة علاقات الصداقة تزود الأفراد بالحماية وتشعرهم بحب الأقران لهم، ومن الضروري عدم إنكار دور علاقات الأقران والأسرة في خفض الحساسية للنبذ.

ويعتبر الرضا عن الصداقة وسيط بين الرفض الوالدي والحساسية للنبذ ، فدور الأسرة يمثل العطاء والرعاية والمساعدة والإرشاد ، بينما علاقات الأقران توصف بتزويد الأفراد بالصحة والولاء. وقد قدمت تطبيقات نظرية الحساسية للنبذ والتدخل دليل على أهمية دور الأقران والوالدين في الرفض في تشكيل الحساسية للنبذ ، كما اقترحت الدراسة أن نبذ الأقران يمثل عامل خطورة للحساسية للنبذ أكثر من دور الوالدين ، ومع ذلك فالوالدين يمكنهم التأثير سلباً على أبنائهم من حيث التوقعات القلقة والغاضبة للرفض من الآخرين ، وهناك دراسات عديدة تناولت التفاعلات بين علاقات الأقران والعلاقات الوالدية والصداقات الحميمة.

ويعرض التراث لبحث وقياس السلوكيات المرتبطة بالحساسية للنبذ ، على الرغم من أن الباحثين بدأوا يعرضون لأسس فهم الحساسية للنبذ إلا أن البعض منهم ذكر أن المراهقين أيهم يحب أن يعبر أو لا يعبر عن الحساسية للنبذ وكيفية ارتباطها بعلاقاته مع الأقران ، إن الرابط بين الحساسية للنبذ والاستعداد الاجتماعي أمر هام لأن علاقات الأقران مكون حرج في هذه المرحلة النمائية ، والمعلومات المجمع حول عملية علاقات الأقران تركزت حول فهم وتطوير استراتيجيات تساعد المراهقين المنبوذين من أقرانهم أو الذين لديهم حساسية للرفض ، كما أن بحث الاستعداد الاجتماعي يساعد على تسليط الضوء على كيفية الرفض أو القبول في علاقات الأقران وارتباطه بالحساسية للنبذ. إن استخدام فنية السوسيومترى لتقييم جودة علاقات الأقران في الطفولة والمراهقة من خلال قياس موقع الفرد بين أقرانه أو معلميه من خلال سؤال الطالب أي زميل تحب؟ أو هل أنت محبوب؟ ومن ذلك يتحدد ترشيح الأقران في فئتين إحداهما إيجابية والأخرى سلبية بما يبين المكانة الاجتماعية للأفراد بين أقرانهم من خلال التفضيل الاجتماعي.(Coie,Dodge&Kupersmidt, 1990:17)

وقد اتضح أن علاقات الأقران تزيد نمو الوعي بأهمية العلاقات في النمو الاجتماعي ودراسة العلاقات الاجتماعية ترجع إلى أعمال "جان بياجيه" Jane,piague التي تناولت التفاعلات الاجتماعية في علاقات الأطفال والتي ساعدت على تكوين الاحترام المتبادل ، الندية ، والتبادلية. وفي الطفولة الوسطى فإن علاقات الأقران تخدم كمساعد لتعلم المعايير السلوكية كإدارة المهارات والانطباعات المناسبة ، وفي المراهقة فإن

العلاقات الاجتماعية تساعد على تقوية وضوح الذات ودمجها عقلياً ووجدانياً. ومن الطبيعة البشرية أن يعتمد الناس على التقبل وطلب المساعدة من الآخرين للمحافظة واستمرارية العطاء. ولتحقيق التقبل وتجنب النبذ ركزت نظريات عديدة على تقوية العلاقات الاجتماعية الإنسانية، والتواصل بين علاقات الأقران والنمو الاجتماعي مما دفع الباحثون لسؤال كيف يستطيع الطلاب تقوية والمحافظة على العلاقات الاجتماعية؟ وأن 6-11٪ من الطلاب في المرحلة الابتدائية ليس لديهم أية أصدقاء ولم يتلقوا أية ترشيحات للصدقة من الأقران، وقد اقترحت الدراسات التجريبية التي تناولت الحساسية للنبذ من الأقران ارتباطه بالتوافق الاجتماعي، الانسحاب الاجتماعي، والعدوانية ومعاونة الطلاب من سوء التوافق وكذلك ضعف الأداء الأكاديمي والتسرب المبكر من المدرسة (Alicia, Dozman, 2005:1-2).

سابعاً: الحساسية للنبذ والصدقة

يرى "جولي بوكير" Julie, Bowker أن الصداقة تلقت اهتماماً تجريبياً قليلاً في دراسات الحساسية للنبذ، فعلى المستوى النظيري فإن الحساسية للنبذ تمثل عائق لتشكيل الصداقة، وتوجد أدلة كثيرة تشير إلى أن خبرات الصداقة تساعد على وضوح الفروق الفردية في مشكلات التوافق لدى المراهقين، وتم بحث الصداقة التبادلية مع الصديق المفضل، أو نقص الصداقات والحساسية للنبذ كوسائط أساسية بين الحساسية للنبذ والمشكلات النفسية مثل القلق الاجتماعي وتقدير الذات المنخفض، وقد أشارت النتائج إلى أن الصداقات التبادلية المفضلة تمثل رابط بين الحساسية للنبذ ونمط القلق الاجتماعي، وعلينا أن نفهم بشكل جيد وظيفة الصداقات المفضلة كعوامل حماية أو عوامل خطورة من الحساسية للنبذ لدى المراهقين، فقد أشارت النتائج إلى أن الحساسية للنبذ ارتبطت بشكل دال بثلاثة أنماط فرعية للقلق الاجتماعي وهي الخوف من التقييم السلبي، التجنب الاجتماعي العام، وتقدير الذات المنخفض (Julie, Bowker, 2011: 551).

وتمثل جودة الصداقات التبادلية المفضلة لدى المراهقين عامل حماية في حال تعرض سلوكهم وعلاقاتهم لعوامل خطورة، كما أن الاندماج في الصداقات المفضلة للمراهقين في حال الخطر يعتبر عامل وجداني معرّف، الاندماج في الصداقات التبادلية

المفضلة ربما يؤدي إلى تجاوز التقييم السلبي المرتبط بالحساسية للنبذ في علاقات الأقران، وخلصت البحوث إلى أن الصداقات الجيدة في المراهقة المبكرة تستحث المشاعر الإيجابية كالتقبل، الانتماء، والأمن (Furman & Buhermaster, 1992: 104).

إن الفشل في تشكيل الصداقات التبادلية الجيدة ربما يكون سببا للنبذ، مما يؤدي إلى قلق التقييم السلبي، ومما لا شك فيه أن تأثير الصداقات التبادلية كرابطة بين الحساسية للنبذ والخوف من التقييم السلبي لا يحدث بين المراهقين في وجود الصداقات التبادلية الجيدة لدى الذكور والإناث. وهناك رابطة بين الحساسية للنبذ والاندماج في الصداقات التبادلية والتوافق النفسي والمراهقة المبكرة، على الرغم أن الصداقات التبادلية أو جودة الصداقات تساعد في مواجهة النبذ، وقد ارتبطت درجات الحساسية للنبذ لدى الأصدقاء المقربين بعدم التوازن خاصة لدى المراهقين غير المألوفين في مرحلة المراهقة المبكرة، فالصداقة تمثل محددات حرجة في الصحة النفسية، والمراهقين غير القادرين على تشكيل صداقات تبادلية ودودة يظهرون معاناة نفسية أكبر (Rubin, et al., 2006:573).

المراهقون ممن ليس لديهم أصدقاء أظهروا وحدة نفسية أكبر عن أقرانهم سعادون بصداقات، لأن الفشل في الصداقات التبادلية يسبب الحاجة إلى التقبل، المودة، الصحة التي تمثل أشياء ضرورية في المراهقة المبكرة. (Asher, Paquette, 2003:76) وتبدو أهمية الصداقات التبادلية في جوانب الصحة الإيجابية لمعظم المراهقين، فذوي الحساسية للنبذ من المراهقين الصغار يميلون للتركيز على الإشارات الاجتماعية السلبية في التفاعلات الاجتماعية، ويحتاجون إلى صداقات تبادلية تساهم في تقوية شعورهم بالتقبل، فالنبذ من قبل الأصدقاء نظرياً يسبب حساسية للنبذ، ولذلك من الممكن أن نكون مقبولين على الأقل من صديق واحد مفضل، ومع ذلك نبداً في توقعات النبذ والشعور به.

بعض الدراسات اهتمت بالصداقة وعلاقتها بالحساسية للنبذ والتوافق، فالصداقات الداعمة وجد أنها وسيط يربط بين الحساسية للنبذ والأعراض الاكتئابية خلال المراهقة المبكرة، وأن الحساسية للنبذ ترتبط بقوة مع الأعراض الاكتئابية والمستويات المنخفضة من الصداقات الداعمة عن المستويات المتوسطة والمرتفعة من

الدعم، وبغض النظر عن العلاقات الداعمة فإن المشكلات النفسية ترتبط بالحساسية للنبذ.

وترى "بلاشر وأيزنهاور" Blacher&Eisenhower أن من الموضوعات التي يعاني منها الطلاب سواءً العاديين أو غير العاديين أشكال المضايقة والمشاغبة والتهميش والعزلة التي تؤدي إلى نقص الصداقات، وفي الواقع يخبر الطلاب نبذ الأقران من وقت لآخر، وخصوصاً غير العاديين نظراً لصعوبة تشكيل الصداقات والاحتفاظ بها. ولسوء الحظ، فإن نبذ الأقران يسبب المعاناة من الاضطرابات الداخلية مثل القلق، الاكتئاب، الوحدة النفسية، وتقدير الذات المنخفض، ومعظم الطلاب المنبوذين يظهرون الاضطرابات الخارجية مثل العدوانية والتصرفات العنيفة والتسرب المدرسي والفشل الأكاديمي بسبب ضعف تقبل البالغين لهم (Blacher&Eisenhower,2004:73).

ثامناً: الحساسية للنبذ والصحة النفسية

يرى شارلوت روزنباخ وآخرون (Charlotte,Rosenbach, et al,2011:87) أن الحساسية للنبذ تؤثر على الصحة النفسية لدى الأفراد خصوصاً ذوي التوقعات القلقة والتي يدركونها بشكل أكثر حساسية، فالدراسات السابقة التي تناولت العلاقة بين الحساسية للنبذ والصحة النفسية باستخدام استبيان الحساسية للنبذ لدى عينات إكلينيكية وعينات عادية تبين وجود علاقة بين الحساسية للنبذ والأعراض الاكتئابية والقلق الاجتماعي، والسلوك العدواني، وخصوصاً لدى الشخصيات الحدية Borderline. إن الأفراد ذوي الحساسية المرتفعة للنبذ أكثر ميلاً لتلقى الحساسية البيئشخصية وغموض التفاعلات مع الآخرين، كما أن الفروق البيولوجية قد تساهم في حدوث هذه الظاهرة، فقد بحث بعض الدراسات مساهمات العوامل الشخصية في الحساسية للنبذ والتي أكدت أن الأشخاص ذوي الحساسية المرتفعة للنبذ يلجؤون إلى التفسيرات السلبية والغامضة للقرائن الاجتماعية "الإشارات" Social cues كما أن الفروق في ميكانيزمات التحكم المعرفي تبدو واضحة في تلك النتائج، خصوصاً وأن الأفراد ذوي الحساسية المرتفعة للنبذ ينقصهم تنظيم ميكانيزمات التحكم المعرفي في الاستجابة نحو النبذ، بينما الأشخاص ذوي الحساسية المنخفضة للنبذ ليس لديهم صعوبات في

تنظيم معارفهم، وترتبط الحساسية للنبذ بشكل دال مع العصابية والقلق المرتفع وهي سلوكيات تميز الأفراد ذوي الحساسية المرتفعة.

(Weinstock&Whisman,2006:251).

ويسعى الأفراد إلى تحقيق الاستحسان والتقبل من الآخرين، ذلك بهدف تحقيق الرضا كحاجة إنسانية أساسية مثل: الانتماء إلى المجموعة، لكن ما الذي يحدث لو أن ذلك الشخص لم يحقق ذلك الرضا؟ وما الأسباب التي تجعل بعض الناس يدركون النبذ من الآخرين بسرعة شديدة، بينما آخرون لا يشعرون بذلك ويكونوا أكثر دفئاً في تفاعلاتهم البيئشخصية؟ فكل فرد يمر بخبرة النبذ في حياته من زملاء الفصل في المدرسة ويتبين ذلك من عدم رغبة جلوس البعض بجانبه، وفشله في بحثه عن مجموعة يلعب معها، فيتركه زملائه ولا يرحبون بدعوته في أنشطتهم، فيشعر بالحزن العميق بسبب تجاهل الآخر أو تجهمه في وجهه وشعوره بالألم من النبذ من قبل الآخرين. ومن خلال نموذج التفاعلات البيئشخصية وخبرات النبذ فقد قسم اسمارت ريتشمان وليري (Smart,Richman&leary,2009:365) التفاعلات ونتائجها في النواحي الاجتماعية إلى نتائج قريبة المدى ونتائج بعيدة المدى Short- term and long-term consequences. كما افترضوا أن الاستبعاد من المجموعة الاجتماعية يؤدي إلى ضغوط انفعالية ومتاعب نفسية، ففي نتائج التباعد على المدى البعيد وفقاً لما ذكره تتحدد بمدى تقدير الفرد للنبذ، مثل تقدير مكانة الفرد في العلاقة، البدائل الممكنة، مدة وشدة النبذ، إدراك التكاليف، المزاج الحالي، وتقدير الذات، وهذه النتائج المتعلقة بالتفاعلات على المدى البعيد يمكن أن تقسم إلى ثلاث فئات:

(١) السلوك الاجتماعي Prosocial

(٢) الانسحاب الاجتماعي Withdrawal

(٣) السلوك المضاد للمجتمع Anti-social

واستناداً إلى حاجة الإنسان للتقبل والاستحسان يمكنه أن يتعرض لنتائج نفسية وسلوكية إيجابية أو سلبية وأن أحد العوامل التي تيسر إدراك الفرد واستجابته للإشارات المتوقعة للنبذ أن بعض الأشخاص يقاومون النبذ الاجتماعي ويميلون إلى رد الفعل والاستجابة له بشكل هادئ، بينما آخرون يستجيبون بسرعة وحدة للنبذ حتى

ولو كانت المواقف بسيطة (Downey&Feldman,1996:1382). البحوث التجريبية التي تناولت تأثير الحساسية العالية للنبذ ركزت بشكل أساسي على الموضوعات النفسية الاجتماعية خصوصاً ما يتعلق بالمشكلات الأسرية والعلاقات، والسلوكيات غير المناسبة.

ومن خلال نموذج الحساسية للنبذ لداووني وفيلدمان (Downey&Feldman, 2004) ونموذج اسمارت ريتشمان وليري (Smart,Richman&leary, 2009) فإن الأفراد ذوي الحساسية المرتفعة تكون ردود أفعالهم مدركة للنبذ مقترنة بالانسحاب والقلق، تجنب المواقف الاجتماعية، والسلوك العدواني والمضاد للمجتمع. وعلى أية حال أشارت النتائج إلى صعوبات في التفاعلات الاجتماعية، والنبذ الفعلي من الآخرين، وزيادة الضغوط النفسية- وفي المقابل فإن تحقيق الحاجة للانتماء والتقبل يؤديان إلى تحسين الصحة النفسية للأفراد ذوي الحساسية للنبذ، وعندما يُحرم الشخص من مشاعر الرضا لفترة طويلة فإن ذلك يؤدي إلى اضطرابات انفعالية حادة، ومن الافتراضات أن الحساسية العالية للنبذ تمثل عامل خطورة وسبب من أسباب اضطراب الصحة النفسية (Charlotte Rosenbach, et al., 2011:88-89).

وهنا نعرض للسلوك العدواني والقلق والأعراض الاكتئابية وارتباطهم بالحساسية للنبذ كجوانب سلبية تؤثر على الصحة النفسية للأفراد:

الحساسية للنبذ والسلوك العدواني؛

أشارت بعض النتائج إلى وجود علاقة مباشرة بين الحساسية للنبذ والسلوك العدواني، والسلوك العدواني بمثابة استراتيجية مواجهة سلبية، تظهر في العلاقات بينشخصية، ويرى جويتا Gupta,2008 أن الحساسية للنبذ منبئ بالنعف لدى السيدات في علاقاتها مع الآخرين ربما أكثر من الرجال، كما أن الحساسية للنبذ وسيط بين سمات الشخصية والسلوك المنحرف، كما يرتبط الإحساس بالنبذ مع المشكلات الداخلية للأطفال مثل القلق والاكتئاب.

الحساسية للنبذ والأعراض للقلق؛

من خلال نتائج دراسات لندن وآخرون (London, et al., 2007) وجد علاقة بين الحساسية للنبذ والقلق الاجتماعي والانسحاب الاجتماعي، ووجد أن الحساسية للنبذ أعلى

لدى الذكور عن الإناث، وأن النشطة الجماعية والاندماج مع القران يساعد على خفض الحساسية للنبذ لدى كلا النوعين، ويتفق ذلك مع دراسات حديثة تشير إلى أن الروابط الاجتماعية الإيجابية تخفف من الأعراض الاكتئابية لدى المراهقين ذوي الحساسية للنبذ.

الحساسية للنبذ والأعراض الاكتئابية:

يُظهر الأشخاص المكتئبون غالباً مستوى متدنٍ من تقدير الذات أو الإحساس بقلة القيمة، وفي دليل التشخيص الإحصائي الرابع تم إثبات العلاقة بين الحساسية للنبذ والأعراض الاكتئابية وذلك على عينات من المرضى المكتئبين المترددين على العيادات النفسية، كما أن الحساسية للنبذ تنبئ بالأعراض الاكتئابية لدى الإناث بعد التعرض للأحداث الضاغطة، مثل موت الشريك أو الفشل الأكاديمي فيصبح الحساسية للنبذ عامل خطورة خصوصاً عندما يحدث ما تخشاه أو تخاف منه، أو ينبذها شخص ما. ويرى بعض الباحثين أن تكرار الانسحاب من التفاعلات الاجتماعية يرسخ للحساسية للنبذ، وأن الخزي ومشاعر الذنب وارتباطها بالصحة النفسية يمكن أن تؤدي إلى تطور الأعراض الاكتئابية والمخاوف والوصمة Stigma والملاحظ من نتائج دراسة ماكدونالد وآخرون ٢٠١٠ أن الروابط الاجتماعية الإيجابية مؤثرات بشكل كبير في العلاقة بين الحساسية للنبذ والأعراض الاكتئابية، لذلك المراهقين الذين يتمتعون بعلاقات طيبة مع الوالدين- الأقران لديهم عوامل حماية وفقاً لنموذج الحساسية للنبذ وهم أقل درجة في الاكتئاب. (in: Charlotte, Rosenbach, et al, 2011:90-93)

أساليب خفض الحساسية للنبذ لدى التلاميذ:

يعرض عبد الباسط خضر (٢٠٠٥) عدداً من الأساليب التي يمكن استخدامها مع الأطفال المنبوذين وهي:

- (١) إعادة الدمج في جماعة Regrouping بمعنى أن ينضم هؤلاء الأطفال إلى جماعات أقل انتقاداً وأكثر وفاقاً، فلا يجلس المرفوض مع الرفض، حتى يتسنى له أن يتقبل ويتعلم المهارات التواصلية.
- (٢) الكشف عن مهام جماعية Finding Group
- (٣) الحث على الاندماج التدريجي Using Gradual Induction وذلك بإتاحة الفرصة للتلميذ بأن يعمل في جماعة صغيرة حتى يشعر تدريجياً بارتياح.

- (٤) البحث في القدرات الخاصة: Finding Special Skills فحتى التلميذ الضعيف في مستوى الذكاء لديه مهارات، زد على ذلك أنه إذا كان التلميذ يعمل في نشاط محبب إليه، فإنه سوف يتعلم الثقة بالنفس والمكانة بين زملاء.
- (٥) التدريب على المهارات Training In Skills مثل: ما يحدث في الألعاب الرياضية، أو التمثيل أو الأنشطة الجماعية.
- (٦) المناقشة Discussion: وذلك بهدف تغيير العادات السيئة في السلوك إلى عادات حسنة، وبهدف الاستبصار بالصفات الحسنة والمقبولة اجتماعياً.
- (٧) التوجيه الشخصي Personal Guidance: وذلك من قبل اقتراح بسيط على التلميذ مما قد يعاونه في إيجاد الطريق إلى الانضمام إلى الجماعة، إذ يقتصر البعض على المعرفة أو الثقة بالنفس في تمكينهم من اختراق جماعة ما (عبد الباسط خضر، ٢٠٠٥: ٤٧-٤٨).

كما توجد عدة استراتيجيات تساعد في خفض الحساسية للنبد ومنها على سبيل

المثال:

- (١) استراتيجية التنظيم الذاتي.
- (٢) المشاركة.
- (٣) التقبل الاجتماعي.
- (٤) إعادة التنظيم المعرفي (البنية المعرفية).
- (٥) الوعي والتسامح.
- (٦) الاسترخاء.
- (٧) التحصين ضد النبد.
- (٨) التحفيز والتشجيع.
- (٩) التفكير الواقعي في المشكلة.
- (١٠) حل المشكلات.
- (١١) المساندة الاجتماعية.

مراجع الفصل الثاني

١. سالي صلاح قاسم (٢٠٠٥): فاعلية برنامج لتدريب المهارات الاجتماعية في خفض الخجل لدى طلاب كلية التربية، رسالة ماجستير، كلية التربية بالإسماعيلية، جامعة قناة السويس.
٢. سماح محمد جمعة العبور (٢٠١٥): تحسين استراتيجيات خفض الحساسية للتبذ وعلاقتها بمستوى الصداقة لدى المراهقين ذوي صعوبات التعلم. المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، معهد البحوث والدراسات التربوية، قسم البحوث والدراسات التربوية، القاهرة.
٣. صلاح الدين حمدي عبد العال (٢٠٠٣): فعالية التدعيم الاجتماعي من الرفاق والكبار في خفض السلوك الانعزالي للطفل. رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة الزقازيق.
٤. عبد الباسط متولى خضر (٢٠٠٥) التدريس العلاجي لصعوبات التعلم والتأخر الدراسي، القاهرة، دار الكتاب الحديث.
٥. علاء الدين كفاي (٢٠١٢): الصحة النفسية والإرشاد النفسي، الرياض، دار النشر الدولي.
٦. يسرى محمد أبو العنين وآمال مصطفى الصايغ (٢٠١٢): الاضطرابات السلوكية والانفعالية. الرياض، دار النشر الدولي.
- 7- Alicia Marie Duzman (2005).The relationship between rejection sensitivity, peer social standing ,and perceived social acceptance among pre-adolescents. Degree of doctoral, Alliant International University. U.S.
- 8- Asher,S.R.&Wheeler,V.(1985). Children's loneliness : a comparison of rejection and neglected peer status. Journal of Consulting An Clinical Psychology,53,500-505.
- 9- Asher,S.,&Paquette,J. (2003). Loneliness and peer relations in children. Current Directions in Psychological Science,12,75.
- 10- Ayduk, O., Downey, G., Kim, M. (2001). Rejection sensitivity and depressive symptoms in women. Personality and Social Psychology Bulletin, 27, 868-877.
- 11- Blacher Jan; Eisenhower Abbey (2004). Overcoming peer rejection and promoting friendship. The Exceptional Parent, 34,(10) PP. 73-76. □
- 12- Charlotte Rosenbach Babette Renneberg (2011). Rejected, excluded, ignored: the Perception of social rejection and mental disorders. English Version of VerhaltensTherapie;21:87-97.

- 13- Cheshire,G.,&Cambell,N.(1997). Adolescents coping : differences in the styles and strategies used by learning disabilities compared to non-learning disabled adolescents . Australian journal of guidance and counseling, 5 (1),65-73.
- 14- Coie, J. D., Dodge, K. A., &Kupersmidt, J. B. (1990). Peer group behavior and social status. In S. R. Asher & J. D. Coie (Eds.), Peer rejection in childhood (pp. 17-59). NY: Cambridge University Press.
- 15-Downey, G. & Feldman, S.I. (1996). Implications of rejection sensitivity for intimate relationships. Journal of Personality and Social psychology, 70, 1327-1343.
- 16-Downey,G.,Freitas,A.L.,Michaelis,B.,&Khouri,H.(1998).The self-fulfilling prophecy in close relationships: rejection sensitivity and rejection by romantic partners. Journal of Personality and Social Psychology,75,545-560.
- 17-Downey,G.,Leboth,A.,Ricone,C .,&Freitas ,A.L. (1998). Rejection sensitivity and children interpersonal difficulties. Child Development,69 (4), 1074-1091.
- 18-Downey,G.,&Feldman,S.,&Ayduk,O.(2000).Rejection sensitivity and male violence in romantic relationships.Personalrelationships,7,45-61.
- 19-Downey,G.Mougios,V.Ayduk,O.London,B.,&Shada,Y.(2004).Rejection sensitivity and the defensive motivational system: insights from the startle response to rejection cues. psychological Science,15,668-673.
- 20- Erwin ,Phil (1998): Friendship in children and adolescents. Rutledge,London.
- 21- Fehr, Beverley (1996). Friendship processes. Sage Publications, International educational and Professional Publisher ,Thousand Oaks London New Delhi.
- 22- Feldman, S., & Downey, G. (1994). Rejection sensitivity as a mediator of the impact of childhood exposure to family violence on adult attachment. Developmental and Psychopathology, 6, 231-247.
- 23-Furman,W.&Buhermester,D.(1992).Age and sex differences in perceptions of networks of personal relationships. Child Development,63,103-115.
- 24-Graham, S.&Juvonen, J. (1998). Self-blame and peer victimization in middleschool: in attributional analysis. Developmental psychology, 34, 587-599.
- 25-Heatherton,T.F.&Vohs,K.D. (2000). Interpersonal evaluations following threats to self: role of self-esteem. Journal of Personality and Social Psychology, 78, 725-736.

- 26- John Watson & Drew Nesdale (2012). Rejection sensitivity, social withdrawal, and loneliness in young adults. *Journal of Applied Social Psychology*, 42 (8) pp. 1984-2005.
- 27- Julie, McLachlan, Melane, J. Zimmer-Gembeck & Leanne, McGregor (2010). Rejection sensitivity in childhood and early adolescence: peer rejection and protective effects of parents and friends. *Journal of Relationships Research*, 1, 31-40.
- 27- Kelly, K.M. & Jobe, R.L. (2002). Individual reactions to interpersonal rejection. unpublished manuscript, western Illinois University.
- 28- Rebecca, L. Jobe (2003). Emotional and physiological reactions to social rejection: the development and validation of the tendency to expect rejection scale and the relationship between rejection expectancy and responses to exclusion. Doctor of Philosophy degree the University of Tennessee, Knoxville.
- 29- Rubin, K.H., Bukowski, W.M., & Parker, J.G. (2006). Peer interactions, relationships and groups. in W. Damon, R.M. Lerner, & N. Eisenberg (Eds.), *handbook of child psychology: Vol. 3. Social, Emotional, and personality Development* (6th ed., pp. 571-645). New York: Wiley.
- 30- Smart Richman L, Leary MR (2009). Reactions discrimination, stigmatization, ostracism, and other form of interpersonal rejection: A multimotive model. *Psychol Review* ; 116: 365-383
- 31- Stephen Ford (2012). Appearance-based sensitivity among college freshmen. degree of doctoral, Ohio State University.
- 32- Tambor, E.S. & Leary, M.R. (1993). Perceived exclusion as a common factor in social anxiety, loneliness, jealousy, depression, and low self-esteem. unpublished manuscript, Wake Forest University.
- 33- Venberg E.M., Ewell, K.K., Beery, S.H., C.M. (1995). Aversive exchanges with peers and adjustment during early adolescence: is disclosure helpful? *Child psychiatry and Human Development*, 26, 43-59.
- 34- Weinstock, L.M., & Whisman, M.A. (2006). Neuroticism as a common feature of the depressive and anxiety disorders: A test of the revised integrative hierarchical model in a national sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 68-74.
- 35- Williams, K.D. & Sommer, K.L. (1997). Social ostracism by coworkers: does rejection lead to loafing or compensation? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23, 693-706.
- 36- Zimmer-Gembeck, M.J., & Wright, J.L. (2007). Rejection sensitivity and romantic attachment orientation are associated with parental psychological control. In R.S. Grenll (ED.), *Adolescent Behavior Research Studies* (PP. 121-139). New York: Nova science publishers.

الفصل الثالث

الصحة النفسية والتسكين التربوي

الفصل الثالث

الصحة النفسية والتسكين التربوي

تمهيد :

بدأت التربية الخاصة تنطلق من عدة مسلمات منها الفردية في التعليم والتدريب، فبدأت البرامج على ندرتها في البداية بشكل فردي، ومع تطور المجتمعات وظهور حاجة ملحة لبرامج رسمية للتربية الخاصة على مستوى العالم، بدأت البرامج في إنشاء معاهد لكل فئة على حده، فتجد معهد النور للمكفوفين، ومعهد الأمل الصم وضعاف السمع، وثالث للتربية الفكرية وهكذا .. فكل البرامج بدأت كذلك وأطلق عليها نظام العزل في التربية الخاصة. ثم تطور الأمر ونادى خبراء التربية وعلم النفس وغيرهم بفكرة دمج الأطفال غير العاديين في برامج العاديين، وذلك من منطلق إنساني ينظر إلى الأطفال غير العاديين بأحقيتهم في التعليم والتربية مثلهم مثل العاديين، واستجابت دول كثيرة لتلك الدعوة، لما لها من مردود إيجابي على النواحي النفسية والاجتماعية والتربوية. لكن الدمج ارتبط بشروط ومعايير التشخيص لكل حالة فليس كل الأطفال يصلحون للدمج، وفقاً لعملية الفرز والاختيار، فهناك برامج للدمج المكاني كالفصول الملحقة بمدارس عادية، وهناك دمج جزئي في بعض الحصص، وأخرى للدمج الأكاديمي وهكذا.. وللتسكين التربوي أو ما يسمى البديل التربوي انعكاسات سلبية وأخرى إيجابية سواءً على الفرد العادي أو قرينه ذو الاحتياجات الخاصة نفسياً واجتماعياً وسلوكياً.

تقييم النمو الاجتماعي الانفعالي للأطفال قبل الدمج:

ليس هناك طفل يعيش في فراغ، فحريته ترتبط نسبياً بالعوامل الداخلية والخارجية، فالقدرة على التفاعل مع الآخرين بتلقائية والقدرة على الاستجابة بثبات وإيجابية في بيئة التعلم كلها أشياء هامة للطفل للحصول على الحد الأقصى من الخبرات المدرسية، ولتقييم الجانب الانفعالي للطفل والتوافق الاجتماعي، هناك بعض الأسئلة التي تتعلق بخبرات الطفل الخاصة وتفاعلاته مع الآخرين يجب الإجابة عليها. فتقييم الجانب الداخلي للطفل يتضمن معرفة كيف يرى الطفل ذاته، وكيف يستجيب

الطفل انفعالياً، وما مقدار القلق أو الصراع الذي يخبره حالياً، ودرجة معتقدات الفرد التي يتأثر بها سلوكه ويؤدي إلى اختلاف في نمط حياته، التسامح، والإحباط، ومستوى النشاط العام، أما تقييم جانب تفاعلاته مع الآخرين كيف يرى العالم والآخرين، مثل هذه الخصائص تطورت من خلال اكتساب الخبرات من البيئة، فإذا كان الطفل يرى العالم مكان بغيض ويرى الناس بعدم الثقة أو الأمانة فإن أنماط التفاعل والسلوكيات السلبية لديه سوف تزداد.

غايات الدمج وأهدافه :

إن الهدف من وراء الدمج بين الأطفال العاديين وغير العاديين هو إعطاء الطرفين فرصة أكبر لقضاء فترة طويلة من الزمن للاشتراك مع بعضهم في فعاليات معينة، كما ويعد انتقال الأطفال المعوقين إلى بيئة أقل تقليداً بداية لعملية الدمج. ومن الأفضل أن تتم عملية الدمج من خلال دخول الطفل المعاق المدرسة من أجل اكتسابهم لأدوات ووسائل اجتماعية، ومن أجل تعويدهم على البيئة الجديدة والتي تتمثل في الصف العادي وإن الأطفال الذين دمجوا في الإطار العادي كان تحصيلهم مرتفع أكثر من الأطفال الذين لم يتم دمجهم مع العاديين، لذا فإن الهدف من وراء عملية الدمج هو الحصول على التربية الأفضل نسبياً من الصفوف الخاصة، فالهدف الارتفاع في القدرة الاجتماعية، وإزالة العلامة السلبية، بالإضافة إلى التكاليف الأقل، أيضاً من إيجابيات الدمج تقدم الأطفال والطلاب المعوقين الموجودين في الصفوف العادية أكثر من الذين تعلموا في الصفوف الخاصة. لقد حدد العلماء والباحثين غايات وأهداف عملية الدمج بين الأطفال العاديين وغير العاديين من الأطفال على أنها:

- (١) هدف الدمج هو إزالة الوصمة Stigma التي من الممكن أن تلحق بالأطفال العاديين وغير العاديين والتي ترتبط ببعض الفئات من الأطفال وذويهم، بالإضافة إلى ارتباطها بمصطلح الإعاقة، الأمر الذي يترك لديهم أثراً نفسياً يتمثل في موقف الفرد من نفسه بصورة إيجابية ويعمل على تقوية الذات.
- (٢) إن أفضل طرق الدمج هو الدمج المباشر للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بالتربية العادية، لأن ذلك يدعو إلى تعديل الاتجاهات الاجتماعية لدى أفراد المجتمع تجاه فئات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، لأن برامج الدمج تعمل على تغيير وتعديل هذه الاتجاهات السلبية لدى العاملين في المدارس العادية إلى اتجاهات إيجابية.

٣) إن دمج الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة في صف مع الطلاب العاديين أفضل بكثير من تواجدهم في صف خاص بهم، ويعود السبب إلى كون الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة والذين دمجوا بصفوف عادية سلكوا سلوكاً طبيعياً أفضل من سلوكهم السابق، وذلك بالرغم من وجود نتائج لبحوث تنفي وجود فروق بينهما، ونتائج بحوث أخرى تنادي بالعزل، بسبب عدم توفر وسائل وطرق كافيته في التربية العادية التي تساهم في تقدم الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة.

الدمج بين الإيجابيات والسلبيات:

يذكر خالد البلاح والفرحاتي السيد (٢٠٠٩) أن الدمج يمثل أسلوب تربوي يتم من خلاله إلحاق الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مع الأطفال العاديين في مدارس التعليم العام، والتي يمارس من خلالها مختلف الأنشطة التعليمية والاجتماعية مع إمدادهم بالخدمات الخاصة إذا لزم الأمر بما يساعدهم على أن يتكورا اجتماعياً وفكرياً وشخصياً من خلال التواصل والتفاعل. والجدير بالذكر أن الدمج يحقق فوائد جمة أهمها: إحداث التغيير الواضح في الاتجاهات الاجتماعية نحو الأطفال غير العاديين من السلبية إلى الإيجابية، وتوفير الفرص الطبيعية للأطفال غير العاديين للنمو الاجتماعي والتربوي مع أقرانهم من الأطفال العاديين، فضلاً عن إزالة الوصمة المرتبطة ببعض فئات التربية الخاصة، والتفاعل مع البيئة المحيطة بهم واكتساب الخبرات والمهارات الاجتماعية اللازمة لهذا التفاعل من خلال تدريبهم على هذه المهارات المختلفة.

إيجابيات الدمج:

- ١) دمج التلاميذ غير العاديين في صفوف العاديين إيجابيات منها:
- ٢) يعمل على التقليل من الفروق الاجتماعية والنفسية بين الأطفال بصورة عامة.
- ٣) يخلص الأطفال المعوقين وأسرتهم من الوصمة الاجتماعية Social stigma التي تلحق بهم نتيجة للعجز الذي يعانون منه بسبب كونهم غير عاديين والتي من الممكن أن تكون قد تدعت وتأكدت كون الطفل يوجد في مركز خاص.
- ٤) إن عملية الدمج من المؤكد أنها تعطي للطفل المعوق فرصة أفضل وتهيئ له الجو المناسب الذي يساعده على النمو والتطور المناسب أكاديمياً وتعليمياً واجتماعياً وانفعالياً وسلوكياً.

- ٤) الدمج الصحيح الذي يقوم على أسس سليمة يساعد الأطفال المعوقين على تحقيق ذواتهم ويزيد من دافعيتهم نحو التعلم وتكوين علاقات اجتماعية إنسانية صحيحة وسليمة مع الآخرين.
- ٥) يساعد الدمج على تعديل اتجاهات الناس بصورة عامة واتجاهات الأسرة والمعلمين والطلاب في المدرسة بصورة خاصة وتوقعاتهم بالنسبة للأطفال المعوقين.
- ٦) الدمج يعمل على مساعدة الأطفال العاديين والمعلمين في المدارس العامة العادية على التعرف عن قرب والتعامل المباشر مع الأطفال المعوقين، الأمر الذي من الممكن أن يؤدي إلى تقدير أفضل وأكثر موضوعية وواقعية لنوعية المشاكل والاحتياجات.
- ٧) يعمل الدمج على تخفيض الكلفة الاقتصادية التي تتطلبها خدمات التربية الخاصة في المؤسسات والمراكز المتخصصة والتي تفوق بكثير المؤسسات العادية لأنها تحتاج إلى الكثير من المرافق الخاصة، والأجهزة الفنية والإدارية، وأنها تحتاج إلى متطلبات أخرى مهمة جداً مثل المواصلات اليومية والرعاية الخاصة بكل طفل.
- ٨) عملية الدمج توفر قاعدة واسعة من الخدمات التربوية للأطفال المعوقين، الأمر الذي ينتج عنه التوسع في قاعدة قبول الأطفال والطلاب، خصوصاً الذين من الصعب عليهم الالتحاق في المراكز المتخصصة ولم تتح لهم الفرصة لذلك لأسباب عديدة مثل: بُعد المراكز عن مكان السكن الذي يعيش فيه الطفل وعدم توفر وسائل النقل، والاتجاهات الشخصية التي تلعب دوراً بارزاً معظم الأحيان في رفض الأهل تسجيل أبنائهم وإحاقهم في مراكز التربية الخاصة.
- ٩) يساعد الدمج بصورة فعالة وواضحة في علاج بعض المشاكل النفسية والاجتماعية والتعليمية والسلوكية التي يعاني منها الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة.

سلبيات الدمج:

- ١) من الممكن أن يؤدي الدمج إلى بروز الفروق والتجاهل والرفض Rejection بين الأطفال المعوقين والطلاب العاديين في المدرسة، خصوصاً إذا عددنا التحصيل العلمي الأكاديمي معياراً أساسياً للحكم على مدى نجاح الطلاب أو فشلهم ونجاح برنامج الدمج.

- (٢) عملية دمج الأطفال المعوقين في المدارس العامة العادية من الممكن أن تؤدي إلى حرمانهم من الاهتمام الفردي الخاص الذي يحظى به في مراكز التربية الخاصة.
- (٣) ٣- من الممكن أن تؤدي عملية دمج الأطفال المعوقين مع العاديين إلى زيادة عزلة الطفل المعوق عن المجتمع المدرسي، بالذات عندما تطبق فكرة الصفوف الخاصة، الأمر الذي يتطلب إيجاد برامج لا منهجية مشتركة (الأنشطة) بين الطلاب المعوقين والطلاب الآخرين في المدرسة وذلك من أجل تخفيف هذه العزلة.
- (٤) في بعض الأحيان يساعد الدمج على إثبات وتدعيم فكرة الفشل التي يشعر بها الأطفال المعوقون، مما يؤثر في نهاية الأمر على مستوى الدافعية لديهم للتعلم والتحصيل وهذا بدوره يعمل على تدعيم مفهومهم السلبي عن ذاتهم وأنفسهم، خصوصاً عندما تكون المتطلبات المدرسية أعلى من مستوى وإمكانيات الأطفال المعوقين.

أولاً: الصحة النفسية والدمج لدى المعاقين سمعياً:

نظام الدمج Mainstreaming setting

يوجد أنماط متعددة للدمج، وبغض النظر عن نمو الدمج فقد أظهر الطلاب الصم وضعاف السمع وحدة نفسية أكثر من أقرانهم العاديين، فالطلاب المدمجون يواجهون مشكلاتهم الاجتماعية بتخطي عقبات التواصل بالتفاهم حول أقرانهم من الصم بشكل منتظم. وهؤلاء الطلاب يخبرون العزلة بشكل مختلف، على سبيل المثال، إحدى الطالبات وجدت نفسها أكثر عنفاً ونبذاً، بعض الطلاب وجدوا أنفسهم ليسوا مدمجين مع أقرانهم من العاديين، بل وجدوا أنفسهم خارج نطاق المودة الاجتماعية مثل أنشطة ومناسبات ما بعد اليوم الدراسي، وبالتالي وجدوا أنفسهم أكثر شعوراً بالوحدة وأكثر شعوراً باضطراب الهوية، والوقوع في حيرة هل أنا أصم أم عادي؟ بالإضافة إلى مشاعر الاغتراب التي أشعرتهم بالاختلاف بينهم وبين العاديين. وأن العديد من الطلاب الصم لديهم مستوى متدن من التواصل مع والديهم أو أقرانهم العاديين، وقرر معلمهم أنهم بمثابة مصادر مساندة إيجابية لهم، ومع ذلك لديهم خبرة عالية مع الوحدة النفسية بغض النظر عن خبراتهم التربوية، حتى الصم المدمجين يميلون إلى الشعور بها بدرجة عالية أكثر من أقرانهم في المدارس الداخلية (خالد البلاح ومجدى الشحات، ٢٠٠٤: ٥٠٧-٥٠٨).

التفاعل الاجتماعي ودمج الأطفال الصم:

يعتبر الدمج أحد خيارات التسكين التربوي، فدمج الصم وضعاف السمع مع أقرانهم من العاديين في برامج التعليم العام أصبح مطلباً ضرورياً، والواقع أن الدمج لا يفيد في النواحي الأكاديمية فحسب، إنما يؤثر إيجابياً في النواحي الاجتماعية والتواصل، وكذلك تنمية مهارات الصداقة، وقد استخدم بعض الباحثين أسلوب السوسيوغرام والمقابلات وتحليل أشرطة الفيديو، فوجدوا أن الأقران العاديين اكتسبوا بعض أنماط التواصل كالإشارة وأصبح لديهم اتجاهات إيجابية نحو الصم، وتحسين الوعي حول فقدان السمع، وتحسين التقبل الاجتماعي بين الصم وأقرانهم العاديين (Sandy,Bowen,2008: 285).

وفي المقابل توجد دلائل حول وجود مشكلات اجتماعية وسلوكية ونقص في مفهوم الذات الإيجابي لدى الأطفال الأصم في برامج الدمج، وقد تظهر هذه المشكلات في مرحلة المراهقة في شكل نقص في التفاعلات الاجتماعية. لأنها الفترة الحرجة والتي يظهر فيها الكثير من المشكلات الناتجة عن رغبة المراهق في الاستقلالية، والتفاعلات الاجتماعية، والتغيرات الهرمونية. وأن الصم يتعرضون لصعوبات وضغوط خصوصاً بين أقرانهم وأفراد أسرهم، كما أنهم يعانون من العزلة وانخفاض تقدير الذات مقارنة بأقرانهم العاديين، وذلك بسبب صعوبات التواصل كما أن المراهقين الصم لوالدين صم يحصلون على درجات عالية وإيجابية في الهوية الذاتية، بينما أقرانهم الصم لوالدين عاديين يحصلون على درجات أقل منهم في الهوية الذاتية، النجاح الأكاديمي ومهارات التواصل مع أفراد أسرهم (Ali,Alzahrani,2005:49).

وتعد الإعاقة السمعية بمثابة عائق أمام الأصم للتواصل مع الآخرين، حيث لا يتمكن من سماع ما يصدر عنهم من أصوات، ولا يستطيع بالتالي أن يتواصل معهم لفظياً لأنه لم يسمع الكلام ولم يتعلمه، ومن هنا فهو يؤثر الانسحاب من المواقف والتفاعلات الاجتماعية المختلفة، ويميل إلى العزلة الاجتماعية والوحدة النفسية، ونظراً لحاجته إلى التقبل والتعايش مع غيره فهو يلجأ إلى التفاعل مع أقرانه المعوقين سمعياً حيث توجد بينهم أساليب تواصل مشتركة تمكنهم من التفاهم والتفاعل معاً، ولكي تخفف حدة ما يشعر به الأصم من عزلة ووحدة يجب تدريبه على أساليب بديلة عن

الكلام للتواصل يتمكن من خلالها من التواصل مع الآخرين، والتفاعل والاندماج معهم، وهناك عدد من أساليب التواصل البديلة التي يمكن تدريبهم عليها مثل: التدريب السمعي، قراءة الشفاه، التواصل اليدوي، ثم التواصل الكلي. كما أن مقدار التفاعل لدى الأطفال العاديين يتزايد بين الوالدين ومقدمي الرعاية، بينما يتناقص مع الأطفال الصم، ولهذه النتيجة من المحتمل أن تزيد درجات الإحباط والضغط الانفعالية لدى أفراد الأسرة. (خالد البلاح ومجدى الشحات، ٢٠١٤: ٣٥-٣٦). حيث أن الأطفال والشباب ذوي فقدان السمع غالباً ما يتعرضون لمشكلات في التواصل، وعجز في المهارات والعلاقات الاجتماعية، وأن مشكلات اللغة والتواصل ينتج عنها نقص الخبرات التي تؤثر سلباً على النمو الاجتماعي، كما أن الباحثين والمدرسين ينظرون بعين الاعتبار إلى المخرجات الاجتماعية للتلاميذ ذوي الإعاقة السمعية في المدارس العادية بسبب مشكلات تواصلهم وتفاعلهم مع الأقران (Kluwin, et al., 2002: 315). ويؤكد "شاكر قنديل" أن الطفل الأصم يحتاج تقبلاً من أقرانه، لأن محاولات الدمج والتكامل مع العاديين تمثل منطقة توتر ذاتي له، حيث يجد نفسه غير مهين للتوقعات الاجتماعية، أو غير قادر عليها بسبب قصور قدراته على التواصل، والأمر يتطلب في مثل تلك الظروف تقديم رعاية مكثفة للطفل، مع إجراء تعديلات في البيئة المدرسية كي نجنيه مشكلات العجز عن التكيف الاجتماعي، إضافة إلى ما يعانيه من صعوبات أكاديمية (شاكر قنديل، ١٩٩٥: ٧).

وعندما يدمج الطلاب المعوقين مع الطلاب العاديين، فإنهم يشكلون الانطباعات الأولى عن زملائهم المعوقين، ويصنفونهم من حيث الخصائص والسمات ويعرفون كل فئة باسمها مثل ذوي الإعاقة السمعية والذين قد يحدث لهم منذ البداية تجاهل ونظرة سلبية فيحدث النبذ من قبل أقرانهم العاديين. ومع ذلك فإن الدمج مناسب للطلاب المعوقين لنمو علاقات الأقران مع العاديين، والتي تكون ضرورية لدفع الإنجاز والنمو الاجتماعي الصحي. والتفاعل بين الطلاب المعوقين والعاديين ينتج عنه إما التقبل أو النبذ وفي حالة التعلم التعاوني في الدمج مع الأقران فإن الطلاب المعوقين يحصلون على: تفاعل أكثر مباشرة وجهاً لوجه بين الطلاب العاديين وغير العاديين، تواصل متبادل بشكل أكثر، وصعوبات أقل في تواصل بعضهم البعض، تفتح ذهني أكثر مع

الآخرين والرغبة في التأثر بأفكارهم ومعلوماتهم، تغذية مرتدة أكثر إيجابية وتعزيزاً بين بعضهم البعض، عداوة أقل تبدو في كلاً من التعبير اللفظي وغير اللفظي نحو الأقران، كما يحقق الدمج ثقة أعلى لدى الطلاب الآخرين، اهتمام متبادل أكثر وصداقة مع الطلاب الآخرين، وفضلة أكثر للأقران، ومشاعر تتسم بالالتزام والمسئولية، والاحترام للمعوقين.(Evans,Robert,2000:1-2).

وتشير نتائج بعض الدراسات السابقة حول زيادة التفاعل الاجتماعي بين عينات من الصم والعاديين من خلال العمل التعاوني في مقابل المنافسة، إلى أن الصم والعاديين كانوا أكثر تفاعلاً وأكثر تجاذباً للعلاقات البينشخصية في حال العمل الجماعي عنه في حال العمل الفردي، ومن خلال ملاحظة التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال الصم مع أقرانهم العاديين تبين أن الصم في مرحلة ما قبل المدرسة وما بعدها في مسارات الدمج أقل ميلاً لتكرار التفاعل مع العاديين، ويقضون وقتاً أقل في التفاعل مع العاديين، كما أنهم أقل في الارتباط والتداخل والتعاون والمشاركة في اللعب عن أقرانهم العاديين.

(Antia&Dittillo, 1998;Stinson&Kluwin, 1996;Antia&Kreimeyer,2003)

العوامل المؤثرة على التفاعل الاجتماعي بين الصم والعاديين في برامج الدمج

١- الألفة مع الأقران Familiarity with peers :

إن التفاعل الاجتماعي يتأثر بالألفة والنوع ونمط التواصل المستخدم، فقد لوحظ أن الأطفال الصم في مرحلة ما قبل المدرسة في ثنائيات اللعب مع الأقران العاديين، كانوا أكثر تفاعلاً ونجاحاً في المبادأة والتواصل الجسدي والتظاهر باللعب مع المألوفين أكثر من غير المألوفين من الأقران العاديين، وأن الطلاب الصم يقضون وقتاً أكثر مع أقرانهم العاديين في فصول التعليم العام وأظهروا مشاركة عالية مع الأقران العاديين (Debra,Zand,et al, 2011: 142).

كما أن ستسون ووايتير (Stinson&Whitmire, 1991) قد حصلوا على تقارير ذاتية عن مجموعة من الطلاب المراهقين الصم في مرحلة الثانوي باستخدام مقياس الأنشطة الاجتماعية، وأشارت النتائج أن المراهقين الصم تفاعلوا بشكل متكرر مع العاديين عن أقرانهم من الصم أثناء وجودهم في الفصل والأنشطة الاجتماعية المدرسية، وأن جودة تكرار التفاعل بين الصم والعاديين يعتمد على الأنشطة مثل: تناول الغذاء في

المطعم المدرسي مع الأصدقاء، وكلما زاد عدد الفصول في المدرسة كلما زاد وقت التفاعلات والعكس في البرامج ذات الفصول الأقل عدداً، فإن مقدار الوقت المنقضي في التفاعل مع الأقران العاديين يكون أقل سواءً داخل الفصل أو في المدرسة.

وقد قام "كريمير وآخرون" ببحث التفاعل الاجتماعي لدى خمسة من الطلاب الصم مدمجين في الصفوف من الثالث إلى الرابع الابتدائي من خلال الملاحظة، وتم جمع البيانات خلال عام دراسي، وتكرار تفاعل الأقران (الصم والعاديين) في الفصل والمطعم المدرسي، وأشارت نتائج الدراسة إلى أنه بعد الأسبوع الأول من الدراسة زاد تفاعل الصم إيجابياً مع أقرانهم العاديين في الفصل، وأن أربعة من الصم زاد تفاعلهم مع أقرانهم العاديين في المطعم، وبشكل عام رغم تحسن التفاعل بين الصم والعاديين إلا أن معدل التفاعل بينهم أقل مقارنة بالتفاعل بين العاديين. وكلما توفرت العلاقات الداعمة Supportive relationships فإن فرص تكرار التفاعلات من حيث الكم والكيف تزداد بما يساعد على التوافق بين الصم مع أقرانهم العاديين. والخلاصة أن الألفة بين الصم والعاديين والتي يوفرها سياق الدمج في البرامج التعليمية العامة يساعد على تكرار التفاعل وتحسين مستوى التواصل فيما بينهم وبالتالي يقلل من المشكلات السلوكية والوجدانية التي تسببها العزلة وضعف التفاعل (Kreimy, et al.,2000: 182).

ومن العوامل المؤثرة على المخرجات الاجتماعية جودة تفاعلات الأقران، وأن التفاعل يزداد بين الطلاب العاديين وذوي الإعاقة السمعية عند المشاركة في الأنشطة التي تستثير الألفة. كما أن المراهقين من المعاقين سمعياً أظهروا درجة مرتفعة من الأمن النفسي مع أقرانهم العاديين وفقاً للوقت الذي يقضونه معهم في الفصول العادية، وأن المراهقين المعاقين سمعياً الذين يشتركون في أنشطة اجتماعية تعليمية مدرسية تكون لديهم فرص أكبر في تكوين الأصدقاء والمشاركة في الأنشطة الاجتماعية مع أقرانهم العاديين، وتكرار المشاركة في مثل هذه الأنشطة مرتبط بمستويات عالية من الكفاءة الاجتماعية.

(Antia, et al.,2011:491).

٢- نمط التواصل المستخدم Mode of communication :

أحد العوامل المؤثرة في التفاعل الاجتماعي بين الصم والعادين هو نمط التواصل المستخدم، إذ يعتبر مؤثر على كم ونوع التفاعلات بين الأقران، بعض الباحثين درس تأثير نمط التواصل اللفظي Oral communication على التفاعل مع الأقران العاديين وأشارت النتائج إلى زيادة التفاعل في حال استخدام التواصل اللفظي مع الأقران العاديين عن مجموعات الصم المستخدمين لغة الإشارة.

(Bat-Chava&Deignan,2001;Stinson&Kluwin,1996).

وقد قام ستينسون وآخرون (Stinson & Whitmire, 1992; Stinson & Kluwin, 1996) بدراستين تناولتا نمط التواصل وعلاقته بالتفاعلات الاجتماعية لدى مجموعة من المراهقين الصم من خلال الأنشطة الاجتماعية ونمط التواصل اللفظي مقابل النمط الإشاري، وأشارت النتائج أن الطلاب الصم المستخدمين للنمط اللفظي كانوا أكثر تفاعلاً من أقرانهم مستخدمي النمط الإشاري في التفاعل مع الأقران العاديين في المدارس العامة (برامج الدمج) بينما الطلاب الصم ذوي النمط الإشاري في التواصل كانوا أكثر تفضيلاً للتفاعل مع أقرانهم من الصم (Debra, Zand, et al.,2011:143). وعلى الرغم من اشتراك عدة عوامل في المخرجات الاجتماعية، فإن معظم الدراسات ركزت على أنماط التواصل أو مهارات التواصل لدى الطلاب المعوقين سمعياً، وأن ضعف الإشارات أو حتى مهارات التواصل المنطوق مرتبط بشكل دال ومباشر بالمشكلات النفسية، كما أن بعض المراهقين المعوقين سمعياً الذين يستخدمون التواصل الشفهي أكثر مشاركة لأقرانهم من العاديين، لما تساهم به كفاءة التواصل الشفهي في الشعور بالأمن والتفاعل معهم.

ويتضح أن تأخر الأطفال المعوقين سمعياً في اللغة والكلام يعتبر عائق رئيسي في التفاعل الاجتماعي مع الأفراد العاديين، فقد أشارت نتائج الدراسات السابقة أن التأخر في اللغة يمثل العقبة الأكبر في تأسيس العلاقات الاجتماعية، مما يدفعهم إلى الانسحاب من التفاعلات مع الآخرين، وأن اللغة والكلام لدى المعوقين سمعياً يترتب عليها نقص المعرفة الاجتماعية والكفاءة الانفعالية، ولهذا يقل نجاح الصم في التفاعل مع أقرانهم العاديين (Xie, Yuhan,2013:19). وخلصت نتائج الدراسات والأطر النظرية

أن نمط التواصل يلعب دوراً هاماً في عملية تيسير التفاعل الاجتماعي بين الصم والعادين، وتميل النتائج إلى تأييد نمط التواصل اللفظي في مقابل النمط اليدوي في تحسين التفاعلات من حيث الكم والكيف بين الصم وأقرانهم من العادين في برامج الدمج بالإضافة إلى التواصل في المنزل وكذلك النوع.

٣- الحالة السمعية: Hearing Status

إن الأطفال الصم يتفاعلون مع أقرانهم الذين يشبهونهم في الحالة، وأن العادين يبدوون التفاعلات بمعدل أقل مع ذوي الصمم الشديد والتمام، ويتجاهلون مبادرات الصم بالتفاعل معهم، وتبين من خلال البحوث والملاحظات أن الطفل يتجه في التفاعل إلى قرينه الذي يشبهه في الحالة السمعية بحيث يكثر التفاعل بين الأقران وفقاً لنمط التواصل المستخدم سواءً كان الإشارة أو التلفظ بناءً على الحالة السمعية. إن درجات فقدان السمع تؤثر كذلك على المخرجات الاجتماعية، فمن المتوقع أن التلاميذ ذوي الفقدان الأعلى في درجات السمع هم الأضعف في المخرجات الاجتماعية، مع أن الدراسات أشارت إلى أن كل درجات فقدان السمع ينتج عنها مشكلات اجتماعية. وفي بعض الدراسات وجد أن التلاميذ ذوي الفقدان السمعي الخفيف والمتوسط سجلوا درجات منخفضة حول مفاهيم كثيرة في السلوك الاجتماعي، ودراسات أخرى وجدت أنه لا توجد فروق بين الأفراد في المخرجات الاجتماعية ترجع إلى الفقدان السمعي، وأنه من الواضح أن الأطفال ذوي الفقدان الشديد في السمع يعانون مشكلات اجتماعية أكثر حدة من ذوي الفقدان السمعي الخفيف.

٤- مشاركة الأسرة: Family involvement

تعتبر مشاركة الأسرة لأطفالها في الحياة الاجتماعية من المؤثرات الهامة على المخرجات الاجتماعية، فيمكن للأباء مناقشة الاستراتيجيات الكفيلة بتكوين الأصدقاء مع أطفالهم، أو المساعدة في تخطي مشكلات الأقران من خلال إدارة مكونات التفاعل الاجتماعي مع العديد من الأشخاص، فالوالدين يمثلون مصادر تؤثر على المخرجات الاجتماعية، والأسر يمكنها تقديم دعم للأنشطة التي تعطى الفرص للتطبيق الاجتماعي الإيجابي بين أبنائها والآخرين (Antia, et al., 2011:491).

المخرجات الاجتماعية للأطفال والمراهقين الصم:

تعرض "أنتيا شيرين" وآخرون (٢٠١١) للمخرجات الاجتماعية للأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة السمعية من خلال (التفاعل الاجتماعي، علاقات الأقران، والمهارات الاجتماعية) فيما يلي:

(أ) التفاعل الاجتماعي:

إن المخرجات الاجتماعية Social outcomes يمكن أن تختبر من خلال وسائل عديدة تشمل التفاعلات الاجتماعية مع الأقران العاديين، علاقات الأقران، الصداقات، معدلات المهارات الاجتماعية، والسلوك. وقد أشارت نتائج البحوث المعتمدة على الملاحظة في تفاعلات الأقران في المرحلة الابتدائية لدى التلاميذ المعوقين سمعياً إلى أنهم يقضون وقتاً محدداً في الفصول العادية بما يقلل التفاعل مع زملاء الفصل العاديين.

(ب) علاقات الأقران:

الطلاب ذوي الإعاقة السمعية في مسارات التعلم العادية ربما يفتقرون إلى العلاقات الاجتماعية عن أقرانهم من العاديين، وقد أشارت بعض البحوث إلى وجود فروق دالة بين العاديين والمعوقين سمعياً في الكفاءة الاجتماعية، والتقبل الاجتماعي عند مقارنتهم بالأقران العاديين، وهذه النتائج قليلاً ما تتغير بمرور الوقت على الرغم من الفرص المتاحة للأقران من التفاعلات الاجتماعية. وقد أشارت "نانز وآخرون" إلى أن طلاب المرحلة الابتدائية متشابهون مع أقرانهم العاديين في كونهم إما محبوبين أو منبوذين، وهم أقل قابلية لتكوين الأصدقاء في فصولهم، وفي المقابل لا توجد فروق في المكانة الاجتماعية بين الطلاب المعاقين سمعياً والعاديين، وأن المراهقين ذوي الإعاقة السمعية في برامج الدمج أظهرت مستوى مرتفع من الأمن النفسي مع أقرانهم ذوي الإعاقة السمعية أكثر من أقرانهم العاديين. (Nunes, et al., 2001: 2).

(ج) المهارات الاجتماعية:

تقاس المهارات الاجتماعية من خلال مقاييس التقدير والمقابلات، ويتبين من نتائج بعض البحوث أن الكفاءة الاجتماعية والمشكلات السلوكية لدى التلاميذ الصم في المرحلة الابتدائية من المدمجين في برامج العاديين، كما قررها كل من الآباء

والمعلمون، عدم وجود فروق بين الصم والعادين في الكفاءة الاجتماعية، التوجه نحو السلوك الاجتماعي المقبول (Antia, Shirin, et al, 2011:490).

فوائد الدمج لذوي الإعاقة السمعية :

تتنوع فوائد الدمج للمعوقين سمعياً في برامج الدمج على محاور: مهارات التواصل، مفهوم الذات، التقبل الذاتي والاجتماعي، وخفض الوحدة النفسية.

١-مهارات التواصل:

الدمج يعمل على تحسين مستوى التواصل حيث يتعلم الأصم من العادين بعض الكلمات والتي ربما ينطقها من خلال قراءة الشفاه، ويتعلم كيف يتواصل العادين مع بعضهم البعض. ويتعلم العادين لغة الإشارة أو الهجاء الإصبعي، وبالتالي يتمكن العادين من التواصل مع التلميذ الصم والواقع أن الاحتكاك اليومي في بعض الحصص والأنشطة المدرسية يحقق درجة عالية من التوافق وبالتالي تشجيع الأفراد الصم والعادين على الدخول في الحوارات والتواصل .

٢- مفهوم الذات:

وتعنى صورة الذات تصور الفرد لذاته وإمكانياته وخصائصه وسماته واستعداداته، ومجمل ما عليه شخصيته، وكلما كانت صورة الفرد عن ذاته قريبة من الواقع توقعنا له النجاح والتوفيق. ولأن توقعات المجتمع لدور المعاق متدنية، فقد انعكست على صورة الذات لديه، فالشخص الذي ينخفض أدائه، ينخفض تقييمه لنفسه، ولأن المجتمع هو الذي حدد له طبيعة توقعاتنا منه، فإن الفرد المعاق يلتزم بهذا الدور، ويرتضيه لنفسه، ويتوحد معه، ويلتزم بمواصفاته، لأن المجتمع يكافئه على ذلك، بل وقد يعاقبه، وينفر منه إذا سعى للانسلاخ عنه. ولا يتحقق مفهوم الذات الإيجابي والتوافق لدى المعاق إلا إذا تقبله الوالدان والإخوة، كما هو بإمكانياته فلا ينكرون الإعاقة فيطالبونه بما لا يقدر عليه ولا هم يبخسون الإمكانيات والطاقة الكامنة فيه، وأن هذا الاتجاه الإيجابي يساعد المعاق على تقبل إعاقته، فلا هو ينكرها ولا هو يحقر نفسه (شاكركقنديل، ١٩٩٥).

وعندما يفقد الطفل حاسة السمع يحدث اضطرابات في عملية التواصل، أو يلجأ إلى أنماط تواصل غير معتادة في محيطه الأسرى، ويتغير تبعاً لذلك مفهوم الذات لديه.

وتعد قضية التواصل لدى الصم من أهم القضايا التي يعانون من جرائها مشكلات عديدة مترتبة عليها، إذ أن التواصل هو محور تقدم ونمو الشخص على مختلف الجوانب، سواءً النفسية أو التعليمية أو الاجتماعية، وهنا تبرز العلاقة القوية بين التواصل ومفهوم الذات لدى الفرد الأصم، إذ أنه يرى نفسه أقل من أقرانه، وتوجد محدودية في عالمه وفي تفاعلاته الاجتماعية، بما يسبب له العزلة عن الآخرين والشعور بالاعتزاز عن الذات والواقع الذي يعيش فيه. ويرتبط مفهوم الذات على تنوعه وتعدد سلباً أو إيجاباً بصورة الجسم لدى الفرد، والحالة بالنسبة للأصم تتعلق بإعاقة حسية ذات خصوصية في التعلم والكلام والتعبير عن المشاعر. إذ أن العاهات الجسمية قد تؤدي إلى عدم تحقيق النمو السوي، حيث يتأثر الفرد بنظرة الآخرين للإعاقة أكثر من تأثره بالإعاقة ذاتها، ولهذا فإن صورة الجسم لها دور كبير في التأثير على مفهوم الذات لدى الفرد، ويزداد هذا التأثير لدى الفرد المعاق، فهو أكثر حساسية وإدراكاً لاتجاهات الآخرين نحوه، مما يؤثر بالسلب على مفهومه لذاته.

٣- التقبل الذاتي والاجتماعي:

إن الإعاقة السمعية لها تأثير سلبي على التقبل الاجتماعي لدى الأفراد الصم، ولهذا فإن العبء يقع على الأسرة في المقام الأول على جعل الأصم يشعر بتقبل الذات أولاً ثم التقبل الأسرى، ثم يمتد إلى التقبل من قبل الأقران والآخرين في المجتمع، مما يدفعه إلى الدخول في علاقات الصداقة والاندماج مع الأقران، وهناك علاقة إيجابية بين التقبل المرتفع وعلاقات الأقران ومهارات الصداقة لدى المراهقين الصم. والتقبل الاجتماعي هو درجة نجاح الأشخاص في عضوية الجماعات التي ينتمون إليها، كما تتحدد من اختيار الأعضاء الآخرين لهم كرفقاء يشاركونهم في اللعب أو العمل. ومفهوم التقبل الاجتماعي يشير إلى شعور الفرد بأنه محبوب ومقبول لدى أعضاء أسرته وأقرانه ومدرسيه، ومن ثم مقبول لدى ذاته هو بشكل يحقق له التوافق الشخصي والاجتماعي. والملاحظ أن تقبل الأقران يشير إلى المكانة الاجتماعية أو الشعبية، ويشير إلى كيف ينظر الآخرون إلى المراهق في سياق الجماعة.

٤- خفض الوحدة النفسية :

توجد عوامل مساهمة في حدوث العزلة والوحدة النفسية لدى الصم منها نمط أو الوضع التعليمي من حيث الدمج أو نمط العزل، نقص عدد المترجمين للغة الإشارة، نقص عدد الأصدقاء. وقد يساهم نمط التواصل في زيادة مشاعر العزلة فمثلاً الأقران الذين يتحدثون بسهولة وبلا متاعب يشعر الأصم أو ضعيف السمع بينهم بالضيق ومشاعر الحزن لأنه خارج نطاق المجموعة من حيث التفاعل والتجاوب معهم وليست لديه القدرة على كسبهم كأصدقاء مما يعمق لديه مشاعر الوحدة لنفسية. وقد يؤثر نمط الإقامة الداخلي- الخارجي على حدوث مشاعر الوحدة لدى الصم حيث تشيع مشاعر الوحدة لدى ذوي الدمج التربوي بسبب اختلاف أنماط التواصل مع الأقران العاديين، وأيضاً لذلك التقبل الأسرى للإعاقة، نمط التواصل داخل الأسرة، الاندماج في المجتمع، مدى سهولة أو تعقيد العلاقات مع الآخرين، ولا نتجاهل طبيعة التكوين الشخصي ومدى الاستعداد للإصابة بمشاعر الوحدة النفسية بسبب بعض سمات الشخصية حيث يمكن أن يتصف الفرد بأنه خجول وسلبى وغير أليف أو أنه أقل تعاطفاً ومشاركة واستجابة لحاجات ومشاعر الآخرين، أو أنه أكثر قلقاً مما يجعله غير جذاب كصديق للآخرين.

والواقع أن بعض البحوث (خالد البلاح ومجدى الشحات، ٢٠١٤) من خلال نتائجها ترى أن الدمج في المدارس العادية يجعل الحالة النفسية للصم أفضل كثيراً في جانب التوافق الذاتي والاجتماعي وتخفيف الآثار النفسية مثل: الوحدة النفسية والعزلة وتحسين مهارات التواصل والتفاعل مع الأفراد العاديين في الوسط المدرسي، وتلك تعد من فوائد الدمج، في حين ترى نتائج دراسات أخرى عكس ذلك من زيادة الانعزال والوحدة النفسية للصم داخل برامج الدمج خاصة إذا كان الدمج مكاني فقط أو فصول ملحقة.

وقد أكدت نتائج عدد من الدراسات السابقة على توعية الطلاب العاديين بخصائص أقرانهم الصم بما يساهم في تحسين التقبل الاجتماعي لأقرانهم الصم، حيث أن بيئة الدمج تعمل على زيادة التقبل الاجتماعي للصم من أقرانهم العاديين، كذلك توافر مدارس الدمج قريباً من منازل الطلاب يشجع على نجاح عملية الدمج للصم.

الصحة النفسية للصم بين نظام العزل/ الدمج:

قام كليمان وآخرون (Keilmann, et al, 2007) بدراسة هدفت إلى تقييم النواحي النفسية للتلاميذ الصم من عمر (6-11) عاماً ٧٠ طالب و ٦١ طالبة من ذوي الإعاقة السمعية منهم ٧٨ ملتحقين بمدارس الصم (العزل) و ٥٣ مدمجين ، وأظهرت النتائج أن الأطفال الملتحقين في مدارس الصم يجدون أنفسهم أقل قبولاً مقارنة بأقرانهم في مدارس الدمج، وأظهروا ثقة وتأكيداً للذات بدرجة أقل، وكذلك أظهروا درجة أقل في مجال القدرة على تكوين الصداقات، وبالمقابل أخذ الأطفال المدمجون ثقة بالذات أعلى في الصفوف الأعلى مقارنة بالصفوف الأدنى. ومن العوامل المؤثرة في الجوانب النفسية والاجتماعية في برامج الدمج أو العزل لدى الصم ما يلي:

١- المهارات الاجتماعية:

إن المهارات الاجتماعية هي عنصر ضروري للحياة اليومية، ولكن عندما يتم دمج الأطفال الصم، وهذا هو الشيء الوحيد الذي لا يمكن أن تدرسه مباشرة، بسبب حاجز التواصل بين الأطفال الصم وأقرانهم العاديين مما يمكن أن يسبب للأطفال الصم زيادة القلق أو تدني تقدير الذات. كما أن المعلمين وأولياء الأمور يمكن أن يكون لهم أيضاً تأثيراً كبيراً إذا كان لديهم تصورات مشوهة عن الصمم. وتشير الأدلة إلى أن انخفاض التفاعل الاجتماعي يقلل ما يمكن للطفل الأصم تحقيقه في الحياة.

إن فقدان السمع يؤثر على العديد من جوانب الحياة، مع العديد من التداعيات النفسية والآثار المختلفة على مجمل حياة الشخص مع ضعف في الوظائف الاجتماعية، وتعطى تصويراً لكيفية تفاعلات الأشخاص الصم بينهم وبين العاديين ويمكن العثور عليها في بيئة التعليم المدمج، والتي يشارك فيها غالبية الصم، ومن المسلم به عموماً أن الأطفال الصم يواجهون المزيد من الاضطرابات مع أقرانهم السامعين في مجال النمو التعليمي والاجتماعي، ونتيجة لذلك تظهر لديهم اضطرابات نفسية، وتتخذ أحياناً طرق ومسارات سلبية.

٢- التواصل والتفاعل الاجتماعي:

بسبب العديد من التغيرات الاقتصادية والاجتماعية والقانونية، أصبح نظام العزل في انكماش في مقابل سيادة نظام الدمج في كثير من دول العالم، ولنظام الدمج تقدم

إيجابي في النواحي الأكاديمية لدى الطلاب الصم المدمجين، لكن في المقابل حدثت مستويات عالية من العزلة الاجتماعية والمشكلات النفسية مقارنة بأقرانهم في برامج العزل، إضافة إلى النبذ من أقرانهم العاديين، ولا نغفل دور الأنشطة في نمو الطلاب الصم في جانب تشكيل الصداقات والاهتمامات والأنشطة المدرسية والأنشطة الرياضية، والصداقات ترتبط بمهارات التواصل مما يؤدي إلى الثقة بالنفس وزيادة تقدير الذات، أو العكس ضعف الثقة بالنفس وانخفاض تقدير الذات. والمشكلة الكبرى هي زيادة العزلة والقلق بسبب صعوبات التواصل في حالة الدمج، وهذا يرجع إلى تجاهل الأقران العاديين لهم وعقبات التواصل الفعلية فيما بينهم، والتي يبدو فيها عدم تناسب التفاعل الاجتماعي مع الأقران بالنسبة لسنهم ومراحل نموهم (Susan, Foster, 1998).

٣- ثقافة الصم:

السلوك داخل ثقافة الصم يمكن أن يختلف اختلافاً كبيراً من السلوك لدى العاديين. وما ينظر إليه على أنه المعيار في ثقافة ما قد ينظر إليه على أنه غير طبيعي في ثقافة أخرى. وعلى المرشدين أن ينظروا إلى السلوك على أنه طبيعي في ثقافة الصم، لكنه يمثل اضطرابات سلوكية مثل متلازمة تويتش Twitch syndromes أو سلوكيات العناد والمقاومة، ويمكن رؤية مثال على ذلك الاختلاف في حقيقة أن الأطفال الصم عادة ما يطلبون المزيد من الأسئلة الشخصية وتوقع الإجابة على تلك الأسئلة على أنها شخصية للغاية من وجهة نظر العاديين.

ثانياً: الصحة النفسية لذوي صعوبات التعلم بين العزل / الدمج:

إن أهم ما يميز الأطفال ذوي صعوبات التعلم هو تدنى مفهوم الذات، ويرى فيري وآخرون (Ferri, et al, 2001) أن النواحي الاجتماعية الانفعالية والسلوكية ومفهوم الذات للطلاب ذوي صعوبات التعلم الذين تعلموا في أوضاع الدمج أفضل مقارنة بالطلاب الذين يتعلمون في برامج العزل، وقد وجدوا أن الالتحاق بالتعليم العام يدعم حياة الطلاب ذوي صعوبات التعلم، ويعمل على تطوير الصداقات لديهم ويوفر فرص لتحديات ذهنية كبيرة، وتطوير مفهوم الذات، وقد أظهرت نتائج الدراسة أن الطلاب ذوي صعوبات التعلم قد شعروا بأنهم استفادوا من تلقيهم خدمات التربية الخاصة في

المدارس العادية، وأن تلقى خدمات التربية الخاصة في أوضاع العزل تزداد لديهم شعوراً بالخجل والوصم والتوقعات المتدنية والاعتمادية. وفي المقابل توصل "لي يوه وآخرون" (Lee, Yoo, et al, 2003) من نتائج دراستهم إلى أن حياة الطلاب سمادونياعات في التعليم العام اتسمت بالخوف والإحباط، والعزلة، وأكد الطلاب ذوي الصعوبات البسيطة أنهم في أوضاع الدمج طوروا علاقات صداقة مع الطلاب الآخرين، ويتمتعون بدرجات متشابهة حول مفهوم الذات لأقرانهم العاديين.

والواقع أن الطلاب ذوي صعوبات التعلم لا يعزلون عن فصولهم، ولكن قد ينفصلون لبعض الوقت عن زملائهم ويذهبون إلى غرفة المصادر لتلقى دروس وتعزيزات علاجية بشكل فردي لمواجهة صعوباتهم الأكاديمية في القراءة والهجاء والحساب، والتي قد يكون سببها الرئيسي الصعوبات النمائية (الانتباه، الإدراك، التذكر).

ثالثاً: التسكين التربوي والوضع النفسي للموهوبين:

التسكين التربوي للموهوبين يتخذ إما مدارس أو صفوف خاصة للموهوبين أو تركهم في صفوف المدارس العادية، وقد أشارت عائشة طوالبه وعثمان المحادين (٢٠١٣: ١٠٨) إلى ما ذكرته ولفولك (٢٠٠٥) من أن الطالب المتميز في المدارس العادية يكون (سمكة كبيرة في بركة ماء صغيرة) وعندما ينتقل إلى مدرسة الموهوبين يصبح سمكة صغيرة في بركة كبيرة، وقد ينجم عن ذلك مشكلات نفسية ودراسية، فبعد أن كان في مدرسته العادية طالباً متفرداً يتميز بشكل واضح عن بقية أقرانه، ويحظى بالاهتمام، يجد نفسه فجأة في مدرسة المتميزين واحداً بين أعداد كبيرة، قد يكون البعض منهم أكثر قدرة منه، فيحدث تأثيراً سلبياً على نظرته إلى ذاته وتقييمه لها، وينعكس ذلك على وضعه النفسي بصورة عامة، ثم على إنجازه الدراسي.

وأشارت دراسة ليندا كريجر (٢٠٠٤) إلى أن الطلاب الموهوبين في مدارس المتميزين يعانون من مشكلات نفسية خاصة عند بداية الالتحاق بها. وهناك دراسات توصلت إلى أن المتفوقين يتصفون بخصائص إيجابية تميزهم عن الطلاب العاديين، وهناك نتائج لبعض الدراسات التي أكدت انخفاض التوتر النفسي، وارتفاع مستوى الطموح لدي الطلاب الموهوبين والمتفوقين من طلاب الجامعة. وتوصلت نتائج دراسة عائشة طوالبه وعثمان المحادين إلى أن الوضع النفسي بأبعاده: (القلق، والجهد المبذول،

التكيف، الدافعية، والإنجاز، والانضباط المدرسي، والتعاون) للطالب المتميز في المدرسة العادية بصورة عامة كان أفضل من وضعه في مدرسة المتميزين، بحسب ما يدركه هو، وقد يعود السبب في ذلك إلى التميز على أقرانه في المدرسة العادية في التحصيل الدراسي، أما في مدرسة المتميزين فيصبح حضوره لا يبرز إلا بجهد وتميز أكبر، وإلا أصبح عادياً قياساً بأقرانه الأكثر تميزاً.

إن تجميع الطلاب الموهوبين في صفوف خاصة أو مدارس خاصة يغير بعض المشكلات التي تتصل بسوء التوافق الشخصي والاجتماعي، لأن الطفل المتفوق يريد أن يكون مع أقرانه العاديين، وأن يحظى بمكانة خاصة بينهم، ولعل تفوقه بين زملائه يحقق له مزيداً من القبول والتقدير وهذه حاجة ماسة أساسية عند الطفل تدفعه إلى مزيد من النجاح وأن نظام التجميع للمتفوقين لم يحقق النتائج المرجوة فيما يتصل بتحسين أداء التلاميذ في كافة المجالات، وأن تجميع الطلاب الموهوبين في صف واحد يعكس ضعفاً في المشاعر الإنسانية نحو الآخرين، فالأصل هو أن يعيش مع أقرانه العاديين، لذلك لا يوجد أي مبرر لفصله عن الآخرين في مراحل تعليمه.

ويوصي العديد من الباحثين أن مراعاة احتياجات الفرد الموهوب مثل الانتماء إلى أقرانه العاديين، والتقبل منهم وممارسة الأنشطة من أجل الراحة والاسترخاء في مقابل العمل العقلي على أعلى المستويات، ولهذا يحتاج الفرد الموهوب إلى الشعور بأنه إنسان عادي كالآخرين في المواقف التعليمية، وأن يتبادل الأفكار مع أقرانه العاديين وأن يصل إلى الفشل والنجاح مثل الآخرين.

وفي ذلك الإطار توصلت "سوياتك" (Swiatek,1995,1998,2001;2002) خلال دراسة أساليب المواجهة الاجتماعية لدى الأطفال والمراهقين في المدارس الابتدائية والثانوية أن الموهوبين يستخدمون استجابات عديدة لمواجهة الضغوط الاجتماعية مثل: إنكار الموهبة ومحاولة إخفائها، الشعبية Popular، ومشاركة الآخرين في الأعمال المدرسية، والمسايرة، والضحك وروح الدعابة وتقبل الأقران، والتفاعل الاجتماعي كأسلوب استجابة وغطاء للموهبة بغرض تحقيق التوافق مع الأقران العاديين ومواجهة ضغوط الأقران والمعلمين والمنزل (خالد البلاح، ٢٠١٥: ٥). وفي المقابل قد يصاب الموهوب بتضخم غير واقعي في مفهوم الذات، والذي يشكل عرضاً من أهم مظاهر النرجسية.

رابعاً: الصحة النفسية للمعوقين عقلياً بين العزل / الدمج:

يعاني المعوقون عقلياً من مشكلات انفعالية متعددة منها القلق والاكتئاب والوحدة النفسية، وكذلك الاضطرابات السلوكية غير التوافقية واضطرابات الشخصية، ويرتبط ذلك بدرجة وشدة الإعاقة العقلية، فمثلاً القلق يعتبر من المشكلات الشائعة لدى ذوي الإعاقة العقلية، ويحتاج للعلاج بمختلف أنواعه، وكذلك الاكتئاب والذي قد ينشأ من تفاعل عدة عوامل تشمل: نقص المساندة الاجتماعية، ضعف المهارات الاجتماعية، ونقص المثيرات البيئية، أو تلف الدماغ، مشكلات طبية فسيولوجية، ضعف القدرة على التفكير التوافقي مع الذات والعالم من حولهم. ويعتمد تشخيص الاكتئاب لدى المعاقين عقلياً على ملاحظات سلوكية تشمل: أنماط النوم، عادات الأكل، وغيرها. ويمكن معالجة الاكتئاب من خلال جلسات تدريبية على المهارات الاجتماعية وتعديل السلوك وتكثيف الأحداث والأنشطة السارة. (Elizabeth Glenn, et al., 2003:70)

وفى ضوء ذلك فإنه من خلال نتائج بعض الدراسات والتي ترى أن الدمج يساعد على تحسين مهارات التواصل والسلوك التكيفي، وتحسين التوافق في إطار الدمج الجزئي للأطفال ذوي درجات الذكاء المرتفعة ذوي الإعاقة الملحوظة أو الخفيفة القابلين للتعلم، بينما ذوي الإعاقة العقلية الشديدة قد لا يستفيدون من الدمج كثيراً، في مقابل من يؤيد فكرة العزل حيث العناية أكبر مما هو متوفر في المدارس العامة. وترى بعض الدراسات السابقة أن العزلة قد تزداد في برامج الدمج لعدة أسباب منها نبذ الأقران العاديين واستهجان سلوكياتهم غير التكيفية، شعور المعوقين عقلياً بأنهم أقل في النواحي العقلية والاجتماعية واللغوية، وبطء التعلم الأكاديمي والتشتت ونقص الإدراك. كما يوصف المعاقون عقلياً بخصائص انفعالية تنعكس على قدراتهم العقلية، فقد لوحظ أن المعاقين عقلياً غالباً ما يميلون إلى العزلة الاجتماعية وعدم القدرة على ضبط الانفعالات والتي تعتبر عبئاً ثقيلاً على القدرات العقلية والتوافقية لديهم، ولذلك عادة ما يتصف ذوو الإعاقة العقلية بانعدام التوازن الانفعالي، والعزلة الاجتماعية، وعدم التكيف مع الآخرين، واضطراب مفهوم الذات.

وفى سياق دمج الأطفال المعاقين تواجه الأم عدة صراعات مع الأب عندما يختاران دمج طفلها المعوق، في صورة التذكير اليومي بحقيقة الفروق بين طفلها المعاق

والعادي، الشعور بالوصمة الاجتماعية، الإحساس بالضييق بسبب سوء توافق الابن المعاق في المدرسة، إضافة إلى الاتجاهات السلبية الموجهة من الطلاب العاديين وربما آبائهم كذلك نحو استمرار المعاق في الفصل العادي.

خامساً: الصحة النفسية لدى المعوقين بصرياً بين العزل / الدمج:

تذكر (خلود الدبابة، ٢٠٠٨) أنه أصبح الكثير من الطلاب يتلقون خدمات التربية الخاصة في أوضاع التعليم العام انسجاماً مع الاتجاهات المعاصرة والتي تركز على تقديم الخدمات التربوية لجميع الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة، ضمن مسار التعليم العام مع أقرانهم العاديين ضمن ما يعرف بنظام الدمج. ويوفر الدمج تساوي الفرص وفق قدرات الطالب ويقلل من أثر التوصيف والوصم وما لهذا من آثار نفسية لدى الأطفال وأسرهم، وتؤكد مبدأ التعليم للجميع وعلى الحق في تعليم يتناسب واحتياجات جميع الأطفال الفردية مقروناً بتقديم خدمات مستمرة تبدأ من الكشف المبكر والتدخل المبكر والتعليم المدرسي والمهني وانتهاءً بعيش حياة مستقلة في المجتمع. والدمج الأكاديمي يتيح للطلاب من خلال تلقى تعليمهم مع أقرانهم العاديين ضمن عدد من البدائل التربوية حسب قدراتهم، أو دمج اجتماعي يتم من خلاله إتاحة الفرص للأطفال المدمجين للتفاعل مع أقرانهم العاديين، ويعتبر الطلاب المكفوفين أفضل حالاً في الدمج من الإعاقات الأخرى، من حيث التعليم في المدارس العادية لأنه الأيسر والأسهل إذا ما قورن بالفئات الأخرى .

ولا شك أن للدمج دوراً أساسياً في دعم وتطوير مواطن القوى لدى الطلاب المدمجين وتدعيم الأداء الأكاديمي لديهم، وتعاون الأسر والمعلمين وأفراد المجتمع معاً للوصول إلى مدارس تقبل جميع الطلاب وتعترف وترحب بقيمة جميع المتعلمين وتعمل على تنمية قدراتهم وتلبيتها بحيث تركز على تصميم البرامج التربوية اعتماداً على الحاجات الفردية لكل طالب، فضلاً عن تهيئة الطلاب ذوي الإعاقة البصرية للنمو في إطار هذا التنوع والاختلاف وتهيئتهم لمرحلة الرشد والعمل باستقلالية في المجتمع الأوسع بشكل فعال. وللدمج إسهام في تدعيم شعور الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة بأنه فرد في مجتمعه وليس فرد ينتمي إلى أقلية محرومة، ويؤدي إلى تحسين مفهوم الذات ويزيد

فرص التفاعل والتوافق الاجتماعي بينه وبين أقرانه العاديين ويطور مفهوم الذات، ويدعم الشعور بالانتماء فالطلاب سواءً كانوا ذوي احتياجات خاصة أو عاديين يستفيدون من كونهم قريين من بعضهم البعض مرتبطين بمدرسة واحدة.

كما يجب تنظيم مجموعة من الخدمات الشاملة وتوظيف نتائج الأبحاث عند التدريس وممارسة التقييم المستمر لحاجات الطلاب، وتهيئة معلمي الطلاب ذوي الإعاقة البصرية وتعديل اتجاهاتهم والإيمان بحقوق الأطفال في التعليم في المدارس العادية والاهتمام بتطوير وتنمية البعد الاجتماعي والشخصي للطلاب .

ولجعل عملية دمج الطلاب ذوي الإعاقة البصرية في المدرسة العادية عملية فاعلة تلبى حاجات هؤلاء الطلاب وتبدو الحاجة ماسة لدراسة برامج الدمج الممارس حالياً في المدارس ومدى دعمها للأداء الأكاديمي والتكيف الاجتماعي والانفعالي للطلاب بما يساعدهم على أداء دورهم في المجتمع، وهذا يتطلب من المدرسة توفير البيئة المحفزة للنمو الاجتماعي والانفعالي والأكاديمي المأمول من تطبيق برامج الدمج فيها.

ويمكن أن نستخلص مما سبق بعض الجوانب الإيجابية والسلبية لدمج غير العاديين فيما يلي:

(١) التحسن على المستويات المختلفة: أشارت البحوث والدراسات السابقة أن الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في الدمج يتحسنون على المستوى الأكاديمي والانفعالي والاجتماعي واللغوي وتكوين صورة إيجابية عن الذات شريطة تزويدهم بالخدمات المساندة والبرامج التربوية الخاصة، وتطوير اتجاهات إيجابية لدى المعلمين وإدارة المدرسة والرفاق.

(٢) اتجاهات المعلمين: يظهر المعلمين اتجاهات إيجابية نظرية حول دمج المعوقين ولكن الواقع الفعلي أظهر أنهم لا يؤيدون دمج المعوقين سمعياً أو بصرياً أو عقلياً بقدر ما يدعمون دمج الأطفال ذوي المشكلات الحركية أو الصحية البسيطة، كما أن المعلمين الذين تلقوا تدريباً متخصصاً في مجال الإعاقة كانت اتجاهاتهم أفضل وأكثر إيجابية نحو الطلاب المعوقين عن المعلمين الذين لم يتلقوا تدريباً في هذا المجال.

٣) الجوانب الانفعالية الاجتماعية: تبين أن من نتائج وفوائد الدمج على الجوانب الاجتماعية الانفعالية أن الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة أفضل من حيث القدرة على تكوين الصداقات وتقدير الذات المرتفع والنجاح المهني في مقابل العزلة والشعور بالخجل والوصم والاعتمادية، وهناك دراسات أخرى ترى أن الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة يخبرون درجات عالية من الوحدة النفسية داخل المدارس العامة.. ويواجهون تقبلاً أقل ورفضاً أكبر من قبل أقرانهم العاديين، فمثلاً يواجه الصم بعض الصعوبات في التكيف مع البيئة الدراسية، ويتعرضون للإهمال من قبل أقرانهم السامعين، بما يحد من قدرتهم على تكوين الصداقات من الصف، وذلك يحتاج إلى تفعيل التواصل وتطوير اتجاهات إيجابية نحوهم.

٤) الحاجات الفردية: فيما يتعلق بالمعوقين بصرياً يعاني الوسط الدراسي بعض الصعوبات تتعلق بالحاجات الفردية لهؤلاء الأفراد ونقص القدرة على التنقل وصعوبة تكوين صداقات مع أقرانهم المبصرين، وبعض الخامات الخاصة بهم مثل المكتبات الصوتية والكتب البارزة بطريقة برايل...إلخ .
والجدير بالذكر أن دمج الطالب المكفوف مع أقرانه العاديين، وإشعاره بأنه شخص عادى وتدريبه على المهارات والتنشئة الاجتماعية السليمة والتفاعل الإيجابي، كلها عوامل تساعد على التوافق النفسي والاجتماعي، وبالتالي تتصف تنشئته بالتنشئة الاجتماعية والنفسية السليمة.

مراجع الفصل الثالث

١. خالد عوض البلاح ومجدى محمد الشحات (٢٠١٤): مهارات التواصل لذوي الاحتياجات الخاصة، دار النشر الدولي، المملكة العربية السعودية، الرياض.
٢. خالد عوض البلاح ومجدى محمد الشحات (٢٠١٤): تحسين مهارات التفاعل الاجتماعي وعلاقتها بالوحدة النفسية لدى الأطفال الصم. مجلة كلية الآداب، عدد يناير ٣٥ ص ص ٤٨٠-٥٦٢.
٣. خالد عوض البلاح (٢٠١٥): أثر تحسين استراتيجيات المواجهة الاجتماعية في خفض حدة الكمالية العصابية وتحقيق الرضا عن الحياة لدى الطلاب الموهوبين. مجلة كلية التربية، جامعة بنها، العدد ١٠٢، إبريل، مجلد ٢٦ ج (١) ص ص ٢٧-٧٢.
٤. خالد عوض البلاح والفرحاتي السيد الفرحاتي (٢٠٠٩): تقييم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة المستهدفين للدمج في المدارس العادية. ورقة عمل- المؤتمر الثالث المركز القومي للامتحانات والتقويم التربوي ٢٦-٢٧ / ٧ / ٢٠٠٩. (متاح: في موقع أطفال الخليج) (٢٠١٢).
٥. خلود الدبابة (٢٠٠٨): أثر الدمج على توفير بيئة محفزة للأداء الأكاديمي والأداء الاجتماعي الانفعالي لدى الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة، مجلة كلية التربية، جامعة الإمارات العربية المتحدة، العدد ٢٥ السنة ٢٣.
٦. شاكرا عطية قنديل (١٩٩٥): سيكولوجية الطفل الأصم ومتطلبات إرشاده. المؤتمر الدولي الثالث لمركز الإرشاد النفسي للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، المجلد الأول، ص ص ١-١٢ مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس.
٧. عائشة حسين طوالبه وعثمان عبد اللطيف المحادين (٢٠١٣): الوضع النفسي للطلبة المتميزين قبل دخولهم مدرسة المتميزين وبعده. دراسات، العلوم التربوية، المجلد ٤٠، العدد (١) ص ص ١٠٧-١١٩.
- 7-Ali Hassan Alzahrani (2005). An investigation of the social development of students with hearing impairment in the special schools for the deaf and public schools in Riyadh city in the kingdom of Saudi Arabia. Degree of Doctor, University of Kansas. □
- 8- Antia,S.D.&Ditlillo,D.A.(1998). A comparison of the peer social behavior of children who are deaf-hard of hearing and hearing. Journal of children's Communication Development,19,1-10.
- 9- Antia, Shirin.,&Kreimeyer ,K.H. (2003). Peer interaction of deaf and hard of hearing children. In: M.Marschark&P. Spencer (Eds.) Handbook

- of deaf studies and deaf education PP. (164-176) Oxford, UK: Oxford University Press.
- 10-Antia Shirin, Patricia Jones, John Luckner, Kathryn Kreimeyer, & Susanne Reed (2011). Social outcomes of students who are deaf and hard of hearing in general education, *Exceptional children*, Vol.77 (4), 489-504.
 - 11-Bat-Chava, Y., & Deignan, E. (2001). Peer relationships of children with cochlear implants. *Journal of Deaf studies and Deaf Education*, 6, 186-199.
 - 12-Debra H.Zand & Katherine J.Pierce (2011). Resilience in deaf children adaptation through adulthood .Springer ,London.
 - 13- Elizabeth Glenn (2003). Depression, anxiety and relevant cognitions in persons with mental retardation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33(1):69-76.
 - 14-Evans, Robert J. (2000). Fostering peer acceptance of handicapped students . *Eric Digest*, P.1-6 .
 - 15- Ferri & Keefes, Gregg (2001). Teachers with learning disabilities . A view from both sides of the desk. *Journal of learning disabilities*, 34, 22-31.
 - 16- Kerlmann, Limberger & Mann, (2007). Psychological and physical well-being in hearing impaired children. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 71(11), 1747-1752.
 - 17-Krever, Mitchell , Velma Ellen. (2002): Peer relation of mainstreamed hearing –impaired students. Degree of Doctoral, Department of Human development and Applied Psychology, University of Toronto, Canada.
 - 18- Kreimeyer, k, Crooke, p., Drye, c, Egbert & Klein (2000). Academic benefits of a coenrollment model of inclusive education for deaf and hard of hearing children. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 5 (2), 174-185.
 - 19-Kluwin, T.N. Stinson, M. & Colarossi, G.M. (2002). Social processes and outcomes of in school contact between deaf and hearing peers. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 7.200-213.
 - 20-Lee, Yoo & Bak, (2003). Characteristic of friendships between children with and without disabilities. *Education & Training in developmental disabilities*, 38, 157-166.
 - Nunes, T., pretzlik, U, & Olsson, J. (2001). Deaf children's social relationships in mainstream schools. *Deafness and Education International*, 3, 123-136.
 - 21-Sandy, K. Bowen (2008). Coenrolment for students who are deaf or hard of hearing : friendship patterns and social interactions. *American Annals of the Deaf*, Vol, 153(3), 285-293.
 - 22-Stinson, M.S., & Kluwin, T.N., (1996). Social orientations toward deaf and hearing peers among deaf adolescents in local public high schools. In:

- P.C. Higgins&J.E.Nash,(Eds.) Understanding deafness socially .PP.(113-134) Springfield, Charls C. Thomas.
- 23-Stinson,M.S.,&whitmire,K.,(1992). Self-perceptions of social relationships among hearing impaired adolescents in England. Journal of the British association Teachers of the Deaf,15,104-114.
- 24-Susan Foster (1998). Communication and social engagement: implication for interactions between deaf and hearing persons. Scandinavian Audiology,27,116-124.
- 25-Xie,Yuhan (2013). Peer interaction of children with hearing impairment. International Journal of Psychological Studies, Vol. 5,(4). 17-25.

الفصل الرابع

الصحة النفسية لذوي الإعاقة السمعية

" كف البصر عزلني عن الأشياء، أما الصمم فقد عزلني عن الناس "

هيلين كيلر ١٩٤٨

الفصل الرابع

الصحة النفسية لذوي الإعاقة السمعية

تمهيد:

وتعتبر دراسة الإنسان العادي دراسة سيكولوجية موضوع علي قدر كبير من الأهمية والتعقيد، وبالتالي فدراسة الإنسان غير العادي لا تقل عنها أهمية وتعقيداً، بل إن الأمر علي درجة بالغة الأهمية نظراً لخصوصية تلك الفئات من جوانب عديدة، ومن الموضوعات التي لم تحظ بالاهتمام الكافي من الدراسة والبحث سيكولوجية المعوقين والجوانب الوجدانية والنفسية لديهم.

وتعتبر الإعاقة السمعية من الإعاقات ذات المشكلات البارزة نظراً لوجود صعوبات في التواصل، تؤثر سلباً على مهارات الحياة اليومية، كيفية التعلم، واتجاهات المجتمع نحوهم إلى جانب التأثير المباشر لفقدان الحاسة. والواقع أن الإعاقة ووقت حدوثها ودرجة شدتها عوامل تؤثر على الصحة النفسية وعلى نمو الطفل ويستمر أثرها حتى مرحلة بلوغه.

فالتفاعل مع المجتمع خصوصاً عندما لا يحاول العاديون تعلم لغة الصم أو التواصل معهم ونبذهم بحجة عدم فاعلية لغة الإشارة، أو عدم القدرة على تعلمها وممارستها، ينعكس على شخصية الأصم ويشعر أنه منعزل جانباً وينشأ منطوياً غير ناضج اجتماعياً ويزداد لديه شعوره بالدونية والعجز ويتطور الأمر إلى اضطرابات نفسية أكثر حدة مثل: القلق والاكتئاب والوحدة النفسية والاعتراب وغيرها.

التواصل والتشخيص النفسي:

إن تاريخ الحالة يبين أهمية التواصل بين الطبيب والمريض في العلاج المتعلق بالمرض العضوي، أما في حالة المرض أو الاضطراب النفسي فإن فاعلية التواصل تكون أكثر أهمية، فالمريض يحتاج إلى أن يكون قادراً على التعبير عن نفسه ويكون المعالج النفسي كذلك لديه القدرة على فهم المريض، والتشخيص الطبي النفسي في حالة المرضى ذوي فقدان السمع غالباً ليس سهلاً، بل يشكل صعوبة خصوصاً عندما يكون المحصول اللغوي لدى المريض غير كاف لشرح وإيضاح حالته بشكل جيد.

في أغلب الأحيان لا يتوافر للمعالجين النفسيين القدرة على فهم ما يفكر فيه المريض وما هو محتوى تفكيره، إلى جانب شكل التفكير لأن ذلك يكون هاماً في تشخيص الاضطرابات الوجدانية (مرض الاكتئاب الهوسي Manic depressive illness وفي حالة الفصام، وتدهور الأفكار في حالة الاكتئاب أو الضغوط أو في حالة Hypomania أو الهوس، إذن شكل ومحتوى التفكير هام جداً في صياغة التشخيص. ومثل ذلك جمود التفكير في الفصام أو عدم المنطقية في التفكير Paralogical هامة جداً كمؤشر على صياغة التشخيص، والأمر لا يتوقف عند شكل ومحتوى التفكير، بل هناك أيضاً الإيقاع الانفعالي للكلام Emotional tone of speech ويصحب ذلك عقبات التواصل، كما أن التجاهل بين المريض والمعالج النفسي يمكن أن يؤدي إلى صعوبات في التشخيص.

وفي حالة الأصم بما لديه من تدنى في مستوى اللغة اللفظية، ومهارات لغة الإشارة التي لا تكفي لوصف مشاعرهم ومعتقداتهم، مما يشكل صعوبات في تشخيص الأمراض أو الاضطرابات النفسية لديهم، أو ربما يحدث خطأ في عملية التشخيص. وأنه ليس من المدهش أو المفاجئ أن نرى الأفراد الصم نزلاء في المستشفيات النفسية أكثر من المرضى عاديي السمع ولمدد زمنية طويلة .

والواقع أن التواصل الفعال عملية هامة في تشخيص الأمراض النفسية، ويجب مراعاة عدة أمور لكي يتجنب الكلينيكي أو الطبيب النفسي حدوث أخطاء التشخيص مع الأفراد الصم، مع ضرورة اكتساب المهارات والخبرات التالية:

- فهم الجو النفسي، اللغوي والاجتماعي والثقافي للأنماط المختلفة من الصم .
- فهم مشكلات الأطفال الصم وسماذونيقات المختلفة .
- معرفة اضطرابات التواصل النمائية والمكتسبة .
- القدرة على التواصل مع الأفراد الصم باستخدام لغة الإشارة، الهجاء الأصبعي، والأنماط الأخرى من التواصل المتاحة حسب قدرات كل فرد وفي إطار التواصل الكلي .
- كيفية الاستعانة ب مترجمين من ذوي الخبرة في التواصل مع الصم خصوصاً لغة الإشارة .

- المعرفة الظاهرياتيية Phenomenology للاضطرابات النفسية عندما تؤثر على الأفراد الصم على اختلاف أنماطهم تحاشياً لأخطاء التشخيص .
- العلاج السمعي بما يشمل الأسباب، التقييم، والعلاج وتخفيف Alleviation معاناة الأصم.
- الوعي بالخدمات المتاحة للأفراد الصم بما فيها المعينات السمعية وبرامج إعادة التأهيل واكتساب مهارات الحياة اليومية (Denmark,1994:47-49)). .
- وفى جانب الصحة النفسية يتم التركيز على متغيرين من الاضطرابات الانفعالية هما : القلق والاكتئاب. وقد تخيرتهما في ضوء الأسباب التالية :
- اتفاق معظم علماء النفس على أن القلق هو نقطة البداية بالنسبة للأمراض النفسية والعقلية، فهو المفهوم المركزي في علم الأمراض النفسية والعقلية والعرض الجوهري المشترك في الاضطرابات النفسية بل وفي أمراض عضوية كذلك .
- القلق أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً، كما أنه يصيب كل الأعمار في مختلف المستويات .
- الاكتئاب أكثر الأمراض النفسية انتشاراً أيضاً، لأنه مثل القلق عرض مشترك في كل الحالات العصائية والذهانية .
- كما أن المراحل النمائية بما تتميز به من تغيرات جسمية ونفسية تعتبر مراحل تتسم بعدم الاستقرار وعدم التوازن الانفعالي وبخاصة مرحلة المراهقة.
- اتفاق معظم الدراسات التي تناولت الجوانب النفسية والتي أجريت على عينات من الصم سواء العربية أو الأجنبية على شيوع القلق والاكتئاب لدى فئات ذوي الإعاقة السمعية (Watt&Davis1991 محاسن أحمد ١٩٩٢، إبراهيم على إبراهيم، ١٩٩٤).
- وفيما يلي عرض لمفهوم القلق والاكتئاب، وبعض النظريات السيكلولوجية المفسرة لهما، ثم نتعرض للقلق والاكتئاب لدى المعاقين سمعياً استناداً على نتائج بعض دراسات وبحوث سابقة والتراث .

أولاً : القلق: Anxiety

تعددت تبعاً لتنوع التوجهات النظرية، تعريفات القلق فمنها أنه " عدم ارتياح نفسي وجسمي ويتميز بخوف منتشر وبشعور من انعدام الأمن وتوقع حدوث كارثة ويمكن

أن يتصاعد القلق إلى حد الذعر".^(٢٣) أو هو خيرة وجدانية غير سارة Unpleasant يمكن وصفها بأنها حالة من التوتر Tension والاضطراب وعدم الاستقرار والخوف وتوقع الخطر، وينشأ القلق شأنه شأن سائر الانفعالات عن منبه يكون بمثابة نذير بفقدان التوازن بين الفرد والبيئة، ويؤدي إلى سلوك يهدف إلى إعادة التوازن.^(٢٤) كما أن القلق إحساس شعوري غامض وتوقع السوء، وتكون الحالة مزمنة ومستمرة مع توتر دائم وعدم ارتياح وانشغال بكوارث المستقبل وأخطاء الماضي، والقلق قد يكون خبرة عامة تثار على وجه الخصوص بواسطة التفاعل الاجتماعي أو الاهتمام بالذات الجسمية.^(٢٥) أو هو حالة نفسية مؤلمة تنتج عن شعور الإنسان بالعجز والدونية في مواقف الإحباط والصراع، عرفت في الماضي بحالات الهم والغم والحزن والتي تؤدي إلى التطير والوله، والتوتر والكدر وتؤذي الإنسان نفسياً وجسماً.^(٢٦)

وقد تنوعت أنواع القلق حسب رؤية كل مدرسة مثل: القلق الموضوعي: وهو القلق معروف المصدر ويحدث هذا النوع من القلق في بعض مواقف التوقع أو الخوف من فقدان شيء كانتظار نبأ هام أو الإنذار بقدوم خطر وهذا النوع من القلق يدفع الفرد إلى توخي الحذر واتخاذ الاحتياطات اللازمة.

القلق العصابي: وهو قلق داخلي المنشأ من ثم فهو غير معروف المصدر، ولا يوجد مبرر له يتفق مع الظروف الداعية إليه، ويعوق التوافق النفسي، ويصبح اضطراب نفسي يتسم بقلق متصل لدى الفرد وشعوره الدائم بأن كارثة ستقع، وخوف طليق مصحوب بأعراض معطلة كصعوبة اتخاذ القرارات في أي شيء، فقدان الشهية، الأرق، وخفقان القلب. والقلق العصابي تثيره رغبات الهى Id لأنه خوف من التعبير عن الدوافع الاجتماعية والجنسية والعدوانية التي تأخذ صورة أفعال اندفاعية ومن أعراضه القلق العام، والمخاوف والذعر.

أما القلق الخلقي: إن القلق الخلقي هو قلق الأنا تجاه الأنا العليا، ويكمن الدافع إليه في الحاجة إلى البراءة، ويمكن أن يكون سويًا أو عصائياً، وتظهر أشكاله في: مشاعر الإثم والاشمئزاز، والحزني. وهو ذلك النوع من القلق الذي يخبره الفرد في صورة الشعور بالذنب، أو وخز الضمير، وهو يصدر عن الأنا العليا. فبعض أنواع السلوك كانت في الماضي تلقى العقاب من الوالدين، ومن هنا فإن القيام بها الآن من شأنه أن

يستثير القلق عند الفرد. وهناك أنواع كثيرة من القلق منها : قلق الانفصال ، قلق الموت ، قلق الحالة والسمة ، القلق الاجتماعي وقلق التواصل.

وتختلف النظرة إلى القلق باختلاف المدارس والاتجاهات ، ولكن رغم الاختلافات إلا أن علماء النفس قد اتفقوا على أن القلق هو نقطة بداية بالنسبة للأمراض النفسية والعقلية فمثلاً مدرسة التحليل النفسي ترى وحسب تصنيف فرويد Freud للقلق أن هناك قلق واقعي وهو يشير إلى القلق الناشئ عن الخبرة الانفعالية المؤلمة والتي تنشأ عن إدراك الشخص لخطر خارجي كان يتوقعه ، والقلق العصابي وهو يعبر عن قلق يكون مصدره مجهولاً ولا يعرف له سبباً ، والقلق الخلفي وهو يشير إلى الخبرة الانفعالية المؤلمة التي تنشأ عن شعور الفرد بالذنب أو الخجل نظراً لقيام الشخص بارتكاب فعل يتعارض مع الأخلاق (مشاعر الإثم والخزي والاشمئزاز).

وقد ذكر أدلر Adler أن القلق ينجم عن محاولة الفرد التحرر من الشعور بالدونية والنقص ومحاولته الحصول على شعور بالتفوق ، فالنضال من أجل التفوق وتجنب الشعور بالنقص هو المسئول عن القلق ، والإنسان عندما يشعر بالنقص ، فإن هذا الشعور يدفعه إلى الانطواء والبعد عن الناس وهنا يصبح كائناً غير اجتماعي ومن ثم يكون عرضة للقلق ، حيث ينزع إلى محاولة التفوق للإفلات من شعوره بالنقص ، وهكذا يدخل دائرة القلق الدائم. (٢٣) أما كارل يونج Karl Yung فيرى أن القلق هو رد فعل لبعض الأفكار أو التخيلات غير المعقولة والتي تأتي إلى الفرد عن طريق الشعور اللاجمعي وما يحتويه من نماذج بدائية.

وترى كارين هورني K, Horny أهمية دور العلاقات الإنسانية في نشأة القلق ، وخصوصاً العداء المكبوت من قبل الفرد تجاه والديه أثناء التنشئة الاجتماعية وما يحدث فيها من مواقف وأزمات تحدث بين الفرد وأسرته.

ويلاحظ أن هورني تتبنى عدداً من حالات القلق لتذهب من تحليلها إلى وجهة نظر تختلف عما ذهب إليه فرويد ، فتؤكد أن ثلاثة عناصر أساسية هي: الشعور بالعجز ، والشعور بالعدوان ، والشعور بالعزلة يمكن أن توضع في فئات تعبر عن المصادر الأساسية للقلق هي:

— أشكال المعاملة داخل الأسرة: مما ينطوي على الرابطة العاطفية، فانعدام الوفاء العاطفي، وحرمان الطفل من الحب، ونبذه، وتركه وحيداً أمام حاجاته، ووضعها في موقف عدائي تتجه نحوه أشكالاً مختلفة من سلوك الكراهية والانتقام، تعد من أهم مصادر القلق. كذلك السيطرة والعدالة، فالسيطرة الشديدة وفقدان العدالة في المعاملة نحو الإخوة، والإخلال بالوعود، وعدم التقدير، وإنكار الحقوق، تعد من المصادر الأساسية للقلق.

— أشكال المعاملة المنتشرة في البيئة الاجتماعية التي تمتد حول الأسرة: فالخداع، والكذب، والغش، والحسد، والعدوان، والتناقضات الاجتماعية، وأشكال العنف المختلفة التي ينطوي عليها المجتمع، تبدو مصدراً أساسياً للقلق.

ويلاحظ أن هورني قد تنبّهت إلى مختلف الأوجه التي يتخذها القلق، وانتهت إلى تأكيد أهمية الصلات البيئية، حيث تكشف أن العصاب نتاج الثقافة الخاصة بالحقبة التاريخية والبيئة الاجتماعية، كما تنظر إلى القلق في صلته بعدائية العالم، فتواجه الفرد في عزلة هو موقف اجتماعي غالباً ما ينطوي من جانبه على امتثال عدائي للعالم ومعنى هذا أن القلق الأساسي يكمن وراء صلات الفرد مع غيره، فيستشعر الضالة والقصور عند مواجهة الموقف، ويبدو له العالم قوياً عدائياً.

ويرى بيك Beck أن القلق ليس انفعالاً عاماً فحسب، وإنما هو العلامة المميزة للإنسان. بل أكثر من ذلك فإن الانفتاح لحياة جديدة يعنى الانفتاح للقلق، وإنما لندفع ثمناً باهظاً عندما نقوم بتعويق القلق بمعنى تقصير دائرته. حيث إن مختلف زميلات القلق، ما هي إلا تعبير عن عمليات نظم معرفية ووجدانية وسلوكية ودافعية وفسولوجية معينة، والميكانيزم الأساسي للتعامل مع تهديد ما هو نفسه بالنسبة لكل من الفرد القلق والفرد السوي، ولكن الفرق بينهما هو أن إدراك الفرد القلق للخطر غير صحيح، وأنه يقوم على مسلمات خطأ، بينما تتضمن الاستجابة السوية لتهديد ما تقديراً معقولاً في دقته لإمكانية الإصابة بأذى، ورغم أن الفرد السوي قد يخطئ في التعرف على موقف بأنه يشكل خطراً، ومن ثم يعبأ دون ضرورة للتعامل معه، فإن خطأ الإدراك قابل لإخضاعه لاختبار الواقع، أما الفرد القلق فإنه يخطئ باستمرار في إدراكه للخطر، هو قليل الحساسية للمؤشرات الدالة على الأمان^(١٠).

ويُفرق إيليس Ellis في سياق النظرية المعرفية بين شكلين من أشكال القلق أولهما : قلق عدم الارتياح : ويعرفه بأنه ضغط انفعالي ينتج عندما يشعر الناس أن حياتهم أو راحتهم مهددة، وأنهم لابد وأن يحصلوا على ما يريدون، وأنه لفظيح ومأساوي عندما لا يحصلون على ما يفترض أن يحصلوا عليه، وثانيهما : قلق الأنا : ويعرفه بأنه ضغط انفعالي ينتج عندما يشعر الناس بأن قيمتهم الذاتية والشخصية مهددة، وبأنهم يجب أن يقوموا بالأداء الجيد وأن يستحسنهم الناس، إنه لفظيح ومأساوي عندما لا يقومون بالأداء الجيد أو يستحسنهم الجميع كما يتوقعون. ويتضح أن القلق وفقاً للنظرية المعرفية إنما يتولد نتيجة لتبنى الفرد الأفكار اللاعقلانية والأهداف غير الواقعية.^(٧)

إن المعتقدات أو الأفكار اللاعقلانية تؤدي إلى حدوث القلق، وأن الناس يتعلمون طرقاً واتجاهات للتفكير عن عالمهم هي التي تسبب القلق لديهم، فحجم القلق الذي يمكن أن يسببه الفرد لنفسه، ينشأ لو اعتقد أنه يجب أن يكون على درجة كبيرة من الكفاءة والمنافسة والإنجاز في كل شيء، حتى يمكن أن نعتبره شخصاً ذا أهمية، كما يمكن أن يتكون القلق الاجتماعي لو اعتقد الفرد أنه من الضروري أن يكون محبوباً من كل المحيطين به . فالفرد قد يعاني من النوعين : قلق عدم الارتياح وقلق الأنا، حينما يكونا قد بدأ من فكرة واحدة فمثلاً الفرد الذي يقول لنفسه يجب أن أحصل على نتائج جيدة فيما أقوم به من أعمال، فهذه الفكرة يمكن أن تؤدي بالفرد إلى استنتاجين مختلفين أولهما : عندما أقوم بعمل أشياء خطأ وتكون لدى مشاعر خطأ ، لا أستطيع تحمل الإزعاج الذي أتسبب فيه، وتحت هذه الظروف يصبح العالم بالنسبة لي مكاناً يصعب أن أعيش فيه بسعادة، ومن الممكن أن أموت وهذا هو قلق عدم الارتياح، وثانيهما : عندما أقوم بعمل أشياء خطأ وتكون لدى مشاعر خطأ ، لا أعلم كيف أتصرف بهذا الحمق وتحت هذه الظروف لا أمل في أن يكون الفرد كفاء، وأفضل دائماً في الحصول على ما أريد وأنا أستحق الاستمرار في الحياة والعيش، وهذا هو قلق الأنا.^(٨) ويبدو أن هناك شبه اتفاق بين علماء النفس على أن القلق:

- انفعال سلبي وسمة نفسية مكتسبة وخبرة غير سارة .
- القلق يرتبط بالخوف مجهول المصدر، وهناك فرق بينه وبين الخوف معروف المصدر.

- تختلف أنواع القلق بتعدد موضوعاته وأسبابه .
- القلق رد فعل لخطر فقدان شيء .
- شعور غير مريح من الخوف والفزع.
- رد فعل لأحداث داخلية المنشأ.
- عدم السيطرة والتحكم في الذات.
- تأثير الخبرات غير المريحة على الأعراض البدنية.
- بذل مجهود واضح لتجنب المواقف المثيرة.

ثانياً: الاكتئاب Depression

مفهوم الاكتئاب مثل مفهوم القلق، تنوعت تعريفاته حسب الرؤى المختلفة لمدارس علم النفس فيعرف الاكتئاب بأنه حالة انفعالية من الحزن المستمر تتراوح بين حالات الوجوم وأقصى مشاعر اليأس والقنوط، وغالباً ما تكون هذه المشاعر مصحوبة بفقدان المبادأة وفتور الهمة والأرق وصعوبة في اتخاذ القرارات.^(٨) والاكتئاب يتميز بمشاعر اليأس أو القنوط Despondency الذي يمتد من التعاسة البسيطة إلى اليأس الكامل Complete Despair وقد يكون رد فعل لمحنة أو سوء الحظ المرتبط بمرض عضوي، أو التغيرات النفسية أو جزء من حالة التطور النفسي، أو بسبب موت صديق عزيز أو قريب، أو بسبب ضغوط العلاقات الشخصية، أو مشكلات العمل التي غالباً ما تسبب اكتئاباً شديداً، والتي يصحبها فقدان الشهية Loss of appetite وفقدان الاهتمام بالأنشطة العادية، الأرق Insomnia وقد تصل الأعراض لدى بعض الأفراد إلى حد الانتحار. والاكتئاب لدى المراهقين والأطفال ربما ينشأ بسبب المواقف الأسرية الضاغطة التي لا تحمل Intolerable^(٢٢).

والاكتئاب كما يعرفه إييري (١٩٨٨) Emery هو خبرة وجدانية ذاتية أعراضها الحزن والتشاؤم وفقدان الاهتمام واللامبالاة والشعور بالفشل وعدم الرضا والرغبة في إيذاء الذات والتردد وعدم البت في الأمور والإرهاق وفقدان الشهية واحتقار الذات وبطء الاستجابة وعدم القدرة على بذل الجهد.^(٢٣)

ويرى "أحمد عبد الخالق" أن الاكتئاب خبرة من الخبرات الإنسانية الشائعة فكل فرد من بني البشر تقريباً يمر في مرحلة ما من مراحل حياته بخبرة سيئة أو يعاني من

علامة أو عرض أو آخر مما يلي: الحزن، الكآبة، الضيق، التشاؤم، اليأس، العجز، عدم الأهمية، البكاء، فقد الشهية، سوء الهضم، تناقص الدافع الجنسي، والحقيقة أن هذه الأعراض إذا كانت حادة واستمرت أكثر من أسبوع تعد مظاهر لاضطراب الاكتئاب^(٢) أو أن الاكتئاب هو الحالة التي تتميز بالحزن التام، القنوط Despondency العيب Futility التجهم أو العبوس Sullenness الملل، تحقير الذات Self-Deprecation انخفاض قيمة الذات، التشاؤم pessimism فقدان الاهتمام بالأنشطة العادية، نقص الطاقة، فقدان التمتع بالحياة^(٣).

والاكتئاب عرض نفسي يغطي مدى واسعاً للتغيرات العاطفية التي تختلف في شدتها من تقلبات المزاج العادية في الحياة اليومية إلى النوبات العقلية الشديدة، وقد وجد أن الاكتئاب يعتبر من أكثر الأمراض شيوعاً وأن الإناث أكثر إصابة به من الرجال، وحالات الاكتئاب قد تحدث مع أو نتيجة للأمراض النفسية الأخرى مثل القلق والوسواس القهري والخوف النفسي والهستيريا والإدمان^(٤) وقد تباينت وجهات النظر حول الاكتئاب من خلال مدارس علم النفس المختلفة فترى نظرية التحليل النفسي أن التناقض العاطفي Ambivalence هو الخاصية الأساسية للحياة النفسية لدى مريض الاكتئاب وبسبب هذا التناقض الوجداني فإن جزءاً من الطاقة الليبيدية تتحرر من الطاقة النفسية المرتبطة بالموضوع لتعزيز الحزن الموجه نحو الذات.

كما أشار أدولف ماير إلى سوء التكيف، فالإكتئاب في نظره هو رد فعل ينتج عن فشل الفرد في التكيف، واستمرار سوء التكيف يؤدي إلى تصدع الشخصية. أما كارل يونج فقد أدخل مفهوم الانطواء - الانبساط، وعليه فإن الاتجاه للذات الداخلية (الانطواء) يعتبر جزءاً أساسياً من التكوين الجسدي النفسي للفرد وهو الذي يحدد نمطه. أما أصحاب المدرسة السلوكية فيعتبرون الاكتئاب استجابات وعادات شاذة اكتسبت بفعل خبرات خاطئة، ونظرت بالتالي إلى المرض النفسي باعتباره سلوك مكتسب من البيئة بفعل سلسلة من الاتجاهات السيئة بين منبهات مختلفة^(٥).

ولقد ذهب أصحاب المدرسة المعرفية أمثال (بيك، أليس، كيللي، ريمي، وميتشنيوم) إلى أن معتقدات الفرد وأفكاره الخاطئة تلعب دوراً حيوياً في توليد الاكتئاب لديه. حيث أن الفرد يتبنى بعض الأفكار اللاعقلانية والأهداف غير

الواقعية، بل إن الفرد يعيد غرس هذه اللاعقلانيات في نفسه من خلال حوارهِ الداخلي فيما يتولد داخلياً من أفكار في وجدان الفرد حول موضوع ما. ويؤكد نموذج بيك على نمط التفكير السلبي للمكتّبين وتركيزه انتقائياً على المعلومات والخبرات التي تتفق وما لديه من صيغة معرفية Schemata سلبية عن نفسه والعالم والمستقبل، وبالتالي يحدث التعميم على الأشياء من واقع هذه المقدمات المحرفة، وبالتالي تدور فنومولوجية المكتّب حول الفشل والنظرة السلبية للحياة والمستقبل واليأس وفقدان الأمل.^(٢٣)

أما أصحاب نظرية العجز المكتسب أمثال (سليجمان، تيسدال، إبرامسون) فيركزون على إرجاع المكتّب أسباب فشله لعوامل داخلية ذاتية ثابتة تتسم بالشمول والعمومية، في حين أنه يرجع ما يصيبه من نجاح إلى أسباب نوعية خارجية متغيرة، وبالتالي فإن الأسباب التي يرجع إليها الفرد عجزه تبقى بمدى انخفاض تقديره لذاته وبمدى شدة اكتّابه.^(٢٤) وقد ارتبط الاكتئاب بالعجز المتعلم في إطار المظاهر الاكتئابية الآتية:

- ١) السلبية أو الخمول، وبيدو التباطؤ في بدء الاستجابة والتأخر النفسي الحركي وانخفاض معدل السلوك.
- ٢) التوقعات السلبية Negative Expectation والتأخر في القراءة الذي يفسره سلوك المرضى، حتى وإن كانوا ناجحين، لكونهم سيفشلون، أو لا طائل وراء استجاباتهم.
- ٣) الإحساس بالعجز واليأس والوهن Powerlessness الذي يعبر عنه مرضى الاكتئاب. والمكتّب تعلم أو اعتقد أنه لا يستطيع السيطرة على مهام حياته بأن يخفف معاناته أو يحقق إشاعاته، وباختصار فهو يعتقد أنه عاجز.^(٢٥)

التداخل بين حالات القلق والاكتئاب:

في العديد من التقسيمات لتصنيف الاضطرابات الانفعالية يوضع القلق والاكتئاب ضمن فئة واحدة لدى الأطفال والمراهقين، أو يوضع كل منهما منفصلاً عن الآخر من حيث الأعراض والتشخيص، وأحياناً يعالج الاضطرابين معاً ونذكر على سبيل المثال

تقسيم منظمة الصحة العالمية والذي وضع القلق والاكتئاب في فئة واحدة وهي الاضطراب العصابي Neurotic Disorder كما يعتبر البعض كلاً من القلق والاكتئاب اضطراباً عصابياً ويقع الأفراد على متصل واحد يقع القلق في طرف الاكتئاب في طرف آخر، ولكن يوجد أيضاً تصنيفات تضع القلق والاكتئاب كل في فئة منفصلة لدى الأطفال والمراهقين. وعموماً فإن الأعراض الاكتئابية تتميز بالحزن وكرهية الذات، أما الأعراض القلقية فتتميز بالخوف، ومن الصعب فصل الاضطرابين في فئة منفصلة وينظر لكلاهما كحالة وجدانية سالبة.^(٣)

وقد أضاف مونتجمري (١٩٩٠) Montgomery أن القلق جزء من الاكتئاب، وبمعنى آخر فإن القلق يعد واحداً من أهم أعراض الاكتئاب، وهو عرض من أكثر الأعراض المرضية حساسية بوصفه مؤشراً لتحسن حالة الاكتئاب أو تدهورها، كما أن جميع الأعراض التي تتضمنها مقاييس القلق مفيدة بصورة واضحة في تسجيل أي تغيير في شدة مرض الاكتئاب، كما أن الاتصال الواضح في الأعراض المرضية بين اضطرابي القلق والاكتئاب يعد غير كاف للفصل بينهما، حيث توجد هذه الأعراض في كليهما. ويعبر البعض عن القلق والاكتئاب على شكل متصل، ويعتبره البعض تعبيران مختلفان يطلقان على مرض واحد.^(٢٤)

كما أن هناك تداخلاً وتربطاً بين كل من القلق والاكتئاب لدى مجموعات المعاقين حسيّاً (الصم والمكفوفين) مما له أثر خطير عليهم في مرحلة المراهقة، ويعتبر من أصعب الاضطرابات الوجدانية وجود كل من القلق والاكتئاب لدى هذه الفئات معاً. مما يحتاج إلى تدخل البرامج العلاجية والتعديل في أسلوب المعاملة من الوالدين أو أفراد الأسرة.^(٤)

القلق والاكتئاب لدى المراهقين الصم :

تعتبر فترة المراهقة من الفترات التي يعاني منها الأفراد من القلق والاكتئاب، حيث يزداد في هذه الفترة نضج الفرد وفهمه للواقع، بالإضافة إلى بدء الصراعات القيمية التي يتعرض لها ربما بسبب ازدواجية وتعارض المطالب الاجتماعية، فالمشكلة التي تواجه الشاب الصغير أو المراهق تعتبر مشكلة ذات شقين، أحدهما يتمثل في النضج وما يتطلبه من مهارات وقدرات للتعامل معه على نحو فعال، والشق الآخر يتمثل في ردود

الفاعل والتوترات التي يثيرها هذا النضج في البيئة الاجتماعية للمراهق بمن فيهم الآباء والمعلمون وأجهزة الضبط الاجتماعي الأخرى.^(١٥)

وتمثل الإعاقة عامل أساسي في حدوث الأعراض الاكتئابية، سواءً أكانت الإعاقة بدنية أو حسية أو وظيفية، والإعاقة هي علامة فارقة في حدوث الاكتئاب لدى الأفراد، وهناك علاقة بين السن والإعاقة والاكتئاب خصوصاً لدى ذوي الإعاقة السمعية - وأيدت بعض الدراسات فرضية أن سن حدوث فقدان السمع عامل دال في حدوث الاكتئاب، كذلك هناك ارتباط شديد بين مستوى فقدان السمع وشدة الاكتئاب.^(٢٨)

ويرى مارشارك Marschark أنه عندما يقال أن الأفراد الصم لديهم مشكلات نفسية أكبر من الأفراد العاديين، فإن ذلك يمكن أن يكون مقبولاً لأن بعض الصم يتربون في بيوت بها قدر أقل من التقبل وفهماً أقل للحاجات الخاصة، ومردود ذلك إلى نقص كفاءة التواصل بين الوالدين والأطفال الصم، في المواقف الضاغطة. والأطفال الصم ربما لا يفهمون بشكل تام ما الذي يحدث؟ ما هو الخطأ؟ ومن هو الشخص السيء؟ ولماذا يكون دورهم هامشياً؟ وكثرة الإحباطات تجعل الأصم غير قادر على التواصل مع عالم السامعين، في محيط التعليم والعمل، مما يؤدي إلى بعض التأثير على البالغين الصم خاصة عندما يكون هو الشخص الوحيد في مجتمعه الصغير، ومما يزيد المسألة سوءاً صعوبات التشخيص بسبب معوقات التواصل، وكذلك عدم ألفة المعالجين بعالم وثقافة ولغة الصم، وهناك دراسات أشارت إلى أن ما يصيب الأفراد الصم من أمراض هو ما يمكن أن يصيب العاديين مثل: العصاب Psychoses اضطراب الاكتئاب الدوري Manic Depression والفصام، وهناك دراسات أخرى تشير إلى أن الطلاب الصم لديهم تكراراً لخبرة الاكتئاب الخفيف Mild Depression أكثر من الطلاب العاديين، كما أن هناك بعض الدلائل على أن المراهقين الصم يكونون عرضة لاضطراب الضغوط الصدمية Posttraumatic stress disorder والاكتئاب التفاعلي في حالة وفاة أحد الوالدين أو غيابهم.^(٣٦) والانحرافات الجسمية (الإعاقات) قد تؤدي لدى بعض الأفراد إلى أشكال من الاضطرابات النفسية، لأن الشخص المصاب بالعجز الجسمي يتقبل تقويم الآخرين له على أنه أقل استحقاقاً، وبالتالي يقلل من قدر نفسه، ونظرة الآخرين للفرد المعاق من بين العوامل التي تسبب القلق والاضطراب النفسي وسوء التوافق.^(١٩)

ويذكر بيلى ديكولي Bailly Dechouly أن العلاقة بين الإعاقة السمعية والصحة النفسية وتأثير إعاقة التواصل لدى الأطفال والمراهقين الصم من خلال الصور الكلينيكية والعوامل البيئية والديناميات الأسرية، وتفاعلات الطفل والوالدين أظهرت نتائج تلخصت في أن تقييم الاضطرابات النفسية لدى الأطفال الصم يواجه بعض المشكلات المنهجية مثل ضعف دقة التقييم الناتجة عن تدهور النضج اللغوي، والصعوبات التي تواجه تشكيل أو تأسيس التجارب Rapport بين الفاحص والأصم بسبب سوء التواصل. بعض الباحثين ركز على نقص مهارات التواصل، ونقص الخبرات مع الأطفال الصم، ويلاحظ كذلك عدم النضج الاجتماعي لديهم، ويؤيد ذلك وصف الآباء لمخاوفهم وقلقهم بهذا الخصوص. ولكي يحدث قياس الأعراض النفسية لدى الصم يحتاج إلى العديد من التقييمات، تلك الصعوبات ربما توضح المعدلات العالية للاضطرابات النفسية لدى الأطفال والمراهقين الصم، وعلى الرغم أن العديد من الدراسات أعطت معدلات عالية لكل من اضطرابات القلق والاكتئاب إلى جانب المخاوف الاجتماعية Social Phobias لدى الأطفال والمراهقين الصم، إلا أن بعض الدراسات توصلت إلى أن الاضطرابات الانفعالية أو الوجدانية لدى الأطفال والمراهقين الصم تقارن في ضوء تقييمها أو مقارنتها مع ذوي السمع العادي. كما وصفت بعض الدراسات الصم بأنهم يحصلون على درجات عالية على متغير الاندفاعية Impulsivity أكثر من الأطفال العاديين، ولكن ذلك لا يجعلنا نصفهم ممن يعانون من نقص الانتباه المرتبط بالنشاط الزائد Attention deficit hyperactivity disorder وهذه الاندفاعية في السلوك والتصرفات يرتبط مباشرة بنقص مهارات التواصل حيث يعتمد الفرد الأصم على التواصل البدني وليس الشفهي، وهناك من يذكر أن الاضطرابات النفسية ليست شائعة بين الأفراد المعوقين سمعياً عنها لدى الأفراد عاديي السمع وأن المعدلات بينهما ليست شائعة الفروق وأن ما يصيب الصم من اضطرابات نفسية يصيب العاديين أيضاً.^(٢٩)

صمم بعد تعلم اللغة خصوصاً إذا كانت الحالة شديدة يحدث فيها ارتفاع لمشاعر القلق والاكتئاب، بالإضافة إلى أن الأعراض تتنوع كرد فعل للفقدان، وهناك أسباب أخرى توضع في الاعتبار. وعندما يحدث الاكتئاب لدى الصم في مرحلة الطفولة فإنه

من غير المعتاد أن يكون السبب المباشر حالة الصمم فقط، لكن يجب البحث عن عوامل أخرى .

الدراسات التي تناولت الخدمات النفسية لدى الصم أظهرت أن الصم لا يعرفون أماكن العلاج أو الدعم والمساندة، لأنهم لا يعرفون أن حالات الاكتئاب يمكن علاجها، ساعد على ذلك عدم كفاية معرفة الأخصائيين الاجتماعيين ببيكولوجية الصم وضعف إدراكهم لطبيعة الاضطرابات الوجدانية . وخطورة الاكتئاب أنه غير معروف الأسباب لدى الصم، وهناك حيرة شديدة في التشخيص، هل السبب حالة الصمم أم السبب عوامل أخرى غير الإعاقة، والصعوبة في نمو اللغة والتواصل لا تساعد المعالج النفسي في فهم الأسباب الدينامية وراء مشاعر الاكتئاب .

وترتبط اضطرابات القلق والاكتئاب لدى الأطفال أو المراهقين الصم بشكل مباشر بنقص مهارات التواصل، حيث أن التفاهم والتجاوب مع الطرف الآخر يؤدي إلى التخفيف من حدة الضغوط النفسية، وهل العلاج النفسي - بشكل أو بآخر - سوى طرح لما يثقل كاهل الفرد من ذكريات مؤلمة وأحداث ضاغطة، فالكلام وإخراج ما في الصدور يؤدي بلا شك إلى الراحة النفسية، وما يصيب الصم يصيب العاديين من حيث الاضطرابات النفسية، ولكن الفرق هو القدرة على توصيل ما يعانيه الفرد إلى المعالج أو إلى المقربين ممن يعنيهم أمر الشخص، فتخيل فرد يعاني باستمرار ولا يجد من المهارات ما يسعفه في التعبير عن آلامه، أضف إلى ذلك ما يلاقيه في المواقف اليومية من صعوبات في التواصل مع العاديين.

أشارت نتائج بعض الدراسات إلى أن مستوى القلق والاكتئاب ينخفض لدى الأفراد الصم بعد تعرضهم للبرنامج الإرشادية والتدريبية على مهارات التواصل، حيث أن التحسن في مستوى التواصل لديهم يؤدي إلى خفض مستويات القلق والاكتئاب، مما يؤكد فعالية البرامج الإرشادية في تحسين مستوى التواصل، وذلك يعني أن التواصل هو سبيل الفرد الأصم إلى التوافق مع الذات ومع الآخرين من أفراد الأسرة والمجتمع، وهو السبيل كذلك إلى الصحة النفسية المتوازنة .

وتعتبر حالات القلق والاكتئاب نتيجة مباشرة لفقد حاسة السمع والكلام لدى الأصم، ويترتب على ذلك فقدان عدم قدرة الأصم على حل مشكلاته وصراعاته

حلولاً بناءة، وأن تلك الحالات ترجع أيضاً إلى خبرات مؤلمة أساسها اتجاهات والدية سلبية وما تحمله من نبذ وقسوة وعدم تقبل داخل الأسرة ومن ثم تبدو على الأصم النزعات الاكتئابية والتمركز حول الذات، والعزلة الاجتماعية.^(٢٠)

وتتسم مواقف التفاعل عند الصم بالقلق، ويزداد مستوى القلق بينهم في مواقف التفاعل الانفعالي، كما أن مواقف التفاعل تظهر سخرية وتشويهاً عند مكاشفة النفس، وذلك كنتيجة مباشرة لفقدان السمع.^(٢١) كما أن هناك مشكلات نفسية متنوعة كانت مصاحبة للصمم، مثل العزلة، الكآبة، القلق الاجتماعي، الريبة والشك في مختلف المواقف، وحدة الصراع بينهم وبين الآخرين، ويشيع لديهم الاضطراب النفسي وسوء التوافق.^(٢٢)

وهناك قصوراً شديداً في قدرة الأفراد، في حالات القلق والاكتئاب، على تبادل المشاعر الإيجابية بما فيها من دفاء وفاعلية، مما يؤثر على كفاءتهم في التفاعل الاجتماعي، وتتحسن قدراتهم، ويقل قلقهم بدرجة ملحوظة عندما نضع ضمن خططنا العلاجية لهم ما يساعدهم على معالجة الضغوط الاجتماعية، وحرية التعبير الانفعالي. إذ يصعب على المكتئبين التعامل مع الآخرين، ويحدث اضطراب في عمليات التواصل اللغوي والاجتماعي.^(٢٣)

ويرى حسيب محمد، ٢٠٠٤^(٢٤) أن الإعاقة السمعية تؤثر تأثيراً كبيراً على الخصائص السيكولوجية لدى الفرد المعاق، فتكون أحد أهم الأسباب المؤدية للقلق في صورته المرتفعة أو المنخفضة، والتي تعبر كل منهما عن الوجه المرضي للقلق، فإما أن يتمتع الفرد بقلق مرتفع قوامه الشك والريبة والتوتر الشديد والتفكير اللاعقلاني، وإما أن يتمتع بقلق منخفض قوامه الخنوع والاستسلام والانطواء، وقد أجريت بعض الدراسات للتحقق من العلاقة بين الإعاقة السمعية والقلق فقد أجرى أندرسون Anderson (١٩٩٥) دراسة توضح العلاقة بين الإعاقة السمعية والقلق لدى المراهقين، واستخدم قائمة القلق إعداد: بيك (Beck 1988) على عينة قوامها ٤٢ طالباً من ذوي الإعاقة السمعية تراوحت أعمارهم ما بين ١٤-١٨ عاماً، وقد توصلت هذه الدراسة إلى أنه لا توجد علاقة مباشرة بين درجة الإعاقة السمعية وظهور القلق لدى عينة الدراسة، كما توجد علاقة ارتباطية بين إدراك الفرد للمشكلات المرتبطة بالإعاقة السمعية

وظهور القلق لديه. ومما تجدر الإشارة إليه أن هذه الدراسة توصلت إلى أنه لا توجد علاقة مباشرة بين القلق والإعاقة السمعية، فقد يكون الفرد شديد الإعاقة وفي ذات الوقت غير مسرف في مستوى القلق، لكن ظهور القلق مرهون بإدراك الفرد لبعض المشكلات الناجمة عن الإعاقة السمعية، ومن الملاحظ أن القلق من منظور بيك ما هو إلا تعبير عن عمليات معرفية وانفعالية وسلوكية قوامها: الإدراك غير الصحيح للخطر، وقلة الحساسية للمؤشرات الدالة على الأمان، وهذا ما ينضوي على بعض الأفكار اللاعقلانية.

أما دراسة ساليرنو Salerno (1999) فقد استهدفت بحث وتحليل العلاقة بين الإعاقة السمعية والقلق، والتعرف على مدى التنبؤ بالقلق عن طريق درجة الإعاقة السمعية، وقد استخدمت مجموعة من الأدوات هي: استبيان التقارير الذاتية، ومقياس القلق الداخلي السمة والحالة إعداد ساليرنو 1999، وتم التطبيق على عينة قوامها 150 فرداً من المراهقين ذوي الإعاقة السمعية منهم 30 من الذكور و120 من الإناث تراوحت أعمارهم بين 16-22 عاماً، وقد توصلت الدراسة إلى أنه توجد علاقة ارتباطية موجبة وذات دلالة إحصائية بين الإعاقة السمعية والقلق الداخلي لدى عينة الدراسة. ومن الملاحظ أن هذه الدراسة بحثت العلاقة بين الإعاقة السمعية وبعض المتغيرات الأخرى مثل: الصحة العامة والتحصيل الدراسي وفرص العمل، وأثبتت أن الإعاقة السمعية تسهم في إحداث القلق بنسبة 44% من جملة المتغيرات الطبيعية الديموجرافية التي تؤثر في القلق الداخلي، وفي هذا ما يشير إلى أهمية التدخل العلاجي لخفض مستوى القلق.

وقام كارمن (Carmen 2003) بدراسته التي استهدفت المقارنة بين تأثير الإعاقة السمعية على بعض المتغيرات الشخصية لدى المراهقين الصم وضعاف السمع مثل: القلق والجمود والاعتماد على الآخرين، والشعور بالدونية، والعزلة. وتم استخدام اختبار قلق الحالة - السمة إعداد: سبيلبرجر (Spellpergar 1985) وذلك على عينة قوامها 18 من المراهقين ذوي الإعاقة السمعية منهم 9 أفراد من الصم، و9 أفراد من ضعاف السمع تراوحت أعمارهم ما بين 17-19 عاماً وتوصلت الدراسة إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات مجموعة المراهقين الصم ومتوسط درجات مجموعة المراهقين ضعاف السمع في مستوى القلق وذلك في اتجاه مجموعة المراهقين الصم،

كما أكدت الدراسة على العلاقة بين شدة الإعاقة وارتفاع مستوى القلق لدى المراهقين، مما يعني ارتفاع مستوى القلق كلما كانت درجة فقدان السمع شديدة . وفي هذا ما يدل على تعقد مشكلات المراهق الأصم الذي طالما تراوده بعض الأفكار اللاعقلانية مثل: التوقع الدائم للخطر، والتشاؤم، والجمود، وتجنب الصعوبات، والاعتماد المسرف على الآخرين، والدونية أمام فئات المجتمع الأخرى، والعزلة، ولوم الذات، ولوم الآخرين، ورتابة الحياة، وغيرها من الأفكار اللاعقلانية والانفعالات السلبية التي تؤدي لظهور القلق بشكل مرضى.

أما أندرسون (2003) Anderson فقد قام بدراسة العلاقة بين الإعاقة السمعية والقلق، مع تقديم بعض الطرق المقترحة لخفض مستوى القلق لدى المراهقين الصم مثل: أسلوب حل المشكلات، والتحكم الذاتي، والتخلص من الأفكار الداعية للقلق، وقد استخدم في هذه الدراسة مجموعة من الأدوات أهمها: قائمة حساسية القلق، وكتيب الأساليب المقترحة لخفض حساسية القلق، وتم التطبيق على ٩٤ فرداً من ذوي الإعاقة السمعية الحادة تتراوح أعمارهم ما بين ١٨-٢٤ عاماً، وتوصلت هذه الدراسة إلى أنه توجد علاقة ارتباطية بين وجود الإعاقة السمعية وفرط الحساسية للقلق لدى المراهقين، وفاعلية بعض الاستراتيجيات مثل: حل المشكلات والتخلص من الأفكار الداعية للقلق، في خفض الحساسية للقلق عند المراهقين الصم.

وأكدت هذه الدراسة على أن المراهقين ذوي الإعاقة السمعية أكثر تعرضاً للقلق، بسبب إعاقتهم السمعية، والتي تؤثر بالضرورة على جوانب النمو المختلفة لديهم، ومن إيجابيات هذه الدراسة الاستراتيجيات الثلاثة المستخدمة والتي تشكل منظومة متكاملة من التفكير: المتمثل في التخلص من الأفكار الداعية للقلق، والانفعال: المتمثل في التحكم الذاتي، والسلوك: المتمثل في أسلوب حل المشكلات. وفي هذا ما يشير إلى فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في خفض حساسية القلق لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية.

والخلاصة أن القلق هو المفهوم المركزي في علم الأمراض النفسية والعقلية، كما أنه الأساس في جميع الإنجازات الإيجابية، وهو في ذات الوقت المعبر الأساسي لجميع الاضطرابات السلوكية والاختلالات الشخصية، فالقلق شعور عام بالفزع والخوف من

شر مرتقب أو كارثة توشك أن تقع ويستند إلى ظروف أو مصادر غير معروفة أو قد يصعب تحديدها، ويصاحبه بعض المظاهر الفسيولوجية مثل: زيادة إفراز العرق، وارتعاد الأيدي والأرجل، وبالأحرى فهو اضطراب سلبي وخوف لا مبرر له من الناحية المنطقية إضافة إلى أنه حالة انفعالية، لأنه توتر انفعالي يضغط على الفرد.

والقلق لدى المعاقين سمعياً إنما يكون بالأحرى نتيجة ما يعانيه من الضغوط في الأسرة والمدرسة والمجتمع وبسبب ضعف مهارات التواصل، وتلك الأفكار اللاعقلانية المنتشرة بينهم، والتي تتمثل في التوقع الدائم للخطر، والتشاؤم، ولوم الآخرين، والشعور بالدونية أمام فئات المجتمع الأخرى، وتجنب الصعوبات، والاعتماد الدائم على الآخرين، والجمود، ورتابة الحياة، والشعور بالوحدة النفسية والعزلة. كما أن المعاقين سمعياً في حاجة ماسة إلى تقبل الإعاقة، والفرد الذي يمكنه تخطي تعقيدات الإعاقة لا يكون معاقاً، والقدرة على تخطي حاجز الإعاقة مرهون بتقبلها من جانب الفرد ذاته ومن جانب المحيطين به، وخاصة أسرته، ضمن الإطار العام لتقبلهم له بما فيه من مميزات فيعملون على تدعيمها وعيوب فيعملون على معالجتها وتقليل حدتها وذلك من خلال البرامج المساعدة وخدمات الإرشاد التي تقدم لهم حتى يروا الجانب الإيجابي من الإعاقة وليس الجانب السلبي لها.^(١٠)

ومن خلال استعراض بعض بحوث ودراسات سابقة والتي هدفت إلى تقييم أعراض الاكتئاب لدى الصم تبين أنهم يعانون من شيوع الأعراض الاكتئابية، وليس من الواضح فاعلية استخدام أدوات مكتوبة في قياس الاكتئاب لديهم بسبب عوامل لغوية وثقافية. ففي دراسة على الصم سمادونيقيامة الداخلية، ومن خلال استخدام مقياس زونج Zong المكتوب للاكتئاب - والنسخة المحولة إلى لغة الإشارة الأمريكية، ومقياس هاملتون والمحول إلى لغة الإشارة الأمريكية على الفيديو متبوعاً باستخدام اختبار للفهم القرائي، ومع استخدام بيانات موسعة حول العوامل الديموجرافية، والفقدان السمعي، واللغة المستخدمة، والرعاية الصحية والاجتماعية، أظهرت النتائج عدم وجود ارتباط دال إحصائياً بين درجات الاكتئاب والعوامل الديموجرافية المتعددة، أو التسكين التربوي، والفقدان السمعي، المتغيرات الاجتماعية واللغوية. ورأت نتائج الدراسة أن تحويل مقياس زونج إلى لغة الإشارة أكثر دقة في تقييم الاكتئاب لدى

الصم ذوي الصمم الشديد من مقياس بيك للاكتئاب^(٤١) وفى إطار مراجعة دراسات الاكتئاب لدى الصم تبين أن الصحة النفسية يمكن أن تتأثر لدى أي شخص، بغض النظر عن السن أو السلالة أو الجنس أو الخلفية الاجتماعية. وتحديد مشكلات الصحة النفسية ضروري لتشجيع تقدير العلاج والخدمات النفسية المناسبة، وصعوبة التشخيص النفسي أكبر بالطبع من تشخيص المرض العضوي - إذ لا يظهر التشخيص النفسي من خلال فحوص الدم أو الأشعة كما هو الحال مع الأمراض العضوية. بل الأمر يتعلق بمقاييس معيارية ومقابلات كلينيكية، والاهتمام بهذا الشأن فيما يتعلق بالصم جاء متأخراً حيث أن معظم الأدوات تم تصميمها للعاديين، مما يسبب سوء التشخيص علاوة على عوائق التواصل واختلاف الرؤى الثقافية أو استخدام أدوات قياس غير مناسبة بسبب عدم توافر البديل المناسب.

ومن الملاحظ أن البحوث في ميدان الصحة النفسية لدى الصم جاء خلف البحث في الصحة النفسية لدى العاديين، حيث أن التراث المنشور حول تحديد وتقييم وعلاج الاكتئاب لدى الصم محدود. وتميل بحوث الصحة النفسية لدى الصم حول ما إذا كانت مشكلات الصحة النفسية كبيرة أو قليلة الانتشار لدى الصم عند مقارنتها بالعاديين؟ وأسباب الفروق فيما بينهما - كما أنه من الضروري تحديد مشكلات الصحة النفسية من حيث التحديد والتقييم قبل التركيز على دراسات المقارنة، حيث أنه من المفروض أن تعرض مشكلات الصحة النفسية من الصم أنفسهم^(٣١).

وقام ليجه وآخرون (Leigh, et al. 1989) بدراسة على نفس عينة وأدوات دراسته عام ١٩٨٨هدفت إلى مقارنة شيوخ الأعراض الاكتئابية بين الطلاب الصم وعينة من طلاب الجامعة عاديي السمع، كما بحثت العلاقة بين الأعراض الاكتئابية والخصائص الشخصية، والاتجاهات الوالدية واستخدم الباحث مقياس بيك للاكتئاب، ومقياس الاستقلال الاجتماعي ومقياس التعلق الوالدي أو الرابطة الوالدية، إلى جانب استمارة بيانات أولية لعينة الصم. وتكونت عينة الدراسة من (١٠٢) طالباً أصماً، ومجموعة ضابطة تكونت من (١١٢) طالباً من ذوي السمع العادي. والذين تراوحت أعمارهم ما بين (١٨-٢١) عاماً، وأظهرت النتائج أن المستويات المتوسطة للأعراض الاكتئابية كانت أكثر شيوعاً لدى الصم عنها لدى العاديين أما المستويات الشديدة من

الاكتئاب لم تكن موجودة. كما أشارت الدراسة إلى أن الأعراض الاكتئابية في كلا المجموعتين كانت ترتبط بانخفاض الرعاية الأسرية، أو بالحماية الزائدة، كما لم تظهر فروقاً بين الصم والعاديين في إدراك الخصائص الوالدية، وارتبطت أعراض الاكتئاب بخصائص الشخصية الاعتمادية اجتماعياً لدى العاديين، كما أن الاكتئاب مرتبط بنمط التواصل، والحماية الوالدية الزائدة، وإدراك التواصل الأسرى لدى الصم. وأضاف أن الصم كانوا أكثر اكتئاباً من العاديين بشكل دال إحصائياً حيث أن ٥١٪ من عينة الصم في مقابل ٣٣٪ من عينة العاديين حصلوا على درجات تشير على الأقل إلى وجود الاكتئاب بدرجات متوسطة وأن ٧٪ من عينة العاديين مقابل ٨٪ من عينة الصم كانوا لديهم اكتئاب بين المتوسط إلى الحاد. وقد خلص ليجه ومساعديه إلى أن الصم يبدو لديهم زيادة في القابلية للانجرار Vulnerability ومستوى الاكتئاب الخفيف Mild وليس الاكتئاب الخطير، كما أن نصف العينة الصم تقريباً لديهم اكتئاب بسيط، بالإضافة إلى أن الاكتئاب نتيجة غير مرئية في حالة الصم (ربما بسبب عوائق اللغة والتعبير عن تفاصيل مظاهر الاكتئاب).

أما دراسة وات وديفيدز Watt & Davis (١٩٩١) هدفت إلى تقدير شيوع الملل والاكتئاب لدى عينة من المراهقين بلغ عددها (٥٠) مراهقاً من ذوي الفقد السمعي العميق يقيمون في مدارس داخلية للصم بلغ متوسط عمر العينة التجريبية (٧-١٣) عاماً، ومجموعة أخرى ضابطة من المراهقين عادي السمع بلغ عددها (٦٠) مراهقاً بلغ متوسط أعمارهم (٩: ١٣) عاماً. واستخدمت الدراسة مقياس شيوع الملل والتبرم The boredom proneness scale، ومقياس بيك للاكتئاب المعدل للاستخدام مع الطلاب الصم، وأوضحت النتائج أن الطلاب الصم حصلوا على درجات عالية على مقياس الاكتئاب وشيوع الملل أكثر من الطلاب عادي السمع. كما بينت الدراسة أن الصم لا يزيد فقط قابلية الأفراد للانجرار والمستويات المتوسطة من الاكتئاب، بل أيضاً يؤدي إلى زيادة الميل نحو خبرات الملل. كذلك بينت النتائج أن الصم أكثر اكتئاباً من العاديين بمتوسط ٥٢، ١٠ مقابل ٥٩، ٦ لدى العاديين، ٥٠٪ من عينة الصم مقابل ٢٠٪ من عينة العاديين كانت درجاتهم عالية على مقياس بيك المعدل. ورغم اختلاف السن في دراسة ليجه ١٩٨٩ ودراسة وات وديفيدز ١٩٩١ إلا أن النتائج كانت

متشابهة مفادها أن الصم لديهم اكتئاب متوسط على الأقل - وذلك يدل على صلاحية المقياس المعدل مع الطلاب الصم المتعلمين ورغم أن المقياس ورقى مكتوب وغير مصور بالفيديو وتم استخدامه مع مراهقين صم لم تسجل الدراسة أي صعوبات في فهمه أو تطبيقه، وعلى الرغم من الدراسة لم تذكر نمط التواصل المفضل لدى عينة الصم وأنهم في مدارس داخلية على عكس العاديين.

كما أن ليجه وأنثوني (١٩٩٩) بحثا العلاقة بين الرابطة الوالدية parent Bond ومتغيرات التواصل الأسرى لدى عينة من الصم وضعاف السمع والذين تم تشخيص حالتهم أنها اكتئاب، وباستخدام مقياس بيك المعدل إعداد ليجه وآخرون ١٩٨٨ ومقياس الرابطة الوالدية إعداد باركر ١٩٧٩ أشارت نتائج الدراسة إلى أن عينة الصم أقل اكتئاباً من ضعاف السمع والفرق ليس دالاً، ولكن ربما يكون ذلك بسبب تأثير حجم مجموعة الصم مقابل ضعاف السمع، وأظهر التطبيق أن أكثر من نصف العينة يحتاج لمساعدة لتكملة الأدوات مما يبرز مشكلات رئيسية في استخدام الاستبيان مع عينة كLINIكية من الصم أو ضعاف السمع.

كذلك دراسة ليجه وأنثوني (٢٠٠١) حول ثبات مقياس بيك على عينة من الصم فكان الثبات الداخلي للمقياس ٨٨ ، ٠ مع مقياس بيك المعدل عام ١٩٨٨ ومن نتائج الدراسة أن ٢٥٪ من العينة كان لديهم اكتئاب شديد وأن ١٪ يخضعون للعلاج، وأن ٢٪ يتناولون مضادات الاكتئاب Antidepression والعينة طلاب في جامعة للصم حيث الخدمات النفسية متوفرة على عكس الصم من خارج الجامعة، وخلصت الدراسة إلى أن المقياس المعدل يناسب الطلاب الصم على اختلاف أعمارهم في تشخيص الاكتئاب، والأمر يحتاج دراسات موسعة حتى يمكن الوثوق بتعميم النتائج.

وقامت محاسن أحمد (١٩٩٢) بدراسة هدفت إلى التعرف على دوافع قلق واكتئاب وعدوان المعوقين سمعياً واتجاهاتهم نحو ذواتهم ونحو الآخرين. وتكونت عينة الدراسة من (١٥٠) تلميذاً من المراهقين الصم، تراوحت أعمارهم من (١٢: ١٧) عاماً إلى جانب تمثيل عينة الدراسة الكLINIكية من حالتين طرفيتين: الأكثر اضطراباً والأقل اضطراباً، واستخدمت الباحثة مقياس القلق المصور للمعوقين سمعياً، ومقياس بيك للاكتئاب ومقياس اتجاه المعوق سمعياً نحو ذاته ونحو الآخرين، مقياس العدوان،

واختبار تفهم الموضوع لموراي. وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح الذكور المعوقين سمعياً بالنسبة للخوف من الفشل والأنا الضعيف. وتوجد فروق دالة إحصائية لصالح الذكور المعوقين سمعياً بالنسبة لضغط الهو Id وعدم إشباع دوافعه وبالنسبة للاكتئاب، وبالنسبة إلى نظرة المعوقين سمعياً للمحيطين بهم. كما توجد علاقة ارتباطيه موجبة دالة بين بعض المتغيرات النفسية والاجتماعية للمعوقين سمعياً، وعلاقة ارتباطية سالبة دالة بين بعض المتغيرات النفسية والاجتماعية. بالنسبة للخوف من الفشل، والأنا الضعيف، وضعف الهو Id والإحساس بالنقص، والثقة بالنفس وتقدير الذات، واتجاه المعوق سمعياً نحو جسمه، الدور الاجتماعي، تحمل المسؤولية، نظرة الأصم للمحيطين به، حب الأصم للآخرين، المشاركة مع الغير، واحترام حقوق الآخرين.

كذلك أشارت نتائج الدراسة الإكلينيكية إلى أن السلوك اللاسوي للمعوقين المتمثل في العدوان، والقلق والاكتئاب نتيجة مباشرة، بل أساسية لفقد حاسة السمع والكلام. كما أرجعت الدراسة السلوك اللاسوي للمعوق سمعياً إلى خبرات مؤلمة في الماضي أساسها اتجاهات والدية سلبية وما تحمله من نبذ وقسوة وحرمان وعزلة في محيط الأسرة، ومن ثم كانت النزعات الاكتئابية والتمركز حول الذات والعزلة الاجتماعية، ورفض الذات والاستسلام لليأس وعالمه الساكن ورغبته في تحطيم هذا العالم والخروج منه.

ويمكن من خلال هذه الدراسة يمكن صياغة بعض الخصائص الشخصية المميزة للمراهقين الصم مثل ارتفاع مستوى القلق والاكتئاب، وضعف الأنا، وعدم إشباع الدوافع، والشعور بالدونية، وضعف القدرة على تحمل المسؤولية، وضعف الثقة بالنفس، والعدوانية، والتعرض للاكتئاب على اختلاف درجاته، والاتجاه السلبي نحو الذات والآخرين، وهذه الخصائص لا يمكن الجزم بتواجدها لدى المعاقين سمعياً فحسب، لأنها يمكن أن تكون موجودة لدى العاديين أيضاً مع اختلاف الأسباب والدوافع الباعثة على ذلك لدى كل فرد، والمفترض الرئيسي لأسباب القلق لدى المعاقين سمعياً هو فقدان السمع وما يترتب عليه من مشكلات في جوانب النمو، وخصوصاً في التواصل والتفاعل الاجتماعي في إطار الأسرة والأقران .

أما دراسة إبراهيم على إبراهيم (١٩٩٤) والتي هدفت إلى التعرف على أثر الاختلالات السوماتوسيكولوجية على الأطفال الصم، وقد حدد الباحث معنى هذه الاختلالات في الاضطرابات الجسمية ذات التأثير في الانفعالات، والصمم كمثال لأحد هذه الاختلالات السوماتوسيكولوجية، وتكونت عينة الدراسة من (٤٠) من المراهقين الصم، تم تقسيمهم إلى (٢٥) من الإناث، و(١٥) من الذكور تراوحت أعمارهم من (١٥: ٢٠) عاماً، واستخدمت الدراسة مقياس الاضطرابات الانفعالية إعداد الباحث ومايسة النيال والذي يقيس أربعة أبعاد هي: القلق، الاكتئاب، الوسواس، والعصابية. وكانت نتائج الدراسة تشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في كل من القلق والوسواس والعصابية بين الذكور الصم والذكور الأسوياء لصالح الذكور الصم، بينما لم تظهر فروق دالة إحصائية بين مجموعة الذكور الصم ومجموعة الذكور الأسوياء في الاكتئاب، كما وجدت فروق ذات دلالة إحصائية في كل من القلق والوسواس والاكتئاب والعصابية بين مجموعتي الإناث الصم ومجموعة الإناث السويات وذلك لصالح مجموعة الإناث الصم، كما أظهرت الدراسة أن الإناث الصم أعلى قلقاً واكتئاباً من الذكور الصم.

التواصل والقلق والاكتئاب لدى الصم:

لابد أن هناك علاقة ارتباطية سالبة بين مستوى التواصل لدى المراهقين الصم، وبين كل من القلق والاكتئاب، حيث أن اضطراب التواصل يمثل جوهر المشكلات التي يعاني منها ذوي الإعاقة السمعية، كنتاج مباشر لفقدان السمع والكلام، أو ما يرتبط بنمط التواصل المستخدم بين الأصم والأفراد الآخرين سواء في المنزل أو خارجه. إن صعوبات التواصل تجعل الصم وضعاف السمع يعانون من مجموعة من التحديات أثناء زيارتهم لمقدمي الرعاية النفسية، وأن متخصصي العلاج يعتمدون على الترجمة من خلال وسيط من أفراد العائلة أو الأصدقاء لوصف معاناة الشخص الأصم أو ضعيف السمع من الناحية النفسية، وقد يلجأ بعض المعاجين إلى التسرع في تشخيص حالات الصم على أنهم يعانون من الفصام أو الاضطرابات النفسية دون التركيز على الأعراض أو الحالة الكلينية (jill, Friedman, 2008:28).

بشكل عام فإن الدراسات التي تناولت الاكتئاب لدى المعوقين يعتبر قليل، والاكتئاب من الموضوعات الهامة لدى عينات المعوقين، لارتباطه بحالة الإعاقة، وبالنسبة لفئة المعوقين سمعياً فقد قرر ليجه وأنتوني Leigh&Anthony,2001:195 أن هناك حالات كثيرة من الاكتئاب لدى المراهقين الصم سواء كانت خفيفة إلى شديدة، وكذلك لدى طلاب الجامعة والبالغين مقارنة بالعاديين.

ومن خلال التراث والأدبيات فإن عرض المزاج الاكتئابي لدى العاديين الصم وضعاف السمع متشابهة، فعلى سبيل المثال وفقاً لكولاند وسلفاتور Kaland&Salfatore,2005 وغيره من الباحثين أن أعراضه: الحزن، ضعف الاستجابة، تغيير في الوزن بالنقص أو الزيادة، اضطراب الشهية للطعام، وأن الفرق بين الصم وضعاف السمع والعاديين هي: ضعف مستوى الحوار والمناقشات.

واضطراب التواصل في حد ذاته يسبب قلقاً لدى الفرد عادي السمع وهو ما يعرف بقلق التواصل الثنائي Dyadic communication anxiety فما بالنسبة بالشخص الذي لا يملك القدرة على التعبير عن ذاته والإفصاح عن رغباته وطموحاته، كذلك فإن الشخص الأصم لا يملك القدرة على الانطلاق داخل الآخرين من خلال التحاور اللفظي، مما يشعره بوجود حواجز فاصلة بينه وبين المحيطين به، مما يعطى فرصاً قوية وجواً مهيئاً لنمو مشكلات التواصل وسوء التوافق النفسي والاضطرابات الانفعالية، مما يعزز مشاعر العزلة والانطواء وضعف التفاعل الأسرى والاجتماعي والقلق والاكتئاب.

وهناك علاقة بين الاكتئاب والفشل في السلوك الاجتماعي، حيث أن التدريب على تحسين مستوى المهارات الاجتماعية ومهارات التفاعل الاجتماعي يؤديان إلى تغييرات إيجابية في الصحة النفسية، بما في ذلك انخفاض في مستويات الاكتئاب. ومن المهارات التي تبين أن تدريبها يؤدي دوراً مهماً في الجانب النفسي: تدريب الفرد على التعبير الحر والتلقائي عن النفس.^(١٥)

وإذا كانت هناك دراسات قد أشارت في نتائجها إلى وجود علاقة بين أنماط التواصل سواءً كان التواصل الكلي أو أحد مكوناته كالتواصل الإشاري، التواصل الشفهي، أو النمط الثنائي، وبين التوافق النفسي الشخصي والاجتماعي، فإن هناك دراسات تناولت العلاقة بين نمط التواصل وبعض المتغيرات مثل: مفهوم الذات، القلق، تقدير الذات، التماسك الأسرى، والكفاءة الشخصية.

وتتفق نتائج بعض الدراسات على أن قلق التواصل يرتبط بنمط التواصل كالإشارة مثلاً، أو عند استخدام أساليب تواصل غير فعالة مما ينتج عنها بعض الاضطرابات الانفعالية من بينها القلق والاكتئاب . والواقع أن العلاقة بين مستوى التواصل وكل من القلق والاكتئاب لدى المراهقين الصم لم تتعرض لها أي من الدراسات السابقة، سواءً في الميدان العربي أو الأجنبي وخاصة فيما يتعلق بالبرامج الإرشادية اللهم إلا دراسة قام بها المؤلف الحالي عام (٢٠٠٤) .

ومن المؤكد أن القلق والاكتئاب كصور للاضطرابات الوجدانية لدى الصم، يرجعان إلى ضعف التواصل والشعور بالإحباط والدونية، ولهذا كان التأكيد على ضرورة تعلم الأصم الإشارة أو غيرها من أنماط التواصل لأن ذلك يخفف من حدة القلق والاكتئاب لديه. مع ارتباط ذلك بمدى ما يوفره المناخ الأسرى من جو ملائم لنمو مهارات التواصل وما يتبعه من حرية التعبير عن المشاعر والأفكار، وإعطاء الفرصة لتنمية المهارات الاجتماعية، مما يقلل مستويات الإحباط والعزلة. ومن ارتباط نمط تواصل الأصم بحالات القلق والاكتئاب أن اضطراب التواصل الإشاري وعدم قدرة الآخرين على فهم محتوى هذا التواصل، أو فهمه بشكل خطأ، يؤدي إلى حدوث القلق الاجتماعي وقلق التواصل مع الآخرين، بسبب صعوبات الفهم بين طرفي التواصل. ذلك أن اللغة أداة الإنسان إلى فهم الآخرين وتحسس أذواقهم وسبيله إلى معرفة مذاهبهم ووسائل التأثير فيهم وإيجاد العلاقات وبناء الروابط وتحقيق سبل التعاون والتكامل معهم، ومن ثم توفر له كل ما يساعده على العيش بينهم في يسر وطمأنينة وسلام، وتصيح أساساً لتوفير الحماية والرعاية للإنسان بين أفراد جماعته وعاملاً هاماً لتحقيق منافعهم ورغباته وتسهيل سبل معيشتهم في إطار هذه الجماعة.^(٧) وتشير النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية بين مستوى التواصل والقلق ومستوى التواصل والاكتئاب، فكلما ارتفع مستوى التواصل انخفضت مستويات كل من القلق والاكتئاب، والعكس إذا انخفض مستوى التواصل ارتفعت تبعاً لذلك مستويات كل من القلق والاكتئاب لدى المراهقين الصم.

وهناك علاقة بين التواصل والاضطرابات النفسية ففي مواقف التفاعل الاجتماعي السليم والصحي، عادة ما يدخل طرفان أو أكثر في علاقات يتبادلان خلالها التواصل

والتفاعل، بما في ذلك تبادل المشاعر وتناقل المعلومات، والتأثير والتأثر المتبادل، ويمكن أن نتعرف على ما حققه هذا التفاعل من نجاح، إذا وجدنا رغبة متبادلة من الأطراف الداخلة فيه لتكراره من جديد، وبعبارة أخرى، تكتسب العلاقات الاجتماعية نجاحها وقيمتها من حرص كل الأطراف على تكرار التواصل بالآخرين، وخلق الفرص لتحقيق المزيد منه أو من المواقف المماثلة له. ولكي تحقق العلاقات الاجتماعية هذا الهدف، يجب أن تكون لها جاذبية تكفي لخلق هذا الحرص المتبادل لتكرارها. أي لا بد أن تتحقق لكل الأطراف الداخلة في التفاعل والتواصل الاجتماعي، بعض المكاسب، بما فيها المكاسب النفسية كالشعور بالتقدير أو أننا موضع الاهتمام أو المودة، وتعزيز هذه المكاسب بدورها تزيد من جاذبية هذه العلاقات، كما أننا نجد قصوراً شديداً في قدرة الأفراد في حالات القلق، على تبادل المشاعر الإيجابية بما فيها من دفاء أو فاعلية، مما يؤثر في كفاءتهم وقدرتهم على التفاعل الاجتماعي. وتتحسن قدراتهم ويقل قلقهم بدرجة ملحوظة عندما نضع ضمن خططنا العلاجية لهم ما يساعدهم على معالجة الضغوط الاجتماعية، وحرية التعبير الانفعالي، كما تزداد الصعوبات الاجتماعية بصورة أكبر عند المكتسبين خاصة عند التفاعل مع الآخرين، وتمتد الصعوبات الاجتماعية لتشمل الاضطرابات في عمليات التواصل اللغوي والاجتماعي.^(١٥)

وفيما يتعلق بالصمم وضعاف السمع فإنهم من وقت إلى آخر يجدون أنفسهم في حاجة ماسة إلى خدمات الصحة النفسية، مثل بقية أفراد المجتمع، ولكن الذي يميز الصمم عن الآخرين ضعف القدرة على التواصل إلى جانب نقص الخدمات المقدمة لهم، ويجب أولاً تذليل معوقات التواصل الناتجة عن الإعاقة السمعية، كما تشير البحوث أن معدل الاضطرابات النفسية والسلوكية لدى ذوي الإعاقة السمعية مرتفع تبعاً لذلك.^(٣٩) كما أن هناك علاقة بين نمط التواصل والضغوط النفسية، فالأسر التي تستخدم النمط الشفوي في التواصل لديهم زيادة في مستويات الضغوط النفسية مقارنة بالأسر التي تستخدم طريقة التواصل الكلي.^(٣٦) ولهذا كان ضرورياً الاهتمام بتوفير الجو الملائم في الأسرة، وذلك من خلال اشتراك الأصم في أمورهم ومناقشتهم لزيادة خبراته المعرفية التي تسهم في تفاعله وتوافقته مع ذاته ومع الآخرين بالإضافة إلى ضرورة

استخدام أكثر من طريقة للتواصل مع الأصم، وذلك لتخفيف آثار الإعاقة السمعية على النمو الانفعالي المتمثل في عدم الاتزان الانفعالي، والإحباط والاضطرابات العاطفية.^(١٧) ويلعب القلق الاجتماعي Social Anxiety دوراً هاماً في تشكيل مرونة تفاعل الفرد خلال المواقف الاجتماعية المختلفة، فقد يكون أحد الأسباب وراء تجنب الفرد المشاركة في بعض المواقف الاجتماعية والتي ينبغي أن يتفاعل معها كما أن الشعور بالخجل يجعل الفرد غير قادر على التصرف بطريقة مقبولة نتيجة لانخفاض ثقته بنفسه وعدم التواصل مع الآخرين.^(١٧)

والقلق الاجتماعي يرتبط بمخالطة الناس أو التعامل معهم وبالمواقف والتفاعلات الاجتماعية وخاصة في مرحلة المراهقة، حيث الحاجات والأدوار الاجتماعية المتزايدة، وفقاً لطبيعة المرحلة ويتضمن هذا النوع من القلق الحديث مع الناس Public Speaking أو مواجهة الجمهور وما يتعلق بذلك من خشية أو ارتباك نتيجة الخوف من الفشل، أو التفكير في احتمال الوقوع في أخطاء أثناء الحديث أو الارتباك من نظرات الآخرين، وترتبط هذه المشاعر الانفعالية بأعراض جسدية مختلفة، ويرتبط هذا النوع من القلق بالقلق العام أو الشامل بغيره من أنواع القلق الأخرى.^(١٨) وتستلزم الفعالية التواصلية تعلماً جيداً لمهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي، تلك المهارات التي تمكن الفرد من التعبير الدقيق عن الأفكار والمشاعر وتوطيد العلاقات بالآخرين، وفي هذا يؤكد المنظرون أن الفرد حين يفتقد إلى مهارات التواصل فمن المحتمل أن يصبح إحساسه بالوحدة النفسية مشكلة مزمنة.^(١٩)

واستبطاناً مما تقدم نجد أن هناك علاقة بين بعض الاضطرابات الانفعالية متمثلة في القلق والاكتئاب والتواصل، على اعتبار أن مجرد الكلام مع الآخرين يعتبر تنفيساً عن النفس، يصنع توازناً مع الذات ومع الآخرين، والدخول في دورة التواصل من إرسال واستقبال وحدوث ردود الأفعال، يؤدي إلى خفض حدة الاضطرابات الانفعالية. ولذا هناك تأكيد على حاجة الإنسان إلى التواصل مع الآخرين، والفشل في تحقيق هذا التواصل في أي سن أو أي مرحلة يكون له في معظم الحالات نتائج غير مرغوبة، قد تكون كارثية على النمو النفسي للفرد.^(١٨)

ومما ينشأ عن فقدان السمع ضعف مهارات التواصل والمشكلات النفسية، وتحديد صعوبات التواصل واستراتيجيات التحدث لدى الأفراد واستكشاف إدراكهم لتوافقهم الاجتماعي وجودة الحياة والصحة النفسية لديهم أمر هام، المشاركون لديهم تدنى في مستوى التواصل نتج عن ضعف التواصل الاجتماعي، المشكلات الناتجة عن فقدان الحسى مثل القلق والاكتئاب وعدم الرضا الاجتماعي كلها عوامل تؤثر على الصحة النفسية والبدنية، وفقدان الحسى يؤثر على رابطة الفرد بالمجتمع والتي تؤثر بدورها على جودة الحياة، وفي السنوات القليلة الماضية زاد الاهتمام بتقييم وعلاج ذوي فقدان الحسى البصرى والسمعي .

والرابطة بين مشكلات التواصل وفقدان الحسى السمعي خاصة، تم نشر بعض دراسات حولها، تناولت العلاقات المتبادلة بين التواصل والوظائف النفسية وفقدان الحسى ورغم أنها جوانب هامة فلم تلق الاهتمام الكافي من الباحثين .

وقد أشارت منظمة الصحة العالمية ٢٠٠٢ أنه في أمريكا على سبيل المثال زادت نسبة فقدان البصرى من ١٪ إلى ١٧٪ بين الناس من عمر ٧١ سنة فما فوق، وجاء بعدها فقدان السمع من حيث معدل الانتشار الحاد مما يؤثر على الحالة النفسية والبدنية للأفراد . والمعروف أن التواصل الفعال يعتمد على جودة الإبصار والسمع، فالنظام البصرى هام جداً لتلقى الإشارات والتلميحات غير اللفظية والإيماءات وسياق الحوار وتعبيرات الوجه والتواصل البصرى . وسلامة الحاسة السمعية هامة جداً لإدراك الصوت والكلام وعملية السمع، فالأفراد ذوي الإعاقة السمعية يعتمدون على الإشارات البصرية لتكملة فهمهم للتواصل أما الإعاقة البصرية فتعوق التواصل البصرى . ومن هنا فإن كفاءة التواصل تتأثر جداً بكفاءة الحواس البصرية والسمعية وينتج عنها مشكلات في التواصل والحالة النفسية، فالتواصل له دور فعال في الحصول على والمشاركة في المعلومات وتأسيس وحفظ العلاقات الشخصية للفرد وسلوكه المباشر مع الآخرين .

وقد أظهرت البحوث الحديثة أن الأفراد ذوي فقدان الحسى غالباً لديهم تدنى في خبرات التواصل خلال المحادثات اليومية، وتركز شكاوهم في أن المتحدثين يتحدثون بصوت منخفض أو بشكل غير واضح وتكرر فيه الارتباكات اللفظية وصعوبة

المحافظة على المحادثة خصوصاً في مواقف توجد فيها ضوضاء أو مجموعات عديدة من المتحدثين. ومن الملاحظ أن الأفراد ذوي فقدان الحسى يرون أنه من الأسهل عليهم الانسحاب من مواقف التواصل عند مواجهة الإزعاج وسوء الفهم أو الاستجابات غير المناسبة، من ناحية أخرى مهارات التواصل الجيد ربما تمثل وسيط فعال أو مؤثر بين فقدان الحسى والوظائف النفسية أو اضطراب السلوك الاجتماعي والشعور بالعزلة وزيادة القيود على الأفراد، والقابلية للانجرار وعدم الثقة، وفي حالات تدنى تقدير الذات والاكتماب وعدم القدرة على التوافق مع الأحداث الجديدة.

وتوصلت نتائج بعض الدراسات أن ذوي فقدان الحسى لديهم نقص في استراتيجيات المواجهة، وشعور بفقدان الاستقلالية والدفاع عن الذات، وزيادة الشكاوى من العزلة وقلة العلاقات، وهذا الإدراك ربما يكون ناتج عن العزلة الاجتماعية. ورغم أن الدراسات المنظمة حول التواصل والاضطرابات النفسية لدى ذوي فقدان الحسى ليست كثيرة، إلا أنها أفادت أن فقدان الحسى له تعقيدات على كل من التواصل والسلوك النفسي الاجتماعي كالغضب، وخيبة الأمل، والانزعاج وعدم الارتياح، ونقص الثقة، وتغيرات في الحالة المزاجية ومراحل الاكتماب شائعة لدى ذوي فقدان الحسى.

التواصل والقلق والاكتماب لدى الصم وفقاً للنوع:

تشير نتائج بعض الدراسات والبحوث البحوث إلى أن هناك فروق دالة إحصائياً في مستوى القلق والاكتماب وذلك لصالح الإناث، وتفسير تلك الفروق يرجع إلى تأثير أساليب التنشئة الأسرية والعوامل الثقافية والاجتماعية في تنشئة الأبناء والتي تعطى حرية التعبير والمشاركة للذكور أكثر من الإناث، حيث حرية الحركة والانتقال والتفاعل مع الآخرين، والاحتكاك بالمجتمع، على عكس الإناث حيث القيود الاجتماعية عليهن أكثر، ومشاركتهم في المناسبات محدودة نسبياً، مما يدعم لديهن مشاعر الخجل والتردد عند التواصل مع الآخرين، مما ينتج عنه إرباكاً في الفهم المتبادل بينهن وبين الآخرين.

والواقع أن سوء التواصل لدى الإناث هو الذي يعمق إحساسهن بالعجز والإحساس بالدونية وعدم البدء في الدخول في عملية التواصل، والإحجام عن المشاركة في المواقف الاجتماعية.

والمواقع أن الفروق بين الذكور والإناث في التواصل ليست في التمكن من مهارات التواصل والقدرة على استخدامها فقط، بل إن حرية التعبير وحسن استخدام مهارات التواصل بأنواعها المختلفة في مواقف التفاعل هو العامل الأكثر تأثيراً. ولم يتوفر في التراث دراسات تناولت مقارنة مستوى التواصل بين الذكور والإناث الصم، إلا أن كريستينا بروجيو Cristena,Perigoe ١٩٨٦ أشارت عند تقييم مهارات التواصل لدى الأطفال الصم (ذكور، إناث) أن القدرة على التواصل معتدلة بين الذكور والإناث (أي أنه لا فرق بينهما) أما دراسة محمد فتحي (١٩٩٤) فقد توصلت إلى أن الفروق بين الذكور والإناث في مهارات التواصل كانت لصالح الذكور، وأرجع ذلك إلى الاهتمام بالذكور في المجتمع المصري أكبر منه بالإناث.

وتفسير ذلك أن الإناث الصم لديهن قلقاً فيما يتعلق بالمستقبل، خصوصاً وأنهن أكثر تعرضاً للضغوط النفسية، والقلق والاكتئاب، ليس بسبب طبيعة التكوين البيولوجي إلى جانب تغيرات مرحلة المراهقة فحسب، بل وفوق ذلك مشكلات التواصل الناتجة عن فقدان السمع، أضف إلى ذلك أن الآخرين ينظرون إلى مواضع النقص في الإنسان، سواءً أكانت جسمية، نفسية، أو اجتماعية، مما يجعل الفرد الذي يعاني من النقص أو العجز يشعر بالقلق والاكتئاب.

وتشير بعض دراسات وبحوث سابقة إلى إزياد القلق والاكتئاب لدى الإناث عن الذكور الصم بسبب عدم تمكين الإناث من ممارسة دورهن بحرية، والقيود الاجتماعية، والاتجاهات الوالدية الخاطئة، واتجاهات الآخرين كذلك، مما يجعل الإناث عرضة لمزيد من الإحباط والتقليل من قيمة الذات، وظهور الأعراض الاكتئابية. وأشارت بعض الدراسات أن هناك فروقاً دالة إحصائية في القلق والاكتئاب لصالح الإناث الصم حيث أن الإناث الصم أكثر تأثراً بالاضطرابات الانفعالية عن الذكور الصم، وقد يرجع ذلك إلى طبيعة الإناث البيولوجية، ومفهومهن عن ذواتهن، وقلقهن على مستقبلهن من حيث فرصتهن في الزواج، والتوافق مع الحياة بصفة عامة.^(١) ويتميز الإناث الصم بظهور الاكتئاب كأحد الاضطرابات الوجدانية، ويرجع ذلك إلى ضعف التواصل والتقليل من قيمة الذات، والشعور بالإحباط، ولهذا يحتجن إلى علاج نفسي حيث يوجد لديهن ارتفاع في مستوى القلق والاكتئاب واضطراب التواصل.^(٤)

هذا وقد أظهرت بعض الدراسات السابقة عند مقارنتها بين الصم والعادين في متغيري القلق والاكتئاب نتائج تشير إلى فروق ذات دلالة إحصائية لصالح الصم مثل دراسات : ليجه إيرين Leigh, Irene ١٩٨٩، ١٩٩١ Watt&Davis محاسن أحمد ١٩٩٢، إبراهيم على إبراهيم ١٩٩٤، وآمال عبد السميع ٢٠٠٠ ومن المعروف أن مرحلة المراهقة عموماً مرحلة صعبة قد تولد توتراً في الأسرة، فهذه المرحلة مرحلة تساؤل وحيرة بالنسبة للمراهق الذي تحدث له تغيرات جسمية وانفعالية كبيرة، وقد تكون هذه المرحلة أكثر صعوبة بالنسبة للمراهق المعوق سمعياً، حيث أنه يواجه صعوبة أكبر في تحديد دوره الشخصي في نظام الأسرة، ففي هذه المرحلة تتغير أنماط العلاقات الاجتماعية للشخص المعوق سمعياً، حيث أنه يصبح أكثر ارتباطاً بغيره من المعوقين سمعياً.^(٩)

كيف نخفف حدة القلق والاكتئاب لدى الصم:

من خلال برنامج تحسين مستوى التواصل لدى المراهقين الصم والذي أعده مؤلف الكتاب ٢٠٠٤ تبين الآتي: ظهر واضحاً تأثير البرنامج الإرشادي في خفض مستوى كل من القلق والاكتئاب لارتباطهما المباشر بمستوى التواصل، حيث يحتوى البرنامج الإرشادي على العديد من الأنشطة الجماعية سواءً مع الأقران الصم أو مع الوالدين وهذا في حد ذاته خطوة إيجابية للبرنامج، حيث أن ذلك يعزز لديهم الثقة في النفس والقدرة على التعبير الحر عن المشاعر والأحاسيس والخروج من محيط الصمت والعزلة إلى فاعلية التجاوب المستند على أنماط التواصل المختلفة في إطار التفاعلات الأسرية . والدليل على ذلك الفروق بين القياس القبلي والبعدي في مستوى التواصل لدى المجموعة التجريبية يرجع إلى تأثير البرنامج الإرشادي في إحداث تحسن في مستوى التواصل، حيث يحتوى البرنامج على أنشطة لغوية عديدة في إطار التفاعل الأسري والاجتماعي والتي تم تقديمها في شكل مصور يعمل على توصيل محتوى التواصل إلى المراهق الأصم بأيسر الطرق في الفهم، واكتساب خبرات لغوية جديدة تم توظيفها في مواقف تواصل أقرب إلى مواقف التواصل الطبيعية، وذلك من خلال فنيات البرنامج الإرشادي مثل لعب الدور في أنشطة التفاعل الأسري، وفنية الإشارة مع الصورة، والتوصيل

اللغوي، والتعزيز، والحث، وغيرها من الفنيات التي تم استخدامها في أنشطة البرنامج ويرجع هذا التحسن كذلك إلى تدريب الوالدين والمراهقين الصم على أنماط تواصل عديدة في نطاق التواصل الكلى، ولقد كان لهذا التحسن في مهارات التواصل أثراً إيجابياً بشكل جعل المراهقين الصم أكثر شجاعة على الدخول في عملية التواصل، وليس الانسحاب منها، مما انعكس على التفاعل الإيجابي بين المراهقين الصم ووالديهم .

كذلك ترجع فعالية البرنامج إلى ما قدمه من أنشطة مصورة، لدعم مهارات الاستقبال، ومهارات التعبير لدى الصم، ومهارات التفاعل الأسرى، وتنمية الحصيلة اللغوية. فعلى سبيل المثال: اقترح البرنامج تقديم إشارات مصاحبة لبعض المفاهيم المجردة مثل الحرية، الأمومة، والتعاون.. وغيرها، وهي مفاهيم يجد الصم صعوبة في فهم معانيها بشكل واضح، ومع التدريب على الكلمة والصورة والإشارة المصاحبة للمفهوم، تم اكتساب المراهقين الصم لتلك الخبرات الجديدة، وتوظيفها لغوياً . حيث يعاني الأطفال الصم من مشكلات عديدة مرتبطة باللغة، من بينها مشكلات نطق المفاهيم المجردة Verbalizing Abstract.

concepts مثل: السعادة، الحزن، الرحمة، كما أنهم يخطئون في كتابة أو نطق الجمل البسيطة، والكلام لديهم في الغالب الأعم غير واضح. كذلك تدريب الوالدين على مهارة التواصل من خلال الهجاء الإصبعي والذي تم عرضه في شكل قاموس مصور مرتباً ترتيباً أبجدياً، مما أفاد في استمرار عملية التواصل، في حالة وجود كلمات صعبة التحويل إلى لغة الإشارة في سياق التواصل. وتؤثر مشاركة الوالدين في البرنامج مع أبنائهم الصم، تأثيراً فعالاً في تشييط التفاعل الأسرى، مثل: التماسك الأسرى، حرية التعبير عن المشاعر، الاستقلال، التوجيه نحو التحصيل والإنجاز، التوجيه نحو الترويح الإيجابي، والتوجيه العقلي

* انظر خالد البلاح ٢٠٠٤: تحسين مستوى التواصل وعلاقته بالقلق والاكتئاب لدى المراهقين الصم، رسالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة الزقازيق.

* انظر كذلك حسيب محمد حسيب ٢٠٠٤ : فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في خفض مستوى القلق لدى المراهقين سمدونيعاقة السمعية .رسالة دكتوراه، تربية بنها.

الثقافي. وذلك من خلال ربط تلك المهارات بأنشطة يومية للحياة الأسرية، ومواقف تواصل تحدث في المحيط الأسري بشكل مباشر بين الوالدين والأبناء، مما كان له أثراً إيجابياً في تحسين مستوى التواصل، وتنمية الحصيلة اللغوية في إطار التفاعل الأسري والاجتماعي. إذ يعتبر التفاعل الأسري هو محور التعامل داخل الأسرة بين الآباء وبين الأبناء بعضهم وبعض، فهو محور التلاقي بين أفراد الأسرة حيث يكون الود والإخاء والحرية والصراحة واستمرارية العلاقة.^(٢١)

ويمكن القول أن التحسن الواضح في مستوى التواصل لدى الأفراد الصم دل على أن التواصل مهارة يمكن أن تتحسن عند تهيئة الظروف الملائمة لذلك، من حيث التدريب والممارسة إلى جانب ارتباط مواقف التواصل بالتفاعل الأسري والاجتماعي. وهناك عدداً من العوامل التي تسهم بشكل أو آخر في نجاح البرنامج في تحسين مستوى التواصل لدى ذوي الإعاقة السمعية ومن بين هذه العوامل ما يلي:

- التدريب على مهارة التواصل الاستقبالي: من خلال أنشطة تدعم القدرة على إدراك الرموز البصرية والقدرة على إدراك وفهم الصور والكلمات المكتوبة، وكذلك دعم الإدراك البصري الحركي، والتآزر اليدوي البصري، وكذلك التمييز البصري Visual discrimination للأشكال والصور والكلمات في مجال رؤية المتشابهات والاختلافات بين الأشياء التي يراها الشخص الصم.

- التدريب على مهارات التواصل التعبيري: من خلال أنشطة تدعم القدرة على التعبير عن الأفكار والمشاعر سواء من خلال لغة الإشارة، الهجاء الإصبعي، مهارة قراءة الشفاه، القراءة والكتابة، واستخدام أنماط التواصل المختلفة من خلال توظيفها في إطار التفاعل الأسري والاجتماعي.

- التدريب على مهارات التفاعل الأسري: من خلال أنشطة تدعم التماسك الأسري والذي يشير إلى درجة الترابط بين أفراد الأسرة ومدى استعداد أفراد الأسرة للتعاون فيما بينهم.^(٢٢) أو هو الدرجة التي يحب بها كل عضو بقية أفراد الجماعة، وهو خاصية سلوكية تعكس التوحد بين أفراد الجماعة وتؤكد الارتباط الوثيق في الأهداف مع شعور عميق بالانتماء للجماعة.

- حرية التعبير عن المشاعر والأحاسيس، ويعنى مدى الحرية المتاحة لأفراد الأسرة للتعبير عن أحاسيسهم والدفاع عن حقوقهم الشخصية، وتكوين علاقة سهلة ودائمة مع الآخرين، بسبب الطمأنينة المتبادلة وعدم الخوف من كشف الذات Self-discloser ومهارات الاستقلال والتي تعنى منح الفرد قدراً من الحرية في أداء سلوكه دون دفع هذا السلوك في اتجاهات محددة وكف ميوله من خلال قواعد يطلب فيه الالتزام بها، وتشجيع أفراد الأسرة على اتخاذ قراراتهم بأنفسهم.
- التوجيه نحو التحصيل والإنجاز من خلال أنشطة تساعد على المنافسة والنشاط المتواصل للوصول إلى الأهداف التعليمية المرجوة.
- التوجيه نحو الترويح الإيجابي ويشير إلى درجة مشاركة الأسرة في الأنشطة الترويحية والرياضية المختلفة. والتوجيه العقلي الثقيل والذي يشير إلى درجة اهتمام الأسرة بالأنشطة الثقافية المختلفة.
- التدريب على تنمية الحصيلة اللغوية : من خلال العديد من الأنشطة الفردية والجماعية مثل: نشاط الكلمات المترادفة، نشاط الكلمات المتضادة، الكلمات التي تبدأ بحرف واحد، مهارة التصنيف، ملء الفراغات، بناء الجملة، أين الكلمة، مربع الحروف والكلمات المتقاطعة، وتنمية الوعي المعرفي (فنية التساؤل).
- وإذا نظرنا إلى حياة المعوقين سمعياً فإننا نلاحظ أن معظمهم يعانون من حالات الاكتئاب والحزن التي يعيشون فيها وذلك بسبب إعاقتهم وبسبب فقدهم لأهم حاسة وهي السمع والكلام، وهم دائماً يذكرون أنهم يعيشون في عزلة عن المجتمع المحيط بهم أو في عزلة داخلية بينهم وبين أنفسهم ولهذا فالمعوق دائماً منطوياً في عزلة عمّن حوله، وفي نفس الوقت شكاك في كل ما يحيط به وأنه لا بد من مساعدته للتواصل والتفاعل مع العالم المحيط به.^(٢٠)
- وإن غياب النمط اللغوي الفعال يساعد على نمو مشاعر العزلة، ومع استخدام النمط البديل مثل لغة الإشارة، كما هو الحال مع الأصم فإنه يعاني من الاضطرابات الانفعالية والتي تحول بينه وبين إقامة علاقات فعالة مع ذاته، ومع غيره من أفراد الأسرة وأفراد المجتمع، ويحدث حجب شبه تام عن التفاعل مع الأشخاص من حوله فيتدهور

نموه النفسي والاجتماعي، ويضيق عالمه ويصبح محدوداً بالمقارنة بأقرانه من الأفراد عاديي السمع. وذلك يدعم العلاقة بين مستوى التواصل وحدوث بعض الاضطرابات الانفعالية لدى المراهقين الصم، مثل القلق والاكتئاب. مما يؤكد فاعلية البرنامج الإرشادي في إحداث تغييرات هدفت إلى تحسين مستوى التواصل وإثراء التفاعل الأسرى والعلاقات بين أفراد الأسرة والتي كان لها أثراً كبيراً في خفض مستويات القلق والاكتئاب لدى الصم.

وبشكل عام البرامج الإرشادية تعمل على تحسين مستوى التواصل وتساعد في تحسين المهارات الاجتماعية، تنمية الكفاءات المتاحة وزيادة الوعي بطبيعة فقدان الحسى وعمليات التقييم والتدخل لتحسين القدرة على التواصل والتخفيف من حدة الاضطرابات النفسية الاجتماعية ودعم لاستقلالية والاعتماد على الذات من خلال استراتيجيات التدخل المناسبة والتي أثبتت فاعليتها مع ذوي فقدان الحسى.

الوحدة النفسية لدى الصم:

تمثل الوحدة النفسية خبرة إنسانية عامة يمكن أن تؤثر سلباً على الفرد لما تحتويه من مشاعر الحزن، الاغتراب، أو التوتر. والانفراد أو العزلة البيئية يمكن أن تحدث دون مصاحبة لمشاعر الوحدة النفسية، فالشخص يمكن أن يكون وحيداً من الناحية البيئية، الاجتماعية، أو النفسية والذي يحدد ذلك استجابات الفرد للعزلة. وأن إدراك العزلة أكثر من العزلة الفعلية Actual isolation يبدو تأثيرها أشد على إحساس الفرد بالوحدة النفسية، فمثلاً الشخص الذي انتقل إلى مدينة جديدة ولا يعرف فيها أي شخص، ربما يمر بتجربة العزلة ولكنه لا يشعر بمشاعر سلبية ترتبط أو تدل على الوحدة النفسية، كما أن الطفل الذي كان مندمجاً مع أقرانه في المدرسة ربما يعاني عواقب الوحدة مثل الاغتراب أو الشعور بأنه غريب في حالة انتقاله إلى مدرسة أخرى.

وبالنسبة للمعوقين فإنهم يتعرضون بشكل دائم لمشاعر العزلة، سواءً كانت بيئية أو نفسية، ومن هنا فهم يتعرضون لمشاعر الوحدة النفسية أكثر من غيرهم، وتختلف حدة الوحدة النفسية حسب كل نوع من الإعاقات. فمثلاً المكفوفين وهم منعزلون عن عالم من حيث الرؤية البصرية ولكنهم يلمسون الأشياء ويسمعون الأصوات ويتواصلون لفظياً Verbally أما الصم فيتأثر مستوى التواصل لديهم بشكل شديد نظراً لعدم

سماعهم للأصوات وعدم قدرتهم بالتالي على الكلام، ويصبح خارج نطاق المناقشات داخل الأسرة عادية السمع، بينما الجميع من حوله يتكلمون ويضحكون، ويتفاعلون . وغالباً ما تكون أسرة الأصم عاجزة عن فهم احتياجات ابنها الأصم ولا كيف يمكنها دمج كعضو في الأسرة، إنه بعيد جداً كشخص في صحراء ممتدة، إنه مهمش بالنسبة للأشخاص والأشياء، إنه معهم ولا يمكن أن يكون جزءاً منهم ولا يتعاطف أحد مع معاناته، أو يعطيه معنى للعالم الصامت الذي يحيط به. وذلك مرتبط بالنمو اللغوي الاجتماعي المتأخر بالطبع لدى ذوي الإعاقة السمعية، ونظراً لنقص مهارات التواصل تحدث العزلة الاجتماعية وتؤدي إلى درجة عالية من الوحدة النفسية، فالأفراد عاديي السمع يمكنهم فهم اللغة من خلال التقليد والمحاكاة من حولهم وبذلك يفهمون الأحداث التي تجري من حولهم، أما الحال مع الصم فمنذ مولدهم لا تتوافر لهم إمكانية اكتساب اللغة، مما يزيد مستوى العزلة وبالتالي الوحدة. وللتخفيف من مشاعر الوحدة النفسية يجب تحسين مستوى مهارات التواصل بشكل مناسب في إطار التفاعل الأسري، المدرسي، وفي إطار جماعة الأقران، فمثلاً يمكن للأسر التي لديها أبناء صم الاشتراك في دورات لتعلم لغة الإشارة مما يحسن النمو اللغوي الانفعالي لدى أبنائهم الصم.⁽¹⁷⁾

ويلعب الوسط الذي يعيش فيه الأصم دوراً كبيراً في بناء شخصيته، حيث يرتبط هذا البناء بالتواصل والتفاعل والعلاقة الدينامية بينه وبين أفراد أسرته وأفراد المجتمع، ومن الملاحظ أن الإعاقة السمعية تؤثر سلباً على سلوكه ومستوى توافقه النفسي كما تؤثر على خبراته واكتسابه للمعلومات وبنائه المعرفي وتدنى مستوى الاستقلالية والاعتمادية على الآخرين وضعف الكفاءة الاجتماعية.

وقد يتعرض المعاق سمعياً إلى الإساءة بكل أشكالها الانفعالية والاجتماعية والجسدية .. ويتعرض للإهمال والنبذ وعدم التقبل، مما يشعره بعدم الطمأنينة ويظل حائراً لا يفهم الآخرين ولا يفهمونه وينعزل عن مجتمع العاديين ويغلب عليه الشعور بالاعتزاز ويميل إلى الانطواء ومشاعر الوحدة النفسية. إن خبرة الشعور بالوحدة النفسية هي حالة يشعر فيها الفرد بأنه وحيد ويفتقد إلى الرعاية والاهتمام من قبل الآخرين، كما أنه غير قادر على التخلص من هذا الشعور.

مفهوم الوحدة النفسية :

يختلف الباحثون عند تعريفهم للوحدة النفسية ، ويرجع هذا الاختلاف إلى الأسس النظرية التي يستند إليها كل منهم فمثلاً يرى ويس Weiss,73 أن الوحدة النفسية تحدث ليس لكون الشخص منعزلاً عن الآخرين ولكن بسبب عدم وجود العلاقة المطلوبة أو الارتباط العاطفي الذي يربطه بالآخرين . ويصنف الوحدة النفسية إلى نوعين:

- الوحدة النفسية الانفعالية : Emotional loneliness والتي تحدث نتيجة نقص في العلاقات القوية والودودة مع الآخرين .
 - الوحدة النفسية الاجتماعية : Social loneliness والتي تحدث نتيجة نقص في المهارات والعلاقات الاجتماعية .
- كما أن الشعور بالوحدة النفسية لدى الصغار والمراهقين تميزه ثلاثة أبعاد أساسية هي:

- فقدان الحب والحاجة إليه : وهي تعكس شعور الفرد بعدم السعادة والقلق في تفاعلاته مع الآخرين والتي تتميز بالسطحية وتفتقر إلى العلاقة الحميمة مع التعبير عن حاجته للتعاطف وحب الآخرين له وذلك بسبب النقص في المهارات الشخصية والإثارة المرتبطة بالمشاركة في النشاط الاجتماعي.
 - عدم القبول الاجتماعي: ويتمثل في شعور الفرد بعدم استمتاعه بتواجده مع الآخرين وشعوره بعدم الارتياح في أي موقف يتضمن علاقات مع الآخرين لعدم تقبلهم له.. وكذا الخوف من العلاقات مع الآخرين .
 - العزلة الاجتماعية : وهي تعكس شعور الفرد بالانسحاب والعزلة والانزواء من العلاقات ، والهروب وعدم القابلية للمشاركة والفعالية مع الآخرين .⁽⁴⁾
- ومن التعريفات المطروحة حول مفهوم الوحدة النفسية ما ذكره لوباتا Lopata أنها حالة انفعالية أو عاطفية يشعر بها الفرد عندما يرى أن مستويات وأشكال خبراته في التفاعل مع الآخرين لا تكفل ما ينشده من إشباع . كما يضيف وايس Weiss أن الوحدة النفسية عجز يحدث نتيجة إحساس الفرد بافتقار ارتباط عاطفي يربطه بآخر

أو آخرين. أما فلاندرز Flanders فيرى أن الوحدة النفسية عبارة عن حيلة توافقية مرتدة تتقل الفرد من حالة يعيش فيها ضغطاً نفسياً من وجود نقص في اتصالاته البشرية إلى حالة أكثر مثالية من الاتصال البشري سواءً من ناحية الكم أو النوع. أما بيرلمان وبيبلو Perlman & Peplaw فيعرفان الوحدة النفسية على أنها خبرة غير سارة تحدث عند وجود خلل في شبكة العلاقات الاجتماعية للفرد سواءً كان ذلك في صورة كمية أو كيفية . كما يضيف " قشقوش " أنها إحساس الفرد بوجود فجوة نفسية تباعد بينه وبين أشخاص وموضوعات مجاله النفسي إلى درجة يشعر معها بافتقار التقبل والتواد والحب من جانب الآخرين بحيث يترتب على ذلك حرمان الفرد من أهلية الانخراط في علاقات مثمرة ومشبعة داخل الوسط الذي يعيش فيه.^(٣)

ويرى "البحيري" (١٩٨٥) أن الشعور بالوحدة النفسية خبرة تشمل المشاعر الحادة التي كونها الفرد من خلال الوعي الذاتي لتحطيم الشبكة الأساسية لعلاقة الواقع بعالم الذات. إذن الوحدة النفسية تنشأ أساساً عن قصور في العلاقات الاجتماعية للفرد مع الآخرين مما يجعله محتاجاً لمزيد من المساندة الاجتماعية من الأهل والأصدقاء والمعارف لكي يخفف من وحدته النفسية التي يشعر بها.^(٩)

ويمثل الشعور بالوحدة النفسية خبرة عامة يمكن لأي إنسان أن يخبرها وفقاً لتعرضه لمواقف حياتية معينة وفي أوقات مختلفة، وأن الشعور بالوحدة النفسية ينشأ نتيجة حدوث خلل في شبكة العلاقات الاجتماعية للفرد سواءً كان ذلك في صورة كمية (لا يوجد عدد كاف من الأصدقاء) أو في صورة كيفية (افتقار المحبة والألفة والتواد من الآخرين) وأن الوحدة النفسية تعنى الرغبة في الابتعاد عن الآخرين والاستمتاع بالجلوس منعزلاً مع صعوبة التودد وصعوبة التمسك بهم بجانب الشعور بالنقص وعدم الثقة بالنفس . كما تعنى الوحدة النفسية شعور بافتقار التقبل ، التواد، الحب من الآخرين مع وجود فجوة نفسية تباعد بين الفرد ومجاله الاجتماعي، وتبدو الوحدة واضحة في الانسحاب من العلاقات الاجتماعية وإيثار العزلة الاجتماعية.

وتذكر ليفين زهران (١٩٩٩) أن الشعور بالوحدة النفسية هو شعور الفرد بأنه وحيد، منعزل عن الآخرين، وغير قادر على التواصل الإيجابي معهم، كما أنه يشعر بالنقص والحط من قيمة الذات مما يصاحبه، والذي ينشأ غالباً من مفهوم ذات سلبي،

وعدم الثقة بالنفس، والتمركز حول الذات، وفقد المهارات الاجتماعية، وعدم القدرة على الثقة بالآخرين والاستغراق في أحلام اليقظة، والانفراد بنفسه دون اختيار منه، مع الشعور المرتفع بالخجل الاجتماعي، كما يكون لديه بعض الأفكار التي ينسب إليها شعوره بالفشل في معظم المواقف التي تواجهه.^(١٥)

وقد أكدت كثير من الدراسات والبحوث السابقة أن هناك علاقة بين الوحدة النفسية وكثير من الاضطرابات النفسية، فالوحدة النفسية قد تنشأ أساساً من عدد من الخصائص النفسية والاجتماعية التي تتمثل في تقدير الذات المنخفض، القلق والخجل، والصعوبة في التواصل، والعجز في المهارات الاجتماعية، والاكتئاب. والفرد الذي يعاني من الوحدة النفسية يتسم بخصائص منها الانطوائية والخجل وعدم الرغبة في القيام بمبادرات أو أنشطة اجتماعية، والوحدة النفسية لها آثار سلبية كثيرة تنعكس مباشرة على أداء الفرد في مختلف مجالات حياته. ولا تعرف الوحدة النفسية سن أو جنس أو مستوى ثقافي اقتصادي فهي تشيع لدى الأفراد البالغين وكذلك في مرحلة المراهقة التي تتسم بأزمة الهوية والرغبة في الاستقلالية عن الوالدين، والشعور بالهامشية الاجتماعية مما يزيد الشعور بالوحدة النفسية لديهم.

بعض المفاهيم المرتبطة بالوحدة النفسية :

الوحدة النفسية والاكتئاب :

كثيراً ما يحدث خلط بين الوحدة النفسية والاكتئاب، ولعل ما يدعو إلى ذلك أن الأسباب التي تكمن وراء الإحساس بالوحدة النفسية تقريباً هي نفس الأسباب التي تؤدي إلى شعور الفرد بالاكتئاب، وقد ميز لوين Lowen بين المفهومين حيث عرف الإحساس بالوحدة النفسية على أنه شعور حزين قائم يحدث نتيجة إحباط أو خيبة أمل ويصادفه الشخص في مجال علاقاته البينشخصية، أما الاكتئاب فهو كبت أو قمع كامل لأي إحساس أو شعور. وقد أكد ريمان Reichman أن كلا من الإحساس بالوحدة النفسية والاكتئاب لا يمثلان متغيرين متماثلين على الرغم من أن هذين المتغيرين يشتركان في وجود نفس الأشكال السلوكية.

وقد فرق براج Bragg, 1979 بين الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب حيث يرى أن الاكتئاب يكون مصحوباً بالغضب، وعدم الرضا أو السخط، بينما تكون الوحدة

النفسية مصحوبة بضعف في العلاقات مع الأصدقاء. كما يرى كل من سكميت وكوردريك (١٩٨٥) أن هناك علاقة بين الشعور بالوحدة النفسية والاكْتئاب، ويتميز الاكْتئاب بأنه ميل عام للنظر للحياة بصورة سلبية، ويتشابه الاكْتئاب والشعور بالوحدة النفسية في أن مصاحباتهما قد تدور حول الحزن والتأثير السلبي، والقلق الاجتماعي، وعدم الرضا عن الحياة. وفي دراسة كل من سبير وباربارا (١٩٩٠) توصلنا إلى أن الشعور بالوحدة النفسية يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالاكْتئاب مع اختلاف الشعور بالوحدة النفسية عن الاكْتئاب اختلافاً يستحق الكشف عنه، كما أكدنا على أن الشعور المرضى بالوحدة النفسية يعد معاناة نفسية شديدة متفرعة الجذور الاجتماعية والانفعالية مثل اغتراب الذات ومستويات القلق المرتفعة ونقص المهارات الاجتماعية والحنين إلى الألفة والمودة وعدم الرضا عن الحياة بصفة عامة بالإضافة إلى ارتباطه بالانطواء الاجتماعي والاكْتئاب. ويؤكد كل من جاكسون وكواتشران (١٩٩١) أن الاكْتئاب النفسي يرتبط بالشعور بالوحدة النفسية الانفعالية وأن القلق يرتبط بالعزلة الاجتماعية، وكل من الشعور بالوحدة النفسية والاكْتئاب يتضمن انخفاضاً في تقدير الذات، وعدم القدرة على التكيف مع الآخرين، والميل إلى لوم وتحقير الذات.^(١٣)

الوحدة النفسية والاغتراب :

أكدت الدراسات على وجود عدد من خصائص الشخصية التي تبدو ذات علاقة بالإحساس بالوحدة النفسية وتتضمن هذه الخصائص الخوف من الحب وعدم القدرة على مبادأة العلاقات الودودة أو على مواصلة الانخراط في هذه العلاقات والوفاء بمتطلباتها والتزاماتها، وانخفاض تقدير الذات، وعندما تؤخذ هذه الخصائص معاً فهي تشير مجتمعة إلى وجود حالة من الاغتراب البيئشخصي Interpersonal alienation وهي تمثل في نفس الوقت سبباً للإحساس بالوحدة النفسية. وينظر البعض إلى الإحساس بالوحدة النفسية على أنه نمط من أنماط الاغتراب، بينما يرى آخرون أن الوحدة النفسية نوع من المشاعر الذاتية التي يمكن أن تستثار عن طريق الإحساس بالانعزال والانفصال عن التكامل الاجتماعي.^(١٤)

ويرتبط مصطلح الوحدة النفسية بمصطلح الاغتراب، فالاغتراب يدل على الوعي الذاتي المفقود أو الوعي الزائف أو القاصر عن التعرف على صفاته وخصائصه وأفعاله

الموجودة في العالم الخارجي، حيث تتحول أعمال الإنسان ونشاطاته الاجتماعية وكذلك قدراته وإمكانياته إلى أشياء مستقلة عنه مسيطرة عليه، وأن الإنسان يفقد الوعي بالعمليات النفسية الداخلية، كما يشعر أنه غريب عن نفسه وعن الآخرين. والاعتراب يتضمن الشعور بعدم الانتماء وعدم القدرة على منح الموضوع الولاء والحب. ولهذا فالاعتراب النفسي يعنى اضطراب العلاقة بين الإنسان والموضوع. كما يتضمن الشعور بالاعتراب عن الآخرين التباعد بين ذات الفرد وذوات الآخرين ونقص المودة والألفة مع الآخرين وندرة التعاطف والمشاركة، وضعف أو اصر المحبة والروابط الاجتماعية مع الآخرين.

الوحدة النفسية والعزلة الاجتماعية:

العزلة الاجتماعية تشير إلى افتقاد الفرد لعلاقات ذات مغزى أو دلالة مع أشخاص آخرين ذوي أهمية لديه، ويعتبر الشخص وحيداً عندما يعي أو يشعر بعزلته في وحدته، ويبدو مكتئباً أو مهموماً من جراء إحساسه بالوحدة، ويترتب على هذا الإحساس أن ينأى الفرد بنفسه أو يتباعد عن المجتمع، ويبدو بلا رفيق أو صديق ويشعر تبعاً لذلك كما لو كان مقفراً من الناحية النفسية والمعنوية.⁽⁶⁾

والعزلة هي حالة من العزل البيئي والابتعاد عن الآخرين، وقد يكون لدى الفرد وحدة نفسية أو لا يكون. أما الوحدة النفسية فهي حالة من الحزن أو وهن العزيمة Dejection مع وعى الشخص بكونه وحيداً، وتمثل حالة نفسية تنبثق عن إدراك الذات للتخلي أو الهجر.. ولا يشترط فيمن يعاني الوحدة النفسية أن يكون منعزلاً، فقد يعاني الوحدة النفسية وهو بين الآخرين.⁽¹⁷⁾

وترى دي يونج جيرفيلد (1990) DeJong-Gierveld أن العزلة الاجتماعية هي مدى ما يشعر به الفرد من وحدة، وانعزال عن الآخرين وابتعاد عنهم وتجنب لهم وانخفاض معدل تواصله معهم، واضطراب علاقته بهم، وقلة عدد معارفه، وعدم وجود أصدقاء مقربين له، ومن ثم ضعف شبكة العلاقات الاجتماعية التي ينتمى إليها. وتمثل العزلة الاجتماعية مظهراً من مظاهر السلوك الإنساني ذو تأثيرات خطيرة على شخصية الفرد وعلاقته بالآخرين حيث يشير إلى عدم قدرته على الانخراط في العلاقات الاجتماعية، أو على مواصلة الانخراط فيها، وعلى تفوقه أو تمركزه حول ذاته حيث تنفصل ذاته

في هذه الحالة عن ذوات الآخرين، مما يدل على عدم كفاية جاذبية شبكة العلاقات الاجتماعية للفرد من حيث عدم الارتباط بين أعضائها. كما تمثل العزلة الاجتماعية خبرة ضاغطة ترتبط بعدم إشباع الحاجة إلى الارتباط الوثيق بالآخرين والافتقار إلى التكامل الاجتماعي والذي يكون استجابة للقصور والعجز في التواصل مع الآخرين وإقامة العلاقات الحميمة معهم حيث تتسم العلاقات الاجتماعية في ظل العزلة بالسطحية مع شعور باليأس والنبذ، ويحس الفرد الذي يشعر بالعزلة أنه بعيد عن الآخرين، وأنهم لا يقبلون عليه ولا يشبعون له حاجاته الاجتماعية المختلفة، حيث يفشل في اجتذابهم نحوه بأي صورة كانت نظراً لوجود ضعف في التواصل وقصور في العلاقات الاجتماعية التي يمكن أن يقيّمها معهم.^(٨)

ويفرق دوك Duck, 1983 بين العزلة والشعور بالوحدة النفسية وتشير العزلة إلى مجرد انفصال الشخص فيزيقياً عن الأفراد الآخرين بينما يعرف الشعور بالوحدة النفسية في ضوء المشاعر الشخصية نحو تلك العزلة، وبهذا المعنى قد يعزل الشخص عن الآخرين ولكن لا يشعر في قرارة نفسه بالوحدة بينما قد تستثار مشاعر الوحدة بدون عزلة حقيقية، فالشعور بالوحدة موقوف في طبيعته ومقداره على افتقار الأصدقاء، أو النوعية الملائمة المتفقة مع مزاج الشخص، أو نقصان فرص الالتقاء بهم عن الفرد المرغوب فيه.^(٩)

الوحدة النفسية والخجل :

يعد الشعور بالوحدة النفسية من المتغيرات النفسية وثيقة الصلة بظاهرة الخجل، فهناك خصائص نفسية وسلوكية مشتركة بينهما، يتصدرها تجنب التفاعل والاحتكاك مع الآخرين، فضلاً عن انخفاض السلوك التوكيدي وتقدير الذات، ولا تنحصر هذه الخصائص المشتركة في الجوانب السلوكية ولكنها تتضمن أيضاً جوانب معرفية كالحيرة في كيفية التصرف نحو الآخرين، إلى جانب الشعور بالارتباك وضعف القدرة على الاسترخاء والشعور بعدم الجاذبية والأهمية.^(١٠)

كما أن الشعور بالوحدة النفسية والعزلة الاجتماعية يتضمن الانفصال والخجل والحذر والانسحاب وعدم القدرة على عقد علاقات وصدقات ناجحة مع الآخرين، وانخفاض التفاعل والمشاركة الناجحة معهم. كما أن الشعور بالوحدة النفسية يصحبه

الشعور بالخجل حيث يبتعد الأشخاص عن بعضهم البعض. وينسحبون من المجتمع مما يؤدي إلى الاعتراف بالهزيمة وقبول الحال كما هو، والعيش في حياة خالية من الحب.^(١٤)

وقد وجد بعض الباحثين أن هناك علاقة بين الخجل والوحدة النفسية الانفعالية، وأن القلق يرتبط بالعزلة الاجتماعية وأن كل من الشعور بالوحدة النفسية والخجل يتضمن عدم القدرة على التكيف مع الآخرين، والميل إلى لوم وتحقير الذات. حيث أن هناك تشابه بين مفهومي الخجل والوحدة النفسية، فكلاهما يشتمل على نوع من القصور الاجتماعي، ويبدو أن كل إنسان خجول اجتماعياً غالباً ما يتعرض للشعور بالوحدة النفسية، ويرى ميننجر Menninger أن الفرد الذي يشعر بالوحدة النفسية يشترك مع الفرد الخجول في أن شخصية كلا منهما تميل إلى الفشل في التكيف الاجتماعي، وعلى الرغم من وجود قدر من التداخل والارتباط بين الشعور بالوحدة النفسية والخجل فكثير من الباحثين ينبه لضرورة التمييز بينهما، فالشعور بالوحدة النفسية هو شعور ضاغط مؤلم لا يستطيع الفرد الخلاص منه وقتما يشاء بينما الخجل فهو خجل الفرد وبعده عن الآخرين بمحض إرادته وبسبب ظروف طارئة تمنعه من ممارسة حياته بشكل طبيعي نتيجة الخوف من النبذ أو عدم الرضا، فكلما أدرك الشخص أنه قد أخفق في مواقفه الاجتماعية ازداد خجلاً وحال بينه وبين التفاعل مع المؤثرات الاجتماعية. ويمكن تحويل الشخص الخجول إلى شخص طبيعي من خلال إحداث تغييرات موضوعية في واقعة أو من خلال التدخل بالبرامج الإرشادية.^(١٥)

تعقيب: بالنظر إلى مفهوم الوحدة النفسية في ضوء المحاور السابقة يتضح أن الشعور بالوحدة النفسية ظاهرة إنسانية شائعة في حياة الإنسان المعاصر، بسبب العديد من المتغيرات، سواء أكانت ذاتية داخلية أو بيئية اجتماعية، أو عوامل بدنية كالإعاقة، وتبين أن التعريفات التي تناولت الشعور بالوحدة النفسية كانت كثيرة ومتباينة فيما بينها، وتتطوي على اختلافات جوهرية وعميقة في الآراء بين الباحثين حول هذا المفهوم، وهذا مردود إلى تعدد أسبابه وأشكاله نتيجة تناوله من جوانب متعددة ومختلفة، ونظراً لاختلاف توجهات الباحثين، فيؤكد فريق على أن هناك علاقة بين الشعور بالوحدة النفسية والعلاقات الشخصية المتبادلة، وبعضهم يرى أن الشعور

بالوحدة النفسية يعود إلى الصراعات البينشخصية. ونحن ننظر إلى تعريف الوحدة النفسية في إطار الإعاقة السمعية على أنها خبرة شعورية غير سارة، يشعر من خلالها الفرد الأصم بافتقاد الحب والتقبل من جانب الأسرة، والحرمان من أهلية الانخراط في علاقات اجتماعية مثمرة مع جماعة الأقران التي يجد نفسه من خلالها، والقصور في المهارات اللازمة، والتي قد تنتهي إلى اضطرابات وصراعات نفسية من جراء الإعاقة السمعية.^(١٢)

الوحدة النفسية لدى المعاقين سمعياً :

الشعور بالوحدة النفسية يعنى ابتعاد الطفل عن زملائه والانزواء عنهم وعدم التفاعل معهم بسبب شعوره بافتقاد الصديق والرفيق. ويرى "محمد بيومي" أن الأطفال الذين يفقدون إلى أصدقاء غير محبوبين من أقرانهم أكثر إظهاراً للشعور بالوحدة عن زملائهم المحبوبين، فالأطفال الذين يشعرون بالوحدة أطفال في حاجة إلى أصدقاء يشعرون معهم بالانسجام والتوافق ويشاركونهم اهتماماتهم وميولهم وأفكارهم ويشعرون نحوهم بالمودة والألفة والمحبة، وكما أن الأطفال غير المحبوبين في فصولهم هم أيضاً غير محبوبين في الفصول الأخرى، وإذا لم يكن لهم أصدقاء في فصولهم فمن البديهي ألا يكون لهم أصدقاء في فصول أخرى، وإذا كانوا مرفوضين في فصولهم فالأكثر احتمالاً أن يكونوا مرفوضين عندما يوضعون في فصل جديد. بينما من المحتمل أن الأطفال المفضلين والمحبوبين من زملائهم في فصولهم يكونون محبوبين أيضاً في الفصول الأخرى.^(١٣) وهناك شبه اتفاق على أن الشعور بالوحدة النفسية يمثل إدراكاً ذاتياً للفرد يشعره بوجود نقائص في علاقاته الاجتماعية، فقد تكون هذه النقائص كمية حيث لا يوجد إلا عدد قليل من الأصدقاء، أو نوعية كنقص مستوى المحبة والألفة مع الآخرين، فهي تأتي نتيجة لنقص المهارات الاجتماعية، والصعوبات التي يلاقونها في علاقاتهم بالأقران، وفي تأسيس صداقات جديدة. ولأن الأطفال الصم يفقدون أهم وسيلة للتواصل وهي السمع والكلام، فهو صامت والجميع حوله يتكلمون وهو بين الناس وليس معهم، لذلك فالأطفال الصم لديهم صعوبات في التواصل مع الآخرين وفي نمو العلاقات الاجتماعية، وأنهم أكثر نبذاً وإهمالاً من أقرانهم وذلك بسبب لهم مشاعر الوحدة النفسية.^(١٤) ويبدو أن الطلاب الصم لديهم خبرة

شديدة مع الوحدة النفسية، وهي حالة انفعالية غير سارة، ويغلب عليهم الخجل وضعف المشاركة في الأنشطة داخل الفصل، وتدنى في التفاعل في المواقف الاجتماعية مع الآخرين. وعندما تكون الوحدة مزمنة ويصحبها نتائج انفعالية خطيرة فإن ذلك يتطلب التدخل إذ أنها تؤثر على التوافق النفسي للأطفال الصم، علاوة على وجود مشكلات في نمو علاقاتهم مع الأقران، وصعوبة في تكوين صداقات. كما ينتج عنها مشكلات في البلوغ تتمثل في تدنى تقدير الذات، وزيادة في مستوى القلق والاكتئاب، والسلوكيات الانحرافية، مما يتطلب إعداد برامج تدخل لتخفيف حدة الوحدة النفسية لديهم.^(١٩) كما توصل بعض الباحثين إلى أن المراهقين المعوقين سمعياً أكثر معاناة للوحدة النفسية عن المراهقين العاديين، كما وجد أن الدمج يساهم بشكل دال في تقليل خبرة الطلاب مع الوحدة النفسية، مع أن قياسها والمعتمد على التقرير الذاتي لا يكشف عن حقيقة وواقعية خبرة الوحدة النفسية، حيث أن المراهقين لا يفصحون عن مستواها بشكل كامل.

ومن خلال العلاقة بين جودة الصداقة والوحدة النفسية، تبين أن جودة الصداقة أكثر حماية من الوحدة النفسية عن عدد الأصدقاء، وقد وجدت علاقة سالبة بين الصداقة والوحدة النفسية، وتلك النتائج تتفق مع التراث الذي أظهر أن الصداقات عامة وجودة الصداقة خاصة تساهم في تحسين مستوى التوافق وخفض مستوى الوحدة النفسية.^(١٨)

وهناك علاقة سلبية بين الوحدة النفسية والصداقة، فكلما ارتفع مستوى الوحدة النفسية انخفض مستوى الصداقة، ويؤيد ذلك وجود علاقة ارتباطية سالبة بين الوحدة النفسية وشبكة العلاقات الاجتماعية حيث أن الأفراد الذين يرتبطون بصداقات كثيرة كانوا أقل شعوراً بالوحدة النفسية، وأن الأفراد الذين يشعرون بالوحدة النفسية يتسمون بنقص عدد الأصدقاء ويشعرون بالقلق في المواقف الاجتماعية ونقص الفاعلية في التأثير على الآخرين .

ويلاحظ أن الوحدة النفسية تعرقل قيام الصداقات بين المعوقين سمعياً، إذ أنهم أكثر عرضة لمشاعر الوحدة النفسية عن أقرانهم من العاديين، وفقاً لسببين أساسيين: السبب الأول أن العديد من الطلاب المعوقين سمعياً لديهم صعوبات في تنمية العلاقات

الاجتماعية، مما ينتج عنه انخفاض التقبل من قبل جماعة الأقران، كما أن العديد من الطلاب الصم ليس لديهم القدرة على التعبير عن أنفسهم بشكل مناسب في المواقف الاجتماعية. والسبب الثاني يعتمد على أسلوب التربية، حيث أن التربويين لا يقدمون للطلاب المعوقين ما يتناسب من اهتمام للمشاركة في المواقف التربوية والأنشطة اللاصفية في المدرسة، يدعم ذلك أسلوب التسكين التربوي ممثلاً في العزل Segregation والذي يعتبر مقيداً للطلاب الصم في تكوين الصداقات خارج المؤسسة التربوية، خصوصاً مع أقرانهم من العاديين، ولذا تظل الصداقات في إطار ضيق داخل المدرسة ومع نفس أقرانهم من الصم تقريباً.⁽¹⁾

ومن مظاهر الوحدة النفسية لدى الطفل الأصم، أنه يميل بسبب عاهته الحسية إلى أن ينسحب من المجتمع ولذلك فهو غير ناجح اجتماعياً بدرجة كافية، وأنه يعاني من سوء التكيف الاجتماعي وضعف النضج الاجتماعي وذلك بسبب عجزه عن التفاعل مع المجتمع، لأن التفاعل الذي يتم بين الأفراد الصم وأفراد المجتمع الآخرين يؤدي حتماً إلى نضجهم اجتماعياً وأن المعاقين سمعياً لا يتفاعلون مع الآخرين ومن ثم يفرض عليهم عزلة اجتماعية.

كما أن الأطفال المعاقين سمعياً أظهروا عجزاً واضحاً في قدرتهم على تحمل المسؤولية، إلى جانب عدم الثقة، وأكثر هذه المخاوف ظهوراً هي الخوف من المستقبل وعدم القدرة على تكوين صداقات في الصغر مما يزيد من مشاعر الوحدة النفسية. ويتأثر كل طفل أصم باختلاف ظروف البيئة والنمو والتشئة الاجتماعية له، كما يتأثر بدرجة إصابته بالإعاقة السمعية، إنما يختلف في النواحي النفسية والانفعالية والاجتماعية فنتيجة لعدم قدرة الأصم مشاركة الآخرين وسائل اتصالاتهم المختلفة والتي تعتمد في الأساس على القدرة على السمع وتمييز الأصوات والكلام، فهو غالباً ما ينعزل عن الجماعة وهو ما يبعده عن اكتساب الخبرات الاجتماعية بصورة سليمة وهو ما يؤدي إلى تكوين شخصية منطوية غير ناجحة انفعالياً واجتماعياً، ويزيد من ذلك إحساس الطفل الأصم بالنقص والقصور والدونية والعجز وعدم الثقة، الأمر الذي يؤثر على توافقه الشخصي والاجتماعي.

والتلميذ الأصم في حالة توتر مستمر عندما يكون مع الناس، لذا يفضل الانزواء النفسي والعيش في عزلة، فهو يتسم بالعجز عن إقامة علاقات اجتماعية سليمة مع أقرانه. والأطفال المعاقين سمعياً يشعرون خلال طفولتهم بالدونية والشك ونقص الثقة وسوء التوافق الانفعالي، والضبط الذاتي، والشعور بنقص الكفاءة، ويتوقع مواجهة مواقف إحباط جديدة لم يسبق مواجهتها نتيجة لفقد السمع، مما يثير لديه القلق والاضطراب الانفعالي والذي يؤدي إلى العزلة والعجز والاعترا ب وشعوره بالوحدة والوحدة النفسية لدى المعاقين سمعياً تتراوح بين الانزواء، الانعزال، وعدم تكوين صداقات والإحساس بالدونية والنقص، وعدم الثقة بالنفس، وضعف النضج الاجتماعي وضعف تكوين علاقات اجتماعية، عدم تكوين صورة جيدة عن الذات، وافتقاره للعديد من المهارات الاجتماعية، وكل هذا يؤدي إلى الشعور بالوحدة النفسية الحادة.

ويرى البعض أن أشكال الوحدة النفسية لدى الأطفال الصم تشمل:

الوحدة المادية: ويشعر بها المعاق سمعياً عندما يفتقر لوجود الأشخاص من حوله.

دائرة الملل والوحدة: ويشعر بها المعاق سمعياً عندما لا يجد شيئاً يفعله مع عدم وجود أي رغبة لديه لعمل أي شيء.

الوحدة الانفعالية: ويشعر بها المعاق سمعياً عندما يهمل من قبل الآخرين .

الوحدة الاجتماعية: ويشعر بها المعاق سمعياً عندما يوجد في وسط مجموعة من

الأشخاص الغرباء عنة.

الوحدة الغاضبة: ويشعر بها المعاق سمعياً عندما يمنع من عمل شيء يرغبه .

وقد ذكر "عادل الهجين" (٢٠٠٤) أن الدراسات حول مشاعر الوحدة قليلة لدى الأطفال عموماً، والأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة على وجه الخصوص، رغم أن هناك أهمية كبيرة لدراسة مشكلات الوحدة لدى هذا النوع الخاص من الأطفال، فالوحدة نتيجة عجز في المهارات الاجتماعية، وتبدو لدى الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة صعوبات في علاقاتهم الاجتماعية مع أقرانهم وفي تأسيس الصداقات الجديدة خصوصاً لدى الصم. فالأطفال الصم لديهم صعوبات في التواصل مع الآخرين وفي تطوير العلاقات، وهم قد يكونون أكثر عرضة للرفض والإهمال من قبل الأقران، وهذا يسبب مشاعر الوحدة. هذا وقد أشار بايبلو وبيرلمان Peplau و (Perlman 1982) أن

الوحدة النفسية تجربة شخصية، على أية حال هذه التجربة الشخصية للوحدة لدى الصم ربما تكون مختلفة عن الوحدة السمعية لدى العاديين. وبالرغم من زيادة الانتباه المباشر والحديث من قبل علماء الاجتماع وعلماء النفس نحو تجربة الوحدة، فإن الدراسات التجريبية التي تناولت هذه المشكلة الهامة لدى الصم كانت قليلة جداً.

فقد قام ميرفي ونيولون (١٩٨٧) بدراسة تجربة الوحدة النفسية لدى الطلاب الصم، وأشارت النتائج إلى أن الطلاب الصم كانوا أكثر وحدة من الطلاب عاديي السمع، ولا توجد فروق بين متوسطات درجات الوحدة النفسية لدى الطلاب الصم وضعاف السمع. النتائج أيضاً وجدت أن الرضا عن علاقات الوالدين والأقران، واستخدام لغة الإشارة، التوافق مع الإعاقة، وتدعيم الكلام لدى ضعاف السمع، كانت مرتبطة عكسياً بالوحدة النفسية لديهم.

بينما قام Backenroth, 1993 بدراسة هدفت إلى وصف طبيعة الوحدة في مجتمع الصم على عينة من الأشخاص الصم، ومن خلال المقابلات مع الأشخاص الصم أظهرت نتائج هذه الدراسة أشارت أن ٩٥ ٪ الأشخاص الصم اختار أشخاص صم لكي يكونوا أصدقائهم، ومن ٥٪ إلى ١٠٪ من الصم يواجه الوحدة في مجتمع الصم، إضافة إلى ذلك الأفراد الصم عندهم قدرات عالية في كلاً من الإدراك لمشاعر الوحدة والتعبير عنها، واقترح تحليل النتائج أن الوحدة في مجتمع الصم يمكن أن تُسبب إلى ثلاثة عوامل: التفاعل الأسرى، التفاعل مع الأقران، وعوامل موقفية.^(١٧)

ومما سبق يتضح أن الإعاقة السمعية ينتج عنها إحباطات وشعور بالوحدة تتولد من الإحساس بالعزلة، مما يكثف حالة القلق والاكتئاب لدى الأصم، حيث أن تفسيرات الأصم لنظرات الآخرين من العاديين تحمل أبعاداً غير مألوفة، فهي إما عالية جداً، أي مبالغ فيها من الإيجابية، أو منخفضة جداً نتيجة الانطواء والعزلة والاكتئاب المتولد عن عدم نجاحهم في فهم الآخرين بسهولة، وبالتالي يتقهقر نموهم الانفعالي عن المعتاد، وتختلف سمات شخصياتهم عن العاديين فتزداد لديهم مساحة الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب.

إن المراهقين المعوقين سمعياً أكثر معاناة للوحدة النفسية عن المراهقين العاديين، كما وجد أن الدمج يساهم بشكل دال في تقليل خبرة الطلاب مع الوحدة النفسية، مع أن

قياسها والمعتمد على التقرير الذاتي لا يكشف عن حقيقة وواقعية خبرة الوحدة النفسية، حيث أن المراهقين لا يفصحون عن مستواها بشكل كامل. ومن خلال العلاقة بين جودة الصداقة والوحدة النفسية، تبين أن جودة الصداقة أكثر حماية من الوحدة النفسية عن عدد الأصدقاء، وقد وجدت علاقة سالبة بين الصداقة والوحدة النفسية، وذلك اتفاقاً مع التراث الذي أظهر أن الصداقات عامة وجودة الصداقة خاصة تساهم في تحسين التوافق وخفض مستوى الوحدة النفسية (Kerver, Mitchell, 2002: 108).

وتعرقل الوحدة النفسية تشكيل الصداقات بين المعوقين سمعياً، إذ أنهم أكثر عرضة لمشاعر الوحدة النفسية عن أقرانهم من العاديين، وفقاً لسببين أساسيين: السبب الأول أن العديد من الطلاب المعوقين سمعياً لديهم صعوبات في تنمية العلاقات الاجتماعية، مما ينتج عنها انخفاض التقبل من قبل جماعة الأقران، كما أن العديد من الطلاب الصم ليس لديهم القدرة على التعبير عن أنفسهم بشكل مناسب في المواقف الاجتماعية. والسبب الثاني يعتمد على أسلوب التربية، حيث أن التربويين لا يقدمون للطلاب المعوقين ما يتناسب من اهتمام للمشاركة في المواقف التربوية والأنشطة اللاصفية في المدرسة، يدعم ذلك أسلوب التسكين التربوي ممثلاً في العزل Segregation والذي يعتبر مقيداً للطلاب الصم في تكوين الصداقات خارج المؤسسة التربوية، خصوصاً مع أقرانهم من العاديين، وذا تظل الصداقات في إطار ضيق داخل المدرسة ومع نفس أقرانهم من الصم تقريباً (خالد البلاح، ٢٠٠٨: ٤٦).

وقام مورفي ونيوتون (١٩٨٧) بدراسة لبحث ما إذا كانت مشكلات دمج المعاقين سمعياً أو وحدتهم النفسية تؤدي إلى اختلاف أنماط حياتهم وقد افترض الباحثان أن الطلاب المعاقين سمعياً أكثر وحدة من أقرانهم العاديين الطلاب ضعاف السمع أكثر وحدة من الصم، الإناث المعوقات سمعياً أكثر وحدة نفسية من أقرانهم الذكور، الرضا عن علاقات الأقران يرتبط عكسياً بالوحدة النفسية لدى الطلاب المعوقين سمعياً وكذلك التوافق النفسي، الانسجام مع التحدث مرتبط عكسياً بالوحدة النفسية لدى ضعاف السمع، الانسجام مع لغة الإشارة يرتبط عكسياً مع الوحدة النفسية لدى من يرون أنفسهم صماً. والتلميذ الأصم في حالة توتر مستمر عندما يكون مع الناس، لذا يفضل الانزواء النفسي والعيش في عزلة، فهو يتسم بالعجز عن إقامة علاقات اجتماعية فعالة مع أقرانه.

والأطفال المعاقين سمعياً يشعرون خلال طفولتهم بالدونية والشك ونقص الثقة وسوء التوافق الانفعالي، والضبط الذاتي، والشعور بنقص الكفاءة، ويتوقع مواجهة مواقف إحباط جديدة لم يسبق مواجهتها نتيجة لفقد السمع، مما يثير لديه القلق والاضطراب الانفعالي والذي يؤدي إلى العزلة والعجز والاعترا ب وشعوره بالوحدة النفسية (Murphy&Newton,1987:23). وتشيع الوحدة النفسية لدى الصم وضعاف السمع والذين يغلب عليهم ضعف القدرة على فهم الحديث ممن يحيطون بهم، بما يزيد الإحساس بضعف الانتماء وربما زيادة الشعور بالوحدة النفسية. وقد ذكر "ليجه وستسون" (1991) أن معوقات التواصل والتفاعل الاجتماعي التي يتعرض لها الصم وضعاف السمع تؤدي إلى زيادة مشاعر الوحدة النفسية والعزلة الاجتماعية. كما تشيع الوحدة النفسية بدرجة عالية لدى المعوقين سمعياً في مرحلة المراهقة نظراً لأنها مرحلة تشكيل الهوية، ولأن المراهقين الصم وضعاف السمع يواجهون صعوبات خاصة في تلك المرحلة بسبب مشكلات التواصل التي تقيد المودة Intimacy والتبادلية والتي تزيد من الشعور بالوحدة النفسية والعزلة الاجتماعية (Jill,Friedman,2008:47-48).

العوامل المساهمة في شيوع الوحدة النفسية لدى الصم

يعرض شابمان جوناثان (Chapman, Jonathan 2006: 29-36) لبعض العوامل المساهمة في شيوع الوحدة النفسية لدى الصم وضعاف السمع فيما يلي:

(1) العزلة الاجتماعية:

يؤثر فقدان السمع بشكل كبير على النمو النفسي والاجتماعي، وأحد هذه التوابع والنتائج الواضحة هي العزلة الاجتماعية حتى داخل الأسرة والأقران، فالعزلة تؤدي إلى الشعور بالوحدة، كما أنها تساهم في إضعاف الإحساس بالذات، ضعف مهارات التواصل، ضعف تطور المهارات الاجتماعية، والشعور بنقص القيمة لدى المراهقين الصم بين الأسرة والأقران. كما أن خبرة الوحدة غالباً تحدث من العزلة، والأفراد الصم وضعاف السمع الذين يفتقدون الرابطة مع الآخرين، يعانون من مشكلات مثل: ضعف المودة والصدقات، والتفاعلات التي يمكن أن تنتج عن مشاعرهم بفقد الأمن، وزيادة القلق. كما أن المراهقون غالباً يخبرون اضطراب الوحدة، والصراعات الاجتماعية، التأثير الزائد للفقدان السمع يزداد من حدة العزلة

الاجتماعية. وقد أشارت نتائج بعض الدراسات أن الصم لوالدين صم كانوا أعلى في درجات تقدير الذات عن أقرانهم الصم لوالدين عاديين، وقد يرجع ذلك إلى نمط التواصل المستخدم في الأسرة.

(٢) السياق التعليمي

بعض الصم يدرسون في معاهد داخلية للصم وليسوا في برامج الدمج في المدارس العامة، العبارة الشائعة لمزايا المدارس الداخلية عن الدمج والمدارس العامة هي: تحسين التعلم الاجتماعي. فبدلاً من مواجهة عوائق التواصل في الفصول العامة، فإن التلاميذ الصم يشاركون أقرانهم نفس اللغة وتتوافر لهم فرص نمو تقدير الذات، المهارات الاجتماعية مثل: القيادة، والاندماج والمشاركة في الأنشطة، وإثراء التعلم الذي ينتج من التواصل الودودة، وأن الصم في المدارس الداخلية مازالوا يخبرون العزلة ومشاعر قوية للوحدة النفسية، والبعض من الصم وجدوا أنفسهم مغتربون Alienated عن أسرهم الذين يعجزون عن التواصل معهم بطلاقة. ويرى سكييتس (Scheetss 2001) أن التوقعات في المدارس الداخلية أيضاً تعزز تأثيرات العزلة والوحدة خارج مجتمع الصم. والأفراد الملتحقين بالمدارس الداخلية غالباً يتوقعون خبرة الوحدة النفسية لأنها تبعدهم عن البيئة المنزلية، بينما يرى آخرون أن الصم في المدارس الداخلية أقل شعوراً بالوحدة النفسية نظراً لقدرتهم على النجاح الاجتماعي والتواصل من خلال لغة الإشارة وأنماط التواصل المشتركة.

(٣) نظام الدمج Mainstream setting

يوجد أنماط متعددة للدمج، وبغض النظر عن نمو الدمج فقد أظهر الطلاب الصم وضعاف السمع وحدة نفسية أكثر من أقرانهم العاديين، الطلاب المدمجون يواجهون مشكلاتهم الاجتماعية بتخطي عقبات التواصل بالتفاهم حول أقرانهم من الصم بشكل منتظم. هؤلاء الطلاب يخبرون العزلة بشكل مختلف، على سبيل المثال، إحدى الطالبات وجدت نفسها أكثر عنفاً ونبذاً، بعض الطلاب وجدوا أنفسهم ليسوا مدمجين مع أقرانهم من العاديين بل وجدوا أنفسهم خارج نطاق المودة الاجتماعية مثل مناسبات ما بعد اليوم الدراسي، وكانوا جزءاً من مجتمع منفصل، وبالتالي وجدوا أنفسهم أكثر شعوراً بالوحدة وأكثر شعوراً باضطراب الهوية، والوقوع في حيرة هل أنا

أصم أم عادي بالإضافة إلى مشاعر الاغتراب التي أشعرتهم بالاختلاف بينهم وبين العاديين. نقص الترابط بين الطلاب ضعاف السمع مقارنة بالطلاب الصم في المدارس الداخلية يُظهر مستوى مرتفع من العزلة، وأن العديد من الطلاب الصم لديهم مستوى متدني من التواصل مع والديهم أو أقرانهم العاديين، وقرر معلمهم أنهم بمثابة مصادر مساندة إيجابية لهم، ومع ذلك لديهم خبرة عالية مع الوحدة النفسية بغض النظر عن خبراتهم التربوية، حتى الصم المدمجين يميلون إلى الشعور بها بدرجة عالية أكثر من أقرانهم في المدارس الداخلية.

(٤) طبيعة مرحلة البلوغ:

إن تأثيرات العزلة والوحدة النفسية في مرحلة البلوغ والمؤثرة على الصم وضعاف السمع لا تقتصر على المستوى الشخصي، بل تمتد للمستوى الاجتماعي فمثلاً في أماكن العمل فإن معوقات التواصل ينتج عنها مشكلات اجتماعية وتؤثر على كفاءة أداء الأفراد. إضافة إلى أن سوء التوافق النفسي ينتج عن العزلة ومعوقات التواصل تبدوا واضحة في الطفولة. إن الصم وضعاف السمع يعانون مشكلات اجتماعية في مراحل الطفولة والمراهقة وتستمر أنماط سوء التوافق حتى البلوغ، وتشير دراسات الصم وضعاف السمع في مرحلة المراهقة إلى تأثير الخبرات الاجتماعية وخصوصاً الوحدة النفسية في فترة المراهقة.

الوحدة النفسية والتواصل لدى الصم :

أشارت البحوث السابقة بأن الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة أكثر عرضة لمشاعر الوحدة عن الأطفال العاديين، وأغلب الدراسات السابقة نسبت مشكلة الوحدة لدى الصم إلى صعوبات التواصل والواقع أن مشكلة الوحدة النفسية لدى ذوي الاحتياجات الخاصة تحتاج إلى مزيد من الاهتمام خصوصاً لدى الصم. وأشار بعض الباحثين أن أغلب المراهقين الصم تقريباً لديهم درجات من العزلة عن الأقران أو الأسرة أو كلاهما. وذلك أن صعوبات التواصل كانت السبب المباشر هذه العزلة.^(١٧)

ومن الأمور الواضحة في مجال الإعاقة السمعية أن مستوى القراءة والكتابة يساوي مستوى الصف الثالث إلى الرابع الابتدائي أو أكثر قليلاً، وإذا تزايد المستوى مع مرور

العمر فإن المستوى يظل واضح التدني مقارنة بالطلاب العاديين وارتباطاً بذلك أشارت دراسة حديثة قام بها اتحاد الصم في كندا عام ٢٠٠١ أن نقص المهارات الأساسية في القراءة والكتابة يساهم في زيادة العزلة الاجتماعية لدى الصم والمشكلات السلبيه المترتبة عليها ومنها الوحدة النفسية .

وهناك عوامل مساهمة في حدوث العزلة والوحدة النفسية لدى الصم منها نمط أو الوضع التعليمي من حيث الدمج أو نمط العزل، نقص عدد المترجمين للغة الإشارة، نقص عدد الأصدقاء. وقد يساهم نمط التواصل في زيادة مشاعر العزلة فمثلاً الأقران الذين يتحدثون بسهولة وبلا متاعب يشعر الأصم أو ضعيف السمع بينهم بالضيق ومشاعر الحزن لأنه خارج نطاق المجموعة من حيث التفاعل والتجاوب معهم وليست لديه القدرة على كسبهم كأصدقاء مما يعمق لديه مشاعر الوحدة لنفسية. وقد يؤثر نمط الإقامة الداخلي-الخارجي على حدوث مشاعر الوحدة لدى الصم حيث تشيع مشاعر الوحدة لدى ذوي الدمج التربوي بسبب اختلاف أنماط التواصل مع الأقران العاديين، وأيضاً لذلك التقبل الأسرى للإعاقة، نمط التواصل داخل الأسرة، الاندماج في المجتمع، مدى سهولة أو تعقيد العلاقات مع الآخرين، ولا نتجاهل طبيعة التكوين الشخصي ومدى الاستعداد للإصابة بمشاعر الوحدة النفسية بسبب بعض سمات الشخصية حيث يمكن أن يتصف الفرد بأنه خجول وسلبى وغير أليف أو أنه أقل تعاطفاً ومشاركة واستجابة لحاجات ومشاعر الآخرين ، أو أنه أكثر قلقاً مما يجعله غير جذاب كصديق للآخرين.

كيف نخفف من الشعور بالوحدة النفسية :

إن الحد من الشعور بالوحدة النفسية يتطلب أن يكون الفرد على وعى تام بالأسباب الحقيقية وراء شعوره بالوحدة النفسية، وهنا يبرز دور النضج الشخصي والاجتماعي الصحيح للفرد والذي يتمثل في التوازن بين إشباع حاجات الفرد في إقامة علاقات مع الغير من ناحية وتكوين قاعدة آمنة للشعور بالرضا عن الذات من ناحية أخرى، وهذا يتطلب أن يتخذ الفرد عدة خطوات للحد من الشعور الوحدة النفسية منها:

— التعامل مع تجربة الوحدة النفسية باعتبارها خبرة شعورية تهدف إلى الوصول لمرحلة من النضج النفسي.

- إن الاختلاء بالذات بمقدوره الإسهام في معرفة الفرد لذاته، وهو الأمر الذي قد يزيد من قدرته على تكوين علاقات حميمة مع الآخرين.
- البحث عن الأسباب المؤدية للوحدة النفسية، بدلاً من إلقاء اللوم على الذات.
- تكوين مواقف حسنة مع الآخرين.
- الاهتمام بإثراء الصداقات مع الأقران.

ويجب التوافق مع الوحدة النفسية حيث ترى إيمي روكاتش (1988) Rokach أنه حتى يستطيع الفرد الذي يعاني من تجربة الوحدة النفسية أن يمارس حياته بشكل أفضل، عليه أن يتوافق مع الوحدة النفسية وأن يحاول تحويل الجوانب السلبية لها إلى جوانب إيجابية وهذا يتطلب المرور بعدة مراحل هي:

أ) التوافق والتكيف مع الوحدة النفسية : وهذا يتطلب اتخاذ قراراً بالتصدي لها بشجاعة عن طريق مزاوله الأنشطة المختلفة مثل: إنجاز الأعمال والمهام اليومية ومنها الذهاب للعمل أو للمدرسة أو الاعتناء بالأطفال في المنزل، أو البحث عن عمل إضافي يملأ الفراغ، كما أن مزاوله الأنشطة في أوقات الفراغ مثل المشي لفترات طويلة، وقراءة الكتب، وكتابة المذكرات.. وغيرها .

ب) العزلة التأملية: تعد العزلة التأملية واحدة من أهم العوامل التي تسهم في نجاح التوافق مع الشعور بالوحدة النفسية، فبينما تعتبر الوحدة النفسية تجربة شعورية مؤلمة، نجد أن العزلة تعبر عن تجربة مختلفة تماماً ، حيث أن انفراد المرء بذاته في حالة العزلة يتيح له فرصة للهدوء واستعادة النشاط ، فتتيح هذه العزلة للفرد الفرصة لاستيعاب ما يتلقاه من معلومات من المحيط الخارجي، ويعكس الوحدة الشعورية، غالباً ما يشار إلى العزلة باعتبارها تجربة إيجابية من ثمارها تجديد الطاقة والموارد، وإعطاء الفرد حيزاً من التفكير والتأمل والإبداع، أو حتى لمجرد الاستمتاع بالراحة ويندرج تحت هذا العامل "العزلة التأملية" ثلاثة بنود هي:

1. تحويل الإحساس بالوحدة النفسية إلى مجرد عزلة : تستلزم إعادة تشكيل الوحدة الشعورية إلى مجرد عزلة، التغيير الواعي للمفاهيم والمدرجات الخاصة بموقف بعينه، وبالطبع يؤثر مثل هذا التغيير في الحالة الشعورية للفرد، ومن ثم

يسهم في التخفيف من حدة الشعور بالوحدة النفسية إن لم يكن للتخلص منها تماماً.

٢. الإحساس بالطمأنينة والنظر إلى الحياة نظرة إيجابية : إن تجربة الوحدة النفسية تعمل على صقل الشخصية التي تتوافق معها وتخرج منها أقوى مما كانت، فتعمل على تكوين مواقف إيجابية إزاء ما يصادف الفرد من تجارب، فيصبح أكثر تفاؤلاً وأملاً، ويعمل ذلك على زيادة إحساس الفرد بالثقة في قدراته على العيش والحياة .

٣. تكوين علاقة حميمة مع الذات: من خلال التعرف على الذات والقدرات الذاتية الكامنة ، وبخاصة التعرف على الذات من جديد وإسبار أغوار الروح والنفس البشرية، إذ أن الوحدة النفسية تجربة شعورية بارزة يتواصل فيها الفرد مع ذاته، ومن خلال هذا التواصل يستطيع أن يستكشف حقيقة وجوده وحياته وأهدافه والمغزى من وجوده ، وطبيعة علاقاته بالآخرين، أي أنه من خلال هذه التجربة يصل به إلى إدراك ذاته والآخرين بشكل أكثر وضوحاً.

(ج) إعادة تشكيل الذات: ويتم ذلك من خلال تقييم الفرد لذاته، وتقييم المواقف ولعمل التغييرات الضرورية في أسلوب حياته وسلوكه، حيث يترتب على التغييرات الذاتية تغييرات أخرى في الإدراك والسمات، بما في ذلك تحديد الأهداف في الحياة، وانتهاء مرحلة الصراع الداخلي، واكتساب مزيد من الثقة بالنفس، لذا فإن الرغبة في التغيير والإصرار عليه في غاية الأهمية في هذه المرحلة. وتأكيد قيمة النزعة الدينية حيث اعتبر الكثير من الأفراد الذين يرون بهذه التجربة أن الإيمان هو المصدر الذي يستمدون منه القوة والسلام الداخلي مع النفس .

(د) التواصل مع الغير: اعتبر ويس Weiss الوحدة النفسية تجربة شعورية مؤلمة للغاية تبدأ من عدم إشباع الحاجة لتكوين علاقات حميمة مع الآخرين ، ويكن تحقيق ذلك من خلال الاهتمام بالآخرين والتواصل وتكوين العلاقات الحميمة عن طريق إعادة بناء شبكة اجتماعية وعلاقات حميمة فعالة مع الآخرين كي تحل محل العلاقات المحبطة سابقاً.

ويتعاضم دور الأسرة في التغلب على الشعور بالوحدة حيث يمكن للأسرة أن تلعب دوراً مباشراً في الحد من الشعور بالوحدة من خلال إتاحة الفرصة للتفاعل الاجتماعي ، وقد تشجع الأسرة من يشعر بالوحدة من أفرادها على تنمية علاقاته مع الغير للتوصل إلى الشعور بالانتماء ولتكوين مصادر جديدة للدعم الاجتماعي ، ومن أمثلة أنشطة التواصل الاجتماعي تبادل الزيارات ، والنقاشات المتبادلة والاتصالات الهاتفية وغيرها.^(١)

جودة الحياة كدالة للصحة النفسية لدى الصم:

من المعروف أن الإعاقة السمعية لها تأثيرات على مختلف جوانب شخصية الفرد ، لأن هذا الطفل يصبح معزولاً عن العالم الخارجي مما يجعله يعاني من بعض المشكلات النفسية التي تتعلق بتدني مهارات التواصل والعزلة والانطواء والتمركز حول الذات ، ومن ثم فإن جودة الحياة النفسية بأبعادها المختلفة لدى الأصم تساعده في التغلب على خفض حدة هذه المشكلات.

مفهوم جودة الحياة لدى المعاقين يعتبر من المهام الصعبة ، فالمفهوم من الصعب تحديده ، حيث يرى هامبتون Hampton (١٩٩٩) أن جودة الحياة يجب أن تحدد من وجهة نظر المعاقين ، فهم أكثر من يدركون أهمية العجز ، كما أن "الرضا عن الحياة" هو العامل الأساسي في إدراك الفرد لجودة الحياة. (Hampton,1999:42) وفي هذا السياق فإن جودة الحياة لدى المعاقين بصفة عامة "مفهوم يعكس إلى أي مدى يرى الطفل المعاق مجالات حياته جيدة ليعيش إحساساً بالرضا والتوافق النفسي والاجتماعي والفاعلية النشطة في مواقف ومجالات الحياة المختلفة في ضوء أهدافه وتوقعاته واهتماماته وطموحاته" (صلاح الدين عراقي ، ٢٠٠٦ : ٢٢٢).

لذا يمكن القول بأن مصطلح جودة الحياة مصطلح واسع يؤثر في الصحة الجسمية للفرد والحالة النفسية والعلاقات الأسرية الاجتماعية ، ويمكن تعريف جودة الحياة عند الأطفال الصم "بأن يعيش الفرد المعاق في حالة جيدة متمتعاً بصحة بدنية ونفسية على درجة من القبول والرضا ، راضياً عن حياته الأسرية ، ذا كفاءة ذاتية واجتماعية عالية في ظل ظروفه وإمكاناته".

وقد بين شالوك Shalok,2004 أن تحسين جودة الحياة لدى المعاقين هدف واقعي يمكن تحقيقه لكافة الأفراد المعاقين ، وهذا ما يؤدي إلى التغلب على العقبات التي

تواجههم، كما أن خفض بعض التناقضات بين الفرد وبيئته ويعمل على تحسين جودة الحياة لديهم.

ولقد أوضحت العديد من الدراسات التي أجريت على المعاقين سعيًا من فئات عمرية مختلفة أنهم يعانون من انخفاض جودة الحياة لديهم نتيجة معاناتهم من مشكلات نفسية واجتماعية تؤثر على جودة حياتهم بشكل مباشر تأثيراً سالباً ومنها دراسة ماجيلفي (1985) Magilvy التي أوضحت أن الأفراد المصابين بالصمم كان لديهم إدراك منخفض لجودة الحياة، ودراسة مولروا وآخرون (1990) Mulrow, et al. والتي تشير إلى أن هناك ارتباط وثيق بين الإعاقة السمعية والتأثيرات المختلفة المهمة (الاضطرابات الانفعالية، الاضطرابات العضوية) على جودة الحياة لديهم. وتشير دراسة جامبور وآخرون (2009) Jambor, et al. والتي تناولت العوامل المرتبطة بالصمم ومتغيرات الكفاءة الثقافية على جودة الحياة عند هؤلاء الفئة إلى أن الصمم وضعاف السمع أكثر توجهاً لثقافة السامعين لديهم جودة حياة أعلى، وتقدير ذات أعلى ومستوى تعليمي أعلى (عمر السيد، ٢٠١٣).

جودة الحياة واستراتيجيات المواجهة لدى المعاقين سمعياً:

إن للإعاقة السمعية آثاراً سلبية على الجوانب المختلفة لشخصية الأصم وضعيف السمع، وخاصة الجوانب النفسية والاجتماعية، حيث أن الأصم في مرحلة الطفولة المبكرة لا يشعر بحنان الأم وعطفها الدافئ ويرجع ذلك إلى عدم سماع صوت أمه وترانيمها خلال فترة عنايتها به، ولذلك يعيش الطفل في قلق واضطراب انفعالي بسبب وجوده في عالم صامت خال من الأصوات والكلام، مما يعمق لديه مشاعر النقص والشعور بالدونية، ويترتب على ذلك معاناته لبعض المشكلات النفسية مثل: عدم الثبات الانفعالي، الميل إلى الانطواء والعزلة، التصلب والجمود، التمرکز حول الذات، والاستجابات العصايبية. (سعيد عبد الرحمن، ٢٠١١: ٣٤١-٣٤٢)

هناك بعض الدراسات التي أوضحت أهمية استراتيجيات المواجهة في تحسين جودة الحياة لدى المعاقين سمعياً، سواء بشكل مباشر أو غير مباشر. كما في دراسة Ringdahl & Girmby (2000) التي توصلت إلى أن الأفراد الذين يعانون من فقدان

سمعي عميق أقروا بانخفاض الصحة النفسية المرتبطة بجودة الحياة، من حيث الردود الانفعالية والتعايش الاجتماعي. ويؤكد فولكمان (١٩٩٣) أن المواجهة الإيجابية ترتبط بخفض المزاج المضطرب، وتشير بعض الدراسات إلى أن الاستراتيجيات التكيفية الصحية مثل المواجهات السلوكية الإيجابية والمتمركزة على المشكلة ترتبط بشكل جوهري بتحسين جودة الحياة.

وأن المواجهة غير التكيفية مثل: (التجنب- الانسحاب - والتفكير القائم على التمني) ترتبط بشكل دال بانخفاض مستوى جودة الحياة لدى الأفراد.

وقد قام ديفيد روبين (٢٠٠١) بتحديد استراتيجيات المواجهة في مقياس أعده لذلك يشمل استراتيجيات مواجهة قائمة على المشكلة، واستراتيجيات مواجهة مرتكزة على الانفعال (حل المشكلات- إعادة البنية المعرفية- التعبير عن الانفعالات- المساندة الاجتماعية- تجنب المشكلات- التفكير القائم على التمني).

ويعرض (سعيد عبد الرحمن، ٢٠١١) بعض الاستراتيجيات التي يمكن أن تستخدم بفاعلية في تحسين جودة حياة المعاقين سمعياً.

١- أسلوب حل المشكلات:

تعد هذه الإعاقة السمعية أحد أهم الأسباب التي تكمن خلف التشوه المعرفي لدى الطفل المعاق سمعياً، فيعتقد أنه غير الآخرين ومرفوض منهم، وتقف إعاقته والحيلولة دون تحقيق رغباته والعيش كما يحيا الآخرين، فيدفعه ذلك إلى تبني أفكار غير منطقية وسلبية، ويشعر أنه لا حول له فلا يستطيع أن يتعامل مع الموقف بشكل إيجابي، بل ويتسم سلوكه بالصلابة وعدم المرونة. كما أن الطفل المعاق سمعياً يتبنى ذخيرة من المعلومات السلبية غير المترابطة وغير الصحيحة، والتي تؤدي إلى اضطراب تفكيره، ولذلك فإن معلوماته وقدراته تكون معطلة ولا يسعفه بما يحتاجه أثناء مواجهة المشكلات، فهو قادر على إيجاد بدائل وحلول للمشكلات التي يتصدى لها ولذا يكون لديه القدرة على إدراك جودة الحياة. ولذلك يمكن استخدام استراتيجيات أسلوب حل المشكلات بخطواتها التالية لمساعدة المعاقين سمعياً على كيفية التعايش مع المشكلات التي تواجههم في حياتهم، كما يلي:

— توضح المشكلة للمعاق سمعياً، وما هو مطلوب منه.

– تشجيع المعاق سمعياً على تقديم الحلول والاقتراحات الملائمة للمشكلة، ولم يتم الاهتمام بهذه الاقتراحات والحلول بقدر ما اهتم بتواجدها وقدرة الطفل المعاق سمعياً على التحدث عنها بلغة الإشارة، وتقبل الحلول الخاطئة، حتى يصل إلى المرحلة التي يقوم فيها بتناول الحلول والاقتراحات بشكل يتسم بالكم والكيف. تدعيم المعاق سمعياً في حالة قيامه بطرح استجابات واقتراحات للمشكلة، وخاصة التدعيم المعنوي كالتعبيرات الدالة على الاهتمام والابتسامة والرتب على كتف المعاق سمعياً في محاولة لتشجيعه على المواصلة. توجيه الطفل المعاق سمعياً للأفكار الجيدة والصحيحة في استجاباته واقتراحاته التي طرحها لحل المشكلة. ويعد أسلوب حل المشكلات من الأساليب الفعالة في علاج العديد من اضطرابات الأفراد بصفة عامة. وتقوية شعور المعاق سمعياً بالكفاءة الذاتية والفاعلية ويكون من خلال تنمية قدراته على حل المشكلات في جو غير ناقد أو رافض.

٢- أسلوب تعديل البناء المعرفي:

لكي يتم تحسين جودة الحياة لدى المعاقين سمعياً وخاصة جودة الحياة الذاتية والموضوعية، فلا بد من تعديل الأفكار السلبية لدى المعاقين سمعياً، من خلال المواقف الحياتية المختلفة، وتدعيم وترسيخ هذه الأفكار الجديدة لتحل محل الأفكار الخاطئة وتشجيع المعاق سمعياً لممارسة هذه الأفكار الإيجابية. ويحدد جابر عبد الحميد وعلاء كفا في أهمية هذا الأسلوب في أنه هدف علاجي لتحديد أنماط التفكير الخاطئ، والتي هي المصدر الرئيسي للاضطرابات الإكلينيكية، وتغييرها بمعارف أكثر تكيفاً، وهو ما يسمى بإعادة البنية المعرفية. فجودة الحياة المنخفضة لدى المعاقين سمعياً وفقاً لهذا الأسلوب يرتبط بالبناء المفاهيمي والأساسي المعرفي الخاطئ لدى المعاق سمعياً نظراً لافتقاره إلى الجانب المعرفي الفعال فهو يتعامل مع المواقف بتشويش معرفي، ويفسرها وفقاً لمفهومه الداخلي إلى لا يبوح به لأحد، فكما يعيش في صمت فهو يفكر في صمت، وقد يكون هذا التفكير الخاطئ فلا يصححه له أحد فيزداد الموقف صعوبة وتعقيداً خاصة أن الأفكار الغير ملائمة تنمو بصورة تلقائية وسريعة وتعوق الفرد المعاق سمعياً عن التفكير الصحيح في المواقف التي تواجهه.

ويمكن عرض أهم المفاهيم الخاطئة لدى المعاق سمعياً والتي ترتبط بالإعاقة السمعية عنده وينتج عنها العديد من الاضطرابات المعرفية والنفسية والسلوكية، مما تؤثر على جودة الحياة ويجب تعديلها، ومنها:

- تجعلني الإعاقة موضع سخرية من الآخرين.
 - يختلف شكلي عن الأشخاص العاديين.
 - يتجاهلني الآخرون نظراً لإعاقتي.
 - أشعر أن مستقبلي بائس.
 - من الصعب على فهم المحيطين بي.
 - لا فائدة من الحياة بالنسبة لي.
 - على أن أخفى إعاقتي عن أعين الناس
 - لست محبوباً كغيري من الأفراد العاديين.
 - من الصعب على أداء عمل يقوم به السامعون.
 - أشعر بأنني أترقب حدوث كارثة.
 - أنا فاشل في الدراسة.
 - مهما حاولت فلن أنال ثقة السامعين.
 - من الصعب على الاستمرار في أداء عمل ما إلى النهاية.
- وفى ضوء ما سبق يمكن تحديد وصياغة هذه الأفكار السلبية والتركيز على هذه الأفكار من خلال استخدام استراتيجية إعادة البناء المعرفي، لتبصير المعاق سمعياً لمدى سلبية تلك الأفكار التي يعتقدونها، وإتاحة الفرصة له للمشاركة من خلال المناقشة التي تعقب المواقف السلوكية المختلفة مع تعديل الأفكار السالبة من خلال تقديم المعلومات والأفكار الصحيحة عبر تكليفه بواجبات منزلية تساعده على توظيف ما تم اكتسابه من أفكار صحيحة وما يرتبط بها من جوانب انفعالية وسلوكية وحل مواقف حياتية جديدة.

٣- المساندة الاجتماعية:

المساندة الاجتماعية هي اعتقادات يقدرها الفرد من أسرته وأصدقائه والآخرين، وتشكل هذه الاعتقادات تقييم الفرد للمعلومات من جانب مصادر المساندة، بالإضافة إلى حدوث تفاعلات تدعيمية. بالمعتقدات والعوامل المعرفية (تقييم الفرد للحياة بمختلف مجالاتها ذات العلاقة) (وتقييم الفرد للأفعال وأساليب المواجهة) تتوسط العلاقة بين جوانب الحياة والنواتج الإيجابية أو السلبية التي يعيشها الفرد. ويتضمن ذلك رصد الأفكار السلبية التلقائية، وفحص الأدلة التي تؤيد أو تنفي هذه الأفكار، واستبدالها بتفسيرات قائمة على الواقع، والتعرف على الحالة المزاجية والاعتقادات المرتبطة بها، وتحديد وتغيير المعتقدات التي تشوه الخبرات والذات، وتنمية التفكير الإيجابي لمثائل ومكافأة الذات على الإنجاز، وتنمية مهارة التواصل الاجتماعي، والتفاعل الاجتماعي والتواجد مع الناس والاهتمام بالآخرين وصحبة الآخرين من خلا إثابة الآخرين وإرسال إشارات غير لفظية إيجابية، وتعلم قواعد الصداقة وتقوية العلاقات القائمة، وتنمية الكفاءة الذاتية، وتقوية وتدعيم القيم، والتفاؤل وتقبل الذات، واتخاذ مواقف إيجابية وإدارة الوقت، وجعل الطموحات تتماشى مع الممكن والمتاح والمقارنة بالآخرين الذين هم أقل منهم، والشعور بالرضا إذا كانت أموره أفضل مما كانت عليه في الماضي. (صلاح عراقي، ورمضان مظلوم، ٢٠٠٥: ٤٩٧).

ونلاحظ من العرض السابق أن الاستراتيجيات المذكورة هي استراتيجيات إيجابية منتجة، بينما هناك استراتيجيات مواجهة غير سلبية غير منتجة وهي التي تعتمد على الانفعال أو اللامواجهة، والتي إذا لجأ الأصم إلى استخدامها أدت إلى سوء التوافق وتدنى مستوى الصحة النفسية.

مراجع الفصل الرابع

١. الجوهرة عبد القادر شيببي (٢٠٠٦) : الشعور بالوحدة النفسية وعلاقتها بسمات الشخصية لدى عينة من طالبات جامعة أم القرى، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة أم القرى، مكة المكرمة .
٢. أسامة سعد أبو سريع (١٩٩٣) : الصداقة من منظور علم النفس ، الكويت ، عالم المعرفة ، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، العدد ١٧٩ .
٣. أسماء عبد العزيز الحسين (٢٠٠٢) : المدخل إلى الصحة النفسية والعلاج النفسي. دار عالم الكتب ، ط ١ ، الرياض .
٤. أمان محمود (١٩٩٨) : الشعور بالوحدة النفسية، الوعى بالذات، أبعاد وجهة الضبط لدى الأطفال المعاقين بصرياً، مجلة معوقات الطفولة، عدد ٧ جامعة الأزهر.
٥. حنان أسعد خوج (٢٠٠٢) : الخجل والوحدة النفسية وأساليب المعاملة الوالدية لدى عينة من طالبات المرحلة المتوسطة بمكة المكرمة، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة أم القرى .
٦. عمر السيد حمادة (٢٠١٣) : فعالية برنامج إرشادي في تنمية الكفاءة الاجتماعية لتحسين جودة الحياة لدى عينة من الأطفال المعاقين سمعياً. رسالة دكتوراه، كلية التربية النوعية، جامعة بنها.
٧. خالد عوض البلاح (٢٠٠٨) : تحسين مستوى الصداقة وعلاقته بالنسق القيمي لدى المراهقين الصم ، رسالة دكتوراه، كلية الآداب، جامعة الزقازيق .
٨. زينب عبد اللطيف خلف الله (١٩٩٣) : الإحساس بالوحدة النفسية وعلاقته بالسلوك التكيفي لدى أبناء الملاجئ. مجلة معوقات الطفولة، العدد الأول، المجلد الثاني، جامعة الأزهر .
٩. سعيد عبد الرحمن محمد (٢٠١١) : جودة الحياة واستراتيجيات التعايش (المواجهة) لدى المعوقين سمعياً. ورقة عمل مقدمة إلى الندوة العلمية الثامنة للاتحاد العربي للهيئات العاملة في رعاية الصم (تطوير التعليم والتأهيل للأشخاص الصم وضعاف السمع)، ص ص ٣١٩-٣٥٥.
١٠. عادل عبد الله محمد (٢٠٠٠) : دراسات في الصحة النفسية: الهوية - الاغتراب - الاضطرابات النفسية. دار الرشاد، القاهرة .

١١. عبد الرقيب أحمد البحيري (١٩٨٧): الشخصية النرجسية: دراسة في ضوء التحليل النفسي، ط١، دار المعارف، القاهرة.
١٢. فهد عبد الله الربيعة (١٩٩٧): الوحدة النفسية والمساندة الاجتماعية لدى عينة من طلاب الجامعة. دراسة ميدانية، مجلة علم النفس، عدد ٤٣، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة.
١٣. مایسة النیال (١٩٩٩): الخجل وبعض أبعاد الشخصية، دراسة مقارنة في ضوء عوامل الجنس والعمر والثقافة. دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
١٤. محمد بيومي على حسن (١٩٩٠): الشعور بالوحدة النفسية لدى أطفال يفتقرون إلى أصدقاء، مجلة علم النفس، عدد ١٥، ص ١٥٦-١٦٤ الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة.
١٥. محمد عبد الغنى عبد الحميد (٢٠٠٤): فعالية برنامج إرشادي لتخفيف الشعور بالوحدة النفسية لدى عينة من الصم، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة بنها.
١٦. نيفين محمد زهران (١٩٩٤): دراسة الشعور بالوحدة النفسية لدى المراهقين الأيتام من الجنسين وعلاقته بأساليب الآباء في تنشئتهم. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة عين شمس.
١٧. نيفين محمد زهران (١٩٩٩): فاعلية الإرشاد السلوكي المعرفي لخفض حدة الشعور بالوحدة النفسية لدى عينة من المراهقات، رسالة دكتوراه، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
١٨. إبراهيم على إبراهيم (١٩٩٤): الاختلالات السوماتوسيكولوجية وعلاقتها ببعض اضطرابات الشخصية، دراسة امبريقية للبنين والبنات الصم في المجتمع القطري، مجلة علم النفس، العدد ٣٠، ص ٧٦-١٠٢ الهيئة المصرية للكتاب، القاهرة.
١٩. أحمد المعتوق (١٩٩٣): دور وسائل الاتصال السمعية والبصرية في تنمية الحصيلة اللغوية، رسالة الخليج العربي، العدد ٤٧ السنة الرابعة عشر، ص ص ٥٥: ١١٨، الرياض.
٢٠. أحمد محمد عبد الخالق (١٩٩١): قياس الاكتئاب مقارنة بين أربعة مقاييس، دراسات نفسية، ك١، ج١، ص ص ٧٩: ٩٦ (رانم) ربطة الأخصائيين النفسيين المصرية، القاهرة.
٢١. آمال عبد السميع باظه (٢٠٠١): الصحة النفسية، ط٢، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

٢٢. آمال عبد السميع باظه (٢٠٠٢): سيكولوجية غير العاديين (ذوي الاحتياجات الخاصة) دار عسكر للطباعة، طنطا.
٢٣. أيمن غريب ناصر (٢٠٠١): البنية العاملة للقلق الاجتماعي لدى عينات من الشباب السعودي، مجلة علم النفس، العدد ٥٧ ص ص ٧٠-٩٦ الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة.
٢٤. إيهاب عبد العزيز البيلوي (١٩٩٥): العلاقة بين أساليب المعاملة الوالدية والسلوك العدوانى لدى ذوي الإعاقة السمعية، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الزقازيق.
٢٥. إيهاب عبد العزيز البيلوي (١٩٩٩): فعالية العلاج المعرفى السلوكى فى خفض مستوى القلق لدى ذوي الإعاقة البصرية، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة الزقازيق.
٢٦. جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفاي (١٩٨٨): معجم علم النفس والطب النفسى. دار النهضة العربية، القاهرة.
٢٧. جمال الخطيب (١٩٩٨): مقدمة فى الإعاقة السمعية، دار الفكر للطباعة والنشر، عمان، الأردن.
٢٨. محمد حسيب (٢٠٠٤): فاعلية العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى فى خفض مستوى القلق لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية. رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة بنها.
٢٩. حسن مصطفى (١٩٩٨): علم النفس الإكلينيكي. دار قباء للطباعة والنشر، القاهرة.
٣٠. رياض المنشاوي ومجدى عبد الكريم (١٩٩٥): تباين العوامل النفسية والاجتماعية فى الشخصية بتباين الإعاقة. المجلة المصرية للتقويم التربوي، مجلد ٣، العدد الأول، المركز القومى للامتحانات والتقويم التربوي، القاهرة.
٣١. سهير كامل (١٩٩٣): الصحة النفسية والتوافق. مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
٣٢. عبد الستار إبراهيم (١٩٨٠): العلاج النفسى الحديث قوة للإنسان. عالم المعرفة العدد ٢٧، الكويت.
٣٣. عبد الستار إبراهيم (١٩٩٨): الاكتئاب، اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه. عالم المعرفة، العدد ٢٣٩، المجلس الوطنى، الكويت.
٣٤. عبد الله السيد عسكر (١٩٨٨): الاكتئاب النفسى بين النظرية والتشخيص. ط١، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

٣٥. على عبد النبي (١٩٩٦) : دراسة مقارنة للتقبل الاجتماعي لدى المراهقين الصم وضعاف السمع والعادين. رسالة ماجستير، كلية التربية ببها، جامعة الزقازيق .
٣٦. علاء الدين كفاي (١٩٩٩): الإرشاد والعلاج النفسي، المنظور النسقي الاتصالي. دار الفكر العربي، القاهرة .
٣٧. فتحى عبد الرحيم (١٩٨٠) : استخدام المنهج الإسقاطي لدراسة بعض المواقف الاجتماعية كمتغيرات وسيطة بين العجز الجسمي وسوء التوافق. مجلة العلوم الاجتماعية، العدد ٣، السنة التاسعة، ص ٩٩-١١٩، الكويت .
٣٨. محاسن أحمد (١٩٩٢) : المتغيرات النفسية والاجتماعية المرتبطة ببعض أنماط السلوك اللاسوي للمعوقين سمعياً " دراسة سيكومترية كينيكية ". رسالة دكتوراه كلية التربية، جامعة المنيا .
٣٩. محمد المرشدي (١٩٩٣) : علاقة حجم الأسرة بالتفاعل الأسرى والاتجاهات الأسرية. مجلة كلية التربية، العدد ٣٨، ص ٤٩١-٥٠٨ جامعة المنصورة.
٤٠. محمد عبد الظاهر الطيب (١٩٩٥) : مقدمة في الصحة النفسية. كلية التربية، جامعة طنطا.
٤١. ممدوحة محمد سلامة (١٩٩١): الاعتمادية والتقييم السلبي للذات والحياة لدى المكتئبين وغير المكتئبين. مجلة الصحة النفسية، مجلد ٣٢، العدد السنوي، ص ١-٢٢، الجمعية المصرية للصحة النفسية، القاهرة.
٤٢. مي الرميح وأحمد عبد الخالق (٢٠٠٢) : التمييز بين القلق والاكتئاب باستخدام النموذجين المعرفي والوجداني. دراسات نفسية، المجلد الثاني عشر، العدد الرابع، أكتوبر (رانم) ص ٥٤١ - ٥٧٨ القاهرة.
٤٣. هاني الجزار (١٩٩٧) : المهارات الاجتماعية وتقدير الذات والوحدة النفسية لدى طلاب الجامعة. رسالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة الزقازيق.
- 26- Adams J.William (1987). Reducing the stress levels of parents hearing impaired children , a parent education program .Dis. Abs. Int . Vol . 47(7) Jan, P. 2453- A.
- 27-Anderson,G.(1995). Anxiety in hearing impaired persons, Perceptual and Motor Skills, Vol.81 (2).
- 28- Amy Horowitz (2003). Depression and Vision and Hearing Impairments in later life .The American Societyon Aging, Vol 22 (1) P. 32-38 .

- 29 -Bailly ,Dechauly(2003. Hearing impairment and psychological disorders in children and adolescents . Review of the recent literature. Encephale, Jul-Aug.29,(4pt1) 329-337.
- 30- Carmen,R.,(2003). Hearing loss and anxiety in adults, Hearing Journal,Vol.55 (4) .
- 31-Connolly,Claine et al (2006) . Identifying and assessment depression in prelingually deaf people : A literature review . American annals of the deaf , 151(1) p.49-60.
- 32-James,Toolman.(1981).Depression. Encyclopedia international .lexicon publications, Inc. pergamon press , Inc. Us.
- 33-Joseph,L.White.(1989).The troubled adolescents .Pergamon press,INC.US.
- 34- Kaplon , Suson Linda .(1990) . A Comparative study of the deaf childhearing parent relationship as related to communication mode . Dis . Abs . Int, Vol, 50 (7) Jan , p.3162- B.
- 35 - Knutson, John . (1990). The relationship between communication problems and psychological difficulties in persons with profound acquired hearing loss . Journal of speech and hearing disorders, Vol. 55 (4) P . 656 – 664.
- 36- Marc,Marschark. (1997) .Raising and education a deafchild . Oxford University press.
- 37- Omar, Shaheen. (1991) : Study of the prevalence of depression as a symptom , in different psychiatric disorders . Journal of Mental Health , Vol . 32 , P. 37 –54 . Cairo .
- 38-Salerno,M.(1999).Interpersonal anxiety and hearing handicap ,Diss.abs.Int.Vol.42 (5) .
- 39- Serreno–Miranda, Amarilis.(1999). Lismar house : early intervention program for the prevention of emotional and behavioral problems in deaf children .Dis . Abs. Int, Vol. 60 (4) Oct, P. 1872 – B.
- 40-Thomas,Hurt,etal.(1988). Communication apprehension and distorted self-discloser :the children disabilities of hearing impaired students. Communication education ,Vol. 37 (2) P.106 – 117 .
- 41-Zazove,Philip (2006) . Assessment of depressive symptoms in deaf persons . JABFM ,March-April,Vol.19(2) P.141-147.
- 18- Chapman,Jonathan .(2006) . Loneliness among deaf and hard of hearing people . The degree of Doctor ,Edmonton Alberta University .
- 19- Elhageen, Adel, Abdelfatah. (2004). Effect of interaction betweenparental treatment styles and peer relations in classroom on the feeling of loneliness among deaf children in Egypt . Ph.D. inthesis facility of Education and social science , EberhardKarlos university ,Tubingen ,Germany .

- 20- Jill,Friedman (2008). Predictors of depressive symptoms in persons with deafness and hearing loss. Degree of Doctor, Drexel University.
- 21- Krever,Mitchell ,Velma Ellen . (2002) . Peer relation of mainstreamed hearing –impaired students . Dis. Abs .Int. Department of Human development and Applied Psychology , University ofToronto, Canada .
- 22- Pavri,Shireen. (2001) . Loneliness in children with disabilities How teachers can help . Teaching Exceptional Children ,Vol .33 (6) ,pp. 52-58 .
- 23- Martin,D&Bat,C. (2003). Negotiating deaf- hearing friendship :coping strategies of deafboys and girls in mainstream schools child .Care Health and Development ; Vol 29(6) ;pp 511-521
- 24 -Murphy.J.S.,&Newton,B.J. (1987). Loneliness and the mainstreamed hearing impaired college student. American Annals of the Deaf, 132(1), 21-24.

الفصل الخامس
الصحة النفسية لدى الموهوبين

الفصل الخامس

الصحة النفسية لدى الموهوبين

تمهيد:

على الرغم من الاتفاق على أن الأطفال الموهوبين ربما يكونون متوافقون اجتماعياً وناضجون انفعالياً مقارنة بأقرانهم العاديين، إلا أن هذا الاتفاق لا يعنى أنهم محصنون بالضرورة ضد الاضطرابات النفسية والسلوكية، فالكثير من الدراسات أشارت إلى أن حتى ذوي المستويات المتوسطة من الموهبة معرضون لمخاطر المعاناة من صعوبات التوافق. وبالتالي يمكن القول أن الأطفال ذوي المستويات غير العادية من النمو أو التفوق العقلي أكثر احتمالاً للمعاناة من التأثيرات الضارة لعوامل الخطورة المؤدية إلى مواجهتهم لصعوبات بالغة في التوافق الذاتي والاجتماعي. ونعرض في هذا الفصل لبعض الاضطرابات الانفعالية مثل: الاغتراب، القلق والاكتئاب والكمالية، والعزلة والوحدة النفسية، ومتغيرات أخرى مثل: جودة الحياة، والفاعلية الذاتية، والرضا عن الحياة. ثم عرض للاستراتيجيات الاجتماعية التي يستخدمها الموهوبون في مواجهة الموهبة كوصمة وما يتبعها من ضغوط نفسية.

خصائص الأفراد الموهوبين وارتباطها بالصحة النفسية:

الخصائص الانفعالية والاجتماعية:

تشير نتائج بعض الدراسات والبحوث أن لدى الأطفال المتفوقين من الصفات المرغوب فيها أكثر مما لدى العاديين فهم أكثر حساسية اجتماعية من العاديين، أكثر قدرة على تحمل المسؤولية، أمناء يمكن الثقة فيهم والاعتماد عليهم، أكثر ثباتاً من الناحية الانفعالية، وأقل عرضة للإصابة بالاضطرابات الانفعالية - الاجتماعية. كما أن المتفوقين عقلياً يتصفون بمستويات عالية من الثقة بالنفس، والمثابرة وقوة العزيمة، والتفاؤل والمرح، والتعاطف مع الآخرين، ورقة المشاعر، كما أنهم أكثر شعبية من العاديين، وغالباً ما يختارهم أقرانهم لمواقع القيادة. ولديهم القدرة على التكيف السليم عندما يتم معاملتهم معاملة مناسبة، وأن مستوى التكيف الاجتماعي أفضل لديهم من التكيف لدى أقرانهم من العاديين.

كذلك يتميز الموهوبون من الناحية الانفعالية الاجتماعية بأنهم أكثر انفتاحاً على المجتمع، يشاركون في مشاكل المجتمع، ينتقدون الأوضاع الاجتماعية، يلتزمون بالمهام التي توكل لهم، دافعيتهم عالية، أكثر شعبية، متمتعون بالحياة، متعددو الاهتمامات، مستقرون من الناحية الانفعالية.

وقد ظهرت بعض الاتجاهات الخاطئة نحو خصائص الموهوبين الانفعالية والاجتماعية وتلخصت في أن الموهوبين أكثر عزلة من الآخرين، وأقل مشاركة في الحياة الاجتماعية، وقد يبدو ذلك صحيحاً بالنسبة لبعض الموهوبين وخاصة أولئك الذين يقعون إلى أقصى يمين منحنى التوزيع الطبيعي للذكاء ولكن الدراسات الحديثة تشير إلى خصائص مغايرة. إذ ثبت أن غالبية الموهوبين أكثر انفتاحاً على المجتمع الخارجي وأكثر مشاركة وتحسناً للمشكلات الاجتماعية وأكثر نقداً لما يجري حولهم وأكثر استقراراً من النواحي الانفعالية والاجتماعية وأكثر التزاماً بالمهام الموكلة إليهم وأكثر دافعية في أدائها، وأكثر حساسية لمشاعر الآخرين وأكثر استمتاعاً بالحياة من حولهم ومتعددي الاهتمامات وأكثر شعبية وأكثر رتبة في سلم الوظائف والأعمال وليس من الضروري أن تنطبق كل تلك الخصائص على كل موهوب، إذ لابد من مراعاة ظاهرة الفروق الفردية حتى بين الموهوبين (فاروق الروسان، ١٩٩٨).

ويتصف الأطفال الموهوبون والمتفوقون بخصائص اجتماعية وانفعالية إيجابية مقارنة بأقرانهم من متوسطي الذكاء، وعلى عكس ما كان شائعاً في الماضي من أنهم منعزلون اجتماعياً، وأكثر عرضة للإصابة بالاضطرابات الانفعالية. ومن أهم الصفات الاجتماعية التي يتميز بها الأطفال الموهوبين والمتفوقين هي قدرتهم القيادية في المدرسة وخارجها، فهم قادرون على قيادة الطلبة الآخرين، وقادرون على حل المشكلات الناجمة عن التفاعل مع الآخرين وإدارة الحوار والنقاش والتفاوض بشأن القضايا الحياتية التي يتعرض لها زملاؤهم الآخرون، كما أنهم محبوبون من قبل أقرانهم. أما من الناحية الانفعالية فقد أشارت الدراسات إلى أنهم كمجموعة مستقرون انفعالياً، وأقل عرضة للإصابة بالأمراض النفسية مقارنة بأقرانهم الطلبة متوسطي الذكاء ولديهم مفهوم إيجابي عن ذواتهم ويشعرون بالسعادة والإنجاز، إلا أن الأطفال

الموهوبين والمتفوقين بدرجة عالية يمكن أن يعانون من بعض المشكلات الاجتماعية والصعوبات الانفعالية أكثر من أقرانهم الموهوبين والمتفوقين بدرجات أقل. وعلى الرغم من ذلك فإن الخصائص الاجتماعية والانفعالية الإيجابية لدى الأطفال الموهوبين والمتفوقين كمجموعة لا يعنى أنهم كأفراد محصنون ضد المشكلات الاجتماعية والانفعالية، إذ قد يعاني بعضهم من تلك المشكلات التي ربما يكون سببها تطرف قدرتهم العقلية، وبالتالي تعرضهم إلى بعض الضغوط من قبل أقرانهم، أو التحيز ضدهم، أو تعرضهم إلى بعض الضغوط التي ليست بسبب الموهبة أو التفوق.

الخصائص الخلقية لدى الموهوبين:

يفترض كثير من الناس أن الأشخاص الموهوبين والمتفوقين يتمتعون بخصائص خلقية وقيمية إيجابية، إذ يميل الكثيرون إلى اعتبار الموهوبين والمتفوقين أكثر صدقاً وأمانة وعدلاً، وأكثر مراعاة للقيم التي يحض عليها المجتمع، إن هذا الافتراض يأتي من فكرة أن الموهوبين والمتفوقين بحكم قدرتهم العقلية أقدر على تقييم أعمالهم وأقدر على معرفة ما هو صواب، وما هو خطأ في السلوك الذي يقومون به مقارنة بأقرانهم متوسطي الذكاء.

لقد أشارت الدراسات في المجال الخلقى والقيمي للأشخاص الموهوبين والمتفوقين أنهم أكثر التزاماً بالمنظومات القيمية في المجتمع الذي يعيشون فيه، وأكثر اهتماماً بالجوانب الخلقية مقارنة بأقرانهم متوسطي الذكاء وأنهم أكثر قدرة على التعامل بالمفاهيم المجردة التي تتكون منها تلك القيم، وأكثر اهتماماً بالمشكلات الاجتماعية التي تتعلق بعدم الالتزام بالجوانب الخلقية والقيمية.

ومع ذلك يمكن أن يوجد أشخاص موهوبون ومتفوقون غير أخلاقيين ولا يمثلون للقيم، ولكن ذلك لا يمكن اعتباره القاعدة وإنما الاستثناء، وإذا كان المتوقع من الأشخاص الموهوبين والمتفوقين أن يكونوا القادة في المجتمع والرياديين فيه، فإن إسهاماتهم في تقدم المجتمع ورقبه ليست مقتصرة على الجوانب العلمية والفنية، وإنما أيضاً على الجوانب الخلقية والقيمية والمساعدة في حل المشكلات الاجتماعية التي تكون الأخلاق والقيم فيها هي الأساس (يوسف القريوتي وآخرون، ١٩٩٥).

ويمكن تصنيف خصائص الموهوبين إلى إيجابية وأخرى سلبية وذلك على النحو التالي:

أولاً: الخصائص الإيجابية للموهوبين:

يذكر عادل طنوس وآخرون (٢٠١٢) أن هناك إشارات واضحة في التراث النظري تشير إلى أن الموهوبين يتمتعون بمجموعة من السمات الشخصية التي تميزهم عن غيرهم من الطلاب العاديين، حيث يشير باسكا (Baska,2009) إلى أن أبرز الخصائص الشخصية التي تميز الطلاب الموهوبين هي الحساسية الانفعالية المفرطة والإحساس بالعدالة والمثالية والسعي وراء الكمالية، ويشير سوورد (Sword,2001) أن الموهوبين يتميزون بخصائص سلوكية ومعرفية وشخصية تميزهم عن غيرهم، ولعل الخصائص الانفعالية المتمثلة في الاستقرار العاطفي والحساسية المفرطة والحدة الانفعالية، والتي تدفعهم لأن يفكروا بطريقة مختلفة عن الآخرين، ويشعرون بهذا الاختلاف في التفكير، لذلك فإن ارتفاع القدرة العقلية التي تؤدي إلى شعور الموهوب بالاختلاف يجعله كثير الانفعالات مما يؤثر على علاقته الاجتماعية مع الأقران.

وقد قام جاريال وشارما (Jarial&Sharma 1980) بدراسة العلاقة بين الشخصية والابتكار والذكاء، وأكدوا أن المبتكرين يتمتعون بدرجة عالية من الذكاء، وقد أكدت الدراسة أن المتفوقين عقلياً يتمتعون بمجموعة من السمات منها: أنهم أكثر ميلاً للانعزال، الانطوائية، وأقل اتزاناً انفعالياً، ويتميزون بالقلق، ويشعرون بتأكيد الذات، وذوو فكر مستقل، ولهم قيمتهم الخاصة، ولديهم اتجاهات جمالية، وينغمسون في التفكير والمعرفة، وليسوا فوضويين، وذوو تفكير مرن، وأكثر واقعية، ويكافحون من أجل إنجازات جديدة، وهم أكثر تساوياً، ومتعاونون وأكثر لطفاً مع الآخرين، وأنهم غير مقيدون بالتقاليد، وأقل حرصاً مقارنة بالأفراد العاديين.

كما يتميز الأطفال الموهوبين في معظمهم بالقوة والصحة والتوافق الاجتماعي الجيد ويكونون مفعمين بروح الصداقة والسرعة في الفهم واليقظة وهم في الظروف العادية يميلون إلى أن يكونوا:

(١) محبين للاطلاع في عمق واتساع، كما يظهر ذلك في أسئلتهم العميقة.

- ٢) يبدون اهتماماً بالكلمات والأفكار ويبرهنون على ذلك باستخدامهم للقواميس ودوائر المعارف وغيرها من كتب تعليمية.
 - ٣) يتسم الأطفال الموهوبون بخصوبة في حصيلتهم اللغوية وبخاصة تلك الكلمات التي تتسم بالأصالة الفكرية والتعبير الأصيل.
 - ٤) يستمتعون بالقراءة وتكون قراءتهم على مستوى ناضج في العادة.
 - ٥) يقرأ الأطفال الموهوبون بسرعة، ويحفظون في ذاكرتهم ما يصلون إليه من معرفة.
 - ٦) يميل الأطفال الموهوبون إلى مخالطة زملائهم من الكبار ويجدون المتعة في مجالستهم.
 - ٧) لديهم روح المرح والبهجة.
 - ٨) لديهم رغبة قوية في التفوق على الآخرين.
 - ٩) يفهم الأطفال الموهوبون بسرعة.
 - ١٠) ينفذون التعليمات بسرعة.
 - ١١) لديهم القدرة على التعميم وعلى الوقوف على العلاقات وعلى إنشاء ارتباطات منطقية دقيقة.
 - ١٢) لديهم اهتمام شديد بالعلم الطبيعي والفلك وبطبيعة الإنسان وعالمه.
 - ١٣) يحبون البحث وإنشاء القوائم والتصنيف وجمع المعلومات والاحتفاظ بالسجلات.
 - ١٤) يبدون أصالة في تفكيرهم ولديهم خيال خصب.
 - ١٥) لديهم ذاكرة حادة. (منال قلاشة، ٢٠٠٣)
- ومن السمات الشخصية التي يمتاز بها الطلاب الموهوبون القدرة على ضبط الذات، وتأجيل الإشباع والمثابرة والحماس والاستقلالية في التفكير والحكم، والاستعداد لأخذ المهام، والتسامح والغموض وتعد هذه السمات مؤشراً للأفراد الذين يتصفون بالذكاء الانفعالي إلى جانب ذلك فإن الأفراد الموهوبون يتمتعون بقدرة على تأسيس علاقات اجتماعية ناجحة، وكذلك فهم يشعرون بالسعادة والراحة في وجود أصدقائهم، وينفتحون على الآخرين بسهولة، ويمتازون بوجود قدرة لديهم على توجيه سلوكهم الاجتماعي، ويبدون تفوقاً في المواقف التي تحتاج إلى إبداء مستوى واضح من تحمل المسؤولية ويمكن الاعتماد عليهم (محمود منسى وآخرون، ١٩٩١).

ويرى إدوارد استيرنبرج E. Sternberg (٢٠٠٥) أن الدراسات بوجه عام تشير إلى شخصية المبدع بغض النظر عن ميدان تخصصه، تشتمل بعض الصفات الشخصية التي يشترك فيها الأفراد المبدعين كالانطواء مع حب المخاطرة، بشكل معقول والجرأة الاجتماعية، ويمتاز الشخص المبدع بمرونة في أساليب تفكيره كما يبدى اهتماماً بالأفكار المعقدة وبكل ما هو غير عادي، كما يمتاز المبدع بالكفاءة الذاتية، والإرادة والإصرار على تخطي العقبات والصعاب والحساسية للمشكلات وتحمل الغموض. (فاطمة الجاسم، ٢٠١٠: ١٩٧)

ثانياً: الخصائص السلبية للموهوبين:

يوجد بعض الخصائص السلبية أو غير المرغوب فيها والتي تجعل من الصعب تمييز الأطفال الموهوبين عن غيرهم، فهؤلاء الأطفال قد يكونون:

- (١) غير مستقرين وغير منتبهين أو محدثين للاضطراب أو المضايقة للمحيطين بهم، شأنهم في ذلك شأن كثير من الأطفال الذين لديهم حاجات لم تجد ما يشبعها.
- (٢) قد يكون الأطفال الموهوبين ضعافاً في الهجاء ومهملين في الخط، أو غير دقيقين في العمليات الحسابية لأنهم غير صبورين على أداء التفاصيل.
- (٣) قد يتصنعون الاهتمام فيما يتعلق بإتمام ما يوكل إليهم من أعمال، كما يكونون غير مكترثين بالواجبات المدرسية عندما لا يجدون المتعة في أدائها.
- (٤) قد يوجهون النقد الصريح سواء لأنفسهم أو للآخرين، وهذا الموقف يضايق في الغالب كلا من الأطفال والكبار.

ويمكن أن تدل الخصائص المرغوبة وغير المرغوبة على أن الطفل متمتع بعقل ممتاز، على أن هناك بوناً شاسعاً في الفروق الفردية فيما بين الأطفال الموهوبين من وجهة نظر "كروكشانك" والمسألة في كل حالة بحاجة إلى دقة الملاحظة ورجاحة الحكم من قبل القائمين على التشخيص والتقييم.

كما يقسم عبد العزيز الشخص وزيدان السرطاوي (١٩٩٩) الخصائص السلوكية للطلاب المتفوقين والموهوبين إلى الخصائص العامة، والتفكير الابتكاري، والميل نحو الكمال وذلك على الوجه التالي:

أولاً: خصائص عامة

- حصيلة لغوية متقدمة، تضم كثيراً من الكلمات بالنسبة لعمره الزمني.
- ذاكرة متميزة تضم كثيراً من المعلومات.
- محبة للمعرفة، يسأل أسئلة لا نهاية لها " أسئلة تبدأ بـ لماذا ؟ وماذا ؟.
- تعدد الاهتمامات والهوايات وتنوعها.
- قد تكون لديه بعض الاهتمامات الشاقة التي ربما تستمر عدة سنوات من المتابعة والبحث.
- جاد، ينفس تماماً في الأنشطة والأفكار.
- لديه دوافع قوية لأداء أشياء تهمة، وربما لا يرغب في العمل في أنشطة غيرها.
- قد يقاوم سرعة الانتقال من موضوع إلى موضوع آخر.
- يبدى مستويات عالية من التفكير بالنسبة لأقرانه، وتفضيل التفكير المجرد.
- يفهم علاقات السبب والنتيجة المعقدة.
- يميل إلى العمل المعقد، والذي يمثل تحدياً على العمل العادي.
- يمكنه أن يتابع شيئاً أو أكثر في نفس الوقت (أحلام اليقظة حول المستقبل وسماع حديث فرد آخر).
- لماح ويدرك المطلوب بسرعة، لذلك فإنه يقاوم الانشغال بالأعمال البطيئة أو البسيطة.
- يقترح طريقة أفضل لعمل الأشياء ويعرضها على زملائه ومدرسيه وعلى الكبار الآخرين.
- حساس للجمال، ولمشاعر الآخرين وانفعالاتهم.
- لديه إحساس متقدم بالعدالة والحيادية.
- واع بقضايا دولية قد لا يهتم بها كثير من أقرانه.
- إحساس متطور بالفكاهة، ويمكن أن يكون "مهرج الفصل".
- قادر على التعميم ونقل الأفكار والمعلومات.
- يستطيع الربط بين أفكار وأنشطة تبدو غير مترابطة.

- قد يفضل صحبة الأطفال الأكبر منه سناً أو صحبة الكبار.
- يمكن أن يفضل العمل بمفرده، ويقاوم العمل التعاوني.
- الميل إلى القيادة والسيطرة في المواقف الجماعية.
- يحتاج إلى أن يشارك الكل باستمرار فيما يعرفه، ويضيق صدره إذا لم يستدع للحدث أو للإجابة في موقف.
- قد يبدو كأنه أذكى فرد خارج الفصل، بينما لا يؤدي عمله المدرسي بصورة جيدة.

ثانياً: التفكير الابتكاري:

- يقدم أفكاراً جديدة أو أصيلة.
 - يستطيع تقديم احتمالات لا نهاية لها لمختلف المواقف أو استعمالات الأشياء.
 - يقول ما يفكر فيه دون اعتبار للنتائج أو العواقب.
 - مفكر نابغ، ولكنه لا يعبأ كثيراً بالتفاصيل، أو المكان والزمان الذي يتعين عليه العمل فيهما.
 - يهتم بشغف بموضوع أو مجال يحتاج إلى جهد شاق.
 - قد تكون لديه موهبة في مجال الفنون.
 - لديه طلاقة في إنتاج الأفكار وتوضيحها.
 - يميل إلى التجريب من خلال الحدس الباطني.
 - ذو خيال واسع، كثيراً ما يستغرق في أحلام اليقظة (التفكير في حلول جديدة غير مألوفة للمشكلات).
 - يفضل الأمور غير المألوفة سواءً في المظهر أو الأفكار وغير ذلك.
 - قد يحصل على درجات في الاختبارات المقننة تفوق كثيراً مستوى أدائه في الفصل.
- ### ثالثاً: الميل نحو الكمال:
- يعتقد أنه يتم تقييمه أو الحكم عليه في ضوء ما يمكنه فعله وليس بما هو عليه بالفعل.

- يحصل على المدح والثناء باستمرار نظراً لأدائه المتميز، وقدراته غير العادية.
- يخشى أن يفقد احترام الآخرين له إذا هو فقد تفوقه غير العادي.
- يمكن أن يبكى بسهولة لدى شعوره بالإحباط، من أن عمله في الفصل لا يمكن أن يكون كاملاً.
- يعمل ببطء شديد أملاً في أن يصل عمله إلى درجة الكمال.
- يطلب مساعدات وتأكيدات كثيرة من المعلم (هل هذا الشيء مقبول؟ هل هذا هو ما تطلبه مني؟ من فضلك كرر التوجيهات أو التعليمات).
- لا يمكن أن يقبل أي نقد أو اقتراحات أو تحسين دون أن يجادل ويدافع عن نفسه وأفكاره.
- يتوقع الكمال من الآخرين أيضاً في عملهم.
- وخلاصة ما تقدم من خصائص الأطفال المتفوقين أو الموهوبين يعرضها "عبد الرحمن سليمان و صفاء غازي" (٢٠٠١: ٩٨-٩٩) حيث أنهم يتمتعون بخصائص إيجابية في مظاهر النمو الجسمي، والعقلي، والانفعالي والاجتماعي، مما يساعدهم في حقيقة الأمر على التوافق السليم، وعلى إمكانية استثمار قدراتهم وإمكاناتهم المتميزة فيما لو توافرت لهم الظروف المناسبة، بهدف الاستفادة منهم في تقدم المجتمع وتطوره. ويمكن تقديم الملاحظات الآتية:
- إن من نافلة القول أن المتفوقين عقلياً يختلفون بشكل واضح في مجمل الخصائص عن نظرائهم العاديين، فهم أكثر نضجاً وتقدماً بالنسبة لعمرهم الزمني، ويقربون بشكل أكبر في تصرفاتهم إلى من يكبرونهم سناً.
- أن الأطفال المتفوقين عقلياً كمجموعة يتميزون ببعض الخصائص العامة التي تجعلهم مختلفين عن أقرانهم من الأطفال غير المتفوقين.
- أن هذه الخصائص تتفق إلى حد بعيد مع التعريفات التي قدمها أو تبناها الكثير من الباحثين، إضافة إلى الإجراءات التي استخدمت للتعرف عليهم والكشف عنهم.
- أنه مع الاعتراف بوجود هذه الخصائص العامة، سواءً من الناحية الجسمية أو النفسية أو السلوكية أو التربوية، إلا أن أي طفل متفوق ليس بالضرورة أن تكون

لديه مثل هذه الخصائص فإذا كان الأطفال المتفوقين ينحرفون عن المتوسط في الاتجاه الإيجابي في مجموعة من الخصائص عن أقرانهم العاديين، فإن هناك بعض الانحرافات عن متوسط مجموعة المتفوقين التي ينتمى إليها أي طفل متفوق.

— أنه إذا كانت النظرة السابقة أن الأفراد المتفوقين يتميزون بضعف في أجسامهم، وأنهم اجتماعياً يميلون إلى الانعزال، بالإضافة إلى قلة اهتمامهم وعدم استقرارهم الانفعالي، إلا أن الدراسات الحديثة ناقضت هذه النظرة، إذ أشارت البحوث والدراسات الحديثة إلى أن الأشخاص المتفوقين كمجموعة يميلون إلى التفوق في كل المجالات، فهم صحيحو الجسم وأقوياء، كما أنهم أذكىء، ولديهم جاذبية وشعبية اجتماعية، وهم مستقرون انفعالياً، كما أنهم يتميزون بخصائص خلقية مناسبة.

— إن أفراد المتفوقين عقلياً بخصائص إيجابية عامة تميزهم عن بقية أفراد الفئات ذوي الحاجات الخاصة، ليس معناه أن فئتهم لا تخلو من أفراد ضعاف من الناحية الجسمية، ومنعزلون اجتماعياً وغير مستقرين انفعالياً.

أهم مشكلات الموهوبين:

- توصل بعض الباحثين إلى وجود عدة مظاهر لأنواع المشكلات والمخاوف التي يشكو منها الطلاب الموهوبين والمتفوقين وهي:
- (١) الشعور بالاختلاف وعدم التقبل من جانب الآخرين.
 - (٢) التوقعات المرتفعة التي غالباً ما يضعها لهم الآباء والمعلمون والرفاق.
 - (٣) الملل والضيق الذي يعانون منه معظم الوقت في المدرسة.
 - (٤) مضايقة رفاقهم لهم والسخرية أحياناً وبكثرة الأسئلة والانتقادات والطلبات أحياناً أخرى.
 - (٥) الشعور بالحيرة والتردد في مواجهة موقف الاختيار الدراسي لاختلاط الأمور ولكثرة الفرص الممكنة.
 - (٦) الشعور بالقلق المرافق لإحساسهم الشديد بمشكلات المجتمع والعالم وعجزهم عن الفعل أو التأثير فيها.

٧) الشعور العزلة واللجوء إلى إخفاء تفوقهم من أجل التكيف مع الرفاق وتدنى الدافعية والاكْتئاب وعدم تقبل النقد والقلق الزائد.

٨) تطوير لنظام القيم في مرحلة مبكرة من العمر ومحاكمة سلوكياتهم وسلوكيات الآخرين على أساس نظامهم القيمي.

٩) مبالغتهم في نقد الذات ونقد الآخرين في المواقف التي لا تتسجم مع توقعاتهم أو معاييرهم للعدالة والمساواة والمثالية في العلاقات الإنسانية ، ويبدو أن بعض هذه المشكلات والمخاوف يعود إلى مصادر خارجية يمكن تلخيصها في أن المجتمع لا يتقبل الطلاب الموهوبين والمتفوقين ولا يتقبل سلوكياتهم.

وأوردت سيلفرمان Silverman, 1993 قائمة بالمشكلات التي يواجهها بعض الطلاب الموهوبين والمتفوقين نتيجة التفاعل بين خصائصهم الشخصية وبيئاتهم الاجتماعية واشتملت القائمة على ما يلي: (تدنى مستوى التحصيل الدراسي- الاكْتئاب الذي يتخفى غالباً وراء ستار الملل- إخفاء القدرات- الانطواء الذاتي- المنافسة الزائدة- تجاهلهم في الأسرة والاهتمام بأخوتهم الأكبر سناً- اتجاهات الآخرين السلبية نحو قدراتهم- الشعور الزائد بالمسؤولية نحو الآخرين- قلة الرفاق المقربين- النمو غير المتوازن).

وهناك مشكلات تكيفية تظهر بنسبة مضاعفة لدى الطلاب الذين يصنفون كموهوبين ومتفوقين من المستوى الأعلى مقارنة بالطلاب العاديين وتشير بعض الدراسات إلى أن المشكلات التكيفية تضم ما يلي: العزلة الاجتماعية - اهتمامات اللعب لديهم لا يجدون من يشاركونهم فيها- قلة الرفاق الذين يمكنهم مشاركتهم الميول والاهتمامات- الاعتماد الكبير على الوالدين في الصحة والعشرة - فقر المناخ المدرسي- التوقعات المرتفعة من قبل الوالدين).

وفى ضوء ما ذكر يمكن تصنيف مشكلات الطلاب الموهوبين والمتفوقين في ثلاث مجموعات هي:

- مشكلات ذات طابع معرفي تتعلق بالتحصيل والدراسة.
- مشكلات ذات طابع انفعالي تتعلق بالتكيف مع الذات ومع الآخرين.
- مشكلات تتعلق بتحديد الأهداف المهنية للمستقبل.

ويعاني الطلاب الموهوبين والمتفوقين عموماً من جراء بعض الأزمات والمشكلات ذات الطابع التطوري، بمعنى أن بعض هذه الأزمات قد يبرز ويتفاقم في مرحلة عمرية أو دراسية معينة. وقد ترتبط بعضها بالذكور أو الإناث، وكلما ازدادت درجة التفوق والموهبة ازدادت الاحتمالات بأن تشتد الأزمات والمشكلات (فتحي جروان، ٢٠١١: ٢٦٤-٢٦٦).

ويذكر "محمد السعيد حلاوة" أن مشكلات الأطفال الموهوبين والتي تلخصت من نتائج بحوث عديدة تتوزع على ثلاثة محاور، أولها: مشكلات تتجلى مؤشرات السلوكية behavior indicators في علاقة الطفل بذاته، والثاني: مشكلات تتجلى مؤشرات السلوكية في مجال العلاقات الاجتماعية مع الآخرين، والثالث: مشكلات تتجلى مؤشرات السلوكية داخل الفصل المدرسي. ويواجه الباحثون والخبراء المهنيون العاملون في مجال رعاية وتربية وإرشاد وعلاج الموهوبين صعوبات كثيرة في الواقع عند التعامل مع أسئلة من قبيل: ماذا نقصد عندما نسقط على هذا الشخص نعت أو وصف موهوب؟ أو عندما نصنّفه تحت فئة الموهوبين؟ كيف يمكن تنمية قدرات وإمكانيات الموهوبين؟ وتعزى هذه الصعوبات في جزء منها على الأقل إلى ندرة النماذج النظرية التي تصف وتفسر نمو أو تطور الهوية وتساعد في الإرشاد النفسي لهذه النوعية من الطلاب.

الاغتراب لدى الموهوبين Alienation:

يعرف الاغتراب بأنه تعبير عن العجز واللامعيارية Normlessness والعزلة الاجتماعية، ويتمثل الاغتراب في شعور الفرد بالاستياء والتدمير والإحساس بالوحدة والعزلة، وفقدان مغزى الحياة وشعوره بوجود فجوة كبيرة بينه وبين أفراد المجتمع، فيصبح مغترباً عنهم، وينتج ذلك عن شعور الفرد بالتباعد عن الذات المثالية المفضلة والذات الواقعية.

على الرغم من أن الأطفال ذوي المستويات المتوسطة من الموهبة مشهورون بين جماعة الرفاق أو جماعات الزملاء التي يتواجدون فيها، فإن الأطفال ذوي المستويات غير العادية أو الفائقة من الموهبة يواجهون صعوبات بالغة في إيجاد أقران متوافقون معهم.. وعندما تفضل الطرق التي يتبعها هؤلاء الأطفال لتقبلهم جماعة الأقران ربما

ينسحبون من التفاعلات الاجتماعية نظرا لعدم وجود أطفال على مستوياتهم من الموهبة حتى يحدث التفاعل فيما بينهم.

ولا شك أن الأطفال الذين ينسحبون من التفاعل الاجتماعي من وقت مبكر يحرمون أنفسهم من فرص تعلم مهارات التفاعل الاجتماعي التي تمكنهم من السلوك الاجتماعي الإيجابي. ولسوء الحظ، فإن الاغتراب الاجتماعي لدى الأطفال ذوي المستويات غير العادية من الموهبة يتفاقم نتيجة إصرار المعلمون والآباء على قضاء الأطفال الموهوبين معظم وقتهم بصحبة أقران من نفس عمرهم الزمني. والافتراض الصحيح هنا أن الأطفال من نفس المجموعة العمرية يشكلون جماعة الأقران الحقيقية للأطفال ذوي مستويات النمو النفسي العادي وليس للأطفال ذوي المستويات الفائقة في الموهبة الذين يختلفون بالتأكيد عنهم في الاهتمامات وفي الموضوعات ذات العلاقة بالتفاعل. وبالتالي علاج هذه المشكلة يتطلب وضع برامج تدريبية تعليمية أو إرشادية تكسبهم مهارات تكوين أصدقاء لهم نفس الاهتمامات والقدرات.

يقول الشاعر يوسف عبد اللطيف أبو سعد من شعراء الأحساء بالسعودية:

فيا رب ، ما كنه هذا الكدر ❖ ❖ ❖ وما سر كوني أعيش غريب

وفى بيت آخر:

ويا رب هل في الدنيا لي نظير ❖ ❖ ❖ يعيش كعيشي ، كثير الهموم

ويشير رودويل (Roedell 1984) أن الشعور بالاغتراب لدى الموهوبين يرجع إلى إصرار المربين والآباء على أن يقضى الأطفال وقتهم مع أقرانهم من نفس أعمارهم، فهؤلاء الأقران يعوقوا الموهوبين عن نمو الموهبة لديهم، لأن عقلهم وتفكيرهم يفوق زملائهم من نفس سنهم لذلك فهم يفضلوا أن يكون أقرانهم ممن هم أكبر منهم سناً. وهذا ما يؤكد روينسون وجاكسون وروديل (١٩٨٠) من أن شعورهم بالاغتراب يرجع إلى استخدامهم مفردات ومصطلحات أكبر من سنهم وتفوق مستوى زملائهم العاديين، فهذا يجعل زملائهم يبعدون عنهم. ومن أسباب الشعور بالاغتراب لدى الأطفال الموهوبين هي المفاهيم العالية لديهم عن مستوى الجماعة فهم يتعاملون مع الآخرين مثل المراهقين، وعندما يفشل الأطفال الموهوبين ذوي القدرات العقلية العالية أن يكونوا مقبولين من زملائهم فينسحبوا من التفاعل الاجتماعي، إضافة إلى عدم وجود أقران

وأصدقاء للموهوبين من نفس مستواهم العقلي للتعامل معهم مما يؤدي إلى الاضطراب العاطفي (منال قلاشه، ٢٠٠٣: ٦٠).

الموهبة والعزلة الاجتماعية:

يذكر ميلودي ريتشاردسون (Melody Richardson, 2002: 10-11) أن الموهوبين يبدو عليهم العزلة والانسحاب في العديد من المواقف الاجتماعية، كما أن المراهقين الموهوبين قرروا التعبير عن مشاعر مختلفة، وذلك لأن الموهبة تجعلهم يشعرون بالاختلاف عن أقرانهم، مع أن علاقات الأقران هامة لجميع الأفراد، وأهم إحدى المشكلات التي يواجهها الموهوبون هي التوافق مع جماعة الأقران. تلك المشاعر المتسمة بعدم الانتماء، ربما تكون سبباً في فشل الموهوبين في تحقيق الصداقات.

ويواجه الموهوبين معضلة في إدارة علاقات الأقران، رغم أن الصداقات هامة جداً لهم، ثم إن الطلاب الموهوبين ربما يختارون تدنى التحصيل لتجنب مشاعر العزلة من قبل الآخرين كوسيلة مواجهة، وعلى الرغم أن العديد منهم ربما يشعرون بالاختلاف عن أقرانهم، فالعديد من نتائج الدراسات بينت أن أقرانهم لا يرونهم كذلك، وفي الواقع الطلاب الموهوبين يكونون محبوبين ولديهم قدر من الشعبية والشهرة، لكنهم مع دخول مرحلة المراهقة قد تختفى، ويرى البعض أن الاختلاف بين الموهوبين وأقرانهم يأتي بسبب سوء تفسير تفاعلاتهم الاجتماعية. وقد توصلت بعض النتائج إلى أن البنات الموهوبات يواجهن صعوبات كبيرة في تحقيق التقبل من الأقران، المعلمين، إذا عرضوا كل إمكانياتهم، وبالتالي هن أكثر سعياً وتضحياً لتحقيق تقبل الأقران. بينما الذكور الموهوبين لا يهتمون بتقبل الأقران على الرغم أن النمو الاجتماعي لديهم يأتي في الترتيب بعد الإناث، أضف إلى ذلك أن العديد من الطلاب الموهوبين يظهرون مشكلات نفسية نتيجة كونهم موهوبين مثل نقص تقبل الأقران، ومشاعر العزلة من الآخرين.

إن فعل عزل Isolate تم تعريفه من قبل ويبستر ١٩٩٩ كحالة من الابتعاد عن الآخرين والبقاء وحيداً، كما عرف بأنه الانسحاب الاجتماعي، تجنب المجتمع، وربما يشعر الطلاب الموهوبين بالعزلة عن أقرانهم لأنهم يدركون أنفسهم على أنهم مختلفون، وأنهم غير مقبولين اجتماعياً، لأنهم يشعرون بالتناظر بين أنفسهم وبين المجتمع الكبير، وقد تكون إدراكاتهم هذه صحيحة أو غير صحيحة.

دراسات عديدة أشارت إلى ضرورة تحسين تقدير الذات والمساهمة في تشكيل مفهوم ذات إيجابي لدى الطلاب الموهوبين من خلال التوصيات التالية:

- ◆ أن يشعر الموهوبون بأنهم جزء من جماعة.
 - ◆ يجب أن يتم فهمهم من قبل الأقران، المعلمين، والوالدين.
 - ◆ ومن المهم أن يتقبلهم الآخرون ويقدرن الظروف التي تجعلهم مختلفين وذوي خصوصية.
 - ◆ يجب أن يشعروا بالقوة وأنهم قادرين على التأثير في حياتهم بطرق جيدة.
 - ◆ يجب أن يكون لديهم نماذج وقدوة إيجابية يتخذونها كمعيار لسلوكهم.
- والطلاب الموهوبون الذين أظهروا مشاعر العزلة يمارسون السلوكيات المرتبطة بها، كالانسحاب، والعمل وحيداً، ويجلسون بمفردهم، ويفضلون الوحدة بعيداً عن التفاعل الاجتماعي. وقد ربط العديد من الباحثين بين العزلة والانطواء Introversion منهم سيلفرمان (1986) والتي ذكرت أن غالبية الطلاب الموهوبين انطوائيين، وأن الانطواء نمط عادي في الشخصية كما حددها في البداية كارل يونج Jung كما أشارت سيلفرمان أنه إذا أردت أن تتفاعل أكثر يجب إعادة شحن الطاقة، ولهذا الكثير من الموهوبين يفضلون الانفراد aloneness لأن ذلك يسمح لهم بعملية الاستبطان Introspection والتأمل، ومشاعر العزلة هي ما يدركه الطلاب في حال تواصلهم مع عالم الأقران، المعلمين، والمجتمع.

المخاوف لدى الأطفال الموهوبين Fears:

عند مقارنة الأطفال الموهوبين بأقرانهم من العاديين نجد أن البحوث السابقة توصلت إلى أنهم يتقدمون في المراحل النمائية والوجدانية مع أقرانهم.. لكن يمكن التمييز بينهم في خصائص معينة، فعلى سبيل المثال: قد تجد الموهوبين منخفضي التحصيل وذلك يرجع إلى العزلة الاجتماعية، والصراعات الأسرية، وضغوط أفراد الأسرة وتأكيدهم دائماً على التفوق الأكاديمي، والعجز المتعلم، والمشكلات السلوكية، وتجنب التعرض للمغامرة. (Neihert, et al.,2002).

ويشيع لدى الأطفال الموهوبين نقد الذات، ويبحثون عن البدائل والممكنات حول مستقبلهم وما الذي يكونوا عليه، ويلومون أنفسهم عند العجز عن الوصول إلى المثالية. وفي المقابل تنمو لديهم استعدادات جيدة تشمل مهارات حركية والتي تختفى وراء القدرات المعرفية وحاجتهم إلى اجتياز الامتحانات المعقدة. وفيما يتعلق بالخوف Fears خلال عقود كثيرة لم يتم إلا عدد محدود من البحوث حول المخاوف لدى الموهوبين، ففي عام (١٩٦٠) حاول مورر Maurer تقديم بُعد جديد في تناول المخاوف لديهم من افتراض عوامل مثل: الدافعية، النضج، والتي تؤثر على نمو المخاوف لدى الأطفال الموهوبين، وفي عام (١٩٣٥) افترض Jersild & Holmes دراسات مشابهة، وقد قام ولمان Wolman بافتراض أن الأطفال الموهوبين يتعرضون لنمو المخاوف بشكل طبيعي كالعاديين مثل الخوف من الظلام، الخوف من الغرياء في الأعمار الصغيرة، وفي المراهقة يخافون من الحرب النووية Unclear war والقضايا السياسية. كما لاحظ ولمان أن الأطفال الموهوبين لديهم وعى بالمخاطر الحقيقية أكثر من أقرانهم العاديين، وقد ركز ولمان على عوامل منها: العوامل الوراثية، الذكاء، الدافعية، النضج والتي تساهم في الفروق في المخاوف بين الموهوبين والعاديين، وأشارت نتائج بعض البحوث إلى أن الموهوبين يفكرون ويسلكون بطرق مختلفة عن العاديين، سواء في تكوين الأسئلة، التفكير الاستعاري، حب الاستطلاع Curiosity سحر الأفكار والكلمات والحاجة إلى الدقة.

وفي دراسة مقارنة بين الموهوبين والعاديين وجدت سيلفرمان Silverman, 1995 أن الموهوبين مجموعة غير متجانسة Asynchronously ولديهم نقد شديد للذات، تجنب المخاطر، خبرة ذات مستويات عالية من التوتر والشدة الانفعالي أكثر من أقرانهم العاديين، وأكثر حساسية للنقد من أقرانهم.

وفيما يتعلق بالنوع والمخاوف لدى الموهوبين فإن الدراسات حول ذلك قليلة حول دور النوع في المخاوف لدى الأطفال والمراهقين، أما لدى العاديين فإن الإناث أكثر خوفاً من الذكور، وفي عدد مصادر الخوف، وقد قام جنش-بورج وسيلفرمان (Ginsburg & Silverman 2000) بدراسة الفروق في المخاوف بين الذكور والإناث والتي بينت أن الاختلاف ربما يرجع إلى التوقعات الاجتماعية، بمعنى أن الذكور لديهم قدرة

على إخفاء الخوف بينما الإناث أكثر إظهاراً له، وهذا ما يشير إلى زيادة الخوف لدى الإناث.(Jacaly & Joy, 2009: 322-323).

القلق لدى الموهوبين Anxiety & Giftedness :

تذكر نووه بارسونز(1994 Noah Parsons) أن مشاعر القلق قد تكون واحدة لدى الموهوبين والعاديين، لكن الفرق في أساليب المواجهة وميكانيزمات التعامل خاصة مع الضغوط الحياتية اليومية. وقد توصلت نتائج دراسات عديدة إلى أن الموهوبين يشعرون بالقلق أكثر من غيرهم من العاديين، ووصف الشاعر المتبني ذلك فقال:

ذو العَقلِ يَشقى في النِّعيمِ بعقلِهِ وَأخو الجَهالةِ في الشَّقَاوَةِ يَنعمُ

وأكد ديركس (Dirkes, 1983: 68) أن الأفراد الموهوبين يشيع لديهم خبرة القلق، وأن حالة الموهبة تمثل أرض خصبة للقلق لا يمكن إنكارها". وأن عدداً من الدراسات مثل: (Roome&Romney,1985;Forsyth,1987) استخدموا مقياس القلق لدى الطلاب الموهوبين، وهذا دليل كمي يقترح أن الموهوبين يخبرون القلق أكثر من العاديين. وقامت باترشيا فورسيز (Patricia,Foorsyth,1987) باستخدام مقياس قلق السمة/ الحالة للأطفال الموهوبين فوجدت أنهم أكثر قلقاً من أقرانهم العاديين في الفصول العادية. وقد قام شالوينيسكي (Scholwinski 1985) بإجراء تحليل عاملي لتحديد العوامل الرئيسية وأنماط الاستجابات لدى الأطفال مرتفعي نسب الذكاء، والذين تزيد درجاتهم عن ١٣٠ على مقياس بينيه أو وكسلر وبتطبيق مقياس القلق المعدل مع مقارنة النتائج على الموهوبين والعاديين، وتوصلت نتائج الدراسة أن نسب الذكاء العالية لدى الموهوبين من أعمار (٧-١٨) عاماً سجلوا مستويات عالية من القلق أكثر من أقرانهم ذوي نسب الذكاء المنخفض.

وهناك دراسات أخرى توصلت لنتائج على عكس ما سبق ذكره حيث بينت أن الموهوبين أقل قلقاً من أقرانهم العاديين، وأن الطلاب الموهوبين في برامج الموهوبين أقل قلقاً من أقرانهم الموهوبين في الفصول العادية، وقد يرجع هذا إلى تجانس المجموعات بسبب تقارب نسب الذكاء والقدرات.

ومع ذلك فإن مجال القلق لدى الموهوبين يحتاج إلى بحوث عديدة لتأكيد ما إذا كانت مستويات القلق لديهم أعلى أو أقل من أقرانهم العاديين، رغم أن هناك أدلة كثيرة على أنهم يعانون من القلق بدرجة عالية.

الوحدة النفسية لدى الموهوبين:

نتيجة لاختلاف الأفكار لدى المتفوقين والموهوبين عن أقرانهم العاديين وكذلك اختلاف القيم والمعايير والاهتمامات الخاصة فإنهم يواجهون صعوبات بالغة في توافقهم مع الآخرين، كالشعور بالعزلة والوحدة النفسية. ويميل الموهوبون إلى قلة المشاركة في الأنشطة الاجتماعية، ويشعر بعضهم بالخجل والانطواء والشعور بالوحدة النفسية، يعزز ذلك إهمال المعلمين والآباء حاجة هؤلاء للمشاركة في الأنشطة ظناً منهم أن المنافسة والتحصيل هما أهم بكثير من تلك الأنشطة التي تضيع الوقت من وجهة نظر البعض- ولكن لن تنمو المواهب والهوايات إلا من خلال ممارسة الأنشطة وقت الفراغ.

والسؤال هل الطفل الموهوب - طفل لديه وحدة نفسية؟ بسبب الذكاء، وما الذي يساهم في تشكيل الوحدة النفسية لديه؟ وهل طبيعة نمو الذكاء لدى الموهوبين تساهم في الوحدة النفسية، هناك افتراض أن طريقة تعامل المعلمين في المدارس لها دور في نمو بذور الوحدة النفسية.. ومن خلال دراسة الأنشطة المدرسية للطلاب الموهوبين تبين أن الضغوط والعمل الفردي، والعزلة عن الآخرين من نتائج الدراسات التي تناولت خصائص الموهوبين، والاهتمامات، والاتجاهات ارتبطت بالميل نحو السعي الفردي Solitary pursuits إذ أن الوسط الذي يعيش فيه الفرد يؤثر على سلوكه فإذا كانت البيئة تدفع الفرد إلى العزلة، فإن شخصيته سوف تتأثر بشكل عام.

هناك جانب مهم ومؤثر في الوحدة النفسية لدى الموهوبين ألا وهو التقبل الاجتماعي من الأقران والذي تبنته دراسات السوسيومترية. ووفقاً لهذه الدراسات فإن النبذ Rejection بسبب موهبة الطفل لا يبدو واضحاً في المراحل الابتدائية، لكن ربما يظهر ذلك لاحقاً مع استمرار النمو الاجتماعي. وقد وجد جالجر Gallagher أن الطفل النجم يختار أصدقائه من أقرانه العاديين في الموهبة وذلك في الصفوف الثاني والثالث الابتدائي بينما في الصف الرابع يختار أصدقائه ممن يشبهونه من الموهوبين أو المتفوقين. ولا يخفى على الباحثين والمعلمين مستوى النبذ الذي يعانيه الموهوب من أقرانه بسبب انهماكه في القراءة، وأسلوب تفكيره الذي يسبق أقرانه العاديين بمعدل عامين إلى ستة أعوام من القراءة والاطلاع، ثم أنه لا يجيد اللعب أو الاندماج في هرج العاديين

وأنشطتهم، وبالتالي لا يتخذونه صديقاً لغرابة فكره وسلوكه من وجهة نظرهم، وقد لا يجد من يتحدث إليه عقلياً، ومن هنا يشعر بالوحدة النفسية.

وقد قامت ذكرى الطائي (٢٠٠٨) بدراسة الوحدة النفسية لدى الطلاب المتميزين بالمرحلة الثانوية وقد أظهرت أن الطلبة المتميزين يعانون من الوحدة النفسية، وقد يعود السبب في الحصول على مثل هذه النتيجة إلى أن الوحدة النفسية ترجع إلى التكوين النفسي للفرد حيث يفضل بعض الأشخاص الوحدة والعزلة من الأماكن الاجتماعية، وقد يفقدون الثقة أحياناً بالآخرين وهناك من يرى أن الشعور بالوحدة النفسية هو اعتقاد بعضهم أن أحداً لا يقدر أن يفهمهم أو يولي اهتماماً بالذوات الداخلية لهم، وقد يحدث ذلك خصوصاً مع الطلبة المتميزين عندما يشعرون أنهم فئة مميزة عن الآخرين طلبة أو أفراداً في المجتمع كما أنه قد يخطئ بعض أولياء الأمور والمربين في إعطائهم صفة الخصوصية فيفهمونهم على أنهم فئة لا تشبه الآخرين ولا يقدر من حولهم على فهمهم من الناس وأن وجودهم بعيداً هو أسوأ بكثير من أن يختلطوا بالآخرين، وأن يكونوا وسط المواقف الاجتماعية ولو بمشاعرهم فقد يقود ذلك كله إلى الشعور بالوحدة النفسية.

مقترحات لمعلم الموهوبين لمواجهة مشاعر الوحدة النفسية لدى طلابه الموهوبين:

- مساعدتهم على الارتباط بأقرانهم ومجموعات العمل.
- مساعدتهم على التمكن من فن الحوار مع أقرانهم.
- تعليمهم الالتزام بالعمل الجماعي وروح الفريق.
- تحميلهم المسؤولية والمشاركة في أنشطة الفصل الدراسي مع زملائهم.
- إشراكهم في فعاليات اجتماعية وثقافية بالمدرسة.
- تدريبهم على استراتيجيات المواجهة والتي تخفف من كونهم منهمكين دراسياً فقط.
- مساعدتهم على تشكيل الصداقات مع أقرانهم العاديين.
- إشراكهم في جماعة المكتبة والمقصف المدرسي وهذا يجعلهم يتعرفون على زملاء أكثر.

- لا تختارهم لإنجاز جميع المهام، فالآخرون يحتاجون لخبرات وفرص مثلهم، وحتى لا يحدث غيرة ونبذ.
- عودهم على العطاء والأخذ، فمثلاً يساعدون العاديين في الواجبات، مقابل تعليم العاديين لهم الأنشطة البدنية والألعاب.
- علمهم أن هناك فروق بين الأشخاص، فهناك بطئ التعلم، وهناك من هو متواضع الذكاء، وذلك يسبب لهم الإحباط.
- إعطه بعض المهام السهلة بالنسبة للعاديين، وقل له إنها صعبة له، حتى يشعر بالأسف على الفشل الذي يعانیه أقرانه من العاديين.
- علمه كيف يبحث عن مساعدة الآخرين له، وذكره بقصة الأسد الذي تكبر على الفأر، فلما وقع في شباك الصياد، ما أنقذه منها سوى الفأر الصغير.
- # من الجيد استخدام الأساليب السابقة لتخفيف الوحدة النفسية لدى الموهوبين والمتفوقين، مع مراعاة ما يلي:
- ليس كل الموهوبين يعانون من الوحدة النفسية.
- كل الأطفال يحتاجون إلى تعلم فنيات التعامل الاجتماعي.
- يبدو الموهوبون وكأنهم أصحاب مشكلات خاصة بهم، لكن هناك عوامل عديدة وراء تعطل نموهم الانفعالي الاجتماعي، فيصابون بالوحدة النفسية.
- الطفل الموهوب الذي يشعر بالانسحاب من الصغر ربما تتمو لديه خصائص تجعله ميالاً للوحدة النفسية معظم الوقت.
- على المعلم أن يكون واعياً بتلك الخصائص، فيحاول إخراج الطالب من حالات الانسحاب، والعزلة والوحدة النفسية من خلال المشاركة والاستمتاع بالأنشطة والعلاقات الدافئة مع الآخرين.

(George,K.&Ruthe,M.,1960:127-132)

الاكتئاب لدى الموهوبين :

خلال فترة الثمانينيات والتسعينيات من القرن الماضي بدأ التوجه نحو بحث مؤشرات إيجابية للتوافق بدلاً من تناول التوافق العام لدى الأطفال الموهوبين، فكثير

من الباحثين حاولوا بحث جودة الحياة النفسية لدى الأطفال الموهوبين من خلال قياس متغيرات محددة لمعرفة العلاقة بين الصحة النفسية والقلق والاكتئاب. وفي التراث حول الاكتئاب لم يتم تدعيم العلاقة بين نسبة الذكاء المرتفعة والاكتئاب بين الأطفال والمراهقين (Mash&Barkley,1996).

فالدراسات التجريبية التي بحثت الاكتئاب بين الأطفال الموهوبين وجدت أن الطلاب الموهوبين يظهرون مستويات من الاكتئاب ربما تتشابه أو تكون أقل من الاكتئاب لدى أقرانهم العاديين. ولم يوجد تدعيم تجريبي لارتفاع مستويات الاكتئاب بين الأطفال والمراهقين الموهوبين.

وقد قام كايزر وبيرندت وستانلي (Kaiser,Berndt&Stanley 1987) بقياس الأعراض الاكتئابية بين المراهقين ذوي القدرات العقلية العالية لدى عينة ٢٤٨ من الطلاب بالمدارس العالية تراوحت أعمارهم ما بين ١٤-١٧ عاما من المدرجين في برنامج صيفي باستخدام مقياس الاكتئاب إعداد بيرندت ١٩٨٦ وتوصل إلى أن المراهقين ذوي القدرات العالية لم يقرروا مستويات عالية من الاكتئاب عن أقرانهم العاديين، لكن ١٤٪ من العينة أظهرت مستويات متوسطة من الاكتئاب.

كما قام نيهرت 1991 Neihert بمقارنة الطلاب الموهوبين مع العاديين في مستوى الاكتئاب ولم يجد فروق بين المجموعتين في مستوى الاكتئاب على عينة ٣٠ من الموهوبين المدرجين في برامج الموهبة ومجموعة أخرى من الموهوبين ليسوا مدرجين في برامج الموهبة، ومجموعة من الطلاب متوسطي القدرات العقلية، توصلت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق بين درجات المراهقين ذوي القدرات العالية وبين العاديين، وكانت الفروق دالة في اتجاه الصحة النفسية الإيجابية لصالح مجموعة القدرات العالية.

ويرى ويب جاميس (Webb, James 1993) أن الاضطرابات النفسية والاجتماعية التي يعاني منها الأطفال الموهوبين وأنماط المشكلات التي يواجهونها هي الكمالية، العلاقات مع الأقران، الشعور بالاكتئاب، المغالاة في نقد الذات وتوقعات الآخرين، سوء العلاقات الأسرية، والعلاقات مع الأقارب الخطأ في تقدير من تقدير الذات المنخفض، أو عدم الشعور بتقدير الذات بصفة خاصة، وكذلك الموهوبين الذين قدرات الأطفال. وتشير جوليا اسبورن (Julia,Osborn 1996) إلى أن الأطفال الموهوبين الذين

يعانون يعانون من الاكتئاب والعزلة أو الاغتراب في حاجة إلى آباء متفهمين أو شديدي الحساسية باحتياجات أبنائهم تعاطف الكبار أو البالغين معهم، كذلك في حاجة إلى وجود أقران للطفل في مثل سنه يشتركون معاً في الاهتمامات ولديهم قدرات مشتركة ويتقبلون بعضهم البعض. كما يذكر جالوسي وآخرون (Gallucci, et al., 1999) لأن الأطفال الموهوبين يعانون من الوحدة النفسية والعزلة والاكتئاب، والفراغ العاطفي، وفقدانهم للمهارة الاجتماعية في تكوين العلاقات والتفاعل مع أسرهم وأصدقائهم، والعالم من حولهم، وقد يرجع ذلك إلى أن الأطفال الموهوبين يحتاجون نظير يتفق معهم ذهنياً وعاطفياً، وأن الأطفال الموهوبين في الفصول العادية كماً منسياً، حيث لا يتم تحديدهم بطريقة كافية فيفقدون اهتمامهم ودافعهم للوصول إلى القدرة الكاملة ولا يطورون مهاراتهم الإبداعية (سوزان حمدي، ٢٠٠٤).

الطفل الموهوب سواءً موهوب تحصيلياً أو فنياً أو إبداعياً يعاني من مشكلات كثيرة قد تؤدي إلى إصابته بالاكتئاب، وذلك بسبب كم الإحباطات التي يواجهها في تعامله مع الرفاق والأسرة والمؤسسات التعليمية، والتي عرضتها (أمال باظة، ٢٠٠٠) في: معوقات ترجع إلى الطفل الموهوب: وتتمثل في كثرة نشاطه وتشخيصه على أنه من ذوي فرط النشاط، والمعاناة من اضطرابات وجدانية مثل: الاكتئاب، والاغتراب تجعل صقل المهبة ورعايتها أمر شاق، ومعظم الموهوبين يحتاجون إلى تقليل الخوف ليمكنهم المخاطرة في إبراز أفكارهم، كذلك معاناة بعض الموهوبين من صعوبات التعلم.

معوقات ترجع إلى الأسرة: عدم إلمام الأسرة بوسائل رعاية الموهوبين ودورهم في تنمية وإثراء المهبة، التقليل من قيمة الذات لدى الأطفال بكثرة التوجيه السلبي لهم وعدم إعطائهم الثقة بالنفس، وانتشار الأفكار القديمة حول التعلم والحفظ، ومعاناة الموهوبين من الضغوط النفسية، وانشغال الوالدين، وإساءة معاملة الأطفال.

معوقات خاصة بالمؤسسة التربوية: عدم اكتشاف الموهوب مبكراً، عدم توافر أدوات قياسه وتشخيصه، عدم تدريب المعلمين على كيفية اكتشافه، التمسك بأساليب التدريس التقليدية، ازدحام الفصول وعدم التجديد في نظم وبرامج رعاية الموهوبين. أضف إلى ما سبق سوء تشخيص الطفل الموهوب من قبل معلم أو أسرة لا تعرف خصائص الموهوبين السلوكية أو المعرفية أو الوجدانية، وبالتالي قد يوصف

بالوحدة النفسية، أو العزلة، أو فرط النشاط، أو ينظر له على أنه انسحابي لا يشارك أقرانه العاديين، أو أنه ممن يعانون من الاكتئاب.

ونظراً لأن الموهوبين غالباً ما يكونون مثاليين، فإن المبالغة في المثالية تدفع بهم إلى المبالغة في التقييم الذاتي، والإفراط في النقد الموجه للذات، والشعور بالإحباط والنقص مما يولد لديهم الشعور بالاكتئاب، وذلك بسبب التوقعات العالية من أنفسهم. وكثيراً ما يوصف بأنهم لا يعيشون لما يتوقعونه من أنفسهم فقط ولكنهم يبذلون جهدهم لإرضاء توقعات الآخرين منهم خوفاً من فقدان محبتهم لهم، ومن المعروف أيضاً أن لدى الطلاب الموهوبين والمتفوقين نوعاً من الدافع الداخلي يدفعهم نحو الإنجاز العالي الذي يحبط بسبب عدم توفر الظروف المناسبة لتحقيق ذلك، مما يعيق التكيف النفسي والاجتماعي للموهوبين.

وتؤكد الكثير من الدراسات تمتع الموهوبين بمشاعر خاصة تحتاج إلى فهمها من قبل الآخرين، ومن الدراسات التي قامت لتحديد بعض الخصائص الوجدانية والمعرفية الخاصة بالأطفال الموهوبين دراسة ويب وآخرون Web,et al، التي صدرت عام ١٩٨٢ واستتجت ثلاثة أنواع من الاكتئاب لدى الموهوبين نتيجة تعامل الآخرين معهم ما دعا إلى التأكيد على ضرورة فهم مشاعر الطلاب الموهوبين واعتقاداتهم لفهم العالم من حولهم، وفهم أنفسهم، وأكدت نتائج الدراسة أن الاكتئاب الوجودي وراء ارتفاع نسبة الانتحار بينهم، إذ يميلون إلى السؤال عن سبب الوجود والشعور بالاغتراب والرغبة في المعيشة في مستوى عالٍ من المسؤولية والإنجاز والأخلاق والصراع بين هذه العوامل.

وما زال هناك فجوة في فهم التوافق النفسي والاجتماعي لدى الطلاب الموهوبين، ومن الناحية التاريخية ظل التركيز على الجوانب المعرفية مع ضعف الاهتمام بالحاجات الاجتماعية والانفعالية لهؤلاء الطلاب. وهناك اتجاهان متضادان لنتائج البحوث حول الجوانب النفسية لدى الموهوبين، فهناك من يرى أن الموهوبين لديهم خطورة في التوافق النفسي ومشكلاته بسبب زيادة الكمالية لديهم، وزيادة الحساسية الانفعالية والصراعات البينشخصية مع الأسرة والأقران. وبالتالي يعانون من العزلة بسبب زيادة قدراتهم المعرفية. وفي المقابل يعتقد البعض أن الموهبة في حد ذاتها عامل حماية وأنهم أصحاب توافق جيد وأقل معاناة للمشكلات ويرون أن الموهوبون:

— لديهم تقدم في القدرات المعرفية أفضل وبالتالي يستفيدون من المصادر المتاحة والتي تجنبهم القابلية للانجراف، ومواجهة مصادر الخطر المتنوعة.

— خصائص الموهبة والقدرة على التوافق والمرونة تتخذ أشكال عديدة.

وقد توصل بعض الباحثين أن المراهقين يتعرضون للاكتئاب بسبب التحول إلى المراهقة والنضج، وقد يستجيبون لهذه التغيرات بشكل غير تكيفي مما يعزز مشكلات التوافق النفسي، مثل الاكتئاب، والاستجابة بزيادة الضغوط المرتبطة بالتغيرات النمائية النفسية، ويمثل الاكتئاب أهم الأشكال المزعجة في مرحلة المراهقة من حيث الانتشار، ومن حيث ارتباطه بتقدير الذات المنخفض، والنظرة السلبية لصورة الجسم، ونقص الإنجاز الأكاديمي (Christian, Mueller, 2009: 3-5).

ويتميز الاكتئاب بحالة من الحزن ونقص الاهتمام أو التسلية خلال الأنشطة اليومية، فبعض النتائج ذكرت أن مستوى الاكتئاب لدى الطلاب الموهوبين متوسط أو دون المتوسط، بينما دراسات أخرى ذكرت وجود مستويات عالية من الاكتئاب حتى عند الموهوبين ذوي الذكاء المرتفع جداً، أو ربما يكونوا في وضع نمو خطر غير متجانس Asynchronous مع بيئاتهم الأكاديمية والاجتماعية، كما أن معظم الدراسات التجريبية أفادت أن مستوى الاكتئاب لدى الطلاب الموهوبين قد يكون في نفس مستوى أو أقل من أقرانهم العاديين (Neihart, 1999: 12).

والموهوبين إما أنهم يحسنون المرونة النفسية Resilience والتوافق والمواجهة، أو يزيدون القابلية للانجراف، وعلى الرغم أن الدلائل النظرية والتجريبية تدعم كلاً من وجهتي النظر وربما يكون الطريق الأفضل للتوفيق بين تلك التناقضات هو بحث التوافق الانفعالي والاجتماعي للطلاب الموهوبين وعلاقته بعدد مختلف من المتغيرات، فعلى سبيل المثال ارتباط الاكتئاب بعوامل نفسية أو شخصية.

الاكتئاب لدى الموهوبين بين عوامل الحماية/ وعوامل الخطورة :

ترتبط عوامل الخطورة بالاكتئاب بحيث تشمل جوانب فسيولوجية ونفسية من بين عدة عوامل عديدة تنبئ بتعرض المراهقين للاكتئاب مثل: العنف أو الصراع في الوسط الأسري، أو عوامل وراثية أو أسباب هرمونية، أو عوامل معرفية والضغوط الحياتية المتنوعة.

وهناك أسباب توضح لماذا يتعرض الطلاب الموهوبون لعوامل خطيرة سلبية على المستوى النفسي قد تشمل الكمالية المفرطة، والحساسية العالية للضغوط أكثر من العاديين والتي تؤدي مع زيادة القدرات المعرفية إلى زيادة الضغوط والاعتراب، ربما يكون ذلك مرتفع لدى الطلاب ذوي المستوى المرتفع من الموهبة، بالإضافة إلى التقييم السلبي لمهاراتهم الاجتماعية، بما يجعلهم يشعرون أن أقرانهم يشكلون وجهة نظر سلبية نحوهم.

وتعتبر المرونة النفسية والتوافق وعوامل الحماية مصطلحات غالباً تستخدم لوصف الحالات أو العمليات التي تساعد على خفض تأثير عوامل الخطورة عند حدوثها، وتتخذ عوامل الخطورة أشكال عديدة وربما تتفاعل مع الأفراد والجماعات، وقد افترضت بحوث عديدة أن عوامل الحماية غالباً تتخذ ثلاث فئات:

- (١) شخصية أو فردية: مثل: تقدير الذات.
- (٢) التماسك الأسري: مثل: التواصل الوالدي أو الأسري.
- (٣) المساندة البيئية: مثل: الانتماء للمدرسة.

وقد حدد كاربونيل وآخرون، Carbonnell (٢٠٠٢) العوامل الشخصية التي ربما تتفاعل كحائط صد وحماية ضد الاكتئاب مثل مفهوم الذات، البراعة والكفاءة الذاتية Self-mastery والتفائل Optimism وأضاف البعض خصائص مثل: الحالة المزاجية، المستويات المتوسطة على الأقل من الذكاء والذي يعمل كحماية للمراهقين من الاكتئاب، وقد ذكر نيهارت (٢٠٠١) بعض السمات الشخصية كالقدرة على حل المشكلات، حب الاستطلاع، الاهتمام بالقضايا الأخلاقية، والفاعلية الذاتية والتي تجعل الموهوبين في حال المرونة النفسية.

الكمالية لدى الموهوبين Perfectionism:

تمثل الكمالية إحدى المشكلات الوجدانية لدى الطلاب الموهوبين، فيعرفها فروست وآخرون Frost, et al., 1990 أنها رغبة الفرد في تحقيق معايير عالية للأداء ويصاحبها في نفس الوقت لوم النفس بشكل مفرط من خلال التقييم الناقد لأدائه، ويرى بيكويوسكي (Piechwski, 2003) أن الكمالية تعنى المحاسبة المفرطة

والقاسية والدائمة للذات لدى بعض الموهوبين والمتفوقين والرغبة المستمرة للوصول إلى المثالية، مما يؤدي إلى تكوين مفهوم الذات غير واقعي والارتباط بالمثل العليا وتحقيق الوصول للكمالية، فيظهر لديهم الشعور بعدم الرضا عم الأعمال التي يقومون بها لرغبتهم في تحقيق الأفضل، فهم في حالة بذل من العمل الشاق المستمر، ويرون أنه لن تتحقق سعادتهم إلا بالوصول إلى ذلك المستوى من الكمال والذي يكون من الصعب الوصول إليه.

والكمالية تعنى رغبة الفرد في الوصول إلى الكمال مع الشعور بعدم القناعة والرضا عن أدائه في عمله أو ما يقوم بهمن أفعال، بالرغم من وصوله إلى مرحلة النجاح وجودة ما يقوم به، وهذه الكمالية إما أن تكون بتوجيه الذات بمعنى وضع معايير عالية لنفسه لتحقيقها، أو توجيه الآخرين حيث يضع الآخرون معايير عالية له ويريدون أن يحققها، أو الكمالية المكتسبة اجتماعياً حيث يكتسبها الفرد من خلال خبراته للمواقف الاجتماعية التي يمر بها. وينظر للكمالية على أنها سمة انفعالية يدركها الموهوبون، ومن التعريفات الشائعة أنها مستويات عالية في أداءات الفرد، ومن الناحية الكلينيكية نجد أنها ترتبط بالاكتئاب، والقلق، والوسواس القهري واضطرابات الأكل، والتي تساهم في إعطاء صورة سلبية عن الكمالية. كما أن الكمالية سمة متعددة الأبعاد ترتبط بالرضا عن الحياة، في ضوء عوامل عديدة تؤثر على الكمالية لدى الموهوبين منها عوامل عامة مثل الثقافة، النوع، والبحوث الحديثة تقترح أن العلاقة بين الكمالية والرضا يتأثران بالعوامل الاجتماعية الانفعالية مثل القلق ومفهوم الذات والدافعية للإنجاز. (Albano Renee,2011:1).

ومن الأشياء الجيدة أن الكمالية السوية تبعث الرضا والسرور لدى الأفراد نحو إنجازاتهم، خاصة عندما يستطيعون التوفيق بين متطلبات العمل أو الأداء واحتياجات الموقف، في حين أن الكمالية العصابية تترك آثارها في الجوانب الانفعالية والبيشخصية، وقد أكد باكر 1996 Baker أن الطلاب الموهوبين يتعرضون لضغوط الكمالية أكثر من غيرهم، لأن الكمالية تصبح كلينيكية عندما توقف الطلاب الموهوبين عن الإعراب عن تقدير كفاءتهم أو الدقة في أعمالهم. فالكمالية العصابية تتخذ تاريخ طويل لدى الطلاب الموهوبين في العمل المدرسي من قبل المعلمين والوالدين،

بسبب تقدمهم اللغوي والعقلي، فيطلق عليهم العباقرة أو (الأيشتاينين) أو الكماليين. وكثير من الموهوبين يعتمدون في ذلك على تحديد هويتهم، فيشعرون بمشاعر السرور نحو إنجاز المستوى الذي يتوافق مع المدح والإطراء الذي يتلقونه، وعندما يقومون بأداء أقل من المستوى الكامل في جميع المجالات فإنهم بغض النظر عن مستوى الأداء يشعرون بمشاعر الذنب والإحباط والاكتئاب، وانخفاض قيمة الذات.

(Gary Davis & Sylvia Rimm, 2004:434).

والكمالية إما أن تدفع الفرد إلى تبني أهداف عالية مع العمل على تحقيقها، لأنها تتفق مع قدرات الفرد ولهذا يصاحبها شعور بالرضا، وتقدير الذات، وهي الكمالية السوية، في مقابل وضع الفرد أهداف عالية لا تتفق مع قدراته ومن ثم تدفعه للعمل دون الشعور بالرضا، وتكثر الأخطاء، ويشعر بالعجز والدونية ولا يرضى عن إنجازاته وهي تعنى الكمالية العصابية.

ويحرص المتفوقون على تحقيق مستويات فائقة من الإنجاز والتوقعات العالية التي يضعونها لأنفسهم، وما يترتب عليها من ضغوط وقلق وخوف من الفشل، وتجنب مواجهة الضغوط، والحساسية للنقد. ويظهر معظم الأطفال الموهوبين رغبة داخلية قوية للإتقان والميل إلى الكمال المطلق مما يدفعهم إلى وضع أهداف شخصية مبالغ فيها قد يتعذر في غالبية الظروف تحقيقها. وربما تفسر هذه النزعة أو ذاك الميل في ضوء أن الأطفال ذوي المستويات المتميزة من الموهبة يستخدمون أقصى قدراتهم التصورية لتخيل نواتج أو مخرجات طموحة، وذات تفاصيل متنوعة ثم يوجهون مهارات التفكير الناقد المتطورة لديهم إلى المهام التي تمزق أو تحول دون تحقيق أهدافهم أو مثلهم الشخصية بالغة الارتقاء. ولما كان مستوى قدراتهم البدنية والانفعالية والاجتماعية غير متسق مع قدراتهم العقلية التي تمكنهم من تفعيل تخيلاتهم المعرفية لبناء هذه الأفكار والمشاريع تصورياً. هنا يجد الأطفال الموهوبون نتيجة عجزهم عن تطبيق أو تنفيذ مشاريعهم التخيلية هذه أمام طريقتين الأولى: فقدان الثقة في الذات والثاني: فقد الثقة في الآخرين نتيجة التغذية الراجعة غير الواقعية التي يتلقونها منهم، فكيف يقول الآخرون لهؤلاء الأطفال يا لها من فكرة رائعة - يا له من مشروع متميز! ويكتشف الأطفال الموهوبين عجزهم عن نشر أفكارهم وترجمة مشاريعهم إلى واقع ملموس. وتجدر الإشارة إلى

الكمالية والدافعية إلى الإتقان المطلق لها بعدين أحدهما إيجابي والآخر سلبي، ففي البعد الإيجابي يفترض أن تزود دافعية الإتقان والرغبة في الكمال الأطفال الموهوبين بطاقة نفسية داخلية قوية لتحقيق إنجازات بالغة التميز. أما البعد السلبي فيتمثل في وضع الفرد معايير مرتفعة لنفسه ليس أمراً سيئاً في ذاته، إلا أنه يقتضى قراءة دقيقة واقعية للوصول إلى الأداء الذي تنطبق عليه أو تجسده هذه المعايير. وعليه فإن إلهام الدافع الداخلي للإتقان يفضى بالكثير من الأطفال الموهوبين إلى رسم صورة لأنفسهم مفادها أنهم فاشلون حتى لو أفادت الشواهد الخارجية (درجاتهم في الامتحانات أو الاختبارات المدرسية) تحقيقهم لمستويات نجاح عالية.

الكمالية والموهبة:

يرى دان سياتر (Dan,Seatter 2001) أن الكمالية من وجهة النظر الاجتماعية ربما تسهم في العديد من المشكلات المرتبطة بمرحلة المراهقة، فالموهوبون في هذه المرحلة ربما يقعون ضحايا الكمالية الاجتماعية من جراء تصنيفهم أنهم موهوبين، بما يمكن أن يساهم في مدركات غير مناسبة، هذه المدركات ربما تميز الموهوبين عن الآخرين في مجموعة الأقران، ذلك ينتج خبرات اجتماعية سلبية. (Gary,Davis&Rimm,1998) وعلى سبيل المثال الطلاب الموهوبين يتلقون أحكاماً نمطية مثل أنهم مهوسون Geck أو دريسون- دحاحيين nerd أي يذاكرون كثيراً، ومن يصنف موهوب يتعرض لتوقعات غير معقولة من الآخرين كالوالدين والمعلمين في مختلف ميادين الإنجاز، تلك التوقعات غير الواقعية قد تؤدي إلى الشعور بالإحباط إذا لم يستطع الطالب الموهوب الوفاء بتلك التوقعات، وفي المقابل يشعرون بالسرور عند الوصول إلى مستويات عالية، وربما يدركون أو يصبحون اعتماديين على مدح الآخرين نتيجة تاريخ الإنجاز الأكاديمي المرتفع. ومما سبق نجد ارتباط بين مدركات الآخرين وتوقعات المراهقين الموهوبين، فالموهوبون لديهم خصائص أخرى ترتبط بالخبرات الاجتماعية الانفعالية، فقد نجد لديهم حساسية مرتفعة تجعلهم يشعرون بالاختلاف عند المقارنة بأقرانهم، ونتيجة لذلك هناك صعوبات مرتبطة بالموهبة وخاصة ما يتعلق بالتقبل الاجتماعي أثناء مرحلة المراهقة تجعلهم عرضة للكمالية بشكل خاص (Don,Seatter,2001: 3-4).

الرجسية لدى الموهوبين والمتفوقين:

ذكرت إيمان صادق، وطالب سالم (٢٠١٢) أن معنى الرجسية يتضمن أكثر من مجرد التمرکز حول الذات أو الأنانية Egocentricity فهو المبالغة في استحقاق الذات Self-worth وتوجيه المشاعر نحو الذات أكثر من توجيهها نحو الآخرين، وإظهار العجرفة والازدراء وعدم الاكترات لمعايير السلوك المشترك، وأن المصابين بهذا الاضطراب يشعرون بأنهم فوق أعرف وتقاليد وأخلاق الثقافة التي ينتمون إليها. إن اضطراب الشخصية الرجسية هو واحدة من اضطرابات الشخصية الذي يسبب ضعفاً وظيفياً كبيراً في المجال النفسي والاجتماعي للفرد. وقد تصل الرجسية بالفرد إلى الإحساس بالعظمة والتفرد والانشغال بأوهام النجاح غير المحدود، والحاجات الاستعراضية لجلب الانتباه والإعجاب الدائم، والمبالغة في تقدير الذات والاهتمام المحموم لتحقيق نجاحات غير محدودة ورغبة استعراضية في جلب الانتباه والإعجاب. وقد ينقص لدى الفرد الرجسي سلوكيات هامة في حياة الأشخاص مثل قيم التعاون وسلوك الإيثار والذي يمثل نوع من السلوك الذي يهتم بمصلحة الآخرين ومساعدتهم وتفضيل مصالحهم على المصلحة الخاصة حتى لو استلزم قدراً من المخاطرة بدافع حب الخير والسعادة للآخرين، دون انتظار لمكافأة منهم.

ويشير "أدler Adler" إلى أن أسلوب الحياة الخاطئ يستند إلى الأنانية ويكون معتاداً أو معاكساً لأهداف المجتمع، وأن الأفراد الذين يتخذون هذا الأسلوب الذي يكون نمط الشخصية هو الغالب لديهم تكون عندهم أفكار خاطئة حول أنفسهم والعالم وأهاف غير ملائمة تناقض أهداف الجماعة، والفرق بين الفرد السوي وغير السوي هو أن السوي يحقق تفوقاً حقيقياً يبلغه بيسر وسهولة واطمئنان واستقرار بخلاف تفوق غير السوي الذي يعد تفوقاً أنانياً على حساب الآخرين. ويضيف أدler أن الفرد باستطاعته أن يعطى معنى لحياته ويضع لنفسه أسباب استقراره لو أن انفعالاته كلها متجهة نحو أهداف تجعله ينمو طبيعياً ويقود نفسه إلى أحسن حال، وهذه الأهداف هي (سلوكه تجاه الآخرين، تحقيق طموحاته، الحب).

وقد توصلت نتائج دراسة "إيمان صادق" إلى أن الطلبة المتميزون في ثانويات المتميزين لديهم رجسية ولديهم سلوك إثاري بحدود تزيد عن المعدل المتوسط، وذلك

بسبب أن الموهوبين يصيبهم تضخم في مفهوم الذات، والذي يشكل مظهر للترجسية، ولتفسير العلاقة بين الترجسية والسلوك الإيثاري فإن الدوافع الإنسانية ترمى إلى حب الذات، وفعل الخير لطلب الشعور بلذة الزهو التي تنشأ من إعجاب الناس بفاعل الخير. ولكي يتحقق التوازن بين دوافع الشخصية نحو حب الذات الذي ينزع إلى تحقيق الخير لنفسه، والإيثار الذي يرمى إلى تحقيق السعادة للآخرين فإن الضمير إذا لم يترك لأحدهما التغلب على الآخر تحقق التوازن في طبيعة الإنسان.

وليس معنى زهو الموهوب بما يبدع نرجسية لكن عندما لا تكون هذه الصفات مرنة وغير متوافقة ومستمرة فإنها تسبب ضعفاً كبيراً في الأداء أو تصيبه بالكرب فإنها تشكل اضطراباً للشخصية النرجسية والتي من أهم صفاتها كما جاء في الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي:

- لديه إحساس متعظم بأهميته فيبالغ في حجم إنجازاته، ومواهبه ويتوقع من الآخرين أن يكبروا شأنه ويعترفوا بأنه الأفضل دون وجود إنجازات قابلة للقياس والمضاهاة بإنجازات غيره.
- تداعبه خيالات النجاح غير المحدود أو النفوذ أو التآلق أو الحب المثالي بشكل دائم.
- يعتقد أنه مميز وفريد ولا يمكن فهمه أو لا يحب أن يرافق إلا على القوم.
- يتطلب الإعجاب الزائد (يسعى لانتزاع الكثير من الإعجاب).
- لديه إحساس بالجدارة والاستحقاق، يتوقع معاملة خاصة أو إذعائاً ألياً من الآخرين.

(يوسف أبو شندي، ٢٠١٤: ١٢٠-١٢١)

الحساسية الانفعالية لدى الموهوبين:

توصلت الدراسات التي تناولت الحساسية الزائدة أو الشديدة لدى الموهوبين Intense sensitivity إلى أن الحساسية الانفعالية الشديدة والتجاوب الانفعالي الداخلي مع هذه الحساسية خاصة أصيلة للأفراد ذوي المستويات المرتفعة من الموهبة يمكن أن تزيد من شدة أو كثافة ردود أفعالهم لمشكلات النمو العادي. وكما أن الحساسية العالية لدى الأطفال الموهوبين تجعلهم أكثر إدراكاً للظلم الاجتماعي وبهذا يزهدون

في عالم الخبرة الاجتماعية منذ فترة مبكرة من حياتهم. وقد ينظر بعض الأطفال الموهوبين لأنفسهم على أنهم ذوي خطأ في البناء النفسي، وقد يسخر الأقران العاديين منهم بسبب ردود أفعالهم القوية نحو أحداث وموضوعات يراها العاديون أنها عادية.

ترى ليندا سيلفرمان (٢٠٠٤) ترجمة "محمد السعيد حلاوة" أن الموهوب بحكم طبيعته حساس انفعالياً، وتشير إلى أنها توصلت من خلال دراستها للأطفال والموهوبين أن الحساسية تظهر لديهم مبكراً، وتستمر معهم خلال سنوات عمرهم، وهم أطفال عاطفيون جداً ويكرهون جرح مشاعر الآخرين، ولديهم توقعات عالية، ويعبرون عن مشاعرهم وانفعالاتهم بصورة فورية مباشرة وغالباً بطريقة مبالغ فيها فعندما يحزنون يسيطر عليهم الحزن لمدة طويلة وكذلك الحال عندما يفرحون أو يغضبون.

ويؤكد دابروفسكي وبيكوفسكي Dabrowski&Piechowski,1977 على أن الإثارة أو التهيج الانفعالي المبالغ فيه من أهم مظاهر الحساسية الانفعالية لدى الموهوبين، ولو نظرنا إلى الحساسية الانفعالية من زاوية إيجابية نجد أنها الأساس الذي يبنى عليه التواد Affiliation والتعاطف مع الآخرين، ومعلوم أن الوجه السلبي للحساسية الانفعالية التبدل الوجداني. كما أن نمو القيم الإنسانية الراقية من الإيثار والتراحم وغيرها تعتمد بصورة أساسية على طبيعة الحساسية الانفعالية لدى الأشخاص، وعليه يجب أن نوفر بيئات يمكن أن تنمي وتعزز الحساسية الانفعالية لدى أطفالنا خاصة الموهوبين من خلال السماح له بالتعبير عن المشاعر والانفعالات العميقة.

والحساسية الانفعالية نعمة إلهية عظيمة ولكن عندما يساء توظيفها تفضى حقيقة إلى تشويه شخصية الإنسان ودفعها إلى لوم الذات أو جلد الذات، وهي خاصية أخرى شائعة لدى كثير من الموهوبين، وفي ضوء ذلك قد يكون من المفيد أن نرعى نمو الحساسية الانفعالية لدى أطفالنا الموهوبين بتوفير بيئات تفاعل اجتماع تضمن تعليمهم مهارات الضبط الذاتي لهذه الحساسية والتعبير عنها بصورة إيجابية مقبولة.

ويتعلم الأطفال منذ فترة مبكرة من حياتهم أنه من الخطورة التعبير عن انفعالاتهم ومشاعرهم أثناء اللعب مع الأقران أو أثناء التواجد في الفصل، لأن التعبير عن الانفعالات والمشاعر علامة على ضعف الشخصية، وتؤكد "ليندا سيلفرمان" أن دفن أو إنكار الأطفال لمشاعرهم وانفعالاتهم يفضى إلى أن تنمو قدراتهم العقلية بصورة سوية عادية بينما

يبقى نموهم الانفعالي في حالة ثبات أو ببطء نمائي عام مقارنة بالنمو العقلي، مما قد يسبب سوء التوافق الاجتماعي خصوصاً في ظل ثقافة ضبط أو التحكم أو السيطرة على الانفعالات والمشاعر سلبية أو مختلة وظيفياً ولا تساعد هؤلاء الأطفال على إقامة علاقات اجتماعية إيجابية متبادلة مع الآخرين. وتشير "سيلفرمان" كذلك إلى أن فصول الموهوبين تساعد على تطور النمو الانفعالي بسبب وجود أقران لديهم نفس مستوى الحساسية الانفعالية ونفس القيم مما يمكنهم من التفاعل الاجتماعي الإيجابي. نظراً لاستخدام آليات ضبط وتأديب أقل مع القدرة على التعبير اللفظي عن المشاعر والانفعالات ومهارات الاستدلال لحل مشكلات التفاعل الاجتماعي بينهم.

وتساءل (حنان أبو منصور، ٢٠١١) من هو الشخص الحساس انفعالياً؟ وترى أنه الشخص الذي يفكر ملياً قبل التصرف ويتصرف بوعي وتغلب عليه المستويات العالية من التحفيز والتغيرات المفاجئة والاضطراب العاطفي، لأنه مزيج عدد من الصفات المزاجية.

وبعض الأفراد الحساسين يعانون من سوء التفاعل، ومن التوتر العاطفي، ومنهم أفراد هادئين وواعين داخلياً، ومن السهل جداً تشجيعهم للانضمام لمجموعة أفراد غرباء لم يعرفونهم من قبل. وقد يكونون الأشخاص الذين لديهم القدرة على التعبير عن العطف، وكثافة وخصوبة الشعور وتتمثل في الميل إلى عمل روابط عاطفية مع الأشخاص، فعندما تصادف أشخاصاً لديهم هذا النوع من الحساسية، فهم ينظرون إلى الأمور أو التصرفات التي يمارسونها وكل شيء ما غير طبيعي لديهم، ولكن في الواقع هذه الأمور لا تزعجنا لأننا لا ننظر لها بحساسية مفرطة.

ويشير دوجلاس وآخرون (Douglas, et al., 2009) إلى وجود نظريات عديدة افترضت أن الشخص الموهوب أكثر حساسية وسرعة في الاستجابة للمثيرات الخارجية في بيئته، ووفقاً لسيلفرمان 1997، Silverman أن من سمات الشخصية الموهوبة الحساسية الانفعالية الشديدة والكمالية، وهي غالباً ما ترتبط بالموهبة، ويضيف رودويل (Roedell 1984) أن الحساسية الانفعالية الشديدة هي أكثر مناطق تعرض الموهوب للانجرح، وأن الحساسية الانفعالية تصف مجموعة من المعطيات الحسية غير المنظمة والتي تخلق التوتر لدى الموهوبين، ولو أن الموهوب أكثر حساسية انفعالية أو

جسمية فيحاول أن يكون كمالياً ومن هنا تجده يعاني تحديات كبيرة في سبيل التوافق الاجتماعي. وعلى الرغم أن بعض النظريات افترضت أن الموهوبين يظهران زيادة في الحساسية الانفعالية، إلا أن القليل من البحوث التجريبية قد أجريت في هذا المجال لبحث هذه السمة لدى الموهوبين ومقارنتها مع العاديين.

أبعاد الشخصية ذات الحساسية الانفعالية:

إن الشخصية الحساسة كما يرى ليتسيا وفيلدمان (Leticia& Feldman, 2005:639)

تتكون من الأبعاد التالية:

(١) الحساسية الفردية السلبية: وتوصف بأنها ميل الأفراد لردة الفعل السلبية والتي تتمثل في عواطف الغضب واليأس والعدوانية والانتقاد الحاد، وذلك عند التعرض لمواقف معينة في البيئة المحيطة أو أوضاع الضغط النفسي، فالضغط النفسي الذي يتعرضون له يسبب حالات من اليأس والعزلة وفقدان الأمل.

(٢) الحساسية الانفعالية الإيجابية: وتوصف بأنها عملية الميل العاطفي لتكوين علاقات مع الآخرين مع إبراز المقدرة على التعرف على عواطف الآخرين وتفهمها وإبداء التعاطف معها وبخاصة أولئك الأشخاص الذين يعانون من أوضاع صعبة، فيمكن القول بأنه الاستحسان العاطفي هو المكون الرئيسي لعملية الشعور بالسعادة والنجاح الشخصي والاجتماعي.

(٣) الابتعاد العاطفي: والذي يمكن تعريفه بأنه اتجاه الأفراد نحو الابتعاد عن الآخرين من أجل تضاد الحساسية الانفعالية السلبية لديهم، ويكون ذلك بالابتعاد عن الأشخاص الذين يمرون بأوضاع سيئة أو صعبة.

سمات الشخصية الحساسة:

الصفات التالية والسلوك بمثابة مدخل لمعرفة هذه الشخصية حيث كلما زادت نسبة هذه الصفات كلما تشكلت الشخصية الحساسة بوضوح أكثر.

— الاستقلالية: تتمتع الشخصية الحساسة باستقلالية قوية، فصاحب هذه الشخصية ليس بحاجة إلى مساعد أحد، فيصنع القرار بنفسه دون الحاجة للآخرين.

— الحذر: يعد الشخص الحساس حذر جداً في التعامل مع الآخرين، ويفضل معرفة الأشخاص بعمق قبل التعامل معهم أو الثقة بهم.

- الدفاع عن النفس: هؤلاء الناس لا يترددون في الدفاع عن أنفسهم تحت الضغط أو في حالة الهجوم من الآخرين.
 - الحساسية للنقد: يأخذون النقد من الآخرين بشكل جدي ويدون دون الشعور بالخوف أو النتائج.
 - الإدراك والوعي: هم مستمعون ممتازون ويملكون حدة ذهنية في تحليل الحديث وفي تقييم مستويات التواصل.
 - الإخلاص: الأشخاص الحساسون ينظرون بأهمية كبيرة وهم يعملون بشكل دؤوب لاستخلاص الإخلاص من الآخرين، وهم دائماً يطلبونه من الآخرين، وهو بالتالي شرطهم لبناء علاقة حميمة أو صداقة متينة.
- والخلاصة أن الأشخاص الحساسون يشعرون في كثير من الأحيان بالعواطف وبعمق كما لو أنهم يرتدون مشاعرهم على سواعدهم، ويدركون تماماً مشاعر الآخرين، وعلى صعيد آخر فإن الأشخاص الحساسين يسعون لتجنب أي صراع، فإنهم يتجنبون الجدل وأي أنواع أخرى من المواجهات لأن سلبيتها تؤثر عليهم بشكل فهم لا يستطيعون التخلص من مشاعرهم بسهولة فبمجرد شعورهم بالحزن والانزعاج لا يستطيعون التخلص من مشاعرهم بسهولة فبمجرد شعورهم بالحزن والانزعاج لا يستطيعون تبديل مزاجهم ونسيان ذلك، ومن الملاحظ تجنيبهم لمشاهدة المشاهد التلفزيونية المحزنة، أو مشاهدة الأخبار؛ لأنهم لا يستطيعون تحمل ثقل العواطف التي تؤثر عليهم بعد ذلك. والأشخاص الحساسون عرضة للمعاناة من الاكتئاب المتكرر، والقلق أو غيره من الاضطرابات النفسية. وعلى الجانب الإيجابي فإنهم يدركون تماماً ويتأثرون بالجمال والفن والموسيقى والطبيعة فهم من أعظم الفنانين ومقديري الفن في العالم. كما أنهم عرضة للتحفيز الزائد، لا يمكن أن يقفوا في حشود كبيرة وضجيج عال أو بيئات محمومة، ويشعرون بالإرهاق من قبل الكثير من المحفزات، فالأشخاص الحساسون عادة تظهر كل أو معظم المواصفات، وواحدة من الصفات المؤكدة للشخص الحساس حقاً هي أنه يشعر بالعداء لطبيعته الحساسة، ومعظم الأشخاص الحساسين بالكامل يتمنون بإخلاص لو أنهم أقسى من ذلك؛ لأنهم يرون أن حساسيتهم**

هذه هي ضعفهم فيتمنون لو أن مشاعرهم غير ظاهرة للآخرين ويودون فعل أي شيء لتقليل منها- أو على الأقل التخلص من جوانبها السلبية. (Daniel, Goleman, 2007; 14)

جودة الحياة لدى الموهوبين Psychological Well-being:

يرى ناستاسي وآخرون (Nastasi, et al., 1998) أن جودة الحياة النفسية دالة للتفاعل بين عوامل متعلقة بالفرد بما تتضمنه من مجموعة من الكفاءات المقدرة ثقافياً والإمكانيات الشخصية والاستهداف الشخصي لعوامل الخطورة، والعوامل الثقافية التي تتمثل في المعايير الثقافية والمصادر الاجتماعية والثقافية وأساليب التشبُّه الاجتماعية ومصادرها، إضافة إلى مصادر الضغوط الاجتماعية والثقافية مما يدفع الشخص إلى الرضا عن حياته الشخصية وعلاقاته الاجتماعية المتبادلة مع الآخرين وبالتالي تمتعه بالصحة النفسية الإيجابية، أو عدم الرضا عن حياته الشخصية وعلاقاته الاجتماعية وبالتالي زيادة احتمالات معاناته من الضيق والكدر النفسي (أحمد جنيدي، ٢٠٠٨).

ويرى محمود منسى وعلى كاظم (٢٠٠٦: ٦٤) أنه يقصد بجودة الحياة: شعور الفرد بالرضا والسعادة وقدرته على إشباع حاجاته من خلال ثراء البيئة ورقى الخدمات التي تقدم له في المجالات الصحية والاجتماعية والتعليمية والنفسية مع حسن إدارته للوقت والاستفادة منه، فجودة الحياة تعنى شعور الطلبة بالرضا والسعادة وقدرتهم على إشباع حاجاتهم من خلال ما يتوفر لديهم من قدرات وإمكانات، وما يقدم لهم من خدمات في المجالات الصحية والاجتماعية والتعليمية والنفسية مع حسن إدارتهم للوقت والاستفادة منه.

وتعرف ستيفورات براون (Stewart-Brown, 2000, 35) جودة الحياة النفسية بأنها "حالة كلية ذاتية توجد عندما يتوازن داخل الشخص مدي واسع من المشاعر منها الحيوية والإقبال علي الحياة، الثقة في الذات، الصراحة والأمانة مع الذات ومع الآخرين، البهجة والمرح، السعادة والحبور، الهدوء، والاهتمام بالآخرين".

ويضيف (أحمد جنيدي، ٢٠٠٨) أن دراسات كارول رايف وزملائها (١٩٨٥-٢٠٠٧) عن جودة الحياة النفسية وقياسها من أكثر الإسهامات المميزة في هذا المجال، وفي محاولة كارول رايف وآخرين (Ryff et al., 2006) الإجابة عن السؤال التالي: هل

جودة الحياة النفسية مصطلح نقيض لمصطلح سوء التوافق النفسي؟ أو هل جودة الحياة النفسية والمرض النفسي يشكلان أبعاداً منفصلة للصحة النفسية أو للوظيفة النفسية؟ توصلت إلى الإقرار بوجود مدخلين متميزين للإجابة عن هذا السؤال : الأول يرى أنصاره أن جودة الحياة النفسية والمرض النفسي يمثلان نهايتين حديتين على متصل ثنائي القطب، وعليه يؤكد أنصار هذا المدخل على أن رصد المؤشرات السلوكية الدالة على الضيق والتوتر والاضطراب النفسي أمراً حتمياً لتفهم جودة الحياة النفسية. ومن هنا يمكن القول أن ذوي المستويات المرتفعة من الاضطرابات النفسية (مثل الاكتئاب، القلق، الضغوط النفسية)، يتوقع أن تكون مستويات جودة حياتهم النفسية متدنية أو منخفضة بصورة دالة كما تقاس مثلاً بمقاييس السعادة ، والحياة الهادفة أو ذات القيمة والمعنى، والعكس صحيح . في حين يؤكد أنصار المدخل الثاني على أن جودة الحياة النفسية والمرض النفسي مجالات منفصلة للوظيفة النفسية أو للصحة النفسية، وبالتالي، فإن المعلومات المتعلقة بأسباب وتداعيات ومرتبطات كل منهما لا يمكن استنتاجها من الآخر. ويشير أحمد عكاشة (٢٠٠٧) إلى أن منظمة الصحة النفسية وضعت تعريفاً للصحة النفسية تؤكد فيه على أن الصحة النفسية ليست مجرد الخلو من الأمراض أو الاضطرابات النفسية، ولكنها تتضمن بالأساس العمل على تحسين جودة الحياة النفسية التي تمكن الشخص من تحقيق توازن إيجابي بين قدراته وتطلعاته وتدفعه باتجاه التكيف مع متطلبات الحياة والمواجهة الفعالة لضغوط الحياة اليومية. ويفيد بأن جودة الحياة النفسية للشخص تتوقف - ضمن عوامل أخرى- على عاملين رئيسيين هما:

- قدرة الشخص على تكوين صورة واعية بذاته وبالأخرين. بما تتضمنه من إدراكه بمكامن قوته وبواطن ضعفه عن شخصيته ومعرفته بتكوينه وأسلوبه المزاجي الخاص، ومصادقته في مسلكه مع نفسه ومع الآخرين.

تأثير الموهبة على جودة الحياة :

ذكرت مورين نيهارت (Maureen, Neihart, 1999) أنه يوجد دليل على دعم وجهتي نظر حول جودة الحياة لدى الموهوبين، وأن الموهبة تدعم التوافق لدى الأفراد Resiliency أو أن الموهبة تزيد القابلية للانجراح Vulnerability وهناك أدلة نظرية

وتطبيقية تدعم كلا الرأيين، فمن الواضح أن الموهبة تؤثر على جودة الحياة النفسية لدى الأفراد، بينما المخرجات النفسية للأطفال والمراهقين والبالغين تكون إيجابية أو سلبية يبدو أنها تعتمد على الأقل على ثلاثة عوامل تتفاعل Synergistically وهي: ١- نمط الموهبة ٢- المستوى التعليمي ٣- الخصائص الشخصية.

يوجد تاريخ طويل من الاهتمام حول كيفية تأثير الموهبة على جودة الحياة النفسية على سبيل المثال دراسات:

(Watson, 1965; Berndt, Kaiser & Van, Aalst. 1982; Eysenck, 1995)

وخلال الخمسون عاماً الماضية استمر الصراع بين وجهتي نظر متعارضتين هما: الأولى: أن الأطفال الموهوبين عموماً لديهم توافق أفضل من أقرانهم العاديين، وأن الموهبة تحمي الأطفال من سوء التوافق - ووجهة النظر الأخرى ترى أن الموهوبون قادرون على فهم ذواتهم والآخرين استناداً على قدراتهم المعرفية، وبالتالي يمكنهم مواجهة الجيدة للضغوط.

الدراسات التي أيدت ذلك قررت أن الأطفال الموهوبين لديهم إدارة جيدة للتوافق عن أقرانهم العاديين وارتباط ذلك بمتغيرات متنوعة.

(Bakers, 1995; Berndt & Stanley, 1987).

الثانية: أن الأطفال الموهوبين يتعرضون لخطر مرتفع حيال مشكلات التوافق أكثر من أقرانهم الموهوبين، وأن الموهبة تزيد القابلية للانجراف لدى الفرد مع صعوبات التوافق، والواقع أن مؤيدي هذه الفكرة يعتقدون أن الأطفال الموهوبين يتعرضون لخطر المشكلات الاجتماعية والانفعالية، خصوصاً أثناء المراهقة والبلوغ. وقد افترضوا أن الموهوب أكثر حساسية للعلاقات البينشخصية، وخبرته أكبر مع مستويات الاغتراب Alienation والضعف أكثر من أقرانهم كنتيجة لقدراتهم المعرفية.

وتاريخياً في نهاية الثمانينات من القرن الماضي كان هناك قبول واسع أن الموهبة تزيد القابلية للانجراف، كما أن تلك الفكرة قد تم ترويجها في إطار أن توافق الموهوب يكون أفضل بعدما اقترح تيرمان وزملاؤه (Terman 1925-1935-1947) في دراسات طولية أفادت نتائجها أن الأفراد ذوي القدرات العالية يتعرضون بشكل أقل للأمراض النفسية ومشكلات التوافق عن العاديين.

وفى عام (١٩٨١) قتل طالب موهوب يدعى دالاس إجبرت Dalas Egbert نفسه، ومع تزايد معدلات الانتحار بين الموهوبين زاد الوعي بأن الأطفال الموهوبين يتعرضون لمشكلات نفسية وأنهم ليسوا محصنين ضد المشكلات، والناس لم تفترض لوقت طويل أن الموهوبين مميزون في الوظائف النفسية (وشاعت فكرة أن الموهوب شخص لديه احتياجات اجتماعية ونفسية) ومن هنا توجهت بعض البحوث نحو دراسة وقياس التوافق لدى الأطفال الموهوبين وارتباطه بالقلق والاكتئاب والجناح والانتحار وارتباطه بعوامل محددة تم تناولها بالبحث لدى عينات من الموهوبين خلال فترة الثمانينيات.

(Prentky, 1980; Tomlinaon-Keasey & Warren, 1987)

وخلال فترة التسعينيات استمرت البحوث حول فكرة أن الموهوبين أقل تعرضاً لمخاطر التوافق عن العاديين، إذن ما الذي نقوله حول تأثير الموهبة على جودة الحياة النفسية؟

لقد استخدم الباحثون توجهات متنوعة لتقييم تأثير الموهبة على توافق الأطفال، فالبعض بحث قياس التوافق، ومفهوم الذات، والعض الآخر تناول قياس عوامل محددة لمعرفة ما الذي يرتبط منها بالتوافق السلبي أو الإيجابي مثل: القلق، الاكتئاب، الجناح، وأساليب المواجهة الاجتماعية.

وقد توصل العديد من الباحثين إلى أن الأطفال الموهوبين وذوي القدرات العقلية العالية على الأقل جيدون في إن لم يكونوا ممتازين في التوافق عن أقرانهم العاديين. والتوافق يشير إلى نمط استجابة الفرد نحو المتطلبات البيئية. فالأفراد ذوي التوافق الإيجابي يكونون قادرين على المواجهة بفاعلية مع متطلبات الحياة، أما الأفراد ذوي التوافق السلبي فلديهم سوء توافق في استخدام وتوظيف استراتيجيات المواجهة.. أو نقص في كفاية مهارات للتعامل بفاعلية مع الضغوط، يؤكد تلك التوجهات ما توصلت إليه دراسات كوفمان Kaufman, 1981 وجروسبيرج وكورنيل Grossberg & Cornell, 1988 أن العلاقة إيجابية بين القدرات العقلية المرتفعة والتوافق النفسي، وأن ذوي القدرات العقلية وصفوا أنفسهم بأنهم ذوي سمات شخصية إيجابية أكثر من ذوي القدرات العقلية المتوسطة.

إن البحوث الحديثة حول جودة الصحة النفسية توسعت في قياس الشخصية والسلوكيات من خلال أدوات عديدة منها بقع الحبر، واختبار الشخصية المتعدد الأوجه

MMPI واستمارات السلوك، وقد قام Nail&Grans,1997 بمقارنة ١١٥ من المراهقين الموهوبين مع ٩٧ من أقرانهم العاديين بالمدارس العالية في أتلانتا باستخدام مقياس الشخصية المعتمد على التقرير الذاتي، واستمارة تقييم السلوك فوجد أن الفروق دالة بين المجموعتين في التوافق النفسي لصالح الموهوبين.

الفاعلية الذاتية لدى الموهوبين:

يذكر جهاد تركي (Jihad,Turki,2012:1) أن مشكلات التوافق والفاعلية الذاتية لدى الموهوبين، الأفراد الموهوبين يتعرضون لمشاعر الانحراج أو الاستسلام لليأس Vulnerable تماما مثل أقرانهم من العاديين ومشكلات النمو الاجتماعي الانفعالي تماما مثل أقرانهم العاديين في مراحل الطفولة والمراهقة، وذلك بسبب تصنيفهم كموهوبين لهم خصائص معينة تضعهم تحت خطر المشكلات النفسية والاجتماعية، تلك المشكلات ربما تزداد عن احتياجات الطلاب الموهوبين التعليمية لما يحتاجونه من إثراء في التعليم والتفكير قد لا يتوافر في برامج التعليم العادية والتي لا تتماشى مع طموحاتهم وإبداعاتهم وطاقاتهم النمائية (Neihart,1999;Swiatek,1995). المشكلات التوافقية من المتوقع أن تصبح أكثر وضوحاً وشيوعاً لدى الطلاب الموهوبين، والذين يشعرون بالفروق الواضحة بينهم وبين العاديين من أقرانهم، لذلك الطلاب الموهوبين خصوصا ذوي القدرات العالية منهم، ربما يكونوا أكثر عرضة لخطورة مشكلات التوافق، وبالتالي يحتاجون إلى العناية وبرامج التدخل العلاجي. وقد اقترح Webb,1993 أن العلاقات البينشخصية والعوامل التعليمية كأسباب لسوء التوافق وأن تدنى التحصيل أو المشكلات الانفعالية ربما ترتبط بالفقر، التسكين التربوي غير المناسب أو متطلبات المنهج، أو عوامل أسرية. الفاعلية الذاتية تعنى كيف يدير الفرد انفعالاته، وتفكيره، ودافعيته وسلوكياته، وذلك من خلال أربعة عمليات رئيسية هي: المعرفة- الدافعية- الوجدان- والعمليات المنتقاة.

كما أن هناك عمليات مؤثرة في الفاعلية الذاتية كما عرضها "باندورا، ١٩٩٧"

فيما يلي:

- (١) الخبرة: الخبرات الرئيسية تمثل عامل هام لتشكيل الفاعلية الذاتية للفرد، فالنجاح يعزز الفاعلية وخبرات الفشل تعمل على تدنيها.
- (٢) النمذجة: الاستحسان والتقدير الاجتماعي يرتبط بالتشجيع أو عدم التشجيع، وهو مؤثر قوى في تشكيل الفاعلية الذاتية فالناس تتذكر الإيجابيات ومواقف الثقة، لهذا فإن التقدير الإيجابي يزيد الفاعلية بينما التقدير السلبي يعمل إضعافها.
- (٣) التقدير الاجتماعي: ترتبط الفاعلية بالتقديرات الاجتماعية من الآخرين، من خلال التشجيع والدعم، ولذلك التقدير الاجتماعي يعمل على زيادة الفاعلية الذاتية.
- (٤) العوامل الفسيولوجية: من غير المعتاد أن المواقف الضاغطة تعطي أمارات دالة على الضغوط والصدمات، الصداع، الآلام، والتعب والخوف، فمدركات الشخص لهذه العوامل يؤثر في فاعليته الذاتية.

أنماط الفاعلية الذاتية:

- (١) الفاعلية الذاتية والتنظيم الذاتي: وتعنى القدرة على مقاومة ضغوط الأقران، وتجنب الأنشطة الخطرة.
 - (٢) الفاعلية الذاتية الاجتماعية: وتعنى القدرة على تشكيل والاحتفاظ بالعلاقات الاجتماعية وقضاء وقت الفراغ.
 - الفاعلية الذاتية الأكاديمية: وتعنى القدرة على الأداء الأكاديمي والانتظام في الأنشطة التعليمية ومواجهة التوقعات.
- ووفقا "لباندورا" فإن تنظيم الذات يعتمد بقوة على معتقدات فاعلية الذات.. وإدراك فاعلية الذات يؤثر على مستوى أهداف التحديات التي يضعها الناس لأنفسهم، ومقدار الجهد الذي يبذلونه في مواجهة التحديات. ومما سبق يمكن التتويه إلى أن الموهوبين يتميزون بفاعلية ذاتية أعلى من أقرانهم العاديين.
- إن أهمية الفاعلية الذاتية تتبع من تأثيرها في مظاهر متعددة من سلوك الفرد وتتضمن بالتحديد: اختيار النشاطات choice of activities: حيث يختار الفرد النشاطات التي يعتقد بأنه سوف ينجح فيها، ويتجنب تلك التي يعتقد أنه سوف يفشل في حلها.

— التعلم والإنجاز learning and achievements : فالأفراد ذوو الإحساس المرتفع بالفاعلية الذاتية يميلون إلى التعلم والإنجاز أكثر من نظرائهم ذوي الإحساس المنخفض .

— الجهد المبذول والإصرار effort and persistence: يميل الأفراد ذوو الإحساس المرتفع بالفاعلية الذاتية إلى بذل جهود أكبر عند محاولتهم إنجاز مهمات معينة، وهم أكثر إصراراً عند مواجهة ما يعيق تقدمهم ونجاحهم. أما الأفراد ذوو الإحساس المنخفض بالفاعلية الذاتية فيبذلون جهدت أقل في أداء المهام، ويتوقفون بسرعة عن الاستمرار في العمل عند مواجهة عقبات تقف أمام تحقيق المهمة .

ويؤكد "باندورا" على التأثير المتبادل بين مفهوم الذات والفاعلية الذاتية لدى الفرد ؛ فالفاعلية الذاتية تحسن من مفهوم الذات والمفهوم الإيجابي للذات يساهم في رفع مستوى الفاعلية الذاتية. (3-1: Mayor&Sutton, 1996)

وضع باندورا أربعة مصادر أساسية تساهم في تقوية فاعلية الذات، كما يمكن أن تكتسب أو تقوى أو تضعف من خلالها وهي:

(١) خبرة السيطرة: Mastery Experience يعتمد هذا المصدر على الخبرات التي يعيشها الفرد ، فالنجاح عادة يرفع توقعات الفاعلية ، بينما الإخفاق المتكرر يخفضها (Gist&Mitchell, 1992) ويتطلب الإحساس بالفاعلية القوية خبرة في التغلب على العقبات من خلال بذل الجهد والمثابرة المستمرة المتواصلة. ويسجل الناس الزيادات الملحوظة في الفاعلية الذاتية عندما تدحض تجاربهم المعتقدات الخاطئة عما يخافونه وعندما يكتسبون المهارات الجديدة للتمكن من الأنشطة، كما أن المعلومات المطلوبة لتقييم الفاعلية الذاتية يحصل عليها بواسطة سيطرة الأداء وتجارب التعلم البديل والإقناع اللفظي والإثارة الفسيولوجية حيث تعمل إنجازات الأداء Performance accomplishment سجلاً معرفياً يتشكل من خلاله معتقداً ذاتياً يوضح إمكانات تحقيق المهمة المستقبلية (Bandura, 1977) وينظر للسيطرة كموديل تصوري للعمل يعتقد أن النتائج تحدث إما بالصدفة البحتة وفي هذه الحالة يكون مصدر السيطرة خارجي أو تحدث كنتيجة مباشرة لمجهود الشخص وفي هذه الحالة يكون مصدر السيطرة داخلي.

(٢) الخيرات البديلة: Vicarious Experience يرى باندورا (Bandura 1982) أن تقدير الذات يتأثر بالخبرات البديلة والتي يقصد بها اكتساب الخبرة من رؤية الآخرين المشابهين وهم يؤدون الأنشطة بنجاح (النماذج الاجتماعية) حيث تزيد رؤية الفرد للمشابهين وهم يؤدون الأنشطة بنجاح من جهده المتواصل ترفع معتقداته لأنه يمتلك نفس الإمكانيات اللازمة للنجاح ويستطيع أن يولد توقعات من المشاهدة والتي تحسن أدائه بالتعلم من المشاهدة للنماذج، ولنفس السبب رؤية آخرين يفسلون في أدائهم على الرغم من الجهد المرتفع تخفض معتقدات المشاهدين عن فاعليتهم ويقوض جهودهم. كما تحدث تجارب التعلم البديل بمشاهدة نجاحات الآخرين وامتصاص الصراعات.

(٣) الإقناع اللفظي Verbal Persuasion: أي الحديث الذي يتعلق بخبرات معينة للآخرين والاقتران بها من قبل الفرد أو المعلومات التي تأتي الفرد لفظياً عن طريق الآخرين وهو ما قد يكسبه نوع من الترغيب في الأداء أو العمل، ويؤثر على سلوك الشخص أثناء محاولته لأداء المهمة. وللإقناع الاجتماعي Social Persuasion دوره أيضاً حيث يشير إلى الأنشطة التي يؤديها الناس بنجاح في المهام المحددة المقترحة والتدريب وإعطاء تغذية راجعة تقييمية على الأداء هي أنواع شائعة من الإقناع الاجتماعي (Bandura, 1977; Bandura & Cervone, 1986).

(٤) الاستثارة الانفعالية: Emotional arousal يعتمد الأفراد جزئياً على الاستثارة الفسيولوجية في الحكم على فاعليتهم فالقلق والإجهاد يؤثران على فاعلية الذات والاستثارة الانفعالية المرتفعة تضعف الأداء، ويمكن خفض الاستثارة الانفعالية بواسطة النمذجة ويضاف إلى ذلك ظروف الموقف نفسه. (Cynthia, Edins, 2009)

الرضا عن الحياة لدى الموهوبين Life-satisfaction:

يمثل الرضا عن الحياة مظهراً إيجابياً من مظاهر الصحة النفسية لدى الموهوبين، إذ تصف منظمة الصحة العالمية (١٩٩٥) الرضا عن الحياة بأنه "معتقدات الفرد عن موقعه في الحياة وأهدافه وتوقعاته ومعاييرها واهتماماته في ضوء السياق الثقافي ومنظومة القيم في المجتمع الذي يعيش فيه، وهو مفهوم واسع يتأثر بطريقة مركبة بالصحة

الجسمية وحالته النفسية واستقلاليتها وعلاقاتها الاجتماعية وعلاقته بكل مكونات البيئة التي يعيش فيها (The WHO QOf,group,1998). كما يعرف الرضا عن الحياة بأنه "تقييم الفرد ولنوعية الحياة التي يعيشها طبقاً لنسقه القيمي، وهو يعتمد على مقارنة الفرد لظروفه الحياتية بالمستوى الأمثل الذي يعتقد أنه مناسب لحياته" (مجدى الدسوقي، ١٩٩٨: ١٦٢).

والرضا عن الحياة يعد من مؤشرات السعادة الوجدانية الذاتية، ويُعرف الرضا عن الحياة بأنه: "حالة داخلية يشعر بها الفرد وتظهر في سلوكه واستجاباته، وتشير إلى ارتياحه وتقبله لجميع مظاهر الحياة من خلال تقبله لذاته ولأسرته وللآخرين، والبيئة المدركة وتفاعله مع خبراتها بصورة متوافقة" (أمانى عبد الوهاب، ٢٠٠٧: ٢٤٨). وأشارت نتائج دراسة مجدى الدسوقي (١٩٩٨) إلى أن الرضا عن الحياة وأبعاده الفرعية (السعادة- الاجتماعية- الطمأنينة- الاستقرار النفسي- التقدير الاجتماعي- القناعة) لدى الراشدين وصغار السن يرتبط إيجابياً بتقدير الذات وسلباً بكل من الشعور بالوحدة النفسية والاكئاب، كما لا توجد فروق بين الذكور والإناث في الرضا عن الحياة وأبعاده الفرعية. والرضا عن الحياة كما يرى دينر Diener, 1985 يعتمد على مقارنة الفرد لظروفه بالمستوى المثالي الذي يفترضه لحياته، وهذا يعني أن الحكم على مدى رضا الفرد عن شؤونه الحالية يعتمد على مقارنته بمستوى مثالي يضعه الفرد نصب عينيه، وهذا المستوى المثالي ليس إجبارياً بل هو علامة مميزة للصحة النفسية، حيث أنه يرتبط بالحكم الشخصي للفرد (مجدى الدسوقي، ١٩٩٨: ٥).

الرضا عن الحياة والموهبة:

يذكر خالد البلاح (٢٠١٣) أن الدراسات الحديثة التي تم إجراؤها على الطلاب الموهوبين في المراحل الابتدائية والثانوية، ركزت على الطلاب الذين التحقوا بالجامعة مبكراً من الموهوبين، تبين أن الرضا عن الحياة لدى هؤلاء الطلاب ينمى مواهبهم وصدقاتهم وربما يخبرون الشعور بعدم المعنى أو الهدف، ذلك الإحساس باللامعنى يمكن أن يقلل الرضا عن الحياة لديهم، ووفقاً لمواجهة ذلك الشعور فمن المهم تزويد الطلاب الموهوبين بفرص يظهر فيها تحديهم لأنفسهم. وترى "بوذمان وسايلر" أن الطلاب الموهوبين يكونون على متصل Continuum بدايته الازدهار Thriving وطرفه الثاني

الفضل، ومن خلال نتيجة المظاهر المتعددة في حياتهم جنباً إلى جنب، وقد خلص كثير من الباحثين أن الموهوبين أكثر ميلاً إلى تحقيق الإنجاز والازدهار (Boazman&Sayler,2011:76-77). كما أن الطلاب الموهوبين يستفيدون من البيئات الأكاديمية التي تمثل تحدياً لهم، ونتيجة لتلك التحديات البيئية يُظهر الطلاب نمواً أكاديمياً وتوافقاً اجتماعياً إيجابياً عن أقرانهم، وينمون خلال الأنشطة الأكاديمية. وكثير من نتائج البحوث افترضت أن الطلاب الموهوبين لديهم مستويات أعلى من المتوسط في الرضا عن الحياة، نظراً لأنهم يتمتعون بأعمالهم في البيئة المدرسية أكثر من أقرانهم العاديين، ولديهم إحساس كبير بمعنى الحياة (4: Laura,Israel,2013).

التوافق النفسي لدى الموهوبين:

حاول الأخصائيون النفسيون منذ زمن بعيد أن يفهموا العلاقة بين الذكاء والتوافق النفسي، ولقرون عديدة هناك علاقة لا تتفصم Inextricably بين الجنون والعبقرية، كما أن ثقافتنا تحتوى على الكثير من الأحكام النمطية المسبقة حول الأفراد الموهوبين، وكثير منها أحكام سلبية. فمثلاً يعرض الإعلام للموهوبين على أنهم أشخاص يترددون في الكلام أو أساتذة ذوي عقلية غريبة التفكير أو كثير الشراب، أو فنان نصف مجنون.

وقد حاول تيرمان Terman أن يضع تلك الأحكام النمطية عن الأفراد الموهوبين في بحوثه، فقد وجد تيرمان أن الغالبية منهم يعانون اضطرابات نفسية، ويعانون من الاكتئاب والقلق. حتى أن مرتفعي الذكاء منهم لديهم اضطرابات سيكولوجية أكثر من المتوقع لدى أقرانهم من العاديين.

وفي العصر الحديث أصبحت بحوث التوافق النفسي لدى الموهوبين أكثر إثارة للجدل، وأصبحت تتعرض لأسئلة أكثر تعقيداً مثل: هل الطلاب الموهوبين يحققون توافق جيد؟ ومن الشائع الآن في دراسات الموهبة بحث خصائص واسعة ومتنوعة ترتبط بالتوافق النفسي مثل: مفهوم الذات، تحقيق الذات، الاكتئاب، وتقدير الذات الاجتماعي. الدراسات الحديثة للطلاب الموهوبين بحثت التوافق لدى الذكور والإناث في مستويات عمرية متنوعة، واختلاف القدرات لدى الطلاب وفي مختلف مجالات الموهبة.

التوافق النفسي والنوع لدى الموهوبين:

أشارت غالبية دراسات الموهوبين لدى الذكور والإناث أن التوافق لدى الإناث الموهوبات أعلى منه لدى الذكور، وفي قياس الشخصية فإن البنات الموهوبات أظهرن سمات قليلة ترتبط بتدني التوافق، مثل القلق والاكتئاب، كذلك فإن البنات الموهوبات لديهن اضطراب سلوكي أقل من الذكور الموهوبين. (Kerr, 1985) وقد بينت نتائج بعض الدراسات أن الإناث لديهم آراء متدنية عن أنفسهم أقل من أقرانهم من الذكور، وأن الموهوبين على وجه العموم ذكور وإناث لديهم مفهوم ذات إيجابي (Kelly & Colangelo, 1990). ويرى البعض أن الإناث والذكور متشابهون في خصائص الشخصية لأنهم يميلون إلى أن يكونوا أعلى من الطلاب العاديين في توافقهم النفسي، والفروق في مجالات مفهوم الذات الاجتماعي، أو تقدير الذات الاجتماعي، وأن الفروق قد ترجع إلى رغبة الذكور في الظهور في المراهقة بينما الإناث يكن أكثر حساسية للتأثير الاجتماعي للموهبة.

بعد مراجعة الدراسات السابقة التي تناولت الفروق بين الذكور والإناث في خصائص الشخصية والتوافق النفسي حاول "تيرمان" التأكيد على أن الذكور والإناث من الموهوبين أكثر تشابهاً في الخصائص النفسية أكثر من كونهم مختلفين، وأنهم على العموم أفضل توافقاً.

السن والتوافق النفسي لدى الموهوبين:

تعتبر الدراسات الطولية في الموهبة وخاصة في التوافق قليلة، إلا أن "تيرمان وكوفمان" ذكرا أن مرحلة الروضة وما قبلها هي مراحل حرجة في حياة الطفل الموهوب، كما لاحظ ويب وتولان (Webb & Tolan, 1982) أن الموهوبين لا يقرأون نفس الكتب ولا يلعبون نفس ألعاب العاديين. والعديد من الأطفال الموهوبين في الروضة تنمو لديهم حالة من الإحباط وخيبة الأمل، ويشعرون بالملل من الواقع الدراسي، مما يشكل لديهم القلق والمخاوف من الذهاب للمدرسة، وينسحبون إلى عالم الخيال وأحلام اليقظة خلال اليوم الدراسي. ثم يتطور الأمر في المرحلة العمرية من (4-7) سنة ربما تزداد المشكلات أكثر بسبب شعور الطفل برفض الآخرين له، وكذلك إهمال المعلمين لاستثارة قدراتهم للدرجة التي تشعرهم بالرضا عن مواهبهم أو تفوقهم، وفي هذه

المرحلة يوصى بالصبر والتعاون مع المعلمين والوالدين والمرشدين. وهناك مرحلة عمرية مهمة جداً في حياة الموهوبين وهي مرحلة المراهقة وما بعدها، حيث يشعر بالتميز الذي يجلب له المتاعب والضغط لدرجة تحول الموهبة إلى وصمة ويشعر أنها ليست ميزة اجتماعية، وقد يظن المعلمين أن التغيير في السلوك يرجع إلى تطورات مرحلة المراهقة، لكن السبب يرجع إلى الضغوط الأكاديمية والضغط الاجتماعي والشعبية والتي تعطى إنذاراً للمعلمين والآباء بالخطر حيال الموهوبين (Groth, 1969).

وفي مرحلة الجامعة فتظهر المنافسة القوية مع أقرانه من الموهوبين والمتفوقين، مما يدفع بعضهم إلى الغضب والفرح dismay ممن ليس لديهم مجازاة لتلك المنافسات القوية، فبعضهم لم يخبر الفشل من قبل وهو عسير على النفس، فيلجأ إلى الانسحاب لأنه يخشى ألا يكون الأول أو المميز، وقد يؤدي الخوف من الفشل إلى تدنى التحصيل، وربما الانتقال من كلية إلى أخرى أقل مستوى.

تأثير الموهبة والتفوق على الصحة النفسية:

ذكرت "سعاد غيث وآخرون" (٢٠٠٩) أن من الموضوعات التي نالت اهتمام الباحثين مدى تأثير الموهبة والتفوق على الصحة النفسية لدى الموهوبين، وهل هم أقل أم أكثر احتمالاً لمواجهة الضغوط والمشكلات النفسية، وتشير نتائج بعض الدراسات السابقة إلى أن الموهبة تتعكس إيجابياً على الفرد، انفعالياً، واجتماعياً، فهناك دراسات وجدت علاقة بين التفوق العقلي والقدرة على التوافق والتكيف مع الضغوط، وأن الذكاء المرتفع عامل من عوامل سهولة التكيف وسرعته، وذلك لأن الموهوبين لديهم فهم أفضل لذواتهم وللآخرين، فهم يتوافقون بشكل أفضل مع الضغوط، وبطريقة صحية مقارنة بأقرانهم من العاديين، وكذلك القدرة على حل المشكلات. وفي مقابل ذلك رأت نتائج دراسات أخرى وجود آثار سلبية للموهبة عند مقارنة الموهوبين مع العاديين، فإن لديهم مستويات أعلى من القلق، والنزعة للكمالية، والحساسية العالية، والشعور بالوحدة النفسية والعزلة الاجتماعية (Herbert, 2000; Peterson, 2006).

وفي ضوء ما سبق فإن الطلاب الموهوبين والمتفوقين لديهم مشكلات ومعاناة انفعالية اجتماعية، ولا بد من العمل على مساعدتهم في التعامل معها ومواجهتها، وتبرز

أهمية هذه القضية في ظل اتجاهين سائدين الأول: أن هناك تحيزاً ضدهم من جانب المعلمين والمرشدين النفسيين على أنهم لا يحتاجون إلى اهتمام خاص ورعاية، وذلك لأنهم يتدبرون أمورهم بأنفسهم، ولكونهم يتمتعون بدرجات عالية من الصحة النفسية، والتوجيه الذاتي، وتقدير الذات المرتفع، أما الاتجاه الثاني: فهو المتمثل في أن هؤلاء الطلاب لا يطلبون المساعدة ولا يعلنون عن معاناتهم، لن ذلك يتعارض مع صورتهم التي يشكلونها عن أنفسهم (الكمال والتميز) الذي سيجوا أنفسهم فيه، مما يجعلهم ينزعون لحل مشكلاتهم بأنفسهم، الأمر الذي يؤثر على فعالية النتائج المترتبة على التعامل مع تلك القضايا النمائية والحياتية.

استراتيجيات المواجهة المستخدمة لدى الموهوبين Coping strategies: استراتيجيات المواجهة الاجتماعية:

يعرف فولكمان ولازاروس (folkman&kazarus,1986:572) استراتيجيات المواجهة من حيث أنها "الجهود المعرفية والسلوكية التي يبذلها الفرد للتخفيف والتحكم والتكيف مع المطالب الداخلية والخارجية التي تنشأ في أثناء تفاعله مع البيئة والتي تدرك بأنها شديدة الوطأة أو تفوق ما لديه من إمكانيات". ويقصد بأساليب المواجهة مجموعة من النشاطات يقوم بها الفرد، سلوكية أو معرفية يسعى من خلالها لمواجهة المواقف الضاغطة لحل المشكلة، أو التخفيف من التوتر الانفعالي المترتب عليها. وانسجاماً مع تصور تانينباوم (Tannenbaum,1983) فإن الصعوبات الاجتماعية التي يواجهها الموهوبون في ضوء الآثار التي تترتب على ما يحمله الرفاق والآباء والمعلمون من مشاعر إزاء الإمكانيات التي يمتلكها الموهوبون والمتفوقون إذا ما اعتقدوا بأن لديهم عقولاً غير عادية، وشخصيات غير طبيعية بسبب ما يتميزون به، مما يدفعهم إلى إتباع استراتيجيات خاصة سعياً في الوصول إلى الشهرة والتميز وتحقيق المكانة الاجتماعية بدلاً من التعرض للنبذ. وتتحدد استراتيجيات المواجهة الاجتماعية إجرائياً من خلال الدرجة التي يحصل عليها الطالب الموهوب على استبيان استراتيجيات مواجهة الصعوبات الاجتماعية للموهوبين إعداد: سوياتك (Swiatek, 2001).

وقد ذكرت باربارا كير (Barbara, Kerr, 2009: 27) أن المراهقين الموهوبين يميلون إلى توظيف الاستراتيجيات الاجتماعية التي تميزهم عن أقرانهم غير الموهوبين، وتعتبر أعمال تراسي كروس Tracy Cross ولورانس كوليمان Laurence, Coleman وماري سوياتك Mary, Swiatek هي الرائدة في ذلك المجال، وتوصلت نتائج بحوثهم أن المراهقين الموهوبين ينضمون إلى الأنشطة اللاصفية في المدرسة، كف السلوكيات السلبية يجعلهم مختلفين عن الآخرين، والبعض الآخر يندمج في السلوكيات بهدف إنكار قدراتهم العالية ويعدون أنفسهم عن الأحكام النمطية الشائعة عن مجموعات الموهوبين. بعض المراهقين الموهوبين يستخدمون في المواجهة مساعدة الآخرين أو تشكيل علاقات مع البالغين، بينما يبحث آخرون عن فرص نمو الموهبة خارج المدرسة، ويتجنبون البرامج الخاصة بالموهبة داخل المدرسة لإخفاء قدراتهم العالية أو نقص الإنجاز الأكاديمي كوسيلة مواجهة، وقد يلجؤون إلى ممارسة أنشطة أقل من قدراتهم لإخفاء الموهبة. وتؤدي المتغيرات الشخصية والاجتماعية دوراً رئيساً في اختيار الفرد لاستراتيجية مواجهة معينة دون غيرها، ومن بين هذه المتغيرات عامل النوع والسن، حيث أظهرت عديد من الدراسات التي أجريت على عينات من الطلبة المراهقين الذين يتمتعون بإمكانيات عقلية عادية وتلك التي تناولت عينات من الموهوبين وجود ميل أكبر لدى الإناث لاستخدام استراتيجيات ذات توجه اجتماعي كالتحدث مع الأصدقاء. وأن الفروق في استراتيجيات المواجهة الاجتماعية ترجع إلى:

(أ) النوع:

هناك فروق بين الذكور والإناث في أنماط المواجهة لدى المراهقين الموهوبين، فالذكور أكثر ميلاً لتوظيف الدعابة Humor لتحقيق الشعبية وأقل رغبة في إخفاء موهبتهم، كما أنهم أقل تقبلاً من الأقران وأقل في الأنشطة البينشخصية مقارنة بالإناث. والذكور أكثر ميلاً لتفضيل البالغين لطلب المساندة كشكل من أشكال المواجهة، بينما يميل الإناث إلى الاعتماد على مساندة الأقران، في المقابل فإن المراهقات الموهوبات يملن إلى التوافق وإخفاء مواهبهن في المواقف الاجتماعية، كذلك هن أكثر ميلاً وارتباطاً بسلوكيات المساعدة كاستراتيجية مواجهة اجتماعية، فالبنيات يبحثن

عن المساندة الاجتماعية من الصديقات المقربات وهن أقل ارتباطاً بالأنشطة البدنية ويميلون إلى الاسترخاء أكثر من البنين.

(ب) السن:

يرى ريجان فوست (65: Rygan, Foust, 2007) أن الطلاب الموهوبين والمتفوقين أكاديمياً يميلون إلى استخدام استراتيجيات مواجهة مختلفة عما يستخدمه الطلاب الأكبر سناً في مواجهة مواقف الضغوط العالية، فيلجؤون إلى استخدام المسايرة، ومساعدة الآخرين، والتركيز على الشعبية. وتوضح نتائج بعض الدراسات أن المراهقين الموهوبين الأكبر سناً ينكرون ويخفون مواهبهم أكثر من الموهوبين الأصغر، كما أنهم أقل حبا في تأكيد أو تقليل أهمية شعبيتهم أكثر من المراهقين الأصغر. وتُظهر المقارنة بين الموهوبين وغير الموهوبين أنهم يميلون إلى التعامل مباشرة مع مشكلاتهم عند مواجهة مشكلات موقفية، على الرغم أن المراهقين الموهوبين كمجموعة يميلون إلى إدراك أنفسهم أنهم مجتهدون Industrious وقادرون على التعامل مع المشكلات التي تطرأ عليهم، ويبدو أنهم يعملون بجد، وأنهم أقل ميلاً لتوظيف الاستراتيجيات التي تعينهم على تخفيف التوتر، ولا يعتمدون على علاقات المودة لمساعدتهم على المواجهة. فمثلاً المراهقين الموهوبين في الشرق مثل: هونج كونج يغلب عليهم الكمالية ومشاعر النقص في مواجهة وتحدي العمل المدرسي، وهم كذلك يخبرون الضغوط الناتجة عن التوقعات الوالدية ومن المشاعر التي تختلف عن أقرانهم، والغالبية من هؤلاء الطلاب يخبرون الضغوط الانفعالية تجاه ما يحدث حولهم (Barbara, Kerr, 2009:27) وتوصل كل من جروس وستارت (1989: Gross&Start) في دراستهما الطولية التي أجريها على أربعين طفلاً أسترالياً ممن تزيد نسبة ذكائهم على (١٦٠) إلى أن الأطفال الذين استمروا في الدراسة في الصفوف المخصصة للأطفال العاديين أظهروا مستوى متديناً من تقدير الذات الاجتماعي، ونقصاً في الدافعية، وتدنياً متعمداً في التحصيل الأكاديمي في محاولة منهم للحصول على القبول الاجتماعي من زملائهم من الفئة العمرية نفسها. في حين أن أولئك الذين تم إلحاقهم ببرنامج تسريعي بمعدل صفين أو أكثر، أظهروا تقديراً إيجابياً للذات، ودافعية مرتفعة، ولم يشعروا بضرورة تعمد لتدني مستوى الأداء ليحصلوا على التقبل من زملائهم، بل بينوا أن وضعهم في صفوف متقدمة كان له

مردود إيجابي عليهم من الناحية الأكاديمية والاجتماعية. وفي هذا السياق توصلنا إلى وجود ميل لدى الموهوبين والمتفوقين لاستخدام عبارات أقل تعقيداً عندما يتعاملون مع أقرانهم من الفئة العمرية نفسها مقارنة بتلك التي يستخدمونها مع أفراد أسرهم أو من يتقنون بهم.

وبذلك فإن كروس تراسي وآخرون (Cross, Tracy, et al., 1991) يرون أن الموهوبين يلجؤون إلى استخدام نمطين مختلفين من استراتيجيات تنظيم المعلومات هما: سلوك التمويه Camouflaging behavior وهو أسلوب في التعامل يتميز بالسلبية نسبياً، إذ يلجأ الموهوب إلى الاندماج مع الطلبة من سمدونيمكانيات العادية. ومن الأمثلة على أسلوب التمويه: عدم اعتراف الموهوب بسهولة الأسئلة في الامتحان، أو توجيه أسئلة يعرف الإجابة عنها مسبقاً، أو الامتناع عن المشاركة الصفية أو الإجابة عن الأسئلة التي تطرح في الصف. أما الاستراتيجية الأخرى فهي استراتيجية اللاتوحد dis-identifier وتمثل هذه الاستراتيجية توجهاً في تنظيم المعلومات أكثر إيجابية، ومن الأمثلة التي توضح هذه الاستراتيجية قيام الموهوب بتوجيه أسئلة سخيفة أو تحمل أفكاراً مشوشة، أو الادعاء أن الامتحان كان في غاية الصعوبة، أو السخرية من الطلبة الموهوبين والمتفوقين. واستخدام هذه الاستراتيجيات تساعد الموهوبين والمتفوقين على الاعتقاد بأنهم بمنأى عن الصفات والأحكام النمطية stereotypes التي يطلقها الآخرون عليهم.

الموهبة كحالة وصمة Stigma:

ترى "سوياتك" أن علاقات الأقران هامة لنمو المراهقين، خصوصاً تشكيل الهوية التي نادى بها إريكسون (Erikson, 1955) فالطلاب الموهوبين مثل غيرهم لديهم رغبة للاستفادة من تلك العلاقات، تأسيس علاقات الأقران غالباً يخفى نسبياً الفروق في القدرات بين الموهوبين والطلاب المتوسطين، وإن كان الطلاب ذوي القدرات العالية متميزون في الإنجاز الأكاديمي ولديهم علاقات اجتماعية إيجابية، لكن ربما لا ينجحون في كلاهما. تلك المشكلة لدى الموهوبين دفعت الكثير من الباحثين إلى اقتراح أن الموهبة تمثل وصمة اجتماعية لهم، وأن الوصمة تظهر عندما تتداخل مع التفاعلات الاجتماعية العادية ولا تسبب فروق عندما لا تتداخل فيحدث الرضا كشعور

محايد وموضوعي، لذلك المراهقين الموهوبين يعتمدون على أنهم يعاملون بشكل مختلف لأن قدراتهم وسلوكياتهم مختلفة بسبب هذا المعتقد "إنهم ينظر إليهم ويتفاعل معهم على أنهم أصحاب وصمة" (Swiatek, 1998: 42).

وقد أشارت دراسات عديدة إلى أن الطلاب الموهوبين يتوقعون الأحكام النمطية من قبل الآخرين، كما أن سلوك هؤلاء الطلاب يعكس التوقعات التي يعتقدها الآخرون حولهم، ولذلك الوصمة التي تأتي من كونهم موهوبين تؤثر على خبراتهم الاجتماعية.

استراتيجيات المواجهة مع الوصمة ترتبط بقدرات الموهوبين، فهم يحاولون عدم إظهار أية فروق أو اختلافات فيما بينهم وبين العاديين وفيما بينهم كموهوبين (كروس وآخرون، ١٩٩١) وهناك عدة طرق يحاولون من خلالها إظهار استجاباتهم للمواقف الاجتماعية التي تبين اختلافهم عن أقرانهم، فهم يحاولون إخفاء الفروق بينهم وبين الآخرين بطريقة أو بأخرى، فبعض المراهقين يحاول إنكار وإخفاء قدراتهم العالية عن الآخرين، بينما البعض الآخر يلجأ إلى استخدام استراتيجيات المواجهة من خلال خبرات النبذ العقلاني Rationalizing rejection والبعض يكون مندمجاً في الأنشطة اللاصفية، والبعض يكون مهرج الفصل، والبعض الآخر يقدم المساعدات الأكاديمية للطلاب الآخرين. وتوصلت سوياتك (Swiatek, 1995) من خلال مقياس المواجهة الاجتماعية للموهوبين تحديد بعض الاستراتيجيات المستخدمة من قبل المراهقين الموهوبين، وخلصت دراستها إلى أربعة استراتيجيات هي: إنكار الموهبة، الشعبية، تقبل الأقران، مستوى النشاط. ثم قدمت "سوياتك ودور" مراجعة وتعديل للمقياس عام (١٩٩٦-٢٠٠١) وأضافت له بعد مساعدة الطلاب الموهوبين للطلاب الآخرين، كاستراتيجية مواجهة، وبعدي المسايرة، والتركيز على الشعبية.

دور المدرسة في الوصمة الاجتماعية لدى الموهوبين:

ترى سوياتك (Swiatek, 1998: 44-45) أن المدرسة هي المجال الذي يظهر قدرات الطلاب وتساعدهم على التفاعل مع أقرانهم، وهي التي تثير استجابات المواجهة الاجتماعية أكثر من أي سياق آخر، علاوة على ذلك الشخص ربما يعجب ما هي الأنشطة التي تساعد وتدعم الطلاب الموهوبين ويشجعهم على البحث عن تكامل

العلاقات الاجتماعية بدون أن يؤثر ذلك على إنجازهم الأكاديمي أو وقتهم في عرض أنفسهم وقدراتهم. وبالنظر إلى المواجهة الاجتماعية يمكن التوقع أن الطلاب الموهوبين سوف يشعرون باختلاف قليل عن العاديين، أو بينهم وبين طلاب آخرين في قدرة مشابهة، لذلك قد يحدث تخفيف للوصمة المرتبطة بالقدرات العالية وإدراك الحاجة إلى المواجهة الاجتماعية. وقد يتعرض الطلاب الموهوبين للأحكام المسبقة والمتوقعة من بعضهم البعض.

تجميع الموهوبين وتجميع القدرة Ability grouping مفيد لأنه يزود الطلاب الموهوبين بتعزيز دائم من جماعة الدعم والتعزيز Support group بما يعطى الفرصة للتعلم والتطبيع الاجتماعي، رغم أن تجميع القدرة ليست ممكنة، فأي طريقة لإظهار موهبة الطلاب للتواصل كل مع الآخر، ربما يكون مفيداً فعلى سبيل المثال: برغم أن الدارس ربما لا يكون معتاداً على ذلك لاعتبار برامج الإثراء جزء من الاستحقاق الأكاديمي فهذه البرامج تساعد في الجانب الاجتماعي، لأنها تجمع الموهوبين معاً لتيسير وتعزيز المودة فيما بينهم. وهناك إمكانية أخرى يستغلها المرشدون النفسيون لتيسير المناقشة الجماعية للطلاب الموهوبين والتي تسمح لهم بالتجمع معاً للتحدث عن قضايا متنوعة هامة بالنسبة لهم تشمل التفاعلات الاجتماعية مع زملاء المدرسة، وحاجات الطلاب الموهوبين ومشاعرهم والفروق المعرفية، وفهم نوعية التفاعلات الاجتماعية التي يرغبونها (Coleman & Sanders, 1993: 24).

وبالنسبة للإناث الموهوبات فهن يميلن إلى التعزيز والتشجيع، وربما يأتي ذلك بفائدة من خلال المناقشات الجماعية، إلا أن الموهوبات يميلن إلى إخفاء مواهبهن، مع أن المناقشات المتنوعة من مجموعة إلى أخرى فرصة للقاء بين الموهوبين الآخرين والتفاعل فيما بينهم، وبالتالي تخفيف الوصمة التي قد يواجهونها. وعلى الرغم أن الطلاب الموهوبين ربما يستفيدون من التفاعل كل مع الآخر، فمن المهم لهم تعلم أنهم يتفاعلون بنجاح مع أقرانهم من متوسطي القدرات العقلية، ومن يعمل مع الموهوبين يأمل تشجيعهم كي يصبحوا مندمجين في الأنشطة التي تؤكد على تماثلهم وتشابهم مع الآخرين. ومن الأشياء المهمة للموهوبين المشاركة في الأعمال الفنية والجمالية Athletics فهي تتيح الفرصة أمام الطلاب ذوي القدرات الأكاديمية المتنوعة

المستويات، لكي يعرف بعضهم بعضاً بأساليب حث التواصل والتفاعل في الفصل، مثل هذه الأنشطة يمكنها تقديم الفرص غير الرسمية للمراهقين الموهوبين للحديث عن مشاعرهم (Coleman & Sanders, 1993: 25). وأشارت نتائج بعض البحوث والدراسات السابقة أن العديد من المراهقين الموهوبين يركزون على العلاقات الاجتماعية واتخاذ خطوات متنوعة لتخفيف الوصمة الاجتماعية التي تؤثر على قدراتهم، وهنا يجب أن نفهم ونحسن استراتيجيات المواجهة الاجتماعية وأنواع التدخلات التي يمكن أن تساعد، كذلك من المهم لمن يعمل مع الموهوبين أن يدرك أن خبرة كونهم موهوبين تمثل تحدياً.. لكونهم يريدون تفاعلات وعلاقات اجتماعية عادية خالية من الصراعات والرغبات والتميز الأكاديمي.

استراتيجيات المواجهة الاجتماعية لدى المراهقين الموهوبين في السياق التعليمي:

يرى كروس تراسي (1997: 188) أن كثير من الباحثين وجدوا أن المراهقين الموهوبين يقومون باستخدام استراتيجيات مواجهة تستند إلى تفسيراتهم المتوقعة ورغبتهم في تحقيق أهدافهم الاجتماعية، وأن التقارير التي يقدمونها تمثل إعلان سلوكي لمعرفتهم الاجتماعية ودليل على أن أهدافهم الاجتماعية تؤثر على سلوكهم في المدرسة. وفي دراسة كولمان (Coleman, 1985: 182) استخلص بعض استراتيجيات المواجهة الاجتماعية التي يحاول بها المراهقون الموهوبون استخدامها في مواجهة توقعات الآخرين ومنها: (إظهار أن الاختبار صعباً، عدم إظهار الالتزام بالتعليمات أو إكمال المنجزات، تجنب إجابة الأسئلة لاعتبارات أخلاقية أو عرقية، طرح أسئلة قد يكونوا عالمين بإجاباتها، لا يبادرون كثيراً بالإجابات، الخروج مع قرين متوسط القدرات، ولا يكشفون عن أعمارهم إذا كانوا في برامج تسريع، عدم الارتباط بأقرانهم من الموهوبين، محاولات الظهور مع أقرانهم من غير الموهوبين، السير مع القرين الممل والذي يطرح أسئلة مجنونة وغبية، ويطلق النكات، الاندماج في الأنشطة اللاصفية، محاولة الضحك والتهريج والمرح مع أقرانهم من الموهوبين).

الضغوط النفسية وأساليب المواجهة لدى الموهوبين والمتفوقين:

أشارت نتائج دراسة سعاد غيث وآخرون (٢٠٠٩) إلى أن أكثر مجالات الضغط النفسي تأثيراً على الطلاب الموهوبين والمتفوقين هو مجال الانفعالات والمشاعر والمخاوف، ويشمل هذا المجال انفعالات مثل: الخوف وسرعة الغضب، والشعور بالتحدي، والحساسية الزائدة من النقد، والخوف من التقصير في المواد الدراسية، وخصوصاً في مرحلة المراهقة التي تتصف بتغيرات واضحة في مجالات النمو المختلفة ومنها النمو الانفعالي- حيث يشير بعض الباحثين إلى تزايد المشكلات الانفعالية في هذه المرحلة.. بحيث يبدو بعض المراهقين مزاجيين وسريعي الغضب، أما بعضهم الآخر يبدو عليهم الهدوء والميل إلى الوحدة، وهذه الأمور تحتاج أن تؤخذ بعين الاعتبار عند تقديم الخدمات الإرشادية لهم .. وعلينا ألا نغفل أن من خصائص الطلاب الموهوبين والمتفوقين الحساسية للنقد، إضافة إلى معاناتهم من عدم التطابق بين النمو العقلي والنمو الانفعالي.. حيث يتفوق النمو العقلي على النمو الانفعالي لديهم. إضافة إلى ضغوط التحصيل الدراسي وقد جاءت في المرتبة الثانية، حيث يتعرضون لضغوط التوقعات العالية من الآخرين المحيطين بهم كونهم أطفال متميزين وغير عاديين.. فالتحصيل الدراسي هو الذي يعكس تفوقه من وجهة نظر والديه والمجتمع.. وهذا قد يسبب للطلاب الموهوب والمتفوق ضغطاً واضحاً خاصةً عندما يشعر أن المواد الدراسية لا تحقق له طموحه.

أما في مجال العلاقة مع الوالدين والأخوة جاءت في الترتيب الأخير من حيث اعتبارها مصدراً للضغط النفسي. كما أنه لا يوجد تأثير للجنس في إدراك المراهقين للمواقف والأحداث على أنها ضاغطة أم لا، إضافة إلى أن الطلاب من الجنسين يتلقون خدمات تربوية إثرائية مشتركة تقلل من الفروق بينهما وهذا على عكس نتائج دراسات أخرى أشارت إلى أن الإناث يدركن المواقف على أنها ضاغطة بدرجة أعلى من الذكور. ومن الملاحظ أن أكثر استراتيجيات مواجهة استخداماً مع الضغط النفسي من قبل الطلاب الموهوبين والمتفوقين هو العدوان اللفظي والبدني ويرجع ذلك إلى طبيعة المرحلة النمائية التي يمرون بها أو تعرضهم لنماذج عنيفة في البيئة المحيطة بهم من

مؤسسات تربوية أو وسائل إعلام أو لشعورهم بالاختلاف عن الآخرين ويظهر ذلك من خلال تعامل الآخرين معهم وتعبيرهم عم عدم فهمهم لأفكار ومقترحات الطلبة الموهوبين والمتفوقين، وقد يبدو عليهم عدم القدرة على تمييز الحدود الفاصلة بين استجابة تأكيد الذات Assertiveness والعدوانية، كما جاءت استراتيجيات الطرق المعرفية في الترتيب الثاني من حيث الاستخدام لدى الطلاب الموهوبين والمتفوقين مما يشير إلى قدراتهم على توظيف القدرات العقلية، واستخدام حل المشكلات في التعامل والمواقف الضاغطة، كما تبين أن استراتيجيات تجنب الموقف والتحول عنه والانعزال هما الأقل استخداماً للتعامل مع الضغط النفسي وهذا يتفق مع سماتهم الشخصية حيث يميلون إلى المواجهة والمغامرة وحل المشكلات. ويشير "شان" (2005) Chan إلى أن المتفوقين والموهوبين يميلون إلى استراتيجيات حل المشكلة والمواجهة للتعامل مع الضغوط، ويرى آخرون أن تجنب المواقف هو أكثر الاستراتيجيات استخداماً بين الموهوبين. وبينت نتائج بعض البحوث أن استراتيجيات البحث عن المساندة الاجتماعية ترتبط بكلاً من مجالات الضغط التالية: العلاقة مع الزملاء، الأمور المالية والاقتصادية العلاقات مع الوالدين، والمعلمين، والانفعالات والمشاعر والمخاوف، والتخطيط للمستقبل. وذلك من منطلق أن المساندة الاجتماعية من الاستراتيجيات الفعالة في التعامل مع الضغط النفسي فما يقدمه الآخرون من سند ودعم يزود الفرد بالقوة الانفعالية للتعامل مع الضغوط عندما يلجأ المراهقين إلى استعمال استراتيجيات غير تكيفية للتعامل مع الضغوط بدرجة أعلى من الاستراتيجيات التكيفية.

مراجع الفصل الخامس

١. أحمد فوزى جنيدي (٢٠٠٨) : فعالية برنامج إرشادي لتنمية الذكاء الوجداني في جودة الحياة النفسية
٢. للتلاميذ الموهوبين. رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة قناة السويس.
٣. أحمد عكاشة (٢٠٠٧) : " جودة الحياة والنسيج الاجتماعي " ، ورقة مقدمة ضمن فعاليات المؤتمر السنوي الخامس للمركز المصري للعلوم الطبية بالاشتراك مع، جامعة الأزهر، تحت عنوان : " نحو أعصاب سليمة " ، (٣ - ٤) مايو ، <http://arrietty.maktoobblog.com>
٤. آمال عبد السميع باظه (٢٠٠٠) : تشخيص غير العاديين من ذوي الاحتياجات الخاصة. القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.
٥. إيمان صادق عبد الكريم وطالب عبد سالم (٢٠١٢): الشخصية النرجسية وعلاقتها بالسلوك الإيثاري لدى الطلبة المتميزين في ثانويات المتميزين. مجلة كلية التربية للبنات، جامعة بغداد، المجلد ٢٣ (٢) ص ٢٣٧-٢٥٨ .
٦. أماني عبد المقصود عبد الوهاب (٢٠٠٧) : أثر المساندة الوالدية على الشعور بالرضا عن الحياة لدى الأبناء المراهقين من الجنسين. المؤتمر السنوي الرابع عشر، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، ص ص ٢٤٣ - ٢٨٩.
٧. روديل (١٩٨٤) ترجمة : محمد السعيد حلاوة : احتمالات معاناة الأطفال ذوي المستويات العالية من الموهبة من الاضطرابات النفسية والسلوكية. ورقة عمل منشورة في موقع أطفال الخليج.
٨. ذكرى يوسف الطائي (٢٠٠٨): مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى الطلبة المتميزين. مجلة أبحاث كلية التربية الأساسية، المجلد ٧، العدد ٣ ، العراق، جامعة الموصل.
٩. حنان خضر أبو منصور (٢٠١١): الحساسية الانفعالية وعلاقتها بالمهارات الاجتماعية لدى المعاقين سمعياً. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة غزة.

١٠. خالد عوض البلاح (٢٠١٣) جودة الصداقة وعلاقتها بالأعراض الاكتئابية والحساسية للنبيذ لدى طلاب الجامعة. مجلة كلية الآداب، جامعة المنوفية. عدد ٩٢، يناير، ص ص ٦٧٩-٧٣٤.
١١. سعاد منصور غيث وسهيلة محمود بنات وحنان محمود طقش (٢٠٠٩) مصادر الضغط النفسي لدى طلبة المراكز الريادية للموهوبين والمتفوقين واستراتيجيات التعامل معها. مجلة العلوم التربوية والنفسية، المجلد (١٠) العدد (١) ص ص ٢٤٦-٢٦٨.
١٢. سوزان حمدي سعد (٢٠٠٤) : فاعلية برنامج معرفي سلوكي في تخفيف الأعراض الاكتئابية لدى عينة من الأطفال الموهوبين. رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة كفر الشيخ.
١٣. عادل طنوس وسليمان ريحاني وسليم الزبون (٢٠١٢): السمات الشخصية التي تميز بين الطلبة الموهوبين والعاديين. دراسات، العلوم التربوية، المجلد ٣٩، العدد (١) ص ص ١١٩-١٤٣.
١٤. عبد الرحمن سيد سليمان وصفاء غازي أحمد (٢٠٠١): المتفوقون عقلياً: خصائصهم، اكتشافهم، مشكلاتهم. مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.
١٥. فاروق الروسان (١٩٩٨) : سيكولوجية الأطفال غير العاديين. عمان دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
١٦. فاطمة أحمد الجاسم (٢٠١٠) : الذكاء الناجح والقدرات التحليلية الإبداعية. دبيونو للطباعة والنشر والتوزيع، الأردن، عمان.
١٧. فتحي عبد الرحمن جروان (٢٠١٢): أساليب الكشف عن الموهوبين ورعايتهم. دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان.
١٨. محمود عبد الحليم منسى وسيد الطواب (١٩٩١): الابتكار والسلوك الاجتماعي - دراسة مقارنة بين عينات من أطفال الحضانه وتلاميذ المدارس الابتدائية. المؤتمر السنوي الرابع، مركز دراسات الطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة.

١٩. منال محمد قلاشة (٢٠٠٣): بعض المتغيرات النفسية كمنبئات بالشعور بالاغتراب لدى الموهوبين في مرحلة المراهقة. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة كفر الشيخ.
٢٠. محمود عبد الحليم منسى وعلى مهدي كاظم (٢٠٠٦)، مقياس جودة الحياة لطلبة الجامعة، وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة (ص ص ٦٣ - ٧٨) جامعة السلطان قابوس سلطنة عمان، ١٧ - ١٩ ديسمبر.
٢١. مجدي محمد الدسوقي (١٩٩٨): دراسة لأبعاد الرضا عن الحياة وعلاقتها بعدد من المتغيرات النفسية لدى عينة من الراشدين صغار السن، المجلة المصرية للدراسات النفسية، القاهرة، العدد ٢٠ مجلد ٨، ص ١٥٧ - ٢٠٠.
٢٢. يوسف القريوتي، عبد العزيز السرطاوي، جميل الصمادي (١٩٩٥): المدخل إلى التربية الخاصة. دار القلم للنشر والتوزيع، دبي.
٢٣. يوسف عب القادر أبو شندي (٢٠١٤): قياس النرجسية لدى عينة من الطلبة الجامعيين وعلاقتها ببعض المتغيرات الشخصية. مجلة جامعة الخليل للبحوث، المجلد ٩ العدد (٢) ص ص ١٩١ - ١٣٨.
24. Albano, Ann Renee (2011). The relationship among perfectionism, life satisfaction, and socio-emotional variables in gifted children. Degree of Doctoral of psychology, Hofstra University, N.Y.
25. Bandura A 1994. Self-Efficacy. In: V S Ramachaudran (Ed.). Encyclopedia of Human Behavior. Vol. 4. New York: Academic Press, pp. 71-81.
26. Bandura A (1997). Self-Efficacy: The Exercise of Control. New York: Freeman.
27. Baska, van Tassel. (2009). Leading change in gifted education, PruFrock Press Inc. Waco, Texas.
28. Barbara, Kerr (2009). Encyclopedia of giftedness, Creativity, and talented . Vol. (1). A Sage Reference Publication.
29. Caplan, G. (1970). The theory and practice of mental health consultation. New York: BasicBooks.
30. Christian E, Muller (2009). Protective factor as barriers to depression in gifted and nongifted adolescents . Gifted Child Quarterly, Vol., 53 (1) . pp. 3-14.

31. Coleman,L.J.,&Sander,M.D. (1993).Understanding the needs of gifted students : Social choices and making one's giftedness. The Journal of Secondary Gifted Education. 5,22-25.
- 32.-Cross,T.L.,Coleman.L.J.&Terhaar-Yonkes.M.(1991). The social cognition of gifted adolescent in schools: Managing the stigma of giftedness. Journal of the Education of the gifted. 15(1). 44-55.
33. Cynthia,A. Edins (2009). Self-efficacy and self-esteem in gifted an nongifted students in the elmentry school system. Degree of Doctor, Cepella University.
34. Dabrowski,K.,&Piechowski,M.M. (1977). Theory oflevels of emotional development(2 vols.) Oceanside, NY : Dabor Science.
35. Dirkes, Ann M. (1983). Anxiety in the gifted: Pluses and minuses. Roeper Review,6, 68-70.
36. -Don, Seatter (2001). Adolescents interaction with giftedness and perfectionism. Degree of master of arts, Mount Saint Vincent University.
37. Douglas R.Gere,Steve C.Capps, Wayne Mitchall, Erin Grubbs (2009). Sensory sensitivities of gifted children. American Journal of Occupational Therapy,64,288-295.
38. Eden D,Aviram.A (1993). Self-efficacy training to speed reemployment: Helping people to help themselves .Journal of Applied Psychology,78: 352-360.
39. Eric,L Robinson (2002). What is the school psychologist's role in gifted education? Gifted Child Today. Waco: Fall. Vol. 25, Iss. 4; pg. 34, 4 pgs.
40. Folkman&kazarus,Dunkel-Schetter,Delangis,A.&Gruen.R.J.(1986). Dynamics of stressful encounter: cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. Journal of Personality and Social Psychology, 50,922-1003.
41. -Gallucci,T.(1999). Intellectually superior children and behavioral problems and competence. Roeper Review, Gifted children Magazine, VOL,32,N 3, PP. 18-21.
42. Gary.A,Davis&Sylvia,Rimm (2004). Education of the gifted and talented. Pearson Education.Inc. U.S.
43. George Kalugar&Ruthe Martin, (1960). The loneliness of the gifted child. The Elementary School Journal. Vol. 61 (3). PP.127-132.
44. Hebert, T.P. (2000). Helping high ability students overcome math anxiety through bibliotherapy. Journal of Secondary Gifted Education, 8, 164-178.
45. Hosp, J. L., & Reschly, D. J. (2002). Regional differences in school psychology practice. School Psychology Review, 31, 11-29.

46. Henderson, L. M. (2001). Asperger's Syndrome in gifted individuals. *Gifted Child Today*, 24 (3), Summer,pp. 28-35.
47. Jacay.Tippey&Joy,Burnham, (2009). Examining the fears of gifted children. *Journal of the Education of the Gifted* ,Vol. 32,3,PP.321-339.
48. Jihad Turki & Lama Majed Al-Qaisy (2012). Adjustment Problems and Self-efficacy among Gifted Students in Salt Pioneer Center. *Int.Edu.Sci*,4(1):1-6.

الفصل السادس
الصحة النفسية لذوي صعوبات التعلم

الفصل السادس

الصحة النفسية لذوي صعوبات التعلم

تمهيد :

قد يستطيع العديد من الأطفال والمراهقين ذوي صعوبات التعلم تحقيق التوافق كما يخبرون العديد من الانفعالات الصحية، ويكونوا مشهورين بين زملائهم بالمدرسة، ومحبوبين من معلمهم، ومع ذلك فإن النسبة الأكبر ممن يعانون من صعوبات التعلم يواجهون مشكلات في مسايرة الآخرين، واتخاذ أصدقاء والحفاظ عليهم، والمشاعر الإيجابية التي تتعلق بالذات. وفي نفس الوقت يكون بعضهم عدوانياً تجاه الآخرين بما في ذلك الأقران والراشدين، في حين يكون البعض الآخر خجولاً ومنسحباً من المواقف والتفاعلات الاجتماعية. كما أن الكثيرين منهم يكون مفهومهم لذواتهم منخفضاً، ويتسمون بالخجل في المواقف الاجتماعية المختلفة، ويشعرون بالرفض من الآخرين والعزلة الاجتماعية. وغالباً ما يكون واضحاً للمعلم أن التلاميذ ذوي صعوبات التعلم يعانون من مشكلات اجتماعية، وانفعالية، وسلوكية، وقد يكون المعلمون أنفسهم هدفاً لعدوانية هؤلاء التلاميذ، أو يلاحظون أن أولئك التلاميذ لا يمثلون للقواعد والمطالب المختلفة. وأحياناً يلاحظ المعلمون أن التلميذ يكون هادئاً بشكل غير عادي، أو ينسحب من المواقف والتفاعلات الاجتماعية، أو لا يكون له أصدقاء (دانيل هلاهان وآخرون، مترجم، ٢٠٠٧: ٣٠٢).

وقد توصلت نتائج بعض الدراسات إلى أن الأطفال والمراهقين ذوي صعوبات التعلم ترتفع لديهم مستويات الاكتئاب مقارنة بالعاديين، إلى جانب الخجل والانسحاب الاجتماعي، ويرجع الانسحاب نتيجة للفشل الدراسي المتكرر، أو عدم الشعور بالكفاءة في أداء مهمة معينة، أو الانسحاب الاجتماعي. وتختلف أعراض الاكتئاب حسب العمر، ففي مرحلة الطفولة تشمل الأعراض الشكاوى الجسدية، الانسحاب الاجتماعي، والكذب والعدوان، وتدنى مفهوم الذات ونقص التفاعلات والعزلة، أما في مرحلة المراهقة فإن الأعراض ربما تشتمل على اليأس والتفكير في الانتحار، والشكاوى الجسدية، والانسحاب الاجتماعي، وبشكل عام فقد وجد الباحثون أن الاكتئاب يزيد لدى الأفراد ذوي صعوبات التعلم عن العاديين.

كما توصلت دراسة جالواي (Galway, 2009) إلى أن التلاميذ ذوي صعوبات التعلم يتصفون بعدم القدرة على التوافق الإيجابي مع الذات والآخرين، والذي ينعكس بشكل كبير في الشعور بالوحدة والميل إلى العزلة والانطواء، ونقص في درجة المهارات الاجتماعية مقارنةً بأقرانهم العاديين. ومن جانب آخر يرى أدكينز (Adkins, 2002) أن سوء التوافق النفسي لدى ذوي صعوبات التعلم إنما يرجع إلى عدم قدرتهم على مواجهة الضغوط النفسية والأكاديمية المحيطة بهم (سيد صميده ومهاب الوقاد، ٢٠١١).

الصورة العامة للتلاميذ ذوي صعوبات التعلم:

لكي يتسنى لأخصائي التقييم التعرف على وتحديد الطلاب ذوي صعوبات التعلم، لابد أن يعرف خصائص هؤلاء الطلاب ولهذا نعرض نتائج البحوث والدراسات التي أجريت على الطلاب ذوي صعوبات التعلم والتي بينت أن هؤلاء الطلاب يكشفون عن عدد متنوع من الخصائص النفسية وصعوبات التعلم، ومن الصعوبة بمكان أن تجتمع هذه الخصائص وهذه المشكلات جميعها في طالب واحد، فقد وجد أن بعض هؤلاء الطلاب يكون لديهم صعوبات في تعلم الرياضيات، في حين أن البعض الآخر لديه صعوبات في تعلم اللغة المكتوبة أو المقروءة، كما تبين أن الانتباه واضطراب تكوين وتناول المعلومات من أعراض الصعوبات المعرفية الملحوظة لدى عدد غير قليل من ذوي صعوبات التعلم وليس لدى جميع هذه الفئة من الطلاب. ويمكن تلخيص الخصائص الشائعة لدى ذوي صعوبات التعلم التي توصلت إليها نتائج بعض البحوث والدراسات والتي يعرضها "أنور الشرقاوي" في الخصائص التالية:

١. الذكاء لدى ذوي صعوبات التعلم: من الأمور التي أثارت الاهتمام لدى المهتمين وأولياء أمور التلاميذ الذين يعانون من مشكلات وصعوبات التعلم أن مستوى ذكاء أبنائهم قد يكون في مستوى مرتفع بشكل لا يصدق، أو قد يكون مستوى ذكاء بعض هؤلاء الأطفال متميزاً في مجال معين عكس ما يكون لدى البعض الآخر منهم، وطبقاً لتصوير "هوارد جاردنر" صاحب نظرية الذكاءات المتعددة والتي تشمل: الذكاء اللغوي، الذكاء المنطقي، الرياضي، الذكاء المكاني، البصري، الموسيقى، ذكاء الاتزان الجسمي، الذكاء الاجتماعي، والذكاء الشخصي، ويختلف مستوى الأطفال

ذوي صعوبات التعلم في مستوى أي من الذكاءات السابقة، ولكن من الملاحظ أن أغلب الصعوبات لديهم في نطاق الذكاء اللغوي Linguistic intelligence بينما يكون لديهم تفوق واضح في أنواع الذكاءات الأخرى المتصلة بالرياضيات أو الموسيقى أو الفنون، كما قد يكون لدى هؤلاء الطلاب تفوق واضح في مكونات القدرة الابتكارية من أصالة، استبصار Insight وكذلك في المعرفة والفكاهة Humor والجوانب الانفعالية (أنور الشرفاوي، ٢٠٠٢: ٢٦).

٢. الاضطراب في الانتباه: لقد لوحظ أن الطلاب الذين يكون لديهم مشكلات في الانتباه من الصعب عليهم تركيز الانتباه أثناء شرح الدروس وذلك لقصر مدى الانتباه وضعف القدرة على التركيز لديهم، مما يلاحظ على هؤلاء الطلاب النشاط الزائد والاندفاع، وقد يكون لدى البعض من ذوي صعوبات التعلم اضطرابات حادة في مستوى الأداء ناشئة عن قصور مركب في عملية الانتباه مما يزيد من حدة مستوى الصعوبة لديهم.

٣. الضعف في القدرات النفسحركية: يلاحظ على الأطفال ذوي صعوبات التعلم ضعف واضح في أداء القدرات النفسحركية Psychomotor abilities سواء بالنسبة لهذه القدرات بوجه عام أو بالنسبة للمهارات الدقيقة المكونة لهذه القدرات كالتآزر الحركي Motor coordination وما يرتبط بتناول المثيرات المكانية.

٤. المشكلات الإدراكية في تكوين وتناول المعلومات: الأطفال ذوي صعوبات التعلم يكون لديهم مشكلات واضحة في تكوين وتناول المعلومات Information processing الإدراكية سواء البصرية أو السمعية، فقد وجد أن كثيراً من هؤلاء الأطفال يكون لديهم ضعف واضح في التعرف على أصوات اللغة وما يرتبط بذلك من تمييز مقاطعها. وكذلك ما يرتبط بسرعة التعرف على الحروف والكلمات بالنسبة للإدراك البصري أو ما يتعلق بمواقف الذاكرة قصيرة المدى Term-short memory.

٥. الفشل في بناء واستخدام الاستراتيجيات المعرفية في مواقف التعلم: لقد تبين أن عدد غير قليل من الطلاب ذوي صعوبات التعلم لديهم صعوبات في بعض جوانب التعلم أنهم لا يستطيعون معرفة كيفية تحقيق التعلم الفعال في مواقف التعلم

- المدرسي المختلفة، وذلك للفشل في اختيار أو بناء الاستراتيجيات المعرفية Cognitive strategy المناسبة في الاستذكار، وقد يكون هذا الفشل بسبب النقص في مهارات التنظيم أو التلخيص أو التحليل مما يترتب عليه الفشل في اختيار واستخدام أسلوب التعلم الفعال وهو ما يشار إليه بوظائف ما وراء المعرفة Meta cognitive function.
٦. صعوبات في القراءة: كشفت نتائج البحوث والدراسات الأجنبية التي اهتمت بدراسة مشكلات صعوبات التعلم أن حوالي ٨٠٪ من الطلاب الذين يعانون من هذه الصعوبات يكون لديهم قصور واضح في القراءة وتتحصر أهم المشكلات لديهم في صعوبة تعلم فك شفرة الكلمات أو قصور في مهارات التعرف على الكلمة الأساسية أو في فهم ما يقرأون.
٧. صعوبات في اللغة الشفهية: كما تبين من نتائج البحوث والدراسات أن عدداً كبيراً من الطلاب ذوي صعوبات التعلم يكون لديهم اضطرابات في اللغة تكون واضحة في الاستماع، وفي نمو اللغة، وفي الحديث، وفي تكوين الجمل، وبصفة عامة في الكفاءة اللغوية.
٨. صعوبات في اللغة المكتوبة: تعتبر صعوبة الكتابة من الصعوبات الواضحة التي تكون لدى الأطفال الذين يواجهون مشكلات في اللغة، فالكتابة تمثل عقبة لدى هؤلاء الأطفال ويكون أدائهم ضعيفاً في المواقف التعليمية التي تحتاج إلى التعبير الكتابي.
٩. صعوبات في الرياضيات: وقد تنحصر المشكلة الرئيسية لدى بعض التلاميذ من ذوي صعوبات التعلم في مشكلة الأداء المتعلق بالرياضيات مثل صعوبة التفكير الكمي أو صعوبة حساب الزمن أو المكان أو الحقائق الكمية بصفة عامة.
١٠. صعوبات في المهارات الاجتماعية: غالباً ما يواجه عدداً كبيراً من ذوي صعوبات التعلم صعوبات في المهارات الاجتماعية اللازمة للتعامل مع الآخرين فقد تبين أن هؤلاء الأطفال يواجهون مشكلات في الحديث والتعرف في المواقف الاجتماعية وينشأ عن القصور في المهارات الاجتماعية صعوبات في تكوين العلاقات الاجتماعية الصحيحة مع الآخرين، وكذلك الاحتفاظ بصداقات مع الآخرين.
- (أنور الشرقاوي، ٢٠٠٢: ١٨-١٩)

جدول (١) خصائص ذوي صعوبات التعلم

الخصائص العقلية والمعرفية	الخصائص النفسحركية	الخصائص السلوكية والانفعالية
١. الذكاء: متوسط أو فوق المتوسط أو مرتفعي الذكاء.	وتشمل تأخر في معظم المجالات الحركية وتؤدي إلى:	١. الاندفاعية.
٢. مشكلات في تجهيز المعلومات.	١. النشاط الزائد والاضطراب الحركي.	٢. القلق.
٣. العجز اللغوي.	٢. الخمول.	٣. العدوانية.
٤. تباعد واضح بين الإمكانيات العقلية ومستوى الأداء الفعلي.	٣. عجز الإدراك السمعي والبصري والحركي.	٤. الثبات perseveration.
٥. مشكلات في التحصيل الأكاديمي " القراءة والفهم والتعبير الشفهي والكتابة والتعبير الكتابي وفهم المادة المسموعة وإجراء العمليات الحسابية".	٤. ضعف التآزر بين اليد والعين.	٥. الافتقار إلى التنظيم.
٦. اضطرابات في العمليات المعرفية الأساسية وهي: الانتباه، الإدراك، التذكر، واللغة الشفهية والتفكير.	٥. ضعف التآزر البصري الحركي.	٦. عجز المشاركة الاجتماعية.
	٦. عدم التآزر البصري الحركي.	٧. انخفاض مفهوم الذات.
	٧. صعوبة التمييز بين الحروف والأرقام والأصوات.	٨. القابلية للتشتت.
	٨. بطء الكتابة والنزول من على السطر.	٩. التذبذب الانفعالي.
	٩. صعوبة أداء الواجبات المدرسية.	١٠. ضعف علاقات الأقران.
		١١. الانسحاب من المواقف الاجتماعية.
		١٢. الإفراط في النشاط.
		١٣. سرعة الاستثارة.

مما سبق يتضح أن الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم هم عاديون في حديثهم وتصرفاتهم، ولكنهم يعانون من اضطراب في عملية أو أكثر، ولا يستطيعون الاستفادة من أنشطة التعلم المختلفة، وهم مجموعة غير متجانسة ويتصفون بخصائص عديدة، فهم يعانون من مشكلات أكاديمية (قراءة، كتابة، حساب، تهجى، فهم قرائي، تعبير كتابي) كما أنهم ذوو ذكاء متوسط أو فوق المتوسط، وتحصيلهم الأكاديمي لا يتوازي مع مستوى ذكائهم، كما أنهم يعانون من مشكلات معرفية مثل الاضطرابات الإدراكية، واضطراب المفاهيم واضطراب الذاكرة، وقصر مدى الانتباه، كما أنهم يعانون من مشكلات انفعالية واضحة، كما أن لديهم صعوبات في

تكوين الصداقات والتفاعل الإيجابي مع الأقران بسبب ضعف مهاراتهم الاجتماعية. ويضيف (فاروق الروسان، ١٩٩٨: ٣٤) أن الفرد يعتبر لديه صعوبة في التعلم إذا ظهر عليه واحداً أو أكثر من المظاهر السلوكية التالية: صعوبة الإدراك والتمييز بين الأشياء والاستمرار في النشاط دون توقف، وصعوبة تمييز المفاهيم المتجانسة أو المتقاربة مثل مفهوم الملح والسكر وصعوبة التمييز بين أيام الأسبوع، أو تمييز الاتجاهات واضطراب السلوك الحركي، والنشاط الزائد، أما عن المظاهر اللغوية فتتمثل في صعوبة القراءة، صعوبة الكتابة، تأخر الكلام، وسوء تنظيم وتركيب الكلام.

بينما يؤكد يوسف القريوتي وآخرون (٢٠٠١) على اتفاق معظم الدراسات على الخصائص المعرفية التالية: انخفاض التحصيل الأكاديمي، صعوبات في القراءة، حذف بعض الكلمات من الجملة المقروءة، إضافة بعض الكلمات إلى الجملة المقروءة، إبدال بعض الكلمات، إعادة قراءة بعض الكلمات أكثر من مرة، قلب وتبديل الحروف، صعوبة التمييز بين الحروف المتشابهة (كتابة) كذلك صعوبة في الكتابة تتمثل في كتابة الأحرف بطريقة معكوسة من اليسار إلى اليمين، كتابة الحرف بترتيب غير صحيح، والخلط في الكتابة بين الحروف المتشابهة، عدم الالتزام بالكتابة على السطر بشكل مستقيم. صعوبة في إجراء العمليات الحسابية تتمثل في عدم معرفة العلاقة بين الرقم والرمز الدال عليه عند سماع الرقم، الصعوبة في التمييز بين الأرقام ذات الاتجاهات المتعاكسة من اليمين إلى اليسار، والمفاهيم الأساسية الخاصة بالعمليات الحسابية مثل الجمع والطرح والضرب والقسمة، وضعف القدرة على التجريد.

أما الخصائص اللغوية: تتمثل في صعوبة الاستقبال السمعي، وصعوبة في تتابع الذاكرة السمعية، ينسى التعليمات الصادرة إليه، يقع في أخطاء تركيبية ونحوية، حذف بعض الكلمات من الجملة التي يقولها.

صعوبات التعلم النمائية والأكاديمية والسلوك الاجتماعي الانفعالي:

يرى فتحي الزيات (٢٠٠٧: ٢٦) أن هناك علاقة ارتباطية وعلاقة سببية دالة بين مستوى كفاءة العمليات المعرفية المتعلقة بالانتباه والإدراك والتذكر والتفكير واللغة

من ناحية ومستوى التحصيل الأكاديمي على اختلاف مستوياته ومكوناته ومراحله من ناحية أخرى، وأن أية انحرافات نمائية غير سوية أو غير عادية في هذه العمليات تقف بالضرورة خلف صعوبات التعلم الأكاديمية. وأن صعوبات السلوك الاجتماعي والانفعالي هي إفرازات لاستمرار صعوبات التعلم النمائية والأكاديمية دون علاج، ومن ثم فهي ليست أنماطاً نوعية قائمة بذاتها مستقلة عن تلك الصعوبات.

وتستمد الصعوبات الاجتماعية والانفعالية أهميتها من خلال تأثيرها المتعاظم على مجمل حياة الفرد، فبينما تؤثر الصعوبات الأكاديمية على مركز الفرد في المجالات الأكاديمية، فإن الصعوبات الاجتماعية الانفعالية ذات تأثيرات متباينة ومتعددة على مختلف جوانب شخصية الفرد، من حيث توافقه الشخصي والاجتماعي والانفعالي داخل وخارج البيت والمدرسة. وتشير الدراسات والبحوث في مجال صعوبات السلوك الاجتماعي الانفعالي إلى أن ذوي صعوبات التعلم النمائية أو الأكاديمية يغلب عليهم:

- الافتقار إلى المهارات الاجتماعية في التعامل مع الأقران.
- الافتقار إلى الحساسية للآخرين والإدراك الملائم للمواقف.
- سوء التكيف الشخصي والاجتماعي.

وهناك صعوبات اجتماعية انفعالية كنواتج للصعوبات النمائية والأكاديمية تتمثل في:

- ضعف العلاقات الإيجابية مع الأقران: ضعف احتفاظ الطالب بعلاقات إيجابية مع الآخرين، الأقران والآباء والمدرسين والأشخاص التي يتم التعامل المباشر وغير المباشر معهم.
- ضعف المعرفة الدقيقة والملائمة لأصول أو قواعد السلوك الاجتماعي: وتعبّر عن كيف يستقبل أو يفسر الفرد الدلالات والرموز والإشارات والمواقف الاجتماعية.
- ضعف السلوك اللاتوافقي: مدى ما يعكسه الفرد من أنماط سلوكية غير سوية أو لاتوافقية خلال تعاملاته الاجتماعية وتفاعله الاجتماعي مع الآخرين.
- صعوبات في استقبال مشاعر الآخرين: تشير الدراسات أن ذوي صعوبات التعلم يواجهون بردود أفعال يغلب عليها الرفض الاجتماعي لاستجاباتهم وخاصة من خلال

الأقران والآباء والمدرسين لعدم قدرتهم على فه الدلالات والمؤشرات التي تبدو على هؤلاء، والتي تعبر عن نفسها أنهم أقل فهما للغة التعبير بالوجه أو اللغة الوجيهة التي تمثل مؤشرات تعكس حالة الفرد النفسية أو الانفعالية.

— صور الحس الاجتماعي وتكوين الصداقات: يقرر آباء الأطفال ذوي صعوبات التعلم أنهم يجدون صعوبات في علاقاتهم الاجتماعية وتكوين الصداقات، كما أنهم نزاعون إلى الوحدة، وقضاء أوقات فراغهم بمفردهم، لافتقارهم إلى الأصدقاء أو الأقران أو إقامة علاقات اجتماعية صحية مرغوبة.

— انخفاض أو ضعف مفهوم الذات: يكون هؤلاء الطلاب مفهوم ذات سلبي عن أنفسهم، وينتج عن ضعف أدائهم الأكاديمي ومرورهم بخبرات الفشل المتكرر. ويشيع لدى الطلاب الأقل تحصيلاً إلى أن يكونوا مفهوم ذات منخفض.

— قصور أو ضعف المهارات الاجتماعية: يفتقرون إلى الحس الاجتماعي والمهارات الاجتماعية المقبولة، كما أنهم يميلون إلى الانسحاب من المواقف الاجتماعية لعدم قدرتهم على التفاعل.

— الاندفاعية والسلوك العدواني: يغلب على الطلاب ذوي الصعوبات التصرف دون تفكير في الأساليب البديلة التي يمكن اختيارها للاستجابة وفقاً للموقف، ويمكن عزو الاستجابات الاندفاعية إلى الافتقار للبدائل والاستراتيجيات المعرفية التي تمكن من استيعاب مهام التعلم أو تعلمها والاستجابة لها. كما يتعرض الطلاب ذوي الصعوبات إلى السخرية والنقد من الآخرين بسبب قصور المهارات الأكاديمية والاجتماعية وتكرار تعرض الفرد لخبرات الإحباط والفشل وافتقاره لإحراز النجاح الأكاديمي.

— السلوك الانسحابي: يشيع لدى معظم الطلاب ذوي صعوبات التعلم أنماط سلوكية من الخجل والانطواء والسلوك الانسحابي أكثر من أقرانهم العاديين.

— الاعتمادية: يعتمد التلاميذ ذوي صعوبات التعلم على الوالدين والمعلمين في مساعدتهم على إنجاز المهام التعليمية وغيرها، ويتعللون بعجزهم عن ممارسة الأنشطة التي يمارسها أقرانهم، وربما يفرطون في الاعتمادية.

مما سبق يتبين العلاقة الواضحة بين صعوبات التعلم النمائية والأكاديمية على السلوك الاجتماعي الانفعالي، حيث تؤثر الصعوبات النمائية مباشرة على الصعوبات الأكاديمية بشكل مباشر، وتؤثر الصعوبات النمائية على صعوبات السلوك الاجتماعي والانفعالي بشكل مباشر، كذلك تؤثر الصعوبات الأكاديمية على صعوبات السلوك الاجتماعي الانفعالي تأثيراً مباشراً.

المشكلات السلوكية والانفعالية لدى ذوي صعوبات التعلم:

مقولة أن صعوبات التعلم مشكلة أكاديمية ليست فقط خاطئة لكنها خطيرة، فهم أطفال لديهم عجز في القراءة والكتابة والرياضيات والذاكرة، والتنظيم بالإضافة إلى متاعب تمتد أكثر من محيط الصف الدراسي. دراسات عديدة ذكرت أن المراهقين ذوي صعوبات التعلم غالباً يعانون من مشكلات انفعالية سلوكية تشمل الاكتئاب والقلق واضطرابات المسلك والجناح. وفي عام ٢٠٠١ كانت هناك دراسة على أكثر من ٢٠٠٠٠ من المراهقين أظهرت معدلات عالية من الضغوط النفسية ومحاولات الانتحار والعنف لدى العديد من المراهقين الذين تم تحديدهم صعوبات تعلم مقارنة بأقرانهم ممن ليسوا صعوبات تعلم.

والجدير بالذكر أن حوالي ٢٠٪ من الأفراد في أمريكا مصابون بصعوبات التعلم، منهم ٣ ملايين في سن ٦-٢١ سنة تلقوا خدمات التربية الخاصة في المدارس، وأن حوالي ٣٠٪ من الأطفال ذوي صعوبات التعلم لديهم مشكلات سلوكية وانفعالية، ومن خلال المقارنة بين ذوي صعوبات التعلم وغيرهم من العاديين في الجوانب الانفعالية، النمائية، والمشكلات السلوكية بين أنهم أقل في مستوى تقدير الذات، وأكثر اكتئاباً وقلقاً وأقل مشاركة في الأنشطة الرياضية بالمدرسة والأنشطة الاجتماعية الأخرى.

إن الصغار من ذوي صعوبات التعلم في المدارس الابتدائية على خطر المشكلات السلوكية والانفعالية وفي دراسة عام ٢٠٠٥ أظهرت أن المراهقين ذوي صعوبات التعلم يعانون من اضطرابات الانتباه والنشاط الزائد ويعانون من تناول الكحول والتدخين والحشيش وغيرها، والعدوان المباشر والاشترك في أنشطة جانحة مقارنة بأقرانهم من العاديين.

وأشار "ماكينمارو" أن الأطفال ذوي صعوبات التعلم يحتاجون إلى التدخل المبكر في السنوات الدراسية الأولى، بالإضافة إلى تدريب الوالدين وإرشادهم. فإحساس الفرد بالتواصل والمساندة من المدرسة يمثل عامل حماية من المشكلات النفسية والسلوكية، فالمرهق الذي يتلقى الدعم غالباً يكون أفضل في تقدير الذات، الشعور أكثر بالسيطرة على الإنجاز الأكاديمي.

ولكى ننظر للموضوع نظرة شمولية لا نتوقف عند بحث المشكلات الأكاديمية لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم لكن أيضاً الجوانب الاجتماعية والانفعالية، وهذا الجانب لا بد أن يهتم به المعلمون ومقدمي الرعاية النفسية.. يجب أن نفهم أن المشكلات السلوكية والانفعالية لدى ذوي صعوبات التعلم شائعة وتؤدي إلى مخرجات أضعف. ووفقاً لأوشر Osher يجب أن نعمل سوياً كي نهئى بيئات مدرسية داعمة وآمنة نفسياً، كذلك يجب أن يكون التدخل ثقافياً ولغوياً ومساعدة الطفل والأسرة قدر المستطاع.

يرى "بيترشابان" أن من بين الطلاب الذين تم تشخيصهم غير عاديين، نسبة عالية من الاضطرابات السلوكية - العاطفية تمثل ٦٪ بين الطلاب في المدارس، وكما هو الحال مع صعوبات التعلم فإن التعريف المستخدم بما فيه من الاستبعاد ما زال مثيراً للجدل، على عكس، صعوبات التعلم والتي تتحدد ضمن غير العاديين Exceptionality في سياق المسببات العصبية، فإنه من الممكن أن تحدث اضطرابات سلوكية نتيجة لعوامل عصبية أو نفسية أو بيئية. ونتيجة لذلك فإن التعريف السلوكي للاضطرابات السلوكية - العاطفية يتضمن المؤشرات التالية:

- سلوك التلميذ ينحرف بشكل كبير عن تلك المتوقعة لهذا الموقف.
- خروج السلوك عن حدود العمر، والمعايير الاجتماعية والثقافية.
- سلوك غير لائق يتكرر بثبات نسبي على الأقل في موقفين مختلفين .
- علامات على السلوك القهري والاندفاعية أو مظاهر الحزن والانسحاب.
- يبدو من السلوك ضعف التفاعلات البينشخصية.

الطلاب الذين تم تحديدهم ذوي مشكلات سلوكية - عاطفية يوصف نمط سلوكهم إما داخلياً أو خارجياً إشارةً إلى (الانبساط- الانطواء) على الرغم من أن هذا الوصف يعطي لمحة سريعة عن سلوك هؤلاء الطلاب، لكنه لا يسمح بفهم واضح

لجميع العوامل المسؤولة عن استمرار مثل هذه السلوكيات، والأکید أن واحداً من هذه العوامل هو إعاقة في التعلم.

إن العلاقة بين صعوبات التعلم والمشكلات السلوكية الانفعالية معقدة. وهي محل اهتمام كثير من الباحثين المهتمين بصعوبات التعلم والأمراض النفسية psychopathology. ففي دراسة كانتويل وبيكر Cantwell, Baker (1991)، تم تحديد 600 طفل من ذوي اضطرابات الكلام واللغة، وتمت متابعة 300 من هؤلاء الأطفال لمدة بلغت حتى 5 سنوات. وأظهرت المتابعة أن 25 ٪ منهم ذوي صعوبات تعلم، وأن 75 ٪ في المائة من الأطفال ذوي صعوبات التعلم يعانون من المرض النفسي. وتركزت معظم الأعراض حول القلق، وأن القليل منهم تم تشخيصه أعراض اكتئاب، وأن هذه المجموعة أظهرت قدراً منخفضاً من تقدير الذات.

وهناك مجال آخر من مجالات الاهتمام بالعلاقة بين صعوبات التعلم والشكاوى الجسدية، اهتمت به مارغاليت ورافيف (Margalit Raviv, 1984) حيث تناولوا شيوع الشكاوى الجسدية لدى مجموعات من أطفال ذوي صعوبات التعلم وتمثلت الشكاوى الرئيسية في الشعور بالتعب عند بذل المجهود.

ويوجد مجال ثالث لدى ذوي صعوبات التعلم والمشاكل السلوكية الانفعالية وهو السلوك الاجتماعي. في كثير من الأحيان الأطفال الذين يعانون من صعوبات في التعلم لديهم مشاكل في علاقاتهم الأسرية والأقران. وقد يكون ذلك نتيجة لأسلوب معالجة المشكلات التي تجعل من الصعب على الأطفال التقاط الإشارات والتلميحات الاجتماعية social cues مما يؤدي بدوره إلى سلوك التجنب والانسحاب. وكثيراً ما يستخدم هذا النوع من السلوك كوسيلة للدفاع لتخفيف التوتر الناتج عن التفاعلات الاجتماعية. ويلجأ الأطفال غير القادرين على تطوير دفاعات تجنب لاستخدام السلوك العدواني وسرعة الانفعال للتعامل مع الضغوط المرتبطة بالتفاعلات الاجتماعية.

عندما تظهر صعوبات التعلم والمشاكل السلوكية الانفعالية معاً، فإنه من المهم تحديد ما إذا كانت المشكلات نتيجة ثانوية لصعوبات التعلم أم هي السبب الأساسي لها، فإذا كانت المشكلات السلوكية الانفعالية ناتجة عن صعوبات التعلم فإن الحل يكون مركزاً على صعوبات التعلم بدايةً، أما عندما تكون المشكلات السلوكية

الانفعالية هي الأساسية فإن التدخلات تصبح أكثر تعقيداً، لأنه لا بد من معالجتها بشكل منفصل عن صعوبات التعلم، وفي هذه الحالة ينبغي أن ينظر إليها على أنها سبب معاناة التلميذ والمشكلة الرئيسية.

وعموماً يمكن تعليل إصابة ذوي صعوبات التعلم بالاضطرابات النفسية والانفعالية بوجه عام بسبب العوامل التالية:

- (١) عدم إشباع حاجة الطفل للقبول والاهتمام خلال سنوات دراسته، مما يجعله يتبنى مفهوماً سالباً عن الذات ويفقد الكثير من ثقته بنفسه، ويزداد شعوره بالقلق خاصة كلما مر بخبرة فشل طوال حياته فإنه ينكص إلى خبرات طفولته.
- (٢) عدم إشباع الطفل حاجته للقبول والاهتمام، مما يدفعه إلى تصرفات فجأة وأنشطة كثيرة يرفضها المحيطون به ويتعاملون معها بالتحكم والتسلط مما يدفعه نحو الفعل القهري.
- (٣) الرغبة المتحدية من الطفل أمام الآخرين مما يدفعه إلى الكمال المطلق والشك والدقة المفرطة والنظام الصارم فيما يبدو في العناد والتمرد.
- (٤) تعرض الطفل إلى القسوة أو الإهمال أو التسلط من جانب الوالدين أو أحدهما أو المعلمين، يكون أحد أسباب أصابته بالقلق وباضطراب الوسواس القهري والاكئاب.
- (٥) معاناة ذوي صعوبات التعلم من إحباطات متكررة نتيجة ضعف تحصيلهم الدراسي أو نتيجة نشاطهم الزائد مع تمتعهم بقدرة عقلية تسمح لهم بتبني مواقف عدوانية تجاه الذات كالشعور بالتقصير أو تبني أهداف وأفكار مطلقة أو تجاه الآخرين كتبني أفكار من قبيل "يجب عليهم أن يقبلوني، ولا يهملوني هكذا، يجب أن يحبني الجميع".
- (٦) وجود تشوش معرفي وبخاصة لدى من يعانون صعوبات نمائية في الإدراك، وهذا ما دفع البعض إلى استخدام العلاج المعرفي مع ذوي صعوبات التعلم بهدف الوقوف على المشكلات الإدراكية والجوانب المعرفية التي يمكن استخدام العلاج المعرفي معها، والتشويش المعرفي عامل مشترك في العصاب القهري وصعوبات التعلم أيضاً والذي يظهر في خلط المفاهيم أو تبني مفاهيم مطلقة ومجردة من الواقع.

٧) الاندفاعية والنشاط الزائد وقصور الانتباه صفة مميزة لذوي صعوبات التعلم تؤثر على الإدراك والتفكير، وهو كذلك عامل مميز لمن يعانون من القلق والعصاب القهري وإن كانوا يحاولون الظهور بالثبات والاستقرار.

٨) الميل إلى التجنب وعدم التفكير في المواقف المؤلمة صفة مميزة لمن يعانون من صعوبات التعلم وبخاصة في مواقف الدراسة، والتي يضطرون بسببها إلى إقحام أفكار هازمة للذات ومعتقدات خاطئة عن قدراتهم وأفعال الآخرين، وفي الوقت نفسه يميلون إلى تجنب تلك المواقف، وهذا الاشتراط السلبي سبب في جعلهم أكثر استعداداً للإصابة بالقلق وبالوسواس القهري والسلوك التجنب والسلوك التعويضي وينسحب ذلك على غالبية المواقف التي يقابلها الفرد وتأويلها بأكثر مما تتحمل على وجه يخالف الواقع. (محمد كمال أبو الفتوح، ٢٠١٤: ٢٧٢-٢٧٤).

الوحدة النفسية لدى ذوي صعوبات التعلم:

تذكر بولا بايرس (Paula Pires, 2002: 7) أن معظم الدراسات التي بحثت الوحدة النفسية لدى ذوي الصعوبات التعليمية لدى الأطفال تناولتها في إطار ارتباطها بعلاقات الأقران، فمثلاً قامت مارجليت (Margalit, 1994) بدراسة تناولت التقبل بين الأقران- وأظهرت نتائجها أن الأطفال المقبولين لديهم درجات منخفضة من الوحدة النفسية، وأكثر تفاعلاً اجتماعياً ولديهم صداقات كثيرة. بينما الأطفال ذوي صعوبات التعلم من ذوي الوحدة النفسية أظهروا ضعف المشاركة الاجتماعية، والنبذ الاجتماعي، ولديهم رغبة متأخرة في اكتساب الصداقات.

وتوصلت نتائج دراسات عديدة إلى أن الأطفال الذين ليس لديهم جودة صداقات يشبهون الأطفال الذين يعانون من الوحدة النفسية، وقد درست مارجليت (1999) العلاقة بين الترشيحات المتبادلة الثنائية والنبذ والوحدة النفسية بين الطلاب ذوي صعوبات التعلم بالمدارس الابتدائية، فوجدت أن خبرات الوحدة النفسية مرتبطة بالشعور بالتماسك، وتقبل الأقران في مقابل النبذ، وإدراك التلميذ لجودة الصداقة. وأن الطلاب ذوي صعوبات التعلم يشعرون بالنبذ المتبادل بينهم وبين أقرانهم العاديين، مما يشعرهم بالوحدة النفسية مقارنة بأقرانهم من العاديين.

وقد وجد تيور- كاسبا وآخرون (١٩٩٨) أن نقص العلاقات الاجتماعية يرتبط بمشاعر الوحدة النفسية لدى الذكور من ذوي صعوبات التعلم. بينما الصعوبات في العلاقات مع الجنس الآخر مقارنة بأقرانهم من العاديين. كما ترتبط الوحدة النفسية بالاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم.

وقد توصلت نتائج بعض الدراسات إلى أن الأطفال والمراهقين ذوي صعوبات التعلم ترتفع لديهم مستويات الوحدة النفسية مقارنة بالعاديين، إلى جانب الخجل والانسحاب الاجتماعي، ويرجع الانسحاب نتيجة للفشل الدراسي المتكرر، أو عدم الشعور بالكفاءة في أداء مهمة معينة، أو أن الوحدة النفسية والانسحاب الاجتماعي يظهران مرافقان لحالات الاكتئاب. ويذكر جمال الخطيب (٢٠١٣) أن نتائج البحوث بينت أن الطلاب ذوي صعوبات التعلم يشعرون بالوحدة النفسية أكثر من الطلاب الآخرين. (Broatch&Margalit,2006) والوحدة نوعان: وحدة نفسية أو عاطفية ترتبط بعدم وجود صديق وعدم القدرة على تكوين روابط قوية) ووحدة اجتماعية (عدم القدرة على بناء علاقات اجتماعية مرضية مع الآخرين) كذلك فإن الطلاب ذوي صعوبات التعلم يواجهون صعوبات أكبر في التعامل مع الوحدة من الطلاب الآخرين، وترتبط الوحدة لديهم بالعوامل التالية:

- ضعف المعرفة وهو عدم اكتساب المعرفة اللازمة لتطوير علاقات اجتماعية مرضية.
- ضعف الأداء وهو عدم قدرة الطالب على ترجمة ما يعرفه إلى سلوك اجتماعي مناسب.
- ضعف النمط السلوكي وهو إظهار الطالب لأفعال وتفوهه بكلمات تنم عن ثقته بذاته وعدم توقعه لتقبل الآخرين له.

من خلال أسلوب دراسة الحالة السوسيومترية Sociometric status تبين أن الطلاب ذوي صعوبات التعلم يتلقون القليل من الترشيحات الإيجابية وزيادة في الترشيحات السلبية من الأقران، بالإضافة إلى معدل منخفض من التقبل، كما بعض الدراسات بينت أن حوالي ٧٥٪ من الطلاب ذوي صعوبات التعلم يظهرون عجزاً في المهارات الاجتماعية ويبدو ذلك واضحاً في نبذ الأقران والعزلة الاجتماعية. وهؤلاء معرضون

لخطر الوحدة النفسية مما يعرضهم للضغوط الشخصية والضغوط في التعامل مع الآخرين.

وفى هذا الإطار قدمت نتائج دراسات عديدة تأكيدات على أهمية الصداقة في نمو الأطفال بشكل طبيعي وأنها تمثل عامل حماية من نبذ الأقران ومن المعلوم الدور الذي يلعبه نبذ الأقران في زيادة مشاعر الوحدة النفسية لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم. حيث يظهرون معدلات مرتفعة من الوحدة النفسية وعدم الرضا الاجتماعي، وصعوبات التكيف الاجتماعي. كما يعكس التقبل الاجتماعي ودرجات النبذ المكانة الاجتماعية لدى الأطفال.

وعندما نتناول الوحدة النفسية نعتبرها من مخرجات الخبرة الذاتية - نتيجة إدراك الفرد لنفسه، وكيف يراه الآخرون، وكيف يفكر ويدرك الآخرون، إضافة إلى عدم الرضا والضغوط الاجتماعية. وترتبط الوحدة النفسية بخبرات الإحباط وعدم الرضا عن العلاقات مع الأصدقاء، فشل الانتماء إلى مجموعة من الأقران، وصعوبات البقاء وحيداً.

وهناك دراسات قامت بها مارجليت (٩٦-٩٧-٩٨) بينت أن الأطفال ذوي صعوبات التعلم قرروا مستويات منخفضة من التماسك Coherence ومستويات مرتفعة من الوحدة النفسية مقارنة بأقرانهم من العاديين، وفسر المعلمون والأقران ذلك بسبب ضعف المهارات الاجتماعية وارتفاع معدل المشكلات السلوكية وتدنى التقبل الاجتماعي.

وخلاصة القول أن مشاعر الوحدة النفسية لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم تنتج عن عدة مصادر منها تدنى مفهوم الذات والشعور بالدونية الأكاديمية، وتدنى تقبل الأقران لهم من جراء ذلك، مما يدفعهم إلى الحساسية للنبذ والنبذ الفعلي، فيلجؤون إلى العزلة الاجتماعية التي يفرضونها على أنفسهم أو يفرضها الأقران عليهم بسبب نبذهم ورفض التفاعل معهم وعقد صداقات معهم لأنهم مرفوضين من وجهة نظر أقرانهم.

ويضيف هارولد فالاس (Valas Harold, 1999) أن العديد من الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة يعانون من ضعف التفاعل الاجتماعي وسوء التوافق النفسي، مما يؤدي إلى الفشل الدراسي حتى يتم وصمهم ذوي الصعوبات، وفي مرحلة المراهقة فإن

مشكلات التوافق النفسي مثل الوحدة النفسية، وتقدير الذات المنخفض والميول الاكتئابية Depressive tendency ربما تصبح أكثر شيوعاً لديهم، وفي مرحلة المراهقة يكونون أكثر وعياً بالفروق الفردية في الإنجاز الأكاديمي بسبب انخفاض المكانة الاجتماعية وتدنى تقبل الأقران لهم. والواقع أن الدراسات حول الوحدة النفسية لدى ذوي صعوبات التعلم قليلة، إلا أن نتائج ما تم من دراسات تشير إلى وجود مستويات مرتفعة من الوحدة النفسية لديهم، وهناك علاقة بين الوحدة النفسية وعلاقات الأقران ارتبطت بالنبذ وضعف الشعبية Unpopular وعدم الرضا الاجتماعي لدى ذوي الصعوبات مقارنة بأقرانهم من العاديين. وأن الوحدة النفسية ترتبط بشكل دال مع المشاعر الاكتئابية، وأن معظم التقارير والنتائج تقترح أن صعوبات التعلم تؤثر في علاقات الأقران، وعلاقات الأقران تؤثر في الوحدة النفسية، مما يؤثر على تقدير الذات والمزاج الاكتئابي. (Harald, Valas, 1999:167)

القلق لدى ذوي صعوبات التعلم:

إن انخفاض التحصيل الأكاديمي والمصحوب بالمشكلات الاجتماعية لدى الطلاب ذوي صعوبات التعلم يدفعهم إلى أن يكونوا عصبيين، قلقين، منزعجين. ويميز الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع بين أنماط اضطراب القلق المختلفة مثل: اضطراب قلق الانفصال Separation والفوبيا (الخوف) الاجتماعي، اضطراب الوسواس القهري، اضطراب القلق العام، والاضطراب الدوري Panic .

يتميز قلق الاضطراب بخصائص شائعة مثل الذعر الزائد Excessive worry مستويات عالية من الخوف والمزاج السلبي العام، ونظراً لتنوع القلق فإن بعض الباحثين تعريف قلق السمة بأنه غير محدد الأعراض Non-specific symptoms مثل العصائية، الخوف، والذعر أو الهلع وحالات المزاج السلبي. وقام باحثون آخرون بتناول دور أنماط محددة من القلق مثل قلق الاختبار Test-anxiety أو الخوف من التقييم السلبي. (Swanson & Howell, 1996).

إن اضطراب القلق يرتبط بشكل مرتفع مع الاكتئاب، فعلى سبيل المثال وجد ستراس Strauss وآخرون (١٩٨٨) أن الاكتئاب لدى ٥٠٪ من المراهقين تراوحت

أعمارهم ما بين (١٢-١٩) عاماً و٢٨٪ لدى الأطفال تراوحت أعمارهم ما بين (٥-١١) عاماً ممن تم تشخيصهم بذوي اضطراب القلق. وبشكل عام فإن شيوع اضطراب القلق لدى الأطفال والمراهقين يصل إلى ٢١٪ تقريباً في الأعمار ما بين (٨-١٧) عاماً. (in: Abano,Chorpita & Barlow, 1996)

إن عملية الفصل التام بين القلق والاكتئاب بشكل فارق ودقيق عملية معقدة إن لم تكن مستحيلة، فبعض الباحثين من أتباع النظرية المعرفية أمثال: Beck,Brown,Steer&Grisham,2001 اقترحوا أنه استناداً لمبادئ نظريتهم فإن المرضى سمدونيضطرابات الاكتئابية لديهم تدنى في مفهوم الذات أكثر من المرضى ذوي اضطراب القلق، وبينوا أن الاكتئاب أكثر ارتباطاً بمشاعر فقدان القيمة Self-worth وكراهية الذات (Ellie,Kazemi,2006:23-24).

الأطفال والمراهقين ذوي صعوبات التعلم الذين يعانون من الاكتئاب لديهم معدلات مرتفعة من اضطراب القلق، بحوث قليلة تناولت بحث Co-occurrence اضطراب القلق لدى الطلاب ذوي صعوبات التعلم التي درست هذه الظاهرة، والغالبية منها تناولت قلق الاختبار.

في دراسة تناولت تأثير مستويات القلق (منفض - متوسط - مرتفع) وكفاءة حل المشكلات لدى ٤٥ ولد من ذوي صعوبات التعلم ومثلهم من العاديين تراوحت أعمارهم ما بين (٩-١١) عاماً، تم استخدام مقياس قلق السمة/ الحالة لدى الأطفال إعداد سبيلبيرجر وخطوات حل المشكلات إعداد بات وآخرون (Blatt,et al,1975) العينة من ذوي الذكاء المتوسط وانخفاض مستوى التحصيل، وقد وجد فيشر وزملائه وجدوا أن الطلاب ذوي صعوبات التعلم كانوا أعلى في مستوى القلق مقارنة بالعاديين.

في دراسة مشابهة قام بريان وآخرون (Bryan,et al,1983) ببحث العلاقة بين الخوف من الفشل وحالات صعوبات التعلم لدى عينة من ٣٠ من الأطفال ذوي صعوبات التعلم و٣٠ من العاديين من ثلاث مدارس في شيكاغو تم تشخيصهم صعوبات تعلم في مدارسهم، تم استخدام مقياس قلق الاختبار للأطفال إعداد سراسون Sarason,1960 وقد وجد الباحثون أن الأطفال ذوي صعوبات التعلم أكثر قلقاً من الأطفال العاديين. (Ellie,Kazemi,2006:23-27).

وقد قام رودريجوز وروز Rodriguez&Routh (١٩٨٩) ببحث القلق لدى عينة من الطلاب ذوي صعوبات التعلم والطلاب العاديين تراوحت أعمارهم ما بين (٣-١٨) عاماً تم تطبيق مقياس مانيفيست Manifest للقلق إعداد رينولدس وباجت Reynolds&Paget (١٩٨١) والسلوك الانسحابي من قائمة المشكلات السلوكية إعداد لاهي وبياسنتيني Lahey&Piacentini (١٩٨٥) ولم يجد الباحثان فروق دالة بين الطلاب ذوي الصعوبات الجدد في فصول الصعوبات مقابل الطلاب ذوي صعوبات التعلم القدامى والذين قضوا عام دراسي فأكثر في القلق. كما وجدوا فروق دالة بين الطلاب ذوي صعوبات التعلم والعاديين في مستوى القلق وذلك من وجهة نظر المعلمين وأشارت نتائج الدراسة إلى إرجاع القلق لديهم بسبب تدنى التحصيل الدراسي والوصمة والفشل.

الاكتئاب لدى ذوي صعوبات التعلم:

تختلف أعراض الاكتئاب حسب العمر، ففي مرحلة الطفولة تشمل الأعراض الشكاوى الجسدية، الانسحاب الاجتماعي، والكذب والعدوان، وتدنى مفهوم الذات ونقص التفاعلات والعزلة، أما في مرحلة المراهقة فإن الأعراض ربما تشتمل على اليأس والتفكير في الانتحار، وسوء استخدام الأدوية والشكاوى الجسدية، والانسحاب الاجتماعي، أما في الأعمار المتقدمة فتشتمل الأعراض على تغيرات في الشهية للطعام وتغيرات في الوزن، والشعور بالخمول، والشعور بالذنب، وضعف التركيز واضطرابات النوم وفقدان الطاقة. وبشكل عام فقد وجد الباحثون أن الاكتئاب يزيد لدى الأفراد ذوي صعوبات التعلم عن الذين ليس لديهم صعوبات تعلم.

ولقد كان هناك افتراض مفاده أن الطلاب الذين لديهم صعوبات التعلم يشعرون بالاكتئاب، وذلك انطلاقاً من اعتقادان هما: أن الأشخاص ذوي صعوبات التعلم لديهم انخفاض في مفهوم الذات، وأن التحصيل الدراسي لديهم منخفض، وقد راجع ماج (Maag,2000) نتائج الدراسات السابقة المتعلقة بهذا الموضوع وتوصل إلى ما يلي:

— الأطفال ذوي صعوبات التعلم لديهم درجات أعلى من الاكتئاب مقارنة بالأطفال الآخرين، لكن هذه الفروق ليست كبيرة جداً.

— هناك عوامل قد تكون أكثر أهمية من صعوبات التعلم ذاتها بالنسبة لحدوث الاكتئاب مثل: (السن، النوع، والعرق). (جمال الخطيب، ٢٠١٣: ٣٣٧)

وحديثاً لفتت العلاقات القوية بين الاكتئاب وصعوبات التعلم اهتمام الباحثين والمنظرين في مجالات علم النفس والتربية الخاصة، على مستوى العالم مما يعكس ارتفاع معدل انتشار الاكتئاب بين الأطفال ذوي صعوبات التعلم وزيادة أعداد المراهقين المنتحرين والاتجاه إلى الاعتراف بأن حتى الأطفال الصغار ممكن أن يكون لديهم اضطرابات اكتئابية، هذا وتميل معظم الأبحاث في هذا المجال إلى تقرير أن الأطفال والمراهقين الذين لديهم صعوبات في التعلم يمكن أن يكون لديهم معدلات اكتئاب عالية عن الأطفال الذين ليس لديهم هذه الصعوبات، حيث أن العديد من الأطفال الذين يشار لهم بالاضطرابات الاكتئابية قد تم اكتشاف أن لديهم أعراض معرفية ونتائج أكاديمية يمكن أن تصنفهم ضمن اضطرابات التعلم، أي أن العلاقة بين الاكتئاب وصعوبات التعلم علاقة قوية، فكل منهما قد يؤدي إلى الآخر. وفي هذا الصدد نفسه، أكد العديد من الباحثين على أن صعوبات التعلم غير اللفظية تضع الأطفال والمراهقين تحت خطر الاكتئاب وأيضاً تحت احتمالية الانتحار، بل ربما يزداد خطر الانتحار عن خطر الاكتئاب، وهذا بسبب العوامل المعرفية والشخصية، مثل الاندفاع وعدم احترام الذات والضعف المعرفي سواءً أكان سبباً أو نتيجة، وبعبارة أخرى، السمات الخاصة المشتركة بين الاكتئاب وصعوبات التعلم.

وترى إيلي كازيمي (EllieKazemi, 2006: xi) أن الطلاب ذوي صعوبات التعلم معرضون لخطر الاضطرابات الداخلية مثل القلق والاكتئاب، وبالإضافة إلى وجود صعوبات أكاديمية فإن لديهم عجزاً في المهارات الاجتماعية ويعانون من النبذ والتجاهل مقارنة بأقرانهم من العاديين. وأن التدني في التحصيل الأكاديمي يؤدي إلى انخفاض مفهوم الذات الأكاديمي، وإدراك نقص الفاعلية الأكاديمية وسوء التوافق، ووصمة الشخص بأنه من ذوي صعوبات التعلم يؤدي إلى إثارة القلق والمزاج الاكتئابي لدى الطلاب ذوي صعوبات التعلم.

من المفترض أن تدنى التحصيل الأكاديمي والصعوبات الاجتماعية لدى الطلاب ذوي صعوبات التعلم يؤدي إلى زيادة المشاعر والأفكار الاكتئابية، الاكتئاب يتميز

بسوء التوافق أو الأنماط السلبية في التفكير والاتجاه السلبي نحو الذات والخبرات الحاضرة والمستقبل، والأفراد سمادونيكتتاب يعتقد أنهم يمتلكون أخطاء تنظيمية في عملية التفكير تدفعهم إلى الأفكار السلبية، فأصحاب النظرية المعرفية يعتقدون أن سوء توظيف الاتجاهات والمعتقدات ينعكس على محتوى الصيغ المعرفية التي تخدم كعوامل تؤدي إلى المرض النفسي مثل الاكتئاب (Beck, 1976) وقد أكدت هذه النتائج العديد من الدراسات التجريبية في إثبات العلاقة بين الاتجاهات غير الوظيفية والاكتئاب. ووفقاً للدليل التشخيصي الإحصائي الرابع فإن الاكتئاب لدى البالغين يتميز بمشاعر الحزن أو الخواء، وعدم الاستمتاع بالأنشطة، فقدان الوزن أو زيادته، اضطراب الشهية، التعب وفقدان الطاقة، مشاعر الذنب وفقدان القيمة، ضعف التركيز، والأفكار الانتحارية (Americanpsychiatric Association, 1994).

معدلات شيوع الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين تتنوع من دراسة إلى أخرى ما بين ٤٪ في الطفولة إلى ١٥٪ في المراهقة وعلى سبيل المثال عينة من المراهقين في السويد تراوحت أعمارهم من ١٦-١٧ سنة بلغ عددها ٢٣٠٠ وجد أن ١٢٪ منهم لديهم درجات مرتفعة من الاكتئاب وفي عينة أخرى من الأطفال بلغ عددها ٦٠١٧ طفل تراوحت أعمارهم ما بين ٨-٩ سنة وباستخدام مقياس كوفاكس للاكتئاب ١٩٩١ وجد أن ٧٪ منهم لديهم درجات أعلى من المتوسط في الاكتئاب (Almqvist, et al, 1999).

في بعض الدراسات الحديثة بينت النتائج أن مستوى الاكتئاب لدى الطلاب ذوي صعوبات التعلم مرتفع مقارنة بالعاديين، إضافة إلى تدنى التقبل من الأقران، وتدنى مفهوم الذات، وارتفاع مستوى الوحدة النفسية، والمزاج الاكتئابي.

معدلات شيوع الاكتئاب لدى ذوي صعوبات التعلم:

يشير "جان كولمان" (Jane Coleman, 1994: 29) أن معدلات شيوع الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين من ذوي صعوبات التعلم ليست محددة بشكل واضح، والبيانات تشير إلى أن هؤلاء الأطفال غالباً يتعرضون لمستويات مرتفعة من الاكتئاب مقارنة بأقرانهم من العاديين. ففي دراسة للأعراض الاكتئابية قام دالي بلوكوفسكي Bolocofsky Dalley وآخرون (١٩٩٢) بمقارنة ٤٢ طالب من ذوي صعوبات التعلم

متوسط أعمارهم ١٧ عاماً وباستخدام مقياس رينولدس للاكتئاب لدى المراهقين تبين من نتائج الدراسة أن مستوى الاكتئاب لدى المراهقين ذوي صعوبات التعلم أعلى منها لدى أقرانهم من العاديين. وفي دراسة أخرى تناولت الاكتئاب لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم قام بها جولدشتين وآخرون ١٩٨٥ لدى مجموعة بلغ عددها ٨٥ طفل تراوحت أعمارهم من ٥-٨ تم تقسيمهم إلى مجموعات فرعية (صعوبات تعلم - صعوبات تعلم منخفض الذكاء - صعوبات تعلم من سمادونيضطرابات الانفعالية - صعوبات تعلم من ذوي النشاط الزائد) تم استخدام مقياس وكسلر لذكاء الأطفال، ومقياس كوفاكس للاكتئاب ١٩٩١ واختبار للرياضيات واختبار ودكوك تبين من نتائج الدراسة ارتفاع درجات الأطفال في الاكتئاب خصوصاً لدى مجموعة الأطفال ذوي صعوبات التعلم المصحوب بمشكلات سلوكية.

كما قام استيفنسون ورومني ١٩٨٤ ببحث شيوع الاكتئاب لدى عينة من الأطفال ذوي صعوبات تعلم لدى عينة بلغ عددها ١٠٣ من الأطفال تراوحت أعمارهم من ٨-١١ سنة تم تشخيصهم بالمدرسة وإدراجهم في برامج صعوبات تعلم، ومن خلال استخدام مقياس الاكتئاب لدى الأطفال تبين أن ١٤٪ من العينة لديهم معارف السلبية درجة مرتفعة من الاكتئاب .

ويشبه هذه النتيجة ما توصل إليه ماج وبهرنس ١٩٨٩ حيث بحثا شدة وشيوع الاكتئاب وارتباطه بالمعرفة السلبية وتقدير الذات لدى عينة من المراهقين بلغت ٤٦٥ من ذوي صعوبات تعلم وسمادونيضطرابات الانفعالية الشديدة تراوحت أعمارهم بين ١٢-١٨ سنة وقد شاركوا في برنامج للتربية الخاصة في المدارس العامة، وباستخدام بك للاكتئاب النسخة المختصرة، واستبيان الأفكار التلقائية إعداد هولون وكاندن ١٩٨٠ وتوصلت النتائج إلى عدم وجود فروق بين الطلاب ذوي صعوبات التعلم وأقرانهم من سمادونيضطرابات الانفعالية الشديدة من حيث الأعراض الاكتئابية وارتباطها بالمعارف السلبية وتبين كذلك فروق ترجع إلى النوع حيث بلغت ٢٠٪ للذكور، ٣٢٪ للإناث.

في دراسة حديثة قام بها نيوكومر وآخرون (١٩٩٥) ببحث مستويات الاكتئاب والقلق لدى عينة من المعوقين عددها ٦٩٦ منهم ٨٧ يعانون من اضطراب المسلك، ٨٥

طلاب ذوي صعوبات التعلم والطلاب ذوي صعوبات التعلم تم تشخيصهم في المدرسة ومدرجين في فصول خاصة ولديهم غرف مصادر تعليمية تراوحت أعمارهم ما بين ٦-١٩ سنة تم قياس رأى الوالدين والمعلمين والأطفال في الاكتئاب والقلق من خلال مقياسي القلق والاكتئاب إعداد نيكومر وآخرون (١٩٩٤) وتوصلت النتائج إلى وجود درجات مرتفعة لدى الطلاب ذوي صعوبات التعلم من وجهة نظر المعلمين كما أن الأطفال ذوي اضطراب المسلك كانوا أكثر ارتفاعاً في الاكتئاب.

في دراسة قام بها رودريجوز وروز (١٩٨٩) بحثا فيها الاكتئاب لدى عينة من الطلاب ذوي صعوبات التعلم بلغ عددهم ٣١ من ذوي صعوبات التعلم، ٣١ من أقرانهم العاديين تراوحت أعمارهم ما بين ٨-١٣ سنة تم تقسيم عينة الصعوبات إلى ١١ طفل جدد في فصول الصعوبات و ٢٠ من القدامى بالإضافة إلى المجموعة التجريبية من العاديين والتي تم مجانستها في السن والنوع وباستخدام مقياس كوفاكس للاكتئاب ١٩٩١ توصلت الدراسة إلى وجود فروق دالة بين الطلاب ذوي صعوبات التعلم الجدد وأقرانهم القدامى في معدلات الاكتئاب لصالح القدامى، وهناك فروق بين الطلاب ذوي صعوبات التعلم والعاديين لصالح ذوي صعوبات التعلم، وربما يرتبط ذلك بتدني التحصيل، والوصمة والفشل.

قضايا تشخيص القلق والاكتئاب لدى الطلاب ذوي صعوبات التعلم:

السؤال الرئيسي والذي يحتاج إلى إجابة .. والذي يؤدي إلى بعض الغموض والاضطراب في النظر إلى القلق والاكتئاب لدى ذوي صعوبات التعلم، ما هي أسباب القلق والاكتئاب لدى الطلاب ذوي صعوبات التعلم؟ وبمعنى آخر هل القلق والاكتئاب يحدث بسبب صعوبات التعلم أم هل صعوبات التعلم هي التي تؤدي إلى حدوث أعراض القلق والاكتئاب؟.

في دراسة إيمي كازيمي (Ellie Kazemi, 2006) وضع فرضين وفق نموذجين اقترحا أسلوبين يمكن أن يؤديا إلى زيادة أعراض القلق والاكتئاب.. الافتراض الأول: تدنى التحصيل الأكاديمي لدى الطلاب ذوي صعوبات التعلم يرتبط بانخفاض مفهوم الذات ونقص الكفاءة الذاتية وسوء التوافق والرؤية السلبية حول تشخيص صعوبات

التعلم وهي التي تؤدي إلى أعراض القلق والاكتئاب. الافتراض الثاني: أن تدنى التوافق الاجتماعي لدى الطلاب ذوي صعوبات التعلم يرتبط بتدني الكفاءة الاجتماعية الذاتية والتي تؤدي إلى أعراض القلق والاكتئاب.

ولكى نقدم دعم تجريبي وتنظيري للرابطة بين النموذجين السابقين فإن مراجعة التراث والأدبيات من حيث التنظيم والتعريف والوصف غير مرضٍ. والواقع أن المساندة التجريبية للرابطة بين تقديم متغير وسيط بين القلق والاكتئاب والدراسات التجريبية ونتائجها أظهرت وجود فروق بين الطلاب ذوي صعوبات التعلم والعاديين في القلق والاكتئاب. كما أن الرابطة بين تدنى التحصيل في النموذج الأول وتدنى التوافق الاجتماعي في النموذج الثاني وزيادة أعراض القلق والاكتئاب.

القلق والاكتئاب والتحصيل الأكاديمي لدى ذوي صعوبات التعلم :

الطلاب ذوي صعوبات التعلم لديهم مستويات متوسطة أو فوق المتوسطة من الذكاء، لكن لديهم صعوبات في الإنجاز ويحتاجون إلى تعليم خاص يتطلب جهوداً خاصة مضاعفة، ويعتبر التحصيل الأكاديمي هو الذي يميز بين هؤلاء الطلاب وأقرانهم من العاديين. هؤلاء الطلاب ربما يعانون من الحزن ومشاعر الاكتئاب فيما يتعلق بمخرجاتهم الأكاديمية مما يجعلهم يشعرون بالعجز إزاء مستقبلهم ومسيرة حياتهم. كما أنهم ربما يشعرون بالقلق والذعر من الامتحانات وتأثير إنجازهم الأكاديمي على حياتهم، فانخفاض التحصيل الأكاديمي لدى الطلاب العاديين يرتبط بالقلق والاكتئاب. وتقرح نتائج البحوث الحديثة أن المستويات العالية من القلق ترتبط بتدني الكفاءة المدرسية ومشكلات الأداء في الاختبارات، وضعف التقدير بين الطلاب (Barrett&Heubeck,2000;woodward&Fergusson,2001).

النتائج التجريبية تقترح أن الضغوط والعجز المعرفي الوظيفي مثل: تشكيل الذاكرة، واستدعاء الذاكرة، والانتباه، يرتبط بالتحصيل الأكاديمي (Mendell, 1999). وقد قام وليامز Williams,1996 بدراسة شملت ١٠٣ من الطلاب ذوي القدرات العقلية العالية وبينت نتائج الدراسة أن القلق المرتفع يرتبط بالأداء المنخفض في الاختبارات التحصيلية في العلوم، كما أن الذعر مكون للقلق يرتبط سلبياً بقوة مع

الإنجاز أكثر من المكون الانفعالي للقلق، كما أن الاكتئاب والعجز المتعلم يرتبط بتدني الأداء المدرسي وكذلك تدني الإنجاز الأكاديمي.

كما ذكر من قبل، فإن بعض الطلاب ذوي صعوبات التعلم يواجهون الفشل الأكاديمي أكثر من أقرانهم العاديين، وتكرار خبرات الفشل ربما يؤدي إلى الحكم السلبي على الأداء.. وتعميم الذعر والقلق والمشاعر السلبية تجاه المخرجات والنواتج الأكاديمية.. ومن هنا فهم عرضة أكثر لخطر القلق والاكتئاب.

في دراسة قام بها بريان وآخرون Bryan,et al,1983 لبحث العلاقة بين الخوف من الغش، والإنجاز وحالة صعوبات التعلم، بينت النتائج أن درجات اختبار القلق لدى ذوي صعوبات التعلم ترتفع بشكل دال مع درجات إنجازهم في القراءة والرياضيات.

كما قام سوانسون وهوول Swanson&Howell,1996 يبحث دور قلق الاختبار لدى ٨٢ من المراهقين (٢٦ بنت و٥٦ ذكر) من ذوي صعوبات التعلم واضطراب السلوك، تراوحت أعمارهم ما بين ١٣-١٨ سنة، تم تشخيصهم من قبل فريق مدرسي، واستخدم الباحثان مقياس قلق الاختبار إعداد سبيلبيرجر (١٩٨٠) واستبيان التداخل المعرفي Cognitive interference إعداد ساراسون (١٩٨٠) والاختبار الفرعي عادات الدراسة واختبار استنافورد بينيه للإنجاز إعداد جاردنر وآخرون (١٩٨٢) وبينت النتائج ارتباط قلق الاختبار بشكل دال مع التداخل المعرفي وعادات الدراسة والإنجاز الأكاديمي.

والسؤال الذي يحتاج إلى إجابات واضحة - هل تدني التحصيل لدى الطلاب ذوي صعوبات التعلم يؤدي مباشرة إلى القلق والاكتئاب أم أن هناك عوامل وسيطة في تلك العلاقة؟ البعض يفترض أن تدني التحصيل الأكاديمي يؤدي إلى أنماط من سوء التوافق وتدني مفهوم الذات الأكاديمي، وتدني إدراك الكفاءة الذاتية الأكاديمية والمدركات السلبية نحو تشخيص ذوي صعوبات التعلم والتي تؤدي إلى ارتفاع مستويات أعراض القلق والاكتئاب (Ellie,Kazemi,2006:33).

ويوجد اتفاق بين الباحثين على أن الطلاب ذوي صعوبات التعلم يتعرضون لمشكلات نفسية داخلية مثل الاكتئاب مما يقترن من ٧٦٪ من جملة الأطفال ذوي صعوبات التعلم، أشارت دراسة كاشاني وسایموند (١٩٧٩) من خلال مقابلة ١٠٣ من الأطفال

تراوحت أعمارهم من ٧-١٢ سنة فوجد ١,٩ ٪ من العينة لديهم اكتئاب وأن ١٧,٤ ٪ يعبرون عن حزنهم العام، وأن العينة تعاني من الاكتئاب البسيط Subclinical depression.

يوجد وجهتي نظر حول موضوعات الاكتئاب لدى الطلاب ذوي صعوبات التعلم هما:

- الاكتئاب الأولي المصحوب باضطرابات معرفية.
 - الاكتئاب الثانوي ذو التأثير الانفعالي على صعوبات التعلم.
- وينظر لاكتئاب الطفولة الأساسي كمساهم أولى في صعوبات التعلم، وينظر عديد من الباحثين للعلاقة بين الاكتئاب وصعوبات التعلم، والاكتئاب الداخلي يعتبر حالة بيولوجية ترتبط بالفص الجبهي ووظيفة القشرة الدماغية، وإذا كان هناك خلل في القشرة الدماغية اليسرى فإن الاكتئاب يرتبط بصعوبات اللغة، القراءة، وفي هذه الحالة فإن الاكتئاب يسبب صعوبات تعلم، وربما تؤدي مضادات الاكتئاب إلى تحسن الوظائف المعرفية لدى هؤلاء الأطفال.

دراسة روز هامواي (Rose Hamway, 1995) التي هدفت إلى بحث العلاقة بين الاكتئاب وعجز الوظائف المعرفية، وعند معالجة الاكتئاب تحدث تحسن في الوظائف المعرفية لدى الأطفال والبالغين، تكونت العينة من ٤ مراهقين من المكتئبين من ذوي صعوبات التعلم وتم استخدام مقياس الاكتئاب ومقياس آخر لمقياس مفهوم الذات وبينت النتائج أن خفض الأعراض الاكتئابية مرتبط بزيادة الواجبات والمهام السلوكية في الفصل والمتضمنة في برنامج التدخل. كما يصعب تحديد الأطفال ذوي صعوبات التعلم من وجهة نظر أحادية وذلك بسبب أنهم مجموعة غير متجانسة وذات خصائص متنوعة ويعانون صعوبات أكاديمية وضعف في مهارات التعلم.

يوجد بعض الارتباطات بين الاكتئاب وصعوبات التعلم، وبدأت البحوث الحديثة التركيز على تفاعل العوامل الاجتماعية الانفعالية والتعلم، إشارة إلى المكاسب الأكاديمية التي تحدث عندما يوجه اهتمام كافٍ لتلك العوامل، وفي هذا الإطار يوجد تناقض في التراث والأدبيات حول الوجود الظاهرياتي للاكتئاب وتأثيره على التعلم، بمعنى أكثر تحديداً هل الاكتئاب يمثل عرض أم سبب لصعوبات التعلم.

صعوبات التعلم أحد مظاهر نمو الأطفال التي ينشأ فيها مشكلات واضطرابات ثانوية مثل اضطراب المسلك، الاضطرابات الوجدانية، المشكلات السلوكية، إن العديد من التربويين يعتمدون على استخدام اختبارات الوظائف المعرفية مثل اختبارات الذكاء واختبارات التحصيل لتحديد ما إذا كانت صعوبات التعلم موجودة أم لا، قد يحدث ذلك دون مراعاة أو تقييم مستوى دافعية الطفل، مستوى التوافق الوجداني والتي تمثل أهمية في تحديد الكفاءة العقلية (Rose Mary,1995:11).

على الرغم من أن تشخيص صعوبات التعلم تخضع لقواعد واستخدام محك التباعد بين القدرة والإنجاز فإن هناك اهتمام من قبل المختصين بالقدرة على التمييز بين صعوبات التعلم وبطء التعلم. وقد يتجاهل كثير من التربويين تأثير الاضطرابات الانفعالية وخصوصاً الاكتئاب لدى الطلاب بالرغم من أن ما يعادل ٢١٪ منهم يعانون من اضطرابات انفعالية شديدة ومنها الأعراض الاكتئابية الشديدة أو المتوسطة، وللأسف قليل من البحوث التي ركزت على الاكتئاب لدى ذوي الاحتياجات الخاصة تلقت خدماتها في مدارس عامة.

إن العديد من العوامل يمكن أن تجعل الأطفال ذوي صعوبات التعلم والعجز المعرفي يؤدي إلى تكرار خبرات الفشل، القلق، وتدني التحصيل أكثر من زملائهم في المدرسة، وتكرار هذه الخبرات يؤدي إلى الشعور بالعجز المتعلم، والشعور بتدني مفهوم الذات (Hodgs&Plow,1990) هؤلاء الأطفال يميلون إلى الانسحاب، التجنب، الانعزال بدلاً من المواجهة وإهدار الطاقة في أشياء يشعرون أنها غير مفيدة. إن طبيعة المشكلات الداخلية غالباً تميز خبرات الأطفال ذوي صعوبات التعلم بسبب تكرار الفشل، كما يطور الأطفال ميكانزمات مواجهة غير تكيفيه والتي تزيد من مشكلة الاكتئاب والعجز المعرفي، كما أنهم يفقدون الاهتمام أو السعادة بالأنشطة الاجتماعية أو الأكاديمية. وانطلاقاً من نظرية بيك للاكتئاب فإن الأطفال يبدؤون النظر للعالم والذات والمستقبل بنظرة سلبية (Kendall,et al.,1990).

يرى كارول استراودرمان (1988) (StrawdermanCarol) أن صعوبات التعلم في الاكتئاب كان مقبولاً لوقت ما، صعوبات التعلم سجلت على أنها عرض من أعراض الاكتئاب في دليل التشخيص الإحصائي الأمريكي سنة (١٩٨٩) كما أن صعوبات

التعلم تعتبر أحد طرق الأطفال إلى الاكْتئاب والسؤال هل صعوبات التعلم والاكْتئاب بينهما ارتباط في بعض الأسباب؟ الاحتمال الثالث هل الاكْتئاب يحدث بداية نتيجة لصعوبات التعلم؟

الطلاب المكتئبين لديهم مشكلات اجتماعية وأكاديمية علاوة على وجود العديد من الخصائص المشتركة بين محكات تشخيص الاكْتئاب والخصائص المرتبطة بصعوبات التعلم والاضطراب السلوكي والانفعالي، مثل النشاط الزائد، اضطراب المسلك، العدوانية، محاولات الانتحار، الانسحاب.

التعريفات المستخدمة لتصنيف الطلاب ذوي صعوبات التعلم والاضطرابات السلوكية يبدو عليها التداخل، والفروق بين المجموعتين ليست واضحة تماماً فهناك قواسم مشتركة في بعض الخصائص مثل، النشاط السلوكي، العدوانية، النشاط الزائد، أسلوب التعلم غير النشط، والصعوبات الاجتماعية.

الطلاب المعرضون للخطر في أسرهم وخصوصاً ذوي الدخل المنخفض لديهم درجات مرتفعة من الاكْتئاب ويسجلون كذلك درجات منخفضة في الإنجاز الأكاديمي ويحصلون على درجات متدنية في مدارسهم كما أن العجز المتعلم عامل مساهم في حدوث الاكْتئاب في الطفولة والبلوغ كظاهرة يتم تناولها لدى ذوي صعوبات التعلم. وبشكل عام عندما يشعر الطلاب بعدم القدرة على التحكم في النتائج فإنهم يصبحون سلبيين وينمو لديهم مفهوم ذات متدني، ضعف القدرة على التحكم الخارجي وظهور الأعراض الاكْتئابية مما يساهم في حدوث الفشل وضعف الإنجاز مقارنة بأقرانهم من العاديين.

ضعف علاقات الأقران عامل هام في حدوث الاكْتئاب لدى الأطفال ومن الواضح تدنى علاقات التلاميذ ذوي صعوبات التعلم عن أقرانهم العاديين وانخفاض تقديرات الوالدين والمعلمين المدركة، وتقديرات الأقران. كما أنهم لا يدركون مكانتهم كونهم مختلفين عن أقرانهم العاديين علاوة على انخفاض تقدير الذات.

ومن خلال تحليل التباين فقد تحددت عوامل كان على رأسها الاكْتئاب، ومن خلال التحليل العاملي تبين أن العامل الأول تتضمن انخفاض تقدير الذات، الانسحاب، عدم الثبات الانفعالي ضعف مساندة القواعد الاجتماعية والميل إلى الشعور بالذنب

والقلق، ومن السمات الشخصية تميز ذوي صعوبات التعلم بالاكتئاب خاصة عند زيادة القلق وضعف الأنا إشارة إلى حالة العصابية. (Carol, Strawderman, 1988:34-38) ويرى شارلس بوشبار (1998: 10-17) Charles Buchbauer) كان هناك اعتقاد أن الاكتئاب لا يصيب الأطفال، بينما البحوث الحديثة أشارت إلى أن الاكتئاب يصيب الأطفال والبالغين، وفقاً للدليل الإحصائي الربع ١٩٩٤ فإن الأطفال والمراهقين تظهر عليهم الأعراض مثل البالغين لكن حدة الأعراض ربما تتنوع باختلاف السن. وقد أشارت كوفاكس (١٩٩٦) أن الأعراض التي تبدو لدى الأطفال نفسها التي تظهر لدى البالغين، لكن تشخيص الأطفال يكون أكثر سلبية وقد ذكر عديد من الباحثين أن من ١٠-١٥٪ من الأطفال في معظم المجتمعات يعانون من الأعراض الاكتئابية لدرجة من المتوسطة إلى الشديدة وتكون النسب من ١٠-٢٥٪ للإناث ٥-١٢٪ للرجال الذكور. وفي دراسة قام بها أسبير وآخرون ١٩٩٥ للسلوكيات الشائعة لدى الأطفال المكتئبين فكان منهم المزاج الاكتئابي، ضعف الأداء في الفصل، فقدان الدافعية، الخوف من الفشل، النشاط الزائد، مقاطعة الأنشطة الصفية، نقد الذات ومشاعر الذنب، اضطرابات النوم والأكل، تأخر النوم والكلام، محدودية التفاعل في اللعب، والسلوك العدواني. وبالنسبة للمراهقين يتركز الأعراض في نقص الأداء الأكاديمي تأخر نمو التفكير، تأخر البلوغ، سوء المزاج، والسلوكيات المضادة للمجتمع، ومشكلات الأكل والوزن وانخفاض تقدير الذات، تلك هي الصورة العامة للأعراض الاكتئابية الشائعة للأطفال والمراهقين، وربما تتداخل هذه الأعراض مع اضطرابات أخرى، ويساعد التشخيص الفارق في تحديد الأعراض الاكتئابية.

وفقاً لدليل التشخيص الإحصائي الرابع (١٩٩٤) فإن اضطراب الاكتئاب الأساسي قبل البلوغ يتداخل مع ظواهر أخرى مثل الاضطرابات السلوكية، نقص الانتماء، واضطرابات القلق، علاوة على هذه الاضطرابات فإن اضطراب الاكتئاب الأساسي لدى المراهقين يرتبط بسوء استخدام الأدوية واضطرابات الأكل، ومن المهم أن نلاحظ الأداء المدرسي والسلوك من أهم الأعراض التي توضح الاكتئاب في البيئة المدرسية وتعطى الفرص المناسبة للحصول على المعلومات في عملية التشخيص الإكلينيكية.

فيما يتعلق بالأعراض الاكتئابية وارتباطها بالانواع فإن دليل التشخيص الإحصائي الرابع ١٩٩٤ أشار إلى عدم وجود فروق بين النوعين في الأعراض الاكتئابية الرئيسية في مرحلة ما قبل البلوغ، بينما ما بعد البلوغ فإنه يتضاعف لدى الإناث عن الذكور، يؤكد ذلك كولبرتسون (١٩٩٧) أن الاكتئاب يتضاعف مرتين لدى الإناث مقابل الذكور في المجتمعات المتقدمة.

ترتبط الأعراض الاكتئابية بإدراك الضغوط الأسرية ونقص المساندة الأسرية، وتعتبر القضايا الأسرية ذات علاقة دالة بالاكتئاب الأساسي لدى الأطفال، وأن الضغوط الأسرية الحياتية ترتبط أكثر بالوظائف السلبية لدى المراهقين المكتئبين، مقارنة بالمراهقين الذين يعيشون في أسر أقل في الضغوط الحياتية. وأن أسباب الاكتئاب ليست واضحة بشكل كامل رغم إجراء الدراسات العديدة والأطر النظرية التي تساهم في فهم هذا الاضطراب، لكن يوضع في الاعتبار الجوانب السيكودينامية، المعرفية، البيئية، والعوامل البيولوجية الوراثية.

وقد قام ليفنجستون (١٩٨٥) بتناول العلاقة بين الاكتئاب وصعوبات التعلم من خلال عدة أسئلة تشمل هل الاكتئاب سبب أو عرض لصعوبات التعلم؟ هل صعوبات التعلم تضع الأطفال في خطر أكبر في مواجهة الاكتئاب؟، هل يوجد وظائف خاصة بالمخ تضع الأطفال في مواجهة الاكتئاب وصعوبات التعلم؟، وعلى ذلك فإن البحوث توصلت نتائجها إلى إن ذوي صعوبات التعلم مقارنة بالعاديين أكثر عرضة للاكتئاب (Charles Buchbauer, 1998:10-17).

منذ عقود خلت أزداد اهتمام الباحثين بدراسة طبيعة الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين ذوي صعوبات التعلم، وبعض هؤلاء الباحثين افترض أن المراهقين ذوي صعوبات التعلم يتعرضون للاكتئاب بسبب تاريخهم من الفشل الأكاديمي وارتباطه بمشاعر الإحباط وانخفاض الطاقة، توجد بعض المساندة التطبيقية والنظرية التي ترى أن المراهقين ذوي صعوبات التعلم معرضون لخطر الاكتئاب، فعلى سبيل المثال وجهة النظر المعرفية افترضت أن المساهمات السلبية والعجز المتعلم ربما يكونا من الأسباب الدافعة للاكتئاب لدى هؤلاء الأطفال ومما هو معلوم أن العديد منهم تظهر لديه مثل هذه الخصائص المعرفية. أما وجهة النظر السلوكية فتري أن نقص التعزيز الاجتماعي

الإيجابي من الآخرين يمكن أن يساهم في حدوث الاكتئاب وأن هذا النمط من الخبرة الاجتماعية يتسم به العديد من ذوي صعوبات التعلم. (Paige, Feurer, et al., 2009:93-94) وقد تركزت البحوث التي تناولت الاكتئاب لدى ذوي صعوبات التعلم على سؤالين هما:

- هل المراهقين ذوي صعوبات التعلم لديهم مستويات مرتفعة من الاكتئاب مقارنة بأقرانهم من العاديين؟
- إذا كان ذلك فما هي العوامل المساهمة في حدوث تلك المستويات المرتفعة من الاكتئاب؟

فيما يتعلق بإجابة السؤال الأول فإن بعض الباحثين قرروا أن مقدار الاكتئاب لدى المراهقين ذوي صعوبات التعلم ليس مرتفعاً عما هو موجود لدى أقرانهم من العاديين فعلى سبيل المثال وجد ماج ورايد ١٩٩٤ أنه لا توجد فروق دالة بين المراهقين ذوي صعوبات تعلم والعاديين في الاكتئاب وتقدير الذات، كما توصل لمثل هذه النتيجة نافارات ١٩٩٩ في المقابل فإن بعض الدراسات التجريبية توصلت إلى أن المراهقين ذوي صعوبات التعلم لديهم مستويات مرتفعة من الاكتئاب منها دراسات بندر وآخرون ١٩٩٩ الذي أجرى مراجعة لعدد ٣٢ دراسة تجريبية فوجد أن هناك مستويات مرتفعة من الضغوط والاكتئاب والأفكار الانتحارية لدى ذوي صعوبات التعلم أكثر من أقرانهم العاديين، وجد ماج ورايت ٢٠٠٦ أن الطلاب ذوي صعوبات التعلم لديهم درجات مرتفعة من الاكتئاب، وهناك دراسات أخرى وجدت أن الاكتئاب لدى الطلاب ذوي صعوبات التعلم يتراوح بين المتوسط والشديد مقارنة بأقرانهم من العاديين (Maag&Behrens, 1989).

وفيما يتعلق بالسؤال الثاني فإن الباحثين وجدوا عدد من العوامل التي تساهم في ارتفاع مستويات الاكتئاب لدى الطلاب ذوي صعوبات التعلم منها: نمط صعوبات التعلم، طبيعة الفصل، التقبل الاجتماعي المدرك، والمهارات وراء المعرفية، بالإضافة إلى عامل قد يكون مهملاً في الدراسات وهو عامل الضغوط النفسية.

هناك بعض الدراسات التي حاولت بحث العلاقة بين الضغوط والاكتئاب لدى المراهقين، من خلال نموذج الضغوط diathesis والذي يبين أن الاكتئاب نتيجة للتفاعل

بين الفرد وتوجهه المعرفي مثل سوء التفسيرات السالبة للأحداث وعدم التكيف مع الأحداث والضغط.

يتعرض المراهقين ذوي صعوبات التعلم للضغط أكثر من أقرانهم العاديين في مواجهة الأحداث الضاغطة ومنها نبذ الأقران، التفاعلات السلبية مع المعلمين، والصعوبات الأكاديمية، كل هذه العوامل تحدث في البيئة المدرسية، إذن الضغوط المرتبطة بالمدرسة عامل مهم في بحث تطور وفهم الاكتئاب لدى المراهقين ذوي صعوبات التعلم.

قليل من البحوث التي تناولت الضغوط المرتبطة بالمدرسة لدى المراهقين ذوي صعوبات التعلم، ولذلك هناك تضارب بين النتائج فقد وجد (Geisthardt&Munsch, 1996) تشابهات أكثر من الفروق عند المقارنة بين المراهقين ذوي الصعوبات والعاديين في الضغوط المرتبطة بالمدرسة من حيث عدد الأحداث الضاغطة، وإدراك الضغوط المتعلقة بالأحداث. وفي المقابل وجد وينز وآخرون ١٩٩٨ أن المراهقين ذوي صعوبات التعلم لديهم مستويات مرتفعة من الضغوط المرتبطة بالمدرسة أكثر من أقرانهم العاديين.

قلق الاختبار لدى ذوي صعوبات التعلم:

الجدير بالذكر أن الطلاب ذوي قلق الاختبار المرتفع يعانون من مشكلات عدة في التعامل مع المعلومات وتنظيمها ومراجعتها قبل الاختبار، ويعود ذلك إلى اعتمادهم على الحفظ واستدعائهم للمعلومات في موقف الاختبار ذاته، وبالتالي فإن انخفاض مستوى تحصيلهم يرجع إلى قصور في عملية التشفير أو الترميز وفي تنظيم المعلومات واستدعائها في الموقف الاختباري.

وإن قلق الاختبار أكبر بكثير من مجرد أن يكون الشخص عصبياً في الامتحانات، وكما في اضطرابات القلق الأخرى يعاني الأفراد بشدة، ويظهرون سلوك الإحجام أو التجنب الواضح، ويمكن أن يؤدي قلق الاختبار على الأقل إلى تناقص أو انخفاض في الأداء، والذي يمثل عقبة في سبيل إنجاز الفرد. وقد تم تطوير نماذج مختلفة لتفسير أصل ومصدر استمرار قلق الاختبار وتركز هذه النماذج إما على العوامل المعرفية الانتباهية، أو على مجموعة من العوامل المعرفية والقصور المعرفي في

استراتيجيات التعلم، ويفسر قصور الأداء الأكاديمي لدى الأفراد ذوي قلق الاختبار عن طريق التداخل المعرفي من جهة، أو القصور في القدرة على العمل خلال المادة بطريقة تلقائية أو استقلالية من جهة ثانية، وقد ركزت النماذج القائمة على نظرية التعلم الاجتماعي لباندورا دور فاعلية الذات وتوقع النتيجة والدافعية. (Silke Neuderth,2009:785)

وهناك اهتمام بجانب قلق الاختبار لدى الطلاب ذوي صعوبات التعلم من خلال بعض الدراسات التجريبية مثل: دراسة دونالد ويشيلكه وروجر كاتز Donald Wachelka,& Roger Katz(1999) والتي هدفت إلى خفض قلق الاختبار وتحسين مفهوم الذات الأكاديمي لدى طلاب الجامعة من ذوي صعوبات التعلم، تكونت عينة البحث من (27) من طلاب الجامعة ذوي صعوبات التعلم، تم تطبيق مقياس قلق الاختبار إعداد اسبيلبيرجر Spilberger(1980)، ومقياس مفهوم الذات إعداد كوبر سميث Cooper smith (1981) وبرنامج خفض قلق الاختبار لمدة (8) أسابيع، اشتمل على أنشطة استرخاء العضلات، إدارة الذات، توجيه الخيال، ومهارات أخذ الدور، وبينت النتائج تحسين المجموعة التجريبية وعددهم 21 في مقابل 16 طالب كمجموعة ضابطة في الاختبار البعدي في متغير قلق الاختبار وتحسين مفهوم الذات الأكاديمي.

وقام دوبي لوفى ولينه دارلوك (Dubi Lufi& Lina Darliuk 2005) بدراسة هدفت إلى بحث قلق الاختبار وتأثيره على الخصائص الشخصية لدى المراهقين الذين يعانون من صعوبات التعلم، تكونت عينة الدراسة من (166) طالباً تراوحت أعمارهم ما بين 14-18 سنة، تم تقسيمهم إلى أربع مجموعات: (مراهقين ذوي قلق اختبار ذوي صعوبات تعلم - مراهقين ذوي قلق اختبار بدون صعوبات التعلم - مراهقين بدون قلق اختبار من ذوي صعوبات التعلم - مراهقين بدون قلق اختبار وبدون صعوبات التعلم). وتم تطبيق مقياس الشخصية متعدد الأوجه للمراهقين، ومقياس قلق الاختبار، وأشارت النتائج أن الأفراد ذوي قلق الاختبار لديهم أعراض عالية في قلق الاختبار أكثر ممن ليس لديهم قلق اختبار.

وهدف دراسة دوبي لوفى وسوزان عكاشة (Dubi Lufi,& Susan Okasha 2004) إلى بحث قلق الاختبار وتأثيره على الشخصية لدى الطلاب ذوي صعوبات التعلم،

تكونت عينة الدراسة من (٥٤) منهم ٢٤ تم تشخيصهم من ذوي قلق الاختبار و(٣٠) منهم ليس لديهم قلق اختبار، تم تطبيق مقياس قلق الاختبار، ومقياس مينسوتا للشخصية، وبينت النتائج وجود فروق دالة بين المجموعتين في قلق الاختبار وأبعاد مقياس الشخصية لصالح ذوي صعوبات التعلم ذوي قلق الاختبار. كما هدفت دراسة كاسى ديبسون (2012) (Cassie Debson) إلى بحث العلاقة بين القلق والإنجاز، ومفهوم الذات، والفاعلية الذاتي، لدى الطلاب ذوي صعوبات التعلم والعاديين، فالقلق يمكن أن يكون ذو تأثير سلبي على كل الطلاب، والطلاب ذوي مشكلات القلق ميلون إلى إظهار مستويات منخفضة من الإنجاز الأكاديمي، والفاعلية الذاتية، ومفهوم الذات. وخفض القلق يتطلب تفعيل عمل الطلاب، المعلمين، والوالدين. من خلال اليقظة العقلية Mindfulness والتأمل والتدبير meditation وما وراء المعرفة، المواجهة coping، مشاركة واندماج المعلم. وترتيب أسئلة الاختبار بنظام يخفض القلق وفق استراتيجيات واضحة. وقد ترجع المشكلات إلى طريقة التدريس بما يدفع الطالب إلى زيادة المستويات الإيجابية لما وراء الذاكرة، وقد تكون المستويات المرتفعة من القلق دافعاً قوياً للإنجاز لدى بعض الطلاب في حين أنه معطل للقدرات والإنجاز لدى طلاب آخرين بما يؤثر سلباً على مفهوم الذات. أما دراسة جولين (Jolyn, et al)، وآخرون (٢٠١٥) والتي هدفت إلى بحث العلاقة بين الطلاب ذوي صعوبات التعلم والعاديين في قلق الاختبار، وتكونت عينة الدراسة من (٧٧٤) من طلاب المدارس الابتدائية والثانوية، منهم ١٩٥ من ذوي صعوبات التعلم، و ٥٧٩ من العاديين.. تم استخدام مقياس قلق الاختبار للأطفال والمراهقين متعدد الأبعاد للصفوف من ٤-١٢ وبينت نتائج الدراسة مستويات مرتفعة من قلق الاختبار لصالح ذوي صعوبات التعلم.

والخلاصة أن قلق الاختبار يوجد لدى الطلاب العاديين وكذلك الطلاب ذوي صعوبات التعلم، لكنه لدى طلاب الصعوبات يرتبط ربما بتكرار الإخفاق الأكاديمي، أو تدنى الدرجات التي يحصلون عليها، فهي خبرات تستدعي التوتر والقلق كلما اقترب موعدها، خصوصاً مع مراقبة المعلمين والأقران والوالدين للنتائج التي يحصل عليها الطالب الذي يشكو من صعوبات التعلم، وضعف الثقة بالنفس والذي يؤثر بالتأكيد على مستوى الأداء الأكاديمي وكيفية التعامل مع ورقة الاختبار.

الوصمة لدى طلاب صعوبات التعلم:

ترتبط صعوبات التعلم بالوصمة stigma حيث تؤثر بشكل كبير على الطلاب ذوي صعوبات التعلم، وقد أشار يوهانج وشان (2005) (yu,hang&yan) أن الطلاب ذوي صعوبات التعلم لديهم مستويات متدنية من تقبل الأقران أكثر من أقرانهم العاديين، إضافة إلى الشعور بالنبذ والتمييز والتفرقة، ومن هنا يلجؤون إلى استخدام استراتيجيات خاصة للتوافق في تفاعلاتهم الاجتماعية.

وقد بينت بعض البحوث أن المدارس مازالت ليست هي الأماكن الآمنة للأفراد ذوي صعوبات التعلم والذين ينظر إليهم كأصحاب نقص في الكفاءة، وقد يسود في ثقافة العاملين ببعض المدارس أن الطلاب المختلفين يجدون أنفسهم في بيئات نابذة ويشعرون فيها بالكراهية، وهنا يحاولون قدر المستطاع إخفاء اختلافهم عن أقرانهم العاديين. ويرى بعض الباحثين أن الطالب الموصوم يحاول إخفاء والاحتفاظ بسر الوصمة وما يرتبط بها من أفكار، وحسب نموذج الانهماك في السرية preoccupation model secrecy فإنه يؤكد أن الخطوة الأولى في الاحتفاظ بالأسرار هي قمع الأفكار حول موضوع السر، كما أن قمع الأفكار يكون سبب في تفعيل معرفة عميقة حول موضوع ومحتوى السر ويؤدي إلى تطفل وتسلسل الأفكار، إن كلاً من قمع الأفكار thought intrusion يحدثان بشكل دائري في استجابة كلاً منهما للآخر (Jun- yan, et al .,2008: 1179-1180).

والسؤال هل الوصمة تتبع من التوقعات الأكاديمية المنخفضة كما يراها الوالدان والمعلمون؟ فالوصمة تصف الاتجاهات الضارة prejudicial نحو المعالجة السلبية للأفراد المعرضون للخطر، غير المرغوبين ومنخفضي القيمة Unworthy. وترتبط الوصمة غالباً بالتمييز والتفرقة distinctions أو الانحراف deviance حسب ما يرى جوفمان Goffman ولكن ليس كل انحراف ينتج عنه الوصمة. (Link, et al .,2014).

الطلاب ذوي صعوبات التعلم يُنظر إليهم على أنهم كسولين أو أغبياء، مثل غيرهم من مرض العقول الذين ينظر إليهم كمذنبين sinful وذلك بسبب ضعف استجاباتهم في الجوانب التعليمية. والوصمة قد تنتج عن العنونة Labeling والتصنيف من خلال

الكشف والتعرف والتشخيص الرسمي بسبب نظرة الآخرين المتميزة بالتقسيم الطبقي
(Legitimizing stratification. (Dora, shifrer,2013).

البحوث السابقة ذكرت أن المخرجات الفقيرة تستمر كدليل على تعريف الطلاب
ذوي صعوبات التعلم، كما أن نظام التسكين التربوي يساعد على زيادة الوصمة من
خلال نظام العزل Segregation في مقابل نظام الدمج Mainstream(Morgan, et
(al.,2010).

إن التوصيف والعنونة Labeling عنصر من عناصر الوصمة تصف مستويات التقبل
لدى الفئات لأنه يضع الفروق والاختلافات كمحك ومعيار لتلك الفئة. إن المعوقين
بشكل عام يعانون من القيود الاجتماعية. كما أن تحويل الطالب ذوي صعوبات التعلم
إلى التقييم وتحديد الخصائص من حيث الإنجاز الأكاديمي، والسلوك والتشخيص
على أسس محكات وأدوات رسمية وثابتة تجعلهم أقلية على أساس اللغة أو المشكلة
السلوكية أو التربوية (shifrer, et al., 2011).

إن الأحكام النمطية السلبية Negative stereotyping تميز بين الوصمات التي
تجعل الناس خارج الدائرة أو بعيداً عن، أو أقل من.. والعنونة التي تلتصق بالطلاب ذوي
صعوبات التعلم تجعلهم بعيداً عن المشاركة في الإنجاز الجيد. وغالبية سمادونينجاز
المتدني لديهم خبرة أكثر مع التقسيم والتمييز، لكن نظرية العنونة Labeling
Theory تنبئ أن الطلاب الموصومين بصعوبات التعلم سوف يمرون بخبرات عديدة
بسبب الرموز المرتبطة بالعنونة. إن ارتباط الأحكام النمطية السلبية والفروق
والاختلافات الناتجة عن تلك العنونة هي المكون الثاني للوصمة، ويرى البعض أن
ضعف الإنجاز الأكاديمي يمكن التغلب عليه ببذل جهد أكثر، وبالتالي تحسن
المخرجات، لكن أصحاب الاتجاه البيولوجي يرون أن ذوي الصعوبات يصعب عليهم
تغيير المخرجات، كما أن الأحكام النمطية السلبية ربما تنتج عن سوء إدراك معاني
العنونة التي تمنح للطلاب ذوي صعوبات التعلم.

ويؤكد "أحمد عواد" أن كل الأطفال ذوي صعوبات التعلم يعانون من انخفاض في
التحصيل الدراسي وليس كل الأطفال المنخفضين تحصيلياً يمكن اعتبارهم من ذوي
صعوبات التعلم. ومن ثم العجز في تلك المهارات يؤدي إلى النبذ الاجتماعي وضعف ثبات

العلاقات، بالإضافة إلى أن هؤلاء الطلاب لديهم تدنى واضح في ثبات الصداقات مقارنة بزملائهم من ذوي التحصيل العادي. وغالباً ما يواجه عدداً كبيراً منهم صعوبات في المهارات الاجتماعية اللازمة للتعامل مع الآخرين، فقد تبين أن هؤلاء الأطفال يواجهون مشكلات في الحديث والتعرف في المواقف الاجتماعية وينشأ عن القصور في المهارات الاجتماعية صعوبات في تكوين العلاقات الاجتماعية الصحيحة، وكذلك الاحتفاظ بصداقات مع الآخرين (أنور الشرقاوي، ٢٠٠٢: ١٩). ويمكن وصف الطلاب ذوي صعوبات التعلم بأنهم أقلية Minority ومثل معظم المجموعات من ذوي الاحتياجات الخاصة، فإنهم يواجهون الوصمة من قبل الآخرين. وعلى الرغم من ذلك هناك نقص في البحوث حول الوصمة لدى ذوي صعوبات التعلم خصوصاً في برامج الدمج. (Kelsey, Lisle, 2011:2)

وبينت البحوث أن الأشخاص ذوي صعوبات التعلم يواجهون الوصمة كغيرها من المجموعات، ولها تأثير سلبي على جودة الحياة النفسية، وانخفاض تقدير الذات وتؤثر على حالتهم المزاجية (Dognan & Waring, 2004; Abraham, et al., 2002; mood). ويحاول الطلاب ذوي صعوبات اتخاذ وسائل الحماية ضد تأثيرات الوصمة من خلال المقارنة الاجتماعية مع أقرانهم، والتي تشير إلى أنهم أكثر خبرة مع مشاعر الوصمة والتي تفصح قابليتهم للانجرار vulnerability، الاضطرابات الانفعالية، والتي تحتاج إلى برامج تدخل لخفض آثار الوصمة، والتي تؤثر على جودة الحياة من خلال برامج التدريب على المهارات الاجتماعية حتى يندمجوا إيجابياً في المجتمع (Lucy, Paterson, 2007:2).

ويذكر بيرل (Perri, 2002:78) أن الأطفال ذوي صعوبات التعلم يفقدون اللياقة الاجتماعية في تعاملهم مع الآخرين أو في تقديم التعليقات الاجتماعية التقييمية، أو في تقديم أو تلقي النقد أو المديح والثناء، كما أنهم لا توجد لديهم مهارات لمقاومة الضغوط السلبية من جانب الأقران وقد يختارون نماذج الأقران الخاطئة كي يقوموا بمحاكاتها كما يبدون سلوكيات يراها الآخرون على أنها تثيرهم وتقلقهم بدرجة كبيرة ولا يعرفون كيف يسلكون وفقاً لما يتوقعه الآخرون ولذلك يكون عدد

أصدقائهم صغيراً ومحدوداً ولا يكون بإمكانهم تحديد السبب الذي يساعدهم على تكوين الصداقات والحفاظ عليها أو الكيفية التي تجعل بمقدورهم تحقيق ذلك. وعلى الرغم من تزايد الاهتمام بتحسين جودة الحياة للأفراد ذوي صعوبات التعلم، إلا أن هذا الهدف لا يزال غير واضح وخاصة في طريقة تحقيقه، وكما تزايد التأكيد على البيئة والذي يوضح كيف نفهم الأشخاص ذوي صعوبات التعلم، فقد لاحظ سوندر (Sonder,1987) أن حالة الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة "ومنهم الطلاب ذوي صعوبات التعلم" هي ناتج تفاعل هؤلاء الأفراد بشكل رئيسي مع البيئة، ولهذا من المهم أن نفهم أبعاد بيئة الشخص التي تحد من وصول الفرص والخدمات الممكنة إليه، بما يؤثر على جودة الحياة له.

ووفقاً لما يراه ترنبول وآخرون (Turnbull, et al.,1995) فإن هناك مجموعة من المتطلبات لكي تتاح للأفراد ذوي صعوبات التعلم الفرص البيئية مثل الأفراد العاديين، منها القدرة على المشاركة في الأنشطة البيئية، كما أكدوا على أن صعوبات التعلم يمكن أن تؤثر على جودة الحياة لدى الطالب حيث تحد من قدراته على الانغماس بشكل مستقل في البيئة وفي أنشطة الحياة اليومية، ويعتمد ذلك على نمط أو طبيعة صعوبة التعلم، لذلك تعتمد التحديات التي تواجه الطلاب ذوي صعوبات التعلم على طبيعة تلك الصعوبات، كما أن الطلاب ذوي صعوبات التعلم يمرون بخبرات بيئية مختلفة وهذه الاختلافات يمكن أن تؤثر على جودة الحياة لديهم.

كما تؤثر الوصمة على شعور الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة بالانتماء للمدرسة، ومفهوم الذات الأكاديمي، والإحساس بالتحكم والنجاح في السياق المدرسي، وذلك ربما يؤدي إلى نقص الارتباط الاجتماعي الصحي في المدرسة، وانخفاض الشعور بالكفاءة الأكاديمية، وضعف الشعور بالاستقلالية الذاتية، والخبرات السلبية (Karem, Tamik, Kizzie, 2009:12).

علاقات الأقران لدى الطلاب ذوي صعوبات التعلم – المكتئبين:

إن علاقات الأقران مجال هام في تعلم الأطفال كيف يستخدمون استراتيجيات التفاعل للتحكم في انفعالاتهم، وقد لاحظ الباحثون أن الطلاب المكتئبين من ذوي

الصعوبات يعانون من مشكلات في علاقات الأقران، فقد توصلت دراسات عديدة إلى أن الطلاب ذوي صعوبات التعلم يميلون إلى عدد قليل من الأصدقاء ويتلقون رفضاً أو نبذاً أكثر من أقرانهم، ويتم وصفهم دائماً بأنهم غير محبوبين Un-popular ومنسحبين ومنعزلين. كما أنهم الطلاب ذوي صعوبات التعلم أقل تقبلاً ولديهم عدد من الأصدقاء أقل ويظهرون سلوكيات غريبة وأقل إنجازاً من زملائهم.

إن الطلاب ذوي صعوبات التعلم غير قادرين على استخدام السلوكيات الاجتماعية المناسبة، وهذا ما تمن الإشارة إليه في عديد من البحوث السابقة، وتم تفسير ذلك من خلال وجهات نظر عديدة حول سبب العجز في المهارات الاجتماعية لديهم. وقد قام Gresham,1981 بتصنيف هذه الأسباب إلى ثلاث فئات رئيسية:

(١) المهارات الاجتماعية غير موجودة.

(٢) المهارات الاجتماعية موجودة ولكنها لم تتشكل.

(٣) مشكلات التحكم الذاتي والتي تتداخل مع اكتساب المهارات أو أدائها.

وقد افترضت بعض النظريات أن العجز المعرفي Cognitive deficits على سبيل المثال: ضعف القدرة على التركيز على المعلومات المرتبطة وعمل الارتباطات المناسبة، وتدنى مهارات التفكير والتي تظهر القدرة على عمل مداخلات دقيقة، عجز الوسط المساعد للمخ على إنتاج صورة الجسم، والسعة المحدودة للتفسير والتواصل غير اللفظي في المواقف الاجتماعية.

علاوة على أن ضعف الكفاءة الاجتماعية لدى الطلاب وذوي صعوبات التعلم يمكن أن يكون مستندا على تفسيرات منطقية مع الاكتئاب لأنه مرتبط باستخدام استراتيجيات تفاعل غير مناسبة. الطلاب المكتئبين وجد أنهم يظهرون علاقة دالة تشير إلى صعوبة العلاقات مع الأقران، كما لاحظ بعض الباحثين أن الكثير من الأقران يرفضون أو ينبذون أقرانهم المكتئبون. لأنهم يبدوون غير جذابين وغير مرغوبين كأصدقاء لهم. وشبيه بهذه النتائج ما توصل إليه Faust,Baum,&Forhand, et al.,1985. من أن الطلاب ذوي صعوبات التعلم والذين يعانون من الاكتئاب يميلون إلى الترشيح كأصدقاء غير سعداء، غير محبوبين من خلال مقاييس تقديرات الأقران (Jane,Coleman,1994:42).

ومن خلال المقارنة بين المراهقين المكتئبين وغير المكتئبين توصلت نتائج عديد من الدراسات إلى أن المراهقين المكتئبين أظهروا صعوبات أكثر في علاقاتهم بالأقران. وبلا شك أن العلاقات بينشخصية تصف بالتعقيد فيما يتعلق بالسلوك الاجتماعي والاكْتئاب وهذا ما تم الإشارة إليه في بحوث تجريبية على سبيل المثال، قام Coyns, 1976 باقتراح نموذج بينشخصي حول الاكْتئاب وعجز المهارات الاجتماعية وقد توصلت إلى أن الأشخاص المكتئبين لديهم نقص في المهارات الاجتماعية وكذلك صعوبة في تأسيس علاقات بينشخصية مرضية خصوصاً محتوى حواراتهم أو محادثاتهم التي يغلب عليه التمرکز حول الذات والسلبية نحو الآخرين والتي تؤدي إلى طلب الدعم والمساندة.

إن الأطر النظرية والتراث يقدمون دعماً إضافياً لما تلعبه العلاقات الاجتماعية من دور في مساعدة الأفراد لمواجهة المشكلات الاجتماعية من دور في مساعدة الأفراد لمواجهة المشكلات الانفعالية. بحث العلاقات بين أحداث الحياة، مصادر المواجهة والاكْتئاب أشارت إلى أن إمكانية الارتباط بالأصدقاء يخفف درجات الاكْتئاب. وهناك عوامل مثل التماسك الأسري Family Cohesion والعلاقات الجيدة والأصدقاء تعمل على الحماية أو التخفيف من أعراض الاكْتئاب لدى الطلاب ذوي صعوبات التعلم الذين يتعرضون بشكل أكثر لخبرات الاكْتئاب (Jane Coleman 1994:48).

المواجهة لدى الأطفال والمراهقين التراث حول المساندة الاجتماعية تناول ميكانيزمات المواجهة، لكن أسلوب المواجهة لدى الطلاب ذوي صعوبات التعلم لم يتم تناوله. وفي الحقيقة إطار العمل الأكبر تناول دراسات المواجهة كنموذج معرفي قام بتطويره (لازاروس وفولكمان، 1984: 112) والذي حدد مكونات المواجهة بالجوانب المعرفية والسلوكية ذات الأثر التي حددت في إدراك المصادر الداخلية والخارجية.

ووفقاً لرؤية لازاروس وفولكمان (1984) فإن عمليات المواجهة تعمل على مواجهة الضغوط (المواجهة المرتكزة على المشكلة) أو تغيير طريقة إدراك الضغوط (المواجهة المرتكزة على الانفعال) تؤثر على الأشخاص المعرضون للضغوط كاستراتيجيات تشمل: حل المشكلة والتي تتضمن تعميم البدائل، تحديد نتائج كل بديل، وترتيبهم حسب التفضيل وأياً يؤثر في تغيير طريقة إدراك الضغوط بما فيها استراتيجيات

البحث عن تجنب الضغوط، إعادة تشكيل البنية المعرفية. وجدير بالذكر أن النموذجين من نماذج المواجهة يمكن أن يؤسس لقنوات معرفية وسلوكية ويمكن لهذا النموذج أن يعمم في البحوث لدى البالغين لكنه يكثر استخدامه فقط بين الأطفال. قام كامبوس (Campos, 1987) لديه بحث في كيفية المواجهة لدى الأطفال، وقد تناول استراتيجية التركيز على المشكلة والتركيز على الانفعال واختبارهم في تخفيف الضغوط من خلال التوافق الناجح، لكن لم يكن واضحاً إذا ما كانت استراتيجيات محددة أكثر تأثيراً على ضغوط محددة خاصة ما يتعلق بعنصر الزمن. في نموذج Cole&Kaslow قدم كامبوس (Compas) وجهة نظر متقدمة لإيضاح لماذا نستخدم استراتيجيات مواجهة محددة في مراحل مختلفة، وفي مراجعته للتراث حول مصادر المواجهة أساليب المواجهة، واستراتيجيات المواجهة التي يستخدمها الأطفال. وجد أن مصطلح مصادر المواجهة يشير إلى (مهارات حل المشكلة ذاتياً، المهارات الينشخصية، تقدير الذات الإيجابي) والمظاهر البيئية إمكانية الحصول على المساندة الاجتماعية والتي تيسر مواجهة الضغوط.

وقد لوحظ أن مصادر المواجهة الخارجية والداعمة للعلاقات مع الوالدين والبالغين من خارج النطاق الأسري، والمصادر الداخلية والتي تمثل تقدير الذات المرتفع والتحكم الداخلي كعوامل تشير إلى المواجهة الناجحة لدى الأطفال تلك المصادر تشير بشكل مباشر إلى نموذج كول وكاسلو والتي تناولت استراتيجيات التفاعلات الينشخصية السابقة والتي تدعم افتراض أن الطلاب ذوي صعوبات التعلم لديهم عجز أو نقص في تلك المصادر وصعوبات في تنظيم الانفعالات والمواجهة. أساليب المواجهة التي يستخدمها الأطفال تم تناولها في التراث والأطر النظرية فبعض البحوث أشارت إلى المواجهة الإيجابية كمحاولة لإخفاء أسلوب المواجهة لدى صغار السن الذين يقومون بعمل مؤتمة إيجابية.

إن المساندة الاجتماعية في التراث ركزت على كيفية استيفاء الأفراد من المساندة في مواجهة الضغوط المتنوعة أو المتعددة كما ركز الدارسون على الأساليب التي يستخدمها الأفراد في المواجهة تحت أنماط محددة من الضغوط في المواقف الضاغطة على سبيل المثال الاستجابة للتحديات الأكاديمية لدى الأطفال والتي تم تصنيفها

كمشكلة رئيسية تنم عن عجز وشبيه بذلك الأطفال الذين تم تصنيفهم من ذوي الحساسية المرتفعة أو من يقعون تحت الضغوط .

استراتيجيات المواجهة لدى الطلاب ذوي صعوبات التعلم:

يوجد العديد من استراتيجيات المواجهة التي يستخدمها ذوي صعوبات التعلم وهي تمثل خبرة في مواجهة الضغوط التي يواجهونها، كما أنها تمثل عوامل حماية أو عوامل هروب، فقد وجد (فيرث وآخرون ٢٠١٠) خمس مهارات للمواجهة في اتجاه الحماية وسبع استراتيجيات لا تمثل حماية للفرد لدى عينة من الطلاب تراوحت أعمارهم من ١٢-١٥ سنة ومجموعة آخري من ١٢-١٣ سنة وأظهرت المجموعة انخفاضاً في استخدام استراتيجيات المواجهة (الإيجابية) والتي تضمنت حل المشكلة، الترويح البدني، والعمل الجاد كما أظهرت مستوى مرتفع بين استراتيجيات المواجهة السلبية والتي شملت التوتر، تجاهل المشكلة، والذعر، واللامواجهة، والتفكير القائم على التمني، كما أظهرت الدراسة أن الطلاب الأكبر سناً يستخدمون نفس استراتيجيات المواجهة وأن الفرق الواضح في استراتيجيات المواجهة السلبية يبدو في تجاهل المشكلة، واللامواجهة، أما في الاتجاه الإيجابي فإنهم يلجؤون إلى استخدام الترويح البدني، الجانب الهام في هذه النتائج هو التركيز على أنماط المواجهة السلبية والإيجابية لدى الطلاب ذوي صعوبات التعلم في مواجهة الأحداث الصعبة، كما أن تدريب هؤلاء الطلاب على استخدام استراتيجيات مواجهة إيجابية يساعدهم في تعديل أساليب التعامل مع الآخرين وكذلك طرق التعلم. ويمكن للطلاب ذو صعوبات التعلم إنتاج ميكانيزمات مواجهة إيجابية من خلال مساندة جماعة الأقران التي تساعده في تعلم المهارات الاجتماعية الإيجابية، وفي الميدان التعليمي يتعرض معظم الطلاب ذوي الصعوبات لخبرات التعايش مع الأقران، وأن مساندة الأقران تساعد كعوامل مواجهة للخطورة المتمثلة في الوحدة النفسية، الاكتئاب، وانخفاض تقدير الذات، كما تساعدهم على تحسين التفاعلات مع الطلاب الآخرين في البيئة التعليمية (Orzek, A.,1984).

بعض البحوث بينت أن الطلاب ذوي صعوبات التعلم يواجهون الضغوط المدرسية بطرق متعددة وقد قام (Geistherdt&Munsch,1996) بدراسة لتحديد ما إذا كان

الطلاب ذوي صعوبات التعلم يعانون من الضغوط المدرسية أكثر من زملائهم العاديين على عينة تتكون من ٥٩ من ذوي صعوبات التعلم و٤٠٢ من العاديين في ولاية تكساس، وجد أن الطلاب ذوي صعوبات التعلم يتشابهون مع أقرانهم العاديين في التعرض للضغوط، إلا أنهم يختلفون عنهم في مجالين اثنين هما الشعور بالفشل في الصف والذي يرتفع بعد تشخيصهم على أنهم ذوي صعوبات والمجال الثاني قلة اختيارهم للمشاركة في الأنشطة المدرسية الهامة واقترحت هذه الدراسة أنه من الضروري النظر إلى السياسات التعليمية والتي بموجبها تساعد هؤلاء الطلاب في تعلم المهارات الاجتماعية وسد العجز بها كجزء من مكونات تعليم هؤلاء الطلاب . (Lea,Zweig,2012:41-42)

يوجد العديد من البرامج لتدريب الأطفال ذوي صعوبات التعلم على المهارات الاجتماعية من خلال الدروس التي تشمل السلوكيات التالية: بدأ المحادثة والحوار، طرح سؤال، تقديم الفرد للآخرين، طلب المساعدة، التدريب على كيفية الاستماع، الاعتذار، التعبير عن المشاعر، التفاوض، العمل الجماعي التعاوني، التعامل مع الإحباط، التحكم في الغضب، تجنب المشاجرة، مشاعر الحزن، الاستجابة للعدوانية، الاستجابة للفشل، واتخاذ القرار. (Kavale&Mostert,2004:33)

في تحليل ما وراء برامج المهارات الاجتماعية للأفراد ذوي صعوبات التعلم خاصةً فاعلية التدريب على المهارات الاجتماعية تبين من خلال ٥٣ دراسة تبين أن الطلاب ذوي صعوبات التعلم الذين تعرضوا لهذه البرامج تحسنوا في المهارات الاجتماعية، عن أقرانهم الذين لم يتعرضوا لهذه البرامج ومن المشكلات الرئيسية التي وجدها "كافال ومسترت ٢٠٠٤" في برامج التدخل للتدريب على المهارات الاجتماعية: طبيعة البرنامج، المدة الزمنية للبرنامج، وقد اقترح الباحثان تصميم برامج تدريب على المهارات الاجتماعية للطلاب ذوي صعوبات التعلم تركز على مدة البرنامج وأدوات التقييم الخاصة بالمهارات الاجتماعية (Kavale&Mostert,2004:33).

قامت مارجليت (١٩٩٥: ٤٥٢) بإعداد برنامج للمهارات الاجتماعية بمساعدة الكمبيوتر بعنوان (وجدت الحل) لتطبيقه على الطلاب ذوي صعوبات التعلم ذوي المشكلات السلوكية وبينت الدراسة من خلال المقارنة القبلية والبعديّة أن الطلاب

شعروا بانخفاض الوحدة النفسية، ارتفاع التقبل من أقرانهم، ارتفاع مستويات التحكم الذاتي، تحسن التوافق.

الخلاصة أن برامج التدريب على المهارات الاجتماعية للتلاميذ ذوي صعوبات التعلم تزيد من فاعلية مهارات المواجهة للضغوط مما يساعدهم على النجاح في النظام المدرسي، هذه البرامج لا تدعم فقط النجاح في المدرسة لكنها تؤثر في مفهوم الذات، والوعي الذي يزيد من تقدير الذات لديهم.

ويرى جانيس وايجنز (Janice Wiggins, 2003: 29) أن الأطفال ذوي صعوبات التعلم الذين يظهرون أنماطاً من سوء العزو السببي، مثل أعزاء الفشل إلى نقص القدرة يمكن من خلاله التنبؤ بقلّة استيعابهم للمهام الصفية، ضعف الاستمرارية في إنجاز المهام يمكن أن يوصف كأحد أنماط الخصائص السلوكية والانفعالية لأسلوب المواجهة، من خصائص ذوي صعوبات التعلم العجز المتعلم كأسلوب مواجهة متكرر، وبيّنت نتائج العديد من الدراسات السابقة عن الأطفال ذوي صعوبات التعلم دعماً لفرضية أن أسلوب التفسير التشاؤمي يرتبط بالسلبية والانسحاب والعجز المتعلم. وأن العديد من الطلاب ذوي صعوبات التعلم يظهرون مشكلات في اللغة والتعلم مما يؤثر سلباً على الكفاءة الاجتماعية والتقبل الاجتماعي، وفي المرحلة الأخيرة ازداد الاهتمام بالتواصل والمهارات الاجتماعية لدى الأطفال والمراهقين، وقد ذكر رايس Rice وآخرون ١٩٩٠ أن الأطفال ذوي العجز في اللغة لديهم صعوبات في التفاعل مع أقرانهم وربما يتعرضون للنقد الاجتماعي، كما أضاف جالجر (١٩٩٣) أن الأطفال ذوي المهارات اللغوية المحدودة يفسرون المواقف تفسيراً سيئاً بسبب صعوبات القدرة التعبيرية وفهم اللغة.

الضغوط والمواجهة والمساندة الاجتماعية لدى ذوي صعوبات التعلم:

تذكر لورال بريويستر Laurel Brewster (٢٠٠١: ٦-٨) يواجه الأطفال العاديين في المدرسة خبرات الضغوط مثلما يعانيها الأطفال ذوي صعوبات التعلم، خاصة أن الأطفال ذوي صعوبات التعلم يشاركون على حياء في الأنشطة المدرسية ويتعرضون للإخفاق أكثر من أقرانهم العاديين في الفصل، إضافة إلى التعرض للضغوط من قبل المعلمين والأقران. وأنهم يعانون من ضغوط أكاديمية وضغوط الأقران والمعلمين أكثر

من أقرانهم العاديين في المرحلة التعليمية الوسطى، مصادر الضغوط تلك قد لا تبدو شديدة في المرحلة الابتدائية، لأنها تزداد مع الوقت. كما أن خبرة المدرسة ربما تؤدي إلى التعرض للاكتئاب، والمشكلة ليست فقط نوع وكم ومستوى الضغوط لكن كذلك في ميكانيزمات المواجهة Coping mechanisms التي يختارها الطالب للتعامل بالضغوط. والطلاب ذوي صعوبات التعلم يستخدمون استراتيجيات المواجهة مثل العاديين، لكن هناك بعض الاستراتيجيات التي يتميزون بها عند مواجهة المشكلات الأكاديمية فإنهم يستخدمون التجنب المعرفي Cognitive avoidance كميكانيزم مواجهة أكثر من أقرانهم العاديين. ومن حيث المساندة الاجتماعية فإن الطلاب ذوي صعوبات التعلم لديهم نقص في منظومة المساندة الاجتماعية للتعامل مع الضغوط التي يمرون بها، فيفتقدون إلى مساندة الأقران ومساندة غير واضحة من أفراد الأسرة، وفي دراسة قام بها (Wenz, Gross, 1997) وجد أن الطلاب ذوي صعوبات التعلم في جانب المساندة الاجتماعية والتوافق العام يشعرون أن أسرهم ليسوا مصدر جيد للمساندة في حل المشكلات، ويرى بعض الباحثين أن سبب ذلك ربما يكون التأخر المعرفي Cognitive delay الناتج عن الصعوبات والإحباط الذي يصيب الأسرة، إضافة إلى أن الطفل عندما يبلغ وتصبح له علاقات يغلب عليها نقص المودة Intimacy والولاء Loyalty ونقص تقدير الذات، والتواصل، والصداقات مقارنة بأقرانهم من العاديين، كما أن نقص مهارات العلاقات يوضح ضعف فاعلية نظام المساندة لدى الطلاب ذوي صعوبات التعلم.

نقص مساندة الأقران يضاف إلى ميكانيزمات المواجهة على ما لديهم من صعوبات التعلم، وكما سبق ذكره فإن مستويات الضغوط لدى الطلاب ذوي صعوبات التعلم يبدو أنها تنمو وتزداد خلال سنواتهم الدراسية مصحوبة بزيادة الضغوط مع نقص مساندة الأقران الفاعلة، تجعلهم يميلون إلى الاكتئاب، كما أن العجز الأكاديمي يرتبط عادة بصعوبات التعلم وتصبح عقبات كبيرة في سبيل النجاح في المدرسة، ومع ازدياد ضغوط البيئة المدرسية تصبح المدرسة نفسها عامل خطورة في حياة المراهقين ذوي صعوبات التعلم.

الصداقة والصحة النفسية لدى ذوي صعوبات التعلم:

يرتبط بالصحة النفسية لدى الطلاب ذوي صعوبات التعلم عدة متغيرات منها:

١- العزلة الاجتماعية:

يعاني الطلاب ذوو صعوبات التعلم من العزلة الاجتماعية ربما بشكل مؤقت أو دائم وذلك حسب الخدمات النفسية التي تقدم لهم، وتبدو مظاهرها في الانزواء والانسحاب من التواصل والتفاعل مع الآخرين، فتضطرب علاقاتهم مع الآخرين ويتجنبونهم ويسيطر عليهم الخجل والشعور بالنبذ وذلك من تأثيروصمة صعوبات التعلم والتي يؤكدنها بعض سلوكيات المعلم، والتردد على تلقي خدمات غرفة المصادر، والمستوى الأكاديمي مقارنة بأقرانهم، ومن هنا يحاط الطالب ذو صعوبات التعلم بالعزلة، وينفر منه أقرانه ويصعب عليه تكوين الصداقات أو المحافظة عليها.

وتمثل العزلة شكل من أشكال اضطراب العلاقة مع الآخرين، والابتعاد عن الأصدقاء ويبقى منفرداً وحيداً معظم الوقت، ويحجم عن المشاركة مع أصدقائه في ممارسة الأنشطة الاجتماعية، ويسيطر عليه مشاعر الخجل وعدم الرغبة في التفاعل مع الآخرين، ويميل إلى التجنب، ويشعر بالحساسية للنبذ ورفض الأقران أو رفض الأقران له، وضعف إقامة علاقات اجتماعية وبناء صداقة مع الأقران.

٢- مفهوم الذات المتدني:

بسبب شعوره بالعجز والإحساس بالدونية، ويرى نفسه من منظور الأقل والمختلف عن أقرانه، ونقص الثقة بالنفس، والإحباط، والتعرض للضغوط الوالدية وضغوط الأقران وسخريتهم، مع ضغوط المعلمين والوسط التعليمي... كل هذا يدفع الطالب ذو صعوبات التعلم إلى تشكيل مفهوم ذات سلبي عن نفسه مما يعوق توافقه النفسي. والكثير من مشكلات الطفولة تنجم عن الشعور بعدم القيمة ويأتي تدنى مفهوم الذات لضعف ثقة الفرد في نفسه، والإحباط المتكرر، والشعور بالعجز والسلبية والإهمال، وضعف التعزيز، إضافة إلى أساليب المعاملة الوالدية، مثل: التذئذ -التسلط- التذليل، وكذلك أساليب معاملة المعلمين كالتسلط والعقاب، وعدم التشجيع.

كما أن الطلاب ذوي صعوبات التعلم قد شعروا بتدني القدرات العقلية عن أقرانهم من غير ذوي صعوبات التعلم، وعلاوة على ذلك، وباستخدام مقياس مفهوم الذات

للأطفال إعداد بيرس-هاريس تبين أن ذوي صعوبات التعلم لديهم مفهوم ذات متدنى بسبب عزلهم في فصول التربية الخاصة كونهم يعانون من اضطرابات وجدانية ومعرفية مما يؤثر على كفاءتهم التحصيلية (Jamie C. Sternke, 2010:18).

٣- الشعور بالنقص؛

ثمة متغير آخر من المتغيرات السلبية التي تشعر الفرد بأنه أقل من الآخرين، وقد ينشأ ذلك من تكرار الفشل في المواقف الاجتماعية والمدرسية وغيرها.. والتي يبدو فيها قصوره في الإنجاز الأكاديمي.

ويرى مجدى الشحات (٢٠٠٩) أن الصداقة تلعب دوراً رئيساً في حياة الطفل، ويواجه الأطفال ذوو القصور التعليمي صعوبات في تكوين الصداقات، وتعد صداقات الأطفال ذوي صعوبات التعلم مع رفاقهم محدودة وتؤثر التفاعلات الاجتماعية على إدراك الطفل لذاته ويؤدي الرفض أو النبذ إلى خفض صورة الذات عند الطفل، ويصبح إدراك الطفل ذوي الصعوبة لنفسه سلباً عندما يكبر ويصبح أكثر انسجاماً وفي أوقات كثيرة يتجه الأطفال ذوي الصعوبات إلى مصادقة الأقارب وبيعتدون عن أصدقاء الدراسة. (Morris, 2002:66)

ويرجع نقص عدد ونوعية الأصدقاء لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم إلى العجز في بدء السلوكيات الاجتماعية المختلفة التي تشمل تقديم أنفسهم للانضمام إلى المحادثة أو العمل أو اللعب وعرض مساعدتهم والاعتذار، كما أنهم أقل تعاطفاً تجاه مشاعر الآخرين وربما لا يتعاونون معهم وكذلك قد يكون اهتمامهم محدود بالتوقعات التي ترتبط بالسلوك النمطي في المدرسة مثل الاستماع واتباع التعليمات والانتظار لأخذ دورهم، وفي الغالب يظهر هؤلاء الطلاب سلوكاً عدوانياً بسبب اضطرابهم وإحباطهم وعدم تأكدهم من كيفية التعبير عن حاجاتهم وإشباعها (Palombo, 1994:3)). وتتضمن الصداقة مجموعة من التفاعلات الاجتماعية المعقدة التي تستخدم الكثير من المهارات والكفايات الاجتماعية التي يفتقدها هؤلاء الأطفال والتي تشمل الإدراك الاجتماعي والاتصال أو التواصل بين الأشخاص الذي يتضمن اللغة غير اللفظية والسلوكيات المنظمة ذاتياً. (Morris, 2002:67).

إن مشكلة الأطفال ذوي صعوبات التعلم تكمن في فهم كيف يتفق الاتصال اللفظي وغير اللفظي معاً ويفترض العديد من الأطفال أنهم إذا فهموا كلمات الصديق فإنهم ليسوا في حاجة إلى الانتباه إلى لفته الجسدية وهذا غير صحيح لأن اللغة الجسدية النبيرة والتعبيرات غير اللفظية الأخرى تعد في الغالب أكثر ملائمة لفهم ما ينوي أن يقوله الشخص من الكلمات المنطوقة الحقيقية (Giler,2008:2).

فالأطفال ذوو صعوبات التعلم لا يعرفون كيف يفسرون الرسالة عندما تتعارض اللغة الجسدية للشخص مع كلماته فعندما تختلف كلمات الفرد مع اللغة الجسدية فإنه ينبغي على الشخص أن ينتبه إلى الرسالة غير اللفظية أكثر من الكلمات الحقيقية حيث تنقل الرسالة غير اللفظية من خلال نبذة صوت الشخص وتعبيرات وجهه وأوضاع جسمه وهي تعد علامات أو مؤشرات أكثر دقة لما يشعر به المتحدث في الواقع، ولكن إذا لم تتسجم مشاعرهم مع ما يقولونه فسوف تختلف لغتهم الجسدية عادة مع كلماتهم، فيتجنبون الاتصال بالعين أو يستخدمون نبذة صوت متوترة أو تكون إيماءاتهم الوجهية أو أوضاعهم الجسمية غير ودية وتتعارض مع كلماتهم. (Giler,2008:2) حيث يعجز التلاميذ ذوو صعوبات التعلم والصعوبات السلوكية عن تكوين صداقات والمحافظة عليها بطريقة سهلة مثل رفاقهم العاديين وعلى عكس الأطفال سمادونينضطرابات ومتلازمة أسبرجر Asperser's Syndrome فإن الأطفال ذوي صعوبات التعلم غير اللفظية يرغبون في التفاعلات الاجتماعية ويستمعون بها كما يحبون الارتباط بطريقة ودية وبطرق أخرى ذات معنى مع زملائهم ومع الناس الآخرين (Palomboi 1994:4).

كما يوصف الطلاب ذوو صعوبات التعلم غير اللفظية بأنهم ليس لديهم المهارة الاجتماعية اللازمة لبناء علاقات مع الرفاق والأسرة والمعلمين والكبار والمحافظة على تلك العلاقات ويجدون صعوبة في التكيف والتوافق مع المواقف الجديدة وفي الغالب يظهرون سلوكيات غير متوافقة أي (ضعف ضبط النفس - القلق - قصور الانتباه - الانفعال) وكذلك يظهر هؤلاء الطلاب سلوكيات اجتماعية غير فعالة مثل: (الإدراك الاجتماعي الضعيف ونقص القدرة في الحكم على الأشياء وعدم التعاطف مع المدرسة) حيث يعمل الطلاب كجزء من جماعة أكبر ويتصارع ذوو صعوبات التعلم غير اللفظية

مع الرفاق لأنهم يقدمون في المجال الاجتماعي أنماطاً متكررة من السلوكيات غير المقبولة اجتماعياً والتي تسبب مشكلات في المدرسة بإعاقتها لكل من التعلم والتبادل الاجتماعي الناجح (2: 2008, Giler).

ويرى (خالد البلاح، ٢٠١٤) أن الصداقة الحميمة لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم تقريباً لم تكتشف ولا يوجد أسباب متكافئة للشك في الصداقة الحميمة حول فاعليتها في تحسين الحالة النفسية للأطفال ذوي صعوبات التعلم، فمن الملاحظ أنهم أكثر وحدة نفسية من الأطفال العاديين. ويؤيد ذلك ما ذكره Parker&Asher, 1993 أن الأطفال الذين لديهم صداقات منخفضة الجودة أكثر وحدة نفسية وصداقات الأطفال ذوي صعوبات التعلم تواجه مشكلات في التفاعل الاجتماعي والمحادثة. وقد اقترح Murphy&Shneider, 1994 مساعدة الأطفال المنبوذين اجتماعياً ذوي صعوبات التعلم لتدعيم الصداقة مع الأطفال الآخرين ربما يكون نموذج تدخل مفيد وهذه التدخلات تستند إلى أنماط واستراتيجيات فعالة مع الأطفال ذوي صعوبات التعلم. أما من حيث عدد الأصدقاء فلا يوجد اتفاق في نتائج الدراسات التي تناولت عدد الأصدقاء لدى الأطفال العاديين والأطفال ذوي صعوبات التعلم، ودراسات أخرى أظهرت نتائجها أنه لا يوجد فروق بينهما. ، الأطفال سمادوني عاقات الخفيفة في برامج التربية الخاصة يختلفون عن الأطفال العاديين في عدد الأفراد الذين يمثلون جزءاً من شبكة علاقاتهم الاجتماعية، أما الأطفال ذوي صعوبات التعلم أقل في الصداقات التبادلية عن الأطفال العاديين في بداية ونهاية العام الدراسي، ويكثر أعدائهم في نهاية العام الدراسي. وفيما يتعلق بجودة الصداقة فإن الدراسات حول جودة صداقات الأطفال تركز عموماً على قضايا وموضوعات مثل الأنشطة المشتركة، الولاء، الالتزام، الرعاية، المودة، وحل الصراع. الأطفال ذوي صعوبات التعلم لديهم تدنى في نمو مفاهيم تشكيل الصداقة وحل الصراع عن الأطفال العاديين. من خلال عدة دراسات بحثت جودة الصداقة والعلاقات بين الأطفال ذوي صعوبات التعلم وأصدقائهم تبين أن علاقاتهم تحتوي تواصل، مودة، وصدق أقل، ومستويات أقل في الولاء، والمساندة الاجتماعية، وتدنى في مفهوم الذات، عن العلاقات لدى الأطفال العاديين، ومرد ذلك إلى مشكلات المهارات الاجتماعية.

والواقع أن جودة الصداقة تحتاج إلى بحوث مكثفة حيث توجد دراسات قليلة تناولت جودة الصداقة لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم، وقد سعى بعض الباحثين إلى تناول مفاهيم الصداقة لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم من خلال مقابلات مقننة وتوصلت النتائج إلى أنهم أقل نمواً وتطوراً لمفاهيم الصداقة، تشكيل الصداقة وحل الصراع، مقارنة بأقرانهم من العاديين، كما أن مستوى المودة وجودة الصداقة لديهم منخفض بشكل عام.

برامج التدخل لتحسين مهارات المواجهة:

تذكر فرايدنبيرج (Frydenberg, 1996) على الرغم من أن تطبيقات المواجهة أصبحت شائعة في فترة الستينيات من القرن الماضي إلا أن المواجهة لدى المراهقين لم تتأكد في التراث إلا في الدراسات الحديثة التي بدأت الاهتمام ببحث تأثيرات المواجهة في المراهقة، فقد أشارت نتائج البحوث الحديثة إلى أن المراهقين يستفيدون من الاستراتيجيات التي يستخدمونها دائماً، والتي أصبحت أكثر تحديداً وأكثر توجهاً نحو المشكلة أو الموقف، كما أشارت النتائج إلى أن بعض استراتيجيات المواجهة قد تفيد في مواقف وقد لا تفيد في مواقف أخرى (Rebecca Fisher, 2006: 19).

تم استخدام استراتيجيات ومهارات مواجهة متنوعة في مواقف عامة ومحددة، وقد وجد الباحثون أن لهذه الاستراتيجيات الكثير من الفاعلية، برامج التدخل مثل مواجهة الأحداث الحرجة، حل المشكلات، مهارات التواصل الفعال، العزلة، واستمرار التواصل الاجتماعي، تلقي المعلومات والتحدث مع الأسرة، كلها ذات تأثير فعال كاستراتيجيات مواجهة. أن تدريس حل المشكلات والمهارات الاجتماعية والقدرة على استقبال وإرسال المعلومات والتي تعمل على خفض السلوك العدواني لدى الطلاب في تفاعلاتهم مع الأقران من خلال برنامج تدريبي على مهارات المواجهة.

التراث يؤكد على فاعلية استراتيجيات المواجهة مع الأطفال والمراهقين والبالغين وتشمل هذه الاستراتيجيات، الاسترخاء، حل المشكلات الاجتماعية، التدريب على المهارات الاجتماعية، والتغير المعرفي (إعادة البنية المعرفية) وذلك لخفض الضغوط، فمثلاً فنيات الاسترخاء يمكن أن تكون أسلوب فعال مع حالات القلق المرتبط بالضغوط، ويتضمن ذلك استرخاء العضلات، التنفس العميق، والتخيل البصري. إن

استخدام تلك الفنيات له تأثير فعال على الاكتئاب لدى المراهقين والأطفال المعرضون للخطر.

كما أن تدريس حل المشكلات الاجتماعية يتضمن تعليم الأطفال حل مشكلات محددة خطوة خطوة والتي تجعلهم قادرين على تفعيل العمليات المستخدمة في مواجهة المشكلات للمواقف، تلك الخطوات تشمل تحديد وتعريف المشكلة، تطوير حلول بديلة وتقييم النتائج أو الآثار المترتبة، ثم اختيار أكثر الحلول المناسبة، ثم وضعها موضع التنفيذ، وتقييم نتائجها. تلك التدخلات تؤدي إلى التوافق الإيجابي، خفض الضغوط، سهولة التحولات من مرحلة إلى أخرى، خفض العدوانية لدى الطلاب في مختلف الأعمار وزيادة المكانة الاجتماعية (Forman,1993) إن التدريب على مهارات حل المشكلات يؤدي إلى خفض السلوك المضاد للمجتمع، وزيادة السلوك الاجتماعي Prosocial behavior لدى الأطفال، وخصوصاً إذا كانت هذه البرامج تشمل تدريب الوالدين. وقد ركزت بعض برامج التدخل على التدريب على المهارات الاجتماعية والتي تعلم الأفراد الأساليب اللفظية وغير اللفظية في التفاعلات المناسبة مع الآخرين مما يؤدي إلى زيادة مهاراتهم في مواجهة خصوصاً عندما تشمل التدريبات إعادة التشكيل Coaching والنمذجة مما يؤدي إلى خفض العدوانية والسلوك الانسحابي لدى الأطفال، وبالرغم من أن تعميم المهارات غير ثابت، فإن برامج التدريب على المهارات الاجتماعية بشكل عام يزود الأفراد بالكفاءة العالية في التفاعل مع الآخرين.

كما يوجد أسلوب آخر لزيادة مهارات المواجهة من خلال التدريب على التوكيدية Assertiveness ويركز هذا الأسلوب على السماح للأفراد بالمطالبة بحقوقهم بحرية وانفتاحية دون التجني على حقوق الآخرين، وتعتبر التوكيدية مهارة اجتماعية تمكن الفرد من الدفاع عن حقوقه الشخصية والتعبير عن آراءه ومشاعره الإيجابية مثل: الموافقة - المدح (والسلبية) المخالفة - العقاب، بصدق وتلقائية ورفض مطالب و ضغوط الآخرين غير المنطقية، وعدم التردد في الطلب والمبادأة والاستمرار والإنهاء في العلاقات الشخصية والتفاعل الاجتماعي بصورة إيجابية وكل ذلك في إطار من الحكمة والالتزام بالقيم والمعايير الاجتماعية والأخلاقية. وقد تناولت دراسات عديدة زيادة التوكيدية والتي أدت إلى رفع معدلات الشعبية وخفض المتاعب الاجتماعية بعد المشاركة في برامج التدريب على التوكيدية (Nota&Soresi,2003).

وقد قامت (عبير الغبور، ٢٠١٥) بدراسة هدفت إلى تحسين استراتيجيات المواجهة وعلاقتها بالاكْتئاب لدى المراهقين ذوي صعوبات التعلم واستخدمت مقياس توبين لاستراتيجيات المواجهة ومقياس كوفاكس للاكتئاب وتوصلت إلى أن استراتيجيات المواجهة (مهارات حل المشكلات- إعادة البنية المعرفية- التعبير عن الانفعالات- المساندة الاجتماعية- تجنب المشكلات- التفكير القائم على التمني - نقد الذات - الانسحاب الاجتماعي) عند تحسينها من خلال برنامج إرشادي يؤدي إلى خفض حدة الاكتئاب لدى المراهقين ذوي صعوبات التعلم.

البرامج العلاجية للمشكلات النفسية لدى ذوي صعوبات التعلم:

يتساءل حمدان فضة وآخرون (٢٠١٠) هل يحتاج ذوو صعوبات التعلم إلى خدمات العلاج النفسي؟ أي هل ثمة اضطرابات نفسية تصيبهم كي يحتاجون على المستوى النفسي تقديم خدمات العلاج النفسي لهم؟ مع العلم أن من محكات التشخيص لصعوبات التعلم استبعاد من يعانون من اضطرابات انفعالية شديدة !!! لكن من مراجعة التراث والأدبيات وجد برامج تقدم لهم على مستوى تحسين جودة الحياة والإرشاد وعلاج بعض الاضطرابات النفسية التي نالت ذوي صعوبات التعلم مثل: اضطرابات الشخصية، والقلق، والاكتئاب، الفوبيا، والهلع والوسواس القهري، والإلكتيسيزيميا أي العجز عن التعبير عن المشاعر.

وليس ثمة خلاف على أن صعوبات التعلم أثناء الطفولة المبكرة قد تكون سبباً مباشراً في الإصابة بالاضطرابات النفسية عند البلوغ أو في مرحلة المراهقة.. نظراً لخبرات الفشل والامتهان والزجر التي لاقاها طوال مراحل تعليمه، ويعبر عن هذا من خلال الإطار المرجعي للفرد والذي يحتوي على مجمل خبرات النجاح والفشل.

وتعود وستوود (Westwood, 1997) بالتفسير إلى خبرات الماضي فيما سمته دائرة الفشل وأساسها أنك "إذا لم تنجح في البداية فلن تنجح" ومعنى ذلك أن الطفل الذي يعاني من صعوبة في التعلم، يعاني من مشكلات ذاتية وأسرية، ومن مشكلات مرتبطة بزملائه في الفصل وخارج الفصل من جماعه الأقران، ومرتبطة بعلاقته بالمدرسين وغير ذلك، قد تفضي بدورها إلى المزيد من صعوبات التعلم؛ مما يوضح

خطورة صعوبات التعلم على مناحي الحياة الاجتماعية عامة، فضلاً عن آثارها السالبة على المتعلم الذي ينتابه فكرة تؤثر بشكل كبير على مفهومه لذاته، فيكره مادة ما ثم يتجنبها لأنه لا يقدر وحده وبدون برامج مساعدة على مساندة زملاءه، فيها فيتعرض للسخرية والنقد بما ينعكس على حياته الشخصية والاجتماعية.

ويرى (حمدان فضة) أنه يمكن تعليل إصابة البالغين ذوي صعوبات التعلم بالاضطرابات النفسية للعوامل التالية:

(١) عدم إشباع حاجة الطفل إلى القبول والاهتمام خلال سنوات دراسته؛ مما يجعله يتبنى مفهوماً سالباً عن الذات ويفقد الكثير من ثقته بنفسه، ويزداد شعوره بالقلق خاصة كلما مر بخبرة فشل طوال حياته فإنه ينكص إلى خبرات طفولته، ويؤكد ذلك ما أشار إليه الفرويدون الجدد أمثال سالزمان ودامي من أن العامل الحاسم في ظهور العصاب القهري أحد أمرين:

(أ) عدم إشباع الطفل لحاجته إلى القبول والاهتمام، مما يدفعه إلى تصرفات فجحة وأنشطة كثيرة يرفضها المحيطون به ويتعاملون معها بالتحكم والتسلط مما يدفعه نحو الفعل القهري.

(ب) الرغبة المتحدية من الطفل أمام الآخرين مما يدفعه إلى الكمال المطلق والشك والدقة المفرطة والنظام الصارم فيما يبدو في العناد والتمرد (حمدان فضة، ١٩٨٩: ١٣٨).

(٢) تعرض الطفل إلى القسوة أو الإهمال أو التسلط من جانب الوالدين أو أحدهما أو المعلمين يكون أحد أسباب إصابته باضطراب الوسواس القهري.

(٣) معاناة ذوي صعوبات التعلم من إحباطات متكررة، نتيجة ضعف تحصيلهم الدراسي أو نتيجة نشاطهم الزائد مع تمتعهم بقدرة عقلية تسمح لهم بتبني مواقف عدوانية تجاه الذات كالشعور بالتقصير أو تبني أهداف وأفكار مطلقة، أو تجاه الآخرين كتبني أفكار من قبيل " يجب عليهم أن يتقبلوني، ولا يهملوني هكذا، يجب أن يحبني الجميع".

(٤) وجود تشوش معرفي وبخاصة لدى من يعانون صعوبات نمائية في الإدراك؛ وهذا ما دفع البعض إلى دراسة مدى فاعلية العلاج المعرفي مع فئة الطلاب ذوي صعوبات

التعلم يهدف الوقوف على المشكلات الإدراكية والجوانب المعرفية التي يمكن استخدام العلاج المعرفي معها. والتشويش المعرفي عامل مشترك في العصاب القهري وصعوبات التعلم أيضاً والذي يظهر في خلط المفاهيم أو تبني مفاهيم مطلقه ومجردة من الواقعية.

(٥) الاندفاعية والنشاط الزائد وقصور الانتباه صفة مميزة لذوي صعوبات التعلم تؤثر على الإدراك والتفكير وهو كذلك عامل مميز لمن يعانون من العصاب القهري، وإن كانوا يحاولون الظهور بالثبات والاستقرار.

(٦) الميل إلى التجنب وعدم التفكير في المواقف المؤلمة صفة مميزة لمن يعانون من صعوبات التعلم وبخاصة في مواقف الدراسة، والتي يضطرون بسببها إلى إقحام أفكار هازمه للذات ومعتقدات خاطئة عن قدراتهم وأفعال الآخرين، وفي الوقت نفسه يميلون إلى تجنب تلك المواقف. هذا الاشتراط السلبي سبب في جعلهم أكثر استعداداً للإصابة بالوسواس القهري "السلوك التجنب والسلوك التعويضي" وينسحب ذلك على غالبية المواقف التي يقابلها الفرد وتأويلها بأكثر مما تحتمل على وجه يخالف الواقع.

يرى جميل الصمادي (١٩٩٧) أنه لا تعتبر صعوبات التعلم مشكلة تربوية فحسب، بل مشكلة نفسية تؤثر على الطفل ووالديه وأسرته، مما يستلزم التدخل التربوي والعلاجي، بل واستخدام تكتيكات الإرشاد والعلاج النفسي الملائمة بما يسهم في تخفيف معاناة هؤلاء الطلاب.

يرى أنصار النظرية السلوكية أن السبب في حدوث صعوبات التعلم لا يكون دائماً نابعا من داخل الفرد، فقد تتجم تلك الصعوبات عن بعض المتغيرات الموقفية، أو بسبب عدم تعلم الطفل جوانب هامة وأساسيه في نموه، أو بسبب عدم استمرار تحقيق تقدم المهارات الأكاديمية. وبالتالي فإن علاج مشكلات الفرد يمكن أن يتم بصورة صحيحة في إطار تعديل البيئة وشروط التعلم. فمع أن عوامل الفاعلية والذاتية والدافعية يمكن أن تسبب صعوبات التعلم، لكنها لا يمكن أن تفسر لماذا لا ينجحون في شيء وينجحون في آخر وهو ما يعرف بالمدخل السلوكي *Behavioral Approach* أو ما يعرف بمدخل السلوك العاجز.

وتتبع صعوبات التعلم في نظر السلوكية من الأساليب الخاطئة في التحصيل الدراسي والتي قد ترجع إلى استخدام طرق تدريس غير مناسبة، أو إلى افتقار التلاميذ إلى الدافعية الملائمة للتعلم والدراسة، أو وجود التلاميذ في ظروف بيئية غير مناسبة في الأسرة والمدرسة والمجتمع، أو إلى عدم استخدام التعزيز الموجب لتدعيم الأنماط السلوكية المرغوبة، والتعزيز السالب للأنماط المرفوضة. وبالتالي يركز علاج صعوبات التعلم في نظر السلوكيين على إتباع البرامج الفردية في العلاج التي تتمركز حول الطفل، وتركز على تعديل السلوك الظاهر، دون الاهتمام الكبير بعوامله وأسبابه.

وقد أوضح سيجل وجولد أن صعوبات التعلم يحتاجون إلى التدخل العلاجي وبخاصة في مجال التواصل الاجتماعي والتفاعل الوجداني بين هؤلاء الطلاب وأسرهم. ومن هذه الأساليب: استخدام الدمى والعرائس، والحديث عن قصة يتم تسجيلها على شرائط كاسيت، ثم تعاد في البيت. وقد ثبتت فاعلية هذه الأساليب مع ذوي صعوبات التعلم، لأن هذه الأساليب تتيح للطفل التوحد مع أشخاص القصة، فيعيد الطفل النظر إلي حياته مع الآخرين، كما تتيح له التطهير والتفيس الانفعالي، ومن ثم الاستبصار.

وقد بين سميث وفاين ودودني أنه يمكن تحسين المهارات الاجتماعية لدى ذوي صعوبات التعلم باستخدام فنيات لعب الدور، والمحادثة داخل الفصل *Class Dialogue* وأسلوب تعليم المهارات الاجتماعية، والتغذية المرتدة عن طريق شرائط الفيديو، حيث يجلس الأولاد في دائرة، والدائرة السحرية *Magic Circle* والعلاج بالقراءة يناقشون مشاعرهم ويتحدثون عن درجة التقبل لهم من زملائهم ومن الكبار وغير ذلك من الأمور المتصلة بالمهارات الاجتماعية في المنزل أو المدرسة، وكذلك باستخدام التعزيز الموجب أو التشكيل *Positive Reinforcement Or Shaping* وكذلك أسلوب التكرار والممارسة *Rehearsal & practice*. وأوضح عبد الباسط خضر (٢٠٠٥) عدداً من الأساليب التي يمكن استخدامها مع الأطفال ذوي صعوبات التعلم، باعتبارهم أطفال منبوذين، وهي: بمعنى أن ينضم هؤلاء الأطفال في جماعات أقل انتقاداً:

(١) إعادة الدمج في جماعة وأكثر وفاقاً، فلا يجلس المرفوض مع الرفض، حتى يتسنى له أن يتقبل ويتعلم المهارات التواصلية.

- ٢) الكشف عن مهام جماعية.
 - ٣) الحث على الاندماج التدريجي: وذلك بإتاحة الفرصة للتلميذ بأن يعمل في جماعة صغيرة، حتى يشعر تدريجياً بالارتياح.
 - ٤) البحث في القدرات الخاصة فحتى التلميذ الضعيف في مستوى الذكاء لديه مهارات، زد على ذلك أنه إذا كان التلميذ يعمل في نشاط محبب إليه، فإنه سوف يتعلم الثقة بالنفس والمكانة بين زملاءه.
 - ٥) التدريب على المهارات: مثل ما يحدث في الألعاب الرياضية، أو التمثيل، أو الأنشطة الجماعية.
 - ٦) المناقشة: وذلك بهدف تغيير العادات السيئة في السلوك إلى عادات حسنة، وبهدف الاستبصار بالصفات الحسنة المقبولة اجتماعياً.
 - ٧) التوجيه الشخصي: وذلك من قبيل مجرد اقتراح بسيط على التلميذ، مما قد يعاونه في إيجاد الطريق إلى الانضمام إلى الجماعة. إذ يقتصر البعض على المعرفة أو الثقة بالنفس، في تمكينهم من اختراق جماعة ما (عبد الباسط خضر، ٢٠٠٥: ٤٧-٤٨).
- وتعتمد النظرية المعرفية في تناول الأمراض النفسية على تفسير الكيفية التي تتم من خلالها معالجة المعلومات. وتفترض هذه النظرية أن الاضطرابات لدى الفرد ناتج وجود أخطاء في معالجة المعلومات لديه، مما يترتب عليها وجود أبنية معرفية (مخططات) كامنة عاجزة عن التكيف تسيطر على المريض. بناء على ما ينتج عنها من أفكار تلقائية تصاحب الاضطراب وتساعد على استمراره.
- ونظراً للتطورات السريعة التي تحدث في العلوم المعرفية بصورة عامة وفي نظرية العلاج المعرفي بصورة خاصة. فقد تم تحديد مبادئ خاصة بالعلاج المعرفي السلوكي الذي يمارس ضمن حدود مسلمات النظرية المعرفية. ويقوم العلاج المعرفي السلوكي على صياغة مشكلة المريض وتقييمها بصورة مستمرة ضمن الإطار المعرفي ويعتمد المعالج في صياغة مشكلة المريض على عوامل متعددة مثل تحديد الأفكار الحالية للمريض (أنا فاشل لا أستطيع عمل أي شيء كما ينبغي)، الأفكار التي تساهم في استمرار الوضع الانفعالي للمريض والتعرف على السلوكيات غير المرغوب فيها. ثم التعرف على العوامل المدرسية التي أثرت على أفكار المريض عند ظهور المرض مثل

حادثة محزنة، تغيير شيء مألوف وبعد ذلك التعرف على الأسلوب المعرفي الذي يفسر من خلاله المريض الحوادث التي يتعرض لها مثلاً عزو النجاح للحظ ولوم النفس على الفشل. ثم يقوم المعالج بصياغة المشكلة في الجلسات الأولى ولكنه يستمر في إجراء تعديلات عليها كلما حصل على معلومات جديدة.

دراسة وايت هوس وآخرون (٢٠٠٥): العلاج النفسي الفردي لدى البالغين ذوي صعوبات التعلم: رؤية مقارنة بالعلاج السلوكي المعرفي والعلاج السيكودينامي. بحثت الدراسة " ٢٥ " بحث تناول البالغين ذوي صعوبات التعلم، ١٠ أبحاث للعلاج السلوكي المعرفي، ١٥ بحث للعلاج النفسي الدينامي من دراسات المعهد البريطاني لصعوبات التعلم. وأظهرت النتائج أن علاج إيس العقلاني الانفعالي السلوكي هو أبسط العلاجات من ناحية التواصل اللفظي مع أفكار ومشاعر المرضى. والعلاج المعرفي السلوكي مناسب للاكتئاب والقلق والغضب واضطرابات ما بعد الصدمة بينما التحليل النفسي مناسب لسلوكيات إيذاء الذات والاضطرابات الجنسية والاضطرابات السلوكية الشديدة.

دراسة داجنان وجاهودا (٢٠٠٦) Dagnan & Jahoda التدخل العلاجي المعرفي السلوكي مع ذوي الصعوبات التعليمية واضطرابات القلق. والتي أشارت إلى قلة الدراسات التي تناولت العلاج المعرفي السلوكي مع ذوي صعوبات التعلم مقارنة بالعاديين، لذا تناولت الدراسة بعض الأبحاث التي بحثت فاعلية التدخل المعرفي السلوكي وبخاصة مع اضطرابات القلق لدى ذوي الصعوبات التعليمية، ومن بين تلك الاضطرابات الفوبيا والقلق الاجتماعي، واضطرابات الوسواس القهري، وتبنت تلك الدراسات مدخل بيك في العلاج المعرفي واتجاه ميتشينيوم في العلاج المعرفي السلوكي. وتمثلت الفنيات في فنية إدارة القلق - فنية التقرير الذاتي ومدخل التعليمات الذاتية كتكرار عبارة " أنا أفعل عمل جيد " وذلك لكي تتحسن القدرة على التفاعل الاجتماعي والتحكم في القلق باستخدام عبارات المواجهة Coping statement وأظهرت النتائج لهذه الدراسات فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في التغلب على الفوبيات الاجتماعية واضطرابات القلق. وأشارت الدراسة إلى الحاجة إلى المزيد من دراسات الحالة للعلاج المعرفي السلوكي مع اضطرابات القلق. ويتضح مما سبق حاجة ذوي

صعوبات التعلم إلى الرعاية والمساندة النفسية وخدمات العلاج النفسي إذ ظهر جليا أنهم يعانون من عدد من الاضطرابات.

كما لا يزال المجال يحتاج إلى كثير من الدراسات الوصفية، والتدخلية العلاجية للتخفيف من وطأة تلك الاضطرابات. ولا يخفى اهتمام الدراسات الأجنبية والجامعات بتخصيص أقسام بل وكليات متخصصة لكى تقدم خدماتها لذوي صعوبات التعلم إيماناً بدورهم في المجتمع وبناء مستقبله.

عوامل تحقيق الصحة النفسية للطلاب ذوي صعوبات التعلم:

(١) عوامل ذاتية : (تحسين مفهوم الذات - والثقة بالنفس - زيادة التقبل الذاتي).

(٢) عوامل مدرسية:

- معاملة المعلم والزملاء العاديين والخدمات الإرشادية والنفسية.
 - عدم مقارنة الطفل ذو الصعوبات بزملائه حتى لا يشعر بالدونية والعجز.
 - تقديم البرامج العلاجية، وتطبيق الخطط التربوية الفردية لكل طالب.
 - معالجة القصور النمائي (الانتباه- الإدراك- التذكر).
 - معالجة القصور الأكاديمي من خلال التشويق البصرى للمادة الأكاديمية، وكثرة القراءة، والكتابة.
 - استخدام الحاسب الآلي والسيبورات الذكية والوسائل التعليمية والمجسمات.
 - استخدام استراتيجيات التعلم النشط.
 - الأسلوب القائم على استخدام الحواس المتعددة.
 - تحليل المهام.
- (٣) عوامل أسرية:

- تدريب الأسرة على كيفية التعامل مع مشكلات الابن ذو صعوبات التعلم.
- التعزيز والتشجيع.
- تضخيم النجاح الصغير وذلك لرفع مفهوم الذات والحث والتشجيع.
- عدم مقارنته بإخوته الذكور أو الإناث.
- عدم تكليفه بأعمال فوق طاقته حتى لا يشعره بعجزه وفشله.

الذكاء الناجح وصعوبات التعلم (رؤية إيجابية):

عرف استيرنبرج (٢٠٠٦) الذكاء الناجح Successful intelligence بأنه قدرة الفرد على تحقيق أهدافه في محيطه الاجتماعي والثقافي، والاستفادة من مواطن القوة لديه ومحاولة تعويض مواطن الضعف عنده حتى يكون قادراً على التكيف مع بيئته، وذلك من خلال صنع التوازن بين القدرات التحليلية والإبداعية والعملية التي يمتلكها. وقد غيرت تلك النظرة مفهوم الذكاء والموهبة فقد اتسعت بشكل كبير فلم تعد الموهبة حكراً على طبقة معينة أو عرق معين أو أصحاب الذكاء الأكاديمي أو المخترعين فقط، بل شملت نظرية الذكاء الناجح الصناع والزراع وأصحاب المهن المبدعين من المعلمين أو الموظفين أو الإداريين، فربما يكون من هؤلاء من هو ناجح وموهوب في مهنته أو صناعته دون حاجة إلى اجتياز اختبارات الذكاء، فهم عباقرة الحياة اليومية والذين يجيدون التلاعب والتوليف وخلق التوازنات بين فرص الحياة وما يمتلكونه من قدرات (Sternberg,2003).

وتختلف أهداف البشر وتتنوع مجالاتها ومستوياتها، فمن الأفراد من لا تبارح أهدافه الطعام والشراب، ولكن الناجحين فقط هم من يستطيعون معرفة ماذا يريدون؟ وكيف يصلون إلى ما يرغبون؟ مع رؤيتهم الثاقبة والمتوازنة والتي تحاول بنجاح الموائمة بين ما يريدون وبين ثقافتهم ورؤية مجتمعاتهم وأعرافها، كما أنهم قادرون وبنظرة ثاقبة على رؤية عيوبهم ونقاط ضعفهم ويجاهدون بصبر وحكمة لسد تلك الثغرات والاستفادة مما يملكونه من جوانب قوية ومتميزة. (مشاري عبد العزيز، ٢٠١٣) ونظرية الذكاء الناجح بنيت على أسس جعلتها النظرية الأكثر بروزاً خلال السنوات الأخيرة، ومن أهمها تركيز النظرية على القدرات العملية والصعوبات التي تواجه الإنسان في حياته اليومية والابتعاد عن حصر الموهبة في الفئة القليلة ممن يجتازون اختبارات الذكاء، والنظرة الواسعة والعالمية لاستراتيجيات الحلول الذكية وأساليب حل المشكلات التي لا ترتبط بمجتمع ما أو ثقافة ما، ثم الابتعاد عن تصنيف الناس ووصفهم بالفاشلين، وعلى ذلك يؤكد استيرنبرج أنه لا بد من وجود ثمة مجال ينجح فيه فرد لا ينجح فيه الآخرون.

وانطلاقاً من أسس نظرية الذكاء الناجح في الحياة لا يوجد أفراد فاشلون في كل شيء أو جيدون في كل شيء، فالاختلاف في طريقة تحديد الأهداف والسعي بطرق مختلفة للوصول إلى النجاح هو الأساس، لذا تتعدد فكرة النجاح، وطريق النجاح ليس أحادياً بل متعددًا ومتنوعاً، وهذا الأمر يدعم وجود معالجة واحدة تنطبق على جميع الأشخاص وعلى كل المجتمعات وفي مختلف الأزمنة (فاطمة الجاسم، ١٥٠).

وتم تصميم بطارية أرورا لنظرية الذكاء الناجح للتعرف على الموهوبين والتي شملت التعرف على الذكاء العام والقدرات التحليلية والقدرات الإبداعية والقدرات العملية، وتميز البطارية بقدرتها على التعرف على الموهوبين الذين يعانون من صعوبات التعلم. والعديد من الأفراد يسعون لتحقيق إنجاز مثلاً على الصعيد الرياضي أو الموسيقي أو الفني أي التركيز على الأنشطة أكثر من الإنجاز على المستوى المدرسي، فقد يكون هاجس الكسب المادي المجزي من العمل هو الذي يوجههم أو قد يكون الاهتمام الفردي والرغبة هي الموجهة لهم، فالمسألة المهمة هنا أن لدى الأفراد أهداف مختلفة في الحياة، لذا على التعليم الابتعاد والخروج من الدائرة الضيقة التي يربط بها قياس النجاح في المدرسة وهي الدرجة التحصيلية.

وتوجد استراتيجيات مواجهة تحقق وتفعل الذكاء الناجح لدى الطلاب ذوي صعوبات التعلم، لأن نجاحهم في الإنجاز الأكاديمي يمثل تحدياً كبيراً، وهذا النقص والقصور يهدد جهود الأفراد والمجتمعات، ومن خلال استراتيجيات المواجهة والخبرات الحياتية من خلال تأكيد وجهة نظر الذكاء الناجح التي نادى بها نظرية استيرنبرج من خلال التكامل بين القدرات التحليلية والعملية والإبداعية، وتتحدد فاعلية الذكاء الناجح بتحقيق الانسجام بين القدرات الثلاث من أجل تحقيق الغاية المقصودة فالحاجة ماسة للقدرات الإبداعية لتوليد الأفكار وكذلك القدرة التحليلية لتحديد ما إذا كانت تلك الأفكار جيدة والقدرة العملية لتنفيذ الأفكار وتطبيقها وإقناع الآخرين بقيمتها وأهميتها (Sternberg, 2005).

إن الذكاء العملي Practical intelligence يتبأ بالنجاح في الموضوعات المتعلقة بالعالم الواقعي، لكنه يتناقض مع الذكاء الأكاديمي، وفي الواقع درجات نسبة الذكاء IQ تتبئ بالقدرة على الأداء الوظيفي، وأن نسبة الذكاء لدى الطلاب ذوي

صعوبات التعلم تكون متوسطة أو فوق المتوسطة وهي إشارة إلى ضعف النجاح في الحياة، وربما يكون الأفراد الذين ينجحون فعلياً هم من يوفقون في التكامل بين القدرات التحليلية والعملية والإبداعية، أما من لا يمتلك تلك القدرات الثلاثة يعاني عبء إضافي من صعوبات التعلم وانخفاض القدرات الثلاثة يحتاج إلى تدريبات علاجية (Remedial practices, Lila Boulet, 2006: 19).

وقد عرض "ويست" (١٩٩٧: ٤٣) فلسفة الفروق والاختلافات في فهم صعوبات التعلم ربما باهتمام أقل من فهم دور نقاط القوة واستراتيجيات الكفاءة والمواهب، إن فقر فهم القدرات الإنسانية وأنماط التفكير والتي تكون ضرورية لإيجاد حلول إبداعية فعالة تجاه المشكلات المعقدة في المجتمع.

والخلاصة أن موضوع الذكاء الناجح في البحوث يتجه غالباً نحو الموهبة والموهوبين، لكن هناك ضرورة للبحث عن العلاقة بين الذكاء الناجح واستراتيجيات المواجهة لدى ذوي صعوبات التعلم، من منطلق فكر نظرية استيرنبرج حول الذكاء العملي، إذ توجد نظريات عديدة حاولت تحديد صعوبات التعلم والتي تطورت مع مرور الوقت، وأدت إلى تنوع مداخل العلاج والتدريبات والبحوث، ولكن من النادر أن تجد مصطلح النجاح في مخرجات الأفراد، ومع ذلك يوجد العديد من الأشخاص الذين أحرزوا النجاح على بالرغم من الاختلاف حول ما هي العوامل التي ساعدتهم على المواجهة والصمود في وجه العقبات، بينما آخرون قد انتهوا إلى الفشل؟ فالأفراد المتوافقون الصامدون يستمرون في المثابرة مع متطلبات البيئة، بينما أصحاب الذكاء الناجح يتوافقون وكذلك يشاركون ويتفاعلون مع بيئتهم لتحقيق النجاح، والذين درسوا نظرية الذكاء الناجح لاستيرنبرج ركزوا على ما هي المطالب التي تحقق النجاح في الحياة في مقابل النجاح في المدرسة.. وبالتالي فإن نظرية الذكاء الناجح ربما تؤدي إلى تغيير النظرة التربوية والبحثية حول الطلاب ذوي صعوبات التعلم، وبالتالي تغيير صورة الصحة النفسية لديهم.

التوافق الناجح لدى ذوي صعوبات التعلم:

يواجه ذوي صعوبات التعلم تحديات في مجالات حياتية عديدة تشمل التعليم، العمل، والروتين اليومي، والتفاعلات الاجتماعية، ومع ذلك فإن العديد لديه القدرة على تحقيق توافق ناجح. والعديد من الباحثين ينظرون مباشرة نحو التعليم ومشكلات ذوي الصعوبات معه وكيف يمكن تفعيل العوامل التي تساعد على النجاح، معظم هذه الدراسات تستخدم قياس النجاح في الجانب التعليمي، الدخل، مستوى الأداء الوظيفي والعمل، والرضا الوظيفي، والنجاح، وذلك كله يتأثر بالخبرات التربوية، والخصائص الشخصية، والخلفية الثقافية.

❖ العوامل التربوية وتشمل:

- منافسة مدرسية جيدة.
- مدارس ابتدائي وثانوي جيدة.
- تعلم جيد لمرحلة ما بعد الثانوي.
- التدريب والخدمات.

- الاتجاه العلاجي والتعويضي في التربية الخاصة. (Gerber&Reiff,1994)

كما أن الطلاب الناجحون في الجامعة من ذوي صعوبات التعلم لديهم خبرات جامعية متنوعة، وتظهر لديهم صعوبات تعلم متوسطة ودرجات ذكاء أعلى من المتوسط.. وأصحاب مستوى اجتماعي واقتصادي متوسط، ولدهم نظام مساندة اجتماعية ونفسية، ولديهم معرفة جيدة بقدراتهم ويعتمدون على استراتيجيات تعويضية إبداعية، ولديهم تحكم وتوجيه مستمر لأهدافهم، ويختارون بيئات تتناسب مع قدراتهم وصعوباتهم.

من أهم العوامل في تحقيق التوافق الناجح لدى ذوي صعوبات التعلم هو إعادة الصياغة Reframing والمقصود بها صياغة وتفسير المواقف لإنتاج طرق إيجابية.. ومراحل إعادة الصياغة تشمل: (إدراك الصعوبات- قبول الصعوبات وفهمها جيدا- فهم جيد للآثار المترتبة عليها- ثم التصرف حيالها) فأصحاب النجاح المرتفع يستخدمون إعادة الصياغة، وأصحاب النجاح المتوسط لا يطورون أفكارهم بالنسبة لمراحل إعادة

الصياغة. أما المجموعات ذات التوافق الهامشي فلا يستخدمون تلك المراحل، ولهذا خلس الباحثون إلى أن النجاح يتطلب استمرار عملية إعادة الصياغة وتقييم نقاط القوة والضعف لتحقيق التوافق الناجح.

الاستراتيجيات والتدعيمات لدى ذوي صعوبات التعلم:

إن الأشخاص البالغين من ذوي صعوبات التعلم يحتاجون إلى مدى مقبول من المهارات للإدارة صعوباتهم في مواقف التعلم، العمل، وغيرها. والتقييم المناسب يبدأ من الاستراتيجيات والفنيات، فالمعلمون الذين يتعاملون مع طلاب الصعوبات يبدأون من التدريب على عمليات الفرز حتى تساعد على تحديدهم في حالات التقييم والتشخيص الرسمي، ويمكن للمعلمين ملاحظة أن:

- الطلاب ذوي صعوبات التعلم لديهم قدرات متوسطة أو فوق المتوسطة لكن من غير المتوقع أنهم ذوي تحصيل منخفض.
- عدم وجود مشكلات سمعية أو بصرية أو إعاقات جسمية لتفعيل محك الاستبعاد.
- عدم وجود مشكلات نفسية أو سلوكية واضحة أو ظاهرة بشدة.
- (الانتباه، التركيز، التنظيم) عوامل تؤثر على التعلم.
- أنماط القراءة والكتابة، الكلام، والحساب.

وهذه وسائل فارقة في صعوبات التعلم، وهناك أسباب أخرى لانخفاض التحصيل. ولو أن نتائج الفرز Screening أظهرت صعوبات تعلم فيكون من المناسب تحويل الطالب إلى عمليات التشخيص المتعمق لدى المتخصصين في عمليات التقييم والتشخيص الرسمي، ويجب أن يكون التقييم مناسباً ومراعياً للحساسية الثقافية للأفراد ويتجنب التحيز في التقييم. ومن الضروري أن يتخذ التقييم ثلاث مجالات هامة هي:

١- الجانب النفسي:

تقدير الذات والذي يؤثر على الأداء، ويعمق خبرة الاعتمادية، المخاوف، القلق، والعجز المتعلم. وهناك طرق لتقوية تقدير الذات منها: الوعي (معرفة وتسجيل الصعوبة) التقييم: (فهم الصعوبة وتحديد نقاط القوة والضعف) الإقامة: accommodations (معرفة ما هي استراتيجيات الكفاءة التعويضية والفنيات المساعدة) الدعوة والدفاع: Advocacy معرفة الحقوق والخدمات التي تحقق له الفاعلية والجودة).

كما أن الكفاءة تتعامل مع الضغوط، بالتغيير أو النقد، أو بالمحادثة، أو استخدام اللغة الاستقبالية والتعبيرية الدعابة المناسبة، الحساسية الانفعالية نحو مشاعر الآخرين، أحيانا تتعطل بسبب صعوبات العمليات المعرفية. كما أن عجز المهارات الاجتماعية ربما يدعم العزلة، والخبرات السلبية. والطلاب ذوي صعوبات التعلم يخبرون الإحباط، والغضب، وغيرها من الاضطرابات الانفعالية التي تطرأ بسبب الإخفاق الأكاديمي والاجتماعي، والنبد، واتجاهات الآخرين نحوهم.

٢- التكنولوجيا المساندة:

ويقصد بها أية وسيلة تكنولوجية تساهم في تعليم ذوي صعوبات التعلم لتعويض مواطن القصور لديهم، ومنها الأشرطة، الأسطوانات، والتي تزيد مهاراتهم المختلفة والحفظ والتحسين الوظيفي، ويدخل ضمن التكنولوجيا المساندة مدى واسع من الوسائل بداية من البسيطة إلى الأكثر تعقيدا High tech ويتوقف اختيار المادة أو الوسيلة على قدرات الطالب والأداء الوظيفي، وتساعد هذه الوسائل في:

- التنظيم: معالجة مشكلات إدارة الوقت، تحسين الذاكرة، من خلال الأشرطة والأفلام التعليمية الرقمية.
- التجهيز السمعي: من خلال أجهزة تكبير الصوت، وأجهزة تسجيل الصوت، والمفكرات الإلكترونية.
- التجهيز البصري: من خلال أجهزة التحكم والعروض الإلكترونية.
- تجويد القراءة والكتابة: من خلال قراءة النصوص، قراءة كتب من شريط أو ملف، أسطوانات، وكذلك الكتابة والهجاء ومراجعة القواعد النحوية، وذلك بغرض تعويض ومعالجة القصور لدى الطلاب ذوي صعوبات التعلم.

٣- الاستراتيجيات التربوية:

من الجدير بالذكر والأهمية تسجيل الملاحظات، واستخدام الأنشطة المصاحبة لأساليب التعلم المتنوعة، واستخدام الوسائل الإلكترونية، وتنظيم الاختبارات وعمليات التقويم، وسؤال الطالب عن احتياجاته التعليمية، وإعطاء فرصة للنقد لمساعدة الطالب على تعلم الأجزاء الصعبة.

مشاهير حققوا النجاح رغم صعوبات التعلم :

<p>نيلسون روكفلر Nilson,Rokefeller :نائب الرئيس الأمريكي جيرالد فورد (١٩٧٤-١٩٧٧) وحاكم ولاية نيويورك، كان يعاني من عسر القراءة Dyslexia الشديدة، والمعروفة بصعوبات تعلم القراءة، وتاريخه في المدرسة معروف بالدرجات والرتب المنخفضة، وكان وهو سياسي يحفظ الخطب قبل إلقائها على الجماهير.</p>	
<p>ألبرت أينشتاين Albert Einstein نموذج للشخص صاحب العمليات العقلية الإبداعية العالية، كان يعاني من صعوبات تعلم واعتمد على قدرات التفكير البصري في معظم أعماله العلمية، وأنه كان يضمن عمليات التفكير لديه بالصور البصرية أكثر من الكلمات، واعتمد على أحلام اليقظة في مساعدته على تطوير أكثر اكتشافات العصر شهرةً وهي نظرية النسبية (theory of relativity) .</p>	
<p>توماس أديسون Thomas Edison كان يعتبر طفل غير طبيعي، ويعاني من نقص عقلي حسب رأى معلميه، وكان يعاني عجزاً في المهارات الأساسية للقراءة ، والكتابة والحساب، ومع ذلك كان ناجحاً في مجال الاختراعات حيث بلغت ١٣٠٠ اختراع منها الفونوجراف، والمصباح الكهربائي، وغيرها..ومن المفارقات أن المصباح الكهربائي الآن ينظر له على أنه رمز للفكرة الذكية.</p>	

مراجع الفصل السادس

١. أنور محمد الشرقاوي (٢٠٠٢): صعوبات التعلم: المشكلة، الأعراض، والخصائص. مجلة علم النفس، العدد ٦٣، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة.
٢. دانيال هالاهان، وجيمس كوفمان، جون لويد، مارجریت ويس وإليزابيث مارتينيز (٢٠٠٧): ترجمة عادل عبد الله محمد. صعوبات التعلم، مفهومها، طبيعتها- التعلم العلاجي. عمان، دار الفكر العربي.
٣. سماح محمد الغبور (٢٠١٤): تحسين استراتيجيات خفض الحساسية للنبذ وعلاقتها بمستوى الصداقة لدى المراهقين ذوي صعوبات التعلم. رسالة ماجستير، معهد البحوث والدراسات العربية، القاهرة.
٤. سيد محمدي صميده ومهاب عبد الرحمن الوقاد (٢٠١١): أثر التدريب على بعض استراتيجيات المواجهة ذات الطبيعة السلوكية في إيجابية/ تواؤمية التوافق النفسي لدى عينة من التلاميذ ذوي صعوبات التعلم. دراسات تربوية واجتماعية : مجلد ١٧، عدد ١، يناير، ص ٢٩١-٣٣٢. كلية التربية، جامعة حلوان.
٥. عبد الباسط متولى خضر (٢٠٠٥): التدريس العلاجي لصعوبات التعلم والتأخر الدراسي. القاهرة، دار الكتاب الحديث.
٦. جميل محمود الصمادي (١٩٩٧) : صعوبات التعلم والإرشاد النفسي التربوي. المؤتمر الدولي الرابع لمركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، مجلد ٢، ١٠٦٩-١٠٨١.
٧. حمدان فضة وسليمان سيد أحمد (٢٠١٠): العلاج النفسي لذوي صعوبات التعلم (الراشدون والموهوبون)، ورقة عمل، المؤتمر العلمي الأول، كلية التربية، جامعة بنها، ١٤-١٥ مايو ص ٨٨٩-٩٠٨.
٨. خالد عوض حسين البلاح (٢٠١٤): الصداقة لدى ذوي الاحتياجات الخاصة. الإسكندرية، دار الجامعة الجديدة.
٩. عبير محمد الغبور (٢٠١٥): فاعلية استراتيجيات المواجهة في خفض مستوى الاكتئاب لدى المراهقين ذوي صعوبات التعلم. رسالة ماجستير، معهد البحوث والدراسات العربية، القاهرة.
١٠. فاروق الروسان (١٩٩٨): سيكولوجية الأطفال غير العاديين، مقدمة في التربية الخاصة. ط٣، دار الفكر للطباعة، عمان.

١١. فاطمة أحمد الجاسم (٢٠١٠): الذكاء الناجح والقدرات التحليلية الإبداعية. ديونو للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
١٢. فتحي مصطفى الزيات (٢٠٠٧): قضايا معاصرة في صعوبات التعلم. القاهرة، دار النشر للجامعات.
١٣. محمد عبد الستار سالم (٢٠٠٣): فعالية برنامج علاجي لاضطراب بعض العمليات المعرفية لدى ذوي صعوبات التعلم من تلاميذ المرحلة الابتدائية. رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة المنصورة.
١٤. محمد كمال أبو الفتوح (٢٠١٤): الاضطرابات السلوكية والانفعالية لذوي الاحتياجات الخاصة. دار النشر الدولي، الرياض.
١٥. مجدي محمد الشحات (٢٠٠٩): تنمية مهارات الصداقة لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم. المجلة المصرية للتقويم التربوي. المجلد ١٥، عدد (٢-١) ص ١٨١-٢٠٧.
١٦. مشاري عبد العزيز الدهام (٢٠١٣): تطوير وبناء مقياس الخصائص السلوكية للكشف عن الأطفال الموهوبين في الصفوف الأولية بالمرحلة الابتدائية. رسالة ماجستير، المركز الوطني لأبحاث الموهبة، كلية التربية، جامعة الملك فيصل.
١٧. يوسف القريوتي وعبد العزيز السرطاوي وجميل الصمادي (٢٠٠١): مقدمة في التربية الخاصة. الإمارات، دار القلم للطباعة والنشر.
18. -Albano, A.M., Chorpita, B.F., & Barlow, D.H. (1996). Childhood anxiety disorders. Mash, E.J., & Barkley, R.A. (Ed.), Child psychopathology (pp. 196-241). New York, NY: Guilford Press.
19. Abraham, C., Gregory, N., Wolf, L. & Pemberton, R. (2002). Self-esteem, stigma and community participation amongst people with learning difficulties living in the community. Journal of Community and Applied Social Psychology, 12, 430-443.
20. Almqvist, F., Kumpulainen, K., Ikaheimo, K., Linna, S.-L., Henttonen, I., Huikko, E., et al. (1999). Behavioral and emotional symptoms in 8-9-yr-old children. European Child & Adolescent Psychiatry, 5(14), pp. 7-16.
21. American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: Author.
22. Barrett, S., & Heubeck, B.G. (2000). Relationships between school hassles and uplifts and anxiety and conduct problems in grades 3 and 4. Journal of Applied Developmental Psychology, 27(5), 537-554.
23. Cantwell, D.P. & Baker, L. (1991). Association Between Attention Deficit-Hyperactivity Disorder and Learning Disabilities. Journal of Learning Disabilities, Vol. 24(2), 88-95.

25. Carol Wright-Strawderman (1998). Depression in students with learning disabilities as examined by a developmental model and influenced by hemispheric differences, North Texas State ,Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy in Special Education ,The University of New Mexico.
26. Charles,S.Buchbauer (1998). The relationship of attributional style, self-concept. And family functioning to depression in children and adolescents with learning disabilities. Submitted in partial fulfillment of the requirements of the Degree of Doctor of Philosophy Seton Hall University.
27. Cassie Debson (2012). Effects of academic anxiety on the performance of students with and without learning disabilities and how students can with anxiety at school. Degree of master of arts in education at Northern Michigan University.
28. Compas, B. (1987). Coping with stress in childhood and adolescence. Psychological Bulletin. 101., 393-403.
29. Dailey, M.B., Bolocofsky, D.N., Alcorn, M.B., & Baker, C. (1992). Depressive
30. symptomatology, attributional style, dysfunctional attitude, and social competency in adolescents with and without learning disabilities. School Psychology Review, 21(3), 444-458.
31. Diana,Mahoney (2008). Social and emotional costs of learning disabilities . Clinical Psychiatry News.
32. Dara Shifrer1(2013). Stigma of a Label: Educational Expectations for High School Students Labeled with Learning Disabilities. Journal of Health and Social Behavior, 54(4) 462–480 .
33. Dagnan, D. &Waring, M. (2004). Linking stigma to psychological distress: Testing a social-cognitive model of the experience of people with intellectual disabilities. Clinical Psychology and Psychotherapy, 11, 247-254
34. Donald Wachelka, Roger C. Katz (1999). Reducing test anxiety and improving academic self-esteem in high school and college students with learning disabilities. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, (30), pp. 191-198 .
35. DubiLufi& Lina Darliuk (2005). The interactive effect of test anxiety and learning disabilities adolescents .International Journal of Educational Research (43), pp. 236-249.
36. DubiLufi, Susan Okasha&Arie Cohen ((2004). Test anxiety and its effect on the personality of students with learning disabilities . Learning disability Quarterly, (27),pp. 176-184 .
37. -Ellie,Kazemi (2006). Psychological Factors in Learning Disabilities . A dissertation submitted in partial satisfaction of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy in Education, Los Angeles. University of California.
38. Forman, S.G. (1993). Coping skills interventions for children and adolescents. Jossey-bass publishers: San Francisco.
39. Geisthard,C.,&Munsch,J. (1996). Coping with school stress : A comparison of adolescents with and without learning disabilities. Journal of learning disabilities,29 (3) ,287-296.

40. Giler, J.,(2008). Helping kid with learning disabilities understand the language of friendship. <http://wwwschwablearningorg/articles.aspx?r=575>.
41. -Gresham,F.M. (1981). Assessment of children's social skills. *Journal of School Psychology*. 19,p. 120-133.
42. Gerber,PJ.,and Reiff,H., (1994). Learning disabilities in adulthood: persisting problems and evolving issues. Stoneham, MA: Butterworth- Heiemann.
43. Goffman, Erving. 1963. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, NJ: PrenticeHall.
44. Harald ,Valas (1999). Students With Learning Disabilities and Low-Achieving Students: Peer Acceptance, Loneliness, Self-Esteem, and Depression. *Social Psychology of Education*, 3: 173–192.
45. -Hodges,K.,&Plow,J.(1990). Intellectual ability and achievement in psychiatrically hospitalized children with conduct, anxiety and affective disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 58. 589-595.
46. -Jane,Coleman.(1994). The differential relationship of coping style, communication, and support variables to depression in two groups of students: An examination of Cole and Maslow's model. Degree of Doctor, The Graduate Faculty of The University of Akron.
47. Janice Wiggins (2003). Academic and social coping styles of learning disabled of and non-disabled adolescents . degree of Doctoral,faculty of the education University of Houston.
48. Jamie C. Sternke (2010). Self-Concept and Self-Esteem in Adolescents with Learning Disabilities. Masters of Science in Education Degree School Psychology. The Graduate School, University of Wisconsin-Stout.
49. Jolyn D. Whitaker Sena, Patricia A. Lowe,& Steven W. Lee (2015). Significant predictors of test anxiety among students with and without learning disabilities. *Journal of learning disabilities*.vol, 40 (4).pp. 360-376.
50. -Jun- Yan Zhao&Baoshan Zhang (2008). Effects of conceable stigma for learning disabilities . *Social Behavior and personality* ,36 (9) ,pp. 1179-1188 .
51. -Kavale,K.A.&Mostert,Mark,P.(2004).Social skills interventions for individuals with learning disabilities. *Learning Disability Quarterly*, 27(1),31-43.
52. Karmen Tamika Kizzie (2009). It's Just a Disability or Is It?: Stigma, Psychological Needs, and Educational Outcomes in African American Adolescents with Learning Related Disabilities. the degree of Doctor of Philosophy Education and Psychology, in The University of Michigan.
53. Kelsey, Lisle (2011) . Identifying the Negative Stigma Associated with Having a Learning Disability . Bucknell Digital Commons. Honor's Theses Student Theses,Bucknell University.
54. -Kendall,P.C.,Stark,K.D.,&Adam,T.(1990). Cognitive deficit or cognitive distortion in childhood depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 18. 225-270.

55. Laurel Renee Brewster (2001). Stress, coping, and social support of students with learning disabilities, Master degree in education, California state University.
56. Laurel Renee Brewster (2001). Stress, Coping and social support of students with learning disabilities . Master Degree, Faculty of California State University.
57. Lazarus,R.S.,&Folkman,S. (1984). Stress appraisal and coping. New York: springer.
58. Lea, Zweig (2012).Coping styles of young adults diagnosed with learning disabilities. Degree of doctor of psychology, alliant international University-San Diego.
59. Lerner, J. (1993). Learning disabilities: theories, diagnosis.&teaching strategies. Boston: houghtonmifflin. Lewinsohn, P. M., 303larke, G. N., hops, H., Andrews, J.,
60. Link, B.G. & Phelan, J.C. (2014). Conceptualizing stigma. Annual Review of Sociology, 27, 363-385.
61. Lila Boulet (2007). Coping strategies and successful intelligence in adults with learning disabilities. Master Degree, Mount Saint Vincint University .
62. Lucy, Paterson (2007). Stigma, social comparison and psychological distress in adults with a learning disability, D. Clin. Psychol. The University of Edinburgh.
63. -Pearl, R.,(2002). Students with learning disabilities and their classroom companion .in B. Y. L. wong& M. Donahue (Eds). The social dimension learning disabilities: Essays in honor of Tanis Bryan (pp.77-91) Mahwah, N J: Erlbaun.
64. Maag,J.W.,&Behrens, J. T. (1989). Depression and cognitive self-statements of learning disabled and seriously emotionally disturbed adolescents. The Journal of Special Education. 23 (1) . 17-26.
65. Malka Margalit,Hana, Tur-Kaspa&Tova Most, (1999). Reciprocal nominations, reciprocal rejections and loneliness among students with learning disorders. Educational Psychology,Mar,19 (1). Pp. 79-90.
66. Margalit, M.&Raviv, A. (1984).LD's Expressions of Anxiety in Terms of Minor Somatic Complaints. Journal of Learning Disabilities. Vol. 7(4), 226-228.
67. Morgan, Stephen L. (2010). On the Edge of Commitment: Educational Attainment and Race in the United States. Stanford, CA: Stanford University Press.
68. -Silke Neuderth,et al. (2009). Strategies for reducing test anxiety andoptimizing exam preparation in german University students : a prevention-oriented pilot project of the University of Wurzburg. Journal of Neural Transm ,116: P.785-790.
69. -Morris,S.,(2002). Promoting students with nonverbal learning disabilities. Teaching Exceptional children. Vol 34 (3), pp. 66-70.

70. Nota, L., & Salvatore, S. (2003). In assertiveness training program for indecisive students attending an Italian university. *Career Development Quarterly*, 51(4), 322-426.
71. Newcomer, P. L., Barenbaum, E., & Pearson, N. (1995). Depression and anxiety in children and adolescents with learning disabilities, conduct disorders, and no disabilities. *Journal of Emotional & Behavioral Disorders*, 3(1), 27-39.
72. Orzek, A. (1984). Special needs of the learning disabled college student: implications for interventions through Peer support groups. *The Personnel and Guidance Journal*, 62 (7), 404-407.
73. Paige, Feurer & Jac, Andrews (2009). School-Related Stress and Depression in Adolescents with and Without Learning Disabilities: An Exploratory Study. *The Alberta Journal of Educational Research*, Vol.55 (1), 92-108.
74. Paula, Pires . (2002). The friendship quality of children with LD Association with loneliness and self-perceptions. Degree of Master of Arts ,Department of Human Development and Applied Psychology ,Ontario Institute for Studies in Education of the University of Toronto.
75. -Palombo, J. (1994). Descriptive Profile of children with non-verbal learning disabilities. NL.Dlive (on-line) Available: <http://www.nidine.com/palombo.htm>.
76. Rebecca Fisher (2006). Evaluating the effects of the best of coping (BOC) curriculum on enhancing coping skills in at – risk adolescent girls. Degree of doctor ,Dairleigh Dickinson University.
77. Rose Marie Hamway (1995). The treatment of depression in children with LD . Degree of Doctor of Philosophy in the graduate, college, The University of Arizona.
78. Rodriguez, C.M., & Routh, D.K. (1989). Depression, anxiety, and attributional style in learning-disabled and non-learning-disabled children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18(4), 299-304.
79. -Silke Neuderth, (2009). Strategies for reducing test anxiety and optimizing exam preparation in German University students : a prevention-oriented pilot project of the University of Wurzburg. *Journal of Neural Transm* ,116: P.785-790.
80. -Sonder, M. (1987). Relative definition of handicap: Implications for research. *Uppsala. journal of Medical Sciences Supplement*, 44, 24 – 29.
81. Spence, S.H. (2003). Social skills training with children and young people: theory, evidence and practice. *Child & Adolescent Mental Health*, 8(2), 84-97.
82. -Sternberg, R.J., Wagner, R.k., Williams, W.M., & Horath, J.A. (1995). Testing common sense. *American Psychologist*, 50, PP. 912-927.
83. Sternberg, Robert J. (2003). *Wisdom, Intelligence, and Creativity Synthesized*. Yale University, Connecticut.
84. Sternberg, Robert J.; Grigorenko, Elena L.; Jarvin, Linda. (2006) Identification of the gifted in the new millennium: Two assessments for ability testing and for the broad identification of gifted students. *KJEP* 3:2 (2006), pp. 7-27.

85. -Stevenson,D.T.,&Romney,D.M.(1984). Depression in learning disabled children. Journal of Learning Disabilities, 77(10), 579-582.
86. Swanson, S.&Howell, C. (1996). Test anxiety in adolescents with learning disabilities and behavior disorders. Exceptional Children, 62(5), 389-397.
87. Turnbull,H. R.,Turnbull,H.&Rutherford. H. (1995). Developing independence. Journal of Adolescent Health Care, 6(2), 108-119.
88. West T.G. (1997). In the minds eye : visual thinkers, gifted people with the dyslexia ,and other learning difficulties, computer images, and the ironies of creativity. Amherst,N Y: Prometheus Books. -
89. Whitehouse,R. Tudway,J. look. R, and Kroese, B. (2006). Adapting individual psychotherapy for adults with intellectual disabilities: A comparative review of the cognitive-behavioral and psychodynamic literature. Journal of applied research in intellectual disabilities, 19, PP. 55- 65.
90. Woodward, L. J., & Fergusson, D. M. (2001). Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 40(9), 1086-109
91. Yu, G., Zhang, Y., & Yan, R. (2005). Loneliness, peer acceptance, and family functioning of Chinese children with learning disabilities: Characteristics and relationships. Psychology in the Schools,42(3), 325-331

الفصل السابع
الصحة النفسية لذوي الإعاقة العقلية

الفصل السابع

الصحة النفسية لذوي الإعاقة العقلية

تمهيد:

ينعكس السلوك غير التكيفي على الحالة النفسية للأفراد ذوي الإعاقة العقلية ويؤثر على فاعليتهم في المهارات الحياتية بسبب القصور العقلي وإدراك المواقف، ولا شك أن الإعاقة العقلية معقدة الظواهر والأسباب والنتائج على المستوى المعرفي والسلوكي واللغوي والوجداني، كما أن شدة الإعاقة وانخفاض مستوى الذكاء يؤثران على مستوى التوافق الشخصي النفسي والسلوكي متمثلاً في مفهوم الذات المنخفض، والانسحاب، والسلوك الفوضوي والعدواني. ومن المناسب إتاحة حرية التعبير من خلال الفنون التشكيلية والرسوم والصور وغيرها كوسائل للتعبير عن حاجات الفرد وتعكس حالته النفسية، وكذلك نعتبر وسيلة علاج للضغوط النفسية، كما أن السلوك التوافقي الجيد تعبير عن جودة الحياة لدى المعاقين عقلياً.

الجوانب الانفعالية :

يتميز الأطفال المتخلفون عقلياً بمجموعة من الخصائص الانفعالية وأهمها:

عدم الثبات الانفعالي: Emotional unitability

عادة ما يظهر الأطفال المتخلفون عقلياً انفعالات غير ثابتة ومضطربة متغيرة من وقت لآخر، فهم يميلون إلى التبدل الانفعالي واللامبالاة، وعدم الاكتراث بما يدور حولهم، كما يتسمون بالاندفاعية، وعدم التحكم في الانفعالات (عبد المطلب القريطى، ٢٠٠١) كما يؤدي عدم الثبات الانفعالي أحياناً إلى عدم وضوح الانفعالات وتضاربها لدى هؤلاء الأطفال، وهذا لا يعنى أن الأطفال المعاقين عقلياً جميعهم يعانون من اضطرابات في النمو الانفعالي فالمتخلفون عقلياً يصنفون بحسب النمو الانفعالي إلى فئتين: فئة مستقرة انفعالياً إلى حد ما، متعاونة ومطبعة وفئة أخرى متقلبة المزاج أحياناً، فأحياناً تكون هادئة، وأحياناً أخرى شرسة تؤذى نفسها وتؤذى غيرها وهذه الفئة التي تحتاج لمزيد من الرعاية والاهتمام. (كمال مرسى، ١٩٩٦).

اضطراب مفهوم الذات: Self – concept disorder

رغم اختلاف الباحثين حول مفهوم الذات لدى الطفل المتخلف عقلياً، إلا أن إدراك الأطفال المعاقين عقلياً الدقيق للذات يكون سالباً (محمد الشناوي، ١٩٩٧) فمفهوم الذات لدى هؤلاء الأطفال سيء، لأنهم يتعرضون لخبرات الفشل والإحباط في البيت والمدرسة أكثر من العاديين، كما يشعرون بالدونية وعدم الكفاءة، وعدم الرضا عن الذات، والشعور بالدونية ينمى الاستعداد للقلق، والعداوة، والالتكالية، وجميعها استعدادات سلوكية للتوافق السيئ، كما أن مفهوم الذات عند هؤلاء الأطفال غير واقعي وتقديرهم غير ثابت.

الانسحاب: Withdrawal

يلاحظ على الطفل المتخلف عقلياً ميله إلى مشاركة الأطفال الأصغر منه سناً في أنشطتهم وألعابهم، ويبدو عليه الشعور بالخوف وعدم الأمن، ويغلب عليه العزلة والانسحاب من الجماعة (علاء عبد الباقي، ٢٠٠٠) كما يغلب على الطفل المتخلف عقلياً النزوع إلى العزلة والانسحاب من المواقف الاجتماعية، وتدنى مستوى الدافعية الداخلية، وتوقع الفشل بالإضافة إلى الشعور بالدونية والإحباط، وضعف الثقة بالنفس، كما يغلب عليه التردد وبطء الاستجابة. كما أن الأطفال المعاقين عقلياً يظهرون اضطرابات انفعالية عديدة، وعلى رأسها السلوك الانسحابي والانعزال عن الآخرين بالإضافة إلى الطبع المتقلب والتهيج، وخاصة لدى الأطفال سمادونيقامة الداخلية في المؤسسات التعليمية. كما أن الانسحاب من أبرز المشكلات الاجتماعية أيضاً، حيث عادة ما ينسحب الطفل من المواقف والتفاعلات الاجتماعية خلال ممارسته في البيئة المنزلية والمدرسية وإن كان ظهوره في البيئة المدرسة أكثر وضوحاً.

السلوك العدواني: behavior aggressive

ينتشر السلوك العدواني بين الأفراد المعاقين عقلياً بدرجة أكبر من ما لدى الأفراد العاديين، كما تزداد نسبة انتشار السلوك العدواني لدى الأفراد المعاقين عقلياً كلما زادت درجة التخلف العقلي، وكلما اتجهت الخدمات المقدمة للأفراد المعاقين عقلياً نحو البيئة الأكثر تعقيداً، بالإضافة إلى ذلك فإن الأفراد المعاقين عقلياً يحتفظون نسبياً بسلوكياتهم العدوانية لفترات زمنية طويلة، وعادة ما ينتج العدوان من عدم

التوافق الاجتماعي للطفل مع بيئته الاجتماعية، وبالتالي يتبع هذا الطفل في تصرفاته سلوك العنف، أو العدوان مع الغي. وأبرز أشكال العدوان لدى الأطفال المعاقين عقلياً عدم الطاعة، والهجوم البدني والعدوان اللفظي وتدمير الممتلكات، وإعاقة الآخرين، وعادة ما يستخدم الطفل تلك المظاهر في تفاعله مع البيئة الخارجية، وذلك لشعوره الدائم بعدم الأمان والاستقرار، ولتعرضه لخبرات مؤلمة في التفاعل مع من حوله (سهى أمين، ١٩٩٩).

الغضب:

ينتشر الغضب كأحد الأمراض النفسية لدى الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية في المؤسسات والبيوت، ويحتاجون إلى برامج تساعدهم على إدارة الغضب، والذي يرتبط غالباً كمقدمات للسلوك العدواني، وضعف ضبط الذات، والتعبير غير الصحي عن الغضب وسوء فهم المشاعر والانفعالات وبالتالي قصور مهارات التعبير تؤدي إلى الغضب وسرعة الاستثارة، إضافة إلى تدنى السلوك التكيفي في مواجهة المواقف الحياتية في مجالات التواصل، والعناية بالذات، والحياة المنزلية، والمهارات الاجتماعية، وتوجيه الذات، والصحة والأمان.. وغيرها. وعليه يحتاج الطفل ذو الإعاقة الفكرية إلى ممارسة استراتيجيات إدارة الغضب من خلال برامج تدخل تربية نفسية، بغرض تعويدهم التعبير الملائم عن مشاعر الغضب، وتعديل السلوك من خلال المعرفة، والتحكم في الإثارة الفسيولوجية، وتغيير الإدراك العدائي غير المبرر، وإضعاف المحفزات الموجهة على الغضب.

الصحة النفسية لدى أطفال متلازمة داون:

يذكر إبراهيم الزريقات (٢٠١٢ : ٤٢-٤٣) أن أطفال متلازمة داون غير محصنين ضد الأمراض النفسية والعقلية إلا أنهم لدى مقارنتهم بأفراد ذوي صعوبات التعلم فإننا نجدهم يعانون من درجة بسيطة من هذه الأمراض، فقد أشارت نتائج إحدى الدراسات التي استهدفت مدى انتشار الأمراض النفسية والعقلية لدى أفراد متلازمة داون وأفراد صعوبات التعلم أشارت إلى أن أفراد هذه الفئة حققوا نسبة انتشار ٢٢٪ لأنواع شاملة من المشكلات النفسية في مقابل ٣٢٪-٥٩٪ لدى أفراد صعوبات التعلم.

وتجدر الإشارة إلى أن الإناث من ذوي متلازمة داون أظهرن نسبة أقل من الذكور في مدى وجود هذه الأمراض، هذا ويشير البعض إلى أن الاكتئاب ربما يكون من الاضطرابات الشائعة لأفراد الداون، وكانت نسبة شيوعه ١١٪ مقارنة بـ ٤٪ لذوي صعوبات التعلم. ومن الملاحظ أن أفراد هذه المتلازمة يظهرون استجابات متنوعة على أنواع العلاجات المقدمة لهم، ومن جهة أخرى أشار البعض إلى أن متلازمة داون الذين يظهرون أعراض الوسواس القهري *Obsessive-compulsive disorders* فإن أفضل أنواع العلاجات هو ذلك مع المقارنة للعلاجات النفسية الطبية، وعلى الرغم من ذلك فإن أفضل أنواع العلاجات هو ذلك الذي يجمع بين العلاجات الطبية واستخدام الإجراءات السلوكية.

وعلاوة على ما سبق فإن أفراد متلازمة داون نادرا ما يظهرون سلوكيات إيذاء الذات *Self-injury* أما أعراض الاكتئاب لدى هؤلاء الأطفال فهي تشتمل على السلبية والفتور الانفعالي والانسحاب الاجتماعي وعدم الكلام أو البكم ونسبة انتشار الأمراض النفسية لديهم مرتفع حيث تصل النسبة إلى ٦-١١٪ إلى ١-٣٪ لدى العاديين.

القلق لدى ذوي الإعاقة العقلية:

هدفت دراسة جابرييل وآخرون (Gabriele, Mas, et al., 2000) إلى بحث اضطراب القلق العام لدى المراهقين وصغار البالغين من ذوي الإعاقة العقلية الخفيفة مقارنة بأقرانهم من ذوي الذكاء العادي، من حيث تكرار الأعراض، الاعتلالات المشتركة وذلك من خلال التقرير الذاتي وتقرير الوالدين وارتباط ذلك بنسبة الذكاء. إن العديد من الأشخاص المعوقين عقلياً يظهرون اضطرابات سلوكية وانفعالية أكثر بثلاث أو أربع أضعاف ما لدى الأشخاص العاديين، فقد وجد جرهام ويل (Graham & Yule 1970) أن شيوع الاضطرابات السيكاترية يصل إلى ٣٠-٤٠٪ لدى المعاقين عقلياً مقارنة بالأفراد العاديين في الذكاء. وشبيهه بهذه المعدلات دراسة تمت في أستراليا قام بها إنفيلد وتونج (Enfeld & Tonge 1996) بلغت الاضطرابات النفسية ٤١٪ عينة تراوحت أعمارها من ٧-١٨ عاماً وتم تصنيفهم من سمادون اضطرابات النفسية والانفعالية الشديدة. ومما ذكرته جمعية الطب النفسي الأمريكية (١٩٩٤) أن كل الأنماط من

الاضطرابات العقلية توجد لدى الأفراد ذوي الإعاقة لعقلية، ويعتبر أهم التحديات في الدراسات النفسية الطبية، حيث يصعب تحديد الأعراض بشكل محدد، ووفقاً لدليل التشخيص الإحصائي فإن بعض أدوات التشخيص يمكن استخدامها مع الأشخاص ذوي الإعاقة العقلية الخفيفة والمتوسطة، لكن بعض السلوكيات الشاذة تكون واضحة لدى الحالات الشديدة من ذوي الإعاقة العقلية.

إن اضطرابات القلق من المظاهر النفسية المرضية الشائعة، وأن أمراض القلق مؤكدة لدى ذوي الإعاقة العقلية، وأن شيوع وتكرار الأعراض الخاصة بالقلق تتزايد لديهم حتى مع ارتفاع نسب الذكاء، ويجب أن نكون على حذر عند القيام بعملية التشخيص خصوصاً مع الحالات الشديدة والشديدة جداً.

إن اضطرابات القلق لدى ذوي الإعاقة العقلية يمثل مجموعة غير متجانسة من الأعراض، نقص في التمييز بين الفئات المختلفة لأعراض الاكتئاب مثل: اضطراب القلق الزائد أو اضطراب القلق العام. فالأول كما يعرفه دليل التشخيص يتميز بالذعر والهلع العام حيال المستقبل والأحداث الماضية، والكفاءة، والوعي بالذات ويلاحظ أنها أعراض غير محددة. ثم تم إعادة التعريف والتحديد في دليل التشخيص النسخة الرابعة (١٩٩٤) من خصائصه القلق العام لمدة ستة أشهر أو أكثر، وضعف القدرة على التحكم، عدم التركيز في مواقف أو موضوعات معينة، كما أنه يشمل أعراض عدم الارتياح، التعب، صعوبة التركيز، التوتر والتهيج Irritability توتر العضلات، واضطرابات النوم.

إن تشخيص حالات القلق لدى المعوقين عقلياً يكون صعباً بسبب عجزهم عن التعبير اللغوي، والفهم والبصيرة Insight بالإضافة إلى مشكلات تتعلق بثبات أدوات التشخيص والتي تمثل تحدياً في التشخيص الكلينيكي للمعاقين عقلياً، خصوصاً لدى سمادونياعاقات الشديدة، لكن بعض الأدوات يمكن استخدامها مع سمادونياعاقات الخفيفة مثل مقياس زونج للقلق Zung self-rating anxiety scale والواقع أن مقياس التقييم تعتبر جيدة في التقييم الطولي Longitudinal assessment.

إن المقابلة اللفظية Verbal Interviewing يمكن استخدامها مع الحالات ذوي الإعاقة العقلية الخفيفة بشرط أن يراعى الفاحص فهم المفحوص لأسئلة المقابلة، كما

أن المقبلة الكليينكية تعطى للفاحص بيان وتشخيص واضح للأعراض. الدراسات السابقة تقرر ارتفاع اضطرابات القلق لدى الأطفال المعاقين عقلياً، (Benson, 1985; Ginfel & Tonge, 1996) ولتوضيح القلق لدى الأفراد ذوي الإعاقة العقلية نشر إلى الميكانيزمات النفسية والبيولوجية المختلفة.

الوحدة النفسية لدى ذوي الإعاقة العقلية:

يذكر كلار دوبوس Clare Dupuis (٢٠٠٣) الصحة النفسية وخصوصاً الاكتئاب، وجد أنه ذو تأثير دال في حضور أو غياب المساندة الاجتماعية، فهناك مفهومان للعلاقات الاجتماعية يرتبطان بالاكتئاب هما: المساندة الاجتماعية والوحدة النفسية والوحدة النفسية. الوحدة النفسية مفهوم متعدد الأوجه وهو يشير إلى مفاهيم عديدة للعلاقات الاجتماعية مثل: التواصل المتكرر، السلوكيات المساندة، من الأشخاص بعضهم لبعض. الوحدة النفسية ترتبط نمطياً بالانفعال السلبي، للتقييم الذاتي لغياب العلاقات المرغوبة في حياة الشخص، بينما المساندة الاجتماعية والوحدة النفسية كلاهما متضمن في العلاقات الشخصية. فالمساندة الاجتماعية تقييم معرفي لمصادر الدعم، والوحدة النفسية تقييم معرفي يرتبط بحضور أو غياب العلاقات الاجتماعية المثالية والمرغوبة. والمعلوم أن المساندة الاجتماعية تؤثر على الصحة البدنية والنفسية للفرد، ويوجد دليل على أن علاقات المساندة تحمي الأفراد من الآثار السلبية للضغوط والاكتئاب (Hays, et al., 1998).

يوجد أدلة كثيرة على أن الوحدة النفسية هي طريق الاكتئاب، وتحليل محتواها حديثاً أشار إلى أن الوحدة تحمل وجوهاً عديدة يمكن أن توصف بكلمات مثل الفراغ، ونقص الإحساس بالانتماء، وأنها تختلف عن كون الشخص وحيداً Being alone وغالباً ما توصف بحضور الشخص مع الآخرين ومع ذلك يشعر بعدم الاندماج أو التواصل معهم (Rocach, 1988) والوحدة النفسية ترتبط بالاكتئاب بغض النظر عن نوع الشخص ذكر أو أنثى أو المجموعات العمرية، كما أنها ترتبط بالمهارات الاجتماعية، وأسلوب العزو، ومصدر المساندة، وتقدير الذات، ووجهة الضبط، وحجم شبكة العلاقات وجودتها.

إن دراسة الوحدة النفسية لدى سمادونيعاقات العقلية موضوع لم يلقَ الاهتمام الكافي، وتوجد عدة أسئلة تحتاج إلى إجابات حتى تتضح الوحدة النفسية وما يرتبط بها من متغيرات مثل:

- ما هي العلاقة بين الوحدة النفسية والاكْتئاب لدى المعوقين عقلياً؟
- ما هي العلاقة بين المساندة الاجتماعية والصحة النفسية (الاكْتئاب- الوحدة النفسية) لدى المعوقين عقلياً؟
- كيف يدرك الأفراد المعوقين عقلياً المساندة والصراع خصوصاً في العلاقات مثل الأسرة، الأقران؟
- لأى مدى تؤثر متغيرات (إدراك المساندة- وإدراك الصراع) في الصحة النفسية (الوحدة النفسية- الاكْتئاب) لدى المعوقين عقلياً؟
- إلى أي مدى يعبر الأفراد ذوي الإعاقة العقلية عن خبرة الوحدة النفسية؟
- كيف ترتبط الوحدة النفسية بالاكْتئاب لدى المعوقين عقلياً؟

الاكْتئاب لدى ذوي الإعاقة العقلية :

ذكرت أنا إسبونسون (Anna Esbensen,2004) الدراسات التي تناولت الاكْتئاب لدى الأفراد ذوي الإعاقة العقلية في ضوء النظريات المعرفية دراسات قليلة جداً، وفي محاولة فحص العلاج المعرفي للاكْتئاب بين شخصين من ذوي الإعاقة العقلية الخفيفة، من خلال التقرير الذاتي لمقياس بيك للاكْتئاب عند المعالجة، وأن العلاج السلوكي يأتي بنتائج أفضل مع ذوي الإعاقة العقلية، مع إمكانية العلاج المعرفي في تقييم السلوك اللفظي، وقد وجد ماتسون وآخرون (Matson et al., 1983) عدم وجود فروق في تكرار التقييمات الذاتية السلبية بين مجموعتين من المعوقين عقلياً المكتئبين وغير المكتئبين. وهذا الاستنتاج لا يتسق مع فكرة النظريات المعرفية بأن الأفراد المكتئبين يدلون ببيانات التقرير الذاتي أكثر سلبية.

كما توجد رابطة بين الوحدة النفسية والاكْتئاب والمهارات الاجتماعية لدى الطلاب ذوي الإعاقة العقلية الخفيفة، في مختلف البرامج التربوية، ومن هنا فإن دمجهم في برامج التعليم العام يساعدهم على تحسين التواصل الاجتماعي مع أقرانهم من

العاديين. ويعتبر المعاقون عقلياً أعلى في معدل الخطورة في نمو الأعراض الاكتئابية بسبب صعوبات العمليات المعرفية وصعوبة فهم الرسائل الاجتماعية، ومشاعر الوحدة، كما أن بعض الأعراض الاكتئابية لديهم تؤخذ من وصف الوالدين في شكل: صعوبات التواصل البصري، ضعف شديد في مهارات التواصل، انخفاض تقدير الذات، القلق، والشكاوى الجسمية.

وعليه فإن المعلمين يقع عليهم دور كبير في تدريب المعاقين عقلياً على مواجهة التحديات الاجتماعية، فالمهارات الاجتماعية تعكس قدرة الفرد على القيام بالسلوك المناسب من خلال المهارات مثل: التعاون، التحكم الذاتي، وفهم الحاجة للآخرين، مثل القدرة على المبادرة بالتفاعل الاجتماعي.

ومن الجدير بالذكر أن المشكلات السلوكية وتشتت الانتباه تعتبر صعوبات تتعكس على الواقف الاجتماعية مع الأقران وصعوبات تكوين الصداقات، وبالتالي يحتاجون إلى برامج تدريبية لتعزيز المهارات الاجتماعية، مما يزيد من الاضطرابات الانفعالية ومستويات الاكتئاب.

ذكر جبرائيل ماسي وآخرون (Gabriele, Masi, 2002) أن الأفراد ذوي الإعاقة العقلية أكثر عرضة للاضطرابات النفسية وفقاً لدليل التشخيص الإحصائي الرابع، ويمكن ملاحظة تلك الاضطرابات بمعدل زيادة ٤ مرات مقارنة بالعاديين، ومع الاعتراف بصعوبة تشخيص الاكتئاب لدى المعاقين عقلياً إذ يعتمد على الملاحظة، والتقارير الذاتي، إلا أن دراسات عديدة توصلت نتائجها إلى تعرض المعاقين عقلياً إلى الاكتئاب وذلك بسبب قصور المهارات الاجتماعية لديهم، وصعوبات التواصل وضعف القدرات العقلية.

السلوك التكيفي كدالة للصحة النفسية لدى المعاقين عقلياً:

السلوك التكيفي Adaptive Behavior : "تعود بدايات استخدام مصطلح السلوك التكيفي إلى العلوم البيولوجية التي استخدمت مفهوم التكيف Adaptation للدلالة على مدى قدرة الفرد على التكيف مع العوامل البيئية والطبيعية، ثم ظهر هذا المفهوم في العلوم الاجتماعية على أنه مدى قدرة الفرد على التكيف مع العوامل والمتغيرات

الاجتماعية أما في العلوم النفسية فقد اعتبرت مظاهر التكيف النفسي دلالة على الصحة النفسية لدى ذوي الاحتياجات الخاصة.

ولقد اهتمت الدراسات النفسية بدراسة السلوك التكيفي، وظهر مفهوم التكيف النفسي، ومفهوم التوافق النفسي، ويعتبر علم انفس من العلوم التي قدمت تفسيراً لمدى تكيف الفرد مع نفسه ومع البيئة التي يعيش فيها وفق معايير السواء واللاسواء، والشخصية السوية هي التي تستطيع تحقيق التكيف النفسي والاجتماعي ويبدو ذلك في:

- ❖ تحقيق الذات والرضا عن الذات.
- ❖ التحصيل الأكاديمي الناجح.
- ❖ القدرة على الإنتاج والعمل.
- ❖ القدرة على التفاعل الاجتماعي الناجح.
- ❖ بناء العلاقات الاجتماعية الناجحة.

وقد ساهم كثير من علماء النفس والتربية في اعتبار مفهوم السلوك التكيفي متغيراً أساسياً في اعتبار الفرد معاقاً عقلياً أم لا؟ وذلك من خلال القدرة على الاعتماد على الذات، وخاصة في مهارات الحياة اليومية وقدرته على الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية، والمهارات الاستقلالية والتي يقصد بها مهارات الحياة اليومية ومنها مهارات تناول الطعام والشراب، واستخدام دورة المياه، والنظافة الشخصية والاستحمام، والاهتمام بالمظهر العام، واستخدام الهاتف ووسائل المواصلات العامة. وترتبط مهارات السلوك التكيفي بمستوي ودرجة الإعاقة العقلية فالأطفال القابلين للتعلم يمكنهم تعلم مهارات السلوك التكيفي أسهل من أقرانهم ذوي الإعاقة الشديدة.

وعلى الرغم من اختلاف نظرة الباحثين إلى مفهوم السلوك التكيفي، إلا أن تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (AAMR) يعد الأكثر قبولاً في مجال التربية الخاصة، حيث ينص هذا التعريف على إن السلوك التكيفي هو "مدى قدرة الفرد على التفاعل مع بيئته الطبيعية، والاجتماعية، والاستجابة للمتطلبات الاجتماعية المتوقعة منه بنجاح مقارنة مع المجموعة العمرية التي ينتمي إليها، وخاصة متطلبات تحمل المسؤوليات الشخصية والاجتماعية باستقلالية" (الروسان، ٢٠٠٠: ٥٦). فالفرد ذو

الإعاقة العقلية المتوسطة والشديدة بحاجة ماسة إلى التدريب على أداء المهام الشخصية بأكبر قدر من الاستقلالية ومن ذلك مهارات تناول الطعام والشراب، والصحة الشخصية، وارتداء الملابس، والتنقل، والتعامل بالنقود واستخدام اللغة في التفاعل مع الآخرين، ومعرفة كيفية التصرف في المواقف الحرجة والطارئة. بالإضافة لذلك فهو بحاجة إلى استشعار معنى المسؤولية الشخصية من حيث زيادة الدافعية الذاتية نحو تحمله لمسئولياته الشخصية بعيداً عن الضغوط الخارجية من قبل الآخرين، أو الاعتماد عليهم في أبسط أمور الحياة. وكذلك تظهر المسؤولية الشخصية من خلال رغبة الفرد في تحمل مسؤولية سلوكياته الشخصية، والتي تنعكس بشكل واضح في قدرته على اتخاذ القرار المناسب. أما المسؤولية الاجتماعية فهي محصلة النضج العام للسلوكيات الشخصية والتفاعلية مع الآخرين داخل مجتمعاتهم الطبيعية، حيث يعد التزام الفرد وإتباعه للأنظمة والقوانين دليل على مدى تحمله للمسؤولية الاجتماعية واعتباره عضواً في الجماعة، وفي حال عجزه يصبح غير قادر على تحمل المسؤولية الاجتماعية والشخصية، ومن ثم يظهر لديه القصور الواضح في مهارات السلوك التكيفي.

(محمد الشناوي، ١٩٩٧)

ويذكر خالد البلاح (٢٠١٢) أن لامبرت ونيكول Lambert&Nicoll, 1976 قاما باستخدام مقياس السلوك التوافقي مقارنة أبعاد السلوك التوافقي لدى الأطفال الذين شخصوا تخلف عقلي وأقرانهم من العاديين، وقد افترض الباحثون أنه إذا كانت وحدة البناء العاملي تبرز في الطفولة مع التخلف العقلي، فإن ذلك ربما يفيد في التشخيص الفارقي، العينة شملت الطلاب في الفصول العادية والذين شخصوا على أنهم متخلفون عقلياً، وتم الأخذ بمعدلات وتقارير المعلمين وهناك بعدين تأكداً عبر التحليل العاملي، البعد الأول: تم تسميته "الاستقلال الوظيفي" Functional autonomy لأنه يعكس كفاءة السلوك التوافقي والذي من خصائصه دعم الوظائف الاستقلالية من خلال النمو الجسمي والمعرفي أو العقلي، البعد الثاني: تم تسميته "المسؤولية الاجتماعية" Social responsibility لأنه يعكس الذات، المسؤولية، والتطبيع الاجتماعي. النتائج من خلال التحليل العاملي أفادت كدليل أن الأبعاد الخاصة بالسلوك التوافقي مناسبة للأطفال المعوقين عقلياً وغير المعوقين عقلياً.

وفى هذا السياق قام Bensberg&Irans,1986 بمقارنة مقياس السلوك التوافقي مع مقياس فاينلاند لمسح الفصول، وشملت عينة الدراسة ضمن أهدافها تقييم العلاقات بين المقياسين التي تستخدم الدرجات الخام والتكافؤ في السن ومقارنة الوالدين ومعدلات المدرسين على نتائج فاينلاند، ومقارنة درجات التكافؤ في السن (من مقياس السلوك التوافقي) ودرجات العمر العقلي (من اختبار الذكاء) المشكلات في التحليل تبدو عندما تكون القدرة على تحويل الدرجات الخام إلى درجات معيارية، والنسب بسبب المعايير غير الكافية لمجموعات عمرية محددة، وقد قارن الباحثون الدرجات الخام من فاينلاند والأبعاد للسلوك التوافقي بالإضافة إلى مقارنة درجات التكافؤ العمرى على فاينلاند مع درجة كل طالب للعمر العقلي والذي تم استنتاجه من مقياس بينيه للذكاء، وأشارت إلى وجود علاقة متوسطة إلى مرتفعة بين الوظائف التوافقية والعقلية أو المعرفية.

وحاول Loveland&Tunali-Kotoski,1998 تقديم وصف ما هو الهدف الهام حول السلوك التوافقي لدى الأفراد المعاقين عقلياً، وأنه ليس فقط مجرد وصف لمظاهر التأخر، لكن ذلك يعنى مسار أو تنظيم جوانب النمو المختلف مع التصنيف التشخيصي، القدرة العقلية، والنضج. إن ذلك يتنوع وفقاً لأسباب التخلف العقلي وسياس بيئة الفرد، الباحثين وجدوا أن تنظيم السلوك التوافقي وعلاقته بالنمو العقلي يتنوع مع أسباب التخلف العقلي وارتباطه بالسن ونسبة الذكاء لدى الفرد.

كذلك قام DeBildt&Minderaa,2005 ببحث الخصائص السيكومترية لمقياس فاينلاند على عينة من الأطفال والمراهقين المعاقين عقلياً من الهولنديين. وافترضت الدراسة أن مقياس فاينلاند يمكن تطويره ويستخدم في قياس الوظائف التوافقية لدى الأطفال والمراهقين المعاقين عقلياً، واعتقد الباحثون كذلك أن زيادة النظرة إلى الخصائص السيكومترية سوف يساهم في إعداد دليل لاستخدام فاينلاند في تلك العينة. بداية تم بحث بنية المقياس من خلال التحليل العاملي، وقد أشارت النتائج إلى أن هناك بعد مركزي لثلاث أبعاد إدراكية لدى الأفراد ذوي المستويات الوظيفية من الخفيف إلى المتوسط. ذلك يتوافق مع البنية الدقيقة لمقياس فاينلاند، أما في المستويات من الشديد إلى التام من المستويات الوظيفية، فإن بنية الأبعاد الفرعية لم تكن

متماسكة كما يجب. وعند مقارنة درجات التوافق عند مقارنتها بدرجات الذكاء فكان هناك ارتباطات منخفضة لدى الأطفال ذوي المستويات الوظيفية من الخفيف إلى المتوسط من ذوي الإعاقة العقلية. وارتباط مرتفع بين درجات السلوك التوافقي ودرجات الذكاء لدى المعوقين عقلياً ذوي المستويات الوظيفية من الشديد إلى التام. هذه النتائج تعطى دعماً لزمع الباحثين أن نسبة الذكاء والسلوك التوافقي أكثر ارتباطاً لدى العينات سمادونيعاقات الشديدة.

وقد أشارت "عبير الصبان" (١٩٩٥) في دراستها التي هدفت إلى التعرف على أنماط السلوك غير التكيفي لدى طلاب وطالبات معاهد التربية الفكرية في مدينة جدة، ومعرفة الفروق في أنماط السلوك غير التكيفي تبعاً لمتغير العمر والجنس ودرجات الذكاء. وأشارت النتائج إلى عدم وجود فروق بين الجنسين في أنماط السلوك غير التكيفي ترجع إلى متغيري الجنس والعمر، بينما وجدت فروق دالة في مجالات: السلوك النمطي، واللمزات Mannerism وسلوك إيذاء الذات، والاضطرابات النفسية والانفعالية، والعادات الصوتية غير المقبولة، والنشاطات الزائدة، لصالح ذوي الذكاء المنخفض.

وفي هذا السياق أشارت العديد من الدراسات التي تناولت السلوك التكيفي لدى ذوي الإعاقة العقلية إلى انتشار مظاهر السلوك غير التكيفي بين هؤلاء الأطفال، وأن أكثر مظاهر السلوك غير التكيفي انتشاراً هي النشاطات الزائدة والسلوك النمطي والانسحابي، والعادات الصوتية غير المقبولة، والاضطرابات النفسية والانفعالية، وأن مستوى المظاهر السلوكية غير التكيفية مرتبط بنوع ودرجة الإعاقة، وإجمالاً هناك علاقة بين مستوى السلوكيات غير التكيفية ودرجة الذكاء.

جدول (٢)

مظاهر السلوك التكيفي واللاتكيفي لدى المعوقين عقلياً

م	السلوك التكيفي	م	السلوك اللاتكيفي	م	مظاهره
١	المهارات الاستقلالية	١	العدوانية		وتتضمن العدوانية عدداً من أشكال السلوك المتمثلة في الإيذاء الجسدي والمعنوي للآخرين
					ويقصد بها مهارات الحياة اليومية ومنها مهارات تناول الطعام والشراب واستخدام

م	السلوك التكيفي	مظاهره	م	السلوك اللاتكيفي	مظاهره
		دورة المياه، والنظافة الشخصية والاستحمام والاهتمام بالمظهر العام واستخدام التلفون ووسائل المواصلات العامة.			باستعمال الإيماءات التهديدية والألفاظ النابية والضرب وشذ الشعر، وإتلاف الممتلكات الخاصة والعامة كتمزيق المجلات والكتب والأثاث وتكسير الشبايك، والبكاء والصراخ الحاد.
٢	المهارات الجسمية والحركية	ويقصد بها مهارات استخدام الحواس كالبصر والسمع ومهارات التوازن الجسمي والمشي والركض والتحكم بحركة اليدين واستعمال الأطراف.	٢	السلوك اللااجتماعي	ويتضمن ذلك مضايقة الآخرين ونشر الإشاعات والأكاذيب والقصص المبالغ فيها وإزعاج الآخرين بالأسئلة، والتدخل في شؤون الآخرين وإفساد أعمال الآخرين وعدم احترام مشاعر الآخرين وممتلكاتهم مثل رفع صوت الراديو والتلفزيون والحديث بصوت عال وغاضب واستخدام اللغة البذيئة، واستخدام ممتلكات الآخرين دون استئذان.
٣	مهارات التعامل بالنقود	ويقصد بها مهارات معرفة القطع النقدية المعدنية والورقية والتميز بينها ومعرفة أهميتها، وتنظيمها، وتوفيرها، والمهارات الشرائية البسيطة.	٣	السلوك التمردى	ويتضمن ذلك تجاهل الأنظمة والتعليمات ومخالفتها، ومعاكسة الآخرين، في العمل واللعب والسلطة، والسلوك الهروبي من المدرسة والنشاطات الجماعية، ومقاطعة وعرقلة نشاط الآخرين.
٤	المهارات اللغوية	ويقصد بها مهارات اللغة الاستقبالية والتعبيرية والتمثلة في استقبال وفهم وتنفيذ اللغة (المهارات اللغوية الاستقبالية) ومهارات النطق والتعبير اللفظي والكتابي والقراءة ومهارات اللغة الاجتماعية (المهارات اللغوية التعبيرية).	٤	السلوك التشككي	ويتضمن ذلك أخذ ممتلكات الآخرين دون الاستئذان، والكذب والغش في اللعب والكذب في المهمات الموكلة إليه.
٥	مهارات	ويقصد بها مهارات معرفة	٥	السلوك	ويتضمن ذلك الجلوس أو الوقوف

م	السلوك التكيفي	مظاهره	م	السلوك اللاتكيفي	مظاهره
	الأرقام والوقت	الأرقام والتميز بينها وقراءتها وكتابتها، ومعرفة الوقت ومعرفة أيام الأسبوع والأشهر والسنوات.		الانسحابي	بدون عمل، والخمول والكسل والانسحاب من المواقف الاجتماعية، وبالتالي السلوك الانعزالي.
٦	المهارات المهنية	ويقصد بها المهارات المهنية البسيطة مثل مهارات النظافة والبستنة، وجمع النفايات، والنسيج والخياطة والنجارة والقش والخيزران، والمهارات المتعلقة بإنجاز العمل والمحافظة على أدوات العمل ومواعيده وتعليماته.	٦	السلوك النمطي	ويتضمن ذلك أشكال السلوك المتكرر على وتيرة واحدة كقرعة الأصابع وتحريك اليدين أو القدمين والحركات الجسمية المتكررة والجلوس ووضع الركبتين تحت الصدر أو قطع الغرفة ذهاباً وإياباً والاستلقاء على الأرض.
٧	مهارات التوجيه الذاتي	ويقصد بها المهارات المتعلقة بتوجيه الفرد لذاته وخاصة مهارات المبادرة أو السلبية أو المثابرة والإصرار ونشاطات أوقات الفراغ.	٧	العادات الشخصية غير المقبولة	ويتضمن ذلك الحديث في وجوه الآخرين والنفخ في وجوه الآخرين وتقبييل الآخرين ومعانقة الآخرين والتعلق بهم.
٨	مهارات تحمل المسؤولية	ويقصد بها مهارات المحافظة على الممتلكات الشخصية وتحمل المسؤولية والاعتماد عليه في تحمل المسؤولية بإنجازه للأعمال الموكلة إليه.	٨	العادات الصوتية غير المقبولة	ويتضمن ذلك الحديث بصوت مرتفع ومزعج مع الآخرين والضحك بشكل غير مناسب وتقليد أصوات الآخرين بسخرية.
٩	مهارات التنشئة الاجتماعية	ويقصد بها مهارات التفاعل الاجتماعي مع الآخرين مثل مهارات التعاون مع الآخرين ومساعدتهم، وتقدير واحترام مشاعر الآخرين ومعرفة الآخرين وخاصة أفراد أسرته وزملاءه في المدرسة وأسماء جيرانه، وعنوانه ومكان سكنه وعمل والديه، والمشاركة في النشاطات الجماعية، أو	٩	العادات الغريبة	وتتضمن عادات غير مقبولة اجتماعياً مثل ملء الجيوب بالأرز والخيط، وأغطية الزجاجات، والطعام، وسيلان اللعاب وعض الأصابع وقضم الأظافر أو تمزيق الملابس والخوف والصرخ لأي سبب.

م	السلوك التكيفي	مظاهره	م	السلوك اللاتكيفي	مظاهره
		السلبية والأناية في التعامل مع الآخرين والنضج الاجتماعي والمتمثل في تناسب السلوك مع المواقف الاجتماعية.			
١٠			١٠	النشاط الزائد	ويقصد بذلك أشكال السلوك المتمثلة في الحركة الزائدة في الكلام والجري والقفز أو الحركة المستمرة.
١١			١١	السلوك العصابي	ويتضمن ذلك السلوك المبالغ فيه والاستجابات الانسحابية، ولوم الآخرين، ونوبات الغضب، والغيرة، وجذب الانتباه، والشعور بالاضطهاد، وتوهم المرض، ومظاهر عدم الاستقرار الانفعالي.
١٢			١٢	استخدام العقاقير والأدوية: للتشنج.	ويتضمن ذلك استعمال الأقراص المهدئة والأدوية والعقاقير المضادة للتشنج.

ولا نغفل دور التدريب على المهارات الحياتية life skills والتي تمثل أنشطة وسلوكيات يقوم بها الفرد في كل يوم، وبعض هذه الأنشطة قد تكون عقلية أو مهارية أو اجتماعية من خلال العمل ومن خلال ممارسته الحياة اليومية في الأسرة، ومن خلال التفاعل اليومي مع الرفاق والجيران والأقارب وغيرهم. والمهارات الحياتية تشير كذلك إلى نمط حياة الفرد، وتوجد اختلافات كثيرة في اكتساب مهارات الحياة اليومية بين الأشخاص، وتتمثل تلك المهارات في التواصل مع الآخرين، إدارة الوقت، الاستقلالية، الأنشطة، وعادات الأكل والشرب والنوم وغيرها.. وبالنسبة للطفل المعاق عقلياً عادة ما تنخفض مستويات التكيف لديه، إضافة إلى استخدام مهارات حياة يومية خاطئة، وتقاس مهارات الحياة اليومية المكتسبة بمستوى السلوك التكيفي للفرد عند التعامل مع الآخرين.

وأشار "حسين المالكي" (٢٠٠٨) في دراسته التي هدفت إلى مقارنة مهارات السلوك التكيفي لدى التلاميذ المعوقين عقلياً باستخدام مقياس فاينلاند للسلوك التكيفي.. وتوصل إلى نتائج منها: وجود فروق في السلوك التكيفي بين تلاميذ المعاهد وتلاميذ برامج التربية الفكرية الملحقه لصالح تلاميذ برامج التربية الفكرية الملحقه بالمدارس العادية. وكذلك وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات تلاميذ المعاهد ومتوسطات تلاميذ برامج التربية الفكرية الملحقه بالمدارس العادية في الأبعاد الفرعية (المهارات الذاتية، الأنشطة المنزلية، المهارات المجتمعية، العلاقات الشخصية المتبادلة، المسايرة) وذلك لصالح تلاميذ برامج التربية الفكرية الملحقه بالمدارس العادية. ويعتبر الفرد لديه نقص في السلوك التكيفي إذا كان على الأقل نقص في مهارتين من عشر مهارات للسلوك التكيفي. ففي عام (٢٠٠٢) تبنت الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي تعريفاً حديثاً للتخلف العقلي ينص على أنه "عجز يوصف بأنه قصور جوهري وواضح في كل من الأداء الوظيفي العقلي والسلوك التكيفي، ويظهر جلياً في المهارات التكيفية المفاهيمية والاجتماعية والعملية.. ويبدأ هذا العجز قبل سن ١٨ سنة" أما بالنسبة للسلوك التكيفي فقد عرفه ليلاند بأنه "القدرة على التكيف مع المتطلبات البيئية المتمثلة في ثلاثة لأنماط سلوكية هي: الوظائف الاستقلالية، المسؤولية الشخصية، والمسؤولية الاجتماعية".

الأنشطة الفنية والصحة النفسية للمعاقين عقلياً:

إن للفن دوراً مهماً في التربية وهو وسيلة وليس غاية، وسيلة لإيجاد الإنسان المتكامل الشخصية، ومن خلاله فإن التعبير الفني يعتبر وسيلة لتنمية المهارات الفنية والتعليم عند الأطفال، لأن الأطفال يدركون الأشياء المرئية أكثر من الشفهية. ومن هنا نجد أن التربية الفنية لها دور في نمو قدرات هذه الفئة الخاصة، حتى يستطيعوا التعبير عما بداخلهم من مشاعر وأحاسيس، وتنمية القدرات الفنية، ويتضح هذا الدور في سرعة الاندماج والتفاعل مع المجتمع الذي يعيشون فيه مع الآخرين وأن الفن وسيلة

تربوية فعالة تساعدهم على النمو النفسي والوجداني والحركي والأدائي، ومن هذه القدرة يستمد الفن فاعليته في المساعدة على التوافق بين الأحاسيس والمشاعر ونمو التفكير وحل المشكلات، ومن خلال الفن نستطيع أن نصل بهؤلاء الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية إلى مستوى متقدم من حيث الكفاءة والشخصية الاجتماعية التي تساعدهم على التعايش مع أقرانهم العاديين.

وتساعد الأنشطة الفنية هؤلاء الطلاب على اكتشاف ميولهم ومهاراتهم وقدراتهم الفنية المختلفة، كما تساعدهم على تخطي المشاكل التي تواجههم لأنه يكسبهم الثقة بالنفس، ويعبر عما بداخلهم ويساعد على التعرف على طبيعة الطلاب وخصائصهم، ويعتبر الفن من الوسائل التعليمية المشوقة والمسلية التي ترتقي بسلوك الطالب، تنمية المهارات الفنية والإبداعية، والاهتمام بجوانب القصور لدى هؤلاء الطلاب.

ويمكن للأطفال ذوي الإعاقة العقلية التعبير عما بداخلهم من مشكلات مترتبة عن الضغوط التي يعانونها من قصور التواصل، وقلة المحصول اللفظي وضعف الانتباه والإدراك والتذكر، من خلال الفنون التشكيلية، واللعب والتعلم، والتعلم من خلال اللعب، وتفرغ الطاقة وتوجيه السلوك المضطرب والنشاط الزائد. وتحويل وقت الفراغ إلى وقت مثمر يخفف مشاعر العزلة والوحدة النفسية في ممارسة عمل محبوب سهل له ناتج مباشر من خلال اللعب بالصلصال أو الطين أو عمل رسوم ملونة لأشكال ومناظر يحبونها ويسعدون بها، ومن هنا يعبر الطفل عما يدور بداخله بحريته وبأسلوبه الخاص، ويترجم عن أحاسيسه الذاتية وقيمه الجمالية وشخصيته دون ضغوط من خلال التعبيرات فتتمو خبراته وتتطور مشاعره.

جودة الحياة والصحة النفسية للمعاقين عقلياً:

إن شعور الطلاب المعاقين بجودة الحياة يمكن ترجمته من خلال الرضا عن الحياة الشخصية في البيت والمدرسة والمجتمع، ويرتبط هذا الرضا بالعلاقات الاجتماعية (الانتماء الاجتماعي) والقدرة على المشاركة في الأنشطة المدرسية والاجتماعية، مما يعبر عن جودة حياة الطلاب المعاقين في الإحساس بالانتماء الاجتماعي، ثم السعادة والرفاهية وهو ما يؤثر بدوره على مستوى السلوك التكيفي لديهم.

كما يمكن التنبؤ بجودة الحياة لدى المعاقين عقلياً من خلال مهارات السلوك التكيفي، وعندما يسأل الوالدان عن جودة حياة الأبناء من المعاقين عقلياً فإنهن يشرن إلى دور الأنشطة والترويح وممارسة الهوايات كمؤشرات لمكونات جودة الحياة الأساسية لأبنائهن لأنها تساعد على تحسين مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي. ولا شك أنه يوجد عدد من المتغيرات تساهم في جودة حياة الفرد المعاق ذهنياً مثل: مفهوم الذات، التسكين التربوي (العزل / الدمج) والسلوك التكيفي، مفهوم الذات ودرجة الذكاء وشدة الإعاقة العقلية وتدنى السلوك التكيفي منبئات بجودة الحياة لدى المعاقين ذهنياً.

كما أن التسكين التربوي وبرامج التأهيل وأوجه المساندة التي تقدم للمعاقين عقلياً تساعد على تحقيق قدر من جودة الحياة عندهم. ففي برامج العزل تظل دائرة التفاعلات مقتصرة على الأقران من نفس الفئة، أما في برامج الدمج فهناك فرصة أكبر للتفاعل واكتساب سلوكيات تكيفية واستقلالية أكبر، مع تغير في الاتجاهات السلبية لدى الأقران العاديين في فصول التعليم العام. وتوصلت (مريم الشيرازي، ٢٠١٣) إلى أن هناك تقارب في نتائج البحوث السابقة على تبني التوجه متعدد العوامل للسلوك التكيفي والذي يضم المهارات الحركية والجسمية، والمهارات الاستقلالية، والمهارات المعرفية والأكاديمية، ومهارات التواصل والمهارات الاجتماعية كمدخل لتحسين السلوك التكيفي. وقد أشارت نتائج بعض الدراسات إلى أهمية دور أساليب التنشئة الوالدية في تعلم المعاقين عقلياً للسلوكيات التكيفية، فالحماية الزائدة تعطل الاستقلالية واكتساب المهارات بشكل إيجابي.

وفى الواقع يرتبط بجودة حياة الأفراد المعاقين عقلياً جودتهم في ممارسة المهارات الحياتية اليومية، والتي صنفتها الجمعية الأمريكية لذوي التخلف العقلي (٢٠٠٢) إلى:

- ١) مهارات التواصل: وتشمل التعبير اللغوي، قراءة وكتابة، واستخدام النقود.
- ٢) مهارات اجتماعية: وتشمل علاقات شخصية، مسئولية، إتباع القوانين.
- ٣) مهارات عملية: وتشمل مهارات شخصية أكل ولبس ونظافة، وتشمل أيضاً مهارات تجهيز الأكل وأخذ الدواء واستخدام الهاتف وإدارة الأموال واستخدام المواصلات.
- ٤) مهارات مهنية.

٥) مهارات المحافظة على الأمن والسلامة.

ويمكن تقسيم المهارات الحياتية للمعاقين عقلياً إلى ثلاث محاور:

١) مهارات الحياة اليومية: وتشمل إدارة الشؤون المالية والشخصية، الاختيار، إدارة

الأسرة، رعاية الحاجات الشخصية، مهارات الشراء، العناية بالملابس، التنقل.

٢) مهارات الإعداد والتدريب المهني: وتشمل انتقاء الخبرات المهنية، مهارات يدوية، التأمين.

٣) مهارات شخصية اجتماعية: وتشمل وعى الذات، الثقة بالنفس، تحقيق السلوك القبول، تحقيق الاستقلالية، التواصل مع الآخرين.

وتتضمن مظاهر جودة الحياة العوامل المادية والتعبير عن حسن الحال، وإشباع الحاجات والرضا عن الحياة، إدراك الفرد للقوى والمتضمنات الحياتية وإحساسه بمعنى الحياة، والصحة والبناء البيولوجي وإحساس الفرد بالسعادة، ثم جودة الحياة الوجودية وتمثل الوحدة الموضوعية والذاتية لجوانب الحياة وتدلل على جودة الحياة الأكثر عمقاً داخل النفس (حسن مصطفى، ٢٠٠٥).

مراجع الفصل السابع

١. إبراهيم عبد الله الزريقات (٢٠١٢) : متلازمة داون الخصائص والاعتبارات التأهيلية. دار وائل للنشر، عمان.
٢. حسن مصطفى عبد المعطى (٢٠٠٥): الإرشاد النفسي وجودة الحياة في المجتمع المعاصر، المؤتمر العلمي الثالث لكلية التربية جامعة الزقازيق "الإنماء النفسي والتربوي للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة" الزقازيق ١٥-١٦ مارس ، ص ص ١٣-٢٣ .
٣. خالد عوض البلاح وإيمان السيد (٢٠١٢) : الذكاء والسلوك التوافقي. ورقة عمل منشورة، موقع أطفال الخليج. www.gulfkids.com
٤. حسين على المالكى (٢٠٠٨): مهارات السلوك التكيفي عند تلاميذ معاهد وبرامج التربية الفكرية في مدينة الرياض (دراسة مقارنة) رسالة ماجستير، جامعة الملك سعود.
٥. عبير محمد الصبان (١٩٩٥): أنماط السلوك غير التكيفي لدى طلاب وطالبات معاهد التربية الفكرية في مدينة جدة من المملكة العربية السعودية. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة أم القرى.
٦. عبد المطلب القرطبي (٢٠٠١) : سيكولوجية ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة. ط ٢، القاهرة، دار الفكر العربي.
٧. محمد محروس الشناوي (١٩٩٧) : التخلف العقلي : الأسباب، التشخيص، البرامج . القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
٨. مريم عيسى الشيرازي (٢٠١٣): السلوك التكيفي وعلاقته بجودة الحياة لدى التلميذات المعاقات ذهنياً بدولة قطر. مجلة الطفولة العربية، العدد ٥٤ ، ص ص ٦٧-٩٦ .
٩. كمال مرسى (١٩٩٦) :مرجع في التخلف العقلي. الكويت، دار القلم.
10. Anna Johanna Esbensen, (2004). Depression in individuals with mental retardation: an evaluation of cognitive theories. The Degree Doctor of Philosophy in the Graduate School of The Ohio State University.
11. Clare Lillian Dupuis (2003). Depression , loneliness if support in individuals with a mild intellectual disability. Degree of Doctor, The facility of graduates studints, University of Calgary.
12. Gabriele,Mas;Letizia Favilla&Maria Mucci (2000). Generalized anxiety disorder in adolescents and young adults with mild mental retardation. Sychiatry,63 (1) PP.54-64.

13. Gabriele, Mas; Letizia Favilla & Maria, Mucci (2000). Assessment of anxiety and depression in adolescents with mental retardation. *Child psychiatry and Human Development*, Vol. 32 (3), pp. 227-237.
14. Bensberg, G. J., & Irons, T. (1986). A comparison of the AAMD Adaptive Behavior Scale and the VABS within a sample of persons classified as moderately and severely mentally retarded. *Education and Training of the Mentally Retarded*, 96, 220-228.
15. DeBildt, A., Kraijer, D., Sytema, S., & Minderaa, R. (2005). The psychometric properties of the Vineland Adaptive Behavior Scales in children and adolescents with mental retardation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35(1), 53-62.
16. Loveland, K. A., & Tunali-Kotoski, B. (1998). Development of adaptive behavior in persons with mental retardation. In J. Burack, R. M. Hodapp & E. Zigler (Eds.) *Handbook of Mental Retardation & Development*. Cambridge, UK: Cambridge Press.

الفصل الثامن

الصحة النفسية لذوي الإعاقة البصرية

الفصل الثامن

الصحة النفسية لذوي الإعاقة البصرية

تمهيد:

قال تعالى: "أفلم يسيروا في الأرض فتكون لهم قلوب يعقلون بها أو آذان يسمعون بها❖ فإنها لا تعمى الأبصار ولكن تعمى القلوب التي في الصدور" سورة الحج آية ٤٦.

إن الطفل الكفيف تتنابه مشاعر الغضب نتيجة الصراع الذي يحدث داخله بين رغبته في الاستقلالية واضطراره إلى الاعتماد على الآخرين بحكم الإعاقة، وفي هذا الإطار فإن الطفل الكفيف يشعر في معظم الأحيان بالإحباط والفشل نتيجة للوم الذات. ويرى كثير من الباحثين أن الصورة العامة للجانب النفسي لدى المكفوفين، ترتبط بتقبله للإعاقة، كما أن الاتجاهات الاجتماعية نحو الكفيف تؤثر سلباً على بنائه النفسي والاجتماعي، وتظهر هذه الصورة في مظاهر عديدة منها: الإحساس بالعجز، ضعف الثقة بالنفس، الشعور بالإحباط، الانسحاب والانطوائية، الاضطراب وسوء التوافق، الميل إلى التعويض، الشعور بالدونية، الميل لاستخدام الحيل الدفاعية بكثرة مثل الكبت والتعويض والانسحاب، الشعور بالاغتراب، التمرکز حول الذات، الشعور بالوحدة النفسية والاكئاب، انخفاض مفهوم الذات.

القلق لدى ذوي الإعاقة البصرية:

مرحلة المراهقة يمكن أن تكون سبباً كبيراً للقلق لدى المعوقين بصرياً، الذين يواجهون ليس فقط التغيرات النمائية في تلك المرحلة، لكن كذلك معاناتهم من فقدان الحاسي، وقد بينت دراسات عديدة زيادة درجة القابلية للانجرار والصعوبات التي تحدث خلال نمو وتطور الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة البصرية. ويضيف "هوير وأرو" أن الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة البصرية أكثر مستوى في العزلة الاجتماعية، ولديهم أصدقاء قليلون وشبكة علاقات اجتماعية صغيرة، وقد تشمل أفراد الأسرة، الأقارب، الأقران المعوقين الآخرين. وبعض المراهقين سمادونيعاقات ينقصهم المساندة الاجتماعية الكافية، وقد افترضت دراسات عديدة أن الأطفال والمراهقين المعوقين وسمادونيمراض المزمنة لديهم مشكلات سيكولوجية أكثر من الأشخاص الأصحاء.

ورغم وجود بعض الدلائل العلمية على أن الإعاقة تضع الطفل والمراهق في خطورة نفسية، وربما لا يكون ضرورية في إحداث مشكلات تتعلق بالوظائف الاجتماعية، أو على تقدير الذات، وعمليات النمو الناجح، فالشخص المعاق يمكن أن ينمو ويتطور حتى يصبح شخصاً متوافقاً وذو توازن نفسي (Huurre&Aro,1998: 73-74).

يذكر إيهاب الببلاوي (٢٠٠١) أن للإعاقة البصرية تأثيرات سلبية على مفهوم الفرد عن ذاته، وعلى صحته النفسية وربما تؤدي به إلى سوء التكيف الشخصي والاجتماعي، والاضطراب النفسي نتيجة الشعور بالعجز والدونية والإحباط والتوتر، وفقدان الشعور بالطمأنينة والأمن.

وقد عرف القلق لدى ذوي الإعاقة البصرية بأنه "خبرة انفعالية غير سارة يعاني منها الأفراد ذوو الإعاقة البصرية عندما يشعرون بخوف أو تهديد من شيء دون أن يستطيعوا تحديده تحديداً واضحاً، ويتضح ذلك من زملة الأعراض الفسيولوجية والانفعالية، واضطراب علاقاتهم الاجتماعية وتشويه مفهوم الذات لديهم والشعور الدونية واضطراب عمليات لتفكير، وخوفهم من المستقبل المهني والأسرى، وشعورهم بالارتباك بحيث يصعب عليهم أداء متطلبات حياتهم اليومية بكفاءة"، (إيهاب الببلاوي، ٢٠٠١، ٣٤-٣٥). وقد توصلت نتائج دراسات عديدة إلى وجود علاقة بين الإعاقة البصرية والأعراض العصبية وأن أكثر تلك الأعراض انتشاراً هي القلق. أضف إلى ما سبق نتائج العديد من الدراسات عبد العزيز الشخص، ١٩٩٢، وآمال نوح، ١٩٩٥ وغيرهم والتي أشارت إلى أن ذوي الإعاقة البصرية يغلب عليهم مشاعر القلق والصراع والدونية، والسلبية، وعدم الثقة بالنفس، والانطواء، ويستخدمون الحل الدفاعية كالكبت والتعويض، والانسحاب.

وفيما يتعلق بالقلق الاجتماعي لدى ذوي الإعاقة البصرية أشارت (أسماء الخضير، ٢٠١١) أن الفرد ذو الإعاقة البصرية يحيا حياة مختلفة عن حياة المبصر، فهو يعيش في عالم من العزلة والانطوائية والتي تجعلهم بعيداً عن المجتمع، فالإعاقة البصرية تفرض عليه عالماً ضيقاً ومحدوداً تجعله لا يتمكن من إشباع حاجته النفسية، كما تجعله يشعر بأنه مرفوض ومنبوذ من المجتمع، وأن الآخرين لا يفضلون وجوده معهم، كما أنه يفتقد الخبرة في الحياة ولذلك فإنه لا يستطيع مواجهة المواقف الجديدة التي يمر بها وهذا ما يجعل القلق والإحباط يسيطر على حياته بشكل كبير.

ومن الآثار النفسية لكف البصر قلق المعاق بصرياً من مراقبة الآخرين لسلوكه وأنهم يرصدون عليه الأخطاء التي يقع فيها مما يجعله دائم التوتر وأكثر عرضة للقلق وعدم الإحساس بالأمن، وبالتالي فربما يسلك أحياناً سلوكاً غير مقبول من الناحية الاجتماعية ليتفادى الأخطاء التي من المحتمل أن يقع فيها. وهناك نوعان من القلق يعاني منهما المعوق بصرياً الأول يمكن عزوة إلى نقص ثقته فيما يتعلق بكفاءته الاجتماعية، والثاني يتعلق بعدم قدرته على التكيف مع كف البصر، كما يزداد القلق بوجه عام لدى ذوي الإعاقة البصرية كلما كانوا على وشك الدخول إلى مرحلة المراهقة. ولأن الإعاقة البصرية تؤثر في السلوك الاجتماعي للفرد تأثيراً سلبياً، حيث ينشأ نتيجة لها الكثير من الصعوبات في عمليات النمو والتعامل الاجتماعي، وفي اكتساب المهارات الاجتماعية اللازمة لتحقيق الاستقلالية والشعور بالاكفاء الذاتي وذلك نظراً لعجز المعوقين بصرياً أو محدودية مقدرتهم الحركية وعدم استطاعتهم ملاحظة سلوك الآخرين ونشاطاتهم اليومية وتعبيراتهم الوجهية، وغيرها مما يعرف (بلغة الجسم) Body language وتقليد هذه السلوكيات، أو محاكاتها بصرياً والتعلم منها. (محمد خضير، وإيهاب البلاوي، ٢٠٠٤: ١٥٠).

ولذلك فإن القلق الاجتماعي يأتي من مرتبة متقدمة على أنواع القلق الأخرى، وذلك لما يعانيه المعاق بصرياً من عدم القدرة على استخدام الإشارات الاجتماعية الخاصة بالتواصل الاجتماعي غير اللفظي مما سيمنعه من تكوين الصداقات لأنه يخاف من التعلق خوفاً من الغرباء، وكل ذلك بدوره يؤدي إلى العزلة والوحدة (إيهاب البلاوي، ٢٠٠١). ويعتبر القلق الاجتماعي من أكثر أنواع القلق انتشاراً بين ذوي الإعاقة البصرية، وقد يصاحبه تقييم ذاتي منخفض وخوف من النقد وقد يظهر على شكل شكوى من احتقان الوجه أو رعشة باليد، أو غثيان أو رغبة شديدة في التبول. ولذا سرعان ما ينسحب الفرد إلى مناطق آمنة، ويزيد من تجنب المناسبات الاجتماعية، من قبيل حفلات تناول الطعام والشراب، أو الحديث أمام الناس، حيث يكون تحت الملاحظة أو مركزاً للاهتمام وقد يفضل الوحدة وهو ممتلك زمامه، على خروجه إلى الأماكن بصحبة الآخرين معتمداً عليهم.

الوحدة النفسية لذوي الإعاقة البصرية:

يعاني المكفوفون من الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب ونقص المهارات الاجتماعية نتيجة عدم استطاعتهم التكيف مع المجتمع بسبب إعاقته مما يؤدي إلى شعورهم باليأس (سيد عبد العظيم، ١٩٩٨: ٢٩٥). وتعتبر الوحدة النفسية مشكلة شائعة لدى الكثير من الناس، بغض النظر عن النوع، السن، أو الخلفية الثقافية وهي تنتج عن إدراك الفرد لغياب العلاقات الاجتماعية المرضية، وتقترح البحوث أن الوحدة عامل خطر للتوافق النفسي الاجتماعي بين المراهقين، ويرتبط بالوحدة النفسية العديد من العوامل وعند بحث الفروق في الوحدة النفسية وفقاً للنوع هناك تضارب لكن معظم النتائج تقول أنها لصالح الإناث. وعند المقارنة بين العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة كانت الفروق لصالح ذوي الاحتياجات الخاصة، ويرجعون ذلك إلى الشعور بالنقص Deficits في المهارات الاجتماعية والصعوبات التي يواجهها في علاقات الأقران. وقد بينت العديد من البحوث أن الإعاقة البصرية تؤثر سلباً على النمو النفسي للأفراد المعوقين بصرياً، وتوصلت نتائج عديدة إلى معاناة المعوقين بصرياً من مستويات مرتفعة من الوحدة النفسية خصوصاً في مرحلة المراهقة. (Mona AlHadidi ;Jamal Alkateeb,2013)

وعلى الرغم من الاهتمام بالطلاب المعوقين بصرياً إلا أن تناول موضوع الوحدة النفسية لديهم لم ينل الحظ الوافر من الدراسة والتناول، وقد أشارت دراسة الشوارب (٢٠٠٥) إلى بحث المساندة الاجتماعية المدركة لدى المكفوفين في مرحلة ما قبل المراهقة، وقد توصلت نتائجها إلى أن شبكة العلاقات لدى العاديين أوسع بشكل دال عنها لدى المكفوفين، وقد قامت منى الحديدي وجمال الخطيب بدراسة (٢٠١٣) هدفت إلى بحث الفروق بين العاديين والمعوقين بصرياً في الوحدة النفسية، إضافة إلى بحث الفروق وفقاً للنوع على عينة شملت (٩٠) طالب (٥١ إناث، ٣٩ ذكور) و٧٩ عاديين (٤٤ إناث، ٣٥ ذكور) والمكفوفين ممن يستخدمون طريقة برايل في القراءة، تراوحت أعمارهم ما بين (١٥-٢٢) سنة باستخدام مقياس الوحدة النفسية النسخة العربية من مقياس UCLA إعداد رسل Russell,1996 والمكون من (١٠) عبارات وتوصلت النتائج إلى وجود فروق بين العاديين والمكفوفين في الوحدة النفسية لصالح المكفوفين، وتتفق

هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة ، وفي ذلك تتدخل عوامل مثل: المساندة الاجتماعية المدركة ، التوافق مع فقدان البصرى ، مدى فقدان البصرى ، والمشاعر الاكتئابية. كما أشارت النتائج إلى أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الوحدة النفسية وفقاً للنوع ، كما أنه لا توجد فروق دالة إحصائية ترجع إلى عامل السن ، حيث أن سن العينة كان متقارباً بينما أشارت نتائج دراسات أخرى إلى وجود فروق دالة لصالح السن الأصغر ، وبوجه عام الطلاب المكفوفين يعانون من مستويات عالية من الوحدة النفسية ، وهي تمثل عامل خطورة بالنسبة لاضطرابات النفسية مما يتطلب برامج تدريبية وإرشادية مناسبة للمكفوفين لخفض مستوى الوحدة النفسية.

وتضيف سوزان هودج وآخرون (9: Suzanne Hodge ,etal., 2013) أن الوحدة النفسية والعزلة الاجتماعية تزايدت خلال السنوات الماضية كإحدى المشكلات الاجتماعية والتي تتطلب المواجهة ، وغالباً ما يصاحب الإعاقة البصرية عزلة اجتماعية ووحدة نفسية وأصبح هناك دليل من البحوث على أن الوحدة النفسية لها تأثير على الصحة البدنية والنفسية. كما أن كلا من العزلة والوحدة لهم شيع لدى الأفراد المفتقدون للأصدقاء ، أو المساندة الأسرية ، أو ترتبط مع كف البصر المصحوب بالمتاعب الصحية أو صعوبة الحركة والتنقل ، كما يرتبط فقدان البصرى بالاكئاب مما يقلل جودة الحياة لديهم.

والسؤال هل الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية أكثر شعوراً بالوحدة النفسية عن الأشخاص العاديين؟

من خلال البحوث التي تناولت الخصائص النفسية والاجتماعية للمعوقين بصرياً على مدى العشر سنوات الماضية منها دراسة بورميدي وآخرون 2002 Burmedi, عل عينة من ٧ أشخاص وتوصلت إلى وجود مستويات عالية من الوحدة النفسية لدى المعاقين بصرياً أكثر من العاديين ، وأن البحوث لم تتناول هذا الموضوع بشكل كافٍ ، وقد يصعب التعميم نظراً لصغر حجم العينات المستخدمة ، ومشكلات تطبيق الأدوات. وفي الغالب معظم الدراسات على اختلاف مكان إجراءها (أمريكا-السويد- بريطانيا- ألمانيا) خلصت إلى شيع الوحدة النفسية بشكل كبير لدى المعوقين بصرياً مقارنة بالعاديين.

العوامل المرتبطة بالوحدة النفسية والعزلة الاجتماعية:

عرضت سوزان هودج وآخرون (9: Suzanne Hodge, et al., 2013) لبعض العوامل المرتبطة بالوحدة النفسية لدى المعوقين بصرياً فيما يلي:

١- العيش وحيداً: Living alone

توصلت نتائج بعض الدراسات أن ارتفاع مستوى الوحدة النفسية لدى المعوقين بصرياً يرجع إلى أنهم يعيشون بمفردهم أو يلجؤون إلى الانفراد والعزلة حتى مع وجود آخرين معهم.

٢- العلاقات والمساندة الاجتماعية:

دراسات عديدة وجدت علاقة بين شبكة العلاقات الاجتماعية لدى المعوقين بصرياً والتبادلية والمساندة والوحدة النفسية، وربما يكون انخفاض مستوى التوافق مع الإعاقة هو السبب في ذلك وربما أكثر من ذلك فيما يتعلق بمشاعر الاكتئاب، والواضح أن انخفاض مستوى المساندة الاجتماعية يؤدي إلى الوحدة النفسية، حال عدم الرضا عن العلاقات والمساندة المدركة.

٣- العوامل النفسية:

ينظر الباحثين إلى عوامل الوحدة النفسية من زاوية الشخص وطبيعته النفسية وما يتعلق بتوافق الفرد مع فقدان البصر، ويؤكد بعض الباحثين على نوعية استراتيجيات المواجهة ومصادر المواجهة الذاتية بدلاً من البحث عن المساندة الخارجية سواءً من مصادر رسمية (جمعيات- المسئولين في العمل- دولة) أو غير رسمية (الأسرة- الأصدقاء- الجيران) والاتجاه نحو تعزيز استراتيجيات المواجهة.

وينظر البعض إلى الفاعلية الذاتية Self-efficacy وتقدير الذات والدافعية الذاتية أكثر من الاستسلام والسلبية وتعزيز الفاعلية الذاتية يقوى الكفاءة الشخصية والتحكم مما يقلل مشاعر الوحدة النفسية، كما أن هناك علاقة بين المساندة الاجتماعية والتوكيدية لدى ذوي الإعاقة البصرية وعند الفشل في مواجهة الاحتياجات الاجتماعية والتوكيدية يؤدي إلى العزلة الاجتماعية والاكتئاب.

٤- النوع:

تشير نتائج بعض البحوث إلى ارتفاع مستوى الوحدة النفسية في صالح الإناث، ولكن مستوى الوحدة النفسية يقل مع تقدم العمر، وكذلك اختلاف أساليب المواجهة والتوافق مع الإعاقة البصرية بين الذكور والإناث.

٥- الخائص الانفعالية:

إضافة إلى ما سبق فإن الخصائص الانفعالية للمعاقين بصرياً لها دور في تهيئة الفرصة للوحدة النفسية، وقد اتفق عديد من الباحثين أن المراهقين ذوي الإعاقة البصرية يغلب عليهم سوء التوافق الانفعالي والاجتماعي الذي يتبدى في تكوين مفهوم سالب عن ذاتهم يؤدي إلى ضعف الثقة بالنفس، وانخفاض الإحساس بالأمن، فضلاً عن مشاعر العجز والإحساس بالدونية التي ترفع مستوى الإذعان والاعتماد المسرف على الآخرين، والإحساس بالخجل الذي يرجع إلى الإحساس بأن الإعاقة لها دور كبير في تشويه صورة الوجه فيحاول إخفائه بالابتعاد عن الآخرين والانطواء.

مهارات التواصل والوحدة النفسية لدى المعوقين بصرياً:

يرى خالد البلاح ومجدى الشحات (٢٠١٤) أن فقدان حاسة البصر لا تحد من تعلم اللغة كما هو الحال مع الإعاقة السمعية، إلا أن هناك بعض الخصائص اللغوية المرتبطة بالإعاقة البصرية، فمثلاً هي تحد من قدرة الفرد على تعلم الإيماءات والتعبيرات. والكثير من المعوقين بصرياً يعانون من بعض الاضطرابات في الكلام واللغة ومنها ما اتفقت حوله الدراسات مثل:

- لا يستخدمون اللغة غير اللفظية لأنهم غير قادرين على اكتسابها.
 - عدم قدرتهم على رؤية المشاعر والأفكار التي يعبر عنها عادة بالإيماءات عند المبصرين، مثل حركات الجسد والابتسام ونظرات الغضب.
 - يعاني المعوق بصرياً من نقص في معاني ودلالات الكلمات التي لها علاقة بالنمو الحركي ومن أهمها اللزمات الحركية أو الحركات النمطية.
- وتضيف سوزان هودج وآخرون (22: 2013, Suzanne Hodge, et al.) أن سوء التواصل يرتبط بالوحدة النفسية والعزلة الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي، والعديد من

الدراسات والبحوث السابقة مثل: (Heine&Browning,2004) تناولت دراسة خبرات التواصل لدى المعوقين بصرياً.. وجدوا أن العوامل الاجتماعية مثل انخفاض الوعي بحاجات التواصل لدى المعوقين حسيّاً، يزداد مع الاستجابات النفسية بما يؤثر سلباً في قدرتهم على الارتباط بالتواصل، ويعاني المعوقين بصرياً من خبرة التواصل غير المكتمل أو الموقوف في كثير من مواقف التواصل الثنائي، والمحادثات مثل تكرار الاستماع أو ضعف التركيز لما يقال فيطلب إعادته، ومثل هذه المواقف تزيد من مشاعر العزلة الاجتماعية، وانخفاض الثقة بالنفس والانسحاب من هذه المواقف الاجتماعية ويزيد العزلة والوحدة النفسية. وقد لاحظ آينلي (1989) (Ainlay) أن الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية قد يجدون أنفسهم مهمشون marginalized في مواقف المحادثات مع العاديين، بسبب عدم قدرتهم على ملاحظة الإشارات البصرية والتلميحات الوجيهة والقرائن الاجتماعية في موقف الحوار ومن هنا يفترضون أنهم خارج نطاق الحوار بما يجعلهم ينسحبون من التفاعل مع الآخرين، بسبب متاعب الاندماج في التواصل وغياب فهم الإيماءات والتلميحات الوجيهة والتعبيرات الانفعالية.

وترى ماجدة عبيد (٢٠٠٠) أن عجز الكفيف يفرض عليه عالماً محدوداً وحين يرغب في الخروج من عالمه الضيق والاندماج في عالم المبصرين وحتى يستطيع ذلك فهو محتاج إلى الاستقلال والتحرر، ولكنه حينما ينالهما يصطدم بآثار عجزه والتي تدفعه مرة أخرى إلى عالمه المحدود، وحينئذ يتعرض لاضطرابات نفسية حادة نتيجة شعوره بعجزه عن الحركة بحرية وعلى السيطرة على بيئته كما يسيطر عليها المبصرون ويتولد في نفسه صراع الإقدام والإحجام، وقد يلجأ إلى أنواع من الحيل اللاشعورية التي قد تساعده في الهروب من هذه الحالة النفسية القلقة، فإما أن يسلك سلوكاً تعويضياً متحدياً عجزه محاولاً الاندماج في عالم المبصرين، أو أن يلجأ إلى الاعتزال منسحباً إلى عالمه المحدود الذي تفرضه عليه آثار عجزه.

الصدقة والصحة النفسية لدى المعوقين بصرياً:

في المراحل العمرية المبكرة تؤثر الإعاقة البصرية على المهارات الاجتماعية، لذلك تلعب حاسة الإبصار دوراً مهماً في النمو المبكر للسلوك الاجتماعي والتعرف الاجتماعي، والقدرة على إدراك وفهم السلوك الاجتماعي للآخرين والأفكار والمشاعر

التي تحدد ما يقوله وما يفعله الناس. والعجز في القدرة على فهم القرائن البصرية Visual cues يؤدي إلى صعوبات في بدأ الاحتفاظ بالتفاعلات الاجتماعية، وبدون الكفاءة البصرية يصبح الرضع متأخرين في نمو وإدراك وجذب الانتباه لسلوكيات الآخرين، وهي بمثابة مهارات مبكرة للتعرف الاجتماعي Social cognition ويوجد دراسات عديدة أثبتت أن الأطفال الصغار ذوي الإعاقة البصرية (كف البصر، ضعف البصر) يكونون أقل دعماً في التفاعلات الاجتماعية مقارنة بالأقران من العاديين (D,Allura,2002;McGala&Ferran,2001).

حيث وجدت هذه الدراسات أن الأطفال من الصف الأول حتى الصف السادس من ذوي الإعاقة البصرية أظهروا مستويات متدنية دالة في التوكيد الاجتماعي Social assertion مقارنة بالعاديين ولاحظ معلومهم من خلال المعدلات Rates أن الأطفال لديهم انخفاض دال في مجالات التعاون الاجتماعي مقارنة بالعاديين.

الملاحظ أن الأطفال ذوي الإعاقة البصرية ربما يحتاجون مساندة إضافية لنمو الكفاءة الاجتماعية خلال مرحلة المراهقة، وقد وجد Walffe&Sacks,1997 أن المراهقين ذوي الإعاقة البصرية يرتبطون سلبياً بالأنشطة الفردية مقارنة بالمراهقين العاديين، ويشيع العجز في التفاعل الاجتماعي لدى المكفوفين وضعاف البصر. إن المساندة والتدخل لتنمية المهارات الاجتماعية بين الطلاب ذوي الإعاقة البصرية ضروري لفهم العوامل التي ربما تساهم أو ترتبط بتلك المهارات.

وقد أجرى MacBroom,1997 مقابلات مع ١٠٢ من طلاب الجامعة ذوي الإعاقة البصرية في الأنشطة اللاصفية وركز على التوجه والانتقال، التواصل مع الآخرين، التوكيدية، الاستقلالية، والاندماج في الأنشطة، كل ذلك يساهم في نجاحهم الاجتماعي. وفي المقابل فإن الحماية الزائدة Overprotection من قبل أفراد الأسرة أو مقدمي الرعاية تساهم في تدني مستوى المهارات الاجتماعية والتي تمثل ضرورة للاستقلالية مما يدفع الطلاب إلى الاعتمادية، وفي المقابل فإن الاستقلالية تعلمهم التعاون وزيادة التفاعل مع الأقران، ومن الواضح أن برامج التدخل ذات أهمية في ذلك الجانب لفهم العوامل المساهمة في الكفاءة الاجتماعية والتي تؤكد تأثيرات الحاجة للعمل مع الأفراد ذوي الإعاقة البصرية والتي يحتاجونها قبل التحول إلى عالم البالغين.

والمواقع أن التفاعل الاجتماعي يلعب دوراً هاماً للأطفال في المرحلة الوسطى من الطفولة والمراهقة، حيث يقضون معظم أوقاتهم مع أقرانهم.. لكن التفاعل في المراهقة وما قبلها يمثل فترة تحديات بالنسبة للمعوقين بصرياً حيث تسبب الإعاقة تقييد لذلك التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، وذلك يوجب التدريب والتدخل لتحسين مستوى المهارات الاجتماعية.

التفاعل يمكن تعريفه بأنه نوع من الأخذ والعطاء والحركة بين اثنين أو أكثر من الأفراد، يؤثر كل منهما في الآخر، لذلك التفاعل الاجتماعي يحدث في سياق اجتماعي بصورة دينامية، بمعنى آخر يفسر الأفراد ماذا يقصد الآخرون، واستجاباتهم وفقاً لذلك.. الأطفال عندما يدخلون في مرحلة الطفولة الوسطى أو قبل المراهقة يصبح الأصدقاء بالنسبة لهم أكثر أهمية من أفراد الأسرة، ويصبح قضاء الوقت مع أعضاء الأسرة أقل بكثير مما يقضونه مع أقرانهم.

ويتحول التفاعل الاجتماعي إلى مكون هام في حياتهم، فالأطفال العاديين (المبصرين) يتعلمون من خلال التفاعل مع الأقران من خلال القرائن البصرية حيث يستطيعون قراءة لغة الجسم لدى أقرانهم والتصرف المناسب وفقاً لذلك، إن لديهم القدرة على الارتباط والاندماج مع أي نوع من الأنشطة. ثم تأتي مرحلة المراهقة فتزداد المشاركة في الأنشطة والعلاقات.

إن تأثير تفاعل الأقران على حياة المراهقين هام وضروري لأنهم يتدربون ويختبرون المهارات الاجتماعية، تدعيم المساندة، المشاركة في الأنشطة، والصحة، ويتعلمون قيم وعادات الأقران، والتفاعل مع الأقران ييسر المهارات الاجتماعية لدى الطلاب والسياقات البيئية خلال قضاء الطلاب لليوم الدراسي. وبالنسبة للطلاب في مرحلة الطفولة والمراهقة فإن التفاعل الاجتماعي يحدث خصوصاً في منازلهم ومدارسهم، ولكنهم عند بلوغهم سن ما قبل المراهقة معظمهم يقضون أوقاتهم مع أصدقائهم في المدرسة والجيرة، حتى لو أن التفاعل يحدث في البيت، فإنهم يقضون معظم وقتهم مع أصدقائهم بدلاً من أفراد الأسرة. لكن التفاعل الاجتماعي ربما يكن صعباً جداً للأفراد ذو الإعاقة البصرية، لأنهم لا يعطون الاستجابة السريعة والمباشرة بعد الحدث، المراهقين ذوي الإعاقة البصرية لديهم صعوبات في قراءة القرائن غير اللفظية من قبل الآخرين والتي تؤثر على مهاراتهم الاجتماعية.

وقد لاحظ الباحثين أن تفاعل الأقران العاديين مع ذوي الإعاقة البصرية يتميز بعدم الصبر وبالتالي يستبعدونهم من مواقف التواصل والتفاعل، مع شيوع الاتجاهات السلبية نحو ذوي الإعاقة البصرية. وقد أشارت بعض البحوث إلى أن المراهقين ذوي الإعاقة البصرية يعانون من الوحدة النفسية والعزلة الاجتماعية، ولديهم أصدقاء أقل وشبكة علاقاتهم محدودة حيث يعانون من صعوبات في نمو المهارات البينشخصية ولديهم أصدقاء أقل، وفرص أقل في التطبيع الاجتماعي، وأقل ارتباطاً بالآخرين عن الطلاب العاديين، تلك الحالة تدفع المراهق ذو الإعاقة البصرية لفرص أقل للقيام بالتفاعل الاجتماعي مع الأقران وتنمية مهاراته الاجتماعية. وأن الأطفال ذوي الإعاقة البصرية غالباً لديهم تدنى في النضج الاجتماعي وأكثر تمركزاً حول الذات عن أقرانهم العاديين. رغم أن التفاعل الاجتماعي أصبح أساساً لبناء علاقات ناضجة تؤثر على النمو الانفعالي. وعليه فالمراهقين ذوي الإعاقة البصرية يجب أن يدعموا مهاراتهم الاجتماعية حتى يتغلبوا على المعوقات والقيود وذلك من خلال برامج التدخل والتدريب. ومن خلال مقارنة العاديين مع ذوي الإعاقة البصرية يتضح أن تفاعلهم أقل خلال وقت الفراغ بسبب تأخر نمو المهارات الاجتماعية.

على الرغم أن المراهقين ذوي الإعاقة البصرية لديهم أصدقاء مقربين Best friends فالكثير منهم كذلك يعاني من العزلة الاجتماعية والقدرة على تشكيل والاحتفاظ بالصدقات مقارنة بالأقران العاديين. الطلاب ذوي الإعاقة البصرية وأقرانهم العاديين لديهم تدنى في الخبرات والاهتمامات المشتركة، المحادثة، التفاعل الاجتماعي والصدقة. وهناك عامل آخر يساهم في حدوث صعوبات اجتماعية لدى ذوي المكفوفين هو عدم الرؤية والاستجابة للإشارات الاجتماعية، مما يدفع الآخرين إلى تقليل فرص التفاعل والتبادل معهم، فمثلاً أثناء المحادثة لا يستطيع الكفيف رؤية الإيماءات، التعبيرات الوجهية، والتغيرات في الأوضاع الجسمية والتي يمارسها المشارك في المحادثة، والرؤية البصرية عامل هام من مكونات التواصل تحرم الشخص الكفيف من فهم رسالة المتحدث (Hewad,2006).

إن ذوي الإعاقة البصرية يجب أن يرتبطوا بتفاعلات مناسبة حتى ينمو لديهم الجانب الانفعالي والاجتماعي والأكاديمي، حيث تزداد المشكلات الاجتماعية والنفسية والأكاديمية المصاحبة للإعاقة البصرية مقارنة بأقرانهم العاديين. إنه من الصعب على المعوقين بصرياً ممارسة الأنشطة الحياتية كما يمارسها أقرانهم العاديين سواءً في المنزل أو في المدرسة.. أو غيرها. ولا يمكن ببساطة أن نفترض أن الأفراد ذوي الإعاقة البصرية يمكنهم التفاعل ببسر مع أقرانهم العاديين أو يمكن قبولهم تماماً دون تقديم المساعدة والدعم لهم، لهذا يجب على المعلمين بذل قصارى جهدهم لحث تحسين مستويات تقبل الأقران Peer acceptance.

إن معظم المهارات التي يستخدمها العاديين في تفاعلاتهم الاجتماعية اليومية يتم تعلمها خلال ملاحظة سلوكيات الآخرين من خلال النموذج Modeling ثم يحدث استدماج لهذه السلوكيات واختيار ما يتناسب مع أسلوب كل فرد في التفاعل مع الآخرين، على سبيل المثال الطفل يتعلم كيفية استخدام كلا من التواصل اللفظي وغير اللفظي عندما يحيى البالغين أو الأقران من خلال ملاحظته للآخرين في الوسط البيئي. وهنا يلعب التواصل اللفظي وغير اللفظي دوراً مهماً في التفاعل من حيث استخدام الأصوات المناسبة والكلمات المناسبة لكل موقف والتي تعبر عن رسالة ما. وعند حدوث الإعاقة البصرية فإن اكتساب المعلومات من خلال المجال البيئي يصبح صعباً، لافتقاد النموذج البصري والذي يعتبر أساساً في نمو المهارات الاجتماعية، وهناك مشكلة أخرى هي انعدام دخول المعلومات والمعرفة من خلال تلك الحاسة ومنها مثلاً صعوبة تلقى وإدراك وتفسير لغة الجسم Body language الإيماءات وتعبيرات الوجه وغيرها. وبالتالي فإن الأفراد ذوي الإعاقة البصرية يحتاجون إلى برامج تدريبية لتعزيز:

- السلوك المقبول اجتماعياً.

- تعلم كيفية التفاعل مع الآخرين.

إن التدريب على المهارات الاجتماعية في السياق البيئي الذي يتفاعل معه الطالب المعوق بصرياً يساعد على نمو المهارات الاجتماعية ويحسن مفهوم الذات والحالة النفسية عامة.

والمعروف أن مهارات التواصل غير اللفظي تشمل: التواصل البصري، تعبيرات الوجه، الإيماءات، التقارب، لغة الجسم، وضع الجسم، الهيئة أو المظهر. أما مهارات التواصل اللفظي تشمل: تحية الآخرين، الحصول على الانتباه، طلب المساعدة، المحادثة والحوار، المشاركة في النكات، التعاون مع الآخرين، التعامل مع مواقف الصراع، تشكيل الأصدقاء، الفهم والتعبير الانفعالي، التفاوض.

وتعلم كيفية استخدام تلك المهارات في الحياة عملية طويلة تتضمن الاستمرارية في التوافق مع المهارات وفقاً للتوقعات لدى الأفراد في المواقف التي يواجهونها، ذلك يعني أن الحصول على نقطة البداية في اكتساب المهارات الاجتماعية يعتبر مرحلة حرجة لدى الأطفال. وربما يتعلق التحسن في الأداء الأكاديمي بالتحسن في المهارات الاجتماعية من خلال الإحساس بالانتماء والتقبل وجودة الحالة النفسية الاجتماعية ومفهوم الذات الإيجابي، تكوين صداقات مع الأقران في المدرسة.

وإن كان من فوائد الصداقة تحسن الجوانب الانفعالية والمعرفية من حيث سؤال الأصدقاء بعضهم البعض عن الحالة الانفعالية والمشاعر والمساندة، وفي الجانب المعرفي الاستعانة بالنصح والإرشاد في مختلف المواقف. فإن من نواتج عدم اكتساب المهارات الاجتماعية لدى الأفراد واحد أو أكثر من الخبرات التالية: النبذ الاجتماعي، الفشل، العزلة الاجتماعية، القلق عند التفاعل مع الآخرين، مفهوم الذات السلبي، نقص الثقة في النفس، انخفاض التحصيل الدراسي، الملل والاكتئاب. ويمكن القول أن صداقات الأطفال تعتبر أنماط لما سيكون عليه العلاقات في البلوغ، المهارات الاجتماعية تساعدهم على الاندماج في المجتمع ليكونوا أفضل في العمل الجماعي، وتعزز لديهم الثقة بالنفس، والاستقلالية، والنجاح الاجتماعي في سن مبكرة.

وقد ذكر (خالد البلاح، ٢٠١٤) أن البحوث التي تناولت الجوانب الاجتماعية والنفسية أولت أهمية التواصل الاجتماعي والمساندة الاجتماعية لحث وتحسين الصحة النفسية، ومن المفترض أن دعم العلاقات مع الأقران، الأسرة والآخرين ذات أهمية بالغة للنمو النفسي والاجتماعي للأفراد المعوقين ومنها الإعاقة البصرية، والواقع أن تأسيس وحفظ الصداقات مع الأسر والأصدقاء يلعب دوراً هاماً في مواجهة تعقيدات وآثار الإعاقة.

البحوث على الأفراد ذوي القلق الاجتماعي بينت أن الفائدة من شبكة العلاقات الاجتماعية وخصوصاً التواصل مع الأصدقاء والاستراتيجية الفعالة لمواجهة الحياة الاجتماعية فوائد كثيرة، فالإعاقات ربما ينتج عنها قيود متوسطة إلى شديدة في الأداء في القواعد الاجتماعية، العمل، قضاء وقت الفراغ، الأسرة، والصدقات. إن الإعاقة يرتبط بها الوصمة الاجتماعية Social stigma مما يقيد القدرة على حفظ وإعادة بناء العلاقات.

المساندة الاجتماعية ربما تكون هامة جداً في مرحلة المراهقة لأن الكثير من التغيرات سواءً داخل الفرد أو في مظهره الخارجي، ويؤثر ذلك على المراهقين المكفوفين أو ذوي الإعاقة البصرية إذ يخبرون مشكلات ترتبط بالعالم الخارجي مما يدفع بمشاعر التعاسة وسوء التوافق النفسي إلى الظهور.

وهناك دراسات مقارنة تناولت الأنشطة الاجتماعية والمساندة الاجتماعية للمراهقين ذوي الإعاقة البصرية والعاديين منها دراسة قام بها Sacks&Wolffe, 1998 تناولت الحياة اليومية والأنشطة الاجتماعية للمراهقين ذو الإعاقة البصرية ووجدت أنهم يقضون معظم الوقت وحدهم مقارنة بالأفراد العاديين، وبالتالي فإن الاحتفاظ بالصدقات لديهم يواجه صعوبات عديدة.

وفي دراسة قام بها Rosenblum (1998) قارنت الصداقات لدى المراهقين ذوي الإعاقة البصرية والعاديين، ووجدت أن مجموعة العاديين لديهم أصدقاء مقربون أكثر من مجموعة المعوقين بصرياً وأظهرت أن البنات لديهن قدرة على تكوين الصداقات أكثر من البنين وهناك قيود على الأنشطة التي تتطلبها الصداقة الثنائية لدى مجموعة الإعاقة البصرية حيث تؤثر عليهم سلبياً وعلى صداقاتهم.

بعض الدراسات تناولت العلاقة بين المساندة الأسرية ومساندة الأقران والحالة النفسية لدى المراهقين العاديين، وبينت وجود علاقة إيجابية وتأثير إيجابي لهذه المساندة على التوافق النفسي لديهم، وقد أعطت المساندة الوالدية تنبؤاً قوياً بالمشكلات في الجانب النفسي كذلك. وقد وجد روبنسون Robinson (1995) أن المساندة الانفعالية والمادية تؤثر بشكل متفاوت على مفهوم الذات في المراهقة، وفقاً لمصدر تلك الأنواع من المساندة كوالدين أو الأصدقاء، لذلك توجد رابطة قوية بين المساندة الاجتماعية والصحة النفسية.

إن دراسة الصداقة لدى ذوي الإعاقة البصرية تعتمد على فهم تأثيرات الإعاقة البصرية على النمو الاجتماعي للأفراد والتي تشمل تقدير الذات، العلاقات بين الوالدين والطفل، والصداقات. والكفاءة الاجتماعية لدى الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة البصرية والتي غالباً ما تكون في مستوى أدنى عما هو الحال لدى أقرانهم من العاديين.

إن تنمية وحفظ الصداقات يعتمد على الخصائص الاجتماعية التي تدفع الأفراد إلى الصداقات الشائبة ومن المؤكد أن الإعاقة البصرية تؤثر على نمو وحفظ الصداقات لدى المراهقين خاصة المكفوفين منهم. أضف إلى ذلك أن المراهقين ذوي الإعاقة البصرية في المدارس العامة ربما لا يجدون فرص مواتية لنمو الصداقات مع زملائهم العاديين.

الواضح أن المراهقة ليست تغيرات فقط في النواحي البيولوجية لكنها تغيرات تشمل الجوانب الاجتماعية والنفسية، والواقع أنه ليست هناك بحوث كافية حول الصداقات لدى ذوي الإعاقة البصرية، بالرغم من المقارنة التاريخية الطويلة مع الأقران العاديين، وقد ركزت البحوث على عمليات التفاعل الاجتماعي والتقبل بين ذوي الإعاقة البصرية وأقرانهم العاديين والتحديات في أوساط المدارس العامة. وإن دراسة الصداقات لدى الأفراد ذوي الإعاقة البصرية التي يقوم بها الباحثين تواجه تحديان أساسيان هما:

أولاً: عند بحث الصداقات لدى المراهقين سمادون إعاقات بصرية وأقرانهم العاديين، من الضروري تحديد ما إذا كانت هذه الصداقات واقعية أم لا؟ في ظل الدفع الجاري لاندماج الأفراد المعوقين. وفي فصول الطلاب العاديين يجب أن تؤسس الرعاية لبداية الصداقات لدى الأطفال من قبل المساعدين والمعارف. البحوث المنظمة لفهم الصداقات أو تحديد ما هي الاستراتيجيات التي تساعد على تيسير الحاجة إلى الصداقات، كثير من المعلومات حول لماذا يطور الأطفال العاديين تواصلهم مع الطلاب المعوقين ولماذا تلك الصداقات ضرورية لفهمهم ومساندة تلك العلاقات العامة. وتحديدًا نحتاج بحوث متعددة حول الصداقات الشائبة التبادلية يمثل عناصر القدرات الاجتماعية وتأثيراتها على الشائبي من الصداقات.

كما أن الخصائص في مرحلة المراهقة لدى العاديين والمعوقين كأصدقاء سوف يؤثر على شكل الصداقة. ولتفعيل استراتيجيات التدخل يجب بداية فهم التفاعل خلال تلك الصداقات.

ثانياً : دراسة الصداقات لدى المراهقين صعبة التداول وتتمثل الصعوبات في قيام الباحثين باستخدام أدوات تحقق المناهج التجريبية التي تعبر عن واقع حساسية التبادلية لصداقات الأطفال. ولكي تكون هناك فاعلية في دراسة الصداقات لدى المعوقين بصريا فمن الضروري دراسة أصدقائهم، فأعضاء الصداقة الثنائية في موقف موحد، لأنهم يعرفون تاريخ وتعقيدات الصداقة ومعدل مستوى الكفاءة الاجتماعية في صداقاتهم. ومن الضروري إدراك التحديات البحثية لدى المراهقين والأفراد المعوقين بصرياً، ودراسة الاستفادة من المناهج الكمية والنوعية التي تم تطويرها لبحث الصداقات لدى المراهقين المعوقين بصرياً.

وهناك بعض الأسئلة التي تحتاج إلى إجابات من خلال أبحاث في صداقات ذوي الإعاقة البصرية مثل:

- (١) كيفية تنمية الصداقات الحميمة لدى المراهقين ذوي الإعاقة البصرية.
 - (٢) هل المراهقين ذوي الإعاقة البصرية وأصدقائهم المقربين لديهم نفس المستوى من المودة؟ وهل الفروق في مستوى المودة يرجع إلى الجنس، حالة الإعاقة، والصف الدراسي.
 - (٣) ما الذي يفعله المراهقون ذوي الإعاقة البصرية مع أصدقائهم المقربين في حال قضاء الوقت معاً، أي ما هي نوعية الأنشطة التي يمارسونها؟
 - (٤) هل الأصدقاء المقربين من المراهقين ذوي الإعاقة البصرية يشاركون في الأنشطة المختلفة مع أقرانهم من المعوقين بصرياً أكثر من أقرانهم العاديين.
- في دراسة قام بها Rosenblum (١٩٩٧) على عينة من المراهقين ذوي الإعاقة البصرية في الصفوف من السابع إلى الثاني عشر تبين أن نتائجها أشارت إلى أشياء منها نمو المحافظة على الصداقة- المودة خلال الصداقة - الأنشطة التي يمارسها الأصدقاء- تأثير الإعاقة البصرية على الصداقة وسوف نعرض لهذه النتائج فيما يلي:

نمو المحافظة على الصداقة:

كيف تنمو الصداقة لدى المراهقين ذوي الإعاقة البصرية؟ في التراث تنمو الصداقات بين الثنائي المتشابه في النوع والطبقة والسن والخبرات الحياتية ، والمراهقين ذوي الإعاقة البصرية تبين أنهم يطورون صداقاتهم مع الأقران الذين يشبهونهم، إذ أن حوالي ٨٠٪ من عينة الدراسة من المراهقين المكفوفين يتقاربون في السن ولذلك غالبية الثنائيات كانت من نفس السن ونفس الصف في المدرسة ، ومن مستويات اجتماعية متوسطة. المدعش في هذه الحقيقة أن أكثر المراهقين ذوي الإعاقة البصرية قرروا أنهم إما معروفون أو شعبيون وإما منعزلون وقد يجدوا صعوبة في تحديد المكانة الاجتماعية بسبب طبيعة الشعبية المرتبطة بالإعاقة البصرية، ومع ذلك فإن المراهقين ذوي الإعاقة البصرية لديهم القدرة على تنمية والاحتفاظ بالصداقات التبادلية.

ومن الملاحظ أن عدم قدرة الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة البصرية على تحسين مهاراتهم الاجتماعية بما يتناسب مع سن أقرانهم يقيد كثيرا من اختياراتهم للصداقة، ولكي يتم دمج الطلاب المعاقين بصريا فإن مستوى المرغوبة الاجتماعية والتقبل الاجتماعي مع الأقران يظهر كنتيجة مباشرة لكونهم معوقين بصريا. ولو أن المراهقين سمادوني عاقات الأخرى تقيد اختيارات الصداقة لديهم بسبب الوصمة Stigma لإعاقتهم، وهنا يكون رغبة المعاق تكوين صداقة مع معاق مثله. الأمر الآخر أن المراهقين ذوي الإعاقة البصرية ربما يتلقون بعض تعليمهم من خدمات غرفة المصادر التي تجعلهم يتواصلون مع أقران آخرين معوقين.

أثناء مرحلة المراهقة الأصدقاء العاديين يتلاقون في المدرسة ويحدث الكثير من التطبيع الاجتماعي لديهم. وقد وجد Cales, 1992 أن ٧٥٪ من المراهقين العاديين يبادون في مقابلة أصدقائهم في المدرسة، وشبيه بذلك أن ٧٠٪ من الصداقات الحميمة لدى المراهقين ذوي الإعاقة البصرية بدأت في المدرسة. فالتقارب يبدأ في نفس الفصل سوياً، وهو المكان الذي يكتشف فيه الأفراد الاهتمامات المشتركة فيما بينهم.

المودة خلال الصداقة :

في التراث فإن المراهقين العاديين يكون لديهم ١-٤ أصدقاء مقربين، وفي المتوسط فإن المراهقين لديهم ٤ أصدقاء مقربين، وفي العادة فإن المراهقين لديهم مجموعة

الأصدقاء المقربين أو شلة Clique أما المراهقين ذوي الإعاقة البصرية أقل في عدد الصداقات المقربة أو المفضلة. والفروق بين الذكور والإناث في المودة لصالح الإناث وذلك ربما يعكس صعوبات الإعاقة في التعرض لمواقف اجتماعية كثيرة. ومن حيث التفاعلات تجد أن ضعف البصر ربما يسهل عليهم التعرض لبيئة تحدد زمن وتوقيت التفاعلات الاجتماعية المناسبة مع الآخرين، ولديهم تواصل أكثر مع الأقران عن الأفراد المكفوفين تماما، أما ما يتعلق بالمودة ليست السمة الوحيدة في الصداقة لكن هناك كذلك الثقة، الإفصاح عن الذات، الولاء، والاندماج Excluisiveness وإن كانت المودة عنصراً أساسياً يؤدي إلى تشكيل الصداقة مع مرور الوقت. وقد أشارت العديد من الدراسات أن المودة لدى الإناث ذات مستوى أعلى منها لدى الذكور وكذلك لدى الإناث العاديات منها لدى الإناث من ذوي الإعاقة البصرية، ويرتبط خبرة المودة خلال الصداقات المفضلة بالتنوع والصف الدراسي وحالة الإبصار.

الأنشطة التي يمارسها الأصدقاء:

كيف يقضى المراهقين ذوي الإعاقة البصرية وأصدقائهم المقربين أوقاتهم؟ في التراث المراهقين العاديين يتواصلون يوميا مع أصدقائهم في المدرسة، في الطريق إلى المدرسة، من خلال التلفون، أو عن طريق الزيارات المنزلية. ومعظم المراهقين يقضون أوقاتهم في الفسح والخروج والتطبيع الاجتماعي مع بعضهم البعض. وبالنسبة للمراهقين ذوي الإعاقة البصرية وأصدقائهم المقربين فإن لديهم بالأکید اهتمامات مشتركة في صداقاتهم التبادلية، ومن المهم أن يرتبط الأصدقاء مع بعضهم في أنشطة وهوايات مشتركة، الفسح والمشي، ركوب المواصلات العامة.

تأثير الإعاقة البصرية على الصداقات:

للإعاقة تأثير كبير على الصداقات حيث تؤثر على الأنشطة الرياضية والبدنية، وحرية الحركة، أو الذهاب إلى مشاهدة مباريات الكرة أو مشاهدة السينما أو المسرح. كثير من العاديين يستبعدون ذوي الإعاقة البصرية من أنشطتهم المختلفة، وربما يرجع ذلك إلى غياب التواصل غير اللفظي مثل: السلام باليد، تعبيرات الوجه، غياب التواصل البصري، وبالتالي يحتاج هؤلاء المراهقين إلى برامج تدخل تساعد على تحسين مستوى التقبل والتواصل وغيرها من مقومات تشكيل الصداقة مع الأقران سواءً العاديين أو ذوي الإعاقة البصرية (Rosenblum, 1997: 158-160).

إن المراهقين ذوي الإعاقة البصرية لديهم شبكة علاقات صغيرة مقارنة بالعاديين، وقد أجريت بحوث على ذلك استشعاراً لما يعرضهم لخطر العزلة الاجتماعية، وبعض المكفوفين ذكروا أن عدد الأصدقاء لديهم قليل سواء في المدرسة أو المجتمع خارج المدرسة، وفي المرحلة الثانوية زيادة عدد الأصدقاء يحسن الحياة الاجتماعية، وخصوصاً في برامج الدمج حيث الفرصة متاحة لتشكيل الصداقات أكثر منها في برامج العزل خصوصاً مع العاديين، بينما في برامج العزل سيكون الأصدقاء من نفس الأقران المعاقين بصرياً.

وقد توصلت نتائج دراسات عديدة إلى أ، الدرجات العالية من الصداقات تنبئ بانخفاض الاكتئاب وأنها وسيط إلى تقدير جيد للذات. وعادة يصف الأطفال المكفوفين أنفسهم بأنهم (حزاني) عندما ينونون خارج إطار الجماعة، ويتمنون أن يكون لديهم أصدقاء أكثر ويجدون من الصعوبة تشكيل صداقات، وأن الأشخاص المتميزون بالمرح لديهم أصدقاء يتحدثون إليهم.

الاكتئاب لدى ذوي الإعاقة البصرية:

تشير نتائج الكثير من الدراسات السابقة إلى أن الأفراد المعوقين بصرياً يعانون مستويات مرتفعة من الانسحاب والعزلة والتي تؤدي إلى الاكتئاب، وتفسير ذلك زيادة العزلة والانسحاب الاجتماعي وضعف التواصل والمشاركة مع الآخرين، وبنوه البعض إلى أساليب التنشئة الاجتماعية الأسرية وضعف مهارات الاستقلالية تزيد من مستويات الاكتئاب. وقد يعاني المكفوفين من أعراض الاكتئاب كاضطراب انفعالي والانسحاب كاضطراب سلوكي وهذا شائع بطبيعة القيود التي تفرضها الإعاقة البصرية، مما يقلل من فاعلية التفاعلات الاجتماعية مع الأقران وصعوبة تكوين الأصدقاء. ويغلب على المكفوفين مشاعر الدونية والصراع وانعدام الثقة بالنفس والشعور بالاغتراب وانعدام الأمان والإحساس بالفشل والإحباط، كما أنهم أكثر انطواءً واستخداماً للحيل الدفاعية في سلوكهم كالكبت والتبرير والتعويض والانسحاب. ويرى جاوينز ريس وآخرون (٢٠١٠) وجود علاقة دالة بين الضغوط المرتبط بالإعاقة البصرية والاكتئاب، مما يتطلب برامج التدخل المبكر بما تقدمه من خدمات التشخيص والعلاج والتركيز على أساليب المواجهة الفاعلة للضغوط بما يحقق خفض الأعراض الاكتئابية (Gwyneth,Rees,2010).

وغالباً ما تؤدي حدة الاضطرابات الانفعالية إلى عدم الثقة بالنفس وانخفاض مستوى الكفاءة والتي تؤدي بدورها إلى مشكلات سلوكية كالانسحاب ونقص الاستجابة التكيفية التي تتمثل في الاستجابة لمشاعر الآخرين أو الاستجابة السلبية نحو الآخرين، مما يجعلهم يشعرون بالرفض الاجتماعي وعدم القبول ومردهما الافتقار إلى المهارات الاجتماعية والشعور بالخجل والانطواء والخمول الذي يتراكم ويصل إلى حد الانسحاب الاجتماعي النهائي من العلاقات الاجتماعية، بالإضافة إلى عدم إيجاد السبل العلاجية النفسية الملائمة من مقدمي الرعاية (أسماء عبد السلام، ٢٠١٤: ٢-٣).

ولقياس العلاقة بين الاكتئاب والإعاقة البصرية تستخدم بعض الدراسات مقياس هايمان وآخرون لتحديد الاكتئاب لدى الكبار من ذوي الإعاقة البصرية والذي يظهر ارتفاع مستوى الاكتئاب والأعراض الاكتئابية لديهم مقارنة بالعاديين، وبالتالي يمكن تفسير ذلك بأنه يرجع إلى الإعاقة البصرية، ويمكن أن ترتبط بهذه النتائج أو لا ترتبط بالسن، التنوع، المواقف الحياتية، ومرات تلقى العلاج واستخدام مضادات الاكتئاب، وحدة فقدان البصرى (Patricia, Grant, 2011: 1102).

الاكتئاب يصاحب الإعاقة البصرية ووجدها يؤثر على دقة تشخيص وتقويم الاكتئاب مما يؤثر فيما بعد على عمليات التأهيل، والمزاج الاكتئابي من الممكن أن يحبط جهود التأهيل. وعلى المتخصصين في التأهيل تحديد الاضطرابات التي يعاني منها عملاؤهم حتى يحصلوا على خدمة نفسية مناسبة، ويساعد في ذلك جودة التواصل، الفهم، التقبل، تحديد ومعرفة مظاهر ومصادر الاضطراب، ومن المهم أن ينضم في برامج التأهيل متخصصين في الصحة النفسية حتى يقدموا المساندة والدعم وتعزيز الوعي لبرامج التدخل ومن بينها برامج خفض حدة الأعراض الاكتئابية (Jay, Stewart, 1998: 47).

ولكى تقدم خدمة فعالة للأفراد المعوقين بصرياً لا بد من توافر مهارات جيدة لدى المتخصصين في تقييم وإجراء التشخيص الفارق حتى يمكن وضع خطة علاج وتأهيل مناسبة، وتؤكد كذلك أن الأفراد تلقوا خدمة مناسبة في الصحة النفسية، ولتقييم الاكتئاب لدى الأفراد المعوقين بصرياً تحث بعض الصعوبات للأسباب التالية:

- ١) تشابه أعراض الاكتئاب مع حالة ما بعد الصدمة Posttrauma في الأعراض والسلوك.
 - ٢) العزلة الاجتماعية والقيود على الحركة يمكن أن تكون استراتيجية مواجهة (ميكانيزم) فيثير الأعراض الاكتئابية.
 - ٣) يوجد نقص في كفاءة تقييم اضطراب الاكتئاب لدى الأفراد المعوقين بصريا.
 - ٤) ضعف مشاركة وإدلاء الأشخاص بمعلومات تساعد على تشخيص الاكتئاب.
- وربما يشعر المعاقين بصرياً أن مشكلتهم هي مركزة على الدافعية الذاتية وكيفية تجنب الوصمة والعنونة Stigmatizing label وفي المقابل تجد أشخاص معاقين بصرياً جيدة على المستوى النفسي ولا يحتاجون إلى خدمات الصحة النفسية، ويمكن للمتخصصين الاستعانة بدليل التشخيص الإحصائي للمساعدة في تشخيص تلك الاضطرابات. وعلى المتخصصين في التأهيل النفسي معرفة متى وكيف تساهم أساليب العلاج الإكلينيكي المرشدين والأخصائيين والأطباء النفسيين والذين يساعدون في تشخيص ومعالجة الأمراض النفسية وكذلك المساندة من المرشدين وكيفية مواجهة الضغوط اليومية وخفض تحديات نمط الحياة.

المكانيزمات الجسمية والاكتئاب والإعاقة البصرية:

الاضطرابات التي تعترى انتظام المزاج، والتي من الممكن أن تكون الإعاقة البصرية جزءاً من مجموعة شائعة من العوامل تسبب تعطيل المسارات العصبية في جزء من بنية الدماغ، والمثيرات البصرية تبدأ من شبكية العين وتنتهي في الفص القفوي The occipital lobe والذي قد يكون مصاباً بخلل تكويني malformations أو ضمور في الأعصاب الخاصة بمسارات البصر لذلك فإن الصدمة Trauma تؤثر على فاعلية كل من مسارات البصر وقدرة الدماغ في التحكم في المزاج Mood .

ويمكن للمتخصصين في التأهيل إدراك اضطرابات الاكتئاب بشكل جيد عندما يعلمون الحالات الجسمية التي تساهم في إنتاج الاكتئاب مثل حالات السكر والذي يؤدي إلى ضعف البصر أو فقدانه خصوصاً والرابطة بين السكر واضطراب المزاج ما زالت غير معروفة، لكن تضرر الغدة النخامية pituitary gland والتي تنظم الكورتيزون والأدرينالين وبالتالي يؤثر على بقية الغدد بالجسم، وهناك نتائج أو توابع لمرض السكر تؤدي إلى الاكتئاب.

المساندة الاجتماعية والصحة النفسية لدى المكفوفين:

تلعب المساندة الاجتماعية دوراً مهماً في تصدى للشعور بالعجز والإعاقة، فالكفيف يعاني من مشكلات في الاندماج مع العالم الخارجي ويؤثر هذا بدوره على مشاعر السعادة والتكيف النفسي، وللمساندة أهمية كبيرة خاصة في مرحلة المراهقة وذلك بسبب التغيرات التي تحدث للفرد ظاهرياً أو داخلياً. وهناك العديد من مصادر المساندة الاجتماعية، وهذا ما أكدته العديد من الدراسات أنه من أهم مصادر المساندة الاجتماعية للمعوقين بصرياً أعضاء المدرسة والمتمثلين في المعلمين، والمرشدين النفسيين، والزملاء، والأصدقاء، إضافة إلى وسائل الإعلام، والمؤسسات الاجتماعية، الجمعيات الخيرية، الأقارب والجيران، ورجال الدين.

وتشير سوزان هودج (Suzanne Hodge, et al., 2013: 34) أنه يوجد مجموعة من العوامل تؤثر في فهم كيف أن الوحدة النفسية والعزلة الاجتماعية تؤثران على المعوقين بصرياً، ودور العلاقات والمساندة الاجتماعية، بالرغم من وجود بعض الدلائل تقترح أن الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية الذين يعيشون بمفردهم أو يتلقون مستوى منخفض من المساندة الاجتماعية أو المعرضون للوحدة النفسية، والواضح أن ما تظهره المراجعة للتراث توضح أن العلاقات الكيفية تمثل عامل هام في تخفيف حدة الوحدة النفسية، لكن كيف يشعر الناس نحو تلك العلاقات وكيف يشعرون حيال تلقي الخدمات والمساندة التي يحتاجونها ويتوقعونها، وعندما يتوقع الناس أن علاقاتهم لا تواجه الوحدة عند حدوثها.

وكشفت نتائج العديد من الدراسات أهمية العلاقات في تشكيل وتطوير الصداقات وشبكة العلاقات الاجتماعية، مع التأكيد على حجم شبكة العلاقات والتي ربما تعكس طبيعة التفاعل الاجتماعي في حياتهم، حيث تعترض هذا التفاعل عدة عوامل منها:

- وضع الطالب في المدرسة.
- بعد المسافة بينه وبين أصدقاء المدرسة.
- درجة الاستقلالية في الحركة والتنقل.

الأمن النفسي لدى المكفوفين:

يحتاج الطفل الكفيف إلى مساعدة الوالدين أكثر من الأطفال المبصرين وهذا ما يصاحبه عدم تلبية كثير من حاجاته مما قد يتولد إحساس عام بأنه غير قادر على التحكم في بيئته، وهذا الشعور قد يدفع بالطفل إلى الاهتمام بنفسه أكثر من اهتمامه بالمحيط الخارجي أثناء نشاطاته المختلفة، وقد يولد لديه شعور بعدم الأمن مما قد يحد من محاولاته لاكتشاف بيئته وهذا يؤثر على النمو الاجتماعي لديه (منى الحديدى، ١٩٩٦). وقد ذكرت وفاء على سليمان (٢٠٠٩) أن انعدام الشعور بالأمن النفسي يرتبط بعدم التوافق لدى الفرد، وأن المرض النفسي نوع من فقدان الأمن، وأن الشخص الأمن نفسياً هو الذي يشعر أن حاجاته مشبعة، وأن المقومات الأساسية لحياته غير معرضة للخطر، والإنسان الأمن نفسياً يكون في حالة توازن أو توافق أمني. (حامد زهران، ١٩٨٩). والأمن النفسي هو تحرر الفرد من الخوف مهما كان مصدره، ولاشك أن الشعور بالأمن من أهم شروط الصحة النفسية، ذلك لأن الخوف هو مصدر لكثير من العلل والمتاعب النفسية، كما أنه الوجه الآخر للشعور بالنقص وضعف الثقة بالنفس والشعور بالكراهية. والأمن النفسي ضرورة نفسية واجتماعية لتحقيق الصحة النفسية للفرد، قال تعالى: الذين آمنوا وتطمئن قلوبهم بذكر الله ألا بذكر الله تطمئن القلوب (الرعد ٢٨). وقال تعالى: (الذين آمنوا ولم يلبسوا إيمانهم بظلم أولئك لهم الأمن وهم مهتدون) الأنعام ٨٢.

ويذكر جمال الدين سلامة ويوسف مقداي (٢٠١٢) أن الحاجة للأمن من أهم الحاجات الأساسية بالنسبة للمعوقين بصرياً، لأن الإعاقة البصرية قد تفرض قيوداً على التنقل والحركة، ومحدودية في الخبرات، واحتمالية التعرض للمخاطر دون تدريب مناسب، وكذلك تفرض اعتمادية من مستوى يفوق ذلك لدى الطفل المبصر، وربما تحد من قدرته على العناية بنفسه، وقد تعرضه للحماية الزائدة من قبل أسرته، ومن شأن ذلك تهديد مشاعر الكفاية والأمن لدى الطفل الكفيف. كما تؤدي الإعاقة البصرية إلى تأثيرات سلبية مثل سوء التكيف الشخصي والاجتماعي، والاضطراب النفسي نتيجة الشعور بالعجز والدونية، والإحباط والتوتر وهذا كله يؤدي إلى فقدان الشعور بالطمأنينة والأمن.

ومن مهددات الشعور بالأمن لدى المعاقين بصريا عدم تدريبهم على التعرف والتقليل والاستكشاف أو الانتقال في البيئات المجهولة مما يفقدهم الشعور بالأمن، لذا من المهم تعريضهم بشكل متزايد إلى مواقف الحياة الحقيقية، حيث يستعملون أيديهم لاستكشاف العالم المحيط بهم دون خسران إحساسهم بالأمن. وقد دعمت نتائج الأبحاث النفسية في مجال الإعاقة البصرية أنهم أقل في الخبرات الاجتماعية، وأنهم لا يحصلون على تغذية راجعة ملائمة حول سلوكهم الاجتماعي من المبصرين، مما قد يسبب لديهم سوء التكيف النفسي والاجتماعي، لذا من المتوقع أن يتسم سلوك المعاقين بصرياً بعدم الشعور بالأمن، مما يولد لديهم الخوف من المجهول، وعدم الاتزان الانفعالي، ومخاوف وهمية مبالغ فيها، كما يتسمون بأنهم كثيرون المخاوف، وعلى الأخص الخوف من التعرض للأخطار والذي يجعلهم أكثر تعرضاً للقلق، ومن ثم يتعزز لديهم الإحساس بعدم الشعور بالأمن والضعف والاستسلام للإعاقة.

والنسبة للأمن النفسي وشدة الإعاقة فإن تأثير شدة الإعاقة البصرية على الشعور بالأمن لدى الفرد المعاق بصرياً من العوامل المهمة جداً، حيث أوضحت الدراسات السابقة أن ضعف البصر لديهم مشكلات انفعالية أكثر من المكفوفين كلياً، حيث أن الطلاب ضعاف البصر يظهرون معدلات قلق وعدم شعور بالأمن أعلى من الطلاب المكفوفين. كما توصلت نتائج بعض الدراسات أن ضعف البصر يعانون من التمرکز حول الذات والانطواء والخوف، والقلق أكثر من المكفوفين بدرجة كلية، ومن هنا يمكن القول أن ضعف البصر لا يؤثر على كفاءة الفرد فقط، بل يؤثر على مدى سلامته واستقلاليته، وتفاعله الاجتماعي، مما يهدد شعوره بالأمن ويخلق حالة من القلق والتوتر.

تقدير الذات والثقة بالنفس لدى ذوي الإعاقة البصرية:

ينقسم الأفراد ذوو الإعاقة البصرية إلى جزأين فمنهم من يستسلم للأمر الواقع ويرضخ ويتخذ من الاعتمادية والاتكالية أسلوباً لحياته وهذا لا يتوقع منه أي تقدم أو إنجاز وظيفي أو مهني، ومنهم من يحتفظ باتجاهات اعتبار الذات الإيجابية (الثقة بالنفس) ويعتمد على ذاته إلى درجة كبيرة يستطيع بها إثبات ذاته وتمييزها والتقدم

بالقليل من المساعدة، وهذا ما ينمي لديه الشعور بالذات الإيجابية والمتفاعلة ويجعله يشعر بتقدير ذات مرتفع، ويرجع هذا إلى أساليب التربية منذ الطفولة والتي يتخذها الآباء في تربية طفلهم المعوق فمنهم من يتخذ الحماية الزائدة والمبالغة في الاهتمام بالطفل المعوق بصرياً والإفراط في العاطفة نحوه والخوف والشفقة بقصد وقايته وحمايته أسلوباً في التربية، وهذا في حد ذاته يخلق نوعاً من الاعتمادية وعدم الاهتمام أو الاكتراث لأي شيء وهذا يجعل الفرد إما أن يشعر بتقدير ذات مرتفع أي أنه أفضل من الجميع أو يخلق لديه تقدير ذات منخفض لأنه يعتقد بأن هذه الحماية نتيجة لإعاقته وأنه أقل من الجميع، وذلك تبعاً للفكرة التي يكونها حول الغرض من هذه الحماية الزائدة (أسماء الخضير، ٢٠١١).

ولذلك فإن الإعاقة البصرية تؤدي إلى تأثيرات سلبية على مفهوم الفرد عن ذاته، وعلى صحته النفسية ربما تؤدي إلى سوء تكيف المعوق بصرياً، شخصياً واجتماعياً، والاضطراب النفسي نتيجة الشعور بالعجز والدونية والإحباط والتوتر، وفقدان الشعور بالطمأنينة والأمن نتيجة لآثار الاتجاهات السلبية كالإشفاق والحماية الزائدة والتجاهل والإهمال، مما يسهم في تضخم الشعور بالضجر وبالقصور والاختلاف عن الآخرين. ويتفق عبد الرحمن سليمان (٢٠٠١) على أنه من أهم المظاهر والسمات النفسية للمعوق بصرياً فقدان تقدير الذات، إذ يتصور نفسه شخصية عاجزة تعيش في جماعة أقلية تختلف كثيراً عن جماعات المبصرين، وفقدانه لحاسة البصر يمنعه من تكوين صورة واقعية عن الذات، مما يترتب عليه ضعف الثقة بالنفس، والشعور بالدونية، مما يدفعه إلى الهروب والتفوق في عالم خاص به.

ويتبلور تقدير الذات انطلاقاً من المفهوم الذي يكونه الفرد عن نفسه، وعن قدراته وإمكاناته نتيجة لخبرات النجاح وال فشل، والشعور الزائد بالنقص والعجز، والشعور بعدم الأمن والخوف الذي يسيطر على المراهق عموماً وعلى الكفيف خصوصاً، والأحكام النمطية والجاهزة التي ينطلق منها المجتمع في الحكم على الكفيف وتقييمه لهذه المشاعر والسلوكيات الاجتماعية، تسهم بقوة في بناء صورة متدنية لمفهوم الذات، صورة تغذيها خبرات الفشل في المواقف المتعددة وعدم القدرة على الأداء الاجتماعي، وتتفق هذه المشاعر السلبية الإحباطية لدى الكفيف لتنعكس بشكل

واضح على تقديره لذاته، الذي هو بشكل أو بآخر تقويم للذات والحكم عليها، وتبلور استجابات الكفيف لدافع الذات في غالب الأحيان وفق موقفين متعارضين هما: موقف استسلامي: ينضبط لسلطة الإعاقة وأحكام المجتمع، ويؤدي إلى تقدير منخفض للذات. موقف استعلائي: يستند على الإنكار والتحدي، ويقضى إلى تقدير مغلوط وغير واقعي لا ينسجم مع قدرات الذات الحقيقية.

ويؤثر كف البصر بشكل سلبي على تقويم الذات خصوصاً على صورة الذات التي تعرف قيمتها تدنياً وتدهوراً ملحوظاً، كما يتولد الشعور بالنقص لدى الكفيف عدة عوامل في مقدمتها نظرة المجتمع إليه وتتحدد نظرة الكفيف إلى نفسه تبعاً لهذه النظرة، وذلك باعتبار نظرة الذات انعكاس لنظرة المجتمع، وهكذا يحاول الكفيف ويعمل جاهداً على أن يشبع حاجة تقدير المجتمع إليه باعتبارها خير معين لإشباع باقي الحاجات الأخرى، وبالمقابل فإن أي فشل في تقدير واحترام المجتمع يعمق لدى الكفيف الشعور بالنقص.

التعويض كدالة للصحة النفسية لدى ذوي الإعاقة البصرية:

تشير نتائج عدد من الدراسات أن الصحة النفسية للمراهقين ذوي الإعاقة البصرية تتركز حول ثلاث محاور هي: القدرة على التفاعل الاجتماعي: ويقصد به قدرة الكفيف على تكوين علاقات مشبعة ومتوازنة مع الآخرين والمشاركة الاجتماعية في المناسبات والأنشطة الاجتماعية. التحرر من الأعراض العصابية: ويقصد به الابتعاد عن دائرة التهيج للمرض العصابي، تمتع الفرد بالتماسك وضبط النفس. القدرة على تقبل الذات وأوجه القصور العضوية: ويقصد به تقبل الفرد الكفيف لذاته بإيجابياتها وسلبياتها وألا يرفضها أو يكرهها مع العمل على تحسينها وتطويرها بتأكيد جوانب القوة ومحاولة التغلب على النقائص ونقاط الضعف.

ويعتبر عالم النفس "ألفريد أدلر Adler, A" أن التفوق في نظره هو الدافع القوي إلى تحقيق الذات Self-actualization وهي الغاية النهائية التي ينزع جميع الناس إلى بلوغها، ويرى كذلك أن تحقيق الذات دافع فطري وجزء من الحياة بل يؤكد بإصرار أنه الحياة ذاتها، حيث أنه ومنذ الميلاد وحتى الممات يحمل الفرد الكفاح في سبيل

التفوق الإنساني في جميع مراحل النمو المختلفة، كما ذهب إلى أن مشاعر النقص تفع الفرد إلى التغلب على نقصه وتجذبه الرغبة في التفوق، ويؤكد أن الإنسان يصنع شخصيته وأنه سيد مصيره. ومن هذا المنطلق فإن توظيف الحواس لسد النقص أو العجز في عمل إحدى الحواس عن طريق تحميل جهد الحاسة المفقودة على الحواس الأخرى، أو على حاسة بعينها، كعمل تعويضي يقوم به الجسم من تلقاء نفسه، تبعاً للحاجة أو يقوم به الفرد من خلال تدريب منظم، وفقدان الكفيف لحاسة البصر تجعله يعتمد تعويضياً على حاسة السمع وكذلك حاسة اللمس (خالد البلاح ومجدى الشحات، ٢٠١٤: ٨٣).

وترى ماجدة عبيد (٢٠٠٠) أن الاعتقاد بأن فقدان إحدى الحواس يتم التعويض عنه عن طريق تحسن تلقائي بشكل أو بآخر في حدة الحواس الأخرى تعتبر من المعتقدات الشائعة منذ زمن بعيد ويمكن ملاحظة ما يلي من تفسيرات توضع في الاعتبار فيما يتعلق بتعويض الحواس:

- الحقيقة بأن المكفوفين قد يستخدمون حواسهم بشكل أفضل من أولئك الذين يعتمدون اعتماداً كبيراً على الإبصار كدليل واقعي على الاعتقاد بتعويض الحواس.

- الميل واسع الانتشار للنظر إلى الأعمال والإنجازات التي يستطيع المكفوفون القيام بها على أنها مثيرة للدهشة والتفوق وهي نظرة تخفى ميلاً إلى اعتبار المكفوفين أقل من غيرهم قدرة على الإنجاز.

واستخلص "هايز" من خلال الدراسات أن التعويض ليس هبة بقدر ما هو نوع من الإثابة والجهد المتواصل والتدريب المستمر، على ذلك فإن أي فعالية أو كفاءة عند المكفوفين في تفسير المعلومات الحسية المستقبلية يجب أن تفسر في ضوء الانتباه والممارسة والتكيف والاستخدام المتزايد للحواس المتبقية. ومع ذلك لا نغفل دور التعويض في الحواس وخاصة السمع في تمييز الأصوات الإنسانية، فالملاحظ أن بعض المكفوفين يتذكر ويميز أصوات أشخاص حتى بعد مضي فترة من الزمن، ومن خلال الأصوات يمكنهم التعرف على الحالة المزاجية والانفعالية.

ويمكن القول أن فقدان الحاسة البصرية يعطى نوعاً من التحدي في التمييز وعمل أشياء قد لا يستطيع العاديين الإتيان بها نظراً لعدم حاجتهم الملحة في استخدامها

وتدريبها وزيادة حساسيتها للاستجابة كحاسة السمع أو اللمس أو الشم، أو التصور والتخيل ولنا إذا تذكرنا الشاعر بشار بن برد وما ذكره من أشعار في الوصف والتي لم يجاريه أحد فيها، وكذلك الشاعر الفيلسوف أبو العلاء المعري، والأديب طه حسين وغيرهم ممن برز نجمهم في الأدب أو الخطابة كالشيخ الفذ عبد الحميد كشك أو في قراءة القرآن كالشيخ عبد الله كامل. فالأكيد أن هؤلاء اعتمدوا على التحدي والإصرار في تحقيق ما يثبتون به ذواتهم ويتسامون به فوق نقائصهم البدنية.

معنى الحياة كدالة للصحة النفسية لدى المكفوفين:

تعتبر حاسة البصر ذات أهمية كبيرة في حياة الفرد باعتبارها إحدى الوسائل المهمة في التفاعل الاجتماعي وإقامة العلاقات الاجتماعية مع الآخرين، وبناءً عليه فإن المعوقين بصريا قد يعانون من بعض المشكلات النفسية نتيجة لفقدانهم البصر مما يؤثر على توافقهم النفسي، وقد تكون من أهم المشكلات النفسية التي تواجه بعض المكفوفين الشعور بخواء المعنى المتمثل في إحساسهم بعدم القيمة والكفاءة، وأن حياتهم ليس لها أي معنى. وأشار كورت Kurt, 1997 إلى أنه لكي نحقق المعنى في الحياة يجب أن نجعل ما يواجهنا من مشكلات قوة دافعة لتحقيق الإنجازات وليست معوقات، فإذا لم يتمكن الفرد من ذلك تصبح حياته خاوية من المعنى والقيمة. وقد أكد العديد من العلماء على أن الإحساس بخواء المعنى، وعدم وجود هدف في الحياة يجعل الفرد أكثر اضطراباً نفسياً، وقلقاً وكتئاباً، وأضاف لانترز Lantz, 1987 بأن الفشل في إيجاد المعنى واكتشافه يؤدي إلى الأعراض المرضية كالسأم والاكتئاب والغضب والقلق (محمد عبد التواب، ١٩٩٨) كما أن من أهم المصادر التي يستطيع الفرد عن طريقها الشعور بالمعنى في الحياة وبأن حياته ذات قيمة كبيرة هي أن يكون له هدف في حياته يسعى إلى تحقيقه وإنجازه ولأن المراهق من ذوي الإعاقة البصرية عادة ما يشعر بمشاعر الدونية والاحتقار والتقدير السلبي والمنخفض للذات، لذا فإنه لا يشعر بان حياته ذات قيمة أو لها معنى (في: أسماء الخضير، ٢٠١١). وعلى ضوء ما سبق فإن الشعور بخواء المعنى يأتي عندما يُفْرغ الفرد من هدفه أو يشعر بأن الآخرين يرونه كذلك لا فائدة منه وأنه عبء على نفسه وعليهم، ونعود لفكرة التعويض لدورها الهام في مواجهة خواء

المعنى عن طريق تحقيق الذات بغرض الإشارة لكل الناس أنني مميز مع أنني أفقد حاسة الإبصار، ومن هنا يمكن أن يكون تحديد معنى الحياة مؤشراً هاماً جداً على مدى التوافق والصحة النفسية.

ولا شك أن المراهق الكفيف يواجه العديد من المشكلات النفسية والاجتماعية التي تفرضها عليه مرحلة المراهقة، بالإضافة إلى المشكلات الناجمة عن الإعاقة البصرية، حيث يشعر المراهق الكفيف في تلك المرحلة بمدى قسوة الإعاقة البصرية، وما يترتب عليها من شعور الفرد بالعجز مما يشعره بالإحباط وبخيبة الأمل في تحقيق أهدافه. ويجعل حياته بلا هدف ولا معنى فيفقد حماسه ودافعيته في الحياة.

ولعل من الأدلة والشواهد الجديرة بالتقدير مفهوم السعادة وهو من مفاهيم علم النفس الإيجابي حيث أن السعادة لها آثاراً إيجابية عديدة تساعد على تحقيق الصحة النفسية للفرد، ولعل ذلك يعود لارتباط السعادة باعتدال الحالة المزاجية، وطمأنينة النفس، وتحقيق الذات، والشعور بالبهجة. ويتأتى تحقيق ذلك من خلال برامج إرشادية لتنمية الشعور بالسعادة، لمواجهة مشاعر النقص والإحباط ومساعدة المكفوفين على الشعور بالرضا عن الحياة وتحقيق معنى إيجابي في حياتهم.

وإذا نظرنا في تاريخ الأشخاص المكفوفين الذين حضروا أسماءهم باقتدار وتميز لهم دليل على استخدام استراتيجيات مواجهة فاعلة، في ظل السعادة وإيجادها رغم الألم، فمن لم يستمع إلى عملاق المنابر الشيخ عبد الحميد كشك، أو من لم يدهش بتجربة هيلين كيلر الأدبية الأمريكية الكفيفة الصماء، ولويس برايل مخترع كتابة المكفوفين، وهوميروس مؤلف ملحمة الإلياذة والأوديسة وهي من روائع الأدب الإغريقي، والشاعر الجهبذ بشار بن برد والشاعر الإنجليزي جون ملتون صاحب ملحمة الفردوس المفقود، والشاعر الفيلسوف أبي العلاء المعري صاحب رسالة الغفران والزرقيات، ثم طه حسين صاحب كتاب الأيام وعلى هامش السيرة وفي الأدب الجاهلي والوعد الحق ومع أبي العلاء في سجنه ومع المتنبي وغيرها. والسؤال أكان هؤلاء مستسلمون للإعاقة البصرية والظلمة الحالكة أم كانوا يرون الحياة بروح وثابة مملوءة بالسعادة والبهجة والإشراق؟

جودة الحياة كدالة للصحة النفسية لدى المعوقين بصرياً:

يرتبط إدراك الفرد المعاق لجودة الحياة بمجموعة من المتغيرات الشخصية والاجتماعية والثقافية، ولقد أجريت العديد من الدراسات على المعاقين من فئات عمرية مختلفة للتوصل إلى محددات جودة الحياة لديهم، وركزت معظمها على الدعم الاجتماعي الذي يتلقاه المعاق والذي يؤثر على جودة الحياة لديه، كما تتأثر جودة الحياة لدى المعاق بمدى الاستقلالية التي يشعر بها في حياته. وتذكر زينب شقير (١٩٩٩) أن أهم ما يقدم لرعاية المعوقين بصرياً يتمثل في: التشجيع على الاستقلالية، وتحسين الثقة بالنفس، وتحمل المسؤولية، وتنمية سلوك الإيجابية والمبادرة، والتكيف مع الإحباطات، والتدريب على مهارات خدمة الذات، والتواصل الاجتماعي، فإن ذلك لا يتعدى الأبعاد الأساسية لجودة الحياة. ويشير هيلد فان Hilde, Van (٢٠١٥) إلى وجود علاقة بين الإعاقة البصرية وزيادة القلق والاكتئاب وانخفاض جودة الحياة، وبما يؤثر على الصحة النفسية للمعوقين بصرياً، ويرى روبين لويس وآخرون (٢٠١١) أن الإعاقة البصرية تقلل من جودة الحياة من خلال ما تفرضه من تحديات الأمن الاقتصادي للفرد مقارنة بالعاديين، حيث يعانون من انخفاض الدخل والمتاعب المالية. كما أن من العوامل التي تبني بخفض جودة الحياة لديهم المكانة الاجتماعية الاقتصادية وإن كانت هذه العوامل تحتاج إلى دراسات طويلة لتأكيد تأثيرها على جودة الحياة لدى المعاقين بصرياً. إضافة إلى ضعف الاندماج الاجتماعي وقلة المساندة الاجتماعية المدركة والتي تضعف جودة الحياة النفسية Psychological well-being وتحديات الحفاظ على المساندة الاجتماعية ومصادرها وكذلك التعاطف أو الشفقة من الآخرين والتجنب الاجتماعي، والضغط النفسي، كما أن ضعف الفاعلية الذاتية وضعف التحكم في الأحداث يقلل جودة الحياة. (Robyn Lewis ,et al,2011: 365)

مما سبق يتضح الحاجة الكبيرة لبرامج الإرشاد النفسي تقوم بعضها على تعزيز التفكير العقلاني لأنه الأساس الذي يقوم عليه السلوك الإيجابي السوي من وجهة نظر المدرسة المعرفية، والعمل على إزالة الأفكار المشوشة وغير الواقعية، وجودة الحياة تعتمد في أحد أبعاده على الصحة والسلامة البدنية، والاعتقاد في مبدأ التعويض بين

الحواس لدرجة تجعلهم يفعلون أشياء قد لا يستطيع العاديين تنفيذها. ويضيف بعض الباحثين ضرورة الاتزان النفسي لتحقيق التوافق الشخصي والاجتماعي لعلاقة التوافق بجودة الحياة، ثم الرضا عن الحياة. فضلاً عن تقديم المساندة النفسية والاجتماعية والأدائية والمعلوماتية ومساندة التقدير، والمشاركة في أنشطة الحياة اليومية في المنزل والمدرسة.

مراجع الفصل الثامن

١. أسماء محمد محمود خضير (٢٠١١): النموذج السببي للعلاقة بين القلق الاجتماعي وبعض المتغيرات النفسية لدى المراهقين المعاقين بصريا. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الزقازيق.
٢. أسماء السيد عبد السلام (٢٠١٤): فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي تأهيلي في خفض مستوى بعض الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى عينة من الكفيفات. رسالة دكتوراه، كلية الآداب، جامعة الزقازيق.
٣. إيهاب الببلاوي (٢٠٠١): قلق الكفيف (تشخيصه وعلاجه) القاهرة، دار الرشاد.
٤. خالد عوض البلاح ومجدى محمد الشحات (٢٠١٤): مهارات التواصل لذوي الاحتياجات الخاصة، دار النشر الدولي، المملكة العربية السعودية، الرياض.
٥. خالد عوض البلاح (٢٠١٤) : الصداقة لدى ذوي الاحتياجات الخاصة. الإسكندرية، دار الجامعة الجديدة.
٦. جمال عبد الله سلامة أبو زيتون ويوسف فرحان مقدادي (٢٠١٢): الأمن النفسي لدى الطلبة المعاقين بصريا في ضوء بعض المتغيرات. مجلة جامعة دمشق، مجلد ٢٤، العدد الثالث، ص ص ٢٤٣-٢٨٧ .
٧. سيد عبد العظيم محمد (١٩٩٨): أثر الإرشاد المعرفي في خفض اليأس لدى عينة من المكفوفين، مجلة الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، العدد الثامن، ص ص ٢٩٥-٣٢٣ .
٨. عبد الرحمن سليمان (٢٠٠١): سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة. القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.
٩. ماجدة عبيد (٢٠٠٠) : المبصرون بآذانهم (المعوقون بصريا). دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان.
١٠. محمد عبد التواب معوض (١٩٩٨): أثر الإرشاد بالمعنى في خفض خواء المعنى لدى عينة من العميان. مجلة الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، العدد الثامن، ص ص ٣٢٥-٣٥٦.
١١. وفاء على سليمان عقل (٢٠٠٩): الأمن النفسي وعلاقته بمفهوم الذات لدى المعاقين بصريا. رسالة ماجستير، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة - فلسطين.
12. Ainlay ,S.C. (1989). Day –brought back my light : Aging and New vision loss. London, Routledge.

13. Burmedi, D, Becker, S.Heyl,V., Wahl,H,W. & Himmels Bach, (2002). Emotional and social consequences of age related low vision . Visual impairment Research , 4, 47-71.
14. -Cales,M.E(1992). Friendships and personal adjustment during adolescence. *Journal of adolescence*,1,39-55.
15. -D,Allura,T. (2002). Enhancing the social interaction skills of preschoolers with visual impairments. *Journal of Visual Ipairment&Blindness*,96,P.576-584.
16. Gwyneth Rees, Hui Wen Teen,Manjula Marella, Eva Fenwicck,Mobamed Diriani & Ecosse L. Lamoureux (2010).Vision –specific distress and depressive symptom in people with vision impairment.Investigative Ophthalmology& Visual Science .Vol. 51, PP. 2891-2896.
17. -Hewad (2006):Exceptional children: An introduction to special education.8th editions. Upper Saddle River.NJ.Pearson Hall.
18. Heine,C.&Broowing ,C.J. (2004). The communication and psychological perceptions of older adults with sensory loss: A qualitative study. *Ageng & Society* ,24, PP. 113-130.
19. Hild P. A. Van Der Aa ,Hannie comijs, Brenda Penninx , Ger Van Rens & Ruth Van Nispen ((2015). Major depressive and anxiety disorders in visually impaired older adults. The association for Research in Vision and Ophthalmolgy,Inc. www.iovs.org
20. Huurre, T.M.& Aro. H.M. (1998). Psychosocial development among adolescents with visual impairment. *Euroean Child& Adolescent Psychiatry*, 7 ,PP. 73-75.
21. -JayR.Stewart, Barth Reilly& Sivanarulselvan Sachidanadam (1998). Identifying and treating depression in individuals with visual impairments. *International Journal of Rehabilitation* , Vol. 4,(1) PP. 39-49.
22. -McGala&Ferran (2001):Interactions in an inclusive classroom: The effects of visual status and setting. *Journal of Visual Ipairment&Blindness*,95,80-94.
23. Mona AlHadidi & Jamal Alkateeb (2013). Loneliness among students with blindness and sighted students in Jordan: A brief report. *International Journal of disability, Development and Education* , Vol. 60 (2) PP. 167- 172 .
24. Patricia Grant, William Seiple & Janet p. Szlyk (2011). Effect of depression on actual perceived effects of reading rehabilitation for people with central vision loss. *Journal of Rehabilitation Research & Development* .Vol. 48 (9) PP. 1101-1107.
25. -Robinson,Nancy (1995). Evaluating the nature of perceived support and its relation to perceived self -worth in adolescents. *Journal of Research on Adolescents*,5,253-280.

26. Robyn Lewis & Anne E. Barrett (2011). Visual impairment and quality of life among older adults: An examination of explanations for the relationship. *The journal of gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 66 (3) pp. 363-373.
27. -Sacks, S.Z. (1996) . Psychological and social implications of low vision .In A.L. Corn & Koeing (EDS), *Foundations of low vision: clinical and Functional perspectives* (PP.26-42) New York: American Foundation for the Blind.
28. Suzanne Hodge & Fiona Eccles (2013). Loneliness, social isolation and sight loss. A literature review for Thomas packlington trust. Lancaster University.
29. -Walffe & Sacks (1997). Life style of blind ,low vision, and sighted youth: A quantitative comparison. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 91, 245-257.

الفصل التاسع

الصحة النفسية لأسرة ذوي الاحتياجات الخاصة

الفصل التاسع

الصحة النفسية لأسرة ذوي الاحتياجات الخاصة

تمهيد:

جدير بالذكر حين نتناول الصحة النفسية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة أن لا نغفل محور مهم في الدائرة الأسرية وهم الوالدين والأشقاء، حيث تنعكس حالة الطفل ذو الاحتياجات الخاصة على النسق الأسري، بما يطرحه على أفرادها من ضغوط نفسية، وتوتر وقلق واكتئاب، ونظرة متشائمة للمستقبل. وذلك لأسباب ترجع لحالة الطفل نفسه، أو ترجع إلى أساليب التواصل والتفاعل، أو أساليب المواجهة التي يستخدمها الوالدين في مواجهة احتياجات الابن ذو الاحتياجات الخاصة، أو بسبب التركيز على الفرد نفسه صاحب المشكلة دون النظر إلى أهمية اشتراك الوالدين والإخوة في برامج التدخل، أو شدة الإعاقة أو غيرها.

الضغوط النفسية لدى آباء المعاقين عقليا

من الشائع في التراث أن والدي الطفل الذي يتم تشخيصه معاق عقلي أنهم يعانون من ضغوط نفسية شديدة، فبعض الأسر يتكون لديها أحكام مسبقة Stereotype من حيث عدم قدرتهم على مواجهة الضغوط النفسية المصاحبة للمتطلبات اليومية للأطفال المعاقين عقليا. مع الأخذ في الاعتبار أن بعض الأسر يمكنها استخدام طرق للمواجهة والتوافق مع الضغوط المصاحبة لحالة طفلها بشكل جيد، وبعض الأسر قد لا تستطيع فعل ذلك، وبالتالي فهي تحتاج إلى مساعدة المتخصصين حتى تقبل واقع طفلها، وتواصل حياتها بنجاح ويكون لديها طاقة كافية لمواجهة التحديات في حياتهم. (Tannila&Jarvelin,2002).

وقد قامت ليسلى جيفنيكار Leslie Jevnikar (٢٠٠٧) بدراسة أساليب مواجهة الضغوط لدى آباء الأطفال ذوي الإعاقة العقلية وذكرت وجود ندرة في البحوث التي تناولت أساليب المواجهة لدى آباء الأطفال ذوي الإعاقة العقلية، وكيفية عمل توافق إيجابي مع تلك التحديات. وبمراجعة للتراث فوجدا زيادة في الضغوط التي يواجهها

والدى الأطفال المعاقين عقلياً، لكن التراث ذكر كذلك أن بعض الأسر تتوافق مع إعاقة أبنائها بشكل جيد. فمثلاً دراسة يوو ولي ستانج Yau&li- stang (١٩٩٩) والتي هدفت إلى دراسة توافق الأسر وكيفية سيطرتها على الضغوط التي تتعرض لها، فوجدوا أن الأسر ذات الأطفال المعاقين أكثر ترابطاً وتعزيزاً Strengthened وكذلك توصلت بعض الدراسات إلى أن والدى الأطفال المعاقين عقلياً اكتسبوا خبرة في نمو الشفقة Compassion والصبر والإيثار Altruism وكيف تعلموا التعامل ومواجهة المشكلات الخاصة بأطفالهم المعاقين عقلياً.

وتزداد الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال مع اكتشاف الإعاقة العقلية، في شكل الصدمة والتمزق النفسي والحزن والقلق والخوف على مستقبل الطفل، ثم يعقب ذلك التوافق والرضا بالقضاء والتأقلم مع الواقع، وأشارت نتائج بعض الدراسات إلى أن الآباء والأمهات ربما يتعلقون بالأطفال المعاقين تعلقاً زائداً ربما بدافع الشفقة أو المحبة الزائدة، ويستخدمون استراتيجيات مواجهة ربما تعتمد على الانفعال ولا تعتمد على مواجهة المشكلة، وبالتالي يزداد لدى الطفل الاعتمادية والأنانية، وتظهر الاستجابات المشوية بالعصائية لدى الأمهات.

خصوصاً إذا كانت الأم تعمل مما يزيد أعباء رعاية الابن المعاق عليها، مثل النظافة الشخصية وطريقة تناوله الطعام بشكل صحيح، وكيفية تفاعله ولعبه مع إخوته العاديين أو أقرانه من أبناء الجيران، لاسيما إذا كان نوع الطفل المعاق أنثى، فتتحمل الأم أعباء التفكير في مستقبلها وكيفية تعلمها للسلوكيات التكيفية، واكتسابها للقيم والآداب والمعايير الأخلاقية وكذلك الأمور المرتبطة بالدين الإسلامي.

عوامل زيادة الضغوط النفسية لدى آباء المعوقين عقلياً:

ركزت ليسلى جيفنيكار Leslie Jevnikar (٢٠٠٧: ٣-٦) على ثلاثة محاور في تناولها لأساليب مواجهة الضغوط النفسية لآباء الأطفال المعاقين عقلياً:

التحديات السلوكية:

يشير التراث أن التوافق لدى آباء الأطفال ذوي الإعاقة العقلية يتخذ مستويات متعددة حيث يذكر بيفرز وآخرون Beavers,et al., 1986 أن هناك مراحل عمرية

للتحولات الحرجة لأسر ذوي الإعاقة العقلية تشمل: (مرحلة ما قبل المدرسة من ٣-٥ سنوات، دخول المدرسة من ٦-٨ ، بداية المراهقة ١٢-١٤ ، والبلوغ ١٩-٢١ سنة) وقرروا أن الاضطراب الأسرى يزداد مع مراحل العمر المختلفة، وأن الاضطراب الأكبر يكون بسبب الفرق بين سن الطفل وقدراته المتفاوتة بشكل واضح، ومع تطور النمو تزداد المتاعب اليومية والضغط التي تحدث في مراحل عمرية مختلفة لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية، على سبيل المثال: سنوات ما قبل المدرسة تتميز بالمخاوف على صحة الطفل الجسمية، ووسائل أمانه، والتشكك في التشخيص، وقضاء الوقت، وتصريف الطاقة، والضغط الانفعالية خلال تلك المرحلة، مما يزيد الأعباء على الوالدين من حيث قضاء الوقت مع الطفل المعاق على حساب الأطفال العاديين في الأسرة.

أما القضايا المادية والعزلة فتصبح واضحة في سنوات المدرسة، فالأمهات غالباً من الصعب عليهم الاحتفاظ بتوظيف الأنشطة الخارجية والتي تجعل أطفالهن يعتمدون عليها، وبالتالي يصبح أعضاء الأسرة أكثر تعرضاً لتعليقات الآخرين، والمشكلات السلوكية غالباً تشمل نقص المهارات الاجتماعية، عدم المطاوعة، والعدوانية، نقص المساعدة الذاتية، وسلوكيات الإضرار بالذات.

وتزداد لدى المراهقين رغبتهم في الاستقلالية، الكفاءة، والإنجاز والموضوعات المرتبطة بالنشاط الجنسي، ومشكلات المهارات الاجتماعية، العناية بالذات، العدوانية، الإغاضة والمضايق من الآخرين شيء واضح، وترتبط بمرحلة البلوغ مشكلات أخرى من نوع خاص مثل أين أعيش؟ وما العمل أو الوظيفة المناسبة؟ ومن أتزوج وقضايا إنجاب أطفال، وشيخوخة الوالدين!! وغيرها.

وقد أشار أور وكامبيرون وآخرون (Orr&Cameron 1993) إلى أن والدي الطفل المعاق عقلياً مجبرون على التعامل مع السلوكيات غير التوافقية التي تحدث خلال الحياة اليومية لطفلهم، هذه السلسلة من السلوكيات تشمل: العدوان البدني الموجه نحو الآخرين، والعدوان اللفظي، العصيان وعدم المطاوعة والعدا، إيذاء الذات، السلوكيات النمطية، اضطرابات الأكل والنوم، كما أن الأطفال ذوي الإعاقة العقلية لديهم نقص في المهارات يبدأ من إدارة الغضب حتى العيش باستقلالية.

الضغوط النفسية للوالدين:

أشارت البحوث السابقة إلى أن آباء الأطفال ذوي الإعاقة العقلية غالباً يصلون إلى إدراك إحباط الهمم الذي يجعلهم في حالة إرهاق وعجز عن رعاية أطفالهم لفترة طويلة بالمنزل. كما أنه أصبح من المألوف رعاية الأطفال ذوي الإعاقة العقلية بالمنزل، فالبينة المنزلية تعتبر مجالاً كبيراً للفوائد النفسية والاجتماعية للطفل، وبعض الآباء توظف متخصص لرعاية الطفل في المنزل، ويعمل كمساعد في برامج التدخلات السلوكية والحياة اليومية.

وأوضح أور وآخرون Orr, et al., 1993 أن العديد من الآباء يجب أن يتحمل الاضطراب النفسي والكرب المؤلم، والمشكلات السلوكية اليومية، وترتيب الحياة لفترة طويلة بالنسبة لأطفالهم ذوي الإعاقة العقلية، وفي سبيل ذلك يعاني الوالدين الكثير من الضغوط والتهميش والإنهاك. وقرر آباء الأطفال ذوي الإعاقة العقلية تعرضهم لمستويات مرتفعة من الضغوط النفسية بما فيها الأسى المزمن، العزلة الاجتماعية، انخفاض تقدير الذات، الاكتئاب، والمشكلات الزوجية.

كما أن تانيلا وآخرون Tannila, et al., 2002 قرروا أن أسر المعوقين عقلياً لديهم انخفاض في المواجهة مع مشكلات أطفالهم اليومية سواءً بين الزوجين أو بين الوالدين والأبناء الآخرين في الأسرة (العاديين). كما أن الحاجات الوظيفية للطفل تزداد، ويزداد معها مستويات الضغوط النفسية لدى الأمهات، ومن هنا وجب المساندة والدعم من الأسر والأصدقاء لأسر المعوقين عقلياً حتى ينخفض مستوى الإحباط، وتدعيم السلوك التوافقي، وخفض مستوى العزلة الاجتماعية.

الأعباء المالية: Financial Burdens

يتعرض الآباء ذوي الإعاقة العقلية لأعباء مالية تشمل الأدوية الغالية، والتمريض والبقاء لفترات طويلة في المستشفى، وربما يضطر الوالدين إلى أخذ إجازة من العمل للبقاء في المنزل لرعاية الطفل، أو شراء أجهزة خاصة أو ملابس ووجبات غذائية خاصة. ويسهم دخل الأسرة المرتفع إسهاماً كبيراً في رعاية الطفل المعاق من حيث توفير فرص العلاج وبالمدة الزمنية التي يتطلبها، وبالتكلفة العالية، في حين أن الأسر ذات الدخل المنخفض فإنها لا تستطيع تقديم الخدمات العلاجية أو التأهيلية بشكل مكثف

ومستمر، فربما قدمت الخدمة فترة ثم لم تستطع المواصلة بسبب التكاليف العالية، أو ربما تعتمد على الخدمات العلاجية في التأمين الصحي أو الحكومي، والذي قد يؤخر فرص التقدم أو الشفاء، وتشير نتائج العديد من الدراسات: Hadadian,1994; (Yau&Li-Tsang, 1999) أهمية العلاقة القوية بين المستوى الاجتماعي الاقتصادي في زيادة كفاءة الأسرة في التوافق والمواجهة والتعامل مع الضغوط النفسية.

العوامل المؤثرة في المواجهة والتوافق لدى آباء الأطفال المعوقين عقلياً

- شدة الإعاقة :

ذكر يو ولي ستانج You&Li- Stang,1999 أن خصائص الإعاقة العقلية للطفل ربما تؤثر على المواجهة لدى الوالدين، وأن شدة الإعاقة لدى الطفل ترتبط بالضغوط الأسرية، فأباء الأطفال سمادوني عاقات الشديدة لديهم صعوبات أكبر في المواجهة، وقد وجد مينيس Minnes,1988 أن أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الخفيفة أظهروا مستويات أقل من الضغوط، ورعاية طويلة أفضل، وأعباء شخصية أقل. وعندما تكون الإعاقة أحادية فقط تكون الضغوط أقل عنها لو كانت الحالة عوق متعدد (عقلي - سمعي) (عقلي - بصري) (عقلي - توحّد) وهكذا.. وكذلك تتراوح شدة الضغوط الأسرية تبعاً لنوع الإعاقة، فمثلاً الطفل المعاق حركياً أفضل من المعاق عقلياً، وضعيف البصر أفضل من الكفيف أو الأصم تماماً. كما يوجد أنماط مختلفة من المتلازمات داخل الإعاقة العقلية فيوجد حالات الداون ومتلازمة برادر- ويلي ومتلازمة وليامز.. وغيرهم، وربما مع هذه المتلازمات تزداد مستويات الضغوط النفسية .

- التواصل:

إن قدرة الطفل على التواصل أمر هام جداً في تحقيق جودة الحياة الأسرية، فقد وجد Frey,et al, 1989 أن المستويات العليا لمهارات التواصل لدى الأطفال عامل منبئ بالتوافق الأسري الجيد للأمهات والآباء. كما وجد هاديديان Hadidian,1994 أن اكتئاب الوالدين يرتبط بدرجة شدة إعاقة التواصل لدى الأبناء. ويرتبط بشدة اضطرابات التواصل ضعف قدرة الطفل على التعبير عن حاجاته ومشاعره والعجز الأكاديمي، وضعف التفاعل مع الآخرين ومع الأقران، وربما عدم فهم الإخوة والوالدين لما يريد، فيصاب بالعزلة وضعف مهارات السلوك التوافقي.

- عمر الطفل:

يعرض التراث لأهمية عمر الأفراد ذوي الإعاقة العقلية، فمثلاً ذكر أن الضغوط الوالدية تزداد بسبب الأولاد الأصغر عنها مع وجود الأولاد الأكبر سناً، ويتطلب ذلك مساعدة الأسر على المواجهة والتوافق، ومع نمو الاستقلالية نسبياً والسلوك التوافقي لدى الأبناء تنخفض مستويات الضغوط، ويتطور سلوك مساعدة الذات.

- حجم الأسرة:

إن زيادة عدد الأطفال في الأسرة وما يترتب عليه من ضعف في قدرات أفرادها على التواصل وتلبية الاحتياجات مع زيادة عدد المطالب الحياتية لكل فرد على حده، مما يؤثر على تواجدهما في مواقف التوتر التي قد يتعرض لها الأطفال، فالآباء في الأسر الكبيرة حتى وإن كان لديهم الاستعداد والإمكانات النفسية لإشباع حاجات الأطفال من العطف والحنان والتشجيع، إلا أن كثرة المطالب الواقعة عليهم والتي تستنزف قدراً كبيراً من قدراتهم لا تمكنهم من تحقيق ذلك (محمد المرشدي، ١٩٩٣) وحجم الأسرة متغير يؤثر في نمط التفاعل بين الآباء والأبناء، وبدخول كل طفل جديد تتزايد أنظمة التفاعل في الأسرة والتي تبدأ عادة بنظام واحد للتفاعل بين الأم والأب، ويرتفع إلى ثلاثة أنظمة بقدوم الطفل الأول، ثم يزداد إلى ستة أنظمة بقدوم الطفل الثاني.. وهكذا (ممدوحة سلامة، ١٩٨٤). وكلما زاد عدد الأطفال في الأسرة قلت الرعاية للطفل المعاق الذي يعيش بينهم، وقد يهمل أحياناً، وقد لا يعيره أي فرد من الأسرة الاهتمام الكافي، وذلك لأن الآباء يركزون الاهتمام على أطفالهم العاديين، حرصاً منهم على توفير المناخ المناسب لتنشئتهم الاجتماعية السليمة بصورة طبيعية، وكأنهم يضحون بفرد مميّوس من حالته على حد تفكيرهم في سبيل إنقاذ البقية التي تبشر بالخير والأمل، والتي يمكنها تحقيق توقعات الأسرة (على حنفي، ٢٠٠٠).

ويتضح أنه كلما زاد عدد أفراد الأسرة تناقص نصيب الفرد من التواصل، حيث تنتشعب مواقف التواصل، فبدلاً من تواصل فرد مع فرد كالأب مع الابن أو الأم مع الابن يصبح موقف التواصل فردياً إلى مجموعة وبالتالي يقل فرص التواصل الموجب مع الابن المعاق، والذي يحتاج إلى الصبر وسعة الصدر، وقد لا يتوافر ذلك في الأسرة كبيرة العدد نظراً لزيادة الضغوط ومطالب الحياة اليومية.

- الترتيب الميلاي: Birth order

يذكر حسين عبد القادر أن الترتيب الميلاي يعنى موقع كل فرد من حيث العمر بالنسبة لإخوته، وقد اعتبره أدلر Adler عاملاً فعالاً في بناء الشخصية وتطورها (فرج طه وآخرون، ١٩٩٣: ١٩٥) وقد وجدت فروق دالة في استجابات آباء وأمهات الأطفال المعوقين، لمن كان طفلهم الوحيد أو الصغير وبين من كان طفلهم المعوق هو الأكبر على بعد الضغوط النفسية، ولا شك أن الضغوط النفسية المتوقعة من قبل والدى طفل وحيد لديه إعاقة سوف تفوق تلك الضغوط النفسية التي يتعرض لها والدا طفل معوق لديهما أطفال عاديون (زيدان السرطاوي، ١٩٩١: ٣٢٦). ومجمل القول أن الترتيب الميلاي عامل مؤثر في التواصل والتفاعل الأسرى، حيث تكشف الأسرة مواقف التواصل مع الطفل الأول لها، حيث ينال الرعاية والاهتمام، وكذلك الحال مع الطفل الوحيد في الأسرة، أما وجود أطفال عديدين في الأسرة يوزع دائرة الاهتمام والتواصل ولا ينال الطفل المعوق منها إلا القليل، خصوصاً إذا كان ترتيبه متأخراً من إخوته العاديين كأن يكون الثالث أو الرابع مثلاً (خالد البلاح ومجدى الشحات، ٢٠١٤: ١١٢).

المواجهة والتوافق بين آباء وأمهات الأطفال ذوي الإعاقة العقلية:

يركز التراث حول استراتيجيات المواجهة لدى المعوقين عقلياً على الأمهات، ثم بدأ حديثاً الاهتمام يتضمن الآباء كذلك، وكان في السابق ربما يتدخل المتخصص بالعلاج والمساعدة على الطفل فقط دون الاهتمام بالوالدين، كجزء من النسق الأسرى بل هم أهم أجزاء هذا النسق، إضافة إلى إخوة الفرد المعاق. وقد وجد هولاهان Hollahan (٢٠٠٣) أن الأمهات يميلون إلى استراتيجيات المواجهة المستندة على الانفعال أكثر من الآباء الذين يلجؤون إلى استراتيجيات المواجهة المستندة على المشكلة، وأن الأمهات يستخدمون استراتيجيات غير توافقية للمواجهة. وأنهن يستخدمن التفاعل اللفظي أكثر من التوجه البدني، ويعبرون عن دافعية تواد أقل مع الأطفال مما يزيد من الضغوط النفسية.

وقد وجد كرافتزر وآخرون Kravetz, et al. (١٩٩٣) فروق بين الآباء والأمهات في استراتيجيات المواجهة، فقد وجد أن الآباء يميلون إلى استخدام استراتيجيات مواجهة

تعتمد على الانفعال في الأمور التي تتضمن المستوى الأكاديمي أو الإنجاز المدرسي، فهؤلاء الأطفال لديهم تدني في المستوى الأكاديمي مما يدفع الوالدين إلى التفكير القائم على التمني، لوم الذات، ردود الفعل المتوترة، العزلة الذاتية Self-isolation التباعد والتجنب في التعامل مع الطفل، بينما الأمهات يلجأن إلى المواجهة المستندة على المشكلة في تعديل أو تقييد سلوك الطفل.

وجدير بالذكر أنه يوجد العديد من استراتيجيات المواجهة التي تستند على المشكلة مثل: التفكير في المشكلة، التخطيط للتدخلات، التوافق مع وجهة نظر الآخر، التوافق مع ما يريده الآخر. وتبين نتائج بعض البحوث أن الأمهات أكثر نشاطاً ومحاولة للتعامل مع أطفالهن المعوقين عقلياً خصوصاً مع زيادة الاضطرابات السلوكية لأطفالهن، كما أن آباء المراهقين ذوي الإعاقة العقلية يستخدمون استراتيجيات المواجهة المستندة على الانفعال مقارنة بآباء المراهقين العاديين، وقد يرجع ذلك لاعتقادهم بضعف السيطرة والتحكم في السلوك أو تغييره.

وقد وجد يوو ولي تسانج Yau&Li-Tsang (١٩٩٩) فروق بين الآباء والأمهات في استراتيجيات المواجهة المستندة على المشكلة وأن الآباء يفضلون اللجوء إلى الاستراتيجيات المعرفية وإيجاد حلول للمشكلات والتوافق مع أطفالهم، وخفض الأفكار السلبية وأكثر ثقة واستجابة للحلول الإبداعية. كما وجد فرى وآخرون Frey, et al, (١٩٨٩) فروقاً بين الأمهات والآباء في طرق المواجهة مع أطفالهم المعوقين عقلياً. وأن استراتيجيات حل المشكلات كانت أكثر أهمية للآباء من الأمهات.

وفي دراسة رودريجو وآخرون Rodrigue, et al, (١٩٩٢) وجد أن آباء الأطفال الذين تم تشخيصهم اضطراب التوحد، أو متلازمة داون، يستخدمون استراتيجيات مواجهة معتمدة على الانفعال مثل: الخيال Fantasy، التفكير القائم على التمني Wish Fulfilling والبحث عن المعلومات أكثر من آباء الأطفال العاديين، وأن استخدام التفكير القائم على التمني والخيال عامل منبئ بالضغط النفسية. ويشير التراث إلى الفروق بين الآباء والأمهات في استخدام استراتيجيات المواجهة في التعامل مع أبنائهم المعوقين عقلياً، ووضع ذلك في الاعتبار عند إعداد برامج التدخل لتفعيل استراتيجيات المواجهة.

المواجهة والتوافق لدى والدي المعاقين عقلياً وفقاً لنوع الطفل :

قام العديد من الباحثين بتناول ردود الأفعال الخاصة بالمواجهة والتوافق لدى والدي الأطفال المعوقين عقلياً وارتباط ذلك بنوع الطفل ذكر- أنثى، فوجد أن الأسر التي بها معوقين عقلياً ذكور كانوا أكثر شعوراً بخيبة الأمل، بينما الأسر التي بها إناث كانوا أكثر تعرضاً للضغوط النفسية، وأن الشعور بخيبة الأمل يساهم في الفشل في مواجهة النتائج المحتملة، والضغوط النفسية، والوالدين لديهم توقعات من أبنائهم ويحتاجون إلى المساعدة لتحمل المسؤوليات الكثيرة ومواجهة الإحباط وفقدان الأمل وذلك مرهون بنجاح برامج التأهيل ومدى الاستفادة منها. وقد يزيد من الضغوط والعجز لدى الوالدين استمرار المسؤولية عن الطفل والتي لا تنتهي بمرحلة معينة كما هو الحال لدى الأطفال العاديين، فهناك استقلالية في السلوك وهو ما يتوفر متأخراً أو قد لا يتوفر مع الأطفال ذوي الإعاقة العقلية. وحاول فيري وآخرون (Frey, et al., 1989) معرفة تأثير نوع الطفل (ذكر-أنثى) على التوافق لدى الوالدين وخاصة الأمهات، فوجد أن أسر البنات أفضل في التوافق عن أسر الذكور، وترى نتائج دراسات أخرى أن نوع الطفل لا يعتبر عامل مؤثر على توافق الوالدين طالما توافرت فرص المساندة الاجتماعية.

وفي الثقافة العربية تفضل الأسر الذكر على الأنثى، فميلاد طفل معوق عقلي ذكر يزيد حالة الأسرة أسى وحزن وخيبة أمل، نظراً لأنها تراه حامل اسم العائلة وهو مصدر لاستمرارها معنوياً ومادياً، بينما الأنثى في النهاية ستذهب إلى رجل في عائلة أخرى، ولا تحمل أسماء أولادها، ويعتمدون على الذكر في العمل والمحافظة على الميراث وغيرها.

التماسك الأسري لدى أسر الأطفال المعوقين عقلياً :

أشارت نتائج العديد من الدراسات إلى وجود نتائج إيجابية لدى أسر الأطفال المعوقين عقلياً، من حيث التسامح، والتعاطف، والنمو المهني والشخصي، وفهم معنى الحياة بشكل واضح، ويتفق مع ذلك نتائج دراسة أبوت وميردث (Abbott&Meredeth 1986) حيث وجدوا زيادة في التماسك الأسري والتوافق في مواجهة الضغوط وفي رعاية

الطفل المعاق عقلياً، كما وجدوا أن والدي الأطفال سمادون يعاقدات من حيث الوعي، المعرفة، وفهم ظروف الطفل تعتبر عوامل تتبؤ جيدة بالتوافق والمواجهة لدى الوالدين، وبقوة الأسرة كوحدة متماسكة. وأن التماسك الأسرى كان أقوى لدى أسر المعوقين عقلياً عنه لدى أسر الأطفال العاديين، وأنه رغم وجود الضغوط والألم إلا أن هناك وعى إيجابي لدى تلك الأسر. وترى دراسات أخرى وجود أسى كبير ومزمن لدى أسر المعوقين عقلياً، ودرجة عالية من الاكتئاب. بينما نتائج دراسات أخرى أثبتت أن أسر المعوقين عقلياً لديهم مساهمات إيجابية بنسبة كبيرة وأنهم مترابطون ولديهم زيادة في نمو الصبر، العطف والشفقة، والإيثار.

ويعرض التراث في مجال التماسك الأسرى للمشاعر السلبية والإيجابية، فقد تضاربت نتائج الدراسات السابقة حول ذلك، فمنهم من أشار إلى زيادة الضغوط الأسرية العديدة وتأثيرات ذلك ونتائج على الأسرة والطفل، وعلاقة ذلك بمصادر المواجهة وعلاقة ذلك بالتشخيص ووقعه على الأسرة وسماعهم أن طفلهم معاق عقلي أو توحده، أضف لذلك مشكلات التواصل وغياب العلاقة العاطفية الإيجابية يجعل التفاعلات أكثر ضغطاً، خصوصاً مع زيادة شدة الإعاقة، ومن هنا لزم التدخل ببرامج علاجية لتحديد أكثر الأحداث والعوامل المرتبطة بزيادة الضغوط على الأسرة، والتي منها المشكلات السلوكية للطفل، العزلة الاجتماعية، الطلاق، تعدد الإعاقات، المشكلات الصحية، مظهر الطفل، والأعباء المالية.

وقد لوحظ أن إعاقة الطفل تؤثر في بنية الأسرة بأربع طرق هي: إثارة الانفعالات لدى الوالدين، والإحباط بسبب الشعور بالفشل، وتغير نظام الأسرة، وإيجاد أرض خصبة للصراع، إضافة إلى وجود عدد من المشكلات التي تواجه أسر الأطفال المعاقين، وهي: العزلة الاجتماعية للوالدين، استنزاف ما يقارب (٦٠٪) من وقت الأم في الرعاية، (٨٠٪) من الأمهات يقضين وقتاً مضاعفاً مع أبناءهن المعاقين، كما تصاب الأم بحالة من اليأس والملل والإحباط، وتأتي المشكلات النفسية في المرتبة الأولى ضمن المشكلات التي تتعرض لها أمهات الأطفال المعاقين. بالتالي فإن كل هذه المواقف قد تفقد الكثير من الأساسيات الواجب اتباعها وتطبيقها لرعاية وتنشئة هذا الطفل المعاق، الأمر الذي قد يؤدي إلى عدم التقبل الضمني أو العلني.

القلق والاكتئاب لدى آباء المعوقين عقلياً :

خلال العقدين الماضيين من القرن العشرين، تم تغيير توجه المؤسسات التي تقدم الرعاية الصحية الأولية في المستشفيات أو المراكز المجتمعية للصحة النفسية، وبسبب القيود المالية فإن الأسر تتحمل كثيراً من المسؤوليات مثل: تدريب المساعدين أو التعزيز العاطفي. وفي الماضي كان الأطفال في المعاهد وفق نظام العزل، لكن الآن يعيشون في بيئات أسرية أفضل بالنسبة لنموهم ربما مع نظام الدمج، ومن ناحية أخرى تلك التغيرات قد تمثل مصادر ضغوط كبيرة على الأسر. وبشكل عام، فإن القضية الهامة لمقدمي الرعاية هي الحاجات السيكولوجية، فبعض الخبراء يؤكدون أن دور مقدمي الرعاية كثيراً ما يكون مصحوباً بمجموعة من المكافآت والتعزيز الإيجابي (Picot, 1996).

إن أحداث الحياة الضاغطة من شأنها أن تؤثر على الحالة النفسية للفرد، ومن بين هذه المتغيرات التي يمكن أن تتأثر بأحداث الحياة الضاغطة القلق والاكتئاب. ويزداد الأمر أهمية من حيث التعرض له وتناوله إذا تحدثنا عن أمهات الأطفال المعاقين عقلياً بما يسببه وجود شخص معاق بالأسرة من اضطراب وحالة نفسية سيئة عند الكثير من الأمهات، وأن وجود طفل معاق بالأسرة عادة ما يغير سياق الأسرة كوحدة اجتماعية بعدة طرق، فقد يصاب الآباء والأبناء بالصدمة وخيبة الأمل والغضب والاكتئاب والشعور بالذنب والحيرة كرد فعل لوجود مثل هذا الطفل (أميرة بخش، ٢٠٠٧).

إن وجود شخص معاق في الأسرة يسبب حالة نفسية سيئة للأمهات، خصوصاً لو كانت الإعاقة تتعلق بالقدرات العقلية مما يؤثر على وحدة الأسرة، فيصاب الوالدين بالصدمة والغضب والاكتئاب والشعور بالذنب، ولاشك أن الذين يتعرضون لضغوط مرتفعة أكثر معاناة للقلق والاكتئاب والأمراض السيكوسوماتية، على عكس أصحاب الضغوط المنخفضة فهم أفضل حالاً في جانب الصحة النفسية.

إن ولادة طفل معاق يؤثر على ديناميكية التفاعل بين أفراد الأسرة، مما يؤدي إلى أزمة داخل الأسرة، خصوصاً قضية الإعاقة العقلية عند الأطفال وهي خطيرة جداً لأن الأسر ذوات الأطفال المعوقين عقلياً لديهم مشاكل في النسق الأسري، والعلاقات

الزوجية، وعلاقات الأخوة، حتى أنه يؤثر على النظام الخارجي للأسرة مثل: الصداقة، والجيرة والمدرسة مما يسبب المزيد من الضغط النفسي داخل النسق الأسرى. في هذه المرحلة فإن الحالة الفسيولوجية والنفسية تصبح غير طبيعية، ثم يؤدي إلى ضعف في الأنشطة المعرفية التي تنتج عنها المشاكل السلوكية والتي تُبرز الاكتئاب والقلق (Hernandez,2005).

وفيما يتعلق بهذه القضية، يعتقد جوفمان (١٩٦٣) أن تجارب الوصمة Stigma تؤثر ليس فقط الناس الذين يحملون صفات الوصمة، ولكن أيضاً سوف تمتد لمن يتعاملون مباشرة مع الناس الذين يحملون صفات سلبية، مما يجعل الوصمة تؤثر على حياتهم، وهي ظاهرة معقدة.

ولادة طفل ذو إعاقة عقلية يمكن أن يؤدي إلى تأثير عميق على الأسرة، وبالتالي أولياء أمور يواجهون مشاكل أكثر من أولياء أمور الأطفال العاديين والتي تؤثر على جودة حياتهم النفسية (Rohini,2012) هذا النوع من الولادة هي واحدة من أكثر الأحداث المجهدة في حياة الأم، لكن بعض العوامل مثل التقدم في الطب والتكنولوجيا، يقلل تأثير الأطفال المتخلفين عقلياً على الأسرة ويساعد على العيش حياة أكثر صحة.

إن الاستمرار في رعاية الأطفال الذين يعانون من إعاقة عقلية غالباً ما تكون مرهقة للوالدين، إن الآثار على وحدة الأسرة يمكن أن تكون اقتصادية واجتماعية وعاطفية في الطبيعة. وقد أشار الباحثون إلى أن آباء الأطفال الذين يعانون من التخلف العقلي عادة ما يكونون في خطر لتتبع الصعوبات العاطفية. كما أن الأثر التراكمي للمتاعب اليومية والصعوبات في التعامل مع الأطفال المعوقين تمثل الضغوطات الكبيرة التي قد تؤثر لاحقاً على الآباء وسير حياة الأسرة. (Baker,& Edelbrock,2002)

وعلى وجه الخصوص، يشير الكثير من الأدلة إلى الارتباط بين شدة وتواتر المشكلات السلوكية للأطفال ذوي الإعاقة الذهنية وضغوط الوالدين والمشاكل النفسية مثل القلق والاكتئاب. إن انتشار القلق والاكتئاب بين آباء الأطفال الذين يعانون من الإعاقة العقلية في مستوى عال، وبالتالي فإن العلاجات مثل العلاج المعرفي السلوكي ربما يكون ضرورياً، لأن هذه الطرق العلاجية تعلم الوالدين كيف يتعاملون

مع أطفالهم بغرض تحقيق التوافق الاجتماعي، العلاج يمكن أن يساهم في الحد من الآثار الضارة للعجز أو الإعاقة، ويساعدهم على الوصول إلى أفضل الحلول (Williams, et al.,2003).

ويمكن القول أن جودة الصحة النفسية يؤدي إلى الصحة البدنية، وبالتالي توصل إلى مجتمع صحي، والنقطة الأخيرة التي يجب أن تكون موضع اهتمام هي أن النقطة الأخيرة التي يجب أن تكون موضع اهتمام هي أن أهمية الاستمرار في تحسين مستوى الخدمات النفسية لهؤلاء الأفراد وأسرههم، لذلك اقترحت كثير من الدراسات أن استخدام أساليب أخرى من العلاج ومقارنتها مع بعضها البعض والتي ثبت أنها تؤيد الجهود المبذولة في الحد من القلق والاكتئاب وللآباء والأمهات تكون مقبولة (Abbas, Ali,2013).

إن الأطفال المعوقين عقلياً يشكّلون ضغطاً وقلقاً مرتفعاً لدى الأمهات وأنهن أكثر عرضة للاكتئاب، ولديهن مشاكل انفعالية ويعانين من درجة عالية من الضغوط، وأن إعاقة الطفل يكون لها نتائج عكسية على سعادة الوالدين لمطالب الإعاقة الطويلة والرعاية الخاصة والقلق بشأن مستقبل الطفل. وقد يرجع ذلك أيضاً إلى أن السلوك المشكل الذي يمارسه الطفل المعوق يشكل ضغطاً كبيراً على الوالدين، وتختلف درجة الاكتئاب والقلق من أسرة إلى أخرى حسب درجة الإعاقة أو شدتها، وطبيعة استراتيجيات الأسرة في مواجهة ذلك. والاكتئاب يعكس اضطراباً في العلاقات الاجتماعية للأفراد، كما أنه يرتبط بدرجة كبيرة بفقدان الثقة، وكذلك الشعور بالوحدة النفسية، وأن المكتئبون يفتقدون علاقاتهم بالمحيطين بهم ولا يحسنون التعبير عن أنفسهم ويفتقدون مصادر المساندة الاجتماعية، إلى جانب نظرتهم اللاتوافقية لذواتهم، وتكوين الأفكار السلبية عن المستقبل ويتوقعون كثيراً من العزلة الاجتماعية وفقدان ضبط الذات.

وقام هوستنج وبيك (Husting&Beck ٢٠٠٤) ببحث اعتمد على برنامج تدخل جمعي كان الهدف منه تخفيف القلق بين والدي الأطفال ذوي الإعاقة العقلية، وقد اعتقد الباحثان أن والدي الأطفال ذوي الإعاقة العقلية يتعرضون لزيادة الضغوط ومشكلات نفسية أخرى مثل الاكتئاب والقلق، لذلك فهم يحتاجون برامج تدخل

لتخفيف تلك الضغوط. وقد أظهرت مراجعة هوستنج وبيك أن من بين برامج التدخل، ما يعتمد على المنحى المعرفي السلوكي والتي يكون لها أكبر الأثر الفعال في الحد من الضغوط النفسية.

وقد بينت النتائج المستندة على استراتيجيات المنحى المعرفي السلوكي باستخدام إدارة الضغوط المعرفية ومحاولة التدريب على تغيير الأفكار غير العقلانية، وغير الفعالة، بالإضافة إلى العوامل التي تثير القلق والاكتئاب ومحاولة مساعدتهم في الحصول على بصيرة من أجل استبدال الأفكار غير العقلانية. وهذا يعزز تقدير الذات والكفاية النفسية للوالدين، وبالتالي يدفعهم إلى إنجاز المزيد من المصادر لمساعدة الطفل المعوق، وكما يقول لازاروس وفوكمان (1984 Lazarus & Folkman) أنه عندما يتعامل الفرد مع الضغوط، إذا توافرت الموارد المتاحة للمساعدة، فسوف يكونوا أقل عرضة للضغوط النفسية.

القلق لدى أمهات الأطفال الداون:

ذكرت (نجية نميري، ٢٠١٢) أن ولادة طفل معاق مهما كانت نوعية إعاقته جسدية أو عقلية تسبب الكثير من الحزن والأسى لدى الأسرة والأم خاصة فهذا الطفل المعاق أو غير العادي لا يناسب الطفل الذي تصوره الآباء قبل ولادته وربما قد يصيب الآباء ذهول تام وصدمة قد يصعب تجاوزها فميلاد طفل مصاب بمتلازمة داون، في الأسرة كبداية لهموم نفسية لا تحتمل، وبداية لصراعات من وجهات النظر واختلافات في الآراء حول الإصابة وأسبابها، الشعور بالذنب، تأنيب الضمير، ويمكن أن يصاحبها إنكار شديد وحزن وصدمة وقلق، مما يؤثر على نفسية الأم فالأمهات اللواتي أنجبن أطفالاً مصابين باضطراب متلازمة داون قد لا يجدن قدراً كافياً من البهجة في حياتهن كالاتي أنجبت طفلاً سليماً وعادياً، وقد لا توفر له كل ما يحتاجه من رعاية وحنان واهتمام، فإصابة الطفل بأي إعاقة قد يسبب ألماً وقلقاً لدى الأمهات، لاسيما إذا كانت إصابته بإعاقة عقلية ظاهرة الأعراض أو شديدة في الدرجة. وعندما يولد طفلاً معاقاً فإن الموقف في هذه الحالة ينطوي على معنى يشير إلى أن الطفل السليم المرغوب فيه فقد فجأة بالنسبة للوالدين، مما يوقعهما في سلسلة معقدة من الحسرة، ويمكن

أن تصاب الأم بخيبة أمل وإحباط فقد تتسحب الأم من العلاقة التي عملت على بنائها وأسست قواعدها وبمجرد علم الأم بإصابة ابنها تعتبر كبداية لسلسلة من الضغوط النفسية والاجتماعية وما يصاحبها من شعور بالذنب والخجل والاكئاب والقلق وتآنيب الضمير وكذا التخوف من المستقبل.

وهذا ما بينته عدة دراسات ومنها في دراسة فلويد وجالجهار ١٩٩٧ Floyd & Gallagher، حيث توصلنا إلى أن أمهات الأطفال المعاقين عقلياً لديهم مستوى مرتفع من الضغوط النفسية والقلق على مستقبل الطفل كون هذا الأخير يعاني من تخلف ذهني يجعله دائماً تحت مسؤولية الآخرين كالآباء والإخوة وكذا قصور قدراته المعرفية والذهنية وانخفاض مستوى الذكاء مقارنة بالطفل العادي، فالمستوى العقلي للطفل المصاب يسمح له باكتساب بعض النشاطات التي تضمن له حياة مقبولة عموماً خاصة إذا ما حظي بتبتهات حسية معرفية في سن مبكرة. وتوصلت نتائج عض الدراسات إلى أن آباء وأمهات الأطفال ذوي الإعاقة الشديدة وخاصة طفل عرض داون حيث بينت أن هؤلاء الآباء والأمهات يواجهون صعوبة أكثر في التعايش مع أطفالهم المصابون، إذ يمتد رفض الطفل المعاق في بعض بدخول بعض الأمهات في نوبات حزن واكتئاب كتعبير عن رفض قبول هذا الواقع.

الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون:

عرف معجم علم النفس استراتيجيات المواجهة بأنها سلسلة من الأفعال وعمليات التفكير تستخدم لمواجهة موقف ضاغط أو غير سار أو في تعديل استجابات الفرد في مثل هذه المواقف، واللفظ عادة يتضمن الأسلوب المباشر والشعوري لمعالجة المشكلات، في مقابل استخدام الحيل الدفاعية، واللفظ يطلق على الاستراتيجيات التي تصمم لمعالجة مصدر القلق عكس الحيل الدفاعية التي توجه لمعالجة القلق مباشرة وليس مصدره (جابر عبد الحميد، وعلاء كفاي، ١٩٨٩: ٧٦٣). واستراتيجيات المواجهة تمثل مجموعة الجهود والعمليات النفسية التي توظف في تسيير الضغوط والتقليل من آثارها السلبية، وتناولها البعض على أنها استراتيجيات مقاومة الضغوط النفسية، وأحياناً أخرى على أنها أساليب تعامل، وأحياناً ثالثة على أنها عمليات تحمل الضغوط.

أشارت (صباح جبالي، ٢٠١٢) إلى أن الضغط النفسي الذي تفرضه إصابة الابن على الأم يدفعها إلى اللجوء إلى استعمال استراتيجيات مواجهة تمكنها من التعايش مع إصابة ابنها بغض النظر عن نوع الأساليب المتبعة، فاستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية تمثل عوامل الاستقرار التي تعين الفرد على الاحتفاظ بالتوافق النفسي والاجتماعي في مواجهة الأحداث الضاغطة في حياته، فإتباع هذه الأساليب من شأنها أن تساعد على التعامل اليومي مع الضغوط النفسية والتقليل من أثارها السلبية قدر الإمكان، خصوصاً إذا كانت استراتيجيات مواجهة إيجابية. وقد قام (عبد العزيز الشخص وزيدان السرطاوي (١٩٩٨) بدراسة الضغوط النفسية لدى أولياء أمور الأطفال غير العاديين، وقد توصلوا إلى أن والدي الأطفال المعاقين يعانون من مستويات عالية من الضغوط نتيجة التأثير السيئ الذي يحدثه وجود طفل معاق وما يتسم به من خصائص سلبية لدى الوالدين فيثير لديهم ردود فعل عقلية وانفعالية أو عضوية غير مرغوبة، تعرضهم للتوتر والضييق، والقلق، والحزن، والأسى، كما قد يعانون من بعض الأعراض النفسية الجسمية التي تستنفذ طاقاتهم وتحول دون قدرتهم على التركيز فيما يقومون به من أعمال. لذا فإن التطرق إلى موضوع الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها صار من الضرورة بمكان لما يتطلبه هذا الموضوع من فهم أكثر وتوضيح لمسبباته وأنواعه ونتائجه على الأفراد، وبالأخص موضوع الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون نظراً لما يميز هذه الفئة من ملامح شكلية ظاهرة وواضحة وقصور عقلي دائم، مما يجعل الأمهات يعشن في ضغط نفسي تختلف شدته وحدته من أم إلى أخرى على حسب كيفية إدراكها وتصورها لابنها المصاب وكذلك على حسب تركيبها النفسية، كذلك تبعاً لعدة متغيرات منها جنس الابن المصاب وسنه وكذلك سن الأم ومؤهلاتها التعليمية.

وقد توصلت نتائج دراسة صباح جبالي (٢٠١٢) من خلال قياس الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها لدى أم الطفل المصاب بمتلازمة داون إلى أن الأمهات تعانين من مستوى متوسط من الضغوط النفسية، كما أنهن يتبعن استراتيجيات مواجهة إيجابية والمتمثلة في: التدين والتقبل وطلب المعلومة، والتخطيط. كما أن لمتغير جنس الطفل المصاب بمتلازمة داون تأثير على مستوى الضغوط النفسية ونوع استراتيجيات المواجهة

المتبع من طرف الأم حيث أن أمهات الإناث المصابات بمتلازمة داون يعانون من مستوى أعلى من الضغوط النفسية مقارنة مع أمهات الأطفال الذكور المصابين بمتلازمة داون، كما أن أمهات الذكور المصابون بمتلازمة داون يلجأون إلى إتباع استراتيجيات مواجهة سلبية تتمثل في: الإنكار- مقارنة مع أمهات الإناث المصابات بمتلازمة داون.

الذكاء الوجداني كدالة للصحة النفسية لدى أمهات الأطفال الداون:

لقد بات واضحاً في المجال النفسي أن العديد من الأمراض النفسية تتعلق باضطراب العواطف والوجدان مثل: أمراض الاكتئاب والهوس، والقلق، والخوف، كما وجد أن الأشخاص اللذين يتمتعون بمستوى ذكاء انفعالي مرتفع هم أكثر من غيرهم إحساساً، بالرضا عن أنفسهم والقدرة على السيطرة على بنيتهم العقلية والنفسية، بينما الأشخاص اللذين يتمتعون بمستوى ذكاء انفعالي منخفض لا يستطيعون التحكم في حياتهم العاطفية ويدخلون في ضغوط نفسية داخلية تعوق قدرتهم على التركيز، إذ من يملكون قدرات أعلى في الذكاء العاطفي أكثر قدرة على حث أنفسهم على الاستمرار في مواجهة الإحباطات، وتأجيل الإشباكات، وإرضائها ومنع الأسى والألم من شل قدرتهم على التفكير وبالتالي الحفاظ على تنظيم حالتهم النفسية وتحقيق التوافق النفسي.

وقد قامت سميرة بوزقاق وآخرون (٢٠١٤) بدراسة هدفت إلى معرفة درجات الذكاء العاطفي والفروق في درجات الذكاء العاطفي وفقاً لمتغيري المستوى التعليمي والسن. واشتملت عينة الدراسة على ٨١ أمماً من أمهات الأطفال المعاقين ذهنياً (متلازمة داون) ولقد استخدمت الباحثتان على اختبار الذكاء العاطفي لبار-أون، والذي يشتمل على خمس أبعاد رئيسية (العلاقات داخل الشخص Intrapersonal العلاقات البينشخصية - إدارة الضغوط - القدرة على التكيف- المزاج العام) تضمنت ١٥ بعداً فرعياً، بواقع (٦٠) فقرة، وأظهرت نتائج الدراسة أن أمهات الأطفال المعاقين ذهنياً (ذوو متلازمة داون) يتمتعن بذكاء عاطفي منخفض، كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الذكاء العاطفي باختلاف كل من السن والمستوى التعليمي. وتشير خولة يحي (٢٠٠٨) إلى أن الطفل المعاق هو مصدر تهديد لوحدة الأسرة، يؤثر

على العلاقات داخلها بحيث أن الأسر التي لديها طفل معاق تميل عادة إلى عزل نفسها عن المجتمع، فيعاني الوالدين بذلك من العزل الاجتماعي، وهذه الحالة الاجتماعية نتيجة وجود الطفل المعاق تؤثر على الحالة النفسية كذلك للأسرة في محاولتها للتكيف والتعايش بعد التعرض لصدمة قوية غالباً ما يتولد عنها الشعور بالذنب والاكئاب ولوم الذات وأحياناً النكران، ومما لاشك فيه أن الألام النفسية هي مرحلة حرجة وصعبة من ردود الفعل الوالدية، لولادة طفل معاق. ومن خلال هذا المعنى يتضح لنا، أن للذكاء العاطفي مجموعة مهارات يمكن تنميتها لدى الأفراد، هذه الأخيرة تمكنه من التكيف الذاتي مع انفعالاته وفهمها والتعبير عنها، أو على تكيفه مع الآخرين وإقامته علاقات إيجابية فعالة وبناءة، وفهم انفعالات الآخرين والتعامل معها، والضعف في مهارات الذكاء العاطفي يؤثر في حياة الأفراد، لاسيما أسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. فهذه الأسر غالباً ما تواجه جملة من المشكلات الخاصة أثناء محاولتها التكيف والتعايش مع وجود الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة؛ وهذا ما يوضح أن العلاقة بين الأطفال المعوقين وأسرهم علاقة تبادلية، بمعنى أن الأسرة تتأثر بحالة الإعاقة لدى طفلها، كما أن الطفل يتأثر بدوره باستجابة أسرته لإعاقته، تلك الاستجابات التي يؤكد بعض الباحثين في ميدان التربية الخاصة على أنها قد تكون أكثر أهمية بالنسبة لنمو الطفل المعاق من الإعاقة ذاتها، وفي الوقت ذاته فإن هذه الأسر عرضة للضغوط والتوترات وعدد من الأزمات، لا تقع عند ولادة الطفل فحسب، وإنما تتجدد وتحدث في أوقات عدة؛ لهذا ينبغي على الأسرة أن تطور استراتيجيات المواجهة والتعايش المناسبة والفعالة معها لا على المدى القصير فحسب، وإنما على المدى الطويل أيضاً.

وبهذا نجد أن الخبرات الحياتية المؤلمة التي تتعرض لها الأم جراء وجود طفل معاق لديها، يؤدي إلى صعوبات تكيفية مع الذات والمجتمع، ومع هذا الطفل المعاق خاصة لمحدودية قدرته على النمو والتطبيع الاجتماعي، وأن الإعاقة بشتى أنواعها مأساة أسرية تسبب للأسرة الخجل، وبالتالي تلجأ الأسرة وخاصة الأم إلى الانكماش وتجنب الاختلاط بالمجتمع لصعوبة التفرغ لرعاية طفلها المعاق، وتدافع الأم بحكم أمومتها على طفلها المعاق، فيدفعها خوفها عليه بالانزواء به بعيداً عن عيون المجتمع، فيعجز

والوالدان غالباً عن مواجهة مشكلات طفلهم ذي الاحتياجات الخاصة بطريقة واقعية، لعدم معرفتهما الكافية ووعيهما باحتياجاته وقلة الكفاءات والمهارات اللازمة للتعامل معه، الأمر الذي يستلزم ضرورة تضمين رعاية الوالدين وإرشادهما ومشاركتهم الفعالة كأهداف أساسية في برامج الإرشاد النفسي لذوي الاحتياجات الخاصة، لمساعدتهما على تنمية استعداداتهما النفسية، وتعديل اتجاهاتهما نحو الطفل ونحو إعاقته، من خلال تعزيز مكونات الذكاء الوجداني لدى الوالدين.

الضغوط النفسية لدى آباء أطفال اضطراب الأوتيزم:

يذكر أشرف عطية (٢٠١١: ٤٣٠) أن آباء أطفال اضطراب الأوتيزم يعانون من العديد من المشكلات النفسية التي تؤثر سلباً على مجرى حياتهم، مما يجعلهم يدورون في حلقة مفرغة، بدايتها المطالب الملحة لأبنائهم المعوقين، والتي يجدون من الصعب تلبيتها في ظل فهم ضعيف لطبيعة هذا الاضطراب من جانبهم، وقلة خدمات الرعاية المقدمة لهؤلاء الأطفال من جانب مؤسسات المجتمع، ونهايتها المطالب الملحة لذواتهم، حيث يجدون من الصعب تلبية هذه المطالب في ظل وجود طفل معاق في الأسرة من ناحية، مما يثقل كاهل الأسرة بأعباء ترتبط بالإنفاق على هذا الطفل، ومن ناحية أخرى يرتبط وجود هذا الطفل في الأسرة بصعوبة تحقيق الوالدين لذواتهم، خاصة في ظل عدم تقبل الوالدين لهذا الطفل، أو اعتباره مصيبة حلت عليهم، وذلك نتيجة فهم قاصر ناتج عن نظرة المجتمع للطفل المعاق. ويضيف أن كثير من نتائج الدراسات السابقة أشارت إلى أن والدي الأطفال الأوتيزم يعانون مستويات مرتفعة من الاكتئاب والضغط مقارنة بوالدي الأطفال العاديين، وكذلك والدي الأطفال المعاقين عقلياً، كما تعاني أمهات أطفال الأوتيزم من المستويات المرتفعة من القلق والاكتئاب وتقدير الذات المنخفض، وعدم الرضا عن العلاقات البينشخصية، والحزن والتقلبات المزاجية، ويتأثرن بدرجة تقبل أو نبذ المجتمع لطفلهم. وبصورة عامة فإن حدة أعراض الأوتيزم لدى الطفل والتي تتضمن المشكلات السلوكية تعد منبئاً بالضغوط الوالدية، ويتم التنبؤ بالضغط الذي تخبره أم الطفل الأوتيزم عادة عن طريق المشكلات السلوكية لدى الطفل ودرجة الاكتئاب لدى زوجها، بينما يتم التنبؤ بالضغط الذي يخبره الأب عن طريق مستوى اكتئاب الأم.

ومن الجدير بالذكر أن استخدام الوالدين استراتيجيات المواجهة الإيجابية يساعد على تخفيف الضغوط مثل حل المشكلات، وإعادة البنية المعرفية، في مقابل الوالدين الذين يستخدمون استراتيجيات المواجهة السلبية مثل الهروب والتجنب، والانسحاب، والتفكير القائم على التمني.

الضغوط النفسية لدى آباء الأطفال المعوقين سمياً:

إن وجود الطفل المعاق بما يحمل من خصائص وسمات مرغوب فيها تعد بمنزلة مصدر مهم ودائم للضبط، حيث تتطلب رعايته جهداً كبيراً وإضافياً من الوالدين يصعب عليهما تحمله، فيتعرضان لمشاعر سلبية ومشاكل أسرية، فضلاً عن المظاهر العامة العضوية والنفسية المصاحبة للضغوط. ومن هنا فإن مصطلح الضغوط النفسية لدى أولياء أمور المعوقين يشير إلى التأثير السيء الذي يحدثه وجود طفل معاق، وما يتسم به من خصائص سلبية لدى الوالدين، فيثير ردود فعل عقلية وانفعالية وعضوية غير مرغوب فيها تؤدي إلى التوتر والضييق والقلق والحزن والأسى، كما قد يعانيان من بعض الأعراض النفسية والجسمية التي تستنفذ طاقتهما، وتحول دون قدرتهما على التركيز فيما يقومان به من أعمال وهذا يطلق عليه الاحتراق النفسي (زيدان السرطاوي وعبد العزيز الشخص، ١٩٩٨).

وقد أشار فولكمان وآخرون إلى أنه يمكن التغلب على المواقف المسببة للضغوط من خلال تنمية استراتيجيات التعامل (المواجهة) مع الضغوط النفسية، وتشمل هذه الاستراتيجيات كل ما من شأنه مساعدة الوالدين على إحداث التغييرات اللازمة لخفض مستوى التعرض للضغوط النفسية مثل مهارة حل المشكلات، والصحة العامة لأفراد الأسرة، والعلاقات الأسرية، ومصادر الدعم الاجتماعي (منى الحديدي وآخرون، ١٩٩٤).

ويذكر ولكنسون وكامبل (١٩٩٧) أن بعض الباحثين قاموا بوضع استراتيجيات للتوافق مع الضغوط النفسية تنقسم إلى: (التمركز حول المشكلة، التوافق المتمركز حول الانفعال)، والتوافق المتمركز حول المشكلة وفيه يقيم الفرد الموقف الضاغط ويفعل أي شيء حياله، أما التوافق المتمركز حول الانفعال ففيه يركز الفرد على الاستجابة الانفعالية للمشكلة، فيحاول تخفيف القلق حيال المشكلة دون التعامل الحقيقي مع الموقف، ومعظم الناس يستخدمون استراتيجية التوافق المتمركز حول المشكلة (في: أحمد عربيات، ٢٠٠٨).

وتزداد درجة الضغوط النفسية لدى أولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقة نظراً للتأثير السئ الذي يحدثه وجود طفل ذو إعاقة وما يتسم به من خصائص سلبية لدى الوالدين فتثير ردود فعل عقلية وانفعالية أو عضوية غير مرغوبة، ويكثر تعرضهما للتوتر والضيق والقلق والحزن والأسى، كما قد يعانيان من بعض الأمراض النفسية الجسمية التي تستنفذ طاقتهمما وتحول دون قدرتهما على التركيز فيما يقومان به من أعمال (زيدان السرطاوي وعبد العزيز الشخص، ١٩٩٨).

وقد بينت الدراسات أن أسر الأطفال ذوي الإعاقة يواجهون مشكلات عديدة من أبرزها الأزمات الزوجية وزيادة العدوانية والاكتئاب، والشعور بالذنب، والقلق، التوتر، والعزلة عن الناس، وهناك ثلاث أنواع من المشكلات التي قد تظهر عند الأهل وهي صعوبة فهم حقيقة الإعاقة وتقبلها، وصعوبة التعامل مع السلوك اليومي للطفل، والقلق حول مستقبله (سلام البسطامي، ٢٠١٣ : ٢٠-٢٣).

ومن المعلوم أن حوالي ٩٠٪ من الأطفال الصم يولدون لآباء عاديون، بينما ١٠٪ فقط تقريباً هم من يولدون لآباء صم (الأب - الأم) أو كلاهما، ولهذا كان من الضروري التدخل المبكر لتهيئة البيئة الأسرية لتقديم أفضل طرق تعليم اللغة لطفلهم الأصم، وربما يساعد في ذلك أخصائي التخاطب وأخصائي السمعيات، وهما يعملان على برامج التدخل المبكر، وعليهما فهم طبيعة التفاعل بين الطفل والديه، على اعتبار مشاركة الوالدين في التدريبات.

وفي الأسر التي يوجد بها أصم لأسر صم هم أقل ضغوط انفعالية، حيث يتفاعلون من خلال لغة مشتركة هي لغة الإشارة، بينما في أسر العاديين يتعلم الأطفال لغة الإشارة من والدين يتحدثون ولغتهم الأساسية هي الكلام، وليس الإشارة مما يسبب ضغوط نفسية على الوالدين.

ومن الضروري ملاحظة الفروق في التفاعلات بين أفراد الأسر العادية التي لديها ابن أصم والأسر الصماء التي لديها ابن أصم، وخصوصاً في إطار التواصل والتفاعل. حيث أن الأم الصماء تعلم أبنائها الإشارة، ويصبح الابن جزء من ثقافة وعالم الصم، أما الأمهات عاديات السمع فليس لديهن خبرة مع الأطفال الصم، وبالتالي يزداد لديهن الأسى والحزن، ويبحثن عن أنماط التواصل المتاحة لتعلمها، وكذلك البحث عن حلول

من خلال المعينات السمعية أو زراعة القوقعة، وقد أشارت نتائج دراسة ميدو Meadow (1997)) على الأمهات العاديات واللائى لديهن طفل أصم فوجد أن التفاعلات كانت تتميز بالضغوط المرتفعة، وزيادة التحكم والقيود، وضعف الاستجابة لجهود التواصل مع طفلها، مع انخفاض المساندة العاطفية.

ومن خلال نتائج بعض الدراسات السابقة تبين وجود نتائج متضاربة حول توافق الوالدين مع الأبناء ذوي الإعاقة السمعية، فمنهم من توصل إلى تحقيق الأمهات علاقات اجتماعية جيدة خصوصاً في التعلق، جودة الحب الوالدي، والقدرة على التوافق مع حالة الابن، لكن بشكل عام تكرار كسر التواصل يحد من إجراء الحوار الطبيعي بينهما، والحل الأنسب في جودة برامج التدخل المبكر، وبالتالي تخفض الضغوط.

إن مستوى الضغوط لدى آباء الأطفال الصم يتشابه مع الضغوط لدى والدى العاديين، بمعنى أن كل الأطفال تسبب الضغوط للوالدين، بغض النظر عن حالة السمع، وقد تساهم برامج التدخل المبكر في المساعدة على خفض الضغوط النفسية وتحسين التفاعلات الوالدية مع أطفالهم الصم، فيما يتعلق بمستوى السمع ومستقبل زراعة القوقعة واكتساب اللغة، وقد يساعد ذلك عدة عوامل منها:

- تحقيق مستوى متقدم من التواصل مع الأبناء الصم.
- المشاركة وتبادل الخبرات مع الأسر الأخرى المشابهة في الحالة السمعية.
- مساعدة المتخصصين من الأخصائيين النفسيين وغيرهم.
- مساعدة الأصدقاء أو أعضاء الأسر في تقديم المعلومات حول الصمم.
- تدريب الوالدين ومساعدتهم على مهام الحياة اليومية.
- تقديم المساندة العاطفية.
- ترسيخ مفهوم أن الصمم ليس نهاية قدرة الفرد على العيش باستقلالية في الحياة.
- وجود التدخل المبكر أو مساعدة المتخصصين.
- زيادة شعور الوالدين بالفاعلية الذاتية والثقة.
- خفض إحساس الوالدين بالوحدة النفسية.

المساندة ودورها في تدعيم الصحة النفسية لدى أسر ذوي الإعاقة السمعية:

تعرف المساندة الاجتماعية بأنها: "الدعم المادي والعاطفي والمعرفي الذي يستمده الفرد من جماعة الأسرة، وزملاء العمل، أو الأصدقاء في المواقف الصعبة التي يواجهها في حياته، وتساعده على خفض الآثار النفسية: السلبية الناشئة من تلك المواقف، وتساهم في الحفاظ على صحته النفسية والعقلية. وذكرت نايت وسوانويك Knight & Swanwick (1999) ثلاثة مصادر لمساندة الصم وضعاف السمع هي:

(أ) أسر الأطفال الصم وضعاف السمع الآخرين: تقدم خبرتها في مرحلة سابقة وما تمر به الأسرة، والذين عانوا نفس الانفعالات والمشاعر التي قد تشعر بها الأسرة عقب صدمة التشخيص أو الاكتشاف، فهم الوحيدون الذين يمكنهم المساهمة وتفهم الموقف بانفعالاتهم ومشاعرهم.

(ب) الصم وضعاف السمع من الأطفال أو البالغين كمصدر أساسي وحيوي، وذلك باعتبارهم نماذج models، ومصادر لإثراء لغة الإشارة التي ستكون اللغة الأولى أو الثانية لفاقدي السمع وفق تفضيلاتهم ودرجات فقدان السمع لديهم.

(ج) مجموعة من المهنيين: مثل معلمي الصم وضعاف السمع، الأخصائيين الاجتماعيين، أخصائي السمعيات.

(د) الذين سيشاركون مع الأسرة في تربية وتنمية الطفل فاقد السمع، وهم ذوو معرفة وخبرة واسعة بمشكلات ضعف السمع وآثارها وكيفية مواجهتها.

المساندة الاجتماعية تحقق الأمن النفسي لدى المعوقين سمياً

يعد الأمن النفسي (الطمأنينة الانفعالية) من أهم جوانب الشخصية، والتي يبدأ تكوينها عند الفرد من بداية نشأته الأولى، خلال خبرات الطفولة التي يمر بها، وهذا المتغير الهام كثيراً ما يصير مهدداً في أية مرحلة من مراحل العمر، إذا ما تعرض الإنسان لضغوط نفسية أو اجتماعية أو فكرية لا طاقة له بها، مما قد يؤدي به إلى الاضطراب النفسي. ولعل حاجة الطفل إلى الأمن النفسي من أهم الحاجات في تكوين أساس الشخصية وإمدادها بأنماط من القيم والمعايير والسلوك والاتجاهات السليمة السوية، وهي من أهم شروط الصحة النفسية، ويعد الأمن النفسي المصدر الأول

لإحساس الطفل بالثقة في ذاته وفيمن حوله، والوالدين هما المصدر الأساسي لإحساس الطفل بالأمن النفسي. على أن فقدان الشعور بالأمن النفسي قد يشعر المرء بعدم الاطمئنان والخوف والشعور بالنقص وضعف الثقة بالنفس، كما أنه يؤدي إلى الكراهية، فمن خاف شيئاً كرهه، والأثر التهذيبي للخوف في تقويم النفس المعوجة أثر لطيف وهو أثر سلبي في كل حال. وقد انتهى ماسلو إلى أن الشعور بالأمن شعور مركب يتضمن ثلاثة أبعاد أولية هي: شعور الفرد بأنه محبوب متقبل من الآخرين، له مكانة بينهم، ويدرك أن بيئته صديقة ودودة غير محبطة لا يشعر فيها بالخطر والقلق والتهديد. ويعيش المعاق سمعياً في حالة من انخفاض الأمن النفسي، ويؤكد ذلك الإشارة إلى ما يتميز به المعاق سمعياً من خصائص وسمات محددة، فإن الصورة العامة لشخصيته تبدو على النحو التالي:

- قصوره عن التفاعل اللفظي الشفهي، الأمر الذي يجعله في مستوى الخبرات التي يحصلها عن العالم الذي يعيش فيه دون مستوى عادي السمع، فهو بحكم هذا القصور لا يدرك الأشياء التي تحيط به إلا الإحساسات التي تأتيه عن طريق الحواس التي يملكها.
- إن المعاق سمعياً يحصل على خبراته عن طريق حواسه الأربعة: اللمس والبصر والتذوق والشم، ولهذا كان في مجال الإدراك أقل حظاً من الذي يسمع، والعالم الذي يعيش فيه عالم ضيق محدود لنقص الخبرات التي يحصل عليها سواءً من حيث النوع أو المدى. وقد يتوجه بكل حواسه للتواصل، مما يجعله يبذل طاقة وجهداً كبيرين أثناء تعاملاته مع الغير، مما يعرضه في غالبية الأحيان للإجهاد العصبي والشعور بعدم الأمن وخيبة الأمل مما ينعكس أثره على شخصيته.
- تختلف عملية الرضا عن المساعدة والمساندة المقدمة له من الخارج أي من الأفراد المحيطين به فقد يرفض المساعدة التي تقدم إليه لأنه يرفض عجزه تماماً الأمر الذي يؤدي إلى نمو الشخصية القسرية، وقد يقبل عجزه وإنما يرفض المساعدة مما يؤدي إلى نمو الشخصية الانسحابية والرغبة في العزلة عن المجتمع، وفي هذا وذاك إشارة إلى عدم تكيفه أو عدم شعوره بالأمن النفسي.

ومن المؤكد أن المساندة الاجتماعية على اختلاف أشكالها واختلاف مقدميها للطفل ضعيف السمع، أنها ذات نتائج إيجابية على جوانب شخصية الطفل ومنها الجوانب التربوية، وكذلك تحقيق الأمن النفسي والتوافق النفسي مع البيئة والمحيطين به، يساعده كثيرا على اكتساب الكثير من الخبرات السارة والتي تجعله قادرا على مواجهة العقبات التي تعترض حياته، حيث أن المساندة تعطيه الثقة في النفس والقدرة على التواصل والتفاعل مع الآخرين، سواء في المحيط الأسري أو المجال المدرسي أو في الوسط الاجتماعي.

ولا شك أن الدعم العاطفي له أهمية خاصة فهو يساعد في تقبل إعاقة الطفل والتعايش مع الصعوبات التي تفرضها إعاقته، والدعم المعلوماتي أو المعرفي مثل حاجة الأسرة للحصول على معلومات كافية وصحيحة عن الإعاقة وطبيعتها وكيفية مساعدتهم بالمعلومات المناسبة بطريقة تتلائم مع حاجات الأسرة وخصائصها (خولة يحيى، ٢٠٠٨). وقد ذكر فوزى الحبش (٢٠١١) أن هناك شكلين للدعم هما: الدعم غير الرسمي: وهو ما يطلق عليه الدعم الاجتماعي وهو الذي تحصل عليه أسرة الطفل المعاق من الأسرة والأصدقاء والزملاء، وتتمثل قيمة هذا الدعم بشعور أسرة الطفل ذي الإعاقة بأن هناك من يقف إلى جانبها ويشاركها في مواقف الشدة والضعف. والشكل الثاني للدعم هو الدعم الرسمي: وهو ما يطلق عليه الدعم المهني وهو الذي تحصل عليه الأسرة من الجهات ذات العلاقة بإعاقة الطفل مثل المؤسسات والجمعيات والأطباء والاختصاصيين التي تقدم خدمات نفسية وصحية وإرشادية.

الضغوط النفسية لدى أسر الموهوبين والمتفوقين

البيئة الأسرية تمثل مجموع الظروف الاجتماعية والاقتصادية والنفسية داخل الأسرة والعلاقات بين أفرادها التي يدركها الطفل ويتأثر بها، فهي علاقة دينامية بين الطفل وأفراد أسرته قد تعين على النمو وإظهار القدرات والمهارات لديه، وقد تعرقل هذا التطور واستقلال إمكانياته، كما تشمل أيضاً أسلوب المعاملة الوالدية ونظرة الأسرة، واتجاهها نحو الطفل والتواصل بين أفراد أسرته (آمال باظة، ٢٠١٠) ويمكن لهذه البيئة أن تساهم في خفض أو زيادة الضغوط الأسرية لدى آباء الموهوبين من خلال نظام

تدعيم الأسرة القوي لأفرادها دون تفرقة: بمعنى عدم التفريق في المعاملة وفقاً لنوع وطبيعة الموهبة لدى أحد الأبناء وبين إخوته الذين ليس لديهم تلك الموهبة مما يشكل مصدر للضغوط لدى الوالدين، كما أن تنمية الثقة بالنفس والترابط الأسري، وتنمية الإقدام على المخاطرة المحسوبة، وإنماء النظرة المستقبلية الإيجابية، وتنمية الكمالية السوية، وتنمية الهوية الذاتية، كل ذلك يمثل مصادر ضغوط يعاني منها والدي الأبناء الموهوبين.

وبذلك قد تصبح البيئة الأسرية مشحونة بالضغوط أو تكون بيئة واعية ترعى الابن الموهوب وتنمي مواهبه وقدراته بدلاً من كبتها، ففي هذه البيئة يتلقى التنشئة الاجتماعية ويكتسب القيم الاجتماعية، فإذا لم تقم الأسرة بتنمية الإبداع لدى صاحب الموهبة فإن ذلك يمثل عائق أمام الكشف عن استعداداته وإبداعاته، كما أن أساليب التنشئة الأسرية كالتسلط والقسوة أو الإهمال يترتب عليها الشعور بالإحباط أو الألم النفسي والقلق والخوف، مما يؤثر على تقديره لذاته ويضعف ثقته بذاته.

ومن خلال المشكلات الخاصة بالموهوبين وما يرتبط بخصائصهم فهم يواجهون مشكلات مثل الاغتراب، والعزلة عن أقرانهم، ويشعر الوالدين والإخوة أنهم مختلفين وغريب الأطوار والتفكير، فيشعرون بالحيرة والقلق لعدم وعيهم بطبيعة الموهبة وخصائصها، وعدم معرفتهم بمراكز التقييم والاكتشاف وطرق الاكتشاف للموهبة، مما يجعل التعامل معه ورعايته تحدياً كبيراً لأفراد الأسرة، وقد تبدأ الضغوط الأسرية منذ البحث عن أساليب التشخيص الجيدة لحالة ابنهم، والبحث عن البرامج الدراسية التي تلبى حاجاته مثل الإثراء أو الإسراع، وربما لا تجد في محيط إقامتها مدرسة أو مركز يقدم هذه الخدمات.

عادة ما يدفع الكبار أو الراشدين الأطفال الموهوبين بإصرار على حثهم على العيش فوق مستوى طاقتهم وإمكانياتهم، مما يؤدي إلى تعظيم الكمالية أو الدافعية إلى الإتيان التام أو المطلق، فقد يحشد الآباء روتين التفاعل اليومي للطفل الموهوب، وعندما يلاحظ المعلمون نبوغه يثقلونه بالأعمال والمهام من منطلق أن الموهبة والتميز يمكنانه من الأداء الفائق في كل المجالات الدراسية، ومن هنا يقع الموهوب بين ضغوط الوالدين والمعلمين.

وتؤثر طبيعة الضغوط والمشكلات واختلافها لدى أسر الموهوبين على أبناءها، وكذلك استراتيجيات مواجهتها في كل أسرة، فقد وجدت نتائج العديد من الدراسات أن أسر الموهوبين المتماسكة والتي تعتمد على أسلوب تربوي صحي ومتوافق ولا يستخدمون العقاب أو القوة في التعامل مع أبناءهم، كان أبناءهم أكثر قدرة على التكيف، وأقل قلقاً، وأكثر ضبطاً للنفس، وأكثر صحة نفسية، وأقل اضطراباً سلوكياً. كما وجدت علاقة بين البيئة الأسرية وتقدير الذات لدى الموهوبين من خلال توافر الرضا الأسري، والتقبل الوالدي، والانضباط بما يحقق درجة عالية من الثقة بالنفس، وأن الأسر التي تستخدم العقاب البدني والتحكم النفسي، كان أبناءها الموهوبين أقل ثقة بالنفس وأقل تقديراً للذات.

(Seon-Yung Lee&Dana Thomson,2013).

الضغوط النفسية لدى أسر ذوي صعوبات التعلم

ذكرت نتائج الدراسات السابقة أنه عند معرفة الأسرة بوجود طفل يعاني من صعوبات التعلم تحدث الأزمات النفسية، وعدم التصديق، ومشاعر الغضب والشعور بالذنب والاكئاب، والخجل وانخفاض تقدير الذات، ومشاعر الرفض، وترى نتائج دراسات أخرى أن وجود طفل يعاني صعوبات التعلم يجعل الأسرة أكثر تماسكاً وتعاوناً ووفاءً والتعامل بنجاح مع التحديات التي تفرضها حالة صعوبات التعلم، ويسعون إلى طلب المشورة والبحث عن جوانب المساعدة لطفلهم.

ويحتاج آباء الأطفال ذوي صعوبات التعلم إلى اكتساب الخبرات وزيادة المهارات في سبيل تلبية احتياجات الطفل، وخصوصاً مواجهة الضغوط والعنف المنزلي، وسوء الأحوال النفسية، والعزلة الاجتماعية، وهذا يزيد أعباء الأسرة في تحقيق الرعاية المتواصلة لطفلها.

إن المشكلات الأسرية ومستوى تعليم أفراد الأسرة عوامل ترتبط بصعوبات التعلم لدى الأبناء، فمثلاً يوجد أسر ليس فيها أب أو أم متعلمة أو تعرف القراءة والكتابة، وبالتالي لا تستطيع أن تتعاون مع المدرسة في تحسين المستوى الأكاديمي لابنها، فتعتمد إلى معلم خاص، وقد يشكل ذلك عبئاً مالياً، وقد تؤثر حالة صعوبات التعلم لأحد أفراد الأسرة على نسق الأسرة والعلاقات بين الوالدين والإخوة وكذلك الأقران.

وترى إيفا استراندوفا Iva Strandova (٢٠٠٦) أن الضغوط والتوافق في أسر الأطفال ذوي صعوبات التعلم النوعية مثل الديسليكسيا (عسر القراءة) تزداد من حيث الكم ويحتاجون إلى اتباع استراتيجيات مواجهة ممكنة التطبيق لمواجهة الضغوط، لما تشكله ولادة طفل ذو احتياجات خاصة تهديد لوظائف الأسرة، بما يحيط بها من اتجاهات المجتمع، والإعلام، والثقافة المجتمعية، ومدى توافر المعاهد ومراكز تقديم الرعاية والتأهيل، وجودة التعاون بين الأسرة والمدرسة، وتأثير العوامل النفسية والنظرة إلى قدرة الوالدين على المواجهة والتوافق، ولاشك أن ديناميات الأسرة جزء من هذه العوامل التي تساعد الأسرة على الصمود والتوافق، وإمكانية وجود عوامل ضغوط أخرى تؤثر على الإدراك الوالدي للأطفال سمادونيحتاجات الخاصة.

وجدير بالذكر أن مصطلح الديسليكسيا يستخدم للإشارة إلى الأطفال الذين يعانون من اضطراب في اللغة الشفهية وغير الشفهية، وكذلك تعتبر الديسليكسيا صعوبة خاصة في التعلم ذات منشأ أو أصل عصبي بيولوجي تتسم بعجز في اكتساب مهارة القراءة أو اكتساب جوانب معينة من هذه المهارة مثل: ضعف الطلاقة في تعرف الكلمة، وضعف التهجي وقدرات الترميز، وأن هذه الصعوبة كنتيجة لقصور في المكون الصوتي للغة والذي يؤدي إلى مشكلات في الفهم القرائي ونقص الخبرة القرائية والتي بدورها تعوق نمو المفردات والخلفية القرائية.

والضغوط لدى أسر المعاقين تزداد قبل التشخيص، فالوالدين غالباً يتوقعون شيئاً ما، مُقلق أو مكروها يصيب الطفل، فيطلبون من الأخصائيين النفسيين فحص الحالة مع مراعاة مخاوف وتوترات الوالدين، وتوجد مرحلة ثانية من الضغوط بعد التأكد من التشخيص ويقلقون من ناحية الوراثة ويتساءلون هل كان أحد الأجداد يعاني مشكلة ما، ثم تزداد الضغوط عند بداية دخول المدرسة، حيث يتم تركيز الانتباه والاهتمام على جوانب العجز لدى الطفل مقارنة بأقرانه في الصف، كما تزداد الضغوط على الوالدين عندما يفقدوا إلى التقبل ونقص الفهم في مواقف التواصل الاجتماعي، بما ينعكس على تشكيل استراتيجياتهم لمواجهة الضغوط النفسية.

وتخلص نتائج كثير من الدراسات السابقة إلى أنه يغلب على أسر الأطفال ذوي

صعوبات التعلم ما يلي:

- مستويات مرتفعة من الضغوط النفسية.
- تكرار خبرات القلق، ومشاعر الذنب.
- انخفاض مستوى الرضا عن الخبرات الحياتية لدى أعضاء الأسرة.
- مستويات مرتفعة من الحماية الدائمة للأبناء.
- مخاوف ترتبط بمستقبل الأبناء.
- صعوبات في تقبل حقيقة وواقع صعوبات التعلم لدى الطفل.
- ارتباك علاقة أشقاء الطفل، واضطراب في سياق وبناء الأسرة.
- وجود صراعات في نظام الأسرة، يؤثر على الدعم والمساندة بين أفراد الأسرة ويخفض التشجيع على حرية التعبير عن الانفعالات.

- القلق بشأن نجاح برامج التدخل في تحسين حالة الطفل. (Iva Strandova,2006) وقد توصلت دراسة موريسون وآخرون (1992) Morrison, et al., أن والدي الطلاب ذوي صعوبات التعلم يعانون من القلق وضعف التماسك الأسري، وضعف التواصل حول مشكلات الأسرة، مقارنة بآباء الطلاب العاديين. كما أن أسر الأطفال ذوي صعوبات التعلم أكثر اعتماداً على العلاقات البينشخصية وأكثر مستوى في الصراعات. وتوصلت دراسات دايسون Dyson (1989) إلى أن المصادر النفسية للأسر ومفهوم الذات، والتوافق السلوكي، والكفاءة الاجتماعية للأطفال الذين لديهم أشقاء معاقين، هذه المصادر ترتبط بإعاقة الطفل، العلاقات الأسرية، وأسلوب الأسرة في الحفاظ على النظام الأسري، هذه المتغيرات النفسية للأسرة تتأثر بوجود ابن لديه صعوبات تعلم. وأن الضغوط الوالدية ترتبط سلباً مع مفهوم الذات، والكفاءة الاجتماعية وترتبط إيجابياً مع المشكلات السلوكية، وأن الوظائف الإيجابية للأسرة ربما ترتبط إيجابياً مع نمو مفهوم الذات والكفاءة الاجتماعية لدى الأبناء من ذوي صعوبات التعلم. (Lily L.Dyson,2003)

ومن الأهمية بمكان أن مشاعر الوالدين في برامج التدخل مع أبنائهم ذوي صعوبات التعلم النوعية حتى يفهموا ما هي مشكلاتهم من خلال المشاركة مع المتخصصين في وضع الخطط التربوية الفردية، وكذلك فهم كيفية رفع مستوى مفهوم الذات لدى

أبنائهم، لأن الوالدين الذين يواجهون مشاعر خيبة الأمل في أطفالهم بسبب تدنى تحصيلهم الأكاديمي، يمكن أن يحولوا مخاوفهم إلى أطفالهم الذين يشعرون بالدونية العالية.

الضغوط النفسية لدى أسر المعوقين بصرياً

ذكرت آمال الصايغ، ورضوى الشيمي (٢٠١٢) أن مشاكل الابن المعوق بصرياً تبدأ عندما يكون الوالدان غير مستعدين لتقبل الإعاقة كحقيقة واقعة، والتي ربما تكون مصدر إزعاج في حياة الأسرة، إذ يؤثر عليها كصدمة تخلف وراءها مشاعر وإحساسات سلبية تكون بمثابة قاعدة اجتماعية تشكل إراديا أو لا إراديا سلوك الأم تجاه طفلها، وهذا يؤدي بدوره إلى عصبية الأم والتي يحتمل أن تنتقل إلى طفلها. كما أن أشقاء الطفل المعوق كما هو الحال بالنسبة للآخرين عادة يأخذون التلميحات من أنماط السلوك والاتجاهات الأبوية، وقد يقبل الأشقاء أو يرفضون الطفل الكفيف اعتمادا على السلوك والاتجاهات الأبوية، فالأشقاء كأبائهم يريدون أن يعرفوا ويفهموا قدر الإمكان عن حالة أخيهم الكفيف، ويريد الأشقاء أن يعرفوا أيضا كيف ستكون حياتهم مختلفة نتيجة لهذا الحدث. وإذا تم الحديث عن هذه الهموم بشكل كاف فإن التنبؤ بمشاركة الأشقاء الإيجابية مع أخيهم المعوق ستكون أفضل.

وإذا ما نظرنا إلى أسرة الفرد الكفيف وتتبعنا الضغوط التي يعاني منها هذه الأسرة، فإننا نجد أن الأسرة تعاني من العديد من المشكلات فوجود طفل معوق بصرياً ذو خصائص مختلفة تعرضهم للتوتر والضييق، كما أنهم يعانون من ضغوط العلاج والتعليم، وغير ذلك من المشكلات النمائية والنفسية والانفعالية والاجتماعية، فالعديد من الأسر تفضل تجنب المناسبات الاجتماعية وتجنب الاختلاط بالآخرين (أسماء الخضير، ٢٠١١).

إن التهاون في عدم إعداد الأسرة لتقبل الطفل الكفيف يؤدي إلى سلسلة من ردود الأفعال مثل اختلاف معاملة الطفل الكفيف عن معاملة الطفل العادي، وعدم تقبل الإعاقة كحقيقة قائمة، وعدم تقبل النصح بإمكانية العلاج والشفاء وبالتالي حرمان الطفل من الشعور بالأمن والأمان. وعندما تكون تلبية احتياجات الطفل الكفيف مصدرا للضغوط النفسية على الأسرة، فتتعامل معه كأنه الذي جلب لنفسه الإعاقة

فيشعراه بالإهمال والنبذ ، والضيق من طلباته ، ومن الطبيعي أن هذا السلوك من جانب الأسرة له انعكاسات سلبية على التكوين العقلي والنفسي والاجتماعي لشخصية الطفل المعاق بصرياً. مما يترتب على ذلك :

(١) فقدان الشعور بالأمن والطمأنينة وممارسة أنماط من السلوك غير الاجتماعي والميل إلى الانعزال.

(٢) الوضع غير العادي للطفل الكفيف في الأسرة ، فهو عادة لا يأخذ مكانه العادي مثل اخوته ، فهو إما أن يدلل أو ينبذ ، وهذا يؤثر على سلوكه ويشعره بالقلق (ماجدة عبيد ، ٢٠٠٠: ٢١٢).

والواقع أن أساليب التعامل والتشئة الوالدية لها تأثير على شخصية الأبناء وتكوينها ، فهناك فئة من الآباء قد تستجيب للطفل المعاق بصرياً بالحماية الزائدة ، والواقع أنها ليست عطفاً عليه ، لكنها تحد من ممارسة الطفل لوظائفه المناسبة لقدراته ، وعلى المدى الطويل فإنها تهدد شعوره بالأمن ، وتثير فيه الخوف من فقد الحماية.

الخصائص الوالدية ودورها في المواجهة والتوافق وتحقيق الصحة النفسية

للأبناء:

عمر الوالدين:

نتائج بعض الدراسات السابقة والتي تناولت عمر الوالدين عند ولادة طفل معاق أو ذو إعاقة عقلية وارتباط ذلك بالتوافق والمواجهة بينت عدم وجود ارتباط بين السن والتوافق لدى الوالدين ، ومنها دراسة wilton&Renaut, 1986 على والدي الأطفال المعوقين قبل المدرسة وتوصل إلى عدم وجود فروق في عمر الأمهات وارتباطه بمستوى الضغوط النفسية. ولكن من العوامل المؤهلة لولادة طفل معاق عقلي كبير عمر الأم ، وربما تحدث حالات إعاقة لدى أمهات صغيرات في العمر فأى الحالتين ستكون أكثر عرضة للضغوط؟ ربما الأم الأصغر هي التي تكون أكثر عرضة للضغوط النفسية لشدة الصدمة ، وقد تكون هي الأفضل في استخدام استراتيجيات المواجهة والتوافق ، والأم الأكبر عمراً عند ولادة طفل معاق وخصوصاً لو كان الأخير فتكون الضغوط أقل وتترك جزء من رعايته لإخوته وخصوصاً البنات.

تعليم الوالدين:

يشير يو ولي تسانج (Yau & Li- Tsang, 1999) أن هناك مصادر للمواجهة والتوافق تتمثل في: الشخصية، تقدير الذات، المستوى التعليمي، الحالة المادية، ومهارات حل المشكلات. وأن الوالدين الذين لديهم توافق مبكر منذ ميلاد الطفل أفضل ولديهم فرص للمواجهة عن هؤلاء الذين لديهم مشكلات نفسية حتى قبل ميلاد الطفل المعاق عقلياً، كما أن الأسر ذوات المستوى التعليمي المرتفع لديهم قدرة على التوافق والمواجهة أكثر من الأسر ذوات التعليم الأقل. كما أن الوالدين ذوي المستوى التعليمي المرتفع أكثر تعلقاً بأبنائهم وأقل تعرضاً للاكتئاب في أداء دورهم كأباء، كما أن الوالدين ذوي المستوى المرتفع من التعليم لديهم زيادة في مصادر المواجهة مقارنة بالوالدين الأقل تعليماً.

شخصية الوالدين:

لقد أشارت نتائج بعض الدراسات أن أمهات الأطفال المعوقين أقل في أعراض الاكتئاب ولديهم مستوى عادي من تقدير الذات، بينما وجد أبوت ومارديث (Abbott & Meredith, 1986) أن والدي الأطفال ذوي الإعاقة العقلية لديهم بروفيل شخصية يتميز بالقابلية للتواد (Affiliative)، والحنو (Nurturance) وأن هذه السمات تجدها في الاهتمام بالآخرين، فهم الآخرين ومساعدتهم. هذه النتيجة تدعم وجهة النظر التي تقول أن المواجهة والتوافق مع الأطفال المعوقين عقلياً يتطلب نمو خصائص شخصية معينة مثل التركيز على الآخرين.

العلاقات الزوجية:

تشير بعض الدراسات إلى اضطراب العلاقات الزوجية بسبب وجود طفل ذو إعاقة عقلية مما يعمل على ارتفاع الضغوط النفسية، وزيادة المتاعب اليومية مما يهدد المحافظة على استمرارية الزواج، وأن هذه الضغوط يشترك فيها الزوج والزوجة، وبالتالي فإن شعور الأم بالأمن والرضا عن الزواج أمر هام، وقد يتطلب ذلك عمل الرجل وتنازل الأم عن عملها والبقاء في المنزل لرعاية الطفل، وبعض الأسر يحدث فيها نوع من الترابط حول هدف خدمة الطفل، وشعورهم بالحاجة نحو بعضهم البعض مما يحقق التوجه نحو تحقيق هدف هو رعاية الابن، والمشاركة في اتخاذ القرارات الأسرية.

المساندة الاجتماعية:

هناك ثلاثة أنماط من المساندة الاجتماعية، المساندة المادية، المساندة الوجدانية، والمساندة المعرفية.

أ- مساندة التقدير Esteem support هذا النوع من المساندة يكون في شكل معلومات بأن هذا الشخص مُقدّر esteemed ومقبول Accepted ويتحسن تقدير الذات بأن ننقل للأشخاص أنهم مقدرون لقيمتهم الذاتية وخبراتهم، وأنهم مقبولون بالرغم من أي صعوبات أو أخطاء شخصية وهذا النوع من المساندة يشار إليه أيضاً بمسميات مختلفة مثل: المساندة النفسية، والمساندة التعبيرية Expressive ومساندة تقدير الذات Self-Esteem Support ومساندة التنفيس Ventilation.

ب- المساندة الأدائية: Material or Instrumental Support وتشتمل على مدى واسع من الأنشطة مثل: تقديم المساعدة لربات البيوت، ورعاية الأطفال، والقروض والتبرعات المالية، والمهام والأعمال الإدارية، والمساعدة في المهام العملية مثل (أعمال النجارة، السباكة، النقل) وتقديم السلع المادية مثل: (الأثاث، والأدوات المنزلية، أو الكتب)، وكذلك تقديم المساعدة في حالات الإصابة الجسمية والمرض، وهذا النوع من المساندة قد يكون مناسباً للأفراد ذوي الدخل المنخفض بشكل خاص.

ج- المساندة المعرفية (المعلومات) Information Support وهذا النوع من المساندة يظهر في إمداد متلقى المساندة بالمعلومات التي تفيده في حل مشكلة صعبة يواجهها في حياته اليومية، أو من خلال إسداء النصح له، أو توجيهه وإرشاده ويطلق على هذا النوع أيضاً بعض المفاهيم الأخرى مثل مساندة التوجيه المعرفي Cognitive Guidance Support أو المساندة بالنصح والإرشاد.

د- الصحبة الاجتماعية Social Companionship وتعنى قضاء وقت الفراغ مع الآخرين المحيطين بالفرد في ممارسة بعض الأنشطة الترفيهية، والترفيهية، والمشاركة الاجتماعية في المناسبات المختلفة لإشباع الحاجة إلى الانتماء والتواصل مع الآخرين ومساعدة الفرد على التخلص من قلقه وهمومه والتخفيف عنه في مواجهته لأحداث الحياة الضاغطة.

إن وجود شبكة علاقات اجتماعية تساعد آباء الأطفال المعوقين عقلياً على مواجهة والتوافق مع أطفالهم، وأن الرضا عن هذه المساندة من حيث الكف أهم بكثير من حيث الكم، مما يحث التكامل الأسري Family integrity وخفض الضغوط. كما أن شبكة العلاقات الاجتماعية منبئ قوي بالمواجهة والتوافق لكل من الآباء والأمهات كذلك الرضا عن المساندة منبئ هام بالتوافق أكثر من كم المساندة. والواقع أن الضغوط الأسرية العالية مع المساندة المرتفعة أفضل في مواجهة من معاناة الأسر للضغوط المرتفعة مع المساندة المنخفضة، فالوالدين ذوي جودة المواجهة والتوافق هم من يتمتعون بمساندة اجتماعية أكبر.

ويشير "على حنفي، ٢٠٠٧" إلى أن شعور أسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بالضغوط النفسية بدرجة أكبر من أسر الأطفال العاديين إلى أن أسر الأطفال المعوقين غالباً ما تفتقد المساندة الاجتماعية من المجتمع والجهات المختصة، وكذلك الأفكار اللاعقلانية تجاه الإعاقة والطفل المعوق، بالإضافة إلى وجود فجوة بين ما يتوقعه الوالدان من المتخصصين، وما يقدم لهما بالفعل من معلومات وخدمات لطفلها، مما يعرضهم للعديد من الضغوط الأمر الذي يجعلهم في حاجة إلى تطوير استراتيجيات مناسبة لتلبية الحاجات المرتبطة بإعاقة الطفل فضلاً عن تلبية الحاجات الخاصة بهم لمواجهة الضغوط النفسية الناجمة عن إعاقة الأبناء وهذا يعني عدم إمكانية إشباع حاجات المعوقين دون تلبية الحاجات الخاصة بأسرهم، فالطفل المعوق يكون مفهومه عن ذاته ونحو الآخرين من اتجاهات أعضاء الأسرة نحوه، فالأسرة بالنسبة للمعوق هي العالم الأول الذي يرسم له صورته عن الآخرين، ولذا يجب التأكيد على أن حاجات المعوق لا تتفصل عن حاجات الأسرة، مما يؤكد على أهمية الاقتناع بأن ما يقدم للأسر من إرشاد ومصادر دعم إنما هي في الحقيقة دعم لجميع أفراد الأسرة بما فيها المعوق ذاته، وهذا يتطلب من العاملين مع المعوقين مراعاة حاجات أسرة المعوق ومحاولة تليتها، لأن ليس الهدف من تقديم خدمات التربية الخاصة هو الاهتمام بالمعوق وتلبية حاجاته فقط، بل تقديمها له في إطار الخدمات المقدمة لأسرة المعوق.

إن شبكة العلاقات الاجتماعية للأسر التي حققت التوافق الناجح مع أطفالهم سمدون يعاينات النمائية، تشير إلى أن معظم الأمهات ذكرن أنهن تلقين مساندة

اجتماعية من سيدات أصدقاء لهن من زمن طويل أو أصدقاء جدد ، وذلك من خلال التواصل الجيد معهن، بعد ميلاد الطفل ذو الاحتياجات الخاصة. ومن هنا فلا تحدث العزلة الاجتماعية أو تباعد للأسرة أو الأصدقاء. وأشارت نتائج دراسات وبحوث سابقة إلى أن الأمهات اللاتي يتمتعن بمساندة اجتماعية ولديهن شبكة علاقات اجتماعية لديهن درجات مرتفعة من الرضا عن المساندة المقدمة لهن من أعضاء الأسر الممتدة، وبالتالي هم يقدمون المعلومات والنصح والمساندة العاطفية.

وقد أشارت نتائج بعض البحوث إلى أن الإناث يستخدمون المساندة الاجتماعية أكثر من الذكور، بحكم علاقة الزوجة أو السيدة بعدد من الزوجات ولديهن أطفال يعانون نفس المعاناة تقريباً، فبينهن تقارب في المشكلات. ولذلك من الضروري استخدام الوالدين لوسائل مواجهة وتوافق مع الأطفال المعوقين عقلياً تعمل على خفض الضغوط النفسية، وتحقيق قدر من الصحة النفسية.

كما أن نتائج العديد من الدراسات وجدت علاقة ارتباطية دالة بين الاكتئاب وأحداث الحياة الضاغطة، وأن المساندة الاجتماعية تخفف من وقع الأحداث الضاغطة على الفرد، في حالة زيادة الضغوط وحدة أعراض القلق، الاكتئاب، توهم المرض، الهستيريا، وعندما تنخفض الضغوط النفسية بمواجهة مصادرها يتحقق مستوى أفضل للصحة النفسية.

مراجع الفصل التاسع

١. أحمد عربيات ومحمد الزيودي (٢٠٠٨): فاعلية برنامج إرشادي لخفض الضغوط لدى أسر الأطفال ضعاف السمع وأثره في تكيف أطفالهم. مجلة جامعة دمشق، المجلد ٢٤ العدد (١) ص ٢٠١ - ٢٣٦.
٢. أشرف محمد عطية (٢٠١١): فعالية العلاج بالقبول والالتزام في تخفيف حدة الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بالأوتيزم. دراسات عربية في علم النفس، مجلد ١٠، عدد ٣ ص ٤٢٩-٤٨٤.
٣. آمال عبد السميع باظة (٢٠١٠): البيئة الأسرية للأطفال الموهوبين ودورها في الوصول إلى إنجاز عالي. المؤتمر العلمي الأول، قسم الصحة النفسية، كلية التربية، جامعة بنها.
٤. آمال الصايغ ورضوى الشيمي (٢٠١٢): سيكولوجية المعاقين بصريا. الرياض، دار النشر الدولي.
٥. أميرة طه بخش (٢٠٠٧): أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالقلق والاكتئاب لدى عينة من أمهات الأطفال المعاقين عقلياً والعاديين بالملكة العربية السعودية. مجلة العلوم التربوية والنفسية، المجلد ٨، العدد ٣ سبتمبر.
٦. خالد عوض البلاح ومجدى محمد الشحات (٢٠١٤): مهارات التواصل لذوي الاحتياجات الخاصة. دار النشر الدولي، الرياض.
٧. جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفاقي (١٩٨٨): معجم علم النفس والطب النفسي. القاهرة، دار النهضة العربية.
٨. خولة يحيى (٢٠٠٨): إرشاد أسر ذوي الاحتياجات الخاصة. دار الفكر، عمان، الأردن.
٩. زيدان السرطاوي (١٩٩١): أثر الإعاقة السمعية للطفل على الوالدين وعلاقة ذلك ببعض المتغيرات، جامعة الملك سعود، مجلد ٣، عدد ١، العلوم التربوية، ص ٣٠٥-٣٣٥، الرياض.
١٠. زيدان السرطاوي وعبد العزيز الشخص (١٩٩٨): دراسة احتياجات أولياء أمور الأطفال المعوقين لمواجهة الضغوط النفسية. بحوث ودراسات وتوصيات المؤتمر القومي السابع لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بجمهورية مصر العربية. من ٨-١٠ ديسمبر، المجلد الثاني، ص ٥٥-٨١.

١١. سلام راضي البسطامي (٢٠١٣): مستوى إدارة استراتيجيات التكيف للضغوط النفسية لدى آباء أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأمهاتهم في محافظة نابلس. رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، جامعة النجاح الوطنية، دولة فلسطين.
١٢. سميرة بوزقاق ونادية بوشاللق (٢٠١٤): دراسة مستوى الذكاء العاطفي لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنياً (متلازمة داون) دراسة ميدانية. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد ١٤، جامعة قاصدي مرياح ورقلة، الجزائر.
١٣. صباح جبالي (٢٠١٢): الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة فرحات عباس، سطيف، الجزائر.
١٤. على عبد رب النبي حنفي (٢٠٠٧): التعامل مع أسر ذوي الاحتياجات الخاصة، مكتبة العلم والإيمان، دسوق، مصر.
١٥. فرج عبد القادر طه وآخرون (١٩٩٣): موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، دار سعاد الصباح، الكويت.
١٦. فوزى محمد الحبش (٢٠١١): مستوى مشاركة والدي الأطفال المعاقين عقلياً في الخدمات التربوية المقدمة لأبنائهم وعلاقته بمستوى تفهمهم مع الإعاقة. رسالة ماجستير، الجامعة الأردنية، عمان.
١٧. ماجدة السيد عبيد (٢٠٠٠): المبصرون بآذانهم الإعاقة البصرية. عمان، دار صفاء للنشر والتوزيع.
١٨. منى الحديدية وجميل الصمادي وجمال الخطيب (١٩٩٤): الضغوط التي يتعرض لها أسر الأطفال المعوقين. دراسات، المجلد ٢١، العدد (١) ص ٧-٣٤.
١٩. محمد المرشدي (١٩٩٣): علاقة حجم الأسرة بالتفاعل الأسري والاتجاهات الأسرية، مجلة كلية التربية، العدد ٣٨، ص ٤٩١-٥٠٨ جامعة المنصورة.
٢٠. ممدوحة محمد سلامة (١٩٨٤): أساليب التنشئة وعلاقتها بالمشكلات النفسية في مرحلة الطفولة الوسطى، رسالة دكتوراه، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
٢١. نجية نميري (٢٠١٢): القلق لدى أم الطفل المصاب بمتلازمة داون. رسالة ماجستير، جامعة العقيد أكلي محند أولحاج معهد الإنسانية والاجتماعية، الجزائر.

٢٢. نسرين نبيه ملحم (٢٠٠٧): مصادر ومستويات الضغوط النفسية واستراتيجيات التكيف معها لدى الأفراد المعوقين بصرياً وأسرهم في سوريا. رسالة ماجستير، الجامعة الأردنية، عمان.

23. Abbott,D., &Meredeth, W. (1986). Strengths of parents with retarded children. *Family Relations*,35 371-375.
24. Baker, B. L.,Blacher, J.,Crnic, K.,&Eddelbrock, C. (2002). Behavior problems and parenting stress in families of three-year-old children with and without developmental delays. *American Journal on Mental Retardation*, 107, 433-444.
25. Beavers,J.,Hampson,R.,Hulgus,Y.,&Beavers,W. (1986). Coping in families with a retarded child. *Family Process*,25,365-378.
26. Frey,k.,Fewell,R.,&Vadsy,p.. (1989) Parental adjustment and changes in child outcome among families of young handicapped children. *Topics in early childhood special education*, 8,38-57.
27. Hadidian,A. (1994). Stress and social support in fathers and mothers of children with and without disabilities. *Early Education and Development*,5,226-235.
28. Hernandez, N. (2005). Stress management program for parents of children diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. Dissertation abstract. FL: Carlos Abizo University.
29. Hollahan,N.,(2003). Parental coping and family functioning in families with children with mental retardation and chronic illness. Doctoral Dissertation, Georgia state University.
30. Kravetz,S.,Nativitz,& Katz,S. (1993). Parental coping styles and the school adjustment of children who are mentally retarded .*The British Journal of Development Disabilities* ,39, 51-59.
31. Leslie Jean Jevnikar (2007) .Ways of coping of parents with a child with mental retardation. A dissertation submitted to the Kent State University College and Graduate School of Education, Health, and Human Services in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy.
32. Lily L. Dyson (2003). Children with learning disabilities within the family context : A comparison with siblings in global self- concept, academic self – perception, and social competence. *Learning disabilities research*,18 (1), 1-9.
33. Minnes,P.(1988). Family resources and stress associated with having a mentally related child. *American Journal of Intellectual Disability Research*,46,458-559.
34. Orr,R.,Cameron,s., Dobson,L.,&day,D. (1993). Age related changes in stress experienced by families with a child who had development delays . *Mental Retardation*,31,171-176.
35. Picot, S. J. (1996). Family caregivers: Windows into their worlds. *Reflections*, 22, 13-14.
36. Rohini, D. R. N. S. (2012). Management of anxiety in the parents of children with special needs through positive therapy. *International Journal of Multidisciplinary Research*, 2, 75-91.

37. -Rodrigue,J.,Morgan,S.,&Geffken,G.(1992). Psychological adaptation of fathers of children with autism , dooown syndrome, and normal development. Journal of autism and Developmental Disorders, 22,249-263.
38. -Seon-Yung Lee&Dana Thomson,(2013). Family environment and social development in gifted students.
39. Strnadova ,Iva (2006). Stress and resiliencies in families of children with specific learning disabilities. Rev.complute.Educ. Vol. 17 (2) pp. 35-50.
40. -Tannila,A.,syrjala,L.,&Jarvelin,M.(2002). Coping of parents with physically and /or intellectually disabled children. Child: Care, Health & Development, 28,73-86.
41. Williams J.,Steel, C.,& Gregory, B. (2003). Parental anxiety and quality of life in children with epilepsy. Epilepsy & Behavior, 4, 483-486.
42. Wilton,K.,&Renaut,J. (1986).Stress levels in families with intellectually handicapped preschool children and families with nonhandicapped preschool children. Mental Deficiency Research,30,163-169 .
43. You,K.,&Li-Stang,C.(1999). Adjustment and adaptation in parents of children with developmental disability in two-parent families: Review of the characteristics and attributes. The British Journal of Developmental Disabilities,45,38-51.

الفصل العاشر

الصحة النفسية لمعلم ذوي الاحتياجات الخاصة

الفصل العاشر

الصحة النفسية لمعلم ذوي الاحتياجات الخاصة

تمهيد:

تعتبر مهنة التدريس من المهن التي تتصف بالخصوصية حيث تزداد فيها الضغوط بين أطراف العملية التعليمية (الطلاب والمعلمين والإدارة)، لما لها من ضرورة تحقيق الأهداف وتوصيل المدخلات بأساليب التدريس المختلفة ثم الحصول على المخرجات التعليمية، ومن المخلات إلى المخرجات يتعرض المعلم لضغوط شتى. ومع التسليم بأن مهنة التدريس رسالة سامية الأهداف، إلا أنها بالغة الخطورة نظراً لاتساع سقف الأداء والجهد الذي يبذله المعلم، وتتسم مهنة التعليم بكثير من الصعوبات والضغوط خصوصاً بعد تحولها إلى وظيفة وليست رسالة لدى الغالبية ممن ينتسبون إلى هذه المهنة. فالمعظم على سبيل المثال قد يلتحق بالعمل مع ذوي الاحتياجات الخاصة رغبة في بعض المزايا وقد لا يكون مؤهلاً بالقدر الكافي لهذا العمل، وهنا يتعرض للضغوط والضجر من العمل والمكان الذي يعمل فيه ويصاب بالإرهاك النفسي أو الاحتراق النفسي . Burnout

وسنحاول في هذا الفصل التعرف على مفهوم الاحتراق النفسي، ومصادر الضغوط لدى المعلم، ومكوناته، وأسبابه، وأعراضه، وضغوط المعلم والاحتراق النفسي، سمات الشخصية (العوامل الخمس الكبرى) والاحتراق النفسي، الاحتراق النفسي لدى معلم ذوي الاحتياجات الخاصة، واستراتيجيات مواجهة الاحتراق النفسي لدى المعلمين كدالة للصحة النفسية.

مفهوم الاحتراق النفسي:

يعتبر مفهوم الاحتراق النفسي من المفاهيم التي ظهرت حديثاً وله عدة تعريفات كان أكثرها شيوعاً واستخداماً يشير إلى أنه "حالة من الاستنزاف الانفعالي أو الاستنفاد البدني بسبب ما يتعرض له الفرد من ضغوط، أي أنه يشير إلى التغيرات السلبية في العلاقات والاتجاهات من جانب الفرد نحو الآخرين، بسبب المتطلبات الانفعالية والنفسية الزائدة (السيد السمدوني، ١٩٩٠: ٧٣٣).

ويعرف جاكسون 1984, Jackson الاحتراق النفسي "بأنه حالة من الإرهاق الجسدي والانفعالي وسخط على الذات وعلى الآخرين وعلى العمل مع نفاذ الحماس له وقد يصل إلى حالة من الركود والبلادة وانخفاض في معدل الإنتاجية للفرد".

وقد عرف الباحثين جولد وروث 1992, Gold&Roth الاحتراق النفسي بأنه "حالة تنتج عن شعور الفرد بأن احتياجاته لم تلب وتوقعاته لم تتحقق ويتصف بتطور خيبة الأمل يرافقها أعراض نفسية وجسدية تؤدي إلى تدني مفهوم الذات ويتطور الاحتراق النفسي تدريجياً مع مرور الوقت".

ويتضمن الاحتراق النفسي حالة من التشاؤم واللامبالاة وقلة الدافعية وفقدان القدرة على الابتكار والقيام بالواجبات بصورة آلية تفتقر إلى الاندماج الوجداني الذي يعد أحد الركائز الأساسية لمؤشرات التوافق لدى الأفراد. ولأن الاحتراق النفسي يرتبط بالتعليم أكثر من غيره من المجالات، فإن كثيراً من التعريفات للمصطلح تحدده وتعالجه في مجال التعليم بالذات، ولهذا فإن كنجهام 1998, Cunningham يعرفه على أنه "عبارة عن أعراض ناتجة عن الضغوط الجسدية والانفعالية المستمرة التي تعترض المعلم في أدائه لعمله" (علاء الدين كفايف، ٢٠١٢: ٤٠٧).

أما ماسلاك 1982, Maslach فقد عرفته بأنه مجموعة أعراض تتمثل في الإجهاد العصبي واستنفاد الطاقة الانفعالية والتجرد من النواحي الشخصية، والإحساس بعدم الرضا عن الإنجاز في المجال المهني، والتي يمكن أن تحدث لدى الأشخاص الذين يؤدون نوعاً من الأعمال التي تقتضى التعامل المباشر مع الناس.

مصادر الضغوط لدى المعلم:

يرى كيرياكو 2001, Kyriacou أن مصادر الضغوط على المعلم تتبع من: التدريس لطلاب ليس لديهم دافعية، ضعف النظام في الفصل، زيادة الأعباء المرتبطة بالعمل، التعرض لتغيرات كبيرة سواء في مكان العمل أو تغيرات المنهج، التقييم من جانب الآخرين، زيادة الأعباء المرتبطة بمتطلبات العمل، وجود صعوبات في العلاقات مع الزملاء، وكذلك الإدارة، ضعف المردود من العمل بشكل عام. وإن مصادر الضغوط التي يخبرها المعلمون تعتمد على التفاعل المركب بين شخصيته، قيمه، مهاراته

والظروف التي يعمل فيها، كما أن ضغوط المعلم تنتج عن زيادة عدد الطلاب في الفصل، العزلة، الخوف من العنف، نقص التحكم في الفصل، نقص فرص التدريب في التخصص، إدارة اضطرابات الطلاب، عنف الطلاب واللامبالاة، تدنى العلاقات بين المعلمين والطلاب، وجميعها تنبئ بالاحتراق النفسي للمعلم. وتشمل مصادر الضغوط المؤثرة على المعلم: عوامل اجتماعية، تنظيمية، والعوامل المرتبطة، هذه العوامل الثلاثة متداخلة، فالمصادر الاجتماعية للضغوط تنتج عن ضغوط مدرسية مرتبطة بالقوى الاجتماعية والسياسية للمجتمع. إضافة إلى تقدير الذات لدى المعلم، ونقص المردود المادي من العمل التربوي (Nancy De Vito, 2009: 19-20).

ويرى بعض الباحثين أن معلمي التربية الخاصة ربما يتعرضون لمستويات عالية من الضغوط مقارنة بزملائهم من المعلمين في برامج التعليم العام. وتنتج هذه الضغوط العالية عن عوامل عديدة مثل: مدى توافر الرضا الوظيفي من عدمه، الاحتراق النفسي، التحول إلى مسارات الدمج أو المسار التعليمي الموحد (Mainstream, Williams & Gersch, 2004; Lazurus, 2006) ومن الأسباب أيضا أن المعلمين في التربية الخاصة يقضون معظم وقتهم مع تلاميذ ذوي احتياجات انفعالية خاصة. ويؤيد ذلك دراسات عديدة في أقطار مختلفة بينت مستويات عالية من الضغوط والمتاعب النفسية بين المعلمين خصوصاً في المراحل الابتدائية والإعدادية لما يكتنف هذه المراحل من مسؤوليات كبيرة، نقص الكفاءة، والتوقعات المرتفعة من الأهل والمجتمع.

وفي التراث تتقارب أو تتشابه الضغوط مع الاحتراق النفسي، فالاحتراق النفسي بدأ في الظهور في السبعينيات على يد فرودينبرج وبينس (Freudenberger & Pines, 1974) حيث كانا أول من استخدم هذا المصطلح للإشارة إلى الاستجابات الجسمية والانفعالية لضغوط العمل لدى العاملين في المهن الإنسانية كالتدريس والطب والعمل الاجتماعي- الذين يرهقون أنفسهم في السعي لتحقيق أهداف صعبة. والاحتراق النفسي بين المعلمين قد استحوذ على كثير من الاهتمام في التراث النفسي. حيث وجد ترافرس وكوبر (1993) من خلال المقارنة أن المعلمين دون غيرهم من ذوي المهن الأخرى لديهم مستويات عالية من الضغوط وبالتالي الاحتراق النفسي.

ولا نستطيع إرجاع عوامل الاحتراق النفسي إلى متطلبات المهنة وواجباتها فقط، لأننا نجد معلمين ناجحين في أعمالهم ويؤدون رسالتهم على مستوى جيد دون أن يتعرضوا للأعراض التي يتضمنها مفهوم الاحتراق النفسي.. وهذا يعني أن هناك عوامل أخرى ترتبط بشخصية المعلم، وعلى هذا فالأقرب إلى التصور الصحيح أن نقول أن حالة الاحتراق ترتبط ببعض العوامل بعضها يخص المعلم أو الشخصية والبعض الآخر يخص المهنة أو التدريس، فإذا كانت المهنة ضاغطة ومرهقة فإن الذي يصاب من العاملين فيها هم الأفراد سمدونيين استعداد للإرهاق والإصابة، أما الآخرون أصحاب الاتزان الانفعالي فإنهم يتحملون ضغوط المهنة.

وقد يمر الفرد بمرحلة ضغوط شديدة، تنهار لديه وسائل التكيف، واستراتيجيات المواجهة ويصل عندها إلى مرحلة الاستنزاف، أو ما تسمى بمرحلة الاحتراق النفسي، كما يشير "دونهام" إلى التسلسل المنطقي لتطور الضغوط لدى المعلم بقوله: تواجه المعلم ضغوط مختلفة تظهر على إثرها أعراض مبكرة كالقلق والاضطراب، ويؤدي ذلك بالمعلم إلى الضعف في التركيز، صعوبة في اتخاذ القرارات، بعد ذلك يعاني المعلم من الإعياء، وتظهر عليه أعراض نفس جسميه (سيكوسوماتية) ومن ثم يشعر بالإرهاق والإنهاك الشديدين، وأخيرا يصل إلى مرحلة الاحتراق النفسي.

مكونات الاحتراق النفسي:

يتضمن الاحتراق النفسي ثلاثة مكونات وجوانب وهي:

- الاستنزاف الانفعالي: Emotional Exhaustion ويظهر هذا الاستنزاف في شعور المعلم بالإنهاك أو الإرهاق الانفعالي المرتبط بممارسة مهنة التعليم، وفي هذه الحالة يكون المعلم قليل النشاط محدود الفاعلية شاعراً بالكآبة والوجوم، وفي نفس الوقت لديه قابلية للتهيج والإثارة ويتسم سلوكه بالتبرم والضجر والملل.
- اختلال الأنية: Depersonalization ويحدث ذلك في الحالات الشديدة، وفي هذه الحالة ينعزل المعلم عن زملائه ويتباعد عنهم ليس مكانياً فقط، ولكن من الناحية الوجدانية والسلوكية، ويتسم المعلم بالتصلب في علاقاته الاجتماعية مع زملائه وأقرانه.

— قلة الإنجاز الشخصي: Personal Accomplishment ويرتبط ذلك بقناعة المعلم بالمهنة وبقيمتها الاجتماعية، وبناءً على إدراكه لقيمة المهنة يكون الجهد الذي يبذله المعلم ويكون حماسه للعمل، وبالتالي طبيعة علاقاته بالتلاميذ؛ Maslack, (et al., 1996; Iwanicki, 2001). كفاية، (٢٠١٢).

أنماط الاحتراق النفسي لدى المعلم:

توجد أنماط نظرية عديدة حاولت توضيح الاحتراق عند المعلم. فقد اقترح فريدمان Fridman, 2000 أن نقص الفاعلية الذاتية Self-efficacy ربما يكون أحد الميكانيزمات النفسية الكامنة وراء الاحتراق النفسي، ووفقاً لرأى سكوفيلي Schaufeli, 1998 فإن احتراق المعلم ربما ينتج عن نقص العلاقات التبادلية بين المعلم وطلابه، زملائه، وإدارة المدرسة. والاحتراق النفسي ليس مجرد حالة نفسية، لكنه خيرة ذاتية ترتبط بمشكلة اجتماعية، نتيجة الصراع الدينامي للتفاعل بين الفرد (المعلم) والعالم الاجتماعي المحيط به.

ومن الضروري أن يحدد المعلمون أهدافهم التربوية، وعند محاولاتهم الوصول إلى تلك الأهداف ربما يفشلون بسبب الضغوط ومتطلبات المؤسسة والمجتمع، والنتيجة قد تكون الاحتراق النفسي. وقد حدد بينس وأرونسون Bines & Aronson, 1981 أربعة استراتيجيات للتعامل مع الاحتراق النفسي للمعلم هي:

- الوعي بالمشكلة - تحمل المسؤولية - تحقيق قدر من الوضوح المعرفي - تطوير خطوات المواجهة.

ويرى شيروم Shirom, 1993 أن نموذج المعاملات Transactional model يمكن أن يوضح حدوث الاحتراق الناتج عن التفاعلات بين المتغيرات البيئية والسمات الشخصية والتي من الممكن أن تيسر أو توقف ظهور الاحتراق، فالعديد من المعلمين في الولايات المتحدة على سبيل المثال: يظهرون التهيج، التعب، الإحباط والغضب.

أسباب الاحتراق النفسي:

إن البحث عن أسباب الاحتراق النفسي لا يختلف عن البحث في أسباب الضغوط المهنية وذلك من منطلق تشابه الظروف والخلفية التي ينمو فيها كل منهما علماً بأن

شعور الفرد بالضغوط المهنية أو الضغوط النفسية في مجال العمل لا يعنى بالضرورة إصابته بالاحتراق النفسي، ولكن إصابة الفرد بالاحتراق النفسي هو حتماً نتيجة لعاناته من الضغوط النفسية الناجمة عن ظروف العمل.

وهناك شبه اتفاق بين الباحثين في ظاهرة الاحتراق النفسي والعوامل المرتبطة بمهنة التدريس والتي تؤدي أو تسهم في حدوث الاحتراق النفسي تتمثل في العبء التدريسي الثقيل، والأجر المنخفض، واليوم المرهق وغير الملائم، والتعامل مع الطلاب المشاغبين غير المضبوطين، وتصور المعلم لمكانته الاجتماعية المتدنية، واللوائح والقواعد التنظيمية التي تهتم أساساً بصالح الطالب وليس المعلم، أما العوامل المرتبطة بالشخصية فهي تلك العوامل التي يمكن أن تؤدي إلى الاحتراق النفسي في أي مهنة مثل: ضعف الأنا أو عدم الاتزان الوجداني وما يترتب عليه من سمات عدم تحمل المسؤولية وقلة الحيلة وعدم القدرة على التصرف الحسن (علاء الدين كفاي، ٢٠١٢: ٤٠٧). وقد قال (محمد الحدب، ٢٠١٠: ٩٣) شاعر من الأحساء بالسعودية في قصيدته (المعلم) مصوراً حال المعلم في هذا الزمان على غرار أبيات للشاعر أحمد شوقي من بحر الرجز:

قِفْ للمعلم مسرعاً مذهولاً	واسمع كلاماً رائعاً وجميلاً
قد قال (شوقي) بادئاً أبياته	(كاد المعلم أن يكون رسولاً)
إن كنت لا تدري بفضل معلمٍ	فاقرأ كتابَ الله.. تلقَ دليلاً
في عصرنا يُقصى المعلمُ جانباً	قدرُ المعلمِ لم يزل مجهولاً
قد كان تبجيلُ المعلمِ سابقاً	واليومَ باتَ يُودعُ التبجيلاً

جدول رقم (٢)

الأسباب المؤدية إلى الاحتراق النفسي

المحاور	الأسباب
عوامل متعلقة بالتلاميذ	<ul style="list-style-type: none"> - عدم التصنيف الجيد للتلاميذ داخل الصف بالنسبة لنوع الإعاقة ونسب الذكاء بسبب ضعف آليات ومعايير التشخيص. - اختلاف المستوى التعليمي لأسر التلاميذ. - انخفاض دافعية التلاميذ.
عوامل متعلقة بالبيئة الصفية	<ul style="list-style-type: none"> - الأعداد غير السليم للصفوف بما يتناسب مع نوع الفئات ذوي الاحتياجات الخاصة - الأعداد الكبيرة من الطلاب داخل الفصل الدراسي الواحد - غياب الشروط الصحية السليمة داخل الصفوف
عوامل متعلقة بالإدارة المدرسية	<ul style="list-style-type: none"> - تدني مستوى التواصل بين معلم التربية الخاصة والهيئة الإدارية - غياب الدعم والمساندة على سبيل المثال المكافآت والحوافز التشجيعية - زيادة نصاب المعلم من الحصص الأساسية والإضافية. - كثرة الأعمال الإدارية والروتينية في المؤسسة.
عوامل متعلقة بالمهنة	<ul style="list-style-type: none"> - عدم وضوح الواجبات. - عدم الحصول على قسط كافٍ للراحة - تعدد المهام المطلوبة. - العمل لفترات طويلة. - زيادة العمل الكتابي. - تدني الراتب. - غياب جانب الإرشاد النفسي للمقبلين على مهنة تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة. - عدم توفير الدورات التدريبية وورش العمل المتخصصة والتي ترفع من كفاءة المعلم.
عوامل متعلقة بالمعلم	<ul style="list-style-type: none"> - الخصائص الشخصية للمعلم كالصبر والتقبل مثلاً. - عدم الإحساس بالانتماء للمهنة. - عدم الإلمام الجيد بالقواعد والأنظمة المتبعة. - ضعف التغذية الراجعة حول نجاحاتهم في العمل. - قلة التفاعل وإقامة العلاقات مع زملاء العمل.

ويذكر سعيد الظفري وإبراهيم القريوتي (٢٠١٠) أن الاحتراق النفسي ينشأ نتيجة لمجموعة عوامل، تؤثر على المعلم بشكل عام، وعلى معلم التلاميذ ذوي صعوبات التعلم بشكل خاص، ومن هذه العوامل ما يلي:

١- عوامل تتعلق بطبيعة الفئة التي يقوم بتعليمها:

يتعامل المعلم مع مجموعة متباينة من التلاميذ، فمنهم من يعاني من مشكلات أكاديمية مثل: صعوبات القراءة، أو الكتابة، أو الحساب. وهناك من يعاني من مشكلات نمائية تتمثل في ضعف الإدراك، أو الانتباه أو التذكر، وقد تصاحب صعوبة التعلم بضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد والاندفاعية والقهرية في السلوك، مما يعقد المسألة على المعلم، خاصة عند تفكيره في تلبية احتياجات التلاميذ التعليمية. وهناك بعض التلاميذ من ذوي صعوبات التعلم يتمتعون بمستويات ذكاء عالية، ويعرفون بالتلاميذ الموهوبين من ذوي صعوبات التعلم، ومع ذلك نجد لديهم تحصيلاً متدنياً، بشكل واضح مقارنة بأقرانهم. ويعد هذا التباين الواسع في خصائص التلاميذ مصدراً للتوتر والقلق لدى المعلمين، وبخاصة أولئك الذين يلتحقون في هذا الميدان بمؤهلات أكاديمية غير متخصصة، وليس لديهم التأهيل والتدريب المناسب قبل الخدمة للتعامل مع التحديات التي تواجههم عند تعليم هؤلاء التلاميذ.

٢- الدعم الذي يتلقاه المعلم:

إن معلم التلاميذ ذوي صعوبات التعلم لا يعمل بمعزل عن الكادر المدرسي، ولا عن المجتمع الذي يعيش فيه، بل يقوم بعمله في بيئة تفاعلية يؤثر ويتأثر بها، فلا بد له من التعامل مع زملائه من معلمين ومختصين، كذلك يجب أن يتفاعل مع إدارة المدرسة والكادر الإداري فيها، بالإضافة إلى تعامله مع أولياء أمور التلاميذ، وهذه الشبكة من التفاعلات لها أثرها على المعلم، فإذا تهمت إدارة المدرسة والزملاء دوره، وقدم له الدعم والمساندة الكافية، فهذا يشجعه ويحفزه إلى الأداء، أما إذا فقدته، وأوكلت له مهام إدارية إضافية، وأعمال كتابية فإن ذلك يشكل ضغطاً عليه؛ مما يخلق جواً من عدم الارتياح والشعور بالإرهاك. بالإضافة إلى أن ضغط أولياء الأمور، وعدم تعاونهم معه، يزيد من توتره، وقد يرفع مستوى الاحتراق النفسي لديه.

٣- عوامل شخصية:

وتشتمل هذه العوامل على مؤهلات المعلم، وتخصصه، والدورات التدريبية التي تعرض لها أثناء الخدمة، والكفاءة المهنية، والرغبة في العمل وطبيعة أدائه للمهام التعليمية، ودخله الشهري، وهي جميعها عوامل ذات أثر في تحقيق المعلم لذاته وشعوره بالتميز والتقدير والاحترام، لكن غياب بعضها مثل تدني مستوى الدخل مقابل الجهد الذي يبذله، يجعله يفكر في القيام بأعمال أخرى لسد متطلباته الأساسية، وهذا يشعره بعدم الرضا الوظيفي وفي النهاية يؤدي إلى احتراقه النفسي وتركه لعمله.

٤- عوامل متعلقة بالبيئة التعليمية:

يحتاج التلاميذ ذوو صعوبات التعلم إلى بيئة ثرية محفزة إلى التعلم، وإلى جو من الهدوء، ووحدات عمل كي تلبي احتياجاتهم الفردية، ونظرا للتباين في خصائصهم كما أسلفنا ذكره، يجب أن يعتمد تعليمهم على نظام الوحدات التعليمية أو محطات العمل، كل محطة تخصص لمجال ما من مجالات التعلم، سواء كان ذلك يتعلق بتنمية الجوانب النمائية أو الأكاديمية. ويتطلب هذا الأمر توفير مواد تعليمية وأنشطة تساعد المعلم في تقديم تربية علاجية مناسبة لهؤلاء التلاميذ، إضافة إلى توفر المعدات والأدوات المساندة، مثل الحاسوب وجهاز عرض فوق رأسي، وتلفاز، وفيديو، ومسجل وبطاقات وأوراق عمل تساعد المعلم على القيام بدوره بصورة مرنة وإيجابية. أما في حال عدم توافرها، فسوف يقوم بإعدادها وتحضيرها بنفسه، مما يؤدي إلى بذله المزيد من الجهد، وقد يرغمه ذلك على القيام ببعض الأعمال بالمنزل؛ مما يشكل أعباء عمل إضافية، قد تؤدي إلى توتره وعدم تحمله، كما يحتاج لتحقيق أهداف الخطة التعليمية الفردية لوسائل قد تختلف باختلاف خطط التلاميذ التعليمية، وفي حال عدم توافرها سوف يعقد المسألة أمامه، ويجعل عملية اكتساب المهارات وتحقيق أهداف الخطة أمراً في غاية الصعوبة، كما أن الجو الصفي غير الملائم يؤدي لحدوث الاستنزاف الانفعالي لدى المعلم، كما يؤدي إلى تطوير اتجاهات سلبية نحو تلاميذه ونحو مهنته، ويؤثر بشكل سلبي على تحقيق الأهداف التربوية المتوقعة.

أعراض الاحتراق النفسي لدى المعلم:

من الأعراض الشائعة للاحتراق النفسي لدى المعلم من النواحي الفسيولوجية والنفسية هي الإرهاق، القلق والأرق والخاوف. وقد بينت نتائج بعض البحوث أن الاحتراق النفسي لدى المعلم يؤثر على صحته النفسية، ويزيد من متاعبه السيكوسوماتية Psychosomatic (وهي المتاعب البدنية نفسية المنشأ) والتي قد تشمل فقدان الشهية، الصداع، وقرح المعدة. والمتاعب الباطنية والتي تشمل الغثيان Nausea والمغص وآلام البطن، بالإضافة إلى صعوبة التنفس، الدوخة Dizziness، فقدان الشهية، تقلص العضلات، وآلام الظهر، والإصابات المهنية.

ويخبر الأفراد الاحتراق النفسي كنتيجة للضغوط، التدني المفاجئ في أو انهيار قدرتهم وفعاليتهم على المواجهة لفترة طويلة، وقد لاحظ بعض الباحثون أن من خصائص الاحتراق النفسي الاستنزاف الانفعالي، الشعور بالعجز واليأس، ونمو مفهوم ذات سلبي، والاتجاهات السلبية نحو العمل والحياة والآخرين (Nancy De Vito, 2009: 23-24). وتوصل بعض الباحثين إلى مجموعة من الأعراض التي تساعدنا في الكشف عن حالة الاحتراق النفسي من أبرز هذه الأعراض هي:

- (١) أعراض سلوكية: وهي مجموعة السلوكيات التي يقوم بها الفرد في حياته اليومية.
- (٢) أعراض انفعالية: وهي الأعراض التي تغلب على الحالة المزاجية للفرد.
- (٣) أعراض فسيولوجية: وهي الأعراض التي تظهر في شكل أعراض جسدية مرضية.

جدول رقم (٣)

تصنيف أعراض الاحتراق النفسي

أنواع الأعراض	الأعراض
أعراض سلوكية	<ul style="list-style-type: none"> - التغيب عن العمل. - تدني مستوى الأداء. - الانسحاب والميل للعمل الكتابي أكثر من الميل إلى العمل مع الطلاب أو أولياء أمورهم أو زملاء. - النظر إلى الساعة بين الفينة والأخرى (استئثار وقت الدوام). - يحسب باستمرار أيام العطل. - لا يهتم بمظهره العام.

<p>- لا يأخذ قسطاً كافياً من النوم.</p>	
<p>- القلق المبالغ فيه حول طلابه ومشكلاتهم. - سرعة الغضب وسرعة الاستثارة الانفعالية. - قلة المرونة في التعامل مع الآخرين. - الشعور المتكرر بالإحباط. - الإكثار من حيل الدفاع النفسي في التعامل مع الآخرين. - الشعور بالاكتئاب. - النظرة السلبية للذات. - الإحساس باليأس والعجز والفشل.</p>	<p>أعراض انفعالية</p>
<p>- اضطرابات المعدة. - ارتفاع ضغط الدم. - التعب عند القيام بأقل مجهود. - زيادة ضربات القلب. - النسيان والملل. - اضطرابات في النوم.</p>	<p>أعراض فسيولوجية</p>

عوامل الشخصية الخمس الكبرى والاحترق النفسي:

لقد افترض كابلان (Kaplan 1996) أن الخصائص المستقرة للشخصية تؤهب الأفراد لعرض الأحداث السلبية بطريقة معينة من شأنها إما إضعاف أو تسهيل عملية التكيف، وذلك له نتائج على مخرجات الصحة النفسية والجسدية. ووفقاً لنموذج عوامل الشخصية الكبرى الذي طوره كوستا وماكري (Costa&McCrae 1992) وصف النموذج خمسة عوامل من حيث:

(١) العصابية Neuroticism وتعني (القابلية للضغوط النفسية، عدم القدرة على التحكم في الدوافع، وشيوعاً لأفكار غير الواقعية، وضعف القدرة على مواجهة الضغوط). والدرجات المرتفعة على بعد العصابية تشير إلى عدم الثبات الانفعالي والتقلب، ورد الفعل الانفعالي المفرط، أي أن المرتفعين في هذا البعد يميلون إلى المبالغة في استجاباتهم الانفعالية، ولديهم صعوبة في العودة إلى الحالة السوية بعد مرورهم بالخبرات الانفعالية (أحمد عبد الخالق، ١٩٨٧: ٣٩٤) ويشير عامل العصابية إلى التوتر، وانخفاض تقدير الذات، والشعور بالذنب والاكتئاب والقلق، والانفعالات السالبة،

وتقلب المزاج والخجل واللاعقلانية. ويصف كوستا وماكري (Costa&McCrae,1995) الشخص العصابي بأنه شخص لديه خبرات غضب عالية، واشمئزاز وحزن وارتباك، وانفعالات سالبة.

(٢) الانسياط Extraversion (التصرف تجاه العواطف الإيجابية، المؤانسة،

والنشاط المرتفع) ويتكون عامل الانسياط وفقاً لدراسة كوستا وماكري من:

— الدفء: وتتمثل في أنه شخص لديه صداقات وعلاقات اجتماعية، ويتسم بأنه ودود، وحنون، ولطيف، وحسن المعاشرة، فهو محب للناس، ويمكنه الاقتراب منهم بسهولة ويسر.

— الاجتماعية: وتشير إلى الرغبة في الاستمتاع بمصاحبة ومشاركة الآخرين والبهجة وحب الحفلات، وكثرة الأصدقاء، والتفاف الناس حوله والثقة بالنفس، وحب التنافس والزعامة.

— الحزم: ويتمثل في حب السيطرة والفعالية والقوة، وحب التنافس، والميل إلى الزعامة والقيادة.

— النشاط: وتتمثل في سرعة وقوة الحركة، والإحساس بالطاقة، ويفضل الإيقاع أو الرتم السريع للحياة.

— البحث عن الإثارة: وتشير إلى حب وتفضيل المواقف المثيرة، وحب الألوان الساطعة، والأماكن الصاخبة.

— الانفعالات الموجبة: وتتمثل في حب الضحك والفكاهة، والسعادة والحب، والمتعة، والتفاؤل، والابتسام والابتهاج.

(٣) الانفتاح Openness to Experience ويعنى (الميل نحو التنوع، الفضول وحب

الاستطلاع، والحساسية الجمالية)، كما أن عامل التفتح للخبرات يتضمن: السعي الدؤوب، والإعجاب بالخبرات الجديدة، والذكاء، والانفتاحية، والإبداعية، والاعتقاد في عالم عادل، والانهماك العقلي، والحاجة للتنوع، والحساسية الجمالية، وقيم اللاتسلطية، والانفتاح على مشاعر الآخرين، وخبراتهم الانفعالية. ووفقاً للدراسات العاملة فإن عامل التفتح للخبرات يتكون من:

- الخيال: ويعنى أن الأشخاص المتفتحون للخيال لديهم خيال خصب نشط، وعندهم أحلام يقظة تسهم في الإبداع والحياة الفنية .
- الجماليات: ويعنى حب الفن والأدب ورهافة الحس والموسيقى مع التذوق الفني لجميع أنواع الجماليات والفنون.
- المشاعر: وتتضمن مشاعر الفرد الداخلية وتقويم الانفعالات، والشعور بالسعادة.
- الأداء : يظهر التفتح سلوكيا من خلال الرغبة في محاولة المشاركة في أنشطة مختلفة، والذهاب إلى أماكن جديدة، وتناول مأكولات غير معتادة مع الرغبة في التحرر من الروتين اليومي.
- الأفكار: وتشير إلى التفتح الذهني والاهتمام بالجديد، وتفضيل الأنشطة العقلية والفلسفية وحب الاستطلاع.
- القيم : وتعنى الاستعداد لإعادة النظر في القيم الاجتماعية . حيث أن الفرد المتفتح للقيم يؤكد القيم التي يعتقها، ويناضل من أجلها. (McCrae&Costa,1997).
- (٤) الطيبة أو الموافقة Agreeableness: (الميل نحو العلاقات الشخصية الثقة والنظر في غيرها)، وقد أشار بدر الأنصاري (١٩٩٧) إلى أن من سمات عامل الطيبة: الثقة، والاستقامة، والإيثار، والقبول، والتواضع، والاعتدال في الرأي ويمكن تحديد أبعاد الموافقة وفقاً للدراسات العملية في الآتي:
- الثقة : نزعة الإسهام في الخير للآخرين.
- الاستقامة : وتتضمن الصراحة في التعامل مع الآخرين، وهو ذو أهمية كبيرة في الفلسفة الأخلاقية.
- الإيثار: وهو ضد الأنانية، ويعنى أن الفرد لديه اهتمام بالآخرين، ويتضمن السخاء والإيثار، والتضحية، ويرتبط الإيثار بالحاجة للعطف.
- الإذعان: وهو أسلوب اجتماعي يظهر عندما يكون هناك صراع، وهنا يتسم الفرد بالحلم والتعاون واللطف.
- التواضع : وهو أحد جوانب مفهوم الذات، والشخص المتواضع لا ينشغل بنفسه.
- الرقة : وتشير إلى أن الفرد يسير وفق مشاعره خاصة سمة التعاطف في الحكم، وتتضمن الرقة، الود، العطف، حساسية المشاعر نحو الآخرين.

(٥) والضمير: ويعنى (الاتجاه نحو المثابرة والاجتهاد، والتنظيم). ويشير كل من كوستا وماكري (Costa&McCrae,1992:653) وبدر الأنصاري (١٩٩٧: ٢٧٧) أن من سمات عامل يقظة الضمير: الكفاءة، والنظام، والالتزام بالواجبات، والمثابرة، والكفاح لتحقيق الإنجازات، وضبط الذاتي والتأني. وهناك من يرى أن يقظة الضمير تتضمن: السلوك الموجه نحو الهدف من قبيل الفعالية، ومراعاة القانون، وسمات الضبط والاندفاعية، والوفاء بالواجبات على الوجه الأكمل، والكفاح من أجل الإنجاز، وتهذيب النفس، والمثابرة، والتنظيم، وقد استقرت الدراسات العلمية إلى أن يقظة الضمير لها ستة مكونات هي:

- الكفاءة : وتعنى أن يكون الفرد بارعاً وحساساً ومنجزاً.
- النظام : ويشير إلى الميل إلى المحافظة على البيئة بأسلوب منظم ومرتب.
- الإحساس بالواجب : وهذا البعد مرتبط بقوة الذات، والأنا الأعلى.
- الكفاح من أجل إنجاز الأعمال : وهذا البعد مرتبط بدافعية الإنجاز من أجل التميز.
- ضبط الذات : وهي أقرب إلى المثابرة، والقدرة على الاستمرار لأداء المهام رغم العقبات والصعاب.
- التأني : ويعنى الحذر والتخطيط وعمق التفكير.

وإن نموذج العوامل الخمسة للشخصية تم استخدامه في دراسة عملية الاحتراق النفسي في العديد من الدراسات والأبحاث، فقد قام (Zellars&Hochwarter 2000) بدراسة الاحتراق النفسي لدى عينة من الممرضات وقد وجدوا من النتائج أن العصائية تنبئ بالإجهاد الانفعالي. وتوقع أن الانبساط الطيبة والموافقة تنبئ بتبدد الشخصية depersonalization وأن الانفتاح على الخبرات والانبساط ينبئان بالإنجاز الشخصي.

كما أن مايلز وهيوبنر (١٩٩٨) اكتشفا أن العصائية والانبساط يرتبطان مع ثلاثة أبعاد للاحتراق النفسي لدى عينة من طلاب علم النفس، وعلاوة على ذلك، أظهرت النتائج ارتباط الإنهاك العاطفي مع الضمير والطيبة أو الموافقة، وارتبط تبدد الشخصية مع الطيبة، وارتبط الإنجاز الشخصي بالضمير.

وقد ارتبطت بحوث الشخصية بالاحتراق النفسي للمعلم، وقد أشارت بعض النتائج إلى أن العصائية ارتبطت بالاحتراق النفسي، وقد استخدم فونتانا وأبو سوري (١٩٩٣)

نموذج أيزنك Eysenck للشخصية (١٩٨٥) لدراسة العلاقة بين الاحتراق النفسي وعلاقته بالتوتر والنوع، والشخصية لدى عينة من المعلمين. ووجد هؤلاء الباحثين الارتباطات بين الاحتراق النفسي ودرجات عالية من العصائية والانطواء. كما أن سمات شخصية المعلم تتبئ بالاحتراق النفسي وارتباطه بالسياق والمتغيرات الديموجرافية. وقد أجرى كوكينوس (Kokkinos 2007) دراسة تناولت العلاقة بين ضغوط الوظيفة، والخصائص الشخصية، وأبعاد الاحتراق النفسي لدى عينة من معلمي المدارس الابتدائية في قبرص، وأشارت النتائج إلى أن القيود الإدارية، وسوء تصرف الطلاب، مصدرين رئيسيين للضغوط التي تتبئ بأبعاد الاحتراق النفسي. وأظهرت النتائج أن الدرجات العالية على العصائية ترفع مستويات الإجهاد العاطفي وتبدد الشخصية. وأن المعلمين ذوي الدرجات العالية على الضمير والانبساط كانت درجاتهم منخفضة على العصائية، وكانوا أكثر عرضة لتجربة مشاعر زيادة الإنجاز الشخصي وانخفاض الاحتراق النفسي. وكشفت النتائج أن الدرجات المنخفضة على الانفتاح تتبئ بالمزيد من مشاعر تبدد الشخصية، في حين أن المعلمين ذوي الدرجات العالية في الانفتاح لديهم المزيد من الشعور بالإنجازات الشخصية.

ضغوط المعلم والاحتراق النفسي:

تلقت الضغوط لدى المعلم قدراً كبيراً من الاهتمام والتركيز البحثي على مدى عقود خلت. ونتيجة لذلك، تطورت مقاييس الضغوط لدى المعلم وكذلك الاستراتيجيات المختلفة لمعالجة الآثار السلبية للاحتراق النفسي والضغوط. والواقع أن الضغوط المزمنة ينتج عنها آثار سلبية على المستوى الشخصي والمهني، وإذا ما تركت دون مواجهة أدت إلى الاحتراق النفسي. وقد أظهرت الأبحاث نتائج متباينة في إيجاد العلاقة بين المتغيرات الديموجرافية، والضغوط، والاحتراق النفسي، فالخصائص الديموجرافية للمعلمين مثل: العمر وعدد سنوات التدريس، والجنس، ونوع الإدارة الصفية لم يرتبط بأي طريقة منتظمة حول الضغوط والاحتراق النفسي.

وقد قام راسل وآخرون (Russell,et al.,1987) بتحليل المتغيرات الاجتماعية والديموجرافية مثل: (الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، وحجم المجتمع)، ومتغيرات

العمل مثل: (خبرة التدريس بالسنوات، الصف التدريسي، وحجم المدرسة، ومستوى التدريس، ومستوى التعليم). وأشارت النتائج إلى أن المعلمين الأصغر سناً أظهروا المزيد من الضغوطات مقارنة بالمعلمين الأكبر سناً. وليس واضحاً ما إذا كان المعلمين كبار السن يستخدمون استراتيجيات مواجهة بشكل أفضل، وتعديل توقعاتهم، وتعلم المهارات، أو إذا كان المدرسون الذين يعانون من مستويات عالية من الضغوط قد تركت ببساطة مهنة التدريس.

وقد أظهرت بعض الأبحاث نتائج متضاربة بشأن العلاقة بين النوع ومستويات الضغوط بين المعلمين، وأفادت بعض الدراسات وجود مستويات أعلى من ضغوط العمل لصالح المعلمين الذكور، في حين أن دراسات أخرى توصلت نتائجها إلى أن المستوى المرتفع للضغوط لصالح المعلمات. وترتبط مصادر الضغوط لدى المعلمين الذكور بالمطالب البيئية، في حين أن مصدر الضغوط لدى المعلمات مرتبط بمشاكل إدارة الوقت. والسؤال إذا كان المعلمين الذكور هم أكثر رغبة في ترك مهنة التدريس، وبالتالي أصبحت مهنة الإناث شيئاً فشيئاً، فإنه ليس من المعقول أن نفترض أن الإناث تمثل أكبر نسبة بين المعلمين الذين يعانون من الاحتراق النفسي المزمّن !! (MCEETYA,2003).

الاحتراق النفسي لدى معلم ذوي الاحتياجات الخاصة:

ينطوي تعليم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة على تحديات وصعوبات كبيرة، فبالإضافة إلى كون معلمي التربية الخاصة عرضة للضغوط والتحديات التي يتعرض لها المعلمون العاديون، فالطفل ذو الاحتياج الخاص لا يتقدم بسرعة وسهولة، الأمر الذي قد يبعث في النفس شعوراً بالإحباط وعدم الكفاية وخيبة الأمل بسبب بطء الاستجابة وعدم ظهور نتيجة جهود المعلم مباشرة. لذلك فإن مواجهة الاحتياجات التعليمية والانفعالية الخاصة بالطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة يومياً، تجعل تعليمهم مهنة مسببة للضغوط، بل تتعدى ذلك إلى الاحتراق النفسي، وتقلل من دافعية المعلم، ويمكن أن تكون لها تأثيرات سلبية ومؤذية للمعلم. لذلك يمكن القول أن الأصل في الاحتراق النفسي هو الضغوط المهنية التي إذا ما استمرت يمكن أن تؤدي إلى ظهور أعراض

ومؤشرات الاحتراق النفسي. وعبارة أخرى يعتبر الاحتراق النفسي مؤشراً مميزاً للضغوط المهنية والنتيجة النهائية لضغوط العمل المتراكمة والطلبات والتوقعات التي لا يستطيع الفرد التكيف معها بنجاح والضغوط المهنية هي بمثابة "ضعف أو عجز الفرد في التكيف مع ظروف ومتطلبات العمل بشكل فعال".

وقد حاول زيدان السرطاوي في دراسته (١٩٩٧) التعرف على مستوى الاحتراق النفسي لدى عينة من العاملين مع ذوي الاحتياجات الخاصة بالمملكة العربية السعودية، وعلاقته ببعض المتغيرات مثل: التخصص الدراسي، نمط الخدمة، سنوات الخبرة، نوع الإعاقة، لدى مجموعة من المعلمين في معاهد ومراكز التربية الخاصة بالرياض، واستخدم مقياس ماسلاك للاحتراق النفسي لدى العاملين في مجال الخدمات الإنسانية والاجتماعية، وتوصلت الدراسة إلى وجود مستوى معتدل من الاحتراق النفسي في بعدى نقص الشعور بالإنجاز، والإجهاد الانفعالي، ووجود مستوى متدنٍ من الاحتراق النفسي في بعدى في بعد تلبد المشاعر، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتخصصين في التربية الخاصة وغير المتخصصين في بعد الإجهاد الانفعالي لصالح المتخصصين. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في بعد الإجهاد الانفعالي لصالح المعلمين الجدد الذين كانوا أكثر الفئات احتراقاً من غيرهم، وهذا ما أشارت إليه بعض الدراسات أن عامل الخبرة مؤثر في زيادة أو نقص الاحتراق النفسي.

كما قام السيد السمدادوني (١٩٩٥) بإبراز الأهمية النسبية لكل من المتغيرات المهنية والنفسية والشخصية في التنبؤ بالاحتراق النفسي لمعلمي التربية الخاصة، وكذلك التعرف على مصادر الاحتراق سواءً كانت شخصية أو بيئية وتبعاته المتمثلة في المظاهر الفسيولوجية والسلوكية، والتي تعتبر مؤشراً لسوء الحالة النفسية، لدى عينة مكونة من ٢٤٠ معلماً ومعلمة ١١٥ ذكور، ١٢٥ إناث من العاملين بمعاهد التربية الخاصة مستخدماً قائمة الاحتراق النفسي للمعلم، ومقياس ضغوط العمل للمعلم، وأسفرت النتائج عن وجود علاقة موجبة بين شعور معلمي التربية الخاصة بالاحتراق النفسي وبين كل من الخبرة، والمؤهل الدراسي، وإدراكهم للضغوط المهنية، وكانت المتغيرات المهنية المتمثلة في عدم المشاركة في صنع القرار، وغموض الدور والضغط الناشئ من المعهد وصراع الدور وضغط المهنة، وكانت المتغيرات المهنية المتمثلة في عدم

المشاركة في صنع القرار، وغموض الدور والضغط الناشئ من المعهد وصراع الدور وضغط المهنة من أكثر المتغيرات إسهاماً في التنبؤ بالاحترق النفسي، كما أظهرت النتائج أنه يمكن التنبؤ بتبعات الاحتراق النفسي المتمثلة في المظاهر الفسيولوجية والانفعالية والسلوكية من خلال إدراك المعلم لحالة الاحتراق النفسي.

وقد قام عمر الخرابشة وأحمد عربيات (٢٠٠٥) بدراسة هدفت إلى التعرف على مستوى الاحتراق النفسي لدى المعلمين العاملين مع الطلبة ذوي صعوبات التعلم في غرف المصادر، على عينة ضمت ١٦٦ معلم ومعلمة في الأردن، من خلال مقياس الاحتراق النفسي إعداد "ماسلاك"، وتوصلت الدراسة إلى أن درجة الاحتراق النفسي لدى المعلمين العاملين مع الطلبة ذوي صعوبات التعلم كانت بدرجة متوسطة على بعدى الإجهاد الانفعالي، وتبلد المشاعر، وبدرجة عالية على بعد نقص الشعور بالإنجاز، فضلاً عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية وفقاً لمتغير الجنس لصالح الإناث بالنسبة لبعد نقص الشعور بالإنجاز، في حين لم تظهر الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية وفقاً لمتغير الجنس لبعدى الإجهاد الانفعالي، وتبلد المشاعر. ووجود فروق ذات دلالة إحصائية على الأبعاد الثلاثة بالنسبة لمتغير الخبرة لصالح ذوي الخبرة ممن لديهم خمس سنوات فأكثر.

لقد ركز التراث حول الاحتراق النفسي لدى معلمي التربية الخاصة على الضغوط أو المصطلحات المساهمة في الاحتراق النفسي. إلا أن الدراسات الحديثة وجدت أن الاحتراق النفسي لدى المعلم يرتبط بعدة عوامل منها: صحة المعلم، والمخرجات التعليمية للطلاب (Billingsley, 2004) كما أن الاحتراق النفسي يرتبط بأعراض بدنية مثل: المتاعب المزمنة والإصابة بالبرد، وآلام المفاصل والعضلات. كما يشيع الاكتئاب لدى المعلمين الذين يعانون من الاحتراق النفسي (Bianchi, & Laurent, 2013).

ولسوء الحظ، يتأثر الطلاب بالنتائج السلبية للاحتراق النفسي لدى معلميهم وما ترتب عليه من مشكلات وجدانية اجتماعية، بما يؤثر على الأداءات في تنفيذ الخطط التربوية الفردية، وتدنى الإنجاز الأكاديمي (Jennings & Greenberg, 2009; Ruble & McGrew, 2013).

ولا يتوقف تأثير الاحتراق النفسي على المعلمين فقط، بل يمتد إلى الأسر والنظام المدرسي، والشاهد أن تأثير الاحتراق النفسي للمعلم على المدى البعيد لا يظل في حدود تأثيره على المعلم فقط. ومن العوامل المساعدة على حدوث الاحتراق النفسي لدى المعلم نقص المساندة من إدارة المؤسسة التربوية، وكثرة الأعمال الورقية، وسلوك الطلاب، وكذلك النظرة المثالية لمهنة التدريس قبل الخدمة مقارنة بما بعدها، كل ذلك من عوامل رفع مؤشرات خطر الاحتراق النفسي.

ولعل العمل مع ذوي الاحتياجات الخاصة يأتي في مقدمة المهن التي يمكن أن تخلق مشاعر الإحباط لدى المعلمين، لما تقتضيه هذه المهن من متطلبات مع فئات متنوعة من الأشخاص غير العاديين، الذين يعانون من الإعاقات الحركية والعقلية والسمعية والبصرية أو الإعاقات المتعددة، بالإضافة إلى أن انخفاض قدرات الأشخاص المصابين بالإعاقة وتنوع مشكلاتهم وحدتها أحياناً، قد يولد لدى العديد من العاملين معهم الشعور بالإحباط، وضعف الشعور بالإنجاز أو النجاح، الأمر الذي من شأنه أن يؤدي إلى شعور هؤلاء العاملين بالضغط النفسي والمهنية، والتي تتوقف حدتها وثقل وطأتها وفقاً لسمات شخصية العاملين مع هذه الفئة، ونظراً لما تقتضيه هذه المهنة من متطلبات في التعامل مع فئات متنوعة من الأشخاص غير العاديين حيث يعتبر كل شخص حالة خاصة تتطلب نمطاً خاصاً من الخدمة والتعليم والتدريب والمساندة، مما يشعر العاملين بالضغط النفسية والمهنية وبالتالي الوصول إلى درجة الاحتراق النفسي (عدنان الفرح، ٢٠٠١: ٢٤٧-٢٤٨).

وأجرت ميدو (1981 Meadow) دراسة للتعرف على الاحتراق النفسي عند المختصين العاملين مع الأطفال المعاقين سمعياً على عينة مكونة من (٢٤٠) من المختصين، واستخدم في الدراسة مقياس ماسلاك للاحتراق النفسي، وأشارت النتائج إلى أن الأفراد العاملين مع المعاقين سمعياً أظهروا درجة عالية من الاحتراق على بعد الإجهاد العاطفي مقارنة بالعاملين مع الأطفال العاديين، وأظهر معلمو الطلاب المعاقين سمعياً ميلاً للتخيز ضد الطلاب الصم، كما أظهرت النتائج أن المعلمين الذين تراوحت خبراتهم من ١-٢ سنة أظهروا مستوى بسيط من الاحتراق النفسي مقارنة بالمعلمين الذين تراوحت خبراتهم من ١٠ سنوات فأكثر. (وقد يكون تفسير ذلك هو زيادة حماس

ودافعية المعلم الحديث للعمل في مقابل تسرب الملل إلى المعلم القديم والذي لم يحقق أهدافه من خلال العمل مع الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة).

كما أجرى (على حنفي، ٢٠٠٤) دراسة حول تأثير أثر التحاق معلمي الصم غير المتخصص ببرنامج تخصصي دراسي في الإعاقة السمعية على تعديل اتجاهاتهم نحو الطلاب ذوي الإعاقة العقلية (الصم - وضعاف السمع) وخفض مستوى الاحتراق النفسي لديهم، مستخدماً مقياس اتجاهات المعلمين نحو الطلاب الصم، ومقياس ماسلاك للاحتراق النفسي، ومن خلال البرنامج الدراسي والذي شمل مقررات (مقدمة في الإعاقة السمعية، طرق التواصل مع المعوقين سمعياً، تنمية اللغة لدى المعوقين سمعياً، استراتيجيات تدريس المعوقين سمعياً، والتدريب الميداني) ومن خلال القياس القبلي والبعدي للبرنامج تبين أنه تغيرت اتجاهاتهم نحو الطلاب الصم وذلك في (تعديل المعتقدات الخاطئة عن المعوقين سمعياً - التخطيط الجيد للدرس - المشاركة في حل مشكلات الصم - إدراك الآثار الإيجابية للدمج التربوي - التوظيف الجيد للوسائل التعليمية - تقدير أهمية المعين السمعي في تفعيل التواصل مع المعوق سمعياً - إدراك أهمية الخطة التربوية الفردية - إعداد أمثل لبيئة الصف الدراسي - تطبيق القاموس الإشاري الموحد) وقد انخفض الاحتراق النفسي للمعلمين أثناء الخدمة ويتمثل ذلك في (الاتزان الانفعالي - القدرة على التواصل بثقة - التحلي بالخصائص الإيجابية والإحساس بالآخرين - الإحساس بالإنجاز الشخصي والتقدير لمجهوداته - الرغبة والثقة فيما يعمل - الدافعية نحو العمل).

أما ميلر وبراونيل وسميث (1999, Miller, Brownell & Smith) فقد درسوا العوامل التي تساعد على بقاء المعلم في ميدان التربية الخاصة، أو يتركه أو التحول إلى مجالات أخرى في التربية العادية، واشتملت عينة الدراسة على (١٥٧٦) معلماً ومعلمة من ولاية فلوريدا، وأخذت الدراسة المتغيرات الديموجرافية مثل: العمر، الجنس، المؤهل العلمي، وعلاقة المعلم بالطلبة، وعدد الطلاب بالفصل، وعدد ساعات العمل، وعلاقة المعلم بزملائه، والعلاقة مع الإدارة والراتب وامتيازات المهنة والضغط والرضا المهني، وأظهرت نتائج الدراسة بعد عامين من المتابعة أن ٢١٪ من المعلمين تركوا المهنة، و ٢٠٪

منهم تحول إلى العمل بمجال التربية العادية أي ما يعادل ٤١٪ من أفراد عينة الدراسة لم يستمروا في عملهم في التربية الخاصة.

كما قام إبراهيم القريوتي وفريد الخطيب (٢٠٠٦) بدراسة هدفت إلى التعرف على الاحتراق النفسي لدى عينة من معلمي الطلاب العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة بالأردن، باختلاف فئة الطلاب وجنس المعلم، ودخله الشهري وحالته الاجتماعية والتخصص، لدى عينة (٤٤٧) معلماً ومعلمة واستخدم مقياس شرنك (1996) (Shrink) للاحتراق النفسي، وبينت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائية في الاحتراق النفسي تعزى لمتغير جنس المعلم أو حالته الاجتماعية، في حين أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائية تعزى إلى مستوى الدخل لصالح الدخل المنخفض والمتوسط مقارنة بذوي الدخل المرتفع، كما أن هناك فروق دالة لمتغير تخصص المعلم ولصالح المتخصصين في الدراسات الإسلامية واللغات والبرمجة مقارنة بغيرهم من ذوي التخصصات الأخرى، كما أن هناك فروق دالة لمتغير فئة الطالب عادي أو من ذوي الاحتياجات الخاصة، حيث أظهرت النتائج فروق دالة في درجة الاحتراق النفسي لصالح معلمي الطلاب المعاقين بصريا والموهوبين مقارنة بمعلمي الطلاب العاديين لصالح معلمي الطلاب المعاقين بصرياً مقارنة بمعلمي الطلاب المعاقين سمعياً وحركياً وسمادونيغات المتعددة، ولصالح معلمي المعاقين سمعياً مقارنة بمعلمي الطلاب المعاقين عقلياً ولصالح معلمي الطلاب الموهوبين مقارنة بمعلمي الطلاب سمادونيغات المتعددة.

والخلاصة أن العديد من الدراسات التي أجريت في مجال الاحتراق النفسي لدى المعلمين والعاملين في التربية الخاصة سواءً على المستوى العربي أو الأجنبي أشارت نتائجها إلى شيوع الاحتراق النفسي لدى المعلمين والعاملين مع الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة مقارنة بالعمل في ميدان التربية العادية، وتوجد عوامل كثيرة تساعد على زيادة الاحتراق النفسي ومنها: العمل بعيداً عن محل إقامة المعلم، تدنى الأجور والامتيازات التي يحصل عليها مقابل حجم الجهد والمعاناة التي يتعرض لها، ضعف الرغبة والحماس في العطاء، غياب الحوافز، وضعف فرص التقدم الوظيفي فتضعف لديه الدافعية، وينعكس بالنتيجة السلبية على الأداء وضعف القابلية لتطوير الذات. وكلما تزايد الاحتراق النفسي لدى المعلم

الاحترق النفسي لدى معلم التربية الخاصة حسب نوع الإعاقة:

تنوعت فئات ذوي الاحتياجات الخاصة ومع ذلك التنوع تزداد الأعباء على المعلمين ومقدمي الرعاية، حيث أن اختلاف كل فئة عن أخرى من حيث الخصائص والمهارات والقدرات، يتطلب مهارات لدى المعلم ومعايير شخصية ومهنية تتوافق مع كل فئة، فمثلاً ما يناسب المعوقين سمعياً لا يتناسب مع المعاقين بصرياً من حيث اختلاف مهارات التواصل وأساليب التدريس وغيرها، وكذلك الأطفال متعددي الإعاقات، أو أطفال اضطراب التوحد، ومن هنا تختلف درجات الرضا الوظيفي من معلم لآخر حسب نوع الفئة التي يعمل معها. فعلى سبيل المثال فإن الأطفال متعددي الإعاقة يحتاجون وبشكل مكثف خدمات صحية وتربوية ونفسية، فهم يحتاجون إلى خدمات تعديل السلوك وتحسين مهارات التواصل واللغة، والتدريب على مهارات العناية بالذات، بالإضافة إلى الخدمات الصحية.

والمعروف أن الأطفال متعددي العوق يعانون من الآثار السلبية لأكثر من إعاقة سواء كانت حسية أو عقلية أو حركية، أو صحية مما يزيد عبء العمل والضغط على معلم التربية الخاصة الذي يعمل مع هذه الفئة، حسب شدة الإعاقات المتعددة في الطفل، وكذلك من يعمل مع أطفال اضطراب التوحد، وينخفض مستوى الرضا الوظيفي لمن يعمل مع تلك الفئات أكثر عن من يعمل مع فئات أخرى من الإعاقات، ومن ذوي الإعاقة الواحدة الخفيفة - الشديدة.

وتفيد نتائج الدراسات السابقة أن المعلمين بشكل عام ومعلمي التربية الخاصة بشكل خاص عرضة للاحتراق النفسي، حيث يشعر كثير منهم بالإحباط من التدريس، لما ينطوي عليه تعليم المعاقين على تحديات وصعوبات كبيرة، لذلك فإن مواجهة وتلبية الاحتياجات التعليمية والانفعالية الخاصة بالطلاب المعوقين يومياً يجعل من تعليمهم والعمل معهم مهنة مسببة للضغط، وتقلل من دافعية المعلم للعمل، ويمكن أن تكون لها تأثيرات سلبية على أداء المعلم ورضاه عن مهنته.

وهناك توجه نحو تدريب كل المعلمين على التعامل مع ذوي الاحتياجات الخاصة، خصوصاً مع تزايد الدعوات والتوجهات نحو الدمج، فسوف يجد المعلم ضمن طلابه طالب

موهوب، أو طالب ذو صعوبات تعلم، أو ضعيف السمع أو البصر.. وغير ذلك، وقد يغلب نوع التخصص الدراسي على جودة التعامل مع فئة دون أخرى من الأطفال غير العاديين.

الاحترق النفسي لدى المرشدين التربويين والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين:

لعل البعض ينظر إلى الاحتراق النفسي والضغط المهنية على أنها ملازمة للمعلم فقط، باعتباره يتعامل داخل الصف مع تلاميذ أو طلاب ذوي احتياجات خاصة، لكن الواقع من خلال الدراسات والبحوث تشير إلى إصابة العاملين مع ذوي الاحتياجات الخاصة كالأخصائيين النفسيين والمرشدين التربويين بالاحتراق النفسي. ومن ذلك دراسة قام بها هاشم السامرائي وصالح مهدي (١٩٩٨) تناولوا فيها الاحتراق النفسي لدى المرشدين التربويين وعلاقته ببعض المتغيرات على عينة شملت (٣٠٧) مرشد ومرشدة في بغداد، وتوصل الباحثان إلى وجود نسبة من المرشدين يعانون من الاحتراق النفسي، وأن متغيري العبء الاقتصادي وعلاقة المرشد أو المرشدة بالإدارة من أكثر المتغيرات التي تسهم في الاحتراق النفسي لدى المرشدين، وأن المرشدين الذكور أكثر احتراقاً نفسياً من المرشدات.

إن الاحتراق النفسي لدى الأخصائيين النفسيين يرتبط إيجابياً بالأعباء الوظيفية الزائدة، والتي لا تتناسب مع الوقت المناسب لإنجازها، إضافة إلى التغيرات السريعة في نظام عمل المؤسسات، وانخفاض الروح المعنوية، والتعرض لفترات طويلة من الإجهاد المتعلق بالعمل، وعدم كفاية الإجازات، وزيادة عدد الحالات المعروضة.

الاحتراق النفسي يمكن أن يُفهم من حيث تمثيله بانخفاض الإحساس بالرضا الوظيفي، حيث يلوم الفرد نفسه، وليس الظروف، الإرهاق العاطفي والجسدي والتعب المهني، والمواقف الساخرة، تبدد الشخصية، الانسحاب والتهرب من العملاء، والاكْتئاب المزمن، وزيادة القلق، كما أن تنوع الأدوار وزيادة التوقعات والمسئوليات تجعل الأخصائي أكثر عرضة لخبرة الاحتراق النفسي.

(وربما يتعجب البعض من أن بعض الأخصائيين النفسيين ربما يحتاجون لأخصائي نفسي) ومن العوامل التي قد تسهم في وجود الاحتراق النفسي لدى الأخصائيين النفسيين كثيرة حالات الطلاب الذين يقدم خدماته لهم، وقد أشارت رابطة

الأخصائيين النفسيين الأمريكيين (٢٠٠١) أن متوسط الطلاب الذين يتولاهم الأخصائي النفسي بخدماته ٥٥١ طالب من العاديين لكل أخصائي والمفترض أن يكون العدد ٢٥٠ طالب لكل أخصائي (ASCA, 2005). بينما في التربية الخاصة لا يتعدى العدد ٥٠ طالب لكل أخصائي نفسي ورغم ذلك فهو كثير، نظراً لتنوع مشكلات التلاميذ واختلاف خصائصهم وقدراتهم ومهاراتهم ونسب ذكائهم ومشكلاتهم السلوكية والنفسية.

ويواجه الأخصائي الاجتماعي في المدارس حاجات تتعلق بمجموعات مختلفة ومتنوعة من التلاميذ، فهو يواجه العديد من المشكلات الاجتماعية التي تطرأ مع تغير الحياة باستمرار كالتدخين والمخدرات، المشكلات الجنسية، زيادة العدوانية والعنف، وكل ذلك يؤدي إلى زيادة الضغوط على الأخصائي الاجتماعي أو المرشد الطلابي. وقد أجرى نادر الزيود (٢٠٠٢) دراسة على ١٠٠ مرشد ومرشدة في محافظة الزرقاء بالأردن وتوصل إلى أن أكثر مظاهر الاحتراق النفسي هي الأعمال التي يكلف بها المرشدون، وأن المرشدين الذين لديهم خبرة عملية أربع سنوات فما دون كان لديهم احتراق أعلى من نظرائهم من أصحاب الخبرات الأكثر، وتوصل الباحث إلى عدم وجود فروق دالة في درجة الاحتراق النفسي تعزى لمتغير الدرجة العلمية، وخلص أن مستوى الاحتراق النفسي للمرشدين النفسيين والتربويين بدرجة متوسطة، وكان الاحتراق النفسي لدى الإناث أكثر منه لدى الذكور. ويتزايد مستوى الاحتراق النفسي لدى المرشدين النفسيين والتربويين وذلك ربما بسبب مشكلات التشخيص، وإعداد ومتابعة الخطط التربوية الفردية للطلاب، كثرة وتنوع المشكلات السلوكية والوجدانية لدى الطلاب، تنوع احتياجات الطلاب وبالتالي يصبح كل طالب حالة خاصة تحتاج إلى أساليب تشخيص ومعالجة خاصة، إضافة إلى زيادة عدد التلاميذ الذين يتابعهم، وكذلك صعوبات التواصل مع أهل وضعف مشاركة الأسرة في برامج تعليم أبنائهم، وكذلك مشكلات الإدارة والتكليفات التي ربما تعطل الأخصائي أو المرشد عن عمله الأساسي، إضافة إلى العلاج الفردي والجمعي، والرحلات والأنشطة وغيرها. كما يمكن أن يكون سبب الاحتراق النفسي لدى المرشدين تباطؤ التحسن في الجوانب السلوكية والوجدانية لدى التلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة.

وقد قام كابونجا أمير وآخرون (Kabungo, Amir, et al., 2015) بدراسة الاحتراق النفسي لدى الأخصائيين النفسيين في أوغندا لدى عينة بلغت ١٢٣ مرشد وأخصائي نفسي، باستخدام مقياس جودة الحياة لتحديد مستويات الاحتراق النفسي، وهدفت إلى معرفة استراتيجيات خفض الاحتراق النفسي، وبينت النتائج أن ٦٨، ٧٠٪ من المرشدين استخدموا استراتيجيات فعالة لتخفيف الاحتراق النفسي مثل: ورش العمل، السفر، التنزه، المساندة الاجتماعية، ممارسة الهوايات، المهارات الاجتماعية، الاسترخاء وهي تعتبر استراتيجيات هامة لخفض الاحتراق النفسي.

مواجهة الاحتراق النفسي لدى المعلمين كدالة للصحة النفسية:

وللعمل على إزالة العقبات التي تحول دون التوافق المهني لمعلمي التربية الخاصة وتحقيق ظروف مهنية أفضل، فإنه يجب ما يلي:

- ١) إجراء بعض الدراسات المسحية بهدف معرفة واستقصاء الأسباب والظروف التي تخلق الشعور بالاحتراق النفسي لدى العاملين مع ذوي الاحتياجات الخاصة.
 - ٢) تدريب كوادر مهنية متخصصة تكون قادرة على تقديم الاستشارات اللازمة للتصدي لضغوط العمل والاحتراق النفسي .
 - ٣) ضرورة تصميم وتنفيذ بعض البرامج الوقائية التي تساعد العاملين مع ذوي الاحتياجات الخاصة على تحقيق تكيف أفضل مع ظروف صعوبات العمل .
 - ٤) التأكد من مناسبة أعباء العمل والمهام الموكلة لقدرات ومؤهلات العاملين مع ذوي الاحتياجات الخاصة لتجنب شعورهم بالعجز ونقص الشعور بالإنجاز ..
- وقد اقترحت نتائج العديد من الدراسات عدداً من الإجراءات والتي يمكن لمعلم التربية الخاصة إتباعها للتغلب على مشكلة الاحتراق النفسي:

- ١) يجب أن يعرف ويدرك معلمي التربية الخاصة سلفاً المشاكل العاطفية الكامنة في مهنتهم .
- ٢) يجب أن يكون معلمي التربية الخاصة واقعيين ومنطقيين فيما يتعلق بالأهداف التي يضعونها لأنفسهم ولتلاميذهم .

- ٣) يجب على معلمي التربية الخاصة تفويض بعض مسؤولياتهم لمساعدتهم، وإلى المتطوعين الراغبين في العمل معهم .
 - ٤) يجب على معلمي التربية الخاصة طلباً لدعم والمساندة من زملائهم .
 - ٥) يجب على معلمي التربية الخاصة خفض فترات الاتصال المباشر مع تلاميذهم .
 - ٦) يجب على معلمي التربية الخاصة مزاولة أنشطتهم الفكرية، والمحافظة على علاقات جيدة مع أقرانهم من المعلمين .
 - ٧) يجب على معلمي التربية الخاصة مزاولة التمارين الرياضية .
 - ٨) يحتاج معلمي التربية الخاصة إلى التغيير في عملية التدريس، واستخدام عناصر جديدة ومتنوعة.
 - ٩) يحتاج معلمي التربية الخاصة إلى مزاولة أنشطة بعيدة عن مجال العمل من شأنها المساعدة في نسيان هموم المدرسة ومشاكلها، وتنمية ذلك.
- ١) وقدمت إحدى الدراسات التوصيات التالية لبرامج التربية الخاصة:
 - ١) يحتاج معلمي التربية الخاصة حديثو التجربة (الجدد) إلى المساعدة والدعم والمرونة بالإضافة إلى الوصف الدقيق لأداء مهامهم .
 - ٢) يحتاج معلمي التربية الخاصة أصحاب الخبرة والتجربة إلى أن يمنحوا الرعاية من خلال التشجيع وتزويدهم بالأفكار والمواد التعليمية والاستراتيجيات الجديدة .
 - ٣) يحتاج معلمي التربية الخاصة إلى معرفة وإدراك توقعاتهم من أنفسهم، وكذلك من تلاميذهم.
 - ٤) يحتاج معلمي التربية الخاصة إلى زيادة الوعي حول المكان والمهمة المناسبة لقدراتهم في النظام المدرسي.
 - ٥) تنمية احترام الذات لدى المعلمين وذلك بالتشجيع والشكر، والاعتراف بفضلهم. ويمكن تحقيق ذلك من خلال إبراز النواحي الإيجابية في عملهم، وإرسال رسائل شكر وتقدير لهم .
 - ٦) إحداث بعض التغييرات من أجل النمو والتطوير المهني، مثل منحهم تفرغاً علمياً بغرض تجديد فعاليتهم وطاقاتهم .

- (٧) دمج الأهداف الشخصية للمعلمين مع أهداف البرامج والأهداف المدرسية مثل :
جعل المعلمين يشاركون في التخطيط للنشاطات والبرامج.
- (٨) تنمية العلاقات الفعالة بين المعلمين مثل: تشجيع مجموعات المساندة والدعم المعنوي.
- (٩) إعطاء المعلمين فرصة لممارسة المهارات القيادية والإدارية الفعالة مثل المشاركة في الأعمال المكتبية، جدولة الاجتماعات، والإشراف عليها، واتخاذ القرارات الهامة .
ويذكر (علاء الدين كفاي، ٢٠١٢: ٤١٤) بعض الإجراءات الخاصة بالمعلم والتي تعتمد على تجنب مصادر الضغوط فيما يلي:
- اختيار العناصر الصالحة للعمل بالتدريس من الطلاب الذين يتمتعون بالاتزان الانفعالي والقدرة على تحمل المسؤولية عن طريق المقابلات والاختبارات.
 - الاهتمام بحسن إعداد طلاب كلية التربية وتدريبهم على كل المهارات المتضمنة في مهنة التعليم، وتعويدهم على تحمل جرعات متوسطة من الأعباء والمسئوليات حتى يتعودوا على ذلك وحتى يتعرفوا على طبيعة المهنة وعلى ما بها من مسئوليات.
 - متابعة المعلمين بعد التخرج والعمل ببرامج التدريب التجديدية والتثقيفية، حتى يشعر المعلم بالثقة المهنية والتمكن.
 - العمل على تحسين ظروف المعلم ومعيشتة، بأن يكون المقابل المادي مجزيا ومتوازنا مع ارتفاع تكاليف المعيشة، وبما يحفظ له كرامته ومظهره ويكافئ الجهد الذي يبذله.
 - العمل على توثيق صلة المعلم بالمجتمع وتوفير المساندة الاجتماعية للمعلم ولمهنة التعليم وإعطائها ما تستحق من مكانة في المجتمع، وتلعب أجهزة الإعلام دورا في هذا الصدد.
 - قد يحتاج المعلم الذي يشعر ببعض الأعراض الأولية لعلاجها إلى تمارين الاسترخاء والتأمل.
 - إذا ظهر الإجهاد على أحد المعلمين فإنه سوف يحتاج إلى العلاج، وغالبا ما سيكون لديه الاستعداد للاضطراب، وهي نسبة ستكون قليلة - في حال تطبيق خطوات الاختيار الجيد للعناصر التعليمية.

جودة حياة معلم التربية الخاصة كدالة للصحة النفسية:

ذكرت أسماء السرسى (٢٠١٣) أن جودة الحياة مصطلح يجذب بالدراسة اهتمام علوم كثيرة مثل الطب النفسي، علم النفس، وعلم الاجتماع، والتعليم والإدارة وغيرها.. وتعتبر الإعاقة العقلية واحدة من أكبر المشكلات التي تواجه علماء النفس، لكونها ظاهرة معقدة ومركبة الجوانب وتحتاج إلى جهد شاق من القائمين على التنشئة الاجتماعية والتربية وتأهيل المعوقين عقلياً، وقد هدفت الدراسة إلى تحديد نوعية مستوى الحياة لدى معلم التربية الخاصة واستكشاف العلاقة بين نوعية الحياة لدى معلم التربية الخاصة والمشكلات السلوكية لدى ذوي الإعاقة العقلية الخفيفة، وقد أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المشكلات السلوكية للأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة على مقياس السلوك التكيفي ومعلميهم من نوع الإحساس المرتفع بجودة الحياة، ودرجات المشكلات السلوكية للأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة على مقياس السلوك التكيفي ومعلميهم من ذوي الإحساس المنخفض بجودة الحياة في اتجاه الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة ومعلميهم من نوع الإحساس المرتفع بجودة الحياة.

والفاعلية الذاتية لمعلم التربية الخاصة من الأمور التي على المعلم أن يدرك أن الفاعلية الذاتية له هي انعكاس لتحليله لمهمة التدريس وتقييمه لكفاءته في التدريس، وتعمل الفاعلية كوسيط بين عرفة الفرد ومهاراته وأفعاله المستقبلية الفردية، وعندما تعرض مهام التدريس على المعلم يجب أن ينظر إلى المهمة وما بها من واجبات وعقبات وكيف يشعر بإمكانية القيام بها تحت ظروف معينة آخذاً في الاعتبار المهارات التي يعلم أنه يمتلكها. إن الفاعلية الذاتية ليست مفهوماً عاماً أو سمة عامة، بل إنها تتغير عبر المهمات والأبعاد والمحتوى، وعليه فإن قياس تصور الفرد لفاعليته الذاتية يجب أن يعكس بعداً أو مجالاً أو مهمة محددة يتم ترجمتها إلى المهارات المطلوبة ضمن البعد أو المجال المستهدف، ومن المهم التنويه إلى أن القدرة التنبؤية لتصور الفرد لفاعليته الذاتية بالسلوك تزداد عندما يتم قياسها بالاستناد إلى مهمات محددة.

وتستند نظرية باندورا Bandura كإطار نظري لفاعلية المعلم الذاتية وأساساً لقياسها، وتستند نظرية روتر ١٩٦٦ بشكل أساسي إلى مركز الضبط للتعزيز، فإما أن يكون الضبط داخلياً أو خارجياً، وعرف الباحثون الذين استندوا إلى هذه النظرية تصور المعلم لفاعليته الذاتية على أنها مدى أو درجة اعتقاد المعلم بضبطه (داخلي) لنتائج أو مخرجات التدريس (دافعية الطالب وتعلمه) أو مدى درجة اعتقاده بأن نتائج التدريس خارجة عن سيطرته (خارجي) وعليه فإن المعلم الذي يعتقد أن بإمكانه أو على الأقل له أثر كبير على مخرجات الطالب التعليمية يعتبر ذا فاعلية عالية، أما المعلم الذي يعتقد أن المخرجات التعليمية للطالب هي محصلة لقوى وعوامل خارجية فيعتبر ذا فاعلية منخفضة (جلال حسين، ٢٠١٤).

وقد أشارت نتائج بعض الدراسات السابقة إلى أنه من الضروري أن يتقن معلمو التربية الخاصة معرفة ومهارات التقييم، والسياسات والإجراءات والقوانين المتعلقة بالتربية الخاصة، المعرفة التخصصية في الإعاقات، مهارات التعاون والتنسيق وإدارة الصف. وكذلك تضمنت تصور المعلمين للمهارات التي يمتلكونها في تعليم الطلاب غير العاديين في الدمج، إلى جانب مهارات التشخيص والتقييم، الدراية التامة بطرق إعداد الخطط التربوية الفردية وتطبيقها، ضبط الصف، التعامل مع الأسر ومهارات الاستماع إليهم. وإذا تحققت هذه المعايير فإنها تحقق جودة حياة على الأقل على المستوى المهني والنفسي للمعلم.

وتتضمن المعايير التي تحكم الإعداد الجيد لمعلم التربية الخاصة ما يلي:

السمات، الخصائص والأدوار:

يختلف معلم التربية الخاصة عن معلم التعليم العام في طبيعة عمله والفئات التي يتعامل معها، وما يواجهه من ضغوط، وفي كثير مما يؤديه من أدوار والخصائص التي يجب أن تتوفر لديه حتى ينجح في عمله. ويشير البعض إلى أن قدرة المتعلمين ذوي الإعاقات على التعلم تتوقف في الأساس على وجود معلمين مدربين ومؤهلين جيداً بشكل يمكنهم من تقديم تعليم يلبي لهؤلاء المتعلمين احتياجاتهم من خلال ما يستخدمه أولئك المعلمون من أساليب واستراتيجيات تدريس متميزة. حيث يقوم معلم التربية الخاصة يقوم بنفس الدور الذي يقوم به زميله في التعليم العام، إلا أنه يقوم

بتدريس المنهج الإضافي، وهو منهج يشتمل على مجموعة من المهارات التعويضية التي دعت الحاجة إلى تدريسها نتيجة لحالة العوق، منها ما يلي: مهارات الحياة اليومية، المهارات الاجتماعية، المهارات الأكاديمية الخاصة، مهارات التواصل، مهارات الإدراك الحسي.

الأسس والمبادئ:

يجب على معلمي التربية الخاصة أن يفهموا الميدان الذي يعملون فيه كعملية متطورة ومتغيرة على أساس الفلسفات والمبادئ المستندة إلى الأدلة والنظريات وعلاقتها بالقوانين والسياسات ذات الصلة، والاختلاف في وجهات النظر، والقضايا الإنسانية التي أثرت تاريخياً وما زالت تؤثر في مجال التربية الخاصة سواءً في المدرسة والمجتمع، كما يجب أن يعرفوا العوامل ذات التأثير على الأداء المهني لديهم، بما في ذلك التخطيط التعليمي والتنفيذ وتقييم البرنامج.

تطوير خصائص المتعلمين:

يجب على معلمي التربية الخاصة أن يتعرفوا على أهمية تقديرهم لتلاميذهم والتعامل معهم كأفراد متميزين، وأن يفهموا التشابهات والاختلافات في الخصائص الأساسية بين الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة وبين العاديين، وكذلك كيفية التفاعل مع مجالات التنمية الإنسانية، واستخدام معارفهم السيكولوجية المختلف للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة، وكيف أن خبرات الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة يمكن أن يؤثر على الأسر وقدرة الفرد على التعلم والتعايش الاجتماعي والتعامل مع المجتمع كعضو فعال.

الفروق الفردية:

معلمو التربية الخاصة يجب أن يتعرفوا على التأثيرات التي تكون موجودة في الحالات الخاصة لتعلم الأطفال في المدارس وخلال حياتهم اليومية ويفهموا أن العادات والتقاليد والقيم المختلفة يمكن أن تؤثر على العلاقات بين ومع التلاميذ وأسرتهم والمجتمع المدرسي، وبالتالي فإن معلمي التربية الخاصة يجب أن يكونوا مصدراً للمعرفة في أن اللغة الأساسية والثقافة وخلفية الأسرة تتداخل مع ذوي الاحتياجات

الخاصة ، وتؤثر على النواحي الأكاديمية والاجتماعية والاتجاهات والقيم والميول والنمو الوظيفي، وأن تفهم هذه الفروق الفردية وإمكانية التدخل يقدم الأسس التي تبنى عليه عملية التعلم الفردي للتقديم للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة بحيث تكون عملية التعلم ذات معنى.

الاستراتيجيات التدريسية:

معلمو التربية الخاصة يمتلكون الكثير من الأدلة المستندة إلى استراتيجيات تعليمية لتفريد التعليم للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة ، ويختارون ويستخدمون هذه الاستراتيجيات لتشجيع نتائج التعلم القوية في المناهج العامة أو المتخصصة وبما يتناسب مع الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة ، كما أنهم يشجعون عمليات التعلم والتفكير الناقد ، وحل المشكلات والأداء المهاري للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة مما يزيد الوعي الذاتي والإدارة الذاتية، وضبط النفس، والاعتماد على الذات، واحترام الذات، لدى ذوي الاحتياجات الخاصة.

بيئة التعلم والتفاعلات الاجتماعية:

معلمو التربية الخاصة يصممون بيئة التعلم التي تنمى فهم الثقافة والأمن والعاطفة السليمة والتفاعلات الاجتماعية الإيجابية والمشاركة الفاعلة للطلاب. بالإضافة إلى أنهم ينمون البيئة في مجتمع مختلف الثقافات، فيعملون على تحسين البيئة في تشجيع ذوي الاحتياجات الخاصة في مظاهر القوة الشخصية والإعلان عن النفس والمشاركة في أنشطة تعليمية ذات معنى، كما أنهم ينسقون كل هذه الجهود ويقدمون كل الإرشادات في الفصول الدراسية، فهم يشجعون الاستقلال، والدافع الذاتي والتوجيه الذاتي، والتمكين الشخصي، والدعوة الذاتية للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة.

فهم اللغة:

معلمو التربية الخاصة يفهمون تطورات اللغة اللفظية وغير اللفظية وسبل تمييزها، والطرق التي يمكن من خلالها استخدام اللغة. فهم يستخدمون الخطط الفردية لتشجيع تطوير اللغة وتدريب مهارات التواصل لدى الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة، كما أنهم يكونوا على دراية بالبدائل والوسائل والتكنولوجيا المساعدة لدعم وتنمية

مهارات التواصل للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة، لأنهم يضعون أساليب في التواصل إلى درجة إجادة لغة الأفراد، والثقافات والاختلافات اللغوية، ويقدمون نموذجاً فعالاً للغة ويستخدمون استراتيجيات التواصل لتسهيل فهم الموضوعات والمواد اللازمة للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة.

التخطيط التعليمي:

صناعة القرار الفردي والتعليمي هو محور الأداء في التربية الخاصة، ومعلمو التربية الخاصة يطورون خطة طويلة الأجل للتعليم الفردي متضمنة المنهج العام والمتخصص بالإضافة إلى ذلك فإنهم يترجمون الخطط الفردية إلى خطط قصيرة الأجل وأهداف إجرائية واضعين في الاعتبار قدرات الأفراد وبيئة التعلم ومزيد من عوامل الثقافة واللغة، فخطط التعلم الفردي تركز على النمذجة والأداء الإرشادي الفعال لتوكيد طلب المعرفة أو الإتقان من خلال الاحتفاظ والتعميم، وتفهم هذه العوامل وكذلك تأثيراتها على الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة.

مهارات التقييم:

يعتبر التقييم هو جزء لا يتجزأ من عملية صنع القرار وطرق تعليم ذوي الفئات الخاصة، معلمو التربية الخاصة يستخدمون أنواعاً متعددة من المعلومات لتقييم القرارات التربوية المختلفة. حيث يستخدم معلمو التربية الخاصة نتائج التقييم للمساعدة في تحديد الاحتياجات التعليمية ووضع وتنفيذ برامج التعليم الفردي، وتحسين عمليات التعلم، ومن ثم يكون معلمو التربية الخاصة على دراية بالسياسات القانونية والمبادئ الأخلاقية للقياس والتقييم المتصلة بالإحالة، والأهلية، وتخطيط البرنامج، وطرق التعليم، ووضع الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة بما فيهم من خلفيات ثقافية ولغوية متنوعة. كما أنهم يكونوا على دراية بنظرية القياس، وخبرة بالأداءات الخاصة لمعالجة قضايا الوثوقية، والقواعد، والتحيز، وتفسير نتائج التقييم، وبالتالي فهم يمارسون التقييم الرسمي وغير الرسمي المقرر على السلوك والتعلم والتحصيل، واستخدام المعلومات الخاصة بالتقييم لتحديد التعديلات المطلوبة ويدعمون الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة من أجل الوصول إلى المناهج العامة، وأساليب الحضور للمدرسة،

وتقييم البرامج، كما أنهم يرصدون بانتظام التقدم الذي يحرزه الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة.

الممارسات المهنية والأخلاقية:

معلمو التربية الخاصة يسترشدون بالمعايير الأخلاقية والأداءات المهنية، ويمارسون الأدوار المتعددة مما يتطلب الاهتمام المستمر للمسائل القانونية إلى جانب الاعتبارات المهنية والأخلاقية، والمشاركة في الأنشطة المهنية أو التعلم المجتمعي التي يستفيد منها الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم وزملائهم، كما أن معلمي التربية الخاصة يجب أن يعتبروا أنفسهم متعلمين مدى الحياة وعادة ما يتأقلمون وقيّمون أدائهم، وهم على وعى كيف أن اتجاهاتهم الشخصية وطرق التواصل مع الآخرين يمكن أن تؤثر على أدائهم، فهم يخططون بفاعلية ويشتركون في الأنشطة التي تعزز نموهم المهني، ويعرفون حدودهم الخاصة بهم من الممارسة والتعامل من خلالها.

التعاون:

معلمو التربية الخاصة يتعاونون بفاعلية مع غيرهم من المربين ومقدمي الخدمات ذات الصلة، والموظفين من قطاعات المجتمع بطرق تستجيب للثقافات المختلفة. هذا التعاون يؤكد أن احتياجات الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة يتم التعامل معها من خلال التمدرس والإعلام والتشجيع من أجل عمليات التعلم الجادة والحياة الكريمة للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة عبر مدى واسع من الأطر ومجموعة من الخبرات التعليمية المختلفة، فينظر لمعلمي التربية الخاصة كمتخصصين يسعون بنشاط وتعاون لفهم القوانين والسياسات ذات الصلة بالأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة.

مراجع الفصل العاشر

١. أحمد محمد عبد الخالق، بدر محمد الأنصاري (١٩٩٦) : العوامل الخمسة الكبرى في مجال الشخصية، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد (٣٨) ص ص ٦-١٩.
٢. أسماء محمد السرسري وخالد السيد النجار وداليا مجدي جمال الدين (٢٠١٣) : جودة حياة معلم التربية الخاصة وعلاقتها بالمشكلات السلوكية لدى عينة من الأطفال سمادونيغايات العقلية البسيطة. مجلة دراسات الطفولة، مجلة كلية رياض الأطفال، جامعة القاهرة، المجلد ١٦، العدد ٦١، أكتوبر-ديسمبر، ص ص ٩١-٩٨.
٣. السيد إبراهيم السمدوني (١٩٩٠) : إدراك المتفوقين عقلياً للضغوط والاحترق النفسي في الفصل المدرسي وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية والبيئية. أبحاث المؤتمر السنوي السادس لعلم النفس في مصر من ٢٢- ٢٤ يناير، الجمعية المصرية للدراسات النفسية، الجزء الثاني، القاهرة، ص ص ٧٢٩-٧٦١.
٤. السيد إبراهيم السمدوني (١٩٩٥): الاحتراق النفسي لمعلمي التربية الخاصة وتبعاته. مجلة التربية المعاصرة، ابريل، ص ص ١-٨٥.
٥. إبراهيم القريوتي وفريد الخطيب (٢٠٠٦) : الاحتراق النفسي لدى عينة من معلمي الطلاب العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة بالأردن. مجلة كلية التربية، جامعة الإمارات العربية المتحدة، السنة الحادية والعشرون، العدد ٢٣ ص ص ١٣١-١٥٤.
٦. بدر محمد الأنصاري (١٩٩٧): مدى كفاءة قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية في المجتمع الكويتي، دراسات نفسية، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، المجلد السابع، العدد (٢).
٧. جلال حاجي حسين (٢٠١٤) : تطوير مقياس لتصور معلم التربية الخاصة لفاعليته الذاتية. مجلة العلوم التربوية، المجلد ٢٦، العدد (٦) الرياض، ص ص ١٨٣-١٩٨.
٨. زيدان السرطاوي (١٩٩٧) : الاحتراق النفسي ومصادره لدى معلمي التربية الخاصة دراسة ميدانية. مجلة كلية التربية، جامعة عين شمس، المجلد ٢١، العدد الأول، ص ص ٧٥-٩٦.
٩. سعيد الظفري وإبراهيم القريوتي (٢٠١٠) : الاحتراق النفسي لدى معلمات التلاميذ ذوي صعوبات التعلم في سلطنة عمان. المجلة الأردنية في العلوم التربوية، مجلد ٦، (٣) ص ص ١٧٥-١٩٠.

١٠. عدنان الفرخ (٢٠٠١): الاحتراق النفسي لدى العاملين مع الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة في دولة قطر. مجلة دراسات الجامعة الأردنية، العدد ٢ المجلد ٢٨، ص ٢٤٧ .
١١. علاء الدين كفاي (٢٠١٢): الصحة النفسية والإرشاد النفسي. ط ٣، الرياض، دار النشر الدولي للنشر والتوزيع.
١٢. على عبد رب النبي حنفي (٢٠٠٤): أثر الالتحاق ببرنامج دراسي تخصصي في الإعاقة السمعية على تعديل اتجاهات معلمي المعوقين سمعياً وخفض مستوى احتراقهم النفسي. كلية التربية، جامعة طنطا، العدد ٣٣ .
١٣. عمر الخرابشة وأحمد عربيات (٢٠٠٥): الاحتراق النفسي لدى المعلمين العاملين مع الطلبة ذوي صعوبات التعلم في غرفة المصادر. مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية والاجتماعية والإنسانية، المجلد السابع عشر، العدد الثاني، ص ٢٩٢-٣٣١.
١٤. هاشم جاسم السامرائي وصالح مهدي صالح (١٩٩٨): الاحتراق النفسي لدى المرشدين التربويين وعلاقته ببعض المتغيرات. مجلة العلوم النفسية، العدد الرابع.
١٥. معجم شعراء الأحساء المعاصرين في الفترة من (١٤٠١-١٤٣٠هـ). إصدار نادي الأحساء الأدبي (٢٠١٠-١٤٣١) ، المملكة العربية السعودية، الأحساء.
١٦. نادر فهمي الزيود (٢٠٠٢) : واقع الاحتراق النفسي للمرشد النفسي والتربوي في محافظة الزرقاء في الأردن. مجلة العلوم التربوية، كلية التربية، جامعة قطر، السنة الأولى، العدد الأول.
17. Billingsley, B. S. (2004). Special education teacher retention and attrition: A critical analysis of the research literature. *Journal of Special Education*, 38, 39-55.
18. Bianchi, R., Boffy, C., Hingray, C., Truchot, D., & Laurent, E. (2013). Comparative symptomatology of burnout and depression. *Journal of Health Psychology*, 18, 782-787.
19. Costa, P.T., & McCrae, R.R. (1992). *The NEO PI-R professional manual*. Odessa* FL: Psychological Assessment Resources.
20. Costa, P. T. Jr. & McCrae, R. R. (1995). 'Domains and facets: Hierarchical personality assessment using the Revised NEO Personality Inventory', *Journal of Personality Assessment*, 64: 21±50.
21. Jennings, P. A., & Greenberg, M. T. (2009). The prosocial classroom: Teacher social and emotional competence in relation to student and classroom outcomes. *Review of Educational Research*, 79, 491-525.
22. Kabungo Amir ,Muya Francis Kihoro (2015). Burnout levels among professional counselors in butabika and mulago national referral hospitals in

- Uganda. American scientific research . Journal for Engineering ,Technology, and sciences ,Vol, 11 (1) pp. 96-103.
23. Kokkinos, M. C. (2007). Job stressors, personality, and burnout in primary school teachers. *British Journal of Educational Psychology*, 11, 229-2A2).
 24. Laraine L. Pincus (1997). An exploratory of the phenomenon of burnout in the social work professional . Degree of doctor ,school of social work, New York University.
 25. Meadow, K.(1981). Burnout in professional working with deaf. *American Annals of the Deaf*, 126, 13-32.
 26. Mills, L. B., & Huebner, E. S. (1998). A prospective study of personality characteristics, occupational stressors, and burnout among school psychology practitioners. *Journal of School Psychology*, 36, 103-120.
 27. Miller, M., Brownell, M. and Smith, S.(1999). Factor predict teachers staying in learning. Or transferring from special education classroom. *Council of Exceptional Children*. 65(2) p201-218.
 28. Ministerial Council on Education, Employment, Training and Youth Affairs (MCEETYA). (2003). Demand and supply of primary and secondary school teachers in Australia, Part F, Complimentary Research. Canberra: Government of Australia.
 29. -Nancy De Vito (2009). The relationship between teacher burnout and emotional intelligence : A pilot study . Degree of Doctor, Fairleigh Dickinson University.
 30. Nelson C. Brunsting ,Melissa A. Sreckovic&Kathleen Lynne Lane. (2014). Special Education Teacher Burnout: A Synthesis of Research from 1979 to 2013 *Education&Treatment of children*,Vol. 37,(4).PP. 681–712
 31. Ruble, L. A., & McGrew, J. H. (2013). Teacher and child predictors of achieving IEP goals of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43, 2748–2763.
 32. Russell,D.W.,&Altmaier,E.,&VanVelzen,D. (1987). Job-related stress, social support, and burnout among classroom teachers. *Journal of AppliedPsychology*,72, 269-274.
 33. Russell Velton Lee (2008). Burnout among professional school counselors. degree of Doctor of Philosophy in the Department of Educational Studies in Psychology, Research Methodology, and Counseling in the Graduate School of The University of Alabama.
 34. Zellars, K.,Perrewe, P.,&Hochwarter, W. (2000). Burnout in health care: The role of the five factors of personality. *Journal of Applied Social Psychology*, 30, 1570-1598.