وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
Aɣlif n usedwel 3layen d unadi ussnan
جامعة مولود معمري تيزي وزو
Tasdawit n Mulud Meɛmmeri, Tizi-Uzzu
كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية
Asudu n tusniwin n temtti d umdan
قسم علم النفس
Aḥric n tussna n tnefsit

الموضوع :

رفض الإعاقة و الاحتراق النفسي الوالدي دراسة عيادية و إحصائية لاولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون و اضطراب طيف التوحد

مذكرة مقدمة لنيل شهادة ماستر في علم النفس العيادي

اعداد الطالبتين:
شرابة يسرى
العكروف صارة

اشراف الاستاذ :
د.زينة موهاب

السنة الجامعية : 2024-2025

شكر و عرفان

نحمد الله سبحانه وتعالى بان وفقنا لإتمام هذا العمل , و نصلي ونسلم على خاتم الأنبياء والمرسلين محمد - صلى الله عليه وسلم –

بعون الله وتوفيقه (وما توفيقنا الا بالله) اتممنا إنجاز هذا العمل بعد مشوار من البحث و العياء و الصبر و الطموح بهدف الوصول الى صيت مبتغانا .

يسرنا أن نتقدم بخالص الشكر ووافر الامتنان على ما وجدنا وما أوتينا وما كان لنا من نصح وتوجيه وإرشاد لمن يستحق الشكر بمعنى عبارة الشكر و التقدير، فإننا نبدأ ونضع بصمة الشكر والتقدير للأستاذة " **زينة موهاب** "

الذي تفضلت بالإشراف علينا من خلال توجيهاتها و تعليماتها و توصياتها القيمة التي كانت عونا لنا في إتمام هذا العمل المتواضع .

وأشكر كل من ساعدنا في اتمام هذا العمل و نخص بالذكر جميع الاصدقاء .

وفي الأخير نسأل العلي القدير الموفق لكل شيء، أن يجزيهم عنا خير الجزاء

و الحمد لله رب العالمين .

شرابة/ العكروف

الإهـــــــداء

إلى من زرع في قلبي حب العلم، إلى من سهر الليالي لأحيا الحلم...

إلى والديّ العزيزين، منارة دربي، ونبض حياتي،

إلى من كانت دعواتها سرّ توفيقي، أمي الحبيبة،

وإلى من علّمني الصبر والإصرار، والدي الغالي،

أهديكما ثمرة هذا الجهد، عربونَ حبٍ وامتنانٍ لا يُحصى.

وإلى أخواتي العزيزات، سندي الحقيقي في هذه الحياة،

لكم أُهدي هذا النجاح فخرًا بكم وامتنانًا لوجودكم في حياتي.

وإلى صديقة دربي يسرى من كانت النور في عتمة الطريق، والدعم في كل لحظة شك،

لكي أهدي هذا العمل، وفاءً لصحبة نادرة وقلبٍ لا يُعوَّض.

لرفيقاتي سعاد ، امال

لمن لم يذكره القلم و لم ينساه القلب

كل من ساندني بكلمة، بدعوة، أو بلحظة صادقة...

لكم جميعًا خالص الشكر وعظيم التقدير.

سارة

الإهـــداء

إلى من زرع في قلبي حب العلم، إلى من سهر الليالي لأحيا الحلم...

إلى والديّ العزيزين، منارة دربي رحمه الله، ونبض حياتي،

إلى من كانت دعواتها سرّ توفيقي، أمي الحبيبة،

وإلى من علّمني الصبر والإصرار، والدي الغالي،

أهديكما ثمرة هذا الجهد، عربونَ حبٍ وامتنانٍ لا يُحصى.

وإلى إخوتي الأعزاء وأختي سعاد وخطيبي ، سندي الحقيقي

لكم أُهدي هذا النجاح فخرًا بكم وامتنانًا لوجودكم في حياتي.

وإلى صديقة دربي سارة من كانت النور في عتمة الطريق، والدعم في كل لحظة شك،

لكي وحدك أهدي هذا العمل، وفاءً لصحبة نادرة وقلبٍ لا يُعوَّض.

وإلى كل من ساندني دائما،الى صديقاتي الاعزاء سعاد ،امال،سيرين،ريمة

و الى من كان سندا وعونا بكلمة، بدعوة، أو بلحظة صادقة ...

لكم جميعًا خالص الشكر وعظيم التقدير.

والى كل من نساهم القلم سهوا و لم ينساهم القلب

يسرى

فهرس المحتوى

العنوان	الصفحة
شكر و عرفان	أ
الاهداء	ب
فهرس المحتويات	ث
فهرس الجداول	خ
فهرس الاشكال	ذ
ملخص الدراسة باللغة العربية	ر
ملخص الدراسة باللغة الأجنبية	س
مقدمة	ش
الفصل الاول: الإطار العام للإشكالية	
1- الإشكالية	17
2- فرضيات الدراسة	22
3- أهمية الدراسة	22
4- اهداف الدراسة	23
5- تحديد المفاهيم الإجرائية	23
الجانب النظري	
الفصل الثاني: الاضطرابات النمائية	
تمهيد	28
1- تعريف متلازمة داون	29
2- أنواع متلازمة داون	29
3- أسباب متلازمة داون	30
4- خصائص متلازمة داون	32
5- تشخيص متلازمة داون	32
6- مفهوم اضطراب طيف التوحد	34
7- أسباب اضطراب طيف التوحد	36
8- اعراض اضطراب طيف التوحد	37
9- اشكال اضطراب طيف التوحد	42

10- اضطرابات اضطراب طيف التوحد	45
خلاصة الفصل	46
6+الفصل الثالث : الاسرة و الاعاقة	
تمهيد	48
1- مفهوم الاسرة و الإعاقة العقلية	49
2- اتجاهات الاسرة نحو ولادة طفل ذو إعاقة عقلية	49
3- الضغط النفسي لدى اسرة المعاقين عقليا و مراحل هذه الضغوط	51
4- الصحة النفسية للاسرة ذات الأبناء المعاقين	52
5- تاثير الطفل المعاق دهنيا على الاسرة	53
6- الحياة الاسرية لدى العائلة التي يتواجد فيها طفل معاق	55
7- أساليب ارشاد اسر ذوي الاعاقة	56
خلاصة الفصل	61
الفصل الرابع: الاحتراق النفسي الوالدي	
تمهيد	63
1- لمحة تاريخية حول الاحتراق النفسي الوالدي	64
2- تعريف الاحتراق النفسي الوالدي	66
3- أسباب الاحتراق النفسي الوالدي	67
4- اعراض الاحتراق النفسي الوالدي	70
5- عواقب الاحتراق النفسي الوالدي	73
6- علاج الاحتراق النفسي الوالدي	75
خلاصة الفصل	78
الجانب التطبيقي	
الفصل الخامس:الإجراءات المنهجية	
تمهيد	81
1- الدراسة الاستطلاعية	82
2- منهج الدراسة	90
3- مكان اجراء الدراسة	91
4- عينة الدراسة	91

5- أدوات جمع البيانات	**93**
6- الأساليب الإحصائية	**99**
7- كيفية اجراء الدراسة	**100**
خلاصة الفصل	**101**
الفصل الخامس : عرض و تحليل وتفسير و مناقشة النتائج	
تمهيد	**103**
1-عرض و تحليل دراسة حالة	**104**
2-عرض النتائج حسب مقاييس الدراسة	**132**
3-تفسير و مناقشة النتائج	**138**
خلاصة الفصل	**143**
استنتاج عام	**144**
قائمة المراجع	**149**
الملاحق	**158**

فهرس الجداول

الجدول	الصفحة
الجدول رقم1 يوضح مادة معدة الاكتساب أطفال متلازمة داون لبعض المهارات الحركية واللغوية مقارنة بأطفال أطفال العاديين	35
الجدول رقم (2) يمثل نتائج مقياس الاحتراق النفسي الوالدي :	86
جدول رقم(3) يمثل نتائج مقياس القبول والرفض الوالدي لام صهيب	87
جدول رقم(4) توزيع أفراد العينة حسب الجنس	92
جدول رقم(5) توزيع أفراد العينة حسب نوع الاعاقة	92
(6) أبعاد مقياس القبول/الرفض الوالدي وأرقام عبارته	95
جدول (7) يوضح معامل ألفا–كرونباخ لجميع أبعاد المقياس وال درجة الكلية	97
جدول رقم (8): يمثل أبعاد الاحتراق النفسي الوالدي.	98
الجدول رقم (9) يوضح نتائج الحالة " مليكة "على مقياس الاحتراق النفسي الوالدي	107
جدول رقم(10) يمثل نتائج مقياس القبول والرفض الوالدي لام محمد	108
جدول رقم (11) يمثل نتائج مقياس الاحتؤاق النفسي الوالدي لاب كريم :	114
جدول رقم (12) يمثل نتائج مقياس القبول والرفض الوالدي.	115
جدول رقم (13) يمثل نتائج مقياس القبول والرفض الوالدي.	120
جدول رقم (14) يمثل نتائج مقياس القبول والرفض الوالدي.	121
جدول رقم (15) يمثل نتائج مقياس الاحتراق النفسي.	127
جدول رقم (16) يمثل نتائج مقياس القبول والرفض الوالدي.	128
جدول رقم (17) يمثل مستوى رفض الإعاقة لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون و اضطراب طيف التوحد	132
جدول رقم (18) يمثل مستوى الاحتراق النفسي لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون واضطراب طيف التوحد	133
جدول رقم (19) الفروق بين أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون و اضطراب طيف التوحد في مستوى رفض الإعاقة .	134
جدول رقم (20) الفروق بين أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون و اضطراب طيف التوحد في مستوى الاحتراق النفسي	135

جدول رقم (21) تحليل الانحدار الخطي البسيط لمستوى رفض الإعاقة وتأثيره على مستوى الاحتراق النفسي لدى أولياء الاطفال المصابين بمتلازمة داون و اضطراب طيف التوحد	136
جدول رقم (22) معاملات بتا (Béta) لمساهمة رفض الإعاقة في الاحتراق النفسي لدى أولياء الاطفال المصابين بمتلازمة داون و اضطراب طيف التوحد.	137

فهرس الاشكال

الشكل	الصفحة
الشكل رقم (1) اعمدة بيانية لتوزيع أفراد العينة حسب الجنس	92
الشكل رقم (2) اعمدة بيانية لتوزيع أفراد العينة حسب نوع الاعاقة	93

ملخص الدراسة باللغة العربية

تمثلت الغاية من الدراسة في تحديد كل من مستوى الاحتراق النفسي الوالدي و رفض الاعاقة لدى اولياء الاطفال المصابين بمتلازمة داون و اضطراب طيف التوحد اضافة الى الاشارة الى العلاقة بين هذه المتغيرات و حقيقة وجود فروق دالة احصائيا بين اولياء اطفال متلازمة داون و اولياء اطفال اضطراب طيف التوحد في مستوى رفض الاعاقة والاحتراق النفسي. لتناول هذا الموضوع اعتمدنا على المنهج الاحصائي الوصفي التحليلي و المنهج العيادي (دراسة حالة) على عينة من (30) من الاولياء و (30) من الاطفال المصابين بالاضطرابات النمائية (متلازمة داون و اضطراب طيف التوحد) و دراسة عيادية ل 4 حالات من الاولياء الذين لديهم اطفال مصابين اما بمتلازمة داون او اضطراب طيف التوحد .

و لتحقيق اهداف البحث التالي قمنا باستعمال مقياس الاحتراق النفسي الوالدي ل . Roskam Isabelle et Mora Mikolajczak و مقياس القبول و الرفض الوالدي للاعاقة مع الاعتماد على المقابلة العيادية النصف موجهة و اعتمادنا على المنهج الاحصائي الوصفي التحليلي و المنهج العيادي (دراسة حالة).

حيث اسفرت النتائج على تاكيد الفرضية "1" القائلة :(لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون واضطراب طيف التوحد مستوى متوسط مائل الى المنخفض من رفض الإعاقة

_اما الفرضية"2"و القائلة :(لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون واضطراب طيف التوحد مستوى مرتفع من الاحتراق النفسي.)لم تتحقق

- _الفرضية الثالثة:(هناك فروق دالة إحصائيا بين مستوى رفض الإعاقة والاحتراق النفسي لدى كل من أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون وأولياء الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد.)لم تتحقق

- _الفرضية الرابعة التي مفادها: (يؤثر مستوى رفض الإعاقة على مستوى الاحتراق النفسي لدى أولياء الأطفال المصابين بالترزوميا واضطراب طيف التوحد.) تحققت

-الكلمات المفتاحية :

الاحتراق النفسي الوالدي ، القبول الوالدي ، الرفض الوالدي ، الاضطرابات النمائية ، الاعاقة، رفض الاعاقة، متلازمة داون، التوحد

ملخص الدراسة باللغة الأجنبية

Abstract

The aim of this study was to identify the level of parental burnout and disability rejection among parents of children with Down syndrome and Autism Spectrum Disorder (ASD). It also sought to investigate the relationship between these variables and the existence of statistically significant differences in disability rejection and parental burnout levels between parents of children with Down syndrome and parents of children with ASD.

To address this topic, we employed a descriptive analytical statistical approach and a clinical approach (case study). The sample consisted of 30 parents and 30 children with developmental disorders (Down syndrome and ASD), along with a clinical study of 4 cases of parents whose children have either Down syndrome or ASD.

To achieve the research objectives, we used the Parental Burnout Inventory by Roskam, Isabelle, and Mora Mikolajczak, and the Parental Acceptance and Rejection of Disability Scale. We also relied on semi-structured clinical interviews, utilizing both the descriptive analytical statistical approach and the clinical approach (case study).

The results confirmed Hypothesis 1, which stated: "Parents of children with Down syndrome and Autism Spectrum Disorder have a moderate to low level of disability rejection."

Hypothesis 2, which stated: "Parents of children with Down syndrome and Autism Spectrum Disorder have a high level of parental burnout," was not supported.

Hypothesis 3: "There are statistically significant differences in the level of disability rejection and parental burnout between parents of children with Down syndrome and parents of children with Autism Spectrum Disorder," was not supported.

Hypothesis 4 which stated: "The level of disability rejection affects the level of parental burnout among parents of children with Trisomy (Down syndrome) and Autism Spectrum Disorder," was supported.

Keywords: Parental burnout, parental acceptance, parental rejection, developmental disorders, disability, disability rejection, Down syndrome, autism.

مقدمة

تُعد الإعاقة بمختلف أشكالها من القضايا التي لا تمس الفرد فحسب، بل تطال الأسرة والمجتمع بأسره، لما لها من أبعاد نفسية واجتماعية واقتصادية عميقة. ويُعتبر وجود طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة في الأسرة بمثابة حدث فارق يحمل في طياته الكثير من التحديات، لا سيما إذا تعلق الأمر بالإعاقات النمائية العصبية مثل اضطراب طيف اضطراب طيف التوحد أو متلازمة داون 21 (متلازمة داون). فهذه الاضطرابات، بما تقتضيه من رعاية مستمرة وجهد يومي مضاعف، قد تشكل مصدر ضغط نفسي كبير على الأولياء، وتؤثر على توازنهم العاطفي والاجتماعي، بل وتضعهم أمام مخاطر الاحتراق النفسي.

لقد شهد مجال علم النفس في العقود الأخيرة اهتمامًا متزايدًا بدراسة الاحتراق النفسي الوالدي، وهو حالة من الإرهاق الجسدي والعقلي والانفعالي المزمن، تصيب الأبوين نتيجة استمرارية الأعباء اليومية والمطالب المتزايدة المرتبطة بتربية طفل يعاني من صعوبات أو إعاقات. كما أصبحت مسألة رفض الإعاقة أو تقبلها من المتغيرات الأساسية التي يُعوّل عليها في فهم مدى قدرة الأولياء على التكيف مع وضعية أبنائهم وقياس صحتهم النفسية. إذ أن رفض الإعاقة، وعدم التقبل، قد يؤدي إلى تفاقم الشعور بالذنب والحزن، وزيادة مستويات التوتر، وبالتالي إلى الاحتراق النفسي، مما ينعكس سلبًا على جودة حياة الأسرة ككل.

وانطلاقًا من أهمية هذه الإشكالية، جاءت هذه الدراسة لتسلط الضوء على العلاقة بين مستوى رفض الإعاقة ومستوى الاحتراق النفسي الوالدي لدى أولياء الأطفال المصابين باضطرابي متلازمة داون واضطراب طيف التوحد، وذلك باعتبارهما من بين أكثر الاضطرابات النمائية شيوعًا وتعقيدًا، والتي تتطلب تدخلًا ورعاية خاصة وطويلة الأمد. وقد تضمن الإطار النظري للدراسة ثلاثة فصول أساسية، تم التطرق فيها إلى:

الفصل الأول: الاحتراق النفسي، حيث تم عرض أهم المفاهيم والنظريات المفسرة لهذا المفهوم، وأبعاده، ومظاهره لدى الأولياء، والعوامل المؤدية إليه.

الفصل الثاني: الاضطرابات النمائية العصبية، وتناولنا فيه بالتفصيل كل من متلازمة داون 21 (متلازمة داون) واضطراب طيف اضطراب طيف التوحد، من حيث الخصائص والتشخيص والاسباب وغيرها

الفصل الثالث: الأسرة والإعاقة، وقد ناقشنا فيه الديناميكيات الأسرية في ظل وجود طفل معاق، ومواقف الأولياء من الإعاقة، وأثر الرفض أو التقبل على وظائف الأسرة.

الفصل الرابع :خاص بلاجرائات المنهجية لدراسة تطرقنا فيه الى الدراسات الاستطلاعية الدراسة الاستطلاعية , منهج الدراسة , مكان اجراء الدراسة , عينة الدراسة , ادوات جمع البيانات , الاساليب الاحصائية

الفصل الخامسك : عرض و تحليل وتفسير و مناقشة النتائج تطرقنا فيه الى عرض وتحليل دراسة حالة ,عرض النتائج حسب مقياس الاحتراق النفسي الوالدي ,تفسير ومناقشة النتائج ,الاستنتاج العام , الاقترحات

انطلقت هذه الدراسة من جملة من الفرضيات، وهي:

- أن لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون واضطراب طيف التوحد مستوى مرتفع من رفض الإعاقة.
- أن لديهم مستوى متوسط او مائل الى المنخفض من الاحتراق النفسي الوالدي.
- وجود فروق دالة إحصائيًا بين أولياء أطفال متلازمة داون وأولياء أطفال اضطراب طيف التوحد في مستوى رفض الإعاقة والاحتراق النفسي.
- وجود تأثير لمستوى رفض الإعاقة على مستوى الاحتراق النفسي.

كما سعت الدراسة للإجابة عن الأسئلة التالية:

- ما هو مستوى رفض الإعاقة لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون واضطراب طيف التوحد؟
- ما هو مستوى الاحتراق النفسي لدى أولياء هؤلاء الأطفال؟
- هل توجد فروق دالة إحصائيًا بين أولياء أطفال متلازمة داون وأولياء أطفال اضطراب طيف التوحد في كل من رفض الإعاقة والاحتراق النفسي؟
- هل يؤثر رفض الإعاقة على مستوى الاحتراق النفسي الوالدي؟

وتهدف هذه الدراسة إلى المساهمة في فهم التحديات النفسية التي تواجه أولياء الأطفال ذوي الإعاقات النمائية، ولفت انتباه المهنيين والممارسين إلى أهمية توفير الدعم النفسي والاجتماعي لهذه الفئة من الأولياء، تعزيزًا لقدرتهم على التكيف وتحسينًا لنوعية الحياة الأسرية.

الفصل الأول:

الإطار العام للإشكالية

تمهيد

1. الإشكالية
2. فرضيات الدراسة
3. أهمية الدراسة
4. أهداف الدراسة
5. تحديد المفاهيم الاجرائية

الإشكالية :

تعتبر الإعاقة عامة والاضطرابات النمائية خاصة الصعبة والمعقدة التي تصيب الأطفال في عمر مبكر مثل اضطراب طيف التوحد ومتلازمة داون، مشكلة متعددة الأبعاد لا يقتصر تأثيرها على الفرد فقط بل تمتد أيضا إلى كامل الأسرة بشكل خاص الوالدين.

وتعد ظاهرة الإعاقة العقلية من الظواهر المألوفة أبرزها فئة أطفال متلازمة داون واضطراب طيف التوحد وتعد من أكثر الإعاقات تزايدا على مر العصور. ولابد من الإشارة إلى أن أسرة المعاق غالبا ما تتولد لديها مخاوف من نظرة المجتمع اتجاه الطفل المعاق والعائلة ككل، هذا ما يعرف بالوصمة الاجتماعية والتي هي وليدة المورثات الثقافية السلبية للمجتمع وعاداتهم وعقلياتهم، وهذه الوصمة تؤدي إلى التمييز والعزل الاجتماعي، والتقليل من فرص الشخص في المشاركة الفعالة داخل المجتمع، وكل هذا ينهي إلى توليد ضغوط نفسية تؤثر بشكل عميق على الجانب النفسي والجسدي للطفل المعاق والوالدين، مما يخلق جوا يشوبه اللا استقرار وتزيد المشكل العائلية، إضافة إلى الضغط النفسي العاطفي، فقد يظهر عند الوالدين مشاعر مثل الحزن، والقلق والغضب بسبب التغيرات التي تطرأ على حياتهم، مثل عدم استطاعتهم تحقيق متطلبات أطفالهم وحاجياتهم، كما في الحياة العادية.

كما تظهر أيضا تحديات أخرى منها المالية، فالعناية بالطفل المعاق تتطلب تكاليف إضافية مثل العلاج والاحتياجات التعليمية، ويرجع هذا بضغوطات مالية على الاسرة. (Maslash & Jackson, 1981)

لكن هنا الفكرة التي يجب الانطلاق منها، هي أن لأولياء مهما كانت ردود أفعالهم، فإنهم ليسوا مرضى بحاجة إلى العلاج النفسي، لكنهم بحاجة ماسة إلى الدعم والمساعدة لتخطي تلك الصعوبات التي تواجههم مع طفلهم المعاق، في غالب الأحيان

ما يكون عن طريق الإرشاد الأبوي، وهو السند المقدم من طرف الأخصائيين للأولياء الذين يواجهون صعوبة في حياتهم اليومية مع أولادهم، مع

إجراء بعض التعديلات على سلوك الأولياء، وهناك دراسات عديدة أدمجت الإرشاد الأبوي للأولياء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، مثل اضطراب طيف التوحد ومتلازمة داون كدراسة (mash & terdal, 1973)الذين أدخلوا إرشاد أمهات أطفال متلازمة داون بطريقة فرضية باستخدام طرق تربوية عن طريق اللعب، والهدف منها تقليص توجهات الأم، وزيادة التفاعل، وملاحظة تفاعل الأم والطفل من أجل تحليل سلوك الأطفال والأم معا، وذلك لمساعدة في التقليل من مخاوف الأولياء اتجاه ردود أفعال المجتمع، واستقلالية. فقد أوضحت نتائج العديد من الدراسات، مثل دراسة (heiman, 2002)ان اباء و امهات الاطفال المعاقين يكون لديهم شعور مرتفع بعدم الرضا و سوء التوافق .

فحينما ترزق الأسرة بطفل ذوي احتياجات خاصة في هذا يعتبر حدث ضاغط على الأسرة، وعلى الأم أكثر تأثيرا، حيث تبدأ المخاوف من ردة فعل المجتمع اتجاه الطفل وتقبله والقلق بشأن مستقبله، لكون مشكلة الإعاقة مشكلة من المشكلات المتعددة الجوانب، حيث تأثيرها لا يشمل الطفل المعاق فقط، بل تمتد إلى كل الأسرة والمجتمع، حيث يعاني ذوي الاحتياجات الخاصة من النظرة السلبية اتجاهه واتجاه أفراد أسرته، وهذه النظرة تتزايد لتتحول إلى ضغوطات نفسية، وبالتالي تزيد من المشكلات الجسمية والعقلية والنفسية للمعاق وما يترتب عليه من مشكلات أسرية (الخالدي، 2014)

وقد أجريت العديد من الدراسات في هذا السياق منها دراسة كل من الباحثين رضوان صديق سعيد وجاجان جمعة سعيد (2020)) صديق &جاجان, 2020(حاولت قياس الاحتراق النفسي لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة أن عينتهم تعاني من مستوى مرتفع من الاحتراق النفسي، ودراسة

أخرى حول الإرهاق الأبوي لدى آباء الأطفال ذوي الإعاقات والأمراض قام بها ميشالينا ديزلينسكا، مارتالا سوتا وكانراديوتروفسكي (2023))دزيلينسكا, لاسوتا & , بيوتروفوسكى, 2023(

حيث كان الغرض من هذه الدراسة هو تقييم شدة الإرهاق الأبوي بين آباء الأطفال ذوي الإعاقات والأمراض المزمنة، وقد افترض أن آباء الأطفال ذوي الإعاقة والأمراض فسيتسمون بمستويات أعلى من الإرهاق الأبوي، وأن إعاقة طفلهم ومرضه المزمن من شأنهما أن يخففان من علاقة الإرهاق الأبوي بالعوامل الاجتماعية والديموغرافية. أجريت الدراسة مع 254 من الآباء والأمهات (متوسط العمر = 37.35، الانحراف المعياري = 8.05) مع أطفال تتراوح أعمارهم بين شهر واحد و35 عاما وكان لدى 22% منهم طفل يعاني من إعاقة أو مرض. تم استخدام استبيان تقييم الإرهاق الأبوي (PBA) للتحقق من فرضيات البحث، أظهرت تحليلات الارتباط التي أجريت أن آباء الأطفال ذوي الإعاقة لديهم مستويات أعلى من الإرهاق الأبوي، ومع زيادة درجة الصعوبات المتعلقة بالأطفال زاد مستوى الإرهاق الأبوي.

أظهرت تحليلات الاعتدال أن العلاقة بين عدد الأطفال والإرهاق الأبوي كانت ذات دلالة إحصائية، ولم تعثر على علاقات مماثلة فيما يتعلق بعلاقة الإرهاق الأبوي بإنجاب طفل دون الخامسة أو جنس الولد. تشير الدراسة إلى وجود علاقة بين إنجاب طفل يعاني من إعاقة أو مرض مزمن و درجة إعاقته وإرهاق الأبوي.

كما يمكن للإرهاق الوالدي أو الاحتراق الأبوي أن يولد مشاكل عويصة بالنسبة للصحة العمومية بسبب آثاره على معاش الوالدين وعلى جودة حياتهم، وأيضا فيما يترتب عنه من آثار على الأطفال وعلى مستقبلهم، خاصة وأن المجتمع ينظر إلى الوالدية على أنها عمل مقدس ويكبح أي تعبير حول عدم راحة الآباء الذين يصبحون

غير قادرين على القول لم يعد بوسعنا تحمل أطفالنا، أو لم يعد باستطاعتنا التعامل معهم، وغالبا ما يكون، أو أن يظهر الاحتراق على شاكلة

ثلاثة أعراض رئيسية: الاستنفاذ (الإنهاك)، وزوال الشخصية، والشعور بعدم الفاعلية، فهو يتميز بكونه حالة من الانهاك البدني والانفعالي ناتج عن الانغماس المطول في سياق ذا شحن انفعالية قوية, (Amirouch، 2013) و قد أجريت العديد من الدراسات في هذا المجال، حيث نجد دراسة (Ozlem kutuk, Evren tufan, & kutuk, 2021)،والتي أسفرت نتائجها على أن عينة البحث يعانون من مستوى مرتفع من الاحتراق النفسي، بحيث كانت دراسته متمحورة حول الاحتراق النفسي لدى أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد، وكما نجد أيضا دراسة اخرى وهي دراسة (wolf, NOH, & specheley, 1989)يمكن القول عنها أنها من الأوائل التي تطرقت إلى هذا الموضوع، والتحقق بشكل معمق حول وجود احتراق نفسي عند الأولياء. وانطلاقا من كل الأبحاث السابقة، قام فريق (Roskam et al.) بإعداد مقياس يسمى مقياس الاحتراق النفسي الوالدي (PBA) والذي تمت التحقق من مصداقيته بعد القيام بتطبيقه على عينة بلجيكية (Roskam, Raes, & Mkolajczak, 2017) . حيث بادر فريق الباحثين لتأسيس تحالف دول من أجل اختبار مقياس الاحتراق النفسي، وإجراء مقارنات بين الثقافات المختلفة لأكثر من 45 دولة، وكان أول منشور للفريق في هذه المقارنات (Mikolajczajk, Raes , Avalosse, Roskam, 2017)،خاصة وعندما يتعلق الأمر بالآباء الذين يرزقون بطفل ذي إعاقة ذهنية فإن ردود الأفعال والاستجابات تكون متفاوتة ما بين الرضوخ وتقبل الأمر وبين الرفض. ففي دراسة قام بها ابراهيم ابراهيمي (ابراهيمي ، 2006)، حول ردود أفعال العائلات الجزائرية بعد ما عرفت أن ابنها معاق عقليا على عينة مكونة من 150 عائلة، وخرجت بنتيجة مفادها أن هناك تضارب وخلط والنقص في الوعي لمعرفة

الأسباب المؤدية إلى الإعاقة العقلية مع التأثر بالجانب الديني، ورد ذلك إلى قضاء الله وقدره، كما أظهرت العائلات مشاعر وسلوكيات تتراوح بين الصدمة والخيبة وصولا إلى تقبل أمر الواقع.

فقد أشار عواشرية(2006)إلى أن وجود الطفل المتأخر عقليا في الأسرة سيخلف مشكلات وضغوطات عاطفية وجدانيا نفسية اجتماعية واقتصادية، تؤثر على الوالدين بال درجة الأولى (عواشرية، 2006، الصفحات 155-157) وفي نفس الصدد يضيف الكاشف (2011) أن الوالدين يشعرون بصدمة كبيرة تترجم على شكل إحباط شديد من هذا الطفل بدون مستقبل، الأمر الذي قد يؤدي بهما إلى عدم التقبل الضمني لهذا الطفل (كاشف، 2011، صفحة 20)

ولأجل كل هذا تعددت الأبحاث والدراسات التي تناولت العلاقة بين رفض الإعاقة ب درجة الاحتراق النفسي لدى أولياء الأطفال المصابين بالإعاقات الذهنية مثل متلازمة داون واضطراب طيف التوحد. وعليه، سنقوم بتحديد مشكلة الدراسة من خلال التساؤلات التالية:

- ما هو مستوى رفض الإعاقة لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون واضطراب طيف التوحد؟
- ما هو مستوى الاحتراق النفسي لدى أولياء الاطفال المصابين بمتلازمة داون و اضطراب طيف التوحد ؟
- هل هناك فروق دالة إحصائيا بين مستوى رفض الإعاقة والاحتراق النفسي لدى كل من أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون وأولياء الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد؟

- هل يؤثر مستوى رفض الإعاقة على مستوى الاحتراق النفسي لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون واضطراب طيف التوحد؟

2-فرضيات الدراسة:

- لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون واضطراب طيف التوحد مستوى متوسط يميل الى المنخفض من رفض الإعاقة.
- لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون واضطراب طيف التوحد مستوى مرتفع من الاحتراق النفسي.
- هناك فروق دالة إحصائيا بين مستوى رفض الإعاقة والاحتراق النفسي لدى كل من أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون وأولياء الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد.
- يؤثر مستوى رفض الإعاقة على مستوى الاحتراق النفسي لدى أولياء الأطفال المصابين بالترزوميا واضطراب طيف التوحد.

3-أهمية الدراسة:

إن رعاية طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة، (متلازمة داون أو اضطراب طيف التوحد) لا بد من أن يشكل ضغوطًا وتحديات كبيرة لدى أوليائه وعائلته، خاصة التحديات النفسية منها الاقتصادية والاجتماعية، وخاصة النفسية، نظرًا للطبيعة المميزة التي يمتاز بها هؤلاء الأطفال، ويمكن تلخيص أهمية هذه الدراسة في ما يلي:

يساهم فهم مستوى الاحتراق النفسي الذي يعيشه أولياء الأمور في الكشف عن الضغوط المتراكمة الناتجة عن رعاية طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة، مما يفتح المجال لتقديم الدعم النفسي والخدمات المناسبة لهم.

إن التعرف على درجة رفض الإعاقة يساهم في فهم التحديات النفسية التي قد تعيق تقبل الوالدين لحالة الطفل، وهو ما قد يعيق فرص التدخل المبكر والرعاية الفعالة.

تساهم هذه الدراسة في زيادة الوعي الاجتماعي تجاه هذه الفئة من الأطفال وذويهم من خلال سد فجوة في الأدبيات المتعلقة بالصحة النفسية الوالدية.

السعي إلى الخروج بنتائج علمية يمكن الاستفادة منها في إيجاد طرق تساهم في خفض الاحتراق النفسي لدى أولياء الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد ومتلازمة داون.

4-أهداف الدراسة:

- معرفة درجة الاحتراق النفسي لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون واضطراب طيف التوحد.
- الكشف عن درجة رفض الإعاقة لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون واضطراب طيف التوحد.

5-تحديد المفاهيم

5-1-الاحتراق النفسي الوالدي

اصطلاحًا: هو متلازمة محددة تنتج عن التعرض المستمر,لضغوط الابوة و الامومة المزمنة(MIKOLAJCZAK & Roskam, 2018)

إجرائيًا: يتم تحديد مفهوم الاحتراق النفسي الوليدي في هذا البحث بال درجة التي يتحصل عليها والدين الأطفال المصابين بمتلازمة داون واضطراب طيف التوحد، وذلك من خلال مقياس الاحتراق النفسي الوالدي للباحثة ماسلاش و زملائها و (2018)

5-2-متلازمة داون:

اصطلاحًا: من أنواع الإعاقة الذهنية والتي تعود إلى اضطراب في الكروموسوم رقم 21 حيث يظهر زوج الكروموسومات ثلاثيًا لدى الجنين وبذلك يصبح عدد

الكروموسومات لدى الجنين في حالة متلازمة داون 47 كروموسومًا بدلاً من 46 كما هو الحال في الأجنة العادية (الروسان، 1999، صفحة 81)

إجرائيًا: إن متلازمة داون تحدث أو تنتج عن اضطراب في الكروموسوم 21 والذي يؤدي إلى ظهور ملامح وعيوب خلقية بالإضافة إلى اضطراب في المهارات الحركية وحتى الإدراكية، والطفل المصاب بهذه المتلازمة لا يشفى كونها حالة لأمراض و الذي يتم تشخيصهمن خلال فحص Caryotype او عياديا من خلال تقدم الطفل في العمر

5-3-اضطراب طيف اضطراب طيف التوحد

اصطلاحًا: هو اضطراب نمائي ناتج عن عن خلل عصبي وظيفي في الدماغ ،يظهر في السنوات الثلاث الاولى من العمر و يظهر فيه الاطفال صعوبات في التواصل مع الاخرين و استخدام اللغة بشكل مناسب و عدم القدرة عى التفاعل الاجتماعي و اللعب التخيلي اضافة الى ظهور انماط من السلوك الشاذة (سعيد، 2021، صفحة 89)

إجرائيًا:

اضطراب طيف التوحد هو اضطراب في النمو العصبي يؤثر على التواصل الاجتماعي. المصابون باضطراب طيف التوحد قد يواجهون صعوبات في التواصل والتفاعل مع الآخرين، وقد تكون لديهم اهتمامات محددة جدًا أو رغبات متكررة. كما يمكن أن تتراوح أعراضه من خفيفة إلى شديدة، وتختلف من شخص لآخر. لا يوجد علاج محدد له، لكن هناك علاجات يمكن أن تساعد في تحسين المهارات الاجتماعية للأشخاص المصابين به و الذي يتم تشخيصه من خلال DSM-5

5-4-الإعاقة العقلية

اصطلاحًا: التخلف العقلي يشير إلى انخفاض عام في الأداء العقلي، يظهر خلال مرحلة النمو، ويصاحبه قصور في السلوك الكيفي (القمش م.، 2011، صفحة 21)

إجرائيًا: الإعاقة العقلية هي الصعوبات في التعلم، والتفكير، وحل المشكلات، والتواصل مع الآخرين، وحتى العيش بشكل مستقل عن الآخرين.

5-6الرفض الوالدي

اصطلاحًا: إدراك الطفل لعدوان الوالدين وعدائهم وغضبهم عليه، وشعورهم بالمرارة وخيبة الأمل، والتقليل من شأنه، وتعمد إهانته من خلال سلوك الضرب والسب والسخرية، والإهمال، ورفضه رفضًا غير محدود بصورة غامضة (عسكر، 1996، صفحة 239)

إجرائيًا:هو أسلوب التعامل مع الأبناء الذي يظهره الأولياء من خلال إهانتهم، أو الإنكار، أو الإهمال، أو إحياء الشعور بالعار، أو التفرقة في المعاملة و الذي يتم قياسه من خلال مقياس القبول-الرفض الوالدي لـ مصطفى بعلي و عبد الحق بركات (2021)

الجانب النظري

الفصل الثاني:

الاضطرابات النمائية

تمهيد

1- تعريف متلازمة داون

2- أنواع متلازمة داون

3- أسباب متلازمة داون

4- خصائص متلازمة داون

5- تشخيص متلازمة داون

6- مفهوم اضطراب طيف التوحد

7- أسباب اضطراب طيف التوحد

8- اعراض اضطراب طيف التوحد

9- اشكال اضطراب طيف التوحد

10- اضطرابات اضطراب طيف التوحد

خلاصة الفصل

تمهيد

تعد الاضطرابات النمائية من المشكلات الصحية التي تظهر في مرحلة الطفولة المبكرة وتؤثر على مسار النمو الطبيعي للطفل في مجالات متعددة مثل التواصل اللغة والحركة والمهارات الاجتماعية والمعرفية. وتتضمن هذه الاضطرابات مجموعة متنوعة من الحالات، أبرزها طيف اضطراب طيف التوحد، ومتلازمة داون التي سنقوم بالتطرق إليها بالتفاصيل في فصلنا هذا.

1- متلازمة داون :

تعتبر متلازمة داون من أبرز الإعاقات الذهنية إنتشارا، وليس لها لا جينات، ولا هوية، فهي منتشرة في كامل المجتمعات، وكل الطبقات والأجناس، ويعود السبب الرئيسي في حدوث الخلل في الكروموزومات لي زال مجهولا، وبالتالي لم يكشف علاج لهذا الخلل. و لهذه الإعاقة عدة أسباب أهمها الأمراض الوراثية، وأطلق على المصابين بمتلازمة داون نسبة للشعب المنغولي نظرا للتشابه في صغر العينين، وتقطع مؤخرة الدماغ، كذلك التشابه في إنخفاض المستوى العقلي.

2- تعريف متلازمة داون :

تحدث متلازمة داون عن تعريق الجينات التي يرثها الطفل عن والديه، والتي تحمل الفئات الوراثية للفرد، وهذا لا يعني أن أحد الوالدين معاق عقليا، ففي الخلية المخصبة يوجد46 كرومسوما نفسها من الأب، ونصفها الآخر من الأم، ويكون هذا الشذوذ في شكل وجود كرومزوم زائد في الخلية يؤدي إلى خلل في تكوين المخ، فتحدث الإعاقة العقلية التي يطلق عليها الخلل الكروموزومي والمعروفة ب المغولية. حيث يكون للطفل 47 كرمزوم بدل 46 (سعدي، 2005، صفحة 70)

2-1 تعريف المتلازمة :

تلازم، يتلازم تلازما، فهو متلازمة يقال تلازم الشخصان أو تلازم الشيئان أي تعلق. وتصاحب المتلازمة مأخوذة من كلمة لازم الشيء. تعني، مجموعة من الأعراض أو العلامات المتزامنة والمتواجد مع بعضها، كما أنها رديفة الكلمة مرض أو حالة (السويد، 2014)

2-2- التعريف الاصطلاحي:

تُعرَّف متلازمة داون من قِبل الكثير من العلماء والباحثين على النحو التالي:

تعريف "نيكولوسي" وآخرين (**Niccolosi et al**): هي حالة من التخلّف العقلي (من البسيط إلى الشديد)، مرتبطة بعدّة إعاقات ناتجة عن تواجد الكروموسوم (21) ثلاث مرات بدلًا من مرتين في بعض أو جميع خلايا الإنسان.

اكتشف العالم والطبيب الانجليزي "داون" (**Dawn**) هذه المتلازمة سنة (1828-1896)، وتميّزت بتأثير عام في النمو وتسطح الوجه وخشونة اللسان وتشققه واضطراب في عملية التخاطب (وشامي، 2003، صفحة 57)

3-أنواع متلازمة الداون :

توجد ثلاث أنواع رئيسية لمتلازمة داون :

3-1-التريزومي المعتاد :

ويعرف أيضا بالقياسي او التريزومي 21 الحر، حيث نجد أن كل الخلايا لديها كروموزوم 21 زائد. من حاملي متلازمة داون، لديهم هذا النوع ال زائد الكرموزومي، والتي يكون بها مادة حولي 94 الكرومزوم ال 21 الزائد مرتبطة بكرومسوم اخر، حوالي 4 بالمئة من حاملي متلازمة داون لديهم هذا النوع

3-2-الموزايك :

والتي يكون بها بعض الخلايا لديهم كروموسوم 21 زائد حوالي 21 زائدا حوالي 2 بالمئة من حاملي متلازمة داون لديهم هذا النوع يعتقد ان الكرموزوم يحتوي على 1 بالمئة من جنات الجسم، ولذلك، فإن متلازمة داون نتيجة عن تغير في كمية الجينات بدلا من جودة الجينات. نحن لا نعرف بالتحديد سبب حدوث متلازمة داون. هذا ما يجعلها مختلفة عن باقي الحالات. الجينات الأخرى مثل التليف الحواصلي أو مرض الخلية المنجلية، والذان، يمكن تتبع وراثتها عبر العائلات، ومن غير الشائع أن يكون لدى الوالدين أكثر من طفل داون، أو أن يكون لدى أقاربهم طفل يحمل نفس الحالة يحدث التريزومي بسبب انقسام غير طبيعي في خلية البوليفة أو في الحيوان المنوي، هنا يكون العدد 47 كرموزوما بدلا من 46، عندما تلتحم هذه البويضة، أو هذا الحيوان المنوي مع حيوان منوي أو بويضة عادية فإن أول خلايا الجنين الناتج تكون بها 47 كرموزوما بدلا من 46 وتكون كل خلايا الجنين لديها نفس العدة 47 كروموزوم. ولا أحد يعرف لماذا يحدث هذا الزائد الكروموزوم التريزومي الجزئي ولا احد يعرف لمذا يحدث هذا.

3-3-الزائد الكروموزومي و التريزومي الجزئي :

4 % بالمئة من حاملي متلازمة داون لا يكون لديهم كرموزوم 21. زائد منفصل وكامل لكن يكون لديهم جزء إضافي من الكرموزوم 21 متصلا بكرموزم آخر هذا يحدث عادة عندما تتكسر الأذرع الصغيرة للكروموزوم 21 و الكروموزوم آخر ويتحد الذراعات طويلان المتبقيان عند أطرافها الخارجية.

إن هذه العملية هي عملية كسر وإعادة إلتحام للكروموزومات مع كروموزومات أخرى تعرف باسم تبديل الأماكن، وأن حاملي متلازمة داون مازال لديهم نسخة زائدة من الكروموزوم 21 بجزء كبير.

سمات متلازمة داون لا تختلف هنا عن هؤلاء الأشخاص ذوي التريزومي 21 المعتاد. وللعلم، الكرة معظم المنتقل أو المبدل لمكان يعمل مثل الكروموزوم الفردي في انقسام الخلية. ومن ثم إن كل الخلايا الناتجة عن هذه الخلية الأولى ستحتوي على جزء من هذا الكروموزوم 21 الزائد اذا سيكون هذا الطفل الداون .

لا يمكن القول مدى تأثر الشخص بها منذ الولادة، لكن يمكن معرفة ذلك مع مرور الوقت فقط، ومتابعة تطور الطفل، وهذا النوع لمتلازمة الداون النادر جدا، ولا توجد أرقام دقيقة تدل على حدوثه (الميلادي، 2006، الصفحات 54 -55)

4-أسباب متلازمة داون :

جميع البحوث والدراسات التي أجريت في خصوص البحث عن سبب معين لحدوث متلازمة داون لما تعطي سبب معين. وكان هناك احتمال لمجالات غير مؤكدة نجد منها

4-1-عامل السن :

يزداد احتمال حدوث الحالة بزيادة سن الأم، حيث وجد أن نسبة الإصابة بمتلازمة الداون تزداد بزيادة عمر الأم طرديا والتفسير الممكن أن هناك معدل كفاءة للجهاز التناسلي للأنثى، وتقل كفاءة هذا الجهاز بزيادة العمر، ولكن ليس معنى هذا أن الإصابة لا تأتي الأم أصغر سنا، بل هناك عوامل متعددة قد تؤثر في كفاءة الجهاز التناسلي في أي عمر من. الأعمار الأسباب طارئة ومتكررة. (امنة عودة، 2006، صفحة 13)

4-2-عامل السن لدى الأب :

أوضحت الدراسات أن الأب في سن متقدم إلى جانب تقدم الام في السن، له تأثير في حدوث الإصابة بمتلازمة داون، وذلك تبعا لدراسة 3419 حالة حيث ازداد عدد الأطفال المصابين بمتلازمة الداون الذين آباؤهم في سن.35 فأكثر، خلال15 سنة(نفس المرجع)

5-الخصائص التي تميز ذوي متلازمة داون :

يتسمون أصحاب متلازمة داون بخصائص عن غيرهم من الأشخاص العاديين، نذكر منها :

5-1-الخصائص الجسمية والحركية :

تكون بنية الجسم عند الولادة أقل من الطبيعي، ثم تنمو ببطء. قصر القامة، صغر الحجم الأذني، صغر حجم الفم، ، اللسانك كبير الحجم ومشقق ، صغر حجم اليدين و قصر الأصابع مع يدين مدببتين، وجه عريض ومسطح من الخلف.

العينين، مائلتين إلى الأعلى، مع وجود زائدة جلدية رقيقة تغطي جزء من زواية العين القرنية من الانف شعر ناعم مسترسل ، وجود خط واحد في كف اليد رقبة عريضة وقصيرة أقدام صغيرة . (السيد، 2002، صفحة 102)

تهدد أصحاب متلازمة الدون أمراض عديدة شائعها الأمراض العضوية، مثل أمراض القلب، من أشهرها وجود ثقوب في القلب، وتشوه صممات في القلب، ضعف شديد في الحواس، خاصة السمع والبصر نقص إفراز الغدة الدراكية إستيراد في الجهاز الهضمي، اغتراب في وظيفة الرئتين، مما يؤدي إلى صعوبة في تنفس.

أما بالنسبة للنمو الحركي، فهناك تأخر بسبب العضلات، وارتخاء ها، وانخفاض مستوى العقلي الذي يظهر على شكل اضطراب في التوازن بين قوة العضلات الباسطة. القابضة، الذي يؤدي إلى تأخر في عملية التحكم في الرأس وتأخر القدرة على الحب، والوقوف، والجلوس والمشي. إضافة إلى الصعوبة في التقاط الأشياء و الجري وصعوبة في القيام بالوضائف اليومية واللعب...الخ. (الخطيب، 2016) .

5-2-الخصائص العقلية :

الحالة تنظيم من فئة متوسطية الإعاقة العقلية، ويتراوح العمر العقلي للأغلبية بين خمسة إلى ستة سنوات. تفاوت معامل الذكاء من 25 إلى 50 ويمكن تصنيف أصحاب متلازمة الداون من الإعاقة العقلية البسيطة والتي تتراوح نسبة ذكائها ما بين 55-60 والجدير بالذكر أن مخ أطفال متلازمة داون سليم، وليست الفو خلايا المخ أيضا تكون سليمة في معظم الحالات، ولكن الأعصاب التي تحمل المعلومات من خلية عقلية إلى أخرى تكون رديئة العزل، ولا تحمل الرسالة بالسرعة التي تحمل بها الأعصاب عند الطفل العادي.(امنة عودة، 2006).

6-الخصائص النمائية :

عند المصابين بمتلازمة الدون تكون المظاهر النمائية أبطأ كثيرا مقارنة بأقرانهم العاديين. (فيوليت، 2001، صفحة 19)

6-1-الخصائص اللغوية:

بنسبة إلى النمو اللغوي لدى متلازمة داون المقارنة باالعاديين، لا يوجد اختلاف، لكن أشير أن لغة الاستيعاب والفهم أكثر من لغة التعبير، أي أنهم يسهل عليهم اكتساب مفردات جديدة أكثر من استطاعتهم ربط هذه المفردات والكلمات لتكوين جملة صحيحة، كما يعاني البعض منهم من صعوبة ترتيب الكلمات في جملة واحدة. أو نطقها وإخراجها بشكل واضح، حيث نلاحظ الكثير من المصابين بمتلازمة الداون محصورين في ألفاظ تيليغرافية مثل (ذهب يسبح بابا) بدل (انا ذهبت في الليلة الماضية لسباحة مع ابي).(امينة، 2003، صفحة 12)

واستنادا لما ذكر الجدول التالي، واضح معدل اكتساب الأطفال ذوي متلازمة الداون لبعض المهارات الحركية واللغوية مقارنة بالأطفال العاديين.

المهارات الحركية واللغوية	الأطفال ذو متلازمة داون		الأطفال العاديون	
	متوسط النمو	مدى النمو	متوسط النمو	مدى النمو
الابتسام	2	3- 1.5	1	3 – 1.3
الانقلاب من ظرف إلى أخر	6	12-2	5	10 – 2
الزحف	11	21 – 7	8	11 – 6
الحبو	13	25 – 8	10	13 – 7
الجلوس	9	18 - 6	7	9 – 5
الوقوف	10	32 – 10	11	16 – 8
المشي	20	45 – 12	13	18 – 8
النطق بكلمات	14	30 – 9	10	14 – 6
النطق بالجل	24	46 - 18	21	32 – 14

الجدول رقم1 يوضح مادة معدة الاكتساب أطفال متلازمة داون لبعض المهارات الحركية واللغوية مقارنة بأطفال أطفال العاديين. (بن قيدة، 2009، صفحة 9)

6-2-الخصائص الاجتماعية:

أصحاب متلازمة داون لديهم القدرة الواسعة على إقامة علاقات اجتماعية يتميزون ب شخصية حساسة، وطبع مرح، وإقبال على الناس، ويتميزون. بالعناد وعدم التراجع عن قراراتهم، وقد يتخلل سلوكهم اضطرابات سلوكية مثل الصراخ بصوت عالي بدون سبب، وإلى آخره.

والبعض الآخر يتسمون بعادات مزعجة مثل العينات الزائد والعدوانية، وسرعة التشتت، و نقص في التركيز. وهذه السما تنطبق أيضا على الأطفال العاديون. (الشمري، 2001، صفحة 23).

7- **-تشخيص متلازمة داون:**

يتم الكشف في العادة عن متلازمة داون لدى الطفل المولود عند الطبيب أو يظهر ذلك من خلال المظاهر الجسمية المميزة لها، و تشخص عادة عن طريق فحص دم الطفل بحيث يقوم بفحص بزارعة (20–25) خلية من خلايا الدم و التي تمثل بقية الخلايا في جسم الطفل المصاب، فإن كانت جميع الخلايا تحمل نفس العدد من الكروموسومات (47) فإن هذا النوع هو متلازمة داون المعروفة بحالة ثلاثي الكروموسومات (26)، ليعود ثلاث نسخ من كروموسوم (21) أما إذا كانت بعض الخلايا تحمل (47) كروموسوما و البعض الآخر يحمل (46) كروموسوما فيكون الطفل مصابا بمتلازمة داون الفسيفسائية و يمكن الكشف عن وجود متلازمة داون في الأسابيع الأولى من الحمل بحيث يمكن إجراء فحص لاكتشاف الخلايا لكن هذا الفحص لا يتم إجراؤه إلا إذا تجاوز عمر الأم الحامل (35) سنة هناك.

يتم تشخيص الأطفال ذوي متلازمة داون كسائر الأطفال من ذوي الإعاقة العقلية، حيث يتم استخدام المدعي التكاملي في التشخيص بإمداد الطبية السيكومترية و الاجتماعية و الاكاديمية مع الاهتمام ببعض الاختبارات الهامة التي يجب مراعاتها في تقييمهم ويبقى وليس هذه الاختبارات تتمثل فيما يلي:

* حقيقة كون هذه الفئة من الأطفال تتصف بانخفاض القدرات بشكل عام، مقارنة مع الأطفال العاديين من نفس الفئة العمرية.

* حقيقة كونهم أطفال.

* حقيقة معاناتهم من درجة معينة من الصعوبات التعلمية.

* حقيقة أنهم مصابون بمتلازمة داون و مظاهرها الجسدية و النفسية.

(العسرج، 2006، الصفحات 54-56)

8-: اضطراب طيف التوحد

يعد اضطراب اضطراب طيف التوحد من الاضطرابات النمائية الجد معقدة، والتي تصيب الطفل في عمر مبكر، ويعد في الآونة الأخيرة من فئات التربية الاخاصة لها خصائص وتعريف وتقييم وطرق تشخيص متنوعة، وغالبا ما يؤثر اضطراب اضطراب طيف التوحد على طريقة التواصل الشخص وتفاعله مع الآخرين، حيث يتسموا بأنماط مختلفة من السلوك الاجتماعي والتواصل اللفظي وغير اللفظي. إلا أن الكثير. يمتلكون قدرات ومواهب مميزة في مجالات متعددة، فهم هذا الاضطراب وأ نوعية به سيساهمان في دعم الأفراد المصابين وتمكينهم من الاندماج في المجتمع بشكل أفضل.

8-1-مفهوم اضطراب طيف التوحد :

تعددت التعريفات واختلفت في تعريف الطفل اضطراب طيف التوحدي، فهناك مصطلحات عدة استخدمها الباحثون للإشارة إلى الاغتراب اضطراب طيف التوحد، مثل ذهان الطفولة ،والفصام الذاتوي،ذاتي التركيب، والاوتيسية، والاوتيزم إلى أن هناك شبه إجماع بين الباحثين والمختصين في العالم العربي في الآونة الأخيرة على استخدام مصطلح اضطراب طيف التوحد، حيث أن تعدد المسميات قد يؤدي إلى التدخل وإساءة الفهم في بعض الأحيان. (سيد، 2004، صفحة 18).

02اضطراب طيف التوحد :

اضطراب فيزيولوجي في الدماغ بسبب صعوبة نمائية، ويمكن للأعراض المتعددة للتوحد أن توجد لمفردها أو متلازمة مع حالات أخرى العقلي، الصم والصرع .

- عبارة عن اضطراب أو إعاقة حادة يبدأ منذ الولادة أو خلال عامين ونصف من الولادة .
- اضطراب طيف التوحد هو اضطراب في النمو يؤثر على مظاهر النمو العقلي. (احمد، 2008، صفحة 67)

03- حسب الجمعية الأمريكية للتوحد: (ASA)

تعرفه على أنه عجز أو إعاقة نمائية، تستمر مدى الحياة تظهر بشكل متزامن خلال السنوات الثلاث الأولى من العمر نتيجة الاضطرابات العصبية التي تؤثر على وظائف المخ. ونذكر الجمعية بعض الأعراض السلوكية للتوحد، مثل :

- اختلاف معدل ظهور المهارات الجسمية والاجتماعية واللغوية.
- استجابات غير عادية للإحساس ات في أي إحساس أو استجابة تتأثر بكل من الأبصار، السمع، اللمس، التوازن، التذوق، والشم، رد فعل على الآلام، وطريقة تحكم الطفل في جسمه
- غياب أو تأخر اللغة أو الكلام.
- طرق شاذة للارتباط بالناس والأشياء والأحداث. (فوقيه، 2008، صفحة 253)

04- حسب DSMR : يبدأ الطفل عجز نوعيا يا في تفاعله الاجتماعي الذي يتضمن عجزا في استخدام سلوكيات غير لفضية لتوجه انفعالاته، وألفشل في نمو وتطور علاقات أخرى.

8-2-اسباب اضطراب طيف التوحد:

لم يصل العلماء والباحثون بعد إلى سبب أكيد يمكن الاستناد إليه حتى الآن، فهذا المرض لا يزال مجال البحث والدراسة متعددة الأسباب ولا نستطيع القول بأنه مرض وراثي لأنه أيضاً يرتبط بالعامل البيئي، فقد يكون الطفل حاملاً(الجين) المسبب للمرض ثم لم يتعرض لبيئة مواتية لنشاطه فلا تظهر أعراض

المرض، كما أن اضطراب طيف التوحد يرتبط بعدد من الجينات وليس جيناً واحداوفيما يلي عرض للأسباب التي تؤدي إلى الإصابة باضطراب اضطراب طيف التوحد:

أ- عوامل جينية وراثية:

حيث يكون للطفل من خلال جيناته قابلية للإصابة باضطراب طيف التوحد، ولقد أشارت الأبحاث الخاصة بالجينات بوجود ارتباط بين الإصابة با ضطراب اضطراب طيف التوحد وأحد الكروموسومات، وأن هذا الكروموسوم موجود أيضاً في حالات

التخلف العقلي، وأن هذا الكروموسوم يسبب مشاكل في اللغة والنمو الحركي كما تزداد نسبة

الإصابة في حالة التوأم المتطابق، أيضاً تشير الدراسات إلى أن نسبة حدوث هذا المرض في التوائم المتطابقة قد وصلت لـ100%في حالة إصابة أحداهما (البدراوي عبد التواب السعيد، 2017، صفحة 390)

كما أن هناك من يعزى الإصابة باضطراب اضطراب طيف التوحد إلى خلل في بعض الجينات حيث ربطوا بين باضطراب اضطراب طيف التوحد وضعف نوع معين من الكروموسومات، حيث أن باضطراب هذا الجين يسهم بنسبة 16,5%من الاصابة باضط راب اضطراب طيف التوحد، كما تبين أن 2 %من أسر الأطفال المصابين باضطراب اضطراب طيف التوحد يعاني اثنان من أقاربهم من باضطراب اضطراب طيف التوحد، كما تبين أن رتفاع نسبة انتشار باضطراب اضطراب طيف التوحد بين التوائم المتماثلة عن التوائم الأخوية (البدراوي عبد التواب السعيد، 2017، صفحة 391)

يتفق معه الظاهر في أنه بالفعل للذ اتوية سبب جيني من خلال المقارنة بين التوائم المتطابقة والتوائم الأخوية، فقد وجدوا أن الذاتوية في التوائم المتطابقة أكثر بكثير من التوائم الأخوية، وقد يصل في الحالة الأولى إلى درجة عالية جداً ومن المعروف أن التوأمين المتطابقين يتحسنان كان في نفس التركيبة الجينية (البدراوي عبد التواب السعيد، 2017، صفحة 391)

وكما تنتقل الجينات الكثير من الخصائص البشرية من الوالدين إلى طفلهم مثل والطول والشكل وغيرها، بالإضافة إلى الكثير من الاضطرابات الحيوية

وقد توصل العلم الحديث إلى معرفة البعض منها ومعرفة مك انها على خارطة الكروموسوم، ولكن حتى الآن لم يتم معرفة أي موروث (جين) يكون سبباً لحدوث اضطراب طيف التوحد .

ب- عوامل نفسية:

يركز ليو كانر Kanner Leo ان اضطراب اضطراب طيف التوحد ناتج عن اضطراب في عملية التواصل الاجتماعي أثناء فترة الطفولة، فالمهارات اللغوية

والإدراكية للطفل تكون طبيعية عند الولادة ولكن نتيجة لظروف التنشئة الاجتماعية السيئة ينسحب الطفل من البيئة المحيطة به، ويحدث انغلاق على ذاته وذلك لشعوره بعدم التكيف مع بيئته، حيث يذكر كانر أنه توجد عدة عوامل تؤثر سلبياً على هؤلاء الأبناء مثل ميول الآباء والأمهات نحو أبنائهم، والتنشئة الاجتماعية التي تتسم بالعواطف الخالية من الحب والحنان، ونقص التواصل اللفظي بين الآباء والأبناء كل هذه العوامل لها دور أساسي في إعاقة التواصل لدى هؤلاء الأبناء وتسبب انسحابهم من العالم المحيط بهم وانغلاقهم على ذواتهم، وهو ما يؤدي في النهاية إلى اضطراب اضطراب طيف التوحد .

يضاً الدراسات التي أظهرت دور العوامل النفسية في الذاتوية Purd &and) , Kerbeshan)

،وهي حالة لطفلة تعاني من اضطراب طيف التوحد يشير تاريخالحالة إلى , قيام الوالدين برحلة تركت فيها الابنة مع الجدة فأخذت تبكي لمدة 8الى9 (ساعات وتردد كلمات "ماما ذه بت" حتى نامت وعندما استيقظت في الصباح، ذهبت إلى النافذة وكررت "أمي ذهبت " وبعدها بساعة أصبحت هادئة وتتجنب التفاعل مع أعضاء الأسرة وفي اليوم التالي توقفت عن الكلام وبدأت أعراض اضطراب طيف التوحد الأخرى كالحملقة واللعب بشكل غير مميز وبالنظر إلى ما أشارت إليه الدراسات الحديثة من سوء معاملة الوالدين ليس له علاقة بالاضطراب اضطراب طيف التوحد، إذا فوجهة النظر القائلة بحصر إعاقة الذاتوية إلى خصائص الوالدين لم تعد مقبولة، ذلك أن التأكيد لم يعد على جعل الوالدين أسباب الاضطراب وإنما أصبح التأكيد على أهمية الدور الذي تلعبه الجوانب المعرفية والاضطرابات النمائية لدى الأطفال اضطراب طيف التوحديين أنفسهم .

ج – عوامل بيئية:

أن هناك عدداً من البحوث أثبتت علاقة الإصابة باضطراب طيف التوحد كنتيجة التلوث البيئي ببعض الكيماويات، حيث يوجد عدة أسباب قد تسبب حدوث اضطراب طيف التوحد ترجع إلى البيئة المحيطة بالأم الحا مل، ومعظم هذه الأسباب مستحدثة في العصر الحديث، ومنها:

1- تلوث البيئة خاصة في التجمعات السكانية في مناطق تكثر فيها مخلفات كيميائية أو مصافي البترول أو حدائق كبرى .

2- سوء التغذية ونقص بعض العناصر الأساسية من الطعام يسبب بعض التشوهات.

3- إفراط الحامل في التدخين أو تنا ول المخدرات والكحول سبب لظهور التشوهات.

4- حمل الأم بعد سن الخامسة والثلاثين يزيد احتمال ولادة طفل غير طبيعي (البدراوي عبد التواب السعيد، 2017، صفحة 397)

د-العوامل البيوكيمياوية:Factors Biochemical

لوحظ فً بعض الدراسات ارتفاع معدل السٌروتونٌن فً الدم لدى ثلث أطفال اضطراب طيف التوحد .

الا ان هذا المعدل المرتفع لوحظ ايضا في ثلث الاطفال المتخلفين عقليا الى درجة شديدة وأجريت دراسة معمقة لمجموعة صغيرة من أطفال اضطراب طيف التوحد وأكدت وجود علاقة ذات دلالة بٌين معدل السٌروتونٌين المرتفع فًي الدم ونقص فً السائل النخاعًي الشوكًي، وُ جد أن هناك عدم توافق مناعًي بٌين خلايا الام والجنٌن مما يدمر بعض الخلايا العصبية . (اسامة و السيد، 2011)

9-أعراض اضطراب طيف التوحد:

أن الشكل الأساسي للطفل ذي اضطراب اضطراب طيف التوحد يشمل الفشل التام أو شبه التام في العلاقات الاجتماعية والتواصل مع الأخرين، ويرجع ذلك إلى مشاكل في اللغة والكلام لدى الطفل اضطراب طيف التوحدي، حيث أن لغته تكون مضطربة فهي إما متأخرة أو أنها غير موجودة بالمدرة أو بها عجزاً في ناحية ما لقد أشارت (1990 , Brown Wendy)أن الأغراض المصاحبة لاضطراب الذاتوية تشتمل على جوانب أساسية منها الجانب الاجتماعي ويتمثل في اختلال القدرة على التفاعل الاجتماعي وعدم القدرة على التواصل واستخدام اللغة وقواع دها بالإضافة إلى الجانب المعرفي، والذي يمثل في أوجه القصور الوظيفي للعمليات المعرفية خاصة الإدراك والنشاط التيلي وأشارت إلى أعراض الاضطراب الذاتوي فيما يلي:

1-خلل في التفاعل الاجتماعي.

2-اضطراب النمو اللغوي.

3-اضطراب التواصلDisorder Communication على المستوى الاجتماعي والمعرفي وقصور في القدرة على التخيل.

4-اضطراب التأزر الحركي.Cooedination Motor

5-نمطية السلوك الروتيني.

ومن الأعراض المميزة للتوحديين، عدم القدرة على الاستجابة للأخرين،

ويتصرفون وكأنهم يعيشون في عالم بمفردهم، وعدم الاستجابة للمسئولين عن رعايتهم بصورة م ناسبة فهم لا يميلون إلى معانقة الأم أو الفرح لوجودها، والافتقار إلى الكلام ذي المعنى وإصدار أصوات ليس لها معنى بصورة نمطية مثل الصراخ أو الصياح والالتصاق ببعض الأشياء مثل لعبة أو أي شيء أخر ومن هذه الأعراض:

- أن يجد الطفل صعوبة في تكوين العلاقات الاجتماعية و عدم قدرته على التواصل اللفظي والمشاركة في الأنشطة مع أقرانه.
- يعاني الطفل بطء في المهارات الاجتماعية كما أثبتت الدراسات أن 20% من الأطفال الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد متأخرون في اكتساب القدرات العقلية واكتشفت أن لدى بعض المصابين باضطراب طيف التوحد مهارات ومواهب معينة في مجالات مختلفة مثل الموسيقى والحساب والرسم.
- يعاني الطفل اضطراب طيف التوحدي من حركات متكررة مثل الدوران، هز الرأس، أو رفرفة اليدين.
- يعاني هؤلاء الأطفال من الروتين في النظام اليومي والألعاب وهكذا.
- يعاني أيضاً من بطء في تصور اللغة.
- لا يستطيع أن يعرف مشاعر الأخرين.

- غير معتاد للأحاسيس الجسدية مثل أن يكون حساس أكثر من المعتاد أو أن يكون أقل حساسية من المعتاد للألم أو النظر أو السمع أو الشم.
- قد يكون نشطاً أكثر من المعتاد أو أن تكون حركته أقل من المعتاد.
- لديه اضطراب في الأكل والشرب والنوم مثل قصر الطعام على نوع واحد أو نوعين والا ستيقاظ ليلاً مع هز الرأس أو الصراخ أو خبط الرأس في الحائط .

تختلف هذه الأعراض من شخص لأخر ويمكن استخلاص أهم أعراض اضطراب طيف التوحد فيما يلي:

- يكرر كلام الأخرين.
- لا يهتم بمن حوله.
- لا يحب أن يلمه أحد.يقاوم التغيير في الروتين.
- لا ينظر في عين من يكلمه.
- نوبات غضب شديدة دون سبب.
- لا يلعب مع الأطفال.
- لا يخاف من الخطر.
- يقاوم الطرق التقليدية في التعليم.
- يتصرف وكأنه لا يسمع.
- لديه إما نشاط زائد ملحوظ أو خمول مبالغ فيه.
- ضحك هستيري في أوقات غير مناسبة.
- يستمتع بلف الأشياء أو الدوران حولها.
- تعلق غير طبيعي بالأشياء. (البدراوي عبد التواب السعيد، 2017، صفحة 397)

10-أشكال اضطراب طيف التوحد:

يستخدم المتخصصون مرجعاً يسمى الدليل الأمريكي التشخيصي

الخامس(DSM5)الذي يصدره اتحاد علماء النفس الأمريكيين للوصول إلى تشخيص علمي لاضطراب اضطراب طيف التوحد وفي هذا المرجع يتم تشخيص الاضطرابات

المتعلقة باضطراب طيف التوحد تحت العناوين التالية: اضطرابات النمو الدائمة.

10-اضطرابات اضطراب طيف التوحد.

Asperger's Syndrome.متلازمةاسبريجر

Ret's Syndrome.متلازمة ريت

(البدراوي عبد التواب السعيد، 2017، صفحة 301)

تُبرز هذه الاضطرابات أهمية الكشف المبكر والتدخل العلاجي المناسب، لما له من أثر كبير في دعم نمو الطفل وتحسين جودة حياته. ومن منظور تربوي، فإن التعامل مع الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة يجب أن يقوم على الرحمة والصبر والتفهم، مع تعزيز دور الأسرة والمدرسة في تهيئة بيئة تعليمية واجتماعية ملائمة.

أما من الجانب الديني، فإن رعاية هؤلاء الأطفال والاهتمام بهم يُعد من أبواب الرحمة والبر، وقد قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: "ارحموا من في الأرض يرحمكم من في السماء". كما أن في الابتلاء حكمة، والله عز وجل يبتلي من يشاء لحكمة يعلمها، واختبار الصبر والتقبل هو من أعظم ما يُقرّب العبد الى ربه .

خلاصة الفصل:

تطرقنا في هذا الفصل إلى الاضطرابات النمائية، وهي مجموعة من الحالات التي تؤثر على نمو الطفل وتطوره، خاصة من النواحي المعرفية والسلوكية والاجتماعية.

تناولنا بالتفصيل متلازمة داون، وهو اضطراب وراثي ناتج عن وجود نسخة إضافية من الكروموسوم 21 (التثلث الصبغي 21)، ويتميز الأفراد المصابون به بسمات وخصائص مميزة عن غيرهم.

كما استعرضنا اضطراب اضطراب طيف التوحد، وهو اضطراب نمائي عصبي يؤثر على التواصل والسلوك، ويظهر غالبًا قبل سن الثلاث سنوات، وله خصائصه الفريدة التي تم عرضها في هذا الفصل.

ومن الجدير بالذكر أيضًا أن هناك بعض الحالات النادرة التي قد يعاني فيها الطفل من كلا الاضطرابيين معًا: متلازمة داون واضطراب طيف التوحد.

الفصل الثالث:

الاسرة والاعاقة

تمهيد

1.مفهوم الأسرة والإعاقة العقلية.

2.اتجاهات الأسرة نحوولادة طفل ذو إعاقة عقلية.

3.الضغط النفسي لدى أسر اطفال ذو الاعاقة عقليا ومراحل هذه الضغوط.

4.الصحة النفسية للاسرة ذوي ابناء معاقيين

5.تاثير الطفل المعاق ذهنيا على الاسرة

6.جودة الحياة الاسرية لدى عائلة التي يتواجد فيها طفل معاق

7.اساليب ارشاد اسر ذوي الاعاقة

خلاصة الفصل

تمهيد :

لا بد من أن قدوم طفل معاق للأسرة يؤثر تأثيرا كبيرا على كل أفرادها، ويحدث تغييرا كبيرا في أسلوب حياتها، فليس الفرد المعاق، وهو من يتأثر فقط، بل جميع أفراد أسرته، وذلك نظرا للتغييرات التي تحدث داخل الأسرة، خاصة وأن رعاية ذلك الفرد تتطلب جهدا كبيرا، وأسلوب رعاية معقد، إضافة إلى التكاليف الكبيرة التي يستدعيها رعاية فرض من ذوي الاحتياجات الخاصة، وكل هذا يمثل مصدر ضغوط كبيرة تمسك الأفراد الأسرة، وبشكل أخص الوالدين، ولهذا سنتطرق في هذا الفصل بالإشارة أولا إلى ما هي الأسرة، وماذا تعني الإعاقة؟ اتجاهات الأسرة نحو ولادة طفل معوق ذهنيا، وغيرها من النقاط المهمة.

1- مفهوم الأسرة والإعاقة العقلية

1-1 الأسرة في علم النفس :

الأسرة هي البيئة التي يتم فيها تربية الأطفال وتوجيههم، وتعتبر المسؤول الأول عن تنمية شخصية الأفراد وعلاقاتهم الاجتماعية.(الجباري.2008)

وفي تعريف آخر للأسرة: هي خلية اجتماعية تتكون من الأب والأم وأبنائهم، أو أي مجموعة للأفراد الذين يشتركون في روابط أسرية، ويتعاملون مع بعضهم في إطار من القيم والتقاليد الاجتماعية. (سلمان، 2010)

1-2.مفهوم الإعاقة :

عرفها جروسمان في عام 1973 على أنها الانحراف الشديد أو الإعاقة الوظيفية العقلية، مع وجود أو مرافقة عدم تكيف أو انحراف في السلوك التكيفي للفرد. ويظهر هذا خلال مراحل نمو الفرد وتطوره . (القمش، 2010)

1-3.التعريف الإجرائي لأسر ذوي الإعاقة :

هم والدي وإخوة وأخوات الفرد المعاق الذين يعيشون معه في الأسرة، ويقومون على رعايته والاهتمام به.

2_اتجات الاسرة نحو ولادة طفل ذو اعاقة ذهنية

جميعنا يعلم بأن جميع أفراد الأسرة، وخاصة الأم والأب، ينتظرون مولودا جديدا، يتأملون أن يكون هذا الطفل القادم جميلا وذكيا وسليما من جميع الجوانب ولكن تكون الصدمة الكبرى عندما يخبرهم الطبيب بأن طفلهم الموجود معوق عقليا، أو يتوقع أن يكون كذلك.

لذلك، فإن إحدى التحديات التي ينبغي التصدي لها بالدراسة هي معرفة اتجاهات الآخر نحو الإعاقة، سواء كانت هذه الاتجاهات إيجابية أم سلبية، فمعرفتها يترتب عليها قرارات كثيرة تتعلق بمنظومة وفلسفة التنمية لذوي الاحتياجات الخاصة.

حيث يشير القريطي(1992) إلى أن الاتجاهات الإيجابية نحو المعوقين يمكن أن تهيئ المحيط أو المناخ لتغطية البرامج اللازمة لرعايتهم وتطويرها وتحسينها في حين أن الاتجاهات السلبية نحوهم تحول دون ظهور هذه البرامج إلى حيز الوجود ، وقد تطمس ما يفترض أن نذكره من آثار إيجابية على المعوق في حالة وجودها، لذلك فإن رصد هذه الاتجاهات نحو المعوقين، وتعديل السلبي منهم، يعد أحد المتطلبات التربوية الهامة.

كما يشير الامام (1999) أن التفاعل الاجتماعي الناجح داخل الأسرة الواحدة، يولد بذور التفاعل الإجتماعي الناجحة داخل المنظومة الاجتماعية ككل وكل ما كانت اتجاهات الشبكة العائلية إيجابية نحو ابنها المعوق عقليا. على وجه التحديد، كان ذلك مؤشرا في تدعيم السلوك، الاستقلال والاعتماد على النفس وإكسابه مجموعه من الممارسات والخبرات الحياتية فتتكون لديه قيم ومعايير وأساليب سلوكية تساعد على التوافق الشخصي والاجتماعي إلى حد ما، وخلاف ذلك تشعر الأسرة بأنها مجبرة على أداء دورها نحو إبنها المعوق بشكل يبعث على الشعور بالضغط النفسي، وعدم الاتزان الانفعالي، وغالبا، ما يظهر هذا مع تطور الحالة وزيادة المواقف الضاغطة.

ويذكر الخطيب والحديدي والسرطاوي(1992) عدم وجود الاهتمام الكافي بحاجات واتجاهات أخوة الأطفال المعوقين عقليا. (القمش، 2010)

3- الضغط النفسي لدى أسرة المعوقين عقليا ومراحل هذه الضغوط

- 1.3مفهوم الضغط النفسي وعلاقته بالإعاقة :

يعتبر الضغط حالة انفعالية مؤلمة تنشأ من إحباط دافع أو أكثر من الدوافع الفطرية أو المكتسبة، وتتعدد التعاريف الضغط النفسي في ضوء النظريات العلمية التي كان لها مساهمات في دراسة الضغوط النفسية. ولا سيما ذلك الذي تناوله كل من سيلي(Selye) الاستجابة غير المحددة للجسم اتجاه أي وظيفة تتطلب منه ذلك، سواء

كانت سببا أم نتيجة لظروف مؤلمة أو غير سارة و كابل(Caplan) الحالة التي يظهر فيها تباين ملحوظ بين المتطلبات التي ينبغي أن يؤديها الكائن الحي وقدرته على الاستجابة لها، وفونتانا(Fontana) حالة تنتج عندما تزيد المطالب الخارجية عن القدرات والإمكانيات الشخصية للكائن الحي، ويعرف مونات ولازاروس (Mount et Lazarus) الضغط النفسي بأنه حالة تنتج من عدم حدوث توازن بين المطالب البيئية والداخلية والموارد التكيفية للفرد(Marsh 1992) و ذكر روستير وشارب (Rossiter ,Sharpe.2001) إن التركيز مؤخرا ازداد لدراسة علاقة الأشقاء بالأخوة من ذوي الإعاقة العقلية، وبينت الكثير من الدراسات التأثير السلبي لوجود أخ معوق عقليا في الأخوة العاديين.

يعتقد مارش (Marsh 1992) ان وجود طفل معاق عقليا في الاسرة يحتمل ان يكون حدثا ضاغطا يحدث ازعاجا كبيرا لكل اعضاء الاسرة تقريبا لانه يمثل حدثا غير متوقعا في ظل عدم وجود خبرة تيرنبل و تيرنبل Tumball and (Tumball.1971) الى ان هناك تغييرا و تبديلا يظهر على وظائف و ادوار الاسرة التي لديها طفل معوق كما يتاثر النظام الاقتصادي و الاجتماعي و النفسي و تحتاج الأسرة، إلى وقت حتى تتكيف مع هذه المتغيرات التي طرأت على وظائفها وأدوارها.

2.3الضغط في حياة أسر الأطفال المعوقين عقليا

لقد اشار (Hammer) إلى ست مراحل من الضغوط التي تمر بها أسر الأطفال المعوقين عقليا، وهذه الظهور هي :

- عند ولادة الطفل المعوق، أو الشك بوجود إعاقة لدى الطفل.
- عند التشخيص وخلال فترات العلاج.
- عندما يقترب عمر الطفل من الدخول إلى المدرسة،
- عندما يقترب عمر الطفل من قلب بلوغ.

- عندما يقترب عمره من الحياة المهنية.

التفكير حول حياة ابنهم المعوق بعد وفاة الوالدين . (القمش، 2010)

4- الصحة النفسية للأسرة ذات الأبناء المعاقين

تتوقف الصحة النفسية لهذه الأسرة على المساندة الاجتماعية في عبور هذه المرحلة النفسية المهمة بتوليدها دور الداعم النفسي والاجتماعي لهؤلاء الأشخاص إحساس الأسرة بالأمن والحب والانتماء، يجعلها قادرة على ممارسة نشاطاتها المحددة بتمييز عالي، وتصبح المعوقات النفسية التي ظهرت لها بسبب أحد أبنائها، وطأتها منخفضة مقارنة بالدعم النفسي والاجتماعي المقدم في حين إذا غابت المساعدة، ستفقد الثقة بالمجتمع و بنفوس الأبوين الأخوة، وتتملك الضغوط النفسية المصاحبة للإعاقة، ويؤدي بهم في النهاية إلى الاستسلام بعد استنفاذ طاقاتهم، ويصبح هؤلاء ضحية سهلة لهذه الضغوط، ولن تكون أسرة المعاق بمأمن فتبدأ الظهور منذ إعلامهم بطفلهم وإعاقته، فتحدث للأسرة انفعالات غير محسوبة، بداية بالصدمة والإنكار ثم الشعور بالذنب والإحباط، و وضع اللوم على الأطباء و العلاج .

على الرغم من صعوبة المراحل التي تمر بها الأسرة مع أطفالها المعوقين، في نهاية المطاف، تبدأ رحلة التعايش مع الإعاقة من خلال فهم حاجات الطفل ومشكلات فهم غالبا يقبلون الأمر الواقع، ويقبلون الطفل على ما هو عليه، وبلوغ هذا المستوى من التكيف لا يعني أن الشعور بالأسى قد انتهى تماما، فتمت مراحل انتقالية مختلفة تمر بها الأسر، وتشعر مجددا بالحزن، أو ما يطلق عليه الأسى المزمن.

المسؤولية الملقاة على عاتق الأسر أجبرتهم على الحركة والتغيير والتكييف والتصرف بعقلانية مع الإعاقة، والتحرر ولو لفترة معينة من الأسى والضغوط، واسترجاع الثقة والعيش بحالة صحية أفضل بالنسبة لأبوان، وإخوة المعاق. (رضيم، 2023)

5-تأثير الطفل المعاق ذهنيا على الأسرة

إن وجود طفل ذي إعاقة ذهنية يعد من أصعب الأمور التي تواجهها الأسرة، أي أنا حالة الشلل التي قد تصيب أحد ذراعي الطفل أو ساقيه هي نوع من القصور الملموس، الذي يستطيع معظم الأبناء والأمهات تفهمه وتقبله بسهولة نسبيا، لكن السبب في الأداء الوظيفي القاصر للمخ في معظم الأحيان غير معروف، مما يجعل الحالة تمثل موقف صعب أو غير متوقع من جانب الأسرة لعل ذلك يجعل من السهل ان تفهم السبب في الصعوبة التي يواجهها الوالدان في استيعاب ما تعنيه حالة الإعاقة الذهنية بفهمهم، ثم استيعاب الآثار التي تترتب عليها عند الطفل، وفي الكثير من الأحيان تجد الأسرة صعوبة بالغة في محاولة فهم الأسباب العديدة والمعقدة للإعاقة الذهنية، وتزداد هذه المشكلة تعقيدا نظرا لعدم القدرة على القيام بتشخيص واضح من وجهة النظر السببية في الغالبية العظمى للحالات.

ذهنية يمثل صدمة، فنجد في بعض الأحيان أن ولادة طفل معاق تتمثل في عدم التصديق، مما يسبب للأسرة تأثير بالغ عليها، وتصبح هذه الأسرة في أزمة قاسية لا تستطيع الخروج منها.

وفيما يخص المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة، تعتبر عوامل مهمة في درجة التأثير في وظائف الأسرة، بحيث نجد بعض الأسر ذات المستوى الاجتماعي والاقتصادي المنخفض (الحرفية) قد يكون التأثير أقل لوظائف الأسرة، حيث يزيد اهتمامهم بالخصائص البدنية، أما الأسر ذات المستوى الاجتماعي والاقتصادي العالي أو المتوسط، فقد يشكل تهديدا وخيبة أمل للأسرة كما تلعب الخلفية الدينية للوالدين دورا في درجة تأثير وجود حالة الطفل المعاق ذهنيا على الأسرة.

ويشير مكبين و اخرون(Margolin Christensen et John .1995) إلى أن أسر ذوي الإعاقة الذهنية يتعرضون إلى بذل مجهود أكبر من أقرانهم، وذلك بسبب

الحاجة إلى التأقلم مع الطفل المعاق ذهنيا لعدم قدرته على العيش بشكل مستقل. على أن أسرته، مما يتطلب العناية المستمرة من قبل الأسرة.

ويؤكد فيجراو وبرادوك وروكفرت .... أن وجود الطفل المعاق ذهنيا في بعض الأسر يزيد العبء عليها، ويرجى ذلك إلى حاجة بعض المعاقين ذهنيا إلى العيش في الأسرة طوال حياتهم، لعدم القدرة على الاستقلال، ومن المؤكد أن هذه الحاجة تخلفي دورة حياة الأسرة ووظائفها.

ويشير فاربر (1959.Farber) بان وجود طفل ذو إعاقة ذهنية سوف يساهم في وجود نوع من التوقف أو الكبح لدورة حياة الأسرة، حيث قد تتغير أقدار الوالدين لحد ما، ذلك أنه بغض النظر عن ترتيب ميلاد هذا الطفل، فإنه يمثل دائما مكانة الطفل الأصغر في الأسرة أو الطفل. في مرحلة ما قبل المراهقة، وطالما بقي هذا الطفل في المنزل، فإن الأسرة تواجه صعوبة في مستوى الانتقال من مرحلة في دورة حياتها الى المراحل الأخرى، ومما لا شك فيه، عندما يظل أحد أبناء الأسرة في موضوع الابن الأصغر، يكون لزاما معاملته على هذا النحو فإن تأثير ذلك على حياة إخوته يصبح أمرا له أهمية ودلالية، فيشير فاربر من خلال الدراسات الموسعة التي أجريت على أسر الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، ان قصور الطفل ذو الإعاقة الذهنية يميل إلى أن يؤثر على نحو الشخصية لدى الأخوة في الاتجاه السلبي.

ومن أفضل الطرق للقيام بالسلوك المتوقع والمعقول في الأسرة، والمحافظة على التماسك الأسري بوضوح الأدوار والمسؤوليات لأعضاء الأسرة هو أن يكون الدور مشترك بين الوالدين، وذلك من خلال المساهمة في دخل الأسرة من الوالدين، كما يسمح لهما في المساهمة في رعاية أطفالهم، وهذا يعطي علاقة متوازنة يشترك. بيها الوالدان، فتجني الأسرة السعادة والكدح في العمل، والعناية بالعائلة(محمد و الفيلكاوي، 2007، الصفحات 39-40-41)

6-الحياة الأسرية لدى العائلة التي يتواجد فيها طفل معاق

حسب (عبد المقصود .2022) فإنه تزداد معاناة الأسرة، ويقل استمتاعها بالحياة، وينخفض مستوى جودة الحياة لديها عندما يكون لديها طفل معاق، بحيث تواجه أسر الأطفال المعاقين تحديات أكثر بكثير من أسر الأطفال العاديين، كما أن وجود طفل معاق يزيد من درجة التوتر وصعوبة مواجهة العديد من الأزمات. الأسرية بالإضافة إلى إي جهاد الوالدين، وخصوصا الأم، فيزيد لديها شعور بالقلق والتوتر والضيق، كما يزيد شعور الوالدين بالضيق في الأوساط الاجتماعية المختلفة والمناسبات الاجتماعية، مما يؤثر على جودة الحياة لديهم كما أن الإعاقة العقلية تؤثر بشكل واضح على الحياة الأسرية كأحد أبعاد جودة الحياة، ولذلك فإن أنظمة الدعم للأسرة وجود العلاقات تلعب دور كبير في جودة الحياة لكل من الأطفال والمراهقين من ذوي الإعاقة.

ويرى عدد من الباحثين أنه يجب تحسين التفاعل بين الأسرة والأصدقاء، وإشراك الأسرة في التخطيط والرعاية، وتشجيع التنشئة الاجتماعية التي من شأنها تحسين السعادة الاجتماعية والعاطفية الشاملة لهؤلاء الأطفال المعاقين.

و أوضحت بعض الدراسات أنه يمكن تحسين نوعية حياة أمهات الأطفال ذوي الإعاقة وزيادة توافقهم النفسي من خلال الفهم الصحيح لطبيعة إعاقة أطفالهم والدعم الاجتماعي القوي لهم ولأطفالهم المعاقين، والمساعدة في تحسين العلاقات بين الأطفال المعاقين وأسرهم وتقبل أسرهم لإعاقة أطفالهم.

ويرى كل من بانوس و جوديث(Panos and Judith.2013) وجود علاقة بين الاتجاهات الوالدية الإيجابية المتمثلة في التماسك الأسري والدفء العاطفي، و شعور الأم بنوعية الحياة الأسرية، وبين النمو النفسي للطفل المعاق، ومن هنا ترى الباحثة أن شعور الوالدين وخصوصا الأم، بجودة الحياة الأسرية، مع تخفيف الضغوط

والإحباطات النفسية، من شأنه أن يجعل طفلها المعاق عقليا القابل للتعلم أن يشعر بجودة الحياة، فالأسرة المتماسكة والمتواصلة مع أطفالها تحقق بالضرورة لأطفالها الحياة النفسية السليمة لما تربطهم من علاقات اجتماعية ونفسية تشعرهم بالأمان والتوافق النفسي، وبالتالي يسودها الشعور بالصحة . (عبد المقصود عبد الوهاب حسنين، 2022)

7_أساليب إرشاد أسر ذوي الإعاقة

حسب الصبيحيين فإن هناك مجموعة من الكفاءات المهنية الضرورية للمرشد النفسي لكي يقوم بدوره الإرشادي في مجال الإرشاد الأسري لأسرة الفرد المعاق منها: بناء علاقة قائمة على الثقة والاحترام للعملاء باختلاف سماتهم ، وإقامة علاقة تواصلية جيدة بين المرشد والأسرة، واحترام بين الأخصائي وأفراد الأسرة جميعا، والتعرف على حاجاتهم، وأن يكون اجتماعي ويمتلك المهارة والمعرفة والقيم الإيجابية في المساعدة. وأن يسعى دائما للنمو المهني.

وينبغي للمرشد أن يقوم بالتعاطف مع الأسرة، وينظر للمشكلة بعيون الأسرة نفسها، وأن يستمع وينتبه وينصت ويصغي لكل ما يقوله أفراد الأسرة، ويظهر التعاطف معهم، كما أن آليه أن يعزز سلوكاتهم الإيجابية، وأفعالهم التكيفية، ويشجع أفراد الأسرة بعبارات إيجابية محفزة لهم على العمل والتعبير، واحترام وجهات نظرهم وتقديرها ،مرنا في تعامله منفتحا، وأن عليه أن يبني علاقة دافئة فيها تفهم بعيدة عن التصنع والتكلف وان يكون أصيلا صادق في تعاطفه وعلاقته مع الأسرة.

ويرى الباحثون(الخطيب 2009، والحديدي والخطيب ،2003، ابو حلاوة، 2014) أن هناك مجموعة من الخطوات المساعدة للأسرة في التكييف مع حالة وجود طفل معاق، على المرشد أن يساعد الأسرة في الوصول عليها :

أولا: بموضوعية الشخص المعاق.

ثانيا: مساعدة في توقع احتمالية ايجابية لسلوك الطفل في المستقبل.

ثالثا: مساعدة الوالدين في التعرف على الأساليب والاستراتيجيات المساعدة في التوافق الايجابي معا ، ومع الطفل المعاق.

رابعا : مساعدة الوالدين في التعرف إلى احتياجات الطفل المعاق وان له نفس الاحتياجات لديهم كالاحتياجات الجسمية والترفيهية والتربوية وغيرها.

خامسا : مساعدة الوالدين في التعرف على مراكز تقديم العون في مختلف المجالات الصحية والنفسية والاجتماعية.

سادسا: مساعدة الوالدين في التواصل المستمر مع المختصين في تحقيق الأهداف التي تعمل على تحسين التوافق النفسي للفرد المعاق، ولكل عضو من أعضاء الأسرة.

ويعمل المرشد النفسي مع أسرة الفرد المعاق على تحقيق مجموعة من الأهداف ضمن البرنامج الإرشادي منها:

أولا: تقديم موضوعي وموقعي للمشكلات التي تواجهها الأسرة.

ثانيا: تحديد احتياجاتهم الإرشادية.

ثالثا: البدء بالأولويات للأسرة.

رابعا: تحديد الاهداف العامة والخاصة (الاجرائية)

خامسا: تحديد التدخلات والاستراتيجيات الارشادية المناسبة

سادسا: تقييم النتائج تقييما تكوينيا مرحليا و ختاميا بعد نهاية البرنامج الإرشادي.

وقدم سلوبر Sloper أربع نماذج لخدمة الآباء، هي:

النموذج الاول: و فيه يتلقى الوالدين الخدمة من خلال شخص رئيس يكون" A key worker" يلجأ إليه الوالدين لطلب المساعدة في حال التعرض للضغوط و المشكلات .

النموذج الثاني: و يتم تقديم خدمات استثمارية فعالة من خلال التركيز عن الجوانب الشخصية للعلاقة بين مقدمي الخدمات و الاسر و المساعدة في كيفية بناء العلاقات بين افراد الاسرة و تحسين التواصل و الوضوح ، و فهم الاهتمامات و المحافظة على الاهداف الاسرية.

النموذج الثالث: و هنا يتم بناء شراكة بين الوالدين و المرشدين (مقدمي الخدمات) في هذه الشراكة لا بد ان تتم بالوضوح و الانفتاح للوصول للتوافق في الآراء بشان الاحتياجات و الاجراءات .

النموذج الرابع: و فيه التركيز على بناء مهارات التكيف و مساعدة الوالدين في حل المشكلات و اتخاذ القرارات ، و الوصول للشبكات الاجتماعية. و ممارسة استراتيجيات المواجهة و تعزيز الذات و التدريب على الاسترخاء و الوصول لمراكز الخدمات المتاحة.

كما قام كور "Kaur" باقتراح ثمان نماذج لدعم اسر ذوي الاحتياجات الخاصة هي:

النموذج الاول: دعم مقدم من المنظمات غير الحكومية ، المنظمات المجتمعية العاملة في حقل الاعاقات و يتم هنا تقديم العون من خلال فعاليات و نشاطات لذوي الاعاقات كما يتم من خلال تقديم ادوات(، كراسي، سماعات....) و معينات خاصة لذوي الاعاقة.

النموذج الثاني: و يتمثل في الدعم الذي يتم من خلال التفاعلات بين العائلات انفسها معا من خلال نشاطات تجمع تلك العائلات.

النموذج الثالث: و يتمثل في خدمات الإرشاد و الاستشارة للعائلة و التركيز على الاخوة و الاخوات أشقاء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة حيث يعانون من العزلة و الإكتآب و الخوف و الإحباط.

النموذج الرابع: و هو نموذج يتمثل في التثقيف حول التغذية المتوازنة و العناية الشخصية و الامراض المعدية من اجل توفير بيئة صحية للأطفال و أسرهم.

النموذج الخامس: و يتمثل في تثقيف حول الاعاقة و اسبابها و علاجها و تزويد افراد الاسرة بالمعلومات و المعرفة الازمة للتعامل مع ذوي الاحتياجات الخاصة .

النموذج السادس: يتمثل في الفحوص الطبية المتكررة و الوصول للمرافق الطبة و توفير الرعاية الصحية .

النموذج السابع: تمارين للتخلص من القلق و الاجهاد كالإسترخاء و التخلص من الافكار السلبية و التركيز غلى المشاعر و كذلك التركيز على الافكار الايجابية .

النموذج الثامن و الاخير: تزويد الاسر بالمواد المطبوعة و الأدبيات و المعلومات و مقاطع الفيديو المناسبة .)الصبحيين(

حسب رأي الشخصي، أعتقد أن الضغوط التي يولدها تواجد فردا معاق داخل الأسرة أمر لا مفر منه نظرا للتغيرات التي تمس تقريبا جميع الجوانب داخل تلك العائلة ونمط حياتها، فطريقة التعامل واحتياجات الطفل المعاق تختلف اختلافا شاسعا عن الطفل العادي، وتتطلب جهدا مضاعفا، سواء من الآباء والأخوة والأخوات، خاصة وأن هذه الرعاية لا تنتهي. في وقت ما بل هي دائمة، أما فيما يخص الرفض او التقبل، سواء من قبل الآباء وباقي الأفراد، فذلك يرجع إلى خلفيات أعمق، ولا يمكن الحكم على الشخص الغير متقبل بأنه شخص سيء، بل لابد من البحث عن السبب ومعالجته حتى نتمكن من إعادة الأسرة إلى التوازن الصحي، وجعل ذلك الرفض يتحول إلى تقبل، وخاصة الوالدين، فمع مرور الوقت واستنزاف الجهد في التعامل مع حالة الطفل الم تظهر على الوالدين علامات تدل على وجود ما يعرف بالاحتراق النفسي، لذلك يجب على كل أسرة تملك الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة أن تطلب المساعدة عند الشعور بأعراض مثل الإرهاق والقلق، والرغبة في الابتعاد، عن الأسرة، أو حتى بداية ظهور بعض اعراض الاكتئاب للحصول على الدعم، و التدخل السريع من قبل المختصين النفسانيين

خلاصة الفصل :

يمكن أن يؤثر وجود فرض معاق في الأسرة على أفرادها بطريقة مختلفة، وخاصة الوالدين، فقد يشعرون بالذنب أو الحزن أو الغضب نتيجة الوضع. فتواجد طفل معاق آخر الأسرة قد يشكل مصدر الضغط والإرهاق، وبالتالي اتجاهات أفراد أسرته نحوه تختلف من شخص لآخر، فبعضهم قد يشعر بالشفقة والحنان، وآخرون يشعرون بالضيق، ومنهم من يقبل إعاقته وتواجده داخل تلك الأسرة بينما آخرون يرفضون ذلك، ومع ذلك، لا بد من تقديم إرشادات وزيادة الوعي داخل الأسرة لتحقيق التوازن، وخلق جو صحي داخل تلك الأسرة، وذلك من خلال دعم أسرة الفرد المعاق مساعدتهم على التكييف مع الوضع.

الفصل الرابع:

الاحتراق النفسي

تمهيد
1- لمحة تاريخية حول الاحتراق النفسي الوالدي
2- تعريف الاحتراق النفسي الوالدي
3- أسباب الاحتراق النفسي الوالدي
4- اعراض الاحتراق النفسي الوالدي
5- عواقب الاحتراق النفسي الوالدي
6- علاج الاحتراق النفسي الوالدي
خلاصة الفصل

تمهيد :

إن الاحتراق النفسي الوالدي يعد من الظواهر المنتشرة بكثرة، خاصة في عصرنا الحالي، وذلك يعود إلى طبيعة الحياة التي يعيشها الآباء والأمهات، وكثرت الضغوط التي تواجههم كل يوم، لأن تربية الأطفال تعد عملية صعبة و بمثابة تحدي للأولياء، وكل هذا له تأثير واضح على صحة الآباء النفسية والجسدية، وتحدث نوعا من الإرهاق العاطفي والتعب، وبالتالي هذا بدوره يؤثر على الذي تقدمه الأم والأب لأطفالهم من رعاية وخدمات، حيث ينتشر في هذا الفصل إلى مفهوم الاحتراق النفسي الوالدي، وأسبابه بهاء الأعراض، و بعض النقاط الأخرى.

1-لمحة تاريخية حول الاحتراق النفسي الوالدي :

بداية أول من تطرق إلى المعنى العام للاحتراق، هو Grahem Green في قصته الصادرة سنة 1960 والتي عرض فيها حالة مهندس معماري يعاني من الاحتراق النفسي، في سنة 1960 قامة برادلي بأول بحث علمي عن الاحتراق النفسي باعتباره نتيجة حتمية لضغوط العمل.

ويعتبر فرويد نبرغ Freuden Berger أول من أضاف هذا المصطلح إلى ميدان البحث السيكولوجي سنة 1974، وذلك من واقع تجربته الخاصة على بعض المتطوعين بإحدى العيادات المجانية بمدينة نيويورك ويشير هذا المصطلح حسبه، إلى مختلف الاستجابات الانفعالية والجسمية لضغوط العمل.

كما لا يمكننا أن نتجاهل الإسهامات الهامة للأخصائية في علم النفس الاجتماعي كريستين ماسلاش C.Maslachالتي كان لأبحاث ها فضلا في تطور دراسة الاحتراق النفسي، فقد أضافت الدراسات الأولى والتي أجرتها مع باحثين آخرين، أمثال جاكسون Jacckson بجامعة بيركلي شهرا أكثر لهذا المصطلح، وساعدت مجهوداتها البحثية في تقديم تعريفات أكثر وضوحا للاحتراق النفسي، هذا علاوة على مساهمتها الكبيرة من خلاف الأداء التي أعدته لتشخيص الاحتراق النفسي (مدوري، 2022)

مع مرور الوقت وتطور الابحاث في موضوع الاحتراق النفسي او متلازمة الاحتراق النفسي وبعد ان تمت دراسة الاحتراق في ابعاد مختلفة والبحث في عدة اشكال من الاحتراق تم التطرق الى ما يعرف بالاحتراق النفسي الوالدي وهذا في سياق الاسرة والذي قد تمت صياغته اولامن قبل(Procaccini & kiefaber, 1983) وفقا لهؤلاء الكتاب كان الاباء والامهات المعرضون لخطر الاحتراق النفسي هم الذين يكرسون انفسهم بشكل كبير لرعاية اطفالهم وتم التعرف على التشبهات بين متلازمة الاحتراق النفسي المهني والوالدي من قبل(maslach & jackson, 1981) الذين قارنو حمل العمل لدى الموظفين بكمية العمل المرتبطة بالأدوار الأبوية إلى أنه حقيقة لم يتم

التطرق إلى الاحتراق النفسي الوالدي كمفهوم في ذلك الوقت، كما لم تتم معالجة الأبحاث العلمية حول هذا الموضوع إلا بعد مرور مدة طويلة من الزمن.

وقد قام ويس (weiss, 2002)بدراسة هادفة إلى تقييم آثار التهم الاجتماعي والصلابة النفسية مقارنة بين أمهات أطفال عاديين وأمهات أطفال اوي الإعاقات، وقد استخدم في دراسته عدة أدوات منها مقياس الاحتراق النفسي، وتوصلت الدراسة. إلى نتائج مهمة، حيث أبرزت بوجود خروق بين المجموعتين في درجات القلق والاكتئاب والضغوط النفسية وزيادة الضغوط النفسية وارتفاع الدرجات على مقياس الضغوط النفسية ومقياس الاحتراق النفسي.

كما قام كل من فرجيس و فينكسان(varghese & venkatessan, 2013)

بدراسة هدفت إلى مقارنة مستوى الاحتراق النفسي بين أمهات الأطفال ذوي طيف اضطراب طيف التوحد وفاعلي السمع مستخدمين مقياس الاحتراق النفسي الوالدي، على عينة قوامها 60 ام من أمهات الأطفال بالتساوي، وتوصلت النتائج إلى أن الاحتراق النفسي الوالدي هي ظاهرة شائعة بين مجموعتي الدراسة، إلا أن أمهات الأطفال ذوي الطيف اضطراب طيف التوحدي ظهر عليهم مستوى أكبر من الاحتراق النفسي.

إضافة إلى ظهور كتب عديدة تشارك تجارب متنوعة مع الاباء والامهات في حالات الاحتراق(guéritault, 2004) (holstein, 2014)

أما حديثا، فقد انطلقت مجموعة من الأبحاث عن الاحتراق. الوالد يفقد طور فريق (Roskam, Raes, & Mkolajczak, 2017) استبيان لتقييم حالة الاحتراق النفسي الوالدي، حيث تحقق الفريق من قيمة هذا المقياس على عينة بلجيكية وبادر الفريق بالنداء للباحثين لتأسيس تحالف الثقافات المختلفة لاكثر من 45 دولة وكان أول منشور للفريق في هذه المقارنات

ثم ظهرت دراسات في البيئة اليابانية وتليها ألمانيا وغيرها من الدول مثل السويد وكل هذه الدراسات الحديثة هدفها هو فهم الاحتراق النفسي الوالد وأسبابه وآثاره، بالإضافة إلى الوصول إلى العلاجات المحتملة لهذه المتلازمة)مجاهدي, كلو & ,معتصم ميموني, 2023(

2-تعريف الاحتراق النفسي الوالدي

عرف الاحتراق النفسي الوالدي على أنه المرحلة النهائية من الإجهاد الناتج عن الضغط المتراكم، ويتميز أنه. حالة من الإنهاك البدني والانفعالي والعقلي ناتج عن الانغماس المعمق، في سياق شحن انفعالية قوية (مجاهدي، كلو، و معتصم ميموني، 2023، صفحة 307)

الاحتراق النفسي الوالدي هو متلازمة تم تصورها مؤخرا، وهي خاصة بالأبوه والأمومة إنها متميزة بتجرب عن الاحتراق النفسي المهنياالاحتراق(BP) النفسي الوالدي، والضغط الوالدي أو الاكتئاب (mikolajczak, gross, & roskam, parental burnout : what is it, and why does it mater?, 2019)

كما يعرف أيضا بأن هو متلازمة الضائقة الشديدة المرتبطة بالأبوة والأمومة والتي تتجلى في ثلاث تراق للإرهاق البدني والعاطفي، والإنسحاب العاطفي، وفقدان الشعور بفعالية الوالدين (شويخي و سبع بروايل، 2023)

الإرهاق الأبوي أو الاحتراق النفسي، الوالد يظهر من خلال أربعة أعراض رئيسية، وفقا للأدبيات الحالية(aunola, sorkkila, & tolvanen, 2020) (suarez & aguiar, 2021)

المرحلة الأولى تتضمن الارهاق الشديد في دور الابوة، سواء كان جسديا أو عاطفيا يشعر الاباء المرهقون بالتعب الشديد من مجرد التفكير في مهامهم اليومية مع أطفالهم العرض الثاني هو التباعد العاطفي حيث يصبح الاباء في وضع أني او *روبوتي*

مع اطفالهم، العرض الثالث تتمثل في فقدان الرضا عن دور الأبوة، حيث يشعر الأب بالملل رغم محبته بأطفاله.

هذه الأعراض تؤدي إلى مشاعر العار والذنب وفي النهاية، تتكامل هذه الأعراض وتشكل شبكة متربطة تزداد تعقيدا(kalkan, blanchard, & heeren, 2022)

ويعرف أيضا هو متلازمة إرهاق ناتجة عن التعرض لضغوط أبوية ساحقة) اريكان, ميلتم اوستونداغ–بوداك, اكغون, ميكولاجزاك & ,روسكام, 2020(

3–أسباب الاحتراق النفسي الوالدي.

الاحتراق النفسي الأبوي هو حالة من الإرهاق النفسي التي يعاني منها الآباء بسبب الضغوط المستمرة الناتجة عن تربية الأطفال. وتحمل المسؤوليات الأسرية وفقا لنظرية عدم التوازن بين المخاطر والموارد.

يحدث هذا الاحتراق عندما تتفوق العوامل التي تزيد من الضغوط على العوامل، التي تخففها بشكل مزمن

أظهرت الدراسات أن هناك عدة عوامل رئيسية تساهم في زيادة مخاطر الإصابة بالاحتراق النفسي الأبوي، ويمكن تصنيفها كما يلي

تفكك الأسرة يعد تفكك الأسرة، من أبرز العوامل المساهمة في الاحتراق النفسي الأبوي، حيث يفقد الآباء الدعم العاطفي والمادي، مما يزيد من مشاعر العجز والإرهاق.

انخفاض الذكاء العاطفي. لا، الذين يواجهون صعوبة في إدارة مشاعرهم وفهمها بشكل صحيح يميلون إلى المعاناة من ضغوط أكبر في التعامل مع تحديات الأبوة.

نقص الدعم الاجتماعي عندما يفتقر الآباء إلى الدعم من الأصدقاء والعائلة، فإنهم يصبحون أكثر عرضة للشعور بالوحدة والإرهاق النفسي نتيجة لتحمل المسؤوليات وحدهم.

الكمالية الاجتماعية: السعي لتحقيق معايير مثالية في تربية الأطفال أو في الحياة بشكل عام، قد يزيد من الشعور بالضغط والتوتر، مما يساهم في حدوث الإرهاق النفسي.

مخاوف الأبوة المثالية، القلق المستمر من عدم القدرة على تلبية معايير الأب المثالي، قد يعزز مشاعر القلق والإجهاد النفسي لدى الآباء.

الخلافات في التربية المشتركة. وجود اختلافات أو خلافات بين الوالدين بشأن أساليب التربية قد يزيد من التوتر ويعزز الضغوط النفسية التي يعاني منها الآباء.

الصراع بين العمل والأسرة. حديث في تحقيق توازن بين المسؤوليات المهنية والأسرية يعد من العوامل الأساسية التي تساهم في الإرهاق النفسي الأبوي حيث يجد الآباء نفسهم مضغوطين بين التزامات العمل وأل عيناي بالأطفال (mikolajczak, Aunola, sorkkila, & roskam, 2023, pp. 5-6)

لكل حالة ظروفها الخاصة، لكن القاسم المشترك بين الحالات هو الإرهاب الشديد الذي قد يعانيه الأب أو الأم، أو كلاهما معا، الشعور بالضجر، ونذكر بعض من الأسباب.

القلق المفرط الناجم عن صعوبة التعامل مع الطفل، أو الصعوبات المدرسية التي يواجهها.

إصابة أحد الوالدين بالإرهاق عندما لا يقدم له الوالد الآخر العون الكافي في تربية الطفل، وخصوصا الضغط المجتمعي. على الأم أن التربية هي دور مقصور عليها فقط، وأن الأب لا دخل له في التربية.

أكيد بسبب رفع مستوى توقعات الوالدين في الطفل، إلى حجم مبالغ فيه.

المؤثرات المجتمعية: حيث أننا تربينا على أن الأم للتربية والمنزل، وأن الأب له أن يعمل ويوفر الاحتياجات المادية لأسرته، و يلعب المجتمع دورا كبيرا في التسبب بالاحتراق الأبوي، وخصوصا للأم، حيث أنها تهتم بكل النواحي من حولها بأخلاق

أولادها وتحسي لهم والمدرسي وإنجازاتهم وهواياتهم فنشعر وكأن الأمهات دخلن في مارثون جنوني لإثبات أنني الأم الأفضل لأولادي وهذا بحد ذاته يجهد الأم والابن أيضا ويؤدي إلى الاحتراق الأبوي من التعليمات التي لا تنتهي من المجتمع عن كيفية فعل كذا وكذا.

شبكات التواصل الاجتماعي، حيث أن متابعة العائلات المطلقة السعادة والمتفاهمة والأم والأب اللذان يحققان لأطفالهم ما يتمنون ويشتهون هو الهدف، الواجب علي كأم، أو كأب، الوصول إليه وتحقيقه، على الرغم أن هذه الفيديوهات كلها زائفة ووهمية، تم صيغتها فقط لنيل اللايكات والإعجاب للحصول على المردود المادي.

الانسلاخ عن عاداتنا وتقاليدنا المستوحاة الشرع والثقافة العربية إن الأطفال عليهم السعي رضا الوالدين، وليس العكس، حيث نلاحظ أن الأم و الأب يستنزفان وهما يبحثان لا شعوريا، كيف أرضي ابني، وأكسب حبه عن طريق تحقيق كل رغباته وطلباته المادية، متناسيا أن الابن هو من عليه أن يسعى لكسب الوالدين، وذلك لبعدنا أن أداتنا وتقاليدنا (الفاخوري، 2024)

4-أعراض الاحتراق النفسي الوالدي

على الرغم من ان الاسباب مختلفة تماما الا ان الاعراض الإرهاق تشبه الى حد كبير أعراض الارهاق الاحترافي نلاحظ الكلاسيلية:

- الشعور بالإرهاق
- اضطرابات النوم.
- شكاوي جسدية (صداع ، ألام في المعدة ، ألم في الظهر).
- التشاؤم وصعوبة رؤية المستقبل.
- الصورة الذاتية السيئة
- الغضب والتهيج
- انسحاب

- الإدمان (المخدرات والكحول)

الإرهاق الوالدي يمكن أن يؤدي إلى :

- الاضطرابات الفيزيولوجية : الصداع الغثيان ، الدوار اضطرابات النوم
- الأعراض الإدراكية والعاطفية : الشعور، بالعجز ،فرط الحساسية التشاؤم ،واكتئاب .
- المشكلات السلوكية : الانسحاب التهيج، الغضب العنف ويمكننا تحديد العلامات السلوكية التي تجعل من الممكن فهم كيف يمكن التنبؤ بالدخول او الاصابة بلاحتراق الوالدي والعلامات والاكثر وضوحا التي تتنبئ وتوضح وجود الاصابة لدى الامهات من خلال مايلي :

1- الرغبة في الكمال (المثالية) :

من خلال تطوير خيال من الكمال في طريقة تعليمها تطور هذه الأم القدرة الكلية في جميع جوانب الحياة أطفالها وتنوه على: المدرسة التعليم ، علاقاتهم الاجتماعية الاجازات ، حياتهم الصحية.

2- يجري في النهاية عدم تحقيق ذلك:

يمكن للأم على حافة الهاوية وفي نهاية إحتياطاتها من الطاقة ، بكل وعي ومن أجل الاستمرار في إدارة أسرتها الصغيرة الى حد الكمال حتى لا تشعر بأنها تفرق.

3- ازدواجية المشاعر :

على الرغم من المبادئ العظيمة التي سنتها قبل لولادة الأطفال، فإنها تجد نفسها تشعر بمشاعر متناقضة للغاية، اتجاههم بزيادة التوتر، اللامبالاة، وبرفقة في بعض الأحيان، العنف والسور اخ نشهد أيضا تناوب حب عاطفي، الأطفال يشبه رفض وكره أحيانا تشعر، وأنها أسيء فهموها وضحية الظالم فيما يتعلق بكل استفسارتها.

4- الإرهاق البدني :

يبدو أنه لا يوجد شيء قادر على تخفيف هذا الإرهاق البدني الذي غمره الإرهاق المزمن يبدو أنه ستضطر إلى البقاء تحت لحاف لمدة أشهر للتغلب على ذلك.

5- الشعور بجرعة زائدة من كل شيء :

لدينا إنتي باع بأن أدنا حركة في الحياة اليومية، خاصة فيما يتعلق بالأطفال ترقى الى تسلق إفرست مثلا

6- اضطرابات النوم :

بالرغم من التعب الشديد، من الصعب، إن لم يكن مستحيلا، النوم دون استخدام حبوب النوم.

7- عدم وجود الرغبة الجنسية، وعدم الاهتمام بالشريك :

إن الشعور بالإرهاق يجعل فكرة الاقتراب من الزوج تجربة روتينية إضافية.

8- ضعف احترام الذات :

مع الانطباع بأن الحياة تتجاوز ذلك، وأنه لم يعد لديها القدرة على السيطرة على زمام الأمور.

9- العزلة :

أنها تنطوي على نفسها، وتتجنب الاتصال والتواصل مع الآخر.

زيادة الوزن أو فقدانه (شويخي و سبع بروايل، 2023، الصفحات 519-520)

من أعراض الإصابة بمتلازمة الاحتراق الأبوي تضاؤل الاهتمام بالأنشطة التي اعتادت الاستمتاع بها. من الأعراض أيضا العصبية فيكون صبرك وقدرتك على التسامح مع أطفالك في أقل مستوياتهم، كذلك كثرة النسيان والشعور بالخدر أيضا، قد يتسلل قلبك الشعور بالذنب، فتشعر أنك قد قصرت في تربية أبنائك، ولم تكن لهما أبا جيدا.

وقد تؤدي هذه المتلازمة إلى الابتعاد عن أطفالك عاطفيا، وأ شعور بأنك والد غير فعال .

– بلإضاف إلى : ضباب في الدماغ، زيادة مستويات التوتر ، الاكتئاب، مشاعر العزلة، قلة النوم، ميول، الوسواس القهري.

–وتوضح المعالجة النفسية هالي نيدتش لموقع هيلث لابن، ان متلازمة الاحتراق الأبوي تؤثر أيضا بشكل مباشر على العلاقة بين الزوجين قائلة " عندما تستخدم كل عزمك وتنظيمك العاطفي لادارة الأبوة والأمومة ومسؤولياتك الأخرى ، فقد يصبح من السهل ان تصبح علاقتك اقل اهمية والاستياء من المستوى الدعم الذي يتم تلقيه فيما يتعلق برعاية الأطفال بين الزوجين هو الشكوى الشائعة.

–وقد تنتقل آثار متلازمة الاحتراق الأبوي من الوالدين للأطفال مع إنخفاض مستويات الطاقة والصبر لدى الآباء فقد يشعر الأطفال بأنهم مهملون أو غير مرغوب فيهم (aljazeera, 2025)

5–عواقب الاحتراق النفسي الوالدي :

الاحتراق النفسي ال والدي هو حالة من التعب الشديد والضغوط النفسية الذي يشعر به الآباء نتيجة للمسؤوليات المتزايدة المتعلقة بتربية الأطفال والعناية بهم يعد الاحتراق النفسي الوالدي مشكلة صحية تؤثر بشكل كبير على الصحة العقلية والبدنية للآباء. وعواقب هذه الحالة تتنوع، وتشمل.

1– التأثير على الصحة العقلية : يعاني الآباء من القلق والاكتئاب والتوتر المستمر بسبب الضغوط المترتبة على التربية والرعاية اليومية قد يتطور هذا إلى مشاعر من العجز وفقدان السيطرة

2– تدهور العلاقات الأسرية : عندما يشعر الآباء بالإرهاق قد يؤثر ذلك على علاقاتهم مع أطفالهم وأزواجهم، قد يصبحون أقل صبرا وأكثر قسوة، مما يؤدي إلى تراجع جودة التواصل الأسري.

3– الانعزال الاجتماعي. قد يتجنب الآباء الذين يعانون من الاحتراق النفسي التفاعل مع الأصدقاء والعائلة، مما يزيد من شعورهم بالوحدة والعزلة.

4- تأثيرات على الأداء الوظيفي : يمكن أن يؤدي الشعور بالتعب المزمن إلى تدهور الأداء في العمل أو الانشغال المفرط في مسائل الأسرة. مما يؤثر على الحياة المهنية.

5- التأثير على صحة الآباء البدنية : الإرهاق النفسي يمكن أن يؤدي إلى مشاكل صحية مثل اضطرابات النوم، ارتفاع ضغط الدم، والآلام الجسادية (mikolajczak, Aunola, sorkkila, & roskam, 2023, pp. 8-9)

- الإرهاق الوالدي له عواقب أيضا فيما يتعلق الأمر بالأطفال، فقد حدثت زيادات كبيرة في سلوكيات الإهمال والعنف الوالدي، وكلما زادت حدة أعراض الإرهاق الوالدي، كلما زادت وتيرة الإهمال والعنف. ومع ذلك، ده تجدر الإشارة إلى أننا نرى أولا إهمال للاحتياجات الطفل العاطفية ثم إهمال الاحتياجات المادية، نرى أولا العنف اللفظي، ثم الصراخ الهستيري. لا يظهر العنف الجسدي إلا عندما يكون الإنهاك الوالد شديدا في الواقع.

لم يعد يتعرف على نفسه، غالبا ما يكون الوالد الذي يعاني من الإرهاق، وهو الوالد الذي أراد القيام بعمل جيد للغاية بالفطرة.استنفذ نفسه، وأصبح عكس ما كان يريد أن يكون.

الآباء والأمهات في حالة الإرهاق الأبوي غالبا ما يعبرون عن حزنهم وخيبة أملهم في تطور حياتهم العائلية، كما لو أن الحب الذي جلب، هل تكفلهم لم يعد كافيا لتجنب تجاوزاتهم وسلوكهم العداء. يرتبط هذا لأ، الوالدين بالشعور بفقدان الطفل الذي يظن أنه يعرفهم، والذي شعر أنهم يهربان منه تدريجيا)شويخي &سبع بروايل, 2023 , p. 516)

وحسب دراسة أجرتها (mikolajczak, brianda, avalosse, & roskam, 2018)أن النتيجة الأخيرة للآباء الذين تم التحقق معهم هنا تتعلق بالنوم أفادت جميع الآباء والأمهات الذين يعانون من الإرهاق والذين قابلتهم و أجريناه معهم مقابلات باضطرابات النوم، وهذا ليس مفاجئا فقد أظهرت دراسات متعددة وجود صلة دائرية

ثنائية الاتجاه بين اضطرابات طيف التوتر بما في ذلك الإرهاق، وأن وم، ومن ناحية، يتمثل قلة النوم من الموارد اللازمة لإدارة التوتر.

عن الاحتراق النفسي الوالدي، وهي مقياس الاحتراق النفسي الوالدي الموجز الذي تم تطويره من قبل يساعد هذا المقياس في مبكر على علامات الاحتراق النفسي الوارد، واتخاذ الخطوات اللازمة قبل أن تتفاقم الحالة .

إدراك الوالدين فكرة الاحتراق الوالد ومعالجتها يساعد كثيرا في الحد من المشكلة، بل قد ينهيها تماما، إذ ما تم أخذ بعين الاعتبار وتم معالجة أسبابها، ومحاولة إيجاد حلول عملية لها.

6-علاج احتراق النفسي الوالدي :

علاج الاحتراق النفسي الوالد يعتبر موضوعا معقدا يتطلب ال نهجا متكاملا. بالرغم أن الاحتراق النفسي الوالدي يمكن أن تكون له عواقب كبيرة، فإن الأدبيات المتوفرة حول العلاجات لا تزال محدودة جدا.

على وجه الخصوص، لا توجد دراسات حول العلاجات الدوائية لهذا النوع من الاحتراق النفسي، لكن هناك بعض الدراسات التي تناولت العلاجات النفسية و وجدت نتائج إيجابية.

على سبيل المثال، أظهرت دراسة أجراها (brianda, et al., 2020) أن العلاج الجماعي الذي استمر لمدة ثمانية أسابيع، يمكن أن يقلل من أعراض الاحتراق النفسي لوالدي بما في ذلك الإهمال والعنف، بنسبة% 30

بالإضافة إلى تلك، كان العلاج الجماعي قادرا على إعادة مستويات اللورتبزول وهو هرمون مرتبط بالتوتر إلى مستوياتها الطبيعية.

ثلاثة، هذه النتائج تقدم بعض التفاؤل، ولكن يجب أخذ الحذر عند تفسيرها، لأن الوقاية من الاحتراق النفسي الوارد لا تزال نادرة.

يجب أن نأخذ في الاعتبار أنه لا توجد دراسات حول الوقاية من الاحتراق النفسي الوالدي تكون أكثر ضررا عندما يصل إلى المرحلة الثانية وهي مرحلة التباعد العاطفي عن الاطفال أو حتى عن نفسه وأوضح (hansott, nguyen, roskam, stinglhamber, & mikolajczak, 2021) أن هذه المرحلة يمكن ان تكون لها تأثيرات طويلة الأمد على العلاقات العائلية .

ولكن يمكن تجنب الوصول الى هده المرحلة اذا تم التعرف على الاحتراق النفسي الوالدي في وقت مبكر واتخاذ الإجراءات الوقائية قبل ان يتطور في هذا السياق تم تطوير أداة الكشف المبكر عن الاحتراق النفسي الوالدي، وهي مقياس الاحتراق النفسي الوالدي الموجز الذي تم تطويره من قبل, (aunola k. , et al., 2021) يساعد هذا المقياس في التعرف المبكر على على مات الاحتراق النفسي الوالدي، واتخاذ الخطوات اللازمة قبل أن تتفاقم الحالة.

إدراك الوالدين فكرة الاحتراق الوالدي، ومعالجتها يساعدان كثيرا في الحد من المشكلة، بل قد ينهي انها تماما إذا ما أخذت بعين الاعتبار، وتم معالجة أسبابها، ومحاولة إيجاد حلول عملية لها.

كل ما في الأمر أن إنقاذ نفسك هو أمر حتمي لإنقاذ من حولك، تماما كما تملي علينا تعليمات الطائرة، وأن تبدأ بنفسك يعني أن تتوازن في عطائك الوالد دون إفراط بدافع الخوف والحب والاهتمام، لأنك بشر بقدرات محدودة، و لست شخصا خارقا يخزن لا يفرغ.

و من وجهة نظري الشخصية أرى بأن الاحتراق النفسي الوالد يحدث نتيجة تشابك عدة عوامل، نجد منها الاستهلاك المستمر للطاقة وقلة النوم، إضافة إلى الشعور بالذنب، خاصة عندما يرفع الوالدين سقف آمالهم اتجاه أولادهم، أو عدم قدرتهم على تقديم الأفضل للأطفال عليهم، حسبهم كل هذا ونظيف إليه عادة، أيامهم بالتعبير عن مشاعرهم الشعور بالإرهاق والتعب من الوضع الذي يكونون فيه، هذا ما يؤدي إلى

تراكم كل تلك الضغوط، ومع استمرارية كبتها، واستمرار الآباء استنزاف طاقاتهم في رعاية الأطفال وتلبية احتياجاتهم. وفي الاعتناء بالأمور أخرى غير ذلك، لكن كلما طالت مدة ذلك الشعور الداخلي تمام القدرة على التحمل، ستبدأ أعراض الإرهاق تظهر على الآباء أو أحدهما، من خلال تحول ذلك الاهتمام إلى إهمال، مع ظهور سلوكيات مغايرة للسلوك المعتاد كالقلق بسرعة، والنرفز الصراخ، عدم القيام بالأمومة أو الأبوة كما كان في السابق، وقد يصل بهم الإرهاق والاحتراق النفسي ل درجة القيام بأمور خطيرة تتناول المخدرات أو الانتحار، ولمنع الوصول لكل هذا لا بد من توعية الأولياء وزيادة معرفتهم بكل ما يخص تربية الأولاد كيفية تحديد الأولويات بالتركيز على الأمور الأساسية دون الشعور بالضغط، مع تشجيعهم على التعبير عن مشاعرهم سواء للآخرين أو حتى لأنفسهم، دون الشعور بالخجل أو الذنب، لذلك وفي حال حدث، وبدأ الآباء في الشعور بظهور تلك الأعراض التي سبق وذكرتها لا بد من طلب الدعم دون الشعور بالخجل، سواء من شركاء حياتهم أو من عائلاتهم وأصدقائهم، وعدم تحمل أعباء تفوق قدرة تحمل هم، لأن هذه المتلازمة خطيرة حقا، ولا يجب الاستهانة بعواقبها، سواء على الأولياء وعلى الأسرة ككل.

خلاصة الفصل :

من خلال كل ما سبق ذكر، نتواصل إلى أن الاحتراق النفسي الوالدي وليدة الضغوطات و المسؤوليات المتراكمة على الأم والأب دون التنفيس لا يخلق فجوا نفسية يمكن أن تتأزم حقا مع الوقت، لذلك لا بد من الوعي بالحالة النفسية للآباء، والسعي لاتخاذ الخطوات العلاجية في وقت مبكر. في هذا ظهور أعراض الاحتراق النفسي الوالدي عليهم فدي الوقوع فيه دون الشعور بالذنب، أو بالخجل من اتجاه تلك الخطوات، لأن بذلك أعتقد الأولياء أنفسهم من احتمالية وقوع أمور سيئة، سواء لشخصهم أو لباقي أفراد الأسرة، وذلك لأن هذه المتلازمة لا تكتفي بتدمير الآباء فقط، بل تمتد وتمس باقي أفراد الأسرة.

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس:

الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

1. الواسة الاستطلاعية
2. تقديم حالة
3. منهج الواسة
4. مكان اجواء الواسة
5. عينة الواسة
6. اوات جمع البيانات
7. الاساليب الاحصائية
8. كيفية اجواء الواسة

خلاصة الفصل

تمهيد:

تعتبر الدراسة الميدانية اسقاطا لما جاء في الجانب النظري للبحث، ولا يمكن القيام بهذه الدراسة دون اطار منهجي لها يسمح بتحديد وتنظيم المعلومات التي يجب الحصول عليها بهدف الوصول الى استخلاص نتائج ميدانية تقود الى التأكد من صحة الفرضيات الموضوعة، وتتوقف قيمة النتائج لأي بحث علمي على الضبط الدقيق للإجراءات المنهجية المتبعة ولا بد من التطلع على الظروف التي سيتم فيها إجراء هذا البحث الميداني لهذا جاءت الدراسة الاستكشافية التي مهدت له، والتي اعتبرت مرتكز للبحث الميداني وذلك نظرا لأهميتها في مساعدتنا على تطبيق أدوات البحث، وعلى هذا الأساس قمنا في هذا الفصل بالتطرق الى الدراسة الاستطلاعية وتحديد المنهج المناسب وأيضا أدوات جمع البيانات والأساليب الإحصائية المناسبة المعتمد عليها في عرض وتحليل النتائج.

1-الدراسة الاستطلاعية:

تُعد الدراسة الاستطلاعية خطوة هامة وأساسية في أي بحث علمي، إذ تساعد الباحث على التعرف الميداني على البيئة التي سيتم فيها إجراء الدراسة، كما تمكّنه من الاطلاع على الإمكانيات المتوفرة والوسائل اللازمة التي قد تسهّل سير البحث.

وتكمن أهمية هذه المرحلة أيضًا في الاستعانة بأصحاب الخبرة والمختصين والمهتمين

بموضوع الدراسة، من خلال استشارتهم ومعرفة آرائهم وأفكارهم، والتي قد تُثري العمل وتوجهه بالشكل المناسب. وتُعتبر الدراسة الاستطلاعية مرحلة استكشافية أولى، ذات ارتباط مباشر بالميدان، إذ تسمح للباحث بالحصول على معطيات أولية حول موضوع بحثه، كما تتيح له التعرّف على الظروف والإمكانيات المتاحة، ومدى صلاحية الأدوات المنهجية المستعملة في دراسة متغيرات البحث.

وقد أشار (بن كيحول و طيباوي، 2017، صفحة 207) إلى أن: "الدراسة الاستطلاعية تسمح بالحصول على المعلومات الأولية حول موضوع البحث، كما تسمح بالتعرف على ظروف وإمكانيات الميدان ومدى صلاحية الوسائل المنهجية المستعملة."

وتكمن فائدتها كذلك في تجنّب الصعوبات المحتملة ورفع الغموض حول خطوات البحث، من خلال إجراء مراجعة عامة على كيفية تطبيق أدوات الدراسة، بما يضمن سيرها بالشكل الحسن والمخطط له.

عرض المنهجية المتبعة في الدراسة الاستطلاعية

في إطار إنجاز هذه الدراسة، قمنا بطلب تصريح رسمي من إدارة قسم علم النفس العيادي بجامعة مولود معمري بتيزي وزو – قطب تامدة، يسمح لنا بالدخول إلى المؤسسات النفسية–البيداغوجية الخاصة بالأطفال المعاقين ذهنيًا، بالإضافة إلى الجمعيات الناشطة في هذا المجال.

وقد امتدت الدراسة الاستطلاعية لفترة تتراوح ما بين أربعة إلى خمسة أشهر، بداية من المصادقة على عنوان المذكرة. تمثلت أولى خطواتنا في الاتصال بالمؤسسات والجمعيات وتقديم الطلبات للمسؤولين البيداغوجيين من أجل شرح هدف الدراسة ومجالاتها. كان الغرض الأساسي من هذه الخطوة هو تحديد العينة المناسبة، والتعرف على أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون أو اضطراب طيف اضطراب طيف التوحد، ممن يعانون من الاحتراق النفسي وصعوبات في تقبّل إعاقة أبنائهم.

أجرينا المقابلة الأولية مع الأولياء في جمعية "رحمة يونس – دلس"، حيث مكنتنا هذه الخطوة من توضيح منهجية العمل واختيار المسار الأنسب. ثم تنقلنا إلى عدة مؤسسات أخرى، من بينها مستوصف "بغلية" و"برج منايل" ومركز التكوين المهني بدلس وحتى الى المنازل وبعض معارفنا و حتى انتقلنا الى روضات الاطفال، مما سمح لنا بتوسيع نطاق العينة.

اعتمدنا في الدراسة على تطبيق مقياسين: مقياس الاحتراق النفسي الوالدي، ومقياس القبول والرفض الوالدي لدى الابناء، على عينة تتكون من 85 وليًا و50 طفلًا معاقًا. وقد واجهنا بعض الصعوبات في تطبيق المقياس على الأطفال نظرًا لصعوبة فهمهم للأسئلة، الأمر الذي اضطرنا إلى تبسيطها وتمثيلها بأساليب أكثر وضوحًا، لضمان استيعابها والتجاوب معها.

جاء هذا التكييف بناءً على نتائج تحليلية وإحصائية أولية أكدت صدق وثبات أدوات القياس، مما عزز من فعاليتها ودفعنا للاستمرار في إنجاز الدراسة وفق المعايير العلمية. وقد أسفرت هذه الدراسة الاستطلاعية عن نجاحنا في ضبط العينة المستهدفة، وفهم مدى استيعابها لبنود المقياس، والتأكد من الخصائص السيكومترية المتمثلة في الصدق والثبات.

2.تقديم الحالة ام صهيب :

السيدة ام صهيب تبلغ من العمر 39 سنة ، ربة منزل ، مستواها التعليمي هو الثانية ثانوي اما بالنسبة للحالة الاقتصادية فهي متوسطة كما انها متزوجة و ام ل 3 اولاد تم تشخيص ابنها باضطراب طيف التوحد لما كان يبلغ العمر 3 سنوات .

كان العمل مع (أم صهيب) خلال المقابلة يجري بسهولة و كان التعامل معها سهلا لا يظهر عليها أي من مظاهر القلق أو التوتر, كانت تتفاعل معنا بمرونة طوال المقابلة.

بالنسبة للحمل فقد كان حملا مرغوبا فيه , و الحالة الصحية خلال فترة الحمل كانت جيدة و مستقرة و الولادة كانت سهلة , و بخصوص الإصابات لم تتعرض لأمراض أوإصابات خطيرة إلا أنها أشارت قد تعرضت لمرة واحدة بضربة نافذة لقولها (خبطتني تاقة وحد المرة و وجعتني بزاف). ردة فعلها عند اكتشاف الإضطراب متفاجئة و مصدومة لقولها: "وليدي كان نورمال طلعتلو الحمة كي دخل لسبيطار عاود خرج كشغل واحد تكودا حبس"

و ذلك بعد ملاحظتها لطفلها و قلة تجاوبه السمعي البصري و انقطاعه عن الكلام , حيث تم اكتشاف الإضطراب بعد أن أصيب بالحمى و ارتفاع كبير ل درجة الحرارة

(أكثر من41) لقولها :" مرضلي طلعتلو الحمة و دخلتو للسبيطار و ما حبتش تهبطلو كي خرج حسيتو مكاين والو ما يتفاعلش معايا "و بعدها بدأت بمتابعته لدى أخصائية نفسانية و أخصائية أرطفونية . كما أنها متقبلة لحالة طفلها تراه مثل اي طفل عادي و تحاول دمجه في المجتمع وتعرفه عللى كل شيئ في الخارج و تتابع معه بالبرامج التدريبية و العلاجية هذا السلوك (التقبل) هو ما تم الاشارة اليه في دراسة (غزالي، 2021) في دراستها حول استراتيجيات التكيف لدى امهات الاطفال ذوي اضطراب طيف التوحد و التي اشارت الى ان المرونة و التقبل يرتبطان بانخفاض مستويات الاكتآب و القلق ، كما أنها تجد صعوبات في العناية به خلال يومها (نمدلو كامل وقتي حتى وليت نحس راني مقصرة في خوه). لا تواجه صعوبة في التعامل مع الأخرين و علاقاتها عادية , و لكن تعاني من كلام الناس أحيانا لقولها : " كلام الناس يوجع نجبد عليهم باش ما نسمعش الإنتقادات , ما نحبش لي يعايرلي وليدي " أما العلاقة مع الزوج فتميزت بالإستقرار لقولها : " يدعمني نفسيا و هو سندي في هاذ لحياة".كما أنها لا تشعر بالإحراج بسبب ابنها و تأخذه للأماكن العمومية و تحاول تصحيح سلوكياته في حال تصرف اي تصرف غير صحيح . إلا أنه تواجه صعوبات في الحياة بسبب عنايتها بابنها و تعاني من بسبب غيرة أخوه منه و مقارنته لتعاملها معه كما أنها اشارت إلى التغير الكبير الذي طرأ على حياتها منذ إنجابها لطفل توحدي لقولها : " تبدلت حياتي بزاف ما كنتش نخرج بزاف مع وليدي وليت نخرج كل يوم" , لديها مشاعر حب كبيرة إتجاه ابنها و تراقب تطوره تدريجيا و متيقنة من إمكانية تحسنه كما أنه يحظى بمعاملة خاصة مقارنة بباقي إخوته لقولها " هو الصغير و عندو ظروف تحتاج إهتمام كثر " بالنسبة لمشاعر الخوف و البكاء فهي نادرة الحدوث و تفضل البقاء مع ابنها لأطول مدة عوض الإختلاط مع الناس و المشاركة في المناسبات الولائم.

لديها خوف من المستقبل و ترى أن التعامل مع ابنها المصاب سيكون أكثر صعوبة هذا اشارت اليه (ابراهيم خليل، 2021)في دراستها التي سعت من خلالها الى التعرف على مستوى الضغوط النفسية و الخوف من المستقبل لدى امهات الاطفال ذوي اظطراب طيف اضطراب طيف التوحد و توصلت الى ان امهات الاطفال ذوي طيف اضطراب طيف التوحد لديهم درجة عالية من الضغوط النفسية و درجة عالية من القلق من مستقبل اطفالهن و وجود أمل و تفاؤل بتحسن حالته للأفضل. و تقديمها لكل الإمكانيات التي تملكها و كل الوقت الممكن لقولها : " نعطيه% 90من وقتي" وهذا مع وجود صعوبة في التوفيق بين الأسرة و الطفل و العناية بنفسها و الوقت غير كافي للتوفيق بينهم بالنسبة لها.

عرض و مناقشة نتائج مقياس الاحتراق النفسي الوالدي

الجدول رقم (2) يمثل نتائج مقياس الاحتراق النفسي الوالدي :

البعد	الإرهاق العاطفي و الجسدي	التشبع و فقدان المتعة	الابتعاد العاطفي عن الاطفال	تبدد الشخصية	ال درجة الكلية
ال درجة	20 درجة	8 درجة	5 درجة	6 درجة	درجة39
الوسيط	31,5	17,5	10,5	21	

من خلال الجدول رقم (2) و من خلال تقديم المقياس الاحتراق النفسي الوالدي أوضحت النتائج انه الحالة لا يظهر عليها احتراق نفسي حيث تحصلت على درجة كلية تقدر ب 39 درجة و هي درجة اقل من متوسط المقياس حيث تحصلت على 20 درجة في بعد الإرهاق العاطفي و الجسدي و هي نسبة قريبة من متوسط البعد

الأول الذي قدر بـ 31,5، اما بعد التشبع و فقدان المتعة فقد تحصلت الحالة على 8 درجات و هي نسبة قريبة من متوسط البعد الثاني الذي قدر بـ17,5 ، اما بعد الابتعاد العاطفي عن الأطفال فقدر بـ 5 درجات و هي نسبة قريبة من متوسط البعد الثالث الذي قدر بـ 10,5، و أخير بعد تبدد الشخصية حيث تحصلت الحالة 6 درجات و هي نسبة قريبة من متوسط البعد الرابع الذي قدر بـ 21.

عرض ومناقشة نتائج مقياس القبول والرفض الوالدي: (صهيب)

جدول رقم(3) يمثل نتائج مقياس القبول والرفض الوالدي لام صهيب

المقياس		درجة القبول و الرفض	ال درجة الكلية
صورة القبول عند الام والاب	الاب	45	91
	الام	46	
صورة الرفض عند الام والاب	الاب	14	30
	الام	16	

من خلال الجدول رقم (3) التالي وتطبيقنا لمقياس الرفض والقبول الوالدي على صهيب توصلنا الى قبول والدي مرتفع وفقا لنتائج التالية :

46 درجةمن نسبة القبول عند الام 45 درجة من نسبة القبول عند الاب و المجموع الكلي ل درجة القبول الوالدي قدرت ب 91 درجة أما درجة الرفض عند الاب فقدرت ب 14 درجة و درجة الرفض عند الام قدرت ب 16 درجة اما المجموع الكلي لدرج الرفض الوالدي فهي 30 درجة اي حسب التعليمة التي سبق ذكرها نستنتج أن درجة القبول 91 درجة أكبر من درجة الرفض التي هي 30 درجة مقارنة بال درجة الكلية لكل بعد والتي قدرت ب95 درجة وبتالي فان درجة القبول الوالدي مرتقة في هذه الحالة.

تحليل نتائج مقياس الاحتراق النفسي الوالدي

بعد تطبيق مقياس الاحتراق النفسي الوالدي على السيدة ام صهيب و اجابتها عليه تحصلنا على ال درجة الكلية للمقياس المطبق و التي بلغت 39 درجة و بما انها اقل من متوسط المقياس و التي بلغت درجة 73 فان الحالة لا تعاني من احتراق نفسي كما اننا نشهد غيابا للاحتراق في كل ابعاد المقياس (بعد الارهاق العاطفي و الجسدي ، بعد التشبع و فقدان المتعة ،بعد الابتعاد العاطفي عن الاطفال ، بعد تبدد الشخصية) و سنوضح ذلك من خلال الاشارة لبعض اجابات الحالة في كل بعد من الابعاد المذكورة.

_بعد الارهاق العاطفي و الجسدي: في هذا البعد لم تظهر الحالة انهاك نفسي او جسدي كما ان الدعم الكبير و المساندة التي تلقتها من زوجها و افراد اسرتها ساهمت في ذلك و قد تجى ذلك في اجابتها على المقياس كما توافقت مع تصريحات الحالة و من اجابات الحالة على المقياس نجد اجابتها على البند(1) انا متعب(ة)للغاية من دوري كوالد(ة) ل درجة انه لدي انطباع ان النوم لا يكفي و اجابت عدد من المرات في العام او اقل و درجته هي (2).

_بعد التشبع و فقدان المتعة :من خلال درجة هذا البعد نستنتج بان الاحتراق غاب في هذا الجانب بمعنى ان ام صهيب لا تعاني من ارهاق في دورها الامومي كما توافقت تصريحاتها مع اجابتها على بنود المقياس كمثال على ذلك نجد اجابتها على البند(6)لم اعد اتحمل كوني والد(ة) و قد اجابت مطلقا/ابدا و الذي تبلغ درجته (1).

بعد الابتعاد العاطفي عن الاطفال:من نتيجة هذا البعد نستنتج بان الحالة لا تظهر ابتعاد عاطفي عن طفلها كما ان العلاقة بينها و بين اطفالها جيدة و قدد توافق ذلك مع ما صرحت به الحالة و يتضح ذلك في اجاباتها على بنود هذا البعد مثل البند (20)لم يعد بإمكاني ان اظهر لأولادي مدى حبي لهم و قد اجابت مطلقا/ابدا و الذي درجته (1).

بعد تبدد الشخصية:لا تعاني الحالة من احتراق في هذا البعد أي ان السيدة "ام صهيب" تملك احساس و ادراك عالي بذاتها كام و ذلك يعود للدعم الكبير الذي تتلقاه و خاصة من زوجها و يظهر ذلك في البند رقم (18) لم اعد فخور(ة) بنفسي كوالد/ كوالدة و اجابت عدد من المرات في العام او اقل و درجته هي (2).

نستنتج مما سبق ذكره ان السيدة ام صهيب لا تعاني من احتراق نفسي كما ان اجاباتها على المقياس قد توافقت مع تصريحاتها و كل الابعاد الخاصة بهذا المقياس قد عرفت درجات منخفضة و غاب فيها الاحتراق .

تحليل تائج مقياس القبول والرفضض الوالدي:

بعد تطبيق مقياس القبول \والرفض الوالدي المكيف لى البيئة الجزائرية من طرفف (مصطفى بعلي)و(عبد الحق بركات) الذي تم نشره في 2021\03\31 على الحالة (صهيب) تحصلنا في بعد القبول الوالدي على 91 درجة من أصل 95 درجة فتبين لنا أن درجة القبول مرتفعة لانها اقرب من ال درجة العليا 95 درجة حسب المقياس حيث كانت معظم اجاباته هي اختيار البديل (دائما)

اما بالنسبة لبعد الرفض الوالدي في هذه الحالة فتحصل (صهيب) على 30 درجة من اصل 95 درجة فتبين ان لديه منخفض متوسط من الرفض الوالدي حيث كانت معظم اجاباته (أبدا)

خلاصة الحالة :

بالمقارنة بين نتائج الحالة في المقابلة النصف الموجهة و اسستجابة الحالة على مقياس الاحتراق النفسي الوالدي و استجابة ابنها صهيب على مقياس القبول/الرفض الوالدي يتبين لنا بان السيدة ام صهيب قد تحصلت على ال درجة الكلية 39 درجة و هذا ما يدل على ان الحالة ليس لديها احتراق و اما نتيجة مقياس القبول/الرفض الوالدي فقد بلغت 91 درجة بمعنى ان في هاته الحالة يوجد قبول والدي و ذلك راجع الى عدة عوامل اهمها الدعم و المساندة الاجتماعية و

خاصة السرية هـ فيلعب الدعم الاجتماعي دورا كبيرا في تحقيق الرضا عن الحياة لدى آباء و امهات ذوي الاعاقة الذهنية هذا ما تم تاكيده من خلال دراسة (نويبات و بن عمر، 2021)التي اكدت على وجود علاقة ارتباطية بين الدعم الاجتماعي و الرضا عن الحياة لدى اباء و امهات ذوي الاعاقة

2-منهج الدراسة:

إن اختيار منهج البحث في دراسة أي موضوع لا يأتي من العدم أو نتيجة اختيار عشوائي أو نتيجة ميل الباحث لمنهج معين دون مناهج أخرى وإنما ذلك تفرضه طبيعة البحث قيد الدراسة، فالمنهج يعتبر الطريقة التي لا يستطيع الباحث الاستغناء عنها في بحثه وعمومًا فإنه يختلف من دراسة إلى أخرى حسب طبيعة ومشكل وموضوع البحث.

وفقا لطبيعة الدراسة الحالية واشكالية الدراسة وفرضياتها قمنا باستخدام المنهج احصائي الوصفي التحليلي الذي يركز على دراسة الظاهرة كما هي في الواقع ويهتم بوصفها وصفًا دقيقًا، من خلال تعبير نوعي أو الكمي الذي يعطي وصفًا رقميًا يوضح مقدار الظاهرة. (ملحم، 2007)،ولغرض عرض الحالات المنهجية ، اعتمدنا على المنهج العيادي الذي يعرف على أنه الدراسة المعمقة للشخصية كحالة فردية (عادية أم مرضية)، يستهدف فهم الحالة الراهنة لسلوك الفرد اعتمادًا على معطيات تاريخه الماضي وأدائه الحاضر، بغية تشخيص الحالة آنيًا مع تقدير أو التنبؤ بمستقبلها، ثم الانتقاء بعد ذلك للطرق العلاجية المناسبة. (ابرهيم و عبد الله، 2008)

3-مكان وزمان إجراء الدراسة:

اجريت الدراسة الميدانية في مجموعة من المؤسسات والجمعيات والمراكز الصحية . و التي تقع جغرافيا في ولاية بومرداس ومحيطها و هي كالتالي :

1.جمعية يونس رحمة بدلس

2.مركز التكوين المهني بدلس

3.مستوصف يمينة مزاري (بلدية بغلية)

4.مستوصف وحدة الكشف و المتابعة المدرسية (بلدية برج منايل)

كما زرنا بعض الحالات التي تعذر عليها علينا الاتصال بها بالمؤسسات في منزلها الخاص ، اضافة الى (روضة الامل ببغلية)

زمن إجراء الدراسة:

تمت عملية جمع البيانات خلال فترة زمنية امتدت لحوالي خمسة أشهر، بدأت من ديسمبر 2024 بعد الموافقة الرسمية على عنوان المذكرة، واستمرت إلى نهاية شهر أفريل، وهو ما تطلب وقتًا طويلًا نظرًا لطبيعة الفئة المستهدفة والصعوبات المتعلقة بالتواصل مع أولياء الأمور والحصول على استجاباتهم.

4-عينة الدراسة:

تعتبر عينة الدراسة محطة رئيسية للباحث في دراسته حيث يستلزم على الباحث أن يختار عينة تمثل مجتمع البحث بغرض تحقيق أهداف البحث والتي تساعد في الوصول الى نتائج منطقية.

4-1-طريقة اختيار العينة:

_عدد الاولياء المشاركين: 30 أم و أب.

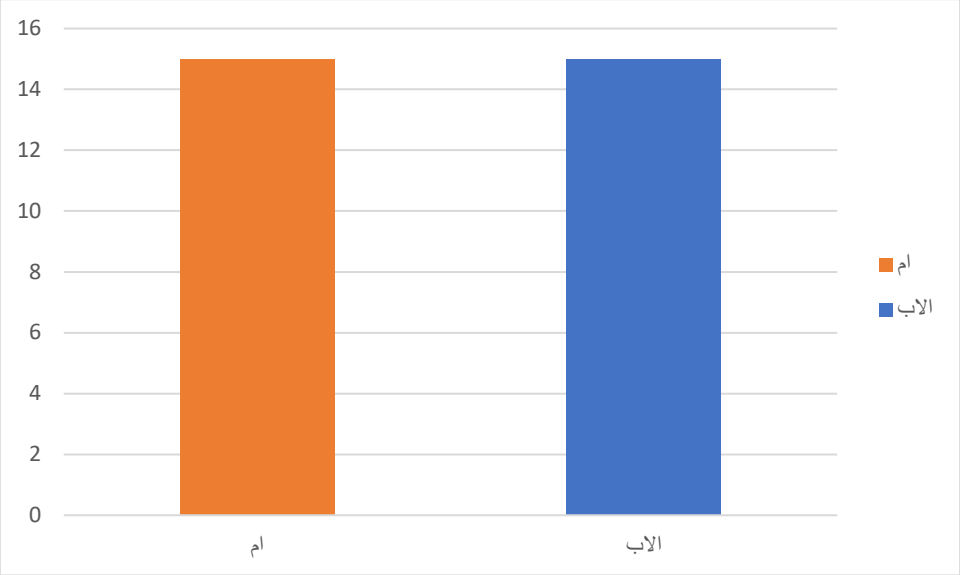
عدد الاطفال المشاركين: 30 طفل.

4-2-خصائص عينة الدراسة

4-2-1-خصائص العينة حسب الجنس:

جدول رقم(4) توزيع أفراد العينة حسب الجنس

الجنس	التكرار	النسبة المئوية
ام	15	%50
الاب	15	%50
المجموع	30	%100



(الشكل رقم (1) اعمدة بيانية لتوزيع أفراد العينة حسب الجنس)

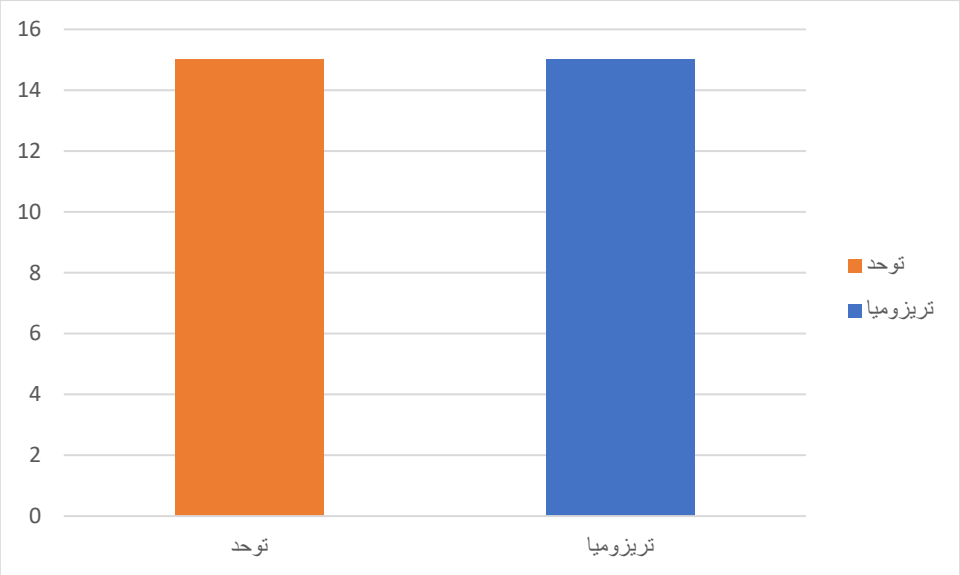
من خلال الجدول رقم (1) والشكل رقم (1) نلاحظ أن عدد الأمهات و الاباء قدر عددهم ب **(15)** بنسبة مئوية تقدر ب (50%)، لكل منهما .

4-2-1-خصائص العينة حسب نوع الاعاقة:

جدول رقم(5) توزيع أفراد العينة حسب نوع الاعاقة

نوع الاعاقة	التكرار	النسبة المئوية
توحد	15	%50
تريزوميا	15	%50
المجموع	30	%100

المصدر : من اعداد الطلبة بالاعتماد على برنامج spss 23



(الشكل رقم (1) اعمدة بيانية لتوزيع أفراد العينة حسب نوع الاعاقة

من خلال الجدول رقم (1) والشكل رقم (2) نلاحظ أن افراد العينة كانوا من ذوي إعاقة اضطراب طيف التوحد و متلازمة داون بنسبة متساوية حيث قدر عددهم ب (**15**) بنسبة مئوية تقدر ب (50%) لكل منهما

5-ادوات جمع البيانات:

1-المقابلة النصف موجهة

5 .1المقابلة العيادية النصف الموجهة:

إن المقابلة العيادية النصف الموجية ليست عيادية حرة ولا مقيدة بل تقع بين الاثنين حيث يكون فيها دور الفاحص هو الاستماع الى المفحوص والتدخل لغرض توجيهه فيما يخدم السير الحسن للمقابلة وهذا النوع من المقابلة يسمح للمفحوص التعبير بكل حرية (Chiland. 1983,p2)

تتكون هذه المقابلة من اربعة محاور أساسية تكمل بعضها البعض ، حيث قمنا بسياغة اسالة نصف موجهة حسب المحاور التالية:

المحور الأول :يتضمن البيانات الشخصية حول الوالدين والطفل، يهدف إلى جمع بعض المعلومات الشخصية حوليا.

المحور الثاني :يتضمن محور الصحة النفسية و ظروف اكتشاف متلازمة داون واضطراب طيف التوحد من طرف الأولياء وردود فعميم عند الإعلان

المحور الثالث: محور الأسرة والمجتمع تتمثل في تقبل الاسرة والمجتمع لطفل المعاق وضرتهم له ونضرت اسرته له ولوالديه بعدما رزقوا بطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة

المحور الرابع: يتضمن النظرة المستقبلية للوادين لدى طفلهم المعاق.

حيث قمنا بتطبيق المقابلة العيادية النصف موجهة مع اولياء الاطفال سواء الاب او الام.

5-2- مقياس رفض و قبول الوالدي

أعد هذا الاستبيان جابر نصر الدين للبيئة الجزائرية سنة 1999، لمعرفة إدراك الأبناء لمعاملة الأب والأم كل على حده، ويضم الاستبيان 54 عبارة صيغت بين الإيجاب والسلب وقدمت بشكل تناوبي، بحيث يجيب المفحوص على كل عبارة باختيار واحد من البدائل الأربعة وهي: (دائماً، أحياناً نادراً، أبداً) للمطابقة للعبارة تارة على معاملة الأب وتارة على معاملة الأم (بعلي و بركات ، 2021)وأسفرت هذه الخطوة على صياغة 40 فقرة بشكل أولي ثم توزيعها على بعدين للاستبيان:

-1**القبول الوالدي:** وهو الدفء والمحبة الذي يمكن للأباء أن يمنحوه لأبنائهم وقد يعبر عنه إما بالقول أو الفعل في أشكال السلوك، كالاهتمام بهم وبراحتهم واستحسان أفعالهم والفخر بسلوكهم، حيث يضم هذا البعد 20 فقرة.

2- **الرفض الوالدي:** هو الغضب والكره والمحبة من قبل الوالدين لأبنائهم، وهو يشير إلى السلوك الوالدي الذي يمكن أن يفسره الابن على أنه تعبير عن غضب والديه أو استيائه منهم وإهماله وعدم الاهتمام به، وعدم الرغبة حيث يضم هذا البعد 20 فقرة.

(6) أبعاد مقياس القبول/الرفض الوالدي وأرقام عبارته

الرقم	أبعاد المقياس	أرقام العبارات	المجموع الكلي
1	القبول الوالدي	1-3-5-7-9-11-13-15-17-19-21-23-25-27-29-31-33-35-37-39	20
2	الرفض الوالدي	2-4-6-8-10-12-14-16-18-20-22-24-26-28-30-32-34-36-38-40	20
	المجموع الكلي		**40**

بدائل الإجابة وتصحيح المقياس:

كانت الإجابة على الفقرات مرفقة بخمس بدائل على ميزان أو متصل كمي، ويسمى هذا الأسلوب بأسلوب التقدير الجمعي ليكرت Likert Summated Ratings، وهو من أشهر الأساليب استخداماً فهو لا يتطلب الوقت والجهد المبذول في الأساليب الأخرى، كما أن عدد البدائل الخمسة تساعد على زيادة درجة الثبات، حيث يزداد عدد البدائل المستخدمة.

ويتم تصحيح المقياس بحيث تقابل بدائل الإجابة (دائماً، غالباً، أحياناً، نادراً، أبداً) الدرجات (5، 4، 3، 2، 1) على الترتيب، حيث يجيب المفحوص على كل فقرة والتي صيغت 19 منها بالإيجاب لمعرفة مدى أو مستويات تقبل الأبناء من طرف والديهم ، و 19 الباقية صيغت بالسلب لمعرفة مستويات الرفض كما يدركه الأبناء من معاملة والديهم لأنه وزعت هذه العبارات بشكل تناوبي أي سؤال يليه سؤال موجب، وفي تعليمات المقياس يطلب من المفحوص اختيار واحد من البدائل السابقة المقابلة لمعاملة الأم ثم الأب كل على حده ويستخدم الجمع الجبري في حساب ال درجة الكلية التي يحصل عليها المفحوص من جانب الأب والأم كل على حده، وبالتالي تتراوح ال درجة

الكلية من هذا المقياس من (19 – 95) درجة، وال درجة المرتفعة تشير إلى قبول/رفض شديد من جانب الأب أو الأم

الصدق الظاهري:

من أجل التحقق من صلاحية الفقرات، تم عرض المقياس من طرف مصطفى بعلي و عبد الحق بركات مع التعريف النظري على 11 من الخبراء المختصين في علم النفس والقياس النفسي وبناء الاختبارات، وطلب منهم قراءة فقرات المقياس بدقة والنظر في صياغتها ومضمونها وأبعادها ومدى ارتباط كل فقرة بالبعد الذي تتبعه، وعلى المحكم أن يقرر ذلك حسب معيار كمي تدريجي من النوع الثلاثي، وعليه تم الإبقاء على العبارات التي أجمع عليها أكثر من 80% من المحكمين وفي ضوء آرائهم تم إجراء ما يلي:

أ- فيما يخص بعد القبول الوالدي تم تعديل صياغة بعض الفقرات واستبعاد فقرة واحدة لأنها لم تنل موافقة 07 من المحكمين أي بنسبة 63.6% من المحكمين وبذلك أصبح مجموع عبارات بعد القبول الوالدي 19 عبارة.

ب- فيما يخص بعد الرفض الوالدي تم تعديل صياغة بعض الفقرات واستبعاد فقرة واحدة لأنها لم تنل موافقة 10 من المحكمين أي بنسبة 90.9% من المحكمين وبذلك أصبح مجموع عبارات بعد الرفض الوالدي 19 عبارة.

ثبات المقياس

طريقة ألفا-كرونباخ

تم استخراج معامل ثبات مقياس القبول/الرفض الوالدي بهذه الطريقة لبعدي المقياس وكذلك لل درجة الكلية له والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (7) يوضح معامل ألفا–كرونباخ لجميع أبعاد المقياس وال درجة الكلية

	أبعاد المقياس	معامل ثبات ألفا–كرونباخ
صورة الأب	القبول	0.88
	الرفض	0.86
	ال درجة الكلية	0.64
صورة الأم	القبول	0.89
	الرفض	0.84
	ال درجة الكلية	0.91

يتضح من الجدول (7) أن قيمة معامل الثبات لل درجة الكلية للمقياس بلغت (0.91)، وهي قيمة مرتفعة تدل على ثبات المقياس.

1.5 مقياس الاحتراق النفسي الوالدي :

وفي هذه الدراسة اعتمدنا على مقياس الاحتراق النفسي الوالدي « PARENTAL BURNOUT TEST » ، وهو كان مقياس يدخل ضمن إطار التكيف العالمي الذي شمل مشاركة عدة دول من القارات الخمس، من بينها الجزائر حيث تم تطبيق هذا المقياس المكيف على عينة جزائرية (أمهات، آباء) من طرف الباحثة بدرة معتصم ميموني، أسامة مجاهدي ، نسيمة كلوّ ، وتم تكييف النسخة من مقياس الاحتراق النفسي الوالدي PBI.PARENTAL BURNOUT INVENTORY (ROSKAM ET AL., 2018)لمسائلتي من طرف MIKOLAJCZAK MOIRA , MARIE–EMILIE ROES , ISABELLE ROSKAMالذي قاموا

بتقنينه وملاءمته مع الأمهات الأول على عينة كبيرة من الوالدين. حيث احتوى هذا المقياس في نسخته الأصلية على 58 عبارة اصبح التكييف على 23 عبارة.

أما بدائل هذا المقياس فكانت 7 بدائل وهي كالتالي: مطلقا أبدا، مرة في الشهر أو أقل، مرتين أو أقل في الشهر، مرة في الأسبوع على الأقل، كل يوم، 6-7.

ويمكن تصنيف نتائج المقياس على أساس درجة الاحتراق النفسي الوالدي لدى أمهات و 3 مستويات: فقد يكون الاحتراق ب درجة عالية أو متوسط أو ب درجة منخفضة ويتم إعطاء درجات للإجابات حسب شرح" ليكرت "من 7 نقاط كالتالي:

مطلقا/أبدا-1، مرة في الشهر أو أقل-2، مرة في الشهر أو أقل-3، عدد من المرات في الشهر-4، مرة في الأسبوع-5، عدد من المرات في الأسبوع على الأقل-6، كل يوم-7.

في الجدول التالي يوضح أبعاد مقياس الاحتراق النفسي الوالدي:

جدول رقم (8): يمثل أبعاد الاحتراق النفسي الوالدي.

البعد	الرقم
الإرهاق العاطفي والجسدي	23،21،15،10،9،8،4،3،1
التشبع وفقدان المتعة	16،12،11،7،6
الانعزال العاطفي عن الأطفال	14،20،22
فقد الشخصية	19،18،17،13،5،2
المجموع الكلي	23 بند

خصائص السيكومترية للمقياس:

- **ثبات المقياس:** لتحديد ثبات المقياس ككل، وثبات أبعاده، وبنوده استخدمت الباحثة بدرة معتصم ميموني، أسامة مجاهدي ، نسيمة كلو على التجزئة النصفية (فردي–زوجي) ومعادلة "ألفا كرونباخ" (ALPHA DE CRONBACH)، وتبين أن المقياس يتميز ب درجة عالية من الثبات حيث كانت الدرجات ثباته تقدر بـ 0.94.
- **صدق المقياس** :للتحقق من صدق المقياس اعتمدت الباحثة بدرة معتصم ميموني و زملائها على صدق الترجمة بقصد به أن يتم ترجمة المقياس ثم عرضه على مجموعة من الخبراء في اللغتين (اللغة الأصلية واللغة العربية) الذين تم إجراؤها لوضع ملاحظاتهم على العبارات غير جيدة واقتراح صياغات بديلة لها

6-الاساليب الاحصائية

بعد استرجاع الاستبيانات قمنا بفرزها وتفريغها ومعالجتها عن طريق برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS وقد تم استخدام الاساليب الإحصائية التالية:

- معامل الثبات ألفا كرونباخ لحساب الثبات.
- معامل T.test لحساب الفروق .
- النسب المئوية لحساب التكرارات.
- المتوسط الحسابي لحساب المستويات.
- الانحراف المعياري.

7-كيفية اجراء البحث:

لقد قمنا بالتنقل الى المؤسسات الاستشفائية و جمعيات خاصة بالاطفال ذوي الاحتيجات الخاصة اضافة الى روضات الاطفال التي وافقت على قيامنا بالبحث الميداني في مؤسساتهم اضافة الى تنقلنا الى العديد من المنازل حيث تتوفر عينة الدراسة و في كل مرة نتوجه الى المؤسسات المذكورة سابقا نقوم بإعادة تقديم أنفسنا لكل والد أو ووالدة لديه او لديها طفل مصاب بمتلازمة داون او اضطراب طيف التوحد ثم نطلب منهم الموافقة على الاجابة على مقياس الاحتراق النفسي الوالدي اضافة الى اخذ موافقتهم على تطبيق مقياس القبول –الرفض الوالدي على ابنهم و ذلك مع تقديم شرح مختصر حول الهدف من قيامنا بهذه الدراسة و بعد الحصول على الموافقة سواء كان المعني ام او اب وزعنا عليهم مقياس الاحتراق النفسي الوالدي و قد استغرق مدة الاجابة على المقاييس مدة تتراوح ما بين 15 الى 20 دقيقة بحيث كنا نقوم بشرح العبارات الغير مفهومة و هنالك من طالب باخذ المقياس معه الى المنزل و اعادة تقديمه لنا في موعد اخر اما فيما يخص مقياس القبول–الرفض الوالدي فقد استلزم تطبيقه مدة اطول امتدت حوالي 40 دقيقة نظرا لصعوبة استيعاب كل من الاطفال المصابين بمتلازمة داون و اضطراب طيف التوحد عبارات المقياس هذا ما تطلب شرحا متكررا و مفصلا لكل بنود المقياس ، كما اننا كنا نقوم بترك عدد معين من أدوات الدراسة في هذه المؤسسات من اجل تقديمها الى الاولياء و الاطفال الذين لم تتاح لنا فرصة اللقاء بهم بمساعدة من اخصائيين في تقديم تلك الادوات ،كما قد اجرينا 5 مقابلات عيادية نصف موجهة مع خمس حالات من الذين طبق عليهم مقياس الاحتراق النفسي الوالدي و ذلك باستخدام دليل المقابلة مع شرح كل ما كان غير مفهوم للحالات و قد استغرقت كل مقابلة حوالي 45 دقيقة الى ساعة واحدة.

الخلاصة

تضمن هذا الفصل منهجية سير العمل الميداني حيت تم التأكد من صلاحية أداة جمع البيانات لتطبيقها في الدراسة الأساسية، بعدما تم حساب خصائصها السيكومترية في الدراسة الاستطلاعية، كما تمت الإشارة إلى تحديد المنهج المستخدم وتحديد مواصفات عينة الدراسة الأساسية والأسلوب الإحصائي المعتمد، والذي يمكننا من اختبار فرضيات الدراسة من خلال الدراسة الأساسية.

الفصل السادس:

عرض و تحليل وتفسير و مناقشة النتائج

تمهيد

1-عوض وتحليل دراسة حالة

2-عوض النتائج حسب مقاييس الدراسة

3- تفسير و مناقشة النتائج

4-استنتاج عام

خلاصة

اقتراحات

تمهيد

بعد تطرقنا في الفصل السابق الى تقديم الدراسة الاستطلاعية للميدان ومختلف أبعادها وكذلك التأكد من مختلف المؤشرات حول ميدان الدراسة والمنهج الأنسب لدراسة والأدوات والأساليب الإحصائية التي يجب العمل بها في هذه الدراسة، بحيث سنحاول في هذا الفصل اسقاط هذه الدراسة من خلال عرض نتائج المتحصل عليها وتحليلها ومناقشتها قصد التوصل إلى مدى تحقق فرضيات الدراسة.

1.عرض وتحليل نتائج الدراسة الاساسية:

1-1عرض و تحليل الحالات:

قبل ان نرض مجمل نتائج الدراسة الاحصائية سوف نعرض بض الاحالات النموذجية للحالات المشاركة في الدراصة

1-1-1 الحالة "مليكة" و ابنها "محمد"

السيدة مليكة تبلغ من العمر 35 سنة، ربة بيت، حاصلة على شهادة جامعية، من وسط اجتماعي واقتصادي متوسط. متزوجة وأم لثلاثة أطفال (ولدين وبنت). اكتشفت أن ابنها الأكبر، البالغ من العمر سبع سنوات، يعاني من اضطراب طيف التوحد عند بلوغه سنتين.

عرض وتحليل مضمون المقابلة

من خلال المقابلة النصف موجهة وتطبيق اختبار الاحتراق النفسي، جرت المقابلة كما يلي:

أثناء المقابلة كانت السيدة "مليكة" منهارة نفسيًا، ويبدو عليها القلق. ذكرت أنها لم تعانِ من مشاكل صحية أثناء الحمل، لكنها عانت من مشكلات عائلية معقدة، خاصة مع أهل زوجها، وهذا ما زاد من الضغط النفسي عليها. قالت: "هبلوني، ما خلاونيش كامل نتهنى بالحمل تاعي". أما بالنسبة لولادتها، فكانت طبيعية، لكن الطفل وُلد بلون أزرق، مما جعلها تقلق، وهذا دليل على نقص الأكسجين، لكن سرعان ما أخبرها الأطباء أنه أمر عادي يحدث في كثير من الحالات.

لاحظت الأم أن ابنها لا يتطور مثل أبناء عمه، حيث تأخر في النطق والتفاعل البصري، حيث قالت: "(عينيه كي نخزر فيه يخزر فالسما ويقعدو يلعبو)"، مما جعلها تبدأ بالبحث عبر الإنترنت لتكتشف أعراض اضطراب طيف التوحد. تحدثت مع زوجها، وأخذا الطفل إلى الطبيب وهو في عمر السنتين، فتم إبلاغهما أنه من المحتمل أن يكون توحديًا، لكن لا يمكن تأكيد التشخيص إلا بعد فترة.

بعد عام، أكدت الأخصائية النفسية وأخصائية الأرطفونيا التشخيص، وهنا تعرضت الأم لانهيار نفسي، وقالت: "بكيت بزاف، وما تقبلتش الأمر، رغم أني كنت شاكّة"، ودخلت في نوبة اكتئاب حاد. صرحت بأنها لم تعد تتحمل سماع صوت زوجها ولا التحدث مع أحد حتا انها لم تعد تهتم بابنائها، وكلما نظرت إلى ابنها، شعرت بالذنب والخذلان.

مرت مراحل تقبلها بصعوبة، ل درجة إهمال نفسها كليًا، حيث قالت: "(مصدومة، شعري ما وليتش نمشطو)". في هذه الحالة، نلاحظ أن السيدة "مليكة" قد مرت بمراحل نفسية شديدة التعقيد منذ لحظة الشك في إصابة طفلها باضطراب طيف التوحد وحتى مرحلة التشخيص المؤكد. الصدمة النفسية التي تعرضت لها شائعة بين الأمهات اللاتي يتلقين خبر إصابة أبنائهن باضطرابات نمائية، خاصة اضطراب طيف اضطراب طيف التوحد، حيث يترافق ذلك غالبًا مع الحزن، الإنكار، والشعور بالذنب (bekhet & Matel–Anderson, 2016). فقد عبرت السيدة عن هذه المشاعر بشكل واضح، مما يعكس المرحلة الأولى من الصدمة وفقًا لنموذج التكيف النفسي للأسر (Kubler–Ross model)، الذي يتضمن مراحل الإنكار، الغضب، التفاوض، الاكتئاب، ثم التقبل.

ونلاحظ من خلال ما ورد من كلام الحالة، أن الظروف العائلية الصعبة أثناء الحمل، خاصة الصراعات مع أهل الزوج، قد ساهمت في زيادة مستوى الضغط النفسي لديها، وهو ما يتفق مع ما أوردته الدراسات حول أن الضغوط النفسية أثناء الحمل قد تكون عاملًا مساهِمًا في تفاقم القلق والاكتئاب بعد الولادة (kingston, tough, & whitfield, 2012). أما عن الولادة، فإن ملاحظة تغيّر لون الطفل عند ولادته يشير إلى احتمال وجود نقص أكسجين خفيف، الذي وإن لم يُؤكد ارتباطه المباشر باضطراب طيف التوحد، إلا أن بعض الدراسات أشارت إلى وجود علاقة بين مضاعفات الولادة

وزيادة خطر الإصابة باضطراب طيف التوحد (kolevzon, gross, & Reihenberg, 2007)

لكنها بدأت تستعيد توازنها النفسي تدريجيًا بدعم من زوجها، الذي شجعها بكلمات إيمانية. قالت: "كون ماشي راجلي والإيمان تاعه، لو كان درت فروحي حاجة"، مما يُبين دور الدعم الأسري، خاصة من الزوج، في التخفيف من الصدمة النفسية. هذا يدل على أن نقطة التحول في حالة "مليكة" كانت الدعم الذي تلقته من زوجها، حيث ساعدها على تجاوز الاكتئاب والانعزال، أما بالنسبة لعلاقتها مع أهل زوجها، فكانت متوترة قبل الحمل، لكن بعد ولادة الطفل المريض، تغيرت بعض المواقف، حيث أظهرت حماتها بعض التعاطف. أما عائلتها، خاصة والدها، فقد دعموها بقوة. كما لاحظت تحسنًا في علاقتها بزوجها، الذي أصبح أكثر حنانًا واهتمامًا بها، وقالت: "سبحان الله، هذا الطفل خلّى باباه يحن عليّ، كنت نخمم في الطلاق، بصح تراجعت". على هذا الصدد نستخلص أن علاقتها المتوترة سابقًا مع أهل زوجها عرفت الكثير من التحسن اضافة الى تحسن اكبر فب طريق تعاملها مع باقي اولادها ، ما يبرز أثر ظهور التحديات الصحية للأسرة في تغيير مواقف بعض أفراد العائلة . أما علاقتها بوالدها فقد شكلت سندًا نفسيًا مهمًا. كما أن تحسن العلاقة الزوجية بعد أزمة الطفل يدل على التحول الإيجابي الذي قد يحدث أحيانًا داخل الأسرة تحت تأثير المصاعب، وهو ما يتماشى مع مفهوم "النمو من خلال الشدائد(Post-traumatic growth) "، الذي يشير إلى قدرة الأفراد على تحقيق نمو نفسي من خلال المحن (tedeschi & calhoun, 2004)

من جهة أخرى، قالت إن المجتمع يتعامل باحترام مع ابنها، مما يخفف عنها. وتحدثت عن أملها الكبير في مستقبل طفلها، حيث ترى فيه طاقة إيجابية لأسرته. قالت: "إذا ما نجحليش في القراية، نعلمه يطيب، ونحل أنا ووليدي بيتزيريا". هذه العبارات التي

باءت بها الأم بينت وأكدت لنا أن لها نظرة إيجابية للمستقبل، وإرادة قوية لدى الأم في دعم ابنها، حتى إن لم يكن النجاح الدراسي متاحًا له. هذا التوجه نحو التركيز على الإمكانيات بدلًا من العجز، ينسجم مع ما دعت إليه الدراسات الحديثة حول تعزيز "نموذج الكفاءة (Strength-based approach) "في التعامل مع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وأسرة.(wiess & lunskey, 2011)

أما عن إخوته، فأكدت أنهم يحبونه كثيرًا، وهو بمثابة دافع لهم ولها ولأبيه نحو الأمل والنجاح

عرض ومناقشة نتائج مقياس الاحتراق النفسي الوالدي:

الجدول رقم (9) يوضح نتائج الحالة " مليكة "على مقياس الاحتراق النفسي الوالدي

البعد	الإرهاق العاطفي و الجسدي	التشبع و فقدان المتعة	الابتعاد العاطفي عن الاطفال	تبدد الشخصية	ال درجة الكلية
ال درجة	17	11	11	12 درجة	درجة51
الوسيط	31,5	17,5	10,5	21	

من خلال الجدول رقم (9) و من خلال تقديم المقياس الاحتراق النفسي الوالدي أوضحت النتائج انه لا يوجد احتراق نفسي عند الحالة حيث تحصت الحالة على درجة كلية تقدر ب درجة51حيث تحصلت على 17 درجة درجة في بعد الإرهاق العاطفي و الجسدي و هي نسبة قريبة من متوسط البعد الأول الذي قدر بـ 31,5 ، اما بعد التشبع و فقدان المتعة فقد تحصلت الحالة على درجة11 درجة و هي نسبة قريبة من متوسط البعد الذي قدر بـ 17,5 ، اما بعد الابتعاد العاطفي عن الأطفال فقدر بـ 11 درجة درجة و هي نسبة اكبر من متوسط البعد الثالث الذي قدر بـ10,5 ، و أخير بعد تبدد الشخصية حيث تحصلت الحالة 12 درجة درجات و هي نسبة قريبة من متوسط البعد الرابع الذي قدر ب21.

عرض ومناقشة نتائج مقياس القبول والرفض الوالدي: (محمد)
جدول رقم(10) يمثل نتائج مقياس القبول والرفض الوالدي لام محمد

المقياس		درجة القبول و الرفض	الدرجة الكلية
صورة القبول عند الام والاب	الاب	44	90
	الام	46	
صورة الرفض عند الام والاب	الاب	30	50
	الام	20	

من خلال الجدول رقم (10) التالي وتطبيقنا لمقياس الرفض والقبول الوالدي على محمد توصلنا الى ان الحالة لها قبول والدي مرتفع وفقا لنتائج التالية :

46 درجةمن نسبة القبول عند الام و44 درجة من نسبة القبول عند الاب و المجموع الكلي لدرجات القبول الوالدي قدرت ب 90 درجة أما درجة الرفض عند الاب فقدرت ب 30 درجة و درجة الرفض عند الام قدرت ب 20 درجة اما المجموع الكلي لدرج الرفض الوالدي فهي 50 درجة اي حسب التعليمة التي سبق ذكرها نستنتج أن درجة القبول 90 درجة أكبر من درجة الرفض التي هي 50 درجة مقارنة بال درجة الكلية لكل بعد والتي قدرت ب95 درجة وبتالي فان درجة القبول الوالدي مرتفع في هذه الحالة

تحليل نتائج مقياس الاحتراق النفسي الوالدي:

بعد تطبيقنا لمقياس الاحتراق النفسي الوالدي على السيدة مليكة يتوضح لنا بانها لا تعاني من الاحتراق النفسي الوالدي اذ قدرت درجته ب 51 درجة و التي كانت اصغر من المتوسط الحسابي لمقياس الاحتراق النفسي الوالدي و الذي قدر ب 73 درجة و قد قمنا بترتيب الابعاد بحيث تظهر وجود احتراق نفسي من عدمه و قد نال بعد الابتعاد العاطفي عن الاطفال اعلى درجة بالنسبة للوسيط من بين الابعاد الاخرى و قد بلغت درجته 11 درجة و قد عرف هذا البعد ظهورا للاحتراق النفسي هذا ما بينه البند(14)اقوم فقط بما يجب فعله لاولادي لا اكثر اذ اجابت عدد من المرات في الشهر

و الذي يحمل درجة (4) و تستند الى البعد (03) هذا ما بينته النتائج المتحصل عليها من خلال مقياس الاحتراق النفسي الوالدي كما توافق ايضا مع اقوال الحالة فيما يخص طريقة تعاملها مع الاطفال بعد تشخيص ابنها بطيف اضطراب طيف التوحد اما باقي الابعاد فقد غاب فيها الاحتراق النفسي و قد تم ترتيبها كالاتي:

اولا: البعد الاول: فقد ابانت الحالة من خلال اجاباتها على المقياس على غياب للاحتراق في الارهاق العاطفي و الجسدي هذا ما كان جليا في كل من البند (9) لدي احساس انني لم اعد اتحمل حيث اجابت عدد من المرات في العام او اقل و بلغت ال درجة في هذا البند (2) و البند (10) عندما استيقظ صباحا و يكون علي مواجهة يوم اخر مع اولادي ،اشعر بالتعب مسبقا درجته هي (3)

و فيما يخص مساندة زوجها و افراد اسرتها فقد توصلنا الى انه تربطهم علاقة جيدة خاصة مع زوجها الذي يمثل الداعم الاكبر لها هذا ما وضحته اجاباتها على المقياس و هذا ما اشارت اليه العديد من الدراسات مبينة اهمية الدعم و المساتندة من العائلة في تخفيف الاحتراق النفسي لدى الاولياء مثل دراسة عبد القادر (2000) التي اوضحت ان الدعم الاجتماعي يساهم في خفض مستويات الاحتراق النفسي لدى اسر الاطفال ذوي الاعاقة .

ثانيا: بعد التشبع و فقدان المتعة و الذي يضم 5 بنود فقد اظهرت نتائج المقياس المطبق على السيدة مليكة عدم وجود احتراق نفسي على مستوى هذا البعد ايضا حيث تحصلت في البند (7) كوني والدة لدي احساس بتجاوز قدراتي ("بزاف علي") على درجة (3) و قد توافقت نتائج المقياس مع تصريحات الحالة التي ابانت على قوة و ارادة قوية في القيام بدورها كام .

و اخيرا فيما يخص اخر بعد (تبدد الشخصية) فيتجلى لنا انه لم يظهر فيه هو الاخر احتراق بحيث تحصلت على درجة (2)في البند 2 لدي احساس انني لم اعد اتعرف

على نفسي كام و تحصلت على درجة (3) في البند 5 اعتقد انني لم اعد الاب الجيد / لام الجيدة الذي/التي كنت من قبل مع اولادي و هذا ما يبلازه اثر الدعم الاسري في تحسين نفسية الاولياء ذوي اطفال اضطراب طيف التوحد.

و مما سبق ذكره يتجلى لنا ان هناك توافق بين تصريحات الحالة و النتائج التي تم التوصل اليها بعد تطبيقنا لمقياس الاحتراق النفسي الوالدي على السيدة مليكة اذ ان تحسن العلاقة مع زوجها و اهل زوجها و الدعم الذي تلقته من اسرتها ساهم في تحسين حالتها النفسية و منع حدوث الاحتراق النفسي الوالدي لها

تحليل تائج مقياس القبول والرفض الوالدي:

بعد تطبيق مقياس القبول \والرفض الوالدي المكيف على البيئة الجزائرية من طرف (مصطفى بعلي)و(عبد الحق بركات) الذي تم نشره في 2021\03\31 على الحالة (محمد) تحصلنا في بعد القبول الوالدي على 90 درجة من أصل 95 درجة فتبين لنا أن درجة القبول مرتفعة لأنها اقرب من ال درجة العليا 95 درجة حسب المقياس حيث كانت معظم اجاباته هي اختيار البديل (غالبا \ دائما)

اما بالنسبة لبعد الرفض الوالدي في هذه الحالة فتحصل (محمد) على 50 درجة من اصل 95 درجة فتبين ان لديه مستوى متوسط من الرفض الوالدي حيث كانت معظم اجاباته (أحيانا)

خلاصة الحالة:

تشير نتائج المقابلة واستبياني الاحتراق النفسي والقبول/الرفض الوالدي إلى أن الحالة تتميز بمستوى منخفض من الاحتراق النفسي، إذ تحصلت على درجة

كلية ضعيفة على مقياس الاحتراق النفسي الوالدي، مما يدل على سلامة حالتها النفسية وعدم استنزافها انفعاليًا أو جسديًا في رعاية طفلها. كما أظهرت نتائج مقياس

القبول والرفض الوالدي أن الحالة تميل بشكل واضح نحو القبول والتفهّم في تعاملها مع ابنها، مما يعكس قدرة جيدة على التكيف مع الإعاقة وتوفير بيئة أسرية داعمة. وتتوافق هذه النتائج مع ما توصلت إليه دراسة (hastings & JOHNSON, 2001)، والتي بيّنت أن انخفاض مستويات الضغوط النفسية والاحتراق لدى أولياء الأمور، لا سيما الأمهات، يرتبط بارتفاع مستويات القبول والتفهّم الوالدي للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، خاصة في الحالات التي يتوفر فيها دعم أسري واجتماعي كافٍ، إضافة إلى إدراك الوالدين لفائدة التدخلات السلوكية التي تُعزز شعورهم بالكفاءة والرضا عن دورهم.

2.1.1 الحالة" ربيع" و ابنه" كريم"

لسيد "ربيع" يبلغ من العمر 42 سنة، موظف في قطاع عمومي، حاصل على شهادة تقني سامٍي في الإعلام الآلي، ينتمي إلى وسط اجتماعي واقتصادي مستقر. متزوج وأب لثلاثة أطفال (ولدان وبنت). اكتشف أن ابنه الأصغر، كريم، مصاب بمتلازمة داون منذ ولادته قبل خمس سنوات.

خلال المقابلة، بدا السيد "ر. ب" متماسكًا في حديثه، لكنه أظهر بعض مشاعر القلق عند تطرقه لتفاصيل ولادة ابنه وتشخيصه. قال إن الحمل كان عادياً، دون مضاعفات، وكانت الفحوصات الطبية مطمئنة. لكن بعد الولادة، لاحظ الأطباء ملامح خاصة على وجه الطفل، وأوصوا بإجراء تحليل الكروموسومات، الذي أكد إصابة كريم بمتلازمة داون.

وصف لحظة تلقيه الخبر بأنها الأصعب في حياته. قال: "كنت نحس كي جاني ضربة في قلبي، ما كنتش نتصور نسمع كلمة متلازمة داون على ولدي". عبّر عن شعوره بالصدمة والإنكار، خاصة أن المولود كان ذكراً، وكان يتمنى له مستقبلاً معينًا، وأضاف: "كنت نحلم نديه للمدرسة، نعلمه الكرة، وفجأة حسيت الأحلام تهدّمت" من خلال ما تلقيناه مما ذكره تبين لنا ان السيد "ربيع" ظهرت عليه مجموعة من الانفعالات النفسية والاجتماعية المرتبطة بتشخيص طفله بمتلازمة داون، حيث مر بمراحل إنكار،

صدمة، حزن، وانسحاب، وهي استجابات طبيعية لدى الآباء عند مواجهة اضطراب دائم في أحد أبنائهم. بدايةً، يشير حديثه عن "ضربة في القلب" و"تحطم الأحلام" إلى ما يُعرف نفسيًا بـ "فقدان الطفل المثالي"، وهو الشعور بفقدان الصورة المتخيَّلة للابن المنتظر وما كان يأمله فيه من تطور طبيعي ونجاح اجتماعي وأكاديمي. هذا النوع من التوقعات المحطمة شائع في مثل هذه الحالات هذا ما قد ناقشته دراسة (hugger, 2009)التي تبين مشاعر الحداد على الطفل المثالي عند الوالدين وايضا تبين ن خلال المقابلة

ان الاب في الأيام الأولى، لم يستطع التعبير عن مشاعره، وفضّل الانسحاب. قال: "حتى مرات ما كنتش نعرف واش نقولها، ما كنتش نحب نبكي قدامها". مرّ بفترة صمت طويلة، ثم بدأ بقراءة كل ما يتعلق بالحالة، وقرر أن يتحمل مسؤولياته كأب. أشار إلى أنه رفض نظرة الشفقة، سواء من العائلة أو المجتمع، وصرّح قائلاً: "أنا ما نحبش الناس تشفق عليا، نحبهم يعاملونا طبيعي", دليل عل مرور السيد "ربيع" بمرحلة الصمت والانسحاب يعكس الكبت الانفعالي، الذي غالبًا ما يكون وسيلة دفاعية عند الآباء الذكور، حيث لا يُشجَّعون اجتماعيًا على التعبير عن الألم والحزن، وهو ما أشار إليه في قوله: "ما كنتش نحب نبكي قدامها."

أكد أن زوجته كانت في حالة نفسية حرجة بعد الولادة، وأنه اضطر لإخفاء حزنه كي لا يزيد من ألمها، وقال: "كنت نحاول نكون قوي قدامها، لكن كنت نكسر وحدي". بمرور الوقت، بدأ يلاحظ جمال روح ابنه وتعلقه الشديد به، وأضاف: "كريم فيه براءة تخليك تنسى الدنيا، يضحكلي وأنا تعبان، يمدلي طاقة ما لقيتهاش عند حد" وهذا التحول في نظرته لابنه ووصفه له بأنه مصدر للطاقة والبراءة يشير إلى بدء مرحلة "التقبل الجزئي" والتكيّف الإيجابي، وهي مرحلة مهمة في إعادة بناء المعنى في حياة الأسرة، حيث يصبح الطفل محورًا للعطاء العاطفي والروحي.

العلاقة مع عائلته وعائلة زوجته تأرجحت في البداية بين الصدمة والدعم، لكنه أشار إلى أن والده كان داعمًا كبيرًا له، في حين كانت بعض الآراء من أقاربه قاسية وغير متفهمة. قال: "كاين اللي قالولي ديرولو حجاب، وكاين اللي قالولي يتربى في دار خاصة... هدرتهم جرحتني بزاف" حتى اذا كان هذا بغرض المزاح

فما يخص المجتمع، عبّر عن اسفه من نظرات الاستغراب التي ترافقهم في الأماكن العامة، خاصة في المناسبات. ومع ذلك، قال إنه يحاول دمج ابنه في كل الأنشطة الأسرية والاجتماعية. مثل دمجه في الرياضة قال" دخلتو يدير الكاراتي وصيت عليه المدرب باه ميحسش بنقص". ما سبق وذكرناه يؤكد رفضه الشفقة المجتمعية فيعكس دفاعًا عن الكرامة الأسرية وصراعًا ضد وصمة العار. وقد أظهرت عدة دراسات أن مواجهة وصمة المجتمع تُعد من أبرز التحديات التي تعترض أولياء أمور الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، وتؤثر على إدماجهم الأسري والاجتماعي (yigitalp, gumus, & zengin aydin, 2021)

علاقته بزوجته تطورت نحو الأفضل، رغم ما واجهته الأسرة من ضغوط، حيث قال: "الابتلاء قرّبنا من بعض، وخلّانا نفهمو بعضنا أكثر". يرى في كريم مصدرًا للقوة والإيمان، وقال: "كريم خلاني نراجع حساباتي، ونعرف قيمة الراحة النفسية والعائلة".

اوضح لنا السيد ان اعاقة ابنه كانت سبب في "التطور نحو الأفضل" بعد الصدمة تشير إلى أن التحديات الكبرى قد تخلق روابط جديدة وأعمق في العلاقات الأسرية، إذا ما وُجد الدعم والتواصل.

يأمل الأب أن يكبر ابنه في بيئة أكثر تقبلاً، ويحلم بأن يفتح له مشروعًا صغيرًا في المستقبل ليضمن له استقلالية نسبية. ختم حديثه قائلاً: "ماشي كل شي في القراية، كريم يقدر يكون إنسان ناجح، وأنا نوقف معاه حتى النفس الأخير."

جدول رقم (11) يمثل نتائج مقياس الاحتؤاق النفسي الوالدي لاب كريم :

البعد	الإرهاق العاطفي و الجسدي	التشبع و فقدان المتعة	الابتعاد العاطفي عن الاطفال	تبدد الشخصية	ال درجة الكلية
ال درجة	درجة30	درجة15	درجة16	درجة14	درجة75
االوسيط	31,5	17,5	10,5	21	

1) من خلال الجدول رقم (11) و من خلال تقديم المقياس الاحتراق النفسي الوالدي أوضحت النتائج ان مستوى الاحتراق النفسي كان مرتفع حيث تحصلت الحالة على درجة كلية تقدر ب 75 درجة حيث تحصلت على 30 درجة في بعد

الإرهاق العاطفي و الجسدي و هي نسبة قريبة من متوسط البعد الأول الذي قدر بـ 31,5 ، اما بعد التشبع و فقدان المتعة فقد تحصلت الحالة على 15 درجات و هي نسبة قريبة من متوسط البعد الثاني الذي قدر ب 17,5 ، اما بعد الابتعاد العاطفي عن الأطفال فقدر بـ 16 درجة و هي نسبة مرتفعة مقارنة بمتوسط البعد الثالث الذي قدر بـ 10، و أخير بعد تبدد الشخصية حيث تحصلت الحالة 14 درجة و هي نسبة قريبة من متوسط البعد الرابع الذي قدر بـ 21.

عرض ومناقشة نتائج مقياس القبول والرفض الوالدي:(كريم)

جدول رقم (12) يمثل نتائج مقياس القبول والرفض الوالدي.

المقياس		درجة القبول و الرفض	ال درجة الكلية
صورة القبول عند الام والاب	الاب	43	85
	الام	42	
صورة الرفض عند الام والاب	الاب	19	40
	الام	21	

من خلال الجدول (12) التالي وتطبيقنا لمقياس الرفض والقبول الوالدي على كريم توصلنا الى قبول والدي مرتفع وفقا لنتائج التالية:

42 درجةمن نسبة القبول عند الام 43 درجة من نسبة القبول عند الاب والمجموع الكلي لدرجة القبول الوالدي قدرت ب 85 درجة أما درجة الرفض عند الاب فقدرت ب 19 درجة و درجة الرفض عند الام قدرت ب 21 درجة اما المجمو الكلي لدرج الرفض الوالدي فهي 40 درجة اي حسب التعليمة التي سبق ذكرها نستنتج أن درجة القبول 85 درجة أكبر من درجة الرفض التي هي 40 درجة مقارنة بال درجة الكلية لكل بعد والتي قدرت ب95 درجة وبتالي فان درجة القبول الوالدي مرتفعة في هذه الحالة.

عرض وتحليل نتائج مقياس الاحتراق النفسي الوالدي:

بعد تطبيقنا لمقياس الاحتراق النفسي الوالدي على السيد ربيع توضح لنا بانه يعاني من درجة مرتفعة من الاحتراق النفسي الوالدي و التي قدرت ب 75 درجة و التي كانت اكبر من المتوسط الحسابي لمقياس الاحتراق النفسي الوالدي و الذي قدر ب 73 درجة و قد قمنا بترتيب الابعاد بحيث تظهر وجود احتراق نفسي من عدمه و قد نال بعد الابتعاد العاطفي عن الاطفال اعلى درجة بالنسبة للوسيط من بين الابعاد الاخرى و التي بلغت 16 درجةبحيث عرف هذا البعد وجودا للاحتراق و الذي جاءت نتائجه معاكسة لما صرح به و هذا ما بينه البند (14) اقوم فقط بما يجب فعله لأولادي لا اكثر و الذي كانت درجته (5) و البند رقم (22) لدي انطباع انه ماعدا الامور الروتينية (النوم، الاكل، ...) لم يعد بإمكاني بذل الجهد مع اولادي و درجته هي (6) و هذا البعد يعبر عن مشاعر الصدمة و الكبت العاطفي الذي يمارسه الاب لحماية الاسرة من مزيد من الانهيار هذا ما يتوافق مع فكرة (العربي،2015). اما باقي الابعاد فقد عرفت غيابا للاحتراق النفسي الوالدي والتي تم ترتيبها كالاتي:

اولا: بعد الارهاق العاطفي و الجسدي الذي عرف غيابا الاحتراق النفسي بالرغم من ان تصريحاته جاءت متناقضة مع نتيجة غياب الاحتراق بحيث كانت تشير الى انخفاض في القدرة النفسية لمواجهة متطلبات الابوة اذ عبر عن ذلك مشيرا الى المشكلات التي واجهها مع اقاربه و النظرة الدونية التي تعرض لها ابنه و يتبين لنا ذلك من خلال البند رقم (1) انا متعب(ة) للغاية من دوري كوالد(ة) ل درجة انه لدي انطباع ان النوم لا يكفي الذي كانت درجته(5) و البند رقم (3) لدي احساس انني متعب(ة) تماما بسبب دوري كوالد(ة) حيث كانت درجته (6) هذا ما يبرز الاثار السلبية لغياب الدعم الاجتماعي و ذلك ما يتفق مع دراسة (Norozi , 2024)التي اشارت و وضحت هذه الفكرة .

وثانيا: يليه بعد التشبع و فقدان المتعة الذي غاب فيه الاحتراق النفسي الوالدي بالرغم من ان السيد ربيع اظهر عكس ذلك من خلال اقواله التي عبر فيها عن رضاه بدوره كاب هذا ما برز من خلال اجاباته على المقياس و نشير بذلك الى البند (6) لم اعد اتحمل كوني والد(ة) و الذي بلغت درجته (6) و كذلك في البند(12) كوني والد(ة) يجعلني اشعر انني مرهق الى حد كبير .

و اخيرا في البعد الرابع (تبدد الشخصية) فقد اظهرت نتائج المقياس في هذا البعد غيابا للاحتراق النفسي الا ان ادراكه لذاته كاب تاثر نسبيا و هذا ما ظهر من خلال اجاباته على البند (2) لدي احساس انني لم اعد اتعرف على نفسي كاب/كام و (5)اعتقد انني لم اعد الاب الجيد / الام الجيدة الذي/التي كنت من قبل لأولادي .

مما سبق ذكره يظهر لنا تناقضا بين النتائج المتوصل اليها في مقياس الاحتراق النفسي الوالدي مقارنة بتصريحات الحالة الذي التي تظهر صلابة نفسية كبيرة و قدرة عالية على التعامل مع اعاقة ابنه و هذا ما يدل على ان هناك احتراق نفسي مرتفع بالرغم من ان الحالة لم تعبر عن ذلك في المقابلة النصف موجهة.

تحليل تائج مقياس القبول والرفض الوالدي:

بعد تطبيق مقياس القبول \والرفض الوالدي المكيف لى البيئة الجزائرية من طرفف (مصطفى بعلي)و(عبد الحق بركات) الذي تم نشره في 2021\03\31 على الحالة الثانية (كريم) تحصلنا في بعد القبول الوالدي على 85 درجة من أصل 95 درجة فتبين لنا أن درجة القبول مرتفعة لانها اقرب من ال درجة العليا 95 درجة حسب المقياس حيث كانت معضم اجاباته هي اختيار البديل (غالبا \دائما)

اما بالنسبة لبعد الرفض الوالدي في هذه الحالة فتحصل (كريم) على 40 درجة من اصل 95 درجة فتبين ان لديه مستوى منخفض من الرفض الوالدي حيث كانت معظم اجاباته (نادرا)

خلاصة الحالة:

بالمقارنة بين نتائج الحالة في المقابلة النصف الموجهة واستجابة الحالة على مقياس الاحتراق النفسي الوالدي واستجابة ابنه محمد على مقياس القبول/الرفض الوالدي، يتبين لنا بأن السيد ربيع قد تحصل على ال درجة الكلية 95 درجة، وهذا ما يدل على أن الحالة لديه احتراق. كما أن تصريحات الحالة لم تتوافق مع نتائج المقياس في بعض النقاط. أما نتيجة مقياس القبول/الرفض الوالدي والذي طُبق على ابنه فقد بلغت 85 درجة، بمعنى أن في هذه الحالة يوجد قبول والدي من طرف الحالة ربيع وابنه كريم. هنا نلاحظ بأنه يوجد تناقض بين نتائج المقياسين، وذلك يمكن أن يكون بسبب رفض الأب الاعتراف بمشاعره الحقيقية أمام عائلته

3.1.1 الحالة" نعيمة" و ابنها "امين"

السيدة تُدعى "ن. ر" تبلغ من العمر 45 عامًا، ماكثة في البيت وتصنع الحلويات في المنزل، مستواها التعليمي هو الثالثة ثانوي، متزوجة منذ 2016 وأم لطفلين، ذات مستوى اقتصادي متوسط. الطفل البكر هو المصاب بإعاقة وتم تشخيصه بطيف اضطراب طيف التوحد سنة 2019 حيث كان يبلغ من العمر 3 سنوات.

حضرت السيدة "ن. ر" بمفردها أثناء إجراء المقابلة، بحيث كان الأب غائبًا. في البداية لم تُبدِ أي تعابير تدل على الحزن، لكن في منتصف المقابلة شرعت في البكاء.

الحالة "ن. ر" هي سيدة في الأربعينات، متزوجة وأم لطفلين، كما أنها ربة بيت وتمتهن صناعة الحلويات في المنزل. الابن الأكبر هو ذكر شُخّص بطيف اضطراب طيف التوحد في السنة الثالثة من عمره. لم يسبق أن تواجدت في عائلته أي حالة مشابهة لحالته سواء من طرف الأم أو الأب، لكنها صرّحت بأن ولادته كانت صعبة جدًا، بحيث لم يولد في وقته ولم يبكِ فور ولادته، ما يدل على نقص الأكسجين، خاصة وأن لونه أثناء الولادة كان أزرق.

صرحت السيدة نعيمة بأنها لم تكن تعاني من أي مشاكل نفسية، كما أن حدوث الحمل كان أمرًا مرغوبًا فيه ومنتظرًا من قبل الزوج وباقي أفراد الأسرة. إلا أن فترة الحمل لم تخلُ من المشاكل، ما أثر على استقرار حالتها النفسية وجعلها مضطربة للغاية.

حسب السيدة "نعيمة"، فإن اكتشافها لإعاقة ابنها كان انطلاقًا من تشكيكها في وجود خلل به بداية من الشهر الرابع، وذلك لقولها: "شكيت بلي كاين حاجة أونورمال، ماكانش يلاغي كيما ذراري لخرين اللي في عمرو"، إضافة إلى ذلك صرّحت بأنه لم يتكلم ولم يمشِ في الوقت الطبيعي، وهنا زاد شكها. وبعد أخذه لطبيب الأطفال، تم إبلاغها من قبله بأن ابنها مصاب بطيف اضطراب طيف التوحد.

وحسبها، فإنه بالرغم من أن ذلك كان أمرًا متوقعًا، إلا أنه يبقى أمرًا مؤلمًا ولم تستطع تقبله في الأول، وشعرت بخيبة أمل وحزن كبير، وذلك لقولها: "تخلط عليا كلش، حسيت روحي ضايعة وقلبي وجعني عليه".

وبعد التشخيص، تغيرت معاملتها للطفل، وأصبحت تُظهر له المزيد من الحب والحنان، ونفت شعورها بالإحباط كأم لطفل معاق قائلة: "لا، حاليًا تخطيت". كما أن علاقاتها الاجتماعية والزوجية، سواء قبل الزواج أو بعده، وصفتها بـ"السعيدة"، حتى بعد اكتشاف إعاقة ابنها، حيث قدموا لها الدعم العاطفي، الذي كان من أحد العوامل المساعدة والمساهمة في تخفيف الضغط النفسي عليها، وهذا ما أكدته دراسة (park & lee, 2022)، حيث تناولت هذه الدراسة أثر الدعم الاجتماعي على خفض الاحتراق النفسي لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقة، فكلما زاد إدراك الأم لوجود الدعم الاجتماعي من الأسرة، كلما قل مستوى الاحتراق النفسي لديها.

أما زوجها فقد استمر في معاملته الجيدة لها أثناء الحمل وبعده وحتى بعد التشخيص إلا أن الوضع الجديد الذي تعيش فيه الأسرة فرض بعض التغيرات خاصة وأن العناية بالطفل اضطراب طيف التوحدي تستلزم عناية أكبر، وهذا ما أثر قليلاً على إخوته.

وهنا كان لا بد للأم والأب من التوجه إلى الأخصائي النفساني لأخذ الاستشارة حول كيفية التعامل مع الوضع الجديد الذي تمر به الأسرة، فلا بد أن الأمر لم يكن وقعه سهلاً عليهما معًا. وهنا يبرز دور الأخصائي النفساني حتى يتمكن الأولياء من فهم هذه الإعاقة وتأثيراتها، وكيفية التعامل سواء مع الطفل المعاق، أو فيما بينهم وبين باقي أفراد الأسرة، إضافة إلى تعلم كيفية التعامل مع الضغوط التي يتعرضان لها لتفادي الوقوع في المشاكل وتضرر صحتهم النفسية، والتي قد تصل إلى الإرهاق أو الاحتراق النفسي (mikolajczak, roskam, & brianda, a step forrward in the conceptualization and measurment of parental burnout :the parental burnout (PBA), 2018)

2) أما مستقبلًا، فإنها قد عبّرت عن تفاؤلها بتحسن حالته الصحية، ورغبتها في بناء مستقبل جيد لابنها رغم التحديات المالية، كما عبّرت عن حبها الكبير له وكم تستمتع عند رؤيته سعيدًا، نافية شعورها بأن هذا الطفل يشكل عبئًا على العائلة، وبأنها تحاول دومًا زرع الأخوة والحب بين طفليها.

3) عرض ومناقشة نتائج مقياس الاحتراق النفسي الوالدي

جدول رقم (13) يمثل نتائج مقياس القبول والرفض الوالدي.

البعد	الإرهاق العاطفي و الجسدي	التشبع و فقدان المتعة	الابتعاد العاطفي عن الاطفال	تبدد الشخصية	ال درجة الكلية
ال درجة	15 درجة	6 درجة	6 درجة	10 درجة	37 درجة
الوسيط	31,5	17,5	10,5	21	

من خلال الجدول رقم (13) و من خلال تقديم المقياس الاحتراق النفسي الوالدي أوضحت النتائج عدم وجوود احتراق نفسي حيث تحصت الحالة على درجة كلية تقدر ب درجة37و هي منخفضة بالنسبة للمتوسط الحسابي للمقياس حيث تحصلت

على 15 درجة في بعد الإرهاق العاطفي و الجسدي و هي نسبة قريبة من متوسط البعد الأول الذي قدر بـ31,5 ، اما بعد التشبع و فقدان المتعة فقد تحصلت الحالة على 6 درجة درجات و هي نسبة قريبة متوسط البعد الثاني الذي قدر بـ 17,5 ، اما بعد الابتعاد العاطفي عن الأطفال فقدر بـ 6 درجات و هي نسبة قريب من متوسط البعد الثالث الذي قدر بـ 10,5 ، و أخير بعد تبدد الشخصية حيث تحصلت الحالة 10 درجات و هي نسبة قريبة من متوسط البعد الرابع الذي قدر بـ21.

عرض ومناقشة نتائج مقياس القبول والرفض الوالدي:(امين)

جدول رقم (14) يمثل نتائج مقياس القبول والرفض الوالدي.

المقياس		درجة القبول و الرفض	ال درجة الكلية
صورة القبول عند الام والاب	الاب	44	88
	الام	42	
صورة الرفض عند الام والاب	الاب	30	50
	الام	20	

من خلال الجدول التالي (14) وتطبيقنا لمقياس الرفض والقبول الوالدي على أمين توصلنا الى قبول والدي مرتفع وفقا لنتائج التالية :

42 درجةمن نسبة القبول عند الام و44 درجة من نسبة القبول عند الاب و المجموع الكلي ل درجة القبول الوالدي قدرت ب 88 درجة أما درجة الرفض عند الاب فقدرت ب 30 درجة و درجة الرفض عند الام قدرت ب 20 درجة اما المجمو الكلي لدرج الرفض الوالدي فهي 50 درجة اي حسب التعليمة التي سبق ذكرها نستنتج أن درجة القبول 88 درجة أكبر من درجة الرفض التي هي 50 درجة مقارنة بال درجة الكلية لكل بعد والتي قدرت ب95 درجة وبتالي فان درجة القبول الوالدي مرتقة في هذه الحالة.

تحليل نتائج مقياس الاحتراق النفسي الوالدي

تشير نتائج مقياس الاحتراق النفسي الوالدي بعد تطبيقه على السيدة نعيمة على غياب الاحتراق النفسي الوالدي حيث بلغ 37 درجة و هي نسبة منخفضة مقارنة بال درجة الكلية للمقياس و التي تبلغ 73 ، و من خلال الجدول الموضح فان درجات كل الابعاد اصغر من وسيط كل بعد و بالتالي فانه لا يوجد احتراق نفسي في اي بعد من الابعاد كما ان اجابات السيدة على المقياس لم تكن متناقضة مع ما صرحت به بل عرفت توافقا كبير و نشير الى بعض منها في كل بعد فيما يلي:

بعد الارهاق العاطفي و الجسدي: نجد فيه اجابتها على البند (1) انا متعب(ة) للغاية من دوري كوالد(ة) ل درجة انه لدي انطباع ان النوم لا يكفي بحيث اجابت ب عدد من المرات في العام و الذي تبلغ درجته (2) و كذلك اجابتها على البند (4) لم تعد لدي طاقة لتسيير اولادي و الذي اجابت فيه ب عدد من المرات في العام او اقل و الذي ايضا تبلغ درجته (2) كما نلحظ ان هذه النتائج لم تكن متعارضة مع جاء في تصريحاتها حيث لم تعبر عن وجود اجهاد او استنزاف عاطفي بسبب تربية الطفل.

بعد التشبع و فقدان المتعة : لم يظهر الاحتراق في هذا البعد ايضا اذ ان السيدة نعيمة و من خلال اجابتها على المقياس اظهرت النتائج بانه لاوجود لشعور بعدم الرضا او عدم الاستمتاع خلال قيام الحالة بدورها الاممي بل على عكس ذلك اشارت من خلال تصريحاتها انها تحب قضاء الوقت مع اطفالها و هذا م توافق مع اجابتها في المقياس و نشير بذلك الى اجابتها على البند(2) لدي احساس اني لنم اعد اتعرف على نفسي كام/كاب و الذي اجابت عليه مطلقا/ابدا و الذي درجته(1).

بعد الابتعاد العاطفي عن الاطفال: ان نتيجة المقياس في هذا البعد كانت ايجابية هي الاخرى اذ لم يظهر الاحتراق في هذا الجانب ايضا و قد عكست النتائج تمسكها بعلاقتها العاطفية مع الطفل و قد كان ذلك موافقا ايضا لما صرحت به الحالة حول

حبها لطفلها و كذلك من خلال اجابتها على بنود هذا البعد مثل البند (20) لم يعد بامكاني ان اظهر لاولادي مدى حبي حبي لهم و الذي اجابت عليه ب مطلقا/ ابدا و درجته هي (1).

و اخير بعد تبدد الشخصية :بالنسبة لهذا البعد فلم يظهر الاحتراق ايضا اذ حسب اجابة السيدة نعيمة على المقياس المقدم لها فانها قد اعربت عن احتفاظها على ادراك ايجابي لدورها كام كما انها لم تبدي انفصال او اغتراب عن ذاتها الوالدية و يظهر ذلك جليا في اجابتها على البند (18) لم اعد فخور(ة) بنفسي كوالد(ة) و الذي اجابت عليه بـ مطلقا/ابدا و درجته هي (1).

و نستنتج مما سبق ذكره بان اجابات السيدة نعيمة على مقياس الاحتراق النفسي الوالدي و الذي بلغة درجته 37 درجة قد توافقت مع تصريحاتها و بان لم تعاني من احتراق نفسي بشكل عام كما ان الدعم الاسري المقدم لها سواء من طرف زودجها او من طرف افراد عائلتها كما تظهر النتائج ايضا بانه قد غاب الاحتراق في ابعاد المقياس الاربعة.

تحليل تائج مقياس القبول والرفضض الوالدي:

بعد تطبيق مقياس القبول \والرفض الوالدي المكيف لى البيئة الجزائرية من طرفف (مصطفى بعلي)و(عبد الحق بركات) الذي تم نشره في 2021\03\31 على الحالة (امين) تحصلنا في بعد القبول الوالدي على 88 درجة من أصل 95 درجة فتبين لنا أن درجة القبول مرتفعة لانها اقرب من ال درجة العليا 95 درجة حسب المقياس حيث كانت معضم اجاباته هي اختيار البديل (غالبا)

اما بالنسبة لبعد الرفض الوالدي في هذه الحالة فتحصل (امين) على 50 درجة من اصل 95 درجة فتبين ان لديه مستوى متوسط من الرفض الوالدي حيث كانت معظم اجاباته (أحيانا)

خلاصة الحالة :

بالمقارنة بين نتائج الحالة في المقابلة النصف الموجهة واستجابة الحالة على مقياس الاحتراق النفسي الوالدي واستجابة ابنها أمين على مقياس القبول/الرفض الوالدي، يتبين لنا بأن السيدة قد تحصلت على ال درجة الكلية 37 درجة، وهذا ما يدل على أن الحالة ليس لديها احتراق، وأما نتيجة مقياس القبول/الرفض الوالدي الذي طُبق على ابنتها فقد بلغت 88 درجة، بمعنى أن في هذه الحالة يوجد قبول والدي من طرف الحالة نعيمة، وقد كان الجو الأسري والدعم الذي تلقته عاملاً رئيسيًا في تخفيف الاحتراق ورفع درجة التقبل، وهو ما تؤكده دراسة (park & lee, 2022)، التي أظهرت أن الدعم الاجتماعي له دور فعّال في تخفيف الضغط والاكتئاب لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة، وبالتالي يُسهم في خفض مستويات الاحتراق النفسي.

4.1.1 الحالة "سميحة"و ابنتها "ليلى"

السيدة "سميحة" تبلغ من العمر 38 سنة، تعمل كمعلمة في مدرسة ابتدائية، حاصلة على شهادة جامعية في الأدب العربي، تنتمي إلى وسط اجتماعي واقتصادي متوسط إلى جيد. متزوجة وأم لأربعة أطفال (اثنان ذكور واثنتان إناث). اكتشفت أن ابنتها الثالثة، ليلى، مصابة بمتلازمة داون منذ لحظة ولادتها.

خلال المقابلة، بدت السيدة "سميحة" متماسكة، لكن مشاعر الحزن كانت تظهر بين كلماتها. قالت إن حملها بليلى كان طبيعيًا ولم تظهر خلاله أي مؤشرات على وجود مشكلة صحية، كما أن التحاليل الروتينية لم تكشف عن شيء مقلق. عند الولادة، لاحظ الفريق الطبي بعض العلامات الجسدية، وأبلغوها مباشرة بعد الفحوصات أن الطفلة تُظهر مؤشرات واضحة لمتلازمة داون.

عند سماع الخبر، دخلت الأم في حالة من الصدمة والإنكار، وصرّحت: "حسيت الدنيا ضياقة عليا، ولكن حمدت ربي على نعمة وتقبلتها ومبينتش بلي غاضني الحال

وسرعان ما تقبلتها وحبيتها أكثر من البقية"، حيث قالت "هي ممو عينيا" من شدة حبها لها.

ولكن سرعان ما تغيرت آراؤها حيث قالت: "كنت نبكي بزاف، وخايفة من المستقبل، ما نعرفش وش يواجهني، وهل راح تعيش حياة طبيعية ولا لا". عبّرت عن شعورها بالذنب، وكأنها المسؤولة عن وضع طفلتها، رغم أن الأطباء أكدوا لها أن السبب جيني وغير متعلق بسلوكها أثناء الحمل. هذا ما أكده استعراض نظم في دراسة (alkhateeb, hadidi, & mounzer, 2022)، حيث توصل إلى أن الآباء في الدول العربية يعانون من مشاعر مختلطة عند التشخيص مثل الصدمة، الحزن، الإحساس بالذنب، والتقبل التدريجي.

أكدت أن العلاقة كانت جيدة مع العائلة وتلقّت دعمًا كبيرًا منهم وتعاطفوا مع البنت جدًا.

العلاقات الأسرية تطورت إيجابًا بعد ولادة ليلى، حيث بدأت حماتها، التي كانت تنتقدها سابقًا، تُظهر نوعًا من التعاطف والدعم، خاصة بعد أن رأتها تتعب وتكرّس وقتها للعناية بابنتها. أما عائلتها، فكانوا داعمين لها منذ البداية، خصوصًا والدها الذي شجعها على مواجهة الأمر بقوة. وهذا ما يبرز ويؤكد دور الدعم الاجتماعي في تخفيف الضغط النفسي لدى أولياء الأطفال ذوي الإعاقات، بحيث يساهم في تخفيف القلق والتوتر، وهذا ما أكدته دراسة (abid, ben hassine, gaddour, & hmissa, 2022)والتي وجدت أن غالبية الأمهات في السياقات العربية يشيرن إلى أن الدعم الاجتماعي من الأسرة والمجتمع المعدود يساعدهن على التكيف وتقليل الضغط النفسي.

تحسنت علاقتها بزوجها بعد الولادة، بل ووصفتها بأنها أصبحت "أكثر دفئًا وإنسانية"، وأشارت إلى أن وجود ليلى جلب نوعًا من الترابط بينهما. تقول: "كنت نعيش حياة

روتينية، وليلى عطتنا روح جديدة". لا بد من الإشارة إلى أهمية المساندة الزوجية في هذه الحالات إذ تصنع فارقًا كبيرًا، سواء من ناحية تحسين الحالة النفسية أو المساعدة في تقبل الوضع الجديد الذي تعيشه الأسرة، ويخلق جوًّا متوازنًا وصحيًّا حيث لا تتواجد الصراعات الأسرية التي من شأنها أن تؤزم الوضع داخل الأسرة.

من جانب المجتمع، أشارت الأم إلى أن النظرة ما زالت مشوبة بالشفقة أو الاستغراب، وقالت: "الناس يشوفوها ويبدلو سلوكهم، كي تكون معايا نحسهم ما يعرفوش كيفاش يتعاملو". رغم ذلك، هي تحرص على إشراك ابنتها في المناسبات العائلية والنشاطات العامة.

عن إخوة ليلى قالت إنهم يحبونها ويغارون عليها، لكن أحيانًا يتضايقون من الاهتمام الزائد بها. ومع هذا، تراهم يتعاملون معها بمحبة وعفوية. وتضيف: "أنا نخاف غير من المستقبل، نخاف نموت قبل ما نطمئن عليها". في هذا الصدد لا بد من الإشارة إلى أهمية التوازن في التعامل مع تقديم الاهتمام لجميع الأطفال المتواجدين داخل الأسرة، كون ذلك بإمكانه أن يؤثر سلبًا على العلاقات الأخوية في حالة ما شعر أحد الأفراد بالغيرة من الطفل المعاق.

كما تأمل السيدة "سميحة" في مستقبل فيه تقبّل أكبر لأمثال ابنتها، وتطمح لأن تفتح مشروعًا خاصًا تشارك فيه ليلى عندما تكبر. قالت بابتسامة فيها قوة: "ليلى مش نقص، هي إضافة لقلبي وبيتي". وقالت: "نتمنى تولي معلمة كيما أنا وتثبت للمجتمع أنو الإعاقة عمرها ما كانت سبب للفشل".

عرض و مناقشة نتائج مقياس الاحتراق النفسي الوالدي

جدول رقم (15) يمثل نتائج مقياس الاحتراق النفسي.

البعد	الإرهاق العاطفي و الجسدي	التشبع و فقدان المتعة	الابتعاد العاطفي عن الاطفال	تبدد الشخصية	ال درجة الكلية
ال درجة	10 درجة	12 درجة	8 درجة	16 درجة	42 درجة

الوسيط	31,5	17,5	10,5	21

من خلال الجدول رقم (15) و من خلال تقديم المقياس الاحتراق النفسي الوالدي أوضحت النتائج انه الحالة لا يظهر عليها احتراق نفسي حيث تحصلت على درجة كلية تقدر ب درجة42 و هي درجة اقل من متوسط المقياس و الذي بلغت درجته حيث تحصلت على 10 درجة في بعد الإرهاق العاطفي و الجسدي و هي نسبة قريبة من متوسط البعد الأول الذي قدر بـ 31,5، اما بعد التشبع و فقدان المتعة فقد تحصلت الحالة على 12 درجات و هي نسبة قريبة من متوسط البعد الثاني الذي قدر بـ17,5 ، اما بعد الابتعاد العاطفي عن الأطفال فقدر بـ 8 درجات و هي نسبة قريبة من متوسط البعد الثالث الذي قدر بـ 10,5، و أخير بعد تبدد الشخصية حيث تحصلت الحالة 16 درجات و هي نسبة قريبة من متوسط البعد الرابع الذي قدر بـ 21.

عرض ومناقشة نتائج مقياس القبول والرفض الوالديك :(ليلى)

جدول رقم (16) يمثل نتائج مقياس القبول والرفض الوالدي.

المقياس		درجة القبول و الرفض	ال درجة الكلية
صورة القبول عند الام والاب	الاب	40	93
	الام	53	
صورة الرفض عند الام والاب	الاب	19	35
	الام	16	

من خلال الجدول التالي (16) وتطبيقنا لمقياس الرفض والقبول الوالدي على ليلى توصلنا الى قبول والدي مرتفع وفقا لنتائج التالية :

53 درجةمن نسبة القبول عند الام و 40 درجة من نسبة القبول عند الاب و المجموع الكلي ل درجة القبول الوالدي قدرت ب 93 درجة أما درجة الرفض عند الاب فقدرت ب 19 درجة و درجة الرفض عند الام قدرت ب 16 درجة اما المجمو

الكلي لدرج الرفض الوالدي فهي 35 درجة اي حسب التعليمة التي سبق ذكرها نستنتج أن درجة القبول 93 درجة أكبر من درجة الرفض التي هي 35 درجة مقارنة بال درجة الكلية لكل بعد والتي قدرت ب95 درجة وبتالي فان درجة القبول الوالدي مرتقة بشدة في هذه الحالة

تحليل نتائج مقياس الاحتراق النفسي الوالدي

بعد تطبيقنا لمقياس الاحتراق النفسي الوالدي على السيدة سميحة بينت النتائج بانها لا تعاني من احتراق نفسي كونها تحصلت عل 37 درجة و هي درجة اقل من متوسط المقياس 73 مما يعكس تماسكها النفسي و تكيفها مع واقع اعاقة ابنتها كما انه و حسب الجدول الخاص بنتائج المقياس فان الدرجات المتحصل عليها في كل بعد اصغر من درجة وسيطه و بالتالي قد غاب الاحتراق في جميع الابعاد و يمكن توضيح ذلك من خلال الاشارة الى بعض اجابات الحالة في كل ابعاد المقياس كما يلي:

اولا : بعد الارهاق العاطفي و الجسدي: ان درجة هذا البعد تظهر بان الحالة لا تعاني او لا تشعر بإجهاد نفسي او جسدي عال رغم المسؤولية التي تتحملها و هذا ما توافق مع ما صرحت به الحالة من جهة و اجاباتها على المقياس من جهة اخرى منها اجابتها على البند رقم (8) لدي انطباع احيانا انني اعتني بأولادي بطريقة آلية حيث اجابت عدد من المرات في العام او اقل التي درجتها (2) و هذا التماسك الانفعالي يعكس فعالية آليات التكيف لديها بدعم من محيطها العائلي و الجتماعي حسب فكرة (gray, 2009)

ثانيا :بعد التشبع و فقدان المتعة : حسب النتائج التي تم التوصل اليها في هذا البعد و بعد اجابة السيدة سميحة على بنوده توضح النتائج غيابا للاحتراق في هذا الجانب هذا ما يتجلى ممن خلال الدرجات المتحصل عليها في هاته البنود فمثلا في البند

رقم(6) اجابت بـ مطلقا/ ابدا و في البند رقم (16) انا لم اعد اتحمل دوري كأب/كأم أشعر بتجاوز حدودي اجابت بـ عدد من المرات في العام او اقل و درجته هي (2) و هذا ما يدل على انه لا يوحد غياب للشعور بالمتعة او الرضا عن حياتها الان .

ثالثا: بعد الابتعاد العاطفي عن الاطفال: في هذا الجانب اظهرت الحالة تعلقا بطفلتها سواءا من خلال تصريحاتها او من خلال اجاباتها على المقياس و هذا ما يدل على ان السيدة سميحة لم تنفصل عاطفيا عن اطفالها و حسب (hastings , kovshoff, & remington, 2005) فان هذا دليل على التقبل الوجداني و الانخراط العاطفي و هو عكس الابتعاد العاطفي .

رابعا: بعد تبدد الشخصية: ان الاجابات المتحصل عليها في مقياس الاحتراق النفسي الوالدي فيما يخص البنود التابعة لهذا البعد تشير الى غياب للاحتراق في هذا الجانب بما يعني ان السيدة نعيمة لا تشعر بانهيار في هويتها كأم و قد توافقت هاته النتائج مع تصريحات الحالة و من البنود التي يمكن ان نذكرها في هذا الصدد نجد البند رقم (17) اصبحت استحي من نفسي كأم/ كأب و التي اجابت عليه بـ عدد من المرات في العام او اقل و درجته (2) و البند رقم (19) عندما اتعامل مع اولادي اشعر باني لم اعد انا و كانت اجابتها مطلقا/ابدا و درجته هي (1).

نستنتج من خلال ما سبق التطرق اليه الى ان السيدة سميحة لا تعاني من احتراق نفسي والدي كما انها لم تظهر تناقضا بين الاجابات على المقياس المكطبق عليها و تصريحات اضافة الى ذلك نشهد غيابا للاحتراق في جميع الابعاد الخاصة بالمقياس.

تحليل تائج مقياس القبول والرفض الوالدي:

بعد تطبيق مقياس القبول \والرفض الوالدي المكيف لى البيئة الجزائرية من طرفف (مصطفى بعلي)و(عبد الحق بركات) الذي تم نشره في 2021\03\31 على الحالة

الثالثة (ليلى) تحصلنا في بعد القبول الوالدي على 93 درجة من أصل 95 درجة فتبين لنا أن درجة القبول مرتفعة لانها اقرب من ال درجة العليا 95 درجة حسب المقياس حيث كانت معضم الاحبات هي اختيار البديل (دائما)

اما بالنسبة لبعد الرفض الوالدي في هذه الحالة فتحصلت (ليلى) على 35 درجة من اصل 95 درجة فتبين ان لديه مستوى منخفض من الرفض الوالدي حيث كانت معظم الاجبات (ابدا).

ملخص الحالة:

بالمقارنة بين نتائج الحالة في المقابلة النصف الموجهة واستجابة الحالة على مقياس الاحتراق النفسي الوالدي، واستجابة ابنتها ليلى على مقياس القبول/الرفض الوالدي، يتبين لنا أن السيدة "سميحة" قد تحصلت على ال درجة الكلية 42 درجة، وهذا ما يدل على أن الحالة ليس لديها احتراق نفسي. أما نتيجة مقياس القبول/الرفض الوالدي فقد بلغت 93 درجة، بمعنى أن في هذه الحالة يوجد قبول والدي من طرف الحالة "سميحة"، وقد كانت تصريحاتها متوافقة مع نتائج مقياس الاحتراق النفسي الوالدي، وكذلك متوافقة مع نتائج مقياس القبول والرفض الوالدي المطبق على ابنتها ليلى. هذا التوافق يعكس ما أشارت إليه دراسات حديثة حول دور الدعم الاجتماعي وتقبل الأم لوضع طفلها في تقليل الضغط النفسي ورفع درجات التقبل، كما بيّنته دراسة (alkhateeb, hadidi, & mounzer, 2022)

2-عرض وتحليل نتائج الدراسة وفرضياتها:

بعد تطبيق مقاييس الدراسة وجمع البيانات تم تفريغها في البرنامج الإحصائي(SPSS)من أجل استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمتغيرات البحث، تم الحصول على نتائج تم تبويبها في جداول ستناولها على النحو التالي:

2. عرض و تحليل نتائج الدراسة الاحصائية

1.2 عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

التي مفادها ان لدى أولياء الأطفال المصابين بالترزوميا و اضطراب طيف التوحد مستوى متوسط مائل الى منخفض من رفض الاعاقة.

جدول رقم (17) يمثل مستوى رفض الإعاقة لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون و اضطراب طيف التوحد

المقياس	مجموع استجابات الملاحظة	مجموع استجابات المتوقعة	النسبة المئوية	المستوى
رفض الاعاقة	6038	11400	%52.96	متوسط

نلاحظ من خلال الجدول (17) ان مستوى مجموع استجابات الملاحظة رفض الإعاقة لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون و اضطراب طيف التوحد قدر ب (6038) بنسبة مئوية (52.96%) وهي نسبة متوسطة ، و كل هذا يدل على ان مستوى رفض الإعاقة لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون و اضطراب طيف التوحد كان متوسط ، و بالتالي فالفرضية التي مفادها ان مستوى رفض الإعاقة لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون و اضطراب طيف التوحد متوسط قد تحققت .

1-2-عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

التي مفادها ان لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون و اضطراب طيف التوحد مستوى متوسط من الاحتراق النفسي .

جدول رقم (18) يمثل مستوى الاحتراق النفسي لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون واضطراب طيف التوحد

المقياس	مجموع استجابات الملاحظة	مجموع استجابات المتوقعة	النسبة المئوية	المستوى
الاحتراق النفسي	2411	4830	%49.91	متوسط

نلاحظ من خلال الجدول (18) ان مستوى مجموع استجابات الملاحظة للاحتراق النفسي لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون و اضطراب طيف التوحد حيث قدر ب (2411) بنسبة مئوية (49.91%) وهي نسبة متوسطة ، و كل هذا يدل على ان مستوى الاحتراق النفسي لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون واضطراب طيف التوحد كان متوسط ، و بالتالي فالفرضية التي مفادها ان مستوى الاحتراق النفسي لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون و اضطراب طيف التوحد متوسط قد تحققت .

1-3-عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة : توجد فروق دالة احصائيا لمستوى رفض الإعاقة لدى كل من أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون و اضطراب طيف التوحد .

جدول رقم (19) الفروق بين أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون و اضطراب طيف التوحد في مستوى رفض الإعاقة .

العينة	المتغيرات الإحصائية / متغيرات الفرضية	التكرارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة -ت-	مستوى الدلالة	SIG	الدلالة
30	أولياء الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد	15	202.68	36.53	0.329	0.05	0.745	غير دالة إحصائيا
	أولياء الأطفال المصابين متلازمة داون	15	198.81	27.25				

نلاحظ من الجدول رقم (19) أن النتائج لخاصة بالفرضية التي مفادها توجد فروق دالة احصائيا بين أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون و اضطراب طيف التوحد في مستوى رفض الإعاقة ، حيث بلغ عدد أولياء الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد (15) و يشير المتوسط الحسابي (202.68) بانحراف معياري يساوي

(36.53)، ومن جهة أخرى بلغ عدد أولياء الأطفال المصابين متلازمة داون (15) و يقدر المتوسط الحسابي ب(198.81) بانحراف معياري يساوي (27.25). و يتضح لنا ان المتوسطات قد اظهرت فرقا ، لذلك ارفقت هذه النتائج بحساب اختبار –ت– لدلالة الفروق بين أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون و اضطراب طيف التوحد لأجل التحقيق من مدى صحة الفرضية حيث تما ايجاد قيمة –ت– و التي تقدر حسب الجدول ب (0.329) و بعد مقارنة القيمة المرافقة التي تساوي sig = (0.745) بمستوى الدلالة (0.05) يتبين لنا ان قيمة sig اكبر من مستوى الدلالة (0.05).

نستطيع القول بانه لا توجد فروق دالة احصائيا بين أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون و اضطراب طيف التوحد في مستوى رفض الإعاقة و بالتالي الفرضية لم تتحقق.

1-3-عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة : توجد فروق دالة احصائيا لمستوى للاحتراق النفسي لدى كل من أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون و اضطراب طيف التوحد .

جدول رقم (20) الفروق بين أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون و اضطراب طيف التوحد في مستوى الاحتراق النفسي .

العينة	المتغيرات الإحصائية / متغيرات الفرضية	التكرارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة –ت–	مستوى الدلالة	SIG	الدلالة
30	أولياء الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد	15	71.57	44.33	-0.160	0.05	0.875	غير دالة إحصائيا
	أولياء الأطفال المصابين متلازمة داون	15	74.54	49.28				

نلاحظ من الجدول رقم (20) أن النتائج الخاصة بالفرضية التي مفادها توجد فروق دالة احصائيا بين أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون و اضطراب طيف التوحد في مستوى الاحتراق النفسي ، حيث بلغ عدد أولياء الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد (15) و يشير المتوسط الحسابي (71.57) بانحراف معياري يساوي (44.33)، ومن جهة أخرى بلغ عدد أولياء الأطفال المصابين متلازمة داون (15) و يقدر المتوسط الحسابي ب(74.54) بانحراف معياري يساوي (49.28). و يتضح لنا ان المتوسطات قد اظهرت فرقا ، لذلك ارفقت هذه النتائج بحساب اختبار –ت– لدلالة الفروق بين أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون و اضطراب طيف التوحد لأجل التحقيق من مدى صحة الفرضية حيث تما ايجاد قيمة –ت– و التي تقدر حسب الجدول ب (– 0.160) و بعد مقارنة القيمة المرافقة التي تساوي sig = (0.875) بمستوى الدلالة (0.05) يتبين لنا ان قيمة sig اكبر من مستوى الدلالة (0.05).

نستطيع القول بانه لا توجد توجد فروق دالة احصائيا بين أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون و اضطراب طيف التوحد في مستوى الاحتراق النفسي و بالتالي الفرضية لم تتحقق.

1-4-عرض و تحليل الفرضية الرابعة:التي مفادها تؤثر مستوى رفض الإعاقة على مستوى الاحتراق النفسي لدى أولياء الاطفال المصابين بمتلازمة داون و اضطراب طيف التوحد .

جدول رقم (21) تحليل الانحدار الخطي البسيط لمستوى رفض الإعاقة وتأثيره على مستوى الاحتراق النفسي لدى أولياء الاطفال المصابين بمتلازمة داون و اضطراب طيف التوحد

النموذج	معامل التحديد R	معامل التحديد R^2	مربع معامل الارتباط	الخطأ المعياري للتقدير R^2	ت		ف		مستوى الدلالة
					T	Sig	F	Sig	

1	0.080	0.006	-0.014	40.00	-0.553	0.000	0.306	0.000	0.05

يتضح من خلال الجدول رقم (21) أن قيمة (ف) لنموذج الانحدار الخطي تساوي (0.306) بدلالة إحصائية (0.00) مما يدل على وجود دلالة إحصائية لنموذج الإنحدار الخطي البسيط التي تم توفيقه بالمتغير التابع مستوى الاحتراق النفسي لدى أولياء الاطفال المصابين بمتلازمة داون واضطراب طيف التوحد بدلالة لمستوى رفض الإعاقة بدلالة

احصائية (0.00).

يتبين كذلك أن قيمة معامل الارتباط تساوي (0.080) وعند تربيعها أصبحت قيمة معامل التحديد تساوي (0.006) أي ان النموذج يفسر (6%) من التباين الكلي للمتغير التابع مستوى الاحتراق النفسي لدى أولياء الاطفال المصابين بمتلازمة داون و اضطراب طيف التوحد.

وبعد تعديل أثر المتغير المستقل في النموذج أصبح المعدل يساوي (0.014-) مما يعني أن النموذج يفسر (1.4%) بالمئة من التباين الكلي للمتغير والباقي (98.6%) وعليه النموذج لا يفسر درجة كبيرة من التنبؤات.

ولمعرفة درجة مساهمة المتغير المستقل لمستوى رفض الإعاقة في المتغير التابع مستوى الاحتراق النفسي لدى أولياء الاطفال المصابين بمتلازمة داون و اضطراب طيف التوحد تم حساب معاملات بتا (Béta) المعيارية كما هو في الجدول التالي:

جدول رقم (22) معاملات بتا (Béta) لمساهمة رفض الإعاقة في الاحتراق النفسي لدى أولياء الاطفال المصابين بمتلازمة داون و اضطراب طيف التوحد.

		المعاملات غير المعيارية		المعاملات المعيارية	مستوى الدلالة	
المتغير المستقل	المتغير التابع	معاملB	الخطأ المعياري	قيمة بتا (Béta)	Sig	∞
رفض الإعاقة	الاحتراق النفسي	-0.098	0.177	-0.080	0.00	0.05

يتضح من الجدول رقم (22) أنه يوجد أثر لمستوى رفض الإعاقة و مستوى الاحتراق النفسي لدى أولياء الاطفال المصابين بمتلازمة داون و اضطراب طيف التوحد .

- مناقشة النتائج

2-1- مناقشة الفرضية الأولى

من خلال النتائج التي سبق التوصل اليها لاحظنا ان الفرضية التي مفادها ان اولياء امور الاطفال المصابين بالتررزوميا و اضطراب طيف التوحد لديهم مستوى متوسط الى منخفض من رفض الاعاقة قد تحققت و قد بينت النتائج ان مستوى رفض الاعاقة لدى اولياء الامور لم يكن مرتفعا بال درجة المتوقعة ، بل تراوح غالبا ضمن المستويات المتوسطة او المنخفضة و هذا ما تعارض مع دراسة (كاشف، 2011)التي اشارت الى ان الوالدين يشعرون بصدمة كبيرة تترجم على شكل احباط شديد من هذا الطفل بدون مستقبل الامر الذي قد يؤدي بهما الى عدم التقبل الضمني لهذا الطفل و اشارت دراسة)العسرج, 2006(التي اوضحت ان الرفض و الانكار يشكلان المرحلة الاولى في التفاعل النفسي م(kandel & merrick, 2007) ع الاعاقة قبل ان تتبعها مراحل التقبل و التكيف و في السياق نفسه تشير دراسة الى ان اسر الاطفال ذوي الإعاقة النمائية تمر غالبا بمراحل من الانكار و رفض الواقع خصوصا عند غياب الدعم النفسي و الاجتماعي المناسب لكن مشاعر الرفض لا تعد دائمة و مستمرة بل هي مرحلة مؤقتة يمر بها الوالدين و تنتهي بعد فتر

ة ما ، خاصة اذا تلقت الاسرة مساندة و دعما اجتماعيا ملائما .

و بالرغم من هذه الدراسات التي سبق ذكرها فان تحقق الفرضية في هذه الدراسة يمكن تفسيره في ضوء عدد من العوامل المحتملة منها ارتفاع مستوى الوعي الاسري ، الدعم الزوجي ، دعم المحيط الاجتماعي و هذه كلها تعد عوامل مخففة لمشاعر الرفض .

2-2-مناقشة الفرضية الثانية

في ضوء نتائج الدراسة الميدانية توصلنا الى ان عدم تحقق الفرضية القائلة بأن لدى اولياء الاطفال المصابين بالترزوميا و اضطراب طيف التوحد مستوى مرتفع من الاحتراق النفسي هذه النتيجة جاءت على عكس ما كان متوقعا و هذا يعد من النتائج اللافتة خاصة في ضوء ما توصلت اليه بعض الدراسات السابقة التي اكدت انتشار ظاهرة الاحتراق النفسي بين اولياء الامور مثل دراسة (Ozlem kutuk, Evren tufan, & kutuk, 2021) التي اسفرت نتائجها على ان عينة البحث يعانون من مستوى مرتفع من الاحتراق النفسي بحيث كانت دراسته متمحورة حول الاحتراق النفسي لدى امهات اطفال اضطراب طيف التوحد كما نجد في هذا السياق دراسة (wolf، NOH، و specheley، 1989)يمكن القول عنها انها من الاوائل التي تطرقت الى هذا الموضوع ، و التحقق بشكل معمق حول وجود احتراق نفسي عند الاولياء .

عدم تحقق الفرضية لا يعني غياب الضغوط الضغوط انما يشير الى وجود عوامل حماية تقلل من اثارها مثل الدعم النفسي و الاجتماعي و فعالية التكيف حيث سعد الدعم الاجتماعي عامل للتخفيف من الاحتراق التفسي لدى اولياء ذوي الاعاقة كما بينته دراسة (abdel qader al-nawasrah & Ali Wahsheh, 2024)التي هدفت الى استقصاء الدور الوسيط الذي يلعبه الدعم الاجتماعي في العلاقة بين الضغوط النفسية و الاحتراق النفسي لدى امهات الاطفال المصابين باضطراب طيف التوحد و قد اظهرت الذراسة وجود علاقة عكسية دالة احصائيا بين الدعم االجتماعي و مستوى الاحتراق النفسي فكلما زاد ادراك الام لوجود دعم اجتماعي من اسرة و

المجتمع كلما قل مستوى الاحتراق النفسي لديها و اوصت الدراسة بضرورة تعزيز الدعم الاجتماعي الرسمي و غير الرسمي للامهات نظرا لأثره الوقائي المهم.

و هذا يدعم تفسيرنا لعد تحقق الفرضية الحالية بحيث بلغت نسبة الاحتراق النفسي الوالدي للعينة المختارة ب 28،48 % الذي هو مستوى متوسط من الاحتراق النفسي و هو مايدل على وجود ضغوط نفسية حقيقية لكنها لا تصل الى مراحل الانهيار الشديد او التدهور الوظيفي و النفسي.

2-3-مناقشة الفرضية الثالثة

الجزء الاول:

حسب نتائج الدراسة الاحصائية فإن النتيجة المتوصل اليها هي عدم تحقق الجزء الاول من الفرضية المشار اليها في الاشكالية و التي جاء فيها "هناك فروق دالة احصائيا بين مستوى رفض الاعاقة و الاحتراق النفسي لدى كل من اولياء الاطفال المصابين بمتلازمة داون و اولياء الاطفال المصابين باضطراب طيف التوحد " بمعنى انه لا توجد فروق دالة احصائيا لمستوى رفض الإعاقة لدى كل من أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون و اضطراب طيف التوحد .هذه النتيجة جاءت مناقضة لدراسة (عبد الناصر، سناء حامد، و الضفيري، 2021)التي نصت على وجود علاقة ايجابية بين زيادة الاساءة للافراد بازدياد نسب الاعاقة لديهم بمعنى انه اشكال الرفض الوالدي تزيد مع تدني درجة التخلف العقلي سواء كان الطفل توحدي او مصاب بمتلازمة دون و معاكسة كذلك لما توصلت اليه الدراسة التي قامت بها (امين، 1999) التي توصلت عبرها الى ان الاطفال الاكثر تخلفا هم من يتعرضون للنبذ اكثر .

الجزء الثاني

استانادا الى النتائج المتوصل اليها من خلال الدراسة الاحصائية فان الجزء الثاني من الفرضية التي نصت على ان هناك فروق دالة احصائيا بين مستوى رفض الاعاقة و

الاحتراق النفسي لدى كل من اولياء الاطفال المصابين بالترزوواميا و اضطراب طيف التوحد لم تتحقق هي الاخرى و بالتالي فانه يمكن القول بان مستوى الاحتراق النفسي عند اولياء الاطفال المصابين باضطراب طيف التوحد لا تختلف درجته عند اولياء الاطفال المصابين باضطراب طيف التوحد و بالتالي فان درجة الاعاقة او نوع الاعاقة لا ياثر على مستوى الاحتراق عند الوالدين و قد توافقت دراستنا مع دراسة Gèrain) (zech, 2018 &حيث لم تجد الدراسة فروقا كبيرة بين مستويات الاحتراق النفسي الوالدي لدى اولياء الاطفال المصابين بمتلازمة داون و اولئك المصابين باضطراب طيف التوحد كما تعارضت دراستنا هذه مع دراسات اخرى كانت نتائجها مخالفة للنتائج المتوصل اليها منهم دراسة (فخرو، البوفلاسة، بيناوي، و غريب ، 2021)التي اسفرت نتائجها على ان الامهات اللواتي لديهن اطفال مصابون باضطراب طيف التوحد اظهرن مستويات اعلى من الاحتراق النفسي مقارنة بامهات اطفال متلازمة داون وربطت ذلك بالتحديات السلوكية و التواصلية المرتبطة باضطراب طيف التوحد.

2-4 مناقشة الفرضية الرابعة

استنادا لنتائج المتحصل عليها في دراستنا قد تحققت الفرضية التي تنص على أن مستوى رفض الإعاقة يؤثر على مستوى الاحتراق النفسي لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون واضطراب طيف التوحد، إذ أظهرت النتائج وجود علاقة طردية بين المتغيرين، حيث كلما زاد رفض الإعاقة ارتفع مستوى الاحتراق النفسي. ويُفسر ذلك بأن رفض الإعاقة يعكس عدم التكيف مع واقع الطفل، مما يؤدي إلى استنزاف نفسي وعاطفي ناتج عن مشاعر الحزن، الإنكار، الغضب، والإحباط، وهي مشاعر تتراكم تدريجيًا وتُنتج حالة من الإرهاق النفسي المستمر، خاصة في ظل الصعوبات السلوكية والاجتماعية المرتبطة بمتلازمة داون واضطراب طيف التوحد.

وقد دعمت هذه النتيجة عدة دراسات عربية سابقة، منها دراسة (xiaoh, yinging, mengyuan, & yue, 2024) التي أكدت وجود علاقة دالة بين رفض الإعاقة وارتفاع الاحتراق النفسي لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد كما اشارت الى أن رفض إعاقة الطفل يضعف من قدرة الوالدين على التكيف، ويزيد من التوتر والاحتراق النفسي.

وتُبرز هذه النتائج أهمية دعم أولياء الأمور نفسيًا واجتماعيًا، والعمل على تعزيز تقبلهم لإعاقة أطفالهم من خلال برامج إرشادية ومرافقة نفسية، لما له من دور كبير في تخفيف الاحتراق النفسي وتحسين جودة الحياة الأسرية.

- **خلاصة الفصل**

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن مستوى الاحتراق النفسي الوالدي، و درجة تقبّل أو رفض الإعاقة لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة متلازمة داون واضطراب طيف التوحد، إضافة إلى معرفة طبيعة العلاقة بين هذين المتغيرين، ومدى تأثير رفض الإعاقة على الاحتراق النفسي لديهم.

وقد أظهرت النتائج أن مستوى رفض الإعاقة لدى الأولياء لم يكن مرتفعًا كما افترضت الدراسة، كما أن مستوى الاحتراق النفسي لم يكن عاليًا في مجمله، ولم تُسجّل فروق دالة إحصائيًا بين أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون وأولياء الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد من حيث مستويات الرفض أو الاحتراق.

غير أن الفرضية الرابعة قد تحققت، حيث كشفت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائيًا بين مستوى رفض الإعاقة والاحتراق النفسي، ما يشير إلى وجود علاقة بين هذين المتغيرين لدى أولياء الأمور، حيث يرتبط ارتفاع مستوى رفض الإعاقة بزيادة مستوى الاحتراق النفسي. وتؤكد هذه النتيجة على الأثر النفسي السلبي الذي يمكن أن يسببه عدم تقبل الإعاقة على الوالدين، مما يعزز أهمية التركيز على برامج التدخل النفسي والاجتماعي التي تساعد أولياء الأمور على التقبل وتطوير آليات تكيف فعالة.

وتُشير هذه النتائج أيضًا إلى أهمية البحث في العوامل المؤثرة الأخرى، مثل الدعم الاجتماعي، والخبرة السابقة، والوضع الاقتصادي، والتي قد تُفسّر انخفاض مستويات الرفض والاحتراق لدى البعض، وتعزز من قدرة الأولياء على مواجهة التحديات المرتبطة بإعاقات أبنائهم.

ويمكن القول إن تعزيز تقبّل الإعاقة لدى أولياء الأمور يُعد عاملاً وقائيًا مهمًا في الحد من الاحتراق النفسي، وهو ما يستدعي التركيز على الدعم النفسي والأسري ضمن خطط التوعية والتدخل المبكر.

الاستنتاج العام

كان انطلاق دراستنا حول الاحتراق النفسي الوالدي و رفض الاعاقة لدى اولياء الاطفال المصابين بالترزوميا و اضطراب طيف التوحد بداية من عدة معلومات تم التطرق اليها في الجانب النظري بعدها قمنا ببناء اشكالية الدراسة التي ألمت اهم الافكار و النقاط التي اعتبرت اساسا للنتائج المتوصل اليها اذ جاءت لاسئلة على النحو التالي:

- ما هو مستوى رفض الإعاقة لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون واضطراب طيف التوحد؟
- هل هناك فروق دالة إحصائيا بين مستوى رفض الإعاقة والاحتراق النفسي لدى كل من أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون وأولياء الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد؟
- هل يؤثر مستوى رفض الإعاقة على مستوى الاحتراق النفسي لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون واضطراب طيف التوحد؟

و للوصول الى اجابات على التساؤلات السابق ذكرها قمنا بصياغة الفرضيات التالية :

- لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون واضطراب طيف التوحد مستوى متوسط مائل الى المنخفض من رفض الإعاقة.
- لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون واضطراب طيف التوحد مستوى مرتفع من الاحتراق النفسي.
- هناك فروق دالة إحصائيا بين مستوى رفض الإعاقة والاحتراق النفسي لدى كل من أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون وأولياء الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد.
- يؤثر مستوى رفض الإعاقة على مستوى الاحتراق النفسي لدى أولياء الأطفال المصابين بالترزوميا واضطراب طيف التوحد.

و للتحقق من صحة كل الفرضيات التي قمنا بصياغتها اجرينا دراسة وصفية على عينة مؤلفة من 60 تنقسم على النحو التالي :الاولياء(30) و ذلك كان باستخدام مقياس الاحتراق النفسي الوالدي و الجزء المتبقي من العينة و الذي بلغ عدده (30) هم اطفال مصابين بالترزوميا و اضطراب طيف التوحد و هنا استخمنا مقياس القبول و الرفض و الوالدي ، اضافة الى ذلك اجرينا دراسة

ميدانية على 4 حالات (3 امهات و اب) و ذلك من خلال الاعتماد على المنهج العيادي (دراسة حالة) و قمنا بتطبيق المقابلة النصف موجهة عليهم و مقياس الاحتراق النفسي الوالدي .

و بشكل مختصر يمكننا الاشارة الى النتائج المتوصل اليها في نقاط فقط ثم سنقم بشرح معمق اكثر :

- _الفرضية القائلة :(لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون واضطراب طيف التوحد مستوى متوسط مائل الى المنخفض من رفض الإعاقة.) تحققت
- _الفرضية القائلة :(لدى أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون واضطراب طيف التوحد مستوى مرتفع من الاحتراق النفسي.)لم تتحقق
- _الفرضية التي جاء فيها:(هناك فروق دالة إحصائيا بين مستوى رفض الإعاقة والاحتراق النفسي لدى كل من أولياء الأطفال المصابين بمتلازمة داون وأولياء الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد.)لم تتحقق
- _الفرضية التي مفادها: (يؤثر مستوى رفض الإعاقة على مستوى الاحتراق النفسي لدى أولياء الأطفال المصابين بالترزوميا واضطراب طيف التوحد.) تحققت

توصلت هذه الدراسة إلى جملة من النتائج المهمة التي تساهم في تعميق الفهم العلمي والنفسي لأثر الإعاقة النمائية العصبية، ممثلة في متلازمة داون 21 (متلازمة داون) واضطراب طيف اضطراب طيف التوحد، على الصحة النفسية لأولياء الأمور. فقد أظهرت النتائج أن فرضية تأثير رفض الإعاقة على مستوى الاحتراق النفسي قد تحققت، مما يبرز الدور الحاسم الذي يلعبه التقبل أو الرفض في تحديد مستوى التكيف النفسي لدى الأولياء. فكلما زاد رفض الإعاقة، ارتفع مستوى الاحتراق النفسي، نتيجة التوتر والانفعال والمشاعر السلبية التي يثيرها عدم التقبل و هذه النتيجة أثبتت ان الوالدين يمكن ان يتأثرو باعاقة اولادهم ل درجة تصل الى الاحتراق خاصة في حالة غياب الدعم و المساندة الاجتماعية اذ ان تربية طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة يمكن ان يخلق صراعات داخل الاسرة سواء صراعات زوجية او بين الاولاد و الذي بدوره يمكن ان يعزز مشاعر الرفض الوالدي لابنهم

وبرغم أن بعض الفرضيات سارت في الاتجاه لمعاكس لما توقناه و لم تتحقق، مثل ارتفاع عام في مستويات الرفض أو الاحتراق أو وجود فروق دالة إحصائيًا بين أولياء أطفال متلازمة داون وأطفال اضطراب طيف التوحد، فإن هذه النتائج لا تقل أهمية، إذ تشير إلى أن تجربة التعايش مع الإعاقة تختلف من أسرة لأخرى، وقد تتأثر بعوامل متعددة مثل الدعم الاجتماعي، والمستوى التعليمي، والوضع الاقتصادي، والموارد النفسية المتاحة فالاسر ذات الدخل المرتفع بامكانها دمج ابنها المصاب بمتلازمة داون في مراكز تتكفل بهاته الحالات و كذلك بالنسبة لاولياء الطفل اضطراب طيف التوحدي عكس الاسر ذات الدخل المنخفض التي لا تتمكن من تقديم المساعدة لابنها المعاق اضافة الى ما يخلقه نقص الموارد المالية من مشاكل داحل الاسرة

تكشف الدراسة أن رفض الإعاقة ليس مجرد موقف عابر، بل متغير حاسم في صحة الأسرة النفسية. كما أن الاحتراق النفسي الذي قد يصيب الأولياء لا ينتج فقط عن الأعباء اليومية، بل يستنزف أيضًا من المواقف والمشاعر المرتبطة بتقبل الإعاقة. ومن هنا، تبرز الحاجة الملحة إلى تدخلات مهنية متعددة الأبعاد: نفسية، اجتماعية، وتربوية، اضافة لدعم المعنوي وزوجي خخاصتا والى الدعم العائلي عامتا توفر هذه العوامل تساعد في تمكين الأولياء من التعامل الإيجابي مع وضع أبنائهم، وتقديم الدعم المناسب الذي يعزز من تقبلهم ويحدّ من استنزافهم النفسي هذا لا يساعد الاسرة فقط بل تمتد ايجابيانه الى ذلك الفرد المعاق فكلما قدمت له مشاعر الحب و التعامل الجيد كلما انعكس ذلك بالايجاب على حالة الطفل النفسية .

و من خلال الدراسة التي قمنا باجرائها و النتائج التي توصلنا اليها و ما لاحظناه في الميدان خلال البحث من اجل انجاز هاته المذكرة هنالك بعض الاقتراحات فيما يخص موضوع دراستنا والتي نتمنى ان تاخذ بعين الاعتبار تتمثل فيما يلي:

1. .تعزيز الدعم النفسي والاجتماعي لأولياء الأطفال ذوي الإعاقة من خلال مراكز الإرشاد الأسري، لما له من دور فعّال في خفض الاحتراق النفسي وتعزيز تقبل الإعاقة.
2. تفعيل برامج التوعية والتثقيف حول طبيعة الإعاقات (مثل متلازمة داون واضطراب طيف التوحد)، وطرق التكيف الأسري معها، لتقليل مشاعر الرفض وتحسين الصحة النفسية للأولياء.
3. إشراك الأخصائيين النفسانيين والاجتماعيين في متابعة الحالات الأسرية منذ مرحلة التشخيص الأولى، لضمان الدعم المستمر.
4. توفير فضاءات للتعبير والتفريغ الانفعالي مثل مجموعات الدعم، واللقاءات المفتوحة بين أولياء الأطفال، لتبادل الخبرات وخفض الشعور بالوحدة والضغط.

المـــراجع

المراجع باللغة العربية

1. ابراهيم ابراهيمي . (2006). ردود افعال العائلة الجزائرية بعدما عرفت ان ابنها معاق عقليا. اطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في علوم التربية قسم علم النفس علوم التربية و الارطفونيا، جامعة الجزائر، الجزائر.

2. احمد مراد سعيد. (2021). اثر اضطراب التوحد على سلوك الاطفال. عمان: دار التزويد.

3. اسامة مجاهدي، نسيمة كلو، و بدرة معتصم ميموني. (2023). تطبيق مقياس الاحتراق النفسي الوالدي على عينة جزائرية و مدى تاثير بعض العوامل الاجتماعية و الديمغرافية و الانثروبولوجية. مجلة دراسات انسانية و اجتماعية .جامعة وهران 02، 12(2)، 305-002324-002-012-1714/10.46315:DOI:doi .

4. اسراء عبد المقصود عبد الوهاب حسنين. (2022). فاعلية برنامج ارشادي معرفي سلوكي لتخفيف الاحتراق النفسي لدى امهات الاطفال المعوقين (القابلين للتعلم) و اثره على درجة الشعور بجودة الحياة الاسرية لديهن. مجلة كلية الادب، 54(1)، 945-9.-'

5. اميرة عيد الخالدي. (2014). دور الاسرة في تاهيل الطفل المعاق. كلية العلوم الاجتماعية و الادارية . جامعة نايف، المملكة العربية السعودية.

6. انيس عبد الوهاب عبد الناصر، عبد السلام زهران سناء حامد، و رائد عبد العزيز منور الضفيري. (2021). اساءة المعاملة الوالدية و علاقتها بسلوكيات التحدي لدى الاطفال ذوي الاعاقة البسيطة بدولة الكويت . مجلة كلية التربية، 160-196.

7. ايمان كاشف. (2011). الاعاقة العقلية بين الاهمال و التوجيه. دار قباء للطباعة و النشر.

8. الجارحي سيد. (2004). قاعلية برنامج تدريبي لتنمية مهارات السلوك التكيفي لدى اطفال التوحديين وخفض سلوكياتهم المضطربة. كلية ماجيستسر غير منشورة، جامعة عين الشمس.كلية التربية.

9. جمال الخطيب. (2016). مقدمة في الاعاقة العقلية. عمان: دار وائل للنشر.

10. جيزيم اريكان، عائشة ميلتم اوستونداغ–بوداك، ايجي اكغون، مويرا ميكولاجزاك، و ايزابيل روسكام. (2020). التحقق من النسخة التركية من تقييم (PBA) الارهاق الابوي , اتجاهات جديدة لتنمية الطفل و المراهقwilly online libary ،. 2020(174)، 15–doi:https://doi.org/10.1002/cad.2037532 .

11. حسن رجب فوقيه. (2008). التشخيص التتكاملي و الفارقي للاعاقة. مصر: دار الكتب الحديث.

12. حنان غزالي. (2021). الصدمة النفسية لدى امهات اطفال التوحد. المجلة الجزائرية للدراسات النفسية و الاجتماعية33–47.(14)

13. خالد السيد. (2002). سيكولوجية الاطفال ذوي الاحتيجات الخاصة (الإصدار 1). القاهرة: مركز الاسكندرية للكتب.

14. خالد سلمان. (2010). دراسات في علم النفس الاجتماعي. دار الفكر العربي.

15. سامي محمد ملحم. (2007). مبادئ التوجيه و الارشاد النفسي. الاردن: دار المسيرة للنشر و التوزيع:عمان.

16. سعد جلال احمد. (2008). علم النفس الشواذ (الإصدار 1). القاهرة: الدرا الدولية للاستثمارات الثقافية.

17. سعيد رضوان صديق ، و جمعة محمد جاجان. (2020). الاحتراق النفسي لدى امهات اطفال التوحد(الاووتيزم). مجلة الفنون و الادب و علوم الانسانيات و الاجتماع، doi:htpps://DOI:10.33193/JALHSS.2020/1153 .

18. السعيد عواشرية. (2006). الاتجاهات الوالدية نحو المعاق ذهنيا. مجلة التنمية البشرية.(3)

19. سماح وشامي. (2003). التدخل المبكر وعلاقاته بتحسين مجلات النمو المختلفة للاطفال باعراض متلازمة داون. القاهرة: جامعة القاهرة.

20. سهى احمد امين. (1999). المتخلفون عقليا بين الاساءة و الاهمال :التشخيص و العلاج. دراسة متخصصة منشورة ضمن مؤلفات و مجالات التعليم العالي.

21. شيرين البدراوي عبد التواب السعيد. (2017). التوحد لدى الاطفال. المجلة العلمية لكلية رياض الاطفال، 04(02)، 282-393.

22. صلاح عباس رضيم. (2023). الصحة النفسية للاسرة ذات الابناء المعاقين . مجلة القادسية في الاداب و العلوم التربوية.(49)

23. عبد الرحمان السويد. (2014). متلازمة داون المرجع البسيط الذي لا غنى عليه لكل اسرة (الإصدار 1). غزة: جمعية الحق في الحياة.

24. عبد الستار ابرهيم، و عسكر عبد الله. (2008). علم النفس الاكلينيكي (الإصدار 4). ألقاهرة: مكتبة الانجلو مصرية.

25. عبد القادر عبد المنعم الميلادي. (2006). ذوي الاحتيجات الخاصة ,المعاقون ذهنيا. الاسكندرية: مؤسسة شباب الجامعة.

26. عبد الله بن عبد العزيز بن فهد العسرج. (2006). فاعلية استخدام اسلوب التعزيز الرمزي في ضبط المشكلات السلوكية لدى ذوي متلازمة داون في جمعية النهضة النسائية بالرياض. رسالة ماجستار، جامعة نايف العربية للعلوم الامنية، الرياض.

27. عبد الله عسكر. (1996). دراسة ثقافية مقارنة للفروق بين عينة ممن الاطفال المصريين و اليمنيين في ادراكهم للقبول-الرفض الوالدي. مجلة الدراسات النفسية، 6(2)، 231-252.

28. عبد الناصر فخرو، مريم البوفلاسة، ايمان بيناوي، و سارة غريب . (2021). االثر برنامج علاجي لخفض الاحتراق النفسي لدى امهات الاطفال ذوي اضطراب طيف التوحد و متلازمة داون بدولة الكويت. مجلة العلوم التربوية(18)، 84-116.

29. عفراء ابراهيم خليل. (2021). الضغوط النفسية و الخوف من المستقبل ادى امهات اطفال اضطراب طيف التوحد في مدينة بغداد. مجلة حقائق للدراسات النفسية و الاجتماعية، 6(1)، 163-218. تم الاسترداد من https://www.asjp.cerist.dz/en/articl/159133

30. علي موسى الصبحيين. (بلا تاريخ). الارشاد النفسي و الاجتماعي لاسر ذوي الاعاقة و اساليب ارشاده . تم الاسترداد من https://www.arabbpsynet.com/documents/docalssubhienPsychological&SocialCouseling.pdf

31. عيسى اسماعيل محمد، و غريب محمد الفيلكاوي. (2007). الفوارق في ابعاد التفاعل الاسري داخل اسرة التلاميذ ذوي الاعاقة الذهنية البسيطة اللعدوانيين و غير العدوانيين بدولة الكويت. رسالة ماجستير منشورة، جامعة الخليج العربي.

32. فاروق الروسان. (1999). مقدمة اللاعاقة العقلية. عمان: دار الفكر للطباعة قو النشر.

33. فاروق مصطفى اسامة، و كامل الشربيني السيد. (2011). سمات التوحد (الإصدار 1). الاردن: دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة:عمان.

34. فتيحة سعدي. (2005). فاعلية برنلمج التربية الخاصة في تعديل سلوك الاطفال المعاقين عقليا. ماجيستار، الجزائر.

35. فؤاد ابراهيم فيوليت. (2001). بحوث ودراسات في سيكولوجية الاعاقة (الإصدار 1). القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

36. قدور نويبات، و نور الهدى بن عمر. (2021). مجلة السراج في التربية و قضايا المجتمع، 5(3)، 65-82.

37. محمد الهذلي امنة عودة. (2006). دراسة مرجعية عن متلازمة داون. الطائف: قسم الاحياء كلية العلوم.

38. محمد الهذلي امينة. (2003). دراسة مرجعية عن متلازمة داون. السعودية.

39. محمد بن كيحول، و سعدية طيباوي. (2017). اتجاهات العمال المهنيين نحو قرار الغاء المادة 87 مكرر. مجلة ابحاث نفسية و تربوية(10)، 27-49.

40. مسعودة بن قيدة. (2009). برامج الرعاية الخاصة في السلوك التكيفي لدى الاطفال ذوي متلازمة داون. رسالة ماجستير، جامعة الجزائر، الجزائر.

41.مصطفى النوري القمش. (2011). الاعاقة العقلية النظرية و الممارسة (الإصدار 1). عمان: دار المسيرة للنشر و التوزيع.

42.مصطفى بعلي، و عبد الحق بركات . (2021). بناء مقياس القبول–الرفض الوالدي لدى الابناء في البيئة الجزائرية. مجلة العلوم النفسية و التربوية، 7(2)، 250–263.

43.مصطفى نوري القمش. (2010). الاعاقة العقلية النظرية و الممارسة. عمان: دار المسيرة للنشر و التوزيع.

44.ميشالينا دزيلينسكا، مارتا لاسوتا، و كونراد بيوتروفوسكى. (2023). الارهاق الابوي لدى اباء الاطفال ذوي الاعاقة و الامراض.علم النفس التنموي central . and easten european online libary، 2، 135–152 .تم الاسترداد من content://COM.android.providers.documents/document/498

45. هاشم الفاخوري. (18 فيفري, 2024). الاحتراق الابوي..الاسباب و العلاج و تاثيره على الصحة العقلية و النفسية و الجسدية. صحيفة صدى الشعب اليومية.

46.واوان الشمري. (2001). الفروق في السلوك العدواني والعلاقات الاجنماعية لدى اظفال متلازمة داون طبقا لفترة الالتحاق ببرامج التدخل المبكر. رسالة ماجستير، الكويت.

47.يمينة شويخي، و نادية سبع بروايل. (2023). الاحتراق النفسي لدى ام الطفل ذو اضطراب طيف التوحد. مجلة دراسات في سيكولوجية الانحراف، 08(01)، 510–527.

48.يمينة مدوري. (2022). الاحتراق النفسي .قراءة في الادبيات السيسكولوجية. مجلة نوميروس الاكاديمية، 3(1)، 216–217.

المراجع باللغة الاجنبية

1. Abir k bekhet و ،denise Matel-Anderson. (2016). risk and protective factors in the lives of carigivers of person with autism: caregivers perpectives. wiley online libvary. doi:htpps://doi.ORG/10.1111/PPC.12158
2. Alexender kolevzon ،raz,MD gross و ،Abraham,MD,MPH Reihenberg. (2007). Parental and perintal risk factors for autism. archives of pediatrics & adolescent medicine161 ،(4) ، 333-326. doi:https://doi.org/10.1001/archpedi.161.4.326
3. aljazeera من الاسترداد تم .(2025 ,04 07) . https://www.ALJAZRA.net
4. Benferhat Amirouch. (2013). le syndorme du burnout chez les médcins en situation de catastrophe:le cas de samu dAlger , Blida et médéa. Insaniyat .59 ،انسانيات/ doi:htpps://journal.openditions.org/insaniyat.13952
5. Christina Maslach و ،Susan E Jackson. (1981). the measurment of cexperienced burnout. journal of ocupational behaviouor2 ،(2).113-99 ،
6. christina Maslash و ،Susan E Jackson. (1981). The measurment of experienced burnout. journal of ocupational behaviour2 ،(2).113-99 ،
7. cristina maslach و ،susan E jackson. (1981). the meuserment of experienced bournout. journal of occupational behavior2 ،(2)113-99 ،. doi:https://doi.org/10.1002/JOB.4030020205

8. david E gray. (2009). ten years on : a longitudinal study of families of children with autism. journal of intelectuel & devlopmental disability27 ،(3)222-215 ،. doi:https://doi.org/10.1080/13--825021000008639

9. dawn kingston ،suzanne tough و ،heather whitfield. (2012). parental and postpartum maternal psychological destress and infant devlopment: a systemak reviw. child psychiatry & human devlopment714-683 ،43 ،. doi:https://doi.Org/10.1007/s10578-012-0291-4

10. faisal issa abdel qader al-nawasrah و ،nayef Ali Wahsheh. (2024). social support ampng families of disabled children at ajloun area regarding to some variables ,the type and the degree of disability of the child. international journal of religion05 ،(03). doi:https://doi.org/10.61707/d6ky415

11. george h singer و ،larry k irvin. (1989). support for caregiving families:enabling positive adaptation to disability. baltimore,MD:paul H. brookes Publishing.341-329 ،

12. gulhan yigitalp ،funda gumus و ،leyla zengin aydin. (2021). determining the relationship between health anxiety and healthy lifstyle behaviours,and the factors that affect them:a crossa-sectional study in turkey. wiley online libery58 ،(4) ، 1641-1632. doi:https://doi.org/10.1111/ppc.12971

13. gyeong-A park و ،oan Na lee. (2022). the moderating effect of social support on parental stress and depression in mothers of children with disabilities. occupational therapy

international2022 ،(1)516-295 ،. doi:https://doi.org/10.1155/2022/5162954

14. isabelle Roskam ،Marie Emilie Raes و ،Mora Mkolajczak. (2017). Exausted parents:Devlopment and priliminary validations of the parental burnout inventary. front psycho.8 ،

15. isack kandel و ،joav merrick. (2007). the child with a disability:parental acceptance,management and coping .)mohammed morad (المحرر ،the scientific world journal7 ،(1) ، 1809-1799. doi:https://doi.org/10.1100/tsw.2007.265

16. jamal M alkhateeb ،muna s hadidi و ،wissam mounzer. (2022). the impact of autism specturm disorder on parents in arab countries:a systematic literature review. educational psychlogy955-442 ،13 ،. doi:https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.955442

17. jeffrey E mash و ،LAWRENCE G terdal. (1973). modification of mother – child interactions: playing with children. mental retardations11 ،(5) تم الاسترداد من ، 44-49. https://eric.ed.gov/?id=EJ089549

18. jonathan A wiess و ،yona lunskey. (2011). the brief family distress scale: a measure of crisis in caregivers of inndividuals with austism spectrum disords. journal of child and family studies528-521 ،20 ،. doi:https://doi.org/10.1007/s10826-010-9419-y

19. joseph Procaccini و ،mark W kiefaber. (1983). parent burnout double day.

20. kaisa aunola ،matilda sorkkila و ،asko tolvanen. (2020). personal and situational predictors of parental burnout symptoms. journal of familly psychology34 ،(7)834-833 ،. doi:https://doi.Org/10.1037/fam0000660

21. kaisa aunola ،melinda sorkkila ،asko tolvanen ،audrey tassoul ،moira mikolajczak و ،isabelle roskam. (2021). devlopment and validation of the brief parental burnout scale(BPBS). Journal information33 ،(11)1137-1125 ،. doi:https://doi.org/10.1037/pas0001064

22. liliane holstein. (2014). le burn out parental .surmonter lépuisement et reteouver la joie detre parents .Josette lyon.

23. logan hansott ،nathen nguyen ،isabelle roskam ،florence stinglhamber و ،moira mikolajczak. (2021). are all burned out parents neglectful and violent? a latent profile analysis. journal of child and family studies2021 ،(30)168-158 ،. doi:https://dooi.org/10.1007/s10826-020-01850-x

24. lucille C wolf ،samuel NOH و ،Mark specheley. (1989). brief report:psychological effects of parenting stress on parents of autistic children. journal of autism and developmental disorders166-157 ،19 ،. doi:https://doi.org/10.1007/BF02212727

25. lynn hugger. (2009). mourning the loss of the idealized child. journal of infant child and adolescent psychotherapy ، 8(2)136-124 ،. doi:doi:10.1080/15289160802435562

26. maria-eugenia brianda ،isabelle roskam ،james j gross ، alexandra franssen ،florence kapala ،francoi gérard و ،moira mikolajczak. (2020). treating parental burnout impact of two treatment modalities on burniut symptoms ,emotions,hair coritsol,and parental neglect and violence. psychotherapy and psychosomatics89 ،(5)332-330 ،. doi:https://doi.org/10.1159/000506354

27. mary jan weiss. (2002). hardiness and social support as predictors of stress in mothers of typical children , children with autism , and children with autism , and children with mental retardation. journal sagepub6 ،(1)130-115 ،. doi:https://doi.org/10.1177/1362361302006001009

28. Meryem Ozlem kutuk ،Ali Evren tufan و ،Ozgur kutuk. (2021). hight deoression symptoms and burnout levels among parents of children with autism spectrum desod. journal of autism and devlopmental.4099-4086 ،

29. moira mikolajczak ،isabelle roskam و ،maria -elena brianda. (2018). a step forrward in the conceptualization and measurment of parental burnout :the parental burnout (PBA). humen developmental psychology9 ،. doi:https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00758

30. moira mikolajczak ،james j gross و ،isabelle roskam. (2019). parental burnout : what is it, and why does it mater? journal segpub7 ،(6)1329-1319 ،. doi:htps://doi.org/10.1177/2167702619858430

31. moira mikolajczak ،kaisa Aunola ،matilda sorkkila و ، isabelle roskam. (2023). 15 years of parental burnout research:systamic review and agenda. curent direcction in psychological science283-276 ،. doi:https://doi.org/10.1177/09637214221142777

32. moira mikolajczak ،maria-eugenia brianda ،hérve avalosse و ،isabelle roskam. (2018). consequances of parental burnout :its specific effect on child neglect and violence. child abuse and neglect145-134 ،80 ،. doi:https://doi.org/10.1016/J.chiabu.2018.03.025

33. mora Mikolajczajk ،marie Emilie Raes ،hervé Avalosse و ، isabelle Roskam. (2017). exausted parents sociodemographic, child-related , parental-related, parenting and famiily-functioning correlates of prental burnout. child fam dtud. doi:htpps://DOI10.1007/s10826-017-0892-4

34. MORA MIKOLAJCZAK و ،isabelle Roskam. (2018). Atheorecal framework for parental burnout .the balance between risk and and resoucez(BR2). FRONTIERS IN PSYCHOLOGY886 ،9 ،. doi:HTPPS://DOI.ORG/10.3389/fpsyq.2018.00886

35. nihed abid ،asma ben hassine ،naoufel gaddour و ،sihem hmissa. (2022). challenges and unmet needs of mothers of preschool children with autism specturmdisorders in tunisia: a qualitative study. pan medical journal43 ،(66)66-43 ،. doi:doi:10.1160/pamj.2022.43.66.36591

36. pierre Gèrain و ،Emmanuelle zech. (2018). does informal caregiving lead to parental burnout?comparing parents having (OR NOT) children with mental and physical issues. 9. doi:https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00884

37. rana begum kalkan ،m.annelise blanchard و ،alexandre heeren. (2022). emotional exhaustion and feeling fed up as the driving forces of parental burnout and consequences on children: inights from a network approach. current psychlogy ، 42(12)2289-2278 ،. doi:https://doi.org/10.1007/s12144-022-03311-8

38. ren xiaoh ،cai yinging ،zhang mengyuan و ،hou yue. (2024). what influencec parental burnout in parents of childdren with autism spectrum disorder in china?a qualitative study. current psychological43 ،(32)12-1 ،. doi:doi:10.1007/s12144-024-06301-0

39. reuben thomas varghese و ،srinivasan venkatessan. (2013). a comparative study of maternal burnout autism and hearing impairiment. international journal of psychology & psychiatry1 ،(2).108-101 ،

40. richard G tedeschi و ،lawrence G calhoun. (2004). POSTTRAUMATIC growth: concepyuel foudatios and empirical evidence. psychological inquiry15 ،(1)18-1 ،. doi:https://doi.org/10.1207/s15327965pli501_01

41. richard p hastings ،hanna kovshoff و ،bob remington. (2005). systems analysisof stress and positive preception in

mpyhers and fathers of pre-school children with autism. journal of autism and developmental disorders644-635 ،35 ،. doi:https://doi.org/10.1007/s108003-005-0007-8

42. richard P hastings و ،Emma JOHNSON. (2001). stress in UK families conductinng intensive home-based behavioral interntion for their younng child with autism. journal of autism and devlopmental disorders336-327 ،31 ،. doi:https://doi.ORG/10.1023/A:1010799320795

43. suarez و ،aguiar. (2021). sindorme del agotemiento parental:madres y padres qumados. el pais تم الاسترداد من . https://elpais.com/socidad/2021-06-05:sindorm -del-agotamiento-parental-madres-y-padres-quemados.html

44. tali heiman. (2002). parents of children with disabilities : Resilience , coping, and future Expactations. journal of devlopmental and physical disabilities171-159 ،14 ،. doi:https://doi.ORG/10.1023/A:1015219514621

45. violaine guéritault. (2004). la fatigue émotionnelle rt physique des mére:le burnoout maternel.odile jacob .

الملاحق

الرجاء وضع علامة (×) أسفل الاختيار الذي ينطبق عليك:

م	أرى أن (أبـي/ أمـي) كـان منـذ صـغري حتـى الآن:	معاملة الأب					معاملة الأم				
		أبداً	نادراً	أحياناً	غالباً	دائماً	أبداً	نادراً	أحياناً	غالباً	دائماً
1	يشجعني أن أحكي له عن مشكلاتي الخاصة.										
2	يرى أن أفكاري تافهة.										
3	يتسع صدره لكل ما أقوله له.										
4	أشعر بأنه نادم على إنجابي.										
5	يساعدني عندما أطلب منه ذلك.										
6	يذكرني بأخطائي وعيوبي.										
7	يعاملني برفق وهدوء.										
8	يتحدث عن عدم طاعتي له.										
9	يخفف من آلامي وأحزاني.										
10	يعاملني وكأني مشكلة تعوق طريق سعادته.										
11	يعتبرني صديقاً له.										
12	ينسى أن يشتري لي ما أطلبه منه.										
13	يعتز بحسن أدبي وسلوكي الطيب.										
14	يسخر مني ويحقرني أمام إخواني.										
15	يقضي وقت فراغه معي.										
16	يتجنب صحبتي.										
17	يجيب على أسئلتي دون ضيق مهما كثرت.										
18	يعاقبني دون سبب واضح.										
19	يعرف ما أحتاج إليه ويحضره لي.										

م	أرى أن (أبي/ أمي) كان منذ صغري حتى الآن:	معاملة الأب					معاملة الأم				
		أبداً	نادراً	أحياناً	غالباً	دائماً	أبداً	نادراً	أحياناً	غالباً	دائماً
20	يشكو من سوء تصرفاتي.										
21	يبتسم لي أثناء حديثه معي.										
22	يطول خصامه لي.										
23	يفتح لي قلبه وعقله ويتقبل كلامي معه.										
24	يتصيد أخطائي.										
25	يبتسم لي كلما يراني.										
26	يعاقبني على كل كبيرة وصغيرة.										
27	يهمه معرفة من هم أصدقائي.										
28	يهددني بالطرد من البيت.										
29	يجعلني أشعر بالفخر حين أقوم بعمل جيد.										
30	لا يكترث بمرضي.										
31	يحاول أن يجعلني سعيداً.										
32	يشعرني بأني سبب مشاكله (عثرة في طريقه).										
33	عندما يراني حزيناً لا يهدأ قبل أن يدخل السرور إلى نفسي.										
34	يقول لي أني أثير أعصابه.										
35	يثني علي (يشكرني) أمام الآخرين.										
36	يتعمد جرح مشاعري.										
37	يشعرني بأن ما أفعله له أهمية.										
38	يهددني بالعقاب.										

كيفية الاستشهاد بهذا المقال حسب أسلوب APA :

بعلي، مصطفى وعبد الحق، بركات(2021). بناء مقياس القبول–الرفض الوالدي لدى الأبناء في البيئة الجزائرية. *مجلة العلوم النفسية والتربوية*. 7(2)، الجزائر: جامعة الوادي، الجزائر. 249–263.

ملحق(2)

مقياس الإحتراق النفسي الوالدي

-التعليمة:

يمثل الأولاد بالنسبة لوالديهم مصدرا مهما للسعادة والإزدهار. في نفس الوقت بإمكانهم أن يشكلوا بالنسبة لبعض الوالدين مصدر إرهاق وتعب كبير ولا يعتبر ذلك متناقضا: فقد يقترن الإزدهار بالإرهاق، يمكن أن يحب المرء أولاده وفي نفس الوقت قد يشعر بالإرهاق التعب من دوره كوالد(ة). يتعلق المقياس التالي بالإرهاق الذي بإمكانك الإحساس به كوالد(ة). إختر/إختاري الإجابة التي تتناسب أكثر مع ما تشعر(ين) به شخصيا. لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة. في حال لم يراوك هذا الشعور إطلاقا، إختر/إختاري «مطلقا/أبدا». في حال ما واردك هذا الشعور حدد(ي) كم مرة شعرت به من خلال إختيار الإجابة التي تصف أحسن وصف إلى أي مدى تشعر(ين) بذلك.

الرقم	السؤال	مطلقا/أبدا	عدد من المرات في العام أو أقل	مرة في الشهر أو أقل	عدد من المرات في الشهر	مرة في الأسبوع	عدد من المرات في الأسبوع أو أقل	كل يوم
1	أنا متعب(ة) للغاية من دوري كوالدة(ة) لدرجة أنه لدي إنطباع أن النوم لا يكفي.							
2	لدي إحساس أنني لم أعد أتعرف على نفسي كأب كأم.							
3	لدي إحساس أنني متعب(ة) تماما بسبب دوري كوالد(ة).							
4	لم تعد لدي طاقة لتسيير أولادي.							
5	أعتقد أنني لم أعد الأب الجيد/الأم الجيدة التي/الذي كنت من قبل.							
6	لم أعد أتحمل كوني والد(ة).							

7	كوالد(ة) لدي إحساس بتجاوز قدراتي (بزاف علي).							
8	لدي إنطباع أحيانا أنني أعتني بأولادي بطريقة آلية.							
9	لدي إحساس أنني لم أعد أتحمل فعالا كوني والد(ة).							
10	عندما أستيقظ صباحا ويكون علي مواجهة يوم آخر مع أولادي، أشعر بالتعب مسبقا.							
11	لا أشعر بالمتعة عندما أكون مع أولادي.							
12	كوني والد(ة) يجعلني أشعر أنني مرهق(ة) إلى حد كبير.							
13	أقول لنفسي أنني لم أعد الوالد(ة) الذي/التي كنت قبل.							
14	أقوم فقط بما يجب فعله لأولادي لا أكثر.							
15	دوري كوالد(ة) أستنفذ كل طاقتي.							
16	أنا لم أعد أتحمل دوري كأب كأم أشعر بتجاوز حدودي.							
17	أصبحت أستحي من نفسي كوالد(ة).							
18	لم أعد فخورا(ة) بنفسي كوالدة(ة).							
19	عندما أتعامل مع أولادي أشعر بأني لم أعد أنا.							

20	لم يعد بإمكاني أن أظهر لأولادي مدى حبي لهم.							
21	يرهقني التفكير في كل ما يتوجب القيام به من أجل أولادي.							
22	لدي إنطباع أنه ماعدا الأمور الروتينية (النوم، الأكل...) لم يعد بإمكاني بذل الجهد مع أولادي.							
23	في دوري كوالد(ة) أنا متعب إلى حد أنني في وضعية الصراع من أجل البقاء على قيد الحياة فقط.							

دليل المقابلة

دليل المقابلة (الاب)

الاسم الكامل:

العمر:

المستوى التعليمي:

الحالة الاجتماعية:

الوضعية المهنية:

الوضعية الاقتصادية:

سنة الزواج:

عدد الأطفال:

جنس الطفل المصاب : (ذكر/أنثى)

نوع الإعاقة: (توحد / متلازمة داون)

تاريخ اكتشاف الإعاقة:

عمر الطفل وقت اكتشاف الإعاقة:

ترتيب الطفل المصاب بين إخوته:

محور الصحة النفسية:

هل تعاني حالياً من مشاكل نفسية؟

هل كان الحمل بالطفل التوحدي أو المصاب بمتلازمة داون مرغوباً فيه؟

كيف كانت حالتك النفسية خلال فترة حمل زوجتك؟

كيف كانت ولادة طفلك (طبيعية / قيصرية / صعبة؟

كيف اكتشفتَ إعاقة طفلك؟

من أخبرك رسمياً عن إعاقة طفلك؟ وكيف تم ذلك؟

كيف كانت ردة فعلك عند سماع الخبر لأول مرة؟ وكيف كان إحساسك؟ وما هي الأفكار التي بادرت لذهنك؟

كيف كانت طريقتك في تقبل الخبر؟

هل تغيرت طريقة تعاملك مع طفلك بعد معرفة حالته؟

هل تشعر بإحباط كونك أباً لطفل معاق؟

محور الأسرة والمجتمع:

كيف كانت علاقتك بأسرتك ومجتمعك قبل الزواج؟

كيف أصبحت علاقتك بعائلتك والمجتمع بعد الزواج؟

كيف كانت ردة فعل عائلتك عندما علموا بحملك (حمل زوجتك)؟

كيف كانت ردة فعلهم عندما علموا بإعاقة طفلك؟

كيف كانت علاقتك بزوجتك أثناء حملها؟

كيف أصبحت علاقتك بزوجتك بعد الولادة؟

كيف تطورت علاقتك بزوجتك بعد اكتشاف إعاقة طفلكم؟

هل سببت لك إعاقة ابنك مشاكل مع زوجتك؟

هل سببت لك إعاقة ابنك مشاكل مع عائلتك أو عائلة زوجتك؟

كيف كانت معاملة عائلة زوجتك وعائلتك لطفلك المصاب؟

كيف كانت ترى نظرة المجتمع لطفلك؟

كيف هي علاقة طفلك بأقرانه؟

هل تشعر أن طفلك منبوذ اجتماعياً أو من بعض أفراد العائلة؟

كيف هي علاقة الطفل المصاب بباقي إخوته؟

محور الحياة المستقبلية للطفل والأسرة:

ما هي تطلعاتك المستقبلية لطفلك المصاب؟

هل تشعر أن لطفلك المصاب مستقبلاً واعداً؟

هل تفكر في تعليم خاص أو مهني لطفلك؟ إذا نعم، فما هو نوعه؟

ما هي خططك المستقبلية لتأمين حياة كريمة له بعد بلوغه؟

هل تبذل مجهوداً خاصاً في تنمية مهاراته مقارنة بباقي أطفالك؟

هل شعرت في أي وقت أن استثمارك في طفلك المصاب قد يؤثر سلباً على مستقبل باقي أبنائك؟

هل تقوم الأسرة بتوزيع الموارد (المالية، النفسية، الزمنية) بشكل متوازن بين الطفل المصاب وباقي الأبناء؟

هل لديك تصور عن دور إخوة الطفل المصاب في رعايته مستقبلاً؟

هل تعتبر وجود هذا الطفل في حياتكم حافزاً أم عبئاً على مستقبل الأسرة؟ ولماذا؟

دليل المقاملة (الام)

المعلومات العامة:

الاسم الكامل:

العمر:

المستوى التعليمي:

الحالة الاجتماعية:

الوضعية المهنية:

الوضعية الاقتصادية:

سنة الزواج:

عدد الأطفال:

جنس الطفل المصام : (ذكر/أنثى)

نوع الإعاقة: (توحد / متلازمة داون)

تاريخ اكتشاف الإعاقة:

عمر الطفل وقت اكتشاف الإعاقة:

ترتيب الطفل المصام بين إخوته:

محور الصحة النفسية:

هل تعاني حالياً من مشاكل نفسية؟

هل كان الحمل بالطفل التوحدي أو المصام بمتلازمة داون مرغوباً فيه؟

كيف كانت حالتك النفسية خلال فترة حملك؟

كيف كانت ولادة طفلك (طبيعية / قيصرية / صعبة؟

كيف اكتشفتَ إعاقة طفلك؟

من أخبرك رسمياً عن إعاقة طفلك؟ وكيف تم ذلك؟

كيف كانت ردة فعلك عند سماع الخبر لأول مرة؟ وكيف كان إحساسك؟ وما هي الأفكار التي بادرت لذهنك؟

كيف كانت طريقتك في تقبل الخبر؟

هل تغيرت طريقة تعاملك مع طفلك بعد معرفة حالته؟

هل تشعر بإحباط كونك ام لطفل معاق؟

محور الأسرة والمجتمع:

كيف كانت علاقتك بأسرتك ومجتمعك قبل الزواج؟

كيف أصبحت علاقتك بعائلتك والمجتمع بعد الزواج؟

كيف كانت ردة فعل عائلتك عندما علموا بحملك ؟

كيف كانت ردة فعلهم عندما علموا بإعاقة طفلك؟

كيف كانت علاقتك بزوجك أثناء حملها؟

كيف أصبحت علاقتك بزوجك بعد الولادة؟

كيف تطورت علاقتك بزوجك بعد اكتشاف إعاقة طفلكم؟

هل سببت لك إعاقة ابنك مشاكل مع زوجك؟

هل سببت لك إعاقة ابنك مشاكل مع عائلتك أو عائلة زوجك؟

كيف كانت معاملة عائلة زوجك وعائلتك لطفلك المصام؟

كيف كانت ترى نظرة المجتمع لطفلك؟

كيف هي علاقة طفلك بأقرانه؟

هل تشعر أن طفلك منبوذ اجتماعياً أو من بعض أفراد العائلة؟

كيف هي علاقة الطفل المصام بباقي إخوته؟

محور الحياة المستقبلية للطفل والأسرة:

ما هي تطلعاتك المستقبلية لطفلك المصام؟

هل تشعر أن لطفلك المصام مستقبلاً واعداً؟

هل تفكر في تعليم خاص أو مهني لطفلك؟ إذا نعم، فما هو نوعه؟

ما هي خططك المستقبلية لتأمين حياة كريمة له بعد بلوغه؟

هل تبذل مجهوداً خاصاً في تنمية مهاراته مقارنة بباقي أطفالك؟

هل شعرت في أي وقت أن استثمارك في طفلك المصام قد يؤثر سلباً على مستقبل باقي امنائك؟

هل تقوم الأسرة بتوزيع الموارد (المالية، النفسية، الزمنية) بشكل متوازن بين الطفل المصام وباقي الامناء؟

هل لديك تصور عن دور إخوة الطفل المصام في رعايته مستقبلاً؟

هل تعتبر وجود هذا الطفل في حياتكم حافزاً أم عبئاً على مستقبل الأسرة؟ ولماذا؟

نتائج برنامج SPSS

Régression

Variables introduites/éliminées[a]

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	الوالدين[b]	.	Introduire

a. Variable dépendante : النفسي_الاحتراق

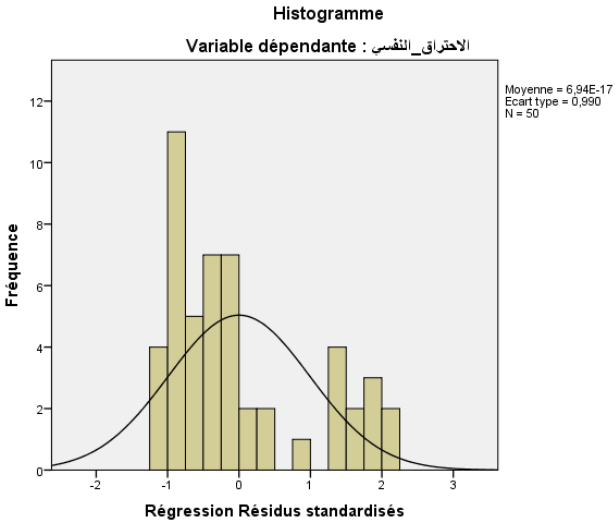
b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

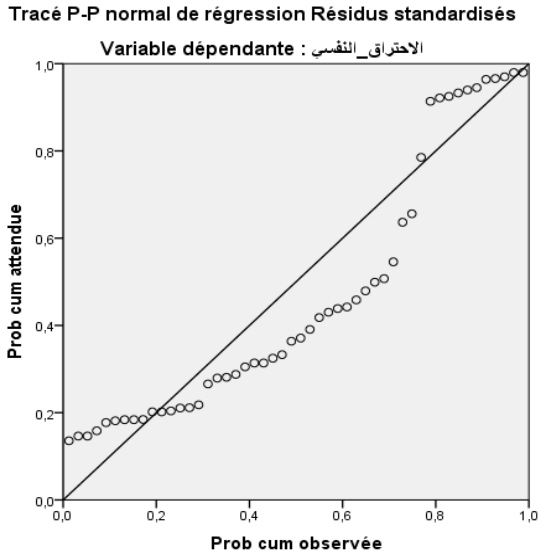
Récapitulatif des modèles[b]

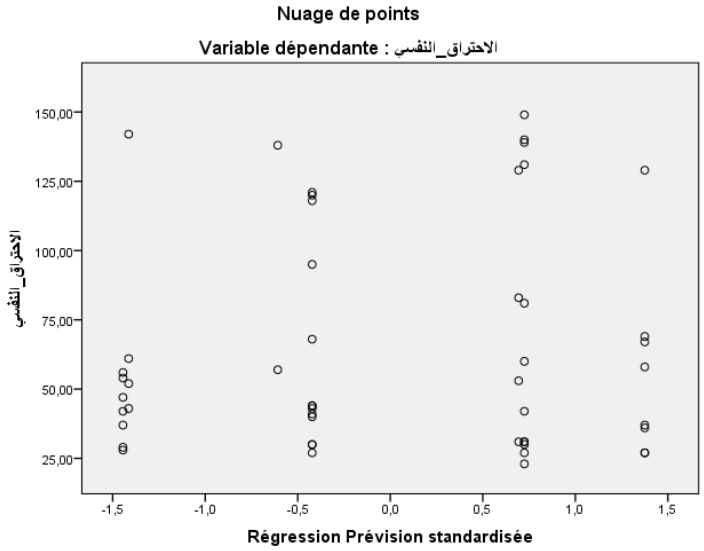
Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,080[a]	,006	-,014	40,00198

a. Prédicteurs : (Constante), الوالدين

b. Variable dépendante : النفسي_الاحتراق







ANOVA[a]

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	490,022	1	490,022	,306	,583[b]
	Résidu	76807,598	48	1600,158		
	Total	77297,620	49			

a. Variable dépendante : النفسي_الاحتراق

b. Prédicteurs : (Constante), الوالدين

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	T	Sig.
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(Constante)	84,374	35,928		2,348	,023
	الوالدين	-,098	,177	-,080	-,553	,583

a. Variable dépendante : النفسي_الاحتراق

Statistiques des résidus[a]

	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type	N
Prévision	60,1720	69,0885	64,7400	3,16235	50
Résidu	-44,03086	81,96915	,00000	39,59169	50
Prévision standardisée	-1,444	1,375	,000	1,000	50
Résidu standardisé	-1,101	2,049	,000	,990	50

a. Variable dépendante : النفسي_الاحتراق

Test T

Statistiques de groupe

	الاصابة_نوع	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الوالدين	توحد	15	199,7586	35,33781	6,56207
	تريزوميا	15	201,2381	28,32650	6,18135
النفسي_الاحتراق	توحد	15	60,0690	39,69341	7,37088
	تريزوميا	15	71,1905	39,79651	8,68431

Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes						
									Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Inférieur	Supérieur
الوالدين	Hypothèse de variances égales	3,904	,054	-,158	48	,875	-1,47947	9,34107	-20,26096	17,30201
	Hypothèse de variances inégales			-,164	47,442	,870	-1,47947	9,01498	-19,61081	16,65186
النفسي_الاحتراق	Hypothèse de variances égales	,134	,716	-,977	48	,334	-11,12151	11,38583	-34,01426	11,77124
	Hypothèse de variances inégales			-,976	43,186	,334	-11,12151	11,39066	-34,09010	11,84708