



جامعة مولود معمري - تيزي وزو
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية



دور الأقسام التعليمية الخاصة في التخفيف من الضغوط النفسية
وتحسين مستوى التحصيل الدراسي
لدى الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية
من وجهة نظر الوالدين والمعلمين.
" دراسة ميدانية على عينة من المستشفيات الجزائرية "

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه الطور الثالث (ل.م.د.)
تخصص : التعليم والتأطير التربوي

تحت إشراف:

أ.د/ بوطابة فريد

من إعداد الطالب :

قاسي فريد

أعضاء لجنة المناقشة

- أ.د/ سيد نوال، جامعة مولود معمري، تيزي وزو.....رئيسا
- أ.د/ بوطابة فريد ، جامعة مولود معمري، تيزي وزو.....مشرفا و مقرا
- أ.د/ حماش الحسين، جامعة الجزائر 2.....مناقشا
- أ.د/ بن زروق العياشي، جامعة الجزائر 2.....مناقشا
- د/ الأحسن حمزة، جامعة مولود معمري، تيزي وزو.....مناقشا
- د/ موالك مصطفى، جامعة مولود معمري، تيزي وزو.....مناقشا

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

السَّلَامُ عَلَيْكُمْ وَرَحْمَةُ اللَّهِ وَبَرَكَاتُهُ

شُكْرُهُ وَعِرْفَانُهُ

أولاً وقبل كل شيء نحمد الله عز وجل ونشكره على عونه في انجاز هذه الدراسة المتواضعة، أتقدم بشكري الخالص من أعماق قلبي إلى الأستاذ الفاضل الدكتور فريد بوطابة خلال فترة الإشراف.

وكما أتقدم بشكري هذا إلى كافة الأسرة الجامعية من أعلى هرمها إلى قاعدتها ونخص بالذكر أساتذتي الأفاضل: الدكتور الأحسن حمزة، الأستاذ الدكتور حماش الحسين والأستاذ الدكتور لكحل لخضر على نصائحهم وتوصياتهم وتوجيهاتهم السديدة.

وأخيراً أتقدم بخالص الشكر والتقدير والعرفان إلى كل من مد لي يد العون والمساعدة في إتمام هذا العمل وإخراجه في أحسن صورة.

وجزاهم الله عني خير الجزاء.....

الباحث : فريد قاسي.

إهداء

أهدي ثمرة هذا العمل إلى كل من:

الوالدين الكريمين،

زوجتي وأبنائي،

كل أفراد العائلة الأعزاء،

كل من علمني،

كل الزملاء والأصدقاء،

الباحث : فريد قاسي

- ملخص الدراسة:

لقد تناولت هذه الدراسة موضوع " دور الأقسام التعليمية الخاصة في التخفيف من شدة الضغوط النفسية وتحسين مستوى التحصيل الدراسي لدى الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية من وجهة نظر الوالدين والمعلمين - دراسة ميدانية على عينة من المستشفيات الجزائرية- وقد هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى الضغوط النفسية التي يعاني منها الأطفال المرضى المقيمين داخل المستشفيات العمومية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة، والكشف عن الفروق الموجودة بينهم حول مستوى هذه الضغوط التي تعزى إلى متغيري الجنس ونوع المرض، بالإضافة إلى التعرف على دور هذه الأقسام في التخفيف من مستوى الضغوط النفسية لدى هؤلاء الأطفال قبل وبعد التحاقهم بهذه الأقسام وهذا من وجهة نظر الوالدين والمعلمين، كما هدفت هذه الدراسة أيضا إلى الكشف عن الفروق الموجودة بين الأطفال المرضى في درجة الضغوط النفسية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية والتي تعزى إلى متغيري الجنس ونوع المرض من وجهة نظر الوالدين والمعلمين، وفي الأخير الكشف عن الفروق الموجودة بين الأطفال المرضى في درجة تحصيلهم الدراسي للمواد المقررة (اللغة العربية، الرياضيات وكذلك التربية الإسلامية) قبل وبعد التحاقهم بهذه الأقسام تعزى إلى متغيري الجنس ونوع المرض.

وقد أجريت هذه الدراسة على عينة مؤلفة من (100) طفل مريض مقيم بالمستشفيات العمومية حيث تم اختيارهم بطريقة قصدية من جميع المرضى المقيمين ببعض المستشفيات والمراكز الاستشفائية العمومية الجزائرية على غرار مستشفى بن عكنون، مستشفى تقصراين ومستشفى بئر طرارية و المراكز الاستشفائية الجامعية لكل من بني مسوس، نفيسة حمود (بارني) ومصطفى باشا، حيث قام الباحث بتوزيع أداة الدراسة المكونة من مقياس الضغوط النفسية للباحثة أوراغي فوزية (2014) المعدل من طرف الباحث، أما الثاني والثالث فهما موجهين إلى الكشف عن مستوى الضغوط النفسية لدى هؤلاء الأطفال قبل وبعد التحاقهم بهذه الأقسام الخاصة انطلاقا من وجهة نظر الوالدين و المعلمين، وفي الأخير قد توصل الباحث إلى النتائج التالية :

- وجود مستوى منخفض من الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية.

- عدم وجود فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى في مستوى الضغوط النفسية تعزى إلى متغير الجنس، بينما سجلت فروق بينهم تعزى إلى متغير نوع المرض وذلك لصالح مرضى الصرع.

- تسجيل مستوى منخفض من الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى وهذا بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر الوالدين والمعلمين.

- عدم وجود فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى في مستوى الضغوط النفسية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية تعزى إلى متغير الجنس من وجهة نظر الوالدين، بينما سجلت فروق لصالح الإناث بمستوى منخفض من الضغوط النفسية.
- وجود فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى حول مستوى الضغوط النفسية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية يعزى إلى متغير نوع المرض لصالح مرضى السرطان من وجهة نظر الوالدين والمعلمين.
- وجود فروق دالة إحصائية في درجة التحصيل الدراسي في كل من الرياضيات والتربية الإسلامية ومادة اللغة العربية وهذا بعد التحاق الأطفال المرضى بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية حيث انحصر تقدير تحصيلهم في هذه المواد بين جيد، جيد جدا وممتاز.
- وجود فروق دالة إحصائية في درجة التحصيل الدراسي في كل من متي اللغة العربية والتربية الإسلامية لصالح الإناث وهذا بعد التحاق الأطفال المرضى بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية، في حين لم تسجل فروق دالة إحصائية بين هؤلاء الأطفال حول درجة تحصيلهم الدراسي في مادة الرياضيات من وجهة نظر المعلمين.
- وجود فروق دالة إحصائية في درجة التحصيل الدراسي في جميع المواد (اللغة العربية، الرياضيات والتربية الإسلامية) لصالح الأطفال ذوي الإعاقة الحركية وهذا بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر المعلمين.
- * **الكلمات المفتاحية :** الأقسام التعليمية الخاصة، الضغوط النفسية، التحصيل الدراسي، الأطفال المرضى، المستشفيات العمومية.

- **Résumé :**

Cette étude portait sur le thème "le rôle des classes d'éducation spécialisées dans l'atténuation du stress psychologique et l'amélioration du niveau de réussite scolaire des enfants malades hospitalisés dans les hôpitaux publics du point de vue des parents et des enseignants -Etude de terrain sur un échantillon d'hôpitaux algériens - Cette étude visait à identifier le niveau de stress psychologique ressenti par les enfants malades hospitalisé dans les hôpitaux publics après avoir intégré les classes spécialisées, et de révéler les différences entre eux quant au niveau de ces stress qui sont attribués aux variables de sexe et de type de maladie, en plus d'identifier le rôle de ces classes dans l'atténuation du niveau de stress psychologique chez ces enfants avant et après avoir rejoint ces classes, et ceci du point de vue des parents et des enseignants. Cette étude visait également à révéler les différences qui existent entre les enfants malades dans le degré de stress psychologique après avoir rejoint les classes spécialisées au sein des hôpitaux publics, qui sont attribuées aux variables de sexe et de type de maladie du point de vue des parents et des enseignants. Enfin, les différences entre les enfants malades dans le degré de réussite scolaire des matières prescrites (langue arabe, mathématiques ainsi que l'éducation islamique) avant et après l'intégration dans ces classes ont été révélées en raison des variables de sexe et de type de maladie.

Cette étude a été menée sur un échantillon de (100) enfants malades hospitalisés dans les hôpitaux publics, qui ont été délibérément sélectionnés parmi tous les patients hospitalisés dans certains hôpitaux publics et centres hospitaliers algériens semblable à l'hôpital Ben Aknoun, hôpital Tiksrain, hôpital Bir Traria et les centres hospitaliers universitaires de Beni Messous, Nafisa Hammoud (Barney) et Mustafa Pacha, ou le chercheur a distribué l'outil d'étude consistant en l'échelle de stress psychologique du chercheuse Oraghi Fouzia (2014) modifié par le chercheur. Enfin, le chercheur a atteint les résultats suivants :

- La présence d'un faible niveau de stress psychologique chez les enfants malades après avoir intégré les classes spécialisées au sein des hôpitaux publics.
- Il n'y avait pas de différences statistiquement significatives entre les enfants malades dans le niveau de stress psychologique dû à la variable de sexe, alors que des différences étaient enregistrées entre eux en raison de la variable de type de maladie en faveur des patients épileptiques.
- Enregistrement d'un faible niveau de stress psychologique chez les enfants malades après leur intégration dans les classes spécialisées des hôpitaux publics du point de vue des parents et des enseignants.

- Il n'y avait pas de différences statistiquement significatives entre les enfants malades dans le niveau de stress psychologique après leur intégration dans les classes spécialisées des hôpitaux publics en raison de la variable de sexe du point de vue des parents, tandis que des différences étaient enregistrées en faveur des filles ayant un faible niveau de stress psychologique.

- Il existe des différences statistiquement significatives entre les enfants malades quant au niveau de stress psychologique après avoir intégré les classes spécialisées au sein des hôpitaux publics en raison du type de maladie variable en faveur des patients atteints de cancer du point de vue des parents et des enseignants.

- Il existe des différences statistiquement significatives dans le degré de réussite scolaire en mathématiques, en éducation islamique et en langue arabe, après que les enfants malades ont rejoint les classes spécialisées des hôpitaux publics, où l'évaluation de leur réussite dans ces matières se limitait à bon, très bon et excellent.

- Il existe des différences statistiquement significatives dans le degré de réussite scolaire dans les deux matières d'enseignement en langue arabe et islamique en faveur des filles, et ceci après que les enfants malades se sont intégrés dans les classes spécialisées au sein des hôpitaux publics, alors qu'aucune différence statistiquement significative n'a été enregistrée entre ces enfants. sur le degré de leur réussite scolaire en mathématiques du point de vue du point de vue des enseignants.

- Il existe des différences statistiquement significatives dans le degré de réussite scolaire dans toutes les matières (langue arabe, mathématiques et éducation islamique) en faveur des enfants handicapés moteurs, après leur intégration dans les classes spécialisées au sein des hôpitaux publics du point de vue des enseignants.

- **Mots-clés :** les classes d'enseignement spécialisées, stress psychologique, réussite scolaire, enfants malades, hôpitaux publics.

- Abstract:

This study focused on the theme "the role of special education classes in alleviating psychological stress and improving the level of academic achievement of sick children hospitalized in public hospitals from the point of view of parents and teachers -Study field work on a sample of Algerian hospitals - This study aimed to identify the level of psychological stress felt by sick children hospitalized in public hospitals after having integrated specialized classes, and to reveal the differences between them as to the level of these stresses which are attributed to variables of sex and type illness, in addition to identifying the role of these classes in mitigating the level of psychological stress in these children before and after joining these classes, and this from the point of view of parents and teachers. This study also aimed to reveal the differences that exist between sick children in the degree of psychological stress after joining specialized classes within public hospitals, which are attributed to gender and disease type variables from the perspective of parents and teachers. Finally, the differences between the sick children in the degree of academic achievement of the prescribed subjects (Arabic language, mathematics as well as Islamic education) before and after integration into these classes were revealed due to gender and gender variables of illness.

This study was conducted on a sample of (100) sick children hospitalized in public hospitals, which were deliberately selected among all the patients hospitalized in certain public hospitals and Algerian hospital centers similar to Ben Aknoun hospital, Tiksrain hospital, hospital Bir Traria and the university hospitals of Beni Messous, Nafisa Hammoud (Barney) and Mustafa Pacha, or the researcher distributed the study tool consisting of the psychological stress scale of researcher Oraghi Fouzia (2014) modified by the researcher. Finally, the researcher achieved the following results:

- The presence of a low level of psychological stress in sick children after having integrated specialized classes in public hospitals.
- There were no statistically significant differences between sick children in the level of psychological stress due to the gender variable, while differences were recorded between them due to the disease type variable in favor of epileptic patients .
- Recording of a low level of psychological stress in sick children after their integration into specialized classes in public hospitals from the point of view of parents and teachers.
- There were no statistically significant differences between sick children in the level of psychological stress after their integration into the specialized classes of public hospitals due to the gender variable from the parents' point of view, while differences were registered in favor of girls with a low level of psychological stress.

- There are statistically significant differences between sick children in the level of psychological stress after entering the specialized classes within public hospitals due to the variable type of disease in favor of cancer patients from the point of view of parents and caregivers. teachers.
- There are statistically significant differences in the degree of academic success in mathematics, Islamic education and Arabic language, after sick children joined the specialized classes of public hospitals, where the evaluation of their success in these subjects was limited to good, very good and excellent.
- There are statistically significant differences in the degree of academic success in the two teaching subjects in Arabic and Islamic language in favor of girls, and this after sick children are integrated into specialized classes in public hospitals, while no statistically significant difference was recorded between these children. on the degree of their academic success in mathematics from the point of view of the teachers' point of view.
- There are statistically significant differences in the degree of academic success in all subjects (Arabic language, mathematics and Islamic education) in favor of children with motor disabilities, after their integration into specialized classes in public hospitals from the point of view of teachers.
- **Keywords:** special education classes, psychological stress, academic success, sick children, public hospitals.

فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
أ	- بسم الله الرحمان الرحيم.....
ب	- كلمة شكر.....
ج	- الإهداء.....
د	- ملخص الدراسة باللغة العربية.....
و	- ملخص الدراسة باللغة الفرنسية.....
ح	- ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية.....
ي	- فهرس المحتويات.....
ن	- فهرس الجداول.....
ص	- فهرس الأشكال.....
2	- مقدمة.....
الجانب النظري	
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	
9	1- إشكالية الدراسة.....
16	2- فرضيات الدراسة.....
19	3- أهداف الدراسة.....
20	4- أهمية الدراسة.....
21	5- تحديد المفاهيم الأساسية للدراسة.....
الفصل الثاني: الأقسام التعليمية الخاصة المفتوحة بالمستشفيات العمومية	
24	• تمهيد:
25	1- نبذة تاريخية عن إنشاء الأقسام التعليمية في المستشفيات.....
25	1-1- التجارب الأوربية.....
28	1-2- التجارب العربية.....
31	1-3- التجربة الجزائرية.....
32	2- القوانين التشريعية لفتح الأقسام التعليمية المفتوحة بالمستشفيات.....
37	3- سير العملية التعليمية بالأقسام التعليمية المفتوحة بالمستشفيات.....
48	4- العلاقة الممكنة إقامتها مع التلميذ المريض في المستشفى.....
48	5- الحصيلة الوطنية الخاصة بالتلاميذ المرضى المقيمين والمتدرسين بالمستشفيات والمراكز الصحية الجزائرية حسب السنوات الدراسية 1999-2019.....
50	• خلاصة الفصل :

الفصل الثالث: الطفل المريض، المستشفى والاستشفاء.

53	• تمهيد:
54	1- تعريف المستشفى.....
55	2- تعريف الاستشفاء مظهره وأثاره على المريض.....
60	3- الفاعلون في العملية العلاجية للطفل المريض داخل المستشفى.....
65	4- تعريف الطفل.....
65	5- مراحل نمو الطفل.....
71	6- تعريف الطفل المريض.....
72	7- خصائص نمو الطفل المريض.....
76	8- سيكولوجية الطفل المريض.....
77	9- مفهوم الصحة والمرض عند الطفل.....
78	10- الأمراض التي تصيب الأطفال.....
86	11- الطفل المريض في مواجهة الدخول إلى المستشفى.....
87	12- موقف الطفل المريض في فراق المحيط العادي.....
88	13- ظروف إقامة الطفل المتمدرس بالمستشفى.....
88	14- الأعراض النفسية والانفعالية للطفل المريض المقيم بالمستشفى.....
94	15- محيط الطفل المريض داخل المستشفى وعلاقته بالآخرين.....
99	16- ردود فعل الطفل المريض المقيم بالمستشفى إزاء الاستشفاء.....
99	17- الحماية القانونية للطفل المريض في المستشفى حسب القوانين التشريعية الجزائرية.....
101	• خلاصة الفصل :

الفصل الرابع: الضغوط النفسية

104	• تمهيد:
105	1- التطور التاريخي لمصطلح الضغط.....
108	2- تعريف الضغط.....
114	3- مفهوم الضغط النفسي.....
114	4- تعاريف الضغوط النفسية.....
116	5- أنواع الضغوط النفسية.....
124	6- مسببات الضغوط النفسية.....
124	7- أعراض الضغوط النفسية.....
125	8- الآثار المترتبة على الضغوط النفسية.....
127	9- مكونات الضغوط النفسية.....
128	10- مستويات الضغوط النفسية.....

129	11- النظريات المفسرة للضغوط النفسية.....
147	12- الآثار المترتبة على الضغوط الناجمة عن المرض.....
149	13- أساليب تحديد وقياس الضغوط النفسية.....
150	14- أساليب علاج الضغوط النفسية.....
157	• خلاصة الفصل :
الفصل الخامس: التحصيل الدراسي	
160	• تمهيد:
161	1- تعريف التحصيل.....
161	2- تعريف التحصيل الدراسي.....
163	3- أنواع التحصيل الدراسي.....
163	4- العوامل المؤثرة في التحصيل الدراسي.....
175	5- شروط ومبادئ التحصيل الدراسي الجيد.....
179	6- الأسباب والعوامل المؤدية لانخفاض التحصيل الدراسي.....
181	7- قياس التحصيل الدراسي وأهميته.....
188	8- الضغوط النفسية وعلاقتها بالتحصيل الدراسي.....
190	• خلاصة الفصل :
الفصل السادس: الدراسات السابقة.	
193	1- الدراسات التي تناولت موضوع الضغوط النفسية عند المريض.....
202	2- الدراسات التي تناولت أساليب مواجهة الضغوط النفسية.....
211	3- الدراسات التي تناولت فاعلية الوسائط التعليمية في تحسين التحصيل الدراسي.....
216	4- الدراسات التي تناولت الأقسام التعليمية المفتوحة بالمستشفيات.....
219	5- التعقيب على الدراسات السابقة.....
الجانب التطبيقي	
الفصل السابع: الإجراءات المنهجية للدراسة	
228	- تمهيد
228	1- منهج الدراسة.....
228	2- الدراسة الاستطلاعية.....
231	3- مجتمع الدراسة.....
232	4- عينة الدراسة.....
234	5- وصف أداة الدراسة.....
239	6- الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة.....

258	7- الأساليب الإحصائية المستخدمة
258	8- المجال الزمني والمكاني للدراسة الأساسية.....
259	9- صعوبات الدراسة الأساسية.....
الفصل الثامن: عرض نتائج الدراسة وتحليلها	
262	1- عرض نتائج الدراسة وتحليلها.....
الفصل التاسع: مناقشة نتائج الدراسة وتفسيرها	
307	1- مناقشة نتائج الدراسة وتفسيرها.....
337	2- الاستنتاج العام.....
338	- اقتراحات الدراسة.....
	- المراجع.
	- الملاحق.

فهرس الجداول

رقم الصفحة	محتواه	رقم الجدول
35	التوقيت على المستويات التعليمية.	01
40	تكييف المنهاج وأهدافه للطورين التعليميين الأول والثاني.	02
43	أنواع التقويم التربوي.	03
49	الحصيلة الوطنية الخاصة بالتلاميذ المرضى المقيمين والمتمدرسين بالمستشفيات والمراكز الصحية الجزائرية حسب السنوات الدراسية 1999-2019.	04
66	مراحل نمو الطفل.	05
96	تأثير وفعالية الألوان في غرفة التمريض.	06
98	المشكلات التي يمكن أن تظهر بين الطاقم الطبي و المريض.	07
172	العلاقة بين الفقر والتحصيل الدراسي.	08
173	العلاقة بين الفقر والتحصيل الدراسي حسب تقديرات (McLanahan).	09
230	خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية.	10
232	العدد الإجمالي لمجتمع الدراسة.	11
232	توزيع أفراد العينة حسب نوع الجنس.	12
233	توزيع أفراد العينة حسب فئة السن.	13
233	توزيع أفراد العينة حسب مرحلة التمدرس.	14
234	توزيع أفراد العينة حسب نوع المرض.	15
235	سلم تصحيح المقياس.	16
238	درجات مقياس ليكارت.	17
238	درجات مقياس ليكارت.	18
239	العلامة الدراسية والتقدير المقابل لها.	19
240	نتائج معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية.	20
240	تعديل بنود المقياس.	21
241	معاملات الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية لمقياس الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى الماكثين بالمستشفيات.	22
242	قيمة معامل الارتباط بيرسون بين الجزء الفردي والجزء الزوجي	23
243	قيمة معامل الفاكرونباخ لمقياس الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى	24
244	نتائج التحكيم حول مدى مناسبة فقرات مقياس الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى من وجهة نظر الوالدين.	25

رقم الصفحة	محتواه	رقم الجدول
246	نتائج التحكيم حول مدى مناسبة بدائل مقياس الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية من وجهة نظر الوالدين.	26
246	نتائج التحكيم حول مدى مناسبة محاور مقياس الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية من وجهة نظر الوالدين.	27
247	تعديل بعض فقرات المقياس	28
247	معاملات الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية لمقياس الضغوط النفسية المرضى من وجهة نظر الوالدين.	29
249	معامل الارتباط بيرسون بين الجزء الفردي والجزء الزوجي	30
250	قيمة معامل الفاكرونباخ لمقياس الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى من وجهة نظر الوالدين.	31
251	نتائج التحكيم حول مدى مناسبة فقرات مقياس الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى من وجهة نظر المعلمين	32
253	نتائج التحكيم حول مدى مناسبة البدائل لمقياس الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى من وجهة نظر المعلمين.	33
253	نتائج التحكيم حول مدى مناسبة المحاور لمقياس الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى من وجهة نظر المعلمين	34
254	تعديل بعض فقرات المقياس	35
254	معاملات الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية لمقياس الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى من وجهة نظر المعلمين	36
256	معامل الارتباط بيرسون بين الجزء الفردي والجزء الزوجي.	37
257	قيمة معامل الفاكرونباخ لمقياس الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى من وجهة نظر المعلمين.	38
259	مكان إجراء الدراسة الأساسية.	39
262	الإحصاءات الوصفية لأفراد عينة هذه الدراسة حسب مستوى معاناتهم من الضغوط النفسية.	40
263	الإحصاءات الوصفية حول مستوى الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة حسب متغير الجنس.	41
264	اختبار (T) في مستوى الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية حسب متغير الجنس.	42

رقم الصفحة	محتواه	رقم الجدول
265	نتائج تحليل تباين إجابات الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية حول مستوى الضغوط النفسية حسب متغير نوع المرض	43
266	مصادر الاختلاف في إجابات الأطفال المرضى المقيمين داخل المستشفيات العمومية حول مستوى الضغوط النفسية حسب متغير نوع المرض	44
269	نتائج اختبار (T) حول الفروق في مستوى الضغوط النفسية قبل وبعد التحاق الأطفال المرضى بالأقسام التعليمية داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر الوالدين.	45
270	نتائج اختبار (T) حول الفروق في مستوى الضغوط النفسية قبل وبعد التحاق الأطفال الم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر المعلمين.	46
271	الإحصاءات الوصفية حول مستوى الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية داخل المستشفيات العمومية حسب متغير الجنس من وجهة نظر الوالدين	47
272	نتائج اختبار (T) في مستوى الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية داخل المستشفيات العمومية حسب متغير الجنس من وجهة نظر الوالدين.	48
272	الإحصاءات الوصفية حول مستوى الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية داخل المستشفيات العمومية حسب متغير الجنس من وجهة نظر المعلمين	49
273	نتائج اختبار (T) في مستوى الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية داخل المستشفيات العمومية بالمستشفيات العمومية حسب متغير الجنس من وجهة نظر المعلمين.	50
275	نتائج تحليل تباين إجابات الوالدين حول مستوى الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية حسب متغير نوع المرض.	51
276	مصادر الاختلاف في إجابات الوالدين حول مستوى الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية حسب متغير نوع المرض.	52
279	نتائج تحليل تباين إجابات المعلمين حول مستوى الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية حسب متغير نوع المرض.	53
280	مصادر الاختلاف في إجابات المعلمين حول مستوى الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية حسب متغير نوع المرض.	54
283	الإحصاءات الوصفية لأفراد عينة هذه الدراسة حسب درجة التحصيل الدراسي في اللغة العربية قبل وبعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية.	55
284	نتائج اختبار (T) حول الفروق في درجة التحصيل الدراسي في مادة اللغة العربية	56

رقم الصفحة	محتواه	رقم الجدول
285	الإحصاءات الوصفية لأفراد عينة هذه الدراسة حسب درجة التحصيل الدراسي في مادة الرياضيات قبل وبعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية.	57
285	نتائج اختبار (T) حول الفروق في درجة التحصيل الدراسي في مادة الرياضيات.	58
286	الإحصاءات الوصفية لأفراد عينة هذه الدراسة حسب درجة التحصيل الدراسي في مادة التربية الإسلامية قبل وبعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية.	59
287	يوضح نتائج اختبار (T) حول الفروق في درجة التحصيل الدراسي في مادة التربية الإسلامية.	60
289	الإحصاءات الوصفية حول درجة التحصيل الدراسي في مادة اللغة العربية لدى الأطفال المرضى بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة حسب متغير الجنس من وجهة نظر المعلمين.	61
289	نتائج اختبار (T) في درجة التحصيل في مادة اللغة العربية لدى الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية حسب متغير الجنس.	62
290	الإحصاءات الوصفية حول درجة الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة حسب متغير الجنس من وجهة نظر الوالدين.	63
290	نتائج اختبار (T) في درجة التحصيل في مادة الرياضيات لدى الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية حسب متغير الجنس	64
291	الإحصاءات الوصفية حول درجة التحصيل الدراسي في مادة اللغة العربية لدى الأطفال المرضى بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة حسب متغير الجنس من وجهة نظر المعلمين.	65
291	نتائج اختبار (T) في درجة التحصيل في مادة التربية الإسلامية لدى الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية حسب متغير الجنس.	66
293	نتائج اختبار (F) في درجة التحصيل في مادة اللغة العربية لدى الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية حسب متغير نوع المرض.	67
294	مصادر الاختلاف في درجة التحصيل في مادة اللغة العربية لدى الأطفال المرضى بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة حسب متغير نوع المرض	68
297	نتائج اختبار (F) في درجة التحصيل في مادة الرياضيات لدى الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية حسب متغير نوع المرض.	69
298	مصادر الاختلاف في درجة التحصيل في مادة الرياضيات لدى الأطفال المقيمين بالمستشفيات العمومية حسب متغير نوع المرض.	70

رقم الصفحة	محتواه	رقم الجدول
300	نتائج اختبار (F) في درجة التحصيل في مادة التربية الإسلامية لدى الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية حسب متغير نوع المرض.	71
301	مصادر الاختلاف في درجة التحصيل في مادة الإسلامية لدى الأطفال المقيمين بالمستشفيات العمومية حسب متغير نوع المرض.	72

فهرس الأشكال

رقم الصفحة	محتواه	رقم الشكل
44	مسار التعليم الفردي.	01
45	مكانة التقويم الجمعي.	02
89	الأعراض النفسية الخمس "اليزابث" التي يمر بها المريض داخل المستشفى.	03
60	مرحلة الإنكار.	04
91	مرحلة الغضب.	05
92	مرحلة المساومة.	06
93	مرحلة الاكتئاب.	07
94	مرحلة القبول والأمل.	08
111	مراحل الاستجابة للضغوط ومظاهرها في نموذج "سيلبي، Selye".	09
128	العناصر الثلاثة للضغط.	10
135	حدوث الضغوط النفسية طبقا لنظرية "سيلبي".	11
141	نموذج التقدير المعرفي للضغوط.	12
142	ميكانيزمات ترشيح اثر الضاغط على الفرد.	13
144	مخطط لنموذج التفاعلات بين القلق، الضغط والمواجهة لـ (رولاند (1998) (Rolland).	14

مقدمة

- مقدمة :

لقد توصلت العديد من الدراسات الحديثة أن معاناة الطفل من تبعات مرضه ينجر عنها العديد من المشاكل النفسية المؤقتة منها والمزمنة، وهذا ما أكدته نتائج دراسات بعض الباحثين الكنديين بعد استجوابهم (50) طفلا مصابا بمرض مزمن إلى أن (58%) من هؤلاء الأطفال كانوا يعانون من مشكلة نفسية واحدة على الأقل وأن اضطرابات القلق كانت الأكثر شيوعا. وهذا يشير إلى أن الأمراض المزمنة تؤثر سريعا على الصحة النفسية للأطفال، كما ذكر أيضا الباحث الفرنسي مارك فيرو سنة (1989)، أن الأطفال المصابين بمرض عضوي يحدث لهم تراجع كبير في جودة حياتهم خلال الأشهر الستة (06) الأولى بعد عملية التشخيص وأن احتمالية إصابتهم بالأمراض النفسية تعد متشابهة تقريبا.

وبالمقابل لا تقتصر معاناة الطفل المريض على سوء حالته الجسدية والنفسية فقط جراء المرض بل يتعدى الأمر كذلك، فقد يحرم من التمدرس بصورة عادية بسبب تبعات مرضه، فالذهاب إلى المدرسة قصد التعلم هي السبيل الوحيد للاحتكاك مع الآخرين والتجاوب معهم واكتساب طرق النجاح مستقبلا وأكثر من ذلك قد يضطر البعض من هؤلاء الأطفال إلى الإقامة لمدة طويلة في المستشفى لمتابعة العلاج أو لإجراء عملية جراحية أو لقضاء فترة نقاهة، ومن البديهي أن هذا الانقطاع عن المدرسة قد يؤثر سلبا على مسارهم الدراسي فيزيد من حدة قلقهم وخوفهم من الرسوب وإعادة السنة الدراسية أو الانقطاع كليا عنها وقد يحرم الأطفال كذلك من اجتياز بعض الامتحانات الفاصلة المرتبطة باجتياز شهادة نهاية التعليم الابتدائي أو المتوسط بسبب تزامنهما مع فترة العلاج في إحدى المراكز الاستشفائية كما أن الانعكاسات السلبية المترتبة عن هذا الانقطاع قصد العلاج في المستشفيات العمومية قد تمتد إلى ما هو أبعد فتمس بذلك مختلف أطياف المجتمع لتشكل فيما بعد عبئا ثقيلا على الجهات الرسمية المختصة في تأطير نخبها وأطرها المستقبلية.

وعليه فقد تقطن العديد من المختصين في مجال الصحي والتربوي إلى ضمان التمدرس العادي لهذه الفئات من خلال فتح أقسام تعليمية خاصة داخل المستشفيات والمراكز الاستشفائية العمومية الجزائرية بعدما استنتجوا العبر من التجارب السابقة الرائدة في إنشاء مثل هذه البرامج الإرشادية المعرفية إلى دور هذه الأقسام في التخفيف من مستوى الضغوط النفسية لدى المرضى نتيجة انقطاعهم عن الدراسة وأهميته في تسريع الوتيرة العلاجية، وهذا ما توصلت إليه دراسة الباحثة أوراعي فوزية سنة (2014)، أن بانضمام الطفل المريض إلى القسم الدراسي في المستشفى يخفف لديه مستوى الضغوط النفسية التي كان يعاني منها جراء المرض مع تحسن ملحوظ في مستواه الدراسي، بالإضافة إلى دراسة ايلان بوشي (2004) (Helene Pochet) التي أشارت إلى دور تمدرس الطفل المريض

داخل المستشفيات السويسرية في تحقيق فعالية ايجابية وذلك إما في التخفيف من الضغوط النفسية أو تحسين من تحصيله الدراسي، كما أكدت كذلك دراسة باتريس جريجوار وآخرون(2007) (Beatrice Grégoire et Autre) على أهمية الأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات في توفير الهدوء، الجو العائلي، الطمأنينة للطفل، مبعدة إياه عن العزلة والبقاء في غرفة الاستشفاء، أما فيما يخص الجانب التربوي فقد أكدوا هؤلاء الباحثين مساهمة هذه الأقسام في تطوير الإبداع والاهتمام بالمؤهلات التربوية، المعرفية، العقلية لهذا الطفل المريض.

وقد جاء تنظيم هذا النوع من التعليم كغاية لتحقيق العدالة في تكافؤ الفرص بين أفراد المجتمع بدءاً من السنة الدراسية 2000/1999 باتفاق مشترك بين وزارتي التربية الوطنية ووزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات الجزائرية، حيث تم على إثره فتح أولى الأقسام التعليمية في المستشفيات والمراكز الاستشفائية العمومية في إطار نصوص تنظيمية محددة الالتزامات والذي يقتضي بانتقاء برامج مكيفة للمناهج الدراسية بمركباتها المختلفة بسبب اختلاف أوقات العلاج خلال السنة الدراسية وكذلك باختلاف نوع المرض، بالإضافة أيضاً إلى التركيز على توفر عاملي الكفاءة والخبرة لدى المعلمين، فمثل هذا النوع من التعليم يستوجب توفر دراية بيداغوجية للتعليم المفرد والمصغر بحيث يتم التحكم فيه عن خلاف الممارسات التعليمية التي تجرى في الأقسام العادية، بالإضافة إلى التحكم في مختلف الوسائل والأدوات والأساليب المكيفة. (فوزية أوراغي، 2017، ص6). كما أن توفر هذه الأساليب البيداغوجية لوحدها غير كافية في تطبيق مثل هذا النوع من البرامج الإرشادية بدون تمكن المعلم من إدارة مختلف أساليب التعامل النفسي مع الأطفال المرضى قصد دفعهم للإقبال على عملية التعلم والتخفيف من آلام المرض، ومن هنا جاء عنوان الدراسة الحالية: "دور الأقسام التعليمية الخاصة في التخفيف من الضغوط النفسية وتحسين مستوى التحصيل الدراسي لدى الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية من وجهة نظر الوالدين والمعلمين- دراسة ميدانية على عينة من المستشفيات الجزائرية-"، ولتحقيق أهداف هذه الدراسة تم تنظيمها على الأسس العلمية المتفق عليها حيث قمنا بتقسيم هذه الدراسة إلى جانبين وهما الجانب النظري والجانب التطبيقي. وقد تم تقسيم الجانب النظري بدوره إلى ستة (06) فصول وهي موزعة كما يلي:

*** الفصل الأول :** تناولنا فيه كل من إشكالية الدراسة وفرضياتها وأهميتها وأهدافها، بالإضافة إلى تحديد المفاهيم الأساسية لهذه الدراسة.

*** الفصل الثاني :** تطرقنا فيه إلى نبذة تاريخية عن إنشاء الأقسام التعليمية في المستشفيات العمومية، حيث تم تقديم العديد من التجارب الأوروبية والعربية وكذلك التجربة الجزائرية لفتح هذا النوع من الأقسام التعليمية، والإطار القانوني لفتحها، ثم قوانين التطبيق العملي لهذه الأقسام والمناهج

الدراسية المطبقة داخلها، ثم كيفية تقويم أداء التلاميذ المتمدرسين بالمستشفى، وفي الأخير موصفات هذا التقويم.

*** الفصل الثالث:** تناولنا فيه ماهية كل من المستشفى والاستشفاء، مظاهره وآثاره على المريض ثم أهم الفاعلون في العملية العلاجية للطفل المريض داخل المستشفى، وبعدها ماهية كل من الطفل ومراحل نموه والطفل المريض، وخصائص نموه وسيكولوجيته، ثم ماهية الصحة والمرض عند الطفل تليها الأمراض التي تصيب الأطفال، بعدها الطفل المريض في مواجهة الدخول إلى المستشفى وموقفه في فراق المحيط العادي، ثم ظروف إقامته داخل المستشفى، بعدها الضغوط النفسية والانفعالية للطفل المريض المقيم بالمستشفى ومحيطه داخل المستشفى وعلاقته بالآخرين، وثم ردود أفعاله إزاء الاستشفاء، وفي الأخير الحماية القانونية لهذا حسب القوانين التشريعية الجزائرية.

*** الفصل الرابع:** تناولنا فيه ماهية الضغط، والتطور التاريخي لهذا المصطلح، وكذلك ماهية الضغط النفسي، ثم انتقلنا إلى تعاريف الضغوط النفسية، أنواعها، مسبباتها، أعراضها، مكوناتها ومستوياتها ثم الآثار المترتبة عنها، بالإضافة إلى النظريات المفسرة لهذه الضغوط، ثم الآثار المترتبة عنها على المريض وأساليب تحديدها وقياسها، وفي الأخير أساليب علاجها.

*** الفصل الخامس:** ذكرنا فيه ماهية كل من التحصيل والتحصيل الدراسي وأنواعه والعوامل المؤثرة في فيه و شروط ومبادئ التحصيل الجيد، ثم قياس التحصيل الدراسي وأهميته، وفي الأخير الضغوط النفسية وعلاقتها بالتحصيل الدراسي.

*** الفصل السادس:** شمل على الدراسات السابقة العربية والأجنبية التي تناولت كل من موضوع الضغوط النفسية عند المريض أساليب مواجهتها، ثم فاعلية الوسائط التعليمية(البرامج الإرشادية المهارات التدريسية، البرمجيات التعليمية) في تحسين مستوى التحصيل الدراسي، وفي الأخير الأقسام التعليمية المفتوحة بالمستشفيات .

أما الجانب التطبيقي فقسمناه إلى ثلاثة فصول وهي كما يلي:

*** الفصل السابع :** تناولنا فيه الإجراءات المنهجية للدراسة، حيث ذكرنا فيه المنهج المستعمل في الدراسة، والدراسة الاستطلاعية، وكذلك مجتمع الدراسة، ثم عينة الدراسة وخصائصها، ثم وصف أداة الدراسة وخصائصها السيكومترية، وفي الأخير التطرق إلى الأساليب الإحصائية المستخدمة في هذه الدراسة.

*** الفصل الثامن :** قمنا بعرض وتحليل مختلف النتائج المتعلقة بفرضيات هذه الدراسة.

* الفصل التاسع : قمنا فيه بمناقشة نتائج فرضيات هذه الدراسة وتفسيرها، ثم الخروج باستنتاج عام مع تقديم العديد الاقتراحات المتعلقة بموضوع هذه الدراسة.

الجانب النظري

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

• الإطار العام للدراسة

1- إشكالية الدراسة.

2- فرضيات الدراسة.

3- أهداف الدراسة.

4- أهمية الدراسة.

5- تحديد المفاهيم الأساسية للدراسة.

1- إشكالية الدراسة:

يواجه الفرد خلال مجرى حياته أحداث عديدة متتابعة في سياق تجاربه المختلفة، البعض منها غير مستحبة إليه بحيث يدركها كمهددات للأمراض الخطيرة التي تؤثر على معاشه النفسي والجسدي بسبب ما تخلفه من اضطرابات وتغيرات مرتبطة غالبا بفكرة العجز والقلق من تعقد هذه الحالة الآتية إلى ما هو أخطر، ذلك باعتبار أن التوفيق بين الصحة الجسدية والنفسية بقيمتها السوية غاية يسعى الإنسان دوما للوصول إليها والاحتفاظ بها، كما أنها مقصد لكل فاقدها (أبو النيل 1994، ص 22).

فالبرغم مما تتسم به الحياة اليومية من عناية في التنشئة والتربية الصحية والتعليمية، وبالرغم أيضا من التقدم الهائل في وسائل الطب الوقائية والعلاجية، إلا أن هذا الأمر لم يمنع من انتشار جملة من الأمراض المزمنة و المستعصية على غرار مرض السرطان والقلب والداء السكري والربو وفقر الدم ومختلف الإعاقات (الإعاقة الحركية، والسمعية والبصرية والعقلية) ومثل هذه الاختلالات بحاجة ماسة إلى رعاية وعلاج متواصلان، مما تخلفه من انعكاسات سلبية على الوضع العادي البيولوجي وحتى النفسي.

وبتكرار ظهور تلك الاضطرابات الجسدية والنفسية السابقة الذكر واستمرارها لفترات طويلة من حياة الفرد فقد تتفاقم مخرجاتها السلبية مشكلة بذلك خطرا على صحته الجسدية والنفسية، أين يتعايش الفرد مع جملة من الضغوط المرتبطة بعلته والتي تمس صحته النفسية، فهذه الضغوط أصبحت سمة من سمات الحياة البشرية المعاصرة تزيد شدتها تبعا لتفاقم الإعاقات والحالات المرضية، حيث تعد هذه الأخيرة من أحد المشكلات التي تواجه المجتمعات الإنسانية، فقد أدى انتشارها بشكل واسع و وبائي إلى لفت الأنظار والتركيز على العوامل المسببة لها سواء كانت سلوكية أو اجتماعية أو نفسية وحتى العضوية، فجميعها تلعب دورا مهما في ظهور هذه الأمراض فلم يسلم منها الصغير والكبير على حد سواء، أين يرى علماء النفس أن الأطفال المرضى يعانون أكثر من الضغوط النفسية مقارنة بالكبار بسبب عدم قدرتهم على تحمل آلام المرض. وفي سياق هذا الكلام شهدت السنوات الأخيرة من عصرنا الحالي تفاقم خطر العديد من الأمراض ذلك بظهور فئات مرضية حديثة لم تكون معروفة من قبل ومجملها يهدد مصير الفرد بما تلحقه من أذى جسدي ومعنوي على حياته من جهة والمحيطين به من جهة أخرى وأصبح التعايش معها بمثابة التحدي، وبسبب كل هذه الأمور المذكورة التي تجاوزت الجانب الطبي جلبت انتباه العديد من الباحثين النفسانيين والتربويين في محاولة منهم إلى معرفة دور السلوك الايجابي للمريض في تسريع وتيرة شفاؤه ومقاومته لمضاعفات مرضه وتبنيه لأساليب حياتية

تخفف من حدة الظروف المحيطة به سواء كانت اجتماعية أو مهنية أو نفسية.

(عزوز أسهمان، 2008، ص 2)

فحسب العديد من الدراسات، توصل العديد من الأطباء المختصين إلى وجود علاقة بين سلامة الذات الجسدية مع سلامة الذات النفسية انطلاقاً من تلك الاضطرابات النفسية الناجمة عن ظهور الأمراض العضوية، فكما قال الطبيب السويدي وريتماك (Writmak) " أننا في عالمنا الطبي نبحث ونعالج مريضاً وليس مرضاً"، أي أن شفاء المريض من علته يكون انطلاقاً من فهمنا لمقومات شخصيته النفسية والجسدية.

وتكملة لما سبق ذكره أشارت عدة دراسات أخرى أن الأمراض على اختلاف أنواعها لها تأثير على طبيعة سلوك الفرد وتصرفاته المختلفة، إذ يرى أنثوني (Anthony 1981) أن الشعور بالنقص المرتبط بالقصور العضوي يصبح عاملاً مستمراً وسلبياً في نموه النفسي فيغيب الشعور بالأمن النفسي عند المعاق دافعاً إياه إلى مواصلة الكفاح قصد إثبات شخصيته فيولد بداخله صراعاً كبيراً عادة ما يتخذ أشكالاً متباينة من العنف.

كما يرى أيضاً احمد عواد سنة (2009) أن المعاق حركياً تفرض عليه جملة من القيود ذات تأثير نفسي شديد، ومن الواضح أن السمات أو الخصائص النفسية لتلك الفئات من ذوي الاحتياجات الخاصة تشترك أو تتشابه من حيث بعض الآثار النفسية بشكل عام على غرار القلق والتوتر والانفعال وغيرها من السمات التي تكون عامة لدى المبتلين به، كما بينت دراسة بنجار وآخرون (1981) (Benger et al) أن المصابين بمرض القلب غالباً ما يميلون إلى الشعور بعدم الأمن والاطمئنان والعجز مع انهيار مستوى الثقة بالنفس بمستوى يقيد من أنشطتهم وعلاقتهم الاجتماعية اليومية ونضيف أيضاً دراسة تيلور وآخرون (1992) (Taylor et al) إلى معاناة مرضى السرطان من الخوف الشديد وغموض مستقبلهم بنسبة (26%)، حيث أشارت دراسة كل من مفيغ ومستشاري وآخرون (2003) (Mcveigh et Mostashari et al) إلى وجود مستويات مرتفعة من الضغوط النفسية لدى مرضى السكري وذلك مقارنة بالأشخاص العاديين بالإضافة مع وجود علاقة إيجابية واضحة بين ظهور كل من الاكتئاب والعجز والاستسلام وبين عدم السيطرة على نسبة الجلوكوز الطبيعي، أي أنه كلما شعر المريض بالعجز والاستسلام قلت سيطرته على كمية الجلوكوز في الدم وتؤكد كذلك وفاء حيدوب (2002) في دراستها هي الأخرى ظهور مستويات حادة من الضغوط النفسية لدى مرضى الصرع، بالإضافة دراسة سالمى مصطفى (2009) التي بينت كذلك معاناة مرضى ارتفاع ضغط الدم بالسودان من مستويات مقلقة من الضغوط النفسية، ودراسة نجلاء الصديق

(2010) التي أثبتت هي الأخرى وجود ضغوط نفسية لدى المراهقين المعاقين بصريا مع ارتباطها بظهور بعض المشكلات السلوكية، كما لا ننسى أيضا دراسة كل من الصديقي وبن عمر وهيبه (2014) التي توصلت هي الأخرى إلى وجود مستويات مرتفعة من القلق النفسي لدى المرضى القصور الكلوي بالجزائر، في حين تمكنت دراسة كل من الفواز الممني وسلام عميرين (2016) من تسجيل مستويات مرتفعة من الضغوط النفسية لدى مرضى القولون العصبي وذلك انطلاقا من بعض المتغيرات الطبية والديموغرافية.

وانطلاقا لما سبق ذكره فان المرض وتابعاته السلبية يتعارض مع جميع مكملات الرفاهية النفسية والجسدية، فالفرد المريض بحاجة إلى التأقلم مع علته خاصة المزمدة منها والخطيرة وهذا لا يكون إلا من خبراته اليومية المكتسبة نتيجة احتكاكه بمضاعفات مرضه مهما اختلف سنه، لكن تبقى إصابة الطفل بأي مرض مزمن أو خطير أو إعاقة مهما كان نوعها تعتبر كبدائية لسلسلة من الضغوط النفسية وما يصاحبها من الشعور بالنقص والقلق والاكتئاب والخوف من المجهول، كما أن ظهور هذه الضغوط النفسية لدى مختلف الأطفال المرضى تتطلب بالضرورة استجابة توافقية من الصعب مواجهة متطلباتها ما يؤدي بهم إلى إصدار ردود انفعالية وعضوية وعقلية بصورة سلبية.

(بعيجة الياس، 2008، ص 14).

وبالمقابل لا تقتصر معاناة الطفل المريض على سوء حالته الجسدية والنفسية فقط بل يتعدى الأمر كذلك، فقد يحرم من ممارسة العديد من الهوايات والنشاطات ترفيهية كانت أو رياضية أو تربية على غرار ذهابه إلى المدرسة، وفي كثير من الحالات قد يحرم هذا الطفل المريض من التمدد بصورة عادية بسبب تبعات المرض، فالذهاب إلى المدرسة قصد التعلم هي السبيل الوحيد لتلقين الطفل طرق العيش والتعامل مع الآخرين والتجاوب معهم واكتساب طرق النجاح مستقبلا، وأكثر من ذلك قد يضطر البعض من هؤلاء الأطفال إلى الإقامة لمدة طويلة في المستشفى لمتابعة العلاج أو لإجراء عملية جراحية أو لقضاء فترة نقاهة، ومن البديهي أن هذا الانقطاع عن المدرسة قد يؤثر سلبا على مسارهم الدراسي فيزيد من حدة قلقهم وخوفهم من الرسوب وإعادة السنة الدراسية أو الانقطاع كليا عنها وقد يحرم الأطفال كذلك من اجتياز بعض الامتحانات الفاصلة المرتبطة باجتياز شهادة نهاية التعليم الابتدائي أو المتوسط بسبب تزامنهما مع فترة العلاج في إحدى المراكز الاستشفائية، كما أن الانعكاسات السلبية المترتبة عن هذا الانقطاع قصد العلاج في المستشفيات العمومية قد تمتد إلى ما هو أبعد فتمس بذلك مختلف أطراف المجتمع لتشكل فيما بعد عبئا ثقيلا على الجهات الرسمية المختصة في تأطير نخبها وأطرها المستقبلية.

وعليه فقد تظن العديد من المختصين في مجال الصحي والتربوي إلى ضمان التمدرس العادي لهذه الفئات من خلال فتح أقسام تعليمية خاصة داخل المستشفيات والمراكز الاستشفائية العمومية الجزائرية بعدما استنتجوا العبر من التجارب السابقة الرائدة في إنشاء مثل هذه البرامج الإرشادية المعرفية إلى دور هذه الأقسام في التخفيف من مستوى الضغوط النفسية لدى المرضى نتيجة انقطاعهم عن الدراسة وأهميته في تسريع الوتيرة العلاجية، وهذا ما توصلت إليه دراسة سومية ماهر (2012) التي أشارت إلى وجود أهمية لمدرسة داخل مستشفى سرطان الأطفال (57357) بالجمهورية العربية المصرية لمساعدتهم على تحمل رحلة العلاج وحماية مستقبلهم وذلك تحت شعار (التغلب على المرض بالأمل و التعلم) من أجل مساعدة الأطفال المرضى على مواصلة دراستهم وعدم الانقطاع عنها خلال فترة العلاج، وقد أسفرت أيضا نتائج دراسة أوراعي فوززية (2014) أن بانضمام الطفل المريض إلى القسم الدراسي في المستشفى يخف لديه مستوى الضغوط النفسية التي كان يعاني منها جراء المرض مع تحسن ملحوظ مستواه الدراسي، بالإضافة إلى دراسة ايلان بوشي (2004) (Helene Pochet) التي أشارت إلى دور تمدرس الطفل المريض داخل المستشفيات السويسرية في تحقيق فعالية ايجابية وذلك إما في التخفيف من الضغوط النفسية أو تحسين من تحصيله الدراسي كما أكدت كذلك دراسة باتريس جريجوار وآخرون (2007) (Beatrice Grégoire Et Autre) على أهمية الأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات في توفير الهدوء، الجو العائلي، الطمأنينة للطفل مبعده إياه عن العزلة والبقاء في غرفة الاستشفاء، أما فيما يخص الجانب التربوي فقد أكدوا هؤلاء الباحثين مساهمة هذه الأقسام في تطوير الإبداع والاهتمام بالمؤهلات التربوية، المعرفية، العقلية لهذا الطفل المريض.

وقد جاء تنظيم هذا النوع من التعليم كغاية لتحقيق العدالة في تكافؤ الفرص بين أفراد المجتمع بدءا من السنة الدراسية (1999-2000) باتفاق مشترك بين وزارتي التربية الوطنية ووزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات الجزائرية، حيث تم على إثره فتح أولى الأقسام التعليمية في المستشفيات والمراكز الاستشفائية العمومية في إطار نصوص تنظيمية محددة الالتزامات والذي يقتضي بانتقاء برامج مكيفة للمناهج الدراسية بمركباتها المختلفة بسبب اختلاف أوقات العلاج خلال السنة الدراسية وكذلك باختلاف نوع المرض، بالإضافة أيضا إلى التركيز على توفر عملي الكفاءة والخبرة لدى المعلمين فمثل هذا النوع من التعليم يستوجب توفر دراية بيداغوجية للتعليم المفرد والمصغر بحيث يتم التحكم فيه عن خلاف الممارسات التعليمية التي تجرى في الأقسام العادية، بالإضافة إلى التحكم في مختلف الوسائل والأدوات والأساليب المكيفة . (فوزية أوراعي، 2017، ص6).

كما أن توفر هذه الأساليب البيداغوجية لوحدها غير كافية في تطبيق مثل هذا النوع من البرامج الإرشادية بدون تمكن المعلم من إدارة مختلف أساليب التعامل النفسي مع الأطفال المرضى قصد دفعهم للإقبال على عملية التعلم والتخفيف من آلام المرض، وعلى ضوء ما سبق ذكره نطرح التساؤلات التالية :

1- التساؤل العام الأول:

هل يعاني الأطفال المقيمين بالمستشفيات العمومية من ضغوط نفسية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية؟

• التساؤلات الجزئية:

- ما مستوى الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية ؟

- هل توجد فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى الملتحقين بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية حول مستوى الضغوط النفسية تعزى إلى متغير الجنس؟

- هل توجد فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى الملتحقين بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية حول مستوى الضغوط النفسية تعزى إلى متغير نوع المرض؟

2- التساؤل العام الثاني:

ما دور الأقسام التعليمية الخاصة في التخفيف من مستوى الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية من وجهة نظر الوالدين والمعلمين ؟

• التساؤلات الجزئية:

- هل توجد فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى في مستوى الضغوط النفسية قبل وبعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر الوالدين؟

- هل توجد فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى في مستوى الضغوط النفسية قبل وبعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر المعلمين؟

3- التساؤل العام الثالث:

هل توجد فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى في مستوى الضغوط النفسية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية تعزى إلى متغير الجنس من وجهة نظر الوالدين والمعلمين؟

• التساؤلات الجزئية:

- هل توجد فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى في مستوى الضغوط النفسية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية تعزى إلى متغير الجنس من وجهة نظر الوالدين؟

- هل توجد فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى في مستوى الضغوط النفسية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية تعزى إلى متغير الجنس من وجهة نظر المعلمين؟

4- التساؤل العام الرابع :

هل توجد فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى في مستوى الضغوط النفسية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية تعزى إلى نوع المرض من وجهة نظر الوالدين والمعلمين؟

• التساؤلات الجزئية:

- هل توجد فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى في مستوى الضغوط النفسية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية تعزى إلى نوع المرض من وجهة نظر الوالدين؟

- هل توجد فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى في مستوى الضغوط النفسية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية تعزى إلى نوع المرض من وجهة نظر المعلمين؟

5- التساؤل العام الخامس :

ما دور الأقسام التعليمية الخاصة في تحسين مستوى التحصيل الدراسي لدى الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية من وجهة نظر المعلمين؟

• التساؤلات الجزئية:

- هل توجد فروق دالة إحصائية في درجة التحصيل في مادة اللغة العربية بين الأطفال المرضى قبل وبعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر المعلمين؟
- هل توجد فروق دالة إحصائية في درجة التحصيل في مادة الرياضيات بين الأطفال المرضى قبل وبعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر المعلمين؟
- هل توجد فروق دالة إحصائية في درجة التحصيل في مادة التربية الإسلامية بين الأطفال المرضى قبل وبعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر المعلمين؟

6- التساؤل العام السادس :

هل توجد فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى في درجة التحصيل الدراسي بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر المعلمين تعزى إلى متغير الجنس؟

• التساؤلات الجزئية:

- هل توجد فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى في مادة اللغة العربية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر المعلمين تعزى إلى متغير الجنس؟
- هل توجد فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى في مادة الرياضيات بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر المعلمين تعزى إلى متغير الجنس؟
- هل توجد فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى في مادة التربية الإسلامية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر المعلمين تعزى إلى متغير الجنس؟

7- التساؤل العام السابع :

هل توجد فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى في درجة التحصيل الدراسي بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر المعلمين تعزى إلى متغير نوع المرض؟

• التساؤلات الجزئية:

- هل توجد فروق دالة إحصائياً بين الأطفال المرضى في درجة التحصيل في مادة اللغة العربية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر المعلمين تعزى إلى متغير نوع المرض؟

- هل توجد فروق دالة إحصائياً بين الأطفال المرضى في درجة التحصيل في مادة الرياضيات بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر المعلمين تعزى إلى متغير نوع المرض؟

- هل توجد فروق دالة إحصائياً بين الأطفال المرضى في درجة التحصيل في مادة التربية الإسلامية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر المعلمين تعزى إلى متغير نوع المرض؟

2- فرضيات الدراسة:

2-1- الفرضية العامة الأولى:

لا يعاني الأطفال المقيمين بالمستشفيات العمومية من ضغوط نفسية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية.

• الفرضيات الجزئية:

- يتمتع الأطفال المرضى بمستوى منخفض من الضغوط النفسية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية.

- توجد فروق دالة إحصائياً بين الأطفال المرضى الملتحقين بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية حول مستوى الضغوط النفسية تعزى إلى متغير الجنس.

- توجد فروق دالة إحصائياً بين الأطفال المرضى الملتحقين بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية حول مستوى الضغوط النفسية تعزى إلى متغير نوع المرض.

2-2- الفرضية العامة الثانية:

- للأقسام التعليمية الخاصة دوراً إيجابياً في التخفيف من مستوى الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى من وجهة نظر الوالدين والمعلمين.

• الفرضيات الجزئية:

- توجد فروق دالة إحصائياً بين الأطفال المرضى في مستوى الضغوط النفسية قبل وبعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر الوالدين.
- توجد فروق دالة إحصائياً بين الأطفال المرضى في مستوى الضغوط النفسية قبل و بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر المعلمين.

2-3- الفرضية العامة الثالثة:

توجد فروق دالة إحصائياً بين الأطفال المرضى في مستوى الضغوط النفسية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية تعزى إلى متغير الجنس من وجهة نظر الوالدين والمعلمين.

• الفرضيات الجزئية:

- توجد فروق دالة إحصائياً بين الأطفال المرضى في مستوى الضغوط النفسية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية تعزى إلى متغير الجنس من وجهة نظر الوالدين.
- توجد فروق دالة إحصائياً بين الأطفال المرضى في مستوى الضغوط النفسية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية تعزى إلى متغير الجنس من وجهة نظر المعلمين.

2-4- الفرضية العامة الرابعة:

توجد فروق دالة إحصائياً بين الأطفال المرضى في مستوى الضغوط النفسية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية تعزى إلى نوع المرض من وجهة نظر الوالدين والمعلمين.

• الفرضيات الجزئية:

- توجد فروق دالة إحصائياً بين الأطفال المرضى في مستوى الضغوط النفسية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية تعزى إلى نوع المرض من وجهة نظر الوالدين.
- توجد فروق دالة إحصائياً بين الأطفال المرضى في مستوى الضغوط النفسية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية تعزى إلى نوع المرض من وجهة نظر المعلمين.

2-5- الفرضية العامة الخامسة:

تلعب الأقسام التعليمية الخاصة دور ايجابي في تحسين مستوى التحصيل الدراسي لدى الأطفال المرضى المقيمين داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر المعلمين.

• الفرضيات الجزئية:

- توجد فروق دالة إحصائية في درجة التحصيل في مادة اللغة العربية بين الأطفال المرضى قبل وبعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر المعلمين.
- توجد فروق دالة إحصائية في درجة التحصيل في مادة الرياضيات بين الأطفال المرضى قبل وبعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر المعلمين.
- توجد فروق دالة إحصائية في درجة التحصيل في مادة التربية الإسلامية بين الأطفال المرضى قبل وبعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر المعلمين.

2-6- الفرضية العامة السادسة:

توجد فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى في درجة التحصيل الدراسي بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية تعزى إلى متغير الجنس من وجهة نظر المعلمين.

• الفرضيات الجزئية:

- توجد فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى في درجة التحصيل في مادة اللغة العربية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية تعزى إلى متغير الجنس من وجهة نظر المعلمين
- توجد فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى في درجة التحصيل في مادة الرياضيات بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية تعزى إلى متغير الجنس من وجهة نظر المعلمين.
- توجد فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى في درجة التحصيل في مادة التربية الإسلامية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية تعزى إلى متغير الجنس من وجهة نظر المعلمين.

2-7- الفرضية العامة السابعة:

توجد فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى في درجة التحصيل الدراسي بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر المعلمين تعزى إلى متغير نوع المرض.

• الفرضيات الجزئية:

- توجد فروق دالة إحصائياً بين الأطفال المرضى في درجة التحصيل في مادة اللغة العربية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية تعزى إلى متغير نوع المرض من وجهة نظر المعلمين.
- توجد فروق دالة إحصائياً بين الأطفال المرضى في درجة التحصيل في مادة الرياضيات بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية تعزى إلى متغير نوع المرض من وجهة نظر المعلمين.
- توجد فروق دالة إحصائياً بين الأطفال المرضى في درجة التحصيل في مادة التربية الإسلامية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية تعزى إلى متغير نوع المرض من وجهة نظر المعلمين.

3- أهداف الدراسة :

- معرفة مستوى الضغوط النفسية التي يعاني منها الأطفال المرضى المقيمين داخل المستشفيات العمومية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة.
- الكشف عن الفروق الموجودة بين الأطفال المرضى الملحقين بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية حول مستوى الضغوط النفسية تعزى إلى متغيري الجنس ونوع المرض.
- التعرف على دور الأقسام التعليمية الخاصة في التخفيف من الضغوط النفسية عند الأطفال المرضى وذلك من خلال التعرف على الفروق الموجودة بينهم قبل وبعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية والتي تعزى إلى متغيري الجنس ونوع المرض انطلاقاً من وجهة نظر الوالدين والمعلمين.
- إظهار الفروق الموجودة بين الأطفال المرضى في درجة الضغوط النفسية لديهم وذلك بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية والتي تعزى إلى متغير الجنس من وجهة نظر الوالدين والمعلمين.
- التعرف على الفروق الموجودة بين الأطفال المرضى في درجة الضغوط النفسية لديهم وذلك بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية والتي تعزى إلى متغير نوع المرض من وجهة نظر الوالدين والمعلمين.

- التعرف عن طبيعة دور الأقسام التعليمية الخاصة في تحسين مستوى التحصيل الدراسي لدى الأطفال المرضى وذلك من خلال الكشف عن الفروق الموجودة بينهم في كل من مادة اللغة العربية والرياضيات والتربية الإسلامية قبل وبعد التحاقهم بتلك الأقسام انطلاقا من وجهة نظر معلمهم.
- تحديد الفروق الموجودة بين الذكور والإناث في درجة تحصيلهم الدراسي في كل من مادة اللغة العربية والرياضيات والتربية الإسلامية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر المعلمين.
- تحديد الفروق الموجودة بين الأطفال المرضى في درجة تحصيلهم الدراسي في كل من مادة اللغة العربية والرياضيات والتربية الإسلامية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية تعزى إلى نوع المرض من وجهة نظر المعلمين.

4- أهمية الدراسة :

نظرا لحدثة الموضوع في النظام التربوي الجزائري تكمن أهمية الدراسة الحالية من الجانبين النظري والتطبيقي.

4-1- الأهمية النظرية: تكمن أهمية الدراسة النظرية في محاولة تقديم الأقسام التعليمية المفتوحة داخل المستشفيات والتعريف بها، والكشف عن مستوى التلاميذ وذلك في ضوء قلة وندرة الدراسات التي تناولت هذا الموضوع وعليه جاءت هذه الدراسة لسد النقص الواضح في الأبحاث والدراسات المتعلقة بهذا الموضوع، ومن جهة أخرى جاء هذه الدراسة كإسهام لإجلاء الغموض الذي يعم الظاهرة وإلقاء الضوء على أهمية هذا التعليم بالنسبة للأطفال المرضى وأوليائهم كما قد تكون هذه الدراسة تمهيدا لدراسات وبحوث جديدة.

4-2- الأهمية التطبيقية: بمخرجات هذه الدراسة الحالية، جملة من النقاط التطبيقية بدءا بلفت الانتباه من الأطراف المعنية في مثل هذا النوع من التعليم سواء كانوا مسئولين في قطاع التربية أو معلمين أو أساتذة باحثين أو أولياء أمور، بالإضافة إلى إبراز أهمية هذا التعليم المكيف في حل المشاكل الدراسية في وضعيات العجز المرافقة للمرض مع تسهيل من عملية اندماج الأطفال المرضى في مدارسهم الأصلية بطريقة تدريجية دون المساس بالنتائج التحصيلية الحقيقية مع المساهمة في معالجة أسباب التسرب المدرسي والانقطاع النهائي عن التمدرس بسبب المرض، دون أن ننسى كذلك

الدور الإعلامي والتحسيبي في نتائج هذه الدراسة الحالية في دفع الاهتمام في تعميم هذا النوع من البرامج الإرشادية في باقي المستشفيات العمومية عبر كافة التراب الوطني.

5- تحديد المفاهيم الأساسية للدراسة:

5-1- الأقسام التعليمية الخاصة: هي الأقسام أو الأماكن المخصصة لتعليم المرضى المقيمين داخل المستشفيات العمومية لفترة زمنية معينة قصد العلاج.

5-2- الطفل المريض: هو ذلك الطفل الذي تعذر عليه القيام بنشاطاته المعتادة داخل البيت أو المدرسة اثر إصابته بأمراض مزمنة، إعاقات وحوادث وتعذر عليه الالتحاق بمدرسته العادية بسبب مكوثه لفترة زمنية معينة قصد العلاج بالمستشفى.

5-3- الضغوط النفسية عند الطفل المريض: هي الدرجة التي يتحصل عليها الطفل المريض على مقياس الضغوط النفسية والتي ترجع لمجموعة من المثبرات ذات الصلة بالأبعاد وهناك مستويين لهذه الضغوط حددت انطلاقا من الدرجة الكلية.

✓ مستوى منخفض: بعد أن يتحصل المفحوص على درجة محصورة بين (32-63).

✓ مستوى مرتفع: بعد أن يتحصل المفحوص على درجة محصورة بين (64-96).

5-4- التحصيل الدراسي عند الطفل المريض: هي الدرجة التي يتحصل عليها الطفل المريض في الامتحانات المدرسية قبل وبعد التحاقه بتلك الأقسام الخاصة داخل المستشفيات العمومية، حيث يقيم هذا التحصيل على سلم يتراوح ما بين: ممتاز (9-10)، جيد جدا (7-8.5)، جيد (5-6.5) متوسط (3-4.5)، ضعيف (0-2.5).

الفصل الثاني

الأقسام التعليمية الخاصة
المفتوحة بالمستشفيات العمومية

• الأقسام التعليمية الخاصة المفتوحة بالمستشفيات العمومية.

- تمهيد:

1- نبذة تاريخية عن إنشاء الأقسام التعليمية في المستشفيات.

1-1- التجارب الأوربية.

1-2- التجارب العربية.

1-3 التجربة الجزائرية.

2- القوانين التشريعية لفتح الأقسام التعليمية المفتوحة بالمستشفيات.

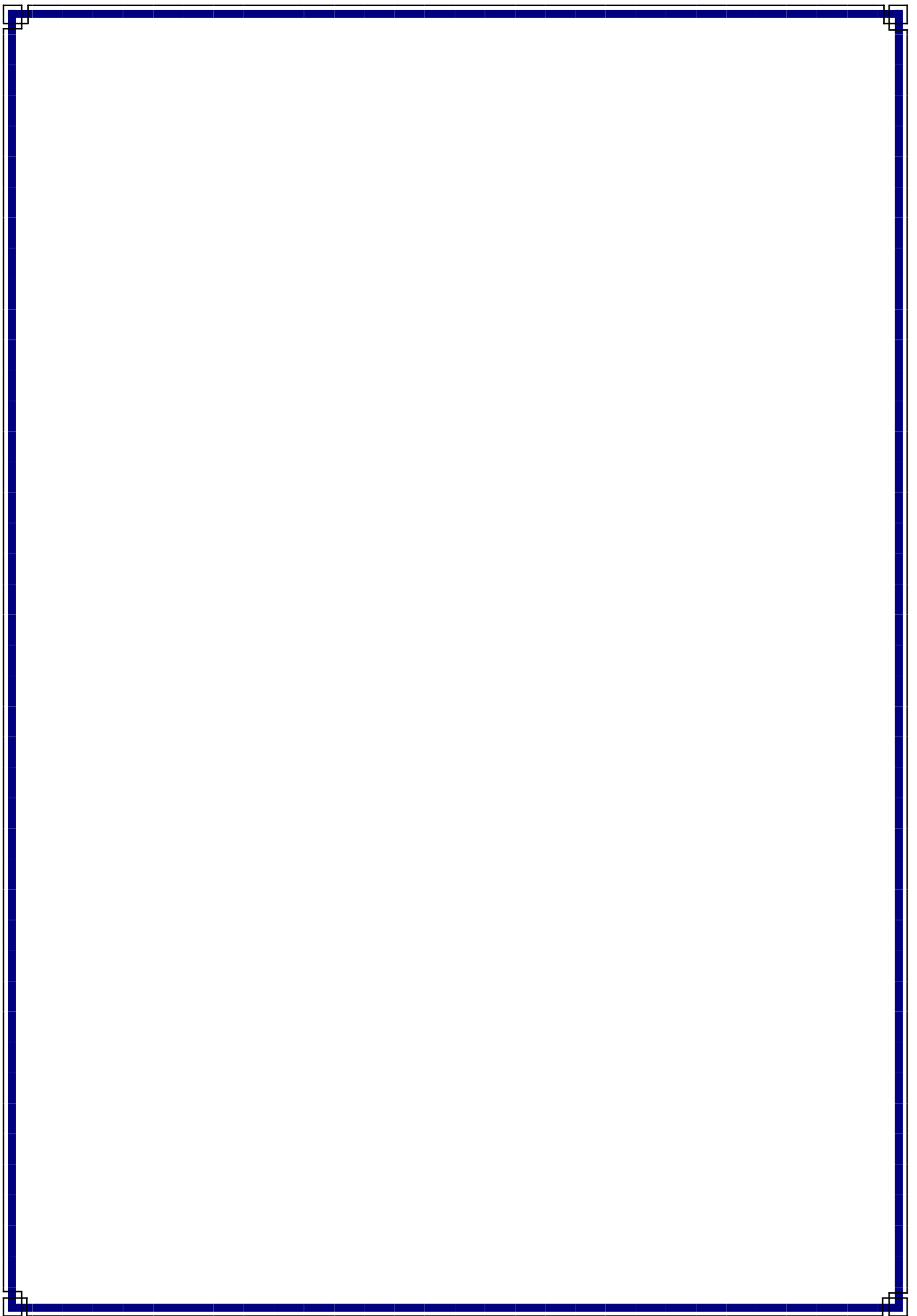
3- سير العملية التعليمية بالأقسام التعليمية المفتوحة بالمستشفيات.

4- العلاقة الممكنة إقامتها مع التلميذ المريض في المستشفى.

5- الحصيلة الوطنية الخاصة بالتلاميذ المرضى المقيمين والمتدرسين بالمستشفيات

والمراكز الصحية الجزائرية حسب السنوات الدراسية 1999-2019.

- خلاصة الفصل :



- تمهيد:

"التعليم" هو أحد حقوق الطفل الأساسية والتي نصت عليها اتفاقية حقوق الطفل التي وضعتها لجنة حقوق الإنسان التابعة للأمم المتحدة، وهي حق أساسي مثل حقه في الحصول على غذاء مناسب ورعاية الأطفال. حق التعليم هو ضمان أن يحصل جميع الأطفال على تعليم مجاني وأن يكون إلزاميًا في المراحل الابتدائية.

ويتم التعامل مع الطفل في ميثاق الأمم المتحدة على أنه إنسان منذ ولادته وحتى سن الثامنة عشرة، ويجب أن يحصل الطفل في تلك المرحلة على تعليم جيد وأن تضمن له الدولة التي يقيم فيها مكانا جيدا في المدرسة حتى يتعلم الطفل القراءة والكتابة ويحصل على التعليم الأساسي الذي يؤهله للالتحاق بالمراحل الأخرى من التعليم .

ولكن هناك بعض التلاميذ الذين يضطرون لدخول المراكز الاستشفائية إما لإصابتهم بأمراض مزمنة أو معدية، تعرضهم للحوادث مثل حوادث السير، الحروق المختلفة أو لإصابتهم بإعاقة مما يؤدي إلى التوقف عن الدراسة في المدارس الأصلية ومتابعة الدروس في الأقسام التعليمية بالمستشفيات بعد إقامتهم لمدة في المستشفى.

1 - نبذة تاريخية عن إنشاء الأقسام التعليمية بالمستشفيات:

1-1 - التجارب الأوروبية:

• التجربة الفرنسية

في فرنسا، كما هو الحال في العديد من البلدان الأوروبية الأخرى، يتم تنفيذ التدريس للأطفال المقيمين في المستشفيات أولاً بمبادرة من المتطوعين والجمعيات الخاصة. في بداية القرن التاسع عشر (ق19)، في مستشفى الأطفال المرضى، قام أحد المدرسين بتعليم الأطفال المرضى كل يوم، القراءة، الكتابة والحساب، ويعلمهم مبادئ الدين. في النصف الأول من القرن العشرين (ق20)، تم توفير التعليم في المؤسسات الاستشفائية ذات الإقامة الطويلة من قبل الممرضات .

في مستشفيات باريس، تم إنشاء جمعية "التعليم في المستشفى" في عام 1929 على يد أستاذة الفلسفة ماري لويس إمبرت. الغرض منه "جلب العناية التي يقدمها الآخرون إلى الجسد وإلى الذهن" يتم تدريس الأطفال المرضى من قبل معلمين متطوعين مؤهلين يقومون بتعليم الأطفال في المستشفيات مواد البرنامج الرسمي. في عام 1933، كانت الجمعية موجودة في عشرة (10) مستشفيات وتابعت 450 طفلاً.

المعالجون وأطباء الأطفال مصلحة طب الأطفال ترأسل للتربية الوطنية لطلبات لتعليم الأطفال والمراهقين في المستشفيات. في عام 1948، تم تعيين أول مدرس في ليون و تعيينه في مصلحة طب الأطفال بناءً على طلب الأستاذ الطبيب رئيس مصلحة طب الأطفال (مركز مستشفى ليون جنوب). في « Garaches »، مركز علاج شلل الأطفال في مستشفى « Raymond Poincaré »، منذ إنشائه في عام 1949، لديه مركز مدرسي كامل (أقسام التعليم الابتدائي والتعليم الثانوي وقسم التعليم التقني).

في المستشفيات معالجة الأمراض الخطيرة و الحادة، تم إنشاء أول وظيفة في التعليم للتربية للتعليم في عامي 1969 و 1970 لتلبية مطلب جديد مرتبط بالتقدم الطبي: الصعوبات التربوية والنفسية للأطفال المرضى بالأمراض خطيرة.

يتم تعليم الأطفال والمراهقين المقيمين بالمستشفيات مندمج ضمن الأطفال ذوي الإعاقة ومراحل إنشاء الأقسام التعليمية موازية للتفكير في استقبال الأطفال المعوقين أو المعوقين عقلياً.

✓ أهداف تعليم الأطفال المرضى في المستشفيات الفرنسية :

لا ينبغي الخلط بين التعليم في المستشفى وبين نشاط يهدف إلى إلهاء أو شغل الطفل المريض في المستشفى كما في أي مكان آخر، يجب أن تهدف المهمة التعليمية إلى جعل الطفل المريض

مستقلاً ومسؤولاً وفاعلاً في نموه ومستقبله. إن عملية نقل المعرفة والمعرفة هي جزء من ديناميكية المشروع، وبالتالي من الحياة، وكذلك تدريس الأطفال الذين يعانون (في بعض الأحيان في خطر) بالإضافة إلى الغرض منه للسماح بالتنشئة الاجتماعية، تكوين الشخصية وتشكيل ثقافة شخصية يشارك في العملية العلاجية.

الهدف الرئيسي هو استمرارية التعلم والحفاظ على طعم التعلم أو إعادة تنشيطه. الهدف دائماً هو إعادة التلميذ إلى المؤسسة الأصلية في الظروف المثلى. هناك العديد من إمكانيات إعادة الإدماج الممكنة اعتماداً على الملف الشخصي والمرضي للطفل المقيم بالمستشفى.

العودة إلى المنزل وإعادة الإدماج بدوام كامل، وإعادة الإدماج بدوام كامل أثناء البقاء في المستشفى (الطب النفسي للأطفال)، والعودة المستمرة بجدول زمني مرتب من المستشفى أو من المنزل، وإعادة توجيهه إلى مؤسسة أخرى، إلى تخصص آخر.... الطرق المختلفة للعودة إلى المدرسة يتم تحديدها في خطة الاستقبال الفردية التي تمت صياغتها كجزء من التشاور بين الأولياء وطبيب المدرسة ومعلم التلميذ الرئيسي وعضو في الفريق الإداري للمؤسسة. (M.C.F.B, 2005).

• التجربة البلجيكية

يتميز القرن العشرين في التربية على الإرادة والجهود المتبادلة بين الأطباء والمسؤولين السياسيين والمعلمين والأولياء والتحرك في تكييف المنشآت التعليمية في المستشفيات الأوربية.

ففي هذا القرن بدأ فتح أقسام تعليمية في مناطق عديدة في بلجيكا ففي سنة 1951 وفي مدينة بروكسال فتحت أقسام لتعليم الأطفال في الأقسام التعليمية تابعة للمدرسة العادية في مستشفى سان بيير (Saint pierre)، بحيث هذه الأقسام التعليمية تابعة للمدرسة العادية إميل أندري (Emile André) وفي سنة 1958 تم فتح قسم دراسي في مستشفى سان جورج (Saint George) وهناك أقسام أخرى فتحت في لياج (liege) وشارلوا (charloi).

أما في سنة 1970 تم إصدار قانون تنظيم الأقسام التعليمية بالمستشفيات ومنذ هذا العام أصبحت 17 مدرسة فتحت في مستشفيات بلجيكا هناك أيضا بعض جمعيات التي تنشط في هذا المجال، فمثلا جمعية البيداغوجيين الاستشفائيين متكونة من معلمين، مختصين، تربويين، أطباء وممرضين مختصين نفسانيين ومتطوعين يعملون جميعا لأجل حماية حقوق الطفل المريض لأجل مزاولة الدراسة في المستشفى والعيادات التي فتحت فيها الأقسام التعليمية في بلجيكا التي نجد منها :

- عيادة سان جوزيف (Clinique de Saint Joseph)

- المستشفى الجامعي لياج (C.H.U de Liège)

- مستشفى جراحة العظام وإعادة التأهيل الوظيفي في كان.
(Hôpital d'orthopédie et de rééducation fonctionnelle de Canne)
- عيادة جامعية بمان جودين (Clinique universitaire de Man Jaudine)
- عيادة جامعية سان لوك في فولوي سان.
(Clinique universitaire de Sanlouk et Vauloui San)
- المستشفى الجامعي شارلوا. (C.H.U de Charleroi)
- كيف وأين يتم تعليم الأطفال المرضى المقيمين في المستشفيات البلجيكية :
في حالة الاستشفاء العادي أو في المستشفى النهاري، يتم تقديم الدروس داخل قاعات العلاج. خلال فترة النقاهة أو المرض أو لضحية حادث، يتم إعطاء الدروس في المنزل. وهذا يتطلب تعاوناً نشطاً بين الطفل وعائلته والمدرسة الأصلية والفرق الطبية، والعمل التعاوني مطلوب لتحسين اتساق التدخلات.
في القسم، يتم إعطاء الدروس بشكل فردي أو في مجموعات صغيرة. المهارات متنوعة للغاية لأن الأطفال في المستشفى يأتون من التعليم العادي عوضاً من التعليم المتخصص.
لا يمكن تقديم أي عمل مدرسي دون الحصول على موافقة الطبيب، حيث يتم تكييف محتوى المواضيع وكذلك بيداغوجية التدريس وفقاً لقدرات الطفل.
ان المناهج الدراسية يجب أن تظل مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بمتطلبات التعليم الذي يأتي منه الطفل أو يعود إليه. ومع ذلك، فإن بعض الحالات الخطيرة التي تتطلب علاجاً طويلاً الأمد تتطلب التدريس المناسب.

- الأهداف الأساسية لفتح الأقسام التعليمية في المستشفيات البلجيكية :

الهدف الرئيسي لفتح الأقسام التعليمية بالمستشفيات هو منع أو الحد من الانفصال بين الطفل وبيئته المدرسية الأصلية، وتبقى أهداف التعليم المقدم في المستشفى أو في المنزل هي نفسها في التعليم العادي: الهدف هو تعليمي (بيداغوجي) نفسي واجتماعي :

أ- الأهداف البيداغوجية :

من المدرسة إلى المستشفى هو متابعة التطور الفكري والثقافي على الرغم من المرض أو العلاج في المستشفى. ينفق الآباء الفقراء الكثير من الطاقة، وأحياناً الكثير من الوقت والمال، من أجل الحفاظ على أطفالهم من الرسوب في المدرسة قدر الإمكان.

في الواقع، من الصعب على الآباء والمعلمين متابعة الطفل في مواجهة هذا الانقطاع المفاجئ الناجم عن مرض أو حادث. لسوء الحظ، ليست كل المدارس مستعدة لفتح أبوابها وليس عليها أي التزام للقيام بذلك.

عند وصول الطفل إلى المستشفى، يجد نفسه ضعيف من مرضه، وألمه، وقلق أسرته، وكرب ما ينتظره، الطفل الذي يذهب إلى المستشفى. يغادر تماما عاداته ومعالمه ولذلك فهو يشعر بأقل أمان.

ب- الأهداف النفسية :

هو تجنب عدم تقدير الذات والانسحاب من المرض. الهدف هو معايشة الاستشفاء بشكل أفضل والهروب، وعلى العكس من ذلك، تقدير الذات من خلال اكتساب مهارات جديدة. لمعالجة التوترات المختلفة، يجب على المختصين التفكير في الطريقة الأنسب لاستقبال الطفل في المستشفى والعمل على العلاقة. وبالتالي فإن مساحة المدرسة تساعد في إعادة تنظيم مكان جديد للحياة على أسس مختلفة.

ج - الأهداف الاجتماعية :

هو السماح للأطفال بالحصول على الاستقلالية، وهكذا تصبح المدرسة في المستشفى بالنسبة له فضاءً للتطوير يستطيع فيه تجربة مجالات التعلم الأصلية التي لا تقصر النهج التعليمي على ترقية بسيطة.

يتم تقدير الطفل من خلال اكتساب مهارات جديدة. بمجرد تحقيق هذا الهدف، يطمئن الآباء الذين يرون أن طفلهم يعيش اجتماعياً ولا ينقلب على نفسه. بالإضافة إلى ذلك، فهو يسهل العملية الطبية ويخففها، لأن الطفل يتمتع بقدر أكبر من العقل.

لذلك فهي مسألة تنظيم يوم الاستشفاء، وإعطاء معايي، وتحويل غرفة (مكان انتظار) إلى غرفة (مكان للعمل). (Gisele Marliere ,2011, pp1-7).

1-2- التجارب العربية:

• التجربة الفلسطينية :

تم فتح أول قسم لتعليم الأطفال المرضى بمستشفى المطع المقدسي، بمدينة غزة المحتلة بقرار مشترك بين الوزارتين الصحة و التربية الوطنية الفلسطينية عام 2016 م، تحت اسم "مدرسة الإصرار 1"، والتي تخدم عددا كبيرا من الأطفال المرضى ومعظمهم مرضى السرطان والكلية.

المدرسة التي افتتحها الوزيران، عبارة عن غرفة صفية داخل المستشفى تهدف إلى متابعة العملية التعليمية مع الأطفال المرضى الذين تزيد مدة علاجهم أكثر من أسبوع. بحيث سيتم تدريس الأطفال المرضى من قبل معلمتين رئيسيتين أوكلت لهما عملية المتابعة الدراسية بحيث يكون هناك مواءمة ما بين المنهاج الدراسي في المدرسة الأم والصف الدراسي داخل المستشفى.

وفي الدخول المدرسي لسنة 2017، قام الوزيران (الصحة والتربية الوطنية) بافتتاح قسم تعليمي آخر في مستشفى جمعية المقاصد بالقدس المحتلة، فلسطين، تحت اسم " مدرسة الإصرار2" أين جسدت فكرة لدى الوزيران " ضمان الحق في التعليم لكل أبناء فلسطين" ونوهوا بضرورة فتح هذا النوع من الأقسام في عدة مستشفيات فلسطينية، وستكون مفتوحة لكل طفل يأتي للعلاج، يقضي فيها فترة علاج كاملة.

- أهداف فتح الأقسام التعليمية في المستشفيات الفلسطينية :

الأهداف الرئيسية وراء فتح المدارس التعليمية في المستشفيات العمومية في فلسطين لصالح المرضى المقيمين بالمستشفيات من أسبوع فما فوق هي :

✓ ضمان ديمومة التعليم للأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية.

✓ بث الأمل في قلوب الأطفال المرضى.

✓ إعادة إدماجه مباشرة عند مغادرته المستشفى. (هبة أصلان، 2017).

• تجربة المملكة العربية السعودية :

في يوم الأربعاء 01 مارس 2016 ، خلال فعاليات اليوم التوعوي للخدمة الاجتماعية الذي أقيم في مستشفى الملك فيصل التخصصي بالرياض، المملكة العربية السعودية، أوضحت إدارة المستشفى بان أول مستشفى بالمملكة الذي سوف تطبق فيه الخدمة التعليمية للأطفال المقيمين لمدة طويلة في هذا المستشفى و هذا بالتعاون مع وزارة التعليم، سيتم تعليم الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفى لمدة طويلة، في المرحلة الأولى البدء بمرضى الأورام مباشرة مع انطلاق الموسم الدراسي المقبل، وفي المرحلة الثانية سيتم تطبيقها على مرضى زراعة الأعضاء والجراحة.

وأشارت إدارة المستشفى إلى انه تم تهيئة قاعة للتدريس في المستشفى الرئيسي وكذلك في مركز الملك فهد الوطني لأورام الأطفال باعتماد أسلوب الفصل المفتوح، كما تم تكوين فريق عمل يشمل عددا من الأخصائيين الاجتماعيين للتنسيق مع المرضى لتحديد الوقت الذي يناسبهم للدراسة بما لا يتعارض مع المواعيد العلاجية لكل مريض، بحيث الفريق مدعم بأطباء مختصين لتقييم المشورة الطبية

في هذا الخصوص. وأشادت بالتجاوب المميز من وزارة التعليم التي ستخصص طاقما من المعلمين والمعلمات لتدريس مختلف المناهج على مدار العام الدراسي، إلى جانب توفير الكتب والوسائل التعليمية المختلفة وإجراء الاختبارات للتلاميذ، والتي سيكون لها اثر ايجابي على التحصيل الدراسي لهؤلاء المرضى.

- أهداف فتح الأقسام التعليمية في المستشفيات بالمملكة العربية السعودية :

الهدف الرئيسي وراء فتح الأقسام التعليمية بالمستشفيات هي :

- دعم الأطفال المرضى لإكمال تعليمهم تجنباً انقطاعهم عن الدراسة خلال فترة إقامتهم في المستشفى للعلاج لمدة تصل إلى عدة أشهر .
- معالجة التوترات النفسية للطفل المريض. (حنان السيف، 2016، ص 1).

• التجربة الكويتية :

انطلقت فكرة تعليم الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات لمدة طويلة في مؤتمر تعليم الأطفال المصابين بالأمراض المزمنة والمستعصية الذي نظمته رابطة "أبي أتعلم" ،في 30/09/2016 تحت شعار " أتعلم رغم ألمي" وتتركز مبادرة هذا المؤتمر الذي شارك فيه نخبة من الأطباء والاختصاصيين في هذا المجال على أهمية التحصيل العلمي سواء في المستشفى أو البيت عبر توفير بيئة تعليمية ايجابية من خلال تقنيات التعليم الحديثة.

أكدت رئيسة المؤتمر ورئيس مجلس إدارة الرابطة أن فكرة تأسيس مدرسة مصغرة داخل المستشفى لاقت استحسانا كبيرا من قبل المسؤولين في وزارتي التربية والصحة وكذلك إدارات المستشفيات وأوضحوا أن المدرسة التي سيقام جزء منها في مستشفى الأطفال التخصصي ستوفر برامج تعليمية موازية لما يتلقاه الطفل المريض في الفصول النظامية التي تتناسب مع قدراته الصحية والنفسية والتعليمية. أن الرابطة "أبي أتعلم" حصلت على موافقة مبدئية من وزارة التربية على فكرة المشروع وجار دراستها من قطاع الشؤون القانونية بالوزارة لكيفية تطبيقها في البلاد، بحيث في البداية ستكون بتعليم عشرة تلاميذ من المرضى يمثلون المرحلة الابتدائية.

- أهداف فتح الأقسام التعليمية في المستشفيات الكويتية :

- الهدف الرئيسي وراء فتح "مدرسة المستشفى" هو استمرارية التعليم للأطفال المرضى إلى أن يتم تهيئتهم صحيا للعودة إلى مقاعد الدراسة في مدارسهم الأصلية.
- التقليل من الضغوط النفسية للمريض. (نبال خالد بورسلي، 2017).

• التجربة الجزائرية :

التجربة الجزائرية، نجد أنها قد مرت بمراحل عديدة ففي السبعينات (1973)، سجل فتح مصالح تربوية على مستوى المستشفيات الكبرى للجزائر العاصمة فقط، وكانت أول تجربة في مستشفى مصطفى باشا الجامعي، بغرض استغلال وقت المريض بنشاطات ترفيهية ومنها الأنشطة اليدوية بوسائل جد بسيطة.

ففي أواخر التسعينات وبالضبط خلال السنة الدراسية 2000/1999 جاد مشروع تنظيم أقسام تعليمية بالمستشفيات خاصة بالتلاميذ الذين تجبرهم حالتهم الصحية عن الإقامة لمدة طويلة في المستشفيات، إما لمعالجة الأمراض المزمنة أو لبقاء فترة نقاهة بعد إجراء عملية جراحية، مما يؤدي إلى التوقف عن الدراسة وبالتالي التأخر في الدروس وصعوبة استيعاب عدة مواد تعليمية وهذا الأمر يؤثر سلبا عن المسار التعليمي لهذه الفئة من التلاميذ فمنهم من يكرر السنة ومنهم من يتسرب عن المدرسة ومنهم من يحرمون من اجتياز الامتحانات بسبب تزامن فترة إقامتهم في المستشفيات مع فترة الامتحانات ولضمان حق التمدرس، قررت وزارتي الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات ووزارة التربية الوطنية تعليم التلاميذ المقيمين لمدة طويلة في المستشفيات العامة ومراكز العلاج.

- أهداف فتح الأقسام التعليمية في المستشفيات الجزائرية:

الأهداف الرئيسية وراء فتح المدارس التعليمية في المستشفيات العمومية في الجزائر لصالح المرضى المقيمين بالمستشفيات هي :

- ضمان حق التمدرس لجميع التلاميذ.
- إبقاء الطفل المريض على علاقة وثيقة بعملية التعليم والتعلم.
- ضمان نوع من التعليم المكيف يساعد التلميذ المريض على المحافظة على ما تعلم سابقا ويضيف إليه معارف جديدة تتلاءم مع حالته الصحية.
- المساهمة في التقليل من ظاهرة التكرار وإعادة في النظام التعليمي.
- التقليل من ضغوط المريض النفسية من خلال انخراطه في أنشطة التعليم.
- إحساس التلميذ المريض بالاهتمام (بوشينة سعيد، 2002، ص 1).

نلاحظ من خلال التجارب الأوروبية والتجارب العربية، أن الدول الأوروبية بدأت في تعليم الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات منذ القرن 19 الذي كان عملا تطوعيا من طرف معلمين مؤهلين وفي نصف القرن العشرين تم هنالك تعليم الأطفال المقيمين بالمستشفيات من طرف الممرضات. وفي سنة 1929 ظهرت جمعية تعليم الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات المسماة " جمعية التعليم في

المستشفى" بحيث عممت هذه المبادرة في عشرة (10) مستشفيات فرنسية، إلى غاية 1948 أين عين أول مدرس في قسم خاص لتعليم الأطفال في المستشفى وذلك في مركز استشفائي ليون جنوب فرنسا (مصلحة طب الأطفال).

بعد هذه السنة بدأت تظهر هذه التجربة في عدة دول أوروبية التي نجد منها بلجيكا التي أخذت عام 1951 بداية لتعليم الأطفال بالمستشفيات العمومية إلى غاية 1970 أين تم إصدار قانون تنظيم الأقسام التعليمية بالمستشفيات تكون تابعة للمدرسة العادية.

أما التجربة العربية عموما ولدت هذه الفكرة بعد انعقاد مؤتمرات وندوات علمية لأجل حماية الطفل المريض المقيم بالمستشفى ومن أهم قراراتها تعليم الأطفال المرضى بالمستشفيات والمراكز الاستشفائية بعد إقامتهم مدة طويلة فيها لأجل العلاج، هذه القرارات رحبت بها الوزارات المعنية (وزارة التربية و وزارة الصحة) بفتح أقسام تعليمية بالمؤسسات الاستشفائية العمومية و كان عام 2016 بداية ظهور هذه المبادرة في كل من المملكة العربية السعودية، دولة الكويت ودولة فلسطين.

أما في الجزائر، وتحديدًا في سنة 1999، وبموجب قرار وزاري مشترك بين وزارة التربية الوطنية ووزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات تنظيم أقسام تعليمية بالمستشفيات خاصة بالتلاميذ الذين تجبرهم حالتهم الصحية عن الإقامة لمدة طويلة في المستشفيات، إما لمعالجة الأمراض المزمنة أو لبقاء فترة نقاهة بعد إجراء عملية جراحية.

كل هذه التجارب سواء كانت أوروبية أو عربية تتدرج في أهداف موحدة وراء فتح الأقسام التعليمية بالمستشفيات العمومية وهي تسمح للطفل المريض المقيم لمدة طويلة في المستشفى لمزاولة الدراسة بشكل عادي وفق مناهج وبرامج مكيفة حسب نوع ودرجة المرض أو الإعاقة، وتهيئة المريض لإدماجه في قسمه الدراسي العادي عند انقضاء مدة الاستشفاء .

2- القوانين التشريعية لفتح الأقسام التعليمية بالمستشفيات العمومية الجزائرية :

بعد ضرورة فتح أقسام تعليمية بالمستشفيات كان لابد من إطار قانوني ينظم العملية، ويحكمها فأصدرت ثلاثة (03) قرارات وزارية مشتركة بين وزارة التربية الوطنية ووزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات ومنشورا وزاريا.

- 2-1- القرار الوزاري المشترك رقم 2229، المؤرخ في 27 أكتوبر 1998، يتضمن إنشاء أقسام لتعليم التلاميذ الماكثين في المراكز الاستشفائية ومراكز العلاج مدة طويلة:
- المادة (01): يهدف هذا القرار إلى إنشاء أقسام لتعليم الأطفال الماكثين مدة طويلة في المراكز الاستشفائية ومراكز العلاج.
 - المادة (02): تستقبل الأقسام الخاصة بالتلاميذ الماكثين مدة طويلة في المراكز الاستشفائية ومراكز العلاج التلاميذ هم في سن الدراسة الإلزامية وفق الشروط المعمول بها في القطاع التربوية الوطنية وذلك قصد متابعة تعليمهم بطرائق ووسائل مكيمة وفق ما تتطلبه حالتهم الصحية.
 - المادة (03): تنشأ الأقسام الخاصة بالتلاميذ الماكثين مدة طويلة في المراكز الاستشفائية ومراكز العلاج بموجب قرار مشترك بين وزارة التربية الوطنية ووزارة الصحة والسكان وتغلق أو تلغى بنفس الكيفية التي أنشأت بها.
 - المادة (04) : تلحق الأقسام المذكورة في المادة الأولى أعلاه تربويا وتنظيميا بمؤسسة تعليمية تحدد بمقرر مشترك بين مفتشية الأكاديمية أو مديرية التربية ومديرية الصحة والسكان في مستوى ولاية.
 - المادة (05) : تطبق في الأقسام الخاصة بالتلاميذ الماكثين مدة طويلة في المراكز الاستشفائية أو مراكز العلاج البرامج الرسمية المطبقة في مؤسسات قطاع التربية الوطنية بطرائق ووسائل مكيمة حسب الحالة الصحية للتلاميذ.
 - المادة (06): يعاد إدماج التلاميذ في مدارسهم الأصلية بين انتهاء فترة العلاج ويسجلون في المستوى الملائم للنتائج المحصل عليها أثناء دراستهم في الأقسام.
 - المادة (07): يخضع المعلمون والأساتذة إلى المراقبة والتفتيش التي يقوم بها المفتشون التابعون لقطاع التربية الوطنية.
 - المادة (08): توفر مصالح قطاع الصحة والسكان التجهيزات والوسائل التربوية الفردية للسير الحسن لهذه الأقسام (إسماعيل بن عمار، 2016، ص ص 108-109).
- ركز هذا القرار على فتح الأقسام التعليمية بالمراكز الاستشفائية الخاص بالتلاميذ المرضى في سن التمدرس، وأكد على توفير الوسائل المادية المكيمة من طرف وزارة الصحة والسكان على حسب الحالة الصحية للتلميذ ثم يعاد إدماجه في المدرسة الأصلية بعد خروجه من المستشفى.

2-2- القرار الوزاري المشترك رقم 01 المؤرخ في 26 جوان 1999 يتضمن تحديد الولايات التي تنشأ بمستشفياتها أقسام تعليمية:

- المادة (01): تنشأ ابتداء من السنة الدراسية 2000/99 أقسام تسمى بالأقسام الخاصة بالتلاميذ ماكثين مدة طويلة بمراكز العلاج والمراكز الاستشفائية وذلك على مستوى الولايات التالية: محافظة الجزائر الكبرى، قسنطينة، عنابة، وهران، سطيف، باتنة، البليدة، تيزي وزو، سيدي بلعباس، تلمسان، معسكر.

- المادة (02): يكلف مفتش أكاديمية محافظة الجزائر الكبرى ومدير التربية ومدير الصحة والسكان بالولايات المذكورة في المادة الأولى بتنفيذ هذا القرار كل حسب اختصاصه (وزارة التربية الوطنية، وزارة الصحة والسكان، 1999، ص2).

من الملاحظ في هذا القرار الولايات الجزائرية الإحدى عشر (11)، التي فتحت بها الأقسام التعليمية لتدريس التلاميذ المرضى مع تكليف المسؤولين بتنفيذ هذا القرار كل حسب اختصاصه.

2-3- المنشور الوزاري المشترك رقم 718/و.ت.و.ا.ع المؤرخ في 27 جوان 1999 يتضمن تعليم التلاميذ المرضى بالمستشفيات:

يشكل تعليم التلاميذ المرضى المقيمين لمدة طويلة في المستشفيات والمراكز العلاجية انشغالا مقلقا لأولياء والمشرفين على قطاع التربية والتعليم على حد سواء ولضمان تكريس حق التمدرس للجميع والتقليل من الرسوب وتسرب المتمدرسين يأتي تنظيم هذا النوع من التعليم بدءا من الموسم الدراسي 2000/99.

أ- الجانب التنظيمي: عقد لقاءات فورا بين مفتشية الأكاديمية أو مديرية التربية المعنية ومديرية الصحة والسكان لاتخاذ الإجراءات والتدابير اللازمة لتحديد المستشفيات والمراكز العلاجية التي تفتح بها أقسام تعليمية للتلاميذ المرضى بدءا من السنة الدراسية 2000/1999.

- تلحق هذه الأقسام التي تفتح بالمستشفيات بأقرب مؤسسة تعليمية وتسجل بالخريطة التربوية لهذه المؤسسة.

- تتولى المصالح الصحية تجهيز القاعات الدراسية بما يلزم من تجهيزات تحدد قائمة هذه التجهيزات بين مصالح الصحة ومصالح التربية على المستوى المحلي.

- تقوم مفتشية أكاديمية محافظة الجزائر ومديريات التربية بتعيين المعلمين والأساتذة الذين يلحقون بالمؤسسة التعليمية التي ألحق بها القسم.

- يسجل التلاميذ بصفة نظامية في القسم الخاص الملحق بالمؤسسة التعليمية بناء على تصريح تقدمه مصالح المستشفى إلى إدارة المؤسسة، ويسجل هؤلاء التلاميذ في السجلات الرسمية

للمؤسسة التعليمية وفق الترتيبات المعمول بها وعند الانتهاء من العلاج يعاد تسجيلهم في الأقسام العادية ويدمجون في المستوى التعليمي المتحصل عليه خلال فترة العلاج.

ب- الجانب التربوي: تطبق في هذه الأقسام برامج التعليم المقررة مع مراعاة خصوصيات هؤلاء التلاميذ وذلك بتكييف محتوياتها ومنهجية تناولها مع ما تتطلبه الحالة الصحية لكل تلميذ من جهة وحجم التوقيت المخصص لكل مستوى من جهة أخرى.

ج- التوقيت الأسبوعي: نظرا لحالة هؤلاء التلاميذ الصحية فإنه لا يمكن تنظيم تعليم لهم على غرار التعليم المتبع في المؤسسات التعليمية العادية، ولذا فإن التركيز قد وقع على المواد الأساسية بالنسبة لكل طور، إن الحجم الساعي المقترح يعتبر الحد الأدنى المضمون، أما بالنسبة لتوزيعه على الحصص، توزيع هذه الحصص على الأيام فيترك إلى المشاورة والتنسيق بين المعلم أو الأستاذ والفريق الساهر على العلاج.

أما بخصوص تفويض التلاميذ على المستويات التعليمية فيمكن جمع كل مستويين متقاربين معا (السنة الأولى والسنة الثانية مثلا)، وإذا تعذر ذلك يمكن جمع تلاميذ الطور الواحد. أما فيما يخص تلاميذ الطور الثالث فإذا تعذر إنشاء مستويات مستقلة فيمكن الالتجاء إلى جمع السنة الأولى والسنة الثانية متوسط أو السنة الثالثة متوسط مع الرابعة متوسطة. يحدد نصيب المعلم من الخدمة الأسبوعية بالمستشفيات على مستوى المصالح المحلية للتربية ووفق الكيفيات التي تراها مناسبة.

جدول رقم (01) يبين التوقيت على المستويات التعليمية:

المواد	س 1 ابتدائي	س 2 ابتدائي	س 3 ابتدائي	س 4 ابتدائي	س 5 ابتدائي	س 1 متوسط	س 2 متوسط	س 3 متوسط	س 4 متوسط
لغة عربية	09	09	09	06	06	04	04	04	04
رياضيات	04	04	04	04	04	05	05	05	05
ت. إسلامية	01	01	01	01	01	/	/	/	/
ت. تشكيلية وموسيقية	01	01	01	01	01	01	01	01	01
لغة أجنبية أولى	/	/	/	/	/	03	03	03	03
علوم طبيعية	/	/	/	/	/	03	03	03	03
المجموع	15	15	15	15	15	16	16	16	16

المصدر: (وزارة التربية الوطنية 1999).

يبين الجدول أعلاه توزيع التوقيت على المستويات التعليمية الخاص بالطورين التعليميين (التعليم الابتدائي والتعليم المتوسط) والمواد الأساسية المدروسة في هذين الطورين.

هـ - التكوين والمتابعة:

لضمان نجاح هذا النوع من التعليم الموجه لذوي الاحتياجات التربوية الخاصة (التلاميذ المرضى) فإن هذا يستوجب ما يلي:

- تنظيم أيام تكوينية لفائدة المعلمين والأساتذة المكلفين بهذه الأقسام تركز من بين ما تركز عليه تقنيات التنشيط الفردي (التعليم المفرد) وكيفية التعامل مع هؤلاء الأطفال تبعاً لحالتهم الصحية والنفسية.

- أن يضمن المفتش متابعة دائمة ومباشرة لهذه الأقسام وأن يساعد المعلمين والأساتذة على تدليل الصعوبات التي تعترضهم في أدائهم.

* ملاحظة: يخضع تقويم أعمال التلاميذ إلى الكيفيات نفسها التي يخضع لها التلاميذ في الأقسام العادية. لقد ركز هذا القرار على الجانب التنظيمي لهذه الأقسام، الجانب التربوي، التوقيت الأسبوعي الخاص بمختلف المستويات التعليمية للطورين التعليميين، وفي الأخيرة لضمان نجاح التعليم أكد على ضرورة تكوين الأساتذة والمعلمين والمتابعة المستمرة من طرف المفتشين.

2-4- المنشور الوزاري رقم 34 المؤرخ في 13 جويلية 1999 يتضمن فتح أقسام لتعليم التلاميذ المرضى بالمستشفيات:

أصدر هذا المنشور تنفيذاً للقرار الوزاري المشترك المؤرخ 26 جوان 1999 الذي يحدد قائمة الولايات التي تفتح بمستشفيات الجامعية أقساماً للتكفل بتعليم التلاميذ المرضى المقيمين لمدة طويلة بمراكز العلاج ويطلب التنسيق مع مديرية الصحة والسكان على مستوى الولاية لاتخاذ الإجراءات اللازمة لفتح هذه الأقسام (قبل شهر أكتوبر 1999) وكذلك العمل على توفير كافة الظروف التي تسمح بنجاح العملية وتحديد أيضاً القائمة الاسمية للمستشفيات التي ستفتح بها الأقسام التعليمية وذلك (قبل شهر سبتمبر 1999).

لقد أكد هذا المنشور على فتح الأقسام التعليمية في الموسم الدراسي 2000/1999 وضرورة تنفيذه. ولضمان السير الحسن للعملية يؤكد على توفير الوسائل المادية والبشرية مع تحديد القطاع والمؤسسة التربوية التابعة لكل مستشفى.

2-5- المنشور الوزاري رقم 880 المؤرخ في 09 ماي 2016 يتضمن تعزيز التكفل البيداغوجي بالتلاميذ المرضى بالمستشفيات:

اصدر هذا المنشور تأكيدا للقرارات والمناشير الوزارية على ضرورة فتح الأقسام التعليمية بالمستشفيات و المركز الصحية بتعزيز التكفل البيداغوجي بالتلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة الماكثين في المستشفيات بالتنسيق مع القطاعات المعنية، وأيضا ضرورة تكوين أساتذة ومعلمين المكلفين بهذه الأقسام.

3- سير العملية التعليمية بالأقسام التعليمية المفتوحة بالمستشفيات العمومية :

3-1- تكييف المناهج داخل الأقسام التعليمية بالمستشفيات:

يعد المنهاج الزاوية الرئيسية في العملية التربوية ففيه يتفاعل المعلم والمتعلم، وبه تتحقق الأهداف التي يرسمها النظام التربوي.

• تعريف المنهاج:

✓ **لغة :** أصل كلمة نهج ومنهاج بمعنى، الطريق الواضح. ومنه انتهج الرجل بمعنى سلك وقيل طلب النهج، أي الطريق الواضح. وقد وردت في القرآن الكريم في سورة المائدة الآية 48 " لكل جعلنا منكم شرعة و منهاجا" بمعنى الطريق الواضحة التي لا لبس فيها ولا غموض. أما كلمة المنهاج في الإغريقية فتعني الطريقة التي ينهاجها الفرد حتى يصل إلى هدف معين. (لطيفة الهيثمي، 2018، ص1).

✓ **اصطلاحا:** عرف المنهاج بتعريفات عدة ومتباينة تبعا لمنطقاتها الفلسفية، فمن تعريف يركز على المادة الدراسية إلى آخر حول حاجات المجتمع و قيمه، إلى ثالث يجعل محوره التلميذ وحاجاته وميوله واتجاهاته، إلى رابع يحاول الدمج بين كل ما سبق، وتشير هذه التعاريف إلى انه : مجموعة من الخبرات التربوية والأنشطة التعليمية التي توفرها المدرسة ليتفاعل معها التلميذ داخلها وخارجها تحت إشرافها يقصد تغيير سلوك التلميذ نحو الأفضل في جميع المواقف الحياتية. هو مجموعة من الخبرات التربوية المخططة التي تقدمها المدرسة للتلميذ داخلها وخارجها، يقصد تعديل سلوكهم ومساعدتهم على النماء الشامل المتكامل وفق إطار معين متميز وقيل على انه الدستور الذي تسير عليه الخطط التعليمية.

أو هو "خطة عامة تنظم عملية التدريس، وهو يشمل بالدراسة المدخلات والمخرجات ومن بينهما من عمليات تربوية أساسية لا يمكن الاستغناء عنها.(دفاتر التربية والتكوين، 2012، ص ص 120-121)

" المنهاج هو الخيارات التربوية والمعرفية التي تتيحها المدرسة للتلميذ داخل حدودها أو خارجها بغية مساعدتهم على نمو شخصيتهم في جوانبها المتعددة نموًا ينسجم و الأهداف المسطرة".
و " هو كل ما تقدمه المدرسة لتلامذتها لتحقيق نموهم الشامل نموًا روحيًا وعقليًا وجسميًا ونفسيًا واجتماعيًا في تكامل و اتزان .

أو هو " وثيقة بيداغوجية رسمية تصدر عن وزارة التربية الوطنية لتحديد الإطار الإجباري لتعليم مادة دراسية ما" (المعهد الوطني لتكوين مستخدمي التربية و تحسين مستواهم ، ب.ت، ص 1)
رغم الاختلافات في جل التعاريف المقدمة للمنهاج، فإننا نستنتج أن المنهاج يتمثل في مجموعة من الخبرات التي تهيأ المتعلمين قصد مساعدتهم على النمو الشامل المتكامل كي يكونوا أكثر قدرة على التكيف مع الذات ومع الآخرين.

• **مكونات المنهاج وعناصره :**

✓ الأهداف والكفايات.

✓ المحتوى.

✓ الطرق والوسائل.

✓ التقويم.

• **تكييف المنهاج:**

لا تعني عملية التكيف الحصر أو البتر أو الإنقاص، تعني العمل على إحداث التوازن بين إمكانيات وقدرات وظروف المتعلم والحالة الصحية التي يمر بها بكل مواصفاتها الجسمية والنفسية ومنه فإن عملية التكيف هي انتقاء مبرور بصفة موضوعية محكمة قصد القيام بعمل تعليمي/ تعليمي فعال يخدم التلميذ أثناء تواجده في المؤسسة الإستشفائية.

لذا فإن التكيف يخضع لعدة عوامل، منها مواصفات الحالة الصحية للمتعلم ومدة إقامته في المستشفى والحجم الساعي المعمول به، والتوقيت الموزع طبقًا لما تمليه ظروف العلاج.

• **أسباب ودواعي تكيف المنهاج:**

- هناك مجموعة من الأسباب والدواعي التي تكمن وراء تكيف المنهاج:
- تقادي التأخر الدراسي للتلاميذ الذي يعرف على أنه حالة من الانخفاض والتعطل عن الدراسية، وخطر التأخر، إذ لم يعالج يؤدي إلى الفشل الدراسي.
- مساعد التلاميذ المرضى المعرضين للظروف الطارئة على الاستمرار في النشاط الدراسي.
- وإبقاء الصلة بالجو التعليمي

- منح الفرصة للتلاميذ المرضى الموجودين في ظروف الاستشفاء خاصة الذين لهم امتحانات نهائية.

• أهداف تكيف المنهاج:

- ✓ مواصلة التعليم وعدم الانقطاع عنه.
 - ✓ عادة إدماج التلاميذ في أقسامهم العادية وتسجيلهم في المستوى الملائم لمستواهم المحصل أثناء الدراسة في هذه الأقسام.
 - ✓ تقديم معطيات موضوعية للمؤسسة الأصلية التي يعاد إدماج التلاميذ فيها. فإذا كان ناجحاً ينقل إلى القسم الأعلى، وإذا غير ناجحاً يدرج في الاستدراك ومعلوماته كلها مدونة في ملفه.
 - ✓ الحالة الصحية للتلميذ المريض ومزاولة التعليم والتعلم:
- تؤثر الحالة الصحية للتلميذ المريض بصفة مباشرة على تحصيله المعرفي وتعرضه للتدهور، وقد توقفه تماماً، ومعروف أن المرض والمكوث في المستشفى يبعثان في نفس التلميذ المريض مشاعر الإحباط والخوف والقلق والانطواء، تدني في الاستعدادات والقدرات الجسمية والاستيعابية. وعليه فإن توفير القدر التكفل النفسي يعد أكثر من لازم، فالتقرب من التلميذ المريض وطمأنينة، وفهم مشاعره وتشجيعه، والتنفيس عليه يبعث مشاعر الأمل لديه (لورسي عبد القادر، 2002، ص ص 112-113).

• أبعاد تكيف المناهج:

- البعد النفسي في تكيف المنهاج:
يحقق تكيف المنهاج على الصعيد النفسي هدفين:
- أولها يتمثل في إبقاء التلميذ المريض على صلة بالدراسة وإبعاده عن مشاعر اليأس والانقطاع والعزلة.
- ثانيهما المحافظة على المكتسبات المعرفية التي بحوزته وإضافة مكتسبات جديدة متعلقة بالأساسيات مما يسمح للتلميذ المريض الحفاظ على دافعيته نحو التعلم والاستمرار في البحث عن إثبات الذات.
- البعد البيداغوجي في تكيف المنهاج:
يقتضي تكيف المنهاج مراعاة جوانب بيداغوجية أساسية تتمثل على وجه الخصوص في الحرص الشديد على إعطاء الطرق الفردية حقها واعتبار التلاميذ المرضى حالات خاصة يحتاج كل منها إلى تفهمه والإلمام بمعطيته.

✓ اعتماد التعليم المفرد ووضع التلاميذ في جماعات مصغرة تشكل على أساس المستوى الواحد والحاجات المتقاربة.

✓ توفير الوسائل وجعلها في متناول التلاميذ لتوضيح الأفكار وتقريب المعنى، واقتصاد الجهد وتشويق العمل.

- البعد التعليمي في تكييف المنهاج:

هو الحديث عن المحتوى أو المضمون المعرفي المعد للاكتساب ويشمل عنصرين هامين:

- **المعارف والمفاهيم الأساسية:** هذه العملية صعبة للغاية تتطلب عملاً علمياً في التخصص وعملاً سيكولوجياً حول المتعلم، إن المعارف والمفاهيم الأساسية هي المعلومات الضرورية التي بدونها لا يستطيع التلميذ المريض أن يحرز تقدماً في عملية التعلم.

- **المكتسبات السابقة أو القبلية:** المكتسبات القبلية هي ما يملكه التلميذ المريض من معلومات حول موضوع معين تخدم مباشرة إمكانية تناول موضوع لاحق، أي ما يمكن توظيفه للتوسع في دراسة نفس الموضوع أو موضوع فرعي منبثق عنه، وتعد المكتسبات القبلية (الخبرة السابقة) قاعدة ضرورية لحصول تعلم جديد لذا يقتضي تكييف المنهاج أن يتموقع باستمرار بين ماضي التلميذ المريض التعليمي وحاضره التعليمي. (لورسي عبد القادر ، ص ص 114-115).

جدول رقم (02) يبين تكييف المنهاج وأهدافه للتطويرين التعليميين الأول والثاني:

المستوى	أهداف اللغة العربية	أهداف رياضيات	أهداف تربية إسلامية
أولى ابتدائي	- الرغبة في مادة القرآن أن يقرأ الحروف والجمل و أن يفهم ما يقرأ	- فهم مبادئ النظام العشري والجمع و الطرح - بناء وحفظ جداول	- تحضيراً له الشهادتان وسورة الفاتحة والناس، آداب التحية - سورة الفلق
ثانية ابتدائي	- فهم وإنتاج النصوص الشفوية ولمتابعة متنوعة طابع الإخباري	- مقارنة مجموعتان جمع-طرح- ضرب الحساب الذهني كتابة الوحدات حرفياً	- الطهارة، أركان الإيمان - أسماء الله الحسنى - صفات المسلم كيفية أداء الصلاة
ثالثة ابتدائي	- فهم وإنتاج النصوص شفوية، كتابية متنوعة - طابع سردي	- إشارات > و< للمقارنة بين عددين حساب الذهني	- أركان الإسلام - شخصية النبي - حفظ القرآن - الصدق - صلاة الجمعة
رابعة ابتدائي	- فهم وإنتاج خطابات شفوية، نصوص كتابية ذات طابع الوصفي	- الكسور وأعداد العشرية - مشكلات ضربية - العلاقات الحسابية الحساب الذهني	- أركان الإيمان أنواع الصدقة - صلاة العيدين - حفظ القرآن - الزكاة

<p>- لقمان يوصي ابنه الحج، زكاة الفطر، حفظ القرآن - التعاون - حجة الوداع</p>	<p>- الأعداد والحساب أعداد العشرية - علاقات حسابية - تنظيم الفضاء و الأشكال هندسية</p>	<p>- قراءة وإنتاج خطابات شفوية ونصوص طابع الحوار، إخباري السردى، الوصفي</p>	<p>خامسة ابتدائي</p>
--	--	---	--------------------------

المصدر: (وزارة التربية الوطنية 1999)

يمثل الجدول تكييف المنهاج وأهدافه للطور الأول والثاني للمواد: اللغة العربية، رياضيات، تربية إسلامية.

3-2- التقويم التربوي لأداء التلميذ المتمدرس بالمستشفى:

• **التقويم التربوي:** هناك عدة تعريفات للتقويم التربوي، فمنها من اعتبر التقويم مرادفا للقياس التربوي و منها من اعتبره إصدار أحكام، و منها من اعتبره مقارنة التحصيل بالأهداف التعليمية هو تقدير مدى صلاحية أو ملائمة شيء في ضوء غرض ذات صلة، أي أن التقويم يستهدف اتخاذ قرار حول ملائمة أو صلاحية العمل التربوي لتحقيق غرض أو أغراض تربوية".

(الجميل شعله، 2005، ص 23)

✓ **عرفه الدوسري (2000) بأنه:** " إحدى العمليات الأساسية في نشاط النظم والمؤسسات التعليمية لضمان التأكد من سيرها في الاتجاه إلى أن يحقق أهدافها و يزيد من فعاليتها وكفاءتها وانسجام تفاعلها مع البيئة الخارجية على النحو الذي يؤدي إلى تطورها و استمرارها.

✓ **أهمية التقويم:**

مما لا شك فيه أن عملية التقويم هي جزء لا يتجزأ من عملية التعليم والتدريس وعملية التعلم، وهي مرتبطة تمام الارتباط بالمنهاج الدراسي وأهدافه التربوية والتعليمية والنفسية والاجتماعية.

التقويم في أصل تفسيره و فهم فحواه لا يختلف كثيرا من معنى المحاسبة العادلة وإعطاء كل ذي حق حقه وذلك حسب نتائج عمله، فهو عبارة عن تشخيص عمل التلميذ وتمييز من الذي أتقن عمله عن غيره.

للتقويم أهمية كبرى على المعلمين وعلى التلاميذ المرضى المقيمين في المستشفى، التي يمكن أن نلخصها في النقاط التالية :

- مساعدة المعلمين والأساتذة على اتخاذ قرارات خاصة بالتلاميذ المرضى.
- إرشاد وتوجيه التلاميذ المرضى الذين يتميزون بمشاكل خاصة.
- تصنيف التلاميذ المرضى حسب قدراتهم وتحصيلهم.
- تصنيف صعوبات التعلم: معلومات، مهارات.

✓ أنواع التقويم حسب التعلم:

إن تقويم التلميذ في المدرسة العادية والتلميذ المقيم بالمستشفى متعلق بخصائصه وسلوكه المدخلي وهذا ما يشير إلى المعرفة السابقة لدى المتعلم والى ما يجب أن يكون التعلم قد تعلمه حين يعد نفسه لتعلم جديد، ومن هنا فإن السلوك المدخلي للتلميذ يتمثل في تحديد النقطة التي يجب أن يبدأ منها التعلم و التعليم، أن الرغبة و الحماس والاهتمام الذي يبديه التلميذ ليس كافيا ليكسبه سلوكا جديدا، وحتى يتمكن المعلم الكشف عن مدى السلوك المدخلي عند التلاميذ، يجب عليه إعداد اختبار السلوك المدخلي يقيس فيه ما يعرفه المتعلم من متطلبات سابقة قبل بدء التعلم، فتحديد السلوك المدخلي للتلميذ المريض المقيم بالمستشفى هو غاية في الأهمية من أجل تحديد المستوى التعليمي للتلميذ وتخطيط عملية التعلم.

وحتى يتم تحديد السلوك المدخلي للتلميذ، فإنه لابد من إصدار حكم على العوامل التي تتحدد في تعلمه فيما يلي :

أ- **التقويم التشخيصي:** هو إجراء يقوم به المدرس في بداية كل درس أو بداية العام الدراسي، من أجل تكوين فكرة على المكتسبات المعرفية القبلية للمتعلم، و مدى استعداده لتعلم المعارف الجديدة. والأغراض الرئيسية لهذا النوع من التقويم تكمن في :

- وضع خطة لتحديد مشكلات التعلم لدى التلاميذ و معرفة أسبابها.
- وضع خطة لتعليم التلاميذ الذين تبرز لديهم نقاط ضعف في نشاط أو الأنشطة، و بالتالي يقلل من نقاط ضعف التي يعانون منها.

- استثارة نقاط القوة لدى التلاميذ في تعلم جديد خاصة إذا ما كشف المعلم عن نقاط قوة و فهم واضح لنشاط تعليمي سابق، فيقوم بتدريسهم نشاط تعليمي جديد مبني على النشاط التعليمي السابق ومكمل له. (سامي محمد ملحم، 2005، ص 221).

ب- **التقويم التكويني:** هو عبارة عن عملية تقويمية منهجية منظمة تحدث أثناء التدريس، من أجل تحسين العملية التعليمية التعلمية ، ومعرفة مدى تقدم التلميذ وكذلك تصحيح مسارا لعملية التعليمية التعلمية. و الأغراض المباشرة لهذا النوع من التقويم تكمن في :

- ✓ التعرف على تعلم التلميذ ومراقبة تقدمه وتطوره خطوة بخطوة.
- ✓ توجيه تعلم التلميذ في الاتجاه الصحيح.
- ✓ مساعدة المعلم على تحسين أسلوبه في التعليم وإيجاد طريقة تعليم بديلة.
- ✓ تقوية دافعية التلميذ نحو التعلم وذلك نتيجة لمعرفته الفورية لنتائجه وأخطائه وكيفية تصحيحها.

- ✓ وضع خطة لتعليم علاجي وتصحيحه لتخلص التلميذ من نقاط الضعف.
(سامي محمد ملحم ، ص 222).
- ج- **التقويم النهائي (التحصيلي)** : ويقصد به العملية التقويمية التي يجرى القيام بها في نهاية برنامج تعليمي، يكون قد أتم متطلباته في الوقت المحدد لإتمامها (الامتحانات الفصلية).
ومن ابرز الأغراض التي يحققها هذا النوع من التقويم نجد :
- ✓ رصد علامات التلاميذ في سجلات خاصة و إصدار الأحكام التي تتعلق بذلك (ناجح أو راسب)
✓ الحكم على مدى فعالية جهود المعلمين و طرق التدريس.
✓ الحكم على مدى ملائمة المناهج التعليمية والسياسات التربوية المعمول بها.
(نادر الفهمي الزيود، 2005، ص 54).

جدول توضيحي رقم (03) أنواع التقويم التربوي.

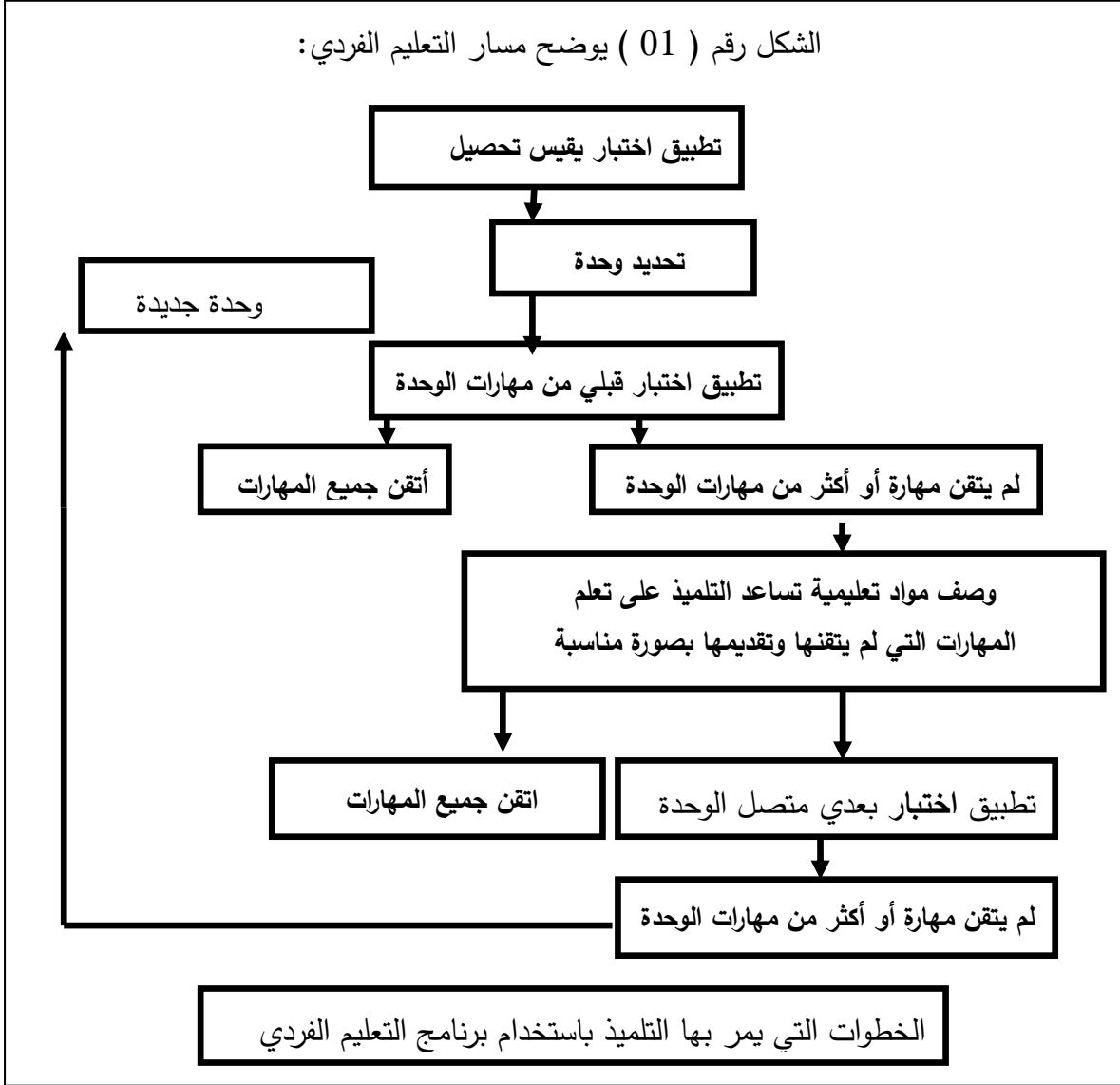
نوع التقويم	أهدافه	متطلبات انجازه
تقويم تشخيصي	- تحديد مستوى التلاميذ و الفروقات بينهم - تحديد نقطة انطلاق الدرس الجديد - الكشف عن علاقات و مواقف و تفاعلات. - تقديم حلول لمعالجة النقص.	- قبل الدرس (فروض وواجبات) - في بداية الدرس (أسئلة و أنشطة) - في بداية السنة أو الموسم الدراسي
تقويم تكويني	- التعرف على مدى مواكبة التلاميذ للدرس. - الكشف عن الصعوبات و العوائق. - تصحيح المسار. - التحكم في عناصر الفعل التعليمي.	- عند الانتقال من مقطع إلى آخر. - عند الانتقال من أهداف إلى أخرى. - تستعمل أسئلة عاجلة و جزئية ملائمة الأهداف الإجرائية.
تقويم تحصيلي	- قياس الأهداف المتوخاة و الأهداف المحققة. - قياس العلاقة بين عناصر الفعل التعليمي. - قياس مستوى التلميذ و نتائج التعليم.	- عند نهاية درس أو فصل أو سنة... - أسئلة تركيبية و شاملة تلاءم الأهداف العامة من التدريس.

المصدر : (نادر الفهمي الزيود، 2005، ص 55)

* **التقويم والتعليم العلاجي:**

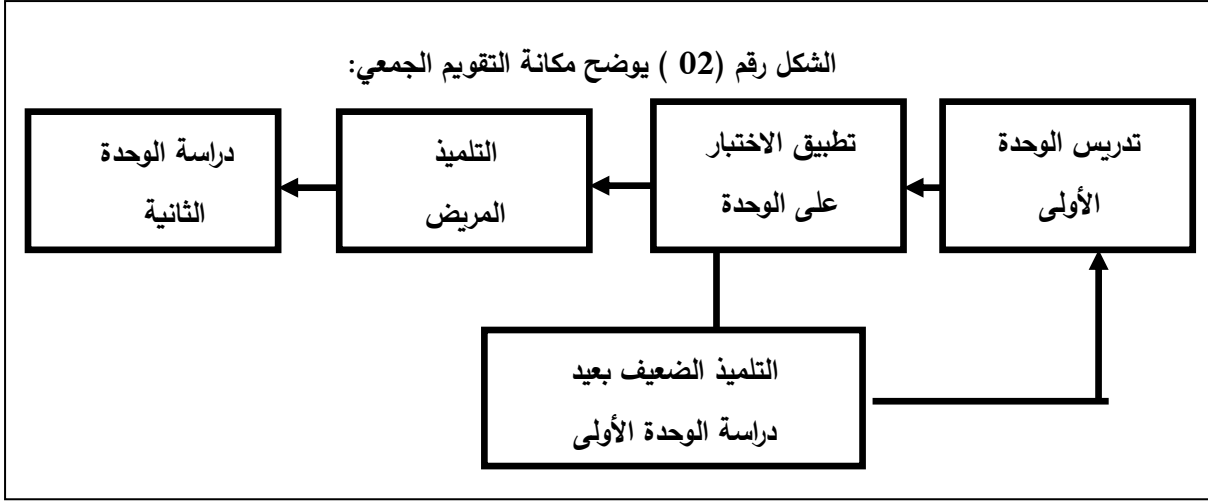
- **التعليم العلاجي:** هو عبارة عن مجموعة من الجهود والإجراءات التربوية التي يقوم المدرس داخل عيادة أو مستشفى من أجل الارتقاء أو المحافظة على المستوى التحصيلي والأداء النفسي لفئة التلاميذ المرضى الذين يعانون من صعوبات صحية اضطرتهم إلى الانقطاع عن التمدريس العادي والتعليم العلاجي يمارس بشكل فردي أو جماعات مصغرة (الطيب منار، 2002، ص 131)

- التعليم الإفرادي: يقصد بالتعليم الإفرادي الخبرة التربوية المناسبة بكل تلميذ مريض حسب قدرته الصحية وظروفه وخبراته السابقة والمستوى الدراسي لسد الثغرات في اكتساب مقرر مرحلة دراسية لدى التلميذ من منظور محتوى المنهاج.



المصدر : (الطيب منار، 2002، ص 1 5)

- التعليم الجمعي: يقصد بالتعليم الجمعي تقديم خبرات تربوية (مواضيع) مناسبة لجماعة متجانسة من التلاميذ من حيث قدرات أعضائها وظروفهم الخاصة ومكتسباتهم ومستواهم الدراسي (السنة 1، السنة 2، الخ....) ويستند التعليم الجمعي إلى تقسيم المقرر الدراسي إلى وحدات يدرسها التلاميذ ولا ينتقلون إلى دراسة الوحدة الموالية لها بعد اختبار تحصيلهم للوحدة التي درسوها وتحصلوا فيها على المستوى الأدائي المحدد. (الطيب منار، 2002، ص 132).



المصدر : (الطيب منار، 2002، ص 135)

هذا الشكل يبين أيضا خطوات الانتقال من وحدة تعليمية مولية، بعد تحصيلهم في الوحدة الأولية. بغض النظر على الأسلوب الذي يتبع في التعليم الإفرادي والجماعي فإن الغرض هو الوصول بالتلاميذ المرضى إلى مستوى من الإتقان والتحكم في خبرات المنهاج الأساسي أي تعليم إتقاني.

- **التعليم الإتقاني (الاكتساب):** يقصد بالتعليم الإتقاني أن يصل التلميذ المريض إلى مستوى من التحصيل (معياري) يحدد له مسبقا كشرط في المقرر أو الجزء المقدم منه ويعبر عن المعيار: (80/80/80) أو (60/60/60) ويقصد بالمعيار أن يصل (80%) أو (60%) من الأهداف في (80%) أو (60%) من عدد حالات اختبارهم. ومن المراحل التي يمر بها التعليم الإتقاني بعد تحديد الأهداف التربوية المعرفية والوجدانية والنفس حركية ما يلي:

* **التقويم القبلي:** يقصد به تحديد مستوى التلميذ المريض التحصيلي في مقرر ما بناء على نتائج تطبيق اختبارات التحصيل الدراسي.

* **التقويم البعدي (النهائي):** يحدد درجة الإتقان المطلوبة، ويعبر عنه بالوصول إلى الحد أو المستوى الأدنى للنجاح (80%) أو (60%). (الطيب منار، 2002، ص 131).

- **مواصفات تقويم أداءات التلاميذ المتمدرسين في المستشفيات:**

إن التلاميذ المرضى المقيمين لمدة طويلة بالمستشفيات هم في حالة علاج طبي لذا ينبغي أن تكيف عملية التقويم لتتلاءم مع هذه الوضعية المعاشة وذلك لإبراز النقص في المكتسبات التي تعلمها التلميذ في المدرسة العادية وفي المكتسبات التي تقدم له في المستشفى لمعالجتها بالاستذكار والإثراء.

- ولتكيف عملية التقويم يجب أن تكون النسبة المئوية لمستوى الأداء عند التلميذ المريض منخفضة (50%)، (60%) علما أن تحديد نسبة الأداء تكون من قبل المدرس مراعى فيها ما يلي:
- سهولة وصعوبة المواضيع (دروس، تمارين).
 - عدد مرات تقويم هذه المواضيع
 - أن يكون إنتاج التلاميذ المرضى قصيرا 10د-15د والوضعية الصحية هي التي تحدد ذلك.
 - أداء التقويم يكون شفويا وكتابيا.
 - أن يمس التقويم المواضيع المقدمة في المدرسة والتي تقدم في المستشفى.
 - أن تسحب الأسئلة لينصب جهد التلميذ على محتوى الإجابة فقط حيث يقرأ ويكتب كلمتين وتراعى قدراته الجسمية والنفسية.
 - يمكن أن يكون التقويم فرديا أو جماعيا على حسب الحالة الصحية لكل تلميذ.
- (الطيب منار، 2002، ص 135).

3-3- الخيارات البيداغوجية الممكنة:

هناك الكثير من الأشكال والخيارات البيداغوجية التي يمكن أن تعتمد في عملية التعليم والتعلم وكل فيها يتميز بمواصفات معينة ومعايير محددة ومن هذه الأشكال التي تعتمد داخل الأقسام التعليمية بالمستشفيات:

- ✓ العرض
 - ✓ التعليم التعاوني
 - ✓ التعليم بالزوج (التنائي)
 - ✓ العمل ضمن الأفواج
 - ✓ التعليم المبرمج
 - ✓ المشروع
 - ✓ التعليم المفرد
- مميزات الخيار البيداغوجي الأكثر ملائمة:

تعتبر وضعية التعليم والتعلم نتيجة التفاعلات التي تحدث بين العوامل الخمسة الآتية: المعلم، المتعلم، الأهداف، المحتوى، متطلبات العملية. وعليه فإن الخيار البيداغوجي الأكثر ملائمة وانسجاما ينبغي أن يراعى الجوانب التالية:

- ✓ معرفة جيدة بنظم التعليم وأساليبه المختلفة.

- ✓ الذكاء والحماس والرغبة في البحث والعمل المستمر
- ✓ تكييف الطريقة وفق الأجواء التي يتفاعل معها المتعلم
- ✓ مراعاة عنصر الوجد والامكانات المتاحة.
- ✓ التركيز على المفاهيم الكلية لجعل المتعلم بوضوح الصورة الكلية للمفهوم العام الذي يجمع الأجزاء المتناثرة في عدد من الدروس.

• التعليم المفرد:

التعليم المفرد هو إجراء تعليمي قائم على مراعاة خصائص المتعلم سواء كان ذلك في أهدافه أم في مضامينه أم طرائقه وبرمجته، ويتميز هذا النمط من التعليم بكونه يعتبر تمايز التلاميذ المرضى من حيث أساليب تعلمهم، كما يستند إلى منطلقات عديدة منها:

- ✓ احترام الفروق الفردية بين التلاميذ المرضى المتمدرسين في المستشفيات
- ✓ تحديد أهداف التعليم انطلاقاً من حاجات المتعلم واعتباراً لإنجازاته الخاصة.
- ✓ توظيف طرائق بيداغوجيا تستمد فعاليتها من قدرات المتعلم وإمكاناته الذاتية.
- ✓ اعتبار لكل تلميذ الحق في النجاح والتفوق.
- ✓ جعل التلميذ يشارك بفعالية ذاتية في تعلمه ويتحول مسؤولية نجاحه وتفوقه
- ✓ تقييم مردودية التلميذ اعتماداً على مجهوداته الذاتية لا من قيم خارجية.

• التعليم عن طريق الأفواج:

يتم هذا الشكل من التعليم عن طريق توزيع التلاميذ المرضى على أفواج أو فرق عمل صغيرة قصد إنجاز عمل أو مهمة محددة.

ويتميز العمل ضمن الفريق بخاصة أساسية تتمثل في منح التلاميذ المرضى رقابة واسعة للوضعية، كما يقوم على العلاقة بين الأفراد داخل كل فريق مما ينمي ويمتن المهارات الاجتماعية بينهم.

- ✓ يجعل التلميذ المريض في وضعية اتصال مباشرة بنظائره، ويشجع على التبادل الواسع للمعرف والخبرات بين أفراد الفريق.
- ✓ يشجع التلميذ الخجول على المشاركة بفعالية أكثر مما يفعله أثناء وجوده في مجموعة أكبر من التلاميذ.
- ✓ يسمح للتلاميذ المرضى ببناء صلات لها تأثير ايجابي على الجو العام بالقسم.
- ✓ يحمل التلاميذ المرضى بالمسؤولية ويطور لديهم بذلك روح المبادرة والاستقلالية في العمل

✓ يسمح بخلق روح المنافسة بين الأفواج (بوجمعة مرغيث، 2002، ص ص126-127).

• التعليم المصغر:

هو عبارة عن عينة مصغرة لتدريس واقعي، محدود الزمن وعدد التلاميذ ويقوم بتجزئة المعرفة (الخبرة) إلى عدة مواقف، وتقييم وتعزيز المواقف الإيجابية، وتجنب الجوانب السلبية عن طريق التغذية الراجعة، وتتضمن خطة الدرس في التعليم المصغر أربعة عناصر هي:

✓ الأهداف على أن تكون مصاغة صياغة سلوكية.

✓ المحتوى

✓ طريقة التدريس

✓ التقويم

ويستخدم التعليم المصغر في تدريس مقررات محدودة وقصيرة كما أنه يقوم على مبادئ أساسية هي:

✓ إنه تعليم حقيقي

✓ إنه يبسط العوامل المعقدة التي تتدخل في الموقف التعليمي العادي.

✓ إنه يتيح القيام بتدريب مركز وفق أهداف محددة

✓ إنه يسمح بتوجيه أسلوب التدريس توجيهها أدق وأفضل.

✓ إنه يعزز تعزيز قويا معرفة النتائج. (بوجمعة مرغيث، ص ص 128-129)

4- العلاقة الممكنة إقامتها مع التلميذ المريض في المستشفى:

إن العلاقة التي تقام مع التلميذ المريض كالعلاقة التي تقام مع التلميذ السليم الفرق الوحيد قد يمكن في خصوصية حاجات المريض، الذي يستمع إليه كأى طفل يمكنه التعبير عن حاجاته، رغباته أو صعوباته. لا يمكننا تجاهل جانبا وهو الضغط الذي سيخلفه وجود المريبي في المستشفى. لذا فإن دور المريبي ينبغي أن يتسم بالترغيب عن طريق إقامة علاقة طيبة لا مستمحة، لا حدود واضحة الصرامة وقت الصرامة والليونة إذ كانت الوضعية تستدعي ذلك.

5- الحصيلة الوطنية الخاصة بالتلاميذ المرضى المقيمين والمتدربين بالمستشفيات والمراكز الصحية الجزائرية حسب السنوات الدراسية 1999-2019 :

السنة الدراسية 2000/1999 هو العام الدراسي الأول الذي فتح فيه أقسام تعليمية بالمستشفيات والمراكز الصحية الجزائرية و بدايتها كانت ب 11 قسما دراسيا موزعين على 11 مستشفى على مستوى

الوطن وبـ297 تلميذ ممتدرس، وبعدها بدأت عملية تعليم التلاميذ المقيمين بالمستشفيات منحي تصاعدي إلى يومنا هذا، الجدول رقم (04) يوضح مراحل هذه العملية.

جدول رقم (04) : الحصيلة الوطنية الخاصة بالتلاميذ المرضى المقيمين والمتمدرسين بالمستشفيات والمراكز الصحية الجزائرية حسب السنوات الدراسية 1999-2019 :

2019-2018		2014-2013		2010-2009		2005-2004		2000-1999	
تلاميذ	أقسام	تلاميذ	أقسام	تلاميذ	أقسام	تلاميذ	أقسام	تلاميذ	أقسام
376	34	685	28	788	31	438	21	297	11

المصدر : (وزارة التربية الوطنية 2019)

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه انه وصل عدد المتمدرسين في الأقسام التعليمية المفتوحة بالمستشفيات والمراكز الصحية عبر 12 ولاية جزائرية إلى 376 تلميذ، 60 تلميذا في التعليم المتوسط و31 تلميذا في المرحلة الابتدائية، بحيث هذا العدد موزع عبر 34 قسما دراسيا أي ما يعادل 11 تلميذا في القسم.

ما يمكن أن نستنتجه من هذه الإحصائيات مدى أهمية هذه الأقسام الدراسية على الشريحة الهشة في المجتمع من ذوي أمراض مزمنة أو حاملي إعاقة لكن للتعليم مكانة هامة للإبداع والاندماج في المجتمع للعيش بعضا لبعض ولا فرق بين الأفراد لقوله تعالى بعد بسم الله الرحمن الرحيم " يَا أَيُّهَا النَّاسُ إِنَّا خَلَقْنَاكُمْ مِنْ ذَكَرٍ وَأُنْثَىٰ وَجَعَلْنَاكُمْ شُعُوبًا وَقَبَائِلَ لِتَعَارَفُوا إِنَّ أَكْرَمَكُمْ عِنْدَ اللَّهِ أَتْقَاكُمْ إِنَّ اللَّهَ عَلِيمٌ خَبِيرٌ ﴿ [الحجرات: 13].

- خلاصة الفصل:

فتحت الأقسام التعليمية للتلاميذ المرضى المقيمين مدة طويلة في المستشفيات، وهذا قصد متابعة دراستهم وعدم الانقطاع عنها والتقليل من التكرار إذ يدخل التلاميذ للعلاج في أوقات مختلفة من السنة الدراسية و يقيمون فترة مختلفة حسب طبيعة المرض ونوعية العلاج، ويجب على الممارسين التربويين معرفة المناهج والطرق البيداغوجية للتعليم المفرد والتعليم المصغر، ويحتاج المعلمين والأساتذة إلى التحكم في أساليب وأشكال تقويم أداء التلاميذ، وأساليب التعامل النفسي مع التلاميذ المرضى ويجب أن تكون مشوقة للإقبال على عملية التعليم والمساعدة النفسية للتقليل من الضغط.

الفصل الثالث

الطفل المريض، المستشفى والاستشفاء

• الطفل المريض، المستشفى والاستشفاء.

- تمهيد:

- 1- تعريف المستشفى.
- 2- تعريف الاستشفاء مظهره وأثاره على المريض.
- 3- الفاعلون في العملية العلاجية للطفل المريض داخل المستشفى.
- 4- تعريف الطفل.
- 5- مراحل نمو الطفل.
- 6- تعريف الطفل المريض.
- 7- خصائص نمو الطفل المريض.
- 8- سيكولوجية الطفل المريض.
- 9- مفهوم الصحة والمرض عند الطفل.
- 10- الأمراض التي تصيب الأطفال.
- 11- الطفل المريض في مواجهة الدخول إلى المستشفى.
- 12- موقف الطفل المريض في فراق المحيط العادي.
- 13- ظروف إقامة الطفل المتمدرس بالمستشفى.
- 14- الأعراض النفسية والانفعالية للطفل المريض المقيم بالمستشفى.
- 15- محيط الطفل المريض داخل المستشفى وعلاقته بالآخرين.
- 16- ردود فعل الطفل المريض المقيم بالمستشفى إزاء الاستشفاء.
- 17- الحماية القانونية للطفل المريض في المستشفى حسب القوانين التشريعية الجزائرية.

- خلاصة الفصل :

- تمهيد :

إننا حيث توجهنا وجدنا من حولنا أطفالا يمرضون، وكان المرض حليف الطفولة، فلا توجد عائلة سلمت من مرض أطفالها، ومرض هؤلاء الأطفال يدفع بالوالدين إلى معالجتهم وإن اقتضت الضرورة إدخالهم إلى المستشفى، وهذا الأخير يعتبر كصدمة عاطفية بالنسبة للأطفال تجلب لهم الخوف والقلق، وهذا ما يؤثر على حالة الطفل نفسيا وبدنيا ويكون هذا ناتج عن تغيير لمحيطه الأساسي (العائلة، المدرسة، الرفاق... الخ)، بالمحيط الجديد عنه (المستشفى)، أين ينقصه العطف والحنان المتعود عنهما، ونقص الرعاية التامة التي يحتاجها المريض خاصة إذا كانت الفرقة الطبية تفتقر إلى حسن المعاملة مع الطفل فإنها تؤثر على الحالة النفسية له، مما تزيد في إبراز الخوف والقلق لديه وهذا ما يبعث فيه الشعور بالملل، وينتج عنه نوع من التمرد على وضعه.

وللتخفيف من هذه الحالة النفسية ولتخفيف من حدة المرض والتغلب عليه يجب مساعدته من طرف الأطقم (أطباء، ممرضين وأعوان....) الطبية، الأخصائيين النفسانيين ومزاولة دروسه في القسم التعليمي الخاص المفتوح بالمستشفى.

1- تعريف المستشفى :

يقصد في اللغة العربية بكلمة مستشفى، المكان الذي يطلب فيه الشفاء من المرض، أما في اللغة اللاتينية، فتعني إكرام الضيف، ولقد أخذت المستشفيات عبر الزمن مسميات مختلفة، نجد في الحضارة الإغريقية (1200) قبل الميلاد حيث اتخذت شكل معابد، معابد آلهة الطب، حيث تعمل بالتوازي من العمل الديني و رعاية المرضى، و في الحضارة المصرية أطلق عليها معابد الشفاء وهي نفس التسمية التي نجدها في الحضارة الهندية. أما عند العرب فقد أطلق على المستشفيات لفظ " البيمارستانات " أي دور المرضى و كلمة " بيمارستان " لفظ فارسي يتكون من كلمتين " بيمار " أي المريض و"ستان " بمعنى الدار. وقد اهتم العرب في العصور الإسلامية بالمجال الطبي. حيث وضعوا مجموعة من القواعد و منها :

- عدم السماح للمرضى المصابين بأمراض معدية مخالطة المرضى الآخرين.
 - اختيار موقع بيئي مناسب لإقامة المستشفى.
 - الاهتمام بنظافة البيئة الداخلية للمستشفى.
 - التركيز على جودة الرعاية الطبية المقدمة للمريض.
 - إجازة مزاوله مهنة الطب والصيدلة بواسطة الامتحان. (بحدادة نجاة، 2012، ص ص 39-40).
- وعرفت " الهيئة الأمريكية للمستشفيات (American Hôpital Association) " المستشفى بأنه مؤسسة تحتوي على جهاز طبي، يتمتع بتسهيلات طبية دائمة، تشمل أسرة للنوم وخدمات طبية، تتضمن خدمات الأطباء، وخدمات التمريض المستمرة لتقديم التشخيص والعلاج اللازمين للمريض.
- أما المنظمة العالمية للصحة (OMS)، قد عرفت المستشفى من منظور وظيفي على أنها " جزء أساسي من تنظيم اجتماعي وطبي، تتخلص وظيفته في تقديم رعاية صحية كاملة للسكان، علاجية كانت أم وقائية، و تمتد خدماته الخارجية إلى الأسرة في بيئتها المنزلية، كما أنها أيضا مركز لتدريب العاملين الصحيين والقيام ببحوث اجتماعية حيوية.
- ورأت أيضا لجنة خبراء إدارة المستشفيات لمنظمة الصحة العالمية في عام (1967)، أن من الضروري تعريف المستشفى بصورة علمية بحيث يكون التعريف بسيطا وشاملا كي ينطبق على شتى المستشفيات مهما كان نوعها وفي أي مكان تكون، وذلك فقد عرفت هذه اللجنة المستشفى بأنه " مؤسسة تكفل المريض الداخلي مأوى يتلقى فيه الرعاية الطبية والتمريض " ولكن اللجنة استدركت انه يمكن التوسع في التعريف حتى يشمل المستشفيات التي تؤدي أعمالا أخرى مثل التعليم و التدريب والبحوث الطبية والوبائية والاجتماعية والتنظيمية. (منظمة الصحة العالمية، 1980، ص 6).

انطلاقاً من هذه التعاريف للمستشفى، فيمكن تقديم مفهومهما شاملاً للمستشفى، يعني المؤسسة التي تقدم الرعاية الصحية الضرورية للإنسان، من توفير كل مستلزمات الطبية، النفسية والاجتماعية، ويسهر على تنفيذها طاقم طبي مؤهل علمياً وأخلاقياً، بمعنى القيام بعمليات التشخيص والعلاج وتدريب العاملين الصحيين وإجراء البحوث العلمية والطبية والوبائية والاجتماعية والتنظيمية وفق شروط وضوابط مهنية وأخلاقية.

2- تعريف الاستشفاء مظاهره وأثاره على المريض :

2-1- تعريف الاستشفاء وأنواعه :

لقد عرف و درس مفهوم الاستشفاء من قبل عدة باحثين و علماء أمثال " سبيتز، (Spitz) "، " بولبي، (Bowlby) " و " انا فرويد، (Anna Freud)، ولقد بينوا مدى خطورته و العواقب المأساوية التي تنعكس على حالة المرضى و خصوصا الأطفال منهم، وعلى العموم فان الاستشفاء هو : " قبول وإيواء مريض، جرحى، امرأة حامل في مؤسسة لتشخيص الأمراض والعلاج أو النقاهاة ".

(Laflan , 1979, p524)

ونقصد به أيضا دخول الطفل إلى المستشفى لأجل العلاج ولمدة معينة بسبب مرض ما، وقد عرفه علماء كثيرون أمثال :

• **تعريف " سبيتز، (Spitz) " :** " إن المرض حين يفاجئ الطفل يمتص حيويته بسرعة ويسلب نشاطه، لكن عندما يفرض هذا المرض على الطفل عدم الحركة والتنقل، فالأمر هنا يختلف إذ يستلزم على الطفل العلاج بالمستشفى حيث يحرم الطفل من أوساط الحياة الطبيعية خاصة الأوساط الاجتماعية". (Diatimine, René et autres, p 213)

• **تعريف "جون بونيه، (John Bonnet) " :** " بأنه ليس فقط المجال العضوي الذي يتأثر بالمرض الممتد و الذي قد يصبح اثر تعقدا بالاستشفاء بل كذلك كل من المرض والاستشفاء يؤثر على المستوى الفكري والعقلي للطفل. (Ibid, P218).

يمكن أن نستخلص من هاذين التعريفين بان الأول أعطاه مفهوم مرضيا بحيث هذا الأخير (المستشفى) يبعد الطفل عن الوسط الاجتماعي (الأولياء، الأصدقاء والمدرسة) وأما الثاني فالأمر أبعد من ذلك بحيث المرض والمستشفى يؤثران على الطفل من الجانب الفكري والعقلي. إذن الإقامة في المستشفى لمدة معينة من الزمن لأجل الاستشفاء تؤثر على سلبا على الطفل فيستلزم هناك الاعتماد على أساليب أخرى التي سوف تخفف من المرض والاضطرابات المصاحبة له (النشاطات

الترفيهية، التعليم...). ويجب أن نشير بأن الإقامة بالمستشفى يكون حسب طبيعة المرض ومن هنا نميز عدة أنواع من الاستشفاء و هي :

- مستشفى النهار (H.D.J) : يتلقى الطفل الإسعافات ومختلف العلاجات ويغادر المستشفى في نفس اليوم.

- الاستشفاء القصير : يخص الأمراض العابرة و القيام بالعمليات الجراحية الخفيفة.

- الاستشفاء الطويل: يخص الأمراض المزمنة والخطيرة ويتميز بطول الفترة الاستشفائية وتلقي العلاجات على المدى الطويل.

وتجدر الإشارة إلى أن الاستشفاء القصير يعتبر حدث عابر في حياة الطفل بينما الاستشفاء الطويل المدى له أثار عميقة والتي تؤثر على نموه النفسي والمعرفي. (Spitz ®, 1979, P 36). ولهذا فان الاستشفاء الطويل المدى والذي يكون وفق الإصابة بالأمراض الخطيرة و المزمنة يتميز بعدة مظاهر من شأنها تأثر على حياة الطفل النفسية والاجتماعية والانفعالية والعلائقية، وهذه المظاهر نلخصها كما يلي :

2-2- مظاهر الاستشفاء:

إن دخول الطفل إلى المستشفى بغرض تلقي العلاج و العناية الطبية من شأنه أن يجعل الطفل يقيم لمدة طويلة بها و خاصة إذا كان المرض الذي يعاني منه هو من الأمراض الخطيرة أو المزمنة وهذا ما يؤدي إلى ظهور عدة تغيرات على حياته سواء النفسية منها أو الاجتماعية أو العلائقية، ولذلك تعددت مظاهر الاستشفاء الطويل و أهمها :

• **الحرمان من الوسط العائلي** : يتجسد هذا الحرمان في ابتعاد الطفل من أسرته وذلك بسبب المرض و هذا ما قد يؤدي إلى تكوين مفاهيم خاطئة عنده خاصة إذا كان يجهل سبب مرضه وزيادة على ذلك فان المستشفى لا تملك البديل لهذا النمط من الحياة العائلية، حيث أن الأسرة هي أول مصدر لإشباع رغبات الطفل وإشباع حاجاته البيولوجية، ويرى " روبرستون، (Roberston) " انه حينما يتم بقاء الطفل في المستشفى فانه يتسبب في حرمانه من علاقات دائمة ومستمرة مع الأم. (عدنان السبعي، 1982، ص ص 21-22).

ويؤكد لنا " فاجلين، (Faglin) " نفس الشيء حيث قام بدراسة تأثير الإقامة في المستشفى على الطفل من الناحية النفسية والحسية إذ انه قارن بين مجموعتين من الأطفال المرضى وتوصل أن المجموعة التي قضت بعض الأيام بالمستشفى، وفي غياب الأم تظهر عليهم بعض السلوكيات

المضطربة كالصراخ، البكاء، ومحاولة الهروب من المستشفى ورفض التعامل مع الأشخاص الغرباء كالأطباء و الممرضين وهذا عكس المجموعة التي قضت أيام الاستشفاء برفقة الأم حيث لم تظهر عليهم تلك السلوكيات. (Spitz, 1979, p36)

أما " سبيتز، SPITZ " فقد قام هو الآخر بدراسة 1946 تخص تجربة الانفصال عن الأم حيث انه قام بدراسة عينة من الأطفال في دار الحضانة وهؤلاء منفصلين عن أمهاتهم المرافقات حيث لوحظ عند معظمهم اكتئاب اعتمادي ومظاهر طفولية وذلك كرد فعلي انهيارى ناتج عن الانفصال عن الأم. (Ipid, P36).

ومن خلال هذا يتبين لنا ضرورة حضور الأم كمرافقة للطفل المريض في هذا الاستشفاء وخصوصا إذا كان طويلا، وذلك فقط من اجل التخفيف من الشعور بالوحدة والانعزال والشعور بالإهمال والتخلي من طرف الآخرين، ولقد يبين لنا أيضا الدكتور " عدنان السبعي" بان الطفل الصغير وبسبب قلة حياته وضالة تجربته لا يستطيع أن يفهم علة مرضه فهو يفسر المرض تبعا للمعرفة المحدودة التي كونها لنفسه عن الحياة ويضيف أيضا بان الكثير من الأطفال يعتبرون المرض بمثابة عقاب لهم وهم كثيرا ما يربطون بين المرض وعصيان الوالدين أو سوء السلوك، وفي المستشفى يشعر بان المعالجة المؤلمة و العزلة المريرة التي فرضت عليه والابتعاد عن أمان البيت ومشاهدة إخوته وأبويه وألعابه ليس إلا عقابا له و كل هذه الانفعالات والتي إذا أضيفت إلى الوهن والضعف الجسمي فإنها حتما ستكون حقا خصبا للمزيد من الاضطرابات النفسية وهذا ما قد يؤخر احتمالات الشفاء.

وقد أشار أيضا إلى أن المساوى التي تصيب شخصية الطفل بسبب دخوله إلى المستشفى ليست ناجمة عن كونه في اللحظة التي شعر بأنه من أمس الحاجة إلى والديه رأهما يتخليان عنه ويدفعونه بعيدا عن البيت الذي ألفه ويسلمانه إلى مكان مجهول وأناس غرباء. (عدنان السبعي، 1982، ص 56).

• **الحرمان من الأصدقاء وأوساط الحياة الاجتماعية:** من أهم حاجبات الطفل الضرورية نجد الحاجة إلى الاعتراف به اجتماعيا و تتمثل أيضا في التقدير والاهتمام من طرف الآخرين له وقد تتعدى حاجة الطفل من مجرد الشعور بأنه مقبول إلى الشعور بأنه مطلوب وأن وجوده ضروري بالنسبة للآخرين فالحاجة إلى هذا الانتماء تظهر منذ البداية في جماعة الوالدين والإخوة لكن سرعان ما تظهر في جماعة الرفاق أو الأقران وأهم ما يميز هذا التجمع الطفلي هو اللعب حيث يستطيع الطفل من خلاله التعبير عن قدراته الحركية والعقلية.

وتضيف دراسات كل من " سبيتز، (Spitz) " و" بولبي، (Bowlby) " إلى مظاهر الاستشفاء هذه بان الطفل المسعف في المستشفى ولمدة طويلة والمصاب بأمراض مزمنة يحرم من النشاطات

الطبيعية وسط أقرانه والتي لها دور فعال في نمو الطفل نموا سليما وفي اكتسابه مفاهيم أساسية في الجانب الفكري و الاجتماعي. (Asurri (A), 1980, p 123).

وبهذا فان الاستشفاء وبالرغم من حاجة الطفل إليه إلا انه يعرضه إلى الحرمان من الوسط العائلي وهذا ما سيؤدي بالطفل إلى التعرض إلى مجموعة من الاضطرابات النفسية أهمها قلق الانفصال، القلق الاستشفائي والشك في محبة الآخرين وخاصة الوالدين والشعور بالخوف والحرمان وفي هذا الصدد يقول كل من " هنري بيكينيا و ماريا كوتار، (Henri Pequignat et Marie Cotard) " ما يلي : " يأتي المريض إلى المستشفى من اجل العلاج والشفاء إن أمكن ذلك و في كل الحالات فهو لا يأتي من اجل الإصابة بمرض جديد غير أن كل واحد منا يعلم حاليا المشكل الذي يسمى الاستشفاء. (Pequignot (Henri), Godrad (Mari), 1976, p 74)

وبالمقابل لهذا فقد نجد أن الاستشفاء يستطيع أن يخلق جو آخر من العلاقات وهذا عكس المظاهر التي ذكرناها سابقا والتي اتسمت بالانفصال والحرمان، حيث يرى في هذه الحالة " رامبولت، RAMBAULT " ما يلي : " الاستشفاء يستطيع أن يكون له اثر ايجابي بالنسبة للأطفال الذين يعيشون في علاقات ذات تبعية مفرطة وفي علاقات ذات إفراط أمومي وأيضا بالنسبة للآخرين الذين يجدون في هذا الجو إمكانية تنوع الاتصالات الاجتماعية والثقافية".

(Guerra (Auyuria), S.A , p 134)

يمكن القول مما سبق أن مهما كان ضرورة الاستشفاء للمريض إلا انه له مظاهر من شأنها تؤثر على حياة الطفل النفسية، الاجتماعية والعلائقية، وهذه الآثار يمكن أن نلخصها فيما يلي :

2-3- الآثار الناجمة عن الاستشفاء

يقصد الطفل المريض المستشفى لغرض العلاج والتخفيف من حدة ألامه، وبالتالي الشفاء من مرضه كما يطرح هذا الاستشفاء عدة مشاكل نفسية واجتماعية، أي نلاحظ على الطفل عدة اضطرابات نفسية وقد تظهر جليا أثناء الاستجابة لموقف الاستشفاء وذلك عن طريق عدة مظاهر أهمها : الاعتراف، اليأس والإنكار. (Salamy (N), 1989, P246)

ومن أهم ردود الفعل الأساسية لهذا الاستشفاء نجد عموما الصراخ، البكاء، الرفض التام للمستشفى ومشاكل التغذية واضطرابات النوم والسلوك، ومن المعلوم أيضا أن ردود الأفعال العاطفية الخاصة بالأولياء حول المرض و الاستشفاء تلعب أيضا دورا كبيرا في رد فعل الطفل من حد ذاته، كما نلاحظ أيضا الانعكاسات الناجمة من انقطاع العلاقات الاجتماعية والعائلية، وذلك بسبب الانعزال والإقامة في المستشفى، وهنا الطبيب يهتم وقبل كل شيء بالمرض العضوي، أما فيما يخص تأثير المرض على

نفسية الطفل فيعتبر هذا من آخر اهتمامات الطبيب حيث يقول " بيكينيو هنري، (Henri Péquignot) " في هذه النقطة " أن خلال مدة الاستشفاء تقتصر العلاقة بين المريض والطبيب على المرض العضوي فقط، وهو الذي يحتل المكانة الأولى في اللوحة العيادية .

(Péquignot Henri et autres, S.A , p47)

لكن خلال مدة الاستشفاء ظهور حياة نفسية خاصة بالطفل المريض تتميز أساسا بالقلق، التوتر الانفصال والتفكير المستمر في المرض، وقد توصلت " أنا فرويد، Anna Freud " إلى انه " في نظر الطفل لا يوجد لا يوجد مرض قصير أو طويل المدى حيث أن ملازمة الفراش والخضوع لحمية معينة يشعر الطفل على انه سيتبع هذه التعليمات طوال حياته، كما انه عندما يجد نفسه مجبرا على إتباع هذه التعليمات الطبية يؤدي به إلى الشعور بالضجر و الملل".

(Anna Freud et Bergmant, 1972, p229)

وترى أيضا " بريتيش كوليت، (Britich Colitte)، (1983) " أن " اسم المستشفى بالنسبة للطفل يعني أيضا ألما جسميا وذلك نظرا لكون الطفل غير قادر على فهم على ما يجري من حوله وأن الصورة التي يكونها عن المستشفى تكون جد غامضة ويجد نفسه أيضا مع أشخاص غرباء يشرفون عليه و يتحكمون في جسمه ويخضعونه لمجموعة من الفحوصات والعلاجات والتي تكون في اغلب الأحيان مؤلمة وكذلك الخضوع لعدد من القواعد الصارمة كالحمية والامتناع عن اللعب والحركة. ولقد أشار أيضا " ماري فاين جورج، (George Marie)، (1995) " بأن " الدخول إلى المرض ينتج عنه تغيرات جد عميقة في شخصية الطفل المريض كما يهز اعتقاداته ويغير سلوكياته ويحول علاقاته بجسده وبنفسه فقط ويستعمل ميكانيزمات دفاعية ويلجأ إلى الكبت وإلى إبعاد المخاوف والنكوص ويعتمد على وضعية التبعية للغير، وترى بان الطفل عندما يكون بالمستشفى ذلك المكان المفتوح والواسع أين يبدو كل شيء غريبا فان هذا يؤدي إلى فقدان الثقة بالنفس وأن وضعية الاستشفاء تعاش كصدمة نفسية للمريض الصغير وحتى أن انتهت مدة الاستشفاء فان هذه المرحلة تعد فيما بعد من أهم المراحل في حياة الطفل وتترك في نفس الوقت أثارا على المستوى النفسي ويعتبر انقطاع العلاقات الاجتماعية والتدهور الذي قد يلحق بالطفل المريض وهو في مكان مغلق كالمستشفى تجعله يعيش في حالة تبعية وانعزال عن العالم الخارجي حتى بعد نهاية مدة الاستشفاء، ولذلك نستطيع القول أيضا بان ظروف الاستشفاء قد تزيد من معاناة الطفل النفسية والاجتماعية ويبدو القلق ظاهرا على الطفل وذلك جراء الانفصال عن الوسط العائلي والاجتماعي عامة وهذا ما سيؤثر حتما على النمو النفسي و الجسمي وحتى الاجتماعي والثقافي للطفل ولكن بالرغم من هذه الآثار والتي قد تؤثر على

الطفل المريض إلا انه هناك تفاعلات أخرى مع الطاقم الطبي المعالج ولطاقم الترفيهي والجمعي والذي من شأنه أن يساعد على التأقلم الاستشفائي ويساهم أيضا في السيرورة العلاجية بصفة عامة .
(عبد النور محسن، 2015، ص 75).

3- الفاعلون في العملية العلاجية للطفل المريض داخل المستشفى :

3-1- الطاقم الطبي والنشبه الطبي (المرضون) :

منذ ظهور الطب وتطوره عبر مختلف الحضارات والعصور فان مفهوم الطبيب اخذ عدة أشكال ومفاهيم ففي حضارة بلاد الرافدين وفي عصر " حمو رابي " أشهر الحكام الساميين في العراق يوجد مكانة هامة للطبيب وكان أجره الخاص كما كان يعاقب إذا ما فشل في تطبيب احد الأفراد، أما في الحضارة الفرعونية فلم يهمل المشرع المصري آنذاك حقوق الطبيب وواجباته وإذا خالف الأحكام فقد كان مصيره الإعدام و من أهم واجبات الطبيب في تلك الحضارات هو العمل على إزالة آلام المريض أو على الأقل تخفيفها، كما اعتنى " ابقراط " أيضا بالجانب الأدبي والأخلاقي للمهنة الطبية وكان دائما يلزم تلاميذه بأداء القسم الطبي وهو الذي أعيد صياغته في جميع الحضارات والديانات فيما بعد ويقصد بالقسم الطبي تلك الالتزامات الطبية والعهود التي يقطعها الطبيب على نفسه ويتضمن هذا القسم أيضا الالتزام ببعض القواعد الأخلاقية والأدبية من جهة والابتعاد عن الأفعال المشينة من جهة أخرى. (راجي عباس التكريتي، 1982، ص ص 17-210).

ومن أهداف الطبيب العامة نستطيع أن نختصرها فيما يلي : " الحفاظ على الحياة ودفع شبح الموت عن المريض، شفاء المريض، والسعي المتواصل لتحسين حالته الصحية، القضاء على الألم والبحث عن أسبابه الرئيسية والتخفيف من حدته قدر المستطاع وجلب الراحة النفسية للمريض بالإضافة إلى تعليم وتنقيف المريض من طرف الطبيب حول مرضه وطرق علاجه. ويضاف إلى هذه الأهداف الالتزامات المهمة التي يجب على الطبيب أتباعها ومعظمها تتمحور حول حقيقة التشخيص الطبي ومدى المصارحة به للمريض، وأسرته ومن أهم واجبات الطبيب الأساسية هو شفاء الأمراض وتنقيف الآخرين حيث لا يقل أهمية هذا الواجب وذلك عند مقارنته مع هدف المعالجة والشفاء، بل للثقافة الصحية أهميتها القصوى، وأن الطبيب الجيد يمنح مرضاه إضافة إلى التشخيص والعلاج ما هو أفضل وأسعى: الإرشاد والتوجيه في الحياة الخاصة والعامة، ما يلاءم مرضه كما على الطبيب أيضا الإجابة عن مختلف الأسئلة المطروحة من طرف المريض.

وانطلاقاً من هذا العرض التاريخي لمفهوم الطبيب ودوره في المجتمع نستطيع أن نعرف الطبيب على أن ذلك الشخص الذي يلجأ إليه المريض وذلك لكي يساعده في علاج حالته المرضية مستعينا في ذلك بالوسائل العلمية و الطبية. (راجي عباس التكريتي، 1982، ص 95).

ومن المتعارف عليه أن المهمة الأساسية للطبيب هي تشخيص وعلاج المريض و لكن في الواقع هذه العملية تتضمن عدة جوانب منها مساعدة المرضى على التوافق مع ظروفهم الاجتماعية. ولقد تركزت الدراسات حول أسلوب و فعالية الاتصال بين الأطباء والمرضى، وذلك على أساس أن كيفية تبادل المعلومات بين الأطباء والمرضى يؤثر في تشخيص المرض والعلاج ومع ذلك نذكر أسلوب الاتصال و الذي يعتمد على مدى إنصات الأطباء للمرضى والتركيز على الجوانب الطبية والنفسية والاجتماعية، وأن عملية توضيح الطبيب نظام الدواء قد تختلف باختلاف المرض وهي عملية هامة قد تؤثر في نجاح أو فشل العلاج ومن هنا كانت عملية الاتصال بين الطبيب والمريض بالخصائص الشخصية الخاصة بكل طرف و من خلال هذه العلاقة فانه وحسب " بارسنوز" أن هذه الأخيرة هي غير متكافئة إذ يحتل الطبيب مكان الصدارة أو السلطة بحكم ما لديه من معرفة وخبرة متخصصة ومكانة اجتماعية عن طريق مهنته، ولقد فرض النظام الطبي الحديث على الطبيب ضغطاً كبيراً في العمل و هذا ما اجبر الطبيب على الكشف عن كل مريض في مدة قصيرة جداً وهذا ما يعيق بطبيعة الحال خلق العلاقات الاجتماعية بين الطبيب والمريض. (فوزية رمضان، 1985، ص ص102-119).

إضافة إلى العلاقة بين الطبيب والمريض فهناك أيضاً علاقات الأطباء بالمرضى والذين يعتبرون ثان أهم الفاعلين في العملية العلاجية وهذه العلاقة تتجه أساساً من الطبيب إلى الممرضة خاصة في حالات العناية المركزة أو الجراحة، وهذا الواجب يشرك الممرضة في العلاج وأن ما ينتج من الاحتكاك اليومي والحاصل بين الطرفين هو خلق نوع من اللغة (تعبيرات وإيماءات) التي من شأنها أن تساعد على إنجاح العملية العلاجية، وعلى العموم أيضاً فان الممرضة لها فرصة ملاحظة المرضى أكثر من الطبيب لذلك فان ملاحظة هذه الأخيرة تشكل عنصراً من العناصر التي يعتمد عليها الأطباء في تشخيص المرض ووصف العلاج اللازم له.

(فوزية رمضان، 1985، ص ص122-123).

لهذا فان دورها كبير في مساعدة الطبيب في عمله ومن الواجبات التي لا بد أن تلتزم بها نذكر على وجه الخصوص : التقيد بإشارات الطبيب، إتباع تعليماته وعليها أيضاً أن تراعي شعور المرضى الذين تعتني بتمريضهم. (مرشد خاطر، ب.ت، ص 10).

وحسب " مارلو دافيد، (Marlot David)، (1976)" فان وجود الممرضة إلى جانب الطفل المريض تعتبر من ضروريات الاستشفاء وهي التي تعمل على خلق الثقة بين الطفل المريض ومن يحيط به، وعليه فان أهم ادوار الممرضة يظهر في محاولة إنشاء الجو العائلي داخل المصلحة كما لها دور أيضا في الإجابة عن مختلف الأسئلة التي يمكن أن يطرحها الطفل المريض حول صحته وحالته بصفة عامة.

وفي الاستنتاج نستطيع القول أن كل من الطبيب والممرضة لهما ادوار أساسية ومهمة في تسيير الاستشفاء والعلاج كما لهما القدرة على مساعدة الطفل المريض على التأقلم الاستشفائي ومواصلة العلاج وهذا إلى جانب الخدمة الطبية التي يقدمانها للطفل والتي تعتبر من أولويات الاستشفاء وقد نجد داخل المستشفى وإلى جانب الطبيب والممرضة كل من الأخصائي النفسي، المعلم، الفرقة الترفيهية والجمعية والتي من شأنها أن تساعد في سيرورة العملية العلاجية. ومن أهم أدوار هؤلاء الشركاء نجد :

2.3- دور الأخصائي النفسي : يركز دور الأخصائي النفسي على خدمة الفرد الذي له نصيب وافر فيما يخص علاج المشاكل النفسية الخاصة بالأطفال المرضى وذلك عن طريق دراسة نفسية الأطفال وبيئتهم وقد يتعدى عمله ليصل إلى دراسة نفسية الأمهات وباقي أفراد الأسرة وخصوصا ونحن نعرف أن الطفل المريض والذي يتطلب مرضه استشفاء طويلا سرعان ما تظهر عليه عدة اضطرابات نفسية تخص بالأساس النوم، الأكل، التعامل مع الآخرين وذلك بسبب التأثير الصدمي للمستشفى وخاصة أن لم يكن هناك تحضير نفسي للدخول إلى المستشفى والكفالة النفسية التي يقدمها المختص النفسي والتي تتجسد في الحصوص التي يبرمجها هذا الأخير، وعلى أساس قواعد علمية ونظرية حيث يأخذ بعين الاعتبار نمو الطفل، إدراكه، حاجياته والمحيط الذي يعيش فيه وكذلك الجانب النفسي وهي مجموعة من التقنيات العلاجية والحيل الذهنية والمواقف العلاجية والتي يستعملها الفاحص من أجل علاج أي اضطراب نفسي أو سلوكي أو التخفيف من حدتها، وبذلك فان العلاج النفسي يعتبر من أهم الطرق العلاجية للاضطرابات النفسية والسلوكية وذلك باستخدام الوسائل السيكولوجية المختلفة. (فيصل عباس، 1994، ص 36).

ويمكن أن يشترك في عمليات العلاج هذه الأعضاء من تخصصات أخرى كالطبيب، معلم ممرض الطاقم الترفيهي، الأخصائي الاجتماعي...وتهدف هذه العملية أساسا إلى مساعدة المريض للوصول إلى درجة مناسبة من التوافق الشخصي والاجتماعي كما قد يختلف نوع هذا العلاج المقدم

إلى الأطفال المرضى ويرتكز أساسا على العلاج النفسي الجماعي والذي يختلف أسلوب العمل فيه وذلك وفق اختلاف المعالجين واختلاف نظرياتهم ومناهجهم ومذاهبهم العملية ويجب أن ننوه بان هذا النوع من العلاج لا يعتبر بديلا للعلاج النفسي الفردي، وإنما يعتبر مكملا له وأساس العلاج النفسي الجماعي هو اللعب بالدرجة الأولى ونعني به حرية التصرف، التفاعل والتعبير والتركيز، هنا على الجماعة إنما يهدف إلى القضاء على العزلة والانطوائية بسبب المرض والاستشفاء الطويل، وأن خبرة العلاج باللعب تتيح للطفل فرصا عديدة من اجل فهم نفسه، وذلك من خلال الشعور بالأمن والشعور بالاعتراف والوجود الاجتماعي وكذلك من خلال اللعب يكتشف نفسه ويكتشف الآخرين.

(كاميليا عبد الفتاح، 1998، ص ص 11-15)

وبالتالي من أهم أهداف الأخصائي النفسي هو جعل الطفل المريض يشعر بالمشاركة الجماعية لنفس وضعية الاستشفاء والمرض وهذا العلاج النفسي الجماعي طبعاً يكون إلى جانب العلاج النفسي الفردي والذي يركز أساساً على استخدام المقابلات العيادية والاختبارات النفسية والسلوكية والتي ظهرت عند الطفل المريض وهذا جراء المرض والاستشفاء.

3.3- دور المعلم في القسم الدراسي : يهتم بصفة خاصة بتقديم دروس للأطفال المرضى الذين لم يسعفهم الحظ مزاوله الدراسة في أقسامهم العادية بسبب إصابتهم بأمراض خطيرة ومزمنة والتي تتطلب طبعاً استشفاء طويلاً ومن ثم فإن للفرقة الطبية والشبه الطبية والنفسانيين المعالجة اكبر دور في خلق وتهيئة الطفل المريض لأجل تقبل مزاوله الدراسة إما في قسم مخصص لذلك أو في سرير المريض.

وقد يكون هذا النوع من التعليم من النوع المباشر، حيث يوجه المعلم جهوده نحو المريض وذلك بمحاولة تقديم دروس وفق برامج ومناهج المدرسة العادية، والهدف الرئيسي وراء ذلك هو الحفاظ على مكتسبات الطفل المتمدرس وخلق بيئة مدرسية مصغرة لأجل امتصاص المشاكل النفسية للطفل المريض في الوسط الاستشفائي وتهيئة الطفل ما بعد الاستشفاء والرجوع إلى الحياة العادية .

ويعتبر المعلم أيضاً في القسم الدراسي في المستشفى مصدراً أساسياً في عملية الاتصال و ذلك في عمليات خدمة الفرد (الدراسة، التشخيص والعلاج) ويتوقف نجاحه على العموم في تحقيق تكامل مفيد لهذه العناصر على نجاح عملية الاتصال والعلاج معاً، وهذا يتوقف بطبيعة الحال على مهارته الفنية و المهنية. كما نستطيع القول بان المعلم في القسم الدراسي يمكن أن يساهم وبالقدر الكافي في الكشف عن الجوانب النفسية في حياة المريض.

بل يتعدى مهام المعلم مساعدته للمريض بل يتعداها إلى الفريق الطبي المعالج وذلك في ضوء فهم مغزى العوامل النفسية والاجتماعية والانفعالية والاقتصادية وعلاقتها بالمرض المصاب به الطفل لأجل خطة علاجية مناسبة وخاصة للمرض المصاب به الطفل.

4.3- فريق الترفيه التربوي : من اجل مساعدة الطفل المريض على التأقلم الاستشفائي فانه تم توفير في مصالحي طب الأطفال و جراحة الأطفال قاعات اللعب والترفيه والتي تعتبر من اكبر الضروريات الخاصة بالأطفال المرضى حيث يعتبر هذا أهم ما يجب توفيره للأطفال المرضى وخصوصا الذين يخضعون لاستشفاءات مطولة ومن البديهي أن العلاج والعناية في المستشفى لهم الأولوية على جميع أنماط النشاطات الأخرى، إلا أن هذه الأخيرة طالما تبقى مساعدة على تأقلم الطفل المريض والمساعدة أيضا على تلطيف الجو الاجتماعي في المحيط الاستشفائي وقد يقوم النشاط الترويحي بدور هام في تنظيم أوقات فراغ الطفل المريض مما قد يساهم في التخفيف من الملل، الضجر وتخفيف الآلام ورفع الروح المعنوية للطفل المريض مما يساعد أيضا على استعادة الثقة بالنفس وله أيضا الأثر الرجعي العلاجي حيث يجعل الطفل المريض أكثر قدرة على التخفيف من عوامل الشعور بالنقص ولقد أثبتت عدة تجارب علمية أن المرضى الذين يستثمرون أوقات فراغهم في النشاط الترويحي هم أكثر المرضى استقرارا و تقبلا للعلاج الطبي و التزاما بتعليمات الأطباء.

كما تعتبر البرامج الترفيهية ركنا هاما أثناء علاج الطفل المريض خاصة في الأمراض ذات الطابع العلاجي الطويل ومن صور البرامج نجد الألعاب، تكوين فرق الرسم، الأناشيد، الموسيقى والمسرح...والهدف الرئيسي منها هو إشباع رغبات هؤلاء الأطفال المرضى والخاصة أساسا باللعب وتكوين جماعات الإقران وأيضا إنشاء مكتبة تضم الكتب الثقافية والروائية والمجلات والجرائد وكذلك تشجيع الأطفال المرضى إلى إصدار مجلات ولكن مع مراعاة حدود وقدرات الأطفال الصحية في ممارسة مختلف هذه النشاطات. (أميرة منصور يوسف علي، 1999، ص ص 123-127).

هذه البرامج الترفيهية لا تعتبر وسيلة ترويحية فحسب بل تعتبر أداة علاجية هامة للأطفال المرضى وذلك عن طريق التفاعل الذي يحدث بين هؤلاء الأطفال وبين المسؤولين عن الترفيه لذلك لا بد أن يكون محتواها متنوعا وثرانيا حتى يزيد الإقبال عليها من طرف الأطفال المرضى.

4- تعريف الطفل :

أ- لغة : طفل بكسر الطاء وتسكين الفاء، كلمة مفرد جمعها أطفال، وهي الجزء من الشيء والمولود ما دام ناعما دون البلوغ، والطفل أول الشيء، والطفل أول حياة المولود حتى بلوغه ويطلق للذكر والأنثى.

ب- اصطلاحا :

• تعريف محمد القرطبي (1964) : إن مفهوم الطفل في الاصطلاح فانه مبني على المرحلة العمرية الأولى من حياة الإنسان والتي تبدأ بالولادة، وقد عبرت آيات القرآن الكريم عن هذه المرحلة لتضع مفهوما خاصا لمعنى الطفل، وهو كما جاء في سورة الحج، الآية 5، في قوله تعالى " ثم نخرجكم طفلا "، إذ تتسم هذه المرحلة المبكرة من عمر الإنسان باعتماده على البيئة المحيطة به كالولدين و الأشقاء بصورة شبه كلية، و تستمر هذه المرحلة حتى سن البلوغ.

(محمد القرطبي، 1964، ص ص11-12).

• تعريف كمال الدسوقي (1979) : الطفل كائن بشري يولد ضعيفا ليس له اطلاع بما يجري حوله مما يجعله يرغب في أن يكتشف منذ أن تقع عيناه على الأحياء والأشياء، وقد انصبت اهتمامات المربين من خلال دراستهم لنموه من مرحلة قبل الولادة حتى مرحلة الطفولة المتأخرة.

(كمال الدسوقي، 1979، ص 29).

• تعريف سليمة داوود (1981) : الطفل هو تركيب وبناء عضوي بيولوجي واجتماعي له إحساسات متعددة وله القدرة على حرية الحركة أكثر من غيره من الحيوانات ويمتاز الطفل عن المخلوقات الأخرى فانه يستطيع القيام بأعمال عقلية، فهو يتعلم، يتذكر، يفكر، يتعاون مع غيره ويتنافس معهم. (سليمة داوود، 1981، ص3).

5- مراحل نمو الطفل :

النمو بمعناه العام هو سلسلة متتابعة متكاملة من التغيرات الجسمية و الفيزيولوجية والحسية والحركية...الخ. تسعى بالفرد نحو اكتمال النضج، فهو العملية التي تتفتح خلالها إمكانات الإنسان الكامنة والتي تظهر في شكل قدرات ومهارات وصفات وخصائص شخصية.

أما بمعناه النفسي فهو يدل على التغيرات الجسمية و الفيزيولوجية من حيث الطول والوزن والحجم والتغيرات التي تحدث في أجهزة الجسم المختلفة والتغيرات العقلية المعرفية والتغيرات السلوكية

الاجتماعية والانفعالية... التي يمر بها الإنسان في مراحل نمو مختلفة. وللنمو مجالات مختلفة نذكر منها :

- النمو الجسمي: ويشمل النمو الحركي و النمو الحسي.
 - النمو العقلي: ويشمل نمو الإدراك والتفكير واللغة.
 - النمو الاجتماعي: ويشمل نمو الصلات والعلاقات الاجتماعية وله علاقة متينة مع النمو الانفعالي والنمو الجنسي.
- من جهة أخرى، يشير علماء النفس إلى أن للنمو مظهران رئيسيان يحددان دراسة النمو في علم النفس :

- **المظهر الأول:** يكمن في دراسة النمو العضوي الذي يتضمن دراسة النمو الجسمي من حيث صفات الجسم والفزيولوجي من حيث نمو أجهزة الجسم المختلفة.
- **المظهر الثاني :** فيهتم بدراسة النمو الوظيفي الذي يشمل نمو الوظائف النفسية والانفعالية... والجدول التالي يوضح هذه المراحل باختصار :

الجدول رقم (05) : يوضح مراحل نمو الطفل.

المرحلة	العمر الزمني	مظاهر النمو								
المرحلة الجنينية	0- الشهر 09 من الإخصاب إلى الميلاد	<ul style="list-style-type: none"> - تكوين الجنين (إخصاب البويضة الأثوية) - زيادة النمو بسرعة فائقة، يصل إلى 2 سم. - بداية عمل بعض الأعضاء (الكبد، الكليتين...) - زيادة وزن الجنين (250-300غ)، اكتمال بناء الأعضاء و تتضح صفة الإنسان. - يصل طوله حوالي 30سم و الوزن حوالي 500غ، بداية ظهور الشعر. - تحريك أطراف الجنين و فتح العينين و نمو الرموش. - تمام نمو الجنين، إذا وضع فيكون قادرا على التنفس و البلع (يحتاج إلى بيئة خاصة). - اكتمال نمو كل أعضاء الجسم مع القدرة على تأدية وظائفها، يصل طوله تقريبا 50سم ووزنه إلى ما يعادل 3كلغ - استعداد الجنين للخروج بعد استكمال دورة نموه . 								
مظاهر النمو										
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>الفزيولوجي</th> <th>الجسمي</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- نمو الجهاز العصبي، التنفسي، الغدي والبولي و التناسلي.</td> <td>-ازدياد وزن الرضيع. -نمو العضلات في حجمها -ظهور الأسنان اللبنية.</td> </tr> <tr> <th>اللغوي</th> <th>الحسي الحركي</th> </tr> <tr> <td>- تتطور في الشهر الخامس أو السادس إلى أصوات متنوعة تقيمها الأم. -ظهور المناغاة إلى غاية السنة الأولى.</td> <td>- التمييز بين الأصوات المختلفة في الشهر الرابع. - ازدياد إحساسه البصري تميزا ووضوحا.</td> </tr> </tbody> </table>	الفزيولوجي	الجسمي	- نمو الجهاز العصبي، التنفسي، الغدي والبولي و التناسلي.	-ازدياد وزن الرضيع. -نمو العضلات في حجمها -ظهور الأسنان اللبنية.	اللغوي	الحسي الحركي	- تتطور في الشهر الخامس أو السادس إلى أصوات متنوعة تقيمها الأم. -ظهور المناغاة إلى غاية السنة الأولى.	- التمييز بين الأصوات المختلفة في الشهر الرابع. - ازدياد إحساسه البصري تميزا ووضوحا.
الفزيولوجي	الجسمي									
- نمو الجهاز العصبي، التنفسي، الغدي والبولي و التناسلي.	-ازدياد وزن الرضيع. -نمو العضلات في حجمها -ظهور الأسنان اللبنية.									
اللغوي	الحسي الحركي									
- تتطور في الشهر الخامس أو السادس إلى أصوات متنوعة تقيمها الأم. -ظهور المناغاة إلى غاية السنة الأولى.	- التمييز بين الأصوات المختلفة في الشهر الرابع. - ازدياد إحساسه البصري تميزا ووضوحا.									

<p>- نمو اللغوي يبدأ مع الشهر الثامن، يبدأ النطق بالحروف الحلقية (أ)، ثم تظهر حروف الشفة (ما.با)، ثم تظهر الحروف السنية (د.ت).</p>	<p>- النمو الحركي يشمل ضبط حركة الجسم فقط .</p>	<p>مرحلة الرضاعة أسبوعين-عامين</p>	
<p>الانفعالي</p> <p>- ظهور انفعالات متذبذبة(مص الأصبع، كثرة التبول، كثرة الصراخ، البكاء، الفرح...)</p>	<p>الاجتماعي</p> <p>- يبدأ النمو الاجتماعي في النصف الأول من السنة الأولى، مجتمع العلاقات الاجتماعية لا تتعدى الآباء و الأهل ثم تزداد مع الوقت</p>		
<p>الاجتماعي</p> <p>- سمي هذه المرحلة بمرحلة الثقة مقابل عدم الثقة، إذا شعر الرضيع بالألفة و الثقة فانه يثق في نفسه و في سلوكه في من حوله من الناس (الأولياء) أما إذا فشل في ذلك فانه ينمو على الخوف و عدم الثقة (اريك اريكسون).</p>	<p>الجنسي</p> <p>- سمي هذه المرحلة بالمرحلة الفمية لارتباط اللذة الجنسية في هذه المرحلة بإثارة الشفاه أو الفم ذلك أثناء عملية الرضاعة (فرويد).</p>		
<p>النمو العقلي</p> <p>- نمو المفاهيم الأساسية عند الطفل (مفهوم الأشياء، الزمن و المكان و العدد). - مع نهاية السنة الأولى تظهر ردود الأفعال الثلاثية (يبدأ في تنسيق النشاط و تطبيقه في مواقف جديدة و يصبح الإحساس و السلوك أكثر استكشافا و تجربيا. - يبدأ في ظهور الكلام و التخلص من التمرکز الذاتي. (نظرية جان بياجى).</p>			
<p>مظاهر النمو</p>			
<p>الفزيولوجي</p> <p>-ازدياد نمو أجهزة الجسم ووظائفها (نمو الجهاز العصبي و يزيد معه وزن المخ). - نمو الجهاز الهضمي نمو كاملا، ازدياد ضغط الدم...</p>	<p>الجسمي</p> <p>-نمو الأطراف نموا سريعا. -ازدياد الوزن بمعدل 800 إلى 10كلغ في السنة. - ازدياد عظام الجسم حجما و عددا. - استمرار ظهور الأسنان اللبنية في الظهور حتى يكتمل عددها.</p>	<p>6-2 سنوات</p>	<p>الطفولة الأولى</p>
<p>العقلي</p> <p>- الطفل في سنواته الأولى يمر بتفكير حسي حركي، ويميزه النشاط الانعكاسي، ثم يمر بمرحلة التفكير الرمزي الشبه المحسوس وفيه يتعلم اللغة و يكتسب معها الوظيفة الرمزية التي تتطور بعدها إلى مفاهيم و بعدها إدراك مفهوم الزمن و المكان. -تزداد قوة الطفل على الفهم و التفكير عند بلوغه السنة 6 (بياجي).</p>	<p>الحسي الحركي</p> <p>- تتميز حركات الطفل بالشدة و بالتنوع - تطور حواس الطفل تطورا سريعا من حيث قوة التمييز السمعي و البصري.</p>		
<p>الانفعالي</p> <p>- تتميز انفعالات الطفل بالشدة و بالمبالغة فيها (الغضب) كما ينتقل بسرعة من انفعال إلى آخر (من البكاء إلى الضحك).كلما تقدم في السن يميل إلى الاستقرار الانفعالي.</p>	<p>اللغوي</p> <p>- ازدياد التحصيل اللغوي (التعبير و الفهم)، إذ يصل عدد الكلمات التي يكتسبها في السن 05 إلى ما يفوق 3000 كلمة. - مع نهاية السنة 06 يتجه الطفل إلى نحو الدقة و الوضوح و الفهم للغة.</p>		

الاجتماعي	الاجتماعي		
<p>- كلما تقدم الطفل في السن كلما اتسعت دائرة علاقاته الاجتماعية، ثم في سن الرابعة يبدأ في تعلم و اكتساب معايير و قيم الأسرة و المجتمع، و مع نهاية السنة السادسة ينمو الضمير لديه</p>	<p>- حسب "فرويد" سمي المرحلة الثانية من النمو الجنسي التي تبدأ في السنة الثانية "السادية" الشرجية" و هي تمثل تنظيم تطور الليبيدو إلي يمثل الشرح كمنطقة علمية، حيث تتركز فيه اللذة الجنسية، أما المرحلة الثالثة و التي تبدأ في السنة الثالثة إلى السنة الخامسة و سمها بالمرحلة القضيبية و التي تتمثل التنظيم الطفلي للطاقة الجنسية.</p>		
مظاهر النمو			
الفيزيولوجي	الجسمي	<p>6-9 سنوات</p> <p>الطفولة الثانية</p>	
<p>- تتناقص نبضات القلب مع تزايد ضغط الدم، كما تنقص ساعات النوم بالتدرج حتى أن تصل إلى 10 ساعات في اليوم.</p>	<p>- يتباطئ في هذه المرحلة النمو الجسمي، غير الطول يزداد في سن الثامنة و التاسعة ب 50 و ابتداء من السنة السادسة من العمر يبدأ تسقط الأسنان اللبنية لتحل محلها الأسنان الدائمة.</p>		
الانفعالي	الحسي الحركي		
<p>- في هذه المرحلة تنهذب نوعا ما انفعالات الطفل لكنه لا يصل إلى مستوى النضج الانفعالي.</p> <p>- تحسن علاقاته الاجتماعية و الانفعالية مع أقرانه في المدرسة.</p> <p>- بداية زوال المخاوف الطفلية.</p>	<p>- نمو الإدراك الحسي لدى الطفل نموا ملحوظا، حيث يصبح في إمكانه إدراك الزمن و الشهور و الفصول الأربعة.</p> <p>- يتعلم ي المدرسة الأعداد، العمليات الحسابية...</p> <p>- أما عن النمو الحركي فتتهذب حركاته العشوائية و تصبح متأزرة .</p>		
اللغوي	العقلي		
<p>- اكتساب الطفل في السن السادسة أكثر من 03 آلاف كلمة و مع الدخول المدرسي يتعلم اللغة، و تزداد المفردات التي يتحصل عليها بحوالي 60%، و هو الأمر الذي يجعله يستطيع تركيب الجمل المركبة.</p>	<p>- استمرار النمو و التحاق الطفل بالمدرسة -نمو تفكير الطفل من التفكير الحسي إلى التفكير الرمزي الشبه المحسوس ثم إلى التفكير المجرد، ثم نمو القدرة على الإحاطة العقلية لبعض ظواهر المحيط.</p>		
الاجتماعي	الاجتماعي		
<p>- يخل النشاط الجنسي في هذه المرحلة في كمون حسب "فرويد، حيث يختفي فيه النشاط الجنسي، كما تتشكل بتأثير التنشئة الاجتماعية كل الروادع الأخلاقية الداخلية و المشاعر المتعلقة بها مثل الحياء، و التطلعات الجمالية و الأخلاقية .</p> <p>- نمو لدى الطفل عمليات الكبت التي تشكل سببا في نسيان السنوات الأولى من الطفولة.</p>	<p>- الانتقال من البيت إلى المدرسة للطفل تتسع لديه دائرة الاتصال الاجتماعي، خاصة مع أقرانه و زملاءه في القسم الدراسي.</p> <p>- عن طريق اللعب في هذه المرحلة خاصة الجماعي تنمو قدرته على المشاركة الاجتماعية عن تحقيق المكانة الاجتماعية.</p>		

مظاهر النمو		9-12 سنوات	الطفولة الثالثة
الفيزيولوجي	الجسمي		
<ul style="list-style-type: none"> - استمرار نمو وظائف الجهاز العصبي للطفل. - استمرار نمو الجهاز الغدي، حيث تتغير وظائف الغدد بخاصة التناسلية التي تستعد للقيام بوظيفتها التناسلية مباشرة بعد البلوغ. 	<ul style="list-style-type: none"> - ازدياد طول جسم الطفل، كما يزداد وزنه و تشدد عظامه. 		
العقلي	الحسي الحركي		
<ul style="list-style-type: none"> - استمرار نمو ذكاء الطفل، و ينتقل فيها الطفل الى التفكير المجرد. - في السن 12 سنة ينمو لديه التفكير الاستدلالي (تنمو لديه بالتدرج القدرة على الابتكار). 	<ul style="list-style-type: none"> - اكتمال نمو حواس الطفل جميعها و يتطور الإدراك الحسي إلى الإدراك المجرد. 		
الانفعالي	اللغوي		
<ul style="list-style-type: none"> - ثبات و استقرار انفعالات الطفل، فهو يميل إلى الهدوء . 	<ul style="list-style-type: none"> - يزداد لدى الطفل تقدم النمو اللغوي، حيث يزداد عدد المفردات التي يكتسبها الطفل و التي يستخدمها في المدرسة و في البيت، كما يدرك معانيها. 		
الجنسي	الاجتماعي		
<ul style="list-style-type: none"> - بقاء النشاط الجنسي عند الطفل في حالة الكمون. 	<ul style="list-style-type: none"> - ازدياد احتكاك الطفل بالكبار ليتعلم و يكتسب أموراً لا يعرفها. 		
مظاهر النمو		12-14 سنوات	المراهقة الأولى
الجسمي	الجسمي		
<ul style="list-style-type: none"> - تغير فيزيولوجي هام عن المراهق هو البلوغ الجنسي و نمو حجم القلب بنسبة كبيرة مع الزيادة في ضغط الدم. 	<ul style="list-style-type: none"> - استمرار زيادة جسم المراهق (الطول، الوزن) حتى يصل أقصاه في السن 14 و15. 		
الانفعالي	العقلي		
<ul style="list-style-type: none"> - ظهور الانفعالات العنيفة لدى المراهق. - تحقيق استقلال الانفعالي لدى الطفل لرسم شخصيته المستقبلية لكن قد ينتابه الخجل أو الشعور بالذنب ذلك لنقص الثقة في نفسه. 	<ul style="list-style-type: none"> - نضج القدرات العقلية للمراهق مع استمرار نمو الذكاء الخاص. - نمو القدرة الفائقة على التعلم والتحصيل و اكتساب المهارات. - نمو الإدراك والانتباه والتفكير والتذكر كما يزداد اكتساب المفاهيم المجردة وفهم الرموز. 		
الجنسي	الاجتماعي		
<ul style="list-style-type: none"> - استيقاظ الدافع الجنسي عند المراهق ذلك لبلوغه الجنسي و لنمو أعضائه التناسلية. - مع تقدم السن يميل إلى الجنس الآخر. 	<ul style="list-style-type: none"> - تغيرات كثيرة من حيث النمو الاجتماعي لدى المراهق غير أن تشنئته الاجتماعية تبقى مستمرة في البيت و في المدرسة. - يزداد تعلمه و اكتسابه قيم و معايير وأخلاق المجتمع. - اتساع دائرة الاتصال لديه و ينمو لديه الوعي الاجتماعي و المسؤولية الاجتماعية. 		

مظاهر النمو			
الجسمي	الجسمي		
يزداد في الطول و في الوزن زيادة ملحوظة، وهو الأمر الذي يجعله يهتم بمظهره الجسمي بقوة عضلاته.	- تباطأ النمو الجسمي للمراهق، غير يزداد في الطول و في الوزن زيادة ملحوظة، و هو الأمر الذي يجعله يهتم بمظهره الجسمي و بقوة عضلاته.	14-17 سنوات	المراهقة الثانية
الانفعالي	العقلي		
- بقاء الحالة الانفعالية للمراهق قوية بأشكالها العنيفة و الحماسية، كما تنمو لديه العواطف ومشاعر الحب التي تقابلها مشاعر الغضب والعصبية والتناقض الوجداني وكذا تقلب المزاج.	- يكتمل نمو ذكاء المراهق، وتنمو بصفة تامة القدرات العقلية بخاصة الميكانيكية واللفظية و الإدراك والعمليات العقلية العليا منها الابتكار والتذكر والتفكير		
الجنسي	الاجتماعي		
- تتواصل التغيرات الجنسية في النمو حتى تصل إلى نضجها التام كما تزداد شدة الانفعالات الجنسية استجابة للمثيرات الجنسية، و هنا يمر المراهق بمرحلة انتقال من الجنسية المثلية إلى مرحلة الجنسية الغيرية و يهتم كل جنس بالآخر.	- يتجه المراهق إلى اختيار الأصدقاء برغبة الانضمام إلى جماعة متن أقرانه. - ظهور المسؤولية الاجتماعية لديه التي يحاول عن أثرها فهم و إدراك المشاكل الاجتماعية و الاقتصادية و حتى السياسية و مناقشتها مع الأصدقاء.		
مظاهر النمو			
الجسمي	الجسمي		
- يكتمل نضج و تكامل الوظائف الفيزيولوجية، كما يتم نضج الخصائص الجنسية الثانوية.	- زيادة خفيفة في طول المراهق و تكتمل الأسنان الدائمة، و مع نهاية هذه المرحلة يتم النضج الجسمي نهائياً.	17-21 سنوات	المراهقة الثالثة
الانفعالي	العقلي		
- نضج المراهق انفعالياً، حيث يتجه سلوكه نحو الثبات الانفعالي.	- يصل ذكاء المراهق إلى قمة النضج حيث يكتسب المهارات العقلية و يدرك المفاهيم التي يستخدمها في المناقشة مع الآخرين - نمو التفكير المجرد و المنطقي والابتكاري كما يتمكن من فهم و حل المسائل المعقدة.		
الجنسي	الاجتماعي		
- إتمام النضج الجنسي أي أن الأعضاء التناسلية تكون قد نضجت بصفة نهائية، مما يأهل المراهق على القدرة على التناسل.	- نمو قدرة المراهق على التصرف في المواقف الاجتماعية المختلفة وتذكر الأسماء ووجوه الأشخاص والقدرة على المشاركة الاجتماعية وعقد صلات اجتماعية. - عند نهاية هذه المرحلة يتجه المراهق نحو الاستقلال التام عن الأسرة و التحرر عن سلطتها والاعتماد على نفسه في أموره الخاصة.		

المصدر : (عبد الرحمان الوافي، زيان سعيد، 2004، ص ص 8-32)

يمثل الجدول مراحل النمو عند الطفل من مرحلة ما قبل الميلاد (الإخصاب) إلى المراهقة الثالثة. اقتصرنا في دراستنا على مرحلتين أساسيتين و هما الطفولة الوسطى (6-8 سنوات) والطفولة المتأخرة (9-11 سنة).

• **مرحلة الطفولة الوسطى (6-8 سنوات):**

- تتميز هذه المرحلة خصيصا على اتساع الأفاق العقلية المعرفية، وتعلم المهارات الأكاديمية في القراءة و الكتابة و الحساب.
- اتساع البيئة الاجتماعية و الخروج الفعلي إلى المدرسة و المجتمع.
- زيادة الاستقلال عن الوالدين.

• **مرحلة الطفولة المتأخرة (9-11 سنة):**

- تتميز هذه المرحلة بتعلم المهارات اللازمة لشؤون الحياة و تعلم المعايير الخلقية والقيم وتكوين الاتجاهات و الاستعداد لتحمل المسؤولية وضبط الانفعالات.
- تعتبر هذه المرحلة من وجهة نظر النمو انسب المراحل لعملية التطبع الاجتماعي، إلا انه من ناحية البحث العلمي تعتبر هذه المرحلة شبه منسية لزيادة الاهتمام بسابقتها ولاحقها من مراحل النمو.

6- تعريف الطفل المريض :

بصفة عامة، المرض أو الداء أو العلة هو حالة غير طبيعية تصيب الجسد البشري أو العقل البشري محدثة إزعاج، أو ضعفا في الوظائف، أو إرهاقا للشخص المصاب مع إزعاج. وفي مفهومه الأوسع، يشمل مصطلح المرض، الإصابات والإعاقات والاضطرابات الاختلالات والعدوى والأعراض المستقلة والسلوك الغير سوي والاختلافات غير الشائعة في التركيب أو الوظيفة. ولا يقتصر تأثير المرض على الأعراض والعلامات التي تظهر على جسد المصاب، بل غالبا ما يمتد تأثير المرض إلى الحالة النفسية والعاطفية.

6-1- تعريف سامي محمد ملحم (2007) : الطفل المريض، انه ذلك الطفل الذي يعاني من

صعوبات من الناحية الجسمية، أو العقلية أو الانفعالية، أو الاجتماعية، بحيث تستدعي هذه المعاناة نوعا من الخدمات الطبية، والنفسية والتربوية والإرشادية، لتسهيل تعامل مع حالة كل طفل.

(سامي محمد ملحم، 2007، ص 430).

6-2- محمد أيوب شحيمي (1994) : الطفل المريض هو إنسان آخر يختلف عن ذلك الذي

يتمتع بالصحة، من اجل ذلك قيل " الصحة تاج على رؤوس الأصحاء لا يراه إلا المرضى"، فهو في

وضع استشفائي مقيد بتعليمات طبية بالإضافة إلى الخوف من التفاعلات وتأثيرات المرض وترقب الشفاء، فالطفل المريض هو تقريبا منقطع عن اللعب وعن الدراسة، وعن تصريف الطاقة الطفولية التي في داخله فهو في عالم مؤلف من سرير، دواء، ممرضة وقوانين جديدة للأكل والنوم، ومواعيد لتناول الدواء، ويعتبر هاجس زيارة الطبيب وأوامره ونصائحه رغما عنه فهو في حالة تقاعد مبكرة وهذه الحالة يشترك فيها الجسم والنفس معا. (محمد أيوب شحيمي، 1994، ص 229).

انطلاقا من هذه التعريفات يمكن أن نستنتج أن الطفل المريض هو ذلك الإنسان الذي يعاني من صعوبات من الناحية الجسمية أو العقلية أو الانفعالية أو الاجتماعية، وهو منقطع عن الدراسة واللعب وعن تصريف الطاقة الطفولية فهو في وضع استثنائي مقيد تستدعي نوعا من الخدمات الطبية والنفسية والتربوية والإرشادية لتخطي هذه المرحلة.

7- خصائص نمو الطفل المريض :

إن أهم حاجات الطفل نجد الحاجة إلى الأمن والاستقرار والحاجة إلى اللعب، وقد لا تختلف هذه الحاجات عند الطفل في حالة المرض حيث انه يحتاج وبصفة عامة إلى العلاج السليم والرعاية الاجتماعية اللازمة له أثناء مرضه حيث انه يتعرض لبعض المشاكل التي تخص الجانب النفسي السلوكي والاجتماعي، وقد تحول هذه المشاكل بين عملية تنفيذ العلاج الطبي واستمراره، ولذلك لا بد من معرفة هذه الاحتياجات والعمل على إشباعها، وذلك حتى يتحقق الهدف من العلاج الطبي ومن أهم الآثار النفسية والتي قد تنتج عن المرض نذكر مشاعر الخوف والقلق، كما قد تتتاب الطفل أيضا مشاعر النقص والشعور بالذنب ومن أهم صور المخاوف التي قد تتجسد عند الطفل المريض نجد الرفض المطلق الدخول إلى المستشفى، وذلك نظرا لارتباطها بتجارب مؤلمة في حياتهم، كما قد يتصور البعض الآخر خبرة جديدة مخيفة، وهذا لجهلهم بما يتم داخلها من أمور كالخوف من عدم التأقلم مع المعالجات حيث انه إذا دخل الطفل مكانا جديدا وصادف فيه خبرة سيئة (ضيقا أو ألما) فقد يعمل على تجنب هذا المكان أو أي مكان آخر جديد عليه، ومثال ذلك المستشفى.

(محمد جميل محمد، 1981، ص ص 119-337)

إضافة إلى هذا هناك مخاوف أخرى تتعلق بالجراحة والتخدير وغرفة العمليات وارتباط التخدير بالموت، وإلى جانب هذه الآثار النفسية نجد أيضا الآثار الاجتماعية والتي في غالب الأحيان تكون مصاحبة للمرض، إذ أن هذا الأخير يؤثر في الحياة الأسرية وبذلك يضطرب نظام حياتها اليومي،

بالإضافة إلى الأعباء والمسؤوليات التي قد يتحملها جميع أفراد الأسرة وخاصة إذا كان المرض طويلا أو مزمنًا. (أميرة منصور يوسف علي، 1999، ص ص 63-310).

كل هذه الآثار تؤدي بالطفل إلى الشعور بالحرمان من الوسط العائلي والاجتماعي بصفة عامة، كما يعتريه أيضا الشعور بالإهمال والنبذ وتخلي الآخرين عنه، حيث تتكون لديه مفاهيم خاطئة عن نفسه وعن أسرته وعن المستشفى بصفة عامة، وهذا ما يؤدي إلى اختلال النمو عنده حيث يتجسد هذا الاختلال في أكثر من صورة وأهمها على الإطلاق نجد تعطيل النمو الجسمي وهذا بسبب المرض الذي يعاني منه الطفل، كما انه أساليب العلاج أيضا تعتبر من العوامل الأساسية والمساهمة في هذا الخلل الجسمي وخصيصا إذا كان المرض خطيرا كالسرطان مثلا، فهنا من شأن العجز الجسمي أن يولد عجزا نفسيا، وقد يبقى حتى بعد شفاء العجز الجسمي، وبذلك فان الطفل المريض بحاجة إلى مساعدة و خاصة إذا كانت العاهة خطيرة، وبهذا فان من أهم ما يشعر به في هذه الوضعية، وعلى وجع التحديد الإحساس بالعزلة والانطواء والخشية من سخرية الآخرين مما يفرض عليه العيش في أحلام اليقظة، حيث يجد فيها عالما متسامحا معه، كما انه كثيرا ما يتعود الطفل أثناء مرضه التذليل وبذلك يصبح ملحا في طلباته والخطر الكبير هنا هو الذي ينجم عن الحماية الزائدة وخاصة من طرف الأم حيث يصبح راغبا في تلك الامتيازات التي تقدم له من طرف الوالدين ولا شعوريا يصبح الطفل فاقدا للرغبة في التحسن. (اديث سترن، الزاكا ستيك، 1961، ص 161).

في هذه الحالة يعتبر دور الأم من أهم العوامل المساعدة في شفاء الطفل إذ هي الوحيدة الحائزة على ثقته و هي التي تستطيع إزالة الخوف عليه وتخفيف ألامه وهنا الطبيب يتحمل جزءا فقط من المسؤولية في علاج الطفل وهذا يتوقف بطبيعة الحال على المعلومات تزود بها الطبيب.

(أمين رويحة، 1974، ص 384)

وبالإضافة لهذا يمكن لهذا التعطيل أن يمس الجانب المعرفي، وهو ما يظهر في الحرمان من المدرسة، والتي لها وظيفة اجتماعية لا تقل أهميتها عن مهمتها التربوية والنفسية فالمدرسة هي وحدة اجتماعية شأنها في ذلك شأن الأسرة وهي تساهم عن طريق ما تخلقه من مواقف اجتماعية متنوعة في بناء شخصية الطفل اجتماعيا ا ذبها يتعلم كيف يعيش و كيف يتعامل مع الآخرين.

(مصطفى غالب، 1988، ص 179).

وهذا ما اقره " جيزال، (Gesell) " احد رواد علم نفس التكوين في الولايات المتحدة الأمريكية، في دراسته حول النمو و علاقة الطفل بالآخرين منذ الولادة وحتى السنة العاشرة ومن العاشرة حتى السنة

السادسة عشر حيث توصل إلى وجود أزمة في النمو أين ينتقل الطفل من البيت إلى المدرسة أو إلى أي مكان آخر غريب. (غسان يعقوب، 1988، ص 201)

ومن أهم الجوانب التي يمسه هذا التعطيل والحرمان والتي لا تقل أهمية من الجوانب المذكورة سابقا نجد نشاط اللعب حيث يقول في هذا الصدد ' اريكسون، (Erikson) " ما يلي " يستخدم الطفل اللعب للتخلص من متاعبه ومضايقته وعجزه... " ويقول أيضا " ادلر، (Adler) " أن الطريقة التي يلعب بها الطفل والأنواع التي يحتاجها ومدى الاهتمام الذي يظهره نحوها، إنما توضح اتجاهاته نحو بيئته و كيفية علاقته مع زملاءه وتعتبر الحرية والمقدرة هما جوهر اللعب. (ليلي يوسف، ب.ت، ص 204).

كيف نتصور هذا عند الطفل المريض والمقيد بالعلاج المتبع في المستشفى ؟ ومن أهم أوجه نشاط اللعب في مرحلة الطفولة المتأخرة نجد الجمع والعباد الميدان والتربية الرياضية وهي التي تتميز عموما بالحركة والقوة حيث انه ومن المسلم ب هان الأطفال الأصحاء يلعبون أكثر من المرضى لان الصحة من شأنها أن تمنح الطاقة وتزوده بالنشاط والقوة، وأن نمو التعاون عن طريق نشاط اللعب لهو من أهم العوامل الاجتماعية التي تؤثر في حياة الطفل لان شعور الطفل باتحاده مع الجماعة يساعده على النمو أكثر. (ليلي يوسف، ب.ت، ص 160).

ومن خلال هذه التأثيرات التي تمس حياة الطفل المريض فانه غالبا ما تصدر عنه ردود أفعال اتجاه هذه الوضعية التي يعيشها ومن أهمها على الإطلاق نذكر الحيل إلا شعورية والتي تعتبر في الأساس على أنها " عمليات تتم بطريقة تلقائية ولا شعورية لا يستطيع الفرد التحكم فيها بإرادته ويكون الغرض منها هو تخفيف التوتر والقلق ويلجأ إليها عادة الأفراد وذلك من أجل مواجهة بعض المواقف الضاغطة، وذلك بغية التوافق مع الموقف، ومن اجل إعادة التوازن وإيقاف القلق وإزالته، لكن اللجوء إليها كل حين من شأنه أن يضر بالفرد ومن أهم هذه الميكانيزمات والتي قد يستخدمها الطفل المريض نجد العدوان والذي يعتبر كرد فعل مباشر للإحباط يوجهه الفرد نحو الشخص أو الشيء المتسبب عن إعاقته في تحقيق أهدافه، وذلك من اجل تخفيف الشعور بالفشل وهنا يرى " بندورة، Bandoura " من رواد النظريات المعاصرة والمؤثرة في تطور العلاج السلوكي لدى الطفل، بان الكثير من الجوانب المرضية والخاصة بسلوك الطفل كالعدوان مثلا تتكون بفعل القدوة والتقليد.

(كامل محمد عويضة، 1996، ص 203).

وقد يحدث السلوك العدواني عند الطفل نتيجة شعورهم بالإحباط أو نتيجة علمهم بان تحقيق المطالب التي تخصهم لا يمكن أن تتحقق إلا باستخدام هذا النوع من العنف، كما قد تخفي هذه

العدوانية وراءها إحساسا دفيناً بالضعف لدى الطفل كان يكون مصاباً بعاهة خلقية أو بضعف في التكوين الجسدي أو بمرض خطير، فيعمد الطفل إلى استخدام العدوان، وذلك كأسلوب للتعامل مع الآخرين، و كوسيلة تعويضية ويرى " بندورة، Bandoura " انه هناك ثلاثة مصادر يتعلم منها الطفل بالملاحظة السلوك العدواني وهي التأثير الأسري، تأثير الأقران وتأثير النماذج الرمزية كالسينما والتلفزيون. (وفيق صفوت مختار، 2001، ص 183).

وإلى جانب العدوان نجد التبرير وهو سلوك لا شعوري يلجا اليه الفرد ليفسر سلوكه الفاشل أو الخاطئ و بطريقة منطقية وأعدار مقبولة، وهو يختلف عن الكذب والتمويه.
(كامل محمد عويضة، 1996، ص 51).

وقد يلجا الطفل المريض وذلك من اجل التوافق مع الآخرين وخاصة مع أفراد الأسرة و هذا حتى يخفي فشله و ضعفه والذي عادة ما يظهر للآخرين، ومن الميكانيزمات الأخرى نجد أيضا الإسقاط وهو عملية لا شعورية يبين فيها الفرد ما بنفسه من عيوب وصفات غير مقبولة والتي قد لا يرضى عنها إلى غيره من الأشخاص. (كامل محمد عويضة، 1996، ص 54).

وذلك من اجل تعويض النقص الذي سببه العجز الجسمي والمرض بصفة عامة وبالإضافة إلى هذا نجد الأحلام اليقظة والنكوص إلى مراحل سابقة من الطفولة، ومنه نستطيع القول بان الطفل المريض يعمل وباستمرار على إعادة التوازن بين أجهزته النفسية من جهة وبين البيئة الخارجية من جهة أخرى. ولقد اتضح أن الإحباط الذي يتولد لديه يكون بالأساس نتيجة عدم إشباع حاجاته وهذا ما يفضي إلى البحث عن الوسائل والميل، وذلك من اجل حل مختلف صراعاته ومحاولة التوافق مع الآخرين، وقد تصل هذه التأثيرات أيضا حتى إلى إصابة الطفل المريض ببعض الاضطرابات السكوسوماتية والتي تنشأ لدى الأطفال الذين يواجهون ضغوطات نفسية، وقد يسبب عجزهم في أن يحدو وسيلة لتصريف توتراتهم، ولذلك يلجئون إلى أعضائهم لتصريف ذلك التوتر.

(كامل محمد عويضة، 196، ص ص 77-83).

ومن أهم الحلول التي اقترحت لمواجهة هذه الاضطرابات نجد العلاج عن طريق اللعب والذي يسمح بإتاحة فرصة التعبير باللعب عن إحباطات الطفل وتوتراته وصراعاته وآلامه، حيث تعتبر " أنا فرويد، Anna Freud" من الأوائل الذين اعتمدوا مناهج العلاج النفسي عن طريق اللعب للأطفال وذلك عندما يعبر الطفل عن مشكلته من خلال اللعب، وهنا المعالج يعمل على مساعدة الطفل على حل مشكلته. (محمد عبد الرحمن العيسوي، 2002، ص 286).

وهذا ما اتبعته جميع المستشفيات الخاصة بأمراض الأطفال، وذلك بخلق فضاءات ترفيهية وتربوية بموجب قرارات وزارية مشتركة بين وزارة التربية الوطنية ووزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات ووزارة التضامن الوطني، وتوفير فضاءات اللعب وفتح أقسام تعليمية لاستكمال المسار الدراسي للطفل المريض داخل المصالح الاستشفائية.

8- سيكولوجية الطفل المريض :

يقول الدكتور "حمزة مختار" في بحثه الخاص يتأهيل العجزة وذوي الأمراض والعاهات ما يلي :
"لو استطعت أن عددا من هؤلاء يقصون عليك ما في خاطرهم، لأدركت أن السيكولوجي لا يزال مجهول الكثير من العالم الداخلي لهؤلاء الأفراد، أنه لا يستطيع أن يقدر الحياة حق قدرها تماما إلا الشخص الذي وقع فيها و مر بآلامها و قسوتها". (السبعي عدنان، 1982، ص 108).

يتعرض المصابون بالأمراض إلى أشكال مختلفة من الصعوبات والضغوطات التي تغير مجرى حياتهم وتقيد نشاطاتهم الاعتيادية، ولا تقتصر هذه الصعوبات على الشخص المريض فحسب، بل تتعداها إلى مستويات أخرى، حيث أنها قد تمس من هم حوله، وذلك لما تتميز به خاصة الأمراض المزمنة من طول أمدها التي قد تستمر مع المصاب طوال حياته- وضرورة العلاج والمتابعة الطبية المستمرة، واحتمال الحدوث المفاجئ لأعراض مرضية طارئة.

ولا تختلف هذه الضغوط إذا كان المريض طفلاً، بل إنها تزداد صعوبة، فالطفل لا يعي ما يجري من حوله في كثير من الأحيان، فهو يطمح للعيش كطفل سليم مثل باقي أصدقائه، يلعب ويركض ويذهب إلى المدرسة، كما أنه لا يحبذ المداومة على زيارة الطبيب، ولا يتحمل البقاء طويلاً في مكان واحد...الخ.

فعلى المستوى الشخصي للطفل فإن المرض المزمن قد يحدث لديه نوعاً من الشعور بالعزلة والوحدة والانفعال وسرعة الغضب والتعلق الزائد بالأم، ولأنه يرفض أن يهزأ به الآخرون وبالذات الأطفال من جيله، فإنه يحاول إخفاء مرضه عنهم - هذا إذا كان هو يعرف حقيقة مرضه -.

(نايت عبد السلام كريمة، 2018 ، ص10).

ويستلزم العلاج في كثير من الأحيان المبيت في المستشفى ولفترات طويلة، مما يجعل الطفل مضطراً للابتعاد عن جو أسرته الطبيعي، وهذه تجربة نفسية مزعجة جداً للأطفال بشكل عام، وفي بعده عن المدرسة افتقاد لأصدقائه، وما أصعب أن يرجع إليها وقد تغير شكله! وبالذات مرضى السرطان، حيث يؤدي العلاج الكيماوي إلى تساقط الشعر، وعادة ما تنال على الطفل أسئلة كثيرة

بعضها مستفسرة، وأخرى مستهزئة، مما يجبره في كثير من الأحيان إلى العزلة والبحث عن صداقات داخل المستشفى مع مرضى مثله . (بن مجاهد ، فاطمة الزهراء، 2016 ، ص ص 57 -61).

9- مفهوم الصحة والمرض عند الطفل :

تتعدد تعريفات المرض وتتنوع بتنوع وتعقد تعريفات الصحة، ويعتبر تعريف منظمة الصحة العالمية (O.M.S) من التعريفات المهمة، وفي هذا التعريف تشير منظمة الصحة العالمية إلى أن الصحة " هي حالة الاكتمال والسواء الجسمي والعقلي والاجتماعي وليس فقط مجرد الخلو من المرض أو العاهة". ويقترب هذا التعريف من كون الصحة تعني العقل السليم في الجسم السليم في أسرة سوية وبيئة صالحة. (زاوية جميلة، 2011، ص44).

يعرف " ليريشو، (R.Leriche) الصحة " عندما تصمت الأعضاء " .

(Jean Barbie, 1970, p79).

إلا انه وجهت له عدة انتقادات كون هناك عدة اضطرابات وظيفية تسبب المرض رغم صمت الأعضاء.

يرى " بلوم، (Blum)" أن الصحة "هي قدرة الفرد على الحفاظ على حالة التوازن المناسبة لسنه وحسب رأي " فريديري نورث، Frederi North " يجب أن تتوقف مرحلة الاستشفاء عندما يبدأ الطفل يتماثل للعلاج، ليس شريطة أن يشفى تماما، لان المدى الطويل للاستشفاء قد يعرض الطفل إلى جملة من المخاطر. (حساني سامية، 2006، ص 24).

ويعطي تعريف المنظمة العالمية للصحة (O.M.S) ثلاثة (03) أبعاد رئيسية للصحة، إذا غابت

ظهر المرض وهي كالتالي :

- البعد الجسمي (العضوي) للصحة .
- الصحة العقلية والنفسية.
- الصحة في بعدها الاجتماعي.

ويمكن من خلال تعريف منظمة الصحة العالمية (OMS) صياغة تعريف إجرائي للمرض وذلك

على النحو التالي :

المرض هو الحالة التي يكون عندها العقل أو النفس أو الجسم أو بعض أجهزته أو أعضائه في حالة إضراب وخلل في وظائفها. (عبد السلام بشير الدوبي، 2006، ص ص 53-54).

المرض هو تدهور الحالة الصحية الناتجة عن نقص المناعة في تعريف قاموس علم النفس (نوبرت سيلامي Nobert Silamy) فهو يميز بين نوعين احدهما عضوي والآخر نفسي، حيث أن عدم القدرة على حل الصراع النفسي يؤدي إلى ظهور المرض، ويعطيه بعد نفسي ديناميكي.

الطفل مهما كان عمره ليس له نفس الإدراك والتميز للمرض، وهو في بحث دائم عن معنى المرض حتى إمام عناية الوالدين، وبمرور الزمن سوف يدرك الطفل المرض سواء كان قصيرا أو طويلا وتتولد لديه آليات دفاعية ضد الحزن والجزع ناتجين عن المرض، كما يمكن أن يظهر لديه تكوص ورفضه للمرض يظهر من خلال رؤيته لكوابيس والالتجاء للأوهام والانفصال والتجرد فالمرض عند الطفل من الولادة حتى (3-4) سنوات يتعد بتداخل عوامل مختلفة التي تمنعه من تقبل خبرة القلق والأوجاع والآلام.

يقول " فرويد وبرقمان، (Freud et Bergman)"، في نفس العديد من الأطفال هناك اعتقادات تكون مثبتة بصورة قوية أنهم مسئولون عن مرضهم وانه عقاب مستحق بسبب عدم الطاعة وعدم استماع الكلام وهذا ما يؤدي إلى الشعور بالذنب، وخلق سلوكيات خاطئة مازوشية وتبعية أمام الألم. (ثابتي فتحة، بوزبوجة الزهرة، 2006 ، ص35).

10- الأمراض التي تصيب الأطفال :

تنقسم الأمراض التي تصيب الأطفال إلى أمراض مزمنة و حوادث و إعاقات :

1.10- الأمراض المزمنة :

هناك عدة أمراض مزمنة قد تصيب الطفل قبل أو بعد الولادة، بحيث قد تصاب الأم بمرض أثناء الحمل أو الطفل ببعض الأمراض مثل الحصبة الألمانية أو الزهري أو الولادة العسيرة للام مما قد تؤثر على النمو الجسمي والعقلي للطفل فيصبح طفلا حاملا لمرض مزمن الذي يدمر حياته العادية ويعيش قلقا مضطربا مما يؤثر على توافقه النفسي والاجتماعي، ومن بين هذه الأمراض نجد :

1.1.10- أمراض القلب و الشرايين :

هناك أنواع كثيرة من الأمراض القلبية، لكن السبب الأكثر شيوعا لأمراض القلب هو تضيق أو انسداد الشرايين التاجية، و هي الأوعية الدموية التي تزود القلب نفسه بالدم.

* **داء الشرايين التاجية :** تحدث هذه الحالة ببطء خلال فترة من الزمن، ذلك السبب الرئيسي لحدوث النوبات القلبية. هناك أمراض أخرى من الأمراض القلبية التي يمكن أن تصيب صمامات القلب. كما يمكن أيضا أن يعجز عن ضخ الدم بشكل جيد مما يؤدي إلى الفشل القلبي. كما أن هناك أشخاصا

يولدون مصابين بمشكلات قلبية . ومن عوامل الإصابة قد تكون عوامل وراثية أو أنماط وعادات غير صحية تعرض الشخص للإصابة بأمراض القلب وتقسم عوامل الخطر إلى عوامل لا يمكن التحكم فيها (العمر، الجنس العامل الوراثي)، عوامل يمكن التحكم فيها (السمنة والوزن الزائد، التدخين والإدمان عن الكحول، الإصابة بالأمراض المزمنة، العرض للضغوطات و الأزمات النفسية).

* **اضطرابات ضربات القلب :** هناك أنواع مختلفة من الاضطرابات ومعظمها غير خطيرة، ولكن بعض الحالات قد تكون خطيرة على الحياة و تستدعي رعاية طبية مباشرة، وهي تنجم غالبا من مشاكل في شبكة النقل العصبي داخل القلب التي تنظم ضربات القلب. ومن أسباب هذه الاضطرابات هناك أشخاص يولدون بمعدل قلب غير منظم وهناك أشخاص يمكن أن يحدث لديهم اضطرابات نبض القلب، والأسباب الشائعة لاضطرابات النظم هي النوبات القلبية وتضخم القلب الناجم عن ارتفاع ضغط الدم. وهناك حالات طبية أخرى يمكن أن تؤدي إلى اضطراب نبض القلب مثل اضطرابات الغدة الدرقية.

* **اضطرابات ضغط الدم :** هناك نوعين من اضطرابات ضغط الدم، الحالة الأولى هو ارتفاع ضغط الدم الشرياني، واحد من أكثر الأمراض القلبية شيوعا وخطورة على أعضاء الجسم ويدعى بـ "القتل الصامت" و ذلك لأنه لا يوحى بأية عوارض مميزة، ويمكن أن تصاب به لسنوات دون أن يعلم المريض ذلك. الحالة الثانية هي حالة فيزيولوجية تتصف بانخفاض ضغط الدم خاصة في شرايين الدوران المجموعي دون المستوى الطبيعي مما يؤدي إلى حالة إقفار وحرمان الأعضاء الحيوية المختلفة من التزود بالكميات اللازمة من الأوكسجين والمواد الغذائية وقد يشكل أحيانا حالة صحية خطيرة، كما هو حال في الصدمة.(أيمن أبو المجد، 1999، ص201).

2.1.10- مرض السكري :

يصاب الأطفال غالبا بالنوع الأول من السكري أو ما يطلق عليه سكري اليافعين، وفي هذا النوع يهاجم الجهاز المناعي في الجسم خلايا بيتا في البنكرياس المنتجة لهرمون الأنسولين، مما يسبب عدم قدرة البنكرياس على إنتاجه، والأنسولين هو الهرمون الذي يساعد الجلوكوز على الدخول إلى خلايا الجسم، وفي حال حدوث خلل في البنكرياس فإن السكر سيتراكم وترتفع نسبته في الدم، أما النوع الثاني من السكري يصيب غالبا البالغين، وقد أصبح يصيب الأطفال الذين يعانون من زيادة في الوزن، وهو خلل في استخدام خلايا الجسم للأنسولين.

يعالج السكري بنوعيه الأول والثاني باستخدام أنواع معينة من الأدوية الخاصة بسكري الأطفال، إذ يختلف نوعها و تركيزها عن جرعة البالغين، بالإضافة إلى بعض التعليمات التي يجب الالتزام بها من أجل منع نسبة السكر من الارتفاع في الدم، مثل ممارسة الرياضة وتجنب الحلويات أو التقليل منها وتناول الأطعمة الصحية، ومحاولة تخفيف الوزن الزائد.

3.1.10- مرض الربو :

هو عبارة عن التنفس الصعب عند الطفل، بحيث هذه الإصابة تسمى بالربو الشعبي ويمكن أن تظهر نوبات الربو في الثلاثة (03) سنوات الأولى من عمر الطفل تصاحبه إصابات برد، وفي هذه الحالة يجب تهوية غرفة الطفل دائما، لان الرطوبة تزيد من حدة المرض، لكن مهام الطبيب واجب لإتمام عملية الاستشفاء. (أمين رويحة، 1974، ص 268).

4.1.10- مرض القصور الكلوي:

تقوم الكلية بدور مهم في جسم الإنسان، وهي تتبع نظاما محددًا غير أنها قد تصاب بأمراض عديدة يعطل وظيفتها خصوصا في حالة الطفل المريض، القادم إلى الحياة و المقبل عليها فانه به يصطدم بهذا العائق الكبير المتمثل في القصور الكلوي المزمن، الذي يعتبر اضطراب في الوظيفة الكلوية متعلق بخلل يصيب هذا العضو وهذه الاضطرابات معقدة ومتعددة بتعدد وظائف الكلية.

وينقسم القصور الكلوي إلى نوعين، القصور الكلوي الحاد والقصور الكلوي المزمن. ومن أسبابه الإصابة بالداء السكري، الضغط الدموي، الاضطراب الدوراني، الاختناق، التآكلات والتعفنات للمناطق الصغيرة في الكلية، اعتلال الكلية الانسدادية، وعلاج هذا المرض يتطلب عملية تطهير أو تحليل كيميائي حيث يتم فيها غسل وتنقية الدم التي لا تتمكن الكليتين التخلص منها وكذلك بالاستعمال مكون بأنابيب يوصل بأحد الأوردة الدموية وتقوم الآلة المسئولة عن تصفية الدم بفصل المواد السامة، وتعديل تركيز الدم من حيث الماء والعناصر المعدنية في الجسم، برنامج التصفية يتم في حصتين أو ثلاثة خلال الأسبوع.

إن التحضير النفسي للطفل المريض في غاية الأهمية إذ بضرورة تقبل العلاج عدة أشهر قبل المرحلة الأخيرة لعمل الكلية وبعدها ويجب إعلام المريض بضرورة الالتزام بعملية التصفية فبمجرد البدء بها فهذا يعني استمرارها مدى الحياة، خصوصا في حالة الطفل حيث يلتزم ذلك عملا مزدوجا مع الأم والطفل لمساعدتها على تقبل الواقع والتعامل مع المرض بأكثر ايجابية وضرورة التقيد بالحمية التي يفرضها عليها المرض (عابد محمد، 2012، ص 22).

5.1.10 - مرض فقر الدم (الأنيميا) :

إذا كان لون الطفل باهتا فلا يعني هذا دائما انه مصاب بفقر الدم فقد يكون السبب للونه الباهت ضعف الدورة الدموية في جلده أو عدم توفر الهواء الطلق له بالقدر الكافي، وقد يكون لوجود اضطراب نفساني وجسماني عنده الباهت الطويل المستمر يمكن أن يكون نتيجة لفقر صحيح في الدم، وهذا يكون سببه عند الطفل سوء في التغذية ولا نعني هنا كمية الغذاء بقدر ما تعني نوعيته أو استعداد وراثي أو فقدان دم مستمر (بواسير نافذة) أو نتيجة لإصابة بأحد الأمراض المعدية فاللون الباهت عند الطفل يستدعي دائما عرضه على الطبيب لعين السبب ويصف العلاج، فإذا وجد هذا الطفل انه سليم البنية فلا تحتاج معالجته إلا بزيادة تحركه في الهواء الطلق وإعطائه أدوية وأطعمة تحوي الحديد كالكدب والخضرة الورقية الخضراء والخبز الأسمر وبذلك يتورد خداه ويعود إلى اللون الوردي السليم.

أما فقر الدم الحقيقي فأعراضه اللون الباهت مع ضعف القوى العام والتعب العام والصداع، ومن أن إلى آخر طنين في الأذن وتسرع في النبض وبرودة مستمرة في الأيدي، وفقر الدم لا يعني نقصا في كمية الدم أما فقر الدم الحقيقي فأعراضه اللون الباهت مع ضعف القوى العام والتعب العام والصداع، ومن أن إلى آخر طنين في الأذن وتسرع في النبض وبرودة مستمرة في الأيدي، وفقر الدم لا يعني نقصا في كمية الدم بل يعني نقصا في عدد الكميات الحمر فيهن وهذه الكريات تمول الجسم بالأكسجين، فنقص الأكسجين في الجسم يعرقل بسير كل الأعمال الفيزيولوجية فيه، ويصبح الجسم شبيها بمحرك يدور بنفس طاقته فقط ونقص الكريات الحمراء في الدم يمكن أن يحدث نتيجة لنزيف يفقد فيه كمية كبيرة من الدم، أو نتيجة لأمراض تخرب الكريات الحمراء أو لعجز في عمل مخ العظام الذي يعوض عن الكريات الحمر التي تموت أو تتخرب بتكوين كريات حمراء جديدة وتمويل الدم بها.

وهناك نوع خطير من أنواع فقر الدم (فقر الدم الخبيث، سرطان الدم) وفيه يصبح اللون باهتا ويصفر دون وجود أي سبب عضوي لفقر الدم ويفشل مخ العظام في تكوين القدر الكافي من كريات الدم الحمراء لتعويض عما يفقد منها، واستطاع الطب أن يجد له منذ سنة 1926 علاجا لا يشفيه ولكن ينقذ المصاب به من الموت، وهذا العلاج يشبه معالجة داء السكري بحقن الأنسولين.

(أمين رويحة، 1974، ص 270).

6.1.10 - التهاب الملتحمة في العين، الرصد :

عندما تتعرض عيون الطفل للضوء و يدعكما باستمرار و تطفح منها قطرات كبيرة من الدمع كأنها تبكي، يمكن أن تكون ملتحمة العين مصابة بالتهاب (الرمد)، وهذا يمكن أن يسببه التعرض لتيار هوائي أو وجود جسم غريب في سطح العين أو السطح الداخلي للجفنين، وأن يكون سببه وجود فرط

الحساسية، و في هذه الحالة يكون غالبا مرافقا للرشح التحسسي، والتهاب الملتحمة يمكن أن يكون من أعراض الإصابة بالأمراض المعدية كالحصبة أو الزكام ولا يحتاج في الحالات إلى معالجة خاصة ويشفى من تلقاء نفسه مع الشفاء من المرض المعدى.

والتهاب الملتحمة يمكن أن تكون بواعثه من الداخل أيضا وخصوصا عند الأطفال الرضع، فمن الضروري عرض حالات الرصد على الطبيب مبكرا، ويمكن الانتظار بعرض حالة الرصد عند كبار الأطفال على الطبيب أسبوعيا واحدا ويمكن حماية العين المصابة في الضوء عند الطفل الذي تجاوز سنتين باستعمال نظارات داكنة. (أمين رويحة، 1974، ص ص 267-268).

7.1.10- مرض السرطان:

يعتبر مرض السرطان هاجس خوف لدى فئات كثيرة من المجتمع، ولطالما أحيط باهتمام العلماء منذ القدم، و إمكانية التغلب عليه تكون أجدى باكتشافه في أطوار الأولى، ويسبب هذا المرض ضغوط نفسية لدى الوالدين وخاصة الأم لكونها بجانب طفلها دوما، وتعيش معه مرضه لحظة بلحظة.

يعرف السرطان على أنه مرض خطير وفتاك يصيب البشرية ويتمثل في النمو الفوضوي والعشوائي للخلية والتي تتحول بدورها إلى أورام وتغزو الأنسجة وتحطمها، بحيث يصيب الكبير والصغير ولا يستثني أي جنس ومن أسباب هذا المرض التدخين، الكحول، سوء التغذية، بعض المواد الكيميائية الطبية، الإفراط في تناول الهرمونات عند النساء.

ومن أنواع السرطان : سرطان الحنجرة، سرطان المعدة، سرطان الدماغ، سرطان المثانة البولية، سرطان الجلد، سرطان الثدي، سرطان الدم.

واكتشاف هذا المرض مبكرا يساعد على الشفاء بنسبة (80%)، وهناك علاج عن طريق العمليات الجراحية، أو العلاج الإشعاعي، العلاج المناعي، العلاج الكيميائي، زرع النخاع العظمي وإن أنواع العلاج تعتبر زبدة البحوث العالمية، وهو مهم جدا إذ بفضلته تم علاج وشفاء العديد من الأشخاص والتقليل من حدة الألم. (ثابتي، بوزبوجة، 2006، ص 16).

8.1.10- مرض الصرع :

الصرع هو اضطراب في الجهاز العصبي المركزي (عصبي)، حيث يصبح نشاط الدماغ غير طبيعي، مسببا حدوث نوبات أو فترات من السلوكيات، والأحاسيس غير العادية، وأحيانا فقدان الوعي. يُمكن أن يُصاب أي شخص بالصرع. ويؤثر الصرع على كل من الذكور والإناث من جميع الأعمار والخلفيات والأعمار.

قد تختلف أعراض التشنجات اختلافا كبيرا. يحملق بعض الناس المصابين بالصرع ببساطة في الفراغ أثناء إصابتهم بنوبة، بينما تختلج ذراعا أو قدما الآخرين مرارا. لا يمكن تشخيصك بالصرع بسبب نوبة واحدة. ويتطلب تشخيص الصرع عامة حدوث نوبتين غير مبررتين على الأقل. يمكن أن يتحكم العلاج بالأدوية، وأحيانا الجراحة، في نوبات الصرع في غالبية الأشخاص المصابين. ويحتاج بعض الناس إلى العلاج مدى الحياة للسيطرة على التشنجات، بينما تختفي في النهاية مع آخرين. كما قد يشفى بعض الأطفال المصابين بالصرع مع تقدم العمر. (سوسن شاكر مجيد، 2008، ص282).

9.1.10 - مرض فقدان المناعة المكتسبة (الإيدز أو السيدا) :

الإيدز أو السيدا تحت تناذر نقص المناعة المكتسب أو متلازمة نقص المناعة المكتسبة بالإنجليزية (AIDS)؛ وبالفرنسية (SIDA)، هو مرض يصيب الجهاز المناعي البشري ويسببه فيروس نقص المناعة البشرية فيروس إتش أي في (HIV) وتؤدي الإصابة بهذه الحالة المرضية إلى التقليل من فاعلية الجهاز المناعي للإنسان بشكل تدريجي لترك المصابين به عرضة للإصابة بأنواع من العدوى الانتهازية والأورام. وينتقل فيروس نقص المناعة إلى المصاب عن طريق حدوث اتصال مباشر بين غشاء مخاطي أو مجرى الدم وبين سائل جسدي يحتوي على هذا الفيروس مثل الدم أو السائل المنوي للذكر أو السائل المهبلي للأنثى أو المذي أو لبن الرضاعة الطبيعية . هذا وتظهر الأبحاث الوراثية أن فيروس نقص المناعة ظهر لأول مرة في غرب أفريقيا الوسطى في أواخر القرن التاسع عشر أو بدايات القرن العشرين.

وعلى الرغم من أن الوسائل العلاجية لمرض الإيدز وفيروس نقص المناعة البشرية قد تُبطئ عملية تطور المرض، إلا أنه لا يوجد حتى الآن أي لقاح أو علاج لهذا المرض. فالوسائل العلاجية المضادة للفيروسات الارتدادية تعمل على تقليل معدل الوفيات الناتجة عن الإصابة بفيروس نقص المناعة والحدّ من انتشار المرض في المنطقة التي تظهر فيها العدوى به. ولكن، هذه العقاقير باهظة الثمن؛ كما أن الوسيلة التقليدية للحصول على وسيلة علاج مضادة لهذا الفيروس الارتدادي غير متاحة في كل دول العالم. ونظراً لصعوبة علاج الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري، فإن الوقاية من التعرض للعدوى به تعد هدفاً رئيسياً في سبيل التحكم في انتشار مرض الإيدز كوباء. وعليه فإن منظمات الصحة تسعى دائماً لتطوير وسائل تضمن الحد من انتقال العدوى، فضلاً عن

برامج استبدال الإبر والمحاقن المستعملة بأخرى نظيفة، وذلك في محاولة منها لإبطاء معدل انتشار هذا الفيروس. (Holmes CB, Losina E, 2003, p 36).

2.10- حوادث الأطفال :

إن الحادث هو فعل مفاجئ وغير متوقع وينجر عنه خسائر مادية أو جسمانية وبدون تدبير سابق. (Chislaine Stora, 2004, p8)

والطفل قد يتعرض لعدة حوادث سواء داخل المنزل، المدرسة أو الشارع مثل: السقوط، الحروق ابتلاع المواد الخطيرة، الضربات الكهربائية، وقد يتعرض أيضا إلى حوادث مرور تكون نتيجة التقاء عوامل غير ملائمة، ويكون رد فعل السائق غير الكافية وكل هذه الحوادث بأنواعها تكلف الدولة أموال طائلة لعلاج ومتابعة الأطفال المرضى طوال مدة مرضهم (يعقوب بوزيان، 2008، ص 11).

وفي الجزائر عدد كبير من الأطفال المتمدرسين يدخلون المستشفيات أو المراكز العلاجية بسبب حوادث المرور التي تسبب في مأساة إنسانية ومعاناة نفسية لكل من المتضررين من الحوادث وذويهم. (رياض محمد، عبد الكريم بنود، 2005، ص 65).

وينجر عن الصدمات النفسية الناتجة عن حوادث المرور بالنسبة للضحايا الباقين على قيد الحياة الخوف، القلق، الاكتئاب، الإحباط. (شقلال العربي، 2006، ص 07).

كما يؤثر حادث المرور على الطفل المتمدرس بحيث يتسبب في إعاقات مختلفة منها إعاقة نفسية لا تقلل في تأثيرها على الإعاقة الجسدية أو الحسية، ومواجهة المتاعب النفسية والأعراض التي تبدأ حادة ثم يمكن أن تصبح مزمنة في الخوف من الطريق أو السيارة أو حتى الخوف من المجهول. استجابة للخبرات النفسية والاجتماعية أثناء وبعد الحادث ينشأ الخوف المرضي والقلق المرضي والشعور بالاكتئاب.

وهذا كله ينجم عنه ضغوط نفسية لدى الأطفال المتمدرسين الذي قد ينقطعون عن الدراسة وبالتالي تضيع مجهداتهم.

وبالتالي يجب على الدولة اتخاذ التدابير الوقائية للحد من ظاهرة حوادث المرور لحماية الأطفال الأبرياء، بحيث اعتمدت الجمعية العامة للأمم المتحدة قرارا هاما بشأن السلامة على الطريق الذي أصدرته منظمة الصحة العالمية للوقاية من حوادث المرور وتحديد ثالث يوم من شهر نوفمبر من كل سنة يوما عالميا لتخليد ذكرى ضحايا حوادث المرور، ويدعو القرار أيضا إلى توجيه الاهتمام بالمقاعد الخاصة بالأطفال. (يعقوب بوزيان، 2008، ص 41).

3.10- إعاقات الأطفال :

- المفاهيم المختلفة للإعاقة :

استخدمت العديد من المصطلحات للإشارة إلى المعاقين من الأفراد عبر الزمن، ومن الملاحظ أن هذه المصطلحات كانت تعبر دائما عن نظرة القصور إزاء هؤلاء الأفراد، حيث تشير إلى العجز والقصور وأوجه العيوب والشذوذ عما هو مألوف ومتعارف عليه من الصفات الحسية والمعنوية واختلفت التعاريف حول الإعاقة والمعاقين و منها : " كلمة معاق باللغة الانجليزية ، تعني تكبير البدن ونقص التكوين ". (أبو النجا، بدران 2003، ص14).

فيعرفه ميثاق الثمانينات لرعاية الأطفال المعاقين، الإعاقة بأنها تقييد أو تحديد لمقدرة الفرد على القيام بوحدة أو أكثر من الوظائف التي تعتبر من المكونات الأساسية للحياة اليومية، مثل القدرة على الاعتناء بالنفس ومزاولة العلاقات الاجتماعية والأنشطة الاقتصادية في المجال الطبيعي، وقد ينشا العجز نتيجة لخلل جسماني، حسي أو عقلي أو إصابة ذات طبيعة فسيولوجية أو نفسية أو تشريحية. (عبد الرحمن سيد سليمان، 2001، ص 15).

• يعرفه (عبد الرحيم، 1997، 13)، بأنه كل فرد أعيتت بعض أعضائه أو وظائفها عن الطبيعة السوية المألوفة في غالبية البشر كان يعاني الفرد نقصا في الجسم، أو النفس، أو العقل، أو في علاقاته الاجتماعية أو الخلقية. (عبد الرحيم عبد المجيد، 1997، ص 13).

• تعرفه (منظمة العمل الدولي)، بأنه كل فرد نقصت إمكانياته للحصول على عمل مناسب والاستقرار فيه نقصا فعليا نتيجة لعاهة جسمية أو عقلية. (العوالمة حباس، 2003، ص 26).

• تعرفها (الموسوعة العربية الحديثة) بأنها " حالة عيب أو نقص جسمي أو عقلي يصاب به المرء ويمنعه من أن يشارك بحرية في نواحي النشاط الملائمة لعمره و قابليته".

(راضي محمد الكبيسي، 2000، ص 23)

• أما المنظمة الصحية العالمية فقد قدمت شروحات بخصوص تعريف الإعاقة وجاءت كالآتي :

- **الضعف**: هو كل نقص أو اضطراب في المكونات والوظائف الفسيولوجية، النفسية، أو الانفعالية للفرد.

- **العجز** : هو عدم القدرة أو المحدودية الناتجة عن ضعف، والتي لا تمكن صاحب من أداء نشاط ما فوق ما يعتبر انه عاد بالنسبة للشخص الطبيعي.

- **الإعاقة** : هي نقائص يواجهها الفرد نتيجة ضعف أو عجز بحيث لا يمكنه عند تواجدها من لعب دوره و القيام بمختلف النشاطات التي يؤديها الفرد العادي وهذا الوضع يجب أن نأخذ فيه بعين الاعتبار، السن، الجنس والعوامل الثقافية التي يعيش فيها هذا الفرد (براهيم براهمي، 2007، ص 63).

عرفته **منظمة اليونسكو**، بأنه " ذلك الشخص الذي تحددت قدرته نتيجة لعاهة جسمية أو نفسية ويحتاج إلى رعاية خاصة لحث الإمكانيات والتكيف للحياة، بحيث يستوجب تغييرات أو تعديلات في البرامج التعليمية والتربوية بشكل يتفق مع قدراته وإمكاناته ليكون له دور ايجابي في المجتمع".

(راضي محمد الكبيسي، 2000، ص 25).

• عرف المعوق في نص المادة 89 من القانون رقم 05-85 المتعلق بالصحة في الجزائر كما يلي : يعد شخصا معوقا كل طفل أو مراهق أو شخص بالغ أو مسن مصاب بما يلي :

- إما نقص فيزيولوجي أو نفسي.

- إما العجز عن القيام بنشاط تكون حدوده عادية للكائن البشري.

- إما عاهة تحول دون حياة اجتماعية عادية أو تمنعها. (سعاد جعيجع، 2004، ص 25).

الجزائر كغيرها من بلدان العالم قد أولت اهتماما كبيرا لهذه المشكلة، بحيث أصبحت مشكلة المعوقين في قمة اهتمام المسؤولين في الجزائر وأولت لهذه الفئة أهمية خاصة نظرا لأنها في الوقت الراهن أصبحت إحدى أهم المشكلات الاجتماعية التي ترتبط ارتباطا وطيدا بقضايا التنمية ومشكلاتها المتزايدة يوم بعد يوم، والجزائر واحدة من الدول التي تسعى جاهدة لأجل الاهتمام بهذه الشريحة الهامة في المجتمع عن طريق منحها مجموعة من الحقوق التي كرسها الدستور الجزائري من منطلق مبدأ التكفل التام بهذه الفئة الحساسة، وهذا ما نجده في الواقع لان الدولة التزمت طبقا لقوانينها بالاهتمام بهذه الفئة من خلال تسهيل استعادة الفئات الضعيفة ذوي الإعاقات من الحقوق المعترف بها لجميع المواطنين (التعليم، الإدماج في الحياة الاجتماعية)، وهذا التحدي قائما كضرورة لحماية هذه الفئة من المجتمع وترقيتها وإدماجها في المجتمع وتغطية حاجياتها المتزايدة.

11- الطفل المريض في مواجهة الدخول إلى المستشفى :

الطفل الصغير ليس قادرا على فهم كل ما يجري حوله، فانه يبني عن المستشفى صورة مصبوغة بالغموض، لان دخوله المستشفى يعني في نظر الطفل الانفصال عن وسط حياته المعتاد عليه (العائلة، الأصدقاء، المدرسة)، وهذا الدخول إلى المستشفى يقطع المجرى الروتيني الاعتيادي لحياة الطفل، لهذا يجب الحذر الشديد و المعالجة الموضوعية لهذا الانفصال.

إن هذا الانفصال الذي يتعرض له الطفل حيث مجتمع المستشفى الغريب عنه من أطباء وهيئة تمريض وأطفال آخرون، كذلك أدوية وعلاجات تفرض عليه نظام قد يكون مختلف بالنسبة للتغذية واللعب والنوم و الدراسة، مما يسبب له بعض القلق والمتاعب والهموم، فيشعر الطفل ببعض الخوف من جو المستشفى المجهول والغريب عليه وينتابه الإحساس بأنه سيكون وحده في هذا الوسط. (محمد رفعت، 1986، ص 243).

فبدخول الطفل المستشفى يظن انه نوع من أنواع العقاب ، جديد عليه يهدف إلى إبعاده عن البيد بسبب خبثه وعصابته لولديه، فان الخوف من المجهول والإحساس بالذنب والشك بمحبة الوالدين يؤدي إلى تعمق المرض وتأخر الشفاء . (عدنان السبيعي، 1986، ص 22).

وفعلا عند دخول الطفل المريض إلى المستشفى يصبح شيئاً هشاً في أيدي الفريق المعالج (أطباء، ممرضين، مختصين نفسانيين)، وانه يخاطر بفقد هويته واستقلالته، فهو يتعرض إلى اعتداء مزدوج داخلي هو المرض، وخارجي هو القطيعة مع الوسط العائلي الدافئ والمؤمن له ظروف المعيشة الحسنة.

12- موقف الطفل المريض في فراق المحيط العادي :

يظهر بان الامتحان الأكثر إيلاما في العلاج في المستشفى بالنسبة للطفل يكون فراقه للوسط العائلي، و هذا الفراق يكون اقل قبولا من الطفل الذي يعيشه كتهديد وبالنسبة للوالدين أنفسهم.

إن هذا الفراق الناتج عن إدخال الطفل إلى المستشفى يستطيع أن يكون الفترة التي ينفصل فيها الطفل عن جسم أمه، وهذا الفراق يخلق هلعاً عند الطفل، وهذا راجع إلى أن الطفل لا يدرك بان أمه ستستمر في العيش إن بعدت عنه. كما أن لهذا الفراق آثار ايجابية خاصة عند الطفل الذي يحضى باهتمام سوي وفائق للعادة، حتى يقوم هذا الفراق بينه وبين أبويه بمساعدته على التحرر من التبعية المفرطة لأبويه وتسمح له بالاعتماد على النفس، كما تسمح للأبوين بإدراكهما أن ولدهما قادر على أن يعيش بدونهم. (Laumant Barbara , 1994, p9-10).

في هذا المجال قد طورت معظم المستشفيات الخاصة بالأطفال عدة مبادرات من اجل التقليل من التفرقة بين الأطفال و أسرهم، فسمح للأمهات بالبقاء مع أولادها أثناء فترة العلاج ليزيد من فعالية العلاج، لكن مثل هذه المبادرات لا تتاح في جميع المستشفيات ولا تتلاءم مع جميع الأولياء، لهذا فالطفل يفقد حنان و عطف أوليائه عند دخوله المستشفى، وهذا ما يجلب له المعاناة والقلق ويبعث فيه الشعور بالملل والضجر . (محمد رفعت، 1986، ص 9).

13- ظروف إقامة الطفل المتمدرس بالمستشفى :

الطفل عند فراقه للوسط الاجتماعي العادي (العائلة و المدرسة و الأصدقاء) سوف يصطدم بوسط غريب الذي هو امتحان صعب الذي يتجاوزه الطفل خلال فترة إقامته في المستشفى، بحيث يستلزم في البداية الصبر والتحمل، هناك ظروف متعلقة بالأطعم الطبية وظروف متعلقة بالمريض :

1.13- الظروف المتعلقة بالأطعم الطبية :

- تحمل سوء المعاملة وخشونة الأسلوب بعض الأطباء.
- ضعف اهتمام بعض الأطباء بالمرضى.
- اهتمام الأطباء بالمادة والريح السريع أكثر من اهتمامهم بالمرض الذي عان منه المريض.
- وصف الدواء دون تشخيص المرض جيدا.
- عدم صرف وقتا كاملا مع المريض.
- عجز بعض الأطباء عن تشخيص المرض ومعالجة الطفل المريض.

2.13- الظروف المتعلقة بالمريض :

- ضعف احترام المرضى للأطباء.
- عدم تقيد المرضى بنصائح وإرشادات الأطباء.
- شكاوي المرضى ضد الأطباء.
- ضعف اهتمام المرضى بنظافتهم ومظهرهم الخارجي . (إحسان محمد الحسن، 2005، ص 239).

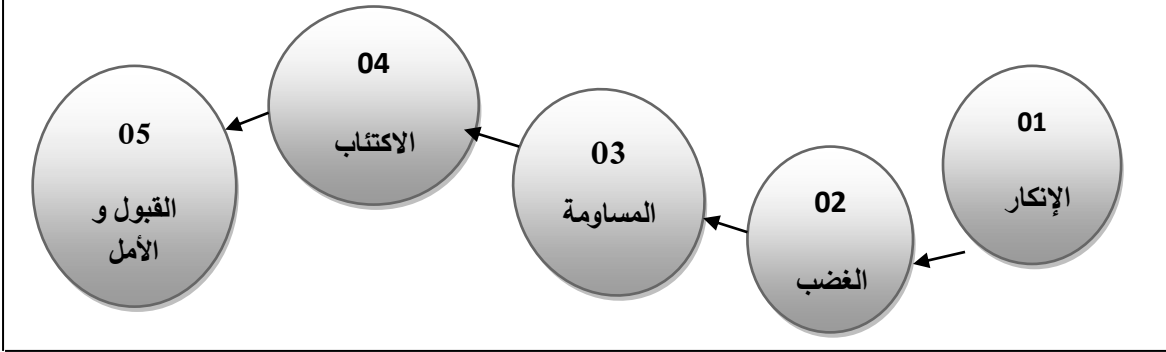
إن هذه الظروف قد تعطل المسار العلاجي للطفل طوال إقامته في المؤسسة الاستشفائية، فمن الواجب أن تكون بناء علاقة بين المريض والأطعم الطبية لتسهيل العملية العلاجية وتوفير الجو الملائم لذلك من جهة، وتعويض النقص والحرام العائلي للطفل من جهة أخرى.

أيضا هناك أطراف أخرى تتدخل لتأكيد وتوفير الجو العلاجي والاجتماعي للطفل التي يمكن أن نختصرها في مختصين نفسانيين ومربيين ومعلمين في أقسام تعليمية مفتوحة بالمستشفيات.

14- الأعراض النفسية والانفعالية للطفل المريض المقيم بالمستشفى :

سوف يعاني الطفل المريض من صدمة حقيقية عند علمه بدخوله إلى المستشفى، وهذا راجع إلى انفصاله الفجائي والغير منتظر عن الوالدين، العائلة، المدرسة والأصدقاء، بحيث قامت الطببية النفسية " اليزابث كوبر روس، (Elisabeth Kubler Ross) ، بتقديم ما يسمى بمراحل الحزن الخمسة، وقد استندت في دراستها على تحديد الأعراض النفسية التي يمر بها المريض، وهي خمسة (05) أعراض (الإنكار، الغضب، المساومة، الاكتئاب والقبول والأمل). (Kubler Ross, E p 2007).

شكل رقم (03) : الأعراض النفسية الخمس لاليزابث التي يمر بها المريض داخل المستشفى.



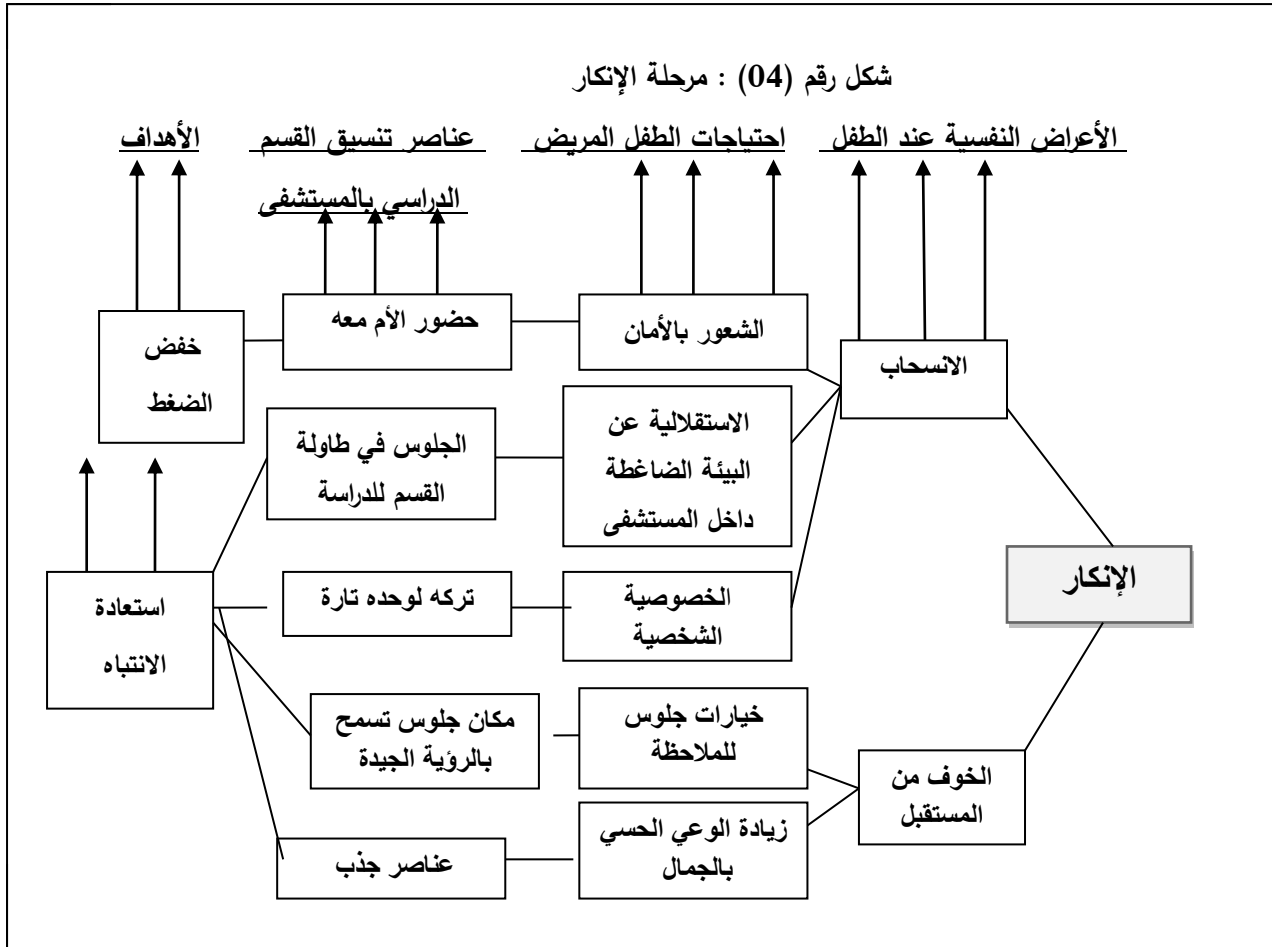
المصدر: (Kubler Ross, E p 2008)

مع اختلاف ردود فعل الأطفال عن الكبار عند الإصابة بالمرض في هذه المراحل تظهر كالاتي :

1-14- الإنكار :

عندما يواجه الطفل لأول مرة فكرة انه مريض و انه سيقوم داخل المستشفى للعلاج، فيتجه إلى إنكار هذا الواقع والانسحاب، حيث يسيطر عليه حالة من عدم الامبالاة والذهول وفقدان الاهتمام بالأشياء، مثل اللعب والأصدقاء، وكذلك الخوف مما سيحدث في المستقبل. (Vama, V.P.1973).
ولتخطي هذه الأعراض فان الطفل يحتاج إلى الأمن والأمان، الاستقلال عن البيئة الضاغطة داخل المستشفى و ضمان الخصوصية الشخصية، وزيادة الوعي الحسي بالجمال. (Tyson, M.M, 2007)
ولتلبية هذه الاحتياجات في القسم الدراسي للمستشفى فلا بد من توفر مكان لكل طفل في القسم الدراسي مع ضرورة حضور الأم معه، ولمساعدة الطفل للخروج من مرحلة الإنكار والخوف من المستقبل، يفضل زيادة الوعي الحسي لديه بالجمال، بتوفير أقسام دراسية جميلة بألوان جذابة مع توفير وسائل جذب لمساعدة الطفل على تقبل الواقع والاسترخاء وعدم الخوف من المستقبل، وقد أكدت العديد من الدراسات فاعلية الألوان الجذابة في المساعدة في سرعة الاستشفاء. ويوضح شكل (04) احتياجات الطفل المريض، وعناصر تنسيق الموقع التي تساعد على تخطي مرحلة الإنكار مع أهداف كل عنصر.

شكل رقم (04) : مرحلة الإنكار



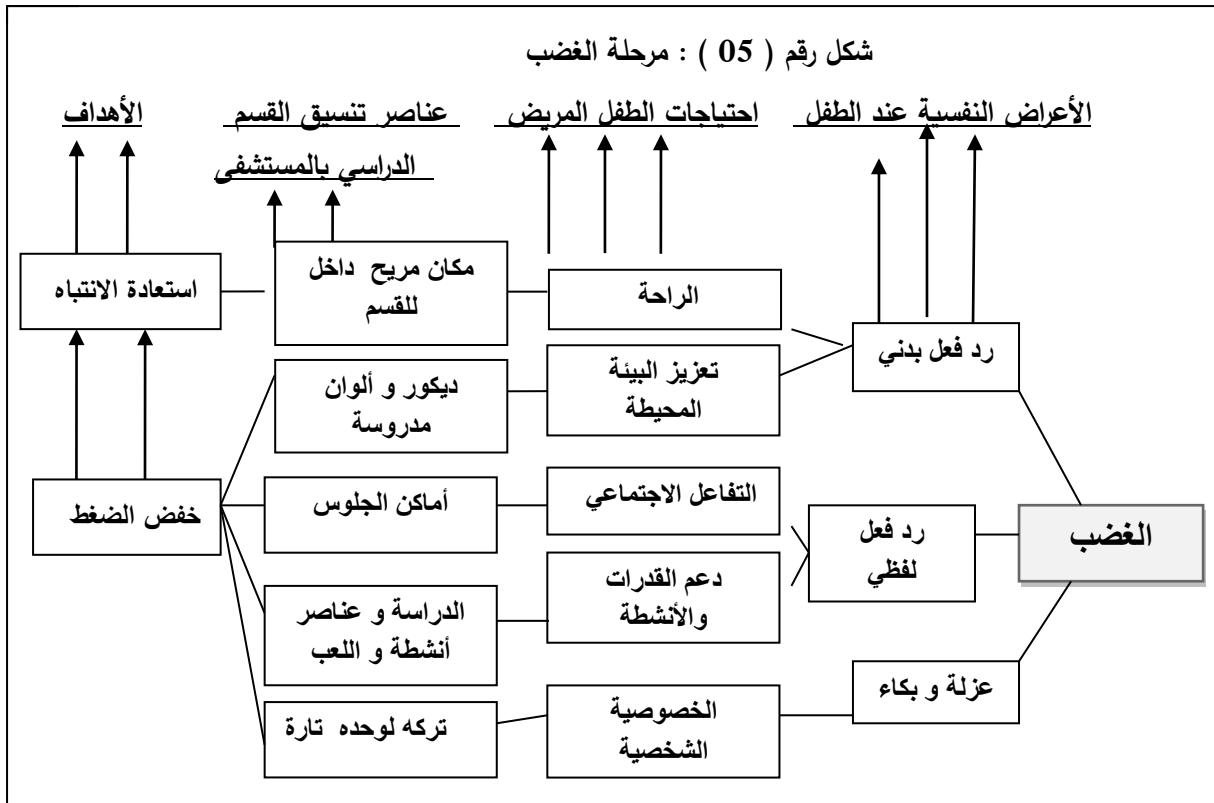
المصدر: (Tyson, M.M, 2007).

14-2- الغضب :

إن الأطفال غالبا ما تصاب بالغضب في حالة وجود إصابة تمنع حركتهم، مثل الكسر الذي يتطلب العكازات، أو الكراسي المتحركة أثناء الحركة. وقد أظهرت الدراسات النفسية انه حسب عمر الأطفال يختلف ردود فعلهم وعواطفهم، حيث أن الأطفال التي تتراوح أعمارهم (10-12) سنة، غالبا ما يكون لهم استجابة بدنية عنيفة وغضب شديد، وتشمل ردود الأفعال ضرب الناس و قذف الأشياء و غلق الأبواب بعنف والشجار والإضراب . والأطفال الصغار يميلون إلى العنف اللفظي أو العاطفي مثل الصراخ أو العبوس أو التخطيط للانتقام. (Gesell, A, 1996)

ولتخطي هذه الأعراض فان الطفل يحتاج إلى توفير الراحة له وتعزيز البيئة المحيطة، كما يحتاج إلى التفاعل الاجتماعي، ودعم القدرات والأنشطة والشعور بالخصوصية مع إمكانية ملاحظة الآخرين. ولتلبية هذه الاحتياجات في القسم الدراسي الخاص، فلا بد من توفير أماكن جلوس هادئة تساعد الأطفال على اعتدال مزاجهم وتقليل الغضب، وتخصيص وقت للعب والأنشطة الترفيهية داخل القسم تساعد على دعم القدرات والأنشطة التي يحتاجها الطفل، كما أكدت نظرية انخفاض الضغط

على أن الحركة و ممارسة الأنشطة واللعب يقلل التوتر، وعليه فان العمل على تخفيف طاقة الغضب التي تسيطر على الطفل وتقليل التوتر والإجهاد، يساعد على سرعة الشفاء للأطفال في المستشفى. ويوضح شكل (05) احتياجات الطفل المريض، وعناصر تنسيق القسم الدراسي بالمستشفى التي بدورها تساعد على تخفي هذه المرحلة.

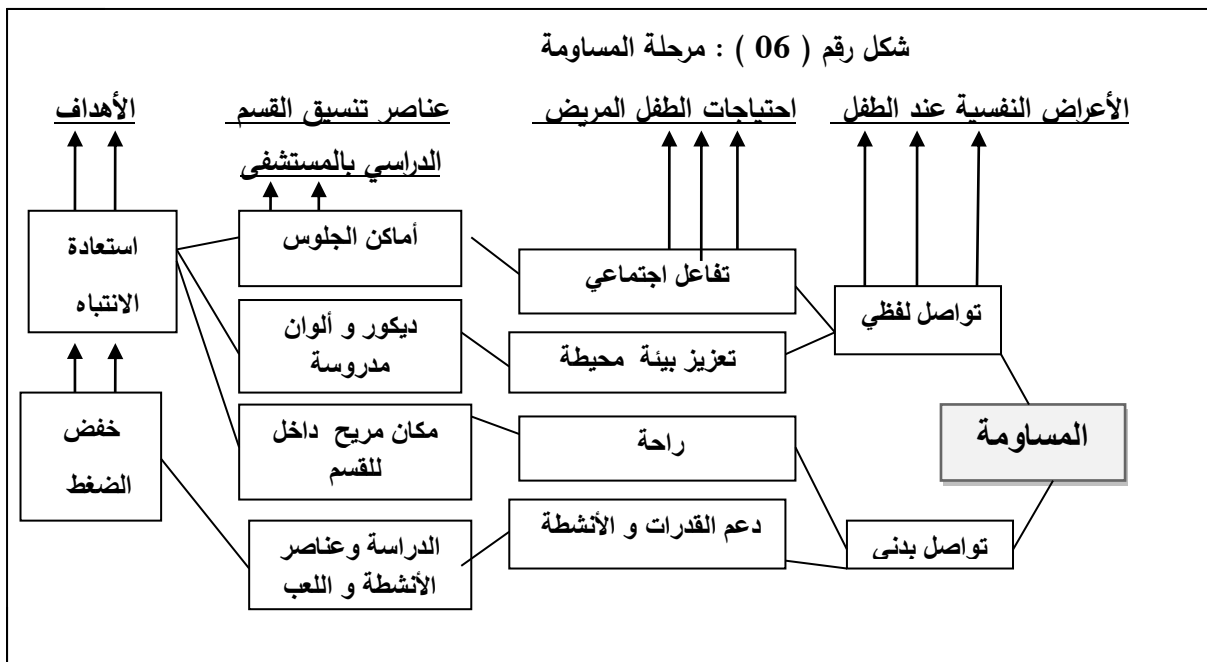


المصدر: (Gesell, A, 1996).

14-3- المساومة :

تبدأ عملية المساومة عندما يبدأ الطفل في التحدث مع نفسه أو مع شخص موثوق به كالأباء أو الأصدقاء، فتظهر أفكار لدى الأطفال، مثل " ربما لو أصبحت شخص أفضل لأصبح كل شيء كما كان "، " يا رب اشفيني وأعدك افعل ما تريد ". وهناك بعض الأطفال لا يجيدون التحدث مع مشاعرهم، ويفضلون التعبير عنها باستخدام التواصل اللفظي والجسدي، فالتواصل اللفظي ينطوي على التحدث عن الهموم بصوت عالي، أما إلى النفس أو إلى شخص آخر وإلى الحيوان الذي يمتلكه باعتباره أكثر الأشياء أمانا، والتواصل الجسدي عندما لا يستطيع الطفل التعبير عن نفسه فيحتاج إلى بديل، مثل الرسم على الحوائط بالألوان، أو عمل أشكال بقطع سهلة الحركة في القسم الدراسي، مما يساعد الطفل على التعبير عن نفسه .

ففي هذه المرحلة تظهر الأعراض في التواصل اللفظي أو الجسدي، ففي التواصل اللفظي يحتاج الطفل إلى تفاعل اجتماعي و بيئي، وهذا ما أكدته نظرية انخفاض الضغط، فداخل المستشفى يجب توفير المناخ الذي يدفعه إلى للتواصل مع الآخرين، وإلا اتجه إلى العزلة والانفراد بذاته، مما يؤثر بشكل سلبي في تعامله مع الطاقم الطبي أثناء مراحل العلاج، فهو بحاجة إلى اهتمام وحنان الكبار وإشعاره بالحب وانه مرغوب فيه، فإحساس الطفل غير مرغوب فيه، أمر يسبب له كثيرا من المشكلات، ويدفعه إلى الميول إلى العزلة، وعدم التكلم مع الكبار، والاتجاه التعامل مع الحيوانات الأليفة، فيكون من السهل على الطفل المريض الشكوى إلى الحيوان عن الطبيب، فغالبا ما يتحدث الطفل عن كل التفاصيل إلى الحيوان، بينما يراقب الطبيب المعالج الحوار، ليكون بمثابة المحفز على المناقشة بين الطفل والطبيب. (Jackson, J, 2012, p22).



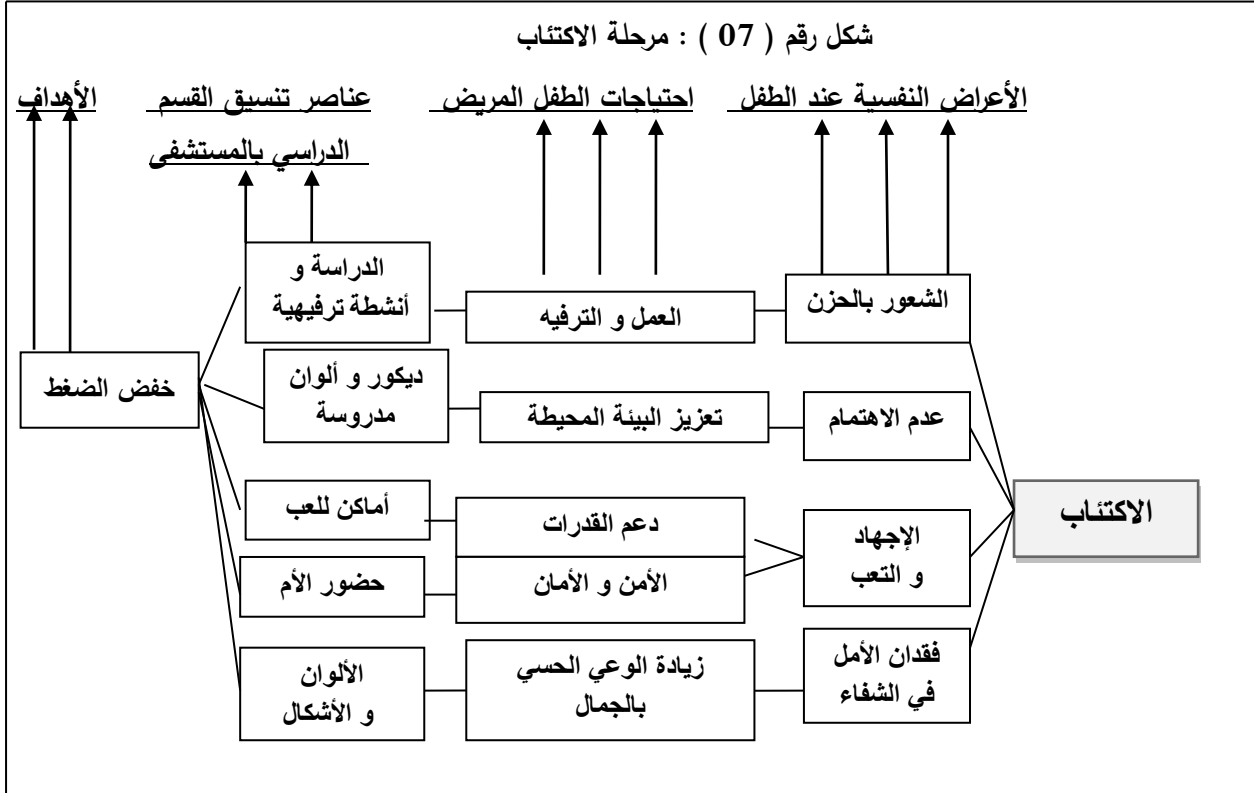
المصدر: (Jackson, J, 2012).

14-4- الاكتئاب :

الاكتئاب عند الطفل ينطوي على تغيرات في أربع (04) مجالات وهي : المشاعر، الحركة، الإدراك والدافع، فالتعبير عن المشاعر يكون في الشعور بالحزن والبكاء وسرعة الانفعال، ونقص الحركة يظهر في فقدان الشهية وفقدان الوزن والتعب وإطالة النوم أو عدم القدرة على النوم، وتغيرات الإدراك تظهر في انخفاض التركيز، والتغير في الدافع يظهر في انخفاض عام في الصحة.

(Kerig, P. 2012.)

ولتخطي هذه الأعراض يحتاج الطفل إلى الراحة، وأماكن للعب والأنشطة وتعزيز البيئة المحيطة لجذب انتباهه ولدعم القدرات والأنشطة لديه. (Tyson, M.M, 2007) .



المصدر : (Tyson, M.M, 2007)

14-5- القبول و الأمل :

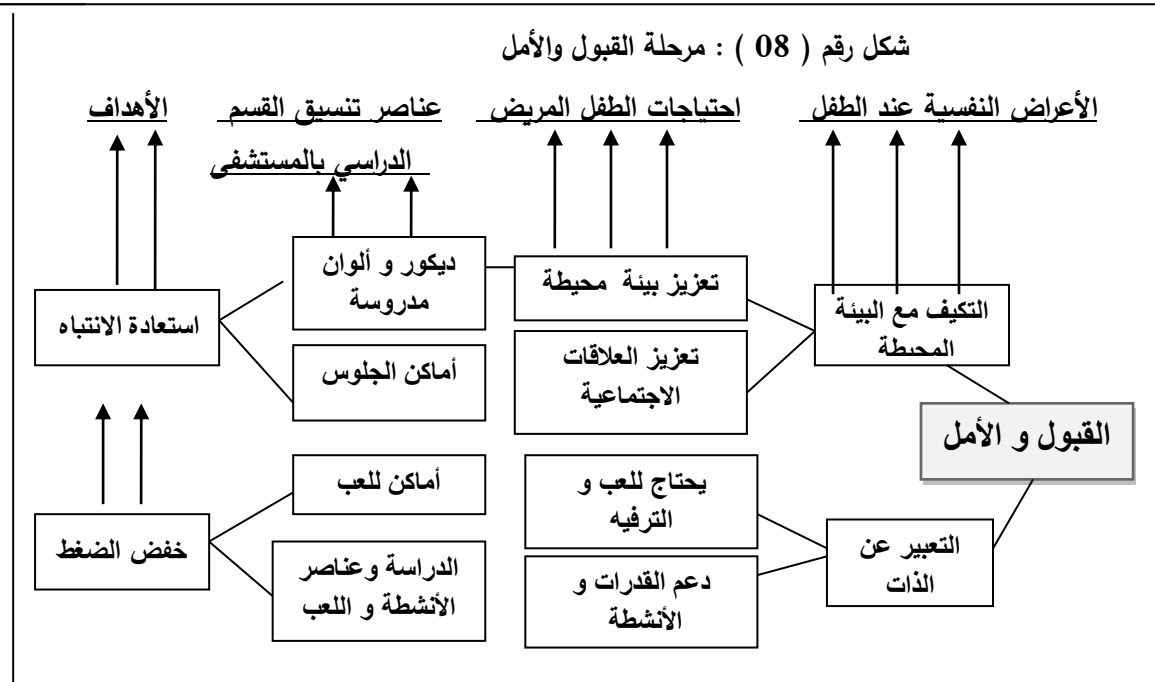
تتمحور مرحلة القبول والأمل حول تكيف الأطفال مع وضعهم الجديد، والتغلب على التحديات التي يواجهونها ، من خلال التعبير عن الذات والاستكشاف، فالأطفال عادة لا يستطيعون التعبير عن أنفسهم بنفس طريقة الكبار، فيستخدم الأطفال مجموعة متنوعة من الاستراتيجيات الغير لفظية للتعبير عن أنفسهم، فضلا عن تفرد كل طفل في تعبيره، فلا بد من توفر خيارات في بيئته للتعبير عن نفسه بشكل كامل. (Kaland, M , 2002)

ولتخطي هذه الأعراض يحتاج الطفل إلى تعزيز البيئة المحيطة به، وتعزيز العلاقات الاجتماعية داخل القسم الدراسي الخاص بتوفير الدراسة والترفيه .

ولتلبية ذلك لابد من توفير الألوان التي تساعد الطفل على القبول. فالألوان تبعث في نفسه الأمل وكذلك يجب توفير عناصر اللعب لأن اللعب جزء لا يتجزأ من حياة الطفل، حيث أكدت كلير كوبر أن اللعب هو طريقة الطفل في إقامة علاقات حقيقية مع العالم الاجتماعي والمادي، ففي المستشفى يواجه الأطفال مشاكل في التعبير عن مشاعرهم وغالبا ما يعبرون عن مشاعرهم بطرقهم المألوفة، مثل

اللعب وهذا يساعدهم على حل المشاكل، فيعتبر اللعب وسيلة للتعبير عن الصراع الداخلي والخوف والرغبات غير اللفظية .

إن عناصر تنسيق الموقع تلعب دوراً هاماً في تقبل الطفل لمرضه، ومحاولة التكيف معه والتعبير عما يؤلمه أملاً في الشفاء، والعودة إلى الحياة الطبيعية ، كما يوضح شكل (08) العناصر التي تساعد على سرعة الشفاء .



المصدر : (Kaland, M , 2002).

إن المراحل النفسية الخمسة (05) التي يمر بها الطفل المريض داخل المستشفى تترجم إلى عدة أعراض نفسية لكل حالة كما هي مبينة بالتفصيل في الأشكال السابقة، وتم التوصل منها إلى احتياجات الطفل المريض التي تعتبر بمثابة الأهداف المرجوة من عناصر تنسيق الأقسام التعليمية بالمستشفيات العمومية.

15- محيط الطفل المريض داخل المستشفى وعلاقته بالآخرين :

1.15- محيط الطفل المريض داخل المستشفى :

1.1.15 - غرفة الإقامة (التمريض):

إذا كان مرض الطفل أو إصابته يتطلبان مكوث الطفل لمدة طويلة في المستشفى ، فإنه تهيأ له غرفة خاصة ذات إضاءة جيدة بأشعة الشمس، ويمكن تهويتها بعيدة عن ضوضاء الشارع وروائح

المطبخ، بحيث تجهز هذه الأخيرة (غرفة التمريض) بكنبة لجلوس الممرض أو نومه فوقها إذا وجد لزومها لذلك.

2.1.15- سرير المريض :

يوضع السرير بالقرب من الجدار متجها نحو وسط الغرفة ليسهل الوصول إلى المريض من كل الجوانب، و تفضل الأسرة الحديدية للتمريض لسهولة تنظيفها و تطهيرها، ويختار منها ذات العلو المتوسط، و السطح الرخو كما يستحسن أن يكون السطح متحركا عند وضع الرأس ليتمكن رفعه أو خفضه إذا تطلبت حالة المريض ذلك، ويغطى سطح السرير بملاءة أو بطانية لوقاية فرشته من صدا الحديد، ثم يغطى الفراش جميعه بملاءة بيضاء تثنى أطرافها تحت الفراش من الجهات الأربع لكي لا تتكون في الملاءة بعد فرشها ثنيات تخلق راحة المريض. ثم تمد فوق هذه الملاءة الأولى ملاءة ثانية اصغر منها ووقاية للفراش من عرق المريض ومن إفرازات المريض مثل الجروح.

أما الوسادة فلها أشكال وأنواع مختلفة، والمستعمل منها غالبا من المربعة والاسطوانة والمخصصة منها لسند أجزاء معينة من الجسم ومن لوازم سرير التمريض للطفل منضدة فوق السرير لوضع الألعاب و الأكل فوقها.

3.1.15 الألوان المستعملة في غرفة التمريض :

للألوان ادوار هامة في التأثير على نفسية الطفل و يمكن الاستفادة منها كعامل من عوامل الشفاء، فالألوان في غرفة الطفل لا يجوز أن تكون قاتمة لا روح فيها بل يجب أن تكون مثيرة للبهجة في النفس ولم تعد ألوان الغرف في المستشفيات بيضاء كالسابق بل أصبح أكثرها باللون الأخضر المهدئ للأعصاب، والعلماء يقسمون الألوان إلى دافئة وباردة وكل منها يمكن أن يكون دافع انجذاب أو دافع نفور، وفيما يلي نوضح تأثير وفعالية كل لون :

الجدول رقم (06) يوضح تأثير وفعالية الألوان في غرفة التمريض

اللون	التأثير والفعالية
الأحمر	يرفع حرارة الجسم و الضغط الدموي و توتر العضلات و يسرع عملية التنفس.
الأزرق	يخفض فعالية الأعضاء، و كذلك ضغط الدم، و يقلل من سرعة النبض وعدد التنفس
الأخضر	مهدئ و مريح و يخفض ضغط الدم.
الأصفر	يثير الجهاز العصبي
البرتقالي	يولد حسا بالحرارة، و له تأثير نافع على فعالية الجهاز الهضمي و يسرع النبض
البنفسجي	يقوي المقاومة في الأعضاء

المرجع: (أمين رويحة، 1974، ص ص 225-228).

4.1.15- الإضاءة :

يمكن أن تكون لغرفة التمريض نوافذ جانبية أو وراء رأس المريض يدخل منها ضوء الشمس وأشعتها، على أن لا تصل إلى عيني المريض أما المصباح الكهربائي للقراءة فيكون بقوة (60 وات) تعلوه مظلة تجعل الأشعة المنبعثة منه تقع على الكتاب فقط أو الأيدي أثناء اللعب. و المصباح الليلي يجب أن يوضع في مكان يسهل على يد الطفل أن تطاله وأن تكون قوته (25 وات) فقط، وفوقها مظلة خضراء قاتمة اللون و الكثير من الأطفال يرغبون في إبقاء المصباح مضاء طيلة الليل.

5.1.15- التهوية:

تهوى غرفة التمريض في الشتاء بفتح النافذة فيها لمدة (05 دقائق) في اليوم على ان يغطي الطفل المريض خلالها جيدا إلى ما تحت ذقنه، والحرارة في الغرفة يجب أن تتراوح في فصل الشتاء بين (18-20 °) ويجب الحيلولة دائما دون حدوث تيار هوائي داخل الغرفة إلى أيام الصيف التي تترك فيها النوافذ مفتوحة باستمرار.

6.1.15- النظافة:

يجب مراعاة النظافة في غرفة المريض، يرتب السرير مرتين في اليوم وأفضل وقت لذلك هو في الصباح، بعد أن تهوى الغرفة وتدفاً ثانية وفي المساء بعد التهوية الأخيرة للغرفة أيضا، وعندما يرتب الفراش ينقل الطفل المريض إلى سرير آخر أو أريكة، أما تنظيف الغرفة نفسها وإعادة ترتيبها فيتم في الصباح وبسرعة وبدون إحداث ضوضاء.

7.1.15 - غرفة العزل:

هي غرفة التمريض في الأمراض المعدية كالحصبة الألمانية، الجدري فخطر انتقالها إلى شخص آخر ليس كبيرا وبالرغم من ذلك يجب أن لا يسمح للأطفال الأصحاء بالدخول إلى غرفة الطفل المصاب بإحداها، والامر يختلف تماما عند وجود احد المرضى الخطيرين المعديين (الخناق والديفتيريا والحمى القرمزية) ففي هاتين الإصابتين يأمر الطبيب باتخاذ احتياطات خاصة مشددة إلى جانب قيامه بإجراءات طبية خاصة عن باقي الأطفال في العائلة.

(أمين رويحة، 1974، ص ص 224-231).

2.15 - علاقات الطفل المريض داخل المستشفى :

إن وجود الطفل المريض داخل المستشفى لمدة قصيرة أو طويلة كانت وفقا لحالته المرضية والاستشفائية تتحتم عليه المعاشة داخل هذا الوسط ويتسم ذلك في عدة مظاهر يمكن حصرها في الآتي :

1.2.15 - علاقة الطفل بالرفقاء :

عادة ما يلاحظ بين الأطفال المرضى نوعا من المنافسة لتحمل الدواء خاصة الحقنة التي تشكل موضوع خوف، و هذه المنافسة دفعت العديد من الأطفال المرضى إلى تقبل العلاج وساعدتهم من التمرکز على أنفسهم. كما يلاحظ في التجمعات الحرة داخل غرفة اللعب تبادلات فضولية للتعرف على نوعية مرض بعضهم البعض، وهذا يساعد الكثير منهم لتقهم مرضهم ومواجهة الآمهم والتغلب على المرض للشفاء.

2.2.15 - علاقة الطفل بالأطعم الطبية :

العلاقة بين الأطباء والمرضى قد تكون ايجابية أو سلبية أو تكون هامشية أو غير قوية ولا ضعيفة بيد أن ايجابية أو سلبية العلاقة بين الأطباء والمرضى إنما تعتمد على المواقف التي يحملها كل من الأطباء والمرضى إزاء بعضها البعض فإذا كانت المواقف التي يحملها الأطباء إزاء المرضى فان العلاقة الاجتماعية بين الطرفين لابد أن تكون ايجابية ووطيدة، بينما إذا كانت المواقف التي يحملها الأطباء نحو المرضى سلبية فان العلاقة بين الطرفين تكون سلبية حتما.

3.2.15 - علاقة الطفل بالمرضى:

كانت علاقة الممرضين بالأطفال المرضى محدودة سابقا، لكن الآن أصبحت العلاقة تأخذ شكلا أكثر حرية واطل حدودا لان الممرضين أصبحوا على دراية علمية ونفسية، فالمرضى يهتم بصحة الأطفال ليس من النواحي العلاجية الطبية فقط بل يدخل أيضا في عالمهم ونفسياتهم ويعرف مشاكلهم لان ذلك قد يكون طريقا اقصر للعلاج الحقيقي، كما يقوم الممرض بملاعبة الأطفال بالمصلحة يصطحبهم إلى الساحة وهذا للاندماج العائلي ويساعد الطفل على التفتح أكثر على الفريق المعالج وكل هذا من اجل إعلاء صحة الطفل في المستقبل.

(احمد محمد عبد الله، 2008، ص ص 249-283).

فبالرغم من العلاقة التي تتكون بين الفريق الطبي والمريض طوال الفترة العلاجية، فيمكن أن تظهر مشكلات بينهما بحيث يمكن أن يرجع سببها إما إلى المريض أو الفريق المعالج، ويمكن أن نفسرها كما يلي :

الجدول رقم (07) : يوضح المشكلات التي يمكن أن تظهر بين الطاقم الطبي والمريض.

مشكلات العلاقة التي ترجع أسبابها إلى الطاقم الطبي	مشكلات العلاقة التي ترجع أسبابها إلى المرضى
- سوء المعاملة و خشونة الأسلوب	- ضعف احترام المرضى للأطباء
- ضعف اهتمام الأطباء بالمرضى	- عدم تقيد المرضى بنصائح و إرشادات الأطباء.
- اهتمام الأطباء بالمادة والريح السريع أكثر من اهتمامهم بالمرض الذي يعاني منه المريض.	- شكاوي المرضى ضد الأطباء.
- وصف الدواء دون تشخيص المرض.	- تدني المستوى الثقافي للمرضى.
- عدم صرف وقت كاف مع المريض.	- ضعف اهتمام المرضى بنظافتهم و مظهرهم الخارجي.
- عجز الطبيب عن تشخيص المرض و معالجة المريض.	

المصدر : (احمد محمد عبد الله، 2008، ص 254).

نلاحظ من خلال الجدول أن هناك مشكلات تظهر بين الطقم الطبي والمريض التي يمكن أن تعيق المسار العلاجي للطفل، فيجب على كل طرف إن يتحلى بمواقف إزاء الآخر بحيث المواقف التي يجب أن يحملها المرضى إزاء الأطباء هي المواقف ايجابية ومواقف المحايدة، المواقف الايجابية التي يحملها المرضى إزاء أطباءهم هي أنهم يجب أن يحترمونهم ويثمنون مهامهم الإنسانية ويتجاوبون مع ميولهم واتجاهاتهم وممارستهم وينفذون كل ما يأمر به الطبيب، أما المواقف المحايدة التي يجب أن يحملها المرضى إزاء أطباءهم التعاون والمحبة. أما بالنسبة للأطباء فمن الواجب أداء

مهامهم بصفة جيدة ومعاملة المريض بأسلوب إنساني حضري والاهتمام بالمريض إلى غاية مغادرة المريض الوسط الاستشفائي.

16- ردود فعل الطفل المريض المقيم بالمستشفى إزاء الاستشفاء :

إن الأثر الناتج عن فراق الطفل الصغير لوسطه المعتاد عليه، خاصة والديه، يتمثل في الصفات العدوانية التي سيظهرها الطفل والتي تعتبر ردود فعله إزاء الوضع المؤلم الذي يعايشه، فهنا على الطفل إن تتوفر له الشروط اللازمة للتكيف مع الوسط الجديد.

ففي هذه الفترة يكون الطفل بحاجة إلى وجود أمه بجانبه، لأنه إذا وجد نفسه في محيط غريب عنه سيؤدي به ذلك إلى الهيجان والبكاء ورفض أية مساعدة من طاقم العلاج، فان هذه الفترة الأولى التي يقضيها في المستشفى تتميز بردود فعل عنيفة و بالبحث المستمر عن أمه.

إن إحساس الطفل باليأس من الوضع الجديد الذي يعايشه تزداد حاجته لأمه، لكن ردود فعله تكون اقل عنف من المرحلة الأولى، فانه في هذه المرحلة يتسم بالهدوء، لكن لا يجب تفسير هذه المرحلة كمرحلة تكيف، بل تتميز بصعوبة الاتصال مع الطفل وبالحنن الشديد الناتج عن غياب الأم وجميع أفراد وسطه.

إذا أقيم الطفل لمدة طويلة في المستشفى فانه يتكيف مع المحيط الجديد لكن يجب الانتباه في هذه الفترة إلا انه يستعمل التكيف كأداة لكبت حزنه وإحساسه اتجاه أمه الغائبة، فيظهر الطفل انفصالة عن أمه بعدم الاهتمام بها أثناء الزيارات.(Barbara Lamant-op-cit, 1994, p13).

17- الحماية القانونية للطفل المريض في المستشفى حسب القوانين التشريعية الجزائرية :

صدرت عدة قرارات مشتركة بين وزارتي التربية الوطنية ووزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات على كيفية التكفل بهؤلاء الأطفال بعد إقامتهم لمدة طويلة في المستشفى لأجل العلاج، ومن بين هذه القرارات نجد :

17-1- القرار الوزاري المشترك رقم 2229 المؤرخ في 27 أكتوبر 1998، يتضمن إنشاء

أقسام لتعليم التلاميذ الماكثين في المراكز الاستشفائية و مراكز العلاج لمدة طويلة، وجاء فيه ما يلي :

- تنشأ الأقسام التعليمية داخل المستشفيات بين الوزارتين (التربية الوطنية و الصحة)، وتلغى بنفس الكيفية و بموجبها فليس من صلاحيات مديرية التربية إغلاق الأقسام المفتوحة.

- تلحق الأقسام بتنظيما وتربويا بمؤسسات تعليمية (ابتدائية ومتوسطة) بموجب مقرر مشترك بين مديرية التربية/ مفتشية الأكاديمية ووزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.
- تطبق هذه الأقسام البرامج الرسمية بطرائق ووسائل مكيّفة حسب حالة التلاميذ الصحية.
- يعاد إدماج التلاميذ في مدارسهم الأصلية بعد انتهاء مدة العلاج ويسجلون في المستوى الملائم للنتائج المحصل عليها أثناء دراستهم في هذه الأقسام.
- يخضع المعلمون والأساتذة العاملون في هذه الأقسام إلى المراقبة والتفتيش التي يضمنها المفتش التابع لقطاع التربية الوطنية.
- توفر مصالح قطاع الصحة و السكان الحجرات والتجهيزات والوسائل اللازمة لسير هذه الأقسام.

17-2- القرار الوزاري المشترك رقم 01 المؤرخ في 26 جوان 1999، يتضمن تحديد الولايات التي بمستشفياتها أقسام تعليمية، وهي إحدى عشر (11) ولاية : الجزائر، قسنطينة، وهران، عنابة سطيف، باتنة، تيزي وزو، البليدة، سيدي بلعباس، تلمسان ومعسكر. بحيث دخل تنفيذ هذا القرار حيز التطبيق في الموسم الدراسي 2000/1999، حيث فتحت أقسام تعليمية في تسعة (09) ولايات فقط دون ولاية الجزائر والبليدة التي فتحت بها الأقسام فيما بعد.

17-3- القرار الوزاري المشترك رقم 32 المؤرخ في 27 جوان 1999، يتضمن الجوانب التنظيمية والتربوية لهذه الأقسام والتوقيت الأسبوعي الخاص بمختلف المستويات التعليمية للأطوار الثلاثة ولضمان نجاح التعليم أكد على ضرورة تكوين الأساتذة والمعلمين والمتابعة المستمرة من طرف المفتشين

17-4- المنشور الوزاري رقم 34 المؤرخ في 13 جويلية 1999، الصادر عن وزارة التربية الوطنية، يتضمن ضرورة فتح الأقسام التعليمية بالمستشفيات في عدة ولايات وأكد على فتحها في الموسم الدراسي 2000/1999 وضرورة تنفيذ، ولضمان سيرورة هذه العملية يؤكد على توفير الوسائل المادية و البشرية لإنجاح هذه العملية.

17-5- المنشور الوزاري رقم 880 المؤرخ في 09 ماي 2016، الصادر عن وزارة التربية الوطنية، يتضمن تعزيز التكفل البيداغوجي بالتلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة في المؤسسات التعليمية والماكثين في المستشفيات بالتنسيق مع القطاعات المعنية.

• خلاصة الفصل :

شاء القدر لطفل أن يصاب بمرض أو بمرض مزمن أو إعاقة ناتجة عن حدث تؤثر على حالته الجسمية، النفسية، الانفعالية والاجتماعية وبعض الأطفال تتدهور حالتهم الصحية ويضطرون الدخول إلى المستشفى لأجل العلاج أو قضاء فترة نقاهة مما يبعدهم عن الجو العائلي والأصدقاء وانقطاعهم عن الدراسة طوال فترة الإقامة في المستشفى، ولهذا فتحت أقسام تعليمية في المستشفيات لضمان تعليم هؤلاء الأطفال ومتابعة دروسه من جهة ومن جهة أخرى تعتبر كنوع من العلاج داخل المستشفى التي تنسيه من أوجاعه وآلامه .

الفصل الرابع

الضغوط النفسية

• الضغوط النفسية

- تمهيد:

1- التطور التاريخي لمصطلح الضغط.

2- تعريف الضغط.

3- مفهوم الضغط النفسي.

4- تعاريف الضغوط النفسية.

5- أنواع الضغوط النفسية.

6- مسببات الضغوط النفسية.

7- أعراض الضغوط النفسية.

8- الآثار المترتبة على الضغوط النفسية.

9- مكونات الضغوط النفسية.

10- مستويات الضغوط النفسية.

11- النظريات المفسرة للضغوط النفسية.

12- الآثار المترتبة على الضغوط الناجمة عن المرض .

13- أساليب تحديد وقياس الضغوط النفسية.

14- أساليب علاج الضغوط النفسية.

- خلاصة الفصل :

- تمهيد :

تعتبر الضغوط إحدى الظواهر المرتبطة بطبيعة الحياة الإنسانية، حيث أنه من الصعب أن يعيش الإنسان دون أن يتعرض لأية ضغوط في الحياة، خاصة في ضل العصر الحالي الذي يتسم بكثرة الضغوط المصاحبة للتغيرات السريعة المتلاحقة الذي يشهدها العصر في شتى مجالات الحياة، وتشير "كوبازا (1982) kobasa" إلى ذلك بقولها " إن تعرضنا للضغوط أمر حتمي لا مفر منه، حيث أن واقع الحياة محفوف بالعقبات، وأشكال الفشل، والنكسات، والظروف غير المواتية، ونحن لا نستطيع تجنب الفشل، أو الإحباط، أو الفقد، ولا نستطيع أن نتجنب، أو نهرب من متطلبات التغيير في النمو الشخصي في أي مرحلة من مراحل النمو" (kobasa , S.C. 1982.p.707).

ويعد موضوع الضغوط من الموضوعات ذات الأهمية القصوى، وفي مقدمة الموضوعات التي تناقش في مجالات مهمة مثل التعليم، الطب، الصحة، علم النفس، الهندسة والطبيعة وغيرها من المجالات التي تهم الأفراد ليس فقط بسبب التأثيرات العقلية، والجسمية التي يمكن أن يسببها الفرد ولكن بسبب قدرته على إيجاد مشكلات اجتماعية واقتصادية في المجتمع، وان لم يكن بصورة مباشرة وقد وصفه كثير من العلماء بأنه طاعون القرن العشرين الذي لا يمكن تجاهله.

وتعد الضغوط النفسية إحدى ظواهر الحياة الإنسانية التي يتعرض لها الإنسان في مواقف متباينة فهي تتطلب منه التوافق، وإعادة التوافق مع البيئة، وظاهرة الضغوط لا تختلف عن بقية الظواهر النفسية كالقلق، والإحباط، فهي من نواتج ملازمة الوجود الإنساني، ولا تكون دائما على نحو سلبي فمحاولة الهروب منها تعني بوضوح نقص فعليات الفرد، وإخفائه في الحياة.

1 - التطور التاريخي لمصطلح الضغط:

تاريخيا مصطلح الضغط يسبق الاستخدام العلمي المنظم له بزمن طويل، فقد استخدم منذ بداية القرن (14م) بمعنى الصلابة، أو العسر، أو الضراء، أو الكرب، وفي أواخر القرن (17م) استخدم "هوك (Hooke)" الضغط في سياق العلوم الطبيعية على الرغم من أن هذا الاستعمال لم يكن منظما حتى في بداية القرن (19م)، وبعد عدة سنوات اعتبر "كانون (1932) Cannon" الضغط اضطرابا في التوازن الذاتي يحدث تحت ظروف البرد، نقص الأكسجين، انخفاض السكر في الدم، وغيرها.

(جمعة سيد يوسف، 2000، ص ص 257-258).

ويعود الاهتمام بدراسة أثر الخبرات والأحداث التي يمر بها الفرد على صحته النفسية إلى عام (1929)، حيث أجرى "كانون Cannon" ملاحظاته المنظمة على التغيرات الفسيولوجية المصاحبة للانفعالات الشديدة و الظروف المثيرة للضغوط كالألم و الجوع، وانتهى من ذلك إلى أن المنبهات التي تحدث إثارة انفعالية تسبب تغيرات في العمليات الفسيولوجية الأساسية، وفي عام (1951) قدم "أ.ماير A.Mayer" انجازا يتعلق باستخدام خريطة الحياة كوسيلة في التشخيص الطبي، مؤكدا على دور أحداث الحياة المثيرة للضغط في نشأة الاضطرابات النفسية. (حسين علي فايد، 2005، ص196).

كما كان "هانز سيلبي H.Selye" عالم الغدد الصماء بجامعة "موريا ل" هو رائد المدرسة التي قدمت مفهوم الضغط إلى الحياة العلمية عندما أرسى مفهومه عن "زملة التكيف العامة" في كتابيه "فسيولوجية و باثولوجية التعرض للضغط" و"الضغط في الحياة" ومن بعد ذلك طور هذا المفهوم في كتابة "دليل سيلبي لبحوث الضغط" عام (1980)، وقد تجمعت روافد الاهتمام العلمي بالضغط من عدة فروع علمية تشمل : علم الاجتماع، الأنثروبولوجيا، علم النفس، علم وظائف الأعضاء، علم الغدد الصماء، الطب.

وبالرغم من ذلك هناك فرعان فقط هما اللذان تمت من خلالهما بحوث الضغط، الأول المنظور البيولوجي الذي قام على أساس البحوث الفسيولوجية و الغدد، والثاني هو علم .

(جمعة سيد يوسف، 2000، ص422).

وعليه تعتبر ظاهرة الضغوط، بصفة عامة، ظاهرة قديمة قدم الإنسان، إلا أن الاهتمام بها كموضوع للدراسة العلمية حديث نسبيا، رغم جهود علماء المسلمين من أمثال "الغزالي"، "ابن سينا" لكنهما لم يتعرضا في كتابهما لها بالصورة التي يبحث فيها في العصر الحديث، كما قد أشار "جرمان (1971) Gherman" في حديثه عن الضغوط أن كتاب أوروبا لم يشيروا إلى هذا المصطلح إلا في القرن (14م). (سميرة بوزقان، 2005، ص 27).

ولعل "ابن سينا"، هو أول من تناول مفهوم الضغط بالدراسة العلمية التجريبية، فقد ربط حملا وذنبا في غرفة واحدة دون أن يستطيع أحد منهما أن يطال الآخر، وقد كانت النتيجة هزال الحمل وضموره ومن ثم موته، وذلك على الرغم من أن لديه نفس كمية الغذاء التي كان يستهلكها حمل آخر يعيش في ظروف طبيعية. (فتيحة بن زروال، 2007، ص 14).

كما استخدم هذا المفهوم في البداية في اللغة الانجليزية في القرن (17) تحت مفهوم الضيق الاضطهاد، قسوة الحياة، فقدان، الحرمان، المحن، الهواجس، الكوارث والخصومة، أي أنها تعبر عن نتائج حياة قاسية بكلمة واحدة هي "الضغط" ولم يوجد هذا المفهوم في اللغة الفرنسية قبل القرن (20). بمعنى آخر لم توجد كلمة "stress" في اللغة الفرنسية قبل القرن العشرين، ولكنها على العكس كانت مستخدمة في اللغة الانجليزية خلال قرون. (جان بنجمان ستورا، 1997، ص 11).

وفي القرن (18) استخدم مصطلح الضغط مرادفا لمعنى القوة والضغوط النفسية، أما في العصر الحالي فقد أصبح يشير لدى كثير من العلماء والباحثين إلى الصراع وبعض الانفعالات كالغضب والخوف. (احمد الشخانية، 2010، ص ص 19-20).

وقد استخدمت كلمة الضغوط في القرن (18) لتعني الإكراه، القسر، الجهد القوى، الإجهاد والتوتر لدى الفرد أو لأعضاء الجسم أو قواه العقلية. (حسين حريم، 1997، ص 378).

كما عرف في القرن (19) بداية انتشار استعمال مفهوم الضغط، فخلال هذه الفترة أعترف الفسيولوجي الفرنسي "كلود برنار (1867) Claude Bernard" بالنتائج السلبية الكامنة في عملية الضغط على اتزان الجهاز العضوي، حيث قال " إن التغيرات الخارجية في البيئة بإمكانها تعطيل الجهاز العضوي، وحتى يحافظ على نفسه ينبغي عليه أن يتكيف بطريقة ملائمة مع هذه التغيرات، وأنه من المهم جدا أن يحصل العضو على الاتزان في البيئة الداخلية.

وترجع جذور مصطلح الضغط إلى بداية القرن (20)، إذ تشير قواميس اللغة إلى أن هذا المصطلح مرادف للشدة و التي تعني الإجهاد أو التوتر، ويشير باللاتينية إلى التعرض للضغوط، واستعمل في اللغة الانجليزية لأول مرة مصطلح "Distress" بمعنى الكرب، "Hardship" بمعنى الضيق "Adversity" بمعنى الشدة. (أحمد نايل الغرير، أحمد عبد اللطيف، 2009، ص 21).

كما تم رصد مصطلح الضغوط في كتاب مميز عن الحرب كتبه "جرينكر وسبيجل Grunker et Spiegel" كان عنوانه " البشر تحت الضغط" كما يمثل "لازاروس (1966) Lazarus" أحد العلماء البارزين في دراسة الضغوط و تنبثق أهمية أعمال "لازاروس" في اهتمامه بعملية المواجهة أو التعامل مع الضغوط.

حيث يشير "لازاروس" إلى أن عددا من علماء النفس قد استخدموا مفهوم الضغط النفسي مرادف لمعان مختلفة مثل القلق، الصراع أو بعض الانفعالات مثل الغضب، الخوف واعتبرها بعضهم الآخر خبرات مؤلمة تؤثر في مزاج الفرد. (أحمد الشخانية، 2010، ص 19).

ويشير "برانير" (1998) Briner إلى أن هناك ثلاثة (03) مسارات تاريخية تعكس تطور مصطلح الضغوط النفسية في الوقت الراهن و هي :

- **المسار الأول:** يتمثل في تأثير الأفكار المستمدة من علم الأحياء والكيمياء التي وجدت في القرن (19) في أعمال كل من "كانون" (1935) Cannon، و"سيلبي" (1956) Selye.

(أحمد الشخانية، 2010، ص24).

ففي عام (1936) قام "هانز سيلبي" بجامعة "مونتريال" بوضع أولى علامة لاستجابة الإنذار في أفريلوماي (1948) في مؤتمر بفرنسا، وفي جوان (1950) بمستشفى "Laennec" عرض مفهومه حول "التناذر العام للتكيف". (P.Loo, H.Loo, Galinowski, 2003, P04).

وفي عام (1950) قام الفيزيولوجي الكندي "سيلبي" بتبني موضوع الضغط، وهو ما أطلق عليه عام (1936) بـ "التناذر العام للتكيف d'Adaptation Syndrome Général" أو رد الفعل الفيزيولوجي الموحد للعضو الخاضع للعدوان، أو بالأحرى خاضع لطبيعة هذا العدوان.

(Louis Crocq et al, 2007, P04).

وقد بدأ في عام (1936) مصطلح الضغط يستخدم بمعنى فني خاص جدا، حيث كان يعني مجموعة متناغمة من دفاعات الجسم ضد أي شكل من المنبهات المؤلمة، بما في ذلك التهديدات السيكلوجية، وهي الاستجابة التي أطلق عليها "سيلبي" بـ "زملة التكيف العام"، وبالتالي لم يعد الضغط حاجة أو ظرفا بيئيا، وإنما مجموعة فسيولوجية شاملة من الاستجابات والعمليات تفرضها تلك الحاجات أو الظروف، و بدأ "سيلبي" ينشر تقريرا سنويا عن الضغط من خلال بحوث بدءا من عام (1950) وفي عام (1956) جمع "سيلبي" هذه التقارير في كتاب أطلق عليه اسم "ضغط الحياة" وفي ذلك الوقت تضاعف تراث فسيولوجيا الضغط ليقتررب من ستة (06) آلاف مادة منشورة في العام الواحد، وقد ساعدت دعوة "جمعية علم النفس الأمريكية" "سيلبي" (1955)، على نقل الاهتمام بالضغط من الفسيولوجيا إلى علم النفس والعلوم السلوكية الأخرى. (جمعة سيد يوسف، 2000، صص 257-259).

- **المسار الثاني:** يتمثل في الأفكار المستمدة من أبحاث علماء التحليل النفسي التي قام بها "فرويد" Freud والتي قادت كلا من "هرتمان" (1939) Hartman و"مينجر" Manniger إلى تفحص الدور الفعلي للذات في الضغوط النفسية.

- المسار الثالث: قد جاء نتيجة لتطبيق مفاهيم علم النفس ومبادئه في قطاعات الجيش و الصناعة.

2- تعريف الضغط :

1.2- الضغط لغة :

-الضغط (ضغط الدم) :في الطب هو الضغط الذي يحدثه تيار الدم على جدر الأوعية، وفي الهندسة الميكانيكية هي: القوة الواقعة على وحدة المساحات في الاتجاه العمودي عليها، والضغط الجوي في الطبيعة هو الضغط الذي يتركز على نقطة معينة بفعل الثقل الذي يحدثه عمود الهواء على هذه النقطة وفيها الضغطة، الضغط...وغيرها.(عبد العزيز النجار، 2005، ص541).

- الضغطة بالفتح: هي الاضطراب والضيق والقهر.

- الضغطة بالضم: الزحمة والضيق والإكراه على الشيء ولشدة والمشقة، ويقال " اللهم ارفع عنا هذه الضغطة". (عمر مصطفى النعاس، 2008، ص ص26-27).

ومن الناحية اللغوية أيضا يعرف "عبد المنعم الحفني" الضغط بأنه "حالة المحنة، تصعب المرء، أي حينما تشد و تصعب به، ويقال الأمر عصب أي أنه شديد، والمحنة والشدة تنزل بالمرء فينعصب بها أو يمنح أي يتوتر ويقلق وتستقر دفاعاته البدنية والنفسية ليتوصل بها للتهيؤ مع الموقف العصيب فيخفف من توتره وقلقه ويستعيد التكامل والتوازن النقدي كان له".(مخولف سعاد، 2005، ص19).

2.2. الضغط اصطلاحا :

رغم الكتابات الكثيرة حول مفهوم الضغط النفسي من جانب العديد من المهتمين بالصحة النفسية والجسمية، إلا أن عبارة الضغط لا تعني الشيء نفسه لهم جميعا، و العامل المشترك في تعريفاتهم هو الحمل الذي يقع على كاهل الكائن الحي، وما يتبع من استجابات من جانبه ليتكيف أو يتوافق مع التغيير الذي يواجهه.(قماز فريدة، 2008، ص177).

وعليه يمكن اعتبار الضغط كمثير (مصدر لنشوء المرض)، كاستجابة (من خلال التظاهرات البيولوجية التي تستجيب لمثير بيئي)، أو كادراك للعلاقة بين مطالب الوضعية والقدرة على استجابة العضو.(De Keyser. V, Hansez. I, 1996, P02).

بمعنى آخر يعرف الباحثون في علم النفس الضغط النفسي بعدة تعريفات و كل تعريف ينطلق من أساس محدد وواضح، فبعض التعريفات ينطلق من المثير المحدد للإثارة، ونجد آخرون ينطلقون من الاستجابة الصادرة إزاء المثير، والبعض الآخر من التعريفات يجمع بين المثير والاستجابة، بالإضافة إلى متغيرات وسيطة قد لا تكون واضحة. (أمل سليمان الغري، 2004، ص 15).

وقد عرف العلماء الضغط من زوايا مختلفة، مما جعل البعض منهم مثل "لوبسون، Lobson" وآخرون يوضحون صعوبة وضع تعريف مناسب للضغط يتفق عليه الجميع، لكن بإمكاننا ملاحظة وجود ثلاثة (03) اتجاهات في تعريف الضغط و هي :

- الاتجاه الأول : مثيرا.

- الاتجاه الثاني : يعزوه إلى نتائج أي استجابة الفرد في المواقف الضاغطة

- الاتجاه الثالث : فينادي أصحابه بالتناول التفاعلي بين مسببات الضغط من جهة والاستجابات السيكوفيسيولوجية للعضوية اتجاه هذه المثيرات من جهة أخرى.

(لو كيا الهشمي، بن زروال فتيحة، 2006، ص 15)

وبالتالي فثمة تعريفات كثيرة لمفهوم الضغط النفسي، والتي يمكن تصنيفها إلى :

• **الصنف الأول** : تم تعريف الضغط على انه مثير منذ عام (1914) على يد العالم " والتر

كانون، W.Cannon" والذي يعني به مجموعة المثيرات الفيزيولوجية والانفعالية التي تجعل الإنسان يتعامل معها من اجل استعادة التوازن لديه، ولذلك فان أي ظروف مؤثرة تخل بنظام العضوية تعتبر ضغوطا. (صبرينة غربي، د.ت، ص 215)

كما يركز على المثيرات أو الظروف الخارجية في تعريفه للضغوط النفسية، فيعرفها بأنها " وجود متطلبات أو متغيرات بيئية تفوق قدرة الفرد على احتمالها" (احمد الشخانية، 2010، ص 21).

ويشير الضغط مفهوم الضغط بوصفه مثيرا إلى القوى الخارجية التي تسبب تشويها ماديا في هيكل الجسم أو تعطيلًا لوظائفه، وعلى هذا الأساس فالضغوط تعرف على أنها "المثيرات الضارة في البيئة المحيطة، و التي قد تكون نفسية أو مادية أو اجتماعية، مؤقتة أو دائمة.

(ابن زروال فتيحة، 2008، ص 118).

يري "هولمز، Holmes" بأن الضغط هو "حادث مثير يلقي مطالب صعبة على الفرد"، وكما يرى أيضا "تولور، Tolor" الضغط بأنه "أي تغير يلقي عبئا على القدرات التكيفية لدى الفرد".

(غربي صيرينة، د.ت، ص 17).

ويعرف "دافيدوف (1983) Davidov" الضغط النفسي على انه " مجموعة من المثيرات غير السارة والتي يقيمها الفرد على أنها تفوق مصادر التكيف لديه، وتؤدي إلى اختلال في الوظائف النفسية والفيزيولوجية والجسمية لدى الفرد. (ماجدة بهاء الدين السيد، 2008، ص 21).

كما عرفه " كوبر (1992) Cooper " بأنه " أية مثيرات أو تغيرات في البيئة الداخلية أو الخارجية تتصف بدرجة معينة من الشدة والاستمرارية بما يثقل القدرة التكيفية للفرد إلى حدها الأقصى مما يوقع

الفرد في أمراض، وأن استمرار هذه المثيرات بقدر ما يؤدي إلى استجابات جسدية ونفسية غير صحية".

كما عرفه "باول (1994) Powel" بأنه "الأحداث و العلامات التي تحدث بعد أحداث رئيسية مهددة مثل :موت احد الأقارب أو الإصابة بمرض جسدي أو التعرض للتهديد أو التعرض للكوارث". (غربي صبرينة، د.ت، ص 215).

- **الصف الثاني** : يركز هذا الصف على الاستجابات الفيزيولوجية والنفسية للضغط النفسية في تعريفها، فيعرفها - الضغوط النفسية- بأنها " الاستجابات السلوكية والانفعالية الناجمة عن وجود متطلبات تفوق قدرة الفرد على احتمالها".

وقد تأثر هذا التعريف بنتائج الأبحاث التي قام باجراها علماء الأحياء والطب، وخاصة التي قام بها " كانون (1914) Cannon" والتي تعد البدايات العلمية الأولى في دراسة الضغوط النفسية للإشارة إلى المثيرات الفسيولوجية التي تدفع الكائن الحي إلى القيام بسلوك معين بهدف استعادة حالة التوازن وقد توصلت دراسته إلى أن الكائن الحي عندما يتعرض إلى خطر ما أو تهديد لحياته، فان استجابته التكيفية لمواجهة تلك الأخطار تكون إما بالقتال أو الهروب، ولقد تم تطوير عمل "كانون، Cannon" من قبل "سيلبي (1964) Selye" حيث استخدم مصطلح الضغوط للإشارة إلى التغيرات الفسيولوجية التي تحدث في الجسم كاستجابة لمثيرات البيئة التي تشكل تهديدا لحياة الإنسان، والتي تمر بثلاثة (03) مراحل أساسية متتابعة :

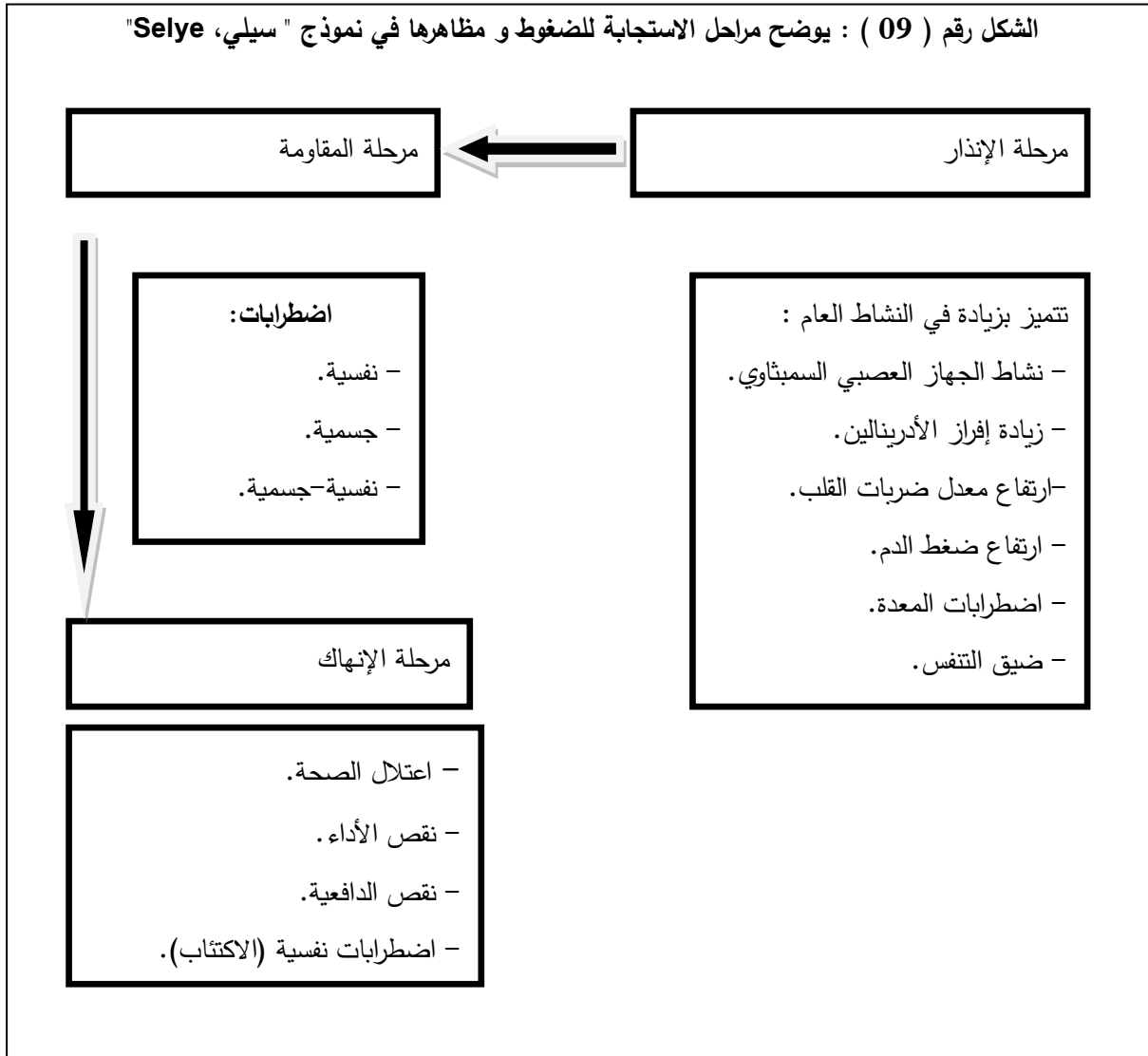
✓ مرحلة الإنذار (la phase d'alarme).

✓ مرحلة المقاومة (la phase de résistance).

✓ مرحلة الإنهاك (la phase d'épuisement). (احمد الشخانة، 2010، ص ص 22-23).

ومع استمرار التعرض للضغوط وعدم تمكن الفرد من التكيف والتغلب عليها، تستنزف طاقة الفرد وقدراته على التكيف والتغلب عليها، مما يؤدي إلى انهيار نظم ووسائل التكيف معها. (حسين حريم، 1997، ص 378).

وعليه يمكن تلخيص هذه المراحل في الرسم التخطيطي الآتي :



المصدر : (نشوة كرمعمار، 2007 ، ص31)

يوضح هذا الشكل الاستجابات الصادرة عن كل مرحلة، والخاصة بنموذج "سيلي" بداية بمرحلة الإنذار وما ينتج عنها من إفرازات وتفاعلات هرمونية، تليها مرحلة المقاومة والخاصة بظهور جملة من الاضطرابات الجسمية أو النفسية أو النفسية-الجسمية، وفي الأخير تأتي مرحلة الإنهاك لتظهر معها العلة الخاصة بسوء التوافق مع هذه الضغوط.

2.2- مفهوم الضغط في بعض المعاجم والقواميس :

إن الأصل اللغوي للفظ (Stress) انه حالة من الطحن أو الكبس أو العصر... فقد جاء هذا المعنى في " المعجم المختار"، حيث يشير إلى أن أصل كلمة "ض.غ.ط" أي ضغط اللحم أي فرمها وهو اللفظ الذي يدل على "الشدة" أو "المشقة"، وقد جاء في "المورد" لمعنى يضغط أنها وطأة أو إجهاد وهو مشتق من ضغط (press) بمعنى كبس أو ضغط بمعنى تحت الشعور بالوطأة أو الإجهاد وقد

جاء في " معجم علم النفس والتحليل النفسي" أن الضغط هو مجموعة من العوامل الخارجية والداخلية الضاغطة على الفرد بدرجة تولد لديه إحساسا بالتوتر أو تشويها، وإذا ما زادت شدته تفقده توازنه. (سميرة بوزقاق، 2005، ص 33).

أما في "معجم الوجيز (1996)" فقد وردت كلمة ضغط بهذه المعاني المتعددة : ضغط، ضغطا: عصر وزحمة، والتي تشير إلى معنى الاختناق والشعور بالضيق والظلم. (عمر مصطفى النعاس، 2008، ص 33).

وقد جاء في معجم "مصطلحات في علم النفس والطب النفسي" أن الضغط (Stress) (قوة، ضغط) حيث يرى "سيلبي (1936)" انه كلمة تعني بالأصل حالة رد فعل جسم حي خاضع لعمل محرض ما سمي هذا المحرض فيما بعد الضغط. (ميشلفود فريد، 2010، ص 88). وأشار قاموس " أكسفورد المختصر" إلى أن الضغط هو العبء أو المطلب الواقع على الجهد البدني والذهني. (وليد السيد أحمد، مراد علي عيسى، 2008، ص 126).

ويعرف " الدليل التشخيص والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية" (DSM IV , 1994) الضغوط بأنها " أعباء ترهق الفرد وتتجاوز طاقة التحمل لديه بدءا من أحداث الحياة القوية اليومية إلي أحداث الحياة القوية والحادة، حيث تمثل تلك الضغوط محورا هاما وأساسيا عند تشخيص أي مرض نفسي". (أمل سليمان العنزي، 2004، ص 126).

3.2- تداخل مصطلح الضغط مع مصطلحات أخرى:

هناك عدة مفاهيم تتداخل مع مفهوم الضغط، أو تحمل معنى قريب منه، كما يوجد ارتباك و خلط في التمييز بين الضغوط النفسية، القلق، الإجهاد، الإحباط، إلا أن هذه المصطلحات تستخدم أحيانا كمفردات مترادفة في مراجع علم النفس، إذ يشير " ستيفن (1997) Stephen" إن مصطلح الضغوط النفسية من أكثر المصطلحات عرضة لسوء الاستخدام وسوء الفهم من قبل الباحثين".

(أحمد الشخانية، 2010، ص 20).

حيث أشار "كوفر وايلي Cover et Aili" منذ سنوات مضت إلى أن مصطلح الضغط احتل مجالا كانت تغطية من قبل عدة مصطلحات أخرى مثل: القلق، الصراع، الإحباط، الاضطراب الانفعالي، الصدمة، الاغتراب، الشذوذ، كما هو الحال بالنسبة لمصطلحات أخرى.

(جمعة سيد يوسف، 2000، ص 257).

لذا فقد قامت " بن زروال فتيحة (2007)" بوضع محددات لهذه المفاهيم من خلال توضيح كل مفهوم على حدى :

- **الضغط ليس قلقا:** فالقلق انفعال، في حين يعبر الضغط من موقف يتواجد فيه الفرد ويجبره على التكيف، مفرزا بذلك مجموعة متنوعة من الاستجابات قد يكون القلق واحدا منها، وفي علاقة الضغط بالقلق يرى "لازاروس Lazarus" انه بالرغم من تداخل المفهومين، فان القلق يشكل نتيجة للإجهاد. (لوكيا الهشمي، بن زروال فتيحة، 2006، ص 08).
- **الضغط ليس توترا عصبيا :** فرغم وجود علماء أمثال "مايسن (1975) Maison" يميلون إلى تعريف الضغط بالتوتر العصبي أو الإثارة العاطفية المفرطة، إلا أن التوتر العصبي مثل القلق يمكن أن ينتج عن المواقف المجهدة.
- **الضغط ليس دائما فرطا في الإثارة:** فقد ينتج عن بيئة فقيرة المتطلبات، كما يحدث في الوظائف الروتينية المملة، ويؤدي هذا النوع من النقص في التنبيه إلى الاكتئاب.
- **الضغط ليس مرضا و لا مشكلة :** فهو استجابة تمكن الفرد من التكيف مع ما يطرأ في بيئته من تعديلات و تغيرات صغيرة كانت ام كبيرة، لكن الإفراط في ذلك قد يسبب تأثيرات سلبية كالأمراض النفس-جسدية.
- **الضغط ليس بالضرورة سيئا ومضرا :** فالضغط في الحقيقة محايد في جوهره، وما الطابع الايجابي أو السلبي الذي يضفي عليه إلا نتيجة لطريقة الفرد في معايشة الحدث أو الموقف الضاغط. ومن جهة أخرى توجد عدة مصطلحات تشير جميعها إلى مضمون واحد، فكلمات، الضغط، الإحباط، الأزمة النفسية، والشدة وهي كلمات تحل بعضها محل الآخر في كتابات العلماء والباحثين، فيوضح "لازاروس Lazarus" أن لمصطلح الضغط معاني متعددة، بينما نجد "سبيلبرجر Spielberg" يستخدم مصطلح " الضغط"، ونجد "هاين Hiun" يستخدم مصطلح "المواقف المتطرفة"، ويرادف " سعد جلال" بين مفهوم " الضغط" ومفهوم " الشدة"، إلا انه يكاد يوجد اتفاق بين الباحثين على نواتج الضغوط والأعراض والمؤثرات التي يستدل منها على أن الفرد واقع تحت ضغط ما، ويعد مصطلح الضغط من المصطلحات القديمة في مجال العلوم الطبيعية، ولكنه من المصطلحات الحديثة في مجال العلوم الإنسانية عامة وعلم النفس خاصة. (وليد سيد أحمد، مراد علي عيسى، 2008، ص 126).

3- مفهوم الضغط النفسي :

يمكن القول بان العامل المشترك في تعريفات العديد من الباحثين والمتمتهين في الصحة النفسية والبدنية هي الحمل الذي يقع على كاهل الحي وما يتبعه من استجابات من جانبه ليتكيف أو يتوافق مع التغيير الذي يواجهه، وبما أن التغيير هو إحدى الحقائق الثابتة في الحياة فانه يمكن القول بان التعرض للضغوط بدوره جزء من المعاشة اليومية للفرد.

إيجاد تعريف محدد لمفهوم الضغوط النفسية يمكن في انه تكوين فرضي وليس شيئاً ملموساً واضح المعالم من السهل قياسه فغالبا ما يستدل على وجود الضغوط من خلال استجابات سلوكية معينة كما هو الحال في التعريف على الذكاء أو المفهوم الذات أو النمط معين من الشخصية وغيرها من التكوينات الفرضية التي نستخدمها في العلوم السلوكية. (علي عسكر، 2003، ص 25).

إن هذا المفهوم الذي شاع استخدامه في علم النفس والطب النفسي تمت استعارته من الدراسات الهندسية و الفيزيائية حينما كان يشير إلى الإجهاد والضغط والعبء.

هذا المفهوم استعارة علم النفس في بداية القرن العشرين عندما انفصل عن الفلسفة وأثبت استقلته كعلم له منهج خاص به، وأيضا جرى استخدامه في الصحة النفسية والطب النفسي على يد "هانز سيلبي" الطبيب الكندي في عام (1956) عندما درس اثر التغيرات الجسدية والانفعالية غير السارة الناتجة عن الضغط والإحباط والإجهاد. (احمد نايل الغريز، أحمد أبو سعد، 2009، ص ص 19-20).

4- تعاريف الضغوط النفسية: للضغوط النفسية عدة تعاريف نذكر منها:**1.4- تعريف دورثي (2006) Dorthy :**

الضغط النفسي على انه " رد فعل فيسيولوجي ونفسي ناتج من استجابات الفرد على الأحداث التي يدركها على أنها تمثل تهديدا لكيانه". (بن صالح هداية، 2016، ص 25).

2.4- تعريف زينب محمد شقير (2002) :

عرفت الضغط على انه " مجموعة من القوى الخارجية والداخلية الضاغطة التي يتعرض لها الفرد في حياته، وينتج عنها ضعف قدرته على إحداث الاستجابة المناسبة للموقف. وما يصاحب ذلك من اضطرابات انفعالية وفيزيولوجية تؤثر على جوانب الشخصية الأخرى". (بن صالح هداية، 2016، ص 24).

3.4- تعريف كوكس (1990) Cox:

يرى "كوكس" أن الضغط ينشأ نتيجة أي صراع بين المطالب الملقاة على الفرد وقدراته على التعامل معها حيث يفكر الفرد في المطلب ويفكر في قدراته، وأن اختلال التوازن بين الطرفين هو السبب في ظهور الضغط، وأن هذا الضغط ينتج من تفاعل الفرد مع بيئته سواء أكانت هذه البيئة داخلية أم خارجية، ويبرز عندما يكون هناك تعارض بين حاجات الفرد وقدرته على تلبية هذه الحاجات.

4.4- تعريف ميشنباوم (1988) Meichenbaum :

يذكر " ميشنباوم" أن الضغوط عبارة عن قوة خارجية تؤثر على الفرد ينتج عنها توترا و انزعاجا كما ترتبط باستجابات الفرد عندما يتعرض لتهديدات بيئية مستمرة الأمر الذي يؤدي إلى اختلال في التوازن النفسي و الفيزيولوجية، وينتج عنه الإحساس بالغضب و الاستشارة و الغضب.

5.4- تعريف تيربر و نيومان (1987) Teirper et Newman :

على أن الضغط " حالة تنشأ من التفاعل بين الناس وأعمالهم وتتسم بإحداث تغيرات في داخلهم وتدفعهم الى الانحراف على أدائهم الطبيعي". (بن صالح هداية، 2016، ص 26).

6.4- تعريف لازاروس (1984) Lazarus:

أشار "لازاروس" إلى أن مصطلح الضغط ظهر لأول مرة في عام 1944 وبدأ يتداول في الولايات المتحدة الأمريكية أثناء الحرب العالمية الثانية وما بعدها ويؤكد " لازاروس" على أن الضغط ليس هو المثير وليس هو الاستجابة ولكنه تفاعل خاص بين المثير والاستجابة وعلى هذا يعرف "لازاروس" و"فولكمان (1984)" الضغط بأنه علاقة خاصة بين الفرد والبيئة التي يقدرها الفرد على أنها مرهقة أو أنها تفوق مصادره لتعامل معها و تعرض صحته للخطر. (أوراغي فوزية، 2017، ص 89).

7.4- تعريف سيدني كروج (1976) SydneyH.Croog :

لقد اعتبر "سيدني كروج" الضغوط بأنها حالة التوتر الداخلي للفرد والتي تحدث كاستجابة لضغط أو عدة ضغوط ورأى أن بعض المواقف التي قد تكون ضاغطة بالنسبة لشخص ما قد لا تكون ضاغطة لشخص آخر. (أوراغي فوزية، 2017، ص 90).

8.4- تعريف فرج وآخرون (ب.ت):

الضغط " حالة معاناة تنشأ نتيجة لتعرض الفرد إلى مواقف صراع حاد أو مطلب يفوق حدود استطاعته، وقد يرجع مصادر هذه الضغوط إلى ظروف داخلية تعود إلى الفرد نفسه أو خارجية مردها إلى البيئة المحيطة بالفرد.

من خلال التعاريف السابقة وحسب ما تيسر من إطار سيكولوجي خاص بمفهوم الضغط النفسي تضح وجود (03) متغيرات خاصة بالضغط، يتمثل الأول في المثيرات الضاغطة، والثاني في الاستجابات، أما الثالث فيشير إلى تفاعل كل من المثيرات والاستجابات، أي يمكن اعتبار المثير العامل الأساسي الذي يؤدي إلى استثارة الفرد، في حين تتمثل الاستجابة في ردود الفعل الناتجة عن المثير أما استمرار حالة الضغط النفسي فتتطلب تفاعل كل من المثير والاستجابة، ومن هذا المنطلق يمكن تحديد هذا المصطلح على أنه " تجربة ذاتية تحدث اختلالاً نفسياً أو عضوياً لدى الفرد ينتج عن عوامل داخلية ترجع إلى طريقة إدراك الفرد للموقف، أو عن عوامل خارجية محيطية أو كليهما معا.

9.4- التعريف الإجرائي للضغط النفسية كما يتبناه الباحث :

هي الدرجة التي يتحصل عليها الأطفال المرضى على مقياس الضغوط النفسية من وجهة نظر الأولياء والمعلمين قبل وبعد التحاقهم بالأقسام التعليمية داخل المؤسسات الاستشفائية العمومية.

5- أنواع الضغوط النفسية :

تتفاوت الضغوط التي يواجهها الناس، فمنها الضغوط الخفيفة أو المعتدلة أو الشديدة، ومن الضغوط ما هو مؤقت، ومنها ما هو مستديم، كما أن الناس يتفاوتون في استجاباتهم لنفس الضغوط تبعاً لشخصيتهم، وقدراتهم في الاستجابة والتكيف، وإدراكهم للضغوط ونتائجها عليهم، ومدى تحملهم وما يتمتعون من دعم ومؤازرة. (حسين حريم، 1997، ص 380).

"فثيرول (1970) Theorell" قد قسم مثيرات الضغط إلى حادة و مزمنة.

- الأولى : تعني تغيرات الحياة التي يمر بها الشخص.

- الثانية : مجموعة التقديرات الكلية للأحداث وعدد الأحداث التي تعرض لها المبحوث بالفعل.

(جمعة سيد يوسف، 2000، ص 259).

1.5- الضغط النفسي الحالي : هو نتيجة موقف معين (مسابقة مثلاً) وإذا تم التحكم به يصبح فعالاً.

2.5- الضغط النفسي المتوقع : يرتبط بدخول امتحان معين، ويمكن أن يكون ضاراً عندما يعطيه

الفرد أهمية كبيرة.

3.5- الضغط النفسي الحاد : هو استجابة الفرد لتهديد فوري مباشر، وهو ما يسمى بالصدمة، حيث

يجد الفرد نفسه في موقف يهدد هو لا يستطيع منعه (وليد السيد أحمد، مراد علي عيسى 2008، ص 138).

وتتمثل الأحداث الحادة أيضا في : الحوادث، الوفاة بطريقة قاسية، الكوارث الطبيعية، الطرد من العمل، وغيرها التي تحمل معها مختلف الضغوط، والتي تكون غير متوقعة، غير مراقبة، مرتفعة الشدة، وتمثل في غلب الأحيان ضغوطا كبرى. (Daniel Gloaguen, S.D, P 11).

ويصنف الضغط الحاد بأنه قلق كلاسيكي، يتسبب في توليد أعراض مرضية، وتبدأ أعراضها تظهر عند الشخص بعد مضي شهر من تاريخ تعرضه إلى الضغوط وتستمر شدتها لمدة يومين على الأقل، ومن ثم تأخذ بالتلاشي التدريجي مدة أربعة أسابيع. (ديانا هيلز، روبرت هيلز، 1999، ص ص 82-83). فالضغوط الحادة هي الأكثر انتشارا نتيجة متطلبات الماضي القريب والمتطلبات المتوقعة للمستقبل، وهذه يمكن أن يمر بها معظم الناس مثل: فقدان عقد مهم، ترك وظيفة، وغيرها، وهي لا تحدث التدمير كما هو الحال في الضغوط المزمنة. (احمد توفيق، 2006، ص 61).

وتتمثل أعراض الضغط الحاد في : خفقان القلب بسرعة وبقوة، تشنج العضلات، تزداد سرعة التنفس، يجف الفم، التعرق، الإحساس باضطراب في المعدة. (ناتالي بيرغ، 2004، ص 10).

4.5- الضغط النفسي المزمن : هو نوع من الضغوط التي تطحن الناس يوم بعد يوم وشهرا بعد شهر وسنة بعد سنة، والأمر أسوأ بالنسبة للضغوط المزمنة، حيث أن الناس تتعود عليها، وعليه فالناس ينتبهون للضغوط الحادة لأنها مستجدة عليهم، ولكنهم يتجاهلون الضغوط المزمنة لأنها قديمة ويعتادون عليها. (حسين احمد حشمت، مصطفى حسين باهي، 2006، ص ص 23-24).

فالضغط المزمن هو نتيجة لأحداث منهكة تتراكم مع الزمن في شكل سلسلة من الضغوط المتراكمة. وفي غالبية الحالات الضغط يكون مزمنًا، والعامل الضاغط يتميز بأنه متكرر ونفسي ويعيش الفرد تحت توتر دائم مما يدخله في خطر الإنهاك. (Daniel Gloaguen, S.D, P 12).

5.5- الضغط الايجابي : الضغط النفسي عبارة عن العنصر المجدد للطاقة التكيفية لكل من العقل والجسم، فإذا كانت هذه الطاقة يمكنها احتواء المتطلبات، وتستمتع بالاستثارة المتضمنة فيها، فان الضغط يكون مقبولا و مفيدا، أما إذا كانت لا تستطيع احتواء المتطلبات، ووجود الاستثارة يضعفها فان الضغط لا يكون مقبولا وغير مفيد بل يكون ضارا.

(حسين احمد حشمت، مصطفى حسين باهي، 2006، ص ص 23-24).

كما يعتبر الضغط عنصرا لا مفر منه، وهذا نظرا للمواقف الضاغطة والمهددة التي يتعرض لها الفرد باستمرار، حيث يقوم الضغط بواسطة استجابات بيوكيميائية دالة عليه بمساعدة الفرد على مقامة مثل هذه المواقف، وذلك من أجل السيطرة عليها وتعديلها، وبالتالي التخفيف من حدتها ليصل بذلك الى نوع من التكيف مع ذاته ومع بيئته، ويظهر هذا الأخير من خلال :

- ✓ **الجانب الجسدي** : يحدث الضغط بطريقة مباشرة أو غير مباشرة، تحسينات عديدة في هذا الجانب لتنشيط الجهاز الدوري، التنفسي، وغيرهما.
- ✓ **الجانب الفكري** : يتعلق بمختلف العمليات العقلية التي يعمل الضغط كمحفز على نضجها وتنميتها.
- ✓ **الجانب النفسي-السلوكي** : يتمثل في تعلم الفرد أنماطا سلوكية جديدة نتيجة اكتشافه لمجموعة من الخبرات الحياتية التي تعرض لها، والتي تساعده على حل المشكلات والاستعداد النفسي لها.
- ✓ **الجانب العلائقي** : ذلك عن طريق قدرة الفرد على التكيف مع المستجدات الخارجية وحسن تصرفه مع المواقف الاجتماعية الجديدة.
- وقد تحدث بعض الباحثين أمثال "سيلي (1974) Selye، "يفرلي و روزنفيلد (1974) Everly et Resenfeld" عن الضغط السار أو الايجابي (Eustress) والذين يعتقدون انه يظهر كتابع للأحداث الممتعة كالنجاح مثلا. (Bryan Hiebert, 1984, P16).
- فالضغط الايجابي يزودنا بالطاقة التي نحن بحاجة لها، وذلك لجعلنا في حالة نشاط وديناميكية والتي تسمح بالعيش في توافق مع حالة الضيق، ومقاومته وإعطاء الأفضل لنا.
- (D. Carnegie, 2000, P15).
- ويرتبط بوجود درجة مناسبة من الضغط والتوتر تدفع الفرد للعمل بشكل منتبج محققا لأهدافه.
- (وليد السيد احمد، مراد علي عيسى، 2008، ص 138).
- حيث يمثل الجانب الايجابي قدرة الكائن الحي على التحكم في مصادر الضغط، ويشير "جكسنتمهالي Csikzentmihalyi" إلى أن المتعة في ما يقوم به الفرد تظهر في الحدود بين الملل والقلق. (علي عسكر، 2000، ص 25).
- فليس من الضروري أن تكون الضغوط لها تأثير سلبي، فالقدر الخفيف من الضغوط يمكن أن يكون في بعض الأحيان مفيدا. (احمد توفيق، 2006، ص 61).
- وتوصل "لوفي Levi" إلى وجود نوعين من الضغط : نوع مفيد لبقاء الفرد ونوع ضار لنموه، وأكد أن الضغط شيء طبيعي في حياتنا ومن المستحيل تجنبه، وأن الإنسان يحتاج إلى قليل من الضغط المعقول. (مخولف سعاد، 2005، ص 25).

كما يوضح " كابلان (1981)Caplan" بان الضغوط النفسية قد تكون في بعض الأحيان قوة ايجابية و مبعثا للحياة و النشاط، تساعد الفرد على تحقيق أهدافه عن طريق مضاعفة مجهوداته ونشاطاته.(أمل سليمان العنري، 2004، ص 16).

6.5- الضغط السلبي : هو عبارة عن الضغوطات التي يواجهها الفرد في العائلة أو العمل أو العلاقات الاجتماعية، والتي تؤثر سلبا على الحالة الجسدية والنفسية، وتؤدي إلى أعراض مرتبطة بالضغط النفسي كالصداع، ألم في المعدة، التشنجات العضلية، الأرق وغيرها.
(ماجدة بهاء الدين السيد، 2008، ص 25).

ويعرفه " اليسون Elisson" على انه " عبارة عن استجابة كيميائية جسدية لحالة تهديد من مؤثر معين بهدف المحافظة على الذات، ولكن باستمرار تعرضه للمؤثر يمكن أن يسبب له أمراضا كأمرض القلب السرطان... والضغط بهذا المفهوم يختلف باختلاف العوامل الضاغطة من حيث شدتها، تكرارها...وعادة يحدث نتيجة شعور الفرد بحالة من الإنذار المبكر حينما يدرك الموقف الذي يعيشه، فيزيد الجسم من إفراز هرمون الأدرينالين في الدم، ويدخل سلسلة من التغيرات الفيزيولوجية كزيادة ضربات القلب ووتيرة التنفس..الخ، وإذا لم تجد هذه الطاقة المعبئة طريقة تصريف عضلي فإنها تتقلب على الجسم وتحطمه مما يؤثر على الوظيفة العضوية.(ابن زروال فتيحة، 2008، ص120).

وترى "الين Allen" أن تعرض الفرد للمواقف الضاغطة الصعبة يكون لها تأثير سلبي، فتجعل الفرد عاجز عن تحقيق أهدافه، وأيضا يعجز عن التفاعل مع الآخرين، ومن ثم ظهور الأعراض النفسية الجسمية.(وليد السيد احمد، مراد علي عيسى، 2008، ص 138).

فمن النتائج السلبية للضغط النفسي على الجسد نجد: الأرق، التجاعيد، فرط التوتر، الخفقان، ألم الظهر، مشاكل البشرة، المعدة، انتانات، العجز الجنسي، والتي تنعكس على العلاقات الاجتماعية وعلى النجاعة في العمل، وتظهر في : القابلية للغضب، فقدان القدرة على السماع، انخفاض القدرة على التركيز، الانسحاب، وتكون هذه الأعراض نمطية تسمى الإرهاق.

(.2003, P 72-73 Servan-Schreiber, D.)

فقد يكون للضغط المفرط و الممتد تأثير مؤذ على الصحة العقلية والجسدية والروحية، وإذا ما تركت مشاعر الغضب، الإحباط، الخوف، الاكتئاب، المتولدة من الضغط دون حل فإنها تستطيع أن تطلق تشكيلة من الأعراض، والضغط يعد عامل مساعد على أحداث حالات ثانوية نسبيا كالصداع الاضطرابات الهضمية، الاضطرابات الجلدية، الأرق، ويمثل كذلك دورا مهما في الأسباب الرئيسية للموت : كالسرطان، الأمراض القلبية الشرايينية....الخ.(سمير شيخاني، 2003، ص 13).

ويصبح الضغط مشكلة عندما يكون هناك الكثير منه، عندما يدوم طويلا، أو عندما يحدث غالبا عندئذ يبدأ بأحداث أعراض غير مرضية وإيذاء الجسم، وهذا هو الضغط السلبي الذي يسميه "سيلبي" بـ "المحنة". (ناتالي بيرغ، 2004، ص 63).

وقد أكد كل من " مايروسوتن (1996) Mayer et Sutton" إن الضغوط تؤدي إلى الاضطراب النفسي، العقلي والعاطفي، مما يؤدي إلى فقدان الطاقة و الثقة وضعف الأداء والسلبية اتجاه الآخرين. (هشام خولي، 2007، ص 63).

ولقد اعترف الباحثون بوجود نوعين من الانفعالات، يعتبر احدهما ايجابي والآخر سلبي، ومن بين هؤلاء الباحثين " سيلبي" الذي كان أول من عرف الانفعال النفسي البدني و شبهه بـ " ملح الحياة"، وأنشده الانفعال هي التي تضر بالجسم والسلوك، فقد يصل الأمر إلى ظهور أمراض نفسية جسدية، وقد تحدث انحرافات سلوكية أهمها : شرب الخمر، تناول المخدرات. (محمد يحيى، 2000، ص 06).

أشار "الين (1983) Alen" إلى أن تعرض الفرد للمواقف الضاغطة قد يكون له تأثيرا ايجابيا يدفعه إلى تحقيق ذاته، وقد يكون له تأثيرا سلبيا يجعله يعجز على تحقيق أهدافه، يعجز أيضا عن التفاعل مع الآخرين، ومن ثم ظهور الأعراض النفسية.

وأكد كل من "أبو سريع ورمضان محمد (1994)" على أن الضغوط ليست كلها سيئة على الإطلاق، كما أنها ليست كلها جيدة على الإطلاق، وإنما هو متصل بين قطبين يضم العديد من المحددات والمتطلبات التي تتعلق بكل من العقل والجسم، فالضغوط هي مطالب الطاقة الجسمية وتبعاً لطبيعة ومدى هذه الطاقة تتم الاستجابة على نحو ما، فإذا كانت طاقتنا جديّة وكافية فإننا نستجيب بطريقة جيدة وإذا لم تكن كذلك فإننا نستسلم و ننهار. (هشام عبد الرحمن خولي، 2007، ص 63).

7.5- اضطراب الضغوط التالية للصدمة : يرمز له بـ(PTSD) يعرف في الطبعة المنقحة في " الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع المنقح (DSM-IV-TR,2000) الذي صدر عن جمعية الطب النفسي الأمريكية بأنه " حدث كبير وجسيم وفجائي، خارج عن النطاق المألوف واستثنائي وخطير مما يدخل الأفراد في دوامة من العجز للتكيف معه، وتتمثل في الأفعال المقصودة (الاعتداء الجسدي الاغتصاب، السرقة، السطو بالقوة، أعمال إرهابية، حروب...الخ) والحوادث العامة (حوادث الطرقات الحرائق، حوادث العمل، حوادث صناعية...الخ) والكوارث الطبيعية (الزلازل، الفيضانات الأعاصير،...الخ). (محمد الصغير شرفي، سليمان جار الله، 2009، ص 19).

8.5- الضغوط المادية : لم ينشأ الاهتمام المستمر والمتنامي بالضغط من فراغ، بل أن ما تتكبدته المؤسسات والمجتمعات من جراء تأثيراته السلبية من خسائر تقدر بالملايير، كفيل بجعله بؤرة اهتمام تنظيمات متنوعة، وذلك حسب تنوع أنشطة الإنسان ومناحي حياته (السياسية، الاقتصادية، العلمية الاجتماعية)، لذا فقد قامت المنظمة العالمية للصحة (OMS) بإيراد ندوة وزارية أوروبية حول الصحة العقلية من أن كلفة الضغط في البلدان الخمسة عشر (15) أعضاء الاتحاد الأوروبي قبل (2004) تتمثل في المتوسط ما بين (3-4%) من المنتج الوطني الصافي، أي ما يعادل (265 مليار سنويا). كما قدر كل من "كارازاك وتيورال (1990) Karasek et Theorel" هذه الكلفة في الولايات المتحدة الأمريكية بـ (150 مليار دولار). (ابن زروال فتيحة، 2007، ص ص 04-05).

ويقرر "بيتر هانسون Peter Hanson" أن اقتصاد أمريكا الشمالية يخسر سنويا حوالي (200 بليون دولار) بسبب الضغوط، وأن الضغوط مسئولة عن (80%) من الأمراض، وتتسبب في وفاة الملايين من البشر سنويا، كذلك يرى أن الإنسان الخاضع للضغوط والذي لا يعرف كيف يواجهها بشكل صحي كثيرا ما يستجيب استجابة مرضية بالتدخين أو الإدمان على المخدرات. (خالد عبد الوهاب، 2006، ص 81).

9.5- الضغوط الخارجية : من صعوبات في التعامل مع المحيط الاجتماعي، عدم القدرة على مواجهة المشكلات و تحمل الصدمات كالخسائر المادية، موت شخص عزيز. (محمد علي كامل، 2004، ص 09).

10.5- الإنهاك النفسي (الاحتراق النفسي) : هو مصطلح شاع استخدامه في اللغة الانجلوسكسونية، يستخدم بشكل مفرط مرادفا للضغط المهني، فحسب مقاربة التحليلي " فرودنبرجر (1974) H.J.Frendenberger" فانه يشير إلى إرهاق يصيب على الأخص أصحاب المهن ذات الطابع الاجتماعي (الصحة، التعليم، الحماية المدنية،... الخ) باعتبارها مهنا مرتبطة بشكل مباشر بالعلاقات والانفعالات بين الأشخاص، كما يعتبر تناذر الاحتراق النفسي استجابة لضغط مزمن يعبر عنها من خلال : إرهاق جسدي، نفسي، معرفي، يتميز بالشعور بالعجز واليأس، انخفاض تقدير الذات، فقدان الحماس في الحياة عموما، وفي العمل خصوصا.

لهذا فهو حالة من استهلاك القوى الجسدية والعقلية والعاطفية مجتمعة، وتنشأ من النتائج التراكمية للإجهاد المتواصل، وبالتالي هي حالة من الاستنزاف التدريجي للطاقة، وإذا استمرت هذه الحالة يحدث تدهور للجهاز العضوي. (ماجدة بهاء الدين السيد، 2008، ص 24).

ففي أعمال كل من " الدويتش و برودسكي (1980) Eldewich et Brodsky " و " جولمبيوفسكي (1983) Golembiewski " قاما بتمييز أربع مراحل متتالية في تطور الاحتراق النفسي :

1- حماس، اندماج، بداية مستوى مرتفع من الطموح، يليها إحباط تدريجي راجع إلى قلة النجاح وعدم كفاية الموارد المتاحة.

2- يؤدي هذا التباعد بين المتطلبات والموارد المتوفرة إلى ضغط يظهر من خلال تعب نفسي متزايد.

3- إذا استمر التباعد يؤدي للضغط والخيبة بالفرد إلى تطوير استجابات دفاعية كالتشاؤم الامبالاة العدوانية اتجاه المحيط المهني.

4- و أخيرا يبدأ الانسحاب والانفصال الانفعالي مؤديا إلى بلادة عامة، فيشعر الفرد بأنه مستنفذ ومحترق من الداخل. (ابن زروال فتيحة، 2007، ص ص 24-25).

كما يصنف الضغط النفسي إلى :

- **الضغط المتوقع** : هو استجابة الفرد لضغط متوقع، فيحضر الذهن الجسم سلفا للتغيير، ويعتبر هذا الأخير مفيدا لتعديل درجة الضغط لأنه يحضر الذهن والجسم سلفا لأحداث على وشك الوقوع، لكنه يصبح ضارا عندما تضخم الأحداث بنتائجها السلبية.

- **الضغط الحالي / الجاري** : ينشأ هذا الضغط ويتراكم خلال تجربة الضغط، إذ يستثار الجسد استثارة شديدة كالليقظة الشديدة أثناء مناقشة أو كتدفق طاقة متسابق في المائة متر الأخيرة، فإذا تم ضبط هذا الضغط يصبح حيويا وفعالا لانجاز العمل انجازا جيدا.

- **الضغط المتبقي** : هو الذي يتراكم أو يبقى بعد انتهاء خبرة الضغط أو الموقف الضاغط، إذ يبقى الجسم في حالة استثارة ويقظة بعض الوقت بعد انتهاء الموقف الضاغط.

(ابن زروال فتيحة، 2007، ص 48).

ويميز " وليام بلوكر Wiliam Bloker " نوعين من الضغط :

+ **الضغط المفيد** : الذي يعبر عنه بـ " ملح الحياة " وذلك نظرا للدور الهام الذي يلعبه الضغط في تنشيط الجهاز الفسيولوجي للعضوية التي تستجيب عن طريقه للمواقف المهددة التي تتعرضها.

+ **الضغط المضر** : الذي إذا بلغ مستوى معين من الشدة قد يسبب أضرارا معتبرة جسمية كانت أو نفسية. و أشار " يوسف ميخائيل اسعد " إلى نوعين من الضغط النفسي :

+ **الضغط النفسي المؤقت** : الذي يكون حالة طارئة نتيجة موقف محدد بالذات.

+ **الضغط النفسي المزمن** : الذي يكون نتيجة لأسباب متراكمة أحدثت ضغطا نفسيا مزمنا ملازما

للحالة النفسية للفرد. (مخلوف سعاد، 2005، ص 26).

وقد قسم " أبتير (1989)Apter" الضغوط إلى نوعين هما :

+ **ضغط التوتر**: فمصطلح التوتر يستخدم هنا في شكل يتفق مع الاستخدام اليومي للمصطلح ولكي يشير إلى مشاعر عدم الراحة والشعور بان الأشياء ليست كما ينبغي أن تكون عليه، وأن الفرد يحتاج لبذل جهد اكبر.

+ **ضغوط الجهد**: تعني بان الفرد يبذل جهدا اكبر للتقليل من ضغوط التوتر، كما أنها (التوتر والجهد) يتعلقان ببعضهما ايجابيا، فكلما زاد التوتر كلما زاد الجهد للتغلب عليه.

(وليد السيد احمد، مراد علي عيسى، 2008، ص 138).

ويحدد " ماك لين Mc Lin" متغيرين أساسين لفهم طبيعة الضغوط هما :

+ **العبء الكمي**: أي زيادة حجم الأعمال والمستويات المطلوبة من الأفراد والجماعات لمواجهة الاحساس بالضغط.

+ **العبء التكيفي**: هو أن الأعمال والمسؤوليات تنطوي على نوع من الصعوبة والتحدي، مما تؤهلهم و إمكاناتهم ومهاراتهم وخبراتهم السابقة لانجازها لمواجهة الضغوط.

(وليد السيد احمد، مراد علي عيسى، 2008، ص 150).

ووصف النفساني "دافيد الكند David Elkind" ثلاثة مواقف يومية ضاغطة تتمثل في :

- ضغوط يمكن التكهن بها والتنبؤ بها ويمكن تفاديها.

- ضغوط لا يمكن التكهن بها ولا يمكن تفاديها.

- ضغوط منظورة ولكن لا يمكن تحاشيها. (ديانا هيلز، روبرت هيلز، 1999، ص ص 135-136).

وقد ظهر أن ما يحدث ضغطا عند شخص ما قد لا يظهر نفس الجواب عند آخر، وهذا ما يجعل "

لازاروس وكوهين Lazarus et Cohen" يقسما الضواغط إلى ثلاث (03) مجموعات تتمثل في :

+ **الحوادث الجائحة (الكوارث)** : تجمع كل الحوادث المفاجئة والعنيفة : كالحروب، الكوارث

الطبيعية (الزلازل، البراكين).

+ **الضواغط الشخصية** : تجمع كل الأحداث القوية والشديدة : كالأمراض العضوية (الربو، القلب،

السرطان). (عبد الله بن حميد السهلي، 2009، ص 19).

+ **الضواغط العامة** : تجمع كل الحوادث التي تمتاز بشدة منخفضة، وبالاستمرارية والتكرار :

كالزحام، المشاجرات، المضايقات اليومية... الخ. (مقبال مولودة هديبل، 2008، ص ص 96-97).

6- مسببات الضغوط النفسية :

هناك عدة مسببات تؤدي إلى الضغوط منها :

- متغيرات اجتماعية : الطلاق والانفصال، خبرات الإساءة الجسمية والجنسية والانحرافية والسلوكية.
- متغيرات طبيعية : الكوارث الطبيعية (الزلازل، البراكين، الأعاصير).
- متغيرات فيزيولوجية : المتغيرات الكيميائية والفيزيولوجية التي تحدث في الجسم مهاجمة الجراثيم له.
- متغيرات نفسية : الصراعات اللاشعورية النفسية وفقدان الحب
- متغيرات موقفية وتنظيمية داخل بيئة العمل. (محمد عبد السلام يونس، 2008، ص 163).

كما أن السمات وخصائص الشخصية للفرد تؤثر في نوعية استجابته لهذه الأحداث فهي بمثابة عوامل وسيطية أو مخففة للآثار السلبية للضغوط على الفرد. (على عسكر، 2003، ص 46).

تتعدد مصادر الضغط فمنها الخارجي التي لا علاقة ل كبه ومنها الداخلي الذي يتمثل بتلك القوى الجارفة التي تشكل جزءا من شخصيتك ويساعد تحديد الدوافع الفردية على فهم التصرفات الذاتية التي يمكن أن تخرج عن حدها في حالات الضغط، كما أن تراكم الضغوطات في حياة المرء يؤدي إلى انفجارها تماما كما يحدث لحمم البراكين. (كيت كينان، 1999، ص 28).

7- أعراض الضغوط النفسية :

تظهر أعراض الضغوط النفسية مع استمرار المصادر المسببة للضيق، و بجدر التنبيه إلى أن الأعراض المختلفة لا تظهر جميعها في وقت واحد ولا على جميع الأشخاص فلكل واحد منا نقطة أو نقاط ضعفه و لكل واحد إمكاناته الخاصة ولكل واحد عالمه الخاص به، ومن ثم إدراكه المميز للمواقف الحياتية.

1.7- الأعراض الجسدية :

- العرق الزائد، التوتر العالي، الصداع بأنواعه (نصفي، دوري و توتري).
- ألم في العضلات وبخاصة في الرقبة والأكتاف، التعب أو فقدان الطاقة.
- عدم الانتظام في النوم (الأرق، النوم الزائد، الاستيقاظ المبكر على غير العادة).
- تطبيق الفكين أو اصطكاك الأسنان، الإمساك، عسر الهضم، الإسهال، المغص، القرحة.
- آلام الظهر و بخاصة الجزء السفلي منه، التهاب الجلد/ طفح جلدي، التغير في الشهية.
- زيادة التعرض للحوادث التي تؤدي إلى إصابات جسمية.

2.7- الأعراض الانفعالية:

- سرعة الانفعال، تقلب في المزاج، العصبية وسرعة الغضب.
- العدوانية و اللجوء إلى العنف، الاكتئاب، سرعة البكاء.
- الشعور بالاستنزاف الانفعالي أو الاحتراق النفسي.

3.7- الأعراض الفكرية أو الذهنية:

- الصعوبة في التركيز والتذكر، الصعوبة في اتخاذ القرارات واستحواذ فكرة واحدة على الفرد.
- ذاكرة ضعيفة أو الصعوبة في استرجاع الأحداث و النسيان، إصدار الأحكام الغير صائبة.
- انخفاض في الإنتاجية أو دافعية منخفضة.

4.7- الأعراض الخاصة بالعلاقات الشخصية:

- عدم الثقة غير المبررة بالآخرين ولومهم، نسيان المواعيد أو إلغائها قبل فترة وجيزة.
- تبني سلوك واتجاه دفاعي في العلاقات مع الآخرين.
- التفاعل مع الآخرين بشكل إيجابي (غياب الاهتمام الشخصي، تفاعل يكتفه البرود).
- السخرية من الآخرين أو تجاهلهم. (علي عسكر، 2003، ص ص 51-55).

8- الآثار المترتبة على الضغوط النفسية :

إن الضغوط النفسية تؤثر على كثير من المتغيرات النفسية و الفيزيولوجية، أوضح "Lantz" تأثير الضغوط على الأداء فأوضح انه توجد دلالة إحصائية في أداء الأطفال في ظروف الأداء العادي ومختلف الآراء التي تعرضوا فيها للضغط وأن الأعمال التي تأثرت بالموقف الضاغط قد تأثر بالأعمال التي تتطلب جدلاً.

وضع "Lanciky" أن الضغط الناتج عن طلب انجاز اكبر كم من الأعمال في وقت محدد نتج عنه عدد كبير من الأخطاء وتغيرات في سلوك الأطفال، كما اظهر نقصا في كفاءة الأداء نتيجة طلب منهم حل أكبر عدد من المسائل في وقت محدد كما جاء الحل على حساب الدقة، وملاحظة تغيرات نوعية غير مرغوبة متكررة منها : عدم الإصغاء، النشاط غير المنظم، النشاط الزائد.

وجد " هيدي وهلمستروم Heady, Holmstrom et Weuring" أن هناك علاقة بين حالة المزاج ووقوع الحادثة الضاغطة فثبت أن الحوادث التي تستدعي المزاج الايجابي الذي يعكس شعور الفرد بالمتعة وتكون واضحة في تعبيرات الأفراد اللغوية مثل:الحيوية، السعادة، النشاط، الاستثارة

والعكس فإن الحوادث المؤلمة تستدعي حالة المزاج السلبي التي تعكس حالة التعب والامتصاص من الحياة و الشعور بالضيق وتظهر في التعبيرات اللفظية مثل : الغضب، الانفعال، الأسى، الشعور بالانفعال والتوتر. (هارون الراشدي، 1999، ص ص 35-38).

ينتج عن الضغوط عدة آثار تصنف كما يلي :

1.8- الآثار الانفعالية :

- القلق والإحباط و الغضب والهلع، ازدياد التوتر النفسي والفسولوجي.
- انخفاض تقدير الذات وفقدان الثقة بالنفس، النظرة السوداوية للحياة.
- سرعة الاستثارة وزيادة الصراعات الشخصية. (محمد عبد السلام يونس، 2008، ص 165).
- عدم القدرة على التحكم في الانفعالات والسلوك، سيطرة الأفكار والوساوس القهرية.
- كما أن الضغوط تؤثر في الحالة المزاجية للفرد، فالأحداث السارة تستدعي المزاج الإيجابي الذي يعكس شعور الفرد بالمتعة والسعادة والحيوية، في حين أن الأحداث المؤلمة وغير السارة تستثير حالة المزاج السلبي التي تعكس حالة التعب والإجهاد والشعور بالضيق.
- كما أن الأحداث والخبرات الصدمية التي يمر بها بعض الأفراد تؤدي بهم إلى المعاناة من مجموعة أعراض مختلفة، وهي زملة أعراض ضغوط ما بعد الصدمة.
- (طه عبد العظيم، سلامة عبد العظيم، 2006، ص 45).

2.8- الآثار المعرفية :

- تؤثر الضغوط على البناء المعرفي للفرد و من ثم فإن العديد من الوظائف العقلية تصبح غير فعالة وتظهر هذه الآثار في الأعراض التالية :
- عفا قدرة الفرد على حل المشكلات وصعوبة معالجة المعلومات.
- نقص الانتباه وصعوبة التركيز وضعف قوة الملاحظة.
- تدهور الذاكرة حيث تقل قدرة الفرد على الاستدعاء والتعرف وتزداد الأخطاء.
- اضطراب التفكير، حيث التفكير النمطي الجامد هو السائد لدى الفرد بدلا من التفكير الابتكاري.

3.8- الآثار الفسيولوجية :

إن الضغوط تؤثر سلبا على النواحي الفسيولوجية للفرد، فالأحداث والظروف الضاغطة التي يتعرض لها الفرد تحدث تغيرات في وظائف الأعضاء وإفرازات الغدد وفي الجهاز العصبي، وتمثل هذه الآثار الفسيولوجية الناتجة عنها في الأعراض التالية :

- إفراز كمية كبيرة من الأدرنالين في الدم مما يؤدي إلى سرعة ضربات القلب وارتفاع ضغط الدم والتنفس وزيادة نسبة السكر في الدم واضطراب الأوعية الدموية.
 - جفاف الفم واتساع حدقة العين وارتعاش الأطراف ولا تقف الآثار المترتبة على الضغوط عند هذا الحد وسيطرة الأفكار والوساوس القهرية.
 - ارتفاع مستوى الكوليسترول في الدم مما يؤدي إلى تصلب الشرايين والأزمات القلبية.
 - اضطرابات المعدة والأمعاء والشعور بالغثيان والرعدة.
- إن هذه الآثار السلبية الناجمة عن الضغوط تنعكس أيضا على سلوك الفرد وأدائه.
- (طه عبد العظيم، سلامة عبد العظيم ، 2006، ص ص 45-46).

4.8- الآثار السلوكية :

تظهر الآثار السلوكية في الأعراض التالية :

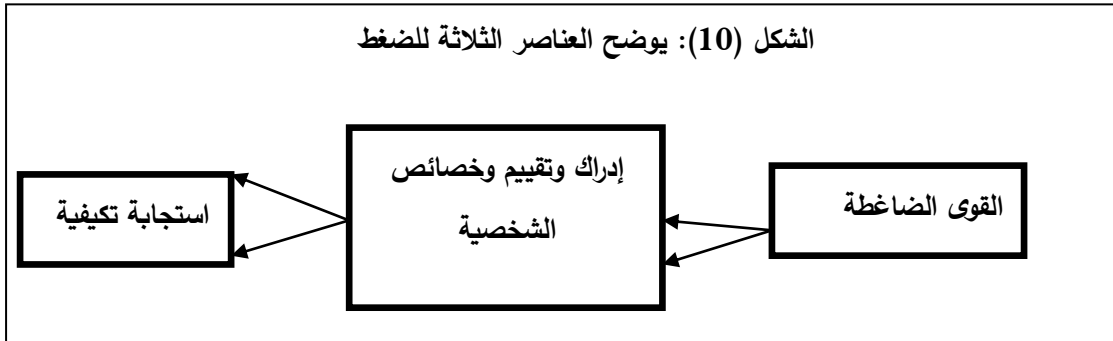
- انخفاض الأداء والقيام باستجابات سلوكية مرغوبة.
 - عدم الثقة في الآخرين والتخلي عن الواجبات والمسؤوليات والإلقاء بها على عاتق الآخرين.
 - اضطرابات لغوية مثل التأتأة والتلعثم واللجاجة.
 - تزايد معدلات الغياب عن العمل أو المدرسة وعدم الرضا عنها.
 - تعاطي العقاقير والمخدرات وتدخين السجائر.
 - اضطرابات النوم وإهمال المنظر والصحة.
- ظهور هذه الأعراض يختلف من فرد إلى آخر مما لا شك فيه أن استمرار تعرض الفرد للأحداث الضاغطة لفترة طويلة مع تكرار حدوثها قد يجعل الأعراض النفسية والسلوكية تنخفض لدى الفرد ولان تكرار الحدث الضاغط يؤدي إلى ألفة الفردية وقلة تأثيره عليه والجدير بالذكر أن هذه الأعراض تتجم عن التعرض للضغوط السلبية، أما التعرض للضغوط الايجابية فيكون لها تأثير ايجابي على دافعية الفرد حيث تدفعه إلى تحقيق الذات والأداء الجيد و التفاعل الاجتماعي مع الآخرين.
- (طه عبد العظيم، سلامة عبد العظيم، 2006، ص 47).

9- مكونات الضغوط النفسية :

لها ثلاث (03) عناصر مترابطة هي :

- القوى الضاغطة أو عوامل الضغط والتي تتمثل في متطلبات موقفية تحتاج إلى التكيف الفردي معها كالصراع.

- إدراك الفرد وتقييمه لهذه القوى الضاغطة و طبيعتها و ديناميتها وأثارها، وقدراته على التعامل معها والسيطرة عليها واحتوائها.
- الاستجابة الفردية للقوى الضاغطة حسب طبيعة إدراكها وتقييمها، فغالبا ما تكون هذه الاستجابة مزيجا من ردود فعل نفسية وجسمية.



المصدر : (ابن زروال فتيحة، 2001، ص 33)

ويوضح هذا الشكل المكونات الأساسية التي يندرج تحتها أي نوع من الضغوط، فهي تبدأ بوجود قوى هي ضاغطة، يقوم الفرد بإدراكها وتقييمها، وفي النهاية يقوم باستجابة تكيفية نحو الموقف الضاغط. ولتقدير شدة الضغط النفسي الذي يعانيه الفرد لا بد من الأخذ بعين الاعتبار عددا من العوامل :

- المدة الزمنية التي يستمر فيها الموقف الضاغط.
- إدراك الفرد للموقف على انه ضاغط.
- وجود تهديد من الموقف الضاغط. (ماجدة بهاء الدين السيد، 2008، ص26).

10- مستويات الضغوط النفسية :

تشكل الضغوط النفسية الأساس الرئيسي الذي تبنى عليه بقية الضغوط الأخرى، وهو يعد العامل المشترك في جميع أنواع الضغوط الأخرى، كالضغوط الاجتماعية، ضغوط العمل، الضغوط الاقتصادية، الضغوط الأسرية، الضغوط الدراسية والضغوط العاطفية.

(محمد علي كامل، 2004، ص 10).

للضغوط ثلاث (03) مستويات هي :

- البيولوجي : الذي يتمثل في إصابة الجسم بالمكروبات، وتعرضه لظروف فيزيقية مختلفة (كارتفاع درجة الحرارة). (احمد بن محمد عسييري، د.ت، ص96).
- النفسي : الذي يتمثل في الإحباط و الصراعات على اختلاف مصادرها و أنواعها.
- الاجتماعي : يتمثل في القيود الاجتماعية والأعراف والعادات والتقاليد التي تحد من نشاط الفرد.(حسن علي فايد، 2005، ص 196).

11- النظريات المفسرة للضغوط النفسية :

لقد اختلفت النظريات التي اهتمت بدراسة الضغط طبقا لاختلاف الأطر النظرية التي تبنتها وانطلقت منها على أساس اطر فسيولوجية أو نفسية أو اجتماعية، كما اختلفت هذه النظريات فيما بينها بناء على ذلك من حيث مسلمات كل منها، لذا حاول بعض الباحثين تفسير الضغوط النفسية على ضوء النظريات أو التصورات أو النماذج، وسوف نحاول عرض بعض منها لمحاولة تفسير ظاهرة الضغوط النفسية.

1.11- نظرية " والتر كانون Walter Cannon " :

يعتبر العالم الفسيولوجي " والتر كانون Walter Cannon " من الأوائل الذين استخدموا عبارة " الضغط " وعرفه برد الفعل في حالة الطوارئ بسبب ارتباطه بانفعال القتال أو المواجهة. (علي عسكر، 2000، ص33).

والذي يعرف باستجابة " الكر والفر والذي وضعها عام (1930).

(D.Servan-Schreiber, 2003, P 231).

ففي (1914) تحدث الفسيولوجي الأمريكي " والتر كانون Walter Cannon " عن التنظيم

الهرموني للانفعالات عند الحيوان. (Louis Crocq et al, 2007, P03).

فقد كتب في عام (1929) حول استجابة الاستعجال للحيوان في حالة التهديد، والتي تسمى بـ "

الكر والفر" (Lutter ou Fuir) والمرتبطة بتحرير الأدرينالين.

(Dominique Servant, 2007, P29).

وقد ذكر " والتر كانون Walter Cannon " في عام (1932) إن الإفراز في حالة الاستعجال

للأدرينالين هو رد فعل على حالة الخوف والغضب، في كتابه المعنون بـ "حكمة الجسد".

(P.Loo, H.Loo, A. Galinowski, 2003, P04).

وفي عام (1920) ادخل " والتر كانون Walter Cannon " مفهوم " الاتزان الحيوي " الذي يدل

على المحافظة على اتزان البيئة الداخلية، وقد كان يتعامل فعلا مع مفهوم الضغط دون تسميته، حيث

تحدث عن " المستويات الحرجة للضغط" وهي تلك المستويات التي تحدث انهيارا في آليات التوازن الحيوي، سواء في إطار اجتماعي أو تنظيمي. (ابن زروال فتيحة، 2007 ، ص15).

كما أن " تكامل البدن " للعضوية يدرس مقاومة الحيوانات في مواجهة التهديدات الخاصة بتكامل البدن، من هذه التهديدات : الحرارة، البرودة والانتانات). (Catherine Gaumé , 2009, P50).

وقد وصف " والتر كانون Walter Cannon" (1932) استجابة القتال أو الهروب، حيث يرى أن الكائن الحي حين يدرك تهديدا يقوم الجهاز العصبي السمبثاوي والغدد الصماء باستثارة الجسم وتحفيزه استجابة للضغط، وذلك بإفراز هرمونات الكاتيكولامين (Catecholamines) وهذه الهرمونات تسرع معدل دقات القلب، تزيد ضغط الدم، تزيد في معدل السكر في الدم، تزيد في معدل التنفس، وتقل دورة الدم المتجه إلى الجلد، تزيد معدل دورانه في العضلات، وهذه الاستجابة الفيزيولوجية تحرك الكائن الحي ليهاجم التهديد أو الهروب منه. (عايدة شكري حسن، 2001، ص 11).

ويعود الاهتمام بدراسة اثر الخبرات والأحداث التي يمر بها الفرد على صحته النفسية إلى عام (1929) حيث أجرى" والتر كانون و Walter Cannon" ملاحظاته المنظمة على التغيرات الفسيولوجية المصاحبة للانفعالات الشديدة والظروف المثيرة للضغط كالألم، الجوع، وانتهى في ذلك إلى أن المنبهات التي تحدث إثارة انفعالية تسبب تغيرات في العمليات الفسيولوجية الأساسية.

(حسين علي فايد، 1998، ص159).

كما أن أصل مفهوم الضغط فيزيائي وظف لأول مرة في الميدان الفسيولوجي على يد العالم الكندي " هانز سيلبي (1963) H.Selye"، وقد أكد قبل ذلك " والتر كانون Walter Cannon" (1914) أن الاستجابات الجسمية المصاحبة لحالات الهروب أو الهجوم عند الحيوان مثل : السرعة في ضربات القلب، وقوف الشعر، تمدد حدق العين، إفراط في التهوية سببها هرمون الأدرنالين، ولب الكظر و هما المسئولان عن حدوث " تناذر الاستعجال" (Syndrome d'urgence).

(قماز فريدة، 2008، ص ص178-179).

ولقد جاء التجريب المنظم لأثار الضغط على يد " والتر نكانو Walter Cannon" بملاحظاته على التغيرات الجسمية المرتبطة بالألم، الجوع، الخوف، الانفعالات الشديدة، ويوحى اعمل التجريبي لـ"كانون" بوجود علاقة بين أحداث الحياة المثيرة للضغط، وما يترتب عليها من أضرار بمعنى أن المنبهات المرتبطة بالاستثارة الانفعالية تسبب تغيرات في العمليات الفسيولوجية الأساسية.

(جمعة سيد يوسف، 2000، ص 35).

ويصف "والتر نكانو Walter Cannon" (1935) الضغط وصفا فسيولوجيا بحثا، بحيث يربطه بالأنظمة الهرمونية المتوائمة في رد فعل الإجهاد سواء تعلق الأمر بالجهاز الودي واللب الكظري الذي يتدخل في رد الفعل الطوارئ، وإما بالجهاز النخامي القشري الكظري المسئول عن الأعراض العامة للتكيف كما جاء في وصف "هانز سيلبي H.Selye". (قريد صلاح الدين، 2008، ص ص 88-89).

إضافة إلى ما يتميز به الضغط من إفرازات هرمونية كالأدرينالين (Adrenaline)، النورادرينالين (Noradrenaline)، القشرية (Corticoïdes) المسئولة عن دورانها في مختلف التظاهرات الخارجية الجيدة أو السيئة. (D.Carnegie, 2000, P14).

ويعتبر "كانون" من أوائل الذين استخدموا عبارة الضغط، وعرفه برد فعل في حالة الطوارئ، ففي بحثه على الحيوانات استخدم عبارة الضغط الانفعالي ليصف عملية رد الفعل النفسي الفسيولوجي التي كانت تؤثر في انفعالاتها، وقد بينت دراسته أن مصادر الضغط الانفعالية كالألم والخوف والغضب تسبب تغيرا في الوظائف الفسيولوجية للكائن الحي، يرجع إلى التغيرات في إفرازات عدد من الهرمونات.

ويعتبر أيضا أول من وضع الخطوات العريضة لتوصيف الاستجابات الجسمية للضغط النفسية وذلك في دراسة عن كيفية استجابة الإنسان والحيوان لتهديد خارجي، حيث ذكر أن الجهاز العصبي يقوم بعملية تنظيم فاعلية أعضاء الجسم عندما يواجه الفرد موقفا ما مثير للضغط، فانه يحدث بالجسم بعض التغيرات الفسيولوجية الداخلية وأخرى خارجية مثل ما يظهر في تعبيرات الوجه والتي تعتبر من أولى العلامات الجسمية الدالة على تعرض الفرد للضغط، ثم يفرز الجهاز العصبي مادة " الأندروفين " وهذا الهرمون من شأنه تقليل الشعور بالألم، ويلي ذلك إفراز الجهاز العصبي لأنواع مختلفة من الهرمونات الأزمة للقيام بأي عمل وتنظيم العمل بالجسم، يهدف إلى إحداث توافق أثناء المواقف الضاغطة. (غزلان شمسي الدعدي، 2008، ص 23).

وفي عام (1951) قدم " ادولف ماير A.Mayer" انجازا يتعلق باستخدام طريقة الحياة كوسيلة في التشخيص الطبي مؤكدا على دور أحداث الحياة المثيرة للضغط في نشأت الاضطرابات النفسية. (حسين علي فايد، 1998، ص 159).

2.11 - نظرية "هانز سيلبي Selye Hans" :

يعتبر "هانز سيلبي Selye Hans" من الرواد الأوائل الذين اهتموا بموضوع الضغط النفسي ونتائجه السلبية والمرضية، حيث كانت أعماله بشكل خاص منطلقا لزيادة الاهتمام بالضغط وقد أكدت تجاربه وجود آثار للضغط النفسي على العمليات الفسيولوجية للعضوية. (سعاد مخلوف، 2005، ص 29).

ويعتبر أيضا عالم الغدد الصماء الكندي الأصل من الباحثين الأوائل الذين درسوا الضغط بشكل أعمق. (Sébastien Tubau, 2001, P13).

كما ساهم بشكل قوي في جلب انتباه الأطباء والأخصائيين النفسانيين حول اثر الضغط. (David Fontana, 1990, P18).

وقد كان لطبيعة تخصصه الدراسي الأول تأثير كبير في صياغة نظريته في الضغوط، فلقد تخصص في دراسة الفيسيولوجيا والأعصاب، وظهر هذا التأثير من خلال اهتمامه باستجابات الجسم الفسيولوجية الناتجة عن الضاغطة، ويتألف النسق الفكري لنظرية "سيلبي" في الضغوط، أن الضغط متغير مستقل وهو استجابة للبيئة الضاغطة، وأن هناك أنماط معينة من الاستجابات يمكن الاستدلال منها على أن الشخص يقع تحت تأثير بيئي مزعج. (غزلان شمسي الدعدي، 2008، ص 24).

وفي (1976) يعرف "هانز سيلبي" Selye Hans "الضغط كمجموعة الاستجابات الانوعية للوضعيات والأحداث عموما، وبصفة أخرى لمطالب المحيط التي تتجاوز قدرات الفرد على الاستجابة. (M.Santiago-Delefosse, 2002, P22).

فقد أجرى عددا كبيرا من التجارب على الحيوان بقصد دراسة تأثير البرودة، الحروق، المواد السامة، الانتانات وغيرها، وتوصل إلى نتيجة مفادها أن كل المؤثرات التي يتعرض لها الكائن الحي تجر إلى جانب تأثيراتها النوعية إلى " حاجة عالية لا نوعية إلى وظائف تكيف بغية استعادة الحالة الطبيعية". (كلاوس شويخ، غيرت شراينكه، 2006، ص 16).

كما تعيد إنتاج الخبرات التي يعيشها الحيوان في ضغوط جسدية كالتغير المفاجئ لدرجة الحرارة، عوامل الإدمان، الفوضى الشديدة. (Dominique Servant, 2007, P29).

واقر "سيلبي" بان استجابات الضغط الصارمة والممتدة تستطيع أن تضر بالخلايا وتساهم في تطور المرض. (C.Gaumé, 2005, P50).

وتتطلق نظرية "سيلبي" من مسلمة ترى أن الضغط متغير غير مستقل، وهو استجابة لعامل ضاغطة، يميز الشخص ويضعه على أساس استجابته للبيئة الضاغطة، وهناك أنماط معينة من الاستجابات يمكن الاستدلال منها على أن الشخص يقع تحت تأثير بيئي مزعج.

(فاروق السيد عثمان، 2001، ص 98).

ويعتبر هذا الأخير أول من استخدم مصطلح الضغط، وذلك في مجال الطب والبيولوجيا، عام (1926)، وكان مفهومه من الضغط آنذاك مفهوما فسيولوجيا، ثم طوره بعد ذلك وأوضح الجانب

النفسى للمفهوم، وقدم نموذجا أطلق عليه "زملة التكيف العام" وهي عبارة عن سلسلة من الاستجابات الجسمية و النفسية لمواجهة المواقف الضاغطة السلبية. (نشوة كرم عمار، 2007، ص 30).

فالفرد بحاجة إلى للمحافظة على حالة التوازن الجسدي والنفسى، فإذا كان في وضعية أمنة يدفع ذلك للإحساس بالراحة والسعادة، وتتغير إذا هددت توازننا، ويتم إصلاحها بطريقة قولبية، هذا ما جاء به " سيللي" في كتابه " ضغط الحياة". (Vera Pieffer, 2005, P17).

ويرى أيضا، (1956)، أن الضغط هو استجابة العضو لمطالب المحيط، حيث أن الضغط يرسل تظاهرات عضوية لا نوعية استجابة لعدوان جسدي، أي أن مجموع هذه الاستجابات الانوعية تحرض بعامل عدائي جسدي تنشأ عنها استجابة قولبية. (Laurent Guillet, S.D, P02).

وعن التأثيرات المختلفة للضغوط قام " سيللي " بتجربة شهيرة عن تأثير الضغوط على الحالة الجسمية، وفيها تم تعريض مجموعة من الفئران في معمله لأنواع مختلفة من الضواغط وقد وجد أن جميع الفئران حشدت كل طاقتها الجسمية لمواجهة تلك الأخطار، حيث نشطت الغدد وتضخمت الغدة الأدرينالية وتزايد إفرازها. (خالد محمود عبد الوهاب، 2006، ص 83).

ونتيجة للنشاط غير العادي في إفرازات الأدرينالين تتحول الأنسجة إلى جلوكوز بمد الجسم بالطاقة، والتي تجعله في حالة تأهب دائم لمواجهة الخطر، وقد اثبت "سيللي" أن استمرار تعرض حيواناته للضغوط المعملية سيجعلها عاجزة من المقاومة طويلا. (عبد الستار إبراهيم، 1998، ص 108).

كما ادخل "سيللي" عام (1935) مفهوم الضغط بوصفه تنازرا أو مجموعة من الارتكاسات الفيزيولوجية غير النوعية للعضوية على عوامل ضارة من البيئة ذات طبيعة فيزيائية أو كيميائية وصياغة "سيللي" مسئولة على إدخال الكرب في المعجم العلمي، إذ دشّن على هذا النحو أكثر من 50 عاما من البحوث على مستوى العلمي في العديد من فروع الطب والعلوم الاجتماعية.

(J.B.Stora, 1993, P. P80-82)

ويعتبر "سيللي" أن أعراض الاستجابة الفسيولوجية للضاغط هدفها هو المحافظة على الكيان والحياة، ويذكر أن شدة الاستجابة للضغوط تتحدد عن طريق العوامل الوسيطة، كما تعتمد نوعية الاستجابة على نوع عملية التكيف، لقد وضع "سيللي" نظريته من خلال تجاربه المتنوعة على الحيوان والإنسان، وقد تبين أن التعرض المستمر للضغط النفسى يحدث اضطرابا في الجهاز الهرموني من خلال الاستثارة الزائدة للجهاز العصبي المستقل، وأن هذه الاضطرابات الهرمونية هي المسئولة عن الأمراض السيكوسوماتية الناتجة عن التعرض للتوتر والضغط النفسى الشديدين.

(قماز فريدة، 2008، ص 179).

كما يعتبر " سيلبي " من الرواد الأوائل الذي بحثوا في موضوع الضغط النفسي، واهتموا بنتائجه المرضية، فبين (1946 و1950) أن الضغط عبارة عن " رد فعل لا نوعي لجسم ما على أيتأثيربيئي"، وقدم نموذجا يوضح استجابة العضوية للضغط يتكون من ثلاث (03) مراحل سماه " متلازمة التكيف العام " .

وقد استخدم تسمية " متلازمة التكيف العام "في وصف مفهوم الضغط لأول مرة في رسالته إلى المجلة الانجليزية " الطبيعة " عام (1936). (كلاوس شويخ، غيرت شراينكه، 2006، ص 16).

• . التناذر العام للتكيف (Syndrome General d'Adaptation) :

في عام (1930) خلال الأبحاث الخاصة بالضغط اختار " سيلبي " (1956) موضوع " التناذر العام للتكيف " للكتابة حول مخطط الاستجابة البيولوجية العامة في مواجهة الضغط الممتد أو المتجاور كما أشار "سيلبي" إلى أن أجسادنا تستجيب بالطريقة نفسها لعدة أنواع من الضواغط المزعجة. (J.Neid, S.Rathus, B.Greene, 2009, P 111)

فالتناذر العام للتكيف هو وصف خاص للاستجابات الجسم الفسيولوجية على المجهودات المختلفة، وقد ميز " سيلبي " متأثرا بـ" كانون " ثلاث (03) مراحل متعاقبة لتكيف الجسم مع متغيرات بيئته. وبعبارة أخرى هو عبارة عن ميكانيزمات دفاعية تنشط في مواجهة أي حدث تهديدي، في محاولة منه لخفض الاضطراب الفسيولوجي و النفسي وإعادة تحقيق الاتزان للكائن العضوي، فالفرد لديه مصادر محددة وعناصر للتكيف مع البيئة. (ماجدة بهاء الدين السيد، 2008، ص 128).

إضافة إلى انه سلسلة من الاستجابات الجسمية لمهاجمة المرض، يطلق عليها عامة لظهور الاستجابات الفسيولوجية الثلاثة (03) التالية، والتي تحدث في المواقف الضاغطة :

- تضخم أو اتساع الغدة الادرينالية.
- انكماش الغدة الصعترية (غدة صغيرة صماء قرب قاعدة العنق) و الجهاز اللمفاوي المسئول عن مقاومة الأمراض.

- القرحة الهضمية.

وقد لاحظ " سيلبي " خلال دراسته الطبية أن مختلف استجابات الصدمة سواء صدمة الحروق او صدمة النزيف أو صدمة العفن.... الخ، تشترك في مظاهر ايكلينيكية متشابهة.

- تقلص حجم الثيوس (Thymus) والطحال والغدة اللمفاوية.

- قروح معدية-معوية.

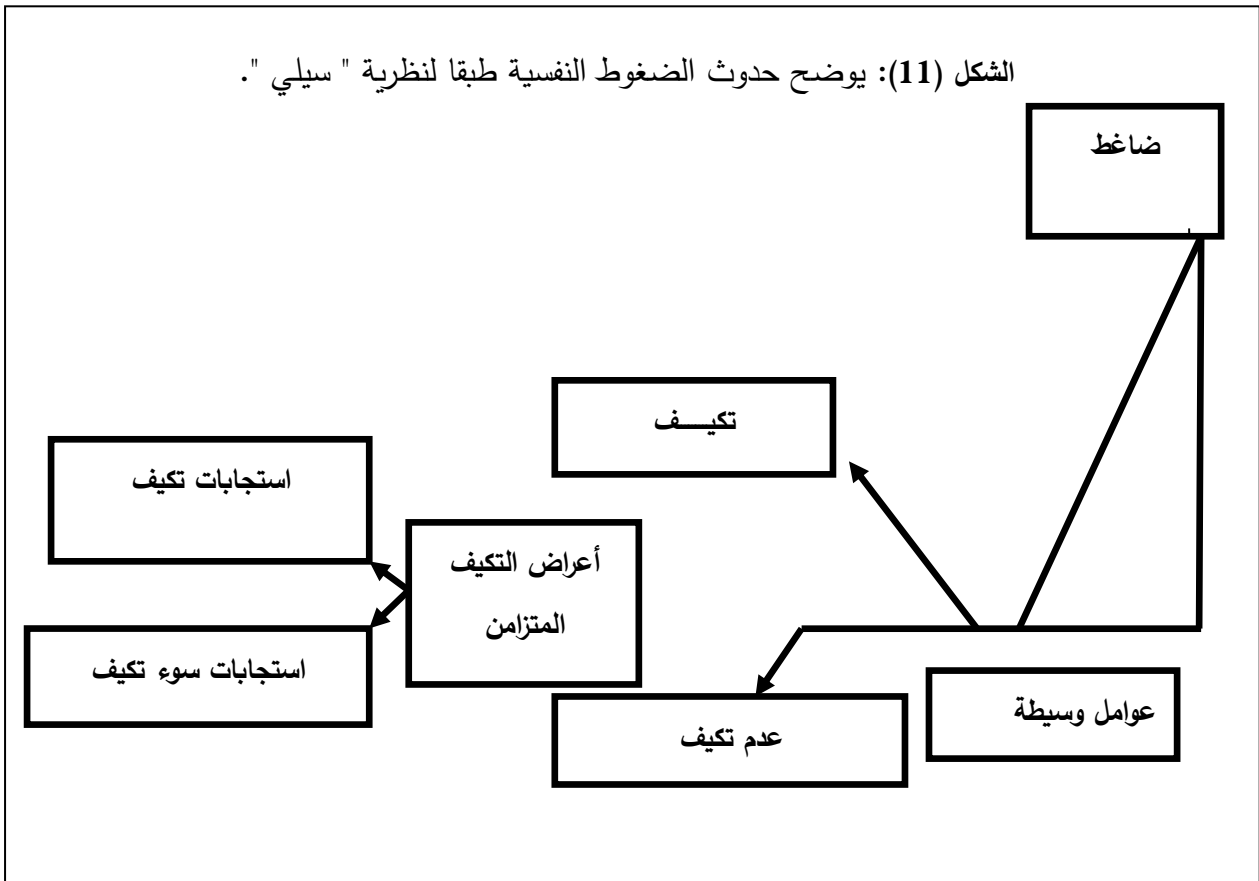
- ارتفاع حجم قشرة الكظر .

- انخفاض عدد الخلايا في الدم .

كما انه " التناذر العام للتكيف " شكل عام من السيرورات والحالات الفيزيولوجية التي تطرأ استجابة لمختلف الظروف من المنبهات الخارجية أو المسببة للضغط، و يميز "سيللي" مستوحيا من ملاحظات " كانون " ثلاث (03) أطوار متعاقبة من تكيف العضوية مع كل تغير في البيئة : طور الإنذار، طور المقاومة، طور الإنهاك.(J.B. Stora, 1993, P82-83)

وقد أوضح في كتابات "ليفين و اسكوتش Levin et Scotch" أن "سيللي" قد قدم رسماً توضيحياً لنظريته، و يوضح الشكل الآتي حدوث الضغوط النفسية طبقاً لنظرية " سيللي " .

الشكل (11): يوضح حدوث الضغوط النفسية طبقاً لنظرية " سيللي " .



المرجع : (وليد عيسى، 2008، ص152)

يوضح هذا الشكل أن شدة الاستجابة للضغوط سواء كانت تكيفية أو غير تكيفية تتحدد عن طريق العوامل الوسيطة، كما تعتمد نوعية الاستجابة على نوع عملية التكيف وفقاً لمفهوم " سيللي " . وقد أطلق " سيللي " على الأعراض التي تظهر على العضو أثناء ذلك باسم " زملة أعراض التكيف العام " هذه الزملة تحدث خلال ثلاث (03) مراحل :

1.2.11 - استجابة الإنذار (Phase d'Alarme) :

في هذه المرحلة يستدعي الجسم كل قواه الدفاعية لمواجهة الخطر الذي يتعرض له، فتحدث مجموعة من التغيرات العضوية والكيميائية، فيصبح الجسم في حالة استنفار وتأهب كاملين من أجل الدفاع والتكيف مع العامل المهدد. (قماز فريدة، 2008، ص 1979).

وفيها تحدث استثارة الفرد من خلال المنبه أو المثير، و يستجيب الجسم بإفراز الهرمونات بغية توفير الطاقة اللازمة لمواجهة الموقف المهدد. (ايناس عبد الفتاح، محمد محمود، 2002، ص 421).
والذي يختص بتحرير الكاتيكولامينات (الادرينالين) والغلوكورتيكويد (الكورتيزول) مع خفض مؤقت في مقاومة الضغط. (Dominique Servant, 2007, P30).

كما أن هذه المرحلة توافق الضغط الحاد، و من خواصها أنها ذات مدة قصيرة، تستمر من بضع دقائق الى بضع ساعات، أي لا تتجاوز 48 ساعة. (Patricia Lentini, 2009, P62).
وخلال هذه المرحلة تظهر أولى الاضطرابات الفيزيولوجية (تعرق، تسارع دقات القلب وسرعة في التنفس..الخ)، وفي.

وعند نفس الوقت نلاحظ انخفاض في دفاعات الفرد، الذي يصبح أكثر حساسية للأمراض تعرض الفرد للخطر أو التهديد الجسمي فان رد فعل الجسم تكون واحدة، حيث تبدأ من الإشارات العصبية والهرمونية في الجسم لتعبئة الطاقة اللازمة للطوارئ : فتزداد دقات القلب، يرتفع ضغط الدم، تتوتر العضلات، يزداد إفراز العرق، يزداد إفراز الأدرينالين، ومن ثم يحاول الفرد مواجهة مصدر الضغط النفسي هذا من جهة، و من الناحية الفسيولوجية يقوم الجهاز العصبي السمبثاوي والغدد الأدرينالية بتعبئة أجهزة الدفاع في الجسم، إذ يزداد إنتاج الطاقة إلى أقصاه لمواجهة الضغوط، فعندما يتخلص الفرد من التهديد فان الجسم يعود إلى مستوى منخفض من الإثارة، وتسمى بـ " حالة التوازن الداخلي " (أحمد نايل الغرير، أحمد عبد اللطيف، 2009، ص 61).

2.2.11 - مرحلة التكيف و المقاومة (Phase d'Adaptation et de Resistance) :

إذا استمر الحدث الضاغط فان مرحلة الإنذار يتبعها مرحلة مقاومة هذا الحدث، في هذه المرحلة يتعرض الشخص على عامل الضغط والتكيف معه، فيحاول تجنيد المصادر الطاقوية لمواجهة التهديد فإذا نجحت المقاومة وتغلب الشخص على الضغط فان الجسم يعود إلى حالته الطبيعية، ويعني هذا أن الشخص قد استعمل مصادر فعالة، أما إذا استمر الضغط لمدة طويلة فانه سينهك الجسم وبالتالي ستضعف وسائل مقاومته ويصبح الشخص عجزا على التكيف. (قماز فريدة، 2008، ص 179).

وتظهر فيها خطر الهشاشة في المظهر السلوكي و المتمثل في: الإعياء، قابلية التهيج، التشاؤم واضطرابات النوم. (Patricia Lentini, 2009,P 63).

تشمل هذه المرحلة على الأمراض الجسمية التي يحدثها التعرض المستمر للمواقف الضاغطة وتعتبر هذه المرحلة هامة في نشأة أعراض التكيف أو ما يسمى بالأعراض السيكوسوماتية، ويحدث ذلك عندما تعجز قدرة الإنسان على مواجهة المواقف. (غزلان شمسي الدعدي، 2008، ص ص 23-24). ففي هذه المرحلة تزول الأعراض الخاصة بمرحلة الإنذار، ويقوم الفرد بتعبئة كل دفاعاته ضد العامل الضاغط، و الوضعية، مما ينبأ بدخوله في المرحلة الثالثة هي الإنهاك. (A.H.Stroud, 1997, P40)

3.2.11 - مرحلة الإنهاك (Phase d'Epusement):

أو الإعياء فإذا طال تعرض الفرد للضغط لمدة أطول، فإنه سيصل إلى نقطة يعجز فيها عن الاستمرار في المقاومة، و يدخل في مرحلة الإنهاك و يصبح عاجزا عن التكيف بشكل كامل. (غزلان شمسي الدعدي، 2008، ص 24).

وفيها إما أن يتحقق التكيف أو يحدث التعب والإجهاد الناشئ من الإحساس بالخوف والتهديد الأمر الذي يؤثر بطبيعة الحال على كافة أجزاء الجسم، فيتبدى في أعراض منها : انخفاض مقاومة الفرد للالتهابات، تأخر النمو في الأنسجة الجديدة، انخفاض تكوين الأجسام المضادة، تناقص عدد الكريات الدموية البيضاء، تظهر القرحة في الجهاز الهضمي، انخفاض نشاط الغدة الدرقية. كما أن استمرار التعرض للعامل الضاغط يؤدي إلى استنزاف قوى الفرد، وبالتالي يمكن أن يؤدي إلى مشكلات جسمية أو نفسية، و قد يؤدي إلى الموت، في حالة ما إذا لم يستطيع الشخص التعامل مع هذه المشكلات تعاملًا فعالًا. (قماز فريدة، 2008، ص 180).

3.11 - نظرية العجز المتعلم ل "مارتن سليجمان Seligman Martin (1979) :

قد أكد "سليجمان" أن تعرض الفرد لحالة العجز تجعل سلوكه غير تكيفي، وترى هذه النظرية ان الضغط النفسي نتاج للشعور بالعجز المتعلم، ويرى هذا النموذج أن هناك ثلاث (03) أبعاد للتفسير المعرفي الذي يساعد في فهم درجة عمق و تناقص وطول مدة الشعور بالعجز، تتمثل هذه الأبعاد في :

- عزو الفشل لأسباب داخلية (عزو داخلي) أو خارجية (عزو خارجي).
- اتساق العزو لدى الفرد بالثبات.

- مدى انطباق التفسير على مجال واحد في الحياة أو شموليته في عدة مجالات.

(احمد نايل الغير، أحمد عبد اللطيف، 2009، ص ص62-63).

ويرجع " سليجمان " (1975) مفهوم العجز المتعلم أو المكتسب إلأن تكرر تعرض الفرد للضغوط مع تزامن اعتقاده بأنه لا يستطيع التحكم في المواقف الضاغطة أو مواجهتها، فان هذا من شأنه أن يجعل الفرد يشعر بالعجز وعدم القيمة أو عدم الاستحقاق، وأن هذا الشعور بالعجز يجعله يبالغ في تقييمه للأحداث والمواقف التي يمر بها ويشعر بالتهديد منها، ويشعر بعدم قدرته على مواجهتها مما يجعله يشعر بالفشل بشكل مستمر، ويدرك أن فشله وعدم قدرته على المواجهة في الماضي والحاضر سوف تستمر معه في المستقبل، ومن ثم يشعر باليأس ثم يترتب على ذلك الشعور بالسلبية والبلادة وانخفاض تقدير الذات ونقص الدافعية والاكتئاب.

وقد حدد " سليجمان " (1975) نموذج يوضح فيه العجز في نظريته عن " العجز المتعلم " والتي مؤداها أن الفرد حين تفشل جهوده في السيطرة على حدث معين بشكل متكرر، فانه يتوقف على النضال بسبب العجز، وقد يفشل في السيطرة على بعض المواقف الجديدة التي تكون السيطرة فيها مطلوبة أيضا، بمعنى أن الناس يمكن أن يتعلموا العجز من خلال مرورهم بخبرات متكررة من عدم السيطرة على الأحداث. (عيادة شكري حسن، 2001، ص 16).

ويرى " سليجمان وميلر (1975) Slegman et Miller " أن الفرد إذا عزا النقص في قدراته إلى عوامل ثابتة يصعب تغييرها فسوف يعتقد أن جهده الشخصي لن يعدل الموقف، ولهذا فان مصادره الذاتية ستكون غير كافية لمجابهة الضغط النفسي، مما يولد لديه مزيدا من الشعور الذاتي للضغط النفسي.

وقد رأى " سليجمان وزملاءه (1976) أن العجز المتعلم يخلق ثلاثة وجوه من النقص والقصور :

• **الوجه الأول:** يكون " دافعيا" و فيه يكون الشخص العاجز لا يبذل أي مجهود لاتخاذ خطوات ضرورية لتغيير النتيجة.

• **الوجه الثاني :** يكون " معرفيا " ويتمثل في أن الشخص العاجز يفشل في أن يتعلم استجابات جديدة تمكنه من تجنب النتائج المنفرة.

• **الوجه الثالث :** يكون " انفعاليا" يتمثل فان العجز المتعلم يمكن أن يؤدي إلى اكتئاب معتدل أو حاد. (عيادة شكري حسن، 2001، ص ص16-17).

وبعبارة أخرى يرى " سليجمان " (1975) إلى أن حالة العجز المتعلم تؤدي إلى آثار تعليمية ودافعية وانفعالية، يتمثل الأثر الدفاعي في عزوف الفرد على المبادرة والمحاولة، أما الأثر التعليمي فيتمثل

في أن الفرد يتعلم أن سلوكه غير ذي جدوى، بينما الأثر الانفعالي فيتمثل في أن فقدان القدرة على التحكم والسيطرة يؤدي إلى استجابات انفعالية سلبية.

(احمد نايل الغرير، احمد عبد اللطيف، 2009، ص 63).

4.11- نظرية "هنري موراي Hanri Murray" في تقدير الضغط :

ينفرد "هنري موراي Hanri Murray" بين منظري الشخصية بعمق الفهم للديناميات التي تحدث في داخل الكائن البشري، من اجل انبثاق لحظة التكيف وأحداث التوازن النفسي، ويتسم منهجه بالدينامية النفسية و مصطلحا تهمفعمة بالحيوية مليئة بالحركة، ويصل " موراي" إلى مستوى عال من الدينامية النفسية عندما يتعرض لمفهوم الحاجة ومفهوم الضغط، ويعتبرهما مفهومان مركزيان ومتكافئان في تفسير السلوك الإنساني، ويعد الفصل بينهما تحريفا خطيرا، كما يلتقي كل من الضغط و الحاجة في حوار دينامي يظهر في مفهوم الثيما، والذي يعني به " موراي" وحدة سلوكية كلية تفاعلية تتضمن الموقف الحافز (الضغط) والحاجة، وفي هذه الأثناء قد يحدث أن ترتبط بعض الحاجات في إشباعها ببعض المواقف أو بعض الأشخاص، وحينما يحدث ذلك فانه يظهر مفهوم " تكامل الحاجة" الذي يعبر به "موراي" عن الاستعداد الموضوعي، أي انه بحاجة إلى نوع معين من التفاعل مع شخص معين أو موضوع معين. (غزلان شمسي الدعدي، 2008، ص ص 24-25).

وقد ميز " موراي " بين نوعين من الضغوط هما :

• **الضغط بيتا : Stress Beta** ويشير إلى دلالة الموضوعات البيئية والأشخاص كما يدركها الفرد.

• **الضغط ألفا : Stress Alpha** ويشير إلى خصائص الموضوعات و دلالاتها.

ويوضح "موراي" أن سلوك الفرد يرتبط بالنوع الأول، ويؤكد على أن الفرد بخبرته يصل إلى ربط موضوعات معينة بحاجة بعينها، ويطلق على هذا مفهوم " تكامل الحاجة "، أما عندما يحدث التفاعل بين الموقف الحاضر والضغط والحاجة النشطة، فهذا ما يعبر عنه بمفهوم ألفا.

(غزلان شمسي الدعدي، 2008، ص ص 24-25).

وقدم "موراي" قائمة بأهم الحاجات وأهم المشاعر المرتبطة والمصاحبة لكل حاجة والمتمثلة في : التحقير، الانجاز، الانتماء، العدوان، الاستقلال الذاتي، المضادة، الدفاعية، الانقياد، السيطرة- العرضتجنب الأذى، تجنب المذلة، العطف على الآخر، النظام، اللعب، الحساسية، الجنس، العطف على الآخر. (قريد صلاح الدين، 2008، ص 103).

5.11- نظرية "ريتشارد لازاروس R.Lazarus " في التقدير المعرفي :

نشأت هذه النظرية نتيجة الاهتمام الكبير بعمل الإدراك والعلاج الحسي والإدراكي، فالتقدير المعرفي هو رابطة بين البيئة المحيطة بالفرد و خبراته الشخصية مع الضغط، وبذلك يستطيع الفرد تفسير الموقف، ويعتمد تقييم الفرد للموقف على عدة عوامل منها: العوامل الشخصية، العوامل الخارجية الخاصة بالبيئة الاجتماعية، والعوامل المتصلة بالموقف نفسه. (رؤى ملحم، 2007، ص 30).

يرى "لازاروس" (1984) أن الشعور بالضغط هو نتاج التفاعل بين خصائص البيئة، وخصائص الفرد، وكفاءة آليته الدفاعية المعرفية، فتقييم الفرد للموقف ودور كل من الإحباط والصراع والتهديد هو الذي يولد الضغط. (ماجدة بهاء الدين السيد، 2008، ص 33).

ومن جهة أخرى نجد أن "لازاروس" يأخذ بالنظرة الشمولية في تعريفه للضغط النفسي، حيث يتضمن تعريفه مثيرات الضغط النفسي والاستجابة المترتبة عليه، التقدير العقلي لمستوى الخطر، أساليب التكيف مع الضغط بالإضافة إلى الدفاعات النفسية.

(عبد الرحمان بن سليمان الطريبي، د.ت، ص 439).

وقد عرف كل من "لازاروس وفولكمان" (1984) الضغط النفسي بأنه : "تعامل خاص بين الفرد و المحيط في أي وضعية، والتي تقيم من الفرد كتهديد أو كتجاوز لموارده والتي من الممكن أن تهدد راحته". (Julie Roberge, 2007, P32).

ويرى "لازاروس" (1984) أن الضغط يعتبر كنتيجة للتفاعل بين الفرد ومحيطه، فقد فتح هذا المفهوم التفاعلي الباب لإدراكات جديدة و وجهات نظر مختلفة له، فهو سيرورة تشير من جهة للحفاظ على التوازن الفسيولوجي للمحيط الجسدي المهدد، ومن جهة أخرى للحفاظ على التوازن النفسي في المجتمع المطالب.

يعتبر "لازاروس و فولكمان" (1984) أن النظر للضغوط على أنها استجابة أو مثير قد يضعه في قالب ضيق، وإنما الأصح أن ينظر له على انه اتفاق بين الشخص والمحيط، مبررين بذلك كون الكثير من الأشخاص يتعرضون لآزمات إلا أنهم يختلفون في استجاباتهم بين الوضعية الضاغطة والاستجابة، فهناك وسائل من دورها التعديل في الاستجابة، وقد سماها " فولكمان" بـ "الوسائل المعرفية" ومن أهمها : التقييم المعرفي، إعادة التقييم المعرفي، وقد سمى "لازاروس" و"فولكمان" تصورهم بـ "التصور المعرفي الدافعي العلائقي"، ويركز هذا النموذج على تبني تصور مركب يتعامل مع مختلف الإمكانيات التي يملكها الشخص لمواجهة الضغوطات الداخلية والخارجية.

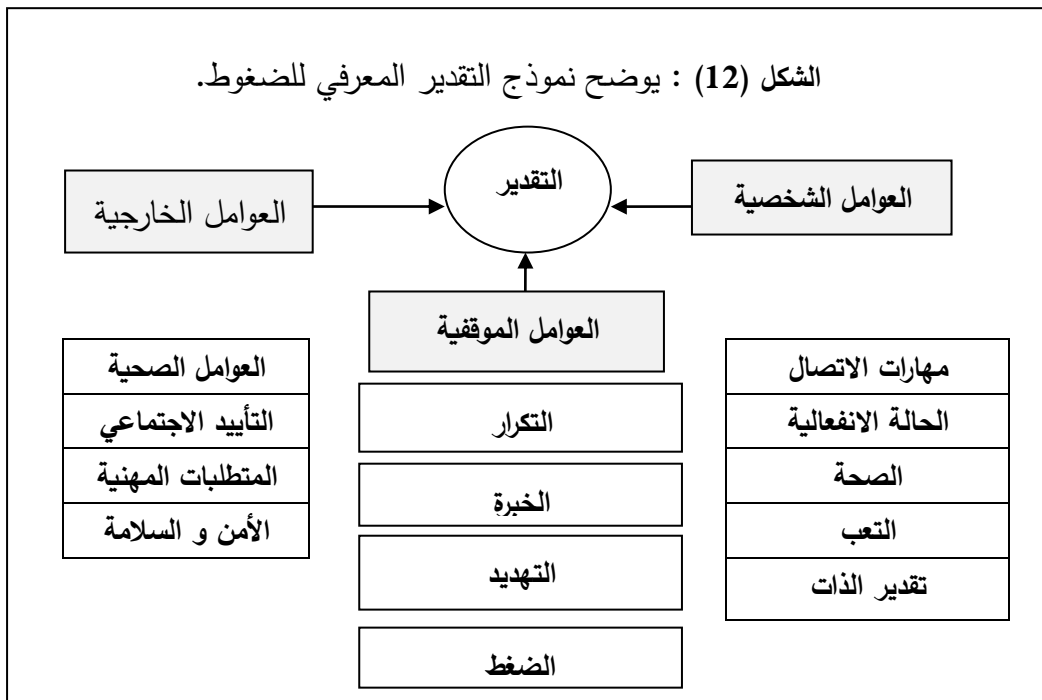
(قماز فريدة، 2008، ص 181).

وقد انصب اهتمام " لازاروس " على التقييم الذهني ورد الفعل من جانب الفرد للمواقف الضاغطة، واتفق مع " كانون " على أن الضغط يحدث نتيجة للتفاعل بين الفرد والبيئة المحيطة وأكد بصورة خاصة على التقييم الذهني من جانب الفرد، ومن ثم الحكم على الموقف الموجه وتصنيفه فيما يتعلق بالضغط، كما حرص على التأكيد في كتاباته و تقييمه للدراسات ذات العلاقة على أن الضغوط الناتجة على الجوانب النفسية لا يمكن قياسها بصورة مباشرة، وإنما يستدل عليها من ردود الفعل أو من معرفتنا للمواقف التي يمر بها الفرد، ونشأ هذا الاتجاه نتيجة الاهتمام الكبير بعملية الإدراك والعلاج الحسي الإدراكي، فالتقدير المعرفي هو مفهوم أساسي يعتمد على طبيعة الفرد، حيث أن تقدير حجم التهديد ليس مجرد إدراك مبسط للعناصر المكونة للموقف، ولكن رابطة بين البيئة المحيطة بالفرد وخبراته الشخصية مع الضغوط، وبذلك يستطيع الفرد تفسير الموقف وتحدد نظرية التقدير المعرفي أن الضغوط تنشأ عندما يوجد تناقض بين المتطلبات الشخصية للفرد.

(غزلان شمسي الدعدي، 2008، ص 25).

وقد قدم " لازاروس " هذه النظرية وهو يرى أن التقدير المعرفي يعتمد على طبيعة الفرد، بينما يكون إدراك كم التهديد ليس لإدراك مصدر الضغوط فقط بل للعلاقة بين الضغوط البيئية المحيطة بالفرد و خبراته الشخصية، و يعتمد تقدير الموقف على العديد من العوامل الشخصية، وعلى عوامل أخرى خارجية بيئية اجتماعية، ويوضح الشكل الآتي نظرية التقدير المعرفي للضغوط.

(عبد العزيز عبد المجيد محمد، 2005، ص 36).



المصدر: (عبد العزيز عبد المجيد محمد، 2005)

يتضح من الشكل أن ما يعتبر ضاغطا بالنسبة لفرد ما لا يعتبر كذلك بالنسبة لفرد آخر، ويتوقف ذلك على سمات شخصية الفرد، وخبراته الذاتية، ومهاراته في تحمل الضغوط، وحالته الصحية، كما يتوقف على عوامل ذات صلة بالموقف نفسه مثل : نوع التهديد، كمه، وأخيرا عوامل البيئة الاجتماعية كالمتطلبات المهنية.

ويعد النموذج الذي قدمه " لازاروس " وآخرون (1982) والذي يعرف بـ " نموذج التقييم المعرفي " من أهم النماذج، حيث يرى " لازاروس " إن الضغوط تحدث عندما يواجه الشخص مطالب تفوق قدرته على التكيف، و يرى أن الضغوط و أساليب مواجهتها ترجع للمعرفة (الإدراك والتفكير) والطريقة التي يقيم بها الفرد علاقته بالبيئة، وإن هذه العلاقة لا تسير في اتجاه واحد، بل أن متطلبات البيئة وأساليب مواجهة الضغوط و الاستجابة الانفعالية في نتيجة لتأثير كل منها على الآخر.

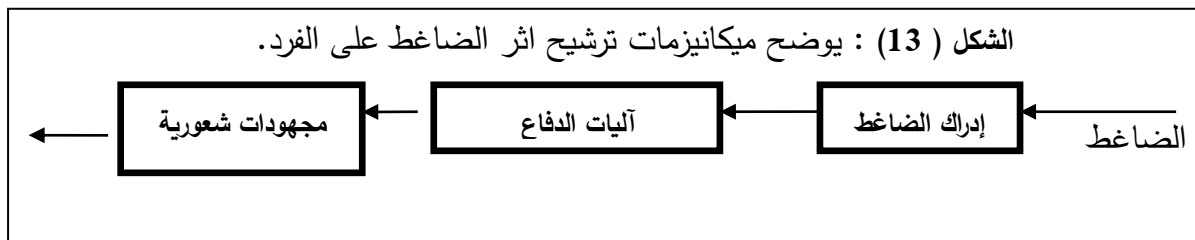
(وليد السيد أحمد، مراد علي عيسى، 2008، ص 135).

كما يرى أن الضغوط وأساليب مواجهتها تكون نتيجة للمعرفة والإدراك و التفكير، والطريقة التي يقيم بها الفرد علاقته بالبيئة، كذلك يركز " لازاروس " على دور الإحباط والصراع والتهديد في إحداث الضغوط. (حسين احمد حشمت، مصطفى حسين باهي، 2006، ص 54).

كما يرى " لازاروس " و " فولكمان " (1984) أن الضغط يرتبط بعامل معرفي آخر، وهو " المراقبة "، فمعرفة الشخص بقدرته على مراقبة الأوضاع يمكن أن يخفف من الضغط.

(قماز فريدة، 2008، ص 181).

فحسب أصحاب النظرية المعرفية، فإن الضغط ليس مرتبط بالحدث الضاغط فقط أو بالشخص لوحده، ولكن متعلق بتفاعل الفرد والمحيط، كما أن خصائص الضاغط لا تبين لوحدها شدة ولا طبيعة ما يمكن أن يشعر به الفرد، حيث انه، وحسب النموذج التفاعلي للضغط، فالضواغط تمر عبر سلسلة من الترشيحات التي تسمح بتعديل الحدث الضاغط، وبالتالي تضخيم أو تقليل رد فعل الضغط، وفي هذا المجال عرف كل من " راهي " وارتور (Rahe et Arthur (1978) ثلاثة (03) مرشحات أساسية حسب الشكل رقم (13) :



المصدر : (بوعافية نبيلة، 2007، ص 181).

يوضح هذا الشكل أن إدراك الفرد للضغوط يدفعه إلى استخدام ميكانيزمات دفاعية لمواجهة المواقف الضاغطة وتعديل الحدث الضاغط.

6.11- نظرية "سبيلبرجر (1972) Spielberg" في النسق النظري :

تعتبر نظرية " سبيلبرجر" في القلق ضرورية لفهم الضغوط عنده، فقد أقام نظريته في القلق على أساس التمييز بين القلق "كسمة" والقلق " كحالة". (رؤى ملحم، 2007، ص 29).

• **سمة القلق أو القلق العصابي أو المزمن :** هو استعداد طبيعي أو اتجاه سلوكي يجعل القلق يعتمد بصورة أساسية على الخبرة الماضية. (فاروق السيد عثمان، 2001، ص 99).

وهو مركب ثابت للشخصية، وميل إلى إدراك الوضعيات المتنبأ بها على أنها مهددة، فالأشخاص الذين يتميزون بسمة قلق ضعيفة يدركون الأحداث الضاغطة بأقل تهديد، ولهم قدرة كبيرة على التحكم مقارنة بالأشخاص الذين يتميزون بسمة قلق مرتفعة. (مرشدي شريف، 2007، ص 58).

إضافة إلى أنها حالة ثابتة نسبياً من التهيؤ للاستجابة للمثيرات والأحداث بطريقة يتضح فيها القلق.

(محمد السيد عبد الرحمان، 1998، ص 449).

أي إلى الاختلافات بين الأفراد في ميلهم إلى الاستجابة اتجاه المواقف التي يدركونها كمواقف تمثل تهديداً، وذلك بارتفاع شدة القلق. (فهمي علي، 2009، ص 63).

• **قلق الحالة أو القلق الموضوعي أو الموقفي :** هو ظرف أو حالة انفعالية متغيرة تعتري الإنسان وتتميز بمشاعر ذاتية من التوتر والتوجس يدركها الفرد العادي، ويصاحبها نشاط في الجهاز العصبي، وقد تتغير حالة القلق في شدتها وتتذبذب عبر الزمن.

(محمد السيد عبد الرحمان، 1998، ص 398).

كما يعتمد على الظروف الضاغطة، وعلى هذا الأساس يربط "سبيلبرجر" بين الضغط وقلق الحالة، ويعتبر الضغط الناتج ضغطاً مسبباً لحالة القلق، ويستبعد ذلك عن القلق كسمة، حيث يكون من سمات شخصية الفرد أصلاً. (وليد السيد احمد، مراد علي عيسى، 2008، ص ص 152-153).

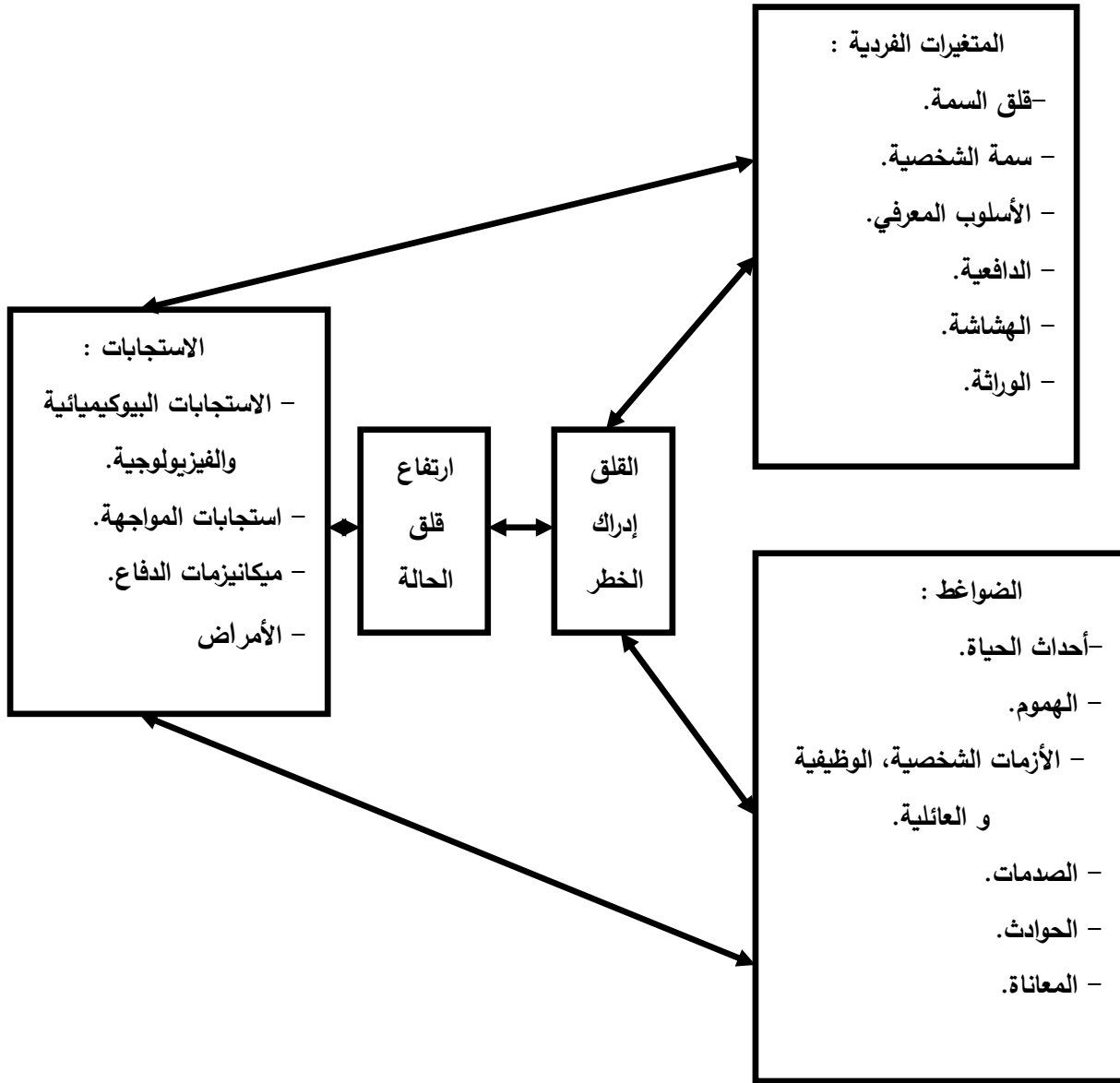
كما يشير "كاتل Cattell" إلى أن هناك مفهومين للقلق :

- **المفهوم الأول :** قلق الحالة، وهو ينشأ عن حالة انفعالية تحدث للفرد ومن صفتها أنها متفاوتة الشدة ومؤقتة.

- **المفهوم الثاني:** سمة القلق، وهو يشير إلى الاستعداد المسبق لدى الفرد والميل إلى الاستجابة نحو ما يتعرض له من مواقف تهدده، مما يؤدي إلى ارتفاع مستوى القلق لديه.

(أميرة طه بخش، 2007، ص 18).

الشكل (14) : يوضح مخطط لنموذج التفاعلات بين القلق، الضغط و المواجهة
لـ (رولاند (1998). (Rolland)



المصدر : (Andre Mariage, 2001, P47)

يوضح هذا النموذج حلقة التفاعل بين عوامل الضغط المتعلقة بالمتغيرات الفردية والضغوط في تفاعلها مع إدراك الفرد للخطر، والذي تنتج عنه عدة استجابات (تكيفية كاستراتيجيات المواجهة أو غير تكيفية كالأمراض).

ويعتبر " سبيلبرجر " (1979) واحدا من العلماء الذين وضعوا تفسيراً للضغوط النفسية معتمداً على نظرية الدوافع، إذ يرى أن الضغوط تلعب دوراً في إثارة الاختلافات على مستوى الدوافع في ضوء إدراك الفرد لها، و يحدد في ثلاث (03) أبعاد رئيسية : الضغط، القلق، التعليم.

(احمد نايل الغير، احمد عبد اللطيف، 2009، ص125).

وقد عرض " سبيلبرجر " تمييزاً بين كل من القلق والضغوط و التهديد :

• **القلق** : عملية انفعالية تشير إلى تتابع الاستجابات المعرفية السلوكية، التي تحدث كرد فعل لشكل ما من الضغوط. (رؤى ملحم، 2007، ص 29).

• **الضغوط** : يشير إلى الاختلافات في الأحوال البيئية التي تتسم بدرجة ما من الخطر الموضوعي.

• **التهديد** : يشير إلى التقدير والتفسير الذاتي لموقف خاص.

(عبد العزيز المجيد محمد، 2005، ص ص35-36).

ويؤكد " سبيلبرجر " (1976) على أهمية العلاقة بين الضغط والقلق، ويقترح تعريفاً مهماً، حيث يعرف الضغط كمفهوم ذات خصائص موضوعية لوضعية معينة، إما القلق فيعتبره إدراك لوضعية خطر، ففي غالب الحالات الوضعيات الضاغطة تكون موضوعية (كالزلازل، فقدان عزيز...الخ) يمكن إدراكها على أنها مقلقة، ولكن يمكن أن يحدث العكس بالنسبة لشخص غير مقدر للخطر، أو انه يملك المهارات اللازمة والخبرة لمواجهة لذلك حدد " سبيلبرجر " (1976) مجموعة من العوامل التي تحدد إذا كانت وضعية ما يمكن أن تدرك على أنها خطيرة هي :

- مزاج الشخص.

- الخصائص الموضوعية للوضعية.

- الخبرات السابقة للشخص، والتي تشبه أو تعتبر قريبة من الوضعية الحالية.

- مصادر استراتيجيات التعامل مع الضغط. (قماز فريدة، 2008، ص 178).

وتؤكد نظرية " سبيلبرجر " أن الضغوط تلعب دوراً مهماً في إثارة الاختلافات على مستوى الدوافع كل حسب إدراكه للضغوط، وتركز هذه النظرية على المواقف المتعلقة بالموقف الضاغط وإدراك الفرد، فيحدد " سبيلبرجر " مفهوم الضغط في ثلاث (03) مراحل وهي : مصدر الضغط، إدراكه ورد الفعل المناسب، ومن هنا ترتبط شدة رد فعل بشدة المثير ومدى إدراك الفرد له.

(حسين احمد حشمت، مصطفى حسين باهي، 2006، ص 55).

7.11- نظرية "هوبفول" (Hobfoll) (1989) " في حفظ المصادر :

يرى " هوبفول " أن الضغط يحدث عند وجود واحدة من الحالات التالية :

- عندما يعاني الفرد من فقدان مصادر السعادة التي يمتلكها في مواجهة الضغوط.
- عندما تكون هذه المصادر معرضة للتهديد.
- عندما لا يتم استثمار أو تفعيل هذه المصادر.

وقد صنف "هوبفول" المصادر إلى أربعة (04) أصناف هي :

- * **أولا** : المصادر الموضوعية (الحسية) مثل :البيت، الملابس، الحصول على وسائل النقل....
- * **ثانيا** : المصادر الحالية مثل :الوظيفة، العلاقات الإنسانية.
- * **ثالثا** : المصادر الشخصية مثل : المهارات أو فعاليات الذات.
- * **رابعا** : مصادر الطاقة وهي المصادر التي تسهل تحقيق المصادر الأخرى مثل: توفر المال، القروض و المعرفة

وتوصل "هوبفول" وزملاءه (1996) إلى مجموعة من الفرضيات أو (المبادئ) التي تركزت على

نظرية صيانة أو حفظ المصادر هي :

- إن فقدان المصادر يعتبر السبب الرئيسي للضغط بسبب تعرض الفرد لمحنة.
- تقوم المصادر على حماية وحفظ المصادر الأخرى، فمثلا تقدير الذات هو مصدر مهم وقد يكون مفيدا لقبية المصادر، مثال ذلك النساء اللواتي لديهن تقدير ذات مرتفع يستطعن الاستفادة من الدعم الاجتماعي عند مواجهتهن للضغط، على عكس النساء اللواتي لديهن تقدير ذات منخفض فإنهن يفسرن الدعم الاجتماعي على انه دليل على عدم الكفاية الذاتية، وبذلك فإنهن يبتعدن ولا يستقنن من هذا الدعم.

- يستنزف الأفراد مصادر المقامة المخزونة بعد تعرضهم المستمر للمواقف الضاغطة، و هذا الاستنزاف يقلل قابلية الفرد لمواجهة ضغوط إضافية، وهذه الحالة توضح أهمية الحفاظ على المصادر، و ذلك بالتركيز على كيفية التفاعل بين المصادر ومتطلبات متغيرات الموقف باستمرار الزمن، باعتبارها عملية كشف للضغوط المتعاقبة، إن هذا المبدأ يظهر أهمية فحص النتيجة على المصادر بالإضافة إلى فحص المصادر على النتيجة.

• **التعقيب على النظريات المفسرة للضغوط النفسية :**

لقد قمنا بعرض العديد من النظريات المفسرة للضغوط النفسية، فكل من تلك النظريات تقترض وجود عملية مركزية، فهناك نظرية تؤكد على أن الاضطراب المعرفي يلعب دورا مركزيا في إحداث

النتائج السلبية للضغط، ونظرية أخرى تزعم أن الاستثارة الفسيولوجية تلعب دورا أساسيا في إحداث النتائج السلبية للضغط، ونظرية ثالثة تعطي للاستجابات الانفعالية للضغط موقعا هاما، ونظرية رابعة تزعم أن شعور الفرد بالعجز يلعب دورا مركزيا في الضغط وغيرها، ولم تحاول أي من هذه النظريات أن تفسر كل ما هو معروف عن الضغط، لذلك فلا يعتبر أي منها تفسيرا كافيا، وعلى أي حال فكل من هذه النظريات تقدم لنا إطارا مفاهيميا يوضح خبرة الضغط ويشير إلى التدخلات التي تعمل على التخفيف منها، كما اهتمت جميع النظريات في علم النفس بالإشارة إلى طبيعة الضغط النفسي، و تفسير الانفعالات ذات العلاقة والارتباط معه، وأكدت هذه النظريات على أثر الضغط النفسي في الجوانب الوظيفية السيكولوجية والمعرفية والانفعالية والسلوكية، ورغم الاختلاف ما بين اتجاهات كل نظرية من النظريات، إلا أن هناك اتفاق عام فيما بينها على أثر الضغط النفسي على صحة الفرد و توازنه و تكيفه.

12- الآثار المترتبة على الضغط الناجمة عن المرض:

إن الضغط النفسية تؤثر على كثير من المتغيرات النفسية والفيزيولوجية، بحيث أوضح "لانترز Lantz" تأثير الضغط على الأداء فأوضح انه توجد دلالة إحصائية في أداء الأطفال في ظروف الأداء العادي ومختلف الآراء التي تعرضوا فيها للضغط و أن الأعمال التي تأثرت بالموقف الضاغط قد تأثر بالأعمال التي تتطلب جدلا.

وضع " لانسلي Lancily " أن الضغط الناتج عن طلب انجاز اكبر كم من الأعمال في وقت محدد نتج عنه عدد كبير من الأخطاء وتغيرات في سلوك الأطفال، كما اظهر نقصا في كفاءة الأداء نتيجة طلب منهم حل اكبر عدد من المسائل في وقت محدد كما جاء الحل على حساب الدقة وملاحظة تغيرات نوعية غير مرغوبة متكررة منها : عدم الإصغاء، النشاط الغير المنظم، النشاط الزائد.

وجد " هيدي و هلمستروم و ويرنج Heady, Holmstrom et Weuring " أن هناك علاقة بين حالة المزاج ووقوع الحادثة الضاغطة فثبت أن الحوادث التي تستدعي المزاج الايجابي الذي يعكس شعور الفرد بالمتعة وتكون واضحة في تعبيرات الأفراد اللغوية مثل : الحيوية، السعادة، النشاط، الاستثارة والعكس فان الحوادث المؤلمة تستدعي حالة المزاج السلبي التي تعكس حالة التعب والامتصاص من الحياة و الشعور بالضيق وتظهر في التعبيرات اللفظية مثل : الغضب والانفعال والأسى والشعور بالانفعال والتوتر. (هارون توفيق الرشدي، 1999، ص ص 35-38).

ينتج عن الضغوط عدة آثار تصنف كما يلي :

1.12- الآثار الانفعالية :

- القلق، الإحباط، الغضب، الهلع، ازدياد التوتر النفسي والفسولوجي.
- انخفاض تقدير الذات، فقدان الثقة بالنفس و النظرة السوداوية للحياة.
- سرعة الاستثارة و زيادة الصراعات البينشخصية. (محمد عبد السلام يونس، 2008، ص 165).
- عدم القدرة على التحكم في الانفعالات والسلوك وسيطرة الأفكار والوساوس القهرية.
- كما أن الضغوط تؤثر على الحالة المزاجية للفرد، فالأحداث السارة تستدعي المزاج الايجابي الذي يعكس شعور الفرد بالمتعة والسعادة والحيوية، في حين أن الأحداث المؤلمة وغير السارة تستثير حالة المزاج السلبي التي تعكس حالة التعب والإجهاد والشعور بالضيق.
- كما أن الأحداث والخبرات الصدمية التي يمر بها بعض الأفراد تؤدي بهم إلى المعانات من مجموعة أعراض مختلفة، وهي زملة أعراض ضغوط ما بعد الصدمة.
- (طه عبد العظيم، سلامة عبد العظيم، 2006، ص 45).

2.12- الآثار المعرفية :

- تؤثر الضغوط على البناء المعرفي ومن ثم فان العديد من الوظائف العقلية تصبح غير فعالة وتظهر هذه الآثار في الأعراض التالية :
- ضعف قدرة الفرد على حل المشكلات وصعوبة معالجة المعلومات.
 - نقص الانتباه وصعوبة التركيز وضعف قوة الملاحظة.
 - تدهور الذاكرة حيث تقل الفرد على الاستدعاء والتعرف وتزداد الأخطاء.
 - اضطراب التفكير، حيث التفكير النمطي والجامد هو السائد لدى الفرد بدلا من التفكير الابتكاري.

3.12- الآثار الفسيولوجية :

- إن الضغوط تؤثر سلبا على النواحي الفسيولوجية للفرد، فالأحداث والظروف الضاغطة التي يتعرض لها الفرد تحدث تغيرات في وظائف الأعضاء وإفرازات الغدد وفي الجهاز العصبي، وتمثل هذه الآثار الفسيولوجية الناتجة عنها في الأعراض التالية :
- إفراز كمية كبيرة من الأدرينالين في الدم مما يؤدي إلى سرعة ضربات القلب، وارتفاع ضغط الدم والتنفس وزيادة نسبة السكر في الدم واضطراب الأوعية الدموية.

- جفاف الفم واتساع حدقة العين وارتعاش الأطراف ولا تقف الآثار المترتبة على الضغوط عند هذا الحد وسيطرة الأفكار والوساوس القهرية.
- ارتفاع مستوى الكوليستيرول في الدم مما يؤدي إلى تصلب الشرايين و الأزمات القلبية.
- اضطراب المعدة والأمعاء والشعور بالغثيان والرغبة.
- إن هذه الآثار السلبية الناجمة عن الضغوط تنعكس أيضا على سلوك الفرد وأدائه.
- (طه عبد العظيم، سلامة عبد العظيم، 2006، ص ص 45-46).

4.12- الآثار السلوكية :

تظهر الآثار السلوكية في الأعراض التالية :

- انخفاض الأداء والقيام باستجابات سلوكية غير مرغوبة.
 - عدم الثقة في الآخرين والتخلي على الواجبات والمسؤوليات والإلقاء بها على عاتق الآخرين.
 - اضطرابات لغوية مثل التأتأة والتلعثم واللججة.
 - تزايد معدلات الغياب عن العمل أو المدرسة وعدم الرضا عنها.
 - تعاطي العقاقير والمخدرات وتدخين السجائر.
 - اضطرابات النوم وإهمال المنظر والصحة.
- ظهور هذه الأعراض يختلف من فرد لآخر، مما لا شك فيه أن استمرار تعرض الفرد للأحداث الضاغطة لفترة طويلة مع تكرار حدوثها قد يجعل الأعراض النفسية والسلوكية تنخفض لدى الفرد ولان تكرار الحدث الضاغط يؤدي إلى ألفة الفردية وقلة تأثيره عليه والجدير بالذكر أن هذه الأعراض تتجم عن التعرض للضغوط السلبية أما التعرض للضغوط الايجابية فيكون لها تأثير ايجابي على دافعية الفرد حيث تدفعه إلى التحقيق الذات والأداء الجيد والتفاعل الاجتماعي على الآخرين.
- (طه عبد العظيم، سلامة عبد العظيم، 2006، ص 45).

13- أساليب تحديد وقياس الضغوط النفسية :

حظي موضوع قياس الضغط النفسي باهتمام العديد من الباحثين، حيث اعتبر " ثاير Thayer" من الأوائل الذين اقروا بإمكانية قياس الضغوط النفسية، عن طريق الصفات المزاجية التي تظهر على الفرد في تقريره الذاتي، ويصرح " الغرير " (2010) بوجود أساليب قياس مكتوبة أو يقاس بواسطة أجهزة علمية نفسية للتوازن الحركي العقلي أو قوة الانفعالات وشدتها، إضافة إلى أساليب أخرى كالملاحظة والمقابلة ودراسة حالة.

وإضافة إلى ذلك يشير " جمعة " (2007) إلى أن اغلب الطرق التي يمكن بها قياس الضغط

النفسي تتمثل في :

- المقاييس الفسيولوجية.

- المؤشرات الكيميائية الحيوية.

- المقاييس والاختبارات النفسية التي نجد منها :

• أساليب التقرير الذاتي منها : الاستبيانات، الاختبارات والمقابلات.

• المقاييس السلوكية و تضم : الملاحظة في المواقف الطبيعية والمصطنعة والاختبارات الأدائية.

من ناحية أخرى يمكن لنا تشخيص أحداث الحياة كمصدر للضغط النفسي أو تشخيصه على أساس علامات المعاناة من الضغط، والتي تم الاعتماد عليها في الدراسة الحالية، حيث يمكن إدراج هاتين الطريقتين كالتالي :

- تشخيص أحداث الحياة كمصدر للضغط : يمكن قياسها بالاختبارات والمقاييس، حيث يتم بتحديد جل المشكلات أو المواقف التي يمكن لها أن تكون مصدرا للضغط النفسية، وذلك بوضع طرق موضوعية تحدد حجم التغيرات التي يتعرض لها الفرد و مدى تأثره بها.

- تشخيص على أساس علامات المعاناة من الضغط : أي انطلاقا من ثبوت جملة من الأعراض الناتجة أو التأثيرات الظاهرة على الفرد، حيث يمكن الاستدلال عليها من خلال بعض التغيرات التي تطرأ على الفرد من مظاهر فسيولوجية، سلوكية، معرفية، انفعالية، اضطرابات نفسية.

(بن صالح هداية، 2016، ص ص 43-44).

14- أساليب علاج الضغط النفسية :

اهتم الباحثون بإعداد برامج متنوعة للتدخل العلاجي والإرشادي تستخدم في إدارة الضغط التي يعيشها الأفراد وذلك نظرا للتأثيرات السلبية المترتبة على الأحداث الضاغطة التي يتعرضون له أو تستند التدخلات في إدارة الضغط إلى نظريات ومدارس الإرشاد والعلاج النفسي منها :

1.14- العلاج المعرفي :

ظهر المفهوم على يد " أرون بيك (1960) Eron Beak " وهو يقوم على حقيقة مؤداها أن لكل فرد أفكار وتوقعات و معاني وافتراسات عن الذات وعن الآخرين وعن العالم المحيط به، وهي التي توجه سلوكه وتحدد انفعالاته، وهي تشكل في جملتها الفلسفة الأساسية للشخص في الحياة، وأن المشكلات والصعوبات النفسية (قلق، اكتئاب، ضغط) في الحياة تحدث عندما تكون هذه الأفكار

والاعتقادات والافتراضات لديه ذات طبيعة سلبية وخاطئة، ومن هنا يسعى العلاج المعرفي إلى مساعدة الفرد على أن يصبح أكثر وعياً بأنماط التفكير التلقائية السلبية والخاطئة لديه واستبدالها بأفكار أخرى و توافقية وإيجابية أكثر منطقية ويمكن تعريف العلاج المعرفي بأنه نسق من العلاج أعدّه " بيك " يؤكد على أهمية الاعتقادات والتفكير في تحديد السلوك والمشاعر لدى الفرد، وهو يركز على فهم الاعتقادات المحرفة أو المشوهة، ويستخدم فنيات معرفية وسلوكية لتغيير أنماط التفكير غير التوافقية لدى الفرد. وعلى ذلك يرى " بيك " أن الضغط هو استجابة يقوم بها الفرد نتيجة لموقف يضعف من تقديره لذاته أو مشكلة ليس لها تسبب له إحباطاً وتعرق اتزانته أو موقف يثير لديه أفكار عن الشعور بالعجز واليأس.

إن التحريفات المعرفية تتوسط العلاقة بين الأحداث والشعور بالضغط يؤثر سلباً على أسلوب تعامل الفرد مع الحدث الضاغط فمثلاً إذا لم يستطيع الفرد مواجهة الموقف الضاغط فهذا يمثل بالنسبة له كارثة وأنه فاشل في التعامل مع المواقف الضاغطة، وهنا ينبغي التأكيد على الحذر من الوقوع في التهويل والتضخيم وغيرها من التحريفات المعرفية، فلا شك أن إعطاء الموقف حجماً أكبر من حجمه يؤدي إلى زيادة الشعور بالضغط والقلق لدى الفرد. وتسير عملية العلاج المعرفي في عدة خطوات :

- بناء علاقة علاجية تعاونية في بداية العلاج تقوم على أساس من الدفء والتقبل للعميل من جانب المعالج.

2.14- العلاج بالتعديل المعرفي السلوكي :

ظهر هذا الاتجاه على يد " ميتشنيوم Mitshnbum " الذي يقوم في جوهره في إعادة البناء المعرفي للفرد، حيث يتم مساعدة الفرد على تعديل أنماط تفكيره السلبية واكتساب مهارات معرفية جديدة للتعامل مع المواقف ، ويؤكد هذا الاتجاه على التعليمات الذاتية أو أحاديث الذات لدى الفرد، حيث يشير " ميتشنيوم " في هذا الصدد إلى ما يقوله الفرد لنفسه عن نفسه وعن كل ما يواجهه من مواقف يؤثر بدور هام في تحديد سلوكه ومشاعره.

ويعتبر التدريب على التعليم الذاتي من الفنيات الهامة التي يتضمنها اتجاه " ميتشنيوم " وهي تتضمن التعرف على الأفكار والتعبيرات الذاتية السلبية المرتبطة بالضغط والتي تسبب الضغط والكره والمشقة للفرد ومساعدة العميل على تعديل التعبيرات السلبية لديه واستبدالها بتعبيرات ذاتية إيجابية

وهكذا من خلال التدريب على التعليم الذاتي يتعلم العميل أن ما يعانيه من قلق وضغوط هو نتيجة سوء تفسيره و تأويله التي يتعرض لها.

وتعتبر طريقة التدريب على التحصين ضد الضغوط والتي أعدها "ميثنبوم" طريقة هامة من طرف التعديل المعرفي السلوكي وتشبه طريقة التحصين ضد الضغوط عملية التحصين البيولوجي ضد الأمراض العامة وتستند هذه الطريقة إلى فكرة رئيسية مفادها أن الضغوط تحدث عندما يدرك الفرد وجود تفاوت بين متطلبات الموقف وبين ما لديه من مصادر شخصية و اجتماعية وتعمل هذه الطريقة عن تزويد الفرد بالمعلومات واكتساب المهارات التي يستطيع من خلالها مواجهة المواقف الضاغطة في البيئة.

التخلص من الضغوط يكون مرهونا بالتخلص من الأحاديث الذاتية السلبية واستبدالها بأحاديث ذاتية ايجابية.

3.14- العلاج بالاسترخاء :

ظهر هذا النوع من العلاج على يد كل من " مروزر وفيناس Mroser et J.P Vinas " اللذان اعتبرا الاسترخاء من العلاجات الناجحة عند الطفل لعدد كبير من الاضطرابات، حيث " مروزر وفيناس" طور الاسترخاء وأساسا جمعية تطوير الاسترخاء في مدرستهما بفرنسا، إذ تقوم الجمعية بتربصات تعلم للاسترخاء للمعلمين كي يطبقونها في المدارس.

الاسترخاء يهدف إلى مساعدة الطفل على التعرف على الضغط، وأعراضه، واستعمال الاسترخاء لمكافحته، ويلاحظ بعد حصة الاسترخاء أن التلميذ ينتبه ويستوعب المعارف أكثر نظرا لارتفاع الهدوء والانتباه وهذا يخفف من التوتر وإلا انضباطية عند الطفل مما يعمل على نقل الرسوب المدرسي. ولاحظ أيضا الأولياء أن الطفل هادئ عند رجوعه من المدرسة ونقش الشجار بين الإخوة.

(بكرة معتصم ميموني، 2005، ص 157).

الاسترخاء يستخدم في معظم برامج إدارة الضغوط وذلك للتحكم في الاستثارة الفسيولوجية ومن أمثلة التغيرات الفسيولوجية التي يحدثها الاسترخاء نقص استهلاك الأوكسجين وزيادة إفراز ثاني أكسيد الكربون و زيادة موجات ألفا و بيتا في المخ، وزيادة إفراز اللعاب واسترخاء العضلات، ويتم الاسترخاء في غرفة هادئة ذات إضاءة خافتة وتشمل الغرفة على أريكة يتم الاسترخاء عليها ويغمض الفرد عينيه ويركز على استرخاء العضلات، وتنظيم التنفس والراحة، وعند وجود مثيرات خارجية مثل الموسيقى فان الشخص يمكنه تكوين صور عقلية ايجابية تتلائم مع حالة الاسترخاء.

وتوجد فنيات عدة للاسترخاء منها أسلوب الاسترخاء العضلي المتصاعد والذي ظهر على يد " جاكبسون Jakbson " وهو عبارة عن استرخاء تدريجي لكل عضلات الجسم و تتضمن هذه الفنية بان يقوم الفرد بقبض أو شد مجموعة معينة من العضلات لمدة 05 إلى 10 دقائق، ثم استرخاء نفس المجموعة من العضلات لمدة 30 ثانية.

للاسترخاء فوائد فسيولوجية ونفسية عدة تتمثل الفوائد النفسية للاسترخاء في الشعور بالهدوء وزيادة الثقة بالنفس وتقدير الذات وزيادة التركيز والانتباه وتقوية الذاكرة، ومن الناحية الفسيولوجية فهو يعمل على خفض معدل ضربات القلب واسترخاء العضلات.

(طه عبد العظيم، سلامة عبد العظيم، 2006، ص 151).

4.14- العلاج بيو ارتجاعي :

اكتشف الباحثون في الستينات أن بإمكان الفرد أن يؤثر على المدرج الداخلي مثل تغيير حرارة الجلد، و التقلصات المعدية أو على حضربة (Tonus) العضلات أو حتى إنتاج موجات (Alpha) في الدماغ، الدماغ له نشاط كهربائي :

* موجات " ألفا " تظهر عندما ينام الفرد، هي موجات الهدوء الذهني.

* موجات " دلتا " لا تدوم إلا لحظات قليلة قبل النوم.

تناسب موجات " بيتا " نشاط النهار، أي اليقظة.

هذه الطريقة تستعمل أجهزة تسجيل : الضغط الدموي، دقات القلب أو الموجات الدماغية.

الهدف منها تغيير العمليات الفيزيولوجية بالمراقبة عن طريق التأثير الفكري على الجسم مع الممارسة تدريجيا يصبح الفرد قادرا على الإدراك والوعي بآثار الضغط وتخفيفها على أساس الفكر مثلا عند الشعور بالضغط يؤثر الفرد على الدماغ كما ينتج موجات ألفا مما يساعد على الاسترخاء والهدوء، يستعمل هذا العلاج خاصة في التخفيف من القلق الذي يكون أساسا لعدد كبير من الاضطرابات النفسجسدية. (بدرة معتصم ميموني، 2005، ص 158).

5.14- العلاج الإرشادي العقلاني الانفعالي السلوكي :

" ألبرت أليس Albert Aliss " من أهم رواد الاتجاهات المعرفية السلوكية في الإرشاد و العلاج النفسي، و يشير " أليس " إلى انه بدأ اتجاهه الإرشادي تحت تسمية الإرشاد العقلاني ثم في عام (1961) اسماه الإرشاد العقلاني الانفعالي، و أخيرا في عام (1993)، توصل إلى أن أسلوبه سلوكي

وانفعالي بنفس القدر كما هو معرفي فقام بتغييره إلى الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي، و يعد هذا الاتجاه الإرشادي من أكثر الاتجاهات الإرشادية المعرفية الشهيرة.

يعرف " أليس " الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي بأنه طريقة إرشادية تستهدف مساعدة الفرد على أفكاره و اعتقاداته اللا عقلانية و تعديل هذه الأفكار التي تسبب في حدوث الاضطرابات الانفعالية لديه واستبدالها بأفكار أكثر ايجابية يحقق له مستوى مناسباً من الصحة النفسية.

يمكن أن نوجز خطوات الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي على الوجه التالي :

- تأسيس علاقة إرشادية جيدة تقوم على أساس من الثقة والدفء مما يساعد ذلك العميل على الحديث والإفصاح عن ذاته.
 - تحديد الأفكار إلا عقلانية لدى الفرد ومساعدته على تعلم العلاقة بين التفكير والانفعال والسلوك بوصفها عمليات متداخلة مع بعضها البعض.
- (طه عبد العظيم، سلامة عبد العظيم، 2006، ص ص 263-266).

6.14 - العلاج بالدعابة والمرح :

تمثل الدعابة مكوناً هاماً يؤثر في الحياة الفرد وسلوكه، حيث تعمل الدعابة على التخفيف من الآثار الضاغطة، وتتضمن هذه الفنية تعليم الأفراد كيفية استخدام الدعابة والمرح في أوقات الضغوط، وذلك لما لها من أهمية في حياة الفرد الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية.

ولقد أوضحت الدراسات أن الأفراد الذين يكون لديهم مستويات عالية من الدعابة والتفاؤل يظهرون مقاومة قوية للاحتراق النفسي ويكون أكثر سعياً نحو المساندة الاجتماعية واستخداماً لاستراتيجيات المواجهة التعبيرية عندما يواجهون بمواقف ضاغطة شديدة مقارنة بالأفراد الذين لا يميلون إلى الدعابة وإلى جانب ذلك فإن للدعابة فوائد على المستوى الفسيولوجي والمستوى المعرفي للفرد. فهي تزيد من قدرة الفرد على الفهم والتذكر كما أنها تخفف من مستوى التوتر والقلق، وتسرع من معدل ضربات القلب وعملية التنفس والدورة الدموية وتقوي من الجهاز المناعي للجسم، وتسهم بدور فعال في خفض الاكتئاب حيث أن الافتقار إلى الدعابة والمرح يعد مؤشراً على الاكتئاب إذ أن المرح والاكتئاب حالتان متعارضتان في العقل، كما أنها تساعد على إفراز مواد كيميائية في المخ، ومن ثم يشعر الفرد بالسعادة.

ولقد كان رسول الله " صلى الله عليه وسلم " وهو المثل الأعلى في أخلاقه و سلوكه يميل إلى المرح و الدعابة مع أصحابه و زوجاته، و ذلك لإدخال البهجة والسرور عليهم فكان " صلى الله عليه وسلم " يمازحهم، و مثال ذلك جاءت امرأة عجوز إلى الرسول " صلى الله عليه وسلم " وقالت له : ادع

الله أن أكون من أهل الجنة، فقال صلى الله عليه وسلم " : إن الجنة لا يدخلها عجز فانصرفت وهي تبكي فدعاها وقال لها، الم تقرني قوله تعالى " إن أنشأنا من إنشاء فجعلناهن أبكارا عربا أترابا " (سورة الواقعة :الآية 35-37).

والدراسة التي قام بها " كارفر وآخرون (1993) Carver et autres " لتحديد العلاقة بين التفاؤل والمواجهة والمشقة لدى عينة من النساء المصابة بالسرطان، أوضحت نتائجها أن الدعابة تستطيع خفض المشقة النفسية التي تنتج عن الاستجابة للأحداث الضاغطة المزمنة، وأن النساء المصابة بالسرطان تصبح أقل مشقة وضيق بعد استخدام الدعابة

أوضحت دراسة " ليفاكورت وآخرون (1997) Lefcourt et autres " أن الدعابة هي احد أنواع استراتيجيات المواجهة التي تركز على الانفعال فانه يمكن استخدامها أيضا في تعديل وتغيير الموقف الضاغط، فاستخدم الدعابة من طبيعة التفاعلات الاجتماعية الضاغطة مثل قول نكتة لشخص ما يكون في حالة غضب أو للتقليل من التوتر والقلق الناتج من المواقف الصعبة.

(طه عبد العظيم، سلامة عبد العظيم، 2006، ص ص 154-155).

7.14 - العلاج بالتدريب على إدارة الوقت :

يهدف هذا الأسلوب الى زيادة الكفاءة لدى الفرد في استخدام الوقت و توظيفه و استثماره في كل ما هو مفيد، وبالتالي يتم الحفاظ على الوقت حيث أن الأفراد الذين يعانون مستوى مرتفع من الضغط لا تكون لديهم الكفاءة في إدارة الوقت وتوظيفه، وخصوصا فيما يتعلق بالضغوط المرتبطة بالعمل.

ولقد اهتم الإسلام بالوقت وحث على استثماره وتوظيفه، ويتضح ذلك جليا من خلال الآيات القرآنية والأحاديث النبوية فلقد اقسم الله تعالى في مقدمة سور عديدة من القرآن بأجزاء معينة من الوقت مثل " والفجر وليالي عشر "، " والضحى والليل إذا سجي " " والعصر إن الإنسان لفي خسر " " والليل إذا يغشى والنهار إذا تجلى " وهذه إشارة أهمية الوقت.

وقد أكدت السنة النبوية أيضا على أهمية الوقت في حياة المسلم وانه سيسال عنه يوم القيامة، ففي الحديث الشريف " لا تزول قدم مسلم يوم القيامة حتى يسأل على أربع من عمره فيما أفناه و في شبابه فيما أبلاه، و عن ماله من أين اكتسبه و فيما أنفقه وعن عمله ماذا عمل به ". وهكذا نجد إشارة الوقت، و يتمثل ذلك في العمر، وعلى ذلك يمكن القول أن التدريب على إدارة الوقت يساعد الفرد على استثماره و توظيفه التوظيف الأمثل، كما سيساعد الفرد أيضا على إدارة الضغوط المهنية والضغوط النفسية بفعالية.

وتستخدم إدارة الوقت في خفض الضغوط، فمن خلال إدارة الوقت والتخطيط يمكن التعامل مع الضغوط، والتخطيط يعني النظر إلى المستقبل من خلال الحاضر، والتخطيط الفعال يتضمن تحليل الوقت، وتحديد الهدف و جدولة الأنشطة و المهام و بناء خطة يومية يقوم الفرد بتنفيذها .
(طه عبد العظيم، سلامة عبد العظيم، 2006، ص ص158-159).

8.14- العلاج بالفيتامينات المضادة للضغط والانهيار :

الدكتور " روسر Resser " يعالج الضغط وأثاره بالفيتامينات منها الكالسيوم والذي يفك الانقباض العضلي ويركز ليسر على أهمية الأكل وانتظامه و توازنه.
- يؤدي نقص فيتامين B1 إلى الخمول والخلط الذهني والانهيار .
- يلعب الفيتامين B5 دورا في تنشيط السنرالية وتخفف في التعب الناتج عن الضغط.
- نقص الفيتامين B9 يؤدي إلى اختلال الذاكرة، انخفاض في المناعة، النرفزة، خمول، تباطأ المدرج الفكري، ويعد تقديمها إلى أفراد منهارين يخفض هذا الاضطراب، ولاحظت دراسات بفرنسا أن (70%) من الباب المنهارين و يعانون نقصا في هذا الفيتامين، و تتحسن حالتهم الصحية بعد استهلاك مواد غنية بهذه المادة (سلاطة خضراء، كرمبيط، السلق...).
- الفيتامين C معروف الأثر (تعب، انهيار)، السجائر تحطم الفيتامين C بعد يوم محمل بالضغوط، يضطرب التوازن، ويرتفع التوتر في هذه الحالة، استهلاك كمية منها يخفف الضغط ويزيل التوتر لكن يجب أن لا ننسى أن الإفراط في بعض الفيتامينات مضر ويجب مراقبة طبية، لكن الفيتامين C فائضها لا يضر لأنها تذوب في الماء ويفرز الزائد.
(بدرة معتصم ميموني، 2005، ص 157).

- خلاصة الفصل :

تعتبر الضغوط من الظواهر التي لازمت الإنسان منذ العصور القديمة، غير أنها أصبحت سمة في هذا العصر الذي يتميز بتعقيدات اجتماعية، بيئية، اقتصادية، وغيرها، مما ولد صعوبة أو عجز لدى الفرد في مواجهة هذه الضغوط، حيث شاع في هذا القرن تسميته عصر الضغوط. فالبرغم من أن الاهتمام العلمي بالضغوط قد نام وترعرع في الكثير من العلوم مثل : علم الاجتماع والانتروبولوجيا والفسولوجية وعلم النفس والطب، فان هناك فرعين من فروع العلم كانا الأوفر حظا في تناول موضوع الضغوط الأول : هو علم الحيوان (البيولوجيا) والثاني: علم النفس، كما يعود مفهوم الضغوط النفسية من المفاهيم ذات العلاقة بالضغوط النفسية والجسدية، حيث تشير إلى أن ردود أفعال الضغوط النفسية تؤدي إلى حدوث اختلال في الصحة النفسية والجسدية، تستنفذ طاقة الفرد وقدرته على التكيف.

لذا تعتبر الضغوط من الظواهر الإنسانية المعقدة التي تتجلى في مضامين بيولوجية ونفسية واجتماعية ومهنية، ولان لكل من المضامين لها انعكاساتها النفسية، وبسبب أن نواتج الضغوط تظهر في مخرجات فسيولوجية ونفسية فمفهوم الضغط يجب أن ينظر إليه باعتباره مفهوم معقد وله أبعاد اجتماعية واقتصادية و سياسية ومهنية (بنائية-وظيفية) باعتبارها المجال الذي يتحرك فيه الفرد وهي منشئ للضغوط ولها أبعاد ذاتية (جسمية، عقلية، معرفية ونفسية) وهذه الأبعاد الأخيرة تتصف بأنها يمكن أن تكون منشئ للضغوط، وفي ذات الوقت نواتج ومنبئة بان الفرد يقع تحت تأثير ضغوط ما وتدرك هذه الأبعاد باعتبارها من المكونات الكلية لطبيعة الضغط.

الفصل الخامس

التحصيل الدراسي

• التحصيل الدراسي

- تمهيد:
- تعريف التحصيل.
- تعريف التحصيل الدراسي.
- أنواع التحصيل الدراسي.
- العوامل المؤثرة في التحصيل الدراسي.
- شروط و مبادئ التحصيل الدراسي الجيد.
- الأسباب و العوامل المؤدية لانخفاض التحصيل الدراسي.
- قياس التحصيل الدراسي وأهميته.
- الضغوط النفسية وعلاقتها بالتحصيل الدراسي.
- خلاصة الفصل :

- تمهيد :

تعد المدرسة من أهم بيئات التفاعل الاجتماعي للطلاب، حيث تلعب دورا أساسيا في تشكيل شخصياتهم وتحديد مستقبلهم، والمدرسة هي إحدى المؤسسات الاجتماعية الفعالة لتعزيز الأنماط السلوكية المقبولة، وتشجيع القيم، والاتجاهات النفسية الايجابية التي يحرص عليها المجتمع المعاصر وتنمية الأفكار، والمبادئ والحقائق العلمية، وهي بذلك تعتبر الأمانة على أهداف المجتمع، والبنوثة التي تزود المجتمع بما يحتاجه من طاقات وخبرات ومهارات. (الصابي عبد الله، 2001، ص 45).

والتحصيل هو أكثر المفاهيم النفس تربية تركيبا، أو تعقيدا نظرا لاشتراك العديد من العوامل والعمليات المدرسية والمحلية الاجتماعية في إنتاجه، كما انه يمارس دورا هاما في صنع الحياة اليومية للفرد والأسرة والمجتمع، لا يوازيه في ذلك أي مفهوم تربوي آخر سوى الإنسان نفسه المنتج للتحصيل، وكما أن التحصيل مهم للحياة و تقدم الفرد، فانه أيضا هام جدا للمجتمع، خاصة في بيئتنا العربية عموما، أكثر بكثير مما للأمم الأخرى المتقدمة و نامية بحد سواء. (حمدان محمد زياد، 1996، ص5).

كما ويعد التحصيل الدراسي من أهم المحكات التي يتوقف عليها مستقبله، وهو يوفر له الانتقال من سنة دراسية إلى أخرى، و من مرحلة أخرى، ويقاس عادة بالدرجات التي يحصل عليها الطالب في نهاية العام الدراسي من خلال الاختبارات التي مر بها من مواد الدراسية، ويرى بعض المختصين في مجال التربية، و علم النفس أن الاختبارات التحصيلية المدرسية هي الوسيلة الوحيدة للتأكد من مدى استيعاب الطالب للمادة الدراسية.

وبهذا يهدف التحصيل الدراسي إلى الحصول على معلومات وصفية تبين مدى ما حصله التلاميذ بطريقة مباشرة من محتوى المواد الدراسية، كما يهدف أيضا للتوصل إلى معلومات عن ترتيب الطالب في التحصيل في خبرة معينة بالنسبة لمجموعته ويمتد هدف التحصيل إلى ابعدها من هذا إلى محاولة رسم صورة نفسية لقدرات الطلاب العقلية والمعرفية وتحصيلهم في جميع المواد (الغريب رمزية، 1988، ص59).

1- تعريف التحصيل :

في معجم الوسيط، حصل الشيء - حصولا بقي وذهب ما سواه، يقال حصل الذهب من حجر المعدن، و حصل البر من التبن و جمعه و - حصل عليه و يقال حصل العلم و حصل المال. تحصل الشيء : تجمع وثبت، ويقال تحصل ويقال : تحصل من المناقشة كذا : استخلص الحاصل : ما خلص من الفضة ونحوها من حجارة المعدن وحاصل الموضوع خلاصته، وحاصل الجمع أو الضرب في علم الحساب نتيجة المحصول : الحاصل وما بقي من الشيء والخلاصة يقال هذا محصول كلامه. (إبراهيم مصطفى وآخرون، 1986، ص196).

فيما يخص لسان العرب، حصل :الحاصل من كل شيء : ما بقي و ثبت و ذهب ما سواه، يكون من الحساب والأعمال ونحوها، حصل الشيء يحصل حصولا والتحصيل تمييز ما يحصل، والاسم الحصيلة، والحصائل: البقايا، الواحدة حصيلة و قد حصلت الشيء تحصيلًا وحامل الشيء ومحصوله بقيته.

وتحصل الشيء : تجمع و ثبت ، قال أبو حنيفة : الحصل والحصالة ما بقي من الشعير والبر في البدر إذا نقي وعزل رديئه. (ابن منظور الإفريقي المصري، 1994، ص 153).

2- تعريف التحصيل الدراسي :

تختلف تعريفات التحصيل الدراسي باختلاف وجهات النظر والإطار الذي وضع من اجله لتحديد هذا المصطلح :

1.2- تعريف قاموس التربية (1973) :

يعرف قاموس التربية التحصيل الدراسي بأنه المعرفة المكتسبة أو تطور المهارات في المواضيع المدرسية و التي تتحدد عادة عن طريق درجات اختبار أو بتقديرات المعلمين أو بكليهما. (المهيزع فهد المهيزع، 1994، ص14).

2.2- تعريف الحامد محمد بن معجب (1996) :

يقصد بالتحصيل الدراسي ما يتعلمه الفرد في المدرسة من معلومات خلال دراسته مادة مجتمع وما يدركه المتعلم من العلاقات بين هذه المعلومات وما يستنبطه منها من حقائق تنعكس في أداء المتعلم على اختبار يوضع وقت قواعد مجتمع تمكن من تقدير أداء المتعلم كميًا بما يسمى بدرجة التحصيل. (الحامد محمد بن معجب، 1996، ص 1).

3.2- تعريف العفتان علي بن عبد الله (1993) :

التحصيل الدراسي يتمثل في المستوى الذي يحققه التلميذ في تحصيله للمقررات الدراسية أثناء العام الدراسي، بحيث يمكننا أن نستدل عليه من النسبة المئوية للمجموع الكلي للدرجات التي عليها التلميذ في نهاية أو نصف العام الدراسي. (العفتان علي بن عبد الله، 1993، ص 29).

4.2- تعريف فرج عبد القادر طه (1997):

إن مصطلح التحصيل يستخدم بمعنى خاص للإشارة به إلى التحصيل الأكاديمي، وهو في هذه الحالة يستخدم ليشير إلى القدرة على أداء متطلبات النجاح المدرسي، سواء في التحصيل بمعناه العام أو النوعي لمادة دراسية معينة. (فرج عبد القادر طه، 1997، ص 93).

5.2- تعريف ناصر ميزاب (1988) :

التحصيل الدراسي هو مدى تفوق التلميذ من الناحية الدراسية عن طريق الحصول في الاختبارات النهائية على تقديرات مرتفعة نسبيا في مختلف المواد التي يدرسها، ويرى أن المعدل التراكمي للدرجات التي يحصل عليها التلميذ تعد بمثابة مقياس كمي دقيق يمكننا من قياس مدى تحصيله الدراسي، والمعدل هو معدل الدرجات النهائية بجميع الاختبارات التي قام بها التلميذ منذ بداية السنة الدراسية إلى نهاية نجاحه أو رسوبه. (ناصر ميزاب، 1988، ص 76).

6.2- تعريف ايزنك (1994) Izank :

التحصيل الدراسي بأنه التحقيق الناجح لهدف معين يتطلب جهدا خاصا و درجة النجاح الذي تحقق في واجب معين، كما انه نتيجة نشاط عقلي أو جسمي محدد طبقا للمطالب الفردية أو الموضوعية أو كليهما. (المهيزع فهد المهيزع، 1994، ص 14).

7.2- تعريف تشابلن (1971) Shaplin :

التحصيل الدراسي هو مستوى محدد من الأداء والكفاءة في العمل الدراسي، كما يقيم من قبل المعلمين أو عن طريق الاختبارات أو كليهما. (يونسى تونسية، 2011، ص 101).

8.2- التعريف الإجرائي للتحصيل الدراسي عند الطفل المريض كما يتبناه الباحث :

هي الدرجة التي يتحصل عليها الأطفال المرضى في الامتحانات في المدرسة الأصلية وبعد التحاقهم بالأقسام الدراسية الخاصة بالمؤسسات الاستشفائية العمومية.

فنستنتج من التعاريف السابقة ما يلي :

- التحصيل الدراسي مرتبط بالمعارف والمعلومات التي يتم تحصيلها من طرف التلميذ داخل القسم نتيجة دراسة موضوع أو وحدة تعليمية معينة والتي يقيّمها المعلم باستخدام الاختبارات.

- التحصيل الدراسي هو فهم التلميذ للمعلومات المدرسية وما وصل إليه من تعلم مادة أو عدة مواد دراسية، والنتائج التي تحصل عليها نتيجة دراسته لها، ويعمل المعلم على تقديرها عن طريق وضع العلامات بعد إجراء الاختبارات التي تحدد مدى استيعاب التلميذ لهذه المعلومات ومستواه الدراسي.

3- أنواع التحصيل الدراسي :

يمكن تقسيم التحصيل الدراسي إلى ثلاث (03) أنواع هي :

1.3- التحصيل الدراسي الجيد :

يكون فيه أداء التلميذ مرتفع عن معدل زملائه في نفس المستوى وفي نفس القسم، ويتم باستخدام جميع القدرات والإمكانيات التي تكفل للتلميذ الحصول على مستوى أعلى للأداء التحصيلي المرتقب منه، بحيث يكون في قمة الانحراف المعياري من الناحية الايجابية، مما يمنحه التفوق على بقية زملاءه.

2.3- التحصيل الدراسي المتوسط :

في هذا النوع من التحصيل تكون الدرجة التي يتحصل عليها التلميذ تمثل نصف الإمكانيات التي يمتلكها التلميذ، ويكون أداءه متوسط ودرجة احتفاظه واستفادته من المعلومات متوسطة.

3.3- التحصيل الدراسي المنخفض :

يعرف هذا النوع من الأداء بالتحصيل الدراسي الضعيف حيث يكون أداء التلميذ اقل من المستوى العادي بالمقارنة مع بقية زملاءه فنسبة استغلاله واستفادته مما تقدم من المقرر الدراسي ضعيفة إلى درجة الانعدام.

وفي هذا النوع من التحصيل يكون استغلال المتعلم لقدراته العقلية و الفكرية ضعيفا على الرغم من تواجد نسبة لا بأس بها من القدرات، ويمكن أن يكون هذا التأخر في جميع المواد وهو ما يطلق عليه بالفشل الدراسي العام، لان التلميذ يجد نفسه عاجزا عن فهم ومتابعة البرنامج الدراسي رغم محاولته التفوق على هذا العجز، أو قد يكون في مادة واحدة أو اثنتين فيكون نوعي وهذا على حسب قدرات التلميذ وإمكانيته. (بن يوسف أمال، 2008، ص 26).

4- العوامل المؤثرة في التحصيل الدراسي :

عند محاولة البحث في العوامل المؤثرة في التحصيل الدراسي لابد من الانتباه إلى الفروق الفردية بين المتعلمين، حيث أننا إذا ما اتخذنا مجموعة من المتعلمين وحددنا مستوى تحصيلهم الدراسي

لوجدنا أن هناك فئة منهم تختلف من البقية في ذلك، فمنهم ذوو تحصيل مرتفع وآخرون ذوو تحصيل متوسط وآخرون تحصيلهم منخفض والسؤال الذي يطرح نفسه هنا، لما هذا الفرق في مؤسسات تعليمية ذات بيئة و تعليم موحد، من هنا جاءت فكرة وجود عوامل تؤثر في التحصيل الدراسي، حيث توصلت جهود العديد من الباحثين و المربين إلى إيجاد العوامل المؤثرة في التحصيل الدراسي بعضها يندرج تحت عاملين أساسيين هما العوامل العقلية والعوامل الاعقلية.

1.4 - العوامل العقلية :

1.1.4- الذكاء :

يعد الذكاء عاملا أساسيا في عملية التعلم، إذ يعتقد أن المتعلمون الأكثر ذكاء هم الأكثر قدرة على التعلم بسرعة، ويحققون أفضل الانجازات على مستوى كل النواحي الأكاديمية ولفترات طويلة مقارنة مع المتعلمين الأقل ذكاء، ويرى " سينغ Singh " في هذا الموضوع أن المتعلم علي الذكاء تكون انجازاته الأكاديمية عالية حتى لو لم تتوفر لديه الظروف الملائمة والمساعدة على التحصيل الدراسي، و بطريقة أخرى لاحظ " جاريت Garret " إن الذكاء يشمل على الأقل قدرات المتعلم على فهم الكفاءات المطلوبة في حل مشكلات معينة في حالة ما إذا تطلب الأمر فهم واستخدام الرموز ولمعرفة مدى قدرة المتعلم على الانجاز في الاختبارات الأكاديمية المقننة تستخدم اختبارات ذات قدرة على التنبؤ بشكل عالي بمستوى التحصيل الأكاديمي، حيث أجرى كل من (سيمون و تيرمان Binet-Simon et Terman)، - باستخدام اختباراتها- اختبارات الذكاء للتنبؤ بمستوى النجاح الأكاديمي وكانت نتائج هذه الأبحاث مماثلة للأبحاث أخرى أجريت لاحقا على الموضوع نفسه، باستخدام اختبارات ومعايير مختلفة للنجاح الأكاديمي، ومن بين هذه الدراسات « دراسة لافار (1973) Lafar "، و" راستوج (1971) Rastog"، " اينيس (1973) Ennis) وغيرهم، وقد أسفرت نتائج هذه الدراسات عن وجود علاقة ارتباطيه موجبة بين التحصيل الأكاديمي والذكاء، وهذا ما يدعو للقول بان القدرات العقلية للمتعم لها ارتباط وثيق بتحصيله الدراسي. (Ucharan Deka, 1993, p16-18).

2.1.4- الذاكرة :

تعتبر الذاكرة على اختلاف أنواعها من العوامل المساعدة على التحصيل الدراسي، إذ لولاها ما تكونت الشخصية الإنسانية ولا تم الإدراك و التذكر، ولا اكتسبت العادات والقيم، ولا أمكن التخيل والحم ولاستدلال والانتفاع بالخبرات السابقة في إيجاد الحلول للمواقف الحياتية المختلفة.

(محمد برو، 2010، ص ص 220-221).

ويُفرق "محمد محمود الحيلة" بين الذاكرة و التذكر، إذ يعرف الذاكرة بأنها القدرات المساهمة في رفع مستوى التحصيل لدى المتعلم، وكلما كانت الذاكرة قوية كان التحصيل أفضل، أما التذكر فهو القدرة على التفكير واستعمال العقل في حل المشكلات. (محمد محمود الحيلة، 2000، ص 108).

3.1.4- القدرات الخاصة :

إن القدرات الخاصة لها علاقة بالتحصيل الدراسي، حيث اتضح أن أكثرها ارتباطاً به هي القدرة اللغوية، وهي القدرة المركبة من عدة قدرات بسيطة كالطاقة اللغوية والترتيب اللفظي والموازنة والتصنيف والاستنتاج...، وتبدو في الأداء العقلي الذي يتميز بمعالجة الأفكار والمعاني عن طريق استخدام الألفاظ و فهم معاني الكلمات وإدراك العلاقات بينهما بطريقة تؤدي إلى الفهم الصحيح والدقيق لمعاني التعبيرات اللغوية، وكذلك القدرة على الاستدلال الذي هو نوع من التفكير يستهدف حل المشكلات بطريقة ذهنية، عن طريق استخدام الرموز والخبرات السابقة، وهي تقتضي تدخل عمليات عقلية أخرى مثل: التذكر والخيال والفهم والاستبصار والتجريد والتعميم والنقد والحكم...

4.1.4- التفكير :

حتى يتمكن المتعلم من استخدام تفكيره، يجب أن تكون الموضوعات التي تقدم له تدور حول الحقائق ذات الوجود الفعلي والموضوعي وتتطلب الفهم والتنبؤ والتحكم والقدرة على اختيار البديل من بين العديد من البدائل المتاحة، وكذلك القدرة على الاستبصار وتنظيم الأفكار وإدراك العلاقات وبالتالي إذا تكون لدى المتعلم هذا النوع من النشاط الفكري، كان بإمكانه إيجاد الحلول لمختلف المشكلات الدراسية و منه إلى تحقيق الأهداف و الكفاءات المرجوة، وهنا تتأكد أهمية التفكير وتأثيره على سيرورة التحصيل الدراسي.

5.1.4- الانتباه و الإدراك :

الانتباه و الإدراك بأنواعهما لهما تأثير كبير على شخصية كل فرد، وتوافقه الاجتماعي والنفسي، باعتبارهما الأساس الذي تقوم عليه العمليات العقلية الأخرى، فحتى يتعلم الفرد شيئاً أو يفكر فيه يجب أن ينتبه له ويدركه، وقد تم الجمع بينهما هنا لأنهما عمليتان متلازمتين عادة، فإذا كان الانتباه هو تركيز العقل في شيء، فالإدراك هو معرفة هذا الشيء، لذا لا بد على المعلمين الاهتمام بهما كونهما ذوا أهمية كبيرة في عملية التحصيل الدراسي. (محمد برو، 2010، ص ص 221-222).

2.4- العوامل اللاعقلية :

لاحظنا أن غياب القدرات العقلية يؤدي إلى استحالة وجود تحصيل أكاديمي عال، لكن من الملاحظ أيضا أن وجود هذه القدرات العقلية، لا يضمن بالضرورة الوصول إلى نتائج تحصيلية مرتفعة.

فالعديد من الدراسات أثبتت أن الكثير من الطلبة الذين يتمتعون بذكاء عال، يكون تحصيلهم متدني، في حين يحقق طلبة ذوو ذكاء متوسط، نتائج أكثر مما هو متوقع وذكرت " غوون Gowan " أن نسبة كبيرة من الطلبة الموهوبين يمتازون بضعف في الأداء أو الانجاز الأكاديمي، على درجة معتدلة فقط من الارتباط وبالتالي لا يمكن إنكار العوامل اللاعقلية في علاقتها بالتحصيل الأكاديمي إذا من أجل أداء أو تحصيل أكاديمي مرضي، لا بد أن تتوفر لدى الطالب إضافة إلى القدرات العقلية والاستعداد الدراسي، القدرات اللاعقلية أيضا. (Ucharan Deka, Op. Cit,1993 , p18).

وقد حاول الباحثون استخدام أدوات مختلفة على مستويات مختلفة من التعليم لاكتشاف مختلف العوامل غير العقلية المرتبطة بالنجاح أو التحصيل الدراسي، ومن بين هذه العوامل نجد ما يلي :

1.2.4- العوامل الشخصية :

إن لشخصية المتعلم علاقة وطيدة بالتحصيل الدراسي لديه، حيث ترى " جاريت Garret " انه تم إحرار تقدم كبير في مجال البحث عن العلاقة بين ديناميات الشخصية والتحصيل الدراسي، وفي هذا الصدد اكتشف " هنكلمان Hinklman " وجود علاقة ارتباطيه موجبة بين ديناميات الشخصية والتحصيل الدراسي التي نجد منها :

• قوة الدافعية للتعلم والتحصيل :

تنوعت تعريفات دافعية التعلم، بتنوع المدارس السيكولوجية وفق البعد السلوكي أو المعرفي أو الاتجاه الإنساني أو منحى نظريات التحليل النفسي، فيعرفها " بروفي (2004) Brophy " بأنها بناء نظري يستخدم لتفسير المبادرة والتوجيه والمثابرة و نوعية السلوك الموجه نحو هدف، وهي مجموعة من البنى الافتراضية تفسر سبب الذي يجعل الأفراد يقومون بما يقوم به.

. (Jere Brophy, 2004, pp 3-4)

يعرفها عطية بأنها عبارة عن بناء افتراضي متعدد الأبعاد يوجه الفرد ويدفعه للقيام بواجباته بدقة ونظام واستقلالية، لتحقيق أهداف معينة تكون تعليمية في هذه الحالة.

(خولة عبد الرحيم، عبير راشد، 2012، ص ص 23-51).

وعرفها " ثائر احمد غباري " بأنها خاصة من الدافعية العامة تشير إلى حالة داخلية عند المتعلم تدفعه للانتباه للموقف التعليمي، والإقبال عليه بنشاط موجه والاستمرار فيه حتى يتحقق التعلم.
(ثائر احمد غباري، 2008، ص14)

إذن تبرر أهمية الدافعية من خلال دراسة نتائجها على المتعلم في مجال تعلمه وسلوكه، وهي تسهم في زيادة الجهد والطاقة لدى المتعلم، وتزيد عن قدراته على معالجة المعلومات التي تنعكس على أدائه في الموقف الصفي مما يؤدي إلى رفع مستوى تفاعله الصفي وتحصيله الدراسي فهي تتناسب تناسباً طردياً مع هذا الأخير.

• الميل نحو المادة الدراسية :

لعل من بين العوامل الشخصية التي تؤثر في التحصيل الدراسي هو ميل الطالب نحو المادة الدراسية و إقباله عليها والاجتهاد فيها دون ملل أو تعب، فقد بينت العديد من الدراسات علاقة التحصيل الدراسي بالميل حيث توصل " ثورندايك (1921) Thorndike " من خلال دراسته التي تناولت العلاقة بين الميول والتحصيل الدراسي إلى وجود عامل ارتباط قدره (0.89) بين تقديرات التلاميذ لميولهم نحو سبعة مواد دراسية وتحصيلهم الفعلي في هذه المواد، الأمر الذي جعله يخرج بنتيجة انه توجد علاقة ارتباط موجبة بين الميول والتحصيل الدراسي للطلبة، وقد تأكدت هذه النتيجة في دراسة قام بها " فراير (1927) Frayer "، مستخدماً أسلوب " ثورندايك " حيث توصل إلى وجود معامل ارتباط ايجابي قدره (0.60) بين التحصيل الدراسي و ميول الطلبة نحو بعض المواد الدراسية، والنتائج نفسه توصل إليها كل من " كوان (1957) Cowan " و " كاتل (1961) Cattell " و " كوردن (1962) Corden . (محمد برو، 2010، ص ص 224-225).

• تكوين مفهوم ايجابي عن الذات :

يعتبر مفهوم الذات احد الأبعاد المهمة في الشخصية الإنسانية، والذات في علم النفس هي الشعور والوعي بكيونة الفرد، وهي مفهوم مركب ينطوي على عدة مكونات، نفسية، معرفية، وجدانية اجتماعية وأخلاقية تعمل متكاملة ومنسجمة في ما بينها، وتتكون كنتيجة للتفاعل مع البيئة وتنمو نتيجة للتعلم والنضج والخبرة، ويعتبر " كارل روجرز " من ابرز العلماء المهتمين بمفهوم الذات بهدف الكشف عن طبيعة الشخصية ومكوناتها و ديناميتها.

ويعتبر مفهوم الذات حجر الزاوية في الشخصية، التي هي جملة من السمات الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية التي تميز فرداً عن الآخر. (حامد عبد السلام زهران، 1977، ص 181)

وتعرفه " السببيني (2003) " انه ما يبوره الفرد تجاه خلفيته الفكرية وأهوائه وقدراته واتجاهاته ومشاعره وما يتجمع لديه كقوة موجّهة للسلوك وهو يتكون نتيجة التفاعلات الاجتماعية.

(هدى تركي السببيني، 2003، ص 80).

يرى "مورين (2007) Maureen " إن لمفهوم الذات علاقة بالأداء الأكاديمي للطلبة، فكما يسهم التحصيل الدراسي العالي في تكوين مفهوم ايجابي عن الذات، بسهم المفهوم الايجابي للذات كذلك في التحصيل الدراسي الجيد. (Maureen. A . Manning , 2007, p 22).

وبالتالي فان مفهوم الذات الايجابي يسهم في الشعور بالرضا على مستوى الأداء ودافعية الانجاز والعكس بالنسبة للمفهوم السلبي للذات.

• المثابرة والاستعداد للتعلم :

لقد لوحظ من خلال الاستقصاءات المختلفة في ما يخص العوامل المؤثرة في التحصيل الدراسي إن المثابرة تشكل رباط وثيق مع التحصيل الدراسي الجيد، فالمتعلم ذو الذكاء المرتفع يمكن أن يكون تحصيله منخفض نتيجة لغياب عامل المثابرة لديه، هذا على حسب ما اتجه إليه كل من " تيرمان وأودن Terman et Oden ". (Ucharan Deka, op .cit, p19-20).

بالإضافة إلى الاستعداد للمتعلم الذي يشمل الناحيتين العقلية والنفسية، فالعقلية مقصودة بها القدرة على تكوين الارتباطات والبنى. في حين أن الاستعداد النفسي يشمل مدى قدرة المتعلم على التكيف و تقبل الآخر. (بن زروال فتيحة، 2007، ص 151).

• الدافع للانجاز :

يعد الدافع للانجاز من الدوافع المهمة في السلوك الإنساني، ومظهر من مظاهر الصحة النفسية، كما يعتبر من المكونات الهامة للنجاح الدراسي، والعالم الفرنسي " موراي Murray " هو أول من استخدم مصطلح دافع الانجاز أو الحاجة إلى الانجاز حيث أورده بين عدد من الحاجات بلغت ثمانية وعشرين حاجة في كتاب (استكشاف الشخصية (1938))، والمتضمن خلاصة نظريته في الشخصية حيث عرفه بأنه " الرغبة أو الاتجاه للقيام بالعمل بأسرع و أحسن ما يمكن "، أما " ماكلاند Mc Clelland " فقد عرفه بأنه " عملية تنافسية من اجل بلوغ معايير الامتياز " فالأفراد ذوو دافع الانجاز المرتفع يميلون للقيام بمحاولات جادة لتحقيق اكبر قدر من النجاح في كثير من المواقف الحياتية، خاصة التحصيلية منها. (لمعان مصطفى الجلاي، ب.ت ، ص ص 119-120).

كما اعتبر " هوغ (1992) Hough " إن الانجاز جانب مهم في الشخصية، حيث يرتبط بالطالب الذي يعمل كثيرا، ويحاول القيام بأفضل أداء.

(Angela. L.D et Christopher.P. et All, 2007, p89).

• الجانب الوجداني في الشخصية :

يشير الوجدان إلى مجموعة واسعة من العمليات الوجدانية، بما في ذلك المشاعر والمزاج وهي تنطوي إلى (06) ستة مفاهيم أساسية، الفرح، الحزن، الغضب، الخوف، التقاؤ القرف، والعديد من علماء النفس التربوي يرون أن هناك مجموعة من العواطف الثانوية، تندرج تحت الستة الرئيسية السابقة مثل : الحسد والأمل والتعاطف والتأسف والفخر....الخ. ويرى " فريجدا (1986) Frijda " أن للوجدان وظيفتين أساسيتين :

- الوظيفة الأولى أنها تعطي إشارة إنذار أولية لمختلف نشاطاتنا لإعلامنا بخطورتها أو درجة أهميتها، وهذا ما يزيد من مستوى الاستثارة تنبيهنا لنا أن شيا ما يحتاج إلى اهتمام فوري.
- الوظيفة الثانية فتتمثل في إعدادنا للقيام بردة الفعل المناسبة للمثير وبسرعة، لذا فللوجدان أهمية في التحصيل الدراسي نظرا لقيمه الشخصية التي يستفيد منها المعلمون، لأنها تكشف عن المعارف الأساسية والالتزامات والقلق لدى المتعلم، فهو يساهم ويساعد في تصميم عملية التعلم ، وبالتالي توجيه التحصيل الدراسي لأحسن النتائج. (Hanna Dumont et all, 2010, pp94-95) .

والذكاء الوجداني الذي يجمع بين الجانبين العقلي والشخصي ، أي الذكاء والوجدان على حد تعريف " دانيال جولمان " له فهو يشمل ضبط النفس والحماس والمثابرة والدافعية، كما أن الثبات الانفعالي يعد من بين العوامل المساهمة في التحصيل الجيد. فقد أكدت مجموعة من الدراسات على أهميته في التحصيل الدراسي، كدراسة "سونغ وآخرون (2010) Song et all" ودراسة "فيرادو وآخرون (2011) Ferrando et all" مع ذلك لازلت نتائج البحوث المتعلقة بعلاقة الذكاء الوجداني بالتحصيل الدراسي مثيرة للجدل حيث وجد العديد من المؤلفين أن الاختبارات الموضوعية لقياس الذكاء الوجداني ليس لها علاقة بالنجاح الأكاديمي كدراسة "كونور وليتل (2003) O.Connor et Little" ودراسة " لظفي كشاني (2012) Lotfi Kashani" في حين توصلت دراسات اخرى لوجود علاقة ارتباط ايجابية بين التحصيل الدراسي والذكاء الوجداني، كدراسة " برشارد (2003) Barchard " ودراسة " براكت و ماير (2003) Brackett and Mayer " .

2.2.4- العوامل المتعلقة بالوسط الدراسي :

من أهم العوامل التي تؤثر في سير التحصيل الدراسي مايلي :

• الجو الاجتماعي الدراسي:

ويقصد به العلاقة الاجتماعية الأكاديمية التفاعلية بين أفراد الجماعة التعليمية، أي المدرس والطالب، الطالب و زملاءه، الطالب و الهيئة الإدارية، فإذا كان الجو يسوده المحبة و الدفء والعدل وعدم التحيز والمرونة ومراعاة الفروق الفردية، كان لذلك أثر عظيم على نتائج التحصيل الدراسي. كما أن سلوك الطالب داخل المدرسة من حيث علاقته بزملائه أو مدرسيه سواء كان مقبولاً أو مرفوضاً له أهمية في تحصيله الدراسي، حيث انه إذا فشل في التكيف مع مختلف الظروف الاجتماعية داخل المدرسة سيتأثر أداءه سلباً. (Ucharan Deka,Op.Cit, p22).

• أسلوب المعلم تجاه المتعلمين :

إن المدرس عنصر أساسي في تنفيذ السياسة التعليمية ويؤكد على ذلك مجموعة من الباحثين إذ يرون أن المناهج التعليمية المقررة والتنظيم التربوي، تقل أهميتها إن لم يكن المدرس كفؤاً لعمله وتشتمل كفاءته على أسلوبه في التدريس، وأسلوب تعامله مع الطالب، حيث أثبتت العديد من الدراسات أن أسلوب الحوار والمناقشة الذي يستخدمه المدرس يسهل على الطالب فهم واستيعاب الدروس وكذلك حبها والإبداع فيها.

بالإضافة إلى ما جاء في دراسة " منيرة بنت خميس بن حمد المعمرية " حول اثر البيئة في تعزيز التحصيل الدراسي للطالب ومن أهم نقاط هذا التأثير مايلي :

- علاقة بعض المدرسين بالطلاب محدودة جدا وتقتصر على معرفة الطالب بدروسه داخل الفصل.
 - عدم اهتمام بعض المعلمين بالسلوك غير التربوي لدى بعض الطلاب والاهتمام بالمادة العلمية.
 - كثرة أعباء المعلمين من الحصص والمسؤوليات داخل المدرسة (أعمال إدارية...) مما لا يجعل لديهم الوقت الكافي لمتابعة سلوكيات الطلاب و تقويمهم.
 - لا توجد روح ايجابية لدى بعض المدرسين في متابعة بعض السلوكيات السيئة للطلاب.
 - عدم تأهيل المدرسين في الجانب الذي يتعلق بتوجيه الطلاب وإرشادهم.
- (منيرة بنت خميس بن حمد المعمرية، ب.ت، ص 19).

• المنهاج المقرر :

يقصد به مجموعة الخبرات التربوية والثقافية والاجتماعية والرياضية والفنية التي يهيئها النظام التربوي القائم من اجل تقديمها في إطار مؤسساته التعليمية بقصد تامين نموهم الشامل في جميع النواحي، وتعديل نشاطهم طبقاً للأهداف التربوية المطلوبة إلى أفضل ما تستطيعه قدراتهم، وبهذا المعنى فهو يشمل المقررات الدراسية والأهداف وطرائق التدريس والمعينات التعليمية وأساليب التقويم، وكل ذلك يترك أثره في التحصيل الدراسي حسب مدى نجاحه في تنسيق أهدافه بشكل متكامل.

وبالتالي فالمنهاج الجيد يؤدي إلى تمكين الطلاب من الفهم والاستيعاب الجيد وبالتالي الحصول على النتائج الجيدة، لذا يتوجب الاهتمام في بنائه على أسس نفسية واجتماعية مستوحاة من نظريات علمية هدفها الوصول إلى المستوى الدراسي المرغوب فيه. (محمد برو، 2010، ص ص 227-229).

3.2.4- العوامل الأسرية :

لقد ذكرت جمعية علم النفس البريطانية، أن الظروف المادية والاجتماعية للأسرة ليست بنفس أهمية المناخ الأسري الذي يشمل الآباء وطموحهم ومواقفهم ودعمهم وتشجيعهم لتعليم طفلهم، حيث يرى كل من " دورنباخ و وود (Dornbusch et Wood (1989) أننا إذا ما ركزنا على الوضع العائلي كبنية الأسرة ومستواها الثقافي والوضع الاقتصادي والاجتماعي لتمكنا من معرفة أن القدرات العقلية للطالب تقع ضمن حدود رسمتها هذه العوامل، لكن بالرغم من هذا كله تبقى العمليات التي تتم داخل الأسرة أكثر أهمية من وضعها، وقد عرفنا هذه العمليات بأنها ذلك التفاعل بين أعضائها مثل : الأنماط أو الأساليب الوالدية وسلوك الوالدين وطريقة تدخلهما في تعلم ابنهما.

(Shui Fong Lam, 1997, p p5-6)

كما لوحظ على العموم انخفاض مستوى الذكاء عند اليتامى أو الأفراد الناشئين في أسر مضطربة.

(Jean- Lue Bernaud, 2000, p 26) .

• الجو الأسري العام :

إن الأسرة من أهم مؤسسات التنشئة الاجتماعية إذ لها الدور الأساسي في النمو العقلي والنفسي والوجداني والاجتماعي لدى الأبناء، فالاستقرار والانسجام أو عدمهما داخل الأسرة لهما تأثير واضح في المسار الدراسي لأفرادها. (محمد برو، 2010، ص 229).

وفي الاتجاه نفسه ذهب " عبد الرحمان سنوسي ميكائيل (2012) " في دراسته حول أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بالتحصيل الدراسي على عينة من تلاميذ التعليم الأساسي إلى أن الإهمال أو التسلط أو الحماية الزائدة والعداء والعقاب اللفظي والجسدي أو اتخاذ أسلوب رتيب في معاملة الأبناء كالتشدد المفرط أو التساهل المفرط يؤثر بشكل مباشر على النتائج التحصيلية للطالب. (عبد الرحمان السنوسي، 2012، ص ص 17-20).

• الاتجاه الأسري نحو الدراسة والمدرسة :

يتخذ اتجاه الوالدين نحو الدراسة اتجاهين أساسيين، أحدهما إيجابي والآخر سلبي :

أ- الاتجاه الإيجابي : يعبر عن الاهتمام الكلي بالعملية التعليمية بتوفير الظروف الأكثر ملائمة لها كالإصغاء للأبناء و توفير الكتب والمجلات والقصص والجو المريح، ومساعدتهم في أداء

واجباتهم، حيث يقول " ايريكسون Erickson " بهذا الصدد " أن تحسين فكرة المتعلم عن قدرته على التحصيل و توليد الاهتمام لديه بذلك و بخاصة التفوق على زملائه يأتي في المقام الأول من فكرة الوالدين عن أهمية التعليم ومدى ما يوليانه نحو ذلك من الاهتمام ".

ب- الاتجاه السلبي : فيه لا يعطي الوالدين أي اهتمام لتعلم ابنهما، ويتضح ذلك من خلال عدم اهتمامهما بحاجاته التربوية المختلفة، أو الحديث بشكل سلبي عن التعليم أمامه وفي هذا يقول " فارب Farb " " إن الطلاب المحرومين من أسرهم ومن عطف الآباء كثيرا ما يعانون من صعوبات في الكلام والنطق والقدرة على التعبير عن النفس بسهولة، كما يعانون من القلق وعدم الاستقرار النفسي مما يؤثر سلبا على تحصيلهم الدراسي. (محمد برو، 2010، ص330).

• المستوى الاقتصادي للأسرة :

إن الوضع الاقتصادي والاجتماعي للأسرة لا يساعد الطالب فقط في التحصيل الدراسي، بل ويساعده أيضا في التحصيل العالي، فمن المهم جدا أن يتوفر مناخ اقتصادي واجتماعي جيد داخل الأسرة، مما يساعد الطالب ويوفر له الظروف الملائمة للتعلم، فالوضع الاقتصادي الجيد بمثابة حافز فكري يفتقر إليه الطلبة المحرومين اقتصاديا واجتماعيا، كما انه يؤثر في اتجاهات الطلبة واهتماماتهم وقيمهم و دافعيتهم ومن ثم انجازهم الأكاديمي، وفي هذا السياق يرى " فيرنون Vernan " في كتابه " التربية و علم النفس في الفروق الفردية "، إن الطبقة الاجتماعية مرتبطة بشكل وثيق بالمستوى الثقافي والاتجاهات نحو التعليم هذا ما له تأثير ملحوظ على سير العملية التعليمية وتطورها.

(Ucharan Daka, Op.cit,p22).

كما يؤدي الفقر إلى ظهور مشاكل أسرية بين الآباء والأبناء والذي قد يؤدي في بعض الحالات إلى انفصال الوالدين وإلى مشاكل عاطفية بينهما تمتد إلى الأبناء مما يؤثر سلبا على انجازهم الأكاديمي. والجداول التالية تمثل علاقة الفقر بالتحصيل الدراسي في إحدى الدراسات :

جدول رقم (08) : العلاقة بين الفقر والتحصيل الدراسي

الوضع الاقتصادي للطلبة	نسبة الطلبة الفاشلين تحصيليا	نسبة الطلبة الناجحين تحصيليا
ناشئ في وسط فقير أو شديد الفقر	63%	37%
لم ينشأ في الفقر نهائيا	37%	63%

المصدر: (Robert J.Marzano, 2004, p 8)

جدول رقم (09) : العلاقة بين الفقر والتحصيل الدراسي حسب تقديرات (McLanahan).

الوضع الاقتصادي للطلبة	نسبة الطلبة الفاشلين تحصيليا	نسبة الطلبة الناجحين تحصيليا
ناشئ في وسط فقير أو شديد الفقر	%85	%15
لم ينشأ في الفقر نهائيا	%15	%85

المصدر: (Robert J.Marzano, ibidem,2004 , p9)

وقد أقيمت دورة لاتجاهات الدراسة الدولية الخاصة بالرياضيات و العلوم (TIMSS) أجريت عام 2007 لدى طلاب الصف الثامن، هذه الدراسة أظهرت فوارق كبيرة بين البلدان منخفضة الدخل والبلدان الأخرى في مجال التحصيل الدراسي. (كيفين و اتكينز وآخرون، 2010، ص 105).

إذا من الواضح جدا أن الفقر يؤثر على مستوى التحصيل الدراسي للطلبة ذلك أن التلميذ أو الطالب الفقير تعوزه ابسط ضروريات التعليم مما قد يسبب إحباطه، أو سوء التوافق الاجتماعي نظرا للفارق الذي يلاحظه الطالب بينه وبين زملاءه مما يشعره بالخجل في بعض المواقف الأمر الذي يشكل لديه رابطا سلبيا مع الوسط المدرسي وقد يتوصل في بعض الحالات إلى الإقلاع عن التعليم نهائيا.

• المستوى الثقافي والتعليمي للوالدين :

إن الطالب أو التلميذ الذي يعيش في جو اسري ثقافي وتعليمي، سيكون في الغالب متفوق دراسيا لان أسرته قادرة على توفير الجو الثقافي العام الذي يساعده على زيادة معلوماته العامة وتوفير الجو وتشاركه نجاحه معنوياً ومادياً، وهذا كله يقوي تحصيله الدراسي. (محمد برو، 2010، ص 331).

4.2.4- العوامل الجسمية :

هي العوامل ذات الصلة بالحالة الجسمية للطالب أو التلميذ، فالوضع الصحي له علاقة في حضور الطالب أو التلميذ ومزاولة دروسه، ومن بين العوامل الجسمية نجد :

• البنية الجسمية العامة :

فقوة البنية الجسمية للطالب أو التلميذ، تساعده أكثر على التركيز ومتابعة الدروس وقلة الغيابات، أما إذا كانت بنيته ضعيفة كان أكثر عرضة للتعب والإرهاق، ذلك انه وجد من استقراء حالة العديد من المتعلمين، إن نسبة كبيرة منهم لديهم ضعف في البنية الجسمية الأمر الذي يؤثر سلبا على تحصيلهم الدراسي.

• الحواس :

الحواس هي الوسيط بين العقل البشري والعالم الخارجي، خاصة حاستي السمع والبصر حيث أنها أساس الإدراك العام، وتجميع الأجزاء المدركة وتوحيدها والتمييز بين مختلف المدركات والتحليل والتركيب والتعميم. (محمد برو، 2010، ص ص 223-224).

لذا فالخلل في إحدى الوظائف الحسية سيعطي صورة ناقصة ومشتتة عما يدركه التلميذ أو الطالب في الصف الدراسي، كما سيؤثر نفسيا على حالته الاجتماعية داخل وخارج المدرسة ويسبب له عقدة الشعور بالنقص بالمقارنة مع زملاءه.

وفي دراسة حول ضعف السمع مثلا يرى كل من " بالا وراهوا (2007) Jampala Madhu et Digumarti Bhaskra Rao"، إن ضعف السمع من بين أكثر الأسباب المؤدية إلى سوء التوافق، وفي ضعف الانجاز الأكاديمي والتحصيل الدراسي، ويعتبر كل من " دافيد واتكنسون وجون (1953) Mc Clelland David et Atkinson et W. John"، من بين من انصب اهتمامهم على دافعية الانجاز حيث يرون أن أي فرد يطمح لتحقيق انجاز معين، هذا الأخير الذي يجده ضعف السمع أمرا عسيرا وبالتالي تقل دافعتهم لتحصيل جيد، كما أن ضعف السمع يشكل حاجزا بين الطالب وتعلم اللغة الأكاديمية اللازمة لفهم مختلف المواد الدراسية.

بدون شك أن اكتشاف الإعاقة البصرية عند الطفل يجعل من المعلم المسئول الأول في تدني التحصيل الدراسي عند التلميذ. إن تمكين ضعاف البصر من الجلوس في الأماكن التي تمكنهم من الإبصار الجيد عمل قد يبدو بسيطا ولكنه في الواقع أكثر من واجب على المعلمين. ومما يساعد على التغلب على البعض مما يعاني منه المعاقون بصريا. (مولاي بودخيلي، 2004، ص 365).

• العاهات الجسمية المختلفة :

هناك بعض التلاميذ ممن يعانون من بعض الاضطرابات خاصة في ما يتعلق بعيوب النطق واضطرابات الكلام كالحذف والإبدال والقلب والزيادة، أو عدم وضوح النبرات الصوتية وبحة الصوت أو خشونته وغيرها من العاهات التي تشعر صاحبها بالنقص وسوء تقدير الذات، فيعتقد انه موضوع مراقبة الآخرين، مما يحول بينه وبين التركيز على الدراسة ومن ثم يقل تحصيله في مختلف المواد إذن فسلامة الجسم والحواس أمر ضروري في صيرورة التحصيل الدراسي.

(محمد برو، 2010، ص 224).

مما تقدم نرى انه بالرغم من اختلاف وجهات النظر في ما يخص العوامل المؤثرة في التحصيل الدراسي، و انحياز الباحثين لعامل دون آخر والتأكيد عليه، فان هذه العوامل لها أهميتها، على

اختلاف درجة التأثير، مجتمعة مع بعضها البعض، أي لا يمكن القول إن الشخصية وحدها أساس التحصيل الجيد أو المستوى المادي وحده، لكن لابد من اجتماع كل هذه العوامل وغيرها في اتساق وانتظام من أجل تحقيق أعلى درجات النجاح في التحصيل الأكاديمي، لذا لابد على الباحثين في المجالات التربوية الأخذ بعين الاعتبار كل النواحي الفردية والاجتماعية والاقتصادية والنفسية و... عند دراسة نواحي الضعف الأكاديمية.

5- شروط و مبادئ التحصيل الدراسي الجيد :

للتعليم قوانينه وأصوله توصل إليها علماء النفس والتربية تجعل من التعليم إفادة لصاحبه وهذه المبادئ كما أوردها "عبد الرحمن العيسوي سنة (2004)" وهي :

1.5- شرط التكرار : من المعروف أن الإنسان يحتاج إلى التكرار لتعلم خبرة معينة و التكرار الذي يقصد هنا هو التكرار المؤدي إلى الكمال وليس التكرار الآلي الأعمى، فلكي يستطيع التلميذ مثلاً أن يحفظ قصيدة من الشعر لابد أن يكررها عدة مرات.

ويؤدي التكرار في نمو الخبرة وارتقاؤها، بحيث يستطيع الإنسان أن يقوم بالأداء المطلوب بطريقة آلية و في نفس الوقت بطريقة سريعة و دقيقة. (عبد الرحمان العيسوي 2004، ص 95).

2.5- شرط الاهتمام : تتوقف القدرة على حصر الانتباه وكذلك النشاط الذاتي الذي يبذله المتعلم على مدى اهتمامه بما يدرس، أن حصر الانتباه يستلزم بذل الجهد الإرادي وتوفر الاهتمام لدى المتعلم حتى يستطيع الاحتفاظ بالمعلومات التي يتعلمها وتستقر عناصرها في تنظيم معين، فما ننسأه هو غالباً ما لا نهتم به و الشيء الذي لاحظناه بادئ الأمر خطأ سوف نتذكره خطأ.

إن إثارة اهتمام التلميذ وضمان استمرار هذا الاهتمام من الصعوبات التي تعترض المعلم في الفصل الدراسي، ويمكن التغلب على هذه المشكلة لو استغل المعلم نشاط التلميذ الإيجابي واهتم بطريقة الاستكشاف والتساؤل أكثر من اهتمامه بالتلقين وحشو الأذهان.

3.5- شرط فترات الراحة و تنوع المواد : في حالة دراسة مادتين أو أكثر في يوم واحد، بينت نتائج التجارب أهمية فترة الراحة عقب دراسة كل مادة من أجل تثبيتها والاحتفاظ بها فالتلميذ يجب أن يراعي اختيار مادتين مختلفتين في المعنى المحتوى والشكل فكلما زاد التشابه بين المادتين المدروستين بطريقة متعاقبة كلما زادت درجة تداخلهما، أي طمس إحداها للأخرى، وكلما اختلفت المادتان قلت درجة التداخل بينهما وبالتالي أصبحت أقل عرضة للنسيان. (حلمي المليجي، 2004، ص 120).

4.5- الطريقة الكلية والطريقة الجزئية : لقد أثبتت التجارب أن الطريقة الكلية أفضل من الطريقة الجزئية، حين تكون المادة المراد تعلمها سهلة وقصيرة، فكلما كان موضوع المراد تعلمها سهلة

وقصيرة، فكلما كان موضوع المراد تعلمه متسلسلا تسلسلا منطقيا كلما سهل تعلمه بالطريقة الكلية فالموضوع الذي يكون وحدة طبيعية يكون أسهل في تعلمه بالطريقة الكلية من الموضوعات المكونة من أجزاء لا رابطة بينها. (محمد جاسم، 2004، ص 36).

5.5- مبدأ التسميع الذاتي : وفيه يسترجع الفرد ما حصله من معرفة وعلاج ما يبدو من مواطن الضعف في التحصيل.

6.5- الإرشاد والوجيه : لا شك التحصيل القائم على أساس الإرشاد والتوجيه أفضل من التحصيل الذي لا يستفيد فيه من إرشادات المعلم، فالإرشاد يؤدي إلى حدوث التعلم من التحصيل الذي لا يستفيد فيه الفرد من إرشادات المعلم، فالإرشاد يؤدي إلى حدوث التعلم بمجهود أقل وفي مدة زمنية أقصر مما لو كان التعلم دون إرشاد، و يجب أن يراعي فيه ما يلي :

- أن تكون الإرشادات صبغة ايجابية لا سلبية.
- أن يشعر المتعلم بالتشجيع لا بالإحباط.
- أن تكون الإرشادات موجهة إلى التلاميذ في المراحل الأولى من عملية التعلم.
- أن تكون الإرشادات متدرجة.
- يجب الإسراع في تصحيح الأخطاء حتى لا تثبت في خبرة المتعلم. (عبد الرحمان العيسوي، 2004)

7.5- مبدأ الجزاء : لقد أكدت النظريات الارتباطية والسلوكية على أهمية مبدأ الجزاء في التعلم وعلى قدرته في استثارة دافعية المتعلم و توجيه نشاطاته، وهو يتخذ شكلين هما الثواب والعقاب، فالثواب خاصة في النجاح في القيام بنشاط تربوي معين يؤكد ويقويه، فالتلميذ يقبل على التعلم إذا ما ارتبط ذلك بخبرات ايجابية وسارة بالنسبة له، وبالتالي يكون تحصيله الدراسي جيدا، والعكس صحيح.

8.5- مبدأ الدافعية : وفقا لقاموس " ويبستر Webster's New Collegiate Dictionary " الدافع هو : شيء ما سواء رغبة أو حاجة يدفع الشخص للقيام بالفعل، والدافعية هي الفعل أو عملية التحفيز .

حسب " بيشلر و سناومان (1990) Bichler et Snowman " الدافعية هي حالة داخلية لدى الفرد تستثير سلوكه وتعمل على استمراره وتوجيهه نحو تحقيق هدف معين، وهي النظرة نفسها التي جاءت بها المدرسة السلوكية، ومن جهة النظر المعرفية هي حالة داخلية تحرك أفكار ومعارف المتعلم و بنائه المعرفية ووعيه وانتباهه، للوصول به إلى حالة توازن معرفي معين.

(برو محمد، 2010، ص ص 210-211).

أو هي الأسباب الكامنة وراء السلوك، وهي السمة التي تحركنا لفعل شيء ما أو عدم فعله، وهي تنطوي على مجموعة من المعتقدات والتصورات والقيم والاهتمامات. (Emily R.Lai, 2011, pp4-5)

فالدافعية سواء كانت خارجية أو داخلية تعتبر مبدأً أساسياً لتحريك المتعلم نحو تحصيل أفضل.

9.5- مبدأ الحداثة : تمثل الحداثة الحالة التي يصل إليها المجتمع من تجديد ناتج عن حركته الإيجابية، وعن نموه أو تقدمه وتطوره، أو الانتقال بالمجتمع ككل من حالة تقليدية سابقة، إلى حالة جديدة، أكثر تعقيداً أو نضجاً من ناحية النمو، وأكثر رفاهية وقوة من ناحية التقدم والتطور ويطلق على العملية التي تقضي إلى هذه الحالة بالتحديث، فالحداثة حالة ناتجة عن تنمية التفكير، وتنمية الإبداع، و تطبيق التكنولوجيا والتأقلم مع المتغيرات السريعة، وتوافر المعلومات والمهارات الفردية المعاصرة، والنزعة الديمقراطية وتقبل الخبرات والأفكار الجديدة، والتخطيط والتنظيم، والتحول من نمط التعليم القديم إلى نمط التعليم الحديث، ومضاعفة القدرة المعرفية والوجدانية، وتطوير المعرفة الإنسانية التراكمية، والتسلح بالمقومات المادية والمعنوية التي تتسم بها حضارة هذا العصر في ضوء فلسفة المجتمع وثقافته، والتنوع والمرونة والتغيير الإيجابي، وحب الوطن والنظرة المتفائلة.

(صفا أحمد الغزالي، 2010، ص ص 432-433) .

وهي في الأصل عملية بناء متكامل ومتناسق، أساسها أن أبناء كل جيل قد خلقوا في ظروف مختلفة عن الأجيال الأخرى مما يتطلب أسلوب تكييف خاص بهم مع هذه الظروف، وبالتالي عليهم اصطناع آلية فكرية، وحلول نوعية لمختلف المشكلات التي تعترضهم، فالتمسك بأسلوب تربوي واحد موروث يعيق روح الاكتشاف والإبداع لدى المتعلم مما يؤدي به إلى تدني مستوى تحصيله الدراسي في مراحل تعليمية لاحقة، لذا لابد على المربي إخضاع المتعلمين باستمرار إلى ميراث تربوية جديدة تحتم عليهم بذلك جهد فكري أعلى بشرط الأخذ بعين الاعتبار الخصائص التالية :

✓ الانفتاح على الخبرات والمهارات الجديدة.

✓ الحركية و النشاط في اكتساب الحقائق والمعلومات.

✓ التهيؤ الفكري والتوجه نحو الحاضر والمستقبل.

✓ التهيؤ العقلي للتخطيط في مجال الحياة الفردية والاجتماعية.

✓ الإحساس بالمشكلة القائمة.

✓ الطموح إلى تحقيق مستويات عالية من التعليم والتكوين. (برو محمد، 2010، ص ص 212-213).

10.5- مبدأ الواقعية : إن العملية البرامج والمناهج الدراسية ينتج عنه تقادي التكرار وملل المتعلم

كما أن التحديث في أساليب التدريس والمنهاج السنوي، وفقاً للمتغيرات التي تطرأ في المجتمع، من تغيرات اقتصادية أو اجتماعية أو تكنولوجية....، قد يساعد في تحرير روح الإبداع لدى التلميذ ويشكل له دافعا نحو تحصيل أفضل.التعليمية من العمليات الاجتماعية التي تتم في بيئة طبيعية واجتماعية، لذلك يفترض توفير كل الظروف الملائمة داخل الفصول، وأن تكون المواد والأنشطة التي تقدم للمتعلم

مرتبطة بحياته الواقعية وبيئته الاجتماعية، لأن ربط المتعلم بواقعه يسهل عليه عملية الاستيعاب ويعزز استجاباته الصحيحة للمثيرات التعليمية وبالتالي تحقيق التحصيل الدراسي المطلوب.

11.5- مبدأ الفعالية : تتطلب العملية التعليمية الكفاءة والجهد والعمل الدائم الجاد من قبل هيئة التدريس سواء في استراتيجيات التعليم، أو في إعداد الخبرات التعليمية وتقديمها، أو أساليب التقويم وغيرها، فالمدرس هو وسيط تربوي مهم إذ يتفاعل معه المتعلمون لساعات طوال، لذلك بإمكانه إحداث التغييرات و التعديلات أكثر من غيره فالمدرس لابد أن يكون ناشطا وفاعلا ومخططا ومنظما ومساعدا ومثيرا لدافعية المتعلم و ذلك بتركيزه على ما يلي :

- ✓ الكشف عن استعدادات المتعلمين للتعلم واكتساب كل خبرة يقدمها لهم.
- ✓ تحديد الأهداف التعليمية -خاصة الإجرائية منها- المراد تحقيقها.
- ✓ اعتماد أنواع التعزيزات المناسبة التي تؤدي إلى تفعيل وتقوية التعلم، وتقديمها في وقتها المناسب.

✓ اعتماد أساليب و استراتيجيات فعالة في التعليم.

✓ توظيف إستراتيجية التغذية الراجعة.

✓ استخدام وسائل تعليمية تجعل من الجو داخل حجرة الدراسة أكثر حيوية.

✓ إتاحة الفرص لكل المتعلمين من أجل المشاركة وإبداء الرأي وقبول النقد وغير ذلك.

12.5- مبدأ الاهتمام : إن الرغبة والميل يولدان لدى المتعلم الاهتمام بالتعلم، والإقبال على الدراسة والمدرسة معا، ويخلقان فيه النشاط والفعالية، فيقبل على تعلم ما يميل إليه ويبذل فيه الكثير من الجهد، لذا حتى يستثار في نفس المتعلم الرغبة وبالتالي الاهتمام كان واجبا على المدرس ما يلي :

✓ تهيئة جو حجرة الدراسة بشكل يريح المتعلم ويحقق رغباته.

✓ الاهتمام بالفروق الفردية بين المتعلمين.

✓ تشجيع المتعلمين على بذل المجهودات الذاتية.

✓ اعتماد أسلوب الترغيب، لأنه يقوي دافعية الانجاز لدى المتعلم.

13.5- مبدأ التدريب : إن التدريب المستمر على الأساليب والمهارات والنشاطات التربوية المختلفة، هو أساس التعلم والاكساب والاستيعاب عند المتعلم، شريطة أن يكون مرتبطا باستعداداتهم وميولا تهم وقدراتهم أيضا، فالتدريب سواء كان شفا هيا أو كتابيا يرسخ المعلومات ويحقق الأهداف البيداغوجية المختلفة، كما انه مهم في خلق روح المنافسة وتطوير قدرات المتعلم.

(برو محمد، 2010 ، ص ص 210-215).

ما يمكن التعليق عليه في هذا الصدد هو أن العملية التربوية ليست بالمهمة السهلة، إذ يتحمل المدرسون أكبر المهام فيها، يتوجب عليهم من خلالها الخروج بنتائج ومخرجات تربوية ايجابية قدر الإمكان، لذلك فاتباع الشروط والمبادئ المشار إليها أعلاه يسهل نوعا ما ويحسن أكثر من التحصيل الدراسي لدى المتعلم، كما أنها تساعد كثيرا المعلم في إجراء مسح تقريبي لمتطلبات النجاح لدى كل متعلم قدر الإمكان.

6- الأسباب والعوامل المؤدية لانخفاض التحصيل الدراسي :

لقد قام الباحثون في علم النفس وعلوم التربية بحصر هذه الأسباب والعوامل المؤدية إلى انخفاض التحصيل الدراسي، وقد تم توضيحها بما يلي :

1.6- العوامل الجسمية :

إن المتعلم الغير مشبع حاجاته، والمتعلم المصاب بالأمراض الخطيرة والمزمنة (الإعاقات المختلفة والعاهات- الإعاقات البصرية، الإعاقات السمعية، الإعاقات الحركية... الخ -) كلاهما قد تكون السبب في غياباته المتكررة عن المدرسة ويشعر المتعلم بالتعب والإرهاق عند أقل مجهود، وهذا يؤدي دون شك إلى ظهور العديد من الفجوات في معارفه ومعلوماته المدرسية ولا يستطيع مواصلة الاستدكار مدة طويلة وتحصيله الدراسي يمكن أن يتأخر إلى حد كبي، يمكن شرح هاذين العاملين الأساسيين في ما يلي.

أ- المتعلم الغير مشبع حاجاته: أكدت العديد من الدراسات النفسية والتربوية إن الطفل الذي يعاني من الجوع أو لم تشبع حاجاته الأساسية ولو بطريقة جزئية يؤدي حتما إلى عدم الانتباه والتركيز في القسم وإلى حد بعيد عدم الرغبة في التعلم. قد تكون هذه الحاجات ذات أهمية تذكر بالنسبة للبعض ممن لا يعاني من عدم القدرة على إشباعها لكن عكس ذلك تماما بالنسبة لغيرهم من المحرومين. يرى " ماسلو Maslow " غالبا ما يكون السبب الذي يمنع الأطفال الفقراء من إحراز ما هو منتظر من تقدم تربوي ويمنع كذلك الدول الفقيرة من إحراز نفس التقدم الذي تحرزته الدول المتقدمة غالبا ما يكون السبب هذا راجع إلى أن عدم إشباع الحاجات الفيزيولوجية الأساسية يحول دون بروز أو ظهور ما يفوقها مستوى من الحاجات التي تقف وراء التحفيز التربوي والاكتشاف العلمي لدى الأشخاص".

ب- الأمراض المزمنة : الأمراض المزمنة (أمراض القلب، السكري، الصرع) تكون السبب في غيابات المتعلم المتكررة عن المدرسة، وهذا يؤدي دون شك إلى ظهور العديد من الفجوات في معارفه ومعلوماته المدرسية، وحتى في الحالات التي لا يمنع فيها المرض التلميذ من متابعة دراسته بصفة عادية فإننا كثيرا ما نجد ما عجز من استثمار الوقت الذي يقضيه في الصف الدراسي

الاستثمار الأمثل، وذلك بسبب عجزه عن التركيز في البعض أو الكثير من الأحيان، أو بسبب كثرة ما ينتابه من أحلام اليقظة.

ج- الإعاقة السمعية : إن الطفل الذي يعاني من الإعاقة السمعية لابد أن تعترض مشواره الدراسي الكثير من المشاكل المختلفة، فهو الذي ينعت بالكسل تارة بسبب قلة انتباهه، أو انعدام تركيزه أو ضعف انتباهه، أو انعدام تركيزه، أو ضعف اهتمامه بما يجري حوله من أمور الدراسة. وهو تارة أخرى الشخص الذي لا يجد أفضل من الاستغراق في أحلام اليقظة لتمضية وقته. وقد ينهمك، في أحيان أخرى، في أنشطة لا علاقة لها بالدرس، وقد يوصف بالبلاهة لا لشيء إلا لأنه يبدو وكأنه لا يفهم ما يقال له أو ما يراد منه. ونتيجة كل هذه السلوكيات السلبية حتما إلى تحصيل دراسي ضعيف

د- الإعاقة البصرية : إن الطفل الذي لا يستطيع نقل ما هو مكتوب على السبورة هو طفل لا يبصر جيدا دون أدنى شك والتلميذ الذي يدقق النظر أو يغضي عينيه أو يقطب جبينه أو يبدو غير منتبه قد يكون مصابا بإعاقة بصرية هو الآخر. وكل هذه المشاكل المتعلقة ببصر التلميذ تؤدي حتما بتدني التحصيل الدراسي لديه. في هذه الحالة يعد المعلم المسئول الأول عن أي إعاقة بصرية قد يكون التلميذ يعاني منها، كما يجعل منه أول المسئولين عن تخلف هذا الأخير في الميدان التحصيلي. إن تمكين ضعاف البصر من الجلوس في الأماكن التي تمكنهم من الإبصار الجيد عمل قد يبدو بسيطا ولكنه في الواقع أكثر من واجب على المعلمين.

(مولاي بودخيلي محمد، 2004، ص ص 263-266).

2.6- العوامل العقلية :

أشارت الدراسات النفسية و التربوية إلى العلاقة الإيجابية بين الذكاء والتحصيل الدراسي ، وبالتالي أصبح من الضروري قياس الذكاء في حالات انخفاض التحصيل الدراسي وذلك لمعرفة المدى الذي يمكن أن يصل إليه المتعلم في مستواه الدراسي ومدى انجازه الأكاديمي. (Paker.R. 1988, p19).

3.6- العوامل الانفعالية :

أكدت العديد من الدراسات النفسية والتربوية أن المتعلم المضطرب انفعاليا أو الذي يعاني من القلق أو عدم وجود الأمن والطمأنينة يصبح غير قادر على التركيز والاستيعاب، فهو مشتت الفكر وبالتالي ينخفض تحصيله الدراسي.

4.6- العوامل المدرسية :

لقد استطاع المربون أن يجعلوا من المدرسة مكانا محبوبا لدى المتعلمين، وأن يكونوا علاقات تشمل العطف والاحترام مع المتعلمين، أما إذا كانت العلاقات المدرسية يشوبها القلق والخوف والعدوان وكان المتعلمين أو بعضهم ذوي انحرافات سلوكية، فإن ذلك سوف يؤدي حتما إلى انخفاض في التحصيل

الدراسي، وبالتالي عدم الاستيعاب و الفعالية في الانجاز .

(Heath, Acolton, M.Algate.J. 1983, p 36).

ومن خاصية أخرى يرى آخرون أن انخفاض التحصيل الدراسي يتأثر بالعديد من العوامل التي اتجه الباحثون لدراستها التي هي على النحو التالي :

✓ اهتم بعض الباحثين بالمتغيرات المعرفية، مثل الاستعدادات والقدرات العقلية إدراكا منهم بان التحصيل الدراسي عملية عقلية بالدرجة الأولى.

- اهتم الآخرون بالمتغيرات الدافعية مثل الدافع إلى الانجاز، حيث تعد تلك المتغيرات محركا موجها للطاقة النفسية للمتعلمين نحو بذل الجهد في مجال التحصيل الدراسي.

- اتجه فريق آخر من الباحثين إلى الاهتمام بسمات الشخصية إدراكا منهم بأهمية الدور الذي تلعبه سمات الشخصية في التحصيل الدراسي مثل السيطرة والاستقلالية والتوافق الشخصي، والتوافق الاجتماعي وحب الاستطلاع وقوة الأنا والثقة بالنفس وهي ترتبط ارتباطا موجبا بالتحصيل الدراسي بينما هناك سمات أخرى ترتبط ارتباطا سالبا بالتحصيل الدراسي إلى الشعور بالذنب والقلق والعصابية وعدم توافر الأمن النفسي. (روبي احمد عمر سليمان، 1998، ص336).

- إن العوامل والأسباب التي ترتبط بانخفاض التحصيل الدراسي اتجاهات المتعلم النفسية نحو العمل المدرسي، كذلك انشغال المتعلم ببعض الأمور العاطفية أو بمشكلة من مشكلاته الخاصة.

كما أن الطريقة الخاطئة في الذاكرة لها دور مهم في انخفاض التحصيل الدراسي للمتعلم، كما يؤثر الجو النفسي والمناخ الاجتماعي للمنزل تأثيرا هاما في انخفاض التحصيل الدراسي، كما أن سلوك الوالدين واتجاهاتهم النفسية والتربوية، أي سلوك الوالدين واتجاهاتهم النفسية نحو الابن من العوامل التي قد تسهم إلى حد كبير في انخفاض تحصيله الدراسي. (عبد الرحيم، 1982، ص ص 55-59).

7- قياس التحصيل الدراسي وأهدافه :

إن قياس التحصيل هو أداة تقويم أساسية لخدمة القرار التربوي وتوجيهه (في ما يخص انتقال (في ما يخص انتقال المتعلم إلى مرحلة تالية، أو وضع المتعلم في المكان المناسب)، وهو يكسب أهمية كبرى حاليا بعد تطبيق المناهج الجديدة، لمعرفة سيروراتها ومدى فعاليتها في المنظومة التربوية.

1.7- أنواع الاختبارات التحصيلية :

- 1.1.7 - الاختبارات المقالية :** هي أقدم أنواع وسائل التقييم المكتوبة وتكون في العادة بنوعين، طويلة تمتد إجابتها أحيانا لعشرات الصفحات أو لا تتعدى في مجملها نصف صفحة كما في التربية المدرسية وقصيرة ذات إجابة محدودة تتراوح بين جملة و نصف صفحة.
- تستخدم الاختبارات المقالية في التربية لكشف قدرة التلاميذ على تشكيل الأفكار وربطها وتنسيقها المنطقي مع أسلوب لغوي واضح ومفيد، بالإضافة إلى ذلك فهي تنمي قدرة التلاميذ على الإبداع الفكري ونقد وتقييم المعلومات ومفاضلتها، وبصفة عامة عند قيام المعلم بتطوير أسئلة الاختبارات المقالية يجب عليه مراعاة ما يلي :
- ✓ أن تكون اللغة واضحة.
 - ✓ أن ترتبط بالمادة التي درسها التلميذ.
 - ✓ أن يحدد الوقت اللازم وعدد الأسطر أو الصفحات القصوى للإجابة عليها.
 - ✓ أن يطلب من التلميذ الإجابة عن الأسئلة ليتمكن المعلم من تكوين حكم صحيح بخصوص قدراتهم الفردية. (زياد حمدان، 2001، ص 125).

2.1.7 - الاختبارات التحصيلية الموضوعية

- هي تلك التي إذا أعطيت أوراق إجاباتها للمصححين، فإن الدرجة التي ستعطى لكل ورقة متفق عليها تماما ولا اختلاف فيها.
- يهتم المدرسون بالاختبارات الموضوعية، لأنها تتميز بالبعد عن التقدير الذاتي في التصحيح وتتفادى غموض الإجابة وتمنع الإجابات الخارجة عن الموضوع وتشمل جزءا كبيرا من المادة الممتحنة، ومن أهم خصائصها :
- ✓ يطلب من المتعلم أن يختار إجابة أو أكثر تكون صحيحة من بين مجموعة من البدائل.
 - ✓ أسئلتها محددة تلتزم إجابة قصيرة.
 - ✓ يصرف الطالب فيها معظم وقته في القراءة والتفكير، إذ أن الإجابة عن أسئلتها لا تتطلب وقتا كبيرا وبالتالي يكون لها اثر ايجابي على الدرجة التي يتحصل عليها.
 - ✓ يتطلب وضع الأسئلة فيها مهارة لغوية ودقة عالية حتى تبلغ مقصدها من وضوح السؤال ودقته.
 - ✓ الاختبار الموضوعي صعب الأعداد لكن تصحيحه سهل.
- ويفضل استخدامه عند قياس تحصيل الطلبة في الحالات التالية :

- ✓ عندما يكون عدد الطلبة كبير .
- ✓ عندما يكون أمر الحصول على درجة ثبات عالية أمر ضروري .
- ✓ عندما يراد التقويم النزيه المجرد .
- ✓ عند قدرة المعلم على بناء الفقرات الموضوعية في الاختبار .
- ✓ عندما تكون السرعة مطلوبة في تصحيح الإجابات .

✓ شروط بناء الاختبار الموضوعي :

لا بد من مراعاة ما يأتي في بناء الاختبار الموضوعي و هي كالتالي :

- مراعاة المستوى اللغوي لصيغة الأسئلة، وبالتحديد في الاختبارات التي لا يقصد بها قياس القدرة والفهم والتحصيل اللغوي لصيغة الأسئلة، إذ ينبغي أن تكون صيغة الأسئلة واضحة بالنسبة للممتحنين .
- تجنب وضع الأسئلة بنصوص من الدروس أو الكتب المقررة، لان ذلك يبعث على المذاكرة الصماء دون فهم .
- أن تكون الأسئلة واضحة و صريحة و خالية من أي فخ .
- أن يكون كل سؤال مستقل عن باقي الأسئلة، أي أن لا تتوقف الإجابة على سؤال ما على سؤال آخر .
- أن لا يكون سؤال ما يحمل في طياته الإجابة عن سؤال آخر .
- أن توضع الأجوبة الاحتمالية الصحيحة بطريقة عشوائية، بحيث لا تجعل الطالب يعتقد أن الإجابات الصحيحة موضوعية وفق ترتيب معين .
- يجب أن تحمل الفقرة الاختيارية معنى واحد واضح لا احتمالات فيه .
- تجنب استخدام أسئلة لها إجابات واضحة .
- استبعاد الفقرات التي تعتمد إجاباتها على الذكاء وحده .

✓ أنواع الاختبارات الموضوعية :

- اختبار أسئلة الصواب و الخطأ :

وهي اختبارات تكون فيها الأسئلة خاطئة في الجزء، أو الكلمة التي تحتها خط، وعلى المفحوص أن يجد العبارة بكتابة الكلمة أو الرقم الصحيح في المكان المخصص لذلك، أو تعطي له عبارة مكتوب أمامها صواب أو خطأ في خانتين منفصلتين، ويطلب منه وضع علامة في الخانة المناسبة، ومن عيوب هذه الطريقة أن استخدامها من قبل المعلمين أدى إلى ظهور الاختبارات الموضوعية الضعيفة

كما انه لا يمكن استخدامها للتحقق من الفهم الدقيق والاستنتاج السليم أو اختبار التطبيقات العلمية كما أنها قد تشجع على الحفظ الآلي والدراسة السطحية، وتتأثر كثيرا بعامل الصدفة أو الحظ.

- اختبار متعدد الإجابات :

هذا النوع يصلح لقياس نواحي تحصيلية كثيرة، مثل التحصيل اللغوي والمفردات والمعلومات العامة و الفهم والتطبيقات العلمية، وهي دقيقة و يقل فيها عامل الصدفة بدرجة عالية، ولكن إعدادها يحتاج إلى جهد ومهارة عالية وتتكون من جزأين العبارة الأساسية التي تكون ناقصة أو كاملة، إما الجزء الثاني فيحتوي على قائمة الإجابات التي يختار منها الجواب الصحيح، وكلما زاد عددها كلما قل اثر الصدفة والتخمين.

- اختبار المزوجة :

وهو حالة خاصة من الاختبارات المتعددة الإجابات، حيث أن هذا النوع يحتوي على قائمتين وهما :

✓ القائمة الأولى : تتكون من عدد من الأسئلة.

✓ القائمة الثانية : فيها إجابات لهذه الأسئلة ولكن بترتيب عشوائي.

حيث يطلب من المتعلم الربط بين كل سؤال والإجابة المناسبة له من القائمتين، ويستخدم هذا النوع خاصة لاختبار معاني المفردات وتواريخ الحوادث و نسبة الكتب إلى مؤلفيها. ويمكن أن نستبدل قائمة الإجابة برسم تخطيطي أو رسم بياني أو رسم جزء من تشريح حيوان و توضع أرقام على بعض أجزائه و يطلب من المتعلم وضع كل جزء أمام الاسم.

- اختبار التصنيف :

هو صورة من صور اختبارات المزوجة، تستخدم في اختبارات المفاهيم خصوصا ما كان منها متقاربا، وهي تتكون من قائمتين :

✓ القائمة الأولى : تشمل قائمة من التعاريف أو الخصائص وأمام كل واحدة منها يوضع حرف أو رقم.

✓ القائمة الثانية : فيها مجموعة أخرى من المفاهيم و يطلب من المتعلم أن يكتب أمام كل منها الرمز الدال على الوصف أو التفسير الذي ينطبق عليها.

- اختبارات ذات قصير واختبار التكميل :

تستخدم لاختبار تحصيل المفردات ومعرفة الأسماء والتواريخ، والتعاريف وتحديد المفاهيم وحل المسائل الحسابية و الرياضية التي تنتهي بجواب عددي أو جبري محدود، أما النوع الآخر تكون فيه

العبرة في الفقرة الاختيارية غير مكتملة، ولا يتم المعنى إلا بوضع الكلمة أو العبارة المناسبة.
(لمعان مصطفى الجبالي، 2011، ص ص 52-63)

3.1.7 - الاختبارات التحصيلية المقننة :

هي تلك الاختبارات التي تستخدم أسئلة وضعت موضع التجريب، والتحليل والفحص قبل أن تصبح على ما هي عليه، فهي تتمتع بدرجة عالية من الثبات والصدق ولها معايير مضبوطة ومحددة مثل ظروف وزمن إجرائها وتعليماتها وتصحيحها وتهدف لمعالجة الخبرات والمعارف التي زود بها المتعلم، ويقوم في الغالب بنائها مجموعة من المتخصصين. (محمد برو، 2010، ص 247).

✓ نماذج من الاختبارات التحصيلية المقننة :

✓ الاختبارات التحصيلية في المرحلة الأساسية :

- اختبار النمو التعليمي : وضع هذا الاختبار لقياس النمو التعليمي للمتعلم من الثالث ابتدائي وحتى مرحلة الثاني أساسي وتتضمن مايلي:
- اختبار فهم المفاهيم الاجتماعية الأساسية : يقيس معرفة المتعلم العامة وفهمه العام لموقف المجتمع، حيث يحتاج كل متعلم لهذه المعرفة حتى يتمكن من التفكير الجيد في حل مشاكله.
- اختبار صحة الكتابة : يقيس تمكن المتعلم من العناصر الأربعة الأساسية في الكتابة الصحيحة، التنقيط، الاستخدام، العنونة، والهجائية أي القدرة على استخدام العناصر الأساسية في الكتابة الصحيحة.
- اختبار المعلومات العامة في العلوم الطبيعية : يقيس معرفة المتعلم العامة وفهمه للظواهر وأهم الإسهامات المدنية الحديثة، وهو لا يتحدد بالمنهج الدراسي الذي يدرسه متعلم فقط بل يعتمد على ما يجب أن يعرفه متعلم الذي حاز على تعليم عام.
- اختبار القدرة على التفكير الكيفي : يقيس القدرة على حل المشاكل العامة العملية مثل : فم مشاكل التامين على الحياة، نظام التقسيط في الحياة... الخ.
- اختبار القدرة لتفسير البيانات الاجتماعية : يقيس قدرة المتعلم على تفسير وتقييم قراءات مختارة من الكتب المقررة والمجلات والجرائد والقدرة على فهم المتضمنات واستدلال المضمون الرئيس للجزء المختار.
- اختبار القدرة على تفسير البيانات في العلوم الطبيعية : يقيس قدرة المتعلم على تفسير وتقييم القراءات في المواد الدراسية المتعلقة بالعلوم الطبيعية.

- اختبار القدرة على تفسير مواد أدبية : يقيس قدرة المتعلم على فهم بعض المقطعات المختارة من الأدب، وإدراك الهدف الذي يسعى إليه الكاتب، وكذلك التعرف على الحيز النفسي الذي يعيشه الكاتب.

- اختبار المفردات العامة : يقيس قدرة المتعلم على معالجة الكلمات، كما يقيس أيضا الاستعداد العام للتعلم.

- اختبار استخدام مصادر المعلومات : يقيس قدرة المتعلم على الاستفادة من مصادر المعلومات التي تساعد في حل مشكلة معينة، إن هذا الاختبار يؤكد على تفسير المادة في مختلف ميادين الموضوعات الدراسية و الأسئلة كلها مصاغة بطريقة الاختيار من عدة إجابات.

4.1.7- بطاريات التحصيل العام :

تستخدم لمراحل تعليمية، تبدأ من المرحلة الابتدائية حتى مرحلة الدراسات العليا، وقد أكد الباحثون على أن أفضل استخدام لها يكون في المرحلة الإعدادية، تعطي هذه البطاريات صورة دقيقة تمثل درجات مختلف المواد الدراسية، كما أنها تعطي درجة كلية عن البطارية ككل. و تختلف في ما بينهما في عدة خصائص. سواء من حيث المواد التي تقيسها أو المستويات المقاسة. كما تختلف في معايير ومعاملات صدقها وثباتها ومن أهمها :

✓ اختبار ستانفورد للتحصيل :

تعد من أقدم الاختبارات التحصيلية المقننة، وتستخدم للمراحل الدراسية بدءا بالسنة الثانية ابتدائي حتى المرحلة الإعدادية، يتكون هذا النوع من الإجراءات المتكررة من المراجعة والتعديلات من أربع بطاريات، كل بطرية لها خمس صور متكافئة. وتتميز بطاريات ستانفورد عن غيرها من الاختبارات بأنها تمثل إحدى الاتجاهات التربوية وتتضمن اختبارات لقياس مهارات التعليم والمذاكرة.

✓ اختبارات مترو بوليتان التحصيلية :

تستخدم في بداية الدراسة الابتدائية حتى نهاية المرحلة الإعدادية، وهي أكثر استخداما في هذه الأخيرة، و تحتوي على خمس بطاريات ولكل بطارية أربع أو خمس صور متكافئة، وهي من اختبارات القوة، ويحتاج تطبيق كل بطرية إلى أربع ساعات، وقد وضعت جميع الاختبارات التي تشملها البطارية الواحدة في كتيب ووضعت فيه تعليمات الإجابة.(لمعان مصطفى الجلاي، 2011، ص ص 64-67).

2.7- أهداف الاختبارات التحصيلية :

إن الهدف الأساسي من استخدام الاختبارات التحصيلية في المدارس والجامعات هو إظهار اثر الدراسة أو التدريب كما أنها تستخدم في ميادين أخرى كالتدريب المهني والتخصصي والخبرة في كثير من الأعمال، وبالتالي هي تقيس اثر التعلم تحت ظروف معروفة وحدة نوعا ما، كما تبيّن المكانة الحالية للمتعلم و مدى استفادته من التدريب و من بين أهدافها :

✓ **التنبؤ** : أي لقياس القدرة أو المعرفة أو أي خصائص أخرى لتمنح مستخدميها أساسا لاتخاذ القرار أو الحكم، والقرارات في هذا الجانب تتضمن التنبؤ بالكيفية التي سيؤدي بها الأفراد أعمالهم في وقت لاحق، وما دام التنبؤ قائما على بيانات كمية فإنه يمكن أن يكون أكثر دقة وثباتا وتوازنا في الحكم.

✓ **الاختيار** : إن استخدام الاختبارات من قبل المؤسسات التعليمية يكون أساسا لقبول أفراد لنوع من التعليم أو المدارس الفنية أو رفضهم، وهذا القرار (قبول/رفض) قرار اختيار.

✓ **التصنيف** : ويقصد به الترتيب وفقا لنظام يعتمد الصفوف أو المجموعات، كتصنيف أطفال المدارس الابتدائية حتى يكونوا جماعات متناسقة يضم كل فصل جماعة منها.

✓ **التقييم** : أي أنها تستخدم لتقييم البرامج الدراسية، الطرائق الدراسية، المعالجات وغيرها. أما " كامب Campe"، فيحدد ستة أهداف للاختبارات المدرسية هي :

- تحديد الطلاب المتفوقين و المتأخرين دراسي.
- تصنيف التلاميذ على أساس قدراتهم في المجموعات التعليمية المختلفة.
- تقييم البرنامج التعليمي و تقويمه.
- مساعدة التلاميذ على التوافق سواء في المدرسة أو الأسرة.
- التخطيط للمستقبل.

في المدرسة الجزائرية تستعمل اختبارات من وضع الأساتذة بسلم نقاط معين لقياس مدى استيعاب التلميذ للمواد، ومن ثم تؤخذ حذ الدرجات المحصل عليها لحساب معدل كل فصل دراسي ثم المعدل السنوي الذي من خلاله يتم اتخاذ قرار حول نجاح أو رسوب التلميذ.

3.7- أهمية قياس التحصيل الدراسي :

- يمكن تحديد أهمية قياس التحصيل الدراسي في ما يلي :
- الوقوف على المكتسبات القبلية، من اجل تشخيص ومعرفة نقاط الضعف ونقاط القوة لدى المتعلم مما يساعد على زيادة فعالية التعليم في مراحل لاحقة.

- الكشف على المستويات التعليمية المختلفة، من أجل تصنيف التلاميذ تبعاً لذلك، ولمساعدة كل واحد منهم على التكيف السليم مع وسطه المدرسي ومحاولة الارتقاء بمستواه التعليمي.
- الكشف عن القدرات الخاصة أو المواهب ورعايتها، من أجل مساعدة صاحبها على استغلالها بشكل سليم وتوظيفها في خدمة نفسه والمجتمع.
- تحديد مدى تقدم أو تقهقر المتعلم عن المستوى التحصيلي السابق، وهذا يدعو إلى البحث في الأسباب و الحلول.
- توظيف التغذية الراجعة بعد اكتشاف صعوبات معينة، وتوفير الوسائل العلاجية لها.
- تمكين المدرسين من معرفة النواحي التي يجب الاهتمام بها، والتأكيد عليها في تدريس مختلف المواد الدراسية المقررة.
- تحديد مدى قدرة كل متعلم على مواصلة تلقي خبرات تعليمية معينة.

(برو محمد، 1979، ص ص 215-216).

- زيادة على هذا يضيف " نعيم الرفاعي " أنه من أهم أهداف قياس التحصيل الدراسي نجد ما يلي :
- تطوير المناهج والكتب المدرسية، واتخاذ القرارات الإدارية الخاصة بالقبول وتحديد المستويات للتخصصات والشعب الدراسية.
- بالإضافة إلى أهداف أخرى تتمثل في :
- تقرير المتعلم لانتقاله لمرحلة أخرى، وتحديد نوع الدراسة والتخصص الذي سينتقل إليه لاحقاً، ومعرفة القدرات العقلية للمتعلمين، والاستفادة من نتائج التحصيل لوضع المتعلم في مجال تعليمي معين.

من هنا يمكن استنتاج أن لقياس التحصيل الدراسي أهداف تعود على المتعلم وأخرى على المعلم :

أ- الأهداف المتعلقة بالمتعلم : تكمن هذه الأهداف في التعرف على نقاط القوة والضعف لديه أثناء سير العملية التربوية، وبالتالي محاولة البحث والتجديد والتحديث في الطرق البيداغوجية التي تناسب احتياجاته و منه تحسين مستواه.

ب- الأهداف المتعلقة بالمعلم : تتمثل في مساعدة هذا الأخير على إيجاد انسب الحلول من أجل تحسين المستوى الأكاديمي للمتعلم.

8- الضغوط النفسية وعلاقتها بالتحصيل الدراسي :

مع حتمية التعرض للضغوط النفسية خاصة في حصرنا الحالي، وتعدد مصادرها البيئية والذاتية بالإضافة لتأثيرها في السلوك الإنساني فقد اهتم الباحثون بدراسة هذه الضغوط، وتأثيراتها المختلفة وفي

هذا الصدد أشار " كوهين (1980) Cohen " إلى تأثير الضغوط النفسية على التحصيل الدراسي حيث أوضح أن الضغوط النفسية تخلق حالات من المعلومات الزائدة، والتي كثيرا ما تدفع الأفراد بقوة ليبدلوا انتباهها غير عاديا، وهذه النواحي المتصلة باستنزاف الطاقة، والإجهاد المعرفي ضرورية للأداء التحصيلي.

ويوضح " فؤاد أبو حطب وآخرون (1980) " إن الضغوط النفسية تؤدي إلى العديد من الانفعالات التي تجعل نظرة الإنسان للحياة تشاؤمية، هذا فضلا عما يشعر به الفرد من قلق، وتوتر ورفض لنظم وقواعد البيئة التي يعيش فيها، وانخفاض مستوى تحصيله، وقد تؤدي الضغوط النفسية أيضا إلى التفوق في التحصيل الدراسي كما في حالة الأبوين كثيري المطالب من أبنائهم.

ويضيف " كابلان (1981) Cablan " إن التعرض للضغوط النفسية يؤثر على العمليات العقلية المعرفية مثل الإدراك، والذاكرة، وينعكس ذلك على التحصيل الدراسي كما يؤثر أيضا على مفهوم الفرد لذاته و تقيمه لها.

ويرى " عبد السلام عبد الغفار " الآثار المترتبة على الضغوط النفسية بأنها تبدد طاقات التلاميذ وتجعلهم أقل قدرة على مواصلة الانتباه، والتركيز، وبذل الجهد اللازم لمتابعة الشرح، وكذلك الاستذكار الجيد الفعال مما قد ينعكس على مستوى التحصيل الدراسي، كما تؤدي إلى اضطراب علاقة التلميذ مع زملائه و معلميه.

ويتوقف تأثير الضغوط على التلاميذ والطلاب على عدة متغيرات وهي شدة الحدث الضاغط والمدة التي يستغرقها، والنوع والعمر لدى التلاميذ والطلاب، وعلى الفروق بينهم في الجوانب المعرفية ويظهر ذلك في عملية التقييم المعرفي للحدث الضاغط، وكذلك على الاختلافات التي توجد بين التلاميذ والطلاب في أساليب المواجهة التي يختارونها للتعامل مع المواقف، والأحداث الضاغطة التي يتعرضون لها في معترك الحياة. (حسين، حسين، 2006، ص ص 180-181).

عبر التوضيحات المختلفة للباحثين في ما يخص العلاقة بين الضغوط النفسية والتحصيل الدراسي، نجد من هم يرى إن للضغوط النفسية آثار سلبية على التحصيل الدراسي لدى التلاميذ والطلاب بحيث تبدد طاقتهم وتجعلهم أقل التركيز والانتباه أثناء العملية التعليمية، والبعض الآخر يرى عكس ذلك بحيث الضغوط النفسية تزيد من نسبة التحصيل الدراسي وذلك عند الاهتمام والمتابعة المفرطة عند الأولياء لأولادهم.

- خلاصة الفصل :

يمكن أن نستخلص مما سبق، أن التحصيل الدراسي عبارة عن مقدار المعرفة التي اكتسبها التلميذ أو الطالب في العملية التربوية، فهو مصطلح تربوي يطلق على محصلة النتائج الدراسية التي تحصل عليها التلميذ أو الطالب نتيجة دراسته لها في المدرسة، ويعمل المعلم أو المدرس على تقديرها عن طريق وضع العلامات بعد إجراء الاختبارات التي تحدد مدى استيعاب التلميذ أو الطالب لهذه المعلومات ومشواره الدراسي، فهناك عدة عوامل تتدخل وتؤثر على القدرة التحصيلية عنده التي يرجع البعض منها إلى عوامل عقلية (الذكاء، الذاكرة، القدرة الخاصة، التفكير، الانتباه والإدراك) ويرجع البعض الآخر إلى عوامل الاعقلية كالعوامل الشخصية (قوة الدافعية للتعلم والتحصيل، الميل نحو المادة الدراسية، تكوين مفهوم ايجابي عن الذات، المثابرة...)، العوامل المتعلقة بالوسط المدرسي (الجو الاجتماعي الدراسي، أسلوب المعلم، اتجاه المتعلم..)، العوامل الأسرية (الجو الأسري العام للاتجاه الأسري نحو الدراسة والمدرسة، المستوى الاقتصادي للأسرة، المستوى الثقافي والتعليمي للوالدين...) والعوامل الجسمية (البنية الجسمية العامة للتلميذ أو الطالب، سلامة الحواس، العاهات الجسمية المختلفة). والتفاعل الذي يتم بين هذه العوامل هو الذي يحدد في النهاية مدى التحصيل الدراسي لدى التلميذ أو الطالب

ويمكن أن نستنتج أن لإنماء قدرة التلميذ أو الطالب على التحصيل الجيد، لا بد من تقوية العلاقة بين المدرسة والبيت وبين التلميذ ومعلميه، وتعويد التلميذ على المواظبة والعمل والاجتهاد والمثابرة.

الفصل السادس

الدراسات السابقة

• الدراسات السابقة

- 1- الدراسات التي تناولت موضوع الضغوط النفسية عند المريض.
- 2- الدراسات التي تناولت أساليب مواجهة الضغوط النفسية.
- 3- الدراسات التي تناولت فاعلية الوسائط التعليمية في تحسين التحصيل الدراسي.
- 4- الدراسات التي تناولت الأقسام التعليمية المفتوحة بالمستشفيات.
- 5- التعقيب على الدراسات السابقة.

❖ الدراسات السابقة :

1- الدراسات التي تناولت موضوع الضغوط النفسية عند المريض :

1-1- الدراسات العربية :

- دراسة وفاء مالك إبراهيم حيدوب (2002):

تناولت هذه الدراسة موضوع " الضغوط النفسية لمرض الصرع وعلاقتها بنوعية الحياة لدى عينة من مرضى الصرع العام التصليبي بمستشفيات الصحة النفسية بولاية الخرطوم، السودان" حيث هدفت هذه الدراسة لمعرفة درجة الضغوط النفسية التي يعاني منها مريض الصرع وعلاقتها بنوعية الحياة كما هدفت لمعرفة الفروق في الضغوط النفسية لدى مرضى الصرع تعزى (النوع، العمر، التعليم، الحالة الاجتماعية والبيئة)، استخدمت الباحثة المنهج الوصفي في جمع البيانات. طبقت هذه الدراسة على عينة مكونة من (93) فردا تتراوح أعمارهم بين (10-75) سنة، (65 ذكرا و28 إناث) من المرضى المترددين والنزلاء بمستشفيات الصحة النفسية بولاية الخرطوم، بحيث توصلت هذه الدراسة إلى النتائج التالية:

- النسبة الأكبر من المصابين بمرض الصرع تعاني من الضغوط النفسية بدرجة حادة.
- وجود فروق دالة إحصائية في درجات الضغوط النفسية لدى مرضى الصرع تعزى لمتغير النوع أي الإناث أكثر معاناة من الذكور في مختلف أنواع الضغوط و الدرجة الكلية.
- وجود علاقة ارتباطيه عكسية ذات دلالة إحصائية بين الضغوط النفسية والمستويات العمرية لدى مرضى الصرع.
- وجود علاقة ارتباطيه فرضية ذات دلالة إحصائية بين الضغوط النفسية و المستوى التعليمي.
- وجود فروق دالة إحصائية في درجات الضغوط النفسية لدى مرضى الصرع تعزى للحالة الاجتماعية.
- وجود علاقة ارتباطيه عكسية ذات دلالة إحصائية بين الضغوط النفسية ونوعية الحياة لمرضى الصرع. (إبراهيم عبد الرحيم إبراهيم محمود، 2008، ص 68).

- دراسة منال محمد الحسن (2007):

تناولت هذه الدراسة موضوع " الضغوط النفسية للمعاقين حركيا وعلاقتها بالتوافق النفسي الاجتماعي"، هدفت الدراسة إلى التعرف على الضغوط النفسية لدى المعاقين حركيا وإلى معرفة الفروق في الضغوط النفسية لدى المعاقين حركيا تبعا للمتغيرات التالية: العمر، سبب الإعاقة ونوعها. تكونت عينة الدراسة من 200 معاق ومعاقة، منهم (115) ذكور (85) إناث من مدينة العملاق الخرطوم بحري و دار المعاقين بنانت، السودان، تم اختيارهم بالطريقة العشوائية البسيطة. استخدمت

الباحثة استمارة المعلومات ومقياس الضغوط النفسية ومقياس للتوافق النفسي الاجتماعي بحيث توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- تتسم الضغوط النفسية لدى المعاقين حركيا بالارتفاع.
- يتسم التوافق النفسي والاجتماعي لدى المعاقين حركيا بالارتفاع.
- لا يوجد ارتباط دال إحصائيا بين الضغوط النفسية والتوافق النفسي والاجتماعي.
- لا توجد فروق دالة إحصائيا في الضغوط النفسية لدى المعاقين حركيا تعزى إلى متغير سبب الإعاقة (شلل-بتر).
- لا توجد فروق دالة إحصائيا في الضغوط النفسية لدى المعاقين تعزى إلى النوع (ذكر-أنثى).
- لا توجد فروق دالة إحصائيا في الضغوط النفسية لدى المعاقين حركيا تعزى إلى الفئة العمرية.
- لا توجد فروق دالة إحصائيا في التوافق النفسي والاجتماعي لدى المعاقين حركيا تعزى إلى سبب الإعاقة (شلل-بتر).
- لا توجد فروق دالة إحصائيا في التوافق النفسي والاجتماعي لدى المعاقين حركيا تعزى إلى النوع (ذكر-أنثى).
- لا توجد فروق دالة إحصائيا في التوافق النفسي والاجتماعي لدى المعاقين حركيا تعزى إلى متغير الفئة العمرية. (منال محمد الحسن، 2007).

- دراسة سالمى هاشم مصطفى (2009):

تناولت هذه الدراسة موضوع " الضغوط النفسية لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم وعلاقتها ببعض المتغيرات بمحافظة أم درمان و الخرطوم و بحري، والسودان"، هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى الضغوط النفسية لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم وعلاقتها ببعض المتغيرات، استخدمت الباحثة المنهج الوصفي، بحيث أجريت هذه الدراسة على عينة مكونة من (100) مريض بارتفاع ضغط الدم، تم اختيارهم بالطريقة العشوائية الطبقية المتناسقة (33) ذكور و(67) إناث، جميعهم تزداد أعمارهم عن (20) سنة. اختارت الباحثة مقياس الضغوط النفسية لمرضى ارتفاع ضغط الدم المعدل من مقياس الضغوط النفسية لمرضى السكري من إعداد جاسم محمد المرزوقي. توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- السمة العامة للضغوط تتميز بدرجة متوسطة من الارتفاع لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم بمحافظة بحري و أم درمان.

- توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم تبعاً لمتغير النوع لصالح الذكور.
- لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية.
- لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم تبعاً لمتغير المستوى التعليمي.
- لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم تبعاً لمتغير العمر.
- لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم تبعاً لمتغير فترة المرض. (سالمي هاشم مصطفى، 2009).

- دراسة شيرين مثقال الملاك (2010):

تناولت هذه الدراسة موضوع " الضغوط النفسية لدى مرضى الصرع في الأردن"، هدفت الدراسة إلى التعرف إلى المستوى الضغوط النفسية لدى عينة من مرضى الصرع في الأردن، وذلك على ضوء متغيرات (الجنس، العمر، المؤهل العلمي، و تاريخ تشخيص الإصابة بالمرض).

تكونت عينة الدراسة من (166) مريضا تم تشخيص إصابتهم بالصرع (90) ذكور و(76) إناث تم اختيارهم بالطريقة عشوائية من القاصدين للعيادات الخارجية لمستشفى الأميرة بسمة التعليمي خلال فترة إجراء الدراسة، تم استخدام مقياس الضغوط النفسية الذي أعدته الباحثة والذي تكون في صورته النهائية من (24) فقرة موزعة في أربعة مجالات هي (الضغوط الاجتماعية، الضغوط الفيزيولوجية، الضغوط المعرفية و الضغوط الانفعالية)، بحيث توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- ابرز الضغوط النفسية لدى مرضى الصرع كانت في المجال الانفعالي بدرجة كبيرة، تليه الفسيولوجي تليه المعرفي والاجتماعي على التوالي وبدرجة متوسطة، وكانت النتائج على مستوى الأداة ككل بتقدير متوسط.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لأثر الجنس على الأداة ككل وعلى كل المجالات باستثناء المجال الاجتماعي، وجاءت الفروق لصالح الإناث.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لأثر العمر في جميع المجالات وللأداة ككل.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لأثر المستوى التعليمي في المجال الاجتماعي والمجال الفسيولوجي و المجال المعرفي وعلى الأداة ككل.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لأثر تاريخ الإصابة بالمرض في جميع المجالات باستثناء المجال الاجتماعي وجاءت الفروق لصالح فئة (05) سنوات فأقل مقارنة بفئة (15) سنة فأكثر في المجال الاجتماعي والأداة ككل. (شيرين مثقال الملاك، 2010).

- دراسة نجلاء إبراهيم الصديق (2010):

تناولت هذه الدراسة موضوع " الضغوط النفسية لدى المراهقين المعاقين بصريا بمعهد النور للمكفوفين و علاقتها ببعض المشكلات السلوكية " حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين الضغوط النفسية و المشكلات بصريا لولاية الخرطوم، السودان. و للتحقق من ذلك استخدمت الباحثة المنهج الوصفي الارتباطي. وقد طبقت هذه الدراسة على عينة مكونة من (57) مفحوصا من المعاقين بصريا، تم اختيارهم بالطريقة العشوائية و تمثلت أدوات جمع البيانات في الآتي:

- مقياس الضغوط النفسية لعبد العزيز و زيدان السرطاوي.
- مقياس المشكلات السلوكية لعفاف محمد أحمد خلف الله، توصلت الدراسة إلى النتائج التالية :
- تتميز الضغوط النفسية للمراهقين المعاقين بصريا بارتفاع.
- تتميز المشكلات السلوكية للمراهقين المعاقين بصريا بارتفاع.
- توجد علاقة ارتباطية طردية بين الضغوط النفسية و المشكلات السلوكية.
- توجد علاقة ارتباطية عكسية بين الضغوط النفسية و المستوى التعليمي.
- توجد علاقة ارتباطية عكسية بين المشكلات السلوكية و المستوى التعليمي.
- لا توجد فروق في الضغوط النفسية تبعا لمتغير درجة الإعاقة.
- توجد فروق في الضغوط النفسية تبعا لمتغير النوع (ذكر/أنثى) لصالح الإناث.
- لا توجد فروق في المشكلات السلوكية تبعا لمتغير النوع (ذكر/أنثى).
- توجد فروق في الضغوط النفسية تبعا لمتغير نوع الإعاقة.
- توجد فروق في المشكلات السلوكية تبعا لمتغير نوع الإعاقة. (نجلاء إبراهيم الصديق، 2010).

- دراسة مريم عثمان البدوي علي (2011):

تناولت هذه الدراسة موضوع " الأعراض النفسية والاجتماعية المصاحبة للإصابة بالايديز " هدفت الدراسة إلى التعرف إلى الأعراض النفسية والاجتماعية المصاحبة للإصابة بالايديز بمركز الإرشاد

النفسي و العلاجي بمستشفى أم درمان التعليمي وعلاقتها ببعض المتغيرات. بلغ حجم العينة من (50) فردا، (27) ذكور و(23) إناث من مرضى الايدز بمركز الإرشاد النفسي العلاجي بمستشفى أم درمان التعليمي بولاية الخرطوم، بحيث تم اختيار هذه العينة عشوائيا.

تم تطبيق في هذه الدراسة مقياس الأعراض النفسية والاجتماعية المصاحبة للايدز، بالإضافة إلى استمارة البيانات الأولية شملت، العمر، النوع، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية والفترة الزمنية للإصابة، مكان السكن و المهنة، وقد أسفرت الدراسة على النتائج التالية:

- توجد علاقة ارتباطيه سالبة بين الإصابة بالايديز والأعراض النفسية والاجتماعية المصاحبة لها.
 - عدم وجود فروق في الأعراض النفسية والاجتماعية المصاحبة للايدز تعزى لمتغيرات العمر والمهنة.
 - وجود فروق فردية في الأعراض النفسية و الاجتماعية المصاحبة للإصابة بالايديز تعزى لمتغير النوع، الحالة الاجتماعية، مكان السكن، فترة الإصابة.
 - وجود تفاعل بين الحالة الاجتماعية و مدى الإصابة على حياة مرضى الايدز.
- (مريم عثمان البدوي علي، 2011).

- دراسة داود راضية (2012):

تناولت هذه الدراسة موضوع " الضغط النفسي واستراتيجيات المواجهة لدى المعاق حركيا"، هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى الضغط النفسي و كذلك دلالة الفروق في الإحساس بالضغط النفسي لدى الأفراد الذين يعانون من الإعاقة الحركية وفقا لمتغير الجنس، السن، المستوى التعليمي، المستوى الاقتصادي، الحالة الشخصية (أعزب، متزوج)، درجة الإعاقة ، وكذا دراسة دلالة الفروق في استخدام استراتيجيات المواقف الضاغطة لدى الأفراد الذين يعانون من الإعاقة الحركية وفقا لمتغير السن، الجنس، تم استخدام مقياس الضغط النفسي ومقياس استراتيجيات مواجهة الضغوط كوسيلة لجمع البيانات، وطبقت هذه الأدوات على عينة شملت 60 فرد يعاني من الإعاقة الحركية (29 ذكور و 31 إناث) ممن متواجدين في المراكز والمستشفيات التي تقدم خدمات للمعوقين حركيا بولاية سطيف، الجزائر، حيث تم اختيارهم بطريقة عشوائية، وقد أسفرت الدراسة على النتائج التالية:

- أفراد عينة الدراسة يعانون من ضغط نفسي خفيف الشدة أو قريب من المتوسط.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة تعرض المعاقين حركيا للضغط النفسي تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة تعرض المعاقين حركيا للضغط النفسي تعزى لمتغير المستوى التعليمي.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة تعرض المعاقين حركيا للضغط النفسي تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة تعرض المعاقين حركيا للضغط النفسي تعزى لمتغير الحالة الشخصية (عازب، متزوج).
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة تعرض المعاقين حركيا للضغط النفسي تعزى إلى متغير درجة الإعاقة.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في استراتيجيات المواجهة التي يستعملها الأشخاص المعاقين حركيا في تصديهم للضغوط النفسية تعزى لمتغير الجنس لصالح الذكور.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في إستراتيجية البحث عن الدعم الاجتماعي التي يستعملها الأشخاص المعاقين حركيا في تصديهم للضغوط النفسية تعزى لمتغير الجنس. (داود راضية، 2012).
- دراسة الصديقي و بن عمر وهيبة (2014):
تناولت هذه الدراسة موضوع " القلق النفسي لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي " حيث هدفت هذه الدراسة إلى توضيح المعاناة التي يعانيها المصابين بالقصور الكلوي من القلق النفسي ومعرفة الفروق في درجة القلق النفسي لدى المرضى يعزى لمتغير " السن - الجنس، استخدم الباحثان المنهج الوصفي في جمع البيانات.
وقد طبقت هذه الدراسة على عينة مكونة من (60) مريضا بالقصور الكلوي في الجزائر بالطريقة القصدية، وطبق مقياس تيلور الصريح لقياس القلق. وقد توصلت هذه الدراسة إلى النتائج التالية:
- يوجد مستوى مرتفع من القلق النفسي لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة القلق النفسي حسب متغير الجنس (ذكور/إناث) وهذا لصالح الذكور.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة القلق النفسي حسب متغير السن.
- (غالب رضوان ذياب مقداد، 2014، ص 86).

- دراسة عايش صباح و نادية يوب (2016):

تناولت هذه الدراسة موضوع " الضغوط النفسية لدى إخوة المعاقين عقليا وعلاقتها ببعض المتغيرات"، حيث هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مستوى الضغوط النفسية لدى إخوة المعاقين عقليا وعلاقتها بكل من متغير نوع الإعاقة، جنس الأخ العادي، جنس الأخ المعاق عقليا، سن الأخ العادي وسن الأخ المعاق عقليا، تم استخدام المنهج الوصفي، أجريت الدراسة على عينة مكونة من 90 أختا وأختا للمعاقين عقليا بمراكز المعاقين عقليا على مستوى ولاية الشلف، تم اختيارهم بطريقة عشوائية.

اعتمدت الدراسة على استبيان الضغوط النفسية لفريديريش، غرينبرغ وكرنيت

(1983) friederich, Green berg et kernit، بحيث أظهرت نتائج الدراسة على ما يلي:

- وجود مستوى مرتفع من الضغوط النفسية لدى إخوة المعاقين عقليا فيما يتعلق بالمقياس ككل.
- أما بالنسبة للأبعاد، تم إيجاد مستوى منخفض من الضغوط النفسية لبعدها المشاكل الوالدية والأسرية والعجز البدني.
- هناك مستوى مرتفع من الضغوط النفسية فيما يتعلق ببعدها التشاؤم و خصائص الطفل المعاق.
- وجود فروق في مستوى الضغوط النفسية لدى الإخوة العاديين تبعاً لمتغير نوع الإعاقة العقلية سن الأخ العادي.
- لا توجد فروق دالة في مستوى الضغوط النفسية تبعاً لمتغير جنس الأخ العادي، جنس المعاق عقليا، سن المعاق عقليا. (عايش صباح و نادية يوب، 2016)

- دراسة فواز أيوب الممني و سلام لافي عميرين (2016):

تناولت هذه الدراسة موضوع " الضغوط النفسية لدى مرضى القولون العصبي في ضوء بعض المتغيرات الطبية و الديموغرافية"، بحيث هدفت هذه الدراسة إلى تحديد مستوى الضغوط النفسية لدى مرضى القولون العصبي. تكونت عينة الدراسة من (275) مريضاً مصاباً بالقولون العصبي في مدينة أربد بالأردن، تم اختيار العينة بالطريقة العشوائية واستخدم الباحثين مقياس الضغوط النفسية الذي أعده ليمير و تيسير (lemyre et tessier)، بحيث أظهرت نتائج الدراسة على ما يلي:

- مستوى الضغوط النفسية لدى مرضى القولون العصبي كان مرتفعاً.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية تعزى لمتغير نوع القولون العصبي ومدة الإصابة بالقولون، حيث كانت الفروق لصالح نوع الإسهال المتكرر، ومدة الإصابة من (سنة - أقل من 05 سنوات). (فواز الممني و سلام عميرين، 2016).

- دراسة تامر فرح سهيل (2017):

تناولت هذه الدراسة موضوع " مستوى الضغوط النفسية لدى ذوي الإعاقة البصرية من طلبة المرحلة الثانوية في مدارس المحافظات الشمالية، غزة، فلسطين"، بحيث هدفت هذه الدراسة إلى تحديد مستوى الضغوط النفسية لدى الطلبة ذوي الإعاقة البصرية في مدارس المحافظات الشمالية بغزة، بحيث صمم الباحث استبانة مكونة من خمسة مجالات (الضغوط الأسرية، والاجتماعية والدراسية، الضغوط النفسية من قلق المستقبل، والصحية. وقد أجريت الدراسة على عينة مكونة من (353) طابا وطالبة، بحيث أظهرت نتائج الدراسة على ما يلي:

- الدرجة الكلية لكل المحاور متوسطة.
 - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية تبعاً لمتغير الجنس.
 - الفروق في متوسطات مستوى الضغوط النفسية دالة تبعاً لمتغير حالة الإعاقة ولصالح الإعاقة الكلية.
 - وجود فروق دالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية تبعاً لمتغير العمر لصالح (16) سنة فأقل.
 - وجود فروق دالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية تبعاً لمتغير الصف لصالح العاشر.
- (تامر فرح سهيل، 2017)

1-2 الدراسات الأجنبية :

- دراسة جاكسون و روبرت (1990) Jakson et Robert : تناولت هذه الدراسة موضوع " الضغوط النفسية عند المعاقين بصريا وعلاقتها بالبيئة الأسرية" حيث هدفت هذه الدراسة إلى دراسة العلاقة بين البيئة الأسرية والضغوط النفسية لدى المعاقين بصريا، بلغت عينة الدراسة (76) من ذوي الإعاقة البصرية، أجريت دراسة ارتباطيه لقياس البيئة الأسرية المدركة والضغوط النفسية، وقد توصلت هذه الدراسة إلى النتائج التالية:
- هناك ارتباط بين المقاييس الفرعية لمقياس البيئة الأسرية ودرجات المقياس العام وقائمة الأعراض المختصرة، مما يوضح أن سمات البيئة الأسرية يؤثر بقوة على التوافق مع فقدان البصر لدى المعاق بصريا.
- كلا من الصراع والتحكم يرتبط سلبا بالتوافق مع فقدان البصر.
- ارتفاع مستوى التعبير عن العدوان والعدوانية بصورة مقنعة والأدوار الأسرية القاسية تربط بارتفاع مستوى الضغوط النفسية لدى المعاق بصريا. (عطية محمد سيد أحمد، 2007، ص11).

- دراسة تيلور وآخرون (1992) Taylor et al :

تناولت هذه الدراسة موضوع " المشكلات المتعلقة بمرض السرطان واستراتيجيات المواجهة"، حيث هدفت هذه الدراسة إلى معرفة بعض استراتيجيات المواجهة الفعالة مع المشكلات المتعلقة بمرض السرطان، وضمنت الدراسة عينة قوامها (603) مريض مصاب بالسرطان، كما استخدم في هذه الدراسة قائمة أساليب المواجهة، كما سئل المرضى على أكثر النواحي التي تشكل ضغطا نفسيا بالنسبة لهم.

وقد توصلت هذه الدراسة إلى النتائج التالية:

- الخوف وغموض المستقبل كانا أكثر شيوعا (41%) يتبعه ما يفرضه السرطان من قيود على القدرات الجسمية للمريض، وعلى مظهره و أسلوب حياته (24%)، ثم إدارة الألم (12%).
- بعد ذلك طلب من المرضى أن يذكروا استراتيجيات المواجهة التي استخدمت في مواجهة هذه المشكلات، و قد كشف الباحثون عن خمسة استراتيجيات و هي:
- السعي للمساعدة الاجتماعية، الإقضاء، الهروب المعرفي/التجنب، في حين يعتبر التكيف من خلال المساعدة الاجتماعية، التركيز على ما هو ايجابي، وإقضاء الذات هي أنماط لها علاقة وطيدة بمستويات اقل من الضيق الانفعالي الناجم عن السرطان، إما المرضى الذين تعاملوا مع مشكلاتهم المتصلة بالسرطان من خلال استراتيجيات التجنب أو الهروب المعرفي والسلوكي، فقد اظهروا ضيقا انفعاليا اكبر. (مزلق وفاء، 2014، ص 25).

- دراسة ميفيغ و مستشاري و آخرون (2003) Mc et Mostashari et.al :

تناولت هذه الدراسة موضوع " الضغوط النفسية الشديدة لدى الأشخاص المصابين بالسكري" حيث هدفت هذه الدراسة إلى تقييم معدل انتشار، وتأثير الضغوط النفسية الشديدة لدى الأشخاص المصابين بالسكري في مدينة نيويورك بالولايات المتحدة الأمريكية. تم اختيار عينة عشوائية من عشرة آلاف فرد مشارك من دليل الهاتف، بحيث تم تحديد الأفراد المصابين بالداء السكري من خلال سؤالهم عن إصابتهم بهذا الداء، إما الضغوط النفسية من خلال مقياس (K6) وهو مقياس نفسي يتم بواسطته سؤال الفرد عن شعوره خلال (30) يوما، أكان حزينا أو عصبيا، أو فاقد الأمل، أو عديم القيمة، وقد توصلت هذه الدراسة إلى النتائج التالية:

- الأفراد المصابين بالسكري لديهم ضغوط نفسية أكثر من الأفراد العاديين، وأيضا الأفراد المصابون بهذا الداء ومصابون بأمراض أخرى مثل الربو، والضغط لديهم ضغوط نفسية أكثر من الأفراد المصابين بالسكر لوحده.

- هناك علاقة ايجابية واضحة ما بين كل من الاكتئاب والعجز والاستسلام وبين عدم السيطرة على مستوى الجلوكوز الطبيعي إلا أن الدراسة قد عزت ذلك إلى أن الاكتئاب والعجز أصلاً يؤثران في عدم السيطرة على المستوى الطبيعي للسكر في الدم أي انه كلما شعر المريض بالعجز والاستسلام قلت سيطرته على الجلوكوز في الدم.

- أكدت نتائج الدراسة على انه ليس للعمر أو الجنس أو مدة الإصابة بالمرض أثر على شعور المراهق والشاب بالعجز والاستسلام. (نرمين غريب، 2014، ص 312)

- دراسة فان الديك و آخرون (2004) Van Aldik et al :

تناولت هذه الدراسة موضوع " المشكلات الصحية النفسية لأبناء الصم كما تشير إليها استجابات الآباء في سلوك أبنائهم"، حيث هدفت هذه الدراسة إلى البحث عن المشكلات الصحية النفسية لأبناء الصم كما تشير إليها استجابات الآباء في سلوك أبنائهم.

أجريت هذه الدراسة على الأبناء الصم الذين يتراوح أعمارهم ما بين (04-18 سنة) وعددهم (238) أصم، وقد اعتمدت الدراسة على ملاحظات وتقارير الآباء لسلوك أبنائهم، وقد أشارت تقارير الآباء إلى:

- 40 % من الأبناء الصم لديهم مشكلات عاطفية و سلوكية.
- ظهور مشكلات الصحة النفسية سائدة في الأبناء الذين ينشئون في مجتمعات فقيرة.
- الأطفال الصم الذين تتراوح أعمارهم بين (12-18) سنة يظهرون مشكلات مثل القلق والإحباط والاكتئاب، كما أن لديهم مشكلات اجتماعية كثيرة عن الأطفال ما بين (04-11) سنة.
- الأطفال الذين يتميزون بنسبة ذكاء منخفضة لديهم مشكلات اجتماعية و فكرية أكثر من أولئك الذين يتمتعون بنسبة ذكاء أعلى. (أيمن فوزي محمد سراج الجوهري، 2006، ص 84)

2- الدراسات التي تناولت أساليب مواجهة الضغوط النفسية:

2-1- الدراسات العربية :

- دراسة أحمد نبيل البحراوي (2003):

تناولت هذه الدراسة موضوع " الضغوط النفسية والاجتماعية المدرسية، أساليب المواجهة، دراسة مقارنة بين شرائح اجتماعية مختلفة بين طلبة وطالبات المرحلة الإعدادية. هدفت الدراسة إلى التعرف على الفروق في أساليب مواجهة الضغوط النفسية بين طلبة وطالبات المرحلة الإعدادية والتعرف على

الفروق في أساليب مواجهة الضغوط النفسية بين طلاب وطالبات المستوى الاجتماعي المرتفع وطلاب وطالبات المستوى الاجتماعي المنخفض، وطلاب المستوى المنخفض وطلاب المستوى المرتفع وطلاب المستوى المنخفض وطلاب المستوى المرتفع وطلاب المستوى المنخفض.

تكونت عينة الدراسة من (200) طالبا و طالبة من المرحلة الإعدادية، بحيث استخدم الباحث

الأدوات التالية : استبانة مواجهة الضغوط النفسية والاجتماعية والمدرسية واستمارة المستوى

الاجتماعي الاقتصادي، بحيث توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- لا يوجد اختلاف بين الذكور والإناث في مواجهة للضغوط النفسية
 - طلاب وطالبات المستوى المرتفع يتميزون بالفعالية مع زملائهم أكثر من ذوي المستوى المنخفض.
 - الطلاب ذوي المستوى المرتفع أكثر فعالية في مواجهة الضغوط النفسية من الطالبات ذوي المستوى المنخفض.
 - الطلاب ذوي المستوى المرتفع يتميزون بالعقلانية عند مواجهة الضغوط النفسية عن الطالبات ذوي المستوى المرتفع.
 - الطلاب ذوي المستوى المرتفع اظهروا أساليب عملية وإجراءات تطبيقية لمواجهة الضغوط النفسية المدرسية سيما الطلاب ذوي المستوى المنخفض أبدوا أساليب مواجهة سلبية.
- (احمد نبيل الجراوي، 2003).

- دراسة مريم رجاء (2007) :

تناولت الدراسة موضوع "الاستراتيجيات التي يستخدمها الطلبة للتعامل مع الضغوط النفسية ، دراسة ميدانية على عينة من طلبة كلية التربية بجامعة دمشق، سوريا".

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد الاستراتيجيات التي يستخدمها الطلبة للتعامل مع الضغوط النفسية لديهم، و تحديد ما إذا كانت هناك فروق في الاستراتيجيات تعزى إلى متغيرات الجنس، السنة الأولى والرابعة، التخصص في كلية التربية بجامعة دمشق .

تكونت عينة الدراسة من(270) طالبا و طالبة، (115) ذكر و(155) أنثى، اختيروا بالطريقة

العشوائية من طلبة السنتين الأولى و الرابعة من كلية التربية.

استخدمت الباحثة الأدوات التالية : مقياس أساليب التعامل مع المواقف الضاغطة الذي طوره بودلف

موس « Rodulf H.Moss » نموذج الراشدين، بحيث توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- استخدام الطلبة استراتيجيات الاقدامية أكثر من الاستراتيجيات الاحجامية.
- لا توجد فروق بين الذكور والإناث في استخدام إستراتيجية مواجهة الضغوط.
- وجود فروق بين طلبة السنة الأولى والسنة الرابعة بحيث أن طلبة السنة الرابعة أكثر استخداما لاستراتيجيات مواجهة الضغوط.
- وجود فروق بين التخصصات في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغوط حيث أن أكثر التخصصات استخداما لهذه الاستراتيجيات في الإرشاد النفسي. (مريم رجا، 2007).
- دراسة أماني أحمد حمد محمد بك (2011) :
تتاولت هذه الدراسة موضوع " فاعلية برنامج علاجي في خفض مستويات القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب"، هدفت هذه الدراسة إلى تقويم فاعلية التدخلات العلاجية النفسية التي تضمنت (العلاج السلوكي المعرفي، العلاج النفسي الديني والعلاج النفسي التديمي) في خفض مستويات القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب. كما هدفت إلى تحديد علاقة فاعلية أساليب التدخلات العلاجية النفسية في خفض مستويات القلق و الاكتئاب وكل من نوع الحالة طبيا (جراحة-باطنية)، جنس الفرد (ذكر- أنثى)، العمر، المستوى التعليمي ، مدة الإصابة بالمرض، الحالة الاجتماعية. اعتمدت الباحثة على المنهج التجريبي. تكونت عينة الدراسة من (46) مريضا مقسمة إلى مجموعتين، المجموعة التجريبية (26) مريضا (14 ذكور و 12 إناث)، المجموعة الضابطة (20) مريضا (11 ذكور و 09 إناث) الذين اختيروا بالطريقة العشوائية بمستشفى السودان القومي للقلب. تم تطبيق مقاييس القلق والاكتئاب والبرنامج العلاجي، بحيث تم تطبيق التدخلات العلاجية النفسية بصورة فردية على أفراد المجموعة التجريبية مع إبقاء المجموعة الضابطة بدون معالجة. استمر تطبيق البرنامج العلاجي مدة (10) أسابيع و بلغ عدد الجلسات العلاجية (256) جلسة. عدد الجلسات العلاجية (10) جلسات لكل فرد خلال (03) أسابيع، بحيث توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:
- البرنامج العلاجي فعال في خفض مستويات القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب
- لا توجد علاقة بين فعالية البرنامج و كل من العمر والمستوى التعليمي ومدة الإصابة بالمرض والحالة الاجتماعية.
- توجد علاقة مع نوع الحالة الطبية و جنس الفرد حيث استفاد مرض الباطنية أكثر من مرضى الجراحة واستفادت الإناث أكثر من الذكور.

خلصت الدراسة إلى أن اتحاد العلاج السلوكي المعرفي والعلاج النفسي الديني والتدعيمي يساعد في خفض مستويات القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب.
(أمني أحمد حمد محمد بك، 2011).

- دراسة بكيري نجيبة (2011):

تناولت هذه الدراسة موضوع " اثر برنامج معرفي سلوكي في علاج بعض الأعراض النفسية للسكريين المراهقين" هدفت هذه الدراسة إلى إظهار مدى فعالية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض من أعراض اكتئاب الأطفال المراهقين مرضى السكري وتحسين تقدير الذات والمهارات الاجتماعية و خفض أفكار اللاعقلانية واليأس لديهم استخدمت الباحثة في دراستها الأدوات التالية: القائمة العربية لاكتئاب الأطفال لماريا كوفكس (1982) وقائمة الأعراض كما وضعها رضوان سنة (2000) و اختبار اليأس للأطفال (2003) ومقياس تقدير الذات للأطفال (1991) ومقياس المهارات الاجتماعية واستمارات (تاريخ الحالة، المقابلة العيادة و تطبيق البرنامج العلاجي، بحيث تكونت عينة الدراسة من (16) طفل في المرحلة العمرية (12-16 سنة) وهم من المتمردين على العيادة الخاصة بمرضى السكري (عيادة الضياء) وهم ممن يعانون الاكتئاب وفقا للتشخيص الطبي والنفسي، بحيث توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- يوجد تأثير دال إحصائيا لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض درجات الاكتئاب لدى عينة الأطفال المراهقين مرضى السكري.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد العينة بقائمة الأعراض كما وضعها رضوان قبل تطبيق العلاج و بعده لصالح ما بعد التطبيق (القياس البعدي).
- يوجد تأثير دال إحصائيا لبرنامج العلاجي السلوكي المعرفي في خفض عدد مرات تعاطي الأنسولين في اليوم و تقليل كمية الأنسولين لدى أفراد عينة الدراسة.
- هناك اختلاف في نسبة التحسن لدى أفراد العينة (باستمارة التقويم الذاتي) بعد تطبيق العلاج وبعد المتابعة لصالح ما بعد المتابعة.
- توجد فروق ذات دلالة بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية (مجموعة العلاج المعرفي) في درجات المقاييس، (تقدير الذات، المهارات الاجتماعية واليأس)، في القياس القبلي ومتوسط درجاتهم في القياس البعدي.

- توجد فروق ذات دلالة بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية (العلاج المعرفي)، في درجات الاكتئاب في المقياس البعدي ومتوسط درجاتهم في المقياس التتبعي (بعد 02 شهر من نهاية تطبيق البرنامج).

- توجد فروق ذات دلالة بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية (العلاج المعرفي)، في درجات المقاييس (تقدير الذات، المهارات الاجتماعية، اليأس) في القياس ومتوسط درجاتهم في القياس التتبعي. (بكري نجيب، 2011).

- دراسة جبالي صباح (2011) :

تناولت هذه الدراسة موضوع " الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون" دراسة ميدانية بالمركز الطبي البيداغوجي صنف-03- وصنف-05- باتنة. هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مستوى الضغوط النفسية و استراتيجيات مواجهتها لدى أم الطفل المصاب بمتلازمة داون. وقد اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي، و شمل البحث عينة قوامها 66 أم لأطفال مصابين بمتلازمة داون، تم انتقائهن بطريقة متلازمة داون، تم انتقائهن بطريقة قصديه بحيث قامت الباحثة بتصميم أدوات البحث التي اعتمدت عليها والمتمثلة في استبيان الضغوط النفسية واستبيان استراتيجيات المواجهة، بحيث توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- تعاني أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون من ضغوط نفسية مرتفعة، وتعتمد على استراتيجيات المواجهة الايجابية لتخفيف هذه الضغوط النفسية.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 في مستوى الضغوط النفسية، وفي نوع استراتيجية المواجهة المتبعة لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون تعزى إلى متغير جنس الابن المصاب.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) في مستوى الضغوط النفسية وفي نوع استراتيجية المواجهة المتبعة لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون تعزى إلى متغير سن الابن المصاب.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) في مستوى الضغوط النفسية، وفي نوع استراتيجية المواجهة المتبعة لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون تعزى إلى متغير سن الأم.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) في مستوى الضغوط النفسية، وفي نوع استراتيجية المواجهة المتبعة لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون تعزى إلى متغير المؤهل التعليمي لأم. (جبالى صباح، 2011).

- دراسة بشير إبراهيم الحجار وسامي عوض أبو إسحاق (2014) :

تناولت هذه الدراسة موضوع " فعالية برنامج إرشادي لإدارة الضغوط النفسية لدى الطلبة المعوقين حركيا و بصريا في جامعات غزة، فلسطين، هدفت هذه الدراسة إلى فحص اثر برنامج إرشادي لإدارة الضغوط النفسية لدى الطلبة المعوقين حركيا وبصريا في جامعات غزة، فلسطين. تكونت عينة الدراسة في جزئها الأول من (120) طالبا وطالبة من المعوقين حركيا وبصريا بسبب الاعتداءات الإسرائيلية في جامعات غزة، حيث طبق عليهم مقياس الضغوط النفسية، وفي الجزء الثاني من الدراسة تم اختيار أعلى (40) طالبا و طالبة في مستوى الضغوط النفسية، (20) طالبا منهم (10) عينة تجريبية و (10) عينة ضابطة، و (20) طالبة منهم (10) عينة تجريبية و (10) عينة ضابطة، و (20) طالبة. استخدم الباحثان مقياس الضغوط النفسية والبرنامج الإرشادي المقترح. ولمعالجة النتائج استخدم الباحثان العديد من الأساليب الإحصائية، بحيث توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- يعاني الطلبة المعاقين حركيا وبصريا بجامعة غزة من ضغوط نفسية مرتفعة.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد الضغوط تعزى لمتغير الجنس
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد الضغوط لدى أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج لصالح أفراد المجموعة التجريبية (الضغوط لدى المجموعة التجريبية أصبحت اقل). (بشير إبراهيم الحجار وسامي عوض أبو إسحاق، 2014)

- دراسة طوبال فطيمة (2016) :

تناولت هذه الدراسة موضوع " فعالية برنامج إرشادي سلوكي معرفي في خفض أعراض الضغط النفسي لدى عينة من المراهقين المتمدرسين بالثانوية". هدفت هذه الدراسة إلى معرفة فعالية برنامج إرشادي سلوكي معرفي في خفض أعراض الضغط النفسي لدى عينة من المراهقين المتمدرسين بالثانوية. استخدمت الباحثة المنهج الشبه التجريبي بتصميم المجموعتين المتكافئتين (ضابطة وتجريبية) باختبار قبلي وبعدي. استخدمت الباحثة في تنفيذ الدراسة الحالية الأدوات التالية : مقياس الضغط النفسي، المقابلة الشخصية الموجهة، استمارة المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة لعبد الكريم قرشي، البرنامج الإرشادي السلوكي المعرفي. تكونت عينة الدراسة من (26) تلميذة من المرحلة

الثانوية ممن حصلن على درجات عالية من الضغط النفسي على مقياس الضغط النفسي، تتراوح أعمارهن ما بين (16-19) سنة، وروعي التجانس بين أفراد العينة، من حيث العمر الزمني والتخصص الدراسي ومستوى الضغط النفسي، وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد تنفيذ البرنامج الإرشادي على مقياس الضغط النفسي لصالح القياس البعدي.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة في المقياسين القبلي والبعدي على مقياس الضغط النفسي.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس الضغط النفسي لصالح المجموعة التجريبية.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في المقياسين البعدي والتتبعي على مقياس الضغط النفسي. (طوبال فطيمة، 2016)

- دراسة أوراغي فوزية (2017) :

تناولت هذه الدراسة موضوع " فاعلية برنامج إرشادي للتخفيف من مستوى الضغوط النفسية للتلميذ المريض الماكث بالمستشفى وأمه المرافقة له". هدفت هذه الدراسة إلى تطبيق برنامج إرشادي جمعي مصغر على التلاميذ المرضى وأمهم المرافقات لهم، بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب الأطفال بوخروف عبد القادر بولاية وهران، الجزائر، واستقصاء مدى فعاليته في خفض مستوى الضغوط النفسية. وقد استخدم فيها المنهج شبه التجريبي المتكرر، حيث تم تصميم ادتي بحث وبرنامج إرشادي، والادتين تتمثلان في مقياس للضغوط النفسية موجه للتلاميذ المرضى الماكثين بالمستشفى، و آخر موجه لأمهم المرافقات لهم بالمستشفى، بينما احتوى البرنامج الإرشادي على (08) جلسات إرشادية استفاد منه (10) تلاميذ مرضى ماكثين في المستشفى تتراوح أعمارهم ما بين (09-12) سنة و نفس العدد من الأمهات المرافقات لهم وشكل هؤلاء أفراد المجموعة التجريبية، تم اختيارهم بناء على حصولهم على أعلى الدرجات في مقياس الضغوط النفسية، وتم توزيع العينة بطريقة عشوائية إلى مجموعتين تجريبية وضابطة وقد تم اختيار الفرضيات البحث باستخدام تحليل التباين المتلازم (ANOVA)، إلى جانب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في القياس البعدي لمستوى الضغوط النفسية ما بين أفراد العينة التجريبية من التلاميذ المرضى الماكثين بالمستشفيات والأمهات المرافقات لهم وأفراد العينة الضابطة وذلك لصالح أفراد العينة التجريبية.

- تأكيد الأثر الايجابي لاستخدام البرنامج الإرشادي ومساهمته في خفض مستوى الضغوط النفسية لدى أفراد العينة التجريبية . (أوراغي فوزية، 2017)

- دراسة محمد سالم محمد القرني (2017) :

تناولت هذه الدراسة موضوع " فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض انفعال الغضب ورفع جودة الحياة لدى مرضى السكري". هدفت هذه الدراسة إلى بحث فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض انفعال الغضب ورفع جودة الحياة لدى مرضى السكري. تكونت عينة الدراسة من (60) مريضا من الراشدين المترددين على مراكز رعاية مرضى السكري الحكومية، ومركز السكري بمستشفى باقرو والدكتور عرفان العام بمحافظة جدة بسبب معاناتهم من مرض السكري من النوع الأول، والذين تم تشخيصهم من قبل الطبيب المعالج و يخضعون للعلاج بالأنسولين، بحيث تم تقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين متكافئتين، المجموعة الأولى تجريبية وتكونت من (30) مريضا بالسكري والمجموعة الثانية ضابطة وتكونت من (30) مريضا بالسكري. تمثلت أدوات الدراسة من مقياس الغضب ومقياس جودة الحياة وبرنامج معرفي سلوكي لخفض حدة انفعال الغضب وزيادة مستوى جودة الحياة لدى مرضى السكري، وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في خفض حدة انفعال الغضب، ورفع جودة الحياة لدى أفراد المجموعة التجريبية.

- هناك فروق دالة إحصائية بين القياسين، القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية.

- هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين البعدي والتتبعي.

(محمد سالم محمد القرني، 2017)

- دراسة مريم جمال محمد توام (2018) :

تناولت هذه الدراسة موضوع "اثر برنامج معرفي سلوكي في خفض الضغوط النفسية لدى عينة من أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد". هدفت هذه الدراسة إلى معرفة اثر برنامج إرشادي يستند إلى نظرية الإرشاد العقلاني الانفعالي في خفض الضغوط النفسية لدى عينة من أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد. تكونت عينة الدراسة من (20) أما من أمهات أطفال اضطراب طيف التوحد المتواجرات

في مؤسسة "جود" وقد وزعت المشاركات في الدراسة عشوائيا إلى مجموعتين تجريبية وضابطة بواقع (10) أفراد في كل مجموعة، وقد استخدم في الدراسة مقياس الضغوط النفسية وبرنامج إرشادي عقلائي انفعالي و قد طبق هذا الأخير على المجموعة التجريبية بواقع (13) جلسة وبمعدل جلستين في الأسبوع، وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسطات الحسابية للقياس القبلي لمقياس الضغوط النفسية تبعا لمتغير المجموعة (تجريبية، ضابطة).
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس الضغوط النفسية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس قبل تطبيق البرنامج وبعده.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الضغوط النفسية في القياسين البعدي والتتبعي. (مريم جمال محمد توام، 2018).

2-2 - الدراسات الأجنبية :

- دراسة كومار (1990) KUMAR :
تناولت هذه الدراسة موضوع " الضغوط النفسية و أساليب مواجهتها لدى الطلبة الهنود". هدفت هذه الدراسة إلى معرفة خبرات الضغوط النفسية التي تمر بالطلبة الهنود وتحديد أساليب التوافق التي يستخدمها الطالب للتخلص من هذه الضغوط، بحيث تكونت عينة الدراسة من (180) طالبا و(180) طالبة. استخدم الباحث الأدوات التالية : استبانة الضغوط النفسية، وأخرى خاصة باستراتيجيات المواجهة، و قد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:
- الذكور يتمتعون بضغوط نفسية شخصية ومالية واجتماعية وأسرية وصحية مختلفة.
- استخدام الطلبة الذكور أساليب متعددة في التعامل مع الضغوط النفسية حسب نوعية هذه الضغوط.
- استخدام الطلبة الذكور إستراتيجية إعادة التعريف المعرفي أكثر من الإناث
- استخدمت إستراتيجية النقل الاستسلامي في التعامل مع الضغوط النفسية الأسرية لدى كل من الذكور والإناث بدرجة متساوية. (نبيلة أحمد أبو حبيب 210، ص 90).

- دراسة جورجيسيت و جونسن (1970) Jorgensen et Johnson :

تناولت هذه الدراسة موضوع " العلاقة بين المساندة الاجتماعية وبعض المتغيرات التي تساهم في تخفيف الآثار السلبية للضغوط النفسية". هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين المساندة الاجتماعية و عوامل معينة تعمل على تخفيف آثار الضغوط النفسية. تكونت عينة الدراسة من (147) طالبا من طلبة الجامعة، (70) طالبا و(77) طالبة، وقد استخدم الباحثان الأدوات التالية (مقياس الضغوط النفسية، مقياس المساندة الاجتماعية ومقياس المشاركة في أحاسيس الآخرين، قد توصلت الدراسة إلى أن :

- المساندة الاجتماعية ومصدر الضبط والمشاركة في أحاسيس الآخرين هي بمثابة عوامل وقائية ومخففة من الآثار السلبية الناتجة عن الضغوط النفسية.
- لا يوجد اختلاف بين الذكور والإناث في العوامل الوقائية والمخففة من الآثار السلبية الناتجة عن الضغوط النفسية. (نبيلة أحمد أبو حبيب 210، ص 91)

3- الدراسات التي تناولت فاعلية الوسائط التعليمية (البرامج الإرشادية، المهارات

التدريسية، البرمجيات التعليمية) في تحسين التحصيل الدراسي :

3-1-الدراسات العربية :

- دراسة سهام عبد الحميد (2002):

تناولت هذه الدراسة موضوع " فاعلية برنامجين إرشاديين لمواجهة التأخر الدراسي"، حيث هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على الأسباب الكامنة وراء مشكلة التأخر الدراسي لدى بعض التلاميذ في المرحلة الابتدائية، و ذلك بتطبيق برنامجين إرشاديين (اسري وتربوي) لعلاج مشكلة التأخر الدراسي، تكونت عينة الدراسة من تلاميذ الصف الثالث الابتدائي بمدرسة النقرشي الابتدائية النموذجية بدقائق القبة التعليمية بمصر العربية، وقد طبق عليهم اختبار تحصيلي في مادة اللغة العربية، و قد بلغ عدد العينة (60) تلميذا متأخرا دراسيا ينحصر مستوى الذكاء لديهم ما بين (60-110) أي أنهم ليس لديهم مشكلة في الذكاء، ولكن لدى هؤلاء التلاميذ مشكلات بعضها أسرية وبعضها مدرسية، وتم اختيار عينة قدرها (20) تلميذا متأخرين دراسيا لأسباب بيئية أسرية، مدرسية وقسمت العينة إلى مجموعتين تجريبية و أخرى ضابطة كل منها تمثل (10) تلاميذ ، والمجموعتان متكافئتين في درجات اختبار التحصيل الدراسي، وقد استخدمت الباحثة أدوات القياس التالية : اختبار المصفوفات المتتابعة (رافن) لقياس الذكاء الذي ترجمه (سيد عبد العال 1995)، واختبار تحصيلي في مادة اللغة العربية للصف الثالث ابتدائي، وقائمة لتشخيص العوامل المرتبطة بالتأخر الدراسي من

إعداد الباحثة و مقياس انتباه الأطفال وتوقفهم خاص بالمدرسة من إعداد عبد الرقيب البحيري وعفاف عجلان (1997)، و قائمة ملاحظة السلوك موجة للوالدين والمعلم من إعداد الباحثة واستمارة المستوى الثقافي الاجتماعي والاقتصادي للأسرة من إعداد فاروق البوهي (1987)، وبرنامج للإرشاد الأسري لمواجهة مشكلة التأخر الدراسي من إعداد الباحثة، وبرنامج للإرشاد التربوي موجه للمعلمين من إعداد الباحثة، وقد توصلت هذه الدراسة إلى النتائج التالية:

- وجود فروق في المستوى التربوي ذوي مستوى تحصيلي مرتفع بالنسبة لمستوى التحصيل الدراسي لدى المجموعة الضابطة.
- وجود فروق في المجموعة التجريبية قبل تطبيق الاختبار بحيث ترى تحسن على مستوى التحصيل الدراسي وزيادة في التوافق المدرسي بعد تطبيق برنامج الإرشاد الأسري والتربوي على المجموعة التجريبية.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي إناث وذكور المجموعة التجريبية في التحصيل الدراسي. (نبيلة أحمد أبو حسن، 2010، ص 75).

- دراسة بن ساسي وبوبكر دبابي (2007):

- تناولت هذه الدراسة موضوع " دراسة فاعلية بعض المهارات التدريسية في رفع مستوى التحصيل الدراسي في مادة الرياضيات لدى تلاميذ الثالثة متوسط" حيث هدفت هذه الدراسة إلى الكشف تجريبيا عن فعالية بعض المهارات التدريسية في رفع مستوى التحصيل الدراسي لدى تلاميذ الثالثة متوسط في مادة الرياضيات، حيث تكونت عينة الدراسة من (54) فردا، بواقع (15) تلميذة و (12) تلميذا في المجموعة التجريبية ومثلها في المجموعة الضابطة و تمت الدراسة في مدينة ورقلة الجزائر، وبعد تحليل النتائج إحصائيا توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.001) بين متوسطي المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في التحصيل الدراسي لمادة الرياضيات لصالح المجموعة التجريبية .
 - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي إناث وذكور المجموعة التجريبية في التحصيل الدراسي لمادة الرياضيات. (بن ساسي وبوبكر دبابي، 2007).

- دراسة صيام كرم مفيد (2016) :

تناولت هذه الدراسة موضوع " فاعلية التعليم المتمايز في تحسين تحصيل اللغة العربية لدى طلبة الصف الخامس الأساسي من ذوي صعوبات التعلم" حيث هدفت هذه الدراسة إلى التعرف إلى فاعلية التعليم المتمايز في تحسين تحصيل اللغة العربية لدى طلبة الصف الخامس الأساسي من ذوي صعوبات التعلم، والتعرف إلى واقع تنفيذ المعلمين للتعليم المتمايز والعقبات التي تواجههم في تطبيقه، ولتحقيق أهداف الدراسة قام الباحث ببناء اختبار تحصيلي في اللغة العربية للصف الخامس الأساسي يشتمل على المستويات المعرفية الدنيا (التذكر، الفهم و التطبيق)، واستبيان حول تنفيذ المعلمين للتعليم المتمايز ، والعقبات التي تواجههم في تطبيقه، إضافة إلى سلسلة من المقابلات مع المعلمين لمتابعة الدراسة، وتكونت عينة الدراسة من (40) طالبا يعانون ضعفا في تحصيل مهارات اللغة العربية، ثم دمجهم في الصفوف العامة في المدرسة التابعة للتعليم الخاص في عمان، تم توزيعهم على المجموعتين التجريبية والضابطة (20) طالبا وطالبة في كل مجموعة. وتكونت من (194) معلما ومعلمة يعملون كمعلمين بالمدارس التابعة لمديرتي تربية عمان الثانية والتعليم الخاص.

وبعد تحليل النتائج إحصائيا توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التحصيل على اختبار اللغة العربية ضمن المستويات التي تعلمت بطريقة التعلم المتمايز (التذكر، الفهم والتطبيق) بين التجريبية والمجموعة الضابطة التي تعلمت بالطريقة التقليدية، وذلك لصالح المجموعة التجريبية.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التحصيل على اختبار اللغة العربية ضمن المستويات التي تعلمت بطريقة التعلم المتمايز تعزى إلى متغير الجنس لصالح الإناث.

(صيام كرم مفيد، 2016)

- دراسة رشا سامي خابور و ميساء بني خلف (2019) :

تناولت هذه الدراسة موضوع "اثر استخدام إستراتيجية التعلم التعاوني في التحصيل الدراسي لدى طلاب الصف الثالث الأساسي في مادة التربية الإسلامية" حيث هدفت هذه الدراسة إلى التعرف إلى اثر استخدام استراتيجية التعلم التعاوني في التحصيل الدراسي لدى طلاب الصف الثالث الأساسي في مادة التربية الإسلامية، و التعرف إلى الفروق تبعا لمتغير الجنس والتقدير، ولتحقيق هدف الدراسة أعدتا الباحثتان استبانة اشتملت على (25) فقرة، وجرى التحقق من صدقها وثباتها. ووزعت بالطريقة الطبقيّة العشوائية على عينة الدراسة مكونة من (81) طالبا وطالبة في المدارس الحكومية بمحافظة اربد بالأردن، و بعد تحليل النتائج إحصائيا توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

- درجة المتوسطات الحسابية الكلية عن مجالات الدراسة جاءت مرتفعة (مجال العملية التعليمية بالمرتبة الأولى يليها المجال الأنشطة الصفية في المرتبة الثانية وأخيرا مجال المواد التعليمية في المرتبة الثالثة، كلها بدرجة عالية).

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية يعزى لمتغير الجنس. (رشا خابور وميساء بني خلف، 2019).

- دراسة عبد الله عينو وآمال كبار (2020) :

تناولت هذه الدراسة موضوع " فاعلية برنامج إرشادي في تنمية الدافعية للتعلم لدى تلاميذ السنة الخامسة ابتدائي" حيث هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن فاعلية برنامج إرشادي في تنمية الدافعية للتعلم لدى تلاميذ السنة الخامسة ابتدائي وتكونت عينة الدراسة من (40) تلميذا المسجلين بالمدرسة الابتدائية بريزينة بولاية البيض، الجزائر ، وظف المنهج التجريبي بتصميم شبه تجريبي ولتحقيق هدف الدراسة قاما الباحثان بتطبيق مقياس دافعية التعلم ليوسف قطامي، وبرنامج إرشادي مصمم من قبل الباحثين، بعد المعالجة بمعامل ارتباط بيرسون واختبار "ت" كشفت الدراسة عن النتائج التالية:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في فاعلية برنامج إرشادي على تنمية الدافعية للتعلم في القياس البعدي بين المجموعة التجريبية والضابطة لصالح التجريبية عند مستوى الدلالة (0.05).

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى إلى متغير الجنس في درجة الدافعية نحو التعلم.

(عبد الله عينو وكبار، 2020)

- دراسة فيحاء حسين ناصر (2021) :

تناولت هذه الدراسة موضوع " دور الإرشاد التربوي في التحصيل الدراسي من وجهة نظر المدرسين والطلبة" حيث هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على دور الإرشاد التربوي في التحصيل الدراسي من وجهة نظر المدرسين و الطلبة، اتبع الباحث المنهج الوصفي وتم استخدام الاستبانة كأداة للبحث، إذ طبقت استبانتان شملت كل منهما ممارسة الخدمات الإرشادية للمرشد التربوي و دورها في التحصيل الدراسي، الاستبانة الأولى من وجهة نظر المدرسين والمدرسات ، والاستبانة الثانية من وجهة نظر الطلبة، تألفت عينة البحث من (65) مدرس ومدرسة و(242) من الطلبة وباستعمال التكرار والوسط المرجح كوسيلة إحصائية، أظهرت نتائج البحث ما يلي :

- نسبة دور الإرشاد التربوي في التحصيل الدراسي (74.90%) من وجهة نظر المدرسين والمدرسات.

- نسبة دور الإرشاد التربوي في التحصيل الدراسي (64.26%) من وجهة نظر الطلبة.

(فيحاء حسين ناصر، 2021)

3-2- الدراسات الأجنبية :

- دراسة براون (2000) Brown :

تناولت هذه الدراسة موضوع " تعليم الرياضيات بمساعدة الحاسب الآلي يحسن درجات التلميذ في الاختبار " حيث هدفت هذه الدراسة إلى معرفة تأثير استخدام برمجية الحاسب الآلي التعليمية على التحصيل الدراسي في مواضيع الجبر والهندسة من الرياضيات مقارنة بمجموعة تدرس بالطريقة التقليدية. و تكونت عينة الدراسة من تلاميذ في المرحلة الابتدائية والمتوسطة يدرسون تحت نظام مدرسة كارولينا الشمالية العامة بالولايات المتحدة الأمريكية. حيث تم توزيعهم لمجموعتين تجريبية تدرس باستخدام برمجية الحاسب التعليمية و أخرى ضابطة تدرس بالطريقة العادية، وأهم ما توصلت إليه الدراسة نجد :

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط تحصيل تلاميذ المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة لصالح المجموعة التجريبية.

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى إلى متغير الجنس. (براون، 2000).

- دراسة ساداتزادي وخليلي (2012) Saadatzaad et khellili :

تناولت هذه الدراسة موضوع " اثر الإرشاد الجمعي المتمركز حول الحل على تنظيم الذات والتحصيل الأكاديمي لدى طلاب المدارس الثانوية في طهران " حيث هدفت هذه الدراسة إلى اكتشاف مدى فعالية الإرشادي الجماعي المتمركز حول الحل في زيادة تنظيم الذات والتحصيل الأكاديمي لدى عينة الدراسة المشاركين من طلاب الصف الأول ثانوي، لقد تكونت عينة الدراسة من (44) طالبا من ذوي الاختبارات المنخفضة في تنظيم الذات والتحصيل الأكاديمي، وتم توزيعهم إلى مجموعة ضابطة ومجموعة تجريبية، وبعد المراقبة و المتابعة وتطبيق (07) جلسات على طلاب المجموعة التجريبية، وأهم ما توصلت إليه الدراسة :

- هناك فروق كبيرة ذات دلالة إحصائية بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية بالمقارنة مع نتائج القياس القبلي، حيث أن طلاب المجموعة التجريبية لقد أحرزوا درجات عالية على مقاييس تنظيم الذات والتحصيل الأكاديمي.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى إلى متغير الجنس. (ساداتزادي وخليلي، 2012).

4- الدراسات التي تناولت الأقسام التعليمية المفتوحة بالمستشفيات :

1-4 - الدراسات العربية :

- دراسة سومية ماهر (2012):

أشارت سومية ماهر عن وجود مدرسة بمستشفى سرطان الأطفال 57357 بالجمهورية العربية المصرية تساهم في حماية مستقبل التلاميذ المرضى تحت شعار (التغلب على المرض بالأمل والتعلم) وتساعد الأطفال: المرضى على مواصلة دراستهم وعدم الانقطاع عنها خلال فترة العلاج ودراسة التلاميذ المرضى مع بعضهم البعض في قسم واحد يدخل الفرحة والسرور في نفوسهم.

كان هذا المستشفى يضم التعليم الابتدائي والإعدادي وأكدت الباحثة عن بدأ تفعيل المرحلة الثانوية ليكتمل دور المدرسة في تشجيع التلاميذ و ذويهم على استمرار التلميذ في التعلم والتغلب على المرض ويأتي حرص مستشفى سرطان الأطفال 57357 على إنشاء مدرسة لكي لا يقتصر دوره على تقديم العلاج فقط بل يقدم الرعاية الشاملة والكاملة ويحرص على أدمية المرضى وحقوقهم وإعطائهم الأمل الذي يساعدهم على تحمل رحلة العلاج ويطمئنهم على إمكانية استكمال مستقبلهم مما يؤدي إلى زيادة فرصة تقبلهم للعلاج ورفع حالتهم المعنوية ليثبت فعلا أن الاهتمام بالعلم هو الحياة ويتطوع عدد كبير من المدرسين بالتدريس بهذا المستشفى(الجانب المعرفي و الجانب الترفيهي) رغبة منهم بالمساهمة في النجاح وأكدت الباحثة على حرص وزارة التربية والتعليم للجمهورية العربية المصرية على تدليل كل العقبات للتيسير على التلاميذ عقد امتحانات نهائية السنة تحت متابعة وإشراف الوزارة. (سومية ماهر، 2012).

- دراسة أوراغي فوزية (2014):

تناولت هذه الدراسة موضوع " دور الأقسام التعليمية المفتوحة بالمستشفيات للتخفيف من الضغوط النفسية للتلميذ المريض وأمه"، دراسة ميدانية بمستشفيات ولاية وهران وهدفت إلى إبراز دور هذه الأقسام التعليمية في التخفيف من الضغوط النفسية للتلميذ وأمه بحيث تكونت عينة الدراسة من (70) تلميذ مريض و(70) أم مرافقة له ولغاية جمع البيانات اللازمة تم استخدام استبيانين من تصميم الباحثة.

- استبيان الضغوط النفسية للتلميذ المريض الماكن بالمستشفى.

- استبيان الضغوط النفسية لام التلميذ المريض المرافقة له بالمستشفى.

عند معالجة المعطيات والبيانات الإحصائية (SPSS.20) النسب المئوية، المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، التكرارات، اختبار "ت" وأسفرت على النتائج التالية:

- هناك فروق دالة إحصائية لصالح التطبيق البعدي في الأبعاد (التمدرس داخل المستشفى/ العلاقات داخل المستشفى/ المظاهر الجسمية للضغوط/ المظاهر النفسية للضغوط/ مستقبل التلميذ المريض) عند التلاميذ المرضى و بعد انضمامهم في الأقسام التعليمية بالمستشفى.
- هناك فروق دالة إحصائية لصالح التطبيق البعدي في الأبعاد (التمدرس داخل المستشفى/ العلاقات داخل المستشفى/ المظاهر الجسمية للضغوط/ المظاهر النفسية للضغوط/ مستقبل التلميذ المريض) عند أمهات مرافقات للتلاميذ المرضى وبعد انضمام أبنائهم في الأقسام التعليمية بالمستشفيات أي أن الأقسام التعليمية بالمستشفيات تخفف من الضغوط النفسية للتلميذ المريض ولأمه المرافقة له في المستشفى. (اوراغي فوزية، 2014).

4-2- الدراسات الأجنبية :

- دراسة ايلان بوشي (2004) Helene Pochet :

تناولت هذه الدراسة موضوع "فعالية تدرّس الطفل داخل المستشفى بعد مرض خطير أو أثناء العلاج"، هدفت هذه الدراسة إلى معرفة واقع الفعالية التي يحققها هذا التعليم في سويسرا واثّر هذا النوع من التعليم على الطفل من الناحية التربوية ولقد شملت عينة الدراسة على (110) تلميذا (70 ذكر و 40 أنثى) مصابين بأمراض خطيرة (السرطان، فقدان المناعة المكتسبة و تلف عصبي) مقيمين في أربع (04) مستشفيات سويسرا (المركز الاستشفائي الجامعي "Vaudois à Lausanne"، مستشفى "chaux-de-fonds"، المركز الاستشفائي "centre du valais" و مستشفى الأطفال في Hôpital des enfants à Genève) ثم انتقائها بطريقة مقصودة لملائمة شروط المقياس المطبق على الأطفال المرضى المتدرسين و بعد تطبيق الأداة تم التوصل إلى:

- التدرّس داخل المستشفى يحقق فعالية إيجابية.
- للمعلم دور كبير وفعال في مساعدة الطفل المريض على التحصيل داخل المستشفى.
- توجد علاقة ارتباطية بين نفسية التلميذ المريض والتحصيل الدراسي.
- توجد فروق في درجة التحصيل تعزى إلى متغير الجنس لصالح الإناث. (ايلان بوشي، 2004)

- دراسة باتريس جريجوار وآخرون (2007) **Beatrice Gregoire et Autres** :

تناول باتريس جريجوار ومجموعة من الباحثين الفرنسيين موضوع المدرسة في مصلحة طب الأطفال حيث يوجد فريق طبي نفسي اجتماعي يقوم بعلاج الطفل ومتابعته صحيا ونفسيا واجتماعيا، أما الفريق التربوي فيتمثل مهامه فيما يلي:

- تكوين علاقات داخل المستشفى.
- علاقة الطفل المريض مع أمه.
- علاقة الطفل المريض مع المدرسة الأصلية.
- علاقة الطفل المريض مع الفريق الطبي النفسي الاجتماعي.
- الإعلام عن تنظيم الدراسة بالمستشفى
- شرح التوقيت الأسبوعي.
- تحديد المهام البيداغوجية التربوية في إبلاغ الطفل، الفوج أو القسم الذي ينتمي إليه حسب مستواه التعليمي وحسب حالته الصحية.
- تطوير اللغة و الابتداع.
- الاهتمام بالكفاءات التربوية، المعرفية، العقلية للطفل المريض.
- تعليم الطفل كيفية التعبير عن حاجاته، أحاسيسه وعواطفه.
- ضرورة تكيف الطفل مع مرضه.
- تكوين علاقات مع الأقران.
- تطوير المواهب الفنية والإبداعية واللعب.
- اكتشاف نقاط ضعف التلميذ المريض و اقتراح العلاج.
- وصول الطفل إلى معرفة التحدث باللغة الفرنسية.

وفي الأخير يؤكد الفريق التربوي والطبي والنفسى الاجتماعى على أهمية المدرسة فى المستشفى حيث تساعد على توفير الهدوء، الجو العائلى، الطمأنينة للطفل، كما تبعده عن العزلة والبقاء فى غرفة، كما يؤكدون ضرورة اتصال التلميذ مع المدرسة الأصلية أى مع الرفقاء والمعلمين عن طريق الهاتف، الانترنت... وتحفيز الأولياء على متابعة أطفالهم وكل هذا لتخضير الطفل الالتحاق بالمدرسة الأصلية بعد خروجه من المستشفى. (باتريس جريجوار وآخرون، 2007).

5 - التعقيب على الدراسات السابقة :

من خلال عرض مختلف الدراسات السابقة التي تناولت متغيرات الدراسة الحالية و بعد التمعن الدقيق فيها، نلاحظ بأنه تم تقسيمها إلى أربعة (04) أقسام رتبت انطلاقاً من متغيرات الدراسة الحالية، إذ هناك دراسات سابقة تناولت متغير الضغط النفسي وعلاقته بالمرض المزمن، ودراسات تناولت متغير الضغط النفسي واستراتيجيات المواجهة ، والدراسات التي اهتمت بفاعلية الوسائط التعليمية (البرامج الإرشادية، السلوكية والمعرفية، المهارات التدريسية، البرمجيات التعليمية) في تحسين التحصيل الدراسي، والقسم الأخير اهتمت بالعلاقة بين متغير الضغط النفسي والأقسام الدراسية الخاصة بالمستشفيات العمومية.

ومن جهة أخرى قام الباحث بتصنيف هذه الدراسات السابقة إلى دراسات عربية وأخرى أجنبية وفي نفس الوقت ترتيبها حسب تاريخ إجرائها (من الأقدم إلى الأحدث).

1- الدراسات التي تناولت متغير الضغط النفسي لدى المريض:

لذا، أن الدراسات المتعلقة بمتغير الضغط النفسي و التي تطرقت إليه الدراسة الحالية ما هي إلا جزء صغير فقط من مجمل الدراسات التي تناولت هذا المتغير، ولعل السبب في هذا الأمر راجع إلى أهمية وحساسية موضوع الضغوط النفسية التي انتشرت بكثرة لدى المرضى بصفة عامة ولدى ذوي الأمراض المزمنة والإعاقات بصفة خاصة.

كما نذكر أيضا أن غالبية الدراسات السابقة المتطرق إليها اهتمت بظاهرة الضغوط النفسية لدى المرضى، خاصة ذوي الأمراض المزمنة وذوي الإعاقات (أطفال، مراهقين ورشد). لكن في نفس الوقت هناك بعض الدراسات طبقت على شرائح من المرضى ليس فقط في المستشفيات بل في المؤسسات التربوية والمدن والمراكز المتخصصة.

كما تميزت هذه الدراسات بتنوعها من حيث الجهات التي أشرفت على إنجازها من باحثين وأساتذة عرب وأجانب .

وبعد الاطلاع على هذه الدراسات التي تناولت موضوع الضغوط النفسية، نستنتج بأنها اشتركت في الوصول إلى نفس الأهداف المتمثلة في النقاط التالية :

- التعرف على مستوى الضغوط النفسية الذي يتعرض له أفراد العينة المدروسة (ذوي الأمراض المزمنة المختلفة وذوي الإعاقات).

- تحديد الفروق الموجودة بين أفراد العينة والتي تعزى إلى بعض المتغيرات الشخصية المتمثلة في (الجنس، السن، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية، نوعية الحياة، نوع الإعاقة، درجة الإعاقة، الحالة الشخصية والمستوى الاقتصادي).

- تحديد العلاقة التي ترتبط متغير الضغوط النفسية بالمتغيرات سواء كان (نوع المرض والإعاقة) أو متغيرات أخرى مثل (المشكلات السلوكية، التوافق النفسي الاجتماعي، البيئة الأسرية والطبية الديمغرافية... الخ).

ومن جهة أخرى هناك تشابه كبير بين هذه الدراسات في استخدام المنهج الوصفي التحليلي الذي يهدف إلى وصف ظاهرة الضغوط النفسية وتحليل باينتها، وتبيان العلاقة القائمة بين مكوناتها، والآراء التي تطرح حولها والآثار التي تحدثها وتخلفها، أما بالنسبة لطبيعة العينة التي أجريت عليها هذه الدراسات فقد اختلفت من ذوي الأمراض ذوي الإعاقات، لكن طريقة انتقائها واختيارها فقد تمت بطريقة عشوائية من بين عناصر مجتمع الدراسة الذي تنتمي إليه هذه العينة.

وأما فيما يخص الأدوات والمقاييس المستعملة في البيانات في معظم هذه الدراسات السابقة فنجدها أنها انحصرت ما بين تطبيق مقاييس الضغوط النفسية لكل من: جاسم محمد المرزوقي، مقياس احمد الحبس، مقياس ليماير وتيسير (Lemyre et Tessier) ومقياس (k6) وما بين مقاييس معدة من طرف صاحب الدراسة كيفية حسب أبعاد ومؤشرات موضوع الضغوط النفسية ومجتمع الدراسة.

أما بالنسبة للنتائج التي توصلت إليها هذه الدراسات السابقة فقد سجلنا النقاط التالية :

- غالبية الدراسات السابقة بينت بان هناك مستوى مرتفع من الضغوط النفسية سواء لدى ذوي الأمراض المزمنة أو ذوي الإعاقات من بينها دراسة (منال محمد الحسن، 2007)، دراسة (سالمي هاشم مصطفى، 2009)، دراسة (شيرين ميثال الملاك، 2010)، دراسة (نجداء إبراهيم الصديق، 2010)، دراسة (وفاء مالك إبراهيم حيدوب، 2002)، دراسة (الصدقي، بن عمر، 2014)، دراسة (عايش صباح و نادية يوب، 2016)، دراسة (فواز أيوب الممني وسلام لافي عميرين، 2016)، دراسة (Mcveigh et Mostashari, et.al2003) و دراسة (Taylor et al 1992) و دراسة (Jakson et Robert 1990) و دراسة (Van, Aldik et al2004)، استثناء الدراسات التي توصلت نتائجها أن هناك مستوى متوسط أو منخفض من الضغوط النفسية من بينها نجد دراسة (مريم عثمان البدوي علي، 2011) ودراسة (تامر فرح سهيل، 2017)

- وجود فروق بين أفراد العينة والتي تعزى إلى بعض المتغيرات الشخصية المتمثلة في (الجنس، السن، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية، نوعية الحياة، نوع الإعاقة، درجة الإعاقة، الحالة الشخصية و المستوى الاقتصادي)، وهذا ما توصلت إليه العديد من الدراسات السابقة من بينها دراسة

(سالمي هاشم مصطفى، 2009)، دراسة (مريم عثمان البدوي علي 2011)، دراسة (داود راضية 2012)، دراسة (نجداء إبراهيم الصديق، 2010)، دراسة (وفاء مالك إبراهيم حيدوب، 2002)، دراسة (الصديقي و بن عمر، 2014).

- أما بالنسبة للعلاقة التي ترتبط متغير الضغوط النفسية بالمتغيرات سواء كان (نوع المرض والإعاقة) أو متغيرات أخرى فقد تباينت نتائج العديد من الدراسات السابقة وذلك راجع إلى طبيعة الموضوع محل الدراسة و من الدراسات التي حاولت تحديد العلاقة متغير الضغوط النفسية والمتغيرات الأخرى نجد دراسة (سالمي هاشم مصطفى، 2009)، دراسة (نجداء إبراهيم الصديق، 2010)، دراسة (وفاء مالك إبراهيم حيدوب، 2002)، دراسة (تيمان سارة سالم حسين، 2014)، دراسة (عايش صباح ونادية يوب، 2016) و دراسة (Jakson et Robert 1990).

2- الدراسات التي تناولت أساليب مواجهة الضغوط النفسية:

قام الباحث بجمع عدد معتبر من الدراسات السابقة التي تناولت الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها من جهة والبرامج المعدة والمستخدمة للتخفيف من حدة الضغوط النفسية من جهة أخرى، بحيث تم تصنيف هذه الدراسات إلى دراسات عربية ودراسات أجنبية، مرتبة حسب التسلسل الزمني استنتج الباحث فيها أن معظم الدراسات السابقة السالفة الذكر لها هدف مشترك وهو تحديد الاستراتيجيات التي يستخدمها الطلبة للتعامل مع الضغوط النفسية لديهم وأيضاً فعالية برامج التدخل في التخفيف من الضغوط النفسية لدى الطلاب، ولدى النظر إلى هذه الدراسات السابقة نجد أنها اختلفت من دراسة إلى أخرى، بحيث اتضح لنا من خلالها أن الطلبة يميلون إلى استخدام استراتيجيات المواجهة الايجابية لتخفيف الضغوط النفسية أكثر من الانسحاب والتراجع، وهذا ما أكدته دراسة (Jorgensen et Johnson 1970)، دراسة (مريم رجاء 2007)، دراسة (جبالي 2011) ودراسة (راضية داود 2011)، بحيث وجد (أحمد نبيل البحراوي، 2003) أن الطلاب ذوي المستوى الدراسي المرتفع اظهروا أساليب عملية وإجراءات تطبيقية لمواجهة الضغوط المدرسية، وأكدت دراسة (راضية داود، 2011) أن المعوقون حركياً يركزون على إستراتيجية حل المشكلة دون سواها في مواجهة الضغوط النفسية.

ووجدت (مريم رجاء، 1987) أن الذكور يستخدمون إستراتيجية البحث في المكافآت البديلة، بينما الإناث يستخدمن إستراتيجية التنفيس الانفعالي، وهذا ما أكدته (Kumar.R , 1990) أن الذكور يستخدمون استراتيجية إعادة التعريف المعرفي أكثر من الإناث .

وقد اختلف معهم (Kumar.R , 1990) أن الإناث والذكور استخدموا إستراتيجية التقبل الاستسلامي في التعامل مع الضغوط الأسرية بدرجة متساوية.

كما وجد (البحراوي، 2003) أن الذكور أكثر مواجهة للضغوط النفسية من الإناث كما انه يتميز أسلوب الطالبات في مواجهة الضغوط النفسية بالانسحاب.

وفيما يخص برامج التدخل للتخفيف من الضغوط النفسية، نجد جل الدراسات السابقة استنتجت أن البرامج المبنية لها تأثير ايجابي على الضغوط النفسية عند الطلاب، أي عند تطبيق البرنامج على الطلاب حتما ينخفض مستوى الضغوط النفسية عندهم وهذا وأكدته دراسة (أمانى أحمد حمد بك، 2011)، دراسة (بكري نجية، 2011)، دراسة (بشير إبراهيم الحجار وسامي عوض أبو إسحاق، 2014)، دراسة (طوبال فطيمة، 2016)، دراسة (أوراغي فوزية، 2017)، دراسة محمد سالم محمد القرني، 2017) ودراسة (مريم جمال محمد توأم، 2018).

أما فيما يتعلق بالبرامج المستخدمة من طرف الباحثين، فنجدها مختلفة حسب الموضوع المدروس، بحيث استخدم كل من بشير إبراهيم الحجار وسامي عوض أبو إسحاق (2014) واوراغي فوزية (2016) برنامج إرشادي، وكل من بكيري نجية (2011) و محمد سالم محمد القرني (2017) و مريم جمال محمد توأم (2018) استخدموا برنامج معرفي سلوكي، وأما أمانى احمد حمد محمد بك (2011) استخدمت برنامج علاجي وأخيرا طوبال فطيمة (2016) استخدمت برنامج إرشادي سلوكي معرفي.

أما فيما يتعلق بالعينة فقد كان اقل عدد لعينة الدراسة (10 تلاميذ) للباحثة (اوراغي فوزية، 2016)، ليتعداها إلى (16 طفل) للباحثة (بكيري نجية، 2017)، مرورا بـ (20 أم) للباحثة (مريم جمال محمد توأم، 2018)، إلى (26 تلميذة) للباحثة طوبال فطيمة، 2016)، إلى (46 مريض) للباحثة (أمانى احمد حمد محمد (2011)، إلى (60 فردا) للباحثة (راضية داود (2011)، وأيضا (60 مريضا) للباحث (محمد سالم محمد القرني، 2017)، ذاهبا إلى (66 أم طفل) للباحثة (جبالي صباح، 2011)، إلى (120 طالب)، للباحث (بشير إبراهيم الحجار وسامي عوض أبو إسحاق، 2014)، إلى (147 طالب) للباحث (Jorgensen et johnson, 1970)، إلى (270 طالبا)، للباحثة (مريم رجاء، 2007)، إلى (200 طالب) للباحث (احمد نبيل البحراوي، 2003)، إلى اكبر عينة (360 طالب) للباحث (KUMAR, 1990).

3- الدراسات التي تناولت فاعلية الوسائط التعليمية (البرامج الإرشادية، السلوكية والمعرفية، المهارات التدريسية، البرمجيات التعليمية) في تحسين التحصيل الدراسي :

قام الباحث برصد عدد معتبر من الدراسات التي تناولت فاعلية الوسائط التعليمية (البرامج الإرشادية، السلوكية والمعرفية، المهارات التدريسية، البرمجيات التعليمية ثم تصنيفها إلى دراسات عربية و أجنبية مرتبة حسب التسلسل الزمني، وبعد التدقيق والتمعن فيها استنتج الباحث أن معظم هذه الدراسات السابقة لها هدف مشترك ألا وهو تحديد فعالية الوسائط التعليمية في تحسين مستوى التحصيل الدراسي لدى أفراد عينات الدراسة، حيث أشارت معظمها إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في فاعلية البرنامج الإرشادي، التربوية، السلوكية والمعرفية على تحسين التحصيل الدراسي في القياس البعدي بين المجموعات التجريبية والضابطة ودائما لصالح التجريبية، وبعبارة أخرى الطلبة الذين شاركوا في الوسائط التعليمية يظهرون معدلات مرتفعة في التحصيل الدراسي أكثر من زملائهم الذين لم يشاركوا في هذه البرنامج، من بينها دراسة سهام عبد الحميد (2002)، بن ساسي وبوبكر دبابي (2007)، دراسة صيام كرم مفيد(2016)، دراسة رشا سامي خابور وميساء بني خلف (2019)، دراسة عبد الله عينو وآمال كبار (2020)، دراسة فيحاء حسين ناصر (2021)، دراسة براون (2000) Brown، دراسة ساداتزادي وخليلي (2012) Saadatzaad et khellili.

أما بالنسبة للأدوات المستعملة في جمع المعلومات والبيانات فقد اتضح أنها اختلفت من باحث لآخر، فقد استخدمت (سهام عبد الحميد، 2002) اختبار المصفوفات المتتابة (رافن) لقياس الذكاء الذي ترجمه (سيد عبد العال 1995)، واختبار تحصيلي في مادة اللغة العربية للصف الثالث ابتدائي وقائمة لتشخيص العوامل المرتبطة بالتأخر الدراسي من إعداد الباحثة ومقياس انتباه الأطفال وتوقعهم خاص بالمدرسة من إعداد عبد الرقيب البحيري وعفاف عجلان (1997)، وقائمة ملاحظة السلوك موجهة للوالدين و المعلم من إعداد الباحثة واستمارة المستوى الثقافي الاجتماعي والاقتصادي للأسرة من إعداد فاروق البوهي (1987)، وبرنامج للإرشاد الأسري لمواجهة مشكلة التأخر الدراسي من إعداد الباحثة، وبرنامج للإرشاد التربوي موجه للمعلمين من إعداد الباحثة، فيما استخدم (بن ساسي و بوبكر دبابي، 2007) استخدم استبيان الاتجاه نحو الرياضيات، و (صيام كرم مفيد، 2016) استخدم اختبار تحصيلي في اللغة العربية للصف الخامس أساسي، و (رشا سامي خابور وميساء بني خلف، 2019) استخدم استبانة من إعداد الباحثين، و (عبد الله عينو وآمال كبار 2020) استخدم استبانة كأداة للبحث من إعداد الباحثين، وأيضا (براون، 2000 Brown) استخدم

برمجية الحاسب الآلي التعليمية، و(ساداتزادي وخليلي، 2012، Saadatzaad et khellili) استخدمنا اختبارات تحصيلية.

أما فيما يتعلق بالعينة فقد كان اقل عدد لعينة الدراسة (40 تلميذ) للباحثين صيام كرم مفيد(2016) و عبد الله عينو و آمال كبار (2020)، ليعدها إلى (44 طالب) للباحث ساداتزادي وخليلي (2012) Saadatzaad et khellili، مرورا بـ (54 تلميذ) للباحثين بن ساسي وبوبكر دبابي (2007)، الى (60 تلميذ) للباحثة سهام عبد الحميد (2002)، إلى (81 طالب) للباحثين رشا سامي خابور وميساء بني خلف (2019)، وأخيرا (287 طالب) للباحث فيحاء حسين ناصر (2021).

4- الدراسات التي تناولت الأقسام التعليمية المفتوحة بالمستشفيات :

فيما يخص هذا النوع من الدراسات والتي تتصل مباشرة بموضوع دراستنا، فقد تبين للباحث أن مثل هذه الدراسات محدودة وقليلة لا سيما في المستشفيات العمومية الجزائرية بحيث يمكن اعتبار هذه الدراسة من التجارب الأولية في تعليم تلاميذ نزلاء على المستشفيات العمومية لأجل العلاج في الجزائر، بحيث تم تصنيف هذه الدراسات إلى دراسات عربية ودراسات أجنبية مرتبة حسب التسلسل الزمني، استنتج الباحث فيها أن الأقسام التعليمية المفتوحة بالمستشفيات تلعب دور فعال في التخفيف من الضغوط النفسية لدى المريض و تحسين تحصيله الدراسي بعد إقامته مدة طويلة في المستشفى لأجل العلاج، وهذا ما أكدته دراسة (سومية ماهر، 2012)، ودراسة (اوراغي فوزية، 2014) ودراسة (Helene pochet, 2004)، وأخيرا دراسة (Beatrice gregoire, 2007).

وفي الأخير يمكن القول أنه بفضل هذه النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسات السابقة اتضح للباحث أن موضوع دور الأقسام التعليمية الخاصة بالمستشفيات العمومية في التخفيف من الضغوط النفسية وتحسين التحصيل الدراسي لدى الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية من وجهة نظر الأولياء والمعلمين جدير بالاهتمام، واقتنع بضرورة توجيه الأنظار صوب الطفل المريض أو المعاق المقيم بالمستشفى العمومي لمدة طويلة لأجل العلاج واتخاذ الإجراءات والتدابير الأزمة التي تساعد على جعل الطفل المريض أكثر راحتا وتكيفاً مع الضغوط النفسية التي يواجهها ويصبح أكثر تمتعا بصحة نفسية جيدة، وتهيئة قسم دراسي داخل المستشفى وفق شروط مطابقة للقسم الدراسي العادي لتحسين تحصيله الدراسي، الأمر الذي يزيد من قدرته على مواجهة الضغوط النفسية، وفي النهاية يصبح أكثر فردا متقبلا لمرضه أو إعاقته أو ربما الشفاء من مرضه ومستعدا للرجوع إلى مدرسته الأصلية ومزاولة دراسته بصفة عادية.

الجانب التطبيقي

الفصل السابع

الإجراءات المنهجية للدراسة

• الإجراءات المنهجية للدراسة

- تمهيد

1- منهج الدراسة.

2- الدراسة الاستطلاعية.

3- مجتمع الدراسة.

4- عينة الدراسة.

5- وصف أداة الدراسة.

6- الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة.

7- الأساليب الإحصائية المستخدمة.

8- المجال الزمني والمكاني للدراسة الأساسية.

9- صعوبات الدراسة الأساسية.

- تمهيد:

نتناول في هذا الفصل الإجراءات المنهجية التي تم إتباعها لجمع البيانات قصد اختبار فرضيات هذه الدراسة و نستهل بتقديم المنهج المتبع في هذه الدراسة الحالية، ثم الدراسة الاستطلاعية وإجراءات تطبيقها و يليه ذكر مجتمع الدراسة وكذا العينة المستجوبة وكيفية اختيارها ومختلف خصائصها بالإضافة إلى ذكر الأدوات المستعملة في جمع البيانات وكيفية تطبيقها في ميدان الدراسة وفي الأخير الإشارة إلى أهم الأساليب الإحصائية في تحليل النتائج.

1- منهج الدراسة:

كل دراسة تحتاج إلى منهج قائم في ذاته، والذي يعتبر كخطوة مهمة يقوم بها أي باحث للحصول على نتائج أكثر دقة وتنظيم، ومن أجل تحقيق هذه الدراسة الحالية التي تناولت موضوع دور الأقسام التعليمية المفتوحة بالمستشفيات العمومية في التخفيف من الضغوط النفسية وتحسين التحصيل الدراسي لدى الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية، دراسة ميدانية ببعض مستشفيات الجزائر، قمنا باستخدام المنهج الوصفي التحليلي لارتباطه بدراسة الموضوعات المتعلقة بالمجالات الإنسانية ووصفها كما هي في الواقع من حيث طبيعتها ودرجة وجودها، فهذا المنهج يعتمد على جمع البيانات من خلال استجواب عينة كبيرة من الأفراد ومن ثم تبويبها وتحليلها وتفسيرها .

وقد عرف "سامي محمد ملحم " المنهج الوصفي على أنه " أحد أشكال التحليل والتفسير العلمي المنظم لوصف ظاهرة أو مشكلة محددة، وتصويرها كما هي عن طريق جمع بيانات ومعلومات مقننة عن الظاهرة أو المشكلة وتصنيفها وتحليلها وإخضاعها للدراسة الدقيقة". (محمد ملحم، 2006، ص 170).

ويهدف المنهج الوصفي التحليلي إلى ما يلي:

- جمع معلومات حقيقية ومفصلة لظاهرة موجودة فعلا في مجتمع معين.
- إجراء مقارنة وتقييم لبعض الظواهر.
- تحديد ما يفعله الأفراد في مشكلة ما والاستفادة من آرائهم.
- إيجاد العلاقة بين الظواهر المختلفة. (بوحوش، د.ت، ص 138).

2 - الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية الخطوة الأولى في إعداد البحث العلمي التي يقوم أي باحث من أجل الإلمام بجميع جوانب الموضوع ويتمكن من اكتشاف الجوانب الخفية التي تخص المشكلة المدروسة

وبعد أن قمنا بجمع وإعداد أدوات الدراسة المتمثلة في كل من مقياس الضغوط النفسية لدى التلميذ المريض الماكث في المستشفى للباحثة أوراعي فوزية بجامعة وهران 2، الذي يشمل على 32 بنداً بحيث تم تعديله وتبسيطه من طرف الباحث ومقياسين الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى قبل وبعد التحاقهم بالأقسام الدراسية الخاصة داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر كل من الوالدين والمعلمين، حيث شمل المقياس المعد للوالدين على 103 بند في صيغته الأولية والثاني المتعلق بالمعلمين على 59 بنداً، ثم عرضناهم على بعض أساتذة جامعات الوسط على غرار " جامعة أبو قاسم سعد الله (الجزائر 2)، جامعة مولود معمري (بتيزي وزو)، جامعة يحي فارس (المدية)، جامعة عبد الرحمن ميرة (بجاية)، جامعة جيلالي بونعامة (خميس مليانة) وجامعة علي لونيبي (البلدية 2) من أجل الحصول على آرائهم وملاحظاتهم حول مضمون وشكل كل المقاييس بالنظر إلى موضوع وأهداف وفرضيات هذه الدراسة، وقد كانت ملاحظاتهم جد مفيدة وقيمة بحيث ساعدتنا على ضبط العبارات المناسبة والتي لها علاقة مباشرة بمتغيرات هذه الدراسة، بالإضافة إلى حذف وتغيير بعض فقراتهم.

2-1- أهداف الدراسة الاستطلاعية :

تعد الدراسة الاستطلاعية خطوة مهمة وذلك لتحقيق وضبط أدوات الدراسة التي ستطبق في الدراسة ومن أهدافها:

- ✓ التأكد من الخصائص السيكومترية لأدوات القياس من حيث الصدق والثبات.
- ✓ التحقق من مدى مستوى فهم العينة لمحتوى أدوات القياس.
- ✓ تجريب أدوات القياس قبل تطبيقه في شكله النهائي.
- ✓ إدخال التعديلات اللازمة.

2-2- المجال الزمني والمكاني للدراسة الاستطلاعية:

استغرقت الدراسة الاستطلاعية شهرين (فيفري ومارس 2019) وتم إجرائها بالمصالح الاستشفائية التالية:

- مصلحة إعادة التأهيل الوظيفي (وحدة الأطفال) بمستشفى بن عكنون.
- مصلحة إعادة التأهيل الوظيفي (وحدة الأطفال) بمستشفى تقصرين.
- مصلحة طب الأطفال بالمؤسسة الاستشفائية العمومية جيلالي بالخنشير (بئر طرارية)، الأبيار
- مصلحة طب الأطفال بالمركز الاستشفائي الجامعي اسعد حسني، بني مسوس.
- مصلحة طب الأطفال بالمركز الاستشفائي الجامعي مصطفى باشا.

- مصلحة طب الأطفال بالمركز الاستشفائي الجامعي نفيسة حمود (بارني)، حسين داي. وذلك بعد الحصول على تراخيص كل من:
- جامعة مولود معمري، تيزي وزو المتمثل في شهادة باحث.
- إدارة و رؤساء المصالح الاستشفائية للمستشفيات المذكورة.

2-3- عينة الدراسة الاستطلاعية ومواصفاتها:

اشتملت عينة الدراسة الاستطلاعية على الأطفال المرضى المقيمين داخل بعض المستشفيات العمومية الجزائرية (مستشفى بن عكنون، مستشفى تقصرين، المركز الاستشفائية الجامعي لبني مسوس، المركز الاستشفائي الجامعي بارني، المركز الاستشفائي الجامعي مصطفى باشا، اشتملت هذه العينة من (30) طفلا مريضا و(30) ولي مرافق له و(06) معلمين للمدارس الخاصة المفتوحة داخل المستشفيات العمومية والجدول رقم (10) يبين مواصفات الأطفال المرضى المقيمين بهذه المؤسسات الاستشفائية (عينة أولية) من حيث الجنس، مرحلة التمدرس ونوع المرض.

الجدول رقم (10) خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية

رقم	العينة	الجنس	أولى ابتدائي	ثانية ابتدائي	ثالثة ابتدائي	رابعة ابتدائي	خامسة ابتدائي	المجموع
01	الأطفال المرضى بمستشفى عبد القادر بوخروفة بن عكنون	ذكور	00	00	00	01	00	01
		إناث	00	00	01	00	01	02
02	الأطفال المرضى بمستشفى قاصدي مرياح تقصرين	ذكور	00	00	00	00	01	01
		إناث	00	01	01	00	01	03
03	الأطفال المرضى بالمؤسسة الاستشفائية العمومية جيلالي بلخنشير (بنر طرارية)، الأبيار	ذكور	00	00	01	00	00	01
		إناث	00	01	01	00	00	02
04	الأطفال المرضى بالمركز الاستشفائي الجامعي نفيسة حمود (بارني)، حسين داي	ذكور	00	01	00	00	00	01
		إناث	00	02	00	01	01	04

03	01 (القلب)	01 (سرطان)	01 (سرطان)	00	00	ذكور	الأطفال المرضى بالمركز الاستشفائي الجامعي مصطفى باشا .	05
05	01 (فقر الدم)	00	03 (سكري)	01 (قصور كلوي)	00	إناث		
03	01 (القلب)	01 (سرطان)	01 (سرطان)	00	00	ذكور	الأطفال المرضى بالمركز الاستشفائي الجامعي اسعد حسني، بني مسوس	06
04	01 (سرطان)	01 (الربو)	00	02 (الصرع)	00	إناث		
30	08	05	09	08	00	المجموع		

كما تمكن الباحث بعد استرجاعه للمقاييس الأولية الموزعة على هذه العينة الأولية من حصر بعض البنود والعبارات التي لم يتم الإجابة عليها وهذا الأخير دفعه على الاستفسار عنها ومحاولة تعويضها بعبارات أخرى.

وقد تم تقليص عدد فقرات المقاييس في صورتهم النهائية إلى :

- ✓ مقياس الضغوط النفسية لدى الطفل الماكث بالمستشفى (32) فقرة.
- ✓ مقياس الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى قبل وبعد التحاقهم بالأقسام الدراسية الخاصة داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر الوالدين (103) فقرة .
- ✓ مقياس الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى قبل وبعد التحاقهم بالأقسام الدراسية الخاصة داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر المعلمين (69) فقرة.

3- مجتمع الدراسة:

نعني بمجتمع الدراسة جميع مفردات الظاهرة التي يقوم بدراستها الباحث، وفي الواقع الأمر دراسة المجتمع الأصلي كله يتطلب وقت طويلا وجهدا شاقا وتكاليف مادية مرتفعة، ويكفي أن يختار الباحث عينة ممثلة للمجتمع الأصلي للدراسة بحيث تحقق أهداف البحث وتساعده على إنجاز مهمته ويتمثل مجتمع الدراسة الحالية في جميع الأطفال المرضى المقيمين في بعض المؤسسات الاستشفائية الجزائرية على غرار مستشفى بن عكنون، مستشفى تقصرين، مستشفى بئر طرارية، المركز الاستشفائي الجامعي بارني، المركز الاستشفائي الجامعي بني مسوس والمركز الاستشفائي الجامعي مصطفى باشا، والجدول رقم (11) يوضح بالتفصيل العدد الإجمالي لمجتمع الدراسة الحالية.

الجدول رقم (11):العدد الإجمالي لمجتمع الدراسة.

الرقم	اسم المؤسسة الاستشفائية	عدد التلاميذ المقيمين
01	المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الجهاز الحركي بين عكنون.	15
02	المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في إعادة التأهيل الوظيفي بتقصرين بئر خادم.	15
03	المؤسسة الاستشفائية العمومية جيلالي بالخنشير (بئر طرارية)، الابيار.	15
04	المركز الاستشفائي الجامعي نفيسة حمود (بارني) حسين داي.	19
05	المركز الاستشفائي الجامعي اسعد حساني ، بني مسوس.	16
06	المركز الاستشفائي الجامعي مصطفى باشا.	20
	المجموع	100

4 - عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (100) طفل مريض مقيم بالمؤسسات الاستشفائية المذكورة، حيث تم اختيارهم بطريقة قصدية، وهذه العينة الأساسية تمثل المجمع الكلي للدراسة. وبعد عملية توزيع المقاييس تمكنا من استرجاع جميع أدوات جمع البيانات.

4-1 - خصائص عينة الدراسة:

4-1-1 - توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس :

الجدول رقم (12): توزيع أفراد العينة حسب نوع الجنس.

نوع الجنس	التكرار	النسبة المئوية
ذكور	45	45%
إناث	55	55%
المجموع	100	100%

يتبين من خلال الجدول رقم (12) أن عدد الإناث يفوق عدد الذكور، حيث بلغ عدد الإناث بـ 55 بنت، بنسبة 55% في حين بلغ عدد الذكور 45 طفل، بنسبة 45%.

4-1-2- توزيع أفراد العينة حسب متغير السن:

الجدول رقم (13): توزيع أفراد العينة حسب فئة السن.

الفئات العمرية	التكرار	النسبة المئوية
من 06 سنة إلى 09 سنوات	70	70%
من 10 سنة إلى 12 سنوات	30	30%
المجموع	100	100%

نلاحظ من خلال الجدول رقم (13) أن سن أفراد عينة هذه الدراسة تتراوح بين 06-09 سنة هم الأكثر عددا حيث بلغ عددهم بـ 70 طفل مريض بنسبة 70% ثم تليها فئة السن التي تتراوح ما بين 10-12 سنة حيث قدر عددها بـ 30 طفل مريض بنسبة 30%.

4-1-3- توزيع أفراد العينة حسب مرحلة التمدرس:

الجدول رقم (14): توزيع أفراد العينة حسب مرحلة التمدرس.

المستوى الدراسي	التكرار	النسبة المئوية
الأولى ابتدائي	07	07%
الثانية ابتدائي	26	26%
الثالثة ابتدائي	15	15%
الرابعة ابتدائي	22	22%
الخامسة ابتدائي	30	30%
المجموع	100	100%

يتبين من خلال الجدول رقم (14) أن أغلبية أفراد عينة هذه الدراسة من مرحلة الخامسة ابتدائي حيث بلغ عددهم 30 طفل، بنسبة 30%، فأين بلغ عدد الأطفال المرضى في مرحلة الثانية ابتدائي 26 طفل، بنسبة 26% وعدد الأطفال المرضى في مرحلة الرابعة ابتدائي بلغ عددهم بـ 22 طفل بنسبة 22% أما عدد الأطفال المرضى في مرحلة الثالثة ابتدائي بلغ عددهم بـ 15 طفل، بنسبة 15% بينما بلغ عدد الأطفال المرضى في مرحلة الأولى ابتدائي بـ 07 طفل، بنسبة 07%.

4-1-4 - توزيع أفراد العينة حسب نوع المرض:

الجدول رقم (15): توزيع أفراد العينة حسب نوع المرض.

الرقم	المرض	التكرار	النسبة المئوية
01	الإعاقة الحركية	30	30%
02	القصور الكلوي	09	09%
03	الربو	11	11%
04	القلب	10	10%
05	فقر الدم	12	12%
06	السرطان	08	08%
07	السكري	15	15%
08	الصرع	05	05%
	المجموع	100	100%

نلاحظ من خلال الجدول المذكور أعلاه أن أغلبية أفراد عينة هذه الدراسة لديهم إعاقة حركية حيث بلغ عددهم (30) طفل، بنسبة (30%)، في حين بلغ عدد الأطفال المرضى المصابين بمرض القصور الكلوي (09) أطفال، بنسبة (09%) وبلغ عدد المرضى المصابين بمرض الربو (11) طفل بنسبة 11%، أما المرضى المصابين بمرض القلب 10 أطفال، بنسبة (10%)، بينما بلغ عدد الأطفال المرضى المصابين بمرض فقر الدم (12) طفل، بنسبة (12%)، وعدد المرضى المصابين بمرض السرطان 08 أطفال، بنسبة (08%)، و بلغ عدد المرضى المصابين بمرض السكري (15) طفل، بنسبة (15%)، وفي حين قدر عدد المرضى المصابين بمرض الصرع (05) أطفال، بنسبة (05%).

5- وصف أداة الدراسة :

تنقسم أداة هذه الدراسة المستعملة في جمع البيانات حول موضوع دور الأقسام التعليمية في التخفيف من الضغوط النفسية وتحسين مستوى التحصيل الدراسي لدى الأطفال المقيمين بالمستشفيات العمومية إلى خمسة (05) أجزاء وهي كالاتي بالتفصيل :

5-1- الجزء الأول : ويشتمل على البيانات الشخصية المتعلقة بالمستجوبين من حيث الاسم واللقب، الجنس، مرحلة تدرس الطفل، نوع المرض المصاب به، تاريخ دخوله إلى المستشفى وتاريخ بدايته الدراسة داخل القسم الخاص.

5-2- الجزء الثاني : ويشتمل على مقياس مخصص لتحديد مستوى الضغوط النفسية لدى الطفل المريض الماكث داخل المستشفى المعد من طرف الدكتورة أوراعي فوزية من جامعة وهران 2 والمعدل من طرف الباحث.

ويتكون هذا المقياس بدوره من 5 محاور موزعة على النحو التالي:

✓ محور التمدريس داخل المستشفى: يتكون من 06 فقرات تحمل الأرقام التالية:
(6.5.4.3.2.1)

✓ محور العلاقات داخل المستشفى: يتضمن 06 فقرات تحمل الأرقام التالية:
(12.11.10.9.8.7)

✓ محور المظاهر الجسمية للضغوط: يشمل 06 فقرات تحمل الأرقام التالية:
(18.17.16.15.14.13)

✓ محور المظاهر النفسية للضغوط: يحتوي كذلك من 08 فقرات تحمل الأرقام التالية:
(26 .25 .24.23.22.21.20.19)

✓ محور مستقبل التلميذ المريض: ويتكون كذلك من 06 فقرات تحمل الأرقام التالية:
(32.31.30.29.28.27)

وفيما يخص طريقة تصحيح إجابات الأطفال حول مستوى الضغوط النفسية الموجود لديهم تمنح 03 درجات لكل فقرة عند الإجابة بنعم، و(02) درجتين عند ما تكون الإجابة بأحيانا و(01) درجة واحدة عندما تكون الإجابة بلا، وهذا ما يوضحه الجدول رقم (16).

جدول رقم (16) : سلم تصحيح المقياس

الإجابة	لا	أحيانا	نعم
الدرجة	1	2	3

وبعد جمع النقاط لجميع فقرات هذا المقياس، قامت الباحثة بتصنيف مستوى الضغوط النفسية لدى المستجوبين في إحدى الحالتين وهما :

✓ مستوى مرتفع من الضغوط النفسية : بعدما أن يتحصل المستجوب على علامة تتراوح بين :
(96-64).

✓ مستوى منخفض من الضغوط النفسية : بعدما أن يتحصل المستجوب على علامة تتراوح بين :
(63-32).

5-3- الجزء الثالث : ويشتمل هذا الجزء على مقياس معد من طرف الباحث قصد الكشف عن مستوى الضغوط النفسية التي يعاني منها الأطفال المرضى قبل وبعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر الوالدين، بعد اطلاعه على عدة مصادر لإعداد هذا المقياس وهي :

- الاطلاع على العديد من المراجع والدراسات السابقة العربية منها والأجنبية ومراجعة الخلفيات النظرية التي اهتمت بهذا الموضوع : (دراسة وفاء مالك إبراهيم حيدوب (2002) ، دراسة منال محمد الحسن (2007)، دراسة سالمى هاشم مصطفى (2009)، دراسة شيرين مثقال الملاك (2010)، دراسة نجلاء إبراهيم الصديق (2010)، دراسة داود راضية (2012)، دراسة الصديقي وبن عمر (2014)، دراسة الصديقي وبن عمر (2014)، دراسة فوزية اوراغي (2014)، دراسة عايش صباح و نادية يوب (2016)، دراسة فواز أيوب المموني وسلام لافي عمري (2016)، دراسة فوزية أوراغي (2016)، دراسة تامر فرح سهيل (2017)، دراسة (EwaPisula 1999)، دراسة (Jakson et Robert 1990)، دراسة (Taylor et al 1992)، دراسة (2003) Van Aldik et al (2004)، Mcveigh et Mostashari et.al

- الاستفادة من الخبرات الميدانية والاستشارات العلاجية الموجهة للأطفال المرضى المقيمين بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الجهاز الحركي (بن عكنون) على غرار الدورات التعليمية المكثفة والأشغال التأهيلية الحركية والنشاطات المختلفة التي يمارسها الطفل المريض داخل المستشفى.

- الاستفادة من الأوراق البحثية والمدخلات المدرجة في الملتقيات الوطنية والدولية والمهتمة بموضوع الصحة النفسية بصفة عامة وموضوع الضغوط بصفة خاصة.

- الاطلاع على مجموعة من المقاييس والاستبيانات لعدة باحثين صممت لقياس الضغوط النفسية في مجالي الصحة والتعليم: مقياس لموراي هول، كالفين (1978)، مقياس الباحث داود (1995)، مقياس الباحث مقدم سهيل (2000)، مقياس احمد سرطاوي، عبد العزيز شخص (2011)، استبانة القحطاني عبد الوهاب بن محمد بن عبد الله (2012)، مقياس نبيلة أحمد أبو حبيب (2015)، مقياس غرم الله بن عبد الرزاق الغامدي (2015)، مقياس بن صالح هداية (2016)، مقياس الباحثة فوزية أوراغي (2016).

- الاطلاع على النظريات الحديثة الموجهة لمعالجة الضغوط النفسية : نظرية هانز سيلبي (H.Selyé)، نظرية موراي (Muray)، نظرية أعراض المواجهة أو الهروب لولتر كانون (walter

(canon، نظرية التقدير المعرفي للزاروس (Lazarus)، نظرية سييلبرجر (Spielberger)، نظرية
أرون بيك (Aron Beck)

- استشارة واخذ بآراء العديد من الأساتذة الجامعيين والمختصين والباحثين في مجال علم النفس،
علوم التربية والأرطوفونيا وعلم الاجتماع في مختلف جامعات الجزائر وفرنسا.
- التجربة المهنية للباحث في ميدان الصحة وذلك بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الجهاز
الحركي، مستشفى بن عكنون، الجزائر.

ويتألف هذا المقياس من 103 بند موزعة على ستة (06) محاور:

1. محور الأعراض النفسية: يشمل على 21 بند تحمل الأرقام التالية :

99.96. 93.90. 86.81. 76.71. 66.60. 55.49. 43.37. 31.25. 19.13. 7.1)
(101.

2. محور الأعراض الجسمية (العضوية) : يتكون من 16 بنود تحمل الأرقام التالية:

(87 . 82. 77.72. 67.61. 56.50. 44.38. 32.26. 20.14. 8.2)

3. محور الأعراض السلوكية والانفعالية: يحتوي على 15 بند تحمل الأرقام التالية:

83. 78. 73. 68 . 62.57. 51.45. 39.33. 27.21. 15. 9.3

4. محور الأعراض المعرفية: يتضمن 22 بند تحمل الأرقام التالية :

97. 94. 91.88. 84. 79.74. 69. 63.58. 52.46. 40. 34.28. 22.16. 10. 4)
(103. 102. 100.

5. محور الأعراض الاجتماعية والعلاقات الأسرية: يحتوي على 18 بنود تحمل الأرقام التالية:

(98. 95.92. 89. 85. 80. 75. 70. 64.53. 47. 41.35. 29.23. 17.11. 5)

6. محور الأداء الاستقلالي للطفل: يحتوي كذلك على 11 بند تحمل الأرقام التالية:

(65. 59.54.48. 42. 36. 30. 24. 18. 12. 6)

وفيما يخص طريقة تنقيط مقياس الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى قبل وبعد التحاقهم
بالأقسام الدراسية الخاصة الموجود داخل المستشفيات من وجهة نظر الوالدين، فقد تم إتباع سلم التدرج
التجميعي لليكارث (LIKERT)، حيث يتكون هذا السلم من خمسة إجابات محتملة تتراوح بين أبدا،
نادرا، أحيانا، غالبا، ودائما، والجدول رقم (17) يوضح درجات مقياس ليكارث:

جدول رقم (17): درجات مقياس ليكارت

الاستجابة	أبدا	نادرا	أحيانا	غالبا	دائما
الدرجة	1	2	3	4	5

4-5- الجزء الرابع : ويشتمل هذا الجزء على مقياس معد من طرف الباحث قصد الكشف عن الضغوط النفسية التي يعاني منها الأطفال المرضى قبل وبعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر المعلمين، بعد اطلاعه على عدة مصادر السالفة الذكر لإعداد هذا المقياس، ويتألف هذا الأخير من (96) بند موزعة على خمسة (05) محاور:

1. محور الأعراض النفسية: يشمل على 15 بند تحمل الأرقام التالية:

(1. 6. 11. 16. 21. 26. 31. 36. 41. 45. 49. 53. 56. 59. 61)

2. محور الأعراض الجسمية (العضوية) : يتكون من 08 بنود تحمل الأرقام التالية :

(2. 7. 12. 17. 22. 27. 32. 37. 42. 46. 50. 54. 57)

3. محور الأعراض السلوكية و الانفعالية: يتضمن على 08 بنود تحمل الأرقام التالية:

(3. 8. 13. 18. 23. 28. 33. 38)

4. محور الأعراض المعرفية: يحتوي على 22 بند تحمل الأرقام التالية :

(4. 9. 14. 19. 24. 29. 34. 39. 43. 47. 51. 55. 58. 60. 62. 63. 64. 65.

66. 67. 68. 69)

5. محور أعراض العلاقات الاجتماعية بين المعلم والتلميذ: يحتوي أيضا على 11 بند تحمل

الأرقام التالية: (5. 10. 15. 20. 25. 30. 35. 40. 44. 48. 52)

وفيما يخص طريقة تنقيط مقياس مصادر الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى قبل وبعد التحاقهم بالأقسام الدراسية الموجود داخل المستشفيات من وجهة نظر المعلمين ، فقد تم إتباع سلم التدرج التجميعي لليكارت (LIKERT) المشار إليه سلفا - انظر الجدول رقم(18).

جدول رقم (18) : درجات مقياس ليكارت

الاستجابة	أبدا	نادرا	أحيانا	غالبا	دائما
الدرجة	1	2	3	4	5

5-5- الجزء الخامس : يشمل على استمارة معدة لمعرفة الدرجة التي يتحصل عليها الأطفال المرضى قبل وبعد التحاقهم بالأقسام الدراسية الخاصة داخل المستشفيات العمومية بعد حصوله على منشور وزاري (وزارة التربية الوطنية) على كيفية تقدير العلامات المتحصل عليها التلميذ المتمدرس حيث يسمح هذا الأخير بمعرفة درجة كل طفل في ثلاث مواد دراسية أساسية وهي اللغة العربية والرياضيات والتربية الإسلامية، وقد تم حصر كل درجة والتقدير الذي يقابلها انطلاقاً من المنشورات الرسمية لوزارة التربية الوطنية والجدول رقم (19) يوضح العلامة الدراسية والتقدير المقابل لها.

جدول رقم (19) العلامة الدراسية و التقدير المقابل لها

العلامة	من 00 الى 2.5	من 03 إلى 5	من 05 إلى 5.5	من 07 إلى 5.5	من 09 إلى 10
التقدير	ضعيف	متوسط	جيد	جيد جدا	ممتاز

6- الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة :

6-1- الصدق والثبات :

6-1-1- مقياس الضغوط النفسية لدى الطفل المريض الماكث في المستشفى :

تم إعداد هذا المقياس من طرف الباحثة أوراغي فوزية، حيث قامت الباحثة بحساب كل من معامل الصدق والثبات في دراستها الأصلية :

✓ معامل الصدق الأصلي: قامت الباحثة فوزية أوراغي بالتأكد من تمتع هذا المقياس بشرط

الصدق ومدى قدرته على قياس الغرض الذي اعد من اجله، حيث تم استخدام كل من الصدق الظاهري وصدق المحكمين وصدق الاتساق الداخلي بين الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس، من خلال تطبيقه على عينة أولية شملت 20 مريض ماکث بالمستشفى والجدول رقم (20) يبين نتائج معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس المطبق في الدراسة الأصلية:

جدول رقم (20) : نتائج معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية.

الأبعاد	معاملات الارتباط بين الأبعاد و الدرجة الكلية	مستوى الدلالة
01	0.96	0.01
02	0.70	0.01
03	0.74	0.01
04	0.85	0.01
05	0.94	0.01

يتضح من خلال الجدول المبين أعلاه أن معاملات الارتباط تم الحصول عليها بحساب معامل ارتباط بيرسون بين الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس وكلها عند مستوى الدلالة (0.01) مما يدل على اتساق الأبعاد مع مقياس ككل، إذن من خلال نتائج تقدير صدق المقياس أن الأداة على درجة مناسبة من الصدق.

✓ **معامل الثبات الأصلي:** قامت الباحثة بحساب الثبات عن طريق معامل ثبات الفاكرونباخ وذلك لزيادة التأكد من ثبات المقياس فكان معامل ثبات المقياس ككل (0.77) وهو عال ودال. وبعد الاطلاع على جميع بنود هذا المقياس اتضح لنا أن بعضها لا يستطيع الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية الإجابة عليها لاستخدام الباحثة لبعض المصطلحات المتخصصة لا يفهمها الطفل، وبالتالي ارتأينا إلى تكييف بنود المقياس بما يتماشى مع القدرات المعرفية للتلاميذ قصد تسهيل الإجابة عليها، ومست هذه التعديلات بعض البنود حسب ما يوضحه الجدول التالي :

جدول رقم (21) : تعديل بنود المقياس.

رقم الفقرة	قبل التعديل	بعد التعديل
04	أعاني من ضعف قدرتي على الاستيعاب	قدرتي على استيعاب الدروس ضعيفة
06	اشعر بعدم الرغبة في الدراسة كلما التحق بالقسم	لا ارجب في الدراسة لسبب مرضي
07	بسبب المرض هجرني أصدقائي فأصبحت أعاني من الوحدة / الضيق و الملل.	أصبحت وحيدا بسبب مرضي
09	اشعر بعدم الارتياح مع المعلم/الأستاذ داخل المدرسة.	انا غير مرتاح عندما أكون مع المعلم داخل القسم الدراسي.
12	أجد صعوبة في التعامل مع والدي	أخاف عند التحدث مع والدي
13	اشعر بالألم في معدتي	يصيبني الألم في المعدة من كثرة القلق
14	اشعر بالتعب و الإرهاق عقب كل نشاط	اشعر بالتعب و الإرهاق عقب كل مجهود أبذله.
15	أعاني من أرق و صعوبة في النوم	أعاني من صعوبة في النوم

20	أتمنى لو كان وجودي بالمستشفى مجرد حلم مزعج سوف أفيق منه.	أتمنى الشفاء العاجل و العودة إلى عائلتي
22	اشعر بحزن شديد في كثير من الأحيان	اشعر بالحزن الشديد
23	يضايقني أنني سريع الغضب	اغضب بسرعة
24	اشعر أن متعتي بالحياة قد قلت	سئمت من كل شيء
25	ألوم نفسي لأنني سبب شقاء أُمي	اشعر أن أُمي تتعب كثيرا بسبب مرضي
26	اعتبر نفسي تلميذا غير طبيعي/عادي	اشعر إنني لست كبقية التلاميذ الآخرين
27	يؤلمني التفكير في مستقبلي الدراسي	أخاف من الانقطاع من الدراسة بسبب مرضي
29	اشعر بأن انجازاتي اقل مما هو متوقع مني	اشعر أن والدي غير راضيين من نتائج الدراسة
30	أخاف من الفشل من الدراسة و تكرار السنة بسبب المرض.	أخاف من الرسوب في المدرسة بسبب مرضي
31	لا توجد لدي معلومات عن فرص الدراسة مستقبلا	الاتصال بمدرستي الأصلية غير واضح حاليا
32	اشعر أن الدراسة بالمستشفى لن تفيدني مستقبلا	اشعر أن مواصلة الدراسة في المستشفى غير مفيدة

وبعد تعديلات لبعض بنود المقياس الأصلي للباحثة (فوزية اوراغي)، دون المساس بالمعنى المقصود وبعدها قام الباحث إعادة حساب كل من الصدق والثبات قصد تطبيقه في الدراسة الأساسية.

✓ حساب معامل الصدق (التكوين الفرضي) : وهذا من خلال حساب معامل الارتباط بيرسون (Pearson) بين كل بند ودرجة المحور الذي تنتمي إليه من جهة، وبين كل بند والدرجة الكلية لمقياس الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى الماكثين بالمستشفيات، أنظر الجدول رقم (22).

جدول رقم (22): معاملات الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية لمقياس الضغوط النفسية

لدى الأطفال المرضى الماكثين بالمستشفيات.

رقم المحور	المحاور	البنود	معامل الارتباط بدرجة المحور	معامل الارتباط بالدرجة الكلية	رقم المحور	المحاور	البنود	معامل الارتباط بدرجة المحور	معامل الارتباط بالدرجة الكلية
01	التمدرس داخل المستشفى	1	0.58**	0.36*	04	المظاهر النفسية للضغوط	19	0.65**	0.31**
		2	0.70**	0.54**			20	0.17**	0.26**
		3	0.42*	0.32*			21	0.49**	0.69**
		4	0.72**	0.52*			22	0.69**	0.24*
		5	0.65**	0.43**			23	0.49**	0.64**
		6	0.49*	0.50*			24	0.67**	0.33**
		7	0.61**	0.54*			25	0.65**	0.50**
02	علاقات التلميذ المريض داخل المستشفى	8	0.57**	0.46**	05	مستقبل التلميذ المريض الماكث بالمستشفى	26	0.60**	0.21*
		9	0.54**	0.49**			27	0.37**	0.25*
		10	0.63**	0.38*			28	0.50**	0.40*
		11	0.56**	0.33*			29	0.37**	0.24*
		12	0.46*	0.38*			30	0.76**	0.30*
		13	0.46**	0.39*			31	0.38**	0.37**
		14	0.66**	0.51**			32	0.49**	0.46**

دالة عند 0.01 * دالة 0.05 **	0.28*	0.37*	15	المظاهر الجسمية للضغوط	03
	0.38*	0.43**	16		
	0.26*	0.50**	17		
	0.58**	0.65**	18		

يتضح من خلال الجدول المبين أعلاه وجود علاقة ارتباطية تراوحت بين القوية والمتوسطة وهي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.01$) و ($\alpha=0.05$) بين كل بند والدرجة الكلية لمقياس الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى. وعليه يمكن القول بأن هذا المقياس يتمتع بدرجة مرتفعة من الصدق.

✓ **حساب معامل الثبات:** ويقصد بثبات المقياس أن يعطي هذا المقياس نفس النتائج لو تم إعادة تطبيقه أكثر من مرة تحت نفس الظروف والشروط، وقد تحقق الباحث من ثبات مقياس الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى الماكثين بالمستشفيات العمومية من خلال طريقة التجزئة النصفية وحساب معامل (ألفا كرونباخ)

✓ **طريقة التجزئة النصفية:** ويتم حساب معامل الثبات من خلال هذه الطريقة بتقسيم بنود مقياس الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى إلى جزأين متكافئين، حيث يضم الجزء الأول البنود التي تحمل الأرقام الفردية والجزء الثاني يتضمن البنود التي تحمل الأرقام الزوجية وطبعاً يتم هذا التقسيم بعد توزيع المقياس على أفراد عينة الدراسة وجمعها، وبعدها يتم حساب معامل الارتباط بيرسون (Pearson) بين الجزء الفردي والجزء الزوجي كما هو مبين في الجدول رقم (23):

الجدول رقم (23): قيمة معامل الارتباط بيرسون بين الجزء الفردي و الجزء الزوجي.

الدالة الإحصائية (P)	مستوى الدلالة (α)	عدد الأفراد (N)	قيمة بيرسون (R)	أرقام بنود المقياس	
0.00	0.01	100	0.66	19 .17 .15 .13 .11 .7.9 .5. 3 .1	الجزء الفردي
				.31 .29 .27 .25 .23 .21.	
				20. 18 .16 .14 .12 .10. 8 .6 .4 .2	الجزء الزوجي
				.32. 30. 28. 26. 24 .22.	

ومعامل الارتباط بين الجزء الفردي والجزء الزوجي يمثل في الواقع نصف الاختبار الأصلي ولتصحيح هذا الأثر نقوم بتطبيق معادلة سبرمان براون (spearman Brown) التالية:

(2) ر ف ز

ر ث ص = _____ ---- (ر ث ص) = معامل ثبات الاختبار الأصلي

(1) + ر ف ز --- (ر ف ز) = معامل ارتباط بين الجزء الفردي والجزء الزوجي

(0.66) 2

ر ث ص = $\frac{0.79}{0.66+1}$ = معامل ثبات مقياس الضغوط النفسية لدى الطفل المريض.

0.66+1

وبعد تطبيق معادلة (سييرمان براون) لتحديد معامل ثبات المقياس الأصلي يتبين بكل وضوح أن نسبة معامل ثبات مقياس الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى كانت عالية (0.79) و بالتالي يمكن القول بان هذا المقياس يصلح لتطبيقه على أفراد عينة الدراسة.

✓ معامل الفاكرونباخ (Alpha de conbach): قام الباحث أيضا بحساب معامل الثبات عن طريق إيجاد معامل ألفاكرونباخ، والجدول رقم (24) يوضح النتائج المحصل عليها .

الجدول رقم (24): قيمة معامل الفاكرونباخ لمقياس الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى .

الرقم	محاور المقياس	بنود كل محور	معامل الفاكرونباخ
01	التدريس داخل المستشفى	6.5.4.3.2.1	0.54
02	علاقات التلميذ المريض داخل المستشفى	12.11.10.9.8.7	0.53
03	المظاهر الجسمية للضغوط	18.17.16.15.14.13	0.55
04	المظاهر النفسية للضغوط	26.25.24.23.22.21.20.19	0.62
05	مستقبل التلميذ المريض المقيم بالمستشفى	32.31.30.29.28.27	0.73
0.77	جميع بنود المقياس		

نلاحظ من خلال الجدول رقم (24) أن قيمة معامل ألفاكرونباخ عالية في كل محاور مقياس الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى المعدل من طرف الباحث، كما أن قيمة معامل ألفاكرونباخ لجميع بنود هذا المقياس كانت عالية (0.77) ومن خلال هذه النتائج نستخلص بان معامل الثبات كان مرتفع، ومن جهة أخرى تقارب قيمة معامل الثبات المحسوبة من خلال معامل ألفاكرونباخ مع قيمة معامل الثبات المحصل عليها عن طريق التجزئة النصفية.

6-1-2- مقياس الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية من وجهة نظر الوالدين :

✓ حساب معامل الصدق:

✓ صدق المحكمين: قام الباحث بعرض هذا المقياس الخاص بالضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية من وجهة نظر الوالدين على مجموعة من الأساتذة المختصين في علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا والقياس النفسي ومختصين علم الاجتماع، حيث طلب منهم إبداء الرأي والحكم على مدى مناسبة فقرات، البدائل ومحاور هذا المقياس في قياس الغرض والهدف الذي أعدت من أجله، وقد تم الأخذ بأرائهم واقتراحاتهم من حيث إعادة صياغة بعض العبارات وحذف تلك التي ليس لها علاقة بمتغيرات هذه الدراسة وإضافة فقرات أخرى لم يصل إليها الباحث من قبل، علما أن عدد فقرات هذا المقياس في صورته الأولى بلغ 110 فقرة، وبعد التقيد بملاحظات هؤلاء المختصين تقلص عددها إلى (103) فقرة في صورته النهائية.

أ- نتائج التحكيم حول مدى مناسبة فقرات المقياس :

جدول رقم (25): نتائج التحكيم حول مدى مناسبة فقرات مقياس الضغوط النفسية لدى

الأطفال المرضى من وجهة نظر الوالدين.

الرقم	المقياس		مناسبة		غير مناسبة		الرقم	المقياس		مناسبة		غير مناسبة		الرقم		
	المحاور	الفقرة	النسبة المئوية	التكرارات	النسبة المئوية	التكرارات		النسبة المئوية	التكرارات	الفقرة	المحاور	النسبة المئوية	التكرارات		النسبة المئوية	التكرارات
01	الأعراض النفسية	04	المعرفية	53	10	100%	00	00%	01	10	100%	00	00%	01		
				54	10	100%	01	10%	09	90%	02	09	90%			
				55	07	70%	00	00%	10	100%	03	10	100%		00	00%
				56	10	100%	00	00%	10	100%	04	10	100%		00	00%
				57	10	100%	00	00%	10	100%	05	10	100%		00	00%
				58	10	100%	00	00%	10	100%	06	10	100%		00	00%
				59	09	90%	01	10%	00	00%	07	00	00%		10	100%
				60	10	100%	00	00%	10	100%	08	10	100%		00	00%
				61	10	100%	00	00%	10	100%	09	10	100%		00	00%
				62	10	100%	00	00%	10	100%	10	10	100%		00	00%
				63	07	70%	03	30%	10	100%	11	10	100%		00	00%
				64	10	100%	00	00%	10	100%	12	10	100%		00	00%
				65	10	100%	00	00%	09	90%	13	09	90%		01	10%
				66	10	100%	00	00%	10	100%	14	10	100%		00	00%
				67	09	90%	01	10%	10	100%	15	10	100%		00	00%
				68	10	100%	00	00%	10	100%	16	10	100%		00	00%
				69	10	100%	00	00%	07	70%	17	07	70%		03	30%
				70	10	100%	00	00%	10	100%	18	10	100%		00	00%
				71	10	100%	00	00%	10	100%	19	10	100%		00	00%
				72	10	100%	00	00%	10	100%	20	10	100%		00	00%

100%	10	00%	00	73	أعراض العلاقات الاجتماعية والأسرية	05	20%	02	80%	08	21	الأعراض الجسمية (العضوية)	02			
00%	00	100%	10	74			00%	00	100%	10	22					
00%	00	100%	10	75			00%	00	100%	10	23					
00%	00	100%	10	76			00%	00	100%	10	24					
00%	00	100%	10	77			40%	04	60%	06	25					
00%	00	100%	10	78			100%	10	00%	00	26					
30%	03	70%	07	79			00%	00	100%	10	27					
00%	00	100%	10	80			00%	00	100%	10	28					
00%	00	100%	10	81			40%	04	60%	06	29					
00%	00	100%	10	82			10%	01	90%	09	30					
00%	00	100%	10	83			00%	00	100%	10	31					
00%	00	100%	10	84			00%	00	100%	10	32					
40%	04	60%	06	85			00%	00	100%	10	33					
00%	00	100%	10	86			00%	00	100%	10	34					
00%	00	100%	10	87			00%	00	100%	10	35					
00%	00	100%	10	88			80%	08	20%	02	36					
00%	00	100%	10	89			00%	00	100%	10	37					
20%	02	80%	08	90			00%	00	100%	10	38					
00%	00	100%	10	91			00%	00	100%	10	39					
00%	00	100%	10	92			00%	00	100%	10	40					
00%	00	100%	10	93	أعراض الأداء الاستقلالي للطفل	06	00%	00	100%	10	41	الأعراض السلوكية و الانفعالية	03			
100%	10	00%	00	94			00%	00	100%	10	42					
00%	00	100%	10	95			20%	02	80%	08	43					
00%	00	100%	10	96			00%	00	100%	10	44					
00%	00	100%	10	97			00%	00	100%	10	45					
30%	03	70%	07	98			00%	00	100%	10	46					
10%	01	90%	09	99			20%	20	80%	08	47					
00%	00	100%	10	100			20%	02	80%	08	48					
90%	09	10%	01	101			00%	00	100%	10	49					
10%	01	90%	09	102			00%	00	100%	10	50					
00%	00	100%	10	103			40%	04	60%	06	51					
10%	01	90%	09	204			00%	00	100%	10	52					
20%	02	80%	08	105												
10%	01	90%	09	106												
10%	01	90%	09	107												
90%	09	10%	01	108												
20%	02	80%	08	109												
20%	02	80%	08	110												

نلاحظ من خلال الجدول المبين أعلاه أن الأساتذة المحكمين قد اتفقوا على أن (103) فقرة مناسبة مع أبعاد المقياس المخصص لقياس الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى المقيمين داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر الوالدين من أصل (110) فقرة.

ب- نتائج التحكيم حول مدى مناسبة بدائل المقياس :

جدول رقم (26): نتائج التحكيم حول مدى مناسبة بدائل مقياس الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية من وجهة نظر الوالدين.

البدائل	مناسبة		مناسبة غير مناسبة	
	التكرارات	النسبة المئوية	التكرارات	النسبة المئوية
أبدا	10	100%	00	100%
نادرا	10	100 %	00	100%
أحيانا	10	100%	00	100%
غالبا	10	100%	00	100%
دائما	10	100%	00	100%

نلاحظ من خلال الجدول المبين أعلاه أن الأساتذة المحكمين قد اتفقوا على أن جميع بدائل المقياس المخصص لقياس الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى المقيمين داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر الوالدين مناسبة (100 %).

ت- نتائج التحكيم حول مدى مناسبة محاور المقياس :

جدول رقم (27): نتائج التحكيم حول مدى مناسبة محاور مقياس الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية من وجهة نظر الوالدين.

الرقم	المحاور	مناسبة		غير مناسبة	
		التكرارات	النسبة المئوية	التكرارات	النسبة المئوية
01	الأعراض النفسية	10	100%	00	00%
02	الأعراض الجسمية (العضوية)	09	90 %	01	10%
03	الأعراض السلوكية والانفعالية	10	100%	00	100%
04	الأعراض المعرفية	07	70%	03	30%
05	أعراض العلاقات الاجتماعية و الأسرية	10	100%	00	00%
06	أعراض الأداء الاستقلالي للطفل	08	80%	02	20%

نلاحظ من خلال الجدول المبين أعلاه أن الأساتذة المحكمين اتفقوا على أن أغلبية محاور المقياس المخصص لقياس الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى المقيمين داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر الوالدين مناسبة.

بعد فرز وتحليل وقراءة ملاحظات الأساتذة المحكمين تم تعديل بعض الفقرات وإضافة فقرات أخرى بحيث أصبح مقياس الضغوط النفسية للتلاميذ المرضى المقيمين داخل المستشفيات العمومية

من وجهة نظر الوالدين يتكون من (06) أبعاد و(103) فقرة، والجدول رقم (28) يبين الفقرات المعدلة.

جدول رقم (28): تعديل بعض فقرات المقياس.

رقم الفقرة	قبل التعديل	بعد التعديل
03	الشعور بالقلق بدون أي سبب	الإصابة بنوبات قلق بدون أي سبب
07	الإصابة بالغيرة اتجاه إخوته العاديين	الميل إلى الغيرة الزائدة
15	كثرة الشعور بالذنب	الشعور بالذنب
60	التردد في اتخاذ القرار	التردد وعدم التجاوب مع الوالدين
83	التأثر بالخلافات المتكررة بين الوالدين	التأثر بالخلافات المتكررة بين الوالدين بسبب حالته الصحية.
98	لا يتمكن من الاستحمام بمفرده	غير قادر على الاستحمام بمفرده

✓ صدق التكوين الفرضي: وهذا من خلال حساب معامل الارتباط بيرسون (Pearson) بين كل بند ودرجة المحور الذي تنتمي إليه من جهة، وبين كل بند والدرجة الكلية لمقياس الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى اقبل وبعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر الوالدين، أنظر الجدول رقم (29).

جدول رقم (29): معاملات الارتباط بين كل بند و الدرجة الكلية لمقياس الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى من وجهة نظر الوالدين.

بند	بند	بند	بند	بند	بند	بند	بند	بند	بند
بند	بند	بند	بند	بند	بند	بند	بند	بند	بند
بند	بند	بند	بند	بند	بند	بند	بند	بند	بند
01	01	01	01	01	01	01	01	01	01
02	02	02	02	02	02	02	02	02	02
03	03	03	03	03	03	03	03	03	03
04	04	04	04	04	04	04	04	04	04
05	05	05	05	05	05	05	05	05	05
06	06	06	06	06	06	06	06	06	06
07	07	07	07	07	07	07	07	07	07
08	08	08	08	08	08	08	08	08	08
09	09	09	09	09	09	09	09	09	09
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
18	18	18	18	18	18	18	18	18	18

0.33**	0.46**	56	الأعراض المعرفية	04	0.76**	0.67**	19	الأعراض الجسمية (العضوية)	02
0.39**	0.38**	57			0.57**	0.43**	20		
0.57**	0.56**	58			0.42**	0.54**	21		
0.28*	0.33*	59			0.84**	0.73**	22		
0.20*	0.71**	60			0.68**	0.71**	23		
0.60**	0.62**	61			0.51**	0.60**	24		
0.26**	0.31**	62			0.84**	0.83**	25		
0.72**	0.70**	63			0.45**	0.55**	26		
0.23*	0.34**	64			0.67**	0.76**	27		
0.46**	0.42**	65			0.71**	0.85**	28		
0.77**	0.86**	66			0.25*	0.33*	29		
0.58**	0.66**	67			0.25*	0.43*	30		
0.54**	0.57**	68			0.83**	0.84**	31		
0.85**	0.80**	69			0.51**	0.48**	32		
0.22*	0.36*	70			0.20*	0.43*	33		
0.57**	0.72**	71			0.74**	0.75**	34		
0.21**	0.27**	72			0.76**	0.70**	35		
0.84**	0.66**	73			0.23*	0.33**	36		
0.84**	0.75**	74			0.67**	0.66**	37		
0.49**	0.70**	93			أعراض الأداء الاستقلالي للطفل	06	0.41**		
0.72**	0.65**	94	0.71**	0.57**			76		
0.44**	0.43**	95	0.44**	0.76**			77		
0.22*	0.35**	96	0.44**	0.63**			78		
0.77**	0.78**	97	0.85**	0.86**			79		
0.45**	0.62**	98	0.60*	0.63**			80		
0.40**	0.51**	99	0.29*	0.38**			81		
0.68**	0.78**	100	0.65**	0.69**			82		
0.73**	0.73**	101	0.51**	0.59**			83		
0.21*	0.32**	102	0.28*	0.36**			84		
0.39**	0.66**	103	0.54**	0.67**	85				
** دالة عند 0.01 * دالة 0.05					0.64**	0.72**	86		
					0.43**	0.63**	87		
					0.69**	0.70**	88		
					0.58**	0.52**	89		
					0.46**	0.63**	90		
					0.21*	0.32**	91		
			0.53**	0.86**	92				

يتضح من خلال الجدول المبين أعلاه وجود علاقة ارتباطيه تراوحت بين القوية والمتوسطة وهي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.01$) و ($\alpha=0.05$) بين كل بند والدرجة الكلية لمقياس الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى من وجهة نظر الوالدين. وعليه يمكن القول بأن هذا المقياس يتمتع بدرجة مرتفعة من الصدق.

✓ حساب معامل الثبات:

✓ طريقة التجزئة النصفية: ويتم حساب معامل الثبات من خلال هذه الطريقة بتقسيم بنود مقياس الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى من وجهة نظر الوالدين إلى جزأين متكافئين، حيث يضم الجزء الأول البنود التي تحمل الأرقام الفردية والجزء الثاني يتضمن البنود التي تحمل الأرقام الزوجية وطبعاً يتم هذا التقسيم بعد توزيع المقياس على أفراد عينة الدراسة وجمعها، وبعدها يتم حساب معامل الارتباط بيرسون بين الجزء الفردي والجزء الزوجي كما هو مبين في الجدول رقم (30):

الجدول رقم (30): معامل الارتباط بيرسون بين الجزء الفردي و الجزء الزوجي.

الدلالة الإحصائية (P)	مستوى الدلالة (α)	عدد الأفراد (N)	قيمة برسون (R)	أرقام بنود المقياس
0.00	0.01	100	0.89	الجزء الفردي .27 .25 .23 .21 .19 .17 .15 .13 .11 .9 .7 .5 .3.1 .53 .51 .49 .47 .45 .43 .41 .39 .37 .35 .33 .31 .29 .79 .77 .75 .73 .71 .69 .67 .65 .63 .61 .59 .57 .55 .103 .101 .99 .97 .95 .93 .91 .89 .87 .85 .83 .81
				الجزء الزوجي .26 .24 .22 .20 .18 .16 .14 .12 .10 .8 .6 .4 .2 .50 .48 .46 .44 .42 .40 .38 .36 .34 .32 .30 .28 .74 .72 .70 .68 .66 .64 .62 .60 .58 .56 .54 .52 .98 .96 .94 .92 .90 .88 .86 .84 .82 .80 .78 .76 102 .100

في الواقع معامل الارتباط بين الجزء الفردي والجزء الزوجي يمثل نصف الاختبار الأصلي، ولتصحيح هذا الأثر نقوم بتطبيق معادلة سبرمان براون (spearman Brown) التالية:

(2) ر ف ز

ر ث ص = $\frac{2 \times \text{معامل ثبات مقياس الضغوط النفسية لدى الطفل المريض}}{0.89 + 1}$ (ر ث ص) = معامل ثبات الاختبار الأصلي

(1) ر ف ز + ر ف ز = معامل ارتباط بين الجزء الفردي و الجزء الزوجي

$$\text{ر ث ص} = \frac{(0.89) \times 2}{0.89 + 1} = 0.94$$

معامل ثبات مقياس الضغوط النفسية لدى الطفل المريض / 0.94 = $\frac{(0.89) \times 2}{0.89 + 1}$ من وجهة نظر الوالدين.

وبعد تطبيق معادلة (سبيرمان براون) لتحديد معامل ثبات المقياس الأصلي يتبين بكل وضوح أن نسبة معامل ثبات مقياس الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى من وجهة نظر الوالدين المعد من طرف الباحث كانت عالية جدا (0.94) وبالتالي يمكن القول بان هذا المقياس يصلح لتطبيقه على أفراد عينة الدراسة.

✓ معامل الفاكرونباخ (Alpha de conbach): قام الباحث أيضا بحساب معامل الثبات عن طريق إيجاد معامل الفاكرونباخ، والجدول رقم (31) يوضح النتائج المحصل عليها .

الجدول رقم (31) : قيمة معامل الفاكرونباخ لمقياس الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى من وجهة نظر الوالدين.

الرقم	محاور المقياس	بنود كل محور	معامل الفاكرونباخ
01	الأعراض النفسية	66.60. 55.49. 43.37. 31.25. 19.13. 7.1 101. 99.96. 93.90. 86.81. 76.71.	0.83
02	الأعراض العضوية (الجسمية)	67.61. 56.50. 44.38. 32.26. 20.14. 8.2 87 . 82. 77.72.	0.86
03	الأعراض السلوكية	68 . 62.57. 51.45. 39.33. 27.21. 15. 9.3 83. 78. 73.	0.86
04	الأعراض المعرفية	63.58. 52.46. 40. 34.28. 22.16. 10. 4 102. 100. 97. 94. 91.88. 84. 79.74. 69. 103.	0.84
05	الأعراض الاجتماعية و العلاقات الأسرية	70. 64.53. 47. 41.35. 29.23. 17.11. 5 98. 95.92. 89. 85. 80. 75.	0.78
06	أعراض الأداء الاستقلالي للطفل	65. 59.48. 42. 36. 30. 24. 18. 12. 6	0.75
0.94	جميع بنود المقياس		

نلاحظ من خلال الجدول المبين أعلاه أن قيمة معامل الفاكرونباخ عالية في كل محاور مقياس الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى من وجهة نظر الوالدين المعد من طرف الباحث، كما أن قيمة معامل ألفاكرونباخ لجميع بنود هذا المقياس كانت عالية (0.94) ومن خلال هذه النتائج نستخلص بان معامل الثبات كان مرتفع، ومن جهة أخرى تطابقت قيمة معامل الثبات المحسوبة من خلال معامل الفاكرونباخ مع قيمة معامل الثبات المحصل عليها عن طريق التجزئة النصفية.

✓ بعد حساب الخصائص السيكومترية لمقياس الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية من وجهة نظر الوالدين، اشتمل في صورته النهائية على (103) فقرة موزعة على ستة (06) محاور وهي كالتالي :

- ✓ المحور الأول : يتعلق بالأعراض النفسية يتكون من 21 فقرة.
- ✓ المحور الثاني : يتناول الأعراض العضوية (الجسمية) يتألف من 16 فقرة.
- ✓ المحور الثالث : يشمل الأعراض السلوكية والانفعالية ويحتوي على 15 فقرة.
- ✓ المحور الرابع : يتناول الأعراض المعرفية ويتكون من 22 فقرة.
- ✓ المحور الخامس : يشمل الأعراض الاجتماعية والعلاقات الأسرية يحتوي على 18 فقرة.
- ✓ المحور السادس : يتناول أعراض الأداء الاستقلالي للطفل ويتألف من 11 فقرة.

6-1-3- مقياس الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية من وجهة نظر المعلمين :

✓ حساب معامل الصدق:

✓ صدق المحكمين: قام الباحث بعرض هذا المقياس الخاص بالضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية من وجهة نظر المعلمين على مجموعة من الأساتذة المختصين في علم النفس وعلوم التربية والارطوفونيا والقياس النفسي ومختصين علم الاجتماع، حيث طلب منهم إبداء الرأي والحكم على مدى مناسبة فقرات، البدائل ومحاور هذا المقياس في قياس الغرض والهدف الذي أعدت من اجله، وقد تم الأخذ بأرائهم واقتراحاتهم من حيث إعادة صياغة بعض العبارات وحذف تلك التي ليس لها علاقة بمتغيرات هذه الدراسة وإضافة فقرات أخرى لم يصل إليها الباحث من قبل، علما أن عدد فقرات هذا المقياس في صورته الأولى بلغ (73) فقرة، وبعد التقيد بملاحظات هؤلاء المختصين تقلص عددها إلى (69) فقرة في صورته النهائية.

أ- نتائج التحكيم حول مدى مناسبة فقرات المقياس :

جدول رقم (32): نتائج التحكيم حول مدى مناسبة فقرات مقياس الضغوط النفسية لدى

الأطفال المرضى من وجهة نظر المعلمين.

الرقم	المقياس		مناسبة		الرقم	غير مناسبة		مناسبة		الرقم
	المحاور	الفقرة	التكرارات	النسبة المؤوية		التكرارات	النسبة المؤوية	التكرارات	النسبة المؤوية	
01	الأعراض النفسية	01	10	100%	00	00%	37	10	100%	
		02	09	90%	01	10%	38	10	100%	
		03	10	100%	00	00%	39	10	100%	
		04	10	100%	00	00%	40	07	70%	
		05	10	100%	00	00%	41	09	90%	
		06	09	90%	01	10%	42	02	20%	

40%	04	60%	06	43	الأعراض المعرفية	04	100%	10	00%	00	07	02
00%	00	100%	10	44			00%	00	100%	10	08	
00%	00	100%	10	45			00%	00	100%	10	09	
00%	00	100%	10	46			00%	00	100%	10	10	
00%	00	100%	10	47			00%	00	100%	10	11	
40%	04	60%	06	48			30%	03	70%	07	12	
00%	00	100%	10	49			00%	00	100%	10	13	
00%	00	100%	10	50			00%	00	100%	10	14	
00%	00	100%	10	51			00%	00	100%	10	15	
00%	00	100%	10	52			00%	00	100%	10	16	
20%	02	80%	08	53			00%	00	100%	10	17	
00%	00	100%	10	54			00%	00	100%	10	18	
00%	00	100%	10	55			20%	02	80%	08	19	
00%	00	100%	10	56			00%	00	100%	10	20	
00%	00	100%	10	57			00%	00	100%	10	21	
00%	00	100%	10	58			00%	00	100%	10	22	
00%	00	100%	10	59			00%	00	100%	10	23	
10%	01	90%	09	60			00%	00	100%	10	24	
00%	00	100%	10	61			00%	00	100%	10	25	
30%	03	70%	07	62	10%	01	90%	09	26			
40%	04	60%	06	63	00%	00	100%	10	27			
00%	00	100%	10	64	00%	00	100%	10	28			
20%	02	80%	08	65	00%	00	100%	10	29			
00%	00	100%	10	66	00%	00	100%	10	30			
90%	09	90%	01	67	70%	07	30%	03	31			
00%	00	100%	10	68	00%	00	100%	10	32			
20%	02	80%	08	69	00%	00	100%	10	33			
10%	01	90%	09	70	00%	00	100%	10	34			
20%	02	80%	08	71	00%	00	100%	10	35			
20%	02	80%	08	72	00%	00	100%	10	36			
90%	09	10%	01	73								

نلاحظ من خلال الجدول المبين أعلاه أن الأساتذة المحكمين اتفقوا على أن (69) فقرة مناسبة مع أبعاد المقياس المخصص لقياس الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى المقيمين داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر المعلمين من أصل (73) فقرة.

ب- التحكيم حول مدى مناسبة بدائل المقياس :

جدول رقم(33) : يوضح نتائج التحكيم حول مدى مناسبة البدائل لمقياس الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى من وجهة نظر المعلمين.

مناسبة غير مناسبة		مناسبة غير مناسبة		البدائل
النسبة المئوية	التكرارات	النسبة المئوية	التكرارات	
100%	00	100%	10	أبدا
100%	00	100 %	10	نادرا
100%	00	100%	10	أحيانا
100%	00	100%	10	غالبا
100%	00	100%	10	دائما

نلاحظ من خلال الجدول المبين أعلاه أن الأساتذة المحكمين قد اتفقوا على أن جميع بدائل المقياس المخصص لقياس الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى المقيمين داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر المعلمين مناسبة (100 %).

ت- نتائج التحكيم حول مدى مناسبة محاور المقياس :

جدول رقم(34) : يوضح نتائج التحكيم حول مدى مناسبة المحاور لمقياس الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى من وجهة نظر المعلمين.

مناسبة غير مناسبة		مناسبة غير مناسبة		المحاور	الرقم
النسبة المئوية	التكرارات	النسبة المئوية	التكرارات		
30%	30	70%	70	الأعراض النفسية	01
100%	00	100 %	10	الأعراض الجسمية (العضوية)	02
10%	01	90%	09	الأعراض السلوكية و الانفعالية	03
100%	00	100%	10	الأعراض المعرفية	04
20%	02	80%	08	أعراض العلاقات الاجتماعية بين المعلم والتلميذ	05

بعد فرز وتحليل وقراءة ملاحظات الأساتذة المحكمين تم تعديل بعض الفقرات وإضافة فقرات أخرى بحيث أصبح مقياس الضغوط النفسية للتلاميذ المرضى المقيم داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر المعلمين يتكون من(09) فقرة موزعة على (05) أبعاد والجدول رقم (35) يبين الفقرات المعدلة.

جدول رقم (35): تعديل بعض فقرات المقياس.

رقم الفقرة	قبل التعديل	بعد التعديل
03	الشعور بالقلق بدون أي سبب	الإصابة بنوبات قلق بدون أي سبب
04	الغيرة من معاملة المعلم للزملاء	الغيرة من طريقة معاملة المعلم لزملائه
09	العجز في التعبير عن مشاعره	العجز في التعبير عن أفكاره
29	الميل إلى العدوانية و إيذاء الآخرين	الميل إلى العدوانية و إيذاء زملاءه
30	التأخر في الالتحاق إلى المدرسة	التأخر في الالتحاق بالقسم الدراسي
32	يعصي أوامر المعلم	يعصي طلبات و أوامر المعلم
40	التردد في اتخاذ القرار	التردد في المشاركة و التجاوب مع المعلم داخل القسم
54	يجد صعوبة في انجاز الواجبات المنزلية	يجد صعوبة في حل المسائل داخل القسم
62	الشعور بالحرج و الارتباك عند توجه المعلم له سؤال	الشعور بالحرج و الارتباك عندما يسأله المعلم.
66	لا يتطلع إلى المعلم	يميل إلى الجلوس في الخلف تهرباً من مواجهة المعلم.

✓ صدق التكوين الفرضي: وهذا من خلال حساب معامل الارتباط بيرسون (Pearson)

بين كل بند و درجة المحور الذي تنتمي إليه من جهة، وبين كل بند والدرجة الكلية للمقياس الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى قبل وبعد التحاقهم بالقسم الدراسي الخاص بالمستشفى من وجهة نظر المعلمين، أنظر الجدول رقم (36).

جدول رقم (36): معاملات الارتباط بين كل بند و الدرجة الكلية لمقياس الضغوط النفسية

لدى الأطفال المرضى وجهة نظر المعلمين.

بند	المحاور	بند	بند	بند	بند	بند	بند	بند	بند
01	الأعراض النفسية	1	0.71**	0.59**	37	0.48*	0.33*	معامل الارتباط بالدرجة الكلية	معامل الارتباط بدرجة المحور
		2	0.80**	0.77**	38	0.63**	0.78**		
		3	0.32**	0.22**	39	0.58**	0.51**		
		4	0.82**	0.78**	40	0.73**	0.73**		
		5	0.38**	0.29*	41	0.77**	0.79**		
		6	0.72**	0.70**	42	0.59**	0.65**		
		7	0.37**	0.29*	43	0.58**	0.53**		
		8	0.67**	0.70**	44	0.44**	0.28*		
		9	0.89**	0.80**	45	0.32**	0.26*		
		10	0.70**	0.49*	46	0.72**	0.72**		
		11	0.67**	0.61**	47	0.76**	0.67**		
		12	0.57**	0.56**	48	0.22*	0.22*		
		13	0.51**	0.44*	49	0.37**	0.30*		
		14	0.87**	0.86**	50	0.28*	0.23*		

0.82**	0.80**	51			0.35*	0.47*	15	الأعراض الجسمية (العضوية)	02
0.27*	0.37**	52			0.28*	0.53*	16		
0.43**	0.50**	53			0.52**	0.53**	17		
0.61**	0.43**	54			0.35*	0.47*	18		
0.73**	0.58**	55			0.88**	0.86**	19		
0.77**	0.68**	56			0.48**	0.53**	20		
0.39**	0.43**	57			0.52**	0.49**	21		
0.73**	0.73**	58			0.43**	0.46**	22		
0.46*	0.58*	59	أعراض العلاقات الاجتماعية بين المعلم والتلميذ	05	0.35*	0.41**	23	الأعراض السلوكية والانفعالية	03
0.50**	0.55**	60			0.70**	0.77**	24		
0.51**	0.58**	61			0.26*	0.33**	25		
0.38*	0.40**	62			0.44**	0.53**	26		
0.50**	0.66**	63			0.47**	0.50**	27		
0.73**	0.65**	64			0.73**	0.76**	28		
0.43**	0.62**	65			0.53**	0.83**	29		
0.64**	0.66**	66			0.45*	0.52**	30		
0.64**	0.74**	67	0.43**	0.63**	31				
0.30*	0.48**	68	0.27*	0.38**	32				
0.45**	0.52**	69	0.64**	0.73**	33				
دالة عند 0.01 * دالة 0.05				0.83	0.80**	34			
				0.37*	0.53**	35			
				0.62**	0.55**	36			

يتضح من خلال الجدول رقم (36) وجود علاقة ارتباط بين المتوسط والعالية وهي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.01$) و ($\alpha = 0.05$) بين كل بند والدرجة الكلية لمقياس الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى المقيمين داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر المعلمين. وعليه يمكن القول بأن هذا المقياس يتمتع بدرجة مرتفعة من الصدق.

✓ حساب معامل الثبات:

✓ طريقة التجزئة النصفية: ويتم حساب معامل الثبات من خلال هذه الطريقة بتقسيم بنود مقياس الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى من وجهة نظر الوالدين إلى جزأين متكافئين، حيث يضم الجزء الأول البنود التي تحمل الأرقام الفردية والجزء الثاني يتضمن البنود التي تحمل الأرقام الزوجية وطبعاً يتم هذا التقسيم بعد توزيع المقياس على أفراد عينة الدراسة وجمعها، وبعدها يتم حساب معامل الارتباط بيرسون بين الجزء الفردي والجزء الزوجي كما هو مبين في الجدول رقم (37):

الجدول رقم (37): معامل الارتباط بيرسون بين الجزء الفردي والجزء الزوجي.

الدلالة الإحصائية (P)	مستوى الدلالة (α)	عدد الأفراد (N)	قيمة بيرسون (R)	أرقام بنود الاستبيان	
0.00	0.01	100	0.91	23.21. 19.17. 15. 13. 11. 9. 7.5. 3.1 45.43. 41. 39. 37.35. 33. 31.29. 27. 25. 65. 63. 61. 59. 57. 55.53. 51. 49.47. 69.67.	الجزء الفردي
				24.22. 20. 18.16. 14.12. 10. 8. 6. 4. 2 48. 46.44. 42. 40.38. 36. 34. 32.30. 28.26. 68. 66. 64. 62 .60. 58.56. 54.52. 50.	الجزء الزوجي

في الواقع معامل الارتباط بين الجزء الفردي والجزء الزوجي يمثل نصف الاختبار الأصلي، ولتصحيح هذا الأثر نقوم بتطبيق معادلة سبيرمان براون (spearman Brown) التالية:

(2) ر ف ز

ر ث ص = $\frac{2 \times \text{معامل ثبات الاختبار الأصلي}}{1 + \text{معامل ثبات الاختبار الأصلي}}$ (ر ث ص) = معامل ثبات الاختبار الأصلي

(1) + ر ف ز --- (ر ف ز) = معامل ارتباط بين الجزء الفردي و الجزء الزوجي

$$\text{ر ث ص} = \frac{(0.91) \times 2}{0.91 + 1} = \frac{1.82}{1.91} = 0.95$$

معامل ثبات مقياس الضغوط النفسية لدى الطفل المريض من وجهة نظر المعلمين.

وبعد تطبيق معادلة (سبيرمان براون) لتحديد معامل ثبات المقياس الأصلي يتبين بكل وضوح أن نسبة معامل ثبات مقياس الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى من وجهة نظر المعلمين المعد من طرف الباحث كانت عالية (0.95) وبالتالي يمكن القول بان هذا المقياس يصلح لتطبيقه على أفراد عينة الدراسة .

✓ معامل الفاكرونباخ (Alpha de conbach): قام الباحث أيضا بحساب معامل

الثبات عن طريق إيجاد معامل الفاكرونباخ، والجدول رقم (38) يوضح النتائج المحصل عليها :

جدول رقم (38) : قيمة معامل الفاكرونباخ لمقياس الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى وجهة نظر المعلمين.

الرقم	محاور المقياس	بنود كل محور	معامل الفاكرونباخ
01	الأعراض النفسية	.36 .31 .26 .21 .16 .11 .6 .1 .61 .59 .56 .53 .49 .45 .41	0.83
02	الأعراض الجسمية (العضوية)	.37 .32 .27 .22 .17 .12 .7 .2 .57 .54 .50 .46 .42	0.77
03	الأعراض السلوكية و الانفعالية	38 .33 .28 .23 .18 .13 .8 .3	0.72
04	الأعراض المعرفية	.39 .34 .29 .24 .19 .14 .9 .4 .62 .60 .58 .55 .51 .47 .43 .69 .68 .67 .66 .65 .64 .63	0.84
05	أعراض العلاقات الاجتماعية بين المعلم و التلميذ.	.40 .35 .30 .25 .20 .15 .10 .5 .52 .48 .44	0.66
0.91	جميع بنود المقياس		

نلاحظ من خلال الجدول رقم (38) أن قيمة معامل الفا كرونباخ عالية في كل محاور مقياس الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى من وجهة نظر المعلمين المعد من طرف الباحث، كما أن قيمة معامل ألفا كرونباخ لجميع بنود هذا المقياس كانت عالية (0.91) ومن خلال هذه النتائج نستخلص بأن معامل الثبات كان مرتفعاً، ومن جهة أخرى تقاربت قيمة معامل الثبات المحسوبة من خلال معامل الفاكرونباخ مع قيمة معامل الثبات المحصل عليها عن طريق التجزئة النصفية. وبعد حساب الخصائص السيكومترية لمقياس الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية من وجهة نظر المعلمين، اشتمل في صورته النهائية على (69) فقرة موزعة على خمسة (05) محاور وهي كالتالي :

- ✓ المحور الأول : يتعلق بالأعراض النفسية ويتكون من 15 فقرة.
- ✓ المحور الثاني : تناول الأعراض العضوية (الجسمية) ويتألف من 13 فقرة.
- ✓ المحور الثالث : يشمل الأعراض السلوكية والانفعالية و يحتوي على 08 فقرات.
- ✓ المحور الرابع : تناول الأعراض المعرفية ويتكون من 22 فقرة.
- ✓ المحور الخامس : يشمل الأعراض الاجتماعية بين المعلم والتلميذ ويتكون من 11 فقرة.

7- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

- بعد استرجاع الاستبيانات وفرزها، قمنا بتفريغها ثم تحليلها ومعالجتها عن طريق مجموعة البرامج الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS22)، وقد استخدم الأدوات الإحصائية التالية:
- التكرارات و المتوسطات الحسابية و النسب المئوية (%).
 - معادلة سبيرمان براون (spearman brown).
 - معادلة بيرسون (person).
 - معامل ألفا كرونباخ (ALPHA DE CRONDACH) لحساب معامل الثبات.
 - اختبار الفروق (ت) T.TEST
 - اختبار تحليل التباين أحادي الاتجاه (One Way Avova).

8- المجال الزمني والمكاني للدراسة الأساسية:

8-1- المجال الزمني للدراسة:

استغرقت الدراسة الأساسية 06 أشهر، من شهر سبتمبر إلى شهر مارس 2020. قام الباحث بتطبيق أدوات الدراسة خلال هذه الفترة الزمنية.

8-2- المجال المكاني للدراسة:

تم إجراء الدراسة الأساسية في ستة (06) مؤسسات إستشفائية عمومية التالية :

- 1- المركز الاستشفائي الجامعي مصطفى باشا، الجزائر.
- 2- المركز الاستشفائي الجامعي اسعد حساني ، بني مسوس، الجزائر.
- 3- المركز الاستشفائي الجامعي نفيسة حمود (بارني)، حسين داي، الجزائر.
- 4- المؤسسة الاستشفائية العمومية جيلالي بالخنشير (بئر طرارية)، الابيار، الجزائر.
- 5- المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في إعادة التأهيل الوظيفي، تقصرين، الجزائر.
- 6- المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الجهاز الحركي، مستشفى بن عكنون، الجزائر

الجدول رقم (39) يبين مكان إجراء الدراسة الأساسية

الرقم	المستشفيات	المقاطعة الإدارية	البلدية	المدرسة الابتدائية
01	المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الجهاز الحركي، مستشفى بن عكنون، الجزائر.	بوزريعة	بن عكنون	سعي 1 بن عكنون
02	المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في إعادة التأهيل الوظيفي، تقصرين، الجزائر.	درارية	بئر خادم	أميراش محمد بئر خادم
03	المؤسسة الاستشفائية العمومية جيلالي بالخنشير (بئر طرارية)، الأبيار، الجزائر.	بوزريعة	الأبيار	مدرسة البشير الإبراهيمي الأبيار
04	المركز الاستشفائي الجامعي نفيسة حمود (بارني)، حسين داي، الجزائر.	حسين داي	حسين داي	مدرسة جمال الدين الأفغاني حسين داي
05	المركز الاستشفائي الجامعي اسعد حساني ، بني مسوس، الجزائر	بوزريعة	بني مسوس	مدرسة سيدي سعدي بلدية بني مسوس
06	المركز الاستشفائي الجامعي مصطفى باشا، الجزائر.	سيدي محمد	سيدي محمد	مدرسة الإخوة حدادي، بلدية سيدي محمد

يوضح الجدول رقم (39) المؤسسات الاستشفائية التي أجريت فيها الدراسة الأساسية وكذا المدرسة الابتدائية التابعة للمقاطعة وبلدية كل مستشفى.

9- صعوبات الدراسة الأساسية:

- عدم قدرة الأطفال المرضى الإجابة على محاور المقاييس مما أجبرنا على شرحها لهم لأنهم غير متعودين على ملأ هذا النوع من المقاييس.
- استحالة التطبيق القبلي لمقياس الضغوط النفسية قبل دخول الأطفال المرضى إلى المستشفى لذا قمنا بتطبيق مقاييس الضغوط النفسية عند الأطفال المرضى المقيمين داخل المستشفيات العمومية مباشرة عند الدخول والقياس القبلي يكون من وجهة نظر الأولياء والمعلمين التابعين للقسم الدراسي الخاص داخل المستشفى .
- نقص الدراسات السابقة في موضوع الدراسة الحالية.
- صعوبة الاتصال بمسؤولي المؤسسات الاستشفائية.
- تعطيل الاتصال الدائم مع المرضى داخل الأقسام الخاصة داخل المستشفيات العمومية بسبب جائحة كورونا (كوفيد 19) التي أجبرت غلق هذه الأقسام داخل المستشفيات العمومية طوال سنة 2020.

الفصل الثامن

عرض نتائج الدراسة وتحليلها

• عرض نتائج الدراسة وتحليلها

1- عرض نتائج الدراسة وتحليلها.

- عرض نتائج الدراسة وتحليلها:

1- الفرضية العامة الأولى: لا يعاني الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية من ضغوط النفسية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية.

- الفرضية الجزئية الأولى : توقعنا فيها وجود مستوى منخفض من الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية.
- ولاختبار هذه الفرضية قمنا بتحديد مستويين من الضغوط النفسية لدى أفراد عينة هذه الدراسة انطلاقا من عدد بنود المقياس المخصص لتحديد مستوى الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى وعليه يمكن تحديد الدرجة الدنيا والقصوى لكل مستوى كما يلي:
- مستوى منخفض من الضغوط النفسية بعد أن يتحصل المستجيب على قيمة تتراوح ما بين (32-63).
- مستوى مرتفع من الضغوط النفسية بعد أن يتحصل المستجيب على قيمة تتراوح ما بين (64-96).

وقد أظهرت نتائج التحليل المبينة في الجدول رقم (40) أن (79) طفل مريض لديهم مستوى منخفض من الضغوط النفسية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية، وهذا العدد المذكور يشكل أغلبية أفراد عينة الدراسة الحالية بنسبة مئوية قدرت بـ (79%)، أيضا وجود مستوى مرتفع من الضغوط لدى بقية أفراد عينة الدراسة والمقدر عددهم بـ (21) طفل بنسبة مئوية قاربت (21%)، وعليه فقد جاءت هذه النتائج مطابقة لما توقعناه سابقا بوجود مستوى منخفض من الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى وذلك بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية.

الجدول رقم (40) : الإحصاءات الوصفية لأفراد عينة هذه الدراسة حسب مستوى معاناتهم من الضغوط النفسية.

النسبة المئوية	عدد التلاميذ	مستوى الضغوط النفسية
79%	79	• مستوى منخفض من الضغوط النفسية (32-63)
21%	21	• مستوى مرتفع من الضغوط النفسية (64-96)
100%	100	المجموع

• **الفرضية الجزئية الثانية:** توقعنا فيها وجود فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى الملتحقين بالأقسام الدراسية الخاصة داخل المستشفيات العمومية حول مستوى الضغوط النفسية تعزى إلى متغير الجنس؟

ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام (T.Test) ليعيّن مستقلتين بالنسبة لمتغير الجنس، وقبل عرض نتائج التحليل نتطرق أولاً إلى الإحصائيات الوصفية لكل من الذكور والإناث؛ حيث تبين من خلال الجدول رقم (41) أن المتوسط الحسابي لدرجة الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى الذكور قد بلغ (67.71) بانحراف معياري قدر بـ (6.40)، في حين قدر المتوسط الحسابي للأطفال المرضى الإناث بـ (67.47) بانحراف معياري قدر بـ (3.87).

الجدول رقم (41) : الإحصاءات الوصفية حول مستوى الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة حسب متغير الجنس

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	عدد الأفراد	الجنس	مستوى الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى
6.40	67.71	45	ذكور	
3.87	67.47	55	إناث	

ويوضح الجدول المذكور أعلاه أن اختبار التجانس (F) دال لأن ($P < 0.01$) وهذا يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات الذكور والإناث من حيث التباين، أما فيما يخص دلالة الاختلاف الموجود بين الأطفال المرضى الذكور منهم والإناث من حيث مستوى الضغوط النفسية نتيجة لالتحاقهم بالأقسام الدراسية الخاصة داخل المستشفيات العمومية، فقد بينت قيمة (T.Test) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعتين، لأن الدلالة الإحصائية ($p = 0.82$) أكبر من مستوى الخطأ ($\alpha = 0.05$)، وبالتالي قيمة (T=0.21) وهي غير دالة لأن $\{p=0.82\} > (\alpha=0.05)$.

حسب النتائج المبينة في الجدول رقم (42)، نستنتج أنه ليس هناك اختلاف دال إحصائياً بين الأطفال المرضى في مستوى الضغوط النفسية من حيث متغير الجنس (الذكور-الإناث)؛ وعليه فقد جاءت هذه النتائج مخالفة لتوقعاتنا السابقة والتي تشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال المرضى الملتحقين بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية.

الجدول رقم (42) : نتائج اختبار (T) في مستوى الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية حسب متغير الجنس.

اختبار (T)				اختبار (F)			مستوى الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى
القرار الإحصائي	الدلالة الإحصائية (p)	مستوى الدلالة (α)	درجة الحرية (ddi)	قيمة (T)	الدلالة الإحصائية (p)	مستوى الدلالة (α)	
غير دال	0.82	0.05	69.181	0.21	0.00	0.01	10.20

• الفرضية الجزئية الثالثة : توقعنا فيها وجود فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى الملحقين بالأقسام الدراسية الخاصة داخل المستشفيات العمومية حول مستوى الضغوط النفسية تعزى إلى متغير نوع المرض.

وقد عمدنا إلى حساب دلالة هذه الفروق في مستوى الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية، وهذا باستخدام اختبار تحليل التباين أحادي الاتجاه (One-Way anova) كون التحليل ينصب على أكثر من مجموعتين، والنتائج المتوصل إليها موضحة في الجدول رقم (43).

حيث تشير نتائج التحليل المبينة في الجدول رقم (43) إلى وجود اختلاف دال إحصائياً بين متوسطات إجابات الأطفال المرضى حول مستوى الضغوط النفسية لديهم وهذا حسب متغير نوع المرض. حيث بينت النتائج أن قيمة (F=16.817) دالة لأن الدلالة الإحصائية (P=0.00) اصغر من مستوى الخطأ (α=0.01)، مما يدل على وجود اختلاف بين إجابات الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية الذين شملتهم هذه الدراسة والمنتسبين إلى المستشفيات العمومية التالية: المركز الاستشفائي الجامعي (مصطفى باشا)، المركز الاستشفائي الجامعي (نفيسة حمود)، حسين داي، المركز الاستشفائي الجامعي (اسعد حسني) بني مسوس، المؤسسة الاستشفائية العمومية (جيلالي بالخنشير)، الأبيار، المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الجهاز الحركي لبن عكنون والمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في إعادة التأهيل الوظيفي بتقصرين، وبالتالي قيمة (F=16.817) دالة لأن $\{P=0.00\} < (\alpha = 0.01)$.

ولقد جاءت هذه النتائج مطابقة لما توقعناه سابقاً، والتي تشير إلى وجود فروق في مستوى الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية تعزى إلى نوع المرض، انظر الجدول رقم (43).

الجدول رقم (43): نتائج تحليل تباين إجابات الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية حول مستوى الضغوط النفسية حسب متغير نوع المرض.

الدالة الإحصائية	الدالة الإحصائية (P)	قيمة (F)	متوسط المربعات	درجة الحرية (ddi)	مجموع المربعات	مصدر التباين
دال	0.00	16.817*	209.959	7	1469.714	بين المجموعات
			12.485	92	1148.646	داخل المجموعات
				99	2618.360	المجموع

(*) دالة عند 0.01.

ومن أجل التعرف على مصادر الاختلاف في إجابات الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية المشاركين في هذه الدراسة حسب متغير نوع المرض، تم القيام بالمقارنات المتعددة باستخدام طريقة (LSD)، انظر الجدول رقم (44)، وقد تم تسجيل هذا الاختلاف بين كل من :

- فئة الإعاقة الحركية وفئتي: القصر الكلوي (8.17*) وفقر الدم (10.40*) والسكري (2.26*).
- فئة القصور الكلوي والفئات: الإعاقة الحركية (8.17*) والربو (8.50*) والقلب (5.67*) والسرطان (7.15*) والسكري (3.91*) والصرع (10.17*).
- فئة الربو والفئات: القصر الكلوي (8.50*) وفقر الدم (10.72*) والسكري (4.59*).
- فئة القلب والفئات: القصر الكلوي (5.67*) وفقر الدم (7.90*) والصرع (4.50*).
- فئة فقر الدم والفئات: الإعاقة الحركية (10.40*) والربو (10.72*) والقلب (7.90*) والسرطان (9.37*) والسكري (6.13*) والصرع (12.40*).
- فئة السرطان والفئات: القصر الكلوي (4.15*) وفقر الدم (9.37*) والسكري (3.24*).
- فئة السكري والفئات: الإعاقة الحركية (4.26*) والقصر الكلوي (3.91*) والربو (4.59*) وفقر الدم (6.13*) والسرطان (3.24*) والصرع (6.26*).
- فئة الصرع والفئات: القصر الكلوي (10.17*) والقلب (4.50*) وفقر الدم (12.40*) والسكري (6.26*).

اتضح أيضا من خلال النتائج المبينة في الجدول رقم (44)، أن الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية والمصابين بمرض الصرع (متوسط هذه الفئة 72.40) هما الأكثر عرضة للضغوط النفسية، ثم يليه الأطفال المرضى المصابين بمرض الربو (متوسط هذه الفئة 70.72)، ثم

يليه الأطفال المرضى المصابين بالإعاقة الحركية (متوسط هذه الفئة 70.40)، ثم يليه الأطفال المرضى المصابين بمرض السرطان (متوسط هذه الفئة 69.37)، ثم يليه الأطفال المرضى المصابين بمرض القلب (متوسط هذه الفئة 67.90)، ثم يليه الأطفال المرضى المصابين بمرض السكري (متوسط هذه الفئة 66.13)، ثم يليه الأطفال المرضى المصابين بمرض فقر الدم (متوسط هذه الفئة 62.22) وأخيرا يليه الأطفال المرضى المصابين بمرض فقر الدم (متوسط هذه الفئة 60.00).

الجدول رقم (44): مصادر الاختلاف في إجابات الأطفال المرضى المقيمين داخل المستشفيات العمومية حول مستوى الضغوط النفسية حسب متغير نوع المرض.

الدالة الإحصائية (P)	الخطأ المعياري	فروق المتوسطات	متوسط	فئات المرض
		(J-I)	(I)	(J) (I)
				الإعاقة الحركية :
0.00	1.34	8.17*	70.40	قصر كلوي
0.79	1.24	-0.32		الربو
0.05	1.29	2.50		القلب
0.00	1.20	10.40*		فقر الدم
0.46	1.40	1.02		السرطان
0.00	1.11	2.26*		السكري
0.24	1.70	-2.00		الصرع
				قصر كلوي :
0.00	1.34	-8.17*	62.22	الإعاقة الحركية
0.00	1.58	-8.50*		الربو
0.01	1.62	-5.67*		القلب
0.15	1.55	2.22		فقر الدم
0.00	1.71	-7.15*		السرطان
0.01	1.48	-3.91*		السكري
0.00	1.97	-10.17*		الصرع
				الربو :
0.79	1.24	0.32	70.72	الإعاقة الحركية
0.00	1.58	8.50*		قصر كلوي
0.07	1.54	2.82		القلب
0.00	1.47	10.72*		فقر الدم
0.41	1.64	1.35		السرطان
0.00	1.40	4.59*		السكري
0.38	1.90	-1.67		الصرع
				مرض القلب :
0.05	1.29	-2.50	69.90	الإعاقة الحركية
0.00	1.62	5.67*		قصر كلوي
0.07	1.54	-2.82		الربو
0.00	1.51	7.90*		فقر الدم

0.38	1.67	-1.47		السرطان
0.22	1.44	1.76		السكري
0.02	1.93	-4.50*		الصرع
0.00	1.20	-10.40*		فقر الدم :
1.15	1.55	-2.22		الإعاقة الحركية
0.00	1.47	-10.72*	60.00	قصر كلوي
0.00	1.51	-7.90*		الربو
0.00	1.61	-9.37*		القلب
0.00	1.36	-6.13*		السرطان
0.00	1.88	-12.40*		السكري
				الصرع
0.46	1.40	-1.02		السرطان :
0.00	1.71	7.15*		الإعاقة الحركية
0.41	1.64	-1.35		قصر كلوي
0.38	1.67	1.47	69.37	الربو
0.00	1.61	9.37*		القلب
0.03	1.54	3.24*		فقر الدم
0.13	2.01	-3.02		السكري
				الصرع
0.00	1.11	-4.26*		السكري :
0.01	1.48	3.91*		الإعاقة الحركية
0.00	1.40	-4.59*	66.13	قصر كلوي
0.22	1.44	-1.76		الربو
0.00	1.36	6.13*		القلب
0.03	1.54	-3.24*		فقر الدم
0.00	1.82	-6.26*		السرطان
				الصرع
0.24	1.70	2.00		الصرع :
0.00	1.97	10.17*		الإعاقة الحركية
0.38	1.90	1.67	72.40	قصر كلوي
0.02	1.93	4.50*		الربو
0.00	1.88	12.40*		القلب
0.13	2.01	3.02		فقر الدم
0.00	1.82	6.26*		السرطان
				السكري

(*) دال عند مستوى 0.01

وانطلاقاً من نتائج التحليل الإحصائي للفرضيات الجزئية المتعلقة بالفرضية العامة الأولى والتي توقعنا فيها أن الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية لا يعانون من ضغوط نفسية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة، وهذا ما أكدته النتائج المبينة في الجدول رقم (40)، إذ تبين بوضوح وجود مستوى منخفض من الضغوط النفسية لدى (79%) من أفراد عينة هذه الدراسة حسب

نتائج الفرضية الجزئية الأولى، أما فيما يخص دلالة الفروق الموجودة بين الذكور والإناث الخاصة بمستوى الضغوط حسب الفرضية الجزئية الثانية فقد بينت النتائج المبينة في الجدول رقم (42) لعدم دلالتها، أما دلالة الفروق بين الأطفال المرضى فيما يتعلق بالضغوط النفسية حسب نوع المرض كما هو مشار في الفرضية الجزئية الثالثة فقد أظهرت النتائج المبينة في الجدول رقم (43) بدلالة هذه الفروق.

2- الفرضية العامة الثانية: للأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية دورا ايجابيا

في التخفيف من الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى من وجهة نظر الوالدين والمعلمين.

• الفرضية الجزئية الأولى : توقعنا فيها وجود فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى في مستوى الضغوط النفسية قبل وبعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر الوالدين.

ولاختبار هذه الفرضية قمنا باستخدام اختبار (T.Test) لعينة مستقلة، وقبل التطرق إلى نتائج التحليل نقدم أولا الإحصاءات الوصفية حيث تبين من خلال الجدول رقم (45) أن المتوسط الحسابي للأطفال المرضى حول مستوى الضغوط النفسية قبل التحاقهم بالأقسام الدراسية الخاصة داخل المستشفيات العمومية قدر بـ (331.33) وبانحراف معياري قدر بـ (32.94) في حين بلغ المتوسط الحسابي لدى نفس أفراد هذه العينة فيما يخص مستوى الضغوط النفسية لديهم وهذا بعد التحاقهم بالأقسام الدراسية الخاصة الموجودة داخل المستشفيات العمومية قدر بـ (220.99) وبانحراف معياري قدر بـ (43.91).

أما فيما يخص دلالة الفروق بين مستوى الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى قبل وبعد التحاقهم بالأقسام الدراسية الخاصة داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر الوالدين فقد بينت أن قيمة (T=34.65) دالة عند مستوى الخطأ ($\alpha=0.01$) لان الدلالة الإحصائية ($p=0.00$) اصغر من مستوى الخطأ ($\alpha=0.01$)، وبالتالي قيمة (T=34.65) وهي دالة لأن $\{(\alpha=0.01) < (p=0.00)\}$.

وانطلاقا من النتائج المبينة في الجدول رقم (45) فقد جاءت مطابقة لتوقعاتنا السابقة والتي تشير إلى وجود فروق دالة إحصائية بين مستوى الضغوط النفسية قبل وبعد التحاق الأطفال المرضى بالأقسام الدراسية الخاصة الموجودة داخل المستشفيات، كما يبين أيضا الجدول أن مستوى الضغوط

النفسية لدى الأطفال المرضى تتخفف بعد التحاقهم بهذه الأقسام مقارنة مع مستوى الضغوط النفسية المسجلة لديهم قبل التحاقهم بها.

الجدول رقم (45): نتائج اختبار (T) حول الفروق في مستوى الضغوط النفسية قبل وبعد التحاق الأطفال المرضى بالأقسام التعليمية داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر الوالدين.

القرار الإحصائي	الدلالة الإحصائية (p)	مستوى الدلالة (α)	درجة الحرية (ddi)	قيمة (T)	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الضغوط النفسية
دال	0.00	0.01	99	34.65 *	32.94	331.33	مستوى الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى قبل التحاقهم بالأقسام الدراسية
					43.91	220.99	مستوى الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى بعد التحاقهم بالأقسام الدراسية

(* دالة عند 0.01).

• الفرضية الجزئية الثانية : توقعنا فيها وجود فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى في مستوى الضغوط النفسية قبل وبعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر المعلمين.

ولاختبار هذه الفرضية قمنا باستخدام اختبار (T.Test) لعينة مستقلة. وقبل التطرق إلى نتائج التحليل نقدم الإحصاءات الوصفية حيث تبين من خلال الجدول رقم (46) أن المتوسط الحسابي للأطفال المرضى حول مستوى الضغوط النفسية قبل التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية قدر بـ (216.58) وانحراف معياري بلغ بـ (22.03) في حين بلغ المتوسط الحسابي لدى نفس أفراد هذه العينة فيما يخص مستوى الضغوط النفسية لديهم وهذا بعد التحاقهم بهذه الأقسام بـ (137.33) و بانحراف معياري يساوي (26.53).

أما فيما يخص دلالة الفروق بين مستوى الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى قبل وبعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر المعلمين فقد بينت النتائج أن قيمة (T = 33.44) دالة لأن $\{ \alpha = 0.01 \} < (p = 0.00)$.

وانطلاقاً من النتائج المبينة في الجدول رقم (46) فقد جاءت مطابقة لتوقعاتنا السابقة والتي تشير إلى وجود فروق دالة إحصائية بين مستوى الضغوط النفسية قبل وبعد التحاق الأطفال المرضى بالأقسام التعليمية الخاصة الموجودة داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر المعلمين، كما يبين

أيضا الجدول أن مستوى الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى ينخفض بعد التحاقهم بهذه الأقسام الدراسية مقارنة مع درجة الضغوط النفسية المسجلة لديهم قبل التحاقهم بها.

الجدول رقم (46): نتائج اختبار (T) حول الفروق في مستوى الضغوط النفسية قبل وبعد التحاق الأطفال المرضى بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر المعلمين.

القرار الإحصائي	الدلالة الإحصائية (p)	مستوى الدلالة (α)	درجة الحرية (ddi)	قيمة (T)	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الضغوط النفسية
دال	0.00	0.01	99	33.44*	22.03	216.58	مستوى الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى قبل التحاقهم بالأقسام الدراسية
					26.53	137.33	مستوى الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى بعد التحاقهم بالأقسام الدراسية

* دالة عند 0.01.

انطلاقا من نتائج التحليل الإحصائي للفرضية الجزئية المتعلقة بالفرضية العامة الثانية التي تشير إلى وجود دور ايجابي للأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية في التخفيف من الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى من وجهة نظر الوالدين والمعلمين.

فقد بينت نتائج الفرضية الجزئية الأولى حسب إجابات الوالدين وجود انخفاض في مستوى الضغوط النفسية لدى أطفالهم المرضى وهذا بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة وهي نفس النتائج التي بينتها الفرضية الجزئية الثانية انطلاقا من إجابات المعلمين حيث اتضح حسبهم وجود كذلك انخفاض في مستوى الضغوط النفسية بعد التحاق الأطفال المرضى بالأقسام التعليمية الخاصة، وفي الأخير على ضوء ما تم عرضه في نتائج الفرضيتين الجزئيتين تبين أن الأقسام التعليمية الخاصة دور ايجابي في التخفيف من الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى.

3- الفرضية العامة الثالثة: توجد فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى في مستوى الضغوط النفسية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية تعزى إلى متغير الجنس من وجهة نظر الوالدين والمعلمين.

• الفرضية الجزئية الأولى : توقعنا فيها وجود فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى في مستوى الضغوط النفسية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية تعزى إلى متغير الجنس من وجهة نظر الوالدين.

ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام (T.Test) ليعيئين مستقلتين بالنسبة لمتغير الجنس، وقبل نتائج التحليل نتطرق أولاً إلى الإحصائيات الوصفية للذكور والإناث، حيث تبين من خلال الجدول رقم (47) أن المتوسط الحسابي لدرجة الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى الذكور قد بلغ (216.64) بانحراف معياري قدر بـ (48.47)، في حين قدر المتوسط الحسابي للأطفال المرضى الإناث بـ (224.54) بانحراف معياري يساوي بـ (39.91).

الجدول رقم (47) : الإحصاءات الوصفية حول مستوى الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية داخل المستشفيات العمومية حسب متغير الجنس من وجهة نظر الوالدين.

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	عدد الأفراد	الجنس	مستوى الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى
48.47	216.64	45	ذكور	
39.91	224.54	55	إناث	

كما يوضح الجدول رقم (47) بان اختبار التجانس (F) غير دال لان ($P > 0.05$) و هذا يعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات الذكور والإناث من حيث التباين، أما فيما يخص دلالة الاختلاف الموجود بين الأطفال المرضى الذكور منهم والإناث من حيث مستوى الضغوط النفسية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية، فقد بينت قيمة (T.Test) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعتين، فقد بينت أن قيمة ($T = -0.89$) غير دالة لان ($p = 0.46$) وهي أكبر من مستوى الخطأ ($\alpha = 0.05$)، وبالتالي قيمة ($T = -0.89$) غير دالة لان $\{ (p = 0.46) > (\alpha = 0.05) \}$.

وانطلاقاً من النتائج المبينة في الجدول رقم (48)، نستنتج عدم وجود فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة الموجودة داخل المستشفيات العمومية في مستوى الضغوط النفسية تعزى إلى متغير الجنس (الذكور-الإناث) من وجهة نظر الوالدين؛ وعليه

جاءت هذه النتائج مخالفة لتوقعاتنا السابقة التي تشير إلى وجود فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى في مستوى الضغوط النفسية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية تعزى إلى متغير الجنس من وجهة نظر الوالدين.

الجدول رقم (48) : نتائج اختبار (T) في مستوى الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى

بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية داخل المستشفيات العمومية حسب متغير الجنس من وجهة نظر الوالدين.

اختبار (T)				اختبار (F)			مستوى الضغوط النفسية
القرار الإحصائي	الدالة الإحصائية (p)	مستوى الدلالة (α)	درجة الحرية (ddi)	قيمة (T)	الدالة الإحصائية (p)	مستوى الدلالة (α)	
غير دال	0.37	0.05	98	-0.89	0.46	0.05	0.54

(*) غير دال عند 0.05.

• الفرضية الجزئية الثانية : توقعنا فيها وجود فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى في مستوى الضغوط النفسية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية تعزى إلى متغير الجنس من وجهة نظر المعلمين.

ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام (T.Test) لعيبتين مستقلتين بالنسبة لمتغير الجنس، وقبل نتائج التحليل نتطرق أولاً إلى الإحصائيات الوصفية للذكور والإناث.

لقد تبين من خلال الجدول رقم (49) أن المتوسط الحسابي لمستوى الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى الذكور قد بلغ (123.73) بانحراف معياري قدر بـ (29.45)، في حين قدر المتوسط الحسابي للأطفال المرضى الإناث بـ (143.54) بانحراف معياري قدر بـ (22.23).

الجدول رقم (49) : الإحصاءات الوصفية حول مستوى الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى بعد التحاقهم

بالأقسام التعليمية داخل المستشفيات العمومية حسب متغير الجنس من وجهة نظر المعلمين.

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	عدد الأفراد	الجنس	دمستوى الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى
29.45	123.73	45	ذكور	
22.23	143.54	55	إناث	

كما يوضح الجدول رقم (50) بأن اختبار التجانس (F) دال لأن ($P < 0.01$) وهذا يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات الذكور والإناث من حيث التباين، أما فيما يخص دلالة هذه

الفروق الموجود بين الأطفال المرضى الذكور منهم والإناث من حيث مستوى الضغوط النفسية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية، فقد بينت قيمة (T.Test) وجود فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين، فقد بينت أن قيمة (T= -2.59) دالة لان (p=0.01) وهي أصغر من مستوى الخطأ (α=0.05)، وبالتالي قيمة (T= -2.59) دالة لان { (α)=0.05 } < { (p=0.01) }.

وانطلاقاً من النتائج المبينة في الجدول رقم (50)، نستنتج وجود فروق دالة إحصائياً بين الأطفال المرضى في مستوى الضغوط النفسية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية تعزى إلى متغير الجنس من وجهة نظر المعلمين من حيث متغير الجنس (الذكور-الإناث)؛ وعليه جاءت هذه النتائج مطابقة لتوقعاتنا السابقة وهي لصالح الإناث بمستوى منخفض.

الجدول رقم (50): نتائج اختبار (T) في مستوى الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية داخل المستشفيات العمومية بالمستشفيات العمومية حسب متغير الجنس من وجهة نظر المعلمين.

اختبار (T)				اختبار (F)			مستوى الضغوط النفسية
القرار الإحصائي	الدالة الإحصائية (p)	مستوى الدلالة (α)	درجة الحرية (ddi)	الدالة الإحصائية (p)	مستوى الدلالة (α)	قيمة (F)	
دال	0.01	0.05	80.29	-2.59	0.01	0.05	6.48

انطلاقاً من نتائج التحليل الإحصائي للفرضيات الجزئية المتعلقة بالفرضية العامة الثالثة التي تشير إلى وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية داخل المستشفيات العمومية تعزى إلى متغير الجنس من وجهة نظر الوالدين والمعلمين. فقد بينت نتائج الفرضية الجزئية الأولى حسب إجابات الوالدين بعدم وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى الضغوط النفسية لدى أطفالهم بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة، وفي المقابل فقد بينت نتائج الفرضية الجزئية الثانية حسب إجابات المعلمين عكس ذلك أي وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى الضغوط النفسية لدى هؤلاء الأطفال المرضى بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة.

وفي الأخير وبعد تناول نتائج الفرضيتين الجزئيتين وبحكم أولوية المعلمين في تدريس الأطفال وتقييمهم مقارنة مع طبيعة تقييم الوالدين الذي يكون سطحي وغير معمق.

يمكننا أن نستنتج وجود فروق دالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية حسب متغير الجنس من وجهة نظر الوالدين والمعلمين.

4- الفرضية العامة الرابعة: توجد فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى في مستوى الضغوط النفسية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية تعزى إلى نوع المرض من وجهة نظر الوالدين والمعلمين.

• الفرضية الجزئية الأولى : توقعنا فيها وجود فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى في مستوى الضغوط النفسية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية تعزى إلى نوع المرض من وجهة نظر الوالدين.

ولاختبار هذه الفرضية قمنا باستخدام اختبار تحليل التباين أحادي الاتجاه (One-Way anova) كون التحليل ينصب على أكثر من مجموعتين.

حيث تشير نتائج التحليل المبينة في الجدول رقم (51) إلى وجود اختلاف دال إحصائياً بين متوسطات إجابات الأطفال المرضى حول مستوى الضغوط النفسية لديهم وهذا حسب متغير نوع المرض. حيث بينت النتائج أن قيمة (F=10.458) دالة لأن الدلالة الإحصائية (P=0.00) اصغر من مستوى الخطأ ($\alpha=0.01$)، مما يدل على وجود اختلاف بين إجابات الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية الذين شملتهم هذه الدراسة والمنتسبين إلى المستشفيات العمومية التالية : المركز الاستشفائي الجامعي (مصطفى باشا)، المركز الاستشفائي الجامعي (نفيسة حمود)، حسين داي، المركز الاستشفائي الجامعي (اسعد حسني) بني مسوس، المؤسسة الاستشفائية العمومية (جيلالي بالخنشير)، الابيار، المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الجهاز الحركي لبن عكنون والمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في إعادة التأهيل الوظيفي بتقصرين.

وبالتالي قيمة (F=10.458) دالة لأن $\{ (P=0.00) < (\alpha =0.01) \}$.

ولقد جاءت هذه النتائج مطابقة لما توقعناه سابقاً، والتي تشير إلى وجود فروق في مستوى الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية داخل المستشفيات العمومية تعزى إلى نوع المرض من وجهة نظر الوالدين، انظر الجدول رقم (51).

الجدول رقم(51): نتائج تحليل تباين إجابات الوالدين حول مستوى الضغوط النفسية لدى الأطفال

المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية حسب متغير نوع المرض.

الدالة الإحصائية	الدالة الإحصائية (P)	قيمة (F)	متوسط المربعات	درجة الحرية (ddi)	مجموع المربعات	مصدر التباين
دال	0.00	10.458*	12087.643	7	84613.503	بين المجموعات
			1155.821	92	106335.487	داخل المجموعات
				99	190948.990	المجموع

(*) دالة عند 0.01

ومن أجل التعرف على مصادر الاختلاف في إجابات الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية المشاركين في هذه الدراسة حسب متغير نوع المرض، تم القيام بالمقارنات المتعددة باستخدام طريقة (LSD)، انظر الجدول رقم (52)
وقد تم تسجيل هذا الاختلاف بين كل من :

- فئة الإعاقة الحركية والفئات: الربو (*-36.30) و القلب (*-74.46) والسرطان (*-83.29) والسكري (*-29.60) والصرع (*-34.26).
- فئة القصور الكلوي و فئتي: القلب (*-65.13) والسرطان (*-73.95) .
- فئة الربو والفئات : الإعاقة الحركية (*36.30) والقلب (*-38.16) وفقر الدم (*39.96) والسرطان (*-46.98).
- فئة القلب والفئات: الإعاقة الحركية (*74.46) والقصر الكلوي (*65.13) والربو (*38.16) وفقر الدم (*78.13) والسكري (*44.86) والصرع (*40.20) .
- فئة فقر الدم والفئات: الربو (*-39.96) والقلب (*-78.13) والسرطان (*-86.95) والسكري (*-33.26) والصرع (*-37.93).
- فئة السرطان والفئات: الإعاقة الحركية (*83.29) القصر الكلوي (*73.95) الربو (*46.98) وفقر الدم (*86.95) والسكري (*53.69) و الصرع (*49.02) .
- فئة السكري والفئات: الإعاقة الحركية (*29.60) والقلب (*-44.86) وفقر الدم (*33.26) والسرطان (*-53.69).

- فئة الصرع والفئات: الإعاقة الحركية (*34.26) والقلب (*40.20) وفقر الدم (*37.93) والسرطان (*-49.02).

وانطلاقاً من النتائج المبينة كذلك في الجدول رقم (52) المتعلقة بإجابات الوالدين حول مستوى الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية داخل المستشفيات العمومية فقد قدر المتوسط الحسابي لفئة المرضى المصابين بمرض السرطان بـ (279.62) وبالتالي هم الأكثر عرضة لهذا النوع من الضغوط، ثم يليه الأطفال المصابين بمرض القلب (متوسط هذه الفئة 270.80)، ثم يليه الأطفال المرضى المصابين بالربو (متوسط هذه الفئة 232.63)، ثم الأطفال المرضى المصابين بمرض الصرع (متوسط هذه الفئة 230.60)، ثم الأطفال المرضى المصابين بمرض القصور السكري (متوسط هذه الفئة 225.93)، ثم يليه الأطفال المرضى المصابين بمرض القصور الكلوي (متوسط هذه الفئة 205.66)، ثم يليه الأطفال المرضى المصابين بالإعاقة الحركية (متوسط هذه الفئة 196.33) و أخيراً الأطفال المرضى المصابين بمرض فقر الدم (متوسط هذه الفئة 192.66).

الجدول رقم (52): مصادر الاختلاف في إجابات الوالدين حول مستوى الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية حسب متغير نوع المرض.

الدلالة الإحصائية (P)	الخطأ المعياري	فروق المتوسطات	متوسط	فئات المرض
		(J-I)	(I)	(J) (I)
				الإعاقة الحركية :
0.47	12.92	-9.33	196.33	قصر كلوي
0.00	11.98	-36.30*		الربو
0.00	12.41	-74.46*		القلب
0.75	11.61	3.66		فقر الدم
0.00	13.52	-83.29*		السرطان
0.00	10.75	-29.60*		السكري
0.04	16.42	-34.26*		الصرع
				قصر كلوي :
0.47	12.92	9.33	205.66	الإعاقة الحركية
0.08	15.28	-26.96		الربو
0.00	15.62	-65.13*		القلب
0.38	14.99	31.00		فقر الدم
0.00	16.51	-73.95*		السرطان
0.16	14.33	-20.26		السكري
0.19	18.96	-24.93		الصرع
				الربو :
0.00	11.98	36.30*	232.63	الإعاقة الحركية
0.08	15.28	26.96		قصر كلوي

0.01	14.85	-38.16*		القلب
0.00	14.19	39.96*		فقر الدم
0.00	15.79	-46.98*		السرطان
0.62	13.49	6.70		السكري
0.91	18.33	2.03		الصرع
				<u>القلب :</u>
0.00	12.41	74.46*	270.80	الإعاقة الحركية
0.00	15.62	65.13*		قصر كلوي
0.01	14.85	38.16*		الربو
0.00	14.55	78.13*		فقر الدم
0.58	16.12	-8.82		السرطان
0.00	13.87	44.86*		السكري
0.03	18.62	40.20*		الصرع
				<u>فقر الدم :</u>
0.75	11.61	-3.66	192.66	الإعاقة الحركية
0.38	14.99	-13.00		قصر كلوي
0.00	14.19	-39.96*		الربو
0.00	14.55	-78.13*		القلب
0.00	15.55	-86.95*		السرطان
0.01	13.16	-33.26*		السكري
0.03	18.09	-37.93*		الصرع
				<u>السرطان :</u>
0.00	13.52	83.29*	279.62	الإعاقة الحركية
0.00	16.51	73.95*		قصر كلوي
0.00	15.79	46.98*		الربو
0.58	16.12	8.82		القلب
0.00	15.51	86.95*		فقر الدم
0.00	14.88	53.69*		السكري
0.01	19.38	49.02*		الصرع
				<u>السكري :</u>
0.00	10.75	29.60*	225.93	الإعاقة الحركية
0.16	14.33	20.26		قصر كلوي
0.62	13.49	-6.70		الربو
0.00	13.87	-44.86*		القلب
0.01	13.16	33.26*		فقر الدم
0.00	14.88	-53.69*		السرطان
0.79	17.55	-4.66		الصرع
				<u>الصرع :</u>
0.04	16.42	34.26*	230.60	الإعاقة الحركية
0.19	18.96	24.93		قصر كلوي
0.91	18.33	-2.03		الربو
0.03	18.62	-40.20*		القلب

0.03	18.09	37.93*		فقر الدم
0.01	19.38	-49.02*		السرطان
0.79	17.55	4.66		السكري

(* دال عند مستوى 0.01)

• **الفرضية الجزئية الثانية** : توقعنا فيها وجود فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى في مستوى الضغوط النفسية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية تعزى إلى نوع المرض من وجهة نظر المعلمين.

ولاختبار هذه الفرضية قمنا باستخدام اختبار تحليل التباين أحادي الاتجاه (One-Way anova) كون التحليل ينصب على أكثر من مجموعتين.

حيث تشير نتائج التحليل المبينة في الجدول رقم (53) إلى وجود اختلاف دال إحصائياً بين متوسطات إجابات الأطفال المرضى حول مستوى الضغوط النفسية لديهم وهذا حسب متغير نوع المرض. حيث بينت النتائج أن قيمة (F=22.506) دالة لأن الدلالة الإحصائية (P=0.00) اصغر من مستوى الخطأ ($\alpha=0.01$)، مما يدل على وجود اختلاف بين إجابات الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية الذين شملتهم هذه الدراسة والمنتسبين إلى المستشفيات العمومية التالية : المركز الاستشفائي الجامعي (مصطفى باشا)، المركز الاستشفائي الجامعي (نفيسة حمود)، حسين داي، المركز الاستشفائي الجامعي (اسعد حسني) بني مسوس، المؤسسة الاستشفائية العمومية (جيلالي بالخنشير)، الابيار، المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الجهاز الحركي لبن عكنون والمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في إعادة التأهيل الوظيفي بتقصرين، وبالتالي قيمة (F=22.506) دالة لأن $\{(P=0.00) < (\alpha = 0.01)\}$.

ولقد جاءت هذه النتائج مطابقة لما توقعناه سابقاً، والتي تشير إلى وجود فروق في مستوى الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية داخل المستشفيات العمومية تعزى إلى نوع المرض من وجهة نظر المعلمين، انظر الجدول رقم (53).

الجدول رقم (53) : نتائج تحليل تباين إجابات المعلمين حول مستوى الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية حسب متغير نوع المرض.

الدالة الإحصائية	الدالة الإحصائية (P)	قيمة (F)	متوسط المربعات	درجة الحرية (ddi)	مجموع المربعات	مصدر التباين	
دال	0.00	22.506 *	6285.494	07	43998.461	بين المجموعات	مستوى الضغوط النفسية
			279.279	92	25693.649	داخل المجموعات	
				99	69692.110	المجموع	

* دالة عند مستوى 0.01

ومن أجل التعرف على مصادر الاختلاف في إجابات الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية المشاركين في هذه الدراسة حسب متغير نوع المرض، تم القيام بالمقارنات المتعددة باستخدام طريقة (LSD)، انظر الجدول رقم (54).

وقد تم تسجيل هذا الاختلاف بين كل من :

- فئة الإعاقة الحركية والفئات: القصر الكلوي (*-21.17) و الربو(*-32.85) و القلب (*-50.60) والسرطان (*-50.15) والسكري (*-36.20) والصرع (*-24.40).
- فئة القصور الكلوي والفئات: الإعاقة الحركية (*21.17) والقلب (*-29.42) فقر الدم (*22.44) و السرطان (*-36.97) .
- فئة الربو والفئات : الإعاقة الحركية (*32.85) والقلب (*-17.74) وفقر الدم (*34.12) والسرطان (*-25.29).
- فئة القلب والفئات: الإعاقة الحركية (*50.60) والقصر الكلوي (*29.42) والربو (*17.74) وفقر الدم (*51.86) و السكري (*14.40) والصرع (*26.20) .
- فئة فقر الدم والفئات: القصر الكلوي (*-22.44) والربو (*34.12) والقلب (*-51.86) و السرطان (*-51.41) والسكري (*-37.46) و الصرع (*-25.66).
- فئة السرطان والفئات: الإعاقة الحركية (*58.15) والقصر الكلوي (*36.97) الربو (*25.29) و فقر الدم (*59.41) و السكري (*21.95) والصرع (*33.75) .

- فئة السكري والفئات: الإعاقة الحركية (*36.20) والقصر الكلوي (*15.02) وفقر الدم (*37.46) والسرطان (*-21.95).
- فئة الصرع والفئات: الإعاقة الحركية (*24.40) والقلب (*-26.20) وفقر الدم (*25.66) والسرطان (*-33.75).

وانطلاقاً من النتائج المبينة في الجدول رقم (54) المتعلقة بإجابات المعلمين حول مستوى الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية فقد قدر المتوسط الحسابي لفئة المرضى المصابين بالسرطان (متوسط هذه الفئة 173.75) هما الأكثر عرضة لهذا النوع من الضغوط ، ثم يليه الأطفال المرضى المصابين بمرض القلب (متوسط هذه الفئة 166.20)، ثم الأطفال المرضى المصابين بالربو (متوسط هذه الفئة 148.45)، ثم يليه الأطفال المرضى المصابين بمرض السكري (متوسط هذه الفئة 151.80)، ثم يليه الأطفال المرضى المصابين بمرض الصرع (متوسط هذه الفئة 140.00)، ثم الأطفال المرضى المصابين بمرض القصور الكلوي (متوسط هذه الفئة 136.77) ، ثم يليه الأطفال المرضى المصابين بالإعاقة الحركية (متوسط هذه الفئة 115.60) و أخيراً الأطفال المرضى المصابين بمرض فقر الدم (متوسط هذه الفئة 114.33).

الجدول رقم (54) :مصادر الاختلاف في إجابات المعلمين حول مستوى الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية حسب متغير نوع المرض.

الدلالة الإحصائية (P)	الخطأ المعياري	فروق المتوسطات	متوسط	فئات المرض	
		(J-I)	(I)	(J)	(I)
				<u>الإعاقة الحركية</u>	
0.00	6.35	-21.17*	115.60	قصر كلوي	
0.00	5.89	-32.85*		الربو	
0.00	6.10	-50.60*		القلب	
0.82	5.70	1.26		فقر الدم	
0.00	6.64	-58.15*		السرطان	
0.00	5.28	-36.20*		السكري	
0.00	8.07	-24.40*		الصرع	
				<u>قصر كلوي</u>	
0.00	6.35	21.17*	136.77	الإعاقة الحركية	
0.12	7.51	-11.67		الربو	
0.00	7.67	-29.42*		القلب	
0.00	7.36	22.44*		فقر الدم	
0.00	8.12	-36.97*		السرطان	
0.03	7.04	-15.02		السكري	
0.73	9.32	-3.22		الصرع	

				<u>الربو</u>
0.00	5.89	32.85*	148.45	الإعاقة الحركية
0.12	7.51	11.67		قصر كلوي
0.01	7.30	-17.74*		القلب
0.00	6.97	34.12*		فقر الدم
0.00	7.76	-25.29*		السرطان
0.61	6.63	-3.34		السكري
0.35	9.01	8.45		الصرع
0.00	6.10	50.60*	166.20	الإعاقة الحركية
0.00	7.67	29.42*		قصر كلوي
0.01	7.30	17.74*		الربو
0.00	7.15	51.86*		فقر الدم
0.34	7.92	-7.55		السرطان
0.03	6.82	14.40*		السكري
0.00	9.15	26.20*		الصرع
0.82	5.70	-1.26	114.33	الإعاقة الحركية
0.00	7.36	-22.44*		قصر كلوي
0.00	6.97	34.12*		الربو
0.00	7.15	-51.86*		القلب
0.00	7.62	-59.41*		السرطان
0.00	6.47	-37.46*		السكري
0.00	8.89	-25.66*		الصرع
0.00	6.64	58.15*	173.75	الإعاقة الحركية
0.00	8.12	36.97*		قصر كلوي
0.00	7.76	25.29*		الربو
0.34	7.92	7.55		القلب
0.00	7.62	59.41*		فقر الدم
0.00	7.31	21.95*		السكري
0.00	9.52	33.75*		الصرع
0.00	5.28	36.20*	151.80	الإعاقة الحركية
0.03	7.04	15.02*		قصر كلوي
0.61	6.63	3.34		الربو
0.03	6.82	-14.40		القلب
0.00	6.47	37.46*		فقر الدم
0.00	7.31	-21.95*		السرطان
0.17	8.62	11.80		الصرع
0.00	8.07	24.40*	140.00	الإعاقة الحركية
0.73	9.32	3.22		قصر كلوي
0.35	9.01	-8.45		الربو

0.00	9.15	-26.20*		القلب
0.00	8.89	25.66*		فقر الدم
0.00	9.52	-33.75*		السرطان
0.17	8.62	-11.80		السكري

(*) دال عند مستوى 0.01

انطلاقاً من نتائج التحليل الإحصائي للفرضية الجزئية المتعلقة بالفرضية العامة الرابعة التي تشير إلى وجود فروق دالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية تعزى إلى نوع المرض من وجهة نظر الوالدين والمعلمين.

فقد بينت نتائج الفرضية الجزئية الأولى حول إجابات الوالدين أن الأطفال المصابين بمرض السرطان يبقى دائماً لديهم مستوى مرتفعة من الضغوط النفسية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة وفي المقابل تبين أن الأطفال المصابين بمرض فقر الدم لديهم أقل مستوى من الضغوط النفسية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة مقارنة مع بقية الفئات الأخرى من الأمراض.

بينما أظهرت نتائج الفرضية الجزئية الثانية وهذا حسب إجابات المعلمين أن الأطفال المصابين بمرض السرطان هم الأكثر عرضة للضغوط النفسية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية، في حين وجد أن الأطفال المصابين بمرض فقر الدم هم الأقل عرضة للضغوط النفسية وهذا بعد التحاقهم بنفس هذه الأقسام، وفي الأخير على ضوء ما سبق ذكره نستنتج وجود فروق دالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية تعزى إلى نوع المرض من وجهة نظر الوالدين والمعلمين.

5- الفرضية العامة الخامسة: تلعب الأقسام التعليمية الخاصة دور إيجابيا في تحسين مستوى التحصيل الدراسي لدى الأطفال المرضى المقيمين داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر المعلمين.

• **الفرضية الجزئية الأولى:** توقعنا فيها وجود فروق دالة إحصائية في درجة التحصيل في مادة اللغة العربية بين الأطفال المرضى قبل وبعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر المعلمين.

ولاختبار هذه الفرضية قمنا باستخدام اختبار (T.Test) لعينة مستقلة وقبل عرض نتائج التحليل نتطرق أولاً إلى الإحصاءات الوصفية المتعلقة بهذه الفرضية، فقد اتضح من خلال الجدول رقم (55) أن (76%) من أفراد عينة الدراسة لديهم درجة ضعيفة في اللغة العربية وهذا قبل التحاقهم بالأقسام الخاصة داخل المستشفيات العمومية و(22%) منهم لديهم درجة متوسط في حين بينت أن 02% منهم لديهم درجة جيد وبالمقابل اتضح أيضاً من خلال نفس الجدول، حوالي (40%) من نفس الأفراد لديهم درجة متوسط بعد التحاقهم بهذه الأقسام الخاصة، و(28%) منهم لديهم درجة جيد في نفس المادة في حين تبين أن (24%) من هؤلاء الأطفال المرضى لديهم درجة ضعيفة في اللغة العربية.

الجدول رقم (55) يوضح الإحصاءات الوصفية لأفراد عينة هذه الدراسة حسب درجة التحصيل الدراسي في اللغة العربية قبل وبعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية.

المجموع	النسبة المئوية	التكرار	التقدير		التحصيل الدراسي في اللغة العربية
			التقدير	النقطة	
%100/100	76%	76	ضعيف	00 إلى 2.5	قبل الالتحاق بالأقسام الدراسية داخل المستشفيات .
	22%	22	متوسط	03 إلى 4.5	
	02%	02	جيد	05 إلى 6.5	
	00	00	جيد جدا	07 إلى 8.5	
	00	00	ممتاز	09 إلى 10	
%100/100	24%	24	ضعيف	00 إلى 2.5	بعد الالتحاق بالأقسام الدراسية داخل المستشفيات .
	40%	40	متوسط	03 إلى 4.5	
	28%	28	جيد	05 إلى 6.5	
	08	08	جيد جدا	07 إلى 8.5	
	00	00	ممتاز	09 إلى 10	

أما فيما يخص دلالة الفروق بين درجة تحصيل الأطفال المرضى في مادة اللغة العربية قبل وبعد التحاقهم بالأقسام الدراسية الخاصة داخل المستشفيات العمومية، قد تبين أن قيمة (T=-12.77) دالة لأن الدلالة الإحصائية (p=0.00) وهي اصغر من مستوى الخطأ (α=0.01)، وبالتالي قيمة (T=-12.77) دالة لأن {α=0.01} < (P=0.00)، انظر الجدول رقم (56).

الجدول رقم (56): يوضح نتائج اختبار (T) حول الفروق في درجة التحصيل الدراسي في مادة اللغة العربية.

التحصيل في مادة اللغة العربية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (T)	درجة الحرية (ddi)	مستوى الدلالة (α)	الدلالة الإحصائية (p)	القرار الإحصائي
درجة التحصيل الدراسي لدى الأطفال المرضى قبل التحاقهم بالأقسام الدراسية	1.26	0.48	-12.77	99	0.01	0.00	دال
درجة التحصيل الدراسي لدى الأطفال المرضى بعد التحاقهم بالأقسام الدراسية	2.20	0.89					

وانطلاقاً من النتائج المشار إليها سابقاً المتضمنة دلالة قيمة ($T = -12.77$)، نستنتج وجود فروق دالة إحصائية لصالح درجة تحصيل بعد الالتحاق بهذه الأقسام الخاصة أين تحصل (36%) من أفراد عينة هذه الدراسة على تقدير جيد وجيد جداً.

• **الفرضية الجزئية الثانية:** توقعنا فيها وجود فروق دالة إحصائية في درجة التحصيل في مادة الرياضيات بين الأطفال المرضى قبل وبعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر المعلمين

ولاختبار هذه الفرضية قمنا باستخدام اختبار (T.Test) لعينة مستقلة، بحيث قبل عرض نتائج التحليل قمنا بالإحصاءات الوصفية المتعلقة بهذه الفرضية، فقد اتضح من خلال الجدول رقم (57) أن 48% من أفراد عينة الدراسة لديهم درجة ضعيفة في الرياضيات وهذا قبل التحاقهم بالأقسام الخاصة داخل المستشفيات العمومية و(40%) منهم لديهم درجة متوسط في حين تبين أن (02%) منهم لديهم درجة جيد و بالمقابل اتضح أيضاً من خلال نفس الجدول حوالي(34%) من نفس الأفراد لديهم درجة متوسط بعد التحاقهم بهذه الأقسام، و(28%) منهم لديهم درجة جيد في نفس المادة في حين تبين أن(32%) من هؤلاء الأطفال المرضى لديهم درجة ضعيفة في الرياضيات.

الجدول رقم (57) يوضح الإحصاءات الوصفية لأفراد عينة هذه الدراسة حسب درجة التحصيل الدراسي في مادة الرياضيات قبل وبعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية.

المجموع	النسبة المئوية	التكرار	التقدير		التحصيل الدراسي في الرياضيات
			العلامة	التقدير	
%100/100	%58	58	ضعيف	00 إلى 2.5	قبل الالتحاق بالأقسام الدراسية داخل المستشفيات.
	%40	40	متوسط	03 إلى 4.5	
	%02	02	جيد	05 إلى 6.5	
	00	00	جيد جدا	07 إلى 8.5	
	00	00	ممتاز	09 إلى 10	
%100/100	%32	32	ضعيف	00 إلى 2.5	بعد الالتحاق بالأقسام الدراسية داخل المستشفيات.
	%34	34	متوسط	03 إلى 4.5	
	%28	28	جيد	05 إلى 6.5	
	%02	02	جيد جدا	07 إلى 8.5	
	%04	04	ممتاز	09 إلى 10	

أما فيما يخص دلالة الفروق بين درجة تحصيل الأطفال المرضى في مادة الرياضيات قبل و بعد التحاقهم بالأقسام الدراسية الخاصة داخل المستشفيات العمومية، قد تبين أن قيمة ($T=-9.22$) دالة لأن الدلالة الإحصائية ($p=0.00$) وهي اصغر من مستوى الخطأ ($\alpha=0.01$)، وبالتالي قيمة ($T=-9.22$) دالة لأن $\{P=0.00\} < \{\alpha=0.01\}$ ، انظر الجدول رقم (58).

الجدول رقم (58): يوضح نتائج اختبار (T) حول الفروق في درجة التحصيل الدراسي في مادة الرياضيات .

قرار إحصائي	الدلالة الإحصائية (p)	مستوى الدلالة (α)	درجة الحرية (ddi)	قيمة (T)	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	التحصيل في مادة الرياضيات
دال	0.00	0.01	99	-9.22	0.53	1.44	درجة التحصيل الدراسي لدى الأطفال المرضى قبل التحاقهم بالأقسام الدراسية داخل المستشفيات
					1.01	2.12	درجة التحصيل الدراسي لدى الأطفال المرضى بعد التحاقهم بالأقسام الدراسية داخل المستشفيات

وانطلاقاً من النتائج المشار إليه سابقاً المتضمنة دلالة قيمة (T= -9.22)، نستنتج وجود فروق دالة إحصائية لصالح درجة تحصيل بعد الالتحاق بهذه الأقسام الخاصة أين تحصل (34%) من أفراد عينة هذه الدراسة على تقدير جيد وجيد جداً وممتاز .

• **الفرضية الجزئية الثالثة:** توقعنا فيها وجود فروق دالة إحصائية في درجة التحصيل في مادة التربية الإسلامية بين الأطفال المرضى قبل وبعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر المعلمين.

لاختبار هذه الفرضية قمنا باستخدام اختبار (T.Test) لعينة مستقلة، بحيث قبل عرض نتائج التحليل قمنا بالإحصاءات الوصفية المتعلقة بهذه الفرضية ، فقد اتضح من خلال الجدول رقم (59) أن (38%) من أفراد عينة الدراسة لديهم درجة ضعيفة في مادة التربية الإسلامية وهذا قبل التحاقهم بالأقسام الخاصة داخل المستشفيات العمومية و(36%) منهم لديهم درجة متوسط و(24%) منهم لديهم درجة جيد وفي حين (02%) منهم لديهم درجة جيد جداً وبالمقابل اتضح أيضاً من خلال نفس الجدول، حوالي (30%) من نفس الأفراد لديهم درجة جيد بعد التحاقهم بهذه الأقسام، و(22%) منهم لديهم درجة جيد جداً في نفس المادة، و(12%) منهم لديهم درجة ممتاز، و(09%) منهم لديهم درجة متوسط، و في حين تبين أن (27%) من هؤلاء الأطفال المرضى لديهم درجة ضعيفة في مادة التربية الإسلامية.

الجدول رقم (59) : يوضح الإحصاءات الوصفية لأفراد عينة هذه الدراسة حسب درجة التحصيل الدراسي في مادة التربية الإسلامية قبل و بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية.

المجموع	النسبة المئوية	التكرار	التقدير		التحصيل الدراسي في التربية الإسلامية
			العلامة	التقدير	
%100/100	38%	38	ضعيف	00 إلى 2.5	قبل الالتحاق إلى القسم الدراسي في المستشفى.
	36%	36	متوسط	03 إلى 4.5	
	24%	24	جيد	05 إلى 6.5	
	02%	02	جيد جداً	07 إلى 8.5	
	00%	00	ممتاز	09 إلى 10	
%100/100	27%	27	ضعيف	00 إلى 2.5	بعد الالتحاق إلى القسم الدراسي في المستشفى.
	09%	09	متوسط	03 إلى 4.5	
	30%	30	جيد	05 إلى 6.5	
	22%	22	جيد جداً	07 إلى 8.5	
	12%	12	ممتاز	09 إلى 10	

أما فيما يخص دلالة الفروق بين درجة تحصيل الأطفال المرضى في مادة التربية الإسلامية قبل وبعد التحاقهم بالأقسام الدراسية الخاصة داخل المستشفيات العمومية، قد تبين أن قيمة $(T=-12.53)$ دالة لأن الدلالة الإحصائية $(p=0.00)$ وهي اصغر من مستوى الخطأ $(\alpha = 0.01)$. و بالتالي قيمة $(T=-12.53)$ دالة لأن $\{P=0.00\} < (\alpha = 0.01)$ ، انظر الجدول رقم (60).

الجدول رقم (60): يوضح نتائج اختبار (T) حول الفروق في درجة التحصيل الدراسي في مادة التربية الإسلامية

القرار الإحصائي	الدلالة الإحصائية (p)	مستوى الدلالة (α)	درجة الحرية (ddi)	قيمة (T)	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	التحصيل في مادة التربية الإسلامية
دال	0.00	0.01	99	-12.53	0.83	1.90	درجة التحصيل الدراسي لدى الأطفال المرضى قبل التحاقهم بالأقسام الدراسية الخاصة
					1.36	2.83	درجة التحصيل الدراسي لدى الأطفال المرضى بعد التحاقهم بالأقسام الدراسية الخاصة

وانطلاقاً من النتائج المشار إليه سابقاً المتضمنة دلالة قيمة $(T= -12.53)$ ، نستنتج وجود فروق دالة إحصائية لصالح درجة تحصيل بعد الالتحاق بهذه الأقسام الخاصة أين تحصل (64%) من أفراد عينة هذه الدراسة على تقدير جيد و جيد جداً وممتاز.

انطلاقاً من نتائج التحليل الإحصائي للفرضيات الجزئية المتعلقة بالفرضية العامة الخامسة والتي تشير إلى وجود دور ايجابي للأقسام التعليمية الخاصة في تحسين مستوى التحصيل الدراسي لدى الأطفال المرضى المقيمين داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر المعلمين، فقد تبين من خلال نتائج الفرضية الأولى تحسن في درجة التحصيل الدراسي لدى هؤلاء الأطفال المرضى بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة، فقد تبين أن (36%) منهم تحصلوا على تقدير جيد وجيد جداً، بعدما لم يتمكن أي طفل من أفراد هذه الدراسة الحصول على نفس التقدير المشار إليهما (جيد وجيد جداً)، بينما أشارت الفرضية الجزئية الثانية تسجيل تحسن في درجة التحصيل الدراسي في مادة الرياضيات حيث تبين أن (34%) من هؤلاء الأطفال المرضى قد تحصلوا على تقدير (جيد، جيد جداً وممتاز)، في حين تمكن فقط (02%) منهم من الحصول على تقدير جيد فقط وهذا قبل الالتحاق بمثل هذا النوع من الأقسام، أما الفرضية الجزئية الثالثة فقد بينت أن (64%) من أفراد عينة هذه الدراسة قد

تمكنوا من الحصول على تقدير (جيد وجيد جدا وممتاز) في مادة التربية الإسلامية أين لمسنا تحسناً في درجة التحصيل مقارنة مع تلك النسبة التي سجلت قبل التحاق الأطفال المرضى بهذه الأقسام التعليمية الخاصة، فقد تمكن فقط حينها (24%) من نفس أفراد العينة تم الحصول على تقدير (جيد وجيد جدا).

وفي الأخير من خلال ما عرضناه من تحليل نستنتج انه بالفعل تلعب الأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية دوراً إيجابياً في تحسين مستوى التحصيل الدراسي لدى الأطفال المرضى بها.

6- الفرضية العامة السادسة: توجد فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى في درجة التحصيل الدراسي بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية تعزى إلى متغير الجنس من وجهة نظر المعلمين.

• الفرضية الجزئية الأولى: توقعنا فيها وجود فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى في درجة التحصيل في مادة اللغة العربية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية تعزى إلى متغير الجنس من وجهة نظر المعلمين.

ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام (T.Test) ليعيّن مستقلتين بالنسبة لمتغير الجنس، وقبل عرض نتائج التحليل نتطرق أولاً إلى الإحصائيات الوصفية للذكور والإناث، حيث تبين من خلال الجدول رقم (61) أن المتوسط الحسابي لدرجة التحصيل الدراسي في مادة اللغة العربية لدى الأطفال المرضى الذكور قد بلغ (1.98) بانحراف معياري قدر بـ (0.75)، في حين قدر المتوسط الحسابي للأطفال المرضى الإناث بـ (2.38) بانحراف معياري يساوي (0.97).

ويوضح الجدول رقم (62) بان اختبار التجانس (F) دال لان ($P < 0.01$) وهذا يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات الذكور والإناث من حيث التباين، أما فيما يخص دلالة الفروق الموجودة بين الأطفال المرضى الذكور منهم والإناث من حيث درجة التحصيل الدراسي في مادة اللغة العربية نتيجة التحاقهم بالأقسام الدراسية الخاصة داخل المستشفيات العمومية، فقد تبين أن قيمة (T=-2.34) دالة لان الدلالة الإحصائية ($p=0.00$) أصغر من مستوى الخطأ $\alpha=0.01$ وبالتالي قيمة (T=-2.34) دالة لأن $\{ (p=0.00) < (\alpha=0.01) \}$.

الجدول رقم (61) : الإحصاءات الوصفية حول درجة التحصيل الدراسي في مادة اللغة العربية لدى الأطفال المرضى بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة حسب متغير الجنس من وجهة نظر المعلمين

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	عدد الأفراد	الجنس	درجة الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى
0.75	1.98	45	ذكور	
0.97	2.38	55	إناث	

وانطلاقاً من النتائج المبينة في الجدول رقم (61)، نستنتج انه هناك فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث في درجة التحصيل الدراسي في مادة اللغة العربية، وذلك بعد التحاقهم بالأقسام الدراسية الخاصة، أين تبين تفوق الإناث على الذكور في هذه المادة وقد جاءت هذه النتائج مطابقة لتوقعاتنا السابقة.

الجدول رقم (62) : نتائج اختبار (T) في درجة التحصيل في مادة اللغة العربية لدى الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية حسب متغير الجنس.

اختبار (T)				اختبار (F)			درجة التحصيل في مادة اللغة العربية
القرار الإحصائي	الدلالة الإحصائية (p)	مستوي الدلالة (α)	درجة الحرية (ddi)	قيمة (T)	الدلالة الإحصائية (p)	مستوي الدلالة (α)	
دال	0.02	0.05	97.745	-2.34	0.00	0.01	15.88

- الفرضية الجزئية الثانية : توقعنا فيها وجود فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى في درجة التحصيل في مادة الرياضيات بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية تعزى إلى متغير الجنس من وجهة نظر المعلمين.
- ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام (T.Test) لعيتين مستقلتين بالنسبة لمتغير الجنس، و قبل عرض نتائج التحليل نتطرق أولاً إلى الإحصائيات الوصفية للذكور والإناث حيث تبين من خلال الجدول رقم (63) أن المتوسط الحسابي لدرجة التحصيل الدراسي في مادة الرياضيات لدى الأطفال المرضى الذكور قد بلغ (2.07) بانحراف معياري قدر بـ (0.91)، في حين قدر المتوسط الحسابي للأطفال المرضى الإناث بـ (2.16) بانحراف معياري يساوي (1.10)، كما يوضح الجدول رقم (64) بان اختبار التجانس (F) غير دال لان ($P > 0.05$) وهذا يعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات الذكور والإناث من حيث التباين، أما فيما يخص دلالة الاختلاف الموجود بين

الأطفال المرضى الذكور منهم و الإناث من حيث درجة التحصيل الدراسي في مادة الرياضيات بعد لالتحاقهم بالأقسام الدراسية الخاصة داخل المستشفيات العمومية، فقد بينت ان قيمة $(T=-0.47)$ غير دالة لان الدلالة الإحصائية $(p=0.63)$ اكبر من مستوى الخطأ $(\alpha =0.05)$ ، وبالتالي قيمة $(T=-0.47)$ غير دالة لان $\{ (p=0.63) > (\alpha)=0.05 \}$.

الجدول رقم (63) : الإحصاءات الوصفية حول درجة الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى

بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة حسب متغير الجنس من وجهة نظر الوالدين.

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	عدد الأفراد	الجنس	درجة الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى
0.91	2.07	45	ذكور	
1.10	2.16	55	إناث	

وانطلاقا من النتائج المبينة في الجدول رقم (64)، نستنتج بعدم وجود فروق دالة إحصائيا بين الأطفال المرضى في درجة التحصيل الدراسي في مادة الرياضيات تعزى إلى متغير الجنس من وجهة نظر المعلمين، وعليه جاءت هذه النتائج مخالفة لتوقعاتنا السابقة.

الجدول رقم (64) : نتائج اختبار (T) في درجة التحصيل في مادة الرياضيات لدى الأطفال

المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية حسب متغير الجنس.

اختبار (T)				اختبار (F)			درجة التحصيل في مادة الرياضيات
القرار الإحصائي	الدلالة الإحصائية (p)	مستوي الدلالة (α)	درجة الحرية (ddi)	قيمة (T)	الدلالة الإحصائية (p)	مستوي الدلالة (α)	
غير دال	0.63	0.05	98	-0.47	0.21	0.05	1.58

● **الفرضية الجزئية الثالثة** : توقعنا فيها وجود فروق دالة إحصائيا بين الأطفال المرضى في درجة التحصيل في مادة التربية الإسلامية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية تعزى إلى متغير الجنس من وجهة نظر المعلمين.

ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام (T.Test) لعيتين مستقلتين بالنسبة لمتغير الجنس، و قبل عرض نتائج التحليل نتطرق أولا إلى الإحصائيات الوصفية للذكور والإناث، حيث تبين من خلال

الجدول رقم (65) أن المتوسط الحسابي لدرجة التحصيل الدراسي في مادة التربية الإسلامية لدى الأطفال المرضى الذكور قد بلغ (2.56) بانحراف معياري قدر بـ (1.71)، في حين قدر المتوسط الحسابي للأطفال المرضى الإناث بـ (3.05) بانحراف معياري يساوي (1.75)، كما يوضح الجدول رقم (66) بأن اختبار التجانس (F) دال لان ($P < 0.05$) وهذا يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين إجابات الذكور والإناث من حيث التباين، أما فيما يخص دلالة الاختلاف الموجود بين الأطفال المرضى الذكور منهم والإناث من حيث درجة التحصيل الدراسي في مادة التربية الإسلامية بعد التحاقهم بالأقسام الدراسية الخاصة داخل المستشفيات العمومية، فقد أن قيمة ($T = -1.89$) وهي دالة لان ($p = 0.03$) أصغر من مستوى الخطأ ($(\alpha) = 0.05$)، وبالتالي قيمة ($T = -1.89$) دالة لأن $\{ (p = 0.03) < (\alpha) = 0.05 \}$.

الجدول رقم (65) : الإحصاءات الوصفية حول درجة التحصيل الدراسي في مادة التربية الإسلامية لدى الأطفال المرضى بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة حسب متغير الجنس من وجهة نظر المعلمين.

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	عدد الأفراد	الجنس	درجة الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى
1.71	2.56	45	ذكور	
1.75	3.05	55	إناث	

وانطلاقاً من النتائج المبينة في الجدول رقم (66)، نستنتج انه هناك فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث في درجة التحصيل الدراسي في مادة التربية الإسلامية، وذلك بعد التحاقهم بالأقسام الدراسية الخاصة، أين تبين تفوق الإناث على الذكور في هذه المادة وقد جاءت هذه النتائج مطابقة لتوقعاتنا السابقة.

الجدول رقم (66) : نتائج اختبار (T) في درجة التحصيل في مادة التربية الإسلامية لدى الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية حسب متغير الجنس.

اختبار (T)				اختبار (F)			درجة التحصيل في مادة التربية الإسلامية
القرار الإحصائي	الدلالة الإحصائية (p)	مستوي الدلالة (α)	درجة الحرية (ddi)	قيمة (T)	الدلالة الإحصائية (p)	مستوي الدلالة (α)	
دال	0.03	0.05	97.143	-1.89	0.01	0.05	6.64

انطلاقاً من نتائج التحليل الإحصائي للفرضيات الجزئية المتعلقة بالفرضية العامة السادسة التي تشير إلى وجود فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى في درجة التحصيل الدراسي بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية تعزى إلى متغير الجنس من وجهة نظر المعلمين، فقد بينت نتائج الفرضية الجزئية الأولى تفوق الإناث على الذكور في مادة اللغة العربية وهذا بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة، في حين بينت نتائج الفرضية الثانية عدم وجود فروق بين الذكور والإناث فيما يخص درجة التحصيل الدراسي في مادة الرياضيات، زد إلى ذلك فقد أظهرت نتائج الفرضية الجزئية الثالثة أيضاً تفوق الإناث على الذكور وذلك بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة، وفي الأخير تبين من خلال ما عرضناه وجود فروق دالة إحصائية في درجة التحصيل الدراسي بين الذكور والإناث المرضى وذلك بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر المعلمين وقد جاءت هذه النتائج مطابقة لتوقعاتنا السابقة.

7- الفرضية العامة السابعة: توجد فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى في درجة التحصيل الدراسي بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية من تعزى إلى متغير نوع المرض من وجهة نظر المعلمين.

• **الفرضية الجزئية الأولى:** توقعنا فيها وجود فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى في درجة التحصيل في مادة اللغة العربية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية من تعزى إلى متغير نوع المرض من وجهة نظر المعلمين.

وقد عمدنا إلى حساب دلالة هذه الفروق في درجة التحصيل الدراسي في مادة اللغة العربية لدى الأطفال المرضى بعد التحاقهم بالأقسام الدراسية داخل المستشفيات العمومية، وهذا باستخدام اختبار تحليل التباين أحادي الاتجاه (One-Way anova) كون التحليل ينصب على أكثر من مجموعتين والنتائج المتوصل إليها موضحة في الجدول رقم (67).

حيث تشير نتائج التحليل المبينة في الجدول رقم (67) إلى وجود اختلاف دال إحصائية بين متوسطات إجابات الأطفال المرضى حول درجة التحصيل الدراسي في مادة اللغة العربية لديهم وهذا حسب متغير نوع المرض. حيث بينت النتائج أن قيمة ($F=4.454$) دالة لأن الدلالة الإحصائية ($P=0.00$) أصغر من مستوى الخطأ ($\alpha=0.01$)، مما يدل على وجود اختلاف بين إجابات الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية الذين شملتهم هذه الدراسة والمنتسبين إلى المستشفيات العمومية التالية: المركز الاستشفائي الجامعي (مصطفى باشا)، المركز الاستشفائي الجامعي (نفيسة

حمود)، حسين داي، المركز الاستشفائي الجامعي (اسعد حسني) بني مسوس، المؤسسة الاستشفائية العمومية (جيلالي بالخنشير)، الأبيار، المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الجهاز الحركي لبن عكنون والمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في إعادة التأهيل الوظيفي بتقصرين، وبالتالي قيمة $(F=4.454)$ و هي دالة لأن $\{ (P=0.00) < (\alpha =0.01) \}$.

ولقد جاءت هذه النتائج مطابقة لتوقعاتنا السابقة التي أشارت إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين الأطفال المرضى في درجة التحصيل الدراسي في مادة اللغة العربية، وذلك بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة تعزى إلى نوع المرض.

الجدول رقم (67) : نتائج اختبار (F) في درجة التحصيل في مادة اللغة العربية لدى الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية حسب متغير نوع المرض.

القرار الإحصائي	الدلالة الإحصائية (P)	قيمة (F)	متوسط المربعات	درجة الحرية (ddi)	مجموع المربعات	مصدر التباين
دال	0.00	*4.454	2.893	07	20.251	بين المجموعات
			0.649	92	59.749	داخل المجموعات
				99	80.000	المجموع

(*) دالة عند 0.01

ومن أجل التعرف على مصادر الاختلاف في إجابات الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية المشاركين في هذه الدراسة حسب متغير نوع المرض، تم القيام بالمقارنات المتعددة باستخدام طريقة (LSD)، انظر الجدول رقم (68).
و قد تم تسجيل هذا الاختلاف بين كل من :

- فئة الإعاقة الحركية والفئات: القصر الكلوي (0.75^*) و القلب (1.13^*) و السرطان (1.03^*) و الصرع (0.93^*).
- فئة القصور الكلوي والفئات: الإعاقة الحركية (-0.75^*) و القلب (-0.76^*) و السكري (-0.75^*).
- فئة الربو والفئات : القصر الكلوي (0.76^*) و القلب (1.14) و الصرع (0.94^*).
- فئة القلب والفئات: : الإعاقة الحركية (-1.13^*) و الربو (-1.14^*) و فقر الدم (-0.93^*) و السكري (-1.13^*).

- فئة فقر الدم والفئات: القلب (0.93^*) و السرطان (0.83^*).
- فئة السرطان والفئات: الإعاقة الحركية (-1.03^*) والربو (-1.04^*) وفقر الدم (-0.83^*) والسكري (-1.03^*).
- فئة السكري والفئات: القصر الكلوي (0.75^*) والقلب (1.13^*) و السرطان (1.03^*) والصرع (0.93^*).
- فئة الصرع والفئات: الإعاقة الحركية (-0.93^*) والربو (-0.94^*) والسكري (0.93^*).

وانطلاقاً من النتائج المبينة في الجدول رقم (67) المتعلقة بإجابات المعلمين حول درجة التحصيل الدراسي في مادة اللغة العربية لدى الأطفال المرضى بعد التحاقهم بالأقسام الدراسية الخاصة فقد قدر المتوسط الحسابي لفئة المرضى المصابين بالإعاقة الحركية (متوسط هذه الفئة 189.16) هم الأكثر تحصيلاً ، ثم يليه الأطفال المرضى المصابين بمرض السكري (متوسط هذه الفئة 162.56)، ثم الأطفال المرضى المصابين بمرض الربو (متوسط هذه الفئة 153.65)، ثم يليه الأطفال المرضى المصابين بمرض القصر الكلوي (متوسط هذه الفئة 149.23)، ثم يليه الأطفال المرضى المصابين بمرض الصرع (متوسط هذه الفئة 141.13)، ثم يليه الأطفال المرضى المصابين بفقر الدم (متوسط هذه الفئة 136.39) ، ثم يليه الأطفال المرضى المصابين بمرض القلب (متوسط هذه الفئة 135.86) و أخيراً الأطفال المرضى المصابين بمرض السرطان (متوسط هذه الفئة 130.25).

الجدول رقم (68): مصادر الاختلاف في درجة التحصيل في مادة اللغة العربية لدى الأطفال المرضى بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة حسب متغير نوع المرض.

الدلالة الإحصائية (P)	الخطأ المعياري	فروق المتوسطات	متوسط	فئات المرض
		(J-I)	(I)	(J) (I)
				الإعاقة الحركية
0.01	0.30	0.75*	189.16	قصر كلوي
0.96	0.28	-0.01		الربو
0.00	0.29	1.13*		القلب
0.46	0.27	0.20		فقر الدم
0.00	0.32	1.03*		السرطان
1.30	0.25	0.00		السكري
0.01	0.38	0.93*		الصرع
0.01	0.30	-0.75*	149.23	الإعاقة الحركية
0.03	0.36	-0.76*		الربو
0.31	0.37	0.37		القلب
0.12	0.35	-0.55		فقر الدم
0.48	0.39	0.27		السرطان

0.02	0.34	-0.75*		السكري
0.69	0.45	0.17		الصرع
0.01	0.28	0.01	153.65	<u>الربو</u>
0.03	0.36	0.76*		الإعاقة الحركية
0.00	0.35	1.14*		قصر كلوي
0.53	0.33	0.21		القلب
0.00	0.37	1.04		فقر الدم
0.97	0.32	0.01		السرطان
0.03	0.43	0.94*		السكري
				الصرع
0.00	0.29	-1.13*	135.86	<u>القلب</u>
0.31	0.37	-0.37		الإعاقة الحركية
0.00	0.35	-1.14*		قصر كلوي
0.00	0.34	-0.93*		الربو
0.79	0.38	-0.10		فقر الدم
0.00	0.32	-1.13*		السرطان
0.65	0.44	-0.20		السكري
				الصرع
0.46	0.27	-0.20	136.39	<u>فقر الدم</u>
0.12	0.35	0.55		الإعاقة الحركية
0.53	0.33	-0.21		قصر كلوي
0.00	0.34	0.93*		الربو
0.02	0.36	0.83*		القلب
0.52	0.31	-0.20		السرطان
0.09	0.42	0.73		السكري
				الصرع
0.00	0.32	-1.03*	130.25	<u>السرطان</u>
0.48	0.39	-0.27		الإعاقة الحركية
0.00	0.37	-1.04*		قصر كلوي
0.79	0.38	0.10		الربو
0.02	0.36	-0.83*		القلب
0.00	0.35	-1.03*		فقر الدم
0.82	0.45	-0.10		السكري
				الصرع
1.00	0.25	0.00	162.56	<u>السكري</u>
0.02	0.34	0.75*		الإعاقة الحركية
0.97	0.32	-0.01		قصر كلوي
0.00	0.32	1.13*		الربو
0.52	0.31	0.20		القلب
0.00	0.35	1.03*		فقر الدم
0.02	0.41	0.93*		السرطان
				الصرع

				الصـرع
0.01	0.38	-0.93*		الإعاقة الحركية
0.69	0.45	-0.17		قصر كلوي
0.03	0.43	-0.94*	141.13	الربو
0.65	0.44	0.20		القلب
0.09	0.42	-0.73		فقر الدم
0.82	0.45	1.00		السرطان
0.02	0.41	-0.93*		السكري

(*) دال عند مستوى 0.01

* الفرضية الجزئية الثانية : توقعنا فيها وجود فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى في درجة التحصيل في مادة الرياضيات بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية تعزى إلى متغير نوع المرض من وجهة نظر المعلمين.

وقد عمدنا إلى حساب دلالة هذه الفروق في درجة التحصيل الدراسي في مادة الرياضيات لدى الأطفال المرضى بعد التحاقهم بالأقسام الدراسية داخل المستشفيات العمومية، وهذا باستخدام اختبار تحليل التباين أحادي الاتجاه (One-Way anova) كون التحليل ينصب على أكثر من مجموعتين، والنتائج المتوصل إليها موضحة في الجدول رقم (69).

حيث تشير نتائج التحليل المبينة في الجدول رقم (69) إلى وجود اختلاف دال إحصائياً بين متوسطات إجابات الأطفال المرضى حول درجة التحصيل الدراسي في مادة الرياضيات لديهم وهذا حسب متغير نوع المرض. حيث بينت النتائج أن قيمة (F=4.302) دالة لأن الدلالة الإحصائية (P=0.00) اصغر من مستوى الخطأ ($\alpha=0.01$)، مما يدل على وجود اختلاف بين إجابات الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية الذين شملتهم هذه الدراسة و المنتسبين إلى المستشفيات العمومية التالية : المركز الاستشفائي الجامعي (مصطفى باشا)، المركز الاستشفائي الجامعي (نفيسة حمود)، حسين داي، المركز الاستشفائي الجامعي (اسعد حسني) بني مسوس، المؤسسة الاستشفائية العمومية (جيلالي بالخنشير)، الابيار، المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الجهاز الحركي لبن عكنون والمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في إعادة التأهيل الوظيفي بتقصرين وبالتالي قيمة (F=4.302) و هي دالة لأن ($\alpha =0.01$) < (P=0.00).

ولقد جاءت هذه النتائج مطابقة لتوقعاتنا السابقة التي أشارت إلى وجود فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى في درجة التحصيل الدراسي في مادة الرياضيات، وذلك بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة تعزى إلى نوع المرض.

الجدول رقم (69) : نتائج اختبار (F) في درجة التحصيل في مادة الرياضيات لدى الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية حسب متغير نوع المرض.

الدالة الإحصائية	الدالة الإحصائية (P)	قيمة (F)	متوسط المربعات	درجة الحرية (ddi)	مجموع درجة المربعات	مصدر التباين
دال	0.00	*4.302	3.616	07	25.312	بين المجموعات
			0.840	92	77.248	داخل المجموعات
				99	102.560	المجموع

ومن أجل التعرف على مصادر الاختلاف في إجابات الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية المشاركين في هذه الدراسة حسب متغير نوع المرض، تم القيام بالمقارنات المتعددة باستخدام طريقة (LSD)، أنظر الجدول رقم (70).

وقد تم تسجيل هذا الاختلاف بين كل من :

- فئة الإعاقة الحركية والفئات: الربو (*0.80) والقلب (*1.13) و السرطان (*1.53) .
- فئة القصور الكلوي والفئات: السرطان (*1.00).
- فئة الربو والفئات : الإعاقة الحركية (*-0.80) والسكري (*-0.80).
- فئة القلب والفئات: الإعاقة الحركية (*-1.13) و فقر الدم (*-0.93) و السكري (*-1.13).
- فئة فقر الدم والفئات: القلب (*0.93) و السرطان (*1.33).
- فئة السرطان والفئات: الإعاقة الحركية (*-1.35) و القصر الكلوي (*-1.00) و فقر الدم (*-1.33) و السكري (*-1.53) والصرع (*-1.20) .
- فئة السكري والفئات: الربو (*0.80) و القلب (*1.13) و السرطان (*1.53).
- فئة الصرع والفئة: و السرطان (*1.20).

وانطلاقا من النتائج المبينة في الجدول رقم (70) المتعلقة بإجابات المعلمين حول درجة التحصيل الدراسي في مادة الرياضيات بعد التحاقهم بالأقسام الدراسية الخاصة فقد قدر المتوسط الحسابي لفئة المصابين بالإعاقة الحركية (متوسط هذه الفئة 175.36) هم الأكثر تحصيليا ، ثم يليه الأطفال المرضى المصابين بمرض السكري (متوسط هذه الفئة 150.16)، ثم الأطفال المرضى

المصابين بمرض القصور الكلوي (متوسط هذه الفئة 148.89)، ثم يليه الأطفال المرضى المصابين بمرض الربو (متوسط هذه الفئة 146.52)، ثم الأطفال المرضى المصابين بمرض الصرع (متوسط هذه الفئة 140.27)، ثم يليه الأطفال المرضى المصابين بمرض القلب (متوسط هذه الفئة 139.54)، ثم يليه الأطفال المرضى المصابين بمرض فقر الدم (متوسط هذه الفئة 143.78) وأخيرا الأطفال المرضى المصابين بمرض السرطان (متوسط هذه الفئة 137.62).

الجدول رقم (70) :مصادر الاختلاف في درجة التحصيل في مادة الرياضيات لدى الأطفال المقيمين بالمستشفيات العمومية حسب متغير نوع المرض.

الدلالة الإحصائية (P)	الخطأ المعياري	فروق المتوسطات	متوسط	فئات المرض	
		(J-I)	(I)	(J)	(I)
				<u>الإعاقة الحركية</u>	
0.12	0.34	0.53	175.36	قصر كلوي	
0.01	0.32	0.80*		الربو	
0.00	0.33	1.13*		القلب	
0.52	0.31	0.20		فقر الدم	
0.00	0.36	1.53*		السرطان	
1.00	0.29	0.00		السكري	
0.45	0.44	0.33		الصرع	
					<u>قصر كلوي</u>
0.12	0.34	-0.53	148.89	الإعاقة الحركية	
0.51	0.41	0.27		الربو	
0.15	0.42	0.60		القلب	
0.41	0.40	-0.33		فقر الدم	
0.02	0.44	1.00*		السرطان	
0.17	0.38	-0.53		السكري	
0.69	0.51	-0.20		الصرع	
					<u>الربو</u>
0.01	0.32	-0.80*	146.52	الإعاقة الحركية	
0.51	0.41	-0.27		قصر كلوي	
0.41	0.40	0.32		القلب	
0.11	0.38	-0.60		فقر الدم	
0.09	0.42	0.72		السرطان	
0.02	0.36	-0.80*		السكري	
0.34	0.49	-0.47		الصرع	
					<u>القلب</u>
0.00	0.33	-1.13*	139.54	الإعاقة الحركية	
0.15	0.42	-0.60		قصر كلوي	
0.41	0.40	-0.32		الربو	

0.01	0.39	-0.93*		فقر الدم
0.36	0.43	0.40		السرطان
0.00	0.37	-1.13*		السكري
0.11	0.50	-0.80		الصرع
0.52	0.31	-0.20		<u>فقر الدم</u>
0.41	0.40	0.33		الإعاقة الحركية
0.11	0.38	0.60	143.78	قصر كلوي
0.01	0.39	0.93*		الربو
0.00	0.41	1.33*		القلب
0.57	0.35	-0.20		السرطان
0.78	0.48	0.13		السكري
				الصرع
0.00	0.36	-1.53*		<u>السرطان</u>
0.02	0.44	-1.00*		الإعاقة الحركية
0.09	0.42	-0.72	137.62	قصر كلوي
0.36	0.43	-0.40		الربو
0.00	0.41	-1.33*		القلب
0.00	0.40	-1.53*		فقر الدم
0.02	0.52	-1.20*		السكري
				الصرع
1.00	0.29	0.00		<u>السكري</u>
0.17	0.38	0.53		الإعاقة الحركية
0.02	0.36	0.80*	150.16	قصر كلوي
0.00	0.37	1.13*		الربو
0.57	0.35	0.20		القلب
0.00	0.40	1.53*		فقر الدم
0.48	0.47	0.33		السرطان
				الصرع
0.45	0.44	0.33		<u>الصرع</u>
0.69	0.51	0.20		الإعاقة الحركية
0.34	0.49	0.47	140.27	قصر كلوي
0.11	0.50	0.80		الربو
0.78	0.48	-0.13		القلب
0.02	0.52	1.20*		فقر الدم
0.48	0.47	0.33		السرطان
				السكري

(*) دال عند مستوى 0.01

- الفرضية الجزئية الثالثة : توقعنا فيها وجود فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى في درجة التحصيل في مادة التربية الإسلامية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية تعزى إلى متغير نوع المرض من وجهة نظر المعلمين.

وقد عمدنا إلى حساب دلالة هذه الفروق في درجة التحصيل الدراسي في مادة الرياضيات لدى الأطفال المرضى بعد التحاقهم بالأقسام الدراسية داخل المستشفيات العمومية، وهذا باستخدام اختبار تحليل التباين أحادي الاتجاه (One-Way anova) كون التحليل ينصب على أكثر من مجموعتين، والنتائج المتوصل إليها موضحة في الجدول رقم (71).

حيث تشير نتائج التحليل المبينة في الجدول رقم (71) إلى وجود اختلاف دال إحصائياً بين متوسطات إجابات الأطفال المرضى حول درجة التحصيل الدراسي في مادة التربية الإسلامية لديهم وهذا حسب متغير نوع المرض. حيث بينت النتائج أن قيمة (F=6.716) دالة لأن الدلالة الإحصائية (P=0.00) أصغر من مستوى الخطأ ($\alpha=0.01$)، مما يدل على وجود اختلاف بين إجابات الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية الذين شملتهم هذه الدراسة والمنتسبين إلى المستشفيات العمومية التالية: المركز الاستشفائي الجامعي (مصطفى باشا)، المركز الاستشفائي الجامعي (نفيسة حمود)، حسين داي، المركز الاستشفائي الجامعي (اسعد حسني) بني مسوس، المؤسسة الاستشفائية العمومية (جيلالي بالخنشير)، الابيار، المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الجهاز الحركي لبن عكنون والمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في إعادة التأهيل الوظيفي بتقصرين وبالتالي قيمة (F=6.617) و هي دالة لأن $\{ (P=0.00) < (\alpha =0.01) \}$.

ولقد جاءت هذه النتائج مطابقة لتوقعاتنا السابقة التي أشارت إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين الأطفال المرضى في درجة التحصيل الدراسي في مادة التربية الإسلامية، وذلك بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة تعزى إلى نوع المرض.

الجدول رقم (71) : نتائج اختبار (F) في درجة التحصيل في مادة التربية الإسلامية لدى الأطفال

المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية حسب متغير نوع المرض.

الدالة الإحصائية	الدالة الإحصائية (P)	قيمة (F)	متوسط المربعات	درجة الحرية (ddi)	مجموع المربعات	مصدر التباين
دال	0.00	* 6.716	8.894	07	62.261	بين المجموعات
			1.324	92	121.849	داخل المجموعات
				99	184.110	المجموع

ومن أجل التعرف على مصادر الاختلاف في إجابات الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية المشاركين في هذه الدراسة حسب متغير نوع المرض، تم القيام بالمقارنات المتعددة باستخدام طريقة (LSD)، انظر الجدول رقم (72).
و قد تم تسجيل هذا الاختلاف بين كل من :

- فئة الإعاقة الحركية والفئات: القلب (1.76*) و السرطان (2.26*).
- فئة القصور الكلوي والفئات: القلب (1.27*) و السرطان (1.77*).
- فئة الربو والفئات : القلب (2.04*) والسرطان (2.54*) والصرع (1.34*)
- فئة القلب والفئات: : الإعاقة الحركية (1.76* -) والقصر الكلوي (1.27* -) وفقر الدم (1.83* -) و السكري (1.63* -).
- فئة فقر الدم وفئتي: القلب (1.83*) والسرطان (2.33*).
- فئة السرطان والفئات: الإعاقة الحركية (2.26* -) والقصر الكلوي (1.77* -) والربو (2.54* -) و السكري (2.13* -).
- فئة السكري والفئات: القلب (1.63*) والسرطان (2.13*).
- فئة الصرع والفئة: و الربو (1.34* -).

الجدول رقم (72) :مصادر الاختلاف في درجة التحصيل في مادة الإسلامية لدى الأطفال المقيمين بالمستشفيات العمومية حسب متغير نوع المرض.

الدلالة الإحصائية (P)	الخطأ المعياري	فروق المتوسطات	متوسط	فئات المرض	
		(J-I)	(I)	(J)	(I)
				<u>الإعاقة الحركية</u>	
0.26	0.43	0.48	195.36	قصر كلوي	
0.49	0.40	0.27-		الربو	
0.00	0.42	1.76*		القلب	
0.86	0.39	-0.06		فقر الدم	
0.00	0.45	2.26*		السرطان	
0.71	0.36	0.13		السكري	
0.05	0.55	1.06		الصرع	
				<u>قصر كلوي</u>	
0.26	0.43	-0.48	192.57	الإعاقة الحركية	
0.14	0.51	-0.76		الربو	
0.01	0.52	1.27*		القلب	
0.27	0.50	-0.55		فقر الدم	
0.00	0.55	1.77*		السرطان	
0.46	0.48	-0.35		السكري	
0.37	0.64	0.57		الصرع	

0.49	0.40	0.27	181.42	الإعاقة الحركية
0.14	0.51	0.76		قصر كلوي
0.00	0.50	2.04*		القلب
0.66	0.48	0.12		فقر الدم
0.00	0.53	2.54*		السرطان
0.36	0.45	0.41		السكري
0.03	0.62	1.34*		الصرع
0.00	0.42	-1.76*	164.17	الإعاقة الحركية
0.01	0.52	-1.27*		قصر كلوي
0.00	0.50	-2.04*		الربو
0.00	0.49	-1.83*		فقر الدم
0.36	0.54	0.50		السرطان
0.00	0.47	-1.63*		السكري
0.27	0.63	0.70		الصرع
0.86	0.39	0.06	175.33	الإعاقة الحركية
0.27	0.50	0.55		قصر كلوي
0.66	0.48	-0.21		الربو
0.00	0.49	1.83*		القلب
0.00	0.52	2.33*		السرطان
0.65	0.44	0.20		السكري
0.06	0.61	1.13		الصرع
0.00	0.45	-2.26*	169.19	الإعاقة الحركية
0.00	0.55	-1.77*		قصر كلوي
0.00	0.53	-2.54*		الربو
0.36	0.54	-0.50		القلب
0.00	0.52	-2.33		فقر الدم
0.00	0.50	-2.13*		السكري
0.07	0.65	-1.20		الصرع
0.71	0.36	-0.13	186.29	الإعاقة الحركية
0.46	0.48	0.35		قصر كلوي
0.36	0.45	-0.45		الربو
0.00	0.47	1.63*		القلب
0.65	0.44	-0.20		فقر الدم
0.00	0.50	2.13*		السرطان
0.20	0.59	0.93		الصرع
0.05	0.55	-1.06		الإعاقة الحركية
0.37	0.64	-0.57		قصر كلوي

0.03	0.62	-1.34*	176.83	الربو
0.27	0.63	0.70		القلب
0.06	0.61	-1.13		فقر الدم
0.07	0.65	1.20		السرطان
0.12	0.59	0.93		السكري

(*) دال عند مستوى 0.01

وانطلاقاً من النتائج المبينة في الجدول رقم (72) المتعلقة بإجابات المعلمين حول درجة التحصيل الدراسي في مادة التربية الإسلامية لدى الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية فقد قدر المتوسط الحسابي لفئة المصابين بالإعاقة الحركية (متوسط هذه الفئة 195.36) هم الأكثر تحصيلاً، ثم يليه الأطفال المرضى المصابين بمرض القصر الكلوي (متوسط هذه الفئة 192.57)، ثم الأطفال المرضى المصابين بمرض السكري (متوسط هذه الفئة 186.29)، ثم يليه الأطفال المرضى المصابين بمرض الربو (متوسط هذه الفئة 181.42)، ثم يليه الأطفال المرضى المصابين بمرض الصرع (متوسط هذه الفئة 176.83)، ثم الأطفال المرضى المصابين بمرض فقر الدم (متوسط هذه الفئة 175.33)، ثم يليه الأطفال المرضى المصابين بمرض السرطان (متوسط هذه الفئة 169.19) و أخيراً الأطفال المرضى المصابين بمرض القلب (متوسط هذه الفئة 164.17).

انطلاقاً من نتائج التحليل للفرضيات الجزئية المتعلقة بالفرضية العامة السابعة التي تشير إلى وجود فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى في درجة التحصيل الدراسي بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية تعزي إلى متغير نوع المرض من وجهة نظر المعلمين، فقد أشارت نتائج الفرضية الجزئية الأولى حسب إجابات المعلمين تفوق الأطفال المعاقين حركياً في درجة التحصيل في مادة اللغة العربية وذلك بعد التحاقهم بالأقسام الدراسية الخاصة، في حين تبين أيضاً أن الأطفال المصابين بمرض السرطان هم الأضعف تحصيلاً بعد التحاقهم بنفس الأقسام، أما فيما يخص نتائج الفرضية الجزئية الثانية انطلاقاً كذلك من إجابات المعلمين بينت تفوق الأطفال المعاقين حركياً في التحصيل في مادة الرياضيات بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة ليتضح في المقابل تراجع الأطفال المصابين بمرض السرطان في درجة التحصيل في مادة الرياضيات بعد التحاقهم بمثل هذا النوع من الأقسام.

أما فيما يخص نتائج الفرضية الثالثة حسب إجابات المعلمين فقد اتضح تفوق الأطفال المعاقين حركياً في التحصيل في مادة التربية الإسلامية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة في حين تبين أن الأطفال المرضى المصابين بمرض القلب هم الأضعف تحصيلاً في مادة التربية الإسلامية وذلك بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة، وفي الأخير نستنتج بأن الأطفال المعاقين

حركيا هم الأكثر تحصيليا بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية مقارنة مع أقرانهم المصابين بالأمراض المزمنة الأخرى خاصة (مرض السرطان الأضعف تحصيليا) وذلك حسب إجابات المعلمين، وقد جاءت هذه النتائج مطابقة لتوقعتنا السابقة التي أشارت إلى وجود فروق في درجة التحصيل الدراسي لدى الأطفال المرضى الملتحقين بالأقسام التعليمية الخاصة من وجهة نظر المعلمين.

الفصل التاسع

مناقشة نتائج الدراسة وتفسيرها

• مناقشة نتائج الدراسة وتفسيرها

1- مناقشة نتائج الدراسة وتفسيرها.

2- الاستنتاج العام.

- توصيات واقتراحات الدراسة.

- المراجع.

- الملاحق.

1- الفرضية العامة الأولى:

لا يعاني الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية من ضغوط النفسية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية.

• الفرضية الجزئية الأولى :

وجود مستوى منخفض من الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية.

لقد بينت نتائج الدراسة الحالية إلى وجود مستوى منخفض من الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية وقد جاءت هذه النتائج مع توقعاتنا السابقة وعليه يمكننا أن نعلل ذلك إلى عدة أسباب واحتمالات واقعية، فبمجرد إصابة أي فرد بمرض معين مهما اختلف طبيعته ومهما تفاوتت درجة خطورته قد ينعكس سلبا على الحالة النفسية لهذا الفرد فيعيش في نسق حياتي غير مستقر تراوده من حين إلى آخر بعض الوسواس والأحاسيس السلبية، فيحس تارة بالضعف والعجز وتارة أخرى بدنو الأجل والموت فتزداد لديه شدة الضغوط النفسية الناتجة عن إصابته بالعلة والمرض حيث تلازمه هذه الضغوط ما دامت أسباب المرض موجودة.

كما أن هذه الضغوط النفسية تتأزم وتتفاقم شدتها مع الوقت إن لم تعالج أسباب العلة، ولهذا التعامل مع هذه الضغوط في وقتها أمر إلزامي لأن غياب الاستقرار النفسي بصفة عامة لدى الفرد المريض يمدد من آجال الاستشفاء وللوصول إلى هذه المرحلة لا يتم إلا من خلال مجموعة من الاستراتيجيات الهادفة إلى التخفيض من حدة الضغوطات النفسية لدى الفرد المريض.

وقبل الولوج إلى ذكر هذه الأخيرة سوف نستشهد بمجموعة من الدراسات السابقة عربية كانت أم أجنبية التي اتفقت عليها على اعتبار أن إصابة الفرد بمرض معين أو إعاقة دائمة كانت أو مؤقتة إلا وتدفع الفرد إلى حالة الاستقرار النفسي متمثلتا في درجة مختلفة من الضغوط النفسية، كما أن هذه الدراسات السابقة قد اتفقت نتائجها من الدراسة الحالية فيما يخص هذه النقطة على غرار دراسة وفاء حيدوب (2002) التي أجرتها على عينة من مرضى الصرع العام التصليبي بمستشفيات الصحة النفسية بالخرطوم، السودان والتي أشارت إلى أن شدة الضغوط النفسية تزيد حدتها بفارق كبير عندما يتعلق الأمر بالمرض المصابين بالصرع وتضيف كذلك شيرين الملاك (2010) في دراستها كذلك والتي أجرتها على عينة من مرضى الصرع بالأردن أن المرضى المصابين بالصرع يعانون من ضغوط نفسية مرتفعة والتي انعكست مخرجاتها بدرجة كبيرة على المجال الانفعالي ثم يليه المجال الفيزيولوجي ثم المعرفي والاجتماعي، بينما توصلت دراسة فواز الممني وسلام عميرين (2016) أن

المصابين بالقولون العصبي في مدينة أريد بالأردن يعانون من مستويات مرتفعة من الضغوط النفسية بسبب طبيعة هذا المرض.

أما فيما يخص الحالات المسجلة من الضغوط النفسية المرتفعة الراجعة إلى الإصابة بالإعاقة في أصلها، فقد حرصت منال محمد الحسن (2007) في دراستها إلى اعتبار مصدر حدوث الحالات المرتفعة من الضغوط النفسية لدى المعاقين حركيا بمحافظة الخرطوم وأم درمان بالسودان إلى إعاقة الفرد عامة ويساندها في هذا الطرح أيضا نجلاء الصديق (2010) التي تعمقت أثر أصل الإعاقة في رفع مستويات الضغوط النفسية لدى الأفراد المكفوفين بالسودان مع تحديد علاقة هذه الإعاقة البصرية بظهور بعض المشكلات السلوكية لدى هذه الفئة من المعاقين بالإضافة إلى دراسة كل من عايش صباح ونادية يوب (2016) التي بينت علاقة الإعاقة العقلية بارتفاع الضغوط النفسية لدى المعاقين من هذه الفئة بولاية الشلف، الجزائر.

وقد حظي موضوع الضغوط النفسية لدى المرضى بأهمية بالغة في المجتمعات الأجنبية والدليل على ذلك تداول المختصين والأكاديميين في دراستهم فنذكر على سبيل الذكر لا الحصر مجموعة من الدراسات الراقية التي سجلت بصمتها العلمية في مجال كفاءة الصحة النفسية لدى الأشخاص المرضى على غرار دراسة ميفيغ ومستشاري وآخرون (2003) Mcveigh et Mostashari et.al التي سجلت ارتفاع مستويات الضغوط النفسية لدى مصابي السكري في مدينة نيويورك بالولايات المتحدة الأمريكية مقارنة مع أقرانهم العاديين، وكذلك دراسة فان الديك وزملائه (2004) التي اهتمت كثيرا بواقع الصحة النفسية لدى الأفراد المصابين بالصمم، حيث تمكنت من تسجيل العديد من المشكلات العاطفية والسلوكية بسبب طبيعة هذه الإعاقة، وبدقة أكثر الأطفال ذوي (12-18 سنة) الذين يظهرون مشكلات كالقلق والإحباط والاكنتاب مع تسجيل العديد من المشكلات الاجتماعية عند الأطفال المتراوحة أعمارهم بين (04-11 سنة).

وحتى نكون أكثر شمولية تقيدا بمبادئ البحث العلمي فقد تمكنا من حصر بعض الدراسات المخالفة لما تم طرحه من قبل كدراسة سالمى مصطفى (2009) التي سجلت وجود مستويات قريبة من المتوسط لدى المرضى السودانيين المصابين بارتفاع الضغط الدموي.

وبالرجوع إلى تفسير نتائج الفرضية الجزئية الأولى المتعلقة بوجود مستوى منخفض من الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى عند التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية فربما قد تتعدد الاحتمالات المفسرة لهذه النتيجة المتحصل عليها بعد عرض التحليل الإحصائي، فقد يرجع هذا الانخفاض في مستوى الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى إلى طبيعة عمل هذه الأقسام

الخاصة التي تركز أساسا على خلق مقارنة بين النشاطات البيداغوجية التعليمية ونظيرتها الاستكشافية الترفيهية المصاحبة لمرحلة الطفولة السليمة المهمة في بناء الشخصية السوية مستقبلا، أو ربما كذلك إلى سعي هذه الأقسام التعليمية عن مقامها الأول إلى التخفيف من المعاناة النفسية للأطفال المرضى بسبب انقطاعهم عن بيئة التنشئة الأصلية (الأسرة، المدرسة... الخ) والذي يتسبب في إحساس هؤلاء الأطفال بالعزلة الاجتماعية وحتى النفسية، وأكثر من ذلك يمكننا أن نفسر أيضا هذا الانخفاض الملموس في الضغوط النفسية لدى هؤلاء الأطفال المرضى بمجرد التحاقهم بهذا النوع من الأقسام التعليمية المكيفة إلى قدرتها على إعادة تقويم تلك الأفكار والاتجاهات السلبية المسبقة للمريض مع استبدالها بأساليب تكيفية ايجابية تدفعه إلى تقبل عجزه ونوع مرضه وحجم إعاقته والتعايش معها بصورة طبيعية، أو ربما أيضا إلى نوعية تلك الطرق والتقنيات المستخدمة في التكفل الفيزيولوجي والنفسي للأطفال المتوفرة داخل المراكز الاستشفائية مقارنة مع تلك المتاحة في المنازل (الأسرة) والمدارس (المعلم)، ولا يتوقف الأمر هنا في تفسير هذه النتيجة، فقد يتعلق الأمر كذلك إلى ارتباط واطمئنان الأطفال المرضى على ضمان سير تحصيلهم الدراسي المناخ داخل هذه الأقسام التعليمية الخاصة والتي في كثير من الحالات تكون أفضل من تلك المتوفرة في الأقسام العادية خاصة جانب تكييف طريقة ومحتوى وساعات التدريس بما يتماشى مع حالتهم الصحية، كما يمكن أن يرتبط الأمر كذلك إلى حرص الأقسام التعليمية الخاصة على ضمان ديمومة حق التمدرس خلال فترات العلاج والنقاها ومدى سهولة اندماج الأطفال المرضى في المدارس العادية بعد استكمال وانقضاء أجال المرحلة الاستشفائية أو ربما إلى طبيعة تلك الاختلافات في الخصائص الشخصية والمعرفية (الثقافية) لدى المدرسين في الأقسام التعليمية الخاصة مقارنة مع أقرانهم في المدارس العادية بحكم أنهم أشخاص مؤهلين ومختصين في التعامل مع هذه الشريحة من المرضى حيث أنهم تلقوا العديد من الدورات التكوينية في المجال البيداغوجي الخاص والرعاية النفسية الطارئة، كما أن ذلك الاختلاف المسجل في الخصائص المهنية بين الأقسام الخاصة والأقسام العادية على غرار (ظروف التدريس، تقنيات التدريس، طبيعة المقررات والمناهج البيداغوجية، عدد المواد المدرسة، عدد الأطفال... الخ) بحيث كل هذا الاختلاف ربما سوف يخلق نوعا من الأريحية لدى المدرس في هذه الأقسام الخاصة والتي تتعكس خلال المدى القصير على درجة فعاليته ومستوى مردوديته في تلقين هذه الرسالة التعليمية، فنجاحه في توصيل هذه المعلومات إلى الأطفال المرضى بطريقة احترافية ستتعكس لا محال على كيفية ومقدار تجاوب هؤلاء الأطفال معهم فقد تزداد على أثرها قوة تلك الارتباطات الايجابية بين الطرفين فتقل حالات التوتر والقلق والخوف بصفة عامة ومستوى الضغوطات النفسية

بصفة خاصة لتحسن على إثرها فيما بعد العديد من المؤشرات إثرها استقرار الحالة النفسية وتحسن مستوى التحصيل الدراسي.

وفي الأخير يمكننا أن نشير إلى نقطة قد تكون جد مهمة في تحليل النتيجة الحالية فربما الأمر يتعلق بتلك الامتيازات المادية والمعنوية المترتبة عن التحاق الأطفال المرضى بهذه الأقسام التعليمية الخاصة الموجودة داخل المستشفيات العمومية والتي قد تكون غير متاحة بالأقسام التعليمية العادية على غرار الوقت الضائع بسبب التنقل من وإلى المدرسة، عدم استقلالية المريض في التنقل، طبيعة الأوضاع الاجتماعية والمادية لعائلة المريض فيصبح للطفل المريض على وقعها مقصدين في نفس الوقت (علاج + تدرس)، وتوفر هذه الامتيازات مقارنة مع الوضعية الأصلية، قد ينعكس إيجابا على حالته النفسية فتقل معدلات الضغوط لديه وتحسن درجات تحصيله الدراسي.

وباعتبار هذا النوع من الأقسام التعليمية الخاصة المكيفة احد نماذج البرامج الموجهة للتخفيف من الضغوط النفسية المصاحبة للمرض بصفة عامة، وقد اتفقت نتائج هذه الدراسة الحالية مع العديد من الدراسات العربية والأجنبية على غرار دراسة أماني محمد بك (2011) التي وضعت برنامج علاجي فعال في خفض مستويات القلق والاكتئاب لدى مرض القلب بمستشفى السودان القومي ودراسة بكيري نجيبة (2011) التي أشارت هي الأخرى إلى تأثير برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض من درجات الاكتئاب لدى الأطفال المصابين بالسكري في الجزائر، وكانت الغاية في هذا البرنامج العلاجي التقليل من عدد مرات تعاطي الأنسولين في اليوم، كما اتفقت أيضا النتائج الحالية مع دراسة طوبال فطيمة (2016) والتي بينت فعالية برنامج إرشادي سلوكي معرفي في التخفيض من أعراض الضغوط النفسية لدى المراهقين المتمدرسين في المرحلة الثانوية، وكذلك دراسة أوراعي فوزية (2017) التي أشارت إلى وجود اثر ايجابي في استخدام البرنامج الإرشادي موجه للتخفيض من مستوى الضغوط النفسية للتلاميذ المرضى الماكثين بالمستشفيات والأمهات المرافقة لهم بولاية وهران، الجزائر وكذلك دراسة محمد القرني (2017) التي أشارت إلى وجود فعالية ايجابية للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المستخدم في خفض حدة انفعال الغضب ورفع جودة الحياة لدى المرضى السكري ونضيف كذلك دراسة مريم توام (2018) التي بينت هي الأخرى وجود اثر لبرنامج معرفي سلوكي في التخفيض من الضغوط النفسية لدى أمهات التوحد وإضافة إلى ما سبق ذكره فقد تشابهت دراسة كل من بشير الحجار وسامي أبو إسحاق (2014) مع نتائجنا الحالية حيث أشارت هذه الدراسة إلى فعالية البرنامج الإرشادي في التخفيف من الضغوط النفسية لدى الطلبة المعاقين حركيا وبصريا في جامعة غزة في فلسطين.

أما دراسة داود راضية (2012) فقد توصلت إلى وجود مستويات من الضغوط النفسية تراوحت شدتها ما بين الخفيف والقريب من المتوسط لدى المعاقين حركيا المتواجدين داخل المراكز الاستشفائية بولاية سطيف، الجزائر، وبالمقابل فقد اتفقت كذلك نتائج الدراسة الحالية مع العديد من الدراسات الأجنبية على غرار دراسة جورجيسيت وجونسن (1970) الذين أشاروا إلى وجود علاقة بين المساندة الاجتماعية وبعض المتغيرات المساهمة في التخفيف من الآثار السلبية للضغوط النفسية لدى الطلبة الجامعيين

• الفرضية الجزئية الثانية :

وجود فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى الملحقين بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية حول مستوى الضغوط النفسية تعزى إلى متغير الجنس.

لقد بينت نتائج الدراسة الحالية انه عدم وجود اختلاف دالا إحصائيا بين الأطفال المرضى في مستوى الضغوط النفسية ترجع إلى متغير الجنس (الذكور-الإناث)؛ وقد جاءت هذه النتائج عكس توقعاتنا السابقة وعليه يمكننا أن نعلل ذلك إلى عدة أسباب واحتمالات واقعية حيث نستهلها أولا بتعرض جميع أفراد عينة هذه الدراسة لنفس العوامل المثيرة لهذه الضغوط النفسية مع الاحتكاك مع نفس الأشخاص في المستشفى (الأطباء، الممرضين، الأخصائيين النفسانيين، مربين ومعلمين...) ولنفس أسلوب المعاملة (العلاج والتعليم)، وهذا الأمر قد لا يخلق فيما بعد فروقات ملموسة وواضحة في درجة الضغوط النفسية، بعبارة أخرى يمكن القول بأنه يحتمل أن يتحصل على نفس المستوى من الضغوط النفسية قد يكون مرتفعا وقد يكون منخفضا وبالمقابل يمكن أن نعلل غياب هذا الاختلاف في درجة الضغوط النفسية إلى تلك الخبرة العملية للقائمين على هذه الأقسام التعليمية الخاصة في احتواء جميع أفراد العينة الحالية مع دفعهم إلى التجاوب معهم وما ساعد ذلك عامل صغر سن أفراد العينة وعدم قدرتهم على القراءة السليمة وإدراكهم الأخطار المستقبلية إذ يسهل التدخل الفوري للتخفيف من مستوى الضغوط النفسية مقارنة مع تلك الفئة الراشدة المتفوقة في درجة الإدراك والتبصر للواقع الصحي، بأبسط مثال قد يوقف أو ينجح المعلم بواسطة قطعة حلوة أو هدية رمزية أو كلمة طيبة أو سلوك جسدي (مسح الرأس...) من إقصاء تلك المصادر المسببة للضغوط النفسية لدى الطفل فيقبل على إثرها العلاج ويقبل على التعليم، وهذا ما قد يفسر غياب الاختلاف بين فئتي الجنس في مستوى الضغوط النفسية.

وإضافة إلى ما سبق ذكره يمكن أن يرجع عدم وجود الاختلاف في مستوى الضغوط النفسية لدى أفراد عينة هذه الدراسة إلى ذلك الدور الذي يلعبه مرافق المريض (الأم) التي تسعى جاهدة إلى

ترويض الحالة النفسية لطفلها، إذ لا يمكن أن يكون هناك استقلال ذاتي للطفل دون مرافق له وما دام كل مرافقي أفراد هذه العينة هم أمهاتهم فقد غابت عن إثرها تلك الاختلافات والتفاوت في درجة التعرض للضغوط النفسية فيمكن إن يكون هناك قول مغاير إذا كان هناك اختلاف في طبيعة مرافقي هؤلاء المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية.

كما لا يمكننا أيضا أن ننكر بصراحة قدرة الأقسام التعليمية الخاصة على استيعاب الأطفال المرضى بالعدد الذي يسهل على القائمين بالرعاية النفسية والصحية من احتواء المصادر المسببة للضغوط النفسية، كما لا يمكننا أيضا أن نخفي الدور الجوهرى لتلك النشاطات الاستكشافية والترفيهية (الرسم، الأشغال اليدوية، الرحلات، الألعاب... الخ) المكملة للأبعاد البيداغوجية الهادفة إلى تثبيت الاستقرار النفسي لدى الطفل والتي قد يكون لها دورا مباشرا في إقصاء جميع البؤر المؤدية إلى التأزم من درجة الضغوط النفسية.

وتكلمنا لما سبق ذكره فقد اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع العديد من الدراسات السابقة العربية والأجنبية التي اهتمت بهذا الموضوع على غرار دراسة منال الحسن (2007) التي تناولت الضغوط النفسية للمعاقين حركيا وعلاقتها بالتوافق النفسي الاجتماعي التي أجريت في مدينة العملاق الخرطوم بحري ودار المعاقين بنانت، السودان، حيث توصلت إلى عدم وجود فروق في الضغوط النفسية تعزى إلى متغير الجنس .

وكذلك دراسة شيرين الملاك (2010) التي بينت عدم وجود فروق في درجة الضغوط النفسية لدى مرضى الصرع بالأردن ترجع إلى متغير الجنس، ونضيف أيضا نتائج دراسة تامر سهيل (2017) التي توصلت إلى عدم وجود فروق في مستوى الضغوط النفسية لذوي الإعاقة البصرية من طلبة المرحلة الثانوية في مدينة غزة الفلسطينية والتي ترجع إلى متغير الجنس، ودراسة أحمد نبيل البحراوي (2003) التي أظهرت غياب الاختلاف بين الذكور والإناث في مواجهة الضغوط النفسية بالمدارس الإعدادية بجمهورية مصر العربية، ودراسة راضية داود (2011) التي تمكنت فيها من الوصول إلى عدم وجود فروق بين الذكور والإناث المعاقين حركيا في الضغوط النفسية داخل مستشفيات ولاية سطيف، وأيضا دراسة نجاء الصديق (2010) التي أظهرت عدم وجود فروق في الضغوط النفسية بين الذكور والإناث لدى المراهقين المعاقين بصريا بولاية الخرطوم، السودان.

وكذلك دراسة بشير الحجار وسامي أبو إسحاق (2014) التي توصلت إلى عدم وجود فروق في أبعاد الضغوط النفسية لدى الطلبة المعاقين حركيا و بصريا في غزة ترجع إلى متغير الجنس.

كما لا ننسى أيضا دراسة جورجنسيت وجونسون (1970) Jorgensen et Johson التي أظهرت عدم وجود اختلاف بين الذكور والإناث في تحديد العوامل الوقائية المخففة من اثار الضغوط النفسية داخل الجامعات الأمريكية.

وبالمقابل فقد جاءت نتائج الدراسة الحالية كذلك مخالفة لنتائج العديد من الدراسات السابقة والتي نطرحها على سبيل الذكر ولا الحصر كدراسة وفاء حيدوب (2002) التي استنتجت أن الإناث من مرضى الصرع العام التصليبي في مستشفيات السودان من أكثر معاناة من أنواع الضغوط النفسية مقارنة مع الذكور، ودراسة سالمى مصطفى (2009) التي بينت هي الأخرى كذلك وجود مستويات مرتفعة من الضغوط النفسية لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم الذكور بكل من محافظات أم درمان والخرطوم و بحري والسودان، ودراسة داود راضية (2012) التي توصلت أيضا إلى وجود فروق في درجة تعرض المعاقين حركيا للضغط النفسي تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث، أيضا بينت في دراستها إلى وجود فروق في استراتيجيات المواجهة التي يستعملها الأشخاص المعاقين حركيا في تصديهم للضغوط النفسية حسب جنسهم لصالح الذكور، ودراسة كل من الصديقي وبن عمر (2014) التي أوضحت أن الذكور هم الأكثر عرضا للقلق النفسي جراء الإصابة بالقصور الكلوي بمستشفيات الجزائر، ودراسة كومار (1990) التي بينت هي الأخرى تمتع الطلبة الهنود الذكور مقابل الإناث بضغوط نفسية شخصية ومالية واجتماعية وصحية مختلفة.

وقد يرجع هذا الاختلاف ربما إلى عدة احتمالات من بينها اختلاف قيم ومقومات المجتمع الجزائري عن بقية الأمم والشعوب الأخرى وهذا ما قد يفسر هذا الاختلاف، كما يمكن أن يرتبط الأمر بطبيعة وأبعاد المصادر المسببة للضغوط النفسية لدى أفراد عينة الدراسة فمثلا قد لا تشكل بعض المصادر المسببة للضغوط النفسية في مجتمعات أجنبية مختلفة نفس الضغوط النفسية في المجتمع المحلي، بالإضافة إلى درجة تقبل وتحمل هذا المجتمع المحلي لهذه الضغوط مقارنة مع بقية المجتمعات الأخرى، وربما أيضا يرجع الأمر إلى وجود اختلاف في بعض الإجراءات المنهجية وحدودها خاصة المتعلقة بحجم العينة وخصائصه.

• الفرضية الجزئية الثالثة :

وجود فروق دالة إحصائيا بين الأطفال المرضى الملتحقين بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية حول مستوى الضغوط النفسية تعزى إلى متغير نوع المرض.

حيث جاءت نتائج الدراسة الحالية متوافقة مع توقعاتنا السابقة فقد اتضح من خلالها أن الأطفال المصابين بالصرع والمقيمين بالمراكز الاستشفائية العمومية هم الأكثر عرضا للضغوط النفسية (بمتوسط 72.40) ثم يليه الأطفال المصابين بمرض الربو (بمتوسط 70.72) ، ثم الأطفال المعاقين حركيا (بمتوسط 70.40) و يليه مرضى السرطان (بمتوسط 69.97)، ومرضى القلب (بمتوسط 67.90) و يليه مرضى السكري (66.13) ومرضى القصور الكلوي (بمتوسط 62.22)، وأخيرا مرضى فقر الدم (بمتوسط 60.70)، وعليه نسجل بكل وضوح وجود اختلاف بين هذه الفئات المرضية فيما يتعلق تحديد مستوى الضغوط النفسية لديهم والتي تختلف حتما انطلاقا من هذه النتائج العملية من اختلاف نوع المرض وهذا الأمر الذي يدفعنا إلى طرح جملة من التفسيرات والاحتمالات الواقعية معلنين من خلالها جوهر هذا الاختلاف.

فبداية قد يرجع تفسير هذا الاختلاف إلى طبيعة الأعراض المصاحبة لكل مرض وما ينعكس عنه في تحديد مستوى الضغوط النفسية لدى هذه العينة من الأطفال المرضى المقيمين داخل المراكز الاستشفائية، فمثلا تظهر لدى مرضى الصرع العديد من الأعراض المعقدة والخطيرة من وضعيتهم الجسدية والنفسية والسلوكية فحدوث النوبة الصرعية يصاحبه على الفور فقدان تام للوعي وظهور سلوكيات ارتجافية غير إرادية للأطراف العليا والسفلى للجسم وتكرار حدوث هذه النوبات من شأنه أن يلحق ضررا دائما للدماغ وفي بعض الحالات إلى الوفاة، وإذا انتقلنا إلى الحديث عن مرض الربو وما يصاحبه عن أعراض فهو لا يقل خطورة عن سابقه لما يسببه من تراكم تلك الاضطرابات النفسية المعقدة على غرار التوتر والقلق والانسحاب الاجتماعي وعموما كل مرض عضوي مزمن من شأنه أن يؤدي إلى تردي الحالة النفسية للمريض بحكم معاشته الدائمة لذلك المرض وقد يتجاوز الأمر هذا الحد إلى انهيار الجانب النفسي برمته ليتصارع لاحقا هذا المريض مع ضغوطات نفسية تقاوم من علة العضوية ونفس الكلام بالنسبة للمعاقين حركيا الفاقدين لاستقلالهم الذاتي فهم دائما بحاجة إلى مساعدة الآخرين في قضاء حاجاتهم اليومية وهذا العجز من شأنه يولد مجموعة من الأحاسيس السلبية والنوبات الاكتئابية والضغوطات النفسية ليعيش هذا المعاق لاحقا في فراغ اجتماعي رهيب إلى جانب مشكلته الجسدية، كما لا ننسى أيضا مرض السرطان بمختلف أنواعه وهذا الاختلاف في النوع يصاحبه بطبيعة الحال اختلاف في الأعراض طبعا للعضو المصاب لتنعكس فيما بعد في العموم الجسد ككل ليشعر المريض به بالتعب الدائم والآلام الحادة وفقدانا مستمرا للوزن دون أن ننسى تدهور ذلك التوافق النفسي لمرضى السرطان حيث تصبح في مخيلة هذا المريض معادلة واحدة للطرفين (السرطان = الموت)، لكن هناك الكثير من الحالات والإجازات الطبية النادرة لبعض الحالات

الاستشفائية لمرضى السرطان نتيجة للمقاومة النفسية التي يبديها المريض لمحاربة هذا العدو الخبيث لنستنتج في الأخير أهمية خلو الحياة النفسية للمرضى من تلك الضغوطات النفسية وهذه النظرة السيكولوجية يمكن تعميمها على بقية المعضلات المرضية الأخرى لنكرر مرة ثانية أن استقرار ورفاهية الحالة النفسية للمريض هو في حد ذاته علاج استباقي يأتي قبل العلاج الكلاسيكي الصيدلاني (المستشفى).

كما يمكن أن نعلل أيضا هذا الاختلاف في مستوى الضغوط النفسية المسجلة بين أفراد عينة الدراسة الحالية إلى طبيعة ومستوى التكفل الصحي والنفسي المقدم لهؤلاء الأطفال المرضى الذي قد يختلف من مؤسسة استشفائية إلى أخرى رغم تكفلهم جميعا بتشخيص ومعالجة نفس الفئات المرضية (القلب، الصرع، السكري، الربو، الايدز، الإعاقة البصرية، الإعاقة الحركية...).

وإضافة إلى ما سبق أيضا فقد رأينا انه من المستحيل أن نهمل أهمية الفروق الفردية بين هؤلاء الأطفال المرضى فيما يتعلق في قدرتهم على تحمل تابعات نفس المرض الواحد ومدى قدرتهم على الاستجابة الفورية لتلك المضاعفات الناجمة عن المرحلة الاستشفائية وبطبيعة الحال هذه الفروق المسجلة والمميزة لكل شخصية مريض ومقدار مقاومته لتلك الآلام المصاحبة للمرض من شأنه أن يحدد الحالة النفسية لكل مريض، فقد يلعب استقرار الجانب النفسي دورا في تسريع وتيرة الاستشفاء وزمن مكوثه داخل المراكز الاستشفائية عكس تلك العينة من المرضى التي سرعان ما تتهار في مقاومة المرض فتزد على إثره مقومات التوافق النفسي متجسدة على شكل ضغوطات نفسية تآزم من الوضعية الصحية العامة للمريض وتأخير الفترة الاستشفائية وتضخيم من تابعتها السلبية.

كما يجب علينا أن نزيل الستار عن نقطة رئيسية مفادها أن حداثة التقنيات المستخدمة في التكفل العلاجي والنفسي لوحدها غير كاف في تحقيق الأهداف الاستشفائية ومركزها إنقاذ الحياة البشرية في غياب الضمير المهني والإنساني عند بعض الأطقم الطبية في سعيها إلى إنقاذ الحياة البشرية دون النظر إلى المركز الاجتماعي المرموق للمريض ونسبه وماله، إذ سجلت الأيام وفاة الكثير من المرضى رغم بساطة سقمهم نتيجة لتعاس هذه الطواقم في إنقاذ حياة الإنسان وعدم مساومتها بأي مقابل مادي.

كما يمكننا أن نلوح في تفسير هذا الاختلاف الموجود في مستوى الضغوط النفسية لدى هؤلاء الأطفال المرضى داخل المستشفيات العمومية إلى ذلك الفارق الموجود في نوعية الكفاءات المهنية والخبرات العلمية للأطقم الطبية في تقديم التكفل العلاجي والنفسي اللازم للمريض في الوقت المناسب وكثرة الأخطاء الطبية المؤدية تارة إلى الإعاقة الدائمة وتارة أخرى إلى الوفاة دليل على تخاذل

المنظومة الصحية في تأطير وترقية الكفاءات الطبية من حيث الكم على حساب النوعية، وبالمقابل قد يتحقق استشفاء المريض بأبسط الوسائل، فقد يقتصر الأمر فقط على الرفع من الجانب النفسي المعنوي للمريض الذي ينعكس على الجانب الجسدي فانخفاض مستوى الضغوط النفسية لدى الطفل المريض قد يسهل في عملية تقبل العلاج.

كما يمكننا أن نشير إلى دور المساندة الاجتماعية المتمثلة في المعايدة الطبية من طرف الجمعيات الخيرية المتكفلة ببعض الأمراض الخطيرة (السرطان والتوحد) وأن تحرص كثيرا على تكريس انشغالاتها في مشاطرة أم المرضى والتخفيف عنهم سواء كان ذلك عن طريق التكفل في بعض الجوانب المادية للمرضى المعوزين والقاطنين في المناطق النائية والمعزولة أو تعلق الأمر بالجانب المعنوي على غرار تنظيم بعض النشاطات الترفيهية داخل المراكز الاستشفائية، كما لا ننسى أيضا أهمية زيارة الأقارب والأصدقاء وذوي القلوب الرحيمة.

وقد اتفقت نتائج الدراسة الحالية من العديد من الدراسات السابقة العربية والأجنبية على غرار دراسة وفاء حيدوب (2002) التي أشارت إلى وجود مستويات حادة من الضغوط النفسية لدى مرضى الصرع العام التصليبي بمستشفيات ولاية الخرطوم بالسودان، وكذلك دراسة شرين الملاك (2010) التي أشارت هي الأخرى إلى وجود ضغوط نفسية مرتفعة لدى مرضى الصرع بأحد مستشفيات الأردن وكذلك دراسة كل من الصديقي وبن عمر وهيبة (2014) التي بينت هي الأخرى وجود مستويات مرتفعة من الضغوط النفسية لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي في بعض المستشفيات الجزائرية، كما تضيف أيضا نتائج دراسة كل من فواز المني وسلام عميرين (2016) التي أوضحت كذلك وجود مستويات مرتفعة من الضغوط النفسية لدى مرضى القولون العصبي في إحدى المحافظات الأردنية، كما نضيف أيضا في نفس السياق دراسة الباحثان مريم عثمان وبدواي علي (2011) التي توصلت إلى وجود علاقة ارتباطيه سالبة بين الإصابة بمرض الايدز وتأزم الأعراض النفسية المصاحبة لها.

أما دراسة منال الحسن (2007) فقد وضحت كذلك وجود ضغوطا نفسية مرتفعة لدى المعاقين حركيا بمدينة العملاق الخرطوم بحري ودار المعاقين بنانت، السودان.

كما توصلت نتائج دراستنا الحالية مع العديد من الدراسات السابقة الأجنبية أبرزها دراسة تيلور وآخرون (1992) Taylor et al التي بينت وجود بعض المشكلات النفسية على غرار الضغوط النفسية والخوف وغموض المستقبل بنسبة مقلقة لدى مرضى السرطان، ودراسة ميبيغ ومستشاري

وآخرون (2003) Mcveigh et Mostashari et al التي أفرزت وجود مستويات مرتفعة من الضغوط النفسية لدى كل من السكري ومرضى الربو في مدينة نيويورك الأمريكية.

2- الفرضية العامة الثانية:

الأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية تلعب دورا ايجابيا في التخفيف من الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى من وجهة نظر الوالدين والمعلمين.

• الفرضية الجزئية الأولى:

وجود فروق دالة إحصائيا بين الأطفال المرضى في مستوى الضغوط النفسية لديهم قبل وبعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر الوالدين.

لقد بينت نتائج الدراسة الحالية وجود مستوى منخفض من الضغوط النفسية بعد التحاق الأطفال المرضى بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر الوالدين، حيث اتضح أن شدة هذه الضغوط تتخفف بمجرد التحاق أفراد عينة هذه الدراسة بالأقسام التعليمية الخاصة، وهذا الالتحاق بطبيعة الحال لا يكون إلا بعد استقرار الوضعية الصحية والنفسية للطفل المريض إذ لا يمكن بأي حال من الأحوال أن يندمج الطفل المريض مع هذه الأقسام إلا بعد الحصول على الموافقة المبدئية من طرف الطقم الطبي والنفسي المشرف على التكفل العلاجي، وبطبيعة الحال هذه الفروق المسجلة في مستوى الضغوط النفسية قبل وبعد الالتحاق بهذه الأقسام التعليمية الخاصة من وجهة نظر الوالدين يمكن ردها إلى جملة من الاعتبارات والاحتمالات .

أولا، درجة الارتياح الموجودة بين الوالدين فيما يتعلق بطبيعة وشمولية ذلك التكفل الصحي المتوافر بالمؤسسات الاستشفائية العمومية، سواء تعلق الأمر بنوعية الخدمات الصحية التي يقصد منها تلك الخدمات الصحية التي تسهر على توفيرها الإدارة الطبية بكل مقوماتها من أجل خدمة هؤلاء المرضى المقيمين بهذه المؤسسات، بالإضافة إلى جدارة وكفاءة الأطقم الطبية في تحقيق مجمل الأهداف الطبية من قبل.

ومن جهة أخرى، فقد قمنا بتسجيل تفاعل ايجابي بين والدي الأطفال المرضى فيما يتعلق بقدرة أطفالهم على تقبل البروتوكولات العلاجية المكتملة بالنشاطات البيداغوجية والترفيهية والتي تدخل في إطار البرنامج الإرشادي المعرفي لمثل هذه الأقسام.

بالإضافة أيضا الدور الذي تلعبه تلك الرعاية النفسية المتخصصة المكتملة للعلاج الطبي في تهيئة الطفل المريض ودفعه إلى التقبل الايجابي لجميع المراحل العلاجية، كما لا ننسى قيمة المساندة

الاجتماعية التي تتكفل بها العديد من الأطياف والهيئات (المختصين الاجتماعيين، الجمعيات الخيرية والمحسنين وذوي القلوب الرحيمة) في تحقيق التوافق النفسي خلال الفترة العلاجية.

وإضافة إلى ما سبق، يمكننا أن نعلل هذا الانخفاض في مستوى الضغوط النفسية لدى عينة أطفال الدراسة انطلاقاً من وجهة نظر الوالدين إلى طبيعة تلك الانعكاسات الايجابية الناجمة عن التحاق الأطفال المرضى بالأقسام التعليمية الخاصة، فهذه الأخيرة مثلاً تسهل من عملية التدخل الطبي الفوري في الحالات الطارئة نتيجة لتواجد الطفل المريض داخل المراكز الاستشفائية فيتم إسعافه في الوقت المناسب بدون تسجيل أي مضاعفات صحية خطيرة، كما أن هذه الأقسام التعليمية الخاصة تخفف من الأعباء المادية المترتبة على الوالدين والمخصصة لتغطية التكاليف العلاجية (المعالجة الطبية، التنقل، ثمن الوصفات الطبية...)، كما يمكننا أن نشير أيضاً إلى الوتيرة الزمنية لمرحلة الاستشفاء كميزة ايجابية لهذه الأقسام الخاصة، فهذه الأخيرة تنقل بمجرد تكثيف البرنامج العلاجي والبيداغوجي مقارنة مع تلك الحصص العلاجية المتذبذبة قبل التحاق الطفل بهذه الأقسام التعليمية.

وبما أن الأقسام التعليمية الخاصة الموجودة داخل المستشفيات العمومية نموذج عملي معرفي ينتمي إلى تلك الحزمة من البرامج الإرشادية المعرفية السلوكية المستخدمة في التخفيف من مستويات الاضطرابات النفسية على غرار الضغوط النفسية والقلق والاكتئاب، فقد اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع العديد من الدراسات السابقة العربية منها والأجنبية على غرار دراسة سومية ماهر (2012) التي توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية من التوافق النفسي لدى التلميذ المريض المقيم داخل المستشفى ومستوى تحصيله الدراسي داخل الأقسام التعليمية الخاصة المصرية، بالإضافة إلى دراسة اوراغي فوزية (2014) التي بينت هي الأخرى وجود دور للأقسام التعليمية الخاصة داخل مستشفيات ولاية وهران في التخفيف من الضغوط النفسية للمريض الماكث بها ولأمه المرافقة له.

كما نضيف دراسة أماني بيك (2011) التي بينت هي الأخرى بصفة عامة دور لأحد البرامج العلاجية السلوكية المعرفية في التخفيف من مستويات القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب بمستشفى السودان، واتفقت معها كذلك دراسة بكيري نجبية (2011) في وجود اثر للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في التخفيف من مستويات الاكتئاب لدى الأطفال المراهقين المصابين بالسكري بعيادة الضياء بولاية ورقلة.

كما اتفقت هذه النتائج أيضاً مع دراسة اوراغي فوزية (2017) التي أكدت على وجود اثر ايجابي للبرنامج الإرشادي في التخفيف من مستوى الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى الماكثين بالمؤسسة الاستشفائية لطب الأطفال لولاية وهران، كما لا ننسى دراسة محمد القرني (2017) التي

أظهرت هي الأخرى إلى وجود فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض انفعال الغضب ورفع جودة الحياة لدى مرضى السكري بالسعودية.

وبالمقابل اتفقت كذلك نتائج الدراسة الحالية مع بعض الدراسات السابقة الأجنبية على غرار دراسة باتريس جريجوار وآخرون (2007) Beatrice Grégoire et Autres التي أكدت على أهمية برنامج التمدد داخل المستشفيات في تحقيق التوافق النفسي لدى المرضى المقيمين بمصلحة طب الأطفال بالمستشفيات الفرنسية، ودراسة ليلان بوشي (2004) Helene Pochet التي أبرزت هي الأخرى أهمية وجود القسم الدراسي في المستشفى ودوره في تعزيز نفسية المرضى في مستشفيات سويسرا.

• الفرضية الجزئية الثانية:

وجود فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى في مستوى الضغوط النفسية لديهم قبل وبعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر المعلمين.

لقد بينت نتائج الدراسة الحالية وجود مستوى منخفض من الضغوط النفسية بعد التحاق الأطفال المرضى بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية وذلك من وجهة نظر المعلمين، ولعل هذا الانخفاض المسجل في هذه الضغوط النفسية لدى أفراد عينة هذه الدراسة راجع إلى جملة من الأسباب والاحتمالات أبرزها أهمية المرحلة العلاجية الأولية والتي تستبق فترة التحاق الأطفال المرضى بالأقسام التعليمية الخاصة، إذ لا يسمح للأطفال المرضى بمجرد التحاقهم بالمستشفى مزاوله دراستهم بهذه الأقسام بصورة مباشرة بسبب وضعيتهم الصحية والنفسية الغير مستقرة ولذلك يحرص الطاقم الطبي بكل مكوناته على ضمان استقرار الوضع الصحي للمريض، وحتى تتكافأ فرص هؤلاء الأطفال المرضى مع أقرانهم العاديين فيما يتعلق الحياة الدراسية سوف يسمح لهم لاحقا الانضمام إلى الأقسام الدراسية الخاصة، وإذا تكلمنا عن مستوى الضغوط النفسية قبل الالتحاق بهذه الأخيرة فقد تكون مرتفعة وهذا أمر طبيعي لأن هذا الارتفاع مرده تقاوم الوضعية الصحية للطفل المريض، كما يمكن أيضا أن نعلل انخفاض مستوى الضغوط النفسية بعد التحاق الأطفال المرضى بالأقسام التعليمية الخاصة وذلك من وجهة نظر المعلمين إلى طبيعة الظروف البيداغوجية المتوافرة داخل الأقسام التعليمية الخاصة والتي تختلف تماما عن نظيرتها الموجودة في الأقسام التعليمية العادية بالإضافة إلى مدى تجاوب الأطفال المرضى مع هذه الوضعية البيداغوجية الجديدة المتميزة بنوعية التعليم الفردي وبتنوع طرق التدريس واستثنائية مناهج التدريس المكيفة.

وقد يرجع كذلك هذا الانخفاض في مستويات الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة ربما إلى ميل المعلمين إلى إدخال طرق تعزيزية متنوعة (فتح حلقات لعب،

توزيع قطع حلوة، سرد بعض القصص المشوقة، تقديم الأناشيد...) وكل هذه الطرق غايتها واحدة وهي دفع ذلك الطفل المريض المنعزل من علته إلى التنفيس عن التوتر والتحكم بردة فعله العاطفية والتفاعل الايجابي مع المعلم ومع العملية البيداغوجية وتسهيل عملية استيعاب المعلومات فلا يكون هناك حلقات لعب إلا بعد مشاركة الطفل في الدرس البيداغوجي وبتكرار هذه العملية سوف يتكيف الطفل مع هذه الأقسام التعليمية الخاصة ويقل معها مستوى الضغوط النفسية .

كما يمكننا أن نرجع ذلك الانخفاض المسجل في شدة الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة ربما أيضا إلى اختلاف الوضعية المهنية للمعلم ومحتواها فهذا الأخير سوف يعمل في أقسام مكيفة مغايرة تماما عن تلك الأقسام العادية أين يكون فيها التدريس مهنة صعبة وضاغطة لسبب اكتظاظها وكثافة البرامج البيداغوجية وطول ساعات التدريس وكثرة العلاقات الاستدراكية وقلة الوسائل البيداغوجية وبنقل المعلم من وضعية شاقة إلى وضعية مريحة ومكيفة حتما يدفع هذا الأمر المعلم إلى إخراج ما لديه من مجهودات وأفكار إبداعية بسبب غياب تلك المثيرات الضاغطة وبأريحته والعمل سوف ينجح مستقبلا في تسيير القسم الخاص بطرق بيداغوجية اندماجية ومكيفة، وهذا ما يفسر النظرة الايجابية للمعلمين اتجاه نجاعة وفعالية الأقسام الخاصة في تخفيض مستوى الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى المقيمين بالأقسام التعليمية الخاصة.

وبالمقابل لقد اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع العديد من الدراسات العربية والأجنبية السابقة على رأسها دراسة بكيري نجيبة (2011) التي أشارت إلى أهمية البرامج العلاجية المعرفية السلوكية في احتواء والتخفيف من مستويات نوبات الاكتئاب والقلق لدى الأطفال المرضى المصابين بالسكري بولاية ورقلة، وتتبعها على هذا الخط كذلك دراسة أماني بيك (2011) التي أشارت هي الأخرى إلى تحديد ذلك الدور الايجابي لأحد البرامج العلاجية المعرفية السلوكية في التخفيف من مستويات القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب بأحد مستشفيات السودان، كما لا ننسى أيضا نتائج دراسة سومية ماهر (2012) التي استنتجت وجود علاقة دالة بين متغير التوافق النفسي ومستوى التحصيل الدراسي لدى التلاميذ المرضى الملحقين بالأقسام التعليمية الخاصة الموجودة داخل المستشفيات المصرية.

بالإضافة أيضا إلى دراسة اوراغي فوزية (2014) التي أصرت من خلال نتائجها على ذلك الدور الايجابي للأقسام التعليمية الخاصة الموجودة داخل مستشفيات ولاية وهران، كما أكدت نفس الباحثة سنة (2017) على وجود اثر ايجابي للبرنامج الإرشادي في التخفيف من مستوى الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى الماكثين بالمصالح الاستشفائية لطب الأطفال بولاية وهران، كما اتفقت نتائجنا الحالية مع دراسة محمد القرني (2017) في إظهار الجانب الايجابي للبرنامج العلاجي المعرفي

السلوكي في التخفيض من شدة الانفعال والغضب وتحسين جودة الحياة لدى الأشخاص المصابين بالداء السكري بالمملكة العربية السعودية.

تكملاً مع ما ذكر سابقاً فقد اتفقت أيضاً نتائج الدراسة الحالية مع بعض الدراسات السابقة الأجنبية أبرزها دراسة أيلان بوشي (2004) Helene Pochet التي استنتجت وجود أهمية للقسم الدراسي التابع للمستشفى في تعزيز الجانب النفسي للمرضى المقيمين بالمستشفيات السويسرية، بالإضافة إلى دراسة جريجوار وآخرون (2007) Beatrice Grégoire et Autres التي توصلت إلى وجود دور فعال لذلك البرنامج البيداغوجي المطبق داخل مصالح طب الأطفال بالمستشفيات الفرنسية في تحقيق التوافق النفسي لدى المرضى.

3- الفرضية العامة الثالثة :

توجد فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى في مستوى الضغوط النفسية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية تعزى إلى متغير الجنس من وجهة نظر الوالدين والمعلمين.

• الفرضية الجزئية الأولى :

وجود فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى في مستوى الضغوط النفسية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية تعزى إلى متغير الجنس من وجهة نظر الوالدين.

فقد بينت نتائج الدراسة الحالية عدم وجود فروق دالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى بعد التحاقهم بالأقسام الدراسية الخاصة داخل المستشفيات العمومية ترجع إلى متغير الجنس من وجهة نظر الوالدين وعدم تسجيل أي اختلاف، ونعلل عدم تسجيل أي اختلاف فيما يخص إجابات الوالدين حول مستوى الضغوط النفسية لدى أطفالهم المرضى قد يرجع إلى عدة اعتبارات وتفسيرات.

ففي المقام الأول، يمكننا أن نرجع عدم وجود هذه الاختلافات المتعلقة في مستوى الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى من منظور الوالدين وبالأخص الشخص المرافق للمريض والذي عادة ما يتمثل في الأم بنسبة كبيرة باعتبارها الشخص القريب إلى الطفل، ونادراً ما يكون المرافق عكس ذلك إلا في بعض الحالات كوفاة الأم أو مرضها أو انشغالها بتربية صغارها، وربما لو تعدت صلة مرافق الطفل المريض إلى شخص ثاني غير الأم (الأخت، العمّة، الجدة، الخالة...) لكان هناك احتمال

الوصول إلى نتائج مغايرة لتلك التي تحصلنا عليها باعتبار الأم تميل كثيرا إلى غريزة الأمومة فتتأثر شخصيتها لأبسط الأسباب فهذا ما يؤثر على النتائج التقييمية الصادرة عنها.

أيضا ربما يرجع غياب تسجيل أي اختلاف فيما يخص هذا الفرض السابق إلى انسجام نفس المعاملة الوالدية أثناء المكوث مع المريض في المستشفى دون النظر إلى طبيعة الجنس، فكلا الجنسين يحظيان بنفس المعاملة وبنفس الاهتمامات ومن المستحيل تسجيل أي فوارق فيما يخص طبيعة هذه المعاملة وهذا ما قد نلجأ إليه في تفسيرنا لهذه النتائج المتوصل إليها والتي أشارت إلى غياب الفروق بين الأطفال المرضى فيما يخص الضغوط النفسية راجعة إلى الجنس من منظور الوالدين بصفة عامة والأم بصفة خاصة.

كما يمكن أيضا أن نعلل غياب الفوارق بين أفراد عينة هذه الدراسة فيما يخص مستوى الضغوط النفسية لديهم حسب متغير الجنس من منظور الوالدين كذلك إلى تأثير العملية التقييمية للوضع الصحي للطفل المريض بعاطفة الأم، ففي الكثير من الحالات قد تقدم الأم بحكم غريزة الأمومة إلى المبالغة في تقييم صحة ابنها الجسدية والنفسية ليس عمدا وإنما عن غير قصد وعلية فقد تتأثر البيانات التي قمنا بجمعها حول هذه الفرضية وهو ما أوصلنا في الأخير إلى هذه النتائج المخالفة لتوقعاتنا السابقة ولو كان المجيب شخص آخر غير الأم لا كانت هناك نتائج مغايرة للوضع الحالية. وقد جاءت نتائج الدراسة الحالية مخالفة للعديد من الدراسات السابقة على غرار دراسة وفاء حيدوب (2002) التي أشارت إلى وجود فروق دالة إحصائية في درجة الضغوط النفسية لصالح مرضى الذكور مقابل الإناث المقيمين بمستشفيات الخرطوم بالسودان، وكذلك دراسة نجلاء الصديق (2010) التي بينت كذلك وجود فروق في المشكلات السلوكية بين الذكور والإناث لصالح الإناث المعاقات بصريا المقيمت بمرکز التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة بولاية الخرطوم، السودان، كما اتفقت نتائجنا أيضا بدراسة داود راضية (2012) التي استنتجت هي الأخرى وجود فروق دالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية لدى الإناث المعاقات حركيا الماكثات داخل مستشفيات ولاية سطيف، الجزائر، كما لا ننسى أيضا نتائج دراسة سالمى مصطفى (2009) التي سجلت وجود فروق دالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم تبعا لمتغير النوع لصالح الذكور بمحافظة أم درمان والخرطوم وبحري، والسودان.

وزيادة عما سبق ذكره يمكننا أن نعلل من ناحية ثانية على اختلاف النتائج بين دراستنا الحالية والدراسات التي سبقتها إلى بعض الأدبيات المنهجية على غرار حجم عينة الدراسة وخصائصها السيكومترية، كما يمكننا أن نربط هذا الاختلاف الحاصل في النتائج إلى ذلك الاختلاف الجوهرى

في عادات وتقاليد المجتمعات العربية التي أجريت فيها تلك الدراسات السابقة (السودان، مصر، الأردن، دول الخليج والجزائر) و بعض المجتمعات الغربية خاصة الولايات المتحدة الأمريكية. كما يمكننا أن نرجع عدم تطابق مخرجات دراستنا الحالية مع تلك الأبحاث والدراسات السابقة التي تناولت دور البرامج العلاجية السلوكية المعرفية والإرشادية إلى اختلاف طبيعة هذه الأخيرة ومحتوياتها ومدخلاتها ومخرجاتها ونمط الفئات المستهدفة من وراء هذا البرنامج وقد تختلف هي الأخرى كذلك مع البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي وبالضبط الأقسام التعليمية الخاصة في المركز الاستشفائية العمومية للدراسة الحالية .

• الفرضية الجزئية الثانية:

وجود فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى في مستوى الضغوط النفسية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية تعزى إلى متغير الجنس من وجهة نظر المعلمين .

ومن خلال التحليل الإحصائي لنتائجنا الحالية فقد ظهر جليا وجود هذه الفروق بصورة دالة لصالح الإناث المرضى مقارنة مع الذكور وهذا من وجهة نظر المعلمين، حيث يمكننا أن نرجع و نرد وجود هذه الفروق إلى جملة من الاعتبارات والتفسيرات التي تبقى محصورة بين مكونات العملية البيداغوجية فقط سواء تعلق الأمر بخصائص التعليم المكيف، كفاءة وخبرة المعلم المختص ودور عامل تكرار الحصص الدراسية، فعندما نتكلم على خصائص التعليم المكيف الخاصة بالأقسام التعليمية داخل المراكز الاستشفائية العمومية فإننا نقصد بدقة أكثر نوع المقررات البيداغوجية المعمول بها وكذلك طريقة تقييم التحصيل الدراسي من طرف المعلم المختص والوسائل البيداغوجية المقننة التي تتماشى مع طبيعة المانع الصحي للطفل (حسب نوع ودرجة المرض). وعندما نشير إلى نوعية كفاءة وخبرة المعلم المختص فإننا نقصد بكل وضوح إلى كيفية تعامل هذا الأخير مع طبيعة مرض الأطفال المقيمين بالمستشفيات لأن طريقة تدريس هؤلاء الأطفال تختلف حسب نوعية المرض بعبارة أخرى أن نوع المرض هو الذي يحدد زمن الحصص الدراسية وطريقة إلقائها وحجم ونوع الواجبات المدرسية المطلوبة من المريض انجازها وأكثر من ذلك فان بعض الوضعيات الصحية الحرجة على غرار ذوي أمراض السرطان أين يتواجد المانع الطبي بامتياز والذي يحتم فكرة التحاق المعلم المختص بسرير المريض وبطبيعة الحال هذه الوضعيات الصحية تطرح ضرورة توفر مبدأ المرونة والتكيف في نمط معاملات المعلم المختص اتجاه كل مريض، وعندما نتكلم عن مبدأ التكرار للعملية البيداغوجية والتي تعد من القواعد الأساسية في نظريات التعلم بصفة عامة مهما اختلفت توجهاتها في شدة الضغوط

النفسية، بحيث تكون مرتفعة في اللحظات الأولى بسبب المانع الصحي لكن بعد استقرار هذه الوضعية الصحية للمريض وقدرته الالتحاق بالأقسام التعليمية الخاصة فان هذه الشدة تتخفف تدريجياً مع تداول الحصص الدراسية، فالطفل المريض قد يتكيف مع هذا النمط الخاص من التدريس بطريقة تدريجية حيث نسجل لديه انخفاض محسوس في شدة الضغوط النفسية لديه بوتيرة انحدارية حتى ينسجم في الأخير بصورة عادية وإيجابية مع البرنامج البيداغوجي المقنن والذي تكون مخرجاته في الأخير (معدلات التحصيل الدراسي) أفضل بكثير مقارنة بالأقسام العادية.

وقد اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع العديد من الدراسات السابقة على غرار دراسة كل من الصديقي وبن عمر وهيبة (2014) التي توصلت إلى وجود مستويات مرتفعة من القلق النفسي لصالح الذكور المصابين بالقصور الكلوي بالجزائر، وكذلك دراسة داود راضية (2012) التي استنتجت هي الأخرى وجود ضغوط نفسية لصالح الإناث المعاقات حركياً والمقيمات بمراكز التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة وزيادة على ما سبق فقد توصلت كذلك دراسة نجلاء الصديق (2010) إلى وجود فروق في مستوى الضغوط النفسية لصالح الإناث المكفوفات بصرياً بالسودان، ودراسة سالمى مصطفى (2009) التي بينت هي الأخرى وجود فروق في الضغوط النفسية لدى الذكور المصابين بارتفاع ضغط الدم بمحفظات أم درمان والخرطوم وبحري والسودان، وفي الأخير دراسة وفاء حيدوب (2002) التي أثبتت هي الأخرى وجود فروق دالة إحصائية لدى الإناث المصابات بنوبات الصرع بمستشفيات ولاية الخرطوم بالسودان.

4- الفرضية العامة الرابعة:

توجد فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى في مستوى الضغوط النفسية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية تعزى إلى نوع المرض من وجهة نظر الوالدين و المعلمين.

• الفرضية الجزئية الأولى:

وجود فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى في مستوى الضغوط النفسية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية تعزى إلى نوع المرض من وجهة نظر الوالدين. حيث جاءت نتائج الدراسة الحالية متوافقة مع توقعاتنا السابقة من حيث درجة الضغوط النفسية بعد التحاق الأطفال المرضى بالأقسام التعليمية الخاصة من وجهة نظر الوالدين، فقد اتضح من خلال إجابات الوالدين أن الأطفال المرضى المصابين بمرض السرطان هم الأكثر عرضة للضغوط بمتوسط

(279.62)، ثم يليه الأطفال المصابين بمرض القلب (بمتوسط 270.80)، ثم المصابين بمرض الربو (بمتوسط 232.63)، وبعده مرضى الصرع (بمتوسط 230.60)، ثم مرضى السكري (بمتوسط 225.93)، و يليه فيما بعد الأطفال المصابين بالقصور الكلوي (بمتوسط 205.66)، ثم الأطفال المعاقين حركيا (بمتوسط 196.33) وأخيرا الأطفال المرضى المصابين بمرض فقر الدم (بمتوسط 192.66). وعليه نسجل بكل وضوح انطلاقا من إجابات الوالدين وجود اختلاف بين هذه الفئات المرضية فيما يتعلق تحديد مستوى الضغوط النفسية لديهم التي تختلف حتما باختلاف نوع المرض وهذا الأمر الذي يدفعنا إلى طرح جملة من التفسيرات والاحتمالات الواقعية معللين من خلالها جوهر هذا الاختلاف.

فبداية قد يرجع تفسير هذا الاختلاف في مستوى الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى المقيمين بالمراكز الاستشفائية العمومية انطلاقا من إجابات الوالدين إلى طبيعة الأعراض المصاحبة لكل فئة من هذه الفئات المرضية، فمثلا قد تظهر لدى مرضى السرطان العديد من الأعراض الجسدية والنفسية والسلوكية المعقدة منها والخطية والتي تكون مصاحبة لهذا المرض، ويعتبر هذا المرض انطلاقا من البيانات المتحصل عليها من أخطر الأمراض الخبيثة التي تصيب الكائنات البشرية بحيث لا تمس فقط الجانب الجسدي والصحي للفرد وإنما تتعدى ذلك لتفقد التوافق النفسي لديه، والمصابون بهذا النوع من المرض غالبا ما تكون حظوظ شفائهم ضئيلة فهو يعني الموت البطيء وهذا ما يجعل متوسط إجابات الوالدين فيما يخص تحديد مستوى الضغوط النفسية لدى أطفالهم مرتفع مقارنة مع بقية الأمراض الأخرى، نضيف كذلك أن المصاب بهذا المرض السرطان غالبا ما يظهر عليه تعب شديد ومزمن يصاحبه ألم حادة في المفاصل والعظام وتردي حالته النفسية لتصبح في اضطراب دائم لاحقا فيفقد المريض توافقه النفسي ويصاب برهاب الموت، وإذا انتقلنا الحديث عن مرض القلب فهو لا يقل خطورة عن مرض السرطان لما يخلفه من اضطرابات تقيس الجانب الجسدي والنفسى فيشعر المريض عادة بسرعة خفقان القلب وبالضيق في التنفس وبآلام في الصدر دون أن ننسى نوبات التوتر والانعزال الاجتماعي، ونفس الكلام فيما يخص المصابين بمرض الربو باعتباره مرض مزمن شأنه شأن الأمراض الأخرى لما يسببه من مضاعفات على الصحة الجسدية والنفسية للمريض كما تظهر أيضا على مرضى الصرع العديد من الأمراض الخطيرة نتيجة لتكرار حدوث النوبة الصرعية وما يصاحبها على إثرها فقدان تام للوعي وظهور سلوكيات ارتجافية غير إرادية لأطراف الجسم كافة وتكرار حدوث مثل هذه النوبات سيؤدي حتما إلى التوهان.

وفي الأخير لا يسعنا إلا القول أن الصحة الجسدية والنفسية لأي مريض مهما كان نوع مرضه مرتبط ومرهون بدرجة تعقيد وخطورة مرضه، وكلما كان المرض خطيرا ومميت زاد ذلك في تعقيد مستوى الضغوط النفسية لدى هذا المريض بالمقابل كلما كانت خطورة المرض اخف كلما كانت مستوى الضغوط النفسية منخفضة وعموما تبقى الإصابة بالمرض مصدرا لظهور الأعراض الجسدية والنفسية دون التكلم عن درجة تعقيدها.

كما يمكننا أن نرجع هذا الاختلاف في مستوى الضغوط النفسية المسجلة بين أفراد الدراسة الحالية انطلاقا من وجهة نظر الوالدين إلى طبيعة الوضع النفسي للوالدين جراء مرض أطفالهم، فالوضعية الصحية الحرجة والمزمنة لهؤلاء الأطفال بطبيعة الحال ستعكس سلبا على مستوى التوافق النفسي للوالدين لانشغالهم الدائم بالمستقبل الصحي لابنهم وهذا الوضع الصحي لا يتوازن ويتحسن إلا بعد امتثال الطفل للشفاء كليا، فالابن المصاب جسديا وفي نفس الوقت الوالدين مرهقان نفسيا وهنا نلاحظ أن هناك علاقة طردية بين الوضع الصحي للطفل والوضع النفسي للوالدين.

وقد اتفقت نتائج الدراسة الحالية من العديد من الدراسات السابقة العربية والأجنبية على غرار دراسة كل من فواز الممني وسلام عميرين (2016) التي توصل إلى وجود مستويات مرتفعة من الضغوط النفسية لدى مرضى القولون العصبي في إحدى المحافظات الأردنية، بالإضافة إلى دراسة كل من الصديقي وبن عمر وهيبة (2014) التي بينت هي الأخرى وجود مستويات مرتفعة من الضغوط النفسية لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي في بعض المستشفيات الجزائرية، كما نضيف أيضا دراسة الباحثان مريم عثمان وبدواوي علي (2011) حيث توصلنا إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة بين الإصابة بمرض الايدز وتأزم الأعراض النفسية المصاحبة لها، وكذلك دراسة شرين الملاك (2010) التي أشارت هي الأخرى إلى وجود ضغوط نفسية مرتفعة لدى مرضى الصرع بأحد مستشفيات الأردن، كما اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع دراسة وفاء حيدوب (2002) التي أبرزت هي الأخرى وجود مستويات حادة من الضغوط النفسية لدى مرضى الصرع العام التصليبي بمستشفيات ولاية الخرطوم، بالسودان ودراسة منال الحسن (2007) التي أوضحت هي الأخرى وجود ضغوطا نفسية مرتفعة لدى المعاقين حركيا بمدينة العملاق الخرطوم بحري ودار المعاقين بنانت، السودان.

أما فيما يتعلق بالدراسات السابقة الأجنبية أبرزها دراسة ميفيغ و مستشاري وآخرون (2003) et al Mcveigh et Mostashari التي أفرزت وجود مستويات مرتفعة من الضغوط النفسية لدى كل من السكري ومرضى الربو في مدينة نيويورك الأمريكية، وكذلك دراسة تيلور وآخرون (1992) Taylor

et al التي أشارت وجود إلى وجود بعض المشكلات النفسية على غرار الضغوط النفسية والخوف وغموض المستقبل بنسبة مقلقة لدى مرضى السرطان.

• الفرضية الجزئية الثانية:

وجود فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى في مستوى الضغوط النفسية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية تعزى إلى نوع المرض من وجهة نظر المعلمين.

حيث جاءت نتائج الدراسة الحالية متماشية مع توقعاتنا السابقة من حيث درجة الضغوط النفسية بعد التحاق الأطفال المرضى بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية انطلاقاً من إجابات المعلمين، فقد اتضح من خلال إجاباتهم أن الأطفال المصابين بمرض السرطان هم الأكثر عرضة للضغوط النفسية (بمتوسط 173.75)، ثم يليه مرضى القلب (بمتوسط 166.20)، ويأتي بعده مرضى الربو (بمتوسط 148.45)، ثم يليه مرضى السكري (بمتوسط 151.80)، ثم مرضى الصرع (بمتوسط 140.00)، ثم مرضى القصور الكلوي (بمتوسط 136.77)، ثم يأتي المعاقين حركياً (بمتوسط 115.60)، وفي الأخير مرضى فقر الدم (بمتوسط 114.33).

وانطلاقاً مما سبق عرضه من نتائج إحصائية فإنه يمكننا أن نعلل هذا الاختلاف الحاصل في درجة الضغوط النفسية حسب طبيعة المرض المصاب به إلى جملة من الأسباب والاحتمالات فأبرزها درجة خطورة بعض الأمراض دون غيره من الأمراض الأخرى ومن المعلوم أننا نقيس درجة أي مرض من خلال الأعراض الجسدية والنفسية المصاحبة له وهذا ما تم تسجيله سابقاً وكل مرض يتميز بأعراض معينة وتكون تارة خطيرة ومميتة وتارة أخرى بسيطة وخفيفة، ومن خلال تطبيقنا لدراستنا الحالية في العديد من المراكز الاستشفائية العمومية قمنا بحصر عدة فئات من هذه الأمراض أخطرها مرض السرطان باعتباره مرض خبيث نهايته الموت المحتوم وكذلك نفس الشيء بالنسبة لمرضى القلب وما يخلفه من مضاعفات على الصحة الجسدية والنفسية للمريض وبالمقابل هناك بعض الأمراض التي تصاحب الحياة اليومية للفرد إذ تجبره على التكيف والاندماج مع تلك الوضعية الصحية على غرار الربو، القصور الكلوي والسكري، وهذا ما يؤكد التحليل الإحصائي النهائي لإجابات معلمي الأقسام الخاصة في المراكز الاستشفائية العمومية وكلما زادت شدة تعقد خطورة المرض كلما تقام معها الوضع النفسي للمريض ونقصد هنا ارتفاع شدة الضغوط النفسية لديهم.

وتكملة لما سبق ذكره فيما يتعلق بخطورة الأمراض المزمنة فإننا يمكن أن نشير إلى نقطة مهمة فيما يخص هذا الإطار بحيث أن درجة الضغوط النفسية مرهونة كذلك بدرجة استقلاليتهم وغياب

المانع الطبي لديهم وهاذين العنصرين يتحددان بنوع المرض، وبعبارة أخرى أن المصابين بالأمراض الخطيرة تقل درجة استقلاليتهم الذاتية وتزيد حاجاتهم الاجتماعية المباشرة والغير مباشرة وبغياب اعتماد المريض على ذاته يضطرب توافقه النفسي وتزداد شدة الضغوط النفسية لديه، أما إذا انتقلنا إلى الطرف الثاني في هذه العلاقة والمتمثل في المعلم المختص فنجد بأنه قد تصادفه وضعيات أو مشكلات مختلفة غير متشابهة عند تأديته لمهامه أين تتعدد هذه الوضعيات بتعدد الوضعية الصحية للمريض.

أيضا كما يمكننا أن نربط ونفسر وجود هذا الاختلاف في درجة الضغوط النفسية بين الأطفال المرضى المقيمين في المراكز الاستشفائية العمومية بعد التحاقهم بالأقسام الدراسية الخاصة الموجودة فيها، وانطلاقا من رأي المعلمين نشير إلى نقطة مهمة تمس الجانب المعنوي أكثر من المادي وهو ذلك التفاعل النفسي الحاصل بين المعلم المختص وأطفال قسمه، فهذا المعلم يميل بطريقة عفوية وبحكم غريزته الاحساسية إلى إنشاء علاقة إنسانية استكشافية مع أطفاله المرضى خاصة المصابين منهم بأمراض خطيرة قاتلة كالسرطان فعاطفته الإنسانية تتأجج بشدة المرض مقارنة مع بقية الأمراض الروتينية الأخرى الغير خطيرة، كما أن هذه العلاقة القائمة بين المعلم والطفل من شأنها أن تؤثر على طبيعة إجابات المعلمين فيما يخص تحديد مستوى الضغوط النفسية لدى تلامذتهم المرضى إذ يغلب على إجابتهم الطابع الإنساني على الجانب الموضوعي.

وقد اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع العديد من الدراسات السابقة العربية والأجنبية على غرار دراسة وفاء حيدوب (2002) التي أشارت إلى وجود مستويات حادة من الضغوط النفسية لدى مرضى الصرع العام التصليبي بمستشفيات ولاية الخرطوم، بالسودان، ودراسة منال الحسن (2007) التي حرصت على إظهار وجود ضغوط نفسية مرتفعة لدى المعاقين حركيا بمدينة العملاق الخرطوم بحري ودار المعاقين بنانت، السودان، ونضيف أيضا دراسة شرين الملاك (2010) التي بينت كذلك هي الأخرى إلى وجود ضغوط نفسية مرتفعة لدى مرضى الصرع بأحد مستشفيات الأردن. كما اتفقت أيضا هذه الدراسة الحالية مع نتائج دراسة كل من مريم عثمان وبدوي علي (2011) التي استنتجت هي الأخرى وجود علاقة ارتباطيه سالبة بين الإصابة بمرض الايدز وتأزم الأعراض النفسية المصاحبة لها.

كما ننتقل إلى دراسة كل من الصديقي وبن عمر وهيبية (2014) التي بينت هي الأخرى وجود مستويات مرتفعة من الضغوط النفسية لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي في بعض

المستشفيات الجزائرية، ودراسة كل من فواز الممني وسلام عميرين (2016) التي أوجدت مستويات مرتفعة كذلك من الضغوط النفسية لدى مرضى القولون العصبي في إحدى المحافظات الأردنية. كما اتفقت نتائج دراستنا الحالية مع العديد من الدراسات السابقة الأجنبية كدراسة تيلور وآخرون (1992) Taylor et al التي استنتجت وجود إلى وجود ضغوط نفسية بنسبة مقلقة لدى مرضى السرطان وتسانده في هذه النتائج دراسة كل من ميفيغ ومستشاري وآخرون (2003) et al Mcveigh et Mostashari أين توصلوا في دراستهم إلى وجود مستويات مرتفعة من الضغوط النفسية لدى كل من السكري ومرضى الربو في مدينة نيويورك الأمريكية.

5- الفرضية العامة الخامسة:

تلعب الأقسام التعليمية الخاصة دور ايجابيا في تحسين مستوى التحصيل الدراسي لدى الأطفال المرضى المقيمين داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر المعلمين.

وقد بينت نتائج التحليل الإحصائي للفرضيات الجزئية الثلاث بوجود فروق دالة إحصائيا بين الأطفال المرضى قبل وبعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية وذلك في درجة التحصيل الدراسي لديهم في كل من مادة اللغة العربية والرياضيات والتربية الإسلامية وقد سجلت هذه الفروق انطلاقا من إجابات المعلمين المشرفين على العملية التربوية داخل هذه الأقسام الخاصة وبطبيعة الحال قد يرجع هذا الاختلاف في التحصيل الدراسي القبلي والبعدي إلى جملة من الأسباب والاعتبارات التي قد يكون لها دخل مباشر وغير مباشر في تبيان المصادر الحقيقية لهذه النتائج المتحصل عليها، فربما في منظور موضوعي قد يرجع هذا الاختلاف في درجة التحصيل الدراسي بين الأقسام العادية والأقسام الخاصة في المراكز الاستشفائية العمومية إلى طبيعة البرامج البيداغوجية المكيفة داخل هذه الأخيرة، فالمواد التي يتم عرضها على الأطفال المرضى هي في الواقع مواد مقننة تتماشى مع الوضعية الصحية للمريض من جهة ومع تحقيق الغاية البيداغوجية من جهة ثانية حتى لا يكون هناك تفاوت بينها وبين الأقسام العادية وأكثر من ذلك هذه البرامج المقننة قد تختلف تماما إلى ما هو أفضل مقارنة مع الأقسام العادية ونقصد بالذكر هنا خصائص العملية البيداغوجية وليس المحتوى على غرار نوع الوحدات الأساسية المدرسة وزمانها والوسائل البيداغوجية المستعملة وكفاءات المشرفين على العملية التربوية.

وبالعودة إلى الإشارة للفارق الحاصل في درجة التحصيل الدراسي الذي أكدته نتائج دراستنا الحالية والذي كان لصالح التحصيل الدراسي البعدي (الأقسام الخاصة) ما يدفعنا استنتاج بوجود ميزة

ايجابية لدى هذه الأقسام الخاصة فلو أجرينا مقارنة بين مميزات التدريس البيداغوجي بين القسمين (العادي والخاص) لأشرنا إلى مجموعة الاختلافات التي تحدد مدى نجاعة العملية البيداغوجية على غرار اكتظاظ الأقسام وكثافة وحداتها المدرسة، طول ساعات التدريس المرهقة لعملية التفاعل الذهني لدى التلاميذ وغيرها من النقاط السلبية التي تقل وتيرتها في الأقسام الخاصة، فوجود مدرس كفى وعدد مدروس من التلاميذ، وحدات مقننة ووسائل بيداغوجية حديثة ومكيفة تكون كافية لصنع الفارق الايجابي ومن هنا يمكننا أن ننوه إلى ضرورة مراجعة الرصيد البيداغوجي للعملية التربوية، فليس دائما ما هو كثير قد تكون نهايته جيدة.

وزيادة إلى ما سبق ذكره وحتى نكون على مسافة متساوية في إعطاء التحليل المنطقي السليم لمخرجات دراستنا الحالية وحتى لا نميل إلى جهة على حساب الأخرى قد نضطر في بعض الحالات إلى تناول بعض الوضعيات السلبية لكن هذا التناول ليس الغرض منه إظهار العيوب أو الإنقاص من قيمة أحد وأبرز أطراف العملية التربوية المتمثلة في المعلم، لكن حتى نكون في الأخير على عين اليقين هذا ما قد يدفعنا إلى الإشارة إلى طبيعة العملية التقييمية للمعلم في الأقسام التعليمية الخاصة، خاصة وأن الاختلاف المبين في هذه الدراسة كان لصالح التحصيل الدراسي البعدي، في عبارة أخرى يتحصل التلميذ في الأقسام الخاصة رغم مرضه وعلته الصحية على معدلات تفوق تلك التي يتحصل عليها في قسمه الدراسي العادي وحالته الصحية مستقرة، كما أننا لا نشكك في نزاهة المعلم لكن في بعض الحالات والوضعيات ولكوننا بشر قد نميل إلى التعاطف بحكم الغريزة الإنسانية فقد يبتعد بعض المعلمين عن الموضوعية في تقييم معدلات تلامذتهم خاصة إذا كان هناك اختلاف في درجة المانع الصحي لديهم (نوع المرض المزمن)، سواء كان خطير أو مميت مثل السرطان أو مرض أقل خطورة مثل السكري، الربو ومرض فقر الدم، وخطورة المرض قد تخلق فارق في طبيعة المعاملة الصادرة من طرف المعلم وما يتبعها لاحقا من عمليات تقييمية.

وتكملة للنقطة السابقة الخاصة بالعملية التقييمية للمعلم فيمكننا أيضا أن نصلت الضوء من جهة ثانية من الطرف الثاني في العملية البيداغوجية وهي التلميذ المريض عندما يتعلق الأمر بتفسير ذلك الاختلاف الايجابي لصالح التمدريس بالأقسام الخاصة بالمستشفيات العمومية وذلك خلال الإقامة العلاجية داخل المراكز الاستشفائية، فوجود المريض في وضعيتين مختلفتين في نفس الوقت (العلاج والتمدرس) قد يؤكد صحة ما نقوله في نجاعة الأقسام الخاصة وتفردها في ترقية المستوى الدراسي للتلميذ، أين كان سابقا هذا الأخير كثير الانقطاع عن الدراسة في قسمه العادي بسبب مضاعفات وضعه الصحي.

ومن منظور آخر قد يمكننا أن نقدم تفسيراً آخر حول هذا الاختلاف الموجود في معدلات التحصيل الدراسي للأطفال المرضى الملحقين بالأقسام الخاصة داخل المراكز الاستشفائية العمومية الذي نربطه مباشرة بالوضعية النفسية لهؤلاء المرضى نتيجة تقاوم وضعهم الصحي ومكوثهم الطويل داخل المستشفيات، إذ يعد عامل التوتر والضغط النفسي أبرز مظاهر فقدان التوازن السيكولوجي للشخصية الذاتية بارتفاع مستوى الضغوط النفسية نتيجة المضاعفات الصحية قد يلزم الطفل المريض بترك مقاعد دراسته في مدرسته الأصلية، لكن بمجرد التحاقه بأحد المراكز الاستشفائية العمومية قصد العلاج يبدأ مستوى هذا الضغط النفسي بالتراجع والاستقرار بعد استقرار وضعه الصحي من جهة وضمان تكملة مشواره الدراسي في نفس الوقت من جهة ثانية.

كما لا يمكننا أن ننسى ذلك الفضل الكبير الذي نكنه للرعاية الأسرية سواء كان الأب أو الأم في مرافقة طفلهم المريض ومحاولة إدماجه من خلال مقاومته لمانعه الصحي وما يترتب عنه من اضطرابات سلبية على صحته الجسدية والنفسية والسلوكية وحتى المعرفية وكلا من الأب والأم بفضل اهتمامهم الغريزي لطفلها عامل إيجابي قد يتساوى في بعض الحالات مع العلاج التقليدي في تسريع مرحلة الاستشفاء للطفل المريض وعودته إلى حياته الاجتماعية والمدرسية في أقرب وقت ممكن.

وبالرجوع إلى الاختلاف الظاهر في مستوى التحصيل الدراسي لدى الأطفال المرضى الملحقين بالأقسام الخاصة بالمراكز الاستشفائية العمومية فإنه لا يمكننا في كل حال من الأحوال أن نهمش ذلك الدعم المعنوي الصادر من الوالدين وخاصة الأم خلال فترة مكوثها مع ابنها المريض، هذه المرافقة من شأنها أن تساهم في السيطرة على مضاعفات الوضع الصحي المزمن للطفل.

ومن منظور آخر نؤكد على نقطة مهمة متعلقة بوجود شروط معينة حتى يتمكن الطفل المريض المقيم بالمستشفى بالالتحاق بهذه الأقسام الخاصة المكيفة، وعندما نستعمل مصطلح تكيف فإنه يشير إلى ضرورة توفر جملة من الشروط تمس الجانب الجسدي والجانب النفسي للمريض، بعبارة أخرى يمكننا أن نقول بأن الطفل المريض مباشرة بعد إصابته بنوبة صحية خطيرة تلزمه مغادر المحيط الاجتماعي المعتاد (البيت) والالتحاق بالمستشفى غير قادر ومؤهل للالتحاق بتلك الأقسام الخاصة، فهذه الأخيرة لا يلتحق بها إلا بعد حصوله على ترخيص طبي من الطقم الاستشفائي المشرف عليه، وخلاصة القول أن استقرار الوضع الصحي للطفل المريض وخروجه من دائرة الخطر شرط ضروري لمزاولة دراسته بصورة عادية، غير أن هذا الطفل يبقى دائماً تحت المراقبة الطبية لاستكمال البروتوكول العلاجي الذي يتماشى مع نوع مرضه، وبالرجوع إلى حديثنا عن الأقسام الخاصة المتواجدة بالمستشفيات العمومية والتي أقيمت خصيصاً لخدمة إنسانية جليلة غايتها السماح للأطفال المرضى

استكمال مشوارهم الدراسي مثل أقرانهم في الأقسام العادية خلال الفترة الاستشفائية، فقد حضى هذا النوع من التدريس بالكثير من الاهتمام حتى يكون مكيفا مع جميع الخصائص النفسية والجسدية للفئة المعنية له، وللوصول إلى هذه الغاية كان لزاما على المشرفين على هذه العملية بضرورة التركيز على أهمية هذه الأقسام التعليمية الخاصة في تحسين التحصيل الدراسي مقارنة مع الأقسام العادية انطلاقا من مبدأ انتقاء بعض الوحدات الأساسية.

ومن هذه النقطة المذكورة أشارت إليها العديد من الدراسات السابقة العربية والأجنبية التي صبغت جل اهتمامها إلى وضع وصياغة برامج تعليمية غايتها ترقية المهارات التدريسية المكيفة مع القدرات الذهنية والمعرفية للطلاب والتلاميذ قصد تحسين تحصيلهم الدراسي، فنجد دراسة سهام عبد الحميد (2002) التي توصلت إلى وجود فروق في درجة التحصيل الدراسي في مادة اللغة العربية لدى طلبة الصف الثالث ابتدائي بعد تطبيق برنامجين إرشاديين أحدهما أسري والآخر تربوي قصد الرفع من مستوى التحصيل الدراسي لديهم، و دراسة بن ساسي وبوبكر دبابي (2007) التي أشارت إلى وجود فعالية للبرنامج الموجه لتنمية بعض المهارات التدريسية الهادفة إلى رفع من مستوى التحصيل الدراسي في مادة الرياضيات لدى التلاميذ الثالثة متوسط لولاية ورقلة، الجزائر، وأيضا دراسة صيام كرم مفيد (2016) والتي توصلت هي الأخرى إلى نجاعة برنامج التعليم المتمايز في تحسين التحصيل الدراسي في مادة اللغة العربية لدى طلبة الصف الخامس أساسي من ذوي صعوبات التعلم من وجهة نظر المدارس الابتدائية العامة والخاصة بالأردن.

كما نضيف أيضا دراسة كل من رشا خابور وميساء بني خلف (2019) التي استنتجت وجود اثر استراتيجية التعلم التعاوني في الرفع من مستوى التحصيل الدراسي في مادة التربية الإسلامية لدى طلاب الصف الثالث أساسي في العديد من المدارس الحكومية لمحافظة الأربد الأردنية، ودراسة كل من عبد الله عينو وآمال كبار (2020) التي أشارت إلى وجود فعالية للبرنامج الإرشادي المستخدم في تنمية دافعية التعلم لعينة من التلاميذ السنة الخامسة ابتدائي .

كما قمنا أيضا بحصر بعض الدراسات الأجنبية السابقة التي أكدت كذلك على أهمية وضرورة وضع برامج إرشادية لتحسين من التحصيل الدراسي خاصة في الوحدات الأساسية على غرار دراسة براون (2000) Brown التي أكدت على وجود تأثير ايجابي في استخدام برمجية الحاسب الآلي التعليمية في تحسين التحصيل الدراسي في مواضيع الجبر والهندسة من الرياضيات مقارنة بمجموعة تدرس بالطريقة التقليدية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية والمتوسطة الذين يدرسون تحت نظام مدرسة كارولينا الشمالية العامة بالولايات المتحدة الأمريكية، ودراسة ايلان بوشي (2004) Helene

Pochet التي استنتجت أن للمعلم دور كبير وفعال في مساعدة الطفل المريض على التحصيل الدراسي داخل المستشفيات السويسرية، وأيضاً دراسة ساداتزادي وخليلي (2012) Saadatzaad et khellili التي توصلت إلى وجود اثر لبرنامج إرشادي جمعي في حل تنظيم الذات وتحسين التحصيل الأكاديمي لطلاب المدارس الثانوية في طهران، إيران.

6- الفرضية العامة السادسة:

وجود فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى في درجة التحصيل الدراسي بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية تعزى إلى متغير الجنس من وجهة نظر المعلمين.

وقد بينت نتائج التحليل الإحصائي عدم وجود فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث في درجة التحصيل الدراسي في مادة الرياضيات وهذا بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية وهذا انطلاقاً من إجابات المعلمين، في حين تبين وجود فروق لصالح الإناث في درجة تحصيلهن لمادتي اللغة العربية والتربية الإسلامية مقارنة بالذكور، ولعل تفوق الإناث على أقرانهم الذكور في مادتي اللغة العربية والتربية الإسلامية راجع بالأساس إلى السمات الشخصية التي تتفرد بها الفتيات عن الذكور على غرار نسبة الذكاء، الانتباه ودرجة الإدراك منذ المراحل الأولى للنمو، كما أكد العديد من العارفين والمختصين بالشؤون التربوية على أن الإناث يميلن أكثر إلى الإصغاء والمتابعة والتفكير بالتعليمات مقارنة بالذكور، ويمكن لهذه الخصائص الفارقة بين الجنسين أن تجعل التفوق الدراسي لصالح الإناث.

لقد أثبتت العديد من الدراسات في البلدان العربية كاملة أن نسبة النجاح عند الإناث تفوق تلك النسبة عند الذكور انطلاقاً من مرحلة ما قبل التمدرس وحتى الجامعة وهذا استناداً إلى إحصائيات صادرة من جهات رسمية، فمثلاً في المغرب أشارت وزارة التربية الوطنية أن عدد الإناث الناجحات في امتحانات البكالوريا لسنة (2019) قدر (124673) مترشحة ناجحة أي ما يمثل (57%) من مجموع الناجحين أما في تونس فقد قفز عدد الناجحات في نفس السنة إلى (63.48%)، أما في الأردن فقد تفوقت الإناث على الذكور في كل المواد تقريبا خاصة القراءة واللغة العربية والعلوم فأكثر من ذلك فهن تتصدرن المرتبة الأولى في (07) تخصصات خلال المرحلة الثانوية خلال سنة (2016) وأما في الجزائر فقد أفادت وزارة التربية الوطنية أن نسبة النجاح للفتيات في دورة البكالوريا بلغت (65%) خلال سنة (2019).

أما فيما يخص عدم وجود فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث في درجة التحصيل الدراسي في كل من مدة الرياضيات فقد يمكن أن نربطها بجملة من التفسيرات الواقعية منها ما هو متعلق بخصائص الطريقة البيداغوجية المتبعة من طرف المعلم وكذا عامل تكييف المواد الأساسية المبرمجة بالإضافة إلى المعاملة الوالدية اتجاه طفلهم المريض، فعندما نتكلم عن الطريقة البيداغوجية للمعلم في عرضه للدروس المبرمجة في الأقسام التعليمية الخاصة فإننا نركز على مدى تمكن هذا المعلم ودرجة ممارسته الفعلية لتلك الطرق المتعارف عليها في ميدان التربية والتعليم، أي أن المعلم يختار الطريقة الناجعة حسب متطلبات الوضعيات الصحية والنفسية والمعرفية للأطفال المرضى، كما أن الطرق التعليمية في الأقسام الخاصة ونجاح المعلم في إيصال محتوى المواد المدرسة إلى أغلبية التلاميذ عامل إيجابي في تقليل تلك الفروق الفردية فيما يتعلق بمستويات الفهم والإدراك وغيرها من عمليات المعالجات الفكرية لما يقدم المعلم ، بالإضافة إلى دور الضمير المهني الحي لهذا المعلم في إيصال رسالته النبيلة إلى جميع الأطفال المرضى دون تسجيل أي تقاعس والدليل على ذلك غياب هذه الفروق بين الذكور والإناث.

كما يمكننا من ناحية ثانية أن نرجع غياب تسجيل أي فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث فيما يتعلق بالتحصيل الدراسي في مادة الرياضيات إلى أهمية عملية تكييف هذه المادة وتقنينها بما يتماشى مع العمليات التربوية الحديثة الهادفة والبسيطة التي تركز كل اهتماماتها على عملي الجودة والنوعية وعليه حرص المسؤولين المباشرين على مجلي الصحة والتربية بضرورة صياغة برامج إرشادية، معرفية سلوكية تتضمن العديد من المخرجات العملية الإيجابية وتعد الأقسام التعليمية الخاصة الموجودة داخل المستشفيات العمومية من أشهر النماذج الرائدة في تكييف الوضعيات الصحية التربوية الطارئة.

وزيادة على ما سبق ذكره من تأويلات عملية موجهة إلى تفسير ما توصلت إليه نتائج الدراسة الحالية فإنه لا يمكن في كل حال من الأحوال أن نقصي ذلك الدور الإيجابي فيما يتعلق بالمرافقة الاجتماعية للوالدين وخاصة الأم بصفقتها المرافقة الدائم لطفلها المريض خلال إقامته في المستشفى في تشجيع طفلها المريض على بذله المزيد من الجهد في مقاومة مرضه وأيضا في تحسين مستواه الدراسي حتى يصل مستوى زملاءه في القسم الخاص، وهذا الدور التشجيعي للأمهات خلق نوع من التقارب فيما يخص نتائج الأطفال الدراسية في مادة الرياضيات.

وفيما يخص نتائج الدراسات السابقة العربية والأجنبية التي اتفقت مع نتائج دراستنا الحالية المتعلقة بعدم وجود فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث من حيث درجة تحصيلهم الدراسي في مادة

الرياضيات انطلاقاً من وجهة نظر المعلمين، أبرزها دراسة سهام عبد الحميد (2002) التي توصلت إلى عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في التحصيل الدراسي بمدرسة النقراشي الابتدائية النموذجية بدقائق القبة التعليمية بمصر العربية، ودراسة كل من بن ساسي وبوبكر دبابي (2007) التي بينت هي الأخرى عدم وجود فروق بين الذكور والإناث فيما يخص التحصيل الدراسي لمادة الرياضيات لدى تلاميذ الثالثة متوسط بمدينة ورقلة الجزائرية.

كما لا ننسى أيضاً دراسة كل من عبد الله عينو وآمال كبار (2020) أين توصل الباحثان إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية ترجع إلى متغير الجنس في درجة الدافعية نحو التعلم لدى تلاميذ الخامسة ابتدائي بمدرسة بريزينة بولاية البيض، الجزائر.

كما اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع بعض الدراسات الأجنبية على غرار دراسة براون (2000) التي بينت عدم وجود فروق دالة إحصائية ترجع إلى متغير الجنس والمتعلقة بدرجة التحصيل الدراسي في مواضيع الجبر والهندسة لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية والمتوسطة في ولاية كارولينا الشمالية العامة بالولايات المتحدة الأمريكية، ودراسة ساداتزادي وخليلي (2012) Saadatzaad et khellili التي بينت هي الأخرى عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في درجة التحصيل الأكاديمي لدى طلاب المدارس الثانوية بإيران.

7- الفرضية العامة السابعة:

وجود فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى في درجة التحصيل الدراسي بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية من تعزى إلى متغير نوع المرض وجهة نظر المعلمين.

فقد تبينت نتائج الدراسة الحالية أن درجة التحصيل الدراسي في المواد الأساسية الثلاث المبرمجة بيداغوجيا في الأقسام الخاصة الموجودة داخل المراكز الاستشفائية العمومية في إطار التكيف الصحي التربوي المرتبطة مباشرة بخطورة المرض لدى هؤلاء المرضى، بمعنى آخر أن درجة التحصيل الدراسي سواء في اللغة العربية أو الرياضيات أو التربية الإسلامية يتراجع من الأحسن إلى الأسوأ حسب طبيعة المرض المصاب به الطفل وأكثر من ذلك فقد تبين أن التحصيل الدراسي تكون درجاته مرتفعة لدى المعاقين حركياً ثم ينخفض لدى المصابين بالأمراض المزمنة البسيطة ونقصد بالذكر كل من مرضى السكري ثم القصور الكلوي، الربو ويليهِ الصرع وفقر الدم، ليصل فيما بعد التحصيل الدراسي إلى أدنى

درجاته عندما يكون المرض خطير وخبيث أين تكون حياة المريض مرهونة به فيتأثر على إثره الجانب الصحي والنفسي والمعرفي للطفل المصاب به ونقصد هنا مرضى القلب ومرضى السرطان. كما يمكننا أن نشير إلى نقطة مهمة والتي تخدم موضوع دراستنا بصورة مباشرة والمتعلقة باختلاف درجة التحصيل الدراسي لدى هؤلاء الأطفال المرضى المقيمين بالمراكز الاستشفائية من وجهة نظر المعلمين حيث تبين بان هذا الاختلاف مهما كان طبيعته سواء لدى مرضى السرطان والقلب أو مرضى السكري والمعاقين حركيا وغيرها من الأمراض الأخرى، إلا انه في الأخير يبقى ايجابيا ومرتعا مقارنة بدرجة التحصيل الدراسي لدى نفس هؤلاء المرضى في أقسامهم العادية، وهذا لا يدل إلا على شيء واحد وهي نجاعة هذه الأقسام التعليمية الخاصة في تكييف هؤلاء المرضى معرفيا وسلوكيا حسب وضعيتهم الصحية بالإضافة إلى كفاءة الطاقم الطبي والنفسي والتربوي في إنجاح مثل هذه البرامج التكوينية الإرشادية.

حيث كانت هذه النقطة محل انتقاء العديد من الدراسات السابقة التي أشادت بدور مثل هذا النوع من البرامج المكيفة في دمج الأطفال المرضى والمعاقين ضمن وسطهم الاجتماعي الطبيعي، مثل دراسة سومية ماهر (2012) التي أوصت بدور الرعاية الشاملة للمرضى المصابين بالسرطان بمصر، حيث يسمح لهم هذا النوع من الرعاية باستكمال مستقبلهم وتقبلهم للعلاج والرفع من حالتهم المعنوية من خلال المزج بين الجانب الطبي المعرفي والترفيهي، وكذا دراسة ايلان بوشي (2004) Helene Pochet التي أشارت هي الأخرى بأهمية التمدرس داخل المستشفيات العمومية وما يحققه من فعالية ايجابية دون أن ننسى كذلك دور المعلم من مساعدة طلبته المرضى على التحصيل الدراسي داخل المستشفى وخلصنا في الأخير إلى وجود علاقة بين مستور نفسية المريض ودرجة تحصيله الدراسي، ودراسة باتريس جريجوار وآخرون (2007) Beatrice Gregoire et Autres التي نادى بضرورة الاهتمام وتنمية المهارات التربوية والمعرفية للطفل المريض خلال فترة وجوده في مصلحة طب الأطفال وإعداده للالتحاق بمدرسته الأصلية بعد الشفاء كليا.

- الاستنتاج العام :

حاولت الدراسة الحالية معرفة مستوى الضغوط النفسية التي يعاني منها الأطفال المرضى المقيمين داخل المستشفيات العمومية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة، والكشف عن الفروق الموجودة بين هؤلاء الأطفال حول مستوى الضغوط النفسية تعزى إلى متغيري الجنس ونوع المرض، بالإضافة إلى التعرف على دور هذه الأقسام في التخفيف من مستوى الضغوط النفسية عند الأطفال المرضى وذلك من خلال التعرف على الفروق الموجودة بينهم قبل وبعد التحاقهم بهذه الأقسام والتي تعزى إلى متغيري الجنس ونوع المرض انطلاقاً من وجهة نظر الوالدين والمعلمين وأيضاً التعرف عن طبيعة دور هذه الأقسام التعليمية الخاصة في تحسين مستوى التحصيل الدراسي لدى الأطفال المرضى وذلك من خلال الكشف عن الفروق الموجودة بينهم في كل من مادة اللغة العربية والرياضيات والتربية الإسلامية قبل وبعد التحاقهم بتلك الأقسام انطلاقاً من وجهة نظر معلمهم، بالإضافة إلى تحديد الفروق الموجودة بين أفراد عينة هذه الدراسة حول درجة تحصيلهم الدراسي في كل من مادة اللغة العربية والرياضيات والتربية الإسلامية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر المعلمين والتي تعزى إلى كل من متغيري الجنس و نوع المرض.

وقد طبقت هذه الدراسة على عينة قصدية مؤلفة من (100) طفل مريض مقيمين في المستشفيات والمراكز الاستشفائية العمومية لكل من (مستشفى بن عكنون، مستشفى تقصرين ومستشفى بئر طرارية والمراكز الاستشفائية الجامعية لكل من بني مسوس، نفيسة حمود (بارني) و مصطفى باشا)، وفي الأخير توصل الباحث إلى النتائج التالية :

- وجود مستوى منخفض من الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية.

- عدم وجود فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى في مستوى الضغوط النفسية تعزى إلى متغير الجنس، بينما سجلت فروق بينهم تعزى إلى متغير نوع المرض وذلك لصالح مرضى الصرع.

- تسجيل مستوى منخفض من الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى وهذا بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر الوالدين والمعلمين.

- عدم وجود فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى في مستوى الضغوط النفسية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية تعزى إلى متغير الجنس من وجهة نظر الوالدين، بينما سجلت فروق لصالح الإناث بمستوى منخفض من الضغوط النفسية.

- وجود فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى حول مستوى الضغوط النفسية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية يعزى إلى متغير نوع المرض لصالح مرضى السرطان من وجهة نظر الوالدين والمعلمين.
- وجود فروق دالة إحصائية في درجة التحصيل الدراسي في كل من الرياضيات والتربية الإسلامية ومادة اللغة العربية وهذا بعد التحاق الأطفال المرضى بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية حيث انحصر تقدير تحصيلهم في هذه المواد بين جيد، جيد جدا وممتاز.
- وجود فروق دالة إحصائية في درجة التحصيل الدراسي في كل من مدتي اللغة العربية والتربية الإسلامية لصالح الإناث وهذا بعد التحاق الأطفال المرضى بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية، في حين لم تسجل فروق دالة إحصائية بين هؤلاء الأطفال حول درجة تحصيلهم الدراسي في مادة الرياضيات من وجهة نظر المعلمين.
- وجود فروق دالة إحصائية في درجة التحصيل الدراسي في جميع المواد (اللغة العربية، الرياضيات والتربية الإسلامية) لصالح الأطفال ذوي الإعاقة الحركية وهذا بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر المعلمين.

- اقتراحات الدراسة :

- على ضوء النتائج التي تمخضت عن هذه الدراسة، ارتأى الباحث أن يقدم مجموعة من التوصيات والاقتراحات التي يوجزها في النقاط التالية:
- 1- ضرورة تكوين المعلمين على التعامل النفسي مع الأطفال المرضى المقيمين داخل المستشفيات.
- 2- ضرورة تكوين المربين للعمل في المصالح الاستشفائية.
- 3- التنسيق بين المعلم والطاقم الطبي والأخصائي النفسي والاجتماعي لمساعدة الأطفال المرضى.
- 4- ضرورة الاهتمام بإعداد البرامج الإرشادية للتخفيف من شدة الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى المقيمين داخل المستشفيات العمومية.
- 5- ضرورة الاهتمام بحملات التوعية لتوضيح الأساليب والطرق المناسبة التي يمكن من خلالها للوالدين التعامل مع الأطفال المرضى.
- 6- ضرورة تدريب الأولياء من طرف مختصين وذلك لتقديم الدعم النفسي والتخفيف من الضغوط النفسية للمريض.
- 7- القيام ببحوث ودراسات حول مصادر الضغوط النفسية عند الطفل المريض وطرق تخفيفها.
- 8- تكييف المناهج على حسب نوع وشدة مرض الطفل.

- 9- تدريب الممارسين التربويين على التعليم المفرد والتعليم المصغر والتحكم فيه.
- 10- منح للمأطرين والمتدخلين في الأقسام التعليمية الخاصة الوسائل المادية الأساسية ومساعدتهم على حل الصعوبات التي تعترضهم في أداء مهامهم.
- 11- ضرورة تهيئة هذه الأقسام التعليمية حتى تشبه الأقسام التعليمية للمدارس العادية.
- 12- أن يضمن المفتشون المتابعة الدائمة والمباشرة لهذه الأقسام.
- 13- ضرورة تعميم هذه التجربة في جميع مستشفيات الوطن قصد التكفل الطبي والنفسي والتربوي لجميع الأطفال المرضى في جميع الأطوار التعليمية (ابتدائي، المتوسط والثانوي).
- 14- ضرورة الاهتمام بحملات التوعية من خلال وسائل الإعلام المختلفة لتوضيح الأساليب والطرق المناسبة التي يمكن من خلالها الوالدين التعامل مع أطفالهم المرضى.

المراجع

❖ قائمة المراجع :

1- المراجع باللغة العربية :

- 1- إبراهيم مصطفى وآخرون. (1986). مقدمة الطبعة الأولى للمعجم الوسيط، مطبعة الشروق الدولية، القاهرة، مصر.
- 2- العفتان علي بن عبد الله. (1993). مقارنة بين أطفال المرحلة الابتدائية الذين التحقوا والذين لم يلتحقوا برياض الأطفال في الدافعية نحو التعليم والتحصيل الدراسي، رسالة ماجستير، جامعة الملك سعود، المملكة العربية السعودية.
- 3- المهيزع فهد مهيزع. (1994). التحصيل الدراسي وعلاقته بالعادات والاتجاهات الدراسية لدى طلاب المرحلة الثانوية، بمدينة الرياض، رسالة لنيل شهادة ماجستير، جامعة الملك سعود، كلية التربية، قسم علم النفس.
- 4- ابن المنظور، محمد بن مكرم بن علي، أبو الفضل، جمال الدين ابن المنظور الأنصاري الرويفعي الإفريقي. (1994). لسان العرب، دار صادر للنشر، بيروت.
- 5- الحامد محمد بن معجب. (1996). التحصيل الدراسي، دراساته، نظرياته، واقعه، العوامل المؤثرة فيه، الدار الصوتية للتربية، الرياض.
- 6- القرار الوزاري المشترك بين وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات ووزارة التربية الوطنية. (1998). المتضمن "إنشاء أقسام لتعليم التلاميذ الماكثين في المراكز الاستشفائية ومراكز العلاج مدة طويلة"، المؤرخ في 27 أكتوبر 1998، الجزائر.
- 7- القرار الوزاري المشترك بين وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات ووزارة التربية الوطنية. (1999). المتضمن "تحديد الولايات التي تنشأ بمستشفياتها أقسام تعليمية للتلاميذ المرضى" المؤرخ في 26 جوان 1999، الجزائر.
- 8- القرار الوزاري المشترك بين وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات ووزارة التربية الوطنية. (1999). المتضمن "تعليم التلاميذ المرضى بالمستشفيات" المؤرخ في 26 جوان 1999، الجزائر.
- 9- القرار الوزاري المشترك بين وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات ووزارة التربية الوطنية. (1999). المتضمن "فتح أقسام لتعليم التلاميذ المرضى داخل المستشفيات" المؤرخ في 13 جويلية 1999، الجزائر.

- 10- أمل سليمان تركي العنزي. (2004-2005). أساليب مواجهة الضغوط عند الصحاح والمصابات بالاضطرابات النفسجسمية- السيكوسوماتية-، رسالة ماجستي، جامعة الملك سعود المملكة العربية السعودية.
- 11- أحمد توفيق. (2006). تخلص من الأفكار السلبية والضغوط النفسية، دار عالم الثقافة، دار الأسرة للنشر والتوزيع، ط1، عمان الأردن.
- 12- أحمد بن محمد عسيري. (دون تاريخ). الضغوط النفسية لدى الموهوبين ودور الإرشاد النفسي في مواجهتها، رسالة ماجستير، جامعة القاهرة، مصر.
- 13- السنوسي ميخائيل عبد الرحمن. (2012). أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بالتحصيل الدراسي رسالة الماجستير ، جامعة عمر المختار، ليبيا.
- 14- أماني أحمد حمد محمد بك. (2010-2011). فاعلية برنامج علاجي في خفض مستويات القلق والاكتئاب لدى مرضى القلب، أطروحة الدكتوراه، جامعة الخرطوم، السودان.
- 15- أوراعي فوزية. (2017). فاعلية برنامج إرشادي للتخفيف من مستوى الضغوط النفسية للتلميذ المريض الماكث بالمستشفى وأمه المرافقة له، دراسة ميدانية بمستشفيات ولاية وهران، أطروحة الدكتوراه، جامعة وهران2.
- 16- أوراعي فوزية. (2014). دور الأقسام التعليمية بالمستشفيات للتخفيف من الضغوط النفسية للتلميذ المريض وأمه، دراسة ميدانية بمستشفيات ولاية وهران، مذكرة الماجستير، جامعة وهران2.
- 17- أبو غريبة إيمان. (2008). القياس والتقييم، دار البداية للنشر والتوزيع، ط1، عمان، الأردن.
- 18- أميرة منصور يوسف علي. (1999). المدخل الاجتماعي للمجالات الطبية والنفسية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر.
- 19- أميرة طه بخش. (2007). أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالقلق والاكتئاب لدى عينة من أمهات الأطفال المعاقين عقليا والعاديين، مجلة العلوم التربوية والنفسية، المجلد 8، العدد3، مؤسسة الأيام للصحافة والنشر والتوزيع ، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.
- 20 - اديث سترن، الزكاستديك. (1961). الطفل العاجز، ترجمة : فوزية محمد بدران، دار الفكر العربي، مصر.
- 21- أمين رويحة. (1974). ولدي في حالة الصحة و المرض، دار القلم، ط1، بيروت، لبنان.
- 22- أيمن أبو المجد. (1999). أمراض القلب والشرايين التاجية، دار الشروق، ط1، مصر.

- 23- أحمد عيد مطيع الشخانة. (2010). التكيف مع الضغوط النفسية، دار الحامد للطباعة والنشر والتوزيع، الأردن.
- 24- أحمد نايل الغرير، أحمد عبد اللطيف أبو أسعد. (2009). التعامل مع الضغوط النفسية، دار الشروق، عمان.
- 25- أبو النجا أحمد عزالدين، بدران عمرو حسان أحمد. (2003). الإعاقات الذهنية والحركية والبصرية والسمعية، مكتبة ملك فهد الوطنية، ط1، المملكة العربية السعودية.
- 26- إسماعيل بن عمار. (2016). التشريع المدرسي، الجزء الأول، التربية الوطنية، ط1، دار النبع الصافي، الجزائر.
- 27- إحسان محمد الحسن. (2005). علم الاجتماع التربوي، دار وائل للنشر، ط1، عمان، الأردن.
- 28- المعهد الوطني لتكوين مستخدمي التربية وتحسين مستواهم. (ب.ت). المنهاج الدراسي، تعريفه وأسس، الجزائر.
- 29- إيناس عبد الفتاح سالم، محمد محمود نجيب. (2002). ضغوط الحياة وعلاقتها بالأمراض السيكوسوماتية وبعض خصال الشخصية لدى طلاب الجامعة، مجلة دراسات نفسية، المجلد 12، العدد3، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، مصر.
- 30- أمل الأحمد، رجا محمد مريم. (2009). أساليب التعامل مع الضغوط النفسية لدى الشباب الجامعي، مجلة العلوم التربوية والنفسية، المجلد 10، العدد1، مؤسسة الأيام للصحافة والنشر والتوزيع، جامعة البحرين.
- 31- الغريب رمزية. (1988). التقويم والقياس النفسي والتربوي، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- 32- الصافي عبد الله. (2001). المناخ المدرسي وعلاقته بدافعية الانجاز، ومستوى الطموح لدى عينة من طلاب وطالبات المرحلة الثانوية بمدينة ابها، رسالة ماجستير، كلية التربية بأبها، جامعة الملك خالد، السعودية.
- 33- الجميل محمد عبد السميع شعلة. (2005). التقويم التربوي للمنظومة التعليمية، اتجاهات وتطلعات، دار الفكر العربي، عمان، الأردن.
- 34- الفهمي الزيود. (2005). مبادئ القياس والتقويم في التربية، ط3، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن.

- 35- الدين زواوية جميلة .(2011) . تمثيلات العلاج التقليدي والعلاج الطبي وعلاقتها بعملية التطبيب، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، دراسة الجماعات والمؤسسات، المدرسة الدكتورالية، جامعة وهران. الجزائر.
- 36- العوامة حابس. (2003). سيكولوجية الأطفال غير العاديين "الإعاقة الحركية"، ط3، الأهلية للنشر والتوزيع، الأردن.
- 37- الطلاع عبد الرؤوف أحمد. (2000). الضغوط النفسية وعلاقتها بالأمراض السيكوسوماتية لدى الأسرى الفلسطينيين المحررين من السجون الإسرائيلية، رسالة الماجستير، جامعة عين الشمس بتعاون مع جامعة الأقصى بغزة.
- 38- الصافي عبد الله. (2001). المناخ المدرسي علاقته بدافعية الانجاز ومستوى الطموح لدى عينة من طلاب وطلبات المرحلة الثانوية بمدينة أبيها، رسالة ماجستير، جامعة المالك خالد، السعودية.
- 39- الغريب رمزية. (1988). التقويم والقياس النفسي والتربوي، مكتبة أجلو المصرية، القاهرة. مصر.
- 40- إسماعيل بن عمار. (2016). التشريع المدرسي، سلسلة المكتبة القانونية، التربية الوطنية، ط1 دار النبع الصافي، خميس الخشنة، بومرداس، الجزائر.
- 41- بغيجة، لياس. (2006). استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية " الكويين " وعلاقتها بمستوى القلق والاكتئاب لدى المعاقين حركيا . رسالة ماجستير ، جامعة الجزائر
- 42- بودخيلي، محمد مولاي. (2004). نقط التحفيز المختلفة وعلاقتها بالتحصيل الدراسي، ديوان المطبوعات الجامعية، بن عكنون، الجزائر.
- 43- برو محمد. (2010). أثر التوجيه المدرسي على التحصيل الدراسي في مرحلة الثانوية، دار الأمل للطباعة والنشر والتوزيع.
- 44- بهاء الدين سيد عبيد ماجدة. (2008). الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية، دار الصفاء، ط1.
- 45- بن يوسف أمال. (2007-2008). العلاقة بين استراتيجيات التعلم والدافعية للتعلم وأثرهما على التحصيل الدراسي، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر.
- 46- بوجمعة مرغيث. (2002). إجراءات التدخل البيداغوجي، ملتقى وطني، الجزائر.
- 47- بن مجاهد، فاطمة الزهراء. (2016). الممارسة النفسية بمصلحة طب الأطفال - مقارنة ميدانية- مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية ، ع24 ، جامعة قاصدي مرباح ، ورقلة ، الجزائر .

- 48- بن صالح هداية.(2016). فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض حدة الضغوط النفسية لدى المراهق المتمدرس، أطروحة دكتوراه ل.م.د في علم النفس، جامعة تلمسان، الجزائر.
- 49- بن ساسي عقيل، دبابي بوبكر.(2007). دراسة فاعلية بعض المهارات التدريسية في رفع مستوى التحصيل الدراسي في مادة الرياضيات لدى تلاميذ الثالثة متوسط، مجلة العلوم الاجتماعية عمر ثليجي، المجلد 05، العدد 01، الأغواط، الجزائر.
- 50- براهيم براهيم. (2007). ردود أفعال العائلة الجزائرية بعدما عرفت أن ابنها معاق عقليا، أطروحة دكتوراه الدولة في علوم التربية، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا، جامعة الجزائر. الجزائر.
- 51- بدرة معتصم ميموني. (2005). الاضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل والمراهق، ديوان المطبوعات الجامعية، ط2، الجزائر.
- 52- بحدادة نجاة. (2012). تحديات الإمداد في المؤسسة الصحية، مذكرة ماجستير، قسم عموم التسيير، جامعة تلمسان، الجزائر.
- 53- جبريل منال محمد الحسن. (2007). الضغوط النفسية للمعاقين حركيا و علاقتها بالتوافق النفسي الاجتماعي، دراسة وصفية بمحافظة الخرطوم بحري و أمدران . أطروحة ماجستير. جامعة أم درمان الإسلامية، السودان.
- 54- جمعة سيد يوسف. (2000). دراسات في علم النفس الإكلينيكي، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.
- 55- جانين جامان ستورا، ترجمة- وجيه أسعد. (1997). الكرب، دار البشائر للطباعة والنشر والتوزيع، ط1.
- 56- دفاتر التربية والتكوين، ملائمة المناهج والبرامج من اجل مدرسة الجودة، ع 6_7 مزدوج، 2012، الجزائر.
- 57- ديانا هيلز، روبرت هيلز، ترجمة، عبد العلي الجسماني. (1999). العناية بالعقل والنفس، الدار العربية للعلوم، ط1، بيروت، لبنان.
- 58- هبة أصلان. (2017). افتتاح صف دراسي للأطفال داخل مشفى في القدس، الجزيرة، فلسطين.
- 59- هدى سلام. (2007-2008). الضغوط المهنية لدى الأستاذ الجامعي وعلاقتها بالتفاعل الصفي، رسالة ماجستير، جامعة فرحات عباس، سطيف، الجزائر.

- 60- هشام عبد الرحمان خولي. (2007). دراسات وبحوث في علم النفس والصحة النفسية، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، ط1، الإسكندرية، مصر.
- 61- هدييل يمينة، مقبال مولودة. (2008-2009). محددات استراتيجيات المواجهة لدى مرضى الربو، تصور المرض وتقدير الذات، أطروحة دكتوراه، في علم النفس، جامعة الجزائر.
- 62- هارون توفيق الراشدي. (1999). الضغوط النفسية طبيعتها، نظريتها، برامج لمساعدة الذات في علاجها، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر.
- 63- هدى تركي السبيعي. (2003). أثر البيئة الفيزيقية للصف في مفهوم الذات والتحصيل والاتجاهات نحو المدرسة، مجلة العلوم التربوية والنفسية، كلية التربية، جامعة البحرين.
- 64- وفيق صفوت مختار. (2001). مشكلات الأطفال السلوكية، الأسباب وطرق العلاج، دار العلم والثقافة، ط2، القاهرة. مصر.
- 65- وليد السيد أحمد خليفة، مراد علي عيسى سعد. (2008). الضغوط النفسية والتخلف العقلي، المفاهيم، النظريات، البرامج، ط1، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الإسكندرية، مصر.
- 66- حمدان محمد زياد. (1996). التحصيل الدراسي مفاهيم، مشاكل وحلول، دار التربية الحديثة، دمشق، عمان.
- 67- حنان السيف. (2016). مساعدة مدير خدمات المرضى في مستشفى الملك فيصل التخصصي، المملكة العربية السعودية.
- 68- حساني سامية. (2006). ردود فعل الطفل بالاستشفاء، دراسة مقارنة بين حالات مرافقة وحالات غير مرافقة، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العام، جامعة وهران. الجزائر.
- 69- حسين علي فايد. (2005). المشكلات النفسية الاجتماعية، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع، ط1، القاهرة، مصر.
- 70- حسين حريم. (1997). السلوك التنظيمي، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- 71- حمدان، محمد زيان. (2001). تقييم التعلم و التحصيل، دار التربية الحديثة، عمان، الأردن.
- 72- حمدي علي الفرماوي، رضا عبد الله. (2009). الضغوط النفسية في مجال العمل والحياة، ط1، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- 73- حسين أحمد حشمت، مصطفى حسين باهي. (2006). التوافق النفسي والتوازن الوظيفي، دار العالمية للنشر والتوزيع، ط1، مصر.
- 74- حامد عبد السلام زهران. (1977). علم النفس الاجتماعي، علم الكتب، ط4، القاهرة، مصر.

- 75- طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين. (2006). استراتيجيات مواجهة الضغوط التربوية و النفسية، دار الفكر، ط1، الأردن.
- 76- يعقوب بوزيان. (2008). حوادث المرور في ضوء برنامج التكوين المهني لسائقي سيارات الأجرة، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس عمل وتنظيم، جامعة وهران، الجزائر.
- 77- يونس تونسية. (2011-2012). تقدير الذات وعلاقته بالتحصيل الدراسي لدى المراهقين المبصرين والمراهقين المكفوفين، دراسة ميدانية بولايي تيزي وزو والجزائر العاصمة، رسالة ماجستير، جامعة مولود معمري، تيزي وزو، الجزائر.
- 78- كمال الدسوقي. (1979). النمو التربوي للطفل والمراهق، دار النهضة العربية والنشر والتوزيع.
- 79- كامل محمد عويضة. (1996). الصحة في منظور علم النفس، دار الكتب العلمية، بيروت، لبنان.
- 80- كاميليا عبد الفتاح. (1998). سيكولوجية العلاج الجماعي للأطفال، دار قبا للطباعة و النشر والتوزيع، القاهرة، مصر.
- 81- كيت كينان، ترجمة مركز التعريب والترجمة. (1999). السيطرة على الضغوط النفسية، سلسلة الدليل الإداري، ط1، دار العربية للعلوم.
- 82- كلاوس شويخ، غيرت شراينكه، ترجمة الياس حاجوج. (2006). الكرب أو الشدة النفسية، - أفكار، نظريات، مشكلات- منشورا دار علاء الدين للنشر والتوزيع والترجمة، ط1، دمشق، سوريا.
- 83- كيفين واتكينز وآخرون. (2010). التقرير العالمي لرصد التعليم للجميع، السبيل إلى إنصاف المحرومين، منظمة الأمم المتحدة للتربية والتعلم والثقافة.
- 84- مصطفى الجلاي، لمعان. (2011). التحصيل الدراسي، دار المسيرة للطباعة والنشر، عمان، الأردن.
- 85- لطيفة الهيثمي. (2018). المنهج والتلقي في الدرس العلمي، مجلة أدبية ثقافية فكرية، العدد 134، لندن، المملكة المتحدة.
- 86- ليلي يوسف. (د.ت). سيكولوجية اللعب والتربية الرياضية، مكتبة الانجلو مصرية، ط2، مصر.
- 87- لمعان مصطفى الجلاي. (د.ت). التحصيل الدراسي، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن.
- 88- لوكيا الهاشمي، زروال فتيحة. (2006). الإجهاد، دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع، عين مليلة، الجزائر.

- 89- لورسي عبد القادر. (2002). التعليمية ومفاهيمها الأساسية، محاضرة في ملتقى الشيخ عمي السعيد، 19 جوان 2002 ، غرداية، الجزائر.
- 90- منظمة الصحة العالمية. (1980) .
- 91- محمد محمود الحيلة. (2000). تصميم وإنتاج الوسائل التعليمية، التعليمية، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة والطباعة، عمان، الأردن
- 92- محمد علي كامل. (2004). الضغوط النفسية ومواجهتها، مكتبة ابن سينا للطبع والنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.
- 93- محمد بلقاسم وحاج شتوان. (2016). الضغوط النفسية وعلاقتها بأسباب الغياب المدرسي عند تلاميذ الطور الثانوي، جامعة وهران، مجلة العلوم النفسية والتربوية، 3(1)، الجزائر.
- 94- مرشد خاطر. (د.ت). فن التمريض، مطبعة الجامعة السورية، دمشق، سوريا.
- 95- محمد القرطبي. (1964). تفسير لقرطبي، دار الكتب المصرية، جزء 12، القاهرة، مصر.
- 96- محمد أيوب شحيمي. (1994). دور علم النفس في الحياة المدرسية، دار الفكر اللبناني، ط1، لبنان.
- 97- ميشيل غود فريد، ترجمة حبيب نصر الله. (2010) . مصطلحات في علم النفس والطب النفسي، مجد المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، ط1، بيروت، لبنان.
- 98- محمد جميل محمد. (1981). قراءات في مشكلات الطفولة، دار تهامة للنشر والتوزيع، جدة السعودية.
- 99- مصطفى غالب. (1988). سيكولوجية الطفولة والمراهقة، منشورات، مكتبة الهلال، ط4، بيروت.
- 100- محمد عبد الرحمن العيسوي. (2001-2002). موسوعة علم النفس الحديث، اضطرابات الطفولة و المراهقة و علاجها، دار الرتب الجامعية، ط1، ج1، بيروت، لبنان.
- 101- محمد رفعت. (1986). قاموس الطفل الطبي، دار و مكتبة الهلال، ط1، بيروت، لبنان.
- 102- مجدي احمد محمد عبد الله. (2008). علم النفس الصحة وعلاقته بالطب السلوكي، دار المعرفة الجامعية، ط1.
- 103- محمد زياد حمدان. (1996). التحصيل الدراسي، مفاهيم مشاكل حلول، دار التربية الحديثة، دمشق، سوريا.
- 104- محمد حسن غانم. (2009). مقدمة في علم الصحة النفسية، تأصيل نظري ودراسات ميدانية، ط1، المكتبة المصرية للطباعة والنشر والتوزيع، الإسكندرية، مصر.

- 105- ماجدة بهاء الدين السيد. (2008). الضغط النفسي، مشكلاته واثاره على الصحة النفسية، ط1، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان ، الأردن.
- 106- محمد مقداد، محمد حسن المطوع. (2004). الإجهاد النفسي واستراتيجيات المواجهة والصحة النفسية لدى عينة من طالبات جامعة البحرين، مجلة العلوم التربوية والنفسية، المجلد 5، العدد2، مؤسسة الأيتام للصحافة والنشر والتوزيع، جامعة البحرين.
- 107- محمد نصر الدين ياحي. (2000). الضغط والقلق والحالات العصبية، دار الهدى للطباعة والنشر والإشهار، عين مليلة، الجزائر.
- 108- محمد الصغير شرفي، سليمان جار الله. (2009). اضطرابات منظور الزمن في الصدمة النفسية، مجلة الآداب والعلوم الاجتماعية، العدد10، جامعة سطيف، الجزائر.
- 109- محمد عبد السلام يونس. (2008). القياس النفسي، دار الحامد للنشر والتوزيع، ط1، عمان، الأردن.
- 110- محمد السيد عبد الرحمان. (1998). دراسات في الصحة النفسية (التوافق الزوجي، فعالية الذات، الاضطرابات النفسية والسلوكية، الجزء الأول، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.
- 111- ناصر ميزاب. (1988). المكانة الاجتماعية للتلميذ في جماعة القسم وعلاقتها بالتحصيل الدراسي، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر.
- 112- نجاء إبراهيم الصديق. (2010). الضغوط النفسية لدى المراهقين المعاقين بصريا بمعهد النور للمكفوفين و علاقتها ببعض المشكلات السلوكية، رسالة ماجستير، جامعة الخرطوم، السودان.
- 113- نبال خالد بورسلي. (2017). مدرسة المستشفى، جريدة القبس الالكترونية، العدد 3156، الكويت.
- 114- نايت عبد السلام كريمة. (2018). أهمية المرافقة المتعددة التخصصات لدى الطفل المصاب بالمرض المزمن -من منظور علم نفس الصحة-، مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 33، جامعة قاصدي مرياح ، ورقلة، الجزائر.
- 115- ناتالي بيرغ، ترجمة، مركز التعريب والترجمة. (2004). أسرار السيطرة على الضغوط الحياتية، الدار العربية للعلوم، ط1، بيروت، لبنان.
- 116- سعيد بوشينة. (2002). الكتاب السنوي، المجلة السنوية للمركز الوطني للوثائق التربوية الجزائر.

- 117- نشوة كرم عمار. (2007). الاحتراق النفسي للمعلمين ذوب النمط (أ،ب) وعلاقته بأساليب مواجهة المشكلات، رسالة ماجستير، جامعة القيوم، مصر.
- 118- نبيلة بوعافية. (2007-2008). نمط الشخصية للمدرين وعلاقتها بالضغط المهني واستراتيجيات المواجهة، جامعة، الجزائر.
- 119- سامي محمد ملحم. (2005). القياس والتقويم في التربية وعلم النفس، ط3، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن.
- 120- سليمة داود، الهامل شوكت. (1981). سيكولوجية الطفولة والمراهقة، جامعة بغداد، العراق.
- 121- سامي محمد ملحم. (2007). مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي، دار المسيرة والتوزيع والطبع، ط1، عمان الأردن.
- 122- سوسن شاكر مجيد. (2008). مشكلات الأطفال النفسية، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان الأردن.
- 123- سهام علي عبد الحميد. (2002). فاعلية برنامجين إرشاديين لمواجهة مشكلة التأخر الدراسي. مجلة الإرشاد النفسي، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس.
- 124- سعاد جعيجع. (2003-2004). الخدمات الاجتماعية للمعوقين في التشريع الجزائري - دراسة تحليلية-، رسالة لنيل شهادة ماجستير في علم الاجتماع ، جامعة محمد بوضياف بالمسيلة.
- 125- سميرة بوزقان. (2005-2006). علاقة الضغوط النفس اجتماعية بتقدير الذات لدى المدمنين المسجونين، رسالة ماجستير، جامعة ورقلة، الجزائر.
- 126- سعاد مخلوف. (2005). الضغط النفسي ومدى تأثيره على سلوك الأطباء العاملين بالمراكز الصحية، رسالة ماجستير، جامعة منتوري، قسنطينة، الجزائر.
- 127- سمير شيخاني. (2003). الضغط النفسي، دار الثقافة، ط1، الدوحة، قطر .
- 128- عدنان السبعي. (1982). سيكولوجية المرض والمعاقين، الشركة المتحدة للطباعة والنشر القاهرة، ط1، مصر.
- 129- عبد الرحمان العيسوي. (2004). علم النفس التربوي، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، ط1، بيروت، لبنان.
- 130- عبد السلام بشير الدوبي. (2006). علم الاجتماع الطب، دار الشروق للنشر والتوزيع، ط1 عمان، الأردن.

- 131- عابد محمد. (2012). نوعية العلاقة أم/طفل وأثرها في مواجهة الطفل المصاب بالقصور الكلوي الخاضع لعملية تصفية الدم، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي، جامعة وهران. الجزائر.
- 132- عبد الرحمان الوافي، زيان سعيد.(2004). النمو من الطفولة إلى المراهقة، الخنساء للنشر والتوزيع، الجزائر.
- 133- عبد الرحمن سيد سليمان. (2001). سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة، مكتبة زهراء الشرق، ط1، جامعة عين الشمس، القاهرة، مصر.
- 134- عمر مصطفى محمد النعاس.(2008). دراسات في الضغوط المهنية والصحة النفسية، منشورات 7 أكتوبر، ط1، مصراتة، الجماهيرية العظمى الليبية.
- 135- عبد العزيز عبد المجيد محمد.(2005). سيكولوجية مواجهة الضغوط في المجال الرياضي مركز الكتاب للنشر والتوزيع، ط1، القاهرة، مصر.
- 136- عبدالرحيم، عبد المجيد.(1997). تتمية الأطفال المعاقين، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع القاهرة، مصر.
- 137- عبد العزيز النجار. (2005). المعجم الوسيط، مكتبة الشروق، ط4.
- 138- عبد الله بن حميد السهلي. (2009-2010). أساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى الشباب من مرضى المترددين على مستشفى الطب النفسي بالمدينة المنورة والغير مرضى، أطروحة دكتوراه، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.
- 139- علي عسكر. (2003). ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها (الصحة النفسية والبدنية في عصر التوتر و القلق) ، دار الكتاب الحديث، ط3، مزيدة ومنقحة ، الكويت.
- 140- عايدة شكري حسن. (2001). ضغوط الحياة والتوافق الزوجي والشخصية لدى المصابات بالاضطرابات السيكوسوماتية والسويات، رسالة ماجستير، جامعة عين الشمس، مصر.
- 141- عبد الستار إبراهيم. (1998). الاكتئاب (اضطراب العصر الحديث، فهمه وأساليب علاجه)، عالم المعرفة، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.
- 142- عبد الرحمان بن سليمان الطيريري. (د.ت). المؤثرات السلوكية الدالة على مستوى الضغط النفسي من خلال بعض المتغيرات، رسالة ماجستير، جامعة الملك سعود، الرياض، المملكة العربية السعودية.

- 143- عبد الله عينو وآمال كبار. (2020). فاعلية برنامج إرشادي في تنمية الدافعية للتعلم لدى تلاميذ السنة الخامسة ابتدائي، مجلة روافد للدراسات والأبحاث في العلوم الاجتماعية والإنسانية، المجلد 04، العدد 02، الجزائر.
- 144- فوزية رمضان. (1985). علم الاجتماع الطبي، مكتبة نهضة الشرق، جامعة القاهرة، مصر.
- 145- فرج عبد القادر طه. (1997). معجم علم النفس والتحليل النفسي، دار النهضة العربية للنشر والتوزيع، بيروت.
- 146- فيصل عباس. (1994). أضواء على المعالجة النفسية، دار الفكر اللبناني، ط1، بيروت لبنان.
- 147- فتيحة ابن زروال. (2007-2008). أنماط الشخصية وعلاقتها بالإجهاد المستوى، الأعراض، المصادر، واستراتيجيات المواجهة)، أطروحة دكتوراه في علم النفس، جامعة منتوري قسنطينة، الجزائر.
- 148- فؤاد أبو حطب وآخرون. (1980). علم النفس التربوي، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، مصر.
- 149- فاروق السيد عثمان. (2001). القلق وإدارة الضغوط النفسية، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر.
- 150- فهمي علي. (2009). علم النفس الصحة، دار الجامعة الجديدة للنشر، الإسكندرية، مصر.
- 151- صلاح الدين قريد. (2008-2009). التغير التنظيمي وأثاره على المعاش النفسي عند العمال، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر، الجزائر.
- 152- دراسة فيحاء حسين ناصر. (2021). دور الإرشاد التربوي في التحصيل الدراسي من وجهة نظر المدرسين والطلبة، مجلة القادسية للعلوم الإنسانية، جامعة كركوك، المجلد 24، العدد 2، العراق.
- 153- صبرينة غربي. (د.ت). ما مدى فعالية برنامج تدريبي معرفي سلوكي في التخفيف من معاناة العامل، مجلة العلوم الإنسانية و الاجتماعية، جامعة ورقلة، الجزائر.
- 154- دراسة صيام كرم مفيد. (2016). فاعلية التعليم المتميز في تحسين تحصيل اللغة العربية لدى طلبة الصف الخامس الأساسي من ذوي صعوبات التعلم، أطروحة دكتوراه في التربية الخاصة، جامعة الأردن.
- 155- طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين. (2006). استراتيجيات إدارة الضغوط التربوية و النفسية، دار الفكر، ط1، عمان، الأردن.

- 156- روبي أحمد عمر سليمان. (1998). الدوجماتية وعلاقتها بالتحصيل الدراسي، وعادات الاستذكار والاتجاهات نحو الدراسة، لدى طالب المرحلة الثانوية بدولة قطر، المجلد 26، مركز البحوث التربوية، جامعة قطر .
- 157- قماز فريدة. (2008-2009). عوامل الخطر والوقاية من تعاطي المخدرات عند الشباب، رسالة ماجستير، جامعة منتوري، قسنطينة، الجزائر.
- 158- رمين غريب. (2014). استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى مرضى السكري . "جامعة تشرين، سوريا.
- 159- راجي عباس التكريتي، (1982). السلوك المهني للأطباء، دار الأندلس للطباعة والنشر والتوزيع ، بيروت، لبنان .
- 160- رياض محمد، عبد الحكيم بنود. (2005). حوادث المرور وطرق المدارس الآمنة، مجلة المدينة العربية، العدد 123.
- 161- راضي محمد الكبيسي. (2000). اتجاهات الأبناء نحو آبائهم المعوقين، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- 162- رؤى ملحم. (2007-2008). الضغوط النفسية لدى العاملين في التمريض النفسي، رسالة ماجستير، جامعة دمشق، سوريا.
- 163- رشا سامي خابور وميساء بني خلف. (2019). اثر استخدام إستراتيجية التعلم التعاوني في التحصيل الدراسي لدى طلاب الصف الثالث الأساسي في مادة التربية الإسلامية، المجلة الجزائرية للأبحاث والدراسات، المجلد 02، العدد 08، الجزائر .
- 164- شقلال العربي. (2006). يوم برلماني لدراسة القانون المتعلق بتنظيم حركة المرور وسلامتها وأمانها. الجزائر .
- 165- شيرين مثقال الملاك (2010). الضغوط النفسية لدى مرضى الصرع في الأردن، رسالة ماجستير، جامعة اليرموك، الأردن.
- 166- شريف مرشدي (2007-2008). مصادر الضغط المهني واستراتيجيات التعامل لدى الجراحين، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر، الجزائر .
- 167- ثائر أحمد غباري. (2008). الدافعية، النظرية والتطبيق، دار المسيرة، ط1، عمان.

168- ثابتي فتيحة، بوزنجة الزهرة.(2006). تأثير إصابة الطفل بالسرطان على نفسية الأم، جامعة وهران، الجزائر.

169- خالد محمود عبد الوهاب. (2006). مدى فعالية برنامج علاجي في تعديل أساليب التعامل مع المواقف الضاغطة لدى عينة من مرضى الإدمان السعوديين، مجلة دراسات عربية في علم النفس، المجلد 5، العدد 1، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.

170- خولة عبد الرحيم، عبير راشد. (2012). أثر استخدام برنامج جمعي للتدريب على المهارات الدراسية في تحسين مستوى التحصيل الدراسي والدافعية، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية، المجلد 20، العدد 2، جامعة غزة، فلسطين.

171- غسان يعقوب. (1988). تطور الطفل عند بياجيه، دار الكتاب اللبناني، بيروت.

172- غربي صبرينة. (د.ت). ما مدى فعالية برنامج تدريبي معرفي سلوكي في التخفيف من معاناة العامل، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة ورقلة، الجزائر.

173- غزلان شمسي محمد الدعدي. (2008). الضغوط النفسية والتوافق الأسري والزواجي لدى عينة من أبناء وأمّهات الأطفال المعاقين تبعا لنوع الإعاقة وبعض المتغيرات الديمغرافية والاجتماعية، رسالة ماجستير، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.

II- المراجع باللغة الأجنبية:

174 -Anthony Dyannye. (1981). a study of the educational opportunities provided to handicapped individuals in postsecondary institutions.Dissertation abstract international.

175 -Antony (E-J), Koupernik ©. (1974) . l'enfant dans la famille devant la maladie et la mort, masson, volume 2, paris.

176 -Asurri (A). (1980) . manuel de psychiatrie, Masson, 1ere édition, Paris.

177 -Anna Freud et Bergmant. (1972). les enfants malades, introduction leur compréhension psychanalytique, privat, paris.

178 -A.H.Stroud. (1997) .Vaincre le stress et l'anxiété, connaissance du monde, EN-NAKHLA, Bouzaréah, Alger.

- 179** -Beuchon, Schweitzer Marilon. (2002) .psychologie de la santé, modèles, concepts et méthodes, dunod, Paris.
- 180** -Bénédicte loriers. (2015) .l'école à l'hôpital, un ballon d'oxygène pour les enfants malades, Union francophone des associations de parents de l'enseignement catholique, n°25.15,Bruxelles.
- 181** - Bryan Hiebert. (1984). Le stress chez les enseignants perspectifs Canadiens, Association Canadienne d' Education, Burnaby.
- 182** – Chislaine Stora. (2004). dictionnaire hachette.
- 183** - Cohen,s. (1980). After Effects of stress an Human Performance an and social Behavior. A Review of Research and Theory Psychological Bulletin.
- 184** - Charly Cungi. (2003) . Savoir gérer son stress en toutes, circonstances, 2e , Pocket évolution, France.
- 185** -Catherine Gaumé .(2009). Les déterminants de la santé subjective dans les pays baltes, thèse Doctorat, Université Catholique de Louvain, Belgique.
- 186** - Dale Carnegie. (2000). Comment dominer le stress et les soucis, Flammarion, Paris, France.
- 187** - Diatimine, (René) et autres.(sans date). traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, tome 3, paris. France.
- 188** -David Fontana. (1990). Gérer le stress, Pierre Mardaga, Bruxelles.
- 189** - De Keyser. V, Hansez. I . (1996) . Vers une perspective transactionnelle du stress au travail, Pistes d'évaluations méthodologiques, Cahiers de Médecine du Travail, Vol33, N3, Université de Liège.
- 190** - Daniel Gloaguen. (sans date). Stress contrôle (maîtrisez le stress équilibrez vos émotions), Aplen.
- 191** - David Servan-Schreiber. (2003). Guérir le stress, l'anxiété et ladépression (sans médicament ni psychanalyse), Robert Laffont, Paris, France.
- 192** - Dominique Servant. (2007). Gestion du stress et de l'anxiété, Elsevier Masson, 2^e édition, Paris, France.

- 193** – Gisele marliere. (2011). l'enseignement de type 5 ou l'école à l'hôpital, A.S.P.H. France.
- 194** - Gesell, A. (1996) .youth, the years from ten to sixteen, neww york , Harper collins publisher.
- 195** - Holmes CB, Losina E, Walensky RP, Yazdanpanah Y, Freedberg KA. (2003) . "Review of human immunodeficiency virus type 1-related opportunistic infections in sub-Saharan Africa". Clin. Infect. Dis. 36
- 196-** Jackson, J. (2012) . animal-assisted therapy , the human-animal bond in relation to human and wellness. Winona state Université.
- 197-** Jean-Paul Bounhoure, Eric Bui, LaurenkSchmitt .(2010) .Stress, dépression et pathologie cardiovasculaire, Elsevier Masson,Paris, France.
- 198** - ean Benjamin Stora .(1993) .Le stress, Edition Dahlab, 2 édition, Paris, France.
- 199-**Jeffrey Nevid, Spencer Rathus, Beverly Greene (2009).Psychopathologie, Person éducation, 7edition, Paris, France.
- 200** - Julie Roberge .(2007).Les stratégies de coping utilisées par les militaires ou ex- militaires masculins atteints d'un stress post traumatique suite au retour d'une mission de paix, l'obtention du grade de maitre en service social, Université Laval, Québec.
- 201-** KublerRosse. (2007) .on Grief and Grieving, Finding the Maeningog Grief through the fivestagers of Loss .
- 202-** Kerig, P. (2012) :developmental psychopathology, from infancy through Adolescence. New york : Mc Graw-Hill
- 203** - Kaland, M . (2002) .the psychology of Hearing Loss. The Asha Leader.
- 204** - Kobasa, S. C. (1982) . Commitment and coping in stress Resistance Among Lawyers. Journal of Personality and social Psychology. Vol. 42. N°4.
- 205-** Laumant barbara.(1994) .les clown à l'hôpital, université de liège, faculté de psychologie et sciences de l'éducation. Belgique.
- 206-** Louis Crocq et al .(2007) .Traumatismes psychiques (prise en charge psychologique des victimes), Elsevier-Masson, Paris, France.

- 207-** Laurent Guillet .(sans date) .Stress, modèles et application,Lorient Cedex, psychologie sociale et de la santé.
- 208-** Ministère de la Communauté française de Belgique. (2005). Enseignement de type 5 », APH.
- 209-** Medlineplus.gov, Retrieved .(2018).«Diabète in Children and Teens», Edited.
- 210 -** Michelle Dumont, Bernard Plancherel. (2001) .Stress et adaptation
- 211 -**Marie Santiago- Delefosse. (2002) . Psychologie de la santé, perspective et clinique, Mardaga, Belgique.
- 212 -** Ofra Hazanov- Boskovitz. (2003). Etude du coping des adolescents dans un contexte expérimental, Grade de docteur en psychologie, Université de Genève.
- 213-** Pequignot (Henri), Godrad Mari. (1979) .Hôpital et Humanisation, ed : PUF.
- 214 -** Pierre (o).(1961) . Education des enfants physiquement handicaps- PUF.
- 215 -** Pierre Loo, Henri Loo, André Galinowski .(2003) .Le stress permanent (réaction-adaptation de l'organisme aux aléas existentiels), Masson, 3e édition, Paris, France.
- 216-** Pierluigi Graziani, Joel Swendsen. (2005) .Le stress émotions et stratégies d'adaptation, Armand Colin, Paris, France.
- 217 -**Patricia Lentini. (2009) .Objectif no stress (ma méthode positive), Amphora, Barcelona.
- 218-** Raimbaut (Ginette), Zigouris (Radmila). (1996).L'Enfant et sa maladie, privat, Toulous, paris.
- 219-** Selye,H. (1976). The stress concept tody in I.L. Kufash.L. P. Schlesinger Et. At .
- 220 -** Spitz ®, (1979) .de la naissance à la parole, 6eme édition, paris .
- 221-** Salamy (N), (1989) .Dictionnaire de Psychologie, Larousse, Paris.
- 222-** Sébastien Tubau. (2001) .Maitriser son stress (mieux le connaitre, mieux se connaitre), jouvence, France.

223- Tyson , M.M. (2007) .the healing landscape : therapeutic outdoor environment, Madison : university of Wisconsin- Madison libraries, parallel press.

224- Tyson , M.M. (2007) .the healing landscape, therapeutic outdoor environment, Madison : university of Wisconsin- Madison libraries, parallel press.

225- Ucharan Deka. (1993) .Factors of Academic Achievement. A Comparative Study of High and Low Achievers , Northern Book Centre.

226- Vama, V.P. (1973) .stress in children. london. university of london press.

227- Vera Pieffer. (2005) .Comment gérer son stress, Marabout, France.

الملاحق

ملحق رقم (01):
قائمة الأساتذة المحكمين

قائمة الأساتذة المحكمين

الرقم	الأستاذ	الدرجة العلمية	الجامعة	التخصص
01	تعوينات علي	أستاذ التعليم العالي	جامعة الجزائر 2، أبو قاسم سعد الله	علوم التربية
02	لكحل لخضر	أستاذ التعليم العالي	جامعة الجزائر 2، أبو قاسم سعد الله	علوم التربية
03	حماش الحسين	أستاذ التعليم العالي	جامعة الجزائر 2، أبو قاسم سعد الله	علم الاجتماع
04	تيجاني ثوريا	أستاذة التعليم العالي	جامعة الجزائر 2، أبو قاسم سعد الله	علم الاجتماع
05	لعربي نورية	أستاذة محاضرة "أ"	جامعة الجزائر 2، أبو قاسم سعد الله	الأرطوفونيا
06	الأحسن حمزة	أستاذ محاضر "أ"	جامعة مولود معمري، تيزي وزو	علم النفس عمل وتنظيم
07	شويعل يزيد	أستاذ محاضر "أ"	جامعة الدكتور يحي فارس، المدينة	علم النفس العيادي
08	أسمع الوناس	أستاذ محاضر "ب"	جامعة الدكتور يحي فارس، المدينة	علم النفس الصدمي
09	عميار علي	أستاذ محاضر "ب"	جامعة عبد الرحمان ميرة، بجاية	علم النفس عمل وتنظيم
10	سالي مراد	أستاذ محاضر "أ"	جامعة جيلالي بونعامة، خميس مليانة	علم النفس الإجرامي

ملحق رقم (02) = مقاييس الدراسة

مقياس الضغوط النفسية

للتلميذ المريض الماكث بالمستشفى قبل التعديل.

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة مولود معمري تيزي وزو

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علوم التربية
تخصص : التعليم والتأطير التربوي

مقياس الضغوط النفسية للتلميذ
المريض الماكث بالمستشفى

- التعلّمة :

فيما يلي مجموعة من العبارات نرجو منك أن تقرأ بتمعن وتجيبنا بكل صراحة وذلك بوضع علامة (X) في الخانة المناسبة مع العلم أنه لا توجد إجابة صحيحة و إجابة خاطئة وأن إجابتك سوف تحضي بالسرية و لا تستعمل إلا لغرض البحث العلمي.

شكرا جزيلاً على تعاونكم معنا

- مثال توضيحي :

رقم	الفقرة	نعم	أحيانا	لا
01	أشعر بالقلق وأنا أدرس بالمستشفى وليس بالمدرسة	X		

• بيانات شخصية :

- الاسم :
- اللقب :
- المستوى الدراسي :
- نوع المرض المصاب به :

الرقم	الفقرة	دائما	أحيانا	أبدا
01	أشعر بالقلق وأنا أدرس بالمستشفى وليس بالمدرسة			
02	أعاني من ضعف التركيز أثناء الدرس			
03	انزعج من انخفاض نتائج الدراسية			
04	أعاني من ضعف قدرتي على الاستيعاب			
05	أعاني من شرود			
06	أشعر بعدم الرغبة في الدراسة كلما التحق بالقسم			
07	بسبب المرض هجرني أصدقائي فأصبحت أعاني من الوحدة/ الضيق والملل.			
08	اشعر بأن الطبيب لايهتم بي			
09	أشعر بعدم الارتياح مع المعلم/الأستاذ داخل المدرسة.			
10	اشعر أن الآخرين يشفقون عليا بسبب مرضي			
11	أحس بالشفقة من طرف أفراد عائلتي			
12	أجد صعوبة في التعامل مع والدي			
13	أشعر بالألم في معدتي			
14	أشعر بالتعب والإرهاق عقب كل نشاط			
15	أعاني من أرق وصعوبة في النوم			
16	قلت شهيتي للأكل			
17	أعاني من غثيان مستمر			
18	أشعر بالألم في جميع أطرافي الجسمية			
19	أبكي لأبسط الأسباب			
20	أتمنى لو كان وجودي بالمستشفى مجرد حلم مزعج سوف أفيق منه			
21	أشعر بالخوف والقلق خاصة في الليل			
22	أشعر بحزن شديد في كثير من الأحيان			
23	يضايقني أنني سريع الغضب			
24	أشعر أن متعتي بالحياة قد قلت			
25	ألوم نفسي لأنني سبب شقاء أمي			
26	اعتبر نفسي تلميذا غير طبيعي/عادي .			
27	يؤلمني التفكير في مستقبلي الدراسي			
28	أخاف من مستقبلي الغير واضح			
29	أشعر أن إنجازاتي أقل مما هو متوقع مني			
30	أخاف الفشل من الدراسة وتكرار السنة بسبب المرض.			
31	لا توجد لدي معلومات عن فرص الدراسة مستقبلا			
32	أشعر أن الدراسة بالمستشفى لن تقديني مستقبلا			

مقياس الضغوط النفسية

للتلميذ المريض الماكث بالمستشفى بعد التعديل.

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
جامعة مولود معمري تيزي وزو

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علوم التربية
تخصص : التعليم والتأطير التربوي

مقياس الضغوط النفسية للتلميذ
المريض الماكث بالمستشفى

- التعليلة :

فيما يلي مجموعة من العبارات نرجو منك أن تقرا بتمعن و تجيبنا بكل صراحة وذلك بوضع علامة (x) في الخانة المناسبة مع العلم أنه لا توجد إجابة صحيحة و إجابة خاطئة وأن إجابتك سوف تحضي بالسرية ولا تستعمل إلا لغرض البحث العلمي.

شكرا جزيلاً على تعاونكم معنا

- مثال توضيحي :

رقم	الفقرة	نعم	أحيانا	لا
01	أشعر بالقلق وأنا أدرس بالمستشفى وليس بالمدرسة	X		

• بيانات شخصية :

- الاسم :
- اللقب :
- المستوى الدراسي :
- نوع المرض المصاب به :

الرقم	الفقرة	دائما	أحيانا	أبدا
01	أشعر بالقلق وأنا أدرس بالمستشفى وليس بالمدرسة			
02	أعاني من ضعف التركيز أثناء الدرس			
03	انزعج من انخفاض نتائج الدراسية			
04	قدرتي على الاستيعاب الدروس ضعيفة			
05	أعاني من شرود			
06	لا ارغب في الدراسة بسبب مرضي			
07	أصبحت وحيدا بسبب مرضي			
08	اشعر بأن الطبيب لايهتم بي			
09	أنا غير مرتاح عندما أكون مع المعلم داخل القسم الدراسي			
10	اشعر أن الآخرين يشفقون عليا بسبب مرضي			
11	أحس بالشفقة من طرف أفراد عائلتي			
12	أخاف عند التحدث مع والدي			
13	يصيني الأم في المعدة من كثرة القلق			
14	أشعر بالتعب والإرهاق عقب كل مجهود أبذله			
15	أعاني من صعوبة في النوم			
16	قلت شهيتي للأكل			
17	أعاني من غثيان مستمر			
18	أشعر بآلام في جميع أطرافى الجسمية			
19	أبكي لأبسط الأسباب			
20	أتمنى الشفاء العاجل و العودة الى العائلة			
21	أشعر بالخوف والقلق خاصة في الليل			
22	أشعر بالحزن الشديد			
23	أغضب بسرعة			
24	سئمت من كل شيء			
25	اشعر أن أومي تتعب كثيرا بسبب مرضي			
26	اشعر أنني لست كبقية الآخرين .			
27	أخاف من الانقطاع عن الدراسة بسبب مرضي			
28	أخاف من مستقبلي الغير واضح			
29	أشعر أن ولدي غير راضين عن نتائج الدراسية			
30	أخاف من الرسوب في الدراسة بسبب مرضي			
31	الاتصال بمدرستي الأصلية غير واضح حاليا			
32	أشعر أن مواصلة الدراسة في المستشفى غير مفيدة			

الصيغة الأولى لمقياس الضغوط النفسية من وجهة نظر الوالدين

بعد الانضمام إلى القسم الدراسي في المستشفى					قبل الانضمام إلى القسم الدراسي في المستشفى					إلى أي مدى تظهر الأعراض التالية على ابنكم/ابنتكم؟	
دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا	دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا		
1- الأعراض النفسية											
										الشعور بالاكتئاب والحزن	1
										الإحساس بالملل	2
										الإصابة بنوبات قلق بدون أي سبب	3
										الإصابة بالأرق وصعوبة النوم	4
										فقدان الثقة بالنفس	5
										الشعور بالوحدة والانطواء	6
										القلق لأتفه الأشياء	7
										الميل إلى الغيرة الزائدة	8
										الشعور بالتوتر عند الذهاب إلى الأماكن العامة.	9
										التردد في الالتحاق بالقسم الدراسي	10
										التضايق عند اقتراب موعد الامتحان	11
										التستر على الوالدين فيما يتعلق بالنتائج المدرسية	12
										الشروذ الذهني	13
										العجز في التعبير عن مشاعره	14
										التجنب الحديث عن مرضه	15
										الشعور بالذنب	16
										يشعر بالخوف كلما قرب موعد الجلسات والفحوصات العلاجية الدورية.	17
										يخاف من تفاقم مرضه وتطوره	18
										تنتابه فكرة الخوف من الموت	19
										يميل إلى الانعزال في غرفته عن الآخرين	20
										يتألم من نظرة الناس إليه	21
										الشعور بالخمول والكسل.	22
2- الأعراض الجسمية (العضوية)											
										الإصابة بالصداع	23
										فقدان الشهية	24
										الشعور بالألم في المفاصل دون سبب واضح	25
										الإصابة بالاضطرابات الجهاز الهضمي	26
										الألم والصداع الدائم في الرأس	27
										الشعور بالتعب والإرهاق بعد جهد بسيط	28
										يعاني من غثيان مستمر	29
										البكاء لأتفه الأسباب	30

										الشعور بالدوران أثناء مراجعة الدروس	31
										يحدث له وخز وتتميل في قدميه	32
										يرجف و يرتعش بشدة	33
										يتبول عندما يكون خائفا	34
										عدم الانتظام في النوم	35
										ضيق في التنفس	36
										ظهور نوبات إغماء داخل القسم الدراسي	37
										تساقط الشعر	38
										الشعور بخفقان سريع في القلب	39
										يعاني من الإسهال في الكثير من الأحيان	40
3- الأعراض السلوكية و الانفعالية											
										الميل إلى العدوانية و اذاء الآخرين	41
										يعصي طلبات و أوامر الوالدين	42
										تخريب الأشياء (المنزلية و المدرسية)	43
										التأخر في الالتحاق إلى المدرسة	44
										سرعة البكاء	45
										الشعور بالحرمان من حنان أحد الوالدين	46
										فقدان الشهية	47
										يعاني من الإسهال في الكثير من الأحيان	48
										تتغير حالته المزاجية و تتقلب بسرعة	49
										الاستيقاظ الفجائي المتكرر ليلا مصحوبا بنوبات بكاء	50
										الخوف من الأماكن المظلمة	51
										البكاء في حالت تركه لمفرده	52
										كثير الخجل و قليل الكلام	53
										تنتابه نوبات غضب حادة مصحوبة بصراخ	54
										كثير الانزعاج لأبسط الأسباب	55
4- الأعراض المعرفية											
										صعوبة القراءة	56
										صعوبة الكتابة	57
										صعوبة الحساب	58
										صعوبة الفهم	59
										كثرة النسيان	60
										ضعف الانتباه و التركيز لمدة طويلة	61
										صعوبات حفظ الأناشيد و الصور القرآنية	62
										التردد و عدم التجاوب مع الوالدين	63

										64	ردة فعله ضعيفة
										65	فقدان الدافعية للتعلم و حل النشاطات المدرسية
										66	عدم القدرة على صياغة الجمل
										67	التأخر في الاستيعاب لبعض الدروس
										68	ذاكرة ضعيفة وصعوبة في استرجاع الأحداث
										69	تزايد الأخطاء عند حل التمارين
										70	ينحاز إلى دراسة بعض المواد الدراسية دون غيرها
										71	ترهقه الامتحانات المدرسية المستمرة
										72	ينزعج من طريقة تعامل المعلم داخل القسم
										73	يجد صعوبة في انجاز الواجبات المنزلية
										74	عدم القدرة على حفظ المواد الدراسية
										75	صعوبة التركيز في فترة الامتحانات
										76	عدم القدرة على الحفظ لأبسط العبارات
										77	يتضايق عند حصوله على علامات دراسية متدنية
										78	يخاف و يرتبك من الرسوب في دراسته
5- العلاقات الاجتماعية والعلاقات الأسرية											
										79	يتردد في استقبال أصدقائه
										80	يتجنب الحديث مع الآخرين
										81	الشعور بالحرج و الارتباك مع زملاءه
										82	يتردد في اللعب مع أقرانه
										83	ينزعج من زيارة أفراد عائلته له
										84	لا يشارك في النشاطات الترفيهية و الرياضية
										85	يتجنب الحديث مع الفرق الطبية (الأطباء، المرضى، النفسانيين...)
										86	لا يميل إلى إقامة علاقات جيدة مع زملاءه في الدراسة
										87	التأثر بالخلافات المتكررة بين الوالدين بسبب حالته الصحية.
										88	يشعر بالضيق عند تعنيفه لفظيا و جسديا
										89	يميل إلى العنف عند اللعب مع زملاءه
										90	يتضايق عند عجز الوالدين على تغطية مستلزماته الضرورية (علاج، دراسة..الخ)
										91	ينزعج من مراقبة والديه من تصرفاته
										92	ينزعج من الفحوصات الطبية الدائمة
										93	ضعف القدرة على التواصل الاجتماعي مع الغير.
										94	يتضايق من التمييز في المعاملة الوالدية بين الإخوة

										95	يخاف من المستقبل بسبب مرضه المزمن
										96	يتجنب المناسبات الاجتماعية (الحفلات المدرسية، أعياد الميلاد...الخ).
6- أعراض الأداء الاستقلالي للطفل											
										97	لا يستطيع قص أظافره بمفرده
										98	لا يستطيع مشط شعره لوحده
										99	يحتاج إلى المساعدة في تغيير وضعية جسمه
										100	لا يستطيع ارتداء ملابسه بمفرده
										101	غير قادر على نظافته الشخصية
										102	يجب صعوبة في تناول الطعام لوحده
										103	غير قادر على الاستحمام بمفرده
										104	لا يستطيع المشي لوحده
										105	غير قادر على الوقوف أو الجلوس لمدة طويلة
										106	غير قادر على تركيب الألعاب اليدوية
										107	عدم القدرة على الذهاب إلى المدرسة بمفرده
										108	يصعب عليه تعلم المهارات الحركية البسيطة
										109	عدم الاستقلالية في تلبية حاجاته الشخصية
										110	غير قادر مسك الأشياء

الصيغة النهائية لمقياس الضغوط النفسية
من وجهة نظر الوالدين

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة مولود معمري تيزي وزو

كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية
قسم علوم التربية
تخصص : التعليم و التأطير التربوي

مقياس الضغوط النفسية لدى الطفل الماكث
بالمستشفى من وجهة نظر الوالدين

- البيانات الشخصية للابن/ البنت:
- الاسم:.....اللقب:.....
- الجنس: الذكر - الأنثى
- المستوى الدراسي:.....
- نوع المرض المصاب به:
- تاريخ الدخول إلى المستشفى:.....تاريخ بداية الدراسة في المستشفى:.....

• التعليمات:

فيما يلي مجموعة من العبارات، نرجو منكم أن تقرؤوها بتمعن و تحييوننا بكل صراحة و ذلك بوضع علامة (X) في الخانة المناسبة مع العلم أنه لا توجد إجابة صحيحة أو إجابة خاطئة و أن إجاباتكم سوف تحظى بالسرية و لا تستعمل إلا لأغراض البحث العلمي.

شكرا جزيلا على تعاونكم معنا

- مثال توضيحي:

بعد انضمام الطفل إلى القسم الدراسي بالمستشفى					قبل انضمام الطفل إلى القسم الدراسي بالمستشفى					إلى أي مدى تظهر الأعراض التالية على ابنكم/ابنتكم؟	
أبدا	نادرا	أحيانا	غالبا	دائما	أبدا	نادرا	أحيانا	غالبا	دائما	العبارة	الرقم
	X								X	الشعور بالخمول و الكسل	01

بعد الانضمام إلى القسم الدراسي في المستشفى					قبل الانضمام إلى القسم الدراسي في المستشفى					إلى أي مدى تظهر الأعراض التالية على ابنكم/ ابنتكم؟
دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا	دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا	
										1 الشعور بالاكئاب و الحزن
										2 الإصابة بالصداع
										3 الميل إلى العدوانية و إيذاء الآخرين
										4 صعوبة القراءة
										5 يتردد في استقبال أصدقائه
										6 لا يستطيع قص أظافره بمفرده
										7 الإحساس بالملل
										8 فقدان الشهية
										9 يعصي طلبات و أوامر الوالدين
										10 صعوبة الكتابة
										11 يتجنب الحديث مع الآخرين
										12 يحتاج إلى المساعدة في تغيير وضعية جسمه
										13 الإصابة بنوبات قلق بدون أي سبب
										14 الشعور بالألم في المفاصل دون سبب واضح
										15 تخريب الأشياء (المنزلية و المدرسية)
										16 صعوبة الحساب
										17 الشعور بالحرج و الارتباك مع زملاءه
										18 لا يستطيع ارتداء ملابسه بمفرده
										19 الإصابة بالأرق و صعوبة النوم
										20 الإصابة بالاضطرابات الجهاز الهضمي
										21 التأخر في الالتحاق إلى المدرسة
										22 صعوبة الفهم
										23 يتردد في اللعب مع أقرانه
										24 غير قادر على نظافته الشخصية
										25 فقدان الثقة بالنفس
										26 الشعور بالتعب و الإرهاق بعد جهد بسيط
										27 سرعة البكاء
										28 كثرة النسيان
										29 ينزعج من زيارة أفراد عائلته له
										30 يجب صعوبة في تناول الطعام لوحده
										31 الشعور بالوحدة و الانطواء
										32 يعاني من غثيان مستمر
										33 الشعور بالحرمان من حنان أحد الوالدين
										34 ضعف الانتباه و التركيز لمدة طويلة
										35 لا يشارك في النشاطات الترفيهية و الرياضية
										36 غير قادر على الاستحمام بمفرده

										كثير الخجل و قليل الكلام	73
										ذاكرة ضعيفة و صعوبة في استرجاع الأحداث	74
										يتضايق عند عجز الوالدين على تغطية مستلزماته الضرورية (علاج، دراسة..الخ)	75
										التجنب الحديث عن مرضه	76
										ظهور نوبات إغماء داخل القسم الدراسي	77
										تنتابه نوبات غضب حادة مصحوبة بصراخ	78
										تزايد الأخطاء عند حل التمارين	79
										ينزعج من مراقبة والديه من تصرفاته	80
										الشعور بالذنب	81
										الشعور بخفقان سريع في القلب	82
										كثير الانزعاج لأبسط الأسباب	83
										ينحاز إلى دراسة بعض المواد الدراسية دون غيرها	84
										ينزعج من الفحوصات الطبية الدائمة	85
										يشعر بالخوف كلما قرب موعد الجلسات و الفحوصات العلاجية الدورية.	86
										يعاني من الإسهال في الكثير من الأحيان	87
										ترهقه الامتحانات المدرسية المستمرة	88
										ضعف القدرة على التواصل الاجتماعي مع الغير.	89
										يخاف من تفاقم مرضه و تطوره	90
										ينزعج من طريقة تعامل المعلم داخل القسم	91
										يتضايق من التمييز في المعاملة الوالدية بين الإخوة	92
										تنتابه فكرة الخوف من الموت	93
										يجد صعوبة في انجاز الواجبات المنزلية	94
										يخاف من المستقبل بسبب مرضه المزمن	95
										يميل إلى الانعزال في غرفته عن الآخرين	96
										عدم القدرة على حفظ المواد الدراسية	97
										يتجنب المناسبات الاجتماعية (الحفلات المدرسية، أعياد الميلاد...الخ).	98
										يتألم من نظرة الناس إليه	99
										صعوبة التركيز في فترة الامتحانات	100
										الشعور بالخمول و الكسل.	101
										يتضايق عند حصوله على علامات دراسية متدنية	102
										يخاف و يرتبك من الرسوب في دراسته	103

استمارة التحصيل الدراسي

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة مولود معمري تيزي وزو

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علوم التربية
تخصص : التعليم والتأطير التربوي

**استمارة التحصيل الدراسي
موجه إلى المعلمين المدرسة الابتدائية الأصلية**

1- تعليمات الاستمارة :

في إطار إعداد أطروحة الدكتوراه الطور الثالث (ل.م.د) في تخصص التعليم والتأطير التربوي، تحت عنوان " دور الأقسام التعليمية الخاصة في التخفيف من شدة الضغوط النفسية وتحسين مستوى التحصيل الدراسي لدى الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية من وجهة نظر الوالدين والمعلمين" دراسة ميدانية على عينة من المستشفيات الجزائرية.

نرجو منكم الإجابة بكل صراحة وذلك بوضع علامة التلميذ المتحصل عليها في الفصل الدراسي في المواد المشار إليها في الاستمارة.

2-البيانات الشخصية للتلميذ:

الاسم واللقب:.....
نوع المرض المصاب به:.....
العمر:.....المستوى الدراسي:.....

شكرا جزيلاً على تعاونكم معنا

- مثال توضيحي :

التحصيل الدراسي للتلميذ في المواد التالية كما يلي :	
المواد	علامة التلميذ (ة)
اللغة العربية	09/10

التحصيل الدراسي للتميز في المواد التالية كما يلي :

علامة التميز (ة)	المواد
	اللغة العربية 01
	الرياضيات 02
	التربية الإسلامية 03

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة مولود معمري تيزي وزو

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علوم التربية

تخصص : التعليم والتأطير التربوي

استمارة التحصيل الدراسي
موجهة إلى معلم القسم الدراسي بالمستشفى

1 تعليمات الاستمارة :

في إطار إعداد أطروحة الدكتوراه الطور الثالث (ل.م.د) في تخصص التعليم والتأطير التربوي، تحت عنوان " دور الأقسام التعليمية الخاصة في التخفيف من شدة الضغوط النفسية وتحسين مستوى التحصيل الدراسي لدى الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية من وجهة نظر الوالدين والمعلمين" دراسة ميدانية على عينة من المستشفيات الجزائرية.

نرجو منكم الإجابة بكل صراحة وذلك بوضع علامة التلميذ المتحصل عليها في الفصل الدراسي في

المواد المشار إليها في الاستمارة.

2-البيانات الشخصية للتلميذ:

الاسم واللقب:.....

نوع المرض المصاب به :.....

العمر:.....المستوى الدراسي:.....

شكرا جزيلاً على تعاونكم معنا

- مثال توضيحي :

التحصيل الدراسي للتلميذ في المواد التالية كما يلي :	
المواد	علامة التلميذ (ة)
اللغة العربية	09/10

التحصيل الدراسي للتميز في المواد التالية كما يلي :

علامة التميز (ة)	المواد
	اللغة العربية 01
	الرياضيات 02
	التربية الإسلامية 03

ملحق رقم (03):
الجانب الإحصائي للدراسة

- الفرضية العامة الأولى : لا يعاني الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية من ضغوط النفسية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية.

• الفرضية الجزئية الأولى : توقعنا فيها وجود مستوى منخفض من الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية.

الإحصاءات الوصفية لأفراد عينة الدراسة حسب مستوى
معاناة المرضى من الضغوط النفسية.

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
64-96	21	21,0	21,0	21,0
Valide 32-63	79	79,0	79,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

• الفرضية الجزئية الثانية : توقعنا فيها وجود فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى الملتحقين بالأقسام الدراسية الخاصة داخل المستشفيات العمومية حول درجة الضغوط النفسية تعزى إلى متغير الجنس.

الإحصاءات الوصفية حول درجة الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى بعد التحاقهم
بالأقسام التعليمية الخاصة حسب متغير الجنس

	sexe	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
total	hommes	45	67,7111	6,40888	,95538
	femmes	55	67,4727	3,87229	,52214

نتائج اختبار (T) في درجة الضغوط النفسية لدى الأطفال المقيمين

بالمستشفيات العمومية حسب متغير الجنس.

	Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes								
	F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %			
								Inférieur	Supérieur		
total	Hypothèse de variances égales		10,203	,002	,229	98	,819	,23838	1,03872	-1,82292	2,29968
	Hypothèse de variances inégales				,219	69,181	,827	,23838	1,08875	-1,93351	2,41028

- الفرضية الجزئية الثالثة: توقعنا فيها وجود فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى الملحقين بالأقسام الدراسية الخاصة داخل المستشفيات العمومية حول درجة الضغوط النفسية تعزى إلى متغير نوع المرض.

نتائج تحليل تباين إجابات الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية حول

درجة الضغوط النفسية حسب متغير نوع المرض.

ANOVA

total

	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Intergroupes	1469,714	7	209,959	16,817	,000
Intragroupes	1148,646	92	12,485		
Total	2618,360	99			

مصادر الاختلاف في إجابات الأطفال المرضى المقيمين داخل المستشفيات
العمومية حول درجة الضغوط النفسية حسب متغير نوع المرض.

Comparaisons multiples :

Variable dépendante: total

LSD

(I) typem	(J) typem	Différence moyenne (I-J)	Erreur standard	Sig.	Intervalle de confiance à 95 %	
					Borne inférieure	Borne supérieure
hand mot	nephro	8,17778 [*]	1,34292	,000	5,5106	10,8449
	asth	-,32727	1,24547	,793	-2,8009	2,1463
	cardio	2,50000	1,29023	,056	-,0625	5,0625
	anemie	10,40000 [*]	1,20690	,000	8,0030	12,7970
	cancer	1,02500	1,40600	,468	-1,7674	3,8174
	diabete	4,26667 [*]	1,11738	,000	2,0475	6,4859
	crise ep	-2,00000	1,70682	,244	-5,3899	1,3899
nephro	hand mot	-8,17778 [*]	1,34292	,000	-10,8449	-5,5106
	asth	-8,50505 [*]	1,58817	,000	-11,6593	-5,3508
	cardio	-5,67778 [*]	1,62351	,001	-8,9022	-2,4533
	anemie	2,22222	1,55811	,157	-,8723	5,3168
	cancer	-7,15278 [*]	1,71695	,000	-10,5628	-3,7428
	diabete	-3,91111 [*]	1,48983	,010	-6,8700	-,9522
	crise ep	-10,17778 [*]	1,97087	,000	-14,0921	-6,2635
asth	hand mot	,32727	1,24547	,793	-2,1463	2,8009
	nephro	8,50505 [*]	1,58817	,000	5,3508	11,6593
	cardio	2,82727	1,54388	,070	-,2390	5,8935
	anemie	10,72727 [*]	1,47495	,000	7,7979	13,6566
	cancer	1,35227	1,64185	,412	-1,9086	4,6131

	diabete	4,59394*	1,40263	,001	1,8082	7,3797
	crise ep	-1,67273	1,90580	,382	-5,4578	2,1124
cardio	hand mot	-2,50000	1,29023	,056	-5,0625	,0625
	nephro	5,67778*	1,62351	,001	2,4533	8,9022
	asth	-2,82727	1,54388	,070	-5,8935	,2390
	anemie	7,90000*	1,51293	,000	4,8952	10,9048
	cancer	-1,47500	1,67606	,381	-4,8038	1,8538
	diabete	1,76667	1,44253	,224	-1,0983	4,6316
	crise ep	-4,50000*	1,93535	,022	-8,3438	-,6562
anemie	hand mot	-10,40000*	1,20690	,000	-12,7970	-8,0030
	nephro	-2,22222	1,55811	,157	-5,3168	,8723
	asth	-10,72727*	1,47495	,000	-13,6566	-7,7979
	cardio	-7,90000*	1,51293	,000	-10,9048	-4,8952
	cancer	-9,37500*	1,61279	,000	-12,5781	-6,1719
	diabete	-6,13333*	1,36850	,000	-8,8513	-3,4154
	crise ep	-12,40000*	1,88082	,000	-16,1355	-8,6645
cancer	hand mot	-1,02500	1,40600	,468	-3,8174	1,7674
	nephro	7,15278*	1,71695	,000	3,7428	10,5628
	asth	-1,35227	1,64185	,412	-4,6131	1,9086
	cardio	1,47500	1,67606	,381	-1,8538	4,8038
	anemie	9,37500*	1,61279	,000	6,1719	12,5781
	diabete	3,24167*	1,54694	,039	,1693	6,3140
	crise ep	-3,02500	2,01438	,137	-7,0257	,9757
diabete	hand mot	-4,26667*	1,11738	,000	-6,4859	-2,0475
	nephro	3,91111*	1,48983	,010	,9522	6,8700
	asth	-4,59394*	1,40263	,001	-7,3797	-1,8082
	cardio	-1,76667	1,44253	,224	-4,6316	1,0983
	anemie	6,13333*	1,36850	,000	3,4154	8,8513
	cancer	-3,24167*	1,54694	,039	-6,3140	-,1693

	crise ep	-6,26667*	1,82467	,001	-9,8906	-2,6427
crise ep	hand mot	2,00000	1,70682	,244	-1,3899	5,3899
	nephro	10,17778*	1,97087	,000	6,2635	14,0921
	asth	1,67273	1,90580	,382	-2,1124	5,4578
	cardio	4,50000*	1,93535	,022	,6562	8,3438
	anemie	12,40000*	1,88082	,000	8,6645	16,1355
	cancer	3,02500	2,01438	,137	-,9757	7,0257
	diabete	6,26667*	1,82467	,001	2,6427	9,8906

*. La différence moyenne est significative au niveau 0.05.

- الفرضية العامة الثانية : للأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية دورا ايجابيا في التخفيف من الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى من وجهة نظر الوالدين و المعلمين.

• الفرضية الجزئية الأولى : توقعنا فيها وجود فروق دالة إحصائيا بين الأطفال المرضى في درجة الضغوط النفسية قبل و بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر الوالدين.

نتائج اختبار (T) حول الفروق في درجة الضغوط النفسية قبل و بعد التحاق الأطفال المرضى بالأقسام التعليمية داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر الوالدين.

Statistiques des échantillons appariés

	Statistic	Bootstrap ^a				
		Biais	Erreur std.	Intervalle de confiance à 99 %		
				Inférieur	Supérieur	
Paire 1	totalavant Moyenne	331,3300	,0221	3,3060	323,0904	340,3088
	N	100				
	Ecart type	32,94963	-,29274	1,68972	28,06929	37,12187
	Moyenne erreur standard	3,29496				
totalapre	Moyenne	220,9900	-,0720	4,3403	211,0608	232,9154
	N	100				
	Ecart type	43,91785	-,55751	3,47579	33,66216	52,13085
	Moyenne erreur standard	4,39179				

a. Sauf avis contraire, les résultats du bootstrap sont basés sur 1000 échantillons de bootstrap

- الفرضية الجزئية الثانية : توقعنا فيها وجود فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى في درجة الضغوط النفسية قبل وبعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر المعلمين.

نتائج اختبار (T) حول الفروق في درجة الضغوط النفسية قبل و بعد التحاق الأطفال المرضى بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر المعلمين.

Statistiques des échantillons appariés

	Moyenne	N	Ecart type	Moyenne erreur standard
Paire 1 totalavant	216,5800	100	22,03953	2,20395
totalapres	137,3300	100	26,53226	2,65323

- الفرضية العامة الثالثة : توجد فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى في درجة الضغوط النفسية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية

الخاصة داخل المستشفيات العمومية تعزى إلى متغير الجنس من وجهة نظر الوالدين و المعلمين.

• الفرضية الجزئية الأولى : توقعنا فيها وجود فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى في درجة الضغوط النفسية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة

داخل المستشفيات العمومية تعزى إلى متغير الجنس من وجهة نظر الوالدين

الإحصاءات الوصفية حول درجة الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى بعد التحاقهم

بالأقسام التعليمية داخل المستشفيات العمومية حسب متغير الجنس من وجهة نظر الوالدين.

	sexe	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
Total après	hommes	45	216,6444	48,47265	7,22588
	femmes	55	224,5455	39,91232	5,38178

نتائج اختبار (T) في درجة الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى

بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية داخل المستشفيات العمومية حسب متغير الجنس من وجهة نظر الوالدين.

	Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes						
	F	Sig.	T	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
								Inférieur	Supérieur
totalapre									
Hypothèse de variances égales	,545	,462	-,894	98	,373	-7,90101	8,83678	-25,43731	9,63529
Hypothèse de variances inégales			-,877	85,034	,383	-7,90101	9,00982	-25,81484	10,01282

- الفرضية الجزئية الثانية : توقعنا فيها وجود فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى في درجة الضغوط النفسية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية تعزى إلى متغير الجنس من وجهة نظر المعلمين.

الإحصاءات الوصفية حول درجة الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية داخل المستشفيات العمومية حسب متغير الجنس من وجهة نظر المعلمين.

	sex	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
Total après	hommes	45	129,7333	29,49299	4,39656
	femmes	55	143,5455	22,23512	2,99818

نتائج اختبار (T) في درجة الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية داخل المستشفيات العمومية بالمستشفيات العمومية حسب متغير الجنس من وجهة نظر المعلمين.

	Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes							
	F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %		
								Inférieur	Supérieur	
Total après	Hypothèse de variances égales	6,483	,012	-2,669	98	,009	-13,81212	5,17556	-24,08285	-3,54139
	Hypothèse de variances inégales			-2,596	80,291	,011	-13,81212	5,32154	-24,40174	-3,22251

-الفرضية العامة الرابعة: توجد فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى في درجة الضغوط النفسية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة

داخل المستشفيات العمومية تعزى إلى نوع المرض من وجهة نظر الوالدين و المعلمين

• الفرضية الجزئية الأولى : توقعنا فيها وجود فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى في درجة الضغوط النفسية بعد التحاقهم بالأقسام

التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية تعزى إلى نوع المرض من وجهة نظر الوالدين.

نتائج تحليل تباين إجابات الوالدين حول درجة الضغوط النفسية لدى الأطفال

المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية حسب متغير نوع المرض.

ANOVA

totalapre

	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Intergroupes	84613,503	7	12087,643	10,458	,000
Intragroupes	106335,487	92	1155,821		
Total	190948,990	99			

مصادر الاختلاف في إجابات الوالدين حول درجة الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى

المقيمين بالمستشفيات العمومية حسب متغير نوع المرض.

Comparaisons multiples :

Variable dépendante: totalapre

LSD

(I) typem	(J) typem	Différence moyenne (I-J)	Erreur standard	Sig.	Intervalle de confiance à 95 %	
					Borne inférieure	Borne supérieure
hand mot	nephro	-9,33333	12,92098	,472	-34,9955	16,3289
	asth	-36,30303	11,98340	,003	-60,1031	-12,5030

	cardio	-74,46667*	12,41408	,000	-99,1221	-49,8112
	anemie	3,66667	11,61231	,753	-19,3964	26,7297
	cancer	-83,29167*	13,52793	,000	-110,1593	-56,4240
	diabete	-29,60000*	10,75091	,007	-50,9522	-8,2478
	crise ep	-34,26667*	16,42229	,040	-66,8827	-1,6506
nephro	hand mot	9,33333	12,92098	,472	-16,3289	34,9955
	asth	-26,96970	15,28068	,081	-57,3184	3,3790
	cardio	-65,13333*	15,62071	,000	-96,1574	-34,1093
	anemie	13,00000	14,99143	,388	-16,7743	42,7743
	cancer	-73,95833*	16,51975	,000	-106,7680	-41,1487
	diabete	-20,26667	14,33455	,161	-48,7363	8,2030
	crise ep	-24,93333	18,96282	,192	-62,5951	12,7285
asth	hand mot	36,30303*	11,98340	,003	12,5030	60,1031
	nephro	26,96970	15,28068	,081	-3,3790	57,3184
	cardio	-38,16364*	14,85452	,012	-67,6660	-8,6613
	anemie	39,96970*	14,19130	,006	11,7846	68,1548
	cancer	-46,98864*	15,79722	,004	-78,3633	-15,6140
	diabete	6,70303	13,49553	,621	-20,1003	33,5063
	crise ep	2,03636	18,33681	,912	-34,3821	38,4549
cardio	hand mot	74,46667*	12,41408	,000	49,8112	99,1221
	nephro	65,13333*	15,62071	,000	34,1093	96,1574
	asth	38,16364*	14,85452	,012	8,6613	67,6660
	anemie	78,13333*	14,55680	,000	49,2223	107,0444
	cancer	-8,82500	16,12636	,586	-40,8534	23,2034
	diabete	44,86667*	13,87936	,002	17,3011	72,4323
	crise ep	40,20000*	18,62112	,033	3,2168	77,1832
anemie	hand mot	-3,66667	11,61231	,753	-26,7297	19,3964
	nephro	-13,00000	14,99143	,388	-42,7743	16,7743
	asth	-39,96970*	14,19130	,006	-68,1548	-11,7846
	cardio	-78,13333*	14,55680	,000	-107,0444	-49,2223

	cancer	-86,95833*	15,51760	,000	-117,7776	-56,1390
	diabete	-33,26667*	13,16712	,013	-59,4177	-7,1156
	crise ep	-37,93333*	18,09648	,039	-73,8745	-1,9922
cancer	hand mot	83,29167*	13,52793	,000	56,4240	110,1593
	nephro	73,95833*	16,51975	,000	41,1487	106,7680
	asth	46,98864*	15,79722	,004	15,6140	78,3633
	cardio	8,82500	16,12636	,586	-23,2034	40,8534
	anemie	86,95833*	15,51760	,000	56,1390	117,7776
	diabete	53,69167*	14,88396	,001	24,1308	83,2525
	crise ep	49,02500*	19,38148	,013	10,5317	87,5183
diabete	hand mot	29,60000*	10,75091	,007	8,2478	50,9522
	nephro	20,26667	14,33455	,161	-8,2030	48,7363
	asth	-6,70303	13,49553	,621	-33,5063	20,1003
	cardio	-44,86667*	13,87936	,002	-72,4323	-17,3011
	anemie	33,26667*	13,16712	,013	7,1156	59,4177
	cancer	-53,69167*	14,88396	,001	-83,2525	-24,1308
	crise ep	-4,66667	17,55616	,791	-39,5347	30,2014
crise ep	hand mot	34,26667*	16,42229	,040	1,6506	66,8827
	nephro	24,93333	18,96282	,192	-12,7285	62,5951
	asth	-2,03636	18,33681	,912	-38,4549	34,3821
	cardio	-40,20000*	18,62112	,033	-77,1832	-3,2168
	anemie	37,93333*	18,09648	,039	1,9922	73,8745
	cancer	-49,02500*	19,38148	,013	-87,5183	-10,5317
	diabete	4,66667	17,55616	,791	-30,2014	39,5347

*. La différence moyenne est significative au niveau 0.05.

- الفرضية الجزئية الثانية : توقعنا فيها وجود فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى في درجة الضغوط النفسية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية تعزى إلى نوع المرض من وجهة نظر المعلمين.

نتائج تحليل تباين إجابات المعلمين حول درجة الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية حسب متغير نوع المرض.

ANOVA

totalapres

	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Intergroupes	43998,461	7	6285,494	22,506	,000
Intragroupes	25693,649	92	279,279		
Total	69692,110	99			

مصادر الاختلاف في إجابات المعلمين حول درجة الضغوط النفسية لدى الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية حسب متغير نوع المرض.

Comparaisons multiples :

Variable dépendante: totalapres

LSD

(I) typem	(J) typem	Différence moyenne (I-J)	Erreur standard	Sig.	Intervalle de confiance à 95 %	
					Borne inférieure	Borne supérieure
hand mot	nephro	-21,17778*	6,35140	,001	-33,7922	-8,5634
	asth	-32,85455*	5,89052	,000	-44,5536	-21,1555
	cardio	-50,60000*	6,10223	,000	-62,7195	-38,4805
	anemie	1,26667	5,70811	,825	-10,0701	12,6035
	cancer	-58,15000*	6,64975	,000	-71,3570	-44,9430

	diabete	-36,20000*	5,28468	,000	-46,6958	-25,7042
	crise ep	-24,40000*	8,07249	,003	-40,4327	-8,3673
nephro	hand mot	21,17778*	6,35140	,001	8,5634	33,7922
	asth	-11,67677	7,51132	,123	-26,5949	3,2414
	cardio	-29,42222*	7,67847	,000	-44,6723	-14,1721
	anemie	22,44444*	7,36914	,003	7,8087	37,0802
	cancer	-36,97222*	8,12040	,000	-53,1000	-20,8444
	diabete	-15,02222*	7,04624	,036	-29,0167	-1,0278
	crise ep	-3,22222	9,32131	,730	-21,7351	15,2907
asth	hand mot	32,85455*	5,89052	,000	21,1555	44,5536
	nephro	11,67677	7,51132	,123	-3,2414	26,5949
	cardio	-17,74545*	7,30184	,017	-32,2475	-3,2434
	anemie	34,12121*	6,97583	,000	20,2666	47,9758
	cancer	-25,29545*	7,76523	,002	-40,7179	-9,8730
	diabete	-3,34545	6,63382	,615	-16,5208	9,8299
	crise ep	8,45455	9,01359	,351	-9,4472	26,3563
cardio	hand mot	50,60000*	6,10223	,000	38,4805	62,7195
	nephro	29,42222*	7,67847	,000	14,1721	44,6723
	asth	17,74545*	7,30184	,017	3,2434	32,2475
	anemie	51,86667*	7,15550	,000	37,6552	66,0781
	cancer	-7,55000	7,92703	,343	-23,2938	8,1938
	diabete	14,40000*	6,82250	,038	,8499	27,9501
	crise ep	26,20000*	9,15334	,005	8,0207	44,3793
anemie	hand mot	-1,26667	5,70811	,825	-12,6035	10,0701
	nephro	-22,44444*	7,36914	,003	-37,0802	-7,8087
	asth	-34,12121*	6,97583	,000	-47,9758	-20,2666
	cardio	-51,86667*	7,15550	,000	-66,0781	-37,6552
	cancer	-59,41667*	7,62778	,000	-74,5661	-44,2672
	diabete	-37,46667*	6,47239	,000	-50,3214	-24,6119
	crise ep	-25,66667*	8,89545	,005	-43,3338	-7,9995

cancer	hand mot	58,15000*	6,64975	,000	44,9430	71,3570
	nephro	36,97222*	8,12040	,000	20,8444	53,1000
	asth	25,29545*	7,76523	,002	9,8730	40,7179
	cardio	7,55000	7,92703	,343	-8,1938	23,2938
	anemie	59,41667*	7,62778	,000	44,2672	74,5661
	diabete	21,95000*	7,31631	,003	7,4192	36,4808
	crise ep	33,75000*	9,52710	,001	14,8284	52,6716
diabete	hand mot	36,20000*	5,28468	,000	25,7042	46,6958
	nephro	15,02222*	7,04624	,036	1,0278	29,0167
	asth	3,34545	6,63382	,615	-9,8299	16,5208
	cardio	-14,40000*	6,82250	,038	-27,9501	-8,8499
	anemie	37,46667*	6,47239	,000	24,6119	50,3214
	cancer	-21,95000*	7,31631	,003	-36,4808	-7,4192
	crise ep	11,80000	8,62985	,175	-5,3396	28,9396
crise ep	hand mot	24,40000*	8,07249	,003	8,3673	40,4327
	nephro	3,22222	9,32131	,730	-15,2907	21,7351
	asth	-8,45455	9,01359	,351	-26,3563	9,4472
	cardio	-26,20000*	9,15334	,005	-44,3793	-8,0207
	anemie	25,66667*	8,89545	,005	7,9995	43,3338
	cancer	-33,75000*	9,52710	,001	-52,6716	-14,8284
	diabete	-11,80000	8,62985	,175	-28,9396	5,3396

*. La différence moyenne est significative au niveau 0.05.

- الفرضية العامة الخامسة: تلعب الأقسام التعليمية الخاصة دور ايجابيا في تحسين مستوى التحصيل الدراسي لدى الأطفال

المرضى المقيمين داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر المعلمين.

• الفرضية الجزئية الأولى : توقعنا فيها وجود فروق دالة إحصائيا في درجة التحصيل في مادة اللغة العربية بين الأطفال المرضى قبل و بعد

التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر المعلمين.

Statistiques des échantillons appariés

	Moyenne	N	Ecart type	Moyenne erreur standard
Paire 1 Arabav	1,26	100	,485	,048
Arabap	2,20	100	,899	,090

Corrélations des échantillons appariés

	N	Corrélation	Sig.
Paire 1 arabav & arabap	100	,575	,000

نتائج اختبار (T) حول الفروق في درجة التحصيل الدراسي في مادة اللغة العربية

Test des échantillons appariés

	Différences appariées					t	ddl	Sig. (bilatéral)
	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 99 %				
				Inférieur	Supérieur			
Paire 1 arabav – arabap	-,940	,736	,074	-1,133	-,747	-12,770	99	,000

- الفرضية الجزئية الثانية :توقعنا فيها وجود فروق دالة إحصائية في درجة التحصيل في مادة الرياضيات بين الأطفال المرضى قبل و بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر المعلمين.

Statistiques des échantillons appariés

		Moyenne	N	Ecart type	Moyenne erreur standard
Paire 1	Mathav	1,44	100	,538	,054
	Mathap	2,12	100	1,018	,102

Corrélations des échantillons appariés

		N	Corrélation	Sig.
Paire 1	mathav & mathap	100	,714	,000

نتائج اختبار (T) حول الفروق في درجة التحصيل الدراسي في مادة الرياضيات

Test des échantillons appariés

	Différences appariées					t	ddl	Sig. (bilatéral)	
	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 99 %					
				Inférieur	Supérieur				
Paire 1	mathav – mathap	-,680	,737	,074	-,874	-,486	-9,228	99	,000

- الفرضية الجزئية الثالثة : توقعنا فيها وجود فروق دالة إحصائية في درجة التحصيل في مادة التربية الإسلامية بين الأطفال المرضى قبل و بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية من وجهة نظر المعلمين.

Statistiques des échantillons appariés

		Moyenne	N	Ecart type	Moyenne erreur standard
Paire 1	Islav	1,90	100	,835	,083
	Islap	2,83	100	1,364	,136

Corrélations des échantillons appariés

		N	Corrélation	Sig.
Paire 1	islav & islap	100	,881	,000

نتائج اختبار (T) حول الفروق في درجة التحصيل الدراسي في مادة التربية الإسلامية

Test des échantillons appariés

		Différences appariées				t	ddl	Sig. (bilatéral)	
		Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 99 %				
					Inférieur				Supérieur
Paire 1	islav – islap	-,930	,742	,074	-1,125	-,735	-12,533	99	,000

- الفرضية العامة السادسة: توجد فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى في درجة التحصيل الدراسي بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية تعزى إلى متغير الجنس من وجهة نظر المعلمين.
- الفرضية الجزئية الأولى : توقعنا فيها وجود فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى في درجة التحصيل في مادة اللغة العربية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية تعزى إلى متغير الجنس من وجهة نظر المعلمين.
 - الفرضية الجزئية الثانية: توقعنا فيها وجود فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى في درجة التحصيل في مادة الرياضيات بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية تعزى إلى متغير الجنس من وجهة نظر المعلمين
 - الفرضية الجزئية الثالثة : توقعنا فيها وجود فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى في درجة التحصيل في مادة التربية الإسلامية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية تعزى إلى متغير الجنس من وجهة نظر المعلمين.

الإحصاءات الوصفية حول درجة التحصيل الدراسي في مادة اللغة العربية لدى الأطفال المرضى

بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة حسب متغير الجنس من وجهة نظر المعلمين

	sexe	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
arabap	Hommes	45	1,98	,753	,112
	Femmes	55	2,38	,972	,131
mathap	Hommes	45	2,07	,915	,136
	Femmes	55	2,16	1,102	,149
islap	Hommes	45	2,56	1,119	,167
	Femmes	55	3,05	1,508	,203

نتائج اختبار (T) في درجة التحصيل في المواد : اللغة العربية، الرياضيات و التربية الإسلامية لدى الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية حسب متغير الجنس.

	Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes							
	F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %		
								Inférieur	Supérieur	
arabap	15,886	,000	Hypothèse de variances égales	-2,283	98	,025	-,404	,177	-,755	-,053
			Hypothèse de variances inégales	-2,341	97,745	,021	-,404	,173	-,747	-,062
mathap	1,584	,211	Hypothèse de variances égales	-,472	98	,638	-,097	,205	-,505	,311
			Hypothèse de variances inégales	-,481	97,973	,632	-,097	,202	-,497	,303
islap	6,642	,011	Hypothèse de variances égales	-1,842	98	,068	-,499	,271	-1,037	,039
			Hypothèse de variances inégales	-1,897	97,143	,061	-,499	,263	-1,021	,023

* الفرضية العامة السابعة: توجد فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى في درجة التحصيل الدراسي بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية من تعزى إلى متغير نوع المرض من وجهة نظر المعلمين.

* الفرضية الجزئية الأولى : توقعنا فيها وجود فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى في درجة التحصيل في مادة اللغة العربية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية من تعزى إلى متغير نوع المرض من وجهة نظر المعلمين.

نتائج اختبار (F) في درجة التحصيل في مادة اللغة العربية لدى الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية حسب متغير نوع المرض.

ANOVA

arabap

	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Intergroupes	20,251	7	2,893	4,454	,000
Intragroupes	59,749	92	,649		
Total	80,000	99			

مصادر الاختلاف في درجة التحصيل في مادة اللغة العربية لدى الأطفال المرضى بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة حسب متغير نوع المرض.

Comparaisons multiples :

Variable dépendante: arabap

LSD

(I) typem	(J) typem	Différence moyenne (I-J)	Erreur standard	Sig.	Intervalle de confiance à 95 %	
					Borne inférieure	Borne supérieure
hand mot	nephro	,756 [*]	,306	,015	,15	1,36
	asth	-,012	,284	,966	-,58	,55

	cardio	1,133*	,294	,000	,55	1,72
	anemie	,200	,275	,469	-,35	,75
	cancer	1,033*	,321	,002	,40	1,67
	diabete	,000	,255	1,000	-,51	,51
	crise ep	,933*	,389	,019	,16	1,71
nephro	hand mot	-,756*	,306	,015	-1,36	-,15
	asth	-,768*	,362	,037	-1,49	-,05
	cardio	,378	,370	,310	-,36	1,11
	anemie	-,556	,355	,121	-1,26	,15
	cancer	,278	,392	,480	-,50	1,06
	diabete	-,756*	,340	,029	-1,43	-,08
	crise ep	,178	,450	,693	-,71	1,07
asth	hand mot	,012	,284	,966	-,55	,58
	nephro	,768*	,362	,037	,05	1,49
	cardio	1,145*	,352	,002	,45	1,84
	anemie	,212	,336	,530	-,46	,88
	cancer	1,045*	,374	,006	,30	1,79
	diabete	,012	,320	,970	-,62	,65
	crise ep	,945*	,435	,032	,08	1,81
cardio	hand mot	-1,133*	,294	,000	-1,72	-,55
	nephro	-,378	,370	,310	-1,11	,36
	asth	-1,145*	,352	,002	-1,84	-,45
	anemie	-,933*	,345	,008	-1,62	-,25
	cancer	-,100	,382	,794	-,86	,66
	diabete	-1,133*	,329	,001	-1,79	-,48
	crise ep	-,200	,441	,652	-1,08	,68
anemie	hand mot	-,200	,275	,469	-,75	,35
	nephro	,556	,355	,121	-,15	1,26
	asth	-,212	,336	,530	-,88	,46
	cardio	,933*	,345	,008	,25	1,62

	cancer	,833*	,368	,026	,10	1,56
	diabete	-,200	,312	,523	-,82	,42
	crise ep	,733	,429	,091	-,12	1,59
cancer	hand mot	-1,033*	,321	,002	-1,67	-,40
	nephro	-,278	,392	,480	-1,06	,50
	asth	-1,045*	,374	,006	-1,79	-,30
	cardio	,100	,382	,794	-,66	,86
	anemie	-,833*	,368	,026	-1,56	-,10
	diabete	-1,033*	,353	,004	-1,73	-,33
	crise ep	-,100	,459	,828	-1,01	,81
diabete	hand mot	,000	,255	1,000	-,51	,51
	nephro	,756*	,340	,029	,08	1,43
	asth	-,012	,320	,970	-,65	,62
	cardio	1,133*	,329	,001	,48	1,79
	anemie	,200	,312	,523	-,42	,82
	cancer	1,033*	,353	,004	,33	1,73
	crise ep	,933*	,416	,027	,11	1,76
crise ep	hand mot	-,933*	,389	,019	-1,71	-,16
	nephro	-,178	,450	,693	-1,07	,71
	asth	-,945*	,435	,032	-1,81	-,08
	cardio	,200	,441	,652	-,68	1,08
	anemie	-,733	,429	,091	-1,59	,12
	cancer	,100	,459	,828	-,81	1,01
	diabete	-,933*	,416	,027	-1,76	-,11

*. La différence moyenne est significative au niveau 0.05.

- الفرضية الجزئية الثانية : توقعنا فيها وجود فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى في درجة التحصيل في مادة الرياضيات بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية تعزى إلى متغير نوع المرض من وجهة نظر المعلمين.

نتائج اختبار (F) في درجة التحصيل في مادة الرياضيات لدى الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية حسب متغير نوع المرض.

ANOVA

mathap

	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Intergroupes	25,312	7	3,616	4,306	,000
Intragroupes	77,248	92	,840		
Total	102,560	99			

مصادر الاختلاف في درجة التحصيل في مادة الرياضيات لدى الأطفال المقيمين بالمستشفيات العمومية حسب متغير نوع المرض.

Comparaisons multiples :

Variable dépendante: mathap

LSD

(I) typem	(J) typem	Différence moyenne (I-J)	Erreur standard	Sig.	Intervalle de confiance à 95 %	
					Borne inférieure	Borne supérieure
hand mot	nephro	,533	,348	,129	-,16	1,23
	asth	,806 [*]	,323	,014	,16	1,45
	cardio	1,133 [*]	,335	,001	,47	1,80
	anemie	,200	,313	,524	-,42	,82

	cancer	1,533*	,365	,000	,81	2,26
	diabete	,000	,290	1,000	-,58	,58
	crise ep	,333	,443	,453	-,55	1,21
nephro	hand mot	-,533	,348	,129	-1,23	,16
	asth	,273	,412	,510	-,55	1,09
	cardio	,600	,421	,158	-,24	1,44
	anemie	-,333	,404	,412	-1,14	,47
	cancer	1,000*	,445	,027	,12	1,88
	diabete	-,533	,386	,171	-1,30	,23
	crise ep	-,200	,511	,696	-1,22	,82
asth	hand mot	-,806*	,323	,014	-1,45	-,16
	nephro	-,273	,412	,510	-1,09	,55
	cardio	,327	,400	,416	-,47	1,12
	anemie	-,606	,382	,117	-1,37	,15
	cancer	,727	,426	,091	-,12	1,57
	diabete	-,806*	,364	,029	-1,53	-,08
	crise ep	-,473	,494	,341	-1,45	,51
cardio	hand mot	-1,133*	,335	,001	-1,80	-,47
	nephro	-,600	,421	,158	-1,44	,24
	asth	-,327	,400	,416	-1,12	,47
	anemie	-,933*	,392	,019	-1,71	-,15
	cancer	,400	,435	,360	-,46	1,26
	diabete	-1,133*	,374	,003	-1,88	-,39
	crise ep	-,800	,502	,114	-1,80	,20
anemie	hand mot	-,200	,313	,524	-,82	,42
	nephro	,333	,404	,412	-,47	1,14
	asth	,606	,382	,117	-,15	1,37
	cardio	,933*	,392	,019	,15	1,71
	cancer	1,333*	,418	,002	,50	2,16
	diabete	-,200	,355	,574	-,90	,50

	crise ep	,133	,488	,785	-.84	1,10
cancer	hand mot	-1,533*	,365	,000	-2,26	-,81
	nephro	-1,000*	,445	,027	-1,88	-,12
	asth	-,727	,426	,091	-1,57	,12
	cardio	-,400	,435	,360	-1,26	,46
	anemie	-1,333*	,418	,002	-2,16	-,50
	diabete	-1,533*	,401	,000	-2,33	-,74
	crise ep	-1,200*	,522	,024	-2,24	-,16
diabete	hand mot	,000	,290	1,000	-,58	,58
	nephro	,533	,386	,171	-,23	1,30
	asth	,806*	,364	,029	,08	1,53
	cardio	1,133*	,374	,003	,39	1,88
	anemie	,200	,355	,574	-,50	,90
	cancer	1,533*	,401	,000	,74	2,33
	crise ep	,333	,473	,483	-,61	1,27
crise ep	hand mot	-,333	,443	,453	-1,21	,55
	nephro	,200	,511	,696	-,82	1,22
	asth	,473	,494	,341	-,51	1,45
	cardio	,800	,502	,114	-,20	1,80
	anemie	-,133	,488	,785	-1,10	,84
	cancer	1,200*	,522	,024	,16	2,24
	diabete	-,333	,473	,483	-1,27	,61

*. La différence moyenne est significative au niveau 0.05.

• الفرضية الجزئية الثالثة : توقعنا فيها وجود فروق دالة إحصائية بين الأطفال المرضى في درجة التحصيل في مادة التربية الإسلامية بعد التحاقهم بالأقسام التعليمية الخاصة داخل المستشفيات العمومية تعزى إلى متغير نوع المرض من وجهة نظر المعلمين.

نتائج اختبار (F) في درجة التحصيل في مادة التربية الإسلامية لدى الأطفال المرضى المقيمين بالمستشفيات العمومية حسب متغير نوع المرض.

ANOVA

islap

	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Intergroupes	62,261	7	8,894	6,716	,000
Intragroupes	121,849	92	1,324		
Total	184,110	99			

مصادر الاختلاف في درجة التحصيل في مادة الإسلامية لدى الأطفال المقيمين بالمستشفيات العمومية حسب متغير نوع المرض.

Comparaisons multiples :

Variable dépendante: islap

LSD

(I) typem	(J) typem	Différence moyenne (I-J)	Erreur standard	Sig.	Intervalle de confiance à 95 %	
					Borne inférieure	Borne supérieure
hand mot	nephro	,489	,437	,267	-,38	1,36
	asth	-,279	,406	,494	-1,08	,53
	cardio	1,767*	,420	,000	,93	2,60
	anemie	-,067	,393	,866	-,85	,71

	cancer	2,267*	,458	,000	1,36	3,18
	diabete	,133	,364	,715	-,59	,86
	crise ep	1,067	,556	,058	-,04	2,17
nephro	hand mot	-,489	,437	,267	-1,36	,38
	asth	-,768	,517	,141	-1,80	,26
	cardio	1,278*	,529	,018	,23	2,33
	anemie	-,556	,507	,276	-1,56	,45
	cancer	1,778*	,559	,002	,67	2,89
	diabete	-,356	,485	,466	-1,32	,61
	crise ep	,578	,642	,370	-,70	1,85
asth	hand mot	,279	,406	,494	-,53	1,08
	nephro	,768	,517	,141	-,26	1,80
	cardio	2,045*	,503	,000	1,05	3,04
	anemie	,212	,480	,660	-,74	1,17
	cancer	2,545*	,535	,000	1,48	3,61
	diabete	,412	,457	,369	-,50	1,32
	crise ep	1,345*	,621	,033	,11	2,58
cardio	hand mot	-1,767*	,420	,000	-2,60	-,93
	nephro	-1,278*	,529	,018	-2,33	-,23
	asth	-2,045*	,503	,000	-3,04	-1,05
	anemie	-1,833*	,493	,000	-2,81	-,85
	cancer	,500	,546	,362	-,58	1,58
	diabete	-1,633*	,470	,001	-2,57	-,70
	crise ep	-,700	,630	,270	-1,95	,55
anemie	hand mot	,067	,393	,866	-,71	,85
	nephro	,556	,507	,276	-,45	1,56
	asth	-,212	,480	,660	-1,17	,74
	cardio	1,833*	,493	,000	,85	2,81
	cancer	2,333*	,525	,000	1,29	3,38
	diabete	,200	,446	,655	-,69	1,09

	crise ep	1,133	,613	,068	-,08	2,35
cancer	hand mot	-2,267*	,458	,000	-3,18	-1,36
	nephro	-1,778*	,559	,002	-2,89	-,67
	asth	-2,545*	,535	,000	-3,61	-1,48
	cardio	-,500	,546	,362	-1,58	,58
	anemie	-2,333*	,525	,000	-3,38	-1,29
	diabete	-2,133*	,504	,000	-3,13	-1,13
	crise ep	-1,200	,656	,071	-2,50	,10
diabete	hand mot	-,133	,364	,715	-,86	,59
	nephro	,356	,485	,466	-,61	1,32
	asth	-,412	,457	,369	-1,32	,50
	cardio	1,633*	,470	,001	,70	2,57
	anemie	-,200	,446	,655	-1,09	,69
	cancer	2,133*	,504	,000	1,13	3,13
	crise ep	,933	,594	,120	-,25	2,11
crise ep	hand mot	-1,067	,556	,058	-2,17	,04
	nephro	-,578	,642	,370	-1,85	,70
	asth	-1,345*	,621	,033	-2,58	-,11
	cardio	,700	,630	,270	-,55	1,95
	anemie	-1,133	,613	,068	-2,35	,08
	cancer	1,200	,656	,071	-,10	2,50
	diabete	-,933	,594	,120	-2,11	,25

*. La différence moyenne est significative au niveau 0.05.

• الإحصاءات الوصفية لأفراد عينة الدراسة :

الإحصاءات

		sexe	âge	niveau	Type de maladie
N	Valide	100	100	100	100
	Manquant	0	0	0	0
Moyenne		1,55	1,3000	3,4200	3,7400
Ecart type		,500	,46057	1,34224	2,39789

الجنس

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	hommes	45	45,0	45,0	45,0
	femmes	55	55,0	55,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

السن

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	6-9	70	70,0	70,0	70,0
	10-12	30	30,0	30,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

المستوى الدراسي

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	première	7	7,0	7,0	7,0
	deuxième	26	26,0	26,0	33,0
	troisième	15	15,0	15,0	48,0
	quatrième	22	22,0	22,0	70,0
	cinquième	30	30,0	30,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

نوع المرض

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide hand mot	30	30,0	30,0	30,0
nephro	9	9,0	9,0	39,0
asth	11	11,0	11,0	50,0
cardio	10	10,0	10,0	60,0
anemie	12	12,0	12,0	72,0
cancer	8	8,0	8,0	80,0
diabete	15	15,0	15,0	95,0
crise ep	5	5,0	5,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

الإحصاءات الوصفية للتحصيل الدراسي :

الإحصاءات

	Arabe - avant	Arabe - après	Maths- avant	Maths- après	Sciences Islamiques avant	Sciences Islamiques après
N Valide	100	100	100	100	100	100
Manquant	0	0	0	0	0	0
Moyenne	1,26	2,20	1,44	2,12	1,90	2,83
Ecart type	,485	,899	,538	1,018	,835	1,364

Arabe avant

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide faible	76	76,0	76,0	76,0
moyen	22	22,0	22,0	98,0
bien	2	2,0	2,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Arabe après

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide faible	24	24,0	24,0	24,0
moyen	40	40,0	40,0	64,0
bien	28	28,0	28,0	92,0
Très bien	8	8,0	8,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Maths-avant

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide faible	58	58,0	58,0	58,0
moyen	40	40,0	40,0	98,0
bien	2	2,0	2,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Maths-après

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide faible	32	32,0	32,0	32,0
moyen	34	34,0	34,0	66,0
bien	28	28,0	28,0	94,0
Très bien	2	2,0	2,0	96,0
excellent	4	4,0	4,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Sciences islamiques- avant

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide faib	38	38,0	38,0	38,0
moy	36	36,0	36,0	74,0
bien	24	24,0	24,0	98,0
tbien	2	2,0	2,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Sciences islamiques- après

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide faible	27	27,0	27,0	27,0
moyen	9	9,0	9,0	36,0
bien	30	30,0	30,0	66,0
Très bien	22	22,0	22,0	88,0
Excellent	12	12,0	12,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	