



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي



جامعة ابن خلدون - تيارت -

كلية العلوم الإنسانية و الإجتماعية

قسم العلوم الإجتماعية

مذكرة تخرج لاستكمال متطلبات شهادة الماستر

شعبة: علم النفس

تخصص : علم النفس العيادي

استراتيجية المواجهة وتقدير الذات
لدى المصابين بالتشوهات الخلقية
دراسة وصفية و عيادية

إشراف الأستاذة:

د/ قريصات زهرة

إنجاز الطالبة

كريمة باخوش

السنة الجامعية 2016 / 2017

شكر و عرفان

الحمد لله ان وفقني على انجاز هذا العمل فله الحمد والشكر طيبا مباركا يليق بعظيم سلطانه وجلاله راجية منه عزوجل ان يتم نعمه علي في الدنيا والاخرة.

كما أتقدم بكل عبارات الشكر والامتنان للأستاذة المشرفة الدكتورة قريصات زهرة على كل ما قدمته لي من التوجيه والنصح والارشاد في المسار البحثي والذي تحملت فيه الكثير من المشقة والتعب على ان يخرج هذا العمل الى الوجود وهذا يعكس مستواها العلمي الرفيع وتواضعها الأخلاقي فلك مني أسمي عبارات التقدير والعرفان وأتمنى ان أكون عند حسن ظنك في الدراسات العليا.

كل الشكر والتقدير والاحترام الى الأستاذ الذي امد الي يد العون والنصح والارشاد طيلة خمس سنوات وأكثر الى السيد موهوب مراد نائب عميد كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية كل الشكر والتقدير لكل اساتذتي من الطور الابتدائي الى الجامعي بداية من اللذين رعوا كريمة وهي طفلة اساتذتي في المرحلة الابتدائية: الأستاذ شاکر قدور والأستاذ قصدي عمر أساتذتي في المرحلة المتوسطة: الأستاذ سني عبد القادر والأستاذ لعلق الزويرير. أساتذتي في المرحلة الثانوية: الدكتور احمد صانع الونشريسي والأستاذ علاش محمد أساتذتي في المرحلة الجامعية: الأستاذة نوال بوكصاصة والأستاذ حامق محمد والأستاذ قندوز محمود. والأستاذة بن قويدر امينة.

كما أتقدم بالشكر الى الطيبة بن علي نعيمة والاحصائية النفسانية محمدي صليحة. كما لا أنسي أن أتقدم بالشكر الى عائلة رفسني على التسهيلات المقدمة لإجراء المقابلات العيادية.

شكرا الى كل عمال مكتبة الكلية وخاصة السيد جمال لعبش وكل القائمين بمكتبة السيد دحام محمد.

والشكر أولا وأخيرا الى افراد عينة البحث متمنية لهم دوام الصحة والعافية.

شكر يحسن

إهداء

إلى التي علمتني دروب الحياة

إلى التي قالت لي عيشي انثى واقنحم الحياة ذكرا

إلى التي قالت لي امضي قدما فالنجاح يحب العصاميين

إلى أمي الحنون ميرة غوال

إلى الذي احبني وأنا صغيرة ورعاني وأنا كبيرة واشتاق إلي وأنا بعيدة

إلى جدي العزيز عبد القادر باخوش

إلى سندي في الحياة وظهري في الشداد وقلبي في الوجود الى اخوتي الأعزاء

حفظهم الله (سعيدة، هاجر، مليكة، فتيحة، عبد القادر، رمز الدين، اسيل،

والبرعم محمد)

إلى اللواتي رافقني مشوار الدراسة والنجاح صديقاتي:

إلى صديقتي في النجاح رفسى العالية، حنان صفراني، فضيلة جاب، بكري

زهرة، زبار رشيدة

إلى كل من ساعدني من قريب او من بعيد اهدي هذا العمل

آثر عمة

تناولت الدراسة الحالية موضوع استراتيجية المواجهة وتقدير الذات لدى المصابين بالتشوهات الخلقية.

بحيث هدفت الى الكشف عن العلاقة بين استراتيجية المواجهة وتقدير الذات لدى فئة المشوهين خلقيا، واستخدمت الباحثة المنهج الوصفي على عينة قوامها (30) فرد تتراوح أعمارهم ما بين 15- 50 سنة بالإضافة الى المنهج العيادي الذي استخدمنا فيه دراسة حالة حيث تم اختيار حالتين من افراد عينة البحث لتدعيم الدراسة الحالية، اما عن الأدوات المستعملة فتمثلت في المقابلة العيادية نصف موجهة، الملاحظة العيادية، مع تطبيق مقياس استراتيجية المواجهة لبولهان ومقياس تقدير الذات لكوبر سميث.

وقد تم الاعتماد على كل هاته الأدوات من اجل التحقق من صحة الفرضيات التالية:

1. يستخدم المصابون بالتشوهات الخلقية استراتيجية المواجهة المركزة على الانفعال.
2. توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين استراتيجية المواجهة المركزة على المشكل وتقدير الذات.
3. توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين استراتيجية المواجهة المركزة على الانفعال وتقدير الذات.
4. تتأثر نوعية استراتيجية المواجهة بدرجة تقدير الذات.

كما تطرقنا الى الأساليب الإحصائية التالية:

النسب المئوية، التكرارات، المتوسط الحسابي، المتوسط النظري، الدرجة المفصلية ومعامل الارتباط كندل للعلاقة بين المتغيرات.

وعليه فقد وقعت الدراسة في جانبين، جانب نظري والذي تم فيه التطرق لتقديم الدراسة ومتغيراتها وجانب تطبيقي والذي امتد منذ شهر ماي 2016 الى غاية شهر ماي 2017، وقد كانت الحالتين من ولاية تيارت وولاية تيسمسيلت اما عن ثلاثون (30) فرد فقد

توزعوا على (03) ولايات هي: تيارت، تيسمسيلت، وهران، وفي الأخير توصلنا الى النتائج التالية:

1. لدى المصابون بالتشوهات الخلقية تقدير ذات مرتفع.
2. يستخدم المصابون بالتشوهات الخلقية استراتيجية المواجهة المركزة على الانفعال بشكل أكبر.
3. توجد علاقة ارتباطية بين استراتيجية المواجهة المركزة على المشكل وتقدير الذات.
4. لا توجد علاقة ارتباطية بين استراتيجية المواجهة المركزة على الانفعال وتقدير الذات.
5. تتأثر نوعية استراتيجية المواجهة بدرجة تقدير الذات.

Abstract:

The current study deals with the subject of confrontation strategy and self-esteem of people with congenital malformations.

My research aimed to reveal the relationship between the strategy of confrontation and self-estimation in the category of morally deformed. We used the descriptive approach on a sample of 30 individuals aged between 15 and 50 years, we also used the clinical approach and we used it in our case studied, where two cases were selected to support the current study. The tools used were represented in clinical interview semi-directed, clinical observation, with the application of the measure of the strategy of confrontation to Bush and the measure of self-estimation of Cooper Smith.

All these tools have been used to verify the validity of the following hypotheses:

1. People with congenital malformations have a high level of self-assessment.
2. People with congenital malformations use a stress-focused coping strategy.
3. There is a statistical significance correlation relationship between the strategy of confrontation focused on the problem and self-esteem.
4. There is a significant correlation between the strategy of confrontation focused on emotion and self-esteem.
5. The quality of the strategy of confrontation is affected by self-esteem.

We also discussed the following statistical methods:

Percentages, frequencies, arithmetic mean, theoretical average, arithmetic grade, and Kendall correlation coefficient of the relationship between variables.

Thus, Our study is divided into two parts, theoretical aspect, in which we talked about the presentation of the study and its variables . The second part was allocated to the applied side, which extended from May 2016 until februar 2017. The casesstudied were from a town called Tiaret and another town named Tismselt. However, the thirty (30) individuals were distributed to 03 states as fellow: Tiaret, Tissemselt, Oran, and finally we reached the following results:

1. People with congenital malformations have a high seal esteem.
2. People with congenital malformations use a more stress-focused coping strategy.
3. There is a correlative relationship between a problem-focused confrontation strategy and self-esteem.
4. There is no correlation between the strategy of confrontation focused on emotion and self-esteem.
5. The quality of the strategy of confrontation is affected by self-esteem.

قائمة المحتويات

اهداء

شكر و عرفان

ملخص الدراسة

قائمة المحتويات

قائمة الجداول

قائمة الملاحق

مقدمة

الفصل الأول: تقديم الدراسة

تمهيد.....	ص04
1. إشكالية الدراسة.....	ص04
2. فرضيات الدراسة.....	ص06
3. أهداف الدراسة.....	ص06
4. أهمية الدراسة.....	ص07
5. دواعي اختيار موضوع الدراسة.....	ص07
6. المفاهيم الإجرائية.....	ص08
7. الدراسات السابقة.....	ص09

الفصل الثاني: الابعاد النظرية للدراسة

تمهيد:.....	ص24
1. إستراتيجية المواجهة:..	
1.1 تعريف إستراتيجية المواجهة.....	ص24
2.1 تطور مفهوم إستراتيجية المواجهة.....	ص29
3.1 تصنيف إستراتيجية المواجهة.....	ص29

- 4.1 النظريات المفسرة لإستراتيجية المواجهة.....ص35
- 5.1 الفرق بين المواجهة والدفاع والتكيف.....ص39
- 6.1 وظائف استراتيجية المواجهة.....ص42
- 7.1 طرق قياس استراتيجية المواجهة.....ص44
- 8.1 مميزات استراتيجية المواجهة.....ص45
- 2. تقدير الذات:**

- 1.2 تعريف تقدير الذات.....ص47
- 2.2 مراحل نمو الذاتص50
- 3.2 بعض المفاهيم المرتبطة بتقدير الذات.....ص52
- 4.2 أبعاد تقدير الذات.....ص54
- 5.2 مستويات تقدير الذات.....ص56
- 6.2 النظريات المفسرة لتقدير الذات.....ص57
- 7.2 طرق قياس تقدير الذات.....ص60
- 8.2 العوامل المؤثرة في تقدير الذات.....ص60
- 9.2 أهمية تقدير الذات.....ص63
- 3. التشوّهات الخلقية:**

- 1.3 تعريف التشوّهات الخلقية.....ص65
- 2.3 تصنيف التشوّهات الخلقية.....ص67
- 3.3 أسباب التشوّهات الخلقية.....ص82
- 4.3 التشوّهات الخلقية ومعدل وفاة المواليد والأطفال في العالم.....ص84
- 5.3 مميزات شخصية المصابين بالتشوّهات الخلقية.....ص85
- 6.3 المشاكل النفسية والثقافية للمصابين بالتشوّهات الخلقية.....ص86

الفصل الثالث: الجانب الميداني

المبحث الأول: الإجراءات المنهجية للدراسة

- تمهيد:.....ص90
1. الدراسة الاستطلاعية.....ص90
2. منهج الدراسة.....ص91
3. مجالات الدراسة.....ص92
4. عينة الدراسة وخصائصها.....ص93
5. أدوات الدراسة.....ص96
6. الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة.....ص103

المبحث الثاني: عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة

- تمهيد:.....ص105
1. عرض وتحليل نتائج الدراسة.....ص105
2. مناقشة وتفسير نتائج الدراسة.....ص130
3. استنتاج عام.....ص144
4. خاتمة.....ص145
5. صعوبات الدراسة.....ص147
6. اقتراحات الدراسة.....ص148
7. قائمة المراجع.....ص150
- قائمة الملاحق.

قائمة الجداول:

الرقم	العنوان	الصفحة
01	الفرق بين ميكانيزمات الدفاع و إستراتيجية المواجهة	41
02	أنواع التشوهات القلبية و ماهيتها	81
03	خصائص أفراد العينة حسب متغير الجنس	93
04	خصائص أفراد العينة وفقا لمتغير السن	94
05	خصائص أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي	94
06	خصائص أفراد العينة وفقا لمتغير نوع التشوه	95
07	معلومات خاصة بالحالتين	96
08	التكرارات و النسب المئوية لأفراد العينة على مستويات تقدير الذات	105
09	المتوسطات النظرية و الحسابية لاستراتيجية المواجهة لدى افراد العينة	106
10	العلاقة بين إستراتيجية المواجهة المركزة على المشكل وتقدير الذات	107
11	العلاقة بين إستراتيجية المواجهة المركزة على الانفعال وتقدير الذات	108
12	محتوى المقابلات العيادية مع الحالة الأولى	110
13	نتائج تطبيق مقياس إستراتيجية المواجهة على الحالة الأولى	118
14	نتائج تطبيق مقياس تقدير الذات على الحالة الأولى	119
15	محتوى المقابلات العيادية مع الحالة الثانية	121
16	نتائج تطبيق مقياس إستراتيجية المواجهة على الحالة الثانية	127
17	نتائج تطبيق مقياس تقدير الذات على الحالة الثانية	128

كان الإنسان وما زال هو محور اهتمام الباحثين في علم النفس وذلك بهدف التعرف بشكل أفضل عليه ودراسته بالشكل الذي يؤدي في النهاية إلى محاولة الوصول به إلى أقصى درجات السوية إن استطاع ومحاولة تجنب كل ما يؤثر عليه وعلى أدائه في مختلف المجالات.

ونظرا لاختلاف الناس في القدرات والمهارات، تكون قدراتهم مختلفة في مستوى الأداء، وكذلك قدراتهم في مواجهة المشكلات وهناك العديد من العوامل التي تلعب دورا بارزا في ذلك ولعل من بين هذه العوامل التشوهات الخلقية والتي تجعل الفرد يشعر بهذا الاختلاف، إذ وجود التشوه لدى الفرد قد يدفعه إلى العديد من المشكلات النفسية التي تؤثر على حياته بشكل عام إن لم يستطع التكيف مع هذا التشوه (شعبان، 2010: 02)

وتسبب التشوهات الخلقية مجموعة من الضغوطات النفسية والتي من المحتم مواجهتها، فإضافة إلى تلك المشاكل الناجمة عن التشوهات الخلقية فان الضغوطات الحياتية لا تتوقف وهذا ما يزيد من عبئ التحمل ويثقل كاهل المشوه.

وترتبط ضغوط الحياة بمدى واسع من الاضطرابات النفسية والجسدية معا وان مصادر المواجهة تعد بمثابة عوامل تعويضية تساعدنا على الاحتفاظ بالصحة النفسية والجسدية معا، بشرط أن يعي الفرد كيفية التحمل وما هي العمليات أو الاستراتيجيات الملائمة لمعالجة موقف ما، كما ينظر بعضهم إلى تلك العمليات على أنها عوامل الاستقرار التي تعين الفرد على الاحتفاظ بالتوازن النفسي والاجتماعي أثناء الفترات الضاغطة في حياته وبات هناك اقتناع بضرورة الاهتمام بدراسة هذه العمليات في محاولة الإجابة عن سؤال فحواه كيف يستطيع الفرد و المشوه على وجه الخصوص أن يتحمل أو يدير الضغوط بنجاح خلال حياته. (الضريبي، 2010: 672).

وهناك العديد من العوامل والسمات والخصائص النفسية والشخصية التي تؤثر وتتفاعل مع أسلوب مواجهة الضغوط ومن بين هاته الخصائص تقدير الذات.

ويعد تقدير الذات من الجوانب التي يمكن أن تكون ذات قيمة وأهمية في هذا المجال فالاهتمام بالفرد و إعدادة للوصول به إلى حالة الاتزان المعرفي أي تكيفه مع بيئته الطبيعية و الاجتماعية هو إحدى الأهداف السامية للتربية الحديثة، ولن يتحقق هذا الأخير إلا بتطوير

الجوانب المتعددة لشخصية الفرد و السعي بها نحو التكامل و التوافق، ويعد تقدير الذات من بين جوانبها المهمة وبهذا يمكن اعتبار مفهوم تقدير الذات من المفاهيم الأساسية التي تبني نظريات الشخصية، حيث إن من وظائفها الأساسية السعي نحو تكامل واتساق شخصية الفرد ليكون أكثر تكيفا مع البيئة التي يعيش فيها وهذا ما جعل منه محور اهتمام العديد من الدراسات النفسية والتربوية، فأى فرد منا لديه دافع أساسي لتحقيق و تعزيز ذاته وذلك عبر تفاعله مع واقعه الشخصي و الاجتماعي فتقدير الذات يؤثر على سلوك الفرد و على أسلوب تفكيره و على كفاءته في اتخاذ القرارات، كما يسهم في تحديد مدى قدرة الفرد على استثمار طاقاته لاقتحام المواقف الصعبة ومواجهة ضغوطها.

(حمري، 2012: 01)

وفي هذا الإطار تحاول الدراسة الحالية الكشف عن العلاقة بين إستراتيجية المواجهة وتقدير الذات لدى المصاب بالتشوه الخلقي وسعيًا لتحقيق أهداف البحث تم تناول هذا الموضوع في جانبين: جانب نظري وآخر تطبيقي ضمن ثلاثة فصول.

الفصل الأول والذي خصص لتقديم الدراسة حيث تضمن كل من إشكالية الدراسة، أهداف وأهمية الدراسة ودواعي اختيار موضوع الدراسة، تليها المفاهيم الإجرائية للدراسة ليختتم الفصل بالدراسات السابقة والتعقيب عليها، وبعدها تم الانتقال إلى الفصل الثاني الذي يحتوي على الأبعاد النظرية للدراسة ويتضمن متغيراتها والمتمثلة في إستراتيجية المواجهة، تقدير الذات، التشوهات الخلقية.

الفصل الثالث والذي يمثل الجانب الميداني من الدراسة ويحتوي على مبحثين هما: المبحث الأول والذي يتعلق بالإجراءات المنهجية للدراسة ويضم كل من الدراسة الاستطلاعية المنهج المعتمد في الدراسة، مجالات الدراسة، عينة الدراسة وخصائصها والأدوات المستعملة وكذا الأساليب الإحصائية التي تضمنتها الدراسة، أما المبحث الثاني فتم فيه عرض النتائج و مناقشتها حسب فروض الدراسة و تفسيرها على ضوء الدراسات السابقة و الملاحظات الميدانية لنخلص في الأخير إلى استنتاج عام عن الدراسة وخاتمة والتي تليها أهم الصعوبات التي واجهتنا أثناء القيام بالدراسة و المتبوعة بمجموعة من الاقتراحات و قائمة المراجع و الملاحق.

الفصل الأول:

تقديم الدراسة

تمهيد

1. إشكالية الدراسة

2. فرضيات الدراسة

3. أهداف الدراسة

4. أهمية الدراسة

5. دواعي اختيار موضوع الدراسة

6. المفاهيم الإجرائية

7. الدراسات السابقة

تمهيد:

يمثل هذا الفصل الجانب النظري من الدراسة والذي يعتبر خطوة أساسية لكل باحث كونه يمهد للجانب الميداني من مناقشة فرضيات الدراسة والتوصل إلى الأهداف المرجوة منها، وموضوع دراستنا هذا يتمحور حول إستراتيجية المواجهة وتقدير الذات لدى المصابين بالتشوهات الخلقية، ويتم ذلك وفق اتباع الخطة المنهجية المتمثلة في إشكالية وفرضيات الدراسة وكذا الأهداف والأهمية المرجوة من البحث، بالإضافة إلى الأسباب التي دعتنا إلى اختيار موضوع الدراسة لنختم الفصل باستعراض أهم الدراسات السابقة والتي لها علاقة بموضوع الدراسة وبذلك سيتم عرض كل هاته العناصر في هذا الفصل.

1. إشكالية الدراسة:

يواجه الإنسان في حياته اليومية مجموعة من المواقف تتطلب منه انفعالات متعددة ويقوم الأفراد في سبيل التوافق بسلسلة من الأساليب المختلفة التي من شأنها أن تساعدهم على الحفاظ وإحداث نوع من التوازن النفسي البيولوجي ، فالإنسان يعيش محاولات توافق مستمرة مع بيئة مادية اجتماعية متغيرة لا تسير دائما وفق ما يشتهي ، فقد تدعو للإعجاب تلك القدرة التي نتمتع بها نحن البشر على استيعاب أعداد هائلة من الأحداث البيئية الضاغطة (المؤلمة) و التفاعل معها بديناميكية وإبداع ومرونتنا في مواجهة مواقف الخيبة والإحباط، وهذا ما يشير إلى موضوع الصحة النفسية التي تعتبر من أهم المواضيع الحساسة التي حظيت باهتمام كبير، وقد أكد المختصون في علم النفس رغم الجدل الكبير على أن هذا المصطلح هو مفهوم ثقافي نسبي غير ثابت، وأنه يتأثر بالبيئة الاجتماعية والثقافية التي يعيش فيها هذا الفرد .

ولقد أكدت العديد من الدراسات على العلاقة الموجودة بين أساليب المواجهة والصحة النفسية، إذ أشارت دراسة أمال جودة (2004) إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة بين أساليب المواجهة الفعالة والصحة النفسية(العبدلي،2012: 82).

وبناء على مدى تكيف الفرد مع ظروف الحياة الضاغطة ميزت شوفري(1994Chevrier) بين فئة فعالة التكيف تقاوم وتواجه ظروف الحياة بطريقة فعالة وفئة تقاوم بطريقة غير فعالة يترتب عنها الشعور باليأس والعجز، وكلا الطريقتين سواء

الفعالة أم غير الفعالة تعتمد على التقييم الصريح للنقاط الحسنة والسيئة للفرد، وهو ما يركز عليه تقدير الذات حسب انجلش وانجلش (1958 English et Englih)، فتقدير الذات بناء أو تركيب مهم يشكل الأساس الذي يساعد غالبا على تفسير أفكار الإنسان ومشاعره حيث يجمع الباحثون على أن تقدير الذات المرتفع أمر جيد ومرغوب فيه لأنه يرتبط بقيام الفرد بوظائفه بمستوى مرتفع، أما تقدير الذات المنخفض فهو غير مرغوب فيه حيث يرتبط بمستويات منخفضة من الوظائف العقلية (عبد الخالق، الذيب، 2007: 99).

ويعتبر مفهوم الذات أيضا من متغيرات الشخصية الهامة الذي يساعد على فهم السلوك الإنساني (تفسيره والتنبؤ به) فالذات هي جوهر الشخصية ومفهومها هو حجر الزاوية فيها، وهو محدد هام للسلوك فقد يسيطر عامل سلبي على مفهوم الذات كما في التشوهات الخلقية فيعم الفرد القصور على شخصيته وينعكس ذلك على سلوكه، وبالتالي فان مفهوم الذات يتكون من أفكار الفرد الذاتية الممثلة لكيونته الداخلية والخارجية والتي تنعكس إجرائيا في وصفه لذاته كما يتصورها (الذات المدركة) وإدراكه لكيفية رؤية الآخرين له (الذات الاجتماعية)، وبالتالي فمفهوم الذات يتأثر بالعديد من العوامل كالقدرات العقلية وصورة الجسم.

ويعد التشوه مؤثر خارجي يمس التوازن النفسي ككل للفرد، فهو عبارة عن خلل في البنية الوظيفية إذ يمثل عائقا خطيرا للحياة الناجحة وذلك بسبب الدور الهام الذي تلعبه العوامل الاجتماعية والنفسية، وقد توصلت الباحثة زهرة حميدة (2006) في دراستها حول تقدير الذات والدافعية للإنجاز إلى انه كلما ارتفع تقدير الذات ارتفعت الدافعية للإنجاز وعلى العكس من ذلك كلما انخفض تقدير الذات انخفضت الدافعية للإنجاز.

وتشير الإحصائيات الدولية أن المواليد الذين يعانون من عيوب خلقية جاءت بنسبة (6,2%) من السكان والإقلال من حجم هذه الإصابات ومعدلاتها بين أفراد المجتمع يعتبر أحد الوسائل الأساسية للتنمية لجميع بلدان العالم، وتعادل النسبة التي تسبب التشوه (40%) في الألف في الدول الأقل تقدما.

وقد تزداد معدلاتها إذا لم يتم الاهتمام والحد منها، لكن في سائر البلدان العربية تقريبا لا توجد إحصائيات كافية تحدد مدى انتشار التشوهات الخلقية.

إن للجسد المادي الفيزيقي أهمية كبيرة من الناحية النفسية فهو سند الهوية وحامل لمشاعرها فهو المبرهن الملموس عن تواجد الفرد واستمراريته، وبالتالي تعرضه لبعض التغيرات القوية كالتشوهات يمكن أن تشكل صدمة وذلك حسب مفهوم الفرد لذاته

(بلهوشات، 2008: 164)

ومن خلال كل المعلومات المقدمة سابقا يمكننا طرح التساؤلات التالية:

1. ما مستوى تقدير الذات لدى المصابين بالتشوهات الخلقية؟
2. ماهي إستراتيجية المواجهة الأكثر استخداما عند ذوي التشوهات الخلقية؟
3. هل توجد علاقة ارتباطية بين إستراتيجية المواجهة المركزة على المشكل وتقدير الذات؟
4. هل توجد علاقة ارتباطية بين إستراتيجية المواجهة المركزة على الانفعال وتقدير الذات؟
5. هل تؤثر درجة تقدير الذات على نوعية إستراتيجية المواجهة لدى المصابين بالتشوهات الخلقية؟

2. فرضيات الدراسة:

1. يستخدم المصابون بالتشوهات الخلقية إستراتيجية المواجهة المركزة على الانفعال بشكل أكبر.
2. توجد علاقة ارتباطية بين إستراتيجية المواجهة المركزة على المشكل وتقدير الذات.
3. توجد علاقة ارتباطية بين إستراتيجية المواجهة المركزة على الانفعال وتقدير الذات.
4. تؤثر درجة تقدير الذات على نوعية إستراتيجية المواجهة.

3. أهداف الدراسة:

تسعى الدراسة الحالية لتحقيق مجموعة من الأهداف والمتمثلة في:

1. معرفة مستوى تقدير الذات لدى المصابين بالتشوهات الخلقية.
2. معرفة إستراتيجية المواجهة الأكثر استخداما من طرف المصابين بالتشوهات الخلقية.
3. معرفة العلاقة بين إستراتيجية المواجهة المركزة على المشكل وتقدير الذات.
4. معرفة العلاقة بين إستراتيجية المواجهة المركزة على الانفعال وتقدير الذات.
2. معرفة مدى تأثير درجة تقدير الذات على نوعية إستراتيجية المواجهة.

4. أهمية الدراسة:

تتجلى أهمية الدراسة في أهمية الفئة المستهدفة منها، إذ تعتبر فئة المشوهين خلقياً من الفئات القليلة الدراسة حيث توجد الكثير من الدراسات عن التشوهات ولكن ليس التشوهات الخلقية بل المكتسبة (مثل الحروق)، وهنا تكمن أهمية الدراسة فلا توجد -حسب اطلاع الباحثة- دراسة من هذا النوع تناولت إستراتيجية المواجهة التي تكشف كيف يتعامل المشوه مع مرضه و احباطاته ومختلف الضغوطات، إضافة إلى تقدير الذات لدى المشوه، ومن الناحية النظرية تحاول الباحثة بهذه الدراسة إثراء المكتبة بإطار نظري عن فئة جد حساسة في المجتمع الجزائري ألا وهي فئة المشوهين حيث توجد ندرة في هذا المجال وهذا ما يؤكد أهمية الدراسة.

5. دواعي اختيار موضوع الدراسة:

كانت هناك جملة من الأسباب التي دفعت الباحثة لاختيار هذا الموضوع والتي يمكن تلخيصها كالآتي:

1. قابلية الموضوع للبحث من الناحية النظرية ومن الناحية الميدانية بتوفر مجموعة البحث.
2. قلة الدراسات والبحوث النفسية التي تناولت موضوع التشوهات الخلقية فمعظم الدراسات تناولت موضوع التشوهات المكتسبة وأخرى تطرقت إليها من خلال دمجها ضمن الإعاقة الحركية المكتسبة.
3. يعاني بعض أقارب الباحثة من تشوهات خلقية فأرادت التطرق إلى الموضوع بالبحث لإعطاء لمحة عامة عن بعض المشاكل والصعوبات التي يتعرض لها المشوه خلقياً، وهذا ما يفتح المجال للتكفل بهذه الفئة من المصابين كونهم مهمشين بطريقة غير قصدية خاصة في مجال العمل والزواج.
4. انعكاسات هذه الإصابة على الأوساط العائلية وعدم تقبل المشوه خلقياً في المجتمع.

6. المفاهيم الإجرائية:

1.6. إستراتيجية المواجهة:

إستراتيجية المواجهة هي الخطط والأساليب التي يتخذها المصابون بالتشوهات الخلقية إزاء الوضعيات الضاغطة والمؤلمة لهم، وهذه الاستراتيجيات تختلف من مشوه لأخر على حسب طبيعة التصور وطريقة التعامل مع الحدث الضاغط أو المشكل، فهي الدرجة التي يتحصل عليها المفحوص في مقياس إستراتيجية المواجهة لبولهان وآخرون.

2.6. تقدير الذات:

هو الحكم الذي يطلقه الفرد على نفسه سواء كان ايجابيا أم سلبيا، وهذا الحكم يكون على جميع الأقوال والأفعال فإما أن يكون ذا تقدير عال أو منخفض، وهذا ما تبينه الدرجات التي يتحصل عليها المشوه خلقيا في مقياس تقدير الذات لكوبر سميث.

3.6. التشوهات الخلقية:

التشوه الخلقي هو عبارة عن مشكل أو خلل يحدث أثناء تكوين الجنين في رحم الأم ويؤثر هذا التشوه على شكل الجسم ووظائفه معا، وتعتمد صحة الطفل على حجم الإصابة ودرجتها.

7. الدراسات السابقة والتعقيب عليها:

1.7 دراسات حول إستراتيجية المواجهة وتقدير الذات:

1. الدراسات العربية:

1.1 دراسة فاطمة الزهرة ازروق(1997):

عنوان الدراسة: الكفالة النفسية للمصابين بداء السكري: استراتيجيات المقاومة الفعالة لتحقيق التوافق النفسي الاجتماعي.

هدفت الدراسة إلى معرفة أنواع استراتيجيات المواجهة المستعملة لدى المصابين بداء السكري وتأثير فعالية الذات وتقدير الذات على حالة التوافق السيكولوجي مع المرض، وقد تكونت عينة الدراسة من(07)حالات مصابين بداء السكري (ولاية البليدة)، (05 إناث و02 ذكور) وقد استخدمت الباحثة الوسائل التالية:

المقابلة العيادية، الاختبارات والمقاييس (اختبار المقابلة، سلم التقرير الذاتي للقلق، معامل تقدير الذات، سلم فعالية الذات)، مستخدمة في ذلك المنهج العيادي وقد توصلت الباحثة إلى النتائج التالية:

1. إن المصابين بالسكري يستخدمون في عملية المقاومة الاستراتيجيات التي تركز على الانفعال أكثر مما يستخدمون التي تركز على المشكل.

2. كما بينت نتائج الدراسة أيضا أن استعمال هذا النوع من الاستراتيجيات التي تركز على الانفعال في عملية المقاومة لدى هؤلاء المصابين يقودهم إلى نوع من الكف عن الفعل وهو الشيء الذي يؤدي بدوره إلى انخفاض في مستوى الشعور بفعالية الذات وفي مستوى تقدير الذات.

3. اتضح من خلال النتائج أيضا أن هذا التقييم السلبي الذي يصدره أفراد العينة بشأن إمكانياتهم في تخفيف عامل الضغط يرجع إلى الاتجاه الخارجي الذي يتميز به هؤلاء في تقييمهم لقدرتهم على التحكم في وضعية الضغط مصدر المواجهة.

4. كما أظهرت النتائج بعد تعريض أفراد العينة إلى العلاج المتمثل في تقنية " حل المشكل" وبعد عملية إعادة التقدير التي أجروها بشأن وضعية المرض أنهم أصبحوا يستعملون

استراتيجيات المقاومة التي تركز على المشكل وان مستوى شعورهم بفعالية الذات قد ارتفع وزاد مستوى تقديرهم الذاتي والاجتماعي وانخفض مستوى القلق عندهم بشكل ملحوظ.

2.1. دراسة نبيلة بوعافية (2002):

عنوان الدراسة: الضغط المهني عند المديرين وعلاقته باستراتيجيات المقاومة وتقدير الذات.

هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة الارتباطية بين مصادر الضغط المهني ومستوى تقدير الذات عند المديرين، وكذلك معرفة العلاقة الارتباطية بين طبيعة استراتيجيات المقاومة المستعملة ومستوى تقدير الذات عند المديرين، وقد قامت الدراسة على افتراض أن المديرين يستعملون استراتيجيات حل المشكل لمواجهة المواقف الضاغطة، وقد تكونت عينة الدراسة من (80) مديرا من جنس الذكور أما المنهج فكان المنهج الوصفي واستخدمت الباحثة الأدوات التالية:

مقياس مصادر الضغط لكوب رسلون ووليامس، مقياس تقدير الذات لكوبر سميث ومقياس المقاومة لبولهان وجماعتها وقامت الباحثة بحساب الخصائص السيكومترية للمقاييس الثلاثة وتكييفها على البيئة الجزائرية وتوصلت إلى النتائج التالية:

1. يستخدم المديرين استراتيجيات المقاومة المركزة على حل المشكل وهم يمتلكون تقدير ذات مرتفع.

2. كلما زادت شدة الضغط الناتجة عن العلاقات البيئشخصية كلما قل تقدير الذات عند المديرين والعكس صحيح.

3. توجد علاقة ارتباطية بين استراتيجيات المواجهة وتقدير الذات، إذ كلما اعتمد المديرين على استراتيجيات المقاومة المركزة حول حل المشكل أدى ذلك إلى ارتفاع تقديرهم لذواتهم في حين استعمالهم للاستراتيجيات المركزة على الانفعال ينتج عنه انخفاض في مستوى تقدير الذات.

3.1. دراسة هناء شريفى (2002):

عنوان الدراسة: إستراتيجية المقاومة وتقدير الذات وعلاقتها بالعدوانية لدى المراهق الجزائري.

وقد استهدف البحث دراسة المميزات النفسية، الشخصية والمعرفية للمراهقين ذوي العدوانية المرتفعة والكشف عما إذا كانت هناك فروق بينهم وبين المراهقين ذوي العدوانية المنخفضة، مطبقة في ذلك مقياس تقدير الذات لروزنبرج وقائمة طرق المقاومة لبولهان وآخرون ومقياس العدوانية وقد طبقت المقاييس على (567)مراهقا وتوصلت إلى النتائج التالية:

1. كلما تميز المراهق بدرجة من العدوانية مرتفعة أو متوسطة كان أكثر لجوءا إلى استعمال استراتيجيات المقاومة المركزة على الانفعال.
2. كلما تميز المراهق بدرجة من العدوانية منخفضة أو متوسطة كان أكثر لجوءا إلى استعمال استراتيجيات المقاومة المركزة على المشكل أثناء مواجهة مختلف المواقف الضاغطة.
3. كما أشارت نتائج البحث إلى وجود اختلاف بين المراهقين ذوي العدوانية (المرتفعة، المتوسطة والمنخفضة) في تقدير الذات وذلك لصالح المراهقين ذوي العدوانية المنخفضة.
4. أثبتت الدراسة وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين استراتيجيات المقاومة وتقدير الذات، وهذا يعني انه بانخفاض تقدير الذات يستعمل المراهق بدرجة أكبر استراتيجيات المقاومة المركزة على الانفعال والعكس صحيح.

4.1. دراسة مقبال يمينة (2009):

عنوان الدراسة: محددات إستراتيجية المواجهة لدى مرضى الربو (تصور المرض وتقدير الذات).

هدفت الدراسة إلى معرفة ما إذا كان هناك ارتباط وفروق بين تصور المرض واستراتيجيات المواجهة وما بين تقدير الذات واستراتيجيات المواجهة، ولقد اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي واستخدمت مقياس تصور المرض من إعداد الباحثة وقائمة طرق

المواجهة لفولكمان ولازا روس ومقياس تقدير الذات لروزنبورج، وقد تكونت عينة الدراسة من (170) مصاب بمرض الربو الخفيف والحاد وهي عينة مقصودة وكانت أهم النتائج هي:

1. هناك علاقة بين تصور المرض واستراتيجيات المواجهة المتمركزة على المشكل والمتمركزة حول الانفعال.

2. هناك علاقة ارتباطية موجبة بين تقدير الذات واستراتيجيات المواجهة المتمركزة على المشكل.

3. هناك علاقة ارتباطية سالبة بين تقدير الذات واستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال.

5.1. دراسة كامل الشربيني (2012):

عنوان الدراسة: استراتيجيات المواجهة وتقدير الذات والانفعال الايجابي والانفعال السلبي كمتنبئات للكمالية التكيفية.

هدفت الدراسة إلى فحص الفروق والارتباط بين منخفضي ومرتفعي الكمالية التكيفية في المساندة الاجتماعية وحل المشكلات وتقدير الذات والانفعال الايجابي والانفعال السلبي، أجريت الدراسة على عينة من الطلاب الذكور بقسم التربية الخاصة بجامعة الطائف في المملكة العربية السعودية بلغ قوامها (269) طالب وتم تطبيق الأدوات التالية:

مقياس الكمالية، مقياس المواجهة، مقياس تقدير الذات وقائمة الانفعال الايجابي والانفعال السلبي وانتهت نتائج الدراسة إلى التالي:

1. وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين منخفضي ومرتفعي الكمالية في كل من المساندة الاجتماعية وحل المشكلات وتقدير الذات والانفعال الايجابي والانفعال السلبي.

2. وجود علاقات ارتباطية دالة بين الكمالية التكيفية وكل من المساندة الاجتماعية وحل المشكلات وتقدير الذات والانفعال الايجابي والانفعال السلبي.

3. عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات مجموعات طلاب التربية الخاصة في مقياس الكمالية التكيفية وأبعاده تبعاً لاختلاف المسار.

2. الدراسات الأجنبية:

1.2. دراسة نيمار سافجر (2001 Nummer Seuffger):

عنوان الدراسة: إستراتيجية مواجهة الضغوط والاكتئاب وتقدير الذات.

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين الجنس والعمر واستراتيجية مواجهة الضغوط والاكتئاب وتقدير الذات، على عينة من المراهقين من الذكور والإناث تتراوح أعمارهم ما بين (14-17) سنة، وكان من بين النتائج استخدام المراهقات لاستراتيجيات المواجهة تميل للتجنب مقارنة بالذكور، كما أشارت الدراسة إلى أن تقدير الذات المرتفع يؤدي إلى مواجهة أفضل للضغوط. (عرافي، 2012: 39).

2.2. دراسة دينيز (2006 Déniez):

عنوان الدراسة: أساليب مواجهة الضغوط وتقدير الذات وأساليب اتخاذ القرار والرضا عن الحياة.

هدفت الدراسة إلى فحص العلاقات بين أساليب مواجهة الضغوط وتقدير الذات و أساليب اتخاذ القرار و الرضا عن الحياة لدى طلاب الجامعة، وقد تكونت عينة الدراسة من (292) طالبا جامعيًا من الجنسين وبعد تحليل بيانات الدراسة إحصائياً تبين بدلالة إحصائية ارتباط الرضا عن الحياة إيجابياً بأسلوب حل المشكل و المساندة الاجتماعية المتلقتات من الأفراد و المدركة، كذلك تبين أن الرضا عن الحياة قد ارتبط إيجابياً بتقدير الذات المرتفع كما يدركه الأفراد عن أنفسهم، كما ارتبط تقدير الذات المرتفع بأسلوب اتخاذ القرار لدى طلاب الجامعة من الجنسين.

3.2. دراسة هامارتا (2009 Hamar ta):

عنوان الدراسة: أسلوب حل المشكلة والتنبؤ بتقدير الذات والرضا عن الحياة.

هدفت الدراسة إلى فحص أسلوب حل المشكل لدى طلاب الجامعة للتنبؤ بتقدير الذات والرضا عن الحياة، وقد تكونت عينة الدراسة من (405) طالب جامعي، وبعد تحليل بيانات الدراسة إحصائياً أشارت النتائج إلى ارتباط كل من تقدير الذات والرضا عن الحياة إيجابياً بالتوجه الإيجابي نحو المشكلة وحل المشكلة عقلاً (منطقياً)، وسلبياً بأسلوب التجنب والبعد

عن الآخرين، وكذلك ارتبط الرضا عن الحياة ايجابيا بتقدير الذات المرتفع لدى طلاب الجامعة من الجنسين(النملة،2013: 1321- 1322).

2.7. دراسات حول التشوهات الخلقية:

1. الدراسات العربية:

1.1. دراسة محمود غلاب ومحمد دسوقي(1996):

عنوان الدراسة: بعض متغيرات الشخصية عند الأطفال المصابين بشلل الأطفال.

استهدفت الدراسة عدة مجالات مقارنة بين الأطفال المصابين بشلل الأطفال والعاديين في بعض متغيرات الشخصية(مفهوم الذات، التكيف النفسي و الاجتماعي، وجهة الضبط، الدافعية للإنجاز، القلق كحالة و القلق كسمة)، ولقد أجريت الدراسة على عينة مكونة من(121)مراهق مقسمة إلى مجموعتين، المجموعة الأولى (مجموعة الأطفال المصابين بشلل الأطفال)، و التي تكونت من(65)مراهق، منهم(37)ذكر و(28) أنثى، أما المجموعة الثانية فتكونت من(56)مراهق من العاديين، منهم(36)ذكر و(20)أنثى وقد استخدم الباحثان في هذه الدراسة مجموعة من الأدوات وهي: (اختبار الشخصية، مقياس مفهوم الذات للأطفال، اختبار مركز التحكم للأطفال مقياس القلق كحالة- كسمة) وقد أسفرت النتائج عن الآتي:

1. وجود فروق دالة إحصائية بين الأطفال المصابين بشلل الأطفال /العاديين في التكيف الشخصي والاجتماعي والعام، ومفهوم الذات لصالح العاديين.

2. توجد فروق دالة إحصائية بين المصابين بشلل الأطفال والعاديين في القلق ووجهة الضبط لصالح المصابين بشلل الأطفال.

3. أوضحت النتائج وجود ارتباط موجب دال بين أبعاد التكيف النفسي ومتغيرات الشخصية.

4. كذلك يوجد ارتباط موجب دال بين مفهوم الذات ومتغيرات الشخصية ككل.

(صقر،2008: 104)

2.1. دراسة عمار جاسم، صلاح عطية، حسين عمر(2000):

عنوان الدراسة: بعض التشوهات القوامية وأثرها في السير والركض والإنجاز.

هدفت الدراسة إلى معرفة تأثير التشوهات القوامية على السير والركض والانجاز وذلك في مسافة قدرها (400) متر، وقد طبق المنهج الوصفي بطريقة المسح، وتكونت عينة البحث من (47) طالب تم اختيارهم بطريقة عشوائية، من الصف الأول في كلية التربية الرياضية جامعة البصرة واستخدم الباحث الأدوات التالية:

- ساعة توقيت الكتروني لقياس انجاز ركض (400) متر.

- شريط قياسي، نظرة (سكوبر) لتعيين مسار القدم في المسير والجري.

- جهاز قياس ارتفاع قوس القدم.

- مسطرة متدرجة لقياس مدى انحراف اتجاه القدم.

وكانت أهم النتائج كالتالي:

1. ارتباط بعض التشوهات القوامية ببعضه الآخر.
 2. توجد فروق دالة إحصائية بين التشوهات القوامية للقدم في المجموعات الثلاثة (مصابة، متوسطة، غير مصابة).
 3. تساهم التشوهات القوامية في زيادة عدد الخطوات في ركض (400) متر بنسبة (67%).
 4. تساهم التشوهات القوامية في زيادة زمن ركض (400) متر بنسبة مقدارها (57%).
- (عاجب، 2007: 181-182).

3.1 دراسة العبزوذي ربيع (2001):

عنوان الدراسة: علاقة مركز التحكم بتقدير الذات لأصل الإعاقة الحركية السفلى.

هدفت الدراسة إلى معرفة علاقة مركز التحكم وتقدير الذات لأصل الإعاقة الحركية السفلى، حيث تمت دراسة مقارنة بين المعوقين حركيا ذوي إعاقة مكتسبة وأخرى خلقية من الراشدين وتكونت عينة الدراسة من (100) معوق ومعوقة حركيا تم اختيارهم عشوائيا وقد طبق عليهم مقياس مركز التحكم وتوصل الباحث بعد الدراسة إلى إثبات:

1. وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين فئتي الإعاقة الحركية (الخلقية والمكتسبة) في مركز التحكم لصالح ذوي الإعاقة الحركية الخلقية بمركز تحكم داخلي.
2. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات تقدير الذات بين فئتي الإعاقة الحركية ولصالح ذوي الإعاقة الخلقية بتقدير ذات مرتفع.

3. وجود تأثير للجنس على كل من تقدير الذات ومركز التحكم لدى فئتي الإعاقة الحركية (الخلقية والمكتسبة). (حربي، 2008: 36).

4.1. دراسة الككلي (2002):

عنوان الدراسة: رؤية المعاق حركيا للأخر وتكوين مفهوم الذات لديه.

هدفت الدراسة إلى معرفة تأثير رؤية الآخرين للمعاق على تكوين مفهوم الذات لديه، وقد تكونت عينة الدراسة من (100) معاق منهم (73) ذكر و (27) أنثى أما عن أدوات الدراسة فكانت عبارة عن استمارة لجمع البيانات الأولية واختبار مفهوم الذكاء للكبار إعداد محمد عماد الدين وقد أظهرت نتائج الدراسة انه:

1. لا توجد علاقة ارتباطية بين مفهوم الذات ورؤية الآخرين لدى المعاقين حركيا.

2. لا يوجد لجنس المعاق علاقة بتكوين مفهوم الذات لديه وكذلك برؤيته للآخرين.

2. ليس لزم الإعاقة علاقة بتكوين مفهوم الذات لدى المعاق وبرؤيته للآخر.

3. لا توجد علاقة حول تكوين مفهوم الذات ورؤية الأخر تبعا لمتغيرات (التعليم ونوع الإعاقة).

4. وجود فروق في تكوين مفهوم الذات ورؤية الأخر تبعا للمعوقين المترددين والمقيمين لدى مؤسسات الإعاقة (النجار، 2012: 564).

5.1. دراسة محمود علوان (2006):

عنوان الدراسة: علاقة مفهوم الذات بالتوافق الشخصي والاجتماعي لدى المعاقين حركيا وجسميا.

هدفت الدراسة إلى التعرف على علاقة مفهوم الذات بالتوافق الشخصي والاجتماعي لدى المعاقين حركيا وجسميا، والتعرف على الفروق المعنوية في كل من مفهوم الذات والتوافق الشخصي والاجتماعي تبعا لمتغيرات (السن، المستوى التعليمي، ونوع الجنس، والمهنة والحالة الاجتماعية)، حيث شملت الدراسة على عينة تتمثل في (203) معوقا من محافظة خان يونس، منهم (147) ذكور و (56) إناث وقد استخدم الباحث

عدة أدوات منها مقياس مفهوم الذات من إعداد الباحث ومقياس التوافق الشخصي الاجتماعي من إعداد الباحث أيضا، أما المنهج فكان الوصفي التحليلي وقد استخدم عدة أساليب إحصائية مثل: النسب المئوية، اختبار-ت- وتحليل التباين الأحادي، كا²، وأوضحت نتائج الدراسة ما يلي:

1. وجود علاقة بين مفهوم الذات والتوافق الشخصي لدى كل من المعوقين حركيا تبعا لمتغير السن في الجوانب الآتية (الشخصي، الاجتماعي، الدرجة الكلية للمقياس).
2. لا توجد فروق جوهرية بين المعاقين في مفهوم الذات تبعا لمتغير السن في الجانب الأيسري لصالح المعاقين الراشدين. (علوان، 2009: 55).

6.1. دراسة محمد عبد السلام (2007):

عنوان الدراسة: التشوهات القوامية الشائعة.

هدفت الدراسة إلى التعرف على التشوهات القوامية الشائعة بين تلاميذ مرحلة الأساس بولاية الخرطوم، اتبع الباحث المنهج الوصفي المسحي ولقد أجريت الدراسة على عينة قوامها (2100) تلميذ واستخدم الباحث في جمع البيانات المقاييس التالية:
- مقياس (بان كرافت) الخيط والثقل تم بواسطته التعرف على الانحناءات الأمامية والخلفية للجسم.

- اختبار شاشة القوام (Posture Screen Test).

- معامل تشيجينا (لقياس فلتحة القدمين).

- الرستاميتير لقياس القامة.

- الميزان الطبي.

وإستخدام الباحث الأساليب الإحصائية التالية:

المتوسط الحسابي، النسبة المئوية، الانحراف المعياري، اختبار-ت- معامل الارتباط معادلة سبيرمان براون، وكانت أهم النتائج التي توصل إليها هي:

1. توجد تشوهات قوامية كثيرة بين تلاميذ مرحلة الأساس بولاية الخرطوم.

2. احتل تشوه استدارة الكتفين المرتبة الأولى (21) في التصنيف النسبي للتشوهات القوامية، يليه تشوه تفلطح القدمين معا (19) فسقوط أحد الكتفين عن الآخر (17) وزيادة الانحناء القطني.

3. انتشار النحافة الزائدة بين تلاميذ عينة البحث بنسبة كبيرة قدرها (84,6).

7.1. دراسة وفاء القاضي (2009):

عنوان الدراسة: قلق المستقبل وعلاقته بصورة الجسم ومفهوم الذات لدى حالات البتر.

هدفت الدراسة إلى معرفة علاقة كل من صورة الجسم ومفهوم الذات بقلق المستقبل لدى حالات البتر بعد الحرب على غزة، وقد طبقت الباحثة كلا من مقياس صورة الجسم ومقياس قلق المستقبل ومقياس تقدير الذات، على عينة مكونة من (250) فرد من الذكور والإناث المبتورين وقد توصلت إلى النتائج التالية:

1. وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين قلق المستقبل وصورة الجسم لدى حالات البتر بعد الحرب على غزة.

2. وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين قلق المستقبل ومفهوم الذات لدى حالات البتر.

3. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مفهوم الذات تعزى لمتغير (الجنس، الحالة الاجتماعية، مكان البتر، سبب البتر).

2. الدراسات الأجنبية:

1.2. دراسة قام جامبو تسف (Gambor Tesf 1973) :

عنوان الدراسة: وضع معايير لزوايا العمود الفقري.

هدفت الدراسة إلى وضع معايير لزوايا العمود الفقري المختلفة (العنقية، الصدرية، القطنية) وزاوية ميل الحوض، استخدم الباحث جهاز الجونيوميتر على المراحل العمرية المختلفة، وقد حدد نقاط معينة يتم من خلالها قياس الزوايا وأي زيادة أو نقصان عن هذه الزوايا يعتبر انحرافا قواميا، واستخدم الباحث في ذلك المنهج الوصفي وأشارت النتائج إلى:

1. اختلاف زوايا انحناءات العمود الفقري في منطقة التقعر العنقي عن منطقة التحذب الظهرية وعن منطقة التقعر القطني وعن زاوية ميل الحوض.
2. يمكن الاعتماد على الجونيوميتر كطريقة موضوعية في تحديد حالة العمود الفقري وزاوية الحوض. (عاجب، 2007: 185).

2.2. دراسة وولمان وآخرون (Wolman et al 1994) :

عنوان الدراسة: العوامل المؤثرة على تقدير الذات لدى المراهقين المعاقين جسمياً.
هدفت الدراسة إلى معرفة العوامل المؤثرة على تقدير الذات لدى المراهقين المعاقين جسمياً المصابين بالعمود الفقري، ومعرفة العوامل الديمغرافية والشخصية والأسرية وقد تكونت عينة الدراسة من (107) معاق حركياً أما عن أداة الدراسة فتمثلت في مقابلة أفراد العينة وقد أظهرت نتائج الدراسة أن:

1. إن العلاقات الأسرية الحميمة ومدى سماح الوالدين لا بنائهم المعاقين بالمشاركة الاجتماعية كان له دور ايجابي في تكوين تقدير ذات موجب.
2. أما الاتجاه السلبي في تقدير الذات فقد ظهر في المشاكل المدرسية واتجاهات الآخرين ونظرتهم للمعاق.
3. وبينت النتائج أن علاقة الوالدين بأبنائهم المعاقين لها أعظم الأثر في تكوين فكرة وصورة ايجابية لذواتهم.

3.2. دراسة مين شوم وآخرون (Minchom et al 1995) :

عنوان الدراسة: تأثير الإعاقة على الناحية النفسية.
هدفت الدراسة إلى معرفة أثر درجة شدة الإعاقة على الناحية النفسية لدى الشباب المعوقين جسمياً، وتألقت عينة الدراسة من (79) معاق حركياً وقد استخدمت أداة الدراسة التي هي عبارة عن مقياس تقدير الذات وقد بينت نتائج الدراسة أن:

1. الإعاقة الشديدة تقلل من تقدير الذات بالنسبة للمعوقين وان ذوي الإعاقة الخفيفة أيضاً يتعرضون إلى انخفاض في تقدير الذات ولكن اقل من أصحاب الإعاقة الشديدة.

2. أشارت الدراسة أن المعدلات الأكاديمية كانت أعلى عند المعوقين المصابين بإعاقات خفيفة (النجار، 2012: 564).

4.2. دراسة تولا نتيفا (Tuulantiva 2004):

عنوان الدراسة: الإعاقة وأثرها على مفهوم الذات.

هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر شدة الإعاقة على مفهوم الذات لدى الشباب المعوقين جسمياً، وضمت عينة الدراسة (79) معاقاً جسمياً وكشفت الدراسة على أن هناك أثر كبير في درجة شدة الإعاقة على مفهوم الذات لدى المعاقين جسمياً. (عرافي، 2012: 39)

5.2. دراسة ياتزر (Yetzer 2004):

عنوان الدراسة: صورة الجسم وعلاقتها بمفهوم الذات لدى إصابات النخاع الشوكي.

هدفت الدراسة إلى التعرف على مفهوم الذات وصورة الجسم لدى إصابات النخاع الشوكي وبدون بتر أطرافهم السفلى، تكونت عينة الدراسة من (26) فرد وتوصلت الدراسة إلى أن الأشخاص المصابين (بإصابات النخاع الشوكي) والذين لم يتم بتر أي من أطرافهم يظهرون مشكلات نفسية أقل من المبتور أطرافهم، حيث تظهر الفئة الأخيرة مفهوم هش عن الذات وأقل إيجابية عن مفهوم الذات ويظهر عدم ارتياح عن صورة الجسم

(القاضي، 2009: 127).

6.2. دراسة وايد ستيفان (Wade Stéphanie 2007):

عنوان الدراسة: صورة الجسم وتقدير الذات عند المصابين بالجنف والمراهقين العاديين. هدفت الدراسة إلى التعرف على صورة الجسم وتقدير الذات بين المراهقين المصابين بالجنف (Scoliose) والمراهقين العاديين، وكذا التعرف على أثر طريقة معالجة الانحناء الجانبي لدى المراهقين على صورة الجسم وتقدير الذات، وتكونت عينة الدراسة من (24) طالب تراوحت أعمارهم ما بين (15-18) سنة وطبق الباحث مقياس صورة الجسم ومقياس تقدير الذات وأظهرت النتائج انه:

1. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التي استخدمت المقويات والجراحة معا وبين المجموعات التي استخدمت الجراحة فقط.

2. أن أفراد المجموعة الضابطة اظهروا مستوى أعلى لتقدير الذات مقارنة بالأفراد الذين أجروا العملية الجراحية لعلاج الجنف.

3. وفي النهاية توصلت الدراسة إلى أن علاج الجنف لدى المراهقين المعوقين له أثر ايجابي على صورة الجسم وتقدير الذات لديهم. (ضيف الله، 2012: 21).

التعقيب على الدراسات السابقة:

بعد عرض الدراسات في مجال الدراسة الحالية ألا وهو إستراتيجية المواجهة وتقدير الذات لدى المصابين بالتشوهات الخلقية تبين لنا ما يلي:

موضوع دراستنا المذكور أعلاه لم يتم تناوله في كل من الدراسات المتعلقة بإستراتيجية المواجهة وتقدير الذات، وكذا الدراسات المتعلقة بالتشوهات الخلقية حيث تم تناول إستراتيجية المواجهة و تقدير الذات لدى فئات أخرى غير فئة المشوهين خلقيا أما بالنسبة للدراسات المتعلقة بالتشوهات الخلقية فانه تم تناولها في إطار الإعاقة الحركية المكتسبة وربطها مع متغيرات أخرى(صورة الجسم، قلق المستقبل، مفهوم الذات، التكيف والتوافق النفسي والاجتماعي...) غير متغيرات الدراسة(إستراتيجية المواجهة وتقدير الذات)، إلا انه هناك دراسات توافقت مع الدراسة الحالية من حيث العينة مثل دراسة وايد (2007) وياتزر (2004) إضافة إلى دراسة كل من غلاب و دسوقي (1996) كذا دراسة كل من جامبو(1973)وعبد السلام (2000)وكل هاته الدراسات تناولت نوع وجانب واحد من التشوهات الخلقية .

وتتضح الاستفادة في تطرقنا إلى الدراسات السابقة في تدعيم حجتنا في تناولنا لموضوع الدراسة بعدم توفر دراسات سابقة ربطت بين متغيرات الدراسة وفئة المشوهين خلقيا وهذا ما يدل على أهمية دراستنا.

الفصل الثاني:

الأبعاد النظرية للدراسة

تمهيد:

1. إستراتيجية المواجهة.

2. تقدير الذات.

3. التشوهات الخلقية.

2. تقدير الذات:

إن وعي الفرد وشعوره يعتبر من أهم الخبرات النفسية للإنسان هذا ويعتبر تقدير الذات من أهم المفاهيم المتعلقة بشخصية الإنسان، ولقد شاع استخدامه في كتب علم النفس وعلم الاجتماع لذا حظي بالعديد من الدراسات والبحوث التجريبية والميدانية التي تبين مدى اهتمام العلماء والباحثين بقيمة هذه الحاجة الإنسانية التي ينشدها كل فرد، والآثار الناتجة عن إشباعها بالوسائل والطرائق التربوية المتوازنة، وفي هذا الفصل سنحاول إعطاء عرض عام وشامل لتقدير الذات ليشمل كل من التعاريف الخاصة بتقدير الذات وكذا أنواعه ومستوياته، وأهم النماذج المفسرة لتقدير الذات وماهي العوامل المؤثرة وكيف يمكن قياسه وكل هذه العناصر مفصلة كالآتي:

1.2. تعريف تقدير الذات:

توجد العديد من التعريفات الخاصة بتقدير الذات والتي وضعها العديد من العلماء والباحثين حسب المرجعية النظرية الخاصة بكل باحث، وسيتم تقسيم هذا العنصر الى جزأين جزء خاص بالتعريف اللغوي والآخر خاص بالتعريف الاصطلاحي، يليهما تعقيب ومن أبرز وأهم هاته التعريفات نذكر ما يلي:

1. **التعريف اللغوي:** الذات هي لفظة مؤنثة يقال ذات مال وذات أفنان ومثناها ذواتا وجاء في التنزيل العزيز ﴿وَلَمَنْ خَافَ هَمَّ رَبِّهِ جَنَّاتٍ بَانٍ (46) فِي أَيِّ آلَاءِ رَبِّكُمَا تُكَذِّبَانِ (47) ذَوَاتَا

أَفْنَانٍ 48﴾. سورة الرحمن الآية 46-48.

والذات النفس والشخص ويقال جاء فلان بذاته يعني عينه ونفسه، وذات الصدر

سريرة الإنسان وفي التنزيل العزيز ﴿لِلَّهِ عِلْمٌ بِذَاتِ الصُّدُورِ﴾ سورة آل عمران الآية 154.

وفي المنظور النفسي تعني الذات التصور الذي يحمله الفرد عن نفسه وعن قدراته في تناول مسائل العالم المحيط به، وبالنسبة لموريس روك (Reuchlin) الذات هي التصور أو النموذج الذي يشكله الفرد عن نفسه ويعتقد انه يمثل في الواقع. (زوقاي، لورسي: 150-151)

الذات كينونة الفرد أو الشخص وتكوين معرفي منظم ومتعلم للمدركات الشعورية والتصورات والتقييمات الخاصة بالذات ببلورة الفرد، ويعتبره تعريفا نفسيا لذاته، أما وظيفة الذات هي وظيفة دافعية وتكامل وتنظيم وبلورة عالم الخبرة المتغير الذي يوجد الفرد في وسطه. (صالح، 2014: 165).

والذات هي الشعور والوعي بكينونة الفرد وتنمو الذات وتتفصل تدريجيا عن المجال الإدراكي وتتكون كنتيجة للتفاعل مع البيئة، وقد تمتص قيم الآخرين وتسعى إلى التوافق والثبات وهي تنمو نتيجة للنضج والتعلم. (مختار، 1999: 20)

ب. التعريف الاصطلاحي:

❖ يعتبر كوبر سميث (Cooper Smith) من الأوائل الذين كتبوا عن مفهوم تقدير الذات حيث، عرفه بأنه الحكم الشخصي للفرد على قيمته الذاتية والتي يتم التعبير عنها من خلال اتجاهات الفرد نحو نفسه، وان الصورة الصادقة التي يكونها الفرد عن نفسه تعتمد بالدرجة الأولى عن تقديره لذاته.

❖ يرى مجدي الدسوقي أن تقدير الذات هو تقدير عام يضعه الفرد لنفسه وبفسه، متضمنا الايجابيات التي تدعوه لاحترام ذاته والسلبيات التي لا تقلل من شأنه بين الآخرين.

(سالم، 2010: 39).

❖ يرى البورت (Alport) انه يتدخل في تقدير الذات كل الصفات والجوانب الوجدانية للفرد وتقدير الذات الايجابي يعتبر مهم وأساسي في تنظيم بناءات الشخصية.

❖ أما انجلش وانجلش (English et English) يرى أن تقدير الذات هو عبارة عن تركيز الفرد على تقييم صريح للنقاط الحسنة والسيئة لديه. (مقبال، 2009: 74).

❖ أما روجرز (Rogers 1951) يرى أن تقدير الذات هو اتجاهات الذات التي تتطوي على مكونات انفعالية وسلوكية.

❖ يرى كاتل (Cattell 1964) أن تقدير الذات هو حكم شخصي لقيمة الذات حيث يقع بين نهايتين إحداهما موجبة والأخرى سالبة (امزيان، 2007: 31).

❖ ويعرفه لورانس (Lawrence) بأنه تقييم مؤثر من الفرد لمجموع خصائصه العقلية والجسمية (الأشرم، 2008: 49).

أما روزنبرج (Rosenberg 1979) فيرى أن تقدير الذات هو تقييم يقوم به الفرد ويحتفظ به عادة بالنسبة لذاته، وهو يعبر عن اتجاه الاستحسان أو الرفض، ويوضح أن تقدير الذات العالي يدل على أن الفرد ذو كفاءة أو قيمة ويحترم ذاته، أما التقدير المنخفض للذات فيشير إلى رفض الذات وعدم الاقتناع بها (كربوش، 2012: 93).

❖ وعرفه جيل مور (Gil more) بأنه حكم ذاتي عن الأهمية التي يشعر بها الفرد نحو ذاته، فهو خبرة ذاتية ينقلها الفرد للآخرين من خلال التعبيرات اللفظية وغيرها من أشكال السلوك التعبيرية المباشرة. (منصور، 2008: 73).

غير أن التعريف الأكثر قبولا وانتشارا لتقدير الذات حاليا هو التعريف الذي وضعه ناثانيال براند (Nathaniel- Brandon 1993) وتبناه المجلس القومي لتقدير الذات، وهو الذي يعرف تقدير الذات على أنه خبرة الفرد في أن يكون قادرا على إدارة ومعالجة تحديات الحياة والشعور بأنه جدير بالسعادة، ويتضمن مفهوم تقدير الذات عمليتين إحداهما إدراكية والأخرى وجدانية، فهو ينمو ويتطور من خلال عملية إدراكية تتمثل في تقييم الفرد نفسه ومن خلال عملية وجدانية تتمثل في إحساسه بأهميته وجدارته، فتقدير الذات عند الفرد هو درجة الرضا التي يشعر بها عن ذاته في عدة نواح.

(ضيف الله، 2012: 93).

الجدير بالملاحظة أن مختلف التعريفات الواردة قد تباينت بتباين وجهات النظر فمنهم من ركز في تعريفه على جانب واحد وشخصي ومنهم من أكد بضرورة الشمولية لمختلف الجوانب، وعلى العموم فقد تناول الباحثين تقدير الذات في تعريفاتهم في ثلاثة اتجاهات هي:

أ. تقدير الذات حكم: كوبر سميث، كاتل وجيل مور.

ب. تقدير الذات تقييم: انجلش وانجلش، لورانس وروزنبرج.

ج. تقدير الذات تقدير: مجدي الدسوقي.

أما روجرز فاعتبره مختلف اتجاهات الذات وما تتطوي عليه، في حين أكد المجلس القومي لتقدير الذات على أن تقدير الذات هو تلك الدرجة التي يشعر بها الفرد عن ذاته من الرضا والقبول.

2.2.2 مراحل نمو الذات:

ينمو ويتطور مفهوم الذات من خلال الخبرات التي يمر بها الفرد في حياته فهو يمر بمواقف بعضها يثير القلق والتوتر وبعضها يخفف منه ويشعره بالراحة والرضا، فالفرد في علاقته بالمحيط يحصل على خبرات مريحة وأخرى مؤلمة ومثل هذه الخبرات هي التي يترتب عنها نمو التنظيمات السلوكية المختلفة، إلى جانب نمو مفهوم عام عن الذات وقد وضع العالم ريني لسيار (René Lecuyer 1978) تطورا متسلسلا لمعرفة الذات حيث قسم نمو الذات إلى 06 مراحل كما يلي:

1.2.2.1 مرحلة الانبثاق (من الميلاد إلى السنتين):

الجانب الأكثر سيطرة في هذه المرحلة هو انبثاق الذات من خلال سياق التباين بين الذات واللذات، ويظهر أول تمييز بينهما على مستوى الصورة الجسدية وهذا من مختلف الإحساسات الجسدية، وفي نفس الوقت الذي تتكون فيه الصورة الجسدية تبرز صورة أخرى فيها الإحساس بحب الأخرى الإحساس بالقيمة، هذه الإحساسات تسمى في مرحلة لاحقة ب: "تقدير الذات"، وعن طريق الاتصالات الحسية يتعرف تدريجيا على الحدود الخارجية ويصبح الطفل يميز بين جسمه والأجسام الأخرى.

2.2.2.2 مرحلة التأكيد (من السنتين إلى 05 سنوات):

يكون إثبات الطفل لذاته عن طريق التحدي ومعارضة الآخرين مما يشعره بقيمته الذاتية، واستعمال الضمائر (لي/أنا) دليل على التمايز بين الذات واللذات وكذلك هو دليل على وعي خالص بالذات، ففي سن الثالثة يرسم الطفل صورة واسعة للعالم المحيط به، ويزداد شعوره بالفردية (تمركزه حول ذاته).

وفي سن الرابعة يكون علاقات اجتماعية وانفعالية مع الآخرين ويتميز بحب الاستكشاف، وفي سن الخامسة يزداد وعيه لذاته ويتقبل الطفل فرديته، وتزداد استقلالته من الاعتماد على والديه وتفاعله مع العالم الخارجي.

3.2.2. مرحلة توسيع الذات (من 06 إلى 12 سنة):

ينتج في هذه المرحلة توسع وتشعب للذات بفضل تعدد التجارب والخبرات المعاشة (الجسمية والعقلية والاجتماعية)، ويتسع مفهوم الذات ليشمل التجارب الجديدة بانتقاله من جو الأسرة إلى جو المدرسة، ويتبين للطفل أن الإدراكات الأولية التي حصل عليها في الأسرة لا تعد كافية، وبالتالي تتضح له أهمية توسيع التجارب والحياة إلى جانب توسيع مفهوم الذات وصورته، وتتميز هذه المرحلة بتناول النشاطات الجنسية ونزع الطابع الجنسي عن علاقة الموضوع والمشاعر مع ظهور مشاعر الخجل وتطلعات أخلاقية وجمالية.

4.2.2. مرحلة تمايز الذات (من 12 إلى 18 سنة):

يكون الفرد في هذه المرحلة مفهوماً أكثر ثباتاً وترابطاً حول الذات، إذ يحاول المراهق في هذه المرحلة قبول تحولاته الجسمية من أجل تدعيم هوية ذاته والوصول إلى الهوية الكاملة، ويأخذ التفكير في الذات في هذه المرحلة في شكل مواجهة بين الصورة الذاتية للذات (الذات المدركة) والصورة الاجتماعية للذات (الذات الاجتماعية).

5.2.2. مرحلة النضج والرشد (من 20 سنة إلى 60 سنة):

في هذه المرحلة يمكن أن يتطور ويتغير مفهوم الذات نتيجة لعدة متغيرات واحداث في حياة الفرد (مثل الزواج، الطلاق، درجة النجاح أو الفشل...)، فيتمركز مفهوم الذات إلى أقصى خارج الذات أي حول المجتمع بين الأربعين والخمسين، بينما يتمركز حول الجانب الداخلي للفرد بين الخمسين والستين.

6.2.2. مرحلة الأفراد الكبار (من 60 سنة فما فوق):

يكون مفهوم الذات في هذه المرحلة سلبيا وذلك لتأثر المسن بعدة عوامل، كإدراك أن قدراته الجسدية تتدهور و تضعف، إلى جانب فقدان الانشغالات اليومية والإحالة على التقاعد مع الشعور بالوحدة الناتج عن فقدان أو غياب الأبناء (تامملت، 2012: 110-112).

«من مراحل نمو الذات عبر الحياة تبين لنا أن تقدير الذات من بين السمات والخصائص الهامة في شخصية الفرد، و التي تتطور بمرور الزمن أي انه غير ثابت وتتدخل عوامل عدة حتى يتبلور في شكله النهائي، إلا انه مع كل مرحلة يكتسي نموذجا آخر وفي الآن نفسه مكملا لما قبله، وهو الأمر الذي يدعونا للقول انه من الواجب مراعاة تلك العوامل التي تسهم في الرفع من تقدير الذات وتعمل على نموه وتطوره إلى الأفضل، أو ما يطلق عليه بتقدير الذات الإيجابي المستمر، وهذا الأخير هو المحفز والمحرك الأساسي لجدارة واثبات ذات الفرد وصولا إلى قمة الهرم كما قال ماسو الا وهي تحقيق الذات.

3.2. بعض المفاهيم المرتبطة بتقدير الذات:

1.3.2. مفهوم الذات:

يدل هذا المفهوم على الصورة الكلية (الأفكار والمشاعر) التي يحملها الفرد عن نفسه، وهذه الصورة تتكون من خلال تفاعل الفرد مع من يتواجد في محيطه الاجتماعي.

(عسكر، 2009: 156).

قدم كوبر سميث تعريفا للتفرقة بين مفهوم الذات وتقدير الذات تم إيجازه كالاتي:

مفهوم الذات يشمل مفهوم الشخص و آرائه عن نفسه بينما تقدير الذات يتضمن التقييم الذي يضعه الفرد لنفسه وبنفسه ويعمل على المحافظة عليه، أي أن تقدير الذات هو حكم فردي على درجة كفاءته الشخصية كما يعبر عن اتجاهات الفرد نحو نفسه ومعتقداته عنها، وهكذا يكون تقدير الذات بمثابة خبرة ذاتية ينقلها الفرد إلى الآخرين عن طريق التقارير اللفظية ويعبر عنها بالسلوك الظاهر. (خلال، 2012: 77).

2.3.2. تحقيق الذات:

عملية تنمية قدرات ومواهب الذات الإنسانية وفهم الفرد لذاته وتقبله لها، مما يساعد على تحقيق الاتساق والتكامل والتناغم ما بين مقومات الشخصية وتحقيق التوافق بين الدافع والحاجة الناتجة عن ذلك (خوجة، 2009: 110).

3.3.2. صورة الذات:

تتأثر الصورة الجسمية للفرد بخصائصه الموضوعية مثل الحركة، الحجم، السرعة، التناسق العضلي، وهذه الخصائص تعتمد على معايير ذاتية كنظرة الفرد لنفسه، فالصورة الجسمية هي بمثابة الخصائص الاجتماعية والمتمثلة في نظرة الآخرين له وتقييمهم له بين الحسن والقبيح (خاضر، 2010: 32).

4.3.2. دينامية الذات:

هي عبارة عن بناء مركب من خبرة الطفل الخاصة لنواحي الاستحسان أو عدم الاستحسان والثواب والعقاب من الآخرين، ويشبه سوليفان دينامية الذات بوظيفة الميكروسكوب الذي يرى من خلاله مشاعر الآخرين نحوه، فيعمل على التركيز على كل ما يسبب له استحسانا من جانبهم وان يتجنب كل ما قد يجلب له عدم الاستحسان، ويمثل هذا المفهوم جانبا أساسيا من جوانب مفهوم الذات أو بناء الذات (علوطي، 2008: 77).

5.3.2. تحقير الذات:

هو شعور المرء بالدونية وإحساسه بالإهمال مما يجعله يقلل من شأن ذاته، وتقوم كنتيجة عدم إشباع الفرد لحاجاته في الانتماء وحاجات الحب والقبول الاجتماعي وحاجات التقدير التي ذكرها ما سلو، من خلال هرم الحاجات وان عدم اشباعها واحباطها يؤدي الى احباط المرء لذاته. (بن شعلال، 2010: 80).

6.3.2. تقبل الذات:

حسب موسوعة علم النفس فان تقبل الذات هو رضا الفرد عن نفسه وعن صفاته وقدراته وادراكه لحدوده، اي ان الفرد يحتاج الى معرفة نماذج كل السمات التي جعلت منه فردا متميزا، وكلما أمعن في تفهم ذاته ومعرفة نواحي الضعف فيه ونواحي القوة كلما ازداد عمقا في محاولته لتقبل ذاته. (إسماعيل، 2010: 635).

7.3.2. احترام الذات:

عاطفة تدفع المرء إلى إبعاد كل ما يمس ذاته وإلى صونها من كل أذى مادي أو معنوي يحتمل أن يلحق بها، وإلى الدفاع عنها من كل ما يحط من شأنها في نظر المرء نفسه، كما تملي عليه ضروبا معينة من السلوك وكفه عن أخرى بحيث يتماشى سلوكه مع فكرته عن نفسه واحترامه لها (خمنو، 2009: 81).

8.3.2. توكيد الذات:

هو قدرة الفرد على التعبير الملائم (لفظا وسلوكا) عن مشاعره وأفكاره و آرائه تجاه الأشخاص والمواقف من حوله والمطالبة بحقوقه "التي يستحقها" دون ظلم أو عدوان، وهو يتضمن عدة أمور مثل الحصول على الاحترام والتعبير عن مشاعر الغضب والشعور بالراحة والتمتع بالحقوق الشخصية والتواصل مع الآخرين (خيري، 2014: 49-50).

9.3.2. تقييم الذات:

هو الحكم الفردي الذي يضعه الفرد لنفسه بحيث يكون منسجما مع خصائصه الجسمية والانفعالية والعقلية والاجتماعية، و التي تعكس الصورة الطليقة لسلوكه وتصرفاته اتجاه الآخرين (عامر، 2005: 35).

10.3.2. تقدير الذات المشروط:

يناقش دايكمان (Deskman) مفهوم تقدير الذات المشروط واقترح أن الناس الذين يسعون وراء الإثبات لديهم إحساس بتقدير الذات المشروط، أنهم يشعرون أن لهم قيمة إذا نجحوا ويتدنى شعورهم بقيمتهم إذا فشلوا. (دويك، ب س: 95)

4.2. أبعاد تقدير الذات:

لقد تعددت أبعاد تقدير الذات من باحث لآخر ويمكن ذكر في هذا المقام ما يلي:

❖ أشار ماسلو في نظريته عن الحاجات الإنسانية والتي تعد الحاجة إلى التقدير إحداها

وتشمل على بعدين هامين هما:

1. السمة: وهي تشير إلى مفهوم الهوية والمكانة (أو أن سمعة الفرد قد تحققت في أعين الآخرين).

2. **تقدير الذات:** يشير إلى مشاعر الشخص الخاصة بالأهلية والثقة حيث يعكس تقدير الذات أكثر من السمعة والهبة، فهو يعكس الرغبة في الإحساس بالقوة والانجاز والثقة والكفاءة في مواجهة العالم والاستقلال والحرية.

بهذا يكون رأي ما سلو" أن تقدير الذات مفهوم ثنائي البعد حيث يشير أحد البعدين إلى جانب اجتماعي متمثل في تقدير الآخرين للفرد ومكانة الفرد عندهم ويشير البعد الآخر إلى بعد ذاتي متمثل في رغبة الفرد في تحقيق الإحساس بالكفاءة والقوة والثقة والحرية وغيرها من المشاعر الذاتية.

❖ كذلك يشير دينز (Déniez) إلى رؤية أخرى لأبعاد تقدير الذات لدى الفرد إذ يرى أنه يتكون من جزأين أساسيين هما:

1. **تقدير الذات الشامل:** ويشمل على إحساس الفرد العام باحترام الذات بصفة عامة لذاته الكلية في جميع المواقف وتقييمه لجدارته وفعالته في القيام بكفاءة الأدوار التي يمارسها في حياته.

2. **تقدير الذات الخاص:** والذي يتمثل في الشعور بالجدارة أو عدم الجدارة في مواقف معينة، إذ يشير هذا البعد إلى تقدير الفرد لذاته في المواقف النوعية المختلفة والتي قد ينجح في اجتياز بعضها، فينعكس ذلك ايجابيا على تقديره العام لذاته أو يفشل في اجتياز بعضها ولا يستطيع تجنب تأثير هذا الفشل، فقد ينعكس ذلك سلبيا على تقديره العام لذاته (سهل، 2009: 97-98).

❖ وقد حددت صافية جيدة أبعادا لتقدير الذات تتمثل فيما يلي:

1. **البعد الأسري:** ويعبر عن تقدير الفرد لذاته كما يظهر من خلال التفاعل الاسري.

2. **البعد الأكاديمي:** ويعبر عن تقدير الذات عند الفرد المستخلص من خبرات النجاح والفشل في المدرسة.

3. **بعد الأقران:** ويعبر عن تقدير الذات عند الفرد في ضوء علاقته مع أقرانه.

4. **البعد العام:** ويعبر عن التقدير الشامل للذات.

❖ وقد وضع شافيلسون وزملاؤه (Shavelsen et al) تصورا هرميا لتقدير الذات يبدأ بتقدير الذات العام، ثم ينبثق منه بعدان رئيسان الأول يتصل بالتحصيل و الثاني بالجوانب

الاجتماعية و الانفعالية و البدنية ،و ينبثق أخيرا من كل بعد من الأبعاد مجموعة من الأبعاد الفرعية، فيقسم بعد التحصيل إلى المواد الدراسية و البعد الاجتماعي إلى الزملاء و الأشخاص ذوي الأهمية، و البعد الانفعالي إلى المواقف الوجدانية المحددة و البعد البدني إلى المظهر البدني و القدرة البدنية ،ثم ينقسم كل بعد من الأبعاد الفرعية إلى مجموعة من الأبعاد النوعية وقد كشفت نتائج التحليل العاملي التي قام بها كل من كورتني وفلمنج (Fleming et Courtney) إلى وجود 05 أبعاد لتقدير الذات تتفق في عمومها مع الأبعاد الرئيسية لشا فيلسون و زملائه وهي:

اعتبار الذات، الثقة الاجتماعية ،والقدرات المدرسية والمظهر البدني والقدرات البدنية أما البعد الانفعالي فهو الأقل بروزا في تصور فلمنج وكورتني.

(خضر، عبد الرحمن، 2008: 92-93).

5.2. مستويات تقدير الذات:

يخضع تقدير الذات إلى مستويين، التقدير المرتفع للذات (الايجابي) والتقدير المنخفض (السلبى).

1.5.2. التقدير المرتفع للذات:

هو أن ينظر المرء إلى ذاته نظرة ايجابية ويحترمها وهي أكثر الأدوات التي يمكن أن يستخدمها الفرد للحصول على حالة التوافق، فيستطيع أن يفتح المواقف الجديدة والصعبة دون أن يشعر بالحزن والانهيال وينقسم تقدير الذات المرتفع إلى:

أ. **تقدير ذات مرتفع مستقر:** فالفرد الذي يمتاز بتقدير ذات مرتفع مستقر لا تؤثر فيه إحداث الحياة اليومية بشكل عميق لذلك لا يبذل الكثير من الجهود والوقت في الدفاع عن نفسه أو التبرير، وتقبل موضوعي للانتقادات وكثير الطموح.

ب. **تقدير ذات مرتفع غير مستقر:** يبذل الفرد طاقة كبيرة في التبرير أو الدفاع عن النقد أو الفشل، يتقبل الانتقادات لكن بشكل انفعالي هدفه دائما النجاح والتقدم للأمام.

2.5.2. التقدير المنخفض للذات:

ويمكن وصفه عامة بأنه الشخص الذي يفقد الثقة في قدراته وهو الذي يكون يائسا لأنه لا يستطيع أن يحدد حلا لمشكلته أو مشاكله وهو يعتقد أن معظم محاولاته تبوء

بالفشل ويتوقع أن يكون مستوى أدائه منخفضا ويفترض انه لا يمكنه أن يحقق النجاح وليس جديرا بالاعتبار، وينقسم تقدير الذات المنخفض إلى:

أ. **تقدير ذات منخفض مستقر:** وهي حالة انفعالية دوما سلبية لا يبذل الفرد أي جهد في تغيير تقدير الذات نحو الأفضل مع التأكد بعدم النفع أو عدم القدرة على تحقيق الأهداف الشخصية.

ب. **تقدير ذات منخفض غير مستقر:** وهي حالة انفعالية سلبية لكن يبذل مجهودات لتحقيق تقدير الذات والرغبة في تحقيق المشاريع والنجاح الشخصي. (شبلي، 2009: 52-54).

6.2. النظريات المفسرة لتقدير الذات:

هناك العديد من النظريات المفسرة لتقدير الذات والتي يمكن حصرها في (3) نظريات أساسية، مع العلم أن هناك نظريات خاصة بالذات والتي لم نوردتها في هذا المجال لأنها ليست ضمن نطاق بحثنا، هذا من جهة ومن جهة أخرى فانه عمدنا إلى هذا من اجل الدقة العلمية وضبط المصطلحات الخالية من الحشو والإطناب، وتشمل الثلاث نظريات كل من نظرية كوبر سميث ونظرية روزنبورج وزيلر وهي مفصلة كالآتي:

1.6.2. نظرية كوبر سميث (Cooper Smith):

تمثلت أعمال كوبر سميث في دراسته لتقدير الذات عند الأطفال ما قبل المدرسة الثانوية وقد ميز بين نوعين من تقدير الذات هما:

تقدير الذات الحقيقي ويوجد عند الأفراد الذين يشعرون بالفعل أنهم ذو قيمة، وتقدير الذات الدفاعي ويوجد عند الأفراد الذين يشعرون أنهم ليسوا ذو قيمة ولكنهم لا يستطيعون الاعتراف بمثل هذا الشعور والتعامل على أساسه مع أنفسهم ومع الآخرين.

وقد افترض كوبر سميث (04) مجموعات من المتغيرات تعمل كمحددات لتقدير الذات وهي (النجاحات، القيم، الطموحات، الدفاعات).

كما توصل إلى انه هناك ثلاث حالات من الرعاية الوالدية تبدو مرتبطة بنمو المستويات الأعلى من تقدير الذات وهي:

- تفعيل الأطفال من جانب الآباء.

- تدعيم سلوك الأطفال الايجابي.

- احترام مبادرة الأطفال وحريتهم في التعبير من جانب الآباء. (عبد الرحيم، 2012: 29)

ويرى كوبر سميث أن تقدير الذات يتضمن كلا من عمليات تقييم الذات و ردود الأفعال و الاستجابات الدفاعية، و على عكس روزنبرج لم يحاول كوبر سميث ان يربط اعماله في تقدير الذات بنظرية اكبر و اكثر شمولاً، و لكنه ذهب الى ان تقدير الذات مفهوم متعدد الجوانب، ولذا فان علينا الا نغلق داخل منهج واحد او مدخل معين لدراسته بل علينا ان نستفيد منها جميعاً لتفسير الواجه المتعددة لهذا المفهوم ،و يؤكد كوبر سميث بشدة على اهمية تجنب فرض الفروض غير الضرورية و يقسم تعبير الفرد عن تقديره لذاته الى قسمين: التعبير الذاتي وهو ادراك الفرد لذاته ووصفه لها، و التعبير السلوكي وهو يشير الى الاساليب السلوكية التي تفصح عن تقدير الفرد لذاته والتي تكون متاحة للملاحظة الخارجية (مغلاوي، 2010: 47).

2.6.2. نظرية روزنبرج (Rosenberg 1965):

تدور أعمال روزنبرج حول محاولته دراسة نمو ارتقاء سلوك تقييم الفرد لذاته وذلك من خلال المعايير السائدة في الوسط الاجتماعي المحيط به، وقد اهتم بصفة خاصة بتقييم المراهقين لذواتهم وأوضح انه عندما نتحدث عن التقدير المرتفع للذات فنحن نعني أن الفرد يحترم ذاته و يقيّمها بشكل مرتفع، بينما تقدير الذات المنخفض أو المتدني يعني رفض الذات أو عدم الرضا عنها.

لذلك نجد أن أعمال روزنبرج قد كانت حول دراسة نمو ارتقاء سلوك تقييم الفرد لذاته وسلوكه من زاوية المعايير في الوسط الاجتماعي للفرد، ووضع دائرة اهتمامه بعد ذلك بحيث شملت دينامية تطور صورة الذات الايجابية في مرحلة المراهقة واهتم بالدور الذي تقوم به الأسرة في تقدير الفرد لذاته.

و اعتبر روزنبرج ان تقدير الذات مفهوم يعكس اتجاه الفرد نحو ذاته وطرح فكرة ان الفرد يكون اتجاهات نحو كل الموضوعات التي يتعامل معها و يخبرها ،و ما الذات الا احد هذه الموضوعات ويكون الفرد نحوها اتجاهها لا يختلف كثيراً عن الاتجاهات التي يكونها نحو الموضوعات الاخرى، و لو كانت اشياء بسيطة يود استخدامها و لكنه فيما

بعد عاد واعترف بان اتجاه الفرد نحو ذاته يختلف- ولو من الناحية الكمية- عن اتجاهاته نحو الموضوعات الأخرى، معنى ذلك ان روزنبورج يؤكد ان تقدير الذات هو التقييم الذي يقوم به الفرد ويحتفظ به عادة لنفسه وهو يعبر عن اتجاه الاستحسان او الرفض.

(بورنان، 2011 : 78-79).

3.6.2. نظرية زيلر (Ziller 1969):

اعتبر زيلر تقدير الذات بناء اجتماعيا للذات ونظر إليه من زاوية المجال في الشخصية و أكد أن تقييم الذات لا يحدث في معظم الحالات إلا في الإطار المرجعي الاجتماعي، و أن تقدير الذات يشغل المنطقة المتوسطة بين الذات و العالم الواقعي ولهذا فان تقدير الذات هو العامل الذي يحدد نوعية التغيرات التي ستحدث في تقييم الفرد لذاته، حسب هذه النظرية فان تقدير الذات مفهوم يرتبط بين تكامل الشخصية من ناحية و قدرة الفرد على الاستجابة لمختلف المثيرات التي يتعرض لها من ناحية أخرى، و لهذا فقد افترض "زيلر" ان الشخصية التي تتمتع بدرجة عالية من التكامل تحظى بدرجة عالية من تقدير الذات، وهذا ما يساعدها على ان تؤدي وظائفها بدرجة عالية الكفاءة في الوسط الاجتماعي الذي توجد فيه.(علاونة، 2012 : 24).

لقد تناولت النظريات الثلاث تقدير الذات من زوايا مختلفة فلقد ذهب كوبر سميث الى ان تقدير الذات مفهوم متعدد الجوانب ،فهو بذلك لم يربط اعماله بنظرية اكبر واكثر شمولاً، على عكس روزنبورج الذي عمد الى دراسة نمو ارتقاء سلوك تقييم الفرد لذاته وسلوكه من زاوية المعايير السائدة في الوسط الاجتماعي المحيط بالفرد، مركزاً على الدور الذي تلعبه في تقدير الذات وهذه هي نقطة الاشتراك بينه وبين كوبر سميث، الذي ربط بين حالات الرعاية الوالدية ونمو مستويات تقدير الذات ، اما زيلر فان تقدير الذات عنده مفهوم مرتبط بين تكامل الشخصية من ناحية وبين قدرة الفرد على ان يستجيب لمختلف المثيرات التي يتعرض لها من ناحية أخرى، وهو بذلك يؤكد على العامل الاجتماعي وهو ما اعطى مصطلح تقدير الذات الاجتماعي على أساس ان المناهج الأخرى حسبه في دراسة الذات لم تعطي العوامل الاجتماعية حقها في نشأة مفهوم تقدير الذات ، وهذا الاختلاف بين النظريات فانما يدل على أهمية مفهوم تقدير الذات فلقد ركز كل باحث

في نظريته لتقدير الذات على جانب يراه ذا أهمية بالغة ، و اذا ما نظرنا الى النظريات ككل نجد انها تكمل بعضها البعض لتبرز لنا جوهر وفاعلية تقدير الذات عند الفرد.

7.2. طرق قياس تقدير الذات:

لقد استخدم العلماء و الباحثون اساليب و طرق متعددة اهمها:

1.7.2. التمييز السيمانتكي: وقد وضعه اوسجود (Osjeud et al) وزملاؤه ويقوم التمييز السيمانتكي على استخدام مجموعة من الصفات ووضع كل صفتين متضادتين على محور واحد بينهما مقياس متدرج من (05) أو (07) نقاط ، وعلى المستجيب أن يعبر عن رأيه بوضع علامة على هذا المقياس المتدرج بناء على تقديره لدرجة قربه أو بعده من أحد القطبين.

2.7.2. الملاحظة: لقد استخدمت الملاحظة في قياس تقدير الذات فقد وضع سافن و جاكويش (Savin et Jaquich) قائمة ببعض المظاهر السلوكية التي يمكن أن يتميز بها من يتمتع بتقدير منخفض للذات ، وبعد تطبيق القائمة أمكن لهما التحقق من صدق وثبات هذه الطريقة في قياس تقدير الذات ، وذلك بحساب معامل الارتباط بين تقديرات المحكمين ومقاييس التقدير الذاتي.

3.7.2. أساليب التقدير الذاتي: حيث استخدمت هذه الأساليب في قياس تقدير الذات ويمثل هذا مقياس كوبر سميث ومقياس روزنبورج ، و يقوم هذا الاسلوب على ان يقدر الشخص ذاته بوضع علامة على مقياس متدرج امام كل عبارة من عبارات مقياس تقدير الذات. (عابد، 2002: 24)

8.2. العوامل المؤثرة في تقدير الذات:

يتأثر تقدير الذات بالعديد من العوامل والتي يمكن إجمالها في عاملين أساسيين تنطوي تحت كل عامل مجموعة من العوامل والتي سنوردها كالاتي:

1.8.2. العوامل الشخصية:

وتتمثل العوامل الداخلية للشخصية المؤثرة على تقدير الفرد لذاته في متغيرين هما:

1. متغيرات نفسية عقلية:

إن العوامل الداخلية تؤثر على تقدير الفرد لذاته خاصة في مرحلتي المراهقة والنضج، حيث يبدأ الفرد يهتم بشكله خاصة من الناحية الجسمية والعضوية، وهنا يبدأ يقارنه مع غيره من الأفراد بالخصوص الذين من سنه، فإذا لاحظ أي اختلاف في مظهره وخاصة في حالة النقص فإنه يحصل له انخفاض في تقدير الذات، وتصبح لديه بعض الحالات النفسية والسلوكيات الغريبة مثل التهرب وعدم تقبل ذاته ونبذها واحتقارها.

ولهذا نجد أن النمو العقلي السليم يساعد على ارتفاع مستوى تقدير الذات والذي يساعده على تشكيل مفهوم واضح عن ذاته، فمثلاً إذا اعتقد انه ذكي فهذا يؤدي إلى تكوين ونمو القابلية الذهنية والعقلية، وهذا ما يجعل له ثقة عالية بنفسه، وبالتالي يصبح له تقدير مرتفع للذات أما التأخر العقلي فيؤدي إلى الشعور بالنقص وبالتالي انخفاض في تقدير الذات، حيث يؤكد الكثير من الباحثين أن كل من المتغير النفسي والعقلي لهما دور أساسي في التأثير على تقدير الفرد لذاته، فحسب كارل روجرز عن المرض النفسي ينشا عن الهوة بين الذات الواقعية والذات المثالية.

2. متغيرات الجنس:

أما بالنسبة لتأثير عامل الجنس على تقدير الذات فقد اهتم عدة باحثين بدراسته وذلك لحصر الاختلافات بين الذكور والإناث في سمة تقدير الذات، وفي هذا المجال توصلت بعض الدراسات إلى وجود فروق بين الجنسين وأخرى توصلت إلى عدم وجود فروق بين الجنسين ومن بين هاته الدراسات نجد:

دراسة جالا جاس (Galagas 1994) حيث توصل إلى أن الجنس ليس له تأثير على تقدير الذات والرفاهية النفسية، وان سيرورة الضغط تجري بصفة متشابهة عند الجنسين في حين، توصل انجل (Engel 1959) إلى وجود فروق بين الجنسين لصالح الذكور وعلى العكس من ذلك توصل ستلسون (Stilson 1984) إلى وجود اختلاف في تقدير الذات لصالح الإناث.

أما ما كوبي (Maccoby 1975) فقد كانت نتائج دراسته مختلفة جدا عن سابقها حيث توصل إلى أن تقدير الذات يتساوى لدى الذكور والإناث حتى مرحلة الطفولة المتأخرة (9-13 سنة)، وتختلف دلالة تقدير الذات لصالح الذكور والإناث في مرحلة الرشد.

2.8.2. عوامل المحيط الاجتماعي:

هناك عدة عوامل خارجية تؤثر على شعور الأفراد اتجاه أنفسهم من خلال المحيط الاجتماعي الذي يعيشون فيه ويمكن تقسيم هاته العوامل إلى قسمين هما:

1. دور الأسرة:

وهي تعتبر الجماعة الأولية التي توفر للطفل أكبر قدر ممكن من الحنان والعطف ويتوقف هذا على التكامل الانفعالي والعاطفي عند أعضاء الأسرة، وتعمل كذلك على توجيهه وإرشاد أبنائها فهم في حاجة إلى معرفة أن هناك حدودا معينة وضعت لتبين لهم ما يمكن وما لا يمكن فالأبناء يتعلمون من الأسرة ما عليهم من واجبات وما لهم من حقوق وكيف يستجيبون لمعاملة غيرهم، فقد توصل فريدمان (Friedman) في دراسته إلى أن تقدير الآباء لأبنائهم ينعكس على تقدير الأبناء لذواتهم وبالتالي يؤثر على انجازاتهم المدرسية.

2. دور المدرسة والجامعة:

هو المحيط الذي يتمثل في شعور الأفراد نحو كيفية تصنيفهم وترتيبهم وانضباطهم ومشاركتهم داخل المدرسة، وكذلك شعورهم نحو علاقتهم مع المعلمين والمربين وزملائهم.

إن العوامل الرئيسية التي يقوم عليها تقدير الذات تتغير باستمرار فعندما يصل المراهق إلى نهاية مرحلة الثانوية فإن القلق يكون بشأن ما يلي:

أ. القلق بشأن الامتحانات يزداد لديهم.

ب. تقل أهمية الشعبية الاجتماعية.

ج. تعطى أهمية لتقدير الفرد لذاته.

د. أما مع بداية مرحلة سن الرشد تعطى الأهمية أولا للنجاح بأية طريقة وكذلك تحقيق

الانجاز داخل المحيط الاجتماعي. (بوساق، 2008: 126-127).

نلاحظ أن المتغيرين اللذان تحدثت عنهما بوساق قد كانا غير مفصلين إذ توجد العديد من العوامل المؤثرة على تقدير الذات، و التي قد تتطوي تحت هذين العاملين، ويمكن إجمال العوامل الشخصية في عوامل خاصة بالفرد و العوامل الأخرى بعامل خاص بالمحيط الاجتماعي أو المجتمع، ومن العوامل التي لم تتطرق إليها الباحثة والمؤثرة على تقدير الذات نذكر: الصورة الجسمية، اللغة المستخدمة مع الفرد وكذا المعاملة الوالدية و التي تدرج ضمن دور الأسرة، لكن لم تتطرق إليها بالشرح الوافي، إضافة إلى المستوى الاقتصادي و الاجتماعي للفرد وترتيبه الميلادي أو الأسري... الخ، و التي من شأنها التأثير على مستوى تقدير الذات، وكل العوامل التي تطرقت إليها بوساق يمكن أن تسهم في الرفع من تقدير الذات، كما يمكن أن تعمل على تدني مستوى تقدير الذات وهذا الأمر يختلف من فرد إلى آخر.

2. 9. أهمية تقدير الذات:

يعتبر تقدير الذات من أهم العوامل المؤثرة في حياة الفرد فهو الدافع لتأكيد الذات وتحقيق النجاحات الشخصية، حيث يعد بعدا هاما من أبعاد الشخصية، إذ يؤكد روجرز أن تحقيق الذات يرتبط ارتباطا وثيقا بكل من الواقع ومفهوم الذات المدرك لدى الفرد (الطريقة التي يدرك بها الفرد ذاته)، ومفهوم الذات لدى الفرد يصبح مشوها بسبب الحاجة للحصول على رضا الآخرين، والذي يؤدي إلى اغتراب الفرد عن معتقداته ورغباته الصحيحة وقمع تلك النزعة لتحقيق الذات. (يوسف، 2012: 75).

ويرى جلبرت (Gilbert) أن التقدير الذاتي هو المحتوى العاطفي للمفهوم والذي نكونه عن أنفسنا (المفهوم الذاتي)، ويتمثل فيه الجوهر الحقيقي للشخصية الإنسانية فتقدير الذات هو العنصر الأشد حسما من ناحية التأثير على الأداء الإنساني ككل.

ويلعب تقدير الذات دورا مهما في تحقيق الصحة النفسية للفرد ومن العلماء الذين تحدثوا عن الذات كمؤشر للصحة النفسية روث وايلي (Ruth Willey)، فقد أوضحت أن المصابين باضطرابات نفسية يعانون في الغالب من مشاعر التقاهة ودنو المرتبة وعدم

الكفاءة والعجز عن مواجهة الصعاب ،واقبل مقاومة لضغوط الحياة وأكثر استخداما للحيل الدفاعية.

ولتقدير الذات الايجابي تأثير عميق على جميع جوانب حياتنا والكيفية التي نؤدي بها في موقع العمل والطرق التي نتعامل بها مع الناس وقدرتنا على التأثير على الآخرين ومستوى سلامتنا من الناحية النفسية والاجتماعية.(الزيدي،2009: 39-41)

ويقول بيك (Becke 1971)إن دوافع السيطرة عند الفرد ماهي إلا تعبيراً عن الحاجة إلى تقدير ذاته ،واغلب الباحثين يؤكدون على أن تقدير الذات السوي أو السليم هو الذي يسمح للفرد أن يتكيف وبالتالي يجلب الإحساس بالأمن ويسمح له بتوظيف طاقته النفسية نحو معرفة حقائق الحياة.(يونسى،2012: 84).

3. التشوهات الخلقية:

تؤثر التشوهات الخلقية على شكل الجسم وعن وظيفته وبما أنها خلقية فإنها تحدث في المراحل الأولى لتشكل الجنين، وتختلف شدة خطورتها فقد تكون خطيرة وتؤدي للوفاة أو تكون أقل خطرا وبإمكان الفرد التعايش معها، ولتوضيح ذلك سنتناول في هذا الفصل عدة نقاط في بدايتها تعريف التشوهات الخلقية واهم الأسباب التي تؤدي إلى حدوثها، وكذا مختلف التصنيفات التي تطرق إليها الباحثين بالشرح ليختتم الفصل بمميزات المشوهين وما يواجهونه من مشاكل نفسية وثقافية وكل هذه العناصر يمكن إجمالها كالآتي:

1.3. تعريف التشوهات الخلقية:**1.1.3. تعريف المعجم التربوي:**

تشويه/ تشوه، هو أي تشويه في الجسم أو في أجزاء معينة منه بحيث يعتبر مشوها أو قبيح الشكل وقد يكون مصحوبا في بعض الأحيان بفقدان ذلك الجزء لوظيفته .

(القيسي، 2010: 152)

2.1.3. تعريف موسوعة علم النفس:

تعرف التشوه على انه أي نقص أو عيب يعترى الجسم والعقل والسلوك ويعرقل السير الطبيعي للأمر، سواء على سعيد انجاز الأعمال أو بالنسبة للتعلم وتحدث تخلفا في النمو الجسمي لأسباب وراثية (زروق، 1979: 204).

3.1.3. تعريف الحكومة الفيدرالية بالولايات المتحدة الأمريكية 1977:

إصابة بدنية شديدة تؤثر على الأداء الأكاديمي للطفل بصورة ملحوظة وتشمل هذه الفئة الإصابات الخلقية (مثل تشوه القدم، أو فقدان أحد أعضاء الجسم... الخ) والإصابات الناتجة عن الأمراض (مثل شلل الأطفال، وسل العظام)، وتلك الإصابات الناتجة عن أسباب أخرى (مثل الشلل المخي، أو بتر الأعضاء، الكسور، التمزق والحروق التي تؤدي إلى تقلص العضلات...). (سليمان، 1999: 130).

4.1.3. تعريف صالح علي:

التشوه الخلقي هو عيب خلقي ناتجة عن اضطراب الخصائص الوراثية أو الظروف البيئية، التي تؤثر على نمو الجنين في رحم الأم مثل التدخين والأدوية والأشعة المضرة على الجنين أثناء نموه. (صالح، 2014: 92).

5.1.3. أما (بريالة هناء، 2013: 46) فعرفته كالتالي: يعتبر التشوه كإصابة تحدث بجسم المرء من الخارج أي أن نتائج الإصابة تتبدى في الخارج وتؤثر بشكل ما في سلوكه الظاهر من ذلك مثلا كإصابة في العينين أو الأذنين بالتلف أو بتر أحد الأطراف أو قد يولد الشخص هكذا بتشوه خلقي، ونستطيع أن نقول أن التلف الذي يصيب الأعضاء الداخلية كالقلب أو الكبد لا يدخل في نطاق التشوهات بل يدرج في نطاق الأمراض فشرط التشوه أن يكون ظاهرا ويكون له أثر في السلوك الظاهري للفرد.

6.1.3. وهناك من عرف التشوه الخلقي على أنه إعاقة حركية خلقية فاعتبروا التشوه انه تلك الإعاقات التي تولد مع الطفل وتكتشف منذ الولادة أو بعد الولادة، وتعود أسبابها غالبا إلى الوراثة وهي عبارة عن إعاقة عضوية يترتب عليها إعاقة وظيفة عضو أو أكثر من أعضاء الجسم منذ ولادته، أو ولادته ناقص الأطراف مثل تقوس الساقين (القدم الحنفاء) وهشاشة العظام، الأطراف القصيرة والمعقودة والمشوهة والشلل بكافة أنواعه وغير ذلك من أنواع التشوهات الخلقية (بدره، عبيد: 2001).

نلاحظ أن تعريفات التشوهات الخلقية قد تباينت من باحث لآخر وذلك حسب الأطر النظرية، في حين تناوله صالح علي كمرادف للعيوب الخلقية فقد اعتبرته موسوعة علم النفس كنقص أو عيب يعرقل السير الطبيعي للنمو، أما بدره وعبيد فقد اعتبرته من ضمن الإعاقة الحركية الخلقية وركزتا في تعريفهما للتشوه على كلمة الإعاقة، في حين توجد الكثير من التشوهات الخلقية التي لا تصاحبها إعاقة حركية مثل تشوهات الوجه و التحذب، هذا من جهة ومن جهة أخرى فان الباحثة بريالة هناء ركزت على الإصابة الخارجية و اعتبرت أن التشوه الخلقي هو كذلك إن كان ظاهريا فقط و أهملت الآثار النفسية للتشوه والتي تعتبر أهم من مكان وموقع الإصابة، و أضافت تأثير التشوه على السلوك الظاهري على انه مهما كان نوع التشوه سواء تشوه على مستوى الأعضاء الداخلية كالقلب

أو الخارجية كالأطراف له بكل تأكيد تأثير على السلوك الظاهري، ولكن هذا التأثير يختلف من شخص لآخر ومن شخصية إلى أخرى حسب بنية الفرد ونوع التشوه سواء أكان هذا التأثير ظاهرياً أو غير ظاهري وهذا الأخير هو الأخطر والذي يحتاج إلى دراسة أعمق وأوسع، أما تعريف الحكومة الفدرالية فنلاحظ أنها اعتبرت كل من الإصابات الخلقية و المكتسبة ضمن فئة الإعاقة البدنية.

2.3. تصنيف التشوهات الخلقية:

تعتبر التشوهات الخلقية من ذوي الفئات الخاصة ويوجد أكثر من تصنيف لها سواء من قبل هيئات عالمية أو علمية أو من قبل العلماء والباحثين ومن أهم هذه التصنيفات ما يلي:

1.2.3. ما ورد في قانون التربية للأفراد المعوقين بالولايات المتحدة (IDEA 1994):

إن هناك 13 فئة من فئات الإعاقة تقدم لها الخدمات وتشمل:

1. التوحد، 2. الإعاقة الحسية المزدوجة، 3. الصمم، 4. ضعف السمع، 5. التخلف العقلي، 6. الإعاقات المتعددة، 7. الإعاقات البدنية، 8. الإعاقات الصحية، 9. الاضطرابات الانفعالية الشديدة، 10. صعوبات التعلم، 11. اضطرابات النطق واللغة، 12. الإصابات الدماغية، 13. الإعاقة البصرية.

2.2.3. ما اقره المؤتمر القومي الأول للتربية الخاصة (1995) ينتمي إلى فئة أو أكثر من

الفئات التالية:

1. التفوق العقلي، والموهبة الإبداعية.
2. الإعاقة البصرية بمستوياتها المختلفة.
3. الإعاقة السمعية، الكلامية، اللغوية بمستوياتها المختلفة.
4. الإعاقة الذهنية بمستوياتها المختلفة.
5. الإعاقة البدنية والصحية الخاصة.
6. التأخر الدراسي وبطيء التعلم.
7. صعوبات التعلم الأكاديمية و النمائية.
8. اضطرابات التعلم الأكاديمية و النمائية.

9. الاوتيسية الاشتراكية والتوحدية. (منيب، 2010: 35-36)

3.2.3. تصنيف قانون التربية (IDEA2004):

صنف قانون التربية سنة (2004) قائمة أخرى للإعاقات الجسدية هي مفصلة كالاتي:

1. إعاقات عصبية حركية وتضم كل من:

- عيوب القناة العصبية.

- الشلل الدماغي.

- اضطرابات اختلاجية.

- إصابات الدماغ الناتجة عن الصدمة.

2. الأمراض الانتكاسية وتضم نوعين:

- حثل عضلي.

- ضمور عضلي شوكي.

3. الاضطرابات العظمية والعضلية:

- التهاب المفاصل لدى الأحداث.

- انحناءات العمود الفقري.

- تشوهات الأطراف.

- حالات الورك.

- حالات عضلية عظمية/ نقص تكوين العظام. (محمود، 2013: 543-544).

4.2.3. تصنيف المراجعة العاشرة للتصنيف الإحصائي الدولي للأمراض والمشكلات

المتعلقة بالصحة (ICD10):

تدرج المراجعة العاشرة للتصنيف الإحصائي الدولي للأمراض و المشكلات المتعلقة

بالصحة العيوب الولادية في الفصل السابع عشر (17) تحت عنوان "التشوهات الخلقية

و الشذوذات الصبغية " وترد في الفصول الأخرى العيوب الولادية من قبيل الأخطاء

الاستقلابية الخلقية واضطرابات الدم الناشئة في مرحلة الحمل، ويمكن تعريف العيوب

الخلقية على أنها الشذوذات البنيوية أو الوظيفية بما فيها الاضطرابات الاستقلابية الموجودة

منذ الولادة، وينطوي مصطلح الاضطراب الخلقي على التعريف نفسه و يجري استخدام كل من هذين المصطلحين للإشارة إلى المصطلح الآخر دون فرق بينهما .

وبصرف النظر عن التعريف فإنه يمكن للعيوب الولادية أن تتسبب في حدوث إجهاض تلقائي وحالات املاص، وتعد هذه العيوب سببا هاما حتى وان قل الاعتراف به في حدوث العجز لدى الرضيع والأطفال دون الخامسة ويمكن لها أن تهدد الحياة وان تؤدي إلى العجز في الأمد الطويل ،كما يمكن لها أن تلحق الضرر بالأطفال والأسر ونظم الرعاية الصحية والمجتمعات (تقرير منظمة الصحة العالمية، 2010: 01).

5.2.3. تصنيف مصطفى القمش وفؤاد الجوالده:

هناك بعض الباحثين الذين اهتموا بمجال التشوهات الخلقية بالبحث والدراسة ومن

أبرزهم مصطفى القمش وفؤاد الجوالده اللذان وضعوا تصنيفا واضحا هو مفصل كالاتي:

1.إصابات الجهاز العصبي: وتشمل كل ما يلي:

- الشلل الدماغي.

- الشق الشوكي (الصلب المفتوح).

-إصابة الحبل الشوكي.

- الصرع.

- استسقاء الدماغ.

- شلل الأطفال.

- تصلب الأنسجة العصبية.

2.إصابات الهيكل العظمي: وتضم الآتي:

- تشوه وبتر الأطراف.

- تشوه القدم.

- عدم اكتمال نمو العظام.

- الخلع الوركي الولادي.

- التهاب المفاصل.

- التهاب المفاصل الرثياني.

- شق الحلق والشفة.
- ميلان وانحراف العمود الفقري.
- الكساح (لين العظام).
- 3. إصابات العضلات: وينطوي تحت هذا المحور عنصرين هما:

- ضمور العضلات.
- انحلال وضمور عضلات النخاع الشوكي.
- 4. الإصابات الصحية: والعناصر التي تشملها هي:
- التهاب الكيس التليفي أو الحويصلي.
- إصابات القلب.

- متلازمة داون. (الجوالده، القمش، 2012: 246).

ومن الملاحظ أن تصنيف قانون التربية قد اعتبر التشوهات الخلقية ضمن فئتين مختلفتين منفصلتين ألا وهما الإعاقات البدنية والإعاقات الصحية، في حين نلاحظ أن تصنيف المؤتمر القومي قد صنفها ضمن فئة واحدة (الإعاقة البدنية والصحية الخاصة) إضافة إلى بقية الإعاقات، ولقد صنفا الباحثان (القمش و الجوالده) التشوهات الخلقية في فئة المعاقين جسميا و صحيا و ذلك حسب موقع الإصابة أوالأجهزة المصابة، إلا انه ما تجدر الإشارة إليه إلى أنه لم نتطرق بالدراسة إلى تلك الأمراض و التشوهات التي تصاحبها مجموعة من الاضطرابات وخاصة في المجال العقلي والمعرفي و الانفعالي، و المتمثلة في (متلازمة داون و كل التشوهات الصبغية، الصرع، الشلل الدماغي...) وذلك كون أن تلك الاضطرابات الأنفة الذكر يصعب على الباحثة التواصل معهم فلا يمكن لفرد أن يجيب على بنود مقياس ما وهو يعاني تخلفا عقليا، وعلى هذا الأساس سيتم التطرق في العنصر الموالي إلى الشرح المفصل للتشوهات الخلقية الكبرى واهم العناصر التي تنطوي عليها بغرض تقديم صورة واضحة ومشروحة عنها وهاته التشوهات مفصلة كالآتي:

1. الإصابات العصبية:

1.1. الشلل الدماغي:

هو عبارة عن عجز في الجهاز العصبي المركزي العلوي يحدث بالذات في منطقة الدماغ وينتج عنه شلل يصيب جانبا واحدا إما الأطراف الأربعة جميعا أو السفلية فقط أو يصيب جانبا واحدا من الجسم (العنزي، 2011: 25).

وعند إصابة الدماغ فان العضلات في منطقة معينة تتأثر ويحدث لها انقباض وفي كل مفصل مثلا فان هناك مجموعة من العضلات تعمل باتجاه معين ومجموعة أخرى تعمل في الاتجاه المعاكس، وعند سيطرة مجموعة منها على الأخرى وبشكل مستمر فان الطرف أو المفصل يتخذ وضعية باتجاه العضلة المسيطرة مما يؤدي في النهاية إلى حدوث تشوهات جسمية دائمة. (مجيد، 2008: 254).

2.1. الشق الشوكي (الصلب المفتوح):

هو عبارة عن تشوهات خلقية يحدث عندما لا ينمو الحبل الشوكي أو تتحد أجزائه بشكل سليم في الأسابيع الأولى من حياة الجنين، يحدث الشق الشوكي نتيجة عدم التحام أو انغلاق نصفي القوس الفقرية، وبناء عليه فان الإصابة قد تحدث في أول و في نهاية العمود الفقري، حيث يتلف الحبل الشوكي، وبالتالي يحدث الشلل الذي يلتحق بأطراف الجسم

(الاعظمي، الريالات، 2014: 100).

ويصطلح على الشق الشوكي عدة تسميات منها الصلب المشقوق أو الصلب المفتوح أو الصلب المفلوج الأشرم أو عدم التئام الصلب، وهو تعبير طبي لعيب خلقي يحدث نتيجة عدم انغلاق قوس فقرة أو فقرات من العمود الفقري مما يؤدي إلى عيب في الفقرات.

(السيد فهمي، 2008: 269).

3.1. إصابات الحبل الشوكي:

من المعروف أن الحبل الشوكي يحتوي على عدد كبير جدا يصل إلى ملايين الخلايا و الشعيرات العصبية الدقيقة و التي تعمل على نقل و تحويل الأحاسيس و المعلومات من وإلى الدماغ، و الذي يقوم بدوره بتحليل هذه المعلومات ويرسل أوامره إلى الحبل الشوكي فالعضلات و الأجهزة الحركية للاستجابة، فإذا تعرض الحبل الشوكي لإصابة ما فان شدتها

تعتمد على مدى العطل أو الخلل الذي يطرأ على الحبل الشوكي و تختلف شدة الإصابة من بسيطة إلى شديدة ،فإذا كانت الإصابة محدودة على شكل تورم أو التهاب الأنسجة العصبية و الخلايا التي تغطي الحبل الشوكي فان أثرها يكون بسيطاً و يصبح معه علاج الإصابة و شفاؤها ممكناً.

4.1.الصرع:

الصرع عبارة عن عارض ناجم عن إطلاق مؤقت ومفرط للحركة العصبية في الدماغ والناجمة عن أسباب من داخل الرأس وخارجه وتحدث النوبة الصرعية بسبب الزيادة غير العادية في الحركة الكهربائية للدماغ وهذا الاضطراب الوظيفي في الدماغ نتيجة للنشاط الكهربائي القوي و الذي يؤدي إلى ظهور أعراض جسمية وعقلية وإدراكية.(الاعظمي، الريالات، 2014: 101).

5.1.الاستسقاء الدماغي:

يستخدم مصطلح الاستسقاء الدماغي للتعبير عن الزيادة في حجم السائل المخي الشوكي أو هوزيادة كمية السائل الذي يملا تجاويف المخ والنخاع الشوكي لدى الجنين (السيد فهمي، 2008: 287).

واحتجاز السائل يؤدي إلى كبر الجمجمة وزيادة الضغط التدريجي على خلايا الدماغ مما ينجم عنه إتلافها، وتعتمد شدة الإصابة وتعدها على مقدار السائل والضغط الذي يتركه السائل على خلايا الدماغ ،وتزداد الإصابة سوءاً بمرور الوقت خاصة إذا لم تتم معالجتها في مراحلها الأولية (الاعظمي، الريالات، 2014: 105).

6.1. شلل الأطفال:

المرض في صورته المعتادة يكون خطيراً لأنه ينجم عنه شلل والذي قد يتخذ صورة حقيقية يمكن تحملها مدى الحياة ،وقد يتخذ صورة خطيرة تؤدي إلى العجز التام في المواضع المصابة، انه أحد الأم وأوجاع ملايين البشر فهو يهاجم الجهاز العصبي المركزي مسبباً الشلل وضمور العضلات وتشوهها (السيد فهمي، 2008: 279).

7.1. تصلب الأنسجة العصبية:

ويطلق عليه أيضا بالتصلب المتعدد وهو مرض يصيب الجملة العصبية المركزية بانحطاط حركة العضلات وانحطاط تناسقه، مع تكس نهائي للنسيج العصبي وهو يؤثر على الجسم برمته وتتراوح أعمار الأشخاص المصابين بين (20) و(40) والغالبية العظمى من المرضى تكون إصاباتهم شديدة (السيد فهمي، 2008: 207).

8.1. عيوب الأنبوب العصبي:

تنشأ عيوب الأنبوب العصبي عن التطور غير الصحيح للأنبوب الظهرى أثناء تكوين الجنين، والأنبوب العصبي يتطور ليشكل الحبل الشوكي و الدماغ عند الطفل الرضيع وفي بداية الحياة الجنينية يكون الأنبوب العصبي مفتوحا، حيث ينغلق في نهاية الشهر الأول من الحمل، وتنتج عيوب الأنبوب العصبي عندما يحدث نقصا في أي جزء من هذه العملية التطورية، يؤثر على عظام العمود الفقري و الحبل الشوكي و الدماغ وهو يحدث في أي منطقة من الرأس إلى نهاية العمود الفقري، مما يؤدي إلى خروج الألياف الظهرية والى ضرر الأعصاب و الشلل وعدم القدرة على تحريك الأجزاء الواقعة في أسفل المنطقة المصابة (البطاينة، الجراح، غوانمة، 2009: 393).

2. إصابات الهيكل العظمي:**1.2. انحراف العمود الفقري (الجنف):**

هو عبارة عن تقوس أو ميلان جانبي للعمود الفقري يؤدي إلى عدم وجود اتساق بين الكتفين، إذ يكون أحدهما أعلى من الثاني، ويشير جمال الخطيب (1998) أن الميلان يمكن أن يكون ناتجا عن قصر في إحدى الرجلين أو قد يكون بنيويا، أي هو نتاج خلل في عظام العمود الفقري (الظاهر، 2008: 207).

وهذا الانحناء يعتمد على مقدار أو حجم الانحناء وهو يوجد بمقدار (25) درجة من كل (1,5) لكل (1000) شخص ومعظم الانحناءات يمكن أن تعالج دون تدخل جراحي إذا تم اكتشافه مبكرا، وقبل أن تزداد درجة الميل وعموما فان (60%) من تلك الحالات تنمو في مرحلة ما قبل البلوغ.

2.2. التحذب الظهرى (الحذب أو القتب):

هو انحناء في العمود الفقري يؤدي إلى تقوس الظهر أو الانحناء الخلقى الشديد للعمود الفقري، أو هو انحناء شديد أعلى الظهر يعرف باسم حذب الظهر يكون على شكل تحذب دائري.

والحذب يكون في عظام الظهر العلوية (منطقة الصدر) والتي عادة ما تنحني طبيعياً إلى الأمام فإذا زاد الانحناء عن (50) درجة عد انحناء شاذاً. (السيد فهمي، 2008: 94-85). إن الشكل غير طبيعي قد يؤدي بالفرد وخاصة الإناث إلى حالة من الاكتئاب والقلق والانسحاب، ويمكن إجراء التعديل في المراحل الأولى للطفولة لأن العضلات وال فقرات لم تتصلب بعد أي أن ليونتها تسهل عملية التعديل (الظاهر، 2008: 208).

3.2. البزخ:

يطلق عليه مسميات عديدة مثل: التقعير الظهرى، القعس أو الفطا وهو عبارة عن زيادة تقوس العمود الفقري للأمام بشكل بالغ يبدو معه الظهر وكأنه أجوف، وهو يحدث لدى الذكور والإناث والإصابة به تسبب زيادة في بروز الأرداف (السيد فهمي، 2008: 97). وقد ينتج هذا الاضطراب من انزلاق فقرة على فقرة في العمود الفقري والذي يطلق عليه الانزلاق الفقري، ويشعر الفرد خلال هذه الحالة بألم شديد قد تضطره أحياناً إلى إجراء عملية جراحية (الظاهر، 2008: 209-210).

4.2. تشوه وبتير الأطراف:

البتير هو إزالة جزء من أجزاء الجسم ويقصد بالبتير الخلقى بمن يولدون وتكوينهم الجبلي ناقصاً، لذا يكون لديهم عند الولادة عجز أو نقص طرفي (علوي أو سفلي) خلقي والأطراف العاجزة خلقياً أو ولادياً يمكن تقسيمها على النحو التالي:

1.4.2. فقدان الأطراف: وهي حالة تتضمن فقد الفرد لجميع أطرافه أو غياب بعضها وتلك الحالة يطلق عليها أحياناً "اللاطرفية".

2.4.2. القطع النصفي: ويقصد بها الطرف النصفي أي غياب نسبة كبيرة من الأطراف.

3.4.2. التشوه الزعنفى: حيث يولد الطفل مشوها لغياب أحد أطرافه خاصة الأيدي والساقين وتبدو اليدين في كثير من الحالات كعظمة تلتصق بجسد الوليد شبيهة بالزعنفة، وتجدر الإشارة إلى أن معظم حالات البتر لدى الأطفال تكون لمن عمرهم تحت سن (15 سنة)

ونسبة (60%) من هؤلاء الأطفال لديهم عجز أو نقص طرفي خلقي و (10%) بالمائة لديهم شنوذ منوي أو يحتاجون للبتنر، (40%) بالمائة من الأطفال ذوي العجز الطرفي الخلقي يكون لديهم عيب متعدد، بمعنى أن النقص يكون في أكثر من طرف والغالبية يعانون من عيب في الطرف العلوي والسفلي معا. (السيد فهمي، 2008: 117-188).

5.2. تشوه القدم:

تظهر هذه التشوهات نتيجة لالتهابات المفاصل والقدم مما يؤدي إلى عدم توازن العضلات والعظام، وبالتالي انحرافها للداخل أو الخارج، هذا ويغلب على هذه الإصابة الأسباب الوراثية وتزداد الإصابة عند الذكور عنها عند الإناث، ومن أشكال اضطراب القدم ما يلي:

1.5.2. القدم الجنفاء:

وهو تشوه خلقي للقدم يظهر منذ الولادة حيث يلاحظ تقوس في القدم وعظام الأصابع مع زيادة في القعر الطبيعي الموجود في قاع القدم (الاعظمي، الريالات، 2008: 109).

2.5.2. القدم المفلطة:

ويطلق عليها أيضا اسم القدم الرحاء أو الروحاء أو القدم المسحاء، وهي حالة يكون فيها قوس القدم مسطحا بحيث يلمس باطن القدم الأرض، أي أنها القدم التي لا وجود للقوس الموجودة على الطرف الداخلي الأوسط للقدم، بحيث يصبح منبسطا تماما وماسحا وقد تؤثر على قدم واحدة أو على القدمين معا.

ويصيب هذا التشوه الخلقي (1-2 طفل من كل 1000 مولود) ونسبة ظهور المرض في الذكور أعلى منها في الإناث وتحدث الإصابة في القدمين معا في حوالي نصف الحالات (السيد فهمي، 2008: 102-106).

6.2. الكساح (لين العظام):

هو تشوه في نمو عظام الأطراف نتيجة نقص فيتامين(د) في الجسم أو نقص التعرض لأشعة الشمس، مما يسبب لنا في العظام وضعفا في نموها حيث يحدث خلال السنتين الأوليتين من عمر الطفل والتي تتميز بسرعة نموها وتضخم أطراف العظام. أهم أعراض الكساح هو تقوس الساقين وبروز الصدر إلى الأمام وتأخر التسنين وعدم القدرة على المشي وعدم تناسق حركات الأطراف والمفاصل (الظاهر، 2008: 217).

7.2. الخلع الوركى الولادي:

خلع الورك الولادي أو الخلع الخلقي لمفصل الفخذ عبارة عن ضلع كامل أو جزئي في رأس الفخذ أو الاثنتين معا من موضعه الأصلي في المكان المخصص له في الحوض، كما يمكن أن يكون الخلع سطحيا ويصيب هذا النوع من التشوهات الإناث أكثر من الذكور، حيث تبلغ نسبة الإصابة بينهما من (1) إلى (6) ويكون حدوثه في الجانب الأيسر أكثر من حدوثه في الجانب الأيمن (السيد فهمي، 2008: 127).

8.2. هشاشة العظام:

يتصف هذا المرض بعدم اكتمال نمو العظام بشكل طبيعي مما يؤدي إلى قصرها وعدم اكتمال نمو حجمها الطبيعي، إضافة إلى أنها تصبح هشّة ولينة مما يجعلها قابلة للكسر جراء أية إصابة (الدعدي، 2009: 20).

وهي وراثية تظهر في حوالي (20.000) حالة من المواليد وهناك (7) أنواع من هشاشة العظام، وتؤدي هذه الحالة إلى قصر القامة، انحناءات العمود الفقري وكسور في الجمجمة وهناك مشاكل إضافية فقد تشمل فقدان السمع وارتخاء في الأربطة. (محمود، 2013: 551).

9.2. التهاب المفاصل:

تحدث هذه الحالة نتيجة تلف العظام والأنسجة والأوعية الدموية المحيطة بالمفاصل وتلف الغضاريف والأعصاب، وتظهر على شكل تورم المفاصل والأنسجة والتهابها مما يؤدي إلى ألم مستمر وتيبس في الأطراف المصابة، وبالتالي حدوث تشوهات جسدية وعاهات دائمة ويصيب التهاب المفاصل فئات عمرية مختلفة

(الاعظمي، الريالات، 2013: 111).

وإذا تجاوز الالتهاب المفاصل إلى الأوتار و الأربطة و العضلات يحدث ما يسمى بالتهاب المفاصل الرثياني (الروماتزمي) ،وهو يصيب حوالي (3%) بالمائة من النساء و(1%) بالمائة من الرجال ،و يبدأ المرض عادة تدريجيا بالآلام وتيبس في الصباح و يؤثر على مفاصل القدمين و اليدين، ورغم هذا فانه يمكن أن يصيب المفاصل الكبيرة مثل الفخذ و الركبة وخطورة هذا المرض تكمن في انه إذا لم يحظ برعاية مثلى فان نتيجته قد تكون تشوها معطلا للمفاصل ،وقد يؤثر على القلب و الأوعية الدموية و على الرئتين كذلك وقد يمتد المرض ليشمل عدة مفاصل في جسم الإنسان (الكوعين، الحوضين، الركبتين و الأقدام) ،مما يؤدي إلى الآلام و الالتهابات المزمنة مع تحطم و تنكس مفصلي وهذا بدوره يؤدي إلى تشوهات في الشكل الطبيعي(السيد فهمي،2008: 165).

10.2. شق الحلق:

يتكون الحلق من جزأين احدهما عظمي صلب من الأمام ويسمى الحنك وينتهي هذا الجزء بمنابت الأسنان و الجزء الخلفي وهو رخو وهذا الجزء يتصل بالجمجمة و البلعوم بأربعة عضلات خارجية تحركه إلى الأعلى و إلى الأسفل أثناء التنفس وعند خروج الأصوات الأنفية (م، ن) ، و الحلق هو احد الأجزاء الرئيسية إضافة إلى التجويف الذي يشكل رنين الصوت،قد تحدث الفتحة في الجزء الصلب أو الجزء الرخو أو في كليهما وهي موجودة في المرحلة الجنينية، ويفترض أن تغلق قبل الولادة إلا أنها لا تغلق عند القليل منهم، إذ تشكل نسبة (01) من كل(700) طفل ويعد شق الحلق من الأسباب الرئيسية لاضطرابات النطق و اضطرابات الصوت بشكل خاص الرنين(الخمخمة)، يمكن إجراء العملية الجراحية لسد الفتحة وخاصة إذا عملت بالأشهر الأولى من حياة الطفل.(الظاهر،2008: 216).

11.2. الشفة المشرومة(الأرنبية):

إن إصابة شق الشفة في الغالب يكون ثانويا يصاحبه إصابات رئيسية من مثل إصابة القلب وتشوهات الوجه والأطراف، وتعتبر الوراثة عاملا رئيسيا للإصابة بهذه الحالة،وتحدث عندما لا يتم نمو أجزاء الوجه بشكل سليم في الأشهر الأولى من حياة الجنين

وقد تحدث الإصابة لشفة واحدة أو كليهما وقد تكون الشفة صغيرة أو ممتدة كثيرا، وقد يصل شق الشفة إلى الحلق فتكون في هذه الحالة الإصابة مزدوجة بشق الشفة والحلق معا. ومن أبرز المشكلات المترتبة على الإصابة بشق الحلق والشفة صعوبة بلع الطعام والشراب، الذي قد يؤدي إلى صعوبة في التنفس والاختناق، وكذلك مشكلات في النطق والكلام نتيجة إصابة الأنسجة المكونة للحنك الصوتية، بالإضافة إلى فقدان السمع في بعض الحالات عندما تصل إصابة شق الحلق إلى الأذن الوسطى، هذا وتبلغ نسبة الإصابة بهذه الحالة حوالي (0,05%). (الاعظمي، الريالات، 2008: 112).

3. إصابات العضلات:

1.3. ضمور العضلات:

هو اعتلال يصيب الجهاز العضلي لدى الأطفال، يؤدي إلى تحول الألياف العضلية إلى ألياف دهنية مما يؤدي إلى نقصان وظيفة العضلات وهناك أكثر من (20) نوعا من ضمور العضلات وسبب ضمور العضلات جيني متعلق بالعامل الوراثي.

(غريفات، الزعبي، شواهين، 2008: 71).

يظهر المرض على شكل تغيرات في حركة الطفل واستخدام أجزاء من القدم إلى المشي وتعثر الطفل المصاب وكثرة وقوعه على الأرض ثم تحدث بعد ذلك أعراض تضخم وانتفاخ في العضلات وحدوث تشوهات في القدم وضعف عضلات الوجه السفلية وتشوهات في الرقبة والهيكل العظمي وهي حالة تصيب الأطفال الذكور أكثر من الإناث.

(الاعظمي، الريالات، 2014: 113).

ومن الأعراض المميزة للوهن أو الضمور العضلي الرؤيا المزدوجة، بحة الصوت، صعوبة البلع والمضغ والتعبيرات الوجهية المميزة الناتجة عن الضعف العضلي وضعف الرجلين واليدين، ولا يترك الوهن العضلي أي تأثيرات على القدرات العقلية والتعلمية والسمعية والبصرية، وبناء على ذلك فإن الشخص المصاب بحاجة إلى تأهيل حيث يتم تدريجه من أجل القيام بمهن لا تتطلب بذل جهود جسدية كبيرة (الحديدي، الخطيب، 2011: 83).

2.3. الضمور العضلي الشوكي (ضمور عضلات النخاع الشوكي):

تنتج الإصابة بهذا المرض عن تحلل وتلف الخلايا العصبية للجزء الأمامي من النخاع مما يؤدي إلى الوفاة المبكرة أو الإصابة المزمنة، ويعتبر سبب الإصابة بهذه الحالة غير معروف إلا أن الوراثة تلعب دورا رئيسا حيث يحمل كل من الأب والأم خلايا في الجينات المتنحية أو السائدة (الاعظمي، الريالات، 2014: 113).

وهناك نوعان من الضمور العضلي الشوكي: الأول يسمى وردنج هوفمان (WerdnigHoffman) وتظهر الأعراض فيه فجأة وبسرعة لدى الأطفال الرضع وغالبا ما يؤدي إلى الوفاة في مرحلة ما قبل المدرسة.

أما النوع الثاني فهو مرض كوجل برج ويل اندر (Ku gel Berg Welander) وتظهر الأعراض متأخرة ولا تكون الإصابة بالغة الخطورة، ينتقل هذا المرض عن طريق الوراثة من خلال الجينات المتنحية أما عن الأعراض فيمكن تلخيصها كالآتي:

- ضعف مستمر في العضلات المركزية والظرافية.
- ضعف في عضلات الفخذ الأمر الذي يؤدي إلى صعوبة في الجلوس والوقوف والمشي وعدم التوازن وصعوبة الصعود والنزول على السلالم.
- ضعف في عضلات الظهر والكتف التي تؤدي إلى صعوبة انحناء الظهر والالتفات.
- صعوبة في الأعصاب الجمجمية والتي تؤدي إلى صعوبات في البلع والتنفس والنطق. (الظاهر، 2008: 219).

3.3. تشوهات الوجه:

هناك طرق متعددة لتصنيف تشوهات الوجه وهي:

1.3.3. على أساس النوع: فيما إذا كان التشوه في الأنف، الأذن، العين، بداية الشعر، الفك.... خليط من واحد أو أكثر، وفي كل حالة من هذه الحالات تتباين طبيعة التشوه وتختلف.

2.3.3. على أساس خطورتها: حسب التقدير الذوقي فتتقسم إلى أربع درجات:

أ. الطفيفة: لا تستدعي الانتباه إلا إذا لفت النظر إليها وتضايق بعض الناس.

ب. المتوسطة: يمكن ملاحظتها وربما تثير بعض التعليقات وعموما فإنها ليست مصدر رد فعل خطير.

ج. الملحوظة: تلاحظ بشكل أكيد وتثير مختلف المشاعر العكسية لدى الآخرين.

د. الخطيرة: تصدم الآخرين وتثيرهم بكل تأكيد وتولد عندهم الشعور بالأسى والاشمئزاز والدهشة.

وبشكل عام فإن هذا التصنيف يتأثر بالنظرة الموضوعية للشخص.

3.3.3. التصنيف المبني على أساسين مصدرهما طبيعة العاهة فيما إذا كانت:

- خلقية/ موجودة عند الولادة.

- مكتسبة/نتيجة لمرض أو حادثة.

إن مشكلة مشوهي الوجه تنبع من الاتجاه الاجتماعي الذي يعتبره شاذًا ومختلفًا عن الآخرين ومختلفًا عنهم، فهم هدف سهل ينتج مشاعر اجتماعية متباينة تعكس الامتعاض والخوف والحقد والمعتقدات الخرافية، وتكون هذه المشاعر ظاهرة أو مخفية في أشكال من الشعور العدائي أو الشعور بشذوذ تلك الفئة من المشوهين. (مجيد، 2008: 269).

4. الإصابات الصحية:

1.4. الالتهاب الكيسي التليفي:

مرض وراثي يتصف بالتهابات رئوية مزمنة وعدم القدرة على مص الدهون، اكتشف هذا المرض في الثلاثينيات من القرن (20)، وكان كثير من المصابين بهذا المرض يموتون لعدم وجود المضادات الحيوية وهم في مرحلة الطفولة المبكرة، يعتقد أن السبب الرئيسي المؤدي إلى التليف الحويصلي هو جين متنحي على الكروموزوم (7).

(الظاهر، 2008: 225).

يقدر ظهوره بحوالي (30.000) طفل وراشد في الولايات المتحدة، إن التقدم الطبي بما يتعلق بالعلاقات الطبية لهذا المرض قد ازدادت مما زاد من معدل عمر المصابين بهذا المرض لفترة الثلاثينيات والأربعينيات، يؤثر التليف الحويصلي على عمل الرئتين والبنكرياس والذي يسبب حدوث إفراز كثيف للغدد المخاطية وتعد التهابات الرئة ومشاكل التغذية من التعقيدات الشائعة للأفراد الذين لديهم تليف حويصلي. (محمود، 2013: 555).

2.4. التشوهات القلبية:

إن القلب هو عضو عضلي يتكون من نسيج عضلي يقع في التجويف الصدري بين الرئتين ويميل نحو اليسار في الجانب السفلي و يتكون من بطينين وأذنين، أما أمراض القلب الولادية فهي عيوب قلبية تكون موجودة عند ولادة الطفل تؤثر في قاع القلب أو الصمامات أو الأوعية الدموية، إن انتشار هذه العيوب القلبية تشكل (8%) في الألف أو (1/125) وتظهر هذه العيوب في الأشهر الثلاثة الأولى، وفيما يلي جدول لبعض أنواع عيوب القلب الولادية:

الجدول رقم (02): أنواع التشوهات القلبية وماهيتها:

ماهيته	نوع التشوه القلبي
يتمثل هذا العيب القلبي الولادي بوجود فتحة البطين الأيمن والأيسر مسببا انسياب (تدفق) الدم من البطين الأيسر إلى البطين الأيمن.	تشوه الحاجز البطيني
يتمثل هذا الاضطراب بتضييق الشريان الابهر مما يقلل من تجهيز الدم إلى الأجزاء السفلى من الجسم.	تضييق الابهر
ويتمثل هذا العيب بعدم انغلاق القناة بين الشريان الابهر والشريان الرئوي بعد الولادة، حيث يستمر تدفق الدم من الشريان الابهر إلى الشريان الرئوي.	القناة الشريانية المفتوحة
يتمثل هذا الاضطراب بفتحة في الحاجز البطيني و تضييق الشريان الرئوي و تضخم البطين الأيمن.	رباعية فالو
تضييق الشريان الرئوي (و/بشكل نادر) البطين الأيمن الأعلى مما يقلل من انسياب الدم إلى الرئتين.	تضييق الشريان الرئوي

(الظاهر، 2008: 220-222)

إن التطورات الطبية قد عملت على زيادة معدلات البقاء للأطفال ذوي الحالات القلبية الخطيرة على قيد الحياة، ومن بين الأعراض الناتجة عن المشكلات القلبية ما يلي:

صوت الخرخرة، النبض المتسارع، صعوبات في التنفس (وخصوصاً أثناء التمرين وتناول الطعام)، تورم في القدمين، تبطن العينين وفي بعض الحالات حدوث تغير للون الجلد بحيث يميل اللون إلى الأزرقاق والشحوب، وهؤلاء الأطفال يحتاجون إلى مراجعة طبية شاملة. (محمود، 2013: 554).

3.4. متلازمة داون:

متلازمة داون عبارة عن شذوذ خلقي مركب وشائع في الكروموسوم (21) نتيجة اختلال في تقسيم الخلية ويكون مصاحب لتخلف عقلي، وقد تم التعرف عليه لأول مرة ووصفه عام (1966) عن طريق الطبيب جون لانجدون داون والشخص المصاب لديه (47) كروموسوم بدلاً من (46) كروموسوم. (وشاحي، 2002: 83).

4.3. أسباب التشوهات الخلقية:

هناك العديد من العوامل المسببة للتشوهات الخلقية والتي وردت في عدد من الدراسات والأبحاث، ويمكن إجمالها في ثلاثة عوامل رئيسية ينطوي تحت كل عامل مجموعة من العناصر و التي تطرقت إليها الباحثة بالشكل التالي:

1.4.3. عوامل ما قبل الولادة:

1. العوامل الجينية:

حالات وراثية ناتجة عن طريق الجينات السائدة إذ تظهر الإصابة في جميع الأجيال، أو المتنحية بحيث يكون التشوه ناتجا عن أمراض واضطرابات بيوكيميائية تنتقل من الوالدين ويحتمل ظهور هذه الحالات في زواج الأقارب.

2. العوامل غير جينية:

* الأمراض: الأمراض التناسلية كالزهري، الحمى الصفراء، السل، الأمراض المعدية، اضطرابات التسمم الغذائي، اختناق الطفل نتيجة نقص الأوكسجين، تسمم الحمل وارتفاع ضغط الدم، فقر الدم، النزيف في اثنا الحمل، استعمال العقاقير المختلفة، محاولات الإجهاض باستعمال الأدوية والطرق الشعبية، سوء التغذية (عدم التوازن الغذائي)، الإدمان على تناول الكحول والمخدرات، التعرض للأشعة، التعرض للصدمات وتلوث الهواء أو

الماء، اضطرابات التمثيل الغذائي، المرض الكلوي المزمن، إصابة الأم بالسكري، ترسب الدهون (مرض تاي ساكس).

* زواج الأقارب.

* وضع الجنين بشكل غير صحيح في الرحم.

* الحمل المتكرر، الزواج المتكرر.

2.4.3 عوامل أثناء الولادة:

الولادة المتكررة، عسر الولادة، الاختناق الناجم عن نقص الأوكسجين.

3.4.3 عوامل ما بعد الولادة:

وتتمثل في مختلف الأمراض والحوادث مثل الالتهابات، اضطرابات الهرمونات، سوء التغذية، الأمراض المعدية، الحصبة، الدفتيريا، التهاب السحايا، السعال الديكي، إضافة إلى الحوادث مثل حوادث السيارات والطرق والمصانع والتشوهات الناتجة عن الحروق. (السكاف، 2009: 25-26).

وما تمت ملاحظته أن الباحثة سوسن السكاف قد أدرجت كل العوامل المسببة للتشوهات سواء الخلقية أو المكتسبة، حيث تندرج كل من الأسباب أثناء الولادة و بعد الولادة في نشوء التشوهات المكتسبة وليس الخلقية، في حين أن هذه الأخيرة تحظى بالعوامل الجينية وغير الجينية في مرحلة الحمل (أثناء تكوين الجنين)، فتؤثر على مسار نموه وتحدث له تشوها، على عكس التشوهات المكتسبة، والتي يولد الجنين سليماً لكن لسبب ما يصاب بعاهة أو تشوها هو ليس جبلاً فيه بل مكتسب وهذا الأخير ليس موضوع بحثنا هذا.

أما الباحثة أسماء هلال فقد حصرت أسباب التشوهات الخلقية في:

إصابة الأم أثناء مرحلة الحمل سواء عن طريق الأمراض أو بسبب تناول الأدوية والعقاقير، إذ تقول أن من بين أسباب التشوهات إصابة الأم بالعدوى مثل الحصبة الألمانية ومرض الزهري ومرض السل، وقد يكون من الأسباب تناول معظم النساء الحوامل العقاقير الطبية وقد وجد أن معدل ما تأخذه النساء في فترة حملهن يعادل أربعة أنواع مختلفة من الحبوب والعقاقير المختلفة، ولبعض هذه العقاقير تأثيرات سيئة على الأجنة كما أن تعاطي الكورتيزون خلال فترة الحمل يؤدي إلى زيادة التشوهات الجينية. (هلال، 2009: 21).

هذا من جهة ومن جهة أخرى فان القاموس الطبي (Nouveau Larousse Médical) فقد فصل في أسباب التشوهات الخلقية ولم يدمجها مع أسباب الإعاقة الحركية والتي تم تبنيها في الدراسة الحالية وهي مذكورة كالاتي:

التشوهات الخلقية مجموعة من العيوب الخلقية تختلف وتيرتها من سنة إلى أخرى، إذ كانت بنسبة (2و3%) حتى بداية عام (1940)، وتعود هذه العيوب في الأساس إلى عوامل وراثية(الكروموسومات) مثل متلازمة داون وتيرنر، وقد اكتشفت الأبحاث والدراسات أن الحصبة الألمانية إذا أصيبت بها الأم في مرحلة مبكرة من الحمل فإنها تسبب التشوهات، كما يمكن أن تكون التشوهات الخلقية راجعة إلى عوامل خارجية وهذه الأخيرة تعمل على إنتاج مثل هذا التأثير، وقبل ثلاثة أشهر من المرحلة الجنينية يجب ملاحظة هذا التأثير حيث تحفز هذه العوامل ،و في وقت مبكر جدا تشوهات متعددة وخطيرة ومن بين العوامل الخارجية العوامل الكيميائية، نقص التغذية، الشعاع الذري.(A.Domart.1981 :606)

5.3. التشوهات الخلقية ومعدل وفاة المواليد والأطفال في العالم:

تعد الاضطرابات الخلقية حالات شائعة وتشير تقديرات منظمة الصحة العالمية إلى أن الحالات غير السوية الخلقية تسببت عام (2004) في حدوث حوالي (260000) حالة وفاة(ما يقارب (7% بالمائة من وفيات المواليد الجدد)عبر العالم، ويبرز دورها كمتسبب في الوفاة في الأماكن التي يتدنى فيها معدل الوفيات الإجمالي، وكمثال على ذلك حالة الإقليم الأوربي حيث تعرف نسبة (25%) بالمائة من وفيات المواليد الجدد إلى الحالات غير السوية الخلقية، ولا توجد في الوقت الحالي تقديرات صحيحة عن عدد الأطفال الذين ولدوا وهم يعانون اضطرابات خلقية خطيرة نجمت عن أسباب بيئية أو جينية، وتعد عيوب القلب الخلقية و عيوب الأنبوب العصبي و متلازمة داون أكثر الاضطرابات الخلقية الوخيمة شيوعا، وتنجم(6% بالمائة من كل الاضطرابات الخلقية عن الاعتلالات الهيموغلوبينية (بما في ذلك التلاسيميا وداء الكريات المنجلية) ونقص نازعة هيدروجين الغلوكوز-6- فوسفات ،وهي غير مشمولة في المراجعة العاشرة لتعريف الحالات غير السوية الواردة في التصنيف الدولي للأمراض.

ولا تزال هناك أوجه غموض كبيرة بشأن الوفيات والإصابات الناجمة عن التشوهات الخلقية ولا سيما في البلدان التي لا يجرى فيها تسجيل الوفيات بقدر كاف، بيد أن الأرقام الراهنة تشير إلى ضرورة ربط مسألة الحد من الإصابات والوفيات المرتبطة بالحالات غير السوية الخلقية بالجهود المبذولة لبلوغ الهدف الرابع من المرامي الإنمائية للألفية، الذي يقضي بخفض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بمقدار (3/2) في الفترة ما بين عامي 1990 و2015. (تقرير منظمة الصحة العالمية، 2010: 02).

ملاحظة: تبعا لما تم تقديمه في نسبة انتشار التشوهات الخلقية في العالم فإنه لا توجد إحصائيات عن نسبة انتشارها في الجزائر، وكل الإحصائيات خاصة بالإعاقة الحركية لذا لم يتم ذكر هذا العنصر لأنه لا يدخل في نطاق البحث.

6.3. مميزات شخصية المصابين بالتشوهات الخلقية:

إن أحد المحددات الهامة للشخصية هو العلاقة المتبادلة بين الشخص وبيئته فأى ظروف تبعد الشخص عن بيئته مثل الفروق الملحوظة في تكوينه أو مظهره، و التي يكون لها أثر ظاهر في تطور شخصيته وفي انحرافها بدرجة كبيرة عن المألوف، ومن أمثلة هذه الفروق ظروف العجز الجسماني أو التناقص المزمن في حيوية الشخص أو انعدام التوازن في تأدية وظائف الغدد... كلها عوامل تعمل على عزل الفرد عن غيره من أفراد بيئته، وهذه الانحرافات عن الطبيعي تؤثر بدرجة كبيرة على طريقة تعامل الفرد مع أفراد مجتمعه، كما تؤثر على طريقة تعامل هؤلاء الأفراد، فمثلا العاهات الجسمية التي تعطل قيام حواس الفرد و أعضاء الحركة عنده بوظائفها تلقي أعباء إضافية على موارده و كفاءاته الأخرى، وذلك ينتج إرهاقا لهذه الموارد فضلا عن الشعور باليأس والحسرة، إضافة إلى أن شعور الأشخاص الآخرين ونظرتهم إلى مجهوداته الإضافية تؤثر بدرجة كبيرة على طريقة سلوكه، فإذا ما اعترف الآخرين بوجود عاهة في حواس الفرد أوفي أعضاء حركته و قدروا مداها، ثم أمكن للشخص المصاب أن يتغلب عليها وأن يؤدي وظائفه بطريقة مرضية فان ذلك يكون مدعاة وسبيلا لمساعدة الشخص المصاب على التغلب على مركب النقص وبالتالي التكيف مع بيئته، ولكن لسوء الحظ لا يقدر المجتمع في جميع الحالات مدى

خطورة العاهات وتكون النتيجة أن يصبح عصبيا سريع الإثارة و الغضب، و يتسم شعور الأفراد نحوه باللفظ والشفقة المصحوبين بالأسى والحسرة.(حمزة،1956: 35).

7.3. المشاكل النفسية والثقافية للمشوهين خلقيا:

هناك العديد من المشاكل التي تعترض طريق المشوهين والتي لها بكل تأكيد تأثيرات على نفسية الفرد وعلى كفاءته، وتعود هاته المشاكل بالدرجة الأولى إلى المجتمع وكيف تلقى المشوه التربية؟ وكيف نشأ؟ ونظرة أفراد المحيط إليه والتي يمكن إجمالها كالتالي:

1. التشوهات تعوق الشخص على أن يشعر بأنه قادر على تحقيق ما تطلبه حياته الاجتماعية والاقتصادية في مجتمعنا المعاصر.

2. تؤثر التشوهات على تأثير تقدير صلاحية الفرد لكثير من المهن أو عند الزواج أو فرص النجاح في الحياة عموما.

3. تعرض المشوهين للتفرقة في المعاملة بشكل عام.

4. اعتبار المشوه بأنه شاذ ليس في النواحي الجسمية فحسب بل في مقوماته الشخصية والعقلية، ويعامل المشوهون وفقا لذلك كخارج عن المجتمع أو علي أنهم ذو مركز منحط وربما يكونون هدفا للسخرية والفكاهة.

5. احتلال الجاذبية الجسمانية مكانا ملحوظا في البلدان الحديثة مما يضع المشوهين (خاصة أصحاب الوجوه المشوهة) في مركز عصب، فهو لا يستطيع مجاراة من حوله من حيث الشكل ولا يستطيع أن يحظى منهم بالقبول.

6. وصم المشوه بصفات لا تليق من المجتمع قبولا كالمجرم مثلا.

7. وجود المعتقدات والعادات الخرافية والتي تربط بين التشوه والمحرمات والتكفير عن السيئات.

8. النظر إلى العاهات الخلقية أو الناتجة عن مرض باشمزاز أكثر من تلك التي تنتج عن الحوادث.

9. خلاصة القول انه في المناطق التي تمتاز بالحقد والتمييز للفئات الأقلية يكون الشخص الذي لديه صفة جسمية منحرفة غير مقبول اجتماعيا ويعامل معاملة تلك الأقليات العنصرية أو الدينية مما يؤدي تعرضهم إلى المشاكل المذكورة أعلاه.

10. إن لأساليب التنشئة الاجتماعية الأثر في تكوين شخصية الطفل المشوه وهذه الأساليب هي:

تحاشيها، إخفاؤها، إنكارها، عدم عمل شيء بخصوصها، اعتبارها شيئاً عادياً، وعموماً فإن وجهة النظر التي تعترف بوجود العاهة وبالتحدث عنها تنتج التكيف مع العاهة وكذلك تؤدي إلى حياة أكثر نجاحاً وتوفيقاً. (مجيد، 2008: 269-270).

وتضيف اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة 2014: 11-12:

إنه غالباً ما يصور المجتمع هاته الفئة باعتبارها عبئاً على المجتمع وعلى الأسرة وقد يؤدي ذلك إلى آثار سلبية على الأشخاص الذين ينتمون إلى هاته الفئة فمثلاً:

- يمكن أن يعتقدوا أنهم يمثلون عبئاً بالفعل.

- قد يخلصون إلى توقع أنهم لا يفترض بهم العيش بشكل مستقل، وتنص ديباجة الاتفاقية على أن الإعاقة تشكل مفهوماً لايزال قيد التطور، إذ توضح أن الإعاقة تنتج عن التفاعل بين الأشخاص ذوي العاهات و الحواجز الخارجية التي تحول دون مشاركتهم في المجتمع، ومن هذا المنظور يستند الإطار المجسد في الاتفاقية إلى أن البيئة الخارجية و المواقف المجسدة في بنائها تلعب دوراً محورياً في تهيئة الحالة المصطلح عليها "الإعاقة"، وبهذا فإن الاتفاقية تشير إلى نقطة مهمة وهي الدور الذي يلعبه المجتمع في عرقلة من يعانون من عاهات خلقية- خاصة في المجتمعات العربية- وهذا ملاحظ كثيراً وفي مختلف المجالات مثل مجال العمل و الزواج.

الفصل الثالث:

الجانب الميداني

1. المبحث الأول:

الإجراءات المنهجية للدراسة

2. المبحث الثاني:

عرض ومناقشة نتائج الدراسة

المبحث الأول:

الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

1. الدراسة الاستطلاعية.

2. منهج الدراسة.

3. مجالات الدراسة.

4. عينة الدراسة وخصائصها.

5. أدوات الدراسة.

6. الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة.

تمهيد:

إن أي دراسة علمية هي خاضعة للملاحظة و التجريب القائمة على البراهين العلمية وهذا ما يضيف عليها صبغة الموضوعية و الدقة ،كما أن الخطوات المنهجية المتبعة من طرف الباحث هي الطريقة الموصلة للأهداف المرجوة من البحث، وعلى هذا الأساس عمدنا في انجازنا لهذه الدراسة على مجموعة من الخطوات المنهجية المناسبة لتحقيق فروض الدراسة ،حيث تهدف الدراسة إلى التعرف على كل من إستراتيجية المواجهة وتقدير الذات لدى فئة المشوهين خلقياً، وبغية الوصول إلى مناقشة فرضيات البحث فقد تم إتباع الخطة المنهجية المتمثلة في الدراسة الاستطلاعية وكذا توضيح المنهج المستخدم ومجالات الدراسة و عينة الدراسة وأدواتها ،بالإضافة إلى الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة.

1.الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية دراسة أولية تمهيدية في ميدان الظاهرة ومجالها، وذلك من أجل صياغة فروض البحث وتحديد المنهج المناسب للدراسة، وكذا اخذ صورة واضحة عن الميدان البحثي مما يتسنى للباحث المراجعة النهائية لخطوات البحث.

ومن هذا المنطلق فان الدراسة الاستطلاعية تساعد في تحديد أهداف مختلفة أهمها:

- 1.التعرف على الميدان والاحتكاك بأفراد العينة والتقرب منهم.
- 2.تجريب الأدوات على العينة وتكييفها واختبار شروطها السيكمترية وتحضيرها في شكلها النهائي تمهيدا لتطبيقها في الدراسة الأساسية.

3.التعرف على الصعوبات والعوائق المحتملة والعمل على تفاديها. (فرحاتي،2012: 343).

ولهذا وقبل الشروع في العمل الميداني تم القيام بالبحث الاستطلاعي، حيث تقربت الباحثة من الميدان و تعرفت على أفراد عينة البحث التي أخذت منهم الموافقة على إجراء المقابلات(دراسة حالة)، وهذه المرحلة كانت في أواخر شهر ماي(2016) أما عن عينة البحث فقد تم البحث عنها عن طريق إرشادات بعض الأطباء مثل الدكتورة " بن علي نعيمة "وكذا في بعض المصالح الاستشفائية (مستشفى يوسف دامرجي ،المؤسسة العمومية

للسحة الجوارية- تيارت-)، أين يتواجد مجموعة من الأطباء والأخصائيين والذين اظهروا تعاوننا كبيرا ،إضافة إلى بعض الوسائط الخاصة الذين يعرفون هؤلاء المشوهين معرفة شخصية وكون الفئة المستهدفة بالبحث هي فئة قليلة مقارنة مع فئة الإعاقة الحركية ولا يوجد مركز خاص بهم هذا ما جعل الباحثة توسع نطاق البحث ليشمل كل من ولاية تيسمسيلت ووهران، إضافة إلى ولاية تيارت السابقة الذكر، وهذا من أجل استوفاء العدد اللازم لمجموعة البحث بغية إخضاعها للأساليب الإحصائية المناسبة ،و امتدت هذه المرحلة طيلة شهرين (شهر سبتمبر و أكتوبر) من سنة 2016 .

2.منهج الدراسة:

لا تخلو أي دراسة علمية من الاعتماد على منهج من أجل القيام بعملية البحث وذلك حسب طبيعة المشكلة المطروحة ،فالمنهج يعني مجموعة من القواعد العامة التي يتم وضعها بقصد الوصول إلى الحقيقة في العلم فهو بذلك الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسته للمشكلة، وتختلف مناهج البحث باختلاف المواضيع(بوحوش،1985: 19)

تماشيا مع نوع الدراسة فقد اعتمدنا على كل من المنهج الوصفي والمنهج العيادي لأنهما الأنسب لموضوع الدراسة، أما المنهج الوصفي فهو منهج علمي يقوم أساسا على وصف الظاهرة أو الموضوع محل البحث والدراسة ،على أن تكون عملية الوصف تعني بالضرورة تتبع الموضوع ومحاولة الوقوف على أدق جزئياته وتفصيله والتعبير عنها كميًا وكيفيًا (عباد،2006: 61).

وبذلك يدرس المنهج الوصفي الظاهرة دراسة كيفية توضح خصائصها ودراسة كمية توضح حجمها وتغيراتها ودرجات ارتباطها مع الظواهر الأخرى.

(مرباح، 2015: 119).

ويتضمن المنهج الوصفي جمع البيانات من أجل فحص النظريات أو الإجابة على

أسئلة تهتم بالوضع الحالي للفئات المدروسة(الضامن،2007: 133-134)

ومن أجل التعمق في الدراسة تم الاعتماد على المنهج العيادي كمنهج مكمل للمنهج الوصفي، والذي يعرف على أنه الدراسة المركزة العميقة لحالة فردية، أي الشخصية في

بيئتها كما يمكن أن يمتد بالدراسة أيضا إلى جماعات صغيرة فهو يدرس الجماعة من حيث هي حالة فردية. (البيلاوي، الدريني، الطيب، بدران، نجيب، 2005:181).

بحيث تجمع بيانات تفصيلية عن حياة الفرد وظروف تنشئته وعلاقاته عن طريق مقابلة الفرد أو من تربطهم علاقة به ومن خلال الاختبارات النفسية (النوبي، 2010: 53).

3. مجالات الدراسة:

تتمثل مجالات الدراسة في المكان الذي اجري فيه البحث والمدة الزمنية المستغرقة في انجازه وكذا الأفراد الذين أجريت عليهم الدراسة.

1.3. المجال المكاني:

لقد تم اخذ العينة من داخل ولاية تيارت من مناطق متعددة- أكثر من ثلثي (3/2) العينة من ولاية تيارت -أما البقية فقد كانت من ولاية تيسمسيلت وولاية وهران حيث تم التواصل معهم عن طريق وسائط يعرفونهم معرفة شخصية.

2.3. المجال الزماني:

امتدت الدراسة النظرية منذ شهر سبتمبر 2016 وذلك بعد ضبط المتغيرات مع الأستاذة المؤطرة في شهر ماي من نفس السنة، إضافة إلى جمع مختلف المعلومات المتعلقة بموضوع الدراسة وصولا إلى طباعتها، وامتدت هذه الخطوات إلى غاية شهر ماي 2017 اما عن الدراسة الميدانية فقد امتدت منذ شهر سبتمبر 2016 الى غاية شهر فيفري 2017، وهي الفترة التي تم فيها تطبيق المقاييس على العينة وإجراء المقابلات العيادية مع الحالتين.

3.3. المجال البشري:

تمثل مجتمع الدراسة في كافة الأفراد ذوي التشوهات الخلقية وبذلك تم الاعتماد على العينة القصدية، والتي تتضمن اختيار عدة حالات تمثل الأبعاد المختلفة لمجتمع البحث وبالتالي تكونت عينة دراستنا من (30) فرد تراوحت أعمارهم ما بين 15 و50 سنة.

4. عينة الدراسة وخصائصها:

لقد أجريت دراستنا على عينة مكونة من (30) فرد مصاب بتشوه خلقي من كلا الجنسين، وكان اختيارها قصدياً أما حسب نوع التشوه فكان عشوائياً هذا من أجل الدراسة الوصفية أما دراسة الحالة فكانت مع حالتين من جنس الإناث وهذا الاختيار كان قصدياً، ولقد تم الاقتصار على حالتين فقط ومن جنس الإناث نظراً لرفض أفراد العينة (خاصة الذكور) إجراء المقابلات مع الباحثة.

وعلى العموم يمكن تعريف العينة القصدية بأنها عينة تتألف من وحدات أخذت بطريقة يراعي فيها الباحث أن تكون قريبة من المتوسط في المجتمع موضوع البحث.

(العبيدي، المشهداني، ب س: 37)

ولقد راعينا في اختيار أفراد عينة البحث الشروط التالية:

الجنس: احتوت العينة كلا الجنسين الذكور والإناث.

السن: كان يتراوح ما بين 15 سنة و50 سنة.

المستوى التعليمي: يتراوح ما بين المستوى الابتدائي إلى المستوى الجامعي (الثانية ماستر).

المنطقة الجغرافية: توزع أفراد العينة في كل من ولاية تيارت، تيسمسيلت، وهران.

وسيتم وصف عينة الدراسة وفقاً لمتغير الجنس، السن، المستوى التعليمي ونوع التشوه الخلقي وهي موضحة في الجداول التالية:

الجدول رقم (03): خصائص أفراد العينة حسب متغير الجنس:

الأفراد	التكرار	النسبة المئوية
إناث	24	80%
ذكور	06	20%
المجموع	30	100%

يتضح من الجدول أعلاه أن عدد الإناث (24) يفوق عدد الذكور (06) ما يعادل نسبة (80%) مقابل (20%) على التوالي.

الجدول رقم (04): خصائص أفراد العينة وفقاً لمتغير السن:

النسبة المئوية	التكرار	السن
23,33%	07	20-15
56,66%	17	25-20
10%	03	30-25
0%	0	35-30
3,33%	01	40-35
3,33%	01	45-40
3,33%	01	50-45
100%	30	المجموع

نلاحظ من الجدول رقم (04) أن أكبر نسبة تتركز فيها أفراد العينة هي ما بين 20 و 25 سنة بمقدار (17) فرد أي ما يعادل نسبة (56,66%) وهي أكبر نسبة إذ تجاوزت نصف عدد العينة، تليها فئة 15-20 بمقدار (07) أفراد ونسبة (23,33%) كما تبين أنه لا يوجد أي فرد في الفئة (30) إلى 35 سنة، أما بقية الفئات الملاحظة في الجدول فقد كان فرد واحد لكل فئة وهو ما يعادل نسبة (3,33%) أما بخصوص المراحل العمرية فقد كانت في حدود (80%) وأغلبهم من فئة المراهقين والتي امتدت من 15 إلى 25 سنة.

الجدول رقم (05): خصائص أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي:

النسبة المئوية	التكرار	المستوى التعليمي
3,33%	01	الابتدائي
3,33%	01	المتوسط
10%	03	الثانوي
83,33%	25	الجامعي
100%	30	المجموع

يتبين لنا من الجدول رقم (05) أن المرحلة الجامعية كانت فيها أعلى نسبة للأفراد (83,33%) ما يعادل (25) فرد تليها المرحلة الثانوية بمقدار (03) أفراد ونسبة (10%)، أما المرحلة الابتدائية والمتوسطة فقد كانتا أدنى نسبة (3,33%) لكل مرحلة وهو ما يعادل فرد واحد في كل طور تعليمي.

الجدول رقم (06): خصائص أفراد العينة وفقا لمتغير نوع التشوه:

نوع التشوه	التكرار	النسبة المئوية
التشوهات القوامية	11	36,66%
تشوهات على مستوى الوجه	11	36,66%
شق الشفة	02	6,66%
الكساح	02	6,66%
التشوهات القلبية	01	3,33%
التهاب المفاصل	01	3,33%
شلل الأطفال	01	3,33%
تشوه الأطراف العليا	01	3,33%
المجموع	30	100%

نلاحظ من الجدول رقم (06) أن التشوهات القوامية وتشوهات الوجه احتلتا المرتبة الأولى بنفس النسبة (36,66%) وهو ما يعادل (11) فرد لكل تشوه يليها كل من الكساح وشق الشفة بمقدار فردين في كل صنف أي بنسبة (6,66%)، في حين كانت نسبة (3,33%) لكل التشوهات الباقية والمذكورة في الجدول وهو ما يعادل فرد واحد.

بغرض تدعيم الدراسة الحالية فقد تم الاعتماد على تقنية دراسة حالة للتعمق أكثر، لذا تم اختيار حالتين من العينة المذكورة أعلاه، ويمكن تلخيص المعلومات الخاصة بالحالتين في الجدول التالي:

الجدول رقم (07): معلومات خاصة بالحالتين:

نوع التشوه	المستوى الاقتصادي	مقر السكن	المستوى التعليمي	الحالة الاجتماعية	الجنس	السن	
تحذب + ميلان العمود الفقري	جيد	تيسمسيلت	03 ثانوي	عزباء	أنثى	17	الحالة 01
تشوه قلبي + تشوه على مستوى الأطراف	متوسط	تيارت	02 جامعي	عزباء	أنثى	19	الحالة 02

ملاحظة: تضم التشوهات القوامية كل من (التحذب، ميلان العمود الفقري، التقعير الظهرى) ولقد تم وضعها في مجموعة واحدة الا وهي التشوهات القوامية لتسهيل القراءة العلمية والإحصائية المذكورة في الجدول أعلاه.

5. أدوات الدراسة:

تختلف الأدوات والوسائل المستخدمة في البحث العلمي من باحث لآخر وذلك حسب مشكلة وموضوع الدراسة وقد اقتضت الدراسة الحالية الاعتماد على الأدوات التالية:

1.5. الملاحظة العيادية:

تم الاعتماد في هذه الدراسة على الملاحظة العيادية المباشرة باعتبارها أداة أولية لجمع المعلومات، وهي عبارة عن عملية مراقبة أو مشاهدة لسلوك الظواهر والمشكلات والأحداث ومكوناتها المادية والبيئية، ومتابعة سيرها واتجاهاتها وعلاقاتها بأسلوب علمي منظم ومخطط وهدف بقصد التفسير وتحديد العلاقة بين المتغيرات والتنبؤ بسلوك الظاهرة. (ابونصار، مبيضين، عبيدات، 1999: 73).

وبذلك تكون الملاحظة عبارة عن الانتباه المقصود والموجه نحو سلوك فردي أو جماعي معين، بقصد متابعته ورصد تغيراته ليتمكن الباحث من وصف السلوك فقط أو وصفه وتحليله وتقويمه. (الكسباني، 2012: 195).

2.5. تقنية دراسة حالة:

إن دراسة حالة أداة قيمة تكشف لنا عن واقع حياة الفرد- موضوع الدراسة- منذ ميلاده حتى مشكلته الراهنة وهذه خطوة أساسية لجمع معلومات تاريخية عن المريض ومشكلاته والوصول إلى حكم معين. (عباس، 1997: 18).

وتتضمن دراسة حالة الفحص المتعمق والمفصل لحالة فردية أو أسرة أو أية وحدة اجتماعية أخرى، ويقوم الباحث بجمع كل أنواع البيانات وذلك حتى يلقي الضوء على خلفية الشخص (تجاربه، ثقافته وبيئته) وعلاقاته وسلوكه وتوافقه.

(عبد الخالق، 2000: 106).

3.5. المقابلة العيادية:

المقابلة محادثة موجهة يقوم بها شخص مع شخص آخر أو أشخاص آخرين هدفها استئثار أنواع معينة من المعلومات، لاستغلالها في بحث علمي والاستعانة بها على التوجيه والتشخيص والعلاج.

يتضح من التعريف السابق أن أهم عناصر المقابلة هي:

أ. المقابلة محادثة بين شخصين أحدهما الباحث والآخر المبحوث أو المفحوص.

ب. توجيه المحادثة نحو هدف محدد وبذلك يجب أن نميز بين المقابلة كأداة للبحث العلمي وبين المقابلة العرضية التي تتم بين شخصين عن طريق الصدفة (علوي، 2011: 110).

والمقابلة أنواع متعددة التصنيفات، إذ تصنف حسب عدد المبحوثين إلى فردية وجماعية أما حسب هدفها فتصنف إلى إرشادية، علاجية، تشخيصية في حين تصنف حسب درجة الحرية إلى المقابلة الحرة والموجهة والمقابلة النصف موجهة وهاته الأخيرة هي التي تم الاعتماد عليها في الدراسة.

وتعرف المقابلة العيادية نصف موجهة على أنها علاقة دينامية وتبادل لفظي بين شخصين هما الباحث والمبحوث، بحيث يلاحظ الباحث فيها ما يطرأ على المبحوث من تغيرات وانفعالات ويكون للمقابلة هدف واضح ومحدد وموجه نحو غرض معين، إذ يهتم هذا النوع من المقابلات بجمع بيانات تفصيلية عن الحالة منذ مولدها وتطورها وأسرتها، والعلاقات بين الحالة ووالديها وغيرهما من الأشخاص المهمين بالنسبة لها.

(ملحم، 2010: 298)

ولهذا فقد تم استخدام دليل المقابلة والذي يحتوي على (08) محاور هي:

المحور الأول: البيانات العامة

المحور الثاني: وصف الحالة

المحور الثالث: معلومات عن الإصابة بالمرض

المحور الرابع: ردود فعل الأسرة

المحور الخامس: الوضعية العائلية

المحور السادس: استراتيجيات مواجهة التشوه

المحور السابع: العلاقة مع الذات ومع الآخر

المحور الثامن: التصورات المستقبلية.

ويندرج تحت كل محور مجموعة من الأسئلة والموضحة في الملحق رقم (08).

ملاحظة: هناك أسئلة تضاف خلال المقابلة عند الحاجة وتستخدم في سياق الموضوع.**4.5. مقياس إستراتيجية المواجهة:****1.4.5. التعريف بالمقياس:**

تم بناء المقياس من طرف لازا روس وفو لكمان (Lazaros et Folk man 1984)

ويضم (67) بندا وثمانية سلايم فرعية، إلا أن التحليلات العاملية أظهرت وجود نمطين اثنين مهمين للمقاومة هما: نمط المقاومة المركزة على المشكل ونمط المقاومة المركزة على الانفعال، ومن ثم قام فيتاليان (Vitalian 1985) وجماعته بإعداد نسخة مختصرة لهذا السلم تحمل نفس التسمية وتتألف من (42) بندا، ولقد كشف التحليل العاملية عن وجود خمسة سلايم فرعية تتضمن نمطين من المقاومة هي: المركزة على المشكل والمركزة على الانفعال.

وبعدها قامت بولهان (Paulhan 1994) بتكييف هذه النسخة على البيئة الفرنسية والبحث عن فعالية المقاومة في دورها المعدل للعلاقة بين الضغط- توتر، توضيح أنواع الاستراتيجيات المرتبطة بالصحة الجسمية والنفسية، وباستعمال التحليل العاملية تم التوصل إلى أن بنود الاختبار تضع بعين الاعتبار محور عام للمقاومة، والذي يضم استراتيجيات المقاومة المركزة على المشكل والمركزة على الانفعال وتضم هذه القائمة (29) بندا وخمسة أبعاد (شريف، 2002: 131).

2.4.5. طريقة التصحيح:

يجيب الفرد حسب سلم متدرج مؤلف من (04) احتمالات هي (نعم، إلى حد ما نعم، لا، إلى حد ما لا) يضم هذا المقياس (05) مستويات يحتوي كل مستوى فيها على عدد معين من البنود وهي كالتالي:

أ. المواجهة المركزة حول المشكل وتضم:

1. استراتيجيات حل المشكل وتضم (08) بنود وهي: (1-4-6-13-16-18-24-27).

2. استراتيجيات البحث عن الدعم الاجتماعي وتتضمن (05) بنود وهي: (3-10-15-21-23).

ب. المواجهة المركزة حول الانفعال وتضم:

3. استراتيجيات إعادة التقييم الايجابي وتضم (05) بنود وهي: (2-5-9-12-28).

4. استراتيجيات التأنيب الذاتي وتضم (04) بنود وهي: (14-20-26-29).

5. استراتيجيات التجنب مع التفكير الايجابي وتضم (07) بنود وهي: (7-8-11-17-19-22-25).

على العموم لا يتم وضع وقت محدد للإجابة على أسئلة المقياس مع مراعاة ألا تطول مدته بشكل مبالغ فيه، ويتم التنقيط وفق سلم متدرج من (01) إلى (04) إذ تمنح:

- نقطة واحدة إذا كانت الإجابة (لا).

- نقطتين إذا كانت الإجابة (إلى حد ما لا).

- ثلاث نقاط إذا كانت الإجابة (إلى حد ما نعم).

- أربع نقاط إذا كانت الإجابة (نعم).

وهو تنقيط معتمد في جميع البنود ما عدا البند 15 اين يتم تنقيطه بعكس ما ذكر أعلاه أي من

(04) إلى (01). (بوعافية، 2002: 108).

3.4.5. الخصائص السيكومترية للمقياس:

1. صدق المقياس:

قامت الباحثة هناك شريفي بترجمة قائمة المقياس وذلك بعرضه على مجموعة من المحكمين ذوي الخبرة في ميدان علم النفس، والذين بلغ عددهم (11) محكما من أساتذة وممارسين عيادين ولقد أجريت بعض التعديلات مركزة من الناحية اللغوية للبنود بعد ذلك

وبغرض البحث عن الصدق الظاهري للمقياس فقد طبق على عينة مكونة من (31) مراهقا وهذا قصد معرفة وضوح وسهولة العبارات، وبما أن الكل اجمع على استيعاب عبارات المقياس وتعليمته فقد ابقى عليه كما هو. (شريفى، 2002: 132).

كما قامت الباحثة بوعافية نبيلة من التأكد من الصدق الظاهري، حيث قامت بتوزيع النسخة المعربة على (06) أساتذة في قسم علم النفس وعلوم التربية وأربعة (04) طلبة مستوى ثانية وثالثة ماجستير في التخصصات التالية: (علم النفس الاجتماعي، علم النفس العمل والتنظيم، علم النفس العيادي)، حيث طلب منهم إبداء رأيهم حول مدى ملائمة المقياس من حيث وضوح العبارات والجمل ومدى فهمهم للتعليمات كما طلب منهم تقديم ملاحظاتهم أو اقتراحاتهم إن وجدت ولقد جاءت الآراء متفقة على سهولة عبارات وجمل المقياس ووضوح التعليمات.

وقد اعتمدنا في دراستنا هذه على الصورة الأخيرة المكيفة لهذا الاختبار والموضحة في الملحق رقم (01).

2. ثبات المقياس:

من اجل اختبار ثبات المقياس تم توزيع ستون (60) نسخة من المقياس على عينة من المدراء لمؤسسات عمومية اقتصادية واقعة على مستوى الجزائر العاصمة ولقد تبين من خلال التحليل ما يلي:

يضم المقياس (29) بندا ولحساب معامل الثبات تم الاعتماد على معامل التناسق الداخلي الفاكرونباخ ولان الإجابات نقطت وفقا للسلم الآتي (1, 2, 3, 4)، ولقد قدر المعامل ب: (0,73) وهو معامل ثبات مقبول في العلوم الاجتماعية (بوعافية، 2002: 100-101).

أما هناء شريفى فقد قامت بالتأكد من ثبات المقياس بالاعتماد على طريقة التجزئة النصفية بعد تطبيقه على عينة من المراهقين بلغ عددهم (31)، حيث قسمت البنود إلى قسمين: فردية وزوجية ثم حساب معامل الارتباط بين نتائج القسم الأول والقسم الثاني وقد تم الاعتماد على معامل الارتباط بيرسون، وبعد ذلك تم حساب معامل الثبات لكل المقياس باستعمال المعادلة التصحيحية سيبرمان براون وتم الحصول على معامل الارتباط (0,63=ر)

ومعامل ثبات (0,77) فمعامل الارتباط دال إحصائياً وبالتالي فإن المقياس ثابت. (شريفى، 2002: 133).

5.5. مقياس تقدير الذات:

1.5.5. التعريف بالمقياس:

اعد هذا المقياس في الأصل كوبر سميث (Cooper Smith) بعنوان:

"Cooper Smith Estimate Inventorie" وذلك عام (1967) لقياس الاتجاه التقييمي نحو الذات أي لقياس تقدير الذات وقد قام بترجمته من اللغة الانجليزية إلى العربية كل من الباحثين: فاروق عبد الفتاح موسى ومحمد احمد الدسوقي (1981) ويتكون المقياس من (25) عبارة حيث يقابل كل منها زوجين من الأقواس كلمتي (تنطبق) و (لا تنطبق)، وعلى الفرد أن يستجيب لكل عبارة بوضع علامة (×) بين القوسين الموجودين أسفل الكلمة التي يرى أنها تعبر عن مشاعره وتنطبق عليه.

ويتضمن المقياس عبارات موجبة وأخرى سالبة موضحة كالآتي:

العبارات الموجبة وتضم (9) بنود والتي تحمل الأرقام التالية: (08-09-11-14-19-24-20)- (04-05).

العبارات السالبة وتضم (16) بنود وهي العبارات التي تحمل الأرقام التالية: (21-22-23-25)- (01-02-03-06-07-10-12-13-15-16-17-18).

2.5.5. طريقة التصحيح:

لتعيين درجات الأفراد بعد تطبيق الرائد يمكن الاستعانة بمفتاح التصحيح حيث يتم مقارنة مواضيع العلامات التي وضعها الفرد في الرائد بمواضيع العلامات في المفتاح، ثم نحسب عدد مرات الاتفاق بين علامات الرائد و علامات المفتاح حيث تعطى علامة واحد (01) للعبارات الموجبة في حالة الإجابة عنها ب" تنطبق " و علامة (0) إذا أجاب ب" لا تنطبق " وتعطى العلامة صفر (0) للعبارات السالبة إذا أجاب ب" تنطبق " و العلامة واحد (01) إذا أجاب ب" لا تنطبق "، والنتيجة المتحصل عليها تضرب في أربعة، وتصنف الدرجات المتحصل عليها إلى (03) مستويات هي:

1. تقدير الذات المنخفض: من 20 إلى 40

2. تقدير الذات المتوسط: من 40 إلى 60

3. تقدير الذات المرتفع: من 60 إلى 80

3.5.5 الخصائص السيكو مترية للمقياس:

1. ثبات المقياس:

للكشف عن ثبات الرائز تم تطبيقه على عينة من التلاميذ الصفوف الأولى إعدادي إلى الثالثة ثانوي، والتي تتكون من (370) تلميذ و(156) تلميذة تتراوح أعمارهم ما بين 13-18 سنة وقد بلغت قيمة معامل الثبات (0,797)، وهذا يعني أن الاختبار ثابت باختلاف سن وجنس الأفراد المطبق عليهم (مزرارة، 2009: 97).

كما قامت الباحثة علاونة ربيعة، 2012: 208 بتكييف المقياس على البيئة الجزائرية وتوصلت إلى أن الاختبار ثابت حيث قدر معامل الثبات ب (0,79).

2. صدق المقياس:

أ. صدق المحكمين:

عرضت نسخة من الاختبار على (10) محكمين من العاملين في مجال علم النفس التربوي والقياس النفسي (كل على حدي)، وطلب منهم تحديد ما إذا كانت العبارات تنتمي إلى قياس تقدير الذات وما إذا كانت موجبة أو سالبة، واتفاق المحكمين على ذلك لم يقل عن (0,80) في تأكيدهم على أن جميع العبارات تنتمي إلى تقدير الذات، إلى جانب اتفاقهم على احتواء المقياس على (09) عبارات موجبة وهي: (04-05-08-09-11-14-19-24-20)، وعلى (16) عبارة سالبة وهي: (01-02-03-06-07-10-12-13-15-16-17-18-21-22-23-25).

ب. الصدق التجريبي:

تم حساب معامل الارتباط بين درجات تقدير الذات في رائر كوبر سميث المطبق على (152) تلميذ و(88) تلميذة في الصف الثالث ثانوي ودرجاتهم في مقياس تقبل الذات الذي تم إعداده من طرف عماد الدين إسماعيل (1961)، وقد بلغت قيمة معامل الارتباط (0,788) وبما أن قيمة معامل الارتباط عالية بين الرائزين فهذا يعني أن رائر كوبر سميث صادق.

(مزرارة، 2009: 99).

6. الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

استخدمت الباحثة مجموعة من الأساليب الإحصائية لمعالجة فروض الدراسة والإجابة عن تساؤلاتها، مستعينة في ذلك بالحاسوب عن طريق استخدام البرنامج الإحصائي للعلوم الاجتماعية (SPSS)، وقد تم الاعتماد على المؤشرات التالية:

-النسب المئوية والتكرار في حساب خصائص العينة.

-المتوسط الحسابي والمتوسط النظري.

- معامل الارتباط كندل لمعرفة العلاقة الارتباطية بين المتغيرات والتأكد من صحة الفرضيات.

ملاحظة:

لقد تم الاعتماد على معامل الارتباط كندل دون غيره من الأساليب الإحصائية على غرار بيرسون كون هذا الأخير محل اختلاف بين الباحثين، فهناك بعض الدراسات تشير إلى أن استعمال بيرسون لا يكون إلا مع عينة قوامها أربعون (40) فأكثر، ويضيف الباحث صلاح علام 2003:531 نقلا عن جيلفورد (Guilford) أن:

يكون حجم العينة أكثر من (100) فرد أما إذا قل العدد عن ذلك فعلى الباحث أن يستخدم مقياس إحصائي آخر.

وتفاديا لهذا الاختلاف بين الباحثين في مقدار العينة فضلنا استخدام كندل مادام يتفق مع بيرسون في نفس الغرض ألا وهو الارتباط، إضافة إلى أن عدد المبحوثين قد قدر ب (30) فرد كما سبق وان أشرنا وهو ما يتلائم مع الأسلوب الإحصائي كندل.

المبحث الثاني:

عرض ومناقشة نتائج الدراسة

تمهيد

1. عرض وتحليل نتائج الدراسة.

2. مناقشة وتفسير نتائج الدراسة.

3. استنتاج عام.

4. خاتمة.

5. صعوبات الدراسة.

6. اقتراحات.

تمهيد:

يتضمن هذا المبحث عرض النتائج المتوصل إليها، وذلك بعد استعراض الأدبيات النظرية والدراسات السابقة حول موضوع الدراسة، وكذا الجانب المنهجي الخاص بمتغيرات الدراسة وسنتطرق في هذا المبحث إلى نتائج التحليل الإحصائي لفرضيات الدراسة، وذلك بعد تفريغ استجابات أفراد العينة في الحاسوب ثم إجراء المعالجة الإحصائية المناسبة بالاعتماد على الأساليب الإحصائية، و التي سبق ذكرها في المبحث السابق وكذا نتائج دراسة الحاليتين، وبذلك يعتبر هذا الجزء هو الجزء الحيوي من البحث، حيث سوف يتم فيه تقديم تفسير للفرضيات استنادا إلى النتائج وذلك في ضوء الأدبيات السابقة وما تعيشه الحاليتين ثم الخروج باستنتاج عام نعرض فيه النتائج المتوصل إليها.

1/. عرض وتحليل نتائج الدراسة:

1.1. عرض وتحليل نتائج التساؤل الأول:

يسعى هذا العنصر إلى الإجابة عن التساؤل التالي: "ما مستوى تقدير الذات لدى المصابين بالتشوهات الخلقية".

ولهذا الغرض قمنا بحساب النسب المئوية لكل مستوى من مستويات تقدير الذات لدى عينة الدراسة، والنتائج موضحة في الجدول رقم (08).

الجدول رقم (08): التكرارات والنسب المئوية لأفراد العينة على مستويات تقدير الذات.

النسبة المئوية	التكرار	المستوى
13,33%	04	المنخفض
20%	06	المتوسط
66,66%	20	المرتفع
100%	30	المجموع

يتضح من الجدول رقم(08) أن الأفراد المصابين بالتشوهات الخلقية ذوي تقدير ذات منخفض كان عددهم أربعة أفراد أما أصحاب المتوسط فكان عددهم ستة(06) أفراد في حين كان أعلى عدد في المستوى المرتفع قدر بعشرون فردا(20)، وهو ما يفوق نسبة (66%) وعليه فان غالبية أفراد العينة من أصحاب التشوهات الخلقية لديهم تقدير ذات مرتفع.

2.1. عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثانية على انه يستخدم المصابون بالتشوهات الخلقية استراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال بكثرة.

وللتحقق من صحة الفرضية قمنا بحساب الدرجات التي تحصل عليها المصابون بالتشوهات الخلقية في مقياس إستراتيجية المواجهة واستخراج المتوسط الحسابي ومقارنته بالمتوسط النظري لكل إستراتيجية، إضافة إلى حساب الدرجة الكلية والدرجة المفصلية ومقارنتهما والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم(09): المتوسطات النظرية و الحسابية لإستراتيجية المواجهة لدى أفراد العينة:

المتوسط النظري	المتوسط الحسابي	نوع الإستراتيجية
32,5	38,43	المركزة على المشكل
40	46,46	المركزة على الانفعال

نلاحظ من خلال الجدول رقم(09) أن المتوسط الحسابي لأفراد العينة على الإستراتيجية المركزة على المشكل والذي قدر ب (38,43)، يفوق المتوسط النظري والذي يقدر ب (32,5)، وبالتالي فان أفراد العينة المصابين بالتشوهات الخلقية يستخدمون الاستراتيجيات المركزة على المشكل.

كما نلاحظ من خلال نفس الجدول أن المتوسط الحسابي لأفراد العينة المصابين بالتشوهات الخلقية على الإستراتيجية المركزة على الانفعال قد بلغ (46,46) وهو اكبر من

المتوسط النظري والذي يقدر ب(40)، و من هنا فان أفراد العينة يستخدمون أيضا الاستراتيجيات المركزة على الانفعال.

ولمعرفة أي من الاستراتيجيات الأكثر استخداما لدى فئة المشوهين خلقيا قمنا بمقارنة المتوسط الحسابي لأفراد العينة على الإستراتيجية المركزة على المشكل والذي قدر ب (38,43)، بالمتوسط الحسابي للاستراتيجيات المركزة على الانفعال والذي بلغ(46,46) وهو أكبر من المتوسط الحسابي للمركزة على المشكل، ومن هنا فالإستراتيجية الأكثر استخداما هي الإستراتيجية التي تحصل فيها أفراد العينة على اكبر متوسط حسابي و هي المركزة على الانفعال، إذا فأفراد العينة يستعملون كلا النوعين من الاستراتيجيات إلا أنهم يستخدمون الاستراتيجيات المركزة على الانفعال بكثرة.

وعليه فقد تم قبول الفرضية الثانية التي نصت على أن المصابين بالثشوهات الخلقية يستخدمون إستراتيجية المواجهة المركزة على الانفعال بشكل أكبر ومن هنا يمكننا القول ان الفرضية الثانية قد تحققت.

3.1. عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة:

وتنص الفرضية الثالثة على أنه: توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين إستراتيجية المواجهة المركزة على المشكل وتقدير الذات.

وللتحقق من صحة الفرضية قمنا بحساب معامل الارتباط كندل والجدول رقم (10) يوضح ذلك:

الجدول رقم(10): العلاقة بين إستراتيجية المواجهة المركزة على المشكل وتقدير الذات:

المتغيرات	معامل كندل	الدلالة الإحصائية
المواجهة المركزة على المشكل	0,27	دالة عند 0,05
تقدير الذات		

من خلال الجدول رقم (10) يتبين انه توجد علاقة ارتباطية بين إستراتيجية المواجهة المركزة على المشكل وتقدير الذات حيث بلغت قيمة معامل الارتباط(0,27)، وهي قيمة دالة

إحصائياً عند مستوى الدلالة (0,05)، ومنه توجد علاقة ارتباطية موجبة بين إستراتيجية المواجهة المركزة على المشكل وتقدير الذات.

أي أنه كلما زاد استخدام ذوي التشوهات الخلقية للاستراتيجيات المركزة على المشكل زاد تقدير الذات لديهم .

وبالتالي يمكننا القول أن الفرضية الثالثة قد تحققت.

4.1. عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة:

وتنص الفرضية الرابعة على أنه توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين إستراتيجية المواجهة المركزة على الانفعال وتقدير الذات.

وللتحقق من صحة الفرضية قمنا بحساب معامل الارتباط كندل والجدول التالي يوضح النتائج المتحصل عليها:

الجدول رقم (11):العلاقة بين إستراتيجية المواجهة المركزة على الانفعال وتقدير الذات:

المتغيرات	معامل كندل	الدلالة الإحصائية
المواجهة المركزة على الانفعال	-0,14	غير دال إحصائياً
تقدير الذات		

يتضح من خلال الجدول رقم(11) والذي يشير إلى نتائج المعالجة الإحصائية أن قيمة معامل الارتباط قد قدرت ب(-0,14)، وهي درجة غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0,05)، أي أنه لا توجد علاقة ارتباطية بين إستراتيجية المواجهة المركزة على الانفعال وتقدير الذات.

و بالتالي عدم تحقق الفرضية التي تنص على أنه توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين إستراتيجية المواجهة المركزة على الانفعال وتقدير الذات.

5.1. عرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة:

وتنص الفرضية الخامسة على انه تتأثر نوعية إستراتيجية المواجهة بدرجة تقدير الذات ولقد تم التحقق من صحة الفرضية عن طريق الدراسة المعمقة لحالتين، وفيما يلي عرض وتحليل نتائج كل حالة على حدى.

1.5.1. عرض وتحليل نتائج دراسة الحالة الأولى:

أ. معلومات حول الحالة الأولى:

السن: 17 سنة.

الجنس: أنثى.

المستوى التعليمي: الثالثة ثانوي.

الطول: 145م.

الوزن: 42كلغ.

الترتيب الأسري: الرابعة (الأخيرة).

الأبوين: على قيد الحياة.

عمر الأب: 60 سنة.

مهنة الأب: أستاذ لغة عربية (متوسط).

عمر الأم: 49 سنة.

مهنة الأم: أستاذة فرنسية (لكنها الآن مائكة بالبيت).

عدد الإخوة: 02 ذكور وأنثى واحدة (أختها من جهة الأب) + الحالة.

الحالة الاجتماعية: عزباء.

الحالة الاقتصادية: جيدة جدا.

المنطقة الجغرافية: بوقايد (تيسمسيلت).

الحالة الصحية أثناء الحمل: جيدة.

حوادث أثناء الولادة: ولادة عسيرة.

نوع التشوه: تحذب + انحناء العمود الفقري.

ب. وصف الحالة الأولى:

قصيرة القامة وممتلئة، سمراء اللون، شكلها بسيط ومرتب دائما يبدو على وجهها الفطنة والذكاء، عالية التركيز.

اللباس: عادي، مرتب ونظيف (ترتدي الألوان الغامقة والداكنة)

اللغة: تستخدم الحالة لغة سهلة ومفهومة وواضحة ومتناسقة، لا تحب الكلام الكثير لذا كان كلامها مقتصر على الأسئلة.

الاتصال: كان الاتصال جيد مع الحالة إلا أنها أظهرت بعض المقاومة خاصة في المقابلة الأولى وصمتها بين الفينة والأخرى.

المظهر الانفعالي:

يبدو على الحالة بعض القلق والتوتر ومحاولتها أن تعرف كل ما سأطرح من أسئلة (جاحظة العيون ومحدقة للباحثة في كل الأسئلة).

ج. عرض وتحليل نتائج المقابلات العيادية مع الحالة الأولى:

سنحاول في البداية عرض محتوى المقابلات بصفة عامة، وفقا للتسلسل الزمني ثم تحليل محتوى كل مقابلة بدقة.

الجدول رقم(12): محتوى المقابلات العيادية مع الحالة الأولى:

رقم المقابلة	المدة	تاريخ إجراؤها	الهدف منها	الملاحظات المسجلة
الأولى	35د	2016/11/18	التعرف على الحالة وعلى تاريخها العائلي واخذ بيانات عامة عنها و معلومات عن الإصابة بالتنشوء الخلقي	أظهرت الحالة بعض المقاومة خلال الحديث، بدت عليها ملامح المفاجئة و القلق(النقر على الطاولة، حك الأيدي) كما ظهر عليها بعض الارتباك لكن هذا الارتباك زال مع نهاية المقابلة، إذ ظهرت عليها ملامح الثقة و الارتياح كما لاحظت الباحثة أن الحالة كانت تريد أن تنهي المقابلة بسرعة إذ بدأت في الكلام عن نفسها بدون أن أسألها

<p>بدت الحالة أفضل مما كانت عليه في المقابلة الأولى حيث قلت ملامح القلق والارتباك وكانت أكثر تجاوبا مع الباحثة .</p> <p>-أظهرت الحالة بعض الحركات الجسدية أثناء الإجابة عن الأسئلة) فرقة الأصابع، النقر على الطاولة و الخربشة عليها، النظر إلى الأعلى و جهة اليسار ثم الإجابة، العبث بالخمار، الضحك بين الفينة و الأخرى بدون سبب، حك الأيدي و الضغط عليهم).</p>	<p>التعرف على علاقات الحالة الأسرية و علاقاتها مع الأخر ومع الذات وكذا معرفة أهم الاستراتيجيات المستعملة إزاء مرضها وذلك من خلال مجموعة من المحاور و التي تتضمن مجموعة من الأسئلة التي تتفق وموضوع الدراسة</p>	<p>2017/02/23</p>	<p>د 37</p>	<p>الثانية</p>
<p>- مقياس تقدير الذات: حك الذقن والتردد في الإجابة عن السؤال رقم (02)، التسلسل في الإجابة حسب الترتيب حتى السؤال(04)أما السؤال(05) و (06)فحذفتها وانتقلت إلى السؤال رقم (07) ثم عادت إليهما للإجابة ونفس الشيء كان مع السؤال رقم (22)إذ أكملت الإجابة حتى رقم (25) ثم عادت لتجيب عن(22)</p> <p>- مقياس إستراتيجية المواجهة: التعبير عن الموقف بسهولة وليونة ودون تفكير كأنها في حصة إملاء والتعبير باللغة العربية الفصحى، وكان جزء من الموقف عن مرضها.</p> <p>- تغيير وضعية الجلوس التي اعتمدها في مقياس تقدير الذات حيث</p>	<p>تطبيق مقياس إستراتيجية المواجهة لبولهان و آخرون ومقياس تقدير الذات لكوبرسميث و ذلك بعد تقديم الشرح و كيفية الإجابة على البنود للحالة</p>	<p>2017/02/25</p>	<p>د 20</p>	<p>الثالثة</p>

<p>كانت تجلس بجانب الباحثة إلا أنها غيرتها إلى الجلوس مقابلة لها والإجابة عن الأسئلة بشكل عادي، إلا أنها أطالت التفكير مطولا في السؤال رقم (27) ولم تطرح أي سؤال أو تبدي أية ملاحظة أو غموض بشأن المقاييس إذ كانت تجيب عليها وكأنها تعرف الإجابة مسبقا.</p>			
---	--	--	--

ملاحظة:

بالنسبة للمقابلة الأولية التمهيدية والتي تم فيها التعرف على الحالتين واخذ الموافقة منهما على إجراء المقابلات العيادية، والاتفاق على الزمان والمكان المناسبين فقد كانت خلال الدراسة الاستطلاعية لذا لم يتم ذكرها في الجدول أعلاه.

- بالنسبة لمحور الإصابة بالمرض:

تفيد الحالة أنها لم تجري أية عملية جراحية فعندما كانت في سن (04) سنوات ذهبت لتعالج لأول مرة بمدينة وهران، وهناك قابلت طبيب من فرنسا والذي أفاد انه لن يستطيع إجراء العملية لورود احتمال قطع الحبل الشوكي، وقد رفض الأب إجراء العملية والمغامرة بحياة الحالة واكتفى بوضع لها الجبس (plâtre) لمدة 06 أشهر، وبعدها نزعته وقال لها الطبيب انه بإمكانها أن تعيش بشكل عادي فقط عظام العمود الفقري فيها اعوجاج وليس هناك شيء خطير، وفي هذه الفترة عرفت الحالة بمرضها لكن لم تكن تعي نوع المرض لأنها كانت صغيرة في السن، و كانت تقول في نفسها لو أكون مثل الآخرين " حبيت لو كان كنت كيما لوخرين"، وهي لا تشعر بأي شيء اتجاه ما تعانيه " ما نحس بوالو عادي" وهنا بدأت الحالة بفرقة أصابعها و ارتبكت، و أضافت أنها تتمنى أن تكون مثل بقية الناس، وما يميزها على حد تعبيرها أنها لا تتكلم بل تكتم كل ما يؤلمها لان الكلام و التحدث عن مرضها أو عن أي شيء يؤلمها مع الآخر تعتبره نقطة ضعف، و تضيف الحالة أن نمط

تفكيرها تغير في الآونة الأخيرة (المرحلة الثانوية) عن سابقتها و شعرت أن المرض ليس عيب(في Iysée زدت كبرت في عقلي حسيت المرض ماشي عيب كنت من قبل نحشم ونقول لياه هوما عندهم صحتهم وأنا ما عنديشش)، و الشيء الذي جعل نظرتها تتغير هو مستشارة التوجيه وذلك عندما كانت تدرس في السنة الرابعة متوسط والتي كانت تشعرها بأنها فتاة عادية ويمكنها أن تكون أحسن من البقية ، وهذا ما حفزها أن تكون من بين الطلبة النجباء ولا تعاني من أية صعوبات دراسية إذ تتحصل على معدل (15) وتتلقى العديد من التكريمات من طرف أساتذتها، لكن هناك بعض الصعوبات اتجاه مرضها إذ مازالت تذكر الحالة موقف طفل الجيران (عمره 03 سنوات) الذي قال لها كلاما مشينا وعيرها بمرضها، وعندما بدأت الحالة تتكلم عن هذا الموقف ترقرت عينيها بالدموع ، وشعرت أن طفلا صغيرا ظلمها و أهانها (حسيت بلي حقني طفل صغير طيحي من قيمتي) ، وأول شخص يساعدها في مشاكلها و الصعوبات التي تتلقاها هي أمها فحسب ما صرحت به الحالة أن أمها تعد أول شخص حكي لها عن مرضها (أول شخص فهمني على حالتي ماما).

أما بخصوص ردود فعل الأسرة:

حسب الحالة الوالدين لا يبديان لها أي شيء بخصوص مرضها ولا يتكلمون أمامها ويتصرفون بشكل عادي ويتجنبون الحديث عن مرضها بحضورها ، ويبدون سلوكيات توحى أنهم غير متأثرين وهم على العكس من ذلك (ما يبغوش يبينولي كي نخرج من عند الطبيب يروحو يحكو مع بعضاهم وكي يشفوني يضحكوا هاذيك الضحكة الصفراء مي أنا فاهمة وهوما مايبينوش)، ويتبسمون مع الحالة بضحكة مستعارة مزيفة على أنهم فرحين.

أما عن ردة فعل إخوتها فقد كان ظاهرا إذ كان عندهم أمل في شفائها رغم صغر السن و قلة الخبرة بالمرض، و هنا بدأت الحالة تفرك يديها (إخوتي تأثروا و كان عندهم أمل باش نبرا و جاءت عندهم خيبة أمل، كنا قاع صغار و ما نفهموش بزاف في المرض)، كما أفادت الحالة أن مرضها يؤثر على الجانب العلائقي خاصة من ناحية الأعمال المنزلية- الطهي- (كي نبغي نطيب تقولي ماما قعدي تعياي) ، إذ ترفض الأم عملها في المنزل مخافة أن يرهقها وتتدهور حالتها الصحية، وما زالت الحالة تتذكر عندما مرضت في السنة الثانية

متوسط بمرض " اليرقان"، ومنعتها أمها من الذهاب إلى خارج المنزل واللعب مع الأصدقاء (ماما كانت تحطني في البلكون وتخليني مانخرجش كنت نغار من صاحباتي ونقول لوكان راني معاهم ونحب نخرج نلعب).

أما بخصوص الوضعية العائلية:

علاقة الحالة مع أهلها على العموم جيدة إلا انه في بعض الأحيان يشوبها التوتر والقلق (فرك الأيدي أثناء التحدث عن علاقتها بأمها)، و أمها أقرب إليها من أبيها فهي أكثر تفهما لها وأكثر قربا منها وأشياء عدة تعرفهم أمها بدون أن تتكلم، (قبل الإجابة نظرت جهة اليسار إلى الأعلى) لان الأب حسبها لا يمكن التكلم معه في كل المواضيع والمرأة تفهم على المرأة لكن أكثر شخص عزيز عليها أبوها (تغيب ماما وما يغيش بابا)، وعندما تمرض بالزكام لا ينام يبقى يفكر في حالتها و يسأل عنها وهو من يوقظها صباحا أما الأم فإنها توقظها بعنف(مي ماما تقولي نوضي بعنف)، و يتعامل الأب بالعدل و التساوي مع الأبناء . أما عن علاقتها بإخوتها فهي طيبة على العموم و أكثر إخوتها قربا منها هو (ح)، البالغ من العمر 23 سنة)،و الذي تعتبره نفسها الثانية و هما متقاربان في نمط التفكير و له ثقة كبيرة بها و يتكلم معها في أمور كثيرة حتى أمه لا يتكلم معها في هاته الأمور، خاصة في المواضيع العاطفية الغرامية(كي يكون en couple يجي يحكلي على مشاكلو وأنا ننصحو و هو يدير على كلامي وهدرتي)، ونقطة الاختلاف بينهما هي أن (ح) حسب قولها حنون زيادة وكثيرا ما يسمح في حقه، لكن الحالة هناك مواقف لا تتسامح فيهم خاصة عندما تكون مظلومة (هنا بدأت الحالة تخربش على الطاولة)،أما بالنسبة لأخيها الأكبر (ن)، البالغ من العمر 24 سنة) فإنها لا تتفق معه في الغالب وكثيرا ما يقلقها خاصة عندما يتكلم مع أمه عنها، كونها صغيرة السن ولا يحق لها أن تمتلك جهاز كمبيوتر في هذا السن، والوالدين يوفران لها كل شيء، أما عن الأشياء التي تغار منها في (ن) هو نجاحه وهدوؤه وحبه للدراسة أما الحالة فهي كثيرة القلق و تتمنى أن تكون مثله لكن لا تستطيع(نبغي نكون كيما هو وما نقدرش)،وتصفه على انه أناني و هو إنسان غامض عكس (ح) كل شيء يظهره أما عن علاقتها بأختها (ب)، البالغة من العمر 27 سنة) و التي تعمل معلمة فهي غير متقربة منها و سطحية معها و هادئة، و هما يتشاركان غرفة النوم و منذ أن بدأت أختها العمل أصبحت

كثيرة القلق (هنا بدأت الحالة بالنقر على الطاولة عند حديثها عن علاقتها بأختها) ووصفتها بأنها غيورة عن مهنتها و اغلب مواضيعها عن العمل، ولقد أظهرت الحالة الكثير من التردد والمراوغة في حديثها عن علاقتها بأختها، (إضافة إلى ضرب الطاولة بدأت تحبك أطراف خمارها وكلمها زادت حديثا عن أختها زادت حبا للخمار وضغطا عليه و كذا الحركة الجانبية لعينيها وتقطع الأنفاس و كأنها تحاول التنفس من جديد)، و تجرحها أختها عندما تقول لامها لماذا لا تعمل - الحالة - و لا تقوم بالمساعدة ن، ورغم هذا فان الحالة متسامحة معها عندما تخطئ، لأنها تشفق عليها كونها يتيمة الأم، أما عن علاقتها بأسرتها ككل فان الحالة راضية عن علاقتها فقط تريد تغيير بعض النقاط في شخصيتها اتجاههم مثل قلقها الزائد على أتفه الأمور، إذ تشعر الحالة بالندم بعد كل موقف تثار فيه و الحالة تحب إقامة علاقات جديدة و التعرف على أشخاص جدد.

أما بخصوص استراتيجيات مواجهة التشوه:

أحيانا تشعر الحالة أنها عاجزة عن مواجهة تشوهها وخاصة عندما تمرض وينشغل أفراد العائلة بمرضها، وهذا ما يشعرها بأنها عالة عليهم (نحس بلي أنا زيادة عليهم كي نمرض)، ومن اجل الخروج من هاته المشاكل لجأت الحالة لملء وقت الفراغ والصلاة والكلام مع أمها وأحيانا تخرج من المنزل وتذهب إلى منزل عمها أو الجيران، (هنا أبدت الحالة بعض الفرقة للأصابع)، ومرضها يعيقها عن أداء عمل واحد هو الأعمال المنزلية التي فيها بذل جهد وعندما لا تستطيع تتوجه إلى غرفتها، و غالبا الوالدة لا تتركها تعمل إلا نادرا، و الحالة لديها أمل كبير في تجاوز مشكلتها و خاصة أمل في الشفاء وكثيرا ما تتمنى تغيير موقف المرض، وتضيف الحالة أن كل شيء عادي ومكتوب ربي وهي لا تحب أن تتكلم وقامت بفتح موقع تواصل- فيسبوك - و تشاهد مختلف الفيديوهات في الانترنت بغرض التفريغ.

أما بخصوص العلاقة مع الذات ومع الآخر:

فان الحالة تحب الخروج من المنزل و تكره البقاء فيه ،أما بالنسبة للمناسبات الاجتماعية فإنها لا تحب حضور الخطبة أو العرس وعلى العكس من ذلك تحب حضور عرس الرجل وتحس انه يوجد تناقض بين شكلها وأفكارها، و لقد كانت في الماضي اقل كفاءة و أصبحت اجتماعية أكثر من السابق أي البقاء و الاختلاط مع الناس وفي بعض المواقف الضاغطة تشعر الحالة بعدم الرضا مثل ضغط الدراسة والأعمال المنزلية إلا انه على العموم مرتاحة في وضعها العائلي حسب ما أدلت به، وهي تفضل الانسحاب في كثير من الأمور على الوقوع في الخطأ،و لقد صرحت الحالة أنها لا تحب تغيير ملامح وجهها وحتى وضع المساحيق(الماكياج) لا تحبه و ينتاب الحالة شعور بالخوف من أولئك الناس الذين يتعاطفون معها أكثر مما تتوقعن وهي كثيرا ما تتجنب النظر في المرأة إذ تنتظر بمقدار 4 و 5مرات في اليوم وهذا ما يجعلها لا تحب حفظ دروسها و النظر إلى المرأة بل تحفظ في مكان خال من كل الأشياء، و أصدقاؤها محدودين بين 8و9أصدقاء و لهذا لا تلتقط صوراً كثيرة، في حين أن لها صداقة واسعة خارج الولاية (أصدقاء عبر الفايسبوك) و الذين تصارحهم عن مرضها و لكنها لا تخوض في المشاكل العائلية ،أما الزملاء فهي لا تتفق معهم خاصة عندما يتحدثون عن أمور مختلفة عن الحياة و يبدؤون المجادلة وهم مخطئين(هنا بدأت الحالة النقر و الخربشة على الطاولة)،وعلى اعتبار أنها تحب الخروج من المنزل فإنها كثيرة الخروج في العطل خاصة الصيفية منها إذ تتوجه مع أفراد عائلتها إلى منزلهم الثاني في ولاية مستغانم، أما بخصوص ارتداء الملابس في هكذا مواقف فإنها لا تحب ارتداء الملابس الضيقة بل العريضة(ما نحبش الملابس المزيرة نحب حاجة عريضة) وهنا بدأت الحالة بالنقر والخربشة على الطاولة ، و الملابس الضيقة في رأيها تجلب المشاكل من جهة الذكور، و لقد صرحت الحالة أنها تنزعج بين الفينة و الأخرى من مظهر جسمها.

و بالنسبة لها فان المرأة لا بد أن تكون حكيمة و شخصيتها قوية لا تهاب أي شيء متحدية في كل الأمور حتى وان كانت هناك أمور لا تستطيع القيام بها ومتواضعة، أما الرجل فلا بد أن تكون له اختيارات في الزواج فحسب الحالة لا بد أن يكون قريبا - الرجل -

من المرأة في السن و حتى في المرض الجسدي لأنه عندما يكون أحسن منها يتكبر عليها، و لكن يوجد أشخاص مختلفين وبنسبة قليلة و تضيف الحالة انه يوجد شخص أحبها وهو طيب و جيد من ناحية الصحة الجسمية وطلب منها الدخول معه في علاقة عاطفية لكنها رفضت بسبب تشوهاها (هو مليح مي أنا ما قبلتش لأنه ما بغيتش نعييه معاي أنا مريضة ما نبغيش ندخلو في مرضي)، و تضيف الحالة أن الزواج بالنسبة لها أمر عادي لا تحبه و لا تكرهه وهو ليس من بين الأهداف الهامة التي تسعى للوصول إليها و هدفها الوحيد و الأكبر هو إتمام الدراسة و الحصول على عمل و شراء سيارة و بالتالي الحصول على الحرية .

- أما بخصوص التصورات المستقبلية:

الحالة متفائلة و تنظر إلى الحياة نظرة جميلة (عندي أمل باه تكون حياتي شابة، نقرا نجيب مليح، نولي نخدم) ، و الحالة لديها أمل في تحقيق أمنية أبيها في الشفاء ولها إيمان بالله عزوجل في إتمام الدراسة و العمل ثم السعي في الشفاء، وكون أفراد عائلتها لا يشعرونها أنها ناقصة فهي لا تعتبر مرضها عائق في حياتها ،لذا فهي تسعى إلى تحقيق هدفها ألا وهو النجاح في الدراسة و من غير الدراسة لا يوجد لديها هدف آخر إذ بالدراسة تستطيع تحقيق كل الأهداف المتبقية.

د. عرض محتوى نتائج الاختبارات للحالة الأولى:

1. مقياس إستراتيجية المواجهة:

بعد تطبيق مقياس إستراتيجية المواجهة على الحالة الأولى تبينت النتائج التالية:

الجدول رقم (13): نتائج تطبيق مقياس إستراتيجية المواجهة على الحالة الأولى:

الدرجة المفصلية	الدرجة	الأبعاد	نوع الإستراتيجية
17,5	10	التجنب مع التفكير الإيجابي	الإستراتيجية المركزة على الانفعال
12,5	19	إعادة التقييم الإيجابي	
10	07	التأنيب الذاتي	
42	35	الدرجة الكلية	
20	21	حل المشكل	الإستراتيجية المركزة على المشكل
12,5	14	الدعم الاجتماعي	
32,5	35	الدرجة الكلية	

من خلال الجدول رقم (13) نلاحظ أن الدرجات التي تحصلت عليها الحالة الأولى

في كل من:

- الإستراتيجيات المركزة على الانفعال في كل من بعد التجنب مع التفكير الإيجابي وإعادة التقييم الإيجابي والتأنيب الذاتي كانت على التوالي: (10،19،07) وهي درجات اقل من الدرجة المفصلية لكل بعد ماعدا درجة إعادة التقييم الإيجابي حيث كانت اكبر من الدرجة المفصلية (19 < 12,5)، وبالتالي فان الحالة الأولى تستخدم إستراتيجية إعادة التقييم، كما نلاحظ من خلال الجدول أن الدرجة الكلية لإستراتيجية المواجهة المركزة على الانفعال كانت (35) درجة وهي درجة اقل من الدرجة المفصلية لإستراتيجيات المواجهة المركزة

على الانفعال والتي قدرت ب: (42) درجة، ومنه الحالة الأولى لا تستخدم استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال باستثناء إستراتيجية إعادة التقييم كما سبق الذكر. أما بخصوص إستراتيجية المواجهة المركزة على المشكل فالحالة الأولى تستخدم استراتيجيات حل المشكل والتي قدرت قيمتها ب: (21) درجة والدعم الاجتماعي (14) درجة ذلك أنهما درجتين أكبر من الدرجات المفصلية و التي كانت على التوالي: (20, 12,5) ، هذا من جهة ومن جهة أخرى فإذا ما قارنا الدرجة الكلية لاستراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل ، نجد أن الحالة الأولى قد تحصلت على (35) درجة و هي درجة اكبر من الدرجة المفصلية لاستراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل و التي قدرت ب: (32,5) درجة وبالتالي فالحالة الأولى تستخدم استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل.

2. مقياس تقدير الذات:

بعد تطبيق مقياس تقدير الذات على الحالة الأولى تبينت لنا النتائج التالية:

الجدول رقم(14) نتائج تطبيق مقياس تقدير الذات على الحالة الأولى:

الدرجة المتحصل عليها	مستوى تقدير الذات
72	مرتفع

نلاحظ من الجدول رقم(14) أن الحالة الأولى قد تحصلت على الدرجة(72) في مقياس تقدير الذات ، وإذا ما قارنا هذه الدرجة بالمستويات الثلاث التي حددها كوبر سميث والموضحة في الفصل السابق في عنصر أدوات الدراسة نجد أن هاته الدرجة تنتمي إلى المستوى المرتفع والذي يشمل المجال 60-80 وبالتالي فهي درجة مرتفعة.

ملخص الحالة الأولى:

من خلال المقابلات التي تمت مع الحالة كانت الملاحظة الأهم من خلال ما قدمته لنا من معلومات سواء من خلال الحركات والإيماءات أو التصرفات الظاهرة وغير الظاهرة للحالة، وبعد تطبيق مقياس إستراتيجية المواجهة تبين أن الحالة الأولى تبنت استراتيجيات مواجهة فعالة جعلتها تعرف كيف تتعامل مع مختلف الضغوطات، خاصة تلك المتعلقة

بتشوها فللدعم النفسي الذي تتلقاه من طرف أسرتها خاصة الأب و الدعم الاجتماعي الذي تتلقاه من طرف الأصدقاء و الزملاء جعل الحالة أكثر صلابة مع المواقف الضاغطة، وذلك من خلال قدرتها على مواجهة المشكل و ارتفاع الثقة بالنفس و التقدير الذاتي للحالة، كلها عوامل جعلتها أكثر مقاومة و هذا ما تبين من خلال النتائج المتحصل عليها في المقياسين.

2.5.1. عرض وتحليل نتائج دراسة الحالة الثانية:

أ. معلومات حول الحالة الثانية:

السن: 19 سنة

الجنس: أنثى

المستوى التعليمي: السنة الثانية جامعي

الطول: 160م

الوزن: 35كلغ.

الترتيب الأسري: السادسة(6).

الأبوين: على قيد الحياة.

عمر الأب: 58 سنة

مهنة الأب: إمام مسجد.

عمر أم: 50 سنة

مهنة الأم: مأكثة بالبيت ذو مستوى ابتدائي

عدد الأخوة: 08 ذكور و 05 إناث+الحالة.

الحالة الاجتماعية: عزباء

المستوى الاقتصادي: متوسط.

المنطقة الجغرافية: زمالة الأمير عبد القادر- تيارت-

الحالة الصحية أثناء الحمل: جيدة.

حوادث أثناء الولادة: لا يوجد.

نوع التشوه: تشوه قلبي +تشوه على مستوى الأطراف.

ب. وصف الحالة:

طويلة القامة ونحيفة جدا، بيضاء اللون لكن بسبب التشوه فان لون جسمها يميل إلى الازرقاق، شكلها مرتب ومهتمة بمظهرها، هادئة قليلة الانفعالات.

اللباس: ترتدي الملابس العريضة الزاهية الألوان، نظيفة على الدوام.

اللغة: تستعمل لغة سهلة وبسيطة لكنها قليلة الكلام.

الاتصال: كان التواصل سهل إلا أن الحالة أبدت الكثير من فترات الصمت أثناء إجراء المقابلات العيادية.

المظهر الانفعالي: تبدو الحالة هادئة وملامح الحزن بادية عليها.

ج. عرض وتحليل نتائج المقابلات العيادية مع الحالة الثانية:

الجدول رقم(15): محتوى المقابلات العيادية مع الحالة الثانية:

رقم المقابلة	المدة	تاريخ إجراؤها	الهدف منها	الملاحظات المسجلة
الأولى	35 د	2016/11/22	التعرف على الحالة و على تاريخها العائلي واخذ بيانات عامة عنها و معلومات عن الإصابة بالتشوه الخلقي	البكاء بحرقة عند طرحي احد الأسئلة ، كثرة فترات الصمت ، كانت الحالة هادئة ولم تظهر أي ارتباك أو مقاومة إلا في حالة واحدة و هي عدم رغبتها في التحدث عن ذكريات العملية الجراحة كما كانت تتكلم في الغالب و هي تنظر إلى الأسفل و العبث بالهاتف و الملابس بين الفينة و الأخرى

<p>الخربشة في الهاتف و النظر إليه و التبسم، ميلان الرأس على الجهة اليمنى أثناء الحديث وطأطأته تحريك الرجلين(ترقيصهما) قضم الأظافر، حك الأذن و الحاجبين الحركة الجانبية للعينين، الإجابة على بعض الأسئلة بحركات جسدية مثل: نعم بهز الرأس.</p>	<p>التعرف على علاقات الحالة الأسرية و علاقاتها مع الأخر ومع الذات وكذا التعرف على أهم الاستراتيجيات المستعملة إزاء مرضها وذلك من خلال مجموعة من المحاور و التي تتضمن مجموعة من الأسئلة التي تتوافق و موضوع الدراسة.</p>	<p>2017/01/06</p>	<p>45 د</p>	<p>الثانية</p>
<p>التعبير عن الموقف باللغة الدارجة و طلبت مني عدم سؤالي عن الموقف، أبدت بعض الاستفسارات عن بعض الأسئلة وطلبت شرحها، كانت هادئة ولم تبدي أية علامات تدل على القلق أو الارتباك و كانت تجيب بدون تركيز كبير أو بذل جهد أو حتى التفكير في البدائل كانت تضع العلامة (×) مباشرة.</p>	<p>تطبيق مقياس إستراتيجية المواجهة لبولهان و اخرون و مقياس تقدير الذات لكوبر سميث و ذلك بعد تقديم الشرح و كيفية الإجابة على البنود للحالة.</p>	<p>2017/02/26</p>	<p>20 د</p>	<p>الثالثة</p>

د. عرض نتائج المقابلات العيادية للحالة الثانية:

بالنسبة لمحور الإصابة بالمرض:

أمضت الحالة فترة الطفولة في التنقل بين المستشفيات وعندما بلغت سنتين من العمر اكتشف الوالدان أنها مصابة بتشوّه قلبي ولهذا كانت تتناول مجموعة من الأدوية إلى أن بلغ عمره (06) سنوات وآنذاك كانت تدرس في السنة الثانية ابتدائي، أجرت عملية جراحية

وكانت صحتها متدهورة ولا تخرج من المنزل وقد مكثت الحالة بعد إجراء العملية مدة شهر ونصف وكل ما تتذكره الحالة عن إجراء العملية الجراحية هو دموع أبيها وهي ممتدة على السرير وهذا قبل دقائق قليلة من الانتقال إلى غرفة العمليات وهنا بدأت الحالة تبكي بحرقة (كي كنت داخل شفتو بيكي بحرقة هاذيك الصورة ما راحتش من بالي)، أما عن أمها فإنها لم تكن معها ولم تقم بزيارتها طيلة مكوثها بالمستشفى وهذا ما اثر فيها و مازالت تلومها إلى حد الساعة و عندما رجعت إلى المنزل بعد العملية ورأت أمها بكت و شعرت أن كل مشاكلها قد انتهت (عندما عدت ورأيت أمي بكيت و أحسست انتهت كل مشاكلي)، بعد العملية واصلت الحالة الكشوفات و المراقبة الطبية حيث أعادت الفحوص من جديد عندما كانت تدرس في السنة الرابعة متوسط و أفاد الأطباء انه لا يمكن عمل شيء و سوف تعيش بالدواء طيلة الحياة و لما كانت تدرس في السنة الثالثة ثانوي أعادت الفحوص من جديد و قال الأطباء نفس الشيء ، و الحالة كانت لها نظرة سلبية تجاه مرضها ولم تكن متقبلة للعلاج لكن حسب قولها أن أساتذتها و مستشارة التوجيه غيروا لها تلك النظرة السلبية كونها مميزة عليهم(نكره غرفة العمليات نتشوكا، الآن عكس راني متقبلة العلاج) و بالنسبة لها لا يوجد حل والحل الوحيد هو بقاؤها على هذه الحالة ولا تتعالج، أما بالنسبة للدراسة فهي تكرهها ولا تحب التكلم عليها ولا تعاني من جهتها من أي صعوبات وأكثر شيء لا تحبه في الدراسة هو عندما تمرض(إغماءات متكررة بسبب ضيق التنفس الذي يسببه التشوه القلبي)، وفي إحدى المرات التي أغمي عليها وهي في الدراسة ساعدها احد الزملاء بدون أن يعرف عن مرضها رغم علاقتها المحدودة بزملاء الدراسة .

أما عن ردود فعل الأسرة:

ف نقول الحالة أن الأب كان يتمنى أن تجري العملية وتشفى في حين أن الأم لم تبدي لها أي شيء ولم ترها ولو مرة تبكي (ما تبيليش وجامي شفتها تبكي)، أما بخصوص الإخوة فإنهم لا يعلمون بالضبط عن مرضها فقط يعرفون أنها مريضة ولا يعلمون نوع المرض بالتدقيق ولا تتكلم معهم بشأن مرضها، حتى في الآونة الأخيرة بدأت تتكلم معهم بين الفينة والأخرى وفي عائلتها لا أحد يسألها عن تشوئها (عض الملابس والنظر في الهاتف أثناء الحديث).

أما بخصوص الوضعية العائلية:

إن علاقات الحالة مع أهلها جيدة على العموم خاصة من جهة الأخوال لكن الأعمام فهي سيئة إذ يشعرونها بالنقص ويعيرونها بأنها مريضة ولن تتزوج ومن يرضى بها وهي مشوهة، وتعد أختها الكبرى " المتزوجة " اعز إختها و كانت تنادي لها أمي في طفولتها (كيما كنت صغيرة نعيطلها ماما) ونفس المعاملة تتلقاها من أخيها الأكبر (وهنا بدأت الحالة أثناء الحديث بوضع اليد على الفم) ولا تتفق الحالة مع أختها الأصغر عنها بعام و (09) أشهر و قليلا ما يتفهمان ورغم هذا فالحالة تعامل أختها الأصغر كما تعاملها أختها المتزوجة أما عن علاقتها بأمها فهي لا تعزها بقدر ما تعزها أختها الكبرى، وهي تكره امها في حالة واحدة هي عندما لا تتركها تعمل في المنزل بسبب المرض (ماما ما تخلنيش نخدم بسبب مرضي لو كان ما نروحش جامي تعيطلي) و الحالة تقول إن علاقتها بأمها جيدة و لكن ليس كعلاقتها بابيها إذ تصفه بأنه ذو شخصية مثالية و لا يوجد لديه نقاط ضعف و على حد تعبيرها جيدة بنسبة (95%)، وهناك بعض النقاط التي تجعل من علاقة الحالة بأسرتها غير مرضية وهي كونها تغضب و تقلق بكثرة في المنزل و هذا يجعلها تتخذ قرارات ثم تندم عليها في حين أنها لا تحب إختها عندما يبدؤون في التحدث عن مرضها (ما نحيش كي يولوا يهدروا على مرضي ، نحبهم قاع ما يهدروش)، ومن ناحية إقامة العلاقات الاجتماعية الجديدة فالحالة تحب توسيع علاقاتها خاصة مع أشخاص لا يعرفون عن مرضها فبالنسبة لها هذا أمر أفضل و أحسن من الذين يعرفون.

أما بخصوص إستراتيجية مواجهة التشوه:

في بعض الأحيان ينتاب الحالة شعور بالعجز عن مواجهة تشوهها وهي دائمة المحاولة للخروج من هذا المشكل وعندما تشعر بالضغط فإنها تتكلم مع صديقتها " س" وأختها الكبرى وتكمن معاناة الحالة في كون مرضها يعيقها عن كل الأعمال التي تتطلب بذل جهد عضلي وهذا الأمر يجعلها تضع فواصل زمنية في العمل الواحد من اجل الراحة قليلا ثم إتمام العمل وهذا يقلقها ويربكها، ورغم هذا فالحالة لديها أمل كبير في أن يتطور العلم وتجري العملية وتشفى وفي ظل هذه الظروف فإنها عمدت من اجل التأقلم و التكيف مع هذا الوضع إلى أن يكون لها موقع الكتروني للتواصل الاجتماعي و بهذا كان لها

أصدقاء أكثر من خارج الولاية البعض منهم لا يعرفون عن مرضها و الأغلبية يعرفون وتتكلم معهم بشكل عادي عن مرضها و ينصحونها و هذا يشعرها بالراحة.

-أما بخصوص العلاقة مع الذات ومع الأخر:

فان الحالة قليلة التفاعلات الاجتماعية والاحتكاك مع الآخرين وتكره المناسبات الاجتماعية وتتفادى حضورها، وتفضل بدلا من ذلك البقاء في المنزل حتى وان كانت في وسط جماعة من الناس فإنها تبقى بشكل عادي ولكن دون تفاعل أما الجيران فهي لا تعرفهم ولا تتعامل معهم وقد أجابت عن هذا السؤال بالضحك وبصوت عال قائلة (قاع ما نخالط همش ما بيناتنا والو) ، وحتى من ناحية الأصدقاء فان أصدقاء الحالة قليلين جدا إذ بسبب المرض لم تكون في الطفولة أصدقاء وهو ما يجعلها تشعر بالذنب و الندم لأنه لم يكن لها ولو صديقة(كرهت كي ما درتتش لصحابات في الطفولة ، درت فقط معلمي و بكيت عليه حتى رجع)، وحسب ما صرحت به الحالة فانه ما زاد من محدودية علاقاتها هو مرضها و الزيارات المتكررة للأطباء ودخول المستشفيات، وما زاد ثقلها أكثر هو إصابتها بالأمراض - خارج إطار تشوئها - إذ مرضت الحالة في السنة الأخيرة من مرحلة الثانوية بمكروب في عينها(Abcès)وهذا جعلها تمكث في المستشفى مدة (10) أيام ، و المحيط الذي تعيش فيه كان سببا في انطوائها بعض الشيء إذ كان دائم التذكير بمرضها لكن في الجامعة تغيرت الحالة وتقول أنها أفضل مرحلة (الجامعة أفضل مرحلة لأنني بعدت على ذاك المحيط إلي يعرفني بالمرض ندير واش نحب) ،وتنزعج الحالة عندما تكون في الجامعة حينما تمرض وتتكرر عليها النوبات المرضية - فصل الشتاء بالخصوص- ورغم هذا فهي لا تحب أن تكون في المنزل كي لا تعرف أمها عن تعبها (لا اظهر مرضي، تعبني كي نكون في المنزل)،بخصوص الأصدقاء فلها صديقتان واحدة منهما في مرحلة الثانوية و عندما انتقلت إلى الجامعة افترقنا وبالتالي بقيت لها صديقة واحدة تدرس معها في نفس التخصص و هي قريبتها في نفس الوقت -ابنة خالتها س- والحالة تشتكي لها همها و الوحيدة التي تلتقط معها صورا تذكارية باعتبارها صديقة وزميلة ، و بقية زملاء فلا تتكلم معهم فقط تحية الصباح) أصلا ما نهدرش معاهم من غير السلام)، و الحالة تتعامل معهم بشكل سطحي، ولقد كانت تتفادى قبل دخولها الجامعة النظر في المرأة إلا انه الآن تنظر بين الفينة و الأخرى لان

المرأة تذكرها بنحافتها التي سببها مرضها (كي نشوف روعي بلي أنا ضعيفة) وهذا ما يقلقها، و التذكير بالمرض يشمل كذلك الملابس الصيفية الضيقة و التي أحيانا تلبسها إذا أجبرتها الظروف على الخروج من المنزل و ذلك بسبب أمر طارئ وغير ذلك فإنها لا تخرج لذا فهي غالبا ما ترتدي الملابس العريضة - العباءة العريضة - و بالنسبة للحالة فالزواج أمر ضروري و لا بد منه و المرأة لا تستطيع العيش بدون زوج لذلك و جب أن تكون حكيمة و هادئة تقوم بتربية أولادها .

أما بخصوص التصورات المستقبلية:

فبالنسبة للحالة فانه إن دام التشوه في حياتها فالمعاناة والألم دائمون ومرضها عائق في حياتها، إلا انه لديها أمل في إتمام دراستها والعمل وان يتطور العلم وتذهب إلى الخارج وتجري العملية ويتحقق أمل أبيها، وتأمل أن تكون متزوجة في يوم من الأيام وتضيف الحالة أنها تعرف الكثير من البنات مثلها- نفس المرض- وهن يعشن حياة عادية ومتزوجات وربات اسر.

د. عرض محتوى نتائج الاختبارات للحالة الثانية:

1. مقياس إستراتيجية المواجهة:

بعد تطبيق مقياس إستراتيجية المواجهة على الحالة الثانية تبينت النتائج التالية:

الجدول رقم(16): نتائج تطبيق مقياس إستراتيجية المواجهة على الحالة الثانية:

الدرجة المفصلية	الدرجة	الأبعاد	نوع الإستراتيجية
17,5	17	التجنب مع التفكير الايجابي	الإستراتيجية
12,5	14	إعادة التقييم الايجابي	المركزة على الانفعال
10	09	التأنيب الذاتي	
40	40	الدرجة الكلية	
20	22	حل المشكل	الإستراتيجية
12,5	15	الدعم الاجتماعي	المركزة على المشكل
32,5	37	الدرجة الكلية	

نلاحظ من الجدول رقم(16) أن الدرجات التي تحصلت عليها الحالة الثانية في

كل من:

الاستراتيجيات المركزة على الانفعال في بعدي التجنب و إعادة التقييم و كذا تأنيب الذات كانت على التوالي: (17،14،09) ، ودرجة كل من التجنب والتأنيب الذاتي هي درجات اقل من الدرجات المفصلية (17,5 و 10)، وبالتالي فان الحالة الثانية تستخدم إستراتيجية إعادة

التقييم الإيجابي (14) والتي كانت قيمتها أكبر من الدرجة المفصلية (12,5) وإذا ما قارنا الدرجة الكلية بالدرجة المفصلية للإستراتيجية المركزة على الانفعال نجد أنهما متساويان والتي قدرت ب (40)، درجة أي أن الحالة الثانية تستخدم الإستراتيجية المركزة على الانفعال بقدر متوسط.

أما الاستراتيجيات المركزة على المشكل فالحالة تستخدم إستراتيجية حل المشكل والتي قدرت ب (22) درجة والدعم الاجتماعي (15) درجة، وهي درجات أكبر من الدرجة المفصلية للاستراتيجيات المركزة على المشكل و التي كانت كالتالي: (20،12,5) هذا من جهة و من جهة أخرى نجد أن الدرجة الكلية قد قدرت ب (37) درجة و هي درجة تفوق الدرجة المفصلية والتي قدرت ب (32,5) و منه نخلص إلى أن الحالة الثانية تستخدم استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل.

2. مقياس تقدير الذات:

بعد تطبيق مقياس تقدير الذات على الحالة الثانية تبينت لنا النتائج التالية:

الجدول رقم(17): نتائج تطبيق مقياس تقدير الذات على الحالة الثانية.

الدرجة المتحصل عليها	مستوى تقدير الذات
68	مرتفع

نلاحظ من الجدول أعلاه أن الحالة الثانية قد تحصلت على(68)درجة في مقياس تقدير الذات وإذا ما قارنا هذه الدرجة بالمستويات الثلاث التي حددها كوبر سميث والموضحة في الفصل السابق في عنصر أدوات الدراسة نجد أن هاته الدرجة تنتمي إلى المستوى المرتفع والذي يشمل المجال 60←80وهي درجة مرتفعة.

ملخص الحالة:

من خلال المقابلات مع الحالة وملاحظة جميع تصرفاتها وطرح عليها مجموعة من الأسئلة وبالرغم من صعوبة التواصل معها لأنها كانت كثيرة الصمت، إلا أن الحالة تجاوبت معنا في الأخير ولقد تبنت إستراتيجية مواجهة فعالة رغم المعاناة التي تتعرض لها من خلال الفحوصات الدائمة والنوبات المرضية المتكررة، وهذا بفضل الدعم النفسي المقدم من طرف أفراد الأسرة وتقديم مختلف أوجه الرعاية والاهتمام ما جعل الحالة تتبنى خططا وأهداف مستقبلية آملة في تحقيقها، والتي تعتبرها المخرج الوحيد لمعاناتها وبذلك فالحالة عالية الثقة بالذات و تنظر إلى ذاتها على أنها ذو كفاءة وجدارة ،وتبين هذا من خلال الدرجات التي تحصلت عليها في مقياس تقدير الذات و كذا مقياس إستراتيجية المواجهة.

2/. تفسير ومناقشة نتائج الدراسة:

توصلت الدراسة الحالية إلى النتائج التالية:

1. لدى المصابين بالتشوهات الخلقية مستوى تقدير ذات مرتفع.
2. يستخدم المصابون بالتشوهات الخلقية إستراتيجية المواجهة المركزة على المشكل و المركزة على الانفعال لكن الأكثر استخداما المركزة على الانفعال بكثرة.
3. توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين إستراتيجية المواجهة المركزة على المشكل و تقدير الذات.
4. لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين إستراتيجية المواجهة المركزة على الانفعال و تقدير الذات.
5. تتأثر نوعية إستراتيجية المواجهة التي يستخدمها المصابون بالتشوهات الخلقية بدرجة تقدير الذات.

و لقد تم مناقشة هذه النتائج بناء على الدراسات السابقة و ما توفر من أدبيات نظرية:

1.1. تفسير و مناقشة نتائج التساؤل الأول:

نص التساؤل الأول على التالي: ما مستوى تقدير الذات لدى المصابين بالتشوهات الخلقية. وبعد المعالجة الإحصائية والتي تمت عن طريق حساب كل من التكرارات والنسب المئوية للأفراد المصابين بالتشوهات الخلقية وذلك في المستويات الثلاث (المرتفع، المتوسط، المنخفض)، حيث بلغت نسبة الأفراد المصابين بالتشوهات الخلقية في مستوى تقدير الذات المرتفع (66,66%) وهي نسبة مرتفعة، في حين كانت نسبة (20%) في المستوى المتوسط، تليها آخر نسبة والتي كانت بمقدار (13,33%) في المستوى المنخفض، و بالتالي فقد توصلت الدراسة إلى انه لدى المصابين بالتشوهات الخلقية تقدير ذات مرتفع، وتتوافق هذه النتيجة مع دراسة العبوزي (2001) والتي هدفت إلى معرفة علاقة مركز التحكم و تقدير الذات لأصل الإعاقة الحركية السفلى، على عينة من ذوي الإعاقة المكتسبة و أخرى من فئة الإعاقة الخلقية و التي أظهرت أن المصابين بالإعاقة الخلقية يتمتعون بتقدير ذات مرتفع، وتعزي الباحثة هذا إلى عدة أسباب من بينها كون المصابين بالتشوهات الخلقية و في الغالب لا يعانون من إعاقة حركية، أي أن لدرجة شدة الإعاقة اثر على تقدير الذات فالأفراد الذين

يعانون من انحراف العمود الفقري غير أولئك المقعدين والذين يحتاجون إلى المساعدة في أبسط احتياجاتهم، وهذا ما أثبتته دراسة تولا ن تيفا(Tuulantiva 2004) والتي خلصت إلى انه هناك اثر كبير في درجة شدة الإعاقة على مفهوم الذات لدى المعاقين جسمياً، هذا من جهة ومن جهة أخرى فان ما يدعم هذا التبرير هو أن المصابين بالتشوهات الخلقية الشديدة والذين يحتاجون إلى إجراء العملية الجراحية يختلف تقديرهم لذواتهم، عن أولئك الذين لا تستدعي حالتهم إجراء العملية الجراحية، ويمكنهم التعايش مع المرض بشكل عادي، وهذا ما توصلت إليه دراسة وايد (2007) من أن الأفراد المصابين بالجنف والمستعملين للمقويات فقط لهم تقدير ذات مرتفع مقارنة مع أولئك الخاضعين للعملية الجراحية، وهذا ما لاحظته الباحثة من خلال إجراء المقابلات مع الحالة الأولى في قولها " المهم نمشي، وكيفا راني مخلوقة راني حابة نبقى ما خسنيش نبرا"، فكثير من الأفراد ذوي التشوهات الخلقية يفضلون البقاء على نفس الحالة على أن تزداد حالتهم سوءاً أو أن يدخلوا في احتمالات غير ناجحة (100%)، حيث صرحت الحالة الأولى أنها لم تجر العملية الجراحية مخافة الجلوس على الكرسي المتحرك وذلك لخطورة إجراء العملية الجراحية إذ يحتمل أن يقطع فيها الحبل الشوكي.

2.2 تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية:

نصت الفرضية الثانية على انه يستخدم المصابون بالتشوهات الخلقية إستراتيجية المواجهة المركزة على الانفعال بشكل أكبر، وبعد حساب الدرجات التي تحصل عليها أفراد العينة ومقارنة كل من المتوسط الحسابي والنظري وهذا بغرض معرفة أي نوع من الاستراتيجيات يستخدمها أفراد العينة المركزة على المشكل؟ أم المركزة على الانفعال؟ و بعد هاته المعالجة الإحصائية توصلت الدراسة إلى أن المصابين بالتشوهات الخلقية يستخدمون كلا النوعين من الاستراتيجيات، لكن المركزة على الانفعال بشكل أكبر و منه تحققت الفرضية، وقد اتفقت نتائج هذه الدراسة مع دراسة ايرون وبلونشودفيلدو

(Iron & Blanchond Fieldo 1987) والتي أشارت إلى أن الشباب يستعملون أكثر إستراتيجية المواجهة المركزة على الانفعال ومع تقدم السن يلجؤون إلى استعمال استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل، وتوصلت دراسة أخرى قام بها كورنيليوس

وكاسبى (Cornelius Caspe 1987) إلى أن استعمال إستراتيجية حل المشكل تزداد بانتظام مع التقدم في السن، فالأفراد الأصغر سنا كانوا اقل استعمالاً لهذه الإستراتيجية وبالرجوع إلى خصائص عينة البحث في الفصل السابق (الجدول رقم 04) نجد أن حوالي (80%) وأغلبهم من فئة الشباب و الذين تتراوح أعمارهم ما بين 15 و 25 سنة، وهو ما يبرر استعمال أفراد عينة البحث لإستراتيجية المواجهة المركزة على الانفعال، إذ تتميز مرحلة المراهقة بمجموعة من الخصائص والتغيرات فقد وضح العالم روني ليكايير (Rene Lecuyer) أن مرحلة التمايز هي مرحلة مهمة و فاصلة إذ يسعى فيها المراهق إلى قبول تحولاته الجسمية من اجل تدعيم هوية ذاته، ويأخذ التفكير في هذه المرحلة في شكل مواجهة بين الذات المدركة والذات المثالية، وهو ما يؤدي بالفرد إلى التركيز على الانفعال، ورغم أن المصابين بالتشوهات الخلقية ذو تقدير مرتفع فإنهم لا يلجؤون وبدرجة أولى إلى الأساليب المركزة على المشكل بل المركزة على الانفعال، كما وضحته نتائج مقياس إستراتيجية المواجهة أن كلا النوعين من الاستراتيجيات هما متقاربان من حيث الدرجات ويوجد فرق ضئيل وتعزي هذه النتيجة إلى خصوصية هاته المرحلة، حيث أن هاته الفترة العمرية (15 إلى 25 سنة) تعتبر فترة انتقالية، وحسب ما أشارت إليها الدراسة السابقة الذكر انه كلما ازداد التقدم في السن كان الفرد أكثر لجوءاً إلى الأساليب المركزة على المشكل، ونفس النتيجة أشارت إليها دراسة فريدين برج ورامون:

(Fry denBerg et Ramon 1997) والتي كان عنوانها مواجهة الضغوط في مرحلة المراهقة (12-14)، وخلصت الدراسة إلى أن المراهقين والمراهقات يفتقرون للقدرة على مواجهة الضغوط وأنهم يستخدمون لحل المشكل عدة استراتيجيات للتعامل وأهمها الوصول لحل حاسم ولوم الذات والعزلة، وهذا ما اتضح للباحثة من خلال مقابلة الحالتين إذ تميزتا في هاته المرحلة باستخدام الأساليب المركزة على الانفعال، كما يرتبط استخدام استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل بالجنس وفي الدراسة الحالية لم يتم فيها مراعاة نوع الجنس إذ احتوت على كلا الجنسين، فكثير من الدراسات أشارت إلى أن نوع أسلوب المواجهة يختلف من جنس الذكور إلى جنس الإناث ومن بين هاته الدراسات نجد دراسة الباحثان لازاروس و فولكمان (Lazaros 1984 et Folkmene) و اللذان يريان أن

الجنس محدد أساسي لاستراتيجيات المقاومة، وعليه فالذكور أكثر استعمالاً للاستراتيجيات المركزة على المشكل في حين تميل الإناث إلى استعمال الاستراتيجيات المركزة على الانفعال وقد بلغت نسبة الإناث في الدراسة الحالية) كما هو موضح في الجدول رقم 03 من الفصل الثالث)، (80%) وهي نسبة مرتفعة جداً مقابل (20%) ذكور، وهذا ما يبين لنا استعمال أفراد العينة لكلا النوعين من الاستراتيجيات وبنسبة أكبر المركزة على الانفعال وهذا ما تبين من خلال نتائج تطبيق مقياس إستراتيجية المواجهة على المشوهين خلقياً، هذا من جهة ومن جهة أخرى فإنه يمكن أن تعمل الجهود الموجهة نحو حل المشكلة و الجهود الموجهة لتنظيم الانفعال معاً، إذ يرى شيلي تايلور (2008) أن التعامل المتمركز حول المشكلة يظهر منذ الطفولة في حين مهارات التعامل المتمركز حول الانفعال تتطور في مرحلة متأخرة من الطفولة أو المراهقة المبكرة، وتضيف **بوعافية** في نفس السياق 2002: 76 أن الأمر يتعلق في فعالية نوع الإستراتيجية في التقليل من اثر العدوان على الراحة الجسدية و الفيزيولوجية، ولا يهم نوع الإستراتيجية بالذات إنما المهم أيهما أكثر فعالية في التخفيف من العلاقة ضغط - توتر ، وفعالية إستراتيجية المواجهة مرتبطة أيضاً بخصائص الحدث الضاغط كمدته ومدى التحكم فيه، وقد لاحظنا أن الحدث الضاغط الموصوف من طرف أفراد عينة البحث تختلف مدته من فرد لآخر وكذا شدته وخصائصه ، ويمكن أن يكون التجنب أكثر فاعلية في الآجال القصيرة في حين الاستراتيجيات النشطة هي الأكثر فاعلية في الآجال الطويلة فحسب سألز و فليتشمير (1989) أن أسلوب المقاومة غير النشط كالنفى و الإنكار مثلاً يجنب الوقوع تحت وطأة الانفعالات ويسهل الاستيعاب التدريجي للواقع، وفي نفس السياق يرى كل من لازاروس وفولكمان (1984) أن الاستراتيجيات النشطة لا تبدو فعالة إلا إذا كان الحدث تحت تحكم الفرد لأنه في حالة حدث غير متحكم فيه تصبح الاستراتيجيات غير النشطة كالتجنب مثلاً أكثر ملائمة.

وفي دراسة قام بها موريس وبتنقال (Morris et Pettingal 1989) أن إعادة التقييم الايجابي تسمح بتوافق جيد عند المريضات المصابات بسرطان الثدي.

وبهذا نستطيع القول بان هناك تداخل كبير بين فعالية إستراتيجية المواجهة المستخدمة وبين الخصائص الشخصية والإدراكية، المعرفية للفرد وكذا خصوصيات المواقف والأحداث.

3.2. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

نصت الفرضية الثالثة على انه: توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين إستراتيجية المواجهة المركزة على المشكل وتقدير الذات.

وبعد المعالجة الإحصائية للفرضية عن طريق تطبيق معامل الارتباط كندل والذي بلغت قيمته (0,27) وهي قيمة موجبة ودالة إحصائياً، وبالتالي فقد توصلت الدراسة إلى انه توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين إستراتيجية المواجهة المركزة على المشكل و تقدير الذات، و منه تحققت الفرضية وقد اتفقت هذه النتائج مع العديد من الدراسات كدراسة هناء شريفى (2002) و التي أثبتت وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين استراتيجيات المقاومة المركزة على المشكل وتقدير الذات، كما توافقت نتائج الدراسة الحالية مع دراسة نبيلة بوعافية (2002) و التي خلصت إلى انه توجد علاقة ارتباطية بين استراتيجيات المقاومة المركزة على المشكل و تقدير الذات، وفي هذا الصدد يشير هولاهان وآخرون (Holahan et al 1996) إلى أن الأشخاص ذوي الدرجة العالية من تقدير الذات والثقة بالنفس والتفاؤل يميلون لمعالجة المواقف بطريقة نشطة أو فعالة بل ويصرّون على الاستمرار في بذل المزيد من الجهود حتى آخر نفس لديهم. (طبي، 2005: 138).

ومن هنا يتضح لنا أن تقدير الذات المرتفع يرتبط باستخدام الاستراتيجيات الفعالة من طرف المصابين بالتشوهات الخلقية إزاء المواقف الضاغطة، و هذا ما لاحظناه مع الحالتين سواء من خلال إجراء المقابلة أو تطبيق المقياس عليهما إذ تتبنى الحالتين الإستراتيجيات المركزة على المشكل من خلال بعديهما: حل المشكل و الدعم الاجتماعي سواء من الأهل أو الزملاء، وكذلك يتبين في قول الحالة الثانية " باش نخرج من مشاكلنا نفتح الفاسبوك ونهدر مع الأصدقاء و نحكيلهم "، أما الحالة الأولى فإنها تعتمد من أجل تفريغ آثار الضغط إلى اللجوء إلى الأصدقاء و الجيران و الأهل " نحكي مع ماما، نخرج نروح للجوارين "، إذ تلعب المساندة الاجتماعية دوراً مهماً في عملية حل المشكل وهذا ما

توضحه نتائج دراسة دينيز (2006) من انه توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين الرضا عن الحياة إيجابياً و أسلوب حل المشكل والمساندة الاجتماعية المتلقاة، فما يتلقاه الفرد من دعم ومساندة ومواساة تجعله يقاوم ويتكيف بطريقة أحسن مع أحداث الحياة الضاغطة ويتخذ قرارات بناءة في مواجهة مشاكله، ويرى كيترونا و ريسال

(Cutrona & Russell 1990) أن المساندة الاجتماعية تخفف من وقع الضغوط النفسية التي تقوي تقدير الذات لدى الفرد وتخفف من أعراض القلق والاكتئاب، وتؤثر على الصحة النفسية والجسمية وتزيد من الشعور بالرضا عن ذاته وعن حياته، وتزيد من الجوانب الإيجابية مما يحسن من صحة الأفراد النفسية، وتسهم في التوافق الإيجابي والنمو الشخصي وتساعد على حل المشكلات (قدور بن عابد؛ 2014: 84) كما هو الحال عند الحالتين.

4.2. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

والتي مفادها توجد علاقة ارتباطية بين إستراتيجية المواجهة المركزة على الانفعال وتقدير الذات، وبعد المعالجة الإحصائية للفرضية عن طريق تطبيق معامل الارتباط كندل والذي بلغت قيمته (-0,14) وهي قيمة سالبة وغير دالة إحصائياً، وبالتالي فقد توصلت الدراسة إلى انه لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين إستراتيجية المواجهة المركزة على الانفعال وتقدير الذات و منه عدم تحقق الفرضية، وعليه يمكننا القول أن هذه النتيجة قد اتفقت مع ما توصلت إليه دراسة مقبال يمينة (2009) من انه توجد علاقة ارتباطية سالبة بين تقدير الذات وإستراتيجية المواجهة المتمركزة حول الانفعال، بمعنى انه كلما انخفض تقدير الأفراد لذواتهم يؤدي ذلك إلى استخدام الاستراتيجيات المركزة على الانفعال والعكس صحيح، إذا تبنى الفرد استراتيجيات مركزة على المشكل ينتج عنه ارتفاع في تقدير الذات، وهذا ما أوضحت دراسة بوعافية نبيلة (2002) السابقة الذكر كما بينت دراسة ازروق فاطمة الزهراء (1997) أن استعمال الاستراتيجيات المركزة حول الانفعال يقود الأفراد إلى نوع من الكف وانخفاض في مستوى الشعور بفاعلية الذات وفي مستوى تقدير الذات، وهذا ما تبين لنا من خلال مقابلتنا مع الحالتين على انه يرتبط انخفاض تقدير الذات باستخدام الأساليب المركزة على الانفعال، فقد أدلت الحالة الثانية أنها كانت تنتظر إلى نفسها أنها اقل كفاءة في الماضي ولا تتقبل العلاج، و يصاحبها في ذلك القلق و الغضب اللذان يسيطران

عليها في المنزل ما يجعلها تندم على اتخاذ القرارات، لكنها في الآونة الأخيرة تغيرت إلى الأحسن وزادت ثقتها بنفسها وتقبلت مرضها وتكلم عنه بشكل عادي (في الثانوية حسيت بلي أنا مسؤولة على روعي مكاش إلي يهدر على مرضي في بلاستي أنا نهدر)، وهذا ما يبين أن الحالة تستخدم إستراتيجية حل المشكل ومواجهته وعدم تجنب الموقف الضاغط.

5.2. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة:

لقد تم التحقق من فرضية بحثنا التي توقعنا من خلالها أن نوع إستراتيجية المواجهة المستخدم من طرف المصابين بالتشوهات الخلقية يتأثر بدرجة تقدير الذات، وذلك عن طريق تقنية دراسة حالة المطبقة على الحالتين.

وقد أسفرت دراسة حالة بأدواتها المختلفة التي استخدمت في الدراسة عن دلالات هامة حيث يتضح من المقابلات أن الحالتين لهما تقدير ذات مرتفع، وهذا ما تبين من خلال تطبيق مقياس تقدير الذات حيث كانت درجة الحالتين على المقياس مرتفعة كما توضح هذا من خلال إجراء المقابلات، فتحصلت الحالة الأولى على (72) درجة من أصل (80) درجة أما الحالة الثانية فتحصلت على (68) درجة و كلتا الدرجتين تعد ضمن المستوى المرتفع لتقدير الذات، وبالتالي فقد تحققت الفرضية الخامسة، التي تنص على انه تتأثر نوعية إستراتيجية المواجهة بدرجة تقدير الذات.

و قد برز هذا بشكل جلي خلال المقابلة سواء من خلال السلوكيات اللفظية و غير اللفظية أو الحركات و الإيماءات، فالحالة الأولى تعود ثقتها بنفسها ورؤيتها أنها غير ناقصة إلى الدعم النفسي و الاجتماعي الذي تحظى به، خاصة من طرف أسرتها و الأصدقاء المهمين في حياتها حيث تقول " أنا من صغري عندي ثقة زائدة فيا و إلي صنعلي هاذيك الثقة ماما، وأثرت فيا مستشارة التوجيه و كانت تقولي أنت عادية و من هنا بدأت نحس بالثقة في نفسي"، وبالتالي فإن الحالة الأولى يعود سبب ارتفاع تقدير الذات إلى المعاملة الوالدية والطريقة التي نشأت وعاملوها بها بداية من مرحلة الطفولة، ويقول ريزوت (Rezoter):

أن الأطفال يبدؤون تكوين مشاعرهم لتقدير ذواتهم منذ الأسبوع السادس من حياتهم وذلك استنادا إلى تقويمهم للكيفية التي يستجيب بها للعالم من حولهم لاحتياجاتهم الانفعالية

والجسمية، ويتفاوت تقدير الذات لدى الأطفال خلال مراحل نموهم المختلفة وذلك تبعاً للكيفية التي يستجيب بها الأشخاص المهمون في حياتهم لاحتياجاتهم، وتبعاً لدرجة النجاح التي يحققونها في اجتيازهم كل مرحلة من مراحل النمو (شعبان، 2010: 35).

كما أن للترتيب الولادي أو الأسري تأثير على ارتفاع تقدير الذات فالحالة الأولى تصرح أن "عائلتي من صغري مقلشيني- مازوزية- كل حاجة نطلبها يوفروها، ميكرو، انترنت، لبسة"، وكون الحالة الأولى كان ترتيبها الأخير في العائلة فإنها حظيت بكل الرعاية اللازمة وخاصة أن جميع إخوتها إضافة إلى الأب يعملون - في قطاع التربية والتعليم- والذين يسعون إلى سد كل احتياجاتها، ويعتبر ادلر (Adler) من الأوائل الذين اهتموا بالكشف عن التأثير الذي يحدثه موقع الطفل في الأسرة، حيث أكد على وجود فروق جوهرية في نمو شخصية الطفل الأخير عن الأول و الثاني، فالاختلاف بين طفل وآخر يعود إلى موقعه فيها وللطفل الصغير بعض المزايا حيث يحظى بمكانة خاصة عند والديه و خاصة إذا كان هو الأخير لأنه الأصغر و الأضعف (بعلي، 2007: 35-36)، وتعد الرعاية الوالدية من الأمور الهامة والأساسية في ذلك وخاصة في جانب التكيف والتأقلم، إذ يشير ريتشر (Ritcher 1991) إلى أن المعاملة الوالدية التي يسودها الرفض والإفراط في الحماية تساهم في إكساب الفرد أسلوب التوجه الانفعالي والذي ينعكس فيما بعد على تعامله مع الأحداث، ويتضمن هذا النوع من استراتيجيات المقاومة مشاعر الضيق والتوتر والقلق والحدة الانفعالية (أيت مولود، 2014: 87)، وكون الحالتين تتلقيان معاملة يسودها القبول والحب والحماية لا إفراط ولا تفريط فإن هذا ما عزز استخدامهما لأسلوب التوجه نحو المشكلة، وهو ما توضحه نتائج تطبيق مقياس إستراتيجية المواجهة على الحالتين، حيث احتل كل من أسلوب حل المشكل والدعم الاجتماعي الدرجة الأعلى وهذه النتيجة قد انعكست في تصرفات و أقوال و إيماءات الحالتين، فالحالة الأولى طيلة إجراء المقابلات كانت تتميز بجلسة منتصبه ومرفوعة القوام و الرأس إذ كانت لا تخفض رأسها أثناء الإجابة عن الأسئلة و كانت تتحدث عن مرضها بسلاسة، إضافة إلى أنها تتكلم مع الأصدقاء سواء في محيطها المعيشي أو في العالم الافتراضي عن مرضها، و تطلب المساعدة وتحاول التعامل مع المشاكل بعقلانية حتى و إن أخطأت فإنها تراجع نفسها من جديد وتحاول تقييم الوضعية

لتجد الحلول وهو ما يبرر ارتفاع درجة إعادة التقييم الإيجابي، أما الحالة الثانية فإنها كانت تتكلم عن مرضها و كأنه أي مرض عادي رغم معاناتها اليومية فهي تسعى إلى العلاج و تبحث عن طرقه من خلال الأهداف التي تخطط لها و تسعى للوصول إليها " راني متأكدة بلي العلم يتطور و نبيرا " ،وهي تعتبر نفسها امرأة عادية و يمكن أن تكون أسرة و تتزوج "نعرف شحال من وحدة كيما أنا و متزوجة " ، وهذا ما يسمى بعملية التعلم الاجتماعي عن طريق مشاهدتها لنماذج مشوهة و ناجحة إذ يؤكد باندورا أنه يمكن تعلم أنماط كثيرة من السلوك من خلال ملاحظة الآخرين، فالبيئة الخارجية تقدم للفرد نماذج كثيرة من السلوك التي يقوم الفرد بتمثيل سلوكها، والملاحظة تعلمنا النتائج المحتملة للسلوك الجديد، وفي هذا المجال يوضح كازدين (Kazdén) أسلوب النمذجة كأسلوب من أساليب تعديل السلوك، على انه إجراء يتضمن تعلم استجابات جديدة عن طريق ملاحظة الأنموذج أو تقليده وقد يحدث التعلم لاحقاً كما هو عند الحالة الثانية. (السعيدة، القمش، 2008 : 213).

وما زاد من ثقته بنفسها و نظرتها الإيجابية إلى ذاتها هو الدعم النفسي المقدم من طرف الأسرة، خاصة الأب و الأخت الكبرى - المتزوجة - إذ عملا على رعايتها منذ الصغر و توجيهها و تقديم الحب و الحنان و دعمها و هذا الارتفاع في تقدير الذات هو ما أدى إلى أن تكون أحسن في مواجهتها للمشكلات و الضغوطات، إذ أفادت الحالة أنها تحسنت إلى الأفضل و أصبحت الآن أكثر كفاءة بعدما كانت اقل كفاءة، ولا تعمل على التركيز على المشاعر و الانفعالات و لوم الذات و هذا ما يظهر من خلال نتائج المقياس و لكلا الحالتين، إذ أظهرت النتائج انخفاض في مستوى تأنيب الذات و ارتفاع في الدعم الاجتماعي، كما أكدت ذلك دراسة نيمارسوفجر (2001) التي هدفت إلى التعرف على العلاقة بين الجنس و العمر و إستراتيجية مواجهة الضغوط والاكنتاب و تقدير الذات، حيث أشارت إلى أن تقدير الذات المرتفع يؤدي إلى مواجهة أفضل للضغوط.

ويتأثر تقدير الذات بالعوامل الديمغرافية والشخصية والأسرية فالحالتين لهما الحرية في اختيار الصديقات وفي الخروج من المنزل والقيام بمختلف الزيارات إذ تقول الحالة الأولى " بابا قاع ما يقوليش ما تروحيش لصاحبائك يخليني نروح وين نحب وما يفرضش عليا لصحابات " .

والعوامل المؤثرة على تقدير الذات السابقة الذكر هي موضوع دراسة وولمان وآخرون (Wolman et al 1994) المطبقة على المراهقين المصابين بالعمود الفقري، حيث خلصت الدراسة إلى أن العلاقات الأسرية الحميمة ومدى سماح الوالدين لأبنائهم المعاقين بالمشاركة الاجتماعية كان له دور إيجابي في تكوين تقدير ذات موجب، إذ تقول الحالة الثانية " بابا جامي جرحني وهو أقرب من أمي"، وتتميز المرحلة الثانوية للحالتين- خاصة الحالة الأولى- بمختلف الإنجازات المدرسية الأمر الذي زاد من تقديرهما لذواتهما، فالحالة الأولى تقول عن نفسها " أنا نقرا ونجيب معدل(15) ويكرموني"، كما أكدته ذلك دراسة مينشوم(1995) إلى أن المعدلات الأكاديمية كانت أعلى عند المعوقين جسميا المصابين بإصابات خفيفة مقارنة بذوي الإعاقات الشديدة، وقد أفادت الحالتين الباحثة أنهما من الممارسين للنشاط البدني رغم بعض العراقيل وذلك من البديهي تأثير التشوهات الخفية على السير والجري والإنجاز، حيث أشارت دراسة عطية وعمار جاسم(2000) من أن تساهم التشوهات القوامية في زيادة زمن الركض بنسبة مقدارها (57%)، ورغم هذه الصعوبة في ممارسة الرياضة البدنية إلا أن الحالتين تمارسانها وهذا ما يشعرهما بالثقة بالذات ويعزز مفهوم الذات الإيجابي لديهما، فعند ممارستهما للنشاط البدني مع بقية الزملاء تشعران أنهما فئة عادية لا تعاني من أية مشاكل جسدية، وبالتالي ارتفاع تقدير الذات وهذا ما أشارت إليه دراسة كازيناف و بولتير و لوفورت (2006) من أن:

المراهقين المعاقين الممارسين للنشاط الرياضي كان لديهم تقدير ذات عالي بالمقارنة

مع المراهقين غير الممارسين للنشاط الرياضي (مجيلي، 2012: 34).

وممارسة النشاط البدني من بين الأساليب المفيدة لعلاج التوتر والقلق الناتج عن الضغوط الحياتية إذ تعمل على تفريغ الشحنات السلبية عن طريق القيام بنشاط بدني معين، وهذا ما أكده كلير مايكلزويلر في كتابه (10) حلول بسيطة لعلاج التوتر والإجهاد، وما لمستته الباحثة عند الحالتين أنهما قد تغيرت درجة تقدير ذواتهما إلى الأحسن في هاته المرحلة عما كانت عليه سابقا، و أنهما كانتا ينتهجان توجه انفعالي في حل مشاكلهما، حيث كانت تعاني الحالة الثانية من مشكل في صورة الجسم و في علاقتها بذاتها و كيف تنظر إلى نفسها، و قد تبين ذلك جليا في علاقتها بالمرأة لان المرأة تذكرها بتشوهها، و يرى التحليلي لكان(Lacan): أن

المرأة تلعب دورا جديدا في بناء التصور الجسدي للطفل، حيث يقول "أن النمو يعاش كجدلية زمانية والتي قطعاً تطلع في تاريخ التكوين الفردي، فلحظة المرأة هي في الحقيقة دراما حيث يقوم الضغط الداخلي بإسقاط عدم الكفاية في الاستباق- والتي تمثل هوام الجسد المتفتت- أين تقوم وتتميز لحظة المرأة بتجبير هذا التفتت، مما يمثل الإطالة النرجسية الأولية وتبقى مسؤولية الوقاية من التفتت محولة على عاتق الهوية الاغترابية التي تسجل هويته الصلبة على مستوى النمو النفسي بواسطة المرأة".

فلاكان جعل من المرأة عنصر مجسد ومعبر عن بنية الذات، لكن من اجل أن يعرف الطفل ذاته لا بد أن تكون عنده درجة من الوعي القبلي بجسمه، ويرى لاكان أن اللحظة التي يقف فيها الطفل أمام المرأة في حدود الشهر الثامن تشكل نقطة التقاء بين دالتين، دلالة الجسد الحقيقي ودلالة الصورة المرآوية، ليتحدد جراء هذا الالتقاء والمقارنة الأنا كأول خطوة في طريق تكوين الهوية الخاصة. (بن جخدل، 2015: 105-106).

غير أن الحالة الثانية في المرحلة الجامعية تغيرت إلى الأحسن " كنت ما نحبش نشوف في المرأة مي في الجامعة تبدلت " ،وباعتبار الحالة الثانية لم يكن لها أصدقاء فقد كانت كتومة جدا و انطوائية بعض الشيء و لا تتواصل اجتماعيا مع الآخرين ، وهذا ما يوضح انخفاض في تقديرها لذاتها الذي ارتبط بمواجهة انفعالية " ما نحبش نبان و نبين روعي " ،لكن مع انتقالها للسنة الرابعة متوسط فان تقديرها لذاتها قد زاد ما انعكس إيجابيا على الأسلوب الذي انتهجته في حل المشكلات، ألا وهو المواجهة الفعالة و يتضح هذا في قولها " الأساتذة نحولي هاذيك النظرة السلبية، أنا مميزة عليهم " .

إضافة إلى أنها أصبحت تتكلم عن مرضها بشكل عادي وهي دائمة البحث ورصد المعلومات عن آخر الدراسات التي تتحدث عن مرضها بعدما كانت لا تحب التكلم فيه أو معرفة أي شيء عنه ،وهذا التغيير واضح من خلال وصفها للموقف الضاغط في مقياس المواجهة والذي تعلق بتشوهها إذ ذكرت أنها دائمة الاطلاع على آخر الأبحاث في مجال التشوهات القلبية، وهذا إن دل على شيء فإنما يدل على أن الحالة متقبلة لوضعيتها وتأقلمت معها بأسلوب فعال وناجع وهذا ما تبين لنا من خلال نتائج المقياس، إذ دلت النتائج كما وسبق عرضها أن الحالة الثانية تستخدم إستراتيجية المواجهة المركزة على المشكل، هذا من

جهة و من جهة أخرى فإن الحالة الأولى عانت من نفس المشكل إذ كانت في نهاية مرحلة الطفولة فبداية مرحلة المراهقة تعاني من انخفاض في تقدير الذات، حيث كانت الحالة الأولى تخجل من تشوهاها وتشعر أنها غير عادية وناقصة عن الآخرين " كنت من قبل نحشم " ،وعندما يعترضها مشكل أو أي موقف ضاغط فإنها كانت تنهج مواجهة سلبية، إذ تذكر أنها لم تستطع مواجهة الكلام المشين من قبل طفل الجيران الذي عيرها بمرضها، فعمدت إلى الصمت والتحدث مع نفسها ولومها وهذا الموقف أبكاهها، كما لاحظنا أن الحالة الأولى عند تحدثها عن هذا الموقف تفرقت عينيها بالدموع و هذا دليل على شدة التأثير، إلا انه ومع مرور الوقت و خاصة في المرحلة المتوسطة من التعليم- الرابعة متوسط - تغيرت نظرتها إلى نفسها، و أصبحت تشعر بالثقة بالنفس وذلك بفضل مستشارة التوجيه " من هنا بدت نحس بالثقة في نفسي" .

إذ يلعب الإرشاد و التوجيه منعطفا هاما في عملية التأقلم و هذا ما تبينه دراسة الحلبوسي (2001) التي هدفت إلى معرفة بعض المشكلات التي تواجه طلبة الثانوية و دور الإرشاد و التوجيه في علاجها، إذ توصلت الدراسة إلى أن التوجيه و الإرشاد يلعب دورا مهما في زيادة قدرة الطالب على التكيف و النجاح(امزيان،2007: 17) ، كما تبين بخصوص الحالة الثانية أنها أصبحت أفضل من ناحية التواصل الاجتماعي بعدما كانت لا تحبه " ما نحشش التواصل الاجتماعي " ،حيث أصبح لها أصدقاء أكثر و ارتفاع تقديرها لذاتها جعلها تتقبل مرضها و ترضى به ،وهذا ما أشارت إليه دراسة هامتارا(2009) من أن تقدير الذات يرتبط ايجابيا بكل من الرضا عن الحياة والتوجه الإيجابي نحو حل المشكلة وحلها عقلا، كما ارتبط كذلك سلبيا بأسلوب التجنب والبعد عن الآخرين وهذا ما بينته نتائج الفرضية الرابعة.

ويعد الرضا والمعنى في الحياة من الجوانب الإيجابية في الشخصية فيزداد التركيز على الجوانب الداعمة للصحة النفسية والجسدية للأفراد، كالتفاؤل والسعادة والتفكير الايجابي والوجدان الايجابي، ومن جهته أكد فولكمان وموسكوييتس (2000Folkmanet Moskowitz) أن المعنى في الحياة يقوم بدور حاسم في سلوك المواجهة الفعالة، وخصوصا تلك التي تدعم الوجدان الإيجابي فلا بد من الالتزام بشيء ما والاعتقاد

أن هذا الشيء مطلوب، والمعنى في الحياة يظهر في عدة مصادر منها العلاقات، السعادة الشخصية، تحقيق الذات والنواحي المادية والمستقبل والأمل (خنصالي، 2014: 5-6).

وهذا انعكس بصورة جلية مع الحالتين وتبين لنا ذلك من خلال إجراء المقابلات العيادية فالحالة الأولى تركز على حل المشكل بعدما كانت تركز على انفعالاتها " مرضي نورمال مكتوب ربي نحب نعمر روي بروحي "، وهذه النتيجة بخصوص الحالتين أي أنهما كانتا في مرحلة سابقة ذواتا تقدير منخفض، وبالتالي أسلوب مواجهة انفعالي وفي مرحلة لاحقة أصبحتا لديهما تقدير مرتفع، وبالتالي أسلوب مواجهة عقلائي فعال، قد تعارضت مع تفسير النموذج الحيواني للمواجهة حيث أشارت إلى أن المواجهة فطرية أو مكتسبة لا يمكن تغييرها مع الموقف، فالفرد مجبور على هذا الشكل من المواجهة، في حين اتفقت هذه النتيجة مع نظرية التقدير المعرفي ل: لا زاروس وفولكمان حيث أكد هذا الاتجاه على أن عملية التكيف و التأقلم هي عملية إرادية شعورية نتعامل معها بعقلانية تعتمد على تقييمنا للموقف الضاغط و المصادر الشخصية ، و هذا ما يجعل استراتيجيات المواجهة تتميز بالمرونة و الواقعية و ليس بالتصلب و تشويه الواقع كما جاء في نظرية التحليل النفسي.

وهاته المرحلة التي وصلت إليها الحالتين من ارتفاع تقدير الذات والسعي إلى تحقيق الذات هي مرحلة تراكمية جاءت نتيجة العديد من العوامل السابقة الذكر، وهنا أصبح المرض- أو التشوه - بعدما كان عائقا محفزا للإنجاز، فحسب ادلر (Adler) يمثل مركب النقص في الإنسان و الذي يرتبط في بداية الحياة وما يدعمه من عوامل أخرى كالمرض والإصابات الأساس لدافع الكفاح من اجل التغلب على مشاعر النقص والعجز وبالتالي التميز والكمال، وهذا الدافع يعتبر سويا إذا بقي الفرد محافظا على أهدافه الاجتماعية، وقد تبين لنا أن الحالتين طموحتين جدا ولهما أهداف واضحة تسعيان إلى تحقيقهما، وهذا ما جعلهما تحملان كما معتبرا من المشاعر الإيجابية نحو المستقبل و بهذا الخصوص يقول مارتن سيلقمن في كتابه السعادة الحقيقية (2006: 83)، أن المشاعر الإيجابية تجاه المستقبل تضم: الإيمان و الثقة و الأمل و التفاؤل، وهذان الأخيران مفهومان تماما وهما مادة لآلاف الدراسات التجريبية، و أفضل شيء انه يمكن بناؤهما و تطويرهما، وهذا جلي مع الحالتين

فبعدما كانتا يائستين و بفضل المساندة والدعم الاجتماعي أصبحتا متفائلتين تسعيان لتحقيق أهدافهما، إذ يرتبط الدعم الاجتماعي بإستراتيجية المواجهة وهذا حسب دراسة جون هيان (Junghyun2010)، والتي خلص فيها إلى أن الدعم الاجتماعي يؤثر في استراتيجيات المواجهة بدعمه الإيجابية منها مقابل السلبية مما يؤثر في التكيف الوجداني مع المرض (زعطوط، 2012: 61)، ولقد صرحت الحالتين أن من بين الأساليب التي تتبناها إزاء المواقف الضاغطة اللجوء إلى الصلاة و الدعاء من أجل السكينة والراحة والطمأنينة النفسية كأسلوب تفريغي ينتهجانه و يلتمسون فيه النجاة و الخلاص من مشكلات الحياة و ضغوطها، وهذا ما أكدته دراسة رايس (Rice 1997) على أن الاتجاه الديني من الممكن أن يستخدم كتركيب معرفي فعال في مواجهة الضغوط.

(البهاض، عبد الظاهر، 2013: 176).

وكون الحالتين متفائلتين بشأن المستقبل فإن هذا جعل أداؤهما يتحسن، فحسب مارتن سيلقمن أن التفاؤل والأمل يقاومان الاكتئاب عندما تقع الأحداث السيئة أو الضاغطة، فتفاؤل الحالة الثانية مثلا جعلها تداوم على الفحوصات الطبية و لا تؤجلها إذ كانت لها آخر مراقبة طبية في شهر جانفي الفارط، ولقد تكلمت الحالة مع الباحثة بشأن الزيارة الطبية بكل أريحية و قالت أنها تتحسن وهذا ما جعل التوتر والقلق يقل، إذ أصبحت تتعامل بمنطقية مع مرضها وهذا ما أوضحته دراسة مايسة شكري (1999) عن التفاؤل والتشاؤم وعلاقتهما بأساليب مواجهة الضغوط حيث أثبتت الدراسة إلى أن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين التفاؤل وأساليب المواجهة التي تركز على المشكل وبين التشاؤم وأساليب التجنب وبعض أساليب التركيز على الانفعال (واكلي، 2013: 33).

وهذه النتيجة تتوافق مع ما تم تحليله وملاحظته على الحالتين من طرف الباحثة وكذا ما تم استخلاصه من نتائج المقياسين ولعل هذا يثبت تأثر نوعية إستراتيجية المواجهة بدرجة تقدير الذات.

استنتاج عام

إستنادا إلى الجانب النظري والدراسة الميدانية لعينة البحث والتي بلغ قوامها (30) فرد من فئة التشوهات الخلقية تتراوح أعمارهم ما بين (15) و(50) سنة، اختيرت منهم حالتين بطريقة قصدية، والذين تم التواصل معهم عن طريق وسائط يعرفون الأفراد معرفة شخصية وبذلك توزع أفراد عينة البحث على كل من الولايات التالية: تيارت، تيسمسيلت، وهران، وكان الهدف من الدراسة معرفة ما إذا كان اغلب أفراد العينة ذو تقدير مرتفع؟ أم منخفض؟ وكذلك معرفة النوع السائد من إستراتيجية المواجهة المركزة على الانفعال؟ أم المركزة على المشكل؟ وذلك باستخدام المنهج الوصفي والمنهج العيادي.

وقد قمنا بتطبيق مقياس إستراتيجية المواجهة ومقياس تقدير الذات على أفراد العينة، أما الحالتين فطبقتنا عليهما بالإضافة إلى المقاييس دليل المقابلة. وبعد المعالجة الإحصائية للبيانات المتحصل عليها وتقنية دراسة حالة المطبقة على الحالتين تم التوصل إلى النتائج التالية:

1. لدى المصابين بالتشوهات الخلقية مستوى تقدير ذات مرتفع.
2. يستخدم المصابون بالتشوهات الخلقية إستراتيجية المواجهة المركزة على الانفعال بشكل أكبر.
3. توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين إستراتيجية المواجهة المركزة على المشكل وتقدير الذات.
4. لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين إستراتيجية المواجهة المركزة على الانفعال وتقدير الذات.
5. تتأثر نوعية إستراتيجية المواجهة المستخدمة من طرف المصابين بالتشوهات الخلقية بدرجة تقدير الذات.

من خلال النتائج تبين للباحثة أن فئة المشوهين خلقيا من الفئات الهامة والحساسة في المجتمع والتي على غرار الفئات تتبنى إستراتيجية مواجهة والتي تلعب دورا فعالا وإيجابيا في مساعدة المشوهين خلقيا على التخفيف من أثار الضغوط الحياتية، ويشكل في ذلك تقدير الذات المرتفع عنصرا مهما وحاسما وهذا ما تبين من خلال المقابلات العيادية مع الحالتين.

توصلنا من خلال دراستنا النظرية والتطبيقية لجوانب بحثنا الى أن إستراتيجية المواجهة ترتبط بتقدير الذات ويكون هذا الأخير مرتفعا لدى المصابين بالتشوهات الخلقية، وذلك من خلال التحليل الإحصائي لنتائج المقياسين على ثلاثين (30) فرد ودعمنا الدراسة من خلال القيام بدراسة عيادية لحالتين والتي تم التركيز فيها على إجراء مقابلات عيادية وكذا تطبيق المقياسين، مقياس إستراتيجية المواجهة ومقياس تقدير الذات وفقا لما يتطلبه الموضوع وطبيعة المشكل المطروح وذلك لإعطاء البحث نوعا من العلمية ونتائج أكثر مصداقية.

ومن المعلوم أن إستراتيجية المواجهة تتغير من موقف لآخر ومن فرد إلى آخر وذلك حسب طبيعة الموقف والضغوط وشخصية الفرد، وتعد شخصية المشوه خلقيا نقطة فاصلة في ذلك، حيث كشفت الدراسة أن هاته الفئة ذو شخصية مميزة حيث تبناوا كلا النوعين من إستراتيجية المواجهة المركزة على المشكل والمركزة على الانفعال لكن هاته الأخيرة بشكل أكبر، وتعد فترة المراهقة التي شملها اغلب أفراد العينة من الفترات الحاسمة التي يمر بها المراهق بصراعات عنيفة تجعله مجبورا على تقبل كل التغيرات الفيزيولوجية والنفسية والاجتماعية و هو الأمر الذي يؤدي به إلى إثبات ذاته ويقوم بتكوين تقييم خاص لوضعيته سواء من ناحية علاقته بالمحيط أو من ناحية تقييم حالته الصحية إذ انه يدرك هذه الأخيرة بطريقة مختلفة تجعله يشعر بالتميز و الكفاح من اجل النجاح وكذا الاعتناء بصحته، لذلك فانه وحسب ما أسفرت عنه الدراسة الميدانية ومن خلال تحليل وتفسير نتائج المقابلات العيادية مع الحالتين يمكن القول أن هناك عدة عوامل تؤثر في انتهاج مواجهة فعالة ولعل أهم عامل هو ارتفاع تقدير الذات، و هذا الأخير يمكن المشوه من التكيف مع المرض، ومهما يكن نوع التكيف و طريقته ومدته فان فاعليته هي الأهم وهذا ما يجعل أسلوب مواجهة المواقف الضاغطة يختلف من فرد لآخر كما قد يمكن أن يتمشى كلا النوعين معا من الاستراتيجيات من اجل الوظيفة الوقائية التكيفية.

وفي الأخير لا يسعنا إلا أن نقول إن صحة الإنسان الجسدية لا تقل أهمية من صحته النفسية كون الإنسان يعتبر وحدة متكاملة من نفس وجسد وهذا ما يدل على أن المشوهين خلقيا يحتاجون إلى التكفل النفسي والذي يلعب دورا مهما وفعالا في حياتهم وفي التفكير بشكل أكثر عقلانية في المستقبل والحياة وهذا ما لاحظناه من خلال النتائج المتوصل إليها في الفرضية الخامسة الخاصة بدراسة حالة.

صعوبات الدراسة:

من بين الصعوبات التي واجهتنا أثناء القيام بالبحث ما يلي:

1. غياب مراكز خاصة للتكفل بذوي التشوهات الخلقية حيث وجدت الباحثة صعوبة في إيجاد افراد البحث.
2. صعوبة الاتصال بأفراد عينة الدراسة بسبب ظروف خاصة ورفض بعض الحالات القيام بالمقابلة العيادية مع الباحثة.
3. عدم وجود إحصائيات دقيقة حول نسبة التشوهات الخلقية حيث أن اغلب الحالات مدمجة ضمن الإعاقة الحركية وهذا في كثير من الإحصائيات والمواثيق الدولية.

اقتراحات:

استنادا لما أسفرت عليه الدراسة الحالية من نتائج فإننا قد لاحظنا وجود بعض النقائص والتي يجب أن تلازم هذه الفئة المهمة من المجتمع والتي قد يكون لها الأثر البارز في التكيف مع التشوه وعلى هذا الأساس نحاول من خلال هذا ذكر بعض الاقتراحات والمتمثلة في:

1. إنشاء مراكز خاصة بهذه الفئة للتكفل النفسي والتأهيل الطبي حيث لاحظنا انعدامها.
2. إنشاء جمعيات تتكفل باحتياجات ومطالب هذه الفئة وتحسيس أفراد المجتمع بأهميتها.
3. زيادة وعي الأفراد من خلال وسائل الإعلام بضرورة وتقبل المشوه خلقيا في المجتمع ومنحه فرض الزواج والعمل.

تبقى الدراسة الحالية خطوة ممهدة لدراسات لاحقة والتي نرجو من الباحثين والدارسين في مجال علم النفس الاستفادة منها، وربط متغيرات أخرى بفئة المشوهين خلقيا مثل الأفكار اللاعقلانية، التفاؤل، مستوى الطموح.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

✓ القرآن الكريم

1) قائمة الكتب:

- 1- ابونصار، محمد وعبيدات، محمد ومبيضين، عقلة. (1999). **منهجية البحث العلمي**. عمان: دار وائل.
- 2- البطاينة، أسامة والجراح، عبد العزيز وغوانمة، مأمون. (2009). **علم النفس الطفل غير العادي**. ط2. عمان: دار المعرفة.
- 3- الاعظمي، سعيد والريالات، فليحان. (2014). **قضايا معاصرة في التربية الخاصة لذوي الحاجات الخاصة**. ط1. عمان: دار جليس الزمان.
- 4- البيلاوي، حسن والدريني، حسين والطيب، محمد ونجيب، كمال وبدران، شبل. (2005). **مناهج البحث في العلوم التربوية والنفسية**. ط3. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- 5- البهاض، سيد احمد وعبد الظاهر، محمد. (2013). **الضغوط النفسية والعلاج بالتحليل النفسي: دراسة في الصحة النفسية وعلم النفس الإيجابي**. ط1. الكويت: دار الكتاب الحديث.
- 6- الجوالده، مصطفى والقمش، فؤاد. (2012). **البرامج التربوية والأساليب العلاجية لذوي الحاجات الخاصة**. ط1. عمان: دار الثقافة.
- 7- الحديدي، الخطيب، منى، جمال. (2011). **التدخل المبكر: التربية الخاصة في الطفولة المبكرة**. ط5. عمان: دار الفكر.
- 8- الزعبي، محمد وغريفات، سحر وشواهين، خير. (2008). **خبرات علمية ومهارات عملية في تربية ذوي الاحتياجات الخاصة**. ط1. عمان: عالم الكتب الحديث.
- 9- السعيدة، مصطفى والقمش، ناجي. (2008). **قضايا وتوجهات حديثة في التربية الخاصة**. ط1. عمان: دار المسيرة.
- 10- السكاف، سوسن. (2009). **الحياة مع الإعاقة**. الإمارات: دار الكتاب الجامعي.

- 11-المساعد، عبد الكريم والسميران، ثامر. (2014). سيكولوجية الضغوط وأساليب التعامل معها. ط1. عمان: دار حامد.
- 12-السيد فهمي، محمد. (2008). الإعاقات الحركية بين التشخيص والتأهيل وبحوث التدخل. مصر: دار الجامعة الجديدة.
- 13- الشعراي، الهام وسليم، مريم. (2006). الشامل في المدخل إلى علم النفس. ط1. بيروت: دار النهضة العربية.
- 14- الضامن، منذر. (2007). أساسيات البحث العلمي. ط1. عمان: دار المسيرة.
- 15-الطريبي، عبد الرحمن. (1994). الضغط النفسي: مفهومه، تشخيصه، طرق علاجه ومقاومته. ط1. الرياض: دار زهراء الشرق.
- 16-الظاهر، قحطان. (2008). مدخل إلى التربية الخاصة. ط2. عمان: دار وائل.
- 17-العبيدي، رائد والمشهداني، خالد. (دس). مناهج البحث العلمي. عمان: دار الأيام.
- 18-العبيدي، محمد. (2009). مشكلات الصحة النفسية. ط1. بيروت: دار النهضة العربية.
- 19-العززي، فاطمة. (2011). إستراتيجية التعامل مع ذوي الاحتياجات الخاصة. ط1. عمان: دار الراية.
- 20-الكسباني، محمد. (2012). البحث التربوي بين النظرية والتطبيق. ط1. القاهرة: دار الفكر.
- 21-النوبي، محمد. (2010). علم النفس الإكلينيكي لذوي الاحتياجات الخاصة. ط1. عمان: دار صفاء.
- 22-النوايسة، فاطمة. (2013). الضغوط والأزمات النفسية وأساليب المساندة. ط1. عمان: دار المناهج.
- 23-إسماعيل، محمد. (2010). الطفل من الحمل إلى الرشد. ط1. عمان: دار الفكر.
- 24-بوحوش، عمار. (1985). دليل الباحث في المنهجية وكتابة الرسائل الجامعية. ط2. الجزائر: المؤسسة الوطنية للكتاب.
- 25-شيلي، تاييلور. (2008). علم النفس الصحي. ترجمة وسام بريك، فوزي داود. ط1. الأردن: دار حامد.

- 26- جلاهار، جيمس وكيرك، سانسيل وكولجان، ماري و انستاو، نيك. (2013). **تعليم الأطفال ذوي الحاجات الخاصة**. ترجمة أماني محمود. ط1. عمان: دار الفكر.
- 27- حمزة، مختار. (1956). **سيكولوجية ذوي العاهات**. مصر: دار المعارف.
- 28- ملحم، سامي. (2010). **مناهج البحث في التربية وعلم النفس**. ط6. عمان: دار المسيرة.
- 29- خيرى، أسامة. (2014). **تطوير الذات**. ط1. عمان: دار الراية.
- 30- دويك، كارول. (ب س). **نظريات الذات**. ترجمة ماهو ابوهلال، عبد القادر العمادي، علي داوي. الإمارات: دار الكتاب الجامعي.
- 31- سليمان، عبد الرحمن. (1999). **سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة**. ط1. مجلد1. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- 32- يوسف، سليمان. (2012). **قراءات في علم النفس**. ط1. مصر: مؤسسة طيبة.
- 33- سيلقمن، مارتن. (2006). **السعادة الحقيقية**. ط1. السعودية: مكتبة جرير.
- 34- عباس، فيصل. (1997). **الشخصية دراسة حالات المناهج: التقنيات الإجرائية**. ط1. بيروت: دار الفكر العربي.
- 35- عبد الخالق، احمد. (2000). **أسس علم النفس**. ط2. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- 36- عسكر، علي. (2009). **ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها**. الكويت: دار الكتاب الحديث.
- 37- عطوي، جودت. (2011). **أساليب البحث العلمي**. ط1. الأردن: دار الثقافة.
- 38- علام، صلاح. (2003). **تحليل بيانات البحوث النفسية والتربوية والاجتماعية**. القاهرة: دار الفكر
- 39- عياد، احمد. (2006). **مدخل لمنهجية البحث الاجتماعي**. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- 40- فرحاتي، العربي. (2012). **البحث الجامعي بين التحرير والتصميم والتقنيات**. ط1. الأردن: دار أسامة.
- 41- ميكلزويلر، كلير. (2010). **10 حلول بسيطة لعلاج التوتر والإجهاد**. بيروت: دار الكتاب العربي.

- 42- محمد، عبد العزيز. (2005). سيكولوجية مواجهة الضغوط في المجال الرياضي. ط1. القاهرة: مركز الكتاب.
- 43- مختار، وفيق. (1999). مشكلات الأطفال السلوكية. ط1. القاهرة: دار العلم والثقافة.
- 44- هلال، أسماء. (2009). تأهيل المعاقين. ط1. عمان: دار المسيرة.
- 45- مجيد، سوسن. (2008). اتجاهات معاصرة في رعاية وتنمية مهارات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. ط1. عمان: دار صفاء.
- (2). قائمة الرسائل الجامعية و الأطروحات العلمية:
- 46- أبو حبيب، نبيلة. (2010). الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها وعلاقتها بالتحصيل الدراسي لدى أبناء الشهداء في محافظات غزة. رسالة ماجستير، جامعة الأزهر، فلسطين، غير منشورة.
- 47- ابراهيمي، شبلي. (2009). التوجه نحو التدين وعلاقته بمستوى تقدير الذات لدى طلبة الجامعة. رسالة ماجستير، جامعة الجزائر، غير منشورة.
- 48- ازرق، فاطمة الزهراء. (1997). الكفالة النفسية للمصابين بدار السكري: استراتيجيات المقاومة الفعالة لتحقيق التوافق النفسي والاجتماعي. رسالة ماجستير، جامعة الجزائر، غير منشورة.
- 49- الأشرم، رضا. (2008). صورة الجسم وعلاقتها بتقدير الذات لذوي الإعاقة البصرية. رسالة ماجستير، جامعة الزقازيق، مصر، غير منشورة.
- 50- الدعدي، غزلان. (2009). الضغوط النفسية والتوافق الأسري والزواجي لدى عينة من أباء وأمهات الأطفال المعاقين تبعاً لنوع ودرجة الإعاقة وبعض المتغيرات. رسالة ماجستير، جامعة أم القرى، السعودية، غير منشورة.
- 51- الزبيدي، سالم. (2009). تقدير الذات وعلاقته بالوحدة النفسية لدى الطلاب المحرومين وغير المحرومين من الوالدين. رسالة ماجستير، جامعة أم القرى، السعودية، غير منشورة.

- 52-العبدلي، خالد. (2012).الصلابة النفسية وعلاقتها بأساليب مواجهة الضغوط لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية المتفوقين دراسيا والعاديين بمدينة مكة المكرمة. رسالة ماجستير، جامعة أم القرى، السعودية، غير منشورة.
- 53- الغامدي، صالح. (2009).اضطرابات الكلام وعلاقتها بالثقة بالنفس وتقدير الذات لدى عينة من طلاب المرحلة المتوسطة. أطروحة دكتوراه، جامعة أم القرى، السعودية غير منشورة.
- 54- القاضي، وفاء. (2009). قلق المستقبل وعلاقته بصورة الجسم ومفهوم الذات لدى حالات البتر بعد الحرب على غزة. رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، غزة، غير منشورة.
- 55- امزيان، زبيدة. (2007). علاقة تقدير الذات للمراهق بمشكلاته وحاجاته الإرشادية.رسالة ماجستير، جامعة الحاج لخضر، باتنة، غير منشورة.
- 56- بركات، زياد. (2010).استراتيجيات التدريس لمواجهة القلق في المدارس الحكومية.رسالة ماجستير، جامعة القدس المفتوحة، فلسطين. غير منشورة
- 57- بريالة، هناء. (2013).صورة الجسم لدى المصابين بتشوهات ناتجة عن الحروق. رسالة ماجستير، جامعة بسكرة، غير منشورة.
- 58- بعلي،مصطفى.(2007).الرفض الوالدي كما يدركه الأبناء وعلاقة بالوحدة النفسية. رسالة ماجستير، جامعة محمد خيضر، بسكرة، غير منشورة.
- 59-عبيد،لطيفة وبدرة، بهية. (2011). التوافق النفسي لدى الراشد المصاب بإعاقة حركية مكتسبة، رسالة ماستر أكاديمي، جامعة بسكرة، غير منشورة.
- 60- بلهوشات، رفيقة. (2008). طبيعة الصورة الجسمية والسير النفسي بعد الإصابة بحروق ظاهرة. رسالة ماجستير، جامعة الجزائر غير منشورة.
- 61- بن جخدل، سعد الحاج. (2015). أثر برنامج علاجي لتحسين مستوى التصور الجسدي على خفض صعوبات الكتابة. أطروحة دكتوراه ، جامعة الجزائر02، غير منشورة.

- 62- بن زروال، فتيحة. (2008). أنماط الشخصية وعلاقتها بالإجهاد: المستوى، الأعراض، المصادر، استراتيجيات المقاومة. أطروحة دكتوراه، جامعة منتوري، قسنطينة، غير منشورة.
- 63- بن شعلال، عبد الوهاب. (2010). أثر الرضا المهني وتقدير الذات على الدافعية للإنجاز عند معلمي التعليم الابتدائي. رسالة ماجستير، جامعة الجزائر، غير منشورة.
- 64- بورنان، حياة. (2011). العنف في الوسط المدرسي وعلاقته بتقدير الذات عند تلاميذ الطور الثانوي. رسالة ماجستير، جامعة الجزائر02، غير منشورة.
- 65- بوساق، أسماء. (2008). تأثير الإعلام المحلي على تقدير الذات. رسالة ماجستير، جامعة الجزائر، غير منشورة.
- 67- بوعافية، نبيلة. (2002). الضغط المهني عند المديرين وعلاقته باستراتيجيات المقاومة وتقدير الذات. رسالة ماجستير، جامعة الجزائر، غير منشورة.
- 68- بوكنوس، عائشة. (2004). الاكتئاب واستراتيجيات المقاومة عند الأبناء ذوي الوالدين. رسالة ماجستير، جامعة الجزائر، غير منشورة.
- 69- تامملت، إبراهيم. (2012). تأثير إدارة الصف بين الانضباط والتسيب في تقدير الذات ومنظومة القيم. رسالة ماجستير، جامعة الجزائر02، غير منشورة.
- 69- جبالي، صباح. (2012). الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون. رسالة ماجستير، جامعة فرحات عباس، سطيف، غير منشورة.
- 70- حمري، صارة. (2012). علاقة تقدير الذات بالدافعية للإنجاز لدى تلامذة الثانوية. رسالة ماجستير، جامعة وهران، غير منشورة.
- 71- حربي، سليم. (2008). ممارسة النشاط البدني الرياضي المكيف وعلاقته بمستوى تقدير الذات لدى المعاقين حركيا. رسالة ماجستير، جامعة الجزائر، غير منشورة.
- 72- خاضر، صالح. (2010). تقدير الذات عند حكام الأنشطة الرياضية الجماعية. رسالة ماجستير، جامعة الجزائر3، غير منشورة.
- 73- خضر، محمد، عبد الباسط، عبد الرحمن. (2008). إساءة معاملة الأطفال وعلاقتها بتقدير الذات. رسالة ماجستير، جامعة الزقازيق، مصر، غير منشورة.

- 74- خلال، نبيلة. (2012). التذبذب كمنظ جديد في المعاملة الوالدية وعلاقته ببعض متغيرات الصحة النفسية: تقدير الذات والاكتئاب. أطروحة. دكتوراه، جامعة الجزائر2، غير منشورة.
- 75- خمنو، دونيا. (2009). تأثير تقدير الذات على الاختيار المهني. رسالة ماجستير، جامعة الجزائر، غير منشورة.
- 76- خنصالي، مريامة. (2014). الصلابة النفسية والتوكيدية في ضوء الذكاء الانفعالي. أطروحة دكتوراه، جامعة محمد خيضر، بسكرة، غير منشورة.
- 77- خوجة، عادل. (2009). أثر البرنامج الرياضي المقترح في تحسين صورة الجسم ومفهوم تقدير الذات وتطوير اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة لدى فئة ذوي الاحتياجات الخاصة حركيا. أطروحة دكتوراه، جامعة بن يوسف بن خدة، الجزائر، غير منشورة.
- 78- خوجة، مليكة. (2011). مصادر الضغوط المهنية لدى المدرسين الجزائريين. رسالة ماجستير، جامعة الجزائر، غير منشورة.
- 79- داود، راضية. (2012). الضغط المهني واستراتيجيات المواجهة لدى المعاقين حركيا. رسالة ماجستير، جامعة فرحات عباس، سطيف، غير منشورة.
- 80- دايلي، ناجية. (2013). الضغط النفسي لدى المرأة المتزوجة العاملة في الميدان التعليمي وعلاقته بالقلق. رسالة ماجستير، جامعة فرحات عباس، سطيف، غير منشورة.
- 81- دردير، نشوة. (2007). الاحتراق النفسي لدى المعلمين ذوي النمط (أ، ب) وعلاقته بأساليب مواجهة المشكلات، رسالة ماجستير، جامعة الفيوم، غير منشورة.
- 82- دياب، مروان. (2006). دور المساندة الاجتماعية كمتغير وسيط بين الأحداث الضاغطة والصحة النفسية للمراهقين الفلسطينيين. رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، غير منشورة.
- 83- زعطوط، رمضان. (2012). نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين وعلاقتها ببعض المتغيرات. أطروحة دكتوراه، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، غير منشورة.
- 84- سليمان، سالم محمد. (2010). الأمن النفسي وتقدير الذات في علاقتهما بين الاتجاهات التعصبية لدى الشباب الجامعي. رسالة ماجستير، جامعة الزقازيق، مصر، غير منشورة.

- 85- سهل، فريدة. (2009). أثر التوجيه المدرسي على الدافعية للإنجاز وتقدير الذات لدى تلاميذ السنة الثانية ثانوي. رسالة ماجستير، جامعة الجزائر، غير منشورة.
- 86- شريفي، هناء. (2002). استراتيجيات المقاومة وتقدير الذات وعلاقتها بالعدوانية لدى المراهق الجزائري. رسالة ماجستير، جامعة الجزائر، غير منشورة.
- 87- شعبان، عبد ربه. (2010). الخجل وعلاقته بتقدير الذات ومستوى الطموح لدى المعاقين بصريا. رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، فلسطين غير منشورة.
- 88- ضيف الله، حبيبة. (2012). صورة الجسم وعلاقتها بتقدير الذات لدى المشلولين والمبتورين المصابين بالإعاقة الحركية المكتسبة. رسالة ماجستير، جامعة الجزائر 02، غير منشورة.
- 89- طبي، سهام. (2005). أنماط التفكير وعلاقتها باستراتيجيات مواجهة اضطراب الضغوط التالية للصدمة. رسالة ماجستير، جامعة باتنة، غير منشورة.
- 90- عابد، سمير. (2002). تقدير الذات وعلاقته بالوحدة النفسية. رسالة ماجستير، جامعة أم القرى، السعودية غير منشورة.
- 91- عبد الرحيم، سماح. (2012). الضغوط النفسية وعلاقتها بتقدير الذات لدى المرشدات الطلابيات. رسالة ماجستير، جامعة طيبة، السعودية.
- 92- علاونة، ربيعة. (2012). الهوية وعلاقتها بكل من تقدير الذات وأسلوب الإسناد ومركز الضبط لدى الشباب الجزائري. أطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر 02، غير منشورة.
- 93- عرافي، احمد محمد. (2012). أساليب مواجهة الضغوط وعلاقتها بتأكيد الذات لدى طلاب المرحلة الثانوية في محافظة معهد الذهب. رسالة ماجستير، جامعة أم القرى، السعودية، غير منشورة.
- 94- علوان، محمود. (2009). فاعلية برنامج علاجي مقترح لزيادة كفاءة الذات لدى المعاقين حركيا بقطاع غزة. رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، فلسطين، غير منشورة.
- 95- علوطي، سهيلة. (2008). العلاقة بين تقدير الذات والدافعية للإنجاز لدى الطالب الجامعي. رسالة ماجستير، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، غير منشورة.

- 96- قدور بن عابد، هوارية. (2014). **المساندة الاجتماعية في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة كما تدركها العاملات المتزوجات**. أطروحة دكتوراه، جامعة وهران، غير منشورة.
- 97- قماز، فريدة. (2009). **عوامل الخطر والوقاية من تعاطي الشباب للمخدرات**. رسالة ماجستير، جامعة منتوري، قسنطينة، غير منشورة.
- 98- كربوش، حسيبة. (2012). **الخجل وعلاقته بتقدير الذات لدى المراهقات في التعليم المتوسط**. رسالة ماجستير، جامعة الجزائر 02، غير منشورة.
- 99- لعجايلية، يوسف. (2015). **مصادر ضغوط العمل لدى عمال الصحة وسبل مواجهتها في المصالح الاستعجالية**. رسالة ماجستير، جامعة محمد خيضر، بسكرة، غير منشورة.
- 100- مجيلي، صالح. (2012). **دور برنامج رياضي مكيف مقترح ضمن حصة التربية البدنية والرياضية في تنمية بعض المهارات الاجتماعية وتقدير الذات لدى التلاميذ المعاقين حركيا في الطور الثانوي**. أطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر 03، غير منشورة.
- 101- مزياني، فتيحة. (2007). **أثر مصادر الضغط المهني واستراتيجيات المقاومة والمعبرية الانفعالية والدفاعية: الانفعالية/العقلانية على الاحتراق النفسي عند ضباط الشرطة**. أطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر، غير منشورة.
- 102- مغلاوي، احمد. (2010). **العلاقة بين تقدير الذات والتكيف الدراسي عند طلبة المدرسة العليا للأساتذة**. رسالة ماجستير، جامعة الجزائر 02، غير منشورة.
- 103- مقبال، يمينة. (2009). **محددات إستراتيجية المواجهة لدى مرضى الربو**. أطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر، غير منشورة.
- 104- منصور، نسرین. (2008). **إساءة معاملة الأطفال وعلاقتها بتقدير الذات**. رسالة ماجستير، جامعة الزقازيق، مصر، غير منشورة.
- 105- موفق، دينا. (2008). **مفهوم الذات وعلاقته بالتكيف الاجتماعي**. رسالة لنيل درجة الإجازة، جامعة دمشق، سوريا، غير منشورة.
- 106- واكلي، بديعة. (2013). **استراتيجيات المواجهة لدى المكتئبين**. أطروحة دكتوراه، جامعة سطيف 02، غير منشورة.

- 107- وشاحي، سماح. (2002). **التدخل المبكر وعلاقته بتحسين مجالات النمو المختلفة للأطفال المصابين بأعراض متلازمة داون**. رسالة ماجستير، جامعة القاهرة، غير منشورة.
- 108- يونسي، تونسية. (2012). **تقدير الذات وعلاقته بالتحصيل الدراسي**. رسالة ماجستير، جامعة مولود معمري، تيزي وزو، غير منشورة.
- (3)- قائمة المعاجم والموسوعات:**
- 109- القيسي، نايف. (2010). **المعجم التربوي وعلم النفس**. دار أسامة. عمان.
- 110- بونتاليس، لابلانث، جان، ج. (1997). **معجم مصطلحات التحليل النفسي**. ط2. ترجمة مصطفى حجازي، المؤسسة الجامعية للدراسات. بيروت.
- 111- صالح، علي. (2014). **المعجم العربي لتحديد المصطلحات**. ط1. دار حامد عمان.
- 112- لورسي، زوقاي، عبد القادر، محمد. (2015). **المعجم المفضل في علم النفس وعلوم التربية**. ط1. جسور. الجزائر.
- 113- زروق، اسعد. (1979). **موسوعة علم النفس**. المؤسسة العربية للدراسات. بيروت.
- 114- **موسوعة علم النفس**. (2009). ج7. كريس للإنتاج. بيروت.
- (4)- قائمة المجالات:**
- 115- النجار، يحي. (2012). **فاعلية برنامج إرشادي لتنمية الأمن النفسي لدى المعوقين حركيا**. مجلة الجامعة الإسلامية. فلسطين.
- 116- الضريبي، عبد الله. (2010). **أساليب مواجهة الضغوط المهنية وعلاقتها ببعض المتغيرات**. مجلة جامعة دمشق. العدد الرابع. المجلد 26. سوريا.
- 117- ايت مولود، يسمينه. (2014). **المعاملة الوالدية كما يدركها المراهق البكر وعلاقتها باستراتيجيات المقاومة**. مجلة دراسات تربوية ونفسية. العدد 12. جامعة قاصدي مرباح. ورقلة.
- 118- بن سكريفة، مريم وبن زاهي، منصور. (2015). **أساليب مقاومة الضغط النفسي المستخدمة من طرف المصابين بداء السكري: النوع الثاني**. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية العدد 18. جامعة قاصدي مرباح. ورقلة.

119- عبد الخالق، احمد والذيب، سماح. (2007). **التعب المزمن وعلاقته بتقدير الذات والرضا عن الحياة**. مجلة دراسات عربية في علم النفس. الكويت.

120- عامر، نادية. (2005). **التمايز النفسي وعلاقته بتقييم الذات**. مجلة جامعة ذي قار. العدد02.المجلد01. جامعة البصرة. العراق.

121- منيب، تهاني. (2010). **أولياء ذوي الاحتياجات الخاصة وسبل إرشادهم**. مجلة جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية. ط1. الرياض.

122- واكلي، بديعة. (2016). **استراتيجيات مواجهة الضغط لدى الأسوياء والمكثبون**.مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية. جامعة الشهيد حملة لخضر. العدد17.الوادي.

(5)- قائمة المؤتمرات والوثائق:

123- السليمان، نورة (17-19 يوليو2011). **أساليب مواجهة الضغوط لدى عينة من الطالبات المتفوقات وغير المتفوقات بالمرحلة الجامعية**. ورقة مقدمة في المؤتمر الثاني لقسم الصحة النفسية بكلية التربية: الصحة النفسية نحو حياة أفضل للجميع العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة. جامعة الملك سعود، الرياض.

124- **اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة** (2014). سلسلة التدريب. رقم 19. الأمم المتحدة. نيويورك.

(6)- قائمة المراجع باللغة الأجنبية:

125- PierluigiGraziani, JoelSwendsen. (2005). **Le stress : émotions et stratégiesd'adaptation**. Édition armand colin.

126- A. Domart, J. Bourneuf. (1981). **Nouveau la rousse médicale**.(1ED). Librairie. Canada.

127- Susan folk man, Richard la zarus. (1985). **ifit changes It Must Be aprocess: Study ofémotion and coping during three stages of a college examination**. Journal of personnalité and social psychologie. Vel48. N: 1.150-170.

الملاحق

الملحق رقم (02)

مقياس تقدير الذات لكوبر سميث

في إطار إعداد مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر نرجو منكم إثراء هذا البحث بالإجابة على بنود المقياس التعليمية:

فيما يلي مجموعة من العبارات تتعلق بمشاعرك، إذا كانت العبارات تصف ما تشعر به عادة فضع علامة (X) في الخانة (تنطبق)، أما إذا كانت العبارة لا تصف ما تشعر به عادة فضع علامة (X) في الخانة (لا تنطبق). علما انه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة وإنما الصحيحة هي التي تعبر عن شعورك الحقيقي

الجنس: السن: المستوى التعليمي:

الرقم	العبارات	تنطبق	لا تنطبق
01	لا تضايقني الأشياء		
02	أجد صعوبة في التحدث أمام مجموعة من الناس		
03	أود لو استطعت أن أغير أشياء في نفسي		
04	لا أجد صعوبة في اتخاذ قرار في نفسي		
05	يسعد الآخرون بوجودهم معي		
06	أضايق بسرعة في المنزل		
07	احتاج وقتا طويلا في أن اعتاد على الأشياء الجديدة		
08	أنا محبوب بين الأشخاص من بين سني		
09	تراعي عائلتي مشاعري عادة		
10	استسلم بسرعة في بعض المواقف		
11	تتوقع مني عائلتي الكثير		
12	من الصعب جدا أن أظل كما أنا		
13	تختلط الأشياء كلها في حياتي		
14	يتبع الناس أفكارني		
15	لا أقدر نفسي حق قدرها		

		أود كثيرا لو اترك المنزل	16
		اشعر غالبا بالضيق من عملي	17
		مظهري ليس وجيها مثل معظم الناس	18
		إذا كان عندي شيء أريد أن أقوله فاني أقوله عادة	19
		يفهمني أفراد عائلتي	20
		معظم الناس محبوبون أكثر مني	21
		اشعر كما لو كانت عائلتي تدفعني لعمل أشياء	22
		لا أتلقى التشجيع عادة بما أقوم به من أعمال	23
		ارغب كثيرا لو أكون شخصا آخر	24
		لا يمكن للآخرين الاعتماد علي	25

الملحق رقم (01)

مقياس استراتيجية المواجهة لبولهان وآخرون

في اطار إعداد مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر، نرجو منكم إثراء هذا البحث بالإجابة على بنود المقياس.

التعليمة:

1- صف موقفا عشته خلال الأشهر الأخيرة (موقف مسك بالأخص أو أزعجك)

2- حدد شدة الانزعاج والتوتر الذي سببه لك هذا الموقف:

مرتفع
منخفض
متوسط

الجنس:
السن:
المستوى التعليمي:

الرقم	البنود	نعم	إلى حد ما نعم	لا	إلى حد ما لا
01	وضعت خطة واتبعتها				
02	تمنيت لو كنت أكثر قوة وتفاؤلا وحماسا				
03	حدثت شخصا عما أحسست به				
04	كلفت لتحقيق ما أردته				
05	تغيرت إلى الأحسن				
06	تناولت الأمور واحدة بواحدة				
07	تمنيت لو استطعت تغيير ما حدث				
08	تضايقت لعدم قدرتك على تجنب المشكل				
09	ركزت على الجانب الإيجابي الذي يمكن أن يظهر فيما بعد				
10	تناقشت مع شخص لأعرف أكثر عن الموقف				

				تمنيت لو حدثت معجزة	11
				خرجت أكثر قوة من الوضعية	12
				غيرت كل الأمور حتى ينتهي كل شيء بسلام	13
				اثبت نفسي	14
				احتفظ بمشاعري لنفسي	15
				تفاوضت للحصول على شيء إيجابي	16
				جلست وتخيلت مكانا أو زمانا أفضل من الذي كنت فيه	17
				حاولت عدم التصرف بالتسرع أو إتباع أول فكرة خطرت لي	18
				رفضت التصديق أن هذا حدث فعلا	19
				أدركت أنني سبب المشاكل	20
				حاولت عدم البقاء لوحدي	21
				فكرت في أمور خيالية أو وهمية حتى أكون أحسن	22
				قبلت عطف وتفاهم شخص	23
				وجدت حلا أو حللت مشكلة	24
				حاولت نسيان كل شيء	25
				تمنيت لو استطعت تغيير موقفي	26
				عرفت ما ينبغي القيام به وضاعفت مجهوداتي وبذلت كل ما بوسعي للوصول إلى ما أريد	27
				عدلت شيء في ذاتي من أجل أن أتحمل الوضعية بشكل أفضل	28
				نقدت نفسي ووبختها	29

الملحق رقم (03)

نتائج تطبيق مقياس إستراتيجية المواجهة على الحالة الأولى

الجنس: أنثى السن: 17 سنة المستوى التعليمي: 03 ثانوي.

الرقم	البنود	نعم	إلى حد ما نعم	لا	إلى حد ما لا
01	وضعت خطة واتبعتها			×	
02	تمنيت لو كنت أكثر قوة وتفاؤلاً وحماساً		×		
03	حدثت شخصاً عما أحسست به			×	
04	كلفتم لتحقيق ما أردتم		×		
05	تغيرتم إلى الأحسن	×			
06	تناولتم الأمور واحدة بواحدة	×			
07	تمنيت لو استطعتم تغيير ما حدث			×	
08	تضايقتم لعدم قدرتم على تجنب المشكل			×	
09	ركزتم على الجانب الإيجابي الذي يمكن أن يظهر فيما بعد	×			
10	تناقشتم مع شخص لأعرف أكثر عن الموقف	×			
11	تمنيت لو حدثت معجزة			×	
12	خرجتم أكثر قوة من الوضعية	×			
13	غيرتم كل الأمور حتى ينتهي كل شيء بسلام			×	
14	اثبتتم نفسي	×			
15	احتفظتم بمشاعري لأنفسي			×	
16	تفاوضتم للحصول على شيء إيجابي			×	
17	جلستم وتخيلت مكاناً أو زماناً أفضل من الذي كنتم فيه			×	
18	حاولتم عدم التصرف بالتسرع أو إتباع أول فكرة خطرت لي	×			
19	رفضتم التصديق أن هذا حدث فعلاً			×	
20	أدركتم أنني سبب المشاكل			×	

			×	حاولت عدم البقاء لوحدي	21
			×	فكرت في أمور خيالية أو وهمية حتى أكون أحسن	22
	×			قبلت عطف وتفاهم شخص	23
			×	وجدت حلا أو حلّيت مشكلة	24
	×			حاولت نسيان كل شيء	25
	×			تمنيت لو استطعت تغيير موقعي	26
		×		عرفت ما ينبغي القيام به وضاعفت مجهوداتي وبذلت كل ما بوسعي للوصول إلى ما أريد	27
			×	عدلت شيء في ذاتي من أجل أن أتحمّل الوضعية بشكل أفضل	28
	×			نقدت نفسي ووبختها	29

الملحق رقم (04)

نتائج تطبيق مقياس تقدير الذات على الحالة الأولى

الجنس: أنثى السن: 17 سنة المستوى التعليمي: 03 ثانوي.

الرقم	العبارات	تتطبق	لا تتطبق
01	لا تضايقني الأشياء		x
02	أجد صعوبة في التحدث أمام مجموعة من الناس		x
03	أود لو استطعت أن أغير أشياء في نفسي	x	
04	لا أجد صعوبة في اتخاذ قرار في نفسي	x	
05	يسعد الآخرون بوجودهم معي	x	
06	أتضايق بسرعة في المنزل		x
07	احتاج وقتا طويلا في أن اعتاد على الأشياء الجديدة		x
08	أنا محبوب بين الأشخاص من بين سني	x	
09	تراعي عائلتي مشاعري عادة	x	
10	استسلم بسرعة في بعض المواقف	x	
11	نتوقع مني عائلتي الكثير	x	
12	من الصعب جدا أن أظل كما أنا	x	
13	تختلط الأشياء كلها في حياتي		x
14	يتبع الناس أفكارني	x	
15	لا اقدر نفسي حق قدرها	x	
16	أود كثيرا لو اترك المنزل		x
17	اشعر غالبا بالضيق من عملي	x	
18	مظهري ليس وجيها مثل معظم الناس	x	

	x	إذا كان عندي شيء أريد أن أقوله فاني أقوله عادة	19
	x	يفهمني أفراد عائلتي	20
x		معظم الناس محبوبون أكثر مني	21
x		اشعر كما لو كانت عائلتي تدفعني لعمل أشياء	22
x		لا أتلقى التشجيع عادة بما أقوم به من أعمال	23
x		ارغب كثيرا لو أكون شخصا آخر	24
x		لا يمكن للآخرين الاعتماد علي	25

الملحق رقم (05)

نتائج تطبيق مقياس استراتيجية المواجهة على الحالة الثانية

الجنس: انثى السن: 19 سنة المستوى التعليمي: السنة الثانية جامعي.

الرقم	البنود	نعم	الى حد ما نعم	لا	الى حد ما لا
01	وضعت خطة واتبعتها		×		
02	تمنيت لو كنت اكثر قوة وتفاؤلا وحماسا	×			
03	حدثت شخصا عما احسست به	×			
04	كلفت لتحقيق ما اردته			×	
05	تغيرت الى الاحسن			×	
06	تناولت الأمور واحدة بواحدة		×		
07	تمنيت لو استطعت تغيير ما حدث	×			
08	تضايقت لعدم قدرتك على تجنب المشكل		×		
09	ركزت على الجانب الإيجابي الذي يمكن ان يظهر فيما بعد		×		
10	تناقشت مع شخص لأعرف اكثر عن الموقف	×			
11	تمنيت لو حدثت معجزة	×			
12	خرجت اكثر قوة من الوضعية		×		
13	غيرت كل الأمور حت ينتهي كل شيء بسلام	×			
14	اثبت نفسي		×		
15	احتفظ بمشاعري لنفسي			×	
16	تفاوضت للحصول على شيء إيجابي	×			

	×			جلست وتخيلت مكانا او زمانا افضل من الذي كنت فيه	17
	×			حاولت عدم التصرف بالتسرع او اتباع اول فكرة خطرت لي	18
		×		رفضت التصديق ان هذا حدث فعلا	19
	×			ادركت انني سبب المشاكل	20
	×			حاولت عدم البقاء لوحدني	21
	×			فكرت في أمور خيالية او وهمية حتى أكون احسن	22
		×		قبلت عطف وتفاهم شخص	23
		×		وجدت حلا او حلتي مشكلة	24
	×			حاولت نسيان كل شيء	25
			×	تمنيت لو استطعت تغيير موقفي	26
		×		عرفت ما ينبغي القيام به وضاعفت مجهوداتي وبذلت كل ما بوسعي للوصول الى ما اريد	27
		×		عدلت شيء في ذاتي من اجل ان اتحمل الوضعية بشكل افضل	28
	×			نقدت نفسي ووبختها	29

الملحق رقم (06)

نتائج تطبيق مقياس تقدير الذات على الحالة الثانية

الجنس: انثى السن: 19 سنة المستوى التعليمي: السنة الثانية جامعي.

الرقم	العبارات	تتطبق	لا تتطبق
01	لا تضايقتني الأشياء	×	
02	اجد صعوبة في التحدث امام مجموعة من الناس		×
03	اود لو استطعت ان اغير أشياء في نفسي	×	
04	لا اجد صعوبة في اتخاذ قرار في نفسي	×	
05	يسعد الآخرون بوجودهم معي	×	
06	اتضايق بسرعة في المنزل	×	
07	احتاج وقتا طويلا في ان اعتاد على الأشياء الجديدة		×
08	انا محبوب بين الأشخاص من بين سني	×	
09	تراعي عائلتي مشاعري عادة	×	
10	استسلم بسرعة في بعض المواقف		×
11	تتوقع مني عائلتي الكثير	×	
12	من الصعب جدا ان اظل كما انا	×	
13	تختلط الأشياء كلها في حياتي		×
14	يتبع الناس افكاري	×	
15	لا اقدر نفسي حق قدرها		×
16	اود كثيرا لو اترك المنزل		×
17	اشعر غالبا بالضيق من عملي		×
18	مظهري ليس وجيها مثل معظم الناس		×
19	اذا كان عندي شيء اريد ان أقوله فاني أقوله عادة		×
20	يفهمني افراد عائلتي	×	
21	معظم الناس محبوبون اكثر مني		×
22	اشعر كما لو كانت عائلتي تدفعني لعمل أشياء	×	
23	لا اتلقى التشجيع عادة بما أقوم به من اعمال		×
24	ارغب كثيرا لو أكون شخصا اخر	×	
25	لا يمكن للأخريين الاعتماد علي	×	

الملحق رقم (07)

المعالجة الإحصائية

Corrélations					
			VAR00 001	VAR00 002	VAR00 003
Tau-B de Kendall	VAR00 001	Coefficient de corrélation	1,000	,277*	-,147
		Sig. (bilatérale)	.	,043	,279
		N	30	30	30
	VAR00 002	Coefficient de corrélation	,277*	1,000	,280*
		Sig. (bilatérale)	,043	.	,036
		N	30	30	30
	VAR00 003	Coefficient de corrélation	-,147	,280*	1,000
		Sig. (bilatérale)	,279	,036	.
		N	30	30	30

*. La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

الملحق رقم (08)

دليل المقابلة:

1/ البيانات العامة:

السن:

الجنس:

المستوى الدراسي:

المستوى الاقتصادي:

الحالة الاجتماعية:

الترتيب الولادي:

عدد الاخوة:

عمر الام:

المستوى التعليمي:

عمر الاب:

المستوى التعليمي:

الحالة الصحية اثناء الحمل:

حوادث اثناء الولادة:

المنطقة الجغرافية:

2/ وصف الحالة:

المظهر العام:

الحالة الانفعالية:

اللباس:

اللغة:

الاتصال:

3/ معلومات عن الإصابة بالمرض:

كم كان عمرك عندما عرفت أنك مصابة بتشوه خلقي؟

ماهي رد فعلك عندما عرفت ذلك؟

هل سبق لك وان أجريت عملية جراحية؟

متى كان ذلك (سنة)؟

هل لديك ذكريات حول العملية الجراحية؟

ما هو شعورك الحالي اتجاه ما تعانيين منه؟

هل تعانيين من صعوبات في الدراسة؟

هل تلقيت أوجه المساعدة (متى من طرف من)؟

4/ ردود فعل الاسرة:

ما هي ردة فعل الوالدين اتجاه هذا؟

كيف كانت رد فعل اخوتك؟

هل يؤثر مرضك على الجانب العلائقي؟

5/ الوضعية العائلية:

كيف تبدو علاقاتك مع اهلك على العموم؟

هل علاقتك جيدة مع اخوتك؟

كيف هي علاقتك مع أمك (جيدة، سيئة، لماذا)؟

كيف تبدو علاقتك مع ابيك (جيدة، سيئة، لماذا)؟

هل انت راضية عن علاقتك بأسرتك؟

هل تحبين إقامة علاقات جديدة ام تقتصر على اسرتك فقط؟

6/ استراتيجيات مواجهة التشوه:

هل شعرت أنك عاجزة عن مواجهة تشوهك؟

كيف كافحت للخروج من المشكل؟

ماهي اهم الوسائل التي استخدمتها؟

هل يعيقك تشوهك عن أداء عمل ما؟

ماذا تفعلين حيال ذلك؟

هل لديك امل في تجاوز هذه العوائق؟

هل تتمنين تغيير الموقف وكيف؟

ماهي الخطوة الأولى التي اتبعتها للتأقلم مع الوضع؟

7 / العلاقة مع الذات ومع الاخر:

هل تفضلين البقاء في المنزل عن الخروج منه؟

ماهي أكثر المناسبات الاجتماعية التي تنفادين حضورها؟

هل ترين انه يوجد تناقض بين افكارك وشكلك؟

هل تستطيعين البقاء في مكان يتواجد به الناس؟

هل ينتابك شعور بانك اقل كفاءة مما كنت عليه ولا تصلحين لعمل شيء؟

هل تشعرين بالراحة في معظم الأمور؟

هل ترين ان الانسحاب أفضل من الوقوع في الخطأ؟

هل يمكنك ان تفهمي طبيعة جسمك والى أي مدى؟

هل تشعرين ان أجزاء جسمك مختلفة عن الاخرين؟

هل تملين لتغيير بعض ملامح وجهك؟

هل تشعرين بالتوجس والخوف من الناس الذين يظهرون تعاطفا معك أكثر من اللزوم؟

هل سبق لك وان حاولت تجنب النظر في المرأة وانت في غرفتك؟

كم عدد المرات التي تنظرين فيها في المرأة؟

هل تحفظين دروسك وانت تنظرين للمرأة؟

هل تلتقطين صوراً تذكارية كثيرة؟

كم عدد الأصدقاء الذين تأخذين صوراً معهم؟

هل لديك أصدقاء خارج ولايتك يعرفون عن تشوهك؟

هل تتعاملين في الدراسة مع جميع الزملاء ام مع البعض؟

هل يوجد من بين الزملاء الذين لا تتفقين معهم ولماذا؟

هل تخرجين كثيرا في العطل الصيفية للتنزه؟

ماذا ترتدين للخروج الى البحر؟

هل هناك أنواع من الملابس الصيفية المفضلة عندك ولما؟

ما رأيك في ارتداء الملابس التي تبين معالم الجسم؟

هل يقلقك مظهر جسمك؟

كيف ترين الصورة المثالية للمرأة؟

كيف ترين صورة المرأة والزواج؟

8/ التصورات المستقبلية:

ما هي نظرتك للحياة مع دوام التشوه؟

ماذا تنتظرين من المستقبل؟

كيف تنظرين للمستقبل؟

هل تعتقدين ان التشوه عائق في حياتك؟

هل يوجد لديك اهداف وخطط مستقبلية؟

هل يوجد لديك امل في تحقيق اهدافك؟