



وزارة التعليم العلي والبحث العلمي

جامعة ابن خلدون - تيرت -

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

مسار: علم النفس

منكرة تخرج مكملة لنيل شهادة ماستر تفص: علم النفس العيلى

الموسومة بعنوان:

إستراتيجية مواجهة اضطراب الضغط ما بعد
الصدمة لدى ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة
دراسة ميدانية بمسشفى يوسف لمرجي - تيرت -

بشرف الأستاذة:

بن الطيب فتيحة

إعداد:

✓ مشاهر محمد

✓ مكي نصر الدين

لسنة الجامعية: 2017/2016

شكر و تقدير

" كن عالما ... فإن لم تستطع فكن متعلما فإن لم تستطع

فأحب العلماء فإن لم تستطع فلا نبغضهم "

بعد رحلة بحث وجهد واجتهاد تكلفت بإنجاز هذا البحث نحمد الله عز وجل على

نعمه التي منى بها علينا فهو العلي القدير .

كما لا يسعنا إلا أن نخص بأسمى عبارات الشكر والتقدير كل من كان سندا لنا طيلة انجاز هذا البحث

كما نتقدم بالشكر الجزيل لكل من أسهم في تقديم يد العون لإنجاز هذا البحث .

ونخص بالذكر أساتذتنا الكرام الذين أشرفوا على تكوين دفعة علم النفس العيادي والأساتذة

القائمين على عمادة وإدارة كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية .

ونخص بالذكر الأستاذة بن طيب فتية التي أشرفت على مذكرتنا والتي كانت عوننا لنا في بحثنا

هذا و نورا يضيء الظلمة التي كانت تقف أحيانا في طريقنا .

إلّا من زرعوا التفاؤل في دربنا وقدموا لنا المساعدات والتسميلات والمعلومات، فلمن منا

كل الشكر،

البحث بحثنا، فلولا وجودهم لما أحسنا بمتعة العمل و حلاوة البحث و لما وطننا إلى ما وطننا

اليه فلمن منا كل الشكر

إهداء

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على خاتم الأنبياء والمرسلين

أهدي هذا العمل إلى:

من ربّنتني وأنارت دربي وأعانّنتني بالطوائف والدعوات، إلى أتملى إنسان في هذا الوجود
أهمي الحبيبة.

إلى من عمل بكّد في سبيلي وعلمني معنى الكفاح وأوطني إلى ما أذا عليه أبي الكريم
أدامه الله لي.

إلى من كانت سندنا طيلة بحثنا هذا إلى الأستاذة بن طيب فتية التي لم تغفل علينا
بالنائح و التوجيهات و إلى كل الأساتذة الذين وقفوا بجانبنا طيلة مشوارنا الدراسي
إلى إخوتي : أحمد ، محمد ، عبد القادر ، مهدي و إلى كل عائلتي.

إلى من عمل معي بكّد بغية إتمام هذا العمل، إلى صديقي محمد

إلى زملائي خالد، فتحي، محمد، فتحي، ومهدي والأخ الغالي نور الدين

إلى زميلتي ورفيقة دربي و العزيزة على قلبي إلى من قضيت معها أيام لا تنسى إلى من
علمتني معنى الصداقة إلى التي ساندتني في أصعب الظروف مليكة حفظها الله لي في
الدنيا و الآخرة وإلى الزميلة المقربة ، نادية.

إلى جميع أساتذة قسم العلوم الاجتماعي إلى كل طلبة السنة الثانية ماستر تخصص علم النفس

العبادي دفعة 2017 وخاصة الفوج "2".

إهداء

بسم الله الرحمن الرحيم

(قل اعملوا فسيرى الله عملكم ورسوله والمؤمنون) .صدق الله العظيم .

إلى من بلغ الرسالة وأدى الأمانة .. ووضح الأمة .. إلى نبي الرحمة ونور العالمين سيدنا محمد
صلى الله عليه وسلم

إلى من كلفه الله بالصيبة والوقار .. إلى من أحمل اسمه بكل افتخار .. أرجو من الله أن يمد في
عمره ليبري ثمارا قد حان قطافها بعد طول انتظار والدي العزيز

إلى ملاكبي في الحياة .. إلى معنى الحب والى معنى العنان والتفاني .. إلى بسمه الحياة وسر
الوجود .. إلى من كان دنانها سر نجاحي .. إلى من بوجودها اكتسب قوة ومحببة لا حدود لها

إلى من عرفته معنى الحياة أمي الحبيبة وجدتي الغالية

إلى من اظهروا لي ما هو أجمل من الحياة .. إلى من كانوا ملاذي وملجئي .. إلى من تذوقته
معهم أجمل اللحظات ...

أخواني .. بلفاسم .. محب الرزاق .. علي

إلى من أرى التفاؤل بعينهما .. والسعادة في ضحكتهما إلى شعلة الذكاء والنور .. إلى وجه
المفعم بالبراءة ولمحبتكما لأزهرت أيامي أخواتي .. نعيمة .. نوره .. سارة

إلى من رافقتني منذ أن حملنا حقائب صغيرة ومعك سررت الدرب خطوة بخطوة وما تزال
ترافقتني الآن أختي عائشة

إلى من جعلهم الله أخواتي في الله .. ومن أحببتهم بالله

أصدقائي

إلى من أتمنى أن اذكرهم .. إن ذكروني ..

إلى من أتمنى أن تبقى صورهم .. في عيوني ..

طلاب قسم العلوم الاجتماعية وخاصة قسم علم النفس العمادي .

قائمة المحتويات

الصفحة	الموضوعات
أ	الإهداء.
ب	شكر و تقدير.
ج	ملخص الدراسة.
د	قائمة المحتويات.
ر	قائمة الجداول.
و	مقدمة.
الجانب النظري	
الفصل الأول: تقديم الدراسة	
09	1. الإشكالية.
12	2. الفرضيات.
12	3. أهمية الدراسة.
13	4. أهداف الدراسة.
13	5. تحديد المفاهيم.
14	6. الدراسات السابقة.
14	7. الأبعاد النظرية للدراسة.
21	تمهيد.
22	7.1. الإعاقة الحركية.
22	7.1.1. تعريف الإعاقة.
22	7.1.2. تعريف الإعاقة الحركية.
22	7.1.3. المعوق جسميا.
22	7.1.4. المعوق حركيا.
23	7.1.5. نسبة الإعاقة الحركية.
24	7.1.6. مظاهر الإعاقة الحركية.
24	7.1.7. أسباب الإعاقة الحركية.
28	7.1.8. أنواع الإعاقة الحركية.
30	7.1.9. تشخيص الإعاقة الحركية.
31	7.1.10. الصعوبات التي يواجهها المعاقين حركيا.

31	7. 1. 11. التأثيرات النفسية للإعاقة الحركية.
33	1. 12. التأهيل للمعاقين حركيا.
37 خلاصة.
39 تمهيد.
40	7. 2. اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.
40	7. 2. 1. تعريف الضغط النفسي.
41	7. 2. 2. تعريف الضغط ما بعد الصدمة.
41	7. 2. 3. تعريف اضطراب الضغط ما بعد الصدمة (PTSD).
42	7. 2. 4. أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.
44	7. 2. 5. التناولات النظرية لاضطراب ما بعد الصدمة.
46	7. 2. 6. تجنب اضطراب ما بعد الصدمة.
47	7. 2. 7. تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة.
49	7. 2. 8. علاج اضطراب ما بعد الصدمة.
51	7. 2. 9. مآل اضطراب ما بعد الصدمة.
51	7. 2. 10. التكيف بعد الصدمة.
53 خلاصة.
55 تمهيد.
56	7. 3. 1. تعريف استراتيجيات المواجهة.
58	7. 3. 2. تصنيف استراتيجيات المواجهة.
62	7. 3. 3. أشكال المواجهة.
66	7. 3. 4. أهداف أساليب المواجهة.
67	7. 3. 5. العوامل المؤثرة في تحديد استراتيجيات المواجهة.
70	7. 3. 6. التناولات النظرية لاستراتيجيات المواجهة.
75	7. 3. 7. فاعلية استراتيجيات المواجهة.
75	7. 3. 8. طرق قياس استراتيجيات المواجهة.
78 خلاصة.
الجانب التطبيقي	
الفصل الثاني: الإجراءات المنهجية للدراسة	
81 تمهيد.
82	1. الدراسة الاستطلاعية.
82	2. مجالات الدراسة (المكانية - الزمانية).

قائمة المحتويات

82	3. عينة الدراسة.....
83	4. منهج الدراسة.....
83	5. أدوات جمع البيانات.....
الفصل الثالث: عرض ومناقشة نتائج الدراسة	
89	. تمهيد.....
90	1. عرض نتائج الدراسة.....
96	2. مناقشة نتائج الدراسة.....
104	. خاتمة.....
105	. الاقتراحات.....
107	. قائمة المراجع.....
108	. قائمة الملاحق.....

قائمة المحتويات

قائمة الجداول:

الصفحة	العنوان	الرقم
84	جدول رقم(01): يبين توزيع الفقرات على أبعاد استبيان (PTSD)	01
84	جدول رقم (02): يمثل معاملات الارتباط بين الأبعاد الفرعية والأداة ككل	02
90	جدول رقم (3) يوضح الدرجة الكلية لكل بعد حسب كل حالة	03
93	جدول رقم (4) يوضح عدد الحالات لكل كل بعد	04
95	جدول رقم (5) يوضح الإستراتيجية المسيطرة لكل حالة.	05
96	جدول رقم(6) يوضح عدد الحالات المستخدمة لكل استراتيجيه	06

قائمة الأشكال:

الصفحة	العنوان	الرقم
61	الشكل رقم (1): الضبط الأولي والضبط الثانوي لإستراتيجيات المقاومة.	01
66	الشكل رقم (2): مسار اختيار استراتيجيات المواجهة.	02

مَدِينَةُ الْمَدِينَةِ

المقدمة:

يعيش الإنسان ضمن بيئة طبيعية، حيث يملك من الصحة النفسية والعقلية والجسدية ما يمكنه من التكيف معها إلا أنه من حين إلى آخر يجد نفسه أمام حوادث و صدمات تمنعه من ذلك، وهذا إما لجهله بطبيعة نفسه، أو لعدم اعترافه بالواقع الذي يعيش فيه، أو الصعوبات التي يجدها للتكيف معها، ومع هذا يحيا الإنسان بين جملة من الصراعات المريرة من صحة أو سقم، ولذة وألم التي تختلف حدتها باختلاف ردود أفعاله، ومع ذلك كله تستمر حياته إلا أنه هناك حوادث يقع الإنسان أمامها حائرا مندهشا لا يعرف كيف يتصرف حيالها، قد تهدد كيانه الجسدي وتجعله غير مستقر نفسيا، غير متوازن عقليا لكونها تمس وجوده الطبيعي.

و تعتبر الإعاقة الحركية المكتسبة من أخطر الإصابات التي قد تحل بالفرد، وذلك كونها تخلق مشاكل عديدة على المستوى الجسدي والنفسي والاجتماعي للفرد المصاب. وتدرج هذه الإصابة ضمن الحالات المزمنة حيث أنها تخلف أثارا دائمة تستلزم على المريض العيش بها والتي تأتي كالصاعقة التي تسقط على المريض وتغير كل مشاريع حياته الخاصة به وبعائلته، وتفرض عليه وضعية جديدة صعبة يضطر أن يتكيف معها وأن يتعامل معها من أجل البقاء ويتطلب منه ذلك تجنيد كل الطاقة الجسمية والنفسية التي يحظى بها من أجل مواجهة الضغط و الاضطرابات الناجمة عن الإعاقة.

و حسب هيئة الأمم المتحدة فإن 500 مليون شخص في العالم يعانون من عاهات جسمية، وأن هناك شخص من بين 10 أشخاص من سكان أي بلد من بلدان العالم معطوب بشكل أو بآخر، وحسب الإحصائيات نجد أن الإعاقة الحركية تمثل نسبة مهمة من مجموع الإعاقات المختلفة. (الروسان، 2001، ص 26).

فالإعاقة الحركية قد تجعل المصاب بها يفقد عمله ويفقد استقلالته ويفقد دوره الاجتماعي كإطار في المجتمع كأب أو كأم أو كزوج أو كزوجة، فهو لا يستطيع أن يقوم بأدواره العديدة كما كان من قبل حتى الاعتناء بنفسه في ابسط وظائف الحياة يصبح عسيرا ويصبح لا بد له من مساعدة للقيام بذلك.

قد يؤدي كل هذا إلى احتقار الذات، وقد ينطوي المصاب على نفسه وينسحب وينعزل اجتماعيا وقد يقع في حالة اكتئاب، قد تزيد من تأزم الموقف وتندهور حالته الصحية. إذ تؤدي إلى مضاعفات قد تشكل خطرا على حياة المريض، فالإصابة بالإعاقة تتطلب إعادة التأهيل النفسي و الوظيفي للمريض بدوام ونظام، الأمر الذي يصبح عسيرا إذا ما سقط هذا الأخير في دوامة اضطرابات الضغط ما بعد الصدمة.

كما تشير أخر ارقام الديوان الوطني للإحصائيات التي قدمتها وزارة التضامن الوطني و الأسرة إلى أن عدد الأشخاص المعاقين في الجزائر بلغ 1975084 شخصا منهم 284073 معاق حركي بالإضافة إلى 29380 معاق غير مصرح بهم علما أن عدد

الأشخاص المعاقين حركيا هو الأكثر ارتفاعا بين أنواع الإعاقات حيث يمثلون نسبة 44% من مجموع عدد المعاقين.

فرغم العدد الهائل لهذه الفئة إلا أنها لم تلقى الاهتمام المناسب ولم يزل مجرد انشغال متواضع للغاية، رغم ما تعانيه من مآسي وما تثيره من آلام في النفس و من هذا المنطلق كان اهتمامنا بهذه الفئة من الأشخاص و هم فئة المعاقين حركيا - إعاقة حركية مكتسبة - قصد دراسة تعاملهم مع أنفسهم ومع الوضعيات الضاغطة التي يواجهونها عند تعرضهم للإصابة فهم يعيشون مشاكل مرضية متعددة من بينها الاضطرابات النفسية كرد فعل للتعامل مع حدة الإصابة والآثار النفسية المترتبة عنها أو بالأحرى تعرضهم لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة (PTSD) والتي تختلف من مصاب إلى آخر وهذا حسب المحيط الذي يعيش فيه ومدى تحمل جهازه النفسي و ما يزيد من أهمية موضوعنا هذا تناول معظم الدراسات الآثار والصدمات الناجمة عن هذه الإعاقة، فارتأينا أن نركز على جانب أكثر أهمية و المتمثل في الكشف عن نوع استراتيجيات المواجهة التي يستعملها ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة ودورها في القدرة على تجاوز أو عدم تجاوز هذا الحدث.

ولمعالجة هذا الموضوع الذي يحمل عنوان " استراتيجيات مواجهة اضطراب الضغط ما بعد الصدمة (PTSD) عند ذوي الإعاقات الحركية المكتسبة " قسمنا بحثنا إلى جانبين، جانب نظري وجانب تطبيقي.

اشتمل الجانب النظري للدراسة على الإشكالية وفرضيات الدراسة وأهدافها والدراسات السابقة المتعلقة بالموضوع وكذلك متغيرات الدراسة وهي اضطراب الضغط ما بعد الصدمة (PTSD) حيث تطرقنا فيه إلى تعريفه وأعراضه و تشخيصه و سبل علاجه و مآله و طريقة تجنبه.

وأما استراتيجيات المقاومة فقد تعرضنا فيه إلى تعريفها وتصنيفاتها و التناولات النظرية وفعاليتها وطرق قياسها وأشكالها.

وبالنسبة للإعاقة الحركية فقد تضمنت تعريفها و أنواعها، و التأثيرات النفسية، وتأهيل المعاقين حركيا.

أما الجانب التطبيقي احتوى الإطار المنهجي للبحث الميداني حيث عرضنا فيه الدراسة الاستطلاعية وتناولنا فيه تعريف المنهج المتبع وعينة البحث، كما تم التعريف بمكان إجراء البحث والأدوات المستعملة التي من أهمها اختبار (PTSD) ومقياس بولهان لاستراتيجيات المواجهة.

كما احتوى الجانب التطبيقي للمذكرة عرض نتائج الحالات واختبار فرضيات البحث ليتم فيما بعد مناقشتها انطلاقا من الخلفية النظرية المعتمد ونتائج دراسات سابقة ذات الصلة بالبحث الحالي.

مقدمة

كما تضمنت المذكرة قائمة للمراجع المستخدمة باللغة العربية واللغة الأجنبية ونسخة عن المقاييس.

الجانب النظري

الفصل الأول

تقديم الدراسة

1. الأهمية
2. الفرضيات
3. أهمية الدراسة
4. أهداف الدراسة
5. تحديد المفاهيم
6. الدراسات السابقة
7. الإطار النظري

1. الإشكالية:

إن الصحة الجسدية والنفسية مهمة جدا لكل فرد كونها السبيل الأول للشعور بالراحة النفسية والاطمئنان والبذل و العطاء مما يساعد الفرد على توافقه النفسي و الجسدي و يصادف الإنسان في حياته اليومية أخطار تعترضه في كل مكان وفي شتى المجالات وتهدهدته بدنيا و معنويا وهذه الأخطار تؤدي به إلى إصابته في جسده أو أحد أعضائه أو في وظيفة من الوظائف التي تؤثر على الحركة و التي تكون ناجمة إما عن تعرض الإنسان لحادث قد يكون طبيعيا كالزلازل والبراكين أو حادث مرور أو عمل منزلي كما قد تكون ناجمة عن الخضوع لعملية جراحية خطيرة أو الإصابة بمرض خطير يمس مناطق الحركة في الجسم أو الدماغ أو الحبل الشوكي، يؤدي هذا إلى فقدان القدرة على استخدام العضو المصاب كما يؤدي إلى عجز أو قصور في أحد الوظائف المتعلقة بالحركة وهذا ما يعرف بالإعاقة الحركية وإذا كانت الأسباب المذكورة فتكون إعاقة حركية مكتسبة وهذا بعد ما كان الفرد يتمتع بصحة جيدة وحسب الإحصائيات نجد أن الإعاقة الحركية تمثل نسبة مهمة من مجموع الإعاقات و هذا حسب ما جاء في حولية اليونسكو بحيث إذا أخذنا نسبة الحد الأدنى 3 % للإعاقة حسب التقديرات العالمية فإن مجموع المعاقين في البلاد العربية يصل إلى حوالي سبعة ملايين ونصف في حين إذا أخذنا الحد الأعلى للإعاقة فإن مجموع المعاقين في البلاد العربية يصل إلى حوالي 25 مليون معاق في حين أن نسبة الإعاقة الحركية نجدها تمثل 20.43 من المجموع العام. و تشير أحر ارقام الديوان الوطني للإحصائيات التي قدمتها وزارة التضامن الوطني و الأسرة إلى أن عدد الأشخاص المعاقين في الجزائر بلغ 1975084 شخصا منهم 284073 معاق حركي بالإضافة إلى 29380 معاق غير مصرح بهم علما أن عدد الأشخاص المعاقين حركيا هو الأكثر ارتفاعا بين أنواع الإعاقات حيث يمثلون نسبة 44% من مجموع عدد المعاقين.

فرغم تعدد الإعاقات الحركية واختلاف درجاتها يمكن حصرها أنها عجز يصاب به الفرد في إحدى وظائفه الحركية و مهما كانت أسباب الإعاقة ومهما كان نوع الإعاقة فهي تعتبر بحد ذاتها تجربة قاسية تمس نفسية الفرد وتخلف آثار سلبية حيث يخلل توازنه النفسي كما تؤثر على توافقه وتكيفه مع البيئة وقد تكون الظروف المحيطة ملائمة فتساعد على القيام بحداد طبيعي وقد تكون غير ذلك فنجد المعاق – إعاقة حركية مكتسبة – مضطر للقيام بواجبات وأعمال مهنية قد تكون شاقة ومملة عليه نتيجة الإعاقة مما يجعل حياته النفسية معرضة لتعقيدات واضطرابات وضغوط نفسية بعد الحادث والتي تعتبر مزمنة وتأتي عقب حدوث صدمة قوية للفرد الذي تعرض لإصابة على مستوى الجهاز أو العضو المسؤول عن

الحركة وهذا يختلف من فرد لأخر فهي في العادة تكون بعد مرور ثلاثة أشهر إلى سنة أو سنوات هذا حسب BLA NCHARD وحسب William .
(فرحات، 2004، ص15).

وتعتبر حوادث المرور و الفيضانات والزلازل من الأسباب الرئيسية للتعرض للإعاقة حيث تشير إحصائيات منظمة الصحة العالمية أن حوادث المرور تقف كسبب رئيسي للتعرض للإعاقة ولقد وضح غسان يعقوب أن حوادث المرور وما شابه تشكل ظاهرة شائعة في مختلف المجتمعات وهناك حوالي ثلاثة ملايين شخص يموتون سنويا بسبب حوادث المرور أما الناجون من هذه الحوادث المذكورة فإنهم يتعرضون لآلام جسدية ونفسية (جروح، كسور، إعاقة، اضطرابات الضغط ما بعد الصدمة) حيث يشير (BLANCHARD) وزملاؤه 1994 – 1995 بأن هناك 46 % من الناجين يعانون من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة وفي دراسة قام بها BLANCHARD على الناجين من حوادث المرور تبين مايلي:

. 39% من الناجين لم يظهر لديهم اضطراب الضغط ما بعد الصدمة خلال الأشهر الأربعة الأولى التي تلت الحادثة غير أن الاضطراب ما لبث أن عاد بعد مرور عام.
. 3 % من الناجين لم يظهر لديهم اضطراب ما بعد الصدمة.
. 58 % من الناجين أصيبوا بالشكل الحاد لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة.
(غسان، 1999، ص37).

ومن الظاهر أن الصدمة النفسية تؤثر على مستقبل المعاق في شتى المجالات وقد يظهر اضطراب الضغط ما بعد الصدمة حيث يظهر الخوف نتيجة الصدمة وهذا يؤدي إلى ضعف في ممارسة النشاطات اليومية مما يؤدي إلى تضايق الفرد و شعوره بالنقص فقد بينت دراسة (DASHER LYN,1981) أن الأفراد المصدومين لديهم نظرة سلبية في تقدير ذاتهم وعن دراسة (CONTRAX) حول الأفكار السلبية التي يكونها الفرد عن الواقع أنه يعطي معنى جد مبالغ للأحداث و التجارب المعاشة مثل: فقدان، الإعاقة، الحوادث المؤلمة ... الخ (المركز الوطني للوقاية والأمن عبر الطرقات، 2004).

كما قد تؤثر الصدمة النفسية على التوافق الشخصي و الاجتماعي للفرد وهذا نظرا لمشاعر النقص والاختلاف فالفرد يضع نفسه موضع مقارنة بينه وبين أقرانه من الأصحاء فيظهر له الاختلاف جليا ولأثرها الواضح على قدرات وإمكانيات الفرد وطموحاته كما أنها عائق يحول بينه وبين تحقيق رغباته و حاجاته وطموحاته وتقلل من حماسه وعمله وتلعب دورا في قدرته على إقامة روابط وعلاقات اجتماعية وهذه البصمة الجسدية و النفسية تنتوع تهديداتها فنجد ألفرد أدلر (ALFRD ADLER) يقول في هذا الإطار أن وجود أعضاء قاصرة أي شلل أو بتر أحد الأطراف يؤثر على حياة الفرد النفسية لأنه يحقر نفسه لنظرة

الآخرين له وهذا ما يزيد شعوره بعدم الأمن و الشعور بالنقص مقارنة بالأشخاص السالمين (مرسي، 1976، ص 63).

إن تعرض الفرد لإعاقة حركية يحتم عليه التأقلم و التكيف مع الإعاقة وهذا يتطلب تغيير في نمط السلوك هذا لمحاولة التكيف مع الموقف الجديد وهو الإعاقة ولقيام الفرد بواجباته وتحقيق رغباته لابد له من تعديل أو تكيف في السلوك وهذا بالطبع حسب نوعية إعاقته ودرجتها وهذا حتى يوافق بين الرغبات و الطموحات التي يحاول تحقيقها مع تلك القدرات والإمكانات التي يمتلكها حيث يرى محمد السيد الهابط أن أي سلوك يشبع حاجاته لدى الفرد أو يخفض من نسبة توتره هو سلوك تكيفي سواء كان ذلك السلوك سويا أو شاذا و كلما كان التكيف ملائما كان ذلك دليلا على الصحة الجيدة للفرد. (غسان، 1999، ص 37).

كما أن الجهاز النفسي للمعاق يلعب دورا كبيرا في طريقة تقبله للحادث الصادم وهي كفاءته على السيطرة على هذه الإثارات و ارضانها نفسيا وقد تؤدي الاستجابات المفرطة للحدث الصادم الى تفهقر الجهاز النفسي وهنا قد يؤدي به إلى الفشل ثم يأتي الاستسلام وهنا يتشكل اضطراب الضغط ما بعد الصدمة فيلجأ الفرد المعاق إعاقة حركية مكتسبة إلى استخدام مجموعة من الاستجابات لمواجهة الوضعيات الضاغطة وهذا ما يسمى بإستراتيجيات المقاومة وهي العدد الهائل من المعارف، الاتجاهات السلوكية والموارد النفسية التي يستعملها الفرد لمواجهة الصعوبات أو التهديدات الداخلية والخارجية.

كما يشير كوتسمر و زملاؤه بأن خبرة الضغوط بأن خبرة الضغوط و الصدمات الناتجة عن الحوادث ليست هي العامل الحاسم في الإصابة و إنما الأهم هو كيف يواجه الأفراد تلك الأحداث فضلا عن ذلك فإن عملية المواجهة تحدث نتيجة إتباع أساليب وإستراتيجيات مختلفة فهذه الأخيرة التي قد تكون فعالة فتؤدي الى المواجهة المتكيفة وقد تكون غير فعالة فتسفر عن مواجهة غير متكيفة.

لهذا تعددت الأبحاث التي درست دور المكونات المعرفية في عملية المواجهة من حيث كونها تتأثر بالفروق الفردية في الإمكانيات السيكلوجية والمصادر الشخصية أي دور محددات شخصية الفرد و قدراته وامتلاكه لمهارات التعامل في تحديد إستراتيجيات الممكنة للتعامل مع الصدمة وهذا حسب (parks) (طبي، 2004، ص26).

ونظرا لحساسية المشكل وما له من أبعاد وانعكاسات على المستوى النفسي والجسدي والاجتماعي ارتأينا دراسة هذا الموضوع والذي يتمثل في إستراتيجيات مواجهة الضغط ما بعد الصدمة لدى ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة وعليه نطرح التساؤلات التالية.

1. التساؤلات الرئيسية:

- 1 – هل الإعاقة الحركية المكتسبة تؤدي الى ظهور اضطراب الضغط ما بعد الصدمة ؟
- 2 – هل يوجد اختلاف في ظهور استراتيجيات المواجهة عند المعاقين إعاقة حركية مكتسبة.

1.1. التساؤلات الجزئية:

- 1 – هل يعتمد الفرد ذو إعاقة حركية مكتسبة على إستراتيجية المواجهة المركزة على التجنب في مواجهة PTSD ؟
- 2 – هل يعتمد الفرد ذو إعاقة حركية مكتسبة على إستراتيجية المواجهة المركزة على حل المشكل في مواجهة PTSD ؟
- 3 – هل يعتمد الفرد ذو إعاقة حركية مكتسبة على إستراتيجية المواجهة المركزة على البحث عن المساندة و الدعم الاجتماعي ؟
- 4 – هل يعتمد الفرد ذو إعاقة حركية مكتسبة على استراتيجيه المواجهة المركزة على إعادة التقييم الايجابي في مواجهة PTSD ؟
- 5 – هل يعتمد الفرد ذو إعاقة حركية مكتسبة على إستراتيجية المواجهة المركزة على تأنيب الذات في مواجهة PTSD ؟

2. صياغة الفرضيات العامة:

- 1 – الإعاقة الحركية المكتسبة تؤدي إلى ظهور اضطراب الضغط ما بعد الصدمة PTSD.
 - 2 – يوجد اختلاف في ظهور إستراتيجيات المواجهة عند المعاقين إعاقة حركية مكتسبة .
- 1.2. صياغة الفرضيات الجزئية:**

- 1 – يعتمد الفرد ذو إعاقة حركية مكتسبة على إستراتيجية المواجهة المركزة على التجنب في مواجهة PTSD.
- 2 – يعتمد الفرد ذو إعاقة حركية مكتسبة على إستراتيجية المواجهة المركزة على حل المشكل في مواجهة PTSD.
- 3 – يعتمد الفرد ذو إعاقة حركية مكتسبة على إستراتيجية المواجهة المركزة على البحث عن المساندة الدعم الاجتماعي في مواجهة PTSD.
- 4 – يعتمد الفرد ذو إعاقة حركية مكتسبة على إستراتيجية المواجهة المركزة على إعادة التقييم الإيجابي في مواجهة PTSD.
- 5 – يعتمد الفرد ذو إعاقة حركية مكتسبة على إستراتيجية المواجهة المركزة على تأنيب الذات في مواجهة PTSD.

3. أهمية الدراسة:

- تحسيس المختصين بالمشاكل النفسية التي يعاني منها الأفراد المعاقين إعاقة حركية مكتسبة.
- توضيح الدور الذي تلعبه الاضطرابات النفسية في كيفية تسيير الحياة النفسية والاجتماعية للمعاق حركيا.
- قد يساعد البحث المسؤولين على اتخاذ القرارات المناسبة لمواجهة هذه المشكلات التي قد تعترض المعاقين حركيا في سبيل دمجهم وتكيفهم مع المجتمع ومع الأفراد العاديين.

- قد يصبح هذا البحث نواة لدراسات أخرى في مجال الإعاقة والصدمة النفسية.

4. أهداف الدراسة:

- معرفة ما إن كانت الإعاقة الحركية مكتسبة تؤدي الى ظهور PTSD.
- معرفة الاختلاف في ظهور إستراتيجيات المواجهة عند المعاقين إعاقة حركية مكتسبة حسب درجة PTSD .

- معرفة الإستراتيجيات التي يعتمد عليها الأفراد المعاقين إعاقة حركية مكتسبة في مواجهة PTSD

5. تحديد المفاهيم:

5.1. الإعاقة الحركية:

5.1.1. المفهوم الاصطلاحي للإعاقة:

مجموعة من القدرات دون المستوى تصيب المعاق سواء نقص تشريحي أو وظيفي يجعله غير قادر على منافسة أقرانه و قد تكون الإعاقة عقلية أو نفسية أو بدنية.
(العيسوي، 1997، ص8).

5.1.2. المفهوم الاصطلاحي للإعاقة الحركية:

هي عائق جسدي يمنع المعاق من القيام بوظائفه الحركية بشكل طبيعي نتيجة مرض أو إصابة أدت إلى ضمور في العضلات أو فقدان في القدرة الحركية أو الحسية أو كليهما معا في الأطراف و يحتاج هذا الشخص على برمجة طبية و نفسية واجتماعية و تربوية و مهنية لمساعدته في تحقيق أهدافه الحياتية و العيش بأكبر قدر ممكن من الاستقلالية
(العيسوي، 1997، ص8).

5.1.3. المفهوم الإجرائي للإعاقة الحركية:

و نقصد بها العجز والذي قد يكون جزئي أو كلي عن أداء الحركة سواء الأطراف أو الرأس أو الجسد كله.

5.2. اضطراب الضغط ما بعد الصدمة PTSD:

5.2.1. المفهوم الاصطلاحي لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة PTSD:

حسب DSM 3 هي مجموعة الآثار الإكلينيكية الخاصة المعبرة فورا وبعد فترة من الحدث الصدمي وقد صنفته حسب جمعية الطب النفسي الأمريكي ضمن اضطراب القلق وتشخيصه يكون من خلال مايلي:

- جلاء الحادثة الصادمة

- إعادة معايشة الحدث الصدمي.

- ديمومة واستمرارية السلوك التجنبي لتفادي الإثارات المرتبطة بالحدث الصدمي الذي تسبب في الصدمة.

- ديمومة العلامات المرضية التي تعكس استمرارية حالة لدى المريض.

(DSM 3, 1996) .

5.2.2. المفهوم الإجرائي لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة PTSD:

هي الدرجات التي يحصل عليها المعاق من خلال الإجابة على استبيان اضطراب الضغط ما بعد الصدمة PTSD.

5.3. إستراتيجية المواجهة:

5.3.1. المفهوم الاصطلاحي لإستراتيجية المواجهة:

مفهوم عبد الحميد السهيلي (2009):

يرى أن الإنسان يعيش في بيئة يتفاعل معها و يؤثر فيها ويتأثر بها، فهو يتعرض بصفة دائمة ومستمرة لمثيرات تتفاوت من حيث الشدة و الخطورة و أمام هذا الوضع يلجأ الفرد إلى استخدام العديد من الأساليب لمواجهة المواقف الضاغطة، منها ما يتعلق باستخدام تقنيات سلوكية مثل الاسترخاء والتصور الذهني ومنها ما يتعلق بالشخصية و التي تسمى بإستراتيجيات المواجهة. (DANTZER, 1989, P123).

5.3.1. المفهوم الإجرائي لإستراتيجية المواجهة:

هي الدرجات التي يحصل عليها المفحوص من خلال استجابته على استبيان إستراتيجية المواجهة والتي توضح توظيفه للإستراتيجية دون أخرى من الإستراتيجيات.

6. الدراسات السابقة:

6.1. الإعاقة الحركية:

اولا: الدراسات العربية:

6.1.1. دراسة نتيل (2004):

عنوان الدراسة: السمات المميزة لشخصيات المعاقين سمعيا وبصريا وحركيا في ضوء بعض المتغيرات.

. أهداف الدراسة:

الكشف عن أهم السمات المميزة لشخصية المعاقين سمعيا و بصريا وحركيا.

. عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من 577 من الأفراد التي تبلغ أعمارهم من سن (12 سنة) وما فوق.

. نتائج الدراسة:

أظهرت الدراسة أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية تعزي للمؤهل العلمي بين الإعاقات الثلاث لحملة المؤهلات الجامعية فأكثر وبين كل من حملة المؤهل الابتدائي و الإعدادي، كما انه توجد فروق بين الإعاقات الثلاث ككل لصالح الذكور.

6.1.2. دراسة البلتاجي (2001):

. عنوان الدراسة:

تقييم خدمات التأهيل الطبي المقدمة للمعاقين حركيا.

. أهداف الدراسة:

.هدفت الدراسة إلى تقييم خدمات التأهيل الطبي المقدمة للمعاقين حركيا.

.تقييم خدمات التأهيل الطبي المتوفر وتشخيص نقاط الضعف و قوة فيها، والتعرف على

مدى رضا المعاقين عنها ومجالات التدخل لتحسينها.

. نتائج الدراسة:

وجود نقص في عدد الأخصائيين العاملين في مجال التأهيل الطبي كما اظهرت الدراسة

قصورا واضحا فيما يتعلق بوعي المجتمع حول مراكز التأهيل الطبي المتوفرة وطبيعة

خدماتها.

ثانيا: الدراسات الأجنبية:

6.1.3. دراسة سومرز (1964):

. عنوان الدراسة:

التوافق الاجتماعي عند المراهقين المعاقين جسميا.

. عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من 143 طالب و طالبة من المراهقين المعاقين جسميا منهم

86 ذكور و 57 إناث.

. اهداف الدراسة:

التعرف على التوافق النفسي لدى المعاقين جسميا.

. نتائج الدراسة :أظهرت نتائج الدراسة مايلي:

التوافق الشخصي و التوافق الاجتماعي عند المراهقين المعاقين جسميا أقل منه عند العاديين.

و أن سوء التوافق و الاضطراب النفسي لدى المعاقين جسميا راجع إلى عوامل اجتماعية

تحيط بالفرد المعوق داخل بيته.

6.2. اضطراب الضغط ما بعد الصدمة PTSD:

أولا: الدراسات العربية:

6.2.1. دراسة القرشي (1993):

عنوان الدراسة:

العلاقة بين الظروف الضاغطة (كصدمة الحرب) التي تعرض لها الأطفال و مدى توافقهم

النفسي و الاجتماعي.

. أهداف الدراسة:

- معرفة العلاقة بين الظروف الضاغطة (كصدمة الحرب) التي تعرض لها الأطفال و مدى توافقهم النفسي و الاجتماعي.

. عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من(600) طفلة وطفل كويتي.

. نتائج الدراسة:

أظهرت النتائج أن حرب الخليج بوصفها حادثا صدميا تركت أثارا سلبية في كل من التوافق الشخصي و الاجتماعي لدى الإناث بفارق أعلى عن الذكور، وأظهرت الدراسة ضعف العلاقات مع الأسرة و زملاء المدرسة.

6. 2. 2. دراسة العتيق (2001):

. عنوان الدراسة:

الصدمة النفسية المرتبطة بتعرض الأطفال و إصابتهم لحوادث الطرق في جمهورية مصر العربية.

. أهداف الدراسة:

التعرف على أعراض (PTSD) الحادة و المزمنة عند عينة الدراسة، و تعرف مستويات التوافق النفسي و أساليب المواجهة لدى الأطفال المصابين في حوادث طرق.

. عينة الدراسة:

تكونت العينة من أطفال تعرضوا لحوادث طرق في جمهورية مصر العربية.

. نتائج الدراسة:

كشفت نتائج عن وجود فروق بين عينتي من الأطفال المصابين في حوادث طرق وذلك في مختلف أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة كما أشارت النتائج الى أن الأطفال المصابين في حوادث الطرق ويعانون (PTSD) سجلوا درجات منخفضة على مقياس التوافق النفسي و لم يكن لديهم أساليب لمواجهة المواقف الضاغطة.

ثانيا: الدراسات الأجنبية:

6. 2. 3. دراسة سنيل (Snell, 2007) :

. عنوان الدراسة:

اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة والاضطرابات النفسية الضاغطة،

. عينة الدراسة:

. تكونت العينة من 315 شرطيا" متطوعا" يتدربون في الأردن.

اهداف الدراسة: الكشف عن اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة والاضطرابات النفسية الضاغطة

نتائج الدراسة: أشارت النتائج الى تعرض هؤلاء الأفراد بنسبة مرتفعة للصدمة والإحداث الصادمة والاضطرابات النفسية (القلق والاكتئاب).

6. 2. 4. دراسة (Blanchard Hackling 2000):

. عنوان الدراسة:

حوادث السيارات وعلاقتها بحدوث اضطرابات ما بعد الصدمة لدى عامة الناس في أمريكا.

. أهداف الدراسة:

معرفة الاضطرابات النفسية مثلا الاكتئاب، ما إن كانت تجعل ضحايا حوادث الطرق أكثر استعدادا لأن تظهر لديهم اضطرابات ما بعد الصدمة.

. نتائج الدراسة:

إن حوادث السيارات هي السبب الأول في حدوث اضطرابات ما بعد الصدمة لدى عامة الناس في أمريكا حيث يتعرض أكثر من ثلاثة ملايين شخص سنويا لإصابات ناجمة عن حوادث الطرق و يقدر الباحثان أن ما نسبة (10-45%) من بين من يتعرضون لإصابات، تظهر لديهم لاحقا أعراض اضطراب ما بعد الصدمة. و يؤكد الباحثان على أن احتمال ظهور أعراض اضطراب ما بعد الصدمة عند النساء (10.4%) أكثر من الضعف مقارنة بالرجال خلص الباحثان إلى أن الاضطرابات النفسية، مثل الاكتئاب، تجعل ضحايا حوادث الطرق أكثر استعداد إلا أن تظهر لديهم اضطرابات ما بعد الصدمة.

6. 3. إستراتيجية المواجهة:

أولاً: الدراسات العربية:

6. 3. 1. دراسة الشهراني و رفاع (1995):

. عنوان الدراسة:

معرفة مصادر الإجهاد النفسي و أساليب التكيف.

. أهداف الدراسة:

معرفة مصادر الإجهاد النفسي وأساليب التكيف لدي معلمي ومعلمات العلوم بالمنطقة الجنوبية الغربية من المملكة العربية السعودية.

. عينة الدراسة:

عينة مكونة من (460) معلما و معلمة العلوم للمنطقة الجنوبية الغربية من المملكة العربية السعودية.

. نتائج الدراسة:

قد أشارت نتائج الدراسة إلى أن (85 %) من معلمي و معلمات العلوم في العينة يعانون من الإجهاد النفسي بدرجة مختلفة أما بالنسبة لأساليب التكيف المتبعة من قبل عينة الدراسة لمواجهة الإجهاد فقد جاء في مقدمتها مواجهة المشكلة وحلها عند ظهورها.

ثانياً: الدراسات الأجنبية:

6. 3. 2. دراسة Sinow et all (2003):

. عنوان الدراسة:

العلاقة بين الضغوط النفسية في العمل وأساليب التكيف لها (المواجهة و التجنب و الدعم الاجتماعي من جهة الأعراض الأخرى).

. هدف الدراسة:

هدفت الدراسة الى معرفة الضغوط النفسية في العمل وأساليب التكيف لها.

. عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (239) في مجال السكرتارية في أربع شركات .

. نتائج الدراسة:

أشارت نتائج الدراسة إلى أن استراتيجيات المواجهة ترتبط مع عدد قليل من الأعراض النفسية كما يميل الأفراد الذين يستخدمونها إلى انخفاض تأثرهم بالآثار السلبية لضغوط العمل، كما أظهرت نتائج الدراسة أن الدعم الاجتماعي المرتبط بالعمل يخدم كوظيفة غير مباشرة الحماية من أعراض الضغوط النفسية.

6.3.3. دراسة شيماز و كوزجي (2003 Shinagzu et Kougi):

. عنوان الدراسة:

مصادر الضغوط النفسية وأساليب التكيف لدى عينة من العاملين اليابانيين.

. عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (5630) عاملا في أحد مصانع السيارات في اليابان من كلا الجنسين.

. هدف الدراسة:

هدفت الدراسة إلى معرفة مصادر الضغوط النفسية وأساليب التكيف لدى عينة من العاملين اليابانيين.

. نتائج الدراسة:

أشارت نتائج الدراسة إلى وجود ارتباط ايجابي بين التكيف و النشاط و السعي نحو الدعم الاجتماعي وارتباط سلبي بين التكيف الفعال و الابتعاد عن الآخرين والاستقلالية كما أشارت نتائج الدراسة إلى ارتباط ذي دلالة إحصائية بين أساليب التكيف النشطة و انخفاض الشعور بالضيق النفسي.

6.4. التعقيب على الدراسات السابقة:

من خلال عرض الدراسات يمكن استخلاص أن الفترة الزمنية التي انحصرت فيها الدراسات تراوحت ما بين (1964 - 2007) و التي تناولت ثلاثة متغيرات حيث كانت هناك دراسات تناولت الإعاقة الحركية وعلاقتها بمتغيرات أخرى ودراسات تناولت اضطراب الضغط ما بعد الصدمة وأخرى تناولت إستراتيجية المواجهة فبالنسبة للإعاقة الحركية فقد تناولت بعض الدراسات و منها دراسة نتيل (2004) و كانت الغاية المرجوة من الدراسة الكشف عن أهم السمات المميزة لشخصية المعاقين سمعيا و بصريا وحركيا.

أما بالنسبة لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة فقد تنوعت الدراسات بدورها سواء من حيث الهدف أو من حيث علاقتها بمتغيرات أخرى فمثلا في دراسة القرشي (1993) و التي كانت حول العلاقة بين الظروف الضاغطة (كصدمة الحرب) التي تعرض لها الأطفال و مدى توافقهم النفسي و الاجتماعي.

وكذلك دراسة العتيق (2001) التي كانت حول الصدمة النفسية المرتبطة بتعرض الأطفال و إصابتهم لحوادث الطرق في جمهورية مصر العربية.

أما استراتيجيه المواجهة فقد تناولت بعض الدراسات هذا المتغير ونجد منها . دراسة الشهراني و رفاع (1995) التي هدفت الى معرفة مصادر الإجهاد النفسي و أساليب التكيف.

إلا أن هذه الدراسات لم تتناول متغيرات البحث الحالي مجتمعة وهي إستراتيجية مواجهة الضغط ما بعد الصدمة لدى ذوي الإعاقة الحركية المكتسبة.

الإعاقة الدركية

تمهيد

1.1.7. تعريف الإعاقة

2.1.7. تعريف الإعاقة الدركية

3.1.7. نسبة الإعاقة الدركية

4.1.7. مظاهر الإعاقة الدركية

5.1.7. أسباب الإعاقة الدركية

6.1.7. أنواع الإعاقة الدركية

7.1.7. تشخيص الإعاقة الدركية

8.1.7. الصعوبات التي يواجهها المعاقين دركيا

9.1.7. التأثيرات النفسية للإعاقة الدركية

10.1.7. التأهيل للمعاقين دركيا

خاتمة.

تمهيد:

الإعاقة الحركية هي الإعاقة الأكثر انتشارا بين الإعاقات الأخرى وبالأخص الإعاقة الحركية مكتسبة والتي يعتبر أصحابها هم الأكثر اندماجا مع المجتمع و هذا حسب الواقع المعاش حيث نجدهم في العمل، و في أماكن النزهة و في الأماكن العامة إلا أنهم يبقى لديهم الشعور بالفرق بينهم و بين العاديين، لهذا لا بدّ لهم من رعاية نفسية خاصة تساعدهم في التخلص من الأفكار التي تراودهم عن الإصابة و خاصة منهم الذين لديهم أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة PTSD.

7.1. الإعاقة الحركية.

7.1.1. تعريف الإعاقة:

7.1.1.1. تعريف علي محمد:

يعرف فهمي علي محمد بأنها نقص النضوج الأدائي للوظائف الحيوية المختلفة التي يستلزمها النمو البدني و العقلي، بدرجة تحد من اكتساب المعدلات الطبيعية للذكاء بكافة جوانبه، و تؤهل الوظائف الحركية و الحسية و السمعية و البصرية للأداء الوظيفي الطبيعي الذي يتناسب مع السن الزمني على مدى سنوات النضوج. هي قصور إذا تعطل عضو أو الأعضاء الداخلية للجسم عن القيام بوظائفها لأسباب وراثية أو فيروسية أو مرضية أو حوادث. أو هي العجز المستمر في جسم الفرد أو شخصيته أو نفسيته مما يؤثر على نموه الطبيعي أو على قدرته على التعليم و التكيف الاجتماعي. (فهمي، 2008، ص 6-7).

7.1.1.2. تعريف عبد المطلب:

و يعرفها عبد المطلب على أنها اثر انعكاسي نفسي و اجتماعي أو انفعالي أو مركب ناجم عن العجز الذي يمنع الفرد أو يحد من مقدرته على أداء دوره الاجتماعي المتوقع منه، و الذي يعد طبيعياً بالنسبة لسنه و نوع جنسه و تبعاً للأوضاع الاجتماعية و الثقافية. (القريطى، 2001، ص 18).

7.1.2. تعريف الإعاقة الحركية:

7.1.2.1. الإعاقة الحركية:

هي حالات الأفراد الذين يعانون من خلل ما في قدراتهم الحركية، أو نشاطهم الحركي بحيث يؤثر ذلك الخلل على مظاهر نموهم العقلي والاجتماعي والانفعالي ويستدعي الحاجة إلى التربية الخاصة.

7.1.2.2. المعوقين جسمياً:

وهم من لديهم عجز في الجهاز الحركي أو البدني بصفة عامة كالكسور والبتير وأصحاب الأمراض المزمنة مثل شلل الأطفال والسرطان والقلب والمقعدين وغيرهم. (الهواملة، 2003، ص 65).

7.1.2.3. المعاقين حركياً:

عرف باتمان و آخرون المعاقين حركياً بأنهم تلك الفئة من الأفراد الذي يتشكل لديهم عائق يحرّمهم من القدرة على القيام بوظائفهم الجسمية الحركية بشكل عادي، مما قد يستدعي

توفير خدمات تربوية و طبية نفسية خاصة، و يقصد بالمعاق هنا أي إصابة سواء أكانت بسيطة أو شديدة تصيب الجهاز العصبي المركزي أو الهيكل العظمي أو العضلات. (الطائي، 2009، ص 239).

7.1.2.4. تعريف ماجدة السيد عبيد:

المعاق حركيا هو الشخص الذي أديه عائق جسدي يمنعه من القيام بوظائفه الحركية بشكل طبيعي نتيجة مرض او إصابة أدت إلى ضمور في العضلات أو فقدان في القدرة الحركية أو الحسية أو كليهما معا في الأطراف و يحتاج هذا الشخص إلى برمجة طبية و نفسية و اجتماعية و تربوية و مهنية لمساعدته في تحقيق أهدافه الحياتية والعيش بأكبر قدر ممكن من الاستقلالية.

(ماجدة، 1999، ص. 44).

7.1.3. نسبة الإعاقة الحركية:

تختلف هذه النسبة من مجتمع إلى آخر؛ وذلك الأمر يتعلق بثقافة هذا المجتمع أو ذاك الوعي الصحي والثقافي، إضافة إلى العوامل الوراثية، والمعايير المستخدمة في تقدير نوع الإعاقة الحركية، كذلك إلى الاختلاف في تحديد معايير الإعاقة الجسدية وعدم وجود اتفاق بين العلماء حول تعريف الإعاقة الحركية إضافة إلى عوامل الظروف المستجدة مثل: الكوارث الطبيعية (الزلازل - الفيضانات.. الخ) والحروب ، مثل حرب أمريكا على المجتمع الأفغاني والعراقي من قبله؛ مما يؤدي إلى زيادة انتشار حالات الإعاقة الحركية. وحسب الإحصاءات الأمريكية فإن نسبة المصابين هناك بالإعاقات الحركية بلغت (0.5%) رغم التقدم الطبي والعناية الصحية، وتشير التقارير أن هذه النسبة في ازدياد. ويمكن تقدير نسبة هذه الإعاقة في المجتمعات الأخرى من خلال التقارير الإحصائية في ذلك البلد. وتشير تقارير منظمة الصحة العالمية أن نسبة الإعاقة في أي مجتمع تتراوح ما بين 7-10% من مجموع السكان. و من جهة أخرى كشفت وزارة التضامن الوطني و الأسرة عن وجود ما يقارب مليوني معاق بالجزائر حسب إحصائيات سنة 2016 من بينهم 47% معاق حركي. ومما تجدر بالإشارة إليه أن تقرير النسبة لهذه الإعاقة قد لا يكون صحيحاً خاصة في المجتمعات التي تخجل من الإفصاح عن هذه الإعاقة في أسرتها وذلك تبعاً للعوامل الثقافية والاجتماعية وخوف الأفراد من الأفكار الخاطئة التي تلاحق أسرة المعاقين حركياً. (الهواملة، 2003، ص 75).

7.1.4. مظاهر الإعاقة الحركية:

تعتبر ظاهرة الإعاقة من المشاكل التي تعاني منها المجتمعات الإنسانية قديماً وحديثاً وهي ظاهرة عامة تشترك فيها المجتمعات المتطورة والمختلفة على حد سواء ، والإعاقة تعني النقص أو القصور المزمّن الذي يؤثر على قدرات الشخص فيصير معاقاً سواء كانت الإعاقة جسمية أو انفعالية الأمر الذي يحول بين الفرد وبين الاستفادة الكاملة من الخبرات التعليمية والمهنية التي يستطيع الفرد العادي الاستفادة منها. والمعاق هو كل شخص لا يستطيع أن يتكفل بنفسه كلياً أو جزئياً بضرورات الحياة الفردية أو الاجتماعية نتيجة عجز في قواه الجسمية مما يجعله غير قادر على أداء واجباته الأساسية بمفرده ومزاولة عمله والاستمرار فيه بالمعدل الطبيعي.

الأشخاص ذوي العوائق البدنية والصحية عبارة عن مجموعة مختلفة للغاية مع تنوع كبير في الظروف والأمراض من شلل مخي وصداع وإنعواج القدم وشلل الأطفال إلا أنها قليلة وبعض مشكلات هذه العوائق يرجع إلى الناحية الخلقية حيث توجد منذ الميلاد و البعض الآخر يحدث بعد الميلاد من خلال مرض ما أو إصابة ويمكن أن يكون لهذه المعوقات أثر بسيط على الأداء المدرسي وقد لا يكون لها أي أثر فبعض الطلاب أصحاب المعوقات البدنية والصحية لا يحتاجون إلى تكيفات خاصة والبعض الآخر يحتاج فقط إلى تعديل البيئة الطبيعية وقد يكون من الضروري للبعض أن يتكيفوا من خلال بعض الأنشطة التعليمية داخل الحجرة التدريسية للتعليم العام أو أن يزودوا بتعليم خاص في مناطق الحاجة مثل التحرك و الاتصال، المهارات الأساسية.

والواقع أن قليلاً من هؤلاء الطلاب لهم عوائق مضاعفة مرتبطة بالحاجات الطبية المختلفة والتي تتطلب خدمات واسعة من ممرضة المدرسة أو من أي أفراد آخرين مدربين فيمكن أن يكون لأحد الطلاب شللاً بطرفه الأسفل إلا أنه نشط ومتصرف بينما يكون الآخر متقهراً ولا يريد التفاعل مع الآخرين. (طارق وربيعة، 2008، ص65).

7.1.5. أسباب الإعاقة الحركية:

للإعاقة الحركية أسباب عديدة، و يمكن أن ينظر إليها بأكثر من صورة أو اتجاه، و في استعراضنا لأسباب الإعاقة لا بد أن نأخذ بعين الاعتبار أنه من النادر أن تكون الإعاقة نتيجة لعامل واحد، بل الغالب أنها تحدث نتيجة لأكثر من عامل و كثير ما يصعب تحديد سلسلة العوامل أو الأحداث التي أدت إلى حالة الإعاقة .

ترجع الإعاقة إلى العديد من الأسباب التي قد تكون أسباباً طبية، أمراض و إصابات، أو أسباب اجتماعية أو اقتصادية أو مهنية أو نفسية و من جهة أخرى قد تكون هذه الأسباب متعلقة بالفرد نفسه أو مرتبطة بالبيئة التي يعيش فيها، وقد ترجع إلى أسباب خلقية وراثية أو غير وراثية، و قد تكون الإعاقة نتيجة لكوارث طبيعية كالزلازل و البراكين و الفيضانات،

وقد تكون راجعة إلى كوارث من صنع الإنسان كالحروب والثروات و على أساس هذا التصنيف هذه الأسباب تختلف من مدرسة إلى أخرى أو من علم إلى علم آخر، فهي ليست قاصرة على العلوم الطبية مثلا، و لكنها تدخل في الكثير من الدراسات الاجتماعية و الأنتروبولوجيا و التربوية و النفسية و المهنية و الصناعية و غيرها.
(فهيمى، 2008، ص ص 31-32).

لهذا تتعدد مظاهر الإعاقة الحركية و ليس من السهل ذكر قائمة من الأسباب المؤدية إلى كل منها لكن يمكن ذكر الأسباب المؤدية إلى بعض المظاهر كما هو الحال في حالات الشلل الدماغى نتيجة لعدد من الأسباب المعروفة و غير المعروفة مثل الأسباب الجينية و إصابة الأم بالأمراض المعدية كالحصبة الألمانية و الزهري و الأشعة السينية و سوء التغذية (الروسان، 2001، ص 183).

في الحقيقة يكشف تحليل تراث الإعاقة الحركية أو العوامل التي تؤدي إلى حدوثها عن وجود شبه اتفاق بين المهتمين بتحليل هذه المشكلة من ناحية تحديد هذه الأسباب إلى نوعين أساسيين هما:

7.1.5.1 العوامل الوراثية:

إن أي خلل في الكروموسومات ينتقل من الإباء إلى الأبناء حيث يحدث هذا الخلل إعاقة جسدية لدى الطفل حديث الولادة.

- عامل الريزوس (RH): ونعني به اختلاف دم الأم عن دم الجنين.
- الخداع: ولادة أطفال الخداع نعى بها عدم اكتمال نومهم و ذلك بسبب و ولادتهم قبل اكتمال، المدة الزمنية. (الظاهري، 2005، ص 62).

- أسباب قبل الولادة: مثل تعرض الجنين للعدوى الفيروسية و البكتيرية كالجذري، التهاب الكبد الوبائي، الحصبة الألمانية و الزهري، كذلك تعرض الجنين للإشاعات، أو الاستعمال السيئ للأدوية و التدخين و إدمان المخدرات، كما أن سن الأم الحامل له علاقة احتمالية لحدوث الإعاقة، و كثرة الحمل المتعاقب للأمهات مع سوء التغذية و انعدام الرعاية أثناء الحمل قد تفسح المجال لولادات مشوهة.

- أسباب أثناء الولادة: كالولادة العسيرة التي تعرض الطفل للإصابة في الجهاز العصبي، و أيضا وضع المشيمة الذي قد يؤدي إلى اختناق الجنين، استخدام الملاقط في الولادة يؤدي أيضا إلى إصابة دماغ الطفل.

بالإضافة إلى الأمراض المرتبطة بالولادة وسوء التغذية و خاصة بالنسبة للأطفال الصغار يعد عاملا من عوامل التعرض للإعاقة ، كما إن الولادة الطويلة أو الطلق السريع يؤدي الى اضطرابات في عملية التمثيل الغذائي في خلايا المخ.

- أسباب بعد الولادة: تعد الحوادث من الأسباب التي تؤدي إلى إصابة الأطفال بالتلف المخي علاوة على الإصابة في الأطراف في منطقة الرأس و الإصابات الجسمية المباشرة، كذلك قد يتعرض عدد من الأطفال لنوع من العجز الدائم نتيجة للعدوى أو بعض الأمراض العصبية.

(فهمي، 2008، ص ص 35-36).

7.1.5.2. الأسباب البيئية أو الاجتماعية:

وهي حصيلة المؤثرات الخارجية التي بدأت تلعب دورها منذ الحمل حتى الوفاة وتسير مع قوى الوراثة منذ نشأتها في علاقة تفاعلية وتشمل مؤثرات ما قبل الولادة تعني تعرض الجنين لإصابات معينة نتيجة إصابة الأم بمرض معين فمثلاً إصابة الأم في بداية الحمل بالحصبة الألمانية تؤدي إلى احتمال تعرض الجنين لإصابات العين والقلب كما أن تغذية الأم وحالتها الصحية لها تأثير على الطفل.

أما المؤثرات التي تكون أثناء الولادة، فمثلاً ولادة الطفل قبل موعد ولادته الطبيعية قد يؤدي إلى إصابته بنزيف في المخ. أما المؤثرات بعد الولادة فمنها الحوادث وإصابات العمل والجروح وإصابات الحروب والإصابة بالأمراض الشديدة مثل شلل الأطفال والحمى الروماتيزمية وغير ذلك.

وتشكل هذه العوامل إحدى الأسباب الرئيسية لحدوث الإعاقة سواء في الدول النامية أو المتقدمة ولكنها تظهر بصورة أكثر على مستوى الدول النامية والتي يولد بها 3/4 عدد الأطفال المولودين سنوياً على مستوى العالم كما تنتج تلك العوامل عن عدم توافر البيئة الصحية الملائمة التي تؤثر على الجنين أثناء فترات الحمل وولادة أطفال ناقصي النمو بدرجة كبيرة نتيجة لسوء التغذية ومن أهمها.

(طارق وربيع، 2008، ص 98).

7.1.5.3. سوء التغذية والأنيميا الشديدة أثناء فترة الحمل:

وأن حدوث هذه الأمراض تتركز بصورة أكثر في الدول النامية التي تنتج عن قلة تناول الوجبات الغذائية السليمة للحوامل وولادة الأطفال ناقصي النمو كما يسهم في زيادة حدوث الإعاقات نتيجة هذه الأمراض قلة الوعي الاجتماعي والصحي والزواج المبكر وكثرة الإنجاب.

الأمراض التي تصيب الأم الحامل:

ومن أهمها مرض الحصبة الألمانية الذي يصيب الأم الحامل ويؤثر على الجنين وحدثت إعاقات متعددة على الأطفال بعد الولادة كما تسهم أمراض أخرى في ذلك أيضاً مثل الأنفلونزا والزهري والعديد من الإصابات الفيروسية الأخرى كما تشكل إصابة الأم الحامل

بأمراض وإدمان المسكرات والمخدرات وعقاقير الهلوسة وغيرها من حدوث إعاقات متنوعة للأطفال خلال فترات الحمل أو بعد الولادة مباشرة علاوة على ذلك تساهم العادات والتقاليد الخاصة بزواج الأقارب والزواج المبكر أو المتأخر من حدوث إعاقات متعددة أيضاً.

7.1.5.4. شلل الأطفال:

قبل اكتشاف اللقاح الوقائي لهذا المرض كانت تمثل الإصابة (3%) من كل مائة ألف حالة من السكان سنوياً وتقدر نسبة إصابة المرض في الدول النامية وخاصة التي تطبق برامج التحصين الشامل بحوالي (2.5) مليون أو حدوث 75 ألف إصابة سنوياً. (الخنورة، 1991، ص 89).

7.1.5.5. الحوادث:

تشير مفهوم الحوادث إلى معان متعددة في الوقت الحاضر وتسهم بصورة كبيرة في زيادة معدلات الإعاقة بصورة عامة وتعتبر حوادث الطرق والمرور مسئولة عن إعاقة (8.5%) من المعاقين عالمياً وهذا الرقم ليس بسيطاً.

. حوادث المرور و الطرقات :

يصاب الإنسان بجروح مختلفة من جراء حوادث المرور منها التي تولد إعاقة مستديمة نذكر منها إصابة الطرفين السفليين بروض، و كسور العمود الفقري الذي ينتج عنه شلل كلي، و من المؤسف عدد لا بأس به من الأطفال يذهب ضحية هذه الحوادث و ذلك لانتشار عادة اللعب في الطرقات و فقدان عادة التربية و التدريب لاستعمال الطرقات و الاحتراز من الحوادث .

. حوادث العمل:

ترجع الإعاقة الحركية المكتسبة أيضاً على حوادث العمل التي يتعرض لها الفرد خلال مزاولته نشاطه المهني، تتمثل هذه الإصابة في فقدان العامل قدرة استعمال يده أو أحد الأطراف الأربعة، و قد تؤدي هذه الحوادث إلى الموت بالإضافة إلى الحوادث الأخرى.

7.1.5.6. أمراض الجهاز العصبي:

- الشلل المخي.
- شلل الأطفال " التهاب النخاع السنجابي".
- الشلل النصفي الحاد " الفالج".
- الضمور العضلي الشوكي الوراثي " مرض فيردنج - هوفمان".
- نمو الرأس " زيادة السائل المخي الشوكي".

- عيوب العمود الفقري.
- . أمراض العضلات:
- مرض الاعتلال العضلي المتزايد " مرض دوشين".
- الاعتلال العضلي الذي يصيب الوجه والكتف والذراع.
- اعتلال عضلي وراثي.
- مرض الوهن العضلي الوبيل.
- . أمراض المفاصل:
- خلع مفصل الورك الخلفي.
- مرض التهاب المفاصل المزمن " التهاب المفاصل الرث واني".
- . أمراض العظام:
- الكساح.
- أمراض العظام الخلقية.
- القزمة من عدم نمو الغضاريف.
- نقص الأطراف الخلقية.
- ضخامة نصفية للبدن.
- زيادة عدد الأصابع.
- التحام الأصابع.
- تقلص المفاصل الخلقية.
- تقوس العمود الفقري الجانبي " جنف".
- تقوس العمود الفقري الخلفي " الحدب".
- مرض العظام الهشة.
- مرض العظام الرخامية.
- اعوجاج القدم.

7.1.6. أنواع الإعاقة الحركية المكتسبة:

توجد العديد من أنواع الإعاقة الحركية المكتسبة و نذكر منها:

7.1.6.1. الشلل الدماغي: هو خلل في حركة الجسم أو في شكل القوام أو كليهما نتيجة

إصابة أو أكثر في الجهاز العصبي المركزي (المخ)، يؤدي إلى خلل في كفاءة الجهازين العضلي و العصبي و قصور أداء العضلات اللاإرادية، وهو من الأمراض التي لا علاج لها و لازداد شدتها مع مرور الوقت فهي حالات مستقرة و يتجه أسلوب التعامل معها إلى تحسين وظائف الخلايا العصبية و استغلال الإمكانيات الجسمية المتوافرة بأفضل صورة ممكنة.

(النواصرة، 2006، ص75).

و يقسم الشلل الدماغى وفقا للأجزاء المتأثرة بالشلل إلى:
الشلل النصفى السفلى: و تتأثر بالشلل الأطراف السفلى فقط فى حين تؤدى الأطراف العليا وظيفتها بشكل أفضل.
الشلل النصفى الجانبى: و يتأثر بالشلل جانب واحد من الجسم متضمنا الطرف العلوى و السفلى معا، وفى اغلب الأحيان يتأثر الجانب الأيمن.
الشلل الثلاثى: تتأثر بالشلل ثلاثة أطراف تكون فى العادة الرجلين و ذراع.
الشلل الأحادى: تتأثر بالشلل طرف واحد، وهو نادر الحدوث نسبيا.
الشلل الرباعى: تتأثر بالشلل جميع الأطراف الأربعة للجسم .
 (بن جواد المطر، 1996، ص ص 16-17).

الشلل النصفى: و هو أكثر مسبب للإعاقات الحركية فى العالم، و يحدث نتيجة انفجار أحد الأوعية الدموية المغذية فى حجريات الدماغ نتيجة ارتفاع فى الضغط أو مرض سكري أو عدة أمراض أخرى كتصلب الشرايين أو نزيف بالدماغ و بالنتيجة يؤدى إلى شلل فى جهة واحدة من جسم الإنسان و بذلك يسمى بالشلل النصفى، يبدأ الشلل فى الحالة الحادة بشلل رخوى و من ثم تدريجيا تبدأ العضلات بالتيبس و تصبح الأطراف المصابة متيبسة كلياً، و قد تؤدى حركات غير إرادية قد يتحسن المريض بعد الإصابة و لكن نسبة التحسن بطيئة و قد لا تصل إلى التحسن الكامل. (الصفدى، 2007، ص 89).

7.1.6.2. التهاب المفاصل: مرض حاد و مؤلم فى المفاصل و الأنسجة المحيطة بها، ما ينجم عنه تورم و هي تيبس خاصة فى الصباح. و تؤدى إصابة المفاصل الشديدة إلى إتلاف العظام و الأنسجة و الأوعية الدموية المحيطة بها، و تظهر التهابات المفاصل من خلال ظهور تورم المفاصل و الأنسجة و تؤدى إلى الآلام المستمرة، و حدوث تشوهات و عاهات لدى الفرد الذى يعانى من التهاب المفاصل. (منى الحديدى، 2004، ص 16).

7.1.6.3. التهاب العظام: و هي التى تحدث فى مراحل العمر المتأخرة و المتوسطة، و خاصة عند الأفراد الذين يعانون من إصابات الهيكل العظمى، و من يتعرضون للحوادث المختلفة، و تؤدى الإصابة بالالتهابات إلى الانزلاق الغضروفى و تآكله.
 (الطائى، 2009، ص245).

7.1.6.4. اضطرابات العمود الفقري: تمثل حالات اضطرابات تمثل العمود الفقري مظهرا آخر مميّز من مظاهر الإعاقة الحركية، و ذلك نتيجة لما يتصل بهذا الاضطراب

من خلل في القدرة الحركية للفرد، و يقصد باضطرابات العود الفقري من منطقة الرأس حتى نهاية العمود الفقري.

و تكون الإصابة بها على مستوى: المنطقة العنيفة، فقرات المنطقة الصدرية، فقرات المنطقة القطنية.

(الروسان، 2001، ص 242).

7.1.6.5 الكسور: وهي تخلخل تماسك النسيج العظمي، و بالتالي يؤدي إلى انفصاله إما جزئياً أو كلياً نتيجة تعرضه لإصابات ميكانيكية.

هناك ثلاثة أنواع الكسور وهي:

- أ. **الكسور المغلقة (البسيطة):** وهي التي لا يكون أي اتصال بالمحيط الخارجي أي لا يكون مصحوباً بجرح خارجي، و هذا يعني عدم إيصال الكسر لخارج الجلد المحيط به.
- ب. **الكسور المفتوحة (المضاعفة):** و هي تلك الكسور التي يصاحبها تلف و تمزق الجلد، و في هذه الحالة يكون الكسر على درجة من الخطورة بسبب تعرضه للعدوى و التلوث.
- ت. **الكسر المختلط:** وهو من أشد أنواع الكسور و هو كسر عظمي مصاحب بقطع أوردة و أعصاب وأنسجة عضلية.

7.1.6.6 البتر: يعرف طبياً بأنه فصل أحد الطرفين السفليين أو العلويين بشكل جزئي أو كامل عن الجسم ، وذلك كنوع من العلاج أو لتخليص الجسم من عاهة ، ويعرف بأنه حالة من العجز يفقد الفرد فيها أحد أطرافه أو بعضها أو كلها .
(الطائي، 2007، ص 247).

وحالات البتر وهي كالاتي:

- أ. بتر الطرف العلوي
- ب. بتر الطرف السفلي
- ت. بتر الطرفين السفليين
- ث. بتر الطرفين العلويين
- ج. بتر الطرف العلوي مع السفلي (رياض، 2000، ص 160) .

7.1.7 تشخيص الإعاقة الحركية:

تعتبر عملية التشخيص عملية مهمة و دقيقة من خلالها يتم معرفة الشخص المعاق و ذلك باستخدام مقاييس و اختبارات مهمة و مختلفة و الشخص الذي يقوم بعملية التشخيص يحمل مؤهلات علمية و كذلك القدرة على استخدام الاختبارات ، التدريب الميداني ، فكلما كان

التشخيص مبكرا ، كان تجنب الحالة أكثر أو تقليلها و حصرها، و لقد تطورت و سائل الكشف و التشخيص فبإمكان الأطباء عن طريق استخدام التحاليل المخبرية للمواليد الجدد و إكشاف بعض اضطرابات الجسمية و العقلية، و قد أدى ذلك إلى تطور أجهزة الكشف و التشخيص، فالكشف يؤدي إلى التعرف السريع على الذين لديهم إعاقة و قابلية لحدوث إعاقة كونهم في حالة خطر للأسباب بيولوجية أو بيئية و التشخيص هي خطوة متقدمة من خلال التشخيص نستطيع أن ننفي أو نؤكد وجود حالة تأخر أو إعاقة ، وفي حالة وجودها يتم تحديد أسبابها و اقتراح طرق العلاج

7.1.8. الصعوبات التي يواجهها المعاقون حركيا:

يلاحظ بأنه في الحالات الشديدة التي يواجهها الإنسان والتي قد تمنعه عن الحركة و تزعمه على ملازمة الفراش و الوضعية الممددة، فان ذلك الوضع قد يؤثر على القدرة على إدراك العلاقات المكانية.

و قد يعاني المعاقون حركيا و بصفة عامة من مجموعة المشاكل و الصعوبات:

- قلة الميل إلى النشاطات الحركية و كراهية العالم الخارجي.
- الشعور بالنقص الذي يعتري الشخص المعاق نتيجة قصوره الحركي الذي يجعله مختلفا عن بقية أفراد المجموعة و بعيدا عن الحياة الاجتماعية.
- المعاناة من نقص الثبات الانفعالي و السلوكي مما يؤدي إلى تذبذب المشاعر الانفعالية من وقت لآخر.

- تؤدي الحالات المزمنة أي حيانا إلى فشل الشخص في تحقيق التوافق الاجتماعي .
- احتمال إظهار مشاعر العدوانية اتجاه غيره أو المعاناة من بعض المظاهر العصابية أحيانا.

(صالح، 2006، ص ص 116- 119)

7.1.9. التأثيرات النفسية للإعاقة الحركية:

- يمكننا أن نرى نفسية المعاق من زوايا عديدة حيث تتنوع استجابة اتجاه إصابة و تختلف تبعاً لمزاجه و وضعه الأسري و لمدى إصابته و شدتها.
- و في كل الأحوال نرى المعاق حركيا يشعر وكأنه مصاب في صميم شخصيته إصابة بليغة بحيث يمكن أن يكون الشخص:
- انطوائيا.

- يلجأ إلى السلوك العدواني.

- غير قادر على تحميل المسؤولية .

- لديه إحساس بأنه عبء على الآخرين.

- لديه شعور بالنقص.

- عدم الطمأنينة و عدم الأمن

و يمكن القول بشكل عام أن أسلوب حياة المعاق حركيا هو نتاج العوامل الثقافية الاجتماعية و البيئية المحيطة به، فإذا ما اكتسى هذا الأسلوب طابع الشعور بالضعف و النقص فإنه يحيل الإعاقة نفسها إلى مصدر للمشاكل النفسية بكل مظاهرها من إحساس بالصداع و الشعور بالعجز و الإحباط و ميل إلى العزلة و الانطواء و غيرها من أعراض الاضطرابات العصبية.

7.1.9.1. على المستوى التعليمي:

يثير عالم المعوقين مشكلة تعليمهم إذا كانوا صغار أو مشكلة تأهيلهم إذا كانوا كبار و المشكلات التي تواجه العملية التعليمية هي:

- عدم توفر مدارس خاصة و كافية للمعاقين على اختلاف أنواعهم.
- الآثار النفسية السلبية لتي تلحق بالمعوق
- شعور الرهبة و الخوف الذي ينتاب الآخرين عند رؤية المعوق و انعكاس ذلك على سلوك المعوق الذي يكون انسحابا أو عدوانيا كعملية تعويضية.
- تأثر بعض العاهات في قدرة المعوق على أداء وظائفه.
- بعض الحالات كالمقعدين و المكفوفين تتطلب اعتبارات خاصة لضمان سلامتهم و توجيههم.

7.1.9.2. على المستوى النفسي:

حاول العديد من المختصين في علم النفس المعوقين تحديد سمات محددة لعالم المعوقين و قد انتهى المؤتمر الدولي الثامن لرعاية المعوقين عام 1986 بنيويورك إلى مجموعة من السمات لخصها

(د. كليماك klimake) في:

- الشعور الزائد بالنقص مما يعوق تكيفه الاجتماعي.
- الشعور الزائد بالعجز مما يولد لديه الإحساس بالضعف و الاستسلام للإعاقة.
- عدم الشعور بالأمن مما يولد لديه القلق و الخوف الجهول.
- عدم الاتزان الانفعالي مما يولد مخاوف وهمية مبالغ فيها.
- زيادة مظاهر السلوك الاندفاعي و إبراز الأفكار و التعويضات و الإسقاط و الانفعالات العكسية و التبرير.

7.1.9.3. على المستوى الطبي:

- عدم معرفة الأسباب الحاسمة لبعض أشكال الإعاقة.
- طول العلاج الطبي لبعض الأمراض و تكاليف العلاج كأمراض القلب و السكر.
- عدم انتشار مراكز كافية للعلاج المتميز للمعوقين بمستشفيات خاصة تراعي ظروفهم ومشكلاتهم.

- عدم توفر مراكز متخصصة للعلاج الطبيعي و خاصة في المحافظات مع عدم توفر الفنيين و الأجهزة.(القذافي، 1994، ص ص 182 -187).

7.1.10. البرامج التربوية للمعوقين حركياً:

قد تحد الإعاقة الحركية من قدرة الطفل على الاستفادة من البرامج التربوية العادية إلى حد كبير بحيث يصبح من الضروري تزويده بخدمات التربية الخاصة. وتشمل التربية الخاصة أدوات ووسائل معدلة أو مكيفة تهدف إلى تقييم الحاجات الخاصة للطفل غير العادي وتلبيتها. ويمكننا تعريف التربية الخاصة على أنها التخطيط التربوي الفردي المنظم واستخدام الوسائل التعليمية والأدوات والمعدات الخاصة بـغية مساعدة الطفل غير العادي على تحقيق أقصى درجات الاستقلال الوظيفي الذي تسمح به إعاقته. فالتربية الخاصة لا تعني بالضرورة عزل الطفل عن الأطفال العاديين في مؤسسات خاصة. ولكنها تعني توفير البدائل التربوية المختلفة والخدمات المساندة (مثل: العلاج الطبيعي، والعلاج الوظيفي، والتربية الرياضية التصحيحية) وذلك اعتماداً على طبيعة حاجات الطفل المعوق. فالافتراض الأساسي الذي تستند إليه التربية الخاصة يتمثل في ضرورة مراعاة الفروق الفردية. ويتطلب هذا الأمر إجراء ثلاثة أنواع أساسية من التعديلات في البيئة التربوية التقليدية من حيث.

7.1.10.1. محتوى التدريس: إذ أن تلبية حاجات الطفل المعوق قد تتطلب تعديل محتوى المنهاج الدراسي.

7.1.10.2. المهارات المستهدفة: إذ قد يكون من الضروري التركيز على تعليم مهارات أساسية للطفل المعوق لا يتضمنها البرنامج التدريسي العادي.

7.1.10.3. بيئة التعلم: إذ إن الإعاقة قد تستلزم توفير بيئة خاصة تختلف عن البيئة الصفية التقليدية.

7.1.10.4. التأهيل الطبي: Medical Rehabilitation:

ويقصد بذلك تأهيل المعاق حركياً من الناحية الجسمية، وذلك من خلال تزويد العاق حركياً بالأطراف الصناعية المناسبة، أو استخدام العلاج الطبيعي (Physical Therapy) والذي يعني استخدام المساج والتدليك، والعلاج بالماء (Hydro Therapy) لبعض حالات الإعاقة الحركية.

تُعنى عملية الإشراف الطبي والصحي على المعوقين بعلاج الإعاقة أو أي أمراض تتطور من خلالها، ويجب أن يكون الإشراف الصحي مستمراً ومتوافراً مع الاهتمام بالعلاج

الطبيعي وهذا من شأنه تخفيف من تأثير الإعاقة الحركية على حركة العضلات والحواس بها مع توفير الأجهزة المساندة والتعويضية اللازمة.

7.1.10.5. التأهيل المهني: (Vocational Rehabilitation)

ويقصد بذلك تأهيل المعاق حركياً من الناحية المهنية، وذلك من خلال تدريبه على مهنة ما ثم العمل على إيجاد فرص العمل المناسب له.

وهو ما يطلق عليه التأهيل المهني، ومصطلح التأهيل مألوف ومفهوم لدى الأطباء وأخصائيو العلاج الطبيعي والأخصائية النفسية والاجتماعية، والتأهيل حسب رأي الدكتور محمد سيد فهمي عام (1998) هو برنامج يهدف إلى إعادة المعوق للعمل الملائم لحالته في حدود ما تبقى له من قدرات بقصد مساعدته على تحسين أحواله المالية والنفسية، أي أن التأهيل هو عملية لإعادة البناء وتجديد وتكييف لوضع جديد.

7.1.10.6. التأهيل الاجتماعي:

يعرف التأهيل المجتمعي بأنه توفير وتقديم الخدمات التأهيلية للمعوقين في مجتمعاتهم وبيئاتهم المحلية مستفيدين من جميع الموارد المادية والبشرية المتوفرة في المجتمع المحلي. (الروسان، 2001، ص. 247-248).

7.1.10.7. أهداف التأهيل في المجتمع المحلي:

الهدف الرئيسي للتأهيل المجتمعي هو ضمان قدرة المعوقين على الوصول بإمكاناتهم البدنية والعقلية إلى مستواها الأقصى، والانتفاع بالخدمات والفرص العادية وتحقيق الاندماج الاجتماعي الكامل في مجتمعاتهم، ويستند هذا الهدف إلى المفهوم الأوسع شمولاً للتأهيل، أي المفهوم المنطوي على تحقيق المساواة في الفرص والاندماج في المجتمع المحلي، والتأهيل المجتمعي في مفهومه الواسع يعتبر نهجاً شاملاً يضمن الوقاية من حدوث الإعاقة والتأهيل في أنشطة الرعاية الصحية الأولية، وإدماج الأطفال المعوقين في المدارس العادية، وتوفير فرص النشاط الاقتصادي المربح لراشدين المعوقين. ويقصد بذلك تأهيل المعاق حركياً من الناحية الاجتماعية وذلك من خلال مساعدته على التكيف الاجتماعي، ويعتبر العلاج بالعمل من الناحية الاجتماعية التي تعمل على تنمية ما تبقى لدى الفرد من قدرات عقلية وجسمية تمكنه من القيام بعمل ما، وبالتالي مساعدته على عملية التكيف الاجتماعي.

هناك اتجاهين للتأهيل المجتمعي هما:

إذن يهدف التأهيل المجتمعي إلى دمج الأطفال المعوقين في المجتمع من خلال اشتراك المعوقين في عملية التأهيل.

أ. حقوق المعوق على الأسرة والمجتمع:

هنالك عدة حقوق وواجبات يجب أن يمنحها المجتمع والأسرة للمعاقين حركياً وهي:

* حق العيش باحترام وتقدير من الآخرين، وذلك بعدم إشعاره بقصد أو بدون قصد بعجزه أو بإعاقته. كما يجب أن نحافظ على كرامته وعدم إشعاره بأن وجوده مكلف وعبء على الأسرة.

* حق التعلم قدر الإمكان، فالمعاق شخص لديه إمكانيات لا بد من استغلالها واستثمارها، وذلك بتقديم العلم والمعرفة له عن طريق توفير المدارس المتخصصة حسب نوع الإعاقة. فهناك الكثير من المعارف التي يمكن للمعاق أن يتعلمها ويكون بذلك أكثر أفراد المجتمع إنتاجاً فيها.

* حق الرعاية الصحية والاجتماعية، كما يتمتع بها الآخرين، أن على الأسرة والجهات الحكومية المختصة توفير الرعاية الصحية اللازمة للمعوقين حركياً بحيث أن تكون قريبة من أماكن سكنهم، وتوفر لهم الوسائل المعينة كالدراجات والسيارات الخاصة، والأعضاء وكل وسائل الحركة المساندة.

* حق العمل والإنتاج في المجالات التي يتعلمها. يفترض بنا أن لا نكتفي بتعليمه فقط. بل عينا نسعى لتوفير له فرص العمل النافعة له وذلك لمساعدته على التكيف وإعالة أسرته بشكل كريم. ونحثه على الإبداع في مجالات العمل وترقيته كما أمكن ذلك.

* حق الزواج والإنجاب: المعاق حركياً إنسان سوي من الناحية الجنسية وبالتالي له الحق في الزواج والإنجاب، وتحمل المسؤولية الكاملة لأفراد أسرته والأفضل أن لا يتزوج من زوجة معاقة حركياً وإن كان لا بد من ذلك تكون إعاقتها بسيطة أو مقبولة.

* حق المشاركة في الأنشطة الرياضية والاجتماعية، وممارسة الهوايات وهذا يتطلب أساسياً وضرورياً ولذلك من واجب الأندية والجمعيات أن توفر المراكز الخاصة للأفراد والمعاقين حركياً، وأن تشكل الفرق وتشجع المنافسة بينهم كما نرى في المجال الرياضي وأخيراً نرى أولمبياد رياضي للمعاقين حركياً وذلك لتشجيع هؤلاء الأفراد. ونحن في الأردن نعتز بأبطال الرياضة للمعاقين حركياً والذين حصدوا جملة من الميداليات الذهبية والبرونزية في المباريات العالمية.

* حق المشاركة في الحديث والمناقشة والأخذ برأيه كلما أمكن ذلك، إننا نتعامل مع إنسان له الحقوق والواجبات ما على الآخرين، لندعه يمارس هذه الحقوق والواجبات ونسمع له، ونبادله الرأي والمشورة.

* حق الامتلاك والتملك، وعدم وضع الوصاية عليه ونساعده في الحصول على مسكن خاص به يؤمن له ما يحتاج من خصوصية، ويمارس هوايته ويحقق ذاته من خلال هذه المنجزات.

ب. مبادئ التأهيل المجتمعي:

- * يجب أن يسير التأهيل المجتمعي مع البرامج أو المشاريع السياسية والاقتصادية والاجتماعية للدولة.
- * يجب أن يبدأ التأهيل المجتمعي في منطقة أو مناطق قليلة وليست شاملة.
- * يجب أن يكون برنامج التأهيل المجتمعي ضمن رقابة وإشراف دقيقة.
- * يختلف كل برنامج للتأهيل المجتمعي من دولة إلى أخرى.
- * يجب استخدام التأهيل المجتمعي على تنظيم الخدمات واستغلال موارد البيئة والاهتمام بقدرات الطفل المعوق.

7. 1. 10. 8. برامج التأهيل المهني:

إن فكرة تأهيل المعوقين بشكل عام قد أصبحت مقبولة بشكل واسع في المجتمعات المختلفة وخاصة في السنوات الأخيرة من هذا القرن والواقع أن هذه الفكرة قد شهدت تطوراً سريعاً في أساليب وطرق التأهيل المختلفة مما ساعد بالتالي على زيادة قدرة المعوق على الاستقلال والكفاية الذاتية وتقدير الذات واحترامها.

هذا وتعرف منظمة الصحة العالمية التأهيل بأنه الإفادة من مجموعة الخدمات المنظمة في المجالات الطبية والاجتماعية والتربوية والتقييم المهني من أجل تدريب أو إعادة تدريب الفرد والوصول به إلى أقصى مستوى من مستويات القدرة الوظيفية.

أما التأهيل المهني فهو ذلك الجزء من العملية المستمرة المنظمة التي تشمل تقديم الخدمات المهنية كالإرشاد والتوجيه والتقييم والتدريب والتشغيل وبالتالي تحقيق الكفاية الاقتصادية للمعوق عن طريق العمل والاشتغال بمهنة أو حرفة أو وظيفة معينة والاستمرار بها كما تشمل هذه العملية بالإضافة إلى متابعة المعوق ومساعدته على التكيف للعمل والاستمرار فيه والرضا عنه.

والتأهيل يجب أن يتم ضمن الإطار الاجتماعي و البيئي التي يعيش فيها لمعوق والتأهيل مسئولية اجتماعية وليست مسئولية جماعية أو فئة معينة والتأهيل يجب أن يعطى الثقة بالنفس و تحقيق الكفاية الشخصية والاجتماعية والمهنية للمعاق وأن يتقبل المعاق كما هو. (الهواملة، 2003، ص 15).

خلاصة:

من خلال ما تطرقنا إليه في هذا الفصل عن الإعاقة الحركية لفت انتباهنا عن المعاناة التي يعاني منها هؤلاء الأشخاص المعاقين حركيا وكذلك أسباب الإصابة الوراثية و المكتسبة حيث أن هذه الأخير لها أثر على الشخص المصاب و هذا قد يعود على الصحة التي كانوا يتمتعون بها و ما صاروا إليه حيث تغيرت أنشطتهم و أجبرتهم على إعادة التكيف مع الإعاقة.

اضطراب الضغط ما بعد الصدمة

" PTSD "

تصنيف

- 1.2.7. تعريف الضغط النفسي.
- 2.2.7. تعريف الضغط ما بعد الصدمة.
- 3.2.7. تعريف اضطراب الضغط ما بعد الصدمة (PTSD).
- 4.2.7. أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.
- 5.2.7. التنبؤات النظرية لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة.
- 6.2.7. تجنب اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.
- 7.2.7. تشخيص اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.
- 8.2.7. علاج اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.
- 9.2.7. مآل اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.
- 10.2.7. التكيف بعد الصدمة.

تمهيد:

تشير الصدمة إلى ظاهرة تحطيم و تغيير نفسي بواسطة التدفق و الهيجان العنيف و العدوانية و ظاهرة آلية تدخل ضمن الجهاز النفسي فتتخطى قدرة الفرد الدفاعية، و تهز جذريا نمطه الوظيفي، فيظهر على ذلك الشخص زعر و فزع بالحدث الذي يعتبر مستقلا على المظاهر الفيزيولوجية و السلوكية و لفهم اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و الصدمة النفسية تعرضنا لهما في هذا الفصل بدرجة من الدقة و التفصيل حيث تعرضنا لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة من حيث تعريفها و أعراضه و تشخيصه و كيفية تجنبه و طريقة علاجه.

7. 2. اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

7. 2. 1. تعريف الضغط النفسي:

لقد عرف هانز سيللي وهو من أوائل من تطرقوا لموضوع الضغط النفسي، بل يعد أول من قدم مصطلح الضغط النفسي (Stress) عرف الضغط النفسي بأنه "الاستجابة الفسيولوجية التي ترتبط بعملية التكيف مع الظروف الداخلية والخارجية". (السمادوني، 1990، ص31).

7. 2. 1. 1. ويشير ميكائك (1987):

إلى الضغوط على أنها "مجموعة الاستجابات التي تعبر عن حالة الضيق لدى الفرد في موقف معين". (عبد الرحيم، 2001، ص19).

7. 2. 1. 2. وعرف لورنس (lowrence 1990):

الضغوط النفسية أنها " حالة من الانفعالات النفسية السلبية مثل الغضب أو القلق أو الإحباط أو قلة التحمل أو الانزعاج أو تثبيط العزم يعاني منها الفرد نتيجة الأحداث التي تهدده أو تتحدى الفرد بجميع فعاليات الحياة." (العجيلي، 2005، ص503).

7. 2. 1. 3. ويعرف زومباردو (Zimbardo):

الضغوط النفسية على أنها نمط لاستجابات نوعية وغير نوعية يقوم بها الكائن الحي نتيجة لأحداث مثيرة تعيق اتزانته وتحبط من محاولاته وتشمل تلك الاحداث التي تبعث على الاستثارة على عدد كبير ومختلف من العوامل الداخلية و الخارجية والتي يطلق عليها مجتمعة بالضواغط. (البحراوي، 2003، ص203).

7. 2. 1. 4. ويشير كوليمان وموريس وجلاروس:

إلى أن الضغوط النفسية هي أي مطلب توافقي يتضمن قدرا من التوتر أو التهديد و هذه المطالب تتغير أو تتعدد.

(Coleman, & glaros, 1987, p 123).

7. 2. 1. 5. أما بنجامين (Bnjamin):

فيعرف الضغوط بأنها حالات العواطف الممتدة سواء كانت سارة أو حزينة فهي تسبب الضغوط عندما تستمر لوقت طويل جدا وتظهر هذه الضغوط في صورة المشكلات الفسيولوجية و النفسية، ويضيف أن الأحداث التي تسبب الضغوط تسمى الضواغط، والتي تشمل عددا من الأحداث المرتبطة بتغيرات الحياة مثل الطلاق الإحباط الصراع، والمواقف الطارئة مثل الكوارث ومتغيرات الشخصية، بالإضافة إلى سمات الضغوط الكثيرة ومنها ضغوط العمل وضغوط المنزل. (حفني، 2003، ص63).

7. 2. 1. 6. وتعرف زينب شقير (2001):

الضغوط النفسية بأنها " مجموعة من المصادر الخارجية والداخلية الضاغطة والتي يتعرض لها الفرد في حياته وينتج عنه ضعف قدرته على إحداث الاستجابة المناسبة

للموقف وما يصاحب ذلك من اضطرابات انفعالية وفسولوجية تؤثر على جوانب الشخصية الأخرى". (زهران، 2003، ص101).

ومما سبق نرى أن هناك اختلاف بين الباحثين في التعريفات لظاهرة الضغوط لذلك من الصعوبة مما سبق أن نحظى بتعريف له مدلولات علمية تحدد طبيعة ظاهرة الضغوط تحديداً جامعاً لأن ظاهرة الضغوط النفسية معقدة في ذاتها ومتداخلة الأبعاد إلا أن المتنبع للتعريفات المتداولة للضغوط يجدها لا تخرج في تعريفها للضغوط عن ثلاث اتجاهات:

1 - تعريف الضغوط على أنها " مثير خارجي يمر به الفرد.

2 - تعريف الضغوط على أساس إدراك الفرد للحدث.

3 - تعريف الضغوط على اعتبار الاستجابة للحدث.

7.2.2. تعريف الضغط ما بعد الصدمة:

كلمة PTSD هي اختصار لعبارة Post Traumatique Stress Disorder وقد تم ترجمتها إلى العربية تحت اسم اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، وقد صنفت ضمن اضطراب القلق في DSM 4 وهي عبارة عن مجموعة من أعراض واضطرابات تظهر بعد الصدمة وهي كالاتي: صعوبة في النوم، قلة التركيز، الغضب الزائد، الارتجاف، اليقظة المفرطة وتكون مرتبطة بأحداث تثير أو ترمز للصدمة.

(Kaplan et Sadock , 1988, p81).

7.2.3. تعريف اضطراب الضغط ما بعد الصدمة (PTSD):

هو اضطراب نفسي يترافق مع أحداث صادمة شديدة، وتتضمن الأعراض الكلاسيكية (classic symptoms) إعادة معايشة الصدمة في الأحلام، وفي الصور الذهنية والأفكار، والشعور العام بعدم القدرة على التعبير عن المشاعر، وذلك بعدم إظهار مشاعر إيجابية تجاه الآخرين، والشعور بعدم الرغبة في التفاعل مع العالم الحقيقي، والابتعاد عن العلاقات الاجتماعية، وعدم الاهتمام بالأعمال التي كان موضع الاهتمام في السابق، ونسيان الحديث أو عدم القدرة عن الحديث عن جوانب مهمة من الصدمة، والإحساس بالذنب لكونه باقياً على قيد الحياة، بالإضافة لاضطرابات النوم، والاستثارة الزائدة. ويشخص الاضطراب عموماً كأحد اضطرابات القلق.

(Arthur, 1987, p561).

7.2.3.1. يقول يعقوب (1999):

بأن اضطراب الضغط ما بعد الصدمة هو مرض نفسي قد تم تصنيفه وتوصيفه من قبل جمعية الطب الأمريكية وينجم هذا الاضطراب عن تعرض شخص ما لحادث مؤلم جداً (صدمة) يتخطى حدود التجربة الإنسانية المألوفة (أهوال الحروب، رؤية أعمال القتل والعنف، التعرض للتعذيب و الاعتداء الخطير و الاغتصاب، كارثة طبيعية... الخ) بحيث تظهر عادة عدة أعراض نفسية و جسدية (التجنب، التبدل، الأفكار والصور الدخيلة،

اضطراب النوم و العرق، الجفاف و الخوف والاحتراس، ضعف الذاكرة و التركيز...الخ). (غسان، 1999، ص 135).

في الواقع ليس جميع الأشخاص الذين يتعرضون للصدمة أو كارثة يسقطون في الاضطراب المذكور. إذ هناك عوامل معينة قد تساعد على ظهور اضطراب بما في ذلك طبيعة الصدمة، سن الضحية، طبيعة الشخصية واستعدادها المرضي، دور البيئة. (خيربك، 2007، ص17).

7. 2. 4. أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة:

ينجم عن الحادث الصدمي علامات و أعراض على الفرد الذي تعرض لهذا الحادث وهذه العلامات والأعراض هي أعراض عضوية و انفعالية و معرفية و سلوكية:

7. 2. 4. 1. الأعراض العضوية:

.العرق الزائد.

.نوبات من الدوار.

.ارتفاع ضغط الدم.

.زيادة ضربات القلب.

.التنفس السريع.

7. 2. 4. 2. الأعراض الانفعالية:

.الغضب.

.الأسى.

.الاكتئاب.

.القهر.

7. 2. 4. 3. الأعراض معرفية:

.صعوبة اتخاذ القرار.

.انخفاض التركيز.

.خلل في وظيفة الذاكرة.

7. 2. 4. 4. العلاقات و الأعراض السلوكية:

.اضطراب الأكل.

.اضطرابات النوم.

ويمكن توضيح أعراض ما بعد الصدمة PTSD ثلاث فئات رئيسية مع شرط في تشخيص يتمثل في أن تستمر أعراض كل فئة منها لأكثر من شهرين و على النحو التالي كما وضحتها. (النايلسي، 1999، ص58).

. أولاً: إعادة خبرة الحدث الصدمي:

و يعني هذا المعيار أن يستعيد المريض أو يتذكر الحدث الصدمي الذي خبره و يتم ذلك بوحدة أو أكثر من الطرائق الآتية:

1. كوابيس أو أحلام مزعجة و متكررة، لها علاقة بالحدث الصادم (وهي أكثر الأعراض شيوعا).
2. ذكريات و أفكار و مدركات اقتحامية و قصيرة و متكررة عن الحدث، تسبب الحزن و الهم و التوتر.
3. الشعور كما لو أن الحدث سيعاود الوقوع، و تذكر الحدث على شكل صور أو خيالات.
4. انزعاج انفعالي شديد لأي تنبيه يقدر زناد الذكريات للحدث الصادم (رؤية مكان يشبه مكان الحدث، رؤية شخص كان موجودا ساعة وقوع الحدث، رؤية جنازة أو تنبيه يذكره بالحدث الصادم).

. ثانيا: تجنب التنبيهات المرتبطة بالحدث الصادم:

- و تعني ظهور استجابات تجنبية لدى الفرد لم تكن موجودة لديه قبل تعرضه للصدمة، و تتبدى أعراض هذا المعيار لوحدة أو أكثر من الطرائق الآتية:
1. تجنب الأماكن أو الأشخاص أو المواقف التي تذكر الفرد بالحدث الصدمي.
 2. طرد الأفكار والانفعالات التي تذكره بالحدث الصدمي و تجنب الحديث عنه مع أفراد آخرين و يضطر لتناول العقاقير أو المخدرات أو الكحول هروبا من كل شيء يذكره بالحدث.
 3. انخفاض في ممارسة الفرد للنشاطات أو الهوايات التي كان يزاولها ويستمتع بها قبل الحادث.
 4. فتور عاطفي ملحوظ لاسيما ضعف القدرة على الشعور بالحب.
 5. الابتعاد عن الآخرين و الشعور بالغرابة عنهم.

. ثالثا: أعراض فرط الاستثارة:

- و تعني ظهور حالات من الاستثارة لم تكن موجودة قبل تعرضه للصدمة وهي:
- . صعوبة تتعلق بالنوم، كأن يستيقظ في الليل ولا يستطيع النوم ثانية.
 - . نوبات غضب أو هيجان مصحوبة بسلوك عدواني لفظي أو بدني.
 - . حذر أو تيقظ شديد و صعوبة بالغة في الاسترخاء.
 - . صعوبات في التركيز على أداء نشاط يمارسه، أو المتابعة لنشاط يجري أمامه.
 - . رابعا : الشعور بالخدر في بعض مناطق من الجسم و سرعة الإثارة.
 - . خامسا: استمرار الأعراض 1 و 2 و 3 أكثر من شهر.
 - . سادسا: اضطرابات الحياة المهنية و الاجتماعية و جوانب وظيفية أخرى مهمة في حياة الشخص.

مع أن هذه الأعراض هي الرئيسية فإن هناك أعراضاً أخرى تظهر على المصابين بهذا الاضطراب (PTSD) من قبيل القلق النفسي، الكآبة، الشعور بالذنب، فضلاً عن وجود مشكلات أسرية وأفكار انتحارية وعنف انفجار. (الحواجري، 2003، ص 26).

7.2.5. التناولات النظرية لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة:

7.2.5.1. معالجة المنبهات:

إن معالجة المنبهات تعتبر من أهم النظريات التي حاولت أن تفسر اضطراب ما بعد الصدمة، حيث إن المنبهات تغزونا من كل حذب وصوب، قسم منها يستوعبه الدماغ وتتم معالجته (ترميز، حل ترميز، السلوك) بينما لا تتم معالجة القسم الآخر بشكل صحيح، لأن المنبهات تكون ناقصة أو فوق طاقة الجهاز العصبي (جهاز الاستقبال كما هي الحال مثلاً في الكوارث والصدمات بحيث لا تتلاءم المنبهات الخطيرة الطارئة مع خبرات الشخص ونماذجه المعرفية، لأنها تتخطى الإطار السوي للتجربة الإنسانية، وهذا ما يؤدي إلى حدوث التشويه والاضطراب في معالجة المنبهات، وفي هذه الحالة تبقى (المنبهات) الصادمة ناشطة وبشكلها الخام وهي تستمر في ضغطها المؤلم على الشخص الذي يحاول عبثاً أن يبعدها عن عتبة الوعي حتى يشعر بالراحة والأمان.

(مكتب الإنماء الاجتماعي، 2001، ص 266).

7.2.5.2. النموذج السيكولوجي:

فكرته وضع نموذج نفسي واجتماعي لتفسير اضطراب ما بعد الصدمة حيث إن مصير الصدمة يتوقف من جهة على حدثها وطبيعتها، ومن جهة أخرى على شخصية الفرد المصدوم ودور البيئة، إذ كلما كانت العوامل النفسية والبيئية ملائمة؛ كلما كان الفرد المصدوم قادراً على تخطي آثار الصدمة واستعادة التكيف إلى حد معقول. (غسان، 1999، ص 45).

7.2.5.3. نظرية التعلم و التشريط:

هناك نوعان من التعلم القائم على الإشراف، وهما:

. التشريط الكلاسيكي:

الذي يدرس ردة فعل الجسم أو الكائن إزاء ضغوط البيئة (المنبهات) وفيه يكون الفرد خاضعاً لتلك الضغوط، وليس له الخيار في تبديلها (إيفان بافلوف).

. التشريط الفاعل (سكنر):

حيث يكون الشخص قادراً على التحرك والرد على منبهات البيئة بالشكل الذي يراه مناسباً، و كلما كان الرد صحيحاً يكون التعزيز مكافأة حافزاً لاستمرار العمل والعكس بالعكس فالشخص المصدوم (حرب، تعذيب) يحاول الهروب من المنبهات التي تذكره بالصدمة (التجنب) وهذه المنبهات قد أصبحت مؤلمة للشخص، لأنها اقترنت بعمليات التعذيب و تزامنت معها.

من هنا يبدو أن الماضي المؤلم (التجربة الصادمة) يستمر عبر الحاضر و المستقبل، وكأن الصدمة تطغى على كل شيء بحيث لا يعود التفكير المنطقي يعمل بشكل سليم. أن النموذج السلوكي يساعد على فهم اضطراب ما بعد الصدمة من خلال نظرية التشريط فالصدمة والنكبات و الحروب تعتبر بمثابة منبهات مطلقة غير مشروط و تؤدي إلى استجابة الخوف وردات فعل فسيولوجية مطلقة. (أسعد، 1994، ص 96).

7.2.5.4. النموذج المعرفي:

يرمي النموذج المعرفي إلى إدراك معنى الحدث عند الفرد وكيف تظهر لديه المعاناة، ويبدو أن هذا الأمر يتوقف إلى نظرة الفرد إلى ذاته والعالم، فالصدمة تؤدي إلى زعزعة البيانات الشخصية، فنظرة الشخص إلى الواقع وتكيفه معه يرميان إلى تحقيق الأهداف التالية:

. الحفاظ على التوازن القائم بين كفتي اللذة والألم.

. الحفاظ على اعتبار الذات بشكل مقبول.

. الرغبة في الاتصال والكلام مع الآخرين.

و على هذا الأساس فإن هناك ثلاثة معتقدات شخصية تفسر موقف الإنسان السوي من الواقع أو العالم الخارجي وهي:

ان هذا العالم هو مصدر الخير و الانشراح.

ان لهذا العالم قيمة ومعنى ويمكن التحكم به.

ان الأنا لها قيمتها وأهميتها الخاصة (أنا شخص محبوب و جدير بالتقدير والاحترام).

ان المعتقدات المذكورة موجودة عند الشخص السوي أو العادي والذي يثق بنفسه و يبني آماله من خلال الواقع الذي يعيش فيه وبالتالي لا يتصور بأنه سوف يتعرض لفشل محتم أو لكارثة تخرج عن نطاق المعقول.

7.2.5.5. نظرية ولسون وغموض الهوية:

اعتمد Wilson على نظرية إريكسون لدراسة الهوية عند الجنود المقاتلين في فيتنام ووجد أن الجنود المراهقين والذين تتراوح أعمارهم ما بين (18 - 24) يتعرضون لضغوط ومخاوف شديدة تعرقل لديهم نمو الهوية الإيجابية، ومن المعلوم أن مرحلة المراهقة المتأخرة هي مرحلة الاستحقاقات (النجاح الأكاديمي، الشهادة والاختصاص، بناء الشخصية وعالم القيم، تحديد المهنة والمستقبل) غير أن الحرب لا تسمح بتحقيق هذه الطموحات وبناء الهوية الإيجابية بشكل ملائم.

فقد وجد ولسون أن الجنود المراهقين في حرب فيتنام تنقصهم الهوية الإيجابية والأهداف الواضحة والطموحات، ومن الصفات البارزة لديهم (التبدل العاطفي والفكري، اليأس، عدم الثقة بالنفس، قلة الطموح، العزلة) وهذا يعني أنهم قد أخفقوا في تحقيق متطلبات النمو وأن هذا النمو قد توقف عند حدود المرحلة السادسة (العزلة بدل الألفة) فالعزلة قد حلت مكان الألفة وانخفض لديهم تقدير الذات وسيطر الغموض على هويتهم. (كمر، 2007، ص 55).

7. 2. 5. 6. النموذج البيولوجي:

حاول بعض الباحثين أن يربط اضطراب ما بعد الصدمة بعمل الدماغ وما يطرأ عليه من تبديلات كيميائية وفسولوجية ووظائفية، فالصدمة تؤدي إلى اضطراب في وظيفة الدماغ وبعض أنحاء الجسم، وهذا الاضطراب يظهر على الشكل التالي:

- . ارتفاع في نسبة الكاتيكولامين في الدم.
- . ارتفاع في نسبة الاسيتيلكولين.
- . انخفاض نسبة النورايبينزين.

. انخفاض نسبة السيرتونين و الدوبامين في الدماغ.

إن مصير اضطراب ما بعد الصدمة يتوقف على نشاط الإفرازات المذكورة وكذلك على المواد المخدرة التي يفرزها الدماغ، ويبدو أن الدماغ يقوم بهذه الوظيفة عندما يتعرض الشخص للصدمة وبعد أن تمر الصدمة تحدث حالة شبيهة بالانسحاب والذي نلاحظه في عوارض الانقطاع الفجائي لمتعاطي المخدرات. (غسان، 1999 ص، 188).

7. 2. 6. تجنّب اضطراب الضغط ما بعد الصدمة:

بعض سريري التعرض للصدمة يستخدمون وسائل ومهارات عسكرية وبعض تقنيات مقتبسة من ثقافات مختلفة وذلك للتحضير لمواجهة الأحداث والمواقف التي قد تسبب الصدمات وبالتالي تحسين قدرتهم على التعافي من الاضطرابات الناتجة عنها.

. ويمكن لمثل هذه التقنيات مساعدة الشخص على حماية نفسه ورفع ثقته بذاته مما يجنبه التعرض لاضطرابات ما بعد الصدمة وحماية صحته النفسية والعقلية.

.الوعي بالآثار الناجمة عن العنف يمكن أن يساعد في تجنب التعرض للصدمة، ولعل تقديم الدعم مباشرة لمصاب يمكن أن يقلل كثيراً من الاضطرابات إن لم يكن القضاء عليها نهائياً، وربما يساعد القيام بتمرين عضلي مباشرة بعد الحادث في الحد من إفرازات هرمون الأدرينالين.

الوعي بالمشاعر والتعبير عنها في إطار المجموعات العلاجية يمكنه أن يساعد كثيراً في الحد من الآثار الناجمة عن الصدمة كما أن المعرفة باضطرابات ما بعد الصدمة مهم للغاية إذ إنه سيساهم في تقديم الدعم المناسب بشكل سريع للمصاب مما يساعد في التخفيف من حدة الاضطرابات وصولاً إلى التخلص التام منها، إذا ما شعر أن هناك أحداثاً ما على وشك الوقوع وأنها قد تسبب الصدمات للآخرين، فيجهّز نفسه لتقديم المساعدة من أجل التخفيف من الاضطرابات المتوقعة، ويمكنه أن يستريح بعد ذلك، كما يمكنه أن يعد للمجموعة المحيطة به للقيام بهذا الدور أيضاً

(www.the-t-team-blogspot.com).

. ما الذي يساعد على تجاوز الصدمات؟

. القدرة على التعبير عن المشاعر المرافقة للصدمة واسترجاع الموقف بكامله، وهذا يتطلب منّا إتاحة الفرصة لأنفسنا بأن نروي الحادثة (لأنفسنا أو لأشخاص آخرين) أكثر من مرة كي نفهم ونركب التفاصيل من جديد.

. اكتساب الفرصة لاستعادة السيطرة بشكل تدريجي على مجال الضبط المفقود، و هذا ربما يبدأ بمهمات بسيطة، مثل:

. تحضير الطعام أو العناية بالمظهر وما شابه ذلك، ونحن نرى أن شفقة الآخرين وتعاطفهم قد تجري أحياناً على عكس هذا الاتجاه تماماً، حيث يقوم محبو المصدوم بتولي تلبية جميع احتياجاته عن حسن نية دون أن يعلموا أنهم يؤذونه بهذا، ويكرسون أو على الأقل يؤخرون بدء عملية التعافي.

. تلقي الدعم الاجتماعي المناسب:

من مجموعات الدعم النوعية التي تتشكل من أفراد تعرضوا لخبرات متشابهة ليرى معاناة بعضهم بعض، وربما يتعلم الواحد منهم من الآخر بشكل أيسر مما تم إلقاء المحاضرات و العظات عليه ممن لم يتعرضوا لما مر به.

. تلقي الدعم من خلال شبكة العلاقات الاجتماعية المعتادة في حياة الفرد.

. توفر الخدمات الاختصاصية.

. القدرة على إيجاد أو إضفاء معنى للمعاناة (تعديل نظرة الشخصية في الحياة).

. زيادة المهارات الشخصية وخاصة القدرة على إدارة الانفعالات.

(بركات، 2007، ص 24 - 25).

7.2.7. تشخيص اضطراب الضغط ما بعد الصدمة:

اضطراب ما بعد الصدمة هو اضطراب قلق يحدث بعد التعرض لحادث انطوى على تهديد فعلي بالموت أو أذى خطير، أو تهديد للسلامة الجسدية للذات أو للآخرين بالنسبة لتصنيف DSM يجب أن يكون الشخص أيضاً قد مر بخوف شديد أو الذعر حين حصول الحادث يجب أن تستمر الأعراض لمدة شهر على الأقل و أن تسبب ضائقة بارزة من الناحية السريرية و اختلالاً في الوظيفة الاجتماعية أو المهنية أو مجالات أخرى هامة من الأداء الوظيفي، يغدو الاضطراب ما بعد الصدمة الحاد مزمناً إذا استمر لأكثر من ثلاثة أشهر تبدأ الأعراض بعد فترة قصيرة من الصدمة و لكن قد يكون البدء متأخر إذا بدأت بعد ستة أشهر على الأقل، تتضمن الأعراض:

. أفكار مقتحمة Intrusive ومسببة للضيق و أحلام عن الحادث.

. الاستنارة.

. فرط التنبيه أو الاحتراس.

. سلوك تجنبى، مثلاً تجنب الكلام عن أحداث يمكن أن تثير.

قد تظهر الأعراض بعد الحادث مباشرة أو قد تأخذ عدة أشهر لكي تظهر لدى ثلث المرضى تأخذ الأعراض سيرا مدى الحياة (حسون، 2008، ص64).

و في بعض الأحيان يأخذ كرب ما بعد الصدمة بعض الوقت كي تظهر أعراضه وهذا الوقت يتفاوت فيقصر في بعض الحالات إلى أسبوع ويطول في حالات أخرى ليصل إلى ثلاثين سنة، وتتفاوت شدة الأعراض من وقت لآخر ولكنها تبلغ ذروتها في أوقات الانضغاط النفسي، وقد تبين في الدراسات التي أجريت على الحالات النمطية من كرب ما بعد الصدمة أن 30 % من الحالات تم شفاؤها تماما و40 % يستمرون في المعاناة من بعض الأعراض البسيطة و 20 % يعانون من أعراض متوسطة الشدة في حين تبقى 10 % كما هم أو يتدهورون أكثر.

وهناك أعراض تشير إلى توقع تحسن الحالة.

وقد وجد بشكل عام أن المآل يصبح أسوأ في الأطفال والكبار في السن مقارنة بمتوسط العمر ربما لافتقاد هاتين الفئتين لقدرات المواجهة ومهارات التكيف. (المهدي، 2004، ص23).

7.2.7.1. و يذكر عبد الرحمان:

إن اضطراب ما بعد الصدمة قد يستمر عدة أشهر أو سنوات ويبدو أن هذه المدة تتوقف على طبيعة الصدمة من جهة وشخصية المصاب.

7.2.7.2. من جهة أخرى وجد هيلزر وآخرون (Helzer et al 1987):

من خلال دراستهم على الجنود المقاتلين في فيتنام وعلى الأشخاص الذين تعرضوا لاعتداء جسدي شديد أن عوارض اضطراب ما بعد الصدمة قد تستمر إلى أكثر من ثلاث سنوات وتتخذ شكل المرض المزمن.

7.2.7.3. و من جهة وجد دافيد سون وآخرون (Davidson et al 1999):

إن الشكل المزمن لاضطراب ما بعد الصدمة يظهر أكثر عند المقاتلين الذين يعيشون أهوال الحروب و المعارك وكذلك عند الذين يشاهدون أعمال العنف و القتل.

و إذا كانت بعض الحالات من اضطراب ما بعد الصدمة تستمر طويلا، فإن الأمر يختلف بالنسبة للحالات الأخرى حيث يتلاشى فيها الاضطراب مع مرور الزمن.

7.2.7.4. وقد وجد ماكفران (Mcfarlane 1988):

إن هناك 27% من الحالات يختفي فيها الاضطراب المذكور.

ويذهب بعض العلماء إلى الاعتقاد بأن استمرار الاضطراب لمدة طويلة (الشكل المزمن) يرتبط بشخصية سريعة العطب وذو تاريخ مرضي.

7.2.7.5. وجد هيلزر وزملائه (Helzer 1987):

إن هناك 80 % من المصابين كان لديهم تاريخ مرضي ويبدو أن اضطراب ما بعد الصدمة قد يترافق في بعض الأحيان بعوارض إضافية ملازمة (Commorbidity) مثل

الاكتئاب و القلق والاضطرابات السيكوسوماتية و الوسواس القهري وتعاطي الكحول و المخدرات.

7. 2. 7. 6. ويعتقد (Mcfarlane 1989):

بأن وجود عامل مرضي سابق في الشخصية هو من العوامل الأساسية لظهور اضطراب ما بعد الصدمة و التوجه نحو الشكل المزمن يبدو من المفيد أن ندرس هنا عوامل خطيرة (RISK FACORS) الكامنة أي الموجودة عند الشخص قبل حدوث الصدمة لنحدد على ضوء ذلك مصير الاضطرابات ومسارته المرضية، عوامل المخاطرة هي:

- 1 - وجود أمراض نفسية في العائلة.
 - 2 - تدني المستوى الاقتصادي عند الأهل.
 - 3 - سوء معاملة الشخص منذ الطفولة وتعرضه للأذى الجسدي.
 - 4 - انفصال الوالدين أو الطلاق قبل سن العاشرة.
 - 5 - اضطراب السلوك عند الشخص.
 - 6 - فقدان الثقة بالنفس في مرحلة المراهقة.
 - 7 - عوامل المخاطرة عند النساء ما بين 36 - 50 سنة.
 - 8 - الشخصية العصبية والانطواء.
 - 9 - تعاطي المخدرات و الكحول قبل حدوث الصدمة.
- إذا كلما كان التعرض للصدمة قويا كلما زاد الاحتمال لظهور اضطراب ما بعد الصدمة، وكلما كانت هناك عوامل مخاطرة كاملة في الشخصية كلما ارتفعت نسبة الإصابة بالاضطراب عند الشخص. (خيربك، 2008، ص ص 103-104).

7. 2. 8. علاج اضطراب الضغط ما بعد الصدمة:

من المجالات الهامة في علم النفس الإرشادي هو إرشاد وعلاج المأزومين أو إرشاد و علاج اضطرابات ما بعد الصدمة وهو مجال نما حديثا في المجتمعات العربية والغربية يبحث هذا الأخير في المصائب والكوارث التي تحل بالإنسان ويعالج ما يتولد عنها من اضطرابات نفسية.

فإن كل أنواع العلاج النفسي فعالة في أي من الأزمنة التي تلي التعرض للصدمة:

7. 2. 8. 1. العلاج النفسي:

داعم و مساعد على التكيف والعودة للحياة العادية فالفكرة الأساسية في هذا العلاج تتلخص في إزالة الضغط النفسي الواقع على الفرد وذلك بأبعاد من مصادر الخطر والتهديد ثم مساعدته على التنفيس عما تراكم بداخله من مشاعر وذكريات أثناء وقوع الحادث ويتم هذا بشكل تدريجي في جو آمن ومدعم حتى يستطيع الشخص المصدوم استيعاب وتجاوز آثار الصدمة و يلي ذلك تعليمه مهارات مواجهة الأحداث ويمكن أن يتم ذلك من خلال جلسات

علاج مع الشخص المصدوم أو علاج أسري (أسرة الضحية) أو علاج جماعي يضم الشخص المصدوم مع أشخاص آخرين واجهوا أحداث مشابهة. العلاج النفسي يقوم أيضا على أساس علاج معرفي يساعد على استيعاب الحدث الصادم في البناء المعرفي من خلال إعطائه معنى ثم التغلب على آثاره.

7. 2. 8. 2. العلاج الاجتماعي و الديني:

وذلك بتنشيط شبكة الدعم الاجتماعي وذلك بدءا من الأسرة وبعض أفرادها وقد ثبت دور الرموز والقيادات الدينية في مساعدة الصغار والكبار على استيعاب الأحداث الدائمة والتعامل معها بشكل تكيفي من خلال إعطاء المعنى الايجابي لها من وجهة النظر الدينية إضافة إلى أثر المفاهيم الأخلاقية والممارسات الدينية في مساعدة الأسر وتحفيزهم على التماسك تحت المظلة التكافل الاجتماعي والتراحم والتلاحم.

7. 2. 8. 3. العلاج الجماعي:

يتضمن العلاج الجماعي في علاج الاضطرابات الضغوط التالية للصدمة مجموعة من المرضى الذين يشتركون في الاضطرابات ذاتها، ففيها مميزات من أهمها. . يشاركون بعضهم الخبرات ذاتها و يتقاسمون المشكلات، و هو عبارة عن مناقشة جماعية بين أفراد المصدومين كل منهم يتحدث عن تجربته والصدمة التي تعرض لها. (ضيعان، 2009، ص51).

7. 2. 8. 4. العلاج السلوكي:

تتلخص الافتراضات النظرية في العلاج السلوكي في أن استجابة المريض لذكريات الحوادث الصدمية هي التي تنتج المظاهر الأولية لاضطرابات الضغوط التالية للصدمة، كما افترض أن الملامح الثانوية لهذه الاضطرابات تتسبب بشكل مباشر أو غير مباشر في ردود فعل المريض لهذه الذكريات ومن ثم فان تذكر المريض للحدث الصدمي هو بؤرة الاهتمام في المدخل السلوكي لعلاج اضطراب ما بعد الصدمة.

كما أكد الباحثون على أهمية العلاج السلوكي من خلال التعديل المباشر للسلوك اللاتوافقي و تنمية التفكير العقلاني والايجابي بغرض التخفيف من الأعراض المصاحبة لاضطراب ما بعد الصدمة وتدريب المريض على اكتساب مهارات لتعديل السلوك المضطرب ويتم ذلك بطريقتين:

. إما بتشجيع وتنمية السلوك الصحي من خلال التدريب على ممارسة نشاطات سلوكية تتعارض مع السلوك المرضي.

. تعديل طرق التفاعل الاجتماعي من خلال تنمية بعض وسائل مواجهة القلق في المواقف الاجتماعية خاصة في التعامل مع المواقف التي تتضمن تعرضا للمخاطر الخارجية.

7. 2. 8. 5. العلاج الدوائي:

هناك بعض الأدوية التي تثبت فاعليتها في علاج اضطراب ما بعد الصدمة ومنها مضادات الاكتئاب مثل:

. الامبيرامين (تفرانيل).

. والاميتريبتيلين (تريبترول).

. ألبرازولام (زاناكس).

ومضادات الصرع مثل : كاربامازيبين (نيجر يتول).

ويمكن استخدامها بجرعات بسيطة تقاديا للأعراض الجانبية معناه الجرعات تعطى حسب شدة الاضطراب (ضيعان، 2009، ص53).

و خلاصة القول هو أن أهم أسلوب في معالجة اضطراب ما بعد الصدمة هو تقبل هذا الاضطراب من قبل الشخص و العائلة، بحيث يستطيع المقربين من الشخص المضطرب تقديم المساعدة من خلال السماح له بالتحدث عما حدث، أما تركه لوحده بدون مساعدة لكي ينسى ما حدث له فذلك غير صحيح لان التحدث مع الأشخاص المصدومين يساعدهم على التعايش مع الخبرة المؤلمة و السيطرة على العواطف والسلوكيات المرضية.

7. 2. 9. مآل اضطراب ما بعد الصدمة:

من المعروف أن كرب ما بعد الصدمة يأخذ بعض الوقت كي تظهر أعراضه، وهذا الوقت يتفاوت فيقصر في بعض الحالات إلى أسبوع ويطول في حالات أخرى ليصل إلى ثلاثين سنة وتتفاوت شدة الأعراض من وقت لآخر ولكنها تبلغ ذروتها في أوقات الضغط النفسي، وقد تبين من الدراسات التي أجريت على الحالات النمطية من كرب ما بعد الصدمة أن 30% من الحالات يتم شفاؤها تماما و 40% يستمرون في المعاناة من بعض الأعراض البسيطة و 20% يعانون من أعراض متوسطة الشدة , في حين يبقى 10% كما هم أو يتدهورون أكثر.

هناك أعراض تشير إلى توقع المآل الجيد منها:

1. ظهور الأعراض بعد وقت قصير من وقوع الحدث.

2. قصر مدة الأعراض (أقل من ستة شهور).

3. كفاءة أداء الشخصية قبل المرض.

4. وجود تدعيم اجتماعي جيد.

5. عدم وجود اضطرابات نفسية أخرى مصاحبة للحالة.

وقد وجد بشكل عام أن المآل يصبح أسوأ في الأطفال وكبار السن مقارنة بمتوسط العمر ربما لافتقار هاتين الفئتين لقدرات المواجهة ومهارات التكيف.

(النابلسي، 1999، ص125).

7. 2. 10. التكيف بعد الصدمة:

يمكن لمستوى التكيف بعد الصدمة أن يأخذ واحدة من ثلاث وضعيات ممكنة وهي:

.الوضعية الأولى:

يعود مستوى التكيف بعد الصدمة إلى حالته التي كان عليها قبل الصدمة، وقد يعود هذا إلى قوى الفرد وطاقاته الاحتياطية، وإلى مرونته وإلى انخفاض الأضرار التي رافقت الصدمة بما يمكّن الفرد من أن يتجاوزها ويعود إلى سيرة حياته السابقة.

.الوضعية الثانية:

يرتفع مستوى التكيف في مرحلة ما بعد الصدمة مصداقاً للقول المشهور (الصددمات التي لا تقسم الظهر تقويه) وفي هذه الحالة تحسّن الصدمة من أسلوب تكيف الفرد رغم ما فيها من قوة، بسبب زيادة تمسك الفرد المصدوم بالحياة، وشعوره بقيمة الأفراد والأشياء المحيطة به وتتحسن علاقته بكل منهم بشكل ملحوظ.

.الوضعية الثالثة:

أن يخسر الفرد من مستوى تكيفه الذي كان يتمتع به قبل الصدمة، فيضطرب ترتيب أولويات الحاجات الأساسية لديه، وربما يلحق مثل هذا بالقيم التي يعتنقها، فيما كاد يشبه نكوصاً إلى أسلوب تكيفي أقل نضجاً، إنه يعود إلى قضاء حاجاته ولكن تتغير نظرته إلى نفسه وإلى العالم من حوله بشكل سلبي، تتغير نظرته إلى الحياة وربما يتغير من شخص متشائم، ويتغير أسلوب تفكيره ومواجهته لمشكلات الحياة اليومية فيما بعد إلى شكل أقل تكيفاً، ولمزيد من فهم تأثير الصدمة علينا أن نفهم هنا مسألة قدرة الإنسان على ضبط شروط الحياة من حوله (بركات، 2007 ص، 18).

خلاصة:

إن اضطراب الضغط ما بعد الصدمة قد يستمر شهورا أو سنوات وما يحدد المدة طبيعة الصدمة من جهة وشخصية المصاب من جهة أخرى وقد يأخذ شكل المرض المزمن خصوصا عند المعاقين الذين يتعرضون للإعاقة الجسدية جراء أسباب متعددة، وقد يأخذ شكل الأمراض السيكوسوماتية.

فالمعاقون حركيا يتعرضون إلى ضغوط نفسية واجتماعية وضغوط حياتية مجتمعية، تؤثر سلباً على سلوكهم وبناء شخصياتهم وإنجازاتهم. ويستخدمون أساليب التكيف المختلفة للتعامل مع الضغوط التي تواجههم، وقد اختلفت هذه الأساليب تبعاً لمتغيرات شخصية تتعلق بالفرد، ومتغيرات ثقافية.

استراتيجيات المواجهة

تمهيد:

- 1.3.7. تعريف استراتيجيات المواجهة.
- 2.3.7. تصنيف استراتيجيات المواجهة.
- 3.3.7. أشكال المواجهة.
- 4.3.7. أهداف أساليب المواجهة.
- 5.3.7. العوامل المؤثرة في تحديد استراتيجيات المواجهة.
- 6.3.7. التناولات النظرية لاستراتيجيات المواجهة.
- 7.3.7. فاعلية استراتيجيات المواجهة.
- 8.3.7. طرق قياس استراتيجيات المواجهة.

خاتمة:

تمهيد:

يواجه الفرد في حياته كثيرا من الظروف والخبرات الضاغطة يمكن لهذه الأحداث أن تكون مهددة للفرد ومؤدية به إلى اضطرابات نفسية و انفعالية، معرفية و سلوكية ، فيحاول أن يتعامل معها من أجل إبعاد الخطر عنه والتكيف معها من أجل الحفاظ على حالة التوازن، ويتم هذا من إتباع أساليب وطرق عديدة. إلا أننا نلاحظ أن هناك أفراد يفشلون في الحفاظ على هذا التوازن والتكيف مع هذه الظروف وآخرون يستطيعون التكيف ومواجهة الأحداث بطريقة مرنة. وقد يرجع هذا إلى اختلاف شخصية الأفراد في حد ذاتها وإلى المواقف والوضعية الضاغطة التي هم بصدد مواجهتها لذلك تختلف استراتيجيات مواجهة هذه الضغوط باختلاف العوامل التي ذكرناها.

سنحاول خلال هذا الفصل تحديد تعريف استراتيجيات المواجهة وتحديد أنواعها وأهم النظريات التي اهتمت بهذا المفهوم و فعالية المقاومة.

7.3 استراتيجيات المواجهة:

7.3.1 تعريف استراتيجيات المواجهة:

يعرف قاموس المنهل (2004) هذه الكلمة " الإستراتيجية " ، بأنها فن التخطيط والربط للأفعال بكفاءة ، من أجل الوصول إلى هدف محدد. (المنهل، 2004، ص 49).

7.3.1.1 تعريف ولد يحي (2002):

قبل التطرق إلى تعاريف استراتيجيات المواجهة نلجأ أولاً إلى أصل مفهوم المقاومة (coping) وهو مفهوم ترجمته لغويًا (to copy with) بمعنى (faire face) أو (faire avec) وباللغة العربية نجد كلمات عديدة أهمها استراتيجيات التوافق، استراتيجيات التلاؤم، استراتيجيات التأقلم، استراتيجيات التكيف.

تعتبر كلمة Coping صعبة الترجمة من الناحية اللغوية « To copewith » وتعني بالفرنسية **Faire avec** «وباللغة العربية اقترحت عدة مصطلحات، مثل:

- إستراتيجيات التكيف.

- ميكانيزمات دفاعية.

- إستراتيجيات تعامل.

- استراتيجيات المواجهة.

كما تختلف استعمالات مفهوم المواجهة، حيث نجده عند الأنجلوسكسونيين تحت اسم استراتيجيات المقاومة (copingstrategy)، في حين نجده معروف في الأدب العالمي الفرنسي تحت اسم استراتيجيات التوافق (stratégie d'ajustement).

تشير كلمة إستراتيجية إلى نمط من السلوك والأفعال والتصرفات التي تستخدم لتحقيق أهداف معينة، بمعنى أنها عبارة عن مجموعة من الأفعال والإجراءات التي يستخدمها الفرد لمواجهة المواقف الضاغطة والتعامل معها بطريقة فعالة وناجحة.

(ولد يحي، 2002، ص91).

7.3.1.2 تعريف عبد الحميد السهيلي (2009):

عن بيلنج وزملائه (1983) الذي يرى بأن الإنسان يعيش في بيئة يتفاعل معها ويؤثر فيها ويتأثر بها، فهو يتعرض بصفة دائمة ومستمرة لمثيرات تتفاوت من حيث الشدة والخطورة والتي قد تمثل مصدر ضغط قد يؤثر سلباً على راحته وحياته اليومية. أمام هذا الوضع يلجأ

الفرد إلى استخدام العديد من الأساليب لمواجهة المواقف الضاغطة، منها ما يتعلق باستخدام تقنيات سلوكية مثل الاسترخاء والتصور الذهني، ومنها ما يتعلق بشخصيته والتي تسمى في أدب الموضوع باستراتيجيات المواجهة Copingstrategy.

(DANTZER, 1989, p123).

تعريف لازاروس: أحد منظري الاتجاه المعرفي، يعرف المواجهة على أنها مجموعة من الجهود المعرفي و السلوكية الموجهة نحو السيطرة على المتطلبات الداخلية المهددة للفرد و التي تتجاوز إمكانياته. (بوثلجة، 2002، ص 12).

تعريف ريتال (Reyetal) 1982:

استراتيجيات المقاومة هي الإشارة إلى الطريقة المستعملة للتوافق مع الوضعيات الصعبة، و يتضمن هذا المفهوم من جهة تواجد مشكل حقيقي أو خيالي، ومن جهة أخرى الاستجابة لهذا الحدث الضاغط.

(مصاري، 2003، ص 64).

تعريف ماثيني وآخرون (Mathenget et all 1986):

يعرف المواجهة بأنها أي جهد صحي أو غير صحي، شعوري أو لاشعوري لمنع أو تقليل أو اضعاف الضغوط، أو المساعدة على تحمل تأثيراتها وبأقل طريقة مؤلمة.

(عبد المعطي، 2005، ص 97).

تعريف لازاروس و فولكمان:

حيث ركزا على المواجهة باعتبارها عملية مستمرة و متغيرة، حيث قد يغير الفرد استخدام بعض أساليب المقاومة في فترة ما من حياته، بينما قد يلجأ في فترة لاحقة إلى أساليب مختلفة للمواجهة نظرا لحدوث تغيير في حالته النفسية أو في تقديره للموقف الضاغط.

بينما يعرف قاموس علم النفس المواجهة كونها ميكانيزم من النوع السيكولوجي بالدرجة الأولى، تؤثر على استجابات الجهاز العصبي و الجهاز الغدي إذ يمكن للفرد أن يحسن من مقاومته بالتعلم فتكرار مثيرات ضاغطة متشابهة تؤدي إلى التعود.

المواجهة الفعالة كسلوك وسياق معرفي يركز على المشكل، أما المقاومة غير الفعالة تميل إلى التجنب، الانطواء و إنكار المشكل. (بويجة، 2002، ص 56).

نستنتج مما سبق أن هناك تفسيرات عادية لمفهوم المواجهة وهذا راجع إلى اختلاف الباحثين في تناولهم لهذا المفهوم و هذا يؤدي بنا إلى القول أن مفهوم المقاومة هي سيرورة يتخذها الفرد من أجل التحكم او تجاوز موقف ضاغط، كما انها تعتبر أيضا أسلوب تعاملتي

و استجابة للتوافق مع الحدث وهذا ما يؤدي بالفرد لبذل مجهودات معرفية و سلوكية، سواء كانت فعالة أو غير فعالة، مركزة على المشكل أو الانفعال، بهدف مواجهة الضغط أو منعه (ضبط الانفعالات)، كما تعتبر عملية متعلمة إما أن تكون مستمرة او متغيرة و هذا بسبب تغير الحالة النفسية من فترة لأخرى و كيفية تقدير الفرد للضغط مما يؤدي إلى إحداث تأثير على مستوى الجهاز العصبي وهذا ما يجعلنا نقول أن كل حادث ضاغط يستدعي استجابة.

7.3.2. تصنيف استراتيجيات المواجهة:

7.3.2.1. تصنيف لازاروس وفول كمان(1984):

قسم لازاروس وفول كمان استراتيجيات التعامل مع الضغوط إلى نوعين:
أساليب التعامل المركزة على المشكل:

تستعمل في معالجة المشكل الذي يعد مصدرا للتوتر. فعندما يدرك الفرد أن الضغوط قابلة للتحكم يستعمل استراتيجيات تتيح له التقرب من المشكل، وتسمح له بتغيير الوضعية محل المواجهة ، الشيء الذي يقود إلى تغيير الحالة الانفعالية مباشرة. وهذا النوع من الأساليب يهدف إلى تحديد المشكل، إيجاد حلول بديلة ، دراستها وتحديد فعالية هذه الحلول الجديدة ، ثم اختيار واحدة وتطبيقها.

(الزروق، 1997، ص 45).

ولقد بين كوهين وآخرون(« kohen et al » 1964)، أن هناك من الاستراتيجيات المركزة حول المشكل ، نوع موجه نحو المحيط، ونوع آخر موجه نحو الفرد، فالنوع الأول يشمل استراتيجيات تعمل على التقليل من الضغط المحيطي بما فيه من عراقيل، وأعباء العمل، أما النوع الثاني فيشمل أساليب دفاعية تسمح ببناء وتطوير نماذج أو معايير سلوكية جديدة. وغالبا ما تستعمل هذه الاستراتيجيات عندما يكون الفرد واثقا من نفسه ، وبإمكانه إحداث تغييرات.

(عيطور، 1997، ص 132).

أساليب التعامل المركزة على الانفعال :

في حالة مواجهة الفرد الموقف يفوق قدراته على التحكم والضبط، وبالتالي لا يمكنه استخدام حل المشكل ، فيتعامل مع الانفعال الناتج عن الضغط بتحفظ وتقبل أو تجنب أو غيرها من الاستراتيجيات التي تبدو أقل فعالية من غيرها.

(طه، سلامة، 2006، ص 236).

كما يفترض تيري وهانس (Terry, Hynes « 1998 ») أن استعمال هذا النوع من الاستراتيجيات يقترن بضعف في التوافق ، إذ يستخدم في الوضعيات التي تقدر على أنها غير قابلة للتغيير أو التحكم.

وذكر موس وهولان (1987) أن هناك بعض الاستراتيجيات التجنبية ، والتي تتضمن سلوكيات مثل الأكل ، الكحول، المخدرات من أجل خفض التوتر.

وبينت أبحاث كوين « Coyne » وآلدين « Aldwen » لازاروس وفول كمان وآخرون ، أن الهروب يرتبط عادة بأعراض القلق والاكتئاب والاضطرابات النفس جسدية.

كما ذكر محمد محروس المنشاوي ومحمد سيد عبد الرحمان (1998)، أن من الأساليب المستعملة في هذا النوع من التعامل:

- التنظيم الوجداني: مثل الضبط الانفعالي ومعايشة الانفعالات.
 - التقبل المدع: في انتظار تجاوز المشكلة وتوقع الأسوء والاستسلام.
 - التفريغ الانفعالي: ويتضمن التعبيرات الكلامية، الأكل، التدخين والأنشطة المختلفة.
- (عيطور، 1997، ص 135).

7. 3. 2. تصنيف بيلنجس وموس (Billings, moos « 1981 »):

قاما هذان العالمان بتصنيف أساليب التعامل إلى استراتيجيات اقدامية وأخرى احجامية، حيث أن التعامل الاقدامي يتضمن القيام بمحاولات معرفية لتغيير أساليب التفكير لدى الفرد عن المشكلة، ومحاولات سلوكية، وهذا يهدف إلى حل المشكل بشكل مباشر من خلال الاستجابة بشكل فعال، والسعي للحصول على معلومات بشأن الحدث الضاغط، والى الموقف أو المشكلة.

أما التعامل الاحجامي، فيتضمن القيام بمحاولات معرفية بهدف الإنكار والتقليل من التهديدات التي يسببها الموقف بمحاولات سلوكية لتجنب الالتقاء المباشر مع المشكل، من خلال استراتيجيات فرعية، كالإنكار، الكبت، الاستسلام، واستخدام أساليب معرفية للهروب من الموقف الضاغط ، وتجنب التفكير الواقعي في الموقف ، وتقبل المشكلة والاستسلام لها.

وذكر كل من هولاهن وموس (Hollahan, Moos « 1996 ») أن الاستراتيجيات الاحجامية ترتبط بشكل سلبي مع جودة الحياة، والاكتئاب، وأن الاستراتيجيات الاقدامية ترتبط بشكل ايجابي مع جودة الحياة.

7. 3. 3. تصنيف جراشا (1983):

حيث ذكر وجود نوعين من أساليب التعامل وهما: الأساليب اللاشعورية ، وتمثل في الحيل الدفاعية اللاشعورية، والتي تستخدم في خفض القلق والصراعات النفسية ، وذلك كما أشار إليها فرويد في التحليل النفسي. وأساليب تعامل شعورية ، يستخدمها الفرد في التعامل مع الضغوط، وهي محاولة سلوكية ومعرفية للتغلب على الضغوط.
(طه، سلامة، 2006، ص ص94-97).

7. 3. 2. 4. تصنيف كومبس ورفاقه(« Compas et al » 2001):

من خلال مراجعته للتنوع الذي حدث في دراسة الاستراتيجيات بين الباحثين، قدم تصنيفا لاستراتيجيات التعامل التي يستخدمها الأفراد، حيث أكد على أن الاستجابات للمواقف الضاغطة تكون ديناميكية متعددة الأوجه، وصنفها إلى نوعين أساسيين، وهما التعامل الإرادي في مقابل التعامل اللاإرادي.

وذكر أن الاستجابات اللاإرادية قد تكون شعورية أو لاشعورية ، غير أن الفرد لا يخبرها لأنها تقع خارج نطاق تحكمه وسيطرته، وأضاف أن هذه الاستجابات الإرادية واللاإرادية قد تكون إقداميه أو إحجاميه وليس بالضرورة أن يكون الإحجام شعورياً، وأن الجهود الإرادية في التعامل مع الضغط عن طريق الإقدام يمكن أن تقسم إلى نوعين ، هما الضبط الأولي والضبط الثانوي.

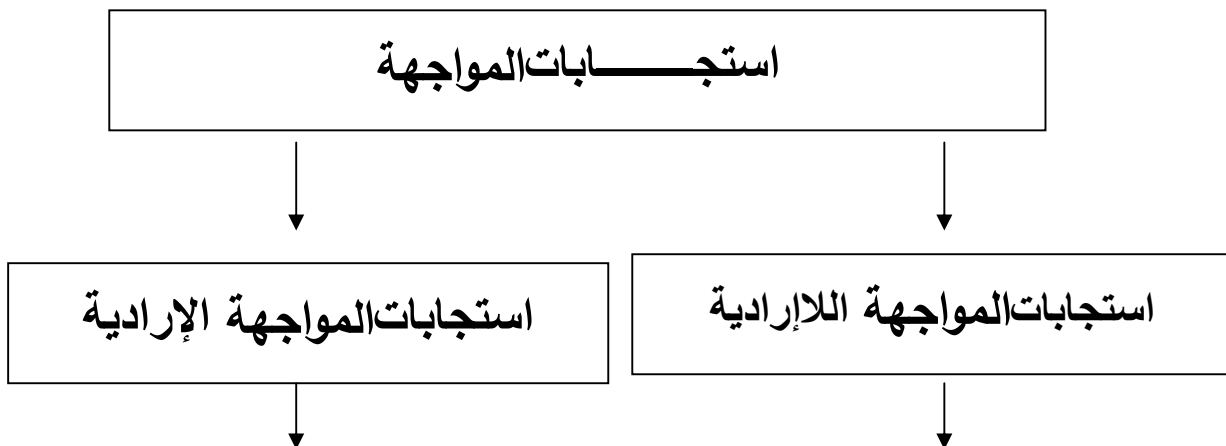
-الضبط الأولي:

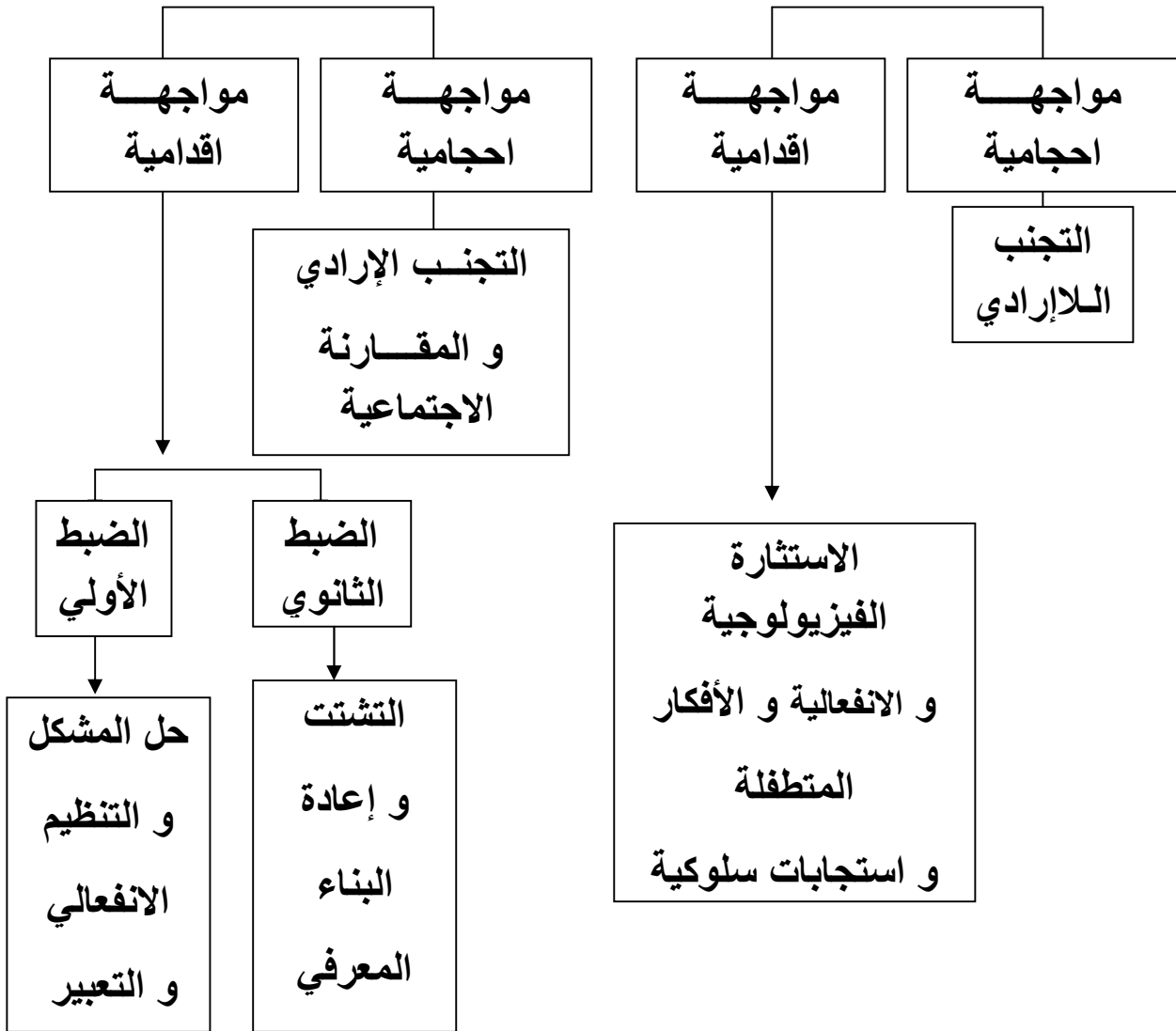
وهو عبارة عن جهود تهدف إلى التأثير على الأحداث لتحسين الشعور بالضبط والتحكم وتتضمن جهودا مباشرة في تنظيم الانفعالات والتعبير عنها.

-الضبط الثانوي:

وهو عبارة عن جهود للتكيف مع الموقف، أي جهود يقوم بها الفرد لتغيير الطريقة التي يشعر بها مثل: التشتت والتفكير الإيجابي.(طه، سلامة، 2006، ص 104).

ويتم شرح ذلك من خلال المخطط التالي :





الشكل رقم (1): الضبط الأولي والضبط الثانوي لإستراتيجيات المقاومة.

(طه، سلامة، 2006، ص105).

7. 3. 2. 5. تصنيف بينز وأرنسون (Pines , Aronson « 1988):

حيث تم تصنيف أساليب التعامل إلى أساليب تعامل مباشرة، وهي تشير إلى أساليب التعامل التي من خلالها يتعامل الشخص مباشرة مع الموقف الضاغط، وأساليب تعامل غير مباشرة، والتي من خلالها يتعامل الشخص مع انفعالاته السلبية الناتجة عن الضغط. كذلك قسمها إلى أساليب تعامل فعالة ونشطة، وتتضمن محاولات يقوم بها الفرد لتغيير مصدر الضغط، أو تغيير ذاته. في مقابل أساليب تعامل غير فعالة، وتتضمن الإنكار، التجنب للموقف الضاغط. وعلى هذا هناك أربع استراتيجيات للتعامل مع الضغط هي:

- استراتيجيات فعالة مباشرة:

وتتضمن تغيير مصدر الضغط ومواجهته، وإيجاد جوانب ايجابية في الموقف.

- استراتيجيات فعالة غير مباشرة :
 - وتتضمن تحدث الشخص مع الآخرين عن المشكلة، وان يغير ذاته للتكيف مع الموقف.
 - استراتيجيات غير فعالة مباشرة:
 - وتتضمن تعاطي المخدرات والعقاقير والمسكرات والسجائر.
 - استراتيجيات غير فعالة غير مباشرة:
 - مثل الهروب من مواجهة المشاكل والتصرف.
- وهذا لا يعني أن هذه التصنيفات ثابتة، فهناك العديد من الأبحاث التي دمجت مختلف هذه التصنيفات، وذلك لأن أساليب التعامل تختلف باختلاف السن، الموقف الضاغط ، البناء المعرفي ، نمط الشخصية ، وغيرها. مما يجعلها ايجابية وفعالة عند شخص ما، وغير فعالة لشخص آخر في نفس الظروف فالفرق الفردية تتدخل بقوة.
- (طه ، سلامة ، 2006 ، ص 109).

7.3.3 أشكال المواجهة :

يقوم الفرد بعد عملية التقدير والتقييم باستعمال أساليب مواجهة من أجل التكيف مع الوضعيات المهددة له، و تتمثل هذه المواجهة في نوعين رئيسيين هما المواجهة المركزة حول الانفعال و المواجهة المركزة حول المشكل.

ولقد حدد هذين النوعين من خلال دراسة قام بها الباحثين، تم إجراءها على عينة من 100 فردا تراوحت أعمارهم بين 45 و 64 سنة قصد الكشف عن الطريقة التي يقاومون بها تنوع الأحداث الحياتية خلال مدة زمنية تقدر سبع أشهر، فقدمت من أجل ذلك قائمة استراتيجيات المواجهة التي احتوت على 69 بندا موزعة على أشكال المواجهة التي تتمركز حول الانفعال وأشكال المقاومة التي تتمركز حول المشكل.

وقد بينت هذه الدراسة أنه يكثر اللجوء إلى أشكال المواجهة المركزة حول المشكل عند الوضعيات التي تقدر على أنها وضعيات قابلة للتغيير في حين تظهر المواجهة المركزة حول الانفعال عندما يتعلق الأمر بوضعيات قدرت أنه لا مجال لتغييرها أو إزاحة الخطر الناجم عنها .

تشير هذه الإستراتيجيات إلى الجهود الذي يبذلها الفرد لتنظيم الانفعالات وخفض الضيق الانفعالي الذي سببه الحدث أو الموقف الضاغط للفرد عوضا عن تغيير العلاقة بين الشخص والبيئة، وتتضمن أساليب المواجهة التي تركز على الانفعال عمليات معرفية مثل الابتعاد وتجنب التفكير في الضغوط والإنكار والتقليل من شأن المشكلة ولوم الآخرين والإسقاط، وبعضها يتضمن إستراتيجيات سلوكية مثل التأمل وتعاطي العقاقير.

7.3.3.1. الإستراتيجيات التي تركز على الانفعالات :

منها ما هو إيجابي مثل التنفيس والدعابة والمرح ومنها ما هو سلبي مثل تعاطي المخدرات والعقاقير والتدخين وزيادة الأكل وغيرها وتتضمن استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال على مجموعة واسعة من العمليات السلوكية والمعرفية الموجهة نحو التخفيض من حالة التوتر الانفعالي وتضم هذه الأشكال استراتيجيات عديدة من بينها التجنب والبحث عن الدعم الاجتماعي إعادة التقييم الإيجابي.

وحسب **Lazarus** فإن هذه الإستراتيجيات يمكن أن تؤثر على الانفعال بطرق مختلفة، إذ من الممكن جدا أن يقود استعمال بعض هذه الاستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال إلى إعادة تقدير للوضع محل المواجهة، وذلك بتغيير معنى تلك الواجهة أو إعطاءها تفسيراً آخر، وهكذا يصل الفرد إلى التقليل من أهمية الخطر المحدق به، والذي تشكله تلك الواجهة.

يظهر إذن أن هذه الاستراتيجيات تعمل وفق نشاط معرفي يمكن الفرد من إعطاء تصور ذاتي كالاتبعاد أو إعادة تقييم لوضعية ما تقيماً إيجابياً يتمثل دوره في تحويل تهديد ما إلى تحدي، ويشير **Lazarus, (1966)** في هذا المجال إلى أن فعالية هذه النشاطات المعرفية في تخفيف التوتر الإنفعالي تتوقف على مستوى أو درجة الضغط إذ أنه من الصعب تحويل النشاط نحو فكرة التحدي. عندما يتعلق الأمر بالوضعية ذات الضغط العالي، كما هو الشأن بالنسبة للوضعية التي تهدد حياة الفرد، حيث سرعان ما يظهر عجز هذه الاستراتيجيات عن مواجهة تلك الواجهة كما يمكنها أن تؤثر بطريقة أخرى على الانفعال، إذ من الممكن أن تعمل على إحداث تغيير في درجة الانتباه والتركيز، فإستراتيجيات التجنب أو الهروب - مثلاً - تحول دون الانتباه والتركيز على مصدر الضغط، و هو الشيء الذي ينجم عنه هدوء أو راحة انفعالية مؤقتة، ولهذا فإن **(Lazarus, 1984)** يتصور هذه الميكانيزمات التكيفية على أنها ذات دور مرحلي أو انتقالي مما يجعلها قليلة الفعالية.

(Folkman et Lazarus, 1984, p p 139-141).

7.3.3.2. الإستراتيجيات المتمركزة حول المشكل:

فهي استراتيجيات تظهر في حالة المواجهة (**Confrontation**) أو التخطيط (**Planing**) وهي بذلك تمكن الفرد من الحصول على إمكانيات تغيير الواجهة التي هو بصدد مواجهتها الشيء الذي يؤدي مباشرة إلى تغيير الحالة الانفعالية.

يكون هذا النوع من المواجهة موجه نحو تحديد المشكل وإيجاد حلول بديلة ودراسة وتحديد فعالية وعواقب هذه الحلول الجديدة، ثم اختبار واحد منها وتطبيقه لهذا فالإستراتيجيات التي تركز على المشكل تقترب من تلك التي تركز على حل المشكل، غير أن الأولى حسب ما يراها (Lazarus 1986) تشمل فئة واسعة من الاستراتيجيات الخاصة بتوجيه المشكل (Problem-Oriented strategies) بالمقارنة مع تلك التي تشتمل على استراتيجيات

حل المشكل (Problem-solving strategies).

ولأساليب المقاومة هذه دورا تكيفي مع الوضعية الضاغطة التي يصادفها الفرد، وتتم عملية التكيف هذه باستعمال عدة طرق تتمثل في التجنب حيث تتضمن هذه الاستراتيجيات الهروب من المشكل من خلال الاستغراق في النوم أو الانهماك بشراة في الأكل، وقد يكون الهروب من الضغط بشكل مغاير كأن يتخيل الفرد نفسه في عالم آخر، دون مشاكل، أو أنه في مكان آخر أفضل لوضع نهاية للتوتر الذي يعيشه بأسرع وقت. تتضمن إستراتيجية اتهام الذات بالمقابل نوع من التقبل للوضعية، بحيث أن الفرد يبقى هامدا أمام ما يحدث له ويتهم نفسه بأنها سبب المشكل أو يضيع وقته في التمني والرغبة في تغيير الوضعية الآنية الى حال أفضل.

ويعني البحث عن المشكل أن الفرد يضاعف بشكل كبير من مجهوداته فيضع خطة عمل يتبعها بهدف الوصول الى الحل المرغوب فيه، أما الدعم الاجتماعي فيتمثل في محاولة جمع معلومات أكثر تخص وضعيته، كما يبحث عن دعم مادي أو معنوي عند الأفراد المحيطين به من أجل فهم أعمق للمشكل للتمكن من حله، وعليه فان شبكة العلاقات الاجتماعية تعتبر جد هامة حيث أنها تساعد الفرد على مقاومة الضغوطات .

يشير موس وبيلينج (Moos et Belings 1982) إلى أن المصادر البيئية تؤثر بشكل فعال على تقييم الفرد للتهديد الذي ينطوي عليه الموقف الذي سيتعرض له الفرد وأيضا على اختيار وفاعلية استجابات المواجهة، فمن المعروف أن عملية المواجهة تعتمد على العوامل الموقفية وعلى المصادر الداخلية والخارجية للفرد. كما يمكن للفرد إعادة التقييم الإيجابي، وهي إستراتيجية تتضمن عملية التغيير أي أن الفرد يحاول أن يظهر قويا أمام الوضعية أو يعمل على تركيز مجهوداته على الجانب الإيجابي في الوضعية الذي قد يساعده على التغلب على التوتر.

وفي نفس الاتجاه يشير كالن (Callan 1993) إلى أن قدرة الفرد على التحكم في الموقف الضاغط ترجع إلى إعادة التقييم الإيجابي لقدراته وإمكاناته، وأن الأفراد الذين يفشلون في مواجهة الضغوط تكون لديهم إعادة تقييم معرفي سلبي لقدراتهم وإمكاناتهم على مواجهة

الضغوط، ويدركون أنفسهم على أنهم عاجزين وليس لديهم القدرة على التحكم في الموقف الضاغط، فعن عبد العظيم حسين (2006) يشير أشفورد (1988) إلى أن الأفراد الذين لديهم إعادة تقييم سلبي لقدرات وإمكانات المواجهة لديهم يكون لديهم نقص في الضبط أو التحكم الانفعالية وهذا يؤدي بهم إلى الشعور بالغضب والاكتئاب. (طه، سلامة، 2006 ص 66).

7.3.3. التفاعل بين النوعين من الاستراتيجيات:

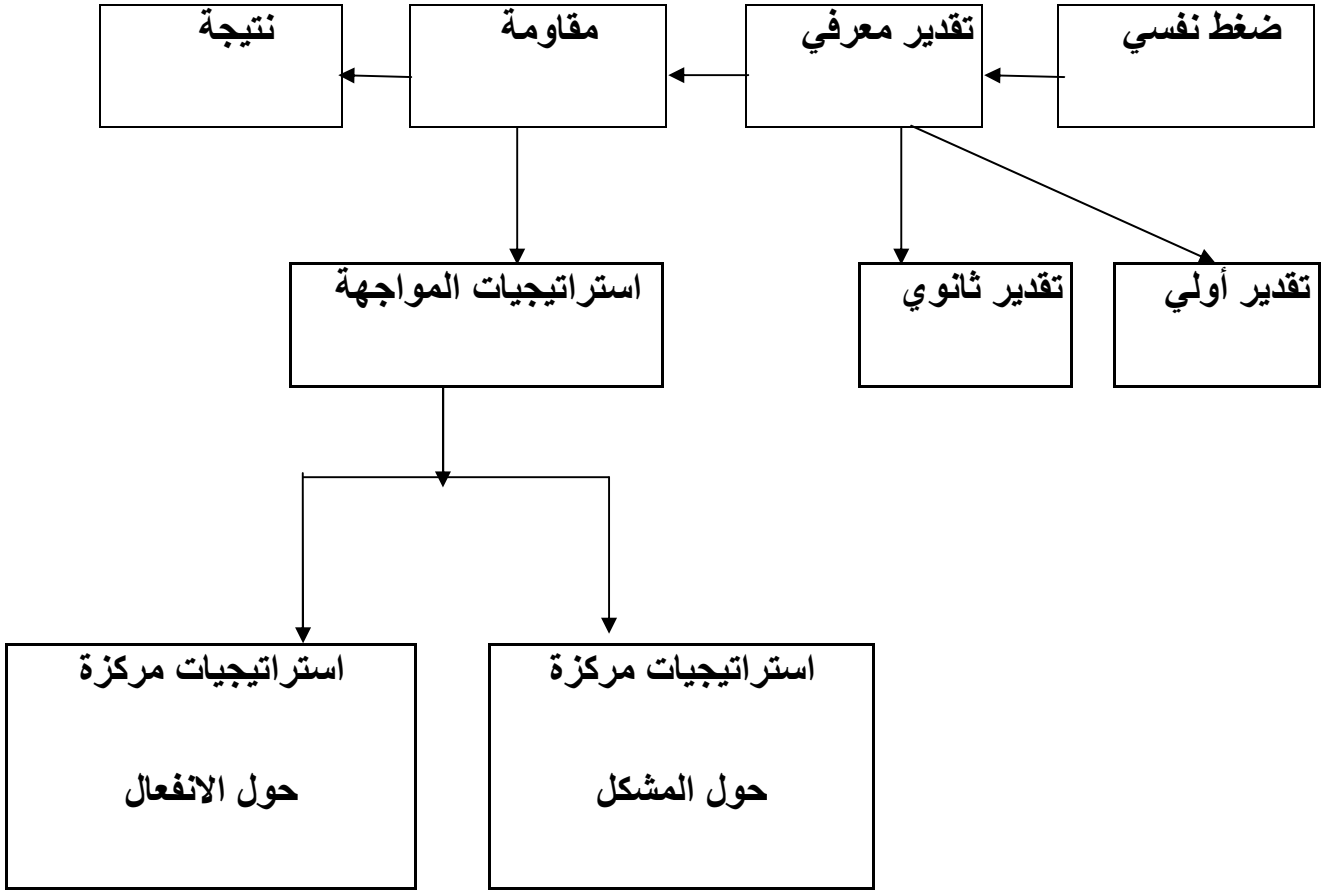
وتعتبر استراتيجيات المقاومة متكاملة فيما بينها، ولكي تضمن عملية التكيف مع الوضعية الضاغطة يكون هناك تفاعل بينهما، حيث تتعلق كل الميكانيزمات المتمركزة حول المشكل بنوعية الميكانيزمات المتمركزة حول الانفعال، حيث أن ارتفاع الانفعال يؤدي بالفرد إلى استعمال نشاط معرفي مناسب للأساليب المتمركزة حول المشكل، غير أن نوعية الانفعال تؤثر على عملية البحث عن حل المشكل، ففي الانفعال السلبي خاصة القلق والخوف يكون تقييم القدرات خاطئاً فيحدث فشل عند الفرد.

أما الانفعال الإيجابي كالتفاؤل والتفهم فيدعم الميكانيزمات المركزة حول المشكل التي تؤدي إلى تغيير معنى الواقع وتؤدي إلى راحة الفرد وتطبيق الحلول الأولى بحلول مناسبة، حيث أن التطورات الإيجابية للأشياء أمر هام في سياق المواجهة والتعامل مع الظروف المهددة

Folkman et Lazarus

لا تكون الإستراتيجية فعالة إلا إذا سمحت للفرد بالتحكم أو التخفيف من فعل العدوان الذي يهدد صحته الجسمية والنفسية. عند هذا الحد يتبادر الى أذهاننا السؤال التالي: ما هي استراتيجيات المواجهة الأكثر فعالية ؟ هل هي تلك المركزة حول المشكل أو المواجهة المركزة على الانفعال ؟

يشير أنشل (1997) إلى أن هناك اختلافا بين إستراتيجيات المواجهة التي تركز على حل المشكل واستراتيجيات المواجهة التي تركز على الانفعال، فالأولى تتضمن محاولات يقوم بها الفرد لإنجاز الهدف من المهمة عن طريق فعل أشياء مثل أن يكون الفرد توكيدياً أو السعي نحو المساندة الاجتماعية أما إستراتيجيات المواجهة التي تركز على الانفعال فهي تشير إلى تنظيم الانفعالات لخفض المشقة والضيق الانفعالي للفرد، وذلك من خلال عدة فنيات مثل أحاديث الذات والتدريب على الاسترخاء.



الشكل رقم (2): مسار اختيار استراتيجيات المواجهة.

(طه، سلامة، 2006 ص120).

7. 3. 4. أهداف أساليب المواجهة:

يرى لازاروس وفول كمان أن أساليب المواجهة تسعى إلى تحقيق هدفين أساسيين هما:

7. 3. 4. 1. تنظيم الانفعالات أو الأذى :

من خلال المواجهة المركزة على الانفعال وهي ذات منحى تحايلي (Palbiative) أو تلطفي لأنها تتضمن جهودا الضبط أو للسيطرة على الانفعالات المترتبة على المشكلة مثل الغضب والقلق، والاكتئاب، وتقليل أثارها النفسية الفيزيولوجية بدون تغيير العلاقة الفعلية مع البيئة، ويميز لازاروس بين مجموعتين من الأساليب التي تحقق هذا الهدف.

أ- أساليب مواجهة الأعراض الفيزيولوجية. وتشتمل على لجوء الأفراد إلى بعض المهدئات والمسكنات وأساليب الاسترخاء.

ب- أساليب نفسية داخلية مثل الحيل الدفاعية العقلية.

7. 3. 4. 2. السيطرة على المشكلة :

التي تسبب الكرب (المواجهة المركزة على المشكلة) ويتم ذلك عن طريق السلوك الواقعي المباشر لضبط العلاقة المضطربة بين الشخص وبيئته، عن طريق حل المشكلة واتخاذ القرارات بهدف تغيير العلاقة بين الفرد و بيئته
(Lazarus et Folkman, 1984, p 153).

من خلال كل ما تم عرضه نستخلص أنه لا يوجد استراتيجيات مواجهة أنجع أو أحسن من الأخرى، فكلها فعالة اذا ما مكنت الفرد من المواجهة بطريقة ايجابية والتقليل من شدة الضغط و التوتر و استعمال الحلول المناسبة لمشكلته.

7. 3. 5. العوامل المؤثرة في تحديد استراتيجيات المقاومة:

إن الطريقة التي من خلالها يقيم الفرد أحداث الحياة تتأثر بمتغيرات وسيطة، ولكي نفهم كيفية التعامل مع هذه الأحداث والضواغط ، من الهام أن نفهم المتغيرات الوسيطة التي تؤثر كثيرا في تحديد سلوكيات التعامل مع الضغوط . وقد أشار وِيثينجتونوكازلر « Wethington, Kasler » (1991) أن الأفراد يختلفون في استخدام الاستراتيجيات وفقا لعدة عوامل منها: خصائص متغيرات الشخصية، متغيرات موقفية وأخرى ديمغرافية.

7. 3. 5. 1. المتغيرات الشخصية:

مركز الضغط:

ظهر هذا المفهوم على يد جوليان روتر (1954)، من خلال نظريته في التعلم الاجتماعي، ويشير مفهوم الضبط أو التحكم إلى كيفية إدراك الفرد ، لمواجهة الأحداث في حياته ، فعندما يعزوا الفرد انجازاته ، وما يحدث له من نتائج ايجابية أو سلبية إلى الحظ والصدفة ، أو الآخرين فان هذا الأخير يندرج تحت فئة ذوي مركز الضبط الخارجي، وبالمقابل فان الفرد الذي يعزوا انجازاته وإخفاقاته إلى جهوده الشخصية فانه يعتبر من ذوي مركز الضبط الداخلي. (معمرية، 2009، ص 60).

وكشفت دراسة ريز وكوبر « Rees, Cooper » (1992) عن ضغوط العمل أن الأفراد ذوي الدرجة المرتفعة من الضبط الداخلي يستخدمون استراتيجيات فعالة ، ويتمتعون بمستوى مرتفع من الصحة النفسية والجسدية و الرضا المهني مقارنة بذوي الضبط الخارجي ، الذين يكونون أقل ثقة بالنفس وإمكانياتهم في مواجهة الضغوط مختلفة ،

وبالتالي يمكننا دراسة الفروق الفردية بين الأشخاص في أساليب التعامل مع الضغوط من خلال هذا المتغير.

تقدير الذات :

يعتبر تقدير الذات مؤشرا هاما في تحديد نوع الإستراتيجية التي يستخدمها الأفراد للتعامل مع المواقف الضاغطة ، فإدراك ورؤية الذات بطريقة ايجابية تمثل مصدرا نفسيا هاما في الصحة النفسية والتوافق، علاوة على ذلك فان الخصائص التي ترتبط بتقدير الذات المرتفع مثل الاستقلال والانفتاح على البدائل تهيئ الفرد للتعامل مع المشكلات ومواجهتها بنجاح.

وقد كشفت الدراسة التي قام بها شان « Chan » (1993)، أن المراهقين ذوو التقدير المرتفع للذات يميلون إلى استخدام استراتيجيات معاملة فعالة وايجابية في مواجهة المشاكل، في حين الأفراد ذوي تقدير الذات المنخفض يميلون إلى استخدام استراتيجيات معاملة سلبية، وتركز على الانفعال مثل: الإنكار، الميل إلى الانسحاب وتعاطي العقاقير. نلاحظ مما سبق التأثير الهام لتقدير الذات في تحديد سلوك المعاملة المناسب. (طه، سلامة، 2006، ص ص 125- 126).

الصلابة النفسية :

وضعت هذا المصطلح كوباسا « Kobasa » (1982)، حيث أن الصلابة النفسية تتحدد بقدره الفرد على توقع الأزمات ومواجهتها، وإحساسه بفعاليتها في الحياة وبقدرته على التحدي وتغيير المواقف واعتبارها طريقة للتطور الشخصي وليس تهديد.

وفي هذا الصدد يشير فريدينبرجوتيلور « Frydenberg, Taylor » (1997) أن الأفراد ذوي الدرجات العالية على مقياس الصلابة يستخدمون استراتيجيات أكثر فعالية مقارنة بالأفراد ذوي الدرجات المنخفضة.

(Anne Jolly, 1998, p 78)

نمط الشخصية:

لكل منا سمات وأساليب سلوكية مختلفة تجعلنا نستجيب للضواغط بأشكال مختلفة، ومن هذه المتغيرات النفسية:

- النمط (أ):

حسب فريدمان ورزينمان « Friedman, Rosenman » (1974) فان أصحاب نمط الشخصية (أ) يتميزون بالعدوان- العنف - سرعة الاستثارة- الإحساس بضغط الوقت،

الطموح وروح المنافسة ، لذلك فهم أكثر إحساسا بالضغط ، وتظهر عليهم أعراض نفسية وجسدية.

-العصابية:

يشير بولجر « Bolger » (1990)، إلى أن أبعاد وسمات الشخصية ترتبط بأساليب التعامل مع الضغوط ، فالعصبيون يستخدمون استراتيجيات أقل فعالية ، وغير ناضجة مثل: الانسحاب، التجنب، لوم الذات. وتؤكد دراسة أخرى علاقة العصابية بأساليب المعاملة مثل: دراسة أندلر وباركر (1990) ، إذ استخدمنا في هذه الدراسة مقياس أيزنك للشخصية،

وقائمة المواجهة المتعددة الأبعاد من إعدادهما، وأوضحت النتائج أن العصابية ترتبط بأساليب المعاملة التي تركز على الانفعال لدى كلا الجنسين، وأنها ترتبط بأساليب المعاملة الاحجامية، وأن الأساليب التي تركز على المهمة لا ترتبط بالعصبية بشكل عام.

التفاؤل:

يمكن تعريفه على أنه النظرة الايجابية للمستقبل، حيث يتوقع المتفائلون أن الأحداث تسير بالاتجاه الصحيح. كما أنهم قادرون على تجاوز المشاكل بواسطة تقنيات نشيطة وفعالة مقارنة بالمتشائمين، ويستعملون غالبا استراتيجيات التعامل الموجه نحو المشكل، إذا كانت وضعية الضغط قابلة للتحكم ، في حين يستعمل المتشائمون استراتيجيات موجهة نحو الانفعال، كالإنكار والتجنب.

7. 3. 5. 2. العوامل الموقفية:

طبيعة الموقف:

إن الاستراتيجيات التي يستخدمها الفرد ليست ثابتة بل نوعية وموقفية، يختارها الفرد للتعامل مع الموقف الضاغط . وفي هذا الشأن يرى لازاروس وفو ليمان، أن الفرد يستخدم استراتيجيات تركز على المشكل عندما يكون قادرا على التحكم والسيطرة على الموقف، أما المواقف التي يدركها الفرد على أنها غير قابلة للتحكم والسيطرة فإنه يميل إلى استخدام استراتيجيات موجهة نحو الانفعال.

ويمكن القول أن المواقف التي تتسم بالشدة تؤدي إلى ظهور انفعالات سلبية كالقلق، الخوف، كما أن الأحداث التي تمثل تحديا للفرد تستثير لديه أساليب مختلفة عن الأحداث التي تتسم بالتهديد والفقء ، كذلك التوقيت والمدة. لذلك فهي تتغير باستمرار.

(طه، سلامة، 2006، ص 127- 134).

7. 3. 5. 3. العوامل الديمغرافية:

السن:

تشير الدراسات التي قام بها كومبس وآخرون « Campas et al » (1993)، وكذلك هوفمان وآخرون « Hoffman et al » (1992) إلى وجود علاقة ايجابية بين استراتيجيات التعامل التي تركز على الانفعال والسن ، حيث أن هذه الاستراتيجيات يزداد استخدامها مع الضواغط الأكاديمية و البين شخصية، وهكذا فإن العمر و المستوى النمائي للفرد يؤثر في أساليب التعامل مع الضغوط. و وجد أن المسنون يستخدمون ضبط النفس وإعادة التفسير، بينما المراهقون بوجه عام يستخدمون الأساليب العدوانية.

الجنس:

كشفت الدراسة التي قام بها توتس « Tots » (2000)، والتي أجريت على طلاب الجامعة أن الذكور يميلون إلى التفكير في الموقف ، بينما الإناث كانت أكثر تعبيراً عن مشاعرهن، وتسعين إلى المساندة الاجتماعية وتقبل الموقف. أما دراسة راتز « Ratz » (2001) فلاحظ فيها أن الطالبات اللاتي يعانين من مستوى مرتفع من الضغط يملن إلى استخدام استراتيجيات دينية ، أما الطلاب فيميلون إلى استخدام الإنكار، حيث يتجاهلون الموقف في محاولة منهم إلى تجنب التعامل مع الحدث الضاغط.

(طه، سلامة، 2006، ص 135).

7.3.6. التناولات النظرية لاستراتيجيات المقاومة:

تعددت التناولات النظرية لمفهوم التعامل بسبب الخلفيات النظرية المختلفة، وفيما يلي سنذكر بعض هذه النماذج وهذا حسب التسلسل الزمني لظهورها :

7.3.6.1. النموذج الحيواني (المقاومة مع الضغط):

تأثر أتباع هذا النموذج بفكرة داروين حول مبدأ الصراع من أجل البقاء، وبنائج أبحاثه على الحيوانات، حيث اعتبرت المعاملة كاستجابة سلوكية فطرية مكتسبة موجهة للحفاظ على حياة المعني، من تهديد خارجي ، وحسب الانفعالات الحاصلة تحدد الوسيلة المناسبة للاستجابة ، وتكون إما بالخوف (وهو يحرك ميكانيزم الهروب أو التجنب)، أو الغضب (و هو يحرك ميكانزم المواجهة والهجوم). و الهدف الأساسي من التعامل (Coping)، هو المحافظة على الحياة.

وهذا ما استخلصه دانتزر « Dontzer » (1989) من التجربة التي تمثلت في وضع فئران داخل قفص ذو وجهتين، جهة يتلقون فيها الصدمات وجهة أخرى لا يتلقون فيها أي شيء ، فبواسطة التعلم استطاعت الفئران الهروب وتجنب الصدمات بالتنقل إلى الجهة الهادئة، وهذا كلما دوت الإشارة الصوتية منذرة بقدوم صدمة أخرى. ولقد اعتبر معيار

التعامل الناجح هو التحكم في الحالة وتخفيض النشاط الفيزيولوجي المتولد عن هذه الصدمات. (بوعافية، 2002، ص171).

7. 3. 6. 2. النموذج التحليلي (علم نفس الأنا):

ترجع الأصول النظرية لمفهوم التعامل في علم النفس الإكلينيكي إلى أفكار فرويد حول الشخصية الإنسانية والآليات الدفاعية والعمليات اللاشعورية التي يستخدمها الفرد لمواجهة تهديدات القلق . ويرى فرويد أن الآليات الدفاعية عبارة عن استراتيجيات تعامل يستخدمها الفرد ليحمي نفسه من الصراعات والتوترات التي تنشأ من محتويات مكبوتة ، وهي ذات أهمية كبيرة في خفض الضغوطات و التوترات، حيث تعمل على مستوى اللاشعور وتحرف إدراك الواقع كوسيلة لخفض ما يهدده من قلق وضغط.

(طه حسين، سلامة حسين، 2006 ص86).

وحسب أنا فرويد(1936) هناك ثلاث أفكار أساسية عن الآليات الدفاعية وهي :

- رغم كثرة الآليات الدفاعية لكن الأشخاص يفضلون استعمال بعضها دون البعض الآخر حسب المواقف.
- لكل نوع من الاضطرابات النفسية آليات دفاعية خاصة تميزه عن غيره.
- بعض الآليات الدفاعية يمكن اعتبار استعمالها مرضيا أكثر من غيرها، مثلا: الكبت الآلية الدفاعية الأكثر فعالية، لكنها الأكثر خطورة عند استعمالها بكثرة.
- وقد تكلمت بعض النماذج عن أن هناك آليات دفاعية متكيفة وأخرى غير متكيفة، وآليات طبيعية وأخرى مرضية....
- وعلى سبيل المثال يرى فيلان(1992) أن الآليات الدفاعية هي عبارة عن تشويه معرفي من أجل المحافظة على نسبة قلق مقبولة، والتي تنشأ من تغيرات في الوسط الداخلي والخارجي بشكل لاشعوري، واقترح تقسيما للآليات الدفاعية كمايلي:
- **دفاعات ذهانية:**منها الإسقاط الهذائي والإنكار الذهاني.
- **دفاعات غير ناضجة:**منها الإسقاط،العنف الموجه نحو الذات.
- **دفاعات عصابية:**منها الكبت، التحويل، التكوين العكسي، العزل.
- **دفاعات ناضجة:**منها الفكاهة، التسامي، العقلنة.

(Anne Jolly ,1998, p 69–70)

بالإضافة إلى دفاعات الأنا اشتق من النموذج التحليلي مفهوم آخر للمواجهة، يصورها كسمة شخصية وتتنحصر محاولات قياس التعامل من هذا المنظور في تصنيف الأفراد طبقا للسمة التي يتميز بها كل منهم ، من أجل إيجاد ثوابت يمكن الاعتماد عليها في التمييز بينهم

، وبذلك يمكن أن يصنف الفرد على أنه ذو نمط خاضع امتثالي ، أو واعي أو وسواسي أو تصعيدي، وهي خصائص ثابتة في الشخصية تهيئها بطريقة معينة لمواجهة الضغط، غير أن هذه الفرضية التي يسلك الفرد من خلالها دائما بالطريقة نفسها مهما كانت الأحداث ، لم يصادق عليها ، حيث بينت العديد من الدراسات أن سمات الشخصية تعد مؤشرا ضعيفا لاستراتيجيات التعامل. (بوعافية، 2002، ص175).

7.3.6.3. النموذج المعرفي (نموذج العمليات الإدراكية):

قدم هذه النظرية لازاروس وآخرون من خلال نظرتهم المعروفة بالعمليات التقييمية والتعاملات، حيث أن الاستجابة عبارة عن تفاعل متغيرات البيئية مع متغيرات الفرد (سمات الشخصية، قدرات، مهارات) ، وهذا لتفسير الاختلاف الظاهر بين الأفراد في استجاباتهم للضغوط، حيث تبدأ العملية انطلاقا من الضاغط مرورا بعمليات الإدراك والتقييم، منتهيا باستراتيجيات التعامل ونواتجها. وقد أشار لازاروس أن الضغط حتى يكون ذو تأثير قوي، لابد أن يحمل مفهوم التهديد. ووضع شرطين كمحك لخاصية التهديد:

- التوقع والتوجه للمستقبل.

- مساهمة العمليات المعرفية كالإدراك، التعلم ، الذاكرة ، التقدير.

وتختلف الاستراتيجيات المستعملة للتعامل مع الضغط حسب عملية التقييم ، والتي تحدد هل الوضعية مهددة أم لا، وتعتمد بالأساس على الخبرة الماضية وتنقسم حسب

جرينكرو وسبيجيل (« Grinker ; Spiegel » 1945) إلى مرحلتين:

أ - التقييم الأولي:

حيث يتم تحديد معنى الموقف أو الحدث، حيث يسعى للإجابة عن السؤالين التاليين: ماذا يعني هذا الموقف؟ وهل سيشكل ضغطا أم لا؟

ب - التقييم الثانوي:

ويسعى إلى قياس المصادر المتاحة والمتوفرة لدى الفرد للتعامل مع التهديد المدرك، ويجب عن السؤال التالي: ما يمكن عمله للتعامل مع التهديد؟ أي جمع المصادر المتاحة للتعامل والتصدي لهذا التهديد بالتالي تحديد الإستراتيجية المناسبة.

(شويوخ، 2007، ص68).

وتتلخص مكونات التقييم الثانوي في ثلاثة مكونات هي:

- اللوم الذي يكون إما داخلي أو خارجي.

- إمكانيات استراتيجيات التعامل.

- التوقعات للمستقبل.

وحسب لازاروس وفول كمان (1984) يمكن تصنيف الاستراتيجيات حسب الوظيفة إلى :

1 - استراتيجيات متمركزة حول المشكل:

وهي استراتيجيات موجهة لحل المشكل، أو إنقاص أعراض الوضعية.

2 - استراتيجيات متمركزة حول الانفعال:

وهي تطمح إلى تعديل الانفعالات التي أفرزتها الوضعية.

وقد أشار لازاروس وفول كمان إلى أن الأفراد يميلون إلى الاعتماد على الاستراتيجيات المتمركزة على المشكل عندما تكون مصادر الموقف قابلة للتغيير أو السيطرة أو التحكم فيها . أما الاستراتيجيات المتمركزة على الانفعال فتتجه إلى محاولة تقليل أو خفض السلبيات المترتبة بأساليب سلوكية إما الإفصاح أو الكبت.

وليس هناك انفصال بين البعدين ولا تفاضل بينهما ، فالدراسات السابقة بينت أن الغالب هو الجمع بين الطريقتين للتعامل مع الضغط، فقد بين كولينس (« Collins » 1990) أن كل حدث يحتوي على عدد من المشكلات التي تحتاج إلى طرق مختلفة للحل.

(بغيجة، 2005، ص 99).

7. 3. 6. 4. النموذج الاجتماعي :

درست نظريات علم النفس الاجتماعي أساليب التعامل الفردية والجماعية وهذا انطلاقاً من إحساس الفرد بالنقص ، وهذا الشعور يؤثر بشدة في سلوك الفرد، مما يدفعه إلى نوعين من التصرف إما التقبل أو الرفض للواقع. ويتحقق هذا الرفض أو التقبل في استراتيجيات تتعلق بقدرة الفرد ودرجة طموحه، وبالمكتسبات الجماعية، والوفاء للجماعة وإرادتها، ومن هذه الأساليب:

- التطابق:

وهو توافق الفرد مع القيم الاجتماعية الخاصة بالبيئة دون نقد أو إعادة نظر بهدف إرضاء الآخرين، فلا يظهر سلوكاً مناقضاً لما اتفقوا عليه.

-الهروب:

وهو الانسحاب والاستسلام، ورفض التحدي، حيث يبتعد عن المقاومة ، ويتجنب الألم، والتقدير المنخفض للذات ، وهذا يسمح له بالحفاظ على صورة ايجابية للذات، ويتميز هذا الفرد بالخضوع والسلوك السلبي.

- سد العجز:

ويسعى فيها الفرد إلى تجاوز العائق بمحاولة الوصول إلى مستوى الآخرين.

- التعويض:

يدخل الفرد عوامل جديدة لتقييم الأشياء ومقارنتها، ويسعى إلى فرضها في الجماعة وجعلها مقبولة من الآخرين.

ويسعى الفرد في هذه النظرية إلى ضمان قيمته الاجتماعية ، وبالتالي توافقه الاجتماعي، كما تهدف إلى الحفاظ على المكانة الاجتماعية التي يحضى بها الفرد بين أفراد الجماعة.

(بوعافية، 2002، ص ص 176-177)

7. 3. 6. 5. نموذج السمات الشخصية:

تنطلق هذه الفكرة من الفروق الفردية، حيث أن كل سمة تشير إلى استعداد عام للاستجابة بطريقة خاصة ومميزة للفرد ، عبر تنوع المواقف التي واجهته في حياته، وبالتالي فإن التعامل مع الضغط يشير إلى استعداد أو ميل أو أسلوب حياة.

ووفقا لهذا المنظور يعد التعامل مع الضغوط عملية تفسيرية توضع بسبب اختلاف الأفراد في نواتج الضغط مثلها مثل السمات الشخصية المفسرة لـ : لماذا يصبح بعض الأفراد ضحايا للضغط ، والبعض الآخر يواجهونه؟

ومن أهم الأساليب المستعملة في الضغوط مايلي :

- التجنب مقابل المواجهة أو التصدي:

تعد من أكثر الأساليب شيوعا عند الأشخاص في المواقف الضاغطة الكبيرة والصعبة، وأشارت الدراسات أن أسلوب المواجهة يعد الأكثر نجاحا في تخفيف الضغط من أسلوب التجنب ذلك لان الفرد يركز على معلومات مستمدة من الموقف أكثر من تركيزه على الانفعالات، وقد أوضح يونغ و كالويك(1986) « Wong and kalaipek » ، أن ما يحدد نجاح الإستراتيجية هو التوقيت الزمني للضغط ، فكلما كان المصدر المهدد قصير المدى كان التجنب أكثر تحقيقا للتصدي للضغط ، و كلما زادت المدة الزمنية كانت المواجهة أفضل.

-الكبت مقابل الحساسية المفرطة:

حيث أن الكبت هو أسلوب يعتمد على الإنكار و تجنب الضغط ، بينما الحساسية فإنها المجهود المبذول من قبل الفرد لزيادة التركيز و الانتباه لمصدر التهديد.

و توقع وينبرير (« Weinberger بدون سنة) أن الأفراد المستخدمين للكبت يكونون أقل استجابة للضغط بينما يعاني ذوي الحساسية من القلق الشديد.

-التحكم الداخلي مقابل التحكم الخارجي:

أشارت أغلب الدراسات حول التحكم في مصدر الضغط أن له دور فعال في تحقيق التوافق، و ذكرت أن الأسلوبين مرتبطين مع التوافق النفسي الجيد و انخفاض الاكتئاب.

(شويخ، 2007، ص77- 79)

7.3.7. فاعلية استراتيجيات المقاومة:

أكدت دراسات لازاروس وفول كمان(1984)، و روفولي « Revilier » (1986) و دوماتو « Dematteo » (1991)، أن فاعلية استراتيجيات التعامل تقيم بطرق مختلفة ، فتكون استراتيجيات ملائمة إذا سمحت بالتحكم أو التقليل من أثر العدوان على الراحة النفسية والجسمية.

وحسب لازاروس وفول كمان تتحقق فاعلية التعامل بوجود انسجام بين الجهود المبذولة، وعناصر أخرى متمثلة في القيم والاعتقادات والأهداف ، فإذا تعارضت الإستراتيجية مع الهدف حدث صراع لتتحول الإستراتيجية إلى مصدر آخر للضغط . كما ترتبط فاعلية التعامل بخصائص الحدث الضاغط كمدته ومدى التحكم فيه ، ويبدو أن فاعلية التعامل المركزة على المشكل أكثر فاعلية من ذلك المركز على الانفعال في تخفيف الأثر الوجداني المترتب على الحدث . في حين يظهر التجنب أكثر فاعلية في الآجال الطويلة من الضغط.

كما أن التعامل المركز على الانفعال يمكن أن يهدد الصحة الجسدية للفرد إذ تعيق السلوك المتوافق.

(Folkman et Lazarus, 1984, p154).

وللوصول إلى هدف ما لابد من أن يكون التعامل فعالا، وهذا يتوقف على :

* ضبط مشاعر الحزن والمعاناة، وهي وظيفة التعامل المركز على الانفعال.

* معالجة المشكل مصدر المعاناة والضرر، والتعامل المركز على المشكل.

فالشخص الذي ينجح في معالجة مشكل ما، ولكن على حساب طاقته الانفعالية الضخمة، لا

يمكن اعتبار تعامله هذا فعالا. حيث يرى مان وجونيس « Manne,Jonis » (1997)،

أن تقرير شخص ما وضع والديه في دار المسنين ، قد يكون بمثابة حل جديد وفعال لمثل هذه الوضعية، لكن بالمقابل، حينما يغادر المؤسسة قد يحمل في نفسه شعورا بالذنب والإثم، وحتى يكون التعامل فعال، عليه أن يتوصل بنجاح إلى معالجة الشعور السلبي ، وهذا لا يعني أن المشاعر الايجابية دائما تكون تعامل فعال ، كما هو الحال بالنسبة للأشخاص الذين يملكون القدرة على ضبط انفعالاتهم بصفة جيدة، دون أن يتمكنوا من التعامل مع مصدر المشكل مباشرة. (الزروق، 1997، ص 64).

7.3.8. طرق قياس استراتيجيات المقاومة:

يستخدم العلماء عددا كبيرا من الاختبارات والمقاييس للتعرف على الطريقة التي يتعامل بها الأفراد مع المواقف الضاغطة، وتعتبر اختبارات الورقة والقلم الأكثر شيوعا، لكن هناك بعض الأبحاث التي استعملت المقابلة كأداة مهمة في قياس استراتيجيات التعامل، من خلال جمع معلومات عن المفحوصين، وطريقة حياتهم. وقد استخدم لند مارك « Landmark » في دراسته المقابلة لمدة 6 أشهر مع أزواج (85 زوج) بهدف التعرف على نوع استراتيجيات التعامل المستخدمة لتجاوز الضغوط داخل الأسرة. وسوف نتطرق فيما يلي إلى بعض المقاييس التي استخدمت في قياس استراتيجيات التعامل:

7. 3. 8. 1. مقياس أساليب التعامل لالزاروسوفولكمان (1984):

يتكون من 67 مفردة يجيب المفحوص من خلال المقياس المدرج الى أربع نقاط (إطلافاً، إلى حد ما، كثير، بشكل كبير جدا) وتأخذ هذه الإجابات (0-1-2-3) على الترتيب، ويقاس هذا الاستبيان ثمانية أبعاد معرفية وسلوكية هي:

- 1 - المواجهة والتحدي: وتشير إلى الجهود العدوانية التي تستخدم لتعديل الموقف.
- 2 - الابتعاد (اتخاذ مسافة): تهدف إلى التقليل من أهمية الموقف.
- 3 - ضبط الذات والمراقبة: جهود يبذلها الفرد من أجل تنظيم مشاعره وسلوكياته.
- 4 - البحث عن مساعدة اجتماعية: وهي الحصول على الدعم من المحيط الاجتماعي للفرد، بغرض المساندة والبحث عن المعلومات.
- 5 - التحمل وتقبل المسؤولية: الاعتراف بدوره في المشكلة والبحث عن حل.
- 6 - الهروب والتجنب: جهود معرفية وسلوكية لتجنب مواجهة المشكل أو الموقف.
- 7 - حل المشكل: الخطط والمراحل التي يدرسها من أجل حل المشكل.
- 8 - إعادة التقييم الايجابي: وتتضمن إعطاء معنى ايجابي للوضعية والتركيز على النمو الشخصي.

(طه، سلامة، 2006 ص 112).

7. 3. 8. 2. قائمة المواجهة المتعددة الأبعاد:

- تم إعدادها من قبل كارفر و سيشير « Carver, Scheier » (1989)، تتكون من 53 مفردة موزعة على ثلاثة عشر بعد وإستراتيجية فرعية منها:
- 05 أبعاد تقيس الاستراتيجيات التي تركز على المشكلة.
 - 05 أبعاد تقيس الاستراتيجيات التي تركز على الانفعال.
 - 03 أبعاد تقيس استجابات التعامل الأقل فائدة والسلبية، ، التباعد العقلي، تعاطي المخدرات والكحول.

7. 3. 8. 3. مقياس بولهان وآخرون (1994):

ترجمت بولهان مقياس فيتاليانوا، وطبقته على أفراد من 20-80 سنة، وكيفته على البيئة الفرنسية مبرزة محورا هاما لاستراتيجيات التعامل، إما أن تركز على الانفعال أو المشكل، ثم وجدت مركبات أخرى أكثر خصوصية ضمن الاستراتيجيات العامة، ظهرت خلال التحليل العاملي فيما يلي: استراتيجيات حل المشكل، التجنب مع التفكير الايجابي، إعادة التقييم الايجابي، البحث عن السند الاجتماعي، لوم الذات، وكل هذه الأبعاد تقع ضمن سلم في 29 بند.

7. 3. 8. 4. مقياس الأبعاد الوظيفية للتعامل " كوكس و فيرجسون" (1997):

يشير إلى الاستجابات السلوكية الوظيفية التي يستخدمها الفرد في إدارة الضغط، ويقاس هذا الاخير 04 وظائف هي :

- الإقدام : ويشير إلى السلوكيات التي يعتقد الشخص أنها تتيح له التعامل مع المشكلة.
- الإحجام : ويشير إلى السلوكيات التي يعتقد الشخص أنها تتيح له تجاهل وجود المشكلة.
- التنظيم الانفعالي : وهي سلوكيات يعتقد الفرد أنها تتيح له الفرصة للتعامل مع الآثار الانفعالية الناتجة عن الأحداث والمواقف الضاغطة.
- إعادة التقييم : وتشير إلى الاستجابات السلوكية التي يعتقد الفرد أنها تتيح له تفسير وإعطاء معنى ايجابي للحدث الضاغط. (طه، سلامة، 2006 ص ص 113-115).

خلاصة :

تعتبر استراتيجيات المواجهة تلك المجهودات المعرفية والسلوكية التي يبذلها الفرد للتعامل والتكيف مع وضعية ضاغطة قد تجعله يفقد توازنه النفسي وبالتالي الشعور بالقلق والأرق طول الوقت، وقد يؤثر هذا على مجرى حياته سلبا ويهدد استقراره ومشاريعه. وتعد استراتيجيات المواجهة ذات ضرورة قصوى خاصة في عالمنا اليوم حيث أن الأفراد يواجهون وبشكل متزايد مواقف ضاغطة عدة و معقدة، حيث صارت الضغوط أمرا حتميا في حياة الفرد، والتعامل معها يؤدي إلى حدوث اختلافات كبيرة بين الأفراد في تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي، حيث أن إستراتيجيات المقاومة أو التعامل أو المواجهة تساعد على كل من الصحة والتوافق النفسي للأفراد، كما أنها ترتبط أيضا بانخفاض المشكلات النفسية لدى الفرد.

الجانحة التطبيقية

الفصل الثاني

الإجراءات المنهجية

تمهيد:

1. الدراسة الاستطلاعية.
2. حدود الدراسة .
3. عينة الدراسة و طريقة اختيارها.
4. منهج الدراسة.
5. أدوات جمع البيانات.

خلاصة:

تمهيد:

في هذا الفصل نتناولنا الإطار المنهجي للدراسة حيث تضمن الدراسة الاستطلاعية والمجال المكاني و الزماني للدراسة وعينة البحث وأدوات جمع البيانات و استبيان اضطراب الضغط ما بعد الصدمة CIDI - PTSD ومقياس المواجهة Le Coping والمنهج المستخدم المنهج الوصفي التحليلي.

1. الدراسة الاستطلاعية:

إن أي بحث علمي تسبقه دراسة استطلاعية ميدانية و هي خطوة هامة جدا في كل البحوث العلمية، و لقد قمنا بدراسة استطلاعية ميدانية حيث تحصلنا من خلالها على قسط من المعلومات تخص موضوع بحثنا من حيث الجانب النفسي لذوي الإعاقة الحركية المكتسبة و مدى تأثير الإعاقة على حياة المعاق، كما ساعدتنا أيضا على صياغة إشكالية البحث و فرضياته، و لقد تم إجراؤها في مستشفى يوسف دمرجي بتيارت، و بعد اخذ موافقة الإدارة بدأنا بالاحتكاك ببعض المصابين و التقرب منهم لمعرفة تأثير الإعاقة على الجانب النفسي و مختلف السلوكيات التي تصدر عنهم و جمع معلومات حول معاشهم النفسي و كيفية تأقلمهم مع الإعاقة حيث اعتمدنا على الملاحظة، ثم تطبيق المقاييس الخاصة لكلا المتغيرين كما اعتمدنا على بعض الحالات الخارجية التي زودتنا بما نحتاج إليه من معلومات حول عينة البحث و الأدوات اللازمة لإنجاز هذه الدراسة.

2. حدود الدراسة:

2.1. الحدود المكانية للبحث:

لقد تمت هذه الدراسة في مستشفى يوسف دمرجي و ذلك بعد اخذ الموافقة من مسؤولي المصلحة.

2.2. الحدود الزمانية :

أجري البحث في الفترة ما بين 05-17 أفريل 2017 بمستشفى يوسف دمرجي

3. عينة البحث و طريقة إختيارها :

تعتبر العينة جزء من مجتمع البحث تتضمن جميع خصائصه الذي هو موضوع الدراسة، بحيث يجب أن تكون ممثلة لجميع أفراد المجتمع الأصلي.

(زرواتي، 2008، ص267).

و قد تمّ اعتماد الأسلوب القصدي من أجل الاختيار الدقيق لعينة بحثنا، و تعرف العينة القصدية تحت أسماء متعددة مثل العينة العرضية أو النمطية و هي أسماء تشير كلّها إلى العينة التي يقوم الباحث باختيار مفرداتها بطريقة تحكّمية لا مجال للصدفة فيها، كما يقوم باقتناء المفردات الممثلة أكثر من غيرها لما يبحث عنه من معلومات و بيانات و هذا لإدراكه المسبق و معرفته الجيدة لمجتمع البحث و لعناصره المهمة التي تمثله تمثيلا صحيحا، و بالتالي فهو لا يجد صعوبة في سحب مفرداتها بطريقة مباشرة.

(عوض، 2002، 193).

3.1. شروط اختيار العينة:

- و في هذا البحث اعتمدنا على العينة القصدية و ذلك لأن نوع هذه المعاينة يتفق مع طبيعة الموضوع و المنهج المستخدم و قد تمّ اختيار العينة على أساس هذه الشروط:
- أن تكون الإعاقة مكتسبة.
 - نتيجة الإعاقة حادث عمل أو مرور أو مرض.
 - أن تكون الاصابة بالإعاقة منذ أكثر من 6 أشهر.

4. المنهج المستخدم:

4.1. المنهج: هو الطريقة و الوسيلة المرسومة من قبل الباحث بغرض الوصول إلى الحقيقة حتى يتسنى له الكشف عن الظاهرة المراد دراستها. (بوحوش، 1984، ص 99).

و بما أن بحثنا هذا تحليلي فكان لازما علينا اختيار التقنيات و الطرق المناسبة لمتطلبات البحث و أهدافه و إشكالياته و فرضياته و على هذا الأساس فإننا فضلنا المنهج الوصفي التحليلي الذي هو أحد المناهج المستخدمة في علم النفس العيادي ويستخدم من أجل التشخيص و العلاج، وقد اتخذناه منهجا لدراستنا.

4.2. تعريف المنهج الوصفي التحليلي:

هو المنهج الذي يعتمد على دراسة الظاهرة كما توجد في الواقع، ويهتم بوصفها وصفا دقيقا ويعبر عنها كيفيا بوصفها وتوضيح خصائصها، وكميا بإعطائها وصفا رقميا من خلال ارقام وجداول توضح مقدار هذه الظاهرة أو حجمها أو درجة ارتباطها مع الظواهر الأخرى. (عميرة، 1981، ص 25).

5.2. أدوات جمع البيانات:

5.1. مقياس اضطراب الضغط ما بعد الصدمة:

أ. وصف المقياس:

أعد هذا المقياس من طرف دافيد سون (1995) وقد احتوى على 17 بندا و الذي يقيس تأثير الخبرات الصادمة من 17 بندا تماثل الصيغة التشخيصية الرابعة للطب النفسي الأمريكي و يتم تقسيم بنود المقياس إلى ثلاثة مقاييس فرعية و هي في الجدول التالي:

البعد	عدد الفقرات	المجموع
استعادة الخبرة الصادمة	17،4،3،2،1	5
تجنب الخبرة الصادمة	11،10،9،8،7،6،5	7
الاستثارة الخبرة الصادمة	16،15،14،13،12	5

جدول رقم(01): يبين توزيع الفقرات على أبعاد استبيان (PTSD)

ويتم حساب النقاط على مقياس مكون من 5 نقاط من (0 إلى 4) و يكون سؤال المفحوص عن الأعراض في الأسبوع المنصرم و يكون مجموع الدرجات للمقياس 153 نقطة.

حساب درجة كرب ما بعد الصدمة:

يتم تشخيص الحالات التي تعاني من كرب ما بعد الصدمة بحساب ما يلي:

1 - عرض من أعراض استعادة الخبرة الصادمة.

2 - 3 اعراض من أعراض التجنب.

3 - عرض من أعراض الاستثارة.

ب. الخصائص السيكو مترية المقياس:

تم حساب الخصائص السيكومترية للمقياس من طرف دافيد سون وهي موضحة فيما يلي:

ابعاد الاستبيان	عدد الفقرات	معامل الارتباط بيرسون (البعد بالكل)
استعادة الخبرة الصادمة	5	0.79**
تجنب الخبرة الصادمة	7	0.88**
استثارة الصادمة	5	0.90**

جدول رقم (02): يمثل معاملات الارتباط بين الأبعاد الفرعية والأداة ككل

1. الثبات

الاتساق الداخلي Internalconsistency

لقد أستخدم معامل ألفا كرونباخ لمعرفة الاتساق الداخلي من خلال دراسة تناولت 241 مريض تم أخذهم من مجموعة ضحايا الاغتصاب، ودراسة لضحايا الإعصار أندرو، وكان معامل ألفا 0.99.

لقد استخدم معامل ألفا كرو نباخ لمعرفة الاتساق الداخلي من خلال دراسة تناولت 215 سائق إسعاف مقارنة مع موظفين في غزة وكان معامل ألفا 0.78، التجزئة النصفية بلغت 0.61.

المصادقية الحالية validity Concurrent

لقد تم دراسة مصداقية المقياس بمقارنته بمقياس الاضطرابات النفسي الناتجة عن المواقف الصادمة للإكلينيكين و ذلك بأخذ عينة مكونة من 120 شخص من مجموعة ضحايا الاغتصاب، ودراسة ضحايا إعصار أندرو، و المحاربين القدماء وكانت النتيجة بأن 67 من هؤلاء الأشخاص تم تشخيصهم كحالة كرب ما بعد الصدمة، وكان المتوسط الحسابي لمقياس دافيد سون لكرب ما بعد الصدمة لهؤلاء الأشخاص 62 +/-38، بينما كان المتوسط الحسابي لمقياس دافيد سون لكرب ما بعد الصدمة للأشخاص الذين لم تظهر عليه أعراض كرب ما بعد الصدمة (62 شخص) هو 15.5 +/-13.8 (ت = 9.37، دلالة إحصائية 0.0001).

5. 2. مقياس المواجهة Le Coping:

قام العديد من الباحثين في ميدان علم النفس الاجتماعي أمثال "Ray" وجماعته سنة 1982، و Lazarus et Folkman سنة 1984 بإجراء مقابلات عيادية قصد تحديد وإحصاء الأساليب والطرق التي يستعملها الأفراد لمواجهة مختلف المواقف الحياتية التي يعيشونها يوميا، وتوصل هؤلاء إلى وجود نوعين من الاستراتيجيات هي:

- إستراتيجيات مركزة حول الانفعال.

- استراتيجيات مركزة حول المشكل.

وانطلاقا من هذا تمّ بناء عدة سلالم لتقييم استراتيجيات المواجهة أهمها:

The Ways of Coping Check list لكل من Lazarus et Folkman سنة 1984.

وقدمت الصورة المختصرة لهذا السلم من طرف Vitaliano وجماعته سنة 1985.

وقامت Paulhan وجماعتها في 1994 بتكييف نتيجة Vitaliano على البيئة الفرنسية،

وكانت الصورة النهائية للسلم متكونة من 29 بندا موزع على 5 سلالم فرعية.

(Paulhan et al, 1995, pp 53-55).

. كيفية التطبيق:

يطبق المقياس بصفة فردية أو جماعية وتقدم أثناءها التعليمات التالية:

- صف موقفا مؤثرا عشته خلال الأشهر الأخيرة.

- أشر بالعلامة (x) إلى الاستراتيجيات الموائية إن كنت قد استعملتها أو لم تستعملها في مواجهة الموقف.
 - يقدم بعدها جدول البنود المرقمة من البند 1 إلى البند 29 وتجيب حسب سلم مدرج مؤلف من أربع احتمالات نعم، تقريبا نعم، لا، تقريبا لا.
 - لا يتقيد تطبيق المقياس بمدة زمنية محددة مع مراعاة أن لا تطول مدة تطبيقه بشكل مبالغ فيه، وفي حالة عدم فهم البنود يقرأ المطبق بنود المقياس على المفحوص، وقد اضطررنا إلى قراءتها مما أدى إلى استغراق وقت طويل.
 - . كيفية التنقيط:**
 - يتم التنقيط وفق سلم متدرج من 1 إلى 4 كالتالي:
 - . نقطة واحدة إذا كانت الإجابة لا.
 - . نقطتين إذا كانت الإجابة تقريبا لا.
 - . ثلاث نقاط إذا كانت الإجابة تقريبا نعم.
 - . أربع نقاط إذا كانت الإجابة: نعم.
 - . يعتمد على هذا التنقيط في جميع البنود ما عدا البند رقم 15 الذي يكون تنقيطه عكسي أي من 4 إلى 1.
 - . يتم بعدها جمع النقاط حسب توزيع البنود على السلالم الفرعية كالتالي:
 - استراتيجيات حل المشكل تضم 8 بنود (1-4-6-13-16-18-24-27).
 - استراتيجيات التجنب تضم 7 بنود (7-8-11-17-19-22-25).
 - استراتيجيات البحث عن الدعم الاجتماعي وتضم 5 بنود (3-10-15-21-23).
 - استراتيجيات إعادة التقييم الإيجابي وتضم 5 بنود (2-5-9-12-28).
 - استراتيجيات تأنيب الذات وتضم 4 بنود (14-20-26-29).
- (Paulhan et al, 1995, p 120)
- . قدرت عنوة عزيزة (2008) ثبات المقياس في البيئة الجزائرية باستخدام طريقة التطبيق وإعادة التطبيق، وتحصلت على معامل ثبات يساوي 0,76 وهو معامل جد مقبول.

خلاصة:

الأسس المنهجية للبحث من أهم الخطوات في إعداد المذكرة حيث حددنا من خلالها المنهج المتبع و كذلك عينة الدراسة و طريقة اختيارها و نوعها و كذلك تحدّد لنا الحدود المكانية و الزمانية لإجراء البحث و أدوات جمع المعلومات و البيانات.

الفصل الثالث

عرض و مناقشة

نتائج الدراسة

تتميز:

1. عرض نتائج الدراسة

2. مناقشة نتائج الدراسة

تمهيد:

تعتبر مرحلة عرض النتائج و مناقشتها مرحلة هامة من مراحل البحث العلمي و هذا نظرا لأهميتها البالغة إذ بموجبها يتمكن الباحث من تحليل و مناقشة النتائج المتحصل عليها لتبيان مدى صحة فرضيات الدراسة و هذا ما تطرقنا إليه في هذا الفصل.

1. عرض نتائج الدراسة:

1.1. عرض نتائج الفرضية الأولى:

. تنص الفرضية الأولى: على أن الإعاقة الحركية المكتسبة تؤدي إلى ظهور اضطراب الضغط ما بعد الصدمة. و للتحقق من هذه الفرضية تم حساب الدرجات الكلية لكل بعد من أبعاد اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و الجدول الآتي يوضح ذلك:

الدرجة الكلية	الدرجة المتحصل عليها لكل بعد	الأعراض المتوفرة	الأبعاد	الحالات
60	20	توفر 5 اعراض	استعادة الخبرة الصادمة	1ح
	23	توفر 7 اعراض	تجنب الخبرة الصادمة	
	17	توفر 5 اعراض	الاستثارة	
44	16	توفر 4 اعراض	استعادة الخبرة الصادمة	2ح
	17	توفر 5 اعراض	تجنب الخبرة الصادمة	
	11	توفر 5 اعراض	الاستثارة	
35	11	توفر 3 اعراض	استعادة الخبرة الصادمة	3ح
	14	توفر 4 اعراض	تجنب الخبرة الصادمة	
	10	توفر 3 اعراض	الاستثارة	
43	12	توفر 4 اعراض	استعادة الخبرة الصادمة	4ح
	17	توفر 6 اعراض	تجنب الخبرة الصادمة	
	14	توفر 5 اعراض	الاستثارة	
38	14	توفر 5 اعراض	استعادة الخبرة الصادمة	5ح
	15	توفر 5 اعراض	تجنب الخبرة الصادمة	
	09	توفر 3 اعراض	الاستثارة	
42	11	توفر 5 اعراض	استعادة الخبرة الصادمة	6ح
	18	توفر 7 اعراض	تجنب الخبرة الصادمة	
	13	توفر 4 اعراض	الاستثارة	
29	09	توفر 5 اعراض	استعادة الخبرة الصادمة	7ح
	12	توفر 6 اعراض	تجنب الخبرة الصادمة	
	12	توفر 4 اعراض	الاستثارة	
37	10	توفر 4 اعراض	استعادة الخبرة الصادمة	8ح
	16	توفر 5 اعراض	تجنب الخبرة الصادمة	
	11	توفر 4 اعراض	الاستثارة	
	16	توفر 5 اعراض	استعادة الخبرة الصادمة	

45	21	توفر 7 اعراض	تجنب الخبرة الصادمة	9ح
	08	توفر 5 اعراض	الاستثارة	
47	17	توفر 5 اعراض	استعادة الخبرة الصادمة	10ح
	17	توفر 7 اعراض	تجنب الخبرة الصادمة	
	13	توفر 5 اعراض	الاستثارة	
42	15	توفر 5 اعراض	استعادة الخبرة الصادمة	11ح
	20	توفر 7 اعراض	تجنب الخبرة الصادمة	
	07	توفر 5 اعراض	الاستثارة	
36	13	توفر 5 اعراض	استعادة الخبرة الصادمة	12ح
	16	توفر 7 اعراض	تجنب الخبرة الصادمة	
	07	توفر 5 اعراض	الاستثارة	
28	12	توفر 5 اعراض	استعادة الخبرة الصادمة	13ح
	09	توفر 4 اعراض	تجنب الخبرة الصادمة	
	07	توفر 4 اعراض	الاستثارة	
49	16	توفر 5 اعراض	استعادة الخبرة الصادمة	14ح
	18	توفر 7 اعراض	تجنب الخبرة الصادمة	
	15	توفر 5 اعراض	الاستثارة	
49	16	توفر 5 اعراض	استعادة الخبرة الصادمة	15ح
	18	توفر 7 اعراض	تجنب الخبرة الصادمة	
	15	توفر 5 اعراض	الاستثارة	
41	13	توفر 5 اعراض	استعادة الخبرة الصادمة	16ح
	14	توفر 6 اعراض	تجنب الخبرة الصادمة	
	14	توفر 5 اعراض	الاستثارة	
32	13	توفر 5 اعراض	استعادة الخبرة الصادمة	17ح
	10	توفر 5 اعراض	تجنب الخبرة الصادمة	
	9	توفر 4 اعراض	الاستثارة	
51	16	توفر 5 اعراض	استعادة الخبرة الصادمة	18ح
	19	توفر 7 اعراض	تجنب الخبرة الصادمة	
	16	توفر 5 اعراض	الاستثارة	
45	15	توفر 5 اعراض	استعادة الخبرة الصادمة	19ح
	16	توفر 7 اعراض	تجنب الخبرة الصادمة	
	14	توفر 5 اعراض	الاستثارة	
49	14	توفر 5 اعراض	استعادة الخبرة الصادمة	20ح
	17	توفر 7 اعراض	تجنب الخبرة الصادمة	
	18	توفر 5 اعراض	الاستثارة	
	13	توفر 5 اعراض	استعادة الخبرة الصادمة	

42	17	توفر 7 اعراض	تجنب الخبرة الصادمة	ح21
	12	توفر 5 اعراض	الاستثارة	
44	11	توفر 5 اعراض	استعادة الخبرة الصادمة	ح22
	19	توفر 7 اعراض	تجنب الخبرة الصادمة	
	14	توفر 5 اعراض	الاستثارة	
39	11	توفر 5 اعراض	استعادة الخبرة الصادمة	ح23
	14	توفر 6 اعراض	تجنب الخبرة الصادمة	
	14	توفر 5 اعراض	الاستثارة	
37	10	توفر 5 اعراض	استعادة الخبرة الصادمة	ح24
	18	توفر 6 اعراض	تجنب الخبرة الصادمة	
	9	توفر 5 اعراض	الاستثارة	
34	11	توفر 5 اعراض	استعادة الخبرة الصادمة	ح25
	14	توفر 6 اعراض	تجنب الخبرة الصادمة	
	9	توفر 5 اعراض	الاستثارة	
27	9	توفر 4 اعراض	استعادة الخبرة الصادمة	ح26
	13	توفر 5 اعراض	تجنب الخبرة الصادمة	
	5	توفر 3 اعراض	الاستثارة	
33	11	توفر 4 اعراض	استعادة الخبرة الصادمة	ح27
	15	توفر 6 اعراض	تجنب الخبرة الصادمة	
	7	توفر 4 اعراض	الاستثارة	
49	16	توفر 5 اعراض	استعادة الخبرة الصادمة	ح28
	16	توفر 7 اعراض	تجنب الخبرة الصادمة	
	17	توفر 5 اعراض	الاستثارة	
55	20	توفر 5 اعراض	استعادة الخبرة الصادمة	ح29
	19	توفر 7 اعراض	تجنب الخبرة الصادمة	
	16	توفر 5 اعراض	الاستثارة	
44	13	توفر 5 اعراض	استعادة الخبرة الصادمة	ح30
	17	توفر 6 اعراض	تجنب الخبرة الصادمة	
	14	توفر 4 اعراض	الاستثارة	
36	9	توفر 3 اعراض	استعادة الخبرة الصادمة	ح31
	15	توفر 7 اعراض	تجنب الخبرة الصادمة	
	12	توفر 3 اعراض	الاستثارة	
37	13	توفر 5 اعراض	استعادة الخبرة الصادمة	ح32
	10	توفر 3 اعراض	تجنب الخبرة الصادمة	
	14	توفر 5 اعراض	الاستثارة	
	16	توفر 5 اعراض	استعادة الخبرة الصادمة	

39	12	توفر 7 اعراض	تجنب الخبرة الصادمة	ح33
	11	توفر 3 اعراض	الاستثارة	
42	16	توفر 5 اعراض	استعادة الخبرة الصادمة	ح34
	18	توفر 6 اعراض	تجنب الخبرة الصادمة	
	8	توفر 3 اعراض	الاستثارة	
37	11	توفر 5 اعراض	استعادة الخبرة الصادمة	ح35
	14	توفر 5 اعراض	تجنب الخبرة الصادمة	
	12	توفر 4 اعراض	الاستثارة	

جدول رقم (3) يوضح الدرجة الكلية لكل بعد حسب كل حالة.

. يتضح من خلال الجدول أن الحالات تعاني من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، وهذا بعد حساب الدرجة الكلية المتحصل عليها لكل بعد على استبيان اضطراب الضغط ما بعد الصدمة حيث تبين أن أغلبية الحالات تتوفر فيهم أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة. والجدول الآتي يوضح هذه النتائج أكثر.

الأبعاد	عدد الحالات التي تعرضت ل PTSD	النسبة المئوية	عدد الحالات التي لم تتعرض ل PTSD	النسبة المئوية
استعادة الخبرة الصادمة	5	%14.28	00	%00
تجنب الخبرة الصادمة	23	%65.71	00	%00
الاستثارة	7	%20	00	%00

جدول رقم (4) يوضح عدد الحالات لكل بعد

. يتضح من خلال الجدول انه هناك اختلاف في ظهور أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

. ففي استعادة الخبرة الصادمة هناك 5 حالات تمثلت نسبتهم %14.28 ظهرت عليهم أعراض استعادة الحدث الصادم فقد تحصلوا على درجات متفاوتة تراوحت من 9 إلى 20 درجة.

. كذلك بالنسبة لأعراض التجنب وجدنا أن هناك 23 تمثلت نسبتهم 65.71% ظهرت عليهم أعراض تجنب الحدث الصدمي بحيث تراوحت درجاتهم من 9 إلى 23 درجة حيث أنهم عانوا فعلا أعراض التجنب وهذا لتوفر أكثر من ثلاثة أعراض بالنسبة لكل حالة. . و فيما يخص الاستثارة فقد وجدنا أن هناك 7 حالات تمثلت نسبتهم 20% ظهرت عليهم أعراض الاستثارة وقد تراوحت درجاتهم من 5 إلى 18 درجة.

1.2. عرض نتائج الفرضية الثانية:

. تنص الفرضية الثانية على أنه: يوجد اختلاف في ظهور استراتيجيات المواجهة لدى ذوي إعاقة حركية مكتسبة.

ولتحقق من هذه الفرضية تم حساب النسب المئوية لكل إستراتيجية على حدى والجدول الآتي يوضح ذلك:

الحالات	نتائج درجة PTSD	الاستراتيجيات المسيطرة
الحالة الأولى	60	1 التجنب - 2 حل المشكل
الحالة الثانية	44	1 حل المشكل - 2 التجنب
الحالة الثالثة	35	1 التجنب - 2 ت. الذات
الحالة الرابعة	43	1 حل المشكل - 2 ت. الذات
الحالة الخامسة	38	1 التجنب - 2 ت. الذات
الحالة السادسة	42	1 ت. الذات - 2. عادة التقييم
الحالة السابعة	29	1 التجنب - 2 د. الاجتماعي
الحالة الثامنة	37	1 د. الاجتماعي - 2 حل المشكل
الحالة التاسعة	45	1 د. الاجتماعي - 2 حل المشكل
الحالة العاشرة	47	1 حل المشكل - 2 د. الاجتماعي
الحالة الحادية عشر	42	1 التجنب - 2 حل المشكل
الحالة الثانية عشر	36	1 التجنب - 2 حل المشكل
الحالة الثالثة عشر	28	1 التجنب - 2 ت. الذات
الحالة الرابعة عشر	49	1 حل المشكل - 2 ت. الذات
الحالة الخامسة عشر	49	1 التجنب - 2 ت. الذات

الحالة السادسة عشر	41	1 د.الاجتماعي- 2 حل المشكل
الحالة السابعة عشر	32	1 التجنب - 2 إ. التقييم
الحالة الثامنة عشر	51	1عادة التقييم - 2 ت. الذات
الحالة التاسعة عشر	45	1 التجنب - 2 ت. الذات
الحالة العشرون	49	1 حل المشكل - 2 التجنب
الحالة الواحد والعشرون	42	1التجنب 2 د. الاجتماعي
الحالة الثانية والعشرون	44	1 اعادة التقييم - 2 التجنب
الحالة الثالثة والعشرون	39	1 حل المشكل - 2 إ. التقييم
الحالة الرابعة والعشرون	37	1 التجنب - 2 حل المشكل
الحالة الخامسة والعشرون	34	1 حل المشكل - 2 إ. التقييم
الحالة السادسة والعشرون	27	1 التجنب - 2 إ. التقييم
الحالة السابعة والعشرون	33	1التجنب - 2 د. الاجتماعي
الحالة الثامنة والعشرون	49	1 التجنب - 2 حل المشكل
الحالة التاسعة والعشرون	55	1 حل المشكل - 2 التجنب
الحالة الثلاثون	44	1 د. الاجتماعي - 2 ت. الذات
الحالة الواحدة والثلاثون	36	1 إ. التقييم - 2 ت. الذات
الحالة الثانية والثلاثون	37	1 حل المشكل - 2 إ. التقييم
الحالة الثالثة والثلاثون	39	1 التجنب - 2 ت. الذات
الحالة الرابعة والثلاثون	42	1 التجنب - 2 ت. الذات
الحالة الخامسة والثلاثون	37	1 حل المشكل - 2 التجنب

جدول رقم (5) يوضح الإستراتيجية المسيطرة لكل حالة.

من خلال الجدول يتضح أن معظم الحالات استخدموا هذه الاستراتيجيات لتجاوز الضغط بحيث الإستراتيجية الأكثر استخداما هي استراتيجيه التجنب تليها إستراتيجية حل المشكل ثم استراتيجيه الدعم الاجتماعي ثم استراتيجيه إعادة التقييم وفي الأخير استراتيجيه تأنيب الذات و الجدول الموالي يوضح اكثر نتائج الجدول الحالي.

الأبعاد	عدد الحالات حسب كل استراتيجيه	النسبة المئوية	ترتيب الاستراتيجيات
استراتيجيه حل المشكل	10	%28.57	02
استراتيجيه التجنب	17	%48.57	01
استراتيجيه الدعم الاجتماعي	04	%11.42	03
استراتيجيه إعادة التقييم الايجابي	03	%8.57	04
استراتيجيه تأنيب الذات	01	%2.85	05

جدول رقم(6) يوضح عدد الحالات المستخدمة لكل استراتيجيه

. يتضح من خلال الجدول أن أغلبية الحالات استخدموا بالدرجة الأولى استراتيجيه التجنب حيث بلغ عددهم 17 حالة بنسبة %48.57 أما بالنسبة لإستراتيجية حل المشكل فقد بلغ عدد الحالات التي استخدمت هذه الإستراتيجية بالدرجة الأولى 10 حالات بنسبة %28.57 ثم تأتي استراتيجيه الدعم ب 4 حالات تمثلت نسبتهم %11.42 أما استراتيجيه إعادة التقييم الايجابي كانت عدد حالاتها 3 حالات بنسبة %8.57 و أخيرا تأتي استراتيجيه تأنيب الذات و التي كان عدد الحالات التي استخدموا هذه الإستراتيجية بالدرجة الأولى هي حالة واحدة بنسبة %2.85

2. مناقشة نتائج الدراسة:

تمت مناقشة النتائج التي توصلت إليها الدراسة على ضوء الدراسات السابقة و الإطار النظري لكلا المتغيرين.

2.1. مناقشة نتائج الفرضية الأولى:

. حيث نصت الفرضية الأولى على أن: الإعاقة الحركية المكتسبة تؤدي إلى ظهور اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

وبعد الاطلاع على نتائج الدراسة المتمثلة في حساب الدرجة الكلية لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة والنسب المئوية الموضحة في الجداول السابقة تبين لنا أن الفرضية التي مفادها أن الإعاقة الحركية المكتسبة تؤدي إلى ظهور اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، قد تحققت فجميع الحالات توفرت فيهم أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة (PTSD) نتيجة تعرضهم لحوادث جعلتهم يعانون من مستويات مرتفعة من الصدمة الأمر الذي اتضح بعد تطبيق استبيان دافيد سون فالحدث المؤلم يؤدي إلى صدمة نفسية تؤثر سلبا على نفسية الفرد كما تؤثر في طموحاته و تؤدي به إلى زيادة حساسيته ضف إلى ذلك مشاعر الحزن و الانفعال و الاستثارة والتوتر و القلق خاصة عندما يقارن حالته الجسمية بالآخرين وبالتالي فقدان الثقة بالنفس و العجز عن التكيف مع الموقف الجديد كما أن الإعاقة اذا أصابت الفرد فإنها تعوقه عن التكيف مع مجتمعه أو بينته وهذا يزيد من حدة الصراعات النفسية نتيجة التغيرات والظروف الجديدة فيفقد اتزانه وانتماؤه و تهتز شخصيته فالإعاقة تكون نتيجة حادثة مفاجئة وغير متوقعة تحتم عليه خبرات تلتصق بذاكرته فيستجيب لها الفرد بالخوف و العجز و الرعب كما أن شدة انفعال المعاقين مع هكذا حوادث لا تتناسب مع شدة الإصابة فهناك من يصورون المواقف اكبر من حجمها فيصابون بالذعر لأبسط المواقف الحياتية ويملكهم الخوف والهواجس وهذا ما أكده (LAZARUS 1988) فإن الكيفية التي يستجيب بها الفرد للمواقف الضاغطة تعتبر المؤشر الأول للصحة النفسية و الجسدية و ليس الضغط في حد ذاته.

ويرى (BACK 1967) كذلك انه اذا كان المرض العضوي خطيرا ومزمنا فإنه يؤدي حتما إلى الإصابة باضطرابات نفسية كالقلق الاكتئاب و ضغط ويرجع ذلك إلى الأفكار السلبية التي يكونها الفرد عن هذا المرض و من ضمن هذه الأفكار السلبية الشعور بالنقص الذي تتدخل فيه عوامل كثيرة منها العوامل النفسية بالدرجة الأولى.

ويؤكد ليفين (1959)، أن المشكلات النفسية التي يواجهها المعاق حركيا مشكلات خاصة تعكس سوء تكيفه الشخصي اكثر مما تعكسه تأثيرات الإعاقة نفسها فمدى التأثير الذي يشعر به كل فرد يرتبط بما تعني الإعاقة لديه و هذا يرتبط أيضا بالأحداث التي عملت على

تشكيل القيم لديه وطريقة إدراكه لذاته و الإشكال التي تأخذها ردود افعاله الشخصية تؤثر على مستقبله.

والعوامل الاجتماعية أيضا تؤثر على نفسية المعاق و التي يسهم في إبرازها أفراد المجتمع فهم يفترضون أن المعاق شخص اقل منهم لا في العضو الذي فقده فحسب بل تصبح النظرة عامة فيرونه غير عادي وعاجز خاصة اذا كان هذا الشعور من المقربين إليه مما يجعله مضطرب و يمنعه من التكيف الايجابي ويدخله في دوامة من او من خلال ما تم التطرق إليه نلاحظ أن الإعاقة الحركية المكتسبة تؤثر على الفرد المعاق حيث تخلف مجموعة من الآثار السلبية والاضطرابات النفسية في شتى المجالات فيظهر اضطراب الضغط ما بعد الصدمة كردة فعل نتيجة للضغوط المتراكمة والمواقف الضاغطة و ما ينتج عنها من صدمات نفسية والتي تؤدي وبطبيعة الحال إلى ظهور اضطراب الضغط ما بعد الصدمة. وهذا ما يتوافق مع موضوع دراستنا، حيث أن الفرضية العامة الأولى محققة ومنه نستنتج أن الإعاقة الحركية المكتسبة تؤدي إلى ظهور اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

2.2. مناقشة وتحليل نتائج الفرضية الثانية:

. نصت الفرضية الثانية على انه: يوجد اختلاف في ظهور استراتيجيات المواجهة عند المعاقين إعاقة حركية مكتسبة.

وبعد الاطلاع على نتائج كل الحالات المتحصل عليها من استبيان بولهان **PAULHAN** الخاص باستراتيجيات المواجهة فكانت معظم الحالات قد استعملت هذه الاستراتيجيات لتجاوز ضغط المرض، بحيث كانت الإستراتيجية الأكثر استعمالا لديهم و بالدرجة الأولى عند كل الحالات هي استراتيجيه التجنب و هذا ما يتطابق مع دراسة **Finset A et Anderson** التي قام بها في سنة 2000 بدراسة وهي استراتيجيات المواجهة عند المصابين بأمراض دماغية ووجدوا أن الاستراتيجيات المستعملة هي استراتيجيه التجنب وأن لها علاقة دالة مع ظهور الاكتئاب لدى هؤلاء المرضى و قد تؤدي بالمريض إلى عدم الوعي بمرضه والتصرف بطريقة غير طبيعية.

و بالتالي يمكننا القول أن المعاقين حركيا باختلاف اتجاهاتهم ومشاكلهم المرتبطة بالإعاقة ومختلف ضغوط الحياة اليومية يستعملون إستراتيجية الهروب أو التجنب وهذا يرجع إلى قوة الصدمة و نقص التكفل النفسي الفوري بعد الحدث وكذلك طريقة إدراك كل فرد للحدث الصدمي وهذا نتيجة ما يعانيه الأفراد من مواقف ضاغطة التي تحول دون استقرارهم و توازنهم النفسي والاجتماعي بحيث يمثل المشاكل المادية المرتبة الأولى فالمعاق يعاني من نقص في إمكانيات التنقل ودفع تكاليف العلاج سواء الأدوية أو مختلف البرامج لإعادة التأهيل، هذا ما يتسبب في عدم القدرة على تجاوز الحدث الصدمي ولا يستطيعون تلبية احتياجاتهم فأغلبهم يعاني البطالة ويفتقدون لمساكن العيش وكذا مصاعد كهربائية وطرق خاصة بالمعاقين وعدم احترام الأفراد الأصحاء للأولوية الممنوحة لهم للسير كل هذا دفعهم

إلى تجنب كل ما من شأنه أن يعيد خبرة الحدث الصادم ضف إلى ذلك الحصول على عمل بالنسبة للمعاق أصبح من الصعب تحقيقه في ظل الظروف الاقتصادية الراهنة و كذلك المشاكل الاجتماعية بالدرجة الثانية فمن البديهي أن إصابة أي فرد بالإعاقة هي إعاقة لحياة العائلة و الأسرة ككل، وهذا ما تحدثه من خلل واضطراب في العلاقات الأسرية، إضافة إلى الاضطرابات التي تحدث للعائلة جراء إصابة الفرد بالإعاقة من إنكار و غضب و حصره. كما لا ننسى نظرة الجماعة والأصدقاء للمعاق فهي أيضا لها أهمية في حياة المعوق حركيا بحيث شعوره بالنقص جراء مقارنته بالآخرين تجعله يشعر بالدونية وتؤدي به إلى الانعزال والانسحاب عن الغير فالفرق التي يلاحظها الغير في شكل المعوق حركيا وفي قصوره لأداء مهامه يكون لها اثر على شخصيته وانحراف سلوكه عن المعتاد فكل هذه العوامل تدفعه إلى الانسحاب و تجنب الحدث الصادم سواء بالتذكر أو بالحديث عنه. إذن فاستعمال إستراتيجية التجنب ما هي إلا سلوك دفاعي يستخدمها المعاق حركيا لإنكار الحدث الصادم و مشاكل الإعاقة من انفعال، وخوف، وقلق، و عدوانية، و إحباط، و صراع و هذا لحماية ذاته المهددة من طرف الآخرين.

. وقد جاءت إستراتيجية حل المشكل في المرتبة الثانية وتعتبر هي أيضا من بين الاستراتيجيات الفعالة فقد اعتمدت بعض الحالات على هذه الإستراتيجية في معالجة المشكل الذي يعد مصدرا للتوتر. فعندما يدرك الفرد أن الضغوط قابلة للتحكم يستعمل استراتيجيات تتيح له التقرب من المشكل، وتسمح له بتغيير الوضعية محل المواجهة، الشيء الذي يقود إلى تغيير الحالة الانفعالية مباشرة و إيجاد حلول بديلة، وتحديد فعالية هذه الحلول الجديدة ، ثم اختيار واحدة وتطبيقها، ولكن هذا يختلف من فرد لآخر بحيث تلعب السمات الشخصية دور مهم في تجاوز الضغط و ولها اثر على مختلف الاستجابات التي يقوم بها المعاق فنجد فيها القدرات الفردية و تجارب الشخص الحياتية كل هذا يكسبه مميزات نفسية تمكنه من البحث عن المشكل.

ولقد بين كوهين و آخرون (**1964 kohen et al**)، أن الاستراتيجيات المركزة حول المشكل تعمل على التقليل من الضغط المحيطي بما فيه من عراقيل، وأعباء العمل، وغالبا ما تستعمل هذه الاستراتيجيات عندما يكون الفرد واثقا من نفسه، وبإمكانه إحداث تغييرات. ويعني البحث عن المشكل أن الفرد يضاعف بشكل كبير من مجهوداته فيضع خطة عمل يتبعها بهدف الوصول إلى الحل المرغوب فيه.

. أما إستراتيجية الدعم الاجتماعي فهي أيضا تسهم في التخفيف من حدة الاضطراب فقد استخدمت من قبل بعض الحالات، ونقصد بالدعم الاجتماعي ذلك الدور التي تلعبه الأسرة والمجتمع بالدرجة الأولى في مواجهة الاضطراب، فإن الأسرة لها دور أساسي في عملية التكيف عند المعاق حركيا فإحاطة الأسرة بالمعاق و التماسك الذي تؤديه و الدعم و المساندة التي تقدمانه له تمكن هذا الأخير من تجاوز الصدمة و مواجهة الموقف مما يقلص من

الاستجابات السلبية، وعكس ذلك اذا كان المعاق ينتمي إلى أسرة تعرف عدم الاستقرار و التفكك ولا تراعي كيفية التعامل مع المعاق فإن ذلك يزيد من حدة الإصابة. و أما بالنسبة لدور المجتمع فهو أيضا لا يقل أهمية عن دور الأسرة فالمعاق حركيا يحتاج إلى جماعة ينتمي إليها و يتفاعل معها و يحقق من خلالها استجابات ينمي بها ذاته فيشعر بالأمن و التوازن بحيث يرى OLIVIER MICHAEL أن جماعة الأصدقاء من الجماعات الأولية التي يتفاعل معها الفرد و لها تأثير على التوافق الناجح للمعاق و ذلك من خلال تفاعلهم واتجاههم السليم نحو المعاق،

. إن إستراتيجية التقييم الايجابي تلعب هي الأخرى دورا مهما في عملية التخفيف من الاضطراب و التكيف مع الإعاقة كما أن اتجاه المعاق نحو المعاق ايجابي بالدرجة الأولى سواء في المدرسة أو في العمل ويمكن من إعادة تقييم ذاته اذا وجد نفسه أمام نضرائه الذين لا يختلفون عنه في الخصائص الجسمية و النفسية، لذا من الأحسن توفير المراكز و المدارس التعليمية و الترفيهية الخاصة بالمعاقين لأنها تؤثر ايجابيا على المعاق حركيا، و النقص في هذه الإمكانيات و المراكز و التجهيزات من شأنه أن يزيد من الاستجابة السلبية للمعاق كما أن الدعم المعنوي من الأفراد المحيطين ممن هم في مثل وضعيته يساعده على فهم أعمق للمشكل للتمكن من حله، وعليه فان شبكة العلاقات الاجتماعية تعتبر جد هامة حيث أنها تساعد الفرد على مقاومة الضغوطات.

وفي هذا الساق يشير كالن (Callan 1993) إلى أن قدرة الفرد على التحكم في الموقف الضاغط ترجع إلى إعادة التقييم الإيجابي لقدراته وإمكاناته، وأن الأفراد الذين يفشلون في مواجهة الضغوط تكون لديهم إعادة تقييم معرفي سلبي لقدراتهم وإمكاناتهم على مواجهة الضغوط، ويدركون أنفسهم على أنهم عاجزين وليس لديهم القدرة على التحكم في الموقف الضاغط، فعن عبد العظيم حسين (2006) يشير أشفورد (Ashford 1988) إلى أن الأفراد الذين لديهم إعادة تقييم سلبي لقدرات وإمكانات المواجهة لديهم يكون لديهم نقص في الضبط أو التحكم الانفعالي وهذا يؤدي بهم إلى الشعور بالغضب والاكتئاب و بالتالي الوقوع في اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

. أما ما يفسر استخدام الحالات لإستراتيجية تأنيب الذات هو قابلية المعاق حركيا تصديق ما آلت إليه حالته وهذا بعد الحدث مباشرة فهو يحول كل انفعالاته الغير سوية إلى نفسه ويستعمل العدوان محاولا بذلك لوم نفسه وعقابها بطريقة غير مباشرة وقد يرتبط تأنيب الذات بعجزه عن تحقيق أهدافه في مختلف المجالات وعدم سير الأمور الحياتية بالصورة التي كان يتوقعها وكذلك شعوره بالقلق الشديد للمستقبل.

. وهكذا يمكننا أن نحكم أن جميع الحالات استخدموا جميع الاستراتيجيات في مواجهة المواقف الضاغطة إلا أن إستراتيجية التجنب استخدمت بالدرجة الأولى لدى عينة الدراسة

لأن عدم وجود تكفل نفسي ودعم اجتماعي لمختلف المشاكل المرتبطة بالإعاقة تجعل استراتيجيه التجنب الإستراتيجية الأكثر استعمالا للتخفيف من حدة الاضطرابات النفسية المختلفة.

خاتمة

هف البحث الحلي إلى تسليط ضوء والكف عن إستراتيجيت المواجهة، وضطراب لضغط ما اضطراب لضغط ما بعد لصدمة عند المعاقين - إعاقة حركية مكتسبة - إثر حادثة أو نتيجة لوض، نتيجة لوض، وهذا بهف التوف على أهمية هذه المتغيرات ودورها الأسلي في مرحلة ما بعد لإصابة مرحلة ما بعد لإصابة التي تعتبر جد أساسية في حياة المعاق.

فالتمتع صحة نفسية جيدة باستعمال استراتيجيت مواجهة مناسبة قد يحد من درجة (PTSD)، (PTSD)، ويدفع بالمعاق حركيا إلى الأمام، حيث يجعله يتكيف و يزول حياته و يلتزم بالتعليمت والصالح الطبية التي تعتبر أساسية من أجل الوصول على أكبر نسبة من الاسترجاع الاسترجاع الوظيفي والاستقلالية الوظيفية وتفدي التعقيبات والمضاعفت التي قد تؤدي بالمرضى إلى اضطرابات نفسية حادة.

إن من لظوري أن يتوف المعاق والطاقم الطبي والشبه الطبي وعائلة الموض و المجتمع ككل المجتمع ككل على ماهية اضطراب لضغط ما بعد لصدمة (PTSD) واستراتيجيت المواجهة كسمة جد المواجهة كسمة جد مهمة وأساسية في شخصية الفرد، وهذا من أجل إدراجهما في برنامج إعادة إعادة التأهيل الوظيفي للوصول على أحسن النتائج وتجنب لاضطرابات النفسية التي قد يقع فيها يقع فيها المرضى إثر إصابته، مما يزيد في تأزم الموقف.

وتأني نتائج هذا البحث متفقة مع بعض الدراسات التي أجريت حول هذا الموضوع، كما اختلفت مع اختلفت مع البعض الآخر، وانطلاقا من نتائج البحث الحلي الذي اهتم بمخفف جوانب المعاق، لاحظنا المعاق، لاحظنا وجود بعض النقائص التي تلازم هذه الشريحة من المجتمع و التي قد يكون لها الأثر يكون لها الأثر في تقبل لإعاقة و التأقلم معها ومن ضمن هذه النقائص نجد قص المركز لصحية و لصحية و كذا التكفل النفسي و الاجتماعي، و هذا الأخير إذا تحقق يجعل المعاق يبرك قدراته قدراته وحدودها ليستطيع مواصلة حياته، كما لا بد من تغيير نظرة المجتمع لهم، ومحاولة إدماجهم إدماجهم فيه يجعلهم يشعرون بالانتماء إليه، وتلك بتشجيعهم على القيام بأدوار معينة في حدود حدود إمكانياتهم، ليشعروا بأنهم أشخاص فاعلين، مما يشجعهم على تكوين علاقت و التفاعل مع التفاعل مع الآخرين وتحقيق الأسجام مع ذاتهم و بيئتهم.

الاقتراحات:

- نشر التوعية حول الأمراض المزمنة كالسكري لتفلي الإعاقات الناتجة عن عدم المتابعة النفسية.
- المتابعة النفسية.
- التوعية حول استراتيجيات تفلي حولت المرور التي تعد مصدر الأول لهذه الإعاقات.
- الإعاقات.
- تكوين مختصين عياديين في لخدمة للتكفل النفسي الفوري بعد الحلت.
- تصميم برامج علاجية لرشادية.
- إجراء دراسات في علم النفس العيادي تهتم ببناء البرامج العلاجية للتكفل بفئة المعاقين.
- أهمية ادماج المعاقين حركيا في المجتمع من خلال توفير مظب شغل تتوافق و قدراتهم.
- قدراتهم.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

1. السهيلي، عبد الله. (2008). أساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى الشباب من المترددين على مستشفى الطب النفسي. مكة: جامعة أم القوي.
2. بركت، سعيد مطاع. (2007). الإسعاف النفسي الأولي لضحايا الصدمات و الكوارث. الكوارث. دمشق.
3. بن جواد، عبد الحكيم المطر. (1996). التربية البدنية التأهيلية والشلل الدماغي. ط1. دار الفكر العربي.
4. بوتلجة، وندلوس نسيمه. (2002). أثر المتغيرات النفسية الإجتماعية على الإستجابة للعلاج الكيميائي لدى مرضى السرطان. الجزائر.
5. بوحوش، عمار. (1984). دليل الباحث في المنهجية و كتابة الرسائل الجامعية. الجزائر: المؤسسة الوطنية للفنون المطبعية.
6. حسون، تيسير. (2008). اضطراب الشدة ما بعد الصدمة. دمشق.
7. الخنوزة، صوي أحمد السعيد عبد المجيد. (1991). رعاية الطفل المعوق صحيا نفسيا نفسيا واجتماعيا. مصر: دار الفكر العربي.
8. خيريك، رشا. (2008). تقييم عوامل الأنا لدى شباب فلسطين ومواجهة الاحداث الصادمة. م 15. ع2. مجلة الجامعة الإسلامية.
9. الروسان، فروق. (2001). سيكولوجية الأطفال الغير عاديين مقدمة التربية الخاصة. عمان: دار الفكر للطباعة و النشر و التوزيع.
10. ريش، اسامة. (2000). رياضة المعاقين الاسس الطبية و الرياضية. ط1. مصر: دار الفكر العربي.
11. زرواتي، رشيد. (2008). تدريبات على منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية. ط3. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
12. السمدوني، عبد الرحمن. (1990). ادراك المتفوقين عقليا للضغوط و الاحتراق النفسي النفسي في الفصل المدرسي وعلاقته بالمتغيرات. بحث مقدم في المؤتمر السلس لعلوم النفس كلية التربية. مصر: جامعة الفيوم.
13. شويخ، هناء أحمد. (2007). أساليب تخفيف الضغوط النفسية الناتجة عن الأورام السرطانية. مصر: ايتراك للنشر و التوزيع.

قائمة المراجع

14. صابر عوض، فاطمة. (2002). أسس ومبادئ البحث العلمي. ط1. مصر: مكتبة ومطبعة.
15. صلح، ابراهيم محمد. (2006). مقدمة في الاعاقة الحركية. ط1. دار البداية نثرون نثرون وموزعون.
16. لصفى، عصام حمدي. (2007). الاعاقة الحركية و الشلل الدماغي. الأردن: دار الحامد الحامد للنشر و التوزيع.
17. طروق، عبد الرؤوف علمر. ربيع، عبد الرؤوف محمد. (2008). الاعاقة الحركية. بيروت: بيروت: دار النهضة العربية.
18. الطلي، عبد المجيد حسن. (2009). طرق التعامل مع المعوقين. ط1. الأردن: دار الحامد للنشر و التوزيع.
19. طه، عبد العظيم حسين. سلامة، عبد العظيم. (2006). إستراتيجيات إدارة الضغوط التربوية والنفسية. القاهرة: دار الفكر.
20. الظاهري، قطان لحد. (2008). الاعاقة الجسمية و الصحية. ط1. دار وائل للنشر. للنشر.
21. عبد المجيد، عدل محمد. (2002). العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات. ط1. مصر: دار الرشاد.
22. عبد المطي، حسن صطفى. (2005). الاعاقة الجسمية. بيروت: دار النهضة العربية. العربية.
23. العجيلي، ثدى عبد البقي. (2005). دراسة مقارنة في الضغوط النفسية لدى الطلبة في العراق ونضرائهم في الاردن. كلية التربية. بغداد: جامعة بغداد.
24. عميرة، ابراهيم. (1981). حتى نفهم البحث التربوي. القاهرة: دار المعاف.
25. العيسوي، عبد الرحمن محمد. (1997). علم النفس الفسيولوجي دراسة في تفسير السلوك الانساني. مصر: دار المعرفة الجامعية.
26. غسان، يعقوب. (1999). سيكولوجية الحروب و الكوارث ودور العلاج النفسي الضغط الضغط ما بعد الصدمة. بيروت: دار الفارابي.
27. فرحت، محمد السيد. (2004). سيكولوجية مبتوري الأعضاء. مصر: مكتبة زهراء الشرق. الشرق.
28. فهى، السيد علي محمد. (2008). الإعاقات الحركية. مصر: دار الجامعة الجديدة للنشر. للنشر.

قائمة المراجع

29. القذافي، محمدروضن. (1994). سيكولوجية الاعاقة. ليبيا: منشورات الجامعة المفتوحة.
30. القرطي، عبد المطلب أمين. (2001). سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة و تربيتهم. ط3. القاهرة: دار الفكر العربي.
31. كمر، صلح الشيخ. (1996). الجوانب الطبية و النفسية للتخلف العقلي. الجزائر: دار دار النهضة للطباعة.
32. ماجدة، السيد عبيد. (1999). الاعاقة الجسمية. الأردن: دار لصفاء للنشر والتوزيع. والتوزيع.
33. موسى، عبد الحميد. (1976). الارشاد و التوجيه التربوي. القاهرة: مكتبة الغلجي. الغلجي.
34. المركز الوطني للوقاية و الامن عبر الطرقات. (2004).
35. معمريه، بشير. (2009). بحوث ودراسات متخصصة في علم النفس. الجزائر: منشورات الحبر.
36. منى، حديدي. الخطيب، جمال. (2004). برنامج تدريبي للأطفال المعاقين. ط1. عمان: دار عمان: دار الفكر.
37. المهدي، محمد. (2004). الحرب ما بعد الصدمة لدى الأطفال آفاق العلاج و التشخيص. دمشق.
38. ميخائيل، أسعد. (1994). علم الاضطرابات السلوكية، ط1، بيروت: دار الجبر.
39. الذابلي، محمد احمد. (1991). الصدمة النفسية و علم النفس و الكوارث و الحروب، الحروب، بيروت: دار النهضة العربية.
40. النوصرة، حسن محمد. (2006). منخل في التأهيل البدني لذوي الاحتياجات الخاصة. الخاصة. ط1. مصر: دار الوفاء لدنيا للطباعة و النشر.
41. الهواملة، حبلس. (2003). سيكولوجية الأطفال الغير عاديين (الاعاقة الحركية). القاهرة: دار الفكر العربي. الرسائل:
42. عبد الرحيم، هالة شوقي. (2001). مدى فاعلية برنامج إرشادي لخفض درجة الضغوط النفسية لدى الطالبات بالمدن الجامعية جامعة حلوان. رسالة ماجستير معهد الدراسات العليا للطفولة. القاهرة: جامعة عين شمس.

قائمة المراجع

43. البحرولي، احمد. (2003). الضغوط النفسية و الاجتماعية المدرسية واساليب المواجهة، رسالة ماجستير. قسم الدراسات العليا للطفولة. القاهرة: جامعة الأزهر.
44. بغيحة، ليس. (2005). استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية و علاقتها بمستوى بمستوى القلق و الإكتئاب لدى المعاقين حركيا. رسالة ماجستير في علم النفس الاجتماعي. جامعة الجزائر.
45. بوبجة، سمية. (2002). علاقة أساليب المقاومة بالضغط ما بعد الصدمة عند أعوان الأمن الوطني " دراسة مقارنة ". منكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي. جامعة الجزائر.
46. بوعافية، نبيلة. (2002). الضغط المهني عند المديرين و علاقه باستراتيجيات المقاومة و تقدير الذات. رسالة ماجستير في علم النفس. جامعة الجزائر.
47. حقي، قروي. (2003). اساليب مواجهة الضغوط لدى طلاب الاعدادية الثانوية، دراسة مقارنة بين الريف و الحضر. رسالة دكتورا قسم الدراسات النفسية و الاجتماعية. القاهرة: جامعة عين شمس.
48. الحولجي، أحمد. (2003). مدى فاعلية برنامج ارشادي مقترح لتخفيف من آثار الصدمة. رسالة ماجستير. غزة: الجامعة الإسلامية.
49. الزروق، فطمة الزهراء. (1997). الكفالة النفسية للمصابين بداء السكري استراتيجيات المقاومة الفعالة لتحقيق التوافق النفسي الاجتماعي. رسالة ماجستير في علم النفس العيادي. جامعة الجزائر.
50. زهران، نيفين محمد. (2003). وجهة الضبط و علاقتها بالضغوط النفسية واساليب الالباء في تنشئة الابناء لدى عينة من المراهقين من الجنسين. رسالة ماجستير. القاهرة: جامعة عين شمس.
51. طبي، سهام. (2005). انماط التفكير و علاقتها باستراتيجيات مواجهة الضغوط التالية التالية للصدمة لدى عينة مصابة بالحروق. رسالة ماجستير تخص علم النفس المعرفي. باتنة: المعرفي. جامعة العقيد الحاج لخضر.
52. عبطة، ضيعان ظاهر. (2009). الاضطرابات النفسية الناتجة عن الصدمات النفسية النفسية. رسالة ماجستير.
53. عطور، دليلة. (1997). الضغط النفسي الاجتماعي لدى المرضى. دراسة تطبيقية تحليلية. رسالة ماجستير في علم النفس العيادي. جامعة الجزائر.
54. مصولي، نوار. (2003). استراتيجيات المقاومة عند المصابين بداء السكري الخاضعين للأنسولين. رسالة ماجستير في علم النفس العيادي. جامعة الجزائر.

قائمة المراجع

55. ولد يحي، عودية حورية. (2002). علاقة الضغط النفسي باستراتيجيات المقاومة و الإكتئاب عند المصابين بمرض الربو. رسالة الماجستير في علم النفس الاجتماعي. جامعة جامعة الجزائر.

المجلات:

56. مكتب الإنماء الاجتماعي. (2001). سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية واضطرابات واضطرابات الضغوط التالية للصدمة. ط1. الكويت: الديوان الأموي.

القواميس :

57. المنهل في اللغة والإعلام. (2004). ط3، بيروت: دار الشروق.

المراجع بالاجنبية:

58. Folkman and R. Lazarus. (1984). **Stress appraisal and coping**. NEYW-YORK: speinger.

59. Arthur, S reber. (1987). **dictionary of psychology**. the penguin. England.

60. Colmean, J C. Morris and G. Gloras. (1987). **AG contemporary psychologie and effective behavior**. 6th. Ed. Seott foeman and comp.

العلماء حقا

الملاحق

الملحق رقم (01) مقياس المواجهة لبولهان

في اطار اعداد منكرة تخرج لنيل شهادة الماستر بعنوان استراتيجيات مواجهة لخطر اضطراب لخط ما بعد لخط ما بعد لصدمة نرجو منكم اثناء هذا البحث بلإجابة على بنود المقياس.

الاسم..... السن..... الحالة الاجتماعية.....

مدة الإعاقة..... نوع الإعاقة..... سبب الإعاقة

المكان.....

1 - صف موقفا عشته خلال الأشهر الأخيرة (موقف مسك بالأص أو لزعك).

.....

.....

.....

الرقم	البنود	نعم	تقريبا نعم	لا	تقريبا لا
01	وضعت خطة عمل واتبعتها				
02	تمنيت لو كنت أكثر تفؤلا				
03	حشيت شخصا عما أحست به				
04	كفقت لتحقيق ما أريد				
05	تغوت لى الأهن				
06	تناولت الأمور واحدة بواحدة				
07	تمنيت لو استطعت تغيير ما حدث				
08	تضايقت لعدم قدرتي على تجنب المشكلة				
09	ركوت على جلب اجلي التي يمكن أن يظهر فيما بعد				
10	تناققت مع شخص لأعف أكثر عن الموقف				
11	تمنيت لو حشيت معجزة				
12	خرجت أكثر قوة من المضية				
13	غوت الأمور حتى ينتهي كل شيء بسلام				
14	أثبت نفسي				
15	احتقلت بمشاعوي لنفسي				
16	تفوضت لأصل على شيء ايجلي من الموقف				
17	حطت أو تخليت مكانا أفضلى من الذي كت فيه				

الملاحق

				18	لي حاولت عدم التصرف بتسرع أو اتباع أول فكرة خطت لي
				19	رضيت التصديق ان هذا حدث فعلا
				20	أدركت بأنني سبب المشكلة
				21	حاولت عدم البقاء لوحدي
				22	فكوت في أمور خيالية أو وهمية حتى أكون أحسن
				23	قبلت عطف أو تفاهم شخص
				24	وجدت حلا أو حلين للمشكلة
				25	حاولت نسيان كل شيء
				26	تمنيت لو استطعت تغير موقفي
				27	عرفت ما ينبغي القيام به وضاعجت مجهوداتي وبللت كل ما يوسعي للوصول إلى ما اريد
				28	عظمت شيء في ذاتي من أجل أن أتحمل للضعية بشكل أفضل
				29	أنقذت نفسي و نجيتها

الملاحق

الملحق رقم (02) مقياس الضغط ما بعد الصدمة المعد من طرف دافيدسون

4	3	2	1	0	الرقم	الخبرة الصادمة
					1	هل تتخيل صور وتكريات وأفكار عن الخبرة لصادمة؟ لصادمة؟
					2	هل تحلم لأحلام مزعجة تتعلق بالخبرة لصادمة؟
					3	هل تشعر بمشاعر فجائية أو خبرات بان ما حدث لك سيحدث مرة سيحدث مرة أخرى؟
					4	هل تضيق من الأشياء التي تنكرك بما توخت له من خبرة من خبر تصادمة؟
					5	هل تتجنب الأفكار أو المشاعر التي تنكرك بالحدث لصادم؟ لصادم؟
					6	هل تتجنب الموقف والأشياء التي تنكرك بالحدث لصادم؟ لصادم؟
					7	هل تعلمي من فقدان الذاكرة للأحداث لصادمة التي توخت توخت لها
					8	هل لديك صعوبة في التمتع بحياتك و النشاطات اليومية التي التي توخت لها؟
					9	هل تشعر بالعزلة و بئك بعيد و لا تشعر بالحب تجاه الآخرين الآخرين أو الانبساط؟
					10	هل فقت الشعور بالحزن و الحب (تك متبلد الإحس) (الإحس)
					11	هل تجد صعوبة في نخيل بقلك على قيد الحياة لفترة طويلة طويلة لتحقق أهدافك في العمل، الزواج و إنجاب الأطفال؟ الأطفال؟
					12	هل لديك صعوبة في النوم او البقاء نائما؟
					13	هل تزداد نوبت من التوتر و الغضب؟
					14	هل تعلمي من صعوبة في التركيز؟

الملاحق

					هل تشعر بئك على حافة الانهيار ومن السهل تشتيت انتباهك؟ انتباهك؟	15
					هل تستنار لأتفه الأسباب و تشعر دائما بئك متحفز و متوقع متوقع الأسوأ؟	16
					هل الأشياء و الأشخاص الذين الذين يذكرونك بالخبرة لصادمة لصادمة يجعلك تعلي من نوبة من ضيق النفس و الوعثة و الرعشة و العرق الغزير و سوعة في ضربت قلبك؟	17

الملاحق

الملحق رقم (01) مقياس المواجهة لبولهان

في اطار اعداد منكرة تخرج لنيل شهادة الماستر بعنوان استراتيجيات مواجهة لخطر اضطراب لخط ما بعد لخط ما بعد لصدمة نرجو منكم اثناء هذا البحث بلإجابة على بنود المقياس.

الاسم..... السن..... الحالة الاجتماعية.....

مدة الإعاقة..... نوع الإعاقة..... سبب الإعاقة

المكان.....

1 - صف موقفا عشته خلال الأشهر الأخيرة (موقف مسك بالأص أو لزعك).

الرقم	البنود	نعم	تقريبا نعم	لا	تقريبا لا
01	وضعت خطة عمل واتبعتها				
02	تمنيت لو كنت أكثر تفؤلاً				
03	حشيت شخصاً عما أحست به				
04	كلفت لتحقيق ما أريد				
05	تغوت لى الأهن				
06	تناولت الأمور واحدة بواحدة				
07	تمنيت لو استطعت تغيير ما حدث				
08	تضايقت لعدم قدرتي على تجنب المشكلة				
09	ركوت على جلب اجلي التي يمكن أن يظهر فيما بعد				
10	تناققت مع شخص لأوقف أكثر عن الموقف				
11	تمنيت لو حشيت معجزة				
12	خرجت أكثر قوة من المضعية				
13	غوت الأمور حتى ينتهي كل شيء بسلام				
14	أثبت نفسي				
15	احتظت بمشاعوي لنفسي				
16	تفوضت لأصل على شيء ايجلي من الموقف				

الملاحق

				17	حطت أو تخيلت مكانا أفضل من الذي كنت فيه
				18	لي حاولت عدم التصوف بشروع أو اتباع أول فكرة خطرت لي
				19	رضت التصديق ان هذا حدث فعلا
				20	أدركت بأنني سبب المشكلة
				21	حاولت عدم البقاء لوحدي
				22	فكرت في أمور خيالية أو وهمية حتى أكون أحسن
				23	قبلت عطف أو تفاهم شخص
				24	وجدت حلا أو حلين للمشكلة
				25	حاولت نسيان كل شيء
				26	تمنيت لو استطعت تغير موقفي
				27	عرفت ما ينبغي القيام به وضاعجت مجهوداتي وبللت كل ما يوسعي للوصول إلى ما أريد
				28	عذت شيء في ذاتي من أجل أن أتحمل الضعية بشكل أفضل
				29	أنقذت نفسي و نجيتها

الملحق رقم (02) مقياس الضغط ما بعد الصدمة المعد من طرف دافيدسون

الملاحق

4	3	2	1	0	الرقم
دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا	الخبيرة الصاعدة
					1 هل تتخيل صور وتكريكات وأفكار عن الخبرة لصادمة ؟ لصادمة ؟
					2 هل تحلم لألام مزعجة تتعلق بالخبرة لصادمة ؟
					3 هل تشعر بمشاعر فجائية أو خبرات بان ما حدث لك سيحدث مرة سيحدث مرة أخرى ؟
					4 هل تضيق من الأشياء التي تنكرك بما توخت له من خبرة من خبر تصادمة ؟
					5 هل تتجنب الأفكار أو المشاعر التي تنكرك بالحدث لصادم ؟ لصادم ؟
					6 هل تتجنب الموقف و الأشياء التي تنكرك بالحدث لصادم ؟ لصادم ؟
					7 هل تعلي من فقدان الذاكرة للأحداث لصادمة التي توخت توخت لها
					8 هل لديك صعوبة في التمتع بحياتك و النشاطات اليومية التي التي توخت لها ؟
					9 هل تشعر بالعزلة و بئك بعيد و لا تشعر بالحب تجاه الآخرين الآخرين أو الانبساط ؟
					10 هل فقت الشعور بالحزن و الحب (نك متبلد الإحس) (الإحس)
					11 هل تجد صعوبة في نخيل بقلك على قيد الحياة لفترة طويلة طويلة لتحقق أهدافك في العمل، الزواج و إنجب لأطفال ؟ الأطفال ؟
					12 هل لديك صعوبة في النوم او البقاء نائما ؟
					13 هل تنتلبك نوبت من التوتر و الغضب ؟
					14 هل تعلي من صعوبة في التركيز ؟
					15 هل تشعر بئك على حافة الانهيار ومن السهل تشققت انتباهك ؟ انتباهك ؟

الملاحق

					هل تستثار لأتفه الأسباب وتشعر دائماً بئك متحفز و متوقع متوقع الأسوأ ؟	16
					هل الأشياء و الأشخاص الذين الذين يتكرونا بالخبرة لصلامة لصلامة يجعلك تعلي من نوبة من ضيق النفس و الوعثة و الرعشة و العرق الغزير وسوعة في ضربت قلبك ؟	17