الضغوط النفسية لأمهات كل من الأطفال ضعاف السمع والأطفال زارعي القوقعة

إعداد

الباحثة / **فايزة أحمد محمد مكاوي**[١]

إشـــراف

أ.د. خالد عبد الرازق النجار
أستاذ علم النفس ورئيس قسم العلوم النفسية
كلية التربية للطفولة المبكرة
جامعة القاهرة

أ. م. د. هند إسماعيل إمبابي
أستاذ مساعد بقسم العلوم النفسية
كلية التربية للطفولة المبكرة
جامعة القاهرة

المقدمة

تعتبر الأسرة هي البيئة الأولى التي تتلقى الطفل وتؤثر في تكوين شخصيته بشكل صحيح، وكل أسرة تكون لها تآملات في طفلها قبل ولادته؛ حيث يتمنى كل والدين أن يرزقا بطفل صحيح البدن ويتمتع بالذكاء والفطنة، وغالبا ما يصاب أفراد الأسرة بالصدمة نتيجة ميلاد الطفل المعاق، ثم تنتقل من الصدمة للإنكار ومنه لقبول الأمر الواقع ومنه للبحث عن الخدمات المساعدة وطرق تقديم الدعم للطفل.

وغالبا ما تقابل الأسرة العديد من المعوقات في التعامل مع طفلها المعاق وفي سبل تقديم الدعم له، وتختلف تلك المعوقات باختلاف نوع الاعاقة التي يعاني منها الطفل.

وتؤثر تلك المعوقات ومدى تغلب أفراد الأسرة عليها أو تأقلمهم معها بشكل كبير على طرق تواصلهم مع طفلهم ومدى توافقه مع مجتمعه، وتختلف طبيعة الضغوط التي يتعرض لها أفراد الأسرة بإختلاف نوع وطبيعة الإعاقة التي يعاني منها أطفالهم.

---

[١] **باحثة دكتوراه بكلية التربية للطفولة المبكرة – جامعة القاهرة**

مشكلة الدراسة:

تعد حاسة السمع من أهم الحواس لدى الإنسان؛ حيث نسمع بآذاننا وندرك بعقولنا ونستجيب بلساننا أو إيماءاتنا وأجسادنا، وتعمل الأذن بأجزائها على استقبال ونقل الصوت وتحويله إلى نبضات كهربائية يفسرها المخ كأصوات لها معنى، وإذا حدث تلف أو قصور في شكل أو وظيفة أحد أجزائها فإنه يؤدي للإعاقة السمعية سواء كانت صمم Deaf أو ضعف سمع بدرجاته المختلفة Hard of hearing، وعندما يحدث ضعف السمع بدرجاته فإننا نلجأ للأجهزة المعاونة، سواء السماعات الطبية أو القوقعة الإلكترونية، وكل منهما تحتاج لأسلوب تعامل مختلف حتى يساعدوا في تفاعل الطفل مع مجتمعه.

وتتحمل الأمهات العديد من الضغوط المرتبطة بظروف طفلها وبطبيعة المعين السمعي أو جهاز القوقعة الذي يستخدمه، إضافة لتحملها نظرة المجتمع لطفلها، وتتحدد مشكلة الدراسة في التساؤل التالي:

- ما طبيعة الضغوط النفسية التي يتعرض لها كل من أمهات الأطفال بمعين سمعي وأمهات الأطفال زارعي القوقعة؟
- هل توجد فروق جوهرية بين أمهات الأطفال ضعاف السمع وأمهات الأطفال زارعي القوقعة في الضغوط النفسية التي يتعرضن لها؟

أهداف البحث:

١. تهدف الدراسة الحالية إلى التعرف على الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال بمعين سمعي وأمهات الأطفال زارعي القوقعة.

٢. التعرف على تأثير المعين السمعي والقوقعة الإلكترونية على مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال.

أهمية البحث:

١- ترجع أهمية البحث من أهمية المتغيرات التي يتناولها حيث أنه يسعي إلى معرفة مدى الضغوط النفسية التي تتعرض لها أمهات الأطفال.

٢- تلقي الضوء على فئة هامة جداً لمساعدة الأطفال في التكيف مع المجتمع المحيط؛ حيث غالبًا ما تكون الأم نافذة الطفل لتقبل العالم المحيط والتكيف معه.

٣- يمكن الاستفادة من نتائج الدراسة في وضع البرامج الإرشادية اللازمة من قبل المتخصصين لتقليل الضغوط النفسية لديهم.

التعريف الإجرائي لمصطلحات البحث:

١ – الضغوط النفسية:

تعرف إجرائياً بالدرجة التي تحصل عليها الأم على بنود مقياس الضغوط النفسية لأمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة والتي تقاس من خلال الأبعاد التالية (أعراض نفسية عضوية، ومشاعر يأس واحباط، ومشكلات معرفية ونفسية للطفل، ومشكلات أسرية وإجتماعية، والقلق على مستقبل الطفل، ومشكلات الأداء الاستقلالى للطفل، وعدم القدرة على تحمل أعباء الطفل، والدرجة الكلية).

٢. أمهات الأطفال زارعي القوقعة: تعرفهم الباحثة بأنهم " أمهات الأطفال الذين كانوا يعانون من ضعف سمع بدرجة من شديدة لعميقة، وتم إجراء عملية زراعة القوقعة لهم.".

٣. أمهات الأطفال ضعاف السمع: تعرفهم الباحثة بأنهم " أمهات الأطفال الذين يعانون من أحد درجات ضعف السمع المختلفة، ويستخدمون السماعات الطبية كمعينات سمعية.".

حدود الدراسة

حدود مكانية

تم اختيار عينة الدراسة من الأمهات من الأماكن التالية:

- مدرسة الأمل للصم وضعاف السمع بحلوان.
- مركز طموح للتخاطب بطنطا.
- وحدة التخاطب بالمستشفى الجامعي بطنطا.
- مدرسة الصفا للتعليم الأساسي بالقيراطيين.

الحدود البشرية

تكونت عينة الدراسة من:

تتكون عينة البحث من ١٠ أمهات للأطفال زارعي القوقعة، و١٠ أمهات للأطفال ضعاف السمع.

شروط اختيار العينة

تم اختيار العينة وفق الشروط التالية:

١. متوسط عمر الأمهات ٣٥ سنة.

٢. ألا يعاني أطفالهن من إعاقات أخرى.

الحدود الزمنية

تم تطبيق الدراسة في مدة زمنية ٦ أسابيع.

الإطار النظري والدراسات السابقة

أولا ضعف السمع

ليست الأذن هي الشكل الخارجي الظاهر منها؛ ولكنها تتكون من ٣ أجزاء أساسية، الأذن الخارجية والأذن الوسطى والأذن الداخلية، تعمل جميعها معًا في تناغم لحدوث عملية السمع، وإذا ما حدثت مشكلة في أي من تلك الأجزاء يسبب ضعف السمع بأنواعه ودرجاته المختلفة، ويشير العديد إلى أن الضعف السمعي هو " فقدان جزء من القدرة السمعية أو وجود بقايا سمعية؛ بما يتيح لعضو السمع أن يقوم بوظيفته؛ سواء باستخدام المعينات السمعية أو بدونها، مما يمكن ضعيف السمع من إدراك الكلام والتواصل به في حدود مقدرته السمعية.

(الزعبي، ٢٠٠٣: ١٥١) (الزهيري، ٢٠٠٧: ١٥٣) (مختار، ٢٠١٠: ٢٢) (الصفدي، ٢٠١٣: ١٥)

مما سبق يتضح أن الإختلاف بين الصمم وضعف السمع ليس في درجة فقدان السمع فقط؛ وإنما في القدرة على فهم وإدراك الكلام والقدرة على التواصل اللفظي.

وتستخدم المعينات السمعية أو القوقعة الإلكترونية كعوامل مساعدة للطفل ضعيف السمع حتى يسمع ويتواصل مع المحيطين له.

السماعات الطبية

ظهرت السماعات الطبية في الستينيات من القرن العشرين، وذلك بتعاون أخصائيي السمعيات وتأهيل الطفل، وقد كان الأطفال الصغار يرتدون السماعات الطبية؛ بينما يرفض الأكبر سنا ارتدائها، وكان الجميع يرتدوها داخل الفصول الدراسية فقط، وقد تطورت السماعات الطبية كثيرًا، وتعددت أشكالها وأنواعها وأسعارها، وعلى الأسرة أن تراجع أخصائي السمعيات قبل اختيار السماعة المناسبة للطفل، وقد تكون السماعة بأذن واحدة أو بالإثنتين تبعا لطبيعة الفقد السمعي للطفل.

والسماعات الطبية نظام يقوم بتكبير الصوت لذوي الضعف السمعي، وذلك لتحسين استقبالهم للمثيرات السمعية؛ بما يسهم في نمو الإدراك السمعي لديهم، وتفيد السماعات الطبية معظم الأطفال ضعاف السمع بدرجاتهم المختلفة؛ أكثر من ٩٠% من الأطفال الذين تتراوح نسبة الفقد السمعي لديهم ما بين ٤١ – ٩٠ ديسيبل يستخدمون السماعات الطبية بأنواعها، وحوالي ٧٧% من الذين تتراوح لديهم أكثر من ٩٠ ديسيبل يستخدمون السماعات الطبية، كل بما يناسب نسبة الفقد لديه.

ولو أن المعينات السمعية لا تؤثر بدرجة كبيرة في تحسين القدرات السمعية لدى حالات ضعف السمع المركزي؛ إلا أنها تفيد في تنشيط مراكز السمع بالمخ.

وللسماعات الطبية العديد من الأشكال؛ منها ما يوضع خلف الأذن، أو داخل الأذن، وقد ارتبط قديما كبر حجم السماعة بشدة الفقد السمعي؛ لكن حاليا وجدت سماعات صغيرة الحجم توضع داخل الأذن لذوي فقد السمع الشديد، وتتكون سماعة الأذن من ٣ أجزاء، هي:

١. **الميكروفون:** وهو الجزء الذي يلتقط الموجات الصوتية.
٢. **مكبر الصوت:** وهو الذي يكبر الصوت ليناسب درجة الفقد السمعي للطفل.
٣. **البطارية:** هي مصدر الطاقة بالسماعة، وتتراوح مدة صلاحيتها من ١٠ أيام لأسبوعين.

(Hallahan & Kauffman, 1982: 263-264) Brueggmann, 2002: 242-244) (Soliman, 2012) (Aboelhadid, 2009)

- **شروط ارتداء السماعات الطبية:**

١. أن تتناسب كفاءة تكبير السماعة مع درجة الفقد السمعي للطفل.
٢. أن يرتدي الطفل السماعة كل الساعات المستيقظ فيه " حوالي ١٦ ساعة".
٣. ألا يعرض الطفل السماعة للماء؛ سواء أثناء الاستحمام أو السباحة.

وإذا ما ارتدى الطفل السماعة الطبية لمدة ٦ شهور، وكان شديد الضعف السمعي ولم تفيده السماعة الطبية في توظيف البقايا السمعية لديه وفي استقباله للمثيرات السمعية؛ فإنه يلجأ لاجراء زراعة القوقعة، وتختلف السماعة عن القوقعة في أنها تعتبر مكبر للصوت؛ بينما تعد القوقعة ناقل للصوت.

(Hunt & Marshal, 2002: 33) (Rushmer, 2003: 406- 407) (Veugen, Hendrikse, Wanrooij, Agterberg, Chalupper, Mens, Snik & Opstal, 2016: 73)

ثانيًا: زراعة القوقعة

بدأت البذور العلمية لزراعة قوقعة الأذن في عام ١٩٥٧؛ حيث قدما دوجورنو وبيريس ملاحظة مفادها بأن تنشيط العصب السمعي بواسطة جهاز مكهرب ينتج عنه استثارة سمعية للمريض، وتعتبر تلك الملاحظة هي البذرة الأولى التي مهدت الطريق نحو زراعة القوقعة الحديثة، حيث تم إجراء ١٠٠،٠٠٠ عملية زراعة قوقعة على مستوى العالم وذلك في عام ٢٠٠٦؛ حيث تعتبر القوقعة المزروعة أول عضو حسي آلي حقيقي يوضع في جسم الإنسان، والقوقعة هي بديل عن القوقعة التالفة وليست لعلاج العصب السمعي؛ لذا يجب أن تكون ألياف العصب السمعي سليمة عند إجراء عملية زراعة القوقعة.

((Zayed, 2012) (Eldandachli, 2010) .

Sharaf, 2012)

مكونات جهاز القوقعة:

يتكون جهاز القوقعة من خمسة عناصر بعضها داخل الجمجمة وبعضها خارجها، وفيما يلي توضيح لكل عنصر ومكانه ووظيفته:

١- ميكروفون يلتقط الإشارات.

٢- سلك صغير يستقبل الإشارات من الميكروفون.

٣- معالج للكلام وهو موجود خلف الأذن بجوار الميكروفون ويستقبل الإشارات المحولة عبر السلك.

٤- بطارية تقوم بشحن المعالج وتقوم بجعل الإشارات مناسبة الإحساس من قبل الجهاز العصبي.

٥- محول الذبذبات الإشعاعية الذي يستقبل الإشارات المعالجة من قبل السلك .

٦- المستقبل المزروع تحت الجلد فوق أو خلف الأذن، والذي يستقبل الإشارات التي يرسلها المحول عبر الجلد .

٧- القطب الكهربائي المزروع في الأذن الداخلية أو القوقعة.

٨- مجموعة من الأسلاك الرفيعة التي تستقبل الإشارات وتنقلها إلى العصب السمعي.

(Elshennawy, 2000) (Ogden, 2002: 257) (Wilson & Dorman, 2008: 699) (Schraer – Joiner & Prause – Weber, 2009: 50)

خطوات عمل جهاز القوقعة

يمر جهاز القوقعة بمجموعة من الخطوات لإستقباله الأصوات من البيئة المحيطة وتوصيلها إلى العصب السمعي ومنه لمركز السمع بالمخ، وتتحدد تلك الخطوات في النقاط التالية:

١. الجهاز الخارجي والمكون من الميكروفون ومعالج الكلام يكون دورهم استقبال الأصوات وتحويلها إلى إشارات رقمية.

٢. يستقبل الإشارات الرقمية خلية الكمبيوتر التي تقوم بارسال الإشارات الرقمية إلى السلك الرقيق بالقوقعة.

٣. يقوم السلك الرقيق بتحويل الإشارات الرقمية إلى نبضات كهربائية، وينقلها للسلك داخل القوقعة.

٤. يعمل السلك على تنشيط ألياف العصب السمعي، ويقوم بتجاوز الشعيرات العصبية التالفة بالقوقعة، ومن ثم يقوم المخ باستقبال الإشارات وعندها يتم الإحساس بالصوت.

(Schraer – Joiner & Prause – Weber, 2009: 48) (Jime´nez , Pino, Herruzo, 2009: 110)

(Bodner – Johnson & Sass – Lehrer, 2003: 408 – 409)

المستفيدون من زراعة القوقعة :

المستفيدون من زراعة القوقعة؛ هم المصابون بفقدان سمع حسي عصبي شديد إلى عميق في الجهتين من (٥٠ ديسبل) فما فوق، مع ضعف القدرة على تمييز الكلام، ولا يستطيعون الاستفادة من المعينات السمعية؛ حيث أن الصمم الشديد جدًا ينتج عن فقدان وظيفة الخلايا الشعرية في القوقعة، والتي تؤثر على توليد النبضات العصبية والنشاط الكهربائي في العصب السمعي، وقد تتم عملية زراعة القوقعة للأطفال أو البالغين على حد سواء، وهناك بعض الإعتبارات التي تراعى عند اختيار المرشحين لزراعة القوقعة، وهي كالتالي:

١. ضعف سمعي حسي عصبي في كلا الأذنين.
٢. وجود قوقعة مصابة للمريض، بأن تكون الأهداب العصبية داخل قوقعة الأذن قليلة وقد تدمر جزء منها أو بها قصور وظيفي.
٣. أن تكون خلايا العصب السمعي لديه سليمة.
٤. عدم الإستفادة من المعينات السمعية التقليدية وتجربتها لمدة تراوح ٦ شهور.
٥. عدم وجود مانع صحي يحول دون خضوعه لإجراء العملية تحت التخدير الكلي.
٦. التزام المريض والمسئولين عنه بالتدريب على إستخدام جهاز القوقعة قبل وبعد العملية.
٧. التوقعات المنطقية من المريض وأسرته لنتائج العملية.
٨. تجاوز المريض للإختبارات النفسية والذكاء والتخاطب.
٩. إدراك المريض وأسرته أن العملية مجرد خطوة وأنه يلزم بعدها تأهيل سمعي وتخاطبي.

(عيسى، ٢٠١٠: ٨٩) (Sharaf, 2012) (Dokla, 2013)

وفي حالة كانت الإصابة بالعصب السمعي فإننا نلجأ لزراعة القوقعة على جذع المخ، حيث يتم توصيل النبضات الصوتية كنبضات إلكترونية مباشرة إلى مركز السمع بالمخ.

(Eltair, 2014)

يعتبر تأهيل الأطفال ضعاف السمع عن طريق زراعة القوقعة هو الوسيلة الأفضل؛ حيث أنه يعطي الأطفال الفرصة لاستقبال المؤثرات السمعية بصورة قريبة من الطفل الطبيعي كما يعطيه الفرصة لتنمية اللغة والفهم، ويساعد على تواصله بشكل أقرب للطبيعي مع البيئة المحيطة به.

(Mikhail, 2009)

وأشارت الدراسات إلى أن التشخيص المبكر لحالات الاضطرابات السمعية وسرعة التدخل المناسب لتلافيها سواء باستخدام المعينات السمعية أو بإجراء عملية زراعة القوقعة إنما يساعد بشكل كبير

في زيادة الحصيلة اللغوية للأطفال وينمي قدرتهم على توظيف اللغة كأداة تواصل في حياتهم اليومية، وكلما أجريت عملية زراعة القوقعة في سن مبكر كلما يسر عملية تأهيل الطفل من الناحية اللغوية بشكل أفضل، وكلما حدث التدخل المبكر بعد إجراء العملية بوقت أقل ساعد في اكتساب الأطفال للمهارات اللغوية بشكل أكثر دقة وساعد على نمو مهارات التواصل لديهم بشكل أقرب للعاديين.

(Berger, Goeze, Muller–Mazzotta , Hanschmann, Kadaifciu & Eroglu, 2012)

(Ertmer & Jung, 2012)(Ertmer, Kloiber, Jung, Kirleis & Bradford, 2012)

(Richter, Eißele, Laszig, Lohle, 2002)

ثالثًا: الضغوط النفسية

لقد تعددت النظريات المفسرة للضغوط النفسية إذ يعتبر من المواضيع التي حازت على اهتمام الباحثين في علم النفس والعلوم الإنسانية عموماً، لما لها من أهمية على صحة الفرد وسوف نحاول في السطور القليلة القادمة التعرف على مفهوم الضغوط النفسية ومصادرها وأنواعها.

عرفها كلا من (كوافحه ويوسف، ٢٠٠٧: ١٧٩) بأنها "حالة من عدم الاتزان والارتباك تؤدي بصاحبها إلى القيام بردود أفعال عقلية وانفعالية غير مرغوبة مما يعرضه للتوتر والضيق والقلق والحزن والأسي".

يعرفه (Walker, 2001:37) بأنها "مواجهة الشخص صعوبات ومشكلات تفوق قدرته على التحمل والتكيف ويمكن أن يؤثر الضغط على صحة الإنسان وسلامته لأنه يحلق داخل الفرد ردود فعل نفسية قصيرة وطويلة الأجل.

ويشير إليه (خليفة وعيسى، ٢٠٠٨: ١٣٢) بأنها "عبارة عن "سلسلة من الأحداث الخارجية التي يواجهها الفرد نتيجة للتعامل مع البيئة ومتطلباتها مما يفرض عليه سرعة التوافق في مواجهة الأحداث لتجنب الآثار النفسية والاجتماعية السلبية والوصول إلى تحقيق التوازن".

فالضغوط هي عملية التفاعل بين الفرد والمواقف الضاغطة لمواجهة الأحداث والاضطرابات التي يمر بها، والتي تسبب له نوعاً من التغيرات السلوكية والجسمية.

(Semin & Fielder 1996: 174)

أسباب الضغوط النفسية:

إن مسببات الضغط بصفة عامة يمكن تصنيفها إلى مسببات داخلية تتعلق بوظائف الأعضاء أو داخلية نفسية كالطبيعة الشخصية للفرد ومسببات خارجية، إذ أن ما يسبب الضغط يختلف من شخص لآخر فمثلاً تلعب العوامل الاجتماعية دوراً كبيراً في حدوث الضغط النفسي لدى الأفراد ويختلف من حيث شدته ومصدره طبقاً للوسط الاجتماعي الذي ينشأ فيه الفرد، كالفقر والبطالة وقلة الرفاهية وقلة الخدمات

والضغط السكاني وكذلك العوامل النفسية والانفعالية والصحية وطبيعة الأحداث التي يواجهها الفرد وأنماط الشخصية والخلافات الأسرية والخبرات المؤلمة هي جميعها عوامل تسهم في إحداث الضغط النفسي لدى الأفراد.

(العزيز وأبو السعود، ٢٠٠٩: ٣٣)

ويوجد العديد من مصادر الضغوط النفسية، وهي:

- **المضايقات اليومية:** أو ما تسمى ضغوط الحياة اليومية، وهي ضغوط قد ينظر لها العابر على أنها مضايقات عادية لكن تكرارها واستمراريتها هو ما يمثل الضغط الحقيقي، ومنها:

١. المضايقات المنزلية: وهي المرتبطة بأعباء الإهتمام بمتطلبات المنزل.
٢. المضايقات الصحية: وهي المرتبط بالجوانب الصحية سواء لنفسها أو لأحد أفراد الأسرة.
٣. مضايقات ضغط الوقت: وهي المرتبطة بكثرة المهام وضيق الوقت.
٤. مضايقات الأمور الداخلية: وهي المرتبطة بالضغط الداخلي والأفكار المتصارعة داخل النفس.
٥. المضايقات البيئية: وهي المرتبطة بالجرائم ومشكلات الجيران وضوضاء المرور.
٦. المضايقات المالية: وهي المرتبطة بتوافر النقود لاشباع الاحتياجات الضرورية.
٧. مضايقات المستقبل: وهي المرتبطة بالأمان الوظيفي والخوف من الغد.

(سعد، ٢٠١٦ : ٤٥-٤٦)

أنواع الضغط النفسي:

تتعدد الضغوط النفسية تبعاً لتعدد مدارس علم النفس، وتخصص علماء النفس ويثير الخطيب (٢٠٠٣) إلى الأنواع التالية:

- ضغوط غير حادة: وينتج عنها استجابات طفيفة مع مجموعة علامات الضغط وأعراضه التي من السهولة ملاحظتها.
- ضغوط حادة: وينتج عنها استجابات شديدة القوة لدرجة أنها تتجاوز قدرة الفرد على المواجهة، وتختلف هذه الاستجابات من شخص لآخر، ولا يثير بالضرورة إلى وجود أمراض عقلية أو جسمية وإنما هي استجابات عادية تثير إلى ضرورة التدخل.

٣. ضغوط متأخرة: وهي لا تظهر دائماً أثناء وقوع الحدث إنما تظهر بعد فترة.
٤. ضغوط بعد الصدمة: وهي ناتجة عن حوادث عنيفة وشديدة وعالية وتترك آثارها على الكائن الحي بشكل طويل المدى. (العزيز وأبو السعود، ٢٠٠٩: ٢٧-٢٨)

آثار الضغوط النفسية:

أولاً: الآثار الفسيولوجية (Physiological Effect)

وتشمل فقدان الشهية وارتفاع ضغط الدم والإنهاك الجسمي والصداع والحساسية الجلدية واضطرابات عملية الهضم.

ثانياً: الآثار النفسية (Psychological Effect)

وتشمل التعب والإرهاق والملل وانخفاض الميل للعمل والاكتئاب والأرق والقلق وانخفاض تقدير الذات.

ثالثاً: الآثار الاجتماعية (Social Effect):

وتشمل العزلة والانسحاب وانعدام القدرة على قبوله وتحمل المسئولية والفشل في أداء الواجبات اليومية المعتادة.

رابعاً: الآثار السلوكية (Behavior Effect)

كالارتجافات واللعثمة في الكلام وتغيرات في تعبيرات الوجه وكذلك اضطراب عادات النوم ونقص الميول والحماس.

خامساً: الآثار المعرفية (Cognitive Effect)

وتشمل اضطرابات وتدهور في الانتباه والتركيز والذاكرة وصعوبة في التنبؤ وزيادة الأخطاء وسوء التنظيم والتخطيط. (أحمد، ٢٠١٤: ٣٨)

النظريات المفسرة للضغوط النفسية:

لقد تعددت النظريات المفسرة للضغوط النفسية فيرى هانزسيلي أن الضغوط تتكون من تلك المجموعة من ردود الفعل التي أطلق عليها عرض التكيف العام، فالجسم عادة يقابل التحدي للبيئة ويتكيف مع الضغوط، ووفقاً لسيلي فإن عرض التكيف العام يتكون من ثلاث مراحل وهي مرحلة الإنذار (التنبيه) ومرحلة المقاومة، ومرحلة الاستنزاف (الانهاك).

(عبد المعطي، ٢٠٠٦، ٢٩)

بينما يرى فرويد بأن الأنا يعمل على حفظ الذات من العوامل والمثيرات الداخلية والخارجية المهددة له إما بالعدول عنها أو الهروب منها أو التكيف معها فالزيادة في الضغط النفي تولد الإحساس بالألم وانخفاضه يؤدي الإحساس باللذة والأنا بطبيعته يسعى دائماً لتحقيق اللذة وتجنب الألم فحسب التحليل النفسي ينظر للضغط من منظور نفسي داخلي حيث يتم التأكيد على أهمية ودور العمليات اللاشعورية وميكانيزمات الدفاع في تحديد السلوك السوي واللاسوي للفرد فالصراع والتفاعل المتبادل بين

مكونات الجهاز النفسي الثلاث "الهو، الأنا، الأنا الأعلى" وعدم القدرة على تحقيق التوازن بين متطلبات الهو ومتطلبات الواقع الخارجي ينتج عنها الضغط النفسي ويتأثر إدراك الفرد للموقف الضاغط بتجاربه الداخلية فالقلق والخوف أو أي انفعالات سلبية أخرى تكون مصاحبة للمواقف الضاغطة التي يمر بها الفرد يتم تفريغها بصورة لا شعورية عن طريق الكبت أو الأفكار وغيرهما من ميكانيزمات الدفاع.
(طه، ٢٠٠٦: ٢٢)

فروض الدراسة

- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات رتب درجات أمهات الأطفال زارعي القوقعة ومتوسطات رتب درجات أمهات الأطفال ضعاف السمع علي مقياس الضغوط النفسية في اتجاه أمهات زارعي القوقعة.

منهج البحث:

يستخدم البحث الحالي المنهج الوصفي المقارن.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من

تتكون عينة البحث من ١٠ أمهات للأطفال زارعي القوقعة، و ١٠ أمهات للأطفال ضعاف السمع.

أدوات الدراسة

بطارية قياس الضغوط النفسية وأساليب المواجهة:

تتكون البطارية من مقياسين هما مقياس الضغوط النفسية ويتكون من (٨٠) عبارة تقيس سبعة عوامل للضغوط هى: الأعراض النفسية والسيكوسوماتية، ومشاعر اليأس والاحباط، والمشكلات المعرفية والنفسية للطفل، والمشكلات الأسرية والاجتماعية، والقلق على مستقبل الطفل، ومشكلات الأداء الإستقلالى للطفل، وعدم القدرة على تحمل أعباء الطفل ماديا ومعنويا ويهدف لمعرفة أنواع الضغوط التى يعانى منها آباء وأمهات ذوى الاحتياجات الخاصة، ومقياس أساليب المواجهة: يتكون من (٣٠) عبارة تقيس خمس ابعاد هى: ممارسات وجدانية وعقائدية وممارسات معرفية عامة وممارسات معرفية متخصصة وممارسات تجنبية وممارسات مختلطة

ولقد تم تقنين المقياس على عينة بلغت ٨٩٢، وتميز بدرجة ثبات تتراوح بين ٦٤-٩١، باستخدام الاتساق الداخلى طريقة ألفا كرونباخ، وتم حساب الصدق بطريقة التحليل العاملى وكشف عن تمتع المقياس بدرجة عالية من الصدق (الشخص، السرطاوى، ١٩٩٨ :٣٤-٣٨).

وقد تم حساب الصدق والثبات لهذا المقياس على عينه البحث من خلال:

فقامت الباحثة باستخدام معامل الثبات الفاكرونباخ، لقياس ثبات المحتوى لمتغيرات الدراسة، وقد تبين ان معامل الثبات لإجمالي "مقياس الضغوط النفسية" بلغ (٠,٨٣٧) مما يدل على الثبات المرتفع لعينة الدراسة، الأمر الذي انعكس أثرة على الصدق الذاتي (الذى يمثل الجذر التربيعى لمعامل الثبات) حيث بلغ (٠,٩١٤).وذلك طبقا لعينة الدراسة

جدول (١) معامل الثبات باستخدام معامل ألفا كرونباخ Alpha cronbach

البنود	معامل الثبات	معامل الصدق
إجمالي: " مقياس الضغوط النفسية "	**٠,٨٣٧**	**٠,٩١٤**

كما تم حساب صدق الاتساق الداخلي Internal consistency لإجمالي " مقياس الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال زارعي القوقعة"، وذلك باستخدام معامل ارتباط (بيرسون) Pearson correlation لقياس العلاقة بين كل بعد والدرجة الكلية لاجمالي بعد المقياس المتعلق بها .وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

جدول رقم (٢) معاملات الارتباط بين كل عبارة وإجمالي مقياس الضغوط النفسية باستخدام معامل ارتباط (بيرسون

مقياس الضغوط النفسية	
البعد	**معامل الارتباط (r)**
١-أعراض نفسية عضوية	**٠,٩٩٠**
٢- مشاعر يأس وإحباط	**٠,٩٧٥**
٣- مشكلات معرفية ونفسية للطفل	**٠,٩٧٧**
٤- مشكلات أسرية واجتماعية	**٠,٦٩٣**
٥- القلق على مستقبل الطفل	**٠,٩٦٩**
٦- مشكلات الأداء الاستقلالي للطفل	**٠,٩٥٧**
٧- عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل	**٠,٩٠٢**

يتضح من الجدول السابق: أن علاقة معاملات الارتباط لكل بعد بالدرجة الكلية للمقياس المنتمي إليه دالة عند مستوى معنوية (٠,٠١) فاقل . وتراوحت معاملات الارتباط بين (٠,٩٠٢ و ٠,٩٩٠) مما يدل على ان جميع الأبعاد صادقة ومرتبطة مع أداة الدراسة، الأمر الذى يبين صدق أداة الدراسة وصلاحيتها للتطبيق الميداني.

أساليب المعالجة الإحصائية المستخدمة

- مان ويتني Mann–Whitney
- كروسكال واليز Kruskal – Wallis

نتائج الدراسة

الفرض الدراسة:

- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات رتب درجات أمهات الأطفال زارعي القوقعه والأطفال بمعين سمعي علي مقياس الضغوط النفسية في اتجاه أمهات زارعي القوقعة.

جدول (٣) يوضح الفروق بين المجموعتين باستخدام Mann–Whitney U

الابعاد	أمهات الأطفال زارعي القوقعه ن (١٠)		أمهات الأطفال بمعين سمعي ن = (١٠)		قيمة Z	الدلالة	النتيجة
	متوسط	الانحراف	متوسط	انحراف			
أعراض نفسية عضوية	6.85	68.50	14.15	141.50	-2.770	.001	دالة
مشاعر يأس واحباط	6.65	66.50	14.35	143.50	-2.922	.001	دالة
مشكلات معرفية ونفسية للطفل	9.95	99.50	11.05	110.50	-.426	.670	غير دالة
مشكلات اسرية	5.50	55.00	15.50	155.00	-3.794	.001	دالة
القلق علي مستقبل الطفل	10.70	107.00	10.30	103.00	-.152	.879	غير دالة
مشكلات الاداء الاستقلالي	5.50	55.00	15.50	155.00	-3.788	.001	دالة

عدم القدرة علي تحمل اعباء الطفل	10.00	100.00	11.00	110.00	-.380	.70	غير دالة
الدرجة الكلية	6.20	62.00	14.80	148.00	-3.253	.001	دالة

عرض وتفسير النتائج

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أمهات الأطفال زارعي القوقعة وأمهات الأطفال بمعين سمعي علي أبعاد مقياس الضغوط النفسية (أعراض نفسية عضوية، ومشاعر يأس واحباط، ومشكلات أسرية، ومشكلات الأداء الاستقلالي، الدرجة الكلية) في اتجاه أمهات الأطفال زارعي القوقعة.

بينما لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات رتب درجات أمهات الأطفال زارعي القوقعة وأمهات الأطفال بمعين سمعي علي أبعاد مقياس الضغوط النفسية (مشكلات معرفية ونفسية للطفل، والقلق علي مستقبل الطفل، وعدم القدرة علي تحمل اعباء الطفل).

المراجع

١. أحمد (رغدا). (٢٠١٤). الضغوط المهنية وعلاقتها بأساليب المواجهة لدى معلمات رياض الأطفال، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة حلوان.

٢. الزعبي (أحمد). (٢٠٠٣). التربية الخاصة للموهوبين والمعوقين وسبل رعايتهم وإرشادهم. دار الزهران. عمان. الأردن.

٣. الزهيري (إبراهيم). (٢٠٠٧). تربية المعاقين والموهوبين ونظم تعليمهم. دار الفكر العربي. القاهرة. مصر.

٤. الصفدي (عصام). (٢٠١٣). الإعاقة السمعية. دار اليازوري العلمية. بيروت. لبنان.

٥. العزيز (أحمد) أبو السعود (أحمد). (٢٠٠٩). التعامل مع الضغوط النفسية، عمان : دار الشروق.

٦. سعد (أحمد). (٢٠١٦). برنامج إرشادي للتخفيف من حدة الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال ذوي الشلل الدماغي. ماجستير. كلية التربية للطفولة المبكرة. جامعة القاهرة.

٧. عبد العظيم (طه). (٢٠٠٦) إدارة الضغوط النفسية والتربوية، عمان : دار الفكر.

٨. عبد المعطي (حسن). (٢٠٠٦). ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها. القاهرة: مكتبة الزهراء.

٩. عيسى (أحمد). (٢٠١٠). زراعة القوقعة الإلكترونية للأطفال الصم "الدليل العلمي للآباء والمعلمين". دار الفكر. عمان. الأردن.

١٠. كوافحه (تيسير) ويوسف (عصام). (٢٠٠٧). تربية الأفراد غير العاديين في المدرسة والمجتمع، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

١١. مختار (وفيق). (٢٠١٠). سيكولوجية الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة. دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع. القاهرة. مصر.

١٢. وليد (خليفة) مراد (عيسى). (٢٠٠٨). الضغوط النفسية والتخلف العقلي في ضوء علم النفس المعرفي، الإسكندرية: دار الوفاء.

13. Aboelhadid, Gh. (2009). Assessment of cognitive functions in rehabilitated hearing impaired patients. PH.D. Faculty Of Medicine. Cairo University.

14. Berger R. Goeze A. Muller-Mazzotta J. Hanschmann H. Kadaifciu B & Eroglu E.(2012). [Early diagnosis of infant hearing impairment after introduction of newborn hearing screening (UNHS)]. [German] . Laryngo-Rhino- Otologie. 91.10. p. 637- 40.

15. Bodner – Johnson, B & Sass – Lehrer, M. (2003). The young deaf or hard of hearing child " A family – centered approach to early education". Paul. H. BROOKES publishing.

16. Brueggemann, B. (2002). Lend me your ear " Rhetorical Construction of Deafness". Gallaudet University press. Washington. USA.

17. Dokla, M. (2013). Fast psychophysical tuning curves measurement for diagnosis of dead regions of cochlea and its implications on adult amplification. PH. D. Faculty of Medicine. Cairo University.

18. Eldandachli, F. (2010). Cochlear implantation in pos meningitic hearing loss. M .Sc. Faculty of Medicine. Cairo University.

19. Elshennawy, A. (2000). Cochlear implant in patients with residual hearing. M.Sc. Faculty of Medicine. Cairo University.

20. Eltair, A. (2014). Cochlear implantation in congenital inner ear malformations recent advances. M.Sc. Faculty of Medicine. Ain - Shams University.

21. Ertmer, D, Jung, J. (2012). Monitoring progress in vocal development in young cochlear implant recipients: relationships between speech samples and scores from the conditioned assessment of speech production (CASP). American Journal of speech – language pathology. 21. 4. P. 313 – 328.

22. Ertmer, D, Kloiber, D, Jung, J, Kirlies, K & Bradford, D. (2012). Consonant production accuracy in young cochlear implant recipients: developmental sound classes and word position effects. American Journal of speech – language pathology. 21. 4. P. 342 – 353.

23. Hallahan, D & Kauffman, J. (1982). Exceptional children (Introduction to special education). Second Edition. Prentice – Hall International. USA.

24. Hunt, N & Marshal, K. (2002). Exceptional children and youth " An Introduction to special education". Third Edition. Houghton Mifflin company. NewYork. USA.

25. Jime´nez , M, Pino, M & Herruzo, J .(2009). A comparative study of speech development between deaf children with cochlear implants who have been educated with spoken or spoken + sign language. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 73, 109—114.
26. Mikhail, M. (2009). Variants affecting cochlear implantation outcome in adults and children. Ph.D. Faculty of Medicine. Cairo University.
27. Ogden, P. (2002). The silent garden "Raising your deaf child". Gallaudet university press / Washington. USA.
28. Rushmer, N. (2003). The hard of hearing child. Inc. [Eds]. Johnson & Lehrer. " The young deaf or hard of hearing child " Afamily – Centered Approach to Early Education".". Brookes publishing. Washington. USA.
29. Richard, B, Eibele, S, Laszig, R, Lohle, E. (2002). Receptive and expressive language skills of 106 children with aminimum of 2 years " experience in hearing with acochlear implant". International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 64. P. 111 – 125.
30. Schraer – Joiner, L & Prause – Weber, M, (2009). Strategies for Working with Children with Cochlear Implants. Music Educate Journal. 96, 1, p. 48 – 55.
31. Sharaf, M. (2012). Surgical complication in cochlear implantation. M. Sc. Faculty of Medicine. Cairo University.
32. Soliman, R. (2012). Effects of hearing aid use on central auditory processing in children. Ph.D. Faculty of Medicine. Cairo University.
33. Veugen, L, Hendrikse, M, Wanrooij, M, Agterberg, M, Chalupper, J, Mens, L, Snik, A & Opstal, J. (2016). Horizontal sound localization in cochlear implant users with a contralateral hearing aid. Hearing Research, Volume 336, June 2016, Pages 72-82.

34. Wilson, B & Dorman, M, (2008). Cochlear implants : Current designs and future possibilities. Journal of Rehabilitation Research & Development. 45, 5, p. 695 – 730.
35. Zayed, M. (2012). Comparative study of the effect of equipotent doses of sevoflorane and propofol on evoked stapedius reflex threshold (ESRT) and evoked compound action potential (ECAP) during cochlear implantation in children. Ph.D. Faculty of Medicine. Cairo University.

- Walker, C.M. (2001). Psychological and biographical differences between secondary school teachers experiencing high and low levels of burnout. British Journal of Educational Psychology. 60, pp.37.
- Semin, G and Fielder K. (1996). Applied social psychology. Thousand Oaks: CA: sage Publications.