

الفروق في استراتيجيات التعايش والرضا الزوجي لدى أمهات الأطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة في ضوء تباين شدة أعراض قصور الانتباه وفرط الحركة

أ.د/ شعبان جاب الله رضوان (*) منى إبراهيم متولي بدوي (**)

ملخص:

هدفت الدراسة إلى الكشف عن مدى تباين كل من استراتيجيات التعايش والرضا الزوجي لدى أمهات الأطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة في ضوء تباين شدة الأعراض لدى أطفالهم. أجريت الدراسة على عينة مكونة (٨٥) أمًا من أمهات الأطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة. ممن تتراوح أعمارهن ما بين ٢٤ - ٤٥ سنة بمتوسط عمري (٣٣,٩٩) وانحراف معياري (٥,٢٤). باستخدام: استمارة البيانات الأساسية، مقياس إستراتيجيات التعايش (إعداد الباحثين)، مقياس الرضا الزوجي لفورس وألسن. اختبار اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة (إعداد: عبد الرقيب البحيري). وقد توصلت النتائج إلى أنه لا توجد فروق دالة بين مجموعة أمهات ذوي الأعراض المنخفضة وذوي الأعراض المرتفعة في استراتيجيات التعايش، ولا توجد فروق دالة بين مجموعة أمهات ذوي الأعراض المنخفضين وذوي الأعراض المرتفعين في الرضا الزوجي.

الكلمات المفتاحية: استراتيجيات التعايش - قصور الانتباه وفرط الحركة

(*) أستاذ ورئيس قسم علم النفس - كلية الآداب - جامعة القاهرة

(**) باحثة دكتوراه - قسم علم النفس - كلية الآداب - جامعة القاهرة

Differences in Coping Strategies and Marital Satisfaction of Mothers of Children with Attention Deficit and Hyperactivity in Light of the Varying in the Severity of Symptoms of Attention Deficit and Hyperactivity

Dr. Shaaban Gaballa Radwan (*)

Mona Ebrahim Metwaly(**)

Abstract:

This study aimed to investigate the extent to which the coping strategies and marital satisfaction differed in light of varying in the severity of symptoms in the mothers of children with attention deficit and hyperactivity. The study was conducted on a sample of (85) mothers of children with attention deficit and hyperactivity. Aged between (24-45) with an average age of (33.99) and a standard deviation (5.24). The researcher used the following tools: Basic data form (preparation by the researcher). Measurement of coping strategies. Test for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (Prepared by: Abdel Raqeeb El Behairy). The results found that there are no significant differences between the group of mothers with low symptoms and mothers with high symptoms in: the strategy of religious coping, the strategy of seeking and seeking support, the strategy of coping based on problem management, the strategy of coping based on emotion, the strategy of coping based on surrender and submission , The coping strategy based on avoidance and denial, There are no significant differences between the group of mothers with low symptoms and mothers with high symptoms of marital satisfaction.

Keywords: Coping strategies- Attention deficit hyperactivity disorder

(*)Prof. of Clinical Psychology- Faculty of Arts- Cairo University

(**) PhD Researcher- Faculty of Arts- Cairo University

مدخل إلى مشكلة الدراسة :

يعد اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة من أكثر المشكلات السلوكية انتشارًا، حيث يمكن ملاحظتها في سنوات ما قبل المدرسة وعلى الرغم من ذلك لا يحولون إلى العلاج إلا في سن متأخرة، ولذا يجب الاكتشاف المبكر لمثل هذه الحالات لأنه طالما طالبت الفترة التي يعاني فيها الطفل كلما كان العلاج أكثر صعوبة (محمد كامل، ٢٠٠٣، ١٠٧).

وقد بينت الدراسات أن أسر الأطفال ذوي الإعاقة (الاحتياجات الخاصة) تواجه مشكلات عديدة من أبرزها الأزمات الزوجية، وزيادة العدوانية، والاكتئاب، والشعور بالذنب، والقلق، والتوتر، والصعوبات المادية، والعزلة عن الناس (خولة يحيى، ٢٠٠٨).

ويكون الزوجان مستهدفين للاختلالات الزوجية باستمرار إذا كان لديهما أطفال من ذوي الأمراض المزمنة (Walker, 1996, Beck, 1989).

فحتى حلول نهاية النصف الأول من القرن العشرين لم يكن هناك نقاش لتأثير الأطفال على الرضا أو عدم الرضا الزوجي. كما هو الحال في الوقت الحاضر، حيث تم التأكيد على دور الأطفال في الحياة الأسرية. فهم يعتبرون أحد العوامل التي تسبب النزاعات الزوجية وعدم الرضا وذلك لكون ولادة طفل جديد تغير من وظيفة الأسرة. فوفقًا لدراسة Du Paul عن الأطفال المصابين بنقص الانتباه وفرط الحركة في سن ما قبل المدرسة لاحظ مستويات مرتفعة من العصيان في العديد من العلاقات بين الوالدين والطفل. أضف إلى ذلك، وضوح تأثير نقص الانتباه و فرط الحركة على الأسر. فأباء وأمهات الأطفال المصابين بنقص الانتباه وفرط الحركة يعانون من مستويات مرتفعة من التوترات والشعور بالعجز المرتبط بتربية الأبناء. فزيادة الخلافات الزوجية وارتفاع مستويات الاكتئاب بين الأمهات تكون بارزة فيما يتعلق بهؤلاء الأطفال واستنادًا إلى بعض الأبحاث، هناك علاقة بين التوافق الزوجي والمشاكل

السلوكية لدى الأبناء (Mohammadi, et al :2012).

وقد أشارت هناء الحديدي خلال مراجعة للتراث التربوي لعدد من الدراسات إلى وجود عدد من المشكلات التي تواجه أسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، وهي أن وجود هذا الطفل يسبب العزلة الاجتماعية للوالدين ويستنزف (٦٠%) من وقت الأم في الرعاية، وأن (٨٠%) من الأمهات يقضين وقتاً مضاعفاً مع أبنائهن ذوي الاحتياجات الخاصة. وعليه فإن الأم تصاب بحالة من اليأس والملل والإحباط لوجود الطفل ذي الاحتياج الخاص. (هناء الحديدي، ٢٠٠١).

والكثير من الدراسات الحالية حول المشكلات السلوكية للأطفال والرضا الزوجي تستكشف أنماط التفاعل من نموذج أحادي الاتجاه. فعلى وجه التحديد يركز الباحثون على مدى تأثير الصراعات الزوجية على الأطفال. والنتائج العامة هي أن جودة العلاقات بين الوالدين والطفل ترتبط بجودة العلاقة الزوجية في الأسرة. وبشكل أكثر تحديداً. فقد وجدوا أن الأطفال في سن المدرسة ولديهم آباء تعساء زوجياً يظهرون أكثر كرتاً وأكثر عرضة لانتهاك القيود والمعايير السلوكية المناسبة لسنهم ((Feldman et al ,1990.p.214).

في حين أن كانيغهام وسيجل ويمنس وجدوا أن الوالدين لطفل من ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة كانوا أقل اتصالاً بالأسرة الممتدة، وأن اتصالاتهم ليس لها جدوى (Cunningham, Bemness & and Siegel, 1988).

وأصبحت هذه المشكلة موضع اهتمام الباحثين والمربين القائمين على تربية الطفل، نتيجة الآثار السلبية التي تحدثها في الطفل على المستوى المعرفي والانفعالي والاجتماعي، وما تحدثه أيضاً من مشكلات لأسرته، إذ يصاب الوالدان في الغالب بالحرج والإحباط نظراً لعدم قدرتهم على التعامل مع طفلها بصورة سليمة، أو مساعدته على التحكم في سلوكه، ولذلك يضطر الوالدان إلى الانسحاب مع طفلها من المواقف الاجتماعية خشية التعرض للنقد

(رياض الهاشمي، ٢٠٠٨).

وتعد الأم هي الراعية الأولى والأساسية للطفل، فهي المسئولة عن متاعبه وحالته الصحية، وإشباع حاجاته النفسية لتحقيق الشعور بالأمن والتوافق النفسي والتعايش مع المرض وتقبله على نحو إيجابي، وإشباع حاجته الاجتماعية للتواصل مع الآخرين وحاجته إلى تحقيق التوافق الدراسي وعلاقة التناغم مع زملاء الدراسة والمعلمين والتخلص من مشاعر الاغتراب التي قد يشعر بها الطفل سواء في الأسرة أو المدرسة، وبالتالي فإن الاستراتيجيات والأساليب التي تتبناها الأم وقدرتها على التغلب على المشكلة التي تلقى بظلالها على كل أفراد الأسرة بسبب إصابة أحد أفرادها بمرض مزمن ينعكس بدرجة كبيرة على توافق الطفل وصحته النفسية وكذلك على توافق الأم (أحمد الليثي، ٢٠٠٩ : ١٧٢). مثال ذلك قصور الانتباه وفرط الحركة.

أيضاً أشارت هيا الخرعان (٢٠١١) إلى وجود علاقة إرتباطية موجبة بين الرضا الزوجي والمساندة الاجتماعية. وتوجد إمكانية للتنبؤ بالرضا الزوجي من خلال مصادر المساندة الاجتماعية (الأهل، الأصدقاء، الزوج) حيث أن ٥٨% من الرضا الزوجي يتأثر بمصادر المساندة الاجتماعية.

وفي هذا السياق أكد محمدي وآخرون (Mohammadi et al., 2012) أن الرضا الزوجي لدى آباء الأطفال العاديين أعلى من آباء الأطفال ذوي قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد. حيث أن مستوى الرضا الزوجي (التوافق بشدة) كان أقل بنسبة ٢,٨% لدى آباء الأطفال ذوي قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بالمقارنة مع أولياء أمور الأطفال العاديين.

ومن هذا المنطلق وعلى الرغم من أن كلا من الأم والأب يقوم بدورة الوالدي، فالأم هي التي تقوم بالرعاية الأولية لأبنائها، وهي التي في الغالب تستقطع من وقتها للعناية بهم وتربيتهم (McBride,schoppe,&Rane,2002) ومن ثم فالدور الذي تقوم به الأم في هذه المرحلة ربما يكون أكثر تأثيراً على

الفروق في استراتيجيات التعايش والرضا الزوجي لدى أمهات الأطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة

الأبناء ومستقبلهم من الدور الذي يقوم به الأب (Reid,2011,pp.9-10)، وربما يفسر هذا تركيز معظم الدراسات على دور الأم بشكل واضح لا سيما في مجالات العناية بالأطفال ذوي الاضطرابات والأمراض المختلفة.

تساؤلات الدراسة :

وبناء على ما سبق يمكننا صياغة مشكلة الدراسة في التساؤلين

التاليين: -

- ١- هل تتباين استراتيجيات التعايش لدى أمهات الأطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة في ضوء تباين شدة الأعراض لدى الأبناء.
- ٢- هل يتباين الرضا الزوجي لدى أمهات الأطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة في ضوء تباين شدة الأعراض لدى الأبناء.

أهداف الدراسة :

تهدف الدراسة إلى الكشف عن مدى تباين كل من استراتيجيات التعايش والرضا الزوجي في ضوء تباين شدة الأعراض لدى أمهات الأطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة.

الأهمية النظرية والتطبيقية للدراسة :

- ١- توفير مجموعة من النتائج الهامة حول فئة أمهات الأطفال ذوي قصور الانتباه / فرط الحركة.
- ٢- أهمية تعزيز استراتيجيات التعايش الفعالة لدى هؤلاء الأمهات، وإبراز أهميتها لضمان استقرار الأسرة ومساعدتهن في الحفاظ على صحتهن الجسمية والنفسية.
- ٣- أن تسهم نتائج هذه الدراسة في إعداد برامج تدريبية لتعديل استراتيجيات التعايش غير الفعالة لدى أمهات الأطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة.
- ٤- كما يمكن الاستفادة من نتائج الدراسة في تصميم برامج إرشادية

لتحسين الرضا الزوجي لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب قصور الانتباه /فرط الحركة.

٥- إعداد والاستفادة من مقاييس استراتيجيات التعايش في قياس الاستراتيجيات غير الفعالة في قياس التعايش لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب قصور الانتباه /فرط الحركة.

مفاهيم البحث :

أولاً: استراتيجيات التعايش Coping strategies:

ويعد لازاروس وفولكمان رائدي الاهتمام بدراسة الضغوط والمواجهة، وتبلور ذلك من خلال نظريتهما عن الضغوط والمواجهة والتي حظيت بقبول وانتشار كبيرين بين الباحثين (Manne, 2003).

فالتعايش يعرف على أنه الجهود المعرفية والسلوكية لإدارة المتطلبات أو الاحتياجات الداخلية والخارجية والتي تقيم على أنها مرهقة وأنها تفوق الموارد الشخصية (Folkman, Lazarus, Gruen, & Delongies, 1986. Shikai, Shono & Kitamura, 2009. Hong, biao&Hui, 2011&Azizi, 2012).

ويعرفها كورسيني Corsini في قاموس علم النفس بأنها "فعل، أو مجموعة أفعال أو عمليات تستخدم للتعامل مع المواقف الضاغطة والمزعجة، أو تعديل ردود الأفعال الشخصية نحو الموقف، و يتضح في الطريقة الواعية والمباشرة نحو المشكلة (Corsini,1999:224).

فالشخص يكون عرضة للتأثر النفسي للوضع إذا كان لا يمتلك الموارد الكافية للتعايش معه بشكل مناسب وكذلك إذا وضع أهمية كبيرة للعواقب الضمنية المترتبة على هذا التعامل غير الفعال (Montero, Prado ,Demarzo, Gascon & Garcia, 2014).

وهناك اتجاهات عامة ومختلفة في دراسة التعايش مع الضغوط مثل التعايش المعرفي أو السلوكي، والتجنب المعرفي أو السلوكي، والتعايش المرتكز

الفروق في استراتيجيات التعايش والرضا الزوجي لدى أمهات الأطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة

على الانفعال أو تعاطي المواد النفسية كأسلوب سلبي للتعايش مع الضغوط الحياتية (Carver, Scheier & Weintraub. 1989, Reisser, Baune, Kokkevi, Shifanof , Room et al., 2010).

وقد ذكر كارفر وزملاؤه Karfer et al أن هناك اثني عشر أسلوبا للتعايش صنف تحت ثلاث فئات هي :

١- أساليب المواجهة وتتضمن :

التعامل النشط والتخطيط وكبت الأنشطة المتعارضة والتمهل

٢- أساليب التماس العون وتتضمن :

اللجوء للدين والدعم الاجتماعي العملي والدعم الاجتماعي العاطفي والتماس التفريغ العاطفي.

٣- السلبية وتتضمن :

الإنكار والتحرر الذهن d والتقبل السلوكي والتقبل (من خلال نشوى دردير : ٢٠٠٧، ٦٣).

ومن خلال العرض السابق ستقوم الباحثة باختيار ست استراتيجيات في الدراسة الحالية بعضها سلبي والآخر إيجابي وهذا هو التعريف الإجرائي لتلك الاستراتيجيات :

١- **التعايش الديني:** اللجوء للدين لتعديل إدراكات ومشاعر الفرد السلبية والإحساس بالضغط الناتج عن التعرض للأزمات، والتعايش الديني يتمثل في التمسك بأداء الفروض والطاعات والإنفاق في سبيله والتصديق على الفقراء وإدراك الحدث على أنه اختبار وعظة من الله عز وجل، مما يغير من وعي الفرد بالحدث ويكسبه الثقة والصبر.

٢- **التعايش القائم على المساندة :** ويتمثل في طلب الدعم والمؤازرة من الآخرين وخاصة الأسرة والأصدقاء والأقارب أو المتخصصين كالأطباء

والمرضى، والبحث عن المساندة والدعم يأخذ أشكالاً عديدة قد يكون مساندة اجتماعية، أو معلوماتية، أو نفسية.

٣- **التعايش القائم على إدارة المشكلة**: ويقصد به الأسلوب الذي يتبعه الفرد في مواجهة المشكلة ومصادر الضغط والذي يتمثل في ثلاثة مكونات: التحكم في مجريات الأمور، الالتزام بالقيام بالمسؤوليات مهما تزايدت الضغوط، وإدراك الأحداث الضاغطة بأنها تبعث على التحدي وليس التهديد.

٤- **التعايش القائم على الانفعال**: وهو أحد الأساليب التي تساعد الفرد على استيعاب المواقف الضاغطة من خلال التنفيس الانفعالي الجيد للمشاعر السلبية ويشمل أيضاً القدرة على الاسترخاء والميل للفكاهة والمرح، والقيام ببعض التمرينات الرياضية.

٥- **التعايش القائم على الاستسلام والإذعان**: يتمثل في مواجهة الظروف الصحية التي يصعب التشكيك فيها. والمعلومات التي لا يمكن تجاهلها كالتشخيص الذي تم التيقن منه. ويتضمن الاستسلام تقبل المشكلة الصحية والظروف المحيطة بها مع عدم اللجوء إلى جهود كبيرة للتحكم في الأعراض، كما تتجه لتهيئة الفرد لممارسة حياته في ظل ظروفه الصحية والتغيرات السريعة في طبيعتها.

٦- **التعايش القائم على التجنب والإنكار**: يتمثل في إنكار خطورة المرض أو الأزمة والتقليل منها، ومن خلال هذه الاستراتيجية يتجه الفرد للتعامل مباشرة مع المرض ذاته قبل عملية تشخيصه، وذلك للتقليل منه، وربما يتجه لتشويه التشخيص من خلال اللجوء لأكثر من طبيب بحثاً عن تشخيص بديل أو إلغاءه. ومثل هذه السلوكيات تهدف إلى حماية الذات من الانفعالات الشديدة التي قد يخبرها الفرد.

الأطر النظرية المفسرة لاستراتيجيات التعايش

نعرض فيما يلي للنماذج والنظريات المفسرة لاستراتيجيات التعايش:

١- نموذج كارفر وشير Carver&Scheier:

قدم كارفر وشير (Carver&Scheier,1989) نموذجاً مفسراً لاستراتيجيات التعايش، يقوم على أن التعايش هو العمليات السلوكية والمعرفية التي يقوم بها الفرد بهدف التعامل مع متطلبات الحياة اليومية، ويصنف كارفر وشير استراتيجيات التعايش على النحو التالي: التعايش الفعال - التخطيط - منع الأنشطة المتعارضة - اللجوء للدعم الاجتماعي. وتتضمن هذه الاستراتيجية المجهودات المعرفية التي يقوم بها الفرد بهدف التقليل من التوتر الناتج عن الضغوط، ويختلف الأفراد في طريقة استخدامهم لتلك الاستراتيجيات، مثل صياغة خطط لحل المشكلات، وتركيز أذهانهم على المشكلة الحالية، وتجنب التفكير في الانفعالات السلبية المرتبطة بالضغوطات، ويرى كل من كارفر وشير أن هذه الاستراتيجية هي الأكثر كفاءة في التعامل مع المشكلات (Lee,Ashford& Jamieson,1993).

٢- نظرية لازاروس وفولكمان Lazarus &Folkman

يصنف لازاروس وفولكمان Lazarus &Folkman أساليب مواجهة الضغوط في فئتين:

١- المواجهة المرتكزة على الانفعالات : وفي إطارها يحاول الفرد تغيير الانفعالات السلبية مثل خفض التوتر، ونسيان القلق، والتحكم في الغضب، وتتضمن هذه المواجهة نوعين فرعيين هما:

(أ) أساليب المواجهة المعرفية المرتكزة على الانفعال، وهي طرق التفكير التي تحاول جذب الانتباه بعيداً عن العناصر المؤلمة في المواقف من خلال إعادة تفسير الموقف أو استخدام التفكير الإيجابي للتحكم في الانفعالات السلبية.

(ب) أساليب المواجهة السلوكية المرتكزة على الانفعالات وتتضمن القيام بفعل معين لتنظيم الانفعالات مثل ممارسة التمرينات.

٢- المواجهة المرتكزة على المشكلة : تتضمن استخدام استراتيجيات واقعية يمكن أن تحدث تغيرات ملموسة في الموقف المسبب للتوتر وتتضمن نمطين هما :

(أ) المواجهة لتغيير الموقف : وفيها يحاول الفرد تغيير الموقف. فعلى سبيل المثال : عند حدوث شجار بين الفرد وبين مشرفه في العمل يمكن تغيير الموقف من خلال الحديث مع المشرف أو ترك العمل والبحث عن آخر يمدّه بمزيد من الاحترام.

(ب) المواجهة لتغيير الذات : تتضمن عادة إعادة التقييم المعرفي، وفي إطار ذلك تغير طريقة تفكير الفرد في الموقف (Compton, 2005: 119 – 120).

ثانياً الرضا الزوجي :

يشير الرضا الزوجي إلى محصلة الأفكار والمشاعر والاتجاهات والسلوكيات التي تحدد توجهات الزوجين في العلاقة الزوجية، ومدى إشباعها لحاجاتهما وتحقيقها لأهدافهما من الزواج، وذلك على نحو يستخلص منه الزوجان شعوراً بالسرور أو الارتياح (فيولا البيلوي، ١٩٨٧: ٨).

ويقصد به أيضاً "التواصل الوجداني بين الزوجين، وقدرتهما على حل الخلافات التي تنشأ بينهما، وتوجههما نحو الدور المنوط بهما، ورضاها الجنسي عن العلاقة، ومشاركتها في الاهتمامات وقضاء وقت الفراغ" (Benson, 2002).

وقد عرف برادبير وزملاؤه Bradbury الرضا الزوجي بأنه " مفهوم يتكون من التدعيم الاجتماعي، والتكافؤ في أداء المهام، والرضا الجنسي " (Through: Haseley, 2006).

ووفقاً لموسوعة علم النفس الاجتماعي الرضا الزوجي هو (حالة ذهنية

تعكس الفوائد والتكاليف المدركة للزواج بفرد ما) وهذا يعني أن الأفراد الذين يدركون (يشعرون) منافع أكثر وتكاليف أقل أكثر رضا (Banmeister.2006).

ويعبر الرضا الزوجي عن حالة من الرضا العام بالزواج تتسم بالانسجام أو التطابق بين توقعات الفرد سلوكيات الآخر، و يكون لهذا الرضا جوانب عديدة أهمها أسلوب الحياة، واتخاذ القرار، والتواصل و الإشباع الجنسي، والأصدقاء والدخل ووقت الفراغ (صفاء مرسي، ٢٠٠٨: ٤٧).

النظريات المفسرة للعلاقة بين أساليب التعايش والرضا الزوجي :

١- نظرية الأزمة أثناء التفاعل الأسري :

وضع هيل Hill نظرية الأزمة Crisis theory عام (١٩٤٩) لكي يفسر كيف تتعامل الأسرة مع الأحداث الشاقة أو الضاغطة، ولماذا تستطيع بعض الأسر مواجهة التحديات في حين ييأس الآخرون و تتدهور علاقاتهم.

وطبقاً لنموذج هيل Hill المسمى ABCX فإن الأحداث الشاقة في الأسرة

تتسم بما يلي:

A- تتطلب قدرًا من التوافق.

B- لو قد توضع لها تفسيرات سلوكية مختلفة.

C - وتضع متطلبات لطبيعة الأزمة و مصدرها.

X- وما إذا كانت الأسرة ستتجح وتعتبر الأزمة بنجاح، علما بأن هذا النجاح

يتضمن تكيفا يأخذ في اعتباره نظام الأسرة وارتقاءها وهناك عدد من

المصادر المتاحة للأسرة للتعامل مع الأزمة، وهذه المصادر يمكن

تناولها على النحو التالي:

١. السمات الشخصية لجميع أفراد الأسرة، وخاصة الزوجين.

٢. كفاءة وفاعلية الطرق التي يستخدمها الزوجان في حل

مشكلاتهما الزوجية.

٣. نظام الدعم الذي يستخدمانه.

كما أن طريقة تفسير أو إدراك الزوجين للأحداث التي تمر بهما هي التي تحدد ما إذا كان هذا الحدث يمثل أزمة أم لا، فمن الممكن أن يدرك الزوج الحدث نفسه على أنه عادي، في حين تدركه الزوجة على أنه حدث يمثل أزمة بالنسبة لها و للأسرة ككل (صفاء مرسي، ٢٠٠٨: ١٠٠ - ١٠٢).

وعلى الرغم من أن نموذج ABC-X مازال مستخدماً إلا أنه نموذج محدود لسببين، الأول : أن هذا النموذج يتعامل مع ضغوط الحياة الكبرى، والأزمات وعلى ذلك فهو غير ملائم لفهم الضغوط اليومية التي تحدث في الأسرة، والثاني: ادعاء هذا النموذج بأنه يضع تصوراً للأسرة بأسرها ولكنه يهتم بأحد الوالدين أو كلاهما على الأكثر ولا يضع في الاعتبار إسهامات الأبناء (Randall&Bodenmann,2013:771.Randall&Bodenmann,2009).

٢- نموذج بودنمان Bodenmann : يحدد هذا النموذج دور كل من

الضغوط الداخلية (مثل : أنماط التواصل السلبية، والصراعات الدينامية، والمشاكل الصحية لدى أحد الزوجين) والضغوط الخارجية (مثل ضغوط العمل، والضغوط المالية، والضغوط أسرية المنشأ، وكذلك العيش في المناطق الفقيرة) في الزواج.

ويفترض هذا النموذج أن الضغوط المزمنة، والتي تنشأ خارج العلاقة تزيد احتمالات التوتر والخلافات الزوجية لها آثار ضارة على الزواج خاصة أنها بتعمل على تآكل جودة العلاقة ببطء وغالبًا ما يكون ذلك خارج الوعي (Bodenmann.,Ledermann &Bradbury, 2007).

وافترض هذا النموذج أن الضغوط الخارجية تؤثر في الرضا الزوجي من خلال أربع عمليات وسيطة هي:

(أ) التقليل من الوقت الذي يقضيه الزوجان معًا والذي يؤدي بدوره في الحد من الخبرات المشتركة، وإضعاف الشعور الجماعي، وخفض الكشف عن الذات، والتعرض لخطر التعايش الثنائي.

(ب) التقليل من جودة التواصل عن طريق التقليل من التفاعل الإيجابي وزيادة التفاعل السلبي والانسحاب.

(ت) زيادة الاستهداف للمشاكل النفسية والجسدية مثل اضطرابات النوم، والعجز الجنسي، واضطراب المزاج.

(ج) تسهم سمات الشخصية المضطربة بين الزوجين (على سبيل المثال القسوة، القلق، العدائية) في زيادة احتمال التعبير عن هذه المشكلات.

وفي هذا الإطار يشير ويليامز إلى أن الرضا الزوجي يرتبط بشكل وثيق مع الضغوط اليومية أكثر منه مع أحداث الحياة الحرجة (Williams, 1995).

٣- نظرية النسق وقصور الانتباه وفرط الحركة لسلفادور مينوشين:

٤- هو أحد أبرز المعالجين في مجال العلاج الأسري. والذي عرف الأسرة على أنها (مجموعة من الأفراد مرتبطة عاطفياً أو عن طريق الدم، والذين عاشوا مع بعضهم البعض لفترة كافية لتطوير أنماط من التفاعل والقصص التي تبرز وتشرح تلك الأنماط من التفاعل).

وقد ساعد أنصار نظرية النسق في فهم طبيعة التفاعلات السلبية التي تساهم في الضغوط الوالدية والتوتر العاطفي المرتبط بكونهم آباء لأطفال من ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة. اقترح منظر النسق أن أنماط التفاعل تميل إلى أن تحدث في شكل دورة. مثال ذلك أن كل فعل في العائلة بمثابة دورة تسبب وتتسبب بالتناوب في الآخر. كما أكد منظرو النسق على فكرة أن الأسرة هي كل متكامل والذي هو بالضرورة أكبر من مجموع أجزائه، وهكذا فإن أفراد الأسرة مترابطة بالضرورة وتمارس التأثير المتبادل والمستمر على بعضها البعض. كما أكد منظرو الأسرة أيضاً على الهيكل الهرمي للعائلات وكذلك على التكيف والاستقرار الذاتي للنظام عوضاً عن الظروف المتغيرة في البيئة. ويطلق على هذا الاستقرار التوازن الذاتي، مشيراً إلى ميل نظم الأسرة للحفاظ على هيكلها الهرمي والتفاعلات في مواجهة العوامل المتغيرة (Byrnes, 2003, p9).

وتعد هذه المفاهيم مهمة للنموذج النظري الحالي لعدة أسباب. منها أن اتباع التسلسل الهرمي للأسرة يؤكد على وجود الأنساق الفرعية داخل الأسرة. مثل النسق الفرعي الزوجي، والنسق الفرعي للأبناء، والنسق الفرعي الوالدي، والأهم من ذلك أن منظرو النسق قرروا أن التحكم بين الأنساق الفرعية ليس في اتجاه واحد. وبالتالي وفقاً لهؤلاء المنظرين، فإنه على الرغم من أن صعوبة العلاقة بين الوالدين والطفل فقد تؤثر سلباً على تطور الطفل. والعكس صحيح أيضاً، ذلك أن الصعوبات التنموية لدى الطفل ربما تجعل الأمر أكثر صعوبة لتطوير العلاقة بين الوالدين والطفل بشكل صحي. وهكذا. فإن أصحاب نظريات النسق الأسري الذين يؤكدون على التفاعل المتبادل بين الأنساق الفرعية الأسرية، تدعم فرضية أن الأطفال الذين يعانون من قصور الانتباه وفرط الحركة يكون لهم تأثير على النسق الفرعي للوالدين.

٥- نموذج المعاملة الوالدية لساميروف Sameroff :

فكرة أن الطفل يمكن أن يؤثر على والديه تم دعمها من خلال نموذج المعاملة الوالدية التي وصفها ساميروف 1976 Sameroff والذي يؤكد على التأثير المتبادل للطفل على والديه وهكذا فإن صعوبة الطفل الرضيع الذي يتسم بقلّة الاستجابة، وزيادة التمرد، وضعف القدرة على التكيف، وعدم انتظام الوظيفة الحيوية يعوق قدرات الرعاية الوالدية. ويوضح ساميروف أن (المواجهة مع طفل فشل في التوافق مع توقعات الأسرة، يؤدي بالأم لأن تصبح سلبية تماماً. مع الآثار الضارة اللاحقة على معاملتها للطفل من خلال شعورها الخاص بالرفض.

وتساعد هذه المفاهيم من التفاعلات المتبادلة والتوازن جنباً إلى جنب مع نظرية السلوك العام على التعزيز السلبي والإيجابي على إلقاء الضوء على بعض الديناميات التي تحدث في الأسرة التي لديها طفل من ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة. فعلى وجه التحديد فإن هذه المفاهيم زودت فهم أن

والوالدين في كثير من الأحيان يصبحون متورطين في دورة مع طفلهم المتحدي والعنيد والتي فيها من المرجح أن يستجيب الوالدان لسوء السلوك بالغضب والإحباط (Byrnes, J.L. 2003, p10).

ثالثاً: اضطراب قصور الانتباه و/ فرط الحركة ADHD:

وقد ورد تعريفه في معجم علم النفس على أنه : اضطراب يبدأ قبل أن يصل الطفل إلى سن السابعة، ويتضمن عدم الانتباه، والاندفاع، والنشاط الزائد (جابر عبد الحميد، علاء الدين كفاي : ١٩٨٨، ١٩٣).

كما عرفته منظمة الصحة العالمية WHO بأنه اضطراب يشمل أعراض فرط النشاط وعدم القدرة على الاستمرار في أداء عمل ما، والانتقال من نشاط لآخر دون إنجاز أي منها والميل إلى الضجر والملل وكثرة الكلام والضجيج والاندفاع وعدم الالتزام بالقواعد الاجتماعية، مع شيوع اضطراب المسلك لدى المضطربين خلال المراهقة والرشد، وانتشار الأعراض في مواقف عديدة واستمرارها لفترة من الزمن (منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٩ : ١٧٦ - ١٧٧).

وتشير المسوح السكانية إلى أن قصور الانتباه وفرط الحركة يحدث في معظم الثقافات بنسبة ٥ % من الأطفال و ٢,٥ % من المراهقين (APA, 2013:61).

وتكمن مشكلة هؤلاء الأطفال في عدم قدرتهم على إصدار استجابات حركية عند توقع أحداث قادمة، وكذلك عدم قدرتهم على إدراك الدروس المكتسبة من الأخطاء المرتكبة من قبل هذه الاستجابات (وسيم مزيك، ١٩٩٩، ٣).

ومن أهم مظاهره زيادة الحركة، عدم الاستقرار في المكان، والتلمل، وتشنتت الذهن، التدخل فيما يخص الآخرين (عبد العزيز ثابت، ١٩٩٨، ٢٨).

معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية
لتشخيص ADHD:

يحدد الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية محكات أو معايير تشخيص اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة في استمرار نمط قصور الانتباه و / أو فرط الحركة - الاندفاعية والتي تتداخل مع النمو والوظيفة والتي تتميز ب (١) و / أو (٢)

١- **قصور الانتباه Attention deficit**: استمرار وجود ستة أعراض أو أكثر لمدة ٦ أشهر على الأقل لدرجة تتعارض مع مستواه النمائي والتي تؤثر بشكل مباشر سلبيا على الأنشطة الاجتماعية والأكاديمية والوظيفية. ملحوظة: الأعراض ليست فقط مظهرًا من مظاهر سلوك المعارضة والتحدي والعدائية أو الفشل في فهم المهام والتعليمات. وبالنسبة للمراهقين الأكبر سنا والبالغين (١٧ سنة فما فوق) مطلوب توفر ما لا يقل عن خمسة أعراض مما يلي:-

- في كثير من الأحيان لا ينتبه تماما للتفاصيل أو يرتكب أخطاء تبدو ناجمة من عدم الانتباه عند أدائه الواجبات المدرسية أو في العمل أو غير ذلك من الأنشطة.

- غالبًا لديه صعوبة في تركيز الانتباه بشكل كافٍ في المهام الموكلة إليه أو في أنشطة اللعب.

- غالبًا ما يبدو غير منصت عند التحدث إليه بشكل مباشر.

- غالبًا لا يتبع التعليمات ويتعذر عليه إنهاء الواجبات المدرسية أو الأعمال المنزلية أو الواجبات في أماكن العمل (يبدأ المهمة لكنه يفقد التركيز سريعًا ويكون سهل الانحراف عن الهدف).

- غالبًا ما يجد صعوبة في تنظيم المهام والأنشطة (صعوبة إدارة المهام المتتابعة، وصعوبة الاحتفاظ بالمواد والمتعلقات في ترتيبها، والفوضى، والعمل غير منظم، لديه سوء إدارة للوقت، فشل في الوفاء بالمواعيد المحددة).

- غالبًا يتجنب أو يكره أو ينفّر من الاشتراك في المهام التي تتطلب جهداً ذهنياً متصلًا (مثل العمل المدرسي والمنزلي أو إعداد التقارير بالنسبة للكبار).

- غالبًا ما يضيع الأشياء الضرورية لأعماله ونشاطاته (مثل الأدوات المدرسية، الأقلام، الأدوات، المفاتيح، أوراق العمل، النظارة والموبايل).
- غالبًا ما يكون سهل التشتت بالمشغولات الخارجية.
- غالبًا ما يكون كثير النسيان في نشاطاته اليومية.

٢- فرط الحركة - الاندفاعية - Hyperactivity- Impulsivity: استمرار

وجود ستة أعراض أو أكثر لمدة ٦ أشهر على الأقل لدرجة تتعارض مع مستواه النمائي والتي تؤثر بشكل مباشر سلبياً على الأنشطة الاجتماعية والأكاديمية والوظيفية.

ملحوظة: الأعراض ليست فقط مظهرًا من مظاهر سلوك المعارضة والتحدى والعدائية أو الفشل في فهم المهام والتعليمات. بالنسبة للمراهقين الأكبر سناً والبالغين (١٧ سنة فما فوق) مطلوب توفر ما لا يقل عن خمسة أعراض مما يلي:-

- غالبًا ما يشعر بالتململ فيقوم بتحريك يديه أو قدميه أو يتحرك في مقعده.

- غالبًا ما يترك مقعده في المواقف التي تتطلب منه أن يبقى جالساً. (يترك مكانه في الفصل في المكتب أو أماكن العمل الأخرى، أو المواقف الأخرى التي تتطلب منه الجلوس)

- كثيرًا ما يقوم بالركض أو التسلق في المكان والزمان غير المناسبين (قد يشعر المراهقون أو البالغون بحالة شديدة من عدم الاستقرار)

- غالبًا يكون غير قادر على اللعب أو الاستمتاع بالأنشطة الترفيهية في هدوء.

- يتميز بالحركة الدائبة والنشاط في كثير من الأحيان وكأنه يحركه موتور.
- غالبًا ما يتحدث بشكل زائد عن الحد.
- غالبًا ما يسارع بالإجابة قبل الانتهاء من طرح السؤال. (فعندما يواصل الآخرون حديثهم لا يستطيع الانتظار حتى يتحول إليه الحديث)
- لديه صعوبة غالبًا في الانتظار حتى يأتي دوره (عند الانتظار في طابور).
- غالبًا ما يقاطع و يتطفل على الآخرين (يتدخل في المحادثات والألعاب والأنشطة. وقد يبدأ في استخدام أشياء الغير بدون استئذان. وبالنسبة للكبار ربما يستولي على ما يفعله الآخرون (60-59: APA, 2013).

الأنماط الثلاثة لاضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة :

- ١- **فرط الحركة ونقص الانتباه (النمط غير المنتبه)** ويعايب الأطفال الذين يتم تشخيصهم بهذا النمط من صعوبات في الانتباه، ويتشتتون بسهولة، وعلى الرغم من أن مصطلح فرط الحركة متضمن في التسمية فإن هؤلاء الأطفال لا يعانون من فرط الحركة، ويسمى هذا النوع عادة اضطراب نقص الانتباه ADD.
- ٢- **فرط الحركة ونقص الانتباه (النمط مفرط النشاط- المندفع)** ويتسم الأطفال الذين يتم تشخيصهم بهذا النمط بفرط الحركة والانفعاية، ولا يعانون من نقص الانتباه، ويسمى هذا النمط فرط الحركة ونقص الانتباه ADHD.
- ٣- **فرط الحركة ونقص الانتباه (النمط المختلط)** ويعانى هؤلاء الأطفال من نقص الانتباه وفرط الحركة والانفعاية، ويسمى هذا النمط فرط الحركة ونقص الانتباه ADHD (عبد الجواد خليفة، هبه سامي، ٢٠١٥، ١٢).

الدراسات السابقة

الدراسات التي تناولت استراتيجيات التعايش والرضا الزوجي لدى أمهات وآباء الأطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة وكذلك الفئات الخاصة :

هدفت دراسة ويمبس (Wymbs, 2008) إلى الكشف عن الخلافات بين الوالدين في أسر المراهقين الذين عانوا في طفولتهم من قصور الانتباه وفرط الحركة، بالإضافة إلى المقارنة بين تقارير الأمهات والمراهقين في هذا الشأن. وكذلك مقارنة رضاهم عن العلاقة الزوجية والسلوك العدواني الذي يظهر خلال الخلاف (الصراع). وتم جمع البيانات من خلال المراهقين ممن عانوا من قصور الانتباه وفرط الحركة فقط في طفولتهم (ن = ٢٦) ومن عانوا منه بالإضافة إلى اضطراب المعارضة والتحدي (ن = ٤٦)، ومن عانوا منه بالإضافة إلى اضطراب السلوك (ن = ٢٣)، ومن لم يعانون من هذا الاضطراب في طفولتهم (ن = ٨٨). كل هذه العينات بجانب أمهاتهم. تمت المقارنة بين تقارير المراهقين وأمهاتهم عن الخلافات الوالدية. حيث أوضحت النتائج أن المراهقين ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة المصحوب باضطراب السلوك كانت لديهم الخلافات الوالدية أكثر تكرارًا ودون حل وذلك بالمقارنة مع المراهقين ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة فقط أو بجانب اضطراب المعارضة والتحدي المرضي أو المراهقين العاديين. ولم تكن هناك فروق بين المجموعات في تقارير الأمهات عن الخلافات الزوجية.

كذلك هدفت دراسة سيفك (Paulet D.Civick.,2008) إلى الكشف عن أثر وجود طفل توحدي أو لديه اضطراب أسبرجر على النظام الأسري في متغيرات معينة منها الضغوط الوالدية والرضا الزوجي، بالإضافة إلى استكشاف الفروق بين الوالدين في تقييم سلوكيات الطفل. وذلك على عينة شملت ٤٤ زوجًا من الوالدين. و قد تم تطبيق قائمة الضغوط الوالدية المختصر على ٢٨ زوجًا من آباء وأمهات الأطفال في سن (٨-١١) سنة، في حين تم

تطبيق مقياس الضغوط لآباء المراهقين على ١٦ زوجاً من آباء المراهقين في سن (١٢-١٨) سنة، بالإضافة إلى تطبيق قائمة الرضا الزوجي المنقحة وقائمة تقييم سلوك الطفل على العينة الكلية. وقد أظهرت النتائج ارتفاع مستوى الضغوط بشكل عام، إلا أنه لم تكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الآباء والأمهات في مستوى ضغوط الأمومة والأبوة والضغوط الوالدية وتقديرات سلوك الطفل. كما وجد ارتباط بين الضغوط وبين التقديرات الخاصة بسلوك الطفل. وقد أمكن التنبؤ بمستوى الضغوط من خلال مستوى تقديرات الآباء لسلوك الطفل، في حين أن هذه التقديرات لم تكن منبئة بالرضا الزوجي.

كما قام تشيرلي وجول (Cheryl and Joel, 2001) بدراسة هدفت إلى اختبار دور الكرب والتعاشيش فيما يتعلق باضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة في مرحلة الطفولة لدى أمهات وآباء ٦٦ طفلاً في السن من ٧ - ١١ سنة. أظهرت النتائج أن آباء وأمهات الأطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة المختلط وقصور الانتباه الفرعي يعانون من عدم الرضا مقارنة بآباء العينة الضابطة. وأنه لا توجد فروق بين آباء وأمهات الأطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة المختلط وقصور الانتباه الفرعي في مستوى الكرب بالنسبة للأمهات. وساهم ضعف انتباه الطفل والمعارضة والمشاكل السلوكية وليس فرط الحركة في الكرب. وبالنسبة للآباء ارتبط كرب الدور الوالدي بالطفل المعارض أو السلوك العدواني وليس بشدة أعراض نقص الانتباه وفرط الحركة. وأن التعاشيش الوالدي من خلال استخدام إعادة الصياغة الإيجابية (التفكير في المشكلات كتحديات يمكن التغلب عليها) ارتبطت بزيادة الرضا لكل من الأمهات والآباء. أما نقص الدعم المجتمعي ارتبطت بزيادة الكرب للأمهات فقط.

هدفت دراسة زاري Zarei (2010) إلى المقارنة بين آباء الأطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة وآباء الأطفال العاديين في الرضا الزوجي. وذلك على عينة مكونة من (١٠١) من آباء الأطفال ذوي قصور الانتباه وفرط

الحركة مقسمة إلى (٣٤ من الآباء، ٦٧ من الأمهات) و(٦٠) من آباء الأطفال العاديين مقسمة إلى (١٨ من الآباء، و ٤٢ من الأمهات). وقد تم تطبيق مقياس الرضا الزوجي واستبيان الخصائص الديموغرافية على العينة الكلية . وفي النهاية توصلت النتائج إلى وجود انخفاض في الرضا الزوجي لدى آباء الأطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة وهذا يتسق مع حقيقة أن الآباء و الأمهات ينفقون الكثير من وقتهم في تأديب الأطفال المصابين بقصور الانتباه وفرط الحركة ولا يتبقى لهم إلا القليل من الوقت الخاص لمساعدة ورعاية بعضهم البعض. وقد تعكس المشاكل الزوجية وأطفال قصور الانتباه وفرط الحركة تأثير الجينات الوراثية المشتركة في هذه الأسر، وبالتابو الطبيعية الضاغطة والشاقة لأعراض قصور الانتباه وفرط الحركة قد يثير أعلى مستوى من التفاعلات الزوجية، في حين أشارت نتائج المتغيرات الديموغرافية إلى أن المستوى التعليمي عامل مهم في الرضا الزوجي لدى الآباء الذين يعانون أبنائهم قصور الانتباه وفرط الحركة.

أما دراسة دابروسكا وبيوسولا (Dabrowska & Pisula) (2010) والتي هدفت لبحث الارتباط بين المشقة الوالدية وأساليب التعايش، لدى عينة من الوالدين بلغ حجمها (١٦٢)، و تم تقسيمها إلى ثلاث مجموعات فرعية المجموعة الأولى تضمنت والدي الأطفال التوحديين، والمجموعة الثانية اشتملت على والدي متلازمة داون، والمجموعة الثالثة اشتملت على والدي الأطفال العاديين. والذين تم فحصهم من خلال استخدام ٦٦ بنداً مختصراً من مقياس الضغوط المزمنة ومصادرها لدى العائلات والأفراد المعاقين لهولدرز، وقائمة التعايش مع المواقف الضاغطة لكل من إندر وباركر. أوضحت النتائج ارتفاع مستوى الضغوط لدى والدي الأطفال التوحديين بالإضافة إلى تأثير التفاعل حيث ظهر مابين المجموعة المشخصة وجنس الوالدين على مقياسيين من الضغوط الوالدية، والاعتمادية والتحكم وحدود الفرص العائلية. فأمهات الأطفال التوحديين لديهم مستوى مرتفع من الضغوط الاولية

بالمقارنة بالآباء. إلا أنه لا توجد هذه الفروق لدى مجموعة متلازمة داون أو الأطفال العاديين. كذلك أظهرت النتائج أن استراتيجيات التعايش الموجهة نحو الانفعال تمثل منبئاً دالاً بالمشقة لدى أمهات التوحديين في حين كانت استراتيجيات التعايش الموجهة نحو المهمة منبئاً جوهرياً بالمشقة لدى أمهات العاديين.

كذلك قام يوسفيا وآخرون (Yousefia et al., 2011) بدراسة تهدف إلى مقارنة الضغوط الوالدية بين أمهات الأطفال المشخصين بقصور الانتباه المصاحب بالنشاط الزائد وأمهات الأطفال العاديين. على عينة قوامها (٥٠) أمّاً لأطفال مشخصين بقصور الانتباه المصاحب بالنشاط الزائد و(٨٠) أمّاً لأطفال عاديين في المرحلة العمرية من (٥-١٢). أظهرت النتائج أن هناك فروقاً كبيرة في الضغوط الوالدية بين أمهات الأطفال المشخصين بقصور الانتباه المصاحب بالنشاط الزائد وأمهات الأطفال العاديين في اتجاه المجموعة الأولى. كذلك كانت هناك فروق في استخدام الأساليب الوالدية. حيث أن مستوى الضغوط الوالدية يمكن أن تؤثر في اختيار الأسلوب الوالدي المستخدم مع الأطفال ذوي قصور الانتباه المصاحب بالنشاط الزائد، أي أن الآباء ذوي الضغوط الوالدية المرتفعة سيستخدمون أساليب والدية أكثر تعسفاً.

وأجرى محمدي وآخرون (Mohammadi et al., 2012) دراسة هدفت إلى المقارنة في الرضا الزوجي فيما بين آباء لأطفال من ذوي قصور الانتباه المصاحب بالنشاط الزائد وآباء لأطفال عاديين. وذلك على عينة قوامها ٤٠٠ من الآباء لأطفال في المرحلة العمرية من (٦ - ١٢) عامّاً مقسمين إلى مجموعتين (مجموعة الآباء لأطفال من ذوي قصور الانتباه المصاحب بالنشاط الزائد) (٢٠٠)، ومجموعة الآباء لأطفال عاديين (٢٠٠). وقد تم جمع البيانات من خلال استبيان الرضا الزوجي لإنرش. وجدول كيدي للإضطرابات الوجدانية والفصام واختبار كورنرز. وقد أظهرت النتائج أن متوسط درجات الرضا الزوجي لدى آباء الأطفال العاديين أعلى من آباء الأطفال ذوي قصور

الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد. حيث أن مستوى الرضا الزوجي (التوافق بشدة) كان أقل بنسبة ٢,٨% لدى آباء الأطفال ذوي قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بالمقارنة مع أولياء أمور الأطفال العاديين.

كما هدفت دراسة كيلى وأورنسكي (Kaely, Orenski, 2012) إلى الكشف عن أوجه الشبه والاختلاف بين مجموعتين من الآباء والأمهات المتزوجين والمنفصلين ممن لديهم طفل توحدي أو بدون في كل من الرضا الزوجي والضغوط الوالدية، ومهارات التعايش وأثرها على العلاقة بين الأخوة قبل وبعد التشخيص. وذلك على عينة قوامها (٦٦) زوجاً (٣٣ متزوجين، ٣٣ مطلقين) ممن يقومون بتربية طفل توحدي، تتراوح أعمارهم ما بين ١٨ - ٦٥ وأطفالهم ما بين ٥-١٢ عامًا ممن شخصوا بالتوحد ASD من خلال طبيب مستقل. ولديهم طفل آخر على الأقل غير مشخص بالتوحد في نفس المرحلة العمرية من ٥-١٢ عامًا. وقد تم تطبيق مقياس الرضا الزوجي ومقياس التوجه الشخصي نحو الأزمة ومقياس الضغوط الوالدية، قائمة سلوك الطفل من ١,٥ - ٥ سنة، وقائمة سلوك الطفل من ٦-١٨ سنة. وأظهرت النتائج أن متوسط الدرجات على جميع المتغيرات تشير إلى أن أمهات الأطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة لديهم العديد من الضغوط الوالدية وزيادة في الاكتئاب. بالإضافة إلى الصعوبات الزوجية بالمقارنة بأمهات الأطفال العاديين.

وهدفت دراسة سلام راضي (٢٠١٣) إلى معرفة مستوى إدارة استراتيجيات التكيف للضغوط النفسية لدى آباء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأمهم في محافظة نابلس من وجهة نظر أولياء الأمور. ولتحقيق الهدف استخدمت الباحثة المنهج الوصفي، وقد تكونت الاستبانة من (٦٤) فقرة توزعت في (٧) استراتيجيات. واشملت عينة الدراسة على (٢٥٥) منهم (٦٤) آباء و (٢٠٩) أمهات، تم اختيارهم بالطريقة الطبقيّة العشوائية من مجتمع والدي الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. وأسفرت الدراسة عن أن أكثر الاستراتيجيات استخداماً

للتكيف مع الضغوط النفسية لدى آباء وأمهات ذوي الاحتياجات الخاصة، كانت استراتيجية التدين، تليها استراتيجية حل المشكلات، واستراتيجية الدعم الاجتماعي، واستراتيجية البناء المعرفي، و استراتيجية الاسترخاء، واستراتيجية التجنب و الهروب والنكران، وآخرها استراتيجية التمارين الرياضية. كما أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق في استجابات أفراد العينة لاستراتيجيات التكيف تعزى لمتغير الجنس لولي الأمر، أو المستوى الاقتصادي، أو الوضع الاجتماعي، أو جنس الطفل، وشدة الحالة، ونوع الإعاقة، و مكان السكن. إلا أنه توجد فروق تعزى للمستوى التعليمي لولي الأمر.

هدفت دراسة أليو جون (AI - Yagon. M. 2015) إلى المقارنة بين مجموعتين من الآباء لأطفال لديهم صعوبات تعلم وآباء لأطفال نموهم طبيعي. ممن تتراوح أعمارهم ما بين ٨-١٢ سنة في المصادر الانفعالية ومصادر التعايش واستكشاف كيف أن المصادر الانفعالية لكل من الآباء والأمهات (التعلق، القلق، التعلق التجنبي، انخفاض التأثير السلبي، ارتفاع التأثير الإيجابي) قد تفسر اختلاف مصادر التعايش للوالدين (تعایش نشط، تعايش تجنبي مع المشاكل المرتبطة بالطفل، والشعور بالتماسك). وذلك على عينة قوامها (١٠٧) من آباء الأطفال ذوي صعوبات التعلم و (٩٨) من آباء الأطفال ذوي النمو الطبيعي. أظهرت النتائج فروقاً كبيرة في استراتيجيات التعايش للوالدين فيما كانت الفروق بين الجنسين كبيرة جداً. أبرزت النتائج أن أمهات الأطفال ذوي صعوبات التعلم لديهن مستويات مرتفعة في تجنب التعامل مع المشاكل المتعلقة بالأطفال بالمقارنة مع أمهات الأطفال العاديين.

وهدفت دراسة تنكرد و جريف (Tancred.,.Greef. 2015)) إلى استكشاف كيفية ارتباط الأساليب الوالدية للأمهات مع استراتيجيات التعايش والقدرة على التكيف في الأسر التي لديها طفل مشخص بقصور الانتباه وفرط الحركة وقد تضمنت عينه ٩٨ عائلة من جنوب إفريقيا ممن لديهم طفل مشخص بقصور الانتباه و

فرط الحركة. وقد تم جمع البيانات من خلال السيرة الذاتية و ثلاثة استبيانات للتقرير الذاتي. وقد أسفرت النتائج عن أن أبعاد التواصل والتنظيم في أسلوب الحزم الوالدي متضمنًا أبعاد (التواصل الدافئ، والدعم. والتنظيم أي شرح قواعد السلوك والعقاب الملائم) لديه ترتبط إيجابيًا بإعادة صياغة المشكلة باعتبارها استراتيجية تعايش. كما أشار تحليل الانحدار إلى أن الدواء وتواصل وتنظيم الأمهات كانت منبئات بالتوافق. في حين وجدت ارتباطات إيجابية بين أسلوب التسلط الوالدي (الإكراه البدني) وبين استراتيجية التعايش القائمة على الدعم الديني (الروحي). وبين العداة اللفظي وأسلوب التعايش القائم على الحصول على الدعم الاجتماعي، إلا أنه كان هناك ارتباط سلبي بين أسلوب التسلط الوالدي و بين التوافق الأسري. كما وجد ارتباط سلبي بين الأسلوب الوالدي المتساهل وبين إعادة صياغة المشكلة. وكذلك بين التقييم السلبي للمشكلة وبين التوافق.

فروض الدراسة :

١- توجد فروق في استراتيجيات التعايش في ضوء تباين شدة الأعراض لدى الأبناء.

٢- توجد فروق في الرضا الزوجي في ضوء تباين شدة الأعراض.

منهج الدراسة وإجراءاتها

أولاً منهج الدراسة : اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج الوصفي الفارقي.

ثانياً العينة : تم تطبيق المقاييس على عينة مكونة (٨٥) أمًا من أمهات الأطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة. ممن تتراوح أعمارهن ما بين ٢٤-٤٥ سنة بمتوسط عمري (٣٣,٩٩) وانحراف معياري (٥,٢٤)، كما تراوح المستوى التعليمي لهن ما بين التعليم الإعدادي حتى التعليم الجامعي، وقد تم الحصول على العينة من عيادات الطب النفسي للأطفال بثلاثة مستشفيات بالقاهرة هي: (مستشفى حلوان للصحة النفسية، مستشفى العباسية، ومركز

الطب النفسي بجامعة عين شمس).

وهناك عدد من الشروط تم مراعاتها عند اختيار أفراد العينة، على النحو التالي:

- ١- العمر : روعي في اختيار أفراد العينة أن يتراوح عمر الأم ما بين ٢٤-٤٥ سنة وأن يكون طفلها لديه اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة ولا يقل عمره عن ٥ سنوات وألا يزيد عن ١٢ سنة.
 - ٢- الحالة الاجتماعية : اشترط في أفراد العينة أن يكن من المتزوجات وذلك حتى يتسنى قياس الرضا الزوجي وكذلك استمرار الحياة الزوجية.
 - ٣- المستوى التعليمي : روعي في أفراد العينة أن يتوفر قدر مناسب من التعليم حتى يتسنى لهم فهم المقاييس. حيث تراوح المستوى التعليمي بين الحصول على الشهادة الإعدادية والتعليم الجامعي فما فوق.
 - ٤- روعي أيضًا أن يكون الطفل من ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة ممن يعادل أو يزيد مستوى ذكائه عن ٩٠ حتى نضمن أن يكون اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة أساسيًا وليس مصاحبًا لاضطراب آخر .
 - ٥- ألا يكون الطفل مصابًا بإصابة عضوية بالدماغ.
 - ٦- روعي التشخيص الفارق للطفل بقصور الانتباه وفرط الحركة داخل المستشفى من خلال الطبيب وكذلك من خلال الأخصائي النفسي باستخدام الاختبارات النفسية اللازمة.
- ان يكون اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة هو الاضطراب الرئيسي وألا يكون اضطرابًا مصاحبًا لاضطرابات أخرى.

ثالثًا الأدوات :

وقبل أن يتم عرض تلك الأدوات بالتفصيل وطرق حساب كفاءتها السيكومترية، نعرض وصفًا تفصيليًا لخصائص عينة حساب الثبات والصدق لجميع المقاييس المستخدمة في الدراسة الحالية وذلك على النحو

التالي :

عينة الثبات :

تكونت العينة من (٤٠) مبحوثة من أمهات الأطفال ذوي قصور الانتباه /فرط الحركة ممن تراوح المدى العمري لهم ما بين ٢٥ سنة حتى ٤٥ سنة، وقد روعي توفر نفس شروط العينة الأساسية.

وفيما يلي عرض لهذه المقاييس

١-مقياس استراتيجيات التعايش: إعداد الباحثين

وصف المقياس:

لقد مرت عملية إعداد المقياس حتى وصل إلى صورته النهائية بعدة مراحل :

أ- الاطلاع على التراث وصياغة التعليمات والبنود.

ب- المقياس في صورته الأولية.

ت- الدراسة الاستطلاعية لصياغة البنود.

ج- التحقق من الكفاءة السيكمترية للمقياس.

د- المقياس في صورته النهائية.

أ : اطلعت الباحثة على مجموعة من الاختبارات والمقاييس المتاحة في التراث العربي والأجنبي :وهي : استبيان طرق المواجهة (W.C.Q)،مقياس أساليب مواجهة الضغوط إعداد عادل الهلالي ٢٠٠٩، مقياس أساليب المواجهة إعداد طارق عبد السلام ٢٠١٤

- مقياس التعايش لكل من كارفر، شاير و وينتروب ، قائمة استراتيجيات التعايش الوالدية لدى أمهات الأطفال التوحدين إعداد منصور عبد النعيم ٢٠١٤، مقياس المساندة الاجتماعية إعداد و مقياس استراتيجيات التعايش إعداد منار عكاشة ٢٠١٥ ، مقياس أساليب التعامل مع الأزمة إعداد أحمد الليثي ٢٠٠٩.

وقد تم الاستفادة من تلك المقاييس سواء في اختيار بعض الاستراتيجيات

وكذلك صياغة البنود.

ب : صياغة بعض البنود وفقاً للتعريفات الإجرائية لكل استراتيجية من استراتيجيات التعايش.

الخصائص السيكومترية لمقياس استراتيجيات التعايش

أولاً الصدق :

تم حساب صدق مقياس استراتيجيات التعايش بطريقتي صدق المحكمين والمجموعات الطرفية وذلك كما يلي:

أ- صدق المحكمين :

قامت الباحثة بعرض مقياس الدراسة على اثني عشر محكماً^١ من أعضاء هيئة التدريس بقسم علم النفس جامعة القاهرة.

^١ يتوجه الباحثان بالشكر لكل من : أ. د. الحسين عبد المنعم ، د. صفاء مرسي ، أ. د. فؤاد أبو المكارم ، د. آمال دسوقي ، أ. د. عزة عبد الكريم ، د. إيمان عبد الحليم ، د. عبير أنور، د. عماد محبوب ، د. عائشة شرف الدين ، د. أميمة أنور ، د. سهير الغباشي ، د. نصره منصور

جدول (١) ملخص نسب اتفاق المحكمين على جميع بنود مقياس استراتيجيات التعايش.

المقاييس	عدد البنود	النسب المئوية للاتفاق	عدد البنود طبقاً	عدد البنود المتفق عليها
	د	٨٣ %	٧٥ %	بنسبة ٧٥% فأكثر
١- مقياس استراتيجية التوجه الديني	٢٨	٢٣ %	٣ %	٢٦
٢- مقياس استراتيجية المساندة	٣٢	١٥ %	١٧ %	٣٢
٣- استراتيجية التعايش القائم على المشكلة	٤٣	٢٩ %	١٢ %	٤٠
٤- استراتيجية التعايش القائم على الانفعال	١٤	١٠ %	٣ %	١٢
٥- استراتيجية التعايش القائم على الاستسلام	١١	٧ %	٤ %	١١
٦- استراتيجية التعايش القائم على التجنب والإنكار	١٦	١٣ %	٣ %	١٦

وبناء على صدق المحكمين تم حذف البنود التي حصلت على نسبة اتفاق أقل من ٧٥% والقيام بتعديل صياغة بعض العبارات.

ب- صدق الفروق بين المجموعات الطرفية :

تم حساب الصدق التمييزي لمقياس استراتيجيات التعايش على عينة الدراسة الأساسية، وذلك من خلال حساب الفروق بين الربيع الأعلى والأدنى في كل استراتيجية من استراتيجيات التعايش.

جدول رقم (٢) يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة ت لدلالة الفروق بين مجموعة المنخفضات والمرتفعات في استراتيجية التعايش الديني.

البيان	مجموعة المنخفضات ن=٢١		مجموعة المرتفعات ن=٢٩		قيمة (ت) الدلالة
	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	
استراتيجية التعايش الديني	٣٧,٦٦	٣,٠٨	٤٩,٤١	١,٤٢	١٨,٠٤- ٠,٠٠٠١

بالنظر في الجدول السابق يتبين وجود فروق دالة (عند ٠,٠٠٠١) بين مجموعة المنخفضات والمرتفعات في استراتيجية التعايش الديني في اتجاه مجموعة المرتفعات بما يدعم الصدق التمييزي لمقياس هذه الاستراتيجية.

جدول رقم (٣) يوضح المتوسطات و الانحرافات المعيارية وقيمة ت لدلالة الفروق بين عينة المنخفضين والمرتفعين في استراتيجية المساندة.

البيان	مجموعة المنخفضات ن=٢٢		مجموعة المرتفعات ن=٢٢		قيمة (ت) الدلالة
	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	
استراتيجية المساندة	٣٤,٦٨	٤,٠٤	٥٥,٩٥	٣,٣٤	- ١٩,٠٢ ٠,٠٠٠١

توجد فروق دالة (عند ٠,٠٠٠١) بين مجموعة المنخفضات والمرتفعات في استراتيجية المساندة في اتجاه مجموعة المرتفعات.

الفروق في استراتيجيات التعايش والرضا الزوجي لدى أمهات الأطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة

جدول رقم (٤) يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة ت لدلالة الفروق بين عينة المنخفضات والمرتفعات في استراتيجيات التعايش القائم على المشكلة.

الفئة والمؤشرات البيان	مجموعة المنخفضات ن=٢٦		مجموعة المرتفعات ن=٢٢		قيمة (ت) الدلالة
	المتوسط المعياري	الانحراف المعياري	المتوسط المعياري	الانحراف المعياري	
التعايش القائم على المشكلة	١١,٦١	١,٢٠	٢٤,٢٧	٤,٠٧	٠,٠٠٠١ ١٥,١١

توجد فروق دالة (عند ٠,٠٠٠١) بين مجموعة المنخفضات والمرتفعات في استراتيجيات التعايش القائم على المشكلة في اتجاه مجموعة المرتفعات.

جدول رقم (٥) يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة ت لدلالة الفروق بين عينة المنخفضات والمرتفعات في استراتيجيات التعايش القائم على الانفعال.

الفئة والمؤشرات البيان	مجموعة المنخفضات ن=٢٨		مجموعة المرتفعات ن=٢٣		قيمة (ت) الدلالة
	المتوسط المعياري	الانحراف المعياري	المتوسط المعياري	الانحراف المعياري	
التعايش القائم على الانفعال	١٠,٥٠	١,٤٠	٢١,٠٤	٢,٤٠	٠,٠٠٠١ ١٩,٥٥

توجد فروق دالة (عند ٠,٠٠٠١) بين مجموعة المنخفضات والمرتفعات في استراتيجيات التعايش القائم على الانفعال في اتجاه مجموعة المرتفعات.

جدول رقم (٦) يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة ت لدلالة الفروق بين عينة المنخفضات والمرتفعات في استراتيجية التعايش القائم على الاستسلام.

الفئة والمؤشرات	مجموعة المنخفضات		مجموعة المرتفعات		قيمة الدلالة
	م	ع	م	ع	
التعايش القائم على الاستسلام	١٤,٢٢	١,٣٧	٢٩,١٢	٣,٧٦	١٧,٤٨- ٠,٠٠٠١

توجد فروق دالة (عند ٠,٠٠٠١) بين مجموعة المنخفضات والمرتفعات في استراتيجية التعايش القائم على الاستسلام في اتجاه مجموعة المرتفعات.

جدول رقم (٧) يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة ت لدلالة الفروق بين عينة المنخفضات والمرتفعات في استراتيجية التعايش القائم على التجنب.

الفئة والمؤشرات	مجموعة المنخفضات		مجموعة المرتفعات		قيمة الدلالة
	م	ع	م	ع	
التعايش القائم على التجنب	١١,٦١	١,٢٠	٢٤,٢٧	٤,٠٧	١٥,١١- ٠,٠٠٠١

توجد فروق دالة (عند ٠,٠٠٠١) بين مجموعة المنخفضات والمرتفعات في استراتيجية التعايش القائم على التجنب في اتجاه مجموعة المرتفعات.

ثانياً الثبات :

تم حساب ثبات مقياس استراتيجيات التعايش بثلاث طرق ألفا كرونباخ والقسمة النصفية والاتساق الداخلي وذلك على النحو التالي:

(أ) الثبات بطريقتي ألفا كرونباك والقسمة النصفية :

تم حساب الثبات لمقياس استراتيجيات التعايش بطريقتي ألفا كرونباك والقسمة النصفية، وذلك على العينة المشار إليها من قبل $n=40$ ويوضح الجدول رقم (٨) هذه المعاملات.

جدول (٨) يبين معاملات ثبات مقياس استراتيجيات التعايش بطريقتي ألفا كرونباخ والقسمة النصفية.

المقياس	ألفا كرونباخ	القسمة النصفية بعد تصحيح الطول
التوجه الديني	٠,٧٢	٠,٧٢
المساندة	٠,٧٤	٠,٥٢
التعامل مع المشكلة	٠,٧٤	٠,٨٥
التعايش القائم على الانفعال	٠,٤٧	٠,٦٦
الاستسلام	٠,٧٥	٠,٦٦
التجنب	٠,٦٩	٠,٣٥

بالنظر في الجدول السابق يتبين أن معاملات الثبات مرضية فيما عدا الخاصة باستراتيجيات التعايش القائم على المساندة والتجنب بالقسمة النصفية، وكلها مرضية بطريقة ألفا كرونباك.

(ب) الثبات بالاتساق الداخلي :

تم حساب الثبات من خلال الاتساق الداخلي وذلك بحساب معامل الارتباط بين البند والدرجة على المقياس الفرعي لمقياس استراتيجيات التعايش.

جدول (٩) يبين معاملات الارتباط بين الدرجة على البند والدرجة على المقياس الفرعي لاستراتيجية التوجه الديني

البند	الارتباط بالدرجة الفرعية	البند	الارتباط بالدرجة الفرعية	البند
١	**٠,٥٨	٨	**٠,٤٥	
٢	٠,٢٧	٩	**٠,٥٧	
٣	*٠,٣٩	١٠	**٠,٥٦	
٤	**٠,٤٠	١١	**٠,٥٧	
٥	**٠,٤٦	١٢	**٠,٥٨	
٦	**٠,٥٢	١٣	**٠,٥٥	
٧	*٠,٣٧	١٤	**٠,٤٦	

** دال عند مستوى ٠,٠١ * دال عند مستوى ٠,٠٥

- ١- هناك علاقة ارتباطية بين البند رقم (٤،١، ٥، ٦، ٧، ٨، ٩، ١٠، ١١، ١٢، ١٣، ١٤) وبين الدرجة الفرعية للمقياس وكانت الدلالة عند مستوى (٠,٠٠١).
- ٢- هناك علاقة ارتباطية بين البند رقم (٧،٣) وبين الدرجة الفرعية للمقياس وكانت الدلالة عند مستوى (٠,٠٥).
- ٣- لا توجد علاقة ارتباطية بين البند رقم (٢) وبين الدرجة الفرعية للمقياس ولذلك قد تم حذفه.

الفروق في استراتيجيات التعايش والرضا الزوجي لدى أمهات الأطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة

جدول (١٠) معاملات الارتباط بين الدرجة على البند والدرجة على المقياس الفرعي استراتيجية المساندة

البند	الارتباط بالدرجة الفرعية	البند	الارتباط بالدرجة الفرعية
١٥	*٠,٤٠	٢٧	*٠,٣٨
١٦	**٠,٥٣	٢٨	٠,٢٥
١٧	*٠,٣٥	٢٩	**٠,٤٥
١٨	٠,٢٦	٣٠	*٠,٣٩
١٩	٠,١٣	٣١	**٠,٥٠
٢٠	**٠,٥٥	٣٢	٠,١٨
٢١	**٠,٥٤	٣٣	**٠,٤٤
٢٢	**٠,٤٣	٣٤	**٠,٤٢
٢٣	**٠,٤٤	٣٥	**٠,٤٧
٢٤	**٠,٥٧	٣٦	٠,٢٨
٢٥	٠,٢٠	٣٧	٠,١٩
٢٦	**٠,٤٩	٣٨	*٠,٣٥

** دال عند مستوى ٠,٠١ * دال عند مستوى ٠,٠٥

- ١- هناك علاقة ارتباطية بين البند رقم (١٦، ٢٠، ٢١، ٢٢، ٢٣، ٢٤، ٢٦، ٢٩، ٣١، ٣٣، ٣٤، ٣٥) وبين الدرجة الكلية للمقياس وكانت الدلالة عند مستوى (٠,٠٠١).
- ٢- هناك علاقة ارتباطية بين البند رقم (١٥، ١٧، ٢٧، ٣٠، ٣٨) وبين الدرجة الفرعية للمقياس وكانت الدلالة عند مستوى (٠,٠٥).

٣- لا توجد علاقة ارتباطية بين البند رقم (١٨، ٢٨، ٢٥، ١٩، ٣٦، ٣٢، ٣٧) وبين الدرجة الفرعية للمقياس ومن ثم تم حذف هذه البنود.

جدول (١١) معامل الارتباط بين الدرجة على البند والدرجة على المقياس الفرعي استراتيجية التعامل مع المشكلة.

البند	الارتباط بالدرجة الفرعية	البند	الارتباط بالدرجة الفرعية
٣٩	**٠,٤٩	٥٠	**٠,٥٠
٤٠	**٠,٤٧	٥١	**٠,٤٥
٤١	**٠,٦٢	٥٢	**٠,٦٠
٤٢	-٠,٣٦	٥٣	**٠,٥٥
٤٣	**٠,٤٤	٥٤	٠,٣٠
٤٤	**٠,٤٠	٥٥	**٠,٥٥
٤٥	**٠,٦٦	٥٦	**٠,٤٩
٤٦	**٠,٧٢	٥٧	**٠,٤٨
٤٧	**٠,٧٣	٥٨	**٠,٥١
٤٨	**٠,٦٣	٥٩	**٠,٦٢
٤٩	٠,٢٧	٦٠	**٠,٤٩

** دال عند مستوى ٠,٠١ * دال عند مستوى ٠,٠٥

١- هناك علاقة ارتباطية بين البند رقم (٣٩، ٤٠، ٤١، ٤٣، ٤٤، ٤٥، ٤٦، ٤٧، ٤٨، ٥٠، ٥١، ٥٢، ٥٣، ٥٥، ٥٦، ٥٧، ٥٨، ٥٩، ٦٠) وبين الدرجة الفرعية للمقياس وكانت الدلالة عند مستوى (٠,٠٠١).

٢- لا توجد علاقة ارتباطية بين البند رقم (٤٢، ٤٩، ٥٤) وبين الدرجة الفرعية للمقياس وقد تم حذف هذه البنود.

الفروق في استراتيجيات التعايش والرضا الزوجي لدى أمهات الأطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة

جدول (١٢) معامل الارتباط بين الدرجة على البند والدرجة على المقياس الفرعي التعايش القائم على الانفعال.

الارتباط بالدرجة الفرعية	البند
٠,٢٧-	٦١
**٠,٥٨	٦٢
**٠,٤٥	٦٣
**٠,٥٦	٦٤
**٠,٥٥	٦٥
**٠,٤٨	٦٦
**٠,٦٢	٦٧
**٠,٤٦	٦٨
٠,٢٧-	٦٩
**٠,٥٤	٧٠

** دال عند مستوى ٠,٠١ * دال عند مستوى ٠,٠٥

- ١- هناك علاقة ارتباطية بين البند رقم (٦٢، ٦٣، ٦٤، ٦٥، ٦٦، ٦٧، ٦٨، ٧٠) وبين الدرجة الفرعية للمقياس وكانت الدلالة عند مستوى (٠,٠٠١).
- ٢- لا توجد علاقة ارتباطية بين البند رقم (٦١، ٦٩) وبين الدرجة الفرعية للمقياس وقد تم حذف هذين البندين.

جدول (١٣) معامل الارتباط بين الدرجة على البند والدرجة على المقياس الفرعي استراتيجية الاستسلام.

الارتباط بالدرجة الفرعية	البند
**٠,٦٧	٧١
**٠,٤١	٧٢
**٠,٤٩	٧٣
**٠,٥٤	٧٤
**٠,٥٢	٧٥
**٠,٤٧	٧٦
**٠,٥٠	٧٧
**٠,٥٧	٧٨
**٠,٤٢	٧٩
**٠,٦٩	٨٠
**٠,٦١	٨١

** دال عند مستوى ٠,٠١ * دال عند مستوى ٠,٠٥

هناك علاقة ارتباطية بين البند رقم (٧١، ٧٢، ٧٣، ٧٤، ٧٥، ٧٦، ٧٧، ٧٨، ٧٩، ٨٠، ٨١) وبين الدرجة الفرعية للمقياس وكانت الدلالة عند مستوى (٠,٠٠١).

جدول (١٤) معاملات ارتباط بين الدرجة على البند والدرجة على المقياس الفرعي استراتيجية التجنب.

الارتباط بالدرجة الفرعية	البند
٠,٠٤	٨٢
*٠,٣٩	٨٣
**٠,٤٥	٨٤
**٠,٥٠	٨٥
**٠,٦٣	٨٦
**٠,٥٥	٨٧
**٠,٧٤	٨٨
**٠,٤٠	٨٩
**٠,٥٠	٩٠
**٠,٦٧	٩١
**٠,٦٦	٩٢

** دال عند مستوى ٠,٠١ * دال عند مستوى ٠,٠٥

١- هناك علاقة ارتباطية بين البند رقم (٨٤، ٨٥، ٨٦، ٨٧، ٨٨، ٨٩، ٩٠، ٩١، ٩٢) وبين الدرجة الفرعية للمقياس وكانت الدلالة عند مستوى (٠,٠٠١).

٢- هناك علاقة ارتباطية بين البند رقم (٨٣) وبين الدرجة الفرعية للمقياس وكانت الدلالة عند مستوى (٠,٠٥).

٣- لا توجد علاقة ارتباطية بين البند رقم (٨٢) وبين الدرجة الفرعية للمقياس ولقد تم حذفه.

المقياس في صورته النهائية :

يتكون مقياس استراتيجيات التعايش من ٧٨ بنداً موزعة على ست استراتيجيات أساسية هي :

١: التعايش الديني من ١-١٣ (١٣ بنداً).

٢: طلب المساندة والبحث عنها من ١٤ - ٣٠ (١٦ بنداً).

٣: التعايش القائم على إدارة المشكلة من ٣١ - ٤٩ (١٨ بنداً).

٤: التعايش القائم على الانفعال من ٥٠ - ٥٧ (٧ بنود).

٥: التعايش القائم على الاستسلام والإذعان من ٥٨ - ٦٨ (١٠ بنود).

٦: التعايش القائم على التجنب والإنكار من ٦٩ - ٧٨ (٩ بنود).

ويصح المقياس عن طريق جمع الدرجات الخاصة بكل مقياس فرعي على حدة، بحيث تعطى الدرجة (١) للبديل " لا تحدث "، والدرجة (٢) للبديل " تحدث نادراً"، والدرجة (٣) للبديل " تحدث كثيراً"، أما الدرجة (٤) فتعطى للبديل " تحدث دائماً" وتعكس تلك الدرجات بالنسبة للبنود السلبية وعددها. ولا يوجد درجة كلية للمقياس حيث أنه لا يتم جمع درجات المقاييس الفرعية لأن بعض الاستراتيجيات إيجابية والبعض الآخر سلبي فلا يجوز جمعهم سوياً.

مقياس الرضا الزوجي إعداد فورس وألسن (Fower & Olson, 1993) : ويتكون من (١٥) بنداً تقيس خمسة أبعاد هي : التواصل الوجداني، وإدارة الخلاف، والقيام بالأدوار، والرضا الجنسي والمشاركة في الاهتمامات وقضاء وقت الفراغ. وقامت مترجمة المقياس إلى العربية د. نصره منصور بإضافة (١٥) بنداً أخرى وزعت ضمن مكونات المقياس ليصبح عدده النهائي (٣٠) بنداً. وينطوي المقياس على بنود عكسية أرقام (٢، ٨، ١١، ١٣، ١٤، ١٥، ٢٢، ٢٥، ٢٦، ٢٩)، وتحد البنود العكسية من ميل المبحوث إلى تكوين وجهة للاستجابة.

الدرجة على المقياس : تتطلب الإجابة عن كل بند أن يحدد الفرد درجة انطباق كل بند عليه باستخدام مقياس شدة يتراوح ما بين (١) لا أوافق إطلاقاً إلى (٣) موافق بشدة. وتقيس البنود (١، ٦، ١١، ١٦، ٢١، ٢٦) مكون

التواصل الوجداني. وتقيس البنود (٢، ٧، ١٢، ١٧، ٢٢، ٢٧) مكون إدارة الخلاف، وتقيس البنود (٣، ٨، ١٣، ١٨، ٢٣، ٢٨) مكون القيام بالأدوار، وتقيس البنود (٤، ٩، ١٤، ١٩، ٢٤، ٢٩) مكون الرضا الجنسي، وتقيس البنود (٥، ١٠، ١٥، ٢٠، ٢٥، ٣٠) مكون المشاركة في الاهتمامات وقضاء وقت الفراغ. وتمثل درجة الفرد على المقياس حاصل جمع درجاته على مقياس الشدة، ومن ثم تمثل أقصى درجة على المقياس (٤٥). أما البنود العكسية في كل مقياس فرعي فتصحح في الاتجاه العكسي، بمعنى أنه إذا أجابت المفحوصة عن هذه البنود بوضع دائرة حول الأرقام (١ أو ٢ أو ٣)، فإنها تصحح بالترتيب في الاتجاه العكسي بحيث تصبح (٣ أو ٢ أو ١)، ثم بعد ذلك يتم جمع الدرجة على المقياس الفرعي الواحد.

أ) صدق المقياس :

اعتمدت مترجمة المقياس على نوعين من الصدق:

أولهما صدق المحكمين وقد تبين فية إقرار المحكمين بكفاءة المقياس وبوجود اتساق واضح بين مضمون كل مقياس فرعي من المقاييس النوعية المكونة للمقياس والوظيفة الرئيسية التي أعد لقياسها فيما عدا التعديلات التي أدخلت على صياغة بعض البنود ضمن المقياس.

وثانيهما صدق التكوين والذي تم حسابه بطريقة الاتساق الداخلي وذلك من خلال ارتباط المقاييس الفرعية بالدرجة الكلية للمقياس كاملاً، وقد تمتع المقياس باتساق داخلي مناسب، كما تعكسه الارتباطات بين المكونات الفرعية والدرجة الكلية، مما يعد مؤشراً على صدق التكوين.

ب - ثبات المقياس

قامت مترجمة المقياس بحساب الثبات بطريقتي ألفا كرونباخ، والثبات بطريقة إعادة الاختبار على عينة مكونة من (٦٠) زوج وزوجة. حيث تميز المقياس على مستوى الدرجة الكلية والمقاييس الفرعية بمعاملات ثبات تراوحت

ما بين مرتفعة ومقبولة، مما يجعلنا نطمئن إلى استخدامها في الدراسة الراهنة.

ثبات المقياس في الدراسة الراهنة:

تم حساب الثبات بطريقة ألفا كرونباك وطريقة القسمة النصفية على العينة المشار إليها من قبل والجدول التالي يوضح قيم معاملات ثبات مقياس الرضا الزوجي بطريقتي ألفا كرونباخ والقسمة النصفية.

جدول رقم (١٥) قيم معاملات ثبات مقياس الرضا الزوجي بطريقتي ألفا كرونباخ والقسمة النصفية.

المقياس	ألفا كرونباخ	القسمة النصفية
الرضا الزوجي	٠,٨٢	٠,٨٨

ويتضح من الجدول السابق تمتع المقياس بمعامل ثبات مرضية جداً و هي ٠,٨٢ و ٠,٨٨

٣- مقياس اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة : (إعداد عبد الرقيب البحيري).

مقياس نقص الانتباه وفرط الحركة من إعداد جيليام Gilliam وقد تم تقنيه على البيئة المصرية وهو اختبار مقنن، معياري يسهم في تشخيص اضطراب نقص الانتباه /مفرط الحركة بناء على تعريف DSM-IV (الجمعية الأمريكية يتألف الاختبار من ثلاثة اختبارات فرعية تصل في مجموعها إلى ٣٦ بنداً، ترتبط البنود بالأعراض الجوهرية لاضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة. المقياس الفرعي الأول هو النشاط الزائد Hyperactivity، ويقاس الحركة المفرطة ويتألف من البنود ١ إلى ١٣. ومن أمثلة هذا المقياس الفرعي " فرط في العدو والوثب (٣)، الإفراط في الحديث (٧)، والمقياس الفرعي الثاني هو الاندفاعية Impulsivity ويقاس مشكلات كبح السلوك وتأجيل عمل

الاستجابة، وهو يحتوي على البنود من ١٤ حتى ٢٣. إحدى الأمثلة على هذا المقياس الفرعي " يتصرف قبل أن يفكر (١٤). والمقياس الفرعي الثالث هو عدم الانتباه Inattention ويقاس مشكلات الفرد في تركيز وتوجيه الانتباه نحو المعالم الرئيسية للمهمة، ويتألف هذا المقياس الفرعي من ٢٤ حتى ٣٦. ومن أمثلة هذا المقياس الفرعي " يفشل في إنهاء المهام (٢٥) " و " يجد صعوبة في مواصلة الانتباه و استمراريته (٣٣) ". ويتم إنجاز الاختبار بواسطة أشخاص على علم ودراية بالموضوع وتوضح التقديرات مدى ظهور السلوكيات كمشكلة بالنسبة للفرد، وتستخدم الأدلة التالية في عمل التقديرات :

صفر = لا توجد مشكلة، ١ = مشكلة متوسطة، ٢ = مشكلة شديدة

أ- يتم حساب الدرجات الخام لكل اختبار فرعي، ويتم الحصول على الدرجة الكلية بجمع الدرجات الخام للاختبارات الفرعية وتحويل تلك القيمة إلى نسبة للاضطراب.

ب- **صدق الاختبار :**

قام مقنن الاختبار بحساب صدق الاختبار بطريقتين :

١- **صدق المضمون validity content :** قام المؤلف بدراسة كيفية منظمة

لأبعاد وعبارات المقياس لمعرفة مضمونه ولمعرفة مدى تمثيل هذا المضمون لكل بعد، وذلك في ضوء معايير DSM-IV واتضح بالفحص لبنود المقياس أنها تمثل البعد الخاص بها.

٢- **الصدق الخارجي External validity :** تم حساب الصدق التلازمي

لمقياس ال ADHD مع مقاييس كورنرز تقدير المعلم لتقدير سلوك الأطفال والمراهقين بصورتيه المختصرة والمطولة ٢٨،٣٩ على الترتيب (عبد الرقيب البحيري، ٢٠١١).

وتم أيضاً حساب الصدق التلازمي للاختبار مع مقياس انتباه الأطفال

وتوافقهم (عبد الرقيب، عفاف ٢٠٠٤) بصورتي المدرسة والمنزل.

ثبات المقياس في الدراسة الراهنة:

تم حساب الثبات بطريقة ألفا كرونباك وطريقة القسمة النصفية على العينة المشار إليها من قبل والجدول التالي يوضح قيم معاملات ثبات مقياس نقص الانتباه وفرط الحركة بطريقتي ألفا كرونباخ والقسمة النصفية.

جدول رقم (١٦) قيم معاملات ثبات مقياس نقص الانتباه وفرط الحركة بطريقتي ألفا كرونباخ والقسمة النصفية.

المقياس	ألفا كرونباخ	القسمة النصفية
نقص الانتباه وفرط الحركة الكلي	٠,٩٤	٠,٨٦
النشاط	٠,٨٦	٠,٨١
الاندفاعية	٠,٨٥	٠,٧٨
نقص الانتباه	٠,٩١	٠,٨٧

يتضح من الجدول السابق أن مقياس نقص الانتباه وفرط الحركة يتمتع بمعاملات ثبات مرضية مما يجعلنا أن نطمئن إلى استخدامه في الدراسة الراهنة.

الدراسة الاستطلاعية ونتائجها :

قبل إجراء الدراسة الأساسية، تم تطبيق بطارية الاختبارات على عينة استطلاعية تكونت من خمسة محوِّثات وكان الهدف من الدراسة الاستطلاعية هو التحقق من وضوح الصياغة والتعليمات الأساسية للاختبارات والتحقق من ملائمة هذه الاختبارات للمستويات التعليمية للعينة ومحاولة الوقوف على الفترة الزمنية التي تستغرقها أداء المبحوِّثة. حيث تراوح المدة الزمنية المستغرقة من ٤٥ : ٦٠ دقيقة كذلك الاستقرار على ترتيب الاختبارات في جلسة التطبيق حيث كان مقياس استراتيجيات التعايش أولاً تلاه مقياس الرضا الزوجي وأخيراً مقياس قصور الانتباه وفرط الحركة. بعض الاختبارات تم الإبقاء عليها كما هي

وبعضها تم تعديله على النحو التالي : مقياس استراتيجيات التعايش تم القيام بالحدف أو التعديل للعبارات التي لم يتم فهمها من قبل أفراد العينة. وبناءً على الدراسة الاستطلاعية أيضاً تم القيام بتعديل صياغة بدائل الإجابة من (لا تنطبق، تنطبق إلى حد ما، تنطبق بدرجة كبيرة، تنطبق تماماً) إلى (لا تحدث، تحدث نادراً، تحدث كثيراً، تحدث دائماً).

تم تثبيت أدوات الدراسة، وقد تم تطبيق الأدوات بشكل فردي في الفترة من ٢٠١٦/٢/٢٠ حتى ٢٠١٦/٦/١ وفقاً للترتيب التالي: مقياس استراتيجيات التعايش يتبعه اختبار الرضا الزوجي وأخيراً مقياس قصور الانتباه وفرط الحركة. تم حساب درجات المبحوثات على كل مقياس على حدة. ثم تم إدخال البيانات في الحاسب الآلي لعمل الإحصاءات المناسبة بواسطة حزمة البرامج الإحصائية SPSS.

التحليلات الإحصائية :

حساب الدلالة الإحصائية للفروق بين المتوسطات باستخدام اختبار (ت).

نتائج الدراسة وتفسيرها :

نتائج الفرض الأول

والذي ينص على توجد فروق في استراتيجيات التعايش في ضوء تباين شدة الأعراض لدى الأبناء.

لاختبار هذا الفرض تم حساب الفروق في استراتيجيات التعايش نتيجة شدة الأعراض لدى الأبناء وذلك من خلال حساب الربيع الأعلى والربيع الأدنى في شدة الأعراض أولاً ثم حساب الدلالة الإحصائية للفروق بين المتوسطات باستخدام اختبار (ت).

جدول (١٧) يوضح الفروق في الاستراتيجيات التعايش وفقاً لشدة أعراض ADHD

البيان	أمهات ذوي الاعراض منخفضة ن(٢٣)		أمهات ذوي الأعراض مرتفعة ن(٢٣)		قيمة (ت) الدلالة	المجموعة المتغير
	م	ع	م	ع		
التوجه الديني	٤٦,٢٢	٤,١٢	٤٧,٧٤	٥,٥٦	١,٠٥٤-	٠,٢٩٨ غير دالة
المساندة	٦٠,٠٠	١١,٦	٦١,٧٤	٨,٣٥	٠,٥٨٢-	٠,٥٦٤ غير دالة
التعايش القائم على المشكلة	٦٨,٥٦	٨,٤٥	٦٥,٠٤	١٠,٧	١,٢٣٧	٠,٢٣٣ غير دالة
التعايش القائم على الانفعال	٢٠,٣٥	٣,٦٠	٢١,٧٨	٤,٥٦	١,١٨٤-	٠,٢٤٣ غير دالة
التجنب	١٧,٦٩	٤,٥٠	٢٠,٢٢	٥,٩١	١,٦٢٨-	٠,١١١ غير دالة
الاستسلام	٢٠,٧٤	٦,٦٦	٢١,٤٣٥	٥,٨٩	٠,٣٧٥-	٠,٧١٠ غير دالة

بالنظر في الجدول السابق تبين أنه لا توجد فروق دالة بين مجموعة أمهات الأطفال ذوي الأعراض المنخفضة وأمهات الأطفال ذوي الأعراض المرتفعة في : استراتيجية التعايش الديني، استراتيجية طلب المساندة والبحث عنها، استراتيجية التعايش القائم على إدارة المشكلة، استراتيجية التعايش القائم على الانفعال، استراتيجية التعايش القائم على الاستسلام والإذعان، استراتيجية التعايش القائم على التجنب والإنكار.

وتتفق هذه النتيجة بشكل غير مباشر مع دراسة سلام راضي (٢٠١٣) والتي أشارت نتائجها إلى عدم وجود فروق في استجابات أفراد العينة لاستراتيجيات

التكيف تعزى لمتغير الجنس لولي الأمر، أو المستوى الاقتصادي، أو الوضع الاجتماعي، أو جنس الطفل، وشدة الحالة، ونوع الإعاقة، ومكان السكن. وكذلك دراسة اليوجون ((Al - Yagon. M. 2015)). أبرزت النتائج أن أمهات الأطفال ذوو صعوبات التعلم لديهن مستويات مرتفعة في تجنب التعامل مع المشاكل المتعلقة بالأطفال بالمقارنة مع أمهات الأطفال العاديين. بالإضافة إلى دراسة يوسفيا وآخرين (Yousefia et al., 2011) والتي أشارت إلى أن هناك فروقاً في استخدام الأساليب الوالدية. حيث أن مستوى الضغوط الوالدية يمكن أن تؤثر في اختيار الأسلوب الوالدي المستخدم مع الأطفال ذوي قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، أي أن الآباء ذوي الضغوط الوالدية المرتفعة سيستخدمون أساليب والدية أكثر تعسفاً. كما أنها تتفق مع نتائج تشيرلي وجول (Cheryl and Joel, 2001) والتي أظهرت عدم وجود فروق بين آباء وأمهات الأطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة المختلط وقصور الانتباه الفرعي في مستوى الكرب بالنسبة للأمهات. وساهم ضعف انتباه الطفل والمعارضة والمشاكل السلوكية وليس فرط الحركة في الكرب. وبالنسبة للآباء ارتبط كرب الدور الوالدي بالطفل المعارض أو السلوك العدواني وليس بشدة أعراض نقص الانتباه وفرط الحركة. وأن التعايش الوالدي من خلال استخدام إعادة الصياغة الإيجابية (التفكير في المشكلات كتحديات يمكن التغلب عليها) ارتبط بزيادة الرضا لكل من الأمهات والآباء. أما نقص الدعم المجتمعي ارتبط بزيادة الكرب للأمهات فقط.

وبالنظر في التراث النظري نجد بعض البحوث التي تشير إلى تأثير سمات الشخصية على عمليات التعايش للوالدين ذوي قصور الانتباه / فرط الحركة، والتي أظهرت أن متغيرات الشخصية هي موارد هامة للتعايش في حد ذاتها. وأنها تؤثر على توفير مصادر أخرى للتعايش الشخصي والاجتماعي ((Beresferd, 1994).

حيث أنه من الممكن النظر إلى الذات بشكل إيجابي كمصدر نفسي مهم للغاية في التعايش ((Lazarus & Folkman: 1984).

حيث تتفق كوبازا Kobasa مع فولكمان ولازاروس في أن الخصائص النفسية. كالصلابة مثلاً تؤثر في تقييم الفرد المعرفي للحدث الضاغط ذاته وما ينطوي عليه من تهديد لأمته وصحته النفسية وتقديره لذاته. كما تؤثر أيضاً في تقييم الفرد لأساليب المواجهة مثل (مواجهة المشكلات، والهروب، والتجنب وتحمل المسؤولية، والبحث عن المساندة الاجتماعية. والتحكم الذاتي) (مفتاح عبد العزيز :٢٠١٠، ١٣٠).

وعلى سبيل المثال، في البالغين بشكل عام، فقد ثبت أن الشخصية ترتبط ارتباطاً وثيقاً باستخدام استراتيجيات التعايش. ففي ملخص للكثير من البحوث التي تربط بين الشخصية والتعايش، خلصت كوستا وآخرون (Costa et al : 1996) إلى أن كل من العوامل الشخصية الخمسة (العصابية، والانبساطية، والانفتاح، والقبول، والوعي) ترتبط ببعض جوانب التعايش. وكانت العصابية، على سبيل المثال، ترتبط ارتباطاً وثيقاً بآليات التعايش القائمة على الانفعال والتي كانت غير فعالة بشكل عام، في حين كان الانبساط مرتبطاً بالعمل العقلاني والتفكير الإيجابي وطلب المساندة ((Glidden et al : 2006).

فالآباء الذين يمتلكون تفكيراً متفائلاً أو يستخدمون المساندة الاجتماعية أكثر ميلاً إلى استخدام استراتيجيات التعايش المرتكز على المشكلة أكثر من المتشائمين الذين كانوا على الأرجح يستخدمون استراتيجيات مثل الإنكار ((Beresferd, 1994).

وتعد المهارات الاجتماعية مصدراً هاماً للتعايش، فالمهارات الاجتماعية تساعد في حل المشكلات من خلال الاقتران مع أشخاص آخرين. وزيادة احتمال الحصول على دعمهم وتعاونهم. وبشكل عام تعمل على إعطاء الفرد قدرة أكبر من السيطرة والتحكم في التفاعلات الاجتماعية (Lazarus &

(Folkman :1984).

ويبدو أن مركز الضبط هو أحد العوامل الرئيسية التي تؤثر على استراتيجيات التعايش التي يستخدمها الأفراد (Baily et al :1999). فالأفراد الذين يؤمنون بأنهم يأترون على مسارات حياتهم لديهم مركز ضبط داخلي، أما الذين يعتقدون أن حياتهم تخضع لسيطرة قوى خارجية وأنهم لا يستطيعون فعل أي شيء لتغيير دورات حياتهم لديهم مركز ضبط خارجي، فالأفراد ذوو مركز الضبط الداخلي للسيطرة أقل عرضة لآثار الضغوط من أولئك الذين يملكون مركز ضبط خارجي للسيطرة. وبشكل عام أشارت النتائج إلى أن ذوي مركز الضبط الداخلي أكثر ارتباطاً باستراتيجيات التعايش القائم على المشكلة بالمقارنة بذوي مركز الضبط الخارجي (Beresferd, 1994).

نتائج الفرض الثاني

والذي ينص على توجد فروق في الرضا الزوجي في ضوء تباين شدة الأعراض.

لاختبار صحة الفرض السابق، تم تحديد الربع الأعلى والربع الأدنى للأمهات الأطفال ذوي ADHD وفقاً لدرجات الأطفال على مقياس ADHD ويوضح جدول (١٨) هذه الفروق.

جدول (١٨) يوضح الفروق في الرضا الزوجي وفقاً لشدة أعراض ADHD

البيان	أمهات لأطفال ذوي أعراض منخفضة ن = ٢٣ =		أمهات لأطفال ذوي أعراض مرتفعة ن = ٢٣		القيمة (ت) الدلالة
	ع	م	ع	م	
الرضا الزوجي	٩,٨١٠	٦٣,٠٨٠	٨,٨٣٦	٠,٣٩٥	٠,٦٩٥
غيردالة					

بالنظر في الجدول السابق تبين أنه لا توجد فروق دالة بين مجموعة الأمهات لأطفال ذوي الأعراض منخفضة والأمهات لأطفال ذوي الأعراض مرتفعة في الرضا الزوجي.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة سيفك (Paulet D.Civick.,2008). والتي أظهرت نتائجها ارتفاع مستوى الضغوط بشكل عام، إلا أنه لم تكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الآباء والأمهات في مستوى ضغوط الأمومة والأبوة والضغوط الوالدية وتقديرات سلوك الطفل. كما وجد ارتباط بين الضغوط وبين التقديرات الخاصة بسلوك الطفل. وقد أمكن التنبؤ بمستوى الضغوط من خلال مستوى تقديرات الآباء لسلوك الطفل، في حين أن هذه التقديرات لم تكن منبئة بالرضا الزوجي.

وقد أظهرت نتائج دراسة محمدي وآخرين (Mohammadi et al., 2012) أن متوسط درجات الرضا الزوجي لدى آباء الأطفال العاديين أعلى من آباء الأطفال ذوي قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد. حيث أن مستوى الرضا الزوجي (التوافق بشدة) كان أقل بنسبة ٢,٨% لدى آباء الأطفال ذوي قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بالمقارنة مع أولياء أمور الأطفال العاديين. ونتيجة هذه الدراسة قد تفسر عدم وجود فروق بين أمهات مرتفعي شدة الأعراض وبين أمهات منخفضة الأعراض حيث أن الفروق في الرضا الزوجي كانت بنسبة ٢,٨% فقط بين آباء الأطفال ذوي قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بالمقارنة مع أولياء أمور الأطفال العاديين.

وتتعارض هذه النتيجة مع ما ذهب إليه دراسة مورس Morris,M,M. (2000). حيث أشارت النتائج إلى وجود مستويات مرتفعة من الضغوط الوالدية لدى كل من الأمهات والآباء. وقد ظهرت مستويات الرضا الزوجي في النطاق الطبيعي إلا أن شدة الأعراض السلوكية المقاسة لدى الطفل وجد أنها ذات علاقة بزيادة مستويات الضغوط الوالدية وانخفاض الرضا الزوجي.

وكذلك تتعارض مع دراسة غزلان شمس (٢٠٠٩). والتي أظهرت نتائجها ارتباط التوافق الزوجي والأسرى ارتباطاً إيجابياً دالاً. وارتبطت الضغوط النفسية بهذين المتغيرين ارتباطاً سلبياً دالاً. وقد بينت أن الضغوط النفسية والتوافق الزوجي والأسرى تتأثر بدرجة إعاقات الأبناء، فكلما كانت الإعاقة شديدة كلما زاد الضغط النفسي وقل التوافق الزوجي والأسرى. وقد تبين أن هذه المتغيرات لا تتأثر بالمتغيرات الديموغرافية والاجتماعية والتي شملت العمر والجنس والمستوى التعليمي والاقتصادي.

وبالمثل مع دراسة بيرنس (Byrnes, J.L. 2003) والتي تقديم الدعم العلمي للنظرية القائلة بأن المشاركة في تربية طفل مضطرب سلوكياً سوف يكون لها تأثير على كل من الصحة النفسية والرضا الزوجي للوالدين. وقد أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية كبيرة بين درجة نقص الانتباه وفرط الحركة وبين درجة ضغوط الوالدين. كما كانت هناك علاقة بين درجة الضغوط الكلية وكل من اكتئاب الأم. وزيادة الصراع على المقياس الفرعي (MSI-R) بالإضافة إلى وجود علاقة بين الاكتئاب وبين الخلافات الزوجية. إلا أن العلاقة ما بين الضغوط الكلية وبين الخلافات الزوجية كانت غير دالة لكنها كانت في الاتجاه المتوقع.

كذلك أوضحت نتائج دراسة ويمبس (Wymbs, 2008). أن المراهقين ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة المصحوب باضطراب السلوك كانت لديهم الخلافات الوالدية أكثر تكراراً ودون حل وذلك بالمقارنة مع المراهقين ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة فقط أو بجانب اضطراب المعارضة والتحدي المرضي أو المراهقين العاديين. ولم تكن هناك فروق بين المجموعات في تقارير الأمهات عن الخلافات الزوجية. وذهبت نتائج دراسة زاري (Zarei, 2010) إلى وجود انخفاض في الرضا الزوجي لدى آباء الأطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة وهذا يتسق مع حقيقة أن الآباء والأمهات ينفقون الكثير

من وقتهم في تأديب الأطفال المصابين بقصور الانتباه وفرط الحركة ولا يتبقى لهم إلا القليل من الوقت الخاص لمساعدة ورعاية بعضهم البعض. وقد تعكس المشاكل الزوجية وأطفال قصور الانتباه وفرط الحركة تأثير الجينات الوراثية المشتركة في هذه الأسر، وبالتناوب فإن الطبيعة الضاغطة والشاقة لأعراض قصور الانتباه وفرط الحركة مما قد يثير أعلى مستوى من الخلافات في التفاعلات الزوجية، في حين أشارت نتائج المتغيرات الديموغرافية أن المستوى التعليمي عامل مهم في الرضا الزوجي لدى الآباء الذين يعانون أبناءهم قصور الانتباه وفرط الحركة.

وأظهرت النتائج التي توصل لها تشيرلي وجول (Cheryl and Joel, 2001) أن آباء وأمهات الأطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة المختلط وقصور الانتباه الفرعي يعانون من عدم الرضا مقارنة بآباء العينة الضابطة. وأنه لا توجد فروق بين آباء وأمهات الأطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة المختلط وقصور الانتباه الفرعي في مستوى الكرب بالنسبة للأمهات. وساهم ضعف انتباه الطفل والمعارضة والمشاكل السلوكية وليس فرط الحركة في الكرب عدم الرضا متعلق بالأمومة أو الأداء الوالدي. وأن التعايش الوالدي من خلال استخدام إعادة الصياغة الإيجابية (التفكير في المشكلات كتحديات يمكن التغلب عليها) ارتبط بزيادة الرضا لكل من الأمهات والآباء. أما نقص الدعم المجتمعي ارتبط بزيادة الكرب للأمهات فقط.

المراجع

- أحمد الليثي (٢٠٠٩). أساليب التعامل مع الأزمة لأمهات التلاميذ المصابين بالسرطان وأثرها على مستوى توافقهم النفسي. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة حلوان.
- جابر عبد الحميد، علاء الدين كفاقي (١٩٨٨). معجم علم النفس في الصحة النفسية. القاهرة: دار النهضة العربية.
- خولة يحيى، رنا حامد (٢٠٠١). مصادر الاحتراق النفسي لدى معلمي الطلبة المعوقين عقليا في اليمن. مجلة مركز البحوث التربوية، جامعة قطر، السنة العاشرة، العدد العشرون، يوليو، ٩٨ - ١٢٤.
- رياض الهاشمي (٢٠٠٨). اضطراب نقص الانتباه المصاحب بالنشاط الزائد لدى تلاميذ الصف الثالث والرابع من التعليم الأساسي (الحلقة الأولى - دراسة تشخيصية). مجلة جامعة دمشق. ٢٤ (١).
- سلام راضي (٢٠١٣). مستوى إدارة استراتيجيات التكيف للضغوط النفسية لدى آباء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأمهاتهم في محافظة نابلس. رسالة ماجستير. كلية الدراسات العليا، جامعة النجاح الوطنية في نابلس، فلسطين.
- صفاء مرسي (٢٠٠٤). بعض المتغيرات النفسية الاجتماعية المرتبطة بالاختلالات الزوجية. رسالة دكتوراه، كلية الآداب، جامعة القاهرة.
- صفاء مرسي (٢٠٠٨). الاختلالات الزوجية (الأسباب و العواقب - الوقاية و العلاج). سلسلة علم النفس الإكلينيكي المعاصر، الكتاب الرابع. القاهرة: إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع.
- طارق عبد السلام (٢٠١٤). أحداث الحياة الضاغطة وأساليب مواجهتها لدى المعتمدين على المواد النفسية. رسالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة القاهرة.

عبد الجواد خليفة، هبه سامي (٢٠١٥). فرط الحركة ونقص الانتباه من منظور علاجي استراتيجيات تعليمية وإرشادية للآباء و المدرسين. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

عبد العزيز ثابت (١٩٩٨). **الطب النفسي للأطفال و المراهقين**. فلسطين: مكتبة اليازجي.

عزة عبد الكريم (٢٠٠١). استخدام المساندة النفسية الاجتماعية لتحسين التوافق النفسي والاجتماعي والصحي لدى المسنين : دراسة تجريبية. رسالة دكتوراه، كلية الآداب، جامعة القاهرة.

غزلان شمس (٢٠٠٩). الضغوط النفسية والتوافق الأسري والزواجي لدى عينة من آباء وأمهات الأطفال المعاقين تبعًا لنوع ودرجة الإعاقة، وبعض المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة أم القرى.

فيولا الببلاوي (١٩٨٧). **مقياس الرضا الزوجي**. دليل المقياس. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

مجدي الدسوقي (٢٠٠٦). **اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (الأسباب- التشخيص- العلاج)**. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

محمد كامل (٢٠٠٣). **علم النفس المدرسي**، ط ٢، القاهرة: مكتبة ابن سينا. مفتاح عبد العزيز (٢٠١٠). **علم نفس الصحة**. مفاهيم، نظريات، نماذج، دراسات. القاهرة: دار وائل للنشر.

منار عكاشة (٢٠١٥). المساندة الاجتماعية واستراتيجيات التعايش كمتغيرات منبئة بنوعية الحياة لدى المراهقين المعاقين بصريًا كليًا والمبصرين. رسالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة القاهرة.

منصور جاد (٢٠١٤). استراتيجيات التعايش و الكفاءة الذاتية في علاقتهما بجودة الرعاية لدى أمهات الأطفال التوحديين. رسالة ماجستير، كلية

الآداب، جامعة القاهرة.

منظمة الصحة العالمية (١٩٩٩). المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض

: تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية ICD-10. ترجمة وحدة الطب

النفسي، كلية الطب، جامعة عين شمس.

نصرة منصور (٢٠١٢). الذكاء الوجداني والحب بين الزوجين كمنبئين بالرضا

الزوجي. رسالة دكتوراه، كلية الآداب، جامعة القاهرة.

نشوى دردير (٢٠٠٧). الاحتراق النفسي للمعلمين ذوي النمط (أ،ب) وعلاقته

بأساليب مواجهة المشكلات. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة

الفيوم.

هناء الحديدي (٢٠٠١). مشكلات أسر الأطفال المعاقين عقلياً من (٠-١٨)

سنة. رسالة ماجستير، الجامعة الأردنية. عمان. الأردن.

هيا الخرعان (٢٠١١). الرضا الزوجي وعلاقته بالمساندة الاجتماعية لدى

عينة من الطالبات المتزوجات بجامعة أم القرى. رسالة ماجستير، كلية

التربية، جامعة أم القرى.

وسيم مزيك (ترجمة) (١٩٩٩) خلل نقص الانتباه. فرط الحركة. مجلة العلوم.

مراجعة : أحمد الكفراوي، مجلة العلوم. مؤسسة الكويت للتقدم العلمي.

Al – Yagon, M.(2015). Fathers and mather of children with learning disabilities :Links between emotional and coping resources. Learning disability quarterly. *Journals Permission.nqv*. 138 (2) 112-128.

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed). Washington,DC :Author.

Baily ,J., Barton,B., &Vignola ,A(1999).Coping with children with ADHD : Coping styles of mother with children with ADHD or challenging behavior s.*Early Child Development and Care* , 184,35- 50.

- Banmeister, R.F., & Vohs, K.D. (2006). *Encyclopedia of Social psychology* (P:541). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Beck, A., (1989). *Love is never enough, How couples can overcome misunderstanding, Resolve conflicts, and solve relationship problems, through cognitive therapy*, perennial library, Harper & Row publishers, New York.
- Benson, H. (2002). *Marriage education: What do we know? What should we do it?*. *Family Relations*, 50, 272-280.
- Beresford, B.A. (1994). *Resources and Strategies: How parent cope with the care of a disabled child*. *J of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 171-209.
- Bodenmann, G., Ledermann, T. & Bradbury, T.N. (2007). *Stress, Sex, and satisfaction in marriage*. *personal Relationships*. 14, 551-569.
- Byrnes, J.L., (2003). *The Emotional Functioning and Marital Satisfaction of Mothers of Children with Attention - Deficit Hyper Activity Disorder*. *Doctoral Dissertation*. St. Johns University, New York.
- Carver, C., Scheier M., & Weintraub, J. (1989). *Assessing coping strategies : a theoretically based approach coping*. *J pers Soc Psychol*, 56 : 267 – 283.
- Charles, E. & Cunningham, (2007). *Measuring the outcome of Interventions for Children with Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder*. *Ambulatory Pediatrics Association*. 7, 60 -72.
- Cheryl, L.P. & Joel, T.N. (2001). *Parent Stress and Coping in Relation to Child ADHD Severity and Associated Child Disruptive Behavior Problems*. *Journal of Clinical Child Psychology*. 30(4), 504 -513.
- Compton, W. (2005). *Introduction of positive psychology*. United States of America : Thomson Wadsworth.
- Corsini, R.J. (1999). *The Dictionary of psychology*. New York. Brunner Mazel.
- Cummings, E.M., & Davies P.T. (2001). *Marital conflict and children : An emotional security perspective*. New York: Guilford Press.
- Cunningham, C.E., Bemness, B.B. & Siegel (1988). *Family functioning, time allocation, and parental depression in the families of normal and ADHD Children*. *Journal of Clinical Child Psychology*, 17, 169-177
- Dabrowska, A. & Pisula, E. (2010). *Parenting stress and coping styles in mothers and fathers of pre-school children with autism and Down*

syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, (54) ,3,266 - 280.

Feldman,S.S.,Wentzel.K.R.Weinberger.D.A.&Munson.J.A. (1990). Marital satisfaction of parents of preadolescent boy and its relationship to family and child functioning of Family Psychology.4(2).213-234.

Folkman,S.,Lazars,R.,Gruen,R.&Delongies, A.(1986). Appraisal, Coping, health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50 (3), 571-579.

Glidden, L. M. Billings, F. J. & Jobe , B. M.(2006). Personality, coping style and well-being of parents rearing children with developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*. 50 (12),949-962.

Haseley,J.L.(2006).Marital satisfaction among newly married couples : Association with religiosity and romantic attachment style.*Phd.*, Thesis, University of North Texas.

Hong,M.,Biao,T.,Hui,W.,Yan,H.&Xi,W. (2011). Coping as mechanism linking life events and mental health problem. *Biomed Environment Science*, 24 (6), 649 – 655.

Kaely, M.,Orenski, M.A.(2012). Marital satisfaction ,parenting stress, coping skills, and it effects on Sibling Behavior among Married and divorced coupels raising a child with on autism spectrum disorder : *Doctoral Dissertation*.Alliant International University. Los Angelos.

Lazarus, R.S., & Folkman ,S,(1984).*Stress, appraisal and coping*.New York.N Y: Springer Publishing Company Inc.

McBiride,Brent A.,Schoppe,SarahJ.&Rane,Thomas R.(2002).Child Characteristics, Parental Involvement: Fathers Mothers. *Journal of Marriage and Family*,(64),4,998-1011.

Manne,S.(2003).Coping and social support.In T. Millon& M.Lerner(Eds.). *Hand Book of Psychology*,(pp51).New Jersey:Wiley&Sons.

Mohammadi,M.R,Farokhzadi,F,Alipour,A.,Rostami,R.,Dehestani,M., &Salmanin,M. (2012). Marital Satisfaction among Parents of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and NormalChildren. *Iran J Psychiatry*.7:120-125.

Montero. M. J,Prado. A.J,Demarzo.M.M,P,Gascon.S& Garcia.C.J(2014). Coping with Stress and Tyepes of Burnout :

- Explanatory Power of Different Copying Strategies. *Plos One*, 9 (2).
- Morris, M.M. (2000) : Parental Stress and Marital satisfaction in Families of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Doctoral Dissertation*. The university of New Mexico. Albuquerque.
- Pauletto, D., Civick (2008). Maternal and Paternal Differences in Parental Stress Levels and Marital Satisfaction Levels in Parent of Children Diagnosed with Autism Spectrum Disorders. *Doctoral Dissertation*. College of Art and Sciences. The Texas Woman's University.
- Randall, A., Bodenmann, G., (2009). The role of stress on closerelationship and marital satisfaction. *Clinical Psychology Review*.
- Reid, Maria L. (2011). The effects of parental nurturance and involvement on peer relationships and psychosocial functioning of young adults. *PhD*. Florida international university ,Miami, Florida.
- Reissner, V., Baune, B., Kokkevi, A., Shifano, F., Room, R., et al (2010). Burnout, coping and job satisfaction in service staff treating opioid addicts –From Athens to Zurich. *Stress Health*, 26:149-159.
- Shikai, N., Shono, M., & Kitamura, T. (2009). Effects of coping and stressful life events on depression and anxiety in Japanese nursing student : A longitudinal study. *International Journal of Practice*, 15, 198 – 204.
- Simsek, S., Gokcen, C., E. & Fettahoglu, C. (2012). Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Other Psychiatric Symptoms in Parents of Children with ADHD. *Arastirmalar/Researches*, 25 :230-237.
- Tancred E.M., Greef, A.P. (2015). Mothers' Parenting Styles and the Association with Family Coping Strategies and Family Adaptation in Families of Children with ADHD. *Clin Soc Work J*, 43 : 442-451.
- Walker, J., Jonson, S., Manon, I., Cloutier, P., (1996). Emotionally focused marital intervention for couples with chronically ill children, *Journal of consulting & clinical psychology*. 64, 5. 1029-1036.
- Williams, L.M. (1995). Associations of stressful life events and marital quality. *Psychological Reports*, 76, 1115-1122.
- Wymbs, B., Molina, B.S.G., Gngy, E.M., (2008). Mother and Adolescent Reports of Interparental Disord Among Parents of Adolescents

with and without Attention- Deficit –Hyperactivity Disorder. *Journal of Emotional and Behavioral Disorder*. 16 (1) , 29 -41.

Yousefia, S. Far, A. S& Abdolahian. E (2011). Parenting stress and parenting styles in mothers of ADHD with mothers of normal children. *Procedia. Social and Behavioral Sciences*. 30. 1666 - 1671.

Zarei, Rostami, Ghopianchi (2010). Marital Satisfaction in Parents of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Comparison with Parents of Normal Children. *Procedia Social and Behavioral Sciences*. 5, 744-747.