

دور استراتيجيات التعايش في التنبؤ بالاحترق النفسي لدى أمهات الأطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة

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

ملخص

هدفت الدراسة الراهنة إلى الكشف عن دور استراتيجيات التعايش في التنبؤ بالاحترق النفسي لدى أمهات الأطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة بالإضافة إلى الكشف عن مدى تباين استراتيجيات التعايش والاحترق النفسي لدى الأمهات في ضوء تباين شدة أعراض قصور الانتباه وفرط الحركة لدى أطفالهن. تم تطبيق المقاييس على عينة مكونة (٨٥) أمًا ممن تتراوح أعمارهن ما بين ٢٤ - ٤٥ سنة بمتوسط عمري (٣٣,٩٩) وانحراف معياري (٥,٢٤)، باستخدام استمارة البيانات الأساسية، ومقياس استراتيجيات التعايش، ومقياس الاحترق النفسي (إعداد الباحثين). اختبار اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة (إعداد : عبد الرقيب البحيري). وأسفرت النتائج عن وجود علاقة بين بعض استراتيجيات التعايش (التعايش القائم على إدارة المشكلة واستراتيجية التعايش القائم على الانفعال واستراتيجية الاستسلام واستراتيجية التجنب) وبين الاحترق النفسي. كما توصلت النتائج إلى أن استراتيجية التعايش القائم على التجنب بمفردها تسهم بنسبة ٣٣,٩% ومع استراتيجية التعايش القائم على الاستسلام بنسبة ٣٦,٦% في التنبؤ بالاحترق العام. كما ظهرت فروق دالة بين مجموعة أمهات الأطفال ذوي الاعراض المنخفضة وأمهات الأطفال ذوي الاعراض المرتفعة في كل من الاحترق العام والاحترق البدني حيث كانت الدلالة عند مستوى (٠,٠٥).

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

The Role of Coping Strategies in Predicting Burnout in Mothers of Children with Attention Deficit and Hyperactivity

Dr. Shaaban Gaballa Radwan^(*)

Mona Ebrahim Metwaly^(**)

Abstract :

This study aimed to investigate the role of coping strategies in predicting burnout in mothers of children with attention deficit and hyperactivity, as well as the extent to which the strategies of co-existence and psychological combustion of mothers of children with attention deficit and hyperactivity were different in light of the differences in the severity of the symptoms of attention deficit and hyperactivity in their children. 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 level of education ranged from preparatory to university education. The sample was obtained from children's psychiatric clinics in three hospitals in Cairo: Helwan for mental health, Abbasiya Hospital, and the Center for Psychiatry at Ain Shams University). The results showed that there is a relationship between some coping strategies (coping strategy based on problem, coping strategy based on emotion, surrender strategy and avoidance strategy) and burnout. The results also found that coping strategy based on avoidance alone contributes 33.9% and with coping strategy of surrender by 36.6% in predicting total burnout . There were also significant differences between the group of mothers of children with low symptoms and mothers of children with high symptoms in both general byrnout and physical burnout where the significance was at (0.05).

Keywords: Coping Strategies– Attention Deficit and Hyperactivity

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

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

مقدمة :

جاء القرن الواحد والعشرون محملاً بالثورات المتنوعة في شتى جوانب الحياة منها ما يتصل بالتكنولوجيا والطب والاتصالات ، والصناعة مما ساهم في تعقيد الحياة وظهور كثير من الصعوبات والاضطرابات حيث أطلق عليه بعض الباحثين عصر القلق والضغط النفسي مما ألقى بأعباء وضغوط كثيرة على كاهل الفرد العادي ، حيث أن عليه التعامل مع هذه الضغوط وتلك التغيرات والتكيف معها وإلا وقع في شرك الإنهاك النفسي (حسام محمود، ٢٠٠٨). ويعتبر الإنهاك النفسي من المشكلات التي ظهرت في الفترة الأخيرة ، واهتم بها بعض الباحثين لما لها من آثار على الأسرة ومصالح الأبناء حيث تتعطل قدرات أفرادها ولا يتواصلون بفاعلية مما يفتت الكيان الأسري ويضعف المجتمع (Scherer&louw,2008).

ويعد اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة من أكثر المشكلات السلوكية انتشاراً ، 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 كلما طالت الفترة التي يعاني فيها الطفل كان العلاج أكثر صعوبة (محمد كامل ، ٢٠٠٣ ، ١٠٧) .

وقد أشارت هناء الحديدي خلال مراجعته 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).

وتمثل هذه الضغوط الحياتية خطراً على صحة الأم وتوازنها مما ينشأ

عنها آثار سلبية لعدم القدرة على التكيف وضعف مستوى الأداء والعجز عن ممارسة المهام اليومية وانخفاض الدافعية للعمل والشعور بالإرهاك النفسي (أحمد عبد العزيز ، أحمد أبو السعد : ٢٠٠٩) .

مدخل إلى مشكلة الدراسة :

تسهم استراتيجيات التعايش الوالدي المعتمد على المساندة الاجتماعية، والتدين، والحصول على موارد المجتمع، وعمليات العزو والإدراك الاجتماعي في التوافق الوالدي لدى الأسر التي يعاني فيها الطفل من المرض أو الإعاقة. (Cheryl & Joel, 2001)

ففي دراسة حول التعايش الوالدي مع طفل من ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة في حد ذاته. قام جونستون (Johnston 1996) بدراسة لأعراض الطفل والمساندة الاجتماعية للأم، والضغط الوالدية ودور الرضا لدى ٤٨ من أولياء الأمور لأطفال من ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة. وقد وجد أن المساندة الاجتماعية أدت دورًا بارزًا في التمييز بين المجموعات وفقًا للضغط الوالدية.

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

وأصبحت هذه المشكلة موضع اهتمام بعض الباحثين والمربين القائمين على تربية الطفل، نتيجة الآثار السلبية التي تحدثها في الطفل على المستوى المعرفي والانفعالي والاجتماعي، وما تحدثه أيضًا من مشكلات لأسرته، إذ يصاب الوالدان في الغالب بالحرج والإحباط نظرًا 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) .

وقد أظهرت دراسة شور وجو Shur & Gau وكذلك دراسة وينر Wiener

أن أمهات الأطفال ذوي اضطراب قصور الانتباه / فرط الحركة يعانون من الضغوط بصورة أكبر من أمهات الأطفال الأصحاء (Shur & Gau, 2007; Wiener et al., 2013).

وعلى الرغم من أن أعراض المشقة لدى الوالدين ترتبط بتطور أعراض اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة لدى الطفل فإن أحد البحوث التي تناولت أسباب الاضطراب لدى الأسر القاطنة في المدن أظهرت أن المؤشرات السابق ذكرها والمتعلقة بالتوتر والكره تنتج عن الاضطراب وليس بالضرورة أن تنتج عن أسبابه، وبصرف النظر عن الإسهام السببي فإن التدخلات المثمرة في حالة اضطراب قصور الانتباه المصحوب بفرط الحركة يجب أن توجه اهتمامها وهدفها مباشرة إلى أنماط التفاعل الأسرية (مجدي الدسوقي، ٢٠٠٦، ٩١).

وتجدر الإشارة إلى أن الضغوط تمثل خطراً على صحة الفرد وتوازنه، كما تهدد كيانه النفسي، وتتشأ عنها آثار سلبية كعدم القدرة على التوافق، وممارسة الحياة اليومية، والشعور بالإرهاك النفسي (أمسية السيد الجندي، نبيلة ميخائيل مكاري ، ٢٠٠٧: ٥٩).

وقد أشار ثيولي وآخرون (Theule et al., 2011) إلى أن أعراض قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى الوالدين يعتبر أقوى منبئاً بالضغوط الوالدية . حيث اشتملت هذه الأعراض على ضعف الانتباه والاندفاعية وصعوبات في أداء الوظيفة وهذه التحديات ربما تصنع ضغوطاً والدية خاصة. ومن ثم فإنه من المتوقع أن هذه الأعراض من شأنها أن تعرقل قدرات الوالدين في التخطيط لاحتياجات أطفالهم. مما أدى إلى قدرة أقل على التكيف مع تشخيص أبنائهم. صعوبة أخرى مترتبة على أعراض قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى الوالدين تتضمن صعوبة تذكر حضور المواعيد الطبية والاجتماعات المدرسية وإعطاء الدواء، ومشاكل في أن يسلكوا بالطريقة

المناسبة لكونهم آباء. كل هذا من شأنه التنبؤ بزيادة فعلية في الضغوط.

وأشار يوسفيا وآخرون (Yousefia et al., 2011) إلى أن مستوى الضغوط الوالدية يمكن أن تؤثر في اختيار الأسلوب الوالدي المستخدم مع الأطفال ذوي قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، وأن الآباء ذوي الضغوط الوالدية المرتفعة سيستخدمون أساليب والدية أكثر تعسفاً.

وبناءً على ما سبق يمكننا صياغة مشكلة الدراسة في التساؤلات التالية:

- ١- هل توجد علاقة بين استراتيجيات التعايش والاحتراق النفسي لدى أمهات الأطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة ؟
- ٢- هل تسهم استراتيجيات التعايش في التنبؤ بالاحتراق النفسي لأمهات الأطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة ؟
- ٣- هل يتباين الاحتراق النفسي لدى أمهات الأطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة في ضوء تباين شدة الأعراض لدى الأبناء؟

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين استراتيجيات التعايش والاحتراق النفسي ، ودور استراتيجيات التعايش في التنبؤ بالاحتراق النفسي ، وكذلك الكشف عما إذا كان الاحتراق النفسي لدى أمهات الأطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة يتباين في ضوء تباين شدة الأعراض لدى الأبناء.

الأهمية النظرية والأهمية التطبيقية :

- ١- الكشف عن العلاقة بين استراتيجيات التعايش والاحتراق النفسي لدى أمهات الأطفال ذوي نقص الانتباه وفرط الحركة.
- ٢- الكشف عن حجم إسهام استراتيجيات التعايش في التنبؤ بالاحتراق النفسي.

٣- أن تسهم نتائج هذه الدراسة في إعداد برامج تدريبية لتعديل استراتيجيات التعايش غير الفعالة لدى أمهات الأطفال ذوي قصور الانتباه وفرط

الحركة.

٤- يمكن الاستفادة أيضاً من نتائج الدراسة في تصميم برامج علاجية لخفض أعراض الاحتراق النفسي لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب قصور الانتباه/فرط الحركة .

٥- الاستفادة من مقاييس استراتيجيات التعايش في قياس الاستراتيجيات غير الفعالة في 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, Shikai, Lazarus, Gruen, & Delongies, 1986. Shono & Kitamura, 2009. Hong, biao&Hui, 2011).

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، ويتضح 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 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 أسلوباً للتعايش صنفت 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 الذهني 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:** ويقصد به 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 :** تتمثل في طلب الدعم والمؤازرة من الآخرين وخاصة الأسرة والأصدقاء والأقارب أو المتخصصين كالأطباء والممرضين ، 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 ثلاث مكونات : التحكم في مجريات الأمور، الإلتزام بالقيام بالمسؤوليات مهما تزايدت الضغوط ، وإدراك الأحداث الضاغطة بأنها تبعث على التحدى وليس التهديد .
- ٤- **التعايش القائم على الإنفعال** : وهو أحد الأساليب التي تساعد الفرد على استيعاب المواقف الضاغطة من خلال التنفيس الإنفعالي الجيد للمشاعر السلبية ويشمل أيضا القدرة على الاسترخاء والميل للفكاهة والمرح ، والقيام ببعض التمرينات الرياضية .
- ٥- **التعايش القائم على الاستسلام**: تتمثل 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**: يهدف إلى 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 إلغائه . ومثل هذه السلوكيات تهدف إلى حماية الذات من الانفعالات الشديدة التي قد يخبرها الفرد .

النماذج المفسرة لاستراتيجيات التعايش

١- نموذج استراتيجيات التعايش:

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 يمهده بمزيد من الاحترام.

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

ثانيا الاحترق النفسي :

يعتبر هاربرت فرويدنبرجر ١٩٧٤ أول من أشار إلى مفهوم الاحترق النفسي خلال دراساته عن الاستجابة للضغوط التي يتعرض لها المشتغلون بقطاع الخدمات ويعرف الاحترق النفسي بأنه : حالة من الاستنزاف الانفعالي والبدني بسبب ما يتعرض له الفرد من ضغوط - (Freudenberger, 1974: 26)
(30. كما يعرفه تورش Truch بأنه الاستنزاف الانفعالي والبدني والاتجاهي (Truch, 1986:4).

وفي مقابل ذلك هناك بعض الباحثين ومنهم عصام زيدان لا يقصرون المعاناة من الاحترق النفسي على أصحاب المهن التي تتطلب تفاعلاً مع الجمهور، بل يرون أنه يعاني منه كل من يتعرض للضغوط بدرجة شديدة، وبذلك فلا يقصرونه على فئة معينة أو مهنة معينة (عصام زيدان، ٢٠٠٤: ١٢٢).

ويذكر ديجون وسيدجن (Duygun & Sezgn 2003) أن الاحترق الوالدي

يحدث مع المطالب المزمنة والمستمرة لاحتياجات الأسرة . فهذه المطالب المستمرة تستنفد حافز الوالدين وقد يمرون بمشاعر اللوم أو الغضب . ويعد الاحتراق الوالدي هو الخطوة الأخيرة في تطور عبء ضغط الرعاية، حيث لم تعد التجربة صحية لكل من مقدم الرعاية والشخص الذي يتلقى الرعاية .

إن الاحتراق النفسي الوالدي هو حالة من الإنهاك الجسدي والعاطفي والعقلي والذي يمكن أن يكون مصحوبًا بتغير في المواقف والاتجاهات الإيجابية إلى السلبية (Luecher et al 1999).

ويمكن أن يحدث الاحتراق عندما لا يحصل مقدمو الرعاية على المساندة التي يحتاجونها سواء جسدية أو مادية ، وقد يعاني الآباء المحترقين نفسيًا من التعب والإنهاك والقلق والاكتئاب .(Kasuya et al .2010)

ويتبنى الباحثان تعريف (Luecher et al 1999) للاحتراق النفسي للأمهات ويعرف إجرائيًا بأنه الدرجة التي تحصل عليها الأم على مقياس الاحتراق النفسي المستخدم والذي يتكون من ثلاثة مكونات :

المكون الأول الاحتراق النفسي ويقصد به نضوب الطاقة الانفعالية للأم وشعورها بأن مواردها الانفعالية والنفسية غير كافية ولا تسعفها في التعامل مع المواقف التي تتعرض لها وهذا الاحتراق النفسي مرتبط أيضًا بالاحتراق البدني والعقلي .

المكون الثاني تفشل الأم في الإدراك السليم والتعامل الصحيح مع الآخرين، حيث تتعامل معهم على أنهم أشياء وليسوا أفرادًا ، بحيث يلاحظ أن الخيوط الإنسانية والاجتماعية بين الأم والآخرين ترتبك .

المكون الثالث وهو الشعور بالعجز ويقصد به ميل الأم إلى تقييم سلوكها وأدائها دائمًا تقييمًا سلبيًا ، مما يترتب عليه عدم الشعور بالقدرة على تحقيق الأهداف والعجز .

النماذج والنظريات المفسرة للاحتراق النفسي :

١- النموذج العام لعملية الضغوط /الصحة لشولز وسالسوس Schulz and Salthouses

قدم شولمز وسالتهوزين نموذجا متسلسلا دوريا تبدأ فيه المواقف الضاغطة عندما تؤدي القيود الوظيفية لمتلقي الرعاية والسلوكيات المشكلة لخلق حاجة إلى تقديم الرعاية . فيجب على مقدم الرعاية المحتمل تقييم الموقف وتحديد ما إذا كانت (هي عادة) أو هو قادر على التعامل مع هذه المشاكل . ويؤدي التقييم الإيجابي أو اللطيف إلى استجابات عاطفية إيجابية وشعور بالرفاهية .وبالعكس تقييم الموقف كضغوط يؤدي إلى ردود فعل عاطفية سلبية (على سبيل المثال : الفلق والاكنتاب) ، قد تتفاعل هذه التفاعلات مع السلوكيات المتبقية للرعاية لخلق تصعيد في النتائج السلبية تتأثر صحة مقدمي الرعاية والصحة العقلية ،مع ما يصاحب ذلك من مخاطر متزايدة للمشاكل الجسدية والعاطفية .وقد لاحظ سكلز وبيجل Schulz & Biegel 1999 وجود حلقات تغذية مرتدة محتملة . في حين ذكر أيضا أنه على الرغم من أن النموذج غير أحادي الإتجاه في المقام الأول . فإننا ندرك أن التعامل مع الضغوطات هو عملية دينامية معقدة يمكن أن تتدارك فيها الاستجابة في مرحلة ما .

وقد وجدت بيرلينج Pearlning et al 1990 أن تقديم الرعاية على المدى الطويل يستنزف موارد الدعم الاجتماعي ويقلل من تصورات السيطرة . تدعم العديد من الدراسات انخفاض الدعم الاجتماعي الذي يحدث مع الوقت الزائد المتزامن مع أدوار تقديم الرعاية . وترتبط هذه الخسارة ارتباطا مباشرا بالانخفاض في الصحة العقلية والعاطفية (Haug et al 1999) .

٢- نموذج أحداث الحياة :

قدم هذا النموذج هولمز وراهي Holmes & Rahe سنة ١٩٦٧ وقد طور هذا النموذج من خلال الدراسات التي قامت بها دورينويندو

دورينويند Dowrenwend & Dowrenwend سنة ١٩٨١ حول العلاقة بين الضغوط والمرض، والتي أشارت نتائجها إلى أن التعرض المستمر لضغوط الحياة يمثل العامل المباشر لإصابة الفرد بكثير من المشكلات النفسية والاجتماعية، فالمواقف أو الأحداث الضاغطة كالخلافات العائلية، ومشكلات العمل، والأزمات المالية، ووجود مدمن في الأسرة، والسكن غير الملائم قد تمثل مصادر ضاغطة، لاسيما إذا كانت هذه الأحداث متراكمة أو ممتدة لفترة طويلة، وغير قابلة للتحكم والسيطرة، وتؤدي إلى تدهور كبير في الصحة، وهو ما يمثل بدوره مصدرًا آخر من المصادر الضاغطة (حنان بالشيخ، ٢٠١٣ : ٢٤ - ٢٥).

٣- النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي للضغوط :

قدم هذا النموذج كابلان Kaplan وساليس Sallies وباترسون Patterson سنة ١٩٩٣، وأشار الباحثون إلى أن هناك علاقة بين الأحداث الضاغطة والصحة، كما أشاروا إلى أن هذه العلاقة معقدة، حيث يتداخل بها ثلاثة جوانب تتفاعل كل منها مع الأخرى عند حدوث الحدث أو الموقف الضاغط، وأول هذه الجوانب هي الاستعدادات والصفات الوراثية وتتمثل في الجانب البيولوجي، وثانيهما النواحي النفسية للفرد وسماته، وأخيرًا يأتي دور المجتمع أو البيئة ويمثل ذلك الجانب الاجتماعي، وتتفاعل هذه الجوانب الثلاثة معًا عند حدوث الحدث الضاغط، وتشكل فيما بينها حكمًا على الحدث الضاغط، وفي هذه الحالة إما أن يتمكن الفرد من مواجهته والتغلب عليه، وبالتالي يستعيد تواقفه النفسي، وإما لا يتمكن من مواجهته والتغلب عليه، وبالتالي تعتل صحة الفرد، وقد يصاب بالعديد من الاضطرابات النفسية والبدنية (نشوة درير، ٢٠١٠ : ٥٩).

٤- النظرية المعرفية :

يعتبر نموذج لازاروس في تفسير الأحداث الضاغطة من أهم النماذج

المعرفية. إذ يؤكد على أن العمليات المعرفية مثل (الإدراك - التفكير - التذكر - معنى الحدث) لا تؤثر فقط في كيفية تقييم الفرد للحدث، ولكنها تؤثر أيضاً في كيفية مواجهة الفرد لهذا الحدث. ويشير لازاروس ١٩٦٦ إلى أن الذي يحكم تقدير الفرد وتفسيره للحدث هو التاريخ النفسي للفرد (مفتاح عبد العزيز، ٢٠١٠ : ١٩٩ ، ٢٠٠).

ويعتمد تقييم الفرد للمواقف على عدة عوامل منها : العوامل الشخصية ، والعوامل الخارجية الخاصة بالبيئة الاجتماعية ، والعوامل المتصلة بالموقف نفسه ، وتعرف نظرية التقدير المعرفي الضغوط بأنها تنشأ عندما يوجد تناقض بين المتطلبات الشخصية للفرد ، ويؤدي ذلك إلى تقييم التهديد وإدراكه في مرحلتين هما :

المرحلة الأولى : وهي الخاصة بتحديد ومعرفة أن بعض الأحداث هي في حد ذاتها شيء يسبب الضغوط .

المرحلة الثانية : وهي التي يحدد فيها الأساليب التي تصلح للتغلب على المشكلات التي تظهر في الموقف (مفيد أحمد ، ٢٠١٠ ، ٢٣).

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 ادراك الدروس
المكتسبة من الأخطاء المرتكبة من قبل هذه الاستجابات (وسيم مزيك، ١٩٩٩،
٣) .

ومن أهم مظاهره زيادة الحركة، عدم الاستقرار في المكان، والتلمل ،
وتشتت 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 سلبياً 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 سنًا والبالغين (١٧ سنة فما فوق) مطلوب توفر ما لا يقل عن خمسة
أعراض مما يلي:-

- في كثير من الأحيان لا ينتبه تمامًا 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 المتتابة، وصعوبة الاحتفاظ بالمواد والمتعلقات في ترتيبها، والفوضى، والعمل غير منظم، لديه سوء إدارة للوقت، فشل في الوفاء بالمواعيد المحددة).
 - غالبًا يتجنب أو يكره أو ينفر من الاشتراك في المهام التي تتطلب جهدًا ذهنيًا 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 بالمثيرات 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 سنا وبالبالغين (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 جالسًا. (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 (APA, 2013 :59-60).

الأنماط الثلاثة لاضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة :

- ١- فرط الحركة ونقص الانتباه (النمط غير المنتبه) ويعاني 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 المفرط النشاط- المنفتح) ويتسم الأطفال الذين يتم تشخيصهم بهذا النمط بفرط الحركة والاندفاعية، 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 والاندفاعية، ويسمى هذا النمط فرط الحركة ونقص الانتباه ADHD (عبد الجواد خليفة، هبة سامي، ٢٠١٥: ١٢) .

الدراسات السابقة:

نعرض فيما يلي للدراسات السابقة التي تناولت استراتيجيات التعايش والاحترق النفسي لدى أمهات الأطفال ذوي قصور الانتباه /فرط الحركة والفئات الخاصة :

قام تشيرلي وجول (Cheryl and Joel, 2001) بدراسة هدفت إلى اختبار دور الكرب والتعايش 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 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.

كما قام باراند وآخرون (Parand et al.,2010) بدراسة هدفت إلى إعداد برنامج لإدارة الضغوط من خلال استخدام أساليب معرفية سلوكية. وتقييم فاعليته في الصحة النفسية للأمهات الأطفال المصابين بقصور الانتباه وفرط الحركة. ويركز البرنامج على المواقف الوالدية والضغوط الشخصية. تكونت العينة من (٤٧) أمًا تم الحصول عليهن من المراكز الاستشارية والتي شخض فيها الأطفال بقصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد. قسمت هذه العينة إلى مجموعتين تجريبية شملت (٣٠) وإلى مجموعة ضابطة شملت (١٧) أمًا. وقد تم قياس فاعلية ورشة العمل من خلال جرد قائمة الصحة النفسية، مقياس الاكتئاب والقلق والضغوط النفسية(DASS). وأظهرت النتائج انخفاضًا ملحوظًا في درجات الاكتئاب والقلق والضغوط النفسية لدى المجموعة التجريبية، بالإضافة إلى ذلك تحسنت الحياة النفسية.

هدفت دراسة تنكرد و جريف (Tancred.,Greef. 2015) إلى استكشاف كيفية ارتباط الأساليب الوالدية للأمهات مع استراتيجيات التعايش و القدرة على التكيف في الأسر التي لديها طفل مشخض بقصور الانتباه وفرط الحركة وقد تضمنت العينة ٩٨ عائلة من جنوب إفريقيا ممن لديهم طفل مشخض 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) 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 (الاكراه البدني) واستراتيجية التعايش القائمة على الدعم الديني (الروحي) . وبين العداء اللفظي وأسلوب التعايش القائم على الحصول على الدعم الاجتماعي، إلا أنه كان هناك ارتباط سلبي بين أسلوب التسلط الوالدي والتوافق الأسري . كما وجد ارتباط سلبي بين الأسلوب الوالدي المتساهل وبين إعادة صياغة المشكلة . وكذلك بين التقييم السلبي للمشكلة وبين التكيف .

أجرى أوزديمير (Ozdemir, 2006) دراسة هدفت إلى الكشف عن الفروق في مستوى الاحتراق النفسي بين معلمي التلاميذ ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة ومعلمي التلاميذ العاديين في تركيا . وقد تم تطبيق النسخة التركية لمقياس ماسلاش على ٧٨ من معلمي المدارس الابتدائية التركية . وأسفرت النتائج عن عدم وجود فروق ذات دلالة بين درجات معلمي التلاميذ ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة ومعلمي التلاميذ العاديين، ومع ذلك كانت هناك فروق على بعض المقاييس الفرعية حيث كانت درجات معلمي الأطفال العاديين على المقياس الفرعي الخاص بالإنجاز الشخصي أعلى من معلمي التلاميذ المصابين قصور الانتباه وفرط الحركة.

وأجرت فوئية راضي (٢٠٠٨) دراسة هدفت إلى التحقق من فاعلية برنامج إرشادي في خفض الشعور بالضغط النفسية وتحسين الكفاءة الوالدية لدى عينة من أمهات الأطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة من تلاميذ المرحلة الابتدائية بمدينة المنصورة. تراوحت أعمارهم ما بين (٢٦ - ٤١) سنة وقد قسمت العينة إلى مجموعتين إحداهما تجريبية وتتكون من (٣١) أمًا والأخرى ضابطة وتتكون من (٣٣) أمًا، استجبت لمقياس فاندربلت لتشخيص اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة ومقياس الضغوط النفسية، ومقياس الكفاءة الوالدية وقد توصلت نتائج البحث إلى ما يلي: وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي على مقياس الضغوط وكذلك على مقياس الكفاءة الوالدية. ووجود فروق بين متوسط درجات

القياس القبلي والبعدي على مقياس الكفاءة الوالدية في اتجاه القياس البعدي. وجود فروق في متوسط درجات القياس القبلي والبعدي على مقياس الضغوط النفسية في اتجاه القياس القبلي. وتبين استمرار فاعلية البرنامج الإرشادي في خفض الشعور بالضغوط النفسية وتحسين الكفاءة الوالدية لدى الأمهات بعد استخدامه.

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) أمًا لأطفال مشخصين بقصور الانتباه المصاحب بالنشاط الزائد و(٨٠) أمًا لأطفال عاديين في المرحلة العمرية من (٥-١٢). أظهرت النتائج أن هناك فروق 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.

كذلك قام ثيولي وآخرون (Theule et al., 2011) بدراسة هدفت إلى استكشاف ما إذا كانت أعراض نقص الانتباه المصاحب بالنشاط الزائد لدى الآباء بالإضافة إلى السياق (التربية الوالدية، الدعم الاجتماعي، الحالة الزوجية) تنبئ بالضغوط الوالدية. وكذلك دورها في أعراض قصور الانتباه المصاحب بالنشاط الزائد لدى الطفل. وذلك على عينة قوامها (٩٥) من الآباء الذين شخصوا أو لم يشخصوا أطفالهم في المرحلة العمرية من (٨ - ١٢) عامًا. مستخدمين كل من (قائمة الضغوط الوالدية/ الصورة المختصرة) كذلك مقياس الدعم العائلي (PSI/SF)، ومقياس كونرز للكبار (CAARS) ومقياس كونرز (CARS) للأطفال. أظهرت النتائج أن أعراض قصور الانتباه المصاحب

بالنشاط الزائد لدى الوالدين يعتبر أقوى منبئ بالضغوط الوالدية. حيث اشتملت هذه الأعراض على ضعف الانتباه والاندفاعية وصعوبات في أداء الوظيفة وهذه التحديات ربما تصنع ضغوطاً والدية خاصة. ومن ثم فإنه من المتوقع أن هذه الأعراض من شأنها أن تعرقل قدرات الوالدين في التخطيط لاحتياجات أطفالهم. مما أدى إلى قدرة أقل على التكيف مع تشخيص أبنائهم. بالإضافة إلى صعوبة أخرى مترتبة على أعراض قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى الوالدين تتضمن صعوبة تذكر حضور المواعيد الطبية والاجتماعات المدرسية وإعطاء الدواء، ومشاكل في أن يسلكوا بالطريقة المناسبة لكونهم آباء. كل هذا من شأنه التنبؤ بزيادة فعلية في الضغوط.

وأجرى بازانوتوجلو وآخرون (Pazvantoglu et al.,2014) دراسة هدفت إلى تحديد ما إذا كانت هناك علاقة بين تشخيص قصور الانتباه وفرط الحركة وبين مختلف أحداث الحياة الضاغطة لدى آباء الأطفال المصابين بقصور الانتباه وفرط الحركة. تكونت العينة من (٢٤٩) أب وأم ل(١٦٧) طفل من الذين شخصوا بقصور الانتباه وفرط الحركة. و (١٤٦) أب وأم من الذين لم يشخص أبنائهم بهذا الاضطراب. تم استخدام التصنيف الإحصائي الرابع، ومقياس تشخيص قصور الانتباه وفرط الحركة للكبار، وتسجيل أحداث الحياة الضاغطة في نموذج البيانات من إعداد الباحثين. وتوصلت النتائج إلى أن الآباء لأطفال مشخصين بقصور الانتباه وفرط الحركة لديهم مستوى عالٍ من أحداث الحياة السلبية بالمقارنة بآباء الأطفال العاديين. كما أنهم يتعرضون لها على مدى الحياة. وأوصت الدراسة بضرورة تقييم هؤلاء الآباء من حيث قصور الانتباه وفرط الحركة.

فروض الدراسة :

يمكننا صياغة فروض الدراسة على النحو التالي:

(١) توجد علاقة بين استراتيجيات التعايش والاحترق النفسي لدى أمهات

- الأطفال ذوي قصور الانتباه / فرط الحركة .
- (٢) تسهم استراتيجيات التعايش في التنبؤ بالاحترق النفسي لدى أمهات الأطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة .
- (٣) تتباين شدة الاحترق النفسي لدى أمهات الأطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة بتباين شدة أعراض قصور الانتباه وفرط الحركة لدى الأبناء.

منهج الدراسة وإجراءاتها:

١- منهج الدراسة :

اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج الوصفي الارتباطي ، حيث تناولت العلاقة بين استراتيجيات التعايش والاحترق النفسي لدى أمهات الأطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة. كما تهتم بالكشف عن إسهام استراتيجيات التعايش في التنبؤ بالاحترق النفسي، بالإضافة إلى الكشف عن مدى تباين الاحترق النفسي لدى أمهات الأطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة في ضوء تباين شدة أعراض قصور الانتباه وفرط الحركة لدى أطفالهن.

٢- 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 بثلاث 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 عمرة 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 لهن فهم المقاييس . حيث تراوح المستوى التعليمي بين الحصول على الشهادة الإعدادية والتعليم الجامعي .
- ٤- روعي أيضاً أن يكون الطفل من ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة ممن يعادل أو يزيد مستوى ذكائه عن ٩٠ حتى نستبعد أن تكون فرط الحركة بسبب التأخر العقلي .
- ٥- ألا يكون الطفل مصاباً 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 .
- ٧- ان يكون اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة هو الاضطراب الرئيسي وألا يكون اضطراباً مصاحباً لاضطرابات أخرى .

مقاييس الدراسة :

وقبل أن يتم عرض تلك الأدوات بالتفصيل وطرق حساب كفاءتها السيكومترية، نعرض وصفاً تفصيلياً 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 الاختبار:

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

- أ- الاطلاع على التراث وصياغة التعليمات والبنود.
- ب- الدراسة الاستطلاعية لصياغة البنود.
- ج- التحقق من الكفاءة السيكومترية للمقياس.
- د- المقياس في صورته النهائية.

أ : اطلع الباحثان على مجموعة من الاختبارات والمقاييس المتاحة في التراث العربي والأجنبي وهي :استبيان طرق المواجهة (W.C.Q)، مقياس أساليب مواجهة الضغوط إعداد عادل الهاللي ٢٠٠٩، مقياس أساليب المواجهة إعداد طارق عبد السلام ٢٠١٤، مقياس التعايش لكل من كارفر، شاير و وينتروب ، قائمة استراتيجيات التعايش الوالدية لدى أمهات الأطفال التوحديين إعداد منصور عبد النعيم ٢٠١٤، مقياس المساندة الاجتماعية إعداد منار محمد عكاشة ٢٠١٥، مقياس استراتيجيات التعايش إعداد منار محمد عكاشة ، مقياس أساليب التعامل مع الأزمة إعداد أحمد الليثي ٢٠٠٩

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

ولقد تم الاستفادة من هذه المقاييس بالاستعانة بفقراتها في اختيار وصياغة بعض فقرات المقياس.

الخصائص السيكومترية لمقياس استراتيجيات التعايش
أولاً الصدق :

تم حساب صدق مقياس استراتيجيات التعايش بطريقتي صدق

المحكمين والمجموعات الطرفية وذلك كما يلي:

أ- صدق المحكمين :

قام الباحثان بعرض مقاييس الدراسة على اثني عشر محكمًا من أعضاء هيئة التدريس بقسم علم النفس جامعة القاهرة. وتوضح الجداول التالية نسب الاتفاق بين المحكمين على مقاييس الدراسة.

جدول (١) ملخص نسب اتفاق المحكمين على جميع

بنود مقياس استراتيجيات التعايش

المقاييس	عدد البنود	عدد البنود طبقاً للنسب المئوية للاتفاق			عدد البنود المتفق عليها بنسبة ٧٥% فأكثر
		%٨٣	%٧٥	%٦٦	
١- مقياس استراتيجية التوجه الديني	٢٨	٢٣	٣	٢	٢٦
٢- مقياس استراتيجية المساندة	٣٢	١٥	١٧	—	٣٢
٣- استراتيجية التعايش القائم على المشكلة	٤٣	٢٩	١٢	١	٤٠
٤- استراتيجية التعايش القائم على الانفعال	١٤	١٠	٣	١	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 :

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

تم حساب الصدق التمييزي لمقياس استراتيجيات التعايش على عينة الدراسة الأساسية والمكونة من (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 بين التعليم الإعدادي حتى التعليم الجامعي، وذلك من خلال حساب الفروق بين الربيع الأعلى والأدنى في كل استراتيجية من استراتيجيات التعايش. جدول رقم (٢) يوضح المتوسطات و الانحرافات المعيارية وقيمة ت لدلالة الفروق بين مجموعة المنخفضات والمرتفعات في استراتيجية التعايش الديني.

البيان	مجموعة المنخفضات		مجموعة المرتفعات		الدلالة
	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	
استراتيجية التعايش الديني	٣٧,٦٦	٣,٠٨	٤٩,٤١	١,٤٢	٠,٠٠٠١

ن=٢١ مجموعة المنخفضات
ن=٢٩ مجموعة المرتفعات
قيمة (ت) ١٨,٠٤-

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		مجموعة المرتفعات		الدلالة
	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	
استراتيجية المساندة	٣٤,٦٨	٤,٠٤	٥٥,٩٥	٣,٣٤	٠,٠٠٠١

ن=٢٢ مجموعة المنخفضات
ن=٢٢ مجموعة المرتفعات
قيمة (ت) ١٩,٠٢-

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

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

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

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

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

الدالة	قيمة (ت)	مجموعة المرتفعات ن=٢٣		مجموعة المنخفضات ن=٢٨		الفئة والمؤشرات البيان
		ع	م	ع	م	
٠,٠٠٠١	١٩,٥٥-	٢,٤٠	٢١,٠٤	١,٤٠	١٠,٥٠	التعايش القائم على الانفعال

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

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

الفئة والمؤشرات	مجموعة المنخفضات		مجموعة المرتفعات		قيمة (ت)	الدلالة
	ن=٢٢	ع	ن =٢٤	م		
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 دلالة الفروق بين عينة المنخفضات والمرتفعات في استراتيجية التعايش القائم على التجنب.

الفئة والمؤشرات	مجموعة المنخفضات		مجموعة المرتفعات		قيمة (ت)	الدلالة
	ن =٢٦	ع	ن =٢٢	م		
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
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 ٠,٠٥ ** دال عند مستوى ٠,٠١

- ١- هناك علاقة ارتباطية بين البند رقم (٤، ١، ٥، ٦، 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.

معاملات الارتباط بين الدرجة على البند والدرجة على المقياس الفرعي
استراتيجية المساندة

جدول رقم (١٠) يبين 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 الفرعية 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، ١٩، ٢٥، ٣٦، ٣٧، ٣٨، ٣٩، ٤٠، ٤١، ٤٢، ٤٣، ٤٤، ٤٥، ٤٦، ٤٧، ٤٨، ٤٩، ٥٠، ٥١، ٥٢، ٥٣، ٥٤، ٥٥، ٥٦، ٥٧، ٥٨، ٥٩، ٦٠، ٦١، ٦٢، ٦٣، ٦٤، ٦٥، ٦٦، ٦٧، ٦٨، ٦٩، ٧٠، ٧١، ٧٢، ٧٣، ٧٤، ٧٥، ٧٦، ٧٧، ٧٨، ٧٩، ٨٠، ٨١، ٨٢، ٨٣، ٨٤، ٨٥، ٨٦، ٨٧، ٨٨، ٨٩، ٩٠، ٩١، ٩٢، ٩٣، ٩٤، ٩٥، ٩٦، ٩٧، ٩٨، ٩٩، ١٠٠) وبين الدرجة الفرعية للمقياس ومن ثم تم حذف هذه البنود .

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

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

جدول (١٢) معاملات 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	٦٣٦
**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 الكلية للمقياس وقد تم حذف هذين البندين.

جدول (١٣) معاملات 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) و بين 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.

٢-مقياس الاحتراق النفسي: إعداد الباحثين

وصف الاختبار :

لقد مرت عملية إعداد المقياس حتى وصل إلى صورته النهائية بعدة

مراحل :

- الاطلاع على التراث وصياغة التعليمات والبنود.
- الدراسة الاستطلاعية لصياغة البنود.
- التحقق من الكفاءة السيكمترية للمقياس.
- المقياس في صورته النهائية.

وفيما يلي عرض لهذه الخطوات:

- ١- تم الاطلاع على مجموعة من الاختبارات والمقاييس المتاحة في التراث العربي والأجنبي عن الاحتراق النفسي :وهي :
 - مقياس التعب النفسي إعداد د.شعبان جاب الله
 - مقياس الإنهاك النفسي لآباء وأمهات الأطفال المعاقين.إعداد د.عصام محمد زيدان ٢٠٠٤
 - النسخة العربية لمقياس مسلاش للاحتراق النفسي المعدلة من د. زيد البتال جامعة الرياض ٢٠٠٠
 - مقياس مسلاش للاحتراق النفسي إعداد رامى طشطوش وآخرون ٢٠١٣
 - استمارة أعراض الاحتراق النفسي لدى المعلمين لسميرة ميسون ٢٠١٠
- وقد تبين أن بها بعض المشكلات، وتتمثل في التالي :
- عدم اشتمال تلك المقاييس على بنود تغطي بشكل كافٍ الاحتراق النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بقصور الانتباه وفرط الحركة.
- اقتصار تلك المقاييس على مفهوم الاحتراق النفسي لدى فئة الموظفين والعاملين.
- ولم نجد مقياساً اختص بفئة أمهات الأطفال المصابين بقصور الانتباه وفرط الحركة. وقد اعتمدت الدراسة الراهنة على مقياس الاحتراق النفسي لمسلاش وكذلك مقياس التعب النفسي إعداد شعبان رضوان وكذلك مقياس الإنهاك النفسي لآباء وأمهات الأطفال المعاقين.إعداد د عصام محمد زيدان، مع القيام باختيار بعض البنود من كل منهم وتعديل صياغتها لى تتلاءم مع عينة الدراسة.
- أولاً : الصدق:** اعتمدت الدراسة الحالية على كل من صدق المحكمين والصدق التمييزي في الفروق بين الربيع الأعلى والربيع الأدنى وكذلك صدق التكوين أو المفهوم.

١ : صدق المحكمين: قام الباحثان بعرض مقياس الدراسة على اثني عشر محكمًا من أعضاء هيئة التدريس بقسم علم النفس كلية الآداب جامعة القاهرة، أشرنا إليها من قبل . ويوضح الجدول التالي نسب الاتفاق بين المحكمين على بنود مقياس الاحترق النفسي .

جدول (١٥) نسب الاتفاق بين المحكمين على بنود مقياس الاحترق النفسي

رقم العبارة	نسبة الاتفاق	رقم العبارة	نسبة الاتفاق
١	%٨٣	٢٢	%٨٣
٢	%٨٣	٢٣	%٨٣
٣	%٦٦	٢٤	%٨٣
٤	%٧٥	٢٥	%٨٣
٥	%٧٥	٢٦	%٨٣
٦	%٨٣	٢٧	%٨٣
٧	%٨٣	٢٨	%٨٣
٨	%٨٣	٢٩	%٨٣
٩	%٧٥	٣٠	%٧٥
١٠	%٨٣	٣١	%٧٥
١١	%٨٣	٣٢	%٧٥
١٢	%٨٣	٣٣	%٧٥
١٣	%٨٣	٣٤	%٧٥
١٤	%٨٣	٣٥	%٧٥
١٥	%٨٣	٣٦	%٧٥
١٦	%٨٣	٣٧	%٧٥
١٧	%٨٣	٣٨	%٧٥
١٨	%٨٣	٣٩	%٧٥
١٩	%٨٣	٤٠	%٧٥
٢٠	%٨٣	٤١	%٧٥
٢١	%٨٣	٤٢	%٧٥

وبالنظر في الجدول السابق يتبين أن نسب الاتفاق على البنود تراوحت بين ٧٥% و ٨٣% ، ومن ثم لم يتم حذف أي بند من بنود المقياس.

٢: الصدق التمييزي :

تم حساب الصدق التمييزي لمقياس استراتيجيات التعايش على عينة مكونة (٨٥) أمًا من أمهات الأطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة. ممن تتراوح أعمارهم 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 سبق الإشارة إلى خصائص هذه العينة.

جدول (١٦) يوضح المتوسطات و الانحرافات المعيارية وقيمة (ت) للدلالة على الفروق بين عينة المنخفضات والمرتفعات في الاحتراق النفسي.

الفئة	مجموعة المنخفضات	مجموعة المرتفعات	قيمة (ت)	الدلالة
المؤشرات	ن=٢٦	ن=٢٢		
البيان	م	ع	م	ع
الاحتراق عام	٧٣,٤٢	٧,٣٢	١٢٩	٨,٩٦
			-٢٢,١٤	٠,٠٠٠١

بالنظر في الجدول السابق تبين وجود فروق دالة (عند ٠,٠٠٠١) بين مجموعة المنخفضات والمرتفعات في الاحتراق النفسي في اتجاه مجموعة المرتفعات.

٣: صدق المفهوم :

تم حساب صدق المفهوم من خلال الارتباط بين المكون الفرعي والدرجة الكلية للمقياس ن = .

جدول (١٧) يوضح معامل الارتباط بين المكون الفرعي والدرجة الكلية للاحتراق النفسي .

المكون الفرعي	درجة الارتباط بالدرجة الكلية للاحتراق النفسي
١- احتراق نفسي	٠,٩٣٥ **
٢- احتراق بدني	٠,٨٦٧ **
٣- العجز عن الإنجاز	٠,٧٦٤ **

** مستوى الدلالة عند ٠,٠١

ثانيا الثبات :

(أ) الثبات بطريقة ألفا كرونباخ والقسمة النصفية:

تم حساب معاملات ثبات مقياس الاحتراق النفسي بطريقتي ألفا كرونباخ والقسمة النصفية وذلك على العينة المشار إليها من قبل ن = ٤٠ ويوضح الجدول التالي هذه المعاملات :

جدول (١٨) لمعاملات الثبات الخاصة بمقياس الاحتراق النفسي.

المقياس	ألفا كرونباخ ن = ٤٠	القسمة النصفية ن = ٤٠
١- الاحتراق العام	٠,٩٤	٠,٨٨
٢- الاحتراق النفسي	٠,٩١	٠,٨٢
٣- الاحتراق البدني	٠,٩٠	٠,٨٣
٤- العجز عن الإنجاز	٠,٧٧	٠,٥٧

بالنظر في الجدول السابق تبين أن معاملات الثبات مرضية بما يؤدي إلى الاعتماد على نتائج هذا المقياس.

(ب) الثبات بطريقة الاتساق الداخلي :

كذلك تم حساب الثبات لمقياس الاحتراق النفسي من خلال الاتساق الداخلي ويوضح الجدول التالي معاملات الارتباط بين البند وكل من الدرجة الفرعية والكلية للمقياس لدى أمهات الأطفال المصابين بقصور الانتباه وفرط الحركة.

جدول رقم (١٩) لتوضيح معاملات ارتباط البند بدرجة المقياس الفرعية و الكلية.

الارتباط بالدرجة الكلية	الارتباط بالدرجة الفرعية	البند	الارتباط بالدرجة الكلية	الارتباط بالدرجة الفرعية	البند الاحتراق النفسي
**٠,٦٩	**٠,٨٤	٢٢	**٠,٧٧	**٠,٧٢	١
**٠,٧٨	**٠,٨٥	٢٣	**٠,٧٢	**٠,٧٥	٢
**٠,٥٦	**٠,٧١	٢٤	**٠,٥٤	**٠,٦٠	٣
**٠,٥٢	**٠,٦٥	٢٥	**٠,٦٠	**٠,٦٤	٤
**٠,٣٩	**٠,٥٢	٢٦	**٠,٦٩	**٠,٧٨	٥
**٠,٦٢	**٠,٦٣	٢٧	**٠,٦٣	**٠,٤٠	٦
**٠,٥٦	**٠,٦٢	٢٨	**٠,٦٠	**٠,٦٦	٧
العجز عن الإنجاز					
**٠,٤٣	**٠,٣٨	٢٩	**٠,٦٨	**٠,٦٩	٨
٠,١٧	**٠,٤٤	٣٠	**٠,٧٣	**٠,٨٠	٩
٠,٠٢	**٠,٤٧	٣١	**٠,٧٢	**٠,٦٩	١٠
*٠,٣٧	**٠,٦٩	٣٢	**٠,٤٤	**٠,٥٤	١١
٠,٢١-	*٠,٣٣	٣٣	**٠,٦٣	**٠,٦٧	١٢
٠,٢٩	**٠,٤٨	٣٤	**٠,٥٩	**٠,٦٧	١٣
**٠,٤١	**٠,٤٧	٣٥	٠,١٢	٠,١٨	١٤
٠,٣٨	**٠,٧٠	٣٦	**٠,٧٠	**٠,٧٤	١٥
الإنهاك البدني					
**٠,٥٤	**٠,٦٥	٣٧	**٠,٥٥	**٠,٥٥	١٦
**٠,٤٨	**٠,٥٢	٣٨	**٠,٦٠	**٠,٦٥	١٧
**٠,٥٢	**٠,٥٨	٣٩	**٠,٧٠	**٠,٧٤	١٨
**٠,٥٧	**٠,٦٨	٤٠	**٠,٦٢	**٠,٧٤	١٩
**٠,٧٥	**٠,٦٥	٤١	*٠,٤٢	**٠,٥٤	٢٠
**٠,٦٤	**٠,٥٤	٤٢	**٠,٦٢	**٠,٧٧	٢١

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

بالنظر في الجدول السابق يتضح أن جميع البنود ذات معاملات ارتباط مقبولة سواء بين البند والدرجة على المكون أو البند والدرجة الكلية على المقياس ، فيما عدا البنود وهي ذات ارتباطات منخفضة بالدرجة الكلية على المقياس في حين أن معاملات ارتباطها دالة بالدرجة على المكون الفرعي وبالتالي لم يتم حذف أي بند من بنود المقياس.

المقياس في صورته النهائية :

يتكون اختبار الاحترق النفسي للأمهات من ٤٢ بنداً موزعة على ثلاثة مكونات رئيسية:

الأول : الاحترق النفسي ويتكون من خمسة عشر بنداً هم (١، ٢، ٣، ٤، ٥، ٦، ٧، ٨، ٩، ١٠، ١١، ١٢، ١٣، ١٤، ١٥).

الثاني : الإنهاك البدني ويتكون من ثلاثة عشر بنداً هي (١٦، ١٧، ١٨، ١٩، ٢٠، ٢١، ٢٢، ٢٣، ٢٤، ٢٥، ٢٦، ٢٧، ٢٨).

الثالث : الشعور بالعجز عن الإنجاز ويتكون من ثلاثة عشر بنداً أيضاً وهي (٢٩، ٣١، ٣٠، ٣٢، ٣٣، ٣٤، ٣٥، ٣٦، ٣٧، ٣٨، ٣٩، ٤٠، ٤١).

ويصحح المقياس عن طريق جمع الدرجات الخاصة بكل مقياس فرعي على حدة، ثم تجمع درجات المقاييس الفرعية للحصول على الدرجة الكلية للمقياس. 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 (٨) بنود.

الدراسة الاستطلاعية ونتائجها :

قبل إجراء الدراسة الأساسية، تم تطبيق بطارية الاختبارات على عينة استطلاعية تكونت من خمس مبحوثات وكان الهدف من الدراسة الاستطلاعية هو التحقق من وضوح الصياغة والتعليمات الأساسية للاختبارات والتحقق من

ملاءمة هذه الاختبارات للمستويات التعليمية للعينة ومحاولة الوقوف على الفترة الزمنية التي تستغرقها أداء المبحوثة. حيث تراوح المدى الزمني المستغرق من ٤٥: ٦٠ دقيقة كذلك الاستقرار على ترتيب الاختبارات في جلسة التطبيق حيث كان مقياس استراتيجيات التعايش أولاً تلاه مقياس الرضا الزوجي يتبعه مقياس الاحتراق النفسي وأخيراً مقياس قصور الانتباه وفرط الحركة. بعض الاختبارات تم الإبقاء عليها كما هي و بعضها تم تعديله على النحو التالي : مقياس استراتيجيات التعايش و كذلك مقياس الاحتراق النفسي تم القيام بالحذف أو التعديل للعبارة 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 تمامًا) إلى (لا تحدث، تحدث نادراً، تحدث كثيراً، تحدث دائماً).

تم تثبيت أدوات الدراسة بالإضافة إلى استمارة جمع البيانات، وطبقت جميعها على أفراد العينة وذلك أثناء قيامهم بأداء الكشف أو المتابعة لأبنائهم في أحد المستشفيات الحكومية والجامعية حيث تم التطبيق من خلال ثلاث مستشفيات هي : (مستشفى حلوان للصحة النفسية، مستشفى العباسية، مركز الطب النفسي بمستشفى الدمرداش الجامعي). وذلك في الفترة من ٢٠/٢/٢٠١٦ حتى ١/٦/٢٠١٦. تم تطبيق الأدوات بشكل فردي وفقاً للترتيب التالي : مقياس استراتيجيات التعايش يتبعه اختبار الرضا الزوجي ثم اختبار الاحتراق النفسي 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 :

التي تم استخدامها وهي :

١- الإحصاءات الوصفية متمثلة في المتوسطات والانحرافات المعيارية.

- ٢- معاملات ارتباط بيرسون
 ٣- تحليل الانحدار المتدرج.
 ٤- حساب الدلالة الإحصائية للفروق بين المتوسطات باستخدام اختبار (ت).

نتائج الدراسة وتفسيرها :

نتائج الفرض الأول : والذي ينص على: توجد علاقة بين استراتيجيات التعايش والاحتراق النفسي لدى أمهات الأطفال ذوي قصور الانتباه /فرط الحركة .

لاختبار صحة هذا الفرض تم حساب معاملات الارتباط المستقيم (بيرسون) بين استراتيجيات التعايش والاحتراق النفسي لدى مجموعة من أمهات الأطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة .

ويوضح الجدول التالي رقم (٢٠) معاملات الارتباط بين الاحتراق بمكوناته واستراتيجيات التعايش لدى أمهات الأطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة ن = ٨٥.

المقياس	استراتيجية التوجه الديني	استراتيجية المساندة	استراتيجية إدارة المشكلة	استراتيجية التعايش القائم على الانفعال	استراتيجية الاستسلام	استراتيجية التجنب
احتراق عام	٠,٠٤-	٠,٠٠	**٠,٥٨	**٠,٣١	**٠,٥٣	**٠,٥٨
احتراق نفسي	٠,٠٣-	٠,٠١	**٠,٥٦	**٠,٣٣	**٠,٥٢	**٠,٥٦
احتراق بدني	٠,٢٤-	٠,٠٣	**٠,٤٤	٠,٢٨	**٠,٤٦	**٠,٤٤
العجز	٠,٠٩	٠,٠٧-	**٠,٥٣	٠,١٦	**٠,٣٨	**٠,٥٣

** الارتباط دال عند ٠,٠١

* الارتباط دال عند ٠,٠٥

ويتبين من الجدول السابق ما يلي :

١- لا توجد علاقات دالة بين كل من الاحتراق العام واستراتيجية التعايش الديني وكذلك ما بين مكونات الاحتراق الفرعية (الاحتراق النفسي والاحتراق البدني والشعور بالعجز) واستراتيجية التعايش الديني.

فالغرض الأول لم يتحقق كلياً فيما يتعلق بوجود علاقة بين الاحتراق النفسي واستراتيجية التعايش الديني حيث لم توجد علاقة بين الاحتراق العام واستراتيجية التعايش الديني وكذلك ما بين مكونات الاحتراق الفرعية (الاحتراق النفسي والاحتراق البدني والشعور بالعجز) واستراتيجية التعايش الديني.

فمن الممكن أن تساعد المشاركة الدينية في تخفيف آثار الكوارث الطبيعية من خلال زيادة الموارد النفسية ، فبالمقارنة بنظرائهم غير المتدينين يميل المتدينون إلى أن يكونوا أكثر نشاطاً اجتماعياً وأن يكون لديهم مستويات أعلى من المساندة الاجتماعية والتفاؤل والإدراك كما يمكن أن يشجع الدين على التكيف بعد الأحداث الضاغطة ، خاصة عندما تكون الموارد الأخرى محدودة في الدعم والفاعلية .ومن الهام ملاحظة أنه ليست كل استراتيجيات (Pargament 1997) التعايش الديني متشابهة ، ويمكن أن يتفاوت تأثيرها .

وتشير هذه النتائج إلى أن مقدمي الرعاية الذين يستخدمون مزيد من التعايش الديني يمرون بعبء تقديم الرعاية موضوعياً فهم يهتمون بمتلقي رعاية لديهم احتياجات كثيرة ولديهم معرفة أقل عن الأمراض العقلية ، ويتلقون دعماً قليلاً من خدمات الصحة النفسية والعقلية .

ومن المثير للاهتمام أن هناك بعض الأدلة على أن نوع الضغوط المدركة التي يمر بها الفرد يمكن أن تكون عاملاً معدلاً عند النظر في العلاقة ما بين التدين والاكنتاب والضييق العام فعلى سبيل المثال قام Roberts, Cohen (1998) , Shema, Starwbride & Kaplen () بتقييم المشاركة الدينية التنظيمية أو غير التنظيمية فيما يقرب من ٢٥٠٠ موضوع لدراسة ما إذا كانت المشاركة

الدينية قد خفضت العلاقة ما بين أحداث الحياة والاكنتاب وقد وجد الباحثون أن المشاركة الدينية حدثت من أثار الضغوطات المالية والصحية مما أدى إلى انخفاض الاكنتاب. ومن ناحية أخرى ارتبط التدين بمستويات عالية من الاكنتاب والضييق العام عندما واجه الأفراد مشاكل عائلية . افترض الباحثون أن الموارد الدينية قد تكون أكثر فائدة للمشاكل التي تنشأ خارج المنزل (على سبيل المثال : المشاكل المالية والصحية) ولكن يمكن في الواقع أن تزيد الأمور سوءاً إذا كان هناك إخفاقات شخصية (الزواج والأطفال والمشاكل المرتبطة بهم).

فعلى عينة دراسة شملت ١١٦ مشارك طبق عليهم قائمة لمعلومات ديموغرافية والحضور للكنيسة وأداء الصلاة بالإضافة إلى جداول للضغوط المدركة والاكنتاب الذاتي العام ، والتقاؤل وأبعاد التعايش والرضا عن الحياة . وتوصلت النتائج إلى أن الدين وحضور الكنيسة والصلاة مجتمعين والصلاة بشكل فردي لم يكن مرتبطاً بشكل كبير مع الضغوط المدركة مما يشير إلى أن التعايش الديني ليس تعاملاً فعالاً للضغوط اليومية .

٢- لا توجد علاقات دالة بين كل من الاحتراق العام واستراتيجية المساندة وكذلك ما بين مكونات الاحتراق الفرعية (الاحتراق النفسي والاحتراق البدني والشعور بالعجز) واستراتيجية المساندة .

فالفرض الأول لم يتحقق كلياً فيما يتعلق بوجود علاقة بين الاحتراق النفسي واستراتيجية التعايش القائم على المساندة حيث لم توجد علاقة بين الاحتراق العام واستراتيجية المساندة وكذلك ما بين مكونات الاحتراق الفرعية (الاحتراق النفسي والاحتراق البدني والشعور بالعجز) واستراتيجية التعايش القائم على المساندة .

وهذه النتيجة قد تتوافق مع ما ذهب إليه هوفل وفريدي (Hobfoll&Freedy.1995) من أن المدى الذي تؤثر به المساندة الاجتماعية

في الإصابة بالاحترق النفسي يتوقف على مجموعة من المتغيرات ، أهمها مدى ترحيب الفرد وقبوله لهذه المساندة وقدرته على الاستفادة منها ، وكذلك سمات وخصال مقدم المساندة ، هذا فضلاً عن طبيعة المساندة المتاحة . فمعظم الدراسات هدفت إلى فحص العلاقة بين مقدار المساندة المقدمة والاحترق النفسي دون إعطاء أي اعتبار لطبيعة ونوعية المساندة المقدمة . وهذا الاستخلاص يمكن أن يفسر جزئياً عدم الاتساق في النتائج الخاصة بالمساندة الاجتماعية في علاقتها بالاحترق النفسي (Cooper et al , 2001.p.107).

فما يقلل من تأثير هذه المشقة على الأم تقبل وتفهم أفراد الأسرة لما تعانيه ، والاتجاه إلى مساعدتها في تحمل الأعباء والضغوط التي تفرضها حالة الطفل وظروفه ، ودعمها ومساندتها، ويؤدي ذلك إلى تقوية العلاقات داخل الأسرة ، وتماسكها في مواجهة المتطلبات المفروضة ، وبالتالي تتاح للأم إمكانية التعرف على ذلك الاضطراب ، وقدرات طفلها ومهاراته ، كما تتاح لها فرص أكبر للتدريب والتنمية وجمع المعلومات عن أماكن المساعدة والدعم سواء كانت مؤسسات رسمية أو غير رسمية (Allen ,Cornelius, & Lopez . 2008).

إلا أن كانيغهام وسيجل وبيمنس أشاروا إلى أن الوالدين لطفل من ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة كانوا أقل اتصالاً بالأسرة الممتدة، وأن اتصالاتهم ليس لها جدوى (Cunningham, Bemness & siegel, 1988).

وكذلك من الآثار السلبية التي تحدث للطفل على المستوى المعرفي والانفعالي والاجتماعي، وما تحدثه أيضاً من مشكلات لأسرته، إذ يصاب الوالدان في الغالب بالحرج والإحباط نظراً لعدم قدرتهم على التعامل مع طفلهما

بصورة سليمة، أو مساعدته على التحكم في سلوكه، ولذلك يضطر الوالدان إلى الانسحاب مع طفلها من المواقف الاجتماعية خشية التعرض للنقد (رياض الهاشمي، ٢٠٠٨).

فعلى الرغم من اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة من أكثر المشكلات السلوكية انتشاراً، ويمكن ملاحظته في سنوات ما قبل المدرسة إلا أنهم لا يحولون إلى العلاج إلا في سن متأخرة (محمد كامل، ٢٠٠٣، ١٠٧). كما أكدت دراسة علاء الدين كفاي على أن تربية طفل ذي احتياجات خاصة تسبب للوالدين كثيراً من المشقة والإرهاك النفسي بالإضافة إلى تدهور العلاقة مع العالم الخارجي، بالإضافة إلى ارتفاع درجة الضغوط الاقتصادية على الأسرة نتيجة لارتفاع متطلبات الطفل من علاج وجلسات إرشادية لتعديل السلوك (من خلال: جمال القاسم : ٢٠٠١)

وتمثل هذه الضغوط الحياتية خطراً على صحة الأم وتوازنها مما ينشأ عنها آثار سلبية لعدم القدرة على التكيف وضعف مستوى الأداء والعجز عن ممارسة المهام اليومية وانخفاض الدافعية للعمل والشعور بالإرهاك النفسي (أحمد عبد العزيز، أحمد أبو السعد : ٢٠٠٩) .

وقد وجدت بيرلنج وآخرون (Pearling et al (1990 أن تقديم الرعاية على المدى الطويل يستنزف موارد الدعم الاجتماعي ويقلل من تصورات السيطرة . تدعم العديد من الدراسات انخفاض الدعم الاجتماعي الذي يحدث مع الوقت الزائد المتزامن مع أدوار تقديم الرعاية . وترتبط هذه الخسارة ارتباطاً مباشراً بالانخفاض في الصحة العقلية والعاطفية (Haug et al 1999) .

٣-توجد علاقة دالة بين الاحترق العام واستراتيجية التعايش القائم على إدارة المشكلة وكذلك ما بين مكونات الاحترق الفرعية (الاحترق النفسي والاحترق البدني والشعور بالعجز) واستراتيجية التعايش القائم على إدارة المشكلة

وكانت الدلالة عند مستوى ٠,٠١ .

وبذلك يتحقق الفرض الأول **كلياً** فيما يتعلق بوجود علاقة بين الاحتراق واستراتيجية التعايش القائم على إدارة المشكلة وبالرجوع للتراث النظري نجد أن البحوث المبكرة بدأت لدعم فكرة أن التعايش المرتكز على المشكلة يمثل استراتيجية أفضل من التعايش المرتكز على الانفعال في التعامل مع الضغوط ومع ذلك تبين وجود عوامل فرعية لم تسمح بتطبيق مثل هذا الاستنتاج العام (Lazarus,1993).

فهناك تراكم للأدلة التي تربط بين أسلوب التعايش مع الضغوط والاحتراق النفسي. ففي البداية. تم دراسة أسلوب التعايش كخاصية مستقرة نسبياً لدى الشخص. بغض النظر عن طبيعة المهمة أو الموقف. وتبين أن بعض أساليب التعايش غير المرنة يمكن أن ترتبط بالمستويات العليا من الضغوط. وفي وقت لاحق تم التركيز على العلاقة بين أسلوب التعايش والموقف (Montero,Prado, Demarzo, Gascon & Garcia,2014).

ومن ذلك أن التعايش المرتكز على المشكلة ليس استراتيجية مناسبة لمواجهة الضغوط إذا كان الموقف لا يمكن السيطرة عليه أو كونه مزمناً (Montero, Prado, Demarzo, Gascon & Garcia,2014).

٤- توجد علاقة دالة بين الاحتراق العام واستراتيجية التعايش القائم على الانفعال وكذلك ما بين المكون الفرعي (الاحتراق النفسي) وكانت الدلالة عند مستوى ٠,٠١ ، في حين لم توجد ما بين المكون الفرعي (الاحتراق البدني والشعور بالعجز) واستراتيجية التعايش القائم على الانفعال .

وقد تحقق الفرض الأول **بشكل كبير** فيما يتعلق بوجود علاقة بين الاحتراق النفسي واستراتيجية التعايش القائم على الانفعال .

وعندما نناقش هذه النتيجة على مستوى الاتساق مع الدراسات السابقة ، نلاحظ أنها تتفق مع دراسة دابروسكا وبيوسولا (Dabrowska & Pisula 2010) والتي

أظهرت نتائجها 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.

فكما أن التعايش المرتكز على الانفعال قد يكون ضاراً إذا كان ينطوي على الابتعاد والتجنب والإنكار للموقف ولكنه يكون استراتيجية فعالة إذا تضمن إعادة للتقييم الإيجابي للمشكلة (Isaksson, Tyssen, Hoffart, Sexton, Aasland, et al., 2013).

ومن هذا المنظور يمكن ملاحظة أن الاحتراق يمكن أن يكون نتيجة للتطور التدريجي الناتج عن استخدام استراتيجيات تعايش غير فعالة في محاولة لحماية الذات من حالات الضغوط (Lazarus, 1993).

في حين وجدت دراسة طولية على طالبات التمريض أظهرت أن التعايش القائم على الانفعال كان مرتبطاً بشكل إيجابي بالاحتراق النفسي (Deary (Waston & Hogston 2003).

٥- توجد علاقة دالة بين الاحتراق العام واستراتيجية التعايش القائم على الاستسلام والإذعان وكذلك ما بين مكونات الاحتراق الفرعية (الاحتراق النفسي والاحتراق البدني والشعور بالعجز) واستراتيجية التعايش القائم على الاستسلام والإذعان وكانت الدلالة عند مستوى ٠,٠١ .

وقد تحقق الفرض الأول كلياً فيما يتعلق بوجود علاقة دالة بين الاحتراق النفسي واستراتيجية التعايش القائم على الاستسلام والإذعان.

٦- توجد علاقة دالة بين الاحتراق النفسي العام واستراتيجية التعايش القائم على التجنب وكذلك ما بين مكونات الاحتراق الفرعية (الاحتراق النفسي والاحتراق البدني والشعور بالعجز) واستراتيجية التعايش القائم على التجنب وكانت الدلالة عند مستوى ٠,٠١ .

وقد تحقق الفرض الأول كلياً فيما يتعلق بوجود علاقة دالة بين الاحتراق

النفسي واستراتيجية التعايش القائم على التجنب.

هناك العديد من الدراسات التي ربطت استراتيجيات التعايش بالاحترق النفسي وبعض آثار ضغوط العمل لدى العاملين في مجال الخدمات الانسانية فمثلاً (Chan and Hui 195) وجدت أن استراتيجية التعايش القائم على التجنب كانت مرتبطة ايجابياً بجميع مكونات الاحتراق النفسي الثلاثة لدى عينة من معلمات المرحلة الثانوية. أيضاً (Thornton, 1992) أشارت إلى ارتباط دال ما بين استراتيجية التعايش القائم على التجنب والاحتراق النفسي لدى عينة من العاملين في عيادة الطب النفسي .

كذلك (wise et al, 2003) وجدت أن استخدام استراتيجية التعايش القائم على التجنب تقود إلى مستويات مرتفعة من الاحتراق ومستويات منخفضة من الفاعلية .

تشير الأبحاث الحديثة حول التعايش مع الضغوط والاحتراق النفسي بشكل عام إلى أن التعايش البناء على سبيل المثال (استراتيجيات التعايش المتمثل في التخطيط النشط لحل المشكلات يرتبط بمستويات أقل من الاحتراق) في حين أن استراتيجيات التعايش غير الفعالة مثل التجنب ارتبطت بمستويات مرتفعة من الاحتراق النفسي (Storm , Rathmann: 2003).

وقد أبرزت نتائج دراسة أليوجون (Al – Yagon. M. 2015). أن أمهات الأطفال ذوي صعوبات التعلم لديهم مستويات مرتفعة في تجنب التعامل مع المشاكل المتعلقة بالأطفال بالمقارنة مع أمهات الأطفال العاديين.

نتائج الفرض الثاني والذي ينص على : تسهم استراتيجيات التعايش في التنبؤ بالاحتراق النفسي لدى أمهات الأطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة. لاختبار هذا الفرض تم حساب معاملات الانحدار بين استراتيجيات التعايش والاحتراق النفسي لدى مجموعة من أمهات الأطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة .

جدول (٢١) يبين نتائج تحليل الانحدار المتدرج باعتبار أن متغيرات التجنب والاستسلام والتعايش القائم على المشكلة متنبئات بالاحترق النفسي

المتغير التابع	المتغيرات المتنبئة	الارتباط المتعدد (ر)	مربع الارتباط المتعدد (ج) ^٢	الإسهام في مربع الارتباط المتعدد	قيمة (ف)	الدلالة	قيمة (ت)	الدلالة	معامل الانحدار	القيمة الثابتة
الاحترق العام	١- التجنب	٠.٤٧٥٠٠	٠.٤٤٤٠٠	٠.٤٤٤٠٠	٠.٦٣٤٦٣	٠.٠٠٠٠٠	٠.١٥٠٦٤	٠.٠٠٠٠٠	٠.٤٧٥٠٠	٠.٤٤٤٠٠
	٢- التجنب والاستسلام	٠.٤١٤٠٠	٠.٤٧٤٠٠	٠.٤٤٤٠٠	٠.٤٤٠٥٨	٠.٠٠٠٠٠	٠.٤٤٤٠٠	٠.٠٠٠٠٠	٠.٤٤٠٥٨	٠.٤٤٠٥٨
احترق نفسي	١- التعايش القائم على المشكلة	٠.٤٥٥٠٠	٠.٤٠٤٠٠	٠.٤٠٤٠٠	٠.٤٤٠٨٤	٠.٠٠٠٠٠	٠.٤٠٤٠٠	٠.٠٠٠٠٠	٠.٤٥٥٠٠	٠.٤٤٠٨٤
	٢- التعايش القائم على المشكلة والانفعال	٠.٤٦٥٠٠	٠.٤٥٤٠٠	٠.٤٥٤٠٠	٠.٤٤٠٤٤	٠.٠٠٠٠٠	٠.٥٣٠٤٨	٠.٠٠٠٠٠	٠.٤٤٠٤٤	٠.٤٤٠٤٤
الاحترق البدني	١- الاستسلام	٠.٣٤٦٣٠	٠.٤٠٤٠٠	٠.٤٠٤٠٠	٠.٤٧٠٤٤	٠.٠٠٠٠٠	٠.٧٨٠٦٣	٠.٠٠٠٠٠	٠.٣٤٦٣٠	٠.٤٠٤٠٠
العجز عن الانجاز	١- التعايش القائم على المشكلة	٠.٤٤٥٠٠	٠.٤٤٤٠٠	٠.٤٤٤٠٠	٠.٤٤٠٤٤	٠.٠٠٠٠٠	٠.٤٤٠٤٥	٠.٠٠٠٠٠	٠.٤٤٥٠٠	٠.٤٤٠٤٤

ويتبين من الجدول السابق () ما يلي :

- ١- تسهم استراتيجية التعايش القائم على التجنب بمفردها بنسبة ٣٣,٩% ومع إستراتيجية التعايش القائم على الاستسلام بنسبة ٣٦,٦% في التنبؤ

- بالاحترق العام، حيث كانت استراتيجية التعايش القائم على التجنب هي الأكثر إسهاماً تلتها واستراتيجية التعايش القائم على الاستسلام.
- ٢- تسهم استراتيجية التعايش القائم على المشكلة بمفردها بنسبة ٣٠,٩% ومع استراتيجية التعايش القائم على الانفعال بنسبة ٣٤% في التنبؤ بالاحترق النفسي كمكون فرعي ، حيث كانت استراتيجية التعايش القائم على المشكلة هي الأكثر إسهاماً تلتها استراتيجية التعايش القائم على الانفعال.
- ٣- تسهم استراتيجية التعايش القائم على الاستسلام بنسبة ٦٢,٧% في التنبؤ بالاحترق البدني.
- ٤- تسهم استراتيجية التعايش القائم على المشكلة بنسبة ٢٧,٦% في التنبؤ بالشعور بالعجز عن الإنجاز.
- وبالرجوع إلى نتائج تحليل الانحدار نجد إن هذا الفرض تحقق بشكل كبير وتبين إمكانية تنبؤ بعض استراتيجيات التعايش بالاحترق النفسي لدى الأمهات حيث اسهمت استراتيجية التعايش القائم على التجنب بمفردها بنسبة ٣٣,٩% ومع استراتيجية التعايش القائم على الاستسلام بنسبة ٣٦,٦% في التنبؤ بالاحترق العام ، ويمكن مناقشة هذه النتيجة في ضوء العديد من الدراسات التي ربطت استراتيجيات التعايش بالاحترق النفسي وبعض آثار ضغوط العمل لدى العاملين في مجال الخدمات الانسانية فمثلاً (Chan and Hui 195) وجدت أن استراتيجية التعايش القائم على التجنب كانت مرتبطة ايجابياً بجميع مكونات الاحترق النفسي الثلاثة لدى عينة من معلمات المرحلة الثانوية. أيضاً (Thornton, 1992) أشارت إلى ارتباط دال ما بين استراتيجية التعايش القائم على التجنب والاحترق النفسي لدى عينة من العاملين في عيادة الطب النفسي . كذلك (wise et al,2003) وجدت أن استخدام استراتيجية التعايش القائم على التجنب تقود إلى مستويات مرتفعة من الاحترق ومستويات منخفضة من الفاعلية.

وتشير الأبحاث الحديثة حول التعايش مع الضغوط والاحترق النفسي

بشكل عام إلى أن التعايش البناء على سبيل المثال (استراتيجيات التعايش المتمثل في التخطيط النشط لحل المشكلات يرتبط بمستويات أقل من الاحتراق) في حين أن استراتيجيات التعايش غير الفعالة مثل التجنب إرتبطت بمستويات مرتفعة من الاحتراق النفسي (Storm , Rathmann:2003).

وقد أبرزت نتائج دراسة اليوجون (Al – Yagon. M. 2015). أن أمهات الأطفال ذوي صعوبات التعلم لديهم مستويات مرتفعة في تجنب التعامل مع المشاكل المتعلقة بالأطفال بالمقارنة مع أمهات الأطفال العاديين.

أما عن إسهام استراتيجية التعايش القائم على المشكلة بمفردها بنسبة ٣٠,٩% ومع استراتيجية التعايش القائم على الانفعال بنسبة ٣٤% في التنبؤ بالاحترق النفسي كمكون فرعي. فيمكن مناقشتها من خلال كون التعايش المرتكز على المشكلة ليس استراتيجية مناسبة لمواجهة الضغوط إذا كان الموقف لا يمكن السيطرة عليه أو كونه مزمنًا (Montero, Prado, Demarzo, Gascon & Garcia,2014). وعندما ناقش هذه النتيجة على مستوى الاتساق مع الدراسات السابقة ، نلاحظ أنها تتفق مع دراسة دابروسكا وبيوسولا (Dabrowska & Pisula 2010) والتي أظهرت نتائجها أن استراتيجيات التعايش الموجهة نحو الانفعال تمثل منبئًا دالًا بالمشقة لدى أمهات التوحديين في حين كانت استراتيجيات التعايش الموجهة نحو المهمة منبئًا جوهريًا بالمشقة لدى أمهات العاديين. فكما أن التعايش المرتكز على الانفعال قد يكون ضارًا إذا كان ينطوي على الابتعاد والتجنب والإنكار للموقف ولكنه يكون استراتيجية فعالة إذا تضمن إعادة للتقييم الإيجابي للمشكلة (Isaksson,Tyssen,Hoffart, Sexton,Aasland, et al., 2013).

نتائج الفرض الثالث:

والذي ينص على: تتباين شدة الاحتراق النفسي لدى أمهات الأطفال ذوي قصور الانتباه وفرط الحركة بتباين شدة أعراض قصور الانتباه وفرط الحركة لدى الأبناء .

لاختبار هذا الفرض تم حساب الفروق في الاحتراق النفسي نتيجة شدة الأعراض وذلك من خلال حساب الربيع الأعلى والربيع الأدنى في شدة الأعراض ثم حساب قيمة (ت).

جدول (٢٢) يوضح الفروق في الاحتراق النفسي بتباين شدة الاعراض

الفئة والمؤشرات البيان	أمهات ذوي الاعراض المرتفعة ن(٢٣) ع م		أمهات ذوي الاعراض المنخفضة ن(٢٣) ع م		القيمة (ت) الدلالة
	احتراق عام	٢٠,٤٠	١٠٨,٦٩	٢٤,٢٣	
احتراق نفسي	١٠,٣٦	٣٩,٣٤	١٠,٥٢	٣٣,٤٧	٠,٠٦٤ غيردالة
احتراق بدني	٧,٥١٣	٣٧,٩١	٨,٢٩٢	٣٣,٣٠	٠,٠٥٥ دالة
شعور بالعجز	٥,١٣	٣١,٣٤	٨,٣١	٢٨,١٧	٠,١٢٦ غيردالة

وبالنظر في الجدول السابق يتضح أنه

١. توجد فروق دالة بين مجموعة أمهات ذوي الاعراض المنخفضة وأمهات ذوي الاعراض المرتفعة في كل من الاحتراق العام والاحتراق البدني حيث كانت الدلالة عند مستوى (٠,٠٥) في اتجاه أمهات ذوات الأعراض المرتفعة.

٢. لا توجد فروق دالة بين مجموعة أمهات ذوات الأعراض المنخفضة وأمهات ذوات الأعراض المرتفعة في الاحتراق النفسي الفرعي والشعور بالعجز عن الإنجاز.

وبذلك تحقق الفرض بشكل كبير وذلك يتفق مع ما ذهبت إليه دراسة سيفك (Civick.,2008) من وجود ارتباط بين ارتفاع الضغوط وبين ارتفاع التقديرات الخاصة بسلوك الطفل . وقد أمكن التنبؤ بمستوى الضغوط من خلال مستوى تقديرات الأباء لسلوك الطفل . وكذلك مع ما ذهبت إليه دراسة مورس

Morris, M., M. (2000). حيث أشارت النتائج إلى وجود مستويات مرتفعة من الضغوط الوالدية لدى كل من الأمهات والآباء. وقد ظهرت أن شدة الأعراض السلوكية المقاسة لدى الطفل وجد أنها ذات علاقة بزيادة مستويات الضغوط الوالدية. وتتفق أيضا مع ثيولي وآخرين (Theule et al., 2011). حيث أظهرت نتائج دراستهم أن أعراض قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى الوالدين يعتبر أقوى منبئ بالضغوط الوالدية. حيث اشتملت هذه الأعراض على ضعف الانتباه والاندفاعية وصعوبات في أداء الوظيفة وهذه التحديات ربما تصنع ضغوطاً والدية خاصة. ومن ثم فإنه من المتوقع أن هذه الأعراض من شأنها أن تعرقل قدرات الوالدين في التخطيط لاحتياجات أطفالهم. مما أدى إلى قدرة أقل على التكيف مع تشخيص أبنائهم. صعوبة أخرى مترتبة على أعراض قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى الوالدين تتضمن صعوبة تذكر حضور المواعيد الطبية والاجتماعات المدرسية وإعطاء الدواء، ومشاكل في أن يسلكوا بالطريقة المناسبة لكونهم آباء. كل هذا من شأنه التنبؤ بزيادة فعلية في الضغوط.

كذلك يتفق مع ما قام به يوسيفيا وآخرون (Yousefia et al., 2011) من أن هناك فروقاً كبيرة في الضغوط الوالدية بين أمهات الأطفال المشخصين بقصور الانتباه المصحوب 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 المصحوب بالنشاط الزائد، أي أن الآباء ذوي الضغوط الوالدية المرتفعة سيستخدمون أساليب والدية أكثر تعسفاً.

ومع ما توصلت إليه دراسة سيمسك وآخرين (Simsek et al., 2012) من وجود زيادة في الأعراض السيكيانترية وأعراض قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى آباء وأمهات الأطفال ذوي الاضطراب بالمقارنة بآباء

وأمهات الأطفال العاديين . فمن خلال تحليل الانحدار الخطي لتحديد العلاقة بين أعراض قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ومجموعات الأعراض الفرعية لمقياس فحص الأعراض وجد أن الدرجات على جميع الأعراض الفرعية له تزيد بزيادة مشكلة قصور الانتباه وفرط الحركة لدى كل من آباء وأمهات الأطفال ذوي الاضطراب. وكذلك تتفق مع دراسة غزلان شمس (٢٠٠٩). والتي أظهرت نتائجها أن الضغوط النفسية والتوافق الزوجي والأسري تتأثر بدرجة إعاقات الأبناء ، فكلما كانت الإعاقة شديدة زاد الضغط النفسي وقل التوافق الزوجي والأسري . 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) إلى 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 واكتئاب الأم.

المراجع

أحمد الليثي (٢٠٠٩). أساليب التعامل مع الأزمة لأمهات التلاميذ المصابين بالسرطان وأثرها على مستوى توافقهم النفسي. رسالة ماجستير. كلية التربية. جامعة حلوان.

أحمد عبد العزيز، أحمد أبو السعد (٢٠٠٩). التعامل مع الضغوط النفسية. طبعة أولى. دار الشروق للنشر والتوزيع. عمان.

أمسية الجندي، نبيلة مكاري (٢٠٠٧). الضغوط النفسية كما يدركها معلمو المواد التطبيقية بالمرحلة الثانوية، المجلة المصرية للدراسات النفسية، ع (٥٥)، مج (١٧)، ١٤ - ١٠٧.

جابر عبد الحميد، علاء الدين كفاقي (١٩٨٨). معجم علم النفس في الصحة النفسية. دار النهضة العربية.

جمال القاسم، ماجد عبيد، عماد الزغبى (٢٠٠٠). الاضطرابات السلوكية. دار صفاء. عمان.

حسام زكي (٢٠٠٨). الإنهاك النفسي وعلاقته بالتوافق الزوجي وبعض المتغيرات الديموجرافية لدى عينة من معلمي الفئات الخاصة بمحافظة المنيا. رسالة ماجستير. كلية التربية. جامعة المنيا.

حنان الشيخ (٢٠١٣). مصادر ضغوط الحياة واستراتيجيات التعايش لدى مرضى القولون العصبي على ضوء بعض المتغيرات النفسية والاجتماعية. رسالة دكتوراه (غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة القاهرة.

رياض الهاشمي (٢٠٠٨). اضطراب نقص الانتباه المصاحب بالنشاط الزائد لدى تلاميذ الصف الثالث و الرابع من التعليم الأساسي (الحلقة الأولى -دراسة تشخيصيه). مجلة جامعة دمشق. مج ٢٤. العدد الأول.

طارق عبد السلام (٢٠١٤). أحداث الحياة الضاغطة وأساليب مواجهتها لدى المعتمدين على المواد النفسية. رسالة ماجستير. كلية الآداب. جامعة القاهرة.

عبد العزيز ثابت (١٩٩٨). الطب النفسي للأطفال و المراهقين . ط١ . مكتبة اليازجي . غزة . فلسطين .

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

عصام زيدان (٢٠٠٤). الإنهاك النفسي لدى آباء وأمهات الأطفال التوحديين وعلاقته ببعض المتغيرات الشخصية والأسرية. مجلة البحوث النفسية والتربوية. كلية التربية. جامعة المنوفية. السنة (١٩) ع (١). ١٢٠ - ١٦٧.

فوقية راضي (٢٠٠٨). فعالية برنامج إرشادي في خفض الشعور بالضغط النفسية وتحسين الكفاءة الوالدية لدى عينة من أمهات ذوي اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة. مجلة كلية التربية. جامعة المنصورة. ع (٦٨) ج (١).

مجدي الدسوقي (٢٠٠٦). اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (الأسباب- التشخيص- العلاج). مكتبة الانجلو المصرية. القاهرة. محمد كامل (٢٠٠٣). علم النفس المدرسي ، ط٢ ، القاهرة مكتبة ابن سينا . محمود حمودة (١٩٩١). النفس وأسرارها وأمراضها، مكتبة الفجالة، القاهرة. مفتاح عبد العزيز (٢٠١٠). علم نفس الصحة. مفاهيم، نظريات، نماذج، دراسات. ط١. دار وائل للنشر. القاهرة.

مفيد أحمد (٢٠١٠). مدى فاعلية تنمية مهارات الإيجابية للضغوط في تحسين مستوى التوافق لدى عينة من طلبة الجامعات في قطاع غزة. رسالة ماجستير، معهد البحوث والدراسات التربوية، جامعة القاهرة.

منصور جاد (٢٠١٤). استراتيجيات التعايش والكفاءة 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.

نشوى دردير (٢٠٠٧). الاحتراق النفسي للمعلمين ذوي النمط (أ،ب) وعلاقته بأساليب مواجهة المشكلات . رسالة ماجستير .كلية التربية . جامعة الفيوم .

نشوى دردير (٢٠١٠) . فاعلية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي في تنمية أساليب مواجهة الضغوط الناتجة عن الأحداث الحياتية لدى طلبة الجامعة . رسالة دكتوراة . معهد الدراسات التربوية . جامعة القاهرة .

هناء الحديدي (٢٠٠١) . مشكلات أسر الأطفال المعاقين عقلياً من (٠-١٨) سنة . رسالة ماجستير غير منشورة . الجامعة الأردنية . عمان . الأردن .

وسيم مزيك (ترجمة) (١٩٩٩) خلل نقص الانتباه. فرط الحركة . مجلة العلوم . مراجعة : أحمد الكفراوي ، مجلة العلوم . مؤسسة الكويت للتقدم العلمي .

Allen,J.,Cornelious,E.,Lopez, C., & Swanson, K. (2008). *Family systems theory*. Retrieved From http://www.dss.mo.gov/cd/inf/cwmanual/section7/ch1_33/sec7ch1.htm.

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

Carver C, Scheier M, &Weintraub J (1989). Assessing coping strategies : a theoretically based approach coping, *J pers Soc Psychol* 56 : 267 – 283.

- 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*. Vol. 30, No.4,504 -513
- Compton,W.(2005) *Introduction of positive psychology*. United States of America : Thomson Wadsworth.
- Cooper.C.L. Dewe.P.J.&O. Driscoll.M.P.(2001) Organizational stress: A review and critique of theory. *research and applications*. London: Sage Publications.
- Corsini, R.J. (1999). *The Dictionary of psychology*. New York. Brunner Mazel.
- 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 Clinincal Child Psychology*, 17,169-177
- Dabrowska A. & Pisula,E.(2010) .Parenting strees and coping styles in mothers and fathers of pre-school children with autism and Downen syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, (54) ,3,266 - 280
- 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.
- Hong,M.,Biao,T.,Hui,W.,Yan,H.&Xi,W. (2011). Coping as mechanism linking life events and mental health problem. *Biomed Enviroment science*, 24 (6), 649 – 655.
[http://www.feedo.net /Disability/ Psychological Disabilities / Attention Deficit Disorder.htm](http://www.feedo.net/Disability/Psychological%20Disabilities/Attention%20Deficit%20Disorder.htm).
- Isaksson KE,Tyssen R,Hoffart A, Sexton H,Aasland OG, et al.(2013). A three year cohort study of the relationship between coping,jop stress and burnout after a counselling intervention for help – seeking physician. *BMC Public Health* 10: 213.
- Lazarus A (1993). Coping theory and research : past, present, and future. *Psychosom Med* 55: 234 – 247.
- Lazarus,R.S.(1993). Form Psychological Stress to Emotions :A History Changing Outlook, *Annual Review of Psychology*.Vol (44) pp 1-22
- Manne,S.(2003). Coping and social support.In T. Millon& M .Lerner (Eds.) *Hand Book of Psychology*, (pp51). New Jersey:Wiley & Sons.

- Montero. M. J, Prado. A.J, Demarzo.M.M.P, Gascon. S & Garcia. C.J (2014). *Coping with Stress and Types of Burnout : Explanatory Power of Different Coping Strategies*. Plos One 9 (2) : e89090.dio: 10.1371/Journal P one.0089090
- Ozdemir,S., (2006). Burnout level of Teachers of Students with AD/HD in Turkey: Comparison with Teachers of Non – AD/HD Students. *Copyright of Education And Treatment of Children*. Vol.29, No.4.
- Parand, A., Afrooz, G., Mansoor, M., Shokoohi, M. Besharat, Y, M. & Khooshabi, K. (2010). Developing stress management program for mothers of children with ADHD and its effectiveness on their mental health. *Procedia. Social and Behavioral Sciences* 5, 1135 – 1139.
- 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.
- Scherrer, R. & Louw, D.A. (2004). Family advocates and family counselors perception and experience of family advocate system. *International Journal of the Sociology of Law*, 32 (3), 223-241.
- 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.
- 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
- Theuel, J., Wiener, J. Maria A. Rogers. Marton, I. (2011). *Predicting Parenting Stress in Families of Children with ADHD*. *J Child Fam Stud*. 20 : 640 -647.
- Truch, S. (1980). *Teacher Burnout*. Novat : Academic press Publications.
- Wiener, J. Theule, J. Tannock, R. & Jenkins, J.M. (2013). Parenting Stress in Families of Children with ADHD, *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, Vol (21) NO(1) pp3 -7.
- 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.