

العلاقة بين الشعور بالوصمة المُدرَكة والكدر الزوجي لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية

منى محمود ناجي إدريس (*)

مُقدمة

إن وجود طفل معاق بالأسرة من شأنه أن يُحدث ارتباك لدى الأمهات في بعض الأحيان، خاصة عندما يعانون من الشعور بالوصمة المُدرَكة، نحو أبنائهم، وصراعهم الداخلي للوصول بأبنائهم إلى أفضل المستويات الممكنة، مما يُفسر ما أثبتته بعض الدراسات -مثل دراسة خليفة ومالك ٢٠١٥- من ارتفاع مستوى الضغوط النفسية لدى أسر المعاقين. خاصة مع وجود اتجاهات سلبية من المجتمع نحو الإعاقة خاصة الذهنية منها. وحاولت هذه الدراسة إلقاء الضوء على علاقة الزوجين في ظل هذه الضغوط وهذا الكدر المتعلق بوجود طفل معاق.

فالتواصل السيء والجدال المدمر عادة ما يؤدي بشخصين يحبان بعضهما البعض بشدة إلى أن يسبب كل منهما الألم والمعاناة للآخر أكثر من الحب والمتعة. وبالإضافة إلى الألم النفسي الشديد هناك عديد من الأدلة تشير إلى أن الأفراد الذين لديهم علاقات متكررة يصبحون أكثر حساسية للتعرض لكثير من الاضطرابات النفسية والجسمية (كوردوفا وجاكسون، ٢٠٠٢، ١١٤٦).

ويمكن القول أن الأبوة مؤسسة اجتماعية شعبية، وغالبية المتزوجين لديهم أطفال، وقد يكون الانتقال إلى الأبوة تحدياً وتجربة مجزية للغاية، ويقوم الإنتاج البحثي المرتبط بالنمو بتسليط الضوء على الوظيفة المزدوجة لدور الوالدين. وتتضمن الأبوة والأمومة الرعاية والحماية والتعليم للجيل القادم، كما تسهم أيضاً في النمو والتطور الشخصي للفرد البالغ الشخصية من خلال تعزيز الكفاءة والإحساس بالهوية. ويضطر الزوجين لإعادة تقييم أولوياتهم وعلى وجه الخصوص النساء، ليقوموا بتأجيل الطموحات المهنية، ويجب أن يصبح فعالين في حل مشاكلهم وحكماء ومدبرين ماليين للتعامل ببساطة مع مطالب الحياة اليومية. وعلى الرغم من أن وجود الأطفال يقلل من المخاطر الكلية لانهايار الزواج (على الأقل في الزواج الأول)، فإنه لا يضمن التوافق الزوجي. بما أن الأبوة متطلبة

(*) هذا البحث مستل من رسالة الماجستير الخاصة بالباحثة، وهي بعنوان: [العلاقة بين الوصمة المُدرَكة والكدر الزوجي لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية] وتحت إشراف: أ.د. بانسيه مصطفى حسان - كلية الآداب - جامعة سوهاج & أ.م.د. أحمد محمود موسى - كلية الآداب - جامعة سوهاج.

ومجهددة فإنها يمكن أن تهدد الرفاهية النفسية الفردية للشريك الفردي وكذلك علاقة الزوجين. وهكذا، يزداد ذلك التهديد إذا رزقت الأسرة بطفل معاق جسدياً أو ذهنياً. حيث تزداد المسؤولية ويزداد العبء المتكلف به الوالدين، حيث أظهرت الدراسات وجود علاقة بين الكدر الوالدي وتربية طفل مصاب بتأخر ذهني نمائي (Azeem, et all, 2013, 290).

كما يضطر الوالدان لمواجهة نظرة المجتمع لهم، فيجد لوالدين أنفسهم في صراع مزدوج، من جانب مسؤولية تربية الطفل المعاق ذهنياً ومعاملته معاملة خاصة تساعده على تنمية قدراته، وبين مواجهة وصم المجتمع لهم، ويحدث الوصم عندما يعامل المجتمع هذه الفئة بطريقة غير عادلة لأنها مختلفة عنه في خصائصها وسماتها، ولا يقتصر الوصم على الشخص المعاق وإنما يمتد لباقي أفراد أسرته، خاصة أبنائه. وبقدر عمق العلاقة الزوجية وأهميتها، تبرز أهمية وأثر المشكلات الزوجية عند وقوعها بين الأزواج، والتي قد تؤدي إلى بعض الأمراض النفسية والجسدية فضلاً عن الانفصال والطلاق، فعكس الرضا الكدر.

لذلك فإن دراسة الكدر بين آباء الأطفال الذين يعانون من إعاقات، وما يتصل بها مهمة جداً، لأن فهم الحالات التي تؤدي إلى ارتفاع الضغوط من شأنها مساعدة مقدمي العلاج لمساعدة هؤلاء الآباء والأمهات، ومن خلال ذلك، يتم تعزيز رفاهية الأطفال (Yamada, et all., 2007, 651-657).

وهناك نتائج تشير إلى أن آباء الأطفال ذوي الإعاقة الجسدية أو الذهنية يعانون من زيادة الضغوط والإجهاد، ويظهر الإجهاد لدى الوالدين حتى في مراحل الطفولة المبكرة عبر الإعاقات المختلفة (Baker, et all., 2005, 576).

كما وجدت بعض الأدلة على تصاعد اكتئاب الأمهات في الأسر التي لديها طفل معاق ذهنياً (Baker, et all., 2005, 576).

ومما يبرز أهمية دراسة الكدر الزوجي، ما انتهت إليه النتائج من معاناة الأزواج المتكدرين من مشكلات نفسية وصحية وسلوكية مقارنة مع الأزواج غير المتكدرين، فضلاً عن أن ما نسبته ٤٠% إلى ٥٠% من الأزواج يفصلون بسبب الكدر الزوجي (في القرني، ٢٠٠٧، ٤:٣).

على الرغم مما يشير إليه القول العامي الشائع بأن الأطفال هم السبب في المحافظة على بقاء الزوجين معاً، فإنه من المحتمل أيضاً أن الضغوطات المتعلقة بالأطفال ستقوض الاستقرار الزوجي. حيث أن هناك ثراء في تاريخ البحوث التي

أجريت على استجابة الأسر للضغط النفسي؛ بأن أولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية يعانون من الضغوط النفسية بشكل أعلى كثيرا من آباء الأطفال العاديين (Crnic, et all., 2009, 11).

مُدْخَلٌ إِلَى مُشْكَلةِ البَحْثِ

توصل عدد من علماء النفس وعلماء النفس الاجتماعي ممن درسوا الكدر الزوجي وتأثيره على الحياة النفسية للزوجين إلى أن المتزوجين الذين يعايشون وضعا زواجياً وعلاقات متكدرة فإنها تنعكس على صحتهم النفسية وعلى حياتهم وتوجهاتهم المستقبلية بشكل عام، وهو الأمر الذي يزيد من جهة في نسب الطلاق والمعاناة المرتبطة به، ومن جهة أخرى يزيد في عدد المتزوجين المضطربين نفسياً، خاصة في الدول العربية في غياب اللجوء إلى الاستشارة النفسية خوفاً من الاتجاهات الاجتماعية (نوبيات، ٢٠١٣، ٢٧).

وعلى الرغم من أهمية تناول موضوع الشعور بالوصمة المدركة و الكدر الزوجي لدى آباء الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية ، فإنه بمراجعة الإنتاج الفكري في هذا المجال، لم تجد الباحثة دراسات مضبوطة وإحصائية حول هذا الموضوع خاصة على المجتمعات العربية والمجتمع المصري بشكل خاص، ومنه جاءت هذه الدراسة لتكشف علاقة الشعور بالوصمة المدركة و الكدر الزوجي لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية.

كما يُلاحظ وجود دراسات تناولت الوصمة المدركة أو الكدر النفسي لدى المعاقين ذهنياً أنفسهم أو ذويهم أو المجتمع، لكن لا يوجد دراسة واحدة - في حدود علم الباحثة- تناولت العلاقة بين الشعور بالوصمة المدركة و الكدر الزوجي لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، وهي الفئة الأكثر احتكاكاً بالمعاقين والأكثر اهتماماً وتأثراً بمشاكلهم. ولأن الأسرة هي نواة المجتمع والصورة المصغرة منه، وفي إطار استكمال الدراسات السابقة التي أولت اهتماماً بهذه الفئة جاءت هذه الدراسة لاستكمال البحث في علاقة الاتجاهات الوالدية والوصمة المدركة و الكدر الزوجي لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية.

بناءً على ما سبق، يُمكن تحديد مُشْكَلةِ البَحْثِ الراهن في التساؤل الآتي:

- هل توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين الشعور بالوصمة المدركة نحو الإعاقة، و الكدر الزوجي لدى أفراد عينة الدراسة الحالية؟

مفاهيم البحث

(١) الإعاقة الذهنية ١.

تبنّت الجمعية الأمريكية لعلم النفس (١٩٩٢) تعريفاً للإعاقة الذهنية، نص على أنه: حالة تعود إلى القصور الفعلي في الأداء الوظيفي الحالي للفرد، ويتضح ذلك من خلال الانخفاض الجوهرى في الوظائف العقلية، والتي يتزامن ظهورها مع وجود قصور في مجالين أو أكثر من مجالات السلوك التكيفي التالية: التواصل، والرعاية الذاتية، والحياة المنزلية، والمهارات الاجتماعية، واستخدام المرافق العامة، والتوجه المكاني، والصحة والسلامة، والمهارات الأكاديمية، وقضاء أوقات الفراغ، ومهارات العمل. وتظهر الإعاقة الذهنية قبل سن الثامنة عشر (الحارثي، ٢٠٠٧، ١٥؛ الشمري، ٢٠٠٨، ٢٠؛ عبدالرحيم، ٢٠١١، ٩٧).

كذلك تعرف الإعاقة الذهنية في قاموس جمعية علم النفس الأمريكية، بأنها "إعاقة ارتقائية تتميز بقصور يمتد من خفيف إلي عميق في الوظائف المعرفية (مثل التعلم وحل المشكلات والمنطق والتخطيط) وفي السلوك التكيفي، مما يضعف قدرة الفرد على اكتساب المهارات النموذجية بالنسبة للفئة العمرية للفرد كطفل، أو المهارات الضرورية لأداء الفرد المستقل في وقت لاحق كفرد بالغ". و "الإعاقة الذهنية" هو المصطلح المفضل الآن للتخلف (التأخر) العقلي (VandenBos, 2015, 548).

كما تعرف الإعاقة الذهنية في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية DSM-IV-TR، بانخفاض وظيفي ملحوظ في القدرة العقلية؛ أقل بكثير من المتوسط: على وجه التحديد يكون معامل الذكاء المقاس للفرد ٧٠ أو أدنى على الإختبارات ذات الانحراف المعياري عند ١٥، حيث تضعف القدرة على التكيف، ويحدث ذلك خلال فترة النمو، التي تم تحديدها بأشكال مختلفة: تحت سن ١٨ أو ٢٢. وبالنسبة للرضع يعتمد التشخيص على الحكم الإكلينيكي. قد تكون الإعاقة الذهنية نتيجة لإصابات المخ، أو بعض الأمراض، أو أسباب وراثية تتميز عادة بضعف القدرات التعليمية والاجتماعية والمهنية (vandenBos, 2015, 641).

كما حدد الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية، الإعاقة الذهنية (اضطراب الارتقاء العقلي^٢) من خلال العجز في القدرات العقلية، مثل التفكير، وحل المشكلات، والتخطيط، والتفكير المجرد، والحكم، والتعلم الأكاديمي، والتعلم من التجربة. ويظهر العجز في ضعف التكيف الوظيفي، مثل أن

1 Intellectual Disability

2 intellectual developmental disorder

يفشل الفرد في تلبية معايير الاستقلال الشخصي والمسئولية الاجتماعية في واحد أو أكثر من جوانب الحياة اليومية، بما في ذلك التواصل، والمشاركة الاجتماعية، والعمل الأكاديمي أو المهني، والاستقلال الشخصي في المنزل أو في المحيط المجتمعي (Jeste, et all; 2013, 31).

يتطلب تشخيص الإعاقة الذهنية وفقاً للدليل الإحصائي والتشخيصي الخامس للأمراض العقلية (DSM5)، بما في ذلك درجة شدته، تقيماً إكلينيكياً لمستوى الصعوبة التي يواجهها الفرد في المهارات المفاهيمية (مثل القراءة والكتابة والحساب)، والمهارات الاجتماعية (مثل التواصل وضبط أو تنظيم الانفعالات)، والمهارات العملية (مثل الرعاية الذاتية، والقدرة على إدارة أنشطة الحياة اليومية) (VandenBos, 2015, 548).

(٢) الوصمة ٣.

الوصمة في اللغة العربية تعني: العيب في الحسب، وفي الإنسان وفي كل شيء، وجمعه وُصومٌ، يُقال: ما في فلان وصمةٌ أي عيبٌ. ووصم الشيء: عبّاه. والوصم: المرَض، والعار (ابن منظور، ١٩٩٣). وقد استخدم الإغريق تاريخياً كلمة Stigma على أنها Brand أو Tattoo أي وصمة عار أو وشم يوضع على شكل علامات أو حروف على الجسم كعلامة تميز الشخص عن الآخرين بصفته مجرم أو عبد، تجعل كل من يراه يعامله معاملة سيئة بل يحتقره أو يزدريه (Hamilton, 2012, 3)؛ أحمد، ٢٠٠٥، ٣٦).

ويتفق في ذلك معجم مصطلحات الطب النفسي حيث يذكر أن الأصل في هذه الكلمة، العلامة، أو الوصمة التي كانت توضع على العبيد لتمييزهم، وتعني كذلك وصمة العار التي ترتبط بالمرض النفسي أو مهنة الطب النفسي، وتمتد للمستشفيات العقلية والمرضى وأقاربهم وأساليب العلاج، وينشأ عنها شعور واتجاه سلبي نحو المرض النفسي، يمنع الناس من التعاطف مع المرضى عقلياً أو الاستفادة من خدمات الصحة النفسية، (الشربيني، ٢٠٠٣، ١٨٠). كما تشير التعريفات التقليدية للوصم إلى علامة بارزة يعرف الفرد من خلالها بالاستهجان والإدانة وتُفرزه عن الآخرين (Everett, 2006, 11).

تعرف الوصمة في قاموس جمعية علم النفس الأمريكية بوصفها: الموقف الاجتماعي السلبي المتعلق بسمّة من سمات الفرد التي قد تُعد قصور عقلي أو جسدي، أو اجتماعي. الوصمة تعني الرفض الاجتماعي، ويمكن أن تؤدي بشكل غير عادل إلى تمييز الفرد أو إقصاءه (VandenBos, 2015, 1032)، والحقيقة أن معظم

³ Stigma

تعريفات الوصمة المتداولة في الإنتاج النفسي تم اقتباسها وتطويرها من تعريف "جوفمان ١٩٦٣ Goffman" في كتابه الوصمة (in Peterson, et all, 2008). حيث عرفها "جوفمان" بأنها "السمة التي تسيء لأحد الأفراد بشكل كبير، بحيث تقلل منه، من فرد ككل الأفراد العاديين إلى شخص منبوذ أو ملوث" (McKenna, 2010, (in 55; Hamilton, 2012, 3).

مع وضع الاعتبارات السابقة في الحسبان، وضع الباحثون في الوصمة المتعلقة بالصحة التعريف التالي: "عادةً عملية اجتماعية، مُختبرة أو مُتوقعة، تتميز بالإقصاء والرفض واللوم، أو انخفاض التقدير تنتج عن خبرة، أو توقع مُسبب لحُكم اجتماعي إزاء فرد أو جماعة. ويستند هذا الحكم إلى ملمح دائم للهوية المصابة بمشكلة صحية أو ظرف صحي، والحكم غير مبرر طبيًا بشكل أساسي. وكما يطبق على أشخاص أو مجموعات، يمكن كذلك أن يطبق الحكم الاجتماعي التمييزي على مرض أو مشكلة صحية بعينها، مع مراعاة تداعيات السياسة الاجتماعية والصحية. تتجم أشكال أخرى من الوصمة، عن الأحكام الاجتماعية السلبية حول الملامح الدائمة للهوية بصرف النظر عن الظروف المتعلقة بالصحة (مثل: العرق، والأصل، والتفضيلات الجنسية) (Everett, 2006, 11).

كما طوّر "كوريجان" Corrigan وزملاؤه عدة مكونات في تعريف الوصمة، حيث تصور الوصمة بوصفها بناء يضم ثلاثة مكونات "هياكل معرفية اجتماعية" أ- **الصور النمطية**، أو المعتقدات السلبية التي يحتفظ بها معظم أعضاء مجموعة اجتماعية حول مجموعة من مجموعات الأقليات؛ ب- **والتمييز**، أو الاتفاق مع هذه الصور النمطية، عادة ما يتضمن ردود فعل انفعالية سلبية ناحية الصورة النمطية؛ ج- **والتمييز**، أو السلوك المتحيز (in Peterson, et all, 2008, 12:13). كما حدد "بروس لينك وفيلان" Bruce Link & Phelan الوصمة بأنها "عملية يتم فيها تصنيف الشخص المصنف بمنحى عن الآخرين، بحيث تربط الشخص بخصائص غير مرغوب فيها تؤدي به إلى الرفض والتمييز" (in Phelan, 2002, 2).

نتيجة لما سبق توصلت الباحثة إلى **التعريف الإجرائي التالي**: الوصمة المُدرّكة، هي "مجموعة الصفات، والمواقف التي تلتصق بالفرد مجتمعيًا أو ذاتيًا وينتج عنها حياة إجتماعية، وشخصية منقوصة غير متكافئة، أو غير متوازنة مع أقرانه، ويمكن قياس تدرج هذه الصفات والمواقف وذلك وفقا للتقرير الذاتي".

(٣) الكدر الزوجي^٤

الكدر في اللغة هو "نقيض الصفا"، والكدر في لسان العرب كذلك هو "العكر" (ابن منظور، ١٩٩٣؛ الفيروزآبادي، ٢٠٠٥). كما استخدم "جابر عبد الحميد جابر" "وعلاء الدين كفاي" لفظي العسر والضيق للدلالة على مفهوم الكدر (جابر وكفاي، ١٩٩١، ٩٩٤).

كما يعرف الكدر في قاموس جمعية علم النفس الأمريكية بأنه "الاستجابة السلبية للضغوط، التي تنطوي على مستويات مفرطة من التحفيز، حيث يمثل نوعاً من الضغط الناتج عن كثرة المطالب، والخسائر أو التهديدات المتصورة. يكون له تأثير ضار عن طريق توليد سوء التكيف البدني والنفسي مما يشكل مخاطر صحية خطيرة على الأفراد" (VandenBos, 2015, 326).

إن مصطلح "الكدر الزوجي" لا يشير إلى اضطراب محدد في الشخصية أو اضطراب إكلينيكي. في الدليل التشخيصي الرابع للأمراض العقلية DSM-IV-TR، والكدر الزوجي ليس "مرض عقلي"، ولكنه ينتمي إلى فئة "الظروف الأخرى التي قد تكون محط الاهتمام الإكلينيكي". ومع ذلك يمكن القول بالتأكيد أن الكدر الزوجي يخلق كثير من الألم الجسدي والنفسي، كبقية أمراض الدليل التشخيصي الرابع للأمراض العقلية، إن لم يكن أكثر. وعلاوة على ذلك، يمكن للكدر الزوجي البدء، والتفاقم، والتعقيد مثل اضطرابات الدليل التشخيصي الرابع كالاكتئاب، أو ينتهي بالانتكاس (Christensen, et all; 2008, 662).

أما الإصدار الخامس من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، فقد تطرق إلى المشكلات الزوجية تحت بند المشكلات العلائقية^٥، وقد استخدمها بعض الباحثين للدلالة على مفهوم الكدر الزوجي، على أنه "عادة، يرتبط الكدر العلائقي^٦ بضعف في الأداء السلوكي أو المعرفي، أو المجالات الانفعالية. ومن أمثلة المشكلات السلوكية، عقبة تعارض القرارات، والانسحاب، والتدخل الزائد. ويمكن أن تظهر المشكلات المعرفية في الإغراءات السلبية المزمدة لنوايا الآخرين، أو غض الطرف عن سلوكيات الشريك الإيجابية. أما المشكلات الانفعالية فتشمل الحزن المزمّن، واللامبالاة، و/أو الغضب من الشريك الآخر" (Jeste, et all; 2013, 716). ويتفق في ذلك "قدور نوبيات" حيث يعرف الكدر الزوجي بأنه "المعاناة المرتبطة باضطراب العلاقة بين الزوجين، والذي يتبدى في تصورات وإدراكات سلبية ومشوهة عن

⁴ Marital Distress

⁵ Relationship problems

⁶ Relationship distress

العلاقة الزوجية، وعن شريك الحياة، وانفعالات سلبية وجفاء وانفصال عاطفي بين الزوجين، مع فشل في التواصل وعدم الإتفاق حول الموضوعات الحيوية المتعلقة بحياتهما المشتركة، وعدم الكفاءة في حل المشكلات" (نوبيات، ٢٠١٣، ٣١).

كما يوصف الكدر الزوجي بأنه "اضطراب العلاقة بين الزوجين، والانقسام والانفعالات السلبية التي تقود إلى الخلافات، والمعاناة، وعدم الاستقرار النفسي، والانفصال العاطفي، والقسوة، والتفاعل السلبي، وزيادة نزعات العنف، والاضطرابات النفسية، كالقلق والاكتئاب، والغضب، ونقص مهارات حل المشكلات، والشعور بالنقص، المصاحب لضعف تقدير الذات، والوصول إلى حياة زوجية مستحيلة الاستمرار، والتأزم، والانفصال بين الزوجين والتأثير السلبي على الأطفال" (القرني، ٢٠٠٧، ٣).

كما يعرف الكدر الزوجي بأنه "عدم الرضا عن العلاقة الزوجية من أحد الطرفين أو كليهما فتصبح الحياة الزوجية معاناة غير سعيدة في نظر أحد الزوجين أو كليهما". ويتفق في ذلك "حسن الصغار" حيث عرّف الكدر الزوجي بأنه نقيض التوافق، وهي حالة تنافر تبدأ بحصول انطباعات سلبية من أحد الزوجين تجاه الآخر، أو من كليهما، مما يزيد الخلاف والنزاع، ويكدر صفو الحياة الزوجية بشوائب الأذى والانزعاج (في أحمد ومحمد، ٢٠١١، ١١-١٤).

نتيجة لما سبق يمكن تحديد التعريف الإجرائي للكدر الزوجي بأنه: "الاستجابة على البنود التي توضح عدم الرضا عن العلاقة الزوجية من أحد الطرفين أو كليهما فتصبح الحياة الزوجية معاناة غير سعيدة في نظر أحد الزوجين أو كليهما، على نحو تعكسه الدرجة على مقياس الكدر الزوجي الذي استخدمته الباحثة".

النماذج والنظريات المُفسرة للشعور بالوصمة المُدرّكة، والکدر الزواجي.

إذا أردنا أن نفهم كنه المشكلات الزواجية وعمقها، فإن ذلك يتطلب العودة إلى الإنتاج النفسي النظري حول هذا الموضوع، حيث أن كل اتجاه نظري قد صاغ تصوراً متفرداً في فهم جذور الكدر الزواجي، وعليه تبرز هنا أهم هذه التوجهات النظرية وتفسيراتها.

[١] **النظرية السلوكية:** ترى النظرية السلوكية أن المشكلات في العلاقات الزواجية تنجم عن نقص في المهارات الزواجية كمهارات الاتصال، ومهارات حل المشكلات، ومهارات التعبير الانفعالي عند كلا من الطرفين، من هنا تشير هذه النظرية إلى التفاعل غير المناسب بوصفه سببا في نشوء المشكلات الزواجية؛ حيث تؤدي التصورات التي يمتلكها كل طرف حول الأسلوب الذي يرغب أن يعامله من خلاله الآخر، دورا في نشوء هذه المشكلات. وبسبب التنافر بين ما هو متوقع وما هو قائم يسعى كل طرف إلى تعديل سلوك شريكه بالشكل الذي يراه مناسباً من منظوره بما يتلاءم مع هذه التصورات (في: نوبيات، ٢٠١٣، ٥٣-٥٩).

يُعتقد أن سلوك الأفراد يمكن أن يفهم فقط من خلال السياق الشخصي المميز لهم. وبمعنى آخر، إنه بالنسبة لأي زوجين، يتعين أن يتعلم كل طرف كيف يسلك أو يتصرف في علاقة ودية خلال مختلف خبرات الحياة، إضافة إلى خبراتهما المستمرة في علاقتهما الحالية. كيفية تصرف كل طرف في العلاقة يمكن أن يفهم فقط بأخذ كل هذه الخبرات الخاصة في الاعتبار إن الفهم الدقيق ضروري لكي يكون العلاج فعال (كوردوفا وجاكسون، ٢٠٠٢، ١١٤٨).

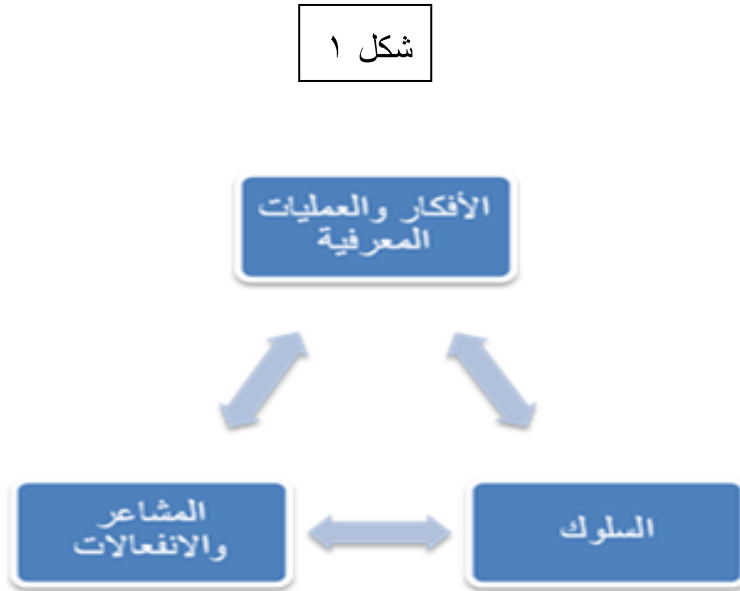
[٢] **النظرية المعرفية:** منذ تطوير تطبيقات العلاج المعرفي مع الأزواج، الذي تأسس في عام ١٩٨٠، كان هناك تزايد وانتشار في البحوث التي تناولت شقاق العلاقات، ودور العمليات المعرفية في تأثيرها على المشاعر والسلوك. يركز العلاج المعرفي السلوكي للأزواج المتكبرة، بشكل رئيس على أهمية نظم المعتقدات وتلك العناصر التي تؤثر تأثيراً عميقاً على الانفعالات والسلوك (Dattilio, 2010, ix- xii).

يتضمن النموذج المعرفي للكدر الزواجي إدراكات حول الأمور التي تحدث، وإعزاءات لسبب حدوثها، وتوقعات حول ما سيحدث، وافتراضات حول طبيعة الأحداث. معتقدات ومعايير حول ما يتعين أن تكون عليه الأمور، وكل هذه عبارة عن ظواهر معرفية تختص بالطريقة التي يتم بها معالجة المعلومات، وتكون نشطة في التقدير المعرفي وعلاج الكدر الزواجي، في سياق العلاقات الثنائية. وتؤدي التوقعات لدى الأزواج إلى التأثير على الأحداث المستقبلية بين الزوجين حيث أنه على المدى

البعيد يراقب كل طرف سلوك الآخر وفق التوقعات التي وضعها له (نوبيات، ٢٠١٣، ٦١).

يتحدى النموذج المعرفي الافتراض الشائع أن المواقف تطلق الانفعالات ، باقتراح أن أفكار الفرد حول الموقف هي التي تسبب حدوث الانفعال. لذلك، تهدف مجموعة متنوعة من التدخلات المعرفية إلى تغيير طريقة الفرد في التفكير، ونظام المعتقدات من أجل إحداث تغييرات انفعالية وسلوكية دائمة. من أجل فهم أن أفكار الفرد تسبب تدفق انفعالاته، وذلك هو أساس النموذج المعرفي؛ حيث يؤكد المكون الرئيس للنموذج المعرفي أن تصور الفرد أو تفسيره لحدث ما، له من الأهمية القصوى التي تفوق أهمية الحدث نفسه (Petersen et all, 2016, 15:16).

الشكل (١) النموذج المعرفي. باستخدام مثلث بأسهم ثنائية الاتجاهات لوصف طبيعة التأثير المتبادل بين الانفعالات والأفكار والسلوك بعضها وبعض (Petersen, et al., 2016:16).



كما أنه من المهام الرئيسية للعلاج الزوجي الموجه معرفياً، مساعدة الأزواج حتى يصبحوا ملاحظين أكثر فاعلية، ومساعدتهم على تقييم المدركات الخاصة بهم بحيث تكون استجاباتهم الانفعالية والسلوكية نحو بعضهم البعض أقل تأثراً بالتشوهات المعرفية^٧ (Baucom, Epstein, Sayers, ; Sher, 1989, 31).

بناءً على تلك النظرية فإن مجرد وجود طفل معاق داخل الأسرة ربما لا يكون سبباً مباشراً في حدوث الكدر الزوجي، ولكن أفكار كل من الأبوين حول تفسير أسباب الإعاقة وإعزاءها إلى أنفسهم أو أن الطرف الآخر سبباً بشكل أو بآخر في هذه الإعاقة، يمكن أن يكون سبباً مباشراً لتكون انفعالات سلبية تجاه بعضهم البعض، وبالتالي يتكون الشعور بالكدر الزوجي نحو الإعاقة، ومن ثم تطور هذه الانفعالات إلى سلوكيات معادية وعنيفة أو مواقف رفض لأحد الطرفين.

الدراسات السابقة

استهدفت دراسة "Khamis خميس" تحديد مسببات التوتر الوالدي والكدر النفسي بين أولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية في دولة الإمارات العربية المتحدة. باستخدام مقياس الكدر الوالدي، وقائمة أعراض الأمراض النفسية، ومقياس البيئة الأسرية. على عينة قدرها ٢٢٥ أب وأم لأطفال ذوي إعاقة ذهنية، من بينهم ١١٣ أب و١١٢ أم، وأظهرت النتائج ارتباط عمر الطفل سلبياً مع الكدر الوالدي حيث يقل الكدر الوالدي كلما ازداد عمر الطفل، وارتباط شدة الكدر النفسي إيجابياً بشدة الخلل الوظيفي الذي يظهره الطفل (Khamis, 2007).

كما استهدفت دراسة جالاجر Gallagher وآخرين التنبؤ بالكدر النفسي لدى آباء الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية من خلال التحقق من أعراض القلق والاكتئاب، باستخدام الدراسة المستعرضة والمجموعة الضابطة، على عينة من (٣٢) من آباء الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، و(٢٩) من آباء الأطفال العاديين. باستخدام مقاييس القلق والاكتئاب، والمساندة الإجتماعية، والمشكلات السلوكية للأطفال، وجودة النوم وعبء متحمل الرعاية. وتوصلت الدراسة إلى حصول آباء الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية أعلى درجات على مقياسي الاكتئاب والقلق، واقتربت الأغلبية من خطر التعرض للاكتئاب والقلق النفسي الذهاني، وكان عبء متحمل الرعاية (الشعور بالذنب) العامل الأكثر تنبؤاً بالكدر النفسي لدى الآباء (Gallagher, Philips, Oliver & carroll, 2008).

⁷ cognitive distortions

هدفت دراسة "عبدالله" أيضاً، إلى التحقق من فاعلية برنامج إرشادي جماعي لتخفيف الضغوط النفسية لأمهات الأطفال المعاقين عقلياً بولاية النيل الأبيض. تمت الدراسة على ٤٠ أم، باستخدام اختبار الضغوط النفسية من اعداد عبدالعزيز الشخص وزيدان السرطاوي، قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي. وأظهرت النتائج فاعلية البرنامج في تخفيف جميع أبعاد الضغوط النفسية على أمهات المعاقين، كما وجد فروق دالة في درجة التحسن في الضغوط النفسية في بعدي المعاناة النفسية والمعرفية ومشاعر الإحباط والبأس للأمهات تبعاً لمتغير وجود الزوج وذلك لصالح اللاتي يوجد معهن أزواجهن (عبدالله، ٢٠٠٩).

استخدمت "Syeda" وآخرون، المقياس المختصر للكدر العائلي (BFDS) في ورقة بحثية، لتقييم الخبرة الشخصية للأزمة على عينة اكلينيكية قدرها ٢٩ من عائلات الأفراد ذوي الإعاقة الذهنية أو الاضطرابات النفسية. أسفرت التحليلات عن أن ٥٨٪ من العائلات صنّفوا أنفسهم عند الدرجة ٦ أو أعلى على المقياس، وهي نسبة مرتفعة إلى حد كبير (Syeda, Weiss, & Lunsky, 2011).

فيما استهدفت دراسة "علي Ali" العلاقة بين الوصمة الذاتية والكدر النفسي لدى الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية. على عينة من ٢٢٩ مشاركاً من ١٢ مركزاً، تتراوح الإعاقة الذهنية لديهم من خفيفة إلى متوسطة، أكدت نتائج الدراسة ارتباط وصمة الذات إيجاباً مع الكدر النفسي، وزيادة استخدام الخدمات، وسلباً مع نوعية الحياة. كان هناك بعض الأدلة على أن الوصمة الذاتية ارتبطت بانخفاض الالتزام بالعلاج. وتوسط الكدر النفسي هذه العلاقات. أبلغ نصف المشاركين عن تعرضهم للتمييز من قبل الخدمات الصحية. شملت الحسابات مواقف وسلوكيات سلبية للموظفين، وفشل الخدمات في إجراء ضوابط منطقية/ معقولة (Ali, 2013).

استهدفت دراسة كونو وميرنز (Kono & Mearns, 2013)، فحص علاقة المعتقدات حول قدرة الفرد على التقليل من حدة المزاج السيئ، والتعاون، وشدة الإعاقة الذهنية لدى الطفل مع الكدر الوالدي (الجسدية^٨، والاكتئاب، والقلق)، على عينة قدرها ١٠٦ من الآباء اليابانيين (متوسط العمر = ٥٦.٧ سنة) ممن يربون طفلاً واحداً على الأقل من ذوي الإعاقة الذهنية، وأسفرت النتائج عن ارتباط عمر الأم سلباً مع الكدر الوالدي، وخاصة القلق. وارتباط المعتقدات حول قدرة الفرد على التحكم في المزاج السيئ سلباً بالكدر.

⁸ somatization

استهدفت دراسة "عظيم" وآخرين (Azeem, et al, 2013) تقييم مستوى الأمراض النفسية^٩ مثل القلق أو الاكتئاب و القلق والاكتئاب مجتمعين (الكر الوالدي^{١٠}) بين آباء الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، باستخدام منهج الدراسة المستعرضة، بمستشفى الرعاية الثالثة في باكستان. على عينة قدرها ١٩٨ من الآباء (٩٩ الآباء / الأمهات ٩٩) لـ ١٠٠ طفل تم تشخيصه بالإعاقة الذهنية. وتم تقييم الوالدين على القلق والاكتئاب باستخدام معايير الدليل التشخيصي الرابع للإضطرابات النفسية DSM IV، أظهرت النتائج أن نسبة كبيرة من أولياء أمور الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية يعانون من القلق والاكتئاب أو كليهما معاً، كما أن هناك ارتباط بين الجندر^{١١} وتشخيص الأمراض النفسية من القلق والاكتئاب أو القلق والاكتئاب معاً، كما ارتبط تشخيص والقلق، والاكتئاب أو كليهما عند الأمهات بشدة الإعاقة الذهنية.

كذلك استهدفت دراسة الدوسري Aldosari وآخرين، تصنيف مختلف المصادر للكر بين آباء الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية من الذكور في السعودية، على عينة من (١٧) زوج من الآباء، باستخدام قائمة الكر الوالدي، حصلت الأمهات على معدلات أعلى من الضغوط مقارنة بالآباء (Aldosari, Mubarak & Lisa, 2014, 1).

تعقيب على الدراسات السابقة

- ربطت بعض الدراسات بين الوصمة الذاتية والكر النفسي (اعراض القلق والاكتئاب) لدى ذوي الإعاقة الذهنية مثل دراسة " علي Ali ٢٠١٣".
- كما توجد ندرة في الدراسات العربية، خاصة المصرية، التي تناولت الشعور بالوصمة لدى آباء ذوي الإعاقة الذهنية، أو الكر الزوجي لدى آباء الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، ولا توجد دراسة واحدة (في حدود علم الباحثة) تناولت العلاقة بين الشعور بالوصمة المدركة والكر الزوجي لدى آباء الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية.

فرض البحث

- توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين الشعور بالوصمة المدركة نحو الإعاقة، والكر الزوجي لدى أفراد عينة الدراسة الحالية.

⁹ psychopathology

¹⁰ parental distress

¹¹ Gender

منهج البحث

أولاً: التصميم البحثي

اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي الارتباطي المقارن، بوصفه المنهج المناسب لطبيعة هذه الدراسة.

أ.ثانياً: عينة الدراسة وخصائصها:

تم اختيار عينة الدراسة الاستطلاعية بطريقة قصدية من أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، المترددين على مراكز الاستشارات النفسية المتخصصة بمحافظة سوهاج، وبلغ عددها (١٠) أمهات، و تكونت عينة الدراسة الأساسية من (٣٥) أم من قاطني محافظة سوهاج، بمتوسط عمري بلغ (٣٦.٣٣) وانحراف معياري قدره (٦.٢٤)، وتم استبعاد (٥) استمارات نظراً لعدم استكمال الإجابة على أدوات الدراسة، أو لفقد المبحوث لأي شرط من الشروط والضوابط التي قامت عليها اختيار العينة الحالية، والتي تمثلت فيما يلي:

- أن تشمل عينة الدراسة الأمهات فقط، وذلك لاهتمام الباحثة بالتعرف على اتجاهاتهم الوالدية نحو رعاية ذوي الإعاقة الذهنية وفق تلك المتغيرات.
- خلو الأم من الأمراض المزمنة، والتي يمكن أن يكون لها تأثير سلبي على مدى قدرة الأم على رعاية الطفل المعاق، وعلى مدى التوافق الأسري بين الزوجين داخل المنزل الذي يوجد به المعاق.
- يستبعد من عينة الدراسة الطلاب ذوي الإعاقات البصرية أو الحركية حيث يعد شرطاً أساسياً اقتصار العينة على الأسر التي ترعى طفل من ذوي الإعاقة الذهنية.
- ألا تكون الأم أرملة أو مطلقة وذلك للتعرف على علاقة الكدر الزوجي بين الزوجين (الأم والأب) بمتغيرات الدراسة.

ثالثاً: أدوات البحث

تم استخدام عدد من الأدوات التي يمكن من خلالها جمع البيانات بهدف التحقق من فروض الدراسة، وحاولت الباحثة - قدر الإمكان - تجنب تلك الأخطاء الناتجة عن التطبيق في ظروف غير ملائمة فيزيقياً أو الاستجابة من وجهة نظر المرغوبية الاجتماعية، وإلقاء التعليمات بدقة والتأكيد على أن الاستجابة تحوطها السرية التامة.

اعتمدت الدراسة في الجانب الإجرائي منها على تطبيق مقياسين لتحديد وقياس متغيرات الدراسة، وهما:

(١) مقياس الوصمة المدركة من إعداد/ علاء الدين عيسى أحمد (٢٠٠٥).

يتكون المقياس من (٣١) عبارة تناولت ثلاثة أبعاد وهي البعد النفسي والبعد الأسري والبعد الاجتماعي. وقد روعي عند صياغة العبارات أن تكون بسيطة وواضحة وتشكل كل عبارة درجة تقديرية ويكون على المفحوص أن يحدد درجة موافقته عليها على مقياس [ليكرت] والتي تتراوح بين موافق بشدة، وموافق، ومتردد، وغير موافق، وغير موافق بشدة. وأعطيت عبارات المقياس درجات (٥، ٤، ٣، ٢، ١) على مقياس ليكرت حيث إن الفقرات المثبتة والتي تعبر الموافقة عليها عن وجود وصمة، كذلك الفقرات المنفية التي تعبر الموافقة عليها عن عدم وجود وصمة. فموافق بشدة أعطيت لها الدرجة (٥) وموافق (٤) ومتردد (٣) وغير موافق (٢) وغير موافق بشدة (١). وقد اشتمل المقياس على ثلاثة أبعاد هي:

- ١- البعد النفسي (١٢) عبارات.
- ٢- البعد الأسري (١١) عبارات.
- ٣- البعد الاجتماعي (٨) عبارات.

(٢) مقياس الكدر الزواجي. إعداد/ قدور نوبيات (٢٠١٣).

تمثلت أداة الدراسة في مقياس الكدر الزواجي لنوبيات (٢٠١٣). الذي يتكون من (٤٥) فقرة ذات اتجاهين إيجابي وسلبي، موزعة على ثلاثة أبعاد وهي بُعد طبيعة البنية المعرفية للعلاقة بين الزوجين يتكون من خمسة عشر فقرة، وبعد طبيعة العلاقة العاطفية بين الزوجين يتكون من أربعة عشرة فقرة، وبعد التواصل والتفاعل بين الزوجين يتكون من ست عشرة فقرة، بحيث يتم تصحيحها بإعطاء من بين بدائل الإجابة وفق سلم ليكرت الخماسي.

تصنيف مستويات الكدر الزوجي:

تم تصنيف مستويات الكدر الزوجي إلى ثلاث مستويات (منخفض-متوسط – مرتفع)، وفق الدرجات التي يحصل عليها المفحوص، كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (١) تصنيف مستويات مقياس الكدر الزوجي

مستوى منخفض	مستوى متوسط	مستوى مرتفع
أقل من ٧٣	من ٧٣ إلى ١٣٩	أكبر من ١٣٩

يوضح الجدول أعلاه تصنيف مستويات الكدر الزوجي، حيث يعتبر الكدر الزوجي في المستوى المنخفض بحصول المفحوص على الدرجات من (٤٥ إلى ١٣٥). وترتفع نسبة الكدر الزوجي ابتداءً من الدرجات (١٣٦ إلى ٢٢٥).

رابعاً: إجراءات البحث

بعد التأكد من مطابقة شروط العينة على الأمهات طبقت الباحثة استمارة البيانات الأساسية، ثم طبقت الباحثة مقياس الكدر الزوجي والشعور بالوصمة المُدرّكة على أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، وتم استبعاد أي إعاقة أخرى.

وتراوحت مدة التطبيق من ساعة ونصف إلى ساعتين على جلسة واحدة، وبعد التأكد من الخصائص القياسية لأدوات الدراسة من حيث الصدق والثبات، طبقت الباحثة أدوات الدراسة على العينة الأساسية الذي استمر من شهر أكتوبر إلى شهر ديسمبر ٢٠٢٢، إلى أن انتهت من العدد النهائي لعينة الدراسة. وبعد الانتهاء من العينة الأساسية لمجموعة الدراسة، أدخلت الباحثة البيانات وعالجتها باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة للتحقق من فروض الدراسة الراهنة.

خامساً: خطة التحليلات الإحصائية

عولجت البيانات إحصائياً باستخدام حزمة البرامج الإحصائية للعلوم الاجتماعية، والمعروفة اختصاراً باسم (SPSS (V. 19، وتم استخدام المتوسطات والانحرافات المعيارية.

نتائج البحث ومناقشتها

ينص الفرض على: " توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين الشعور بالوصمة المدركة نحو الإعاقة، والكردر الزوجي لدى أفراد عينة الدراسة الحالية."

للتحقق من الفرض السابق، تم استخدام معامل ارتباط "بيرسون" للتعرف على طبيعة العلاقة بين الدرجة الكلية لمقياس الوصمة المدركة وأبعاده الفرعية (البُعد النفسي، والبُعد الأسري، والبُعد الاجتماعي)، والدرجة الكلية لمقياس الكدر الزوجي وأبعاده الفرعية (البنية المعرفية للعلاقة بين الزوجين، العلاقة العاطفية بين الزوجين، التواصل والتفاعل بين الزوجين) وفيما يلي توضيح للنتائج:

جدول (٢) درجة ارتباط الوصمة المدركة مع الكدر الزوجي

لدى عينة الدراسة (ن=٤٠)

نسبة الارتباط				الكردر الزوجي	الوصمة المدركة
الكردر الزوجي					
الدرجة الكلية	التواصل والتفاعل بين الزوجين	العلاقة العاطفية بين الزوجين	البنية المعرفية للعلاقة بين الزوجين		
٠.٥٦١ **	** ٠.٤٧٩	** ٠.٦٠٧	** ٠.٥٠٢	البُعد النفسي	مقياس الوصمة المدركة
٠.٥٥٠ **	** ٠.٥٣٨	** ٠.٧٠١	* ٠.٣٢٩	البُعد الأسري	
٠.٢٢٧	٠.١٣٢	* ٠.٣٢٧	٠.٢٢٦	البُعد الاجتماعي	
٠.٥٧٤ **	** ٠.٥٠٠	** ٠.٦٦٩	** ٠.٤٥٨	الدرجة الكلية للمقياس	

يوضح جدول (٢) وجود علاقة دالة بين درجة (البُعد النفسي، و البُعد الأسري) لمقياس الوصمة المدركة وأبعاد (البنية المعرفية للعلاقة بين الزوجين، العلاقة

العاطفية بين الزوجين، التواصل والتفاعل بين الزوجين) والدرجة الكلية لمقياس الكدر الزوجي. ووجود ارتباط بين الدرجة الكلية لمقياس الوصمة المدركة وأبعاده الفرعية، والدرجة الكلية لمقياس الكدر الزوجي وأبعاده الفرعية. كذلك وجود ارتباط بين درجة (البعد الاجتماعي) لمقياس الوصمة المدركة وبعدها (العلاقة العاطفية بين الزوجين)، ولم تكن العلاقة دالة على باقي أبعاد مقياس الكدر الزوجي ودرجته الكلية.

تشير نتائج الدراسة الراهنية إلى تحقق الفرض، يمكن لشعور أحد الزوجين بالوصمة النفسية أو الأسرية أو المجتمعية أن يولد شعوراً بالذنب والعار، وما يترتب عليه من تشوهات معرفيه، مما يزيد من الشعور بالكدر الزوجي.

كما تسهم التشوهات المعرفية الشائعة بين الأزواج والأسر، أو أخطاء معالجة المعلومات، في أن تصبح المدركات مصادر للصراع والكدر في حياة الأفراد. على سبيل المثال، المنطق العاطفي/الادراك الانفعالي: حيث يلخص الفرد شعوره بالوصمة على أنه انعكاساً دقيقاً وحقيقياً للواقع. كما قد يعتقد أن هناك توقعات محددة حول الطريقة التي يجب أن يتصرف بها الآخر، وعندما لا تفي التوقعات بالمعايير المتوقعة، يعاني الفرد في كثير من الأحيان شعوراً بالإحباط والذنب. وأحياناً الشعور بالغضب والاستياء. (Petersen, Sprich, ; Wilhelm, 2016, 18:20).

يمكن تفسير ذلك في ضوء النظرية المعرفية حيث يتضمن النموذج المعرفي للكدر الزوجي إدراكات حول الأمور التي تحدث، وإعزات لسبب حدوثها، وتوقعات حول ما سيحدث، وافتراضات حول طبيعة الأحداث. معتقدات ومعايير حول ما يتعين أن تكون عليه الأمور، وكل هذه عبارة عن ظواهر معرفية تختص بالطريقة التي يتم بها معالجة المعلومات، وتكون نشطة في التقدير المعرفي وعلاج الكدر الزوجي، في سياق العلاقات الثنائية. وتؤدي التوقعات لدى الأزواج إلى التأثير على الأحداث المستقبلية بين الزوجين حيث أنه على المدى البعيد يراقب كل طرف سلوك الآخر وفق التوقعات التي وضعها له (نوبيات، ٢٠١٣، ٦١).

كما يعتبر الشعور بالوصمة من العوامل التي يمكن أن تزيد من شدة التوتر بين الزوجين، حيث يرمي كل طرف باللوم على الآخر، أو يتوقع منه مساندة أعلى من المقدمة.

حيث تشير نتائج بعض الدراسات إلى أن القوالب النمطية القائمة (الناجئة عن الوصمة)، تحد من الخيارات السلوكية لكل من الذكور والإناث في جميع مراحل دورة الحياة. وهذه القيود تنتهك الاحتياجات الفردية لتحقيق الذات، كما تهدد الصحة العقلية والنفسية (Gross, Downing ; D'Heurle, 1982, 8). وتزيد من احتمالية حدوث الكدر بين الأزواج. فيمكن للكدر الزوجي البدء، والتفاقم، والتعقيد مثل اضطرابات الدليل التشخيصي الرابع كالإكتئاب، أو ينتهي بالإنتكاس" (Christensen, Wheeler; Jacobson, 2008, 662). وتشير النظرية السلوكية إلى التفاعل غير المناسب بوصفه سببا في نشوء المشكلات الزوجية؛ حيث تؤدي التصورات التي يمتلكها كل طرف حول الأسلوب الذي يرغب أن يعامله من خلاله الآخر، دورا في نشوء هذه المشكلات. وبسبب التنافر بين ما هو متوقع وما هو قائم يسعى كل طرف إلى تعديل سلوك شريكه بالشكل الذي يراه مناسباً من منظوره بما يتلاءم مع هذه التصورات (في: نوبيات، ٢٠١٣، ٥٣-٥٩).

استخدمت "Syeda" وآخرون، المقياس المختصر للكدر العائلي (BFDS) في ورقة بحثية، لتقييم الخبرة الشخصية للأزمة على عينة اكلينيكية قدرها ٢٩ من عائلات الأفراد ذوي الإعاقة الذهنية أو الاضطرابات النفسية. أسفرت التحليلات عن أن ٥٨٪ من العائلات صنفوا أنفسهم عند ٦ أو أعلى على المقياس، وهي نسبة مرتفعة إلى حد كبير (Syeda, Weiss, & Lunsky, 2011). تتفق هذه النتيجة مع دراسة قامت بها "عافية علي Afia Ali" لقياس "الوصمة المقرر عنها ذاتياً" وأعراض القلق والاكتئاب لدى ذوي الإعاقة الذهنية، على عينة قدرها ٢٢٩ شخص من ذوي الإعاقة الذهنية البسيطة والمتوسطة (بدون مرض عقلي)، كشفت نتائج الدراسة المعروضة عن وجود ارتباط إيجابي بين الوصمة والكدر النفسي (أعراض القلق والاكتئاب) لدى ذوي الإعاقة الذهنية (Ali, King, Strydom & Hassiotis, 2015).

وتتفق في ذلك دراسة "علي Ali" العلاقة بين الوصمة الذاتية و الكدر النفسي لدى الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية. على عينة من ٢٢٩ مشاركاً من ١٢ مركزاً، تتراوح الإعاقة الذهنية لديهم من خفيفة إلى متوسطة، أكدت نتائج الدراسة ارتباط وصمة الذات إيجاباً مع الكدر النفسي، وزيادة استخدام الخدمات، وسلباً مع نوعية الحياة. كان هناك بعض الأدلة على أن الوصمة الذاتية ارتبطت بانخفاض الالتزام بالعلاج. وتوسط الكدر النفسي هذه العلاقات (Ali, 2013).

¹² Self-reported stigma

قائمة المراجع

أولاً: مراجع باللُّغة العربية

- أبوحطب، فؤاد، وفهمي، محمد سيف الدين (١٩٨٤). معجم علم النفس والتربية الجزء الأول. مصر: الهيئة العامة لشئون المطابع الأميرية.
- ابن منظور، محمد مكرم (١٩٩٣). لسان العرب (الإصدار ٣). ط٣. بيروت: دار صادر.
- أحمد، سليمان على ومحمد، خديجة سعيد (٢٠١١، أكتوبر). الكدر الزوجي وعلاقته ببعض سمات الشخصية لدى المتزوجين بمحلية كرري. مجلة دراسات الأسرة: معهد دراسات الأسرة، جامعة أم درمان الإسلامية، العدد ٢: ١١ - ١٤.
- أحمد، علاء الدين عيسى (٢٠٠٥). مدى فاعلية برنامج مقترح في الإرشاد النفسي لتخفيف وصمة المرض النفسي المرتبطة بالعلاج النفسي. رسالة ماجستير غير منشورة. غزة: الجامعة الإسلامية. كلية التربية. ٣٦.
- الحارثي، منى فيحان (٢٠٠٧). فاعلية إستراتيجية تدريس الأقران في إكساب بعض الكلمات الوظيفية للتلاميذ المتخلفين عقلياً بدرجة متوسطة. رسالة ماجستير غير منشورة. المملكة العربية السعودية: كلية التربية.
- الشربيني، لطفي (٢٠٠٣). معجم مصطلحات الطب النفسي. سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة. في: مركز تعريب العلوم الصحية محرراً. مراجعة: صادق، عادل. الكويت: مؤسسة الكويت للتقدم العلمي.
- الشمري، عواطف حبيب (٢٠٠٨). فاعلية استخدام إجرائي المساعدة المتناقصة تدريجياً والتأخير الزمني الثابت في التدريب على بعض المهارات الاستقلالية للفتيات ذوات التخلف العقلي المتوسط والشديد (دراسة مقارنة). رسالة ماجستير غير منشورة. المملكة العربية السعودية: كلية التربية.
- الفيروزآبادي، مجد الدين محمد يعقوب (٢٠٠٥). القاموس المحيط (الإصدار ٨، المجلدات باب الرءاء - فصل الكاف). بيروت: مؤسسة الرسالة للطباعة والنشر والتوزيع.
- القرني، محمد سالم محمد (٢٠٠٧). تصميم برنامج علاجي معرفي سلوكي لتخفيف مستوى الكدر الزوجي، وقياس فاعليته. المملكة العربية السعودية: جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية. كلية العلوم الإجتماعية. الرياض.
- جابر، عبد الحميد جابر وكفاقي، علاء الدين (١٩٩١). معجم علم النفس والطب النفسي. (المجلد ٤). القاهرة: دار النهضة العربية.

- خليفة، نفيسة؛ عثمان، نهلة؛ البرعي، مازاء؛ مالك، نجلاء. (٢٠١٥). الضغوط النفسية لدى أسر المعاقين والاتجاهات الوالدية نحو الطفل المعاق. السودان: جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا- كلية التربية.
- عبدالرحيم، سامية (٢٠١١). فاعلية برنامج سلوكي في تنمية بعض مهارات السلوك التكيفي للأطفال المعوقين عقلياً القابلين للتعليم. (المجلد ٢٧). دمشق: مجلة جامعة دمشق.
- عبدالله، سلوى عثمان (٢٠١١). فاعلية برنامج إرشادي جمعي لخفض الضغوط النفسية لأمهات الأطفال المعاقين عقلياً بولاية النيل الأبيض بالسودان. رسالة دكتوراه غير منشورة. الخرطوم: الجمعية النفسية السودانية.
- فهمي، محمد سيف الدين، وأبو حطب، فؤاد (١٩٨٤). معجم علم النفس والتربية الجزء الاول. مصر: الهيئة العامة لشئون المطابع الأميرية.
- كوردوفا، جيمس، و جاكسون، نيل (٢٠٠٢). الكدر الزوجي. في: ديفيد بارلو هـ. وآخرين. مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية: دليل علاجي تفصيلي. صفوت فرج محرراً. هدى جعفر مترجماً. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- نوبيات، قدور (٢٠١٣). علاقة الكدر الزوجي بكل من الصحة النفسية والرضا عن الحياة لدى عينة من المتزوجين-دراسة ميدانية بورقلة. رسالة دكتوراه غير منشورة. جامعة قاصدي مرباح ورقلة: كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية.

References

- Ali, A (2013). **The impact of stigma and discrimination on psychological distress in people with intellectual disability and access to health services: a mixed methods approach. Unpublished Doctoral Thesis.** University College London. London.
- Ali, A; King, M; Strydom, A and Hassiotis, A (2015). **Self-reported stigma and symptoms of anxiety and depression in people with intellectual disabilities: Findings from a cross sectional study in England.** Journal of Affective Disorders. 187. 224–231.
- Azeem, M.; Dogar, I.; Shah, S.; Cheema, M.; Asmat, A; Akbar, M; Kousar, S and Haider, I. (2013). **Anxiety and Depression among Parents of Children with Intellectual Disability in Pakistan.** Journal of Can Acad Child Adolesc Psychiatry. 22: (4). 290-295.
- Baker, B. L.; Blacher, J.& Olsson, M. B. (2005). **Preschool children with and without developmental delay: behaviour problems, parents' optimism and well-being.** Journal of Intellectual Disability Research, 49, 576.
- Christensen, A.; Wheeler, J. and Jacobson, N. (2008). couple distress. In: Barlow, D.(Ed.). **Clinical Handbook of Psychological Disorders A step -by- step Treatment Manual.** (662-689). 4th ed. NY: The Guilford Press.Elsevier.
- Corrigan, P.; Morris, S.; Michaels, P.; Rafacz, J. and Rüsçh, N. (2012). **Challenging the Public Stigma of Mental Illness: A**

Meta-Analysis of Outcome Studies. psychiatryonline.org. 63: (10). 963-973.

- Crnic, Keith; Arbona, Anita P.; Baker, Bruce & Blacher, Jan (2009). **Mothers and Fathers Together: Contrasts in Parenting Across Preschool to Early School Age in Children with Developmental Delays.** In Glidden, Laraine Masters & Seltzer, Marsha Mailick. International Review Of Research In Mental Retardation :Families (Vol. 37). San Diego: Elsevier Inc. 11.
- Dattilio, F. (2010). **Cognitive-Behavioral therapy with Couples and Families: A Comprehensive Guide for Clinicians.** NY: The Guilford Press.
- Everett, B. (2006). Stigma: The Hidden Killer: Background Paper and Literature Review. **canada: mood disorders society of canada.** 1-51.
- Gallagher, S.; Philips, A.; Oliver, C. and carroll, D. (2008, April 22). **predictors of psychological morbidity in perents of children with intellectual disability.** Journal of Pediatric Psychology. 33. 1129- 1136.
- Goffman, E. (1963). **Stigma.** London: Penguin.
- Gross, I; Downing, J; & D'Heurle, A. (1982). **Sex Role Attitudes and Cultural Change** (Vol. 3). U.S.A: Reidel Publishing Company.

- Hamilton, V. (2012). **An Exploration of Implicit Associations Regarding Mental Illness, Self-reported Internalised Stigma, and their Links to Help Seeking Symptom Thresholds Amongst Individuals Experiencing Depressive Symptoms.** Unpublished PhD thesis. University of East Anglia.
- Jeste, D.; Lieberman, E. and Fassler, D. (2013). **Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders DSM-5.** 5th ed. London: American Psychiatric Association.
- Khamis, V. (2007). **Psychological distress among parents of children with mental retardation in United Arab Emirates.** Social Science & Medicine. 64. 850.
- Kono, K. and Mearns, J. (2013). **Distress of Japanese parents of children with intellectual disabilities: Correlations with age of parent and negativemood regulation expectancies.** Japanese Psychological Association.
- Link, B.; Yang, L.; Phelan, J. and Collins, P. (2004, December 3). **Measuring Mental Illness Stigma.** from schizophreniabulletin.oxfordjournals.org. 30. 513.
- McKenna, V. (2010). **Examining the Perceptions of Stigma in Self-Harming Clients in General Hospital Settings And Clinical Research Portfolio.** Glasgow: University of Glasgow Section of Psychological Medicine. 55.
- Petersen, T.; Sprich, S. and Wilhelm, S. (2016). **The Massachusetts General Hospital Handbook of Cognitive Behavioral Therapy.** NY: Springer. 18:19.

- Peterson, D.; Barnes, A. and Duncan, C. (2008). **Fighting Shadows Self-stigma and Mental Illness**. Mental health foundation of new Zealand. 132.
- Phelan, J. (2002, August). **Genetic bases of mental illness – a cure for stigma?**.*Science & Society*. 25: (8). 2.
- S, Mubarak; Aldosari and A, Lisa (2014, June). **Sources of Stress among Parents of Children with Intellectual Disabilities: A Preliminary Investigation in Saudi Arabia**. The journal of special education apprenticeship. 3. 1.
- Syeda, M.; Weiss, J. and Lunskey, Y. (2011). **experiences of families of individuals with intellectual disability and Psychiatric disorder**. Journal On Developmental Disabilities. 17(2). 65-68.
- vandenBos, G. (2015). **APA Dictionary Of Psychology** (2nd ed). Washington: American Psychological Association.
- Yamada, Atsurou; Suzuki, Miyoshi; Kato, Misuzu; Suzuki, Mie; Tanaka, Sayumi; Shindo, Takuo; Taketani, Kazuo; Akechi, Tatsuo& Furukawa, Toshi A. (2007). **Emotional distress and its correlates among parents of children with pervasive developmental disorders** .Psychiatry and Clinical Neurosciences, 61, 651: 657.

