جامعـــة الزقازيـــق
كليـــــــة الآداب
قسم علم النفس

قصور الرعاية الاجتماعية وعلاقته بالاضطرابات السيكوسوماتية و الانحرافات السلوكية لدى أبناء المؤسسات الرسمية والأهلية

رسالة مقدمه من

منى عبد اللطيف عبد الحميد جاد الحق

للحصول على

درجة الماجستير فى الآداب

تخصص علم النفس

إشـــــــراف

الأستاذة الدكتورة

راويـــة محمـــود حسين دسوقى

أستاذ علم النفس

بكلية الآداب – جامعة الزقازيق

٢٠٠٥

(وَنَفْسٍ وَمَا سَوَّاهَا(٧) فَأَلْهَمَهَا فُجُورَهَا وَتَقْوَاهَا(٨) قَدْ أَفْلَحَ مَن زَكَّاهَا(٩) وَقَدْ خَابَ مَن دَسَّاهَا(١٠)).

صدق الله العظيم

سورة الشمس الآيات (٧-١٠)

شكر وتقدير

الحمد لله كما ينبغي لجلال وجهه وعظيم سلطانه ، وأصلى وأسلم على مُعلم البشرية سيدنا محمد ρ .

أتقدم بخالص الشكر والعرفان والامتنان لأستاذتى الجليلة الفاضلة الأستاذة الدكتورة / راوية محمود حسين .

وأعلم أننى مهما سطرت من كلمات شكر فلن أوفيها حقها ، ولكن هو جهدِ المقل. فهى خير مُرشد ومُعلم بعلمها الغزير وأسلوبها الرقيق وسعة صدرها وخلقها الكريم ، فجاءت هذه الرسالة ثمرة توجيهاتها وإرشاداتها وعلمها الذى لا ينضب . حفظها الله وأدام عليها نعمة الصحة والعافية وجزاها الله عنى خير الجزاء .

كما أتقدم بعظيم شكري وتقديرى إلى الأستاذ الجليل الفاضل الأستاذ الدكتور / محمد السيد عبد الرحمن على إرشاداته وتوجيهاته ورحابة صدره وعلى قيامه بالمعالجة الإحصائية للدراسة ، متعه الله بدوام الصحة والعافية ٠

وعظيم شكرى وتقديري إلى الأساتذة الأجلاء أعضاء لجنة المناقشة والحكم على الرسالة الأستاذ الدكتور/عزت عبدالعظيم الطويل ، والأستاذ الدكتور/ عماد محمد مخيمر على تفضلهما بمناقشة الرسالة جزاهم الله خيراً ومتعهما بالصحة والعافية .

ويطيب لى أن أتقدم بخالص الشكر والتقدير إلى أعضاء هيئة التدريس فى قسم علم النفس بكلية الآداب – جامعة الزقازيق على تشجيعهم الدائم وتعاونهم الصادق معى .

وأتقدم بأسمى معانى الحب والتقدير والعرفان لأبى وأمى أطال الله عمرهما ومتعهما بدوام الصحة والعافية .

ولا يفوتنى أن أتقدم بوافر الشكر لزوجي وأخوتي وجميع أفراد عائلتي على مساندتي وتشجيعي باستمرار طوال فترة البحث والدراسة ٠

وتحية أبعث بها إلى قرة عيني أبنائى أحمد وعمر حفظهما الله وبارك فيهما.

الباحثة

فهرس الموضوعات

الموضـــــوع	رقم الصفحة
الفصل الأول مدخل إلى الدراسة	١-١٠
مقدمــة	٢
أهمية الدراسة	٦
أهداف الدراسة.....	٧
مشكلة الدراسة.....	٧-٨
حدود الدراسة	٨-١٠
الفصل الثانى الإطـــار النظـــرى	١١-١٠٦
الرعايـة الاجتماعية	١٢ -٣١
أولاً : الرعاية الأسرية	١٢-٢٣
مقدمــة	١٢
مفهوم الأسرة	١٢-١٤
خصائص الأسرة	١٤
وظائف الأسرة	١٥
عوامل التكامل الأسرى	١٦
المشكلات الأسرية	١٦-١٨
دور الأم فى تنشئة الأبناء	١٨-٢٠
دور الأب فى تنشئة الأبناء	٢٠-٢٣
ثانياً : الرعاية الاجتماعية فى المؤسسات الإيوائية	٢٣-٣١
مقدمــة	٢٣
مفهوم الرعاية الاجتماعية	٢٤-٢٥
أهداف الرعاية الاجتماعية المتعلقة بالأسرة	٢٥
صور الرعاية الاجتماعية	٢٥-٢٦
أ- فى عصر القدماء المصريين	٢٥
ب- الرعاية الاجتماعية فى الإسلام	٢٦
حـ - فى العصر الحالى	٢٦

المؤسسات الإيوائية	٣١-٢٦
مقدمـة	٢٦
تعريف المؤسسات الإيوائية	٢٨ -٢٧
المقومات التى يجب توافرها فى المؤسسات الإيوائية	٢٨
تصنيف المؤسسات الإيوائية	٢٨
المراحل التى يمر بها الطفل فى المؤسسة الإيوائية	٣٠-٢٨
أثر الرعاية فى المؤسسات الإيوائية	٣١-٣٠
- الاضطرابات السيكوسوماتية	٧٨- ٣٢
مقدمة	٣٢
أولاً : صلة النفس والجسد	٣٦- ٣٢
ثانياً : طبيعة الاضطرابات السيكوسوماتية	٣٩-٣٦
تعريف الاضطرابات السيكوسوماتية	٣٩-٣٦
مدى حدوث الاضطرابات السيكوسوماتية	٣٩
ثالثاً : ضغوط الحياة وعلاقتها بالاضطرابات السيكوسوماتية	٤٨-٣٩
مقدمـة	٣٩
تعريف الضغوط	٤٠
فسيولوجية الضغوط النفسية.....	٤٦-٤١
الإستجابة السيكولوجية للضغوط	٤٦
سمات البيئة الاجتماعية الضارة والمثيرة للقلق	٤٧-٤٦
سمات البيئة الاجتماعية الوقائية	٤٨-٤٧
رابعاً : الإنفعالات والاضطرابات السيكوسوماتية	٥٢-٤٨
أثر الإنفعال على الناحية الجسمية	٥٠-٤٨
العوامل الإنفعالية التى تؤدى إلى حدوث الاضطرابات السيكوسوماتى	٥١-٥٠
أهم النظريات المفسرة لكيفية حدوث الإنفعالات	٥٢-٥١
خامساً : التصنيف التشخيصى للإضطرابات السيكوسوماتية	٥٥-٥٢
التصنيف التشخيصى الخاص بالجمعية الأمريكية للطب النفسى	٥٥-٥٢
التصنيف الدولى العاشر ICD 10 للإضطرابات السيكوسوماتية	٥٥
سادساً : التشخيص الفارقى للإضطرابات السيكوسوماتية	٦٠-٥٥

الاضطرابات السيكوسوماتية والعصاب.....	٥٥
أ- الهيستريا.....	٥٥-٥٨
ب- اضطرابات جسدية الشكل.....	٥٨-٥٩
الاضطرابات السيكوسوماتية والأمراض العضوية.....	٥٩-٦٠
سابعاً:التوجهات النظرية المختلفة المفسرة لكيفية حدوث الاضطرابات السيكوسوماتية ...	٦٠ -٧٠
أ- الخلفية التاريخية والنظريات المبكرة	٦٠-٦١
ب- أهم التوجهات النظرية المفسرة لكيفية حدوث الاضطرابات السيكوسوماتية	٦٢
التوجه البيولوجى	٦٢
التوجه السيكودينامى	٦٢-٦٤
التوجه السلوكى	٦٤-٦٦
التوجه المعرفى	٦٦
التوجه الثقافى الإجتماعى	٦٦-٦٧
التوجه السيكوفسيولوجى (النفس فسيولوجى)	٦٧-٦٩
نظرية النظم	٦٩ -٧٠
ثامناً : أهم الاضطرابات السيكوسوماتية ونمط الشخصية المصاحب لها	٧٠-٧٦
اضطرابات الجهاز الهضمى	٧٠-٧١
اضطرابات القلب والأوعية الدموية	٧١-٧٣
اضطرابات الجهاز التنفسى	٧٣-٧٤
اضطرابات الجهاز العضلى الهيكلى	٧٤
الاضطرابات الجلدية	٧٤-٧٥
اضطرابات الجهاز البولى والتناسلى	٧٥-٧٦
اضطرابات جهاز الغدد الصماء	٧٦
تاسعاً : علاج الاضطرابات السيكوسوماتية	٧٧-٧٨
الانحرافات السلوكية	٧٩-١٠٦
مقدمة	٧٩
أولاً : مفهوم الانحرافات السلوكية	٧٩ -٨٥
ثانياً : العوامل المؤثرة فى انحرافات السلوك	٨٥-٨٨
١-العوامل الشخصية (الذاتية)	٨٥-٨٦
٢-العوامل البيئية والثقافية	٨٧-٨٨

ثالثاً : بعض صور انحراف السلوك	٨٨-١٠١
١-السلوك العداونى	٨٨-٩٦
مقدمـة	٨٨
تعريف العدوان	٨٨-٩٠
أنواع العدوان	٩٠-٩٢
بعض النظريات المفسرة للسلوك العدوانى	٩٢-٩٦
أ-الاتجاه البيولوجى	٩٢-٩٣
ب-مدرسة التحليل النفسى	٩٣
حـ - المدرسة السلوكية	٩٣-٩٤
د- فرضية الاحباط – العدوان	٩٤-٩٦
٢-الميل للعزلة الاجتماعية	٩٦-٩٧
٣-الكذب	٩٧-٩٨
٤-السرقة	٩٨-١٠٠
٥-الغيره	١٠٠
٦- العناد	١٠٠-١٠١
رابعاً : النماذج النظرية المفسرة للانحرافات السلوكية	١٠٢-١٠٦
١-المنحنى البيولوجى (الفسيولوجى)	١٠٢-١٠٣
٢-المنحنى النفسى	١٠٣-١٠٥
أ- النموذج السيكوديناميى (التحليل النفسى)	١٠٣-١٠٤
ب- النموذج السلوكى	١٠٤
حـ - النموذج المعرفى	١٠٤
د- النموذج الإنسانى	١٠٥
٣- المنحنى السسيولوجى أو الاجتماعى	١٠٥-١٠٦
الفصل الثالث الدراسات السابقة	١٠٧-١٢٧
مقدمـة	١٠٨
أولاً : الدراسـات التـى تناولـت العلاقـة بـين قصـورالرعاية الاجتماعيـة والاضـطرابات السيكوسوماتية	١٠٨-١١٠
ثانياً : الدراسات التى ركزت على الاضطرابات السيكوسوماتية لدى المراهقين	١١٠-١١٤

ثالثاً : الدراسات التى تناولت العلاقة بين قصور الرعاية الاجتماعية والانحرافات السلوكية	١١٤-١١٩
رابعـاً: الدراسـات التـى تناولـت قصـور الرعايـة الاجتماعيـة وبعـض المتغيـرات النفسـية والاجتماعية	١١٩-١٢٣
تعليق عام على الدراسات السابقة	١٢٣-١٢٦
فروض الدراسة	١٢٦-١٢٧
الفصل الرابع المنهـــج والإجـــــراءات	١٢٨-١٥٢
اولاً: عينة الدراسـة	١٢٩-١٣٠
ثانياً: ادوات الدراسـة	١٣٠-١٥١
ثالثاً: إجراءات التطبيق	١٥١
رابعاً: الأساليب الاحصائية	١٥٢
الفصل الخامس نتائج الدراسة وتفسيرها	١٥٣-١٩١
خاتمة الدراسة	١٩٢-٢١٧
توصيات الدراسة	١٩٣-١٩٤
بحوث مقترحة	١٩٥
ملخص الدراسة باللغة العربية	١٩٦-٢٠٠
المراجع العربية	٢٠١-٢١٢
المراجع الأجنبية	٢١٣-٢١٧
الملاحـــــق	٢١٨-٢٣٣
ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية.....	1-4

فهرس الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	رقم الصفحة
(١)	يوضح علامات استجابة النضال – أو – الهروب	٤١
(٢)	يبين زملة التكيف العام G.A.S	٤٥
(٣)	يلخص الفروق بين الهيستيريا التحولية والإضطراب السيكوسوماتى.....	٥٨
(٤)	يبين الخلفية التاريخية للطب السيكوسوماتى	٦١
(٥)	يوضح الفروق بين الجنسين (عينة الدراسة) فى العمر الزمنى	١٢٩
(٦)	يوضح أسماء وأماكن المؤسسات التى تم التطبيق فيها وعدد الأفراد فى كل مؤسسة	١٣٠
(٧)	يوضح مدلول الدرجة التى تحصل عليها من إستمارة مستوى الرعاية الاجتماعية داخل المؤسسات الإيوائية	١٣٢
(٨)	يوضح معامل ثبات مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية عن طريق إعادة تطبيق المقياس	١٣٧
(٩)	يوضح معاملات ثبات ألفا للأبعاد الفرعية المقياس الكلى للإضطرابات السيكوسوماتية	١٣٨
(١٠)	يوضح معاملات الثبات بالتجزئة النصفية للأبعاد الفرعية والمقياس الكلى للإضطرابات السيكوسوماتية.....	١٣٩
(١١)	يبين معامل الصدق الذاتى لمقياس الاضطرابات السيكوسوماتية	١٤٠
(١٢)	يوضح قيمة " ت " ودلالتها بين المرتفعين والمنخفضين فى الدرجات على مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية (صدق المجموعات المتناقضة)	١٤١
(١٣)	يوضح معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة ودرجة البعد الذى تنتمى إليه لمقياس الانحرافات السلوكية	١٤٥-١٤٦

(١٤)	يبـين معـاملات الارتبـاط بـين الأبعـاد الفرعيـة والدرجـة الكليـة لمقيـاس الانحرافات السلوكية	١٤٧
(١٥)	يوضـح معـاملات ثبـات ألفـا للأبعـاد الفرعيـة والمقيـاس الكلـى للإنحرافـات السلوكية	١٤٨
(١٦)	يوضح معاملات الثبات باستخدام طريقة التجزئة النصفية لمقياس الانحرافات السلوكية	١٤٩
(١٧)	يوضح معاملات الصدق الذاتى لمقياس الانحرافات السلوكية	١٥٠
(١٨)	يوضـح الصـدق العـاملى لمقيـاس الانحرافـات السـلوكية عـن طريـق التـدوير بطريقة المكونات الأساسية لفاريمكس	١٥٠
(١٩)	يبـين معامـل الارتبـاط بـين مسـتوى الرعايـة الاجتماعيـة والإضـطربات السيكوسوماتية	١٥٤
(٢٠)	يبين معامل الارتباط بين مستوى الرعاية الاجتماعية والانحرافات السلوكية	١٥٧
(٢١)	يوضـح معامـل الارتبـاط بـين الاضـطرابات السيكوسـوماتية والانحرافـات السلوكية	١٦١
(٢٢)	يبين قيمة " ت " ودلالتها بين أبناء المؤسسات الرسمية وأبناء المؤسسات الأهلية فى الاضطرابات السيكوسوماتية	١٦٤
(٢٣)	يوضح قيمة " ت " ودلالتها بين أبناء المؤسسات الرسمية وأبناء المؤسسات الأهلية على مقياس الانحرافات السلوكية	١٦٦
(٢٤)	يبين قيمة " ت" ودلالتها لبيان الفروق بين الذكور والإناث فى الاضطرابات السيكوسوماتية	١٦٩
(٢٥)	يبين قيمة " ت" ودلالتها لبيان الفروق بين الذكور والإناث فى الانحرافات السلوكية	١٧١
(٢٦)	يبين البيانات الوصفية لدرجات أفراد العينه على أبعاد مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية.....	١٧٣-١٧٤
(٢٧)	يبين تحليل التباين ثنائى الاتجاه لتفاعل الجنس ونوع المؤسسة فى تأثيرها المشترك على الاضطرابات السيكوسوماتية	١٧٥-١٧٦

(٢٨)	يبين فروق المتوسطات بين المجموعات الفرعية وإتجاه الدلالة بإستخدام معادلة شافية على أبعاد مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية	١٧٧-١٧٨
(٢٩)	يبين البيانات الوصفية لدرجات أفراد العينة على أبعاد مقياس الانحرافات السلوكية	١٨٤-١٨٥
(٣٠)	يبين تحليل التباين ثنائى الاتجاه لتفاعل الجنس ونوع المؤسسة فى تأثيرها المشترك على الانحرافات السلوكية	١٨٥-١٨٦
(٣١)	يبين فروق المتوسطات بين المجموعات الفرعية وإتجاه الدلالة بإستخدام معادلة شافية على أبعاد مقياس الانحرافات السلوكية	١٨٧

فهرس الأشكال

رقم الشكل	عنوان الشكل	رقم الصفحة
(١)	يوضح حالة التوازن الطبيعية فى الجسم بعد زوال المؤثر الضاغط نتيجة لعدم استمرار هذا الضاغط	٤٢
(٢)	حالة عدم التوازن فى الجسم نتيجة لاستمرار الضغوط	٤٣
(٣)	يوضح أنه باستمرار الضغوط بعد فترة من الزمن لا يستطيع الجسم أن يصل إلى حالة التوازن الطبيعية	٤٤
(٤)	يبين فرضية بيركويتز للإحباط والعدوان	٩٥

الفصل الأول
مـــدخل إلى الدراسة

مقـدمـــــــة.

أهداف الدراسة.

أهمية الدراسـة.

مشكلة الدراسة.

حدود الدراسة .

الفصل الأول
مدخــل إلى الدراســة

مقدمـة :

الأسرة هى أهم نظام اجتماعى فى المجتمع ، وهى أول الأجهزة التى تقوم بالتنشئة الاجتماعية للفرد ويتم من خلالها تحويل الفرد وتشكيله إلى عنصر بشرى ذو سلوك سوى يساهم بإيجابية فى تحقيق أهداف المجتمع ٠

(محى الدين توق وعلى عباس ، ١٩٨١ : ٧٧)

فإذا كان تحقيق النمو المنشود والصحة النفسية لدى النشء والشباب وجميع أفراد المجتمع هو مسئولية منظمات ومؤسسات متعددة ومختلفة ، فإن الدور المتميز المؤثر الذى تلعبة الأسرة فى هذا الصدد يتضاءل دونة دور أى منظمة وتأثير أى مصدر آخر على الطفل فى المجتمع ٠

(عبد المطلب القريطى ١٩٩٨ : ٤٣٣)

فالأسرة هى التى تشبع حاجات الطفل الأساسية وهى التى تشعر الطفل بالأمن والحنان وذلك عندما ينشأ الطفل فى جو أسرى هادئ وآمن ، وهذا ينعكس على تعاملات الطفل مع الآخرين فى المجتمع الخارجى ٠

(Enola et al., 1993 , P.250)

ولقد نص ميثاق حقوق الطفل العربى على أن الأسرة هى نواه المجتمع وأساسه ٠٠ وعلى الدولة تقع مسئولية حمايتها من عوامل الضعف والتحلل ، وتوفير الرعاية لأفرادها ، لتكون قادرة على منح أبنائها الرعاية والدفء والحنان والاستقرار والأمن الاجتماعى ، وأن الأسرة الطبيعية هى البيئة الأولى المفضلة لتنشئة الأبناء وتربيتهم ورعايتهم ، والأسرة البديلة هى الخيار المقدم لملاقاة تعذر هذه التنشئة ، وأن الرعاية فى كنف الأسرة الطبيعية هى مفضلة على جميع صور الرعاية الاجتماعية الأخرى بما فيها الرعاية المؤسسية ٠

(عبد المطلب القريطى ، ١٩٩٨ : ٤٣٤)

كذلك لا خلاف بين منظرى علم النفس على أهمية نشأة الفرد فى أسرة طبيعية مستقرة، وعلى أهمية الوالدين للنمو النفسى للفرد وإرساء قواعد الصحة النفسية ٠ فلقد أكد فرويد على تأثير الوالدين خلال مراحل النمو المختلفة ، وكيف أن الخبرات الأولى المتعلقة بكيفية اشباعهم أواحباطهم لدوافع الطفل وحفزاته الغريزية تترك آثاراً لا يمكن محوها على البناء النفسى ٠

(ممدوحة سلامة ، ١٩٩٢ : ٤٦)

ويـرى " أدلـر " أن الأم لهـا التـأثير الأكبـر فـى نمـو اهتمـام الطفـل بـالمجتمع والمسـئولية الاجتماعية لأنها أول اتصال حميم للطفل بالآخرين ، حيث يعتبر أدلر الفرد جزء لا يتجزأ من نظام عام كالأسرة والمجتمع بل والإنسانية بأسرها ، فعلم النفس الفردى يدرس الفرد فى إطاره الإجتماعى الذى لا يمكن اخراجه عنه ٠

(ممدوحة سلامة ، ١٩٩٢ : ١٧٧)

كذلك يرى " بارك " أن الأب يلعب دوراً أساسياً فى تنمية دور الجنس بالنسبة لأطفاله الذكور بصفة خاصة ، وكذلك الإناث ، إذ تؤيد نتائج الدراسات التى جمعها أن غياب الأب يصاحبه اضطرابات فى دور الجنس بالنسبة للطفل الذكر ، وإن مظاهر هذا الاضطراب تتنوع وبصفة خاصة فى مرحلة ما قبل المراهقة والمراهقة فى مسالك يُطلق عليها الذكورة التعويضية والبعض الآخر قد يتخذ مسالك تعتبر أنثوية وتزداد لديهم الاعتمادية ٠

(ممدوحة سلامة ، ١٩٩٣ : ٣٩)

لذا فالأبناء الذين حرموا من الرعاية الوالدية لأى سبب من الأسباب كاليتم أو التفكك الأسرى تقع مسئولية رعايتهم على المجتمع بكل مؤسساته ، فالرعاية الاجتماعية هى منظومة متكاملة شاملة العديد من الخدمات التى تقدمها الدولة لأبنائها كالرعاية الصحية والتعليمية والثقافية والمؤسسية ، لذا فأى قصورٍ فى نمط الرعاية الذى يُقدم للأبناء قد يصاحبه العديد من المشكلات المتعلقة بالصحة والتعليم والسلوك ٠

فقد لوحظ ارتفاع معدل الانحرافات السلوكية والاضطرابات السيكوسوماتية والاضطرابات النفسية لدى أبناء الأسر المطلقة عنه لدى أبناء الأسر العادية ، وذلك لما يتعرضون من ظروف بيئية سيئة مشبعة بعوامل الحرمان العاطفى والقسوة والإهمال ٠

(عبد المطلب القريطى ، ١٩٩٨ : ٤٥٥)

وإن إيداع الأطفال فى المؤسسات الإيوائية له تأثير مباشر على شخصيتهم حيث توصلت العديد من الدراسات أن شخصياتهم اتسمت بالاضطراب وكانت لديهم أعراض سلوكية منحرفة كالعدوان والانسحاب والعناد ٠

(Morddcoi , 1983 , P.435)

ولقد لفت " بولبى " Bowlby الانتباه إلى عجز وعدم قدرة هؤلاء الأطفال الذين تتم رعايتهم فى مؤسسات على تكوين ارتباط تعلق عميق فيما بعد ، ووصف هؤلاء الأفراد بأنهم أشخاص يفتقدون العواطف ، يستغلون الناس فى تحقيق أهدافهم وأغراضهم ويبدون عاجزين عن تكوين علاقات حب مع الآخرين ٠

(فى محمد السيد عبدالرحمن ، ٢٠٠١ : ٦٣)

ومن بين أشكال قصور الرعاية التى يعانى منها الصغير تحت وطأتها : الانفصال المتكرر، عدم الثبات فى رعاية الطفل ، تبادل عدد كبير من الأفراد فى رعايتة ، أو تواجد الطفل بالمستشفى لفترات طويلة دون أن يكون فى حاجة حقيقية لذلك ٠وهذه الظروف الباكرة غير المواتية إنما تشيد سدوداً فى وجه إقامة تنظيمً سيكوسوماتيً راسخٍ وثابتٍ ومتوازنٍ ٠

(نيفين زيور ، ١٩٩٨ : ٢٣٢)

لذا فسياسة الرعاية المؤسسية لابد أن تخطط وتنفذ ، بل وتقيَّم فى ضوء خطط تنموية شاملة، تجعل من بين أهدافها الاستفادة الكاملة و– بقدر المستطاع – من الإمكانات البشرية القائمة ، ولهذا يجب أن تمثل الوقاية من الانحراف ركناً هاماً فى برامج الرعاية الاجتماعية ٠

(غريب سيد أحمد ، ١٩٩٧ : ١٥٣)

ولكى يتحقق هذا يرى " فرانكلين " Franklin أن المشرفين الذين يعملون فى مجال خدمات الأطفال وخصوصاً من يعملون برعاية النواحى السلوكية لديهم ينبغى إعدادهم إعداداً جيداً ، بحيث تكون لديهم القدرة على قياس وتقويم مدى فاعلية برامج الصحة السلوكية المقدمة لهؤلاء الأطفال ٠

(Franklin , 1999 , PP. 67 -70)

لذا فالإهتمام بالمؤسسات الإيوائية ، هو اهتمام بأبناء هذه المؤسسات الذين حرموا من رعاية الوالدين ، ولا ينبغى الاهتمام بهؤلاء الأبناء فى مرحلة الطفولة فقط بل يجب أن نعطى إهتماماً كبيراً أيضاً للمراهقين فى هذه المؤسسات ، فمرحلة المراهقة هى مرحلة حرجة بالنسبة للفرد وهى مرحلة الانتقال من الطفولة إلى الرشد ويواجة الفرد فيها العديد من التحديات التى عليه أن يتوافق معها نتيجة للنمو السريع فى هذه المرحلة فى جميع جوانبة الجسمية ، والعقلية ، والانفعالية ، والاجتماعية ٠

فمرحلة المراهقة هى التى تتبلور فيها اتجاهات الفرد الاجتماعية والعقلية نحو العمل والانتاج والمجتمع والتقاليد والعلاقة بين الجنسين والسلطة والقيم الخلقية وغيرها من موضوعات الحياة الأساسية .

(علاء الدين كفافى ، ١٩٩٧ : ٤٥٩)

وتعتمد انفعالات المراهق على النمو العضوى والنمو المعرفى الذى حققة من ناحية وجوانب الواقع الاجتماعى المحيط به من ناحية أخرى لذا تكون الحياة الانفعالية فى المراهقة متقلبة وصاخبة وهى تتميز بالخطورة لأنها تتسلح بمنطق المراهق ولذا فإحتمال انحرافة يكون أكبر .

(علاء الدين كفافى ، ١٩٩٧ : ٤٧٥)

فلقد وجد أن العديد من المراهقين الذين لديهم بعض الانحرافات السلوكية غالباً ما نجد لهم تاريخ من الإنفصال عن الوالدين أو موت أو طلاق الوالدين ، أو الابتعاد عن أصدقاء حميميين يثقون بهم .

(Dacey & Travers , 1991 , P.368)

كذلك اتضح شيوع الاضطرابات السيكوسوماتية عند نسبة غير قليلة من المراهقين الناتجة عن الضغوط الانفعالية التى يتعرضون لها ففى هذه المرحلة النمائية والإنتقالية التى تتسم بعدم الإستقرار الانفعالى والقلق وسرعة القابلية للتهيج ونوبات الغضب والقلق وأحلام اليقظة ..... وينتج عن هذه الانفعالات الشديدة بعض الاضطرابات التى تصيب أجهزة الجسم ووظائفه .

(حسن مصطفى ، ١٩٨٤ : ٢٦٨)

لذا فالمراهقة هى مرحلة من أهم مراحل النمو التى يمر بها الفرد وتتطلب منا الدراسة العميقة والفهم الصحيح ، حيث هناك العديد من التحديات فى هذه المرحلة والتى تؤثر فى شخصية المراهق والتى قد تؤدى إلى سؤ توافقة إذا لم يتم مواجهتها بنجاح هذا بالنسبة للمراهق الذى يعيش فى أسرة طبيعية أما أبناء المؤسسات الإيوائية فالضغوط عليهم مضاعفة نتيجة لفقدانهم أسرهم ، ولذا فهم أكثر عرضة للاضطرابات السيكوسوماتية وكذلك أكثر عرضة للانحراف السلوكى .

فلقد توصلت العديد من الدراسات إلى أن قصور الرعاية الاجتماعية له أثر سيئ على النمو النفسى للأبناء . فلقد توصلت دراسة راوية دسوقى (١٩٨٩) إلى أن أبناء الأسر الطبيعية أكثر استقرارا و أمناً وحباً وإشباعاً لحاجاتهم ، وأكثر تفاعلاً اجتماعياً وأكثر ثقة بالذات من أبناء المؤسسات المحرومين من الرعاية الوالدية ، كما أن أبناء المؤسسات كانت لديهم العديد من اضطرابات السلوك وذلك بمقارنتهم بأبناء الأسر الطبيعية .

(راوية دسوقى ، ١٩٨٩ : ٨٤-١٢٤)

كما توصلت نيفين زيور(١٩٨٩) فى دراسة عن أثر فقدان الموضوع على الحياة النفسية للطفل من حيث صورة الذات والميكانيزمات الدفاعية التى يستخدمها إزاء فقدان الموضوع وذلك على عينة من الأطفال اللقطاء إلى أن صورة الذات سيئة ورديئة مع عدوانية شديدة تجاه الموضوع وتجاه الذات ، كما أوضحت النتائج أن ميكانيزم الإنكار هو أكثر الميكانيزمات الدفاعية التى يستخدمها هؤلاء الأطفال .

(نيفين زيور ، ١٩٨٩ : ٧ -١٩)

وفى دراسة عن الأبناء الذين حرموا من الرعاية الوالدية ويعيشون بداخل أسر بديلة ، أشارت دراسة كوهين وآخرون Cohen et al (١٩٩٣) إلى أن أبناء الأسر البديلة ظهرت لديهم العديد من المشكلات السلوكية أكثر من أبناء الأسر الطبيعية ، كما كانت هذه الأسر البديلة فى أغلب الأوقات ترى أن استبعاد الطفل هو بمثابة الحل لما لديه من مشكلات ، على الرغم من توافر الظروف

الاجتماعية والإقتصادية الطيبة لهذه الأسر والتى يمكن الإعتماد عليها فى علاج مشكلات الأبناء السلوكية .

(Cohen et al , 1993 , PP. 545 – 562)

وهكذا نجد أن الحرمان من الوالدين له أثر سيئ على نمو الأبناء النفسى كما أشارت معظم الدراسات السابقة حيث أن وجود الأبناء بعيداً عن جو الأسرة الطبيعى يؤثر سلبياً على شخصياتهم وعلى نموهم العقلى والجسمى والانفعالى والاجتماعى ، ولكن لم تهتم هذه الدراسات بنمط الرعاية الاجتماعية داخل المؤسسات ومدى تأثيرها على الاضطرابات السيكوسوماتية ، كذلك لم تهتم الدراسات السابقة بالعلاقة ما بين الاضطرابات السيكوسوماتية والانحرافات السلوكية لأبناء المؤسسات ، ولهذا رأت الباحثة أن هناك قصوراً فى دراسة المتغيرات التى تقوم بدراستها ومن هنا جاءت الدراسة الحالية لفحص العلاقة بين قصور الرعاية الاجتماعية والاضطرابات السيكوسوماتية والانحرافات السلوكية لدى أبناء المؤسسات الرسمية والأهلية .

أهمية الدراسة :

ترجع اهمية الدراسة الحالية إلى أنها تحاول معرفة مدى تأثير قصور الرعاية الاجتماعية داخل المؤسسات الإيوائية (الرسمية / الأهلية) على كل من الاضطرابات السيكوسوماتية والانحرافات السلوكية كما ترجع أهمية هذه الدراسة إلى قلة الدراسات النفسية العربية والأجنبية التى تناولت هذا الموضوع رغم أهميتة ، حيث تناولت معظم الدراسات السابقة علاقة الحرمان الأسرى ببعض المتغيرات مثل الناحية العقلية والمعرفية كذلك بعض المتغيرات النفسية والاجتماعية كالقلق والاكتئاب وتقدير الذات ٠٠ الخ كذلك ترجع أهمية الدراسة الحالية إلى العينة المستخدمة فيها وهم المراهقين من الجنسين أبناء المؤسسات الإيوائية الذين قد يكونوا أكثر عرضة للسلوك المنحرف أو الإصابة ببعض الأمراض الجسمية الناتجة عن الضغط الإنفعالى المستمر .

أهداف الدراسة :

تهدف الدراسة الحالية إلى فحص العلاقة بين قصور الرعاية الاجتماعية والاضطرابات السيكوسوماتية والانحرافات السلوكية لدى أبناء المؤسسات الرسمية والأهلية ، كما تهدف إلى معرفة مدى الفروق بين أبناء المؤسسات الرسمية وأبناء المؤسسات الأهلية على مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية والانحرافات السلوكية ، كذلك معرفة مدى الفروق بين الذكور والإناث أبناء المؤسسات الرسمية والأهلية على مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية والانحرافات السلوكية كما تهدف إلى معرفة مدى الارتباط بين الاضطرابات السيكوسوماتية والانحرافات السلوكية لدى أبناء المؤسسات الرسمية والأهلية ٠ كذلك تهدف إلى معرفة مدى التأثير المشترك لعاملى الجنس (ذكور / إناث) ونوع المؤسسة (رسمية / أهلية) على الاضطرابات السيكوسوماتية والانحرافات السلوكية هذا فضلاً على أن هذه الدراسة تهدف إلى تصميم مقياس للانحرافات السلوكية الأكثر شيوعاً فى المؤسسات الرسمية والأهلية يتسم بثبات وصدق مناسبين ٠ كما يمكن الاستفادة من نتائج هذه الدراسة فى مجال العمل فى المؤسسات الإيوائية وذلك بوضع التوصيات اللازمة للإهتمام بمستوى الأنشطة والخدمات التى تقدم داخل المؤسسات وخصوصاً الإهتمام بالخدمات النفسيةالتى يكون لها الأثر الكبير فى تخفيف الضغوط على الأبناء ووقايتهم من الانحراف ٠

مشكلة الدراسة :

تتلخص مشكلة الدراسة فى التساؤلات الأتية :

١-هل توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة احصائية سالبة بين مستوى الرعاية الاجتماعية فى المؤسسات (الرسمية / الأهلية) والاضطرابات السيكوسوماتية ؟

٢-هل توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة احصائية سالبة بين مستوى الرعاية الاجتماعية فى المؤسسات (الرسمية / الأهلية) والانحرافات السلوكية ؟

٣-هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية موجبة بين الاضطرابات السيكوسوماتية والانحرافات السلوكية لدى أبناء المؤسسات الرسمية والأهلية ؟

٤-إلى أى مدى توجد فروق فى متوسطات درجات أبناء المؤسسات الرسمية وأبناء المؤسسات الأهلية على مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية ؟

٥-إلى أى مدى توجد فروق فى متوسطات درجات أبناء المؤسسات الرسمية وأبناء المؤسسات الأهلية على مقياس الانحرافات السلوكية ؟

٦-هل توجد فروق دالة احصائياً بين الذكور والإناث أبناء المؤسسات الرسمية والأهلية فى متوسطات درجاتهم على مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية ؟

٧-هل توجد فروق دالة احصائياً بين الذكور والإناث أبناء المؤسسات الرسمية والأهلية فى متوسطات درجاتهم على مقياس الانحرافات السلوكية ؟

٨-هل يوجد تأثير دال احصائياً لعاملى الجنس (ذكور / إناث) ونوع المؤسسة (رسمية / أهلية) فى تأثيرهما المشترك على الاضطرابات السيكوسوماتية لأبناء المؤسسات الرسمية والأهلية ؟

٩-هل يوجد تأثير دالة احصائياً لعاملى الجنس (ذكور / إناث) ونوع المؤسسة (رسمية / أهلية) فى تأثيرهما المشترك على الانحرافات السلوكية لأبناء المؤسسات الرسمية والأهلية ؟

حـدود الدراسـة :

يتحدد مجال الدراسة الحالية بالحدود الأتية :

اولاً : مصطلحات الدراسة : وتشمل المصطلحات التالية :

الرعاية الاجتماعية ، قصور الرعاية الاجتماعية ، أنشطة وخدمات الرعاية الاجتماعية ، مؤسسات إيوائية ، مؤسسة رسمية ، مؤسسة أهلية ، أبناء المؤسسات الرسمية والاهلية ، الاضطرابات السيكوسوماتية ، الانحرافات السلوكية .

وفيما يلى التعاريف الإجرائية التى وضعتها الباحثة والتزمت بها فى الدراسة الحالية :

الرعاية الاجتماعية :

وهى الخدمات والبرامج المنظمة الحكومية والأهلية والدولية التى تساعد هؤلاء الذين حرموا من الرعاية الأسرية لأى سبب من الأسباب (كاليتم أو الطلاق أو دخول أحد الآباء او كليهما السجن أو المستشفى لفترة طويلة) فى اشباع حاجاتهم الضرورية للنمو والتفاعل الإيجابى مع المجتمع .

قصور الرعاية الاجتماعية :

وهو تدنى وعدم كفاءة مستوى الرعاية والخدمات داخل المؤسسة الإيوائية سواء الرسمية أو الأهلية.

أنشطة وخدمات الرعاية الاجتماعية :

ويقصد بها كافة أنواع الرعاية التى تتبعها المؤسسة مع نزلائها فى شتى المجالات النفسية، والاجتماعية ،والصحية ، والتربوية ، والتعليمية .

مؤسسات إيوائية :

وهى تجمع بشرى ينشأ بنية الإستمرار والدوام من أجل تحقيق أهداف معينة للافراد الذين حرموا من الرعاية الأسرية وذلك فى مكان مجهز وأعد خصيصاً لهذا الغرض .

مؤسسة رسمية :

وهى المؤسسة الإيوائية الحكومية التى تشرف عليها وزارة الشئون الاجتماعية وتتولى مسئولية الإنفاق عليها .

مؤسسة أهلية :

وهى المؤسسة الإيوائية غير الحكومية التى تتبع إدارة أهلية أو خيرية وتتولى مسئولية الإنفاق عليها وتتبع لإشراف كل من الأهالى الذين يتولون مسئولية الإنفاق عليها كذلك وزارة الشئون الاجتماعية كما يطلق عليها أحيانا (دار أو جمعية أو ملجأ) .

أبناء المؤسسات الرسمية والأهلية :

وهم الأفراد المقيمون داخل المؤسسات الإيوائية والذين حرموا من الرعاية الأسرية والذين أنشئت من اجلهم هذه المؤسسات ، وقضوا فترة (٧) سنوات على الأقل داخل المؤسسة .

الاضطرابات السيكوسوماتية :

هى العلل والاضطرابات الجسمية والتى يكون للعامل النفسى دور قوى فى حدوثها ، حيث تؤثر كل من الضغوط والانفعالات المستمرة على بعض أجهزة الجسم الخاضعة للجهاز العصبى اللاإرادى وتظهر فى صورة أمراض جسمية كقرحة المعدة والربو الشعبى وأرتفاع ضغط الدم ..... إلخ

الانحرافات السلوكية :

وهى سلوك غير مرغوب فيه ويبعد عن الإعتدال ويتنافى مع المعايير الاجتماعية والخلقية ويأخذ صفة التكرار ويظهر فى صورة أعراض سلوكية يمكن ملاحظتها كالعدوان والسرقة والميل للعزلة الاجتماعية . أو كما يقيسها مقياس الانحرافات السلوكية الذى أعدته الباحثه الحالية .

ثانياً : البعد الجغرافى : محافظة الشرقية – محافظة القاهرة – محافظة الدقهلية .

ثالثاً : البعد الزمنى : ٢٠٠٣ – ٢٠٠٤م .

رابعاً :البعد البشرى : يتمثل فى العينة المستخدمة وهى :

تتكون من (١٢٨) فرد من أبناء المؤسسات الرسمية والأهلية فى عدد من المؤسسات الموجودة فى محافظة الشرقية والدقهلية والقاهرة وتراوحت أعمار أفراد العينة من ١٣ – ١٨ سنة منهم (٦٨) ذكور و(٦٠) إناث موزعين كالتالى :

١– أبناء المؤسسات الرسمية : (٦٦) فرد ٣٦ذكور و٣٠ إناث .

٢– أبناء المؤسسات الأهلية :(٦٢) فرد ٣٢ ذكور ،٣٠ إناث .

خامساً : المنهج المستخدم :

المنهج الوصفى لتحديد العلاقات بين قصور الرعاية الاجتماعية والاضطرابات السيكوسوماتية والانحرافات السلوكية .

سادساً : الادوات :

وهى الإستمارات والمقاييس النفسية اللازمة لقياس الأبعاد الأساسية للدراسة الحالية وهى :

١-إستمارة بيانات عامة (إعداد الباحثة) .

٢-إستمارة الانشطة وخدمات الرعاية المؤسسية (إعداد الباحثة) .

٣-مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية (إعداد كمال البنا ١٩٨٧) .

٤- مقياس الانحرافات السلوكية (إعداد الباحثة) .

الفصل الثاني
الإطـــــار النظـــرى

- الـرعاية الاجتماعية.

أولاً : الرعاية الأسرية.
ثانياً : الرعاية الاجتماعية فى المؤسسات الإيوائية.

- الاضطرابات السيكوسوماتية.

أولاً : صلة النفس والجسد .
ثانياً : طبيعة الاضطرابات السيكوسوماتية .
ثالثاً : ضغوط الحياة وعلاقتها بالاضطرابات السيكوسوماتية .
رابعاً: الانفعالات والاضطرابات السيكوسوماتية .
خامساً : التصنيف التشخيصى للاضطرابات السيكوسوماتية.
سادساً : التشخيصى الفارقى للاضطرابات السيكوسوماتية .
سابعاً:التوجهات النظرية المختلفة المفسره لكيفية حدوث الاضطرابات السيكوسوماتية
.
ثامناً :أهم الاضطرابات السيكوسوماتية ونمط الشخصية المصاحب لها
تاسعاً : علاج الاضطرابات السيكوسوماتية ٠

- الانحرافات السلوكيــة.

أولاً: مفهوم الانحرافات السلوكية .
ثانياً: العوامل المؤثرة فى انحرافات السلوك.
ثالثاً: بعض صور انحراف السلوك .
رابعاً:النماذج النظرية المفسرة للانحرافات السلوكية .

الفصل الثانى
الإطــار النظـــرى
الــرعاية الاجتماعية

أولاً: الرعاية الأسرية

مقدمة :

تعتبر الأسرة البيئة الأولى والأساسية التى ينمو ويعيش فيها الفرد ، فهى الإطار الأساسى للتفاعل بين الوالدين والأبناء ، فهى تلعب دوراً هاماً وحيوياً فى تنشئة الأبناء فمن خلالها يضع الوالدان حجر الأساس لأنماط التوافق النفسى والاجتماعى للأبناء وهى التى يشعر الفرد من خلالها بالأمن بكونه عضوا فى جماعة مستقرة ، وعلى الرغم من أن التغير بدأ يأخذ أنماطاً عديدة فى شتى مجالات الحياة إلا أن الأسرة لاتزال هى أهم مؤسسة اجتماعية من حيث تأثيرها على الأبناء .

مفهوم الأسرة :

لقد تعددت وجهات نظر الباحثين فى مجال العلوم الاجتماعية والنفسية بالنسبة لتعريفهم لمفهوم الأسرة، فيرى البعض أنها رابطة اجتماعية تتكون من زوج وزوجة مع أطفالهما أو بدون أطفال ، أو من زوج بمفرده مع أطفاله أو زوجة بمفردها مع أطفالها ، وفى نفس الوقت يرى آخرون انها علاقة مستمرة ودائمة بين الزوج والزوجة بغض النظر عن وجود أطفال لهما . كذلك تتضمن الأسرة أفراداً آخرين غير الزوجين والأولاد يمتون إليهم بصلة القرابة .

(إبراهيم بيومى ، ملاك الرشيدى ، ١٩٨٢ :١٠)

وفيما يلى بعض التعاريف لمفهوم الأسرة:

حيث يعرفها " بل فوجل " بأنها وحدة بنائية تتكون من رجل وإمرأة يرتبطان إجتماعياً ويرتبطان مع أطفالهما ارتباطاً بيولوجياً ، أو عن طريق التبنى .

(عبد الفتاح تركى ، د.ت: ١٦)

ويعرفها زيدان عبد الباقى على انها تجمع قانونى لأفراد اتحدوا بروابط الزواج والقرابة أو بروابط الدين ، وهم فى الغالب يشاركون بعضهم بعضاً فى منزل واحد ويتفاعلون تفاعلاً متبادلاً مع بعضهم البعض طبقاً لأدوار اجتماعية محددة تحديدا دقيقاً وتدعمها ثقافة عامة .

(زيدان عبد الباقى ، ١٩٨٠ :٩)

وترى سناء الخولى ان الأسرة هى عبارة عن نسق اجتماعى رئيسى ، حيث أنها تعتبر من أقوى أنساق المجتمع بالرغم من صغر حجمها ، فهى الإطار الذى يتلقى فيه الإنسان أول دروس

الحياة الاجتماعية وعن طريقها يكتسب إنسانيته ومنها يتحول المولود البشرى إلى مخلوق اجتماعى يعيش فى انسجام مع الآخرين وفقاً للمعايير القائمة فى المجتمع .

(سناء الخولى ،١٩٨٢ : ٥)

كما يعرفها عبد الهادى الجوهرى على أنها مؤسسة اجتماعية وهى ضرورة حتمية لبقاء الجنس البشرى ، ويتحقق ذلك بفضل اجتماع كائنين لا غنى لأحدهما عن الآخر وهما الرجل والمرأة والاتحاد الدائم المستقر بين هذين الكائنين هو الأسرة .

(عبد الهادى الجوهرى ،١٩٨٤ :٤١)

ويعرفها يحيى درويش بأنها الجماعة الأولية التى ينشأ فيها الفرد نتيجة الزواج أو التبنى أو صلة الدم وتكون المسئولية الأولى لهذه الجماعة هى التنشئة الاجتماعية للأطفال ، وتشغل الأسرة عادة مسكناً واحداً.

(يحيى درويش ، ١٩٩٨ :٥٨)

وتعرفها راوية دسوقى بأنها تلك المنظمة الاجتماعية المكونة من الأب والأم الطبيعيين والتى تعمل على مساعدة الطفل على إشباع الحاجات الحيوية المباشرة كالتغذية والدفء والحماية والمأوى ، والتى تمكن الطفل من تحقيق قدراته الجسمية والعقلية والاجتماعية كى يستطيع التفاعل بكفاءة مع بيئتة المادية والاجتماعية .

(رواية دسوقى ، ٢٠٠٠ : ٦٨)

ويرى مصطفى الصفطى وآخرون أن الأسرة هى عبارة عن مجموعة من الأفراد يرتبطون برباط الدم والقرابة ، وأنها البيئة الأولى التى ينشأ فيها الطفل ويحدث بين أفرادها تفاعل وارتباط ، كما أن للأسرة تأثيراً قوياً على النمو الاجتماعى والانفعالى لإبنائها وعن طريق الأسرة يتعلم الطفل الاتجاهات والقيم والعقائد السائدة فى المجتمع .

(مصطفى الصفطى وآخرون ، ٢٠٠٠: ٩٣- ٩٤)

أما عبد الخالق عفيفى فيرى أن الأسرة قد يختلف معناها لدى البعض حسب تخصصاتهم كإطلاق لفظ الأسرة على نمط الأسرة الحاكمة عند القدماء المصريين لنقول الأسرة الرابعة أو الخامسة أو السادسة ، أو إطلاقها مجازاً على مجموعة من طلبة الجامعات كنوع من التجمعات الشبابية المتنافسة بل وما جرى عليها المجتمع الأمريكى من إطلاقها على كل جماعة تعيش فى مكان مشترك ، ولكنه يرى أن معناها المتعارف عليه فى معظم الثقافات (إنها الوحدة الاجتماعية التى تجمع بين زوج وزوجة وأبناء تربط بينهم علاقات الدم والرحم شرعياً).

(عبد الخالق عفيفى ، ٢٠٠٠ : ٨٢)

وترى الباحثة الحالية أن معظم التعاريف السابقة للأسرة قد أكدت على وجود الأب والأم الطبيعيين كشرط أساسى لتكوين الأسرة عدا تعريف " بل فوجل " ويحيى درويش " اللذان أضافا الآباء والأمهات بالتبنى ، كذلك أكدت معظم التعريفات على دور الأب والأم فى القيام بعملية تنشئة الأبناء وأنهم الأشخاص الأساسيين القائمين على رعاية الأبناء .

ولذلك ترى الباحثة الحالية أن الرعاية الأسرية هى كل ما يقدمه الأب والأم للأبناء من رعاية صحية ونفسية واجتماعية تساعدهم على التكيف مع الظروف البيئية والتوافق مع البيئة الاجتماعية.

خصائص الأسرة :

على الرغم من اختلاف سمات وخصائص الأسرة من الريف إلى الحضر ومن مجتمع لآخر إلا أن هناك بعض الخصائص المشتركة للأسرة بصفه عامة والتى قد تنطبق على معظم المجتمعات الى حد ما وتلك الخصائص هى :

- إنها أول جماعة اجتماعية ، بل وأول خلية يتكون منها البنيان الاجتماعى ، وهى أكثر الظواهر الاجتماعية عمومية وإنتشاراً ، فلا نكاد نجد مجتمعاً يخلو بطبيعته من النظام الأسرى وهذا أساس الاستقرار فى الحياة الاجتماعية . ونحن نجدها على صور متباينة من مجتمع لآخر من حيث الاتساع والمهام الموكولة إليها .

(إبراهيم بيومى ، ملاك الرشيدى ١٩٨٢: ١٦-١٧)

- الأسرة هى أحد الجماعات الاجتماعية ذات المسئولية الأولية عن تعلم الفرد أسلوب الحياة فيكتسب الفرد منذ الصغر أسلوب الحياة بمكوناتة المعرفية والوجدانية والسلوكية لينصهروا جميعاً ويظهر لنا أسلوب حياة الفرد .

(مصطفى حسان ، رأفت عبد الرحمن ، ٢٠٠٤ :٣٩)

- تقوم الأسرة على أوضاع ومصطلحات يقرها المجتمع وهى من عمل المجتمع وليست عملا فردياً، وهى فى نشأتها وتطورها قائمة على مصطلحات المجتمع فالزواج ومحور القرابة فى الأسرة والعلاقات الزوجية والواجبات المتبادلة بين عناصر الأسرة ،كل هذه الأمور يحددها المجتمع .

(عبد الفتاح تركى ، د.ت : ٢٧)

- الأسرة هى الوسط الذى أصطلح عليه المجتمع لتحقيق دوافع الإنسان الطبيعية والاجتماعية مثل بقاء النوع وتحقيق الدوافع الغريزية والجنسية كذلك تحقيق العواطف الأبوية والأمومة والأخوة وتحقيق الغاية من الوجود الإنسانى بشكل عام .

(إبراهيم بيومى ، ملاك الرشيدى ، ١٩٨٢: ١٧)

- تعتبر الأسرة وحدة اقتصادية ويبدو ذلك واضحاً إذا رجعنا إلى تاريخ الأسرة ، حيث كانت قائمة فى العصور القديمة على إنتاج مستلزمات الحياة واحتياجاتها وتوزيعها على أفرادها عند الضرورة وتبادل هذه المنتجات مع غيرها من العشائر .

(سامية الخشاب ، ١٩٩٣ : ١٤)

– الأسرة بوصفها نظاماً إجتماعياً فهى تؤثر وتتأثر بالنظم الاجتماعية والسياسية والاقتصادية الموجودة فى المجتمع كله .

(إبراهيم بيومى ، ملاك الرشيدى ، ١٩٨٢: ١٧)

وظائف الأسرة :

على الرغم من تعدد وجهات النظر حول مفهوم الأسرة إلا أن جميع الباحثين يتفقون على أن للأسرة وظائف هامة وضرورية للمجتمعات الإنسانية طبقا للأدوار الاجتماعية المحددة والتى تدعمها ثقافة المجتمع .

تلك الوظائف يحددها مصطفى الصفطى وآخرون كما يلى :

الوظيفة الاجتماعية :

فهى التى تقوم بعملية التنشئة والتطبيع الاجتماعى ، فمن المعروف أن الطفل يولد كائن بيولوجى والبيئة الأسرية هى التى تعمل على تشكيله وإعطائه صفة الاجتماعية .

الوظيفة النفسية :

يعتبر الإشباع النفسى والإرتباط الانفعالى من أهم ما تقدمة الأسرة لأبنائها ، فهى لها آثارها على النمو النفسى السوى والغير سوى للطفل ، لذلك تعتبر الأسرة المستقرة التى تشبع حاجات الطفل الجسمية والانفعالية والاجتماعية وما تتميز به من تجاوب عاطفى عنصراً هاماً فى سعادة الطفل ، أما الأسرة المضطربة فهى لا شك تؤدى إلى الانحرافات السلوكية والاضطرابات النفسية .

الوظيفة التوجيهية :

فهى تعمل على توجيه وإرشاد الأبناء فالطفل الصغير من خلال الأسرة يتعلم ما عليه من واجبات وما له من حقوق .

الوظيفة التربوية :

فهى لها وظيفة هامة فى النمو العقلى والتعليمى فهى تقوم بالإشراف والمتابعة ، وهى تساهم بقدر كبير فى تنمية القدرة على التفكير عند الأبناء .

وظيفة الحماية :

فهى مسئولة عن حماية الأبناء وشعورهم بالأمن والحماية الجسمية والاقتصادية والنفسية .

(مصطفى الصفطى وآخرون ، ٢٠٠٠: ٩٥ – ٩٧)

ولكى تنجح الأسرة بالقيام بوظائفها على الوجة الأكمل وقيام كل فرد بالدور المنوط إلية ، لابد أن يكون هناك تكامل أسرى فى كل جانب من جوانب الحياة ٠

ويمكن تحديد التكامل الأسرى فى عدة عوامل هى : –

العامل البنائى :

ويقصد به وحدة الأسرة فى كيانها وبنائها من حيث وجود كل أطرافها (الأب – الأم – الأولاد) فى صورة متماسكة ، يقوم كل فرد بدوره ويؤدى رسالته ، وعدم وجود أى عنصر من العناصر يضر بوحدة الأسرة ويؤثر على الوظائف الطبيعية والاجتماعية التى كان يؤديها ٠

العامل العاطفى :

وهو توفر روابط عاطفية تربط بين كل أفراد الأسرة ، حيث اتجاه أفراد الأسرة نحو غايات وأهداف مشتركة ومن حيث التكتل لدرء اى خطر خارجى يهدد كيان الأسرة ٠

العامل الاقتصادى :

يقوم التكامل من الناحية الاقتصادية للأسرة على أساس إشباع الحاجات المادية التى يحتاج إليها الفرد ويقوم هذا الإشباع على ضرورة توافر الموارد الاقتصادية التى تسمح بتوفير هذه الحاجات بأشكالها المختلفة ٠

النظام فى الأسرة :

من حيث احترام القانون العام وآداب السلوك وقواعد العرف والتقاليد ومستويات الذوق العام واحترام العلاقات المتبادلة بين جميع أفراد الأسرة

سلامة الأسرة :

من حيث الوراثة والصحة العامة والقيم الدينية والمعايير الأخلاقية التى تساعد على تحديد أنماط السلوك فى الأسرة وتحديد الحقوق والواجبات٠

(أحمد يحيى ، ١٩٩٨ : ٥٤– ٥٧)

المشكلات الأسرية :

هناك مشكلات وصعوبات تواجة الأسرة وتحول دون قيامها بوظائفها ، وإذا نظرنا لهذه المشكلات نجدها متعددة وتختلف من أسرة لأخرى ومن مجتمع لآخر ، وهى تتأثر إلى حد كبير بإمكانات المجتمع الاقتصادية والاجتماعية والثقافية بصفة عامة ٠

والمشكلة الأسرية هى شكل مَرضى من أشكال الآداء الاجتماعى الذى تكون نتائجة معوقة إما للفرد كعضو فى الأسرة أو لأعضاء آخرين فيها ، أو للأسرة ككل أو للمجتمع أو لهؤلاء جميعاً.

(إبراهيم بيومى ، ملاك الرشيدى ، ١٩٨٢ ، ٣٨)

ويقصد بالمشكلات الأسرية أيضا تلك الظروف الصعبة التى تواجة الأسرة أو أحد أفرادها وتؤثر سلبياً على التفاعلات والعلاقات والأدوار داخل وخارج الأسرة بحيث تعجز الأسرة عن تحقيق الأمن النفسى والاجتماعى لأعضائها ، فيترتب على ذلك خلل فى آداء وظائفها ولاتستطيع بمفردها مواجهة هذه المشكلات ٠

(مصطفى حسان ورأفت عبد الرحمن ،٢٠٠٤-١٠٩)

وقد حدد أحمد خاطر بعض المشكلات الأسرية وهى :

١- سوء تصرف الزوج أو الزوجة فى النواحى المالية للأسرة .

٢- زيادة عدد الأطفال بدرجة تُعجز الوالدين عن تقديم العناية الكافية لهم .

٣- اضطراب أحوال الأسرة الصحية والاجتماعية بسبب اعتقادهم فى الأوهام والخرافات .

٤- سوء استغلال الزوج لإباحة تعدد الزوجات .

٥- البطالة بسبب شخصى أو اجتماعى .

٦- دوام الشجار والخلافات بين الزوجين .

٧-إدمان المخدرات والخمور .

٨- الجهل بكيفية معاملة الأطفال مما يسبب لهم مشاكل واضطرابات نفسية .

(احمد خاطر ، ١٩٩٨ : ٣٤٣)

وترى الباحثة الحالية أنه ينتج عن المشاكل السابق عرضها مشاكل أكثر حده وأكثر خطوره على كيان الأسرة ومنها مشكلة التفكك الأسرى ومشكلة الطلاق ٠

فالتفكك الأسرى هو انهيار الوحدة ككل أو تمزق نسيج الأدوار الاجتماعية ، وذلك عندما يخفق فرد أو أكثر من أفرادها فى القيام بالدور المناط إليه على نحو سليم مناسب ٠

(أحمد يحيى ، ١٩٩٨ : ٧٤)

أما الطلاق فهو انهيار العلاقات الزوجية بحكم الشرع والقانون ، ونظراً لخطورته على حياة الأسرة والمجتمع فقد قيدته المجتمعات بقيود شديدة وأباحته فى حالات محددة ، وهو مع إباحته شرعاً وقانوناً إلا أنه ابغض الحلال عند الله ٠

(إبراهيم بيومى وملاك الرشيدى ، ١٩٨٢ : ٤٠)

مما سبق يتضح أن الأسرة تحتل مكانة خاصة بين كل الجماعات التى يتعامل معها الطفل لأن دورهما يكون أكبر من دور أى جماعة أخرى خلال السنين الأولى من حياتة ، فالطفل يولد وهو كائن فى غاية الضعف فهو يحتاج إلى رعاية نفسية وجسمية تساعده على النمو والنضج وتضمن له البقاء **(سلوى عبد الباقى ، د٠ت : ٣٩)** ، لذا يحتاج الطفل إلى رعاية تستغرق سنوات طويلة حتى يصل إلى مرحلة يستطيع أن يعتمد فيها على نفسه ، فمن الثابت علمياً أن طفولة الفرد الإنسانى أطول من طفولة أى كائن أخر ٠

(مصطفى الصفطى وآخرون ، ٢٠٠٠ ،٩٤)

فأهمية الأسرة تأتى من كونها أولى الجماعات التى تقوم بعملية التنشئة الاجتماعية للطفل والتى من خلالها يستدمج القيم والاتجاهات والمهارات ، والأدوار التى تشكل شخصيته والتى تؤدى إلى تحقيق التكامل مع المجتمع الذى يعيش فيه ٠

(محمد الجوهرى وآخرون ، ١٩٩١ : ٨١)

وعلاوة على ذلك فللأسرة دور مهم وقوى فى دفع ونمو القدرات العقلية للطفل وهذا يتوقف على ما تهيئ وبصفة خاصة الأم من كم متنوع من التنبهات مما يتيح للطفل الاستكشاف واللعب وكثير من الخبرات الإدراكية المختلفة ٠

(ممدوحة سلامة ، ١٩٩٦ : ١٧٩)

كذلك فإن قضاء الطفل وقتاً طويلاً مع والديه يؤدى إلى انتقال القيم والخصائص الاجتماعية، والتراث الاجتماعى من الأباء إلى الأبناء ، ويظل تأثر الوالدين قائماً حتى مرحلة متأخرة من العمر، بل وقد يظل مفعولهما واضحاً بشكل أو بآخر فى سلوك الفرد طيلة حياته ٠

(هدى قناوى ، ١٩٩١ : ٥٦ – ٥٧)

وبالإضافة لذلك فإن ميلاد الطفل فى أسرة معينة يكسبه مكانة أو عدة مكانات فى البيئة والمجتمع، وتُعد المكانة التى تمنحها الأسرة للطفل محدداً هاماً للطريق الذى سوف يستجيب معه الآخرون تجاهه ٠

(رشيدة رمضان ، ١٩٨٥ : ١٩)

أيضاً فإن ميلاد الطفل فى أسرة معينة يُنمى لديه الشعور بالإنتماء لهذه الأسرة ، ليس فقط لأنها تجمع فى جدرانها أفراد أسرته ، ولكن هذه الجدران تعنى أشياء أخرى غير مجرد الإيواء ، أنها تعنى أيضاً التجمع فى جهاز متكامل يتكون من الوالدين والأخوة والأخوات فى تفاعل مستمر ٠

(يوسف ميخائيل ، ١٩٩٢ : ٣٨)

دور الأم فى تنشئة الأبناء :

لا يوجد شك من أن الأم هى روح الحياة والدور الذى تلعبه الأم فى تنشئة الأبناء دور رئيسى لا غنى عنه ، فالأم هى نقطة انطلاق الطفل وحجر الزاوية فى تطور نموه ، وهى بالنسبة له المُعين الأول لكل ما يشعر به من حاجات ، والكافلة الأولى لرغباته ، فهى المصدر الأساسى للذه والأمن والطمأنينة ٠

(انتصار أبو المكارم ، ١٩٩٧ : ٣٣)

فقد أكد بولبى أنه من الضرورى للصحة النفسية أن يَخبر الطفل علاقة حميمة دافئة ومستمرة بأمة ٠ وقد وضع تأكيداً كثيراً على ضرورة الاستمرارية ، كما كان واضحاً أن تلك الاستمرارية لا يمكن أن تهيؤها قائمة من المشرفين يعملون بالتناوب على رعاية الطفل ٠

(مايكل راتر : ١٩٩٢ : ١٥)

فنجد أن الطفل الرضيع خلال الأربعة أشهر الأولى من عمره يُظهر العديد من الإستجابات المركبة والتى ستصبح فيما بعد سلوكاً للتعلق ، ولكن تنظيم هذه الإستجابات لتصبح فى شكل نماذج سلوكية لا تنمو إلا فى نهاية العام الأول على وجه التقريب ٠

(Bowlby , 1988 , P. 122)

كذلك يرى بولبى أن الأفرد الذين يقومون بإقامة روابط تعلق طبيعية مع الآخرين يكونون أكثر أمناً وأكثر إعتماداً على أنفسهم من الذين يفتقدون هذه الروابط ٠ حيث أن الأفراد الذين لم يستطيعوا إقامة رابطة تعلق فى الصغر يصبحون عرضة للعديد من المخاطر والأضرار النفسية التى تؤدى إلى عزلتهم وابتعادهم عن الآخرين ٠

(Bowlby , 1980 , PP. 220 – 221)

ويدعم آراء بولبى عن التعلق دراسة كُاجماس Cugmas (١٩٩٨) التى كانت عن نوعية التعلق الوالدى وعلاقته بالخصائص السلوكية لأطفال ما قبل المدرسة فقد وجد علاقة إيجابية بين التعلق الوالدى وتوافق الطفل بصفة عامة ، فكلما كانت رابطة التعلق إيجابية وقوية بين الطفل ووالديه كلما بعد الطفل عن المشكلات السلوكية والنفسية وكان أكثر إنتاجية ولديه العديد من المهارات الاجتماعية .

(Cugmas , 1998 , PP . 65 – 78)

كذلك توصلت دراسة " ليون دارى " و " كلوس إيجلو " Leondari & Klosseglou(٢٠٠٠) إلى وجود علاقة بين أنماط التعلق والاستقلال النفسى عن الوالدين ، كما توصلت إلى وجود علاقة بين نمط التعلق بالوالدين والتوافق النفسى للأبناء ، ولقد اشتملت دراستهما على (١٥٣) طالب من طلاب الجامعة فى ألمانيا حيث توصلت الدراسة إلى وجود علاقة إيجابية بين التعلق الآمن والخلو من الخزى والقلق وعلى النقيض من ذلك كان هناك علاقة عكسية بين التعلق الآمن والشعور بالاستقلال عن الوالدين أى كلما كان هناك تعلق آمن بالوالدين كلما قل استقلالهم النفسى عن الوالدين كذلك توصلت هذه الدراسة إلى أن الطلاب ذوى التعلق الآمن كانوا أكثر تقديراً لذواتهم وأقل قلقاً وشعوراً بالوحدة النفسية من الطلاب الآخرين من ذوى التعلق غير الآمن .

(Leondari & Klosseoglou , 2000 , PP. 451 – 464)

ويذكر إبراهيم عليان عدة مبادئ عامة ينبغى أن يأخذها الوالدان فى الاعتبار عند رعايتهم لأطفالهم حتى يجنبوهم خطر الوقوع فى انماط التعلق غير الآمن وما يترتب عليه من مشكلات وهى :

- سرعة استجابة الأم بشكل عام لمؤشرات التوتر التى تصدر من الطفل ، وذلك بهدف إزالة هذا التوتر .
- ضرورة التفاعل المستمر بين الأم والطفل ويجب أن يكون هذا التفاعل إيجابياً وفعالاً .

- تشجيع الطفل على الأستطلاع الحسى والحركى والاجتماعى للبيئة .
- تشكيل البيئة المادية المناسبة للطفل بحيث تكون مناسبة لمستوى نموه ، وإمداده باللعب التى تثير حواسة وتنشط إدراكة وتفكيره .

(إبراهيم عليان ، ١٩٩٦ : ٦٦)

ونجد أن السمات الشخصية للأم لها تأثيرها على الأبناء فكلما أتسمت الأم بالدفء والحنان وسرعة إستجابتها لطفلها الصغير كلما شعر الطفل بالثقة والآمان . وعلى النقيض من هذا فالأمهات اللائى نشأن فى أسر مفككة فى الغالب تختلف رعايتهن لأبنائهن عن اللائى نشأن فى أسر طبيعية . حيث يرى فرومر وأوشى Frommer & Oshea أن النساء اللأئى نشأن فى أسر تعيسة ومفككة كن أكثر احتمالاً لأن يتركن صغارهن الرضع يبكون ليذهبن مثلا لتناول الغذاء كما أن معظم هؤلاء الأمهات حملن للمرة الثانية فى نفس السنة التى وضعن أطفالهن فيها .

(مايكل راتر ١٩٩٢ : ١٨٥)

كذلك فإصابة الأم ببعض الاضطرابات النفسية ينعكس على الأبناء حيث توصلت دراسة شيبارد Sheppard (١٩٩٣) إلى أن هناك علاقة بين الاكتئاب الأمومى وقصور الرعاية النفسية والاجتماعية للأبناء تنعكس فى المشكلات الانفعالية والمعرفية والسلوكية للأبناء . كذلك وجد الباحث أن هناك علاقة بين الإكتئاب الأمومى وقصور التدعيم الاجتماعى للأبناء من قبل أمهاتهم .

(Sheppard , 1993 , PP.10 – 16)

دور الأب فى تنشئة الأبناء :

لا يقل دور الأب عن الأم فى تنشئة الطفل ، فدرجة معرفة الصغير لأبيه تتوقف الى حد كبير على نوع الأبوة ومعاملة الأب لطفلة وما يمنحه من حب ومدى عنايته به ، وطبيعة علاقته بهذا الابن والتى تتسم بالمودة والحنان والحب دون التركيز على إشباع الحاجات المادية فقط .

(راوية دسوقى ، ٢٠٠٠ ، ٧١)

ويرى " بارك " أن الأبوة تبدأ مبكراً مثلها مثل الأمومة كما يؤكد على أهمية الأب فى تنمية المهارات الاجتماعية والعقلية للطفل وأن هذا يتوقف على نوعية العلاقة والتفاعل المبكر بين الأب والطفل من خلال ما يقدمة من تنبهات حسية متنوعة كاللمس والكلام واللعب ، كذلك يمتد أثر التفاعل مع الأب إلى مرحلة الطفولة المتأخرة ثم المراهقة وينعكس على التحصيل الدراسى للأبناء ويذكر " بارك " نتائج دراسات توصلت إلى أن مّنخفضى التحصيل من الأطفال وصغار المراهقين يأتون من أسر تغيب عنها الأب قبل بلوغ الطفل سن الخامسة ، بينما كان مرتفعوا التحصيل الدراسى من أسر تتميز بكثافة وايجابية التفاعل بين الأب وأطفاله وذلك بعد تثبيت متغيرات الطبقة الاجتماعية والمستوى التعليمى للوالدين .

(ممدوحة سلامه ، ١٩٩٣ : ٣٦ – ٤٠)

كذلك فالأب يلعب دوراً كبيراً فى تكوين الأنا العليا بناء على استدماج الطفل لشخصية الأب، ومن ثم فإن حرمان الطفل من المناخ الأسرى الذى يتحقق بوجود الأب داخل الأسرة الطبيعية الكاملة من شأنة أن يؤثر على سلوك الطفل الاجتماعى وتوافقه النفسى بشكل عام .

(منى إبراهيم ، ١٩٩٧ : ٧)

كما توصلت العديد من الدراسات إلى أن غياب الأب له تأثير شديد على تكوين الهوية الجنسية الآمنة Secure sex identity لكل من البنين والبنات على السواء ، وأن تأثير غياب الأب على البنات يظهر أثناء المراهقة حيث يظهرن عجزاً عن التفاعل بشكل ملائم مع الذكور ، كما أنهن يكنَّ أكثر خجلا وانسحاباً من أقرانهن اللاتى يعشن فى أسر طبيعية .

(Carson et al , 1988 , p. 124)

أما بالنسبة للبنين فكما هو متعارف عليه أن للأب دوراً كبيراً فيما يتعلق بالتنميط الجنسى sex–Typing حيث أن التوحد مع الأب يسهم فى نمو الدور الجنسى الملائم بالنسبة للذكور .

(Harris , 1986 , p. 408)

ويجب أن تتضافر وتترابط أنماط التهذيب والتربية الأبوية والأمومية معاً ، بمعنى آخر أنه يجب توحيد أنماط الرعاية الوالدية لكل من الأب والأم ، حيث أن أنماط التهذيب الأبوية والأمومية معاً له تأثير طيب وفعال على الأبناء أكثر من أثر التهذيب الأبوى أو التهذيب الأمومى كلٌ على حده .

(Hart , 1990 , PP. 1-39)

وفى هذا الصدد يرى " بارك " أن هؤلاء الآباء الذين يتركون مسئولية تنشئة الأبناء على عاتق الأم قاصرين دورهم الأساسى على كسب العيش مثل هؤلاء الآباء – على أحسن الظروف قد يمثلون عن بعد نموذجاً لأطفالهن يحتذون به ، وهم مصدر دعم مادى وخلقى لكل من الزوجات والأطفال ، أما فيما عدا ذلك فهم بحق " ضرورة بيولوجية لكنهم صدفة اجتماعية فى حياة الأبناء ، وقل أن نعتبرهم مشاركين فعليين فى جوانب نمو الطفل وتنشئته .

(ممدوحة سلامة ، ١٩٩٣ :٣٣)

ولهذا فالحرمان من الوالدين يؤدى إلى خلق حالة من عدم التوازن الوجدانى لدى الطفل المحروم، وغالباً ما يترتب على هذا الحرمان شخصية إنسحابية مضطربة غير واثقة من نفسها تلجأ غالباً إلى العدوان كوسيلة للتنفيس والتعويض عما تعرضت له من قسوة وحرمان فى الطفولة .

(منى إبراهيم ، ١٩٩٧ : ٤١)

ولا يقتصر تأثير الحرمان من الوالدين على مرحلة الطفولة ، بل يمتد إلى الرشد ، فالراشدون الذين فقدوا أحد الوالدين أو كليهما فى الطفولة من الأرجح أن يميلوا للإكتئاب فى سن الرشد ، خاصة هؤلاء الذين عانوا من حالة فقد مزدوج .

(Adams , 1983 , P. 232)

ويفسر هذا " براون " و "هاريس " Brown & Harris(1978) فى توضيحهما للعلاقة بين الفقد الوالدى (بالوفاه أو الانفصال) فى الطفولة والإصابة بالاكتئاب فى سن الرشد ، حيث يوضحان أن الفقد الوالدى فى الطفولة يزيد من شدة حساسية الفرد لخبرات الفقد فيما بعد ، أى أن ظروف الشدة فى السنوات الأولى من الحياة يمكن أن تؤدى إلى اضطرابات نفسية اجتماعية بعد مُضى سنوات عديدة لا من خلال تأثيرها المباشر وإنما لكونها تجعل الفرد أكثر قابلية للتأثر بالضغوط والشدائد اللاحقة .

(مايكل راتر ، ١٩٩٢ : ١٧٩)

ولقد توصل " ليون دارى " وكلوس إيجلو " Leondari . & Klosseoglou إلى أن كثيراً من حالات الحزن والغضب والقلق والإكتئاب ربما كانت ناتجة عن فقدان روابط تعلق وجدانية فى الصغر ، كذلك عدم التهيؤ والاستجابة لتكوين روابط تعلق فيما بعد .

(Leondari . & Klosseoglou , 2000 , PP. 451-464)

وأيضا توصلت دراسة راوية دسوقى (١٩٨٩) إلى أن حرمان الأطفال من الأسرة له أثره على السلوك التكيفى للأبناء حيث أوضحت الدراسة إلى أن حرمان الطفل من الأسرة له تأثير سلبى على النمو الجسمى والتصرفات الاستقلالية وتحمل المسئولية . أيضا توصلت الدراسة إلى أن أبناء المؤسسات الايوائية يعانوا من اضطرابات سلوكية أكثر من أبناء الأسر العادية .

(راوية دسوقى ، ١٩٨٩)

كذلك دراسة "ماجيولو"Maggiolo (١٩٩٨) التى توصلت إلى أن قصور الرعاية الاجتماعية المتمثل فى إهمال الوالدين للطفل أو القائمين على رعايته عموماً يمثل نوعاً خاصاً من أنواع الإساءة للطفل ، حيث توصلت نتائج هذه الدراسة إلى وجود علاقة بين إهمال الطفل وسوء الحالة الصحية والجسمية له ،كما أن إهمال الطفل يؤدى إلى سوء التوافق النفسى والاجتماعى وتدهور الآداء المدرسى وشيوع الانحرافات السلوكية لديهم مثل العدوانية وعدم الاجتماعية والانتباه الزائد ٠

(Maggiolo , 1998 , PP. 1- 13)

فالأسرة التى يسودها الدفء والحنان تمثل الدعامة الأساسية للأبناء للتغلب على ما قد يواجهونه من صعوبات فى الحياة ، وهى التى تضع حجر الأساس للتوافق النفسى السليم للأبناء ٠

ولهذا فعندما تكون هذه الدعامة ممزقة فإن الأبناء يعبرون عن كراهيتهم وعدائهم للمجتمع الذى لم يتمكن من مساعدتهم ، كما أنهم عادة لا يلومون أنفسهم قدر ما يلومون الأقدار ويرون أن فشلهم فى إقامة علاقة طيبة مع المجتمع ليس بسببهم ولكن لأنهم مُعتدى عليهم ويرون أن سلوكهم المنحرف هو رد فعل طبيعى على المعاملة التى يرونها قاسية ٠

(سهير كامل ، ١٩٩٣ : ١٥)

وعلى الرغم من أن الأبناء الذين ينشأون فى أسر مفككة تنمو لديهم كثير من المشكلات النفسية والاجتماعية إلا أن هذا لا يقلل من دور الأسرة ٠

حيث وضح بولبى أن الأطفال يزداد تقدم نموهم فى جو أسرى سئ أفضل مما يحدث فى مؤسسات إيوائية جيدة ، وأن دور الإقامة الداخلية لا يمكن أن تهيئ بيئة إنفعالية طيبة بالنسبة للرضع وصغار الأطفال ، فهو يرى أن " أسرة سيئة أفضل من مؤسسة إيوائية جيده " ٠

(مايكل راتر ، ١٩٩٢ : ٢٧)

ثانياً: الرعاية الاجتماعية فى المؤسسات الإيوائية

مقدمة :

تستهدف مهن المساعدة الإنسانية عامة تقديم الرعاية للإنسان للوقاية أو العلاج أو التأهيل فى مواجهة مشكلاته الإنسان بصفة عامة ومع تنوع مشكلات الإنسان تنوعت بالتبعية صور الرعاية لنجد منها ما هو اجتماعى أو صحى أو غير ذلك من أوجه الرعاية ٠

(مصطفى حسان ، رأفت عبد الرحمن ، ٢٠٠٤ : ٥٥)

ويعتبر أبناء المؤسسات الإيوائية من أكثر فئات المجتمع إحتياجاً للرعاية الاجتماعية نتيجة لظروفهم القاسية والتى كانت سبباً فى إيداعهم بهذه المؤسسات .

مفهوم الرعاية الاجتماعية :

تعريف هيئة الأمم المتحدة : هى النشاط المنظم الذى يهدف إلى إحداث التكيف الناضج بين الأفراد وبين بيئتهم الاجتماعية ، ويتحقق هذا الغرض عن طريق استخدام الأساليب والوسائل التى تصمم من أجل تمكين الأفراد والجماعات والمجتمعات من مقابلة حاجاتهم وحل مشكلاتهم، وعن طريق العمل المتعاون لتطوير وتنمية الظروف الاقتصادية والاجتماعية ٠

(محمد سيد فهمى ، ١٩٩٧ : ٢٠-٢١)

ويرى " ماكس سيبورين " Max Siporin أن مفهوم الرعاية الاجتماعية يمثل نظاماً مركباً من النظم الاجتماعية ، وهو يتضمن إطاراً واسعاً من المهن والأعمال التى تهتم بمساعدة الناس ، كذلك يتضمن مختلف أنواع الخدمات الموجهة لمقابلة الحاجات ، وتهدف الرعاية الاجتماعية إلى تحسين مستوى معيشة الناس وتأمينها وإلى تحسين الآداء الاجتماعى لكل أفراد المجتمع ٠

(محمد سيد فهمى ، ١٩٩٧ : ٢٢)

أما " بارلو" BarLow (١٩٩٦) فيرى أن الرعاية الاجتماعية يجب أن تنطوى على كل من المضامين الطبية والسلوكية وما تستلزمه من خطط واستراتيجيات للرعاية بشقيها الطبى والسلوكى، والتى مأن شأنها تزويد الأفراد بأفضل أسلوب للرعاية يركز على الوقاية والتدخلات العلاجية ٠

(Barlow , 1996 , PP. 1-25)

كذلك يمكن تعريف الرعاية الاجتماعية بأنها تلك الجهود والخدمات التى تقدمها الخدمة الاجتماعية للأطفال المحرومين من رعاية الأسرة الطبيعية مثل أطفال البيوت المنهارة بسبب الوفاة، والطلاق ، والهجر ، والكوارث والحروب والأطفال اليتامى الذين لا يجدون من يعولهم بالإضافة إلى أطفال الأسر التى لا يتوفر لها الأهلية للقيام برعاية أبنائها وتنشئتهم بصورة سليمة كالأسر المنحرفة والتى قد تدفع أبنائها إلى الانحراف فى صوره المختلفة ، كذلك اللقطاء الذين وجدوا عن طريق العلاقات الغير شرعية ٠

(خيرى خليل ، بدر كمال ، ١٩٩٧ : ٢٠٩)

من التعريفات السابقة تلاحظ أن مفهوم الرعاية الاجتماعية مفهوم عام وشامل للمجتمع ككل بكل هيئاته ونظمة الاجتماعية والسياسية من أجل تحسين الظروف المعيشية والاجتماعية لجميع أفراد المجتمع وليس طائفة معينة منهم ٠ أما مفهوم الرعاية الاجتماعية عند " بارلو " BarLow فقد ركز على الجوانب الصحية والسلوكية للأبناء والعمل على وقايتهم وعلاجهم من الاضطرابات الجسمية والانحرافات السلوكية وهذا التعريف أقرب إلى دراستنا الحالية التى ترتكز على الرعاية الاجتماعية لفئة معينة من الأفراد وهم أبناء المؤسسات الايوائية الذين حرموا من الرعاية الأسرية لأى سبب من الأسباب كما هو موضح فى تعريف خيرى خليل و بدر كمال ٠

أهداف الرعاية الاجتماعية المتعلقة بالأسرة :

ومن أهم مجالات الرعاية الاجتماعية مجال رعاية الأسرة حيث تتجه الرعاية الاجتماعية للأسرة والطفولة لتحقيق الأهداف المنوطة بها والتى منها ما يلى :

– العمل على استقرار الحياة الأسرية مع مراعاة تكامل أسس هذا الاستقرار وإرساء الأسرة على أسس

من القيم الدينية والأخلاقية باعتبار أن هذه القيم من الدعامات الهامة فى هذا الاستقرار .

- حماية الأسرة من التفكك والانهيار ومواجهة هذه العوامل بالبرامج العلاجية والوقائية التى تكفل القضاء عليها أو التخفيف من وطأتها
- مواجهة عوامل التغير الاجتماعى والضغوط الاجتماعية الخارجية التى تؤثر على استقرار الأسرة .
- التنشئة الاجتماعية السليمة للطفولة فى ظل الثقافة القائمة للمجتمع العربى من خلال الأسرة .

(مصطفى حسان و رأفت عبد الرحمن ، ٢٠٠٤ : ٦٠)

صور الرعاية الاجتماعية :

إن الرعاية الاجتماعية موجودة مُنذ القدم وعبر العصور المختلفة فهى موجودة بوجود الحضارات ، وكل الأديان السماوية تحث على رعاية الفقراء والمساكين والأيتام ومن صور الرعاية الاجتماعية ما يلى :

- فى عصر القدماء المصريين :

فنجدها متأصلة فى تقاليد وديانات الفراعنة وتتضح فى الصور والرسوم المنقوشة على جدران المعابد وقبورهم ، والتى تكشف عن الإحسان ومساعدة الفقراء . وكل هذا كان منظما فى حفلات الأسر الحاكمة ، كما كان المواطنون يقدمون تبرعاتهم للمحتاجين عن طريق المعابد ، حيث كانت تتلقى التبرعات وتتولى توزيعها بمعرفة الكهنة . كذلك فقد أنشأ القدماء المصريين معاهد للتعليم ، والملاجئ ، والمستشفيات ، والمقابر للفقراء .

(محروس خليفة ،إبراهيم بيومى ١٩٨٣: ٣٠-٣١)

الرعاية الاجتماعية فى الإسلام :

جاء الإسلام بنظام متكامل للرعاية الاجتماعية يقوم على أساس الربط بين الفرد والجماعة والتكافل والتعاون بين الأفراد فى سبل الخير ، ويحثهم على الرحمة والبر والعدل والإحسان ، كما اهتم بتنظيم الحياة العامة والخاصة ، كالزواج والطلاق ونظام الأسرة والنظم الاقتصادية والسياسية وغيرها .

(مندى كيرة ١٩٩٩ : ٤٤)

ويهتم التشريع الاسلامى بالأسرة اهتماماً كبيراً ، ويعدها النواة التى تنبثق منها جميع العلاقات البشرية ، ويعطيها العناية ورعاية الحقوق والحرص على حمايتها من التفكك والإنحلال ، وكان اهتمامة بها لدرجة أنه لم يترك أمر من أمورها إلا وسن له مجموعة من الضوابط والقواعد .

(عبد الفتاح تركى ، د.ت : ١٢)

- فى العصر الحالى :

أما فى وقتنا الحالى فتحاول الدولة العمل على توفير كل السبل لتحقيق التنمية الاجتماعية وتحسين الظروف المعيشية والصحية والاجتماعية للفرد .

فنجد أن القانون رقم (١٢) لسنة (١٩٩٦) وفى الباب الثالث المخصص للرعاية الاجتماعية قد تناول اوجة تلك الرعاية من ثلاث فصول خصص الأول منها لدور الحضانة وأشتمل الفصل الثانى على الأحكام الخاصة بنظام الأسر البديلة مبيناً الهدف منه والشروط الواجب توافرها فى الأسر البديلة ومحدداً الفئات التى يخدمها هذا النظام . كما تناول فى هذا الفصل الأحكام الخاصة بمؤسسات الرعاية الاجتماعية للأطفال المحرومين من الرعاية الأسرية ، وحدد القانون الأطفال الذين يحق لهم الحصول على معاش شهرى من وزارة الشئون الاجتماعية وفقاً للشروط والقواعد المبينة بقانون التضامن الاجتماعى . أما الفصل الثالث من هذا الباب فقد تضمن الأحكام التى تكفل توفير حماية الأطفال من أخطار المرور .

(محمد البتيتى ، ٢٠٠١ : ١٦٢)

المؤسسات الإيوائية :

مقدمه :

إن الهدف من إقامة وإنشاء المؤسسات الإيوائية هو رعاية شخص ما أو جماعة من البشر غير قادرين على إشباع احتياجاتهم بأنفسهم . وقد تشمل هذا الاحتياجات مجموعة كبيرة من الخدمات التى لا يمكن أن تؤديها مؤسسة أخرى غير المؤسسات الإيوائية مثل التنشئة والتعليم ، والعلاج وغيرها من العديد من ألوان الرعاية الاجتماعية .

(محمد سيد فهمى ، نورهان منير ، ٢٠٠٣ : ٣٤٨)

تعريف المؤسسات الايوائية :

لقد تعددت التعاريف التى تناولت المؤسسات الايوائية وفيما يلى عرض لبعض منها :

تعريف وزارة الشئون الاجتماعية : هى دار لإيواء الأطفال المحرومين من الرعاية الأسرية من الجنسين بسبب اليتم أو تفكك وتصدع الأسرة أو الأطفال مجهولى النسب أو وفقاً لما يسفر عنه البحث الاجتماعى . وأضاف التعريف ان الطفل يظل بالمؤسسة حتى يبلغ سن (١٨) سنة بالنسبة للذكور ، إما الإناث فلا يغادرن المؤسسة إلا للزواج ٠

(وزارة الشئون الاجتماعية قرار وزارى ٦٣ لسنة ١٩٧٧)

ويعرفها صلاح الدين جوهر بأنها تجمع إنسانى ينتظم فيه الأفراد ليشتركوا فى تحقيق هدف مشترك ويكون لكل منهم دور ومسئولية فى تحقيق هذا الهدف ٠

(صلاح الدين جوهر ، ١٩٨٦ : ١٥٣)

وتعرفها انتصار أبو المكارم بأنها عبارة عن مبنى مقسم إلى عنابر واسعة مجهزة للإقامة الداخلية وتستوعب أعداداً كبيرة من النزلاء يلتحق بها الطفل نتيجة عوامل تتصل ببناء ووظيفة الأسرة كوفاة أحد الوالدين أو الطلاق أو سوء الأحوال الاقتصادية ، مما يحول دون استمرار المعيشة داخل نطاق الأسرة الطبيعية ، وتشرف وزارة الشئون الاجتماعية على تلك المؤسسات سواء كانت أهلية أو حكومية ٠

(انتصار أبو المكارم ، ١٩٩٧ : ١٥)

وأضاف جمال شفيق أنه يوجد بالمؤسسة جهاز إدارى مكون فى بعض الأحيان – من المدير وعدد من الاخصائيين الاجتماعيين والنفسيين والمشرفين الليلين ومدرسين متخصصين للأنشطة المختلفة ، ويطلق عليها مؤسسات إيوائية إذا كانت حكومية أى تديرها وزارة الشئون الاجتماعية وتنفق عليها ، كما يطلق عليها دار أو جمعية أو ملجأ إذا كانت تتبع إدارة أهلية أو خيرية ٠

(جمال شفيق ١٩٨٦ : ٣٥)

وتعرفها عبله البدرى بأنها دار لإيواء الأطفال من الجنسين المعرضين للانحراف بسبب اليُتم أو التفكك الأسرى وفقاً لما يسفر عنه البحث الاجتماعى لها ويلتحق الطفل بها نتيجة وجود عوامل تتصل ببناء الأسرة أو عوامل تتصل بوظيفة الأسرة كعجزها الاقتصادى أو عوامل فردية كالإصابه بالضعف العقلى أو إحدى العاهات ، وهى مؤسسة إيوائية اختيارية بالنسبة للالتحاق بها ٠

(عبله البدرى ، ٢٠٠٠ – ١٩)

والمؤسسة الإيوائية اختيارية بالنسبة للالتحاق بها وهذا ما يُفرق بينها وبين مؤسسات الإيداع التى هى مؤسسات إجبارية يودع بها الطفل تنفيذاً لحكم صادر من محكمة الأحداث نتيجة لجريمة إرتكبها .

(عبله البدرى ، ٢٠٠٠ : ٥)

المقومات التى يجب أن تتوافر فى المؤسسة الايوائية :

هناك العديد من المقومات والظروف التى يجب أن تتوفر فى المؤسسة الإيوائية حتى تستطيع أن تقدم الرعاية للأبناء على الوجه الأكمل نذكر منها :

١- وجود هدف للمؤسسة يتمثل فى تقديم مجموعة من الخدمات أو إشباع عدد من الحاجات المشروعة لقطاع من قطاعات المجتمع ٠

٢- ترجمة هذه الأهداف فى شكل لوائح أو برنامج عمل تلتزم به المؤسسة ويشكل دليل عمل للجهاز العامل بها ٠

٣- جهاز من الفنيين والإداريين الذين يتولون العمل بالمؤسسة ٠

٤- مصدر معترف به للتمويل ٠

٥- مكان للمؤسسة تمارس فيها نشاطها ٠

(السيد متولى العشماوى ، ٢٠٠٣ : ٧٥)

تصنيف المؤسسات الإيوائية :

١-مؤسسات أهلية وتعتمد فى تمويلها على ما تجمعه من تبرعات أهلية أو اشتراكات ٠

٢-مؤسسات حكومية (رسمية) ولها ميزانيتها ضمن ميزانية الدولة ، أى الدولة هى التى تتولى مسئولية الإنفاق عليها ٠

وكلٌ من المؤسسات الأهلية والرسمية خاضعة لإشراف وزارة الشئون الاجتماعية .

(عبد الهادى الجوهرى و إبراهيم أبو الغار ، ١٩٩٧ : ٣١٧)

المراحل التى يمر بها الطفل فى المؤسسة الايوائية :

يمر الطفل بالمؤسسة بمراحل لابد منها لمساعدتة على التغلب على سلبيته ومقاومته للنظم المختلفة والجو الجديد الذى يمر به وهذه المراحل هى :

١- مرحلة المقاومة :

من البديهى أن يقاوم الطفل إيداعه فى المؤسسة لأنه يتخيل أن المجتمع الأسرى والأهل قد تخلو عنه، ويقع لذلك فريسة الصراع النفسى والقلق والشعور بأنه شخص منبوذ ملفوظ من المجتمع ومن الأهل، ومن ثم يقاوم الطفل النظم والبرامج وعمليات التربية ولا سبيل لمساعدة الطفل فى تخطى هذه المرحلة سوى تقبلة والتعرف على حاجاته للعطف وإشباع هذه الحالة وإظهار الرغبة فى مساعدته ٠

٢- مرحلة التقبل :

عندما يبدأ الطفل فى الثقة فيمن حوله تبدو مظاهر الارتياح النفسية عليه ويبدأ فى تقبل مشكلته ويظهر استعداده لتلقى النظم والبرامج وعمليات التربية لكنه فى هذه المرحلة يحتاج إلى التأييد وتنمية مهاراته حتى يستعيد ثقته بنفسه ٠

٣- مرحلة الإقبال :

حين يبدأ الطفل فى اكتشاف أنه لا يزال يمتلك مهارات متعددة وأن له قدراته وإمكانياته الخاصة التى يستطيع عن طريقها إثبات ذاته وثقتة بنفسه هنا تبدأ عملية البناء والجدية لشخصيتة ، وهنا يبدأ فى التخلص من رواسب الماضى ومرارة الظروف التى مر بها ٠ وفى هذه المرحلة يُقبل الطفل على التعلم ويشترك فى نشاط الجماعات ٠

٤- مرحلة الانتهاء :

كل المراحل والعمليات السابقة تُولد لدى الطفل شعوره بالنجاح وإشباع حاجاته ومن ثم يزداد ولاءه للمؤسسة وتحل فى نفسه محل أسرته ٠ ولابد من مراعاة اتزان هذا الإنتماء حتى لا يزداد إرتباط الطفل بالمؤسسة بدرجة تعجزه عن الانفصال عنها ، وفى هذه المرحلة يجب إعداد الطفل للمجتمع الخارجى وتمهيد السبيل أمامه للتكيف مع الحياة بتوفير الإشراف والتوجيه له ٠

٥- مرحلة التخرج :

وهنا يقوم الأخصائى الاجتماعى والنفسى بالتمهيد له على مراحل تسمح له بتهيئة الجو الأسرى الذى يتقبلة وتوفير الأماكن الملائمة لإستقبالة ٠ وهذه المرحلة تعتبر بمثابة فطام نفسى عن نمط الحياة فى المؤسسة وهى نجاح المراحل السابقة أو فشلها ٠

(ميرفت مصطفى ، ١٩٩٩ : ٣٣٢ – ٣٣٤)

وترى الباحثة الحالية أن مستوى الخدمات والرعاية الاجتماعية الذى يقدم فى المؤسسة الايوائية هو العامل الأكثر أهمية فى مساعدة الطفل على أن يمر بهذه المراحل بسلام وأن تجعلة يتقبل جو المؤسسة وينمى شعورة بالثقة بالنفس .

أثر الرعاية فى المؤسسات الإيوائية :

على الرغم من أهمية الأسرة فى حياة الصغير ، إلا أننا نجد أن هناك بعض الأطفال قد حرموا من الرعاية الأسرية لأسباب متعددة ، إما بسبب فقد أحد الوالدين أو كلاهما سواء بالوفاة أو السجن أو الطلاق ٠ وقد تكون الأسباب داخل الأسرة نفسها مثل عدم وجود روابط أسرية أو للمعاملة السيئة التى يلاقيها الأطفال من أسرهم ، أو لإجبارهم على العمل فى أعمال مشروعة أو غير مشروعة ٠

(عبله البدرى ، ٢٠٠٠ : ٣)

لذا فإن هؤلاء الأطفال تقع مسئولية رعايتهم على عاتق المجتمع من خلال مؤسسات الرعاية الاجتماعية ٠

ولكننا نجد أن الأوضاع والظروف فى العديد من المؤسسات تبدو غير مناسبة وغير ميسرة لتشكيل روابط إنسانية حميمية ، ففى العديد من المؤسسات يتلقى الأطفال الرعاية على يد العديد من المربيات ، وهؤلاء المربيات يشبعن حاجات الطفل الجسمية ولكن لا يجدن إلا قدراً محدداً من الوقت للتفاعل مع الطفل ، ومن ثم لا يقدمن له الرعاية النفسية والانفعالية الملائمة ٠

(محمد السيد عبدالرحمن، ٢٠٠١ : ٦٤)

كذلك من الممكن أن نجد قصوراً فى الرعاية الاجتماعية فى بعض المؤسسات وعدم الاهتمام بالأطفال الموجودين بها بشكل جيد والسبب يرجع إما لقلة عدد هذه المؤسسات بالنسبة لعدد المستفيدين منها أو لأسلوب إدراتها أو سوء الخدمات التى يقدمها البعض منها ٠

(مدحت أبو النصر ، ١٩٩٢ : ٤)

فقد أوضحت العديد من الدراسات أن الأطفال الذين أودعوا بالمؤسسات وقضوا العام الأول من حياتهم فيها ، وكانت هذه المؤسسات يكتنفها جو من الحرمان الحسى والنفسى ، هؤلاء الأطفال ظهرت عليهم علامات التأخر الواضح فى جوانب نموهم المختلفة ٠

(أنسى قاسم ، ٢٠٠٢ : ٤٣)

كذلك لاحظ " بندر " Bender و" بولبى " Bowlby وغيرهما مدى تكرار الجُناح وانعدام المشاعر السيكوباتى بتعدد خبرات الإنفصال فى الطفولة والرعاية فى المؤسسات الإيوائية ٠

(مايكل راتر ، ١٩٩٢ : ٥٥)

وفى دراسة آمال عبد السميع (١٩٩٩) عن القلق والاكتئاب لدى أطفال دور الرعاية الاجتماعية فقد توصلت دراستها إلى أن الأطفال من الجنسين (ذكور وإناث) من أطفال دور الرعاية الاجتماعية أكثر اكتئاباً وقلقاً من أطفال الأسر العادية ٠

(آمال عبد السميع ، ١٩٩٩ : ٩ – ٢٨)

وفى دراسة " ديكيل وآخرون " Dekal et al (٢٠٠٣) والتى هدفت إلى تقويم مدى كفاءة الرعاية الاجتماعية فى المؤسسات الايوائية على عينة من المراهقين الهاربين من ذويهم والمراهقين بلا مأوى فقد توصلت تلك الدراسة إلى أن مستوى الرعاية الاجتماعية والصحية لهؤلاء المراهقين داخل هذه المؤسسات قد أرتبط بمقدار التواصل مع عائلاتهم أثناء تواجدهم فى المؤسسة كذلك بنوعية الإدارة فى المؤسسة ٠

(Dekel et al , 2003 , PP . 201 – 212)

وهناك جانب آخر يتعلق بالمؤسسات الإيوائية ينبغى أن نُلقى الضوء عليه ، وهو أن الحياة فى ظل القواعد والقوانين الصارمة فى معظم المؤسسات الإيوائية تجعل بعض الشباب يفقدون حريتهم الشخصية ويصبحون عاجزين عن تكوين وإكتشاف شخصياتهم لأقصى حد ممكن ، وهذه القيود التى يعانى منها الأفراد فى المؤسسات الايوائية بوجة عام قد تعوق عملية اكتسابهم المهارات الاجتماعية اللازمة لنموهم بشكل سوى ٠

(محمد سيد ونورهان منير ، ٢٠٠٣ : ٣٤٩)

وعلى الرغم من وجود بعض السلبيات فى بعض المؤسسات الإيوائية إلا أننا يجب ألا نغفل الدور العظيم الذى تقوم به والذى أنشأت من أجلة ، فهى بالتأكيد أفضل من لا شئ حيث أن الأطفال يودعون فى المؤسسات الايوائية لأسباب قهرية خارجة عن إرادتهم ولا يوجد لهم طريق أفضل ، ففى المؤسسات تقدم لهم خدمات الإيواء والمعيشة وخدمات علاجية ورعاية اجتماعية شاملة ٠

(أنتصار أبو المكارم ، ١٩٩٧ : ٤٤)

الاضطرابات السيكوسوماتية

مقدمة :

إن العديد من الاضطرابات العضوية يلعب العامل النفسى دوراً كبيراً فيها سواء فى نشأتها أو استمرارها أو فى علاجها ، حيث هناك صلة وثيقة بين النفس والجسد فكلٌ منهما يتأثر بالآخر ونتيجة للضغوط المتزايدة على الإنسان فى العصر الحالى فقد أصبحت الاضطرابات السيكوسوماتية سمه من سمات هذا العصر ، فالعديد من المترددين على عيادات الأطباء والمستشفيات وكانوا يعانون من اضطرابات عضوية مختلفة كارتفاع ضغط الدم وقصور الشريان التاجى قرحة المعدة .... ألخ غالباً عانوا من إحباطات كثيرة ومشاكل وضغوط إنفعالية مستمرة وعنيفة .

فالإنسان فى بعض الأوقات يقف عاجزاً عن التحكم فى مجريات أمور حياته وتواجهة مشكلات تهدد أمنة النفسى فيبدأ فى استخدام ميكانيزمات الدفاع المختلفة لمواجهة هذه التهديدات والمشكلات، ولكن مع استمرار الضغوط والعقبات والمشكلات تبدأ آليات الدفاع تقل كفائتها ويشعر الفرد بالإنهاك النفسى ويصبح هش قابل للإصابة ببعض الأمراض العضوية نتيجة لضعف جهاز المناعة لديه الذى يتأثر وبشكل مباشر بالعوامل النفسية .

لذا ستعرض الباحثة علاقة النفس بالجسد ، وماهية الاضطرابات السيكوسوماتية ، وعلاقة كل من الضغوط والانفعالات بها ، والتصنيف التشخيصى لها ، وأهم الفروق بينها وبين الاضطرابات الأخرى ذات الشبه بها . كذلك ستعرض الباحثة لأهم التوجهات النظرية المفسرة لكيفية حدوثها .

مع عرض لأهم الاضطرابات السيكوسوماتية ونمط الشخصية المصاحب لها كذلك ستعرض الباحثة بشئ من الإيجاز كيفية علاج هذه الاضطرابات .

أولاً: صلة النفس والجسد :

إن بحث الصلة بين الجسم والنفس بحث قديم ، ويجب النظر الى النفس والجسم معاً عند فهم أى سلوك يصدر عن الإنسان ، كذلك عند محاولة علاج أى مرض يصيبة ، فالإنسان ما هو إلا نفس وجسد معاً ولا يصح انفصالهما.

فالكائن البشرى يوجد فى البدن ويوجد فى النفس فى الوقت نفسه ، فهو بدنى نفسى معاً ، هو سيكوسوماتى . ومن خلال السيكوسوماتية هذه يعيش نفسه ويعيش الحياة حين يبدأ فى إكتمال وعيه بوجوده .

(صلاح مخيمر ، ١٩٨٦ : ٩)

فالمرض يصيب الإنسان كله وليس جزء واحد منه ، والمرض الواحد قد يؤثر فى أكثر من وظيفة من وظائف الجسم فالإصابة بالبرد مثلاً قد تؤدى إلى إنخفاض قدرة المصاب على تحمل

الضغوط النفسية وكذلك فإن المضايقة الانفعالية قد تقلل من مقاومة الفرد للمرض الفيزيقى . ومن هنا كانت ضرورة الدعوة لدراسة الإنسان ككل .

(عبد الرحمن العيسوى ، ١٩٩٧ :١٧)

ومنذ أقدم العصور والفلاسفة من أمثال ارسطو طاليس ، وهم يدركون العلاقة بين الجسم ووظائفة وبين النفس ، وذلك لما لاحظوه من تأثير نفسى وجسمى وعقلى لحالة الانفعال .

(عبد الرحمن العيسوى ، ٢٠٠١ :٨٥)

وهناك العديد من المحاولات لربط ما هو نفسى بما هو جسمى أى وحدة النفس والجسم وكيف أن كلٌ منهما يتأثر بالآخر ، حيث ربط العديد من العلماء والفلاسفة كثيراً من الأنماط الجسمية وشخصية الفرد .

وكانت أولى هذه المحاولات والتى قام بها الطبيب اليونانى هيبوقراط (٢٠٠ق .م) حيث أشارت التقارير أنه قال لتلاميذه : لا يقنعك أحد أنه عالج الصداع قبل أن يعالج الروح ٠ فهناك خطأ كبير فى علاج الجسم الإنسانى وهو فصل الأطباء الروح عن الجسد ٠

(Anne & Byrne , 1992 , P.86)

وقام هيبوقراط بتقسيم الأمزجة إلى أربعة أنماط وهى :

- الدموى : وهو متفائل ٠
- سوداوى : حزين يميل للتشائم ٠
- صفراوى : وهو حاد المزاج ٠
- بلغمى : وهو البليد الخامل ٠

وهذه المحاولة تعرف باسم "علم النفس التكوينى" والتى تقوم على أساس إقامة طراز الشخصية وفق الخصائص المورفولوجية للجسم ٠

(خليل ميخائيل ، ٢٠٠١ : ٤٤٥) (عبد الرحمن العيسوى ، ١٩٩١ : ١٦٩)

ومن هذه المحاولات قام العالم الألمانى " كرتشمر " Kruchmer بالربط بين التركيبات الجسمية وبين الشخصية فقد قسم كرتشمر الأنماط الجسمية إلى ثلاثة أنواع هى :

١- النمط البدين Pyknic Type وهو يتميز بشخصية دورية المزاج وإذا قدر لهذا النوع الإصابة بمرض عقلى فهو يصاب بالهوس الإكتئابى ٠

٢- النمط النحيل Asthenic Type وهو يتميز بشخصية فصامية المزاج ٠

(خليل ميخائيل ، ٢٠٠١ : ٤٤٥ – ٤٤٦)

٣-النمط الرياضى Athletic Type وهو يوجد لدى الفرد صاحب الجسم المربع وذو العضلات المفتولة ٠

(عبد الرحمن العيسوى ، ١٩٩١ : ١٦٩)

ولقد وضح " نكاراتى " Naccarati الإتجاه المورفولوجى وعلاقته بالشخصية محاولاً ربط البنية الجسمية بالذكاء مستعيناً بالقياس الكمى فى ذلك ٠ وقد لاحظ " نكاراتى " فى بحوثه أن الأذكياء يكونون طوال القامة ، نحاف وذوى جذع صغير وأطراف قوية ، أما الأغبياء فهم على العكس من ذلك يتميزون بضخامة وكبر الجذع وأطراف أقل نمواً ٠

(خليل ميخائيل ، ٢٠٠١ : ٤٤٦ – ٤٤٧)

وترتبط الأبحاث الأكثر حداثة فى هذا الإتجاه بأسم " شيلدون " Sheldon (١٩٣٨) الذى نجد فى نظريته عرضاً واضحاً قوياً للأهمية الحاسمة لبناء الجسم الفيزيقى كمحدد للسلوك. وقد ميز شيلدون بين ثلاثة نماذج جسمية هى :

١-الأندومورف Endomorph ويتميز بضخامة الأحشاء والسمنة المفرطة ٠

٢- الميزومورف Mesomorph ويتميز بالقوة العضلية ٠

٣- الأكتومورف Ectomorph ويتميز بدقة تقاطيع الجسم وأستطالة أجزائه وضعف النمو فى الجهاز الحشوى والعظمى العضلى ٠

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٣ : ١٦)

ويقابل هذه الأبنية ثلاثة أنماط مزاجية هى :

١-النمط الرخو Viscerotonia (ويقابل البنيان الجسمى الأندومورف) ويمتاز بحب الراحة والاقبال على الناس والنهم فى الأكل ٠

٢-النمط العضلى Somatotonia (ويقابل البنيان الميزومورف) ويمتاز بقوة العضلات ٠

٣-النمط المكبوت Cerebrotonia (ويقابل البنيان الأكتومورف) ويمتاز بالقمع واليقظة وسيطرة النواحى العقلية ٠

(عبد الرحمن العيسوى ، ١٩٩١ : ١٧١)

وهكذا نرى أن العلاقة بين السلوك والبنيان الجسمى كانت دائماً موضع انتباه الفلاسفة وعلماء النفس والأطباء ٠

وفى العصر الحديث ادرك العلماء مجموعة من الأمراض أرجعوها إلى أسباب نفسية واجتماعية كالقلق والتوتر والخوف والصدمات والأحداث الاجتماعية كالإفلاس ، ولكن أعراضها تتخذ شكلٌ جسمياً وهى أمراض كثيرة الإنتشار وتعرف بالأمراض السيكوسوماتية أو النفسجسمية ٠

(عبد الرحمن العيسوى ، ٢٠٠١ : ٨٥)

ولقد لاحظ " فرويد " أن هناك ارتباطات لا يمكن أن تتجزأ بين العقل والجسم ، فجميع التقارير التى قدمها عن حالاته تحاول تقدم تفسير الأعراض البدنية المفاجئة وخصوصاً الفقدان الكلى للإحساس أو للوظيفة الحركية تحت مسمى اضطراب الوظائف النفسية .

وقد أكد كل من " فرويد " Freud " وبرويير " Breuer على أن الأحداث والخبرات النفسية المدفونة فى اللاشعور من الممكن فى ظروف معينة أن تؤدى للأعراض التبدينية والخلل الوظيفى ٠

(Anne , Byrne , 1992 , P. 87)

وفى الأربعينات وبداية الخمسينات من القرن العشرين كانت أغلب الدراسات مشتقة من مقابلات التحليل النفسى مع المرضى الذين يعانون من العديد من الأمراض البدنية ، وقام كلٌ من "الكسندر"Alexander " ودنبار " Dunbar بتطوير رؤية جديدة تشير إلى أن هناك علاقة مباشرة ومميزة بين الصراع الذى ينشأ داخل النفس وظهور الأعراض البدنية ، وأن وجود هذا الصراع يؤدى إلى المرض٠

(Anne & Byrne , 1992 , P. 88)

فالنفس عندما تمرض يمرض البدن ، وعندما يمرض البدن تمرض النفس وهكذا فالعلاقة وثيقة بينهما ولا يمكن فصل كلُ منهما عن الآخر ٠

أى ينبغى أن ننظر للمرض على أنه يصيب الإنسان كله ، وليس قدمه فقط أو ذراعة فقط أو صدره أو عقلة فقط ، وإنما يصيب المرض الإنسان كله بما فيه من نفس وجسم ٠

(عبد الرحمن العيسوى ، ١٩٩٧ : ١٤)

وترى الباحثة الحالية أن الإنسان فى العصر الحالى لديه فرصة إصابة النفس والجسم بالأمراض عالية نتيجة للضغوط النفسية ونتيجة للتلوث البيئى الذى يزداد يوماً بعد يوم فأصبح الإنسان محاصراً من كل الإتجاهات لذا من السهل أن تمرض النفس نتيجة للضغوط النفسية ، كذلك من اليسير أن يمرض البدن نتيجة للتلوث البيئى الذى يحيط بالفرد من كل مكان من هواء ملوث بعادم السيارات وغذاء مليئ بالهرمونات والمواد الكيماوية ، وهكذا نجد أن الإنسان فى العصر الحالى يصاب بالعديد من الأمراض نتيجة لتوافر العوامل المؤذية لكل من النفس والجسد .

وكما يرى " ماسلو " فإن هناك العديد من الحاجات التى ينبغى على الفرد إشباعها حتى يصل إلى درجة معقولة من السواء النفسى وحتى يشعر بالرضا والسعادة ، كإشباع الحاجات البيولوجية الأساسية من طعام وشراب وجنس ، والحاجة للأمن ، كذلك الحاجة للحب والإنتماء ، وتقدير الذات، وتحقيق الذات . ونجد أن ظروف الحياة الحالية قد لا يستطيع فيها كثير من الناس تحقيق أدنى هذه الحاجات لذا ينشأ القلق والتوتر النفسى ويشعر الإنسان فى كثير من الأوقات بعدم السعادة وينعكس

هذا على بدنه ، لذا بدأت تظهر فى الأونة الأخيرة العديد من الأمراض الجسدية نتيجة لمرض النفس (الأمراض السيكوسوماتية) كمرض السكر وارتفاع ضغط الدم وزيادة ضربات القلب وقرحة المعدة .....ألخ حيث تؤثر الحالة النفسية السيئة فى نشأة وحدوث مثل هذه الاضطرابات .

ثانياً : طبيعة الاضطرابات السيكوسوماتية

لقد كانت تعرف هذه الاضطرابات قبل نشر الإصدار الرابع من الدليل التشخيصى والإحصائى للأمراض النفسية DSM.IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسى عام (١٩٩٤) بالاضطرابات السيكوفسيولوجية أو الاضطرابات السيكوسوماتية فى حين وصفها الدليل التشخيصى الرابع تحت عنوان " العوامل النفسية المؤثرة على الحالة الطبية " ٠

(فى محمد السيد عبدالرحمن ، ١٩٩٩ : ٢٦٣)

وسوف تستخدم الباحثة فى هذه الدراسة مصطلح الاضطرابات السيكوسوماتية لسهولتة وعلى اعتبار أنه المصطلح الدارج وذلك للإشارة إلى " العوامل النفسية المؤثرة على الحالة الطبية (الصحية) "٠

ونجد أن إستخدام مصطلح السيكوسوماتية قد كثر فى الكتابات التى قدمها الطبيب النفسى الألمانى " هينروث " Heinroth والطبيب النفسى الانجليزى " بيكنيل " Bucknil فى القرن التاسع عشر. ومع أن استخدام مصطلح السيكوفسيولوجى قد شاع فى نهاية عام ١٨٠٠ م (بداية القرن الـ ١٩) واستخدمه " إيفان بافلوف "و"ولتر كانون " فى أبحاثهم العلمية وظل من النادر إستخدام السيكوسوماتية حتى عام (١٩٣٠م) ، فإن أول من قدم الطب السيكوسوماتي هو" دوتيش " Deutsch فى عام (١٩٢٢) ، كما أكدت " دنبار " Dunbar على هذا المصطلح وأكدت على أنه نقطة منطقية ومشروعة للبحث العلمى ٠

(Kaplan & Sadock's , 2000 , chapter 25. CD)

تعريف الإضطربات السيكوسوماتية :

مقدمة:

إن مصطلح السيكوسوماتية " يتكون من شقين Psycho بمعنى النفس و Soma تعنى الجسم وهو مصطلح يونانى أى نفس – جسمى. فالطب السيكوسوماتى يهتم بالعلاقة بين العوامل النفسية والظواهر الفسيولوجية بوجه عام ، والنشأة المرضية للمرض بشكل خاص ٠ ويتسع محيط الطب السيكوسوماتى حتى يشمل المنهج والإجراءات الخاصة برعاية المرضى ، الأمر الذى يؤكد على أهمية العوامل النفسية والاجتماعية بجانب الرعاية الطبية " ٠

(Kaplan & Sadock's , 2000 , chapter 25 , CD)

وفيما يلى عرض لبعض التعاريف الخاصة بالاضطرابات السيكوسوماتية :

حيث يعرفها " هاس " Hass (١٩٧٩) بأنها الأمراض البدنية التى لها جذور سيكولوجية، فالكائن البشرى عبارة عن وحدة متكاملة يعمل فيها الجسم والنفس معاً فى نظام متكامل ، وقد يكون للعنصر النفسى أهمية قليلة أو كثيرة ٠ وهى تبقى فى البداية جسمية بكل معنى الكلمة ، ولكنها غالباً ما تكون ناشئة عن التفاعل بين العوامل الجسمية والانفعالية وتتأثر بمواقف حياة الفرد وضغوطها ٠

(Hass , 1979 , P. 99 ٢٢ : فى جمال تفاحة ١٩٩٦)

ويعرفها حسن مصطفى بأنها مجموعة من الأعراض والشكوى التى تكون الأعراض فيها طبية واضحة تماماً ويدخل ضمنها اضطراب أو خلل أو إصابة بعض الأعضاء أو الأجهزة الجسمية، ولكنها ترتبط إرتباطاً وثيقاً بمتغيرات وعوامل نفسية ، أبرزها العوامل الدافعية والعوامل الانفعالية والوجدانية والضغوط البيئية ومن أمثلتها الربو الشعبى ، وقرح المعدة والأمعاء ، وضغط الدم المرتفع... الخ وهذه الاضطرابات تحتاج إلى العلاج النفسى بجوار العلاج الجسمى ٠

(حسن مصطفى ، ١٩٨٤ : ٢٠-٢١)

ويرى كمال البنا أنها الاضطرابات التى تصيب أحد أجهزة الجسم نتيجة لضغوط نفسية متراكمة وتترك تلفاً وأثاراً فسيولوجية كخلل فى أعضاء الجسم ويمكن للطبيب كشفه بإستخدام وسائله التشخيصية ، والعلاج النفسى عنصر هام فى شفائها ، وأجهزة الجسم التى تظهر فيها هذه الاضطرابات هى التى تخضع للجهاز العصبى المستقل ٠

(كمال البنا ، ١٩٨٧ : ٤٥)

ويعرفها محمود أبوالنيل بأنها الاضطرابات الجسمية المألوفة للأطباء والتى يحدث بها تلف فى جزء من أجزاء الجسم أو خلل فى وظيفة عضو من أعضائه نتيجة اضطرابات انفعالية مزمنة نظراً لاضطراب حياة المريض ، والتى لا يفلح العلاج الجسمى الطويل وحده فى شفائها شفاءاً تاماً وذلك لاستمرار الاضطراب الانفعالى وعدم علاج أسبابه إلى جانب العلاج الجسمى.

(محمود أبو النيل ، ١٩٩٤ : ١٦٠)

كما يعرفها جمال تفاحة بأنها مجموعة من الأعراض والشكاوى والآلام الجسمية التى تصيب عضواً معيناً من أعضاء الجسم وتتأرجح حدتها بين الزيادة والنقصان تبعاً للعوامل النفسية المتمثلة فى الاضطرابات الانفعالية والوجدانية والضغوط البيئية بالإضافة إلى احباطات الطفولة ولا تعالج إلا باستخدام أسلوب العلاج النفسى والطبى معاً ٠

(جمال تفاحة ، ١٩٩٦ : ٢٧)

ويعرفها أحمد عكاشه بأنها اضطرابات عضوية يلعب فيها العامل الانفعالى دوراً هاماً وقوياً وأساسياً ، وعادة ما يكون ذلك من خلال الجهاز العصبى اللاإرادى ٠

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ : ٥٣٧)

ويرى عبد المطلب القريطى بأنها مجموعة من الأمراض العضوية أو الجسمية ذات منشأ نفسى ، حيث تلعب العوامل الانفعالية أو الضغوط أو الصراعات النفسية دوراً بارزاً فى ظهورها ، وذلك من خلال الجهاز العصبى المستقل الذى يتحكم فى نشاطات مناطق وأجهزة معينة من الجسم ٠

(عبد المطلب القريطى ، ١٩٩٨ : ٤٢٣)

ويعرفها عبد الرحمن العيسوى بأنها مجموعة من الأمراض التى تنتج عن أسباب نفسية ، بينما تتخذ أعراضها شكلٌ جسمياً ٠من تلك الأسباب التعرض للقلق والصراع والفشل والإحباط والحرمان والقسوة والإهمال والطرد والنبذ والأزمات والمشكلات . ومن أشهر هذه الأمراض قرحة المعدة ، والقولون ، وارتفاع ضغط الدم والبول السكرى ، والسمنة ، والربو الشعبى ٠

(عبد الرحمن العيسوى ، ٢٠٠١ : ١٧)

وترى الباحثة الحالية أن التعاريف السابقة ركزت على أثر العوامل الانفعالية والضغوط فى نشأت الاضطرابات السيكوسوماتية ، بإستثناء تعريف أحمد عكاشة الذي يحمل معني أنه توجد عوامل أخري تؤثر في الاضطرابات السيكوسوماتية بالإضافة إلى العامل الانفعالي .

حيث هناك العديد من العوامل التى تتضافر معاً وتكون سبباً فى نشأة وحدوث الاضطرابات السيكوسوماتية ، وهذه العوامل هى العامل الوراثى والعامل النفسى والعامل البيئى ، فعلى سبيل المثال مرض الربو الشعبى نجد أن الفرد الذى يكون أكثر عرضة للإصابة به هو الذى ينحدر من عائلة بها بعض الأفراد المصابين بالربو الشعبى ، كما ان العوامل البيئية كالغبار والأتربة وعادم السيارات وبعض الروائح وحبوب اللقاح فى بداية فصل الربيع أو أكل أنواع معينة من الأطعمة كل ذلك يؤثر على الأفراد المعرضين للإصابة بالربو ، إضافة لذلك (العوامل الوراثية والبيئية) هناك العامل النفسى الذى قد يعجل بحدوث النوبة الربوية أو يقلل منها أو يجعلها لا تحدث فهو من وجهة نظر الباحثة أهم هذه العوامل حيث أن الحالة النفسية الطيبة للفرد تجعله يقاوم العديد من الأمراض وتعمل على زيادة كفاءة جهاز المناعة بالجسم .

كذلك أوضحت التعاريف السابقة أنه لعلاج هذه الاضطرابات لابد ان يكون العلاج النفسى مصاحب للعلاج الطبى (الدوائى) .

مدى حدوث الاضطرابات السيكوسوماتية :

إن حوالى ٤٠ : ٦٠ ٪ من المرضى الذين يترددون على الأطباء شُخصت حالاتهم على أنها أمراض عضوية يلعب العامل النفسى فيها دوراً مهماً وهى أكثر حدوثاً فى الطبقة المتوسطة حيث التأثر واضح بالحياة وهى أكثر شيوعاً لدى الإناث أكثر من الذكور ٠

(حامد زهران ، ١٩٩٧ : ٤٦٩)

ثالثاً : ضغوط الحياة وعلاقتها بالاضطرابات السيكوسوماتية

مقدمة :

لقد أصبحت كلمة " ضغوط " من الكلمات المعتاد استخدامها في حياتنا اليومية ، كأن يقول الشخص " انا مضغوط " ليعبر بها عن الجهد أو المشقة أو المطالب أو الظروف الصعبة التي يقابلها في حياتة اليومية . وهي متنوعة منها ما هو في مجال الأسرة والعمل ، ومجال العلاقات الاجتماعية، كذلك الضغوط المرتبطة بالنواحي الصحية والاقتصادية والتعليمية ، ومنها ما هو متعلق بالناحية البيئية من رطوبة وارتفاع درجة الحرارة والضوضاء .... كل هذه الظروف والعوامل إلى حد ما موجوده مُنذ الوجود الإنسانى ، ولكن إيقاع العصر السريع وزيادة التطور العلمي والتكنولوجي جعل الفرد يشعر بضرورة مواكبة هذا التطور ومن ثم زاد العبء عليه وأصبح علي الفرد إنجاز العديد من المهام في وقت قصير جداً مما جعله يشعر بالضغط stress بصورة مستمرة ٠

ولا تمثل هذه الأحداث الطبيعية والاجتماعية ضغوطاً في حد ذاتها وإنما هي ضغوط عندما يدركها الفرد كذلك ، وعندما تنمعة من تحقيق هدف يسعي إلي تحقيقة أو معني يحاول أن يتمثلة وتكون الضغوط هنا هى الشعور بالوطأه والإنضغاط الناتج عن وجود موضوعات بيئية تمنع الفرد من تحقيق أهدافه ويكون معناها أيضاً المطالب التي تفوق أو تتجاوز قدرة الشخص علي تحملها ومواجهتها.

(هارون الرشيدي ، ١٩٩٩ : ٤)

كذلك يري " لازاروس " Lazarus أن الضغط علاقة بين مثير (حالة ملحة) واستجابة وهي " القدرة علي المواجهة بدون عواقب هدامة " وهكذا يوجد الضغط عندما تفوق المتطلبات البيئية قدرة الفرد علي المواجهة ، فإن واجه الفرد هذه المتطلبات بكفاءة لا تحدث ضغوط ، وعلي العكس اذا كانت مهارات مواجهة الفرد ضعيفة وغير فعاله فقد يحدث الضغط .

(بشري إسماعيل ، ٢٠٠٣ : ١٣)

تعريف الضغوط :

لقد استعار الباحثون فى مجال العلوم الاجتماعية مصطلح الضغط أو الإجهاد أو الشدة Stress من مجال علم الفيزياء ليعبر عن القوة التى تقع على سطح من السطوح أو جسم من الأجسام ٠

(محمد السيد عبدالرحمن ، ١٩٩٩ : ٢٩٣)

وفي اللغة الإنجليزية وردت ثلاث مصطلحات هي الضغوط stressor لنشير الي تلك القوي والمؤثرات التي توجد في المجال البيئي (فيزيقية ، اجتماعية ، نفسية) والتي يكون لها قدرة علي إنشاء حالة ضغط ما ٠

ومصطلح ضغط stress ليعبر عن الحدث ذاته أي وقوع الضغط بفاعلية ضواغط ، أي أن الفرد تحت طائلة ضغط ما .

ومصطلح إنضغاط strain ليشير إلى حالة الانضغاط التى يعانيها ويئن منها الفرد والتى تعبر عن ذاتها فى الشعور بالمحنة أو الكرب ، ويعبر عنها الفرد بصفات مثل خائف ، قلق، مكتئب ، مشدود ، متوتر ، ومتوجس .

(هارون الرشيدى ، ١٩٩٩ :١٥)

وتعرفها "راوية دسوقى" بأنها مجموعة من التراكمات النفسية والبيئية والوراثية ، والمواقف الشخصية نتيجة للأزمات والتوترات والظروف الصعبة والقاسية التى يتعرض لها الفرد ، وتختلف من حيث شدتها ، كما تتغير عبر الزمن تبعاً لتكرار المواقف الصعبة التى يصادفها الفرد ، بل وانها قد تبقى وقتاً طويلاً إذ ما استمرت الظروف المثيرة لها وتترك آثاراً نفسية على الفرد .

(راوية دسوقى ، ١٩٩١ : ٢٠٤ – ٢٠٥)

كما تعرفها ممدوحة سلامة على أنها " كل ما من شأنه أن يجبر الفرد على تغيير نمط قائم لحياته أو لجانب من جوانبها بحيث يتطلب منه ذلك أن يعيد أو يغير من توافقاتة السابقة " ٠

(ممدوحة سلامة ، ١٩٩٦ ، ٢٩٧)

ويعرفها أحمد عكاشة بأنها المشقة أو الإجهاد أو الكرب والكرب هو " تحدى عوامل غير سارة لطاقة التأقلم والتكيف للفرد ، وتعتمد كمية الشدة أو الإنعصاب اللازمة لنشأة الأمراض النفسية على تكوين واستعداد الفرد الوراثى "

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ :١٠٨)

ويرى مصطفى باهى وآخرون أن الضغط النفسى هو عبارة عن العنصر المجدد للطاقة التكيفية لكل من العقل والجسم ، فإذا كانت هذه الطاقة يمكنها إحتواء المتطلبات ، وتستمتع بالإستثارة المتضمنة فيها ... فإن الضغط يكون مقبولا ومفيداً ، أما إذا كانت لا تستطيع ، ووجود الإستثارة يضعفها ، فإن الضغط لا يكون مقبولاً وغير مفيد بل ضار .

(مصطفى باهى وآخرون ، ٢٠٠٢ : ٢٠٣)

فسيولوجية الضغوط النفسية : استجابة النضال – أو – الهروب

The physiology of stress : the fight – or – Flight Response

إن الضغوط النفسية من الممكن أن تؤدى إلى سوء توافق بدنى وإنفعالى وسلوكى . ولكن كيف يمكن للتغيرات الحياتية أن تؤدى إلى إعلال الصحة ؟

نجد أن الإجابة تكمن فى أحد الميكانيزمات الفسيولوجية التى تعرف باستجابة النضال – أو – الهروب وهى آلية موجودة لدى البشر وأغلب الحيوانات وهى تُعدنا لمواجهة المخاطر البدنية الفيزيقية . فعلى سبيل المثال أجدادنا فى مرحلة ما قبل التاريخ والمقيمون فى الكهوف عندما يخرجون لإستكشاف البيئة التى تحيط بهم فيجدون أمامهم نمر ضخم وذو مخالب قوية هنا يظهر رد فعل النضال – أو – الهروب فنجد أن اجسادهم تستعد إما لمقاتلة النمر أو الهروب منه من خلال سلسلة من التغيرات الفسيولوجية والسيكولوجية التى تعدهم لإجراء رد فعل بدنى لمواجهة الخطر كما يوضحها جدول رقم (١)

(Abascal et al . , 2001 ,P.19)

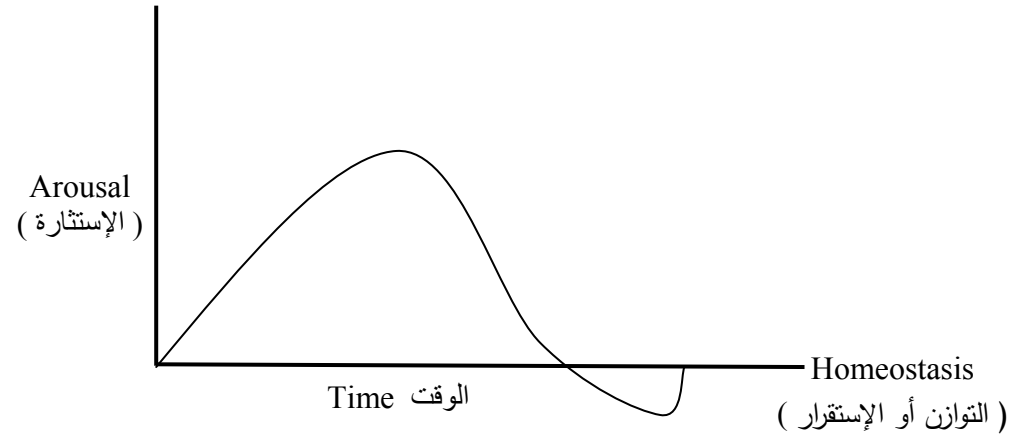
جدول رقم (١)

يوضح علامات استجابة النضال – أو – الهروب نقلا عن (Abascal et al . , 2001 ,P. 20)

الأفكار المتسابقة	تضييق مدى الانتباه
زيادة النبضات	خفقان القلب
صرير الأسنان	الشد العضلى
التململ أو فرط الحركة المعتدل	الطبق على الاسنان
الإرتجاف والأرتعاش	ضيق المعدة
سرعة أو قلة التنفس	زيادة العرق
التعبير الحاد والخطير	ضيق مجال الرؤية
الشعور بالتنميل	برودة اليدين
السلوك الاندفاعى	الحزن والضيق الانفعالى
عدم القدرة على التركيز	جفاف الفم

وعند العودة للمثال السابق (الأجداد المقيمون فى الكهوف قبل التاريخ) نجد أن جسم وعقل الإنسان يكون فى موقف لا يحسد عليه للتعامل مع الخطر الذى يعوقه . هذا النشاط لا يستمر لفترة طويلة وعلى أية حال عندما يذهب النمر ينتهى لديهم الاحساس بأنهم فريسة ويشعرون بالهدوء والراحة حتى يصلوا إلى مرحلة من عدم النشاط الآلى . ثم بعد ذلك يعود الجسم لحالته الفسيولوجية العادية ويعود الى حالة من التوازن والاستقرار وبعد فترة بسيطة من هذا الموقف فلن يكونوا فى حاجة لاستمرار تلك الحالة . كما فى شكل رقم (١)

(Abascal et al. , 2001 , pp. 19-20)



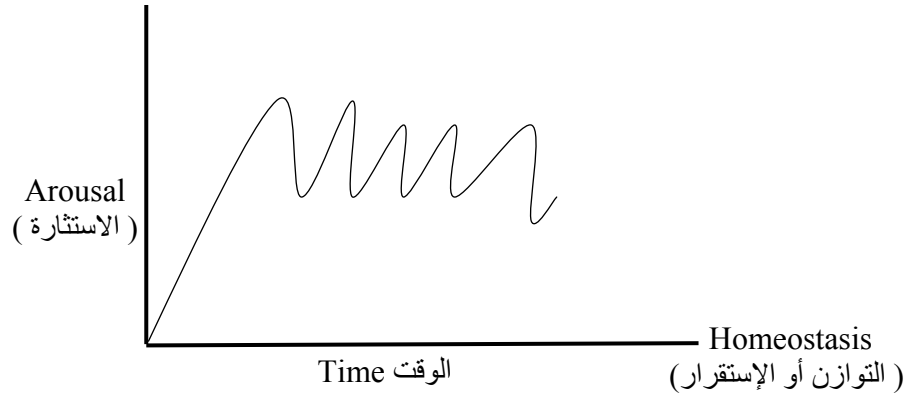
شكل رقم (١)

يوضح حالة التوازن الطبيعية فى الجسم بعد زوال المؤثر الضاغط نتيجة لعدم استمرار هذا الضاغط . نقلاً عن (**Abascal et al., 2001 , P22**) .

ومن وجهة نظر " ابسكال " Abascal فإن الإنسان فى العصور القديمة كان يستعيد توازنة وإستقرار حالتة الفسيولوجية بصورة جيدة دون حدوث ضواغط بصورة مستمرة . حيث أن الضغوط التى كان يعايشها الأجداد فى الماضى لها بدايات مميزة ونهايات محددة .

أما الأحداث التى نعايشها الآن فإنها أكثر استمراراً فبمجرد الشفاء والتغلب على استجابة النضال أو الهروب يظهر حدث آخر حقيقى أو خيالى يثير لدينا نفس الاستجابة مرة ثانية ، وهكذا ليس لدينا فرصة حقيقية للتغلب على الضغوط واستعادة التوازن قبل مواجهة ضغوط جديدة أو قديمة تظهر من جديد فى واقعنا . ويمكن التعبير عما سبق فى شكل رقم (٢)

(Abascal et al . , 2001 , p.22)



شكل رقم ٢

يوضح حالة عدم التوازن فى الجسم نتيجة لاستمرار الضغوط .

نقلا عن (Abascal et al ., 2001 , p.23)

ويرى" ستروب " stroebe (2000) أن الأحداث الضاغطة للحياة مثل فقدان وظيفة أو وفاة زوج أو زوجة مرتبطة بزيادة المخاطر لحدوث الاضطرابات الفيزيقية والكيميائية ، حيث أن الضغط النفسى يمكن أن يؤثر بصورة مباشرة على الصحة وذلك من خلال التغيرات التى تحدث فى فسيولوجية الجسم . كما أن الضغوط من الممكن أن تؤثر كذلك على الصحة بطريقة غير مباشرة من خلال التغيرات التى تحدث فى سلوك الفرد .

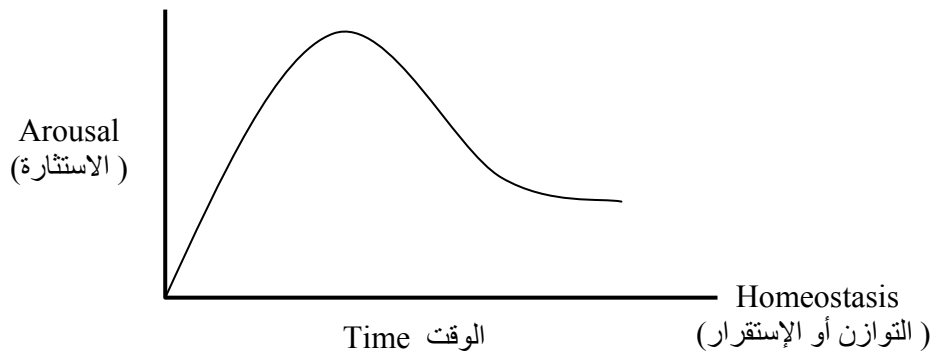
(Stroebe , 2000 , P.224)

كذلك يرى " جالاتين " Gallatin أن الضغط الناتج عن أسباب نفسيه له دور كبير فى حدوث الأمراض السيكوسوماتية التى تظهر فى صورة آلام واضطرابات جسمية . فقد يسبب الضغط الانفعالى المستمر والصراع النفسى خللا فى التوازن الهرمونى أو تلفاً فى أجزاء معينة من الجسم.

(حسن مصطفى ، ٢٠٠٣ : ٢٠)

وهذا ما يوضحة أيضاً " ابسكال " Abascal من أننا يوماً بعد يوم نواجة وابلاً من الضغوط المستمرة . ونشعر بالراحة عندما ننام ليلاً ولكن حتى فى أحلامنا من الممكن أن نحلم بتلك الضواغط وتظهر لدينا نفس استجابة النضال – أو – الهروب مرة ثانية وفى اليوم التالى نستيقظ ونحن فى حالة فسيولوجية من حالة التوازن النسبى حتى تبدأ دورة كاملة مرة أخرى ٠ وبعد عدة سنوات من هذه الحالة ننسى أن هناك ما يسمى بالراحة أو الاسترخاء ونعتاد حالة الاستثارة الآلية ويبدو أن تلك الحالة تهدأ مقارنة ببداية إستثارة النضال – أو – الهروب ولكنها فى الواقع أعلى من استعادة التوازن الذى نحتاجة للمحافظة على الصحة ويتضح هذا كما فى شكل رقم (٣)

(Abascal etal ., 2001 , P.22)



شكل رقم (٣)

يوضح أنه باستمرار الضغوط بعد فترة من الزمن لا يستطيع الجسم ان يصل إلى حالة التوازن الطبيعية كما فى شكل رقم (١) نقلاً عن **(Abascal et al .,2001 P. 23)**

ويعتبر " هانز سيلى " Hans selye من أوائل الباحثين الذين قاموا بدراسة الضغوط وتأثيرها على النواحى الفسيولوجية حيث عرف سيلى (١٩٧٥) الضغط بأنه " استجابة غير محددة للجسم (عامة) لأى تهديد أو لخطر وأطلق عليها زملة التكيف العام٠ General Adaptation syndrome G.A.S

(Mc- Martin , 1995 , P.126)

ولقد وصف " سيلى " زملة التكيف العام G.A.S باستجابة ذات ثلاث مراحل بترتيب لا يتغير وذلك عند التعرض لضاغط كما يلى :

أول تلك المراحل هى مرحلة رد فعل الإنذار بالخطر Alarm Reaction وفيها ينشط الكائن بسبب تهديد لخطر يلحق به فنجد أن الغدة النخامية تقوم بإفراز هرمون أدرينوكورتى كورتروفيك Adrenocorti Cortrophic ويقوم هذا الهرمون بإثارة الغدة الإدرينالية لإنتاج حالة عامة من تنشيط الجهاز العصبى الذاتى ٠

أما المرحلة الثانية فأطلق عليها مرحلة المقاومة Resistance stage ويتم فيها إستخدام التغيرات الفسيولوجية التى ظهرت من المرحلة الأولى لتزويد الكائن الحى بالطاقة اللازمة لمواجهة والتغلب على حالة التهديد .

وفى النهاية مرحلة الإنهاك والتعب Exhaustion stage وتحدث هذه المرحلة عندما تستمر مرحلة المقاومة لفترة طويلة ولم يتمكن الكائن الحى من مواجهة حالة التهديد . فنجد أن المصادر الفسيولوجية للتنشيط تقل ويدخل الكائن الحى فى مرحلة خطورة التعرض للمرض أو الموت كما يتضح فى جدول (٢)

(Anne & Byrne , 1992 , P. 89)

جدول رقم (٢)

يبين زملة التكيف العام GAS نقلاً عن (**Abascal etal . , 2001 , P.21**)

المرحلة الأولى : الإستجابات اللحظية (الفورية) : الجسم يحصر مصادرة للقوة والسرعة	
المخ	يجعل الجسم كسول فى إحساسه بالآلم كطريقة وقائية وتتحسن الذاكرة والتفكير .
العين	تتسع حدقة العين لرؤية أفضل .
الرئة	تمتص أكبر قدر من الأكسجين .
الكبد	ينتقل السكر المخزون على هيئة الجلوكوجين الى جلوكوز للطاقة .
القلب	ينتقل مجرى الدم المزيد من الأكسجين والجلوكوز والدهون كوقود للطاقة ويزداد معدل ضربات القلب ويرتفع ضغط الدم .
الغدة الأدرينالية	يفرز اللب الداخلى هرمون الغدة الأدرينالية المسئول عن النضال أو الهروب .
الطحال	يتدفق المزيد من خلايا الدم الحمراء مما يسمح للدم بحمل المزيد من الأكسجين ونقله للعضلات .
الأمعاء	يقل الهضم مما يسمح للجسم بتحويل الطاقة الى العضلات .
الشعر	يقف شعر الجسم وعندما يحدث ذلك لدى الحيوانات يجعلها أكبر وأكثر خطورة .
العضلات	تشتد العضلات وتأخذ وضع الإستعداد للنضال أو الهروب .
المرحلة الثانية : الاستجابات المتأخرة بعد دقائق قليلة من استجابة النضال أو الهروب نجد أن الجسم يقوم بعمل بعض التغيرات حتى يستعيد الاستقرار ويستعيد حيويته	
المخ	يتم إثارة ما يسمى الهيبكمبس (قرن آمون) Hippcampus فى الدماغ وهو مركز الذاكرة لعملية الضغوط .
جهاز المناعة	تقل استجابة النضال وتزداد الطاقة .
الكبد	يتم نقل الطاقة المخزونة على شكل دهون إلى طاقة قابلة للاستخدام .
الغدة الأدرينالية	تفرز مادة الكوريتزول التى تنظم عملية الأيض أو التمثيل الغذائى والمناعة.
المرحلة الثالثة : الإستجابات المزمنة : عندما تكون الاستجابة نشطة لفترة طويلة فإن ذلك يؤثر على جهاز المناعة ويضر بالقلب والمخ .	
المخ	يصبح الكوريتزول مادة سامه لخلايا المخ ويؤدى إلى تدمير القدرة المعرفية والوهن والغضب وزيادة الإكتئاب .
جهاز المناعة	تكرار الإستجابات الضاغطة يؤدى إلى عدم مقاومة الخلايا للعدوى .
الأمعاء	يحدث إنخفاض فى تدفق الدم مما يجعل البطانة المخاطية عرضه للقرح
الجهاز الدورى	يزداد معدل ضغط الدم ومعدل ضربات القلب مما يؤدى إلى تدمير مرونة الأوعية الدموية .

ولقد صنف "هانزسيلى " كل الأمراض السيكوسوماتية فيما يسمى بأمراض التكيف وذلك لأنها تنتج عن المقاومة المستمرة للضغط كمحاولات للعضو للتكيف مع البيئة ٠

(فى بشرى إسماعيل ٢٠٠٤ : ٤٥ Mednick et al. , 1975 , P.119)

فعلى سبيل المثال فإن معظم المشكلات الصحية المزمنة مثل أمراض القلب والسرطان والسكر والأزمات الربوية كلها لها عوامل نفسية كامنة داخل الفرد ومقاومة مستمرة للضغوط وهذه العوامل تعتبر أساس لإدارتها وللتحكم فيها ، كذلك علاجها ٠

(Curtis , 2000 , P. 86)

الاستجابة السيكولوجية للضغوط The psychological Response

إن الأشخاص وهم تحت تأثير الظروف الحياتية يشعرون بالهموم والضغط النفسى وأقرب حالة انفعالية تماثل الهموم النفسية هى القلق ٠ وهناك بعض الجدل حول ما إذا كان التعرض لأحداث الحياة مسئول عن القلق العيادى على المدى البعيد أم إذا كان القلق يُعد مجرد إندفاع وإلحاح للعمليات النفسية والاجتماعية والبيولوجية الأكثر تعقيداً وعموماً فإن هناك شاهد على أن الضغوط النفسية طويلة المدى تؤدى إلى إحداث قلق مزمن قد ينتقل إلى إكتئاب ٠

(Anne & Byrne , 1992 , P. 101)

سمات البيئة الاجتماعية الضارة والمثيرة للقلق :

Characteristics of the noxious social environment

إن العاملين فى ميدان الصحة النفسية يدركون الدور الذى تلعبه البيئة الاجتماعية فى تقدير دورة المرض . ففى بداية الستينات من القرن الماضى قام كلُ من "هولماز وراه" Halmes & Rahe" بنشر أول قائمة عن الضواغط أو الأحداث الحياتية المثيرة للضغط وحاولا فيها تحديد سمات ومعالم البيئة الاجتماعية التى تؤثر على الفرد وتساهم فى بداية المرض أو زيادة حدة المرض الموجود .

وهى قائمة تحت اسم قائمة " الخبرات الحالية " وتضم (٤٣) حدث أو موقف حياتى قد يحدث لآى شخص فى أى مرحلة من مراحل حياته . وتتراوح تلك المواقف بين مواقف تافهة أو عديمة القيمة مثل الحصول على تذكرة لدخول الحديقة إلى أحداث لا يمكن إنكار تأثيرها على أغلب الناس مثل موت عزيز أو قريب أو صديق.

(Anne & Byrne , 1992 , P. 92)

وفى عام (١٩٨١) قام " هندرسون " Hendrrson وآخرين بإعادة تعديل وتنقيح العبارات لضمان وجود جميع الأحداث والمواقف وعمل قائمة لقياس الأحداث الحياتية المعاصرة وهى تشتمل على (٧٣) عبارة تتضمن الأحداث أو الخبرات الحياتية التالية :

- المرض أو الإصابة بحادث – الحرمان من الأم أو الأب بموتهم – الحمل أو الولادة .
- تغيير العلاقات – الإنفصال (الاجتماعى) – تغيير الظروف الحياتية .
- التعليم – موقف العمل – الموقف المالى والمادى .
- الصعوبات القانونية – الإحباط وخيبة الأمل – القلق أوالضغوط المستمرة .

(Anne & Byrne , 1992 , PP. 92- 93)

سمات البيئة الاجتماعية الوقائية :

Characteristics of the protective social environment :

إن البيئة الاجتماعية التى تتسم بوجود شبكات العمل الاجتماعى والتى تقدم المساندة الاجتماعية للأفراد قد تكون عاملاً واقياً للفرد من الضغوط الحياتية .

وتشير المساندة الاجتماعية إلى مجموعة العلاقات والتفاعلات الاجتماعية مع الآخرين بحيث يمكن الاعتماد عليهم والثقة بهم وقت الحاجة إليهم .

(Kaplan , 1981 , pp. 413- 420)

فهى تنطوى على المساعدات التى يقدمها الآخرون للفرد سواء نفسية أو مادية لمساعدتة على مواجهة ضغوط الحياة ، فمن خلالها يشعر الفرد أن لديه آخرون يثق بهم ويعتمد عليهم وقت الشدة ووقت الحاجة إليهم . والمساندة الاجتماعية لها العديد من الأشكال كتقديم النصيحة والإحساس بالحب والعناية وتوفير المتطلبات المادية وقت الحاجة .

وهناك ستة فئات من شبكات العمل الاجتماعى بترتيب تنازلى للقوى تعطى المساندة :

١-التعلق : ويكون مشروطاً بعلاقات وجدانية حميمية تقدم الإحساس بالمشاركة والأمن .

٢-التآلف الاجتماعى : ويكون مشروطاً بعضوية فى مجموعة من الناس لديهم اهتمامات وقيم مشتركه .

٣-فرصة التنشئة : رعاية الأطفال وتعتمد فى أغلب الأحيان على الوالدين أو كبار الأقارب.

٤-ضمان تقدير الذات : ويتم الحصول عليها من العلاقات التى تؤدى الى تقدير الذات .

٥-الإحساس بالتبعية : ويتم الحصول عليها من إدراك أن الآخرين موجودين هنا لمساعدتنا على مواجهة الأزمات أو الإحتياجات .

٦-المساعدة والتوجيه : ويتم فيها البحث عن النصيحة الرسمية وغير الرسمية والمساعدة لمواجهة احتياجات معينة .

(Anne & Byrne , 1992 , p. 95)

فالمساندة الاجتماعية (كأحد العوامل البيئية) تتوسط العلاقة الإرتباطية بين التوتر والمرض . وهى تعبر عن شبكة العلاقات الاجتماعية التى توفر للفرد الإهتمام والرعاية والتقبل والتواصل وعضوية الجماعة والمساعدة الملموسة وقت الحاجة ، والنصيحة لمواجهة المشكلات .

(محمد السيد عبدالرحمن ، ١٩٩٩ : ٣١٨)

رابعاً :الانفعالات والاضطرابات السيكوسوماتية

أثر الانفعال على الناحية الجسمية :

هناك علاقة وثيقة بين الحالة الانفعالية للفرد وحالته الجسمية فكلما كانت الخبرة الانفعالية طيبة (ساره) كلما شعر الفرد بالسعادة وبدا ذلك واضحاً على حالتة الصحية والجسمية من قوة ونشاط. وعلى العكس كلما خَبر الفرد انفعالاً غير سار كالحزن أو الغضب شعر بالتعاسة ووضح أيضاً ذلك على حالته الجسمية من خمول وعدم نشاط وضعف .

فالانفعال كما يعرفه عبد الله عسكر هو حالة من التوتر النفسى الشعورى تعترى الكائن الحى وتصحبها تغيرات سيكوفسيولوجية خارجية وداخلية ، ولا يمثل الانفعال حالة جزئية ، بل حالة تحدث فى السلوك آثارها على الإنسان كله نفسياً وجسمياً وتعم . وتحدث نتيجة لفقدان التوازن مصحوبة بالألم فى حالات الانفعالات السلبية مثل الغضب والحزن والفشل فى تحقيق حاجات الفرد، أو الفرح والنشوة والإنطلاق كالانفعالات الايجابية نتيجة تحقيق حاجات الفرد أو الفوز بجائزة .

(عبد الله عسكر ، ١٩٩٨ : ١٢٩)

ولقد تعددت الملاحظات التجريبية والإكلينيكية فى السنوات الأخيرة لتوضيح الأثر البالغ الذى تحدثة الصدمات الانفعالية فى الجسم عندما ينشأ من تكرارها حالة مستمرة من التوتر النفسى .

(آمال عبد السميع ، ٢٠٠٣: ١٧٢)

حيث أن حالة الإستثارة الانفعالية العالية لمدة طويلة تؤدى إلى الإضرار بسلامة الأداء النفسى للأشخاص ، بل أحياناً يؤدى استمرار التوتر الانفعالى لمدة طويلة إلى الإضرار بصحة الفرد الجسمية وإلى حدوث الأمراض السيكوسوماتية .

(ممدوحة سلامه ، ١٩٩٦ : ٢٤٤)

ويُلخص عبد الله عسكر خطورة الانفعالات على الناحية الجسمية والعقلية على النحو التالى :

١-يؤثر الانفعال على التفكير الذى يصل لحد التوقف الفكرى أو أختلال التفكير مثلما يحدث فى بطء التفكير فى حالات الحزن والإكتئاب .

٢-يقلل الانفعال من قدرة الشخص على ضبط النفس والتصرف الإرادى ، والاتيان بالسلوك العشوائى المضطرب .

٣-اضطراب الذاكرة المرتبط بالأحداث الانفعالية .

٤-إذا استمر الانفعال بدون خفض حدة التوتر تحدث الأمراض السيكوسوماتية وأهمها قرحة المعدة والإثنى عشر ، وارتفاع ضغط الدم ، والربو الشعبى .

(عبدالله عسكر ، ١٩٩٨ : ١٣٣)

لذا فالأمراض السيكوسوماتية ما هى إلا التورط الانفعالى فى الأعضاء والأحشاء التى تُغذى بالجهاز العصبى اللاارادى ، وعادة ما يعانى المريض من القلق والإكتئاب ، بل أحياناً ما يهدد القلق حياته .

(احمد عكاشة ، ١٩٩٨ : ٥٣٧- ٥٣٨)

وهناك علاقة مباشرة بين الانفعالات والجهاز العصبى الذاتى (اللاإرادى) الذى تنتقل إليه هذه الانفعالات عن طريق المهيد Hypothalamus والجهاز العصبى الذاتى يترجم التوتر الانفعالى المنقول إليه إلى تغيرات فسيولوجية فى وظائف الأعضاء ، وبعد عملية تحويل الانفعالات المزمنة إلى أعراض نفسية جسمية تختص هذه الانفعالات ولا تظهر على السطح ويكون التركيز كله على الاضطراب الجسمى . والأجهزة التى يسيطر عليها الجهاز العصبى الذاتى هى الجهاز الدورى والتنفسى والهضمى والغدى والعضلى والهيكلى والتناسلى والبولى والجلدى .

(حامد زهران ، ١٩٩٧ : ٤٦٩)

وفى حالة الانفعالات العنيفة مثل الثورة أو الغضب فإن الجزء السمباثاوى من الجهاز العصبى المستقل أو الذاتى أواللاإرادى يزيد من مقدار مخرجاته العصبية ، بينما الجزء الباراسمبثاوى يقلل من تلك المخرجات العصبية .

فمثلا فى الحالات الانفعالية الهادئة أو السارة مثلما يحدث عند هضم الطعام فإن الباراسمباثاوى يزيد من دفعاته العصبية ، بينما تقل تلك الخاصة بالجهاز السمباثاوى .

(عبد الرحمن العيسوى ، ١٩٩٧ : ٣٣- ٣٤)

إن الحالة السوية السليمة هى حالة التوازن بينهما (السمباثاوى ، الباراسمباثاوى) أى التوازن بين تأثير التنبية والاستجابة ويوجد أفراد يكون لديهم السمباثاوى أو الباراسمباثاوى هو السائد ويسمى الأول sympatheticotonic وأطلق على الثانى vagotonic ويتميز الأول بسرعة النشاط وزيادة الحركة ، ويستيقظ بسرعة ويبدأ فى نشاطة مباشرة ويميل للانفعال السريع .

أما الشخص الثانى فيميل الى البطء فى الحركات ويحتاج لفترة طويلة لينتقل من النوم الى الصحو.

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٣ : ٥٦)

كذلك فمن المعروف أن الشخص السوى (نسبياً) يصرف انفعالاته وتوتره ، كالعدوان من خلال الأنشطة الملائمة اللفظية أو العملية وعند المصاب بالعصاب النفسى قد لا يكون هذا التصريف مباشراً ، وإنما عبر بعض الحيل الدفاعية كالإسقاط والتبرير والإزاحة والتعويض والتقمص والإنكار . أما عند المريض السيكوسوماتى ، فإن قنوات التصريف تكون مسدودة ، ويصرف التوتر من خلال الأحشاء أو الأعضاء الحشوية وتتم هذه العملية على مستوى اللاشعور بعيداً عن الخبرة الواعية ، ولذا لا يدرك الإنسان السبب الحقيقى وراء آلامه الجسمية .

(عبد الرحمن العيسوى ، ١٩٩٧ : ٢٧)

لذا يفترض " ديكسون " أن الاضطراب السيكوسوماتى هو حالة خاصة من نقص الوعى أو ضعف الإدراك بالعوامل الكامنة وراء المرض السيكوسوماتى ، حيث أظهر بعض المرضى السيكوسوماتيين غياباً ملحوظاً بالشعور بالأسباب الحقيقية لمرضهم .

(Christie & mellett , 1981 , P. 131)

ويعتبر إدراك الفرد للتحكم فى مجرى أمور حياته من أهم متغيرات الشخصية التى يفترض أنها تخفف أو تقى من الأثر النفسى الذى تحدثه الأحداث الضاغطة أو الانفعالية على الصحة الجسمية والنفسية ، فإدراك الفرد للتحكم يؤثر فى كيفية ادراكة وتفسيره للحدث وكذلك فى كيفية مواجهتة لهذا الحدث ، فالأفراد الأكثر قدرة على التحدى والسيطرة على الانفعالات والاستمرار فى مواجهة العقبات ، هم أكثر واقعية فى تقدير الحدث وأقل شعوراً بالتهديد .

(ممدوحة سلامه ، ١٩٩٦ : ٣٠١)

ولذا تؤكد مؤسسة السيكوسوماتيك بباريس على فكرة جوهرية خاصة وهى : إذ امتلك البالغ أو الطفل تنظيم نفسى– وجدانى صلب فإن ذلك يمثل الضرورة التى لا غنى عنها للدفاعات العقلية والتى تقف فى مواجهة انهيار التنظيم السيكوسوماتى .

(نيفين زيور ، ١٩٩٨: ٢٣٢)

ويذكر أحمد عكاشة عدداً من العوامل الانفعالية التى تؤدى إلى حدوث (نشأة) الاضطراب السيكوسوماتى وهى :

١–الحرمان من العناية والحب والعطف مع وجود رغبة ملحة من المريض فى الحصول عليها ، ومن هنا نشأت الصلة بين دلائل الحب وحركات المعدة ، ويستجيب الشخص للحرمان الذى يعانيه صامتاً بالطموح الزائد ، ومضاعفة الكدح والتظاهر بعدم المبالاه ، وبإرغام نفسه على بذل الحب والعطف لغيره ، ويظهر هذا فى مرضى قرحة المعدة .

٢-النزعات العدوانية والثورة ضد السلطة ، والتذمر من العمل ، ومحاولة تجنب المسئولية ، والصراع العنيف لمواجهة معضلة وجدانية لا يمكن حلها ولا تجنبها كما فى حالات ارتفاع ضغط الدم ٠

٣-الخوف من فقدان الأم أو من يقوم مقامها ، كالزوجة مثلاً فى حالة الأشخاص الذين لم ينضجوا انفعالياً ٠ أو الخوف من فقدان موضوع الحب ، حيث يظل هؤلاء الأشخاص متعلقين بالأم تعلقاً طفلياً كما فى حالات الربو الشعبى ٠

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٣ : ١٧٥ – ١٧٦)

ويرى أحمد عكاشة كذلك أن الأمراض السيكوسوماتية تنشأ عندما يعجز الفرد أن يعبر عن الانفعال بالكلمة ومن ثم يظهر الانفعال فى هيئة أمراض جسدية ، وكأنما الفرد بدلاً من أن يبكى بعينية ، فهو يبكى بأحد أعضاء جسمه مثل الجلد ، أو المعدة أو القولون أو القلب ٠٠الخ

(أحمد عكاشة ١٩٩٨ : ٥٣٨)

أى أنه إذا لم تتمكن انفعالاتنا من التعبير الظاهر عن نفسها بصورة ملائمة تتولى أجسمانا التعبير عنها ٠

(الزين عباس عمارة ، ١٩٨٦ : ٤٤)

أهم النظريات المفسرة لكيفية حدوث الانفعالات :

نظرية جيمس –لانج James – Lange :

فى عام (١٨٨٠) وصل كلٌ من " جيمس " الأمريكى و" لانج " الدنماركى إلى نظرية واحدة بصدد الانفعال رغم عدم إتصالها ببعض ٠

ومؤدى هذه النظرية أن المثيرات الخارجية تؤثر فى الجسم فتنشط الأعضاء فسيولوجياً لتعطى إحساساً معيناً يتحول إلى انفعال ، فحسب رأيهم أن الشخص يخاف لأن قلبه يزداد نشاطاً ويزيد إفراز العرق لديه ويضطرب تنفسه ، والواقع أن مضمون هذه النظرية أن الانفعال يحدث نتيجة للتغيرات الفسيولوجية ٠

(أحمد فائق ، ٢٠٠٣ – ٢٧٣)

ولقد صاغ جيمس نظرية فى الانفعالات بشكل جعل العربة تأتى قبل الحصان ، فنحن نخاف لأننا نجرى ، ونغضب لأننا نضرب ، بمعنى أنه لا وجود للانفعال إذا لم نشعر باستجابات جسمية معينة ويمكن أن تكون هناك أمثلة مؤيدة لهذه النظرية حيث نتعرف على خبرة الانفعال فى أعقاب ظهور استجابات جسمية معينة ، فمثلاً إذا تعثرنا فجأة أثناء نزولنا السلم ، فإننا سنمسك آلياً بحاجز السلم قبل أن نُدرك أو نتعرف على أننا فى حالة خوف ٠

(ممدوحة سلامة ، ١٩٩٦ : ٢٣٣)

نظرية كانون وبارد Canon – Bard :

حـاول علمـاء الفسـيولوجيا أن يتأكـدوا مـن نظريـة جـيمس ولانـج فقـاموا بـبعض التجـارب والملاحظات التى أنتهت بهم إلى رفض هذه النظرية ، فقد قاموا بتجارب على الحيوانات تتلخص فى قطع التوصيلات العصبية الخاصة بإثارة الأجهزة الفسيولوجية ٠ وكانت هذه التجارب تشير إلى أن تلك الحيوانات ظلت تُبدى الانفعال رغم عدم حدوث تغيرات فسيولوجية لديها ٠ ومن ذلك وصل كانون وبارد إلى أن الانفعال استجابة مستقلة عن المشاعر الفسيولوجية وأن الانفعال هو الذى يثير التغيرات الفسيولوجية فى أغلب الأحوال . وهكذا نقلت نظريات الانفعال إلى دراستة فى علاقتة بالشعور والسلوك ٠

(أحمد فائق ، ٢٠٠٣ : ٢٧٣ – ٢٧٤)

نظرية لندسلى (نظرية نشاط التكوين الشبكى فى جزع المخ) :

Lindsley's activation theory

تؤكد هذه النظرية على أن الهيبوثلاموس هو المصدر الأول فى تنظيم السلوك الانفعالى ، ولكنها أكدت على أنه لكى يقوم الهيبوثلاموس بوظيفتة يجب أن يكون تحت التأثير النشط المتواصل للجهاز الشبكى فى جزع المخ ، ونلاحظ دائماً أنه إذا أصبنا الجهاز الشبكى فى الحيوانات بتلف أو عطب ، يصبح الحيوان فى حالة دائمة من الكسل والميل للنوم مع انعدام الانفعال ، لذا تؤمن هذه النظرية أن التكوين الشبكى هو المصدر الأساسى للنشاط والتوتر والإثارة ومن خلال هذا النشاط يعمل الهيبوثلاموس على التعبير عن مظاهر السلوك الانفعالى ٠والتكوين الشبكى هو مجموعة من الخلايا العصبية موزعة فى جزع المخ وتنهى فى الهيبوثلاموس بإعطاء إشارات تنبيه للقشرة تؤثر على درجة اليقظة ٠

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٣ : ١٧١ – ١٧٢)

خامسا : التصنيف التشخيصى للاضطرابات السيكوسوماتية

التصنيف التشخيصى الخاص بالجمعية الأمريكية للطب النفسى

The American psychiatric Association's diagnostic Manuals.

فـى كتيـب التشـخيص الخـاص بالجمعيـة الامريكيـة للطـب النفسـى نجـد أن مصـطلح الـنفس فسيولوجى يشير إلى الحالات التى تؤدى فيها العوامل النفسية والانفعالية إلى أعراض جسمية تسمى السوماتية.

وفـى الطبعـة الثانيـة DSM.II المنشـورة فـى عـام (١٩٦٨) نجـده يشـير إلـى تلـك الحـالات بالحالات النفس فسيولوجية .

أما الطبعة الثالثة DSM.III التى نُشرت عام (١٩٨٠) فنجد أن هناك تغيراً ملموساً فى المصطلحات التى تتبنى العوامل النفسية التى تؤثر على الحالات البدنية ، ولقد ركزت دعوة "روبرت سبيتزر " Robert spitzer لمنع استخدام مصطلح النفس فسيولوجى على (٧) نقاط أساسية هى:

١-إنه نادراً ما يستخدم المصطلح الذى قدمه DSM.II كتشخيص .

٢-إن القرار الخاص بإذا ما كانت حالة المريض نفسية فسيولوجية أو عضوية قرار عشوائى غير دقيق .

٣-إن هذا المصطلح يقلل التعاون بين المتخصصين .

٤-إن هذا المصطلح يؤدى إلى استمرار الأفكار البسيطة عن أسباب المرض .

٥-البعض كان يستخدم هذا المصطلح عندما تفشل الجهود فى التشخيص الطبى والعلاج .

٦-إنه يشير الى السبب ولا يهتم بكيفية تأثير العوامل النفسية الاجتماعية على استمرار وزيادة المرض .

٧-عدم وجود معايير إجرائية واضحة تحدده .

(Kaplan & Sadock's , 2000, chapter 25. CD)

ولقد أضاف DSM:III مميزات كثيرة عن DSM:II لأنه أدمج الاسهامات فى مجال الطب النفسى وعلم النفس بصفة عامة مع الاسهامات المتعلقة بالمجال الطبى فى نظام تشخيصى متعدد المحاور . واعتبار الاضطرابات السيكوسوماتية فئة من الفئات المرضية وليست تشخيصاً محدداً بذاتها .

وكان القائمون بالعمل DSM:III يأملون أن تقوم تلك الفئة والنظام متعدد المحاور بتوسيع معدل العوامل النفسية التى تساهم فى بداية أو زيادة المرض البدنى ولقد تم إعادة تقييم هذه الفئة من الاضطرابات فى الاصدار الجديد DSM.IV .وحتى يتم جعل هذه الطبعة علاجية مفيدة اشتملت على تصنيفات فرعية تسمح للمعالجين بتحديد نوع العامل النفسى أو السلوكى الذى يؤثر على الحالة الطبية للمريض . ولقد اشتملت العوامل على عدد كبير من الظواهر النفسية والسلوكية التى تؤثر على الصحة البدنية .

(المرجع السابق)

وفيما يلى عرض للمعايير التشخيصية للأمراض السيكوسوماتية وفقاً DSM.IV (الاصدار الرابع) من الدليل التشخيصى والاحصائى للأمراض النفسية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسى عام (١٩٩٤) حيث وردت هذه المحكات تحت عنوان .

" العوامل النفسية التى تؤثر على الحالة الطبية " وكانت هذه المحكات على النحو التالى :

أ-وجود حالة طبية عامة .

ب–عوامل نفسية تؤثر سلبياً (عكسياً) على الحالة الطبية العامة بطريقة من الطرق الآتية :

١–العوامل التى تؤثر على الحالة الطبية من خلال الارتباط الزمنى بين العوامل النفسية وزيادة أو تأخر الشفاء من الحالة الطبية العامة .

٢–العوامل النفسية التى تتداخل مع علاج الحالة الطبية العامة .

٣–العوامل النفسية التى تعتبر مخاطر صحية إضافية للفرد .

٤–الاستجابات الفسيولوجية المرتبطة بالضغوط النفسية والتى تُعجل بحدوث أو زيادة أعراض الحالة الطبية العامة .

ويتم اختيار الاسم من خلال التركيز على طبيعة العوامل النفسية ، وإذا كان هناك أكثر من عامل يتم اختيار الأشهر (أكثرها ظهوراً) كالتالى :

– اضطراب عقلى يؤثر على الحالة الطبية . (حدد الحالة الطبية العامة)

مثال : اضطراب المحور (أ) مثل اضطراب الاكتئاب الأساسى الذى يؤدى إلى تأخر الشفاء من حالة قصور وظيفى بالقلب .

– أعراض نفسية تؤثر على ..... (حدد الحالة الطبية العامة)

مثال : الأعراض الإكتئابية التى تؤخر الشفاء من الجراحة ، و أعراض قلق تزيد من تفاقم نوبة الربو .

– سمات شخصية أو طريقة مسايرة أو نمط مواجهة يؤثر على .... (حدد الحالة الطبية العامة)

مثال : إنكار مريض السرطان لحاجته للجراحة ، والسلوك المضغوط الذى يؤدى الى اضطراب بالجهاز الدورى .

– سلوكيات صحية لا توافقية تؤثر على ..... (حدد الحالة الطبية العامة)

مثال : عدم ممارسة التمرينات الرياضية وممارسة الجنس بشكل خاطئ والإفراط فى الآكل .

– استجابات فسيولوجية مرتبطة بالضغوط النفسية تؤثر على .. (حدد الحالة الطبية العامة)

مثال: زيادة القرح المرتبطة بالضغوط وافراط النشاط وعدم انتظام ضربات القلب والصداع المرتبط بالتوتر .

– عوامل نفسية أخرى غير محددة والتى تؤثر على .... (حدد الحالة الطبية العامة) .

مثال : العوامل البينشخصية وحضارية (العوامل الثقافية) والعوامل الدينية .

(DSM – IV , 1994 , P.678)

التصنيف الدولى International classification Diagnosis (ICD10)

يقوم التصنيف الدولى ICD للأمراض والمشكلات المرتبطة بالصحة الصورة (١٠) المنشورة فى عام (١٩٩٢) بتصنيف الاضطربات السيكوسوماتية على أنها " العوامل النفسية والسلوكية المرتبطة بالاضطرابات أو الأمراض المحددة فى أى مكان آخر " مع الإشارة إلى العوامل التى تؤثر على

علامات المرض البدنى أو تغير دورتة ". ولقد تم وضع رموز إضافية فى ICD-10 لتحديد اضطرابات محددة مثل الربو ، الأمراض الجلدية ، قرحة المعدة ، والقولون المخاطى ، القولون التقرحى ، والأرتيكاريا ويعد هذا التصنيف مكمل لـ DSM-IV فى الاضطرابات السيكوسوماتية .

(Kaplan & Sadock's , 2000 , chapter 25 , CD)

سادساً : التشخيص الفارقى للاضطرابات السيكوسوماتية

الاضطرابات السيكوسوماتية والعصاب:

هناك بعض التشابه بين الاضطرابات السيكوسوماتية وبعض الاضطرابات العصابية فى كثير من مظاهر الأعراض Symptoms فالأعراض فى الكثير منها أعراض جسدية كتعبير عن حالة القلق والانفعال الشديد ومن هذه الاضطرابات .

أ- هيستيريا التبدين أو الهيستيريا التحولية Conversion hysteria

ب- الاضطرابات التجسيدية Somatoform disorders

ومنها : ١-توهم المرض Hypochondrical disorder

٢-الإعياء النفسى (الينورستانيا) (النهك) (زملة التعب) Neurasthenia

أ-الهستيريا Hysteria :

الهيستريا اضطراب عصابى معروف مُنذ القدم ومصطلح الهيستريا مشتق من الكلمة اليونانية hysteron التى تعنى الرحم uterus حيث كان المعتقد الشائع عن الهيستيريا إنها مرض يصيب النساء بتجوال فى الرحم أو أن الرحم أنتقل من مكانه فى حوض الأنثى إلى مكان لآخر .

(عبد الله عسكر ، ٢٠٠٠ ،١٩٠)

وتبين خطأ هذا التفسير ، وإن كانت نسبة الإصابة بهذا الاضطراب عند النساء تفوق نسبتها عند الذكور .

(عبد الرحمن العيسوى ، ٢٠٠١ :١٦٧)

وتعرف الهيستيريا على أنها مرض عصابى أولى يتميز بظهور علامات وأعراض مرضية بطريقة لاشعورية ويكون الدافع فى هذه الحالة الحصول على منفعة خاصة أو جلب الإهتمام أو الهروب من موقف خطير أو تركيز الاهتمام على الفرد كحماية له من الألم النفسى الشديد ، وعادة ما يظهر هذا المرض فى الشخصية الهيستيرية التى تتميز بعدم النضوج الانفعالى مع القابلية للإيحاء .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ : ١٦٣)

وتتعدد أشكال الهيستيريا وتتعدد أعراضها ، فهناك الهيستيريا التحولية أو هيستيريا التبدين Conversion Hysteria والهيستيريا الانشقاقية dissociative Hysteria و أضاف فرويد هيستيريا القلق Anxiety Hysteria أو ما يسمية الفوبيا .

(عبد الله عسكر ، ٢٠٠٠: ١٩١)

أما الهيستيريا التحولية Conversion disorders فهى تتسم بوجود عرض أو أكثر من الأعراض المرتبطة بالوظائف الحسية أو الحركية الخاضعة لسيطرة الجهاز العصبى الإرادى مثل العمى والصمم والشلل الهيستيرى .

(Klykylo , 1998 , PP. 434 – 435)

حيث يتحول القلق والصراع النفسى بعد كبته إلى عرض عضوى أو جسمى ، يكون له معناه الرمزى ، ويكون ذلك بطريقة لاشعورية أى لا يفهم المريض المعنى الكامل لأعراضه العضوية وآلامه المختلفة ، وينفصل هنا السبب عن العرض ، ولا يستطيع المريض أن يربط بين أعراضة وظروفة البيئية .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ : ١٧٠)

كذلك يكون العرض حل رمزى للصراع الذى يعانيه الفرد ، دون أن يكون هناك خلل أو تغير عضوى (كما فى العمى الهيستيرى فالعين تكون سليمة من الناحية الفسيولوجية ، ولكن الخلل يكون فى وظيفة العضو فقط) .

أما فى الاضطرابات السيكوسوماتية فإن الاضطراب الدائب والضغوط والاحباطات المستمرة والقلق الشديد يؤدى إلى تبدلات عضوية ضارة وتغيرات فسيولوجية ثانوية فى جهاز أو عضو من أعضاء الجسم تؤدى إلى مرض حقيقى مثل قرحة القولون والمعدة وروماتيزم المفاصل ولا يكون لهذا التبدل أو التغير اى معنى لا شعورى .

(عبد المطلب القريطى ١٩٩٨ : ٤٢٤)

وتميز آمال عبد السميع بين كل من الاضطرابات السيكوسوماتية والهيستيريا التحولية فى أوجة الإختلاف التالية :

أولاً: من حيث دلالة العرض ومغزاه :

فالأعراض فى هيستيريا التبدين أعراض فيزيائية تمثل بشكل متنكر إشباعاً لرغبة غريزية لاشعورية أو كفاً لها أو الأمرين معاً أى أن الأعراض الفسيولوجية تعبير رمزى عن صراع لاشعورى له دلالة .

بخلاف الأعراض السيكوسوماتية التى تخلو من كل دلالة رمزية للعرض الخاص بعضو ما . ومعظمها أعراض ناتجة عن الانفعالات النفسية المزمنه واستمرارها فترة طويلة مع الاستعداد الوراثى السابق على الإصابة ، ونمط الشخصية كعامل محدد .

(آمال عبد السميع ، ٢٠٠١: ٢٨٨)

ثانياً: من حيث سيطرة الجهاز العصبى :

تنشأ الأعراض التحولية فى الأعضاء التى يسيطر عليها الجهاز العصبى الإرادى فنجدها تصيب الوظائف الإدراكية كحركة الأطراف أو العمليات الإدراكية كالإبصار أو الأحبال الصوتية ولذا تكون لها طبيعة إرادية .

أما الاضطرابات السيكوسوماتية تحدث فى أجزاء الجسم الخاضعة للجهاز العصبى اللاإرادى كالمعدة أو الشعب الهوائية والشرايين وهى أعضاء لا تخضع للتحكم الإرادى . ما عدا التهاب المفاصل الروماتيزمى حيث أن العضلات الهيكلية يسيطر عليها الجهاز العصبى الإرادى ولهذا أثارت تلك الفئة المرضية أعتراض بعض الأطباء على الشروط التى ذكرتها رابطة الطب النفسى الأمريكى للشرط الذى ينص على سيطرة الجهاز العصبى اللاإرادى على الأعضاء والأجهزة التى يشملها المرض السيكوسوماتى .

(آمال عبد السميع ، ٢٠٠٣ : ١٣٣)

وفى بحث قام به أحمد عكاشة مع لطفى فطيم عام (١٩٧٣) وجد أن الأمراض السيكوسوماتية الخارجية (مثل روماتيزم المفاصل) تختلف تماماً عن الأمراض الداخلية (مثل قرحة المعدة) خاصة بعد تطبيق اختبار رورشاخ عليهم ، حيث وجدا أن مرضى روماتيزم المفاصل يملكون حاجزاً ضد اختراق العدوان داخلهم وعكسه دائماً للخارج بعكس مرضى القرحة الذين يسهل أختراق حاجزهم وبالتالى امتصاص العدوان للداخل .

(احمد عكاشة، ١٩٩٨: ٥٤٢)

ثالثاً : من حيث الميكانيزم الدفاعى المستخدم :

تتميز هيستيريا التبدين بالكبت حيث أوضح فرويد أن الهيستيريا تنتج عن صدمه نفسية لا يكون للمريض عنها تذكر شعورى .

بينما نجد أن أهم ميكانيزم دفاعى لدى المرضى السيكوسوماتيين هو الإنكار Denial حيث يتسمون بكثرة تخيلاتهم الداخلية وعدم تمييز تعبيراتهم عن مشاعرهم ، ولهذا يعتبر لديهم الإمكانية الكافية على تحمل معاناة المشاعر والتعبير عنها داخلياً .

(آمال عبد السميع ، ٢٠٠١ : ٢٩١ – ٢٩٢)

وتلخص الباحثة الحالية الفروق بين الهيستيريا التحولية والاضطراب السيكوسوماتى فى الجدول رقم (٣) كما يلى :

جدول رقم (٣)

يلخص الفروق بين الهيستيريا التحولية والاضطراب السيكوسوماتى

وجه المقارنة	الهيستيريا التحولية	الاضطراب السيكوسوماتى
– الأسباب	صراع لاشعورى .	الضغوط وقمع الانفعالات .
– مدى إصابة العضو .	الإصابة فى وظيفة العضو فقط دون وجود اى اضطراب فسيولوجى .	الإصابة فى وظيفة العضو مع وجود اضطراب فسيولوجى حقيقى .
– سيطرة الجهاز العصبى.	الإرادى .	اللاإرادى .
– ميكانيزم الدفاع .	الكبت .	الإنكار.
– العرض.	له دلالة رمزية .	يخلو من اى دلالة رمزية .

(ب) اضطرابات جسدية الشكل Somatoform disorders :

إن السمة الرئيسية للاضطرابات جسدية الشكل هى الشكوى المتكررة من أعراض جسمية مع طلبات مستمرة بإجراء الاستقصاءات الطبية ، وذلك بالرغم من النتائج السلبية المتكررة وطمأنة الأطباء بأن الأعراض ليس لها أساس بدنى ، وإذا كان هناك أى اضطرابات بدنية فهى لا تفسر طبيعة أو شدة الأعراض ولا انزعاج وانشغال المريض .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ : ٢٠٧)

ومن هذه الاضطرابات :

١- اضطراب توهم المرض Hypochondrical disorder

وهو الانشغال الزائد بمرض وانشغال الشخص بصحته بشكل مُفرط وتفسيراتة غير الواقعية لأعراضة الجسمانية رغم أن الفحص الجسمانى الدقيق يؤكد عدم وجود مرض يمكن أن يفسر إحساسات المريض ، وهذا الاعتقاد أو الخوف غير المنطقى يظل ثابتاً رغم التأكيدات الطبية أنه ليس لديه مرض ، ولكن هذا الاعتقاد لا يصل الى شدة الضلال .

(محمود حموده ، ١٩٩١ : ٣٥٦)

٢-النيوراستينيا (الإجهاد أو الإعياء النفسى) Neuraesthenia

وهو مرض نفسى يتميز بالشعور المستمر بالفتور والتعب والإرهاق النفسى والجسمى ، ودائماً يشكو المريض أنه لا يستطيع القيام بأى نشاط جسمى أو نفسى مستمر .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٣ : ٢٨٧)

ويرى عكاشة أن الاضطرابات جسدية الشكل Somatoform disorder يوجد عادة فيها درجة من السلوك الجاذب للانتباه (الهيستيرى) خاصة فى المرض الذين يضايقهم فشلهم فى اقناع أطبائهم بالطبيعة البدنية الأكيدة لمرضهم والحاجة إلى إجراء المزيد من الفحوصات .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ : ٢٠٧)

ويتضح مما سبق أن الفرق الأساسى بين الاضطرابات السيكوسوماتية والاضطرابات جسدية الشكل هو أن المريض السيكوسوماتى لدية فعلا خلل واضطراب بأحد أجهزة الجسم التى يسيطر عليها الجهاز العصبى اللإرادى وذلك لاستمرار الانفعال وظروف الشدة التى يمر بها الفرد وهو يستجيب تدريجياً لوسائل العلاج الدوائى بجانب العلاج النفسى .

أما المريض باضطرابات جسدية الشكل فلا يكون هناك خلل فى الأعضاء الفسيولوجية ، ولا فى وظيفة الأعضاء (وهذا ما يفرقها عن الهيستيريا) ، وإنما الشكوى الأساسية لهؤلاء المرضى أنهم يعانون من بعض الأمراض العضوية وتكرار ذهابهم للأطباء باستمرار على الرغم من طمأنه الأطباء لهم باستمرار بأنهم ليس لديهم مرض .

الاضطرابات السيكوسوماتية والأمراض العضوية :

قد تتشابة الأعراض المرضية الناتجة عن الاضطراب السيكوسوماتى والناتجة عن المرض العضوى البحت والفرق لا يمكن إدراكه بسهولة إلا بعد الفحص الدقيق من جانب الأطباء وإجراء العديد من الفحوصات الطبية والمعملية فمثلاً قرحة المعدة الناتجة عن سوء استخدام بعض الأدوية أو تعاطى الكحوليات نفس أعراضها والشكوى منها تتشابه مع الناتجة عن زيادة القلق النفسى وزيادة الافرازات الحمضية فيها.

- ولكن أهم ما يفرق بين الاضطرابات السيكوسوماتية والأمراض العضوية أن الأخيرة تكون ناتجة عن العدوى أو الوراثة أو الإصابة المباشرة لأحد اعضاء الجسم (كما فى الحوادث) دون وجود عوامل نفسية .
- كما أن العلاج فى الاضطرابات السيكوسوماتية لابد أن يقترن بالعلاج النفسى إلى جانب العلاج الدوائى حتى يتم الشفاء بصورة جيدة .

سابعاً: التوجهات النظرية المختلفة المفسره لكيفية حدوث الاضطرابات السيكوسوماتية

الخلفية التاريخية والنظريات المبكرة History – Early theories :

إن مفاهيم العقل – البدن ترجع إلى المعتقدات القديمة التى تقول إن البدن من الممكن أن يتأثر بالقوى الخارجية ، ففى مرحلة ما قبل التاريخ كان الناس يعتقدون أن السبب فى المرض هو أرواح شريرة أو قوى شريرة وكان مفهوم المرض هو نتيجة تدخل إلهى لمعاقبة المذنبين والأشرار .

إن جذور الطرق الفكرية للنظرية السيكوسوماتية ترجع إلى اليونانيين القدماء أمثال هيبوقراط ، وأرسطو ، وأفلاطون وسقراط من خلال ملاحظتهم للعلاقة بين العقل والبدن.

والجدول التالى رقم (٤) يوضح تاريخ الطب السيكوسوماتى

(Kaplan & Sadock's , 2000 , chapter 25 , CD)

جدول رقم (٤)

يبين الخلفية التاريخية للطب السيكوسوماتى

نقلا عن (Kaplan & sadock's , 2000, chapter 25 , CD)

التوجه السيكوسوماتى	الحقبة التاريخية	التاريخ
الأمراض تحدث بسبب قوى روحية ويجب محاربة تلك القوى بالشعائر الروحية وإنه يجب إخراج الروح الشريرة التى تدخل الجسم وتؤثر عليه من خلال طرد الأرواح بالرقى والتعاويذ وغيرها من الطرق	المجتمع البدائى	١٠.٠٠٠ قبل الميلاد
الدين يسيطر على الطب ويعد هو الأداة الأساسية للعلاج	البابليون والأشوريون وحضارتهم	٥٠٠- ٢٥٠٠ قبل الميلاد
يرى سقراط "أنه من غير الممكن علاج العين دون الرأس ولا الرأس دون الجسم وليس من الممكن علاج الجسم دون الروح "أما هيبوقراط فيرى" أنه حتى يتم علاج جسم الانسان يجب أولاً معرفة كل شئ عن هذا الجسم ".	حضارة اليونانيين	٤٠٠ قبل الميلاد
تؤكد نظرية "جالين" Galen على أن المرض يحدث بسبب اضطرابات فى سوائل الجسم . وكان الطب يتبنى المنهج الكلى للمرض .	آخر الحضارة اليونانية وبداية الحضارة الرومانية	١٠٠-٤٠٠ قبل الميلاد
كانت الأساطير والدين يسيطرون على الطب فالخطيئة هى سبب الأمراض العقلية والجسمية .	العصور الوسطى	١٤٥٠-٥٠٠
تجدد الاهتمام بالعلوم الطبيعية واستخدامها فى العلاج وحدث تقدم فى التشريح والصفات التشريحية للجثث وإستخدام الميكروسكوب . وتم رفض التأثيرات الخرافية على الجسم لأنها غير علمية وتم إعادة دراسة العقل الى الفلسفة والدين .	عصر النهضة	١٧٠٠-١٥٠٠
انتشر الطب المعملى الحديث لـ "باستير" و "فيركو" Pasteur and virchow ولقد قال " فيركو" Virchow " إن المرض له أصل فى مرض الخلية وتم رفض الإتجاه السيكوسوماتى لأن جميع الأمراض يجب أن ترتبط بتغير تركيب الخلية وأن المرض هو الذى يتم علاجه وليس المريض .	القرن التاسع عشر	١٩٠٠-١٨٠٠
تؤكد أسس التحليل النفسى عند فرويد على دور المحددات النفسية فى الاستجابات التحولية للجسم . ولقد تقيدت المفاهيم المبكرة على الهسيتيرية التحولية. وقام الكسندر بتمييز الاستجابات التحولية عن الاضطرابات السيكوسوماتية ودراسة العوامل النفسية فى سلسلة المرض . وكان أول نموذج متكامل لدراسة الاضطراب السيكوسوماتى هو النفسى اجتماعى بيولوجى.	القرن العشرين	١٩٠٠ - ٢٠٠٠

وفيما يلى عرض لأهم التوجهات النظرية المفسرة لكيفية حدوث الاضطرابات السيكوسوماتية :

أولاً: التوجة البيولوجى :

يرى منظرو التوجه البيولوجى (الفسيولوجى) أن السلوك المرضى أو المرض النفسى ينتج من مشكلات ترتبط بالعوامل الوراثية (الجينية) والإختلالات الكيميائية الحيوية ، والتغير فى بنية ووظيفة المخ والجهاز العصبى .

(جمعة سيد يوسف، ٢٠٠١ : ٥١)

كما يرى أصحاب هذه النظرية أن العوامل الوراثية والأمراض الجسمية المبكرة فى حياة الفرد ونوعية الغذاء الذى يتناوله الفرد يمكن أن تؤدى إلى خلل واضطراب فى وظيفة عضو من أعضاء الجسم ، ويصبح هذا العضو عرضه أكثر للإصابة .

(سامى عبد القوى ، ١٩٩٥ : ٣٥٦)

ويؤمن أنصار هذه النظرية بأن أكثر الأعضاء ضعفاً هى التى تختل وظيفتها أو تصاب بالجرح عند استجابتها للمواقف الضاغطة ، فالسلسلة تنكسر عند اضعف حلقاتها ، والأنبوب ينفجر عند أقل أجزائه سمكاً .

(فى جمال تفاحة ، ١٩٩٦ : ٥٨ Lachman , 1972 , P. 57)

فعلى سبيل المثال : إذا كان الفرد مصاباً بعدوى فى جهازه التنفسى ، قد يؤدى القلق الانفعالى إلى إصابتة بالربو ، أى العضو الضعيف هو الذى تهاجمة نوبات المرض ، سواء كان هذا الضعف ناتجاً عن الوراثة أو الاستعداد أو من الإصابة بمرض سابق .

(عبد الرحمن العيسوى ، ١٩٩٧، ٢٩)

ثانياً: التوجة السيكودينامى :

إن العديد من المفاهيم السيكوسوماتية فى الطب النفسى المعاصر ترجع إلى فرويد الذى تؤكد نظرياته فى التحليل النفسى على دور العوامل النفسية فى إظهار بعض الاستجابات التحولية مثل (الشلل والعمى الهيستيرى) ولقد قامت المدرسة الفرويدية الحديثة بدراسة نظريته الأساسية وقدم النموذج الأولى لها " ساندور فرنشير " Sandor Ferenczi الذى استخدم النظرية لتوضيح بعض الأمراض مثل قرحة القولون .

(Kaplan & Sadok's , 2000 , chapter 25 : CD)

ولقد اهتمت مدرسة التحليل النفسى بالديناميات والتفاعل بين القوى الثلاث (الهو ، والأنا ، والأنا الأعلى) ويؤكد أصحاب هذا التوجة على ثلاثة مبادئ أساسية هى :

١-مبدأ الحتمية النفسية أى معظم سلوكنا محدد ولا يتم أختياره بحرية ، بل هو محدد بواسطة طبيعة قوى نفسية .

٢-إن هذه القوى تعمل بشكل لا شعورى .

٣-إن هذه القوى تتأثر بخبرات الطفولة .

(Alloy et al . , 1996 , P. 26)

- وقد وضح " فرويد " Freud (١٩٠٠م) بعض التغيرات الجسمية فى حالة الهيستيريا التحولية وأكثرها الشلل الهيستيرى حيث أن هذا النوع من الهيستيريا له سبب ومعنى رمزى حيث يعتبر تعبير رمزى لصراع لاشعورى ويتطلب من الأعضاء أن تنتبه من خلال الجهاز العصبى الإرادى، وأن الطاقة النفسية المكبوتة يحدث لها تفريغ من خلال منفذ فسيولوجى .
- أما " سميث جيلف " و" جورج جرودك " Smith Jelliffe & George Groddeck (١٩١٠) فقد أوضحا أن الأمراض العضوية مثل الحمى والنزيف لها معانٍ نفسية بمعنى أنه يمكن تفسيرها كأعراض تحولية

(Kaplan & Sadock's , 2000 , chapter 25 . CD)

- وقد أشار " الكسندر " Alexander (١٩٣٤) أن الأعراض السيكوسوماتية تظهر فقط فى الأعضاء العصبية التى تتنبه بواسطة الجهاز العصبى الذاتى ، ويرى أن هناك عوامل نفسية محددة تؤدى إلى حدوث مثل هذه الاضطرابات وأن الصراع اللاشعورى وما يستثيره من ميكانيزمات دفاعية تؤدى إلى العلل الجسمية .

(Lipowski , 1982 , PP. 5-6)

-أما " هيلين دنبار " Helen Dunbar (١٩٣٦) فقد قامت بربط نمط الشخصية وإصابة الفرد ببعض الاضطرابات السيكوسوماتية حيث قامت بوضع بروفيل شخصى للأفراد الذين يصابون بقرحة المعدة والإثنى عشر . وهى فكرة تشبه الفكرة التى قدمها " فريدمان " Friedman (١٩٥٩) عن النمط (أ) من الشخصية المعرض للإصابة بقصور الشريان التاجى .

(Kaplan & Sadock's , 2000 , chapter 25 , CD)

- وقد أشارت " هيلين دويتش " Helen Deutsch (١٩٣٩) أن الصدمات التى تحدث أثناء الولادة والرضاعة ، وفى مرحلة الطفولة تؤدى إلى ظهور أمراض سيكوسوماتية فى مرحلة الرشد .
- كما أشار " جارما " Garma (١٩٥٠) إلى أن القرح الهضمية لها معنى سيكولوجى محدد وتعد هذه الفكرة إمتداداً لمفهوم فرويد عن الأعراض التحولية وتشبه أيضاً المفهوم الذى قدمه "فرنشيز" .
- وأشار " رويش " Ruesch (١٩٥٨) إلى أهمية التفاعل بين الأفراد وأهمية الاتصال بين المريض والبيئة الاجتماعية ، حيث أن أى اضطراب فى التواصل يؤدى إلى نكوص الفرد إلى المرحلة التى

كان لا يستطيع التعبير فيها عن نفسه وينمو لديه ما يسمى بالشخصية الطفلية Infantile personality التى تكون عرضه وسريعة التأثر بالاضطرابات السيكوسوماتية .

(Kaplan & Sadock's , 2000 , chapter 25 , CD)

وعدم قدرة الفرد عن التعبير عن نفسه وعن انفعالاته بالكلمة تسمى Alexithymia "اليكسيثميا " ومن ثم يظهر الانفعال فى هيئة أمراض جسدية ، فبدلاً من أن يبكى الفرد بعينه ، فهو يبكى بأحد أعضاء جسمه مثل الجلد ، أو المعدة ، أو القولون أو القلب .....

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ : ٥٣٨)

ولقد قدم كلٌ من " سيفنوس " و"جون نيميه" sifneos & John Nemiah (١٩٧٠م) مفهوم الكسيثميا موضحان أن كبح القدرة على التعبير عن الصراعات الداخلية يؤدى إلى تكوين أعراض سيكوسوماتية ، ولقد تم تعديل المصطلح السابق على يد " ستودإمير" Stoudemire الذى نادى بمصطلح " سوماتوسيميا " Somatothymia أى الحالة الجسمية المرتبطة بحالة العقل مؤكداً على العوامل الثقافية عند استخدام لغة البدن والأعراض البدنية للتعبير عن الهموم والمشكلات الوجدانية .

(Kaplan & Sadock's , 2000 , chapter 25. CD)

أما " أوتورانك " Otto Rank فقد توصل إلى أن الإنسان يشعر فى جميع مراحل نمو شخصيتة بخبرات متتالية من الانفصال ، وأن ميلاد الطفل هو أهم وأول خبرة للانفصال تمر بالإنسان وتسبب لة صدمة مؤلمة وتثير فيه قلقاً شديداً ولقد سمى "رانك" ذلك بالقلق الأولي .

وهناك اختلاف بين نظريتى فرويد ورانك فيما يتعلق بصدمة الميلاد فبينما أهتم فرويد بالصعوبات الفسيولوجية والإحساسات البدنية المؤلمة المصاحبة لعملية الميلاد وأعتبرها العامل الاصلى المسبب للقلق ، فقد أهتم رانك بانفصال الطفل عن الأم وعن الحالة الأولية المريحة فى الرحم . وقد اعتبر " رانك " الانفصال عن الأم الصدمة الأولى التى يتعرض لها الطفل وأعتبر كذلك أن جميع حالات الانفصال التالية مثيرة للصدمة . فالفطام يعتبر انفصال عن ثدى الأم وهو يسبب صدمة ، والذهاب للمدرسة يثير القلق لأنه يتضمن الانفصال عن المنزل وهكذا ... ويعتبر القلق سبباً قوياً فى اختلال التوازن الكيماوى وبالتالى اضطراب الكثير من الوظائف مما يهيئ الجسد للإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية .

(فى محمد عبد العال الشيخ ، ٢٠٠٣ : ١٣٤ – ١٣٥)

ثالثاً : التوجه السلوكى :

ويرى أصحاب هذا التوجة أنه قد يكون من الأفضل عند محاولتنا فهم وتفسير سلوك الإنسان أن ندرس الظروف السابقة لحدوثة والنتائج التى أعقبت هذا السلوك أو الذى ترتبت عليه . دون أن

نهتم كثيراً بما يجرى داخل الكائن من عمليات عصبية أو فسيولوجية ، أى دراسة الأفراد من خلال ما يقومون به من سلوك لا من خلال ما يدور بداخلهم .

(ممدوحة سلامه ، ١٩٩٦: ١٤)

ومن أصحاب هذا التوجة :

– بافلوف : ويتمثل منهج بافلوف فى التجربة الكلاسيكية فى تدريب الكلاب على إفراز اللعاب من خلال موقف تشريطى وعُرفت تجارية بالتشريط الكلاسيكى Classical Conditioning

والمؤيدون للتشريط الكلاسيكى يرون أن كثيراً من اضطراباتنا وسماتنا الشخصية هى إستجابات اكتسبناها من خلال عملية تشريط كلاسيكية ثم تحولت الى عادات مرضية ، وهى ليست نتاجا لغرائز طبيعية أو صراعات داخلية .

(جمعه سيد يوسف ، ٢٠٠١ : ٨٥-٨٧)

– سكينر : وقد تحدث عن التشريط الاجرائى Operant conditioning وهو أن كثيراً من أشكال السلوك تصدر عن الكائن الحى دون أن تكون مرتبطة بمنبه محدد ، ذلك إلى جانب السلوك الذى يصدر عن الكائن ويكون مرتبطاً بمنبهات محددة ولقد أعطى "سكينر"skinner إهتماماً كبيراً لهذا النوع وأطلق عليه التشريط الفعال أو الإجرائى وهو أن السلوك هو محصلة ما يؤدى إليه من نتائج أو آثار .

(جمعة سيد يوسف، ٢٠٠١ : ٨٧ – ٨٨)

فبعض المرضى السيكوسوماتيين قد يكتشفون أنهم يحصلون على بعض المزايا أو المكافآت من جراء المرض مثل المعالجة والرعاية والاهتمام ، كما يمكن إعفائهم من بعض الواجبات ، بمعنى أن السلوك المرضى يجد تعزيزاً أو مكافآة أو تدعيماً فيستمر ويتكرر .

(عبد الرحمن العيسوى ، ١٩٩٧ : ٢٦٢)

فقد أوضحت دراسة " لاشمان " Lachman أن بداية ظهور أى مرضى سيكوسوماتى يمكن أن يكون بطريقة عرضية ، ولكن عن طريق عمليات المكافآت والتدعيم الذى يلقاه الفرد نتيجة لسلوكة وحالتة المرضية ، وكنتيجة لعملية تعميم المثيرات ، فإن السلوك المرضى يميل للظهور والتكرار فى مواقف مختلفة ولكن لها نفس المثيرات أو مثيرات مشابهة كنوع من الاستجابة المدعمة المتعلمة.

(فى مايسه شكرى ، ١٩٨٥ : ٤٠ Price , 1981 , P. 237)

– أما " باندورا " Bandura : فيرى أن عملية التعلم أو اكتساب السلوك تتم من خلال الملاحظة أو الاقتداء Modeling وهو يشير إلى أن معظم السلوك الإنسانى متعلم باتباع نموذج أو مثال حى وواقعى .

(جمعة سيد يوسف ، ٢٠٠١ : ٩٠)

فالسلوكيون يرون أن ما يصيب الإنسان من اضطراب انفعالى يكون نتيجة عدم قدرة الفرد على استيعاب المواقف الجديدة فى حياته ، الأمر الذى يترتب عليه وجود حالة من التوتر والاضطراب وعدم الاتزان أى فشل الفرد فى التعلم واكتساب سلوك جديد مناسب يؤدى إلى الشعور بعدم الرضا وعدم الراحة وبالتالى إحساس الفرد بالتوتر الذى قد يساهم فى حدوث الاضطرابات السيكوسوماتية.

(نبيلة إبراهيم ، ٢٠٠١ : ٦٥ -٦٦)

رابعا: التوجة المعرفى :

ولقد نشأ هذا التوجة لدراسة السلوك كرد فعل لضيق وجهة النظر الخاصة بالسلوكيين وتصور أن فهم سلوك الإنسان ممكن أن يقوم فقط على تحديد الظروف البيئية التى من شأنها أن تثير السلوك أو تواصله أو تعمل على تكراره ، أمر يتغاضى عن كثير من المجالات المثيرة لسلوك الإنسان . فالناس تخطط وتتخذ القرارات وفقاً لما يتذكرونه من معلومات ، وهم لا يستجيبون تلقائياً لأى مثير يقع على حواسهم ، بل هم يختارون انتقائياً من بين عديد من المثيرات التى تتطلب الإنتباه إليها قبل قيامهم بالاستجابة ، لذلك فالعمليات المعرفية لا ينبغى تجاهلها عند دراسة السلوك.

(ممدوحة سلامه ، ١٩٩٦ : ١٦)

فقد أوضح " لازاروس" Lazarus أن استجاباتنا الانفعالية تعتمد على كيفية ادراكنا وتقديرنا للموقف، كما أن هناك علاقة متبادلة بين النواحى المعرفية (المتمثلة فى المعتقدات والتصورات) والنواحى المزاجية حيث أن الحالة المزاجية للفرد تتأثر بالنواحى المعرفية والعكس صحيح .

(Williams , 1997 , PP. 2-3)

ويرى " إليس " Ellis وهو رائد العلاج العقلانى الانفعالى أن الاضطراب يحدث للناس بناء على أسلوب تفكيرهم الهازم للذات ، وغير المنطقى ، وخاصة تبنيهم لتفضيلات ورغبات معينة وجعلها فروضاً مطلقه وتعسفيه على أنفسهم وعلى الآخرين .

(جمعة سيد يوسف ، ٢٠٠١ : ١١٠)

وعلى هذا فالاضطراب السيكوسوماتى يحدث عندما يضع الفرد أهدافاً تفوق طاقته وقدراته، أو يفرض على نفسه إنجاز مهام كثيرة فى وقت قصير جداً كما فى الشخصية التاجية أى أن التفكير غير المنطقى من الممكن أن يؤدى إلى سلوكيات غير توافقيه .

خامساً: التوجة الثقافى الاجتماعى Sociocultural :

لقد اكد كلً من " كارين هورنى " Karen Horney (١٩٣٩) و" جيمس هاليدى " james Halliday (١٩٤٨) و"مرجريت ميد" Margret Mead(١٩٤٧)على تأثير الثقافة فى تطور

المرضى السيكوسوماتى . فيرون أن الثقافه تؤثر على الأم والتى بدورها تؤثر على الطفل فى علاقتها به مثل التنشئه ، ونقل القلق والتمريض .

(Kaplan & sadock's , 2000 , chapter 25 . CD)

ولقد تحدثت كارين هورنى (وهى من أنصار مدرسة التحليل النفسى الجدد التى أكدت على أهمية المتغيرات النفسيه والاجتماعيه فى سلوك الفرد وليس فقط القوى الغريزية كمحركات للسلوك) عن مفهوم القلق الأساسى وجعلتة محوراً لنظريتها فى الشخصيه .

حيث ترى هورنى أن اضطراب شعور الطفل بالأمن فى علاقته بوالدية يؤدى إلى القلق والطفل القلق الذى ينعدم لدية الشعور بالأمن يُنمى مختلف الأساليب ليواجة بها ما يشعر به من عزله وقلة حيلة ، فقد يصبح عدوانياً ينزع إلى الإنتقام لنفسه من هؤلاء الذين نبذوه أو أساءوا معاملتة ، أو قد يصبح مستمر الخضوع حتى يستعيد مرة أخرى الحب الذى يحس أنه فقده .

(هول وليندزى ، د. ت : ١٧٨ – ١٧٩)

وقد ناقشت " هورنى " العديد من الإستراتيجيات المستخدمه عامة فى مواجهة القلق وهى :

١- التحرك نحو الناس : فقد تأتى حماية الذات بالمبادأة بالعاطفة والاعتمادية والاذعان للآخرين .

٢- التحرك ضد الناس : وقد تأتى حماية الذات من خلال العدوان والعداء والهجوم .

٣- التحرك بعيداً عن الناس : وقد تأتى حماية الذات من العزلة والانسحاب بصوره طبيعية يستخدم الناس كل هذه الاستراتيجيات الثلاث .

وينتج الاضطراب والعصابية عندما يتبنى الفرد استراتيجية واحدة بصورة صارمة فتهيمن على شخصيته .

(رشدى فام وأحمد الشافعى ، ٢٠٠١ : ٣٨)

أما كلً من " توماس هولمس " Thomas holmes و" ريتشاد راه " Richard Rahe (1957) فقد ربطا بين ظروف الشده وعدد من الأحداث الحياتيه المثيره للمشقة واحتمال حدوث المرض. وأشار "جون كاسيل " john cassel (١٩٧٦) إلى أن العوامل النفسيه الاجتماعيه ممكن أن تكون ضواغط على الفرد أو أن تحمية وتقيه من امكانية التعرض للمرض .

(Kaplan & sadock's , 2000 , chapter 25 . CD)

سادساً : التوجه النفس فسيولوجى (السيكوفسيولوجى) : psychophysiological

وهذا التوجة يهتم بأثر العوامل الانفعاليه والضغوط على النواحى الفسيولوجية وأبرز هؤلاء العلماء الذين تحدثوا فى هذا المجال : " ولتر كانون " walter cannon (١٩٢٧) : الذى أشار إلى

التغيرات الفسيولوجيه لبعض الانفعالات والمشاعر وأهمية الجهاز العصبالذاتى فى انتاج تلك الاستجابات . وارتكزت مفاهيم كانون على تصميمات وتجارب بافلوف السلوكية والتجريبية .

(Kaplan & Sadock's , 2000 , chapter 25 . CD)

ويرى كانون أن التغيرات الفسيولوجيه تكون نمطاً منظماً وظيفتة إعداد الكائن الحى فى حالة الخوف مثلاً لمواجهة الخطر ، فإذا تعرض الإنسان لمواقف خطر كانت أهم التغيرات الفسيولوجية التى تعترية هى ارتفاع ضغط الدم ، وزياده ضربات القلب ، وزيادة إفراز الإدرينالين فى الدم ،ووظيفة الإدرينالين هى زيادة كمية السكر حتى يتولد النشاط للهجوم والدفاع ولتعويض الجهد المبذول .

(سعد جلال ، ١٩٨٥ : ٤٥٣)

أما " هارلود وولف " (١٩٤٣) : فقد ربط بين الضغوط الحياتية والإستجابات الفسيولوجية وذلك بإستخدام اختبارات معملية موضوعية وأشار إلى أن التغير الفسيولوجى إذا طالت مدته فإنه قد يؤدى إلى تغيرات فى تركيب وبناء الخلايا . وقدم "وولف" العديد من الأبحاث المتعلقه بالمناعة والقلب والغدد الصماء .

(Kaplan & sadock's , 2000 , chapter 25 . CD)

أما " هانز سيلى " Hans Seley (١٩٤٥) من خلال تركيزه على الأعمال السابقه للعلماء ومن خلال الملاحظات الاكلينيكيه للإستجابات الفسيولوجية للذكور الذين تعرضوا فى ظل ظروف الحرب للعديد من الضواغط بدأ سيلى سلسلة ، طويله ومفصلة من الدراسات الإكلينيكية والمعملية تهدف إلى استكشاف أسباب الاستجابات الفسيولوجيه للضواغط الخارجية ونتيجة لذلك توصل "سيلى " إلى أنه تحت الضغوط تنمو زمله التكيف العام G.A.S والتى فيها يؤدى التعرض إلى ضاغط إلى استجابه ذات ثلاث مراحل هى مرحلة الإنذار ومرحله المقاومه ومرحله الإنهاك .

(Anne & Byrne , 1992 ,P.89)

وأشار " جون ماسون " John Mason (١٩٦٨) : إلى أن الاستجابة الانفعالية للفرد هى المكون الأساسى لتحديد قوة الاستجابة الفسيولوجية المرتبطة بالضغوط وأشار كذلك إلى دور المتغيرات النفسية كعوامل وسيطة ورئيسية فى تنظيم الاستجابة الانفعالية. إن المفاهيم التى قدمها ماسون تشبه تأكيد لازاروس (١٩٨٤) على التقدير المعرفى للشخص للمثيرات المثيره للمشقة النفسية والضغوط كعامل هام لتحديد الاستجابة للضغوط .

(Kaplan & Sadock's , 2000 , chapter 25. CD)

أما " فريدمان " (١٩٥٩) و" روزنمان " Friedman & Rosenman قدما بحثاً رائداً مؤداه أن نمط الشخصية من الممكن أن يكون عاملاً قوياً فى الإصابة بأمراض القلب ، فهما نسبا حدوث النوبات القلبية إلى نمط معين من الشخصية سمى نمط (أ) وهم الأفراد الذين يناضلون دائماً لإتمام أشياء كثيرة فى وقت قليل أو فى مواجهة عقبات عديدة ويبدون بمظهر هجومى (إن لم يكن عدوانى)

وعندهم طموح لجلائل الأعمال والسلطة وهم دائماً منافسون ومتحكمون . وعادة ما يكونون فى سباق مع الوقت . ونادراً ما يضيعون الوقت فى الراحة .

(ليندا دافيدوف ، ٢٠٠٠، ١١٥ – ١١٦)

وفى فترة السبعينات والثمانينات من القرن العشرين استفاد "ليفى" Levi وتلاميذة من المقاييس المتوفرة للوظائف الفسيولوجية بطريقة أكثر حساسية وجديدة أكثر من الموجودة فى عهد سيلى Selye . وأوضح ليفى أن الضغوط والمرض يعتمدان على دراسة العوامل النفسية والاجتماعية للبيئة الإنسانية.

(Anne & Byrne , 1992 , P. 90)

سابعاً : نظرية النظم Systems theory :

لقد قدم " أدولف ماير " Adolph meyer (١٩٥٨) إتجاهاً نفسياً بيولوجياً لقياس وتحديد المرض مؤكدا على القياس التكاملى الذى يجمع بين النواحى النمائية والنفسية والاجتماعية والبيئية والبيولوجية .

ولقد أشار ليبوسكى Lipowski (١٩٧٠) إلى أن الدراسة الكلية للمرض السيكوسوماتى أمر ضرورى ، فالعوامل الخارجية (تأثير البيئة – العدوى – الثقافة) والعوامل الداخلية (الجينات الوراثية – والخصائص الجسمية والتكوينية) بالإضافة إلى التاريخ السابق والحالى للفرد كلها أمور ضرورية وينبغى على الباحثين المدربين فى العديد من المجالات دراستها ٠

ولقد قدم " هربرت وينر " Herbert weiner (١٩٧٧) نموذج تكاملى للظاهرة السيكوسوماتية وأكد ليس فقط على تكامل العوامل البيولوجية والاجتماعية والنفسية فى إسهامها فى حدوث المرض ولكن أيضاً على أهمية الجينات ومستوى الأداء العصبى الفسيولوجى ٠

ولقد قدم " ليون ايزنبرج " Leon Eisenberg (١٩٩٥) بحثاً معاصراً فى مجال الطب النفسى توصل فيه إلى أن العقل البشرى يستجيب للعوامل البيولوجية والنفسية عند اتصالهما معاً . فأغلبية مسارات المخ مخصصة وموجودة فى الجينوم (جزء بسيط من DNA) كذلك فتفاصيل إرتباط المخ بالمجال المحيط به موجود كذلك على الجينوم ٠ أى عندما يحدث اتصال بين العوامل الموروثة والعوامل الاجتماعية المحيطة تحدث الخبرة سواء نفسية أو اجتماعية ٠

(Kaplan & Sadock's , 2000 , chapter 25 . CD)

من خلال استعراض التوجهات النظرية المختلفة المفسرة لكيفية حدوث الاضطرابات السيكوسوماتية، نجد أن كل مدرسة تفسر حسب التوجه النظرى الذى تتبناه ولكن نجد أنهم جميعاً يشتركون فى تأكيد أهمية العوامل النفسية فى نشأة الأمراض السيكوسوماتية ٠

فالإنسان كل متكامل ونجد أن أضعف جزء فى جسم الإنسان هو الذى يستجيب أكثر للضغوط ، فالضغوط قد تكون من داخل الإنسان سواء شعورية أو لاشعورية ومن خارج الإنسان أياً

كان السبب ، البيئة الاجتماعية أو المادية فعندما يواجه الفرد الموقف الضاغط إذا لم يكن لديه السلوكيات الملائمة للموقف الذى يوجد فية فهو يسلك سلوكاً لا يتناسب مع الموقف وبالتالى يشعر بالضغط والتوتر وتبدأ الأنا الأعلى تضغط على الهو بمتطلباتها ومن ثم يستجيب لهذا الموقف باستجابات فسيولوجية من زيادة ضربات القلب وارتفاع ضغط الدم ٠٠٠ ومع استمرار هذه الاستجابات نتيجة لاستمرار الضغوط والانفعالات تحدث الأمراض السيكوسوماتية ولا نغفل كذلك دور البيئة الاجتماعية كعامل مهم وحاسم فى زيادة أو تخفيف الاضطراب السيكوسوماتى ٠

أى أنه من الأفضل أن ننظر إلى الاضطرابات السيكوسوماتية على اعتبار أنها نتاج مجموعة من العوامل المتداخلة ومن الصعب إرجاعها لعامل واحد ولهذا تتبنى الباحثة الحالية الإتجاه التكاملى فى تفسير الاضطراب السيكوسوماتى ٠

ثامناً: أهم الاضطرابات السيكوسوماتية ونمط الشخصية المصاحب لها

اضطراب الجهاز الهضمى Gastrointestinal Disorders :

ويقصد به أنواعاً خاصة من أمراض الجهاز الهضمى ، مثل قرحة المعدة أو الإثنى عشر ، والإلتهاب المعوى المزمن ، والتهاب القولون المخاطى ، والإمساك ، وفرط الحموضة ٠ وتلك الاضطرابات تلعب العوامل الانفعالية دوراً مسبباً فيها ٠

(أمال عبد السميع ، ٢٠٠٣ : ١٨٤)

وعن أسباب قرحة المعدة Peptic ulcer نجد أن السبب المباشر هو زيادة إفراز أحماض المعدة التى تلهب جدرانها وتهيجها وفى النهاية تؤدى إلى تآكل هذه الجدران .وهذه الزيادة فى الإفراز تأتى غالباً من حالة الضغط المزمن الناتج عنه توتر إنفعالى مستمر ٠

(محمود أبو النيل ، ١٩٩٤ : ٢٧٢)

ويرى "وولف " Wolf أن التوتر الانفعالى قد يولد تآكلٌ أو تخريباً فى جدار المعدة وخلاياها وكذلك خللاً فى تفاعلاتها الكيميائية ٠

(عطوف ياسين ، ١٩٨٨ : ٦٠)

وعن شخصية مريض القرحة يرى أحمد عكاشة أن مريض القرحة جسور ، ودؤب ، يعمل بإتقان وإخلاص، ومثابر ، ولكنه لا يعترف بلهفتة للسلبية الاعتمادية مما يسبب له صراعاً يوقعه فى هذا المرض . كما أن مريض القرحة يتميز بالشخصية الفمية وأنه قد ثبت فى نضوجة فى المراحل المبكرة مما جعله يعتمد على الغذاء السلبى ، ليس فقط من ناحية الطعام ، بل الحب ، والمادة ، والرخاء ، والنجاح ويلاحظ أن مريض القرحة يتحسن بالطعام وتسوء حالته عند الجوع ٠

(احمد عكاشه ١٩٩٨ : ٥٣٨)

وتزداد قرحة المعدة لدى الأفراد الذين يضطلعون بمسئوليات جسام كالأطباء ، ورجال الإدارة فى المصانع والمؤسسات ٠ ويكشف التحليل النفسى أن هؤلاء يكنون فى أعماقهم ميولاً قوية مكبوتة إلى العطف والإعتماد على الغير ، وهى ميول لا يطيقون مواجهتها أو الاعتراف بها لأنفسهم لما تشعرهم به من نقص وعجز وذنب ، ومن ثم يكبتونها ويحصنون أنفسهم ضدها بحيلة التكوين العكسى ، فيبدو الواحد منهم فى سلوكه الظاهر على عكس ما يضمر : يعطى ولا يأخذ ، يمنح ولا يمنع ، يعين ولا يطلب المعونة ، يكتفى بذاته ولا يعتمد على أحد ٠ فليس لسلوكه الظاهر إلا ستاراً يخفى وراءه ذلك الحنين اللاشعورى إلى تلقى العطف والمعونة من الغير ٠

(حسن مصطفى ، ٢٠٠٣ : ٥٣)

اضطرابات القلب والأوعية الدموية Cardiovascular disorders :

ومن هذه الاضطرابات نوبات زيادة ضربات القلب أو زيادة نشاط القلب وضغط الدم المرتفع والصداع النصفى وقصور الشريان التاجى ٠

(عبد الرحمن العيسوى ، ١٩٩٧ : ٢٠)

وهناك عوامل سببية أخرى – إضافة إلى الضغوط والتوتر الانفعالى المستمر – توصلت إليها الأبحاث وهى تمثل عوامل مخاطرة تساهم فى إمكانية تعرض الفرد باضطرابات الجهاز الدورى (القلب والأوعية الدموية) وهى ارتفاع نسبة الكوليسترول فى الدم والبدانة أو السمنة Obesity وارتفاع نسبة السكر والتدخين ونقص التمارين الرياضية ٠

(Garfield & Bergin , 1986 , P. 491)

ولقد زاد معدل إنتشار مرض ارتفاع ضغط الدم Hypertension فى الأونة الأخيرة نتيجة للإرتباط القوى بين ارتفاع ضغط الدم والتوتر الانفعالى المستمر . فضغط الدم المرتفع هو حالة من الارتفاع المستمر فى ضغط الدم وبشكل غير طبيعى وتعتبر زيادتة عن ١٤٠/٩٠ بصورة مستمرة أن الشخص مصاب بارتفاع فى ضغط الدم (ويمثل الرقم الأول القراءة الانقباضية Systolic أى الناتجة عن انقباض عضلة القلب ليضخ الدم بنشاط ، أما الرقم الثانى فيسمى بالقراءة الانبساطية diastolic حيث تنبسط عضلة القلب قبل أن تقوم بالانقباض التالى).

(محمد السيد عبدالرحمن ، ١٩٩٩ : ٢٧٦ – ٢٧٧)

والأفراد الذين عُرف أنهم من ذوى الضغط المرتفع نسبياً وجُد أنهم أكثر حساسية للأمور المثيرة للغضب ، وإنهم تعرضوا للحنق والكراهية والغيره ، كما أنهم كثيروا الإهتمام بتوافه الأمور. وقد تبين أن ارتفاع ضغط الدم لديهم يزيد عن المعدل فى المرات التى يتعرضون فيها لانفعالات مثيرة للقلق

والإحباط أو الكراهية أو الصراع أو الغضب ، وبذلك أصبح ارتفاع ضغط الدم لديهم عرضاً مذمناً أدى إلى تورم جدران الأوعية الدموية وزادت حالة ضغط الدم تعقيداً .

(حسن مصطفى ، ٢٠٠٣ : ٩٩)

كذلك يلاحظ ارتفاع ضغط الدم أكثر نسبياً عند الأشخاص الذين يقومون بأعمال تتطلب المجهود الذهنى لوقت طويل .

(محمود أبوالنيل ، ١٩٩٤ : ٢٤٥)

ويؤثر ضغط الدم المرتفع على حوالى ١.٥ ٪ من اى مجتمع ، وينتشر بين الرجال بمعدل أكبر من انتشاره بين النساء وبين المستويات الاقتصادية المنخفضة عنه بين المستويات المرتفعة .

(محمد السيد عبدالرحمن، ١٩٩٩ : ٢٧٩)

أما عن مرض الشريان التاجى فترى " دنبار " (١٩٤٨) أن مريض الشريان التاجى يخفى تحت هدوءه السطحى عدواناً وحنقاً .والنظرية الأحدث – فريدمان ورزنمان (١٩٥٩) نمط (أ) من الشخصية – تؤكد على دور الدافع التنافسى المتزايد والرغبة المستمرة للمعرفة .

(محمود أبوالنيل ، ١٩٩٤ : ٢٤٩)

ولكن لماذا يبقى ذوى النمط (أ) أكثر عُرضة لأمراض القلب دون غيرها ؟

إن سمات وخصائص النمط (أ) (من رغبة فى السيطرة خاصة على الزوجة والأطفال والكفاح المستمر للصعود فى الدرج الاجتماعى مع عدم القدرة على الاسترخاء ، ومحاولة إثبات فحولتهم ونشاطهم الجنسى مع رغبة دفينة وملحة للحب والحنان) ومن خلال فقدهم لذلك يعوضونه بالبحث عن القوة والتفوق .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ : ٥٤٠)

والأسباب التى سبق ذكرها تجعلة أكثر عرضة للضغوط بشكل دائم وهذا يتركة فى حالة مستمرة من التوتر الداخلى . فعلى سبيل المثال تشكل العقبات والتأخير والتعطيل البسيط عوائق رئيسية فى حياتة وتؤدى إلى إحباط وغضب كبير . وحتى فى الأوقات التى يُفترض أنها سعيدة نجدها تزيد من توتره . فأيام الإجازة تشعره بالذنب ، فالراحة غير مجدية والجلوس بدون عمل مضيعة للوقت .

(محمد السيد عبدالرحمن ، ١٩٩٩: ٢٨٣)

أما مرضى الصداع النصفى فهم غالباً ما ينحدرون من أسر محافظة تهتم بالتحصيل الدراسى وتطلب من أطفالها الإلتزام بأنماط سلوكية تحد من التعبير المباشر عن العدوان سواء لفظياً أو جسمياً . ومن هنا يتم كبت الإحساسات العدوانية وإثارة الغضب فيؤدى ذلك إلى القلق والصداع.

(عماد الدين سلطان ، ١٩٨٠ : ٣١٨)

اضطرابات الجهاز التنفسى Respiratory disorders :

وأهم اضطرابات الجهاز التنفسى الربو الشعبى Bronchial Asthma والتهاب الجيوب الأنفية والنزلات الشعبية المتكرره ونزلات البرد الشائعة (العامة) Common cold

(عبد الرحمن العيسوى ، ١٩٩٧ : ٢٠)

وأهم ما يميز النوبة الربوية هو انقباض عضلات الشعب الهوائية وتناقص معدل انسياب الهواء ، مع انتفاخ الأغشية المبطنة للشعب الهوائية بسبب تراكم المخاط فيعملان على وجود انسداد يؤدى إلى حدوث تنفس مختنق أو صعوبة التنفس حتى يشعر المرء بالاختناق ويجاهد من أجل الهواء فيسعل بصورة تشنجية .

(حسن مصطفى ، ٢٠٠٣ : ٦٢)

ويشبه صفير أو أزيز مريض الربو أثناء التنفس صرخة الطفل مناديا أمه فكثيراً من مرضى الربو يعانون من علاقة سطحية فقيرة مع أمهاتهم . وإن أحد مسببات نوبات الربو هو التهديد بفقدان أو الانفصال عن الأم أو ما يقابلها من بديل كزوجة أو صديقة ... ويبدو أن التناقض الشديد فى علاقة المريض بأمه أو من يقوم مقامها فى الخوف من الابتعاد أو الانفصال ، وفى نفس الوقت الرغبة فى الاستقلال وعدم الاعتمادية مما يؤدى إلى صراع نفسى يجعل الفرد عرضه لتقلصات الشعب الهوائية وحدوث نوبات ربوية .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ : ٥٣٩)

وبالإضافة إلى الصراع النفسى الذى يعجل بحدوث نوبات الربو يجب عدم إغفال نوعية الهواء الذى يتنفسه الفرد فمن ضمن مسببات الحساسية حبوب اللقاح والأتربة وبعض أنواع الحيوانات (مثل القطط) والأدخنة سواء من عادم السيارات أو التدخين ، كذلك يجب عدم إغفال نوعية الطعام التى يتناولها الفرد التى قد تسبب له نوعاً من الحساسية مثل البيض أو السمك أو الشيكولاته كما أن هناك بعض العقاقير قد تزيد من حساسية الفرد وتعرضه لنوبات الربو . وبالإضافة إلى ذلك فتكوين الفرد الجسمانى وضعف جهازه التنفسى من الناحية الفسيولوجية يعتبر عاملاً مهماً فى استجابة الفرد لكل من الضغوط النفسية والعوامل البيئية (نظرية العضو الضعيف) .

أما عن نزلات البرد الشائعة (العامة) Common cold فإن الإصابة بها بصفة مستمرة غالباً ما يرجع إلى الإرهاق والتوتر النفسى كعوامل معجلة جنباً إلى جنب مع العوامل الممهدة (كالعدوى والاستعداد البيولوجى) ، فمما لا شك فيه أن التوتر يزيد من قابليتنا للعدوى الفيروسية .

(محمد السيد عبدالرحمن ، ١٩٩٩ : ٢٧٢)

وهناك علاقة مباشرة بين الإصابة باضطرابات التنفس عموماً ونمط شخصية المريض . فغالباً ما يكون الأطفال المعرضين لهذه الاضطرابات من النوع الذى يظهر ذكاء أعلى من المتوسط ونعرف

من سلوكهم بأنهم قلقون ولا يثقون بأنفسهم ويخشون من شئ مجهول . أما المرضى الكبار فغالبا ما تكون بهم مخاوف من الانفصال ويظهر من تواريخ حياتهم اعتمادهم التام على أمهاتهم وأمثال هؤلاء الأشخاص يحتاجون دائماً للحماية ، وكلما وجهوا بتجربة انفصال فإن نوبة الربو تأتيهم .

(عبد المنعم الحفنى ، ١٩٩٥ : ١٣٥)

اضطرابات الجهاز العضلى الهيكلى Musculoskeletal disorders :

ومن هذه الاضطرابات التشنج المؤلم Cramps وهو الشد العضلى ، والألم الذى قد يحدث فى الرقبة أو أسفل الظهر أو الكتفين أو الرجلين .

والتهاب المفاصل الروماتيزمى هو مصطلح عام يشير إلى عدد من الظروف المختلفة التى يمكن أن تحدث تورم وألم بأربطة المفاصل ، كذلك آلام اسفل العمود الفقرى وهى الألام التى تصيب الفرد فى الفقرات السفلية من العمود الفقرى فى أسفل الظهر وأحياناً تكون حقيقية محتملة أو شديدة غير محتملة .

(حسن مصطفى ، ٢٠٠٣ : ١٣٥)

ومرض إلتهاب المفاصل الروماتيزمى تزداد شدتة مع الجهد الانفعالى الذى يتعرض له الفرد ، ويحتمل أن يكون هذا الجهد هو وفاة الزوج أو صديق أو الطلاق أو النبذ ، أو الاجهاض أو خيبة الأمل والسمة الشخصية المشتركة فى مرض روماتيزم المفاصل هو إحساسهم بالهجر والنبذ والثورة مع ميول عدوانية مصحوبة بالشعور بالذنب نحو الأقارب والأحباب .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨ :٥٤٢)

الاضطرابات الجلدية : Dermatological disorders :

ومنها إلتهاب الجلد العصبى والأكزيما Aczema وبعض حالات الجدرى وحب الشباب والاضطرابات الأخرى التى يظهر فيها الاضطراب الانفعالى كعامل سببى ٠

(عبد الرحمن العسيوى ، ١٩٩٧ ، ٢٠)

ويذهب بعض العلماء إلى أن ٧٥ ٪ من الأمراض الجلدية أسبابها نفسية ، وهناك كثير من حالات الأكزيما والأرتكاريا والطفح الجلدى يربط أصحابها بين مايشكون منة وبين بعض المواقف الضاغطة التى صاحبت ظهور الأعراض ٠

(عبد المنعم الحفنى ، ١٩٩٥ : ١٣٨)

ومرض إلتهاب الجلد العصابى كمثال للاضطرابات الجلدية نجد أن صاحبه يتميز بأنه عاش طفولته فى ظل حماية زائدة ولدية شعور بالذنب وعقاب للذات وعدم الكفاية ويبدو ظاهرياً بأنه ذو شخصية صادقة ومفرط الحساسية Oversensitive مع صورة منخفضة للذات ٠

(حسن مصطفى ، ٢٠٠٣ : ١٢٢ – ١٢٣)

إضطربات الجهاز البولى والتناسلى Genital – urinateyd disorders :

ومن هذه الاضطرابات حرقان البول أو الآم التبول والضعف الجنسى عند الذكور والإناث والآم الحمل وأعراض ما قبل الطمث ٠

(عبد الرحمن العيسوى ، ١٩٩٧ : ٢١)

ومن هـذه الاضطـرابات:

أ – اضطراب الوظيفة الجنسية ويتمثل فى :

١– العنة عند الذكور المتمثلة فى العجز الكلى أو الجزئى عن الإنتصاب impotency وسرعة القذف Premature Ejaculation وهما يعتبران فى مقدمة الاضطرابات المرتبطة بالمخاوف النفسية وخبرات الطفولة والكبت النفسى وعدم الثقة والتجارب السيئة٠

٢– البرود الجنسى عند النساء frigidity أو الشبق الجنسى over-sex وكلاهما يرتبطان بأسباب نفسية تتدخل فيها أساليب التنشئة الاجتماعية والصدمات والحوادث والاحباط والفشل ٠

(عطوف ياسين ،١٩٨٨: ١٣٢– ١٣٣)

ب– اضطراب الوظيفة التناسلية :

مثل اضطرابات الحمل والولادة والرضاعة وعدم انتظام الدورة الشهرية وأعراض ما قبل الطمث.

(عطوف ياسين ، ١٩٨٨: ١٣٣)

وتعتبر أعراض ما قبل الطمث (Premanstrual Tension Syndrom (PMS من أهم الأعراض السيكوسوماتية التى تحدث للإناث فى فترة الإنجاب بداية من سن البلوغ حتى سن اليأس ويتميز هذا الاضطراب بأعراض كثيرة نفسية وعضوية تحدث تحديداً فى النصف الثانى من الدورة الشهرية وتزيد باضطراد حتى بداية الدورة الشهرية فتشعر السيدة بزوال هذه الأعراض ثم تعيد الكرة مرة أخرى وهكذا ..... ومن أهم الأعراض النفسية :العصبية الشديدة والبكاء بلا سبب وتغير المزاج من حالة إلى أخرى فى وقت قصير مع الإحساس الدائم بالحزن وعدم السعادة ونقص التركيز . كذلك يصحب هذه الأعراض النفسية أعراضاً عضوية كثيرة وغير محددة لعضو معين مثل زيادة الوزن والصداع النصفى و ألم فى الظهر والبطن والثدى والاحساس بالانتفاخ وعسر الهضم وتغير الشهية والاحساس المستمر بالإجهاد ٠

وهى غالباً ما تحدث للسيدات ذات المستوى الاجتماعى المتوسط خصوصاً هؤلاء اللاتى لديهن قلق وتوتر إنفعالى مستمر ٠

(O'Brien & Ismail , 2003 , P.405)

اضطرابات جهاز الغدد الصماء Endocrine glands disorders :

يعتبر جهاز الغدد الصماء هو الجهاز المنظم الآخر الذى يعمل مع الجهاز العصبى ليتمكن الجسم من الاحتفاظ بحالة من التوازن الحيوى ، فكل غدة من غدد هذا الجهاز تصب هرموناتها فى الدم مباشرة ، وهذه الهرمونات عبارة عن مواد كيمائية معقدة تقوم بتنشيط الجسم وتساهم فى تهيئة الأعصاب والعضلات للاستجابة بالسرعة التى تتناسب والموقف المسبب للضغط النفسى . ولذا فأى زيادة أو نقص افراز هرمونات أى غدة من الغدد فإنه ينتج عن ذلك خلل فى الوظائف التى يؤديها هذا الهرمون ومن أهم هذه الاضطرابات زيادة أو نقص هرمون الغدة الدرقية ونقص افراز الأنسولين من البنكرياس ٠

(حسن مصطفى ، ٢٠٠٣ : ١٣٨)

ومرض البول السكرى Diabetes هو عبارة عن اضطراب فى امتصاص وهضم المواد الكربوهدارتية حيث يبقى الفرد يعانى من مشاكل فى تنظيم مستوى السكر فى الدم ٠ وزيادة السكر فى الدم تزيد من احتمالية الاصابة بأمراض القلب والعمى وضعف الوظيفة الجنسية فى كل من الرجال والنساء على السواء ٠ فالمصاب بالبول السكرى يفقد جسمه القدرة على إنتاج هرمون الأنسولين ، وبدون الأنسولين لا يمكن للجسم أن يحول الجلوكوز إلى طاقة ليخزنها فى الخلايا ٠

(محمد السيد عبدالرحمن ، ١٩٩٩ : ٢٨٨)

ويظهر مرض البول السكرى لدى الأفراد الذين يعانون من القلق النفسى وهو نتيجة من نتائج الاضطراب الانفعالى والتأزم النفسى ، وعندما يصاب الفرد بمرض السكر يرتفع عنده مستوى القلق ويصبح أكثر عرضة لأعراض الضيق والعصبية الزائدة والإكتئاب والإرتباك والنسيان فى حالات الارتفاع الشديد فى نسبة السكر بالدم ٠

(حسن مصطفى ، ٢٠٠٣ : ١٤٣)

ويجب كذلك عن الحديث عن مرض السكر عدم اغفال العوامل الوراثية والنمط الغذائى للفرد كمسببات أساسية لحدوث المرض ٠

تاسعاً : علاج الاضطرابات السيكوسوماتية :

١-**العلاج الدوائى :** وهو استخدام الأدوية أو العقاقير للتخلص من الألم أو من مظاهر الأعراض فقط ، ولكن لن ننجح فى التخلص من المرض إلا إذا اقترن العلاج الدوائى بالعلاج النفسى تبعاً لحالة المريض ٠

(محمود منسى وآخرون ، د٠ت : ١١٦)

٢-**العلاج النفسى :** وفيه يتم التركيز على أسباب المرض وحل الصراعات النفسية وإزالة القلق والعمل على شرح وتفسير أعراض المرض ومساعدة المريض على فهم دور الانفعال والشخصية فى نشأة المرض واستمرارة كذلك ارشاد المريض كى يغير من نمط حياته ويكثر من أوقات الاسترخاء والترفية ٠

(حلمى حامد ، ١٩٩١ : ٣٤٨)

٣- **العلاج البيئى :** من خلال تخفيف الضغوط على المريض فى الأسرة والعمل وإعادة الطمأنية إليه وتوفير المساندة ٠

(محمود منسى وآخرون ، د٠ت : ١١٦)

٤- **العلاج السلوكى :** عن طريق التدريب على الاسترخاء والتغذية الرجعية أو الارجاع الحيوى Biofeed back ٠

ويعتبر أسلوب الاسترخاء مهماً فى علاج الاضطرابات المرتبطة بالتوتر وهو يعتمد على تعليم المريض شد وارخاء عضلات جسمه بشكل منتظم وفى الوقت ذاته يركز انتباهة على المشاعر المختلفة التى يحس بها ، وهنا تفيد إجراءات التوتر والإسترخاء فى زيادة انتباه ويقظة الفرد لمشاعر التوتر وبديلتها (مشاعر الاسترخاء) ٠ ويفيد التدريب على الاسترخاء مجموعة كبيرة من المرضى مثل اضطرابات القلق ومرض الربو الشعبى ، ومرض الصداع وضغط الدم وذوى النمط السلوكى (أ) ٠

(محمد السيد عبدالرحمن ، ١٩٩٩ : ٣٣٢ – ٣٣٣)

أما الارجاع الحيوى فهو يعنى تغذية الجسم من خلال التدريب للقدرة على ضبط المعلومات الحيوية التى يمكن استرجاعها من الجسم وهى عملية مراقبة للتنبية الفسيولوجى للجسم مثل ضربات القلب ، وضغط الدم ، الشد العضلى وتحويل هذه الارشادات الفسيولوجية إلى معلومات لها معنى واسترجاعها للمريض ٠

(عبد الله عسكر ، ١٩٩٨ : ١٣٩ – ١٤٠)

أى مراقبة وظائف الجسم عن طريق أجهزة معينة مثل جهاز التخطيط الكهربائى للعضلات ، ورسم الدماغ الكهربائى ، وجهاز الرسم الكهربائى لوظائف القلب وجهاز استجابة الجلد الجلفانية وغيرها وهذه الطريقة تفيد فى علاج زيادة ضغط الدم وزيادة ضربات القلب والصداع النصفى وبعض الآلام العضلية ٠

(حلمى حامد ، ١٩٩١ : ٣٤٨)

وتأتى أهمية التغذية البيولوجية المرتدة (الإرجاع الحيوى) من كونها أسلوب يستخدم الأدوات والأجهزة لإمداد الفرد بمعلومات مستمرة عن وظائفة الجسمية التى لا يكون على وعى بها بدون هذه الأجهزة ، وهى تهدف إلى جعل المريض أكثر وعياً وإدراكاً بالتغيرات الجسمية واكثر قدرة على اخضاعها لسيطرتة ومن ثم يصبح أكثر نشاطاً فى العملية العلاجية .

(محمد محروس ومحمد السيد ، ١٩٩٨ : ٤٠٢-٤٠٣)

الانحرافات السلوكية

مقدمة:

إن الغالبية العظمى من الأبناء سواء كانوا أطفالاً أو مراهقين يصدر عنهم فى بعض الأوقات سلوك لايطابق المعايير السوية ، أو سلوك لا يوافق عليه الوالدان أو المعلمين أو القائمين على رعاية الأبناء بصفة عامة وهو السلوك الذى نطلق عليه سلوكاً منحرفاً ، ومع ذلك فلا يمكن وصف كل سلوك الأبناء بالانحراف إلا إذا تكرر هذا السلوك وبدأ يؤدى إلى سوء توافق الفرد مع نفسه ومع الآخرين .

كذلك لا يمكن الحكم على أى سلوك منحرف إلا من خلال معيار معين سواء كان هذا المعيار دينياً أو أخلاقياً أو اجتماعياً ، فالانحراف مفهوم ثقافى يختلف من مجتمع لآخر ، فما يعتبر مقبولاً فى مجتمع ما قد لا يعتبر مقبولاً فى مجتمع آخر .

مفهوم الانحرافات السلوكية :

لاشك أن هناك العديد من المفاهيم والمصطلحات الشبيهة بمفهوم الانحرافات السلوكية والتى لها صلة وعلاقة وثيقة بها مع وجود بعض الاختلافات الطفيفة بين هذه المفاهيم لذا ترى الباحثة الحالية عرض هذه المفاهيم بصورة موجزة قبل الحديث عن مفهوم الانحرافات السلوكية وهذه المفاهيم هى:

- اضطرابات المسلك أو التصرف Conduct disorders
- المشكلات السلوكية Conduct problems
- الاضطرابات السلوكية Behavioural disorders

أولاً : اضطرابات المسلك أو التصرف Conduct disorders

وفقاً للتصنيف الرابع للجمعية الأمريكية للطب النفس DSM.IV فهى عبارة عن نمط متكرر أو مستمر من السلوك تنتهك فيه الحقوق الأساسية للآخرين والمعايير والقواعد الاجتماعية التى تتناسب مع عمر الطفل ، وتنتظم هذه الأشكال السلوكية فى أربعة فئات هى :

١-السلوك العدوانى الذى يتسبب فى إحداث الضرر الجسمى لأشخاص آخرين أو للحيوانات ٠

٢-السلوك غير العدوانى الذى يتسبب فى إحداث فقد أو خسارة للآخرين ٠

٣-النصب والسرقة ٠

٤-الانتهاكات الخطيرة للقوانين والمبادئ ٠

(DSM . IV , 1994 , P.85)

ثانياً : المشكلات السلوكية Conduct problems :

وهى أنماط السلوك العادى المبالغ فيه (بمعنى أنه سلوك خارج عن حد المألوف أو حد السواء) لا يرضى عنه المجتمع وهى سلوك غير تكيفى تجاه البيئة ٠

(ممدوحة سلامة ، ١٩٨٤ : ١٣٣)

ثالثاً : الاضطرابات السلوكية Behavioural disorders :

هى اضطراب يلحق بالسلوك الإرادى فى كافة أشكاله سواء كان عدوانياً أو لم يكن ، ينتهك القيم والمعايير أو لا ينتهكها ، يخالف توقعات المجتمع فى شكلها العام ، ويتكرر باستمرار ويمكن ملاحظته وقياسه ، ويحدث عادة فى مرحلتى الطفولة والمراهقة ، ولا يعتبر مظهراً لاضطراب آخر كالعصاب أو الذهان أو الأمراض العضوية ، أى أن يكون أولياً ٠ بمعنى آخر أن يكون الاضطراب فى أحد الجوانب السلوكية هو المشكلة الأساسية والمهيمن على الصورة الإكلينكية ، وليس مجرد عرض من مجموعة أعراض تشير إلى وجود مرض أو اضطراب عام لدى الفرد كالتأخر العقلى أو الذاتوية ، أو الاضطرابات العصابية كالقلق الفوبيا والوسواس القهرى ، أو الاضطرابات الذهانية كالفصام أو الإكتئاب أو أى حالة طبية عامة تستدعى تدخلاً إكلينيكياً ٠

(جمعه سيد يوسف ، ٢٠٠٠ : ٣٢)

وهناك من الباحثين من يعرف الاضطرابات السلوكية بناء على الخروج عن السواء وانتهاك المعايير الاجتماعية فقط فيعرفها محمود حمودة بأنها النمط الثابت والمتكرر من السلوك العدوانى أو غير العدوانى الذى تنتهك فيه حقوق الآخرين ، أو قيم المجتمع الأساسية أو قوانينة المناسبة لسن الطفل فى البيت والمدرسة ووسط الرفاق وفى المجتمع، على أن يكون هذا السلوك أكثر خطورة من مجرد الإزعاج المعتاد أو مزاحات الأطفال والمراهقين٠

(محمود حمودة ، ١٩٩١ : ١٣١ – ١٣٢)

كذلك يُعرف محمود إبراهيم الاضطرابات السلوكية بأنها أنماط من السلوك اللاسوى الظاهر والثابت أو المتكرر الذى يميل إلى الخروج على القيم الدينية والخلقية والمعايير والعادات الاجتماعية وهو ينشأ نتيجة التعليم والتربية الاجتماعية الخاطئة مما يؤدى إلى سوء التوافق النفسى والاجتماعى ٠

(محمود إبراهيم ، ١٩٩٨ : ٨٠)

ومفهوم الاضطرابات السلوكية مفهوم أعم وأشمل من اضطرابات المسلك أو التصرف حيث أن الاضطرابات السلوكية تضم اضطرابات لا تنتهك المعايير الاجتماعية وليست عدوانية ، كاضطرابات الكلام ، اضطرابات السلوك الحركي واضطرابات الانتباه ٠

(جمعه سيد يوسف ، ٢٠٠٠ : ٥٣)

وبالأحرى تعتبر اضطرابات المسلك conduct disorders جزء من الاضطرابات السلوكية وليس مرادفاً لها ، كما أن اضطرابات المسلك يمكن أن تنضم إلى مجموعة أخرى من الاضطرابات التى تماثلها من حيث الأعراض والمترتبات مثل اضطراب المعارضة المتحدية ، أو التى تعتبر إمتداداً

أو تطوراً لها مثل اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع لدى الراشدين لتشكل نمطاً يمكن أن نطلق عليه الاضطرابات السلوكية ذات الطابع المعادى للمجتمع (الخلقية) وهى ذاتها التى يطلق عليها البعض لفظ الجناح Delinquency ٠

(جمعة سيد يوسف ، ٢٠٠٠ : ٢٥٣)

أما عن مفهوم الانحرافات السلوكية :

نجد أن مفهوم الانحراف ذو طابع تاريخى متغير ، فما يعد سلوكاً منحرفاً خلال فترة تاريخية معينة داخل مجتمع محدد قد لا يعد كذلك خلال فترة تاريخية مختلفة ٠

كما أن مفهوم الانحراف مفهوم ثقافى ، فالثقافة هى التى تحدد ما هو منحرف وما هو سوى، كذلك فإنه يتعلق بالثقافات الفرعية داخل المجتمع ، وبالتالى يرتبط بالنظم الاجتماعية كالنظام الطبقى والدينى ، فقد يعد سلوك معين على أنه سلوك مقبول فى نطاق طبقة معينة أو جماعة مهنية معينة أو فى ظل دين معين ، فى حين أنه يعد سلوكاً منحرفاً من وجهة نظر أبناء طبقة مختلفة أو جماعة مهنية أخرى أو فى ظل نسق المعتقدات لديانة أخرى ٠

(محمد عبد العال ، ٢٠٠٣ : ٣٧٢)

وعلى الرغم من أن المعايير الاجتماعية الخاصة بالبيئة ترتبط بالتنشئة ولها أسسها وقواعدها العامة إلا أن ما يعتبر غير سوى فى مجتمع قد يعتبر سوياً فى آخر ، فالشذوذ الجنسى بينما لا تقبله ثقافة المجتمع المصرى أو المجتمعات الإسلامية حيث يُجرم من القانون ويُحرم من الشريعة ويسُتهجن من المجتمع ، إلا أنه قد يكون مقبولاً أو سلوكاً عادياً فى بعض الدول الأوربية ٠

(محمد شفيق ، ٢٠٠١ : ١٦٠)

وهذا ما يدفعنا إلى معرفة مفهوم السواء واللاسواء ، فهو مفهوم نسبى وهو يختلف من مكان إلى آخر ومن مجتمع إلى آخر وقد يختلف فى نفس المجتمع من فترة زمنية إلى فترة زمنية أخرى ، ولا يوجد حد فاصل بين ما هو سوى وما هو غير سوى ٠

(محمد سمير ، د٠ت : ١١)

فجميع سلوكياتنا مثل العدوانية أو الثقة بالنفس تتنوع بدرجات طفيفة جداً يمكن تحديدها وقياسها ثم ترتيب الأفراد وفقاً لما حصلوا عليه من درجات كمية فى السلوك امتداداً على متصل يقع بين طرفين متناقضين كالسرعة والبطء ، القوة والضعف ، الزيادة والنقصان وهكذا ... ويؤدى توزيع أفراد عينة عشوائية كبيرة الحجم على امتداد هذا المتصل إلى أن يظهر لنا المنحنى الاعتدالى للتوزيع والذى تتجمع فيه معظم الحالات حول نقطة الوسط بينما ينتشر قليل من الحالات فى اتجاه كلٍ من الطرفين وبالتالى فإن السلوك السوى بالمفهوم الاحصائى هو ذلك السلوك الأكثر حدوثاً وتكراراً بين من نلاحظهم والسلوك اللاسوى هو السلوك الذى يشذ أو يبعد عن ذلك المعيار٠

(ممدوحة سلامة ، عبد الله عسكر ، د٠ت : ١٨ – ١٩)

وبالاضافة إلى مخالفة المعايير الاجتماعية والندرة الاحصائية كمحددات للسلوك اللاسوى فإن المعاناة الشخصية للفرد تعتبر محكاً للاسواء فالأشخاص الذين يعانون من القلق والإكتئاب يعانون معاناة حقيقة شديدة ، ولكن هناك اضطرابات أخرى لا تسبب المشقة أو الكرب لصاحبها فالسيكوباتى قد ينتهك القانون باستمرار دون الشعور بالذنب أو الندم أو القلق ٠ كذلك فإن العجز عن تحقيق بعض الأهداف ، والاستجابات غير المتوقعة لمصادر الضغوط البيئية يعتبران محكان لتحديد الشخصية غير السوية ٠

(جمعة سيد يوسف ، ٢٠٠٠ : ٢٥ – ٢٦)

ويجب النظر إلى مفهوم السواء واللاسواء فى ضوء جميع هذه المحكات فكلٌ منها يكمل الآخر ، هذا وتتبنى الباحثة الحالية المحك الثقافى الاجتماعى والمحك الاحصائى كمحددات أساسية للانحرافات السلوكية ٠

وعلى الرغم من عدم وجود فاصل بين السواء واللاسواء إلا أنه توجد بعض الخصائص والسمات التى يتسم بها الشخص السوى (نسبياً) وهى :

- فهم الذات : وهى أن يعرف الشخص نقاط قوته وضعفة وأن يتقبل ذاته بإيجابياتها وسلبياتها وآلا يرفضها أو يكرهها وأن يحاول تحسينها وتطويرها ويحاول التغلب على مناطق الضعف والتخلص من العيوب ٠
- المرونة فى حل المشكلات : أى يكون لديه درجة من المرونة فى التعامل مع الآخرين ٠
- أن يكون مستوى طموحه مناسب لإمكانياتة الواقعية ٠
- الإفادة من الخبرة وأن يعدل دائماً من سلوكة على أساس الخبرات التى مر بها ٠

(محمد عبد العال الشيخ ، ٢٠٠٣ : ١٢ – ١٣)

- القدرة على التحكم الإرادى فى السلوك : فالشخص السوى نسبياً من يثق بقدرتة على توجيه سلوكه والتحكم فيه فمثلاً فهو يستطيع أن يتحكم فى حفزاته الجنسية العدوانية كما يستطيع إرجاء الإشباع لحين الوقت المناسب والمكان والزمان المناسبين ٠
- القدرة على إقامة واستمرار علاقات حميمة بالآخرين ٠
- الإنتاجية والفاعلية فالشخص السوى نسبياً يستخدم قدرتة وطاقتة سواء كانت ضيئلة أم كثيرة فى نشاط منتج فعال ٠

(ممدوحة سلامة ، عبد الله عسكر ، د٠ت : ٢٥ – ٢٦)

ويرى " فرويد " أن الشخص السوى نسبياً هو القادر على الحب والعمل ، وتجدر الإشارة إلى أن الحب من وجهة نظر فرويد يشمل مدى واسعاً من الأفعال يمتد من حب الأشياء والأشخاص والموضوعات والأفكار والوطن إلى الجنس والتناسل ٠

(أحمد عبد الخالق ، ١٩٩٣ : ١٣٧)

تعريف الانحرافات السلوكية :

ففى اللغة العربية انحرف أى مال ويقال انحرف مزاجة : أى مال عن الاعتدال ٠

(مجمع اللغة العربية ، ١٩٩٩ : ١٤٥)

أما الانحراف فى اللغة الإنجليزية Deviation فهو اسم مشتق من الفعل ينحرف Deviate وهو يعنى الخروج عن العادى أو المألوف أو المقبول بطريقة سيئة ٠

(Summers et al . , 2000 , P.180)

أى أن السلوك المنحرف لغوياً هو الذى يخرج عن العادى أو المألوف ٠

أما من الناحية الاحصائية فمفهوم الانحراف يعنى البعد عن المتوسط وهو يتمثل فى الندرة فى مقابل الشيوع بمعنى الانفراد عن الجمهور أو ندرة الحدوث والظهور بين أفراد جماعة من الجماعات ٠

(جمعة سيد يوسف ،٢٠٠٠ : ٢٤)

ومن وجهة النظر النفسية والاجتماعية Psychosocial view يعرف " ميرتون " Merton الانحراف السلوكى بأنه سلوك يخرج أساساً عن المعايير التى وضعت للأشخاص فى مراكزهم، ولا يمكن وصفه بصورة مجردة ، وإنما ينبغى ربطه بالمعايير التى حددها المجتمع وأقرها بوصفها ملائمة ، ومفروضة أخلاقياً على أشخاص يشغلون عدة مراكز اجتماعية ٠

(سامية جابر ، ١٩٨١ : ٢٨٨)

وترى سلوى عبد الباقى أن مصطلح الانحراف يطلق على أى سلوك يحاول فيه الشخص أن يخرج على المعايير والتوقعات الاجتماعية ، ويعتبر الشخص الذى يفعل هذا منحرفاً سواء أعترف بذلك أم لا . مثل الأفراد الذين يتعاطون الماريجوانا أو البانجو أو الهيروين أو الذين يمارسون سلوك الجنسية المثلية .

(سلوى عبد الباقى ، د ت : ٤٠)

وتعرفه سامية جابر بأنة أى خروج عن المعايير الاجتماعية ، أو الأهداف العليا للمجتمع ، سواء من جانب الأشخاص ، أو النظم الاجتماعية أو التنظيمات المجتمعية "

(سامية جابر ، ١٩٨١ : ٢٨٥)

أما محمد الجوهرى وآخرون فيعرفون السلوك المنحرف بأنه إنتهاك القواعد الذى يتميز بدرجة كافيه من الخروج على حدود التسامح العام فى المجتمع " وهذا يعنى – ضمنيا – إن المعايير التى تحدد السلوك المنحرف ليست هى بالضرورة نفسها فى الثقافات المختلفة ، كما أنها ليست ذاتها فى ثقافة معينة خلال فترات زمنية مختلفة .

(محمد الجوهرى وآخرون ، ١٩٨٤ : ٢٧٧ – ٢٧٨)

ويعرف حسن على الانحراف بأنه مفارقه لشئ ما ، وقد يكون هذا الشئ أسلوبا سائداً أو معتاداً أو متوقعاً فى التعامل مع الوقائع المحيطة بالفرد ... والانحراف يكون متعلقا بالخروج عن معيار معين بمعنى الخروج عن توقع مشترك من الجماعة .

(حسن على ، ١٩٩٠ : ١١٣)

كذلك فالانحراف السلوكى هو كل فعل يتعارض مع ما هو نافع للجماعة ، أو هو كل فعل يُقْدم الشخص على ارتكابة بدوافع فردية خالصة تقلق حياة الجماعة ، أو تتعارض مع المستوى الخلقى السائد لديها فى لحظة معينة من الزمن ، أو هو كل انتهاك لأى قاعدة من قواعد السلوك مهما تكن هذه القاعدة .

(محمد سيد فهمى ، نورهان منير ، ٢٠٠٤ : ١١٣)

ولقد صنفت ساميه جابر السلوك المنحرف الى عدة مجالات هى :

١-**مجال الأسرة** : وأهم مظاهر الانحراف فى هذا المجال وجود مواقف تقل فيها مظاهر الاشباع العاطفى والوجدانى بين الزوجين بوجه خاص ، وأفراد الأسرة بوجه عام ، وانخفاض درجة الاعتماد المتبادل بينهم وعدم الاشتراك فى اتخاذ القرارات المتصلة بالأسرة .

٢-**مجال التكاليف الدينية** ، والشعائر وآداء العبادات .

٣-**مجال العمل** : مثل الخروج عن معايير وقواعد العمل وأسس التعامل مع الرؤساء والزملاء، وأحترام كرامة المهنة .

٤-**مجال السلوك الشخصى** وهى كافة صور السلوك الانحرافى التقليدية كالسرقة والاختلاس ، والتزوير، وأى أفعال يترتب عليها الاستدعاء من طرف هيئات رسمية ، والاشتراك فى ترويج اشاعات ، وازعاج الجيران ، وتعاطى الخمور ، وادمان المخدرات ولعب القمار ....

(سامية جابر ، ١٩٨١ : ٢٨٦)

وترى الباحثة الحالية أن معظم التعاريف الخاصة بالانحرافات السلوكية تكاد تجمع كلها على أن الانحرافات السلوكية هى الخروج عن العادى والمألوف والمقبول من الجماعة والخروج عن المعايير الاجتماعية فى المجتمع أياً كانت هذه المعايير . وهو مفهوم قريب الصلة بالمشكلات السلوكية إن لم يكن يكاد يكون هو نفس المفهوم تقريباً .

بينما يختلف مفهوم الانحرافات السلوكية عن الاضطرابات السلوكية فى نقطة جوهرية هامة وهى أن بعض اضطرابات السلوك لا تنتهك معايير المجتمع كاضطرابات الكلام والحركة والانتباه وهى

سلوكيات لا تثير سخط واستهجان المجتمع ، بل تثير أكثر مشاعر العطف والشفقة على الشخص فى اغلب الأحيان .

كما أن الإنحرفات السلوكية لا ترادف اضطرابات المسلك أو التصرف حيث أن اضطرابات المسلك تتسم بالسلوك العدوانى الخطير الذى تنتهك فيه القوانين من نصب وسرقة واشعال حرائق ... الخ ويتعمد إيذاء الآخرين . بينما الانحرفات السلوكية كالميل للعزلة الاجتماعية مثلاً لا ينطوى على انتهاك قوانين بينما هو سلوك غير مألوف أو غير مقبول من الجماعة ولذا يعتبر سلوك منحرف .

العوامل المؤثرة فى انحرافات السلوك :

قد يرجع السلوك المنحرف إلى عوامل شخصية اى خاصة بالفرد نفسة (عوامل بيولوجية واضطرابات نفسية) أو قد يرجع إلى عوامل بيئية وثقافية (عوامل أسرية أو عوامل خارج نطاق الأسرة) ويمكن توضيح ذلك كما يلى :

أولاً: العوامل الشخصية (الذاتية) :

١-**العوامل البيولوجية** : وتشمل الاضطرابات العضوية فى المخ والاضطرابات والعاهات الجسمية واضطرابات الغدد الصماء ونقص فى درجة الذكاء وضعف كفاءة العمليات العقلية .

أ-الاضطرابات والعاهات الجسمية :

لا يوجد دليل مؤكد حول العلاقة بين الظروف الصحية والانحراف إلا أن بعض الظروف الناجمة عن بعض الأمراض الجسمية (خصوصاً إصابات الرأس) والعاهات تلعب دورا ملحوظاً وربما يكون لها علاقة بالانحراف . ففى دراسة قام بها " بيرت " Burt أوضح أن ٧٠ ٪ من مجموعة المذنبين مصابون بالضعف الجسمى والصحة المعتلة وأن العوامل الصحية كانت مرتبطة بالانحراف لدى ١٠٪ من الأولاد ، ٧٠٪ من البنات ، كذلك فإن كثيراً من الجانحين يعانون من العيوب السمعية والبصرية .

(محمد سيد فهمى ، نورهان منير ، ٢٠٠٤ : ١٢٨ – ١٢٩)

ب- ضعف كفاءة العمليات العقلية :

يعتبر " جودارد " من أوائل العلماء الذين آمنوا بأهمية الضعف العقلى كعامل مسبب للإنحراف والجناح وتشير بعض البحوث إلى قصور المنحرف من إدراك الآخر مما يؤدى إلى خلل وقصور فى علاقاته الاجتماعية .

(سلوى عبد الباقى ، د . ت : ٤٢)

حـ - اضطرابات الغدد الصماء :

وهى تشمل اضطرابات الغدة النخامية والغدة الدرقية والغدد التناسلية حيث تفرز هذه الغدد هرمونات تساعد على النمو الجسمى والعقلى للفرد وإن أى خلل فى معدل هذا الإفراز سواء بالنقص أو الزيادة يُحدث اضطراباً للفرد ٠ويشير علماء الغدد الصماء أن الانحراف قد يرجع إلى خلل عمل هذه الغدد حيث يؤثر على الاتزان الانفعالى للشخص ويجعل الفرد أكثر استعداداً للانحراف ٠

(محمد سيد فهمى ، نورهان منير ، ٢٠٠٤ : ١٢٣ – ١٢٤)

٢-الاضطرابات النفسية :

وهى محصلة ونتاج لكلٌ من العوامل البيولوجية والثقافية معاً مثل القلق والفوبيا والاكتئاب والانحرافات الجنسية كلها عوامل تجعل الفرد يسلك سلوكيات غير سوية ٠

كذلك الشخصية السيكوباتية (انعدام المشاعر السيكوباتى) وهذا الاضطراب ناشئ عن قصور فى النمو النفسى للأنا والأنا الأعلى (وهذا فى الغالب ناشئ عن عدم تكوين روابط تعلق فى الصغر) وهو يـلازم الفرد منذ نشأته فيعجز عن الاستبصار وعدم الإفادة من التجربة فى التعلم ويتسم بالسلوك الاندفاعى القائم على مبدأ اللذة البعيد كل البعد عن التوافق مع البيئة الاجتماعية ٠

(محمد عبد العال الشيخ ، ٢٠٠٣ : ٤٠١)

ويُفرق طلعت منصور وآخرون بين الشخصية السيكوباتية Psychopath والشخصية السوسيوباتية Sociopath فالنوع الأول وهو حالة يكون عدوان الفرد فيها غير موجه مباشرة للمجتمع وهى حالة عدم اعتبار للقانون والأخلاق وتفسر على أنها ضعف فى تكوين " الأنا الأعلى " فالسيكوباتى لا يستطيع تأجيل اشباع حوافزه مهما كلفة الأمر ٠

أما الحالات الأخرى فهى التى تسمى بالسوسيوباتية وهى التى يكون العدوان فيها موجهاً للمجتمع وقوانينه مثل الذى يشعل الحرائق عامداً متعمداً دون سبب ظاهر ٠

(طلعت منصور وآخرون ، ١٩٨٩ : ٣٨٢)

ثانياً : العوامل البيئية والثقافية :

يتأثر سلوك الفرد بالبيئة والثقافة المحيطة بة وهذه العوامل قد تكون داخل نطاق الأسرة أو خارجها كالمؤسسات والجماعات الخارجية مثل المدرسة وظروف العمل ووسائل الإعلام والمؤسسات الدينية٠

فالأسرة : من أهم عوامل البيئة التى تؤثر فى سلوك الفرد وشخصيته وهى تسهم بالتالى فى تحديد نصيبه من الصحة النفسية ، ويرى " هندرسون " أن هناك نمطين من الأباء أكثر شيوعاً فى حالات الانحراف السلوكى أولهما الوالد شديد السيطرة والثانى هى الوالدة زائدة القلق ٠

(سلوى عبد الباقى ، د٠ ت : ٤٣)

كذلك فالمشكلات الأسرية تساهم بدور كبير فى نشأة الانحرافات السلوكية فالخلافات المستمرة بين الوالدين والشجار وحدوث الطلاق تعتبر عوامل مهمة فى انحراف سلوك الأبناء ٠

المدرسة : فى المدرسة يجد الطفل زملائة ويشاركهم ألعابهم وأناشيدهم ويتعلم منهم ويشعر بينهم بعضويتة فى مجتمعهم ٠

(عبد العزيز جادو ، ٢٠٠١ : ٤٣)

وهى لها دور رئيسى وموثر فى شخصية الفرد فهى عندما تفشل فى التعرف على مشكلات الطفل والعمل على حلها ، كذلك سوء معاملة المدرسين تجعل الطفل يهرب من المدرسة فيكون عرضة أكثر للانحراف ٠

(محمد عبد المنعم ، ٢٠٠١ : ٨٧)

وسائل الإعلام : توصلت العديد من الدراسات أن مشاهدة العنف من خلال وسائل الإعلام لها آثار ضارة على سلوك الإنسان واتجاهاتة وخصوصاً الأطفال ، فالعنف على شاشة التليفزيون يشجع أشكالاً من السلوك العنيف كما يُغذى قيماً واتجاهات اجتماعية تتعلق بالعنف فى الحياة اليومية تتعارض تماماً وما هو مقبول فى أى مجتمع متحضر ٠

(ممدوحة سلامة ، ١٩٩٣ : ٢٠٢ – ٢٠٣)

المؤسسات الدينية : وهى لها دور كبير وعظيم فى توعية الأبناء وتنمية القيم والأخلاق والفضيلة فى نفوسهم وهى تشترك مع باقى المؤسسات الاجتماعية الأخرى كالأسرة والمدرسة ووسائل الإعلام فى غرس القيم الروحية فى الأبناء ٠ فالطفل عندما يتكون لديه الضمير (الأنا الأعلى) مُنذ الصغر (وهذه مسئولية الأسرة بالدرجة الأولى) من الصعب عليه أن يسلك سلوكاً يتنافى مع المعايير الاجتماعية وهذا ما يفسر لنا بعض السلوكيات المختلفة التى يسلكها شخصين تعرضا لموقف واحد فمن بعض الداوفع التى تؤدى للسرقة مثلاً هو الاحتياج الشديد للأموال ، ولكن ما الذى يدفع فرد أن يقوم بالسرقة فعلاً وتجعل الأخر لا يقوم بها رغم الاحتياج الفعلى للأموال فالغالب فإن الوازع الدينى والضمير اليقظ هما سبب رئيسى لعدم حدوث السرقة وهذا نستيطع تعميمه على معظم السلوكيات المنحرفة المخالفة للمعايير والقيم الاجتماعية والخلقية ٠

لذا فالتأكيد على الوقاية من الانحراف تعنى الاهتمام بتلك الجماعات المسئولة عن تربية الصغير وخاصة الأسرة والمدرسة وبالاضافة إلى التركيز على اختيار العاملين فى مجال الرعاية

المؤسسية واعدادهم اعداداً ملائماً، وتنسيق العمل بين مختلف الجهات القانونية والاجتماعية التى تتعامل مع الفرد ٠

(غريب سيد أحمد ، ١٩٩٧ : ١٥٤)

بعض صور انحراف السلوك :

السلوك العدوانى Aggression :

مقدمه :

يمثل العدوان ظاهرة بشرية عرفها الإنسان منذ بدء الخليقة ، وذلك عندما قتل أحد أبناء آدم عليه السلام أخاه ، وهى أشد صور العدوان وأكثرها تطرفاً ، وقد بات العدوان فى العصر الحديث ظاهرة سلوكية واسعة الإنتشار تكاد تشمل العالم بأسره ، ولم يعد العدوان مقصوراً أعلى الأفراد وإنما اتسع نطاقة ليشمل بعض الجماعات فى إطار المجتمع الواحد وكذلك بعض المجتمعات فى عمومها ٠

(جمعة سيد يوسف ، ٢٠٠٠ : ٢٦٤)

ومعظم أنواع السلوك التى نطلق عليها سلوكاً عدوانياً تتراوح ما بين الهجوم اللفظى والهجوم الفعلى وما بين القتل والشروع فى القتل والتحريض على القتل والضرب والسلب والتهكم والتقليل من شأن الآخرين ٠

(ممدوحة سلامة ، ١٩٩٣ : ١٨١)

تعريف العدوان :

هناك العديد من التعاريف الخاصة بالعدوان نذكر منها :

تعريف " باندورا " Bandura (١٩٧٣) الذى يعرف العدوان بأنه سلوك يهدف إلى إحداث نتائج تخريبية ، أو مكروهاً ، أو السيطرة من خلال القوة الجسدية أو اللفظية على الآخرين ، وينتج عنه إيذاء شخص أو تحطيم الممتلكات ٠

(فى حسن مصطفى ، ٢٠٠٣ : ٤٤٤)

وتعرف ممدوحة سلامة العدوان بأنه سلوك يقوم به فرد أو جماعة بقصد إيقاع الضرر بآخر أو آخرين وهذا يشتمل على العدوان الجسمى واللفظى ، كذلك ترى أن مفهوم العدوان ينطوى على أشكال العدوان السلبى المتمثلة فى عدم القيام بسلوك ما بهدف الإيذاء النفسى أو المادى أو الجسمى للآخرين ٠

(ممدوحة سلامة ، ١٩٩٣ : ١٨١)

ويعرفه زكريا الشربينى بأنه سلوك يقصد به المعتدى إيذاء الشخص الآخر ، كما أنه نوع من السلوك الاجتماعى يهدف إلى تحقيق رغبة صاحبة فى السيطرة وإيذاء غيره أو ذاته تعويضاً عن المحرمات أو بسبب التثبيط فهو يعد استجابة طبيعية للاحباط ٠

(زكريا الشربينى ، ١٩٩٤ : ٨٤)

أما زينب معوض فترى أن السلوك العدوانى هو ذلك السلوك الذى يصدر عن الفرد لفظياً أو بدنياً ، مباشراً أو غير مباشر ، سببه الغضب والاحباط ، ويترتب على هذا السلوك إلحاق أذى بدنى أو مادى بالآخرين أو بالشخص نفسه ٠

(زينب معوض ، ١٩٩٥ : ٥٨)

وتعرفه راويه دسوقى بأنه الاستجابة التى تعقب الاحباط ويراد بها إلحاق الأذى بفرد آخر أو آخرين ، أو حتى الفرد نفسه ومثال ذلك الانتحار فهو سلوك عدوانى على الذات ٠

(راوية دسوقى ، ٢٠٠٠ : ٥٥)

وترى إجلال سرى أنه سلوك عنيف ، عدائى ، مقصود ، يصاحبه كراهية وغضب ، وممارسة القوة من جانب شخص (مُعتدى Aggressor) ضد شخص أو حيوان أو شئ (ضحية Victim) ، وإلحاق إصابة أو أذى أو ضرر مادى أو نفسى ، وهو سلوك يخالف معايير السلوك الاجتماعى المتفق عليه ٠

(إجلال سرى ، ٢٠٠٣ : ٣٥)

أما العنف Violence وهو أحد المصطلحات التى يُعبر بها أحياناً عن العدوان أو يُعبر عن العدوان بالعنف فنجد أنه يعرف كالتالى :

حيث يعرف " رمسيس بهنام " (١٩٨٢) العنف بأنه كل سلوك مادى ، ينشأ منه حدث مادى فى الشخص كالضرب أو الجرح ، فهو كل مسلك يقطع مجرى الهدوء فى الكون المادى أو النفسى٠

(رمسيس بهنام ، ١٩٨٢: ١٨٤)

أما فرج عبد القادر فيعرف العنف بأنه السلوك المشوب بالقوة والعدوان والقهر والإكراه، وهو عادة سلوك بعيد عن التحضر ، وتستثمر فيه الدوافع والطاقات العداونية استثماراً صريحاً بدائياً كالضرب للأفراد ، وتكسير وتدمير الممتلكات ، واستخدام القوة لإكراه الخصم وقهره، ويمكن أن يكون العنف فردياً أو جماعياً ٠

(فرج عبد القادر ، ١٩٩٣ : ١٧٥)

ويمكن أن نفرق بين العنف والعدوان على أساس أن العنف هو " الجانب المادى المباشر والمتعمد من العدوان " وبذلك يصبح العدوان مفهوماً أكثر عمومية من العنف ٠

(سميحة نصر ، ١٩٩٦ : ٤٦)

كذلك هناك فروق بين العدوان والعدائية Hostility فيشير مفهوم العدائية إلى حالة إنفعالية مزمنة نسبياً تتميز بالمعاداة للآخرين ، وتكشف عن نفسها فى صورة رغبة فى إيذائهم أو تسبيب الألم لهم .

(سميحة نصر ، ١٩٩٦ : ٤٢)

والفرق الجوهرى بينهما هو التمييز بين السلوك أو التصرف وبين المشاعر حيث أن جوهر العدائية هو المشاعر السلبية والكراهية تجاه شخص أو أشخاص أو معايير اجتماعية ، متى تم التعبير عنها تحولت إلى سلوك عدوانى ، ويعتبر العدوان والعدائية لصيقان لا يفترقان ٠

(جمعه سيد يوسف ، ٢٠٠٠ : ٢٦٧)

أنواع العدوان :

توجد تصنيفات كثيرة لأشكال السلو ك العدوانى وترى الباحثة الحالية أنه يمكن التمييز بين أنواع العدوان المختلفة من خلال المحاور الأتية : -

- العدوان الحميد فى مقابل العدوان المرضى أو العدوان فى شكله السوى البناء فى مقابل العدوان المرضى الهدام ، فكما يرى " أيريك فروم " و" فرويد " فهناك درجات أو أشكال من العدوان تعتبر مقبوله كالدفاع عن النفس والممتلكات وغير ذلك مما يحافظ على حياة الفرد وبقائه فى مواجهة الأخطار المحيطة به ، والبعض الآخر هو العدوان الهدام المدمر الذى لا يحقق هدفاً مقبولاً ولا يحمى مصلحة ، أو هو بالأحرى العدوان للعدوان وهذا النوع الآخر هو السائد لدى المنحرفين سلوكياً ٠

(جمعه سيد يوسف ، ٢٠٠٠ : ٢٦٥)

- العدوان البدنى (المادى) فى مقابل العدوان اللفظى ، والنوع الأول هو العدوان الذى يشترك فيه البدن فى الإعتداء على الآخر (الآخرين) مثل : استخدام الأرجل فى الركل والرفس والضرب والقتل ويدخل فى ذلك أيضاً التشويه والاغتصاب الجنسى والسلب والإكراه تحت تهديد السلاح أو القوة ،العنف الجسدى ٠ أما النوع الآخر كالسباب والشتائم ، السخرية والتوبيخ وترويج الإشعاعات والتحقير بالأشخاص والشجار اللفظى ٠

(حسن مصطفى ، ٢٠٠٣ : ٤٥٠)

- العدوان الفردى فى مقابل العدوان الجمعى ، والعدوان الفردى هو الذى يصدر عن فرد واحد ضد آخر أو ضد جماعة أو ضد معايير المجتمع ، والجمعى هو الذى تمارسة جماعة ما ضد فرد أو ضد أفراد آخرين ٠

(جمعه سيد يوسف ، ٢٠٠٠ ، ٢٦٥)

- العدوان الموجه نحو الذات (الداخلى) فى مقابل العدوان الموجه نحو الآخرين (الخارجى) والنوع الأول يهدف إلى إيذاء النفس وإيقاع الضرر بها وتتخذ صور إيذاء النفس أشكالاً مختلفة كتمزيق وتحطيم الممتلكات الشخصية أو لطم الوجة أو شد الشعر أو ضرب الرأس بالحائط ....

(حسن مصطفى ، ٢٠٠٣ : ٤٥٢)

أما النوع الآخر فهو العدوان الموجة خارجاً نحو الآخرين ونحو الأشياء والحيوانات ٠

(إجلال سرى ، ٢٠٠٣ : ٣٨)

- العدوان الوسيلى (الذرائعى) والعدوان الغائى والنوع الأول يستخدم كوسيلة للحصول على شئ ما مثلما يفعل لاعب كرة القدم عندما يعرقل لاعباً من الفريق المنافس ليمنعة من تسجيل هدف ، وهؤلاء الذين يتسمون بالخبرة فى القيام بالعدوان الذرائعى يصبحون ماهرين فى استشعار الفرصة الملائمة، فاللص المحنك فى خطف حقائب اليد من السيدات يمكنه أن يحدد الضحية التى بوسعها أن تقاومه بشدة ، لذا فحينما يكون العدوان نافعاً يصبح أكثر احتمالاً لأن يقع ٠

(محمد السيد عبدالرحمن ، ٢٠٠٤ : ٣٩٢)

أما النوع الأخر العدوان (الغائى) فهو الذى يفتقد للتفسير والتبرير ، ولا يهدف إلى تحقيق شئ ، ويبدو أنه عدوان للعدوان ذاتة.

(جمعة سيد يوسف ، ٢٠٠٠: ٢٦٦)

- العدوان المتعمد والعدوان الغير متعمد والأول يكون القصد intention أو التعمد محدداً هاماً لأن نطلق على هذا السلوك عدوانياً فهو تظهر فيه الكراهية ونية الإيزاء أما النوع الآخر قد تقوم به بإيزاء الآخر دون قصد أو تعمد ففى الزحام قد تدوس أقدام الآخرين أو تقول عبارات للآخرين يرونها على أنها تهينهم دون أن يكون هدفنا إهانتهم، وهذا كما يفعله الصديق حين يحاول إبراز عيب ينبغى إصلاحة لصديق له ، ومثل هذه الأشكال من السلوك لا يمكن أن تفسرها على انها عدوان ٠

(ممدوحة سلامة ، ١٩٩٣ : ١٨٢)

- العدوان الموجب فى مقابل العدوان السالب والنوع الأول هو العدوان الصريح سواء كان لفظياً أو بدنياً مباشراً أو غير مباشر يوجهه فرد ضد فرد آخر بطريقة واضحة كضرب فرد ما ، أو نصب شرك لآخر بغية إيذائه أو اهانته ٠

(حسن مصطفى ، ٢٠٠٣ : ٤٥٢)

أما النوع الآخر وهو العدوان السلبى فهو الامتناع عن القيام بأفعال من شأنها دفع الضرر عن الآخرين أو تنم عن رضا بما يحدث ، وتعكس نوعاً من اللامبالاه وعدم الاهتمام ٠

(جمعه سيد يوسف ، ٢٠٠٠ : ٢٦٦)

- العدوان المباشر والعدوان الغير مباشر والنوع الأول هو الذى يتم فيه توجية العدوان سواء من فرد أو جماعة إلى آخر أو آخرين بصورة مباشرة باستخدام القوة الجسمية أو التعبيرات اللفظية أو هما معاً ٠ أما النوع الأخر فهو العدوان غير المباشر الذى يوجة إلى الضحية بطريق غير مباشر ، كأن يتم توجية العدوان إلى الوالد عن طريق العدوان الفعلى على ولده ٠

(إجلال سرى ، ٢٠٠٣ : ٣٧)

أو بمعنى آخر إزاحة العدوان كما يفعل الطفل عندما يضرب أخاه الصغير عند تضايقة من والده مثلاً٠

بعض النظريات المفسرة للسلوك العدوانى وهى :

– الإتجاه البيولوجى :

تعتبر مدرسة " لمبروزو " Lomboroso هى التى وضعت أصول النظرية البيولوجية حيث أعتبرت أن كلاً من الصفات الجسمانية والسيكولوجية متوارثة ، ومن أهم هذه الصفات ، القدرة على مقاومة الألم ، حدة البصر ، الكسل ، عدم الشعور بالندم أو الشفقة ، وسرعة الاستثارة ، أى أن العدوان يورث مثل الصفات الجسمية ٠

(سعد جلال ، ١٩٨٤ : ٢٠٧)

كذلك الاختلالات الهرمونية ، فمن العوامل البيولوجية المرتبطة بالعدوان ، الإفرازات الهرمونية التى تعبئ قوى الفرد وتعده للقتال العنيف أو الهرب حفاظاً على الحياة ، **(حسن مصطفى،٢٠٠٣ :٤٥٤)** فقد وجد أن الأفراد الأكثر عدوانية فى بعض السجون كان لديهم مستويات عالية من هرمون التستوستيرون والذين كان لديهم مستوى متوسط من العدوان كانت لديهم مستويات متوسطة من التستوستيرون كذلك منخفض العدوان كان لديهم أيضاً مستويات منخفضة من هذا الهرمون ٠

(Holmes , 1994 , P. 383)

وتلعب العوامل الوراثية دوراً فى السلوك العدوانى حيث وجد بعض الباحثين أن هناك علاقة بين الكرموسومات والعدوان ، فزيادة الكرموسوم الذكرى (Y) يؤدى إلى السلوك العدوانى، وأى إنسان يوجد لديه (٤٦) كروموسوماً مرتبة فى ٢٣ زوجاً فى الإنسان العادى منهم زوجاً واحداً يتحدد جنس الإنسان بواسطتة (ذكر أو أنثى) وهما (XY) فى حالة الذكر و (X X) فى حالة الأنثى ، إلا أن هناك نوعاً من الشذوذ الكرموسومى قد يحدث عند بعض الناس ويرتبط بالعدوان وهو وجود كرموسوم زائد من النوع (Y) فى الكرموسوم المحدد للجنس ليصبح(XYY) ويحدث هذا النوع من الشذوذ بمعدل حالة واحدة لكل ثلاث آلاف ذكر ، وعندما تم اكتشاف أن ٣ ٪ من الرجال المسجونين كان لديهم هذا الخلل الكرموسومى ، قاد ذلك الباحثين إلى الإعتقاد أن الكرموسوم (Y) الإضافى هو مصدر العدوانية ٠

(محمد السيد عبدالرحمن ، ٢٠٠٤ : ٤١٦)

كما أن خلل نشاط المخ والجهاز العصبى قد يؤدى إلى السلوك العدوانى فقد وجد الباحثون أن أجزاء معينة من المخ يكون لها ارتباط بالعدوان مثل التكوين الشبكى فى جذع المخ ، واللوزة التى هى

مجموعة من الأنوية تقع فى الجزء الأمامى من القرن السفلى للبطين الجانبى فى السطح الأنسى من الفص الصدغى ، ولها وظيفة فى التحكم فى السلوك العدوانى بالهجوم أو الهرب ، وعندما تستثار هذه المنطقة كهربياً فى القطط فإنها تندفع للهجوم على القطط الأخرى ٠

(محمد السيد عبدالرحمن ، ٢٠٠٤ : ٤١٨)

- مدرسة التحليل النفسى :

إن أصحاب مدرسة التحليل النفسى يفسرون السلوك العدوانى تفسيرات عديدة وأول هذه النظريات تعتبر أن العدوان مرتبط بالنمو الجنسى للطفل فى مراحلة المختلفة " المرحلة الفمية والمرحلة الأستية والمرحلة القضيبية " ويأخذ هذا الميل العدوانى فى الوضوح فى المرحلة الأخيرة لظهور عقدة أوديب التى يرى المحللون النفسيون أنها من العوامل الهامة التى تعمل على نمو وتطور الميول العدوانية لدى الطفل ٠

(راوية دسوقى ، ٢٠٠٠ : ٥٨ – ٥٩)

ولقد أرجع فرويد العدوان إلى غريزة تنطوى على قوى التدمير والهدم والفناء وأطلق عليها غريزة الموت ، وإذا ما وجهت إلى الداخل أى إلى ذات الشخص فإنها قد تؤدى إلى الانتحار وإذا أتجهت إلى الخارج أى البيئة الخارجية والآخرين فإنها تتخذ أشكال العداء والعدوان والكراهية والقتال ٠

(ممدوحة سلامة ، ١٩٩٣ : ١٨٤)

- المدرسة السلوكية :

ينظر أصحاب هذه النظرية إلى العدوان على أنه سلوك مُتعلم مثل غيره من أنواع السلوك الآخرى، حيث يتعلم الإنسان سلوكه بالثواب والعقاب ، فالسلوك الذى يُثاب علية الفرد يميل إلى تكراره ، أما السلوك الذى يعاقب عليه فيقلع عنه وفى الغالب لا يفعله مرة أخرى ٠

(محمد سيد فهمى ، نورهان منير ، ٢٠٠٤ : ٧٦- ٧٧)

كذلك يرى باندورا Bandura وهو من أبرز أصحاب نظرية التعلم الاجتماعى ، أن السلوك العدوانى سلوك متعلم ، ويسلك الفرد سلوكاً عدوانياً تعلمة من خلال التفاعل الاجتماعى ، كنتيجة للتعلم الشرطى، أو تقليد السلوك العدوانى ٠

(إجلال سرى ، ٢٠٠٣ : ٤١)

فرضية الإحباط – العدوان :

يرى بعض علماء النفس أن العدوان هو استجابة للإحباط ، حيث يزداد العدوان كلما إزداد الشعور بالإحباط ، والإحباط ينشأ حين يعترض شئ ما ، أو يوقف متتالية من السلوك المنظم والموجه نحو تحقيق هدف ما بحيث يؤخر أو يحول دون إتمامه ودون تحقيق الهدف منة وما يرتبط به من إشباعات أو إثابات ، (**ممدوحة سلامة ، ١٩٩٣ : ١٨٩**) ويذهب "دولارد" و" ميلر " Dollard & Miller أن أى إعاقة لتحقيق الهدف تعتبر إحباطاً وهذا بدوره يؤدى إلى استثارة دافع إيذاء الذين

تسببوا فى إعاقة تحقيق الهدف ، وظهور هذا الدافع العدوانى يؤدى بالتالى إلى القيام بسلوكيات عدوانية ٠

(سامى عبد القوى ، ١٩٩٥ : ٢٨٨)

كما يقرر "براون" أن السلوك العدوانى ينمو فى المواقف الاجتماعية التى يُدرك فيها الفرد الظلم والإحباط وعدم التقبل من الوالدين كذلك المشرفين فى مؤسسات الرعاية والآخرين بصفة عامة٠

(Brown , 1985 , P. 387- 388)

ويحدد "دولارد" و"ميلر" ثلاثة عوامل تحدد كمية العدوان الناتجة من الإحباط هى :

١-شدة الدافع المرتبط بالاستجابة المحبطة : كلما زادت شدة الدافع الذى يرغب الفرد فى اشباعه ، وتم إعاقة الاشباع زادت الاحباطات ، ومن ثم زادت حدة السلوك العدوانى ٠

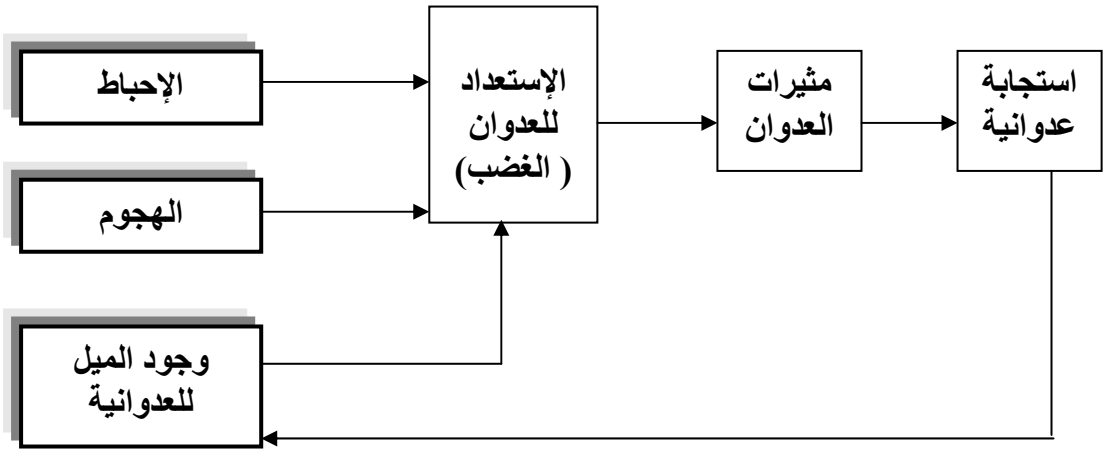
٢-وصول الاحباط إلى حد الاكتمال : فالاشباع الجزئى للدافع يؤدى إلى مستوى منخفض من الاحباط وعدوانية أقل ، أما وصول الاحباط إلى حد النهاية فسيؤدى إلى عدوان شديد ٠

٣-الآثار التراكمية للاحباطات الثانوية : حيث يؤدى تراكم الاحباطات الثانوية أو الضعيفة إلى درجة كبيرة من الاحباط ومن ثم سلوك عدوانى عنيف ، فانغلاق إشارات المرور أمام الفرد الجائع المتوجة بسيارتة إلى مطعم لتناول الغذاء ثم يجد المطعم مغلقاً يجعل احساسة بالإحباط أشد مما لو وجد المطعم مغلقاً فقط دون أن تعوقه إشارات المرور عن الوصول إليه فى الموعد ٠

(محمد السيد عبدالرحمن ، ٢٠٠٤ : ٤٣٠ – ٤٣١)

ولقد قام "بيركويتز" Berkewitz (١٩٩٣) بمراجعة نظرية الاحباط – العدوان ورأى أن الاحباط يخلق فقط الاستعداد للأعمال العدوانية ، حيث تتقبل نظرية بيركويتز للاحباط – العدوان الفروق الفردية فى العدوان ، فعندما يتعرض الأطفال المتأصل لديهم السلوك العدوانى لمثيرات العدوان ، فسوف يكونون أكثر ميلاً لأن يسلكوا بعدوانية مقارنة بالأطفال الذين لا يتأصل لديهم هذا السلوك ، ويمكن توضيح فرضية بيركويتز عن الاحباط والعدوان طبقاً للشكل التالى رقم (٤) ٠

(محمد السيد ، ٢٠٠٤ : ٤٣٢)



شكل رقم (٤)

يوضح فرضية بيركويتز للاحباط والعدوان نقلاً عن (شافر Shaffer 1994)

(فى محمد السيد عبدالرحمن ، ٢٠٠٤ : ٤٣٢)

تعقيب :

إن النظرية البيولوجية تجاهلت بعض العوامل الاجتماعية المكتسبة من البيئة فالإنسان هو نتاج العوامل البيولوجية والبيئية معاً ٠

كما أن نظرية التحليل النفسى ترى العدوان غريزة تحرك الإنسان وتجاهلت إرادة الفرد فى التحكم فى سلوكه وأن الفرد يستطيع أن يكظم غيظة وعدوانة فى كثير من الأوقات ٠

(محمد سيد فهمى ، نورهان منير ، ٢٠٠٤ : ٨٥)

ونظرية التعلم الاجتماعى أكدت على تعلم الفرد من خلال تقليد النماذج العدوانية وهذا إلى حد كبير له دور فى تنمية السلوك العدوانى ولكنها تجاهلت العوامل الذاتية والخبرة المسبقة للفرد وقدرته على الانتقاء من بين الميراث المختلفة فى البيئة المحيطة به ٠

أما نظرية الاحباط – العدوان لدولارد وميلر ترى أن العدوان ناتج عن إحباطات الفرد المستمرة ولكن من الممكن أن يتعرض الفرد لمواقف احباطية كثيرة ومع ذلك لا يتصرف بسلوك عدوانى مباشر ، وتعتبر إضافة بيركويتز لهذه النظرية إضافة حقيقة حيث أوضح دور الفروق الفردية فى تحديد استجابة الفرد واستعداده للعدوان ٠

٢-الميل للعزلة الاجتماعية :

العزلة الاجتماعية هى مدى ما يشعر به الفرد من وحدة وانعزال عن الآخرين وابتعاد عنهم وتجنب لهم وانخفاض معدل تواصلة معهم أو اضطراب علاقتة بهم ، وقله عدد معارفة ، وعدم وجود أصدقاء حميمين له ، ومن ثم ضعف شبكة العلاقات الاجتماعية التى ينتمى إليها ٠

(عادل عبد الله ، ٢٠٠٠ : ١٩٥)

والفرد المنعزل يميل إلى التباعد والانسحاب الاجتماعى وعدم التجاوب مع الآخرين ، ويتجنب المواجهة ويبتعد عن المواقف التى تتطلب منه جهداً أو منافسة أو تحدٍ مع الآخرين ، ولديه شعور بالنقص ولا يشعر بسعادة شخصية فى أغلب الأحوال ٠

(محمد سيد فهمى ، نورهان منير ٢٠٠٤ : ٩١)

كذلك فالشخصية التى تميل للعزلة الاجتماعية أو الشخصية المتجنبة Avoidont personality تتميز بعدم الراحة الاجتماعية والخوف من التقويم السالب والخجل ، كما أنها لا تحب الدخول فى علاقات إلا بعد ضمان بالقبول وعدم النقد ، وتتجنب العمل الذى فيه علاقات اجتماعية كما تخشى من المواقف الاجتماعية ،فنجد الشخص يحمر وجهة وتظهر علامات الخوف والارتباك عليه أمام الآخرين ٠

(محمود حموده ، ١٩٩١ : ٤٨٤)

وقد يكون السلوك الانسحابى أو المنعزل اجتماعياً تعبيراً عن عجز فى المهارات الاجتماعية للفرد وذلك بأن الفرد لا يمتلك القدرة على تأدية المهارات المطلوبة للتفاعل الاجتماعى ، أو قد يكون إنعكاساً لعجز فى الآداء الاجتماعى حيث أن الفرد يمتلك القدرة على تأدية المهارات المطلوبة للتفاعل الاجتماعى ، ولكنه لا يقوم عملياً بتأديتها لأسباب مختلفة ٠

(جمال سعيد ، ١٩٩٣ : ٢٠٠)

فعلى سبيل المثال الشخص الذى يتجنب الحديث فى المواقف الاجتماعية من الممكن أن يكون لديه عيوب فى النطق تجعلة يتجنب الحديث أمام الناس ، أو قد لا يكون لدية أى عيوب ويتحدث بطلاقة مع أفراد أسرته ولكنه يخشى المواقف الاجتماعية نتيجة لبعض الأسباب منها التربية شديدة التسلط وعدم السماح للفرد بالاختلاط مع الأقران أو أحياناً لشدة الحماية على الطفل التى تجعله شخصية ضعيفة غير واثقة من نفسها تخشى مواجهة المجتمع ٠

ومن أسباب الميل للعزلة الاجتماعية :

١- طريقة معاملة المحيطين للفرد ، فالشخص الذى يُحرم من اشباع حاجاته الأولية ، ولا يجد قبولاً من الآخرين حين يريد التعبير عن نفسه فإنه فى الغالب يميل إلى العزلة والانسحاب ٠

٢-مواقف الاحباط التى يتعرض لها الفرد فى المجتمع والتى تشعره بالألم فيحاول أن يتفادى هذا الاحساس المؤلم وذلك بالعزلة الاجتماعية كإحدى الحيل للهروب من المواقف الغير مرغوبة ٠

٣-شعور الفرد بالنقص وعدم الثقة بالنفس والنقد الهدام من الآخرين ٠

٤-نمط التربية :

أ- فالتربية التى تتسم بالإتكالية تحرم الفرد من التدريب على تحمل مسئولية القيام بأدوار قياديه مما تجعل الفرد يميل إلى الإنذواء فى المناسبات التى تتطلب منه مثل هذا السلوك ٠

(عبد الرحمن العيسوى ، ١٩٩٩ : ٣١٤ – ٣١٥)

ب- قسوة الأب : فالأب الذى يسلك سلوكاً قاسياً عدوانياً فى المنزل مع الزوجة والأولاد يسبب مخاوف غامضة للطفل ويشعره بعدم الآمان ٠

حـ- مخاوف الأم : يتأثر الطفل بمخاوف الأم وقلقها الزائد عليه وتخشى أن يخوض التجارب الجديدة وخصوصاً الطفل الوحيد فى الأسرة فالحماية الزائدة تحول دون انطلاق الطفل حيث ينتقل إليه الاحساس من الأم بتعرضة للأذى إذ مثلاً عبر الطريق بمفرده أو قام باللعب والجرى والسباحة، فيظل منطوياً بعيداً عن محاولة فعل شئ من ذلك خوفاً من إصابته بأذى ٠

د- التهديد المستمر للطفل : فالتهديد الذى يوجه للطفل بإسراف كلما فعل أى شئ لا يرضى عنه الوالدين تشعره بالقلق والإنزعاج والخوف وبالتالى يلجأ إلى العزلة الاجتماعية لعدم احساسه بالأمان .

(نبيله الشوربجى ، ٢٠٠٣ : ١٣١ – ١٣٣)

٣-الكذب Lie :

الكذب هو الإخبار بالشئ على خلاف الواقع وهو خصلة ذميمة قبيحة تُرى بين الصغار والكبار على السواء ٠

(عبد الفتاح دويدار ، ٢٠٠٠ : ٢٨٨)

فالكذب هو التزييف المتعمد بقصد الغش والخداع ، ولا يوجد ذلك فى طفل ما قبل الخامسة من العمر ، لأنه غالباً لا يميز الصواب من الخطأ ، ولدية نقص فى فهم بعض القيم النسبية ، كما أن الصغار لديهم نوع من الخيال رغبة فى إثبات ذاتهم وقدراتهم وتفوقهم على أقرانهم ومن ثم فقد يقوموا بإختلاق أحداث غير حقيقة ، مما يمكن وصفه بالكذب ٠

(جمعه سيد يوسف ، ٢٠٠٠ : ٢٦٧)

والكذب سلوك مكتسب نتعلمة كما نتعلم الصدق وليس صفة فطرية أو سلوكاً مورثاً وهو عرض ظاهرى لدوافع وقوى نفسية تجيش فى نفس الفرد سواء كان طفلاً أو بالغاً ٠

(حسن مصطفى ، ٢٠٠٣ : ٤٩٣)

وقد يكون هناك ما يضطر المرء فى ظروف قاسية لأن يقرر غير الحقيقة ، لكن الشخص الذى لم يعتد الكذب يؤنب نفسة على فعلتة ويحاول جهد طاقتة أن يكفر على كذبة وخطيئتة ، أما الكذاب الذى تعود أن يقول غير الحقيقة فلا يرى فى كذبة إلا سلوكاً عادياً ٠

(عبد الفتاح دويدار ، ٢٠٠٠ : ٢٨٩)

والكذب الذى يُخشى منه هو الذى يتميز بالثبات النسبى ، والحبكة والذى لا يخدم هدفاً معيناً، والذى يُقصد من ورائه إيقاع الأذى والضرر بالآخرين أو ما يمكن أن نسميه الكذب الكيدى أو المتعمد وهو يشكل أحد أعراض أو مظاهر اضطراب المسلك وخاصة عندما يمهد أو يقترن باضطرابات آخرى فى التصرف كالعدوان والسرقة أو تعاطى المخدرات والتدخين والشرود من البيت أو المدرسة ٠

(جمعة سيد يوسف ، ٢٠٠٠ : ٢٦٨)

وهناك أسباب ودوافع كثيرة تؤدى إلى الكذب منها شعور الطفل بالنقص فيحاول تعظيم نفسة باختلاق أكاذيب لنيل التقدير من أقرانة ، الكذب من أجل الانتقام واتهام الغير بأمور يترتب عليها عقابهم أو سوء سمعتهم ، كذلك الدفاع عن النفس والوقاية من العقوبة ، أو ربما ينشأ الكذب عند الطفل عندما يقلد من حولة من الآباء أو الكبار أو محاولة منه تحدى السلطة الممثلة فى الأسرة أو المدرسة خاصة إذا كانت شديدة الرقابة والضغط فيلجأ الطفل إلى الكذب لمجرد مخالفة الأوامر وتحدى السلطة ٠

(حسن مصطفى ، ٢٠٠٣ : ٤٩٥ : ٤٩٧)

٤-السرقة : Theft or stealing

السرقة سلوك يعتمد فيها الفرد الاستحواذ على شئ يمتلكه غيره ليس له فيه حق ، وهو يفعل ذلك بإرادة منه بعيداً عن عيون الآخرين ، وأحياناً باستغفال وتضليل مالك الشئ المراد سرقته، ويحاول الاحتفاظ بالشئ المسروق لنفسه ، ويحدث هذا السلوك بصورة مطردة ٠

(حسن مصطفى ، ٢٠٠٣ : ٤٨٠)

أما سرقة بعض الأطفال فى مرحلة ما قبل المدرسة قد تكون عابرة وترجع إلى نقص القدرة على التمييز بين الصواب والخطأ ، بينما إذا استمر البعض فى ممارسة هذا النمط السلوكى ويمثل وسيلتهم للحصول على ما يريدونه فإن هذا يعتبر دليلاً على وجود اضطراب حاضر كاضطراب المسلك أو مقدمه لاضطراب مستقبلى أكثر خطورة كما هو الحال فى اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع ٠

(جمعه سيد يوسف ، ٢٠٠٠ : ٢٦٩)

وللسرقة دوافع كثيرة ومختلفة يحددها حسن مصطفى فى :

١- نقص الاحساس بحقوق الملكية : فقد يسرق الطفل لعبة أخيه أو زميله لأنه يجهل معنى الملكية ويجهل كيفية احترام ملكية الآخرين ٠

٢-حب الامتلاك والتعويض عن الحرمان ، فقد يسرق الطفل فى محاولة منه لإشباع بعض الحاجات المادية المحروم منها ٠

٣-الرغبة فى تأكيد الذات ، فالمراهق الفاشل دراسياً يحاول إثبات ذاته مع زملائه من أقران السوء فى الصرف غير العادى عليهم فى نزوات كالتدخين ، ودخول السينما أو الخروج مع الفتيات تعويضاً عن العجز فى الدراسة ٠

٤-التساهل وضعف الرقابة الأسرية ، فالطفل الذى لم يتعلم من والديه معايير السلوك وقواعد الأخذ والعطاء ويتساهلون معه إذا سرق فى البداية كنوع من الدعابة إلى أن تصل إلى عادة متأصلة فية٠

٥- الإنتقام من الوالدين أو بديل الوالد ، فالتطرف فى القسوة والعقاب إلى جانب التصدع الأسرى قد يدفع الطفل للسرقة من الوالدين أو أى مصدر للسلطة ٠

٦- اضطراب المناخ الأسرى ، كأن يكون أحد الوالدين منحرف السلوك أو مدمناً أو هو نفسة محترفاً للسرقة فينشأ الطفل فى بيئة إجرامية عودته على السرقة والإعتداء على ملكية الغير ٠

٧- حب المخاطرة والمغامرة ، عندما يتأثر الطفل بقصص المغامرات وأفلام السينما عن العصابات والسرقات فيحاول تقليد الأشرار وهم يتفنون فى أساليب السرقة ومحاولة الهروب من العدالة ٠

(حسن مصطفى ، ٢٠٠٣ : ٤٨٣ – ٤٨٦)

٨-عوامل نفسيه لا شعورية ، كهوس السرقة Kleiptomania وهو نوع من الأمراض النفسيه التى يجد صاحبة دافعاً قوياً لإرتكاب السرقة مع علمه بقبح ما يقوم به وما ينتظره من محاكمة وعقاب ، ولا يقوى على ردع نفسه والإقلاع عن سلوكه هذا ، وتتميز السرقة هنا بغموض الدافع لإرتكابها ، فلا يسرق المصاب للحاجة مثلاً أو لتنفيذ مآرب خاصة ، ولقد فسر بعض الباحثين هذا السلوك من أن الأشياء التى يسرقها المصاب يكون لها دلالة رمزية للدافع الذى يدفعه للسرقة ، فمثلاً قد يوحى دافع جنسى مكبوت لفتاه أن تسرق عصا أو سكيناً وهذه الأشياء كما بين فرويد فى الأحلام ترمز لعضو تناسل الذكر ، أو يسرق رجل بعض ملابس السيدات لإتلافها ويكون ذلك دليلاً لدافع جنسى شديد يعمل على كبتة وإخفاءه ٠

(عبد الفتاح دويدار ، ٢٠٠٠ : ٢٩٢)

٥- الغيرة Jealousy:

الغيرة هى مزيج من الانفعالات المختلفة كالخوف والغضب والحقد والشعور بالنقص وحب التملك ، وتسبب الغيرة صراعاً شديد الخطورة على الجوانب الاجتماعية للفرد ، وهى تنطوى فى جوهرها على كره شخص لشخص آخر ٠

(نبيله الشوربجى ، ٢٠٠٣ : ١٥٠)

وترتبط الغيرة بالعديد من الاضطرابات السلوكية الشائعة عند الأطفال كالتبول اللإرادى ، اضطراب الكلام ، والتأخر الدراسى والاضطرابات المزاجية ، واضطرابات تشتت الإنتباه وفرط النشاط

، مما يترتب عليه اضطراب وقصور فى العلاقات الاجتماعية والتحصيل الدراسى وانسحاب الطفل وعزلتة وكراهيه الآخرين ٠

(بشرى إسماعيل ، ٢٠٠٤ : ١٩٥)

وللغيرة أسباب كثيرة منها ضعف الثقة بالنفس وهو أشد أنواع الغيرة عندما يكون الشعور بالنقص مصحوباً بعدم إمكان التغلب عليه ، كنقص فى الجمال أو فى القدرة الجسمية أو العقلية ، كذلك غيرة الطفل عند ميلاد طفل جديد فى الأسرة ، أو التفرقة فى المعاملة بين الأخوة أو التمييز بين البنت والولد فتنمو لدى البنات غيرة تُكبت وتظهر أعراضها فى صور أخرى فى مستقبل حياتهن ككراهية الرجال عادة ، وعدم الثقة بهم ٠

(نبيلة الشوربجى ، ٢٠٠٣ : ١٥٢ – ١٥٣)

٦- العنـاد Stubbornness :

العناد سلوك يعبر عن نزعة عند الفرد إلى مخالفة الوالدين أو الكبار ، وتأكيد مواقف له تتنافى مع مواقفهم ورغباتهم وأوامرهم ونواهيهم ، إنه تاكيد للذات يحمل إلى حد ما طابعاً عدوانياً تجاه الوالدين أو الكبار ، ويتخذ شكل المعارضة لإرادتهم ٠

(نبيله الشوربجى ، ٢٠٠٣ : ١٢٢)

ولقد أورد الدليل التشخيصى الرابع للأمراض النفسية DSM IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسى هذا النمط من السلوك تحت اضطراب المعارضة المتحدية أو الجريئة ٠

والملمح الرئيسى لهذا الاضطراب نمط من السلوك العدائى والمتمرد والمعارض والسلبى المتكرر تجاه رموز السلطة والذى يستمر على الأقل لمدة ستة أشهر ويتميز بتكرار حدوثه ، ويظهر على الأقل فى أربعة من السلوكيات الأتية وهى : فقد الأعصاب ، معارضة أو جدل الراشدين ، معارضة أو رفض شديد للإذعان لمتطلبات أو أوامر الكبار ، القيام بأشياء تضايق الآخرين وتزعجهم ، لوم الآخرين على أخطائه ، سهولة التأثر والانزعاج من الآخرين ، الغضب والرفض والحقد ٠

(DSM.IV, 1994 , P. 68)

وأهم ما يميز اضطراب التحدى والمعارضة عن اضطراب المسلك هو عدم وجود السلوك المنتهك للقوانين والقواعد الاجتماعية ولحقوق الآخرين ٠

(بشرى إسماعيل ، ٢٠٠٤: ١٤٠)

ولا شك أن كل طفل أو مراهق يُظهر بعضاً من أنواع المعارضة من وقت لآخر وهذا السلوك غالباً لا يسبب مشاكل خطيرة للطفل أو للمراهق ولا يعيره الآباء كثيراً من الإنتباه ٠

(Frick , 1998 , P . 9)

فالعناد شائع فى مرحلة المراهقة ، وهو أكثر انتشاراً لدى الذكور عن الإناث قبل البلوغ ، ولكن معدلات الانتشار تبدو متساوية تقريباً بعد البلوغ ، والأعراض متشابهة بشكل عام لدى الجنسين ، بإستثناء الذكور قد يكون لديهم أشكالاً من سلوك المواجهة أكثر من الإناث ٠

(جمعه سيد يوسف ، ٢٠٠٠ : ٢٧٩)

وللعناد أسباب عديدة نذكر منها :

١- تقييد حرية الطفل والتحكم فى تصرفاتة ومنعه من اللعب ومزاولة ما يحب من نشاط ، وإرغامة على إتباع نظم معينة فى المعاملة وآداب تناول الطعام وآداب الحديث أو الذهاب إلى الفراش فى مواعيد محددة ٠٠الخ كل ذلك قد يدفع الطفل إلى العناد كرد فعل للقمع الوالدى ٠

٢- غياب أحد الوالدين أو كلاهما فجو العائلة غير المستقر ، ومعايشة الطفل الشجار والنزاع بين الوالدين وكثرة التوترات الانفعالية والمشكلات الأسرية والخلاف بين الأب والأم حول تربية الطفل كل ذلك يؤدى إلى التوتر الانفعالى الذى يأخذ صورة نوبات الغضب والعناد٠

٣- محاولة إثبات الذات ، وتظهر أكثر فى مرحلة المراهقة كتعبير عن الحاجة للإنفصال عن الآباء وإقامة هوية مستقلة بذاتها ٠

(حسن مصطفى ، ٢٠٠٣ : ٤١٧ – ٤١٩)

٤- اهمال الوالدين له ، فقد يكون العناد تعبيراً عن الشعور بعدم اهتمام كافى من جانب والديه وقد يسلك بتحدى وعناد محاولة منه للفت الانتباه ٠

٥- شعور الفرد بأنه غير محبوب وخصوصاً من الوالدين وتفضيل أحد الأخوة عليه ٠

(نبيله الشوربجى ، ٢٠٠٣ : ١٢٥ – ١٢٦)

النماذج النظرية المفسرة للانحرافات السلوكية

يمكن تفسير انحراف السلوك من خلال ثلاثة نواحى أساسية وهى :

١- الجانب البيولوجى (الفسيولوجى) ٠

٢- الجانب النفسى ٠

٣- الجانب السسيولوجى أو الاجتماعى ٠

أولاً : الجانب البيولوجى (الفسيولوجى) :

فى القرن التاسع عشر كان الاتجاه البيولوجى الوراثى فى الفكر العلمى هو السائد فى ذلك القرن ، وكان أصحاب هذا الفكر يرون أن الانحرافات السلوكية ترجع إلى عوامل وراثية أو إلى اضطرابات عصبية تكوينية ٠

(إجلال سرى ، ٢٠٠٣ : ١٤)

ولقد قام " لومبروزو " Lombroso (١٨٧٠) الإيطالى صاحب النظرية الوضعية بوصف "المجرم بالمولد " وذلك اعتماداً على بعض المقاييس التى طُبقت على نزلاء السجون الإيطالية ، حيث أعتبر أن المجرم تعتبر جريمتة وخصائص تركيبة الجسمانى مجرد مظاهر للعودة إلى صفات الأسلاف ، أى أن هذه النظرية ترى أن السلوك الإجرامى يورث من الأباء والأجداد ٠

(سامية جابر ، ١٩٨٧ : ٨٩)

ولقد وجه نقد عنيف لهذه النظرية حيث قام "جورنح " Goring وهو إنجليزى يعمل ضابطاً طبيباً فى إحدى السجون ، حيث عقد مقارنة بين عينات كبيرة من السجناء الإنجليز ومجموعات أخرى ضابطة من غير المجرمين وذلك بصدد مجموعة من الخصائص أعتبرها لمبروزو وعلامة على الرجوع إلى صفات الأسلاف ، وتوصل إلى أنه ليس ثمة دليل على وجود " نموذج إجرامى فيزيقى"٠

(سامية جابر ، ١٩٨٧ : ٨٩ – ٩٠)

كذلك أفكار " شيلدون " التى تستند على إطار نظرى مؤداه أن بناء وتكوين الجسم يحدد الوظيفة أو السلوك ، وأن الفروق الفردية فى الشخصية والسلوك تتحدد أساساً بالفروق فى الوظائف الفسيولوجية وأوضح أن الجانحين يختلفون عن غير الجانحين فى تكوينهم الجسمى ، وتكوينهم المزاجى ، وتكوينهم العقلى ، وأن مثل هذه الإختلافات تشكل دونية و انحطاطية وهى مورثة ٠

(محمد سيد فهمى ، نورهان منير ، ٢٠٠٤ : ١٢١ – ١٢٢)

ولاشك أن الخلل فى إفرازات الغدد الصماء وبعض الاضطرابات فى المخ والجهاز العصبى تؤدى إلى بعض أشكال السلوك المنحرف ٠

ولقد وجهت انتقادات كثيرة إلى النموذج الفسيولوجى الذى أهمل عامل البيئة وأثره فى تحديد السلوك ، فمن الصعب تقبل فكرة وراثة بعض السلوكيات (كالسلوك الإجرامى) من خلال الجينات لأن الجريمة ظاهرة لها جوانبها الدينية والاجتماعية والثقافية والاقتصادية والسياسية. كذلك لم يهتم بالتفسير الدينامى للسلوك المنحرف ولا بالتنظيم الانفعالى للدوافع التى يمكن أن تكمن وراء أساليب التوافق السئ ٠

(إجلال سرى ، ٢٠٠٣ : ١٥)

وعلى الرغم من هذه الانتقادات فالنموذج الفسيولوجى له العديد من جوانب القوة تشمل الوضوح ، وخضوعة للبحث الأمبريقى ، وقد أعطاه هذا قوة خاصة على عكس بعض النماذج التى تستخدم مفاهيم قد تكون غامضة ومقتصرة عليها وحدها مثل النموذج السيكودينامى والنماذج الإنسانية والوجودية ٠

(بشرى إسماعيل ، ٢٠٠٤ : ٢٧)

ثانياً : الجانب النفسى :

أ- النموذج السيكودينامى (التحليل النفسى) :

تهتم مدرسة التحليل النفسى بالقوة الدينامية المحركة للسلوك وهى (الهو والأنا والأنا الأعلى) والتى تعمل على المستوى اللاشعورى . وهى ترى أن السلوك السوى يحدث عندما توازن الأنا بين متطلبات الهو (الغريزية) وبين متطلبات الأنا الأعلى (الضمير والمعايير الأخلاقية) .

فعندما يحدث اضطراب فى التوازن بين المكونات الثلاث يحدث اللاسواء ، فإذا كانت الأنا الأعلى ضعيفة ، فإن حفزات الهو العدوانية قد تكسب القوة العليا وينتج عنها الانحرافات الأخلاقية والشخصية الانتهازية ، أما إذا سيطرت الأنا الأعلى ، فقد تتزايد الدفعات إلى الدرجة التى تضربها الوظائف الطبيعية بشكل خطير ٠

(بشرى إسماعيل ، ٢٠٠٤ : ٢٨)

وتشير مدرسة التحليل النفسى إلى أهمية الدافع اللاشعورى فى تفسير بعض السلوك المنحرف وهى (الحاجة اللاشعورية لبعض الأفراد إلى العقاب) أى الرغبة الخافية لشخص ما فى إيقاع العقاب على نفسه لكى يخفف من احساسه بالذنب الذى ترتب على سلوك سابق أو رغبة محرمة ٠

(سامية جابر ، ١٩٨٧ : ٩٨)

ولقد أهتم التحليليون المحدثون بدراسة الانحراف وتفسير السلوك وهذا يبدو واضحاً فى إتجاهات " أدلر " و" إيريك فروم " و" هورنى " و " أوتو رانك " حيث أهتم بعضهم فى تفسير السلوك بالناحية الثقافية وأثرها فى خلق الاضطرابات والانحرافات، كذلك أثر العوامل الاجتماعية فى اكتساب القلق ، ويرون أن السلوك المضاد للمجتمع أسلوب توافق للقلق ، ويربطون بين أشكال الانحراف وبين الحاجة للتملك والشهرة والسيطرة والحب ٠

(إجلال سرى ، ٢٠٠٣ : ٢٠ – ٢١)

ولقد وجه للنموذج السيكودينامى عدة انتقادات وهى أن بعض مفاهيمة قد صيغت بشكل يصعب معه التحقق من صحتها ، هذا بالإضافة إلا أن فرويد نفسه لم يكن يؤكد ويهتم باستخدام منهج بحثى للتحقق من نظريته ، ولكن من الناحية الإيجابية فإن النموذج السيكودينامى هو نموذج غنى ومتكامل عند دراسة ظواهر نفسيه كثيرة وبصفة خاصة أعقد هذه الظواهر وهى اللاشعور ٠

(ممدوحة سلامة وعبد الله عسكر ، د٠ ت : ٤٨ – ٤٩)

ب- النموذج السلوكى :

يرى أصحاب التوجه السلوكى أن الانحراف سلوك متعلم يمكن اكتسابة من البيئة من خلال عملية التنشئة الاجتماعية التى يكتسب الفرد من خلالها معايير السلوك والإتجاهات والقيم ٠

ويرى " مورر " Mowerer الذى أهتم بدراسة عملية التطبيع الاجتماعى وأثرها فى تعلم القيم وامتصاصها ، أن الشخص المنحرف أنما يعانى من نقص فى عملية التعلم ، وأنه قد فشل فى امتصاص الكثير من عوامل الضبط الخارجى الذى يمكن أن تكف عدوانة الموجه للخارج٠

(مصطفى فهمى ، د٠ ت : ٩٨)

ويؤخذ على هذا النموذج عدم اعترافه بالعمليات النفسية والمعرفية التى تتوسط بين إدراكنا واستجاباتنا للأحداث والعالم الخارجى ، كما يؤخذ عليه تجاهله للعوامل البيولوجية التى قد تتدخل فى تعلم أو إبطال تعلم سلوك ٠

(ممدوحة سلامة وعبدالله عسكر ، د٠ت : ٥٠ – ٥١)

جـ- النموذج المعرفى :

ويرى أصحاب هذا التوجه أن السلوك اللاسوى استجابة للطرق التى يقيم أو يدرك بها المثير فهذا النموذج يؤكد على العمليات المعرفية مثل الإنتباه والتذكر كمؤثرات ومحددات هامة للسلوك . ولقد افترض أرون بيك وإليس Beck & Ellis أن العمليات المعرفية هى مركز وأساس السلوك والأفكار والانفعالات وأن الاضطرابات النفسية (بصفة عامة) تنشأ عندما نفكر بطريقة غير عقلانية وغير منطقية ٠

(بشرى إسماعيل ، ٢٠٠٤ : ٣٠ – ٣١)

د- النموذج الإنسانى :

يرى أصحاب هذا التوجة أن الكثير من اضطرابات سلوكنا تنشأ لأن المجتمع من حولنا يصر على أن تكف كثير من مشاعرنا القوية خلال مسار نمونا ، فالطبيعة الإنسانية خيره بطبيعتها ولكن المشكلات النفسية تظهر حين تنكر هذه القيمة الفطرية ، أى أن الإنسان يصاب بالقلق حين لا يمكنة التعبير عن نفسة أو حين لا يمكنة ممارسة حريتة واختياره ٠

(ممدوحة سلامة ، ١٩٩٦ : ٢٩٦)

فالإنسانيون أكثر تفاؤلاً من السلوكيين والمعرفيين ، وذلك لأنهم يعتقدون أن الإنسان يولد ولدية نزعة فطرية ليكون محبوباً ومتعاوناً وبناء ، ومدفوعاً لتحقيق ذاتة ولإشباع حاجاتة للكفاءة والنمو ٠

(بشرى إسماعيل ، ٢٠٠٤ : ٣٤)

ثالثاً : الجانب السسيولوجى أو الاجتماعى :

– يرجع بعض علماء الاجتماع وخاصة علم الاجتماع الجنائى السلوك المنحرف إلى التغيير السريع الذى يصيب المجتمعات والبعض الآخر ينظرون إلى بعض أشكاله على أنها نتاج تفاعل الفرد مع البيئة الاجتماعية بكافة مؤسساتها ونظمها والتى تؤثر فى توافق الفرد أو جنوحة أثناء عملية التنشئة الاجتماعية ٠

(إجلال سرى ، ٢٠٣ : ١٦)

– كذلك أصحاب المدرسة الجغرافية أو الخرائطية الذين يحاولون الربط بين العوامل الجغرافية ومعدلات حدوث الجرائم ، حيث أن درجة الحرارة والرطوبة وتغيرات الطقس ، والطبيعة الجغرافية للمنطقة والموارد الطبيعية فيها وكذلك الموقع الجغرافى للمنطقة تعتبر كل هذه العوامل فى ضوء هذه المدرسة عوامل مسببة للسلوك الإجرامى ٠

(محمد سيد فهمى ، نورهان منير ، ٢٠٠٤ : ١٣٩)

وتقترح عدد من الدراسات الميدانية والمعملية فى أمريكا أن جرائم العنف والعدوان تميل للزيادة مع زيادة درجات الحرارة خلال العام أو فى فصل من فصول السنة أو حتى فى شهور وأيام بعينها ٠

(محمد السيد عبدالرحمن ، ٢٠٠٤ : ٤٢٣)

– أيضاً الظروف الاقتصادية يرى بعض العلماء أنها لها علاقة بالانحرافات السلوكية حيث تسهم إلى حد كبير فى التأثير على سلوك الفرد وتكوين اتجاهاتة وقيمة ، وتحديد سمات شخصيته ، كذلك فى تكوين الطبقات الاجتماعية وتحديد سماتها ومميزاتها ، ومدى التماسك الاجتماعى بين الطبقات المختلفة داخل المجتمع ٠

(إجلال سرى ، ٢٠٠٣ : ١٦ – ١٧)

ويرى البعض أن البطالة قد يكون لها علاقة بالسلوك المنحرف فهى تؤدى إلى الشعور بالخوف والقلق والاحباط نتيجة عجز الفرد عن اشباع حاجاته الضرورية له ولأسرتة وقد يؤدى هذا إلى تكون مشاعر عدائية تجاه البيئة والتى تعبر عن نفسها بارتكاب السلوك المنحرف ٠

(محمد سيد ، نورهان منير ، ٢٠٠٤ : ١٤٢)

– ويرى أصحاب الإتجاه الايكولوجى (البيئى) أن هناك علاقة بين الانحراف والأحياء العشوائيه التى تتسم بالازدحام السكانى ، ومن أهم تلك الدراسات دراسة "شيتون " Chetton التى أوضح من خلالها أن مناطق الانحراف تتسم بمجموعة من السمات منها أن سكانها غير مستقرين ، يوجد تزاحم بنسبة مرتفعة ، والمقيمون بهذه المناطق ودخولهم منخفضة ، ومهاراتهم الحرفية بسيطة كذلك فإن إقامة جميع أفراد الأسرة فى حجرة واحدة ، والأماكن القذرة ، ودفع الأطفال للشوارع أغلب الأوقات كلها عوامل تساعد على الانحراف ٠

(محمد سيد فهمى ، نورهان منير ، ٢٠٠٤ : ١٤٣ – ١٤٤)

تعليق على المناحى المختلفة المفسرة للانحرافات السلوكية :

إن الضرورة تقتضى عند دراسة الانحراف وتفسيره تبنى مدخلاً نظرياً متكاملاً وشاملاً ، يستند إلى مختلف الأبعاد البيولوجية والنفسية والاجتماعية والثقافية والاقتصادية والسياسية ٠

(غريب سيد أحمد، ١٩٩٧ : ١٥٣)

فكل هذه التوجهات يكمل كل منها الآخر عند تفسير انحراف السلوك ولهذا ظهر النموذج البيولوجى النفسى الاجتماعى Biopsychosocial الذى يؤكد على دور العوامل الثلاثة كمحددات أساسية للسلوك ولقد قدم جورج إنجيل (١٩٧٧) المصطلح النفسى اجتماعى بيولوجى أو البيونفسى اجتماعى المشتق من نظرية النظم العامة وهو يبرز أهمية تفاعل العوامل الثلاثة عند دراسة أى سلوك ٠

(Kaplan & Sadock's , 2000 , chapter 25 , CD)

ومن خلال عرض الإطار النظرى لمتغيرات الدراسة يتضح لنا أن الرعاية الاجتماعية هى كل ما يقدمه المجتمع – بكل مؤسساتة الرسمية وغير الرسمية – للفرد في جميع جوانب الحياة الصحية والثقافية والتعلمية والاجتماعية ... وذلك لتنمية قدراته وإمكاناتة والتغلب على ما يواجهه من مشكلات .والرعاية الاجتماعية ليست قاصرة فقط على الأفراد الذين يعيشون حياة طبيعية بل تمتد إلى بعض الفئات الخاصة الذين يحتاجون العون والمساعدة ، كرعاية ذوى الاحتياجات الخاصة ورعاية كبار السن والرعاية داخل المؤسسات الإيوائية .

وتعتبر الرعاية الؤسسية من أهم جوانب الرعاية الاجتماعية التى تقدم للأبناء سواء كانت رسمية من خلال الحكومة أو أهلية من خلال الجمعيات الأهلية الخاصة ، وذلك لأن هؤلاء الأبناء من أشد فئات المجتمع احتياجاً للرعاية من المجتمع وذلك لفقدانهم الرعاية الأسرية وحرمانهم من ان يعيشوا في أسرة طبيعية مكونة من الأب والأم والاخوة في منزل يملئه الدفئ والحنان والتماسك والاستقرار .

لذا فالأبناء الذين حرموا ومن الرعاية الأسرية لأى سبب من الأسباب كاليتم او التفكك الأسري يكونوا في حاجة ماسه لمن يرعاهم ويقدم لهم العون والمساعدة ، وتعتبر الرعاية داخل المؤسسات من أفضل السبل لرعاية هؤلاء الأبناء خاصه اللقطاء منهم أو الأيتام الذين تخلى أقاربهم عنهم أو الذين ينحدرون من عائلات بها تفكك أسرى شديد كالطلاق ودخول أحد الوالدين أو كلاهما السجن او المستشفى . هؤلاء الأبناء تكون الرعاية الاجتماعية لهم داخل المؤسسات هى أفضل السبل وذلك لرعايتهم في شتى مجالات الحياة ووقايتهم من الانحراف .

وتعتبر وقايتهم من الانحرافات السلوكية من أهم أهداف الرعاية بداخل هذه المؤسسات وذلك لأن أبناء المؤسسات من أكثر الفئات المعرضة للاحراف وذلك نتيجة للظروف الصعبة التى يعيشون فيها وعدم استمرار المشرفين والقائمين على رعايتهم وتغيرهم باستمرار مما يخلق لديهم حالة من عدم الثبات الانفعالي وقد يصابوا ببعض الاضطرابات النفسية ، كما ان الضغوط النفسية واحساسهم بأنهم يختلفون عن الأبناء الذين يعيشوا بداخل أسر طبيعية قد تهيئ لإصابتهم بالاضطرابات السيكوسوماتية .

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

أولا: الدراسات التى تناولت العلاقة بين قصور الرعاية الاجتماعية والاضطرابات السيكوسوماتية

ثانيا: الدراسات التى ركزت على الاضطرابات السيكوسوماتية لدى المراهقين .

ثالثا : الدراسات التى تناولت العلاقة بين قصور الرعاية الاجتماعية والانحرافات السلوكية .

رابعا : الدراسات التى تناولت قصور الرعاية الاجتماعية وبعض المتغيرات النفسية والاجتماعية.

تعليق عام على الدراسات السابقة

فروض الدراسة

الفصل الثالث
الدراسات السابقة

مقدمة :

إن قصور الرعاية الاجتماعية قد يكون له علاقة بظهور بعض الاضطرابات السيكوسوماتية لدى الأبناء كذلك قد يساهم فى ظهور بعض الانحرافات السلوكية لديهم . فالرعاية الاجتماعية الجيدة للأبناء تحميهم من كثير من المشكلات الانفعالية والسلوكية ولذلك تعرض الباحثة الحالية فى هذا الفصل أهم الدراسات والبحوث السابقة التى لها صلة بموضوع الدراسة الحالية وإبراز أهم نقاط الإتفاق والاختلاف فيما توصلت إليه من نتائج وذلك للمساعدة فى اشتقاق فروض الدراسة الحالية .

وترى الباحثة الحالية أنه يمكن تقسيم الدراسات والبحوث السابقة الى أربعة مجموعات كما يلى :

أولا: الدراسات التى تناولت العلاقة بين قصور الرعاية الاجتماعية والاضطرابات السيكوسوماتية .

ثانيا: الدراسات التى ركزت على الاضطرابات السيكوسوماتية لدى المراهقين .

ثالثا : الدراسات التى تناولت العلاقة بين قصور الرعاية الاجتماعيةوالانحرافات السلوكية .

رابعا : الدراسات التى تناولت قصور الرعاية الاجتماعيةوبعض المتغيرات النفسية والاجتماعية.

أولا: الدراسات تناولت العلاقة بين قصور الرعاية الاجتماعية والاضطرابات السيكوسوماتية.

دراسة " مونتجومرى " Montgomery (١٩٩٢) وتهدف هذه الدراسة إلى التعرف على الاضطرابات السيكوسوماتية والاضطرابات النفسية والسلوكية لدى الأطفال كنتيجة لقصور الرعاية الاجتماعيةالناتج من تعرض آبائهم كضحايا للتعذيب .وتكونت العينة من (١١) طفلاً من خمس أسر فى المنفى تعرض واحد من آبائهم على الأقل للتعذيب . وكانت أدوات الدراسة التى أستخدمها الباحث هى مقياس للاضطرابات السيكوسوماتية ومقياس الاضطرابات الانفعالية والسلوكية . وقد توصلت الدراسة إلى أن هؤلاء الأطفال الذين يعيشون فى أسر فى المنفى وقد تعرض آباؤهم للتعذيب بأنهم يعانون من أعراض سيكوسوماتية واضطرابات نفسية كالقلق والاكتئاب وأعراض نكوصية واضطرابات النوم ، كذلك كانوا يعانون من مشكلات سلوكية فى نطاق الأسرة والمدرسة . وقد قام الباحث بوضع استراتيجية لهؤلاء الأطفال للتغلب على العزلة والانسحاب والهروب النفسى الذى يعانى منه هؤلاء الأطفال من خلال تنمية الرغبة لديهم فى التأقلم وتنمية الإرادة والعزيمة والقوة لديهم .

(Montgomry ,1992, PP. 797-805)

أما **دراسة " ستاين " stein (١٩٩٣)** فتهدف إلى التعرف على أثر استخدام الآباء والأجداد للمخدرات على المشكلات السلوكية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى الأطفال وتكونت عينه الدراسة

من مجموعة من الأطفال من الجنسين ممن يتعاطى آباؤهم وأجدادهم المخدرات وطبق عليهم مقياس المشكلات السلوكية ومقياس الاضطرابات السيكوسوماتية ومقياس النمو الاجتماعي وقد توصلت النتائج إلى أن استخدام الأمهات والآباء والأجداد للمخدرات وما ينتج عنه من قصور فى الرعاية يؤدى إلى النشاط الزائد وشكاوى سيكوسوماتية لدى الأطفال الذكور فى حين يؤدى إلى مشكلات سلوكية وتصرفات غير لائقة لدى كل من الذكور والإناث . كما توصلت النتائج إلى أن استخدام الأمهات للمخدرات يؤدى إلى المخاوف الزائدة والمشكلات الاجتماعية والنمائية لدى الأطفال من الجنسين (الذكور والإناث) .

(stein 1993, PP. 31-43)

ودراسة " مونيكا وجون " monica & john (١٩٩٤) وتهدف إلى التعرف على خصائص وسلوكيات الأطفال الذين يعيشون فى أسرة مفككة سواء بالطلاق أو الانفصال ، وكانت عينه الدراسة من الأطفال والمراهقين وأباؤهم وأمهاتهم وقد استخدم الباحثان المقابلة التشخيصية مع الأبناء فى مقابل عقد الجلسات مع آبائهم وأمهاتهم. حيث وجد الباحثان أن الأطفال الذين تكون عائلاتهم عرضة للاضطرابات والتغيرات الاجتماعية الخطيرة كانوا أكثر تعرضا للمشكلات الاجتماعية والتعليمية والصحية وذلك بمقارنتهم بأطفال الأسر العادية وتوصلت دراسة " مونيكا وجون " Monica & john (١٩٩٤) إلى النتائج التالية :

- إن الأطفال من العائلات الذين يتكرر لديهم الانفصال والطلاق كان لديهم العديد من المشكلات الصحية والاضطرابات السيكوسوماتية أكثر من أطفال الأسر العادية . كذلك كان لديهم صعوبات فى المدرسة ويحتاجون دائما للمساعدة وكانوا يجدون صعوبة فى التفاعل مع أصدقائهم وكان لديهم تقدير ذات منخفض .
- وعندما كان يخبر الطفل أكثر من بناء أسرى (كأن يعيش الطفل مع أحد والدية أو أحد أفراد العائلة كالجد والجدة) فإن هؤلاء الأطفال عادة ما كانوا يصفون أنفسهم بأنهم غير سعداء أو بائسين.
- على الرغم من أنه كان هناك كثير من الصراعات والصعوبات الاقتصادية الخطيرة والتى كانت مرتبطة بالنتائج السلبية إلا أن عدم تنظيم الأسرة وتفككها ظهر هو العامل القاسى والصعب فى حياة هؤلاء الأطفال وأنه الأكثر ارتباطا بظهور الاضطرابات السيكوسوماتية .
- أظهرت كذلك الدراسة أن عدداً قليلاً من المراهقين فى سن (١٦) سنة هم فقط الذين تم اعدادهم وتهيئتهم على انفصال أو طلاق آباؤهم وذلك من خلال تفسير آبائهم لأسباب حدوث الطلاق أو الانفصال .

- كذلك أظهرت الدراسة أن الأطفال الذين لديهم اضطرابات عائلية خطيرة كانوا لا يستطيعون الاتصال بآبائهم الغير مقيمين معهم وكانوا لا يحصلون على تدعيم أو مساندة من الأسر الممتدة كالجد والجدة إلا قليلاً جداً.

(Monica & John , 1994)

ثانيا: الدراسات التى ركزت على الاضطرابات السيكوسوماتية لدى المراهقين :

دراسة حسن مصطفى (١٩٨٩) وهى عن الأثر النفسى لأحداث الحياة كما يدركها المرضى السيكوسوماتيين حيث هدفت إلى التعرف على أحداث الحياة المؤثرة فى المرضى السيكوسوماتيين والفرق بينهم وبين الأسوياء نسبياً فى إدراك كل منهم لصعوبات وأحداث الحياة ٠ كذلك هدفت الدراسة إلى مقارنة المرض السيكوسوماتيين بعضهم البعض فى إدراكهم لأحداث الحياة التى يمرون بها . وقد أشتملت عينه الدراسة على مجموعة من المرضى السيكوسوماتيين (٤٣) مريضاً صنفوا كحالات قرحة معدة ، وضغط دم، وربو شعبى ، وآلام مفاصل روماتيزمية ، وأرتكاريكا . ومجموعة أخرى من الأفراد العاديين من (١٥) فرد وتم مجانسة أفراد العينة من حيث السن والذكاء والجنس والمستوى الإقتصادى والاجتماعى . وقد توصلت الدراسة إلى أن الأحداث المرتبطة بالعمل والدخل والأسرة كانت من أهم الأحداث المؤثرة فى المرضى السيكوسوماتيين وكانت الأحداث الأقل تأثيراً فيهم هى النواحى الدراسية وقطع العلاقة بالمحبوب.

كما أسفرت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة احصائية بين المرضى السيكوسوماتيين والعاديين فى إدراكهم لأحداث الحياة فى جميع المجالات وذلك لصالح المرضى السيكوسوماتيين مما يشير إلى أنهم أكثر تأثرا بأحداث الحياة وضغوطها من الأفراد العاديين .

وتوصلت الدراسة أيضاً إلى أن مجموعة المصابين بقرحة المعدة كانوا أكثر المجموعات احساساً بتأثير الأحداث المرتبطة بالعمل والدراسة ومجموعة مرضى الربو الشعبى أكثر تأثراً بأحداث المنزل والحياة الأسرية ومجموعة مرضى ضغط الدم كانوا أكثر احساساً بالأحداث الشخصية من المجموعات الأخرى .

(حسن مصطفى ، ١٩٨٩)

أما **دراسة " كينزل " " وبيبل " Kinzl& Biebl (١٩٩٢)** تهدف إلى فحص العوامل النفسية الاجتماعية والسيكوسوماتية ، والسيكودينامية لدى الإناث المريضات نفسياً واللائى تعرضن لخبرات الإساءة الجنسية من الأقارب فى مرحلة الطفولة وتكونت عينه الدراسة من (٣٣) أنثى ممن تعرضوا لحالات الإعتداء الجنسى فى طفولتهم من قبل الأقارب ذوى المحارم . واستخدم الباحثان المقابلات ودراسة الحالة ومقياس للاضطرابات النفسية وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة بين تعرض الإناث فى طفولتهن للاعتداء الجنسى من قبل المحارم ومعاناتهم من القلق والشعور بعدم المساعدة وعدم القوة وكذلك ظهور بعض الاضطرابات السيكوسوماتية .

كذلك فإن شعورهم بنقص التدعيم والمساعدة من قبل الأم أدى إلى ضعف الأنا لديهم وتشكيلهن كنموذج آلى لين قابل للعدوان .

(Kinzl & Biebl , 1992 , PP. 567 – 573)

وفى **دراسة " هيرمان وليستر " Herman & Lester (١٩٩٤)** والتى قامت بفحص العلاقة بين الضغوط الناتجة عن بعض الاضطرابات السيكوسوماتية والاكتئاب والانشغال بالانتحار وذلك على عينة مكونة من (٩٧) مراهقاً نصفهم من ذوى اضطرابات سيكوسوماتية خطيرة والنصف الآخر من الأسوياء . وقد توصل الباحثان إلى أن قليلاً من الاضطرابات السيكوسوماتية قد ارتبطت بحدوث الاكتئاب أيضاً عدم وجود علاقة بين الأعراض الجسمية والإنشغال بالانتحار كعرض من الأعراض الاكتئابية

(Herman & Lester , 1994 , PP. 639 – 641)

أما **دراسة مجدى زينة (١٩٩٤)** فتهدف إلى إجراء مقارنة لمكونات العلاقة بين المشكلات النفسية والأعراض السيكوسوماتية لدى المراهقين بالمعاهد الدينية والمدارس العامة . كذلك الوقوف على شكل وطبيعة العلاقة بين المشكلات النفسية والأعراض السيكوسوماتية لدى المراهقين وقد تكونت عينة الدراسة من (٢٠٠) طالب من طلاب المعاهد الدينية والمدارس العامة فى المرحلة الثانوية وقد تم مجانسة أفراد العينة من حيث السن والمستوى التعليمى والمستوى الاقتصادى والاجتماعى وقد استخدم الباحث فى دراستة قائمة مونى للمشكلات واختبار كورنل واختبار الاضطرابات السيكوسوماتية واختبار المحافظة والتحرر . وقد توصل الباحث إلى وجود علاقة موجبة دالة احصائية بين المشكلات النفسية (الخوف وعدم الكفاية والاكتئاب) والأعراض السيكوسوماتية لدى جميع أفراد العينة . كذلك توصلت الدراسة إلى وجود فروقاً دالة احصائياً بين مجموعتى التعليم الدينى والتعليم العام فى معظم أبعاد المشكلات النفسية وذلك لصالح مجموعة التعليم الدينى . أما بالنسبة للاضطرابات السيكوسوماتية فقد كانت الفروق لصالح طلاب التعليم العام بالنسبة لاختيار كورنل فى متغيرات الخوف على الصحة والحساسية والشك وأعراض التنفس والدورة الدموية وفى الدرجة الكلية لكورنل . كذلك وجد الباحث فروق ذات دلالة احصائية بين المجموعتين فى بعض متغيرات اختبار الاضطرابات السيكوسوماتية خاصة أبعاد اضطرابات الجهاز الهضمى والقلب والدورة الدموية وذلك لصالح مجموعة التعليم الدينى .

(مجدى زينة ، ١٩٩٤)

أما **دراسة " كينشكويسكى "** Knishkowsky **(١٩٩٥)** فقد هدفت إلى التعرف على الأعراض السيكوسوماتية المتكررة لدى المراهقين الصغار وأيضاً التعرف على الفروق بين الجنسين فى الأعراض السيكوسوماتية كذلك هدفت الدراسة إلى التعرف على تجمعات الأعراض (وجود أكثر من

عرض فى وقت واحد) السيكوسوماتية لدى المراهقين الصغار من الجنسين . وتكونت عينة الدراسة من (٢٥٩) طالباً وطالبة من أبناء المدارس الإسرائيلية وطبق عليهم الباحث مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية ومقياس الاضطرابات العضوية حيث هدفت المقاييس إلى قياس (٨) اضطرابات سيكوسوماتية و(٨) اضطرابات عضوية . وتوصلت النتائج إلى أن الأعراض السيكوسوماتية كانت أكثر انتشاراً لدى الإناث مقارنة بالذكور . أما عن تجمعات الأعراض فقد توصلت الدراسة إلى أن الآلام الباطنية والصداع كانت تمثل شكاوى متلازمة ومترافقة لدى أكثر من ٤٠ ٪ من الحالات لدى الأفراد ذوى الأعراض السيكوسوماتية فى العينة الكلية .

(Kinshkowsky, 1995, PP. 351-362)

وفى **دراسة زينب هانم سلامه (١٩٩٦)** قامت الباحثة بدراسة الكبت والاضطرابات السيكوسوماتية وعلاقتهما بالإدمان والاعتماد على العقاقير حيث هدفت إلى الكشف عن شكل العلاقة بين الكبت والأمراض السيكوسوماتية ودور كلٌ منهما فى تشكيل الآخر كذلك هدفت إلى معرفة العلاقة بين الإدمان وتناول العقاقير المخدرة والاضطرابات السيكوسوماتية وذلك على عينة مكونة من ثلاث مجموعات وهم (١٠٠) مريض سيكوسوماتى و(١٠٠) مدمن و(١٠٠) فرد طبيعى تراوحت أعمارهم بين ١٢-٦٥ سنة تقريبا وقد طبقت الباحثة عليهم استمارة تعاطى المخدرات ، مقياس التذوق الجمالى من إعداد عبد السلام الشيخ، ومقياس السيكوسوماتية من إعداد أحمد عبد الخالق ومقياس الكبت من إعداد الباحثة وقد توصلت الدراسة إلى الأفراد مرتفعى الكبت كانوا أكثر إصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية بصفة عامة كما أن الأفراد المدمنين كانوا أكثر اضطراباً من الناحية السيكوسوماتية من الأفراد العاديين .

(زينب هانم سلامه ، ١٩٩٦)

أما **جمال تفاحة (١٩٩٦)** فقد قام بدراسة هدفت إلى رصد العلامات المرضية المميزة للأمراض السيكوسوماتية والكشف عن مدى فاعلية اختبارى التات والرورشاخ فى معالجة هذا الموضوع وقد تكونت عينه الدراسة من عشر حالات خمسة منهم مصابون بمرض الربو وخمسة من الأسوياء تتراوح أعمارهم بين ١٦-١٧ سنة وطبق عليهم الباحث اختبار الذكاء المصور واستمارة المقابلة التشخيصية وقائمة كورنل واختبار MMPI واختبارى التات والرورشاخ وقد توصلت الدراسة الى وجود عدة علامات مرضية للحالات السيكوسوماتية يكشف عنها اختبارى التات والرورشاخ وتتمثل هذه العلامات فى :

١- اضطراب العلاقة بالموضوع ٠

٢- صعوبة إقامة علاقات اجتماعية موفقة مع الآخرين ٠

٣- المشاعر العدوانية تجاة الآخرين خاصة الأب ٠

٤- الحاجة إلى الحب والتقدير من الآخرين ٠

٥- مشاعر القلق والخوف وفقدان الأمن النفسى ٠

٦- الحساسية المفرطة وسهولة الاستجابة للمؤثرات الخارجية ٠

٧- التثبيت الشديد على الأم ٠

٨- النكوص الى المراحل الأولى فى الحياة ٠

٩- الحاجة للاعتماد على الآخرين ٠

١٠- انخفاض القدرة على الضبط من جانب الأنا .

١١- المعاناة من قوى داخلية لا يمكن السيطرة عليها .

١٢- الانشغال التام بالجسم وتوهم المرض .

كذلك أوضحت الدراسة أن اختبار تفهم الموضوع " التات " واختبار والرورشاخ لهما قدرة فائقة فى الكشف عن ديناميات الحالات السيكوسوماتية ويتمثل ذلك فى البطاقات (١، ٣ ، ٤) على اختبار تفهم الموضوع والبطاقات (١ ، ٢، ٤ ، ٧ ،١٠) على اختبار الرورشاخ ٠

(جمال تفاحة ، ١٩٩٦) .

وقد قام " **ناتفيج وآخرون** " .**Natvig et .al** **(١٩٩٩)** بالتعرف على العلاقة بين الأعراض السيكوسوماتية وضغوط المدرسة والضغوط الشخصية والاجتماعيةللمراهقين .

وكانت عينة الدراسة مجموعة من المراهقين فى المدارس النرويجية وطبق عليهم الباحثون استبيان خاص بمنظمة الصحة العالمية لرفع مستوى الصحة المدرسية (خاص بالدول الأوربية) . وتوصلت النتائج إلى وجود ارتباط بين التعرض للضغوط المدرسية وحدوث الأعراض السيكوسوماتية كما توصلت الدراسة إلى أن تدعيم المدرس والأقران على درجة كبيرة من الأهمية للصحة النفسية لهؤلاء التلاميذ المراهقين .

(Natvig et al. 1999 , PP. 362- 368)

وفى **دراسة** " **لكالتيالا وآخرون** " **Kaltiala et al.** **(٢٠٠٠)** قام فيها الباحثون بدراسة مسحية كان الغرض منها التعرف على ظاهرة استخدام القوة والعنف لدى المراهقين وعلاقتهما بظهور الأعراض السيكوسوماتية وذلك على عينة من المراهقين من طلبة المدارس حيث طبق عليهم الباحثون استبيان للاضطرابات السلوكية والسيكوسوماتية ومقياس للاضطرابات النفسية حيث توصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة بين استخدام العنف وكل من الأعراض السيكوسوماتية والاكتئاب والقلق واضطرابات الأكل ، وسوء استخدام المواد المخدرة . كذلك توصلت الدراسة على شيوع الاضطرابات السيكوسوماتية والقلق والاكتئاب لدى كل من التلميذ المراهق الذى يستخدم العنف وبين الضحية وان

معدلات انتشار هذه الاضطرابات واحدة ومتساوية لدى كل من يستخدم العنف والضحية . وقد انتهت الدراسة إلى أن استخدام العنف فى المدارس يُعد مؤشراً للإصابة بالاضطرابات النفسية لدى المراهقين . **(Kaltiala et al ., 2000 , PP. 661 – 674)**

ودراسة " **يحيى صابر** " (٢٠٠٢) التى هدفت إلى التعرف على العلاقة بين تقدير الشخصية والمهارات الاجتماعية وعلاقتهما بالاضطرابات السيكوسوماتية وذلك على عينة مكونة من (٢٠٠) فرد من أبناء المصريين المقيمين مع ذويهم فى جمهورية مصر العربية وأبناء المصريين المقيمين مع ذويهم فى المملكة العربية السعودية بمعدل ن= ١٠٠ لكل جانب وقد تراوحت أعمارهم بين ١١–١٨ سنة . وقد استخدم الباحث استبيان تقدير الشخصية للكبار "لرونالد رونر " ترجمة ممدوحة سلامة ومقياس المهارات الاجتماعية" لرونالد ريجيو " ترجمة السيد السمادونى كذلك طبق قائمة كورنل وذلك لقياس الاضطرابات السيكوسوماتية وقد أشارت النتائج إلى :-

- وجود ارتباط موجب دال احصائياً بين تقدير الشخصية والمهارات الاجتماعية لدى عينة الدراسة.
- وجود ارتباط سالب دال احصائياً على جميع أبعاد مقياس تقدير الشخصية (العدوانية – الاعتمادية – تقدير الذات – الكفاية الشخصية – التجاوب الانفعالي – الثبات الانفعالي – النظرة للحياة) والاضطرابات السيكوسوماتية ٠
- لا يوجد ارتباط دال احصائياً بين المهارات الاجتماعية (التعبير الانفعالي – الحساسية الانفعالية– الضبط الانفعالى –التعبير الاجتماعى – الحساسية الاجتماعية – الضبط الاجتماعى) والاضطرابات السيكوسوماتية للأبناء المقيمين مع أهليهم بمصر . وقد وجد ارتباط دال إحصائياً عند مستوى ٠.٠٥ بين المهارات الاجتماعية والاضطرابات السيكوسوماتية لأبناء المصريين المقيمين بالمملكة العربية السعودية٠
- توجد فروق دالة احصائياً بين متوسطات درجات أبناء المصريين المقيمين فى مصر والمقيمين فى السعودية فى تقدير الشخصية والاضطرابات السيكوسوماتية لصالح أبناء المصريين المقيمين فى السعودية .

(يحيى صابر ، ٢٠٠٢)

ثالثا : الدراسات التى تناولت العلاقة بين قصور الرعاية الاجتماعيةوالانحرافات السلوكية .

قامت **عزة ذكى (١٩٨٥)** بدراسة تهدف إلى معرفة المشكلات السلوكية التى يعانى منها أطفال المرحلة الابتدائية المحرومين وغير المحرومين من الرعاية الوالدية . وذلك على عينة قوامها (٩٦) طفل وطفلة فى عمر ٦:١٢عام مقسمين إلى فئتين : الفئة الأولى الأطفال المحرومين من الوالدين (أطفال المؤسسة) الفئة الثانية : الأطفال المقيمين مع أسرهم ، كذلك تكونت عينة الدراسة من أمهات الأطفال الذين يقيمون مع أسرهم والأمهات البديلات فى المؤسسة وقد استخدمت الباحثة مقياس المشكلات السلوكية وهو من اعدادها وهو مكون من صورة خاصة بالأطفال وصورة أخرى خاصة بأولياء الأمور . وقد توصلت الدراسة إلى أن أطفال المؤسسة كانوا أكثر عدوانية من أطفال الأسر

العادية كذلك كانت وجهة نظر أمهاتهم البديلات اللاتى أكدن أن أطفال المؤسسة مشكلتهم تكمن فى الأنانية والشعور بالتوتر والقلق وعدم الاستقرار وهذا ناتج عن افتقادهم للحب والشعور بالأمان .

(عزة ذكى : ١٩٨٥)

ودراسة **جمال شفيق (١٩٨٦)** التى تهدف إلى فحص العلاقة بين نمط الرعاية الاجتماعية المتبعة فى بعض المؤسسات وعلاقتها بسمات المودعين بها وذلك على عينة مكونة من (١٧٢) فرد من المودوعين بالمؤسسات الايوائية (١٠٠) ذكور و(٧٢) أنثى تتراوح أعمارهم بين ١٣-١٨ سنة وقد استخدم الباحث مقياس الشخصية للمرحلة الاعدادية والثانوية ، واستمارة أنشطة وخدمات الرعاية بالمؤسسة وهما من اعداده . وقد توصلت الدراسة إلى أن أبناء المؤسسات ذات المستوى المرتفع فى الرعاية الاجتماعية يتسمون بالتفاعل الاجتماعى وتقبل الذات والثقة بالنفس . أما المؤسسات ذات المستوى المنخفض فى الرعاية فكان أبنائها يتسمون بالتوتر والانطواء والخيال والشعور بالإثم . كذلك توصلت الدراسة إلى وجود فروق بين الذكور والإناث فى متوسط درجاتهم على مقياس الشخصية بالنسبة لبعد الشعور بالإثم ، حيث توصلت إلى أن الإناث فى المؤسسات ذات المستوى المرتفع والمنخفض لديهم الإحساس والشعور بالإثم بينما الشعور بالإثم كان لدى الذكور فى المؤسسات ذات المستوى المنخفض فى الرعاية فقط .

(جمال شفيق ١٩٨٦)

أما **دراسة سلوى عبد المسيح (١٩٩١)** قد هدفت إلى التعرف على العلاقة بين الحاجات النفسية (الحاجة للأمن ، والحب ، والتقبل ، والإنتماء ، الاستقلال) والعدوانية لدى أبناء المؤسسات الإيوائية . كذلك هدفت الدراسة إلى معرفة الفروق بين أطفال المؤسسات الإيوائية وأطفال الأسر العادية فى الحاجات النفسية موضوع الدراسة . وقد اشتملت عينة الدراسة على (٣٥) طفل وطفلة من أطفال المؤسسات الإيوائية فى الصف الخامس والسادس الإبتدائى و(٣٥) طفل وطفلة من أطفال الأسر العادية فى الصف الخامس والسادس الإبتدائى . كذلك أشتملت عينة الدراسة على عينة إكلينكية مكونة من أربعة أطفال أثنين من أطفال المؤسسات ، وأثنين من أطفال الأسر العادية وقد طبقت الباحثة على أفراد العينة استمارة المقابلة الشخصية واختبار الذكاء المصور ومقياس السلوك العدوانى واستبيان الحاجات النفسية وقد توصلت الدراسة إلى :

- وجود فروق ذات دلالة احصائية بين أطفال المؤسسات وأطفال الأسر العادية فى الحاجات النفسية موضوع الدراسة لصالح أطفال المؤسسات .
- كذلك توصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة احصائية بين أطفال المؤسسات وأطفال الأسر العادية فى السلوك العدوانى نحو الزملاء ، والنفس ، والأشخاص الآخرين وذلك لصالح أطفال المؤسسات .

(سلوى عبد المسيح : ١٩٩١)

ودراسة " جرينستاين " Greenstein (١٩٩٣) والتى قامت بفحص نمط الرعاية التى تقدمها الأمهات العاملات لأبنائهن والأمهات البديلات وعلاقة نمط الرعاية وأسلوبها بالسلوك الاجتماعى والانحراف السلوكى وذلك على عينة من (٢٢٠٩) أم لأطفال تتراوح أعمارهم بين ٥:٤ سنوات ، وهى عينة مشتقة من عينة الدراسة الطولية للمسح القومى للأطفال الصغار . وقد طبق الباحث على أفراد العينة قائمة المشكلات السلوكية وتوصلت النتائج إلى عدم وجود فروق فى الرعاية الاجتماعية للأم العاملة والأم البديلة من حيث ارتباطها بالانحرافات السلوكية للأطفال . فالتأكيد فى هذه الدراسة على نوعية الرعاية الاجتماعية التى يتلقاها الطفل سواء من الأم العاملة أو الرعاية الاجتماعية البديلة ، حيث يؤدى قصور الرعاية الاجتماعية عموماً – أياً كان مصدره – إلى سوء التوافق الاجتماعى والانحرافات السلوكية .

(Greenstein , 1993 , PP. 323 – 354)

ولقد قام كلٌ من " **كولتون وهيث** " **Colton & Heath (١٩٩٤)** بدراسة طولية مقارنة أرادا من خلالها التعرف على الإنجاز الأكاديمى والمشكلات السلوكية لدى أطفال داخل مؤسسات الرعاية الاجتماعية الذين يتلقون خدمة تدعيم العمل الاجتماعى ، وأطفال الأسر العادية المقيمون بالمنازل وقد اشتملت عينة الدراسة على (٤٩) طفل من أطفال مؤسسات الرعاية الاجتماعية تم مجانستهم بمجموعة أخرى من أطفال المنازل . وقام الباحثان بتطبيق استبيان الإنجاز الاكاديمى وقائمة المشكلات السلوكية على المجموعتين وتوصلت النتائج إلى وجود فروق بين الأطفال داخل مؤسسات الرعاية الاجتماعية وأطفال المنازل فى كلٍ من الإنجاز الاكاديمى و المشكلات السلوكية ، حيث أظهر أطفال مؤسسات الرعاية الاجتماعية إنجازاً أكاديمياً أقل ومشكلات سلوكية أعلى مقارنة بأطفال المنازل .

(Colton & Heath , 1994 , PP. 317 – 327)

أما **دراسة إبراهيم عليان (١٩٩٦)** قد قامت بفحص العلاقة بين اضطراب رابطة التعلق والمشكلات النفسية والسلوكية لدى الأطفال وذلك على عينة من أمهات (٢١٥) تلميذ وتلميذه فى الصف الأول الابتدائى تراوحت أعمارهم بين ٧:٦ سنوات وقد استخدام الباحث فى درا ستة الأدوات الآتية :

– استمارة بيانات عامة وهى صممت بغرض التعرف على أما إذا كان هناك أكثر من شخص قائم على رعاية الطفل .

– مقياس نمط التعلق من إعداد الباحث ويهدف هذا المقياس إلى الحصول على تقدير كمى لنوعية التعلق التى خبرها الطفل من خلال أمه .

– قائمة المشكلات النفسية والسلوكية للأطفال وهى من إعداد الباحث أيضاً .

وتوصلت هذه الدراسة إلى إن التعلق غير الآمن قد ارتبط بالمشكلات النفسية والسلوكية (الاكتئاب – القلق – العدوان) بينما التعلق الأمن يمثل درعاً واقياً ضد مظاهر المشكلات النفسية والسلوكية كذلك توصلت هذه الدراسة إلى أن الأطفال متعددى روابط التعلق أكثر تعرضا للمشكلات السلوكية والنفسية ذلك بمقارنتهم بالأطفال أحادى رابطة التعلق . أيضاً توصلت الدراسة إلى أن الذكور كانوا أكثر عدوانية من الإناث ، والإناث أكثر إكتئاباً من الذكور .

(إبراهيم عليان ، ١٩٩٦)

وفى **دراسة " لزيما وآخرون " Zima et al (١٩٩٨)** والتى هدفت إلى التعرف على نمط الرعاية الاجتماعية التى تقدمه مؤسسات الطوارئ للأطفال بلا مأوى وعلاقتها بالاضطرابات السلوكية وصعوبات التعلم والتخلف العقلى . وكانت عينة الدراسة (١٦٩) طفلاً من أطفال الملاجئ تتراوح أعمارهم ما بين ٦ : ١٢ سنة وذلك فى (١٨) مؤسسة من مؤسسات الطوارئ الإيوائية فى ولاية لوس انجلوس الأمريكية . وهؤلاء الأطفال كانوا مصنفين إلى أطفال ذوى اضطرابات سلوكية وأطفال لديهم صعوبات تعلم وأطفال متخلفين عقليا ، وطبق الباحثون عليهم استبيان الرعاية الاجتماعية لمعرفة نمط الرعاية فى كل مؤسسة وأثره على الأطفال وتوصلت الدراسة إلى أن أكثر من نصف هذه المؤسسات على الأقل تحمى وتفيد فى الأطفال ذوى صعوبات التعلم والذين يحتاجون إلى خدمات تعليمية خاصة ، كذلك تقدم خدماتها ورعايتها الاجتماعية بكفاءة وتعالج حوالى ٣٠٪ من ذوى الاضطرابات السلوكية .

(Zima et al. , 1998 , PP. 98 – 110)

وفى **دراسة لفاطمة الشيمى (١٩٩٩)** قامت فيها بفحص العلاقات الارتباطية بين العدوان ووجهة الضبط ومفهوم الذات لدى أطفال المؤسسات الإيوائية وذلك على عينة من (٥٠) طفلا من أطفال المؤسسات الإيوائية و(٦٦) طفلا من أطفال الأسر العادية من سن ٩: ١٢ سنة. وفى تلك الدراسة استخدمت الباحثة اختبار السلوك العدوانى واختبار مفهوم الذات واختبار مركز التحكم وأهم ما توصلت إليه الدراسة أن أطفال المؤسسات الإيوائية كانوا أكثر قلقاً من أطفال الأسر العادية بينما أطفال الأسر العادية كانوا أكثر عدواناً من أطفال المؤسسات ، كما أوضحت الدراسة أنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين أطفال المؤسسات الإيوائية وأطفال الأسر العادية فى وجهة الضبط .

(فاطمة الشيمى ، ١٩٩٩)

كما قام " **وارد وسكيوز** " **Ward & Skuse** (٢٠٠١) بدراسة هدفت إلى معرفة العلاقة بين كثرة الإنتقال من مؤسسة إيوائية إلى أخرى والانحرافات السلوكية وذلك على عينة من (٢٤٩) طفلاً من أطفال المؤسسات الإيوائية الإنجليزية وهم من الأطفال المحرومين من الرعاية الأسرية لمدة طويلة ، وقد استخدم الباحثان مقياس الانحرافات السلوكية . وتم الرجوع أيضاً إلى السجلات الرسمية

الخاصة بهؤلاء الأطفال . وقد توصلت الدراسة إلى أن عدم انتقال الطفل من مؤسسة إيوائية لأخرى يكون أفضل فى تحقيق الهوية الشخصية لدى هؤلاء الأطفال . كذلك أوضحت الدراسة أنه على الرغم من أن غالبية الانتقالات من مؤسسة لأخرى كانت انتقالات مخططة من مؤسسة مؤقتة إلى مؤسسة أخرى إلا أن هذه الانتقالات تسهم فى حدوث مشكلات سلوكية وغياب تدعيم الصحة النفسية لهؤلاء الأطفال .

(Ward & Skuse , 2001 , PP. 333 – 346)

كذلك **دراسة " برينان وآخرون " Brennan et al (٢٠٠٢)** والتى هدفت إلى التعرف على دور مراكز الرعاية الاجتماعية فى علاج الانحرافات السلوكية والانفعالية للأطفال وذلك من خلال الأخصائيين المدربين تدريباً جيداً ، حيث كانوا يقومون بملاحظة الأنشطة والمحادثات والتفاعلات الاجتماعية لهؤلاء الأطفال . واشتملت عينة الدراسة على (٢٥) طفلا منهم (١١) ذكور و(١٤) إناث وتم تقسيمهم إلى خمس مجموعات كل مجموعة تشتمل على خمس أطفال ٠ وقام اثنان من الأخصائيين المدربين بملاحظة هذه المجموعات لمدة (٦٠) دقيقة فى الجلسة الواحدة حيث كان يتم ملاحظتهم فى الأنشطة وتفاعلاتهم بعضهم مع بعض وكان يتم تدوين هذه الملاحظات فى جداول خاصة بذلك وتوصلت نتائج هذه الملاحظات إلى أن (٨) من هؤلاء الأطفال كان سلوكهم قريبا من معدلات النمو الطبيعى ، بينما (١٧) طفلا الآخرين قد أظهروا انحرافات سلوكية وانفعالية مرتفعة وقد تمثلت هذه الانحرافات فى النشاط الزائد وصعوبة الانتباه . اضطراب رابطة التعلق والاكتئاب . وقد تمكن الأخصائيين فى مركز الرعاية الاجتماعية بناء على التحليلات الجيدة لنتائج الملاحظات من إقامة علاقات طيبة مع هؤلاء الأطفال ووضع تصور للتعديلات المتوقعه منهم وقاما بوضع جداول زمنية للتعديلات السلوكية لتشجيع التعاون وتنظيم الذات والهدوء الجسمى . وقد أوضحت أيضاً نتائج هذه الدراسة أن هؤلاء الأطفال قد تقبلوا الفروق بينهم وبين أقرانهم المتعلقة بالتغيرات السلوكية وقد أذابوا هذه الفروق فى أنشطتهم وعلاقات الصداقة . وأشارت نتائج الدراسة عموما إلى أن مراكز رعاية الطفل يمكن أن تنجح فى مساعدة الأطفال ذوى الانحرافات السلوكية والانفعالية وتمدهم بالتدعيم النفسى والاجتماعى المناسب اللازم للصحة النفسية لهؤلاء الأطفال .

(Brennan et al. , 2002 , PP. 1-21)

رابعا :الدراسات التى تناولت قصور الرعاية الاجتماعية وبعض المتغيرات النفسية والاجتماعية:

دراسة رشيدة رمضان (١٩٨٥) وفيها قامت الباحثة بدارسة مركز التحكم وتقدير الذات لدى التلاميذ المحرومين وغير المحرومين من أسرهم وذلك على عينة قوامها (٥٣٤) تلميذاً منهم (١٧١) تلميذاً غير محرومين من أسرهم ، (٢١٦) محرومين من الأب و (٨٨) محرومين من الأم و (

٥٩) محرومين من الأب والأم معاً وقد استخدمت الباحثة اختبار مركز التحكم واختبار تقدير الذات للأطفال وأوضحت نتائج الدراسة أن التلاميذ المحرومين من الأسرة يظهرون تحكماً خارجياً أكبر مما يظهره التلاميذ غير المحرومين من أسرهم ٠

كما أظهرت الدراسة أنه لا توجد فروق بين التلاميذ المحرومين وغير المحرومين من الرعاية الأسرية فى تقدير الذات كذلك أوضحت الدراسة أن التلاميذ المحرومين من الأب والأم معاً يظهرون تقديراً لذاتهم يفوق ما يظهره التلاميذ المحرومين من الأم فقط أو المحرومين من الأب فقط ٠

(رشيدة رمضان ، ١٩٨٥)

أما **دراسة بدرينة العربى** (١٩٨٨) التى أهتمت بمعرفة أثر الحرمان من الوالدين على شخصية الطفل وذلك على عينة سيكومترية تتألف من مجموعتين ، مجموعة تجريبية (أطفال المؤسسات) ومجموعة ضابطة (أبناء الأسر العادية) وعدد كل منهما (٥٠) طفلاً أما عينة الدراسة الإكلينيكية فهى مكونة من (٨) حالات أربع حالات فى المجموعة التجريبية وأربع حالات فى المجموعة الضابطة تتراوح أعمارهم بين التاسعة والثانية عشرة وهم من الذكور . وقد استخدمت الباحثة فى دراستها اختبار المصفوفات المتتابعة " لرافن " وذلك للمجانسة بين المجموعتين على متغير الذكاء أما أدوات الدراسة الاكلينيكية فكانت استمارة بيانات شخصية واختبار الشخصية الإسقاطى واختبار رسم الأسرة . وقد توصلت الدراسة إلى أن صورة الذات لدى أفراد المجموعة التجريبية ضليعه فى مشاعر البؤس والإنعزال وغياب السند والأمن عنها لافتقادها الصورة الوالدية المطمئنة، كما سيطر عليها مشاعر الذنب والقلق والدونية وانخفاض تقدير الذات لغياب الجانب النرجسى . كذلك لم يتمكن طفل المؤسسة من إقامة علاقة عاطفية مستقرة وذلك بسبب تعدد القائمين على رعاية الطفل .

(بدرينة العربى ، ١٩٨٨)

وفى **دراسة أنسى قاسم** (١٩٨٩) قام الباحث فيها بدراسة النمو الاجتماعى والانفعالى لأطفال الملاجئ وذلك على عينة مكونة من (١٢٠) طفل وطفلة فى عمر ٦:٣ سنوات مقسمين إلى مجموعتين (٦٠) طفل وطفلة من أطفال الملاجئ ، (٦٠) طفل وطفلة من أطفال الأسر العادية وقد أستخدم الباحث فى دراستة اختبار رسم الرجل "لجود أنف " واختبار " فانيلاند " للنضج الاجتماعى ومقياس السلوك التكيفى " لينهيرا ليلان وآخرون " وقد أوضحت النتائج أن أطفال الملاجئ كانوا أقل ذكاءاً من أطفال الأسر الطبيعية كما أنهم أقل تفاعلاً من الناحية الاجتماعية وذلك بمقارنتهم بأطفال الأسر الطبيعية .

(أنسى قاسم ، ١٩٨٩)

كذلك **دراسة نبيلة ميخائيل** (١٩٨٩) التى هدفت الى معرفة أثر الحرمان من الأسر والإيداع بالمؤسسات الإيوائية على السلوك الاجتماعى والانفعالى للأطفال المودوعين بها . وتكونت

عينة الدراسة من أطفال تراوحت أعمارهم بين ٩ : ١٢ سنة وتم تقسيمهم إلى مجموعة أطفال أسر عادية ومجموعة أطفال المؤسسات الإيوائية ومجموعة الأطفال التى تقيم فى قرى الأطفال . وقد أستخدمت الباحثة اختبار الذكاء المصور لأحمد ذكى صالح ومقياس السلوك الاجتماعى والانفعالى من اعداد الباحثة كذلك استعانت الباحثة بالسجلات الخاصة بالأطفال المحرومين من الرعاية الأسرية سواء أطفال المؤسسات الإيوائية أو أطفال القرى وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن الأطفال المتمتعين بالرعاية الأسرية كانوا أكثر انتماء للجماعة من أبناء المؤسسات وأبناء قرى الأطفال كذلك كان أطفال الأسر الطبيعية أكثر مرحاً وأكثر أتزاناً من الناحية الانفعالية وأقل قلقاً واكتئاباً وذلك مقارنة بأطفال القرى وأطفال المؤسسات .

(نبيلة ميخائيل ، ١٩٨٩)

وفى **دراسة لعماد عبد الرازق (١٩٩٢)** قامت بفحص الخصائص النفسية للأبناء الذكور المتغيب أباؤهم سواء بالموت أو الطلاق أو الانفصال أو السفر للخارج وذلك على عينة مكونة من (٢٦٥) تلميذاً تراوحت اعمارهم بين ١٠:١٣ سنة منهم (١٠٠) تلميذ حاضرى الأب ، (١٦٥) تلميذ غائبى الأب ، وقد استخدم الباحث استبيان تقدير الشخصية واستبيان القبول – الرفض الوالدى للأطفال وقد توصلت الدراسة إلى أن الأطفال الذكور غائبى الأب بسبب الوفاة كانوا ينظرون بسلبية إلى الحياة وتسيطر عليهم مشاعر البؤس والتشاؤم كذلك كان الأطفال غائبى الأب (بغض النظر عن نوع الغياب) أكثر إدراكا للرفض من قبل الأب وذلك مقارنة بالأطفال الذكور حاضرى الأب .

(عماد عبد الرازق ، ١٩٩٢)

أما **دراسة عواطف بيومى (١٩٩٦)** التى هدفت إلى التعرف على التوافق الشخصى والاجتماعى للطلاب المحرومين وغير المحرومين من الرعاية الوالدية فى المرحلة العمرية (١٢-١٣-١٤) سنة . وقد أقتصرت العينة على الذكور فقط وبلغ حجم العينة (١٥٠) طالباً من المحرومين من الرعاية الوالدية مقسمين إلى (٥٠) تلميذاً لكل مرحلة عمرية على حده و(١٥٠) تلميذاً من غير المحرومين مقسمين كذلك الى (٥٠) تلميذاً لكل مرحلة عمرية على حده ، وكانت النتائج التى توصل اليها البحث أنه لا توجد فروق بين متوسطات درجات الطلاب المحرومين وغير المحرومين من الرعاية الوالدية من حيث الدرجة الكلية للتوافق الشخصى والاجتماعى فى سن (١٢) سنة أو سن (١٣) سنة كذلك سن (١٤) سنة .

(فى سهير كامل ، شحاته سليمان ، ٢٠٠٢ : ٢٨٧ – ٢٨٨)

وفى **دراسة لإنتصار أبو المكارم** (١٩٩٧) عن أثر الحرمان من الوالدين على انتماء الأبناء وذلك على عينة من (١٥٠) فرداً فى الفترة العمرية ١٨:١١ سنة مقسمة إلى ثلاث مجموعات (٥٠) فرداً من أبناء الأسر الطبيعية ، (٥٠) فرداً من أبناء قرية الأطفال S.O.S ترعاهم أمهات بديلات ، (٥٠) فرداً من أبناء المؤسسات الإيوائية المحرومين من الرعاية الوالدية . وقد استخدمت الباحثة فى دراستها استمارة بيانات عامة ومقياس الجو الأسرى ومقياس الإنتماء من إعداد الباحثة وقد توصلت الدراسة إلى أن أبناء الأسر الطبيعية أكثر أحساساً بالإنتماء من أبناء المؤسسات الإيوائية وقرى الأطفال ، كما أن أبناء قرى الأطفال S.O.S أكثر إحساساً بالإنتماء من أبناء المؤسسات الإيوائية . كما توصلت الدراسة أنه كلما زادت طول مدة الإقامة فى المؤسسة الإيوائية (أكثر من ٥ سنوات) كلما قلت درجة الإحساس بالإنتماء .

(انتصار أبو المكارم ، ١٩٩٧)

وقد قام **منـدى كيـرة** (١٩٩٩) بدراسة النضج الاجتماعى والحالة الغذائية لأطفال قرية S.O.S وأطفال المؤسسات الايوائية بغرض التعرف على الفروق بينهم من حيث النضج الاجتماعى وحالتهم الغذائية كذلك هدفت الدراسة إلى التعرف على نوع العلاقة الإرتباطية بين النضج الاجتماعى والحالة الغذائية ممثلة فى (الطول – الوزن) . وكانت عينة الدراسة مقسمة إلى مجموعتين هما مجموعة أطفال قرية S.O.S وعددهم (٢٥) طفلاً وطفلة وفى عمر ٦–١٢ سنة أما المجموعة الأخرى فهم أطفال المؤسسات الايوائية وعددهم كذلك (٢٥) طفلاً وطفلة فى نفس المرحلة العمرية ٦–١٢ سنة وقد طبق الباحث على المجموعتين مقياس النضج الاجتماعى واستمارة النمط الغذائى فى مصر كذلك استخدم الباحث شريط مدرج إلى سنتيمترات لقياس الطول لدى الأطفال عينة الدراسة كذلك استخدم ميزان مدرج إلى كيلو جرامات لقياس الوزن لدى الأطفال عينة الدراسة ، وقد أسفرت نتائج الدراسة على التالى :

- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين أطفال القرية وأطفال المؤسسة من حيث النضج الاجتماعى لصالح أطفال القرية .
- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين أطفال القرية وبين أطفال المؤسسة من حيث الحالة الغذائية ممثلة فى (الطول – الوزن) .
- توجد علاقة ارتباطية بين النضج الاجتماعى والحالة الغذائية للأطفال ممثلة فى (الطول والوزن).

(مندى كيره ، ١٩٩٩)

وفى **دراسة " لهاديد وسيلفا " Hadeed & Sylva** (١٩٩٩) قاما فيها بفحص العلاقة بين أنشطة الفصل والمدرس من ناحية والتفاعل المعرفى للأطفال من ناحية أخرى وذلك على أطفال مراكز

الرعاية الاجتماعيةوأطفال الروضة (التعليم قبل المدرسى) كمجموعة ضابطة وقد تكونت عينة الدراسة من أطفال (١٠) مراكز للرعاية الاجتماعية للأطفال فى دولة البحرين يقابلهم أطفال (١٠) مراكز للتعليم قبل المدرسة وقد استخدم الباحثان تكنيك الملاحظة المباشرة .

وكان يتم تدوين هذه الملاحظات فى سجلات خاصة وتوصلت النتائج الى ان أطفال مراكز التعليم قبل المدارس كانوا اكثر انخراطاً فى إقامة حوارات مع الآخرين وأكثر تفاعلاً من الناحية المعرفية والاجتماعيةمقارنة بنظرائهم فى مراكز الرعاية الاجتماعية.

(Hadeed & sylva , 1999 , PP. 13-30)

أما **دراسة عبلة البدرى** (٢٠٠٠) فقد هدفت إلى معرفة دور المشرف الاجتماعى وعلاقته بتكيف الأطفال داخل المؤسسة الإيوائية كذلك هدفت الدراسة إلى التعرف على شكل العملية الاشرافية والوسائل المستخدمة مع الأطفال والتى لها تأثير على إحداث توافق لهذه الفئة من الأطفال مع الحياة الإيوائية بالمؤسسة . وما هى الصعوبات التى تحول دون تحقق هذا الدور ؟ وهل ترجع إلى المشرف فيما يتعلق بسماتة الشخصية ؟ أم للأطفال أنفسهم ؟ أم إلى المؤسسة الإيوائية ونظام العمل بها ؟ ، وقد طبقت الدراسة على مشرفى وعينة من أطفال جمعيتين ايوائيتين الأولى أهلية معانة من وزارة الشئون الاجتماعية والثانية أهلية غير معانة من وزارة الشئون الاجتماعية. وقد استخدمت الباحثة مقياس السلوك التكيفى للأطفال على عينة من أطفال كلٍ من الجمعيتين بلغ عددها (٣٠) طفلاً فى كل جمعية من سن ١١:٤ سنة ، هذا بجانب تطبيق استمارة المقابلة للمشرفين على هؤلاء الأطفال وذلك للتعرف على الدور الفعلى الذى يقومون به داخل المؤسسة . وقد توصلت هذه الدراسة إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى إعداد المشرف الاجتماعى مهنيا وبين قدرته على أداء دوره الإشرافى وبالتالى مساعدة الأطفال على التكيف مع حياة المؤسسة كذلك توافر الامكانيات بالمؤسسة يساعد هؤلاء الأطفال فى تنمية قدراتهم وتوافقهم بشكل عام .

(عبلة البدرى ، ٢٠٠٠)

تعليق عام على الدراسات السابقة

بالنسبة لمجموعة الدراسات السابقة التى تناولت العلاقة بين قصور الرعاية الاجتماعيةوالاضطرابات السيكوسوماتية نادرة جداً فى – حدود علم الباحثة – سواء فى البيئة العربية أو الأجنبية . وهذا ما يؤكد أهمية الدراسة الحالية . فدراسة " مونيكا وجون " (١٩٩٤) هى الدراسة

الوحيدة التى توصلت إليها الباحثة التى ربطت مباشرة بين قصور الرعاية الاجتماعيةالناتج عن الطلاق والإنفصال والتفكك الأسرى وظهور الاضطرابات السيكوسوماتية للأبناء .

أما المجموعة الثانية من الدراسات التى تناولت الاضطرابات السيكوسوماتية لدى المراهقين فقد قامت الباحثة بعرضها لتُلقِى الضوء على الاضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة الدراسة الحالية وهم من المراهقين . وقد أنصب معظم هذه الدراسات الى معرفة أهم العوامل التى تسهم فى حدوث الاضطرابات السيكوسوماتية لدى المراهقين فدراسة حسن مصطفى (١٩٨٩) و" كينزل وبيبل " (١٩٩٢) و"ناتيفيج وآخرون " (١٩٩٩) و" كالتيلا " (٢٠٠٠) كلها توصلت إلى أن أحداث الحياة وضغوطها تسهم فى حدوث الاضطرابات السيكوسوماتية . كذلك أوضحت هذه الدراسات بعض الاضطرابات النفسية التى لها علاقة بالاضطرابات السيكوسوماتية كالقلق والاكتئاب كما فى دراسة " هيرمان" "وليستر" (١٩٩٤) و" مجدى زينة " (١٩٩٤) . أما دراسة " زينب هانم سلامه " (١٩٩٦) فقد توصلت إلى وجود علاقة بين ميكانيزم الكبت وحدوث الاضطرابات السيكوسوماتية .

ومن الدراسات الرائدة دراسة جمال تفاحة (١٩٩٦) التى أنصبت على سيكوديناميات المريض السيكوسوماتى وذلك من خلال تطبيق اختبارى التات والرورشاخ حيث أوضحت حاجة المريض السيكوسوماتى للحب والحنان والتقدير من الآخرين كذلك أتفقت دراسة يحيى صابر (٢٠٠٢) مع هذه الدراسة من أن هناك ارتباط سالب دال احصائياً بين تقدير الشخصية والاضطرابات السيكوسوماتية ٠

أما مجموعة الدراسات التى تناولت العلاقة بين قصور الرعاية الاجتماعية والانحرافات السلوكية. فقد توصلت معظم هذه الدراسات الى وجود علاقة بين قصور الرعاية الاجتماعية المتمثل فى حرمان الطفل من الجو الأسرى الطيب ووجوده فى المؤسسات الإيوائية وبين ظهور العديد من الانحرافات السلوكية كالعدوان والعناد والإنطواء الاجتماعى . كما فى دراسة "عزة ذكى "(١٩٨٥)، " سلوى عبد المسيح " (١٩٩١) ، " كولتون وهيث " (١٩٩٤) ، " زيما وآخرون " (١٩٩١) و"فاطمة الشيمى" (١٩٩٩) ودراسة " واردوسيكوز " (٢٠٠١).

أما دراسة " جمال شفيق " (١٩٨٦) من أوائل الدراسات التى أكدت على العلاقة بين نمط الرعاية الاجتماعية سواء كانت هذه الرعاية جيدة أم لا وعلاقتها بالسمات الشخصية للأبناء وهذه الدراسة لها علاقة مباشرة بموضوع الدراسة الحالية . كذلك دراسة " إبراهيم عليان " (١٩٩٦) من الدراسات الرائدة التى قامت بفحص العلاقة بين اضطراب رابطة التعلق وحدوث المشكلات النفسية والسلوكية لدى الأطفال .

أما المجموعة الرابعة من الدراسات السابقة فقد تناولت العلاقة بين قصور الرعاية الاجتماعيةوعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية والاجتماعية كالقلق والاكتئاب وتقدير الذات والانتماء والتفاعل الاجتماعى كما فى دراسة " أنسى قاسم " (١٩٨٩) و" إنتصار أبو المكارم " (١٩٩٧) و"هاديد وسيلفا " (١٩٩٩) ومن الدراسات التى لها صلة مباشرة بموضوع الدراسة الحالية وهى دراسة "عبلة البدرى " (٢٠٠٠) التى أكدت على دور المشرف الاجتماعى فى المؤسسة الإيوائية كذلك نمط الرعاية والاشراف فى المؤسسة وأثره على تكيف الأبناء مع حياة المؤسسة وتوافقهم وتنمية قدراتهم بشكل عام .

وبصفة عامة يمكن التعليق على الدراسات السابقة فى ضوء عدة نقاط:

١-من حيث الهدف ٢-من حيث العينة

٣-من حيث الأدوات ٤- من حيث النتائج

١- من حيث الهدف :

لقد تعدد الهدف من الدراسات السابقة التى عرضتها الباحثة الحالية فمنها من هدف إلى معرفة العلاقة بين قصور الرعاية الاجتماعيةوعلاقته بالاضطرابات السيكوسوماتية وهى دراسات قليلة ومحدودة كذلك الدراسات التى انصبت على معرفة العوامل والظروف التى تؤدى لحدوث الاضطرابات السيكوسوماتية لدى المراهقين (وهم عينة الدراسة الحالية) كذلك كان هناك العديد من الدراسات التى أكدت على الحرمان من الوالدين لاى سبب من الأسباب وظهور الانحرافات السلوكية وأخيراً الدراسات التى تناولت بعض المتغيرات النفسية والاجتماعية كالقلق والاكتئاب والتفاعل الاجتماعى ...

ونلاحظ أن هذه الدراسات لم تهدف ولم تتطرق إلى معرفة العلاقة بين قصور الرعاية الاجتماعية الناشئ عن وجود الأبناء فى مؤسسات الرعاية الاجتماعية وحرمانهم من الجو الأسرى وعلاقة ذلك الاضطرابات السيكوسوماتية كذلك أنصبت كثير من الدراسات إلى التعرف على العلاقة بين قصور الرعاية الاجتماعيةوالانحرافات السلوكية فقط دون فحص العلاقة ما بين الانحرافات السلوكية والاضطرابات السيكوسوماتية .

٢-من حيث العينة :

من الملاحظ تنوع خصائص العينة من دراسة لأخرى من حيث السن والجنس فمن حيث السن أنصبت معظم الدراسات على مرحلة الطفولة كما فى دراسة " عزة ذكى " (١٩٨٥) دراسة "سلوىعبد المسيح " (١٩٩١) ودراسة جرينستاين (١٩٩٣) ودراسة " إبراهيم عليان " (١٩٩٦) كما كان بعضها عن مرحلة المرهقة كما فى مجموعة الدراسات التى تتعلق بالاضطرابات السيكوسوماتية للمراهقين ودراسة جمال شفيق (١٩٨٦) ودراسة " إنتصار أبوالمكارم " (١٩٩٧).

- أما من حيث الجنس قد أجريت معظم الدراسات على الجنسين من الذكور والإناث بينما دراسة عماد عبد الرازق (١٩٩٢) أقتصرت على عينة من الذكور فقط .

- أما من حيث العدد فقد تراوح عدد أفراد عينة الدراسات السابقة بين ١٠-٢٢٠٩ فرد . وهكذا تناولت الدراسات السابقة عينات صغيرة العدد كما فى دراسة " جمال تفاحة " (١٩٩٦) (١٠) أفراد ودراسة " مونتجومرى " (١٩٩٢) (١١ طفلاً) كذلك اجريت بعض الدراسات على عينات متوسطة العدد كما فى دراسة إنتصار أبو المكارم (١٩٩٧) (١٥٠) فرد ودراسة " زيما وآخرون" (١٩٩٨) (١٩٦) فرداً .كما كان هناك الدراسات التى اجريت على عينات كبيرة الحجم كما فى دراسة " جرينستاين " (١٩٩٣) (٢٢٠٩ فرد) وهى من الدراسة المسحية . وهكذا تنوعت عينات الدراسات السابقة من حيث العدد .

٣- من حيث الأدوات :

أختلفت الأدوات من دراسة لأخرى وفقاً لإختلاف الهدف من الدراسة حيث تنوعت هذه الأدوات من مقاييس لقياس الاضطرابات السيكوسوماتية وبعض مظاهر الانحرافات السلوكية كالعدوان ومقاييس القلق والاكتئاب كما أشتملت الأدوات على السجلات الموجودة فى المؤسسات والتقارير الطبية والمقابلات الشخصية .

٤-من حيث النتائج :

توصلت معظم البحوث والدراسات السابقة إلى :

- أن التفكك الأسرى له علاقة بالاضطرابات السيكوسوماتية .
- وجود علاقة بين الاضطرابات السيكوسوماتية والضغوط الانفعالية وفقدان الحب .
- وجود علاقة بين حرمان الأبناء من والديهم والانحرافات السلوكية .
- الرعاية الجيدة فى المؤسسات الإيوائية تخفف من حدوث المشكلات النفسية والسلوكية للأبناء .

فروض الدراسة :

بناء على كل من الإطار النظرى لمتغيرات الدراسة وما توصلت إليه الدراسات السابقة يمكننا أشتقاق فروض الدراسة الحالية وهى :

الفرض الاول :

توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية سالبة بين مستوى الرعاية الاجتماعية فى المؤسسات الرسمية والأهلية والاضطرابات السيكوسوماتية .

الفرض الثانى :

توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية سالبة بين مستوى الرعاية الاجتماعية فى المؤسسات الرسمية والأهلية والانحرافات السلوكية .

الفرض الثالث :

توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية موجبة بين الاضطرابات السيكوسوماتية والانحرافات السلوكية لدى أبناء المؤسسات الرسمية والأهلية .

الفرض الرابع :

توجد فروق دالة احصائياً بين متوسطات درجات أبناء المؤسسات الرسمية وأبناء المؤسسات الأهلية على مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية لصالح أبناء المؤسسات الرسمية .

الفرض الخامس :

توجد فروق دالة احصائياً بين متوسطات درجات أبناء المؤسسات الرسمية وأبناء المؤسسات الأهلية على مقياس الانحرافات السلوكية لصالح أبناء المؤسسات الرسمية .

الفرض السادس :

توجد فروق دالة احصائياً بين الذكور والاناث أبناء المؤسسات الرسمية والأهلية فى متوسطات درجاتهم على مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية لصالح الإناث .

الفرض السابع :

توجد فروق دالة احصائيا بين الذكور والإناث أبناء المؤسسات الرسمية والأهلية فى متوسطات درجاتهم على مقياس الانحرافات السلوكية لصالح الذكور .

الفرض الثامن :

يوجد تأثير دال احصائياً لعاملى الجنس (ذكور / إناث) ونوع المؤسسة (رسمية / أهلية) فى تأثيرهما المشترك على الاضطرابات السيكوسوماتية لأبناء المؤسسات الرسمية والأهلية .

الفرض التاسع :

يوجد تأثير دال احصائياً لعاملى الجنس (ذكور / إناث) ونوع المؤسسة (رسمية / أهلية) فى تأثيرهما المشترك على الانحرافات السلوكية لأبناء المؤسسات الرسمية والأهلية .

الفصل الرابع

المنهج والإجراءات

اولاً: عينة الدراسة

ثانياً: أدوات الدراسة

ثالثاً: إجراءات التطبيق

رابعاً: أساليب المعالجة الاحصائية

اولاً: عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (١٢٨) فرداً من أبناء المؤسسات الرسمية والأهلية وهم من المحرومين والمفتقدين للرعاية الأسرية سواء بموت أحد الوالدين أو كليهما أو نتيجة للتفكك الأسرى سواء بالطلاق أو دخول أحد الوالدين السجن ... إلخ وتراوحت أعمارهم بين١٣-١٨ سنة بمتوسط عمرى قدره (١٥.٠٩) سنة وانحراف معيارى قدره (٢.٥٥) .

حيث بلغ عدد أبناء المؤسسات الرسمية (٦٦) فرداً منهم (٣٦) ذكور ،(٣٠)إناث وعدد أبناء المؤسسات الأهلية (٦٢) فرداً منهم (٣٢) ذكور ، (٣٠) إناث ٠

وبالنسبة لعينة الذكور بلغ عددهم (٦٨) فرداً بمتوسط عمرى (١٤.٨٤) سنة وانحراف معيارى (١.٨٦)

والإناث بلغ عددهن (٦٠) فرداً بمتوسط عمرى (١٥.٣٨) سنة وانحراف معيارى قدره (١.٧٥)

والجدول التالى رقم (٥) يوضح الفروق بين الجنسين فى العمر .

جدول رقم (٥)

يوضح الفروق بين الجنسين في العمر الزمنى

	ذكور ن = ٦٨		إناث ن = ٦٠		قيمة ت	ودلالتها
العمر	م	ع	م	ع		
	١٤.٨٤	١.٨٦	١٥.٣٨	١.٧٥	١.٧٠	غير دالة

يتضح من الجدول السابق رقم (٥) عدم وجود فروق دالة احصائياً بين الجنسين فى العمر الزمنى .

ولقد حرصت الباحثة أن يكون جميع أفراد العينة قد قضوا مدة لا تقل عن (٧) سنوات داخل المؤسسة الواحدة حتى يكونوا قد تأثروا بنمط الرعاية داخل المؤسسة ، كذلك اختيار العينة من عدة محافظات حتى تكون ممثلة لباقى المؤسسات داخل الجمهورية ٠

والجدول التالى رقم (٦) يوضح أسماء وأماكن المؤسسات التى قامت الباحثة فيها بتطبيق أداوت الدراسة كذلك عدد الأفراد الذين تم التطبيق عليهم .

جدول رقم (٦)

يبين أسماء الأماكن والمؤسسات التى تم التطبيق فيها وعدد الأفراد فى كل مؤسسة

اسم المؤسسة	نوعها	مكانها	العدد
مؤسسة تربية البنين	رسمية / ذكور	الزقازيق	١٠
مؤسسة تربية البنين	رسمية / ذكور	المنصورة	٢٦
مؤسسة تربيةالبنات	رسمية / إناث	الزقازيق	٥
مؤسسة تربية البنات	رسمية / إناث	المنصورة	٢٥
جمعية قرية الأمل	أهلية / ذكور	العاشر من رمضان	٢٥
مؤسسة السويدى	أهلية / ذكور	القطامية	٧
دار الفتح الإسلامى	أهلية / إناث	المعادى	٢٤
جمعية قرية الأمل	أهلية / إناث	العاشر من رمضان	٦
المجموع			١٢٨

ثانياً : أدوات الدراسة :

لتحقيق الهدف من الدراسة وهو فحص العلاقات بين قصور الرعاية الاجتماعية والاضطرابات السيكوسوماتية والانحرافات السلوكية لدى أبناء المؤسسات الإيوائية (الرسمية / الأهلية) لابد من استخدام وسائل لتحقيق هذا الهدف والتى تمكنا من اختبار فروض الدراسة ، لذا سنعرض الأدوات والوسائل المستخدمة فى الدراسة الحالية وهى : -

١-استمارة بيانات عامة ٠ (إعداد الباحثة)

٢-استمارة مستوى الرعاية الاجتماعية داخل المؤسسات الإيوائية ٠(إعداد الباحثة)

٣-مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية ٠ (إعداد كمال البنا ، ١٩٨٧)

٤-مقياس الانحرافات السلوكية ٠ (إعداد الباحثة)

أولاً : استمارة بيانات عامة :

وهى استمارة بيانات ديموجرافية الغرض منها جمع البيانات الأساسية عن المفحوصين والمجانسة بين أفراد العينة ، وهى تشتمل على بيانات خاصة بالمفحوص نفسه مثل الاسم والسن ومدة الإقامة بالمؤسسة وبيانات خاصة عن الأب والأم مثل السن ، والوظيفة ، على قيد الحياة ، متوفى..... .

ثانياً : استمارة مستوى الرعاية الاجتماعية داخل المؤسسات الإيوائية :

ولقياس نمط الرعاية ومستوى الخدمات والأنشطة داخل كل مؤسسة سواء رسمية أو أهلية كان لابد من وسيلة قياس سيكومترية بالإضافة إلى الملاحظة الذاتية للباحثة ، التى لاحظت من خلال وجودها بالمؤسسات والمقابلات مع المديرين والأخصائيين والمشرفين والمودعين بهذه المؤسسات عدم الاهتمام الكافى بالخدمة النفسية داخل هذه المؤسسات ، فالأخصائى النفسى فى أغلب هذه المؤسسات غير متواجد بصفة مستمرة وأن هذه المؤسسات أشبه بالثكنات العسكرية مما لا يتيح للأبناء الشعور بالجو الأسرى الذين يفتقدونه ٠

- تكوين الاستمارة :

تتكون استمارة مستوى الرعاية الاجتماعية التى اعدتها الباحثة من قسمين :

القسم الأول : ويشتمل على أسم المؤسسة ، ومكانها ، ونوعها (رسمية / أهلية)

القسم الثانى : وهو يشمل الأنشطة وخدمات الرعاية داخل المؤسسة حتى نستطيع الربط بين مستوى الرعاية الاجتماعية والاضطربات السيكوسوماتية والانحرافات السلوكية ٠

وهذا القسم يشمل معظم الخدمات التى تقدم فى تلك المؤسسات وهى الخدمات الصحية، الخدمات النفسية والاجتماعية ، الأنشطة التعليمية والتربوية ، الأنشطة الترفيهية والفنية ، الأنشطة الرياضية، الأنشطة الثقافية والدينية ، والمبانى والشكل العام للمؤسسة ٠

- كيفية استخدام الاستمارة :

قامت الباحثة بملئ هذه الاستمارة بنفسها وذلك من خلال تواجدها الميدانى بالمؤسسة ، كذلك الاطلاع على السجلات الرسمية الموجودة بالمؤسسة ، والاستفسار عن بعض البيانات من إدارة المؤسسة والمودوعين أنفسهم ٠

- كيفية تقدير مستوى الرعاية الاجتماعية فى المؤسسات الإيوائية من خلال الاستمارة :

توجد فى الاستمارة مجموعة من الخدمات الأساسية يندرج تحت كل خدمة أو نشاط منها مجموعة من الخدمات والأنشطة الفرعية عددها (٢٥) خدمة أو نشاط ٠

ويوجد أمام كل خدمة أو نشاط كلمة نعم أو لا ، وتقوم الباحثة بوضع علامة (✓) أمام كلمة نعم عند توافر النشاط أو الخدمة داخل المؤسسة وعلامة (✓) كذلك امام كلمة لا عند عدم وجود هذه الخدمة أوالنشاط بالمؤسسة ٠

وتقوم الباحثة بإعطاء (درجة واحدة) لكل خدمة أو نشاط وعند حساب الدرجة الكلية للاستمارة تقوم بحساب عدد علامات (✓) الموجودة تحت كلمة نعم فقط وهى فقط الأنشطة والخدمات الموجودة فى المؤسسة بالفعل ٠

وعلى هذا يصبح أقل درجة للاستمارة (صفر) واكبر درجة (٢٥) ٠

وحتى يكون لدرجة الاستمارة مدلول يمكن الاستفادة منه من خلال الدرجة التى نحصل عليها من هذه الاستمارة قامت الباحثة بتقسيم درجات الاستمارة إلى عدة مستويات حسب الدرجة التى حصلت عليها وهى كما يوضحها الجدول التالى رقم (٧)

جدول رقم (٧)

يوضح مدلول الدرجة التى نحصل عليها من استمارة مستوى الرعاية الاجتماعية داخل المؤسسات الإيوائية .

الدرجات	مستوى الرعاية
من ١ : ٥	منخفض جداً
٦ : ٩	منخفض
١٠ : ١٣	متوسط
١٤ : ١٧	جيد
١٨ : ٢١	جيد جداً
٢٢ : ٢٥	ممتاز

ثالثاً : مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية :

أعد هذا الاختبار كمال البنا (١٩٨٧) فى دراسة كان الهدف منها معرفة النمط الإدارى وعلاقتة بالاضطرابات السيكوسوماتية ولقد قام بإعداد هذا المقياس من مجموعة من العبارات والمواقف بعد سؤال عدد من الأطباء المتخصصين فى مجال الأمراض العضوية والنفسية بالاضافة إلى الاستعانة بقائمة كورنل ، وهذا الاختبار يمتاز بكثرة عدد العبارات المرتبطة فيه بالاضطرابات السيكوسوماتيه٠

(كمال البنا ، ١٩٨٧)

- ولعل ذلك من الأسباب الرئيسية التى جعلت الباحثة تفضل إستخدامه عن قائمة كورنل وهو أنه منصب على الاضطرابات العضوية التى تسبب فى ظهورها مواقف انفعالية وضغوط نفسية ٠
- كذلك فإن عبارات هذا المقياس قد شملت معظم أجهزة الجسم التى تتأثر بالمواقف الانفعالية وبالتالى تلك الأعراض تشير إلى الاضطرابات السيكوسوماتية ٠
- كما أن طريقة الإجابة على هذا المقياس تتيح للمفحوص خمسة اختيارات للإجابة على كل عبارة بدلاً من اختيارين كما فى قائمة كورنل وهذا يسمح للمفحوص أن يفرق بين المواقف التى تحدث له فى بعض الأوقات أو لا تحدث نهائياً أو تحدث دائماً وهذا يعطى دقة أكبر للمقياس ويحدد أكثر مدى وشدة الأعراض السيكوسوماتية ٠

ولقد قام مجدى زينه (١٩٩٤) بتطبيق هذا المقياس على عينه من المراهقين لمعرفة العلاقة بين المشكلات النفسية والأعراض السيكوسوماتية ، وذلك بعد حذف ثلاثة عبارات من (١٣٢) عبارة ليصبح المقياس فى صورته النهائية يحتوى على (١٢٩) عبارة والعبارات التى تم حذفها هى ١ – أقوم بالقذف المبكر أو عدم انتظام العملية الجنسية ٢ – أحس بفقد الاهتمام أو اللذة الجنسية ٣ – أشعر بعدم القدرة على الرؤية إلا بعد تغيير وضع الرأس وذلك لعدم تناسب العبارتين الأوليتين للمراهقين ولإحتواء العبارة الثالثة على بعض الغموض فى التفكير ٠

(مجدى زينه ، ١٩٩٤ : ١٧٤)

ويشتمل المقياس على (١٢٩) عبارة شاملة الاضطرابات فى معظم أجهزة الجسم التى تتأثر بالضغوط والانفعال المستمر وهذه الاضطرابات هى :

١-اضطرابات الجهاز الهضمى :

وهى تشمل العديد من العبارات عن زيادة حموضة المعدة وعسر الهضم والتهاب القولون ٠٠الخ

وتشمل العبارات الآتية :

(١ ، ٢ ، ٣ ، ٥ ، ٦ ، ١١ ، ١٢ ، ١٨ ، ٢٤ ، ٢٩ ، ٣٠ ، ٣٣ ، ٣٤ ، ٣٨ ، ٤٥ ، ٤٦ ، ٤٩، ٦٦ ، ٦٧ ، ٦٨ ، ٧٥ ، ٧٧ ، ٨٣ ، ٨٤ ، ٨٥ ، ٩٤ ، ٩٦ ، ٩٧ ، ١٠١ ، ١٠٢ ، ١٠٥ ، ١١١، ١١٨ ، ١٢١)

٢-إضطربات القلب والأوعية الدموية :

وهى عبارات عن زيادة ضربات القلب وارتفاع ضغط الدم ، والشعور بالألم فى الصدر أو الرقبة أو الكتفين ٠٠٠٠٠ الخ

وتشمل العبارات الأتية :

(٤ ، ٧ ، ٩ ، ١٨ ، ٢٠ ، ٣١ ، ٣٢ ، ٣٧ ، ٤٣ ، ٥٠ ، ٥٣ ، ٦١ ، ٧٠ ، ٧٨ ، ٨٦ ، ٨٧ ، ٩٥ ، ٩٨ ، ١٠٠ ، ١٠٣ ، ١٠٦ ، ١١١ ، ١١٤ ، ١١٦ ، ١١٨ ، ١٢٠ ، ١٢١ ، ١٢٣ ، ١٢٤)

٣-اضطرابات الجهاز التنفسى :

وهى العبارات الخاصة باضطرابات هذا الجهاز من ضيق التنفس ، وكرشة النفس ٠٠٠الخ

وتشمل العبارات الأتية :

(١٣ ، ٣١ ، ٣٢ ، ٣٧ ، ٣٨ ، ٥٩ ، ٧٢ ، ٨٩ ، ١٠٠)

٤-اضطرابات الجهاز العضلى الهيكلى :

وهى عبارات خاصة بتقلص العضلات والشعور بالألم أسفل الظهر ٠٠٠الخ

وتشمل العبارات الأتية :

(١٧ ، ٢٠ ، ٢٢ ، ٤٢ ، ٤٣)

٥-الاضطرابات الجلدية :

وهى تشمل عبارات عن الأكزيما وتساقط الشعر والرغبة فى الحك ٠٠٠الخ

وتشمل العبارات الأتية :

(٨ ، ٣٥ ، ٣٦ ، ٥١ ، ٧٩ ، ٨٨ ، ٩٩ ، ١٠٤ ، ١٠٧ ، ١١٢ ، ١١٥ ، ١١٧ ، ١١٩)

٦-إضطربات الجهاز البولى والتناسلى :

وهى تتضمن عبارات عن صعوبة التبول وحرقان البول ٠٠٠الخ

وتشمل العبارات التالية :

(٣٩ ، ٦٠ ، ٦٥ ، ٧٤ ، ٧٧)

٧-الاضطربات النفسية :

وهى تتضمن عبارات عن الشعور بالقلق والاكتئاب والاحساس بالضعف ٠٠٠الخ

وتشمل العبارات التالية :

(٤ ، ٥ ، ٨ ، ٩ ، ١٠ ، ١١ ، ١٢ ، ١٤ ، ١٥ ، ١٦ ، ١٨ ، ١٩ ، ٢٠ ، ٢١ ، ٢٢ ، ٢٣ ، ٢٤ ، ٢٥ ، ٢٦ ، ٢٧، ٢٨ ، ٣٠ ، ٣١ ، ٣٢ ، ٣٣ ، ٣٥ ، ٣٦ ، ٤٠ ، ٤٣ ، ٤٧ ، ٤٨ ، ٥١ ، ٥٢ ، ٥٤ ، ٥٥ ، ٥٦ ، ٥٧ ، ٥٨ ، ٦٢ ، ٦٣ ، ٦٤ ، ٦٩ ، ٧٣ ، ٧٨ ، ٧٩ ، ٨٠ ، ٨١ ، ٨٢ ، ٩٠ ، ٩١ ، ٩٢ ، ٩٣ ، ٩٤ ، ٩٨ ، ١٠٠ ، ١٠٤ ، ١٠٨ ، ١٠٩ ، ١١١ ، ١١٣ ، ١١٤ ، ١١٦ ، ١١٧ ،١١٨ ، ١٢٠ ، ١٢١ ، ١٢٢ ، ١٢٥ ، ١٢٦ ، ١٢٧ ، ١٢٨ ، ١٢٩)

٨-اضطرابات السكر :

مثل الشعور بالعطش بصورة غير طبيعية وتكرار الذهاب ليلاً إلى دورة المياه ٠٠٠الخ

وتشمل العبارات الأتية :

(٢١ ، ٢٤ ، ٣٩ ، ٤٤ ، ٤٦ ، ٦٥ ، ٧٠ ، ٧٣ ، ٧٨ ، ٩٤ ، ١٠٣ ، ١٠٦ ، ١١٨)

٩-الاضطرابات الأخرى :

مثل اضطرابات الغدد ، زيادة الوزن والاحساس بعدم الإتزان ٠٠الخ

وتشمل العبارات الأتية :

(٤٠ ، ٦١ ، ٧٠ ، ١٠١ ، ١٠٣)

تصحيح المقياس :

لقد وضع معُد المقياس تعليمات الإجابة علية عن طريق وضع علامة (✓) أمام كل عبارة ومواقف تنطبق على الفرد وتحت العمود المناسب لها حسب إنطباق الحالة على الفرد مع وجود خمسة احتمالات أمام كل موقف وهى:

١- دائماً: ويدل على أن الموقف أو العرض يلازم المريض باستمرار ٠

٢- كثيراً: ويدل على استخدامها أن العرض يلازم المريض معظم الوقت ٠

٣- أحياناً : تدل على أن العرض يلازم المريض بعض الوقت ٠

٤- نادراً : يدل على أن العرض يلازم المريض قليلاً ٠

٥- أبداً : يدل استخدامها على أن العرض لم يخبره الفرد اطلاقاً ٠

(كمال البنا ، ١٩٨٧ : ٢٥٧)

ويتم التصحيح كالتالى :

دائماً	كثيراً	أحياناً	نادراً	أبداً
٤	٣	٢	١	صفر

وتشير الدرجة المرتفعة للفرد على هذا المقياس إلى تعرضه لاضطرابات سيكوسوماتية ، كذلك الدرجة المرتفعة على أحد الأبعاد تشير إلى أن الفرد يعانى اضطراباً بالنسبة لهذا البُعد ٠

تقنين المقياس :

ويقصد به كفاءة المقياس من حيث الثبات والصدق فيما وضع لقياسه .

فالاختبار الثابت هو الذى يعطى نفس النتائج تقريباً عند تطبيقه أكثر من مرة على نفس المجموعة من الأفراد .

والاختبار الصادق هو ما يقيس ما وضع لقياسه بالفعل أى يقيس فعلاً السمة أو الخاصية أو الوظيفة التى يفترض أنه يقيسها .

اولاً: ثبات المقياس :

قام مُعد الأختبار بحساب الثبات عن طريق التجزئة النصفية على عينة من المديرين العاملين فى مجال الصناعة وكان الاختبار يتمتع بمعامل ثبات مرتفع على كافة المقاييس الفرعية وكان أعلى معامل ثبات على البعد الخاص بجهاز القلب والدورة الدموية حيث بلغ ٠.٩٦ يليه اضطرابات الجهاز الهضمى ٠.٩٣ حيث يرى معد المقياس بأنهما أكثر تأثراً بالضغوط النفسية ٠

(كمال البنا ، ١٩٨٧ : ٢٧٠)

وفى دراسة قام بها مجدى زينه (١٩٩٤) عن العلاقة بين المشكلات النفسية والأعراض السيكوسوماتية على عينة من المراهقين فى بعض المدارس الثانوية قام الباحث بإعادة تطبيق المقياس علىنفس المجموعة (٤٠ طالباً) بعد مضى فترة زمنية قدرها (١٥ يوماً) وتم حساب معامل الارتباط بين درجات مرتى التطبيق ، وكان معامل الارتباط هو معامل الثبات بالنسبة للمقاييس الفرعية والدرجة الكلية للمقياس والذى يوضحها الجدول رقم (٨)

(مجدى زينه ، ١٩٩٤ : ١٧٧)

جدول رقم (٨)

يبين معامل ثبات اختبار الاضطرابات السيكوسوماتية بطريقة إعادة تطبيق المقياس

أبعـاد المقيـاس	معامل الثبات
١- اضطرابات الجهاز الهضمى	٠.٦٩
٢-اضطرابات القلب والأوعية الدموية	٠.٥٢
٣- اضطرابات الجهاز التنفسى	٠.٥٠
٤- اضطرابات الجهاز الهيكلى العضلى	٠.٥١
٥- الاضطرابات الجلدية	٠.٧١
٦-اضطربات الجهاز البولى والتناسلى	٠.٦٣
٧- الاضطربات النفسية	٠.٨١
٨- اضطرابات السكر	٠.٥٣
٩- اضطرابات الأجهزة الأخرى	٠.٤٧
الدرجة الكلية للاضطرابات	٠.٨٦

- وفى الدراسة الحالية قامت الباحثة بحساب ثبات المقياس وذلك على عينة قوامها(٤٠) فرداً من أبناء المؤسسات الإيوائية الذين تنطبق عليهم شروط عينة الدراسة الأساسية، وباستخدام طريقيتين هما :

١-معامل ثبات ألفا كرونباخ ٠

٢- التجزئة النصفية ٠

١- معامل ثبات ألفا :

جدول رقم (٩)

يوضح معاملات ثبات ألفا للأبعاد الفرعية لمقايس الاضطرابات السيكوسوماتية والدرجة الكلية للمقياس

أبعـاد المقيـاس	معامل الثبات
١- اضطرابات الجهاز الهضمى	٠.٦٥
٢-اضطرابات القلب والأوعية الدموية	٠.٦٠
٣- اضطرابات الجهاز التنفسى	٠.٧١
٤- اضطرابات الجهاز الهيكلى العضلى	٠.٥٤
٥- الاضطرابات الجلدية	٠.٧٦
٦- اضطربات الجهاز البولى والتناسلى	٠.٥١
٧- الاضطربات النفسية	٠.٨٤
٨- اضطرابات السكر	٠.٥٤
٩- اضطرابات الأجهزة الأخرى	٠.٥١
الدرجة الكلية للمقياس	٠.٩٢

٢- التجزئة النصفية :

تم حساب معامل ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية باستخدام معادلة سبيرمان – براون ، ومعادلة جتمان والجدول التالى رقم (١٠) يوضح لنا ذلك :

جدول رقم (١٠)

يوضح معامل الثبات بالتجزئة النصفية للأبعاد الفرعية لمقياس الإضطرابات السيكوسوماتية والدرجة الكلية للمقياس

أبعـاد المقيـاس	معامل ثبات جتمان	معامل ثبات سبيرمان – براون
١- اضطرابات الجهاز الهضمى	٠.٦١	٠.٦٥
٢-اضطرابات القلب والأوعية الدموية	٠.٥٦	٠.٦٥
٣- اضطرابات الجهاز التنفسى	٠.٥١	٠.٥٣
٤- اضطرابات الجهاز الهيكلى العضلى	٠.٥٠	٠.٥١
٥- الاضطرابات الجلدية	٠.٧٤	٠.٧٦
٦-اضطربات الجهاز البولى والتناسلى	٠.٥٢	٠.٥٣
٧- الاضطربات النفسية	٠.٦٨	٠.٦٩
٨- اضطرابات السكر	٠.٥٧	٠.٥٧
٩- اضطرابات الأجهزة الأخرى	٠.٥١	٠.٥١
الدرجة الكلية للمقياس	٠.٧٦	٠.٧٦

يتضح من الجدول رقم (٩) وجدول رقم (١٠) أن المقياس يتمتع بدرجة مناسبة من الثبات وهذا يتفق مع دراستى كمال البنا ومجدى زينه ، وكانت أعلى معدلات ثبات هى البعد الخاص بالاضطرابات النفسية وهو ما يؤيد وجود العامل النفسى فى الاضطرابات السيكوسوماتية ٠

ثانياً : صدق الاختبار :

قام معُد الاختبار بحساب الصدق عن طريق الارتباط بمحك خارجى (قائمة كورنل) وكان المقياس يتمتع بدرجة عالية من الصدق حيث كان هناك ارتباط موجب دال احصائياً بين أبعاد المقياس .

كذلك قام بحساب الصدق الذاتى المبنى على معامل ثبات الاختبار وكانت معاملات الصدق الذاتى كلها عالية .

(كمال البنا ، ١٩٨٧ : ٢٧٣)

وفى دراسة مجدى زينه (١٩٩٤) قام الباحث بحساب صدق الاختبار بطريقيتن هما الصدق الذاتى المبنى على معامل ثبات الاختبار والطريقة الثانية هى صدق المجموعات المتناقضة حيث قام الباحث باستخراج كل من المتوسط الحسابى والانحراف المعيارى لإحدى وعشرين من مرتفعى الدرجات فى مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية وإحدى وعشرين من منخفضى الدرجة فى هذا المقياس فكانت الفروق فى المجموعتين دال احصائياً عند مستوى ٠.٠٠١ وهو يعنى أن المقياس لديه قدره عالية فى التمييز بين الذين لديهم اضطرابات سيكوسوماتية والذين لا يعانون منها حيث كانت قيمة ت ٤.٢٠ ودالة عند مستوى ٠.٠٠١

ويبين صدق الاختبار جدول رقم (١١) ، جدول رقم (١٢)

(مجدى زينه ، ١٩٩٤: ١٧٨ – ١٧٩)

جدول رقم (١١)

يبين معامل الصدق الذاتى لمقياس الاضطرابات السيكوسوماتية

أبعـاد المقيـاس	معامل الصدق الذاتى
١- اضطرابات الجهاز الهضمى	٠.٨٣
٢-اضطرابات القلب والأوعية الدموية	٠.٧٢
٣- اضطرابات الجهاز التنفسى	٠.٧١
٤- اضطرابات الجهاز الهيكلى العضلى	٠.٧١
٥- الاضطرابات الجلدية	.٠٨٤
٦-اضطربات الجهاز البولى والتناسلى	٠.٧٩
٧- الاضطربات النفسية	٠.٩٠
٨- اضطرابات السكر	٠.٧٣
٩- اضطرابات الأجهزة الأخرى	٠.٦٨
الدرجة الكلية للمقياس	٠.٩٢

يتضح من الجدول السابق إرتفاع معاملات الصدق الذاتى على المقاييس الفرعية كذلك يتمتع المقياس الكلى بصدق ذاتى مرتفع جداً حيث بلغ معامل الصدق ٠.٩٢

جدول رقم (١٢)

يبين قيمة "ت" ودلالتها بين المرتفعين والمنخفضين فى الدرجات على مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية.

(صدق المجموعات المتناقضة)

العينــة	العدد	م	ع	قيمة ت	مستوى الدلالة
مرتفعى الإضطربات	٢١	٢٩٥	٦٣.٠٠	٤.٢٠	٠.٠٠١
منخفضى الإضطربات	٢١	٢١٨	٤٥.٥٠		

يتضح من الجدول السابق أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الصدق حيث بلغت قيمة ت ٤.٢٠ وكانت دالة عند مستوى ٠.٠٠١

رابعاً : مقياس الانحرافات السلوكية :

يهدف هذا المقياس إلى قياس (إعطاء تقدير كمى) للانحرافات السلوكية (السلوك العدوانى، الميل للعزلة الاجتماعية ، الكذب ، السرقة ، الغيرة ، العناد) لدى أبناء المؤسسات الرسمية والأهلية، ونظراً لعدم وجود مقياس فى البيئة العربية – فى حدود علم الباحثة – يقيس هذه الانحرافات بشكل محدد ، لذا قامت الباحثة ببناء مقياس يقيس انحرافات السلوك لدى أبناء المؤسسات الرسمية والأهلية ولقد قامت الباحثة بتصميم المقياس بالخطوات التالية :

أولاً : الدراسة الاستطلاعية :

من خلال زيارة الباحثة لعدد من المؤسسات الإيوائية (الرسمية / الأهلية) ومقابلة بعض المديرين والأخصائين والمشرفين وأبناء هذه المؤسسات ، قامت الباحثة بطرح سؤال مفتوح عن أهم مشكلات المودوعين داخل المؤسسة واستطاعت الباحثة تحديد أهم انحرافات السلوك داخل هذه المؤسسات بالاضافة إلى ذلك أطلعت الباحثة على بعض المقاييس والدراسات النفسية التى اهتمت بالمشكلات والانحرافات السلوكية ومن أهم تلك المقاييس قائمة المشكلات السلوكية إعداد عزه زكى (١٩٨٥) ، مقياس السلوك العدوانى من إعداد محمد يوسف (١٩٩٠) ، قائمة مشكلات السلوك إعداد عماد عبد الرازق (١٩٩٦) ، قائمة المقابلة التشخيصية لمشكلات الأطفال من إعداد محمد السيد (١٩٩٨) ٠

مما سبق استطاعت الباحثة تحديد أبعاد المقياس وفيما يلى التعريفات الإجرائية للأبعاد التى أشتمل عليها مقياس الانحرافات السلوكية وهى :

اولاً : السلوك العداونى :

هو السلوك الذى يحمل فى طياته مشاعر الكره تجاه الآخرين ويقوم فيه الفرد بالاعتداء على الأفراد الآخرين لفظياً أو بدنياً ٠

ثانياً : الميل للعزلة الاجتماعية :

ويقصد بها نزوع الفرد إلى الابتعاد عن الآخرين وتجنب المواقف والمناسبات الاجتماعية التى تتطلب منه التفاعل مع الآخرين ٠

ثالثاً : الكذب :

ويقصد به محاولة الفرد الاخبار بالشئ على غير حقيقتة ومحاولة خداع وتضليل الآخرين بغرض دوافع ذاتية خاصة بالفرد ٠

رابعاً : السرقة :

وهى استيلاء الفرد على ممتلكات الآخرين دون وجه حق ودون علمهم ٠

خامساً : الغيره :

والمقصود بها تضايق الفرد وكرهه لوجود شخص يتفوق عليه فى أى جانب من جوانب الحياة سواء الناحية الاجتماعية أو الاقتصادية أو الصحية أو التعليمية أو فى المظهر الشخصى العام ٠

سادساً : العناد :

وهو سلوك الفرد الذى يتسم بمخالفة آراء واتجاهات الآخرين وعدم إطاعة الكبار والخروج على النظام باستمرار ورفض النصائح ، وتجاهل الآخرين ٠

ثانياً : الصورة المبدئية للمقياس :

قامت الباحثة بصياغة عبارات المقياس بحيث تكون سهلة وقصيرة يسهل فهمها كذلك ألا تحمل العبارة أكثر من معنى وأن تكون واضحة ومحددة ٠

ثم بعد ذلك عرضت الباحثة الصورة المبدئية للمقياس على عدد من المحكمين وهم من أساتذة علم النفس وذلك بهدف حذف العبارات الغامضة أو التى تحمل أكثر من معنى أو التعديل فى صياغة العبارات أو اقتراح المحكمين لعبارات جديدة وذلك لكى تطمئن إلى أن كل عبارة تنتمى إلى البعد الخاص بها ٠ ولقد قامت الباحثة بحذف العبارات التى لم يتفق عليها ٩٠ ٪ من آراء المحكمين ٠

وبناء على ذلك أصبح المقياس الحالى فى صورته النهائية مكون من (٥٠) عبارة موزعة على (٦) أبعاد كل بعد يقيس نوعاً من انحرافات السلوك وهذه الأبعاد هى :

البعد الأول : السلوك العدوانى :

ويحتوى على (٩) عبارات وهى العبارات رقم (١٠ ،١٥ ، ٢٩، ٣٠، ٣٢ ،٣٩ ، ٤١ ،٤٢، ٤٧)

البعد الثانى : الميل للعزلة الاجتماعية :

ويشتمل على (٨) عبارات وهى العبارات رقم (٤ ، ٩ ، ، ١٦ ، ٢٢ ، ٢٣ ،٣٣ ، ٤٠ ، ٤٨)

البعد الثالث : الكذب :

ويتكون من (٩) عبارات وهى العبارات رقم (١ ، ٥ ،١١ ،١٧ ، ،٢٤ ، ٣١، ٣٧ ، ٤٣ ، ٤٦)

البعد الرابع : السرقة :

ويحتوى على (٧) عبارات وهى العبارات رقم (٦ ، ١٢ ، ١٨ ، ٢٦ ، ٣٦ ، ٤٤ ، ٤٩)

البعد الخامس : الغيرة :

ويحتوى على (٧) عبارات وهى العبارات رقم (٢ ، ٧ ، ١٣ ، ١٩ ، ٢٥ ، ٢٨ ، ٣٤)

البعد السادس : العناد :

ويتضمن (١٠) عبارات وهى العبارات رقم (٣ ، ٨ ، ١٤ ، ٢٠ ، ٢١ ، ٢٧ ،٣٥ ،٣٨ ، ٤٥،٥٠)

ثالثاً : إعداد تعليمات المقياس :

عند إعداد تعليمات المقياس حرصت الباحثة على أن تكون التعليمات بسيطة وسهلة وواضحة ومناسبة للمرحلة العمرية التى يطبق عليها المقياس وهى مرحلة المراهقة ٠ كذلك توضيح سرية هذه البيانات وأن الذى يطلع عليها الباحثة فقط وأنها لأغراض البحث العلمى ٠

وجاءت تعليمات المقياس كما يلى :

إننى أقوم ببحث علمى والمرجو منك قراءة كل عبارة من العبارات المدونة فى الصفحات التالية ووضع علامة (✓) أمام كل عبارة وتحت العمود المناسب حسب انطباق الحالة عليك ٠

وسوف تلاحظ وجود أربعة احتمالات أمام كل عبارة :

١- " دائماً " يدل على أن الموقف ينطبق عليك طوال الوقت ٠

٢- " أحياناً " يدل على أن الموقف ينطبق عليك فى بعض الأوقات ولا ينطبق عليك فى أوقات أخرى ٠

٣- " نادراً " يدل على أن الموقف ينطبق عليك فى أوقات قليلة جداً ٠

٤- "أبداً " يدل على أن الموقف لا ينطبق عليك فى أى وقت ٠

مع العلم بأن هذه البيانات سرية ولا يطلع عليها سوى الباحثة ولأغراض البحث العلمى فقط ٠

رابعاً : تصحيح المقياس :

يتم تصحيح المقياس بإعطاء الدرجات كما يلى :

دائماً	أحياناً	نادراً	أبداً
٤	٣	٢	١

وجميع العبارات تصحح فى إتجاه واحد حيث لا توجد عبارات عكسية ووفقاً لمفتاح التصحيح السابق فإن أقصى درجة يمكن أن يحصل عليها الفرد على المقياس الكلى هى (٢٠٠) درجة بينما أقل درجة يمكن أن يحصل عليها الفرد المفحوص هى (٥٠) درجة ٠

وتشير الدرجة المرتفعة على المقياس إلى أن الفرد لديه انحرافات سلوكية عديدة ، اما الدرجة المنخفضة فتشير إلى أن الفرد لديه القليل من الانحرافات السلوكية شرط أن تزيد هذه الدرجة عن (٥٠) درجة وهى الحد الأدنى للمقياس الذى لا توجد معه انحرافات فى السلوك ٠

كذلك فإن حصول الفرد على درجة مرتفعة على أحد الأبعاد الفرعية الستة المكونة للمقياس الكلى تشير إلى أن الفرد لديه انحراف فى هذا النوع من السلوك٠

خامساً : تقنين المقياس:

والمقصود به كفاءة المقياس من حيث الثبات والصدق ٠

١- ثبات المقياس :

لقد استخدمت الباحثة الطرق التالية لحساب ثبات المقياس وذلك على عينه قوامها (٤١) فرداً من أبناء المؤسسات الرسمية والأهلية والتى تنطبق عليهم شروط العينة الأصلية كما يلى :

١- الاتساق الداخلى ٠

٢- معامل ثبات ألفا كرونباخ ٠

٣-التجزئة النصفية ٠

أولاً : الاتساق الداخلى :

تم إيجاد معامل الاتساق الداخلى لمفردات المقياس عن طريق حساب معامل الارتباط بين درجة كل عبارة ومجموع درجات البعد الذى تنتمى إليه ، كذلك حساب معامل الارتباط بين درجة مجموع كل بعد من الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية للمقياس والجدولين رقم (١٣) ،ورقم (١٤) يوضحان ذلك٠

جدول رقم (١٣)

يوضح معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة ودرجة البعد الذى تنتمى إليه في مقياس الانحرافات السلوكية

أبعـاد المقيـاس	العبارات	معامل الارتباط
١- السلوك العداونـى	١٠	٠.٥١**
	١٥	٠.٤٩**
	٢٩	٠.٣٥*
	٣٠	٠.٥٦**
	٣٢	٠.٤٩**
	٣٩	٠.٦٢**
	٤١	٠.٥٤**
	٤٢	٠.٦١**
	٤٧	٠.٤٩**
٢- الميل للعزلة الاجتماعية	٤	٠.٤٦**
	٩	٠.٠.٤٦**
	١٦	٠.٣٥*
	٢٢	٠.٤٨**
	٢٣	٠.٥٦**
	٣٣	٠.٤١**
	٤٠	٠.٣٢*
	٤٨	٠.٥١**
٣- الكـذب	١	٠.٤٠**
	٥	٠.٤٩**
	١١	٠.٣٢*
	١٧	٠.٦٦**
	٢٤	٠.٥٥**
	٣١	٠.٥٣**
	٣٧	٠.٤٨**

	٤٣	٠.٦٠**
	٤٦	٠.٤٢**
٤- السرقـة	٦	٠.٥٩**
	١٢	٠.٦٧**
	١٨	٠.٦٥**
	٢٦	٠.٦٩**
	٣٦	٠.٤٦**
	٤٤	٠.٦١**
	٤٩	٠.٥١**
٥- الغـيرة	٢	٠.٦٢**
	٧	٠.٤٧**
	١٣	٠.٥٩**
	١٩	٠.٥٦**
	٢٥	٠.٧٤**
	٢٨	٠.٧٨**
	٣٤	٠.٥٤**
٦- العـناد	٣	٠.٥٨**
	٨	٠.٣٣**
	١٤	٠.٥٤**
	٢٠	٠.٤١**
	٢١	٠.٤٢**
	٢٧	٠.٦٧**
	٣٥	٠.٦٦**
	٣٨	٠.٤٤**
	٤٥	٠.٥٨**
	٥٠	٠.٤٤**

* دالة عند ٠.٠٥

** دالة عند ٠.٠١

يلاحظ من الجدول السابق رقم (١٣) أن معاملات الارتباط معظمها دالة عند مستوى ٠.٠١ مما يدل على أن كل عبارة ترتبط ارتباطاً دالاًّ بالدرجة الكلية للبعد الذى تنتمى إليه وهذا يشير إلى الاتساق الداخلى للمقياس

جدول رقم (١٤)

يبين معاملات الارتباط بين الأبعاد الفرعية لمقياس الانحرافات السلوكية والدرجة الكلية للمقياس

أبعـاد المقيـاس	معامل الارتباط بين البعد والدرجة الكلية للمقياس
١- السلوك العداونى	٠.٨٣**
٢- الميل للعزلة الاجتماعية	٠.٥٨**
٣- الكذب	٠.٦٧**
٤- السرقة	٠.٥٧**
٥- الغيره	٠.٨٢**
٦- العناد	٠.٦١**

يلاحظ من الجدول السابق رقم (١٤) أن معاملات الارتباط كلها دالة عند ٠.٠١ مما يدل على ارتباط كل بٌعد بالدرجة الكلية للمقياس وهذا يدل على الاتساق الداخلى للمقياس .

ثانياً : معامل ثبات الفا كرونباخ :

جدول رقم (١٥)

يوضح معاملات ثبات الفا للأبعاد الفرعية لمقياس الانحرافات السلوكية والدرجة الكلية للمقياس

أبعـاد المقيـاس	معامل ثبات الفا
١- السلوك العداونى	٠.٧٢
٢- الميل للعزلة الاجتماعية	٠.٥٢
٣- الكذب	٠.٦١
٤- السرقة	٠.٧٣
٥- الغيره	٠.٧٤
٦- العناد	٠.٦٧
الدرجة الكلية للمقياس	٠.٨٦

يلاحظ من الجدول السابق رقم (١٥) أن المقياس يتمتع بدرجة مناسبة من الثبات حيث تراوحت معاملات الثبات للأبعاد الفرعية للمقياس بين ٠.٥٢ ، ٠.٧٤ كذلك ارتفاع معامل ثبات المقياس الكلى (٠.٨٦) مما يعنى دقة وثبات المقياس ٠

ثالثاً : التجزئة النصفية :

تم حساب معامل ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية باستخدام معادلة جتمان للتجزئة النصفية ومعادلة سبيرمان – براون والجدول التالى رقم (١٦) يوضح لنا النتائج التى تم الحصول عليها ٠

جدول رقم (١٦)

يوضح معاملات الثبات لمقياس الانحرافات السلوكية باستخدام طريقة التجزئة النصفية ٠

أبعـاد المقيـاس	التجزئة النصفية	
	جتمان	سبيرمان – براون
١- السلوك العداونى	٠.٦٨	٠.٦٨
٢- الميل للعزلة الاجتماعية	٠.٥٦	٠.٥٦
٣- الكذب	٠.٥٥	٠.٥٥
٤- السرقة	٠.٦٣	٠.٦٥
٥- الغيرة	٠.٦٩	٠.٧٠
٦- العناد	٠.٦٥	٠.٦٦
ثبات المقياس الكلى	**٠.٦٦**	**٠.٦٥**

٢-صدق المقياس :

تم حساب صدق مقياس الانحرافات السلوكية عن طريق

١-الصدق الذاتى ٠

٢-الصدق العاملى ٠

أولاً : الصدق الذاتى :

والصدق الذاتى هو المبنى على معامل ثبات الاختبار

حيث أن معامل الصدق الذاتى = $\sqrt{\text{معامل الثبات}}$

والجدول التالى رقم (١٧) يبين معاملات الصدق الذاتى لمقياس الانحرافات السلوكية

جدول رقم (١٧)

يبين الصدق الذاتى لمقياس الانحرافات السلوكية

أبعاد المقياس	معامل الصدق الذاتى
١-السلوك العدوانى	٠.٨٥
٢-الميل للعزلة الاجتماعية	٠.٧٢
٣-الكذب	٠.٧٨
٤-السرقة	٠.٨٥
٥-الغيرة	٠.٨٦
٦- العناد	٠.٨٢
الدرجة الكلية للمقياس	٠.٩٣

من الجدول السابق رقم (١٧) يتضح أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الصدق الذاتى

ثانياً : الصدق العاملى :

جدول رقم (١٨)

يوضح التدوير بطريقة المكونات الأساسية لفاريمكس

الأبعاد	العوامل قبل التدوير		العوامل بعد التدوير		الاشتراكيات
	١	٢	١	٢	
١-السلوك العداونى	٠.٧٦	٠.٢٠	٠.٧٤	٠.٢٦	٠.٦٢
٢-الميل للعزلة الاجتماعية	٠.٤٦	٠.٧٧	٠.٠٢	٠.٨٩	٠.٨٠
٣-الكذب	٠.٧٨	٠.٣١	٠.٨٢	٠.١٨	٠.٧١
٤-السرقة	٠.٧٢	٠.٤٧	٠.٨٦	٠.٠٣	٠.٧٤
٥-الغيرة	٠.٧٢	٠.١٥	٠.٥٢	٠.٥٢	٠.٥٤
٦-العناد	٠.٦٩	٠.٤٠	٠.٣٦	٠.٧٢	٠.٦٤
الجذر الكامن	٢.٩٣	١.١٣	٢.٣٧	١.٦٩	
نسبة التباين	٤٨.٧٩٪	١٨.٧٦٪	٣٩.٤٦٪	٢٨.٠٩٪	٦٧.٥٥٪

يتضح من الجدول السابق رقم (١٨) ما يلى :

١-تتشبع الأبعاد رقم (١ ، ٣ ، ٤ ، ٥) وهى السلوك العداونى والكذب والسرقة والغيرة على العامل الأول وذلك بعد رفع الحد الأدنى لتشبع العوامل إلى (٥٠) ولجعل العوامل أكثر نقاء بنسبة تباين ٣٩.٤٦ ٪ ويمكن تسمية هذا العامل بعامل الانحرافات السلوكية المرتبطة بإيذاء الآخرين ٠

٢-تتشبع الأبعاد رقم (٢ ، ٥ ، ٦) وهى الميل للعزلة الاجتماعية والغيره والعناد على العامل الأول بنسبة تباين ٢٨.٠٩ ٪ ويمكن تسمية هذا العامل الانحرافات السلوكية المرتبطة بإيذاء الذات وتشير هذه النائج إلى تمتع المقياس بدرجة مناسبة من الصدق العاملى ٠

ثالثاً : إجراءات التطبيق :

بعد الإنتهاء من مرحلة تقنين أدوات الدراسة تم التطبيق على أفراد العينة بصورة جمعية بحيث لايزيد عدد الأفراد فى كل جلسة تطبيق عن (٧) أفراد حتى تستطيع الباحثة الرد عن جميع استفسارات المفحوصين والتأكد من عدم تركهم لبعض عبارات المقاييس بدون إجابة ٠

كذلك قامت الباحثة بتطبيق مقياس الانحرافات السلوكية والاضطرابات السيكوسوماتية فى نفس الجلسة مع إعطاء فاصل من الراحة بين المقياسين . ولقد استغرق زمن تطبيق مقياس الانحرافات السلوكية حوالى (٣٠) دقيقة اما مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية فقد استغرق تطبيقه حوالى (٥٠) دقيقة ٠

ولا يفوت الباحثة أن تذكر أنها واجهت صعوبات كثيرة جداً عندما أرادت تطبيق أداوات الدراسة حيث وجدت الباحثة عدم الرغبة فى التعاون من بعض مديرى المؤسسات ورفضهم تطبيق المقاييس بداخل المؤسسة بحجة انشغال المودوعين فى الدراسة وعدم تعريضهم لإجراء اختبارات عليهم ٠

ولا يفوت الباحثة كذلك أن تذكر أنها لاقت الكثير من الترحاب والتعاون من بعض المؤسسات ومن هذه المؤسسات مؤسسة تربية البنين والبنات بالزقازيق وجمعية قرية الأمل بالعاشر من رمضان ٠

رابعاً : أساليب المعالجة الاحصائية :

بعد تطبيق أداوات الدراسة على العينة الأساسية من أبناء المؤسسات الرسمية والأهلية قامت الباحثة بتفريغ الدرجات الخام حتى يتم معالجتها احصائياً واستخدمت الباحثة الأساليب الاحصائية التالية للتحقق من فروض الدراسة وهى :

١- معامل الارتباط البسيط لبيرسون ٠

٢- اختبار " ت " T.test لدلالة الفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة ٠

٣- تحليل التباين ثنائى الإتجاه (٢ × ٢) ٠

٤- اختبار شافيه لدلالة الفروق بين المتوسطات المرتبطة ٠

نتائــج الدراســة

بعد أن قامت الباحثة بصياغة فروض الدراسة بناء على الإطار النظرى والدراسات السابقة، أمكن الباحثة التحقق منها باستخدام أدوات الدراسة ، ثم قامت الباحثة بتفريغ البيانات التى حصلت عليها ومعالجتها بإستخدام الأساليب الاحصائية المناسبة .

وكانت النتائج كالتالى :

- نتائج الفرض الأول وتفسيرها :

وينص الفرض الأول على :

توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية سالبة بين مستوى الرعاية الاجتماعية فى المؤسسات الرسمية والأهلية والاضطرابات السيكوسوماتية .

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب معامل الارتباط البسيط " لبيرسون " لمعرفة العلاقة بين مستوى الرعاية الاجتماعية فى المؤسسات والاضطرابات السيكوسوماتية .

وجاءت النتائج كما هو مبين فى الجدول رقم (١٩) .

جدول رقم (١٩)

يبين معامل الارتباط بين مستوى الرعاية الاجتماعية والاضطرابات السيكوسوماتية .

ابعاد مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
١-اضطرابات الجهاز الهضمى	-٠.٣٢	٠.٠١
٢-اضطرابات القلب والأوعية الدموية	-٠.٣٦	٠.٠١
٣-اضطرابات الجهاز التنفسى	-٠.٢٦	٠.٠١
٤-اضطرابات الجهاز العضلى الهيكلى	-٠.٠١	غير دالة
٥-الاضطرابات الجلدية	-٠.٢٨	٠.٠١
٦-اضطرابات الجهاز البولى والتناسلى	-٠.١٣	غير دالة
٧-الاضطرابات النفسية	-٠.٢٨	٠.٠١
٨-اضطرابات السكر	-٠.٢٥	٠.٠١
٩-الاضطرابات الأخرى	-٠.٠٩	غير دالة
المجموع	-٠.٣٤	٠.٠١

مناقشة نتائج الفرض الأول :

مستوى الدلالة عند ٠.٠١ = ٠.٢٥٧

مستوى الدلالة عند ٠.٠٥ = ٠.١٩٦

يتضح من الجدول رقم (١٩) وجود علاقة ارتباطية سالبة بين مستوى الرعاية الاجتماعية بداخل المؤسسات سواء الرسمية أو الأهلية والاضطرابات السيكوسوماتية وجميعها دال عند (٠.٠١) ما عدا الأبعاد الخاصة بالجهاز العضلى الهيكلى ، واضطرابات الجهاز البولى والتناسلى ، والاضطرابات الأخرى .

وأشارت النتائج أيضا إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة دالة احصائياً بين مستوى الرعاية الاجتماعية والدرجة الكلية لمقياس الاضطرابات السيكوسوماتية . بمعنى أنه كلما كان مستوى الرعاية الاجتماعية داخل المؤسسات مرتفع كلما قلت معه الاضطرابات السيكوسوماتية لدى أبناء هذه المؤسسات والعكس صحيح كلما كان هناك قصوراً فى نمط الرعاية بداخل هذه المؤسسات كلما تعرض أبناء هذه المؤسسات للعديد من الاضطرابات السيكوسوماتية وهذه النتائج تتفق مع هذا الفرض .

وتتفق نتيجة هذا الفرض كذلك مع دراسة " مونيكا "و " جون "(١٩٩٤) التى توصلت إلى أن الأبناء الذين عانوا من خبرات الإنفصال وطلاق الوالدين وما ينتج عنه من قصور فى رعايتهم كان لديهم العديد من المشكلات الصحية والاضطرابات السيكوسوماتية مقارنة بأبناء الأسر العادية .

(Monica & John , 1994)

فالاضطرابات السيكوسوماتية يلعب العامل النفسى دوراً قوياً فى نشأتها أو استمرارها أو إثارتها أو ضعف مقاومة الفرد لمقاومة المرض.

(احمد عكاشة ، ١٩٩٨: ٥٤٣)

فهى تحدث نتيجة لاستمرار القلق المزمن والصراع وسوء التوافق لفترة طويلة ، فالأعراض الجسمية المرضية أو الخلل الوظيفى يكون هو النتيجة النهائية التالية للقلق .

(حسن مصطفى ، ٢٠٠٣ : ٣٠)

وبالإضافة إلى القلق المستمر والصراع فإن الفشل والاحباط والحرمان والقسوة والإهمال والطرد والنبذ والأزمات والمشكلات ، تعتبر كلها أسباب قوية للإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية

(عبد الرحمن العيسوى ،٢٠٠١ : ١٦- ١٧)

ونحن نجد أن أبناء المؤسسات الإيوائية يعانون الكثير بسبب حرمانهم من أسرهم الطبيعية ، فهم مفتقدين للحب غير المشروط الذى يمنحه الأب والأم للأبناء بغض النظر عما يفعلون من سلوكيات . لذا فهم يشعرون بالقلق ويتوجسون خيفة من المستقبل ، ويشعرون بالنبذ والرفض خاصة فى المؤسسات التى تتسم بمستوى الرعاية الاجتماعية المنخفض .

لذا فقد دلت نتائج الفرض الأول أن المؤسسات ذات المستوى المنخفض فى الرعاية ارتفع معها معدل حدوث الاضطرابات السيكوسوماتية وهى اضطرابات الجهاز الهضمى واضطرابات القلب والأوعية الدموية واضطرابات الجهاز التنفسى والاضطرابات الجلدية واضطرابات السكر ، وهى

الأعضاء التى تتأثر بشكل مباشر بالتوتر والقلق والضغوط . كذلك هناك علاقة بين مستوى الرعاية الاجتماعية المنخفض وحدوث الاضطرابات النفسية (-٠.٢٨) دالة عند (٠.٠١) .

فمن أسوأ أشكال قصور الرعاية الاجتماعية بداخل هذه المؤسسات من وجهة نظر الباحثة – هو عدم الاهتمام بالجانب النفسى لأبناء هذه المؤسسات ووضع نظام صارم وتقييد حريتهم خاصة فى مؤسسات البنات .

وقد يكون من الطبيعى أن نفرض بعض القيود على تربية الأبناء وخاصة البنات بالنسبة لمواعيد الخروج من المؤسسة ، ولكن هذه القيود تشعر هؤلاء الأبناء أنهم يختلفون كثيرا عن الذين يعيشون فى أسر طبيعية تمكنهم من الخروج من المنزل فى أغلب الأوقات التى يرغبون الخروج فيها وهذه القيود والنظام الصارم بداخل المؤسسة تجعل الأبناء يشعرون بالتعاسة .

فكما يرى أصحاب التوجه الإنسانى أن الإنسان لديه حرية الإرادة والاختيار وأنه صانع لحياته وأفعالة وليس مجرد كائن سلبى تشكله الأحداث البيئية أو يستجيب فقط لحفزاتة الداخلية ، فالاضطراب النفسى ينشأ حين لا يمارس الفرد إرادتة وحريتة واختياره .

(ممدوحة سلامة ، عبد الله عسكر ، دت : ٥٤)

كما أشارت نتائج هذا الفرض إلى عدم وجود علاقة ارتباطية سالبة دالة احصائياً بين مستوى الرعاية الاجتماعية واضطرابات الجهاز العضلى الهيكلى واضطرابات الجهاز البولى التناسلى والاضطرابات الأخرى (اضطرابات الغدد وزيادة الوزن والإحساس بعدم الأتزان) لدى أبناء المؤسسات الرسمية والأهلية .

ويمكن أن يرجع ذلك إلى هذه الاضطرابات لا تظهر بشكل واضح فى مرحلة المراهقة خاصة اضطرابات الجهاز العضلى والتناسلى . ومع ذلك فهناك ارتباط سالب بين مستوى الرعاية الاجتماعية وهذه الاضطرابات ولكن لا يصل إلى مستوى الدلالة .

ومن ثم جاءت نتائج الدراسة متفقة فيما يتعلق بهذا الفرض . حيث وُجد أن مستوى الرعاية الاجتماعية داخل المؤسسات الرسمية والأهلية ترتبط ارتباطاً عكسياً بالاضطرابات السيكوسوماتية . فليس الانفصال عن الوالدين فى حد ذاتة هو العامل الرئيسى فى حدوث المحنة النفسية أو الاضطرابات إنما ما يصاحب هذا الانفصال والحرمان من قصور فى الرعاية .

الفرض الثانى :

وينص على :

توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية سالبة بين مستوى الرعاية الاجتماعية فى المؤسسات الرسمية والأهلية والانحرافات السلوكية .

قامت الباحثة حساب معامل الارتباط البسيط (لبيرسون) للتحقق من صحة هذا الفرض وذلك لبيان العلاقة بين مستوى الرعاية الاجتماعية فى المؤسسات والانحرافات السلوكية .
وجاءت النتائج كما هو مبين بالجدول رقم (٢٠)

جدول رقم (٢٠)
يبين معامل الارتباط بين مستوى الرعاية الاجتماعية والانحرافات السلوكية

أبعاد مقياس الانحرافات السلوكية	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
١-السلوك العداونى	-٠.١٩	٠.٠٥
٢-الميل للعزلة الاجتماعية	-٠.١٦	غير دالة
٣-الكذب	-٠.٢٩	٠.٠١
٤-السرقة	-٠.١٣	غير دالة
٥-الغيرة	-٠.٣٠	٠.٠١
٦-العناد	-٠.٢٤	٠.٠١
المجموع	**-٠.٣٣**	**٠.٠١**

مناقشة نتائج الفرض الثانى :

يتضح من الجدول السابق رقم (٢٠) وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية سالبة بين مستوى الرعاية الاجتماعية فى المؤسسات الرسمية والأهلية والانحرافات السلوكية وهو ما يتفق مع الفرض الثانى ، حيث كانت هناك علاقة ارتباطية سالبة بين المجموع الكلى لدرجات المقياس والانحرافات السلوكية (-٣٣) وهى دالة عند (٠.٠١) وهذا يدل على أنه كلما كان هناك قصورا فى الرعاية الاجتماعية ارتفع معه معدل انحرافات السلوك والعكس صحيح ، كلما ارتفع مستوى الرعاية الاجتماعية بداخل المؤسسات الإيوائية سواء الرسمية أو الأهلية كلما قل معه انحرافات سلوك الأبناء .

وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة جمال شفيق (١٩٨٦) إلى أن أبناء المؤسسات ذات المستوى المرتفع فى الرعاية الاجتماعية يتسمون بالتفاعل الإجتماعى والثقة بالنفس، أما أبناء المؤسسات ذات المستوى المنخفض فى الرعاية فإن أبنائها يتسمون بالتوتر والانطواء .

كذلك تتفق نتائج هذا الفرض مع ما توصلت إليه دراسة " جرينستاين " (١٩٩٣) التى توصلت إلى أن قصور الرعاية الاجتماعية بصفة عامة يؤدى إلى سوء التوافق الإجتماعى والانحرافات السلوكية .

فالفرد عندما يشعر أنه مُهْمل ومنبوذ ، ويشعر بالتقصير تجاهة من المحيطين به يبدأ فى اتخاذ سلوكيات غير سوية لجذب الإنتباه إليه وللتعبير عن الكراهية للآخرين ، ورفضة للواقع الإجتماعى الذى يعيش فيه .

وأبناء المؤسسات يشعرون أن ظروفهم الاجتماعية السيئة هى السبب الرئيسى لمعظم مشكلاتهم وأنهم فى الغالب غير مسئولين عن السلوكيات المنحرفة التى يقومون بها ، فعندما تكون الرعاية سيئة بداخل هذه المؤسسات كلما كان ذلك تصريحا لهؤلاء الأبناء بأن يعزوا سلوكياتهم المنحرفة إلى واقعهم المُعاش وما يعانون منه بداخل هذه المؤسسات .

فالاحباط المبكر للحاجات الأساسية للفرد (كالحاجة للطعام ، والإهتمام ، أو الحب) يمكن أن تؤدى إلى إتجاهات عدوانية نحو المجتمع ككل أو تجاه أنواع معينة من الموضوعات (كممثلى الأمهات والآباء) .

(سامية جابر ، ١٩٨٧ : ٩٢)

ومن العوامل التى تجعل الرعاية الاجتماعية داخل المؤسسات غير مرضية فى أغلب الأوقات ، ليس فقط استحالة تزويدهم بأمومة من نوع مناسب ومستمر بل أيضا صعوبة اتاحة الفرص للأبناء للاشتراك فى الأنشطة اليومية (كالطبخ والكى وتنظيف أدواتهم الخاصة) والتعارف على الناس خارج حدود المؤسسة .

(أنسى قاسم ، ٢٠٠٢ : ٢٤١)

فالرعاية الاجتماعية الجيدة داخل المؤسسة هى التى تعطى الفرصة للأبناء بأن يعيشوا حياة قريبة الشبة بالحياة الأسرية الطيبة وهذا من وجهة نظر الباحثة عامل حاسم فى التقليل من الانحرافات السلوكية للأبناء ، فكثير من المؤسسات توفر المأكل والمشرب والملبس ولكنها لا يسودها الدفء ولا تعطى لأبنائها قسطاً من الحرية للاشتراك فى العديد من الأنشطة فى هذه المؤسسات تظهر فيها انحرافات السلوك بصورة أكبر من غيرها .

فالمراهق ينبغى أن يشغل وقت فراغه ويصرف طاقته فى العديد من الأنشطة ، حيث أن هذه الطاقة إن لم يتم تصريفها فى قنوات مشروعة ومفيدة ، فإن المراهق يتخذ سلوكيات غير توافقية ومنحرفة فى أغلب الأوقات فمرحلة المراهقة من مراحل النمو الهامة فى حياة الفرد التى قد تظهر فيها

العديد من المشكلات بالنسبة للمراهق ، وهى مرحلة حرجة خصوصاً لأبناء المؤسسات المفتقدين والمحرومين من الرعاية الوالدية .

فعاطفة الآباء ودفئهم تزيد من قوة وفاعلية وكفاءة أساليب تعليم الآباء للأبناء الضبط والنظام، فالعديد من الدراسات أشارت إلى أن الأطفال والمراهقين الذين ينشأون فى الأحياء الفقيرة والعشوائيات والذين لم ينحرفوا أو يجنحوا ، إن العامل الحاسم وراء عدم انحرافهم هو أنهم حظوا بحب غير مشروط وثابت من جانب الأم .

(علاء الدين كفافى ، ١٩٩٧ ، ٤٦٤)

فالحب والتقبل والاهتمام من جانب القائمين على رعاية الأبناء بالإضافة إلى توفير الخدمات الأساسية من غذاء ورعاية صحية وتعليمية وثقافية كل ذلك كل ذلك يقى بشكل كبير الأبناء من الانحراف .

كذلك يتضح من الجدول السابق رقم (٢٠) أن كل من الميل للعزلة الاجتماعية والسرقة لم ترتبط ارتباطاً دالاً احصائياً بمستوى الرعاية الاجتماعية داخل المؤسسات ، ولا يعنى هذا عدم وجود ارتباط سالب بينهما بل يوجد ولكن لم يصل إلى مستوى الدلالة .

فالميل للعزلة الاجتماعية يرتبط بشكل كبير بعدم امتلاك الفرد لمهارات التواصل الإجتماعى، كأن يكون لديه عيوب فى النطق أو بعض العاهات الجسيمة التى تجعله يخجل من الآخرين ، ويلجأ إلى الإنزواء بعيداً عنهم لتجنب المواقف المحرجة له ، كذلك يرتبط الميل للعزلة الاجتماعية بنمط التربية والحماية الزائدة من قبل الوالدين .والقلق والخوف الزائدة على الأبناء ، ونجد أن أبناء المؤسسات فى أغلب الأوقات يفتقدون لمثل هذا الشعور نتيجة للحرمان من الوالدين ، وحتى ولو كان هناك من يخاف ويقلق عليهم داخل المؤسسات فلا يكون بأى حال من الأحوال مثل الأب والأم الطبيعيين .

والسرقة فهى كذلك لم ترتبط ارتباطاً دالاً احصائياً بمستوى الرعاية داخل المؤسسة لما يرجع ذلك لإفتقاد كل أبناء المؤسسات سواء الجيد فى الرعاية أو السيئ منها إلى الأم حيث يرى عبدالعلى الجسمانى أن السرقة عند الطفل ما هى إلا مظهر من مظاهر تزعزع الثقة بنفسه وافتقاده إلى العطف من أمة ، فالطفل بعملة هذا إنما بحاجة ملحة إلى أن يوطد علاقتة بالبيئة على أساس بحثه وتنقيبة عن شئ موضوعى متمثل فى شخص الأم .

(عبد العلى الجسمانى ، ١٩٩٤ :٩٠)

والسرقة عند المراهق فدوافعها كثيرة وتختلف عند الطفل الصغير قبل سن الرابعة الذى لا يستطيع التمييز بين الحلال والحرام واحترام ملكية الغير وهى غالباً تظهر فى المراهق الذى لم ينمو لديه الأنا الأعلى بدرجة كافية ، إضافة إلى قسوة زائدة من المحيطين أو تدليل زائد أو أصدقاء سوء يدفعونه إلى الانفاق عليهم .

وهى نتيجة تراكمية لما مر به المراهق من ظروف طوال فترة تواجده فى المؤسسة حيث يكون هناك من أبناء هذه المؤسسات سواء جيدة الرعاية أو سيئة الرعاية من حظى باهتمام ورعاية ثابتة من بعض المشرفين على عكس بعض زملائه فى نفس المؤسسة الذين لم يتوفر لهم ذلك وبالتالى ظهرت لديهم السرقة .

الفرض الثالث :

وينص هذا الفرض على :

توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية موجبة بين الاضطرابات السيكوسوماتية والانحرافات السلوكية لدى أبناء المؤسسات الرسمية والأهلية .

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب معامل الارتباط البسيط " لبيرسون " كما موضح بالجدول رقم (٢١) .

جدول رقم (٢١)

يبين العلاقة الارتباطية بين الاضطرابات السيكوسوماتية والانحرافات السلوكية

الانحرافات السلوكية / الاضطرابات السيكوسوماتية	السلوك العدوانى	الميل للعزلة الاجتماعية	الكذب	السرقة	الغيرة	العناد	الدرجة الكلية
اضطرابات الجهاز الهضمى	٠.٠١	٠.٢٤**	-٠.١٢	٠.٠٠	-٠.٠١	٠.١٤	٠.٠٦
اضطرابات القلب والأوعية الدموية	٠.٠٤	٠.٣٤**	-٠.٠٥	٠.٠٤	٠.٠٢	٠.٢٣**	٠.١٤
اضطرابات الجهاز التنفسى	٠.١١	٠.٣٢**	٠.١٢	٠.١١	٠.٠٥	٠.٢٣**	٠.٢٢*
اضطرابات الجهاز العضلى الهيكلى	-٠.١٧	٠.٠٤	-٠.١٥	-٠.٠٤	-٠.١١	-٠.٠٧	-٠.١٣
الاضطرابات الجلدية	٠.٠٦	٠.٣١**	٠.٠٦	٠.١٢	٠.١٠	٠.٢٦**	٠.٢١*
اضطرابات الجهاز البولى والتناسلى	-٠.٠١	٠.٢٧**	-٠.٠٩	-٠.٠١	-٠.٠٤	٠.١٨	٠.٠٧
الاضطرابات النفسية	٠.٠٥	٠.٣٦**	-٠.٠١	٠.٠٢	٠.٠٤	٠.٢١*	٠.١٥
اضطرابات السكر	٠.٠٠	٠.٣٣**	-٠.٠٣	-٠.٠١	٠.٠١	٠.٢٨**	٠.١٤
الاضطرابات الأخرى	-٠.١١	٠.٢٤**	-٠.١٩*	-٠.١٨*	-٠.٠٩	٠.٠٨	-٠.٠٦
الدرجة الكلية	٠.٠٣	٠.٣٥**	-٠.٠٤	٠.٠٢	٠.٠٢	٠.٢٢*	٠.١٤

مناقشة نتائج الفرض الثالث :

يتضح من الجدول السابق رقم (٢١) وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية موجبة بين كل من الميل للعزلة الاجتماعية والعناد والاضطرابات السيكوسوماتية ، أما باقى أبعاد مقياس الانحرافات السلوكية فلم ترتبط ارتباطاً ذا دلالة احصائية موجبة بالاضطرابات السيكوسوماتية وهذه الأبعاد هى السلوك العدوانى والكذب والسرقة والغيرة ، ومعظم هذه الانحرافات يقوم الفرد فيها بتصريف انفعالاتة

وعدوانة للخارج سواء للأشخاص أو للممتلكات ، والاضطرابات السيكوسوماتية تظهر فى الغالب عند الأفراد الذى يقمعون انفعالاتهم وعدوانهم لذا لم ترتبط هذه الأبعاد ارتباطاً موجباً دالاً احصائياً بالاضطرابات السيكوسوماتية .

أما الميل للعزلة الاجتماعية فقد ارتبط ارتباطاً ذا دلالة احصائية موجبة ومعظم الاضطرابات السيكوسوماتية كما يقيسها مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية حيث أن الفرد المنعزل إجتماعياً تكون قدرته على التعبير وتوضيح انفعالاتة محدودة وبالتالى يقمع انفعالاتة إلى الداخل مما يترتب علية إصابته ببعض الاضطرابات السيكوسوماتية إضافة لذلك فمن العوامل المؤدية للعزلة الاجتماعية الشعور بالاحباط فى مواقف عديدة والاحساس بعدم الأمان والإتكالية الزائدة على الآخرين وكلها عوامل قد تؤدى إلى الإصابة بالاضطراب السيكوسوماتى ومن هنا كانت علاقة الميل للعزلة والانطواء والانسحاب من المواقف الاجتماعية بظهور بعض الاضطرابات السيكوسوماتية لدى أبناء المؤسسات .

وهذا يتفق مع ما ذكره أحمد عكاشة من أن الأفراد الذين يوجهون عدوانهم للداخل ولا يستطيعون التنفيس عن انفعالاتهم قد يصابوا ببعض الاضطرابات السيكوسوماتية كالإصابة بقرحة المعدة مثلا .

(أحمد عكاشة ، ١٩٩٨: ٥٤٢)

أما العناد فقد ارتبط ارتباطاً ذا دلالة احصائية موجبة بالاضطرابات السيكوسوماتية فالفرد العنيد يتعرض للتوبيخ واللوم من الآخرين نظرا لسلوكة الغير مرغوب اجتماعيا ويترتب عليه لوم الذات والإحساس بعدم الراحة مما قد يصيبة ببعض الاضطرابات السيكوسوماتية وهو قد يستغل حدوث هذا الاضطراب للحصول على المحبة والقبول من الآخرين .

ولهذا فانعزالية وانسحاب وعناد أبناء هذه المؤسسات قد تكون دليلاً لفقدان الأمن الداخلى والأمان الذين يبحثون عنه ، فهناك العديد من الظروف والعوامل السلبية داخل هذه المؤسسات تعمل على جعل أبنائها فى حالة من القلق والاضطراب المستمرين ، فهناك سيطرة عليهم قد تصل إلى حد السيطرة على التفكير مما تجعلهم فاقدين الثقة بأنفسهم ويشعرون بعدم الطمأنينة ، وبالتالى يشعرون بأنهم غير مرغوب فيهم ، ولهذا يعانون من القلق ، والكراهية للبيئة ولأنفسهم .

(أنسى قاسم ، ٢٠٠٢ : ٢٦٦)

مما يدفعهم ذلك إلى الانسحاب أو مخالفة أو عناد الكبار باستمرار ، وظهور بعض الاضطرابات السيكوسوماتية لديهم هو نتيجة مباشرة لهذه المشاعر السلبية من خوف وقلق وكراهية وحرمانهم من المحبة والعطف .

لذا نجد أن هناك ارتباطاً موجباً دالاً احصائياً بين كل من الميل للعزلة الاجتماعية ، والعناد والاضطرابات السيكوسوماتية .

نتائج الفرض الرابع وتفسيرها :

يمكن اختبار الفرض الرابع الذى ينص على :

توجد فروق دالة إحصائيا بين أبناء المؤسسات الرسمية وأبناء المؤسسات الأهلية فى متوسطات درجاتهم على مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية والفروق لصالح أبناء المؤسسات الرسمية .

وللتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة بحساب قيمة (ت) T.Test لبيان الفروق بين أبناء المؤسسات الرسمية وأبناء المؤسسات الأهلية على مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية .

وجاءت النتائج كما هو موضح بالجدول رقم (٢٢)

جدول رقم (٢٢)

يبين قيمة (ت) ودلالتها بين أبناء المؤسسات الرسمية وأبناء المؤسسات الأهلية فى الاضطرابات السيكوسوماتية .

أبعاد المقياس	مؤسسات رسمية ن= ٦٦		مؤسسات أهلية ن= ٦٢		قيمة "ت "	مستوى دلالتها
	م	ع	م	ع		
١-اضطرابات الجهاز الهضمى	٤٢.٤١	١٦.٢٤	٣٧.١٥	١٦.٣٥	١.٨٣	غير دالة
٢-اضطرابات القلب والأوعية الدموية	٣١.٣٨	١٦.٥١	٢٨.٣٩	١٤.٥٣	١.٠٩	غير دالة
٣-اضطرابات الجهاز التنفسى	٩.٧٤	٥.٧٨	٩.٢١	٦.١٩	٠.٥٠	غير دالة
٤-اضطرابات الجهاز العضلى والهيكلى	٦.٨٨	٤.٤٢	٥.٥٢	٣.٤٨	١.٩٣	غير دالة
٥-الاضطرابات الجلدية	١١.١٨	٧.٧٣	١٢.٥٨	٧.٠٩	١.٠٧-	غير دالة
٦-اضطرابات الجهاز البولى والتناسلى	٥.٥٩	٣.٧٠	٤.٨٧	٣.١٩	١.١٨	غير دالة
٧-الاضطرابات النفسية	١٠٢.٣٩	٣٩.٩٧	٩٢.٦٦	٢٩.٢٧	١.٥٦	غير دالة
٨-اضطرابات السكر	١٦.٥٨	٧.٢٢	١٥.٥٠	٦.٢٧	٠.٩٠	غير دالة
٩-الاضطرابات الأخرى	٦.١٨	٣.٥٩	٥.٢٦	٢.٩٩	١.٥٨	غير دالة
المجموع	٢٣٢.٣٣	٩٤.٤٣	٢١١.١٣	٧٨.٠٠	١.٣٨	غير دالة

مناقشة نتائج الفرض الرابع :

يتضح من الجدول السابق رقم (٢٢) عدم وجود فروق دالة احصائياً بين متوسطات درجات أبناء المؤسسات الرسمية وأبناء المؤسسات الأهلية على أبعاد مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية ، كذلك عدم وجود فروق بينهما فى الدرجة الكلية للاضطرابات السيكوسوماتية .

فمن العوامل الانفعاليه التى تؤدى إلى حدوث الاضطرابات السيكوسوماتية والتى ذكرها أحمد عكاشة (١٩٩٣ : ١٧٥ – ١٧٦) الحرمان من العناية والحب والعطف مع رغبة ملحة من المريض فى الحصول عليها، والنزاعات العدائية والثورة ضد السلطة ، والخوف من فقدان الأم أو من يقوم مقامها .

وجميع هذه العوامل قد تكون متوفرة ومتساوية لدى كل من أبناء المؤسسات الرسمية وأبناء المؤسسات الأهلية ، فكلاهما يعيشان فى جو من الحرمان الأسرى وخصوصا الحرمان من الأم ، وما يترتب عليه من الحرمان من الحب والعناية والاهتمام والسند .

فالعديد من أبناء هذه المؤسسات قد فقدوا التعلقات والروابط الانفعالية مع شخص آخر نتيجة لتغير المشرفين والقائمين على رعايتهم بإستمرار الأمر الذى يجعلهم فاقدين الثقة والأمان فى إمكانية التنبؤ باشباع حاجاتهم المختلفة ، وهذا الفشل فى تنمية روابط تعلق ثابتة وآمنه مع الآخرين يُشعر الطفل كما يرى " هاريس " بالاهمال والنبذ والانتهاك لحقوقة ، مما يؤثر علية من الناحية الفيزيقية والانفعالية ويضر بصحته بصفه عامة .

(Harris, 1989, P. 291)

ونتيجة هذا الفرض جاءت مختلفة مع ما توقعتة الباحثة من أن هناك فروقاً دالة احصائياً بين متوسطات درجات أبناء المؤسسات الرسمية وأبناء المؤسسات الأهلية وأن هذه الفروق لصالح أبناء المؤسسات الرسمية إلا أنه نتيجة هذا الفرض أوضحت أنه لا توجد فروق دالة احصائياً .

ولكن بالنظر إلى الجدول السابق رقم (٢٢) يتضح أن متوسطات درجات أبناء المؤسسات الرسمية على معظم أبعاد مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية أعلى من متوسطات درجات أبناء المؤسسات الأهلية ولكن هذه الفروق لم تصل إلى درجة الدلالة .

نتائج الفرض الخامس وتفسيرها :

وينص الفرض الخامس على :

توجد فروق دالة احصائياً بين أبناء المؤسسات الرسمية وأبناء المؤسسات الأهلية فى متوسطات درجاتهم على مقياس الانحرافات السلوكية والفروق لصالح أبناء المؤسسات الرسمية .

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب قيمة " ت " لمعرفة الفروق وجاءت النتائج كما يلى كما هو موضح بالجدول رقم (٢٣)

جدول رقم (٢٣)

يوضح قيمة "ت " ودلالتها بين أبناء المؤسسات الرسمية والأهلية على مقياس الانحرافات السلوكية

أبعاد المقياس	مؤسسات رسمية ن = ٦٦		مؤسسات أهلية ن= ٦٢		قيمة "ت "	مستوى دلالتها
	م	ع	م	ع		
١-السلوك العدوانى	٢٠.٦٧	٥.٧٩	١٩.٠٦	٥.٦٢	١.٥٩	غير دالة
٢-الميـــل للعزلـــة الاجتماعية	١٨.٠٥	٤.٨٤	١٩.٤٨	٤.١٧	١.٨٠-	غير دالة
٣-الكذب	١٩.٦٨	٥.٠١	١٩.٧٧	٦.٢٧	٠.٠٩-	غير دالة
٤- السرقة	١٢.٧١	٤.٧٥	١٠.٦٨	٣.٩٧	٢.٦٢	٠.٠١
٥-الغيرة	١٤.٨٦	٣.٦٧	١٦.٣٧	٤.٨٨	١.٩٨-	٠.٠٥
٦-العناد	٢٣.٠٦	٥.٤٣	٢٣.١١	٥.٥٠	٠.٠٥-	غير دالة
المجموع	١٠٩.٠٣	٢٠.٩٠	١٠٨.٤٨	٢٢.١٩	٠.١٤	غير دالة

مناقشة نتائج الفرض الخامس :

يتضح من الجدول السابق رقم (٢٣) عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين أبناء المؤسسات الرسمية وأبناء المؤسسات الأهلية على جميع أبعاد مقياس الانحرافات السلوكية ما عدا بُعدى السرقة والغيرة ، حيث كانت هناك فروق ذات دلالة احصائية فى السرقة لصالح أبناء المؤسسات الرسمية حيث كانت (ت= ٢.٦٢ دالة عند ٠.٠١) .

أما الغيرة فقد كانت الفروق لصالح أبناء المؤسسات الأهلية (ت = -١.٩٨ وهى دالة عند ٠.٠٥) .

كذلك يتضح من الجدول السابق رقم (٢٣) عدم وجود فروق دالة احصائياً فى الدرجة الكلية لمقياس الانحرافات السلوكية .

فأبناء هذه المؤسسات سواء الرسمية منها أو الأهلية نجد أن غالبية الحاجات الإنفعالية لهؤلاء الأبناء مُنذ أن كانوا أطفالاً صغاراً غير مُشبعة على النحو الأكمل ، وبالتالى يشعر الأبناء بالإحباط ، الأمر الذى يدفعهم إلى الانغماس فى ضروب من التصرفات والسلوكيات التى تتسم بالعنف والتدمير

وإتلاف الممتلكات والأشياء ، والضرب والشجار نحو الأشخاص وذلك كنوع من العدوانية المقابلة لعدوانية الآخرين من الراشدين الذين يقسون عليهم ويهملونهم .

(أنسى قاسم ، ٢٠٠٢ : ٢٦٤)

وإذا كان بعض الأبناء يختارون العدوانية والعنف والتدمير وسيلة للتعبير عن احباطهم نتيجة لعدم إشباع حاجاتهم الانفعالية من حب وعطف واهتمام – إلا أن هناك البعض منهم لا يختارون ذلك – بل يميلون نحو نمط من السلوك الانفرادى ويختارون الانسحاب من المجتمع .

(هدى قناوى ، ١٩٨٣ : ٣٢١)

ولا تقتصر انحرافات السلوك عند أبناء المؤسسات على العدوان أو العزلة الاجتماعية بل هناك العديد من السلوكيات المخالفة للمعايير والقواعد الاجتماعية المتعارف عليها كالكذب والسرقة والغيرة والعناد كذلك تظهر الشخصية السيكوباتية منعدمة المشاعر فى هذه المؤسسات أكثر من ظهورها فى أبناء الأسر العادية نتيجة لافتقارهم للحب وعدم تكوين روابط تعلق مع الآخرين .

وتظهر لديهم أيضاً كما أظهرت العديد من الدراسات السابقة الانحرافات الجنسية وتعاطى المخدرات أكثر من أبناء الأسر الطبيعية فلقد توصلت دراسة راوية دسوقى (١٩٨٩) إلى أن أبناء المؤسسات الإيوائية لديهم انحرافات جنسية ويسيئون استعمال الأدوية ولديهم العديد من السلوكيات المنحرفة أكثر من أبناء الأسر الطبيعية .

كما أن اضطراب الشخصية وتدهور الجوانب اللغوية والمعرفية والنمو الجسمى وُجدت جميعها فى أطفال عانوا بشكل أو آخر من اضطرابات خطيرة فى حياتهم الباكرة ، وهذه الاضطرابات يتم الجمع بينها بشكل عام غير محدد تحت مصطلح الحرمان من الأم .

(مايكل راتر ، ١٩٩٢ : ٥٥-٥٦)

وهذا ما توصلت إليه العديد من الدراسات كما فى دراسة أنسى قاسم (١٩٨٩) التى توصلت إلى أن أبناء المؤسسات الإيوائية كانوا أقل ذكاءاً وأقل تفاعلاً من الناحية الاجتماعية من أبناء الأسر الطبيعية ، كما توصلت دراسة نبيلة ميخائيل (١٩٨٩) أن أبناء المؤسسات كانوا أكثر قلقاً واكتئاباً مقارنة بأبناء الأسر الطبيعية .

أى أن أبناء المؤسسات الإيوائية سواء الرسمية أو الأهلية عُرضة أكثر من أبناء الأسر الطبيعية للإصابة بالعديد من الاضطرابات النفسية وأن سلوكياتهم تتسم بالانحراف أكثر من الأبناء الذين يعيشون فى أسر طبيعية ، وأعنى هنا بأبناء الأسر الطبيعية ، الذين ينشأون فى جو أسرى طيب يوفره الأب والأم للأبناء ويمنحونهم الرعاية الكافية ، فبعض الأبناء ينشأون فى أسر لا توفر أى نوع من الرعاية للأبناء كأن يكون الأب مدمن مخدرات أو لص و يترك الأبناء فى الشارع للتسول ، هؤلاء الأبناء قد يكونون عرضة للانحراف أكثر من أبناء المؤسسات ، ولهذا فقصور الرعاية الاجتماعية أيا كان نوعة داخل مؤسسة أو داخل أسره – على أعتبار أن الأسرة جزء من المجتمع – هو سبب رئيسى ومباشر لحدوث الانحرافات السلوكية للأبناء .

ولقد أوضحت نتيجة هذا الفرض أن السرقة لدى أبناء المؤسسات الرسمية أكثر من أبناء المؤسسات الأهلية ، فمن العوامل التى تؤدى للسرقة هى الحرمان من اشباع بعض النواحى المادية مع قصور فى تكوين الأنا الأعلى . وأبناء المؤسسات الرسمية إلى حد ما النواحى المالية لديهم أقل من أبناء المؤسسات الأهلية التى ينفق عليها أهل الخير الكثير من الأموال خاصة رجال الأعمال الذين يتبرعون بمبالغ كبيرة لهذه المؤسسات .

أما الغيرة فكما يتضح من الجدول السابق رقم (٢٣) فقد كان أبناء المؤسسات الأهلية أكثر غيرة من أبناء المؤسسات الرسمية .

فكما يذكر علاء الدين كفافى أن الغيرة هى انفعال مركب ينشأ من تفاعل الاحباط والقلق . والاحباط هو الفشل فى تحقيق رغبة ما ، ويمتزج هذا الفشل بالقلق من فقدان حب الوالدين (أو من يقوم مقامهما) .

(علاء الدين كفافى ، ١٩٩٧ : ٢٩٥)

وأبناء المؤسسات الأهلية يعيشون إلى حد ما فى جو شبيه بالأسرة أكثر من أبناء المؤسسات الرسمية مما يؤدى إلى وجود تنافس وغيرة بين الأبناء ومحاولة كل منهم أن يكون أفضل من الآخر وألا يفقد حب وعطف القائم على رعايتة .

الفرض السادس :

توجد فروق دالة احصائياً بين الذكور والإناث أبناء المؤسسات الرسمية والأهلية فى متوسطات درجاتهم على مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية والفروق لصالح الإناث .

وكانت نتائج هذا الفرض كما هو موضح بالجدول رقم (٢٤) وذلك باستخدام اختبار (ت) T.Test.

جدول رقم (٢٤)

يبين المتوسطات والانحرافات المعيارية و قيمة " ت " ودلالتها لبيان الفروق بين الذكور والإناث فى الاضطرابات فى السيكوسوماتية .

أبعاد المقياس	ذكور ن= ٦٨		إناث ن= ٦٠		قيمة "ت "	مستوى دلالتها
	م	ع	م	ع		
١- اضطرابات الجهاز الهضمى	٤٢.١٠	١٥.٦٦	٣٧.٣١	١٧.٠٦	١.٦٦	غير دالة
٢- اضطرابات القلب والأوعية الدموية	٣١.٢٩	١٥.٦٤	٢٨.٣٨	١٥.٥٢	١.٠٥	غير دالة
٣- اضطرابات الجهاز التنفسى	٩.٢٢	٥.٩٧	٩.٧٨	٥.٩٩	-٠.٥٣	غير دالة
٤- اضطرابات الجهاز العضلى الهيكلى	٦.٧٢	٤.١١	٥.٦٥	٣.٩٠	١.٥١	غير دالة
٥- الاضطرابات الجلدية	١٢.٢٦	٧.٨٧	١١.٤٠	٦.٩٤	٠.٦٦	غير دالة
٦- اضطرابات الجهاز البولى والتناسلى	٥.١٣	٣.٢١	٥.٣٧	٣.٧٦	-٠.٣٨	غير دالة
٧- الاضطرابات النفسية	٩٨.١٦	٣٥.١٥	٩٧.١٣	٣٥.٩٧	٠.١٦	غير دالة
٨- اضطرابات السكر	١٥.٨٤	٦.٩٣	١٦.٣٠	٦.٦٤	-٠.٣٨	غير دالة
٩- الاضطرابات الأخرى	٥.٩٩	٣.٠٩	٥.٤٥	٣.٦٠	٠.٩١	غير دالة
المجموع	٢٢٦.٧٢	٨٥.٦١	٢١٦.٧٨	٨٩.٣٤	٠.٦٤	غير دالة

مناقشة نتائج الفرض السادس :

يتضح من الجدول السابق رقم (٢٤) عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين الذكور والإناث أبناء المؤسسات الرسمية والأهلية فى الاضطرابات السيكوسوماتية .

وهذا يختلف مع ما توقعته الباحثة من أن الإناث يحدث لهن اضطرابات سيكوسوماتية أكثر من الذكور على اعتبار أنهن يملن إلى كبت انفعالاتهن أكثر من الذكور نتيجة لنمط التربية السائدة فى المجتمع . كما أن التراث النظرى أيضاً يشير إلى أن نسبة انتشار الاضطرابات السيكوسوماتية فى الإناث أكثر من الذكور .

حيث أشارت دراسة " كينشكوسكى " (١٩٩٥) إلى إن الاضطرابات السيكوسوماتية كانت أكثر انتشاراً لدى الإناث مقارنة بالذكور .

كذلك أشارت بعض الدراسات السابقة مثل الدراسة الميدانية التى أجراها عبد الرحمن العيسوى (١٩٩٧) على عينة من الشباب الجامعى إلى أن الإناث أكثر إصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية من الذكور ، ولقد ارجع الباحث ذلك إلى أن الأنثى تتعرض لآلام الطمث وما يصاحبها من تغيرات فسيولوجية ونفسية كذلك حالات الحمل والولادة .

(عبد الرحمن العيسوى ، ١٩٩٧ : ٢٩٨ – ٢٩٩)

وترى الباحثة أن معظم الدراسات السابقة المتعلقة بالاضطرابات السيكوسوماتية سواء العربية أو الأجنبية – فى حدود علمها – لم تكن العينة من أبناء المؤسسات الإيوائية وأنها تمت على أفراد عاديين يعيشون فى أسر طبيعية .

فمن أهم الأسباب المؤدية للاضطراب السيكوسوماتى الحرمان من الحب والاهتمام وخصوصاً الحب الأمومى ، وهذا العامل متوفر لدى أبناء المؤسسات الإيوائية سواء كانوا ذكوراً أم إناثاً .

لذا تُرجع الباحثة عدم إتفاق نتيجة هذا الفرض مع ما توقعته إلى اختلاف عينة الدراسة الحالية وهم أبناء المؤسسات عن باقى الدراسات السابقة التى تمت على أبناء أسر عادية .

الفرض السابع :

وينص الفرض السابع على :

توجد فروق دالة احصائياً بين الذكور والإناث أبناء المؤسسات الرسمية والأهلية فى متوسطات درجاتهم على مقياس الانحرافات السلوكية والفروق لصالح الذكور .

وللتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة بحساب قيمة (ت) لمعرفة الفروق بين الجنسين على مقياس الانحرافات السلوكية ويوضح ذلك جدول رقم (٢٥).

جدول رقم (٢٥)

يبين المتوسطات والانحرافات المعيارية و قيمة (ت) ودلالتها بين الذكور والإناث فى الانحرافات السلوكية

أبعاد المقياس	ذكور ن = ٦٨		إناث ن= ٦٠		قيمة "ت "	مستوى دلالتها
	م	ع	م	ع		
١- السلوك العدوانى	١٩.٧٢	٦.٠٢	٢٠.٠٨	٥.٤٦	-٠.٣٦	غير دالة
٢- الميـــــل للعزلـــــة الاجتماعية	١٧.٨٤	٤.٩٥	١٩.٧٧	٣.٨٨	-٢.٤٣	٠.٠٥
٣-الكذب	١٩.٠٦	٥.٣٧	٢٠.٤٨	٥.٨٧	-١.٤٣	غير دالة
٤- السرقة	١٢.٤٦	٤.٧١	١٠.٩٠	٤.١١	١.٩٨	٠.٠٥
٥-الغيرة	١٥.٠٧	٤.٥٥	١٦.١٨	٤.٠٦	-١.٤٥	غير دالة
٦-العناد	٢٢.٣٨	٥.٨٧	٢٣.٨٨	٤.٨٢	-١.٥٧	غير دالة
المجموع	١٠٦.٥٣	٢٣.٠١	١١١.٣٠	١٩.٤٢	-١.٢٦	غير دالة

مناقشة نتائج الفرض السابع :

يتضح من الجدول السابق رقم (٢٥) عدم وجود فروق دالة احصائياً بين الذكور والإناث أبناء المؤسسات الرسمية والأهلية فى الانحرافات السلوكية على أبعاد السلوك العدوانى ، الكذب ، الغيرة ، العناد . كذلك الدرجة الكلية للانحرافات السلوكية .

بينما وجدت فروق ذات دلالة احصائية بين الذكور والإناث فى الميل للعزلة الاجتماعية لصالح الإناث (ت = -٢.٤٣ دالة عند ٠.٠٥) وفى السرقة لصالح الذكور (ت = ١.٩٨ دالة عند ٠.٠٥) .

فالإناث غالباً ما يكن أكثر ميلاً إلى الانسحاب والعزلة الاجتماعية أكثر من الذكور نتيجة لنمط التربية السائد فى المجتمعات الشرقية حيث يأخذ الذكور قسطاً أوفر من الحرية من الإناث ويتاح لهم أكثر فرصة التعبير عن أنفسهم أكثر من الإناث وهذا بالطبع يختلف من أسرة لأخرى ولكن بصفة عامة نحن نتقبل ونسمح ببعض السلوكيات للذكور وقد لا نتقبلها ولا نسمح بها للإناث ، فقد نسمح للذكر مثلاً أن يتشاجر مع زملائة ويضربهم وعندما نشاهد هذا الموقف لدى الإنثى فإننا نقوم بتعنيفها لأنها " بنت " ولا ينبغى لها أن تسلك مثل الذكور .

لذا فالإناث قد تعبر عن قلقها ومخاوفها وكرهها للآخرين بالانسحاب والانعزال نتيجة لما تواجهه من احباط داخل هذه المؤسسات .

أما السرقة فالذكور فى المؤسسات الإيوائية سواء الرسمية أو الأهلية يتاح لهم فرصة الخروج من المؤسسة أكثر من الإناث وبالتالى فالمصاب بالسرقة منهم يجد لديه فرصة ومتسع ليحقق مأربه ، وهذا ما لاحظته الباحثة أثناء زياراتها لهذه المؤسسات والحديث مع أبنائها .

كذلك فالذكور فى مرحلة المراهقة كما يذكر حسن مصطفى (٢٠٠٣ : ٤٨٣) يكون لديه رغبة فى تأكيد الذات محاولاً إثبات ذاته فى الصرف غير العادى على التدخين ودخول السينما أو الخروج مع الفتيات وخصوصاً عندما يكون فاشلاً دراسياً وهذا يكون متاحاً للذكور أكثر من الإناث فى المؤسسات حيث أن الإناث لا يخرجن من المؤسسة إلا مع المشرفات ، كذلك فمواعيد الخروج من المؤسسة محددة بشكل صارم أكثر من الذكور .

الفرض الثامن :

يوجد تأثير دال احصائياً لعاملى الجنس (ذكور / إناث) ونوع المؤسسة (رسمية / أهلية) فى تأثيرهما المشترك على الاضطرابات السيكوسوماتية لأبناء المؤسسات الإيوائية .

ولاختبار صحة هذا الفرض : قامت الباحثة باستخدام تحليل التباين ثنائى الإتجاه ومعرفة قيمة "ف"ومستوى دلالتها وإستخدام اختبار شافيه لمعرفة إتجاه دلالة الفروق بين متوسطات المجموعات الفرعية للدراسة لكل بعد من ابعاد مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية والمقياس الكلى .

والجداول التالية رقم (٢٦) ، (٢٧) ، (٢٨) توضح ذلك .

جدول رقم (٢٦)

يبين البيانات الوصفية لدرجات أفراد العينه على أبعاد مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية

البعد	الجنس	نوع المؤسسة	المتوسط	الانحراف المعيارى
اضطرابات الجهاز الهضمى	ذكور ن= ٦٨	رسمية ن=٣٦	٣٩.٥٦	١٥.١٥
		أهلية ن=٣٢	٤٦.٢٢	١٨.٩٥
	إناث ن=٦٠	رسمية ن=٣٠	٤٦.١٧	١٦.٧٠
		أهلية ن=٣٠	٢٩.١٠	١٢.٠٨
اضطرابات القلب والأوعية الدموية	ذكور ن= ٦٨	رسمية ن=٣٦	٢٧.٤٧	١٥.٣١
		أهلية ن=٣٢	٣٦.٨٤	١٨.٢٦
	إناث ن=٦٠	رسمية ن=٣٠	٣٦.٤٠	١٦.٦٤
		أهلية ن=٣٠	٢٠.٧٠	٩.٠٢
اضطرابات الجهاز التنفسى	ذكور ن= ٦٨	رسمية ن=٣٦	٨.١٧	٥.٣٧
		أهلية ن=٣٢	١٠.٤١	٦.٤٧
	إناث ن=٦٠	رسمية ن=٣٠	١١.٦٣	٥.٧٦
		أهلية ن=٣٠	٧.٩٣	٥.٧٢
اضطرابات الجهاز العضلى الهيكلى	ذكور ن= ٦٨	رسمية ن=٣٦	٦.٦٧	٤.٤٦
		أهلية ن=٣٢	٦.٧٨	٣.٧٧
	إناث ن=٦٠	رسمية ن=٣٠	٧.١٣	٤.٤٤
		أهلية ن=٣٠	٤.٨٣	٥.٣٠
الاضطرابات الجلدية	ذكور ن= ٦٨	رسمية ن=٣٦	٨.٩٢	٦.٤٧
		أهلية ن=٣٢	١٤.٩٤	٨.٠٦
	إناث ن=٦٠	رسمية ن=٣٠	١٣.٤٠	٩.٢٩
		أهلية ن=٣٠	٨.١٠	٥.٠٥
اضطرابات الجهاز البولى والتناسلى	ذكور ن= ٦٨	رسمية ن=٣٦	٤.١٧	٢.٦٨
		أهلية ن=٣٢	٦.٢٢	٣.٤٥
	إناث ن=٦٠	رسمية ن=٣٠	٧.٣٠	٤.٠٧
		أهلية ن=٣٠	٣.٤٣	٢.١٣

الاضطرابات النفسية	ذكور ن= ٦٨	رسمية ن=٣٦	٩١.٩٤	٣٧.٦٣
		أهلية ن=٣٢	١٠١.٤٧	٣٢.٩٥
	إناث ن=٦٠	رسمية ن=٣٠	١٠٩.٦٢	٣٩.٨٨
		أهلية ن=٣٠	٧٩.٩٠	٢٢.٧٨
اضطرابات السكر	ذكور ن= ٦٨	رسمية ن=٣٦	١٤.٣١	٦.٧٧
		أهلية ن=٣٢	١٧.٥٦	٦.٨٠
	إناث ن=٦٠	رسمية ن=٣٠	١٩.٣٠	٦.٨٩
		أهلية ن=٣٠	١٣.٦٣	٥.٠٣
الاضطرابات الأخرى	ذكور ن= ٦٨	رسمية ن=٣٦	٥.٥٨	٣.١٩
		أهلية ن=٣٢	٦.٤٤	٢.٩٥
	إناث ن=٦٠	رسمية ن=٣٠	٦.٩٠	٣.٩٦
		أهلية ن=٣٠	٤.٠٠	٢.٥١
المقياس الكلى	ذكور ن= ٦٨	رسمية ن=٣٦	٢٠٦.٧٨	٨٦.٤٣
		أهلية ن=٣٢	٢٤٦.٨٨	٨٧.٨٨
	إناث ن=٦٠	رسمية ن=٣٠	٢٥٧.٠٣	٩٧.٢٦
		أهلية ن=٣٠	١٧١.٦٣	٥٤.٩٤

جدول رقم (٢٧)

يبين تحليل التباين ثنائى الاتجاه لتفاعل الجنس ونوع المؤسسة فى تأثيرهما المشترك على الاضطرابات السيكوسوماتية .

البعد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة " ف "	مستوى الدلالة
اضطرابات الجهاز الهضمى	الجنس (أ)	٨١٥.٤٢	١	٨١٥.٤٢	٣.٢١	غير دالة
	نوع المؤسسة (ب)	٦٤١.٢٦	١	٦٤١.٢٦	٢.٥٣	غير دالة
	تفاعل أ × ب	٤٤٧٩.٩٦	١	٤٤٧٩.٩٦	١٧.٦٤	٠.٠١
	تباين الخطأ	٣١٤٨٩.٢٢	١٢٤	٢٥٣.٩٥		
	المجموع	٢٤٥٥١٩.٠٠	١٢٧			
اضطرابات القلب والأوعية الدموية	الجنس (أ)	٣٥٣.٩٦	١	٣٥٣.٩٦	١.٥٢	غير دالة
	نوع المؤسسة (ب)	١٨٤.٣٥	١	١٨٤.٣٥	٠.٧٩	غير دالة
	تفاعل أ × ب	٥٠٠٠.٨٧	١	٥٠٠٠.٨٧	٢١.٤٤	٠.٠١
	تباين الخطأ	٢٨٩٢٦.٦٩	١٢٤	٢٣٣.٢٨		
	المجموع	١٥٢١٣٩.٠٠	١٢٧			
اضطرابات الجهاز التنفسى	الجنس (أ)	١٠.٠٩	١	١٠.٠٩	٠.٣٠	غير دالة
	نوع المؤسسة (ب)	٩.٦٥	١	٩.٦٥	٠.٢٨	غير دالة
	تفاعل أ × ب	٢٨٠.٦٧	١	٢٨٠.٦٧	٨.٢٦	٠.٠١
	تباين الخطأ	٤٢١٥.٥٥	١٢٤	٣٣.٩٧		
	المجموع	١٦٠٣٠.٠٠	١٢٧			
اضطرابات الجهاز العضلى الهيكلى	الجنس (أ)	١٧.٣٣	١	١٧.٣٣	٠.٨٥	غير دالة
	نوع المؤسسة (ب)	٣٣.١٩	١	٣٣.١٩	١.٦٣	غير دالة
	تفاعل أ × ب	٤٦.٣٨	١	٤٦.٣٨	٢.٢٨	غير دالة
	تباين الخطأ	٢٥٢١.١٠	١٢٤	٢٠.٣٣		
	المجموع	٧٨٢٠.٠٠	١٢٧			
الاضطرابات الجلدية	الجنس (أ)	٣١.٨٨	١	٣١.٨٨	٠.٥٩	غير دالة
	نوع المؤسسة (ب)	١٥.٨٥	١	١٥.٨٥	٠.٢٩	غير دالة
	تفاعل أ × ب	١٠١٩.٦٣	١	١٠١٩.٦٣	١٨.٨٢	٠.٠١
	تباين الخطأ	٦٧١٨.٥٣	١٢٤	٥٤.١٨		
	المجموع	٢٤٠٧٦.٠٠	١٢٧			

اضطرابات الجهاز البولى والتناسلى	الجنس (أ)	١.٧٥	١	١.٧٥	٠.١٨	غير دالة
	نوع المؤسسة (ب)	١٦.٩٠	١	١٦.٩٠	١.٧٠	غير دالة
	تفاعل أ × ب	٢٧٨.٧٠	١	٢٧٨.٧٠	٢٨.٠٥	٠.٠١
	تباين الخطأ	١٢٣٢.١٤	١٢٤	٩.٩٤		
	المجموع	٥٠٤٧.٠٠	١٢٨			
الاضطرابات النفسية	الجنس (أ)	١١٦.٢١	١	١١٦.٢١	٠.١٠	غير دالة
	نوع المؤسسة (ب)	٢٤١٩.٧٥	١	٢٤١٩.٧٥	٢.٠٩	غير دالة
	تفاعل أ × ب	١٢١٤٢.٢٥	١	١٢١٤٢.٢٥	١٠.٤٦	٠.٠١
	تباين الخطأ	١٤٢٧٨١.٣٩	١٢٤	١١٦٠.٨٢		
	المجموع	١٣١٦٥٩١.٠٠	١٢٧			
اضطرابات السكر	الجنس (أ)	١٢.٥٩	١	١٢.٥٩	٠.٣٠	غير دالة
	نوع المؤسسة (ب)	٢٧.٨٥	١	٢٧.٨٥	٠.٦٧	غير دالة
	تفاعل أ × ب	٦٣٣.٥٣	١	٦٣٣.٥٣	١٥.٢٦	٠.٠١
	تباين الخطأ	٥١٤٨.٧٨	١٢٤	٤١.٥٢		
	المجموع	٣٩١٣٧.٠٠	١٢٨			
الاضطرابات الأخرى	الجنس (أ)	٩.١٣	١	٩.١٣	٠.٩٠	غير دالة
	نوع المؤسسة (ب)	٢٦.٣٨	١	٢٦.٣٨	٢.٥٩	غير دالة
	تفاعل أ × ب	١١٢.١٣	١	١١٢.١٣	١١.٠١	٠.٠١
	تباين الخطأ	١٢٦٣.٣٣	١٢٤	١٠.١٩		
	المجموع	٥٦٢٠.٠٠	١٢٨			
جميع أبعاد المقياس	الجنس (أ)	٤٥٧٧.٠٥	١	٤٥٧٧.٠٥	٠.٦٦	غير دالة
	نوع المؤسسة (ب)	١٠٦١٦.٧٦	١	١٠٦١٦.٧٦	١.٥٣	غير دالة
	تفاعل أ × ب	١٢٤١٦٧.١٥	١	١٢٤١٦٧.١٥	١٧.٩٠	٠.٠١
	تباين الخطأ	٨٥٣٢٤٥.٦٥	١٢٤	٦٩٣٦.٩٦		
	المجموع	٧١٤٢٤٨٧.٠٠	١٢٧			

يتضح من الجدول السابق رقم (٢٧) ما يلى :

- عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين الجنسين من أبناء المؤسسات على جميع أبعاد مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية وكذلك المقياس الكلى .
- عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين أبناء المؤسسات الرسمية وأبناء المؤسسات الأهلية على جميع أبعاد مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية وكذلك الدرجة الكلية للمقياس .
- يوجد تأثير دال احصائياً لعاملى الجنس (ذكور /إناث) ونوع المؤسسة (رسمية / أهلية) فى تأثيرهما المشترك على جميع أبعاد مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية ما عدا بعُد اضطرابات الجهاز العضلى الهيكلى .

ولمعرفة اتجاه الفروق تم استخدام معادلة شافيه لدلالة الفروق بين متوسطات المجموعات الفرعية للدراسة وتتلخص النتائج فى الجدول التالى رقم (٢٨) .

جدول رقم (٢٨)

يبين فروق المتوسطات بين المجموعات الفرعية وإتجاه الدلالة بإستخدام معادلة شافيه

البعد	مجموعات المقارنة	العدد	المتوسط	فروق المتوسطات واتجاه الدلالة			
				١	٢	٣	٤
اضطرابات الجهاز الهضمى	١-ذكور مؤسسات رسمية	٣٦	٣٩.٥٦	.			
	٢-ذكور مؤسسات أهلية	٣٠	٤٦.١٧	٦.٦١	.		
	٣-إناث مؤسسات رسمية	٣٢	٤٦.٢٢	٦.٦٦	٠.٠٥	.	
	٤-إناث مؤسسات أهلية	٣٠	٢٩.١٠	١٠.٤٦	١٧.٠٧*	١٧.١٢*	.
اضطرابات القلب والأوعية الدموية	١-ذكور مؤسسات رسمية	٣٦	٢٧.٤٧	.			
	٢-ذكور مؤسسات أهلية	٣٠	٣٦.٤٠	٨.٩٣	.		
	٣-إناث مؤسسات رسمية	٣٢	٣٦.٨٤	٩.٣٧	٠.٤٤	.	
	٤-إناث مؤسسات أهلية	٣٠	٢٠.٧٠	٦.٧٧	١٥.٧٠*	١٦.١٤*	.
اضطرابات الجهاز التنفسى	١-ذكور مؤسسات رسمية	٣٦	٨.١٧	.			
	٢-ذكور مؤسسات أهلية	٣٠	١١.٦٣	٣.٤٧*	.		
	٣-إناث مؤسسات رسمية	٣٢	١٠.٤١	٢.٢٤	١.٢٣	.	
	٤-إناث مؤسسات أهلية	٣٠	٧.٩٣	٠.٢٣	٣.٧٠*	٢.٤٧	.

الاضطرابات الجلدية	١-ذكور مؤسسات رسمية	٣٦	٨.٩٢	.			
	٢-ذكور مؤسسات أهلية	٣٠	١٣.٤٠	٤.٤٨	.		
	٣-إناث مؤسسات رسمية	٣٢	١٤.٩٤	٦.٠٢*	١.٥٤	.	
	٤-إناث مؤسسات أهلية	٣٠	٨.١٠	٠.٨٢	٥.٣٠	٦.٨٤*	.
اضطرابات الجهاز البولى والتناسلى	١-ذكور مؤسسات رسمية	٣٦	٤.١٧	.			
	٢-ذكور مؤسسات أهلية	٣٠	٧.٣٠	٣.١٣*	.		
	٣-إناث مؤسسات رسمية	٣٢	٦.٢٢	٢.٠٥	١.٠٨	.	
	٤-إناث مؤسسات أهلية	٣٠	٣.٤٣	٠.٧٣	٣.٨٧*	٢.٧٩*	.
الاضطرابات النفسية	١-ذكور مؤسسات رسمية	٣٦	٩١.٩٤	.			
	٢-ذكور مؤسسات أهلية	٣٠	١٠٩.٦٢	١٧.٦٨	.		
	٣-إناث مؤسسات رسمية	٣٢	١٠١.٤٧	٩.٥٢	٨.١٥	.	
	٤-إناث مؤسسات أهلية	٣٠	٧٩.٩٠	١٢.٠٤	٢٩.٧٢*	٢١.٥٧	.
اضطرابات السكر	١-ذكور مؤسسات رسمية	٣٦	١٤.٣١	.			
	٢-ذكور مؤسسات أهلية	٣٠	١٩.٣٠	٤.٩٩*	.		
	٣-إناث مؤسسات رسمية	٣٢	١٧.٥٦	٣.٢٦	١.٧٤	.	
	٤-إناث مؤسسات أهلية	٣٠	١٣.٦٣	٠.٦٧	٥.٦٧*	٣.٩٣	.
الاضطرابات الأخرى	١-ذكور مؤسسات رسمية	٣٦	٥.٥٨	.			
	٢-ذكور مؤسسات أهلية	٣٠	٦.٩٠	١.٣٢	.		
	٣-إناث مؤسسات رسمية	٣٢	٦.٤٤	٠.٨٥	٠.٤٦	.	
	٤-إناث مؤسسات أهلية	٣٠	٤.٠٠	١.٥٨	٢.٩٠*	٢.٤٤*	.
المقياس	١-ذكور مؤسسات رسمية	٣٦	٢٠٦.٧٨	.			

الكلى	٢-ذكور مؤسسات أهلية	٣٠	٢٥٧.٠٣	٥٠.٢٦	.		
	٣-إناث مؤسسات رسمية	٣٢	٢٤٦.٨٨	٤٠.١٠	١٠.١٦	.	
	٤-إناث مؤسسات أهلية	٣٠	١٧١.٦٣	٣٥.١٤	*٨٥.٤٠	*٧٥.٢٤	٠

يتضح من الجدول السابق رقم (٢٨) ما يلى :

اضطرابات الجهاز الهضمى :

- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين ذكور المؤسسات الأهلية وإناث المؤسسات الأهلية فى اضطرابات الجهاز الهضمى لصالح ذكور المؤسسات الأهلية .
- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين إناث المؤسسات الرسمية وإناث المؤسسات الأهلية فى اضطرابات الجهاز الهضمى لصالح إناث المؤسسات الرسمية.
- فى حين لا توجد فروق بين المجموعات الفرعية الأخرى فى اضطرابات الجهاز الهضمى.

اضطرابات القلب والأوعية الدموية :

- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين ذكور المؤسسات الأهلية وإناث المؤسسات الأهلية على اضطرابات القلب والأوعية الدموية لصالح الذكور .
- كذلك يتضح وجود فروق ذات دلالة احصائية بين إناث المؤسسات الرسمية وإناث المؤسسات الأهلية فى اضطرابات القلب والأوعية الدموية لصالح إناث المؤسسات الرسمية .
- فى حين لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين المجموعات الفرعية الأخرى

اضطرابات الجهاز التنفسى :

- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين ذكور المؤسسات الرسمية وذكور المؤسسات الأهلية فى اضطرابات الجهاز التنفسى لصالح ذكور المؤسسات الأهلية .
- كما توجد فروق ذات دلالة احصائية بين ذكور المؤسسات الأهلية وإناث المؤسسات الأهلية فى اضطرابات الجهاز التنفسى لصالح ذكور المؤسسات الأهلية .
- فى حين لا توجد فروق بين المجموعات الفرعية الأخرى .

الاضطرابات الجلدية :

توجد فروق ذات دلالة احصائية بين ذكور المؤسسات الرسمية وإناث المؤسسات الرسمية لصالح إناث المؤسسات الرسمية فى الاضطرابات الجلدية .

- كذلك توجد فروق ذات دلالة احصائية بين إناث المؤسسات الرسمية وإناث المؤسسات الأهلية لصالح إناث المؤسسات الرسمية فى الاضطرابات الجلدية .
- كما لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين المجموعات الفرعية الأخرى .

اضطرابات الجهاز البولى والتناسلى :

- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين ذكور المؤسسات الرسمية وذكور المؤسسات الأهلية فى اضطرابات الجهاز البولى والتناسلى لصالح ذكور المؤسسات الأهلية .
- كما توجد فروق ذات دلالة احصائية بين ذكور المؤسسات الأهلية وإناث المؤسسات الأهلية فى اضطرابات الجهاز البولى والتناسلى لصالح ذكور المؤسسات الأهلية .
- وتوجد فروق ذات دلالة احصائية بين إناث المؤسسات الرسمية وإناث المؤسسات الأهلية فى اضطرابات الجهاز البولى والتناسلى لصالح إناث المؤسسات الرسمية .

الاضطرابات النفسية :

- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين ذكور المؤسسات الأهلية وإناث المؤسسات الأهلية فى الاضطرابات النفسية لصالح ذكور المؤسسات الأهلية .
- فى حين لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين المجموعات الفرعية الأخرى .

اضطرابات السكر :

- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين ذكور المؤسسات الرسمية وذكور المؤسسات الأهلية فى اضطرابات السكر لصالح ذكور المؤسسات الأهلية .
- كما توجد فروق ذات دلالة احصائية بين ذكور المؤسسات الأهلية وإناث المؤسسات الأهلية فى اضطرابات السكر لصالح ذكور المؤسسات الأهلية .
- فى حين لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين المجموعات الفرعية الأخرى .

الاضطرابات الأخرى :

- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين ذكور المؤسسات الأهلية وإناث المؤسسات الأهلية فى بُعد الاضطرابات الأخرى لصالح ذكور المؤسسات الأهلية .

كما توجد فروق ذات دلالة احصائية بين إناث المؤسسات الرسمية وإناث المؤسسات الأهلية فى بُعد الاضطرابات الأخرى لصالح إناث المؤسسات الرسمية .

المقياس الكلى :

– توجد فروق ذات دلالة احصائية بين ذكور المؤسسات الأهلية وإناث المؤسسات الأهلية على المقياس الكلى للاضطرابات السيكوسوماتية والفروق لصالح ذكور المؤسسات الأهلية .

– كما توجد فروق ذات دلالة احصائية بين إناث المؤسسات الرسمية وإناث المؤسسات الأهلية على مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية لصالح إناث المؤسسات الرسمية .

مناقشة نتائج الفرض الثامن :

من خلال عرض نتائج الفرض الثامن يتضح لنا تحقق صحة هذا الفرض حيث أنه يوجد تأثير دال احصائياً لعاملى الجنس (ذكور / إناث) ونوع المؤسسة (رسمية / أهلية) فى تأثيرهما المشترك على الاضطرابات السيكوسوماتية .

فقد تبين وجود فروق دالة احصائياً بين الذكور والإناث من أبناء المؤسسات الأهلية على مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية وهذه الفروق لصالح الذكور .

وتتفق هذه النتيجة مع ما ذكره " مايكل راتر " من أن الدراسات المتعلقة بفحص آثار الشقاق وعدم التوافق الأسرى ، أن الذكور أكثر قابلية للتأثر بهذه الخبرات السيئة ، كما أنهم أكثر قابلية للإصابة بالضرر المترتب على أشكال الحرمان من الإناث .

(مايكل راتر ، ١٩٩٢: ٧٥-٧٦)

فالذكور أكثر معاناة لخبرات الانفصال ، وفى المؤسسات الإيوائية نجد أن القائمين على رعاية الأبناء يتغيرون باستمرار ، مما يجعل الأبناء يشعرون بالمعاناة وفقدان من يكونون قد تعلقوا بهم ، فتفكك روابط التعلق غالباً ما يرتبط بحدوث الاضطراب الإنفعالى والسلوكى .

كذلك فالذكور أكثر قابلية للإصابة أمام المخاطر والضغوط العضوية بمقارنتهم بالإناث ، وهذه الحساسية للمخاطر والقابلية للإصابة تنطبق أيضاً فى مجال الضغوط والشدائد النفسية والاجتماعية

(مايكل راتر ، ١٩٩٢: ١٩٧)

وتتفق كذلك هذه النتيجة مع دراسة " ستاين " (١٩٩٣) التى توصلت إلى أن الذكور الذين ينحدرون من آباء وأجداد يتعاطون المواد المخدرة – وما ينتج عن ذلك من قصور فى رعاية هؤلاء الأبناء – أنهم أكثر إصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية من الإناث .

(stein, 1993 , PP. 31 – 43)

وترى الباحثة أن نتائج بعض الدراسات السابقة كما فى دراسة " كينشكوسكى " (١٩٩٥) ودراسة عبد الرحمن العيسوى (١٩٩٧) أظهرت أن الإناث أكثر إصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية ،

بينما وكما يذكر مايكل راتر فإن الذكور مُعرضون أكثر من الإناث للإصابة بالأمراض العضوية والضغوط وما ينتج عنها بالتالى من أعراض سيكوسوماتية ، وقد أظهرت نتيجة هذه الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين الجنسين من أبناء المؤسسات الإيوائية بصفة عامة فى الاضطرابات السيكوسوماتية بينما وجدت الفروق بين الذكور والإناث فى الدراسة الحالية بين أبناء المؤسسات الأهلية فقط وهى لصالح الذكور .

وترى الباحثة أن نتائج هذه الدراسات لا تتعارض بعضها مع البعض الآخر لأنه عندما ننظر إلى كيفية حدوث الاضطراب السيكوسوماتى لابد أن ننظر إلى الأسباب المؤدية له وأهمها الانفعالات الشديدة والمستمرة ، والضغوط التى أصبحت سمة من سمات العصر الذى نعيش فيه وهذه الضغوط فى الوقت الحالى أصبحت تقريباً متساوية لدى الجنسين وذلك لتغير دور المرأة فى العصر الحالى ، فبعد أن كانت اغلب النساء فى العصور الماضية لا يُطلب منهن أكثر من مراعاة شئون المنزل أصبحت عليها الضغوط مضاعفة نتيجة لخروجها للعمل إما سعيا للرزق أو بحثاً عن تحقيق الذات هذا بالإضافة إلى المتطلبات الأسرية ، وبالتالى أصبحت الفرص تقريباً متساوية لكل من الجنسين للإصابة بالاضطرابات الناشئة عن الضغوط وهى الاضطرابات السيكوسوماتية وذلك مع مراعاة تثبيت العوامل السببية الأخرى من عوامل وراثية وبيئية .

ولقد أظهرت نتيجة هذا الفرض كذلك وجود فروق ذات دلالة احصائية بين إناث المؤسسات الرسمية وإناث المؤسسات الأهلية على مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية والفروق لصالح إناث المؤسسات الرسمية ، وربما يرجع ذلك إلى أن إناث المؤسسات الأهلية يأخذن قسطاً من الرعاية والاهتمام والحرية أكثر من إناث المؤسسات الرسمية اللاتى يعشن فى جو به العديد من القيود والضوابط مما يجعلهن يشعرن بالضيق والقلق والتعاسة .

فمن العوامل السببية المؤدية للإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية هى الضغوط النفسية التى لا تتفق مع تكوين الفرد الفسيولوجى أو النفسى ، وهى مواقف يحدث فيها ما يضغط على نفسية الفرد ويثير قلقه وتوتره حتى تجعل أحشاءه وإفرازات غدده من الهرمونات تضطرب وظائفها .

(حسن مصطفى ، ٢٠٠٣ : ٥٣)

ولا شك أن فقدان الأبناء لرعاية والديهم يؤدى إلى كثير من الآثار السلبية على الأبناء وتتمثل فى الإحساس بالنبذ ، والرفض والقلق وعدم القدرة على التفاعل مع الآخرين ، كما يعانون من آثار سيئة تمتد إلى مراهقتهم ، (محمود منسى وآخرون ، دت : ٢٩) فمرحلة المراهقة تمثل مرحلة حرجة

فى حياة الفرد لأنها السن التى يتحدد فيها مستقبله إلى حد كبير ، وهى أيضاً الفترة التى يمر فيها المراهق بكثير من الصعوبات ، أو يعانى من الصراعات والقلق .

(علاء الدين كفافى ، ١٩٩٧ : ٤٢٠)

وهى عوامل رئيسية لحدوث الاضطراب السيكوسوماتى لدى المراهقين من أبناء المؤسسات . حيث يرى حسن مصطفى أن المريض السيكوسوماتى قد عجز أن يتخذ لنفسه دفاعاً ضد القلق ، وعجز أن يتخذ وسيلة لتصريف توتراته ، ولذلك فإنها تتصرف من خلال أعضائه فى صورة اضطرابات سيكوسوماتية .

(حسن مصطفى ، ٢٠٠٣ : ٢٢٥)

كما أننا فى أغلب الأوقات عندما نواجه مشكلة ما ، فإن أول استجابة لها تكون هى القلق والتوتر ... فإذا نجحنا فى حلها فإننا نشعر بالراحة والزهو والانتصار ، أما إذا فشلنا فى حلها فإننا نشعر باليأس. وإذا استمرت الحياة تواجهنا بمشاكل لا حل لها فالنتيجة أن اليأس والشعور بالعجز عن التحكم فى دفة الأمور يصبحان جزء ثابتاً من شخصياتنا مما يؤدى إلى إصابتنا بالإكتئاب .

(عبد الستار إبراهيم وعبد الله عسكر ، ١٩٩٩: ٢٥)

وهذا ينطبق أيضاً – من وجهة نظر الباحثة – على الاضطرابات السيكوسوماتية حيث أن الشعور بالقلق واليأس والعجز عن التحكم فى دفة الأمور ، حيث لا يستطيع الفرد أن يُشبع احتياجاتة أو يغير نمط من انماط حياته لما يقابلة من معوقات وبالتالى يصاب بالإحباط مما ينعكس ذلك على جسده ويصاب بالاضطرابات السيكوسوماتية .

الفرض التاسع :

وينص الفرض التاسع على :

يوجد تأثير دال احصائياً لعاملى الجنس (ذكور / إناث) ونوع المؤسسة (رسمية / أهلية) فى تأثيرهما المشترك على الانحرافات السلوكية لأبناء المؤسسات الإيوائية .

ولاختبار صحة هذا الفرض تم حساب تحليل التباين ثنائى الإتجاه (٢×٢) ومعرفة قيمة " ف" ومستوى دلالتها ، كذلك تم حساب معادلة شافيه لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطات المجموعات الفرعية للدراسة لكل بعد من أبعاد المقياس كذلك الدرجة الكلية لمقياس الانحرافات السلوكية والجداول التالية رقم (٢٩ ، ٣٠ ، ٣١) توضح ذلك .

جدول رقم (٢٩)

يبين البيانات الوصفية لدرجات أفراد العينة على أبعاد مقياس الانحرافات السلوكية

البعد	الجنس	نوع المؤسسة	المتوسط	الانحراف المعيارى
السلوك العدوانى	ذكور ن=٦٨	رسمية ن=٣٦	٢٠.٥٠	٦.٥٩
		أهلية ن=٣٢	١٨.٨٤	٥.٢٧
	إناث ن=٦٠	رسمية ن=٣٠	٢٠.٨٧	٤.٧٦
		أهلية ن=٣٠	١٩.٨٣	٦.٥٦
الميل للعزلة الاجتماعية	ذكور ن=٦٨	رسمية ن=٣٦	١٥.٩٢	٤.٨٠
		أهلية ن=٣٢	٢٠.٠٠	٤.٢٣
	إناث ن=٦٠	رسمية ن=٣٠	٢٠.٦٠	٣.٥٢
		أهلية ن=٣٠	١٨.٩٣	٤.١٠
الكذب	ذكور ن=٦٨	رسمية ن=٣٦	٢٠.٢٢	٥.٤٣
		أهلية ن=٣٢	١٧.٧٥	٥.٠٧
	إناث ن=٦٠	رسمية ن=٣٠	١٩.٠٣	٤.٤٥
		أهلية ن=٣٠	٢١.٩٣	٦.٧٨
السرقة	ذكور ن=٦٨	رسمية ن=٣٦	١٣.٨٩	٤.٧٦
		أهلية ن=٣٢	١٠.٨٨	٤.١٨
	إناث ن=٦٠	رسمية ن=٣٠	١١.٣٣	٤.٤٤
		أهلية ن=٣٠	١٠.٤٧	٣.٧٩
الغيرة	ذكور ن=٦٨	رسمية ن=٣٦	١٤.٨٩	٣.٨٢
		أهلية ن=٣٢	١٥.٢٨	٥.٣١
	إناث ن=٦٠	رسمية ن=٣٠	١٤.٨٣	٣.٥٣
		أهلية ن=٣٠	١٧.٨٧	٤.٣٤

العناد	ذكور ن=٦٨	رسمية ن=٣٦	٢١.٦٤	٦.٢٥
		أهلية ن=٣٢	٢٣.٢٢	٥.٣٩
	إناث ن=٦٠	رسمية ن=٣٠	٢٥.١٠	٤.٥٧
		أهلية ن=٣٠	٢٣.٠٠	٥.٦٩
المقياس الكلى	ذكور ن=٦٨	رسمية ن=٣٦	١٠٧.٠٦	٢٤.٣٨
		أهلية ن=٣٢	١٠٥.٩٧	٢١.٧٥
	إناث ن=٦٠	رسمية ن=٣٠	١١١.٧٧	١٥.٩٢
		أهلية ن=٣٠	١١٢.١٣	٢٢.١٧

جدول رقم (٣٠)

يبين تحليل التباين ثنائى الاتجاه (٢× ٢) لتفاعل الجنس ونوع المؤسسة فى تأثيرهما المشترك على الانحرافات السلوكية

البعد	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	مستوى دلالة
السلوك العدوانى	الجنس (أ)	١٤.٧١	١	١٤.٧١	٠.٤٣	غير دالة
	نوع المؤسسة (ب)	٥٥.٣٨	١	٥٥.٣٨	١.٦٠	غير دالة
	تفاعل أ × ب	٤.١٦	١	٤.١٦	٠.١٢	غير دالة
	تباين الخطأ	٤٢٨٨.٥٥	١٢٤	٣٤.٥٩	–	
	المجموع	٥٥٧٦٣.٠٠	١٢٧	–	–	
الميل للعزلة الاجتماعية	الجنس (أ)	١١٨.٥٤	١	١١٨.٥٤	٦.٦٦	٠.٠٥
	نوع المؤسسة (ب)	٦١.١٠	١	٦١.١٠	٣.٤٣	غير دالة
	تفاعل أ × ب	٢٦٣.٠٤	١	٢٦٣.٠٤	١٤.٧٧	٠.٠١
	تباين الخطأ	٢٢٠٧.٨٢	١٢٤	١٧.٨١		
	المجموع	٤٧٦١٣.٠٠	١٢٧			
الكذب	الجنس (أ)	٦٤.٦٨	١	٦٤.٦٨	٢.١٥	غير دالة

	نوع المؤسسة (ب)	٨.١٩	١	٨.١٩	٠.٠٠	غير دالة
	تفاعل أ × ب	٢٢٩.٦١	١	٢٢٩.٦١	٧.٦٢	٠.٠١
	تباين الخطأ	٣٧٣٧.٠٦	١٢٤	٣٠.١٤		
	المجموع	٥٣٨٤١.٠٠	١٢٧			
السرقة	الجنس (أ)	٧٨.٦٣	١	٧٨.٦٣	٤.٢٠	٠.٠٥
	نوع المؤسسة (ب)	١٢٨.٤٧	١	١٢٨.٤٧	٦.٨٧	٠.٠١
	تفاعل أ × ب	٣٦.٦٨	١	٣٦.٦٨	١.٩٦	غير دالة
	تباين الخطأ	٢٣١٩.١٩	١٢٤	١٨.٧٠		
	المجموع	٢٠١٨٨.٠٠	١٢٧			
الغيرة	الجنس (أ)	٥١.٩٤	١	٥١.٩٤	٢.٨١	غير دالة
	نوع المؤسسة (ب)	٨٥.١٤	١	٨٥.١٤	٤.٦٠	٠.٠٥
	تفاعل أ × ب	٥٥.٤٩	١	٥٥.٤٩	٣.٠٠	غير دالة
	تباين الخطأ	٢٢٩٣.٦٦	١٢٤	١٨.٥٠		
	المجموع	٣٣٩٢٤.٠٠	١٢٧			
العناد	الجنس (أ)	٨٨.٦٥	١	٨٨.٦٥	٢.٨٨	غير دالة
	نوع المؤسسة (ب)	٠.٧٠	١	٠.٧٠	٠.٠٢	غير دالة
	تفاعل أ × ب	١٠٧.٧٣	١	١٠٧.٧٣	٣.٥٠	غير دالة
	تباين الخطأ	٣٨١٦.٤٧	١٢٤	٣٠.٧٨		
	المجموع	٧٢٦٩٥.٠٠	١٢٧			
المقياس الكلى	الجنس (أ)	٩٣١.٥٠	١	٩٣١.٥٠	٢.٠٢	غير دالة
	نوع المؤسسة(ب)	٥.٢٢	١	٥.٢٢	٠.٠١	غير دالة
	تفاعل أ × ب	١٦.٨١	١	١٦.٨١	٠.٠٤	غير دالة
	تباين الخطأ	٥٧٠٦٧.٦٩	١٢٤	٤٦٠.٢٢		
	المجموع	١٥٨٠٩٧٠.٠٠	١٢٧			

يتضح من الجدول السابق رقم (٣٠) ما يلى :

-عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين الجنسين من أبناء المؤسسات على جميع أبعاد مقياس الانحرافات السلوكية عدا الميل للعزلة الاجتماعية والسرقة .

-عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين أبناء المؤسسات الرسمية وأبناء المؤسسات الأهلية على أبعاد مقياس الانحرافات السلوكية عدا السرقة والغيرة .

-عدم وجود تأثير دال احصائياً لعاملى الجنس (ذكور / إناث) ونوع المؤسسة (رسمية / أهلية) فى تأثيرهما المشترك على الانحرافات السلوكية عدا بعدى الميل للعزلة الاجتماعية والكذب .

ولمعرفة إتجاه الفروق بين متوسطات المجموعات الفرعية للدراسة تم استخدام معادلة شافيه لدلالة الفروق بين متوسطات المجموعات الفرعية للدراسة كما هو مبين فى جدول رقم (٣١) .

جدول رقم (٣١)

يبين فروق المتوسطات بين المجموعات الفرعية وإتجاه الدلالة بإستخدام معادلة شافيه .

البعد	مجموعات المقارنة	العدد	المتوسط	فروق المتوسطات واتجاه الدلالة			
				١	٢	٣	٤
الميل للعزلة الاجتماعية	١-ذكور مؤسسات رسمية	٣٦	١٥.٩٢	-			
	٢-ذكور مؤسسات أهلية	٣٠	٢٠.٦٠	٤.٦٨*	-		
	٣-إناث مؤسسات رسمية	٣٢	٢٠.٠٠	٤.٠٨*	٠.٦٠	-	
	٤-إناث مؤسسات أهلية	٣٠	١٨.٩٣	٣.٠٢*	١.٦٧	١.٠٧	-
الكذب	١-ذكور مؤسسات رسمية	٣٦	٢٠.٢٢	-			
	٢-ذكور مؤسسات أهلية	٣٠	١٩.٠٣	١.١٩	-		
	٣-إناث مؤسسات رسمية	٣٢	١٧.٧٥	٢.٤٧	١.٢٨	-	
	٤-إناث مؤسسات أهلية	٣٠	٢١.٩٣	١.٧١	٢.٩٠	٤.١٨*	-

يتضح من الجدول السابق رقم (٣١) ما يلى :

الميل للعزلة الاجتماعية :

- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين ذكور المؤسسات الرسمية وذكور المؤسسات الأهلية فى الميل للعزلة الاجتماعية لصالح ذكور المؤسسات الأهلية .
- كما توجد فروق ذات دلالة احصائية بين ذكور المؤسسات الرسمية وإناث المؤسسات الرسمية فى الميل للعزلة الاجتماعية والفروق لصالح إناث المؤسسات الرسمية .
- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين ذكور المؤسسات الرسمية وإناث المؤسسات الأهلية فى الميل للعزلة الاجتماعية لصالح إناث المؤسسات الأهلية .

الكذب :

- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين إناث المؤسسات الرسمية وإناث المؤسسات الأهلية فى الكذب لصالح إناث المؤسسات الأهلية .
- فى حين لا توجد فروق بين المجموعات الفرعية الأخرى.

مناقشة وتفسير الفرض التاسع :

يتضح من نتائج الفرض التاسع أنة لا يوجد تأثير دال احصائياً لعاملى الجنس (ذكور / إناث) ونوع المؤسسة (رسمية / أهلية) فى تأثيرهما المشترك على الانحرافات السلوكية .

بمعنى أنة لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين مجموعات الدراسة الفرعية وهم (ذكور أبناء المؤسسات الرسمية ، وذكور أبناء المؤسسات الأهلية ، وإناث المؤسسات الرسمية ، وإناث المؤسسات الأهلية) على مقياس الانحرافات السلوكية .

فكل هؤلاء الأبناء لديهم عامل مشترك يهيأ للسلوك المنحرف وهو الحرمان من الأسرة وما تقدمه لأبنائها من دعم نفسى ومادى .

لذا يصبح نمط الرعاية داخل هذه المؤسسات سواء كانت رسمية أم أهلية ، مؤسسة بنين أم بنات ، هو أكثر عامل تأثيراً فى سلوكيات هؤلاء الأبناء .

وهو ما يتفق مع توصلت إليه دراسة " زيما وآخرون " (١٩٩٨) من أن نمط الرعاية الاجتماعية التى تقدمها المؤسسات للإبناء الذين ليس لهم مأوى لأى سبب من الأسباب يتوقف على نمط هذه الرعاية داخل هذه المؤسسة ، فقد وجُد أن المؤسسات التى تقدم خدماتها ورعايتها بكفاءة كانت تقى وتعالج الأبناء من الانحرافات السلوكية .

(Zima et al. , 1998 , PP. 98 – 110)

كذلك توصلت دراسة برينان وآخرون (٢٠٠٢) إلى أن دور الرعاية الاجتماعية الجيدة تفيد فى علاج الانحرافات السلوكية للأبناء وتمدهم بالدعم النفسى والاجتماعى .

(Brennan et al., 2002 , PP. 1- 21)

فالرعاية الاجتماعية الجيدة تقى الأبناء بصورة كبيرة من الانحرافات السلوكية .

حيث أن أبناء المؤسسات الإيوائية يُعتبرون من الجماعات التى تُعرف بالجماعات الهشة أو المستهدفة للإصابة بالانحرافات السلوكية فى المجتمع وهم أكثر الناس احتياجاً للبرامج الوقائية التى تعمل على تحسين نوعية الحياة بتعديل الظروف بالطريقة التى تصبح معها الإصابة الاجتماعية والنفسية أقل ما تكون ، ولا يعنى ذلك أن هؤلاء الأفراد سوف يصابون بالانحرافات السلوكية حتماً ولكنه يعنى فقط أن احتمال انحرافهم فى حالتهم أعلى منه فى سائر الجماعات الفرعية التى يضمها المجتمع .

(جمعة سيد يوسف ، ٢٠٠٠ : ٣٤٦ – ٣٤٧)

فالظروف الاجتماعية الضاغطة والتى يتكرر حدوثها مُنذ الصغر من الممكن أن تؤدى إلى اضطراب بعيد المدى يظهر فى صورة انحرافات سلوكية متعددة .... وهى متوفرة لكل من أبناء المؤسسات الرسمية والأهلية على السواء .

وبالنظر إلى معظم الدراسات السابقة نجدها قد قامت بفحص الفروق بين أبناء المؤسسات الإيوائية وأبناء الأسر العادية فى الانحرافات السلوكية وكانت معظم هذه الفروق لصالح أبناء المؤسسات الإيوائية ، كما فى دراسة عزة ذكى (١٩٨٥) ودراسة سلوى عبد المسيح (١٩٩١) التى توصلت كل منها إلى أن أبناء المؤسسات أكثر عدوانية من أبناء الأسر العادية ودراسة " كولتون " و" هيث " (١٩٩٤) التى توصلت إلى أن أبناء مؤسسات الرعاية الاجتماعية لديهم مشكلات سلوكية مقارنة بأبناء الأسر العادية هذا ولم تقم أى دراسة سابقة على الأقل الدراسات العربية – فى حدود علم الباحثة – بفحص الفروق بين أبناء المؤسسات الرسمية وأبناء المؤسسات الأهلية من الذكور والإناث فى الانحرافات السلوكية .

فكما أوضحت نتيجة الفرض الخامس من الدراسة الحالية أنه لا يوجد فروق ذات دلالة احصائية بين أبناء المؤسسات الرسمية وأبناء المؤسسات الأهلية فى الانحرافات السلوكية ، وأوضحت كذلك نتيجة الفرض التاسع أنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين مجموعات الدراسة الأربع الفرعية السابق ذكرها فقد تبين لنا أن نمط ومستوى الرعاية داخل هذه المؤسسات هو أكثر العوامل أهمية فى انحراف سلوك هؤلاء الأبناء إضافة إلى العوامل السببية الأخرى كالوراثة وشذوذ الكروموسومات ونقص الذكاء ..... الخ .

وكما يرى أصحاب التحليل النفسى فإن السلوك المنحرف ناتج عن عدم وجود الأساس لتنمية كل من مثاليات الأنا ، نمو الضمير – فهو يمثل نقص فى تكوين الأنا الأعلى الذى يمثل السلطة

الداخلية للإنسان حيث يستدخل الطفل القيم وأخلاقيات الوالدين أو من ينوب عنهما لتصبح جزءاً من ذات نفسه ليتكون لديه الضمير والسلطة والوازع الداخلى الذى يؤنبة ويشعره بالذنب عند الإتيان بسلوك خاطئ .

وبالتالى ففى حالة انحراف السلوك لا توجد سلطة داخلية لدى الفرد وتخضع أفعالة لمبدأ اللذه ويصبح الناس محبوبين عندما يشبعون رغباته ومكروهين عندما يحبطونة ، ويكون الفرد منحرف السلوك نرجسياً أنانياً يسعى لإشباع نفسه أكثر مما يسعى لإرضاء الآخرين .

(حسن مصطفى ، ٢٠٠٣ : ٤٤٠)

والعديد من أبناء المؤسسات سواء الرسمية أو الأهلية يكون الأنا الأعلى لديهم هش ضعيف نتيجة لعدم ثبوت القائمين على رعايتهم منذ الصغر فدائماً ما يتغير القائمين على رعايتهم بإستمرار ولا يستطيع الطفل معة أن ينمى رابطة تعلق حقيقية أمنه كما أنة فى أغلب الأحوال لا يجد من يتوحد به ويستدمج صفاته وسلوكياتة لا شعورياً . وبالتالى فالأنا الأعلى يكون ضعيفاً ومن السهل أن يرتكب الفرد سلوكيات لا تتوافق مع المعايير الخلقية والاجتماعية السائدة .

ولهذا فأبناء المؤسسات هم من أكثر الفئات تعرضاً للانحراف لتوافر الكثير من الأسباب المؤدية له .

كما أن تحطيم القيم والمبادئ الدينية والخلقية السائدة فى المجتمع وغياب القدوة على المستوى الإجتماعى يساهم فى انحراف سلوك بعض الأبناء ، لذا تنتشر حوادث السرقة والرشوة والكذب والاعتداء على حقوق الآخرين والأغتصاب والانحرافات الجنسية وغيرها **(محمود إبراهيم ، ١٩٩٨ : ٨١)** ، خاصة فى الطبقات الاجتماعية الدنيا ، كما أن السلوك المنحرف أكثر شيوعاً لدى الأبناء الذى يعانى أباؤهم من اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع ، والذين يعتمدون على الكحوليات بنسبة أعلى عما يوجد عليه فى المجتمع العام .

(حسن مصطفى ، ٢٠٠٣ :٤٢٤)

اى قد يتعرض الأبناء للانحراف وهم بداخل أسر يوجد بها الأب والأم ، فقصور الرعاية فى حد ذاته هو العامل الهام والحاسم والمسئول عن انحراف الأبناء سواء كانوا فى مؤسسات إيوائية (رسمية أو أهلية) أو كانوا فى أسر طبيعية سيئة .

لذا يجب الإهتمام الكافى بالمؤسسات لأنها ليست فقط أماكن يودع بها الفرد لمجرد طعامة وكسائة وإتاحة بعض المقابلات العلاجية ، ولكن ينبغى أن يكون أهم جزء من الرعاية الاجتماعية هو موقف الحياة الجماعية اليومى ، إلى جانب ممارسة خدمة الفرد ، والعلاج النفسى ، والتعليم المدرسى وغير ذلك . بحيث تبذل كل هذه الخدمات جهوداً منسقة لصالح هؤلاء الأفراد .

(غريب سيد أحمد ، ١٩٩٧ : ١٥٤)

وهكذا فقد توصلت هذه الدراسة إلى وجود علاقه ارتباطية سالبة بين الرعاية الاجتماعية وكلاً من الاضطرابات السيكوسوماتية والانحرافات السلوكية . حيث ان رعاية الأبناء بطريقة تربوية مع توفير متطلبات الحياة الأساسية لهم تقيهم وبشكل كبير من الاضطرابات السيكوسوماتية والانحرافات السلوكية ، كما أوضحت نتائج الدراسة أيضاً عدم وجود فروق كثيرة بين أبناء المؤسسات الرسمية وأبناء المؤسسات الاهلية في كلاً من الاضطرابات السيكوسوماتية والانحرافات السلوكية وذلك لأنهم يعيشوا تقريباً ظروفاً واحدة .

وبالتالي يجب الاهتمام الكافى بهؤلاء الأبناء ورعايتهم في جو قريب الشبهة بالجو الأسرى.

توصيات الدراسة

إن التوصيات هى بمثابة الجانب التطبيقى لأى دراسة نظرية حتى يمكن الإستفادة من نتائجها وحتى تصبح هناك قيمة تطبيقية للدراسة بالإضافة إلى قيمتها النظرية .

ومن خلال البحوث والدراسات السابقة والعمل الميدانى ونتائج الدراسة الحالية يمكن وضع التوصيات التالية :

- توفير الخدمة النفسية والاجتماعية داخل هذه المؤسسات (الرسمية / الأهلية) بشكل كافٍ ، خاصة الخدمة النفسية ، فما لاحظته الباحثة أثناء العمل الميدانى فى هذه المؤسسات هو عدم تواجد الأخصائى أو الأخصائية النفسية بشكل دائم فى هذه المؤسسات ، كما أن الأخصائى الإجتماعى مُلقى على عاتقة أعباء كثيرة ومنها النواحى المالية للمؤسسة وبالتالى لا يستطيع القيام بدوره على الوجة الأكمل .

- الاستعانة بالآباء والأمهات الذين أحيلوا إلى سن التقاعد ولديهم القدرة على العمل فى مجال رعاية المراهقين من أبناء المؤسسات الإيوائية وذلك استكمالاً للدور الأسرى المفترض داخل هذه المؤسسات من مشرف أو مشرفة ، الأب والأم ، الجد والجدة فما لاحظتة الباحثة هو صغر سن القائمين بدور الأمهات بداخل هذه المؤسسات خاصة المؤسسات الأهلية فأغلبهن لا يتجاوزن عمر أثنى وعشرين عاماً ويفترض داخل هذه المؤسسات بأنهن أمهات لبنات فى سن المراهقة . لذا ينبغى اختيار الأمهات البديلات فى هذه المؤسسات بدقة من حيث مناسبة السن لدور الأم ، كذلك مراعاة الاستعداد النفسى لهن للقيام بهذا الدور .

- تدريب العاملين بهذا المجال بصفة دورية وذلك لتحسين قدرتهم على العمل .

- وضع وتطبيق الخطط والبرامج الإرشادية لهذه المؤسسات وذلك للعمل على وقاية وعلاج الأبناء من الاضطرابات السيكوسوماتية والانحرافات السلوكية .

- إعطاء قسط من الحرية لأبناء هذه المؤسسات عن طريق دمجهم بالمجتمع الخارجى من خلال اشتراكهم فى بعض الأنشطة والمهام مثل قضاء احتياجات المؤسسة من الخارج ، حتى يشعر الأبناء أنهم لا يختلفون كثيراً عن أبناء الأسر الطبيعية .

- معاملة الأبناء كأصدقاء وخصوصاً فى سن المراهقة حتى لا يكون هناك تأثير لأصدقاء السوء ، كذلك ينبغى على المربين توفير البيئة النفسية الملائمة لنمو المراهقين انفعالياً ، وتجنب

التوترات الإنفعالية الحادة ، واحباط حاجاتهم حتى لا يكونوا عرضة للإصابة بالاضطراب السيكوسوماتى .

- الإهتمام بأبناء المؤسسات الإيوائية فى شتى المجالات ، الصحية ، التربوية ، الثقافية ، الاجتماعية ، الرياضية ..... فقصور الرعاية الاجتماعية بداخل هذه المؤسسات له علاقة بظهور الاضطرابات السيكوسوماتية والانحرافات السلوكية .

بحوث ودراسات مقترحة

بناء على ما توصلت إليه الدراسة الحالية من نتائج تقترح الباحثة البحوث التالية :

١- قصور الرعاية الاجتماعية وعلاقته باضطرابات الشخصية لدى أبناء المؤسسات الإيوائية .

٢-ضغوط الحياة وعلاقتها بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى أبناء المؤسسات الإيوائية .

٣-الانحرافات السلوكية وعلاقتها بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى المراهقين .

٤- مدى فاعلية برنامج تحسين الرعاية الاجتماعية فى تخفيف الاضطرابات السيكوسوماتية والانحرافات السلوكية لأبناء المؤسسات الإيوائية .

ملخص الدراسة باللغة العربية

الأسرة هى البيئة الأولى التى ينشأ فيها الفرد ، وهى التى تشعره بالدفء والأمن والطمأنينة، وهى التى تنمى قدراتة ومهاراتة ، ومن خلالها يتعلم الإتجاهات والقيم السائدة فى المجتمع .

لذا فالطفل الذى يتعرض للحرمان من الوالدين ومن جو الأسرة الطبيعى يفقد كل الأمور والمميزات التى من المفروض أن يكتسبها من خلال الأسرة والجو الأسرى الطبيعى ، فالطفل أو المراهق الذى يعيش فى أسرة أصابها التفكك أو يعيش محروماً بعيداً عن أسرته كأبناء المؤسسات هم أبناء محرومين من عائد نفسى كان المفروض أن يعود عليهم من خلال وجودهم فى أسرة تؤدى وظائفها الأساسية .

(أنسى قاسم ، ٢٠٠٢ : ١٨)

وعندما يتعذر وجود الطفل فى أسرة تمنحه الحب والحنان ، تصبح مسئولية المجتمع رعاية هؤلاء الأبناء ومحاولة تنشئتهم فى ظل ظروف طيبة تبعدهم عن السلوك المنحرف .

وتعتبر المؤسسات الإيوائية ضرورة لتنمية العوامل الأخلاقية البناءة اجتماعياً للمراهقين الجانحين ، والأيتام المحرومين من الرعاية الأسرية .

(Gustovo et al ., 1998 , PP. 363 – 376)

ولذلك فقصور الرعاية الاجتماعية بداخل هذه المؤسسات قد يكون له تأثير سلبى على هؤلاء الأبناء ، ومن هنا كان اهتمام الباحثة الحالية بدراسة تأثير قصور الرعاية الاجتماعية داخل المؤسسات الإيوائية (الرسمية والأهلية) على كل من الاضطرابات السيكوسوماتية والانحرافات السلوكية .

وتمثلت مشكلة الدراسة فى فحص العلاقة الارتباطية بين مستوى الرعاية الاجتماعية فى المؤسسات الرسمية والأهلية والاضطرابات السيكوسوماتية والانحرافات السلوكية ، كذلك فحص العلاقة الارتباطية بين الاضطرابات السيكوسوماتية والانحرافات السلوكية .

كما تمثلت مشكلة الدراسة فى معرفة الفروق بين أبناء المؤسسات الرسمية وأبناء المؤسسات الأهلية فى الاضطرابات السيكوسوماتية والانحرافات السلوكية .

كذلك معرفة الفروق بين الذكور والإناث من أبناء المؤسسات الرسمية والأهلية فى الاضطرابات السيكوسوماتية والانحرافات السلوكية .

أيضاً تمثلت مشكلة الدراسة فى معرفة تأثير كل من عاملى الجنس (ذكور / إناث) ونوع المؤسسة (رسمية / أهلية) على الاضطرابات السيكوسوماتية والانحرافات السلوكية لأبناء المؤسسات الرسمية والأهلية .

ومن ثم جاءت الفروض على النحو التالى :

فروض الدراسة :

الفرض الأول :

توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية سالبة بين مستوى الرعاية الاجتماعية فى المؤسسات الرسمية والأهلية والاضطرابات السيكوسوماتية .

الفرض الثانى :

توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية سالبة بين مستوى الرعاية الاجتماعية فى المؤسسات الرسمية والأهلية والانحرافات السلوكية .

الفرض الثالث :

توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية موجبة بين الاضطرابات السيكوسوماتية والانحرافات السلوكية لدى أبناء المؤسسات الرسمية والأهلية .

الفرض الرابع :

توجد فروق دالة احصائياً بين متوسطات درجات أبناء المؤسسات الرسمية وأبناء المؤسسات الأهلية على مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية لصالح أبناء المؤسسات الرسمية .

الفرض الخامس :

توجد فروق دالة احصائياً بين متوسط درجات أبناء المؤسسات الرسمية وأبناء المؤسسات الأهلية على مقياس الانحرافات السلوكية لصالح أبناء المؤسسات الرسمية .

الفرض السادس :

توجد فروق دالة احصائياً بين الذكور والإناث أبناء المؤسسات الرسمية والأهلية فى متوسطات درجاتهم على مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية لصالح الإناث .

الفرض السابع :

توجد فروق دالة احصائياً بين الذكور والإناث أبناء المؤسسات الرسمية والأهلية فى متوسطات درجاتهم على مقياس الانحرافات السلوكية لصالح الذكور .

الفرض الثامن :

يوجد تأثير دال احصائياً لعاملى الجنس (ذكور / إناث) ونوع المؤسسة (رسمية / أهلية) فى تأثيرهما المشترك على الاضطرابات السيكوسوماتية لأبناء المؤسسات الرسمية والأهلية .

الفرض التاسع:

يوجد تأثير دال إحصائياً لعاملى الجنس (ذكور / إناث) ونوع المؤسسة (رسمية / أهلية) فى تأثيرهما المشترك على الانحرافات السلوكية لأبناء المؤسسات الرسمية والأهلية .

أدوات الدراسة :

للتحقق من فروض الدراسة تم استخدام الأدوات التالية :

١- استمارة بيانات عامة (إعـداد الباحثة)

٢-استمارة مستوى الرعاية الاجتماعية داخل المؤسسات الإيوائية (إعـداد الباحثة)

٣-مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية (إعداد كمال البنا ١٩٨٧)

٤- مقياس الانحرافات السلوكية (إعـداد الباحثة)

عينة الدراسة :

تكونت عينة الدراسة من (١٢٨) فرداً من أبناء المؤسسات الرسمية والأهلية تراوحت أعمارهم بين ١٣ : ١٨ سنة بمتوسط عمرى قدره (١٥.٠٩) سنة وانحراف معيار قدره (٢.٥٥)

وبلغ عدد أبناء المؤسسات الرسمية ٦٦ فرداً منهم ٣٦ ذكور و٣٠ إناث .

وبلغ عدد أبناء المؤسسات الأهلية ٦٢ فرداً منهم ٣٢ ذكور ، ٣٠ إناث .

بالنسبة لعينة الذكور بلغ عددهم ٦٨ فرداً بمتوسط عمرى(١٤.٨٤) سنة وانحراف معيارى (١.٨٦)

أما الإناث بلغ عددهم (٦٠) فرداً بمتوسط عمرى (١٥.٣٨) سنة وانحراف معيارى قدرة (١.٧٥)

الأساليب الاحصائية :

١- معامل الارتباط البسيط لبيرسون .

٢- اختبار " ت " T.test .

٣- تحليل التباين ثنائى الإتجاه (٢ × ٢)

٤- اختبار شافيه .

نتائج الدراسة :

توصلت الدراسة إلى النتائج التالية :

١- أشارت نتائج الفرض الأول إلى وجود إرتباط سالب دال احصائياً بين مستوى الرعاية الاجتماعية فى المؤسسات الرسمية والأهلية والاضطرابات السيكوسوماتية ما عدا اضطرابات الجهاز العضلى الهيكلى واضطرابات الجهاز البولى والتناسلى .

٢- أشارت نتائج الفرض الثانى إلى وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية سالبة بين مستوى الرعاية الاجتماعية فى المؤسسات الرسمية والأهلية والانحرافات السلوكية ما عدا الميل للعزلة الاجتماعية والسرقة .

٣- توصلت نتيجة الفرض الثالث إلى عدم وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية موجبة بين الاضطرابات السيكوسوماتية والانحرافات السلوكية لأبناء المؤسسات الرسمية والأهلية ما عدا كلاً من الميل للعزلة الاجتماعية والعناد .

٤- وتوصلت نتيجة الفرض الرابع إلى عدم وجود فروق دالة احصائية بين متوسطات درجات أبناء المؤسسات الرسمية وأبناء المؤسسات الأهلية على جميع أبعاد مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية .

٥- كذلك توصلت نتيجة الفرض الخامس إلى عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات أبناء المؤسسات الرسمية وأبناء المؤسسات الأهلية على أبعاد مقياس الانحرافات السلوكية ما عدا بٌعدى السرقة فهى لصالح أبناء المؤسسات الرسمية والغيرة وهى لصالح أبناء المؤسسات الأهلية .

٦- كما أوضحت نتيجة الفرض السادس عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين الذكور والإناث من أبناء المؤسسات الرسمية والأهلية على جميع أبعاد مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية .

٧- كذلك أوضحت نتيجة الفرض السابع عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين الذكور والإناث أبناء المؤسسات الرسمية والأهلية على جميع أبعاد مقياس الانحرافات السلوكية ما عدا الميل للعزلة الاجتماعية فهى لصالح الإناث والسرقة لصالح الذكور .

٨-ولقد توصلت نتيجة الفرض الثامن إلى وجود تأثير دال احصائياً لعاملى الجنس (ذكور / إناث) ونوع المؤسسة (رسمية / أهلية) فى تأثيرهما المشترك على الاضطرابات السيكوسوماتية ما عدا اضطرابات الجهاز العضلى الهيكلى .

كما توصلت نتيجة هذا الفرض إلى وجود فروق دالة احصائياً بين الذكور والإناث من أبناء المؤسسات الأهلية على مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية لصالح الذكور .

كذلك وجود فروق ذات دلالة احصائية بين إناث المؤسسات الرسمية وإناث المؤسسات الأهلية على مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية لصالح إناث المؤسسات الرسمية .

٩- ولقد أشارت نتيجة الفرض التاسع إلى عدم وجود تأثير دال احصائياً لعاملى الجنس (ذكور / إناث) ونوع المؤسسة (رسمية / أهلية) فى تأثيرهما المشترك على الانحرافات السلوكية ما عدا بُعدى الميل للعزلة الاجتماعية والكذب .

كذلك أشارت نتيجة هذا الفرض إلى عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين المجموعات الفرعية للدراسة (ذكور المؤسسات الرسمية ، ذكور المؤسسات الأهلية ، إناث المؤسسات الرسمية ، إناث المؤسسات الأهلية) على مقياس الانحرافات السلوكية .

وهكذا فقد أوضحت هذه الدراسة تأثير قصور الرعاية الاجتماعية على الاضطرابات السيكوسوماتية والانحرافات السلوكية لأبناء المؤسسات الإيوائية الرسمية والأهلية ، ووضعت التوصيات اللازمة لتحسين مستوى الرعاية الاجتماعية بداخل هذه المؤسسات كما أقترحت هذه الدراسة بعض البحوث الى لها صلة بالدراسة الحالية .

المراجـــع

أولاً : المراجـــع العربيـــة :

١. **إبـراهيم بيـومى ومـلاك الرشـيدى (١٩٨٢)** : الخـدمات الاجتماعيـة ورعايـة الأسـرة والطفولـة، المكتـب الجامعى الحديث ، الإسكندرية ٠

٢. **إبـــــراهيم علـــــيان (١٩٩٦)** : اضـطراب رابطـة التعلـق والمشـكلات النفسـية لـدى الأطفـال ، رسالة دكتوراه غير منشورة ،كلية الآداب،جامعة الزقازيق ٠

٣. **أحمـــــد خـــــاطر (١٩٩٨)** :الخدمة الاجتماعية – نظرة تاريخية ، المكتب الجامعى الحديث ، الإسكندرية ٠

٤. **أحمـــد عبـــد الخـــالق (١٩٩٣)** : أصـول الصـحة النفسـية ، طـ ٢ ، دار المعرفـة الجامعيـة، الإسكندرية ٠

٥. **أحمـــــد عكاشـــــه (١٩٩٣)** : علم النفس الفسيولوجى ، الأنجلو المصرية ، القاهرة ٠

٦. ـــــــــــــــــــــ **(١٩٩٨)** :الطب النفسى المعاصر ،ط ٦، الأنجلو المصرية ، القاهرة٠

٧. **أحمـــــد فـــــائق (٢٠٠٣)** : مدخل عام لعلم النفس ، الأنجلو المصرية ، القاهرة ٠

٨. **أحمـــــد يحيـــــى (١٩٩٨)** :الأسرة والبيئة، المكتب الجامعى الحديث ، الإسكندرية ٠

٩. **إجـــــلال ســـــرى (٢٠٠٣)** : الأمراض النفسية الاجتماعية ، عالم الكتب للنشر والتوزيع، القاهرة٠

١٠. **السـيد متـولى العشـماوى (٢٠٠٣)** : المدخل إلى طريقة خدمة الفرد ، محاضرات غير منشورة، المعهد العالى للخدمة الاجتماعية ببنها ، جامعة الزقازيق .

١١. **آمـــال عبـــد الســـميع (١٩٩٩)** : بحـوث وقـراءات فـى الصـحة النفسـية ، طـ ١ ، الأنجلـو المصرية ، القاهرة ٠

١٢. ـــــــــــــــــــــ **(٢٠٠١)** : الشخصية والاضطرابات السلوكية والوجدانية ، طـ٢ ، الأنجلو المصرية ، القاهرة ٠

١٣. ـــــــــــــــــــــ **(٢٠٠٣)** : الصحة النفسية والعلاج النفسى ، طـ ٢ ، الأنجلو المصرية، القاهرة ٠

١٤. **انتصـــار أبـــو المكـــارم (١٩٩٧)** : الحرمان من الوالدين وعلاقته بإنتماء الأبناء – دراسة مقارنة

بين أطفال الأسر الطبيعية وأطفال المؤسسات الإيوائية، رسالة ماجستير غير منشورة ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس .

١٥. **أنســـــى قاســـــم** (١٩٨٩) : النمو الاجتماعى والانفعالى لأطفال الملاجئ فى مرحلة الطفولة المبكرة ، رسالة ماجستير ، غير منشورة ، كلية الآداب، جامعة عين شمس ٠

١٦. ـــــ (٢٠٠٢) : أطفال بلا أسر، مركز الإسكندرية للكتاب ، الإسكندرية ٠

١٧. **بدرينـــــة العربـــــى** (١٩٨٨) : أثر الحرمان من الوالدين على شخصية الطفل – دراسة ميدانية بالجزائر ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الآداب ، جامعة عين شمس ٠

١٨. **بشـــــرى إســـــماعيل** (٢٠٠٣) : ضغوط الحياة وعلاقتها بالاضطرابات النفسية وحوادث الصناعة والكفاية الإنتاجية ، رسالة دكتوراه منشورة ، كلية الآداب ، جامعة الزقازيق ٠

١٩. ـــــــــــــــــــ (٢٠٠٤) : الاضطرابات النفسية للأطفال – الأسباب– التشخيص – العلاج ، ط ١ ، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة ٠

٢٠. **جمـــــال تفاحـــــة** (١٩٩٦) : بعض الأمراض السيكوسوماتية – دراسة إكلينكية تشخيصية، رسالة دكتوراه، غير منشورة ، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس ٠

٢١. **جمـــــال شـــــفيق** (١٩٨٦) : سمات شخصية المودوعين ببعض المؤسسات الإيوائية – دراسة ميدانية ، رسالة ماجستيرغير منشورة ، كلية البنات ، جامعة عين شمس ٠

٢٢. **جمعـــة ســـيد يوســـف**(٢٠٠٠) : الاضطرابات السلوكية وعلاجها ، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع ، القاهرة ٠

٢٣. ـــــــــــــــــــ (٢٠٠١) : النظريات الحديثة فى تفسير الأمراض النفسية – مراجعة نقدية، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع ، القاهرة ٠

٢٤. **حامـــــد زهـــــران** (١٩٩٧) : الصحة النفسية والعلاج النفسى ، عالم الكتب للنشر والتوزيع ، القاهرة ٠

٢٥. **حســـــن علـــــى** (١٩٩٠) : المجاراة والمخالفة لمعايير المجتمع فى مصر – تحليل دينامى

للأبعاد والنتائج فى ضوء تراث البحوث النفسية ، مجلة العلوم الاجتماعية ، العدد (٢)، مجلس النشر العلمى ، جامعة الكويت ، ص ص ١٠٩-١٢٨ .

٢٦. **حســـــن مصـــــطفى (١٩٨٤)** : العوامل النفسية المرتبطة ببعض الاضطرابات السيكوسوماتية لدى المراهقين ، رسالة دكتوراه ، كلية التربية، جامعة الزقازيق ٠

٢٧. ـــــــــــــــــ **(١٩٨٩)** : الأثـــر النفســـى لأحـــداث الحيـــاة كمـــا يـــدركها المرضـــى السيكوسـوماتيين، مجلـة علـم الـنفس ، العـدد التاسـع ، الهيئـة المصرية العامة للكتاب ، القاهرة ٠

٢٨. ـــــــــــــــــ **(٢٠٠٣)** : الأمراض السيكوسوماتية – التشخيص – الأسباب – العلاج، مكتبة زهراء الشرق ، القاهرة ٠

٢٩. ـــــــــــــــــ **(٢٠٠٣)** : الاضـطرابات النفسـية فـى الطفولـة والمراهقـة – الأسـباب – التشخيص – العلاج ، مكتبة القاهرة للكتاب ، القاهرة ٠

٣٠. **حلمـــــــى حامـــــــد (١٩٩١)** : مبادئ الطب النفسى ، مذكرات ٠

٣١. **خليـــــــل ميخائيـــــــل (٢٠٠١)** :علم النفس العام ،مركز الإسكندرية للكتاب ، الإسكندرية ٠

٣٢. **خيـرى خليـل وبـدر كمـال (١٩٩٧)** :المـدخل فـى الممارسـة المهنيـة فـى مجـال الأسـرة والطفولـة ، المكتب العلمى للكمبيوتر ، الإسكندرية ٠

٣٣. **راويـــــــة دســـــــوقى (١٩٨٩)** : أثر الحرمان من الأسرة على السلوك التكيفى – دراسة مقارنة بين الأطفال العاديين وأطفال المؤسسات ، مجلة كلية التربية بطنطا، العدد السابع ، الجزء الأول "ب " ٠

٣٤. ـــــــــــــــــ **(١٩٩١)** : ضغوط الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية للمتزوجين والمطلقين – دراسة مقارنة بين عينة سعودية وأخرى مصرية، مجلة كلية التربية العدد (١٤) جامعة طنطا ٠

٣٥. ـــــــــــــــــ **(٢٠٠٠)** : علم النفس الاجتماعى المعاصر طـ ٢ ، الأنجلو المصرية، القاهرة ٠

٣٦. **رشدى فام وأحمد الشافعى (٢٠٠١)** : التيارات الأساسية فى علم النفس المعاصر ، الأنجلو المصرية ، القاهرة ٠

٣٧. **رشـــــيدة رمضـــــان (١٩٨٥)** : مركز التحكم وتقدير الذات لدى التلاميذ المحرومين وغير المحرومين ، رسالة ماجستير ، غير منشورة ، كلية التربية،

جامعة الزقازيق ٠

٣٨. **رمســـــيس بهنـــــام (١٩٨٢)** : قانون العقوبات ، منشأة المعارف ، الإسكندرية ٠

٣٩. **زكريـــــا الشـــــربينى (١٩٩٤)** :المشكلات النفسية عند الأطفال،دار الفكر العربى ، القاهرة ٠

٤٠. **زيـــدان عبـــد البـــاقى (١٩٨٠)** : الأسرة والطفولة ، مكتبة النهضة المصرية ، القاهرة ٠

٤١. **زينـــــب معـــــوض (١٩٩٥)** : العلاقة بين ممارسة العلاج الجماعى فى الخدمة الاجتماعية وتعديل السلوك العدوانى للأطفال ، رسالة دكتوراه ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة القاهرة ، فرع الفيوم ٠

٤٢. **زينـــب هـــانم ســـلامة (١٩٩٦)** : الكبت والأمراض السيكوسوماتية وعلاقتها بالإدمان والإعتماد على العقاقير ، رسالة دكتوراه ، غير منشورة ، كلية الآداب ، جامعة طنطا ٠

٤٣. **ســـامى عبـــد القـــوى (١٩٩٥)** : علم النفس الفسيولوجى ، طـ ٢ ، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة ٠

٤٤. **ســـــامية الخشـــــاب (١٩٩٣)** :النظرية الاجتماعية ودراسة الأسرة،دار المعارف ، القاهرة٠

٤٥. **ســـــامية جـــــابر (١٩٨١)** : الانحراف الاجتماعى بين نظرية علم الاجتماع والواقع الاجتماعى ، دار المعرفة الجامعية، الأسكندرية .

٤٦. ـــــــــــــــــ (١٩٨٧) : الانحراف والمجتمع – محاولة لنقد نظرية علم الاجتماع والواقع الاجتماعى ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية .

٤٧. **ســـــعد جـــــلال (١٩٨٤)** : أسس علم النفس الجنائى، دار المطبوعات الجديدة ، القاهرة

٤٨. ـــــــــــــــــ (١٩٨٥) : فى الصحة العقلية – الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية، دار الفكر العربى ، القاهرة ٠

٤٩. **ســـلوى عبـــد البـــاقى (د ت)** : آفاق جديدة فى علم النفس الاجتماعى ، مركز الإسكندرية للكتاب ، الإسكندرية ٠

٥٠. **ســـلوى عبـــد المســـيح (١٩٩١)** : الحاجات النفسية لدى أطفال المؤسسات الإيوائية وعلاقتها بالعدوانية ، رسالة دكتوراه ، غير منشورة ، كلية الآداب ، جامعة الزقازيق ٠

٥١. **ســـــميحة نصـــــر (١٩٩٦)** : العنف والمشقة – الاستهداف للعنف والتعرض لأحداث الحياة المُشقة ، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية ، القاهرة٠

٥٢. **سـناء الخـولى (١٩٨٢)** : مدخل علم الاجتماع ، دار المعارف ، القاهرة ٠

٥٣. ـــــــــــــــــــ (١٩٨٣) : الـزواج والعلاقـات الأسـرية ، دار النهضـة العربيـة ، بيـروت، لبنان.

٥٤. **سـهير كامـل (١٩٩٢)** :الإنفصـال عـن الأسـرة فـى الطفولـة وعلاقتـة بمصـدر الضـبط والإكتئاب ، مجلة دراسات نفسية ، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية ، يناير ١٩٩٢ .

٥٥. ـــــــــــــــــــ (١٩٩٣) : السلوك الإنسانى بين الحب والعدوان ، مجلة علم النفس ، العدد ٢٧ ، السنة السابعة ، الهيئة المصرية العامة للكتاب .

٥٦. **سـهير كامـل وشـحاته سـليمان (٢٠٠٢)** : تنشـئة الطفـل وحاجاتـة بـين النظريـة والتطبيـق ، مركـز الإسكندرية للكتاب ، الإسكندرية .

٥٧. **صـلاح الـدين جـوهر (١٩٨٦)** : إدارة المؤسسات الاجتماعية ومفاهيمها ، مكتبة عين شمس، القاهرة .

٥٨. **صـلاح مخيمـر (١٩٨٦)** : تناول جديد للمراهقة ، الأنجلو المصرية ، القاهرة .

٥٩. **طلعـت منصـور وآخـرون (١٩٨٩)** : أسس علم النفس العام ، الأنجلو المصرية ، القاهرة .

٦٠. **عـادل عبـد الله (٢٠٠٠)** : دراسـات فـى الصـحة النفسـية – الهويـة – الاغتـراب – الاضطرابات النفسية ، دار الرشاد ، القاهرة .

٦١. **عبـد الخـالق عفيفـى (٢٠٠٠)** : الخدمـة الاجتماعيـة المعاصـرة فـى مجـال الأسـرة والطفولـة ، مكتبة عين شمس ، القاهرة.

٦٢. **عبـد الـرحمن العيسـوى (١٩٩١)** : علم النفس العام ، دار المعرفة الجامعية ، الأسكندرية .

٦٣. ـــــــــــــــــــ (١٩٩٧) : سـيكولوجية الجسـم والـنفس ، دار الراتـب الجامعيـة ، بيـروت، لبنان .

٦٤. ـــــــــــــــــــ (١٩٩٩) : تصـميم البحـوث النفسـية والاجتماعيـة والتربويـة ، ط١ ، دار الراتب الجامعية ، بيروت ، لبنان .

٦٥. **عبـد الـرحمن العيسـوى (٢٠٠١)** : الجديد فى الصحة النفسية ، منشأة المعارف ، الإسكندرية

٦٦. **عبـد السـتار إبـراهيم وعبـد الله عسـكر(١٩٩٩)** : علم النفس الإكلينيكى ، ط٢ ، الأنجلو المصرية ، القاهرة .

٦٧. **عبـــد العزيـــز جـــادو (٢٠٠١)** : علم نفس الطفل وتربيتة ، المكتبة الجامعية ، الإسكندرية ٠

٦٨. **عبـــد الفتـــاح تركـــى (د٠ت)** : البناء الإجتماعى للأسرة ، المكتب العلمى للنشر والتوزيع ، الإسكندرية ٠

٦٩. **عبـد العلـى الجسـمانى (١٩٩٤)** : سيكولوجية الطفولة والمراهقة وحقائقها الأساسية ، طـ٢ ، الدار العربية للعلوم ، بيروت ، لبنان ٠

٧٠. **عبـــد الله عســـكر (١٩٩٨)** :علم النفس الفسيولوجى ، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة ٠

٧١. **ـــــــــــــــــــ (٢٠٠٠)** : مـدخل إلـى التحليـل النفسـى للاكـانى ، الأنجلـو المصـرية ، القاهرة ٠

٧٢. **عبـــد الفتـــاح دويـــدار (٢٠٠٠)** : فـى علـم الـنفس الطبـى والمرضـى والإكلينكيـى ، دار المعرفـة الجامعية ، الإسكندرية ٠

٧٣. **عبـد المطلـب القريطـى (١٩٩٨)** : فى الصحة النفسية ، ط ١ ، دار الفكر العربى ، القاهرة

٧٤. **عبـــد المـــنعم الحفنـــى (١٩٩٥)** : موسـوعة الطـب النفسـى – الكتـاب الجـامع فـى الاضـطرابات النفسية وطرق علاجها نفسياً ، المجلد الأول ، مكتبة مدبولى ، القاهرة ٠

٧٥. **عبـد الهـادى الجـوهرى (١٩٨٤)** : مدخل لدراسة المجتمع ، مكتبة نهضة الشرق ، القاهرة٠

٧٦. **عبـد الهـادى الجـوهرى وإبـراهيم أبـو الغار(١٩٩٧)** : إدارة المؤسسات الاجتماعية ، مدخل سسيولوجى، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ٠

٧٧. **عبلـــــة البـــــدرى (٢٠٠٠)** : دور المشـرف الاجتمـاعى وعلاقتـة بتكيـف الأطفـال فـى المؤسسـة الإيوائيـة ، رسـالة دكتـوراه ، غيـر منشـورة ، معهـد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس ٠

٧٨. **عـــــزه زكـــــى (١٩٨٥)** : المشكلات السلوكية التى يعانى منها أطفال المرحلة الإبتدائية المحـرومين وغيـر المحـرومين مـن الرعايـة الوالديـة ، رسـالة ماجسـتير ، غيـر منشـورة ، معهـد الدراسـات العليـا للطفولـة ، جامعة عين شمس ٠

٧٩. **عطـــــوف ياســـــين (١٩٨٨)** : الأمـــراض السيكوســـوماتية (الأمـــراض النفسجســـمية) ، منشورات بحسون الثقافة ، بيروت ، لبنان .

٨٠. **عـــلاء الـــدين كفـــافى (١٩٩٧)** : علم النفس الإرتقائى – سيكولوجية الطفولة والمراهقة ، مؤسسة

الأصالة ، القاهرة ٠

٨١. **عمـــاد الـــدين ســـلطان (١٩٨٠)** : الطب النفسى ، دار النهضة ، القاهرة ٠

٨٢. **عمـــاد عبـــد الـــرازق (١٩٩٢)** : الخصائص النفسية للأبناء الذكور المتغيب آباؤهم ، رسالة ماجستير ، غير منشورة ، كلية الآداب ، جامعة الزقازيق ٠

٨٣. **ـــــــــــــــــــــ (١٩٩٦)** : المعاناة الاقتصادية والضوابط الوالدية وعلاقتها بالمشكلات النفسية والسلوكية للأبناء ، رسالة دكتوراة ، غير منشورة ، كلية الآداب ، جامعة الزقازيق ٠

٨٤. **غريـــب ســـيد أحمـــد (١٩٩٧)** : الانحراف والمجتمع – دراسات فى علم الاجتماع القانونى ، المكتب العلمى للكمبيوتر ، الإسكندرية ٠

٨٥. **فاطمـــــــة الشـــــيمى (١٩٩٩)** : العدوان ووجهة الضبط وعلاقتهما بمفهوم الذات لدى أطفال المؤسسات الإيوائية ، رسالة ماجستيرغير منشورة ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس ٠

٨٦. **فرج عبد القادر طه وآخرون(١٩٩٣)** : موسوعة علم النفس والتحليل النفسى ، دار سعاد الصباح للنشر ، الكويت ٠

٨٧. **كمـــــــال البنـــــــا (١٩٨٧)** : التوافق النفسى للمديرين – دراسة عن العلاقة بين النمط الإدارى ونوع الاضطرابات السيكوسوماتية فى الصناعة ، رسالة دكتوراه ، كلية الآداب ، جامعة عين شمس ٠

٨٨. **لينـدا دافيـدوف وآخـرون (٢٠٠٠)** : موسوعة علم النفس – الشخصية (الدافعية والانفعالات) ، ترجمة سيد الطوب ، محمود عمر ، مراجعة فؤاد أبو حطب، الدار الدولية للاستثمارات الثقافية ش٠م٠م ، القاهرة ٠

٨٩. **مايســـــه شـــــكرى (١٩٨٥)** :الاضـطرابات السيكوسـوماتية وعلاقاتهـا بـبعض متغيـرات الشخصية وخاصة بعد الانبساط – الانطواء ومستوى الطموح، رسـالة ماجسـتير ، غيـر منشـورة ، كليـة الآداب ، جامعـة الزقازيق٠

٩٠. **مايكـــــــل راتـــــــر (١٩٩٢)** : الحرمان من الأم – إعادة تقييم ، ترجمة ممدوحة سلامة ، الأنجلو المصرية ، القاهرة ٠

٩١. **مجـــــــدى زينـــــــه (١٩٩٤)** : مكونـات العلاقـة بـين المشـكلات النفسـية والأعـراض

السيكوسوماتية لدى المراهقين بالمعاهد الدينية والمدارس العامة ، رسالة ماجستير ، غير منشورة ، كلية الآداب ، جامعة عين شمس ٠

٩٢. **مجمع اللغة العربية (١٩٩٩)** : المعجم الوجيز ، الهيئة العامة لشئون المطابع الأميرية ، وزارة التربية والتعليم .

٩٣. **محروس خليفة وإبراهيم بيومى (١٩٨٣)** : اتجاهات الرعاية الاجتماعية ومداخلها المهنية، محاضرات غير منشورة، المعهد العالى للخدمة الاجتماعية بكفر الشيخ ٠

٩٤. **محمد البتيتى (٢٠٠١)** : التشريعات الاجتماعية ، المكتب الجامعى الحديث ، الإسكندرية٠

٩٥. **محمد الجوهرى وآخرون (١٩٨٤)** : ميادين علم الاجتماع ط ٦ ، دار المعارف ، القاهرة٠

٩٦. **ـــــــــــــــ (١٩٩١)** : الطفل والتنشئة الاجتماعية ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ٠

٩٧. **محمد السيد عبدالرحمن (١٩٩٩)** : علم الأمراض النفسية – الأسباب – الأعراض – التشخيص – العلاج ، دار قباء للنشر ، القاهرة ٠

٩٨. **ـــــــــــــــ (٢٠٠١)** : نظريات النمو – علم نفس النمو المتقدم ، مكتبة زهراء الشرق ، القاهرة ٠

٩٩. **ـــــــــــــــ (٢٠٠٤)** : علم النفس الاجتماعى المعاصر – اتجاه معرفى ، دار الفكر العربى ، القاهرة ٠

١٠٠. **محمد الشريف (١٩٩٠)** : مظاهر العدوان ومستوى القلق لدى الشباب الفلسطينى فى قطاع غزه بالأرض المحتلة والشباب الفلسطينى المقيم فى جمهورية مصر العربية – دارسة مقارنة ، رسالة ماجستير ، غير منشورة، كلية الآداب ، جامعة الزقازيق ٠

١٠١. **محمد سمير (د٠ت)** : فى الصحة النفسية ، محاضرات غير منشورة ، المعهد العالى للخدمة الاجتماعية ، بنها ٠

١٠٢. **محمد سيد فهمى (١٩٩٧)** : الرعاية الاجتماعية لكبار السن ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ٠

١٠٣. **محمد سيد فهمى ونورهان منير (٢٠٠٣)** : المدخل فى طريقة العمل مع الجماعات ، المكتب الجامعى

الحديث ، الإسكندرية ٠

١٠٤. ـــــــــــــــــــــــ (٢٠٠٤) : محاضرات فى الدفاع الإجتماعى ، محاضرات غير منشورة، المعهد العالى للخدمة الاجتماعية ببنها ، جامعة الزقازيق ٠

١٠٥. **محمـــــــد عـــــاطف** (١٩٨٧) :التغيـر الاجتمـاعى والتخطـيط ، دار المعرفـة الجامعيـة ، الإسكندرية .

١٠٦. **محمـــد عبـــد العـــال** (٢٠٠٣) : الصـحة النفسـية ، محاضـرات غيـر منشـورة ، كليـة التربيـة بالفيوم ، فرع القاهرة ٠

١٠٧. **محمـــد عبـــد المـــنعم** (٢٠٠١) : النسـق القيمـى لـدى الجـانحين والأسـوياء ، رسـالة ماجسـتير ، غير منشورة ، كلية الآداب ، جامعة الزقازيق ٠

١٠٨. **محمـــــــد شـــــفيق** (٢٠٠١) :السلوك الإجتماعى، المكتب الجامعى الحديث ، الأسكندرية ٠

١٠٩. **محمد محروس ومحمد السيد عبدالرحمن**(١٩٩٨) : العـلاج السـلوكى الحـديث – أسسـه وتطبيقاتـه ، دار قبـاء للنشر والتوزيع ، القاهرة ٠

١١٠. **محمـــــود إبـــــراهيم** (١٩٩٨) : أثـر الإرشـاد النفسـى الـدينى فـى خفـض بعـض الاضـطرابات السلوكية لدى المراهقين ، رسالة دكتوراه ، كلية التربية ، جامعة عين شمس ٠

١١١. **محمـــود أبـــو النيـــل** (١٩٩٤) : الأمراض السلوكية السيكوسوماتية ، المجلد الأول فى الصحة النفسية ، ط ٢ ، دار النهضة العربية ، بيروت ، لبنان ٠

١١٢. **محمـــــود حمـــــوده** (١٩٩١) : الطـب النفسـى – الـنفس أسـرارها وأمراضـها ، مكتبـة الفجالـة، القاهرة ٠

١١٣. ـــــــــــــــــــــــ (١٩٩١) : الطفولـة والمراهقـة ، المشـكلات النفسـية والعـلاج ، بـدون دار النشر

١١٤. **محمـود منسـى وآخـرون (د ٠ ت)** :الصحة النفسية وعلم النفس الاجتماعى والتربية الصحية، الجزء الثانى ، مركز الإسكندرية للكتاب ، الإسكندرية ٠

١١٥. **محى الدين توق وعلى عباس** (١٩٨١) : أنمـاط رعايـة اليتم وتأثيرهـا علـى مفهـوم الـذات فـى عينـة مـن الأطفال فـى الاردن ، مجلـة العلـوم الاجتماعيـة ، العـدد الثالـث ، سبتمبر ١٩٨١ ، جامعة الكويت ٠

١١٦. **مـــدحت أبـــو النصـــر** (١٩٩٢) : مشـكلة أطفـال الشـوارع بمنطقتـى القـاهرة والجيـزة ، المـؤتمر العلمـى الخـامس ، مطبوعـات كليـة الخدمـة الاجتماعيـة ، جامعـة

القاهرة ، فرع الفيوم ٠

١١٧. **مصطفى الصفطى وآخرون (٢٠٠٠)** : علم النفس الاجتماعى والصحة النفسية والتربية الصحية ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ٠

١١٨. **مصطفى باهى وآخرون (٢٠٠٢)** : المرجع فى علم النفس الفسيولوجى نظريات – تحليلات – تطبيقات ، الأنجلو المصرية ، القاهرة ٠

١١٩. **مصطفى حسان ورأفت عبد الرحمن(٢٠٠٤)** : رعاية الأسرة والطفولة من منظور الخدمة الاجتماعية ، دار العلوم للنشر والتوزيع والمعلومات ، القاهرة

١٢٠. **مصطفى فهمى (د٠ ت)** : مجالات علم النفس – علم النفس الاجتماعى – المجلد الأول، مكتبة مصر ، القاهرة ٠

١٢١. **ممدوحة سلامة وعبد الله عسكر(د٠ت)** : علم النفس الإكلينيكى ، الأنجلو المصرية ، القاهرة ٠

١٢٢. **ممدوحة سلامة (١٩٨٤)** : أساليب التنشئة وعلاقاتها بالمشكلات النفسية فى مرحلة الطفولة الوسطى ، رسالة دكتوراه ، مودعة بمركزية عين شمس ٠

١٢٣. ــــــــــــــــــ **(١٩٩٢)** : نظريات الشخصية ، محاضرات غير منشورة ، كلية الآداب، جامعة الزقازيق ٠

١٢٤. ــــــــــــــــــ **(١٩٩٣)** : علم النفس الاجتماعى ، مكتبة الأنجلو ، القاهرة ٠

١٢٥. ــــــــــــــــــ **(١٩٩٣)** : قراءات فى علم النفس الاجتماعى،مكتبة الأنجلو ، القاهرة ٠

١٢٦. ــــــــــــــــــ **(١٩٩٦)** : مقدمه فى علم النفس ، الأنجلو المصرية ، القاهرة ٠

١٢٧. **منى كيره (١٩٩٩)** : النضج الاجتماعى والحالة الغذائية لدى أطفال SOS وأطفال المؤسسات الإيوائية " دراسة مقارنة " رسالة ماجستير، غير منشورة ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس ٠

١٢٨. **منى إبراهيم (١٩٩٧)** : الفروق بين المحرومين وغير المحرومين من الوالدين فى كل من التفكير الابتكارى وديناميات الشخصية لدى أطفال ما قبل المدرسة ، رسالة ماجستير ، غير منشورة ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس ٠

١٢٩. **ميرفت مصطفى (١٩٩٩)** : الخدمة الاجتماعية فى مجال الأسرة والطفولة ، محاضرات غير منشورة ، المعهد العالى للخدمة الاجتماعية بالمنصورة ٠

١٣٠. **نبيلـــــة إبـــــراهيم (٢٠٠١)** : عوامل الصحة النفسية السليمة ، ط١ ، إيتراك للنشر والتوزيع ، القاهرة ٠

١٣١. **نبيلـــــة الشـــــوربجى (٢٠٠٣)** : المشـكلات النفسـية للأطفـال – أسـبابها – علاجهـا ، دار النهضة العربية ، القاهرة ٠

١٣٢. **نبيلـــــة ميخائيـــــل (١٩٨٩)** : أثر الحرمان من الأسرة على السلوك الاجتماعى والإنفعالى لتلاميذ مرحلة الطفولة المتأخرة ، رسالة دكتوراة ، كلية الآداب، جامعة الإسكندرية ٠

١٣٣. **نجـــــوى العـــــدوى (١٩٨٢)** : أثر الأسرة فى نمو الحكم الخلقى عند الأطفال ، رسالة دكتوراه ، كلية الدراسات الإنسانية فرع البنات ، جامعة الأزهر ٠

١٣٤. **نيفـــــين زيـــــور (١٩٨٩)** : دراسـة إكلينيكيـة لأثـر فقـدان الموضـوع علـى الحيـاة النفسـية للطفـل ، مجلـة علـم الـنفس ، العـدد (١٢) ، الهيئـة العامـة للكتاب ٠

١٣٥. ـــــــــــــــــــــ **(١٩٩٨)** : الاضطرابات النفسية عند الطفل والمراهق ، الأنجلو المصرية ، القاهرة ٠

١٣٦. **هـــــارون الرشـــــيدى (١٩٩٩)** : الضـغوط النفسـية – طبيعتهـا ونظرياتهـا – برنـامج لمسـاعدة الذات فى علاجها ، الأنجلو المصرية ، القاهرة .

١٣٧. **هـــــدى قنـــــاوى (١٩٩١)** :الطفل تنشئته وحاجاته ، ط٣،الأنجلو المصرية ، القاهرة ٠

١٣٨. **هـــــول ولنـــــدزى (د٠ت)** : نظريـات الشخصـية ، ترجمـة : فـرج أحمـد ، قـدرى حفنـى ، لطفى فطيم ومراجعه لويس مليكه ، دار الفكر العربى ، القاهرة ٠

١٣٩. **يحيـــــى درويـــــش (١٩٩٨)** : معجـم مصـطلحات الخدمـة الاجتماعيـة ، الشـركة المصـرية العالمية للنشر ، الجيزة ٠

١٤٠. **يحيـــــى صـــــابر (٢٠٠٢)** : تقـدير الشخصـية والمهـارات الاجتماعيـة وعلاقتهمـا بالاضطرابات السيكوسوماتية ، رسالة ماجستير ، غير منشورة ، كلية الآداب ، جامعة الزقازيق ٠

١٤١. **يوســـف ميخائيـــل (١٩٩٢)** : الانتماء وتكامل الشخصية ، مكتبة الغريب ، القاهرة ٠

ثانياً: المراجع الأجنبية :

1-Abascal, J.R; Brucato, D; & Brucato , L . (2001) : Stress mastery , the art of coping gracefully , prentice hall , Inc . New Jersey , U.S.A .

2-Adams , B. (1983) : The relationship Between object Loss In childhood and depression in old age . Journal of Social Psychology Vol . (43) , No.(7) .

3-Alloy , L. B. ; Acocella , J. ;& Bootzin , R.R. (1996) : Abnormal psychology : current perspective , Mc Graw – Hill , inc , New York .

4-American Psychiatric Association (1994) : Diagnotic and statistical manual of mental disorders . (4th ed. ,) , Washington ; DC. , American psychiatric press .

5-Anne E. ; & Byrne .D. (1992) : Psychology for nurses , theory and practice , the Macmillan press LTD , London .

6-Barlow , T.W. (1996) : American's youth : Managed care's most valuable population . Pacific resources for education and learning , Hawaii , PP. 1- 25 .

7-Bowlby , J. (1980) : attachment and loss :vol.3, Loss , Sadness and depression . Penguin books, New York .

8-Bowlby , J. (1988) : A secure basic : parent –child attachment and healthy Human development , Basic Books Inc .

9-Brennan , E.m . ; Ama , S . M. ; & Gordon , L.J. (2002) : Inclusion of children with Emotional or Behavioral challenges in child care settings : An observational study . The Head start National Research conference , (6 th Washington , DC, June 26 – 29 , 2002) , PP. 1-21 .

10-Brown , R. (1985) : Social Psychology , (2 nd ed) , the Free press , London .

11-Carson , R.C. ; Butcher , J.N. & coleman , J.E. (1988): Abnormal psychology and modern life . (8th ed). scott , Foresman company .

12-Christie , M.J. ; & Mellett, G. (1981) : Foundations of psychosomatic . John Wiley & Sons , New York .

13-Cohen , N. ; Coyne, J. ; & Duvall, J. (1993) : Adopted and biological children in the clinic : Family , parental and child characteristics . Journal of child psychology and psychiatry , Vol. (34) . No.(4) .

14-Colton , M. ; & Heath , A. (1994) : Attainment and behaviors of children in care and at home . Journal of Oxford Review of Education , Vol . (20) , No . (3) , PP 317 – 327 .

15-Cugmas , Z. (1998) : The Correlation between children's personal Behavioural characteristics and indicators of children's attachment to their mother of father journal of early child development and care , Vol . (43) , PP. 65 – 78 .

16-Curtis , A.J. (2000) : Health psychology , Routledge Publishers , New York.

17-Dacey , y. ; & Travers , y . (1991) : Human development Across the life span , Brown Publishers , U.S.A .

18-Dekel, R . ; Peled , E. ; & Spiro , S.E . (2003) : Shelters for houseless youth : A follow up Evaluation . Journal of Adolescence , Vol. (26) , No. (2) , PP. 201- 212 .

19-Enola , k. ; peter , A. ; & Nancy . R. (1993) : The social environmental context of children's clients , an empirical exploration .Journal of social psychology , May 1993 Vol. (38) .

20-Franklin , C. G . (1999) : Preparing for managed behavioral health care in children's services . Journal of social work in education , Vol. (21) , No.(2) , PP. 67-70 .

21-Frick , P.J. (1998) : Conduct disorders and severe antisocial behavior , plenum press , New York .

22-Garfield , S.L ; & Bergin , A.E. (1986) : Handbook of psychotherapy and behavior change . 3rd ed , John Wiley & Sons inc , New York .

23-Greenstein , T.N. (1993) : Maternal employment and child behavioral outcomes : A household economics analysis. Journal of family Issues , Vol. (14) , No. (3) , PP.323-354 .

24-Gustovo , C. ; Silvia , K. ; & Nancy , E. (1998) : Prosocial Moral reasoning in institutionalized delinquent , orphaned and noninstitutionalized Brazilian adolescents , journal of adolescent research – 1998 Oct ; Vol.(13) , No. (4) .

25-Hadeed , J. ; & Sylva , K . (1999) : Behavioral observations as predictors of children's social and cognitive progress in day care . Journal of Early child development and care , Vol. (154) , PP. 13-30 .

26-Harris , A.C. (1986) : Child development west publishing company , New York .

27-Hart , C.H. (1990) : Maternal and paternal disciplinary styles : Relations with pre-schoolers , behavioral orientations and sociometric status . The annual meeting of American Educational Research Association (Boston , April 16 -20 , 1990) , PP. 1-39 .

28-Holmes , D.S. (1994) : Abnormal psychology , (2 nd ed) , Harper cllins college publishers , New York .

29-Herman , S.L. ; & Lester , D. (1994) : Physical symptoms of stress , depression , and suicidal ideation in high school students . Journal of Adolescence , Vol. (29) , No . (115) , PP. 639 – 641 .

30-Kaltiala , H. ; Rimpela , M. ; Rantanen , P. ; & Rimpela , A. (2000) : Bullying at school-An indicator of Adolescents at risk for Mental Disorders . Journal of Adolescence , Vol. (23) , No (6) , PP. 661-674 .

31-Kaplan , G. (1981) : Mastery of stress . Psychosocial aspects , journal of american psychiatry , Vol. (13) , No. (8) PP.413 – 420 .

32-Kaplan , H.I. ; & Sadock's , B.J. (2000) : Comprehensive text book of psychiatry . 7th ed . CD, Lippincott willams & Wilkins , 227 Est Washington square, Philadelphia , U.S.A .

33-Kinzl , J. ; & Biebl , W. (1992) : Long – Term Effects of incest : Life Events Triggering Mental Disorders is Female patients with sexual abuse in childhood . Journal of child abuse and Neglect, the international journal , Vol. (16) , No. (4) , PP. 567- 573 .

34-Klykylo , W.M. (1998) : Clinical child psychiatry . Harcourt Brace company , London .

35-Knishkousky , B. (1995) : Symptom clusters among young Adolescents. Journal of Adolescence , Vol. (30) , No. (118) , PP.351-362.

36-Leondari , A. ; & Klosseoglou ,. G. (2000) : The Relationship of parental attachment and psychological separation to the psychological functioning of young adults Journal of Social Psychology Vol. (4) PP. 451-464 .

37-Lipowski , Z (1982) : Modern meaning of the terms psychosomatic and liaison psychiatry : Apractical approach , Pitman publishing , London .

38-Maggiolo , C.E. (1998) : Defining the unknown –Neglect . Journal of New Directions for child and Adolescent Development , Vol. (82) , PP. 1-13 .

39-MC-Martin , J. (1995) **:** Personality Psychology . A student centered Approach , Sage publications . Inc , London .

40-Monica , C. ; & John , T. (1994) : Children Living in re-ordered families (review) . Social policy Research findings , No.(45) , Feb.1994.

41-Montgomry , E. (1992) : Children of Torture Victims : Reactions and coping . Journal of child abuse and neglect : The international journal Vol. (16) , No (6) , pp. 797 – 805 .

42-Morddcoi , E. (1983) : Beravement Responses of kibuty and non-kibuts children following death of father , Bortoin , Vol. (24) , P. 435 .

43-Natvig , G.K. ; Albrektsen , G. ; Anderssen , N. ; & Qvarnstron , u . (1999) : School – Related stress and psychosomatic symptoms among school Adolescents . Journal of school Health , Vol. (69) , No. (9) , PP. 362- 368 .

44-O.Brien , S. ; & Ismail , K. M.(2003) : Gynecology . (3 rd ed) , Robert Shaw , London .

45-Sheppard , M. (1993) : Maternal Depression and child care : The significances for social work and social work Research . Journal of Adoption and Fostering , Vol. (17) , No. (2) , PP.10-16 .

46-Stein , J.A. (1993) : Differential Effects of parent and Grandparent Drug use on Behavior problems of male and female children . Journal of Developmental psychology , Vol. (29) , No. (1) , PP.31-43 .

47-Stroebe , W. (2000) : Social psychology and Health . Open university press , philadeiphia .

48-Ward , H. ; & Skuse , T. (2001) : Performance targets and stability of placements for children long looked after away from home . Journal of children and society, Vol. (15) , No. (5) , PP.333- 346 .

49-Williams , J.M. (1997) : Cognitive psychology and Emotional disorders, (2nd ed) John Wiley & sons , New York .

50-Zima , B.T. ; Forness , S.R. ; Bussing , R. ; & Benjamin , B. (1998) : Homeless children in Emergency shelters : Need for prereferral intervention and potential Eligibility for special Education . Journal of Behavioral Disorders , Vol. (23) No. (2) , PP. 98-110 .

استمــارة بيانات عــامة

تعليمات الاستمارة : هذه البيانات سرية ولغرض البحث العلمى فقط ٠

اكتب البيانات الصحيحة ليمكنك المساهمة فى إجراء البحث بالصورة المناسبة ٠

الاســـــم :

الســـــن :

الجنس (ذكر أم أنثى) :

عدد الأخـــوة :

ترتيبك الميلادى بين أخوتك :

مدة الإقامة بالمؤسسة :

****

بيــانات خــاصة عن الأب :

وظيفـــة الأب :

ســـن الأب :

الشهادة الحاصل عليها الأب :

****

بيــانات خــاصة عن الأم :

وظيفـــة الأم :

ســـن الأم :

الشهادة الحاصلة عليها :

****

ضع علامة (√) صح أمام الإجابة التى تناسب حالتك :

الأب : (على قيد الحياة – مطلق – متوفى – مسجون – نزيل مستشفى – مسافر)

الأم : (على قيد الحياة – مطلقة – متوفاة – مسجونة – نزيلة مستشفى – مسافرة)

استمــارة مستوى الرعاية الاجتماعية فى المؤسسات الايوائية

اسم المؤسسة :

مكان المؤسسة :

نوع المؤسسة (رسمية / أهلية) :

أولاً : الخدمات الصحية : **نعم** **لا**

-وجود طبيب عام بصفه مستمرة فى المؤسسة

-إجراء كشف طبى دورى على المودعين بالمؤسسة ٠

-وجود صيدلية للإسعافات الأولية داخل المؤسسة ٠

-وجود ممرضة بصفة مستمرة ٠

-وجود مكان خاص ومجهز لعزلة ورعاية الحالات المرضية ٠

ثانياً : الخدمات النفسية والاجتماعية : -

-وجود أخصائى نفسى بالمؤسسة ٠

-وجود أخصائى اجتماعى بالمؤسسة ٠

-تسهيل اتصال المودع بالمؤسسة بأسرته أو أقاربه إذا كانوا موجودين ٠

ثالثاً : الأنشطة التعليمية والتربوية : -

-إحالة المودعين بالمؤسسة فى الصفوف الدراسية المناسبة لهم ٠

-اشتراكهم فى مجموعات التقوية ٠

-وجود فصول لذوى الاحتياجات الخاصة ٠

-استخدام الأساليب التربوية فى مواجهة مشكلات المودعين ٠

رابعاً : الأنشطة الترفيهية والفنية : -

-إقامة حفلات داخل المؤسسة بصفة منتظمة خاصة فى المناسبات ٠

-القيام بالرحلات الترفيهية والتعليمية ٠

-إقامة المسابقات بين المودعين ٠

خامساً : الأنشطة الرياضية : -

-وجود الملاعب الرياضية المختلفة ٠

-وجود متخصص رياضى لتدريب المودعين ٠

-ممارسة معظم الأنشطة الرياضية داخل المؤسسة ٠

سادساً : الأنشطة الثقافية والدينية : -

- وجود مكتبة مجهزة بالكتب المناسبة لسن المودوعين ٠

- وجود تليفزيون وفيديو ٠

- وجود واعظ دينى ٠

- وجود مسجد داخل المؤسسة ٠

سابعاً : المبانى والشكل العام للمؤسسة : -

- المبانى حديثة ٠

- وجود أكثر من مبنى ٠

- المؤسسة حسنة المظهر .

تعليمـــات المقياس

اننى أقوم ببحث علمى والمرجو منك قراءة كل عبارة من العبارات المدونة فى الصفحات التالية ووضع علامة (√) أمام كل عبارة وتحت العمود المناسب حسب انطباق الحالة عليك وسوف تلاحظ وجود خمسة احتمالات أمام كل عبارة كالاتى :

١- اختيارك للعمود الأول "دائما" يدل على أن الموقف ينطبق عليك طول الوقت .

٢-اختيارك للعمود الثانى " كثيراً " يدل على أن الموقف ينطبق عليك معظم الوقت .

٣- اختيارك للعمود الثالث " أحيانا" يدل على أن الموقف ينطبق عليك بعض الوقت .

٤- اختيارك للعمود الرابع " نادراً" يدل على أن الموقف ينطبق عليك قليلا جدا .

٥- اختيارك للعمود الخامس " أبدا " يدل على أن الموقف لا ينطبق عليك فى اى وقت .

م	الحـــــــــالة	دائماً	كثيراً	أحيانا	نادراً	أبدا
١	أحس بزيادة الحموضة فى المعدة					
٢	أشعر بحرقان فى فم المعدة					
٣	أحس بألم وعدم ارتياح فى البطن					
٤	يتصبب العرق منى					
٥	أعانى من ضعف الشهية					
٦	أعانى من الإمساك					
٧	أشعر بالام فى الصدر والرقبة او الكتفين أو أعلى البطن					
٨	توجد بقع حمراء على أجزاء من جسمى مع رغبة فى الحكة					
٩	أحس بسرعة ضربات القلب					
١٠	تنتابنى أفكار بالانتحار او الموت					
١١	أشعر بالغثيان واضطراب المعدة					
١٢	أعانى من الإسهال					
١٣	أشكو من ضيق فى التنفس مع الزفير					
١٤	أحس بأننى عصبى واهتز من الداخل					
١٥	أحس بأن افكارى مشوشة					
١٦	اشعر بالخجل وعدم الراحة مع الجنس الأخر					
١٧	أعانى من تقلص العضلات					
١٨	أحس بالغثيان او الدوخة					
١٩	أحس بقلة طاقتى والوهن					
٢٠	أحس بوجع فى عضلاتى					
٢١	أحس بخذلان وعدم الحس ووخذ فى أجزاء جسمى					
٢٢	أشعر بالضعف فى أجزاء جسمى					
٢٣	أشعر بعدم الأمل فى المستقبل					
٢٤	ألاحظ أن وزنى يقل					
٢٥	أشكو من اضطراب فى تذكر الأشياء					
٢٦	أحس بالمضايقة أو الإستثاره بسهولة					
٢٧	أبكى بسهولة					
٢٨	يمكن ايذاء مشاعرى بسهولة					

٢٩	أحس بألم فى فم المعدة بعد ربع ساعة من تناول الطعام وحتى ساعتين					
٣٠	اشعر بأن نفسى مصدودة عن الآكل					
٣١	أحس بالأم فى القلب أو الصدر					
٣٢	أحس بالضيق عند اخذ النفس					
٣٣	أشعر بوجود كتلة فى حلقى					
٣٤	أعانى من وجود تعنية(الرغبة فى التبرز دون القيام به).					
٣٥	اشعر برغبة فى حكة شديدة بدون وجود شواهد على البشرة					
٣٦	اشعر بالرغبة فى حك الجلد					
٣٧	أحس بنوبات من الحرارة والبرودة					
٣٨	أعانى من الزغته					
٣٩	تزداد مرات التبول لدى فى النوم					
٤٠	الصعوبة فى بدء النوم أو الاستمرار فيه					
٤١	أحس بطنين فى الأذن					
٤٢	أشعر بألم أسفل الظهر					
٤٣	أشعر بثقل فى الأذرع والأرجل					
٤٤	اشعر بالعطش بصورة غير طبيعية					
٤٥	أحس بتخفيف الحموضة بعد تناول اللبن أو القئ					
٤٦	أشعر بأن نفسى مفتوحة للأكل					
٤٧	اتضايق بسرعة من الإهمال والأعمال الطائشة .					
٤٨	أؤنب نفسى على اى شئ					
٤٩	تنتابنى نوبات إسهال وإمساك					
٥٠	أحس بزيادة غير عادية فى ضربات القلب					
٥١	ألاحظ ظهور مكان أو أكثر خالى من الشعر فى الرأس أو الحاجب أو الدفن					
٥٢	أحس بأنني غير قادر علي التخلص من الأفكار السيئة					
٥٣	تحدث وفاة لبعض الأقارب بسبب مرض القلب ٠					
٥٤	أشعر بأننى واقع في فخ او أن أحدا يمسكني.					
٥٥	أشعر بالوحدة					
٥٦	أشعر بالرغبة في ان اكون منفرداً					
٥٧	أتجنب أشياء معينه وأماكن أو أنشطة لأنها تخيفني					

٥٨	أشعر بأنني مشدود ومقيد بمفاتيح ٠					
٥٩	أشعر بصوت يشبه حفيف الأشجار في صدري					
٦٠	اشعر بحرقان فى البول عند التبول					
٦١	أحس بعدم الاتزان					
٦٢	أجد صعوبة فى الكلام عندما يثيرنى احد					
٦٣	اشعر بالقلق على الأشياء					
٦٤	أعانى من اضطراب فى التركيز					
٦٥	اذهب إلى دورة المياة ليلاً					
٦٦	أحس بألم أسفل المعدة بعد ساعتين من تناول الطعام					
٦٧	أحس بانى نفسى تغم على					
٦٨	أعانى من عسر الهضم والانتفاخ					
٦٩	أحس بالرعشة أو الارتجاف					
٧٠	أحس بالدوخة وشعور بالدوار					
٧١	ألاحظ ظهور طفح فقاعى والتهاب بأصابع اليدين					
٧٢	أشعر بكحة مع وجود بلغم ناشف					
٧٣	أشعر أن نفسى مفتوحة على الآكل بصورة غير طبيعية					
٧٤	أشعر بصعوبة فى التبول					
٧٥	يختفى الم الشعور بالحموضة عند اللبن أو نقص المأكولات					
٧٦	أحس برغبة فى التكريع					
٧٧	أحس بألم عند الضغط على أحد جانبى البطن					
٧٨	أحس بإرهاق عام أو شعور بالضعف					
٧٩	أحس بزيادة الرغبة فى الحك عند مواجهة موقف صعب					
٨٠	أعانى من الأحلام الرديئة					
٨١	أشعر بالفزع المفاجئ دون اى سبب					
٨٢	أشعر بالخوف					
٨٣	يوجد دم أسود فى البراز					
٨٤	أحس بوجود انتفاخ فى بطنى					
٨٥	أشعر بعدم ارتياح أو الم فى الجانب الأيسر السفلى من البطن ٠					
٨٦	أعرض نفسى على طبيب أمراض القلب					
٨٧	أحس بتقلصات بعضلات الساقين(السمانة)					

٨٨	ألاحظ وجود إكزيما حادة على الجلد مع احمرار شديد					
٨٩	أحس أن الزفير أطول من اللازم					
٩٠	أحس ان الآخرين ينتقدونى					
٩١	أشعر أن الآخرين لا يفهموننى وانى غير متلائم المزاج					
٩٢	أشعر أن الناس غير أصدقاء لى ولا يحبوننى					
٩٣	أشعر بأننى اقل شأناً من الآخرين					
٩٤	أحس بفقدان فى الوزن					
٩٥	أعمل رسم قلب كهربائى					
٩٦	أحس بما يشبه الغصة فى حلقى					
٩٧	يزول الم القولون بعد التبرز او بعد التخلص من الغازات					
٩٨	أحس بعدم انتظام ضربات القلب					
٩٩	ألاحظ اكزيما فى جزء من جلد الأطراف مع خشونة وتلون الجلد عند الحكة					
١٠٠	أحس بأن نفسى مكروش					
١٠١	ألاحظ وجود زيادة فى الوزن					
١٠٢	أحس بوجود إمساك					
١٠٣	اشعر بزغللة فى النظر وعدم وضوح الرؤية					
١٠٤	أعانى من زيادة العرق باليدين وتحت الإبط					
١٠٥	أحس بعدم ارتياح فى مكان فم المعدة					
١٠٦	أحس بنقص الكفاءة بالنسبة لبذل المجهود					
١٠٧	أشعر بحكة فى احد اجزاء جسمى مع وجود خشونة فى المكان					
١٠٨	أحس بجيشان عاطفى للمزاج لا أستطيع التحكم فيه					
١٠٩	أشعر بالكآبة					
١١٠	تنتابنى نوبات فقدان الوعى					
١١١	أعانى من الصداع مع صعوبة النوم					
١١٢	اشعر بحكة شديدة فى المنطقة الشرجية					
١١٣	أحس بالعقبات والمواقف الحرجة عند إنجاز العمل					
١١٤	أحس ببرودة الأطراف					
١١٥	تتعرض بعض أجزاء جلدى للاحمرار مع وجود قشور عليها تتكرر حتى بعد أزلتها					
١١٦	أشعر برعشة فى الأطراف					

١١٧	اشعر بحكة فى الوجه حول الأنف					
١١٨	أعانى من ضعف الشهية					
١١٩	أعانى من وجود بقع حمراء مرتفعة عن البشرة على هيئة دوائر مع رغبة فى الحكة وتزول ثم تظهر فى نفس المكان					
١٢٠	أعانى من الأرق وقلة النوم					
١٢١	أشعر بالصداع					
١٢٢	أشعر بعدم الاهتمام بالأشياء					
١٢٣	بعض الأقارب يحس بأمراض القلب					
١٢٤	أعمل تحليلات وأشعة للقلب					
١٢٥	أحس بضرورة سؤال الآخرين عما يجب عمله					
١٢٦	أؤدى الأعمال ببطء شديد لأتأكد أنه قد تم تاديتها صحيحة					
١٢٧	أعمل على المراجعة مرة أخرى لكل عمل اؤدية					
١٢٨	أحس بصعوبة فى اتخاذ القرار					
١٢٩	اشعر أن عقلى فاضى					

تعليمات المقياس

اننى اقوم ببحث علمى والمرجو منك قراءة كل عبارة من العبارات المدونة فى الصفحات التالية ووضع علامة (√) امام كل عبارة وتحت العمود المناسب حسب انطباق الحالة عليك ٠ وسوف تلاحظ وجود اربعة احتمالات امام كل عبارة

١- اختيارك للعمود الاول " دائما " يدل على ان الموقف ينظبق عليك طوال الوقت

٢- اختيارك للعمود الثانى "احيانا" يدل على الموقف ينطبق عليك فى بعض الاوقات ولاينطبق عليك فى اوقات اخرى

٣- اختيارك للعمود الثالث "نادرا" يدل على الموقف ينطبق عليك فى اوقات قليلة جدا

٤- اختيارك الرابع " ابدا" يدل على ان الموقف لاينطبق عليك فى اى وقت

مع العلم بأن هذه البيانات سرية ولايطلع عليها سوى الباحثة ولاغراض البحث العلمى فقط

م	بنـــــود المقياس	دائما	احيانا	نادرا	ابدا
١	أكذب كى أتجنب العقاب .				
٢	لا أحب أن أرى شخص أحسن منى .				
٣	فى كثير من الأحيان أقوم بعمل عكس ما يطلب منى .				
٤	أفضل اوقاتى عندما أكون بعيدا عن الناس .				
٥	الكذب ينقذنى من مواقف محرجة .				
٦	عندما تتاح لى الفرصة أقوم بأكل طعام زملائى دون معرفتهم .				
٧	أشعر بأننى غيور جداً .				
٨	أحب عمل ما أريده وليس ما يريده الآخرون .				
٩	أجد صعوبة فى تكوين علاقات مع الآخرين .				
١٠	أحب عمل المقالب فى الآخرين .				
١١	أنا لا أقول الحقيقة .				
١٢	أحب أن أخذ أشياء ليست من حقى .				
١٣	أكره أن يكون لزميلى ملابس أفضل منى .				
١٤	أطيع الأوامر ظاهرياً وأقوم بعدم تنفيذها .				
١٥	عندما يهيننى أحد فإننى أضربه فوراً دون تفكير .				
١٦	من السهل أن أرتبك عند الكلام مع الآخرين .				
١٧	أضطر للكذب كى لا يغضب منى احد .				
١٨	عندما اشعر أن أحد أفضل منى أقوم بسرقته .				
١٩	أشعر بأننى اقل شأنا من زملائى .				
٢٠	أخرج على النظام الذى تسير عليه المؤسسة .				
٢١	أعمل برأي مع علمى بأنه خطأ .				
٢٢	أجد صعوبة فى الإستمرار فى علاقات مع الآخرين .				
٢٣	أشعر بالإرتباك والقلق فى المناسبات .				
٢٤	أكذب حتى ولو لم يكن هناك سبب لذلك .				
٢٥	أتضايق عند إمتلاك زميلى أشياء لا امتلكها .				

٢٦	أسرق الأخرين لانهم يستحقون ذلك .				
٢٧	لا أتقبل اراء الاخرين رغم صحتها٠				
٢٨	أشعر بالضيق عندما أرى شخص يفعل أشياء حُرمت منها.				
٢٩	عندما يهيننى أحد أقوم بالاعتداء عليه بالقول .				
٣٠	تراودنى الرغبة أحياناً فى تحطيم اى شئ .				
٣١	أكذب كى أبدوا أمام الجميع بمظهر حسن٠				
٣٢	عندما أهُزم فى اللعب مع أصدقائى أقوم بإفساد اللعب .				
٣٣	أشعر بأنه لا يوجد من يفهمنى بسهولة .				
٣٤	أتضايق عندما يمدح أحداً غيرى .				
٣٥	أرى أن قوة الشخصية معناها عدم إطاعة كلام الأخرين				
٣٦	أخذ أى شئ يعجبنى عندما لا يرانى أحد .				
٣٧	الكذب يبعدنى عن المشاكل .				
٣٨	أشعر أننى على صواب .				
٣٩	ينتابنى الشعور بإلحاق الضرر بالآخرين .				
٤٠	أشعر بصعوبة بالغة فى التحدث عن مشكلاتى .				
٤١	يوجد بعض الأفراد أكرههم لدرجة أننى أود التخلص منهم.				
٤٢	أقوم بإثارة غضب الآخرين وذلك بترويج الإشعاعات عنهم.				
٤٣	أصر على الكذب مهما أنكشف أمره .				
٤٤	إذا أتيحت لى الفرصة للسرقة فأننى لا أضيعها .				
٤٥	أصر على تنفيذ أرائي مع عدم صحتها فى بعض الأوقات.				
٤٦	أشعر بالفخر عندما أكذب على الآخرين .				
٤٧	أرغب فى الإنتقام ممن يهيننى ويضربنى .				
٤٨	أشعر بالخجل عند مقابلة الناس والحديث معهم .				
٤٩	أسرق عندما لا أجد ما يكفينى من مال .				
٥٠	عندما اقتنع بعمل أقوم به ولا أهتم بآراء الآخرين .				

Abstract

Introduction

Family is the first social context for the child . It is the referential group through which he can react and obtain the lessons of life and so feel safe and warm .Social settings develop one's skills and abilities and learn attitudes and values prevailed in socity .

The disadvantaged children from family and its merits will lose all its previlage which he can acquire through the family .

The child or the adolescent who live in a dissociated family or family deprived is homeless children deprived from psycological gains which they can get through the normal family .

When it becomes difficult for those children to be in a family gives him love and sympathy , society becomes in charge of caring them and trying to nursing them in good conditions let them away of deviant behaviours .

Institutions are considerd to be so important to develop value prosocial factors in the delinquents and orphans who lacked family care .

Social care deficit in such institutions has passive effects on those poor population : So the study is interested in institutions either official or private on psychosomatic disorders and behavioural deviants .

Aims of the study :

The study has been performed as an attempt to shed light on the relationship between social care deficit, psychosomatic disorders and behavioural deviants in institution centers .

Sample

The study was conducted on (128) from institutionalized (13-18 years; means 15.09 and SD 2.55) from official and private institutions .

Official institutions participants were 66 divided as follow :
36 male and 30 female .

Private institutions participants were 62 divided as follow :
32 males and 30 females.

The male participants in the study were 68 (mean age 14 , 84 and SD 1.86)
The female participants were 60 (mean age 15.38 and SD 1.75)

Hypothesis of the study :

1-There are negative significant statistically correlation between social care level in the institiutions either official or private and psychosomatic disorders.

2-There are negative significant statistically correlation between social care level in the institutions either official or private and behavioural deviants .

3-There are positive significant statistically correlation between psychosomatic disorders and behavioural deviants in institutionalized either official or private .

4- There are significant statistically differences between the mean degrees of official institutionalized and that of private institutionalized in the scale of psychosomatic disorders in favor of official institutionalized .

5- There are significant statistically differences between the mean degrees of official institutionalized and that of private institutionalized in the scale of behavioural deviants in favor of official institutionalized .

6- There are significant statistically differences between the mean degrees of males and females of official and private institutions in the scale of psychosomatic disorders in favor of females .

7-There are significant statistically differences between the mean degrees of males and females of official and private institutions in the scale of behavioural deviants in favor of males .

8- There are significant effects of both gender (male / female) and institution kind (official / private) on psychosomatic disorders in the official and private institutionalized

9-There are significant effects of both gender (male / female) and institution kind (official / private) on behavioural deviants in the official and private institutionalized .

Tools of the study .

- To be sure of the hypothises the researcher used the following tools .
- Data collecting sheet.
- Level of social care in institutions inventory .
- Psychosomatic disorders scale .
- Behavioural deviants scale .

Statistical analysis :

1-Simple person coefficient correlation .
2- " T " test .
3- Dual analysis of variance (2 × 2) .
4- Schéffe test .

Results :

1- There are negative significant statistically correlation between social care level in the institutions either official or private and psychosomatic disorders except in the skeletal muscles system and urinary - sexual system .

2- There are negative significant statistically correlation between social care level in the institutions either official or private and behavioural deviants except in the tendency to social isolation and theft .

3- There are no positive singnificant statistically correlation between psychosomatic disorders and behavioural deviants in institutionalized either official or private except in the tendency to social isolation and stubbornness

4-There are no significant statistically differences between the mean degrees of official institutionalized and that of private institutionalized in the scale of psycheosomatic disorders .

5- There are no significant statistically differences between the mean degrees of official institutionalized and that of private institutionalized on the scale of behavioural deviants except the theft dimensions in favor of official institutionalized . Jealousy in favor of private institutionalized .

6-There are no significant statistically differences between the mean degrees of males and females of official and private institutions in all dimensions of psychosomatic disorders scale .

7- There are no significant statistically differences between the mean degrees of males and females of official and private institutions in the scale of behavioural deviants except the tendency to social isolation in favor of female and theft in favor of male .

8- There are significant effects of both gender (male / femal) and institution kind (official / private) on psychosomatic disorders in the official and private institutionalized except in the disorders of skeletal muscles .

9-There are no significant effects of both gender (male / femal) and institution kind (official / private) on behavioural deviants in the official and private institutionalized except in social isolation and lie .

This study highlights the effects of social care deficit on psychosomatic disoeders and behavioural deviants in official and private institutionalized population .

It recommended to improve social care level inside those institutions since it related to psychosomatic disorders and behavioural deviants .

Zagazig University
Faculty Of Art
Department Of Psychology

Social care deficit and its relation with psychosomatic disorders and behavioral deviants in official and private institutionalized

Thesis Submitted

By

Mona Abd El Latif Abd El Hamid Gad El Hak

In fulfillment of Master's degree in Arts

Psychology

Supervised By

Prof. Dr. Rawia Mahmoud Hussein Deswki
Prof. of Psychology

Faculty of Art - Zagazig University

2005