

## الاحترق النفسي لدى أمهات أطفال الشلل الدماغي

## PSYCHOLOGICAL BURNOUT AMONG MOTHERS OF CEREBRAL PALSY

جامعة وهران 2 الجزائر	علم النفس العيادي	رايس نعيمة نريمان* Rais Narimene Naima <a href="mailto:raisnarimenepsy@gmail.com">raisnarimenepsy@gmail.com</a>
جامعة وهران 2 الجزائر	علم النفس العيادي	ميموني معتصم بدرة Pr. Badra Moutassem Mimouni <a href="mailto:Mimbadri2013@gmail.com">Mimbadri2013@gmail.com</a>
DOI : 10.46315/1714-012-002-023.		

الإرسال: 2022/10/15 القبول: 2022/11/11 النشر: 2023/06/16

ملخص:

يسعى البحث إلى تطبيق برنامج علاجي نفسي جماعي لأمهات أطفال الشلل الدماغي، حيث تعانين من تعب نفسي وجسدي بسبب الإعاقة ونظرة المجتمع لهن. تضمن البحث ثلاث مراحل: الأولى تم فيها تشخيص الاحتراق النفسي بتطبيق مقياس الاحتراق النفسي ومقياس الضغط النفسي. ثانيا تم اختيار مجموعة البحث المكونة من ثمانية أمهات اللاتي تترددن على مصلحة الطب الفيزيائي والتأهيل الوظيفي بمستشفى وهران. أما المرحلة الثالثة تم فيها تطبيق البرنامج العلاجي النفسي الجماعي.

و لقد توصلنا إلى أن البرنامج العلاجي النفسي الجماعي، إضافة إلى حصص الاسترخاء والتنفس العميق، لها فعالية لتخفيف من الاحتراق النفسي لدى أمهات الأطفال المشلولين دماغيا.

كلمات مفتاحية: العلاج النفسي الجماعي؛ أمهات الطفل المشلول دماغيا؛ الاحتراق النفسي؛ الضغط النفسي.

**Abstract :**

The research seeks to implement a group psychotherapy program for mothers of cerebral palsy children, who suffer from psychological and physical fatigue due to disability and society's view of them. The research included three stages: the first was in which the psychological burnout was diagnosed by applying the psychological burnout and stress scale. Secondly, a research group consisting of eight mothers. As for the third stage, the group psychotherapy program was applied. And we have found that the group psychotherapy program, is effective in alleviating psychological burnout among mothers of cerebral palsy children.

**Keywords:** Group psychotherapy; Mothers, Cerebral palsy child; Parental burnout; Perceived psychological stress.

\* - الباحث المرسل: [raisnarimenepsy@gmail.com](mailto:raisnarimenepsy@gmail.com)

## 1- مقدمة:

غالبا ما تمتد الإعاقة إلى أبعد من إصابة الفرد لتشمل أفراد الأسرة، خصوصا الأم لأنها المتكفل الأول برعاية الطفل وتحديدًا إذا كان مصابا بالشلل الدماغي لأنها من أعقد الإعاقات لما تتسم به من إعاقة حركية، ضعف للقدرات العقلية، خلل وظيفي في الكلام والنطق...بحكم مكان الإصابة الدماغية بمناطق الجهاز العصبي المركزي و لما تتطلبه من رعاية خاصة وتكفل مستمر وهذا ما يجعل الأم في حيرة دائمة بين المسؤوليات الملقاة على عاتقها (أم، ربة بيت، عاملة...).

ونظرا لنقص المؤسسات المتخصصة في التكفل بهذه الفئة، فغالبا ما تتحمل الأم مسؤولية العبئ الكبير جراء إعاقة طفلها، وهذا ما يضاعف النزيف الطاقوي والألم النفسي للأمهات، مما يشكل لهن صدمة أو جرح نرجسي وتعيش وضعا من الضغط النفسي الشديد، ينتج عنه درجة مرتفعة من الاحتراق النفسي نسبة لآثاره السلبية من إنهاك بدني، عقلي وانفعالي. وهذا ما يجعلها تعاني من عدم الاستقرار النفسي والاجتماعي، وظهور اضطرابات سيكوسوماتية، كما أنها تعيش حالة توتر مما يتسبب لها بالإرهاك والتعب الفكري، كما أنه قد يبرز على شكل رفض للواقع وبالتالي التخلي عن الطفل أو إهماله.

زيادة على عبء الإعاقة، هناك عدة عوامل ضاغطة نذكر منها: مشكل السكن، بطالة الزوج، صراعات علائقية ... وكل هذا يزيد من المخاوف، القلق المزمن، أعراض الإكتئاب، الشعور بالذنب، الإزعاج، الضيق والحرج الاجتماعي... مما قد يساهم في تطوير متلازمة الاحتراق النفسي.

ولهذا الأمر، اقترحت برنامج علاجي نفسي جماعي لأمهات الأطفال المشلولين دماغيا لتقديم تدخلات علاجية مستندة على روح ديناميكية الجماعة. وبحكم ممارستي العيادية وإضافة إلى ملاحظاتي العلمية الممنهجة، لاحظت بأن مثل هذه الحالات لا ينفع معها العلاج الفردي (حيث تعود إلى الانتكاسة بعد فترة من العلاج)، وعليه فكرت في تبني المقاربة العلاجية الجماعية. وانطلاقا مما سبق يتسنى لنا طرح الإشكالية التالية:

- هل للبرنامج العلاجي النفسي الجماعي فعالية في التخفيف من الاحتراق النفسي لدى أمهات الأطفال المشلولين دماغيا؟.

فرضية البحث :

- للبرنامج العلاجي النفسي الجماعي فعالية في التخفيف من الاحتراق النفسي لدى أمهات الأطفال المشلولين دماغيا.

أهمية الدراسة :

الأهمية العلمية النظرية: تكمن في تقديم بحث علمي بمجال اختصاصنا "العلاجات النفسية"، وذلك لإثراء البحوث العلمية ومحاولة المساهمة في إضافة بعض المعلومات والبحث في الموضوع قصد الاستفادة.

و تعتبر هذه الدراسة إحدى المحاولات العلمية للتعرف على الضغوط النفسية التي تواجهها الأمهات، كما تضيء لنا الطريق في أسلوب المعالجة الجماعية، بهدف التوصل إلى نتائج إيجابية لها جوانبها التأصيلية ودلالاتها العيادية المشجعة والتي تفتح آفاق جديدة للممارسين في الميدان العيادي لتبني أساليب علاجية أخرى. والباحثين في وضع إستراتيجيات لعلاج الاحتراق النفسي الأمومي.

الأهمية العملية التطبيقية:

تجلى أهمية الدراسة الحالية عمليا في النقاط التالية:

- إن العلاج النفسي الجماعي حديث النشأة وتطبيقاته في الجزائر لا يزال ضمن حدود ضيقة في مجال معالجة الضغط النفسي، حيث أن كل الممارسات العلاجية سواء في المستشفيات النفسية العامة أو العيادات الخاصة أو مراكز علاج الإدمان... تقوم على أساس جهود فردية لا تحظى بالاهتمام من قبل الباحثين.

- إن هذه الدراسة ستؤدي إلى تشجيع تطبيق البرامج العلاجية النفسية الجماعية في معالجة جميع الاضطرابات النفسية حتى لا تحدث لهم انتكاسة وهم منتظمين في برنامجهم العلاجي .

- الكشف عن دور العلاج النفسي الجماعي في تحقيق التوافق الشخصي والاجتماعي حيث يجد الفرد سعادته في تفاعله الاجتماعي .

- كذلك تهيئة فرصة تفاعل كل فرد بإيجابية ورؤية نفسه في الآخرين واعترافه بالمشاعر المكبوتة.

ومن أهم الدراسات السابقة التي برزت في مجال بحثنا نذكر دراسة البروفيسور:

معتصم بدره ميموني (Moutassem-Mimouni et al,2021) ومساعدتها بدراسة في إطار مجموعة بحث دولي حول الاحتراق النفسي الوالدي (PBA) بترجمة وتطبيق مقياس الاحتراق النفسي الوالدي المصمم من طرف (Roskam et al, 2018) وخلصت الدراسة أنّ النساء أكثر

عرضة للاحتراق النفسي وخاصة أمهات الأطفال ذوي إعاقة. شملت هذه الدراسة الاستكشافية 337 مستجيباً، 61.13% من الإناث (أم) و(39.3%) أب. بلغ معدل الاحتراق النفسي الوالدي (3.9%) بفارق 1.3 بين الآباء والأمهات لصالح الأمهات (3.1%) و(4.4%) على التوالي). تظهر هذه النتيجة أن الأمهات أكثر عرضة للإرهاق من الآباء، لأنهن تتعرضن لضغوط كبيرة خاصة في الأسرة الكبيرة. (Moutassem- Mimouni, 2016, p25-45) وفي دراسة حول متلازمة الاحتراق النفسي الوالدي من طرف روسكام وميكولاجاكزا .

تبيّن أن هذا الاضطراب يظهر عندما يختل التوازن بين الموارد الانفعالية الدور الوالدي. هدفت هذه الدراسة إلى استكشاف بعض العوامل السياقية والنفسية المرتبطة بالاحتراق الأمومي، وبشكل عام أشارت النتائج إلى أن التوظيف بدوام كامل، والعيش بدون شريك، يؤثران سلباً بالاحتراق الأمومي. (Roskam,2018) et Mikolajczka

في أوروبا، ظهرت دراسات حول الاحتراق الوالدي خصوصاً لدى الأمهات في العقد الأول من القرن الحادي والعشرين في السويد وتركيا، ومؤخراً في دراسة بلجيكية اقترح (2018, et al Mikolajczak) نموذج عامل خطر للإحتراق الوالدي يشمل هذا النموذج العصابية، وتجنب التعلق، وعدم التنظيم الأسري كعوامل خطر. ومن ناحية أخرى وجد أن الذكاء العاطفي، الأبوة الإيجابية، الاتفاق المشترك، والرضا الزوجي تكون عوامل وقائية ضد الاحتراق الوالدي. والحاجة إلى الكمال، وتأثير وجود/ غياب والد الطفل، وإستراتيجيات التكيف التي وصفها (لازاروس وفولكمان، 1984) المستخدمة في سياق محدد من الاحتراق الوالدي.

كما درس (2018 Taishi Kawamoto et al)، الاحتراق النفسي الوالدي في اليابان وعلاقته بصفة المثالية لديهم "perfectionnisme" كعامل خطر. زادت هذه الدراسة في تحسين فهم الاحتراق الوالدي بطريقتين:

1- السعي إلى التحقق من صحة النسخة اليابانية لمقياس الاحتراق النفسي الوالدي (PBI-)-2 لفهم ما إذا كان الاحتراق الوالدي سائداً أيضاً خارج أوروبا أو مجرد ظاهرة محددة ثقافياً. ومن أهم ما اكتشفناه في دراسة " صلاحية تقييم الاحتراق النفسي المرتبط بالأبوة عند العاملين الألمان" ل:

(Van Bakel et al, 2018)، هو أن الرجال أظهروا مستويات أعلى في الاحتراق النفسي وخاصة الابتعاد العاطفي وانخفاض الإنجاز الشخصي فيما يخص واجباتهم اتجاه أبنائهم أما النساء فقد أظهرن مستويات أعلى في الاحتراق النفسي المتعلق بالصراعات بين العمل والأسرة..

دور المرأة بارز جدا في المنزل مما يستنفذ وقتها وطاقتها أما الرجل فيسعى دوما لأن يكون مسيطرا بالعمل مما قد يؤدي إلى ابتعاده العاطفي عن الأسرة.

وقد أشارت العديد من الدراسات التي اهتمت بالجانب النفسي لأسر المعاقين إلى أن معظمهم قد تتعرض لضغط نفسي شديد، حيث تشير إلى أن وجود طفل معاق في الأسرة سواء أكانت إعاقة جسمية أم عقلية أم حسية تعتبر صدمة قوية للأسرة عامة، وللأم بشكل خاص . (الدهيمات وأحمد يحيى، 2008، ص37)

تؤثر إعاقة الطفل على طبيعة علاقات الأسرة إذ أنها تتأثر بمجيء الطفل المعاق وخاصة إخوة المعاق يشعرون بالتخلي وتقديم حاجيات المعاق على حاجياتهم. (قلو ومعتصم-ميموني، 2021). وهذا ما توصلت إليه دراسات أخرى والتي كشفت عن صور متعددة لعدم التكيف الأسري، وحدث العديد من التباين بين أفراد الأسرة حول سبل رعاية المعاق، وخلصت الدراسة إلى وصف "أسرة المعاق بأنها أسرة متعددة المشاكل" Multi problems family، حيث تتميز بعدم الاتزان العاطفي والانفعالي، والمناخ السيكولوجي غير الملائم. (محمد عبد الرحمن، 2006، ص155).

يرى الكثير من الباحثين أن الطفل المعاق هو مصدر يعزز زعزعة العلاقات الأسرية ووظائفها، يرى آخرون أن وجود مستوى عال من الضغط لدى أولياء الأطفال المعاقين لا يؤدي بالضرورة إلى الاختلال الوظيفي فوفقا ل (Kazaket Marvin, 1984) إن الضغط النفسي لدى أسر المعاقين هو واقعي وعام، وتتكيف معه الأسرة بصورة واقعية. (Morin & Lacharité, 2004,p164)

و لقد سعت الدراسات لإبراز أهمية العلاج النفسي الجماعي في التكيف الاجتماعي، حيث قام الدهيمات (2008)، بتطبيق برنامج علاجي جماعي يستند على المعرفة السلوكية، ل36 أم (طفل معاق)، ما أدى إلى انخفاض درجة الضغط النفسي لديهن.

و لقد استخلصنا وجود ضغط كبير وعزلة أولياء المعاقين وخاصة الأم نظرا :

(1) لعمق الإصابة ومتطلباتها.

(2) للوصم الاجتماعي الحقيقي أو المتصور .

(3) السلوك الانعزالي لدى الأم وهذا التمرکز حول الطفل هو نتيجة خوف معقول وبوحي بوجود شعور بالذنب. لهذا يجب إيجاد طريقة علاجية تخرج الأم من هذه الحلقة المغلقة التي تستنزف قواها.

فبعد قراءة دراسات Didier Anzieu (1996)، حول الجماعة (الصغيرة) وأدوارها، أدركنا أنّ الجماعة ستساعدنا على الحصول على نتائج أحسن من العلاج الفردي لأن الجماعة المنتظمة تشكل غلاف يحوي أعضاء الجماعة ما يشعرهم بالاطمئنان والأمان وخلال التفاعلات الشعورية واللاشعورية تتقوى التقمصات والتي يمكنها أن تساعد الأمهات بالانتفاع من خبرة الأخريات وتنمي الودية والتضامن فيما بينها.

## 2- المنهج وطرق معالجة الموضوع (Methods):

### المنهج المتبع والأدوات العيادية المستخدمة في الدراسة الميدانية:

ولأن دراستنا تعتمد على تقديم علاج نفسي جماعي، بهدف تخفيف الضغط والاحتراق النفسي، اعتمدنا على المنهج الإكلينيكي لكونه الملائم لطبيعة موضوع الدراسة من جهة، ولفردانية الحالات من جهة أخرى، حيث يسمح لنا بالوقوف على الواقع النفسي للأمهات من خلال دينامية الميكانزمات الدفاعية والصراع النفسي فهو يهتم بدراسة الحالة لتكوين صورة معمقة ومتكاملة عن شخصية متفردة لها تاريخ، ولها أبعادها في واقعها الحاضر، ولها تطلعاتها إلى المستقبل.

وهذه دراسة عيادية، علاجية وتجريبية لذا اعتمدنا على عدة تقنيات نفسية وهي الملاحظة والمقابلة العيادية والاختبارات النفسية منها:

### 1-مقياس إدراك الضغط النفسي للفنستين:

#### 1.1- وصف الاختبار:

أعد هذا الاختبار من طرف الباحث لفنستين وآخرين سنة 1993 بهدف قياس مؤشر إدراك الضغط، يتكون هذا الاختبار من 30عبارة تميز منها بنود مباشرة وغير مباشرة. هناك أربع اختيارات عند الإجابة على كل عبارة من عبارات الاختبار وهي بالترتيب: تقريبا ؛ أبدا ؛ أحيانا ؛ كثيرا ؛ عادة. (Levenstein S, et al. J Psychosom Raes, 1993p73)

#### 2.1 كيفية تصحيح وتنقيط عبارات الاختبار:

يتم التدرج فيها من واحد(1) إلى أربعة(4) نقاط، وهذه الدرجات تتغير حسب نوع البنود، فالبنود المباشرة تنقط من (1) إلى (4) من اليمين (تقريبا أبدا) إلى اليسار (عادة). أما البنود غير المباشرة فتنتقط من (4) إلى (1) من اليمين (تقريبا أبدا) إلى اليسار (عادة). (حكيمة آيت حمودة، 2005، ص225)

يتم الحصول على القيم الخام بجمع كل النقاط المتحصل عليها في الاختبار من البنود المباشرة والغير مباشرة، وتتراوح الدرجة الكلية بعد حساب مؤشر إدراك الضغط من الصفر(0) ويدل

على أدنى مستوى من الضغط إلى واحد (1)، ويدل على أعلى مستوى ممكن من الضغط.  
(Cohen,1988,p27)

## 2. مقياس الاحتراق النفسي الوالدي: (PBA) Parental Burnout Assasement

### 1.2 وصف القياس:

مقياس الاحتراق النفسي هو سلم اقترحه في بادئ الأمر كل من (Jackson et Maslach, 1981) لمهن القطاع الصحي والأساتذة، المدرسين، الشرطة، ليقيس أعراض الاحتراق النفسي في العمل، وفي الآونة الأخيرة ظهرت دراسة بلجيكية لمجموعة بحث مسيرة من طرف (ميكولاجزك وروسكام، 2018)، وآخرون على الوالدين وسعي مقياس الاحتراق الوالدي (BPA = parental burnout assessment)، وتم قياس احتراق الأمهات وذلك من أجل تقييم شدة الاحتراق الأمومي (L'épuisement maternel).

### 2.2 المستويات الأربعة لتقدير الاحتراق النفسي الوالدي:

يتكون هذا المقياس من 23 بنداً يسمح بعرض المستويات الأربعة للاحتراق النفسي، تمت الإجابة عنها حسب نموذج ليكرت Likert Scale المصادق عليه المكون من سبعة نقاط:  
(من 0: "أبداً" إلى 6: "كل يوم").  
المستويات الأربعة للاحتراق النفسي:

#### 1- الإنهالك الوالدي: Exhaustion L' épuisement Parentale

يقيس الإرهاق الوالدي بسبب رعاية الأبناء مثال: "لدي إحساس أنني متعب(ة) تماماً بسبب دوري كوالد(ة)".

#### 2- تباين الطابع الشخصي وتبدد الشخصية: Contrast Dépersonnalisation

يقيس المشاعر مقارنة نفسه كيف كان وكيف أصبح كأب/أم: "أصبحت أستحي من نفسي كوالد(ة)".

#### 3- التشبع وتدني الشعور بالإنجاز الشخصي مع فقدان المتعة: PBA-Saturation

يقيس الرغبة في النجاح والإنجاز الشخصي لمواجهة مرض الأبناء ومتاعبهم:  
"لم أعد أتحمّل كوني والداً(ة)".

#### 4- التباعد العاطفي والإرهاق: PBA-Distancing

يقيس الشعور بالتباعد وعدم تلبية حاجيات الأبناء: "لم يعد بإمكانني أن أظهر لأولادي مدى حبي لهم".

## 2.3 كيفية تنقيط المقياس:

على الأمهات أن تجبن على كل بند بالتعبير عن شدة ردود أفعالهن، و يصنف الفرد على أساس أن درجة الاحتراق عنده تتراوح ما بين مرتفعة، معتدلة أو منخفضة. وليتم تشخيص الإصابة بالاحتراق النفسي، يجب أن يكون لدى الشخص 65% من الأعراض (البنود) يوميا. ومن أجل الحصول على شدة الاحتراق النفسي يتم جمع إجابات كل مستوى على حدى وهذا من أجل الوصول إلى درجة وشدة كل بعد من الأبعاد الأربعة .

## 3. حدود الدراسة:

1.3 الحدود الزمانية: الفترة ما بين 01-06-2019 إلى غاية 12-02-2020.

3.2 الحدود المكانية: مكان إجراء الدراسة هو مصلحة الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل الوظيفي بالمستشفى الجامعي بوهران CHUO. كما قد تفاوت مكان تواجد الحالات، بين مكتب الأخصائية النفسانية وقاعة إعادة التأهيل الوظيفي الخاصة بالنساء.

3.3 الحدود البشرية: مجموعة من الأمهات المترددات أسبوعيا على مصلحة الطب الفيزيائي

من أجل إعادة التأهيل الوظيفي والتكفل النفسي والأرطفوني لأطفالهن المشلولين دماغيا، تتراوح أعمارهن من 25-42 سنة، تتوزع حسب مستويات تعليمية مختلفة من السنة أولى متوسط إلى شهادة اليسانس، كما تعيش الحالات أوضاعا اجتماعية متباينة، إلا أنهن يتقاسمن نفس المعاناة والمعاش النفسي اليومي مع أطفالهن المصابين بالشلل الدماغي. ولقد تم اختيار العينة في مرحلتين: الأولى انتقاء الحالات الأكثر تضررا عن طريق قياس الضغط النفسي، وبعدها قياس الاحتراق النفسي.

## خصائص مجموعة البحث:

## الجدول رقم: 01

## عنوان الجدول : خصائص مجموعة البحث

الحالات	السن	المستوى الدراسي	جنس الطفل	عمر الطفل	سن اكتشاف المرض	نوعية الإصابة
أم "أ"	25 سنة	الثالثة ثانوي	ذكر	4 سنوات	6 أشهر	شلل دماغي تشنجي
أم "ب"	27	السنة الثانية	ذكر	سنتين	9 أشهر	شلل دماغي ارتخائي

	سنة	متوسط	ونصف		
أم "ج"	27 سنة	الثالثة ثانوي	أنثى	5 سنوات	12 أشهر
أم "د"	30 سنة	الثالثة ثانوي	أنثى	6 سنوات	8 أشهر
أم "س"	31 سنة	السنة الأولى متوسط	أنثى	3 سنوات	10 أشهر
أم "م"	32 سنة	السنة الأولى جامعي	ذكر	8 سنوات	7 أشهر
أم "ل"	39 سنة	شهادة الليسانس	أنثى	6 سنوات	8 أشهر
أم "هـ"	42 سنة	السنة الثالثة متوسط	أنثى	سنتين	4 أشهر

يوضح لنا الجدول رقم 01، أن كل الأمهات لديهن مستوى تعليمي متفاوت إلا أنه ساعدهنّ على تقبّل الحصوص العلاجية والتجاوب معها. كما أن عدة عوامل ساعدت في ذلك نذكر منها: متوسط السن للأمهات المتمثل في: 31,62 سنة. حيث ساعدهن سنهن المتقارب بينهن على فهم بعضهن وتقاسم انفعالاتهن وخبراتهم .

كذلك متوسط عمر الأطفال قدر ب: 4,5 سنة (سنهم من 2 إلى 8 سنوات)، فكل أبنائهن في مرحلة نمو نفسي حركي ويتطلبون تكفل شامل من طرف الأمهات والفريق الطبي. أما فيما يخص متوسط سن اكتشاف الإصابة فانحصر في: 8 أشهر، وهو الوقت المناسب لتشخيص مبكر للمرض والسعي نحو البحث عن العلاج عند فريق طبي وشبه طبي متعدد التخصصات لما تشمله الإعاقة من تعقيدات والتي تختلف من شخص لآخر.

المرحلة الثانية: بعد انتقاء الحالات الثمانية التي تعانين من احتراق نفسي ومستوى ضغط مرتفع، أجرينا مقابلتين عياديتين مع الحالات بهدف إقامة تحالف علاجي وعقد معنوي ومن أجل جمع معلومات حول تاريخها وراهنها. وبعد موافقتهم على العلاج قدمنا لهم أبعاد العلاج الجماعي وفروعه.

المرحلة الثالثة: حضرنا ثم طبقنا البرنامج العلاجي بهدف التخفيف من حدة الاحتراق النفسي لدى الأمهات:

صممنا خطة علاجية مبنية على أساس جلسات جماعية طبقنا من خلالها عدة تقنيات منها:

- أسلوب المناقشة الجماعية وتقاسم الخبرات.

- لعب الأدوار، السيكودراما وتقنية الكرسي الفارغ.

- الاسترخاء ( التخيل والتنفس الصحيح).

.سير العلاج وصعوباته :

من خلال الحصص وجدنا تقبل كبير لدى الأمهات لأنها تعيش عموما في عزلة نظرا للعبء الكبير الذي تعيشه جراء عمق الإعاقة من جهة ونقص المؤسسات المتخصصة في التكفل بهؤلاء المعاقين، فكانت تعيش هذه الحصص كتفويج وتسلية. وأصبح لقاؤهن عادة بالنسبة لهن يلتقين في دوريات بمنازلهن مع أطفالهن. لأن المجتمع عادة ما يتفادى دعوتهم مع أطفالهن. إن تقاسم العبء والتجربة والمعاناة الانفعالية والعاطفية ساعدهن على نسبة الأمور وكل واحدة منهن تقول: "لست الوحيدة التي تعاني من هذا الوضع..."

واستخلصنا من المقابلات المشاعر التالية: الشعور بالذنب والحرج الاجتماعي، حدة التوتر والقلق، تذبذب صورة الذات والإحساس بالعجز والدونية، اختلال الثقة بالذات ومواجهة الواقع. وهذه النتائج سمحت لنا، خلال العلاج الجماعي، بالعمل على تقليصها كي لا يتضاعف التزيف الطاقوي، الألم والعبء النفسي لدى الأمهات.

### 3- النتائج (Results):

عرض نتائج القياس القبلي والبعدي للضغط والاحتراق النفسي لدى الحالات : بعد تطبيق مقياس الضغط النفسي على 30 أم، لقد تم انتقاء ثمانية أمهات كمجموعة للدراسة التطبيقية، ولقد تحصلنا على مؤشر إدراك للضغط جد متقارب وبمستوى مرتفع وهو مقدر في الجدول رقم "02".

الجدول رقم: 02

عنوان الجدول: نتائج المقاييس القبلي والبعدي لمقياس الضغط النفسي للفنستاين لكل الحالات الثمانية.

مقياس إدراك الضغط Levenstein				الحالات
القياس البعدي		القياس القبلي		
مستوى الضغط	مؤشر إدراك الضغط	مستوى الضغط	مؤشر إدراك الضغط	
منخفض	0,23	مرتفع	0,72	أم (أ)
منخفض	0,18	مرتفع	0,62	أم (ب)
منخفض	0,14	مرتفع	0,76	أم (ج)
منخفض	0,24	مرتفع	0,73	أم (د)
منخفض	0,14	مرتفع	0,73	أم (س)
منخفض	0,08	مرتفع	0,77	أم (م)
منخفض	0,13	مرتفع	0,71	أم (ل)
منخفض	0,1	مرتفع	0,65	أم (هـ)

أما الجدول رقم (03) يظهر لنا أن كل الحالات تعاني من مستوى مرتفع من الاحتراق النفسي الوالدي.

#### رقم الجدول:03

عنوان الجدول: عرض نتائج القياس القبلي والبعدي لمقياس الاحتراق النفسي الوالدي PBA على مجموعة البحث (08 حالات).

مقياس PBA				الحالات
القياس البعدي		القياس القبلي		
مستوى الاحتراق	مؤشر الاحتراق	مستوى الاحتراق	مؤشر الاحتراق	

أم (أ)	82,17	مرتفع	11,73	منخفض
أم (ب)	84,13	مرتفع	7,17	منخفض
أم (ج)	86,73	مرتفع	11,08	منخفض
أم (د)	83,47	مرتفع	9,78	منخفض
أم (س)	82,82	مرتفع	7,82	منخفض
أم (م)	78,26	مرتفع	8,47	منخفض
أم (ل)	69,78	مرتفع	11,08	منخفض
أم (هـ)	82,82	مرتفع	7,17	منخفض

#### 4- مناقشة النتائج (Discussion):

##### مناقشة نتائج المقاييس القبلية للحالات :

انطلاقا من المقابلات العيادية ونتائج المقاييس النفسية، يمكننا استنتاج أن الحالات لديها ارتفاع في درجة الضغط النفسي وهذا ما يجعلها تعاني من عدم الاستقرار النفسي والاجتماعي، وظهور اضطرابات سيكوسوماتية (كالقرحة المعدية، الصدفية، الثعلبية، مرض السكري، الأرق...)، وهذا ما يظهر من خلال تعدد إجابتهن على البنود غير المباشرة في مقياس لفنستاين بالرفض وهي: (17)، (25)، (29).

ومن خلال سرد الحالات لمعاشهن النفسي هناك عدة عوامل ضاغطة تساهم في ذلك نذكر منها: مشكل السكن ("أم أ" "أم ج" "أم م") وبطالة الزوج ("أم ل" و"أم د")، ويبدو هذا من خلال تشابه إجابتهن على البند (30)، (19) من مقياس لفنستاين، الذي يدل أنهن يشعرن بضغط مमित.

و نتيجة لارتفاع مستوى الضغط النفسي لدى الحالات، كانت درجة الاحتراق النفسي مرتفعة أيضا نظرا لآثاره السلبية من إنهاك بدني، عقلي وانفعالي، وهذا ما يؤكد أن الأمهات اللواتي عادة ما يقدمن الرعاية الأساسية لأطفالهن هن أكثر عرضة لمواجهة مخاطر الضغط النفسي بمستويات عالية، وعندما تجمع الأمهات بين أعمال المنزل، العمل المهني ورعاية الأطفال (خاصة

ذوي الاحتياجات الخاصة)، فإنهن يكن عرضة إلى القلق المزمن وأعراض الاكتئاب مما قد يساهم في تطوير متلازمة الاحتراق النفسي.

وبعد التكفل النفسي من خلال جلسات جماعية للحالات انخفض مستوى الضغط النفسي كثيرا. خاصة عند الحالات أم "أ" و أم "ج" و أم "س" و أم "م".

تم التحصيل على مؤشر إدراك الضغط عند أم (أ) يقدر ب0,23، هذه الدرجة تدل على مستوى منخفض من الضغط لديها كونها تقع تحت المتوسط ويظهر من خلال إجابتها على البنود غير المباشرة بالقبول مثل(1)، (7)، (10)، (17) فهي تشعر بالراحة والهدوء نظرا للدعم الذي تلقته من خلال البرنامج العلاجي، ومن حصص التنفس الصحيح مع الاسترخاء العضلي والذهني كما أنها أحيانا تشعر بالتعب والإرهاق الفكري، ويتضح هذا من خلال إجابتها على البند (26)، فهي تفكر كثيرا فيما يمكن أن تقوم به لأجل تحسين حالة ابنتها، ومقارنة بالقياس القبلي لإدراك الضغط لدى أم (أ) نجد فارق كبير في درجة مؤشر الضغط، حيث كان مجموع الدرجات الكلية قبل التكفل النفسي (مج=94) درجة بمعدل مؤشر ضغط يقدر ب0,72، بينما انخفض أيضا مؤشر الاحتراق النفسي بعدها ليصل إلى 11,73 درجة بعدما كان يقدر ب82,17، وهذا لأنها كانت بحاجة ماسة لمن يدعمها نفسيا ويظهر أيضا من خلال شبكة الملاحظة بحيث أنها أصبحت تتمتع بالحياة، وكانت أم "هـ" حالة استثنائية لتضافر عدة عوامل معيقة لها لمدائمة حصصها العلاجية الفردية، لغياب المساعدة في البيت من طرف زوجها وأطراف العائلة لعدم تقبلهم للابنة المعاقة، ومحاولة تخبيتها بالمنزل، إضافة إلى معاناتها من مستوى مادي جد متدني، إلا أنها سعت جاهدة لعلاج ابنتها والتكفل بها. اتفقت هذه النتيجة مع دراسة لاحظنا أن أمهات الأطفال الذكور يلجأن لإستراتيجية الإنكار أكثر من أمهات البنات، وإن تفسيرنا لهذه النتيجة يرجع إلى طبيعة العلاقات العائلية التي تتمحور حول الديمومة، فالذكر يمثل استمرارية النسل ويحمل الاسم العائلي، ففي بيئتنا الاجتماعية له مكانة مميزة. (Yacine T, 2013)، إن المجتمع يثمن ولادة الذكر عن الأنثى، ويعطي قوة لأم الولد خاصة في الثقافة العربية الإسلامية.

زيادة على كل هذا هناك مشاكل مادية لما تتطلبه إعاقه أطفالهن من مستلزمات طبية من أدوية، الصور الإشعاعية، الماسح الضوئي، التصوير بالرنين المغناطيسي، مخطط كهربية الدماغ (لأن الغالبية يعانون من النوبات الصرعية...) أجهزة ومعدات مساعدة للجلوس أو المشي، حصص العلاج الفيزيائي وإعادة التأهيل الوظيفي، حصص التأهيل الأطفوني، إضافة إلى مشكل التنقل ...

حيث أن الأم الشابة تسعى لأن تتمتع بحياة زوجية مثالية لكن أعباء إصابة ابنها يجعل من الصعب عليها التمتع بالحياة، وأشارت إلى هذه الصعوبة كل من (أم "أ" أم "ب" أم "ج" وأم "س")، مما يجعلها مع تقدم العمر تعاني من أمراض سيكوسوماتية حسب نموذج سيلبي(1977) Selye.H للإجهاد خاصة إذا تعدت مرحلة الإنذار إلى المقاومة التي قد تؤدي إلى انهيار بعض وظائف الجسد. (معتصم-ميموني، 2011، ص193)

و إذا حاولنا تفسير نتيجة هذه الفرضية فإننا نرجع إلى ولادة طفل معاق تقلل من قيمة الأم وتزعزع مكانتها مما يجعلها تعيش في اللأمن. (بدرة معتصم ميموني، 2011، ص204).

إن العلاج الجماعي قدم للأمهات مجالا محميا متفهما ساعدها على الإفصاح عن معاناتها وتقاسمها مع نظيراتها، تعلمت الأمهات كيف تدعم قدرات طفلها على أداء الوظائف الاستقلالية الضرورية للحياة كدعم قدرته على ارتداء الملابس أو الأكل بمفرده، المحافظة على نظافة ملابسه قدر المستطاع...، وهذه النجاحات البسيطة تقلص من عبئها ما ينقص من قلقها وانزعاجها.

إذن الفرضية تحققت: حيث أن للعلاج النفسي الجماعي فعالية في التخفيف من الاحتراق النفسي للأمهات الأطفال المصابين بالشلل الدماغي حيث أصبحن يعتمدن على استراتيجيات المواجهة الايجابية في التخفيف من الضغوط النفسية. هذه النتيجة اتفقت مع دراسة Donvan( 1988) حيث توصل إلى أن أمهات الأطفال المعاقين يلجأن إلى استراتيجيات مواجهة ايجابية تتمثل أساسا في البحث الناشط عن الدعم، النصيحة والمساعدة من خارج النظام الأسري. ( Crnic, K, and Low, C, 2002 )

حيث أسفرت نتائج الدراسة الإكلينيكية عن تحقق صحة الفرضية من خلال نتائج توظيف الملاحظة والمقابلة واعتمادا على التغيرات التي ظهرت من خلال القياس القبلي والبعدي لمقياس إدراك الضغط والاحتراق النفسي الوالدي. ومن أهم ما توصلنا إليه :

- التخلص من الشعور بالذنب والحرص الاجتماعي.

- تحسين صورة الذات والتخلص من الإحساس بالعجز والدونية.

- تأكيد الثقة بالذات ومواجهة الواقع.

- ساهم العلاج النفسي الجماعي في التخفيف من الشعور بالوحدة النفسية، القلق، العدوان والإحباط. هو كتاب « Le groupe et l'inconscient » ل Didier Anzieu(1999) و(Caleca,C. (2013)، أين تحدثنا على اللاشعور الجماعي، بحيث أن المجموعة تمثل الغلاف النفسي والاجتماعي الذي يحيي الفرد.

- عدم إنكار إصابة أبنائهم وتقبل الابن كما هو مع محاولة تحسين قدراته من خلال تدريبه وتعليمه. واللجوء إلى الآخرين لطلب المعلومات والمساعدة من خلال الاتصال بأخصائيين في مجال إعاقة أبنائهم أو من خلال الاحتكاك بأمهات يعانين من نفس مشكلتهن وذلك لتبادل الخبرات وإثراء المعلومات.

إن النجاح الأساسي لهذه التجربة: أن الأمهات فتحت وتشاركت الخبرات فيما بينها وخرجت من عزلتها عن طريق المشاركة في الحصص الجماعية من جهة، ومن جهة أخرى إنها كوّنت علاقات فيما بينها خارج المصلحة وبدأت تلتقين في بيوتهن.

في الأخير وبناءً على ما تقدم، يمكن القول أن البحث الحالي قد حقق الأهداف المسطرة، واستطاع الإجابة على التساؤلات المطروحة من خلال الفرضيات المتبناة.

#### 5- خاتمة عامة (تركيب أو توصيات) (G16)

- التوصيات والاقتراحات :

في ضوء هذه النتائج يكمن للباحثة بالخروج ببعض التوصيات التي يمكن إيجازها فيما يلي:

- استثمار البرنامج العلاجي المقترح والمطبق على حالات الدراسة، والذي أثبت فعاليته في تقديم الدعم الوقائي وإمكانية تطويره وتحسينه والاستفادة منه في مجال تأثير إعاقة الشلل الدماغي على دورة حياة الأسرة. ويمكن تناول نفس موضوع البحث التكفل بالاحتراق النفسي الأمومي أو الوالدي.

- ضرورة وجود برامج متابعة متعددة التخصصات " Multidisciplinaire في المستشفيات ومصالح الصحة الجوارية المتعددة الخدمات، من أجل التكفل بأطفال الشلل الدماغي، وأسرههم (خاصة الأمهات)، لتحقيق مستويات واعدة من الصحة النفسية الأسرية.

- متابعة الأمهات من طرف الأخصائيين النفسيين لمساعدتهن على إيجاد واستثمار قدرتهن الأمومية وتزويدها بالطرق التربوية الملائمة لحالة طفلها.

- تكوين الأخصائيين النفسيين وكل الطاقم الطبي والشبه الطبي في طريقة الإعلان عن الإعاقة.

- العمل على التنسيق بين الجمعيات والمراكز المتخصصة في الإعاقات مع الباحثين المتخصصين في التربية الخاصة للاستفادة من جديد التأهيل والعلاج.

## خاتمة:

حاولنا من خلال هذا البحث العلمي أن نعرض صورة عن معاناة أمهات الأطفال المشلولين دماغيا، وما يتعرضون له من ضغوطات نفسية مختلفة وما يعيشه من احتراق نفسي يومي. لقد قدمنا للأمهات فضاءات للتعبير وتقاسم المعاناة والخبرات والمعرفة، ما فتح لهن آفاق جديدة في التعامل مع أطفالهم ومع أنفسهم وأسرههم من جهة، ومن جهة أخرى احتوتهم الجماعة وفتحت لهن أبواب الاجتماعية (تكوين علاقات صداقة ومودة وتضامن فيما بينهن) ما أخرجهن من القوقعة التي كانت كل واحدة تعيش فيها. وهذه الاجتماعية الجديدة أعادت بالإيجابي على أسرهم وعلى أطفالهن.

واتضح لنا من خلالها أن هؤلاء الأمهات قابلين للتعايش مع ظروف إعاقة أطفالهن إذا أحسن مساندتهن وتوجيههن وتوجها مناسباً. والمثال على ذلك النتائج الفعالة في تخفيف والاحتراق النفسي من جراء تطبيق البرنامج العلاجي النفسي الجماعي. ولا يكفي أن يفهمهم المختصون النفسيون في قاعات العلاج فقط، بل لابد من إثارة الوعي العام حتى يستطيع المجتمع أن يقدر حالة هؤلاء الأفراد ويساعدهم في الاندماج بالمجتمع دون تمييز، فنحن بحاجة إلى ان نتعاون جميعاً كنفسانيين، اجتماعيين، تربويين ومسؤولين لكي نكسب هذه الفئة من أطفال الشلل الدماغي ومساعدة أمهاتهم على تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي.

\*\*\*

## - المراجع بالعربية:

- النماس، أ. (2000). *الألعاب واللعب للأطفال المصابين بالشلل الدماغي* (الطبعة الأولى). لبنان، بيروت: دار النهضة العربية للطباعة والنشر.
- الفرماوي، ع. عبد الله، ر. (2009). *الضغوط النفسية في مجال العمل والحياة*. الأردن، عمان: دار الصفاء للنشر والتوزيع.
- حجازي، م. (1997). *معجم مصطلحات التحليل النفسي* (الطبعة الثالثة). لبنان، بيروت: المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع.
- روزا، أ. (1997). *الابن البكر وجه مميز* (الطبعة الأولى). لبنان، بيروت: دار الفكر العربي.
- عبد الله، م. (2006). *سياسات الرعاية الاجتماعية للمعوقين في المجتمعات النامية*. مصر، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- عبد الحميد، أ. (2002). *المعالج النفسي وتطبيقاته الجماعية*. مصر، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- لطفي، ف. (1994). *العلاج النفسي الجماعي*. القاهرة، مصر: مكتبة أنجلو المصرية.

- معتصم، ب.(2011). الاضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل والمراهق (الطبعة الثالثة). الجزائر، وهران: ديوان المطبوعات الجامعية.
- محمد عبد الرحمن عبد الله. (2006). سياسات الرعاية الاجتماعية للمعوقين في المجتمعات النامية. مصر، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- وليد، خ. سعد، م.(2008). الضغوط النفسية والتخلف العقلي في ضوء علم النفس المعرفي (الطبعة الأولى). مصر، الإسكندرية: دار الوفاء لدينا.
- يوسف، م.(2011). متلازمة الشلل الدماغي. الإمارات العربية المتحدة، الشارقة: منشورات مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية.

### المراجع بالأجنبية:

- Anzieu , D. (1996). *Le groupe et l'inconscient: l'imaginaire groupal*. Paris : Dunod.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* : 2<sup>nd</sup>ed.
- Crnic, K., & Low, C. (2002). Everyday stresses and parenting in *Handbook of Parenting*. (5th ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Caleca, C. (2013). *Le groupe et l'inconscient*. Paris: Dunod.
- Furutani, K., Kawamoto, T., Alimardani, M., Nakashima, K., & Furutani, K., et al.(2018). *Exhausted parents in Japan: Preliminary validation of the Japanese version of the Parental Burnout Assessment*. Japan : New Dir Child AdolescDev.
- Kazak, A.E., & Marvin, R.S. (1984). *Differences, Difficulties and Adaptation: Stress and Social Network in Families with a Handicapped Child*. *Family Relations*.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York : Spriger.
- Levenstein, S., & J, PsychosomRes et al. (1993). *Development of the Perceived Stress Questionnaire: a new tool for psychosomatic research* Gastroenterology Department. Rome, Italy : Nuovo Regina Margherita Hospital.
- Moutassem-Mimouni B., Kellou N., Medjahdi, O. (2021). *Validation Of parental Burnout Scale On An Algerian Population And The Impact Of Certain Socio-demographic And Anthropologic Factors*. *مجلة الروانز*, (Volume. 5, Numéro 1), Pages 474-490
- Moutassem-Mimouni, B. (2016). La famille et les séniors face à la *h'ouana* en transformation *Insaniyat* n°s 72-73, avril - septembre 2016, p. 25-45

- Mikolajczak M., Roskam, I. (2018). *Un cadre théorique et clinique pour l'épuisement parental: l'équilibre entre les risques et les ressources (BR<sup>2</sup>)*.  
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.00886/full>
- Morin, S., & Lacharité, C. (2004). *Retard de développement et contributions positives à l'expérience parentale: l'autre histoire. Revue francophone de la déficience intellectuelle* (volume. 15, Numéro 2), page 157.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). *The measurement of experienced burnout*, Journal of Occupational Behavior (volume. 2), pp 99-113 .
- Roskam, I., Brianda, M.E., & Mikolajczak, M. (2018). A Step Forward in the Conceptualization and Measurement of Parental Burnout: The Parental Burnout Assessment (PBA). *Front. Psychol.* 9:758. doi: 10.3389/fpsyg.2018.00758
- Selye, H. (1977). *the stress of life* revised. edition Newyork : maccran hall.
- Peters, P., Hedwig, J., van Bakel, M. L. & Van Engen. (2018). Validity of the Parental Burnout Inventory Among Dutch Employees . *Frontiers in Psychology* DOI: [10.3389/fpsyg.2018.00697](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00697)
- Yacine, T. (2013). *Plantée comme un garçon dans l'Algérie coloniale: L'Homme & la Société*, PP189-190, PP 35-62. <https://doi.org/10.3917/lhs.189.0035>