الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد بوضياف – المسيلة–

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس

الرقم التسلسلي: ...../2020

مهارات التفكير الايجابي لدى أمهات أطفال التوحد

- دراسة ميدانية بمركز التوحد بالمسيلة-

مذكرة مكملة لنيل شهادة الليسانس في علم النفس. تخصص: علم النفس العيادي

إعداد الطلبة:

* فريجة رحمة
* بونشادة عواطف
* عيش سليم

إشراف:

بوضياف نوال

السنة الدراسية 2020/2019

شكر وعرفان

الحمد لله رب العالمين حمدا طيبا مبارك فيه عدد ما كان وعدد ما يكون وعدد الحركات والسكون، والصلاة والسلام على سيدنا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين.

فلله الحمد والمنة أن أعاننا على إنجاز هذه الـــدراسة والحمد لله الذي خير لي من عباده الأخيار وذي العلم والأخلاق الكريمة، وانطلاقا من قول النبي عليه الصلاة والسلام:" من صنع لكم معروفا فكافئوه، فان لم تجدوا ما تكافئونه فادعوا له حتى ترو أنكم كافأتموه" نتقدم بخالص شـكـــــــرنا إلى:

أستاذتنا الفاضلة:" بوضياف نوال" التي وجدناها نعم المشرفة علما وأخلاقا، نشكرك على النصائح القيمة والتوجيهات السديدة التي قدمتها لنا من أجل إعداد هذه المذكرة.

شكرا إلى كل من ساعدنا في انجاز هذا العمل

فهرس المحتويات

فهرس المحتويات

شكر وعرفان

فهرس المحتويات

كشاف الأشكال الجداول

ملخص الدراسة بالعربية

ملخص الدراسة بالأجنبية

مقدمة أ

الفصل الأول: الإطار العام لدراسة

إشكالية الدراسة.....6

فرضيات الدراسة.....7

أهداف الدراسة.....7

أهمية الدراسة.....9

تحديد المصطلحات الإجرائية.....9

الدراسات السابقة.....9

التعقيب على الدراسات السابقة 14

خلاصة الفصل..... 17

الفصل الثاني: مهارات التفكير الإيجابي

تمهيد **19**

مفهوم التفكير الإيجابي **20**

أهمية التفكير الإيجابي في حياة الإنسان **21**

العوامل المؤثرة في التفكير الإيجابي.....**23**

خصائص (سمات) الشخص والتفكير الإيجابي **24**

فوائد التفكير الإيجابي **27**

مهارات التفكير الإيجابي.....**29**

الفصل الثالث: اضطراب التوحد

تمهيد **35**

تعريف التوحد.....36
التطور التاريخي للتوحد.....38
نسبة انتشار التوحد 39
أنواع التوحد 40
أعراض التوحد 41
أسباب التوحد 42
تشخيص التوحد 44
علاج التوحد 50
خلاصة الفصل 52
الفصل الرابع: الإجراءات الميدانية للدراسة
تمهيد 54
عينة الدراسة الاستطلاعية.....55
منهج الدّراسة.....55
عينة الدراسة.....55
حدود الدراسة 56
عينة الدراسة الأساسية.....56
التعريف بمقياس الدراسة 57
أساليب المعالجة الإحصائية 61
الفصل الخامس: عرض وتفسير نتائج
عرض ومناقشة النتائج 64
قائمة المراجع
قائمة الملاحق

قائمة الجداول:

الرقم	العنوان	الصفحة
01	يمثل خصائص العينة حسب المستوى الدراسي	56
02	يمثل خصائص العينة حسب السن	57
03	يوضح توزع البنود في مهارات التفكير الإيجابي على مجالاته	57
04	يمثل حساب الصدق بحساب معامل إرتباط المجال بالدرجة الكلية	58
05	يبين نتائج معاملات الثبات	58
06	يمثل حساب الثبات بطريقة الإعادة لمجالات المقياس مهارات التفكير الإيجابي ودرجته الكلية.	59
07	يوضح الارتباط بين أبعاد المقياس والدرجة الكلية	60
08	يوضح قيمة الثبات بطريقة التجزئة النصفية	60
09	يبين قيم ألفا كرونباخ الأبعاد المقياس	61
10	يوضح مستويات تقدير مهارات التفكير الإيجابي لأمهات أطفال التوحد	64
11	يوضح مستويات تقدير مهارات التفكير الايجابي وفق البعدات الخاصة به	65
12	يوضح الفروق في مهارات التفكير الايجابي وفق المستوى التعليمي	68
13	نتائج اختبار التباين الأحادي ANOVA تبعا لمتغير السن لأمهات أطفال التوحد	69

ملخص:

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على مستوى مهارات التفكير الايجابي لدى أمهات أطفال التوحد ، والكشـــف عن الفروق في مهارات التفكير الايجابي لدى أمهات أطفال التوحد يعزى لعامل الســـن والمستوى الدراسي،وطبق مقياس مهارات التفكير الايجابي على عينة قوامها 70 أما ،واستخدم المنهج الوصـــفي، وخلصـــت نتائج الدراســـة إلى وجود مســـتوى منخفض في مهارات التفكير الايجابي لدى أمهات أطفال التوحد ، ووجود فروق ذات دلالة إحصـــائية تعزي لعامل المســـتوى الدراســـي لصـــالح الأمهات الجامعيات ، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لعامل السن.

الكلمات المفتاحية :مهارات التفكير الايجابي، التوحد، امهات اطفال التوحد.

Abstract :

The current study aimed to identify the level of positive thinking skills for autistic childrens ' mothers and the detection of its diffrences in the age factor and the academic level . The positive thinking skills scale has been applied to 70 mother as a samples using the descriptive approach . The results of the study reported a low level of positive thinking skills among autistic childrens'mothers and the presence of statistially significant deffrences attributed to the academic level factor in favor of university mothers and the absence of statistically significant deffrences wich attributed to the age factor .

Key words : Positivethinking skills, Autism, Autistic childrens mothers

مقدمة

مقدمة:

بذل علماء النفس والتربية قدرا كبيرا من الاهتمام بدراسة قدرات التفكير الإيجابي وخصائصه وكيفية تنمية باعتبار، إن هذا النوع من التفكير يمثل حاجة في الحاجات المهنية لذى المجتمعات، وأصبحت تربية العقول المفكرة حاجة أساسية وغاية مستهدفة من قبل المجتمعات إذ أصبح التفكير الإيجابي يحتل مكانة بارزة لدى الخبراء الذين يشرفون على سير المؤسسات خاصة التعليمية منها إذ يعتبر بقدرة الفرد من التركيز والانتباه إلى بوابة القوة في كل المشكلة وأيضا القدرات التي يمتلكها الفرد كالقدرات النفسية والمثابرة والقدرة على التحمل المشاقة، التوافق النفس، كما تشمل أيضا قدرات عقلية ترتبط بأساليب وإستراتيجيات متنوعة كل المشكلات والقدرة على التعلم والاستفادة من المواقف الضاغطة واكتشاف الفرص الإيجابية في الموقف كما يشمل تكوين العادات جديدة في حياة الفرد.(يحى النجار، عبد الرؤوف الطلاع، 2015، ص: 211).

ولهذا فهو يعتبر قوة يمتد عليها في مجال الإعانة خصوصا عندما يتعلق الأمر بعدم تقبلها ونكرانها ومن بين أكثر لإعاقات رفضا هي إعاقة التوحد فنجد أن بعظم الأسر وبنسبة كبيرة ترفض إعاقة أبنائهاوتصطدم بمشاكل و ضغوطات نفسية، ويظهر هذا خصوصا عند الأمهات.

ونبرز هنا أهمية علم النفس الإيجابي ولما له من أثار في تحقيق الضغوطات النفسية الناتجة عن الإعاقة وأثارها.

ومن هنا جاءت فكرة الدراسة الحالية التي حاولنا من خلالها التعرف على مستوى مهارات التفكير الإيجابي لدى أمهات أطفال التوحد.

وقد قسمت الدراسة إلى جانبين:

النظري: ويتضمن فصول وهي:

الفصل الأول: خصص هذا الفصل لتحديد مشكلة الدراسة بعرض الإشكالية التي دعمت بأفكار ونتائج الدراسات لسابقة في محال علم النفس الإيجابي، ثم تم صناعة فرضيات الدراسة، ثم تحديد الأهداف المتوخاة من الدراسة وأهميتها وكذلك تحديد من هم الدراسة إجرائيا وختم هذا الفصل بتحديد الدراسات السابقة التي تناولت مهارات التفكير الإيجابي.

الفصل الثاني: وقد خصص لجودة الحياة، وقد تم التطرف فيه إلى تعريف جودة الحياة وصعوباته، وكذا أبعاد جودة الحياة والإتجاهات المفسرة لجودة الحياة ومؤشرات جودة الحياة، وإنتهاء بخلاصة الفصل.

الفصل الثالث: خصص لاضطراب التوحد، تطرقنا فيه أولا إلى نبذة تاريخية عن التوحد، وكذا تعريفه وأسبابه، والنظريات المفسرة لهذا الاضطراب بالإضافة إلى خصائص إضطراب التوحد وعلاجه، صولا إلى اضطراب التوحد دال الأسرة، وإنتهاءا بخلاصة الفصل.

الفصل الرابع: المتعلق بالإجراءات المنهجية للدراسة فقد تضمن منهج البحث، مجتمع الدراسة، عينة الدراسة، خطوات ، وحساب الخصائص السيكومترية.

الفصل الخامس : تتم فيه الدراسة الأساسية بتطبيق المقياس بعد التحقق من خصائصه السيكومترية. وعرض ومناقشة نتائج الدراسة .

الفصل الاول

الإطار العام للدراسة

تمهيد:

إن وجود طفل توحدي داخل الأسرة والمجتمع يفرض تكاتف الجهود وتحمل الأدوار للوصول بهذا الطفل إلى بر الأمان سنحاول في هذا الفصل عرض لإشكالية الدراسة وتساؤلاتها وفرضياتها وأهدافها وأهميتها والتعريفات الإجرائية لها وعرض عض الدراسات السابقة لتوحد ومهارات التفكير الايجابي

1- إشكالية الدراسة:

تعتبر الأسرة أهم وحدة اجتماعية في حياة الطفل فهي التي تضع له أسس مستقبلية وتؤثر بشكل حاسم في نموه، وخصوصا إذا كان فيها طفل معاق، ومما لاشك فيه أن إصابة الطفل بأي نوع من أنواع الإعاقة لابد وأن يؤثر بشكل سلبي على الطفل والأسرة معا، غير ان هذه الأخيرة أصبحت تعاني في صمت من اظطرات نمائية وسلوكية غير طبيعية قد لاحظتها الأسرة والجهات المختصة في التشخيص ومشكلات النمو والطفولة .

ويعتبر التوحد Autisam من أكثر الإعاقات صعوبة بالنسبة للطفل ذلك لأنه يعد من الإعاقات النمائية المنتشرة التي تؤثر على العديد من جوانب النمو الأخرى وكما عرف بالذاتوية أو الإضطراب التوحد الكلاسيكي فهو إضطراب النمو العصبي الذي يوصف بضعف التفاعل الإجتماعي والتواصل اللفظي وغير اللفظي وبأنماط سلوكية مقيدة ومتكررة وتتطلب معايير تشخيص وتكفل.

ويحدث هذا الاضطراب بنسبة تبلغ 1 من 2500 طفل وقد يظهر بشكل تدريجي، كما يظهر بشكل مفاجئ بين عمري سنتين وثلاثة سنوات بعدما يكون الطفل قد نمى في سنواته الأولى نموا طبيعيا.(عبد الرحمان سيد سلمبان، 2000، ص: 31).

ووجود طفل مصاب بالتوحد ليس بالأمر الهين خصوصا في المراحل الأولى في إكتشاف الأمر وتقبله ففي دراسة لي رو وبديل (Beidel, Rao, 2009) التي أكدت على وجود ضغوط نفسية عالية لدى أسر أطفال المتوحدين وقد إرتبطة هذه الضغوط بخصائص الطفل وأكدت الدراسة على ضرورة أن تركز برامج العمل مع أطفال التوحد على موضوع الضغوط الوالدية لأن هذه الأخيرة تأثر بشكل مباشر على الطفل والأسرة.

وأول من يكون مسؤول عن هذا الطفل هي الأم بإعتبارها هي المتكفل الأولى للأطفال في مرحلة الطفولة الأولى ففي دراسة إيستس وأخرون (Esteset al, 2009) وجدة أن هنالك درجة عالية من الضغوط النفسية لدى أمهات لديهن أطفال عاديين ووجدت الدراسة أيضا أن مشاكل الأطفال السلوكية كان لها أثر على أمهات التوحد.

وطبيعة تفكير الأم التي تعيشها تستلزم أن تتحلى بطبيعة الأفكار الإيجابية لكي تستطيع أن تتخطى مرحلة الرفض للإعاقة بإعتبار أن التفكير الإيجابي حسب "يحي النجار وعبد الرؤوف الطلاع" يعتبر الضامن لإعطاء القدرة

على التعامل مع قضايا الحياة وأزماتها، ويعتبر المدخل لتعديل الحالة الوجدانية وتعزيز الصحة النفسية للفرد ولا يعني التفكير الإيجابي على أن نتغاضى عن السلبيات التي نواجهها في حياتنا لأن هذا الأخير ليس من الإيجابية بل ينظر إلى سلبيات الوضعية، ويعمل على تعديلها إلى الإيجابية بل ينظر الفرد بالتصدي لها ويبتعد على الرضوخ للأفكار السلبية.(يحي النجار وعبد الرؤوف الطلاع، 2015، ص: 212).

وإستخدام التفكير الإيجابي بالنسبة لأم الطفل المتوحد يقلل لها من مستويات القلق والخوف من مواجهة المشكلات الضاغطة وقلق المستقبل وهذا يزيد من قدرتها على تقييم الذاتي الإيجابي وإدراك جوانب المشكلة والثقة بالوصول لهذا الطفل إلى نتائج إيجابية ويشير "Caprara" إلى أن أول مقومات التفكير الإيجابي يأتي الوعي والإمكانات والقدرات والفرص التي يمتلكها ويشكل الوعي نوات الاقتدار الإنساني الذي يؤهله للتعامل مع متطلبات الحياة اليومية. (Caprara, 2003, p: 9)

إن تنمية هذا التفكير الإيجابي لدى أمهات التوحد، قد يعمل على مساعدة هؤلاء الأمهات على التوافق النفسي والتقليل من الضغوطات النفسية لديهن ما يجعلهم في حالة تقبلهن لإعاقة أطفالهن وهذا يعكس إيجابا على الأطفال وعلى جو الأسرة بشكل عام.

ومما سبق نجد أن وجود طفل معاق في الأسرة بصفة عامة والطفل المتوحد بصفة خاصة يؤثر على الحياة الأسرية ويجعل فيها مجموعة من المشاكل بالأخص عند الأم لأنها المتعامل الأول مع هذا الطفل مما يغير في نمط شخصيتها وطرق تفكيرها الإيجابية وتعاملاتها اليومية من هنا يمكن طرح التساؤلات التالي: :

ما مستوى مهارات التفكير الإيجاب لدى أمهات أطفال التوحد ؟

ويتفرع هذا التساؤل إلى :

- ما مستوى التوقعات الإيجابية لدى أمهات أطفال التوحد ؟
- ما مستوى الضبط الانفعالي والتحكم في العمليات العقلية العليا لدى أمهات أطفال التوحد ؟
- ما مستوى القدرة على تحمل المعاناة عند أمهات أطفال التوحد ؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مهارات التفكير الايجابي تعزى لمتغير (السن، المستوى الدراسي) ؟

2- فرضيات الدراسة :

الفرضية العامة :

- مستوى التفكير الإيجابي عند أمهات أطفال التوحد مرتفع.

الفرضيات الجزئية :

- مستوى التوقعات الإيجابة مرتفع عند أمهات أطفال التوحد.

- مستوى الضبط الانفعالي والتحكم في العمليات العقلية العليا مرتفع عند أمهات أطفال التوحد.

- مستوى القدرة على تحمل المعاناة مرتفع لدى أمهات أطفال التوحد.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لعامل السن والمستوى الدراسي.

3- أهداف الدراسة:

- الكشف عن مستوى التفكير الإيجابي عند أمهات أطفال التوحد.

- الكشف عن مستوى الضغط الإنفعالي والتحكم في العمليات العقلية العليا عند أمهات أطفال التوحد.

- الكشف عن قدرة التحمل عند أمهات أطفال التوحد.

- التعرف على الفروق في مهارات التفكير الإيجابي بالنسبة لعامل السن والمستوى الدراسي.

4-أهمية الدراسة :

تكمن أهمية الموضوع في تسليط الضوء على فئة من فئات ذوي الاحتياجات الخاصة وتعد من أبرزها في العصر الحالي لكثرة انتشارها وعدم وجود أساليب علمية واضحة للتعامل معها والتقرب من أمهات أطفال التوحد لأنهم يعتبرون أحد أطراف التكفل الرئيسي .

تكمن أهمية مهارات التفكير الإيجابي لأنها تحسن نوعية حياة الفرد وتجاوز العراقيل التي تواجهه خلال حياته وتعد مفتاحا إيجابيا بالنسبة لأمهات أطفال التوحد للقيام بتكفل نوعي لهذه الفئة.

5- تحديد المصطلحات الإجرائية:

5-1 مهارات التفكر الإيجابي:

هي القدرة على التوقعات الإيجابية والضبط الانفعالي والتحكم في العمليات العقلية العليا والقدرة على تحمل المعاناة، وهي الدرجة الكلية التي تتحصل عليها أم طفل التوحد من مقياس مهارات التفكير الإيجابي لنسرين ملحم 2014م.

5-2 أمهات أطفال التوحد :

هي الأم التي لها طفل في أقسام التحضيري لأطفال التوحد .

6- الدراسات السابقة:

من خلال البحث في الإطار النظري المتعلق بالتوحد ومهارات التفكير الايجابي ،فقد افتقرت الدراسات على المستوى العربي والأجنبي وعليه يمكن استعراضها فيمايلي :

دراسة الدعدي (2009) السعودية: : هدفت الدراسة إلى بحث طبيعة الضغوط النفسية وكل من التوافق الزواجي والأسري لدى عينة مف آباء الأطفال المعاقين وأمهاتهم ومقارنتها بعينة بعينة من آباء الأطفال العاديين وأمهاتهم، وكذالك كشف العلاقة الضغوط النفسية بتغيير التوافق الزواجي والأسري لدى آباء وأمهات الأطفال المعاقين تبعا لنوع الإعاقة ودرجتها وبعض لمتغيرات الديموغرافية والإجتماعية (العمر، الجنس، المستوى التعليمي، المستوى الاقتصادي). لتحقيق أهداف الدراسة طبق مقياس المؤشرات السلوكية الدالة على الضغط (للطريري، 1991)، ومقياس التوافق الزواجي (للشمسان، 2004)، ومقياس التوافق الأسري (لعبد الحميد، 1987)، ومن خلال تطبيق المنهج الوصفي: تكونت عينة الدراسة من (308) ن آباء الأطفال المعاقين وأمهاتهم و(340) من آباء الأطفال العاديين وأمهاتهم. أظهرت النتائج ارتباط كل من التوافق الزواجي والأسري ارتباط إيجابيا دالا، في حين ارتبطت الضغوط النفسية بهذين المتغيرين ارتباطا سلبيا دالا، وقد تبين أن الضغوط النفسية والتوافق الزواجي والأسري،

وفي مجال المقارنة بين آباء المعاقين وأمهاتهم وآباء الأطفال غير المعاقين وأمهاتهم، وقد يرجع ذلك إلى طبيعة المقياس المستخدم لقياس الضغوط النفسية، والذي يقيس الضغوط النفسية عامة، وهو ما يعني ضرورة بناء مقاييس خاصة للضغوط بربطها بالمتغيرات الضغوط النفسية عامة، وهو ما يعني ضرورة بناء مقاييس خاصة للضغوط بربطها بالمتغيرات الضاغطة، بينما كانت هناك فروق دالة بين آباء الأطفال المعاقين وأمهاتهم وآباء الأطفال العادين وأمهاتهم في كل من التوافق الزواجي والأسري باتجاه آباء الأطفال غير المعاقين وأمهاتهم، وهذا يعني أن النتيجة لا تنفي عدم وجود الضغط.

دراسة تونالي وباور (Tunali & Power, 2002) بريطانيا

Coping by Redefinition: Cognitive Appraisals in Mothers of Children With Autism and Children Without Autism.

هدفت الدراسة إلى معرفة نموذج التكيف لدى أمهات أطفال توحد مع إعاقة أطفالهن. : كانت أداة الدراسة مقابلات شبه مقننة مع الأمهات، حيث تضمنت أسئلة عن وقت الفراغ والاستجمام، والعناية بالأطفال، والحياة المهنية والحياة الزوجية، بالإضافة إلى استبانة عن المنزل والعمل ومقياس للتحمل، ومقياس التقدير الذاتي للاكتئاب، واختبار التوافق الزواجي، بالإضافة إلى قائمة السلوك التكيفي.

تضمنت العينة (58) أما، منهن (29) أما الأطفال لديهم توحد، و(29) أم لأطفال لا يوجد لديهم اضطراب توحد، وقد تراوحت أعمار الأطفال من 5-14 سنة.

بينت نتائج الدراسة أن أمهات أطفال التوحد أعطين أهمية أكبر للأدوار الوالدية، وأهمية أقل الحياة المهنية، كما ركزن على النشاطات الترفيهية الأسرية، بينما أعطين أهمية أقل لموضوع الترفيه الشخصي ولموضوع نظرة الأخرى وآراهم حول سلوك الطفل التوحدي، مقارنة مع أمهات أطفال لا يوجد لديهم توحد، كما وجدت الدراسة أن أمهات أطفال التوحد قد يعانين من صعوبة فهم سلوك أطفالهن التوحديين لكنهن يظهرن قدرة تحمل أكبر تجاه هذه السلوكات.

❖ **دراسة ستاسى (Stacey,2004) أمريكا.**

The relationship between behaviours exhibited children with autism and maternal stress.

هدف الدراسة إلى فحص العلاقة بين السلوكيات اللاتكيفية التي يظهرها الأطفال التوحديين وبعض الضغوط التي تتعرض ها الأم من جراء هذه السلوكيات وخاصة القلق. : استخدمت الدراسة مقاييس للسلوك التكيفي، ومقاييس لتقدير الذات للأمهات، استفتاء مكاني.

على عينة (70) أما ممن لديهن أطفال توحديون، وتراوحت أعمارهم من (2-8) سنوات.

أشارت نتائج الدراسة إلى أن ثلثي المشاركين لديهم قلق مرتفع بشكل واضح. كما أظهرت النتائج أن سلوكيات الأطفال التكيفية واللاتكيفية تفسر وتعلل حسب الاختلاف في قلق الأم، أي كان لها علاقة كبيرة بقلق الأم.

❖ **دراسة ديوارت وآخرون (Duarte, et, al.2005) السويد.**

Factors associated with stress in mothers of children with autism.

.هدفت الدراسة إلى مناقشة عوامل الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال لتوحد. استخدم الباحثون الاستبانة، والمقابلات الشخصية أدوات للدراسة. تضمنت العينة أمهات (31) طفلا توحديا، وأمهات (31) طفلا لا يعانون من التوحد.وخلصت الدراسة أن وجود الضغوط لدى الأمهات كان مرتبطا بوجود طفل توحدي بالدرجة الأولى، كما كانت الضغوط النفسية أعلى لدى الأمهات الأكبر سنا، والأمهات اللواتي أظهرن ضعفا في التعبير عن مشاعرهن، وضعفا في الاهتمام بالناس، واللواتي لديهن طفل أصغر في البيت. وقد أوصت الدراسة بضرورة وجود برامج لتخفيف الضغوط لدى أولئك الأمهات.

❖ **دراسة كارتر ودافيس (Carter & Davis, 2008) أمركا.**

Parenting Stress in Mothers and Fathersof Toddlers with Autism Spectrum Disorders: Associations with Child Characteristics.

هدفت إلى معرفة العلاقة بين سلوكيات الطفل والضغط النفسي الوالدي لدى أمهات وآباء أطفال توحديين حديثي المشي مشخصين حديثا بالتوحد. استخدمت الدراسة الأدوات التالية: بطارية بيك للقلق، بطارية الاكتئاب، دليل الضغوط الوالدية، دول الملاحظة التشخيصية للتوحد (ADOS)، المقابلة التشخيصية للتوحد، مقياس مولين للتعلم المبكر، التقييم الانفعالي والاجتماعي للأطفال الرضع والدارجين، ضمت العينة (108) أبا وأما (54 أب، 54 أم) لأطفال توحديين. بينت نتائج الدراسة وجود مستويات عالية من الضغوط لدى والدي الأطفال التوحديين، مع ملاحظة إن الضغوط النفسية والاكتئاب لدى الأمهات كانت أعلى من الآباء. كما وجدت الدراسة أن من أكثر مسببات الضغوط لدى الأمهات هي التصور في التفاعل الاجتماعي والمشاكل السلوكية لدى الطفل، بالإضافة إلى صعوبات العناية اليومية به، بينما كانت السلوكيات النمطية لدى الأطفال من أكثر مسببات الضغوط لدى الآباء.

❖ دراسة ليي (Lee, 2009) الدنمارك

Parents of Children with High Functioning Autism How Well Do They Cope and Adjust؟

هدفت الدراسة إلى معرفة الفروق في التكيف وعلاقتها بالتوافق النفسي (الاكتئاب، القلق، والتوافق الزواجي) بين أمهات وآباء أطفال توحد ذوي أداء مرتفع وأمهات وآباء أطفال لا يوجد لديهم توحد. كما هدفت إلى معرفة الفروق في التكيف بين الأمهات والآباء أيضا. استخدمت الدراسة مقياس تقييم الأزمات الأسرية، بطارية الصحة التكيفية للوالدين، بطارية بيك للقلق، ومقياس الاكتئاب، بالإضافة لمقياس التكيف

اشتملت العينة على (48) أبا وأما لأطفال توحد ذوي أداء مرتفع، و (27) أبا وأما لأطفال لا يوجد لديهم توحد. وجدت النتائج أن والدي أطفال التوحد ذوي الأداء المرتفع يعانون من مستويات أعلى من الضغوط النفسية، أدت إلى الاكتئاب والقلق مقارنة مع والدي الأطفال الذين لا يوجد لدهيم توحد، كما ذكرت الدراسة أن لدى تلك الأسرة توافقا ورضا زواجيا أقل، وتلك الأسر أقل تفاؤلا، ولديها تقدير ذات ضعيف وضعف في الاستقرار النفسي كما أنها تتلقى دعا غير رسمي أقل من الأقارب والعائلة، كما أشارت النتائج إلى أن وجود طفل توحد ذي أداء مرتفع يؤثر على الأمهات أكثر من الآباء حيث كانت أعراض الاكتئاب والقلق أكثر لدى الأمهات من الآباء، في حين كانت الأمهات أميل لتطور استراتيجيات تكيف مقارنة مع الآباء، كاللجوء إلى الحل الديني والدعم الأقارب والعائلة والتعامل مع اسر لديها حالات مشابهة، كما أظهرنا ميلا لاستخدام أسلوب حل المشكلات.

❖ **دراسة سينغال (Singhal, 2010) أمريكا**

Parents of Children with Autism: Stresses and Stratgies.

هدفت الدراسة إلى معرفة مستويات الضغط النفسي وأساليب التكيف ومركز الضغط لدى أمهات أطفال التوحد وآبائهم، ومقارنتها مع أولياء أمور الأطفال ذوي التطور النمائي الطبيعي، حيث ناقشت الدراسة فكرة التحاق الطفل ببرنامج تدخل مبكر وأثره في تخفيض مستويات الضغوط النفسية، وزيادة استخدام إستراتيجية حل المشكلات من أجل التكيف، بما في ذلك اللجوء إلى الدعم المجتمعي واستخدام مركز الضغط الداخلي لدى الآباء والأمهات. طبق في الدراسة برنامج للأسر استمر مدة سنة، وقد تكون من وحدات تضمنت معلومات عن اضطراب التوحيد وخصائص الأطفال المصابين به، وطرق التدخل العلاجي والتربوي. لتحقيق غرض الدراسة اختيرت عينة قسمت إلى مجموعتين تجريبية وضابطة تكونت المجموعة التجريبية من أباء وأمهات لعشرين طفلا مشخصا بالتوحد (20 أبا)، و(20 أما)، والمجموعة الضابطة تكونت من (20 أبا)، و(20 أما) لأطفال لا يوجد لديهم أي تأخر معرفي أو جسدي أو تعليمي. أشارت النتائج إلى أمهات أطفال التوحد وآبائهم لديهم مستويات عالية من الضغوط النفسية ولديهم دعم اجتماعي أقل ومركز الضبط لديهم خارجي، كما أوضحت النتائج أن كلا من الأمهات والآباء يخبرون إعاقة طفلهم بشكل مختلف، وبالتالي يتكيفون بشكل مختلف مع الاضطرابات الانفعالية. كما بينت النتائج فاعلية البرنامج في خفض مستوى الضغوط النفسية لدى الوالدين، كما أكدت النتائج أن وجود برنامج تدخل مناسبة يخفض الضغوط النفسية لدى الآباء والأمهات، ويزيد استخدام الأهل أساليب تكيف فعالية.

❖ **دراسة البهنساوي وجرجس (Elbahnasawy & Girgis, 2011) أمريكا.**

Counseling for Mothers to Cope with their Autistic Children.

هدفت الدراسة إلى تقييم فاعلية الإرشاد لتلك الأمهات، وذلك من خلال تطوير برنامج إرشادي تبعا لحاجاتهن وتقييم فاعلية الإرشاد في جوانب التكيف الجسدية، والحركية والعاطفية لدى الأمهات. : الدراسة إلى استبانه معلومات أولية عن الطفل والأم، ومقياس تأثير إعاقة الطفل على الأسرة، ونماذج التكيف لدى الأمهات، وبرنامج إرشادي يتضمن حاجات العناية اليومية بالطفل ونماذج التكيف التي تستخدمها الأمهات لتنفيذ متطلبات الطفل: ويتضمن جوانب الرعاية الجسدية للطفل كالنظافة والجوانب الاجتماعية كتشجيع الطفل على الانخراط في المجتمع تضمنت عينة الدراسة (90) أما لأطفال توحد. وجدت الدراسة أن الأطفال التوحديين يعتمدون بشكل كل على

أمهاتهم في حياتهم اليومية مما يجعل لأمهات عرضة الضغوط النفسية، كما بينت الدراسة فاعلية البرنامج التدريبي المستخدم في خفض الضغوط النفسية وتكيف الأمهات.

7- التعقيب على الدراسات السابقة:

من خلال ما ورد في الدراسات السابقة التي تناولت الصمود النفسي وضغوط العمل من حيث الأهداف والمنهج وأهم النتائج فنستعرض مناقشة هذه النتائج:

من حيث الهدف: تنوعت الدراسات السابقة من حيث الهدف ففي التفكير الايجابي نجد، دراسة الدعدي (2009) التي هدفت الى :التعرف على طبيعة الضغوط النفسية لامهات اطفال التوحد.

دراسة تونالي وباور (2002) التي هدفت إلىمعرفة نموذج التكيف لامهات اطفال التوحد .

فيحين دراسة ستاسي(2004) التي هدفت إلى فحص السلوكيات اللاتكيفية التي يظهرها الأطفال التوحديين وبعض الضغوط التي تتعرض ها الأم

ودراسة دراسة ديوارت وآخرون (2005) هدفت الدراسة إلى مناقشة عوامل الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال لتوحد

دراسة كارتر ودافيس (2008) هدفت إلى معرفة العلاقة بين سلوكيات الطفل والضغط النفسي الوالدي لدى أمهات وآباء أطفال توحديين

دراسة دراسة ليي (2009) هدفت الدراسة إلى معرفة الفروق في التكيف وعلاقتها بالتوافق النفسي (الاكتئاب، القلق، والتوافق الزواجي) بين أمهات وآباء أطفال توحد

دراسة سينغال (2010)هدفت الدراسة إلى معرفة مستويات الضغط النفسي وأساليب التكيف ومركز الضغط لدى أمهات أطفال التوحد وآبائهم، ومقارنتها مع أولياء أمور الأطفال ذوي التطور النمائي الطبيعي

دراسة البهنساوي وجرجس(2011)هدفت الدراسة إلى تقييم فاعلية الإرشاد لتلك الأمهات، وذلك من خلال تطوير برنامج إرشادي تبعا لحاجاتهن وتقييم فاعلية الإرشاد في جوانب التكيف الجسدية، والحركية والعاطفية لدى الأمهات

بينما الدراسة الحالية هدفت عن مستوى مهارات التفكير الايجابي لدى امهات اطفال التوحد .

من حيث العينة: يلاحظ فيما يخص العينات التي أجرى عليها لدراسات السابقة انه جلها كان على امهات اطفال التوحد.

من حيث المنهج: يتضح أن معظم الدراسات السابقة استعملت المنهج الوصفي كدراسة أبو حيث تشابهت مع الدراسات السابقة مع الدراسة الحالية في المنهج المستخدم هو منهج الوصفي.

من حيث الأدوات: يتبين من الدراسات السابقة أن تنوعت مباستخدام الالمقاييس واستخدام البرامج التدريبية .

ولقد استفادت الطالبتين من الدراسات السابقة:

- من المقاييس المستخدمة فيها.
- اشتقاق فرضيات الدراسة.
- تحديد منهج الدراسة.

- تحديد الأساليب الإحصائية للدراسة.

- اشتقاق أدوات القياس (ضغوط العمل).

تحديد المراجع الأصلية والمصادر للدراسة الحالية والمتعلقة بالأدب النظري لمتغيرات الدراسة .

خلاصة الفصل :

من خلال تطرقنا لهذا الفصل والذي يبرز فيه تحديد لإشكالية الدراسة المتعلقة بمستوى التفكير الايجابي لأمهات أطفال التوحد يتبن لنا أهمية هذا الموضوع من خلال إيجاد طرق ايجابية لتقبل هذا الطفل التوحدي .

الفصل الثاني

مهارات التفكير الإيجابي

تمهيد :

إن الدراسات النفسية حاولت إن تجد عدة طرق لمواجهة الصعاب والمشكل والظروف التي يتعرض لها الفرد ،من بين هذه الطرق مهارات التفكير الايجابي ، ولهذا سنتطرق في هذا الفصل إلى : مفهوم التفكير الإيجابي، أهمية التفكير الإيجابي في حياة الإنسان، العوامل المؤثرة في التفكير الإيجابي، فوائد التفكير الإيجابي، خصائص (سمات) الشخص والتفكير الإيجابي، مهارات التفكير الإيجابي.

1- مفهوم التفكير الإيجابي:

يولد الإنسان ولديه قدرة على التفكير وهي العقل، وهذا العقل البشري يحاول أن يلغي الفشل والتعاسة من حياة الفرد، فالعقل يعطي أوامره مباشرة إلى الأحاسيس والحركات الداخلية والخارجية للإبقاء على الخبرات السارة وإلغاء الخبرات غير السارة، ولهذا يجب أن يتدرب الإنسان على مهارة التفكير الإيجابي لتحويل كل أفكاره وأحاسيسه ليجعلها في خدمة مصالحه وحاجاته، بدلا من أن تكون ضد هذه المصالح والحاجات.(غانم، 2005، ص:41).

فالتفكير الإيجابي يساهم في تطوير مشاعر وتصرفات بالطمأنينة والثقة والصحة النفسية والسعادة، ونجاح الفرد في التغير الإيجابي يأتي مصحوبا بوجود تغير في طريقة تفكيره بما في ذلك الاهتمام بتعديل الأفكار والتوقعات الخاطئة عن النفس والأخرين أو تحسينها على الأقل.(حجازي، 2005، ص: 102).

وينصح سليجمان وأخرون بتبين التفكير الإجابي الذي يساعد الفرد على تخطي الفشل وتحمل التحديثات المختلفة.(Seligman et al,2004). فالتفكير الإجابي أسلوب ومهارة وفن يمكن للفرد أن يتعلمه ويتدرب عليه، وغالبية الأفراد يقعون في المنطقة الوسطى منه وأقلية سعيدة من الأفراد تتزايد حظوظها من هذا النمط، وأقلية أخرى تعيسة تنخفض مستوياتها في هذا البعد من الشخصية.(إبراهيم، 2011، ص: 114).

ويشير شاير وكارفر (Scheier & Carver) إلى أن التفكير الإيجابي يؤدي إلى التوجه التفاؤلي في الحياة، وأن التفكير السلبي يؤدي إلى التوجه التشاؤمي، ويجدان أن التوجه المتفائل في الحياة يؤدي إلى النجاح، بما يتضمنه من توقعات إيجابية للنجاح والسعادة والإنجاز، أما لتوجه السلبي المتشائم فإنه يؤدي إلى فقدان الثقة في إمكانية مواجهة المواقف العادية والصعبة وتخطيها ما يؤدي إلى الفشل.(Scheier & Carver, 1993, p: 62).

ويعرف يرلي التفكير الإيجابي بأنه "استراتيجيات إيجابية في الشخصية، وهو ميل ورغبة ونزعة إلى ممارسة سلوكيات أو تصرفات، تجعل حياة الفرد ناجحة، وتقوده إلى أن يكون إنسانا إيجابيا.(Yearley, 1993, p: 13).

ويعرف إبراهيم الناس الإيجابيين بأنه: يتصفون بالسعادة لتنبيهم تلك الأفكار العقلانية التي تهديهم في توجهاتهم الشخصية والسلوكية والاجتماعية.(إبراهيم، 2008، ص: 122).

ويقول فنترلا (Ventrella) إن التفكير الإيجلبي هو الإيمان بالاحتمالات، حتى عندما تستبعد هذه الاحتملات، فهو المسؤول عن صناعة الخيارات المبدعة وعن مواجهة المشاكل. (فنترلا، 2003، ص: 14).

والتفكير الإيجابي عند بيفر هو "الانتفاع بقابلية العقل اللاواعي للاقتناع بشكل إيجابي. (بيفر، 2008، ص: 12).

ويرى محمد وأخرون أن التفكير الإيجابي هو الانتقال من التحكم الخارجي إلى التحكم الداخلي في نماذج التفكير السلبية عن طريق استبدال أفكار انهزامية الذات بأخرى إيجابية وتوكيدية.(محمد وآخرون، 2010، ص: 12).

بينما يعرف سيشر وكافر التفكير الإيجابي بأنه امتلاك الفرد قناعات ومعتقدات تجعله يضع توقعات إيجابية لخبراته المستقبلية تظهر في انتقائه سلوكا محددا وتفضله. (Scheier & Carver, 1993, p: 26).

وفي ضوء ما سبق تقترح الطالبتين التعريف التالي للتفكير الإيجابي: "إن التفكير الإيجابي إستراتيجية في التفكير يكتسبها الإنسان من خلال التعليم، وهي تنتج بشكل أساسي عن تعديل الفرد للأفكار السلبية عن نفسه والآخرين، وتقوده إلى تحقيق نجاحات في حياته تنعكس على لفرد والمجتمع.

ويكون القول إن التفكير الإيجابي يشمل ما يلي:

- تهيؤ عقلي عام نحو إيجاد حلول للمشكلة، لا التوجه نحو العقبات التي تعقدها.
- الثقة بالقدرات الخاصة بالتفكير على معالجة المشكلة في الوقت الراهن.
- جود توقعات مستقبلية متفائلة نحو الحياة.
- استخدام مهرات عقلية إيجابية تمكن الفرد من مراقبة التفكير وقيادته بطريقة إرادية. (سالم، 2002، ص: 82).

وترى Dandiدندي (2011) أن التفكير الإيجابي لا يقف عند حد التخلص من الأفكار السلبية التي تراود الإنسان واستبدالها بأخرى إيجابية، بل هو أبعد مدى من ذلك، إنه هو الذي يمنح صاحبه طاقة إيجابية للعمل والبناء فهو كالمحرك الذي يدفع بعربة لتفاؤل إلى الأمام.

2- أهمية التفكير الإيجابي في حياة الإنسان:

قدرة الإنسان عمى الاستبصار والتفكير الرمزي، تمكنه من اكتشاف أسرار الأشياء في الطبيعة، وبالتالي الوصول إلى القوانين التي تمكنه من تفسير الظواهر والسيطرة عليها وتسخيرها لصالحه. فالتفكير مصدر العلم،

والعلم مصدر لتعديل سلوك الإنسان، وكلما ازدادت معرفة الإنسان بالأشياء تغيرت نظرته إليها، واختلفت ظروف الاستفادة منها، فقد ينظر الإنسان العادي إلى قطعة من الصخر على أنها مجرد شيء لا يضر ولا ينفع، لكن العالم الجيولوجي يعتبرها سجلا تاريخيا لعصور ماضية يكتشف من خلالها خصائص تلك العصور.

ويسعى الفرد مهما يكن عمره، والزمان والمكان لذي يعيش فيه إلى أن تكون حياته وحياة من حوله مليئة بالسعادة، والرفاهية، والنجاح المتواصل في شتى مجالات الحياة، ولذلك يحاول جاهدا أن يجلب، لنفسه كما إلى مراده هو أن يقوم بادئ ذي دء بتحسين مستوياته لفكرية، منهج فكري سليم عن نفسه وعن مجتمعه وعن الحياة بصفة عامة، وأن يدرب نفسه على التخلي عن الأفكار السلبية التي تحد من قدراته، وتضيع جهوده في سبيل تحقيق ما يصبو إليه من أهداف حايته.(الرقيب، 2008، ص: 62).

ومن هنا تتضح أهمية التفكير الإيجابي في الحياة الفرد والجماعة، فالفرد الإيجابي يفسر ما يحصل له من مواقف الفشل والعجز عن تحقيق الأهداف على أنها فرصة للتطوير، والتحسين، ويشعر بالتفاؤل والسعادة، بينما يفسر الفرد السلبي مواقف النجاح وتحقيق الأهداف على أنها حقه المكتسب الذي تأخر تحقيقه، ويشعر بالاضطهاد، أو الظلم من القوانين والناس المحيطين بيه. (كاظم، 2010، ص: 132).

ويستطيع الفرد أن يفكر فيما يؤدي إلى فشله وشقائه أو فيما يؤدي إلى نجاحه وسعادته، فالعالم الذي يعيش فيه الفرد لا تتحكم فيه الأحوال والظروف الخارجية أصلا، ل تتحكم فيه الأفكار التي تستقر في عقله بصفة دائمة.(بيل، 2001، ص: 102).

إن الفرد يستطيع أن يقرر طريقة تفكيره، فإذا اختار أن يكر بإيجابية، فإنه يستطيع أن يزيل الكثير ن المشاعر غير المرغوب فيها، والتي يمكن أن تعيقه عن تحقيق الأفضل لنفسه.(كنيان، 1995، ص: 89).

" ويرتبط الاتجاه العقلي الإيجابي ارتباطا وثيقا بالنجاح في كل مجال من مجلات الحياة".(تراسي، 2008، ص: 228). وحين يضع الفرد نفسه في إطار عقلي إيجابي، فإنه لا يشعر بإحساس أفضل بداخله فحسب، ولكنه – وهو الأهم– يؤثر تأثيرا إيجابيا في البيئة المحيطة، لأن الناس يفضلون صحبة الشخص السعيد هادئ الأعصاب، وتفكيره الإيجابي ينعكس على الطريقة التي يتعامل بها الناس معه.(بيفر، 2008، ص: 118).

وتستنتج الباحثة أن الفرد، لكي يحقق النجاح، ويعيش سعيدا، ويحيا حياة متوازنة، يجب أن يشمل التغيير طريقة تفكيره وأسلوب حياته ونظرته تجاه نفسه والناس والأشياء والمواقف، والسعي الدائم إلى تطوير جميع جوانب حياته.

3- العوامل المؤثرة في التفكير الإيجابي:

توجد عوامل كثيرة تؤثر في التفكير الإيجابي، في الأسطر القليلة التالية تذكر بعضا منها:

التفكير الإيجابي موجود عند كل فرد، لأنه متعلم وبإمكان تعلمه إذا تعلم الفرد ممارسته، وهذا يرجع لى الثقافة المرجعية التي يرجع إليها لفرد.(منصور، 2000، ص: 98) فالتربية والتنشئة على الخوف والتوتر خطير في تكوين الفرد النفسي والاجتماعي وتوجيه سلوكه، فإذا قامت التربية والتنشئة على الخوف والتوتر والانفعال والصراع الدائم والمتكرر فإنه تؤدي إلى بلورة مضطربة لدى الأفراد، وهذا ينعكس على سلوك الفرد ونمط تفكيره، لذا يجب توفير أساليب تربوية يسودها التعاطف والحنان بين أفراد الأسرة، وتوفير تربية تحترم الفرد وتتقبل مشاعره واتجاهاته.(غانم، 2005، ص: 101)، والحياة الأسرية بما فيها من صلات وارتباطات، وما تحويه من سلوك ومعاملات، وما تدين به من مثل ومعتقدات، تؤثر تأثيرا كثيرا في تكوين شخصية الفرد وبلورة سلوكه ونمط تفكيره(بدران ومحفوظ، 1994، ص: 22).

وتشجيع الوالدين الأبناء على الاستقلالية في التفكير وإتباع أسلوب الحوار والنقاش والتفاهم، لا أسلوب إلقاء الأوامر والطاعة العمياء، والتخلص ما أمكن من أساليب التربية غير السوية كالقسوة والتهديد والتوبيخ، والسخرية والعقاب البدني والمعنوي، أو التدليل الزائد، والنبذ، والإهمال، أو التذبذب وعدم الثبات في أسلوب معاملة الأبناء، وتوفير مثيرات متنوعة مختلفة عديدة أمام الأبناء لإتاحة الفرصة ليهم من أجل تطوير قدراتهم العقلية والإبداعية. وجميع هذه الأساليب من السمات المميزة للمناخ الأسري الإيجابي التي تؤثر في نمط تفكير الفرد وتجعله تفكيرا إيجابيا.(غانم، 2005، ص: 100).

فالأسرة هي البيئة الأولى والمكان الأساسي الذي تتهيأ فيه مواقف الأفراد ويتشكل فيه سلوكهم، ونمط تفكيرهم، وتظهر فيه اتجاهاتهم ومعارفهم وقيمهم. ويشارك الأسرة في لك الوظيفة بعض المؤسسات الاجتماعية والثقافية مثل المدرسة، وجماعة الرفاق، وسائل الإعلام، والمؤسسات الدينية.

-يتأثر التفكير الإيجابي بالثقافة السائدة والنظام الاجتماعي والسياسي السائدين. ولا تقتصر مفاهيم الإيجابية وما يرتبط بها من استراتيجيات التفكير على ثقافة أو حضارة أو عرق أو دين، إنها توحي بالإمكانات الهائلة التي يمكن أن يتكور بها أي مجتمع يمكنه أن يعزز السلوك الإيجابي لدى أفراده، وتضع ذلك فنيات وممارسات يمكن الاسترشاد بها في تطوير الشخصية في مختلف الحضارات والعقائد.(إبراهيم، 2011، ص: 122).

إن الأنظمة السياسية الرجعية المختلفة تسعى إلى إشعار مواطنيها بالعجز والضعف والنقص، حتى يقف هؤلاء المواطنون مسلوبي الإرادة وفي حاجة إلى تلك الأنظمة ولا يفكرون إلا في إشباع حاجتهم الأساسية في الحياة ولا يطالبون بحقوقهم، وبذلك فإن تلك الأنظمة الحاكمة المتخلفة تصبح حجر عثرة أمام ممارسة الفرد حريته الفكرية يبقى تفكيره سلبيا ومحصورا في حدود ا تقبله هذه الأنظمة وتسمح به، كما أن القيود الإجتماعية وتعرض الفرد للحرمان يحد من قدرته على ممارة التفكير الإيجابي المثمر ويجعله عرضة للاضطراب الفكري والتطرف فيه، وتتعدد أشكال هذا الحرمان فيكون حرمانا من المكانة والمركز الاجتماعية، أو حرمانا من إبداء الرأي بحرية.(غانم، 2005، ص: 144)

لكي ينمو شيء نموا صحيحا، إنه يحتاج إلى فترة من الزمن، وعلى الشخص الإيجابي أن يقتنع تماما أن الأفكار الإيجابية شأنها شأن أي شيء يزرع، يحتاج إلى فترة من الزمن كي ينمو، ومن ثم يشتد عوده، ومن بعدها يحين وقت حصاده.(منصور، 2000، ص:121)

5- خصائص (سمات) الشخص والتفكير الإيجابي:

وحسب ابراهيم (2011) يسعى التفكير الإيجابي إلى استنباط الأفضل، وهو سر الأداء العالي، ويعزز بيئة العمل بالانفتاح والصدق والثقة. كما يسمح للفرد أن يختار من قائمة أهداف حياة المستقبل الأفضل له في ذلك. فالشخص الذي يفكر إيجابيا ويعتمد على نفسه، وينظر نظرة متفائلة يستطيع أن يستهوي ما حوله فعلا، ويطلق القدرات التي تحقق الهدف.

العقل يمتلك فكرة واحدة في أي وقت، فإذا أدخلنا إلى عقولنا فكرة إيجابية فإنها تخرج الفكرة السلبية التي تقابلها، والعقل لا يقبل الفراغ فإذا لم نملأه بالأفكار الإيجابية فإنه يمتلىء بالأفكار السلبية، وحين نفكر بطريقة إيجابية تنجذب إلينا الموافق الإيجابية، والعكس يحدث حين نفكر بطريقة سلبية فإننا نجذب إلينا الموقف السلبية.

ويبحث التفكير الإيجابي عن القيمة والفائدة، وهو بناء توالدي، تصدر منه المقترحات الملموسة والعلية حيث يجعل الأشياء تعمل، وهدفه هو الفعالية والبناء.

ويتميز الأفراد الذين يستخدمون التفكير الإيجابي بعدد من الخصائص على مستوى العقلي والنفسي والاجتماعي، مما يجعلهم أكثر تكيفا مع أنفسهم وأفكارهم ومشاعرهم ويمكن خصائصهم كالأتي:

– "يمكن وصف الإيجابيين من الناس بأنهم طائفة منوعة تجمعهم صفات مشتركة حين يتطلب الأمر منهم القيام بالتصرف في مواقف التوتر والضغط النفسي، وبسبب ما يتبنونه من معتقدات نجهم يتصرفون بدرجة عالية من الكفاءة والعقلانية والفاعلية الاجتماعية وفي إطار من الصحة النفسية على المستوى الفردي والاجتماعي."(إبراهيم، 2011، ص: 188).

– الناس الإيجابيين لديهم دافعية إنجاز عالية تساعدهم على تغيير الأهداف وتوجيهها، وهم يركزون في عملهم، ويواجهون مسؤولياتهم المحددة بطريقة فعالة، ويقومون بذلك بكل ما يملكون من قوة ويبذلون قصارى جهدهم على الرغم من كل الصعوبات التي تعترضهم لتحقيق الإنجازات البارعة التي تغير البيئة، تفتح طرقا جديدة قوية في العمل وإقامة علاقات جديدة، لا في العمل فقط، بل تتعداه لتصل إلى الآخرين وتغير منظورهم إلى الأشياء.(الضعيف، 2002، ص: 92).

– يدرك الإيجابي أكثر من غيره أنه لا يستطيع حده أن ينجز شيئا أو يضيف شيئا، ولم حث أن جلس إيجابي بعيدا عن الآخرين ونجح في عمله، بل لابد من التواصل مع الآخرين، لأن الإيجابية مشروع جماعي.(فتحي، 2002، ص: 108).

– يتمتع صاحب التفكير الإيجابي بشخصية جازمة، ويعيش متحررا من ضيق الأفق، ويتمتع برحابة صدر، وفهم واسع، وعقلية متفتحة، وشخصية كاريزمية محبوبة، (مصطفى، 2004، ص: 98). ويتميز بالقوى والموارد النوعية الإيجابية التي تدعم السعادة والرضا عن الحياة.(إبراهيم، 2011، ص: 193).

– لديهم ميل وقوة دافعة لتحقيق ذواتهم وتحسين صورهم، وهم اكثر وعيا بأنماط الفشل وبجوانب القوى التي تحتاج إلى تطوير في أدائهم، ويقبلون الأمور الصعبة على أنها طريق لنجاح عال، ويشجعون أنفسهم على اكتساب فرص للتغيير والتطوير.(سالم، 2002، ص:152).

– الأفراد الإيجابية لديهم حب المغامرة المحسوبة، إنهم غير سلبيين، لا يكتفون بالفكرة بل يقومون بتجريبها، إنهم ذوو إرادة قوية للمجازفة.(الضعيف، 2002، ص: 191).

– لا يوجد عمل دون مشكلات ولكن هذه المشكلات تختلف وتتباين بالتالي أساليب حلها، والإيجابي المتميز يعرف كيف قوم بتقسيم المشكلات، وتحديد طبيعتها، يواجهها بأن يحدد المشكلة، ويشخصها، ويجمع المعلومات الخاصة بها، ويقارن بين هذه الحلول ليختار الحل المناسب ويضعه موضوع التطبيق.(فتحي، 2002، ص: 62).

– الفرد الإيجابي شخص سعيد يتصف بالرؤية المشرقة، والقدرة على إدارة الأزمات، وعلى انتقاء استراتيجيات المواجهة الإيجابية والضبط الشخصي للمشاعر والأفكار السلبية عند مواجهة مختلف التوترات وضغوط الحياة.(إبراهيم، 2011، ص: 195).

– "الإيجابي الحقيقي لا يعرف التعصب، فعنده من رجاحة العقل وسعة الأفق والسماحة ما يجعله يقبل الآخر، ويتقبل الاختلاف، فهو يحسن الحوار لا الشجار، ويناقش بطريقة موضوعية، ويكون عنده استعداد لتغيير وجهات نظره إذا ما ثبت خطؤها، ولا يعرف اعتبارات الكبرياء والكرامة في الرأي حتى مع من هم أقل منه شأنا".(فتحي، 2002، ص: 122).

ففي العلاقات الإنسانية، على الفرد أن يبدأ بفهم الآخر والاستماع جيدا له قبل أن يطرح وجهة نظره، والاستماع الجيد يحتاج إلى جلد وصبر وتحمل وطاقة، فليس الأمر مجرد التزام الصمت حتى يفرغ المتكلم من حديث، بل هو التركيز والإصغاء الجيد لفهم وجهة النظر المطروحة. إن الاستماع العميق المتعاطف مع آخر لا يعني أن الفرد يتفق مع كل ما يقول الطرف الآخر،بل يعني حق المتكلم في الاختلاف. إن الفرد الإيجابي يبدأ بفهم الآخر والاستماع جيدا له للآخر قبل أن يطرح وجهة نظره، فالفرد الإيجابي د يستفيد مما يسمعه من رأي يخالف وجهة نظره، فربما ينقح رأيه ويعدل مساره.

التعايش مع الاختلاف يستلزم قدرا كبيرا مع ضبط النفس، والتحكم في الانفعالات والمشاعر غير الملائمة للموقف، بل ينبغي أن تحاول كل الأطراف– وهو على رأسهم– أن يستخدموا طاقاتهم في البحث عن الحل الأفضل، بدلا من أن ينفرد كل طرف بالحل دون الآخر، فهذا من شأنه أن يرضي كل الأطراف ويضمن أفضل الحلول الممكنة.(منصور وآخرون، 2008، ص: 101).

– "الإيجابيون من الناس لا يتحججون بقلة الوقت، ولا يلقون الأعذار على غيرهم، وليهم من الشجاعة ما يجيز لهم أن تحملوا مسؤولياتهم بلا تردد".(إبراهيم، 2008، ص: 101).

القيود الاجتماعية وتعرض الفرد للحرمان يحد من قدرته على ممارسة التفكير الإيجابي المثمر ويجعله عرضة للاضطراب الفكري والتطرف فيه، وتتعدد أشكال هذا الحرمان فيكون حرمانا من المكانة المركز الاجتماعي، أو حرمانا من إبداء الرأي بحرية.(غانم، 2005، ص: 144).

– لكي ينمو كل شيء نموا صحيحا، فإنه يحتاج إلى فترة من الزمن، وعلى الشخص الإيجابي أن يقتنع تماما أن الأفكار الإيجابية شأنها شأن أي شيء يزرع، يحتاج إلى فترة من الزمن كي ينمو، ومن ثم يشتد عوده، ومن بعدها يحين وقت حصاده.(منصور، 2000،ص:121).

6– فوائد التفكير الإيجابي:

من الفوائد التي يذكرها المؤلفون للتفكير الإيجابي ما يلي:

– التفكير الإيجابي هو الباعث على اختيار الأفضل وهو سر الأداء العالي، ويعزز بيئة العمل بالانفتاح والصدق والثقة ويحفز الإبداع والابتكار.(فنزلا، 2003، ص: 48).

– التغيير الإيجابي البناء الذي يجريه الفرد داخل نفسه يكون له أثر نافع في شخصيته، وفي نشاطاته كافة، فالأفكار الإيجابية ترتبط بالمشاعر الجميلة وتحفزها، والإنسان الإيجابي بحك رؤيته العالم بمنظور متفتح آمل، يرى كل ما حوله عبارة عن فرص للاستثمار الأفضل، فلا تقترب منه مشاعر الإحباط والقلق والتوتر إلا الحميد منها، ويتولد شعور بتقدير الذات، وحب الذات دون أنانية ولا إفراط، ويشعر برضا داخلي.(عبد الحق، 2008، ص: 112).

– حين يفكر لفرد بطريقة إيجابية تنجذب إليه الموافق الإيجابية، والعكس يحدث حين يفكر بطريقة سلبية فتنجذب إليه الموافقة السلبية.(الفقي، 2004، ص: 118).

– الفرد الذي يفكر إيجابيا معتمدا على نفسه، وينظر نظرة متفائلة يستطيع أن يجذب ما حوله فعلا، ويطلق القدرات التي تحقق الهدف (بيل، 2001، ص: 81). فأصحاب هذا النمط من التفكير يحققون مكاسب اجتماعية إضافية، فالناس بطبيعتهم يحبون الشخص الذي يفكر ويتصرف بإيجابية، والأفراد يحبون أن يكونوا

محاطين بذوي الإيجابية في التفكير والسلوك وعلى مقربة منهم لأنهم ينشرون التفاؤل حيث يذهبون، والطاقة الإيجابية على العمل والنشاط، ويحركون في الآحرين دوافع الانجاز والنشاط، ويبثون بذور التعاون والتسامح حيثما ذهبوا.(إبراهيم، 2011، ص: 121).

– الأفكار الإيجابية تسمح بالتعديل والتطوير، حيث إن الإنسان الإيجابي بحكم تفكيره المتميز، يضع في حسبانه العوائق التي قد تصادف تحقيق طموحاته، ويخطط للبدائل التي تمكنه من الوصول إلى أهدافه أو إلى أهداف أخرى بديلة ترضيه، وكذلك تمكنه أفكاره الإيجابية من الاستماع للنقد البناء، وبالتالي مراجعة أفكاره وغربلتها، أو العمل على تحسينها وتطويرها طوال الوقت بما يتلاءم مع أهدافه وأخلاقياته ومعتقداته، ليصل في النهاية إلى النموذج الأمثل في حياته، مما يكون له أعظم الأثر في تحقيق التوازن والنجاح والسعادة في جوانب حياته المختلفة.(عبد الحق، 2008، ص: 92).

– حين يفكر الفرد تفكيرا إيجابيا تتحرك لديه القوى الإيجابية التي تأتي بنتائج إيجابية، لأن الأفكار الإيجابية تحيط الفرد بجو ملائم لمثل هذه النتائج المرجوة، وعلى النقيض من ذلك تحيط الأفكار السلبية الفرد بجو يؤدي إلى إيجاد نتائج سلبية.(بيل، 2001، ص: 82).

– يبحث التفكير الإيجابي عن القيمة والفائدة، وهو تفكير بناء توالدي، وتصدر عنه مقترحات ملموسة عملية، حيث يجعل الأشياء تعمل، وهدفه هو الفعالية والبناء.(دي بوني، 2001، ص: 32).

– حين يعدل الفرد أسلوبه في التفكير والإدراك فإن ذلك يصحبه تغيرات إيجابية في السلوك وأساليب جديدة وفعالة من التواصل الاجتماعي الناجح، فيصبح قادرا على تعديل حياته وتوجيهها إيجابيا في المجالات الوجدانية والاجتماعية والذهبية.

– استخدام الفرد التفكير الإيجابي يصاحبه انخفاض معدل ضربات القلب وانخفاض في مستويات القلق والخوف من مواجهة المشكلات الضاغطة، مل مواقف التنافس أو مواجهة الجمهور في حديث جماهير أو مواقف الاختبارات، وحتى على مستوى المواقف الضاغطة المزمنة، كما أن نمط التفكير الإيجابي يزيد من التقييم الذاتي الإيجابي، ومن فعالية الفرد الذاتية في إدراك جوانب المشكلة والثقة في حلها.(Bostow, 2009, p: 56).

7- مهارات التفكير الإيجابي:

التفكير الإيجابي له أبعاد عديدة نذكر فما يلي بعضا منها:

- التوقعات الإيجابية والتفاؤل:

أي التوقعات الإيجابية بتحقيق مكاسب في مختلف جوانب حياة الفرد، فضلا عن زيادة مستوى التفاؤل وما يتوقعه من نتائج إيجابية في حياة الفرد الصحية والاجتماعية والمهنية.(إبراهيم، 2011، ص: 131).

والتفاؤل هو النظرة الإيجابية، والإقبال على الحياة، والاعتقاد بإمكانية تحقيق الرغبات في المستقبل، بالإضافة إلى الاعتماد باحتمال حدوث الخير أو الجانب الجيد من الأشياء بدلا من حدوث الشر أو الجانب السيئ، فالتفاؤل استعداد يمكن داخل الفرد للتوقع العام لحدوث الأشياء الجيدة أو الإيجابية، أي توقع النتائج الإيجابية للأحداث القادمة.(الأنصاري، 1998، ص: 38).

- القدرة على تحمل المعانات:

وتعني قدرة الفرد على مواجهة ضغوط الحياة بشكل عام أو الضغوط التي تنطوي عليها مواقف الحياة، أي مواجهة الضغوط بدلا من اللجوء إلى الأساليب الهروبية.(ماريو رحال، 1995، ص: 8).

إن الشخصية الناجحة تستفيد من أي تحد تواجهه وتستخدمه في التخطيط للمستقبل، وبذلك فهي تحول التحديات إلى مهارات وخبرات قوية وتجارب يستند إليها. والإنسان الناجح لا يدع التحديات والصعوبات تؤثر على أركان حياته، وهناك سبعة أركان أساسية نسميها الأركان السبعة للحياة المتزنة وهي: الركن الروحاني، والركن الصحي، والركن الشخصي، والركن العائلي، والركن الاجتماعي، والركن المهني، وأخيرا الركن المادي. فإذا واجه الشخص الإيجابي تحديا ماديا أو مهنيا فهو لا يدع هذا التحدي يؤثر على باقي الأركان، بل على العكس يكون أقوى روحيا ويهتم أكثر بنفسه وصحته وأفكاره وعائلته. وبذلك يعيش حياته باتزان تام ويركز على الحل في نفس الوقت.(الفقي، 2010، ص: 32).

- الثقة بالنفس:

الثقة بالنفس هي قدرة الفرد على أن يستجيب استجابات توافقية تجاه المثيرات التي تواجهه، وإدراكه تقبل الآخرين له وتقبله لذاته بدرجة مرتفعة.(العنزي، 2001، ص: 87).

إن ثقة الفرد بنفسه تدل على قدرته على اتخاذ القرارات والخروج إلى العالم الواقع للتنفيذ والإيجاز، والشخص لإيجابي الواثق من نفسه وقدراته على تحديد أهدافه هو ذلك الذي يقوم بالأعمال التي يعتبر من خلالها عن احترامه لذاته وتقديره لها.(صبحي، 1992، ص: 89).

أما الباحثة فترى أن الثقة بالنفس تبدو من خلال عور الفرد بقدرته على إتخاذ القرارات الناجحة في الأمور التي تواجهه بالاعتماد على نفسه، فالثقة بالنفس تدل على شخصية قوية إيجابية تعرف إمكانياتها وتعمل في حدود ما تستطيع أن تفعل بما تملكه من قدرات حقيقية، تعرف حدودها وتقف عندها، فالثقة يجب أن تكون موجهة لا عمياء حتى لا تعود على صاحبها بعكس ما يرجو منها. فالثقة بالنفس تدل على شخصية متزنة إيجابية، كما أنها تمثل طاقة دفاعية لتحقيق الأهداف، وهي بهذا تعين الفرد على التعامل وبنفس الكفاءة مع المشكلات الصعبة، بعيدا عن الاضطرابات، مع الشعور بالأمن والقدرة على المشاركة الإيجابية في الحياة، وأما ضعف الثقة بالنفس فإنه يؤدي بالإنسان إلى الاتكالية وانعدام القيمة الذاتية، فيؤدي ذلك إلى اضمحلال الشخصية ربما اضطرابها.

- المجازفات الإيجابية:

يعرف هرتزل (Hartzel) المجازفات الإيجابية بأنها الطرائق التي تعتمد على موارنة السلبيات والإيجابيات لنمط وطبيعة الموقف الخطر، أي أنها تتطلب أخذ المخاطرة لكن بشكل مدروس، حيث تنظر هذه الفكرة إلى أن حياتنا على المخاطرة بشكل أو بآخر، والخطر شيء لابد من وجوده وهدفنا ليس التخلص من الخطر وإنما تخفيف آثاره قدر الإمكان. (Hartzel, 2000, p: 24).

فالشخصية الناجحة تعرف جيدا أن التغيير شيء واقعي لا يستطيع أي إنسان أن يتجنبه، لذلك فهو يعرف ما يريد من أهداف ويخطط لتنفيذها، ويضع لها كافة الاحتمالات ، ويضعها في الفعل وهو يقيم ويدل في خطته، وفي نفس الوقت يتعلم من أخطائه، ثم يعود مرة أخرى إلى التنفيذ بثقة تامة في الله سبحانه وتعالى. وهو

يعيش على الأمل والكفاح والصبر، فالشخصية الناجحة تعرف جيدا أنه لولا سعة الأمل لضاقت الحياة، وأن الإنسان يضيع بدون الأمل، ويقع في مطبات التحديات والأحاسيس السلبية. هذه الشخصية تعرف أن الأمل هو بداية التقدم، ولولا وجود الأمل لتوقف كل شيء، وأن الأمل بدون الفعل والكفاح والمجازفات لا يحدث التقدم والتغيير. هذه الشخصية مكافحة إلى أبعد الحدود. لا تكل ولا تمل ولا تيأس مهما تكن الظروف والتحديات.(الفقي، 2011، ص: 45).

– تقبل الذات:

تقبل الذات أو تقدير الذات هو مصطلح تناوله كارل روجرز (K.Rogers) حيث عرفه بأنه اتجاهات الذات التي تنطوي على مكونات انفعالية سلوكية، أما في الموسوعة النفسية فتقدير الذات هو سمة شخصية تتعلق بالقيمة التي يعطيها الفرد لشخصيته.(زيدة، 2000، ص: 31). وحسب حسن وبدران فإنها رؤية النفس كما هي، بصورتها الواقعية، مع تقبل وفهم الميول والحاجات والقدرات الفردية الخاصة كما هي بما هي عليه.(حسن وبدران، 2008، ص: 108). وتعني أن يعرف الفرد ذاته وما تنطوي عليه من قدرات وعمليات وجدانية معرفة سلوكية تؤثر على تصرفاته.(منصور، 2000، ص: 112). ويتم ذلك من خلال معرفة نقاط الضعف والقوة، فالفرد في حاجة دائما إلى أن عرف جوانب الضعف لديه وكذلك جوانب القوة. ذلك أن المعرفة هي الأساس الذي يبني عليه الفرد مواقفه وقراراته. والوعي بالذات يعني الانتباه المستمر لحالة الشخص الداخلية، أي التأمل فيما يقوم به العقل وما يصدر عنه من خبرات بما فيها من مشاعر.(منصور وآخرون، 001، ص: 115).

ومما لا شك فيه أن الفرد الذي يعرف ذاته حق المعرفة يعمل على تنميتها ويستفيد من أخطائه ويتعلم منها، ويعدل منظومته الفكرية، ولديه من حسن التفكير ما يجعله قادرا على فهم الآخر وتقبله، لأنه يعرف نفسه بضعفها وقوتها فيثق بها. ولا شك أن ن توجد لديه هذه الصفات لابد أن يكون مفكرا إيجابيا.

– وجهة الضبط:

حسب روتر (Rotter) فإن وجهة أو مركز الضبط هو مدى إدراك الفرد بوجود علاقة سببية بين سلوكه وبين ما يتلو هذا السلوك من مكافأة أو تدعيم.(بني خالد، 2009، ص: 493). وتتضمن الداخلية والخارجية.

مواصفاته الثابتة نسبيا. (بني خالد، 2009، ص: 493) أي إدراك الفرد قيمة الوقت والمعاني وقيم الإنجاز التي تدفعه إلى الاعتقاد في أهمية العمل الجاد، مما يعطيه قوة تزيده ثباتا وإصرارا، وبالتالي يتكون لديه اعتقاد بأن لديه القدرة على التأثير في القرارات السياسية والاجتماعية. وهذا يزيده مثابرة وإيجابية، مما يجعله يكره الاتكالية، لا يؤمن بالصدفة ولا يؤمن بالعجز والفشل.(عبد العزيز، 1991، ص: 62).

هكذا يتبين للباحثة أن الفرد يجب أن يكون مسؤولا عن تصرفاته، متحملا نتائج أفعاله، متحكما في ذاته أي مسيطرا على مشاعره ودوافعه المضطربة، مستمدا قيمته وسعادته من ذاته، وأن المفهوم المحوري في وجهة الضبط هو تحميل المسؤولية الشخصية والاجتماعية. فالمسؤولية باعتبارها قيمة في حد ذاتها تدفع صاحبها إلى العمل الجاد الإنجاز، وتعد مؤشرا من مؤشرات الهامة التي تميز الشخصية الإيجابية.

والقدرة على تحمل المسؤولية تتطلب نضجا انفعاليا واجتماعيا، مما يجعل صاحبها يسعى إلى التعامل مع الواقع بحرية وارادة، ولكي يكون الفرد مفكرا إيجابيا لا بد أن يملك وجهة ضبط داخلية.(الضعيف، 2001، ص: 110).

– دافعية الإنجاز:

الدافعية العامة هي حاجة لدى الفرد للتغلب على العقبات والعمل من أجل السيطرة على التحديات الصعبة، وهي الميل إلى وضع مستويات مرتفعة من الأداء والسعي نحو تحقيقها والعمل بمواظبة شديدة ومثابرة مستمرة.(عبد الخالق والنيال1991، ص: 121).

ويتمثل دافع الإنجاز في حرص الفرد على تحقيق الأشياء التي يراها الآخرون صعبة، والتحكم في الأفكار وحسن تناولها وتنظيمها، والقيام بعمل الأشياء الصعبة على نحو جيد وسريع بقدر الإمكان، بطريقة استقلالية، والتغلب على العقبات، وبلوغ معايير الامتياز والتفوق على الذات ومنافسة الآخرين والتفوق عليهم وتخطيهم. والأشياء التي يمكن أن تشبع هذا الدافع تتنوع وتختل ما بين القيام بأبسط الأعمال إلى تلك الأعمال العظيمة. يجب ألا يقود الإنجاز إلى الغرور الذي يجعل الفرد يعطي نفسه تقديرات قد لا تمثل الواقع الحقيقي.(الضعيف، 2002، ص: 141).

- المثابرة:

المثابرة والجدية سمتان من سمات الذكاء الفعال، وتعرف المثابرة بأنها الاسمرار في المهمة مهما تكن صعبة ومهما تستغرق من وقت وجهد. فإذا لم يتحل الفرد بالمثابرة فلن يكتمل العمل، وبالتالي لن يكون متقنا. وأما الجدية فتعني الانخراط في المهنة أو العمل بكامل طاقات الفرد حتى يتم الإنجاز. وهناك تداخل بين الجدية والمثابرة من حيث أنهما يتضافران معا حتى يتم تحقيق الأهداف الموضوعة، كما أن المثابرة يتسم في الغالب بالجدية والمثابرة.(منصور وآخرون، 2001، ص: 142).

وتساعد المثابرة لكونها بعد من أبعاد التفكير لإيجابي، الفرد على أن يخرج كل ما يصبو إليه ويتطلع إلى تحقيقه. إن المثابرة من أهم الصفات المعبرة عن تقدير الفرد لذاته، وهي القوة المحركة لهذا الفرد، لأن الفرد الفعال لا يقنع إلا بكل ما من شأنه أن يجعله دائما في صورة مرموقة دائما، والتي تعمل على إظهار الفرد، لأن المثابرة بهذا الوعي تدفع صاحبها إلى أن يكون على بينة وحرص في كل تصرفاته مجتهدا في أعماله، مستمرا في حياته بطريقة تضفي عليه الاحترام والتقدير من الآخرين.(الضعيف، 2002، ص: 27).

-حب التعلم والتفتح المعرفي الصحي:

يعرفا إبراهيم بأنها اتجاهات الفرد الإيجابية نحو إمكانيات التغيير والتطور الاجتماعي والشخصي، والاهتمام بالمعرفة والحب التعلم والاطلاع على ما هو جديد وملائم لتحقيق الصحة النفسية.(إبراهيم، 2008، ص: 152).

- السماحة والأريحية:

أي تبني معتقدات متسامحة عما مر به الفرد من خبرات ماضية أو آلام نفسية ارتبطت بأحداث ماضية، بعبارة أخرى تبني أفكار وسلوكيات تجعل الفرد ينظر إلى الماضي الذي عاشه بصفة أمرا مضى وانقضى ومن المؤسف أن يظل مقيدا به. فالمفكر الإيجابي يتقبل الواقع وما فيه من تحديات دون أن يغفل عما به من أمور مستحيلة لا يمكن تغيير. فهو لا يعرف الشكوى ولا يتذمر طوال الوقت من الأشياء الخارجة عن إرادته.(إبراهيم، 2011، ص: 133).

الفصل الثالث

التوحد

تمهيد:

إن اضطراب التوحد هو ذلك الاضطراب الذي شغل الكثير من العلماء ، وخصصو له مجال كبير في البحث ، ففي فصلنا هذا سنتطرق الى التعريف بالتوحد واعطاء لمحة تاريخية عنه ،نسبة انتشاره ، أنوعه ،أعراضه، والبحث في أسبابه وتشخيصه وإيجاد طرق لعلاج التوحد.

1- تعريف التوحد:

1-1 لغة :

التوحد كلمة مترجمة عن اليونانية وتعني العزلة أو الانعزال وبالعربية أسموه الذاتوية(وهو اسم غير متداول).

والتوحد ليس الانطوائية، وهو كحالة مرضية ليس العزلة فقط ولكن رفض التعامل مع الآخرين ومع سلوكيات ومشاكل متباينة من شخص لآخر.(عادل عبد الله محمد2000م،ص50)

1-2 اصطلاحا :

التوحد هو إعاقة متعلقة بالنمو وعادة ما تظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، وهي تنتج عن اضطراب في الجهاز العصبي مما يؤثر على وظائف الدماغ،ويقدر انتشار هذا الاضطراب مع الأعراض السلوكية المصاحبة له بنسبة 1 من بين500 شخص لا يرتبط هذا الاضطراب بأية عوامل عرقية أو اجتماعية(نادية إبراهيم أبو السعود 2000م،ص22)

1-3 أبرز تعريفات التوحد :

1-3-1 تعريف "كانر"kanner" :

هو أول من عرف التوحد، وقدم له من خلال تشخيصه له، وكتب كل مايعتقد به أعراض لهذه المتلازمة غير المعروفة، ومن خلال ملاحظته لإحدى عشر حالة أشار إليها في دراسته فإننا نلاحظ تلك السلوكيات المميزة للتوحد، والتي تشمل على :

- عدم القدرة على تطوير علاقات مع الآخرين.
- تأخر في اكتساب الكلام.
- استعمال غير تواصلي للكلام بعد تطوره.
- تكرار نشاطات في ألعاب نمطية متكررة.

- ضعف في التحليل وذاكرة حرفية جيدة.

- المحافظة على التماثل.

- ظهور جسمي طبيعي.

1-3-2 تعريف "روتر"Rutter" :

قد حدد ثلاث خصائص أساسية للتوحد هي :

- إعاقة في العلاقات الاجتماعية.

- نمو لغوي متأخر أو منحرف.

- سلوك طقوسي واستحواذي، أو الاصرار على التماثل.

وقد تم تبني هذه الأعراض الثلاثة الرئيسية من قبل الدليل التشخيصي الإحصائي الثالث، والصادر عن جمعية الأطباء النفسانيين الأمريكيين، ومازال موجودا أيضا في الإصدار الرابع للدليل نفسه.(فهد بن المغلوث،2006،ص27/26).

1-3-3 تعريف عبد العزيز الشخص :

يعرفه على أنه نوع من اضطرابات النمو والتطور الشامل، بمعنى أنه يؤثر على عمليات النمو بصفة عامة، وفي مجالات العلاقات الاجتماعية والأنشطة والنمو اللغوي بصفة خاصة، وعادة ما يصيب الأطفال في الثلاث سنوات الأولى، ومع بداية ظهور اللغة، حيث يفتقرون إلى الكلام المفهوم ذي المعنى الواضح، كما يتصفون بالانطواء على أنفسهم، وعدم الاهتمام بالآخرين،وتبلد المشاعر.(الشخص عبد الغفار،1995،ص280).

1-3-4 تعريف الجمعية الأمريكية للتوحد :

تعرفه بأنه نوع من أنواع الاضطرابات التطورية تظهر خلال الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل، وتكون النتائج الاضطرابات النيورولوجية تؤثر على وظائف المخ، وبالتالي تؤثر على مختلف نواحي النمو، فتجعل الاتصال الاجتماعي صعبا عند هؤلاء الأطفال، وتجعل عندهم صعوبة في الاتصال، سواء كان لفظيا أو غير لفظي، وهؤلاء الأطفال

يستجيبون دائما إلى الأشياء أكثر من الاستجابة إلى الأشخاص، ويضطرب هؤلاء الأطفال من أي تغير يحدث في بيئتهم، ودائما يكررون حركات جسمانية أو مقاطع من كلمات بطريقة آلية متكررة(فهد بن المغلوث، 2006، ص: 27).

2- التطور التاريخي للتوحد :

تم وصف حالة التوحد لأول مرة بواسطة الطبيب الإنجليزي"هنري مودزلي" "Henri Moudsley" وكانت تسمية الاضطراب بالتوحد من قبل الطبيب النفسي البارز"ايجون بلولر" "eugen bleule" ، والذي كان معروفا في الطب النفسي، والذي وصف به احدى السمات الأولية للفصام والانشغال بالذات أكثر من الانشغال بالعالم الخارجي، والانشغال بالذات من وجهة نظره هو حركة العملية المعرفية في اتجاه إشباع الحاجة، فيفكر الجائع في الطعام.

وعلى هذا اعتبرت إعاقة التوحد من الاضطرابات الذهنية التي تحدث في مرحلة الطفولة، ويقتصر في تناوله لأذهنة الطفولة المبكرة على إعاقة التوحد، ويمكن تسميته الذهان الذاتوي، وأيضا بالذاتوية الطفلية المبكرة.

ويرجع الفضل إلى "كانر" "Kanner" في عام 1943 الذي نشر دراسة وصف فيها 11 طفلا اشتركوا في سلوكيات لا تتشابه مع أية اضطرابات عرفت آنذاك. لذلك اقترح إدراج هذه السلوكيات تحت وصف تشخيصي جديد ومنفصل أطلق عليه اسم التوحد الطفولي، وبهذه الدراسة وهذا التشخيص ابتدأ تاريخ التوحد.

ويشير "كانر" "Kanner" إلى أن الأطفال التوحديين لا يبدون كأطفال طبيعيين فحسب، بل إنهم عادة ما يكونون جذابين أيضا، لذلك ليس من المدهش أن هذا الأمر قد شجع "كانر" "Kanner"

على افتراض أن هؤلاء الأطفال أذكياء أيضا خاصة بعد ظهور مجموعة من المهارات الخاصة في نواح معينة لديهم وبالنسبة لتفسير السبب وراء انطواء الطفل التوحدي وعزلته الاجتماعية، فقد اعتقد "كانر" "Kanner" أن السبب وراء هذه الحالة يرجع إلى الوالدين، فهو يلوم الأم على كون الطفل منطويا أو متوحدا.

وعلى الرغم من أن "كانر" "Kanner" قام برصد دقيق لخصائص هذه الفئة من الأطفال، وقام بتصنيفهم على أنهم فئة خاصة من حيث نوعية الإعاقة، وأعراضها التي تميزها عن غيرها من الإعاقات في عقد الأربعينيات، فإن الاعتراف بها كفئة يطلق عليها مصطلح "الأوتيزم" أو "التوحد" أو "الاجترار" في اللغة العربية لم يتم إلا في عقد

الستينات حيث كانت تشخص حالات هذه الفئة على أنها نوع من الفصام الطفولي.(أسامة فاروق مصطفى، السيد كامل الشربيني، 2011، ص21-24)

3- نسبة انتشار التوحد :

قدر "جيلبرج" "Gilberg" 1988، حدوث التوحد بحوالي 4.0-6.7 لكل 10.000 وراحت نسبة انتشار التوحد بين الأطفال من2/4 لكل 10.000 طفل.

وانتهت نتائج دراسة "وينج" "wing" 1993، إلى أن معدلات انتشار التوحد تبلغ 1 إلى 16 لكل 10.000 في الولايات المتحدة الأمريكية وأوربا واليابان.

وأشارت نتائج الدراسات الحديثة إلى أن معدلات انتشار التوحد، واضطرابات طيف التوحد المرتبطة به أصبحت الآن أكثر مما هو معروف في القرن المنصرم، وبلغت معدلات الانتشار بوقع طفل لكل 150 طفلا.

ومعدلات انتشار اضطراب التوحد لدى الذكور تفوق انتشاره عند الإناث بحيث تتراوح النسبة من 4/1.

وتشير الدراسات العلمية إلى أن التوحد حالة قد يعاني منها الأطفال من كافة الشرائح الاجتماعية بصرف النظر عن المتغيرات المعرفية والاقتصادية،والاجتماعية،أو الأصول المعرفية.

كما أنه ليس حكرا على فئة عمرية أو نوعية من الناس، بل قد يظهر لدى كافة الأعمار والأجناس والطبقات.

وترجع زيادة معدلات انتشار التوحد في الآونة الأخيرة إلى تغيرات في الممارسة التشخيصية، وزيادة المعرفة في العلوم البيولوجية، وزيادة الوعي ببهذا الاضطراب، وإلى التعريفات المتعددة للتوحد، والتوسع في العمليات التشخيصية، والتحسن في وعينا المهني لهذا الاضطراب، بالرغم من عدم وجود اتفاق على أسباب حدوث التوحد.(أسامة فاروق مصطفى، السيد كامل الشربيني، 2011، ص: 30-31).

وبعد المؤتمر الدولي للتوحد الذي اجري في وهران، يوم 26-27-28 سبتمبر 2013، الإحصائيات التي قدمتها وزارة التضامن الوطني، أنه يوجد 80000 شخص مصاب بالتوحد في الجزائر، و 50000 طفل مصاب في مدينة وهران. (dupuiselise.canalblog.com, 10/12/2014, 23:57)

4- أنواع التوحد :

إقترح كل من سيفن Sevin و ماتسون Matson و لو Loe و في Fee نظاما تصنيفيا من أربع مجموعات وهي:

4-1 المجموعة التوحدية البسيطة جدا :

يظهر أفراد هذه المجموعة العدد الأقل من الخصائص التوحدية و المستوى الأعلى من الذكاء.

4-2 المجموعة التوحدية البسيطة :

يظهر أفراد هذه المجموعة مشكلات إجتماعية وتعلقا قويا بالأشياء ، و الروتنية ،كما يعاني أفراد هذه المجموعة من تخلف عقلي بسيط و إلتزام باللغة الوظيفية.

4-3 المجموعة التوحدية المتوسطة :

و يتميز أفراد هذه المجموعة بإستجابات إجتماعية محدودة أو أنماط شديدة من السلوكيات النمطية) كتأرجح) ،ولغة وظيفية محددة و تخلفا عقليا متفاوت الشدة.

4-4 المجموعة التوحدية الشديدة :

يتصف أفراد هذه المجموعة بأنهم معزولون إجتماعيا ولا توجد لديهم مهارات تواصلية وظيفية ،كذلك فهم يعانون في الغالب من التخلف العقلي. (محمد الشمري،2007 ، ص 57).

5- أعراض التوحد :

تختلف و تتنوع أعراض إضطراب التوحد عند الطفل و هي تنقسم إلى ما يلي:

5-1 الأعراض السلوكية :

النشاط الزائد الملحوظ أو الخمول و الكسل المبالغ فيه نوبات الغضب و البكاء الحادة قد تكون لأتفه الأسباب عدم وجود تواصل بصري بين الطفل التوحدي و الشخص الذي يتكلم معه تكرار كلام الآخرين بشكل ملحوظ و مبالغ فيه و غياب القدرة على التواصل إضطراب في التعلق ، بحيث يبدي الطفل التوحدي تعلقه بالأشياء الغريبية كأثاث المنزل مثلا لنمطية في التصرفات (كتحريك الرأس أو جسم ذهابا و إيابا) ، وعدم تقبل التغيير و الإحتفاظ بروتين معين (قالي فوزية ، 2015، ص 41)

5-2 الأعراض الإجتماعية :

تأخر النمو الاجتماعي و الانفعالي بصفة عامة و عدم القدرة على بناء العلاقات مع أفراد العائلة خاصة الوالدين الإنطواء و الرغبة في ممارسة الأنشطة الترفيهية و اللعب منفردا إظهار السلوك الإنسحابي في المواقف الإنفعالية و المناسبات الإجتماعية (باسي هناء،2016، ص 29).

5-3 الأعراض الإنفعالية :

من أبرز الأعراض الإنفعالية التي نلاحظها في الطفل التوحدي هو النقص الواضح في الإستجابة للآخريين و الفشل في الإستجابة لمحاولات التدليل و العناق و العطف ، وبالتالي يتميز أطفال التوحد بالبرود العاطفي الشديد و بلادة المشاعر و عدم القدرة على تطوير علاقات إنفعالية و عاطفية مع الآخرين ، خاصة مع الوالدين . (لمياء عبد الحميد بيومي ،2008،ص60)كما يلاحظ على أطفال التوحديين أيضا إستخدام السلوك العدواني الموجه نحو واحد من أفراد الأسرة أو أكثر ، و يتميز هذا السلوك العدواني بالبدائية ويكون متمثلا في العض و الخدش و حتى الرفس ، وقد يوجه الطفل التوحدي سلوكه العدواني نحن ذاته أيضا و ذلك من خلال إلحاق الأدى بجسده عن طريق عض نفسه أو ضرب رأسه مع الحائط ، وغالبا ما تسبق هذه السلوكيات نوبات الغضب الشديدة والتي يعبر عنها أحيانا بهز

إلى الأمام و الوراء أو الركض في أرجاء الغرفة أو المشي في حلقة دائرية و غيرها من التصرفات التي قد يستصعب على أهل الطفل فهمها . (سوسن شاكر الجلبي ، 2015، ص 35)

5-4 الأعراض اللغوية :

مشاكل النطق و الكلام من أهم المشاكل التي يعاني منها أطفال التوحد ، حيث أن غالبية هؤلاء الأطفال يعانون من مايلي : تأخر النطق أو إنعدامه عند بعض الحالات تكرار الجمل و الكلمات بشكل مبالغ فيه سوء إستخدام الضمائر (مثلا يذكر إسمه بدلا من أن يقول أنا ، أو يقول أنا بدلا من أنت (عدم القدرة على تسمية الأشياء بأسماءها الحقيقية ، وقد يسميها بكلمات غير مفهومة و بدون معنى صعوبة الإستجابة للأسئلة و التعليمات و الحفاظ على إستمرارية المحادثة (الفرحاتي و آخرون ،2015،ص31).

6- أسباب التوحد :

6-1 أسباب النفسية :

في السنوات الأولى التي تم التعرف فيها على إضطراب التوحد فسر بعض الأطباء النفسيين المتأثرين بنظرية التحليل النفسي لسيغموند فرويد على أن التوحد نتيجة التربية الخاطئة التي إنتهجها الأبوين (بالأخص الأم) خلال مرحلة النمو الأولى من عمر الطفل ، وهدا ما يؤدي به إلى إضطرابات ذهنية عديدة ، ومن بين هؤلاء العلماء العالم النفسي برونو بيتلهيم (Bettleheim Bruno) الذي أرجع إصابة الطفل بإضطراب التوحد سببه خلل التربوي الصادر عن الأم ، واطلق برونو مصطلح " الأم الثلاجة " (مجدي فتحي غزال ،2008، ص 55).

وقد أشارت ميريلا كياراند في دراستها التي أجرتها في سنة 1992 إلى أن العوامل النفسية تساهم في إبراز أهمية التكوين الأولى لشخصية الطفل ، أما الطبيب الأمريكي kanner فقد فسر أعراض الإصابة بالتوحد لدى الأطفال إلى عدم نضج و تطور الأنا و هذا يحدث في حالتين ، أولا نمو الأنا بطريقة خاطئة خلال ثلاث سنوات الأولى من حياة الطفل و ثانيا نتيجة المناخ النفسي الذي يعيش فيه الطفل و أساليب التنشئة الوالدية الخاطئة و شخصية الأبوين و صحتهما النفسية غير السوية . (حسام محمد أحمد علي ،2014، ص 17).

6-2 أسباب اجتماعية :

ترجح بعض الدراسات إلى أن إصابة الطفل بإضطراب التوحد سببه إحساسه بالرفض من والديه و إحساسه بالحرمان العاطفي ،إضافة إلى تفاقم المشاكل الأسرية و بالتالي يؤدي بالطفل إلى الخوف و إنسحابه من محيطه الإجتماعي و الإنطواء على الذات ، وقد إعتقد كانر kanner أن العزلة الإجتماعية و الإهمال هما أساس المشكلة التي أدت إلى كل السلوكيات الأخرى غير سوية . وقد وجد كانر kanner أن جميع أباء الأطفال الذين تم تشخيصهم كانوا ذات تحصيل علمي عالي ، لكن كانوا يتميزون بتصرفات غريبة إضافة إلى الصرامة و العزلة و إجتهادهم في مهنهم و أعمالهم على حساب إلتزماتهم العائلية و الأسرية ، لهذا يرى كانر أن توحد الطفولة المبكر قد يكون عائدا إلى وراثة الطفل لعامل البعد أو إنعزال الأب عن الأسرة ، أو نتيجة للأساليب التنشئة الغريبة التي يعتمد عليها الأبوان في تربية إبنهما (سوسن شاكر الجلبي ، 2015، ص 49).

6-3 أسباب بيوكيميائية :

وجود خلل في الكروموزومات الطفل الموروثة من الأم ، مثل هشاشة الكروموزوم إكس حيث يصيب هذا المرض حولي 15 % من الأطفال التوحديين الذكور . تناول الأم لبعض أنواع أدوية أثناء فترة الحمل (مثل أدوية الصرع .(تعرض الجنين للفيروسات أثناء فترة الحمل ، وهي ناتجة عن الأمراض التي تصيب الأم كفيروس الحصبة الألمانية ، أو فيروس الهيربس البسيط ، أو حتى الفطريات التي تصيب فم الطفل أثناء عملية الولادة كما يرجع بعض الباحثين إصابة الأطفال بالتوحد إلى مرض الفينيل كيتونوريا أو داء التصلب الدربي أو داء الأورام العصبية الليفية و كل هذه الأمراض المذكورة هي أمراض جينية . (جيهان أحمد مصطفى ،2008).

وأثبتت العديد من الدراسات أن ثلث أطفال التوحد وجدت في دمهم معدلات مرتفعة من هرمون السيروتونين وقد أكدت تلك الدراسات وجود علاقة ذات دلالة بين معدل السيروتونين المرتفع في الدم و نقص في السائل النخاعي الشوكي، حيث وجد أن هناك عدم توافق مناعي بين خلايا الأم والجنين مما يؤدي إلى موت بعض الخلايا العصبية .(سوسن شاكر الجلبي ، 2015، ص 48)

7- تشخيص التوحد :

يتم تشخيص حالة الطفل التوحدي من قبل فريق متكامل من الأخصائيين ، وهم كما يلي : طبيب أعصاب، طبيب نفسي، طبيب أخصائي متخصص في النمو، أخصائي نفسي، أخصائي علاج لغة و أمراض النطق، أخصائي علاج مهني. (باسي هناء ،2016، ص 31).

يتم تشخيص التوحد عبر الرجوع إلى جداول ثابتة بها معايير لتشخيص هذا المرض ، ومن المعروف أنه هناك تصنيفين لأمراض الطب النفسية وهو معتمد به على المستوى العالمي، ولكل تصنيف أقسامه الخاصة باضطراب التوحد، أحدهما تقدمه الرابطة الأمريكية للطب النفسي و يسمى الدليل التشخيصي و الإحصائي للإضطرابات العقلية DSM ، أما الثاني فتقدمه منظمة الصحة العالمية و يسمى التصنيف الدولي للأمراض . ICD (جيهان أحمد مصطفى ، 2008) .

7-1 صعوبة تشخيص التوحد :

لا يزال تشخيص التوحد من أكبر المشكلات التي تواجه الباحثين والعاملين في مجال مشكلات الطفولة. وربما يرجع السبب في ذلك إلى أن خصائص الاضطراب أو صفاته غالبا ما تتشابه وتتداخل مع اضطرابات أخرى، ولذلك يتعين الحصول على معلومات دقيقة حتى يتم تشخيص الأعراض بدقة.

ويتفق العديد من الباحثين في أن اضطراب التوحد يبدأ قبل الثالثة من العمر في الغالبية العظمى من الحالات، وقليلا ما يبدأ بعد ذلك في الخامسة أو السادسة من العمر، وغالبا ما يصعب تحديد السن الذي بدأ عنده الاضطراب، ما لم يكن هؤلاء الذين يعتنون بالطفل قادرين على إعطاء معلومات دقيقة عن نمو اللغة والتفاعل الاجتماعي. فالظاهر في مرحلة الرضاعة أنه يصعب رصد مظاهر الاضطراب فيهما، ففي الشهور الأولى قد تأخذ الأعراض صورة الهدوء المبالغ فيه، فتبدو على الطفل الطمأنينة عندما يتحرك وحده، ولا يخاف الغرباء، ولا يرتبط بهم أو يتفاعل معهم، مع غياب الابتسامة الاجتماعية التي تبدأ عادة في سن شهرين، وغياب ابتسامة التعرف التي تظهر عادة في سن أربعة أشهر، فتشكو الأم من أن الطفل لا يعرفها، ولا يقبل عليها عندما تأخذه من فراشه، أي لا يأتي بالحركات المتوقعة التي يأتي بها الطفل السوي في سن أربعة أشهر تقريبا، وقد لا يلاحظ الآباء الاضطراب لدى الطفل إلا عندما يوجد مع أطفال آخرين(عند دخول المدرسة مثلا)، وقد يعتبرون أن هذه هي البداية، إلا أن التاريخ

التطوري المفصل والدقيق سوف يكشف غالبا بداية مبكرة عن ذلك، وقد يرجع الوالدان التغيير إلى حدث معين، مثل ولادة طفل أصغر، أو اصابته بمرض شديد، أو حادثة أو صدمة عاطفية.

وترجع صعوبة تشخيص اضطراب التوحد إلى ثلاثة عوامل :

العامل الأول :

أن أعراض التوحد تشترك مع أعراض إعاقات أخري أو تتشابه معها، مثل التخلف العقلي، حالات الفصام ولدرجة أن كثير من علماء النفس يعدونها حالة فصام مبكرة.

العامل الثاني :

أن البحوث التي تجرى عن التوحد بحوث حديثة نسبيا، ذلك أن معرفتنا بها بدأت بدرجة محدودة في الخمسينات، وبدرجة أكثر تحديدا في السبعينات.

العامل الثالث :

المسؤول عن صعوبات التشخيص والتأهيل هو التخلف الشديد، أو ربما التوقف الملحوظ لنمو قدرات الاتصال بين الطفل الذي يعاني من اضطراب التوحد والبيئة المحيطة به كما أنه عائقا قد يوقف الجهاز العصبي عن العمل، وبالتالي يترتب على ذلك توقف القدرة على تعلم اللغة أو النمو المعرفي ونمو القدرات العقلية وفاعلية عملية التنشئة الاجتماعية.(فهد بن المغلوث،2006 ،ص91-94).

2-7 تشخيص التوحد حسب DSM 4 :

يتضمن الدليل التشخيصي و الإحصائي الرابع DSM 4 الصادر في سنة 1994 إثنى عشر بندا في ثلاث مجالات و هي كالآتي : أربعة بنود في مجال التفاعل الإجتماعي أربعة بنود في مجال المقدرة على التواصل أربعة بنود في نمطية السلوك و تكراره تتم عملية تشخيص مرض التوحد عندما يظهر لدى الطفل خلل في ست بنود على الأقل من هذه الإثنى عشر بندا ، شرط أن يكون إثنان منهما على الأقل في مجال التفاعل الإجتماعي ، و واحد على الأقل في المجالي التواصل و السلوك . يمكن تلخيص البنود الخاصة بالدليل التشخيصي للتوحد وهي كما يلي:

أ- مجال التفاعل الإجتماعي وفيها :

البند الأول : خلل شديد في عدة سلوكيات غير لغوية مثل التواصل البصري ، فهم تعبيرات الوجه ، الأوضاع و الإيماءات التي تنظم التفاعلات الإجتماعية .

البند الثاني : خلل في تكوين علاقات مع الأصدقاء تتوافق مع مرحلة الطفل العمرية .

البند الثالث : عدم المقدرة على البحث التلقائي للمشاركة مع الآخرين في إهتماماتهم و متعتهم أو إنجازاتهم مثل عدم الإشارة للأشياء التي تجذب الإهتمام أو إحضار شيء للآخرين يجذب إنتباههم ليشاهدوه معهم.

البند الرابع : عدم القدرة على تبادل المشاعر مع الآخرين.

ب- مجال التواصل، وفيها :

البند الأول : تأخر أو غياب كامل للكلام و عدم المحاولة لإستبدال هذا بلغة أخرى مثل لغة الإشارة .**البند الثاني** : عدم المقدرة على بدء أو إستمرار المحادثة عند هؤلاء الذين يستطيعون الكلام.

البند الثالث : تكرار الكلام أو إستخدام لغة خاصة غير مفهومة.

البند الرابع : عدم القدرة على اللعب الإبتكاري و التقليد المناسب لعمر الطفل.

ج- مجال نمطية السلوك وتكراره وقلة الإهتمامات والأنشطة، وفيها:

البند الأول : الإهتمام المتكرر بشيء غير مألوف مع قلة إهتمامات الطفل.

البند الثاني : الإهتمام الشديد غير القابل للتغيير بعادات روتينية ليست ذات جدوى.

البند الثالث : القيام بحركات تكرارية مثل تحريك اليد أو الأصابع أو تحريك الجسم كله أو رفرفة الذراعين.

البند الرابع : الإهتمام المتواصل بأجزاء من الأشياء . (جيهان ، 2008) .

7-3 تشخيص التوحد حسب ICD 10 :

أما دليل التصنيف الدولي للأمراض (النسخة العاشرة) ICD 10 الصادر عن منظمة الصحة العالمية سنة 1993 ، فقد حدد المؤشرات التشخيصية للتوحد وهي كالآتي : في معظم الحالات لا توجد مرحلة سابقة من الإرتقاء الطبيعي و إن وجدت لا تتجاوز عمر 3 سنوات .إختلال في التفاعل الإجتماعي المتبادل و فقدان الإستجابة العاطفية مع الآخرين (الإستجابة اللفظية و غير اللفظية) .

ضعف التعبير اللغوي ، وصعوبة إستخدام الإشارات المصاحبة التي تساعد في تأكيد التواصل الكلامي النمطية في السلوك و الإهتمامات ، و تغلب الروتين في أداء النشاطات اليومية .

وجود عدة إضطرابات أخرى مصاحبة كنوبات المزاج العصبي، إضطرابات النوم و الأكل، العدوانية، إيذاء الذات، الخوف و الفزع.

الإهتمام الزائد بعناصر وظيفية في الأشياء مثل تحريك التحف و الأثاث من مكانه . (لمياء عبد الحميد بيومي ،2008،ص77)

7-4التشخيص الفارقي بين التوحد واضطرابات أخرى :

إن كل من اضطراب التوحد ومجموعة من الاضطرابات الأخرى يشتركون في مجموعة من الأعراض إلى درجة تصعب على المختص عامة والمبتدئ خاصة التمييز بين اضطراب التوحد واضطراب آخر، ولأجل تشخيص دقيق لابد من تشخيص خارجي الذي من خلاله يدرك المختص اضطراب التوحد من باقي الاضطرابات.

أ-التوحد واضطراب ريتRETT :

-ينتشر اضطراب ريت RETT أكثر من بين الفتيات، بينما التوحد يصيب الجنسين معا البنات والأولاد، ويظهر اضطراب ريت لدى الإناث الذي يتمثل في: عدم القدرة على الكلام، فقدان القدرة على استخدام اليدين، اضطراب التواصل، قلة النشاط وتفاهته.

-واضطراب ريت يتميز بفقدان الحركات اليدوية الهادفة وحركات غسل اليدين البسيطة، والذي لا يظهر لدى الطفل التوحدي. (ماجد علي عمارة، 2005 ص 80).

-يتميز اضطراب ريت عن اضطراب التوحد بأن المصاب به يظهر نموا طبيعيا بين 6-8 أشهر وبعد ذل يحدث توقف أو تدهور في عملية النمو وهو اضطراب عصبي معقد يبدأ من الأشهر الأولى ويتضح ظهوره خلال العام الثاني، وأهم سماته المميزة هي فقدان حركات اليد الهادفة وظهور حركات نمطية تشمل ثني اليد ويصاحبها إعاقة عقلية شديدة. (إيهاب محمد خليل، 2009، ص21-22) .

ب- التوحد واضطراب اسبرجر Asperger:

تشمل أعراض اضطراب اسبرجر قصور في مهارات التوازن، الكلام التكراري، إخراج الصوت بنفس الوتيرة،كراهية التغير، حب الروتين، عدم القدرة على التعامل مع الآخرين بشكل طبيعي، فمعظم الأطفال هؤلاء لديهم نسبة ذكاء عالية. (جمال مثقال قاسم، 2000 :140) وهناك تشابه في نواحي القصور والمتمثل في التفاعل الاجتماعي والاتصال وفي محدودية الاهتمامات، إلا أنه هناك أوجه اختلاف تميز بين الاضطرابات تتمثل فيما يلي- :يعاني الطفل التوحدي من قصور شديد في النمو اللغوي فيما لا يبدي الطفل المصاب باضطراب اسبرجر هذا القصور - .يعاني الطفل التوحدي من قصور في القدرات المعرفية بينما تكون القدرات المعرفية عادية لدى طفل الاسبرجر - .لا يعاني الطفل التوحدي من صعوبات واضحة في المهارات الحركية، بينما يعاني الطفل المصاب بالاسبرجر من صعوبات واضحة في المهارات الحركية - .يعاني الطفل التوحدي من قصور في مهارات التواصل مع الآخرين، بينما يبدي الطفل المصاب بالاسبرجر رغبة في التواصل مع الآخرين، ولكن من خلال اهتماماته وحاجاته الشخصية مما يؤدي إلى اضطراب العلاقة معهم(إيهاب محمد خليل، 200 :82-83) كما أن اضطراب اسبرجر لا يظهر إلا في سن المدرسة، بينما التوحد يظهر في مرحلة الطفولة المبكرة والطفل المصاب يتجنب أي اتصال مع الآخرين (ماجد علي عمارة، 2005، ص78-79).

يبدي ترديد لما يقوله الغير عكس الطفل المصاب باضطرب الاسبرجر فهوكثير الكلام بكل حماس، أي لغته متطورة وغياب اضطرابات خاصة بالتطور الحسي الحركي. وفي مجال التفكير يتسم الأطفال المصابون باضطراب الاسبرجر بالتصلب وعدم المرونة في التفكير والسلوك وهذا يظهر في طرق عديدة ومعقدةكما أ م لديهم

اهتمامات متضاربة وتكمن الاختلافات بين الاضطرابين في النمو الحركي فطفل اضطراب الاسبرجر يظهر نقصا في التناسق الحسي الحركي ولديه نقص وتأثر واضح في نمو المهارات الحركية. (جوردن ريتا، 2007، ص08)

ج–التوحد والإعاقة العقلية :

قد يصاحب اضطراب التوحد إعاقة أخرى أو أكثر مثل الإعاقة العقلية وهناك باحثون أمثال فريمان وريتفر أكدوا بأن حوالي 57 %منهم لديهم قدرات عقلية في حدود التخلف العقلي، ورغم تشابه الأداء الوظيفي لدى التوحديين والمتخلفين عقليا، إلا أنه يوجد تفاوت يظهر عند أدائهم لمهارات تتطلب ذاكرة قصيرة المدى، أو مهارات الإدراك الحركي في حين يظهر أداؤهم أقل في المهارات اللفظية، فيما يكون أدجاء المتخلفين عقليا منخفضا ومتساويا في جوانب الأداء، إلا أنه يبقى التوحد يتميز عن الإعاقة العقلية في بعض النقاط وهي:

– المعوقون عقليا يتعلقون بالغير، ولديهم بعض الوعي الاجتماعي، فيما التوحديين ليس لها تعلق بالغير رغم اتصافهم بذكاء متوسط.

– للطفل المعاق عقليا قدرة على المهارات اللفظية كالإدراك الحركية والبصري.

– .العيوب الجسمية لدى التوحديين أقل وجودا لديه مقارنة بالمعوقين عقليا.

– للطفل التوحدي سلوكات نمطية شائعة مختلفة عن السلوك النمطي لدى المعوقين عقليا. (سهى أحمد أمين نصر ،2003، ص227).

–الطفل المعاق عقليا نادرا ما تظهر لديه بعض المهارات الخاصة بينما قد تظهر بعض هذه المهارات لدى الطفل التوحدي في أحد ا الاتكالرياضة أو الموسيقى أو الرسم ... الخ. (إيهاب محمد خليل، 2009، ص 86).

–رغم أن اضطراب التوحد والإعاقة العقلية يكونان مصاحبان بنسبة (80–90 %)وتكون الأعراض متشابهة إلا أ ما اضطرابات منفصلان مثل انفصال اضطراب التخلف العقلي عن اضطراب التوحد.

د– التوحد والتخلف العقلي :

كثيرا ما تتداخل أعراض التوحد مع أعراض التخلف العقلي إلا أنه إذا أردنا عقد مقارنة بين هذين الاضطرابين فإن تكون كما يلي:

–**السلوك النمطي**: إن السلوكان النمطية لدى الطفل التوحدي أكبر مما هي عليه عند الطفل المتخلف عقليا.

-**سلوك العدوان والتخريب**: منتشرة أكثر لدى الطفل التوحدي مقارنة بالطفل ذو إعاقة عقلية شديدة

-النشاط الزائد: الأطفال التوحديون لهم مستوى عال من النشاط الزائد مقارنة بالأطفال المتخلفين عقليا، والذي يعود إلى وجود السلوك النمطي المحتاج لحركة مستمرة لفترة مستمرةكهز الرأس لدى الطفل التوحدي.

- المهارات الانتقائية والعناية بالذات، فإن المتخلفين عقليا يتفوقون على التوحديين لتوفر لديهم القدرة الأكبر للتدريب على النظافة والاعتماد على النفس. (سعيد حسني عزة، 2001، ص64)

8- علاج التوحد :

يهدف العلاج النفسي للأطفال المصابين بالتوحد إلى تعديل سلوكهم و محاولة إكسابهم المهارات الضرورية بهدف دمجهم مع المحيط الخاص بهم وذلك من خلال تحسين تفاعلهم الإجتماعي، وتنمية بنيتهم المعرفية و الحد من السلوك غير السوي، وقد تتخلل جلسات العلاج النفسي لطفل التوحدي تناول بعض الأدوية النفسية التي تخفض أعراض المرض و تساعد الطفل على الإسترخاء والهدوء و التعلم، كما يتوجب على المعالج تقديم الإرشادات و التوجيهات النفسية اللازمة لأسرة الطفل التوحيدي وذلك لضمان فعالية الخطة العلاجية. (جيهان أحمد مصطفى ، 2008) ومن أبرز أساليب وطرق علاج التوحد المستخدمة هي:

8-1 العلاج الدوائي :

يهدف العلاج الدوائي لحالات التوحد إلى تعديل المنظومة الكيميائية العصبية التي تؤدي بالطفل إلى السلوك غير السوي مثل العدوانية و إيداء الذات و الاكتئاب ، ومن أبرز الأدوية المستخدمة في علاج التوحد هي (هالوبيريدول) و (الليثيوم) و (فنفلورامين) ، ويبقى إختيار نوع الدواء و كمية الجرعة هو من إختصاص طبيب الطفل مع مراعاة الأثار الجانبية لبعض الأدوية التي يمكن أن تؤثر العملية التعليمية للطفل التوحدي . (قالي فوزية ،2015،ص 49).

8-2 التحليل النفسي :

إن العلاج الطفل التوحدي بإستخدام التحليل النفسي ينقسم إلى مرحلتين اساسيتين و هما:

أولا : يقوك المعالج بتزويد الطفل بأكبر قدر ممكن من التدعيم والإشباع و تجنب الإحباطات والثبات الإنفعالي ، وثانيا : يركز المعالج النفسي على تطوير المهارات الإجتماعية كما تتضمن تأجيل وإرجاع الإشباع والإرضاء.(سوسن شاكر الجلبي ، 2015 ،ص: 105) ومن خلال هذين الخطوتين الأساسيتين، يمكن للمعالج تعديل السلوك الإجتماعي للطفل التوحدي وتنمية مهارته الإجتماعية والتي تبدو أكثر ما تبدو في تدريبه إلى إرجاع الإشباع ، ويتم هذا عن طريق كل من له دور في تنفيد الخطة العلاجية خاصة الوالدين و المعلم . (نبيه ابراهيم اسماعيل ، 2009 ، ص: 101)

8-3. العلاج المعرفي :

يرى رواد النظرية المعرفية أن أطفال التوحد هم إنتقائيون في إنتباهم وذلك راجع أصلا لخلل إدراكي لديهم ، فهم بذلك لا يستطيعون الإستجابة لمثير واحد فقط في وقت واحد بصريا أو لمسيا أو غيرهما، وقد وجدت بعض تلك الدراسات إلى أن التوحد يشكل مجموعة من الإضطرابات النمائية مختلفة الشدة و الإنتشار ، والتي تستوجب على المعالجيين بدل جهود مكثفة تستهدف تحسين الفهم، كما ألحت بعض الدراسات الأخرى على ضرورة التعليم لأطفال التوحد ، إضافة إلى التلقين و الرد على البرامج المقدمة لأجل الإنتباه المشترك و ذلك من خلال النظر إلى إتجاه الشيء الذي يشير إليه الشخص البالغ عن طريق تكوين تعليق حول الشيء، مع الأخد بعين الإعتبار ضرورة تحقيق التنمية في وقت مبكر من الإنتباه المشترك والتي تؤثر على إتصال العين خلال السنة الأولى و الثانية من عمر الطفل. (حسام محمد أحمد علي، 2014، ص: 34).

إضافة إلى هذه الأساليب العلاجية ، هناك العديد من الأساليب الأخرى المتبعة في علاج التوحد و هي كالآتي : العلاج الغدائي، العلاج بالموسيقى، العلاج بالتكامل الحسي، العلاج بطريقة Lovaas العلاج التعليمي (طريقة TEACCH).

خلاصة الفصل:

إن البحث في مجال التوحد قطع شوطا كبيرا ،في التعرف على أسبابه وطرق علاجه للوصول بهذا الطفل إلى التكيف داخل المجتمع والأسرة.

الفصل الرابع

الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد:

تعتبر الدراسة الميدانية من أهم مراحل البحث إذ يشكل هذا الفصل مدخلا منهجيا للبحث الميداني من خلال اختيار منهج البحث، ومجتمع البحث، وعينة صلاحية المقياس البحث، وطريقة اختيارها، والتأكد من الخصائص السيكومترية لمقياس الدراسة .

1- عينة الدراسة الاستطلاعية:

تم زيارة مركز أطفال التوحد واستقبلنا من قبل المسؤولة ووجهنا لرئيسة المصلحة البيداغوجية أين أعطتنا مواعيد التربص ، ومن ثما بدأنا في التعرف على لأمهات ،ولكن كانت هناك صعوبة كبيرة في التجاوب معنا ،لكون أغلبيتهن غير متفبلات لإعاقة أبنائهن.

للتأكد من الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة التي قامت الطالبتين بتطبيق أداة الدراسة (مقياس مهارات التفكير الايجابي لأمهات أطفال التوحد على عينة استطلاعية قصدية قوامها (70) من مجتمع الدراسة الأصلي، والذي تمثل في أمهات أطفال التوحد.

2- منهج الدّراسة:

يشير عبيدات ذوقان و أخرون: أن اختيار الباحث لمنهج الدراسة يختلف حسب طبيعة الموضوع فليس له الحرية المطلقة في اختيار منهج دون الأخر،بمعني إن طبيعة الموضوع و المشكلة المدروسة هي التي تفرض المنهج المناسب، (عبيدات ذوقان وآخرون، 2000، ص95)، واستجابة لطبيعة موضوع الدراسة الذي يهدف أساسا إلى البحث ؟، فان المنهج الوصفي هو المنهج الملائم لموضوع الدراسة من خلال تطبيق المقياس، مهارات التفكير الايجابي لأمهات أطفال التوحد، من ثم جمعه وتحليل المعطيات و تفسيرها ولاستخلاص دلالتها.

3- عينة الدراسة :

اختارت الطالبتين في دراستهما العينة القصدية (والمعروفة أيضا بإسم: عينة الحكم، العينة الانتقائية، أو العينة الشخصانية) وهي أخذ عينات ملائمة، تتضمن طريقة أخذ العينات هذه إختيارًا مقصودًا أو متعمدًا لوحدات معينة من المجتمع لتشكيل عينة تمثل المجتمع الذي تم سحبها منه. وتعتبر تقنية بسيطة في المعاينة والتي تسمح للباحث بالاعتماد على حكمه الخاص عند اختيار أفراد المجتمع الذين سوف يشاركون في البحث. والغرض من ذلك هو الحصول على عينة من الأفراد الذين يستوفون بعض المعايير المحددة سلفًا

.(Cozby & Bates, 2015, p: 151)

4-. حدود الدراسة:

2-1/ المجال الزماني: تم إجراء هذه الدراسة مابين شهري فيفري و مارس و للموسم الدراسي 2020/2019.

2-2/ المجال المكاني: تم إجراء الدراسة بملحقة المركز النفسي البيداغوجي لأطفال التوحد لولاية المسيلة والتي تم فتحها بتاريخ 3 ديسمبر 2015 بطاقة إستعاب 50 طفل ونظام تكفل نسف داخلي وتتكفل هذه الأخير 54 طفل يتراوح سنهم ما بين (5 إلى 14 سنة) من مختلف دوائر الولاية.

بالإضافة إلى مجموعة من المدارس الابتدائية التي يدمج هذه الفئة

5- عينة الدراسة الأساسية:

تم اختيار عينة الدراسة من العينة الأساسية 70 فرد من أمهات أطفال التوحد واختيروا بطريقة قصدية.

-توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير المستوى الدراسي:

جدول رقم (01): يمثل خصائص العينة حسب المستوى الدراسي.

المستوى	العدد	النسبة %
جامعي	31	%44.28
غير جامعي	39	%55.72
الإجمالي	70	%100

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى تكرارات أفراد عينة الدراسة والبالغ عددهم 70 أم، نلاحظ أن عدد الأمهات الجامعيات بلغ عددهم 31 بنسبة مئوية قدرت بـ 44.28% وقدر عدد الأمهات غير الجامعيات بـ39 بنسبة مئوية قدرت ب 55.72% كما هو موضح من خلال الشكل التالي:

– توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير السن:

جدول رقم (02): يمثل خصائص العينة حسب السن.

السن	العدد	النسبة %
من 20 إلى 30	18	%25.71
من 30 إلى 40	32	%45.71
فوق 40	20	%28.57

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى تكرارات أفراد عينة الدراسة والبالغ عددهم 70 أم، نلاحظ أن عدد الأمهات اللواتي تتراوح أعمارهن مابين 20 إلى 30هو 18 بنسبة مئوية قدرت بـ 25.71% وقدر عدد الأمهات من 30 إلى 40 سنة بـ32 بنسبة مئوية قدرت ب 45.71% أما الأمهات فوق 40 سنة فعددهم 20 أم بنسبة مئوية قدرت بـ 28.57% كما هو موضح من خلال الشكل التالي:

6– التعريف بمقياس الدراسة:

إشتمل مقياس مهارات التفكير الإيجابي بعد التحكيم والاستطلاعية على 50 بند موزعة على 6 مجالات رئيسية الجدول رقم(..) يوضح توزع البنود في مهارات التفكير الإيجابي على مجالاته.

الجدول رقم(03) يوضح توزع البنود في مهارات التفكير الإيجابي على مجالاته.

م	مجالات المقياس	مقياس مهارات التفكير الإيجابي	
		عدد البنود	أرقام البنود
1	التوقعات الإيجابية والتفاؤل	7	7-1
2	الضبط الانفعالي والتحكم في العمليات العقلية العلية	8	15-8
3	حب التعلم والتفتح المعرفي والصحي	10	25-16
4	التقبل غير المشروط للذات	10	35-26
5	المجازفات الإيجابية	7	42-36

6	القدرة على تحمل المعاناة	8	50-43
	بنود المقياس	50	

ولتحديد مستوى التفكير الإيجابي لدى الأمهات تم حساب طول الفئة على نحو الأتي:

- حساب المدى بطرح أكبر قيمة في المقياس من أصغر قيمة (96-48=48)

- حساب طول الفئة بتقسيم المدى وهو (48) على أكبر قيمة في المقياس وهي (2).

الخصائص السيكومترية لصورة الأصلية لمقياس مهارات التفكير الإيجابي:

❖ **الصدق:** تم حساب الصدق بحساب معامل إرتباط المجال بالدرجة الكلية.

الجدول رقم (04): يمثل حساب الصدق بحساب معامل إرتباط المجال بالدرجة الكلية

رقم المجال	اسم المجال	الارتباط بالدرجة الكلية
01	التوقعات الإيجابية والتفاؤل	0.81**
02	الضبط الانفعالي والتحكم في العمليات العقلية العلية	0.91**
03	حب التعلم والتفتح المعرفي الصحي	0.92**
04	التقبل غير المشروط للذات	0.93**
05	المجازفات لإيجابية	0.90**
06	القدرة على تحمل المعاناة	0.78**

❖ **الثبات:** تم حساب الثبات لمقياس مهارات التفكير الإيجابية بطريقتين هما:

– ثبات الاتساق الداخلي بمعادلة ألفا كرونباخ: والجدول رقم (04) يبين نتائج معاملات الثبات.

الجدول رقم (05) يبين نتائج معاملات الثبات.

مجالات المقياس ودرجته الكلية	معامل ألفا كرونباخ
التوقعات الإيجابية والتفاؤل	0.79
الضبط الانفعالي والتحكم في العمليات العقلية العلية	0.72
حب التعلم والتفتح المعرفي الصحي	0.91

التقبل غير المشروط للذات	0.85
المجازفات لإيجابية	0.77
القدرة على تحمل المعاناة	0.67
الدرجة الكلية	0.92

– **الثبات بطريقة الإعادة:** تم حساب الثبات بطريقة الإعادة لمجالات المقياس مهارات التفكير الإيجابي ودرجته الكلية.

الجدول رقم (06) يمثل حساب الثبات بطريقة الإعادة لمجالات المقياس مهارات التفكير الإيجابي ودرجته الكلية.

مجالات المقياس ودرجته الكلية	معاملات الارتباط
التوقعات الإيجابية والتفاؤل	0.83**
الضبط الانفعالي والتحكم في العمليات العقلية العلية	0.70**
حب التعلم والتفتح المعرفي الصحي	0.87**
التقبل غير المشروط للذات	0.79**
المجازفات لإيجابية	0.77**
القدرة على تحمل المعاناة	0.84**
الدرجة الكلية	0.94**

تحديد الخصائص السيكومترية للمقياس في بحثنا الحالي:

حيث تطرقنا في هذه النقطة إلى التحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس قبل تطبيقه على عينة البحث، حيث تم تطبيقه على عينة استطلاعية مكونة من 30 أمرآة من أمهات المتوحدين في مركز وتمثلت نتائج التطبيق فيما يخص الصدق والثبات فيما يلي:

1 الصدق:

توجد العديد من الأساليب للتحقق من صدق الأداة وفيما يخص بحثنا تم التطرق إلى أنواع الصدق التالية:

2 حساب الصدق بطريقة الاتساق الداخلي:

وتم ذلك عن طريق حساب معاملات الارتباط بين الأبعاد الستة للمقياس المتمثلة في(التوقعات الايجابية والتفاؤل،الضبط الانفعالي والتحكم في وحب التعلم والتفتح المعرفي، وتقبل الذات غير مشروط، والمجازفات الايجابية والقدرة على تحمل المعناة) فيما بينها ومدى ارتباطها بالدرجة الكلية، حيث أظهرت نتائج الحساب ببرنامج التحليل الإحصائي 23SPSS الارتباطات بين أبعاد المقياس والدرجة الكلية ارتباطات مقبولة ودالة إحصائيا عندي مستو دلالة وهي موضحة في الجدول الأتي:

جدول رقم(07) يوضح الارتباط بين أبعاد المقياس والدرجة الكلية.

الأبعاد الستة	درجة الارتباط	مستوى الدلالة
التوقعات الايجابية	0.85	0.01
الضبط الانفعالي	0.90	
القدرة عل تحمل معاناة	0.84	
المجازفات الايجابية	0.80	
تقبل الذات	0.89	
حب التعلم	0.88	

نلاحظ من خلال الجدول أن قيمة الاتساق الداخلي بين ابعاد المقياس كانت مرتفعة حيث تراوحت معاملات الارتباط بين معامل (0.84 و0.90)لأبعاد المقياس الستة

❖ **الثبات** : تم حساب معامل الثبات من خلال طريقة التجزئة النصفية ومعامل الاتساق الداخلي الفا كرونباخ

اولا: معامل الثبات وفق طريق التجزئة النصفية، حيث قمنا بتجزئة المقياس الى نصفين متكافئين بعد تطبيقه على العينة الاستطلاعية، وتمت التقسيم بتجزئة البنود الفردية في مقابل البنود الزوجية وبعد هذه التجزئة تم حساب معامل الارتباط بيرسون بين نصفي الاختبار والنتائج موضحة وفق الجدو التالي:

جدول رقم(08) يوضح قيمة الثبات بطريقة التجزئة النصفية

نصفي المقياس	قيمة ألفا كرونباخ α	معامل الارتباط	معادلة التصحيح سبرمان
النصف الأول	0.89	0.85	0.92
النصف الثاني	0.90		

نلاحظ من الجدول إن معامل الارتباط بيرسون بين نصفي الاختبار الذي قدر ب 0.85، وتم حساب معامل ثبات كل الاختبار بإدخال معادلة سبرمان / بروان (نظرا لتجانس تباين نصفي الاختبار)، إذ قدر قيمته ب 0.92. وهو معامل ثبات مرتفع.

ثانيا حساب معامل الثبات بتطبيق معادلة ألفا(α) لكرونباخ:

يعد معامل ألفا كرونباخ من أهم مقاييس الاتساق الداخلي للاختبارات، فهو يربط ثبات الاختبار بثبات بنوده،قمنا بحساب معامل α لكل بعد من الأبعاد الخمسة المكونة للمقياس وذلك باستعمال برنامج SPSS وكانت النتائج كما موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (09) يبين قيم ألفا كرونباخ الأبعاد المقياس

رقم البعد	أبعاد المقيـــاس	قيمة ألفا كرونباخ α
1	البد الأول	0.63
2	البعد الثاني	0.82
3	الثالث	0.82
4	الرابع	0.79
5	الخامس	0.78
6	السادس	0.71
المقياس ككل		0.95

نلاحظ من خلال الجدول أن قيمة معامل الثبات باستخدام طريقة α لكرونباخ كان مقبول ومرتفع حيث تراوح بين (0.68الى 0.82)لأبعاد المقياس الستة أما قيمة معامل الثبات ككل بلغت (0.95).

ومن خلال نتائج التحليل فيما يخص الصدق والثبات لمقياس مهارات التفكير الايجابي فنلاحظ أن قيم الصدق كانت مقبولة ما تدل على صدقه ونتائج الثبات جاءت مرتفعة ، مما يمكننا أن نستنتج أن المقياس يتمتع بخصائص سيكومترية مقبولة تسمح لنا بتطبيقه على عينة بحثنا

7- أساليب المعالجة الإحصائية:

إن تحديد الأساليب الإحصائية في تحليل وتفسير النتائج يعتبر خطوة هامة في الجانب الميداني لذلك ارتأينا أن نبين أهم الأساليب الإحصائية المستخدمة في بحثنا والطريقة التي استعنا بها في ذلك والمتمثلة في الحزمة الإحصائية للعلوم الإنسانية و الاجتماعية نظام (spss) وهو البرنامج المطبق في العلوم الإنسانية و الاجتماعية و أساليب المعالجة الإحصائية المستخدمة هي:

- لحساب الخصائص السيكومترية لأداة القياس استعملنا الأساليب الإحصائية التالية:

- **بالنسبة لثبات:**

* α كرونباخ Crompach لتأكد من ثبات القياس

$$\alpha_{crd} = \frac{N}{N-1}\left(\frac{Sx^2 - \sum s_1\, 2}{Sx^2}\right)$$

* معامل بيرسون.

* معادلة سيبرمان براون.

- **أما بخصوص الفرضيات نجد:**

الفرضية الأولى: مستوى تقدير مهارات التفكير الايجابي لدى أمهات أطفال التوحد مرتفع (المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي).

الفرضية الثانية: مستوى تقدير (التوقعات الايجابية، الضبط الانفعالي، حب التعلم والتفتح المعرفي، نقبل الذات غير المشروط، المجازفات الايجابية، القدرة على تحمل المعاناة) مرتفع (المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي).

الفرضية الثالثة: توجد فروق في مهارات التفكير الايجابي يعزى لعامل المستوى الدراسي لصالح الجامعيات (t test).

الفرضية الرابعة: توجد فروق في مهارات التفكير الايجابي يعزى لعامل السن لصالح مابين 30 إلى 40 سنة (تحليل التباين الأحادي Anova).

الفصل الخامس

عرض ومناقشة نتائج الدراسة

I عرض ومناقشة النتائج

نتائج الفرضية الأولى:

تشير الفرضية الأولى لبحثنا إلى أنه: "تتباين مستويات تقدير مهارات التفكير الايجابي لدى أمهات أطفال التوحد وتمثلت النتائج على النحو التالي:

1-1 من جانب المستوى العام للمهارات الايجابية للأمهات أطفال التوحد:

جدول رقم(10) يوضح مستويات تقدير مهارات التفكير الإيجابي لأمهات أطفال التوحد

مستوى التفكير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوسط الفرضي	ت المحسوبة	درجة الحرية	المجدولة	المعنوية
مهارات التفكير الايجابي بصفة عامة	56,66	9,77	141	72,18-	69		دالة احصائيا

من خلال النتائج المبينة بالجدول أعلاه رقم (10) نلاحظ وبناء على المتوسط الحسابي لأفراد عينة الدراسة على مقياس (مهارات التفكير الايجابي لأمهات أطفال التوحد) والذي بلغ (56.66) أنه أقل من المتوسط النظري للمقياس والمقدر بـ (141)، بناء عليه فإن أفراد عينة الدراسة يتمتعون بمستوى منخفض من مهارات التفكير الايجابي ، وهذا ما أكدته قيمة "ت" والتي بلغت (72.18-) وهي قيمة سالبة وغير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا(0.01)، وهذا يعني الفرق لصالح المتوسط الفرضي لأفراد عينة الدراسة، وبالتالي فإن هذه النتيجة تعارض الفرضية الأولى للدراسة والقائلة

وهذا راجع إلى أن معظم الأمهات يرفضنا الوضع المعيشي الذي حتمته ظروف هذا الاضطراب ويعانين من عدم التكيف مع اضطراب لأطفالهن أطفالهن لأن بالتشاؤم الأمهات يؤدي بهن إلى التوقع بعدم الوصول بأبنائهم إلى مراكز عليا في المجتمع بالإضافة إلى ذلك نقص الوازع الديني والإيمان بقضاء الله وقدره الذي ترك أثرا كبيرا في نفوسهن وتتطور التكنولوجي الذي نشهده جعلهم أكثر إطلاع على كل ما يخص هذا الإضطراب أما بخصوص المعيشي المتوسط فقد أثر على الأمهات وعلى طريقة تفكيرهم ولجوء الأمهات إلى الدعم المجتمعي وهذا ما توافق مع

دراسة سنيغال (2010) بالولايات المتحدة الأمريكية، وهو ما جعل تفكيرهم في حدود متوسط وهذا ما توافق أيضا مع دراسة البهلساوي وجرجس (2011) في أمريكة.

1-2 من جانب الأبعاد الستة للمقياس:

1-3 من جانب الأبعاد الستة للمقياس:

جدول رقم(11) يوضح مستويات تقدير مهارات التفكير الايجابي وفق البعدات الخاصة به

مستوى الأداء / أبعاد مهارات التفكير الإيجابي	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوسط الفرضي	ت المحسوبة	درجة الحرية	المجدولة	المعنوية
التوقعات الايجابية	8,24	1,52	21	-69,90	69	0.000	دالة احصائيا
الضبط الانفعالي	9,75	1,19	21	-42,82	69	0.000	دالة احصائيا
حب التعلم والتفتح المعرفي	11,81	1,38	27	-32,23	69	0.000	دالة احصائيا
نقبل الذات غير المشروط	12,90	2,39	27	49,72	69	0.000	دالة احصائيا
المجازفات الايجابية	7,12	1,62	15	40,79	69	0.000	دالة احصائيا
القدرة على تحمل المعاناة	6,81	1,08	15	63,37	69	0.000	دالة احصائيا

2 **يتضح لنا من الجدول رقم(11) مايلي:**

بالنسبة للمجال الأول التوقعات الايجابية: من خلال النتائج المبينة بالجدول أعلاه رقم (10) نلاحظ وبناء على المتوسط الحسابي لأفراد عينة الدراسة على مقياس (مجال التوقعات الايجابية) والذي بلغ (8.24) أنه أقل من المتوسط النظري للمجال والمقدر بـ (21)، بناء عليه فإن أفراد عينة الدراسة يتمتعون بمستوى منخفض من مهارات التوقعات الايجابية ، وهذا ما أكدته قيمة "ت" والتي بلغت (69.90-) وهي قيمة سالبة وغير دالة إحصائيا عند

مستوى الدلالة ألفا(0.01)، وهذا يعني الفرق لصالح المتوسط الفرضي لأفراد عينة الدراسة، وبالتالي فإن هذه النتيجة تعارض الفرضية الأولى للدراسة والقائلة وجود مستوى مرتفع لتوقعات الايجابية

- وهذا ما يعكس أن أغلبية الأمهات يقدرون أدائهم في حدود المستوى المنخفض في التوقعات الايجابية وفق مقياس مهارات التفكير الايجابي

بالنسبة للمجال الثاني الضبط الانفعالي: من خلال النتائج المبينة بالجدول أعلاه رقم (10) نلاحظ وبناء على المتوسط الحسابي لأفراد عينة الدراسة على مجال (الضبط الانفعالي ا) والذي بلغ (9.75)أنه أقل من المتوسط النظري للمجال والمقدر بـ (21)، بناء عليه فإن أفراد عينة الدراسة يتمتعون بمستوى منخفض من مهارات التوقعات الايجابية ، وهذا ما أكدته قيمة "ت" والتي بلغت (42.32-) وهي قيمة سالبة وغير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا(0.01)، وهذا يعني الفرق لصالح المتوسط الفرضي لأفراد عينة الدراسة، وبالتالي فإن هذه النتيجة تعارض الفرضية الأولى للدراسة والقائلة وجود مستوى مرتفع لضبط الانفعالي.

- وهذا ما يعكس أن أغلبية الأمهات يقدرون أدائهم في حدود المستوى المنخفض في الضبط الانفعالي وفق مقياس مهارات التفكير الايجابي

بالنسبة للمجال الثالث، حب التعلم والتفتح المعرفي: من خلال النتائج المبينة بالجدول أعلاه رقم (10) نلاحظ وبناء على المتوسط الحسابي لأفراد عينة الدراسة على مجال (حب التعلم والتفتح المعرفي) والذي بلغ11.81) أنه أقل من المتوسط النظري للمجال والمقدر بـ (27)، بناء عليه فإن أفراد عينة الدراسة يتمتعون بمستوى منخفض من مهارات التوقعات الايجابية ، وهذا ما أكدته قيمة "ت" والتي بلغت (32.23-) وهي قيمة سالبة وغير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا(0.01)، وهذا يعني الفرق لصالح المتوسط الفرضي لأفراد عينة الدراسة، وبالتالي فإن هذه النتيجة تعارض الفرضية الأولى للدراسة والقائلة وجود مستوى مرتفع لحب التعلم والتفتح المعرفي

- وهذا ما يعكس أن أغلبية الأمهات يقدرون أدائهم في حدود المستوى المنخفض في حب التعلم والتفتح المعرفي وفق مقياس مهارات التفكير الايجابي

بالنسبة للمجال الرابع نقبل الذات غير المشروط : من خلال النتائج المبينة بالجدول أعلاه رقم (10) نلاحظ وبناء على المتوسط الحسابي لأفراد عينة الدراسة على مجال (الذات غير المشروط) والذي بلغ (8.24) أنه أقل من المتوسط النظري للمجال والمقدر بـ (21)، بناء عليه فإن أفراد عينة الدراسة يتمتعون بمستوى منخفض من مهارات التوقعات الايجابية ، وهذا ما أكدته قيمة "ت" والتي بلغت (69.90-) وهي قيمة سالبة وغير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا(0.01)، وهذا يعني الفرق لصالح المتوسط الفرضي لأفراد عينة الدراسة، وبالتالي فإن هذه النتيجة تعارض الفرضية الأولى للدراسة والقائلة وجود مستوى مرتفع لتوقعات الايجابية

- وهذا ما يعكس أن أغلبية الأمهات يقدرون أدائهم في حدود المستوى المنخفض في تقبل الذات غير المشروط وفق مقياس مهارات التفكير الايجابي

بالنسبة للمجال الخامس المجازفات الايجابية: من خلال النتائج المبينة بالجدول أعلاه رقم (10) نلاحظ وبناء على المتوسط الحسابي لأفراد عينة الدراسة على مجال (المجازفات الايجابية) والذي بلغ (7.12) أنه أقل من المتوسط النظري للمجال والمقدر بـ (15)، بناء عليه فإن أفراد عينة الدراسة يتمتعون بمستوى منخفض من مهارات التوقعات الايجابية ، وهذا ما أكدته قيمة "ت" والتي بلغت (40.79) وهي قيمة سالبة وغير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا(0.01)، وهذا يعني الفرق لصالح المتوسط الفرضي لأفراد عينة الدراسة، وبالتالي فإن هذه النتيجة تعارض الفرضية الأولى للدراسة والقائلة وجود مستوى مرتفع المجازفات الايجابية

- وهذا ما يعكس أن أغلبية الأمهات يقدرون أدائهم في حدود المستوى المنخفض في المجازفات الايجابية وفق مقياس مهارات التفكير الايجابي

بالنسبة للمجال السادس القدرة على تحمل المعاناة: بالنسبة للمجال الأولالقدرة على تحمل المعاناة : من خلال النتائج المبينة بالجدول أعلاه رقم (10) نلاحظ وبناء على المتوسط الحسابي لأفراد عينة الدراسة على مجال (القدرة على تحمل المعاناة) والذي بلغ (8.24) أنه أقل من المتوسط النظري للمجال والمقدر بـ (15)، بناء عليه فإن أفراد عينة الدراسة يتمتعون بمستوى منخفض من مهارات القدرة على تحمل المعاناة ، وهذا ما أكدته قيمة "ت" والتي بلغت (63.37-) وهي قيمة سالبة وغير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا(0.01)، وهذا يعني الفرق لصالح المتوسط الفرضي لأفراد عينة الدراسة، وبالتالي فإن هذه النتيجة تعارض الفرضية الأولى للدراسة والقائلة وجود مستوى مرتفع القدرة على تحمل المعاناة

- وهذا ما يعكس أن أغلبية الأمهات يقدرون أدائهم في حدود المستوى المنخفض في القدرة على تحمل المعاناة وفق مقياس مهارات التفكير الايجابي

- عرض ومناقشة الفرضية الثاني:

والتي نصت على انه توجد فروق تعزى للمتغير المستوى الدراسي:

جدول رقم(12) يوضح الفروق في مهارات التفكير الايجابي وفق المستوى التعليمي

المستوى الدراسي للأمهات	التكرار	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	اختبار"ت"	قيمة (SIG)	الدلالة الإحصائية
جامعي	31	38.77	8.31	3.05	0.03	دالة إحصائيا
غير جامعي	39	33.03	7.04			

تشير النتائج الواردة في الجدول(12) إلى وجود فروق في مستوى مهارات التفكير الايجابي لأمهات أطفال التوحد تعزى لمتغير المستوى الدراسي حيث كانت قيم (ت) 3.05 وهي قيمة دالة إحصائية عند قيمة احتمالية 0.03 هي أقل من 0.05 وحيث نجد الفروق بين أمهات أطفال التوحد وتعود هذا الفروق للأمهات الجامعيات.

عرض نتائج الفرضية الثالثة:

جدول رقم(13) نتائج اختبار التباين الأحادي ANOVA تبعا لمتغير السن لأمهات أطفال التوحد.

المستوى الأكاديمي للطلبة	التكرار	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ف"	القيمة الاحتمالية (SIG)	الدلالة الإحصائية
من20الى 30سنة	18	33.61	8.35	0.67	0.5	غير دالة إحصائيا
من30الى 40سنة	32	36.22	7.34			
فوق 40 سنة	20	35.57	6.68			

يوضح لنا الجدول(13) أعلاه: إن نتائج تحليل التباين الأحادي الاتجاه، ومن خلاله نستنتج انه لا توجد فروق في تقييم أمهات أطفال التوحد لتفكيرهم ألايجابيي من وجهة نظرهم تبعاً لمتغير المستوى السن حيث كانت قيمة "ف" 0.67 بقيمة احتمالية 0.5 وهي قيمة اكبر من 0.05 فهي غير دالة إحصائيا.

ومن يتضح لنا انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأمهات تعزى لمتغير السن

خاتمة

خاتمة:

لقد تناول البحث الحالي موضوع مهارات التفكير الايجابي لدى أمهات أطفال التوحد من خلال مقاربة الجانب النظري بالجانب الميداني فبعد طرحنا إشكالية البحث وتساؤلات نجمت عنها الفرضيات التالية:

- مستوى التفكير الإيجابي عند أمهات أطفال التوحد مرتفع
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لعامل السن والمستوى الدراسي

وعليه لتحقق أو نفي فرضيات الدراسة قمنا بدراسة ميدانية في مركز التوحد بالمسيلة وخلصت النتائج إلى:

- مستوى مهارات التفكير الايجابي لدى أمهات أطفال التوحد منخفض
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مهارات التفكير الايجابي لصالح الأمهات الجامعيات
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مهارات التفكير الايجابي يعزى لمتغير السن.

الاقتراحات:

- تصميم برامج تدريبية إرشادية للأمهات أطفال التوحد.
- الاهتمام بمساعدة الطفل التوحدي عن طريق أمه.

قائمة المراجع

مراجع بالعربية:

1. إبراهيم، عبد الستار، (2008)، عين العقل دليل المعالج المعرفي لتنمية التفكير العقلاني الإيجابي، مكتبة مدبولي، دار الكتاب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.

2. إبراهيم، عبد الستار، (2011)، عين العقل دليل المعالج المعرفي لتنمية التفكير العقلاني الإيجابي، مكتب الأنجلو المصرية، القاهرة.

3. أسامة فاروق مصطفى، السيُّد كامل الشربيُنِّي، (2011)، التوحد أألسباب التشخُّيص والعلاج، دار المسيُّرة للنشر والتوزُّيع والطبع، ط1 ،عمان.

4. الأنصاري، البدر، (1998)، التفاؤل والتشاؤم المفهوم والقياس والمتعلقات، مطبعة جامعة الكويت.

5. إيهاب محمد خليل، ممدوح محمد سلامة، محمد السيد أبو النيل، الأوتيزم (التوحد) والإعاقة العقلية "دراسة سيكولوجية" (2009).مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.مصر.

6. باسي هناء . (2016). أساليب المعاملة الوالدية لأطفال ذوي إضطراب التوحد . مذكرة ماستر . منشورة . جامعة قاصدي مرباح . ورقلة . الجزائر.

7. بدران، شبل ومحفوظ أحمد فاروق، (1994)، في أصول التربية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية مصر.

8. بني خالد، محمد سليمان، (2009)، مركز الضبط وعلاقته بمستوى التحصيل الأكاديمي لدى طلبة كلية العلوم التربوية في جامعة آل البيت، مجلة لجامعة الإسلامية، المجلد رقم 17، عدد، 2.

9. بيفر، فيرا، (2008)، التفكير الإيجابي، (ترجمة مكتبة جرير)، طبعة 6، مكتبة جرير الرياض، السعودية.

10. بيل، نورمان فنسنت، (2001)، قوة التفكير الإيجابي، (ترجمة يوسف السكندر)، طبعة 7، دار الثقافة، مصر..

11. تراسي، بريان، (2008)، غير تفكيرك غير حياتك، (ترجمة مكتبة جرير)، طبعة 3، مكتبة جرير، السعودية.

12. جوردون ريتا (2007)، الأطفال التوحديون، جوانب النمو وطرق التدريس، ط2، الشركات الدولية للطباعة والنشر، القاهرة.

13. جيهان أحمد مصطفى . (2008) . التوحد . دار أخبار اليوم . مصر.

14. حجازي مصطفى، (2005)، الإنسان المهدور، المركز الثقافي العربي، بيروت، لبنان.

15. حسام محمد أحمد علي . (2014). فعالية برنامج معرفي إلكتروني قائم على توظيف الإنتباه الإنتقائي في تحسين إستجابات التواصل لدى أطفال التوحد . رسالة ماجستير . منشورة . جامعة جنوب الوادي.

16. حسن، عمر وبدران، أحمد، (2008)، كيف تحقق ذاتك، مكتبة جرير، المنصورة، مصر.

17. دبليو، فنترلا، (2003) قوة التفكير الإيجابي في الأعمال، (ترجمة ناوروز أسعد)، مكتبة العبيكان السعودية.

18. دي بونو، إدوارد،(2001)، قبعة التفكير الست، (ترجمة خليل الجيوسي)، المجمع الثقافي، أبوظبي.

19. رحال وماريو، (1995)، المعني الوجودي وعقته ببعض المتغيرات الشخصية، رسالة الماجستير غير منشورة، كلية عين شمس، مصر.

20. الرقيب، سعيد بن صالح، (2008)، أسس التفكير الإيجابي وتطبيقاته تجاه الذات والمجتمع في ضوء السنة النبوية، بحث علمي محكم ومنشور قدم كورقة عمل في مؤتمر الدولي، تنمية المجتمع تحديات وأفاق في الجامعة الإسلامية في ماليزيا.

21. زبيدة أمزيان، (2007)، علاقة تقدير الذات للمراهق بمشكلاته وحاجاته الإرشادية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة حاج لخضر، الجزائر.

22. سالم، أماني سعيدة سيد إبراهيم، (2002)، فاعلية برنامج إرشادي لتنمية التفكير الإيجابي لدى الطالبات المعرضات للضغوط النفسية في ضوء النموذج المعرفي، مجلة كلية التربية الإسماعلية، العدد 4.

23. سعيد حسني عزة (2001)، التربية الخاصة لذوي الإعاقات العقلية والبصرية والسمعية والحركية، ط1، عمان، الدار العلمية للنشر والتوزيع.

24. سهى أحمد أمين نصر (2002)، الاتصال اللغوي للطفل التوحدي، التشخيص، البرامج العلاجية، ط1، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

25. سوسن شاكر الجلبي .(2015)، التوحد الطفولي أسبابه خصائصه تشخيصه علاجه . دار و مؤسسة رسلان لطباعة و النشر و التوزيع . دمشق . سوريا.

26. الشخص عبد الغفار، عبد العزيُز عبد السالم، (1995) ،قاموس التربُية الخاصة، دار القلم، الكويُت.

27. صبحي، سيد محمد، (1992)، الإعاقة الخلقية وملامحها، دار العين، القاهرة.

28. صـــلاح الدين محمود علام ، (2006)، "الاختبارات والمقاييس النفســـية والتربوية" ،ط1 ،كلية التربية الأزهر، ،مصر.

29. الضعيف خالد حسن، (2002)، الإيجابية وعلاقتها ببعض متغيرات الشخصية لدى طلبة الجامعة، رسالة الماجستير غير منشورة، وكلية البنات للأداب والعلوم التربوية، جامعة عين شمس، القاهرة.

30. الضعيف خالد حسن، (2005)، تنمية الإيجابية وأثرها في بعض الإضطرابات الشخصية لدى طلبة الجامعة، رسالة الدكتوراه غير منشورة، وكلية البنات للآداب والعلوم التربوية، جامعة عين شمس، القاهرة.

31. عادل عبد الله محمد، (2000)، مقيٌاس الطفل التوحدي، مكتبة الانجلو المصرٌية، القاهرة.

32. عبد الحق أحمد سمير، (2008)، التفكير الإيجابي طريق النجاح النهضة، دار البراء، الإسكندرية، مصر.

33. عبد الخالق، أحمد محمد والنيال، مايسة أحمد، (1991)، أصول الصحة النفسية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر.

34. عبد الرحمان سيد سليمان، (2000)، محاولة فهم الذاتوية، طبعة1، مكتبة الصهراء، القاهرة.

35. عبد العزيز، رشاد، (1991)، سيكولوجية الفروق بين الجنسين، مؤسسة المختار للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.

36. عبيدات ذوقان وآخرون، (2002)، "البحث العلمي مفهومه وأدواته وأسالبيه"،دار أسامة للنشر والتوزيع ، السعودية.

37. العنزي، فريح، (2001)، الثقة بالنفس والخجل، دراسة عاملة إرتباطية، مجلة العلوم الإجتماعية، جامعة الكويت، العدد 37، المجلد 3.

38. غانم، زياد بركات، (2005)، التفكير الإيجابي والسلبي لدى طلبة الجامعة، دراسة المقارنة في ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية والتربوية، دراسات عربية في علم النفس، العدد 4، المجلد 03.

39. فتحي، محمد، (2002)، دعوة للإيجابية مع النفس والأخرين، دار التوزيع والنشر الإسلامية، القاهرة.

40. الفرحاتي السيد محمود ، مرفت العدروس أبو العينين ، نعيمة محمد المقدامي ، فاطمة سعيد الطلى (2015) . إضطراب التوحد دليل المعلم و الأسرة في التشخيص.

41. الفقي، (2004)، المفاتيح العشرة للنجاح، طبعة 2، مؤسسة الخطوة الذكية، جدة.

42. فهد بن المغلوث، (2006)، التوحد كيف نفهمه ونتعامل معه، ط1 ،مكتبة الملك، الرياض.

43. القاسم جما مثقال، ماجد عبيد وعماد الزغبي (2000)، الاضطرابات السلوكية، عمان الأردن، دار الصفاء للنشر والتوزيع، ط1.

44. قالي فوزية . (2015)، تقييم الخصائص السلوكية عند الطفل التوحدي بتطبيق مقياس CARS ST 2المعياري . مذكرة ماستر . منشورة . جامعة العربي بن مهيدي . أم البواقي. الجزائر.

45. كاظم، علي مهدي، (2010)، من هم ذوي الأوتيزم، وكيف نعدهم للنضج، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.

46. كينان، كيت، (1995)، تنظيم وتفعيل الذات، (ترجمة محمود الحلبي)، الدار العربية للعلوم، الأردن.

47. لمياء عبد الحميد بيومي .(2008)، فاعلية برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى الأاطفال التوحديين . رسالة دكتوره . منشورة . جامعة قناة السويس.

48. ماجد سيد علي عمارة (2005)، إعاقة التوحد بين التشخيص والتشخيص الفارقي، مكتبة زهراء النشر، مصر، دط.

49. مجدي فتحي غزال . (2007)، فاعلية برنامج تدريبي في تنمية المهارات الإجتماعية لدى عينة من الأطفال التوحديين في مدينة عمان . رسالة الماجستير . منشورة . الجامعة الأردنية.

50. محمد بن خلف الحسيني الشمري .(2007)، تقويم البرامج المقدمة للتلاميذ التوحديين في المملكة العربية السعودية .رسالة ماجيستر.منشورة .الجامعة الأردنية.

51. مصطفى، وفاء محمد، (2004)، حقق أحلامك بقوة التفكير الإيجابي، دار بن حزم، بيروت.

52. نادٌية إبراهيٌم أبو السعود،(2000) ،الطفل التوحدي، المكتب العلميً، القاهرة.

53. نبيه إبراهيم إسماعيل . (2009)، إشكالية الإضطرابات النفسية إضطراب التوحدي مفهومه تشخيصه علاجه و كيفية التعامل معه .مركز الإسكندرية للكتاب

54. يحي النجار وعبد الرؤوف الطلاع، (2015)، التفكير الإيجابي وعلاقته جودة الحياة لدى العاملين بمؤسسات الأهلية، غزة، مجلة النجاح للأبحاث والعلوم الإنسانية، مجلد 29، عدد 2.

مراجع بالأجنبية

1. Bostow, T, R, 2009, Positive Thinking Reduces Heart Rate and Fear Responses to Speech-Phobic Imagery, Perceptual and Motor Skills, 75, 067-1073.
2. Cozby, C. P., Bates, C. S. (2015). Methods in behavioral research. (11th ed.), USA: McGraw-Hill Education.
3. dupuiselise.canalblog.com, 10/12/2014, 23:57
4. Hartzel, G, 2000, Being Proactive, Book Report Journal, Issue5, Vol, 18.
5. Scheier, M, F & Carver, C, S, 1993, On the Power of Positive Thinking: the Benefits of Being Optimistic, Current Direction in Psychological Science, Fed 2, (1), 26-30.
6. Yearley, L,H, 1993, Mencius and Aquinas: Theories of Virtue and Conceptions of Courage, Albany, NY, State University of New York Press.

الملاحق

الملحق رقم 01

مقياس مهارات التفكير الإيجابي في صورته النهائية

التعليمات:

عزيزتي الأم:

فيما يلي مجموعة من العبارات التي تصف بعض أساليبنا في التفكير في المواقف الاجتماعية، وقد تم وضع هذه العبارات ضمن بنود بتكون كل بند منها من عبارتين (أ) و (ب)، نرجو منك قراءة ل عبارة منهما واختيار إحداها، ضعي دائرة أو علامة على العبارة التي تجدين أنها تتفق معك واتركي العبارة التي لا تناسبك دون أية علامة.

يرجى الانتباه إلى أنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة، لذا نرجو أن تعكس إجاباتك طريقة تفكيرك في الأمور كما تعبر عنها أي عبارة تختارينها من العبارتين.

يرجى عدم وضع أكثر من علامة واحدة أمام كل عبارة، وعدم ترك أية عبارة دون إجابة.

أؤكد لكي أن إجاباتك ستعامل بسرية تامة ولن يطلع عليها أحد. لذا نأمل أن تكون إجابتك صادقة وصريحة شاكرين تعاونك معنا.

ملاحظة: كلمة طفلك الواردة في البنود تعني طفلك التوحدي.

البيانات الأساسية:

– إسم الأم:

– عمر الأم:

البند	العبارة	بدائل الإجابة	
	التوقعات الإيجابية والتفاؤل	(أ)	(ب)
01	(أ) أعتقد أن مستقبل طفلي سيكون أفضل. (ب) لا أرى في مستقبل طفلي ما يدعو للتفاؤل.		
02	(أ) أعتقد أني محظوظة. (ب) أعتقد أني سيئة الحظ.		
03	(أ) أنا شخص متفائل. (ب) أنا شخص متشائم.		
04	(أ) لا تشكل الأحداث السيئة التي مرت في حياتي عائقا في وجهي. (ب) الأحداث السيئة التي مرت في حياتي ستترك أثارها للأبد.		
05	(أ) أعتقد أن طفلي في تقدم مستمر. (ب) أعتقد أن تطور طفلي محدود مهما قدمت له.		
06	(أ) ببعض الجهد سأجعل مستقبل طفلي أفضل. (ب) مهما اجتهدت لن أتمكن من تغيير مستقبل طفلي نحو الأفضل.		
07	(أ) لا أشعر بالخوف عندما أفكر في مستقبل طفلي. (ب) تراودني مشاعر خوف عندما أفكر في مستقبل طفلي.		

	الضبط الانفعالي والتحكم في العمليات العقلية العليا	(أ)	(ب)
08	(أ) طفلي أعطى حياتي صبغة إيجابية. (ب) طفلي جعل حياتي كئيبة.		
09	(أ) استطيع تغيير أفكار الآخرين نحو إعاقة طفلي. (ب) لا أستطيع تغيير أفكار الآخرين السلبية عن طفلي.		
10	(أ) أستطيع تمالك نفسي عند الغضب. (ب) لا أستطيع تمالك نفسي عندما أغضب.		
11	(أ) أستطيع التغلب على قلقي في أغلب الأوقات. (ب) أشعر بالقلق معظم أوقات حياتي اليومية.		
12	(أ) أتسامح مع الآخرين عندما يخطئون في حقي. (ب) لا أغفر لشخص ما أخطأ في حقي.		
13	(أ) استطيع ضبط انفعالاتي عندما يتم استفزازي (ب) تنفلت انفعالاتي مباشرة حال استفزازي.		
14	(أ) أتصرف بحكمة عند انفعالي. (ب) أنا شخص انفعالي وسريع الغضب.		
15	(أ) أغضب لأسباب محددة ومنطقية دون أن أثور. (ب) تصيبني نوبات غضب شديدة تجعلني أحطم ما أجده أمامي.		
	حب التعلم والتفتح والمعرفي الصحي	(أ)	(ب)
16	(أ) أحاول أن أتعرف على نقاط ضعفي كي أتجنبها لاحقا. (ب) لا تهمني معرفة نقاط ضعفي لأنها ستزيد من إحساسي بالضعف.		
17	(أ) استطيع أن أجعل الآخرين يحبونني. (ب) رضا الناس غاية لا أستطيع تحقيقها.		

18	(أ) إذا فشلت مرة فإني أستمر في المحاولة حتى أنجح. (ب) إذا فشلت مرة فسأفشل كل مرة ولا داعي للاستمرار في المحاولة		
19	(أ) أنا قادرة على جعل حياتي سعيدة بالخبرات التي أكتسبها. (ب) حياتي مملة وكئيبة ولن أتمكن من تغييرها إلى الأفضل مهما اكتسبت من خبرات.		
20	(ا) لا أنزعج من وجود أشخاص لا يحبونني. (ب) أنزعج بشدة عندما أعرف أن البعض لا يحبني.		
21	(ا) أكون قادرة على التعامل بنجاح من طفلي إذا ساعدني مختصون. (ب) أبقى غير قادرة على التعامل مع طفلي مهما ساعدني الآخرون.		
22	(ا) تطور طفلي مرهون بعملي معه ومد التدريب الذي يأخذه. (ب) تطور طفلي محدود مهما تلقى من تدريب.		
23	(ا) يمكنني تقديم المساعدة الضرورية لطفلي، حال توسع معارفي حول ذلك (ب) توسيع معارفي في موضوع التوحد لن يؤثر في طريقة مساعدتي طفلي.		
24	(ا) يمكننا التغلب على ما قد يعترينا من قلق ومخاوف. (ب) القلق أمر فطري لا يمكن مقاومته مهما بذلنا لعلاجه.		
25	(ا) أعتقد أن الإرشاد النفسي يساعد على تحسين وضعي إلى الأحسن. (ب) أعتقد أن الإرشاد النفسي غير مفيد في مشكلاتي.		
	تقبل الذات غير المشروط	(أ)	(ب)
26	(ا) وجود طفل توحدي لدي لا يشعرني الخجل. (ب) أشعر بالخجل شديد عندما يعرف الآخرون أن طفلي توحدي.		
27	(ا) حياتي مهمة حتى ولو لم أحقق ل ما أطمح إليه. (ب) حياتي لا معنى لها إن لم تكن مليئة بالإنجازات.		

28	(ا) التعرض للفشل في بعض الأمور لا يزعجني. (ب) الفشل شيء لا أستطيع تحمله.		
29	(ا) لدي الكثير من الصفات الجيدة في شخصيتي. (ب) لدي كثير من الصفات السيئة في شخصيتي.		
30	(ا) من حقي أن أفكر في مصلحتي الخاصة. (ب) من الأنانية أن نفكر في مصالحنا الشخصية.		
31	(ا) أنجزت وسأنجز كثيرا من الأشياء المهمة في الحياة. (ب) لا أشعر بالرضا عما فعلت في حياتي حتى الأن.		
32	(ا) أنا متسامح مع نفسي ولا ألومها كثيرا. (ب) أشعر دائما بالذنب والخطأ لدرجة تفسد علي أي تعة.		
33	(ا) أتقبل ذاتي دون شكوى. (ب) ألوم نفسي دائما وأحاسبها بشدة.		
34	(ا) تزعجني انتقادات الآخرين لطريقة تربيتي طفلي. (ب) انتقاد الآخرين طريقة تربيتي طفلي لا تهمني.		
35	(ا) أتقبل نفسي حتى لو تعرضت لنقد الآخرين. (ب) النقد الشديد يزعجني.		
	المجازفات الإيجابية	(أ)	(ب)
36	(ا) النجاح في الحياة لا يتم دون مجازفات. (ب) النجاح في الحياة يتطلب الحذر والترقب.		
37	(ا) أميل إلى أكثر من حل لما يعترضني من مشاكل تتعلق بطفلي. (ب) أميل إلى استخدام الحلول المجربة والتقليدية لحل ما يعترضني من مشاكل تتعلق بطفلي		

38	(ا) أفضل التعامل مع الأشخاص المختلفين في أرائهم وأفكارهم. (ب) أفضل التعامل مع الأشخاص العاديين والبسطاء.		
39	(ا) أحب أن أمضي إجازتي في أماكن جديدة وغير مألوفة. (ب) أحب أن أمضي إجازتي في أماكن مألوفة زرتها من قبل.		
40	(ا) أصدقائي المقربون يختلفون عني كثيرا (في العمر، في الوضع الاجتماعي، المهنية) (ب) أصدقائي المقربون يشبهونني في أشياء كثيرة (في العمر، في الوضع الاجتماعي، المهنة).		
41	(أ) أفضل إبداع طرق جديدة في التعامل مع طفلي التوحدي. (ب) أفضل استخدام الطرائق المألوفة والروتينية في التعامل مع طفلي التوحدي.		
	القدرة على تحمل المعاناة	(أ)	(ب)
42	(أ) جهودي مع طفلي ستثمر لاحقا (ب) جهودي مع طفلي ضائعة لاحقا		
43	(أ) استطيع التغلب على إعاقة طفلي (ب) يصعب على التغلب على إعاقة طفلي أو حتى التعايش معها.		
44	(أ) تطور طفلي حتى لو كان بطيئا يجعلني سعيدة. (ب) تطور طفلي البطيء يجعلني محبطة وتعيسة.		
45	(أ) أبذل كل ما في وسعي حتى يتحسن طفلي. (ب) أبذل كل ما في وسعي حتى يتحسن طفلي ولكن دون جدوى.		
46	(أ) إعاقة طفلي سببت لعائلتنا صعوبات استطعنا التغلب عليها. (ب) إعاقة طفلي سببت لعائلتنا الكثير من المعاناة التي لا نقوى على احتمالها.		

47	(أ) وجود طفل توحدي لدي يجعلني ألجأ إل حلول كثيرة (التأهيل، اللجوء إلى الأصدقاء، اللجوء إلى الله) (ب) وجود طفل توحدي لدي يجعلني أفكر بالانتحار.		
48	(أ) أواجه إعاقة طفلي برضا تام. (ب) ألجأ إلى النوم أو التدخين هربا من إعاقة طفلي.		

ملحق رقم 02 Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100,0
	Excluded[a]	0	0,0
	Total	30	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,945	47

RELIABILITY

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100,0
	Excluded[a]	0	0,0
	Total	30	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,635	7

RELIABILITY

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100,0
	Excluded[a]	0	0,0
	Total	30	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,820	8

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100,0
	Excluded[a]	0	0,0
	Total	30	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,821	10

RELIABILITY

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100,0
	Excluded[a]	0	0,0
	Total	30	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,791	10

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100,0
	Excluded[a]	0	0,0
	Total	30	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,780	6

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N
Cases	Valid	30
	Excluded[a]	0
	Total	30

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,718	6

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100,0
	Excluded[a]	0	0,0
	Total	30	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Part 1	Value	,896
		N of Items	24[a]
	Part 2	Value	,901
		N of Items	23[b]
	Total N of Items		47
Correlation Between Forms			,859
Spearman-Brown Coefficient	Equal Length		,924
	Unequal Length		,924
Guttman Split-Half Coefficient			,924

a. The items are: البند46، البند45، البند44، البند43، البند42، البند47، البند08، البند09، البند01، البند02، البند03، البند04، البند05، البند06، البند07 البند15، البند14، البند13، البند12، البند11، البند10، البند18، البند17، البند16.

b. The items are: البند22، البند21، البند20، البند19، البند18، البند23، البند31، البند32، البند24، البند25، البند26، البند27، البند28، البند29، البند30 البند38، البند37، البند36، البند35، البند34، البند33، البند41، البند40، البند39.

Correlations

		الدرجة الكلية	التوقعات الايجابية	الضبط الانفعالي	القدرة على تحمل معاناة	المجازفات الايجابية	تقبلا لذات	حبا لتعلم
الدرجة الكلية	Pearson Correlation	1	,852**	,904**	,846**	,801**	,898**	,885**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	70	70	70	70	70	70	70
التوقعات الايجابية	Pearson Correlation	,852**	1	,771**	,689**	,605**	,686**	,719**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000	,000	,000
	N	70	70	70	70	70	70	70
الضبط الانفعالي	Pearson Correlation	,904**	,771**	1	,720**	,618**	,780**	,755**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000	,000	,000
	N	70	70	70	70	70	70	70
القدرة على تحمل معاناة	Pearson Correlation	,846**	,689**	,720**	1	,778**	,698**	,672**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,000	,000	,000
	N	70	70	70	70	70	70	70
المجازفات الايجابية	Pearson Correlation	,801**	,605**	,618**	,778**	1	,684**	,605**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000		,000	,000
	N	70	70	70	70	70	70	70
تقبلا لذات	Pearson Correlation	,898**	,686**	,780**	,698**	,684**	1	,744**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000		,000
	N	70	70	70	70	70	70	70
حبالتعلم	Pearson Correlation	,885**	,719**	,755**	,672**	,605**	,744**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	70	70	70	70	70	70	70

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

```
DATASET ACTIVATE DataSet1.
SAVE OUTFILE='E:\2020العملاء\Untitled2.sav'
  /COMPRESSED.
```

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100,0
	Excluded[a]	0	0,0
	Total	30	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,945	47

```
RELIABILITY
  /VARIABLES= البند01 البند02 البند03 البند04 البند05 البند06
البند07
  /SCALE('ALL VARIABLES') ALL
  /MODEL=ALPHA.
```

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100,0
	Excluded[a]	0	0,0
	Total	30	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability

Reliability Statistics

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,635	7

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,820	8

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,821	10

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,791	10

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,780	6

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,718	6

Cronbach's Alpha	N of Items
,635	7

```
RELIABILITY
  /VARIABLES= البند16 البند17 البند18 البند19 البند20 البند21 البند22
البند23 البند24 البند25
  /SCALE('ALL VARIABLES') ALL
  /MODEL=ALPHA.
```

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100,0
	Excluded[a]	0	0,0
	Total	30	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100,0
	Excluded[a]	0	0,0
	Total	30	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,791	10

```
RELIABILITY
  /VARIABLES=البند36 البند37 البند38 البند39 البند40 البند41
  /SCALE('ALL VARIABLES') ALL
  /MODEL=ALPHA.
```

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100,0
	Excluded[a]	0	0,0
	Total	30	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items

,780	6

```
RELIABILITY
  /VARIABLES=47البند 46البند 45البند 44البند 43البند 42البند
  /SCALE('ALL VARIABLES') ALL
  /MODEL=ALPHA.
```

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100,0
	Excluded[a]	0	0,0
	Total	30	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,718	6

```
RELIABILITY
  /VARIABLES= 47البند 46البند 45البند 44البند 43البند 42البند
09البند 08البند 07البند 06البند 05البند 04البند 03البند 02البند 01البند
18البند 17البند 16البند 15البند 14البند 13البند 12البند 11البند 10البند
24البند 23البند 22البند 21البند 20البند 19البند
     32البند 31البند 30البند 29البند 28البند 27البند 26البند 25البند
  41البند 40البند 39البند 38البند 37البند 36البند 35البند 34البند 33البند
  /SCALE('ALL VARIABLES') ALL
  /MODEL=SPLIT.
```

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100,0
	Excluded[a]	0	0,0
	Total	30	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Part 1	Value	,896
		N of Items	24[a]
	Part 2	Value	,901
		N of Items	23[b]
	Total N of Items		47
Correlation Between Forms			,859
	Equal Length		,924

Spearman-Brown Coefficient	Unequal Length	,924
Guttman Split-Half Coefficient		,924

a. The items are: البند46، البند45، البند44، البند43، البند42، البند47، البند07، البند06، البند05، البند04، البند03، البند02، البند01، البند08، البند15، البند14، البند13، البند12، البند11، البند10، البند09، البند16، البند18، البند17.

b. The items are: البند22، البند21، البند20، البند19، البند18، البند23، البند38، البند37، البند36، البند35، البند34، البند33، البند32، البند39، البند30، البند29، البند28، البند27، البند26، البند25، البند24، البند31، البند41، البند40.

```
CORRELATIONS
  /VARIABLES= الدرجة الكلية التوقعات الايجابية الضبط الانفعالي
القدرة على تحمل معاناة المجازفات الايجابية تقبلا لذات حبا لتعلم
  /PRINT=TWOTAIL NOSIG
  /MISSING=PAIRWISE.
```

Correlations

		الدرجة الكلية	التوقعات الايجابية	الضبط الانفعالي	القدرة على تحمل معاناة	المجازفات الايجابية	تقبلا لذات	حبا لتعلم
الدرجة الكلية	Pearson Correlation	1	,852**	,904**	,846**	,801**	,898**	,885**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30	30
التوقعات الايجابية	Pearson Correlation	,852**	1	,771**	,689**	,605**	,686**	,719**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000	,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30	30
الضبط الانفعالي	Pearson Correlation	,904**	,771**	1	,720**	,618**	,780**	,755**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000	,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30	30
القدرة على تحمل معاناة	Pearson Correlation	,846**	,689**	,720**	1	,778**	,698**	,672**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,000	,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30	30
المجازفات الايجابية	Pearson Correlation	,801**	,605**	,618**	,778**	1	,684**	,605**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000		,000	,000
	N	30	30	30	30	30	30	30
تقبلا لذات	Pearson Correlation	,898**	,686**	,780**	,698**	,684**	1	,744**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000		,000
	N	30	30	30	30	30	30	30
حبا لتعلم	Pearson Correlation	,885**	,719**	,755**	,672**	,605**	,744**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	30	30	30	30	30	30	30

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Group Statistics

المستزى الدراسي		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
الدرجة الكلية	جامعي	31	38,77	8,713	1,565
	غير جامعي	39	33,03	7,043	1,128

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
الدرجة الكلية	Equal variances assumed	4,734	,033	3,054	68	,003	5,749	1,883	1,992	9,505
	Equal variances not assumed			2,980	57,097	,004	5,749	1,929	1,886	9,611

Oneway

Descriptives

الدرجة الكلية

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
من20الى30	18	33,61	8,354	1,969	29,46	37,77	24	45
من30الى40	32	36,22	7,347	1,299	33,57	38,87	23	47
فوق40سنة	20	36,30	9,680	2,164	31,77	40,83	17	47
Total	70	35,57	8,282	,990	33,60	37,55	17	47

ANOVA

الدرجة الكلية

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	93,196	2	46,598	,673	,514
Within Groups	4639,947	67	69,253		
Total	4733,143	69			

تم بحمد الله