



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد بوضياف - المسيلة

كلية: العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم: علم النفس

الرقم التسلسلي: 2019/

أساليب مواجهة الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال

المصابين بالتوحد

دراسة ميدانية بمدرسة أطفال التوحد وذوي الاحتياجات الخاصة ببوسعادة

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في شعبة علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

إشراف الدكتورة:

- بورنان سامية

إعداد الطالب:

- تامري السعيد

السنة الجامعية: 2018-2019

شكرو عرفان

بعد الانتهاء من إنجاز هذا البحث

أجد رغبة ملحة لأسجل شكري لله سبحانه و تعالى على نعمه،

التي لا تعدو لا تحصى

منها توفيقتي في تذليل الصعوبات و ما أكثرها ، وإتمام

هذه المذكرة ، ثم أسجل شكري و تقديري و اعترافي بالجميل لكل من

ساعدنا في إنجاز هذا العمل العلمي المتواضع و إخراجه إلى حيز الوجود،

و أخص بالذكر الأستاذة الدكتورة " بورنان سامية "، التي قبلت

الإشراف على مذكري والتي أفادتني طيلة إنجاز هذا العمل

كما أتقدم بجزيل الشكر والعرفان إلى كل عمال مدرسة مرضى التوحد

ببوسعادة

حمزة السعيد

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على أساليب مواجهة الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد وذلك بالقيام بدراسة ميدانية في مدرسة أطفال التوحد وذوي الاحتياجات الخاصة ببوسعادة، كما هدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى إدراك الضغط النفسي لديهن، والتحقق من وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أساليب مواجهة الضغط النفسي لدى أمهات التوحدين تعزى إلى مستوى إدراك الضغط النفسي لديهن، وإن كانت توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أساليب مواجهة الضغط النفسي لدى أمهات التوحدين بمدرسة أطفال التوحد وذوي الاحتياجات الخاصة ببوسعادة تعزى إلى عامل سن الأم وسن الابن المصاب والمستوى التعليمي للأم.

اعتمد الطالب الباحث في هذه الدراسة على المنهج الوصفي، حيث تكونت عينة الدراسة من (30) أم من أمهات الأطفال التوحدين، كما تم الاعتماد على مقياس إدراك الضغط النفسي للفنستاين (PSQ) ومقياس أساليب المواجهة للازاروس وفولكمان (WCQ).

وتم التوصل إلى النتائج التالية:

- تستخدم أمهات الأطفال التوحدين بمدرسة أطفال التوحد وذوي الاحتياجات الخاصة ببوسعادة أساليب لمواجهة الضغط النفسي تعتمد على المشكل.

- مستوى إدراك الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال التوحدين بمدرسة أطفال التوحد وذوي الاحتياجات الخاصة ببوسعادة متوسط .

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أساليب مواجهة الضغط النفسي لدى أمهات التوحدين بمدرسة أطفال التوحد وذوي الاحتياجات الخاصة ببوسعادة تعزى إلى مستوى إدراك الضغط النفسي لديهن.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أساليب مواجهة الضغط النفسي لدى أمهات التوحدين بمدرسة أطفال التوحد وذوي الاحتياجات الخاصة ببوسعادة تعزى إلى عامل سن الأم.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أساليب مواجهة الضغط النفسي لدى أمهات التوحديين بمدرسة أطفال التوحد وذوي الاحتياجات الخاصة ببوسعادة تعزى إلى عامل سن الابن المصاب.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أساليب مواجهة الضغط النفسي لدى أمهات التوحديين بمدرسة أطفال التوحد وذوي الاحتياجات الخاصة ببوسعادة تعزى إلى عامل المستوى التعليمي للأم.

الكلمات المفتاحية: أساليب المواجهة، الضغط النفسي، التوحد

The Abstract:

The Current study aimed to identify the ways of coping stress at the mothers of autistic children, by doing a field study at the school of autistic children and special needs in BouSaada. also to measure their psychological stress perception and to detect if there statistical differences between the average scores of their coping stress depend on the level of stress perception, and if there's a statistical differences between the average scores of their coping stress stand of the element of the mother age and son's age and the educational qualification of the mother.

The researcher relied in this study on the descriptive method, where the sample of the study consisted of (30) mother from the mothers of autistic children, and which applied the scales of stress perception for "Levenstien" (PSQ) and the coping ways of "Lazarus & Folkman" (WCQ).

The researcher used the statistical methods to analyze data and came to conclude the following results:

- The mothers of autistic children in the school of autistic and special needs in Bousaada use ways of coping rely on solving the problem.
- The level of psychological stress perception for the mothers is medium.
- There's no statistical differences between the average scores of their coping stress depend on the level of their stress perception.
- There's no statistical differences between the average scores of their coping stress depend on the mother's age.
- There's no statistical differences between the average scores of their coping stress depend on the son's age.
- There's no statistical differences between the average scores of their coping stress depend on the mother's educational qualification.

Key words: ways of coping, psychological stress, autism

فهرس المحتويات

الشكر والعرفان

الإهداء

فهرس المحتويات

ملخص الدراسة

مقدمة..... أ

الجانب النظري

الفصل التمهيدي: الإطار العام للدراسة

- 1- إشكالية الدراسة..... 05
- 2- فرضيات الدراسة 11
- 3- أهمية الدراسة..... 12
- 4- أهداف الدراسة 13
- 5- تحديد مصطلحات الدراسة 13
- 6- الدراسات السابقة 15

الفصل الأول : الضغط النفسي

- 1 - لمحة تاريخية حول الضغط النفسي 27
- 2 - تعريف الضغط النفسي 28
- 3- الضغوطات النفسية التي تتعرض لها أسر الأطفال التوحديين 29
- 4- النظريات المفسرة للضغط النفسي..... 30
- 5- أنواع الضغط النفسي..... 34
- 6- مصادر الضغط النفسي 36
- 7- آثار الضغط النفسي 40
- 8- أعراض الضغط النفسي..... 42
- 9- علاج الضغط النفسي..... 43
- 10- أساليب قياس الضغط النفسي..... 47

الفصل الثاني أساليب المواجهة

- 1- تطور مفهوم المواجهة..... 53
- 2- تعريف المواجهة..... 54
- 3- أساليب المواجهة المركزة حول المشكل والمركزة حول الانفعال 55
- 4- النماذج المفسرة لأساليب المواجهة 60
- 5- محددات المواجهة 63
- 6- أهداف أساليب مواجهة الضغط النفسي 65
- 7- العوامل المؤثرة في أساليب مواجهة الضغوط 66
- 8- قياس أساليب المواجهة الضغط النفسي..... 69

الفصل الثالث : التوحد

- 1- لمحة تاريخية عن اضطراب التوحد..... 74
- 2- تعريف التوحد..... 75
- 3- نسبة انتشار التوحد في العالم..... 78
- 4- أنواع التوحد..... 79
- 5- أسباب اضطراب التوحد..... 80
- 6- الأعراض العامة المصاحبة لاضطراب التوحد 84
- 7- المحكات الأساسية لتشخيص التوحد..... 86
- 8- علاج اضطرابات التوحد 88
- 9- أدوات تشخيص وقياس التوحد 94
- 10- آثار وجود الطفل التوحدي في الأسرة 97
- 11- تكيف الأسرة مع التوحد 98

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة

- 1- الدراسة الاستطلاعية..... 102
- 2- الدراسة الأساسية..... 103

- 3- عينة الدراسة 103
- 4- أدوات الدراسة 107
- 5- الأساليب الإحصائية المستعملة 112

الفصل الخامس: عرض ومناقشة النتائج على ضوء الفرضيات

- 1- عرض وتحليل النتائج على ضوء الفرضيات 105
- 2- مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات 125
- خلاصة عامة 136
- اقتراحات وتوصيات 137
- خاتمة 138

قائمة المراجع

قائمة الملاحق

فهرس الجراول

- الجدول رقم 01: يمثل المقارنة بين الضغوط الإيجابية والسلبية حسب Killy 1994 36
- الجدول رقم 02: يمثل آثار الضغط النفسي حسب ماجدة بهاء الدين 41
- الجدول رقم 03: يمثل الاختلاف بين أساليب المواجهة التي تركز على المشكلة والتي تركز على الانفعال 58
- الجدول رقم 04: يبين خصائص عينة الدراسة الأساسية حسب متغير عمر الأبناء 104
- الجدول رقم 05: يبين خصائص عينة الدراسة الأساسية حسب عمر الأم 105
- الجدول رقم 06: يبين خصائص عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي 106
- الجدول رقم 04: يوضح مستوى إدراك الضغط النفسي 115
- الجدول رقم 05: يوضح نتائج اختبار " T-TEST " للفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة في مقياس أساليب مواجهة الضغط النفسي تبعاً لمتغير (شدة إدراك الضغط النفسي) 116
- الجدول رقم 06: يوضح نتائج اختبار " T-TEST " للفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة في مقياس أساليب مواجهة الضغط النفسي تبعاً لمتغير (سن الأم) 118
- الجدول رقم 07: يوضح نتائج اختبار " T-TEST " للفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة في مقياس أساليب مواجهة الضغط النفسي تبعاً لمتغير (سن الابن المصاب) 120
- الجدول رقم 08: يبين نتائج تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطات درجات أساليب مواجهة الضغط النفسي لدى أمهات التوحدين تبعاً لمتغير المستوى التعليمي للأم 122
- الجدول رقم 09: يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال التوحدين 123

فهرس الأشكال

- الشكل رقم (01): يمثل خصائص عينة الدراسة حسب متغير عمر الأبناء 104
- الشكل رقم (02): يمثل خصائص عينة الدراسة الأساسية حسب عمر الأم 105
- الشكل رقم (03): يمثل خصائص عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي 106

الجانب النظري

مقدمة

مقدمة:

يعتبر موضوع الضغط النفسي ونتائجه من الموضوعات التي شغلت بال العلماء والباحثين في جميع المجالات، وتشير الإحصائيات العالمية أن (80%) من الأمراض الحديثة سببها الضغوط النفسية، وأن (50%) من مشكلات المرضى المراجعين للأطباء والمستشفيات ناتجة عن الضغوط النفسية، وأن (25%) من أفراد المجتمع يعانون شكلا من أشكال الضغط النفسي.

وقد حظي الضغط النفسي الناتج عن الإصابة بالإعاقة باهتمام العديد من الباحثين لأنه غالبا ما تمتد الإعاقة إلى أبعد من إصابة الفرد لتشمل أفراد الأسرة والأقارب والجيران، خصوصا الأم لأنها المتكفل الأول برعاية الطفل وتحديدًا إذا كان مصابا بالتوحد لأنها من أعقد الإعاقات وأصعبها لما تتسم به من الانغلاق والنمطية، ولما تتطلبه من رعاية خاصة وتكفل مستمر وهذا ما يجعل الأم في حيرة دائمة بين المسؤوليات الملقاة على عاتقها (أم، ربة بيت) وبين الاهتمام الزائد بابنها واضطرارها في الكثير من الأحيان إلى التنازل عن أشياء والتضحية بأشياء أخرى من أجل تحصيل نوع من التوافق الأسري.

يعتبر كاريسون ومارتن (Carison & Martin,2000) أن الضغط هو نموذج من الاستجابات المعرفية أو العاطفية، أو السلوكية أو الفيزيولوجية لمثير قد يهدد أو يؤدي أوضاع الفرد الجيدة، أو قد يمنعه من تحقيق أهدافه، لذا فإن التكيف مع الضغط أمر ينشأ تلقائيا، ويصبح ضرورة ملحة للفرد، كي يتمكن من مواصلة الحياة.

إن الضغوط التي تفرضها إصابة الابن بالتوحد على الأم تدفعها إلى اللجوء إلى استخدام أساليب مواجهة تمكنها من التعايش مع إصابة ابنها بغض النظر عن نوع الاستراتيجيات المتبعة، فأساليب مواجهة الضغوط النفسية تعتبر عوامل الاستقرار التي تعين الفرد الاحتفاظ بالتوافق النفسي والاجتماعي في مواجهة الأحداث الضاغطة في حياته، فإتباع هذه الأساليب من شأنها أن تساعد على التعامل اليومي مع الضغوط النفسية والتقليل من آثارها السلبية قدر الإمكان. (عبد الله الضريبي، 2010، ص680)

الأمر الذي دفع كثير من الباحثين في مجال الضغوط النفسية وطرق مواجهتها إجراء العديد من الدراسات ومنها أبحاث كل من "ريتشارد لازاروس" و "سوزان فولكمان" إذ صنفا أساليب المواجهة لدى الأفراد إلى نوعين أساسيين هما:

- أساليب المواجهة التي تركز على المشكلة.

- أساليب المواجهة التي تركز على الانفعال.

يطلق لازاروس على الأسلوب الأول اسم "التوافق الفعال" لأنه يتوجه نحو تغيير الموقف الضاغط قصد تقليل أو إزالة الخط المهدد للشخص، وهو أسلوب تكيفي يستخدمه الفرد في مواجهة مشكلات الحياة اليومية، يقوم على أساس الوعي بالمشكلة وتحديدها وتوليد البدائل وموازنتها واتخاذ قرار بشأنها. أما الأسلوب الثاني فيهدف إلى تنظيم الانفعالات السلبية التي تنشأ عن الحدث الضاغط الذي يواجهه الفرد. (جبريل، حمدي، 2009، ص211)

إن مثل هذه التصنيفات الخاصة بأساليب المواجهة على أساس أن كل الأفراد يستخدمونها ولكن بدرجات متفاوتة، وكذلك الضغوط النفسية التي تعاني منها أمهات الأطفال المصابين بالتوحد، من هنا جاءت فكرة هذه الدراسة بتسليط الضوء على هذه الفئة من الأمهات التي تعاني من مستويات مختلفة من الضغط النفسي جراء إصابة أبنائها باضطراب التوحد والتي تلجأ إلى استعمال استراتيجيات مواجهة قد تكون فاشلة، وبناء على هذه المتغيرات فسنحاول في الدراسة الحالية الكشف عن ماهية أساليب مواجهة الضغط النفسي التي تستخدمها أمهات الأطفال التوحدين بمدرسة أطفال التوحد ببوسعادة، وإن كانت توجد فروق ذات دلالة إحصائية في استخدام هاته الأساليب تعزى إلى بعض المتغيرات بالإضافة إلى شدة إدراك الأمهات للضغط النفسي.

ونظرا لأهمية الموضوع وسعيا لتحقيق أهدافه تم تناول الدراسة في جانبين أساسيين هما:

أولاً: الجانب النظري واشتمل على أربعة فصول:

الفصل التمهيدي: واحتوى على الإطار العام للدراسة، وتم فيه طرح الإشكالية وصياغتها وفرضيات الدراسة، وكذا أهمية الدراسة وأهدافها، وتحديد مفاهيم الدراسة وصولاً إلى الدراسات السابقة ونقدها.

الفصل الأول: بعنوان الضغط النفسي وتطرقنا فيه إلى: تاريخ وتعريف الضغط النفسي ووصفه العيادي وتعريف الأحداث الضاغطة والنظريات المفسرة للضغط، وأنواعه ومكوناته ومصادره وآثاره وأعراض الضغط بالإضافة إلى علاج الضغط النفسي وأساليب قياسه.

الفصل الثاني: جاء بعنوان أساليب المواجهة وتناول: تطور مفهوم وتعريف المواجهة، وكذا أساليب المواجهة المركزة حول المشكل والمركزة حول الانفعال، وكذا النماذج المفسرة للمواجهة ومحددات المواجهة وتصنيف أساليب المواجهة ووظائفها وميزاتها وفعاليتها بالإضافة إلى أهداف أساليب المواجهة وقياسها والعوامل المؤثرة فيها.

الفصل الثالث: تناول التوحد بلمحة تاريخية عن الاضطراب وتعريف التوحد ونسبة انتشاره وأنواع التوحد وأسباب هذا الاضطراب، بالإضافة إلى النظريات المفسرة له والأعراض العامة والمبكرة والمحكات التشخيصية والفارقة، وكذا علاج التوحد وأدوات قياسه ثم آثار وجود الطفل التوحدي في الأسرة وأنماط آباء الأطفال التوحديين وتكيف الأسرة مع التوحد.

ثانياً: الجانب التطبيقي وتم تناوله في فصلين هما:

الفصل الرابع: تم فيه استعراض منهجية الدراسة الميدانية من حيث الدراسة الاستطلاعية، وكذا الدراسة الأساسية المتمثلة في منهج الدراسة وخصائص عينة الدراسة ومجالات الدراسة وأدواتها، بالإضافة إلى الأساليب الإحصائية المستخدمة.

الفصل الخامس: وتم فيه عرض وتحليل ومناقشة النتائج على ضوء الفرضيات بالإضافة إلى الاستنتاج العام واقتراحات وتوصيات وخاتمة.

الفصل التمهيدي

الإطار العام للدراسة

- 1- إشكالية الدراسة.
- 2- فرضيات الدراسة.
- 3- أهمية الدراسة.
- 4- أهداف الدراسة.
- 5- تحديد مصطلحات الدراسة.
- 6- الدراسات السابقة.

1- إشكالية الدراسة:

يعتبر ميلاد طفل جديد حدثاً سعيداً للوالدين والأسرة ككل ولا شك أن كل أب وأم يتطلعون بلهفة وشوق كبيرين إلى ذلك الطفل المنتظر قدومه، ويتمثل ذلك بالممارسة السلوكية التي تظهر على الوالدين والحالة النفسية التي يتمتعان بها والتي تظهر على استعداداتهم لاستقبال ذلك الطفل، ومن هذه المظاهر التي نتحدث عنها اهتمام الوالدين وخاصة الأم بنفسها للمحافظة على حملها وصحة جنينها ويظهر ذلك في أدائها الحذر لمهامها الوظيفية في البيت ومراجعتها المستمرة للطبيب المختص حيث تعتبر عملية الحمل عند الأم وإنجاب طفل من أهم الأحداث التي تمر بها، فمنذ الطفولة المبكرة نجد بأن الطفلة الصغيرة تعبر عن رغباتها في الأمومة من خلال لعبها بالدمى وتقمص دور الأم فهذا الطفل المستقبلي موجود منذ القدم في المعاش الهوامي للطفلة الصغيرة، وحسب الباحث ليوفينزي (1985) فإن هذا الطفل مخبئ ومحفوظ في هوام نشط، والذي تفكر فيه دائماً الفتاة دون أن تبوح به، فهو يعتبر أن الطفل ما هو إلا نتاج لرغبات قديمة للأمومة والذي يمثل الصراع الأوديبي وهومات الطفولة للأم فيعتبر الطفل بالنسبة للمرأة كتعويض لفقدان الموضوع القضبي وبالتالي يحقق لها إشباعاً نرجسياً، وبالتالي فالطفل الذي يولد مكتمل النمو في صحة جيدة سوف يحقق إشباعاً نرجسياً للأم ومحاط بحب نرجسي لا حدود له، وهو تجسيد للكمال وتوغل رائع ممتع للأنثى .

كما يتطلع الوالدان لميلاد طفلهم ويتوقعون قدوم طفل سليم ومعافى، ويحلمان بشكله ويخططان لمستقبله، وما المهنة التي سيعمل بها، ويتحاوران في كثير من القضايا التي تبدوا لهما أنها قريبة ويهتمان بتفصيلات دقيقة، تتعلق بهيئته ولباسه وسلوكياته. فليس من السهل على الإنسان أن يتحمل مسؤولية الأبوة أو الأمومة وذلك لأنها من أعقد المسؤوليات و خصوصاً إذا ما كان أباً أو أما لطفل غير عادي.

يبدو أن هذه الخواطر تنشأ عفويًا في حالة مجيء طفل يتمتع بصحة جسمية وعقلية سوية، في حين تحتل صورة "الوليد المثالي" عندما يأتي الطفل بإعاقه ما سواء كانت وراثية أم بيئية مكتسبة، ولهذا فإن ميلاد طفل ذي إعاقه في الأسرة يمثل صدمة شديدة لأعضاء النسق الأسري خاصة الأم، حيث هي بداية مرحلة حاسمة في حياة الأسرة وأفرادها وتعود أهمية هذه المرحلة من حيث أنها تقود إلى إحداث تغيير جذري على مسار الحياة النفسية والاجتماعية والاقتصادية وحتى السلوكية للوالدين ولكل فرد من أفراد الأسرة. نذكر عبارة كانت قد ذكرتها إحدى الأمهات في معرض حديثها حين تأكد لديها أن طفلها معاق: (عندما عرفت أن طفلي معاق أحسست بأن شيئاً

ما بداخلي قد مات، شيء أعرف تماما بأنه لن يعود إلى الحياة أبدا). تمثل هذه العبارة صورة عن شدة الصدمة النفسية والألم الذين قد يشعر بهما الوالدان وبالأخص الأم عندما تستقبل نبأ إعاقة طفلها، إن الشعور بالصدمة ليس متساويا بين الآباء بل يتراوح في شدته بين فرد وآخر، وبين أسرة وأخرى وكذلك بين إعاقة وأخرى وقد تؤثر في ذلك أيضا السن التي يتم فيها اكتشاف الإعاقة عند الطفل.

فاكتشاف الأم لأهمية هذا الحدث في حياتها وما يتسم بصعوبة في تقبل الأمر بالنظر لحجم هذه المهمة وتعقيدها لأنه ليس من السهل التعامل مع طفل غير عادي وثقل مسؤولية الرعاية للأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة بالنظر إلى أنها أكثر من يحتك بالطفل سواء كانت الإعاقة جسدية كالإعاقة الحركية أو حسية كالإعاقة البصرية أو السمعية أو اضطراب نمائي كالتموحد.

التموحد يعتبر من أبرز الاضطرابات تعقيدا كونه يتسم بالوحدة والانغلاق على الذات، ويمتد تأثيره ليشمل جوانب عديدة منها المعرفية، الاجتماعية، اللغوية وكذلك الجانب الانفعالي. يلاحظ على الطفل التوحدي إفراط في الانطواء والانعزال ويعاني ضعف فالعلاقات مع الآخرين وتوقع داخل الذات وعدم الارتباط بالآخرين حتى أقرب الناس وهم والديه إلا أنه يستجيب ويتفاعل مع البيئة التي لا حياة فيها، ويكون انفعاله حاد لأي تغيير طفيف في البيئة من حوله مثل: ترتيب الأثاث داخل البيت، ويتجنب سلوك التحديق والاتصال بالعين والتعرف الوجيه.

يعتبر التموحد أكثر الإعاقات التطورية صعوبة بالنسبة للطفل وكذلك لوالديه والعائلة أجمع كما يعتبر كذلك اضطرابا محيرا و مؤلما للآباء ويصعب عليهم فهمه وبالتالي فإن موضوع التموحد والتعامل معه يشغل حيزا كبيرا من الجهود العلمية للمختصين في علم النفس والتربية الخاصة في عالمنا المعاصر وذلك لما يفتقد التموحدين لوعي الذات بشكل واضح وضعف الرابطة الوجدانية والتعاطف الانفعالي والميل الواضح لانتقاء مثيرات محددة من البنية والانتباه إليها بشكل مفرد وبالتالي أصبحت نفسية ذوي الاحتياجات الخاصة بصفة عامة والتموحدين بصفة خاصة من المشاكل الرئيسية التي يواجهها العالم بأكمله وأصبحت الحاجة ماسة الآن إلى تكاثف الجهود الإنسانية لضمان دمج هذه الفئة في المجتمع.

كما يرى (Mackeith 1973) أن الوالدين يوجهان نحو طفلها التوحدي ردود فعل بيولوجية تتمثل في الحماية الزائدة للطفل أو الرفض المطلق له، وردود فعل تتعلق بالشعور بعدم الكفاءة سواء منها ما تعلق بعدم

الكفاءة في تكرار أو إعادة الإنجاب أو في عدم الكفاءة في التربية والتنشئة وردود فعل تتعلق بالشعور بصدمة الموت أو الفقد يعبر عنها بالغضب، والشعور بالذنب وبالحرَج وهو رد فعل اجتماعي موجه نحو المجتمع حيث يعتقد الآباء بأن المجتمع أو أفراد المجتمع سينظرون لهم نظرات خاصة.

كما ترى **سوسن الجبلي (2015:ص25)**: إن ولادة الطفل التوحدي في الأسرة سيكون له الأثر الكبير على إيجاد الخلل في التنظيم النفسي والاجتماعي والاقتصادي للأسرة بغض النظر عن درجة تقبل الأسرة لهذا الطفل، والواقع أن هناك العديد من الدراسات التي تطرقت لهذه المجالات التي تساعدنا في التعرف على أهم المشاكل التي تتعرض لها أسر الأطفال التوحديين والتي سيكون لها الأثر البالغ على التكيف الأسري سواء داخل التنظيم الأسري ذاته أو خارج هذا التنظيم .

ذلك أن الطفل التوحدي له خصائص تختلف عن الآخرين وإمكانات محدودة نظرا لما يعاني منه من قصور في السلوك ومحدودية في المعارف تجعله غير قادر على تحقيق توقعات والديه، إضافة إلى أن متطلبات رعايته وتحديد المسؤوليات وتوزيع الأدوار كلها عوامل تساهم في نشأة الضغط النفسي لدى أفراد أسرته.

يرجع شعور أسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة والتوحديين بصفة أخص بالضغوط النفسية بدرجة أكبر من أسر الأطفال العاديين، لأن الأسرة غالبا ما تفقد المساندة من المجتمع، بالإضافة إلى وجود فجوة بين ما يتوقعه الوالدان من المتخصصين، وما يقدم لهما بالفعل من معلومات وخدمات لطفلهما، علاوة عن الرغبة الجارحة في سرعة ظهور نتائج إيجابية، والتخلص مما قد يعد عائقا حقيقيا أمام العودة للحياة العادية، وذلك يعرضهم لعدد من الضغوط، الأمر الذي يجعل الآباء والأمهات يسعون إلى تطوير أساليب مناسبة لتلبية الحاجات المرتبطة بإعاقة الطفل فضلا عن تلبية الحاجات الخاصة بهم لمواجهة الضغوط النفسية الناجمة عن إعاقة الأبناء.

(حنفي، 2007، ص65)

تنشأ هذه الأساليب حسب **كوكسن وفيرجيسون (Ferguson et Coxen 1996)** إلى أساليب مواجهة تنشأ داخل الفرد تستهدف التعرف على أساليب المواجهة الأساسية التي يستخدمها الفرد في أنواع معينة من المواقف الضاغطة (دخل الفرد، الفروق الفردية) وتصف أساليب المواجهة داخل الفرد عملية المواجهة وذلك عن طريق تحديد الأفكار والاستجابات السلوكية لدى الفرد عبر المواقف الضاغطة المختلفة والمواقف غير الضاغطة وتستند على فكرة مفادها أن الفرد لديه حصيلة أو ذخيرة من الخبرات في مواجهة المواقف الضاغطة وأنه يختار

منها اعتمادا على حاجاته ومطالب الموقف، وأساليب مواجهة تنشأ بين الأفراد تحاول هذه الأساليب محاولة فهم مسألة الاختلاف والاتساق في عمليات المواجهة وذلك من خلال حاصل جمع درجات المواجهة لنفس الأفراد عبر أنواع مختلفة من المواقف الضاغطة، والهدف الذي يكمن وراء ذلك هو التعرف على الأساليب الرئيسية التي يستخدمها الأفراد وتحديد أساليب المواجهة المألوفة لديهم عبر أنواع مختلفة من المواقف الضاغطة. (طه عبد العظيم، 2006، ص 97).

كما تعد أحداث الحياة الضاغطة التي تعاني منها أمهات الأطفال التوحدين بوابة واسعة للدخول إلى الأمراض النفسية، وانحرافات الشخصية كونها أحد أمراض العصر الحضارية الناتجة عن كثرة الانشغال والانهماك بالمنغصات، وتراكم المسؤوليات الكثيرة والقلق والتوتر المصاحبين لهما.

في هذا الصدد برزت العديد من الدراسات التي توصلت إلى وجود علاقة بين الضغط والمرض وفعالية أساليب المواجهة كوسيط بينهما، ففي دراسة على مرضى خضعوا لتدخل جراحي تباينت أساليب مواجهتهم لهذا الموقف، فمنهم من طوروا معلوماتهم المتعلقة بمرضهم نظرا لاستخدامهم إستراتيجية المواجهة النشطة، والبعض الآخر لجئوا إلى استخدام إستراتيجيات سلبية راکدة دفعتهم للاستسلام، الأمر الذي أدى إلى بروز عدة دراسات حاولت تفسير هذا الاختلاف في الاستجابة، فخلصت إلى أن تفاعل الفرد مع المواقف الضاغطة يؤدي إلى ظهور ردود أفعال متباينة ذات علاقة بشدة المثير وطبيعته وكذا مميزات الشخص والخصائص النفسية، هذا ما أكدته أعمال **Labarit** سنة (1979) التي جازمت أن الأساليب الفعالة التي نستطيع من خلالها التحكم أو التخفيف من أثر العدوانية على الصحة الجسمية والنفسية للشخص. (قماز فريدة، 2009، ص 202).

هذا ما أثبتته دراسة **وولف** عام (1989) حيث أكدت هذه الدراسة أن أسر الأطفال التوحدين تعاني من ضغوط والدية بدرجة كبيرة، فلاضطراب الطفل نتائج عكسية على سعادة الوالدين، بالإضافة إلى مطالب الرعاية الخاصة والاحتياجات والقلق على مستقبله وانعزال الوالدين عن الأصدقاء بسببه، كل هذا يعد من مصادر الضغوط التي تحدث انعكاسات جسمانية وانفعالية على الوالدين.

هذا في ما يخص الأسرة، أما في ما يتعلق بالأم فقد أشارت دراسة **Meconachite Mitter** التي أجراها سنة (1983) إلى أنه من أهم الأحداث الضاغطة التي تؤثر على الأمهات وتجعلهن يشعرن بالتوتر والإحباط هو اضطراب بعض الأمهات لترك أعمالهن بسبب الوقت الإضافي المطلوب منهن لرعاية الابن المصاب، حيث تجدن

صعوبات في الخروج للعمل بسبب الاحتياطات الزائدة التي ينبغي اتخاذها لحمايته. وقد ينعكس ذلك على الناحية المادية للأسرة، كما نجد بعض الدراسات التي اهتمت بالحالة النفسية لأم الطفل التوحدي، وأشار كل من **اولسون ووانج** إلى أن أمهات الأطفال التوحديين يعانون من مستوى عالي من الاكتئاب مقارنة بأمهات الأطفال العاديين، وأبعد من ذلك ترى **ناهد حويسر** أن ما تعانيه أمهات التوحديين يكون مؤلماً إلى درجة أنهن يمررن بمرحلة إنكار الذات وعدم التصديق والحزن وقد يتولد لدى الأم شعور بالذنب وكأنها السبب في هذه الحالة ويسيطر عليها الشعور بالإحباط والاضطهاد، فهي تترقب ابتسامة أو علامة حب بينما تصدم بعدم رغبته في التواصل معها.

بناء على ما سبق فإن كل ما ذكر من إدراك لحقيقة اضطراب الطفل وإمكاناته وأعباء رعايته ومتطلبات التربية والاهتمام تعد بمثابة مصادر للضغط تندرج ضمن المصادر الداخلية، أما المصادر الخارجية فهي تتمثل في فقدان الإمكانيات المادية أو عدم القدرة على رعاية الطفل والتكفل به مثلاً، إضافة إلى ذلك عجز الطفل عن التواصل معهم ونظرة الناس له ومرضه تعد مصدراً هاماً للضغط، فنظرة الشفقة من قبل الآخرين واستغرابهم وكذا أسئلتهم تسبب للأمهات التوتر والقلق والخجل وقد يدفعهن هذا إلى الانسحاب والابتعاد عن الآخرين.

كما سبق الذكر، فإن الأسرة وخاصة الأم تتعرض لضغوط تجعلها تستجيب باستعمال أساليب مواجهة خاصة لمواجهة المواقف الضاغطة وحسب **لازاروس** تعرف هذه الأساليب على أنها: "مجموعة الأساليب أو الجهود المعرفية والسلوكية الموجهة للحكم أو خفض أو تحمل الحدث المدرك المهدد".

مختلف الدراسات التي أجريت حول الضغط وأساليب واستراتيجيات المواجهة لدى أمهات الأطفال المتخلفين عقلياً والتوحديين تؤكد أن أمهات التوحديين يستخدمن مجموعة من السلوكيات، المعارف، ومن بين الأساليب يظهر الرفض كرد فعل لمواجهة هذا الاضطراب، حيث أظهرت دراسة **Wachter** سنة (1970) التي تهدف لمعرفة ردود أفعال الآباء والأمهات نحو ميلاد طفل معاق (حركياً أو ذهنياً) أن أكثر ما يميز هذه الردود هي مشاعر القلق والشعور بالذنب والخجل والرفض والانسحاب. وتختلف أساليب مواجهة الضغوط بإخلاف مصادرها حيث بينت دراسة (**Selye et Wiliam1977**) حول الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المتخلفين ذهنياً وأساليب التعامل مع الضغوط أن أهم الأساليب المستعملة هي: الهروب، التحاشي، اللجوء إلى التذمر والشكوى أو تقبل إعاقة الطفل وتحدي الضغوط ومواجهة الموقف .

تعتمد المواجهة حسب هاريس وآخرون (1991) على نموذجين رئيسيين للتعامل مع الضغوط، يتمثل النموذج الأول في الإستراتيجية الأدائية الوسيطة (تعليم الوالدين، برامج المعلومات) وهذا النموذج يركز على تفويض أو منح الوالدين لانباز التغييرات الهامة في الشخص أو البيئة، أما النموذج الثاني يتضمن الإستراتيجيات المخففة، والتي تشير إلى مجموعات مساعدة الذات والتي تمكن الآباء لاحتمال هذه الضغوط من خلال الميكانيزمات الداخلية .

انطلاقاً من الدراسات السابقة الذكر والتي تناولت الضغط النفسي وعلاقته باستخدام نوع معين من أساليب المواجهة لدى أمهات الأطفال المتخلفين عقلياً والتوحيدين وباعتبار كلا الإضطرابين يعرضان الأم لضغوط نفسية وهذا لأن وجود طفل يمثل هذه السمات يشكل ضغطاً وعبئاً ومسؤولية إضافية على الأم فإن انخفاض قدرة الطفل التوحيدي على القيام باستجابات إيجابية قد يؤدي إلى ظهور الاستجابة السلبية أو الضغط لدى الأم ويظهر هذا الضغط بمستويات مختلفة بين المرتفع والمنخفض عند التعرض لمواقف ومصادر مختلفة مما يجعلها تستخدم أساليب خاصة للمواجهة والتعامل مع الضغوط سواء كانت هذه الأساليب تركز على حل المشكل أو مركزة على الانفعال .

نظراً لأهمية موضوع الضغط النفسي وأساليب المواجهة المستخدمة لدى أم الطفل التوحيدي ومن خلال معاشتي لأولياء وأمهات الأطفال التوحيدين بصفة يومية من خلال عملي في مدرسة أطفال التوحد وملاحظتي لسلوكهم والملامح الشخصية التي تظهر معاشاتهم النفسية، وكذا نقص الاهتمام بدراسة طرق الأولياء والأمهات خصوصاً في مواجهة الضغوط وإيجاد الحلول المناسبة التي تخفف من صراعاتهم المؤلمة مع الحياة في ظل محاولة تكيفهم مع وجود طفل التوحد ومتطلباته وكذا الوصمة النفسية التي تمثل جزءاً مهماً وعائقاً لتحقيق التوافق النفسي مع أنفسهم وطفلهم التوحيدي والاجتماع المحيط بهم، الأمر الذي حاز في نفسي إلى الإسهاب في دراسة الموضوع ومعرفة أنواع الميكانيزمات التي تستعملها الأمهات والمناسبة منها لتحقيق الهدف المنشود، لهذا تم اختيار هذا الموضوع للتعلم في دراسته حيث سنقوم في دراستنا هذه بمحاولة الكشف عن طبيعة الضغوط النفسية وأساليب المواجهة التي تستعملها الأم لمواجهة هذه الوضعيات الضاغطة من خلال الإجابة عن التساؤلات التالية:

1-1-التساؤل الرئيسي:

- ما هي أساليب مواجهة الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال التوحيدين بمدرسة أطفال التوحد وذوي الاحتياجات الخاصة ببوسعادة ؟

1-2- التساؤلات الفرعية:

- ما مستوى إدراك الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال التوحديين بمدرسة أطفال التوحد وذوي الاحتياجات الخاصة ببوسعادة ؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أساليب مواجهة الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال التوحديين بمدرسة أطفال التوحد وذوي الاحتياجات الخاصة ببوسعادة تعزى إلى مستوى إدراك الضغط النفسي لدى الأم ؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أساليب مواجهة الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال التوحديين بمدرسة أطفال التوحد وذوي الاحتياجات الخاصة ببوسعادة تعزى إلى عامل سن الأم ؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أساليب مواجهة الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال التوحديين بمدرسة أطفال التوحد وذوي الاحتياجات الخاصة ببوسعادة تعزى إلى عامل سن الابن المصاب ؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أساليب مواجهة الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال التوحديين بمدرسة أطفال التوحد وذوي الاحتياجات الخاصة ببوسعادة تعزى إلى عامل المستوى التعليمي للأم ؟

2- فرضيات الدراسة:

2-1- الفرضية العامة:

- تستخدم أمهات الأطفال التوحديين بمدرسة أطفال التوحد وذوي الاحتياجات الخاصة ببوسعادة أساليب لمواجهة الضغط النفسي تعتمد على الانفعال.

2-2- الفرضيات الجزئية:

- مستوى إدراك الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال التوحديين بمدرسة أطفال التوحد وذوي الاحتياجات الخاصة ببوسعادة مرتفع .

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أساليب مواجهة الضغط النفسي لدى أمهات التوحديين بمدرسة أطفال التوحد وذوي الاحتياجات الخاصة ببوسعادة تعزى إلى مستوى إدراك الضغط النفسي لديهم.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أساليب مواجهة الضغط النفسي لدى أمهات التوحديين بمدرسة أطفال التوحد وذوي الاحتياجات الخاصة ببوسعادة تعزى إلى عامل سن الأم.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أساليب مواجهة الضغط النفسي لدى أمهات التوحديين بمدرسة أطفال التوحد وذوي الاحتياجات الخاصة ببوسعادة تعزى إلى عامل سن الابن المصاب.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أساليب مواجهة الضغط النفسي لدى أمهات التوحديين بمدرسة أطفال التوحد وذوي الاحتياجات الخاصة ببوسعادة تعزى إلى عامل المستوى التعليمي للأم.

3- أهمية الدراسة: تكمن أهمية الدراسة في العناصر التالية:

- قلة الدراسات والأبحاث العلمية العربية والمحلية التي تطرقت لموضوع أساليب مواجهة الضغط النفسي عند أمهات الأطفال التوحديين عكس فئات ذوي الاحتياجات الخاصة الأخرى.
- أغلب الدراسات التي شملت موضوع الضغط النفسي وأساليب المواجهة اهتمت بدراسة كلتا المتغيرين بطريقة عامة وغير متعمقة في طرق المواجهة الفعلية بالأخذ بعين الاعتبار أن الضغط النفسي لدى الأم قد يكون ظاهرا ومعترف به، والذي يستحق الإسهاب فيه هو أساليب تعامل الأمهات مع هذه الضغوط الأمر الذي نحاول في بحثنا هذا التوصل إليه.
- أهمية إجراء دراسة ميدانية حول هذا الموضوع للاستفادة من نتائج الدراسة وتوظيفها في مجال تقديم خدمات نفسية اجتماعية لهؤلاء الأمهات وخدمات إرشادية لتخفيف مستوى الضغط النفسي لديهم.
- تركز هذه الدراسة على أحد جوانب المعاش النفسي لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد نظرا لأن الأم هي أكثر الأشخاص تأثرا بحالة طفلها على عكس أغلب البحوث في ميدان التوحد التي ركزت على الطفل المصاب.
- إثراء الجانب العلمي والنظري للموضوع .

4-أهداف الدراسة : تتضمن أهداف الدراسة ما يلي:

- التوصل إلى ما إن كانت أمهات الأطفال التوحديين بمدرسة أطفال التوحد وذوي الاحتياجات الخاصة ببوسعادة تستخدم أساليب مواجهة الضغط النفسي تعتمد على الانفعال أو على حل المشكلة.
- الكشف عن مستوى إدراك الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال التوحديين بمدرسة أطفال التوحد وذوي الاحتياجات الخاصة ببوسعادة.
- التحقق من إن كانت توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أساليب مواجهة الضغط النفسي لدى أمهات التوحديين بمدرسة أطفال التوحد وذوي الاحتياجات الخاصة ببوسعادة تعزى إلى مستوى إدراك الضغط النفسي لديهم.
- معرفة إن كانت توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أساليب مواجهة الضغط النفسي لدى أمهات التوحديين بمدرسة أطفال التوحد وذوي الاحتياجات الخاصة ببوسعادة تعزى إلى عامل سن الأم.
- معرفة إن كانت توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أساليب مواجهة الضغط النفسي لدى أمهات التوحديين بمدرسة أطفال التوحد وذوي الاحتياجات الخاصة ببوسعادة تعزى إلى عامل سن الابن المصاب.
- معرفة إن كانت توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أساليب مواجهة الضغط النفسي لدى أمهات التوحديين بمدرسة أطفال التوحد وذوي الاحتياجات الخاصة ببوسعادة تعزى إلى عامل المستوى التعليمي للأم.

5- تحديد مصطلحات الدراسة:

5-1-الضغط النفسي :

أ-اصطلاحاً: يعرف ريس(1972) الضغط بأنه "أي مشيرات أو تغيرات في البيئة الداخلية أو الخارجية يكون على درجة من الشدة والحدة والدوام بحيث يثقل القدرة التكييفية للكائن الحي إلى حده الأقصى، والتي في ظروف معينة يمكن أن تؤدي إلى اختلال السلوك أو عدم التوافق، أو الاختلال الوظيفي الذي يؤدي إلى المرض. ويقدر استمرار الضغط بقدر ما يتبعها من اضطراب جسمي ونفسي". (عبد المعطي، 2006، ص20)

ب- إجرائيا: يتحدد مفهوم الضغط النفسي في هذا البحث بالدرجة التي تتحصل عليها أم الطفل التوحدي من خلال تطبيقنا لمقياس الضغط النفسي الذي صمم من طرف { لفنستين } لقياس إدراك الضغط النفسي (P.S.Q).

5-2- أساليب المواجهة:

أ- اصطلاحا: "هي مجموع الجهود المعرفية والسلوكية المبذولة من طرف الفرد قصد التحكم في مثيرات خاصة داخلية أو خارجية أو داخلية خارجية معا التي تتوافق أو تتجاوز إمكانات الفرد".

(Sordes-& all ,1995,p116)

ب- إجرائيا: هي الدرجة التي تحصل عليها أم الطفل التوحدي في مقياس طرق المواجهة للآزاروس وفولكمان (W.C.Q).

5-3- أم الطفل التوحدي:

أ- الطفل التوحدي اصطلاحا: يعرف الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع (DSM4) التوحد حالة من القصور المزمّن في النمو الارتقائي للطفل الذي يتميز بانحراف وتأخر في نمو الوظائف النفسية الأساسية المرتبطة بنمو المهارات الاجتماعية واللغوية وتشمل الانتباه، الإدراك الحسي والنمو الحركي وتبدأ هذه الأعراض خلال السنوات الثلاثة الأولى. (مصطفى نوري القمش، 2011، ص23).

ب- التعريف الإجرائي للطفل المصاب بالتوحد: هم الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من (2) إلى (17) سنة الملتحقون بمدرسة أطفال التوحد وذوي الاحتياجات الخاصة بمدينة بوسعادة، والذين خضعوا للتشخيصات الطبية والنفسية والتربوية التي أكدت إصابتهم بالتوحد.

ج- التعريف الإجرائي لأم الطفل التوحدي: هن أمهات الأطفال المصابون بالتوحد المسجلين بمدرسة أقسام التوحد وذوي الاحتياجات الخاصة ببوسعادة واللاتي تتراوح أعمارهن من (26) إلى (52) سنة.

6-الدراسات السابقة:

6-1- الدراسات العربية:

1/ دراسة الشايب (1994): بعنوان الاستراتيجيات التي يستخدمها المرشدون في المدارس الأردنية للتعامل مع ضغوطهم النفسية، والتي هدفت إلى التعرف على الاستراتيجيات التي يستخدمها المرشدون في المدارس الأردنية للتعامل مع ضغوطهم النفسية وقد تألفت الدراسة من (150) مرشدا ومرشدة في مديريات التربية في عمان، حيث طبق عليهم استبيان استراتيجيات التكيف للضغوط النفسية، وقد أشارت الدراسة إلى:

- أن إستراتيجية حل المشكلات احتلت المرتبة الأولى من حيث الاستخدام.
- هناك فروق تعزى إلى متغير الجنس في استخدام استراتيجيات المواجهة والتمارين الرياضية والترفيه لصالح الذكور.

(نادر فهمي الزبود، 2004، ص17)

2/ دراسة عبد العزيز الشخص وزيدان السرطاوي (1998): بعنوان احتياجات أولياء الأمور المعاقين وعلاقتها بالضغوط النفسية وأساليب مواجهتها وكان الهدف من الدراسة تحديد احتياجات أولياء أمور المعاقين عقليا ، وسمعيا وبصريا وبدنيا لمواجهة الضغوط النفسية الناجمة عن إعاقة الأبناء، اعتمدت الدراسة على أدوات من تصميم الباحث وهي بطارية قياس الضغوط النفسية مقياس أساليب المواجهة مقياس احتياجات أولياء أمور المعاقين، تكونت العينة من مجموعة من أولياء أمور الأطفال المعاقين كالتالي (329) أم و (335) أب وخلصت النتائج يتفق أولياء الأمور على ترتيب الاحتياجات وفق أهميتها، بحيث يأتي الدعم المادي أولا ويأتي ذلك الاحتياجات المعرفية، وأخيرا الدعم الاجتماعي ولا توجد فروق بين الآباء والأمهات في الاحتياجات المختلفة كما توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة على مقياس الاحتياجات وفقا لمستويات الضغوط النفسية، حيث تزايدت الاحتياجات مع ارتفاع مستوى الضغط النفسي، وتوجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة على مقياس الاحتياجات وفقا لمستويات المواجهة المختلفة، حيث تزايدت الاحتياجات مع ارتفاع مستوى مواجهة الضغط النفسي. (وليد السيد خليفة، 2008، ص298).

3/ دراسة سهام رياض الخفش (2001) الأردن: بعنوان استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية التي يستخدمها آباء ذوي الاحتياجات الخاصة، تألفت عينة الدراسة من (525) فردا منهم (423) آباء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة و (102) آباء لأطفال عاديين.

هدفت إلى التعرف على الاختلاف في الاستراتيجيات التي يستخدمها آباء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة للتعامل مع الضغوط النفسية لديهم، ومعرفة إن كانت هناك فروق ذات دلالة الاستراتيجيات تعزى لمتغيرات حالة الطفل وشدة الحالة وجنس الوالدين والمستوى التحصيلي لديهم وإن كان هناك فروق بين آباء ذوي الاحتياجات الخاصة وآباء الأطفال العاديين، استخدم أسلوب تحليل التباين الأحادي (ت) والتحليل التمييزي، وأظهرت النتائج:

إستراتيجية حل المشكلات احتلت المرتبة الأولى من ناحية استخدامها من قبل آباء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وآباء الأطفال العاديين، وجود فروق دالة إحصائية تبعا لحالة الطفل في استخدام الاستراتيجيات التالية: الاسترخاء (ضبط التوتر) والتمارين الرياضية والياقة البدنية والترفيه، وجود فروق بين آباء ذوي الاحتياجات الخاصة مع ضغوطهم النفسية تعزى للمستوى التحصيلي. (العطيات، 2007، ص 37)

4/ دراسة البديرات (2006): بعنوان التعرف على مصادر الضغوط النفسية لدى إخوة الأطفال التوحديين، هدفت الدراسة إلى التعرف على مصادر الضغوط النفسية لدى إخوة الأطفال التوحديين وعلاقتها بمتغير الجنس ودرجة التعليم والمستوى الاقتصادي وتألفت عينة الدراسة من (88) فردا وشكلوا ما نسبته (82.8%) من عينة الدراسة المختارة من إخوة الأطفال الذين يعانون من التوحد والذين تم اختيارهم بالأسلوب الطبقي العشوائي من عدة مؤسسات وقد استخدم فيها مقياس مطور من قبل الباحث يضم (44) فقرة موزعة على أربعة مجالات، وقد توصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الضغوط النفسية لدى إخوة التوحديين تعزى إلى متغير الجنس لصالح الإناث ومتغير درجة التعليم لصالح المرحلة الأساسية، ومتغير الدخل الشهري لصالح الدخل الشهري المتدني.

5/ دراسة الخطيب والحديدي (2007): أثر الإعاقة على الأسرة في الأردن وعلاقته ببعض المتغيرات، هدفت الدراسة لمعرفة أثر الإعاقة على الأسرة في الأردن وعلاقته ببعض المتغيرات، ولتحقيق ذلك تم إعداد صورة عربية من مقياس التقييم الشامل للأداء الأسري، وقد تم توزيع المقياس على آباء وأمهات (72) طفلا وطفلة تراوحت أعمارهم ما بين (3-8 سنوات) كانوا ملتحقين بأربعة مراكز للتربية الخاصة في مدينة عمان عند إجراء الدراسة، وبينت النتائج أن ما يزيد على (50%) من الآباء والأمهات أفادوا بأن إعاقة أطفالهم تترك تأثيرا كبيرا جدا على صعيد ثلاث عشرة فقرة من أصل (51) فقرة يتكون منها المقياس وبينت النتائج أن متغير عمر الطفل

والمستوى الاقتصادي للأسرة لم يكن لهما أثر ذو دلالة إحصائية على استجابات الآباء والأمهات. (غدي عمر عصفور، 2012، ص59-60)

6/ - دراسة زعاير (2009) الأردن: بعنوان مصادر الضغوط النفسية وأساليب مواجهتها لدى أولياء أمور الأطفال التوحديين في الأردن وعلاقتها ببعض المتغيرات مثل جنس الطفل التوحدي وعمره، تكونت عينة الدراسة من (200) أب وأم الأطفال الذين يعانون من التوحد في مراكز التربية الخاصة في الأردن، طبق عليهم مقياس مصادر الضغوط النفسية ومقياس أساليب مواجهة الضغوط النفسية والمقياسين من إعداد السرطاوي والشخص (1998).

انتهت النتائج بأن أبرز مصادر الضغوط لدى النفسية لدى أولياء أمور الأطفال التوحديين شيوعاً على الترتيب القلق على مستقبل الطفل، عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل، مشكلات الأداء الاستقلالي، المشكلات المعرفية والنفسية للطفل، المشكلات الأسرية، أما بقية المصادر فإنها تشكل مصادر للضغوط النفسية لدى أولياء أمور الأطفال التوحديين بدرجات متفاوتة، وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مصادر الضغوط النفسية لدى آباء وأمّهات الأطفال التوحديين في أبعاد (المشكلات المعرفية والنفسية للطفل، والمشكلات الأسرية، القلق على مستقبل الطفل، ومشكلات الأداء الاستقلالي)، بينما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين آباء وأمّهات الأطفال التوحديين في مصادر الضغوط النفسية في أبعاد الأعراض النفسية والعضوية، مشاعر اليأس والإحباط، عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل. (غدي عمر محمود عصفور، 2012، ص60-62)

7/ دراسة منى حسن عبد الله فرح (2009): الضغوط النفسية وعلاقتها باحتياجات أولياء أمور غير العاديين، هدفت الدراسة لمعرفة الضغوط النفسية لأولياء أمور المعاقين وعلاقتها باحتياجاتهم المختلفة، استخدمت الباحثة المنهج الوصفي، كما استخدمت الطريقة العشوائية البسيطة لاختيار عينة قوامها (300) من أسر المعاقين (150) من الآباء و(150) من الأمهات، تضمنت أدوات الدراسة كلا من مقياس الضغوط النفسية (إعداد عبد العزيز الشخص 1998). ومقياس الاحتياجات بأبعاده المختلفة من إعداد الباحثة، باستخدام اختبار (ت) تمت معالجة بيانات البحث باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) ومعامل ارتباط بيرسون.

انتهت نتائجها أن الضغوط النفسية تتسم بالانخفاض بدرجة دالة إحصائية وسط أولياء أمور الأطفال المعاقين، لا توجد فروق دالة إحصائية في الضغوط النفسية وسط أولياء أمور الأطفال المعاقين تبعاً لنوع والد الطفل

المعاق (آباء - أمهات). لا توجد علاقة دالة إحصائية بين الضغوط النفسية والمستوى التعليمي لأولياء أمور الأطفال المعاقين، توجد علاقة طردية دالة إحصائية بين الضغوط النفسية ومتغير درجة الإعاقة للأبناء، وتوجد علاقة طردية دالة إحصائية بين الضغوط النفسية لأولياء أمور الأطفال المعاقين واحتياجاتهم الحياتية المختلفة. (منى فرح، 2009، ص 93-126)

8/ دراسة عبد الغني (2009) بعنوان الضغوط النفسية وأساليب مواجهتها لدى آباء وأمهات ذوي الاحتياجات الخاصة، هدفت الدراسة إلى المقارنة بين درجة التعرض للضغوط وأساليب معالجتها من حيث الجنس ونوع الإعاقة وعمر المعاق، استخدمت الباحثة في الدراسة المنهج المقارن واعتمدت على مقياس السرطاوي لقياس الضغوط وأساليب مواجهتها. وأظهرت نتائج الدراسة:

- وجود فروق دالة إحصائية بين آباء وأمهات ذوي الاحتياجات الخاصة حسب جنس ونوع الإعاقة وعمر المعاق في الضغوط النفسية التالية: الأعراض النفسية والسيوكوسوماتية، مشاعر اليأس والإحباط، والمشكلات المعرفية والنفسية للطفل، والمشكلات الأسرية والاجتماعية، والقلق على المستقبل، والأداء الاستقلالي للطفل.

- وجود فروق دالة إحصائية بين آباء وأمهات ذوي الاحتياجات الخاصة في أساليب مواجهة الضغط التالية: الممارسة المعرفية العامة، والممارسة المعرفية المتخصصة، والممارسة المختلطة. (عبد الغني، 2009، ص 22)

9/ جبالي صباح (2011): بعنوان الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون، وقد اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي وشمل البحث عينة قوامها (66) أم لأطفال مصابين بمتلازمة داون تم انتقائهن بطريقة قصدية، وقامت الباحثة بتصميم أدوات البحث مستخدمة استمارة البيانات الشخصية واستبيان الضغوط النفسية واستبيان استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية.

وقد أسفرت نتائج البحث على:

- تعاني أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون من ضغوط نفسية مرتفعة، وتعتمد على استراتيجيات المواجهة الإيجابية لتخفيف الضغوط النفسية.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية ونوع استراتيجيات المواجهة المتبعة لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون تعزى إلى متغير سن الابن المصاب.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية ونوع استراتيجيات المواجهة المتبعة لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون تعزى إلى متغيرات سن الأم والمؤهل التعليمي للأم.

10/ دراسة غدي عصفور (2012): بعنوان الضغوط النفسية لأمهات المراهقين التوحديين، هدفت الدراسة إلى الكشف عن الضغوط النفسية لأمهات المراهقين التوحديين، تكونت عينة الدراسة من (40) أما من أمهات المراهقين التوحديين تم اختيارهم بالطريقة العشوائية، وقامت الباحثة بتطوير مقياس الضغوط النفسية الخاص بأمهات المراهقين التوحديين من (60) فقرة موزعة على ستة أبعاد، بعد إجراء التحليلات الإحصائية المناسبة حيث تم استخدام اختبار (ت)، وتحليل التباين الأحادي (ANOVA)، أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الضغوط النفسية لأمهات المراهقين التوحديين في جميع مجالات المقياس كان ضمن المتوسط، كما أظهرت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية لمتغيرات الجنس والمستوى التعليمي للأم والمستوى الاقتصادي للأسرة في درجة الضغوط النفسية لدى أمهات المراهقين التوحديين بينما أظهرت وجود فروق ذات دلالة مجالي القلق على مستقبل الطفل وبمجال المشكلات الأسرية والاجتماعية للأسرة.

6-2- الدراسات الأجنبية:

1/ دراسة دونوفان (1988) بفرجينيا: بعنوان الإدراك الأمومي للضغط الأسري وأساليب مواجهته، وقد هدفت إلى معرفة الاختلاف في الإدراك الناجم عن الإعاقة الذهنية للأبناء وطرق مواجهة هذه الضغوط. تم استخدام المنهج الوصفي ومقياس الضغط النفسي ومقياس أساليب المواجهة وطبق على عينة من (450) أم لأبناء معاقين إعاقة ذهنية بسيطة وإعاقة ذهنية شديدة، سن الأمهات من (29) إلى (59) سنة وسن الأطفال من (6) إلى (18) سنة. وتوصلت النتائج إلى:

- وجود فروق دالة في معاني الإدراك الأمومي للضغط الأسري والمواجهة وفقا لسن الابن المعاق وجنسه، عدد الأبناء في الأسرة، سن الأم والحالة الاجتماعية والاقتصادية للأسرة لصالح أمهات كبار السن، أمهات الأبناء الكبار، أمهات الذكور.

- وجود فروق دالة بين أمهات الأبناء المعاقين ذهنيا بدرجة بسيطة وأمهات الأبناء بدرجة شديدة في مواجهة الضغوط لصالح الأمهات المعاقين بدرجة بسيطة أي أنهن أكثر قدرة على مواجهة الضغط.

- تختار الأمهات مواجهة الضغوط بواسطة أساليب البحث النشط عن الدعم والنصيحة والمساعدة خارج النظام الأسري. (جبالي، 2012، ص 45)

2/ دراسة فلينت وود (1989) بعنوان دراسة الضغط الواقع على أمهات الأطفال المعاقين ذهنياً وكيفية مواجهته، والتي هدفت إلى معرفة الاختلاف في الضغط الواقع على أمهات الأطفال المعاقين ذهنياً وكيفية مواجهته طبقاً لاختلاف العوامل المؤثرة (سن الابن المعاق، سن الأم، الحالة الاجتماعية والاقتصادية للأسرة)، تكونت العينة من (90) أم لأطفال من فئة التخلف الذهني المتوسط، أعمار الأمهات من (25) إلى (60) سنة و أعمار الأبناء من (6) إلى (21 سنة)، استخدم مقياس الضغط الأسري. وانتهت نتائج الدراسة كالتالي:

- وجود علاقة موجبة دالة بين الضغط المدرك للأمهات وكل من سن الأم.
- لا توجد فروق دالة إحصائية في درجات الضغوط وفقاً لاختلاف سن الابن.
- وجود فروق دالة بين الأمهات ذات المستوى الاقتصادي والاجتماعي المرتفع والأمهات ذات المستوى الاقتصادي والاجتماعي المنخفض في القدرة على مواجهة الضغوط لصالح الأمهات ذات المستوى المرتفع. (وليد السيد خليفة، 2008، ص 278)

3/ دراسة أولي و ويليام (1997): **Olley et William**: بعنوان مستوى الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنياً وأساليب مواجهتها. تمثلت العينة في (200) أم لأطفال معاقين ذهنياً، استعمل مقياس الضغوط (1997) ومقياس أساليب التعامل مع الضغوط .

توصل الباحث أن الأمهات تعاني من ضغوط نفسية شديدة أهم مصادرها (رعاية الطفل، الضغوط المالية، العناية الطبية بالطفل، الضغوط الأسرية). تستعمل الأمهات أساليب تعامل إيجابية وسلبية تتمثل في (44%) من الأمهات تستخدم أساليب الهروب، تحاشي حل المشكلة، إنكار الإعاقة و(41%) من الأمهات تستخدم أساليب تقبل إعاقة الطفل وظروفه و(23.5%) من الأمهات تستخدم أساليب التذمر والشكوى والبكاء ولوم الذات، (12.5%) من الأمهات تستخدم أساليب تحدي الضغوط ومواجهة الموقف، الأمهات غير المتزوجات تعاني من مستوى أعلى من الضغوط مقارنة بالمتزوجات، الأمهات الأقل تعليماً تعاني من مستوى أعلى من الضغوط مقارنة بالأعلى تعليماً. (خليفة، 2008، ص 296).

4/ دراسة إيوا بسيلا (1999) بولندا **Ewa & Pisula**: بعنوان بروفيل الضغط النفسي عند أمهات الأطفال المصابين بالتوحد والأطفال المصابين بمتلازمة داون (دراسة مقارنة). هدفت الدراسة لتحديد بروفيل الضغط النفسي الخاص بأم الأطفال المصابين بالتوحد وتحديد بروفيل الضغط النفسي بأمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون .

تكونت العينة من (25) أم طفل مصاب بالتوحد و(25) أم طفل مصاب بمتلازمة داون، تراوحت أعمار الأمهات ما بين (26) سنة إلى (58) سنة. وتراوحت أعمار الأطفال ما بين (4) إلى (20) سنة.

استعملت استمارة البيانات الأولية من إعداد الباحثة ومقياس الضغط لدى العائلة (QRS) من إعداد (Holryuod 1987). توصلت النتائج أن الضغط النفسي مرتفع عند أمهات الأطفال المصابين بالتوحد أكبر من أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون، أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون يعانون من ضغوط منخفضة بسبب وضوح التشخيص ومآل الإصابة منذ الولادة. كما أن أمهات الأطفال التوحديين يعانون من ضغوط مرتفعة بسبب تأخر التشخيص إلى ما بعد (30) شهرا بعد الولادة وغموض مآل الإصابة أهم مصادر الضغط النفسي لدى أمهات متلازمة داون هي مشكلات التطور النمائي لدى أبنائهن. أهم مصادر الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال التوحديين هي المشكلات السلوكية واضطراب التواصل لدى أبنائهن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في بعد التبعية لصالح الأمهات المصاب أبنائهن بالتوحد. (Ewa pisula,1999,p26-33)

5/ دراسة هارتي وماكلين (2005): بعنوان الضغوط النفسية وأساليب المواجهة لدى الكبار من الإعاقات الذهنية البسيطة، هدفت إلى تقويم الضغوط النفسية وأساليب المواجهة لدى الكبار من الإعاقات الذهنية البسيطة وعددهم (88) ممن لديهم مهارات مناسبة في الاتصال اللفظي، واستخدمت في الدراسة البيانات الديمغرافية ومقياس ضغوط الحياة (Fogarty et all 1997) ومقياس أساليب المواجهة بإكمال الحمل (Wayment et Zethan,1989) وكذلك الغونج المختصر من المقياس الذاتي للاكتئاب (Birleson,1981) ومقياس القلق (Espie and Mindhan).

ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة:

- إن ارتفاع أساليب المواجهة الفعالة النشطة قد تقلل من الضغط النفسي بين الأشخاص ذوي الإعاقات الذهنية البسيطة.

- توجد علاقة ارتباطيه بين أساليب المواجهة الفعالة النشطة وبين الضغط النفسي أقل من الارتباط مع أساليب المواجهة بالتجنب أو تشتت الانتباه. (عبد الله السهلي، 2010، ص72).

- التعليق على الدراسات السابقة:

بعد استعراضنا للدراسات السابقة ذات العلاقة بموضوع الدراسة الحالي: أساليب مواجهة الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال التوحديين، تبين لنا أنها تخدم دراستنا فيما يلي:

- أغلب الدراسات تناولت الضغط النفسي عند أمهات وآباء الأطفال المعاقين ذهنيا على غرار الأطفال التوحديين وقد أجمعت كلها تقريبا على أن أمهات الأطفال المعاقين يعانون من ضغوط نفسية مرتفعة أكبر مقارنة بالآباء.

- تم تناول موضوع الضغط النفسي وأساليب المواجهة لدى فئات مختلفة من ذوي الاحتياجات الخاصة طبقا لاختلاف العوامل المؤثرة بمتغيرات تعزى إلى (سن الأم والابن والمستوى التعليمي وغيرهم) وهذا ما سنحاول التوصل إليه في دراستنا الحالية.

- وقد اتجهت جل الدراسات إلى تسليط الضوء على الأثر السلبي لتربية طفل معاق على الأم التي تعيش حالة من القلق والضيق جراء إصابة ابنها مما يدفعها إلى البحث عن حلول تخلصها من التوتر بانتهاج أساليب مواجهة خاصة بها تجعلها تتعايش مع الحدث الضاغط، مثل ما تم تناوله في دراسة ويليام (1997) و زعارير (2009).

من حيث الهدف:

يلاحظ أن معظم الدراسات السابقة سواء الأجنبية أو العربية تناولت متغيرات الدراسة الحالية وهي كالتالي:
في دراسة الخطيب والحديدي (2007) ودراسة غدي عصفور (2012) ودراسة زعارير (2009) وإيوا بسيلا (1999)، كان الهدف من هذه الدراسات هو دراسة متغير واحد من متغيرات الدراسة الحالية وهو متغير الضغط النفسي الواقع على أم الطفل المعاق أو التوحدي أو إخوته ومعرفة آثار ومصادر تلك الضغوط النفسية، بالإضافة إلى دراسته مع متغير الحاجيات لدى أولياء المعاقين مثل دراسة السرطاوي (1998) دراسة منى عبد الله (2009)، وكذا تناول الضغط النفسي وفق متغيرات (السن والمستوى التعليمي وغيره) على الطريقة المتبعة في دراستنا مثل دراسة البديرات (2006).

كما تم تناول كلا متغيرات الدراسة الحالية في دراسة عبد الغني (2009) ودراسة الجبالي (2012) وفق متغيرات السن وغيره، غير أن الدراستين طبقت على ذوي الاحتياجات الخاصة وأطفال متلازمة داون. كذلك هدفت أغلب الدراسات الأجنبية بقياس متغيرات دراستنا مثل دراسة أولي و ويليام (1997) و فلينت وود (1989) ودراسة دونوفان (1988) غير أن جل هذه الدراسات اهتمت بأصحاب الإعاقة الذهنية.

نجد من بين الدراسات التي هدفت لدراسة أساليب المواجهة وحل المشكلات دراسة هارتي وماكلين (2005) و دراسة الشايب (1994) و سهام الخفش (2001) التي اهتمت أكثر بأساليب المواجهة للضغط النفسي، غير أنه اختلفت العينة المدروسة على الدراسة الحالية باهتمامهم بذوي الاحتياجات الخاصة والمرشدون النفسيون وأصحاب الإعاقة البسيطة.

من حيث المنهج:

اختلفت المناهج حسب متغيرات الدراسة غير أن جل الدراسات استعملت المنهج الوصفي الذي يتشابه مع دراستنا مثل دراسة منى فرح (2009) ودراسة الجبالي (2011)، والمنهج المقارن في دراسة عبد الغني (2009) وذلك لكبر حجم العينة حيث كانت أصغر عينة (40) وأكبر عينة (525) كما أن بعض الدراسات لم يتم تحديد المنهج المتبع فيها. أما في ما يخص الدراسة الحالية فقد اعتمدنا المنهج الوصفي وعلى عينة مكونة من (30) أم من أمهات الأطفال التوحيديين.

من حيث الأداة:

لقد اعتمدنا في هذه الدراسة على مقياس إدراك الضغط النفسي للفرنستين (PSQ) ومقياس أساليب المواجهة للازاروس وفولكمان، وهذا ما يختلف عن الدراسات التي تم عرضها، حيث أن بعضها استخدم مقياس الضغوط ومقياس التعامل مع الضغوط لباحثين آخرين، واعتمدت بعض الدراسات على مقياسي الضغوط النفسية ومقياس أساليب المواجهة من إعداد الشخص والسرطاوي (1998) مثل دراسة السرطاوي ودراسة عبد الغني ودراسة منى عبد الله ودراسة زعاير (2009)، كما تم إعداد بعض المقاييس من طرف الباحثين أنفسهم مثل دراسة غدي عصفور (2012) ودراسة الجبالي (2011) والبديرات (2006).

كما استخدم مقياس استراتيجيات التكيف مع الضغوط ومقياس الأداء الأسري وبعض المقاييس الأخرى كل حسب متغيرات دراسته وخصائصها.

من حيث النتائج:

- اتفقت أغلب الدراسات على وجود إدراك مرتفع للضغط النفسي لدى أولياء ذوي الاحتياجات الخاصة والتوحيدين.
- اختلفت نتائج الدراسات نوعاً ما في وجود الفروق ذات الدلالة الإحصائية في أساليب مواجهة الضغوط لدى أولياء ذوي الاحتياجات الخاصة تبعاً لمتغيرات (شدة الضغط، سن الابن، سن الأم، المستوى التعليمي وغيرهم).
- إن ارتفاع أساليب المواجهة الفعالة النشطة والتي تعتمد على المشكل قد تقلل من الضغط النفسي بين الأشخاص ذوي الإعاقات وأولياء أمورهم.
- أساليب المواجهة التي تعتمد على حل المشكلات هي الأكثر استخداماً مثل دراسة هارتي (2005) ودراسة الشايب (1994) ودراسة الخفش (2001)
- على هذا الأساس جاء البحث الحالي ليؤكد أو ينفي بعض الجوانب التي تم التطرق إليها في الدراسات السابقة والذي استفاد منه الباحث في:
- صياغة الفروض واختيار المنهج الأكثر ملائمة للبحث الحالي .
- الاطلاع على الأدوات المعتمد عليها في قياس المتغيرات قيد الدراسة .
- أما موقع هذا البحث من الدراسات السابقة نلخصه في النقاط التالية :
- كل الدراسات التي توصل إليها الباحث لا توجد فيها دراسة اختصت بموضوع البحث الحالي وهو أساليب مواجهة الضغط النفسي لدى أم الطفل التوحيدي والتي ركزنا في هذه الدراسة على أساليب المواجهة وعلى الأم بحد ذاتها دون الطفل وجنسه على غرار دراسة عزازير (2009).
- اتفق البحث الحالي مع بعض الدراسات في بعض الأهداف أو المنهج أو بعض متغيرات الدراسة واختلف في الأدوات المعتمد عليها والغاية المرجوة .
- اختلف البحث الحالي عن الدراسات السابقة في حجم العينة ومكان إجراء البحث .

الفصل الأول

الضغط النفسي

- 1 - لمحة تاريخية حول الضغط النفسي
- 2 - تعريف الضغط النفسي
- 3- الضغوطات النفسية التي تتعرض لها أسر الأطفال التوحديين
- 4- النظريات المفسرة للضغط النفسي
- 5- أنواع الضغط النفسي
- 6- مصادر الضغط النفسي
- 7- آثار الضغط النفسي
- 8- أعراض الضغط النفسي
- 9- علاج الضغط النفسي
- 10- أساليب قياس الضغط النفسي

تمهيد:

أصبحت كلمة الضغوط أو الضغط النفسي من المصطلحات الشائعة الاستخدام لدى الإنسان العادي والمتخصص على حد سواء، وأصبحت تشكل جزءا من مفردات العصر الحالي وارتبطت طبيعة الحياة المعاصرة بزيادة الضغوط وأصبح مصطلح الضغط النفسي مصطلحا أساسيا في مجالات عديدة كالطب، والطب النفسي، وعلم النفس وعلم الاجتماع، ومجال التربية الخاصة وغيرها ...

ومما لا شك فيه أن ثمة علاقة بين الوقوع في تأثير الضغوط المختلفة وولادة طفل مصاب بقصور ما في الأسرة، ولأن الأمومة من المسؤوليات الثقيلة والمعقدة، فإنها تزداد تعقيدا إذا أصبحت الأم أما لطفل مصاب باضطراب نمائي كالنوح، ذلك لأن الأمهات يتوقعن دائما أن يرزقن بطفل سوي.

وقصد فهم الضغط النفسي وبالأخص عند أم الطفل التوحدي سنتطرق في هذا الفصل إلى تطور مصطلح الضغط النفسي ومفهومه وبعض النظريات المفسرة له، وأنواع الضغط النفسي التي يمكن التعرض لها ومصادرها والعوامل المحددة لها ، وأخيرا الآثار المترتبة عن الضغوط النفسية وأعراضها وطرق علاجها وكيفية قياسها.

1 - لمحة تاريخية حول الضغط النفسي:

الضغط مفهوم مستعار من العلوم الفيزيائية إذ استخدمت هذه الكلمة في القرن السابع عشر ميلادي لوصف الشدة والصعوبات الهندسية، غير أن العديد من الدعم والتراث النظري لمفهوم الضغط استمر إلى غاية اليوم متأثرا بأعمال المهندس "روبرت هوك" في أواخر القرن السابع عشر، فقد كان مهتما بتصميم الأبنية مثل الجسور التي تتحمل حمولة ثقيلة دون أن تنهار، ومن ثم كتب على فكرة الحمولة أو العبء أو الحمل الذي من خلاله يظهر الإجهاد على البناء، وبذلك يكون الضغط استجابة النظام والبناء للحمولة، وبالرغم أن الفكرة كانت لأغراض هندسية إلا أنه كان لها تأثير واسع كنموذج تفسيري لمصطلح الضغط على الجهاز الفيزيولوجي والنفسي. (طه عبد العظيم، 2006، ص17).

من بين الرواد في دراسة الضغوط نجد "ولتر" و "كانون" الذين حددا مفهوم التوازن الداخلي للجسم في المجال الطبي، حيث ركزت الدراسة على الاستجابة الداخلية للخوف والفرح وذلك بإفراز هرمون الأدرينالين، كما درس الباحثين الوسائل الخاصة في التحكم في إفراز كمية السكر في الدم والبروتين والدهن، كما ورد في كتاب "كانون" بعنوان: (**La Sagesse du Corps**) عبر فيه على أن الضغط عبارة عن استجابة فيزيولوجية للتكيف والهروب أثناء التعرض للشدائد وبذلك توصل إلى دراسة الدور الفيزيولوجي للانفصال وكان يدرس هذه الظاهرة تحت مؤشرات معينة كالبرودة، الحرارة، ونقص الأكسجين. (Bayard,1974,p34).

بعد ذلك جاء هانس سيلبي في القرن العشرين باكتشافه المعروف بالزملة لحالة المرض واعترف أن الضغط هو كل مطلب موجه للجسم يتجاوز قدرته التكيفية وهو مطلب غير متخصص إذ لا يتعلق بخصائص العامل الضاغط، ويعمل بواسطة القشرة الكظرية ويمكن لهذه الاستجابة الشبه انعكاسية للجسم تظهر بصيغة مفردة وهذا يظهر على ما سماه سيلبي بأعراض التكيف وبهذا نجد أن الضغط يتأثر بمختلف التفاعلات الفيزيائية والكيميائية. (علي بن علي، 2000، ص31).

كما اهتم الباحث "لازاروس" (Lazarus 1966) بصورة خاصة بالتقييم المعرفي للمواقف الضاغطة التي يواجهها الفرد، أما الباحث "جوردن" (Gorden 1993) فيرى أن الضغوط هي استجابات نفسية وانفصالية وفيزيولوجية للجسم اتجاه أي مطلب يتم إدراكه على أنه تهديد للرفاهية وسعادة الفرد. (دعو، شونوفي نورة، 2013، ص19).

2 - تعريف الضغط النفسي:

2-1- لغة: يقصد به ضغطه ضغطا، عصره وزحه، أي شدد وضيق ويقابلها في الأصل اللاتيني **Stresse** وهو مشتق من الكلمة اللاتينية **Stictus** ليشير إلى الصرامة، ويدل معناه على الشعور بالتوتر والإثارة والضيق، إذ يرجع في أصله إلى الفعل **stingere** ويعني شدد وضيق (طه عبد العظيم، 2006، ص17-18).

2-2- الضغط اصطلاحا: لقد تعددت المفاهيم المتعلقة بالضغط فمنها من عرفه على أنه عامل أو مثير قد يكون فيزيائي، أو نفسي، أو اجتماعي، ومنها من اعتبره استجابة لعامل أو مثير ومنها من نفى تعريفه كمثير أو استجابة وأرجعه على نتائج التفاعلات بين الفرد والمحيط. (Sordes-Ader & al,1997,p135)

ومن بين التعاريف التي صنفتها على أنه استجابة ما يلي:

تعريف سييلي الذي يرى أنه: "مجموعة من الأعراض تتزامن مع التعرض لموقف ضاغط، وهو استجابة غير محددة من الجسم نحو متطلبات البيئة مثل التغيير في الأسرة، فقدان العمل، الرحيل والتي تضع الفرد تحت الضغط النفسي" (بهاء الدين، 2008، ص20). وفي تعريف آخر له: "الضغط هو الاستجابة الفيزيولوجية غير المحددة التي يستجيب بها الجسد لأي مطلب يقع عليه". (طه عبد العظيم، 2006، ص19).

وفي تعريف يشير الضغط النفسي: إلى حالة من الضيق والشدة ناتج عن أعباء الحياة وصعوبتها. (Servant

Dominique,2007,p153)

ومن بين التعاريف التي صنفت الضغط النفسي على أنه مثير ما يلي:

تعريف عبد الستار إبراهيم (1998) الذي ينظر إلى الضغط على أنه: "أي تغير داخلي أو خارجي من شأنه أن يؤدي إلى استجابة انفعالية حادة ومستمرة وبعبارة أخرى تمثل الأحداث الخارجية بما فيها ظروف العمل أو التلوث البيئي أو السفر أو الصراعات الأسرية ضغوطا مثلها في ذلك الأحداث الداخلية أو التغيرات العضوية كالإصابة بمرض أو الأرق أو التغيرات الهرمونية. (طه مرجع سابق، ص21).

يشير مفهوم الضغط أيضا: "إلى كل الصعوبات التي يجد الفرد نفسه غير قادر على مواجهتها، ولاستخدام الإمكانيات المتاحة من أجل التحكم في هذه المشاكل".

(Graziani Pierluigi,Swendsen Joel,2005,p10)

أما عن لازاروس **Lazarus** فهو يرى أن الضغط ليس بالمثير ولا بالاستجابة، وإنما هو تفاعل بينهما، وعلى هذا الأساس يعرفه لازاروس و فولكمان على أنه: "علاقة خاصة بين الفرد وبيئته التي يقدرها الفرد على أنها

شاقة ومرهقة، وأنها تفوق مصادره للتعامل معها وتعرض صحته للخطر". (طه، مرجع سابق، ص19) وفي تعريف آخر: "الضغوط هي الحالة الناتجة عن عدم التوازن بين مطالب الموقف وقدرة الفرد في الاستجابة لهذا الموقف" (الطواب سيد محمود، 2008، ص90).

من هنا يمكن القول أن الضغط النفسي هو حالة من التوتر الناجم عن تفاعل الفرد مع عوامل ومسببات داخلية أو خارجية تؤدي إلى عدم تكيفه نتيجة لعدم توافقه قدراته مع متطلبات الموقف الضاغط.

3- الضغوط النفسية التي تتعرض لها أسر الأطفال التوحدين:

إن وجود طفل معاق لأسرة ما يجر عليها مشكلات إضافية وعلاقات أسرية أكثر تعقيدا، وقد يكون له الأثر الكبير في إحداث تغيير في تكيف الأسرة وإيجاد خلل في التنظيم النفسي الاجتماعي لأفرادها بغض النظر عن درجة تقبل الأسرة لهذا الطفل وأبرز المشكلات التي تواجهها أسر الأطفال المعاقين بشكل عام الأزمات الزوجية وزيادة العدوانية والاكنتاب والشعور بالذنب والقلق والتوتر والصعوبات المادية والعزلة على الناس، ومن الآثار النفسية المترتبة على وجود طفل معاق في الأسرة، إن الأسر تعاني كثيرا من الضغوط النفسية عند محاولتها التكيف والتعايش مع الطفل المعاق، وقد أشارت بعض الدراسات التي اهتمت بالجانب النفسي لأسر المعاقين إلى أن معظم هذه الأسر قد تتعرض لضغط نفسي شديد قد يصل عند بعضها لدرجة المرض .

وذكر أبو السعود (2000) أن الأسرة إذن تتعرض لأزمات هذا الأمر يجعل قدرتها على توجيه الطفل نحو الخبرات الملائمة وتجنبه الخبرات الضارة ضئيلا، فالضغوط تجعل الآباء يركزون على مشاكلهم بحيث تستنفذ طاقتهم ويتعدون عن أطفالهم ومشكلات النمو الخاصة بهم، كما أن قدرتهم على الصبر والتحمل تصبح ضعيفة، ولكي تؤدي الأمومة والأبوة وظيفتها بفعالية وكفاءة فإنها تحتاج إلى إدارة فنية وجهود ووقت كافيين، لذلك فإن تعرض الأمهات والأسرة للضغوط المتعلقة بظروف الحياة ومتطلباتها تؤدي حتما إلى إعاقة أدائهم مما يؤثر سلبا على الطفل وتفشل الأسرة على توجيه الطفل نحو الخبرات الإيجابية التي من شأنها أن تشري عملية النمو، فعلاقة التأثير تبادلية بين الطفل والديه، فخصائص الطفل التي تشكل ضغوطا على الوالدين تؤثر على ردود أفعالهم.

إن وجود طفل يعاني من التوحد لدى الأسرة يسبب لها كثيرا من الضغوط والأزمات وعلى الرغم من أن بعض الأسر تتكيف مع ذلك الوضع، وبالتالي فإن الخدمات التي تقدم للأسرة لا تساعد الطفل المعاق فقط وإنما تساعد الأسرة بشكل جيد، حيث يظهر على الأطفال التوحدين مشكلات واضحة في الشهور الأولى من مرحلة

الرضاعة وعادة ما تكون الأم هي أول من يشتهه بوجود مشكلة ما خلال المراحل النمائية للطفل، ويتوجب على الوالدين أن يدركوا طبيعة الإعاقة، وفي حالة تشخيص التوحد فإن معالم الرعب والحزن تظهر عليهم لصعوبة التأقلم مع الفجوة ما بين الحلم والواقع، وتتفاوت ردود الفعل الوالدية الانفعالية نحو طفلهم بتفاوت درجة الإعاقة وشدتها، كما أنه توجد علاقة طردية بين ردود الأفعال وبين الوضع الاقتصادي والاجتماعي والثقافي، وبالتالي تمر الأسرة بسلسلة من الردود الانفعالية تبدأ بالصدمة وتنتهي بالقبول والأمل.

3-1- تعريف الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال التوحديين:

هي ردود الفعل التي تبديها الأمهات في حالة علمهن بإعاقة أطفالهن، والإحساس المتزايد بالصدمة، والشعور بالضيق والتوتر، ومشاعر الإحباط في ما يتعلق بسلوكيات أطفالهن، وتعليمهم، وكيفية رعايتهم، والقلق على مستقبل الأطفال، والتعرض للإحراج الاجتماعي في مواقف عدة، والإحساس بالعزلة الاجتماعية. (تامر فرح سهيل، 2015، ص277).

4- النظريات المفسرة للضغط النفسي:

4-1- النظرية الفيزيولوجية:

4-1-1- نظرية "ولتر كانون" W.Canon :

اعتبر الباحث "ولتر كانون" أول من استخدم مفهوم الضغط وعرفه على أنه رد فعل في حالة الطوارئ، أو رد فعل العسكري بسبب ارتباطه بانفعال القتال أو المواجهة، ففي بحوثه على الحيوانات استخدم عبارة الضغط الانفعالي، وقد بينت دراساته تغير في الوظائف الفيزيولوجية للكائن الحي وذلك يرجع إلى التغيرات في إفرازات عدد من الهرمونات أبرزها هرمون الأدرينالين الذي يهيئ الجسم لمواجهة المواقف الطارئة والضاغطة، وقد كشفت أبحاث "كانون" على وجود ميكانيزم أو آلة في جسم الإنسان تساهم في احتفاظه بحالة التوازن (Homéostasie) أي قدرة الفرد على مواجهة التغيرات التي تواجهه والرجوع إلى حالة التوازن العضوي والكيميائي بانتهاء الظروف والمواقف المسببة لهذه التغيرات ومن ثم فإن أي مطلب خارجي بإمكانه أن يحل هذا التوازن إذا فشل الجسم في التعامل معه وهذا ما اعتبره واسماه "كانون" ضغط يواجهه الفرد، وقد أولى اهتمامه بدور الجهاز السمبتاوي وكأحد أقسام الجهاز العصبي الذاتي، وذلك لدوره في تهيئة الجسم لمواجهة المواقف الضاغطة وتمكين الجسم من احتفاظ التوازن. (علي عسكري، 2000، ص33).

4-1-2- نظرية "سيلبي" Hans Selye 1956:

يعد العالم هانز سيلبي من أبرز العلماء المفسرين للضغوط النفسية على أساس فيزيولوجي، وينظر سيلبي إلى الضغط على أنه استجابة لأحداث مثيرة من البيئة، وينصب اهتمامه على الاستجابة التي يمكن النظر إليها كدليل أن الفرد يقع فعلا تحت ضغط بيئة مزعجة، ويعرف هانز سيلبي الضغط بأنه استجابة جسدية عامة أو غير محددة يقوم بها البدن في مواجهة أي مطلب منه، على أساس استجابته للبيئة الضاغطة وأن هناك استجابة أو أنماط معينة من الاستجابات يمكن الاستدلال منها على أن الشخص يقع تحت تأثير موقف ضاغط وتعتبر هذه الاستجابة ضغطا، كما يعتبر حدوثها مصحوبا بأعراض تمثل بالفعل حدوث الضغط. (خالد العبدلي، 2012، ص47).

وحدد سيلبي ثلاث مراحل للدفاع ضد الضغط وهي:

أ- مرحلة الإنذار:

تكون هذه المرحلة تحت رقابة الجهاز قرب الودي الذي يبقى جهاز دوران وتفاعل الهدم والبناء في حالة اليقظة وفي هذه المرحلة يجند الفرد كل قواه الدفاعية حيث يسجل انخفاض الوظائف الحيوية، ارتفاع ضغط الدم ويزداد دوران الدم في العضلات والدماغ كما تزداد نبضات القلب ويتسارع إقلاع التنفس وإذا استمر الفرد في تعرضه لوضعية الضغط فإنه ينتقل إلى المرحلة الثانية (محمد النابلسي، 2000، ص257).

ب- مرحلة المقاومة:

تبدأ هذه المرحلة بعد حوالي (48) ساعة من التعرض للضغط وفي هذه الحالة تختفي علامات الإنذار وغالبا ما تعوض بعلامات مضادة للضغط وفي هذه المرحلة يتكيف الكائن الحي مع الضغط لا إراديا بآلية التوافق المتاحة، وإذا استمرت الضغوط أو كان الفرد غير قادر على الاستجابة بفعالية فإنه يدخل المرحلة الأخيرة وهي مرحلة الإنهاك (علي حسين وعبان، 2008، ص88).

ج- مرحلة الإنهاك / الإجهاد:

ويكون فيها الجهاز المناعي قد ضعف والجسم عاجز وفقا لطاقته التوافقية وقوته على مواجهة الضغط وقد يؤدي استمرار الحالة الضاغطة في هذه المرحلة إلى تدمير الأعضاء الداخلية للفرد مما قد يسبب في موته. (عثمان يخلف، 2001، ص48).

وعليه فإن النظرية الفيزيولوجية التي يمثلها كل من "سيللي" و "كانون" اهتمت بالجانب العضوي وأهملت الجانب النفسي والاجتماعي والسلوكي في تفسيرها للضغط.

4-2- النظرية المعرفية السلوكية:

4-2-1- نظرية لازاروس:

يعتبر "لازاروس" العوامل العقلية والمعرفية أكثر أهمية في تفسير الضغوط من الأحداث نفسها، أي أنه ليس المثير وليس الاستجابة اللذان يحددان الضغط ولكن إدراك الشخص وتفسيراته للموقف النفسي هي التي تحدد الضغط ولقد أولى "لازاروس" أهمية كبرى للتقييم الشخصي للموقف، وأهمية أقل للاستجابة والانفصالية وقد اهتم لازاروس بدراسة المنغصات والمنعشات اليومية وعرف الضغط النفسي بأنه مصطلح عام يشير على كثير من المشكلات، وأن هذه المشكلات عبارة عن مثيرات ينتج عنها ردود أفعال ضاغطة وأكد أن مجال الضغط ليس مثيرا واستجابة بل له علاقة ثنائية بين الفرد والبيئة فالفرد يؤثر في البيئة ويتأثر بها. (جاسم، 2008، ص274).

حيث يتم تقييم الأحداث الضاغطة وفق مرحلتين:

1- المرحلة الأولى: عملية التقييم الأولى:

في هذه المرحلة يتم تحديد معنى الأحداث إذ قد تدرك الأحداث على أساس أنها قد تقود إلى نتائج ايجابية، سلبية أو محايدة وتكون سلبية وسيئة بناء على ما يمكن أن تسببه من أذى، تهديد أو تحدي.

2- المرحلة الثانية : عملية التقييم الثانوي:

تبدأ عملية التقييم الثانوي للموقف في الوقت الذي يتم فيه التقييم الأولي للأحداث، ويتم في هذه المرحلة مواجهة إجراء تقييم للإمكانات والمصادر التي يمتلكها الفرد للتعامل مع الحدث وما إذا كانت كافية وتنشأ الخبرة الذاتية نتيجة التوازن بين التقييم الأولي والتقييم الثانوي وكلما كانت إمكانات التعامل مع الموقف عالية فإن الضغط يكون أقل والعكس صحيح. (شيلي ترجمة و درويش، 2008، ص35).

4-2-2- نظرية سبيلبرجر Spielberger :

تعتبر نظرية سبيلبرجر في القلق ضرورية لفهم الضغوط فقد أتم نظريته على أساس التمييز بين طورين من القلق الأول "القلق كسمة" أو القلق المزمن وهو استعداد طبيعي أو اتجاه سلوكي، "القلق كحالة" وهو قلق موضوعي يعتمد على الظروف الضاغطة ويربط سبيلبرجر بين الضغط وقلق الحالة، ويعتبر الضغط الناتج ضاغطا مسببا لحالة القلق ويستبعد ذلك عن القلق كسمة حيث يكون من سمات شخصية الفرد القلق أصلا ويهتم بتحديد

طبيعة الظروف البيئية المحيطة والتي قد تكون ضاغطة، كما يميز بين مفهوم الضغط ومفهوم التهديد من حيث أن الضغط يشير إلى الاختلافات في الظروف والأحوال البيئية التي تتسم بدرجة الخطر الموضوعي. (وليد خليفة، 2008، ص152).

وعليه فإن النظرية المعرفية السلوكية التي يمثلها كل من "لازاروس" و "سبيلرجر" ركزت على الجوانب المعرفية للفرد كأحد أسباب الضغوط وأغفلت في ذلك بقية الجوانب الأخرى في حياته.

4-2-3 النظرية السلوكية:

تنظر هذه النظرية إلى الضغوط النفسية على أنها تأتي نتيجة العوامل مصدرها البيئة وهذه العوامل يمكن التحكم بها والسبب الرئيسي ينبع من البيئة وتذهب النظرية السلوكية على أن بعض الأفراد يتأثرون أكثر من غيرهم بالضغوط البيئية ولهذا فإن هذه الضغوط تظهر آثار مختلفة من حيث شدتها وحدتها، والسلوكية على اختلاف مراحلها (القديمة والجديدة) تؤكد على الركن البيئي في الضغوط النفسية.

بالإضافة إلى ذلك فهي ترى أن أنماط التوافق وسوء التوافق متعلمة من خلال الخبرات التي يتعرض لها الفرد، وقد اعتقد كل من "واطسن" و "سكينر" أن عملية التوافق الشخصي لا يمكن لها أن تنمو عن طريق الجهد الشعوري، ولكن تتشكل بطريقة آلية عن طريق تلميحات بيئية أو إثباتها، ولقد اختلف "واطسن" و "سكينر" حيث ألغى واطسن دور الإنسان إذ يقول: "إن التوافق يتشكل بطريقة آلية".

بينما رفض "باندورا" كل تغير للسلوك الإنساني بطريقة ميكانيكية، وأوضح "توكمن" أنه عندما يجد الأفراد علاقتهم مع الآخرين غير مثابة فإنهم ينسلخون عن الآخرين، ويبدون اهتمام أقل في ما يتعلق بالتلميحات الاجتماعية وينتج عن هذا أن يأخذ السلوك شكلا شاذا أو متوافق. (مفتاح عبد العزيز، 2010، ص288).

إن السلوكية بمختلف مراحلها تركز على العنصر البيئي كمسبب رئيسي للضغوط النفسية وتؤكد على أن سوء التوافق ناتج عن خلل الخبرات التي يتعرض لها الفرد في الوسط البيئي بهذا فإنها تحمل كل الجوانب الأخرى سواء كانت اجتماعية أو فيزيولوجية.

4-2-4 النظرية المعرفية:

ركز "بيك" Beck على ثلاثة مستويات من المعرفة، المستوى الأول يشمل الأفكار الأوتوماتيكية ويطلق عليه الحوار الداخلي أو الحديث الذاتي، وإذا كانت هذه الأفكار سلبية فإنها تكون مسببة للضغط، أما المستوى الثاني تأتي العمليات المعرفية وتشمل على كيفية تفاعل الفرد مع المثير، أي طرق تقديم وتنظيم المعلومات عن البيئة

والذات وأسلوب التنبؤ وتقييم أحداث المستقبل، والمستوى الثالث يشير إلى التركيبات المعرفية أو المخططات، وهي عبارة عن معرفة وخبرات يكتسبها الفرد أثناء نموه، ويخزن هذه المعرفة على شكل صيغ عقلية ثابتة تسمى المخططات، وإذا كانت هذه المخططات محبطة، فإنها تخلف أفكار سلبية والتي تأتي عقل الفرد دون أن يلاحظها، وتؤدي إلى تأثير عكسي على أدائه، ويفسر Beck الضغط النفسي على أنه ناتج من اضطراب المعرفة والتي تؤدي إلى إدراك مشوش للمشكلات والضغط ويرى أنه لا نستطيع فهم ردود أفعال الأشخاص اتجاه الأحداث الضاغطة والضغوط التي تمر بهم ما لم نفهم الطريقة التي يفكرون بها، ووفقا لمنهج بيك ونظريته المعرفية فإن الحدث لا يفسر نفسه إنما الشخص هو الذي يتولى إدراك وتفسير الحدث من خلال منطقته الخاص وعالمه وخريطته المعرفية وبناء على ذلك تتباين ردودنا لنفس الموقف الضاغط الواحد من شخص لآخر بل من نفس الفرد إذا تغيرت وجهة نظره واعدت نتائج خبرة حياته مختلفة (هنى العامرية، 2013، ص33).

عليه فإن النظرية المعرفية التي يتبناها بيك تركز على التركيبات والمخططات المعرفية كمسبب رئيسي للضغوط النفسية حيث القسوة في الحديث الذاتي يعزز الأفكار السلبية التي تؤدي بالوقوع في الضغوط .

من خلال ما سبق يتضح الاختلاف النظري في تفسير الضغوط النفسية من حيث نشوئه ومصادره، فلكل توجه نظري وجهة نظر خاصة به وكذلك اختلاف الزاوية العلمية من حيث المقاربة فنجد النظرية الفيزيولوجية ترى أن الضغط النفسي نمط من الاستجابة العضوية للعوامل النفسية والاجتماعية، الطبيعة التي لا يستطيع الفرد مراقبتها، أما نظرية "سبيلبرجر" تفسر الضغط النفسي على أساس العوامل البيئية الضاغطة وتحدد خصائصها ونوعيتها كما أكدت هذه النظرية على طريقة تفكير وإدراك الفرد للموقف الضاغط ومدى تأثيره عليه، وفي نفس التوجه النظري نجد نظرية "لازاروس" الذي يفسر الضغط النفسي على أساس تفاعل العوامل الذاتية شرط وجود متغيرات وسطية بينهما كما أكدت على دور العمليات المعرفية، حيث أن هذه الأخيرة هي التي تحدد تأثير الفرد بالموقف الضاغط، هذا بالنسبة للنظرية المعرفية السلوكية أما النظرية المعرفية فتفسر الضغط على أساس تفسير وإدراك الفرد للأحداث الضاغطة من خلال المخططات المعرفية، إن هذه الآراء قد أملت بكل مسببات الضغوط فكل واحدة تحدثت عن عامل يساهم في ظهور الضغط النفسي وبالتالي فكل نظرية تكمل الأخرى.

5- أنواع الضغط النفسي:

يمكن القول بوجه عام أن الضغط النفسي ليس بالضرورة شيء سلبي بل يكون في بعض الأحيان دافعا للإنجاز والأداء، وعلى هذا الأساس يمكن تصنيف الضغوط النفسية إلى نوعين وهما :

5-1- الضغط النفسي الإيجابي Austères :

هي عبارة عن التغيرات والتحديات التي تفيد في نمو الفرد وتطوره، وهي درجة من الضغط والتوتر تدفع المرء للعمل بشكل متتابع مما يجعله يحسن الأداء العام ويحقق أهدافه. (ماجدة بهاء الدين، 2008، ص25).
وتعد ضغطا صحيا وتؤدي إلى تحسن في جودة الحياة مثل أعباء منصب جديد أو الترقية لدرجة أعلى. (كلاوس شويخ، شراينكة، 2006، ص135).

5-2- الضغط النفسي السلبي: Distress

إن تعرض الفرد للمواقف الضاغطة الصعبة يكون لها تأثير سلبي مما يجعل الفرد عاجزا عن تحقيق أهدافه كما يعجز عن التفاعل مع الآخرين مما يؤثر سلبا على حالته النفسية والجسدية. (وليد السيد، 2008، ص137).
كما يكون لها تأثير سلبي يفوق قدرة الفرد على التوافق، وتؤدي إلى تغييرات جسمية ومزاجية، ولهذا يطلق عليها المشقة المحدثه للمرض، مثل وفاة شخص عزيز، أو الإصابة بمرض مزمن، أو التقاعد... الخ. (كلاوس، مرجع سابق، ص165).

تسبب الضغوط السلبية ظهور أعراض نفسية وجسمية تتمثل في: الصداع، آلام المعدة والظهر، تشنجات عضلية، عسر الهضم، أرق، ارتفاع ضغط الدم، السكري..... (ماجدة بهاء، مرجع سابق، ص25).

جدول رقم (01) يمثل المقارنة بين الضغوط الإيجابية والسلبية حسب Killy 1994

الضغوط السلبية	الضغوط الإيجابية
تسبب انخفاض في الروح المعنوية وشعور تراكم العمل .	تمنح دافعا للعمل ونظرة تحدي للعمل .
تولد ارتباكاً وتدعو للتفكير في المجهود المبذول	تساعد على التفكير والتركيز على النتائج .
تعمل على ظهور الانفعالات وعدم القدرة على التعبير عنها .	توفير القدرة على التعبير عن الانفعالات والمشاعر.
تؤدي إلى الشعور بالقلق والفشل .	تمنح الإحساس بالمتعة والإنجاز.
تسبب للفرد الضعف والتشاؤم من المستقبل.	تمد الفرد بالقوة والتفاؤل بالمستقبل.
تسبب للفرد الشعور بالأرق .	تساعد الفرد على النوم الجيد.
عدم القدرة على الرجوع إلى التوازن النفسي بعد المرور بتجربة غير سارة.	تمنحه القدرة على الرجوع إلى التوازن النفسي بعد المرور بتجربة غير سارة.

(عبد الرحمان الهيجان، 1998، ص36)

6- مصادر الضغط النفسي:

تعدد مصادر الضغط النفسي بتعدد البيئات التي يتفاعل معها الفرد فهذا الأخير يتأثر بما يحدث في عائلته وبما يعتري محيطه من تغيرات، لذلك شكلت هذه البيئات منبعا لمصادر الضغط عند الفرد، وتشير هنا **باربانسي (Barbancey)** و **هورفيور (Horvilleur)** إلى أن المصادر قد تؤثر فرادى أو مجتمعة وفي هذا الشأن يشير **لوكيا (2006:ص35-36)** إلى أن الضغط ينشأ عموما نتيجة أحداث تسبب إعاقة واقعية أو خيالية لحاجات الفرد و أهدافه، تظهر هذه الإعاقة على شكل إحباط أو صراع أو شعور بالتهديد أو الملل. إن ظهور مصادر الضغط في حياة الفرد تتأثر في كيفية إدراكه لها وتفاعله معها وعلى أساس ما يملكه من خصائص نفسية وجسمية تحدد مدى إمكانية هذه المصادر في أن تسبب ظهور الضغط. ويمكن تقسيم مصادر وأسباب الضغط النفسي في ما يلي:

6-1- المصادر الخارجية للضغط النفسي:

1- الضغوط الأسرية:

وتتمثل في الصراعات العائلية، كثرة الشجارات، الانفصال أو الطلاق.

2- الضغوط الاجتماعية:

وتشمل العزلة، وخبرات الإساءة الجسمية والجنسية والانحرافات السلوكية.

3- ضغوط المتغيرات الطبيعية:

مثل الكوارث الطبيعية كالزلازل والبراكين والأعاصير وغيرها.

4- الضغوط المالية والاقتصادية:

تمثل في انخفاض الدخل وارتفاع معدلات البطالة والفقر بالإضافة إلى التفاوت الطبقي ما ينتج عنه عدة صراعات.

5- الضغوط الصحية أو الفيزيولوجية:

وهي ضغوط ترتبط بالصحة الجسمية الفيزيولوجية كالصداع وارتفاع ضغط الدم، أمراض القلب، الغثيان، الدوخة، صعوبات في النوم، العادات السيئة، واختلال النظام الغذائي. (زينب محمود، 1998، ص177).

6- ضغوط سياسية:

تلعب سياسة البلد الداخلية والخارجية دوراً رئيسياً في تحديد نوعية الضغوط التي يتعرض لها الأفراد في مجتمعاتهم وتنشأ هذه الضغوط من عدم الرضا عن الأنظمة السائدة كالحكم الاستبدادي والصراعات القائمة في المجتمع.

7- الضغوط الكيميائية:

كإساءة استخدام العقاقير، الكحول، الكافيين .

8- ضغوط ثقافية:

وتتمثل في استيراد الثقافات دون مراعاة الأطر الثقافية والاجتماعية القائمة في المجتمع .

9- الضغوط الانفعالية:

مثل القلق والاكتئاب والمخاوف المرضية.

10- ضغوط مهنية:

وهي ضغوط ترتبط ببيئة العمل مثل العبء الكمي والكيفي للعمل، صراع الدور وغموضه، الخلافات مع الزملاء في العمل وضغوط قواعد وتشريعات العمل، عدم الرضا الوظيفي، وقلة الأجر مقارنة مع الجهد المبذول.

11- الضغوط التربوية:

وهي تشمل كثرة المواد التي يدرسها الطالب ونقص الدافعية، طرق التدريس التقليدية ونظام الامتحانات والتقويم والواجبات المدرسية بالإضافة إلى اكتظاظ وازدحام الفصول الدراسية الذي يضعف قدرة الطالب على الاستيعاب والفشل الدراسي لدى بعض التلاميذ بالإضافة إلى توتر العلاقات بين الأساتذة والطلاب. (طه، 2006، ص40).

6-2- المصادر الداخلية للضغط النفسي وتشمل:

- التهيؤ أو الاستعداد النفسي لقبول المرض .

- ضعف المقاومة الداخلية .

- شخصية الفرد .

- الطموح المبالغ فيه . (ماجدة بهاء، 2008، ص31).

6-3- وجود طفل معاق في الأسرة:

إن ما يعانیه أولياء ذوي الاحتياجات الخاصة من ضغوط ترجع إلى ما يلي:

- وجود طفل معاق أو (مصاب باضطراب كالأضطرابات النمائية) يترتب عليه أعباء إضافية على كامل الأسرة وشيوع كثير من المشكلات الأسرية وازدياد الأعباء المالية، العزلة، الإرهاق المزمن والمشكلات الانفعالية.

- تعدد العزلة الاجتماعية من إحدى النتائج المترتبة على رعاية الطفل المعاق، فقد يشعر الوالدان بالعزلة عن بقية أفراد الأسرة الممتدة والأصدقاء والجيران الذين يبدوون مخاوف أو مشاعر تتم عن عدم الراحة أو الخجل بوجود إعاقة الطفل.

- شعور الآباء بتدني المساندة ومصادر الدعم من الأصدقاء والأقارب والمؤسسات الرسمية ذات العلاقة بإعاقة طفلهم. (علي حنفي، 2007، ص58).

6-4- مصادر الضغوط النفسية التي تتعرض لها أمهات وأسر الأطفال التوحديين:

1. ضغوط متعلقة بالمشكلات المعرفية للطفل المعوق: وتتضمن توتر الوالدين بسبب صعوبة الفهم والانتباه، ونقصان الدافعية لدى طفلهم التوحدي، وعجز في قدرته على التكيف مع المحيط الذي يعيش فيه، وقصور في قدراته المعرفية في التعامل الإيجابي مع مكونات بيئته.

2. ضغوط متعلقة بمشكلات الأداء السلوكي للطفل: تزداد الضغوط مع السلوكيات الشاذة الصادرة عن الطفل التوحدي مثل السلوكيات النمطية، واضطرابات الإخراج، واضطرابات النوم، واضطرابات الأكل، وإيذاء

الذات، وسلوكيات أخرى متعلقة بارتداء الملابس الخ، فقد انتهت دراستي لازاروس وفولكمان، مكبين وباترسون (Lazarus & Folkman ; McCubbin & Patterson, 1983) إلى أن والدي الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة يعانون من ضغوط متزايدة من إعاقة الطفل، والسلوكيات الشاذة التي يبديها الطفل، على الرغم من وجود علاقات متفاعلة بين هذه المتغيرات من المحتمل أن تكون ضرورية في تكوين فهم متعمق لهذه الضغوط.

3. ضغوط متعلقة بتحمل أعباء الطفل المالية: يؤثر الطفل التوحيدي على الأوضاع الاقتصادية للأسرة، حيث يحتاج إلى رعاية طبية، وإلى أدوية وعمليات لا سيما إذا كان يعاني من اضطرابات مصاحبة لحالة التوحد، والانتقال إلى مكان الدراسة والعلاج، كما تزداد هذه الضغوط المالية إذا انقطع أحد الوالدين عن عمله بسبب رعاية الطفل وانقطاع الأم عن العمل في الوقت الذي يجد الأب صعوبة في الحصول على عمل لمواجهة أعباء الطفل والأسرة، كذلك تواجه الأسرة بمشكلات كبيرة عند حصولها على المخصصات المالية حيث البيروقراطية الكبيرة، والطبيعة الظالمة والمستبدة للعديد من وكالات المساعدة، أو حاجة الطفل التوحيدي إلى الحصول على برامج متخصصة من قبل المدرسين.

4. ضغوط متعلقة بالمشكلات الأسرية والاجتماعية: تسوء العلاقات بين الوالدين بعضهما البعض بسبب الأعباء الملقاة على عاتقهما، وتزداد حالات التوتر والمنازعات والخلافات داخل منظومة الأسرة، بالإضافة إلى اللوم الموجه من أحد الوالدين إلى الآخر بأنه كان السبب في إعاقة الطفل، وقد تجد الأسرة والأمهات صعوبات بالغة في إدارة الصراعات والضغوط والتعامل معها، وبالتالي تتأثر العلاقات بين أفراد الأسرة، وقصور في قدرة أعضاء الأسرة على إدارة الانفعالات فيما بينهم، ويميل الأب إلى الانسحاب إما بشكل مباشر أو غير مباشر، والأمهات في الواقع يعانين من مشكلات للتوافق مع القيود التي يفرضها قيامهن بالدور الوالدي، والاضطراب الانفعالي والجسمي في أحد الزوجين أو كليهما.

5. ضغوط متعلقة بالخوف على مستقبل الطفل: يخاف الناس عادة من المجهول، والوالدان اللذان يعلمان بإعاقة طفلهما يعتريهما خوف من المستقبل أن تسوء حالته، أو تتغير أوضاع الأسرة بما لا يساعد على الوفاء بحاجياته عندما يكبر، أو نبذ المجتمع له والخوف من المستقبل. ويرى محمد محروس (1997:ص537) "خبرة وجدانية غير سارة تنتج عن استغراق أمهات الأطفال المعوقين في التفكير تجاه ما يتوقع حدوثه في المستقبل

لأبنائهن، وتكون مصاحبة بأعراض نفسية وجسدية متباينة"، والإحساس باليأس لعدم قدرة الطفل التوحدي على رعاية نفسه، والقدرة على الكسب، والزواج وتكوين أسرة في المستقبل، وأنه سوف يضل عالمة على أسرته طوال الحياة .

6. ضغوط متعلقة بالأعراض النفسية: يتعرض الوالدان إلى الإحباط الناتج عن التأثيرات السلبية لسلوك الطفل المعاق وكثرة متطلباته، والإحباط من المفاهيم الأساسية التي يتوارد ذكرها في الكتابات التي تتناول الصحة النفسية، أو تلك التي تتناول تفسير النشاط النفسي للأفراد. كما يتعرض أولياء أمور الأطفال المعوقين أو التوحديين إلى مستويات مرتفعة من القلق والاكتئاب فقد أبانت دراسة أنى (Anne1985) أن أسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة يتعرضون لمستويات عالية من الضغوط الانفعالية، وأن الأمهات أكثر تأثراً بالضغوط.

7. ضغوط متعلقة بإخوة الطفل التوحدي:

فقد أسفرت نتائج دراسة بجينهولم و جيلبيرج (Bagenholm & Gillberg,1991) إلى أن أخوة الأطفال العاديين الذين تتراوح أعمارهم ما بين 5-20 سنة، يلعبون مع إخوانهم التوحديين بدرجة أقل من الإخوة العاديين لأفراد ذوي إعاقات نمائية أخرى، كما قرروا مشاعر الوحدة وليس لهم أصدقاء.(أسامة، الشربيني،2011،ص262-264) .

7- آثار الضغط النفسي:

قام فونتانا(Fontana) بوضع قائمة للتغيرات التي تحدث للفرد عند تعرضه للضغوط النفسية وتتمثل في:

- نتائج فيزيولوجية لزيادة الضغط.
- تأثيرات معرفية لزيادة الضغوط.
- تأثيرات انفعالية لزيادة الضغوط.
- تأثيرات سلوكية عامة لزيادة الضغوط.

تشير البحوث والدراسات سواء كانت نفسية أو طبية إلى أن الضغوط النفسية يترتب عليها العديد من الآثار التي تظهر على جوانب مختلفة ويمكن حصرها في ما يلي:

جدول رقم (02) يمثل آثار الضغط النفسي حسب ماجدة بهاء الدين (2008:ص36)

التأثيرات سلوكية عامة لزيادة الضغوط	تأثيرات انفعالية لزيادة الضغوط	تأثيرات معرفية لزيادة الضغوط	النتائج الفيزيولوجية لزيادة الضغوط
زيادة مشاكل التخاطب والتواصل والتأثرة.	زيادة التوترات وتقل القدرة على الاسترخاء.	- عدم القدرة على التركيز. - تقل الاستجابات السريعة مما يؤدي لاتخاذ قرارات خاطئة ومتسرفة . - يزداد معدل الخطأ.	زيادة الأدرينالين بالدم مما يؤدي إلى تنشيط وزيادة رد الفعل وإذا استمر هذا الضغط لمدة طويلة قد يؤدي إلى فشل تلك الأجهزة مثل : اضطرابات الدورة الدموية وأمراض القلب ،زيادة إفراز الغدة الدرقية مما يؤدي إلى زيادة استنفاذ الطاقة وإذا استمر هذا الضغط لمدة طويلة يحدث إجهاد ونقص في الوزن،وأخيرا انهيار جسمي -زيادة في إفراز الكولسترول يعطي طاقة للجسم وإذا استمر الضغط لمدة طويلة يحدث تصلب الشرايين وأمراض ونوبات القلب .-اضطرابات هضمية بالمعدة تفاعلات جلدية حيث يصبح لون الجلد شاحبا .
نقص الاهتمام والحماس والتنازل عن الأهداف الحياتية. انخفاض مستوى الطاقة وانحدارها من يوم لآخر بدون سبب واضح .	زيادة الإحساس بالمرض. حدوث تغيرات في الصفات الشخصية . تزايد المشاكل الشخصية. الحساسية والقلق المفرطة . ظهور الشعور بعدم الرضا والاكتئاب .		- إفراز الكورتيزون بالدم، ضيق التنفس،وإذا طالت المدة تقل المناعة الطبيعية مما يؤدي إلى أمراض الحساسية .
إلقاء اللوم على الآخرين. ظهور سلوكيات شاذة . حل المشاكل بطريقة سطحية .	ظهور الشعور بعدم الرضا والاكتئاب . انخفاض تقدير الذات .		

8- أعراض الضغط النفسي:

1- الأعراض الفيزيولوجية:

- التعرق الزائد .
- التوتر العضلي .
- الصداع .
- آلام في العضلات وخاصة في الرقبة والأكتاف .
- عدم الانتظام في النوم .
- الإمساك، الإسهال .
- آلام الظهر وخاصة الجزء السفلي .
- التهاب جلدي، طفح جلدي .
- عسر الهضم.
- القرحة المعدية.
- التعب وفقدان الطاقة .(علي عسكر، 2009، ص43-44).

2- الأعراض المعرفية:

- صعوبة في التركيز والتذكر والتفكير الغير عقلائي .
- التفسير الخاطئ لتصرفات الآخرين ونواياهم .
- العجز عن اتخاذ قرارات ولو صغيرة.
- نقد الآخرين.
- تشويش التفكير.
- قرارات غير سليمة.
- الانحراف عن الوعي السوي.
- فقدان الثقة والتردد.
- تزايد عدد الأخطاء.
- انخفاض الإنتاجية.

- ضعف الفرد على حل المشكلات وصعوبة معالجة المعلومات (ناجية دايلي، 2013، ص59).

3- الأعراض النفسية والانفعالية:

- الشعور بالخطر أو الموت.
- فساد في العادات والأحوال كالنظافة والمظهر.
- تجنب المسؤولية وإنكارها.
- نوبات الغضب الشديدة مع العدوانية، واللجوء إلى العنف.
- الشعور بعدم الأمان والحزن.
- الاكتئاب وسرعة البكاء. (بغيجة الياس، 2006، ص71-72).

4- الأعراض السلوكية:

- تغيرات في الشهية: الأكل كثيرا أو العكس.
- زيادة في تناول الكحول وسائر العقاقير.
- الإفراط في التدخين.
- قضم الأظافر (سمير شيخاني، 2003، ص19).

9- علاج الضغط النفسي:

هناك علاجات مختلفة نذكر منها:

9-1- العلاج المعرفي:

فالحدث الضاغط لا يسبب القلق والتوتر في ذاته وإنما الأفكار والاعتقادات التي يكونها الفرد عن الموقف باعتباره يمثل تهديدا وضررا له هي السبب في حدوث الضغط النفسي فالتقييم المعرفي هو الخطوة الأساسية لمواجهة المواقف الضاغطة وذلك لأن تغيير الأفكار الغير منطقية والأحاديث السلبية التي يكونها الفرد عن الموقف أو الحدث الضاغط يؤدي إلى تغيير الاستجابة الانفعالية أو السلوكية نحو الحدث وهناك عدة فنيات تساعد الفرد على التعامل مع الضغوط نذكر منها:

أ- إيقاف الأفكار السلبية: إذ ينبغي تغيير الأفكار والاعتقادات السلبية الموجودة لدى الفرد تدريجيا على أن تحل محلها أفكار أكثر عقلانية تساعد على التصرف بطريقة مناسبة.

ب- إدارة الذات: هو أسلوب معرفي سلوكي ذو فائدة كبيرة تتمثل في مساعدة الأفراد على إحداث تغيير في سلوكهم وخفض استجابة القلق الناتجة عن الموقف الضاغط ويهدف هذا الأسلوب إلى تعليم الفرد كيفية ملاحظة سلوكه وصياغة أهدافه وتقييم ما يتم من تقدم ومراقبة الذات كأن يكون لدى الفرد سجل يسجل فيه المواقف والأحداث والمشاعر والأفكار التي تظهر لديه عبر المواقف التي يتعرض لها ثم التقييم ويتم هذا عن طريق إجراء مقارنة بين السلوك وبم المعايير والأهداف التي وضعها لهذا الأداء أو السلوك فهل السلوك يحقق الهدف أم لا، وبعدها التعزيز أي تقديم التعزيز الإيجابي عند ظهور الاستجابة المطلوبة.

ج- أحاديث الذات: تقوم على فكرة أن الفرد يمكنه مواجهة المواقف الضاغطة والمشاكل والصعوبات التي تواجهه في الحياة إذا استطاع التخلص من الأحاديث السلبية فهي التي تجعله يشعر بالخوف وعدم الكفاءة عند مواجهة الحدث الضاغط عكس الأحاديث الإيجابية فالتفكير الإيجابي في الحدث يساعد الفرد على التعامل معه بالطريقة الملائمة.

د- التخيل أو التصور البصري: يتضمن تدريب الفرد على تخيل نفسه وهو في موقف ضاغط ويكون التخيل مقترنا بالاسترخاء وهكذا يستطيع التدرّب على الحدث الذي يتوقع أن يسبب له الضغط.

هـ- حل المشكلات: يشير حل المشكلات إلى قدرة الفرد على إدراك وفهم عناصر الوقت أو المشكلة وصولاً إلى وضع خطة محكمة لحل المشكلة التي هو بصدد حلها، ويعتبر التدريب على حل المشكلات فنية معرفية فعالة في التعامل مع المواقف والأحداث الضاغطة وتهدف إلى تنمية مهارات الفرد وتتضمن عدة خطوات تتمثل في التعرف على المشكلة أو الموقف الضاغط وجمع البيانات ثم وضع بدائل وحلول متعددة للتعامل مع المشكلة وتقييم الحلول البديلة ووضع الحل النهائي موضع التنفيذ، والتدريب على حل المشكلات ينوي على أهمية كبيرة تتمثل في زيادة كفاءة الفرد وفعاليتها مما يؤدي إلى التعامل بنجاح في الموقف الضاغطة. (ماجدة بهاء الدين، 2008، ص135).

والهدف من العلاج المعرفي ليس القيام بتحليل منطقي للأفكار والمعتقدات اللاعقلانية الموجودة عند المفحوص وإنما محاولة إكساب هذا الأخير عدة مهارات تمكنه من التعامل مع المواقف والأحداث الضاغطة.

9-2- العلاج السلوكي:

يستخدم السلوكيون في علاجهم للضغط الاسترخاء فهو مرادف للصحة والهدوء والهروب من المشاكل ويظهر كأنه نوع من مضادات الضغط النفسي ومن أهم تقنيات الاسترخاء المستعملة نجد:

أ- تمارين التنفس الاسترخائي: في حالات الضغط يشتكي الشخص من حالة التوتر وضيق التنفس التي تعتبر توترات عضلية في مستوى الحزام البطني زفي مستوى الصدر والعنق، هذه التوترات العضلية هي مصدر الإحساس بضيق التنفس، والتدريب على التنفس بطريقة معينة يشكل ضيق في إخراج الهواء مما يساعد الشخص على التخفيف من الضغط النفسي، فمن خلال عملية الشهيق الطويلة تتم عملية الزفير كاملة ومع تكرار هذه العملية يشعر الإنسان براحة واسترخاء بالإضافة إلى التنفس بطريقة جيدة للحفاظ على صحة الجهاز الهضمي والجهاز التنفسي. (جريدة معيزة، 2002، ص75).

ب- الاسترخاء العضلي والفكري: فيه يقوم المريض بالاستلقاء على فراش مريح ووضع الوسادة خلفه مع إغماض عينيه وتخيل نفسه في المكان الذي يفضله ومحاولة الاسترخاء التام للعضلات والمفاصل بدءاً من أصابع القدم، فالكاحل، الركبة، الظهر، الكتفين، الرقبة، فأصابع اليد ويجب أن يكون هذا التمرين في سكون تام محولاً إبعاد جميع الأفكار عن الذهن وجعله خالياً وهذا ممكن بالتمرين والتكرار وذلك لمدة عشر دقائق تكرر مرتين إلى ثلاث مرات يوميا.

تتمثل الفوائد النفسية للاسترخاء في الشعور بالهدوء وزيادة الثقة بالذات وزيادة التركيز والانتباه وتقوية الذاكرة، أيضا يعمل على خفض التوتر وتحقيق الراحة.

ج- التغذية الرجعية: تعتبر وسيلة هامة تساعد على الاسترخاء وهي عبارة عن معلومات تعطى للفرد عقب أدائه لتوضيح صحة استجاباته أو خطئها وبناءً على ذلك قد يستمر الفرد أو يعدل سلوكه أو يتوقف لأنه حقق هدفه.

د- تعديل أسلوب الحياة: يمثل أسلوب الحياة أهداف الفرد والمحاولات التي يقوم بها في سبيل تحقيق أهدافه، كما يشمل أيضا قدرته ودوافعه فأسلوب الحياة هو كل ما يتعلق بشخصية الفرد وليس ثابت تماما، بل يمكن تعديله وتطويره تبعاً لمتطلبات البيئة التي يعيش فيها الفرد وعلى هذا فلاستجابات السلوكية التي يقوم بها الفرد إزاء المواقف الضاغطة قد تضعف من قدرته على المقاومة.... وهكذا إذا حدث تغيير في أسلوب حياة الفرد فأصبح يمارس رياضة المشي مثلا ويقلل من المنبهات فإن ذلك يساعده في مواجهة الضغوط وإدارتها بشكل فعال. (ماجدة مرجع سابق، ص343).

هـ- التدريب على السلوك التوكيدي: يعني التدريب على قول "لا" ورفض الطلبات غير المقبولة والقدرة على التعبير عن المشاعر الموجبة والسالبة والتعبير عن الأفكار بطريقة حسنة، هذا ما يكسب الشخص فعالية في البدا والاستمرار في التفاعلات الاجتماعية ويمكنه من فهم وتنظيم انفعالاته وفي ضوء ما تقدم فإن التدريب على اكتساب هذه المهارات يساعد الفرد على حل مشكلاته بطريقة ملائمة ويزيد من ثقته بنفسه.

و- التدريب على إدارة الوقت: يهدف هذا الأسلوب إلى زيادة الكفاءة لدى الفرد في استخدام الوقت وتوظيفه واستثماره في كل ما يفيد وتستخدم إدارة الوقت في خفض الضغوط فمن خلال إدارة الوقت والتخطيط يمكن التعامل مع الضغوط، إذ أن التخطيط الفعال يتضمن تحليل الوقت وتحديد الهدف وجدولة الأنشطة والمهم فالعمل على التنفيذ .

9-3- العلاج الكيميائي:

ويتم اللجوء إلى بعض مضادات الضغط وبعض الأدوية المهدئة والفيتامينات مثل (C) و (B) حيث تعتبر الفيتامينات ذات أهمية كبير في علاج الضغط النفسي بالإضافة إلى العقاقير مثل: مضادات القلق أو مضادات الاكتئاب ومن أهم العقاقير الحيوية المضادة للضغط النفسي نذكر:

أ- مضادات القلق:

تهدف إلى التقليل من حدة القلق والتوتر النفسي لدى الشخص ولها خمس مميزات من ناحية المفعول، وهذه المميزات هي:

- خاصية مضادة للقلق .
- خاصية منومة .
- خاصية منشطة للنعاس.
- خاصية مضادة للارتعاش .
- خاصية تحقق استرخاء العضلات.

ب- المهدئات:

تستعمل كآلية مهدئة للتوتر والضغط النفسي لدى الأشخاص ومن هذه المواد **Benzo diazipine** و "

"Méprobamate

ج- مضادات الاكتئاب:

تهدف هذه المضادات والأدوية إلى علاج تعكر المزاج وحالات التوتر الشديد وتحسين القدرة على التفكير وتعالج اضطرابات النوم ومن بينها "Praymarel" , "Athymie", "Laroscy" وهي قادرة على التقليل من شعور الضغط النفسي لدى الشخص غير أن استعمالها وتناولها لمدة طويلة وبكيفية غير طبية يجعله يدخل في حالة ارتباط فيزيولوجي تكزن له آثار جانبية سلبية على التوازن النفسي للشخص وتتحول من مفعولها المضاد للضغط النفسي إلى مفعول مخفف للضغط مع الآثار الجانبية (جريدة معيزة، 2002، ص75).

10- أساليب قياس الضغط النفسي:

يقاس الضغط النفسي عند الإنسان بعدة وسائل وأدوات، ومن بيت تلك الأدوات، أدوات القياس النفسي المستخدمة لدى المتخصصين في موضوع القياس النفسي والإكلينيكي.

حيث تكون تلك الأدوات إما مكتوبة، أي عن طريق الإجابة عن بعض الأسئلة، ثم تحسب الإجابات لتستخرج منها نسبة أو كمية الضغوط الواقعة للفرد، أو يقاس بواسطة أجهزة عملية تقيس التوازن الحركي - العقلي أو قوة الانفعالات وشدتها ومن الأدوات الشائعة الاستخدام (المقاييس المكتوبة).

كما توجد عدة طرق تستخدم في دراسة الضغوط وقياسها ومنها الملاحظة والمقابلات والاستبيانات وتعد الاختبارات أكثر الطرق استخداما في دراسة الضغط النفسي. (ماجدة السيد، 2008، ص39).

وإذا بحثنا في التراث العلمي نجد تنوع في وسائل قياس الضغط النفسي وذلك حسب تنوع الدراسات المختلفة وسنذكر في ما يلي أهم أساليب قياس الضغط النفسي:

1- التحقيق التشخيصي للضغط النفسي (L'enquête diagnostique du stress)

اكتشف كل من ايفان سيفتش و ماتسون (Ivanceivitch & Mattesson) في جامعة هوستن (Houston) الأمريكية نموذج التحقيق بواسطة الاستمارة، تهدف إلى قياس إدراكات الضغط لعمال المؤسسة الموجودين في خمسة عشر قسم وربط تلك الإدراكات بالوقت وحمل العمل وغموض الدور ونظام المكافأة والعقاب ، هذه الاستمارة ضمت (60) بند.

2- التحقق من الضغط: L'enquête du stress

هذا التحقق هو استمارة تتكون من (238) بند تنقسم إلى (14) سلم ينقسم إلى ثلاث أشكال من الضغط وهي : الأوضاع، الأعراض والهشاشة **vulnérabilité** ويعود بناء التحقيق من قبل مؤسسة خاصة في بوسطن. (Boston)

3- نظام تحليل الضغط: System d 'analyse du stress (SAS)

وضع هذا النظام مخبر البحوث بسان فرانسيسكو تتضمن هذه الأداة (144) سؤال وتحتوي في نفس الوقت تقييما لنسبة مصادر الضغط النفسي (ضغط القيام بالعمل، ضغط علاقات الأشخاص ببعضهم البعض، السلوكيات الخاصة بنمط (A) واستكشاف مختلف العوامل الموجودة في مصادر الضغط، وذلك لإيجاد مختلف الحلول التي تعمل على التخفيف من الضغط النفسي.

4- سجل حالات القلق:

صمم من طرف كل من سبيلبرجر وجورسش (Spilberger & Gorsuch) من جامعة (Palo alto) في كاليفورنيا هذه الاستمارة مكونة من أسئلة معدة لتنظيم حالات القلق الشخصية بالتفريق بين الحصر كخاصية وكتجربة انفعالية انتقالية.

تحتوي هذه الاستمارة على مجموعتين من الأسئلة تتضمن (20) سؤالا تشكل تصريحات عن حالة القلق مثلا: "إني قلق"، "أشعر أني هادئ" "فقدان الثقة في النفس... وذلك لتحديد مصدر القلق. ذلك أن سبيلبرجر اعتمد في تفسيره للضغط على أنواع القلق (حالة ، سمة).

5- جداول : (H U) و (Les)

(Les) وهي أسئلة معروفة نشرت سنة (1967) في صحيفة البحث السيكوسوماتي من قبل كل من هولمز وراهي (Holmes & Rahé) وهي عبارة عن أسئلة تتكون من (43) حدث رئيسي في الحياة الشخصية مثل: الطلاق، موت قريب، خسارة وظيفة... الخ، وهذا من أجل تقييم تأثيرات الضغط على المدى الطويل. (H U) هما أيضا يعتبران سلما لأحداث الحياة اليومية ولكنه بعكس الأداة السابقة يحتوي على (مر الحياة وحلوهما) فهو يعطي للحياة شأن أعظم من الأحداث الهامة .

6- تقييم ضغط آدم: Evaluation du stress d' Adem

هو عبارة عن استبيان وضع من طرف باحثين في جامعة سان دييغو (San Diego) وهو يعمل على التمييز بين الضغط المزمن والضغط الثانوي، وبين الضغط المرتبط بالعمل والغير مرتبط به.

(Jean.B.stora,1993,p117-119)

ويرى ويليام بلوكر **W.Bloker** أن هناك طرقا كثيرة لقياس الضغط نذكر منها:

* قوائم التحكم المتعددة.

* اختبارات اسقاطية تعتمد على بقع الخبر.

* سلم هاملتون لتقدير الذات.

بالإضافة إلى مختلف القياسات الموضوعية للضغط التي تجري في المخبر وتشمل هذه الأخيرة قياس النشاط

الكهربائي للمخ عن طريق مخطط عمل الدماغ (ECG) والطاقة العضلية بواسطة مخطط الطاقة (ENG)

Electromyogramme واستجابة الجلد للكهرباء الناتجة عن التفاعل الكيميائي، وقياس ضغط الدم

والهرمونات الأدرينالية والوظائف المعدية والمعوية. (لوكيا، 2006، ص46).

خلاصة الفصل:

أصبحت الضغوط النفسية حقيقة نعيشها كل يوم نتيجة التطور السريع وزيادة الأعباء وكثرة المتطلبات التي تتجاوز قدرة الفرد على تحملها، مما يجعله يعيش في توتر وضيق يولد لديه الشعور بالضغط، ولا يكاد أي جانب من جوانب الحياة الاقتصادية، الاجتماعية، المهنية، يخلو من مصادر هذه الضغوط التي هي بمثابة استجابة نفسية فيزيولوجية غير تكيفية إزاء الأحداث الضاغطة في الحياة، والتي يختلف الأفراد في إدراكها على أنها ضاغطة أم لا وقد تعددت الآراء وتعريفات الضغط النفسي نظرا لكثرة النظريات المفسرة له، كما أن للضغط أنواع ومصادر عدة تنجم عنه وفي نهاية هذا الفصل تمت الإشارة إلى مجموعة من الأساليب العلاجية التي تؤدي إلى تخفيف حدة الضغوط وتسعى إلى تحقيق توافق الفرد مع مختلف المواقف الحياتية.

الفصل الثاني

أساليب المواجهة

- 1- تطور مفهوم المواجهة
- 2- تعريف المواجهة
- 3- أساليب المواجهة المركزة حول المشكل والمركزة حول الانفعال
- 4- النماذج المفسرة لأساليب المواجهة
- 5- محددات المواجهة
- 6- أهداف أساليب مواجهة الضغط النفسي
- 7- العوامل المؤثرة في أساليب مواجهة الضغوط
- 8- قياس أساليب المواجهة الضغط النفسي

تمهيد:

أصبح مصطلح المواجهة **Coping** كثير الاستعمال من قبل العلماء والباحثين في مختلف مجالات البحث خاصة في ميدان علم النفس ونخص بالذكر الدراسات والبحوث في مجال الضغط النفسي حيث غالبا ما يرفق هذا الأخير بأساليب المواجهة التي تلعب دور مهم في التعامل مع الضغوط حيث أنه إذا أحسن الفرد استعمالها يستطيع التكيف مع ما يحيط به من ظروف ضاغطة وإذا حدث العكس فإن ذلك سيؤدي إلى ظهور تأثيرات سلبية سواء علة مستوى الصحة النفسية أو الجسدية أو السلوكية أو يظهر هذا من خلال علاقاته مع الآخرين، ظهر لأول مرة سنة (1966) في كتابات وأبحاث لازاروس الذي ميز بين مجموعتين من الاستجابات والأساليب التي تستعمل من قبل الأشخاص في الموقف الضاغطة.

تتخذ المواجهة عدة أشكال معرفية وجدانية سلوكية، تستعمل بطرق مختلفة من قبل الفرد لمواجهة متطلبات المحيط، ارتبط هذا المفهوم بالعديد من الأعمال والدراسات لكن سنتناول منها النموذج السيكودينامي للمواجهة كآلية دفاعية لاشعورية لعلم النفس الأنا مرورا بالمقاربة التفاعلية، ونظرية السمات الشخصية ونظرية العوامل الشخصية والسياق المعرفي، ومن أجل معرفة أكثر حول المواجهة سنحاول في هذا الفصل الكشف عن حقيقة المواجهة من خلال تطورها وتعريفها وأساليب المواجهة المركزة على المشكل والمركزة على الانفعال، والكشف عن نظرياتها ومعرفة تصنيفاتها وكذلك تأثيراتها والعوامل المؤثرة فيها بالإضافة إلى مميزاتها وتقييم فعاليتها وطرق قياسها.

1- تطور مفهوم المواجهة:

يعتبر مصطلح المواجهة وليد ميكانيزمات الدفاع، طور من طرف تيار التحليل النفسي مع بوارد القرن التاسع عشر، فاستخدم في مجالات عدة كالبيولوجيا وعلم النفس الحيواني، وبرز خاصة في نظرية النشوء والارتقاء لداروين.

ظهر مفهوم **Défense** في أواخر القرن التاسع عشر بالتزامن مع تطور مفاهيم التحليل النفسي وعلم النفس الديناميكي، حيث أقر فرويد بوجود عدة ميكانيزمات يستخدمها الفرد من أجل تغيير الواقع، كتبديل أو إنكار حقائق غير مرغوبة ومن ثم ارتبط مفهوم الدفاع بمفهوم الكبت فأصبح يستخدم هذا الأخير ليشير إلى كفاح الأنا ضد الأفكار والمثيرات التي يجد الفرد صعوبة في التأقلم معها، وفي سنوات الستينات والسبعينات خلصت الدراسات المهمة بميكانيزمات الدفاع إلى استخدام مفهوم المواجهة ليشير إلى ميكانيزمات الأكثر تكيفا كالإعلاء والتسامي، وذلك في سنة (1979)، حظي هذا المصطلح بدراسة أعمق من طرف قروير Greer من خلال الأبحاث التي قام بها هو ومعاونيه فاستخلص أن هناك تفاعل بين ميكانيزمات الدفاع الكلاسيكية والمواجهة، ومن ثم أصبح مستقلا عن آليات الدفاع لوجود عدة نقاط اختلاف بينهما: أن آليات الدفاع اللاشعورية مرتبطة بصراع نفسي داخلي وبأحداث قديمة في حياة الفرد تشوه غالبا الحقيقة، هدفها هو خفض شدة التوتر، بينما أساليب المواجهة فهي شعورية تختلف من موقف لآخر موجهة نحو الواقع الداخلي والخارجي، هدفها التكيف وخفض التوتر من أجل التحكم في الوضعية الضاغطة. (Bruchon-et al,2002,pp 353-354)

أما عن المواجهة والتكيف فهما على صلة، ذلك لأن المواجهة أخذت كينونتها من نظرية التكيف والارتقاء، فامتلاك الفرد لمجموعة من ردود الأفعال الفطرية والمكتسبة الهادفة إلى حفظ البقاء (هجوم/هروب) تنطوي على ميكانيزمات التكيف، مما جعل الكثيرين يعتبرون أن المواجهة والضغط هما عنصران ينتميان ضمنا إلى سيرورة التكيف المستخدمة لمواجهة صعوبات الحياة، ولكن استنتاج لازاروس و فولكمان (1984) أكد على مدى اختلاف المفهوم، إذ اعتبرا أن مفهوم التكيف واسع يشمل علوما مختلفة كعلم النفس والبيولوجيا وكذا ردود أفعال العضويات الحية في تجاوبها مع ظروف البيئة، على عكس المواجهة فهو مفهوم محدد يشير إلى مختلف استجابات التوافق ويحصر منها كل ردود الأفعال الناتجة عن إدراك الفرد لخطر معين.

(Bruchon-& al,2002,p355)

2- تعريف المواجهة:

لقد تعددت التعريفات وتنوعت من اجل تحديد مفهوم المواجهة، فهناك من اعتبرها إستراتيجية يستخدمها الفرد من أجل خفض شدة الضغط، والبعض الآخر اعتبرها أسلوباً شعورياً لضبط مصدر القلق والتوتر، كما اعتبرت استجابة لأحداث ومواقف ضاغطة، ونظرة أخرى صنفها على أساس أنها مجهود يبذله الفرد في تفاعله مع بيئته، ومنها من وصفها على أنها عملية واعية هدفها تنظيم استجابة محددة (أحمد الشويخ، 2007، ص 54).

إن تعدد الرؤى لا يعني أبداً تعارضها وإنما تتفق في نقطة موحدة، ألا وهي أن الهدف من المواجهة هو التخلص من الضغط وخفض التوتر ومن بين أهم التعاريف ما يلي :

يعرفها سيبليجر بأنها عملية وظيفتها خفض أو إبعاد المنبه الذي يدركه الفرد على أنه مهدد له (نايل، أبو أسعد عبد اللطيف، 2009، ص 119).

أما فريدمان (1963) فيعرف المواجهة على أنها: "العملية المتبناة من قبل الفرد لمواجهة مهددات البناء النفسي، وذلك ليستطيع الفرد من خلالها بالقيام بوظائفه بشكل فعال" (الشويخ هناء، 2007، لاص 56).

أما لازاروس وفولكمان (1984) فيعتبران أن المواجهة "استجابة متكيفة مع التغييرات التي تطرأ على المحيط (Boudarene Mohamed, 2005, p8)، وفي تعريف آخر لهما (1984) "أن المواجهة هي المساعي أو الجهود المعرفية والسلوكية الدائمة التبدل للتعامل مع المطالب، أو المقتضيات النوعية الداخلية والخارجية، أو الداخلية والخارجية معا التي تتوافق مع إمكانيات الفرد أو تتجاوزها" (جميل، 2009، ص 204).

ويعرفانها أيضاً على أنها: "مجموعة الجهود المعرفية والسلوكية الدائمة التغير، الموجهة للتحكم أو خفض التأثير الخاص بمثير داخلي أو خارجي يعتبره الفرد مهدد أو متجاوز لإمكانياته "

(Fischer Gustave-& al, p 117)

يعرف موس المواجهة (1993) على أنها: "الأساليب التي يستخدمها الفرد بوعي ويوظفها في التعامل الإيجابي مع مصدر القلق، أو الحدث المثير للمشقة النفسية، أو الحدث الصدمي" (شويخ، ن م، ص 56).

إن المواجهة هي التي تسمح للفرد إما بتعديل المشكل عن طريق الحل أو تصغير حجم أضراره، وإما تعديل الفرد من نفسه عن طريق مراقبة انفعالاته، أو مدركاته، أو الحالة النفسية.

(Razurel Chantal & al, 2011, p49).

ومنه يمكن استنتاج أن المواجهة هي الأساليب والاستراتيجيات المعرفية والسلوكية التي يوظفها الفرد للتوافق مع ضغوط الحياة اليومية التي تشكل له تهديدا وخطرا .

3- أساليب المواجهة المركزة حول المشكل والمركزة حول الانفعال:

تعتبر أساليب واستراتيجيات المواجهة من الإستراتيجيات المتعددة الأبعاد والأكثر استجابة للضغط، والتي تؤدي في الأخير إلى التغيير من الوضعية المهتدة حقيقة سواء بانتهاج أساليب متمركزة حول المشكل أو المتمركزة حول الانفعال، وفي هذا العنصر سنتعرض بالتفصيل إلى أساليب المواجهة المركزة على الانفعال والمركزة على المشكل.

3-1 - أساليب المواجهة المركزة حول الانفعال:

تشير إلى الجهود التي يبذلها الفرد لتنظيم الانفعالات وخفض المشقة والضيق الانفعالي الذي حدث في الموقف الضاغط للفرد عوضا عن تغيير العلاقة بين الشخص والبيئة. (طه، 2006، ص91). وتعتمد المواجهة في هذه الحالة على الجهود التي يبذلها الفرد لتنظيم انفعاله عن طريق ضبط أو تعديل الأهمية العاطفية للأحداث الضاغطة، أي التنظيم الانفعالي المركز على التعامل مع الخوف والغضب أو الشعور بالذنب وتتضمن المواجهة التي تركز على الانفعال مواجهة سلوكية وانفعالية ومواجهة معرفية انفعالية. (آيت حمودة، 2006، ص180).

يمكن أن تأخذ الجهود الموجهة نحو ضبط الاستجابات الانفعالية التي تولدها الوضعية عدة أشكال، إذ تؤثر مختلف نشاطات هذه المواجهة على الانفعال بطرق مختلفة فأول نشاط ممكن يتمثل في تغيير درجة الانتباه، التجنب أو الهروب أو تمني زوال مصدر الضيق والانزعاج، فهي تعمل على تغيير اتجاه الانتباه من مصدر الضغط محدثة بذلك راحة مؤقتة، أما الطريق الأخرى التي من خلالها تؤثر المواجهة على الحالة الانفعالية هي توظيف نشاط معرفي الذي يغير ويبدل المعنى الذاتي للتجربة مثل إعادة تقييم الوضعية وتضخيم الجوانب الإيجابية للحدث أو إعادة التقييم الإيجابي الذي يتضمن تحويل التهديد إلى تحدي ويظهر أن مثل هذه النشاطات فعالة لتخفيف وتقليل المستوى الانفعالي شرط ألا يتعدى الضغط عتبة معينة. (Dantchev, 1989, p25).

تأخذ الجهود الموجهة نحو ضبط الاستجابات الانفعالية التي تولدها المواقف الضاغطة عدة أشكال وهي مجموعة من أساليب المواجهة الموجهة نحو تقليل الضيق الانفعالي مثل: التجنب، التهرب، اتهام الذات، إعادة التقييم الإيجابي، والتي سنعرضها في ما يلي:

3-1-1- أساليب التهرب والتجنب:

يشير هذا الأسلوب للتفكير الخيالي والمجهودات السلوكية للتهرب من المشكل أو تجنبه. (آيت م س، ص182). وتتضمن هذه الأساليب استراتيجيات تجنب الوضعية الضاغطة، فالفرد يتخيل نفسه أفضل أو في مكان آخر، ويتمنى إمكانية تغيير ما يحدث، ويرجو أن تنتهي المواجهة الضاغطة سريعا، كما تتضمن إستراتيجية التهرب من خلال النوم، الأكل، الكحول والأدوية والمخدرات، فالتهرب والتجنب يسمح للفرد بالخروج من التفاعل مع الحدث الضاغط دون تغييره. (Grasiani et al,1998,p105)

3-1-2- اتهام الذات:

حيث يبقى الفرد سلبيا وجامدا أمام التأثير في الموقف الضاغط ويتمهم نفسه بأنها سبب المشكل الذي يعاني منه.

3-1-3- أسلوب إعادة التقييم الإيجابي:

تشير إلى المجهودات المعرفية لتغيير المعنى الذاتي للتجربة من خلال تقييم الوضعية والاهتمام بالجوانب الإيجابية للحدث ووضع معنى إيجابي. (Dantchev,1989,p25).

3-2- أساليب المواجهة المركزة حول المشكلة :

تشير إلى المجهودات لتغيير الظروف الضاغطة الناتجة عن التفاعل بين الفرد والبيئة، وحسب (Schafer 1992) تشير إلى تلك الجهود التي يبذلها الفرد وهو يحاول التعامل الفعال مع عوامل الضغط النفسي أو الموقف الضاغط مباشرة وفيها يتم استيعاب أو استبعاد مصادر الضغوط والتعامل مع آثار المشكلة. (المجيد، 2005، ص46) . وهي محاولة للسيطرة بشكل مباشر على الموقف الضاغط عن طريق استعمال الفرد مصادره الذاتية في حل المشكلة ومواجهتها مباشرة، واتخاذ الإجراءات التي تخفف من تأثير الأحداث الضاغطة وتتضمن تحليل المشكلة ووضع خطة أو بدائل حلول تؤدي على تغيير الموقف الضاغط بما يتناسب مع صحة الفرد النفسية والسلوكية أي تعديل العلاقة المضطربة بين الفرد والمحيط. (آيت حمودة، 2006، ص180).

يضيف كل من (Wood Meclano et Side) بأن حل المشكلة عملية عقلية معقدة ومركبة تتم على عدة مراحل وتتضمن فهم المشكلة ووضع الخطة والتنفيذ. (الزيان فتحي مصطفى، 2001، ص182). وتشمل مجهودات المواجهة المنشطة للتعامل مع المشكلة على مجموعة من الأساليب وسنعرضها في ما يلي:

3-2-1- أساليب البحث عن حل المشكل :

تشير إلى مجهودات مدروسة تركز على حل المشكل بهدف تغيير الوضعية ويصاحبها تناول تحليلي لحل المشكل، وتتعلق باستراتيجيات البحث عن حلول فالفرد يضاعف الجهود الضرورية حيث يضع مخططات عمل وتصرف لإيجاد الحلول.

ويتقبل الحل الأفضل وفق لما يريده مع مواجهة أكبر واكتشاف ما هو مهم في الحياة (Grasiani et al,1998,p105) ويمكن القول أن حل المشكلات هو عملية يحاول بها الشخص أن يخرج من مأزق أو موقف ضاغط وهو نوع من السلوك المحكوم بقواعد يستحضر فيها الأشخاص معرفتهم السابقة (الشناوي عبد الرحمان،1998،ص229).

يضيف (Nezu1987) فهو يعتبر أن أسلوب حل المشكلات عبارة عن عملية معرفية سلوكية يحدد فيها الفرد وبواسطتها أساليب وجدانية لمواجهة المشكلات التي تقابله في الحياة.(حسين علي فايد،2000،ص272).

3-2-2- أساليب البحث عن الدعم الاجتماعي :

يشير مفهوم السند الاجتماعي إلى مشاعر إيجابية منها إحساس الفرد بالقيمة والتقدير والإحساس بالاحترام والعناية من خلال السند العاطفي أو المادي أو المعنوي الذي يستمد من الآخرين في بيئته الاجتماعية والثقافية (عبد المنعم عبد الله حبيب،2005،ص159).

يعرف Sarasou المساندة الاجتماعية بأنها تعبر عن مدى وجود أو توفر أشخاص يمكن للفرد أن يثق بهم، ويعتقد بأنه في وسعهم أن يعتنوا به ويحبوه ويقفوا بجانبه عند الحاجة.

يشير Le pore إلى أن المساندة الاجتماعية عي الإمكانيات الفعلية أو المدركة للمصادر المتاحة في البيئة الاجتماعية للفرد التي يمكن استخدامها للمساعدة في الأوقات الضيقة، ويتزود الفرد بالدعم الاجتماعي من خلال شبكة علاقاته الاجتماعية التي تضم كل الأشخاص الذين لهم اتصال اجتماعي بشكل أو بآخر مع الفرد، وتمثل في الغالب في الأسرة والأصدقاء وزملاء العمل.(حسن مرجع سابق، ص283).

في هذا السياق يرى بعض الباحثين أن الدعم الاجتماعي هو شكل من أشكال المواجهة الهادفة إلى تنظيم الاستجابات العاطفية، بل هو الجهد الذي يقوم به الناس للحصول على المساعدة الاجتماعية للتخفيف من الوضع الضاغط وأثره. (آيت حمودة، 2006، ص183).

يشير فولكمان ولازاروس على أن كل من أسلوب المواجهة التي تتركز على المشكلة و أسلوب المواجهة التي تركز على الانفعال يستخدمان غالبا في معظم المواقف الضاغطة وأنهما قد يسهلان أو يعوقان بعضهما البعض وأن أسلوب المواجهة التي تركز على المشكلة تكون متشابهة لأسلوب الانفعال. (طه، 2006، ص93).

3-3- الفرق بين أساليب المواجهة التي تركز على المشكلة والمواجهة التي تركز على الانفعال:

يشير لازاروس وفولكمان إلى أن هناك اختلافا بين الأساليب التي تركز على المشكلة والتي تركز على الانفعالي تتمثل حسب طه عبد العظيم (2006:ص91-93) في:

جدول رقم (03) يمثل الاختلاف بين أساليب المواجهة التي تركز على المشكلة والتي تركز على الانفعال.

المواجهة التي تركز على المشكلة	المواجهة التي تركز على الانفعال
- تتضمن جهودا لتعريف وتحديد المشكلة والبحث عن معلومات وخلق حلول بديلة للمشكلة وحساب التكاليف والفوائد (المزايا والعيوب) لهذه البدائل والاختيار من بين هذه البدائل البديل المناسب وتنفيذه وقد يكون بعض من أساليب المواجهة التي تركز حول المشكل موجهها نحو الذات مثل تنمية واكتساب مهارات جديدة، وبعض آخر من الأساليب التي تركز على المشكلة يكون موجهها نحو البيئة مثل البحث عن معلومات ومحاولة الحصول على المساعدة الاجتماعية من الآخرين المحيطين بالفرد في البيئة .	- تساعد الفرد على خفض الضغط العالي ،وبعض هذه الأساليب يتضمن عمليات معرفية مثل التجنب والتقليل من شأن المشكلة ولوم الآخرين ، وبعضها يتضمن أساليب سلوكية مثل التأمل وتعاطي العقاقير . - منها ما هو ايجابي مثل التنفيس والدعابة والمرح والمساندة الاجتماعية ، ومنها ما هو سلبى مثل تعاطي المخدرات والعقاقير والتدخين وزيادة الأكل وغيرها .. .
- تتضمن البحث عن معلومات أكثر وتحديد العقبات والصعوبات وتوليد حلول بديلة للمشكلة .	- تهدف إلى إدارة وتنظيم انفعالات الفرد من خلال استخدام عدة أساليب فرعية مثل التجنب والتقليل من الشأن .
- تكون أكثر فاعلية في مواجهة الضغوط .	- تكون أقل فاعلية في مواجهة الضغوط .

<p>- تستهدف التعامل مع الانفعالات السلبية التي سببتها الأحداث الضاغطة ، تستخدم عندما يدرك الفرد أنه لا يستطيع التحكم في الموقف وهذا النوع من المواجهة يتضمن خفض القلق المرتبط بالموقف دون التأكيد على المشكلة .</p>	<p>- تستهدف تغيير الموقف ، تستخدم بشكل ملائم عندما يدرك الفرد السيطرة والتحكم في الموقف أو عندما يستطيع إدارة المشكلة في البيئة .</p>
<p>- يختار الفرد تجنب التفكير وذلك عن طريق الذهاب إلى السينما أو قضاء وقت ممتع مع الأصدقاء .</p>	<p>- تتضمن قيان الفرد بمجموعة من السلوكيات التي تستهدف محو الموقف الضاغط أو التعامل معه بفاعلية ، نجد الفرد يضع خطة لحل المشكلة .</p>
<p>- تتضمن استخدام العمليات المعرفية وهي عمليات لا يمكن ملاحظتها .</p>	<p>- أساليب المواجهة التي تركز على المشكلة غالبا ما تكون ملموسة وقابلة للملاحظة .</p>
<p>- ترتبط بانخفاض التوافق النفسي لدى الأفراد عبر المواقف الضاغطة .</p>	<p>- ترتبط بظهور مستوى منخفض من المشقة النفسية لدى الأطفال والمراهقين والراشدين .</p>
<p>- تشير إلى تنظيم الانفعالات لخفض المشقة النفسية والضيق الانفعالي للفرد وذلك من خلال عدة فنيات مثل أحاديث الذات والتدريب على الاسترخاء .</p>	<p>- تتضمن محاولات الفرد لإنجاز الهدف من المهمة عن طريق فعل أشياء مثل أن يكون الفرد توكيديا أو السعي نحو المساندة الاجتماعية .</p>

3-4- التفاعل بين النوعين من الأساليب:

لقد أثبتت الدراسات التي قام بها كل من هانبرج وآخرون أن كل من أسلوب المواجهة المركزة على حل المشكل والمركزة على الانفعال غالبا ما تحدثان بصفة متزامنة ومتتابعة ومن أجل إبراز العلاقة التفاعلية بين وظائف هذين النوعين من الأساليب، قام كل من الباحثان لازاروس وفولكمان بدراسة على مئة شخص يهدفان منها إلى الكشف عن مدى استعمال النوعين بشكل مزدوج وبعد تحليل النتائج تبين أن (18%) منهم يلجئون إلى استعمال نوع واحد فقط من نوعي الأساليب في مواجهتهم للضغط وهذا يدل أو يشير إلى وجود تزامن في عمل أساليب المواجهة معا. (نزيهة زواتي، 2001، ص101).

حيث يوجد تفاعل بين الأسلوب المتركز على المشكل وذلك المركز على الانفعال إذ أن الانفعال المرتفع وعدم التحكم فيه يؤثر على النشاط المعرفي اللازم للأساليب المتمركزة حول المشكلة .

يمكن القول أن النمطين يتبادلان التأثير في جميع أنواع الضغوطات التي يواجهها الفرد، فكلاهما بإمكانه تسهيل أو تثبيط أو إعاقه عمل الآخر ولكل نمط محاسنه ومساوئه حسب طبيعة الضغوطات.

4-النماذج المفسرة لأساليب المواجهة:

4-1- النموذج السيكودينامي لفرويد (1933): إن مفهوم فرويد للمواجهة ارتبط بمفهوم الدفاع الذي عرفه كما يلي: "هو نشاط الأنا الموجه من أجل حماية الفرد من المثيرات النزوية" (E.Grebot et al,2006,p316) فاعتبر أن الفرد يستخدم آليات دفاعية لمواجهة الصراع النفسي بين بناءات الشخصية "الهو، الأنا، الأنا الأعلى" ودينامية التفاعل بينهما، فينتج عن ذلك قلق قد يكون عصابي متولد عن الخوف من عدم القدرة على ضبط الرغبات، أو أخلاقي ناجم عن شعور الفرد بالذنب باتجاه التصرفات الغريزية، أو قلق واقعي ناتج عن الخوف من أخطار العالم الخارجي، ومن أجل خفض شدة الألم المتولد عن الضغط، يلجأ الفرد إلى استخدام الآليات الدفاعية العاملة على مواجهة الصراعات الداخلية ومهددات البيئة الخارجية، ومن بين أساليب الدفاع التي يستخدمها الفرد لتحقيق التوافق بين مكونات الشخصية: الكبت الذي ينظر إليه وايت White على أنه محاولة نسيان الذكريات المؤلمة والمهددة، الإنكار والذي يقصد به رفض إدراك الواقع، الإسقاط والذي يشير إلى توجيه القلق المسيطر على الفرد نحو شخص آخر، التثبيت الذي يستخدمه الفرد على مرحلة من مراحل النمو من أجل خفض توتر المرحلة الموالية، النكوص الذي يقصد به الرجوع إلى مرحلة سابقة من مراحل النمو عند التعرض إلى خبرات صدمية، السمو أو التسامي الذي يهدف إلى توجيه الطاقة نحو موضوع غير مرغوب إلى موضوع مقبول اجتماعياً، أما التبرير فقد يستخدمه الفرد من أجل تعليل رد فعل معين، ناهيك عن آليات أخرى يستخدمها الفرد من منظور التحليل النفسي من أجل مواجهة الضغوط الداخلية والخارجية المصدر (شويخ، مرجع س، ص59).

أما عن آنا فرويد فقد جزأت ميكانيزمات الدفاع إلى أساليب تساعد الفرد على مواجهة المشكلة ومواجهتها، وأخرى غير سوية تؤدي في أغلب الأحيان إلى ظهور مشاكل وأمراض نفسية (طه حسين، سلامة حسين، 2006، ص85).

4-2- نظرية السمات الشخصية: تؤكد هذه النظرية على مدى تأثير الفروق الفردية في التعامل مع المواقف المجهدة، فتعرف السمة على أنها: استعداد وميل الفرد للاستجابة بأسلوب خاص في المواقف المتنوعة التي تواجهه في حياته، أما عن المواجهة فتعرف من منظور نظريات السمات على أنها ميل واستعداد لمواجهة أو معالجة وضعية ضاغطة ومرهقة بأسلوب يميز كل فرد عن الآخر.

مما سبق يتضح أن مفهوم هذا الاتجاه للمواجهة والسمات متقارب من منطلق أن كلاهما أسلوبان يظهران في تفاعل الفرد مع المؤثرات الداخلية والخارجية، ومن بين أساليب المواجهة المصنفة من قبل نظريات السمات ما يلي:

الشويخ (2007:ص 66-67)

أ- التجنب مقابل المواجهة: يعتبر هذان الأسلوبان الأكثر استخداما من طرف الأفراد ولكن يعد أسلوب المواجهة الأكثر توافقا لاعتماده على بذل مجهودات معرفية لدراسة المعطيات المستمدة من الموقف، أما التجنب أو الهروب من الموقف الضاغط يعني عدم بذل أي مجهود لمواجهة المشكلة، ولكلا الأسلوبين إيجابيات وسلبيات تحددهما المعطيات الموقفية.

ب- الكبت مقابل الحساسية المفرطة: يعرف الكبت على أنه أسلوب يستخدمه الفرد لتجنب مصادر الضغط، أما الحساسية فهي المحاولات التي يقوم بها الفرد من أجل رفع القدرة على التركيز والانتباه لمصدر الضغط، ويعتبر كل من الكبت والحساسية أسلوبان هدفها تحقيق التوافق وإن كان الأول (الكبت) أقل استجابة من الثاني (الحساسية) لاعتماد هذا الأخير على الانفعال أكثر من الكبت، هذا ما أكد عليه وينبرجر Weinberger من خلال دراسته.

د- التحكم الداخلي مقابل التحكم الخارجي: إن أسلوب التحكم الداخلي هو أسلوب موجه لتحقيق التوافق النفسي مع المشكلات الفردية كالصحية مثلا، أما عن أسلوب التحكم الخارجي فهو موجه لتحقيق التوافق مع المشكلات الخارجية المصدر كالمشكلات الاجتماعية مثلا، وكلاهما يعكسان درجة التوافق النفسي.

4-3- الاتجاه التفاعلي (لازاروس وفولكمان): تعد دراسات لازاروس وفولكمان (1984) الرائدة في هذا الاتجاه بالإضافة إلى أعمال كل من موس وميتشنيوم (1977) التي تعاملت مع المواجهة على أنها عملية أكثر من كونها سمة، ضف إلى ذلك فإن هذا الاتجاه يرفض النظرة الفاصلة للضغوط على أساس المثير والاستجابة، وإنما يعتبرها نتاج تفاعل بين مطالب البيئة وإمكانات الفرد من خلال عملية التقييم المعرفي التي حددها هذا الاتجاه بمراحل، منها مرحلة التقييم الأولي والثانوي وإعادة التقييم (سبق ذكرهما في نظرية لازاروس وفولكمان للضغوط). (طه حسين، مرجع سابق، ص 89).

إن العلاقة الدينامية التي تربط الفرد بمحيطه تكشف عن استجابة الأفراد المختلفة لمصادر المشقة وتم على النحو التالي :

مصدر المشقة ← تقييم معرفي ← المواجهة

وفي تحديد مفهوم ومصادر المشقة لدى كل من لازاروس وفولكمان ورد أنها سيرورة تحتوي على متطلبات البيئة الخارجية من ناحية والعلاقة بين الفرد والبيئة من ناحية أخرى، وأطلق عليها ما يعرف بالتعاملات، إذ أكد لازاروس على أن المشقة تحتوي على التهديد الذي يدفع الشخص إلى التوقع والتوجه واستخدام القدرات المعرفية كالإدراك والتعلم والذاكرة، من أجل توقع الضرر ودرجته وبالتالي تحديد أسلوب مواجهته (الشويخ، مرجع س، ص56).

أما عن الأساليب التي يوظفها الفرد في التعامل مع المواقف والتهديدات في نظر كل من لازاروس وفولكمان (1980) هي: (Delphine et al,2008,p 108)

* المواجهة المركزة على المشكل: هي كل الجهود المعرفية والسلوكية الموجهة صوب مصدر التهديد والمشقة من أجل التحكم فيه، ما يعكس قدرة الشخص وإمكاناته على ذلك.

* المواجهة المركزة على الانفعال: يعرفها هذا الاتجاه على أنها: "الجهود المتعددة لتنظيم ردود أفعالنا اتجاه موقف المشقة أكثر من محاولة تغيير الموقف".

إن اعتماد الفرد على المواجهة المركزة على الانفعال يجعله يبحث على الأسلوب الذي يستخدمه من أجل التحكم في الاستجابات الانفعالية، من خلال طلب المساعدة الاجتماعية، أو اللجوء إلى استخدام الأدوية والمهدئات، فقد تتخذ المواجهة المركزة على الانفعال أحد النمطين: إما منع أو كبت الانفعالات الناتجة عن المشقة، أو البوح والإفصاح عنها لخفض شدة تأثيرها على الفرد.

ما ينبغي التنويه به أن الفرد لا يعتمد على أسلوب واحد دون الآخر في مجابهة المشقة، وإنما قد يلجأ إلى استخدامهما كليهما في موقف واحد، أو استخدام واحدة منها حسب تهديدات الموقف.

إن دراسات لازاروس وفولكمان (1986) المركزة على الاستراتيجيات الضمنية لكلا الأسلوبين المواجهة والتجنب خلصت إلى تحديد إحدى عشر إستراتيجية موزعة على كلتا الطريقتين شويخ (2007:ص64).

فأسلوب المواجهة المركزة على المشكلة يحتوي على: المواجهة بالمجاهمة، أي بالتصدي إلى مصدر المشقة، وأسلوب طلب المساندة الأدائية من خلال جمع المعلومات من المحيط، وأسلوب التخطيط لحل المشكلة الذي يعتمد على التفكير في الطريقة الأكثر فعالية من أجل المواجهة، أسلوب قمع النشاطات المتعارضة من خلال التركيز على مصدر المشقة وإزاحة المثيرات الداخلية، وأسلوب المواجهة بكبح مصدر المشقة الذي يعتمد على جهد الفرد المبذول من أجل التخلص من مصدر التهديد، أما الأساليب الضمنية لاستراتيجيات الانفعال هي كالتالي:

أسلوب التحكم الذاتي، والذي يعني تلك المساعي الرامية إلى تنظيم المشاعر والانفعالات الناتجة عن التهديد، أسلوب الابتعاد الذي يسعى من خلاله الفرد إلى تجنب المشقة، أسلوب التأويل الإيجابي والذي يعني محاولة الفرد إعطاء تفسير آخر إيجابي لمصدر المشقة، أسلوب تقبل المسؤولية الذي يعكس عدم فعالية الفرد في تغيير المثير المهدد، أسلوب الهروب والتجنب الذي يعتمد على استخدام التدخين أو العقاقير لخفض مصدر المشقة، ناهيك عن أسلوب التوجه إلى الدين من أجل تحقيق الطمأنينة المتولدة عن علاقة الفرد بربه.

4-4- نظرية عوامل الشخصية والسياق الموقفى :

لقد كانت أعمال كل من لازاروس وفولكمان نقطة بداية لظهور تيارات أخرى توسعت في مفهوم المواجهة من حيث التركيز على دور عوامل الشخصية والسياق الموقفى في تحديد أسلوب المواجهة، ومن بين رواد هذا الاتجاه أبرين Obrien و ديلونجس Delongis (1996)، حيث عملا معا من أجل إبراز دور العوامل الموقفية والعوامل الشخصية في اعتماد أسلوب مواجهة دون الآخر (طه عبد مرجع سابق، ص90).

5- محددات المواجهة:

5-1: المتغيرات البيوغرافية: تتمثل هذه المتغيرات في المستوى الاقتصادي والاجتماعي، والسن، والجنس، حيث توجد دراسات أكدت على مدى تأثير المستوى الاقتصادي والاجتماعي على سيطرة إحدى أساليب المواجهة دون الأخرى، إذ أن الأفراد الذين يتمتعون بمكانة راقية في المجتمع غالبا ما يميلون أكثر لاستخدام أساليب المواجهة النشطة، بالإضافة إلى الأفراد ذوي المستوى الثقافي المرتفع و هذا ما أكده هولاهان و موس، أما عن الجنس فقد أكدت الدراسات على أن الإناث يميلون إلى استخدام أسلوب المواجهة المركز على الانفعال، بينما الذكور يميلون إلى استخدام أسلوب المواجهة المركز على المشكلة. (Nicollas et al, p 119)

وفي ما يتعلق بعامل السن، فإن أساليب المواجهة المستخدمة تتأثر به نظرا لما له من تأثير على مستوى النمو المعرفي، فكلما تقدم المرء في السن كلما مال إلى مواجهة الضغط بأسلوب أكثر نضجا، حيث يركز على المشكلة وحله.

5-2: محددات موقفية: تتأثر أساليب المواجهة كذلك بخصائص الوضعية الضاغطة الحقيقية من حيث: الخطورة، الطبيعة، المدة، القدرة على التحكم من عدمها (قماز فريدة، 2009، ص219)، وكذا الإطار الفردي

والمحيطي الذي يلعب دورا في تفعيل أساليب المواجهة الملائمة، وبالتالي فإن المميزات أو الخصائص الموضوعية للموقف الضاغط وكذا الذاتية لها دور في تحديد أسلوب المواجهة الأكثر فعالية بالتوافق مع مصدر الضغط.

3-5: **المحددات المعرفية:** هي المجموعة التي تنظم السياقات الفكرية مما يسمح للفرد بمواجهة المشكلة أو الحدث أو الوضعية الضاغطة، من خلال توظيف التفسيرات والتأويلات ومدى التقبل، ومن بين العوامل المعرفية المحددة نجد طريقة تقييم الفرد للحدث ومدى إحساسه بالتحكم فيه.

إن التقييم هو سياق معرفي، من خلاله يقيم الفرد الوضع الضاغط وإمكانياته المتاحة من أجل التحكم فيه ومواجهته، ويمر هذا الأخير بمرحلتين: مرحلة التقييم الأولي والثانوي مما يؤدي إلى تشعب الإدراكات الموجهة نحو نفس الحدث الضاغط، إذ أكد لازاروس **Lazarus** ولونر **Launier** سنة (1978) على أن نفس الحدث الضاغط يمكن أن يستعاب من طرف الأفراد بطرق مختلفة مما يحرك لدى كل فرد انفعالا من نوع معين.

(Nicollas et al,p 119)

4-5: **المحددات الشخصية:** أكدت عدة دراسات أن أساليب المواجهة ليست عامة وإنما خاصة، تعكس مجموع الخصائص الاستعدادية التي أعطتها الأهمية أكثر من العوامل الموقفية، مما جعل استراتيجيات المواجهة أكثر ثبوتا، فكل فرد يتحكم ويفضل التعامل ببعض الأساليب دون الأخرى، لمجابهة مختلف الوضعيات المرهقة من الحياة.

(Bruchon-Sweitzer Marilou,2002,p 361).

من بين محددات الشخصية ذات التأثير على أسلوب المواجهة: القدرة على التحمل والتماسك، الذي يعكس مدى إحساس الفرد بالثقة المتولدة عن تنظيم المدركات، وتعتبر هذه السمات ذات تأثير إيجابي في اختيار أسلوب المواجهة الأكثر توفيقا، بينما توجد سمات أخرى قد تؤثر سلبا مثل العدوانية والقلق والاكتئاب، التي غالبا ما تدفع الفرد إلى ترجيح أسلوب الانفعال عن العمل.

5-5: **التنشئة الاجتماعية لكلا الجنسين وأثرها في تحديد أساليب المواجهة:** يعتبر النوع (ذكر / أنثى) من أكثر الخصائص الفردية دراسة في إطار تقمص الفرد لأسلوب مواجهة دون الآخر، وفي هذا السياق برزت العديد من الدراسات التي أثارت موضوع علاقة النوع بأساليب المواجهة، وأغلبها انتهت لوجود اختلاف بين الجنسين في اعتماد استراتيجيات المواجهة، في حين البعض الآخر فند ذلك.

وقد خلصت العديد من الدراسات أن الأنثى غالبا ما تميل لاستخدام أسلوب التجنب وأسلوب البحث عن الدعم الاجتماعي، في حين أن الذكر أكثر للأسلوب المركز على المشكل، هذا ما أكدته دراسة

Ben-porath و Monnier dunahoo سنة (1994)، فمن خلال النتائج المتحصل عليها تم التأكد من أن الأنثى أكثر استخداماً لأسلوب التجنب والبحث عن الدعم الاجتماعي، المستند على أساس بناء علاقات قوية مع المجتمع، في حين أن الذكر يميل أكثر لاستخدام الأسلوب العدائي والمضاد للمجتمع وفي دراسة أخرى ل Johnson و Brem سنة (1989) قد تم التوصل إلى نفس النتائج مع إبراز دور اختلاف التقييم المعرفي للحوادث بين الجنسين ودفعه إلى تبني الأنثى أسلوب التجنب والدعم لاجتماعي، وتركيز الذكر على أسلوب العمل أو المهمة. (Roberge Julie,2007,p 15)

هذا ما أرجعته العديد من الدراسات إلى فعالية التنشئة الاجتماعية التي تدفع بالأنثى إلى التعبير عن انفعالها والبحث عن الدعم الاجتماعي، فغالبا ما تبادل هذه الأخيرة بعد تعرضها لأي موقف ضاغط إلى الحوار مع الأشخاص المقربين قصد البحث عن النصيحة، بينما تدفع بالذكر إلى تحمل المسؤولية وحل مشاكله بمفرده، هذا ما أكدته كذلك دراسة Dodge و Smith سنة (1994) التي حاولت تسليط الضوء على العلاقة بين التنشئة الاجتماعية وأسلوب المواجهة، فكشفت أن الإطار الاجتماعي وعادات المجتمع وتوقعاته من كلا الجنسين تدفع بالرجل إلى تبني أسلوب المواجهة المركز على المشكل، في حين تفتح المجال للأنثى بالإفصاح على الانفعالات والبحث عن الدعم الاجتماعي، أما Ptacek وآخرون توصلوا سنة (1994) إلى الكشف عن مدى تأثير الاختلاف النوعي للأدوار على أسلوب المواجهة المستخدم الذي يختلف باختلاف الأدوار المنوطة بكليهما. (Roberge ,p16).

ومن هنا يمكن القول أن ثقافة المجتمع وتحديدها ثقافيا لصورة الأنثى والذكر يؤثر في تبني أسلوب مواجهة دون الآخر .

6- أهداف أساليب مواجهة الضغط النفسي:

ينظر البعض إلى المواجهة باعتبارها توافق نفسي، ويتحدد ما إذا كان التوافق سليما أو غير سليم تبعاً لمدى نجاح الأساليب التي يتبعها الفرد للوصول إلى حالة التوازن النسبي مع بيئته ونجاح عملية المواجهة تؤدي إلى حالة التوافق النفسي التي تعتبر قلب الصحة النفسية.

ويرى لازاروس و فولكمان أن أساليب المواجهة تسعى إلى تحقيق هدفين أساسيين هما:

1- تنظيم الانفعالات من خلال المواجهة المركزة على الانفعال، وهي ذات منحنى تحايلي أو تلطفي لأنها تتضمن جهوداً لضبط أو للسيطرة على الانفعالات المترتبة عن المشكلة دون تغيير العلاقة مع البيئة، ويميز لازاروس بين مجموعتين من الأساليب التي تحقق هذا الهدف:

- أساليب مواجهة الأعراض الفسيولوجية: وتشتمل على لجوء الأفراد إلى بعض المهدئات والمسكنات وأساليب الاسترخاء.

- أساليب نفسية داخلية: مثل الحيل الدفاعية العقلية.

2- السيطرة على المشكلة التي تسبب الكرب (المواجهة المتمركزة حول حل المشكلة)، ويتم ذلك عن طريق السلوك الواقعي المباشر لضبط العلاقة المضطربة بين الشخص وبيئته عن طريق حل المشكلة واتخاذ القرارات وهي ذات منحنى فعلي أو منحنى حل المشكلات كونها تهدف إلى تغيير العلاقة بين الفرد وبيئته. (عبد الله السهلي، 2010، ص33-34)

7- العوامل المؤثرة في أساليب مواجهة الضغوط:

يرى كل من ويشينجتون وكاسلر (Kassler et Wethingten 1991) أن الأفراد يختلفون في استخدام أساليب المواجهة وفي الاستجابة للأحداث الضاغطة وأن هناك عوامل عدة تؤثر في أساليب المواجهة، وهي تتضمن عوامل تتعلق بخصائص شخصية الفرد ومركز التحكم وفعالية الذات والصلابة النفسية وهناك عوامل أخرى موقفية ونوعية تتعلق بالموقف ذاته وتهم إلى حد بعيد في تحديد أساليب المواجهة وتمثل هذه العوامل الموقفية في طبيعة الحدث الضاغط ونوعه من حيث هو مزمن أو حاد ومن حيث حدثته. (طه، مرجع سابق، ص122).

وإضافة إلى ذلك فإن العوامل الديمغرافية مثل النوع، العمر، المستوى الاقتصادي والاجتماعي تؤثر هي الأخرى في تحديد نوع أسلوب المواجهة.

وفي ما يلي سنتناول المتغيرات الشخصية والمتغيرات الموقفية والديمغرافية التي لها دور في تحديد واختيار أسلوب المواجهة التي يستخدمها الفرد إزاء الموقف الضاغط:

7-1- المتغيرات الشخصية:

أ - مركز التحكم:

يشير هذا المفهوم إلى كيفية إدراك الفرد لمواجهة الأحداث في حياته أو إدراكه لعوامل الضبط والسيطرة في بيئته، فالأفراد الذين لديهم مركز تحكم داخلي يربطون إنجازاتهم وإخفاقاتهم إلى جهودهم الشخصية ويعتقدون أن لديهم القدرة على التحكم في الأحداث، بينما الأفراد ذوي مركز التحكم خارجي يربطون إنجازاتهم وإخفاقاتهم بالخط والصدفة وقوة الآخرين ولديهم مستوى مرتفع من الاكتئاب ومستوى منخفض من الرضا عن الحياة

ب - تقدير الذات:

يؤثر تقدير الذات على الصحة النفسية للفرد وعلى مستوى الإنجاز والتوافق مع مطالب البيئة والعلاقة مع الآخرين والتوافق النفسي وكلما ارتفع تقدير الذات عند الفرد انخفض الاكتئاب والقلق والشعور بالضغط، بينما ذوي تقدير الذات المنخفض يعانون من اضطرابات القلق والاكتئاب ومستوى عال من الضغط. (طه، نفس المرجع، ص124-126).

ج- نمط الشخصية:

لا يستجيب الأفراد للأحداث الضاغطة بطريقة واحدة بل يختلفون في استجاباتهم لنمط الشخصية، فالأشخاص ذوي الحساسية للتحدي القادم من البيئة هم أكثر حساسية وشعورا بالضغط وسريعوا التأثير بمسببات الضغوط ويستعملون أساليب مواجهة أقل فعالية، بينما الأشخاص الأكثر استرخاء وصبرا ورضا عن العمل والحياة وغير العدوانيين يستعملون أساليب مواجهة المركزة على المشكل.

د- الصلابة النفسية:

يشير هذا المفهوم على أن الفرد يمتلك مجموعة من السمات تساعده على مواجهة الضغوط، وأن الفرد الذي يتميز بالصلابة النفسية تكون لديه القدرة على توقع الأزمات ومواجهتها، وتلعب الصلابة النفسية دورا هاما في عملية التقييم المعرفي للموقف وفي عملية المواجهة التي يقوم بها الفرد إزاء الأحداث الضاغطة. (طه، مرجع سابق، ص130).

هـ - فعالية الذات:

يشير هذا المفهوم على اعتقاد الفرد أن لديه القدرة على التعامل والسيطرة بفعالية على المواقف الأحداث التي يتعرض لها وهذا يشير إلى أن المواجهة الناجحة للضغوط لا تتطلب مهارات نوعية فحسب بل تتطلب أيضا اعتقاد الفرد بأن لديه القدرة على التحكم في أحداث الحياة الضاغطة. (حسن، 1994، ص58).

7-2- العوامل الموقفية:

تتعلق بالموقف أو الحدث الضاغط في حد ذاته وهي:

أ- طبيعة الموقف وخصائصه:

الأحداث والمواقف الضاغطة التي تتسم بدرجة من الشدة تؤدي إلى ظهور انفعالات سلبية مثل الخوف، والقلق وهذه الانفعالات تتعارض مع قدرة الفرد على حل المشكل، كما أن المواقف الضاغطة التي تمثل تحدي للفرد تستثير لديه أساليب مواجهة تختلف عن الأحداث التي تتسم بالتهديد والفقْد. (حسين هلال، 2000، ص130).

ب - المساندة الاجتماعية:

تتوقف المساندة الاجتماعية على مدى اعتقاد الفرد في كفاءة الآخرين ومدى عمق العلاقة بين الفرد والمحيطين به، والمهمين في حياته كما أن المستوى المرتفع من المساندة سواء من الأسرة والأصدقاء يرتبط بأساليب مواجهة فعالة، وكلما كان مستوى المساندة الاجتماعية منخفضا كلما كانت أساليب المواجهة غير فعالة. (طه، مرجع سابق، ص135).

7-3- المتغيرات الديمغرافية:

أ - العمر الزمني والفروق بين الجنسين:

يؤثر العمر الزمني في أساليب مواجهة الأحداث الضاغطة، ويشير معظم الباحثين أن أساليب المواجهة التي يستخدمها الفرد في التعامل مع الضغوط تتغير مع تقدم العمر ومع زيادة مستوى النمو المعرفي للفرد وأن هذه الأساليب المستخدمة تختلف باختلاف الأعمار الزمنية.

كما بينت الدراسات أن الذكور يميلون إلى استخدام أساليب المواجهة التي تنصب على المهمة، وأساليب المواجهة الإقْدامية في مواجهة الأحداث والمواقف الضاغطة، وفي المقابل تميل الإناث على استخدام أساليب المواجهة التي تنصب على الانفعال. (عبد الرحمان سليمان القرطبي، 1994، ص92).

ب - المستوى الاقتصادي:

يختلف سلوك المواجهة باختلاف المستوى الاقتصادي والثقافي، فالأفراد تختلف استجاباتهم للضغط باختلاف ثقافتهم، وهذا ما يجعلهم يستخدمون استراتيجيات مختلفة في التعامل مع الأحداث الضاغطة .
كما أن الأفراد الذين ينحدرون من أسر ذات مستوى اقتصادي واجتماعي مرتفع يميلون إلى استخدام أساليب المواجهة السلوكية والمعرفية الفعالة، بينما الأفراد المنحدرين من أسر ذات مستوى اقتصادي واجتماعي منخفض يستعملون أساليب المواجهة التي تركز على التجنب.(طه،2006،ص141).

ومن خلال عرض هذه العوامل المؤثر في أساليب المواجهة نقول أن أساليب مواجهة الضغوط لدى الأفراد تختلف باختلاف متغيرات الشخصية والمتغيرات الديمغرافية وكذلك باختلاف طبيعة الموقف الضاغط واختلاف البناء المعرفي لدى الفرد وكيفية تفسيره لهذه المواقف الضاغطة، فأساليب المواجهة تختلف من فرد لآخر وكذلك أساليب المواجهة لدى نفس الفرد يمكن أن تكون فعالة في موقف معين ولا تكون فعالة في موقف آخر أو زمن آخر.

8- قياس أساليب المواجهة:

تعتبر سنوات الثمانينات والتسعينات من أكثر الفترات أهمية من حيث ظهور عدة روائز تستهدف قياس أساليب التعامل مع الضغوط من أبرزها:

- استبيان أساليب المواجهة للآزاروس وفولكمان " Ways of coping checklist wcc "

حيث احتوى على (68) فقرة موزعة على ثماني أبعاد وهي: حل المشكلة، روح المقاومة، التقييم الإيجابي، الاكتساب الشخصي، الهروب، التجنب، البحث عن المساندة الاجتماعية، والتحكم في الذات

(Nicolas et al,p 125).

وفي سنة (1989) عمل كل من كارفر وسيشير Carver et Scheier على إعداد مقياس قائمة المواجهة المتعددة الأبعاد **multi dimensional coping** الذي يتكون من (53) فقرة موزعة على ثلاثة عشر بعدا لقياس استجابة الأفراد للمواقف الضاغطة. زيادة على ذلك قائمة المواجهة للمواقف الضاغطة التي أعدت من طرف أندلر وباركر سنة (1990) التي ركزت على ثلاث أنماط للمواجهة وهي: أسلوب التعامل مع المشكلة، أسلوب التعامل المركز على الانفعال، أسلوب التعامل المركز على التجنب (طه مرجع سابق، ص115-112)، بالإضافة إلى مقياس الأبعاد الوظيفية للمواجهة (**functional dimensions of coping FDC**) من

إعداد كوكس وفيرجسون سنة (1997)، وكذا مقياس قائمة المصادر **coping resources** من إعداد همر ألن، و سوزان مارتنج (**Marting & Hammer 1993**) المتكون من (60) عبارة موزعة على خمس مصادر للمواجهة، منها المعرفية، الاجتماعية الانفعالية، الروحية، الجسمية.

ضف إلى ذلك قائمة مصادر مواجهة الضغوط. **coping resources inventory for stress** من إعداد **Matheny** وآخرون سنة (1987). (طه ن م، ص 117-118).

ناهيك عن وجود مقاييس أخرى حاولت الكشف عن أساليب المواجهة التي يستخدمها المراهقين عند تعرضهم للمواقف الضاغطة مثل: مقياس باترسون وماكين **Paterson et Maccubin** الذي أعد سنة (1983)، يحتوي على (54) بند موزع على ثمانية محاور هي كالتالي: النشاطات المدرسية، المشاعر السلبية، المزاج، الاستهلاك، الشبكة الاجتماعية السلبية، العائلة، الالتزام. ومقياس سيفج كرينك **Seifje Krenke** الذي أعد سنة (1989) إذ سلط من خلاله الضوء على أساليب المواجهة التي يستخدمها المراهقين في مواجهة ضغط النمو، موزعة على ثلاثة محاور، الاستراتيجيات النشطة، التراجع والانسحاب، الرفض. (مسعودي زهية، 2008، ص 97).

خلاصة الفصل:

إن تفاعل الأفراد مع مختلف المواقف يتباين من وضعية لأخرى ومن فرد لآخر، فالجهود السلوكية والمعرفية التي يوظفها الفرد في مواجهة مختلف مصادر الضغوط الداخلية والخارجية تظهر في تنوع أسلوب المواجهة المستخدم سواء المركز على حل المشكلة، أو الانفعال، أو التجنب، هذا ما له علاقة بمجموع المحددات الشخصية والتأويلات والتفسيرات المخزنة المتعلقة بالحدث أو الموقف الضاغط، وكذا المعطيات الاجتماعية والثقافية ذات الأثر البالغ على الشخص في تحديد ردود أفعاله في مختلف الضغوط خاصة وجود طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة أو طفل توحدي بصفة أخص والذي يعتبر أكثر حدث ضاغط للأمهات نظرا لوجود متغيرات نفسية واجتماعية ومادية صعبة تجعل أساليب مواجهتها تختلف من أم لأخرى، مما يدفع بالعديد من الأمهات إلى تبني أساليب غير متوافقة مع الموقف المرهق مما يؤثر سلبا على سلوكياتهم الاجتماعية والنفسية التي قد تتخذ صفة الإنسحابية، والعصبية، وعدم القدرة على التحكم في انفعالاتهم الظاهرة من خلال تجاوبهم مع المحيط والتي قد ترسخ أسلوب حياة غير متوافق.

الفصل الثالث

التوحد

- 1- لمحة تاريخية عن اضطراب التوحد
- 2- تعريف التوحد
- 3- نسبة انتشار التوحد في العالم
- 4- أنواع التوحد
- 5- أسباب اضطراب التوحد
- 6- الأعراض العامة المصاحبة لاضطراب التوحد
- 7- المحركات الأساسية لتشخيص التوحد
- 8- علاج اضطرابات التوحد
- 9- أدوات تشخيص وقياس التوحد :
- 10- آثار وجود الطفل التوحدي في الأسرة
- 11- تكيف الأسرة مع التوحد

تمهيد:

يعتبر اضطراب التوحد من أكثر الاضطرابات النمائية المنتشرة صعوبة وشدة من حيث تأثيرها على سلوك الفرد الذي يعاني منها وقابليته للتعلم والتنشئة الاجتماعية أو التدريب على الإعداد المهني و تحقيق أي قدر على العمل ودرجة ولو بسيطة من الاستقلال الاجتماعي والاقتصادي أو القدرة على حماية الذات إلا بدرجة محدودة وبالنسبة لعدد محدود من الأطفال، خاصة حينما نعلم أن أعدادهم في ازدياد كبير وأن أسر هؤلاء الأطفال وخاصة الأم التي تعنى بالطفل بدرجة أكبر بحاجة إلى الاسترشاد والتوجيه العيادي الصحيح من أجل محاولة تخفيف عبئ تعاملها وتكيفها مع الضغوط التي تعاشها بوجود الطفل التوحدي، ولكن قبل هذا وجب علينا التمكن من فهم أكثر لهذا الاضطراب الأمر الذي سنحاول في هذا الفصل تسليط الضوء على مفهوم التوحد، تاريخه ونسبة انتشاره في المجتمع، أسبابه والأطر النظرية المفسرة له، أعراضه المصاحبة وكذا المحكات التشخيصية والفارقية بالإضافة إلى علاج التوحد ومآله.

1- لمحة تاريخية عن اضطراب التوحد:

يعود جذر كلمة التوحد إلى اليونانية "Autos" والتي تعني النفس، ولا يعد التوحد اضطراباً حديثاً فقد أظهر عدد من الأشخاص بعض الصفات والخصائص لاضطراب طيف التوحد منذ آلاف السنين، كما أن التوحد (Autism)، كلمة مترجمة من اليونانية وتعني العزلة أو الانعزال، وفي اللغة العربية سميت بالذووية (مصطلح غير شائع)، والتوحد لا يعني الانطوائية وإنما حالة لا تعبر عن العزلة فقط وإنما عدم القدرة على التعامل مع الآخرين، مع ملاحظة أن سلوكيات أفراد تلك الحالة لا يتشابهون بل إن حالاتهم متباينة من فرد لآخر.

استخدم بلولير **Bleuler** عام (1911) مصطلح التوحد لوصف العجز في التواصل الاجتماعي والتركيز الفردي على الاهتمامات الشخصية للأشخاص الذين يعانون من الفصام، إلا أن **ليوكانر** كان أول من استخدم هذا المصطلح لوصف مجموعة من الأطفال الذين اظهروا بشكل واضح نفس السلوكيات والخصائص.

وخلال العقود الماضية تطورت المسميات التي أطلقت على الأفراد التوحديين، حيث تم وصفهم بالعديد من الصفات التي تدل على حيرة العاملين مع هؤلاء الأفراد وعدم قدرتهم على إدراك ووعي طبيعة التوحد، فلقد وصفتهم العديد من الكتب والدراسات بمصطلحات مثل:

* الشرسين

* البربريين

* المخلوقات الغريبة

* الأفراد الغريبين كلياً

* أطفال بدون طفولة .

تشير المصادر والأبحاث المتعلقة بموضوع التوحد إلى أنه وفي منتصف القرن العشرين لاحظ **ليوكانر** الطبيب النفسي في جامعة **جون هوبكنز** وجود تشابه بين مجموعة من الأطفال الذين تم عرضهم عليه لغرض التشخيص والعلاج، حيث نشر مقالة تصف هؤلاء الأطفال سنة (1943) ومجموعة الأعراض التي تشملهم.

في أثناء المرحلة الزمنية التي كان يبحث فيها **ليوكانر** أوجه التشابه بين مجموعة الأطفال في عيادته، كان الطبيب **اسبيرجر** خلال الحرب العالمية الثانية يكتب عن أربعة أطفال ذكور من عمر (6 - 11) سنة في عيادة الأطفال في الجامعة، حيث لاحظ **اسبيرجر** بأن هؤلاء الأطفال لديهم قدرات ذكائية طبيعية ولكنها تخلو من المهارات

الاجتماعية، ولديهم مشاكل حركية واهتمامات محددة شديدة وتعلق غير عادي ببعض الأشياء، وبترجمة أعمال اسبيرجر إلى اللغة الإنجليزية تم استخدام متلازمة اسبيرجر .

وفي عام (1972) أسس الدكتور بيرنارد ريملاندر الجمعية الأمريكية للأطفال التوحديين، وفي عام (1988) استخدمت وينج مصطلح اضطرابات طيف التوحد للإشارة إلى النطاق الواسع لهؤلاء الأشخاص. وفي عام (1977) أقرت منظمة الصحة العالمية ولأول مرة اعتبار التوحد فئة تشخيصية، وفي عام (1980) صنف التوحد ضمن الاضطرابات الانفعالية الشديدة، وفي نفس العام قامت الجمعية الأمريكية للطب النفسي بإصدار الدليل الإحصائي التشخيصي الثالث للاضطرابات العقلية حيث تبنت فيه الأعراض الثلاثة الرئيسية المميزة لاضطراب التوحد التي ذكرها روتر Rutter عام (1978) وهي:

* إعاقة في العلاقات الاجتماعية

* نمو لغوي متأخر

* صعوبات في التخيل .

مع زيادة الاهتمام بالتوحد أصبح ينظر إليه كإعاقة منفصلة في التربية الخاصة وقد وضح ذلك من القانون الأمريكي لتربية وتعليم المعاقين، (**Individuals With Disabilities Education Act IDEA**) والذي يرى أن الطفل ذو الاحتياجات الخاصة هو الطفل المصاب بالتخلف العقلي أو الإعاقة السمعية أو الإعاقات النطقية واللغوية أو الإعاقات البصرية أو الاضطراب الانفعالي الشديد أو الإعاقات الحركية أو التوحد أو إصابات الدماغ الناتجة عن الصدمات أو الإعاقات الصحية الأخرى أو صعوبات التعلم أو الشخص الذي يحتاج إلى الخدمات المساندة .

ومن الجدير بالذكر أنه وخلال هذه السنوات بذل الباحثون جهدا كبيرا في مجال البحث والتقصي والتعرف على الأسباب التي لازال يعتبرها الغموض والبحث عن سبل العلاج الناجح. (تامر فرح سهيل، 2015، ص22-25).

2- تعريف التوحد:

عرفه **Leo-Kanner** المختص بالطب النفسي للأطفال والذي يعتبر أو عالم اهتم بدراسة مظاهر التوحد عند الأطفال وأطلق عليه بالتوحد الطفولي المبكر **Early infantile autism** وذلك عام (1943)، وعرف التوحد بأنهم أولئك الأطفال الذين يظهرون اضطرابا في أكثر من المظاهر التالية:

- * صعوبة تكوين الاتصال والعلاقات مع الآخرين.
 - * انخفاض في مستوى الذكاء .
 - * العزلة والانسحاب الشديد من المجتمع .
 - * الإعادة الروتينية للكلمات والعبارات التي يذكرها الآخرون أمام الطفل .
 - * الإعادة والتكرار للأنشطة الحركية .
 - * اضطرابات في المظاهر الحسية .
 - * اضطرابات في اللغة أو فقدان القدرة على الكلام أو امتلاك اللغة البدائية ذات النغمة الموسيقية .
 - * ضعف الاستجابة للمثيرات العائلية .
 - * الاضطراب الشديد في السلوك وإحداث بعض الأصوات المثيرة للأعصاب .
- (سوسن شاكر الجبلي، 2015، ص15)

عرف قانون التربية الخاصة للأفراد المعوقين **IDEA** التوحد على أنه: "إعاقة نمائية تؤثر تأثيراً بالغاً على التواصل اللفظي وغير اللفظي، وعلى التفاعل الاجتماعي، وتظهر قبل سن (3سنوات)، مما يؤثر على انجاز الطفل التعليمي، ومن الخصائص الأخرى وجود سلوكيات نمطية متكررة بشكل واضح، والطفل هنا لا يقبل التغيير خصوصاً في الروتين اليومي، كما أن ردود فعله غير عادية بالنسبة للخبرات الحسية، ومصطلح التوحد هنا لا ينطبق على الطفل إذا كان أداؤه التعليمي قد تدنى بسبب معاناته من اضطرابات انفعالية شديدة.

تعريف الجمعية البريطانية للأطفال التوحديين:

(National Society for Aautistic Childrens NSAC,1978)

لقد كان الهدف من تعريف الجمعية البريطانية للأطفال التوحديين في المملكة المتحدة هو رسم سياسة اجتماعية وقانونية بخصوص اضطراب التوحد، وكذلك توعية الرأي العام بهذا الاضطراب. وحسب هذا التعريف يشتمل اضطراب التوحد على المظاهر التالية:

1. اضطراب في معدل النمو وسرعته.
2. اضطراب حسي عند الاستجابة للمثيرات.
3. اضطراب التعلق بالأشياء والموضوعات والأشخاص.
4. اضطراب في التحدث والكلام واللغة والمعرفة. (الشربيني، 2011، ص26-27).

يعرف (أحمد بدوي 1982) التوحد على أنه نوع من التفكير يتميز بالاتجاهات الذاتية التي تتعارض مع الواقع، والاستغراق في التخيلات بما يشبع الرغبات التي لم تتحقق .

وحدد وولف (Wolf, 1988) التوحدين بأنهم يبدون قصورا في التفاعل الاجتماعي، قصورا واضحا في التواصل اللغوي، وترديدا آليا لما يسمعون، قصورا في القدرة على اللعب الاجتماعي والتحليل، الإصرار على أداء الروتين الذي اعتاد التوحدي عليه، ورفضاً شديداً لأيّة تغيرات تطرأ على هذا الروتين.

ويعرف (محمد حمودة 1993) التوحد بأنه: "اضطراب ذاتوي يتميز بشذوذات سلوكية تشمل ثلاث نواح أساسية من النمو والسلوك، وهو خلل في التفاعل الاجتماعي، وخلل في التواصل والنشاط التخيلي، وقلة ملحوظة للاهتمامات والأنشطة". (أسامة فاروق نفس المرجع، ص-27-28).

عرفت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (American Psychiatric Association, 2000) التوحد فقد قدمت تعريفاً ورد في الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية الطبعة الرابعة المعدلة (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM4-TR2000)

حيث حددت ثلاث معايير رئيسة في تشخيص التوحد وهي:

* قصور نوعي في التفاعل الاجتماعي.

* قصور نوعي في التواصل واللغة.

* والسلوكيات النمطية وممارسة الأنشطة والاهتمامات المحدودة.

كما بينت بوجدشينا (Bogdashina, 2004) بأن التوحد يحدث اضطراباً في معدل التطور والتتابع الحركي، والتكيف الاجتماعي والمهارات الإدراكية، والاستجابة للمثيرات الحسية بالنقص أو فرط الحساسية للمثيرات السمعية أو البصرية أو الحركية أو الشمية أو حاسة التذوق، وعلاوة على ذلك اضطراب في النطق واللغة والإدراك والتواصل غير اللفظي، وذلك كله يشمل الصمت والتكرار والصعوبة في تفسير المفاهيم ذات المعنى المجرد، وصعوبة في القدرة على التعامل مع الآخرين، ومواجهة الأحداث والتفريق بين المجسمات، كما تشمل الافتقار إلى التصرفات الاجتماعية، والتعبير عن الانفعالات واللعب المناسب.

عرف التوحد في الدليل العاشر للتصنيف العالمي للأمراض (ICD-10,2007) على أنه نوع من الاضطرابات النمائية الشاملة التي تظهر في الثلاث سنوات الأولى من العمر وتتصف بالتأخر الوظيفي في ثلاث

محاور أساسية هي التفاعل الاجتماعي المتبادل والتواصل والسلوكيات النمطية المتكررة المحددة، بالإضافة إلى هذه الخصائص التشخيصية هناك احتمالية لوجود طيف من الصعوبات الشائعة غير المحددة مثل صعوبات النوم والأكل والهيجان والعدوانية . (تامر فرح سهيل، 2015، ص31-33).

3- نسبة انتشار التوحد في العالم:

أشارت التقديرات الإحصائية إلى أن أعداد الأطفال المصابين بالتوحد بلغت ما يقارب (2-6) حالات من كل عشرة آلاف طفل طبيعي أي بنسبة 0.02% - 0.06% وتتراوح نسبة الذكور إلى الإناث (1-2) ولغاية (5:1)، وأشار كل من العالمان **Lotter & Middles** عام (1966) إلى أن من بين الأعمار (8،9،10) سنوات هناك (4-5) أطفال مصابين بالتوحد ولكل عشرة آلاف طفل وأثبتت دراسة **Aurthus** التي أجريت في الدنمارك عام (1970) ذات النتائج.

أما **Cathy Pratt** المسؤولة عن مركز انديانا للتوحد أشارت إلى أن العشر سنوات الماضية ازدادت فيها حالات التوحد من (5-15) حالة لكل عشرة آلاف حالة، أما في عام (2002) فوجدت أن عدد حالات التوحد تراوحت ما بين (7-48) حالة لكل عشرة آلاف حالة مشخصة كأعراض للتوحد أو اضطرابات النمو وأعراض مرض متلازمة اسبرجر.

وأشار مركز أبحاث في جامعة كامبريدج في تقرير له بازدياد عدد حالات التوحد حيث أصبحت (75) حالة في كل عشرة آلاف من عمر 5-11 سنة وتعد هذه النسبة كبيرة عما كان معروف سابقا وهو (5) حالات في كل عشرة آلاف ولادة، وفي عام (2002) عقد المؤتمر الوطني للتوحد في أمريكا وأشارت الدكتورة **Marie Bristol** إلى أن حالات التوحد يمكن توزيعها كما يأتي:

* هناك (1) من كل (1000) حالة طفل صنف بأنه توحد كلاسيكي .

* وهناك (1) من كل (500) حالة أنهم مصابين بأعراض طيف التوحد ويتضمن أعراض اضطرابات

النمو. **PDD**

* وهناك (1) من كل (200) حالة من أعراض طيف التوحد يتضمن أعراض اضطرابات النمو **PDD**

وأعراض مرض اسبرجر. وأن حالات التوحد وأعراض التوحد في زيادة ولا تعرف أسباب ذلك وأن أعراض التوحد تتغير عبر المواقع الجغرافية وذلك لتوفر الخبرات والتشخيص الدقيق ووجود المهنيين ذوي العلاقة ببرامج التوحد والعوامل البيئية الأخرى.

وأشارت الدراسات إلى أن نسبة الإصابة بين الذكور غالبا ما تكون أكبر منها لدى الإناث ولقد لاحظ (كانر) زيادة الذكور أربع مرات في مجموعة الأطفال ممن لديهم أعراض توحديّة كلاسيكية. أما في دراسة ميدل سيكس فكانت النسبة أقل بصورة طفيفة من ثلاث أطفال ذكور في مقابل طفلة واحدة. (سوسن شاكر مجيد، 2010، ص 29-30)

4- أنواع التوحد:

اقترحت ماري كولمان ثلاث تصنيفات للتوحد هي المتلازمة التوحديّة الكلاسيكية، ويحدث تحسن لها ما بين سن الخامسة والسابعة، ومتلازمة الطفولة الفصامية بأعراض التوحد وتكون مثل الأولى إلا أنه يحدث تأخر لمدة شهر، والمتلازمة التوحديّة المعوقة عصبيا، ويظهر لدى المصابين بها مرض دماغي عضوي متضمنة اضطرابات أيقضية، ومتلازمات فيروسية مثل الحسبة ومتلازمة الحرمان الحسي.

واقترح كل من سيفن وماتسون وكو و في وسيفين (Sevin, Matson, Coe & Fee, Sevin, 1991)

تصنيفا من أربع مجموعات كما يلي:

1. المجموعة الشاذة: يظهر أفراد هذه المجموعة العدد الأقل من الخصائص التوحديّة والمستوى الأعلى من الذكاء .

2. المجموعة التوحديّة البسيطة: يظهر أفراد هذه المجموعة مشكلات اجتماعية، وحاجة قوية للأشياء والأحداث، لتكون روتينية كما يعاني أفراد هذه المجموعة أيضا تخلفا عقليا بسيطا والتزاما باللغة الوظيفية.

3. المجموعة التوحديّة المتوسطة: ويمتاز أصحاب هذه المجموعة بالخصائص التالية: استجابات اجتماعية محدودة، وأنماط شديدة من السلوكيات النمطية (مثل التأرجح والتلويح باليد) لغة وظيفية محدودة وتخلف عقلي.

4. المجموعة التوحديّة الشديدة: أفراد هذه المجموعة معزولون اجتماعيا، ولا توجد لديهم مهارات تواصلية وظيفية، وتخلف عقلي على مستوى ملحوظ. (أسامة، الشربيني، 2011، ص 31).

5- أسباب اضطراب التوحد:

أولاً: وجهات النظر النفسية السيكودينامية:

تعتبر النظرية السيكودينامية من أقدم النظريات في تفسير الأسباب المتوقعة للتوحد، حيث كان يعتقد أن شذوذات معينة في شخصية الأم وطريقة تربية الطفل تهيئ لحدوث هذا الاضطراب، ونظراً لأهمية العلاقة بين الطفل وأمه في الشهور الأولى من حياة الطفل ودورها في الإصابة بالاضطراب، فقد تم تصنيف مكونات هذه العلاقة على النحو التالي:

أ- ميكانيزمات العلاقة النفسية بين الطفل والأم:

يرى أنصار هذه النظرية كانر، اسبرجر، جولدفارب، ريملانند أن التوحد ينشأ عن خبرات مبكرة غير مشبعة وتهديدية، فينشأ الأساس المرضي نتيجة فشل "أنا" الطفل في تكوين إدراكه نحو الأم، والتي تكون بمثابة المثل الأول لعالمه الخارجي، وبالتالي لم تسنح له الفرصة لتوجيه أو تركيز طاقته النفسية نحو موضوع أو شخص آخر منفصل عنه.

ب- الانسحاب الجزئي: Partial Withdrawal

يوصف بعض الأطفال التوحدين بالهدوء في مرحلة الطفولة المبكرة، وذلك لأنهم لا يبدون أي حركة تعاونية تشير إلى الرغبة في التقرب من الأم، كما أنهم لا يستجيبون لرؤية الأم سواء بالبكاء عند الرغبة في الرضاعة أو بالضحك عند الرغبة في اللعب والمناغاة، وغالباً لا تشك الأم في شذوذ هذه السلوكيات وإنما تعتبرها علامات مميزة لهدوء الطفل، وفي بعض الحالات مرت مرحلة الطفولة المبكرة لديهم عادية ولكن الانسحاب بدأ متأخراً وبالتدريج، فيولي الطفل اهتمامه ببعض الأشياء دون الأشخاص فقد يهتم بالطعام، أشعة الشمس، الخيال، الأقمشة الملونة .. ويكون اتصاله بالآخرين دائماً غير طبيعي.

ج- الانسحاب الاختياري: Selective Withdrawal :

يظهر الطفل التوحدي تمرداً أو انسحاباً اختيارياً يتمثل في الآتي:

1. يتحدث لواحد فقط أو اثنين من الناس أو ربما ليس لأحد على الإطلاق.
2. يتحدث بهدوء داخل البطانيات في الليل عندما يعتقد أن لا أحداً يسمعه أو يراه.
3. يظهر اجتناباً بصرياً للمثيرات المحيطة به وينسحب من كل مجال تعلم.

4. يظهر رفضا تاما لاستخدام ذكائه .

5. يظهر صمما أو طرشا اختياريا عندما يتحدث معه أحد.

ثانيا: العوامل البيولوجية (الأسباب المتعلقة بالجهاز العصبي):

يرى أصحاب هذه النظرية أن العوامل البيولوجية التي تنتج عنها الإصابة بالتوحد تتمثل في إصابة المخ أو الخلل الوظيفي في أحد أجزاء المخ أو عدوى الفيروسات أو إصابة جهاز المناعة للجسم، ويمكن عرض هذه العوامل على النحو التالي:

أ. إصابة المخ قبل أو في أثناء الولادة:

يرى سكوبلر أن الحالات التي تسبب تلفا للدماغ قبل الولادة أو في أثنائها تهيئ الفرصة لحدوث الأوتيزم مثل الحالات التي لم تعالج من الفينيل كيتونوريا **Phenyl Ketonuria**، التصلب الحدبي **Tubrous Sclerosis**، الاختناق في أثناء الولادة والتهاب الدماغ، تشنجات الرضع **Infantile Spasms**، التهاب السحائي **Meningitis** .

أكدت دراسات كامبل وآخرين وجود شذوذات خلقية عضوية في المخ لدى الأطفال التوحديين بالمقارنة بأقرانهم الأسوياء، وهذا يفسر حدوث المضاعفات الشديدة في الشهور الأولى من الحمل عند هؤلاء الأطفال، كما أن (20-25%) من الأطفال التوحديين يظهرون اتساع البطينات الدماغية في الرسام الكهربائي للمخ (EEG) وبالرغم أنه لا توجد شذوذات محددة في الرسام الكهربائي للمخ خاصة بالتوحد، إلا أن هناك ما يثبت خلل سيطرة أحد نصفي المخ على الآخر، وبالإضافة إلى ذلك فإن الأطفال التوحديين لديهم احتمالية حدوث نوبات صرعية في وقت من حياتهم خاصة في سن البلوغ، وهو شيء منفرد لهذه الفئة فقط، ويحدث الصرع في حوالي ثلث فئة الأفراد التوحديين.

ب. الخلل الوظيفي في المخ:

يشير أنصار هذه النظرية إلى أن الخلل في جهاز الإدراك ينتج عن عدم القدرة على تنظيم استقبال الرسائل ذات العلاقة بالإحساس وعدم القدرة على الإحساس العصبي لكل الحواس، وهذا ما يحدث لدى الأطفال التوحديين ويترتب عليه صعوبة تقديم أفكار مترابطة أو ذات معنى للحياة المحيطة بهم.

كما ركز أنصار هذه النظرية على الارتباط بين العجز اللغوي لدى التوحديين ووظيفة الجزء الأيسر من المخ وبهذا تم إرجاع الإصابة بالتوحد إلى الخلل الوظيفي في عمل الجزء الأيسر من المخ لدى هؤلاء الأطفال.

ج. التأخر في نضج الجهاز العصبي المركزي:

يرى بعض أنصار هذه النظرية أن التوحد يحدث أو نتيجة اضطراب أو تأخر نضج الجهاز العصبي المركزي، واتضح ذلك من خلال سؤال عدد كبير من أمهات الأطفال التوحديين عن مظاهر النمو لدى أطفالهن فكانت إجاباتهم أنه متأخرون في النطق، رفع الرأس، التعرف على الأم، البعض لديه تأخر في نمو الحديث، البلع، عدم القدرة على الرضاعة في مرحلة الطفولة المبكرة.

د. عدوى الفيروسات:

قد ينمو الطفل طبيعياً ثم تظهر عليه أعراض التوحد كنتيجة لعدوى الطفل بالفيروس، فهناك حالات نقلت فيها العدوى للطفل من خلال الأم في أثناء المرحلة المبكرة من الحمل مثل الحصبة الألمانية **R. ubella**، وقد بينت إحدى الدراسات أن إصابة الطفل داخل الرحم بفيروس تحدث خللاً بسيطاً للطفل ويظل كامناً حتى يبدأ نشاطه عندما يتعرض الطفل لتجربة نفسية مؤلمة مثل ولادة طفل جديد أو فقد أحد آباءه أو تغيير مسكنه، وذلك ما يؤكد آباء هؤلاء الأطفال من خلال ملاحظتهم. (مصطفى نوري القمش، 2011، ص31-41)

هـ. إصابة جهاز المناعة:

إن جهاز المناعة يحمي الطفل عن طريق تكوين أجسام مضادة للقضاء على الفيروسات والتخلص منها فإذا حدث له إصابة أو ضعف يكون الطفل عرضة للإصابة بالعدوى الفيروسية التي ينتج عنها اضطرابات في نمو الطفل، وقد يصاحبها الإصابة بالتوحد.

ثالثاً: العوامل البيوكيميائية Biochemical Factors :

أكدت بعض الدراسات وجود علاقة ارتباطية بين الخلل في الأجهزة العصبية البيوكيميائية والتوحد وأن المستويات المرتفعة لعدد من أجهزة الإرسال العصبية في الدم عند الأطفال التوحديين ينتج عنها تأخر في النضج وقصور الفهم لديهم، وهذا الخلل الكيميائي يحتمل أن يؤدي إلى وجود اضطراب وظيفي في عمل نصف المخ الأيسر وأيضاً على كفاءة الجهاز المناعي لأمراض الحساسية المرتبطة بنوع خاص من بروتين المخ **Myclin** الضروري للأفكار المعرفية.

يشير كامبل وآخرون إلى وجود علاقة عكسية بين معدل بلازما السيروتونين في الدم والوظائف العقلية لدى التوحدين، وعند مقارنة عشرة من الأطفال التوحدين بمجموعة من زملائهم العاديين وجد كوهين وآخرون (1980) ارتفاعاً في السيروتونين في الدم، ونقصاً في (5-Hydroxyindoleacetic) وفي سائل النخاع الشوكي Cerebrospinal fluid بمعدلات ذات دلالة منتظمة لدى الأطفال التوحدين، وكذلك ازدياد معدلات حمض الهوموفانيليك Homovanillic Acid لديهم بنسبة (87:414)مجم .

ويشير هيلي وروبرت (Healy & Robertes1965) إلى أن الأطفال التوحدين لديهم شذوذ في عمليات الأيض للتریوفان Tryptophan وقد توصل ساكين وآخرون في أثناء القيام بعلاج حالات من الأطفال التوحدين باستخدام عوامل استقبال الدوبامين Dopamin للتخلص من السلوك النمطي إلى أن التوحد ينتج عن زيادة النشاط الوظيفي لأجهزة الدوبامين في المخ.

وقد اكتشف فريد هوف وآخرون (Fried et als1962) وجود مادة في بول الأفراد التوحدين، وهذه المادة غير موجودة لدى العاديين تسمى (3-4 dimethoxyphenylethylamine).

وقد توصلت دراسات سيمون وجيلز (1964) إلى أن بعض الأطفال التوحدين لديهم قصور شديد في الهيكل العظمي وتكوينه، وآخرون لديهم قصور في الوزن والطول. وافترض الباحثان أن هذا القصور يرجع إلى اضطراب وظيفي في الغدة النخامية، وفي دراسات أخرى لنفس الباحثين توصلوا إلى أن الأطفال التوحدين لديهم نقص في كميات الأنسولين والجلوكوز، وزيادة في تركيز عنصر الرصاص في بلازما الدم، وهذه الزيادة قد ترجع إلى اضطراب في عملية الأيض للخلايا أو إلى اضطراب في وظيفة الغدد الصماء (كالنخامية - التيموسية - الدرقية - الأدرينالية - التناسلية - البنكرياسية).

ويرى البعض أن الخلل في التمثيل الغذائي الناشئ عن نقص الإنزيمات التي تحول الأحماض إلى مواد مفيدة للجسم قد ينشأ عنه إصابة بالأوتيزم المصحوب بالتخلف العقلي.

رابعاً: الفرضيات الجينية والوراثية والكروموسومية:

يرجع حدوث التوحد إلى وجود خلل وراثي حسب (Frith 1989) فأكثر البحوث تشير إلى وجود عامل جيني ذي تأثير مباشر في الإصابة بهذا الاضطراب، حيث تزداد نسبة الإصابة بين التوائم المتطابقة (من بويضة واحدة) أو أكثر من التوائم الأخوية (من بويضتين مختلفتين).

انتهت نتائج دراسة بايلي وآخرين (1995) إلى أن نسبة الإصابة من بويضة واحدة تبلغ 73% وقد قدر روزين وآخرون (2002) أن الوراثة تساهم بنسبة 85% وانتهت نتائج دراسة ميرسيرل وآخرين (2006) إلى أن العوامل الوراثية تساهم بنسبة 90.2%، والعوامل ما قبل الولادة بنسبة 43.9%، والعوامل في أثناء الولادة بنسبة 68.3%.

وهناك منطقتان في الكروموسوم (2)، والكروموسوم (17) ربما تحتضنان الجين الذي يجعل الفرد أكثر قابلية للتوحد، وهناك استدلالات سابقة تقترح أن منطقتي الكروموسوم (7)، (16) لهما دور في التحديد عما إذا كان الطفل سيصاب بالتوحد.

ويتوفر عاملان من أقوى العوامل التي تسبب حالات التوحد:

1. شذوذ الكروموسومات (X).

2. تصلب الأنسجة الدرقية. **Tuber Sclerosis**.

خامسا: وجهات النظر التفاعلية:

يعتقد البعض أن أسباب التوحد نفسية عاطفية، والبعض الآخر يعتقد أنها عضوية بيولوجية وراثية بيوكيميائية، وتعتقد مجموعة ثالثة أن أسباب التوحد ترجع إلى التناج المشترك للاستعدادات الطبيعية الجسمية منها والوراثية بالإضافة إلى ما يحدث داخل محيط الأسرة من صدمات وضغوط وعوامل إحباط وغيرها. (مصطفى نوري القمش، 2011، ص31-41)

وعموما فإن الأسباب التي تم عرضها هي احتمالات متوقعة للإصابة بالتوحد وليست أكيدة، وما زالت في طور البحث والدراسة.

6- الأعراض العامة المصاحبة لاضطراب التوحد:

1. شذوذ في نمو المهارات المعرفية دون اعتبار لمستوى الذكاء العام.
2. شذوذ في الأكل والشرب والنوم (قصر الطعام على أنواع قليلة وشرب السوائل بكثرة والاستيقاظ المبكر ليلا بهز الرأس وأرجحتها).
3. شذوذ الوجدان مثل التقلب الوجداني (أي الضحك أو البكاء دون سبب واضح) والغياب الظاهري لتفاعلات العاطفية، ونقص الخوف من مخاطر حقيقية واستجابة خوف منفرط لموضوعات غير مؤذية.

4. سلوك إيذاء النفس مثل خبط الرأس في الحائط أو عض الأصابع واليد.
 5. التبلد وعدم الاكتراث بالناس.
 6. ممارسة أنماط سلوكية نمطية شاذة في الوضع والحركة مثل الآلية الحركية (رفرفة الراعين والقفز والمشي على أطراف أصابع القدمين والأوضاع الغريبة للجسم .
 7. الانسحاب الاجتماعي والانطواء على النفس وعدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين.
 8. رغبة قلقمة متسلطة في الإبقاء على حالتهم كما هي بالإضافة إلى صعوبات في اللغة .
 9. لا يستعمل اللعب لتمثيل الأشياء بطريقة عادية (مثلا قد يستعمل الطفل الدمى أو السيارات كمواد بناء بدلا من استعمالها كأطفال أو كسيارات تسير على الطريق .
 10. مظاهر القلق والعدوان الذي يتميز بالعنف والانفصال الشديد عن الواقع والتكرار الرتيب للأفعال أو الأقوال.
 11. ظهور الطفل بمظهر الحزين دون أن يعي ذلك، يبدو غير قادر على إظهار الانفعالات الأخرى بشكل مميز تبعا لما يستدعيه الموقف .
 12. اضطراب النمو العقلي للطفل في بعض المجالات مع ظهور تفوق ملحوظ أحيانا في مجالات أخرى.
- (الشرقاوي،2018،ص 81-84)

6-1- الأعراض المبكرة الملاحظة من قبل الأم للتوحد:

- * انبهار بالأضواء والأصوات وحركات الجسد.
- * يكون سعيدا عندما يترك لوحده.
- * لا يجب أن يحتضن .
- * يهز جسده ويدور يديه وينثر على الأشياء ويلوح بيديه.
- * يلعب بأجزاء من اللعبة (مثل عجلة السيارة) والتعلق بها.
- * يرتب الأشياء في صفوف.
- * لا يجب أن يقوم أحد بلمس أعباه أو بأن يعيد ترتيبها.
- * الصراخ عند غسل الشعر وتقليم الأظافر.
- * التشبث بما يحيطه من أشياء.

* تفضيل غير عادي لبعض الأطعمة.

* قد يتحول الشعر الذي كان ناعماً إلى الخشونة.

* عدم تمييز الأشخاص البالغين المألوفين لديه عندما يقومون بتغيير ملابسهم أو تسريحة شعرهم .

* عدم وجود ردود فعل للأصوات العالية أو عند مناداته باسمه ، الشك بأنه أصم ولكنه قد ينتبه للأصوات الخافتة جداً مثل فتح علبة بسكوت .

* قد يبدأ بالكلام لكن فيما بعد:

1. يفقد الكلمات.

2. تتطور لديه لغة خاصة بها.

وعندما تلاحظ الأم بعض هذه الأعراض المبكرة فعادة مل تعبر عن قلقها إلى الأب، طبيب الأطفال ومعلمة الروضة وفي مرحلة الوعي الأولي قد ينكر الوالدين أو الأقارب أو الأصدقاء بصورة فردية أو جماعية وجود شيء غير عادي . (تامر فرح سهيل، 2015، ص282).

7- المحكات الأساسية لتشخيص التوحد:

بالرغم من الصعوبات التي تواجه عملية تشخيص حالات التوحد فإن العلماء والباحثين حاولوا التغلب عليها بوضع مجموعة من المعايير والمحكات الأساسية التي تشخص حالات التوحد على أساسها. ومن أقدم وأول هذه المعايير تلك التي وضعها كانر وكررها في كتاباته المتعددة من (1943-1970) . (القمش، 2011، ص104)

7-1. معايير ليو كانر 1949:

لقد حدد (ليو كانر) بعض المعايير لتشخيص حالات التوحد عام (1949) للحكم على الحالة وهذه المعايير:

1. سلوك انسحابي انطوائي شديد وعزوف عن الاتصال بالآخرين.
2. التمسك الشديد (لحد الهوس) بمقاومة أي تغيير يحدث في البيئة الفيزيائية المحيطة به.
3. شدة الارتباط بالأشياء والتعاطف معها أكثر من الارتباط بالأشخاص بما في ذلك أبويه وأخوته.

4. مهارات غير عادية مثل تذكر خبرة قديمة أو حادث أو صوت أو جملة أو يقوم بعملية حسابية صعبة أو ييدي مهارات في الرسم أو الغناء بشكل طفرات هجائية.
5. يبدو عليهم البكم وإذا تكلموا فالكلام في شكل همهمة وغير ذي معنى ولا يحقق جدوى في الاتصال بالآخرين. (الشرقاوي، 2018، ص 105)

7-2. الدليل التشخيصي والإحصائي لتشخيص الاضطرابات العقلية (DSM):

قدم الدليل التشخيصي والإحصائي (DSM-2,1980) خمس محكات أساسية لتشخيص التوحد، وقد عدلت هذه الطبعة حيث حددت محكات التشخيص في ثلاث مجموعات موزعة على ستة عشر عرضاً ويشترط توافر ثمانية أعراض على الأقل من المجموعات الثلاث، ثم أجريت بعض التعديلات على الطبعة الثالثة DSM-3 (1987)، وبعدها تم التعديل في الإصدار الرابع والذي (DSM-4 (1994)، اعتبر اضطراب التوحد أحد الاضطرابات النمائية الشاملة، وكذلك في الإصدار الرابع المعدل (DSM-4R (2000 حيث اشترط وجود ثلاث محكات رئيسية لتشخيص التوحد كما يلي:

المحك الأول:

توفر ستة أعراض على الأقل كالاتي: اثنان على الأقل من الفئة (أ) وعرض واحد على الأقل من الفئة (ب) وعرض واحد على الأقل من الفئة (ج).

الفئة أ: قصور أو خلل نوعي في التفاعل الاجتماعي كما يظهر فيما يلي:

- قصور في استخدام السلوكيات غير اللفظية مثل الإشارات والإيماءات وتعبيرات الوجه ولغة الجسد والوضع الجسماني.

- عدم القدرة على إقامة علاقة مع أقرانه من العمر النمائي نفسه.

- الافتقار إلى العفوية التلقائية في مشاركة الآخرين أفرحهم وأوقات متعتهم واهتماماته .

- الافتقار إلى التبادل العاطفي والاجتماعي مع الآخرين.

الفئة ب : قصور أو خلل نوعي في التواصل اللفظي وغير اللفظي كما يظهر في ما يلي:

- استخدام نمطي أو تكراري للغة.

- عدم القدرة على اللعب التخيلي أو الإيهامي الملائم للمستوى النمائي.

- عدم القدرة على المبادرة بالكلام وإجراء المحادثة والمحافظة على الاستمرارية (حسب مستوى اللغة الذي لديه).
- تأخر أو انعدام اللغة دون محاولة التعويض عنها بأشكال التواصل البديلة كالإيماءات وتعبيرات الوجه.

الفئة ج : سلوكيات وأنشطة نمطية واهتمامات وأنشطة محددة كما يظهر في ما يلي:

- الانشغال المستمر بأجزاء من الأشياء.
- الإصرار على روتين معين والمحافظة عليه.
- حركات يدوية وجسمية تكرارية ونمطية مثل هز الجسم، الرفرفة.
- الانشغال النمطي ببعض الأشياء والخصائص غير الوظيفية للأشياء.

المحك الثاني:

ظهور أداء وظيفي غير عادي في واحد على الأقل مما يأتي ويكون ذلك قبل الثلاث سنوات من عمر الطفل:

- التفاعل الاجتماعي.
- اللعب الرمزي أو التخيلي.
- استخدام اللغة في التواصل الاجتماعي.

المحك الثالث:

أن لا يكون سبب هذه الاضطرابات يرجع إلى اضطراب ريت **Retts** أو اضطراب الطفولة التفككي. (تامر فرح سهيل، 2015، ص141-143).

8- علاج اضطرابات التوحد:

- العلاج النفسي الديناميكي Psychodynamic :

يعتبر هذا المصطلح واسع يشمل مجموعة من المعالجات التي لها نفس الأساس النظري، وهو يركز على الاعتقاد بأن مشاعر الفرد وانفعالاته وسلوكياته تتأثر بشكل مباشر بالأحداث الماضية، مثلاً: يمكن أن يكون للصدمات النفسية في مرحلة الطفولة آثاراً طويلة المدى في مرحلة البلوغ، ونتيجة لذلك فإن الهدف الرئيسي للعلاج الديناميكي النفسي هو استقصاء ماضي المريض من أجل الربط ما بين الأحداث الماضية والسلوكيات والمشاعر الحالية، كما يعتقد أننا عندما نقوم بالتعريف بهذه الارتباطات يمكن للشخص أن يقوم بتغييرات واعية في سلوكه.

أ- التحليل النفسي: Psychoanalysis

كان التحليل النفسي كعلاج للتوحد شائعاً في الماضي وهو لا يزال شائعاً في بعض الدول، ويعتبر التحليل النفسي الوالدين وخاصة الأم هي السبب في الحالة التي يكون عليها الطفل، وكان الافتراض الجوهري للعلاج إمكانية " علاج " التوحد إذا ما نقل الطفل وأبعد عن " الوالدين الباردة " أو الآباء الذين تم تعليمهم كيفية تشكيل "روابط لائقة" مع الطفل، ولقد ثبت أن التحليل النفسي غير فعال وقد يكون في بعض الأحيان مؤذياً أو مضللاً في علاج التوحد .

ب- العلاج بالاحتضان: Holding therapy

في أواخر الثمانينات أعلن عن العلاج بالاحتضان على أنه يشفي التوحد بطريقة عجيبة، وجادلت مارثا ويلش **Martha Welch** التي أنشأت هذا العلاج بأن التعلق الخاطئ ما بين الأم وطفلها يسبب الخوف لدى الطفل مما يؤدي بدوره إلى انسحاب الطفل وإصابته بالتوحد، وعندما يصبح التعلق مطمئناً أكثر يمكن للطفل أن يتقدم عبر مسار تطوره، وينظر إلى العلاج بالاحتضان أنه يقوي روابط المحبة ما بين الأم وطفلها، ويعتبر هذا أساس التطور الصحي السعيد، ولقد افترض أنه في حالة ضم الأم لطفلها بأمان بين ذراعيها، يتعلم الطفل التوحيدي التغلب على الخوف من اتصال العينين المباشر ومن التعلق الحميم، كما يساعد هذا الطفل في تحرير مشاعر الغضب التي كان يكبتها في السابق.

وعلى الرغم من محاولات الطفل للتحرر، إلا أن على الأم أن تضمنه بشدة على افتراض أنها توصل له رسالة بأن حبها له قوي جداً، لدرجة أنها سوف تعني به بغض النظر عما يقوم به، وبغض النظر عن مشاعره، وكانت خبرة العلاج بالاحتضان مؤلمة لكل من الأم والطفل، ولكن تم إعلام الوالدين أن هذا هو ثمن "الشفاء"، ولا يوجد هناك دليل مهما كان يجبرنا على الاعتقاد بأن "الاحتضان" يمكن أن يخلق روابط محبة بين الطفل، ناهيك عن الاعتقاد بأنه " يشفي " من التوحد. (الجوالده، 2010، ص209-210).

- العلاج الطبي:

استخدم هذا المدخل أصحاب النظرية العضوية التي تعتبر أن التوحد ناشئ عن خلل عضوي داخل الطفل ومنهم وينج (1966)، روتر (1967، 1986) كامبل وآخرون (1978، 1991)، وقد تم استخدام العلاج الطبي بالأساليب التالية:

أ. **العلاج الجسدي:** يتضمن محاولة علاج أي مرض يصيب الخلايا الحية أو الخلل الوظيفي الذي يصيب الهرمونات، مثل استخدام السماعات لتحسين حالة السمع، أو علاج الحول أو تحسين طريقة المشي والوقوف، إن كان ذلك ممكنا بشرط عدم المغامرة بجعل حياة الطفل غير سارة فيكون عاملا مساعدا في تحسين حالة الطفل النفسية، وقد يكون سببا في تحسين سلوك الطفل بصفة عامة .

ب. **العلاج الكيماوي:** ويشتمل على أدوية فيتامينات مضادات خمائر، ويرى بعض العلماء أن العلاج الكيماوي أكثر فاعلية في تخفيف أعراض الأوتيزم، ومن العقاقير التي تم استخدامها هالبيردول **Haloperidol**، أنتي دوبامينيرجيك **Antidopaminergic** في اختزال السلوكات النمطية.

وفي دراسة أخرى لكامل (1981) أشار إلى أن هذه العقاقير تفيد في تحسين القدرة على الكلام إذا تم استخدام العلاج السلوكي بجانب تناولها .

أما عقار فينفلرمين **Fenfluramine** فيحتزل معدل السيروتونين في الدم، ويستخدم الامفيتامين **Amphetamines** في خفض النشاط الزائد وزيادة الانتباه، فونثرين **Phonothiozines** في خفض القلق والعنف الزائد المرتبط بإيذاء النفس، وقد استخدم فيتامين (مانجيز ب6)/ **B6** مع حالات الأوتيزم بصفة عامة لما له من مضاعفات محدودة جدا وفاعلية إلى حد ما في تحسن الحالات .

ج. **العلاج بالصدمات الكهربائية:** في بعض الحالات يكون استخدام الصدمات الكهربائية مفيدا بشرط أن يكون مركزا ولفترات طويلة بمعدل أربع أو خمس جلسات في الأسبوع الواحد لمدة أربعة أو خمس أسابيع . ويذكر أوجرمان أنه استخدم هذا النوع خلال ممارسته لعلاج حالات التوحد فقط في الأطوار الأكثر حدة لدى المراهقين، كما أنه مكلف من الناحية المادية. (القمش، مرجع س، ص134-135)

العلاج السلوكي:

يعتبر المنحى السلوكي وتعديل السلوك من أهم الاستراتيجيات التي سجلت نجاحا ملموسا في تعليم وتدريب الأطفال التوحدين، وقد استخدمه في العديد من الدراسات العلاجية، وقد أمكن التغلب على لكثير من الصعوبات والمشكلات التي يصدرها الأفراد التوحدين باستخدام أساليب ومبادئ المنحى السلوكي التي ذكرها واطسن ، ويمكن عرضها على النحو التالي:

1. ملاحظ السلوك المطلوب التخلص منه وتسجيل مدته ودورته والتعرف على الظروف التي تؤدي إليه والنتائج التي ترتبت عليه وتتبعه .
2. عند إلغاء سلوك سيئ يميل الطفل إلى ممارسته باستمرار، يجب البحث عن السلوك الطيب البديل المراد إحلاله محل السلوك السيئ.
3. عند تعليم سلوك أو مهارة جديدة، يجب تقسيم العمل إلى خطوات بسيطة ثم يقل التلقين بالتدرج.
4. التعزيز والتشجيع بشتى الطرق المادية والمعنوية لكل سلوك طيب يصدر عن الطفل وتجاهل السلوك السيئ كلما أمكن.
5. تغيير الظروف المصاحبة لحدوث السلوك السيئ لتقليل فرص بدء حدوثه .
6. لا بد من الاستمرارية والإصرار على التعليمات نفسها كلما صدر السلوك السيئ للطفل .
7. يجب مراعاة عدم التناقض بين السلوك الصادر من الكبار والقواعد التي تفرض على الأطفال لأن هذا يسبب لهم نوعا من الحيرة والارتباك. (القمش، 2011، ص135-136)

– التدخل العلاجي التواصلي الاجتماعي:

يعاني أطفال التوحد من صعوبات في التطور اللغوي والفهم وقد ثبت أن برامج النطق واللغة التقليدية عديمة الفائدة وغير فعالة، فهم بحاجة إلى من يعلمهم استخدام اللغة للتواصل وليس مجرد النطق، وهناك العديد من الطرق التي صممت خصيصا لتطوير المهارات التواصلية ولعل أكثرها انتشارا نظام التواصل بتبادل الصور ولغة الإشارة، ويضم هذا الأسلوب مجموعة متنوعة من الطرق منها:

* أنظمة التواصل الاثرائى البديل والتكنولوجيا المساندة .

* نظام التواصل بتبادل الصور .

* لغة الإشارة .

* علاج النطق/ اللغة .

* القصص الاجتماعية

* العلاج باللعب .

* العلاج بالموسيقى .

1. أنظمة التواصل الإثرائي البديل والتكنولوجيا المساندة:

تمثل التكنولوجيا المساندة أية أداة تمكن الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة من استخدام قدراتهم لتحقيق أهدافهم، والتي يتم استخدامها لتحفيز التواصل والتفاعل الاجتماعي والأداء الأكاديمي.

وتصنف أنظمة التواصل الإثرائي البديل كقائمة من فئات التكنولوجيا المساندة والتي تمثل استخدام الخدمات والأدوات مثل الرسوميات والبطاقات المصورة والتسجيل الصوتي لتحفيز التواصل، حيث أن الهدف النهائي لتلك الأدوات تطوير نظام تواصل فعال ووظيفي، ويدل مصطلح إثرائي على عملية المساندة وتحسين التواصل، بينما يدل مصطلح بديل على عملية إيجاد طريقة بديلة للتواصل.

2. برنامج فاست فورورد Fast for Word :

هو برنامج الكتروني يعمل بالحاسوب أنشأه تولى (Toller 1996) وطورته مؤسسة التعليم العلمي بالولايات المتحدة الأمريكية، باعتباره وسيلة مبتكرة قادرة على تغيير مفاهيم القراءة وتعلم اللغة، حيث أن هناك أكثر من (4400) مدرسة في أمريكا تعتمد على هذه النوعية من البرامج، ويقوم البرنامج على أساس وضع السماعات في أذني الطفل وهو أمام الكمبيوتر، حيث يعمل البرنامج على جعل منطقتي الدماغ الأمامية والخلفية تعمل بشكل طبيعي كما هو الحال في الوضع الطبيعي، وتقوم مبادئ هذا البرنامج على التسلية واهتمامات الطالب.

يتكون البرنامج من أحد عشر برنامجاً مختلفاً، حيث أن هناك مهارات في البرنامج للقراءة والكتابة واللغة المنطوقة بدءاً من عمر خمس سنوات وحتى البلوغ، وهناك مرونة كبيرة في البرنامج، فإذا أخطأ الطفل في حل السؤال ثلاث محاولات متكررة فإن البرنامج وبشكل أوتوماتيكي يعطيه سؤالاً يناسبه ليلائم قدراته لتحقيق (80%) من النجاح، لأن الهدف من البرنامج هو خلق أطفال ناجحين.

3. نظام التواصل بتبادل الصور: Picture Exchange Communication System - PECS :

طور هذا النظام في الولايات المتحدة الأمريكية من قبل بوندي وفروست (Bondy & Frost 1985)، حيث اعتمد هذا النظام على مبادئ التحليل السلوكي التطبيقي (ABA) ويستخدم هذا النظام كنظام تواصل معزز وبديل (AAC) للأشخاص الذين يستخدمون اللغة أو الذين لم تتطور لديهم اللغة أو الذين ليس لديهم لغة، وذلك عن طريق بعض الوسائل كالإيماءات ولغة الإشارة ولغة الجسد والصور أو من خلال القراءة والكتابة، وتهدف هذه الطريقة إلى تعليم الطفل طريقة مساعدة للتواصل عن طريق تبادل الصور، حيث يتم تدريسه على

إعطاء المعلم الصورة المناسبة التي تعبر عن حاجاته ورغباته، ومن ميزات هذا النظام أنه يمكن استخدامه مع أي شخص لديه صعوبات في اللغة ومع أي درجة صعوبة ومع أي عمر، حيث يتيح البرنامج للأطفال الذين يعانون من التوحد من التواصل التلقائي والتواصل في قالب اجتماعي من خلال تبادل الأدوار. (سهيل، 2015، ص208-210).

4. لغة الإشارة Sing Language

تعتبر لغة الإشارة من أدوات التكنولوجيا المساندة منخفضة الأداء ونظام تواصل إثنائي في حال استخدم مع اللغة المحكية ونظام تواصل بديل إذا ما تم استخدامه بدون اللغة المحكية، إلا أنه لا يزال تعليم الأطفال الذين يعانون من التوحد لغة الإشارة كوسيلة تواصل إثرائية بديلة مثيرة للجدل .

5. علاج النطق / اللغة:

على الرغم من أن الأطفال التوحدين يجدون صعوبة في تطوير اللغة والفهم، إلا أن هذه الطريقة أثبتت أنها غير فعالة أو حتى غير مفيدة، فهم يحتاجون لأن يتعلموا ليس الكيفية التي يتكلمون بها اللغة، بل كيف يستخدمون اللغة للتواصل، وهناك عدة أساليب صممت بشكل محدد لتطوير مهارات الاتصال، وأكثر الأساليب المستخدمة شيوعاً هي PECS ولغة الإشارات .

6. القصص الاجتماعية: Social Stories

قامت كارول غراي Carol Gray عام (1991) بتصميم القصص الاجتماعية لتحفيز التواصل الاجتماعي لدى الأطفال الذين يعانون من التوحد، بحيث تصنف مواقف واستجابات ذات صلة بالحياة الاجتماعية وتطبق ل غراي (2000) فإن الهدف من وراء كتابة القصص الاجتماعية ليس تغيير سلوك الطالب وإنما تسهيل فهم المواقف الاجتماعية ووجهات نظر الآخرين، وتهدف القصص الاجتماعية إلى شرح الأحداث والتوقعات ومشاركة المعلومات من خلال الرسومات والصور .

7. العلاج باللعب:

حيث أن الأفراد الذين يعانون من التوحد غير قادرين على تطوير اللعب التمثيلي أو التخيلي للأنشطة كما هو عند الأطفال العاديين، على الرغم من أن بعض الأطفال الذين يعانون من التوحد قد يتقنون دور شخصية

شاهدوها في التلفاز أو دور حيوان، وينعكس ذلك على سلوكهم أو من خلال الأشياء، وهذا ليس نوعا من اللعب التمثيلي كما أن طريقة لعبهم غير عادية فهم يستخدمون أدوات اللعب بطريقة غير مألوفة، كما أن لديهم ممارسات متكررة للعبة ما مع ظهور بعض سلوكيات الاستشارة الذاتية.

ويعد اللعب أول أشكال التواصل لدى الأطفال وهو الوسيلة الأولى التي يفهم بها الأطفال عالم الكبار وكيفية التفاعل مع الآخرين، ويستخدم اللعب حاليا كأسلوب تشخيصي وعلاجي مع الأطفال الصغار كطريقة لمعرفة مشكلاتهم وعلاجها، نظرا لأن الأطفال لا يتكلمون بسهولة عن مشكلاتهم الذاتية، وبالتالي أصبح اللعب يستغل في إخراج الانفعالات والصراعات الداخلية التي تعمل على توتر الأطفال باعتباره مدخلا أساسيا لدراسة الأطفال وتحليل شخصياتهم ويستغل أيضا في تنمية المهارات التواصلية الاجتماعية لدى الأطفال عموما والتوحيدين بشكل خاص.

8. العلاج بالموسيقى:

ويعرف العلاج بالموسيقى بأنه استخدام الموسيقى لتحقيق الأهداف العلاجية التي تعمل على تحسين الصحة الذهنية والنفسية للأفراد، وتستخدم لإحداث تغييرات مرغوب فيها في السلوك، والتي تزيد من فهمه لنفسه والعالم المحيط به وتجعله أكثر تكيفا مع المجتمع، مما يزيد من إحساسه وثقته بنفسه.

ويستخدم العلاج بالموسيقى في معظم مدارس التربية الخاصة التي تعنى بالتوحد، حيث أن العلاج بالموسيقى مفيد جدا في تطوير بعض المهارات وخصوصا المهارات الاجتماعية، وتساعد أفراد التوحد على التواصل، ويقوم على دراسة المواهب الكامنة الموجودة لدى أفراد التوحد في الموسيقى.

وتعد الأنشطة الموسيقية من أحب أنواع الأنشطة التي يستجيب لها ذوو الاحتياجات الخاصة وخاصة أطفال التوحد، بسبب عدم مقدرتهم على التواصل، حيث تستخدم لتنمية الكثير من المهارات لتعديل الكثير من أنماط السلوك. (تامر فرح سهيل، 2015، ص 215-221).

9- أدوات تشخيص وقياس التوحد:

تعددت وكثرت الأدوات المستخدمة في تشخيص الطفل التوحدي، ورغم ذلك ما زال التشخيص معقدا وصعبا للغاية، وأن ذلك يرجع للغموض الذي يحيط هذه الإعاقة في جوانبها المتعددة سواء في تشابه أعراضها مع كثير من الإعاقات الأخرى كما سبق أن تم عرضه، أو أسبابها التي ما زال العلم عاجزا عن تحديدها تحديدا دقيقا.

ومن الأدوات التي كثر استخدامها في الدراسات التشخيصية ما يلي:

1. قائمة سلوك التوحد (A.B.C) Autistic Behavior Checklist :

قام ثلاثة من علماء النفس المهتمين بإعاقه التوحد وهم كرج، أريك، الموند (1980) بإعداد هذه القائمة للتعرف على الأطفال التوحديين. واتسمت هذه القائمة بالبساطة والدقة في التشخيص وإمكانية استخدامها في تصنيف الأطفال ذوي الإعاقه الخاصة، كما أنها تتمتع بدرجة عالية من الصدق والثبات، وقد استخدمها مورجان (1988) في مجال التعليم تحت اسم استمارة فرز حالات التوحد في مجال التخطيط العلمي للتعرف على خصائص بروفيل المجموعات العمرية .

وتكونت (A B C) من (57) سلوكا موزعة على خمسة أبعاد سلوكية تتمثل في:

1. تقييم التفاعل الاجتماعي مع الآخرين ورعاية الذات.
2. تقييم الاستجابات للمثيرات الحسية والصوتية والمرئية .
3. تقييم الاحتياجات التعليمية في المجال اللغوي .
4. تقييم القدرة على التواصل اللفظي وغير اللفظي .
5. تقييم القدرات العقلية والقابلية للتعلم وسرعة اكتساب الخبرات.

2. نظام الملاحظة الكلاسيكي (Behavior Observation System BOS):

أعد هذه الأداة فريمان، ريتفو، سكروز (1984) لتشخيص حالات التوحد على أسس موضوعية، فيقوم الأخصائي على ملاحظة (24) سلوكا هادفا من أعراض التوحد من خلال مشاهدة شريط فيديو للسلوك اليومي للحالة ثم يقوم الأخصائي بتسجيل معدل تكرار كل سلوك من هذه السلوكيات لفترة من الوقت تتيح التعرف على مدى ثبات السلوكيات التي تتسم بالحالة، وقد استطاع واضعو الأداة من خلال ملاحظة حالات التوحد متعددة أن يضعوا معايير موضوعية لتشخيص التوحد، كما أنهم أشاروا إلى أن الأداة لا يمكنها غالبا التمييز بين التوحديين ذي المستوى الوظيفي المنخفض وذو التخلف العقلي، وكذلك التمييز بين التوحديين ذوي المستوى الوظيفي المرتفع والعاديين، ويرى المؤلفون أن التقدير الكمي لتفاعل الأطفال مع الملاحظ أو الأخصائي هو أفضل السلوكيات المعبرة عن التفاعل الاجتماعي لديهم.

3. مقياس ملاحظة التوحد (A O S) Autism Observation Scale

أعد هذا المقياس سيجل وآخرون (1986) لتشخيص حالات التوحد، ويعتبر من المقاييس الموضوعية التقدير، ويتكون من (32) سلوكا رباعيا التقدير، ويقوم بالتقدير ملاحظ مدرّب جيدا على كيفية تفريغ جلسات اللعب شبه النظامية للأطفال المسجلة على شرائط الفيديو. وساعد تطور المقياس في التعرف على المجموعات الفرعية المشتقة من التوحد والتي يمكن أن تكزن أكثر تجانسا من مجتمع التوحد بصفة عامة، وهذه المجموعات الفرعية قد تكون ناشئة عن الظروف الأسرية البيئية أو لها علاقة بمراحل النمو أو مصاحبة لأعراض سلوكية أخرى.

4. مقياس الطب النفسي لتقييم الأطفال (C.P.R.S) Childrens Psychiatric Rating Scale

استخدم هذا المقياس لتقدير السلوك غير الفردي، وقد استخدم الملاحظون في دراسات عديدة لتشخيص حالات التوحد لأنه لا يتطلب تفاعلا لفظيا، كما استخدم في تجارب إكلينيكية عديدة منذ عام (1973). يتكون هذا المقياس من (63) عبارة ثم ال (28) عبارة الأولى على أساس ملاحظة سلوك الطفل، ال (14) عبارة الأولى منه مصممة لتلاءم أطفال ما قبل المدرسة التوحديين. وتشتمل هذه العبارات على السمات التالية:

1. قلة الحصول اللغوي .
2. التملل أو العصبية .
3. فرط النشاط .
4. ضعف أو قلة النشاط .
5. علاقات شاذة بالأشياء والموضوعات .
6. الانسحاب .
7. السلبية وعدم التعاون .
8. الغضب وحدة المزاج .
9. علاقة غير طبيعية بالآخرين .
10. عدم الثبات الانفعالي .
11. انخفاض الصوت بدرجة غير مناسبة .
12. ارتفاع الصوت في صورة صياح أو ضحك بدون سبب.

13. شذوذ واضح في النطق إن وجد (لأن معظم الأطفال التوحديين لا يتكلمون).
14. ممارسة سلوكيات نمطية شاذة كالاhtزاز أو الدوران أو ضرب الرأس بالحائط. (القمش، 2011، ص127-128)

10- آثار وجود الطفل التوحدي في الأسرة:

10-1: الآثار النفسية المترتبة على وجود الطفل التوحدي في الأسرة:

أشارت بعض الدراسات التي اهتمت بالجانب النفسي لأسر أطفال التوحد إلى أن معظم هذه الأسر قد تتعرض لضغط نفسي شديد قد يصل عند بعضها إلى درجة المرض وتختلف درجة الضغط النفسي من فرد لآخر داخل الأسرة الواحدة أو بين أسرة وأخرى، وأكدت الدراسات إلى أن الوالدين هم أكثر أفراد الأسرة تعرضاً للضغوط النفسية لأسباب قد تعود إلى طبيعة عملهم وعلاقاتهم الاجتماعية في البيئة التي يسكنون بها أو في مكان عملهم، ويمكن ملاحظة ذلك من خلال المظاهر السلوكية التي تبدو على الوالدين كمشاعر الذنب، الرفض المستمر للطفل، الحماية الزائدة، حبس الطفل في المنزل وعدم إظهاره للناس، الشعور بفقدان الطفل، الانعزال عن الحياة الاجتماعية، الشعور بالدونية والنقص، الهروب من الواقع، وعدم القدرة على تقبل ومواجهة الحقيقة، عدم الانسجام النفسي بين الوالدين وبينهم وبين بقية أفراد الأسرة.

كل هذه المظاهر ما هي إلا دلالات تعبر عن الضغوط النفسية التي يعيشونها والتي يمكن اعزائها بشكل أساسي إلى وجود الطفل التوحدي .

10-2: الآثار الاجتماعية المترتبة على وجود الطفل التوحدي في الأسرة :

أكد (Farber 1963) في أبحاثه على أثر وجود الطفل التوحدي على العلاقات الاجتماعية بين أفراد الأسرة بعضهم ببعض وبين أفراد الأسرة والآخرين خارج نطاق الأسرة ذاتها. وأشار إلى وجود آثار سلبية وأخرى إيجابية على تكيف الأخوة والأخوات في المجتمع وخاصة في المدرسة التي يدرسون بها. وأشار (Simeonsson 1981) إلى أن وجود الطفل التوحدي في الأسرة قد يخلق جواً من عدم التنظيم الأسري وتبرز الخلافات بين أفراد الأسرة مما قد تؤدي إلى انفصال الوالدين أو إلى مشكلات في العلاقات بينهم، وقد تميل بعض الأسر إلى عزل نفسها عن المجتمع وقطع علاقاتها بغيرها من الأسر لاعتقادهم بأن الأسر الأخرى عادة ما تتكلم عنهم في لقاءاتها.

10-3: الآثار الاقتصادية المترتبة على وجود الطفل التوحيدي في الأسرة:

لا شك أن وجود الطفل التوحيدي في الأسرة يضيف إلى أعبائها النفسية والاجتماعية أعباء أخرى مالية واقتصادية هذا إذا علمنا أن هذه الأعباء عادة ما تكون دائمة وتستمر طوال فترة حياة هذه الطفل، إذ أن الطفل التوحيدي يحتاج إلى متطلبات أكثر بكثير من غيره من الأطفال في الأسرة. فهم بحاجة إلى وقت ورعاية وحضانة وتدريب وتكاليف أكثر من غيرهم، فضلا عن أن قضاء الأم معظم وقتها مع الطفل ساهم بشكل كبير في انقطاع الأم عن العمل. (سوسن شاكر الجبلي، 2015، ص 25-26)

11- تكيف الأسرة مع التوحد:

يؤكد فلانجان (Flagan, 2001) أنه لا يوجد أسرة مهيأة لاستقبال طفل يعاني من التوحد، فالوالدين عادة ما يتوقعون ولادة طفل طبيعي وهذا مبني على الخبرة من خلال طبيعة تواجدهم في أسرهم، كما أن المجتمع من حولنا يقدم الدعم للأسر التي تضم أطفال طبيعيين مثل المدارس، المعلمين، المربيين، الأصدقاء فهذه المصادر الأساسية غير متاحة للأسر التي تضم أطفالا يعانون من التوحد.

كما يشير (Ehlich, 1983) إلى أن الآباء غالبا ما يشعرون بالضعف والعجز عندما يظهر طفلهم الذي يبدو طبيعيا بعض السلوكيات السلبية المرتبطة بالمرسنة وتظهر على هيئة الحزن، الإحباط، سرعة الغضب، عدم القدرة على النوم، ضعف الثقة بالنفس، تقلب المزاج.

كما أن طول المدة بمعاونة الطفل من مشاكله المدرسية وخاصة قبل عملية التشخيص يزيد من احتمالية الاضطراب النفسي لدى الوالدين والمعلمين.

وذكر الإمام والجوالده (2010) أن أسر الأطفال التوحيدين تعيش كل مرحلة من مراحل دورة حياتها بدرجات متباينة من الصحة النفسية، ودرجة المرونة عند الأسر تسهم إلى حد كبير في الطريقة التي ينمو بها الأبناء، فالحالة النفسية والمزاجية والاجتماعية والصحية والاقتصادية والثقافية والتعليمية التي يكون عليها الآباء تنعكس بكل تأكيد على حالة الأبناء، وما يتعرضون إليه من ضغوط كلها أمور هامة في تحديد الإجابة عن التساؤل الرئيسي التالي: كيف ستتكيف الأسرة مع صعوبات دورة الحياة؟ وللإجابة على هذا التساؤل ينبغي النظر إلى الدوائر الثلاثة التالية:

* دائرة الضغوط .

* دائرة السياق الثقافي الاجتماعي .

* دائرة الوحدة . (تامر فرح سهيل، 2015، ص 279).

خلاصة الفصل:

يعتبر التوحد من أشد وأخطر الاضطرابات لأنه اضطراب يؤثر على كامل جوانب الشخصية للطفل منها الجانب المعرفي والاجتماعي واللغوي والانفعالي، حيث يتميز الطفل التوحدي بخصائص معينة تجعله يختلف عن الطفل العادي من حيث السلوكات وطريقة التعامل، وقد ترجع أسبابه إلى أسباب نفسية أو وراثية أو بيولوجية أو كيميائية، وما يجعل هذا الاضطراب خطير هو صعوبة تشخيصه وتحديد ما إن كان الطفل يعاني من التوحد أو اضطراب آخر، كما تكمن أهمية تشخيصه في علاجه ووضع برامج علاجية من أجل مساعدة الطفل التوحدي سواء بالعلاج النفسي أو الطبي أو السلوكي أو غيرها من العلاجات، وكذلك مساعدة الأسرة على تقبل هذا الاضطراب ومحاولة التكيف والتعامل مع الطفل التوحدي خاصة الأم التي تتأثر أكثر من هذا الاضطراب وتجهد نفسها متعرضة للضغط النفسي وتجهد صعوبات في التعامل مع طفلها.

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع

الإجراءات المنهجية للدراسة

1- الدراسة الاستطلاعية

2- الدراسة الأساسية

3- عينة الدراسة

4- أدوات الدراسة

5- الأساليب الإحصائية المستعملة

تمهيد:

كما هو معلوم لا يخلو أي بحث في مجال علم النفس من الدراسة الميدانية، فالهدف من هذا الجزء هو عرض مختلف الخطوات المنهجية التي اعتمدنا عليها لتحقيق الأهداف المذكورة سابقا من هذا البحث. فبعد الإلمام بالدراسة النظرية التي تناولنا فيها تحديد الإشكالية، الفرضيات، الأهداف والأهمية والدراسات السابقة، بالإضافة إلى الفصول الضغط النفسي وأساليب المواجهة والتوحد.

ومنه سنتطرق في هذا الفصل إلى الدراسة الميدانية التي تعتبر جانبا هاما في أي بحث، وستتناول فيها الدراسة الاستطلاعية والأساسية، المنهج المستخدم، مكان الدراسة، عينة الدراسة، بالإضافة إلى الأدوات المستخدمة والأساليب الإحصائية في هذه الدراسة.

1- الدراسة الاستطلاعية:

تعد الدراسة الاستطلاعية بخطواتها العلمية البوابة الأولى إلى الجانب الميداني، فالحاجة إلى إجرائها تعتبر خطوة منهجية أساسية بما تتضمنه من أهداف، وكذا وصف للعينة التي أجريت عليها الدراسة، ووصف لأدوات القياس التي تم استخدامها، إضافة إلى الوقوف على بعض الأخطاء والهفوات التي قد تؤثر على مصداقية وموضوعية الدراسة ونتائجها، ثم ضبطها فعزلها وقت إجراء الدراسة الأساسية.

قام الباحث بإجراء دراسة استطلاعية حيث يلجأ العديد من الباحثين قبل الاستقرار على خطة البحث وتنفيذها بشكل كامل إلى القيام بالدراسة الاستطلاعية والتي على عدد محدد من الأفراد، ويتم من خلالها تحقيق الأهداف التالية:

- * التيقن من جدوى إجراء الدراسة التي يريد الباحث القيام بها.
- * استكشاف ميدان البحث والألفة به، والتعرف على العينة وحجمها، والوقوف على مدى تجاوبها وتقبلها للمشاركة في البحث.
- * تعديل استمارة البيانات الشخصية الخاصة بالأمهات.
- * اكتساب خبرة التطبيق. التهيئة لمباشرة الدراسة الأساسية.
- * تزويد الباحث بتغذية راجعة أولية حول مدى صلاحية الفرضيات البحثية التي يراد اختبارها لإجراء تعديلات عليها.

1-1- مكان وزمن إجراء الدراسة الاستطلاعية:

تم إجراء الدراسة الاستطلاعية خلال السداسي الثاني من السنة الدراسية 2018-2019 وهذا خلال المدة الزمنية الممتدة من 2019-02-17 إلى غاية 2019-03-03 بمدرسة أطفال التوحد وذوي الاحتياجات الخاصة بمدينة بوسعادة ولاية المسيلة .

1-2- التعرف على ميدان الدراسة:

قمنا باستطلاع ميدان الدراسة والتعرف على أمهات الأطفال المصابين بالتوحد بمدرسة أطفال التوحد وذوي الاحتياجات الخاصة ببوسعادة التابعة للجمعية الولائية لأطفال التوحد، وذلك بعد تعيين متغيرات الدراسة . وفي دراستنا هذه أردنا معرفة أساليب مواجهة الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال التوحيدين، وفي ضوء هذه الأهداف وطبيعة الدراسة وبما أن المقاييس التي سوف نعتمد عليها في هذه الدراسة متكيفة ومطبقة في العديد من

المرات في البيئة الجزائرية، لم نتم باستخدام هاته المقاييس ودراسة صدقها في الدراسة الاستطلاعية، غير أنه قمنا باستخدام الملاحظة العلمية للأمهات من خلال التعرف عليهن أكثر وإجراء بعض المقابلات الجماعية والفردية غير الرسمية للتحقق من المعاش النفسي لديهن والضغط النفسي الذي يشعرون به والتأكد من الشعور بالمشكلة المراد دراستها.

2- الدراسة الأساسية:

2-1- منهج الدراسة:

يعتبر المنهج الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسة المشكلة وذلك لاكتشاف الحقيقة (بوحوش، 1990، ص 20). استخدم الباحث المنهج الوصفي الفارقي لملائمته مع طبيعة هذا النوع من الدراسات التي تتطلب الوصف والتحليل وتحديد الفروق واستخدام الأساليب الإحصائية . لذلك فالبحث الوصفي هو بحث يتناول الظاهرة كما هي في الحاضر قصد تمحيصها وكشف جوانبها، ولا يقف هذا الأخير عند هذا الحد بل يتعداه إلى التحليل والتفسير والمقارنة قصد تعميمات ذات معنى تضيف جديدا إلى المعارف المتراكمة عن الظاهرة محل الدراسة (منصوري زاوي، 2007، ص 71).

2-2- عينة الدراسة وكيفية اختيارها:

تم اختيار العينة المتوافرة المتاحة حيث تكونت من (30) أم لطفل مصاب بالتوحد في مدرسة أطفال التوحد ببوسعادة وذلك لصعوبة الوصول للعينة وعدم حضور أغلب الأمهات إلى المدرسة وعدم تقبل بعضهم للمشاركة. عينة الصدفة أو المتاحة: تتكون العينة من الأفراد الذين يقابلهم الباحث بالصدفة، ويؤخذ على هذه العينة أنها لا تمثل المجتمع الأصلي كما أنها تمثل نفسها فقط، ولكنها سهلة الاستخدام وتعطي فكرة عن رأي الأفراد حول القضية المبحوثة وبسرعة وكلما زاد العدد زادت دقة النتائج (السعدي، دس، ص 11). كما يتم اختيار عدد من الأفراد الذين يستطيع العثور عليهم في مكان وزمان محدد، ونتائج استخدام هذا النوع تحدد إمكانية تعميم النتائج.

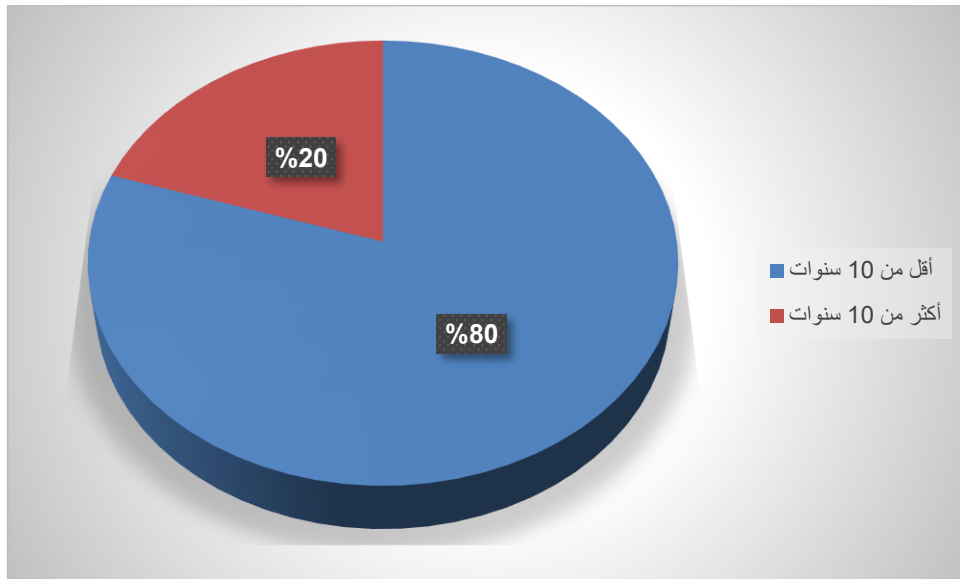
2-3- خصائص العينة:

خصائص العينة من حيث عمر الطفل:

الجدول رقم (01): يبين خصائص عينة الدراسة الأساسية حسب متغير عمر الأبناء.

متغير عمر الأبناء	العدد	النسبة المئوية
أقل من 10 سنوات	24	80%
من 10 سنوات فأكثر	6	20%
الإجمالي	30	100%

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى تكرارات أفراد عينة الدراسة والبالغ عددهم إجمالاً (30) فرداً، نلاحظ أن عدد الأطفال ذوي الأعمال الأقل من 10 سنوات بلغ (24) فرد بنسبة مئوية قدرت بـ (80%)، وقدر عدد الأطفال ذوي الأعمال من 10 سنوات فما فوق بلغ بـ (6) بنسبة مئوية قدرت بـ (20%) كما هو موضح من خلال الشكل التالي:



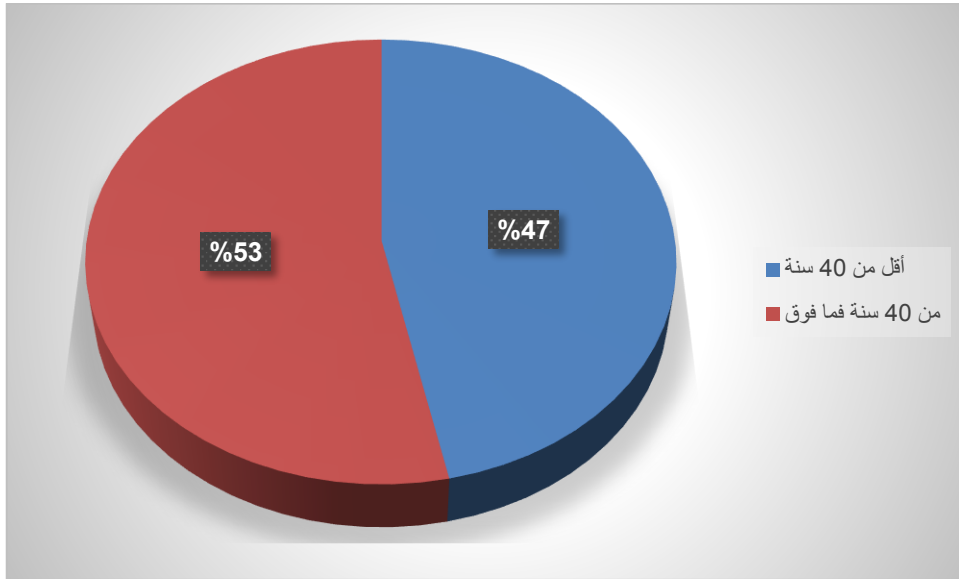
الشكل رقم (01): يمثل خصائص عينة الدراسة حسب متغير عمر الأبناء

خصائص العينة من حيث متغير عمر الأم:

الجدول رقم (02): يبين خصائص عينة الدراسة الأساسية حسب عمر الأم:

النسبة المئوية	العدد	عمر الأم:
46,7%	14	أقل من 40 سنة
53,3%	16	من 40 سنة فما فوق
100%	30	الإجمالي

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى تكرارات أفراد عينة الدراسة والبالغ عددهم إجمالاً (30) فرداً، نلاحظ أن الأمهات اللواتي يتراوح سنهن (أقل من 40 سنة) بلغ (14) بنسبة مئوية قدرت بـ (46,7%) وقدر عدد الأمهات اللواتي يتراوح سنهن (من 40 سنة فما فوق) بـ (16) بنسبة مئوية قدرت بـ (53,3%) كما هو موضح من خلال الشكل التالي:



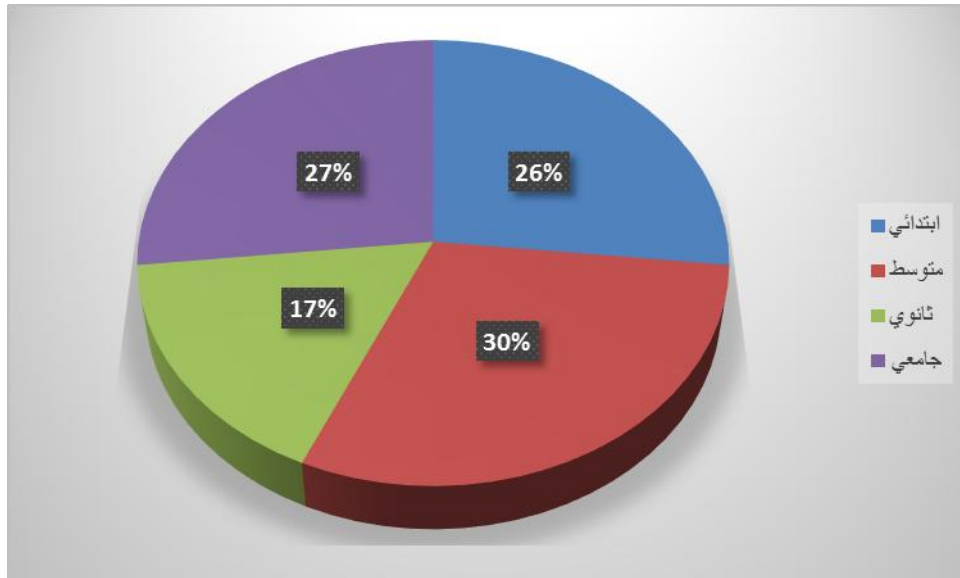
الشكل رقم (02): يمثل خصائص عينة الدراسة الأساسية حسب عمر الأم:

–خصائص العينة من حيث المستوى التعليمي:

الجدول رقم (03): يبين خصائص عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي.

النسبة المئوية	العدد	المستوى التعليمي
26,7%	8	ابتدائي
30,0%	9	متوسط
16,7%	5	ثانوي
26,7%	8	جامعي
100%	30	الإجمالي

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى تكرارات أفراد عينة الدراسة والبالغ عددهم إجمالاً (30)، نلاحظ أن عدد الأمهات اللواتي لديهن مستوى ابتدائي بـ (8) بنسبة مئوية قدرت بـ(26,7%)، في حين قدر عدد الأمهات اللواتي لديهن مستوى متوسط (9) بنسبة مئوية قدرت بـ(30%)، في حين قدر عدد الأمهات اللواتي لديهن مستوى ثانوي (5) بنسبة مئوية قدرت بـ(16,7%)، في حين قدر عدد الأمهات اللواتي لديهن مستوى جامعي (8) بنسبة مئوية قدرت بـ(26,7%)، كما هو موضح من خلال الشكل التالي:



الشكل رقم (03): يمثل خصائص عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي

3- أدوات الدراسة :

تعتمد أي دراسة علمية على استخدام العديد من الأدوات والوسائل لجمع المعلومات حول الظاهرة المراد دراستها، يستخدم الباحث في الدراسة الحالية مقياسين بالإضافة إلى استمارة البيانات الشخصية لاختبار فروض الدراسة حول أساليب مواجهة الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال التوحديين

- مقياس الضغط النفسي.

- مقياس أساليب المواجهة.

3-1- مقياس أساليب المواجهة: (Lazarus & Folkman)

تم وضع هذا المقياس من قبل كل من (Lazarus & Folkman) سنة (1988) بهدف إعطاء الباحثين مقياس يهدف إلى الكشف عن دور المواجهة وعلاقتها بالضغط والاضطرابات النفسية والجسدية والسلوكية وغيرها، اعتمدا عند وضع قائمة طرق المقاومة على عدد من الدراسات كدراسة:

(Weisman & Worden 1969) بالإضافة على دراسة (Silde & Moos & Adams & Cady 1969)

سنة (1976-1977) بالإضافة إلى الاعتماد على إجابات عينة البحث اللذان قاما بها حيث لاحظا أن التحليلات العملية أظهرت وجود نوعين مهمين للمقاومة هما : المواجهة المركزة على المشكل و المواجهة المركزة على الانفعال.

إن هذا الاستبيان يهتم خاصة بالأفكار والسلوكيات المتبعة من قبل الأفراد في مواجهة الموقف الضاغطة التي يتعرضون لها في حياتهم اليومية، يستعمل هذا الاستبيان كأداة بحث في الميادين الإحصائية والعيادية مثل دراسة طرق مواجهة الضغوط لدى الأشخاص الذين يعانون من بعض الأمراض أو لقياس أثر التدخلات العلاجية، يضم الاستبيان (8) مقاييس للمواجهة في ما يلي:

1- أساليب مخططات حل المشكل: (Planful problem solving) والذي يضم البنود التالية:

1, 20, 30, 39, 40, 43.

2- أسلوب التصدي: (Confrontive coping) ويشمل البنود التالية: 2, 3, 13, 21, 3, 26.

3- أسلوب اتخاذ مسافة (Distancing) ويضم البنود: 8, 9, 11, 16, 32, 35.

- 4- أسلوب ضبط الذات (Self-controlling) والذي يضم البنود: 6، 10، 27، 34، 49، 44، 50 .
- 5- أسلوب البحث عن السند الاجتماعي (Seeking Social Support) والذي يضم البنود: 4، 14، 17، 24، 33، 36 .
- 6- أسلوب تحمل المسؤولية (Accepting Responsibility) والذي يضم البنود التالية: 5، 19، 22، 42 .
- 7- أسلوب الهروب - التجنب (Escape - Avoidance) ويضم البنود التالية: 7، 12، 25، 31، 38، 41، 46، 47 .
- 8- أسلوب إعادة التقدير الإيجابي (Positive Reappraisal) وتضم البنود: 15، 18، 23، 28، 29، 45، 48 .
- 1- تعليمات تطبيق المقياس :

يمكن أن يطبق المقياس ذاتيا من قبل المفحوص نفسه ويمكن أن يساعد الفاحص المفحوص أثناء المقابلة كأن يشرح له العبارات التي لا يفهمها وحسب (Folkman & Lazarus) "يمكن أن يجيب الفرد لوحده على المقياس ويستحسن أن يطبقها عليه الفاحص"، أما مدة الإجابة فهي تتغير حسب كل مفحوص وترتبط بالأحداث الضاغطة.

2- طريقة التصحيح :

طريقة التصحيح سهلة وبسيطة، تعتمد على إعطاء علامة لكل بند حسب اختيار المفحوص وفق سلم بأربع عبارات تشير إلى مدى تكرار كل أسلوب مستعمل من قبل الفرد في حدث ضاغط ما وتتمثل في الآتي:

0- إطلاقا

1- إلى حد ما

2- كثيرا

3- كثيرا جدا، ثم تجمع علامة البند الخاصة بكل مقياس تحتي فنحصل على علامة الفرد في كل مقياس تحتي بمفرده.

- ثبات وصدق المقياس في البيئة المحلية:

لبنود مقياس أساليب المواجهة صدق ظاهري، ذلك أن الاستراتيجيات المذكورة هي نفسها التي صرح بها الأفراد أنهم يستعملونها لمواجهة متطلبات الوضعيات الضاغطة، كما أظهرت دراسة صدق التكوين الفرضي مدى انسجام نتائج الدراسة مع التنبؤات النظرية التي تم الانطلاق منها والتي تخص المواجهة كسيرورة، وأن مواجهة الأفراد تتغير ومتطلبات الوضعية (Lazarus & Folkman 1988 نقلا عن آيت حمودة حكيمة 2006).

بما أن هذا المقياس مطبق في البيئة الجزائرية في العديد من الدراسات، حيث كان باللغة الإنجليزية ترجم إلى العربية من قبل العديد من الباحثين منهم طايبي فريدة وذلك من خلال دراستها حول المميزات النفسية لمتعاطي المخدرات (1999) حيث قامت الباحثة بدراسة الصدق الظاهري للقائمة المترجمة كما تأكدت من سلامة اللغة المستعملة، سهولة التعليم والبنود، ومدى استيعاب أفراد العينة لما طلب منهم، وقد تم الإجماع على تناسب العبارات .

نقصد بالصدق الظاهري المظهر العام أو الصورة الخارجية للاختبار من حيث نوع المفردات وكيفية صياغتها ومدى وضوح هذه المفردات وكذا تعليمات الاختبار أو مدى مطابقة اسم الاختبار أو السلم على الموضوع الذي يقيسه .

كذلك الباحثة آيت حمودة حكيمة التي قامت بدراسة صدق أساليب المواجهة بطريقة الصدق الظاهري، فبعد أن تمت ترجمة المقياس وتعريبه عرضت الصورة الأولية له على (10) أساتذة من قسم علم النفس وعلوم التربية بجامعة باجي مختار عنابة، وطلب منهم قراءة العبارات بتفحص وذلك لتحديد مدى تكافؤ معنى البنود في اللغتين (الإنجليزية والعربية) ومناسبتها لقياس إدراك الضغط واستراتيجيات المواجهة في ضوء تعريف محدد لهما، واقترح أي تعديل في صياغة أي عبارة وتعديل ترجمة بعض بنود المقياس وترتب على صدق المحكمين تعديل صياغة بعض العبارات تلخص معظمها في الاتجاه نحو مزيد من التبسيط وسهولة صياغة البنود ووضوحها (آيت حمودة حكيمة، 2006).

كما تم تطبيق المقياس في دراسة صندلي ريمة (دراسة ماجستير في علم النفس الضغط)، حيث تم تطبيق المقياس مرتين على عينة قوامها (22) فردا من مراهقين يدرسون في السنة الثالثة ثانوي (ثانوية بولمعيذ علي) بولاية قسنطينة وكان الفاصل الزمني بين مرحلتى التطبيق أسبوعين، تم حساب معامل الارتباط بين درجات التطبيق الأول والثاني

وذلك بالاعتماد على معامل بيرسون. وأسفرت النتائج على معامل ارتباط يقدر ب 0.67 وهو دال إحصائيا عند 0.01، وهو ما يدل على أن المقياس ثابت. (صندلي ريمة، 2011، ص156)

-الثبات:

تم قياس ثبات الاستبيان من خلال دراسة التوافق الداخلي (Internal Consistency) للمقاييس الثمانية للاستبيان باستعمال معامل ألفا، وقد أظهر (Coefficient ALPHA)، وقد أظهر معاملات ثبات مرتفعة في مقاييس المواجهة وتمثل في الآتي: إستراتيجية التصدي (0.70)، مخططات حل المشكل (0.68)، وضبط الذات (0.70)، والبحث عن سند اجتماعي (0.76)، وتحمل المسؤولية (0.66)، والتهرب- التجنب (0.72)، واتخاذ مسافة (0.81) وإعادة التقدير الإيجابي (0.79). Folkman & Lazarus, (1988).

2/- مقياس إدراك الضغط النفسي (Perceived stress questionnaire):

تم بناء هذا المقياس من قبل Levenstein & all 1993 لقياس مؤشر إدراك الضغط النفسي (Perceived stress index) ويشمل هذا الاستبيان على 30 عبارة تتوزع وفق نوعين من البنود منها المباشرة والغير مباشرة وتضم المباشرة حوالي 22 بند هي البنود رقم : 2، 3، 4، 5، 6، 8، 9، 11، 12، 14، 15، 16، 18، 19، 20، 22، 23، 24، 26، 27، 28، 30.

تنقط هذه العبارات من 1 إلى 4 من اليمين (تقريبا أبدا) إلى اليسار (عادة) وتدل على وجود مؤشر إدراك ضغط عالي عندما يجيب المفحوص بالقبول اتجاه الموقف، بينما تشمل البنود الغير مباشرة 8 بنود هي رقم : 1، 7، 10، 13، 17، 21، 25، 29.

تنقط هذه البنود بصفة معكوسة من 4 إلى 1 من اليمين 'تقريبا أبدا) إلى اليسار (عادة).

- طريقة تصحيح الاختبار :

تنقط بنود هذا الاختبار وفق 4 درجات من 1 إلى 4 كما يلي :

1- تقريبا أبدا

2 - أحيانا

3 - كثيرا

4 - عادة

ويتغير التنقيط حسب نوع البنود مباشرة أو غير مباشرة، ويستنتج مؤشر إدراك الضغط في هذا الاختبار وفق المعادلة التالية: Levenstein & all 1993 :

$$\text{مؤشر إدراك الضغط} = \frac{30 - \text{المجموع الخام للقيم}}{90}$$

يتم الحصول على القيم الخام بجمع كل النقاط المتحصل عليها في الاختبار من البنود المباشرة وغير مباشرة، وتتراوح الدرجة الكلية بعد حساب مؤشر إدراك الضغط من (0) ويدل على أدنى مستوى ممكن من الضغط إلى (1) ويدل على أعلى مستوى ممكن من الضغط.

- صدق المقياس:

تم التحقق من صدق المقياس باستخدام الصدق التلازمي (**Concurrent Validity**) الذي يركز على مقارنة استبيان إدراك الضغط مع المقاييس الأخرى للضغط فأظهر وجود ارتباط قوي مع "سمة القلق" يقدر ب 0.75، ومع مقياس إدراك الضغط ل **Cohen** يقدر ب 0.73، بينما سجل ارتباط معتدل يقدر ب 0.56 مع مقياس الاكتئاب وارتباط ضعيف يقدر ب 0.35 مع مقياس "القلق حالة". (Levenstein et all, 1993).

- ثبات المقياس:

تم قياس التوافق الداخلي (**Internal Consistency**) للاختبار باستعمال معامل ألفا، فأظهر وجود تماسك قوي يقدر ب 0.90، كما أظهر قياس ثبات الاختبار باستعمال طريقة تطبيق وإعادة التطبيق بعد فاصل زمني يقدر ب 8 أيام وجود معامل ثبات مرتفع يقدر ب 0.82 .

- الخصائص السيكومترية لمقياس إدراك الضغط في البيئة المحلية :

قامت الباحثة آيت حمودة بدراسة صدق مقياس إدراك الضغط بطريقة الصدق الظاهري، فبعد أن تمت ترجمة المقياس وتعريبه عرضت الصورة الأولية له على (10) أساتذة من قسم علم النفس وعلوم التربية بجامعة باجي مختار عنابة، وطلب منهم قراءة العبارات بتفحص وذلك لتحديد مدى تكافؤ معنى البنود في اللغتين (الإنجليزية والعربية) ومناسبتها لمقياس إدراك الضغط وأساليب المواجهة في ضوء تعريف محدد لهما، واقتراح أي تعديل في صياغة أي عبارة وتعديل ترجمة بعض بنود المقياسين، وترتب على صدق المحكمين تعديل صياغة بعض العبارات تلخص

معظمها في الاتجاه نحو مزيد من التبسيط وسهولة صياغة البنود ووضوحها كما تم حساب ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية، حيث طبق المقياس على عينة استطلاعية من الشباب قوامها 40 فردا، وحساب الارتباط بين البنود الزوجية والفردية وبلغ معامل الارتباط بيرسون 0.76 (دال عند 0.01)، ثم صحح الطول بمعادلة "سبيرمان - براون" وبلغ معامل التصحيح 0.86 وهو معامل ثبات مرتفع يشير إلى اتساق داخلي للمقياس . كما تم تطبيق المقياس في دراسة صندلي ريمة (دراسة ماجستير في علم النفس الضغط)، حيث تم تطبيق المقياس مرتين على عينة قوامها (22) فردا من مراهقين يدرسون في السنة الثالثة ثانوي (ثانوية بولمعيذ علي) بولاية قسنطينة وكان الفاصل الزمني بين مرحلتى التطبيق أسبوعين، تم حساب معامل الارتباط بين درجات التطبيق الأول والثاني وذلك بالاعتماد على معامل بيرسون. وأسفرت النتائج على معامل ارتباط يقدر ب 0.69 وهو دال إحصائيا عند 0.01، وهو ما يدل على أن المقياس ثابت. (صندلي ريمة، 2011، ص158)

4- مجالات الدراسة:

1. المجال المكاني: أجريت الدراسة في مدرسة أطفال التوحد وذوي الاحتياجات الخاصة (الإخوة طيبي) في مدينة بوسعادة ولاية المسيلة وهي مؤسسة عمومية ذات طابع جمعي، أنشأت بداية أبريل 2017 من طرف الجمعية الولائية لأطفال التوحد .
2. المجال الزمني: قمنا بإجراء الدراسة الميدانية في هذه المؤسسة تزامنا مع فترة إجراء التربص الميداني في ذات المكان وذلك من 17 فيفري إلى 22 أبريل .
3. المجال البشري: يتمثل في أفراد عينة الدراسة وهم أمهات الأطفال المصابين بالتوحد البالغ عددهن (30) أم

5- الأساليب الإحصائية:

- 1- الإحصاء الوصفي، حيث تم استعمال:
 - النسب المئوية.
 - التكرارات.
 - الانحراف المعياري.
 - المتوسط الحسابي.
- 2- الإحصاء الاستدلالي حيث تم استعمال:

- معامل ارتباط بيرسون".
- معادلة "ألفا لكرونباخ".
- مقياس "T-TEST" لدراسة الفروق.
- تحليل التباين أحادي التصنيف (One-Way ANOVA)

الفصل الخامس

عرض ومناقشة النتائج على ضوء الفرضيات

1- عرض وتحليل النتائج على ضوء الفرضيات

2- مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات:

خلاصة عامة

اقتراحات وتوصيات

1- عرض وتحليل النتائج على ضوء الفرضيات:

1-1: عرض وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

نصت الفرضية الأولى على أن: "مستوى إدراك الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال التوحديين بمدرسة أطفال التوحد وذوي الاحتياجات الخاصة ببوسعادة مرتفع".

لاختبار صحة هذه الفرضية تم استخدام اختبار الدلالة الإحصائية (t-test) بالنسبة للعينة الواحدة لتبيان دلالة الفروق وبعد المعالجة الإحصائية كانت النتائج مبينة في الجدول التالي:

الجدول رقم (04) يوضح مستوى إدراك الضغط النفسي								
المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط النظري	الفرق بين المتوسطات	t	مستوى الدلالة	القرار	درجة الحرية	
75,60	12,87	75	,60	,255	,800	دال عند 0.01	29	إدراك الضغط النفسي

للتعرف على مستوى إدراك الضغط النفسي جرى معالجة البيانات التي تم الحصول عليها من تطبيق المقياس على العينة المؤلفة من (30) وبعد استخراج المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للمقياس ككل ومقارنته بالمتوسط النظري للمقياس حيث تبين أن متوسط درجات أفراد العينة في المقياس ككل بلغ (75.60) درجة وبانحراف معياري قدره (12.87) درجة، وعند إجراء المقارنة بين المتوسط الحسابي المتحقق (المحسوب) والمتوسط النظري البالغ (75) درجة حيث أن الفرق بين المتوسطين بلغ (0.60) درجة، [و باستخدام الاختبار التائي لعينة واحدة وسيلة إحصائية في المعالجة، تبين أن الفرق بين كلا الوسطين المحسوب والنظري لصالح المحسوب، وما يؤكد ذلك هو قيمة (t) التي بلغت (255,) وهي غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$)]. هذا يعني أن "مستوى إدراك الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال التوحديين متوسط وغير دال إحصائياً وعليه نرفض الفرض البحثي الذي نص على أن مستوى إدراك الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال التوحديين بمدرسة أطفال التوحد وذوي الاحتياجات الخاصة ببوسعادة مرتفع.

1-2: عرض وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

نصت الفرضية الثانية على أنه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أساليب مواجهة الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال التوحديين بمدرسة أطفال التوحد وذوي الاحتياجات الخاصة ببوسعادة تعزى إلى مستوى (شدة) إدراك الضغط النفسي لديهم.

لاختبار صحة هذه الفرضية تم استخدام نفس اختبار الدلالة الإحصائية (t-test) بالنسبة للعينة الواحدة لتبيان دلالة الفروق وبعد المعالجة الإحصائية كانت النتائج مبينة في الجدول التالي:

جدول رقم (05) يوضح نتائج اختبار "T-TEST" للفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة في مقياس أساليب مواجهة الضغط النفسي تبعاً لمتغير (شدة إدراك الضغط النفسي)

القرار	مستوى الدلالة	درجة الحرية	قيمة "ت"	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	شدة إدراك الضغط النفسي	المتغير
غير دال	,259	28	1,152	,48622	1,3783	20	مرتفع	أسلوب التصدي
				,47283	1,1633	10	منخفض	
غير دال	,454	28	-,760	,54618	1,6267	20	مرتفع	أسلوب مخططات حل المشكل
				,60610	1,7933	10	منخفض	
غير دال	,212	28	-1,276	,37311	1,1050	20	مرتفع	أسلوب أخذ المسافة
				,43603	1,3000	10	منخفض	
غير دال	,620	28	-,501	,42627	1,6595	20	مرتفع	أسلوب ضبط الذات
				,43540	1,7429	10	منخفض	
غير دال	,568	28	,578	,53639	1,4333	20	مرتفع	أسلوب البحث عن سند اجتماعي
				,53638	1,3133	10	منخفض	
غير دال	,305	28	1,044	,47946	1,4208	20	مرتفع	أسلوب تحمل المسؤولية
				,55444	1,2167	10	منخفض	
دال عند 0,05	,040	28	2,152	,91401	1,7661	20	مرتفع	أسلوب التجنب- التهرب
				,35747	1,1161	10	منخفض	
غير دال	,120	28	-1,605	,35722	1,5143	20	مرتفع	أسلوب إعادة التقدير الايجابي
				,50333	1,7690	10	منخفض	
غير دال	,855	28	,185	,42134	1,5020	20	مرتفع	أساليب التركيز على حل المشكلة
				,45140	1,4712	10	منخفض	
غير دال	,490	28	,699	,31392	1,5096	20	مرتفع	أساليب التركيز على الانفعال
				,32004	1,4240	10	منخفض	

ويتبين من الجدول أعلاه رقم (05)، أن هناك تقارب كبير بين المتوسطات الحسابية لمختلف أبعاد مقياس أساليب مواجهة الضغط النفسي بين أمهات أطفال التوحد ذوات مستوى إدراك الضغط النفسي المرتفع والمنخفض في جميع أبعاد مقياس أساليب مواجهة الضغط النفسي حيث جاءت الفروق طفيفة بينهما وغير دالة إحصائياً في الأبعاد (أسلوب التصدي/ مخططات حل المشكل/ اخذ المسافة/ ضبط الذات/ البحث عن سند اجتماعي/ تحمل المسؤولية/ أسلوب إعادة التقدير الإيجابي) وما يؤكد ذلك هو قيم T-TEST حيث جاءت غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة $[\alpha=0.05]$ ،

أما بالنسبة ل (التهرب-التجنب) فنلاحظ وجود فرق لصالح أمهات أطفال التوحد ذوات مستوى الضغط المرتفع وما يؤكد ذلك هو قيمة T-TEST التي بلغت (2,152) حيث جاءت دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة $[\alpha=0.05]$ ،

أما بالنسبة للأسلوبين الرئيسيين (التركيز على حل المشكل والتركيز على الانفعال) فنلاحظ أن هناك فرق طفيف بين متوسطي الأسلوبين الرئيسيين، إلا أن قيمة الفرق جاءت غير دالة إحصائياً وما يؤكد ذلك هو قيمة T-TEST حيث جاءت غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة $[\alpha=0.05]$ ،

من هنا يمكن القول بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أساليب مواجهة الضغط النفسي لدى أمهات التوحدين تعزى إلى عامل شدة إدراك الضغط. أي أنه تم قبول الفرضية الصفرية ورفض فرضية البحث.

3-1: عرض وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

نصت الفرضية الثالثة على أنه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أساليب مواجهة الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال التوحدين بمدرسة أطفال التوحد وذوي الاحتياجات الخاصة ببوسعادة تعزى إلى عامل (سن الأم)".

لاختبار صحة هذه الفرضية تم استخدام نفس اختبار الدلالة الإحصائية (t-test) بالنسبة للعينة الواحدة لتبيان دلالة الفروق وبعد المعالجة الإحصائية كانت النتائج مبينة في الجدول التالي:

جدول رقم (06) يوضح نتائج اختبار "T-TEST" للفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة في مقياس أساليب

مواجهة الضغط النفسي تبعاً لمتغير (سن الأم)

المتغير	سن الأم	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	درجة الحرية	مستوى الدلالة	القرار
أسلوب التصدي	أقل من 40 سنة	14	1,3357	,40562	,302	28	,05446	غير دال
	من 40 سنة فما فوق	16	1,2813	,55684				
أسلوب مخططات حل المشكل	أقل من 40 سنة	14	1,7357	,58943	,481	28	,10030	غير دال
	من 40 سنة فما فوق	16	1,6354	,55183				
أسلوب أخذ المسافة	أقل من 40 سنة	14	1,1452	,34458	-,313	28	-,04643	دال عند 0.05
	من 40 سنة فما فوق	16	1,1917	,45092				
أسلوب ضبط الذات	أقل من 40 سنة	14	1,7687	,36114	,984	28	,15264	غير دال
	من 40 سنة فما فوق	16	1,6161	,47155				
أسلوب البحث عن سند اجتماعي	أقل من 40 سنة	14	1,4310	,50255	,358	28	,07054	غير دال
	من 40 سنة فما فوق	16	1,3604	,56754				
أسلوب تحمل المسؤولية	أقل من 40 سنة	14	1,4345	,46246	,824	28	,15327	غير دال
	من 40 سنة فما فوق	16	1,2813	,54507				
أسلوب التجنب-الهروب	أقل من 40 سنة	14	1,2832	,44551	-1,702	28	-,49920	غير دال
	من 40 سنة فما فوق	16	1,7824	1,01320				
أسلوب إعادة التقدير الايجابي	أقل من 40 سنة	14	1,6122	,38893	,156	28	,02445	دال عند 0.05
	من 40 سنة فما فوق	16	1,5878	,45945				
أساليب التركيز على حل المشكلة	أقل من 40 سنة	14	1,5300	,36777	,455	28	,07165	غير دال
	من 40 سنة فما فوق	16	1,4583	,47726				
أساليب التركيز على الانفعال	أقل من 40 سنة	14	1,4537	,25560	-,441	28	-,05123	غير دال
	من 40 سنة فما فوق	16	1,5050	,36278				

ويتبين من الجدول أعلاه أن هناك تقارب كبير بين المتوسطات الحسابية لمختلف أبعاد مقياس أساليب مواجهة الضغط النفسي بين أمهات أطفال التوحد ذوي الأعمار (أقل من 40 سنة/ من 40 سنة فما فوق) في أبعاد مقياس أساليب مواجهة الضغط النفسي حيث جاءت الفروق طفيفة بينهما وغير دالة إحصائياً في الأبعاد (الأساليب الفرعية المتمثلة: في أسلوب التصدي/ مخططات حل المشكل/ / ضبط الذات/ البحث عن

سند اجتماعي/تحمل المسؤولية/التهرب-التجنب) وما يؤكد ذلك هو قيم T-TEST حيث جاءت غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة $[\alpha=0.05]$ ، أما بالنسبة ل (أخذ المسافة) فنلاحظ وجود فرق لصالح أمهات أطفال التوحد ذوات الأعمار (40 سنة فما فوق) وما يؤكد ذلك هو قيمة T-TEST التي بلغت (-,313) حيث جاءت دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة $[\alpha=0.05]$ ، أما بالنسبة ل (أسلوب إعادة التقدير الإيجابي). فنلاحظ وجود فرق لصالح أمهات أطفال التوحد ذوات الأعمار (أقل من 40 سنة) وما يؤكد ذلك هو قيمة T-TEST التي بلغت (156,) حيث جاءت دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة $[\alpha=0.05]$ ،

أما بالنسبة للأسلوبين الرئيسيين (التركيز على حل المشكل والتركيز على الانفعال) فنلاحظ أن هناك فرق طفيف بين متوسطي الأسلوبين، إلا أن قيمة الفرق جاءت غير دالة إحصائياً وما يؤكد ذلك هو قيمة T-TEST حيث جاءت غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة $[\alpha=0.05]$ ،

من هنا يمكن القول بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أساليب مواجهة الضغط النفسي لدى أمهات التوحدين تعزى إلى عامل سن الأم. أي أنه تم قبول الفرضية الصفرية ورفض فرضية البحث.

1-4: عرض وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الرابعة:

نصت الفرضية الرابعة على أنه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أساليب مواجهة الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال التوحدين بمدرسة أطفال التوحد وذوي الاحتياجات الخاصة ببوسعادة تعزى إلى عامل (سن الابن)".

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار (ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات والجدول التالي يوضح النتائج المتوصل إليها:

جدول رقم (07) يوضح نتائج اختبار "T-TEST" للفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة في مقياس أساليب

مواجهة الضغط النفسي تبعاً لمتغير (سن الابن المصاب)

القرار	مستوى الدلالة	درجة الحرية	قيمة "ت"	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	سن الابن المصاب	المتغير
غير دال	,922	28	,099	,51711	1,3111	24	أقل من 10 سنوات	أسلوب التصدي
				,36311	1,2889	6	أكثر من 10 سنوات	
غير دال	,849	28	-,192	,58974	1,6722	24	أقل من 10 سنوات	أسلوب مخططات حل المشكل
				,47920	1,7222	6	أكثر من 10 سنوات	
غير دال	,671	28	-,429	,36393	1,1542	24	أقل من 10 سنوات	أسلوب أخذ المسافة
				,55377	1,2333	6	أكثر من 10 سنوات	
غير دال	,984	28	-,020	,39987	1,6865	24	أقل من 10 سنوات	أسلوب ضبط الذات
				,55267	1,6905	6	أكثر من 10 سنوات	
غير دال	,445	28	-,775	,49584	1,3556	24	أقل من 10 سنوات	أسلوب البحث عن سند اجتماعي
				,68204	1,5444	6	أكثر من 10 سنوات	
غير دال	,681	28	-,415	,49270	1,3333	24	أقل من 10 سنوات	أسلوب تحمل المسؤولية
				,59725	1,4306	6	أكثر من 10 سنوات	
غير دال	,448	28	,769	,90078	1,6079	24	أقل من 10 سنوات	أسلوب التجنب-التهرب
				,39166	1,3155	6	أكثر من 10 سنوات	
غير دال	,184	28	-1,362	,39835	1,5476	24	أقل من 10 سنوات	أسلوب إعادة التقدير الايجابي
				,48338	1,8056	6	أكثر من 10 سنوات	
غير دال	,914	28	-,108	,45338	1,4875	24	أقل من 10 سنوات	أساليب التركيز على حل المشكلة
				,31094	1,5088	6	أكثر من 10 سنوات	
غير دال	,766	28	-,301	,29174	1,4723	24	أقل من 10 سنوات	أساليب التركيز على الانفعال
				,41864	1,5160	6	أكثر من 10 سنوات	

ويتبين من الجدول أعلاه أن هناك تقارب كبير بين المتوسطات الحسابية لمختلف أبعاد مقياس أساليب مواجهة الضغط النفسي بين أمهات أطفال التوحد ذوي الأعمار (أقل من 10 سنوات / 10 سنوات فأكثر إناث) في أبعاد مقياس أساليب مواجهة الضغط النفسي حيث جاءت الفروق طفيفة بينهما وغير دالة إحصائياً في جميع الأبعاد (الأساليب الفرعية المتمثلة في أسلوب التصدي/ مخططات حل المشكل/أخذ المسافة/ضبط الذات/ البحث عن سند اجتماعي/تحمل المسؤولية/التهرب-التجنب/إعادة التقدير الايجابي) وأيضاً بالنسبة للأسلوبين الرئيسيين (التركيز على حل المشكل والتركيز على الانفعال) وما يؤكد ذلك هو قيم T-TEST حيث جاءت غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة $[\alpha=0.05]$ ، من هنا يمكن القول بأنه لا توجد

فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أساليب مواجهة الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال التوحديين تعزى إلى عامل سن الابن المصاب. أي أنه تم قبول الفرضية الصفرية ورفض فرضية البحث.

1-5: عرض وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الخامسة:

نصت الفرضية الخامسة للدراسة على أنه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أساليب مواجهة الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال التوحديين بمدرسة أطفال التوحد وذوي الاحتياجات الخاصة ببوسعادة تعزى إلى عامل (المستوى التعليمي للأم) - ابتدائي / متوسط / ثانوي / جامعي). ولمعالجة هذه الفرضية تم استخدام اختبار التباين الأحادي كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم (08) يبين نتائج تحليل التباين الأحادي (One-Way ANOVA) لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطات درجات أساليب مواجهة الضغط النفسي لدى أمهات التوحدين تبعاً لمتغير المستوى التعليمي للأمم

القرار	الدلالة الإحصائية	قيمة (f)	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصادر التباين	
غير دال	,902	,191	,049	3	,147	بين المجموعات	أسلوب التصدي
			,256	26	6,665	داخل المجموعات	
			////////////////	29	6,812	الكلية	
غير دال	,792	,346	,117	3	,352	بين المجموعات	أسلوب مخططات حل المشكل
			,339	26	8,807	داخل المجموعات	
			////////////////	29	9,159	الكلية	
غير دال	,891	,207	,036	3	,107	بين المجموعات	أسلوب أخذ المسافة
			,173	26	4,502	داخل المجموعات	
			////////////////	29	4,610	الكلية	
غير دال	,891	,206	,040	3	,121	بين المجموعات	أسلوب ضبط الذات
			,196	26	5,084	داخل المجموعات	
			////////////////	29	5,205	الكلية	
غير دال	,051	3,180	,729	3	2,188	بين المجموعات	أسلوب البحث عن سند اجتماعي
			,229	26	5,964	داخل المجموعات	
			////////////////	29	8,152	الكلية	
غير دال	,204	1,644	,394	3	1,182	بين المجموعات	أسلوب تحمل المسؤولية
			,240	26	6,230	داخل المجموعات	
			////////////////	29	7,412	الكلية	
غير دال	,513	,786	,550	3	1,649	بين المجموعات	أسلوب التجنب- التهرب
			,700	26	18,191	داخل المجموعات	
			////////////////	29	19,840	الكلية	
غير دال	,603	,629	,116	3	,348	بين المجموعات	أسلوب إعادة التقدير الايجابي
			,184	26	4,790	داخل المجموعات	
			////////////////	29	5,137	الكلية	
غير دال	,809	,322	,062	3	,187	بين المجموعات	أساليب التركيز على حل المشكلة
			,193	26	5,026	داخل المجموعات	
			////////////////	29	5,213	الكلية	
غير دال	,449	,912	,090	3	,271	بين المجموعات	أساليب التركيز على الانفعال
			,099	26	2,572	داخل المجموعات	
			////////////////	29	2,843	الكلية	

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن جميع قيمة اختبار الفرق (F) "تحليل التباين الأحادي" بالنسبة لأفراد عينة الدراسة في أبعاد مقياس أساليب مواجهة الضغط النفسي (الفرعية والرئيسة) تبعاً لمتغير تبعاً لمتغير المستوى التعليمي للام، وهذه القيم غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha=0,05$)،

وبالتالي يمكن القول بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أساليب مواجهة الضغط النفسي لدى أمهات التوحدين تعزى إلى عامل المستوى التعليمي للأم - ابتدائي/ متوسط/ ثانوي/ جامعي

1-6: عرض وتفسير نتائج الفرضية العامة:

تنص الفرضية العامة على أنه: "تستخدم أمهات الأطفال التوحدين بمدرسة أطفال التوحد وذوي الاحتياجات الخاصة ببوسعادة أساليب مواجهة الضغط النفسي تعتمد على الانفعال. وللتحقق من هذا الفرض تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، والجدول التالي يوضح النتائج التي تم التوصل إليها:

جدول رقم (09) يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للاستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال التوحدين

الرتبة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الأساليب
7	,48466	1,3067	التصدي
2	,56200	1,6822	التخطيط لحل المشكلة
الرتبة الأولى الأكثر استخداما	,42399	1,4918	أساليب التركيز على حل المشكلة
8	,39869	1,1700	اخذ المسافة
1	,42365	1,6873	أسلوب ضبط الذات
5	,53019	1,3933	أسلوب البحث عن السند الاجتماعي
6	,50556	1,3528	أسلوب تحمل المسؤولية
4	,82712	1,5494	التهرب أو التجنب
3	,42089	1,5992	أسلوب إعادة التقدير الايجابي
الرتبة الثانية	,31310	1,4811	أساليب التركيز على الانفعال

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن أسلوب التركيز على حل المشكلة هو أكثر أساليب مواجهة الضغط النفسي استخداما لدى أمهات أطفال التوحد حيث بلغ متوسطها الحسابي (1,49) بانحراف معياري قدره (0,42) في حين يأتي أسلوب التركيز على الانفعال في المرتبة الثانية بمتوسط حسابي بلغ (1,48) وانحراف معياري مقدر بـ (0,31).

أما بالنسبة للأساليب الفرعية فقد حل في المرتبة الأولى أسلوب ضبط الذات كأحد أساليب التركيز على الانفعال في المرتبة الأولى بمتوسط حسابي مقدر بـ (1,68) وانحراف معياري قدر بـ (0,42). ثم يأتي في المرتبة الثانية أسلوب التخطيط لحل المشكلة كأحد أساليب التركيز على المشكل في المرتبة الثانية بمتوسط حسابي مقدر بـ (1,6822) وانحراف معياري قدر بـ (0,56).

ثم يأتي في المرتبة الثالثة أسلوب إعادة التقدير الإيجابي كأحد أساليب التركيز على الانفعال بمتوسط حسابي مقدر بـ (1,59) وانحراف معياري قدر بـ (0,42).

ثم يأتي في المرتبة الرابعة أسلوب التهرب والتجنب كأحد أساليب التركيز على الانفعال بمتوسط حسابي مقدر بـ (1,54) وانحراف معياري قدر بـ (0,82).

ثم يأتي في المرتبة الخامسة البحث عن السند الاجتماعي كأحد أساليب التركيز على الانفعال بمتوسط حسابي مقدر بـ (1,39) وانحراف معياري قدر بـ (0,53).

ثم يأتي في المرتبة السادسة أسلوب تحمل المسؤولية كأحد أساليب التركيز على الانفعال بمتوسط حسابي مقدر بـ (1,35) وانحراف معياري قدر بـ (0,50).

ثم يأتي في المرتبة السابعة أسلوب التصدي كأحد أساليب التركيز على المشكل بمتوسط حسابي مقدر بـ (1,30) وانحراف معياري قدر بـ (0,48).

ثم يأتي في المرتبة الثامنة أخذ المسافة كأحد أساليب التركيز على الانفعال بمتوسط حسابي مقدر بـ (1,17) وانحراف معياري قدر بـ (0,39).

وعليه نستنتج أن أكثر أساليب مواجهة الضغط النفسي استخداما لدى أمهات أطفال التوحد هو أسلوب التركيز على حل المشكلة.

أما بالنسبة للأساليب الفرعية فإن أسلوب ضبط الذات هي الأكثر استخداما ثم يليها أسلوب التخطيط لحل المشكل ثم يليها أسلوب إعادة التقدير الإيجابي.

2/ مناقشة نتائج الدراسة على ضوء الفرضيات:

بعد تعرضنا في الجزء السابق لنتائج الدراسة الحالية وتحليلها في ضوء الفرضيات، سنحاول في ما يلي أن نقدم بعض الدلالات التي تفسر النتائج المتوصل إليها، ومناقشتها من خلال الإطار النظري للدراسة، ومدى تقارب نتائج الدراسة مع ما كشفت عنه الدراسات السابقة.

2-1- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

يتضح من خلال عرض نتائج الفرضية الجزئية الأولى كما هو مبين في الجدول رقم (04) حيث تم التوصل إلى أن مستوى إدراك الضغط النفسي على مقياس إدراك الضغط لدى أمهات الأطفال التوحديين متوسط وغير دال إحصائياً، وعليه يمكن القول هنا أن النتائج لم تحقق صدق الفرضية القائلة أن مستوى إدراك الضغط النفسي مرتفع لدى أمهات الأطفال التوحديين بمدرسة أطفال التوحد ببوسعادة، أو تحقق الفرضية بشكل جزئي فقط.

جاءت نتائج هذه الدراسة مختلفة عن الكثير من الدراسات غير أنها تتفق مع بعض الدراسات السابقة في ضوء بعض المتغيرات مثل دراسة غدي عصفور (2012) حيث هدفت الدراسة إلى الكشف عن الضغوط النفسية لأمهات المراهقين التوحديين، كما أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى الضغوط النفسية لأمهات المراهقين التوحديين في جميع مجالات المقياس كان ضمن المتوسط، كما خلصت دراسة منى حسن عبد الله فرح (2009) والتي هدفت لمعرفة الضغوط النفسية لأولياء أمور المعاقين وعلاقتها باحتياجاتهم المختلفة وكانت نتائجها تتوافق نوعاً ما مع الدراسة الحالية حيث تتسم الضغوط النفسية بالانخفاض بدرجة دالة إحصائية وسط أولياء أمور الأطفال المعاقين.

كما تختلف نتائج الدراسة الحالية مع بعض الدراسات نذكر منها دراسة إيوا بسيلا (1999) والتي هدفت إلى تحديد بروفيل الضغط النفسي عند أمهات الأطفال المصابين بالتوحد والأطفال المصابين بمتلازمة داون (دراسة مقارنة)، حيث انتهت نتائجها بأن الضغط النفسي مرتفع عند أمهات الأطفال المصابين بالتوحد أكبر من أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون، ودراسة أولي و ويليام (1997) التي حاولت الكشف عن مستوى الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المعاقين ذهنياً وأساليب مواجهتها وخلصت أن الأمهات تعاني من ضغوط نفسية شديدة.

يعتبر لازاروس (1988) العوامل العقلية والمعرفية أكثر أهمية في تفسير الضغوط من الأحداث نفسها، أي أنه ليس المثير وليس الاستجابة اللذان يحددان الضغط ولكن إدراك الشخص وتفسيراته للموقف النفسي هي التي تحدد الضغط ولقد أولى لازاروس أهمية كبرى للتقييم الشخصي للموقف، وأهمية أقل للاستجابة والانفصالية وقد اهتم لازاروس بدراسة المنغصات والمنعشات اليومية وعرف الضغط النفسي بأنه مصطلح عام يشير على كثير من المشكلات، وأن هذه المشكلات عبارة عن مثيرات ينتج عنها ردود أفعال ضاغطة وأكد أن مجال الضغط ليس مثيرا واستجابة بل له علاقة ثنائية بين الفرد والبيئة فالفرد يؤثر في البيئة ويتأثر بها. (جاسم عبد المرزوقي، 2008، ص274).

كما ترجع نتائج هذه الدراسة من وجهة نظر الباحث إلى أساليب المواجهة المستعملة من طرف أفراد عينة الدراسة في مواجهة المواقف الضاغطة التي يتعرضون لها، إذ بينت النتائج أنهم يستخدمون أساليب التركيز على المشكلة بشكل أكبر وعلى غير المتوقع لكن بشكل متقارب مع الأساليب المركزة على الانفعال إذ بلغ المتوسط الحسابي للأساليب المركزة على المشكل (1.49) في حين تليها أساليب التركيز على الانفعال بمتوسط حسابي قدره (1.48)، فالنوع الأول من الأساليب (المركز على المشكل) عبارة عن الجهود التي تبذلها أم الطفل التوحدي لتعديل العلاقة الفعلية بينها وبين بيئتها، ولهذا نجد الأم تحاول تغيير سلوكها الشخصي أو تعديل الموقف ذاته في المواقف الضاغطة، فهي تحاول الوصول إلى حل للمشكل أو التأقلم معه عن طريق البحث عن المعلومات و السند الاجتماعي الذي يخفف عنها الصراع وربما هذا ما تجده الأمهات في مركز أطفال التوحد في مدينة بوسعادة حيث يجدن الدعم الاجتماعي والتكفل النفسي بمن والمتابعة العلاجية لأطفالهن بالجمان حيث يخصص لهن جلسات جماعية وفردية مع الأخصائية النفسانية لمناقشة المشاريع والتحدث عن المشكلات التي تهمهن كما يجلسن مع بعضهن في ردهة الانتظار أثناء انتظارهن لأبنائهم في كل حصة يومية مما يخلق الاحتكاك وتبادل الخبرات مع الأمهات التي يتشاطرن نفس المواقف الضاغطة بالتالي ما يخلق علاج بالتنفيس الانفعالي وعلاج نفسي جماعي أثناء الوقت الذين يقضينه في المؤسسة.

2-2- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

بعد المعالجة الإحصائية باستخدام اختبار " T-TEST " لحساب الفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة في مقياس أساليب مواجهة الضغط النفسي تبعا لمتغير (شدة إدراك الضغط النفسي) والمبين في الجدول رقم (05)،

دلت النتائج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أساليب مواجهة الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال التوحدين تعزى إلى عامل شدة إدراك الضغط. أي أنه تم قبول الفرضية الصفرية ورفض فرضية البحث.

تختلف نتائج الدراسة الحالية مع دراسة الشخص والسرطاوي (1998) بعنوان احتياجات أولياء الأمور المعاقين وعلاقتها بالضغوط النفسية وأساليب مواجهتها حيث توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة على مقياس الاحتياجات وفقا لمستويات المواجهة المختلفة، حيث تزايدت الاحتياجات مع ارتفاع مستوى مواجهة الضغط النفسي.

وتختلف دراسة هارتي وماكلين (2005) التي هدفت إلى تقويم الضغوط النفسية وأساليب المواجهة لدى الكبار من الإعاقات الذهنية البسيطة وعددهم (88) ممن لديهم مهارات مناسبة في الاتصال اللفظي ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة إن ارتفاع أساليب المواجهة الفعالة النشطة قد تقلل من الضغط النفسي بين الأشخاص ذوي الإعاقات الذهنية البسيطة، توجد علاقة ارتباطية بين أساليب المواجهة الفعالة النشطة وبين الضغط النفسي أقل من الارتباط مع أساليب المواجهة بالتجنب أو تشتت الانتباه.

يتبين من خلال نتائج الفرضية أن هناك تقارب كبير بين المتوسطات الحسابية لمختلف أبعاد مقياس أساليب المواجهة للضغط النفسي بين أمهات أطفال التوحد ذوات مستوى إدراك الضغط النفسي المرتفع والمنخفض في جميع أبعاد مقياس أساليب المواجهة حسب شدة الضغط النفسي حيث جاءت الفروق طفيفة بينهما وغير دالة إحصائية في الأبعاد (أسلوب التصدي/ مخططات حل المشكل/ اخذ المسافة/ ضبط الذات/ البحث عن سند اجتماعي/تحمل المسؤولية/إستراتيجية إعادة التقدير الإيجابي)، أما بالنسبة لبعد (التهرب-التجنب) فنلاحظ وجود فرق لصالح أمهات أطفال التوحد ذوات مستوى الضغط المرتفع، كذلك بالنسبة للأسلوبين الرئيسيين (التركيز على حل المشكل والتركيز على الانفعال) فنلاحظ أن هناك فرق طفيف بين متوسطي الأساليب، إلا أن قيمة الفرق جاءت غير دالة إحصائية

يرى لازاروس و فولكمان أن أساليب المواجهة تسعى إلى تحقيق هدفين أساسيين هما تنظيم الانفعالات من خلال المواجهة المركزة على الانفعال و السيطرة على المشكلة التي تسبب الكرب (المواجهة المتمركزة حول حل المشكلة). ووفقا لمنهج بيك ونظريته المعرفية فإن الحدث لا يفسر نفسه إنما الشخص هو الذي يتولى إدراك وتفسير

الحدث من خلال منطقته الخاص وعامله وخريطته المعرفية وبناء على ذلك تتباين ردودنا لنفس الموقف الضاغط الواحد من شخص لآخر بل من نفس الفرد إذا تغيرت وجهة نظره واعدت نتائج خبرة حياته مختلفة (هنى العامرية، 2013، ص 33).

من خلال هذا التقارب الواضح بين متوسطات أفراد العينة نلاحظ تنوع و اختلاف في استجابة الأمهات للوضعيات المرهقة بغض النظر عن شدة إدراكهن للضغط النفسي حيث تختلف ادراكاتهن للمثيرات كل حسب معاشها النفسي وتقييمها للوضع مما يفسره تفاعل مكونات الضغط النفسي المترابطة الخاصة بكل أم والتي تتمثل في المثيرات (الأحداث الضاغطة) وتقييمها أي إدراك الأم للوضع ونوع الاستجابة التي تمثل ردود الفعل النفسية والجسدية التي تصدر عنها إزاء المهددات.

بالإضافة إلى مجموع العوامل المؤثرة في أساليب مواجهة الضغوط، حيث تختلف كل أم عن الأخرى كل حسب خاصيتها من خلال المتغيرات الشخصية ومركز التحكم لديها إن كان (داخلي أو خارجي)، كذلك تقديرها لذاتها ونمط الشخصية لديها إن كانت من ذوي الحساسية للمؤثرات أو الأشخاص الأكثر استرخاء، والصلابة النفسية وفعالية الذات، بالإضافة إلى المتغيرات الديمغرافية وعمرها الزمني والنضج الانفعالي وكذا المستوى الاقتصادي والاجتماعي الذي تعيش فيه، هذا وعلى غرار العوامل الموقفية التي تتعلق بالحدث الضاغط في حد ذاته من خصائص الموقف وشدة وقعه عليها ومدى المساندة الاجتماعية التي تتلقاها.

ما يؤكد لزاروس (1993) على أن أساليب المواجهة تتأثر بما يعرف بالأثر الرجعي **feed-back** من جهة، ومن جهة أخرى أكد بارك **Parks (1986)** ولونغ **Long (1990)** على أن إدراك الفرد وتقييمه للموقف يحدد مدى اعتماده على أسلوب دون الآخر، أما عن موس **Moos (1991)** فيعتبر أن فعالية المواجهة مرتبطة بخصائص الحدث الضاغط كالشدة والمدة مثلاً.

(Poinson, Rollon, Antoine, Pascal, 2008, p11)

2-3- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

بعد المعالجة الإحصائية باستخدام اختبار "**T-TEST**" لحساب الفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة في مقياس أساليب مواجهة الضغط النفسي تبعاً لمتغير (سن الأم) والمبين في الجدول رقم (06)، دلت النتائج أنه

لا وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أساليب مواجهة الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال التوحدين بمدرسة أطفال التوحد ببوسعادة تعزى إلى عامل (سن الأم). بالتالي عدم تحقق فرضية البحث.

لا نجد أي اتفاق بين هذه النتيجة وبين الدراسات السابقة نظرا لقللة الدراسات التي تناولت نفس المتغيرين وهما الفروق في أساليب مواجهة الضغط النفسي لدى الأمهات وفق متغير سن الأم على غرار الكثير من الدراسات التي اهتمت بمتغير مستوى الضغط النفسي لديهن.

غير أنه اختلفت نتائج الدراسة الحالية مع دراسة **جبالي صباح (2011)** بعنوان الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون التي خلصت بوجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية ونوع استراتيجيات المواجهة المتبعة لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون تعزى إلى متغير سن الأم، ودراسة **فلينت وود (1989)** حيث توصلت لوجود علاقة موجبة دالة بين الضغط المدرك للأمهات وكل من سن الأم.

ينظر البعض إلى المواجهة باعتبارها توافق نفسي، ويتحدد ما إذا كان التوافق سليما أو غير سليم تبعا لمدى نجاح الأساليب التي يتبعها الفرد للوصول إلى حالة التوازن النسبي مع بيئته ونجاح عملية المواجهة تؤدي إلى حالة التوافق النفسي التي تعتبر قلب الصحة النفسية. (عبد الله السهلي، 2010، ص33-34)

إن تفاعل الأفراد مع مختلف المواقف يتباين من وضعية لأخرى ومن فرد لآخر، فالجهود السلوكية والمعرفية التي توظفها الأمهات في مواجهة مختلف مصادر الضغوط الداخلية والخارجية تظهر في تنوع أسلوب المواجهة المستخدم سواء المركز على حل المشكلة، أو الانفعال، أو التجنب، هذا ما له علاقة بمجموع المحددات الشخصية والتأويلات والتفسيرات المخزنة المتعلقة بالحدث أو الموقف الضاغط نظرا لوجود متغيرات نفسية واجتماعية ومادية مختلفة تجعل أساليب مواجهتها تختلف من أم لأخرى.

يرى كل من **ويشيجتون وكاسلر (1991)** أن الأفراد يختلفون في استخدام أساليب المواجهة وفي الاستجابة للأحداث الضاغطة وأن هناك عوامل عدة تؤثر في أساليب المواجهة، وهي تتضمن عوامل تتعلق بخصائص شخصية الفرد ومركز التحكم وفعالية الذات والصلابة النفسية وهناك عوامل أخرى موقفية ونوعية تتعلق بالموقف ذاته وتهم إلى حد بعيد في تحديد أساليب المواجهة وتمثل هذه العوامل الموقفية في طبيعة الحدث الضاغط ونوعه من حيث هو مزمن أو حاد ومن حيث حدثه. (طه حسين عدد العظيم، 2006، ص122).

وإضافة إلى ذلك فإن العوامل الديمغرافية مثل النوع، العمر، المستوى الاقتصادي والاجتماعي تؤثر هي الأخرى في تحديد نوع أسلوب المواجهة (حسين هلال، 2000، ص130). بالتالي لا يؤثر متغير سن الأم لوحده في تحديد أساليب مواجهة أمهات الأطفال التوحدين للمواقف الضاغطة لأنه يختصر سلوك الإنسان في حدود ضيقة جدا ويهمل الفروق الفردية بين الأمهات وقوانين الشدة والحدة والدوام.

ومن خلال ملاحظتنا للأمهات في مدرسة أطفال التوحد وذوي الاحتياجات الخاصة تبين لنا أنه لا توجد فروق في السمات الشخصية مثل الثقة في النفس والمرح والتفاعل الاجتماعي بين الأمهات بالنظر للسن فنجد كل الأمهات يجلسن مع بعض دون تفریق في العمر أو الحداثة أو نوع الإعاقة.

2-4- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الرابعة:

بعد المعالجة الإحصائية باستخدام اختبار " T-TEST " لحساب الفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة في مقياس أساليب مواجهة الضغط النفسي تبعاً لمتغير (سن الابن المصاب) والمبين في الجدول رقم (07)، دلت النتائج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أساليب مواجهة الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال التوحدين تعزى إلى عامل (سن الابن المصاب). بالتالي عدم تحقق فرضية البحث.

اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع دراسة جبالي صباح (2011) التي أثبتت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية ونوع استراتيجيات المواجهة المتبعة لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون تعزى إلى متغير سن الابن المصاب .

واختلفت نتائج دراستنا مع دراسة عبد الغني (2009) التي هدفت لقياس الضغوط النفسية وأساليب مواجهتها لدى آباء وأمهات ذوي الاحتياجات الخاصة استخدم الباحث في الدراسة المنهج المقارن وأظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائية بين آباء وأمهات ذوي الاحتياجات الخاصة حسب عمر المعاق، كذلك اختلفت دراسة دونوفان (1988) التي أظهرت وجود فروق دالة في معاني الإدراك الأمومي للضغط الأسري والمواجهة وفقاً لسن الابن المعاق لصالح أمهات الأبناء الكبار.

تتأثر أساليب المواجهة بخصائص الوضعية الضاغطة الحقيقية من حيث: الخطورة، الطبيعة، المدة، القدرة على التحكم من عدمها (قماز فريدة، 2009، ص21)، وكذا الإطار الفردي والمحيطي الذي يلعب دوراً في تفعيل

أساليب المواجهة الملائمة لدى أمهات أطفال التوحد، وبالتالي فإن المميزات أو الخصائص الموضوعية للموقف الضاغط وكذا الذاتية لها دور في تحديد أسلوب المواجهة الأكثر فعالية للتوافق مع مصدر الضغط (الطفل التوحدي) بدون الارتباط بعامل سن الابن المصاب بالتوحد فلا يهم إن كان عمره من (10 فأقل) أو (10 فأكثر) لأنها قد ألقت عليه وتولد لديها مرونة نفسية وتجاوز لحقيقة وجود هذا الطفل في حياتها أي تقبله عاجلاً أم آجلاً.

ما يؤكد هذه الاستنتاج دراسة **فلينت وود (1989)** والتي هدفت إلى معرفة الاختلاف في الضغط الواقع على أمهات الأطفال المعاقين ذهنياً وكيفية مواجهته طبقاً لاختلاف العوامل المؤثرة (سن الابن المعاق، سن الأم، الحالة الاجتماعية والاقتصادية للأسرة) انتهت نتائجها لا توجد فروق دالة إحصائية في درجات الضغوط وفقاً لاختلاف سن الابن. و دراسة **زعاير (2009)** والتي هدفت إلى معرفة مصادر الضغوط النفسية وأساليب مواجهتها لدى أولياء أمور الأطفال التوحديين في الأردن وعلاقتها ببعض المتغيرات مثل جنس الطفل التوحدي وعمره، والتي أسفرت نتائجها عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين آباء وأمهات الأطفال التوحديين في مصادر الضغوط النفسية في أبعاد الأعراض النفسية والعضوية ووجود بعض الفروق في المشكلات المعرفية وغيرها. كما أجرى **الخطيب والحديدي (2007)** دراسة هدفت لمعرفة أثر الإعاقة على الأسرة في الأردن وعلاقته ببعض المتغيرات وبينت النتائج أن متغير عمر الطفل لم يكن له أثر ذو دلالة إحصائية على استجابات الآباء والأمهات.

2-5- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الخامسة:

يتضح من خلال عرض نتائج تحليل التباين الأحادي (**One-Way ANOVA**) لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة في مقياس أساليب مواجهة الضغط النفسي تبعاً لمتغير المستوى التعليمي للأُم والمبين في الجدول رقم (08)، دلت النتائج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أساليب مواجهة الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال التوحديين تعزى إلى عامل المستوى التعليمي للأُم (ابتدائي/ متوسط/ ثانوي/ جامعي) بالتالي عدم تحقق فرضية البحث.

لا نجد دراسات سابقة تتطابق في متغيرات الدراسة مع الدراسة الحالية سواء بالاتفاق أو الاختلاف لكن سنتناول بعض الدراسات التي تناولت متغير المستوى التعليمي للأُم ومستوى الضغط النفسي وأساليب المواجهة.

تشابهت نتائج دراسة **منى حسن عبد الله فرح (2009)** والتي هدفت لمعرفة الضغوط النفسية لأولياء أمور المعاقين وعلاقتها باحتياجاتهم المختلفة وكانت نتائجها تتفق مع الدراسة الحالية حيث لا توجد علاقة دالة

إحصائياً بين الضغوط النفسية والمستوى التعليمي لأولياء أمور الأطفال المعاقين، بالإضافة إلى دراسة غدي عصفور (2012) هدفت الدراسة إلى الكشف عن الضغوط النفسية لمهات المراهقين التوحدين كما أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية لمتغير المستوى التعليمي للأم في درجة الضغوط النفسية لدى أمهات المراهقين التوحدين.

اختلفت دراسة جبالي صباح (2011) بعنوان الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون التي خلصت بوجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية ونوع استراتيجيات المواجهة المتبعة لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون تعزى إلى متغير المؤهل التعليمي للأم.

بالإضافة إلى دراسة البديرات (2006) التي هدفت إلى التعرف على مصادر الضغوط النفسية لدى إخوة الأطفال التوحدين وعلاقتها ببعض المتغيرات منها درجة التعليم وقد توصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الضغوط النفسية لدى إخوة التوحدين تعزى إلى متغير درجة التعليم لصالح المرحلة الأساسية.

يمكن تفسير نتائج الدراسة الحالية من وجهة نظر الباحث بتأثير عوامل المحددات الشخصية والمعرفية والفروق الفردية التي تميز أساليب مواجهة كل أم عن الأخرى بغض النظر عن المستوى التحصيلي لديها ومن بين محددات الشخصية ذات التأثير على أسلوب المواجهة: القدرة على التحمل والتماسك، الذي يعكس مدى إحساس الفرد بالثقة المتولدة عن تنظيم المدركات، وتعتبر هذه السمات ذات تأثير إيجابي في اختيار أسلوب المواجهة الأكثر توافقاً، بينما توجد سمات أخرى قد تؤثر سلباً مثل العدوانية والقلق والاكتئاب، التي غالباً ما تدفع الفرد إلى ترجيح أسلوب الانفعال عن العمل.

تؤكد (نظرية السمات الشخصية) على مدى تأثير الفروق الفردية في التعامل مع المواقف المجهدة، فتعرف السمة على أنها استعداد وميل الفرد للاستجابة بأسلوب خاص في المواقف المتنوعة التي تواجهه في حياته، أما عن المواجهة فتعرف من منظور نظريات السمات على أنها ميل واستعداد لمواجهة أو معالجة وضعية ضاغطة ومرهقة بأسلوب يميز كل فرد عن الآخر. (أحمد الشويخ هناء، 2007، ص 66-67).

كما تعتبر المحددات المعرفية هي المجموعة التي تنظم السياقات الفكرية مما يسمح للفرد بمواجهة المشكلة أو الحدث أو الوضعية الضاغطة، من خلال توظيف التفسيرات والتأويلات ومدى التقبل، ومن بين العوامل المعرفية المحددة نجد طريقة تقييم الفرد للحدث ومدى إحساسه بالتحكم فيه.

إن التقييم هو سياق معرّف، من خلاله يقيم الفرد الوضع الضاغط وإمكانياته المتاحة من أجل التحكم فيه ومواجهته، وبمر هذا الأخير بمرحلتين: مرحلة التقييم الأولي والثانوي مما يؤدي إلى تشعب الإدراكات الموجهة نحو نفس الحدث الضاغط، إذ أكد لازاروس ولونر (1978) على أن نفس الحدث الضاغط يمكن أن يستعاب من طرف الأفراد بطرق مختلفة مما يحرك لدى كل فرد انفعالا من نوع معين.

(Nicollas Gustave-fischer, Traquinio Srily, p 119)

بالتالي فإن أساليب المواجهة ليست عامة تتأثر إطلاقا بالمستوى التعليمي للأمهات وإنما خاصة، تعكس مجموع الخصائص الاستعدادية والعوامل الموقفية، مما جعل أساليب المواجهة لديهن أكثر تنوعا، فكل فرد يتحكم ويفضل التعامل ببعض الأساليب دون الأخرى، لمجابهة مختلف الوضعيات المرهقة من الحياة .

2-6- مناقشة نتائج الفرضية العامة:

يتضح من خلال عرض نتائج الفرضية العامة كما هو مبين في الجدول رقم (09) حيث أسفرت النتائج على أن أمهات الأطفال التوحدين في مدرسة أطفال التوحد ببوسعادة تستخدم أساليب مواجهة للضغط النفسي تعتمد على حل المشكلة، وعليه يمكن القول هنا أن النتائج لم تحقق صدق الفرضية.

اتفقت نتائج دراستنا مع دراسة سهام رياض الخفش (2001) التي كشفت الاختلاف في الأساليب التي يستخدمها آباء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة للتعامل مع الضغوط النفسية لديهم، وأظهرت النتائج أن إستراتيجية حل المشكلات احتلت المرتبة الأولى من ناحية استخدامها من قبل آباء الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، بالإضافة إلى دراسة الشايب (1994) التي هدفت إلى التعرف على الأساليب التي يستخدمها المرشدون في المدارس الأردنية مع ضغوطهم النفسية حيث أشارت النتائج أن أساليب حل المشكلات احتلت المرتبة الأولى من حيث الاستخدام.

يعرف Schafer (1992) أساليب المواجهة التي تركز على المشكل أنها تلك الجهود التي تسعى لتغيير الظروف الضاغطة الناتجة عن التفاعل بين الفرد والبيئة، فهي تلك الجهود التي يبذلها الفرد وهو يحاول التعامل الفعال مع عوامل الضغط النفسي أو الموقف الضاغط مباشرة وفيها يتم استيعاب أو استبعاد مصادر الضغوط والتعامل مع آثار المشكلة. (المجيد، 2005، ص46) .

على ضوء التعريف السابق ومن خلال ما توصلت إليه نتائج دراستنا أن أمهات الأطفال التوحديين بمدرسة أطفال التوحد ببوسعادة تستخدم أساليب مواجهة للضغط النفسي تركز على المشكل فإن ما يفسر هذه النتيجة هو ما توصلنا له في نتائج الفرضية الأولى التي انتهت بعدم وجود ضغط نفسي مرتفع، كما جاءت لتدل على أن إدراك الضغط لدى الأمهات كان ضمن المتوسط وغير دال إحصائياً بالتالي ما يؤكد التقارب الكبير بين المتوسطات الحسابية للأسلوبين الرئيسيين، حيث جاء أسلوب المواجهة المركزة على المشكل هو الأكثر استخداماً بمتوسط حسابي مقدر بـ (1.49) ويليه في المرتبة الثانية أسلوب المواجهة الذي يركز على الانفعال بمتوسط حسابي بلغ (1,48)، أي بفارق درجة واحدة ما يقابله منطقياً الدرجة المتوسطة في مستوى إدراك الضغط عند أفراد العينة.

إن تدني مستوى الضغط النفسي نسبياً الأمر الذي يجعل الأمهات لديهم أكثر مرونة وحرصاً نفسية في مواجهة الضغوط الخاصة بأبنائهن التوحديين مما يجعلهم يستخدمون الأساليب المركزة على حل المشكل والعكس صحيح، وهذا ما تؤكدته دراسة هارتي وماكلين (2005) حيث هدفت الدراسة إلى تقويم الضغوط النفسية وأساليب المواجهة لدى الكبار من الإعاقات الذهنية البسيطة وعددهم (88) ممن لديهم مهارات مناسبة في الاتصال اللفظي ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة إن ارتفاع أساليب المواجهة الفعالة النشطة قد تقلل من الضغط النفسي بين الأشخاص ذوي الإعاقات الذهنية البسيطة، توجد علاقة ارتباطية بين أساليب المواجهة الفعالة النشطة وبين الضغط النفسي أقل من الارتباط مع أساليب المواجهة بالتجنب أو تشتت الانتباه.

تعتبر أساليب المواجهة التي تركز على المشكل هي محاولة للسيطرة بشكل مباشر على الموقف الضاغط عن طريق استعمال الفرد مصادره الذاتية في حل المشكل ومواجهتها مباشرة، واتخاذ الإجراءات التي تخفف من تأثير الأحداث الضاغطة وتتضمن تحليل المشكل ووضع خطة أو بدائل حلول تؤدي إلى تغيير الموقف الضاغط بما يتناسب مع صحة الفرد النفسية والسلوكية أي تعديل العلاقة المضطربة بين الفرد والمحيط. (آيت حمودة، 2006، ص180).

كما يمكن تفسير نتائج الفرضية العامة في اعتماد الأمهات على المواجهة المركزة على المشكل وإدراكهم المتوسط للضغط النفسي من خلال إجابتهن على أبعاد مقياس المواجهة للأساليب الفرعية الأكثر استخداماً لدى أفراد العينة والتي جاءت على الترتيب الموالي:

في المرتبة الأولى أسلوب ضبط الذات كأحد أساليب التركيز على الانفعال الأكثر استخداما، تشير لمجهودات الضبط الذاتي للانفعالات والتصرفات فهي تركز على التنظيم الوجداني، والجهود التي تبذلها أم الطفل المصاب بالتوحد لضبط الانفعالات عند التعامل مع الموقف الضاغطة، وذلك من خلال تحمل الغموض والتناقض وتحكم الأم في مشاعرها، الشيء الذي يفسر انخفاض إدراكها للضغط نسبيا في مقياس إدراك الضغط .

ثم يأتي في المرتبة الثانية أسلوب التخطيط لحل المشكلة كأحد أساليب التركيز على المشكل وهي عملية مدروسة تحاول بما الأم أن تخرج من مأزق أو موقف ضاغط، فهي نوع من السلوك المحكوم بقواعد تستحضر فيها الأم معارفها السابقة تتضمن فهم المشكلة ووضع الخطة وتنفيذها وتقوم الحلول، كما تمثل عملية معرفية سلوكية تحدد بوساطتها الأم استراتيجيات وجدانية لمواجهة المشكلات التي تقابلها، وهو البعد الغالب نوعا ما على أفراد العينة مما يفسر نتائج الفرضية التي أفضت أن أمهات الأطفال التوحديين بمدرسة أطفال التوحد يستخدمون أساليب مواجهة تركز على حل المشكلة.

ثم في المرتبة الثالثة أسلوب إعادة التقدير الايجابي كأحد أساليب التركيز على الانفعال، تشير إلى مجهودات الأم المعرفية لتغيير المعنى الذاتي للتجربة من خلال إعادة تقييم الوضعية والاهتمام بالجوانب الإيجابية للحدث ووضع معنى ايجابي، ما جعل الأمهات يغيرن تفسيراتهم للضغط وعدم تقبل الوضع الضاغط بالتالي الانخفاض في تقدير المشقة ومستوى الضغط.

يأتي في المرتبة الرابعة أسلوب التهرب والتجنب كأحد أساليب التركيز على الانفعال ويشير للتفكير الخيالي والمجهودات السلوكية للتهرب من المشكل وتجنب الوضعية الضاغطة، حيث الأم تتخيل نفسها في عالم أفضل ومكان آخر، وتنمى تغيير ما حدث، تتضمن التهرب من خلال النوم، الأكل، والأدوية ..

ثم المرتبة الخامسة البحث عن السند الاجتماعي كأحد أساليب التركيز على الانفعال تعبر عن مدى تواجد أشخاص يمكن للأم أن تثق فيهم وتعتقد أنه في وسعهم أن يعتنوا بها ويقفوا بجانبها في أوقات الضيق وتزود الأم من خلاهم بالدعم والقوة.

يأتي في المرتبة السادسة أسلوب تحمل المسؤولية كأحد أساليب التركيز على الانفعال تتضمن وعي أم الطفل التوحدي بالمسؤولية الشخصية في المشكل، ومحاولاتها للاستدراك أي اعتراف الأم بدورها في المشكل وما يصاحب ذلك من محاولات من طرفها لتجعل الأمور صحيحة.

في المرتبة السابعة أسلوب التصدي كأحد أساليب التركيز على المشكل يتضمن مجهودات الأم العدوانية لتغيير الوضعية، لذلك فهي تتضمن العدوانية المجازفة و ردود فعل تجاه الأشخاص المسؤولين عن المشكل.

في المرتبة الثامنة أخذ المسافة كأحد أساليب التركيز على الانفعال، وهي المجهودات المعرفية التي تستخدمها الأم بتحرير ذاتها، وذلك من خلال تصغير وتقليل معنى الوضعية الضاغطة وأهميتها.

3- استنتاج عام:

من خلال المعطيات النظرية والتطبيقية للدراسة الوصفية التي قمنا بها في هذه الدراسة، من أجل الكشف عن أساليب مواجهة الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال التوحدين بمدرسة أطفال التوحد وذوي الاحتياجات الخاصة بمدينة بوسعادة، باستخدام المنهج الوصفي الفارقي، وفي ضوء المعالجة الإحصائية لفرضيات الدراسة والتأكد من تحقق الفرضيات المتعددة في هذه الدراسة، ومن عدم تحققها فإننا وبعد تحليل النتائج للجداول نستنتج ما يلي:

- تستخدم أمهات الأطفال التوحدين بمدرسة أطفال التوحد ببوسعادة أساليب مواجهة للضغط النفسي تعتمد على حل المشكل.

- مستوى إدراك الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال التوحدين بمدرسة أطفال التوحد ببوسعادة متوسط.

- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات أساليب المواجهة للضغط النفسي لدى أمهات الأطفال التوحدين بمدرسة أطفال التوحد ببوسعادة تعزى إلى مستوى (شدة) إدراك الضغط النفسي لديهم.

- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات أساليب المواجهة للضغط النفسي لدى أمهات الأطفال التوحدين بمدرسة أطفال التوحد ببوسعادة تعزى إلى عامل سن الأم.

- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات أساليب المواجهة للضغط النفسي لدى أمهات الأطفال التوحدين بمدرسة أطفال التوحد ببوسعادة تعزى إلى عامل سن الابن المصاب.

- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات أساليب المواجهة للضغط النفسي لدى أمهات الأطفال التوحدين بمدرسة أطفال التوحد ببوسعادة تعزى إلى عامل المستوى الدراسي (الثقافي) للأم.

في ضوء ما توصل إليه الطالب الباحث من نتائج الدراسة، تبين أن أساليب المواجهة الفعالة والتي تعتمد على حل المشكلة لها الدور الكبير في المحافظة على الصحة النفسية والجسدية للفرد وحمایته من مخاطر ارتفاع الضغط النفسي لديه، وهذا ما لمسناه من خلال دراسة أفراد عينة شريحة مهمة من المجتمع التي تحتاج كل الدعم حيث تعاني أمهات الأطفال التوحدين من ظروف صعبة تفرض عليها التأقلم مع ضغوط تواجد طفل التوحد لديها،

حيث من المتوقع أن يكون لديهم مستوى ضغط نفسي كبير، غير أن الأساليب الصحيحة التي يستخدمونها كان لها الأثر الإيجابي في التقليل من ذلك.

4- اقتراحات الدراسة:

في ضوء نتائج الدراسة يمكن الخروج بالاقتراحات والتوصيات التالية:

- ضرورة إجراء حملات توعية وتحسيس لتعريف أفراد المجتمع بالضغوط ومصادرها، آثارها السلبية وكيفية مواجهتها.
- إجراء ندوات علمية تبصر أمهات الأطفال المصابين بالتوحد بمفهوم الإصابة وأسبابها والنتائج المترتبة عليها ومخاطرها كي نحد منها.
- إجراء دورات تدريبية لأمهات التوحدين لتدريبهن على مهارات أساليب المواجهة الفعالة حتى يتمكن من التخفيف من حدة الضغوط المسلطة عليهن الناجمة عن إصابة الطفل.
- توفير الدعم المادي والمساندة الاجتماعية اللازمة لأمهات الأطفال التوحدين حتى تتمكن من التكفل الجيد بالابن المصاب.
- إنشاء مراكز طبية بيداغوجية نظرا لتزايد عدد الأطفال الذين يصابون بالتوحد بكثرة حيث لا يوجد أي مركز على الأقل بالولاية.
- يمكن تناول نفس موضوع الدراسة بصيغ وطرق أخرى للتوسع في هذا الموضوع.

خاتمة

خاتمة:

أجريت هذه الدراسة للكشف عن مدى تأثير وجود الطفل التوحدي في حياة الأم وتنوع هذه التأثيرات وتعدد فهي تمس جل جوانب حياة هذه الأم سواء كانت عائلية، زوجية، مهنية، اجتماعية ونفسية. هذا ما يعبر عنه بمصطلح الضغط النفسي الذي أصبح من المواضيع المتداولة كثيرا في عصرنا الحالي سواء من قبل المختصين أو غيرهم، ويرجع الفضل في تطور هذا المفهوم إلى العالم هانز سيللي الذي طور نظريته عن الضغط النفسي الذي اعتبره استجابة فيزيولوجية للجسم في مواجهة المواقف الضاغطة، ليفتح المجال أمام العديد من الباحثين للتعلم أكثر في الموضوع مما أدى إلى ظهور نظريات أساليب واستراتيجيات المواجهة للتعامل مع الضغط ويرجع الفضل في التعمق في هذا المجال إلى العالمان لازاروس وفولكمان حيث يعتبران رواد هذا الميدان الذي يستحق الإبحار فيه.

لذا فإن التطرق إلى موضوع الضغوط النفسية وأساليب مواجهتها صار من الضرورة لما يتطلبه هذا الموضوع من فهم أكثر وتوضيح لمسبباته وأنواعه ونتائجه على الأفراد، وبالأخص موضوع أساليب مواجهة الضغط النفسي لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد، نظرا لما يميز هذه الفئة من مميزات شكلية واضحة وقصور نمائي وعقلي دائم، مما يجعل الأمهات يعشن في ضغط نفسي تحتل شدة وحدته من أم لأخرى على حسب كيفية إدراكها وتصورها لابنها المصاب وكذلك على حسب تركيبها النفسية، ما يجعلها تتعامل مع الضغوط بأساليب مواجهة تختلف تبعا لعدة متغيرات منها شدة إدراكها للضغط النفسي و سن الابن المصاب وكذلك سن الأم ومؤهلاتها التعليمية، فقد توصلت نتائج هذه الدراسة وبالاعتماد على أدوات قياس للضغط النفسي وأساليب المواجهة لدى أم الطفل التوحدي حيث توصلنا أن الأمهات يعانين من مستوى ضغط نفسي متوسط، كما أنهن يتبعن أساليب مواجهة تعتمد على حل المشكل، كما لا توجد فروق دالة إحصائية تعزى لمتغيرات سن الابن وسن الأم ومؤهلاتها التعليمي.

تدفعنا هذه النتائج إلى طرح بعض التساؤلات التي ربما تستحق أن تكون موضوع إشكالية مطروحة للدراسات المستقبلية مثل تناول متغيرات الدراسة الحالية في ضوء متغيرات أخرى، وفي ضوء ما انتهت إليه الدراسة الحالية من نتائج فإنه يمكن الخروج ببعض الاقتراحات كما يلي: - هل يوجد علاقة ارتباطية بين أساليب مواجهة الضغط لدى أمهات التوحدين تعزى إلى عوامل (المستوى الاجتماعي والاقتصادي ونوع التوحد وعدد الإخوة). - أساليب المواجهة لدى الأمهات في ضوء أبعاد مقياس لازاروس للمواجهة.

قائمة المراجع

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

أولاً: المراجع باللغة العربية.

1. الكتب:

1. أحمد نائل الغريير(2009): التعامل مع الضغوط النفسية، طبعة 1، دار الشروق، الأردن.
2. أشرف محمد عبد الغني شريت(2009): الطفل المعاق عقليا: سلوكه ومخاوفه، مؤسسة حورس الدولية، مصر.
3. أسامة فاروق مصطفى، السد كمال الشربيني (2011): التوحد: الأسباب والتشخيص، العلاج، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان.
4. إبراهيم عبد الستار (1998): الاكتئاب، سلسلة عالم المعرفة، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.
5. جاسم محمد عبد الله المرزوقي (2008): الأمراض النفسية وعلاقتها بمرض العصر السكر، الطبعة 1، العلم والإيمان للنشر والتوزيع، الإسكندرية مصر
6. جلييلة معيزة (2002): مدخل إلى علم النفس المعاصر، الطبعة الثانية، دار المطبوعات الجامعية.
7. الهاشمي لوكيا وآخرون(2000): الضغط النفسي لدى أساتذة التعليم العالي، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة منتوري، قسنطينة-
8. هناء أحمد الشويخ (2007): أساليب تخفيف الضغوط النفسية الناتجة عن الأورام السرطانية، طبعة 1، إيتارك للنشر والتوزيع، القاهرة مصر .
9. وليد السيد خليفة، مراد علي عيسى سعد(2008): الضغوط النفسية والتخلف العقلي في ضوء علم النفس المعرفي، الطبعة الأولى، دار الوفاء لدنيا، مصر.
10. زيات فتحي مصطفى (2001): علم النفس المعرفي، الطبعة الأولى، دار النشر للجامعات، مصر.
11. زينب محمود شقير (1998): الشخصية السوية والمضطربة، ط3، مكتبة النهضة المصرية للنشر والتوزيع، مصر.
12. حمدي، علي الفرماوي ورضا عبد الله (2009): الضغوط النفسية في مجال العمل والحياة، الطبعة 1، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان. الأردن.

قائمة المراجع

13. حنفي، علي عبد النبي (2007): أسر ذوي الاحتياجات الخاصة، دليل المعلمين والوالدين، العلم والإيمان للنشر والتوزيع.
14. طه عبد العظيم حسن، سلامة عبد العظيم حسن (2006): إستراتيجيات إدارة الضغوط النفسية والتربوية، الطبعة 1، دار الفكر، عمان.
15. الطواب، سيد محمود (2008): الصحة النفسية والارشاد النفسي، د ط، مركز الاسكندرية.
16. كلاوس شويخ، غيرت شراينكة (2006): الكرب، ترجمة الياس حاجوج، دار علاء الدين للنشر، سوريا.
17. ماجدة بهاء الدين سيد عبيد (2008): الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية، الطبعة 1، دار الصفاء.
18. محمد صالح الإمام، فؤاد عيد الجوالده (2010): التوحد ونظرية العقل، طبعة 1، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
19. محمد عبد الغني حسن هلال (2000): مهارات إدارة الضغوط: السيطرة والتحكم في الضغوط، مركز تطوير الأداء، بدون طبعة، القاهرة.
20. محمود عبد الرحمان عيسى الشرقاوي (2018): التوحد ووسائل علاجه، ط1، دار العلم والإيمان للنشر، د بلد.
21. المجيد محمد، عبد العزيز (2005): سيكولوجية مواجهة الضغوط في المجال الرياضي، دون طبعة، مركز الكتاب للنشر، القاهرة مصر.
22. مصطفى نوري القمش (2010): إضطرابات التوحد: الأسباب، التشخيص، العلاج، دراسات عملية، الطبعة 1، دار المسيرة للنشر، عمان (الأردن).
23. سوسن شاکر مجيد (2010): التوحد: أسبابه، خصائصه، تشخيصه، علاجه، الطبعة 2، ديونو للطباعة والنشر، عمان، الأردن.
24. سوسن شاکر الجلي (2015): التوحد الطفولي أسبابه، خصائصه، تشخيصه، علاجه، د طبعة، دار رسلان للنشر والتوزيع، دمشق، سوريا.
25. سمير شخاني (2003): الضغط النفسي، طبيعته، أسبابه، المساعدة الذاتية، المداومة، دار الفكر العربي، بيروت لبنان.

قائمة المراجع

26. سمر عبد الرؤوف العطيّات، لبنى عكروس، إنعام خلف (2007): دليل الدراسات والبحوث ذات العلاقة بالأسرة، ط1، المكتبة الوطنية للطباعة والنشر، عمان. الأردن.
27. عبد الرحمان الهيجان (1998): ضغوط العمل، مصادرها ونتائجها وكيفية إدارتها، معهد الإدارة العامة، الرياض، السعودية.
28. علي عسكر (2009): ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها، الصحة النفسية والبدنية في عصر التوتر والقلق، دون طبعة، دار الكتاب الحديث، دون مكان.
29. عبد المنعم عبد الله حبيب (2005): مقدمة في الصحة النفسية، دار الوفاء للطباعة والنشر، القاهرة.
30. عثمان يحلف (2001): علم نفس الصحة: الأسس النفسية والسلوكية للصحة، الطبعة 1، دار الثقافة، قطر.
31. عمار بوحوش (1999): دليل الباحث في المنهجية وكتابة الرسائل الجامعية، الطبعة 3، المؤسسة الوطنية للكتاب، بيروت. لبنان.
32. عبد الرحمان القرطي، عبد الله محمد (1994): سياسة الرعاية الاجتماعية للمعوقين في المجتمعات النامية، دار العفة الجامعية، الإسكندرية مصر
33. شيلي تايلور (2008): علم النفس الصحي، ترجمة وسام درويش بريك وفوزي شاکر داود، الطبعة 1، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان الأردن.
34. الشناوي، محمد محروس وعبد الرحمان السيد (1998): العلاج السلوكي الحديث: أسسه، وتطبيقاته، دار قباء للنشر والتوزيع، القاهرة.
35. تامر فرح سهيل (2015): التوحد: التعريف، الأسباب، التشخيص والعلاج، الطبعة 1، دار الإعمار العلمي للنشر والتوزيع، عمان الأردن.
2. الرسائل الجامعية.
36. أميرة طه بخش (2001): أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالقلق والاكتئاب لدى عينة من أمهات الأطفال المعاقين عقليا والعادين، كلية التربية، جامعة أم القرى السعودية.
37. آيت حمودة حكيمة (2005): دور سمات الشخصية وإستراتيجيات المواجهة في تعديل العلاقة بين الضغوط النفسية والصحة النفسية والجسدية، رسالة لنيل الدكتوراه في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر.

قائمة المراجع

38. بغيحة الياس (2006): إستراتيجية التعامل مع الضغوط النفسية وعلاقتها بمستوى القلق والاكتئاب لدى المعاقين حركيا، رسالة ماجستير في علم النفس الاجتماعي، جامعة الجزائر.
39. جيهان بنت فوزي بن حسين قستي(2004) الضغوط الوالدية وقوة الأنا لدى أمهات الأطفال المعاقين عليا وغير المعاقين، مذكرة ماجستير منشورة، جامعة أم القرى، السعودية.
40. جبالي صباح (2011): الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون، مذكرة ماجستير، قسم علم النفس، جامعة فرحات عباس سطيف، الجزائر.
41. دايلي نجية (2013): الضغط النفسي لدى المرأة المتزوجة العاملة في الميدان التعليمي وعلاقته بالقلق، رسالة ماجستير في علم النفس العيادي، جامعة فرحات عباس، سطيف.
42. دعو سميرة، شنوفي نورة (2013): الضغط النفسي واستراتيجيات المواجهة لدى أم الطفل التوحدي، مذكرة لنيل الماستر في علم النفس العيادي، جامعة البويرة، الجزائر.
43. زواتي نزيهة (2001): إستراتيجيات المقاومة ودوافع الإنجاز الدراسي لدى المراهقين المضطربين سلوكيا، رسالة ماجستير في علم النفس العيادي، معهد علم النفس وعلوم التربية، الجزائر.
44. طبي سهام (2005): أنماط التفكير وعلاقتها باستراتيجيات مواجهة الضغوط التالية للصدمة لدى عينة مصابين بالحروق، رسالة ماجستير منشورة، جامعة العقيد لحاج لخضر، باتنة الجزائر.
45. منى حسن عبد الله فرح(2009): الضغوط النفسية وعلاقتها باحتياجات أولياء أمور غير العاديين (المعاقين حركيا) بولاية الخرطوم، مذكرة ماجستير منشورة، قسم علم النفس، جامعة الخرطوم، السودان.
46. محمود عصفور، غدي عمر (2012): الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال التوحدين، كلية العلوم التربوية والنفسية، رسالة ماجستير في الإرشاد النفسي، عمان (الأردن).
47. مسعودي زهية (2008): أبعاد الشخصية واستراتيجيات المواجهة والتوافق الزواجي، أطروحة دكتوراه منشورة، جامعة الجزائر.
48. منصور زواوي (2007): أثر التدين في التوافق الزواجي، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة وهران، الجزائر.
49. نادر فهمي الزبود (2004): استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية لدى طلبة جامعة قطر وعلاقتها
50. ببعض المتغيرات، أطروحة ماجستير، قسم العلوم النفسية، كلية التربية، جامعة قطر.

قائمة المراجع

51. السهيلي، عبد الله بن حميد (2010): أساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى الشباب من المرضى المترددين على مستشفى الطب النفسي، رسالة ماجستير منشورة، جامعة أم القرى، السعودية.
52. العامرية منى بنت عبد الله بن نيهان (2013): أبعاد مفهوم الذات لدى العاملات وغير العاملات وعلاقته بمستوى الضغوط النفسية والتوافق الأسري بمحافظة الداخلية، رسالة ماجستير (غير منشورة) في التربية، جامعة نزوى. الإمارات.
53. صندلي ريمة (2011): الضغوط النفسية واستراتيجيات المواجهة المستعملة لدى المراهق المحاول للانتحار، رسالة ماجستير في علم النفس العيادي، جامعة فرحات عباس، سطيف.
54. قماز فريدة (2009): عوامل الخطر والوقاية الخطر والوقاية من تعاطي الشاب للمخدرات، رسالة ماجستير منشورة، جامعة منتوري قسنطينة، الجزائر.
55. خالد بن محمد بن عبد الله العبدلي (2012): الصلابة النفسية وعلاقتها بأساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية المتفوقين دراسيا والعاديين، رسالة ماجستير تخصص إرشاد نفسي، جامعة أم القرى
- 3.المجلات:**
56. مجلة علم النفس، العدد 53، جانفي، فيفري، مارس، (2000).
57. عبد الله الضريبي(2010): أساليب مواجهة الضغوط النفسية المهنية وعلاقتها ببعض المتغيرات، مجلة جامعة دمشق، المجلد 26، العدد 4.

ثانيا: المراجع باللغة الفرنسية:

1. الكتب:

58. Bayar (1974): Stress, fatigue, depression, Paris.
59. Dantchev Nicollas (1989): stratégie de coping, Masson, Paris.
60. Dominique, Servant(2007): Gestion de stress et L'anxiété, 2^e édition, masson, France.
61. Jean Benjamin Stora (1993): Le stress, édition dahlab, Paris.
62. Graziani p et all (1998): Validation Française de questionnaire de coping et thérapie, Masson, paris.
63. Lazarus, RS et Folkman, S(1984): Stress, appraisal and coping springer, publishing company, New York.
64. Norman, S.E, Parker, M.A, (1998): Inventaire de coping pour les situation stressantes, Les éditions du centre de psychologie appliquée, Paris.
65. Pierluigi Grazian et Joel Swendsen(2005): Le stress émotion et stratégies d'adaptation, armand colin, Paris.

2. الرسائل والمذكرات الجامعية:

66. Ewa Pisula (1999): Profils de stress chez les mères souffrant d'autisme et de trisomie, faculté de psychologie, université de Varsovie, Poland.
67. Roberge Julie (2007): Les stratégies de coping utilisées par les militaires ou EX-militaire masculins atteints d'un stress-post traumatique suite au retour d'une mission de paix, université Laval: Québec.

3. المجلات والملتقيات:

68. Marilou Bruchon-Schweitzer(2001): Concept, stress coping recherche en soin infirmiers, N°67, decembre, France.
69. Sordes-Ade, F. Fsihan, H., tap, P., Esparbès, S. (1995): Les stratégies de coping: Support social et désirabilité social, N°15, 165-173.

الملاحق

ملحق رقم: 01 استمارة البيانات

جامعة المسيلة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس

تخصص علم النفس العيادي

مقياس طرق المواجهة ل : لازاروس وفولكمان

(W.C.Q)

مقياس إدراك الضغط النفسي ل : لفنستاين

(PSQ)

سيدتي الكريمة : تحية إجلال وتقدير واحترام وبعد

في إطار إعداد مذكرة التخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي والتي تحمل عنوان :

" أساليب مواجهة الضغط النفسي عند أمهات الأطفال التوحديين "

نرجو منكم إثراء هذا البحث بالإجابة على بنود هذين المقياسين لتبيان نوع أساليب المواجهة المستخدمة لدى الأمهات و

كذا درجة الضغط النفسي لديهن، نرجو منك سيدتي وضع (X) في المكان الذي يناسب حالتك ، وتأكدي علامة

أنه لا توجد إجابات صحيحة أو خاطئة ، وتعتبر الإجابة صحيحة حين تعبر عن حقيقة شعورك أو ردة فعلك المعتادة اتجاه المشكل أوالموقف الضاغط الذي تمرين به (وضعية مقلقة تسبب لك التوتر) . وتأكدي سيدتي أن معلوماتك تكون سرية جدا لأن غرضنا من هذا البحث علمي بحت الهدف منه بكل تأكيد هو مساعدتك أنت وأمهات الأطفال التوحديين بإيجاد أنجع الأساليب لمواجهة الضغط النفسي الذي تمرين به للحفاظ على صحتكم النفسية .

البيانات:

العمر:

المستوى التعليمي :

عمر ابنك :

- أشكرك جزيل الشكر على تعاونك -

ملحق رقم: 02 مقياس أساليب المواجهة

(W.C.Q)

التعليمة : إليك في الفقرات التالية عدة طرق لمواجهة المشكل ، المطلوب منك هو أن تحدد إلى أي درجة استعملت كل واحدة منها في مواجهة مشكل ما يكون قد تسبب لك في القلق .

الطرق المستعملة في مواجهة المشاكل	إطلاقا	إلى حد ما	كثيرا	كثيرا جدا
1- ركزت فقط فيما سأفعله لاحقا في الخطوة اللاحقة				
2- قمت بشيء لم أفكر أنني سأفعله لكن قمت بشيء ما على الأقل				
3- محاولة إقناع الشخص المسؤول تغيير رأيه				
4- التحدث لشخص ما لأتعرّف أكثر على الوضعية				
5- انتقدت نفسي أو وبختها				
6- محاولة عدم اليأس لكن تركت الأمور نوعا ما موضع بحث				
7- تمنيت أن تحدث معجزة				
8- رضيت بالقدر كان في بعض الأحيان حظي سيئا				
9- تصرفت وكأن شيئا لم يحدث				
10- بحثت عن الجانب الملمت للمشكل وحاولت النظر إلى الجانب الايجابي للأشياء				
11- بحثت عن الجانب الملمت للمشكل والنظر إلى الجانب الايجابي للأشياء				
12- نمت أكثر من العادة				
13- أظهرت غضبي للشخص المتسبب للمشكل				
14- تقبلت عطف وتفهم شخص ما				
15- ألهمت القيام بشيء إبداعي				
16- محاولة نسيان كل شيء				
17- تحصلت على مساعدة مختص				
18- تغيرت أو تطورت بشكل ايجابي				
19- اعتذرت أو قمت بشيء ما لأستدرك نفسي				
20- وضعت مخططا للعمل واتبعته				
21- أظهرت مشاعري بطريقة أو بأخرى				
22- أدركت أنني المتسبب في المشكل				
23- خرجت من المشكل بشكل أحسن مما دخلت فيه				
24- حدثت شخص ما بإمكانه فعل شيء ملموس اتجاه المشكل				
25- محاولة إشعار نفسي بإحساس جيد وذلك بالأكل ، الشرب ، التدخين، أخذ الأدوية... الخ				

				26- قمت بمجازفة كبيرة أو شيء خطر جدا
				27- حاولت أن لا أتصرف بعجلة أو اتبع أفكارى الأولى
				28- وجدت إيمانا جديدا
				29- اكتشفت من جديد ما هو مهم في الحياة
				30- غيرت الأشياء حتى تنتهي الأمور إلى الأفضل
				31- تجنبت التواجد مع الناس عموما
				32- عدم ترك المشكل يتغلب علي ورفض التفكير فيه
				33- طلبت النصح من شخص قريب أو صديق أحترمه
				34- لم أترك الآخرون يعلمون كم كانت الأمور سيئة
				35- الاستهانة من الوضعية ورفض أن أكون جديا نحوها
				36- حدثت شخصا ما عما شعرت به
				37- الإصرار على موقفى ، وقاومت للوصول إلى ما كنت أريده
				38- لمت غيري من الناس حول المشكلة
				39- استفدت من تجاربي السابقة حيث كنت في وضعية مماثلة
				40- عرفت ما يجب فعله ، فضاغت جهدي لتحقيق الأمر
				41- رفضت الاعتقاد بأن هذا الأمر قد حدث فعلا
				42- تعهدت لنفسى بأن الأمور ستكون مختلفة مرة أخرى
				43- الوصول إلى مجموعة حلول مختلفة للمشكل
				44- حاولت إبعاد مشاعري حتى لا تتداخل كثيرا مع أمور أخرى
				45- غيرت أشياء في نفسى
				46- تمنيت لو ينتهي المشكل أو يجد حلا بطريقة أو بأخرى
				47- لدي خيال أو تمنيات حول إمكانية انقلاب الأمور
				48- تضرعت إلى الله
				49- شرد تفكيري إلى ما يمكنني أن أقوله أو أقوم به
				50- فكرت كيف يمكن لشخص أقدره أن يتعامل مع هذه الوضعية واتخذت ذلك نموذجا

ملحق رقم: 03 مقياس إدراك الضغط (PSQ)

التعليمة : لكل عبارة من العبارات التالية ضع علامة (X) في المربع الذي يصف أكثر ما ينطبق عليك بصفة عامة وذلك خلال السنة أو السنتين الماضيتين ، أجب بسرعة دون أن تزعج نفسك بمراجعة إجابتك .

العبارات	تقريبا أبدا	أحيانا	كثيرا	عادة
1- تشعر بالراحة				
2- تشعر بوجود متطلبات كثيرة لديك				
3- أنت سريع الغضب				
4- لديك أشياء كثيرة للقيام بها				
5- تشعر بالوحدة والعزلة				
6- تجد نفسك في مواقف صراعية				
7- تشعر بأنك تقوم بأشياء تحبها فعلا				
8- تشعر بالتعب				
9- تخاف من عدم استطاعتك إدارة الأمور لبلوغ أهدافك				
10- تشعر بالهدوء				
11- لديك عدة قرارات لاتخاذها				
12- تشعر بالإحباط				
13- أنت مليء بالحيوية				
14- تشعر بالتوتر				
15- تبدو مشاكلك أنها ستتراكم				
16- تشعر أنك في عجلة من أمرك				
17- تشعر بالأمن والحماية				
18- لديك عدة مخاوف				
19- أنت تحت ضغط مقارنة بالأشخاص الآخرين				
20- تشعر بفقدان العزيمة				
21- تتمتع نفسك				
22- أنت خائف من المستقبل				
23- تشعر بأنك قمت بأشياء ملزما بها وليس لأنك تريدها				
24- تشعر بأنك موضع انتقاد وحكم				
25- أنت شخص حال من المهموم				
26- تشعر بإنهاك وتعب فكري				
27- لديك صعوبة في الاسترخاء				
28- تشعر بعبء المسؤولية				

				29- لديك الوقت الكافي لنفسك
				30- تشعر أنك تحت ضغط ممت
				المجموع
				المجموع العام