



جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا



كلية الدراسات العليا

كلية التربية- قسم علم النفس

استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى امهات اطفال
التوحد بمراكز التربية الخاصة بولاية الخرطوم

**Startegies of Coping Psychological stresses
amongc mathers of autistic childern at
Khartoum state centers**

بحث تكميلي لنيل درجة الماجستير في التربية

اشرافه الدكتورة

احمد الطالبة:

هادية مبارك حاج الشيخ

ايمان محمد العقيد علي

(2021-2019)

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

الإستهلال

قَالَ تَعَالَى:

﴿ قُلْ لَوْ كَانَ الْبَحْرُ مَدَادًا لَكَلِمَتِ رَبِّي لَنَفِدَ الْبَحْرُ قَبْلَ أَنْ
تَنفَدَ كَلِمَتُ رَبِّي وَلَوْ جِئْنَا بِمِثْلِهِ مَدَدًا ﴾ (١٠٩)

صدق الله العظيم

(109 (سورة الكهف الآية

الإهداء

إلى الذين لولاهم بعد فضل الله
لما وجد العلم إلى عقلنا طريقاً
ولا الفرح إلى قلبنا درباً
ولا الأمان إلى نفسنا سبيلاً

الوالدان،،

إلى روح أبي وأمي الحبيبه
إلى أخواني وأخواتي الأعزاء
إلى زوجي وأبنائي الأعزاء
إلى روح المرحوم البروف علي فرح
وإلى كل من علمنا حرفاً وأثار لنا درباً

أساتذتنا الأجلاء

إلى كل الأصدقاء

إلى كل من ساهم بوقته وجهده لتتري هذه الدراسة النور
إلى كل من مد لنا يد العون والمساعدة
نهدي ثمرة هذا الجهد...

الشكر والعرفان

الشكر أولاً وأخيراً لك يا بديع السموات والأرض وبجلال قدرك وعظيم سلطانك لما

منحتني من القوة والصبر والهداية إلى ما فيه الخير.

هاهي آخر اللحظات فيها نهدي ونشكر، من القلب والأعماق بكل صدق وتقدير

وامتنان.

الشكر اجزله للمنار الساطع والصرح الشامخ الذي أمدنا بعلوم دين ودنيا جامعة
السودان للعلوم والتكنولوجيا. وكلية الدراسات العليا كلية التربية قسم علم النفس وشكر
موصول إلى الدكتورة هادية المبارك الشيخ التي أشرفت على هذا البحث حتى رأي

النور

الشكر موصول أيضاً للسادة الأساتذة الكرام وجميع العاملين بكلية التربية.

وأخيراً كل الشكر لكل من ساهم في إخراج هذا العمل .. إساتذتي .. أخواني -

أخواتي.

طاب ذكركم ووجب شكركم.

مستخلص البحث

يهدف هذا البحث إلى معرفة مستوى الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها لدى أمهات أطفال التوحد بمراكز التربية الخاصة بولاية الخرطوم بلغ حجم العينة (20) أم لديهن أطفال مصابين بالتوحد. تم اختيار العينة بالطريقة القصرية. استخدمت الباحثة مقياس استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية (COPE) لـ (Carver) ومقياس الضغوط النفسية تقريبا إسامة راتب (2004) وتمت المعالجات الإحصائية باستخدام حزمة البيانات الإحصائية (SPSS) منها ارتباط بيرسون واختبار (ت) للمجموعة الواحدة واختيار (ت) للمجموعتين واختيار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) وأسفر البحث عن النتائج الآتية ارتفاع مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد وتنسب استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدهن بالاجابية. توجد فروق ذات دلالة إحصائية لنوع استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لتغير (عمر الطفل - وعمر الأم) وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية لاستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية للأمهات تبعاً لمتغير المؤهل العلمي للأم.

وعلى ضوء هذه النتائج وضعت الباحثة عدد من التوصيات أهمها الإهتمام بأمهات أطفال التوحد وتوفير الخدمات الإرشادية والنفسية بمراكز التربية الخاصة بولاية الخرطوم.

Abstract

The aim of this research is to identify psychological stresses and coping strategies among mothers of autistic children in Khartoum state centers. It also aims to identify the differences in strategies directed stress psychological according to the variables of the age of the child infected, the age of the mother, and educational qualification of the mother. The research sample consisted of (20) mothers who have a child with autism in special education centers in Khartoum State, which was authorized by intentional method. The researcher used the Psychological Stress Strategies and Stress Strategies to collect information. After collecting the data, the researcher used the statistical data package (SPSS) to process the data in the following basal methods: one sample test, two independent samples test and ANOVA test. The research found the following results: The level of psychological pressure in mothers of children with autism in the state of Khartoum is high. Strategies used by mothers of children with autism in special education centers in Khartoum state to cope with stress are positive. There are statistically significant differences in the type of strategies used by mothers of children with autism in the special education centers in Khartoum state to deal with psychological stress according to the variables of the age of the infected son and the mother's age. There are no statistically significant differences in the type of strategies used by mothers of children with autism in the special education centers in Khartoum State to cope with stress according to the mother's educational qualification variable. In light of these results, the researcher has put forward a number of recommendations and suggestions, the most important of which are: Mothers of children with autism should pay more attention to allocating counseling services and psychological treatment to them in centers where their children receive rehabilitation programs.

قائمة الموضوعات

رقم الصفحة	الموضوع
أ	البسمة
ب	الاية
ج	الاهداء
د	الشكر والتقدير
هـ	المستخلص
و	Abstract
ز	قائمة الموضوعات
الفصل الاول " الاطار العام للبحث "	
2	المقدمة
3	مشكلة البحث
4	اهمية البحث
4	اهداف البحث
4	فرضيات البحث
5	مصطلحات البحث
الفصل الثانى الاطار النظرى والدراسات السابقة	
39-7	المبحث الاول: التوحد

59-40	المبحث الثاني: الضغوط النفسية
60-75	المبحث الثالث: استراتيجيات الضغوط
76-90	المبحث الرابع: الدراسات السابقة

الفصل الثالث : اجراءات الدراسة	
111-92	المبحث الاول: المنهج والاجراءات
115-113	المبحث الثاني: عرض ومناقشة النتائج
116	المبحث الثالث : استراتيجية المواجهة
121	النتائج
122	التوصيات
123	المقترحات
الملاحق	
128-125	استبيان لقياس استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية
129	استبيان الضغوط النفسية
131	المصادر والمراجع

الفصل الاول

الاطار العام للبحث

مقدمة:

منذ أن تحمل الأم جنينها في أحشائها وهي ترسم خط حياته فهو مكلف بحمل كل أمانيتها ورغباتها التي لم تحققها بنفسها، هذا الحدث العظيم في حياة كل أم يتحول فجأة إلى خيبة أمل وحزن فتتبرخ كل آمالها وطموحاتها من هول المفاجئة، إنه طفل مختلف عن الآخرين لا يشبه والديه أو إخوته إنه مصاب بالتوحد مع ما تحمله هذه الإصابة من تبعات. قد تختلف ردة الفعل من أم إلى أخرى، لكن ومهما كانت المعلومات المتوفرة عن التوحد إلا أنها لا بد وأن تصاب بشيء من المفاجأة والخوف وعدم التصديق والحزن والغضب والشعور بالذنب، وهي مشاعر طبيعية يشاركها فيها حتى الآباء الذين أصيب

أطفالهم. إن جميع المصابين بالتوحد يعانون من إعاقة عقلية التي تتفاوت شدتها بين مصاب وآخر، كما أن كل المصابين يتميزون بمجموعة من الخصائص الجسمية المعروفة التي تشكل الملامح العامة المميزة (www.werathah.com/down/20/09/2010/15:46).

ورغم تطور برامج التربية الخاصة والخدمات التي تقدمها للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في السنوات الأخيرة، إلا أن هذا التطور لم يشمل تقديم الخدمات للمهات هؤلاء الأطفال بشكل كاف مما عرضهم للكثير من المشكلات النفسية والعضوية التي تسبب ارتفاع مستوى الضغط النفسي لديهم. منى حسن (1: 2009)

أول من جاء بمفهوم الضغط النفسي و عرفه بأنه استجابة الجسم الغير محددة لأي متطلبات تسبب ضررا له (Hans Sely).

كما تناول عبد العزيز الشخص (1998) الضغط النفسي من مفهوم التربية الخاصة لغير العاديين بأنه حالة من التوتر تحدث نتيجة تأثيرات خارجية غير ملائمة بحيث تفضي إلى شعور الفرد بإجهاد شديد لأعصابه و أعضاء جسمه لدرجة يصعب عليه ضبط نفسه أو التحكم في انفعالاته.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين 20: 2006)

هذا ما يجعل أم الطفل المصاب تعايش سلسلة من الضغوط النفسية، تكون في الغالب مرتبطة بالاحتياجات الخاصة لهذا الطفل، وبالقلق على مستقبله، ومما يزيد من حدة تلك الضغوط على الأم اعتماديته المطلقة عليها، وما يفرضه وجوده عليها من أعباء سواء داخل المنزل أو خارجه، وما تبذله من طاقة كبيرة ليظهر الطفل بصورة مقبولة أمام الناس.

إن الضغط النفسي الذي تفرضه إصابة الابن على الأم يدفعها إلى اللجوء إلى استعمال إستراتيجيات مواجهة تمكنها من التعايش مع إصابة ابنها بغض النظر عن نوع الأساليب المتبعة

فاستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية تعتبر عوامل الاستقرار التي تعين الفرد على 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 أثارها السلبية قدر الإمكان. (عبد الله الضريبي: 680: 2010). لذا تلجأ أم الطفل المصاب إلى انتهاج إستراتيجيات مواجهة في محاولة منها للتخفيف من شدة الضغوط التي تسببها إصابة ابنها، كالهروب عن طريق إنكار إصابة ابنها أو قد تلقي اللوم على نفسها لتكفر عن مشاعر الذنب التي تعيشها، كما أنها قد تلجأ إلى تقبل إصابة ابنها بالرجوع إلى الجانب الديني ، أو قد تحاول جمع معلومات كافية تمكنها من وضع خطط مستقبلية تتناسب ووضعية ابنها المصاب.

ومن هنا جاءت فكرة هذا البحث ، لتسليط الضوء على هذه الفئة من الأمهات التي تعاني من مستويات مختلفة من الضغط النفسي جراء إصابة ابنها بمرض التوحد والتي تجعلها تلجأ إلى استراتيجيات مواجهة قد لا تكون دائماً ايجابية ، وتسعى الباحثة إلى معرفة مستوى الضغوط النفسية الذي تعاني منها أم الطفل المصاب بالتوحد و نوع الاستراتيجيات الذي تتبعها لمواجهة هذه الضغوط.

ونظرا لأهمية الموضوع ، وسعياً لتحقيق أهدافه تم تناول البحث في جانبين.

مشكلة البحث:

ومن هنا جاءت إشكالية البحث والتي تهدف إلى معرفة مستوى الضغوط النفسية التي تعاني منها أمهات الأطفال المصابين بالتوحد واستراتيجيات مواجهتها ، وذلك من خلال الإجابة عن التساؤلات التالية:

1-هل يتسم مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد بولاية الخرطوم بالارتفاع؟

2- هل تتسم الإستراتيجيات المستخدمة بواسطة أمهات الأطفال المصابين بالتوحد بمراكز التربية الخاصة بولاية الخرطوم لمواجهة الضغوط النفسية بالاجابية؟.

3-هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نوع الإستراتيجيات المستخدمة بواسطة أمهات الأطفال المصابين بالتوحد بمراكز التربية الخاصة بولاية الخرطوم لمواجهة الضغوط النفسية تبعاً لمتغير سن الإبن المصاب؟.

4- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نوع الإستراتيجيات المستخدمة بواسطة أمهات الأطفال المصابين بالتوحد بمراكز التربية الخاصة بولاية الخرطوم لمواجهة الضغوط النفسية تبعاً لمتغير سن الإلم؟.

5- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نوع الإستراتيجيات المستخدمة بواسطة أمهات الأطفال المصابين بالتوحد بمراكز التربية الخاصة بولاية الخرطوم لمواجهة الضغوط النفسية تبعاً لمتغير المؤهل التعليمي للام؟

أهمية البحث:

تنقسم أهمية البحث الى قسمين: أهمية نظرية و تطبيقية.

إن وجود طفل مصاب بالتوحد يساهم في زيادة أعباء الأم داخل الأسرة وإحداث ضغوط نفسية نظراً لما لهذه الإعاقة من طبيعة متميزة تتطلب توفير احتياجات خاصة وتستدعي نوع خاص من التعامل معها و من هنا تبدو أهمية هذا البحث فيما يلي:

1- قلة الدراسات والأبحاث العلمية المحلية التي تطرقت لموضوع الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

2- محاولة الخروج بنتائج علمية وعملية يمكن الاستفادة منها في إيجاد استراتيجيات ايجابية لخفض الضغط النفسي لامهات الاطفال المصابين بالتوحد.

أهداف البحث:

هدفت الدراسة الى:

1- معرفة السمة العامة لمستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد بولاية الخرطوم.

2- معرفة السمة العامة للإستراتيجيات المستخدمة بواسطة أمهات الأطفال المصابين بالتوحد بمراكز التربية الخاصة بولاية الخرطوم لمواجهة الضغوط النفسية.

3- التعرف على الفروق في نوع الإستراتيجيات المستخدمة بواسطة أمهات الأطفال المصابين بالتوحد بمراكز التربية الخاصة بولاية الخرطوم لمواجهة الضغوط النفسية تبعاً لمتغيرات سن الإبن المصاب وسن الام والمؤهل التعليمي للام.

الفرضيات :

1- يتسم مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد بولاية الخرطوم يتسم بالارتفاع.

- 2- تتسم الإستراتيجيات المستخدمة بواسطة أمهات الأطفال المصابين بالتوحد بمراكز التربية الخاصة بولاية الخرطوم لمواجهة الضغوط النفسية بالاجابية.
- 3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نوع الإستراتيجيات المستخدمة بواسطة أمهات الأطفال المصابين بالتوحد بمراكز التربية الخاصة بولاية الخرطوم لمواجهة الضغوط النفسية تبعاً لمتغير سن الإبن المصاب.
- 4- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نوع الإستراتيجيات المستخدمة بواسطة أمهات الأطفال المصابين بالتوحد بمراكز التربية الخاصة بولاية الخرطوم لمواجهة الضغوط النفسية تبعاً لمتغير سن الإم.
- 5- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نوع الإستراتيجيات المستخدمة بواسطة أمهات الأطفال المصابين بالتوحد بمراكز التربية الخاصة بولاية الخرطوم لمواجهة الضغوط النفسية تبعاً لمتغير المؤهل التعليمي للام.

تعريف مصطلحات الدراسة:

• الضغوط النفسية:

يعرفها سيلي (Sely- 1936) بأنها الاستجابة الغير محددة للجسم إزاء الأعباء البدنية أو النفسية التي يتعرض لها.

(Jean Benjamin stora -1993: 82)

• التعريف الإجرائي :

هي مجموع الدرجات التي تحصل عليها أم الطفل المصاب في بالتوحد استبيان الضغوط النفسية.

• استراتيجية مواجهة الضغوط النفسية:

لازاروس(1984- Lazarus) بأنها مجموع الجهود المعرفية و السلوكية المستعملة في

تسيير طلبات خاصة داخلية او خارجية، والتي يقيمها الفرد على انها مستهلكة لموارده او

تتجاوزها (Marilou Bruchon-Schweitzer , 2001: 70) .

• تعريف الجمعية الأمريكية للتوحد:

التوحد نوع من الاضطرابات التطورية (النمائية) و الذي يظهر خلال الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل حيث ينتج هذا الاضطراب عن خلل في الجهاز العصبي يؤثر بدوره علي وظائف المخ و بالتالي يؤثر علي مختلف نواحي النمو.

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

المبحث الأول : التوحد

المبحث الثاني: الضغوط النفسية

المبحث الثالث : الدراسات السابقة

المبحث الأول

التوحد

1. تعريف التوحد:

1.1 لغة:

التوحد (Autism) مصطلح مشتق من الكلمة اليونانية Autos والتي تعني نفسه (soi-meme) (Bloch et al. 1999: 109).

2.1 إصطلاحاً:

لقد تعددت تعاريف التوحد بتعدد الإتجاهات العلمية والنظرية التي تحاول تفسير هذا الاضطراب ومن أهمها ما يلي:

عرف اضطراب التوحد من طرف العديد من الباحثين ومن بينهم نجد ليوكانر (Leo Kanner) (1943) الذي عرف إضطراب التوحد على أنه : " حالة من العزلة والانسحاب الشديد وعدم القدرة على الاتصال بالآخرين والتعامل معهم " (Norbert Sillamy, 1999:31) ويصف الأطفال التوحديين بأنهم لديهم إضطرابات لغوية حادة ، كما أنهم يقاومون التغيير كلياً ، ويظهر ذلك من خلال تكرار إستعمال الأنشطة مثل وضع الطفل لملابسه في نفس الترتيب.

كما يطلق (الدسوقي: 1988م) على التوحد مصطلح (الإجترارية) والتي هي " الاهتمام المرضي بالنفس مع عدم المبالاة بالآخرين ومع الميل للتراجع إلى الخيالات الباثولوجية التي تنظم تفكير المرء أو إدراكه لحاجاته أو رغباته الشخصية والتي يكون قائماً على حساب الحقيقة الموضوعية ، وفهم العالم الخارجي على أنه أقرب لرغبات المرء على ما هو في الدقيقة في إطار تحقيق الرغبة عند رفض تصديقها " (عمارة: 2005).

ويرى (بدر: 1997م) أن التوحد هو : " إضطراب إنفعالي وإجتماعي ينتج عن عدم القدرة على فهم التعبيرات الإنفعالية ، خاصة في التعبير عنها بالوجه أو باللغة ويؤثر ذلك في العلاقات الإجتماعية مع ظهور بعض المظاهر السلوكية النمطية" (خطاب: 2009).

والتوحد عند جمال مثقال القاسم هو : " هو إضطراب يظهر من الولادة ، ويعاني المصابون به بعدم القدرة على الإتصال بأي شكل من الأشكال مع الآخرين إضافة إلى ضعف أو إنعدام اللغة لديهم ، خاصة في مراحل العمر الأولى" (القاسم: 2000).

أما الدليل الإحصائي الرابع المراجع لتشخيص الإضطرابات العقلية والنفسية (DSM-IV-RT) (2000) فعرفه على أنه أحد الإضطرابات الإرتقائية المتشعبة ، الذي يشير إلى أن التطفل التوحدي يكون منطوي ومنعزل على نفسه ، حيث يكاد التواصل الإجتماعي يندم سواء باللغة أو باللعب ، فهم لا يستطيعون رعاية أنفسهم كما يتميز أيضاً بالتمطية والتكرار حيث يكررون دائماً سلوك واحد أو أكثر (American Psychiatric Association 2003:85) .

أما كولمان (Coleman) (2003) ، فيصل الذاتية بأنها إحدى الإضطرابات الإرتقائية العامة التي تتسم بقصور واضح في القدرة على التفاعل الإجتماعي والقدرة على التواصل كما أنها تتسم بمجموعة من الأنشطة والاهتمامات والأنماط السلوكية المحدود مع وجود إضطرابات في اللغة والكلام ، وتبدأ قبل سن الثالثة من العمر (خليل: 2002).

إضافة إلى التعاريف السابقة تعرف الجمعية الأمريكية للطب النفسي التوحد على أنه: " إعاقة في النمو التي تكون مزمنة وشديدة حيث تظهر في السنوات الأولى من عمر الطفل ، وهي نتاج إضطراب عصبي يؤثر سلباً على وظائف الدماغ ، وينتشر بين الذكور أكثر من الإناث ، كما أنه قليل الإنتشار بين الأطفال ويحدث بين كافة الشرائح الإجتماعية والعرقية". (العزة: ، 2002).

ولابد من الإشارة إلى أن التباين في تعريف ومصطلحات التوحد مثل الإجتراية ، الذاتية ، عصاب الطفل ، توحد الطفولة المبكر ، الفصل الطفولي ، ذهان الطفولة ، التفكير الإجتراي ، قد أحدث الكثير من الإرتباك حل هذا المفهوم.

إلا أن صفات ذوي الإضطرابات السلوكية والإنفعالية(العدوانية والإندفاعية) تختلف منها عن الأطفال التوحديين ، حيث ساعد البحث الحديث علم الجينات والكيمياء العصبية وعلم الأعصاب في إبراز التوحد كخلل صحي أو إعاقة تطويرية شاملة.(البطانية: 2007).

ومن خلال التعاريف السابقة نجد أن التوحد اضطراب متعدد الأسباب والأعراض ، ويسبب قصوراً في النمو وقد تظهر أعراضه متعددة أو منفردة أو متداخلة مع إضطرابات أخرى .

ومن كل ما سبق ذكره نقول أن إضطراب التوحد في النمو ، يصيب الطفل في سنواته الأولى ، ويظهر في شكل أعراض متنوعة ومتعددة ومختلفة في درجتها وشدتها ، من طفل لآخر ، والمؤثرة على كل جوانب النمو المختلفة من حيث اللغة ، التواصل ، النمو الحسي الحركي ، النمو الإنفعالي ، النمو الإجتماعي ومن حيث الجانب السلوكي إلى آخره ما يجعله منطوياً ومنسحباً عن العالم الخارجي مكوناً لذاته عالماً خاصاً به.

وإضطراب التوحد يعود لعدة أسباب نفسية ، بيولوجية ، كيميائية تؤدي بالطفل للإصابة به.

2/ أسباب التوحد:

إلى حد الآن لم تتوصل البحث العلمية لى معرفة السبب الرئيسي الذي يعود إليه إضطراب التوحد ، حيث توجد عدة أسباب يرجح إليها حدوثه ، سواء كانت نفسية ، بيولوجية ، وراثية ، جينية أو كيميائية حيوية.

ورغم تعدد الأسباب وإختلافها ، فإن البحوث لا تزال مستمرة لأجل الكشف عن السبب الرئيسي الذي يعود إليه هذا الإضطراب ، وتمثل الأسباب التي توصل العلماء إلى كشفها لحد الآن فيما يلي:

1-2 الاسباب النفسية: (Psychological Factor)

يرى أصحاب هذا الإتجاه أن الظروف النفسية الملائمة هي السبب في ذلك وقد أشار كانر (Kanner) في نظرية البرود والفتور العاطفي من قبل الآباء" ، بأنهم يميلون إلى إظهار العاطفة وأنهم رافضون وسلبيون تجاه أطفالهم وباردون عاطفياً في إظهار التفاعل بينهم وبين أطفالهم بصورة لا تسمح للطفل بالإتصال مع والديه ، بأي شكل من الأشكال. (قاسم: 2000).

ولقد أشار بيتلهين (Bettelheim) إلى أن سبب التوحد قد يعود إلى نقص في تعزيز الوالدين للتطور الطبيعي لذخيرة إستجابات الطفل (العزة: ، 2002) والذي قد ينسلخ من الواقع ويعاني من التوحد ، حيث أن هذا الأخير يأخذ إهتمام الوالدين وخاصة الأم ، فتنصرف عن الطفل الاول لمقابلة احتياجات الطفل الجديد ، فيشعر الطفل الأول بالغيرة والحرمان لعدم إهتمام الأم به مثلما اهتمت به قبل ميلاد الطفل الجديد (عمارة: 2005).

كا يرى أولجرمان (Olgorman) (1980) بأن الفشل في تكوين علاقة عاطفية بين الطفل وأبويه قد يكون أحد أسباب إضطراب التوحد ، فالطفل يعاني من التوحد مع هجر الأم له أو طول فترة غيابها عنها ، وقد يرجع الإضطراب إلى رفض الأم والطفل بإقامة علاقة عاطفية بينهما.

وقد يعود الإضطراب إلى إصابة الأم بالإنقصام، أو بسبب معاناتها من مرض عاطفي واضح ، أو تكون متعلقة طفولياً بوالدها لدرجة أنها لا تستطيع القيام بدورها ، وق يكون التعارض بين دوري الأب والأم سبباً في إضطراب الطفل، فعندما تظهر الأم أقل إحساساً بالأنوثة عن الوضع الطبيعي، أو يبدو الأب أقل إحساساً بالأبوة عن الوضع الطبيعي ، نجد أن الطفل لا يستطيع تكوين علاقة مع الام والأب ، كما أن العلاقة غير السعيدة بين الأب والأم والتي تعتبر مسؤولة عن ضعف العلاقة بين الأم والطفل ، قد تون سبباً في الإعاقة ، وفي بعض الأحيان تكون الأم متحفظة في علاقاتها مع الطفل بسبب غيرة الأب من هذه العلاقة التي تشعره بأن الطفل قد أخذ كل اهتماماتها ووقتها،

وهذا يؤدي للجمود العاطفي بين الأم والأب ، مما يجعل هذا الأخير منعزلاً ، وهذا ما قد يؤدي به للتوحد (عمارة: 2005).

ومنه نستنتج أن إضطراب التوحد يمكن أن يعود لعوامل نفسية ، ولكن هناك دراسات أخرى تؤكد أن إضطراب التوحد قد يعود لأسباب جينية ووراثية.

2-2 الاسباب الوراثية الجينية (Factor Genetic):

هنا فريق من الباحثين ممن يؤكدون دور وتأثير الجانب الوراثي الجيني على إصابة الطفل بإضطراب التوحد بحيث تقوم الموروثات (الجينات) بنقل الكثير من الخصائص البشرية من الوالدين إلى طفلهم كاللون ، الطول ، الشكل ..إلخ. إضافة للكثير من الإضطرابات الحيوية ، وقد توصل العلم الحديث لمعرفة بعض منها ، ومعرفة مكانها في الكروموزومات لكن حتى الآن لم يتم معرفة أي مورث (جين) يكون سبباً لحدوث هذا الإضطراب.

وإن نتائج الفحوصات التي أجريت على الأطفال التوحديين تشير إلى وجود كروموزوم (X) الهش الذي يظهر في شكل صورة معقدة في نسبة تتراوح من (5-6%) من الحالات ، وقد يظهر ذلك في الأولاد أكثر من البنات خاصة في الأطفال المصابين بالتوحد المصحوب بتخلف عقلي ، كما أن التصلب الذي ينقل بواسطة الجين المسيطر يكون ذو صلة بإعاقه التوحد في نسبة تصل إلى حوالي (5%) من الحالات تقريباً. (عمارة: 2005).

وعليه فإن العديد من الدراسات أشارت إلى الأسباب الجينية والتي ركزت على دراسة الكروموزومات خصوصاً في حالات ولادة التوائم المتطابقة والتوائم المتشابهة، حيث أجريت ثلاث (3) دراسات في مجال التوائم إثنان تم إجراؤهما في بريطانيا والثالثة في اسكندنافيا ، خلصت الدراسة إلى أن معدل حدوث حالة التوحد في التوائم من نفس الخلية (المتطابقة) يتراوح بين (36-91%) في حيث اختلفت هذه النتيجة في التوائم من خليتان منفصلتان (المتشابهة) حيث تراوحت (0-10%) إضافة إلى الدراسة التي قام بها كل من جود وماندال (Judd and Mandell) حيث أشارت هذه الدراسة إلى نسبة حدوث هذا الاضطراب في التوائم المتطابقة تكاد تكون (100%) في حالة إصابة أحدهما بإضطراب التوحد ، والسبب في ذلك يعود إلى التطابق الوراثي الكبير للجينات والكروموزومات في حالة التوائم المتطابقة وبالتالي فإن إحتماالية تعرضهم لهذا الاضطراب هي أكثر من التوائم المتشابهة (قاسم: 2000).

كما أثبتت بعض الدراسات الحديثة ليدا (Lida) (1993) أن هناك ارتباطاً بين التوحد وبين خلل الكروموزومات ، وأوضحت هذه الدراسة أن هناك اتصالات إرتباطية وراثية مع التوحد وهذا

الكروموزوم الذي يسمى (fragil X) يعتبر شكل وراثي حديث مسبب التوحد والإعاقة العقلية وصعوبات التعلم ، وله دور في حدوث مشكلات سلوكية مثل : النشاط الزائد ، وهذا الكروموزوم يكون شائع بين الذكور أكثر من الإناث ويؤثر هذا الكروموزوم في حوالي (10.7%) من حالات التوحد (القبالي: 2008) الذي يؤدي إلى تصلب في بعض الخلايا الداخلية التي تتحول إلى الجنين المسيطر على الناحية العقلية وربما يؤدي ذلك إلى حدوث (5%) من حالات التوحد وتشير الدراسة على التوائم المتطابقة على أنه في حالة إصابة أحدهما بالتوحد تكون احتمالية إصابة الآخر بالتوحد ونسبة لا تقل عن (90%) كما تشير إلى حدوث خلل في الكروموزومات خلال (20 أو 24) يوماً من الحمل أو في الثلاث شهور الأولى أو تفترض الدراسات أن الخلل يكمن في الكروموزومات (7-13-15). (القمش: 2007).

وتشير دراسة (ماكديونا وآخرون: 1994) إلى أن الإصابة بإعاقة التوحد بين التوائم المتماثلة تصل إلى (36%) بينما في التوائم المنفصلة تكون نسبة الإصابة منخفضة. (البطانية: 2007). وقد وجد بعض العلماء مثل براون وآخرون (1985) أن العامل الوراثي الجيني الذكري الهش أعلى في حالات التوحد ، وقد تصل إلى (16%) من حالات الذكور المصابين بالتوحد كما أشار العالم بلانجاست (Blaanguist) إلى نفس النتيجة ، كما دلت الأبحاث المختلفة أن نسبة حدوث هذا العامل الوراثي تتراوح بين (0-16%) في حالات التوحد وأشارت بعض الدراسات الأخرى إلى وجود علاقة بين المرض الوراثي (فينال كينونيوريا) (PK4) حالات التوحد. (قاسم: 2000). كما يعتقد الباحثون أن التفاعل الجيني المعقد يلعب دور في اضطراب التوحد وهناك بحث جديد قدم لأول مرة ، تعرف الباحثون على التفاعل بين جينات محددة تضاعف خطر إصابة الأطفال بالتوحد ، (عليوات: 2007).

حيث حدد الباحثون جيناً واحداً يدعى (Gabra4) أنه مرتبط بمخاطر التوحد إضافة لتفاعل الجين الآخر الذي يعرف بـ (Gabrbi) الذي يظهر أنه يقود إلى هذا الخطر. (عليوات: 2007). رغم كل هذه الدراسات التي تؤكد على أن التوحد قد يعود إلى سبب جيني ، إلا أنه توجد دراسات تؤكد أن التوحد قد يعود لأسباب بيولوجية.

3-2 الاسباب البيولوجية: (Somatic Factor)

إن مختلف العوامل البيولوجية التي يرجع إليها اضطراب التوحد ، تتمثل في كل الإصابات التي يتعرض لها الدماغ في مختلف مراحل نموه ، وأهم هذه الظروف تلك التي ترتبط بالشكل المنحني

ويعود لأسباب عديدة حيث أن العوامل المرتبطة بالجينات تلعب دوراً هاماً في حدوث الشلل دون أن يكون لها المسؤولية الكاملة لحدوثه.

فهنا أشارت الابحاث إلى ان التفاعلات الكيميائية المعينة الشاذة تؤدي إلى فشل قطري في إنتاج الأنزيمات ، كما أن وجود علل أو أمراض معينة في الدم أثناء فترة الحمل أو تعرضها أثناء الولادة إلى نقص الأكسجين ، أو تعرضها لحادث يؤدي إلى إصابتها بنزيف ما ، يحدث تلف أثناء نمو الجين أو أثناء الولادة (بهجت: 2007).

توصل الباحثون إلى مجموعة من الأدلة المؤكدة أن التوحد يعود لأسباب بيولوجية وأرجعوا مشكلات اللغة واخلل في التآزر الحركي والحسي إلى وجود خلل في الدماغ حيث أن معظم هؤلاء الأطفال لديهم نشاط غير طبيعي في موجات الدماغ .

كما أكد ووترهوس (Woterhose) في دراسته على وجود شذوذ لدى الطفل التوحدي على جهاز رسم المخ الكهربائي والتي توصلت إلى حوالي 10% - 80%.

وهذا ما يشير إلى فشل التجنب المخي والاستجابة السمعية المستثارة من جذع المخ لدى الطفل التوحدي (نصر: 2002).

ولتقديم توضيح أكثر عن الاسباب البيولوجية نجد الباحث كوندون (Condon) جمع أدلة كثيرة عن وجود أسباب بيولوجية لإضطراب التوحد في السنوات الماضية من أبحاثه واستخدم تحليل الاضطراب اللغوي في السلوك الإنساني بما في ذلك التوحد وصعوبات التعلم ، وقد وجد أن كل هؤلاء الأطفال يبدون استجاباتهم لصوت معطي لديهم أكثر من مرة عندما يعطي لهم للمرة الثانية بعد جزء من ثانية أو حتى ثانية كاملة بينما يأخذ الأطفال التوحديين وقتاً أطول للاستجابة.

وقد أشار الباحثون إلى أنواع متعددة من الدلائل عليها مثل: مشكلات اللغة ، الخلل في التآزر الحسي الحركي ، النمطية في السلوك ، تلف في جزء الدماغ المتعلق بالتوازن والتنسيق واحتمالية وجود التوحد في أحد التوائم إذا أصيب أحدهما بالتوحد ، كما أن معظمه لديهم موجات دماغية غير طبيعية ، وطبيعة وجود التوحد في جميع أنحاء العالم في مختلف الطبقات الإجتماعية (يحي: 2003).

وفي دراسة تقدمت بها سميرة عبد اللطيف في المؤتمر القومي السابع لإتحاد رعاية الفئات الخاصة والمعاقين ، بجمهورية مصر العربية الذي أقيم بالقاهرة في الفترة من (8-10 ديسمبر 1998) ، ذكرت أن أسباب إعاقة التوحد ترجع إلى مشكلة بيولوجية وليست نفسية ، قد تكون الحصبة الألمانية أو إرتفاع الحرارة المؤثرة أثناء الحمل أو وجود غير طبيعي لكروموزومات

تحمل عينات معينة أو تلفا بالدماغ إما أثناء الحمل أو أثناء الولادة لأي سبب مثل نقص O_2 مما يؤثر على الجسم والدماغ فتظهر أعراض التوحد.

كما أشارت الدراسات لإرتفاع غير عادي في الإصابة بهذا الإضطراب في عمليات الولادة العسيرة ، وأرع آخرون حدوثه لتطعيم أمهات الأطفال ضد الحصبة الألمانية أثناء الحمل ، ويعتقد أن أسباب التوحد تعود لخلل في النظام البيولوجي للطفل (العزة: ،2002).

في هذا الإتجاه يؤكدون بدراستهم أن اضطراب التوحد قد يعود لأسباب بيولوجية تعود لخلل في النظام البيولوجي للطفل ، لكن توجد أيضاً دراسات تؤكد أن اضطراب التوحد قد يعود لأسباب كيميائية وحيوية.

4-2 الاسباب الكيميائية الحيوية:

تلعب الاضطرابات الكيميائية الحيوية دوراً كبيراً في حدوث اضطراب التوحد وإن كان العلماء غير متأكدين من كيفية حدوثه مع أهمية ودور الأسباب الأخرى ، فالكيمياء الحيوية تلعب دوراً مهماً في عمل الجسم البشري ، وإن كنا لا نعرف إلا البعض منها ويتكون المخ والأعصاب من مجموعة من الخلايا المتخصصة التي تستطيع أن تنقل الإشارات العصبية من الأعضاء إلى الدماغ وبالعكس ، من خلال ما يسمى بالموصلات العصبية (Neuro transmetteur) وهي مواد كيميائية بتركيز مختلفة من وقت لآخر حسب عملها في الحالة الطبيعية ولتوضيح الصورة نذكر البعض منها:

إن العلماء وجدوا نسبة من بعض المواد في المناطق التي تتحكم في العواطف والإنفعالات مثل السيروتونيين ، التي ترتفع في بعض أطفال التوحد بنسبة تصل إلى (100%) ولكن العلاقة بينهما غير واضحة .(البطانية: 2007).

بحيث أنه على الأقل ، ثلث مرضى اضطراب التوحد لديهم ارتفاع في بلازما السيروتينين (Plasma Serotonin) وهذا الاكتشاف ليس خاصاً باضطراب التوحد فقط فالأطفال المتخلفين عقلياً بدون اضطراب التوحد يظهرون أيضاً تلك الصفة (خطاب: 2009).

كما يتزايد وجود الدوبامين (Dopamine) في المناطق التي تتحكم في الحركة الجسمية وقد وجد أن استخدام العلاج لتخفيض نسبتها يؤدي إلى تحسن الحركة لدى الأطفال الذين لديهم حركات متكررة.(البطانية: 2007).

ويشير سيمون وجيليس (Simond And Gillies, 1946) إلى احتمال نقص الجلوكوز والأنسولين عند بعض الأطفال التوحديين ، كما أن نسبة من هؤلاء الأطفال يعانون من زيادة تركيز عنصر

الرصااص في بلازما الدم ، وهذه النتيجة تتفق مع كل من دراسة مانكريف (Mancrief,1964) ودراسة أوليفر وأوجرمان (O (Oliverman and Croman, 1966) و(عمارة: 2005). وإن كانت هذه العوامل المبنية على دراسات علمية تؤكد التوحد يعود إلى اضطرابات كيميائية حيوية ، فإنه توجد دراسات أخرى تؤكد بدورها أن اضطراب التوحد يمكن أن يعود لخلل في الجهاز العصبي المركزي ، وهذا ما سنتعرض إليه فيما يلي:

2-5 خلل في الجهاز العصبي المركزي:

لقد وجد هذا المجال اهتمام كبير ، وهذا يعود لظهور التوحد خلال الأشهر الأولى من حياة الطفل ، ولتأثيره المنتشر في كل مظاهر التطور واستمراره طول الحياة بوجود قصور في الجهاز العصبي المركزي.

كما حاول بعض الباحثين تفسير التوحد على أنه قصور في المجال الدهليزي من الدماغ للاعتقاد بأن هذه المنطقة مسؤولة عن تشكيل التفاعل بين الوظائف الحسية والوظائف الحركية ، وتختلف إصابات الجهاز العصبي في درجتها من البسيطة إلى الشديدة مما يؤدي إلى تأثيرات متباينة على الجهاز العصبي ، كما أنها قد تؤدي إلى اضطرابات معينة (السمع-النظر) ، والبعض قد تظهر عليهم أعراض التوحد ولكن تتبع الأسباب السابقة أظهر أن الكثير من الأطفال قد تم نموهم بشكل طبيعي ، لذلك لا نستطيع الجزم بأن هذه الأسباب قد تؤدي إلى التوحد . (البطانية: 2007).

كما قد ترجع إعاقة التوحد إلى خلل في بعض وظائف الجهاز العصبي المركزي إذ قد يكون هناك قصوراً معيناً في وظائف المخ الفيزيولوجية الكهربائية ، وقد أثبتت دراسة إيمان أبو العلا (1995) على أن تصوير المخ بالأشعة المقطعية وتصوير المخ بالرنين المغناطيسي تشير إلى احتمال وجود دور للمخيخ وجذع الدماغ في حالات التوحد كما أنه توجد اضطرابات عديمة الخصوصية وغير ثابتة في كافة الأبحاث.

بينما ذكر باجافالير وميرجيريان (Bacha Valier and Merjarian , 1994) أن الأطفال المصابين بالتوحد لديهم خلل في الجهاز العصبي الطرفي الذي يؤثر في سلوكياتهم الإجتماعية والعاطفية والتعلم والذاكرة . (الظاهرة: 2009).

ويؤكد بعض الباحثين على دور العوامل العصبية في حدوث الذاتوية حيث ظهرت العديد من الدراسات التي حاولت ربط الخلل العصبي وحدث الذاتوية وأوضحت النتائج وجود اختلاف وفروق في البناء الوظيفي للجهاز العصبي المركزي بين الأطفال الذاتويين وغير الذاتويين (محمد خليل: 2003).

وتشير دراسات (تريبارثن وآخرون: 1996) لوجود أدلة حديثة على وجود اضطراب في وظيفة الخلايا العصبية بنشر في مركز المخ وبصفة خاصة في مراكز الإنتباه والتعلم. وتجدر الإشارة إلى أن تلك الاسباب لم يتم تأكيد أي منها بشكل علمي قاطع حتى هذا اليوم ليعتبرها مسبباً أساسياً في حدوث اضطراب التوحد. وعليه فالخلل الذي يكون في الجهاز العصبي المركزي قد يكون سبباً في حالة التوحد ولكن هناك اتجاه آخر يؤكد أن اضطراب التوحد قد يعود لأسباب ما قبل الولادة أو أثناءها.

2-6 أسباب ما قبل الولادة وأثناءها:

أشارت الدراسات والبحوث في هذا الجانب أن الإضطرابات التكوينية وصعوبات الولادة قد تكون إحدى الاسباب التي تؤدي إلى حالات التوحد. وحسب (أسامة محمد البطانية وآخرون) فإن العوامل الوالدية التي تساهم في الإصابة بالتوحد هي:

2-6-1 الإلتهابات الفيروسية (Viral Infection):

- الحصبة الألمانية : وهو التهاب يصيب الجنين داخل رحم الأم.
- تضخم الخلايا الفيروسية : وهو التهاب يصيب الجنين داخل رحم الأم.
- الإلتهاب الدماغي الفيروس: وهو إلتهاب دماغي فيروسي يتلف مناطق الدماغ المسؤولة عن الذاكرة.

2-6-2 إضطرابات عملية الأيض (Netaboli) تتمثل في:

- حالات شذوذ أيض البيورين : وهو خلل الإنزيمات يؤدي إلى إعاقات في النمو مصحوبة بمظاهر سلوكية توحدية.
- حالات شذوذ أيض الكربوهيدرات : هو خلل في قدرة الجسم على امتصاص العناصر النشوية الموجودة في الطعام.
- نظرية الحامض الأميني بيتايد: في هذه النظرية افترض أن يكون التوحد نتيجة وجود الحامض الأميني بيتايد الخارجي المنشأ (من الغذاء) الذي يؤثر على النقل العصبي داخل الجهاز العصبي المركزي ، وهذا التأثير قد يكون بشكل مباشر أو من خلال التأثير على تلك الموجودة والفاعلة في الجهاز العصبي ، مما يؤدي إلى أن تكون العمليات داخلية مضطربة لكن في هذه النظرية نقاط ضعف ، فهذه المواد لا تتحلل بالكامل في الكثير من الأشخاص ومع ذلك لم يصب بالتوحد لذلك تأتي نظرية أخرى تقول بأن الطفل التوحدي

لديه مشاكل في الجهاز العصبي تسمح بمرور تلك المواد إلى المخ ، والمؤثرة على الدما مما يؤدي لحدوث أعراض التوحد.(يحيى: 2003).

2-6-3 متلازمة التشوهات الولادية:

- التشوهات الولادية غير الطبيعية للوجه وصغر اليدين والرجلين المصحوبة بإعاقة عقلية وأحياناً بالصرع.

- التشوهات الجسمية المتعددة في القلب والصدر المصحوبة بإعاقة عقلية.

- تأخر النمو وصغير حجم الرأس وغزار شعر الجسم وليونة المفاصل.

- السمنة وإصطباغ شبكية العين وزيادة عدد أصابع اليدين المصحوبة بإعاقة عقلية.

- الخلل الولادي في الاعصاب الدقيقة المسؤولة عن عضلات العين ومجموعة عضلات الوجه الذي يؤدي إلى شكل في عضلات الوجه.

كما توجد عوامل ولادية أخرى مرتبطة بالتوحد وهي:

- التعرض لأمراض وبائية قبل أو بعد الولادة مثل السفلس والحصبة الألمانية.

- التعرض للكحول والمخدرات والتعرض للكيماويات البيئية مثل الرصاص والزنابق وغيرها من السموم.

- نقص الأكسجين وزيادة التعرض له اثناء وبعد الولادة بقليل مثل حالات الولادة المبكرة.

- إصابة الدماغ بصدمات بسبب الحوادث وحالات السقوط من الأعلى (البطانية: 2007).

فالأمر قبل الولادة أو أثنائها تتعرض لمجموعة من الأمراض التي تؤثر على جنينها وبالتالي وجود إمكانية إصابته بإضطراب التوحد. كما قد وجد العالمان داكن وماكلان

(Dyken and Maclaman) أن أمهات الأطفال المصابون بالتوحد قد تعرض لتعقيدات الحمل

أكثر من أمهات الأطفال الطبيعيين مثل حالات النزيف التي كانت تصيبهم خصوصاً بعد الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل وكذلك الحصبة الألمانية والتوكسوبلازما أثناء الحمل.

وقد أشار كالفن Calvin إلى أن نسبة حدوث التوحد تزيد في حالات الولادة المبكرة (أطفال الخدج) والعملية القيصرية كطريقة الولادة.

كما أشار (Geno) إل وجود بعض حالات الإدمان على الكحول والامراض النفسية والعقلية لدى أسر الأطفال المصابين بالتوحد، وقد أشار إلى كثرة حدوث الحساسية لبعض المواد المستنشقة

وبعض المأكولات في أسر هؤلاء الأطفال مما قد يشير إلي أسباب متعلقة بالمناعة

(قاسم: 2005).

وعليه فإن كل تلك الدراسات السابقة وغيرها لم يتم إيجاد عامل مشترك واحد يمكن أن يعود إليه حدوث اضطراب التوحد.

فأسباب ما قبل الولادة أو أثنائها قد تؤدي لحدوث اضطراب التوحد لدى الطفل ، سواء كانت مختلف الأمراض أو الإصابات التي تتعرض لها الأم أو الالتهابات الفيروسية إضافة إلى مختلف التشوهات بأنواعها المتعددة.

ورغم الغموض الذي يسود الأسباب المؤدي لاضطراب التوحد وعدم معرفة السبب الرئيسي له ، إلا أنه نقول أن اضطراب التوحد يعود لجملة من العوامل المختلفة والمتنوعة والتي سبق ذكرها من اسباب نفسية عضوية، وراثية جينية التي اجتمعت وأدت لوجود اضطراب التوحد لدى الطفل الذي يظهر لديه في شكل مجموعة من الأعراض ، وقد يعود بالنسبة أكبر لأحد هذه العوامل ولكنه غير معروف لحد اليوم.

3- أعراض التوحد:

إن أعراض اضطراب التوحد مختلفة في شدتها وعددها من طفل لآخر حيث تمس الجانب اللغوي ، العلاقات الإجتماعية ، الإتصال والسلوك.

وإذا ما تحدثنا عامة فإنها تكون واضحة في الجوانب التالية: التواصل ، التفاعل الإجتماعي ، المشكلات الحسية ، اللعب والسلوك.

وأن مجموعة الاعراض السلوكية للتوحد هي على النحو التالي:

1- يتصرف الطفل وكأنه لا يسمع ولا يهتم بمن حوله.

2- لا يحب أن يحضنه أحد.

3- يقاوم الطرق التقليدية في التعليم.

4- لا يخاف من الخطر.

5- يكرر كلام الآخرين.

6- نشاط زائد ملحوظ أو خمول مبالغ فيه.

7- لا يلعب مع الأطفال الآخرين.

8- ضحك وإستثارة في أوقات غير مناسبة.

9- بكاء ونوبات غضب شديدة لاسباب غير معروفة.

10 - يقاوم تغيير الروتين.

11 - لا ينظر في عين من يكلمه.

12 - يستمتع بلف الأشياء.

13- تعلق غير طبيعي بالأشياء الغريبة.

14 - فقدان لخيال والإبداع في طريقة لعبه.

15- وجود حركات متكررة وغير طبيعية مثل: هز الرأس أو الجسم أو اليدين.

16- قصور أو غياب القدرة على التواصل والإتصال (كامل: 2003).

فأعراض سلوك الطفل التوحدي تكون عادية نسبياً حتى يبلغ من العمر عامين ونصف يلاحظ الوالدان بعد ذلك تأخر في النمو اللغوي ومهارات اللعب بالإضافة إلى التفاعل الإجتماعي.

والاطفال التوحديون ليس لديهم نفس الدرجة والشدة من الاضطرابات فالتوحد قد يكون بعلامات بسيطة ، وقد يكون شديداً بإضطراب في كل مجالات التطور عامة (نسيان: 2009).

حيث ترى (نيسان 2009) أن الأطفال التوحديون تظهر لديهم أعراض كصعوبة الإتصال وبطء نمو اللغة أو توقفه تماماً ، أو يستخدم لغة الإشارة.

فالرضع لا يستطيعون الوغوة وعندما تظهر لغة الطفل فهي تظهر بشكل غير طبيعي مثلاً فيها تزييد الكلمات والجمل غير ذات معنى ، وبعض الأطفال يكون لديهم عكس الضمائر (أنت بدلاً من أنا) وعادة ما يقوله الآخرون.

مشاكل اللغة والكلام كثيرة في أطفال التوحد ، ويعتقد الكثير من المختصين أن 50% من المتوحدين لا يستطيعون التعبير اللغوي المفهوم. كما أن الأطفال التوحديون لا يستطيعون فهم المزاح والسخرية.

يتشابه الأطفال التوحديون مع الأطفال العاديين في خصائص المظهر العام بل إنهم كثيراً ما يكونون أكثر جاذبية ، ما يذكر لويس مليكة (1998م) أن الأطفال التوحديون في مراحل حياتهم المبكرة يعانون من صعوبات في الجهاز التنفسي ونوبات الحساسية وإمساك وحركات غير منضبطة. (خليل: 2003).

ولقد وصف أحد آباء الأطفال الذين راقبهم كانر (Kanner) ابنه قائلاً: " يبدو مقتنع بذاته لا يظهر إنفعالات عندما يؤنب ، لا يلاحظ حقيقة أن أي شخص يأتي أو يذهب ، لا يبدو سعيداً بروية والده أو أمه أو زميله باللعب ، يبدو أنه منسحب ومتفوق على نفسه ". (الزريقان: ، 2011).

كما يشير كوجال وكوفرت (Koegal and Lovert) أن الأوتيزم يشير إلى ظهور مؤشرات الانسحاب الإجتماعي وعدم القدرة على إقامة علاقات إجتماعية متكافئة بالإضافة إلى

الإضطرابات في اللغة والقدرات الإدراكية والمعرفية ، وإنخفاض القدرة على فهم التعليمات اللفظية (عامر: 2008).

أما سميث (Smith, 2001) فإنه يلخص أعراض التوحد على النحو التالي:

- **إعاقة في التفاعلات الإجتماعية التبادلية:**
 - لا يطور مودة وصدقة للأباء وأعضاء الأسرة.
 - نادراً ما يلاحظ الإنفعالات مثل العطف والغضب.
 - الميل إلى استعمال الإشارات غير اللفظية مثل: (الابتسام ، الإيماءات ، التواصل الجسمي).
 - لا يوجد تواصل بالعين .
 - اللعب التخيلي نشاط نادر ما يلاحظ.
 - يظهر نقص الإيماءات التواصلية الإجتماعية والنطق خلال الأشهر القليلة الأولى.

● **قدرات تواصل ضعيفة:**

- اللغة الوظيفية غير مكتسبة بشكل كامل أو غير متقنة.
- محتوى اللغة غالباً غير مرتبط بالأحداث الفورية.
- سلوك نمطي وتكراري.
- لا يحافظ على المحادثة .
- المحادثات التلقائية نادراً ما يبدأها.
- يمتاز الكلام بأنه لا معنى له وتكراري.
- عكس الضمائر.

● **الإصرار على التماثل:**

- التضايق الواضح عند تغيير البيئة مظاهر الروتين اليومي يصبح طقوسياً.
- ظهور سلوك تكراري.
- سلوكات نمطية مثل (التأرجح والتلويح باليد) صعب إيقافها.

● **أنماط سلوك غير اعتيادية:**

- اعتداء على الآخرين خصوصاً في حالة الشكوى.
- سلوك إيذاء الذات مثل الضرب والغضب.
- ظهور مخاوف اجتماعية تجاه الغرباء والمواقف غير إعتيادية والبيئات الجديدة.

- تؤدي الإزعاجات العالية إلى ردود فعل الخوف. (الزريقان: 2004).
فإن أعراض التوحد قد تتباين من البسيط إلى الشديد لأن هذا الإضطراب يمسك كل جوانب نمو الشخصية للطفل ومنها الجانب الجسمي والحركي والعقلي وكذا الإجتماعي من حيث الإتصال والسلوك عامة ما يعيقه عن الحياة الطبيعية والتكيف مع مختلف ظروف الحياة.

4- تشخيص إضطراب التوحد:

إن تشخيص إضطراب التوحد ليس بالأمر السهل باعتباره اضطراب ذو أعراض مختلفة من فرد لآخر وكذا وجود إختيارات طبية التي تطبق لتشخيصه.

حيث يتم تشخيص التوحد في الوقت الحاضر من خلال الملاحظة المباشرة لسلوك الطفل بواسطة مختص معتمد وعادة ما يكون اختصاصي في نمو الطفل أو طبيب وذلك قبل عمر ثلاثة سنوات في نفس الوقت فإن تاريخ نمو الطفل تتم دراسته بعناية عن طريق جمع المعلومات الدقيقة من الوالدين. ويمر تشخيص التوحد على عدد من المختصين منهم طبيب الأطفال (مختص في أعصاب المخ) طبيب نفسي ، طبيب عام ، مختص بقياس تربوي ، مختص إجتماعي ، حيث يتم عمل تخطيط المخ ، والأشعة المقطعية وبعض الفحوصات اللازمة وذلك لاستبعاد الإصابة بمرض عضوي.

وتشخيص إضطراب التوحد بعدة محاولات أولها كانت لـ كانر (Kanner, 1943) الذي وضع معايير لتشخيصه ، كما جاء أيضاً كل من العالمان بولان وسبنسر اللذان وضعاً مقياس أعراض التوحد في المراحل العمرية الأولى.

كما تجد المعايير التي وضعتها الجمعية الوطنية لرعاية أطفال التوحد ، وكذا الدليل الدولي العاشر لتصنيف الأمراض (ICD 10) وكذا الدليل الإحصائي الرابع المراجع للجمعية الأمريكية للطب العقلي (DSM IV TR) .

4-1 معايير تشخيص التوحد كما نص عليها DSM IV TR:

أشار الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSM IV TR إلى أن أعراض التوحد تشمل على ظهور (1) أعراض أو أكثر المجموعات (1 ، 2 ، 3) التالية واثنين من أعراض المجموعة (1) وعرض واحد لكل المجموعتين (2 ، 3).

وتم المجموعة(1):

• إعاقة نوعية في التفاعل الإجتماعي: ويعبر عن ذاته بواسطة اثنين على الأقل من الأعراض التالية:

- 1- قصور واستعمال قليل للسلوكيات غير اللفظية مثل تلاقي العين بالعين وتعبيرات الوجه مثل (الابتسامة ، العبوس) أو حركات في المواقف الإجتماعية والاتصال مع الآخرين.
- 2- قصور في بناء علاقات صداقة مع الأقران تتناسب مع العمر ومرحلة النمو كما يفعل الأطفال الآخريين.
- 3- غياب المشاركة الوجدانية والانفعالية أو التعبير عن المشاعر.
- 4- قصور القدرة على مشاركة الآخريين في الاهتمامات والهوايات والتمتع والتحصيل أو إنجاز أعمال مشتركة معهم.

• **قصور كفي في القدرات على التواصل:**

ويكشفها واحد على الأقل من الأعراض التالية:

- 1- التأخر أو الغياب التام في نمو القدرة على التواصل بالكلام (اللغة المنطوقة).
- 2- لغة غير مألوفة تشتمل على التكرار والنمطية.
- 3- بالنسبة للأطفال الذين يتكلمون لديهم قصور في الحديث والمبادرة فيه.
- 4- غياب وضعف القدرة على المشاركة في اللعب أو تقليد الآخريين الذين يتناسب مع العمر ومرحلة النمو .

تضم المجموعة (3) سلوكيات نمطية وتكرارية ، كما هي ظاهرة على الأقل في واحدة من التالية:

- 1- استغراق وانشغال بأنشطة واهتمامات نمطية شادة من حيث شدتها وطبيعتها.
- 2- حركات نمطية تكرارية غير هادفة مثل (فرقة الأصابع ، وضرب الرأس ، وتحريك الجذع للأمام والخلف).

3- إنشغال طويل المدى بإجراء من الأدوات والأشياء مثل يد لعبة ، سلسلة مفاتيح.

4- جمود وعدم مرونة في الالتزام بسلوكيات وأنشطة روتينية لا جدوى لها

(القبائلي: 2001).

ونفس الشيء تجده في تشخيص اضطراب التوحد وفقاً للدليل الإحصائي الرابع المراجع للحمية الأمريكية للطب العقلي (DSM IV TR) فحسبه وحسب الدليل العاشر (ICD 10) فإن اضطراب التوحد يبدأ قبل سن الثالثة (American Psychiatric Association, 2003) .

2-4 التصنيف الدولي العاشر نظام (ICD 10):

الصادر عن منظمة الصحة العالمية (WHO) والشكل النهائي لـ (ICD10) ظهر في عام (1993م) ، حيث يقسم هذا النظام إلى خمس فقرات أساسية حيث سيتم ذكر الجوانب الأساسية وهي:

- أ. ظهور أعراض القصور في النمو قبل سن الثالثة.
- ب. قصور نوعي وواضح في القدرة على التواصل.
- ج. قصور نوعي في التبادل الإجتماعي.
- د. سلوكيات وإهتمامات تتصف بالتمطية والرتابة.
- هـ. أن يكون السبب وراء هذه السمات السلوكية إعاقات نمائية أخرى أو أثرت في القدرة على التواصل اللفظي مصحوب بمشاكل إجتماعية عاطفية أو تخلف عقلي مصاحب له إضطرابات انفعالية وسلوكية أو متلازمة ريت (RETT) أو انفصام الشخصية المبكر (القبالي: 2001).

ومن خلال هذا الدليل يتأكد لنا أن إضطراب التوحد يمس كل جوانب النمو والتفاعل الإجتماعي للطفل الذي يعيقه عن التكيف والعيش السوي ، ومن أجل التعرف على إضطراب التوحد وتشخيصه عند الطفل نعرض محاولة لتحديد العلامات المبكرة للتوحد.

3-4 العلامات المبكرة للتوحد:

رغم أن تشخيص اضطراب التوحد لا يكون قبل سن 3 سنوات إلا أن معالمه تظهر في الأشهر الأولى من حياة الطفل.

- من صفر إلى ستة أشهر: يمكن أن تجد إضطرابات متكررة في التفاعل.
- طفل هادئ لا يبكي أبداً ولا يشتكي.
- اضطراب في النشاط في شكل ضعف النشاط.
- انعدام الحوار ابتداء من 2-3 أشهر.
- انقطاع واضح في النظر الذي يمكن أن يحمل بصفة متكررة هيئة تجنب متكررة للنظر.
- اضطراب في النوم والأرق.
- طفل هادئ (جامد).
- اضطرابات في الأكل (انعدام المص ، فقدان الشهية).
- انعدام الابتسامة التلقائية ابتداءً الشهر الثالث. (Danile Marcell , 2006:297).

• من 6 أشهر إلى 12:

- غير حنون ، وغير مبال بالألعاب الإجتماعية.
- متصلب ، وغير مبالي بما يؤخذ بين الأيدي (rigide).
- انعدام التواصل الشفوي أو غير الشفوي.
- نفور واشتمزاز من المأكولات الصلبة.
- عدم انتظام مرحلة التطور الحركي.

• السنة الثانية والثالثة:

- غير مبال بالاتصال الخارجي أو الاجتماعي.
- يتصل بتحريك يد البالغ.
- اهتمامه الوحيد بالألعاب يكمن في تصنيفها.
- متعصب.
- يقوم بصرف الأسنان بالإضافة إلى الحك والمسح.

• السنة الرابعة والخامسة:

- غياب التواصل البصري.
 - اللعب ، غياب الابتكار والتخيل ولعب الأدوار.
 - اللغة محددة ومنعدمة.
 - يقاوم التغيير الذي يحدث في البيئة المحيطة به (Marion Leboyer , 1985).
- وعليه فحسب هذا الباحث فإن أعراض اضطراب التوحد تشمل مراحل العمر بدءاً من الميلاد إلى غاية سن الخامسة.

حيث تستمر الأعراض في مراحل حياته كما تنقص أو تزيد في الشدة. ويمكن أن تساعد القائمة التالية في الكشف عن وجود التوحد ، في حالة أن طفلاً ما أظهر 7 أو أكثر من هذه السمات فإن تشخيص للتوحد يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار وهذه السمات هي:

- 1- صعوبة الاختلاف والتفاعل مع الآخرين.
- 2- يتصرف الطفل وكأنه أصم.
- 3- يقاوم التعلم.
- 4- يقاوم تغيير الروتين.
- 5- الضحك والقهقهة في أوقات غير مناسبة.

- 6- لا يبدي خوفاً من المخاطر.
- 7- يشير بالإيماءات.
- 8- لا يحب العناق.
- 9- فرط الحركة.
- 10- انعدام التواصل البشري.
- 11- تدوير الأجسام واللعب معها.
- 12- ارتباط غير مناسب بالأجسام أو الأشياء.
- 13- يطيل البقاء في اللعب الإنفرادي.
- 14- أسلوب متحفظ وفاتر المشاعر (نيسان: 2009).

رغم كل هذه المعايير التشخيصية إلا أنه يصعب تشخيص اضطراب التوحد لذلك لاختلاف أعراضه واختلاف شدتها كما قد يحدث خلط بين اضطراب التوحد واضطرابات أخرى.

1- التشخيص الفارقي بين التوحد واضطرابات أخرى:

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

5-1 التوحد واضطراب ريت "Rett":

ينتشر اضطراب ريت "Rett" أكثر بين الفتيات ، بينما التوحد يصيب الجنسين معاً البنات والأولاد ، كما أن اضطراب "ريت" يتميز بفقدان الحركات اليدوية الهادفة وحركات غسل اليدين النمطية ، والذي لا يظهر لدى الطفل التوحدي ، (عمارة: 2005).

وعليه فإن اضطراب "ريت" يحدث لدى الإناث والذي يظهر في أعراض تتمثل في : عدم القدرة على الكلام ، فقدان القدرة على استخدام اليدين ، إرادية اضطراب التواصل ، قلة النشاط وتفاهته. يتميز اضطراب ريت عن اضطراب التوحد بأن المصاب به يظهر نمواً طبيعياً بين 6-8 أشهر وبعد ذلك يحدث توقف أو تدهور في عملية النمو وهو اضطراب عصبي معقد يبدأ من الأشهر الأولى ، ويتضح ظهوره خلال العام الثاني، وأهم سماته المميزة هي فقدان حركات اليد الهادفة وظهور حركات نمطية تشمل ثني وطرق اليد ويصاحبها إعاقة عقلية شديدة (خليل: 2009) :

فالإضطرابات صعب جداً التمييز هي فقدان حركات اليد الهادفة وظهور حركات نمطية تشمل ثني وطرق اليد ويصاحبها إعاقة عقلية شديدة (خليل: 2009).

فالإضطرابات صعب جداً التمييز بينهما ، ما يؤدي لصعوبة التشخيص الذي يحتاج لمختص متمكن وذو خبرة ، تؤهله لقيام بالتشخيص الفارقي لهما مثله مثل اضطراب اسبيرجر (asperger) .

2-5 التوحد واضطراب اسبيرجر (Asperger):

تشتمل أعراض اضطراب " اسبرجر " قصور في مهارات التوازن الاكتئاب ، الكلام التكراري ، إخراج الصوت بنفس الوتيرة، كراهية التغيير، حب الروتين، عدم القدرة على التفاعل مع الآخرين بشكل طبيعي، فمعظم الأطفال هؤلاء لديهم نسبة ذكاء عالية (قاسم: 2000).

هناك تشابه في نواحي القصور والمتمثل في التفاعل الإجتماعي والإتصال وفي محدودية الاهتمامات، لكن على الرغم من وجود هذا التشابه بين اضطراب اسبرجر واضطراب التوحد إلا أنه هناك أوجه اختلاف تميز بين الاضطرابين تتمثل فيما يلي:

أ. يعاني الطفل التوحدي من قصور شديد في النمو اللغوي بينما لا يبدي الطفل المصاب باضطراب الاسبيرجر هذا القصور.

ب. يعاني الطفل التوحدي من قصور في القدرات المعرفية بينما تكون القدرات المعرفية عادية لدى طفل الاسبيرجر.

ج. لا يعاني الطفل التوحدي من صعوبات واضحة في المهارات الحركية ، بينما يعاني الطفل المصاب بالاسبيرجر من صعوبات واضحة في المهارات الحركية.

د. يعاني الطفل التوحدي من قصور في مهارات التواصل مع الآخرين ، بينما يبدي الطفل المصاب بالاسبيرجر رغبة في التواصل مع الآخرين، ولكن من خلال اهتماماته وحاجاته الشخصية مما يؤدي إلى اضطراب العلاقة معهم. (خليل: 2002).

كما أن اضطراب اسبيرجر asperger لا يظهر إلا في سن المدرسة ، بينما التوحد يظهر في مرحلة الطفولة المبكرة والطفل المصاب يتجنب أي اتصال مع الآخرين (عمارة: 2005). ويبيد ترديداً لما يقوله الغير عكس الطفل المصاب باضطراب الاسترجر فهو كثير الكلام بكل حماس ، أي لغته متطورة وغياب اضطرابات خاصة بالتطور الحسي الحركي ،وفي مجال التفكير يتسم الأطفال المصابون باضطراب الاسبيرجر بالتصلب وعدم المرونة في التفكير والسلوك وهذا يظهر في طرق عديدة ، كما أنهم لديهم اهتمامات متضاربة وتكمن الاختلافات بين أطفال الاسبيرجر

وأطفال التوحد في النمو الحركي فطفل اضطراب الاسبرجر يظهر نقصاً في التناسق الحسي الحركي ولديه نقص وتأخر واضح في نمو المهارات الحركية (ريتتا: 2007).
فالإضطرابان يظهران من أولى خطوات التشخيص كأنهما اضطراب واحد ، لكن المختص النفسي المتمكن الذي يقوم بتشخيص فارقى دقيق يدرك أنهما اضطرابان مختلفان.

3-5 التوحد والإعاقة العقلية :

قد يصاحب اضطراب التوحد إعاقة أخرى أو أكثر مثل الإعاقة العقلية وهناك باحثون أمثال " فريمان وريتفو " (Frimen and Ritvoux) أكدوا بأن حوالي 57% منهم لديهم قدرات عقلية في حدود التخلف العقلي ورغم تشابه الأداء الوظيفي لدى التوحديين والمتخلفين عقلياً ، إلا أنه يوجد تفاوت يظهر عند أدائهم لمهام تتطلب ذاكرة قصيرة المدى ، أو مهارات الإدراك الحركي في حين يظهر أداؤهم أقل في المهمات اللفظية ، بينما يكون أداء المتخلفين عقلياً منخفضاً ومتساوياً جوانب الأداء ، إلا انه يبقى التوحد يتميز عن الإعاقة العقلية في بعض النقاط وهي:

- المعوقين عقلياً يتلقون بالغير ، ولديهم بعض الوعي الإجتماعي ، بينما التوحديين ليس لهم تعلق بالغير رغم اتصافهم بذكاء متوسط.
- للطفل المعاق عقلياً قدرة على المهارات اللفظية كالإدراك الحركي والبصري .
- العيوب الجسمية لدى التوحديين أقل وجوداً لديه مقارنة بالمعوقين عقلياً.
- للطفل التوحدي سلوكيات نمطية شائعة مختلفة عن السلوك النمطي لدى المعوقين عقلياً (نصر: 2003).

والطفل المعاق عقلياً نادراً ما تظهر لديه بعض المهارات الخاصة بينما تظهر بعض هذه المهارات لدى الطف التوحدي في أحد المجالات كالرياضة أو الموسيقى ، الرسم .. إلخ (خليل: 2009) .
رغم أن اضطراب التوحد والإعاقة العقلية يكونان مصاحبان بنسبة (80%-90%) وتكون الأعراض متشابهة إلا أنهما إضطرابان منفصلان مثل انفصال اضطراب التخلف العقلي عن اضطراب التوحد.

3-4 التوحد والتخلف العقلي:

كثيراً ما تتداخل أعراض التوحد مع أعراض التخلف العقلي ، إلا أنه إذا أردنا عقد مقارنة بين هذين الإضطرابين فإنها تكون كما يلي:

1. السلوك النمطي : إن السلوكيات النمطية لدى الطفل التوحدي أكبر مما هي عليه عند الطفل المتخلف عقلياً.

2. سلوك العدوان والتخريب: منتشر أكثر لدى الطفل التوحدي مقارنة بالطفل ذو إعاقة عقلية شديدة.

3. النشاط الزائد : فالأطفال التوحديون لهم مستوى عال من النشاط الزائد مقارنة بالأطفال المتخالفين عقلياً ، والذي يعود لوجود السلوك النمطي المحتاج لحركة مستمرة لفترة مستمرة كهز الرأس لدى الطفل التوحدي.

4. وعن المهارات الإنتقائية والعناية بالذات فإن المتخالفين عقلياً يتفوقون على التوحديين لتوفر لديهم القدرة الأكبر للتدريب على النظافة والإعتماد على النفس. (العزة: 2002).

وعلى غرار الاختلاف والتشابه بين اضطراب التوحد وإضطراب التخلف العقلي نجد كذلك أن اضطراب الفصام بدوره يتميز بأعراض تميزه عن اضطراب التوحد.

5-5 التوحد وفصام الطفولة :

إن اضطراب الفصام والتوحد يظهران كاضطراب واحد يصعب التمييز بينهما ولهذا فإن التشخيص الفارقي يمنع وجود أي تلبس أو غموض يدور حول تشخيصهما. فالطفل الفصامي قادر على استخدام الرموز عكس الطفل التوحدي ، الذي لا يطور علاقته الإجتماعية مع الآخرين ، ويرفض الإستجابة للأشخاص والبيئة أما الفصامي فيمكن أن يطور علاقات إجتماعية ويمكن أن يكون قلق حول بيئته.

إن بدء ظهور أعراض التوحد يكون قبل الشهر الثلاثين من العمر لا يحدث بعد ذلك ، ولذلك فهو أفضل عامل للتمييز بين التوحد والفصام الذي يظهر عادة في بداية المراهقة أو في سن متأخرة من الطفولة . (يحيى: 2000).

وعلى المختص النفسي أن يحذر من تداخل هذه الأعراض ويقوم بتشخيص فارقي لكي يفرق بين اضطراب التوحد وأي اضطراب آخر مثل اضطراب الصمم.

5-6 التوحد والصمم:

كثيراً ما يبدو الطفل الاتوي أو التوحدي وكأنه أصم وذلك لأنه يكون غير مبالي ، كذلك نجد ما يسمى بالصمم الإختياري (الإنتقائي) ومن مظاهره أن يرفض الطفل التحدث في مواقف معينة .(نيسان: 2009).

وأهم ما يميز الطفل الأصم وجود عيوب عضوية في الجهاز السمعي ، عكس الطفل التوحدي الذي لا يعاني منها وعادة الطفل الأصم خلقياً يبدي رغبة شديدة للتواصل خاصة بالبصر والتواصل عن طريق الإشارات والإيماءات وحركات الشفاه ، لكن عدم القدرة على الكلام وعدم

القدرة على التواصل بسبب الإنعزال وانحطاط في القوى والإكتئاب ما بقربهم للتوحد ، لكن ما إن يستطيعوا إكتشاف نمط التواصل الإيمائي الحركي إستفادتهم من الأجهزة ، يزول السلوك الذي يربطهم بالتوحد. (يحيى: 2000).

إن الانسحاب الإجتماعي أو الانزعاج من تغيير الروتين وسلوكات أخرى التي يمكن أن تظهر لدى الطفل الأصم تشبه السلوك الذي يظهره الطفل التوحدي ، وإذا بدأ الطفل وكأنه يعاني من التوحد فلا بد من فحصه لإستبعاد الصمم ولذلك فإن اضطرابات السمع والبصر في الإستجابة للمثيرات يمكن أن تشير إلى التوحد في أول إنطباع. (يحيى: 2000).

5-7 التوحد والحرمان العاطفي وإكتئاب الرضيع:

كلما كان الطفل صغيراً كلما صعبت عملية التشخيص الفارقي، وفي جملة الأعراض عزلة الرضيع يبدو كتغيير لأعراض مشتركة لمختلف الوضعيات: طفل هادئ جداً، مسالم، ساكن، غياب التعبير الإيحائي، اضطرابات المزاج يمكن أن تظهر في حالة الإكتئاب والحرمان العاطفي الكبير.

إذا كان نظرياً قدرات التواصل محتفظة بهما يمكن أن تكون مخفية أو معيقة من الانسحاب المعمق. وشدة الجمود الحركي، غير أن الإلحاح على الدخول في التواصل يجلب عامة خفض السلوكات العزلة والانسحاب عند الطفل الصغير المحرم أو المكتئب في حين أن نفس الإلحاح يشكل دائماً ظواهر الانسحاب عند الطفل التوحدي.

ولتشخيص اضطراب التوحد من بين الإضطرابات العديدة التي يعاني منها الطفل والتي تكاد تكون متشابهة جداً في الأعراض ، لابد من تشخيص فارقي دقيق يميز بين اضطراب التوحد وهذه الإضطرابات الأخرى كإضطراب "ريت" "Rett" وإضطراب إسبرجر وإضطراب الإعاقة العقلية كذلك التخلف العقلي وفصام الطفولة والصمم وأيضاً الحرمان العاطفي وإكتئاب الرضيع ومختلف الإضطرابات الأخرى.

5- علاج اضطراب التوحد:

إن كون التوحد اضطراب و أعراض تختلف من طفل لآخر كما تختلف في الشدة والحدة فإنه ليس هناك علاج أو طريقة علاجية يمكن تطبيقها على جميع الأطفال المتوحدين ، ولا يمكن التخلص من هذا الإضطراب بطريقة كلية.

فالعديد من الدراسات أشارت إلى أن التوحد ليس اضطراباً ذو علاج شاف ما دام سببه الرئيس غير معروف ، ورغم ذلك فتوجد العديد من البرامج العلاجية التي تحاول مساندة الطفل وأسرته

للوصول إلى أحسن وضع ممكن للطفل والتقليل من أعراضه وكذلك التعديل من سلوكه ، وعلاج مشكلات اللغة والإتصال ، يكون العلاج أيضاً بالموسيقى والفن والأدوية والعقاقير. وسنعرض في هذا البرنامج مختلف البرامج العلاجية التي قد تساعد الطفل التوحدي على عيش حياة عادية وذلك من خلال علاج نفسي ، سلوكي ، دوائي ، غذائي..إلخ.

6-1 العلاج النفسي:

حسب " محمد أحمد خطاب " كان استخدام التحليل النفسي كجلسات لعلاج التوحد هو الأسلوب السائد في السبعينات من القرن السابق.

وهناك من الباحثين (زيور: 1998) من يرى أن العلاج النفسي للطفل التوحدي ينبغي أن يبدأ أولاً بإخراجه من قوقعته الذاتية (إعاقة التوحد) وذلك باستخدام فنيات علاجية تتضمن أنشطة إيقاعية مثل الموسيقى ، وكذلك استخدام أنشطة لإثارة اللمسة.

وينبغي أن يكون الأمر واضحاً تماماً بأنه لا ينبغي في مثل هذه الحالات أن يحدث إحتكاك جسدي بالطفل ، ذلك لأنه يصعب عليه تحمله ومعظم برامج المعالجات التحليلية مع الأطفال التوحديين كانت تأخذ شكل جلسات للطفل المضطرب الذي يجب أن يقيم في المستشفى وتقديم بيئة بناءة وصحيحة من الناحية العقلية .

كما أن الكفالة النفسية للأطفال التوحديين لا بد أن تكون مبكرة قدر الإمكان ، حيث تأخذ الطابع الفردي كما تأخذ الطابع الجماعي ، وذلك يكون في المراكز المتخصصة من طرف فريق متعدد التخصصات وهذه الكفالة تتبع بتدريب وتحسين الجانب اللغوي والحركي.

وبطبيعة الحال فإننا ندرك أن أي طفل يعاني تأخر لغوي ، إجتماعي عاطفي يحتاج إلى العلاج النفسي (كامل: 2003).

يؤكد العديد من الباحثين على أهمية العلاج النفسي في مساعدة الطفل التوحدي وكذلك أسرته ، إلا أنه ليس العلاج الوحيد كما أنه غير كافي ، ولهذا فإن حالة الطفل التوحدي يمكن أن تتحسن أكثر وذلك من خلال العلاج الطبي.

6-2 العلاج الطبي:

الهدف الأساسي من العلاج الطبي لأطفال التوحد هو ضمان الحد الأدنى من الصحة الجسمية والنفسية ، كما أن العلاج الصحي الجيد يبدأ بتقييم الحالة العامة للطفل لإكتشاف وجود أي مشاكل أخرى.

لقد استخدمت أدوية وفيتامينات وغيرها من المواد الفاعلة البيولوجية كمحاولات لضبط وعلاج حالة الدماغ لدى الأطفال التوحدين بشكل مباشر ، استعمل الليثيوم (Lithium) في علاج الإضطرابات الإنفعالية (الهوس ، الإكتئاب) وقد أظهر فائدة قليلة لدى الأطفال التوحدين ومع الإضطراب الإنفعالي الهوسي الإكتئابي ، وعقار النالتركسون (Naloxon) لازال قيد الدراسة ويعمل هذا العقار على الحد من إثارة الدماغ، وخفض السلوكات النمطية ويزيد من مقدار العلاقات مع الآخرين.

وعقار الفنفلورامين (Fenfluramine) يعمل على خفض مستويات السيروتونين في الدم ، لقد لوحظ بعض التحسن بعد تناول الأطفال التوحدين لهذا العقار منها تحسن السلوك الإجتماعي وفترة انتباه أفضل وخفض التملل الحركي وهناك بعض العلامات والإرشادات السلبية مثل فقدان الوزن والنعاس وإضطرابات النوم. (الزريقان: 2004).

كما أن العديد من الأطفال التوحدين لديهم نوبات صرعية وخصوصاً أولئك الأشخاص بالمصابون بالتوحد لأسباب طبية معروفة مثل التدرن (Tuberons) ويعطون أدوية مضادة للصرع ، أيضاً الحبسة الصرعية موجودة لدى بعض حالات التوحد ولقد أعطيت العقاقير الدوائية أهمية وإنتباهاً ويحتاج الآباء والمعلمون لأن يعرفوا ذلك وتدريبهم على علاج التوحد باستخدام أدوية مثل بارالديهاد (Paraldehyde) أو الفوليوم (Valium) ويجب مراقبة نوبات الصرع لدى الاطفال التوحدين لضبطها بشكل مناسب. (الزريقان: 2004).

ولدى العديد من الأفراد التوحدين مشكلات في النوم ، ويمكن لمادة ميلاتونين (Melatonin) المنتجة من خلال هذه الغدة الصنوبرية في الدماغ أن تساهم في دور فعال في تنظيم دائرة النوم-الصحيان.

وهناك أدلة على أن فيتامين (B06) مساعد في علاج التوحد ، حيث أن المغنيسيوم معدن مساعد في تكوين الناقلات العصبية المضطربة لدى الأطفال التوحدين عادة ، كما أنه مساعد في بناء العظام وحماية الخلايا العصبية والعضلات ، تقوي دور الأنزيمات في الجسم (الزريقان: 2004). بالنسبة إلى استخدام العقاقير الطبية ، فلا بد من الحرص على عدم استخدامها إلا بموافقة الطبيب المختص والالتزام الدقيق بتعليماته ، من حيث نوع العقاقير المناسبة للحالة وحجم الجرعة وتوقيتها المدة التي يستمر في تعاطيه هذا علماً أنه لحد الآن لا يوجد من تلك العقاقير ما هو فيه شفاء ناجح لحالات التوحد، لكن هناك ما يخفف من حدة الأعراض ويساند ويسهل عملية التعليم أو يحد من النشاط الزائد أو السلوك العدوانى أو يهدئ من ثورات الغضب. (الخطاب: 2009).

وتجدر الإشارة إلى أن استخدام هذه الأدوية والعقارات يؤثر في نوبات الهيجان والغضب لدى الطفل التوحدي كما يؤثر على سلوكه بالتالي لابد من مساعدة الطفل على تعديل السلوك وذلك يكون من خلال العلاج السلوكي.

6-3 العلاج السلوكي:

تقوم هذه الفكرة في علاج الأطفال التوحديين على مكافأة السلوك المطلوب بشكل منتظم وتجاهل مظاهر السلوك الأخرى غير المناسبة ، وذلك في محاولة للسيطرة على السلوك التوحدي لدى الطفل ، ويرجع السبب إختيار العلاج السلوكي للتخفيف في حدة التوحد لعدة أسباب منها:

- 1- أنه أسلوب علاج مبني على مبادئ يمكن أن يتعلمها الناس من غير الاختصاصيين.
- 2- هذا الأسلوب لا يعير إهتماماً للأسباب المؤدية إلى التوحد إنما يهتم بالظاهرة ذاتها.
- 3- أنه أسلوب يمكن قياس تأثيره بشكل علمي واضح دون عناء كبير.
- 4- ثبت نجاح هذا الأسلوب وقد اتفق المختصون أنه يمكن استخدام النماذج والاشراط الإجرائية لمساعدة التوحديين. (القباني: 2001).

بعد أن يتم تعليم الطفل التوحدي السلوك الجديد فإن المختص أو الأسرة يعملان مع الطفل على تطبيق هذا السلوك الجديد في مواقف مختلفة كما تقوم فكرة تعديل السلوك على مكافأة السلوك الجيد وهذا سنتعرض إليه في طريقة لوفاس (Lovaas) في تعديل السلوك.

6-3-1 طريقة لوفاس في تعديل السلوك Lovaas behavior medication:

تم استخدام هذا الأسلوب لأول مرة من قبل (لوفاس) في أمريكا في فترة الستينات وتم استخدام طرق قاسية لتخفيض السلوك غير المرغوب فيه ، وظهرت الفكرة مرة أخرى وأصبحت شائعة للأطفال ما قبل الدراسة ، لأنها توفر نوعاً من العناية بأمل الشفاء (نيسات: 2009).

وتعتمد طريقة (لوفاس) في التحليل السلوكي التطبيقي على برنامج مطول للتدريب على المهارات مبني بشكل منظم ومنطقي ومكثف، إنها طريقة مبنية على التحليل السلوكي لعادات الطفل، واستجابة للمثيرات ومعتمدة على النظرية الإشرافية من خلال التعزيز المتزامن المقدمة من طرف واطسون (Watson) في بداية القرن الماضي ، المطور من خلال سكنر (Skinner) لاحقاً ، محاولاً ضبط الطفل التوحدي من خلال ضبط المثيرات المرتبطة بأفعال محددة للطفل والمكافأة المنتظمة لسلوكات الطفل المرغوبة ، وعدم تشجيع السلوكات غير المرغوبة ، لقد أشار لوفاس بأن الطفل التوحدي يمكن أن يدمج في المدرسة بنجاح إذا طبق هذا المنهج بشكل مكثف ومنتظم.

إن طريقة لوفاس تطبق اليوم بشكل واسع في مختلف البلدان ، وتمكن الآباء والمعلمين لأن يكون لديهم تأثير واضح على سلوك الأطفال المتوحدين ، تطبيق البرنامج بكفاءة وقدة يقوي حياة الطفل التوحدي ويغذي علاقته مع الأسرة والأصدقاء (إبراهيم فرج عبد الله الزريقان ، 2004 : 307). أنه ليس من الضروري أن يقتصر تقديم هذه البرامج على المعالجين السلوكيين أو معدلي السلوك فقط ، وإنما يمكن تدريب الآباء والمدرسين والأخصائيين الاجتماعيين وغيرهم على استخدام هذه الأساليب العلاجية السلوكية بعد التدريب عليها بشرط أن يكون الهدف واضحاً وهو إعادة مثل هؤلاء الأطفال إلى البيئة الاجتماعية بعد تدريبهم أساليب السلوك الاجتماعي (سليمان: 2000). إن محاولة تعديل سلوك الطفل التوحدي تجعله يصاب بنوبات غضب وهيجان خاصة وأن من خصائصه رفض التغيير في البيئة ، ومن أجل هذا أوردنا عنصر وهو يتحدث عن كيفية التعامل مع هذه النوبات.

6-3-2 التعامل مع نوبات الهيجان أو الغبن:

إن كل نوبات الغضب والهيجان أو تحطيم الطفل لما لديه من ممتلكات تحدث عند مواجهته لموقف لا يستطيع القيام بالمطلوب فيه مثلاً من حل سؤال أو كتابة جملة أو رسم شكل محدد أو غيرها من مهام مسؤولية التعلم ، لذلك يجب الانتباه للطفل التوحدي ومعرفة حاجاته الفعلية المسببة له نوبات أو الانحراف السلوكي ، والاستجابة الفورية لها بتوفير الدعم والتعزيز النفسي والسلوكي والمادي الذي يمكن الطفل التوحدي من إدراك نواقص سلوكه وآليات انتقاله للتعلم من موقف لآخر ، وحضن أو ضم الطفل بهدوء والتحدث معه ببطء ، ووضح عن مواقف التعلم الحالية (حمدان: 2002).

وهناك أيضاً العلاج بالمعانقة وقد يقوم الآباء بمعانقة الطفل لمدة طويلة من الوقت حتى وإن قاوم أو عارض الطفل ، ويعتقد من يستخدمون هذه التقنية أنه يدعم الرابطة الإنفعالية بين الآباء والطفل، ويزعم البعض أنه ينشط أو يحفز أجزاء معينة من الدماغ الذي يمكن الطفل من الإحساس بحدود بدنه (أبو حلاوة: 1997).

6-4 العلاج البيئي:

يتضمن العلاج البيئي في علاج "إعاقة التوحد" تقديم برامج للطفل تعتمد على الجانب الاجتماعي عن طريق التشجيع والتدريب على إقامة العلاقات الشخصية المتبادلة (عبدالرحمن سيد سليمان ، 2000:94).

والعلاج البيئي هو علاج طبي نفسي يقوم على أساس تعديل أو تناول حياة المريض أو بيئته المباشرة ، كما يشير المصطلح إلى مفهوم الذي ينظر إلى المستشفى بإعتبارها مجتمعا علاجياً ، وهذا الشكل من العلاج هو محاولة لتنظيم الوسط الإجتماعي الذي يعيش فيه المريض أو الذي يتعامل في على النحو الذي يساعد في الوصول إلى الشفاء ، ويعتبر المصطلح مكافئاً لمصطلح علاج الوسط أو العلاج المحيطي وبالتالي يستخدم العلاج البيئي في علاج الذاتية. (الخطاب: 2009).

وعليه فإن العلاج البيئي أثبت فعاليته واهميته في المساهمة في علاج اضطراب التوحد كغيره من العلاجات الكثيرة الأخرى التي ساهمت في محاولة علاج التوحد كالعلاج بالحماية أو النظام الغذائي.

5-6 العلاج الغذائي :

لقد أعطت المشكلات الغذائية أهمية لاحتمالية أن يكون سبباً في التوحد فالأطفال التوحديون غالباً ما تكون لديهم متغيرات قوية من الطعام، وحب وتفضيل لبعض الأطعمة ، وربما يطورون اضطراباً في عملية الهضم، وهناك مؤشرات على أن الحامض الأميني تريبتوفان (Tryptotphan) في الغذاء لديه تأثيرات على كل من التمثيل الغذائي المهمة لسيرورتين الناقلات العصبية وعلى السلوك. لقد أشارت أدلة إلى أن الأطفال التوحدين لديهم صعوبات في التمثيل الغذائي. لـ كاسيين (Casein) بروتين حليب البقر، وجلوتين (النشا) وهذا يمكن أن يكون سبباً للتوحد، وإعتماداً على ذلك فإن الدراسات تشير إلى أهمية التزويد بفيتامين (B6) في الغذاء وهذا يمكن أن يساعد في بعض الحالات (الزريعات: 2004).

فتعتبر التغذية الجيدة مهمة في المحافظة على صحة الطفل ، وعادة ما يصاب أطفال التوحد بالعديد من الأمراض الناتجة عن سوء التغذية ، كفقر الدم والسمنة وزيادة الوزن وتسوس الاسنان وبعض الإضطرابات المعوية كالإمساك أو الإسهال والحساسية الغذائية وتؤكد العديد من الدراسات أهمية التغذية الجيدة في تخفيف حدة أعراض التوحد. (اللهيبي: 2009).

ويستعمل في علاج التوحد النظام الغذائي الذي يخفف من مضاعفات الإضطرابات النفسية السلوكية ، التي قد تحددها الحساسية لدى الطفل التوحدي وذلك بإتباع ما يلي:

- إعطاء الجرعة ضد الحساسية وإبعاد الطفل التوحدي عن البيئة كونها مصدر الحساسية.
- تناول وجبات غذائية متوازنة.
- إضافة لتناول الأطعمة الطبيعية وبعض الزيوت كزيت كبد الحوت.

- كما ينصح بعض الفيتامينات المركز ، والحقن ببعض المواد الحيوية.
- إن العلاج الغذائي يعتبر من بين العلاجات التي تكاد تحقق أعراض التوحد كما تخفف الحساسية لدى الطفل التوحدي وبالإضافة إليه يركز في علاج هذا الإضطراب على حواس الطفل لإدماجه وكذا إدماج حواسه كالتدريب على الدمج الحسي.

6-6 التدريب على الدمج الحسي:

على ضوء تقييم الطفل ، يستطيع المعالج الوظيفي المدرب على استخدام العلاج الحسي بقيادة وتوجيه الطفل من خلال نشاطات معينة لاختبار قدرته على التفاعل مع المؤثرات الحسية ، هذا النوع من العلاج موجه مباشرة لتحسين قدرة المؤثرات الحسية والعمل سوياً ليكون رد الفعل مناسباً ، هناك الكثير من الأطفال المصابين بالتوحد يظهرون مشاكل حركية والأطفال قد يستفيدون من هذا العلاج (القبالي: 2009).

ولقد أشارت بعض الدراسات إلى أن التدريب بالدمج الحسي ربما يكون مفيداً للأطفال التوحديين والدراسات المجراة على هذه الطريقة قليلة ونادرة ، ومع ذلك فقد أدت إلى استنتاجات عكسية ومع أن هذه الطريقة لا يبدو أنها تحسن اللغة ، أو تضبط السلوكيات التوحدية ، أو تقلل من السلوك التوحدي ، إلا أنها تقدم أنشطة طبيعية وصحية وهذه الأنشطة مهمة للأطفال التوحديين كما هي مهمة للأطفال العاديين إن أشكال النشاط الأخرى غير المعالجة بالدمج الحسي مثل ألعاب سطح الطاولة أو التسلق على أدوات وأجهزة الملعب ربما تكون ممتعة وصحية ولا تحتاج إلى إشراف متخصص (الزريقان: 2004).

إضافة إلى العلاج بالدمج الحسي للطفل التوحدي نجد علاجات أخرى منها العلاج بالدمج السمعي.

6.6.1 علاج التوحد بالدمج السمعي:

لقد لاقى هذا النمط العلاجي الكثير من المبالغات ، ونسبة نجاحه تتجاوز 80% لقد ظهر أولاً في فرنسا ، ويتضمن استخدام آلة ويستمر التدريب أسبوعين ، ويتألف من ساعتين ونصف للإستماع مرتين في اليوم ، والهدف إعادة تدريب السمع من خلال الموسيقى المبرمجة، إن الأطفال الحساسين قد يستفيدون من هذه الطريقة بانخفاض الحساسية للصوت وزيادة قدرتهم على الكلام. (خالدة نيسان: ، 132).

وفيه قد يستمع الطفل إلى أصوات متنوعة بهدف تحسين فهمه اللغوي ، ويفيد المدافعون عن هذه الطريقة أنها تساعد ذوي إعاقة التوحد على تلقي مدخلات حسية. (أبو حلاوة: 1997).

فتدريب الطفل التوحدي على الدمج السمعي ضروري كضرورة تدريبيه على التدريب البصري.

2.6.6 علاج التوحد بالتدريب البصري:

بعض الأطفال التوحديين يعانون من رؤية الألوان التي تتدفق مع بعضها البعض ، وكذلك أشار بعض الأطفال التوحديون إلى أن عيونهم تألمهم عندما يرون بعض الألوان. ومعظم الآباء يجدون أن المشكلات البصرية للأطفال المتوحدين يمكن ضبطها من خلال تبسيط البيئة وإزالة الاختلافات المؤلمة وإثارة ملفقة للنظر(الزريقات: 2004).

كما أن معظم السلوكيات المرتبطة بالتوحد ومشاكل أو صعوبات التعلم تنجم في الواقع عن عجز في النظام البصري والأنظمة الحسية الأخرى عن توفير معلومات صحيحة ومفهومة لأصولها البيئية التي تمثلها ولذلك يجب تتبع مراحل التطور البصري لدى الفرد ما يجعل التدريب على الإبصار مفيد للتغلب على الضعف والتشوش الذي قد يحدث، هذا بالإضافة لضرورة عرض المريض على أطباء عيون للكشف عن الخلل وزرع العدسات وتركيب النظارات الصحية لحل مشاكل القرب أو البعد البصري (حمدان: 2002).

فعلاج الطفل التوحدي من خلال التدريب على الحواس وكذا السمع والبصر مهم جداً لأنه يساعد ويسهل العلاجات الكثيرة الأخرى التي تعتمد على هذه الحواس كالعلاج بالموسيقى.

6-7 العلاج بالموسيقى:

وجد أن العلاج بالموسيقى له تأثير قوي على الأشخاص المصابين بحالة التوحد حيث أن لها تأثير واضح في تغيير بعض السلوكيات ، يساعد صوت الموسيقى الطفل الذي يعاني من ثورة نفسية قوية تتمثل في إظهار المزيد من الحركات النمطية ثم يبدأ بالهدوء شيئاً فشيئاً ، حتى يستحوذ صوت الموسيقى على تركيزه ، فيتخلص من تلك الحركات والإنفعالات المختلفة.

والأشكال الإبداعية والموسيقية والتفاعل معها يمكن أن تكون مساعدة في تلقين التواصل والعلاقات مع الأطفال التوحدين ،وتستعمل الموسيقى بطرق متنوعة كمساعدة للتدريس ، كما أن علاج التفاعل الموسيقي المكثف من قبل معالج موسيقى مدرب يمكن أن يحسن تنظيم الذات الإنفعالي والإستعداد التواصلي للأطفال التوحدين وتحسين العلاقات مع الآباء والآخرين والنمو والتعليم (الزريقان: 2004).

كما تعتبر الموسيقى لغة عالمية يفهمها الجميع وكذلك الطفل التوحدي حيث يستجيب لها شعورياً وسلوكياً وذلك بالاسترخاء والهدوء والرغبة في الاستجابة للآخرين والتفاعل معهم (حمدان: 2002).

وإن كان للموسيقى أهمية في علاج الطفل التوحدي وتحسين سلوكه وكذا جعله يتفاعل مع الآخرين فهناك أيضاً العلاج باللعب الذي يساعد الأطفال على التواصل.

6-8 العلاج باللعب:

إن اللعب يساعد الطفل التوحدي على الاندماج والتكيف مع البيئة كونه لا يتكلم كثيراً ولا يتفاعل مع الآخرين ، ولهذا فإن اللعب يعتبر طريقة غير مباشرة لتفاعل الطفل التوحدي مع الآخرين وإنشاء علاقات مع الآخرين ، كما يساعد اللعب الطفل التوحدي على التعبير وكذلك استعمال خيالهم كما أن العب يمثل طريقة تعليمية للطفل ومن الأمور الثابتة أن اللعب يكسب أطفال التوحد قيمة بارزة في نموهم الإجتماعي ويمنحهم بالإضافة لذلك الثقة بالنفس ويمدهم بعمليات التواصل الإجتماعي وتشكل مجموعة الالعب والأنشطة الرياضية الحركة والجسمية جميعها فائدة كبيرة في إزالة الإنطواء والعزلة التي تميزه عن الأطفال العاديين.

وتجدر الإشارة إلى أن هناك العديد من العلاجات الأخرى التي يمكن أن تساعد الطفل التوحدي بالإضافة إلى العلاج النفسي ، والطبي ، والسلوكي ، والبدني والغذائي وكذلك الدمج الحسي والسمعي والبصري والموسيقى واللعب ، فهناك أيضاً العلاج بالإبر الصينية وكذلك العلاج بالقصص الإجتماعية والعلاج الأسري الذي تشارك فيه الأم طفلها التوحدي في كل النشاطات المنزلية وهذا يدخل في العلاج بالحياة اليومية.

رغم أن العلاج يساعد الطفل التوحدي على التخفيف من الأعراض إلا أنه وحده لا يكفي لكي يعيش حياة شبه عادية وبالتالي لابد من وجود برامج تربوية علاجية ومن بين هذه البرامج هناك طريقة Teach .

7-البرامج التربوية العلاجية:

7-1 برنامج Teach:

هو برنامج أسسه (Eric Schopler) في أوائل السبعينات من القرن الماضي ، وهو يهدف إلى مساعدة الأطفال التوحديين أن يتعلموا كيف يكونوا أكثر استقلالية من خلال محاولة فهم العالم من حولهم حيث يعتمد البرنامج على تنظيم البيئة المادية وإعطاء التوحديين معلومات بصرية واضحة ويعتمد Teach مقياس (Cors) كأساس للتقييم في البرنامج.

إن برنامج Teach معترف به عالمياً ويستعمل في الكثير من البلدان وبعد أن أسسه (Eric schopler) سيره بعد وقت طويل (Garymesibov) (Bernadette Roge) (2003).

إن جزءاً مهماً من برنامج Teach موجه لتطوير مهارات الإتصال ومتابعة الإهتمامات الإجتماعية وأوقات الفراغ وكذلك يتضمن البرنامج التعلم أو التدريب لآباء الأطفال التوحديين بحيث يتضمن روتيناً وإشارات في المنزل تكون متوافقة مع تلك المقدمة في الصفوف الدراسية للبرنامج وذلك حتى تعمم المهارات على المواقف المختلفة (القبالي: 2004).

ويتم تقديم علاج وتعليم الأطفال المصابين بالتوحد وإعاقات التواصل في مراكز Teach في الولايات المتحدة الأمريكية ، كما يقدم هذا البرنامج تأهيلاً متكاملًا للطفل لأنه شامل.

2-7 برنامج ليب (Leap):

بدأ برنامج ليب (Leap, 1981) في بنسلفانيا لتقديم خدمات الأطفال العاديين والتوحيديين من عمر (3-5) سنوات وتدريب الآباء على المهارات الإجتماعية وتشمل الأهداف في المنهاج الفردي على مجالات النمو الإجتماعية والإنفعالية واللغوية والسلوك الكيفي والمجالات النمائية المعرفية والجسمية الحركية ويجمع منهاج الأسلوب السلوكي مع الممارسات النمائية المناسبة.

والتركيز الأولي لبرنامج (Leap) يشتمل على تزويد المؤسسات والمدارس الخاصة والعامّة بخدمات تدخل مبكر نوعي ، وتقدم هذه الخدمات من خلال الزيارات والأجوبة على الأسئلة وإقامة ورش تدريبية وتقديم الاستشارات حسب الحالة ويشتمل التدريب على:

أ. تنظيف الصف .

ب. ضبط الصف.

ج. منهج إشراف.

د. متابعة لما وراء عمل المعلمين.

هـ. تدريب الرفاق على المهارات الإجتماعية.

و. مشاركة الأسرة.

وفي برنامج (Leap) يتم تحديد أهداف خاصة لكل طفل توحدي ووضع استراتيجيات لإشباع حاجاتهم ولابد من مشاركة الاسرة ضمن برامج تدخل مستندة إلى المنزل والمجتمع (يحيى القبالي ، 2004: 247).

3-7 برنامج (Fast For Ward):

وهو برنامج إلكتروني يعمل (بالإبتكار ، كمبيوتر) ، ويعمل على تحسين المستوى اللغوي للطفل المصاب بالتوحد ، وقد تم تصميم هذا البرنامج عام (1996م) بناءً على البحوث العلمية التي قامت بها عالمة اللغة (Paula Tallal) حيث بينت في بحثها المنشور في (مجلة العلم) أن الأطفال

التوحيدين الذين استخدموا هذا البرنامج قد اكتسبوا ما يعادل سنتين من المهارات اللغوية خلال فترة قصيرة ،وتقوم فكرته على وضع سماعات في أذني الطفل بينما هو جالس أمام شاشة الحاسوب يلعب ويستمتع للأصوات الصادرة عن هذه اللعبة ، وهذا البرنامج يركز على جانب واحد هو جانب اللغة والإستماع والانتباه وبالتالي يفترض أن الطفل قادر على الجلوس مقابل الحاسوب دون وجود عوائق سلوكية ، وقد تمت تطوير برامج أخرى متشابهة تركز على تطوير المهارات اللغوية لدى الأطفال الذين يعانون من مشاكل في النمو اللغوي (يحيى القبالي: 2004). إن الاهتمام بالطفل التوحيدي سواء كان ذلك بالعلاج أو البرامج التربوية يساعد كثيراً الأسرة على التوافق مع طفلهم المضطرب.

8- علاقة الأسرة مع طفلهم التوحيدي:

إن ميلاد طفل جديد يحتم على الوالدين توفير الإمكانيات المادية ، النفسية ، والإجتماعية من أجل حياة أفضل لهذا الطفل خصوصاً إذا كان هذا الطفل معوقاً والوالدين يستجيبان بطريقة انفعالية لهذا الموقف يث تمر هذه الإستجابة بمراحل أولها الصدمة حيث تختلف في شدتها ومداها الزمني وهذا حسب طبيعة الإعاقة فيتساءل الوالدين إذا كان ما يحدث لهما ظلماً وكذلك هناك مرحلة الإنكار. حيث يعتبر الإنكار آلية دفاعية ، تظهر كرد فعل للقوة المهددة ولكن مع الوقت يدرك الوالدين بأنهما الوحيدان القادران على مساعدة ابنهما حيث أن الإنكار يكون كرد فعل للحدث الصدمي والقوة الضاغطة إلى جانب الإنكار يمكن أن يحدث انفعال آخر هو إسقاط اللوم حيث أنه آلية دفاعية أخرى ، إلا أن هذا الأخير يثير مشاكل بين الوالدين (الأم والأب) ويكون مدمراً للعلاقة. كما أن الإنكار يرجع للقلق الحاد الذي يعيشه الطفل والوالدين خاصة ، وبالتالي يؤثر على سلوكهما سلباً .

بالإضافة إلى هذه الإنفعالات قد يمر الوالدين بمرحلة الغضب أو الشعور بالذنب أو الحماية الزائدة إلا أنه بعد كل هذا لابد من مرحلة التقبل.

والتقبل خطوة أخيرة لهذا الطريق الشاق للوصول إلى التوافق والتكيف بالنسبة للوالدين والذي يكون بتقبل الطفل المعاق والذي هو خطوة أساسية للشفاء والنمو التي فيها يعترف الوالدين بقيمة الطفل والذي له أحاسيس مشاعر ورغبات ككل الأطفال وله الدافع للإستمتاع بالحياة وإمتاع الغير (المعطي: 2004).

إن تنشئة ورعاية طفل مصاب بإضطراب التوحد من بين أكثر المشكلات الضاغطة التي يمكن أن تواجهها الأسرة فقد تضع نوبات الصراخ والغضب والهياج الحركي والإنفعالي التي غالباً ما

تصدر عن مثل هذا الطفل مما يجعل جميع أفراد الأسرة على حافة الإنهيار العصبي لكن بعد تقبل الوالدين والأسرة كل لهذا الاضطراب يصبح من السهل مواجهته والإعتناء بطفلهم وذلك من خلال التخطيط لمستقبله وتوفير الإمكانيات له وكذلك محاولة علاجه وتعليمه كيفية الإعتناء بنفسه.

المبحث الثاني الضغوط النفسية

تمهيد:

أصبحت كلمة الضغوط النفسية من الكلمات شائعة الاستخدام لدى الإنسان العادي والشخص المتخصص على السواء، وأصبحت تشكل جزءاً من مفردات العصر الحالي وارتبطت طبيعة الحياة المعاصرة بزيادة الضغوط وأصبح مصطلح الضغوط النفسية مصطلحاً أساسياً في مجالات عديدة كالطب، والطب النفسي، وعلم النفس وعلم الاجتماع، ومجال التربية الخاصة وغيرها ..

ومما لا شك فيه أن ثمة علاقة بين الوقوع بتأثير ضغوط مختلفة وولادة طفل مصاب بقصور ما، و لأن الأمومة من المسؤوليات الثقيلة والمعقدة، فإنها تزداد تعقيداً إذا أصبحت أمماً ما لطفل مصاب بالتوحد، ذلك أن الأمهات يتوقعن دائماً أن يرزقن بطفل سوي .

(www.elbablawe.com/htm/7/14.html/20.05.2011/23:00)

وقصد فهم الضغوط النفسية و بالأخص عند أم الطفل المصاب بالتوحد سنتطرق في هذا الفصل إلى تطور مصطلح الضغط النفسي و مفهومه الاصطلاحي و العيادي، بعض النماذج المفسرة له، أنواع الضغوط النفسية، مكوناتها ومصادرها و العوامل المحددة لها ، وأخيراً الآثار المترتبة عن الضغوط النفسية و كيفية قياسها.

1- تطور مفهوم الضغط النفسي:

شاع استخدام مفهوم الضغط في علم النفس والطب النفسي، حيث تم استعارته من الدراسات الهندسية والفيزيائية حينما كان يشير إلى الإجهاد أو القوة .

الضغط (**stress**) كلمة إنجليزية استعملت منذ 1936 من طرف هانز سيليه **H.Selye** للإشارة إلى حالة العضوية عندما تواجه تهديد أو خطر يجعلها في حالة عدم التوازن .

و هناك عدة عوامل تجعل العضوية في حالة عدم توازن حيث قد تكون ذات أصل فيزيائي مادي مثل (صدمة، برودة ..) أو كيميائية (تسمم ..) أو نفسية (انفعالات ..) وهو ما يطلق عليه مصطلح الحادث الضاغط .

2. تعريف الضغوط النفسية:

• تعريف هانز سيلبي: Hans Sely (1956)

الضغوط النفسية هي استجابة الجسم الغير نوعية إزاء الأعباء البدنية أو النفسية التي يتعرض لها.
(Madleine Estryn-Behar,1997:26)

• تعريف لازاروس و فولكمان: Lazars, Folkman (1984)

هو تفاعل خاص بين الفرد و الوضعية التي يدركها على أنها شاقة و تتجاوز موارده و قدراته و تضع راحته في خطر. (Marilou Bruchon chweitzer,2001:68)

• تعريف جوردون: (Gordon 1993)

الضغوط هي الاستجابات النفسية و الإنفعالية و الفزيولوجية للجسم تجاه أي مطلب تم إدراكه على أنه تهديد لرفاهية و سعادة الفرد و هذه التغييرات تقوم بإعداد و تأهيل الفرد للتوافق مع الضغوط و التي هي ظروف بيئية سواء حاول الفرد مواجهتها أو تجنبها.
(حسين: حسين: 2006).

• تعريف لويس كروك 1997 Louis Crocq :

الضغط هو رد فعل منعكس عصبي بيولوجي نفسي منذر بالخطر دفاع الفرد ضد أي اعتداء أو تهديد أو أي وضعية مفاجئة ، فهو مفهوم بيو فيزيولوجي مناسب لوصف ما يحدث داخل العضوية عند مواجهتها لاعتداء أو تهديد.

• تعريف محمود أبودارين: Mahmoud Boudarene (2005)

هو خلل استجابات الفرد لوضعية جديدة تؤدي إلى كسر التوازنات البيولوجية و النفسية.
(Mahmoud boudarene , 2006:100)

• تعريف ماجدة بهاء الدين (2008):

هي الحالة التي يظهر فيها تباين ملحوظ بين المتطلبات التي ينبغي أن يؤديها الفرد و قدرته على الإستجابة لها. (بهاء الدين: 2008)

• تعريف وايتون: (1998)wathon

هي العوامل و المثيرات التي تمهد الطريق للضغط و تكون استجابة الفرد مختلفة إزاء الضغوط الواحد، فالضغوط الذي يبدو غير مرغوب لشخص ما مثل الحديث في أماكن عامة ربما يدركه الشخص الآخر على أنه مرغوب فيه، و أن مسببات الضغط يمكن أن تكون من داخل الفرد أو من البيئة الخارجية، فهناك موقف يراه شخص ما ضاغط و مهدد له بينما شخص آخر يراه موقف

ايجابي و غير ضاغط بالنسبة له، لذا فإن الحدث الضاغط حينما يتجاوز قدرات الفرد و امكاناته على التعامل معه فإنه يدرك هذا الضاغط على أنه يمثل تهديدا له . (حسين: 2006)

5. النماذج و النظريات المفسرة للضغوط النفسية:

تعددت النماذج التي تناولت تفسير الضغوط النفسية، تبعا لاختلاف توجهات العلماء فهناك اتجاه يعتبر الضغوط كمثير و اتجاه اخر يعتبرها استجابة، في حين أن الاتجاه الاخير يعتبرها كتفاعل بين الفرد والبيئة، و فيما يلي بعض من هذه النماذج:

أولاً: نموذج الضغوط كمثير: (نظرية الحدث الحياتي)

ينظر أصحاب هذا الاتجاه أن الضغط عبارة عن مثير يدركه الفرد على أنه يمثل تهديدا له، قد يكون منشأه داخلي كالصراعات النفسية كما قد ينشأ من الأحداث الخارجية.

اتجاه هولمز وراهي (1967) Holms and Rahé:

حيث أن أحداث الحياة و تغيرات البيئة سواء كانت ايجابية أو سلبية من شأنها أن تشكل ضغطا على الفرد. (يوسف: 2007)

ولقد حدد كل من هولمز و راهي أحداث الحياة الضاغطة و أعدوا مقياس لقياس هذه الأحداث يتكون من 73 حدثا، حيث يفترض هذا النموذج أن استجابة الضغط تحدث عندما يمر الفرد بشيء يتطلب منه استجابة بكيفية معينة أو سلوك مواجهة، و قد يكون الحدث الضاغط سلبي أو ايجابي. جاء هذا النموذج بأمرين أساسيين هما:

1 - الضواغط المتمثلة في أحداث الحياة الرئيسية.

2 - الضواغط المتمثلة في المنغصات اليومية. (حسين: 2006)

أحداث الحياة		أحداث الحياة	
مغادرة الإبن أو الأبنة منزل الأسرة .	23	وفاة الزوجة أو الزوج	1
مشكلات مع الأصدقاء .	24	الطلاق	2
الإجاز المتميز .	25	الانفصال	3
التحاق الزوجة بعمل أو توقفها عنه .	26	السجن أو الاعتقال .	4
الانتظام أو الانقطاع عن الدراسة كبدائية مرحلة دراسية أو التوقف عنها .	27	وفاة أحد أفراد الأسرة المقربين	5
تغيير جوهرى فى ظروف الحياة	28	الإصابة الخطيرة أو المرض	6
تعديل العادات الشخصية	29	الزواج	7
متاعب أو مشكلات مع الرئيس المباشر	30	الفصل من العمل .	8
تغيير جوهرى فى ساعات أو ظروف العمل	31	تسوية الخلافات الزوجية .	9
تغيير المسكن .	32	التقاعد عن العمل .	10
الالتحاق بالانديه، او السفر		جديد او مجئ احد المسنين .	
أخذ قرض لشراء احتياجات بسيطة	37	تعديلات جوهرية فى مجال العمل .	15
تغيير فى عادات النوم .	38	تغييرات جوهرية فى الحالة المادية .	16
تغيير جوهرى فى اللقاءات الأسرية .	39	وفاة صديق حميم .	17
تغيير جوهرى فى العادات الغذائية	40	الانتقال إلى مجال عمل جديد .	18
الإجازات .	41	الخلاف مع الزوج .	19
احتفالات أو مناسبات .	42	أخذ قرض لشراء احتياجات أساسية.	20
مخالفات النظام البسيطة .	43	رهن ممتلكات مقابل قرض .	21
		تغييرات جوهرية فى مسؤوليات العمل	22

ها

و

ف

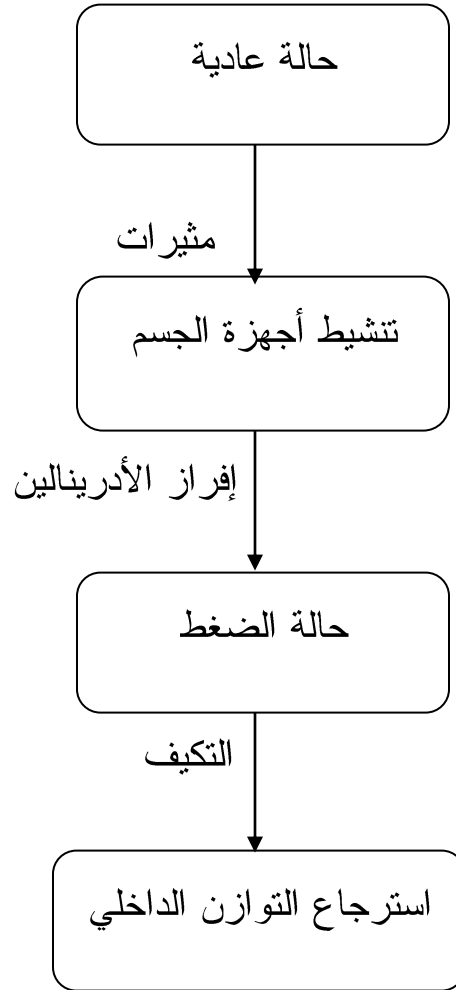
ثانيا: نموذج الضغوط كاستجابة: (النظرية الفيزيولوجية)

ينظر علماء هذا الاتجاه إلى الضغوط على أنها استجابة لأحداث مهددة تأتي من البيئة فهي تعتبر كرد فعل واستجابة الفرد للحدث الضاغط، بحيث ركز هذا النموذج على ردود الفعل الانفعالية و الفيزيولوجية التي تنجم عن الأحداث الضاغطة و دور الجهاز العصبي و الجهاز الغدي في الاستجابة.

من أهم رواد هذا النموذج كانون (W. Cannon) و هانز سيلي (Hans Selye)

1) نظرية المواجهة و الهروب لكانون (1932)

تعد هذه النظرية من أوائل النظريات التي اعتمدت على الجوانب الفيزيولوجية في تفسير و دراسة الضغط النفسي، و ذلك من خلال دراسة كانون للكيفية التي يستجيب بها كل من الإنسان و الحيوان للتهديدات الخارجية. (السلطان: 2009)



مخطط (1) المرحلة الفيزيولوجية للضغط النفسي حسب كانون

2) زملة التكيف العام لهانز سيلبي Hans Selye :

يعتبر سيلبي الأب الروحي لموضوع الضغوط النفسية ، في 1936 جاء سيلبي بمفهوم زملة التكيف العام و التي تدل على مجموع ردود الأفعال الفورية و العابرة ، التي تقوم بها العضوية ، حيث وصفها بأنها رد فعل تكيفي يعطي للجسم القدرة على الدفاع.

زملة : تشير إلى جملة الاعراض المتمثلة في ردود الفعل الدفاعية للجسم التي تحدث في وقت واحد.

التكيف: تشير إلى أن المثيرات الدفاعية التي تحدث في الجسم تهدف إلى مساعدة الفرد على التوافق مع مسببات الضغط.

العام: هو رد الفعل الدفاعي لأي مسبب من مسببات الضغط يكون له تأثير على الجوانب النفسية أو الجسمية للفرد.

و يعرف سيلبي الضغط بأنه الاستجابة الغير نوعية للجسم نحو أي مطلب يواجهه.(حسن: 2002) و زملة أعراض التكيف العام هي ميكانيزم دفاعي ينشط في مواجهة أي حدث مهدد لمحاولة خفض الاضطراب الفيزيولوجي و النفسي، لإعادة تحقيق الاتزان و ذلك من خلال ثلاثة مراحل هي:

- الانذار.
- المقاومة .
- الانهاء.

1-2 مرحلة الإنذار:

ويشكل الرد الأساسي للجسم تجاه العوامل الضاغطة فعندما يدرك الفرد التهديد الذي يواجهه عن طريق الحواس التي تنتقل منها إشارات عصبية إلى الدماغ و بالتحديد إلى الغدة النخامية ،هذا بدوره يرسل رسائل عصبية و كيميائية لكل من الجهاز السمبثاوي و نخاع الغدة الكظرية هذه الأخيرة التي تحرض إفراز الأدرينالين و النور أدرينالين هذه الهرمونات تعمل على زيادة ضربات القلب، تسارع التنفس ، انقباض الأوعية الدموية، زيادة سرعة الأيض ، خفض سرعة الهضم، رفع معدل الغلوكوز في الدم.

ردود الفعل التي تشكل مرحلة الإنذار تهدف إلى تهيئة الجسم لعملية المواجهة من خلال رفع سريع للدوران، تسهيل عملية الأيض لتوليد الطاقة و تثبيط كل من الأنشطة الهضمية، البولية، والتكاثرية.

2-2 مرحلة المقاومة:

إذا استمر لحدث الضاغط فإن مرحلة الإنذار تتبعها مرحلة أخرى هي مرحلة المقاومة و تشكل رد فعل طويل المدى على عكس رد فعل الإنذار قصير المدى.

يقوم الهبوتلاموس بإفراز هرمونات GH-RH و CRH اللذان يحرضان الفص الأمامي للغدة النخامية ليزيد من إفراز ACTH هذا الأخير الذي يعمل تنبه القشرة الغدة الكظرية لتفرز هرموناتها بكمية أكبر ، و خلال هذه المرحلة تسمح للجسم بمواصلة مواجهة العامل الضاغط لمدة أطول فهي ترفع سرعة العمليات الحيوية و تشكل الطاقة و البروتينات الناشطة، و التغيرات الدورانية الضرورية من أجل مجابهة الأزمات العاطفية لإكمال نشاط التفريغ.

جميع الأفراد يعيشون مرحلة المقاومة هذه كقاعدة عامة، لأنها خطوة تساعد الفرد على عبور الوضعية الضاغطة بنجاح و العضوية أيضا تعود إلى الحالة الطبيعية، لكن في بعض الحالات إذا استمر الضغط لمدة طويلة و بنفس الشدة فإن الفرد لا ينجح في هزم الضغط و يصبح جسمه منهك و مجهود فتضعف مقاومته ويدخل الفرد في المرحلة الثالثة.

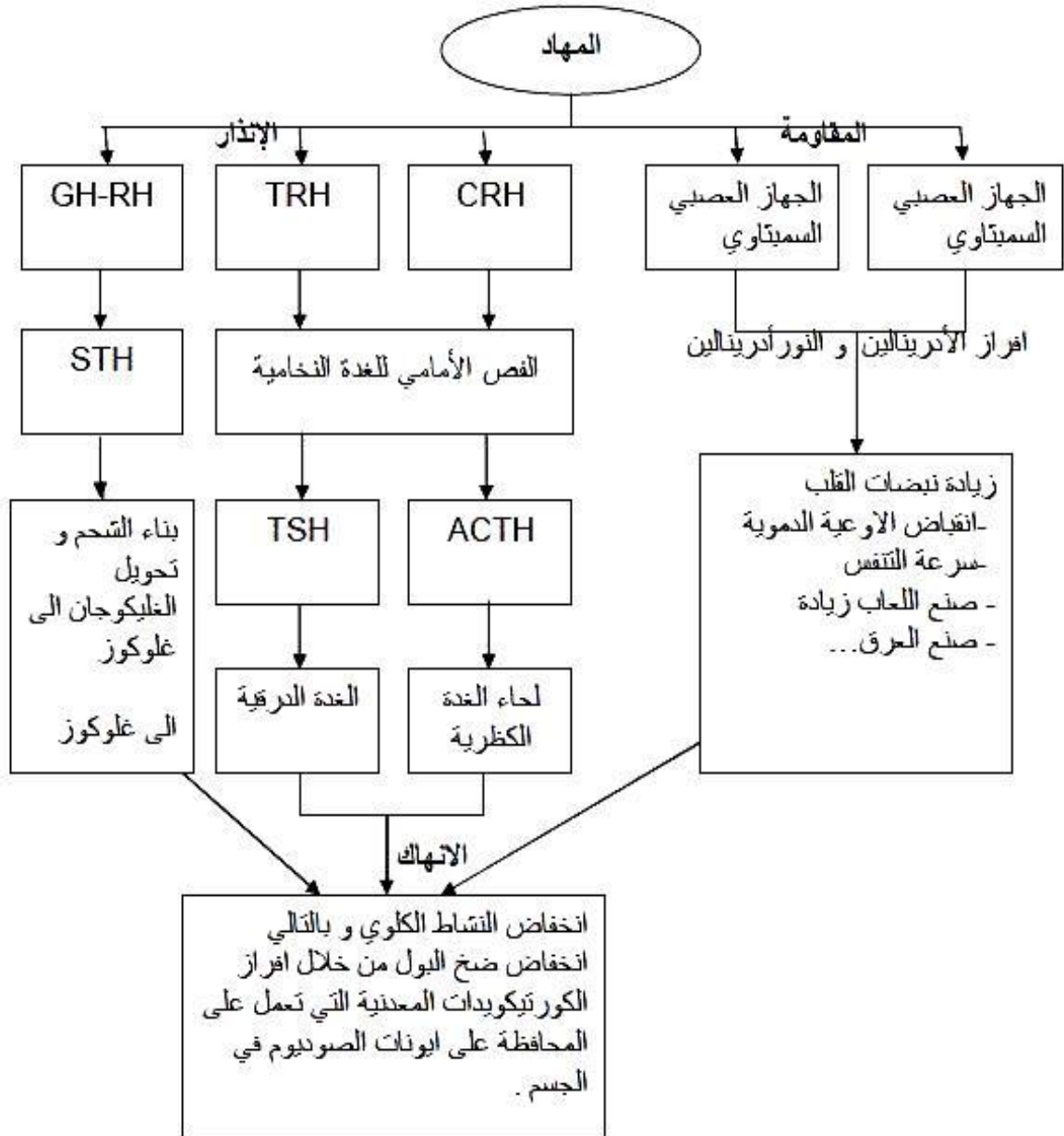
2-3 مرحلة الإنهاك:

تظهر هذه المرحلة فجأة وبشكل غير متوقع، بحيث يحدث انخفاض النشاط الكلوي و بالتالي انخفاض ضخ البول من خلال افراز الكورتيكويدات المعدنية التي تعمل على المحافظة على أيونات الصوديوم في الجسم، بهذا تكون الطاقة اللازمة للتكيف قد استنفذت فيحدث انهيار العضوية.

إن استمرار الاستجابات الدفاعية تؤدي إلى اضطراب أجهزة الجسم ووظائفها سواء العضوية أو النفسية أو العقلية ، هذا الخلل إن استمر طويلا قد يؤدي إلى الوفاة.

محمد حسن غانم/ (49 / 18 / 01.05.2011 / www.kotobarabia.com/psychologie/)

مخطط (2) آلية حدث الضغط النفسي حسب نظرية سيلبي Sely



مخطط (2) آلية حدث الضغط النفسي حسب نظرية سيلبي Sely

ثالثاً: نموذج الضغط كتفاعل بين الفرد و البيئة : (النظرية التفاعلية)

تتظر هذه النظرية إلى الضغط على أنه نتاج تفاعل بين الفرد و البيئة و تعرف بالنظرية التفاعلية للضغط ويرى أصحاب هذا الاتجاه أن الضغط النفسي يكون نتيجة حدوث ، اضطراب في العلاقة بين الشخص و البيئة، فالشخص عندما يدرك الموقف في البيئة بوصفه مهددا وضارا و يمثل تحديا له ثم يقيم مصادره و إمكاناته من حيث عدم كفايتها لإدارة الموقف الضاغط هنا يحدث الضغط، فالحدث الضاغط قد لا يكون هاما لكن إدراك الفرد له هو الذي يكشف عن كيفية التعامل معه، ومعنى ذلك أن استجابات الأفراد نحو المواقف والأحداث الضاغطة تختلف تبعا لاختلاف القيم والاتجاهات و المكونات المعرفية لدى الأفراد. (طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006 : 52)

1) نموذج لازاروس و فولكمان (1984)

لقد صاغ كل من لازاروس و فولكمان سنة 1984 نمودجا لتفسير الضغط النفسي و ذلك في إطار العلاقة بين الشخص و البيئة و تقييم الفرد للحدث الناتج عن ذلك ، فالضغط ينشأ عندما يواجه الفرد موقفا ما ويتم تقييمه على أنه مهدد له فيتوقع وقوع حدث سلبي بالنسبة له حيث يرى لازاروس أن تفسير الحدث الضاغط يرتكز على عمليتين أساسيتين: (شراينكة: 2006)

1-1 . عملية التقييم الأولي:

يعني أن الفرد عند تعرضه لموقف ما، فإنه يقوم بمعالجة معرفية لما يتعرض له من حيث إمكانية الضرر و التأثير الذي قد يصيبه ،و م إذا كان الموقف خطير و مهدد و يمثل تحديا أو غير ذلك سواء كان التأثير ايجابي أو سلبي.

2-1 . عملية التقييم الثانوي:

يتم خلال هذه العملية تقييم الفرد لمصادر قوته و قدراته التي يمكنه من خلالها مواجهة الحدث الضاغط.

3-1 إعادة التقييم :

هي عملية يقوم من خلالها الفرد بإعادة تقييم كيفية إدراكه و مواجهته للموقف الضاغط نتيجة حصوله على معلومات جديدة تخص الموقف الضاغط أو عندما يدرك أن استجابة المواجهة للحدث الضاغط تكون أقل فاعلية عما هو متوقع عندئذ يغير تقييمه أو يعيد النظر في استجابة المواجهة. (حسين: 2006).

❖ من خلال العرض السابق للنظريات المفسرة للضغوط النفسية نجد أن الاتجاه الأول فسر الضغوط النفسية على أنها مثير يدركه الفرد على أنه يمثل تهديدا له، حيث أن أحداث الحياة و تغيرات البيئة سواء كانت ايجابية أو سلبية من شأنها أن تشكل ضغطا على الفرد ، في حين فسرهما الاتجاه الثاني على أنها استجابة لأحداث مهددة تأتي من البيئة فهي تعتبر كرد فعل واستجابة الفرد للحدث الضاغط، بحيث ركز هذا النموذج على ردود الفعل الانفعالية و الفيزيولوجية التي تنجم عن الأحداث الضاغطة و دور الجهاز العصبي و الجهاز الغدي في الاستجابة، اما الاتجاه الثالث ففسر الضغوط النفسية على أنها نتاج تفاعل بين الفرد و البيئة وأن الضغط النفسي يكون نتيجة حدوث اضطراب في العلاقة بين الشخص و البيئة، فالشخص عندما يدرك الموقف في البيئة بوصفه مهددا وضارا و يمثل تحديا له ثم يقيم مصادره و إمكاناته من حيث كفايتها أو عدم كفايتها لإدارة الموقف الضاغط.

6. أنواع الضغوط النفسية:

يمكن القول بوجه عام أن الضغوط ليست بالضرورة شيء سلبي بل تكون في بعض الأحيان دافعا للإنجاز و الأداء و على هذا الأساس يمكن تصنيف الضغوط إلى نوعين وهما:

- الضغوط الايجابية والضغوط السلبية.
- الضغط التكيفي و الضغط المتجاوز .

1-1-6. الضغوط النفسية الإيجابية :

هي عبارة عن التغيرات و التحديات التي تفيد في نمو الفرد و تطوره، و هي درجة من الضغط أو التوتر تدفع المرء للعمل بشكل متتابع مما يجعله يحسن الأداء العام و يحقق أهدافه. (ماجدة بهاء الدين، 2008).

وتعد ضغطا صحيا، و تؤدي إلى تحسن في جودة الحياة مثل أعباء منصب جديد أو الترقية لدرجة أعلى. (شراينكة: 2006)

2-1-6 الضغوط السلبية:

إن تعرض الفرد للمواقف الضاغطة الصعبة يكون لها تأثير سلبي مما يجعل الفرد عاجزا عن تحقيق أهدافه كما يعجز عن التفاعل مع آخرين مما يؤثر سلبا على حالته الجسدية و النفسية. (سعد: 2008) يكون لها تأثير سلبي يفوق قدرة الفرد على التوافق، وتؤدي إلى تغيرات جسمية ومزاجية، ولذا يطلق عليها المشقة المحدثه للمرض، مثل وفاة شخص عزيز، أو الإصابة بمرض مزمن، أو التقاعد... الخ. (شراينكة: 2006) تسبب الضغوط السلبية ظهور أعراض نفسية و

جسمية تتمثل في الصداع ، آلام المعدة و الظهر، تشنجات عضلية، عسر الهضم ، أرق، ارتفاع ضغط الدم ، السكري.... (عبيد: 2008).

جدول (2) المقارنة بين الضغوط الإيجابية والسلبية حسب 1994م Killy

الضغوط السلبية	الضغوط الإيجابية
تسبب انخفاض في الروح المعنوية، وشعور بتراكم العمل	تمنح دافعا للعمل ونظرة تحدي للعمل.
تولد ارتباكا 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 للضعف 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

(الهيجان: 1998م)

1-2-6 الضغط التكيفي:

الضغط هو رد فعل بيولوجي ، فيزيولوجي، و نفسي منذر عن خطر و محرض للتعبئة و الدفاع تجاه أي عدوان أو تهديد ، فهو رد فعل طبيعي و تكيفي له آثاره الفيزيولوجية المعبئة (تحرير السكر في الدم، رفع الضغط الدموي، توجه الكتل الدموية من المحيط نحو الأعضاء المركزية، ارتفاع خفقات القلب.....) التي تجعل الجسم في غاية الإستعداد للفعل.

إضافة إلى الآثار النفسية الثلاثة التي يمارسها: فهو مركز للإنتباه، معبىء للطاقة النفسية و محرض للعمل والفعل، حيث يرفع الشخص تحت الضغط من مستوى فطنته و نباهته، و يزيح من فكره كل الأفكار والأحلام و يركز كل اهتمامه و انتباهه حو الوضعية المهددة الراهنة، كما أن كل قدراته العقلية يتم توجيهها نحو تقييم الخطر و تسخير الإمكانيات لمواجهة، و تجميع المعلومات

لحصره و الإستعانة بالذاكرة لمعرفة المخططات الدفاعية لعله، و إرصاده بصورة متكيفة، و من جهة ثانية فإن الشخص يتخلى عن الكسل والتماطل في اتخاذ القرار، فتراه في غاية النشاط و بحاجة إلى الفعل السريع و الناجح فهو ينتقل للفعل وينفذه.

6-2-2 الضغوط المتجاوز:

يمكن أن توجز ردود أفعال الضغوط المتجاوز في أربعة عناصر وهي:

- رد فعل الصعق.
- رد فعل التهيجي .
- رد فعل الهروب المفزع .
- رد فعل النشاط الآلي .
- **رد الفعل الصعقي:** يمس تخدير ثلاثة مستويات ، يتعلق الأول بالتخدر العقلي، و السكر و التبادل العاطفي والكف الإرادي و الحركي و يترك الشخص هامدا في الخطر، و غير قادر على الإدراك و التفكير في غير ما هو فيه من معاناة انفعالية و محروم من كل إرادة .
- **رد الفعل التهيجي:** ينبعث من الاندفاع للفعل في الوقت الذي تكون فيه الحالة النفسية للشخص لا تسمح بارصان دفاعات للتكيف مع الوضعية، و التي تظهر من خلال حركات غير متناسقة ولا تلاحم حركي ولفظي.
- **رد فعل الهروب المفزع :** يتضمن هروب منفرد أو جماعي مندفع و غير مهياً ، حيث تتم محاربة كل يحاول عرقلة الهروب.
- **رد الفعل النشاط الآلي:** هو الأكثر شيوعا ،يولد حركات و سلوكات تبدو تكيفية لكنها دون هدف واضح ومحدد، هدفها جعل الشخص ينشغل بشيء ما، و تكون بذلك مصدرا للقلق، تتناسب هذه المرحلة كذلك مع ما يشير إليه DSM IV مجموعة من الأعراض كالشعور بالتفكك، و غياب رد الفعل الإنفعالي، وانخفاض حقل الوعي و النساوة التفككية، كعدم القدرة على تذكر بعض مشاهد الحدث، هذا إضافة إلى اللاشخصانية والآنية.

وهناك من يقسم الضغوط إلى أنواع أخرى رغم أن القاسم المشترك الذي يجمع بين كل الضغوط هو الجانب النفسي و هذه الأنواع هي:

1-3-6. الضغوط الاقتصادية:

لها الدور الأكبر في تشتيت جهد الإنسان و إضعاف قدرته على التركيز و التفكير و خاصة عندما تعصف به الأزمات المالية أو الخسارة فينجم عن ذلك عدم قدرته على مسايرة متطلبات الحياة.

2-3-6. الضغوط الاجتماعية:

تعد حجر الأساس في التماسك الاجتماعي و التفاعل مع الآخرين و كثرة اللقاءات أو قلتها و الإشراف في التزاور في الحفلات، هي معايير تحتم على الفرد الالتزام الكامل بها و الخروج عنها يعد خروجاً عن العرف و التقاليد الاجتماعية.

3-3-6. الضغوط الأسرية:

بما فيها الصراعات الأسرية ، الانفصال، الطلاق، تربية الأطفال. (بهاء الدين: 2008)

4-3-6. ضغوط العمل:

يتعرض العامل في مهنته لعدة مواقف تجعله في حالة ضغط و انفعال كالصراعات مع الرؤساء، الإرهاق بفعل ساعات العمل الطويلة، نوعية العمل و أوقاته، غموض الدور...

5-3-6. الضغوط الانفعالية و النفسية:

تتعلق بالمتغيرات المعرفية التي تقف وراء تقدير الفرد للتهديد. (خليقة: 2008) كما توجد أنواع ضغوط خاصة بآباء و أمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ، لأنها نجمت عن حدوث الإعاقة ، و تقسم هذه الضغوط وفقاً لمرحل النمو كما يلي:

1-4-6 ضغوط ناتجة عن ميلاد طفل معاق: و يتبعها ردود فعل متباينة كالصدمة، النكران، الرفض، خيبة الأمل و القلق.

ضغوط مرحلة الطفولة المبكرة: و تنجم عن مراقبة الوالدين لنمو طفلهما المعاق.

▪ ضغوط مرحلة دخول المدرسة: و تنجم عن عدم قدرة الطفل على التعلم في المدارس التقليدية.

▪ ضغوط مرحلة المراهقة: و تنجم عن اعتماد الطفل على والديه و رفض أقرانه لابنهم المعاق.

▪ ضغوط مرحلة الشباب: تنجم عن القلق بخصوص المستقبل المهني للمعاق.

▪ ضغوط مرحلة تأكيد الشباب: تنجم عن التساؤل بخصوص الرعاية و المستقبل عندما يصبحان

غير قادرين على العناية به. (عيسى سعد: 2008)

7. مكونات الضغط النفسي:

للضغط النفسي ثلاث مكونات مترابطة هي:

المثيرات (الاحداث الضاغطة): و هي القوى التي تبدأ بها حالة الضغط أي أنها كل المتطلبات الموقفية والتي تمثل تهديداً للفرد وقد تكون المثيرات داخلية(صراع) أو خارجية (فقدان عزيز).

التقييم: أي إدراك الفرد و تقيمه لهذه الأحداث الضاغطة من حيث طبيعتها و دينامكيتها، آثارها ومدى قدرته على التعامل معها أو احتوائها و السيطرة عليها . (حسين: 2006)
الاستجابة: و تتمثل في ردود الفعل النفسية والجسدية التي تصدر عن الفرد إزاء الأحداث المهددة. (الهاشمي لوكيا وآخرون: 2000)

8. مصادر الضغوط النفسية

تتمثل مصادر الضغط النفسي عند والدي أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في متطلبات الحياة اليومية والرعاية طويلة المدى، ووصمة العار التي يتعرضون لها ، والشك طويل المدى سواء في تشخيص حالة الطفل أو بين الوالدين ببعضهما البعض ، وإختزال العلاقات الإجتماعية لهم والإفتقار إلى المعلومات حول المعاقين والخدمات المتاحة لهم.

إن ما يعانيه أولياء أمور ذوي الإحتياجات الخاصة من ضغوط ترجع إلى ما يلي:

1- وجود طفل معاق تترتب عليه أعباء إضافية على كاهل الأسرة وشيوع كثير من المشكلات الأسرية وازدياد الأعباء المالية ، والعزلة والإرهاق المزمن والمشكلات الإنفعالية.

2- شعور الآباء بتدني المساندة ومصادر الدعم من الأصدقاء والأقارب والمؤسسات الرسمية ذات العلاقة بإعاقة طفلهم.

3- تعد العزلة الإجتماعية من إحدى النتائج المترتبة على رعاية الطفل المعاق ، فقد يشعر الوالدان بالعزلة عن بقية أفراد الأسرة الممتدة والأصدقاء والجيران الذين يبدون مخاوف أو مشاعر تتم عن عدم الراحة أو الخجل بوجود الإعاقة (حنفي: 2007)

ذكر زيدان السرطاوي وعبد العزيز الشخص أن كثير من الدراسات أوضحت أن أسر الأطفال المعاقين خاصة الوالدين يعانون من الضغط والأزمات أو الحزن أو الأسى المزمن ، والتوتر والإجهاد ووضعا ثلاثة نماذج من الأزمات التي يمكن ملاحظتها بين أفراد أسر الأطفال المعاقين تضم:

1- صدمة التشخيص المبدئي أو أزمة الصدمة غير المتوقعة.

2- أزمة الشخصية وتغيير بردود فعل سلبية تشمل الغضب والحزن المزمن الناجم عن تحطيم آمالهم وتوقعاتهم العريضة من طفلهم.

3- أزمة الواقع وتنتج عن المتغيرات الخارجية المرتبطة بصعوبة رعاية الطفل المعاق، مثل الحاجات العضوية للطفل ، والضغوط الإجتماعية من أفراد المجتمع. (السيد الشخص: 1998)

9. العوامل المحددة للضغوط النفسية:

ذكر زيدان السرطاوي وعبدالعزیز الشخص العوامل المحددة للضغوط النفسية لأمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة كمايلي :

1- الأعراض النفسية والعضوية:

يتضمن هذا العامل المشاعر النفسية المتعددة التي تعيشها أم الطفل المصاب من حزن ولوم النفس وقلق وتوتر وإحباط...الخ.

2- مشاعر اليأس والإحباط:

يتضمن هذا العامل ما تعانيه أم الطفل المصاب من مشاعر اليأس والإحباط التي تترتب على وجود طفل معاق وذلك لإحساسها بأنها سبب إعاقة إبنها وبأن الطفل لن يكون إمتداداً للأسرة.

3- المشكلات المعرفية والنفسية للطفل:

يتضمن هذا العامل مشاعر القلق والتوتر التي تصيب أم الطفل المصاب بسبب المشكلات المعرفية والنفسية لإبنها المعاق والتي تتمثل في صعوبة الفهم والإنتباه وضعف الثقة في النفس وإفتقاره الدافعية للتعلم، وعدم قدرته على التكيف والتعامل مع أقرانه وأفراد أسرته مما يجعل التعامل معه أمراً صعباً ويجعله بحاجة إلى التوجيه والمراقبة المستمرة.

4- المشكلات الأسرية والإجتماعية:

يتضمن هذا العامل المشكلات التي تعاني منها الأم في علاقاتها الإجتماعية والتي تظهر بوصمة العار التي تحسها أمهات الأطفال المعاقين، وتحديداً لعلاقاتهم الإجتماعية، وحدا لتفاعلهم مع الآخرين وذلك بسبب مشاعر الحرج التي تعيشها الأم.

5- القلق على مستقبل الطفل:

يتضمن هذا العامل مشاعر الخوف والقلق على مستقبل الطفل المعاق عندما يكبر، وذلك لإدراك الأم بأن إبنها سوف يقضي بقية حياته معاقاً، وبأنه لا يستطيع أن يعيش حياة طبيعية وذلك لمحدودية إمكاناته.

6- مشكلات الأداء الإستقلالي للطفل :

يتضمن هذا العامل مشاعر القلق والألم التي تعيشها أم الطفل المصاب بسبب الصعوبة في أداء الوظائف الإستقلالية الضرورية للحياة والمتمثلة في عدم القدرة على إرتداء الملابس وإستخدام الحمام ، وعدم المحافظة على نظافة ملابسه.

7- عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل:

يتضمن هذا العامل المتطلبات الكثيرة المترتبة على وجود الطفل المعاق في الأسرة والتي تفوق كثيرا قدرتها المادية مما يؤدي إلى تخليها عن الكثير من الأشياء. (الشخص: 1998).

10. الآثار المترتبة على الضغوط النفسية:

إن الضغوط التي يلاقيها الفرد في حياته اليومية تسبب نتائج تؤثر في جميع جوانب شخصيته الانفعالية ، المعرفية، السلوكية و الفيزيولوجية، و هذه الآثار تؤثر على توافق الفرد مع نفسه و مع البيئة التي يعيش فيها، إلا أن هذه الآثار تختلف من فرد لآخر باختلاف الأحداث الضاغطة و باختلاف الأفراد أنفسهم.

و قد قام فونتانا Fontana (1989) بوضع قائمة للتغيرات التي تحدث للفرد نتيجة تعرضه للضغط:

- 1-10 الآثار الفيزيولوجية:

إن احداث الضغط التي يتعرض لها الفرد تحدث تغييرات في وظائف الأعضاء و إفرازات الغدد و الجهاز العصبي تتمثل فيما يلي:

1- إفراز كمية كبيرة من الأدرينالين في الدم تؤدي إلى زيادة ضربات القلب ، زيادة معدل التنفس ، ارتفاع ضغط الدم.

2- ارتفاع مستوى الكولسترول في الدم مما يؤدي إلى تصلب الشرايين و الأزمات القلبية.

3- اضطرابات حشوية في المعدة و الأمعاء.

4- زيادة إفراز الغدة الدرقية يؤدي إلى زيادة تفاعلات الجسم و إذا استمر لمدة طويلة فإنه يؤدي إلى نقص الوزن و الإجهاد و الانهيار. (سعد: 2008)

جدول (3) آثار الضغوط النفسية على أجهزة الجسم الفيزيولوجية

الأعراض	العضو المصاب
<ul style="list-style-type: none"> - النوبات القلبية. - ارتفاع ضغط الدم. - الذبحة الصدرية. 	الجهاز القلبي الدوري
<ul style="list-style-type: none"> - اضطراب في القولون. - قرحة المعدة . - الإسهال 	الجهاز الهضمي
<ul style="list-style-type: none"> - الاستثارة والرغبة الزائدة في التبول. - اضطرابات في الدورة الشهرية للإناث. - اضطرابات جنسية 	الأعضاء التناسلية
<ul style="list-style-type: none"> - انقطاع التنفس وصعوبته. - الكحة - الربو 	الجهاز التنفسي
<ul style="list-style-type: none"> - ألم الرقبة - التهاب المفاصل - ألم الظهر - تيبس العضلات 	الجهاز الهيكلي
<ul style="list-style-type: none"> - الإكزيما - الصدفية. 	الجلد

(يوسف: 20074)

2-10. الآثار الانفعالية: تتمثل في الأعراض التالية:

- سرعة الإستثارة و الخوف و الغضب.
- القلق و الإحباط و اليأس.
- الشعور بالعجز - فقدان الاستقرار النفسي -
- عدم القدرة على التحكم في الانفعالات و السلوك.
- انخفاض تقدير الذات (السلبية في مفهوم الذات).
- فقدان الثقة بالنفس.
- توهّم المرض و الإحساس بالألم.
- النظرة المتشائمة (السوداوية) للحياة.
- انخفاض مستوى الطاقة لدى الفرد. (حسين: 2006).

ومن أهم آثار الضغوط النفسية على الجانب النفسي:

ج- الاحتراق النفسي : Burn out

عبارة عن حالة من الإنهاك الجسمي و الانفعالي و العقلي ينتج عن التعرض لمواقف مشحونة انفعاليا وضاغطة مصحوبة بتوقعات شخصية مرتفعة تتعلق بأداء الفرد. (جمعة سيد يوسف، 2007 : 37)

وعلى هذا فإن مفهوم الاحتراق النفسي عبارة عن خبرة نفسية سلبية يعيشها الفرد و تسبب له الكثير من المشكلات و عدم الشعور بالارتياح و تؤدي بالتالي إلى حدوث نتائج سلبية. يتضمن الاحتراق النفسي ثلاث مراحل:

المرحلة الأولى: تتضمن عدم التوازن بين مطالب الفرد و مصادره.

المرحلة الثانية: تتضمن حدوث توتر انفعالي فوري لدى الفرد، أي حدوث تعب و إنهاك على المدى القصير.

المرحلة الثالثة: تتكون من عدد من التغيرات في اتجاهات الفرد و سلوكه. (حسين: 2006).

ح- إضطراب ضغوط ما بعد الصدمة :

يشير إلى مجموعة من الأعراض المميزة التي تعقب فشل الفرد في مواجهة متطلبات حدث مؤلم من خلال الأنماط العادية للسلوك، و خاصة في غياب المساندة الاجتماعية فيشعر الفرد بالعجز في مواجهة الحدث.

اضطراب ما بعد الصدمة هو جملة من الأعراض التي يعانيها الفرد عقب تعرضه لأحداث صدمية بفترة و تتمثل في إعادة معايشة الحدث الصادم عن طريق الأحلام والكوابيس المصاحبة لاضطراب النوم ، سرعة الانفعال، الاستثارة، التهيج والعدائية وأهم ما يميزها هو العودة إلى الماضي و تذكر الأحداث الصدمية بشكل لا إرادي (flash-back)).

3-10. الآثار المعرفية:

تؤثر الضغوط على البناء المعرفي للفرد و بالتالي تصبح العديد من الوظائف العقلية غير فعالة وتظهر هذه الآثار في الأعراض التالية:

- 1- نقص الانتباه و صعوبة التركيز و ضعف الملاحظة.
- 2- تدهور الذاكرة حيث تقل قدرة الفرد على الاستدعاء و التعرف
- 3 -عدم القدرة على اتخاذ القرارات و نسيان الأشياء.
- 4 -فقدان القدرة على التقييم المعرفي الصحيح للموقف.
- 5- ضعف قدرة الفرد على حل المشكلات و صعوبة معالجة المعلومات.
- 6- التعبيرات الذاتية السلبية التي يتبناها الفرد عن ذاته و عن الآخرين.
- 7- اضطراب التفكير حيث يغلب عليه التفكير النمطي الجامد بدل التفكير الابتكاري.

(حسين: 2006)

4-10. الآثار السلوكية: تظهر الأعراض التالية:

- انخفاض الأداء و القيام باستجابات سلوكية غير مرغوبة.
- تعاطي العقاقير و المخدرات و تدخين السجائر.
- اضطرابات النوم و إهمال المنظر و الصحة.
- الانسحاب عن الآخرين و الميل إلى العزلة.
- تزايد معدلات الغياب عن العمل و التوقف عن ممارسة الهوايات.

11. قياس الضغوط:

11-1. قياس الضغط في المختبر (المقاييس الفيزيولوجية):

من الطرق المعاصرة الشائعة في دراسة الضغط القيام بتعريض مجموعة من الأفراد في المختبر لأحداث تسبب الضغط لفترة قصيرة ، ثم ملاحظة التأثير الذي يحدثه الضغط عن طريق قياس ردود أفعالهم الفيزيولوجية و نشاط الغدد الصماء و استجاباتهم السيكلوجية، كل هذا يرتبط

بظهور مؤثرات على مستوى النشاط السمبثاوي : كزيادة ضربات القلب ، لزوجة الدم ، ارتفاع ضغط الدم، شدة الإفرازات العصبية الغدية، مما يقدم دليلا على زيادة نشاط أجهزة الهيوثلاموس و الغدة النخامية المنشطة لقشرة الأدرنالين (HPA) كزيادة إفراز الكورتيزول. (تايلور: 2008).

كل هذه المهام الفيزيولوجية تسبب أيضا معاناة نفسية لفترة قصيرة المدى، هذه الأخيرة التي تقاس بطرق أخرى هي:

11-2. المقاييس و الاختبارات النفسية:

توجد عدة طرق تستخدم في دراسة الضغوط و قياسها منها الملاحظة،المقابلة ، و الاستبيانات و تعد الاختبارات أكثر الطرق استخداما في دراسة الضغوط ، فهناك منها ما تقيس الضواغط و المثيرات عن طريق قياس أحداث الحياة كمقياس هولمز و راهي .(1967) (حسين: 2006)

ويعتبر هولمز و راهي من الرواد في ميدان بحوث الضغط، حيث قاما بتطوير قائمة بعنوان مقياس تقدير إعادة التكيف الاجتماعي (SRRS) حيث قاما بتحديد الأحداث التي تدفع الأفراد لإجراء أهم تغييرات في حياتهم. (تايلور: 2008).

المبحث الثالث

استراتيجيات مواجهة الضغوط

تعريف أندرسون و آخرون (henderson et al: 1992)

المواجهة هي محاولة الفرد ضبط مطالب وصراعات البيئة الخارجية والداخلية التي ترهق مصادر تكيفه، أي أنها جهود الفرد لضبط البيئات الداخلية والخارجية والعلاقة التي ترتبط معها .
henderson.P.A.Kelbey (1992: 125), (J et Engebretson, K.M),
مما سبق نجد التكيف يندرج ضمن ردود الأفعال المتكررة والأوتوماتيكية، في حين يبذل الفرد عند المواجهة مجهودات معرفية و سلوكية شعورية نوعية متغيرة وأحيانا أخرى جديدة بالنسبة إليه

C ولهذا فضل لازاروس أخيرا استعمال مصطلح التوافق Ajustement بدل مصطلح التكيف Adaptation لأنه أكثر مرونة و يعتبر كمصطلح معياري ونهائي Lazarus (1984: 284) . and Folkman.

الفرق بين المواجهة والدفاع :

ظهر مفهوم الدفاع في نهاية القرن 19 مرتبطا بتطور التحليل وعلم النفس الدينامي ، تحدث Bruler Freud and في أبحاثهم الأولى بأن الأفكار المزعجة و المشاعر المؤلمة يمكن أن تتسرب إلى الشعور عندما يفشل الكبت في السيطرة عليها ، كما وصف فرويد في النصوص الأولى لنظريته مختلف الميكانيزمات الدفاعية التي يلجأ إليها الفرد من أجل تحويل أو تشويه أو إنكار الأفكار الغير مقبولة من أجل الحفاظ على كيانه واتزانه الداخلي. بعد تطور مفهوم الدفاع ، تطرق فرويد إلى مفهوم الكبت مشيرا إلى الدور الكبير الذي يلعبه هذا الميكانيزم وهذا ما وضحه في كتابه الكف و العرض والقلق" سنة 1926 حيث عرف الدفاع بأنه صراع الأنا ضد الأفكار والمشاعر المؤلمة" معتبرا الكبت كواحد 136.

من الميكانيزمات الدفاعية الأساسية (Marilou Bruchon Schweitzer. (2001)
إنطلاقا من سنوات الستينات والسبعينات من القرن الماضي و بعدما كانت كل الأبحاث مكرسة للبحث في ميكانيزمات الدفاع اتجهت للبحث في مصطلح المواجهة وقد استعمل هذا المصطلح لأول مرة من طرف لازاروس سنة 1978.

في الفترة ما بين 1960 و 1980 كان هناك إلتباس وتداخل بين المصطلحين الدفاع أن ميكانيزمي التسامي و الدعابة كانا هما الأكثر تكيفا مع المفهوم والمواجهة ، مع الجديد ، إلى أن جاءت محاولة هان 1977 haAN لتبين الفروق بينهما :

ميكانيزمات الدفاع: صلبة ، تعمل على مستوى اللاشعور لا يمكن للفرد مقاومتها ، ترتبط بصراعات نفسية داخلية ببيشخصية وبأحداث الحياة الماضية ، تهدف إلى خفض القلق الذي يسببه الموقف إلى مستوى قدرة الفرد على التحمل.

استراتيجيات المواجهة: تتميز بالمرونة تعمل على مستوى الشعور ، تتغير حسب ما يتطلبه الموقف ، مرتبطة بالواقع الحالي ، وظيفتها السماح للفرد بالسيطرة وتخفيض أو تحمل الاضطرابات الناتجة عن المواقف الحالية الضاغطة.

تختلف المواجهة عن ميكانيزمات الدفاع في أنها محاولات شعورية لمواجهة مشاكل الحالية الحديثة (Marilou Bruchon- Schweitzer. 69- 70-2001)

المواجهة	موكلازمات الدفاع
مرنة	صلية
شعورية	لاشعورية
مرتبطة بالفرد والدولة	مرتبطة بصراعات ببيشخصية
مرتبطة بالواقع الحالي	مرتبطة بأحداث الحياة الماضية
تهدف إلى خفض الاضطرابات الناتجة عن الموقف الضاغط الحالي	تهدف إلى خفض القلق إلى مستوى قدرة الفرد على التحمل

فعالية إستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية:

من الصعب الحكم على مدى فعالية أو عدم فعالية استراتيجيات المواجهة المنتهجة من قبل الفرد، فالإستراتيجيات الفعالة على المدى القصير يمكن أن تكون ضارة على المدى البعيد ، لذا فإن لازاروس يرى أن أساليب التعامل تتعلق بمدى تلاؤمها البيئة الخارجية و المتطلبات النفسية

الداخلية ، لذا فإن إستراتيجيات المواجهة تعرف بأنها جهود ناجحة أو غير ناجحة يقوم بها الفرد بهدف معالجة متطلبات المحيط (Pierluigi (Graziani, 2004) وتكون استراتيجيات المواجهة فعالة اذا سمحت للفرد بتسيير والسيطرة على الوضعية الضاغطة أو التخفيف من أثرها على راحته النفسية والجسدية ، حتى يتمكن الفرد من حل المشكلة أو التحكم فيها وتعديل انفعالاته السلبية تجاه المواقف الضاغطة .

(Marilou Bruchon- Schweitzer, 2001:)

استراتيجيات المواجهة الفعالة تتضمن سلوكيات تساعد الفرد على حل المشكلة البحث عن المعلومة، طلب المساندة الاجتماعية.....) ، في حين أن استراتيجيات المواجهة الغير فعالة عبارة عن مجموعة السلوكيات التي يقوم بها الفرد لتجنب التعامل مع المشكلة التجنب الإنكار، سلوك عدواني ادمان....).

إلا أنه توجد استراتيجيات قد يستخدمها شخص ما ويجد أنها فعالة في خفض الضغوط ، في حين إذا استخدمها شخص آخر يجد أنها غير فعالة ، كما أن الإستراتيجيات التي تكون فعالة في موقف ضاغط معين قد لا تكون كذلك في مواقف ضاغطة أخرى .

(حسين 2006) اذن لا توجد استراتيجيات مواجهة فعالة في حد ذاتها بغض النظر عن بعض خصائص الأفراد (عملية التقييم) ، وخصائص الوضعيات الضاغطة (الشدة ، المدة ، القابلية للتحكم) ، هذا اضافة إلى أن المواجهة تختلف حسب الوضعية الانفعالية والجسدية للفرد ، هذا ما يؤكد أن المواجهة هي آلية تسوية بين الفرد والمحيط (Marilou Bruchon-Schweitzer, 2001) .

النظريات المفسرة لاستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية :

النموذج الحيواني :

يعد هذا النموذج متأثراً بنظرية النشوء والارتقاء لداروين (1859) التي تدور حول مبدأ الصراع من أجل البقاء ، فالكائنات التي تبقى هي التي تكون أقدر على التلاؤم في مواجهة التغيرات البيئية الطبيعية وهو ما عبر عنه داروين بالانتخاب الطبيعي أو البقاء للأصلح .

(Lazarus and Folkman, 1984)

حسب هذا النموذج فالمواجهة تقتصر على الاستجابات السلوكية الفطرية أو المكتسبة لمواجهة أي تهديد حيوي ، وقد أشار (Canon (1932 إلى مفهوم استجابة المواجهة أو الهروب (Fighter) (flight) التي قد يسلكها الكائن الحي حيال تعرضه للمواقف المهددة في البيئة ، وهي الاستجابات السلوكية التي يقوم بها الفرد لخفض الاستثارة الفيزيولوجية والتي من خلالها ينخفض تأثير

المثيرات الضاغطة مثلا هروب الدب من الأسد تجنباً أن يفترسه ، ان هذا الأسلوب يكون غير ملائم للعديد من المواقف التي يتعرض لها الفرد لأنه لا يجسد العنصر الإنفعالي أو المعرفي في الإستجابة للمواقف .

(شقير ، 1998 .)

أي أن الفرد يلجأ إلى نوعين من المکانیزمات التكيفية:-

- میکانیزم الهروب (التجنب) في حالة الخوف والفرع.

- میکانیزم الهجوم في حالة الغضب

اذن رد فعل الكائن تجاه المواقف المهددة يقود الجسم للاستجابة إما بالمواجهة أو بالبحث عن استراتيجية انسحاب ملائمة ، وذلك لأن العضوية خلقت مهياً لمواجهة التحديات إما بالتحفز أو بالتوقف (الفرماوي وآخرون، 2009)

النموذج السلوكي :

يعتبر السلوك المحور الرئيسي للنظرية السلوكية من حيث تعلمه وكيفية تعديله ، ويرى السلوكيون أن سلوك الفرد خاضع للظروف البيئية فتصرفات الفرد سواء كانت سوية أم شاذة فهي سلوكيات متعلمة. (الشناوي ، 1994) جاء باندورا (1978) Pandora بمصطلح " الحتمية التبادلية" والذي يربط العلاقة بين السلوك والفرد والبيئة ، إذ تتفاعل هذه العناصر الثلاثة مع بعضها وتتأثر ببعضها ، إذ أن الاستجابة السلوكية التي تصدر عن الفرد حيال المواقف الضاغطة تؤثر على مشاعره كما أن سلوكه يتأثر بطريقة إدراكه للموقف الضاغط، و عندما تكون استجابته غير توافقية حيال الموقف الضاغط يؤدي إلى تفاقم الضغط لديه، ويشير باندورا إلى أن قدرة الفرد في التغلب على المواقف الضاغطة يرجع إلى درجة فعالية الذات لديه و التي تتميز بمدى واسع من السلوكيات التكيفية المتعلمة ، كما أن درجة فعالية الذات تتوقف على البيئة الاجتماعية للفرد و على إدراكه لقدراته وإمكاناته في الضاغطة، فعندما يدرك الفرد أنه يستطيع مواجهة الأحداث الصعبة فلن يعاني من التوتر والقلق وبالتالي جعل الموقف الضاغط أقل تهديداً.

أما تقييم الموقف فيتم من خلال نوعين من التوقعات:

توقع النتيجة: تقييم الفرد لسلوكه الشخصي الذي يؤدي إلى نتيجة معينة .

المواقف توقع الفعالية: اعتقاد الشخص و قناعته بأنه يستطيع تنفيذ السلوك الذي يؤدي إلى نتيجة

إيجابية. (حسين ، 2006 :)

النموذج السيكودينامي :

تتكون الشخصية لدى فرويد S.Freud من جوانب ثلاثة و هي :
الهو :يمثل المصدر البيولوجي للذة فهو مستودع الرغبات و الغرائز الفطرية. الأنا :يشير إلى الجانب العقلاني من الشخصية ، يسعى إلى إشباع رغبات الهو بما يناسب الواقع والمحيط و
الإمكانات المتاحة و يعمل وفق مبدأ الواقع. (عباس : 1994)
الأنا: الأعلى يمثل القيم والمثل و المعايير الأخلاقية للوالدين و المجتمع ، يعمل وفق مبدأ الأخلاق
(السيد: 2007)

أما تفسير الضغط النفسي طبقا لوجهة نظر فرويد يرجع الى التفاعلات المتبادلة بين ديناميات الشخصية الثلاثة والصدام بينها ، فالهو يسعى دائما إلى إشباع الدوافع الغريزية لكن الأنا لا يسمح لهذه الرغبات بالإشباع ، مادام هذا الإشباع لا يتماشى مع قيم و معايير المجتمع و يتم ذلك عندما تكون الأنا قوية ، أما في حالة ما إذا كانت الأنا ضعيفة فسرعان ما يقع الفرد فريسة للصراعات و التوترات و التهديدات ، ومن ثم لا تستطيع الأنا القيام بوظائفها ولا تستطيع تحقيق التوازن بين متطلبات الهو والواقع ، و بذلك ينتج الضغط النفسي. (جبل، 2001) تناول (فرويد (1933) مفهوم ميكانيزمات الدفاع والعمليات اللاشعورية التي سيستخدمها الفرد في مواجهة التهديدات و القلق حيث تعد ميكانيزمات الدفاع من أهم استراتيجيات المواجهة التي سيستخدمها الفرد في مواجهة المواقف الضاغطة ليحمي بذلك نفسه من الصراعات و التوترات التي تنشأ عن المحتويات المكبوتة ، فهي آليات عقلية تعمل على مستوى اللاشعور تقوم بتشويه إدراك الفرد للواقع و تزييف الأفكار كوسيلة لخفض ما يهدد الفرد من توتر. يرى فرويد أن الميكانيزمات الدفاعية بمثابة استراتيجيات مواجهة يلجأ إليها الفرد لا شعوريا للتخفيف من التوتر والقلق والصراع الداخلي ، والفرد لا يلجأ إلى استخدام حيلة دفاعية واحدة بل يستخدم أكثر من أسلوب ترى نظرية التحليل النفسي أن المواجهة عملية نفسية داخلية تنبع من داخل الفرد و تتضمن ميكانيزمات الدفاع اللاشعورية (حسين ، 2006) و لقد أشارت (1930 Anna Freud) إلى أن الحيل الدفاعية اللاشعورية تنقسم إلى نوعين :

الحيل الدفاعية السوية تساعد الفرد على حل مشكلته

الحيل الدفاعية الغير سوية ترتبط بظهور الأعراض والمشكلات النفسية لدى

الأفراد. (10 /12) (www.infiressources.ca/ fer/ depotdocuments/ 2011/)

و من أهم ميكانيزمات الدفاع تذكر مايلي :

1/ الكبت

عملية عقلية يهدف الشخص من خلالها إلى دفع التصورات أفكار انفعالات ، ذكريات (المرتبطة بالنزوة إلى الجانب اللاشعوري(بونتاليس، 1997) أي أنها عملية سحب الصراع من دائرة الشعور إلى اللاشعور لتجنب الإنسان شعوره بعدم الارتياح والقلق و الذنب.(زغيد 2010).

2/ النكوص :

عملية نفسية يتضمن مسارها العودة في اتجاه معاكس للوصول إلى مرحلة نمائية سابقة.(بونتاليس، 1997) و يلجأ إليه الإنسان عندما يعجز عن التغلب على الضغوط و الصراعات و الإحباط الذي يعانیه و ذلك بالرجوع إلى مراحل نمائية السابقة التي كانت تشبع رغباته و دوافعه وذلك قصد التخفيف عما (حميد زغيد 2010).

3/ التسامي :

يشير فرويد إلى أن ميكانيزم التسامي يستخدمه الفرد ليظهر في شكل فنون جميلة، إبداع فني استقصاء ذهني مواضيع ذات قيمة (بونتاليس، 1997) يمثل الدين أعلى درجات التسامي بالنسبة للإنسان في ظروف الضغوط و الأزمات، فحالات الوسواس والأفعال التسلطية لا يمكن مواجهتها إلا بالتسامي من خلال التمسك بالدين الذي سوف يخلص الفرد من مشاعر الذنب(الغريز 2009).

4.الإسقاط :

يستعمله الفرد لنسب النواقص و الرغبات المكبوتة على الناس و الأشياء و ذلك تنزيها و تخوفا مما يشعر به من قلق أو نقص أو ذنب. (زغيد ، 2010).

النموذج التفاعلي

ارتبط هذا النموذج بأعمال و بحوث كل من لازروس و فولكمان (1984) ، وقد جاء كرد فعل على المدخل السيكودينامي الذي استمر في دراسة المواجهة في سياق المرض النفسي ، حيث أكد هذا الاتجاه بأن الفرد يتمكن من حل مشاكله كلما كانت ميكانيزمات التكيف مع البيئة عقلانية وشعورية بدلا من أن تكون لاشعورية و لا إرادية.

أكدت هذه النظرية أن استجابة الضغوط تظهر كنتيجة التفاعل بين المطالب البيئية وتقييم الفرد لهذه المطالب حسب المصادر الشخصية لديه ، حيث تمثل عملية التقييم المعرفي مفهوما مركزيا في هذه النظرية (حسين، حسين، 2006).

ففي عملية المواجهة يستخدم الفرد ثلاثة أنواع من التقييم هي:

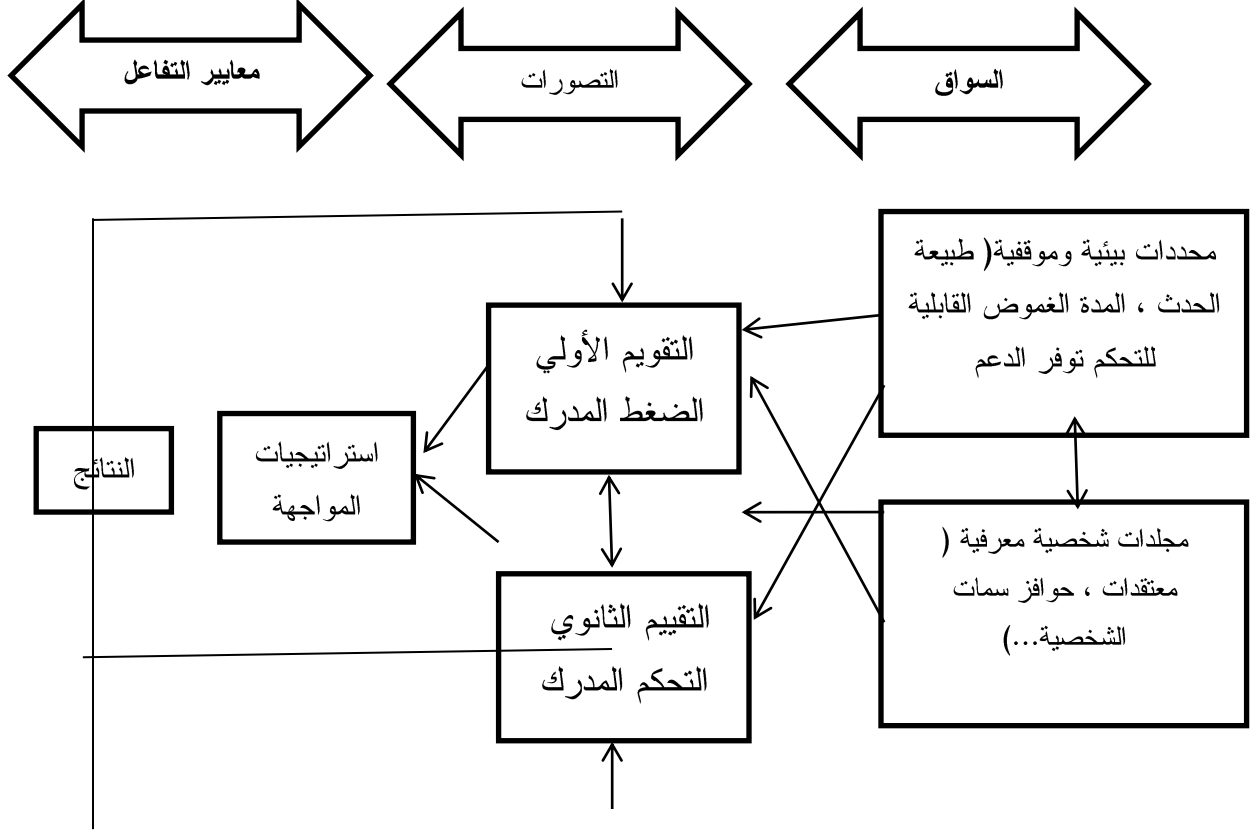
التقييم الأولي: فيه يقيم الفرد الموقف من حيث هو مهدد أو لا .

التقييم الثانوي: فيه يحدد خيارات المواجهة والمصادر المتاحة لديه للتعامل مع الموقف. إعادة التقييم: فيه يقوم الفرد بإعادة تقييم كيفية إدراكه و مواجهته للموقف الضاغط نتيجة حصوله على معلومات جديدة تخص الموقف الضاغط (تايلور 2008)

كما أن ميتشنبوم Meichenbaum (1982) قال أن المواجهة هي عملية أكثر من كونها سمة أو استعداد لدى الفرد حيث أنه في مواجهة المواقف التي يقيمها الفرد على أنها ضاغطة يقوم الفرد باختيار الأسلوب المناسب في مواجهة الموقف (ملاحظة الذات ، تحديد الأهداف ، الحديث الإيجابي...) وبذلك يستطيع الفرد أن يحصن نفسه من الضغط وهذا ما أطلق عليه ميتشنباوم بالتدريب التحصيني من الضغط ، أي أن الفرد يواجه الأحداث الضاغطة وهو يحمل خطة واضحة في دماغه ومدى واسع من الأساليب التي من الممكن ، اتخاذها قبل أن تصبح الخبرات الضاغطة غامرة يصعب السيطرة عليها. (تايلور ، 2008)

كما يشير كالن (CALLAN: 1993) إلى أن قدرة الفرد على التحكم في الموقف الضاغط ترجع إلى إعادة التقييم الإيجابي لقدراته وإمكانياته ، وأن الأفراد الذين يفشلون في مواجهة الضغوط تكون لديهم إعادة تقييم معرفي سلبي لقدراتهم على مواجهة الضغط .

و في عام 1999 أشار لازاروس إلى أنه لا يوجد إجماع على أن هنالك استراتيجيات فعالة وأخرى غير فعالة ، بل إن نجاح المواجهة يعتمد على مدى تلاؤم الاستراتيجية المفضلة لدى الفرد و بين الظروف والعوامل الموقفية. (حسين ، حسين ، 2006 .)



مخطط (3) مراحل ومحددات آلية المواجهة حسب لازاروس وفولكمان (Schweitzer 2001)

التقييم المعرفي لاستراتيجيات المواجهة

يرى لازاروس وفولكمان أن عملية التقييم ترتبط بعمليات معرفية تتدخل ما بين الوضعية التي يواجهها الفرد ورد فعله تجاهها.

فالتقييم في عملية المواجهة يعتبر عملية معرفية مستمرة يستطيع الفرد من خلالها تقييم الوضعية الضاغطة (تقييم أولي) و تقييم مصادره للمواجهة (تقييم ثانوي) ، لذا فإن كل تغيير أو تعديل في العلاقة بين الفرد والبيئة تمنح للفرد الفرصة لإعادة تقييم الموقف الضاغط و المصادر المتاحة لديه للمواجهة (2001) Marilou Bruchon- Schweitzer , ويتم التقييم المعرفي عبر مرحلتين

التقييم الأولى :

يكون منصبا على الموقف الضاغط ويشير إلى العملية التي يدرك بها الفرد متطلبات الوضعية الضاغطة. فعندما يتعرض الفرد لوضعية أو موقف ما فإنه يقوم بمعالجة معرفية لما يتعرض له من حيث التهديد والضرر الذي قد يلحقه به بغض النظر ان كان التأثير سلبي أو ايجابي ، فعند تعرض الأفراد لنفس الحادث الضاغط يمكن التقييم على أحد الأشكال الثلاثة الخسارة

سواء كانت خسارة تمس الجانب العاطفي، المادي أو الجسدي والتي ترافقها مشاعر الحزن، الغضب، الإنهيار التهديد

قد لا يكون حقيقي بقدر ما يكون تهديد متوقع حدوثه مستقبلا ويرافقه مشاعر القلق والخوف .

التحدي :

يحمل مفهوم الربح والتطور و يكون عادة مرافق لمشاعر الفرح الافتخار ، والإثارة .
(Marilou Bruchon- Schweitzer, 2001)

هذه الأشكال الثلاثة للضغط يمكنها أن تظهر مجتمعة أو متميزة ، أي أن الفرد يمكنه أن يقيم الوضعية الضاغطة على أنها خسارة وفي نفس الوقت تحدي فالفرد يعطي لنفس الحدث الضاغط أكثر من معنى .

التقييم الثانوي: في هذه المرحلة يقوم الفرد بتقييم مصادره وقدراته لمواجهة الحادث الضاغط. فيحاول الفرد تقييم الوسائل المستخدمة و ما إذا كانت مناسبة لمواجهة الموقف الضاغط وما يجب عليه فعله أو تجنبه لتسيير الضغط فتكون استجاباته في شكل البحث عن المعلومة ، وضع مخطط عمل طلب المساعدة والنصح التعبير عن الانفعالات ، تجنب المشكل ، الترفيه التقليل من شأن الموقف (Marilou Bruchon- Schweitzer (2001)...).

إن عملية التقييم الثانوي تقوم على أساس مدى احتمالية الخسارة الناتجة عن التهديد ازاء موقف ما ومدى قدرات ومصادر الفرد في مواجهة ذلك، وقد أطلق عليها مونت و لازاروس (1991)
Monat and lazarus معادلة (المصادر الأخطار)، وتقوم هذه المعادلة على تقييمات ذاتية اذ أن شخصين يملكان قدرات ومصادر مواجهة متشابهة يتصرفان تجاه نفس الوضعيات المهددة بطرق مختلفة .

إعادة التقييم :

هي العملية التي يعيد الفرد من خلالها كيفية ادراكه ومواجهته للموقف الضاغط حيث يطور أو يغير أساليب مواجهته وفقا لإدراكه مدى جدوى هذه الأساليب. أي أن الفرد عندما يدرك استجابة المواجهة للحدث الضاغط تكون أقل فاعلية عما هو متوقع أو عند حصوله على معلومات جديدة عن الموقف أو عن نفسه ، فإنه يقوم بتغيير تقييمه للموقف الضاغط أو يعيد النظر في استجابة المواجهة ويبحث عن استجابات أخرى أكثر فاعلية وملائمة (حسين: 2006)

إن كل من عملية التقييم الأولي والثانوي وإعادة التقييم معقدة حسب لازاروس وفولكمان ، فهي لا تخضع لترتيب محدد ومنظم إذ أنها تتداخل وتتفاعل فيما بينها لتحديد درجة الضغط وشدته ونوعية الاستجابة الملائمة له .

تصنيفات إستراتيجيات المواجهة

لا يوجد إلى حد الآن اتفاق حول عدد معين لأبعاد المواجهة المأخوذ بها ، حيث تختلف النماذج الحالية في عدد الإستراتيجيات التي تضمها ، فهناك من يحددها ببعدين (2) مثل: لازاروس وفولكمان وهناك من يحددها بسبعة (7) أبعاد مثل: شير ، وقد جاء مقال (Ridder (1997 الذي تم فيه إحصاء الإستراتيجيات من 2 إلى 28 بعد في مقاييس المواجهة مكونة من 10 إلى 118 عبارة ، هذا ما جعل الإتفاق على عدد معين غير ممكن ، وهذا راجع إلى اختلاف وتعدد الاستراتيجيات المتبعة من طرف الأفراد ولدى الفرد الواحد باختلاف الأزمات التي يتعرض لها وكذا باختلاف شدتها

(Marilou (Bruchon- Schweitzer, 2001)

وفيما يلي أهم التصنيفات التي اهتمت باستراتيجيات المواجهة :

تصنيف فولكمان ولزاروس (1980-1984) ويقدم نوعين من المواجهة هما :

المواجهة المتمركزة حول المشكلة :

عبارة عن الجهود التي يبذلها الفرد لتعديل العلاقة الفعلية بين الفرد والبيئة ، فيحاول من خلالها تغيير أنماطه السلوكية أو تعديل الموقف الضاغط. (حسين ، 2006)

تهدف هذه الإستراتيجية إلى خفض متطلبات الوضعية الضاغطة أو زيادة مصادر الفرد الشخصية وقدراته الخاصة حتى يتمكن من مواجهة الموقف الضاغط .

(Marilou Bruchon- Schweitzer, 2001)

وقد حدد لازاروس وفولكمان شكلين للمواجهة المتمركزة حول المشكلة وهما:- جمع المعلومات.- اتخاذ إجراءات لحل المشكلة .

حيث أن الفرد في مواجهة الوضعية الضاغطة يقوم بجمع المعلومات واتخاذ الإجراءات المناسبة من خلال وضع خطة للاستجابة وفق متطلبات المشكل للتخفيف من شدة الموقف الضاغط أو التحرر منه وإيقافه. يتبين مما سبق أن جمع المعلومات يساعد في الكشف عن طبيعة المشكل والعناصر الغامضة مما يؤدي إلى إيجاد استجابة مناسبة وملائمة لحل المشكلة .

المواجهة المتمركزة حول الانفعال :

تشير إلى الجهود التي يبذلها الفرد لتنظيم الانفعالات الناتجة عن الموقف الضاغط . (تايلور، 2008) ومن بين الأساليب المتبعة في هذه الإستراتيجية نجد: التجنب هو تحويل الانتباه عن الوضعية الضاغطة من خلال استعمال بدائل تتمثل في نشاطات سلوكية (رياضة) ، أو نشاطات معرفية (التفاز، القراءة) ، وهذه الوسائل ذات فعالية نسبية وهي تختلف عن الهروب إلى سلوكيات خطيرة مثل: اللجوء إلى الكحول أو التبغ والمخدرات . الإنكار تشبه إستراتيجية الهروب حيث تعمل على تأجيل المشكلة حيث يسعى الفرد لتغيير المعنى الحقيقي للوضعية الضاغطة بتجاهل خطورة الموقف أو رفض الاعتراف بما حدث فعلا (: (2005, Mahmud Boudarene).

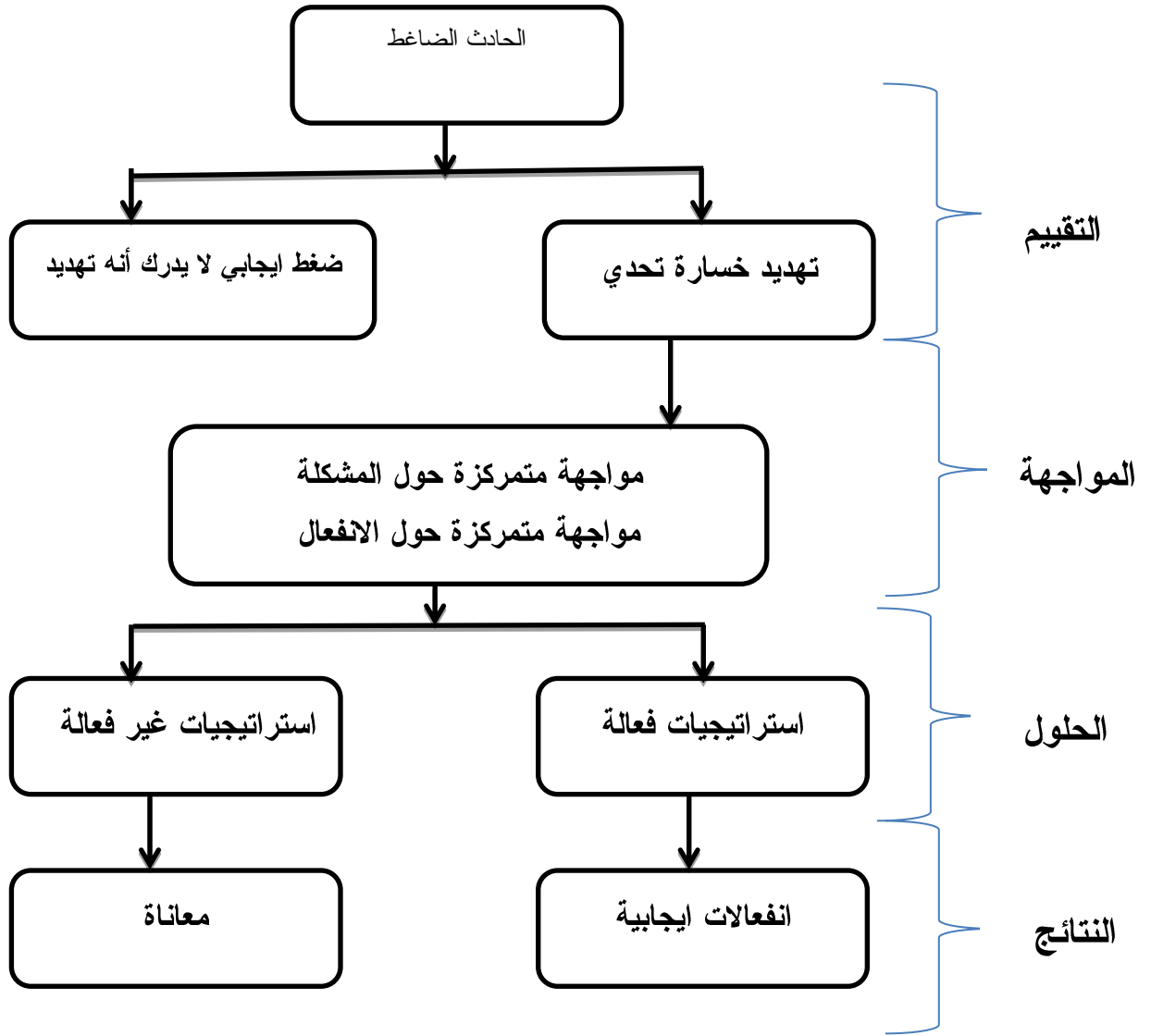
جدول (6) الفرق بين الاستراتيجيات المتمركزة حول المشكلة و المتمركزة حول الانفعال

متمركزة حول الانفعال		متمركزة حول المشكلة	
العيوب	المميزات	العيوب	المميزات
تكرار العامل الضاغط	قليل الكلفة المحافظة على النشاطات المعتادة	تكلفة عالية التركيز على المشكلة على حساب النشاطات المعتادة	تخفيض العامل الضاغط تكيف السلوكيات مع تكيف الوضعية الضاغطة (تطور)

(Pierre Ioo, 2003)

أحيانا تعمل استراتيجيات المواجهة المتمركزة على حل المشكلة و المواجهة المتمركزة على الانفعال معا بحيث يصعب الفصل بينهما شيلي (تايلور ، 2008 :433 لذا فإنه لا توجد هناك مواجهة فعالة بنفسها أو فعالة دائما دون الارتباط بخصائص انفعالية شخصية وخصائص إدراكية

معرفية للفرد وكذلك خصوصية الوضعيات الضاغطة ، فالمواجهة المتمركزة حول المشكلة تكون فعالة على المدى الطويل خاصة عند مواجهة حدث قابل للسيطرة والتحكم أما المواجهة المتمركزة حول الانفعال فتكون فعالة على المدى القصير خاصة إذا كان الحدث غير قابل للسيطرة مما يسمح للفرد بالمحافظة على تقديره لذاته وحمايته لنفسه (Marilou Bruchon Schweitzer. 2001) الحادث الضاغط



مخطط (4) حلقة سيرورة العملية التفاعلية للضغط (لازاروس وفولكمان: 1984)

تصنيف موس Moss (1986)

كما يمكن استخدام أساليب مواجهة مختلفة منها حسب ما ذكر موس Moss

الاستراتيجيات الإيجابية:

وهي الأساليب التي يوظفها الفرد في اقتحام المواقف الضاغطة وتجاوز آثارها ، وذلك

من خلال الأساليب الإيجابية التالية :

التحليل المنطقي للموقف الضاغط وذلك من أجل فهمه والاستعداد الذهني له ولمخلفاته .

إعادة التقييم الإيجابي للموقف حيث يحاول الفرد معرفيا استجلاء الموقف وإعادة بنائه بطريقة إيجابية مع محاولة تقبل الواقع كما هو. البحث عن المعلومات المتعلقة بالموقف الضاغط من الأفراد أو مؤسسات المجتمع المتوقع ارتباطها بالموقف الضاغط. أسلوب حل المشكلة للتصدي للأزمة بصورة مباشرة .

الاستراتيجيات الإيجابية

يوظفها الفرد في تجنب المواقف الضاغطة والإحجام عن التفكير فيها ، وذلك من خلال

الأساليب السلبية التالية :

الإحجام المعرفي: تجنب التفكير الواقعي والممكن في الأزمة. التقبل الاستسلامي: ترويض النفس على تقبل الأزمة. البحث عن المكافآت البديلة عن طريق المشاركة في أنشطة بديلة والاندماج فيها بهدف توليد مصادر جديدة للإشباع والتكيف بعيدا عن مواجهة الأزمة .

التنفيس الانفعالي: وهو التعبير لفظيا عن المشاعر السلبية الغير سارة أو فعليا عن طريق الجهود الفردية المباشرة لتخفيف التوتر. (الضريبي : 2010)

تصنيف (شور و آخرون): (1986)

قام شور Sheier بتحديد أساليب التعامل مع الضغط في عدة أنواع هي:- الإنكار يشير إلى رفض الفرد الاعتقاد بحدوث الموقف الضاغط أو محاولة تجاهله كليا .

التعامل الموجه مع المشكلة هو أن يقوم الفرد بوضع خطة معينة وأن يقوم باستجابة سريعة للسيطرة على الحدث الضاغط.- لوم الذات حيث يرى الفرد أنه هو المسئول عن تعرضه للموقف الضاغط.- التقبل والاستسلام يشير إلى تقبل الفرد للموقف نظرا لعجزه و انعدام الحيلة لديه أو نتيجة لرفضه القيام بأي شيء تجاه الموقف.- إعادة التفسير الإيجابي للموقف: كأن يحاول الفرد إيجاد معنى و تفسر جديد للموقف مما يجعله يشعر بالثقة بالنفس- الهروب من خلال التخيل يبدو ذلك من خلال اللجوء إلى أحلام اليقظة.

المساندة الاجتماعية تشير إلى سعي الفرد نحو الآخرين لطلب العون والنصيحة والمعلومات والمساعدة. (حسين: 2006)

إن أساليب المواجهة النشطة تتضمن الاستجابة بشكل فعال نحو الأحداث الضاغطة والسعي للحصول على المعلومات حول هذه المواقف وحلها ، أما استراتيجيات التجنب فتتضمن النزعة حول تشتيت وصرف ذهن الفرد عن الحدث الضاغط وتجنب الحصول على معلومات بشأنه والهروب منه .

تصنيف (كوهن Kohen (1994) :

يصنف كوهن Kohen استراتيجيات المواجهة التي يستخدمها الأفراد في التعامل مع الضغوط إلى الأبعاد التالية: التفكير العقلاني: أنماط التفكير العقلانية والمنطقية التي يلجأ إليها الفرد بحثاً عن مصادر الضغط وأسبابه. التخيل يحاول الفرد من خلالها تخيل المواقف الضاغطة التي واجهته كما يتجه بها إلى التفكير في المستقبل عند مواجهة هذه المواقف. الإنكار يسعى الفرد من خلالها إلى إنكار المواقف الضاغطة بالتجاهل والانغلاق كأنها لم تحدث مطلقاً. حل المشكلة هي نشاط معرفي يتجه من خلاله الفرد إلى استخدام حلول جديدة ومبتكرة لمواجهة الضغوط. الفكاهاة تتضمن التعامل مع الخبرات الضاغطة بروح المرح والدعابة وبالتالي التغلب عليها وقهرها. الرجوع إلى الدين: تشير إلى رجوع الأفراد إلى الدين في أوقات الضغوط وذلك بالإكثار من العبادات والمداومة عليها كمصدر للدم الروحي والانفعالي (الضريبي ، 2010)

تصنيف استراتيجيات المواجهة في البيئة العربية أما في البيئة العربية فقد صنف لطفي عبد الباسط (1994) استراتيجيات مواجهة

الضغط النفسي إلى: الإستراتيجيات الإيجابية

تتمثل في قيام الفرد بأفعال لمواجهة المشكلة مع محاولة مستمرة لزيادة الجهد أو تعديله وعدم التسرع والتريث في محاولته لمواجهة الموقف الضاغط ، وقد يقتضي ذلك استرجاع الفرد لخبراته السابقة في المواقف الضاغطة .

الإستراتيجيات السلبية :

تتمثل في نقص جهد الفرد في التعامل مع الموقف الضاغط والإفراط في ممارسة أنشطة أخرى كالنوم وعزل الذات والإنكار والانسحاب المعرفي العقلي أو الاستغراق في أحلام اليقظة والتفكير في أشياء وموضوعات بعيدة عن المشكلة. أما (حسين: 2006) فقد صنفها إلى ثلاثة أنواع رئيسية: 1- التخطيط والسعي لحل المشكلة مقابل الإنكار والهروب من المشكلة -2. المساندة

الاجتماعية في مقابل المواجهة الدينية. -3- أساليب مواجهة على المستوى المعرفي في مقابل أساليب انفعالية. (حسين: 2006):

طرق قياس استراتيجيات المواجهة

تتعدد طرق تقدير استراتيجيات المواجهة بتعدد تصنيفاتها و من أبرز المقاييس التي استخدمت في قياسها:

قائمة المواجهة في المواقف الضاغطة (Parker and Endler 1990) و تعرف ب CISS يتكون من 48 عبارة تتضمن ثلاثة أبعاد لمواجهة الضغوط:

(1) استراتيجيات مرتكزة على المشكلة .

(2) استراتيجيات مرتكزة على الانفعال. (3) استراتيجيات مرتكزة على التجنب (الأحجام).

(Marilou Bruchon- Schweitzer, 2001: 76)

مقياس WCC من طرف لازاروس و فولكمان (1988) يتكون الاستبيان من 66 بند تقيس استراتيجيات المواجهة المعرفية و السلوكية التي سيستخدمها الأفراد للتعامل مع المواقف الضاغطة ، يضم ثمانية أبعاد أساسية هي: التحدي: الجهود العدائية في مواجهة الموقف الضاغطة. الابتعاد: الابتعاد عن الموقف للتقليل من أهميته .

ضبط الذات: تنظيم الفرد لانفعالاته وسلوكياته طلب المساعدة الاجتماعية سعي الفرد للحصول على المساندة سواء كانت مادية ، معرفية ، أو إجتماعية في أوقات الضغوط.. تحمل المسؤولية إدراك الفرد لدوره في حل المشكلة.. الهروب تجنب الموقف الضاغطة.. حل المشكلة: جهود يقوم بها الفرد لتحليل المشكلة. • إعادة التقييم الايجابي: إعطاء معنى إيجابي .

(حسين: 2006) قائمة المواجهة المتعددة الأبعاد (Carver and Scheirer 1989)

تتكون من 53 عبارة موزعة على ثلاثة عشر بعدا منها- خمسة أبعاد تقيس جوانب من استراتيجيات مواجهة مرتكزة على الانفعال.- ثلاثة أبعاد تقيس استراتيجيات المواجهة السلبية .وفيما يلي لمحة عن الأبعاد الثلاثة عشر:

المواجهة الفعالة: يشير إلى قيام الفرد بخطوات فعالة في محاولة للتخفيف أو القضاء على الحدث الضاغط

التخطيط: التفكير في كيفية مواجهة الحدث الضاغط بإتباع أفضل الخطوات للتعامل المشكلة. مع قمع الأنشطة التنافسية تجنب الفرد أن يصبح مشتتا عن طريق أحداث أخرى. طلب

المساندة الاجتماعية: الجهود التي يقوم بها الفرد طلبا للمساعدة والنصيحة والمعلومة من قبل الأشخاص المحيطين.

عادة التفسير الإيجابي: محاولة إيجاد الفرد معنى و تفسير جديد التقبل تقبل الفرد للموقف الضاغط نظرا لعدم وجود ما يمكنه القيام به نحوه أو تغييره .

التحول إلى الدين الإكثار من ممارسة العبادات. التركيز على الانفعالات يشير إلى المحاولات التي يقوم بها الفرد لخفض الانفعالات السلبية الناتجة عن الموقف الضاغط .

الإنكار: يتمثل في عدم الاعتراف بوجود المشكلة

التباعد السلوكي: التوقف عن بذل أي مجهود في المواقف الضاغطة. التباعد العقلي: اللجوء إلى

أحلام اليقظة أو الإفراط في الأكل أو مشاهدة التلفزيون في لتجنب التفكير في الموقف الضاغط.

تعاطي الكحول والمخدرات تشير إلى اللجوء إلى المخدرات او الكحول لخفض التوتر الناتج عن

المواقف الضاغطة.(حسين: 2006).

المبحث الرابع الدراسات السابقة

مقدمة

يتناول هذا الفصل عرضاً للدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة الحالية. ومن خلال إطلاع الباحثة لاحظت ندرة الدراسات التي تناولت موضوع البحث الضغوط النفسية وإستراتيجية المواجهة لأمهات الأطفال المصابين بالتوحد بمراكز ولاية الخرطوم ، نسبة لحدائة اكتشاف اضطراب التوحد وعدم توافر المعلومات والبحوث والدراسات الكافية عنه. وقد تم تصنيف هذه الدراسات السابقة إلى دراسات سودانية - عربية ودراسات أجنبية وقد تم تقديم الدراسات السودانية (المحلية) أولاً. وسوف يكون عرض تلك الدراسات حسب تسلسلها التاريخي مع مقارنة الدراسات السابقة مع الدراسة الحالية من حيث وجه الشبه والاختلاف ومدى استفادة الباحث من هذه البحوث. أولاً: الدراسات السودانية :

1. دراسة كوثر خلف الله - جامعة الخرطوم، كلية التربية (غير منشورة) "2005م" بعنوان : حاجات أولياء أمور التوحديين وأساليب التنشئة الأسرية للتوحديين (كما يدركها أولياء الأمور) وعلاقتها بالمستوى الإقتصادي والإجتماعي للأسرة.

هدفت الدراسة للتعرف على حاجات أولياء أمور التوحديين وأساليب التنشئة الأسرية للتوحديين كما يدركها أولياء الأمور وعلاقتها بالمستوى الإقتصادي والإجتماعي للأسرة ، المنهج المستخدم هو المنهج الوصفي ، بلغ حجم العينة (40) زوجاً من أولياء أمور التوحديين. أدوات البحث تمثلت في الآتي ؛ مقياس حاجات أولياء أمور التوحديين ، مقياس أساليب التنشئة الأسرية للتوحديين (كما يدركها أولياء الأمور) ، مقياس المستوى الإقتصادي والإجتماعي للأسرة . وتوصلت الدراسة للنتائج الآتية:

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في ترتيب أولياء أمور التوحديين لحاجاتهم حسب أهميتها بالنسبة لهم ، أن أكثر أساليب التنشئة الأسرية شيوعاً وسط أولياء أمور التوحديين هي " التقبُّل".

- توجد علاقة طردية دالة بين حاجات أولياء أمور التوحديين والمستوى الإقتصادي والإجتماعي للأسرة في الحاجات الإجتماعي -المجتمعية ، لدى الآباء أو من ينوب عنهم

- وفي جميع الحاجات لدى الأمهات أو من ينوب عنهن ولا توجد علاقة إرتباطية دالة في الحاجات (المعرفية -المادية) لدى الآباء أو من ينوب عنهم.
- لا توجد علاقة دالة بين أساليب التنشئة الأسرية للتوحيدين " كما يدركها أولياء الأمور " والمستوى التعليمي لأولياء الأمور في أسلوب " الحمادة الزائدة - الإهمال " ، " التقبل - الرفض " بينما توجد علاقة طردية في أسلوب " المساواة -التفرقة".
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في حاجات أولياء أمور التوحيدين تبعاً لنوع أولياء الأمور " ذكر - أنثى".
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أساليب التنشئة الأسرية للتوحيدين " كما يدركها أولياء الأمور" تبعاً لنوع الابن التوحيدي " ذكر-أنثى".

(2) دراسة (سلوى عثمان عبدالله عثمان 2001م) رسالة ماجستير غير منشورة جامعة الخرطوم بعنوان الضغوط النفسية لدى اولياء امور الاطفال المعاقين عقلياً بولاية الخرطوم واساليب مواجهتها على عينة مكونة من (110) ابا واماً، تم اختيارهم بالطريقة العشوائية التطبيقية، وقد تمثلت ادوات الدراسة في استمارة المعلومات ومقياس الضغوط النفسية ومقياس اساليب مواجهة الضغوط النفسية لعبدالعزيز وزيدان. وتوصلت الدراسة لعدد من النتائج أهمها ان السمة العامة المميزة للضغوط النفسية واساليب مواجهتها لدى اولياء امور الاطفال المعاقين عقلياً يتصفان بالايجابية.

(3) دراسة نيل درجة الماجستير (توحيدة عيدروس سيد احمد 2012م) حول الضغوط النفسية على اولياء امور الاطفال المصابين بمرض التوحد وعلاقتها ببعض المتغيرات الديموقرافية بولاية الخرطوم. هدفت الدراسة الى معرفة الضغوط النفسية لدى أولياء امور الاطفال ذوى اضطراب التوحد وعلاقتها بالمتغيرات الديموقرافية (المستوى التعليمي- المستوى الاقتصادي- المهنة). استخدمت الباحثة مقياس الضغوط النفسية المعدل من قبلها على عينة عشوائية. بلغ حجم العينة (60) اب وام من الالباء وامهات اطفال التوحد (30 اب - 30 ام) من المراكز الخاصة بالتوحد ومراكز ذوى الاحتياجات الخاصة بولاية الخرطوم. وتم اختبار العينة بالطريقة العشوائية البسيطة وطبق على العينة مقياس الضغوط النفسية المعدل من قبل الباحثة، وقد اسفرت نتائج الدراسة على ارتفاع مستوى الضغوط النفسية لاولياء امور الاطفال ذوى اضطراب التوحد تعزى لمتغير التعليم لصالح المستوى التعليمي (الجامعي)، ووجود فروق ذات دلالة احصائية في الضغوط النفسية تعزى لمتغير المهنة لصالح ذوى المستوى المهني المرتفع (أطباء، مهندسين،

مشرفين،المهن التقنية)، ووجود فروق ذات دلالة احصائية فى الضغوط النفسية تعزى لمتغير المستوى الاقتصادى لصالح ذوى المستوى الاقتصادى المرتفع.

ثانيا الدراسات العربية:

1/ دراسة : نادية ابراهيم عبد القادر ابو السعود، جامعة عين شمس- معهد الدراسات العليا للطفولة، قسم الدراسات النفسية والاجتماعية، (لنيل درجة الماجستير، غير منشورة) ، (1997م) دراسة مصرية بعنوان: الإضطراب التوحدي لدى الأطفال وعلاقته بالضغوط الوالدية.

هدفت الدراسة لدراسة نظام الوالدية بأسر الأطفال التوحديين ، للتعرف على العلاقة بين الإضطراب التوحدي والضغوط الوالدية ، كما يسعى البحث إلى دراسة الفروق ودلالاتها بين الضغوط الوالدية لأسر الأطفال التوحديين ، وأسر الأطفال العاديين.

المنهج الذي استخدم المنهج التجريبي وتكونت العينة من مجموعتين تجريبية ، المجموعة الأولى من (40) طفل وطفلة من المصابين بالإضطراب التوحدي ممن سبق تشخيصهم والمجموعة الثانية تكونت من الأطفال العاديين عددها 40 طفل وطفلة من الأطفال الأسوياء ، المدى العمري للأطفال كان من 6-12 عاماً . وتم مراعاة تماثل المجموعتين في المرحلة العمرية والجنس والمستوى الإجتماعي والإقتصادي وأدوات الدراسة التي استخدمت بيان المستوى الإجتماعي الإقتصادي إعداد (الشخص: 1988م) مقياس الضغوط الوالدية إعداد (البيلاوي: 1988م) ومقياس خاص بضغوط الحياة.

مقياس اختبار رسم الرجل جودانف هاريس تقنين (مرسي: 1993م) وتوصلت الدراسة للنتائج الآتية:

1. وجود علاقة ارتباط إيجابية دالة بين الاضطراب التوحدي والضغوط الوالدية.
2. وجود علاقة ارتباط إيجابية دالة بين ثلاث أبعاد من خصائص الطفل التوحدي مع ثلاثة أبعاد من خصائص والديه، وهي:
 - درجات تدعيم الطفل للوالدين مع الرابطة العاطفية بالطفل.
 - درجات الحالة المزاجية للطفل مع الرابطة العاطفية بالطفل.
 - درجات الإلحاح وكثرة المطالبة مع درجة إحسان الوالدين بقيود الدور.
3. وجود علاقة ارتباط إيجابية دالة بين خصائص الوالدين للطفل التوحدي وضغوط الحياة.
4. وجود فروق جوهرية بين متوسط درجات أمهات الأطفال التوحديين، ومتوسط درجات أمهات الأطفال العاديين على مقياس خصائص الوالدين.

5. وجود فروق جوهرية بين متوسط درجات الأطفال التوحديين ومتوسط درجات الأطفال العاديين على مقاييس خصائص الطفل.

6. ارتفاع متوسط الضغوط الوالدية في أسر الأطفال التوحديين.

2/ دراسة لنيل درجة الدكتوراة (صفاء رفيق موسى قراقيش ، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا- كلية التربية، قسم علم النفس(غير منشورة) ، (2006) ، بعنوان: الضغوط النفسية لدى أولياء أمور أطفال التوحد واحتياجات مواجهتها.

هدفت الدراسة إلى تحديد ما يمكن أن يحدثه وجود طفل توحدي من ضغوط نفسية لدى والديه وعلاقة ذلك ببعض المتغيرات المتعلقة بالوالدين والمتمثلة في جنس الوالدين وعمرهم ومستوى تعليمهم ومستوى دخلهم الشهري بالإضافة إلى المتغيرات المتعلقة بالطفلة التوحدي المتمثلة في عمر الطفل وجنسه ودرجة الإعاقة وترتيبه بين إخوانه وعدد أفراد الأسرة وتحديد مدى اختلاف مستوى الضغوط النفسية لدى أولياء أمور أطفال التوحد عن مستوى الضغوط النفسية لدى أولياء أمور الأطفال المعاقين من فئات الإعاقة الأخرى.

المنهج الذي استخدم المنهج الوصفي ، تكونت العينة من (237) من أولياء أمور أطفال التوحد و(277) من أولياء أمور الأطفال من فئات الإعاقة الأخرى " إعاقة عقلية ، سمعية ، بصرية" أدوات الدراسة التي استخدمت ، مقياس الضغوط النفسية ، مقياس احتياجات أولياء أمور الأطفال المعاقين . وتوصلت الدراسة للنتائج الآتية:

- ارتفاع مستوى الضغط النفسي لدى أفراد العينة الكلية.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية لدى أولياء أمور أطفال التوحد ومستوى الضغوط النفسية لدى أولياء أمور أطفال الإعاقات الأخرى.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية لدى أولياء أمور أطفال التوحد على مقياس الضغوط النفسية وفقاً لمتغير جنس الوالدين وعمرهم ومستوى تعليمهم ومستوى دخلهم الشهري.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية لدى والدي أطفال التوحد وفقاً لمتغير عمر الطفل وجنسه ودرجة التوحد ، وترتيبه بين إخوته وعدد أفراد الأسرة.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في احتياجات أولياء أمور أطفال التوحد وفقاً لمتغير جنس الوالدين وعمرهم ومستوى تعليمهم ومستوى دخلهم الشهري.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في إحتياجات أولياء أمور أطفال التوحد وفقاً لمتغير درجة توحد الطفل وجنسه وعمره الزمني وترتيبه بين إخوانه وعدد أفراد الأسرة.

3/دراسة : عصام محمد زيدان ، جامعة المنصورة- كلية التربية ، قسم الصحة النفسية - (2004م) ، (دراسة منشورة بمجلة البحوث النفسية والتربوية- جامعة المنوفية، كلية التربية) بعنوان: (الإرهاك النفسي لدى آباء وأمهات الأطفال التوحديين وعلاقته ببعض المتغيرات الشخصية والأسرية).

هدفت الدراسة إلى الكشف عن مدى تعرض آباء وأمهات الأطفال التوحديين للإرهاك النفسي . وتم استخدام المنهج الوصفي ، أدوات الدراسة التي استخدمت قائمة أعرضاً تشخيص التوحدية للأطفال ، مقياس الإرهاك النفسي للآباء والأمهات ، بلغت عينة الدراسة (40) طفلاً وطفلة مصابين بالتوحد و(80) من الآباء والأمهات . توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

أثبتت الدراسة أن آباء وأمهات الأطفال التوحديين يتعرضان للكثير من الضغوط النفسية ويتحملان أعباء كثيرة وتحديات هائلة مما يجعلهم عرضة للإصابة بالإضطرابات الأمراض النفسية وإعتلال الصحة النفسية والبدنية.

4/ دراسة: علي أحمد علي زعارير(2009م) (نيل درجة الماجستير- غير منشورة) ، جامعة عمان العربية- كلية الدراسات التربوية والنفسية العليا بعنوان: (مصادر الضغوط النفسية وأساليب مواجهتها لدى أولياء أمور الأطفال التوحديين في الأردن وعلاقتها ببعض المتغيرات). هدفت الدراسة لتقصي مصادر الضغوط النفسية وأساليب مواجهتها لدى أولياء أمور التوحديين في الأردن وعلاقتها ببعض المتغيرات مثل جنس الطفل التوحدي وعمره.

المنهج الذي استخدم، المنهج الوصفي، تكونت العينة من (200) أب وأم لأطفال يعانون من التوحد في مراكز التربية الخاصة بالأردن، الأدوات التي استخدمت في الدراسة مقياس مصادر الضغوط النفسية، مقياس أساليب مواجهة الضغوط النفسية " المقاييس من غعداد السرطانوي والشخص ، 1998م" ، وتوصلت الدراسة للنتائج الآتية:

أبرز مصادر الضغوط النفسية لدى أولياء أمور الأطفال التوحديين شيوعاً على الترتيب:

- القلق على مستقبل الطفل.
- عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل التوحدي المتمثلة في مشكلات الأداء الاستغلالي والمشكلات المعرفية والنفسية للطفل، والمشكلات الأسرية. أما بقية المصادر المصاد فإنها تشكل مصادراً للضغوط النفسية لدى أولياء أمور الأطفال التوحديين بدرجة متفاوتة.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مصادر الضغوط لدى آباء وأمهات الأطفال التوحديين في أبعاد المسلك ، المشكلة المعرفية والنفسية للطفل والمشكلات الأسرية والقلق على مستقبل الطفل ومشكلات الأداء الإستغلالية ، بينما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين آباء وأمهات الأطفال التوحديين في مصادر الضغوط النفسية في أبعاد الأعراض النفسية والعضوية ومشاعر اليأس والإحباط وعدم القدرة على تحمل أعباء الطفل.
- أكثر أساليب مواجهة الضغوط النفسية شيوعاً لدى آباء وأمهات الأطفال التوحديين كانت خمس ممارسات معرفة عامة : ممارسات وجدنية وعقائدية ، ممارسات معرفية متخصصة ، بينما كانت الممارسات المختلطة وممارسات تجريبية ، أقل أساليب مواجهة الضغوط النفسية شيوعاً لدى آباء وأمهات الأطفال التوحديين.
- وجود علاقة إرتباطية بين أبعاد مقياس الضغوط النفسية وأبعاد مقياس اساليب المواجهة ومعظمها كانت دالة إحصائياً من وجهة نظر الآباء والأمهات.
- عدم وجود دالة إحصائياً في مصادر الضغوط النفسية والدرجة الكلية للمقياس من وجهة نظر الأمهات في ضوء جنس الطفل بينما وجدت فروق دالة إحصائياً في بعد (عدم القدرة على تحمل أعباء الطفل) من وجهة نظر الآباء وكانت الفروق لصالح الذكور ولا توجد فروق دالة إحصائياً على بقية أبعاد مقياس الضغوط النفسية تبعاً لمتغير الطفل التوحيدي.
- وجود فروق دالة إحصائية بين المتوسطات الحاسبية لدرجة آباء وأمهات الطفل التوحيدي على أبعاد مقياس الضغوط النفسية والدرجة الكلية للمقياس وذلك تبعاً لمتغير عمر الطفل. وكانت الفروق لصالح الأطفال في المرحلة العمرية (من 12 سنة إلى 15 سنة) في الأبعاد السابقة.بينما كانت لصالح الفئة العمرية (أكثر من 15 سنة) في الدرجة الكلية للمقياس ، بينما لا توجد فروق دالة إحصائياً بين المتوسطات الحاسبية لدرجات آباء وأمهات الأطفال التوحديين على بقية أبعاد مقياس الضغوط النفسية تبعاً لمتغير عمر الطفل.
- 5/ دراسة عبير عرفة عبد العزيز محمد الديب (2016) لنيل درجة الماجستير في جامعة الامارات العربية المتحدة، كلية التربية-قسم التربية الخاصة (غير منشورة) بعنوان: الضغوط النفسية واحتياجات امهات الاطفال ذوي اضطراب التوحد والعلاقة بينهما في دولة الامارات العربية المتحدة.

هدفت الدراسة الي معرفة مصادر ومستوي الضغوط النفسية لدي امهات الاطفال ذوي اضطراب التوحد،ومعرفة احتياجاتهن ودرجتها للتخفيف من حدة الضغوط لديهن،وكذلك التعرف علي طبيعة العلاقة بين الضغوط النفسية والاحتياجات.

وتكونت عينة الدراسة من (174) اما من امهات الاطفال من ذوي اضطراب التوحد الملحقين باحد مراكز تاهيل المعاقين التابع لوزارة تنمية المجتمع بدولة الامارات العربية المتحدة،ولقد تم اختيار العينة بالطريقة العشوائية الطبقيه.

وقامت الباحثة بتطبيق الادوات الاتية التي استخدمتها في الدراسة:مقياس الضغوط النفسيه لدي امهات الاطفال ذوي اضطراب التوحد،استبانة احتياجات امهات الاطفال ذوي اضطراب التوحد خلال فترة زمنية محده (4اشهر- من ديسمبر 2015 حتي مارس2016).استخدمت الباحثة في الدراسة المنهج الوصفي الارتباطي للاجابه عن اسئلة الدراسة.

وقد اشارت نتائج هذه الدراسة الي وجود خمس مصادر للضغوط النفسيه حيث احتلت ضغوط خصائص سلوك الطفل المرتبة الاولى،وجاءت الضغوط الانفعالية في المرتبه الثانيه،فيما كان اقل مستوي للضغوط السلوكية و الذهنيه.كما اشارت نتائج الدراسة ايضا الى مستوى مرتفع من الاحتياجات لدى امهات الاطفال ذوي اضطراب التوحد،حيث جاءت الاحتياجات المجتمعيه في المرتبه الاولى،تلتها في المرتبه الثانيه الاحتياجات المعرفية والتدريبية،وجاءت في المرتبة الثالثة الاحتياجات الاجتماعية،بينما في المرتبة الاخيرة الاحتياجات المادية.وفيما يتعلق بالعلاقة بين الضغوط والاحتياجات،فلقد اوضحت نتائج الدراسة وجود علاقة ايجابية ذات دلالة احصائية بين الضغوط بابعادها الخمسة،والاحتياجات بابعادها الاربعة عند مستوى الدلالة 0.01،او مستوى الدلالة 0.05. وفي ضوء نتائج الدراسة قدمت الباحثة مجموعة من التوصيات والمقترحات.

توصى الدراسة الحالية باجراء دراسات مستقبلية على:

- 1.الفروق في الضغوط النفسية لدى امهات الاطفال ذوي اضطراب التوحد في ضوء المتغيرات الخاصة بالام والطفل مثل(جنس الطفل،شدة اضطراب التوحد،مستوى تعليم الام،الحالة الاجتماعية،...).
- 2.الفروق في احتياجات لدى امهات الاطفال ذوي اضطراب التوحد،تبعاً لمستويات الضغوط المختلفة لديهن.

3. الضغوط النفسية لدى امهات الاطفال ذوى اضطراب التوحد واساليب مواجهتها.
4. دراسة نوعية عن الضغوط واحتياجات امهات الاطفال ذوى اضطراب التوحد.
5. دليل ارشادى لامهات الاطفال ذوى اضطراب التوحد للتخفيف من حدة الضغوط النفسية لديهن فى ضوء نتائج هذه الدراسة.
كما اقترحت الدراسة :

1. اقتراح وجود هيئة شاملة ومنظمة تلبى وتتابع احتياجات امهات الاطفال ذوى اضطراب التوحد من تشخيص مبكر على اسس سليمة، توفر العلاج الطبي، والسلوكى، الدعم المعرفى والتدريبى لاسر الاطفال ذوى اضطراب التوحد.
2. زيادة المراكز المتخصصة التى ترعى الابناء ذوى اضطراب التوحد فى مرحلة الشباب (سن 18 فما فوق).

3. تقديم الدعم المالى لاسر الاطفال ذوى اضطراب التوحد غير القادرين علي تحمل النفقات الباهظة والمستمرة لرعاية ابنائهن سواء من الناحية الطبية، او التعليمية، او التأهيلية، او الخدمات المساندة وخلافه.

4. توفير برامج ارشادية للامهات تعتمد على نتائج مثل هذه الدراسات، فتراعى فى تصميمها احتياجات امهات الاطفال ذوى اضطراب التوحد، حتى تكون ذات فاعلية فى تخفيف اثر الضغوط النفسية الواقعة عليهن.

5. التوسع فى تقديم البرامج التدريبية الارشادية التى تساعد الامهات على التواصل والتفاعل مع ابنائهن، وتدريب ابنائهن على الاستقلالية فى اداء المهارات الحياتية اليومية.

6. التوسع فى انشاء مراكز متخصصة فى تقديم الدعم النفسى والتخفيف من حدة الضغوط لدى امهات الاطفال ذوى اضطراب التوحد.

7. التوسع فى تقديم برامج الدمج الجيدة فى المدارس بمختلف انواعه.

6/ دراسة غادة صابر ابو العطا (2015): الضغوط النفسية واساليب مواجهتها لدى امهات الاطفال الذاتوية "دراسة اكلينيكية". (دراسة منشورة-مجلة التربية الخاصة والتاهيل ، مجلد(2)، العدد(8)، الجزء الاول 373-454.

هدفت الدراسة الى التعرف على العلاقة بين الضغوط النفسية واساليب المواجهة لدى امهات الاطفال ذوى اضطراب التوحد، وتكونت عينة الدراسة من (40) أم تتراوح اعمارهن ما بين (29-55 سنة)، وممن تتراوح مؤهلاتهن العلمية ما بين مستوى متوسط

الى مستوى عال، وعدد الامهات المشاركات فى الجانب الاكلينيكي (4) امهات، منهن ثلاثة حاصلات على مؤهل جامعى وواحدة لم تكمل الدراسة الجامعية، وفى نفس المستوى العمرى للامهات الاخريات. استخدمت الدراسة المنهجين الوصفى والاكلينيكي من خلال استخدام الادوات الاتيه:

مقياس ادراك الضغوط النفسية، ومقياس اساليب مواجهة الضغوط، واستمارة المقابلة الشخصية (من تصميم الباحثة)، كما استخدمت الباحثة اختبار ساكس لتكملة الجمل، وبعض بطاقات تفهم الموضوع، وظهرت نتائج الدراسة وجود ارتباط موجب وذا دلالة احصائية بين ادراك الضغوط النفسية لامهات الاطفال ذوى اضطراب التوحد عند مستوي 0.01 وكل من : حل المشكلة، والدعم الاجتماعى، واعادة التقييم، والدرجة الكلية لمقياس اساليب مواجهة الضغوط كذلك ارتباطات سالبة ودالة احصائيا عند مستوى 0.01 بين الضغوط النفسية وكل من التجنب، وتأتىب الضمير لدى امهات الاطفال ذوى اضطراب التوحد، كما اسفرت نتائج الدراسة ايضا على تشابه الميكانيزمات النفسية لدى امهات الاطفال ذوى اضطراب التوحد فى كلتا المجموعتين (فى المنهج الوصفى ، والمنهج الاكلينيكي) حيث تبين ان الامهات الاربع الاثى استخدم معهن المنهج الاكلينيكي يعانين ايضا من مستوى عال من الضغوط النفسية، وفى نفس الوقت استطعن استخدام اساليب مواجهة ايجابية لهذه الضغوط، وظهرت الدراسة فى النهاية، انه كلما زادت الضغوط النفسية لدى أم الطفل ذو اضطراب التوحد كلما ارتفعت لديها اساليب المواجهة لهذه الضغوط. وظهرت الدراسة فى النهاية، انه كلما زادت الضغوط النفسية لدى أم الاطفال ذوى اضطراب التوحد كلما ارتفعت لديها اساليب المواجهة لهذه الضغوط.

7/ دراسة ابراهيم عبد الله العثمان والبيبلاوى وايهاب عبد العزيز (2012): المساندة الاجتماعية والتوافق الزوجى وعلاقتهما بالضغوط لدى امهات الاطفال ذوى اضطراب التوحد. دراسة منشورة- مجلة كلية التربية- جامعة عين شمس- مصر، ج 1، ع 36، 5 77 - 739.

هدفت هذه الدراسة الى التعرف على العلاقة بين كل من المساندة الاجتماعية والتوافق الزوجى من ناحية والضغوط النفسية لدى امهات الاطفال ذوى اضطراب التوحد من ناحية اخرى، كذلك التعرف على الفروق فى الضغوط فى ضوء مجموعة من المتغيرات، اجريت الدراسة فى مدينة الرياض فى المملكة العربية السعودية على (96) أما لاطفال

يعانون من اضطراب التوحد فى بعض معاهد التربية الفكرية المتخصصة. واستخدمت الادوات التالية: (مقياس الضغوط النفسية اعداد ابراهيم العثمان، المقياس الشامل للتوافق الزودى "مترجم" اعداد بليم و ميهر ابين، ومقياس المساندة الاجتماعية اعداد الباحثين الحاليين، واسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة احصائية فى الضغوط النفسية لدى امهات الاطفال ذوى اضطراب التوحد تعزى الى جنس الطفل لصالح امهات الذكور، ووجود فروق ذات دلالة احصائية فى الضغوط تعزى لشدة اعاقه الطفل، حيث امهات الاطفال ذوى اضطراب التوحد الشديد اكثر شعورا بالضغوط من امهات الاطفال ذوى اعراض التوحد البسيط، كذلك اسفرت الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة احصائية فى الضغوط تعزى الى المستوى الاقتصادى للأسرة لصالح الاسر فى المستويات الدنيا، و فروق ذات دلالة احصائية فى الضغوط تعزى الى المستوى التعليمى للامهات لصالح الامهات فى المستوى التعليمى الثانوى قأقل، كما كشفت الدراسة عن علاقة سلبية بين المساندة الاجتماعية والضغوط النفسية لدى امهات الاطفال ذوى اضطراب التوحد.

ثالثاً:

الدراسات الأجنبية:

(1) دراسة: ريفارد و اخرون: (Rivard et al., 2014)

هدفت هذه الدراسة (Determinants of Stress in Parents of Children with Autism Spectrum Disorders) الى وصف الضغوط الوالدية لكل من اباء وامهات الاطفال ذوى اضطراب التوحد فى بداية برنامج التدخل المبكر المكثف للسلوك، ومقارنة وتحليل الضغط الوالدى لدى كل من الاء والامهات لتحديد متغيرات يمكن ان تسهم فى التنبؤ بالضغوط لديهم. شملت عينة الدراسة على (118 أب ، 118 أم) فى مدينة كوبك فى كندا، واستخدمت الادوات التالية: مقياس "كار" من اعداد سكوبلر واخرون (CARS; Schopler et al.1988) لتحديد شدة اعاقه الطفل، ومقياس وكسلر للذكاء (WPPSI-III; Wechsler 2002)، كما استخدم مقياس للسلوك التكيفى (ABAS-II; Harrison and Oakland2003) من اعداد هاريسون واوكلاند، كما استخدم مقياس الضغوط الوالدية النسخة المصغرة من اعداد ابدن (PSI /SF; Abidin 1995). اسفرت النتائج على ان مستوى الضغوط لدى الاء اعلى من مستواها لدى الامهات، ان هناك ارتباط بين شدة الضغوط لكل من الاء والامهات و (عمر الطفل، مستوى الذكاء، شدة الاعراض، والسلوك التكيفى) لصالح الاطفال الاكبر من

العمر (5 سنوات مقابل سنتين)، اقل في شدة اعراض التوحد، واكثر في السلوك التكيفي، واكثر معامل الذكاء، واخيرا انه يمكن التنبؤ بالضغط لدى الاباء من خلال متغيرات (شدة اعراض التوحد، وجنس الطفل).

(2) دراسة كوسيكو جوفن وآخرون : (Kuusikko-gauffin et al.,2013)

(Social anxiety in parents of high-functioning children with autism

and Asperger syndrome) *Journal of* هدفت الدراسة المنشورة علي صفحة

Autism and Developmental Disorder الي مقارنة اعراض القلق الاجتماعي (SA)

لدى والدي الاطفال ذوى اضطراب التوحد (ASD) باستخدام عينة (131) وعينة من والدين الاطفال العاديين كمجموعة ضابطة عددهم (597) في فنلندا، استخدمت بطارية الرهاب الاجتماعي والقلق (SPAI) واسفرت الدراسة على ان والدي الاطفال العاديين، وان الرهاب الاجتماعي والقلق بشكل ملحوظ اكثر شيوعا في امهات الاطفال ذوى اضطراب التوحد عن امهات الاطفال العاديين (15.6% مقابل 6.7%). سجلت امهات الاطفال ذوى اضطراب التوحد مستوى اعلى بكثير من امهات الاطفال العاديين على جميع الابعاد الفرعية للمقياس (SPAI)، بينما سجل اباء الاطفال ذوى اضطراب التوحد اعلى من اباء الاطفال العاديين في الاعراض الجسمية، والمعرفية، والمخاوفية، واوصت الدراسة بضرورة دعم والدي الاطفال ذوى اضطراب التوحد وذلك لا خصائصهم النفسية تسهم اسهاما كبيرا في التنمية العاطفية لاطفالهم، وتحقيق الرفاهية لجميع افراد الاسرة، وان يتم تفهم قصور العلاقات الاجتماعية والعاطفية، واعراض القلق مثل السلوك التجنبي للمواقف الاجتماعية والاعراض الجسمية للقلق في برامج التدخل للوالدين.

(3) دراسة ألن (Allen et al.,2013): بعنوان: **(Mothers and Fathers stress**

Associated with parenting a child with Autism (Spectrum Disorder

وتهدف هذه الدراسة الي تقييم الضغط الوالدي لدى أمهات وأباء الاطفال ذوى اضطراب التوحد في ضوء اربعة ابعاد خاصة باعراض اضطراب التوحد وهي: البعد الاول يختص بالكلام واللغة، البعد الثاني يختص بالتفاعل الاجتماعي، والبعد الثالث يختص بالحواس والوعي المعرفي، والبعد الرابع يختص بالصحة و السلوك الجسمي، وبلغت العينة (124) مشارك ومشاركة (101 أم، و 23 أب) من مدارس متخصصة، ومراكز التدخل المبكر، ومجموعات الدعم، ومن جمعيات التوحد في مناطق مختلفة من استراليا. الادوات المستخدمة في الدراسة هي: استبانة تتكون من ثلاثة اجزاء: الجزء الاول خاص بجمع المعلومات

الديموغرافية عن كل من ألام والطفل، والجزء الثاني: مقياس للضغوط النفسية، والجزء الثالث: استمارة تقييم اعراض التوحد ويتكون من اربع مقاييس فرعية مرتبطة باعراض التوحد واسفرت النتائج عن ان البعد الثاني الخاص بالتفاعل الاجتماعى يمكنه التنبؤ بالضغط لدى الامهات، بينما البعد الثالث الخاص بالحواس والوعى المعرفى يمكنه التنبؤ بالضغط لدى الاباء، فى حين ان البعدين الاخرين لم يتمكنوا من التنبؤ بالضغط.

(4) دراسة ليثيد (Leithead, 2012) لنيل درجة الماجستير بعنوان : **(Parenting a Child with Autism: Parental Stress Levels and Autistic Symptomology)** و هدفت الدراسة الى معرفة مستوى الضغوط الوالدية لدى والدى الاطفال ذوى اضطراب التوحد، وشملت عينة الدراسة على (106) فرد منهم (7) اباء و (99) أم لاطفال ذوى اضطراب التوحد فى عمر (4-12) سنة، واستخدمت ادوات الدراسة: مقياس التجاوب الاجتماعى

Social Responsiveness Scale (SRS) ومقياس الضغط الوالدى Parental Stress Index (PSI). واطهرت نتائج الدراسة ان والدى الاطفال ذوى اضطراب التوحد اظهروا مستوى اعلى من الضغوط بكثير عن والدى الاطفال العاديين، كما اسفرت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مستوى الضغوط الوالدية، واعراض التوحد ($r = 0.51, 0.001$ p)، اى ان والدى الاطفال ذوى الاداء الضعيف لديهم ضغوط متعلقة بالطفل اكثر من والدى الاطفال ذوى الاداء العالى.

(5) دراسة بنسون وديوى (Benson&Dewey,2008) دراسة منشورة فى *International Journal of Disability, Community & Rehabilitation* تحت عنوان: **(Parental stress and needs in families of children with autism)**

(spectrum disorder)، وهدفت الدراسة الى دراسة اثر الضغوط النفسية على والدى الاطفال ذوى اضطراب التوحد، وكذلك دراسة احتياجات والدى الاطفال ذوى اضطراب التوحد لتخفيف الضغوط عليهم، وكانت عينة الدراسة (55) ابا وأما من والدى الاطفال ذوى اضطراب التوحد، واستهدفت العينة الاطفال فى عمر ال12 عاما فأقل من مناطق مختلفة فى كندا،وتكونت عينة الدراسة من 35أم،و20أب تتراوح اعمارهم من (26-43) سنة،منهم 19 شاركوا مع ازواجهم، و 17 شاركوا بمفردهم، واداة الدراسة المستخدمة هي: مقياس الضغوط الوالدية الطبعة الثالثة (PSI) واسفرت نتائج الدراسة على ان 60% من والدى الاطفال ذوى اضطراب التوحد يعانون من مستوى اعلى من الضغوط مقارنة بوالدى الاطفال العاديين. اما

بالنسبة لترتيب الاحتياجات فجاءت "الحاجة المادية" بنفس في ترتيب الحاجة "لدعم افراد العائلة ودعم المتخصصين". وبصفة عامة جاء ترتيب الاحتياجات للامهات والاباء مماثلة، الا انها اختلفت في ترتيبها للحاجة "التدريب فى المنزل لتعامل مع الطفل" حيث رتبها الاباء اعلى من الامهات. واسفرت نتائج الدراسة ايضا على وجود فروق ذات دلالة احصائية بين والدى ذوى الضغط العالى والمنخفض فى ترتيب الاحتياجات حيث رتبها الاباء ذوى الضغط المنخفض بوضع اشد حاجة هى الحاة الى منظمة معلوماتية، بينما الحاة الى المساعدة الدينية فى المرتبة الاخيرة، بينما والدى الاطفال فى عمر المدرسة قاموا بترتيب الحاجة الى دعم الاقارب، والدعم الزوجى، والقبول المجتمعى، وتفهم الجيران فى مرتبة اعلى من والدى الاطفال قبل سن المدارس. بينما والدى الاطفال قبل المدرسة قاموا بترتيب الحاجة الى التشخيص المبكر والمتسق، والتدريب المنزلى فى ادارة الطفل اعلى من والدى الاطفال فى سن المدرسة، ووالدى الاطفال الذين تم تشخيص حالة ابنائهم كان لديهم مشاعر اكثر من عدم الكفاءة، والعزلة، والشعور بالتعاسة، والضيق اكثر من والدى الاطفال الذين تم تشخيص حالة ابنائهم من اكثر من عام.

تعقيب على الدراسات السابقة:

بمراجعة الدراسات السابقة التى تتناول الضغوط النفسية لدى امهات الاطفال ذوى اضطراب التوحد، نجد انها اظهرت فى مجملها تعرض والدى الاطفال ذوى اضطراب التوحد الام (خاصة) لضغوط مرتفعة، وان هناك علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين معرفة الام وادراكها بطبيعة الضغوط واستخدامها لاساليب المواجهة الايجابية، ووجود ارتباط بين شدة الضغوط لكل من الامهات والاباء وعمر الطفل، ومستوى الذكاء، وشدة الاعراض، والسلوك التكيفي (Rivard et al,2014)، وان اعراض اضطراب التوحد وخاصة التفاعل الاجتماعى يمكنه التنبؤ بالضغط لدى الامهات بينما (الحواس والوعى المعرفى) يمكنه التنبؤ بالضغط لدى ألاباء (Allen et al.,2013) ، وأن والدى الاطفال ذوى اضطراب التوحد (وخاصة أمم) يعانون من الرهاب الاجتماعى والقلق اكثر من والدى الاطفال العاديين (Kuusikko- Gauffin et al,2013) وان هناك فروق ذات دلالة احصائية فى الضغوط لدى امهات الاطفال ذوى اضطراب التوحد تعزى الى (جنس الطفل-شدة اعاقه الطفل-المستوى الاقتصادى للأسرة-المستوى التعليمى للامهات). كذلك وجود علاقة سلبية بين المساندة الاجتماعية والضغوط النفسية، وايضا بين الضغوط والتوافق الزوجى (البيلاوى: 2012).

ووجود علاقة ارتباطية موجبة بين مستوى الضغوط الوالدية، واعراض التوحد (Leithead,2012)، ووجود علاقة ذات دلالة احصائية بين حدة الضغوط النفسية والاجتماعية والخصائص الشخصية للطفل مثل عمره، وجنسه، وبعض المتغيرات الاجتماعية : مثل مستوى تعليم الأم وعدد افراد الاسرة، ووجود فروق ذات دلالة احصائية فى الضغوط النفسية لاولياء امور الاطفال ذوى اضطراب التوحد (خاصة الامهات) تعزى لمتغير التعليم، ومتغير المهنة، ومتغير المستوى الاقتصادى (سيد احمد:2012)، وان نقص المعلومات والضغوط التى تعانى منها اسر الاطفال ذوى اضطراب التوحد ووصول امهات الاطفال ذوى اضطراب التوحد خاصة على مستوى منخفض من الشعور بالتماسك والوحدة معنا وادارة، كما انهم بكثرة الهروب والتجنب كاستراتيجية لمواجهة الضغوط اكثر من والدى الاطفال العاديين. وبالرغم من ان عدد الدراسات على الضغوط النفسية لدى امهات الاطفال ذوى اضطراب التوحد قليل، فان هذه الدراسات وغيرها يظهر حجم معاناة والدى ذوى اضطراب التوحد وخاصة ألام من شدة الضغوط النفسية المتمثلة فى الاكتئاب وانخفاض الشعور بالتماسك، و الرهاب الاجتماعى، ومحدودية العلاقات الاجتماعية، وعدم التوافق النفسى والزوجى. وقد تنشأ هذه الضغوط عن خصائص الطفل، او شدة الاعاقة، او عدم ادراك ألام بطبيعة الضغوط او النقص المعرفى بطبيعة الاضطراب وغيرها، كما انها تختلف فى ضوء بعض المتغيرات الخاصة بالطفل وألام.

وبمراجعة الدراسات التى تناولت احتياجات أمهات الاطفال ذوى اضطراب التوحد، نجدها تناولت حاجات اولياء امور (خاصة الامهات) الاطفال ذوى اضطراب التوحد فى السودان وبعض البلدان العربية والاجنبية.

وقد اقترحت بعض الدراسات استراتيجيات للتدخل بعد عرضها لاهم الضغوط والاحتياجات ، و دراسة صفاء رفيق موسى قراقيش (2006) التى هدفت الى تحديد الضغوط النفسية، والتعرف على احتياجات أولياء امور الاطفال ذوى اضطراب التوحد، وعلاقتها بمستويات الضغط، علاقة كل من الضغوط النفسية والاحتياجات ببعض المتغيرات الخاصة باولياء الامور والخاصة بالاطفال. ودراسة بنسون وديوى (Benson & Deway,2008) التى هدفت الى دراسة الضغوط لدى والدى الاطفال ذوى اضطراب التوحد، وتحديد حاجاتهم، و دراسة الفروق فى الاحتياجات تبعا للفروق فى مستويات الضغط لديهم، وتبعا لمجموعة من المتغيرات والعوامل.

ومن خلال هذه الدراسات نستقرأ معاناة امهات الاطفال ذوى اضطراب التوحد فى ظل ظروف اعاقاة ابنائهن، وما لديهن من نقص فى العديد من الاحتياجات المادية، والاجتماعية، والمعرفية والمجتمعية.

تختلف الاحتياجات من أم الى أم ومن اسرة الى اسرة، وذلك لدور الهام للعوامل الاجتماعية، والمادية، والثقافية، والدينية، والديموغرافية فى تحديد اولويات الاحتياجات بالنسبة للامهات اوللاسرة وتحديد استراتيجيات المواجهة لدى امهات ذوى اضطراب التوحد. ولما لم يكن هناك دراسة تتطرق لدراسة الضغوط النفسية واستراتيجيات المواهة لدى امهات الاطفال ذوى اضطراب التوحد، ودراسة العلاقة بينهما فى السودان على حد علم الباحثة- رات الباحثة ضرورة البحث فى هذه النقطة مساهمة منها فى تقديم يد العون لهذه الفئة التى تكافح من اجل تقديم افضل الفرص لابنائها فى شتى مجالات الحياة ولو القدر البسيط وهى فى ذلك تكابد شدة الضغوط والاحتياجات من جميع الجوانب، وتنتظر الأمل القادم ليأخذ الى بر الأمان.

الفصل الثالث

المنهج والجراءات

تمهيد

وقد اشتملت اجراءات الدراسة على:

(منهج البحث، مجتمع البحث وعينتها، تحليل العينة بناء على المتغيرات الواردة مثل: سن الطفل المصاب، سن الأم، المؤهل التعليمي للأم، كما يشتمل على ادوات البحث و الاساليب الاحصائية).
منهج البحث:

اتبعت الباحثة المنهج الوصفي الارتباطي لمناسبته لدراسة مشكلة هذا البحث وهو البحث الذي يستهدف الوصف الكمي او الكيفي للظاهرة او مجموعة من الظواهر المترابطة معاً من خلال استخدام أدوات جمع المعلومات المختلفة (احمد بن داؤود المزجاجي، 2007:118).

مجتمع البحث:

يقصد بمجتمع الدراسة المجموعة الكلية من العناصر التي يسعى الباحث أن يعمم عليها النتائج ذات العلاقة بالمشكلة المدرسة يتكون مجتمع الدراسة الأصلي من أمهات الأطفال التوحدين والبالغ عددهم (25).

عينة البحث:

عينة كلية قصدية تتكون من كل الامهات اللائي اتيح للباحثة جمع المعلومات منهن في فترة جمع المعلومات بمراكز ولاية الخرطوم وكانت على النحو الآتي:

تحليل العينة بناء على المتغيرات الواردة:

2	السودان العالمي للتوحد	1
6	مركز الخرطوم للتوحد	2
4	الشريف للتوحد	3
5	البراحة للتوحد	4
3	منظمة السودان للتوحد	5

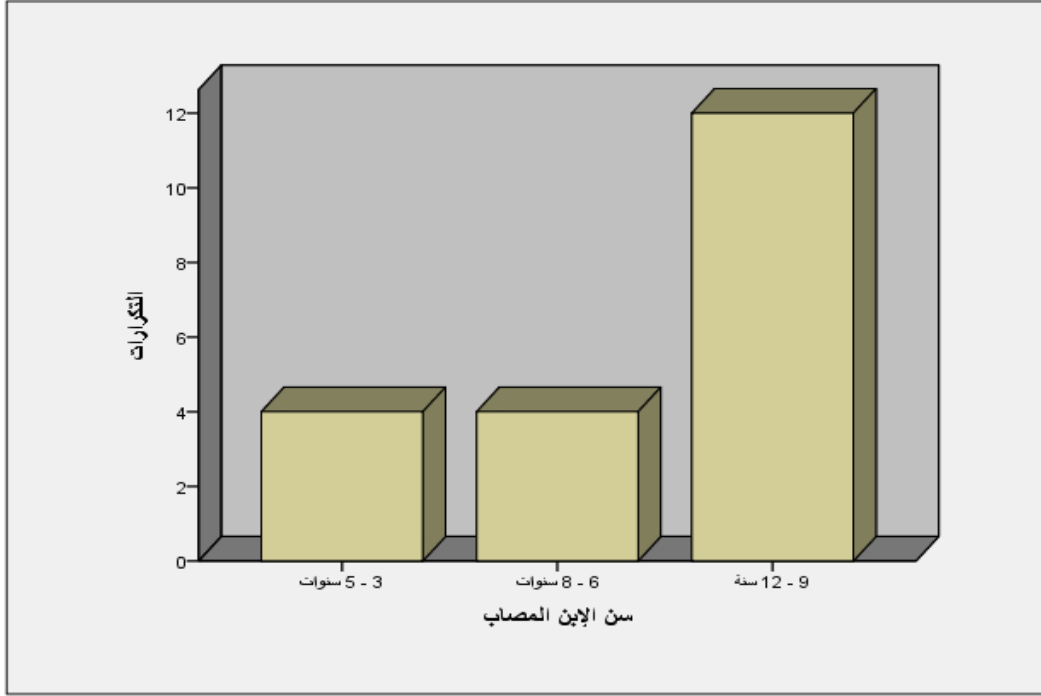
1. سن الإبن المصاب:

الجدول رقم (14) يوضح التوزيع التكراري لمتغير سن الإبن المصاب

التكرار النسبي	التكرار	سن الإبن المصاب
20.0%	4	3 - 5 سنوات
20.0%	4	6 - 8 سنوات
60.0%	12	9 - 12 سنة
100.0%	20	المجموع

يتضح من الجدول السابق أن في متغير سن الإبن المصاب إحتل سن الإبن المصاب (9 - 12 سنة) النسبة الأعلى من بين باقي النسب بنسبة (60.0%)، في حين إحتل المرتبة الدنيا سن الإبن المصاب (3 - 5 سنوات، 6 - 8 سنوات) بنسبة (20.0%) لكل منهما.

شكل رقم (2) يوضح التوزيع التكراري لمتغير سن الإبن المصاب



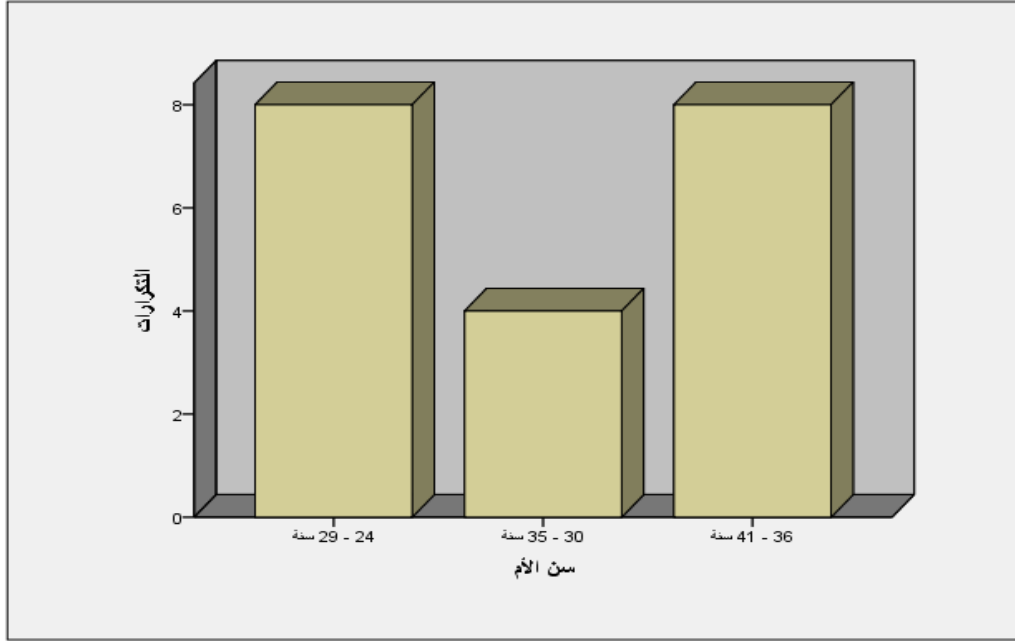
2. سن الأم:

الجدول رقم (15) يوضح التوزيع التكراري لمتغير سن الأم

التكرار النسبي	التكرار	سن الأم
40.0%	8	24 - 29 سنة
20.0%	4	30 - 35 سنة
40.0%	8	36 - 41 سنة
100.0%	20	المجموع

يتضح من الجدول السابق أن في متغير سن الأم إحتمل سن الأم (29 - 24 سنة، 41 - 36 سنة) النسبة الأعلى من بين باقي النسب بنسبة (40.0%) لكل منهما، في حين إحتمل المرتبة الدنيا سن الأم (35 - 30 سنة) بنسبة (20.0%).

شكل رقم (3) يوضح التوزيع التكراري لمتغير سن الأم



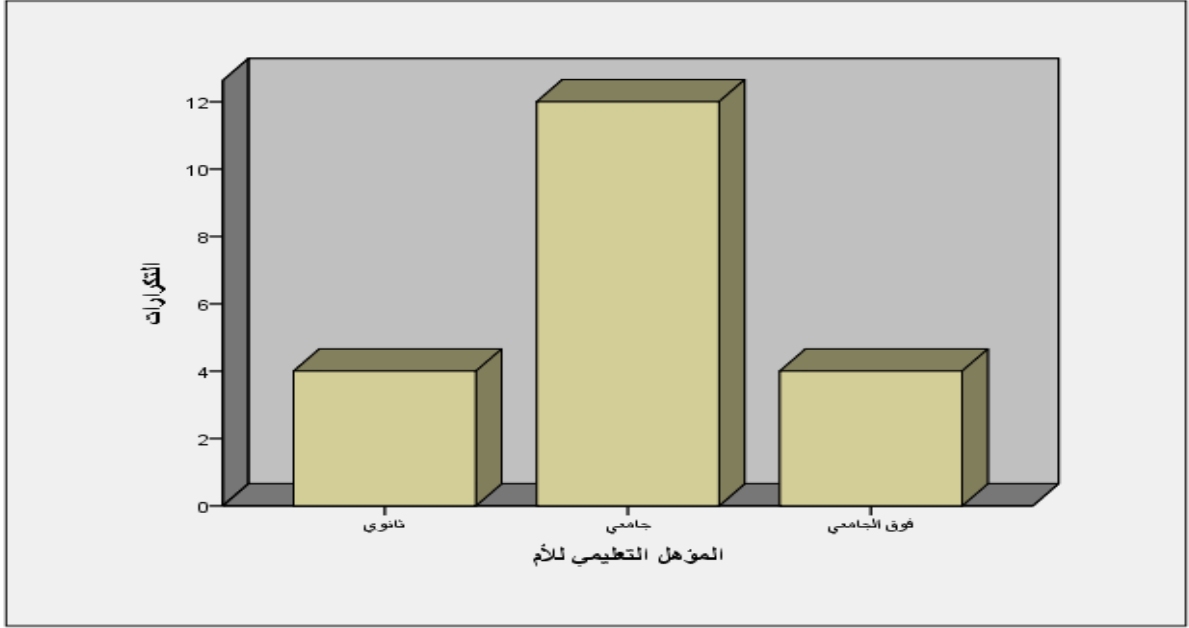
3- المؤهل التعليمي للأم:

الجدول رقم (16) يوضح التوزيع التكراري لمتغير المؤهل التعليمي للأم

المؤهل التعليمي للأم	التكرار	التكرار النسبي
ثانوي	4	20.0%
جامعي	12	60.0%
فوق الجامعي	4	20.0%
المجموع	20	100.0%

يتضح من الجدول السابق أن في متغير المؤهل التعليمي للأم إحتل المؤهل التعليمي للأم (جامعي) النسبة الأعلى من بين باقي النسب بنسبة (60.0%)، في حين إحتل المرتبة الدنيا المؤهل التعليمي للأم (ثانوي، فوق الجامعي) بنسبة (20.0%) لكل منها.

شكل رقم (4) يوضح التوزيع التكراري لمتغير المؤهل التعليمي للأُم



ادوات البحث:

استخدمت الباحثة مقياس استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي ومقياس الضغوط النفسية بالإضافة الى استمارة البيانات الأولية:
أولاً: مقياس استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية:
استعانت الباحثة بعدد من المقاييس السابقة في هذا المجال لتصميم مقياس استراتيجيات الضغوط النفسية هي:

1- مقياس استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى الاطفال المصابين بمتلازمة داون ،اعداد صباح الجبالي (2012).

2- استبيان استراتيجيات التكيف التي يستخدمها آباء الاطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، إعداد سلام راضي انيس البسطامي (2013).

وبعد الاقتباس والتعديل جاءت النسخة الأولية مكونة من 45 عبارة مقسمة لثمانية أبعاد هي:

1- المجال المعرفي

2- التدين

3- التخطيط

4- طلب المساندة

5- الفكاهة

6- الاسترخاء

7- التجنب

8- الدعم الاجتماعي

وللتأكد من الصدق الظاهري للمقياس تم عرضه على لجنة من المحكمين بالجامعات السودانية:

الاسم	الجامعة	الدرجة العلمية
د. عثمان فضل السيد	جامعة النيلين	أ. مشارك
د. حسين الشريف	جامعة النيلين	أ. مساعد
د. سلوى عثمان عبد الله عثمان	جامعة السودان	أ. مساعد
د. عبد الرحمن محمد احمد	جامعة النيلين	أ. مشارك

وقد قدم المختصين عدد من الملاحظات على المقياس يمكن اجمالها في الآتي:

رقم	قبل	بعد التحكيم
1	قرأت كتاباً حول اعاقه ابني افادني كثيرا	قرأت كتابا حول الاعاقه افادني في التعامل مع ابني
2	اصبحت أودي صلاة وصيام التطوع شكراً لله على كل نعمه	اصبحت اتطوع بالنوافل شكراً لله
3	لا استطيع التوقف عن التفكير في مستقبل ابني المعاق	افكر بطريقة مدروسة في مستقبل ابني المعاق
4	اتمى أن يقدر زوجي ما ما اعانيه ويقف الى جانبي من اجل ابنا	اوضح لزوجي موقف ابنا المعاق اولاً باول
5	يسليني ابني عندما يناديني باسمي	يسليني ابني عندما يناديني ب(ماما)
6	عبارة رقم 33	تحذف
7	احاول ان لا اصل الى درجة التشاؤم	احاول ان لا اصل الى درجة التشاؤم في مستقبل ابني المصاب

الخصائص السيكومترية لمقياس إستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي:

ولحساب الخصائص السيكومترية للمقياس قامت الباحثة بتطبيقه على عينة عشوائية من مجتمع

البحث مكونة من (30) فرد وفي ما يلي نتائج الخصائص السايكومترية:

أولاً: محور المجال المعرفي:

1. صدق فقرات محور المجال المعرفي:

كل فقرة و للثبث من صدق فقرات محور المجال المعرفي حسب معامل ارتباط بيرسون K.Person بين درجة والدرجة الكلية لمحور المجال المعرفي وبعد التطبيق اتضح أن جميع فقرات محور المجال المعرفي البالغة (5) فقرات صادقة في قياس ما أعدت لقياسه إذ كانت معاملات إرتباطها بالدرجة الكلية دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01). حيث كانت القيم الاحتمالية لها أقل من مستوى الدلالة (0.01) 05 أنظر الجدول (1).

جدول رقم (1) يوضح إرتباط الفقرات بالدرجة الكلية لمحور المجال المعرفي

رقم الفقرة	الوسط الحسابي Mean	الإحتراف المعياري Std. Deviation	معامل إرتباط الفقرة بالدرجة الكلية Correlations	القيمة الاحتمالية Sig	مستوى الدلالة Level
1	1.6000	.82078	.638**	.002	.01
2	1.6000	.82078	.814**	.000	.01
3	1.2000	.41039	.639**	.002	.01
4	1.0000	.00000	.640**	.002	.01
5	2.4000	.82078	.785**	.000	.01
المجموع	7.8000	1.76516			

2. صدق محور المجال المعرفي:

من خلال الثبث من صدق فقرات محور المجال المعرفي حسب معامل إرتباط (بيرسون) بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية وبعد التطبيق اتضح أن جميع فقرات المحور البالغة (5) فقرات صادقة في قياس ما أعدت لقياسه إذ كانت معاملات إرتباطها بالدرجة الكلية دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01) ومستوى دلالة (0.05) حيث كانت القيم الاحتمالية لها أقل من مستوى الدلالة (0.01) ومستوى دلالة (0.05) أنظر الجدول رقم (1).

وبما أن علاقة الفقرة بالدرجة الكلية تعني أن المقياس يقيس سمة واحدة، إذن فصدق فقرات المقياس تعني أن المقياس صادق في قياس ما وضع من أجله، وعلى ضوء ذلك فإن محور المجال المعرفي صادق في قياس ما وضع لقياسه.

ثانياً: محور التدين:

1. صدق فقرات محور التدين:

بين درجة (K. Person) وللتثبت من صدق فقرات المحور حسب معامل ارتباط (بيرسون) كل فقرة والدرجة الكلية لمحور التدين، وبعد التطبيق اتضح أن جميع فقرات محور التدين البالغة (5) فقرات صادقة في قياس ما أعدت لقياسه إذ كانت معاملات ارتباطها بالدرجة الكلية دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01) حيث كانت القيم الاحتمالية لها أقل من مستوى الدلالة (0.01). أنظر الجدول (2).

جدول رقم (2) يوضح ارتباط الفقرات بالدرجة الكلية لمحور التدين

رقم الفقرة	الوسط الحسابي Mean	الإحراف المعياري Std. Deviation	معامل ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية Correlations	القيمة الاحتمالية Sig	مستوى الدلالة Level
6	3.0000	.00000	1.000**	.000	.01
7	3.0000	.00000	1.000**	.000	.01
8	3.0000	.00000	1.000**	.000	.01
9	3.0000	.00000	1.000**	.000	.01
10	2.6000	.50262	1.000**	.000	.01
المجموع	14.6000	.50262			

2. صدق محور التدين:

من خلال التثبت من صدق فقرات محور التدين حسب معامل ارتباط (بيرسون) بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية وبعد التطبيق اتضح أن جميع فقرات المحور البالغة (5) فقرات صادقة في قياس ما أعدت لقياسه إذ كانت معاملات ارتباطها بالدرجة الكلية دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01) حيث كانت القيم الاحتمالية لها أقل من مستوى الدلالة (0.01). أنظر الجدول رقم (2).

وبما أن علاقة الفقرة بالدرجة الكلية تعني أن المقياس يقيس سمة واحدة، إذن فصدق فقرات المقياس تعني أن المقياس صادق في قياس ما وضع من أجله، وعلى ضوء ذلك فإن محور التدين صادق في قياس ما وضع لقياسه.

ثالثاً: محور التخطيط:

1. صدق فقرات محور التخطيط:

بين درجة (K. Person) وللتثبت من صدق فقرات المحور حسب معامل ارتباط (بيرسون) كل فقرة والدرجة الكلية لمحور التخطيط وبعد التطبيق اتضح أن جميع فقرات محور التخطيط البالغة (5) فقرات صادقة في قياس ما أعدت لقياسه إذ كانت معاملات ارتباطها بالدرجة الكلية دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (.01) حيث كانت القيم الاحتمالية لها أقل من مستوى الدلالة (.01). أنظر الجدول (3).

جدول رقم (3) يوضح ارتباط الفقرات بالدرجة الكلية لمحور التخطيط

رقم الفقرة	الوسط الحسابي Mean	الإحتراف المعياري Std. Deviation	معامل ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية Correlations	القيمة الاحتمالية Sig	مستوى الدلالة Level
11	3.0000	.00000	1.000**	.000	.01
12	1.8000	1.00525	.990**	.000	.01
13	1.6000	.82078	.946**	.000	.01
14	2.0000	.91766	.926**	.000	.01
15	2.0000	.91766	.926**	.000	.01
المجموع	10.4000	3.47017			

2. صدق محور التخطيط:

من خلال التثبت من صدق فقرات محور التخطيط حسب معامل ارتباط (بيرسون) بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية وبعد التطبيق اتضح أن جميع فقرات المحور البالغة (5) فقرات صادقة في قياس ما أعدت لقياسه إذ كانت معاملات ارتباطها بالدرجة الكلية دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (.01) حيث كانت القيم الاحتمالية لها أقل من مستوى الدلالة (.01). أنظر الجدول رقم (3).

وبما أن علاقة الفقرة بالدرجة الكلية تعني أن المقياس يقيس سمة واحدة، إذن فصدق فقرات المقياس تعني أن المقياس صادق في قياس ما وضع من أجله، وعلى ضوء ذلك فإن محور التخطيط صادق في قياس ما وضع لقياسه.

رابعاً: محور طلب المساندة:

1. صدق فقرات محور طلب المساندة:

(بين درجة K. Person) وللتثبت من صدق فقرات المحور حسب معامل ارتباط (بيرسون) كل فقرة والدرجة الكلية لمحور طلب المساندة، وبعد التطبيق اتضح أن جميع فقرات محور طلب المساندة البالغة (5) فقرات صادقة في قياس ما أعدت لقياسه إذ كانت معاملات ارتباطها بالدرجة الكلية دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01). حيث كانت القيم الاحتمالية لها أقل من مستوى الدلالة (0.01). أنظر الجدول (4).

جدول رقم (4) يوضح ارتباط الفقرات بالدرجة

رقم الفقرة	الوسط الحسابي Mean	الإحراف المعياري Std. Deviation	معامل ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية Correlations	القيمة الاحتمالية Sig	مستوى الدلالة Level
16	3.0000	.00000	1.000**	.000	.01
17	3.0000	.00000	1.000**	.015	.01
18	2.4000	.50262	.536*	.015	.01
19	2.8000	.41039	.535*	.015	.01
20	2.6000	.50262	.873**	.000	.01
المجموع	13.8000	.76777			

2. صدق محور طلب المساندة:

من خلال التثبت من صدق فقرات محور طلب المساندة حسب معامل ارتباط (بيرسون) بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية وبعد التطبيق اتضح أن جميع فقرات المحور البالغة (5) فقرات صادقة في قياس ما أعدت لقياسه إذ كانت معاملات ارتباطها بالدرجة الكلية دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01). حيث كانت القيم الاحتمالية لها أقل من مستوى الدلالة (0.01). أنظر الجدول رقم (4). وبما أن علاقة الفقرة بالدرجة الكلية تعني أن المقياس يقيس سمة واحدة، إذن فصدق فقرات

المقياس تعني أن المقياس صادق في قياس ما وضع من أجله، وعلى ضوء ذلك فإن محور طلب المساندة صادق في قياس ما وضع لقياسه.

خامساً: محور الفكاهة:

1. صدق فقرات محور الفكاهة:

(بين درجة K. Person) وللتثبت من صدق فقرات المحور حسب معامل ارتباط (بيرسون) كل فقرة والدرجة الكلية لمحور الفكاهة، وبعد التطبيق اتضح أن جميع فقرات محور الفكاهة البالغة (5) فقرات صادقة في قياس ما أعدت لقياسه إذ كانت معاملات ارتباطها بالدرجة الكلية دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01) ومستوى دلالة (0.05) حيث كانت القيم الاحتمالية لها أقل من مستوى الدلالة (0.01) ومستوى دلالة (0.05) أنظر الجدول (5).

جدول رقم (5) يوضح ارتباط الفقرات بالدرجة الكلية لمحور الفكاهة

رقم الفقرة	الوسط الحسابي Mean	الانحراف المعياري Std. Deviation	معامل ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية Correlations	القيمة الاحتمالية Sig	مستوى الدلالة Level
21	2.0000	.64889	.813**	.000	.01
22	1.6000	.50262	.490*	.028	.05
23	1.8000	.41039	.943**	.000	.01
24	2.0000	.00000	1.000**	.000	.01
25	2.8000	.41039	.491*	.028	.05
المجموع	10.2000	1.19649			

2. صدق محور الفكاهة:

من خلال التثبت من صدق فقرات محور الفكاهة حسب معامل ارتباط (بيرسون) بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية وبعد التطبيق اتضح أن جميع فقرات المحور البالغة (5) فقرات صادقة في قياس ما أعدت لقياسه إذ كانت معاملات ارتباطها بالدرجة الكلية دالة إحصائياً عند مستوى دلالة

(.01) ومستوى دلالة (.05) حيث كانت القيم الاحتمالية لها أقل من مستوى الدلالة (.01) ومستوى دلالة (.05) أنظر الجدول رقم (5).

وبما أن علاقة الفقرة بالدرجة الكلية تعني أن المقياس يقيس سمة واحدة، إذن فصدق فقرات المقياس تعني أن المقياس صادق في قياس ما وضع من أجله، وعلى ضوء ذلك فإن محور الفكاهة صادق في قياس ما وضع لقياسه.

سادساً: محور الإسترخاء:

1. صدق فقرات محور الإسترخاء:

بين درجة (K. Person) وللتثبت من صدق فقرات المحور حسب معامل إرتباط (بيرسون) كل فقرة والدرجة الكلية لمحور الإسترخاء، وبعد التطبيق اتضح أن جميع فقرات محور الإسترخاء البالغة (5) فقرات صادقة في قياس ما أعدت لقياسه إذ كانت معاملات إرتباطها بالدرجة الكلية دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (.01) حيث كانت القيم الاحتمالية لها أقل من مستوى الدلالة (.01) أنظر الجدول (6).

جدول رقم (6) يوضح إرتباط الفقرات بالدرجة الكلية لمحور الإسترخاء

رقم الفقرة	الوسط الحسابي Mean	الإحراف المعياري Std. Deviation	معامل إرتباط الفقرة بالدرجة الكلية Correlations	القيمة الاحتمالية Sig	مستوى الدلالة Level
26	3.0000	.00000	1.000**	.000	.01
27	2.0000	.91766	.967**	.000	.01
28	1.8000	1.00525	.978**	.000	.01
29	2.8000	.41039	.565**	.009	.01
30	1.8000	1.00525	.978**	.000	.01
المجموع	11.4000	3.08477			

2. صدق محور الإسترخاء:

من خلال التثبت من صدق فقرات محور الإسترخاء حسب معامل إرتباط (بيرسون) بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية وبعد التطبيق اتضح أن جميع فقرات المحور البالغة (5) فقرات صادقة

في قياس ما أعدت لقياسه إذ كانت معاملات ارتباطها بالدرجة الكلية دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (.01) حيث كانت القيم الاحتمالية لها أقل من مستوى الدلالة (.01). أنظر الجدول رقم (6). وبما أن علاقة الفقرة بالدرجة الكلية تعني أن المقياس يقيس سمة واحدة، إذن فصدق فقرات المقياس تعني أن المقياس صادق في قياس ما وضع من أجله، وعلى ضوء ذلك فإن محور الإسترخاء صادق في قياس ما وضع لقياسه.

سابعاً: محور التجنب:

1. صدق فقرات محور التجنب:

وللتثبت من صدق فقرات المحور حسب معامل ارتباط (بيرسون K. Person) بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية لمحور التجنب، وبعد التطبيق اتضح أن جميع فقرات محور التجنب البالغة (5) فقرات صادقة في قياس ما أعدت لقياسه إذ كانت معاملات ارتباطها بالدرجة الكلية دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (.01) حيث كانت القيم الاحتمالية لها أقل من مستوى الدلالة (.01). أنظر الجدول (7).

جدول رقم (7) يوضح إرتباط الفقرات بالدرجة الكلية لمحور التجنب

رقم الفقرة	الوسط الحسابي Mean	الإحراف المعياري Std. Deviation	معامل إرتباط الفقرة بالدرجة الكلية Correlations	القيمة الاحتمالية Sig	مستوى الدلالة Level
31	1.6000	.82078	.697**	.001	.01
32	1.8000	.76777	.691**	.001	.01
33	2.0000	.91766	.685**	.001	.01
34	2.0000	.91766	.837**	.000	.01
35	2.2000	.76777	.673**	.001	.01
المجموع	9.6000	3.01575			

2. صدق محور التجنب:

من خلال التثبت من صدق فقرات محور التجنب حسب معامل ارتباط (بيرسون) بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية وبعد التطبيق اتضح أن جميع فقرات المحور البالغة (5) فقرات صادقة في

قياس ما أعدت لقياسه إذ كانت معاملات إرتباطها بالدرجة الكلية دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (01). حيث كانت القيم الاحتمالية لها أقل من مستوى الدلالة (01). أنظر الجدول رقم (7).
وبما أن علاقة الفقرة بالدرجة الكلية تعني أن المقياس يقيس سمة واحدة، إذن فصدق فقرات المقياس تعني أن المقياس صادق في قياس ما وضع من أجله، وعلى ضوء ذلك فإن محور التجنب صادق في قياس ما وضع لقياسه.

ثامناً: محور الهروب والنكران:

1. صدق فقرات محور الهروب والنكران:

وللتثبت من صدق فقرات المحور حسب معامل إرتباط (بيرسون K. Person) بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية لمحور الهروب والنكران، وبعد التطبيق اتضح أن جميع فقرات محور المجال المعرفي البالغة (5) فقرات صادقة في قياس ما أعدت لقياسه إذ كانت معاملات إرتباطها بالدرجة الكلية دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (01) ومستوى دلالة (05). حيث كانت القيم الاحتمالية لها أقل من مستوى الدلالة (01) ومستوى دلالة (05). أنظر الجدول (8).

جدول رقم (8) يوضح إرتباط الفقرات بالدرجة الكلية لمحور الهروب والنكران

رقم الفقرة	الوسط الحسابي Mean	الإنحراف المعياري Std. Deviation	معامل إرتباط الفقرة بالدرجة الكلية Correlations	القيمة الاحتمالية Sig	مستوى الدلالة Level
36	2.4000	.82078	.910**	.000	.01
37	2.6000	.82078	.952**	.000	.01
38	2.6000	.50262	.710**	.000	.01
39	2.400	.5026	.473*	.035	.05
40	2.6000	.50262	.710**	.000	.01
المجموع	12.6000	2.47939			

2. صدق محور الهروب والنكران:

من خلال التثبت من صدق فقرات محور الهروب والنكران حسب معامل إرتباط (بيرسون) بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية وبعد التطبيق اتضح أن جميع فقرات المحور البالغة (5) فقرات

صادقة في قياس ما أعدت لقياسه إذ كانت معاملات إرتباطها بالدرجة الكلية دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (.01) ومستوى دلالة (.05) حيث كانت القيم الاحتمالية لها أقل من مستوى الدلالة (.01) ومستوى دلالة (.05) أنظر الجدول رقم (8).

وبما أن علاقة الفقرة بالدرجة الكلية تعني أن المقياس يقيس سمة واحدة، إذن فصدق فقرات المقياس تعني أن المقياس صادق في قياس ما وضع من أجله، وعلى ضوء ذلك فإن محور الهروب والنكران صادق في قياس ما وضع لقياسه.

تاسعاً: محور الدعم الإجتماعي :

1. صدق فقرات محور الدعم الإجتماعي:

وللتثبت من صدق فقرات المحور حسب معامل إرتباط (بيرسون K. Person) بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية لمحور الدعم الإجتماعي، وبعد التطبيق اتضح أن جميع فقرات محور الدعم الإجتماعي البالغة (5) فقرات صادقة في قياس ما أعدت لقياسه إذ كانت معاملات إرتباطها بالدرجة الكلية دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (.01) حيث كانت القيم الاحتمالية لها أقل من مستوى الدلالة (.01) أنظر الجدول (9).

جدول رقم (9) يوضح إرتباط الفقرات بالدرجة الكلية لمحور الدعم الإجتماعي

رقم الفقرة	الوسط الحسابي Mean	الانحراف المعياري Std. Deviation	معامل إرتباط الفقرة بالدرجة الكلية Correlations	القيمة الاحتمالية Sig	مستوى الدلالة Level
41	2.2000	.76777	.758**	.000	.01
42	1.8000	.76777	.855**	.000	.01
43	2.4000	.50262	.758**	.000	.01
44	3.0000	.00000	1.000**	.000	.01
45	1.8000	.76777	.855**	.000	.01
المجموع	11.2000	1.98945			

2. صدق محور الدعم الإجتماعي:

من خلال التثبت من صدق فقرات محور الدعم الإجتماعي حسب معامل إرتباط (بيرسون) بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية وبعد التطبيق اتضح أن جميع فقرات المحور البالغة (5) فقرات

صادقة في قياس ما أعدت لقياسه إذ كانت معاملات إرتباطها بالدرجة الكلية دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01). حيث كانت القيم الاحتمالية لها أقل من مستوى الدلالة (0.01). أنظر الجدول رقم (9).

وبما أن علاقة الفقرة بالدرجة الكلية تعني أن المقياس يقيس سمة واحدة، إذن فصدق فقرات المقياس تعني أن المقياس صادق في قياس ما وضع من أجله، وعلى ضوء ذلك فإن محور الدعم الإجتماعي صادق في قياس ما وضع لقياسه.

ثبات مقياس إستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي حسب المحاور:

وللتثبت من ثبات المقياس إستخدم الباحث في حساب الثبات معادلة (الفكرونباخ)، حيث تعد معادلة (الفكرونباخ) من أساليب إستخراج الثبات. وقد إستخرج الباحث الثبات بإستخدام هذه الطريقة حيث بلغت قيمة معامل الثبات العام (0.702). وهذا يشير إلى أن المقياس يتمتع بثبات جيد.

جدول (10) نتائج إختبار ألفا كرونباخ لمقياس إستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي

ت	المحور	قيمة معامل ألفا كرونباخ	عدد الفقرات	تسلسل العبارات في المقياس
1	المحور الأول: المجال المعرفي	.689	5	من 1 - 5
2	المحور الثاني: التدين	.600	5	6 - 10
3	المحور الثالث: التخطيط	.816	5	11 - 15
4	المحور الرابع: طلب المساندة	.657	5	16 - 20
5	المحور الخامس: الفكاهة	.688	5	21 - 25
6	المحور السادس: الإسترخاء	.804	5	26 - 30
7	المحور السابع: التجنب	.783	5	31 - 35
8	المحور الثامن: الهروب والنكران	.797	5	36 - 40
9	المحور التاسع: الدعم الإجتماعي	.747	5	41 - 45
	المتوسط العام لنتائج إختبار ألفا كرونباخ للمقياس الكلي مهارات العناية بالذات	.702	45	1 - 45

4. الصدق التجريبي لمقياس إستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي:

وعلى ضوء حساب قيمة معامل (ألفاكرونباخ) البالغة (.702) فإن الصدق التجريبي للمقياس يساوي (.8379) وهو الجذر التربيعي لمعامل الثبات، وهذا يشير أيضاً إلى أن مقياس إستراتيجيات مواجهة الضغط النفسي يتمتع بصدق عالي. مقياس الضغوط النفسية:

قامت الباحثة بتصميم استبيان الضغوط النفسية بعد الاطلاع على عدد من الدراسات والمقاييس السابقة وجاءت النسخة الاولية مكونة من (25) عبارة تغطي جميع محاور وابعاد الضغط النفسي. وقد تم عرض العبارات على نفس لجنة المحكمين السابق ذكرهم لابداء الرأي وكانت ابرز الملاحظات كما يلي:

قبل	بعد التحكيم
عبارة 13	حذف عبارة يؤلمني أي
عبارة 16	يخيفني التفكير في ان مهارات ابني التكيفية مع الحياة ضعيفة
عبارة 18	حذف كلمة كثيراً
عبارة 19	حذف عبارة كثيراً من , واطافة كلمة احبها بدل تمنيتها
عبارة رقم 22	حذف كلمة كثيراً
عبارة رقم 23	استبدال (طبية ونفسية) ب (صحية)

وقد قامت الباحثة باجراء دراسة استطلاعية على عينة عشوائية مكونة من (30) فرد من افراد مجتمع البحث للتأكد من خصائصه السايكومترية وفيما يلي نتج الدراسة الخصائص السيكومترية لمقياس الضغوط النفسية:

1. صدق فقرات مقياس الضغوط النفسية:

وللتثبت من صدق فقرات المقياس حسب معامل إرتباط (بيرسون K. Person) بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية لمقياس الضغوط النفسية، وبعد التطبيق اتضح أن جميع فقرات مقياس الضغوط النفسية البالغة (25) فقرة صادقة في قياس ما أعدت لقياسه إذ كانت معاملات إرتباطها بالدرجة الكلية دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (.01) حيث كانت القيم الاحتمالية لها أقل من مستوى الدلالة (.01) أنظر الجدول (11).

جدول رقم (11) يوضح إرتباط الفقرات بالدرجة الكلية لمقياس الضغوط النفسية

مستوى الدلالة Level	القيمة الاحتمالية Sig	معامل إرتباط الفقرة بالدرجة الكلية Correlations	الإنحراف المعياري Std. Deviation	الوسط الحسابي Mean	رقم الفقرة
.01	.000	.771**	.82078	2.4000	1
.01	.000	.839**	.41039	2.8000	2
.01	.000	. 1.000**	.00000	2.0000	3
.01	.000	.733**	.50262	2.6000	4
.01	.000	.722**	.64889	2.0000	5
.01	.000	.720**	.50262	2.4000	6
.01	.000	.839**	.41039	2.8000	7
.01	.000	.733**	.50262	2.4000	8
.01	.000	1.000**	.00000	3.0000	9
.01	.000	1.000**	.00000	3.0000	10
.01	.000	1.000**	.00000	3.0000	11
.01	.000	1.000**	.00000	3.0000	12
.01	.000	1.000**	.00000	3.0000	13
.01	.000	.722**	.41039	2.2000	14
.01	.000	.866**	.76777	1.8000	15
.01	.002	.654**	.50262	2.6000	16
.01	.000	.771**	.91766	2.0000	17
.01	.000	1.000**	.00000	3.0000	18

.01	.000	.655**	.41039	2.8000	19
.01	.000	1.000**	.00000	3.0000	20
.01	.000	.653**	.64889	2.0000	21
.01	.000	.733**	.50262	2.6000	22
.01	.000	.839**	.82078	2.6000	23
.01	.000	.839**	.41039	2.8000	24
.01	.000	.839**	.41039	2.8000	25
			5.25557	64.6000	المجموع ع

2. صدق مقياس الضغوط النفسية:

من خلال التثبت من صدق فقرات مقياس الضغوط النفسية حسب معامل ارتباط (بيرسون) بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية وبعد التطبيق اتضح أن جميع فقرات المقياس البالغة (25) فقرة صادقة في قياس ما أعدت لقياسه إذ كانت معاملات ارتباطها بالدرجة الكلية دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (.01) حيث كانت القيم الاحتمالية لها أقل من مستوى الدلالة (.01) أنظر الجدول رقم (10).

وبما أن علاقة الفقرة بالدرجة الكلية تعني أن المقياس يقيس سمة واحدة، إذن فصدق فقرات المقياس تعني أن المقياس صادق في قياس ما وضع من أجله، وعلى ضوء ذلك فإن مقياس الضغوط النفسية صادق في قياس ما وضع لقياسه.

ثبات مقياس الضغوط النفسية:

وللتثبت من ثبات المقياس استخدم الباحث في حساب الثبات معادلة (الفاكرونباخ)، حيث تعد معادلة (الفاكرونباخ) من أساليب استخراج الثبات. وقد استخراج الباحث الثبات باستخدام هذه الطريقة حيث بلغت قيمة معامل الثبات العام (.819) وهذا يشير إلى أن المقياس يتمتع بثبات جيد.

جدول (12) نتائج إختبار ألفاكرونباخ مقياس الضغوط النفسية

عدد الفقرات	قيمة معامل ألفاكرونباخ
25	.819

4. الصدق التجريبي لمقياس الضغوط النفسية:

وعلى ضوء حساب قيمة معامل (ألفاكرونباخ) البالغة (0.819) فإن الصدق التجريبي للمقياس يساوي (0.9050) وهو الجذر التربيعي لمعامل الثبات، وهذا يشير أيضاً إلى أن مقياس الضغوط النفسية يتمتع بصدق عالي.

الفصل الرابع

عرض ومناقشة النتائج

إختبار فرضيات الدراسة:

عرض ومناقشة نتيجة الفرض الاول:

يتسم مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد بولاية الخرطوم يتسم بالإرتفاع.

للتحقق من الفرضية الأولى قامت الباحثة بحساب الوسط الحسابي والانحراف المعياري لإجابات أفراد عينة البحث لكل فقرة على حدة، ولإختبار وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الوسط الحسابي المحسوب والوسط الحسابي النظري، إستخدمت الباحثة إختبار (T). والجدول رقم (17) يوضح ذلك:

جدول (17) إختبار (ت) لعينة واحدة لقياس مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال

المصابين بالتوحد

القيمة الاحتمالية	درجة الحرية	قيمه (ت)	الوسط الحسابي الفرضي	الوسط الحسابي المحسوب
.000	19	54.970	2.000	2.584

يلاحظ من الجدول رقم (17) أن قيمة الوسط الحسابي المحسوب تساوي (2.584) وهي أكبر من قيمة الوسط الحسابي الفرضي (2.000)، وأن القيمة التائية قد بلغت (54.970) وأن قيمتها الإحتمالية كان مقدارها (0.000) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05)، إذن نرفض الفرض الصفري الذي ينص على أن مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد يتسم بالإخفاض، ونقبل الفرض البديل الذي ينص على أن مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد يتسم بالإرتفاع، وهذا يشير إلى أن مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد يتسم بالإرتفاع. وهذا يشير الى ان الفرضية قد تحققت.

وهذه النتيجة تشير الى ان الفرضية قد تحققت وفقاً للادبيات التي عرضتها الباحثة. كما اتفقت هذه النتيجة مع دراسة كل من سلوى عثمان عبدالله عثمان 2001م حول الضغوط النفسية لدى اولياء امور الاطفال المعاقين عقلياً بولاية الخرطوم والتي توصلت الى ان السمة العامة المميزة للضغوط النفسية تتميز بالارتفاع، ودراسة دراسة توحيدة عيروس سيد احمد 2012م حول الضغوط النفسية على اولياء امور الاطفال المصابين بمرض التوحد بولاية الخرطوم والتي اسفرت عن أن مستوى الضغوط النفسية لاولياء امور الاطفال التوحدين بالارتفاع، وكذلك اتفقت مع دراسة صفاء رفيق موسى قراقيش 2006م دراسة عن الضغوط النفسية لدى اولياء امور اطفال التوحد

واحتياجات مواجهتها بمدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية والتي توصلت الى ارتفاع مستوى الضغط النفسي لدى افراد العينة الكلية.

وترى الباحثة ن وجود طفل توحدي في الاسرة السودانية يزيد من معدل الضغوط النفسية لاولياء المور وافراد الاسرة لان الاعاقة العقلية بصورة عامة والتوحد بصفة خاصة مرتبط بوصمة اجتماعية تجعل من امر رعايته عبئاً مضاعفاً بالإضافة لضعف الرعاية المجتمعة المقدمة لهؤلاء الاطفال من تعليم وخلافه اضافة للكلفة العالية التي تتطلبها المراكز الخاصة لقبولهم بها مما يشكل مصدرا اخر من مصادر الضغوط النفسية للاسر والاولياء الامور.

الفرضية الثانية: تتسم الإستراتيجيات المستخدمة بواسطة أمهات الأطفال المصابين بالتوحد بمراكز التربية الخاصة بولاية الخرطوم لمواجهة الضغوط النفسية بالسلبية.

للتحقق من الفرضية الثانية قامت الباحثة بحساب الوسط الحسابي والانحراف المعياري لإجابات أفراد عينة البحث لكل فقرة على حدة ، ولإختبار وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الوسط الحسابي المحسوب والوسط الحسابي النظري، إستخدمت الباحثة إختبار (T). والجدول رقم (18) يوضح ذلك:

جدول (18) اختبار (ت) لعينة واحدة لقياس نوع الإستراتيجيات المستخدمة بواسطة أمهات الأطفال المصابين بالتوحد لمواجهة الضغوط النفسية

القيمة الاحتمالية	درجة الحرية	قيمه (ت)	الوسط الحسابي الفرضي	الوسط الحسابي المحسوب
.000	19	53.611	2.000	2.258

يلاحظ من الجدول رقم (18) أن قيمة الوسط الحسابي المحسوب تساوي (2.258) وهي أكبر من قيمة الوسط الحسابي الفرضي (2.000)، وأن القيمة التائية قد بلغت (53.611) وأن قيمتها الإحتمالية كان مقدارها (0.000) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05)، إذن نرفض الفرض الصفري الذي ينص على أن نوع الإستراتيجيات المستخدمة بواسطة أمهات الأطفال المصابين بالتوحد لمواجهة الضغوط النفسية يتسم بعدم بالايجابية، ونقبل الفرض البديل الذي ينص على أن نوع الإستراتيجيات المستخدمة بواسطة أمهات الأطفال المصابين بالتوحد لمواجهة الضغوط النفسية يتسم بالايجابية،

وتشير هذه النتيجة الى ان الفرضية لم تتحقق مما يعني ان الامهات السودانيات ممن لديهن اطفال توحديين يتبنين طرق ايجابية للتعامل مع الضغوط النفسية الناتجة عن رعايتهن لهؤلاء الاطفال.

وبالعودة للمقياس المستخدم في هذا البحث تشير النتيجة الى ان اقل الاستراتيجيات المستخدمة من قبل الامهات هي: الهروب والنكران والتجنب باعتبارها الاستراتيجيات السلبية في المقياس, اما الاستراتيجيات الايجابية مثل الاسترخاء والتدين فهي مستخدمة او مستخدمة بدرجة كبيرة من قبل الامهات. اتفقت هذه النتيجة مع دراسة سلوى عثمان عبدالله عثمان 2001م حول الضغوط النفسية لدى اولياء امور الاطفال المعاقين عقلياً بولاية الخرطوم والتي توصلت أن اساليب مواجهتها لدى اولياء امور الاطفال المعاقين عقلياً تتصف بالاجابية ربما لان العينة في تلك الدراسة تضم اولياء امور وليس امهات فقط كم تضم اطفال ذوي اعاقه عقلية بصفة عامة وليس اطفال توحد بصفة خاصة حيث اثبتت دراسات اخرى اختلاف طرق التعامل مع الضغوط النفسية لدى اسر واولياء امور الاطفال ذوي الاعاقه الذهنية وبينهم بين اسر واولياء امور الاطفال العاديين حسب نوع وشدة الاعاقه.

وبنت الباحثة هذه الفرضية على ان هناك مشكلة مجتمعية ملاحظة في العامل مع ذوي الاعاقه بصفة عامة والاطفال منهم بصفة خاصة كما انها تكشف عن ضعف او انعدام طرق التعامل العلمي مع هذه الفئة من الاطفال مما يجعل الامهات يلجأن لطرق سلبية في التعامل مع الضغوط النفسية المرتبطة برعايتهن لاططفالهن التوحديين. ورغم ان النتيجة جاءت غير مدعمة لهذه الملاحظة الا ان الباحثة ترى ان يتم تأكيدها ببحوث لاحقة حتى يمكن الوصول لتوصيات تساهم في ترقية الخدمات المقدمة في هذا المجال.

الفرضية الثالثة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نوع الإستراتيجيات المستخدمة بواسطة أمهات الأطفال المصابين بالتوحد بمراكز التربية الخاصة بولاية الخرطوم لمواجهة الضغوط النفسية تبعاً لمتغير سن الإبن المصاب.

لحساب الفروق في نوع الإستراتيجيات المستخدمة بواسطة أمهات الأطفال المصابين بالتوحد لمواجهة الضغوط النفسية تبعاً لمتغير سن الإبن المصاب (3 - 5 سنوات، 6 - 8 سنوات، 9 - 12 سنوات)، قامت الباحثة بحساب تحليل التباين الأحادي، الجدول رقم (20) يوضح ذلك:

الجدول (20) نتائج تحليل التباين الأحادي (ANOVA) للفروق في نوع الإستراتيجيات المستخدمة بواسطة أمهات الأطفال المصابين بالتوحد لمواجهة الضغوط النفسية تبعاً لمتغير سن

الإبن المصاب

القيمة الاحتمالية Sig	القيمة الفائية F	متوسط المربعات M.S	درجات الحرية D.F	مجموع المربعات S.S	مصدر التباين S.V
.000	612.97 1	673.06 7	2	1346.13 3	بين المجموعات
		1.098	17	18.667	داخـل المجموعات
			19	1364.80 0	الكلية

يبين الجدول (20) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في نوع الإستراتيجيات المستخدمة بواسطة أمهات الأطفال المصابين بالتوحد لمواجهة الضغوط النفسية تبعاً لمتغير سن الإبن المصاب (3 - 5 سنوات، 6 - 8 سنوات، 9 - 12 سنوات)، وذلك استناداً إلى قيمة (F) المحسوبة لمتغير سن الإبن المصاب (612.971)، وقيمتها الاحتمالية التي تساوي (0.000) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05) مما يشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في نوع الإستراتيجيات المستخدمة بواسطة أمهات الأطفال المصابين بالتوحد لمواجهة الضغوط النفسية تبعاً لمتغير سن الإبن المصاب (3 - 5 سنوات، 6 - 8 سنوات، 9 - 12 سنوات)، لصالح سن الإبن المصاب (3 - 5 سنوات)، أنظر الجدول (21).

جدول (21) الوسط الحسابي لمتغير سن الإبن المصاب

سن الإبن المصاب	الوسط الحسابي
3 - 5 سنوات	118.0000
6 - 8 سنوات	97.0000
9 - 12 سنة	97.6667

تشير هذه النتيجة انه كلما كان الطفل التوحدي اصغر عمراً تزداد ضغوط الام وانزعاجها وتري الباحثة انه من الطبيعي ان يزداد ارتباك الام في التعامل مع الطفل التوحدي صغير السن لانها قد تكون في حالة حيرة في تفسير سلوك ابنها خاصة وانها قد تكون تلقى عدة تفسيرات متناقضة وغير علمي. ولكن بعد ان تتعرف الام على المرض وكيفية التعامل معه تستقر حالتها النفسية نسبياً وتتبنى طرق اكثر ايجابية في التعامل مع الضغوط النفسية الناتجة عن رعايتها للطفل. الفرضية الرابعة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نوع الإستراتيجيات المستخدمة بواسطة أمهات الأطفال المصابين بالتوحد بمراكز التربية الخاصة بولاية الخرطوم لمواجهة الضغوط النفسية تبعاً لمتغير سن الام.

لحساب الفروق في نوع الإستراتيجيات المستخدمة بواسطة أمهات الأطفال المصابين بالتوحد لمواجهة الضغوط النفسية تبعاً لمتغير سن الأم (18 - 23 سنة، 24 - 29 سنة، 30 - 35 سنة، 36 - 41 سنة، 42 - 47 سنة، 48 سنة فأكثر)، قامت الباحثة بحساب تحليل التباين الأحادي، الجدول رقم (22) يوضح ذلك:

الجدول (22) نتائج تحليل التباين الأحادي (ANOVA) للفروق في نوع الإستراتيجيات المستخدمة بواسطة أمهات الأطفال المصابين بالتوحد لمواجهة الضغوط النفسية تبعاً لمتغير سن الأم

القيمة الاحتمالية Sig	القيمة الفائية F	متوسط المربعات M.S	درجات الحرية D.F	مجموع المربعات S.S	مصدر التباين S.V
.011	5.965	281.40 0	2	562.800	بين المجموعات
		47.176	17	802.000	داخـل المجموعات
			19	1364.80 0	الكلي

يبين الجدول (22) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في نوع الإستراتيجيات المستخدمة بواسطة أمهات الأطفال المصابين بالتوحد لمواجهة الضغوط النفسية تبعاً لمتغير سن الأم (18 - 23 سنة،

24 - 29 سنة ، 30 - 35 سنة، 36 - 41 سنة، 42 - 47 سنة، 48 سنة فأكثر)، وذلك استناداً إلى قيمة (F) المحسوبة لمتغير سن الأم (5.965)، وقيمتها الإحصائية التي تساوي (0.011) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05) مما يشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في نوع الإستراتيجيات المستخدمة بواسطة أمهات الأطفال المصابين بالتوحد لمواجهة الضغوط النفسية تبعاً لمتغير سن الأم (18 - 23 سنة، 24 - 29 سنة ، 30 - 35 سنة، 36 - 41 سنة، 42 - 47 سنة، 48 سنة فأكثر) لصالح سن الأم (36 - 41 سنة)، أنظر الجدول (23).

جدول (23) الوسط الحسابي لمتغير سن الأم

الوسط الحسابي	سن الأم
96.5000	سنة 29 - 24
99.0000	سنة 35 - 30
108.0000	سنة 41 - 36

تشير هذه النتيجة الى ان الام الاكبر سنا تتبنى استراتيجيات اكثر ايجابية في التعامل مع الضغوط النفسية الناجمة عن رعاية الطفل التوحيدي. ولم تجد الباحثة نتيجة دراسة سابقة لمقارنتها بهذه النتيجة ولكن التفسير الاقرب للواقع هو ان الام الاكثر خبرة في الحياة والاكثر تفاعلا مع المجتمع المحلي تكون اكثر قدرة علي استيعاب مصادر الضغوط النفسية وبالتالي التعامل معها بطريقة تحفظ لها اتزانها النفسي وتوافقها.

الفرضية الخامسة: : توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نوع الإستراتيجيات المستخدمة بواسطة أمهات الأطفال المصابين بالتوحد بمراكز التربية الخاصة بولاية الخرطوم لمواجهة الضغوط النفسية تبعاً لمتغير المؤهل التعليمي للأمن

لحساب الفروق في نوع الإستراتيجيات المستخدمة بواسطة أمهات الأطفال المصابين بالتوحد لمواجهة الضغوط النفسية تبعاً لمتغير المؤهل التعليمي للأمن (ثانوي، جامعي، فوق الجامعي)، قامت الباحثة بحساب تحليل التباين الأحادي، الجدول رقم (24) يوضح ذلك:

الجدول (24) نتائج تحليل التباين الأحادي (ANOVA) للفروق في نوع الإستراتيجيات المستخدمة بواسطة أمهات الأطفال المصابين بالتوحد لمواجهة الضغوط النفسية تبعاً لمتغير المؤهل التعليمي للأم

القيمة الاحتمالية Sig	القيمة الفائية F	متوسط المربعات M.S	درجات الحرية D.F	مجموع المربعات S.S	مصدر التباين S.V
.190	1.833	121.06 7	2	242.133	بين المجموعات
		66.039	17	1122.66 7	داخـل المجموعات
			19	1364.80 0	الكلية

يبين الجدول (24) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في نوع الإستراتيجيات المستخدمة بواسطة أمهات الأطفال المصابين بالتوحد لمواجهة الضغوط النفسية تبعاً لمتغير المؤهل التعليمي للأم (ثانوي، جامعي، فوق الجامعي)، وذلك استناداً إلى قيمة (F) المحسوبة لمتغير المؤهل التعليمي للأم (1.833)، وقيمتها الإحتمالية التي تساوي (0.190) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05) مما يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في نوع الإستراتيجيات المستخدمة بواسطة أمهات الأطفال المصابين بالتوحد لمواجهة الضغوط النفسية تبعاً لمتغير المؤهل التعليمي للأم (ثانوي، جامعي، فوق الجامعي).

تشير هذه النتيجة إلى أن هذه الفرضية لم تتحقق، أي أن المؤهل التعليمي لا يحدث فرق في استخدام إستراتيجيات معينة في مواجهة الضغوط النفسية الناتجة عن رهايتها لطفلها التوحد. ترى الباحثة أن النتيجة قد تشير إلى أن طبيعة الضغط النفسية في هذه الأحوال طبيعة مجتمعية ترتبط بنظرة المجتمع لهذه الفئة و لاسر التي يوجد فيها طفل توحد وبالتالي فإن ذلك يتطلب اتباع إستراتيجيات لها صلة بمهارات التفاعل الاجتماعي والنشاط المجتمعي أكثر من أنها تتطلب تاهيل أكاديمي ومعرفي.

الفصل الخامس

النتائج والتوصيات والمقترحات

توصلت الدراسة للنتائج الآتية:

- 1- يتسم مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد بولاية الخرطوم
يتسم بالإرتفاع.
- 2- تتسم الإستراتيجيات المستخدمة بواسطة أمهات الأطفال المصابين بالتوحد بمراكز التربية
الخاصة بولاية الخرطوم لمواجهة الضغوط النفسية بالايجابية.
- 3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نوع الإستراتيجيات المستخدمة بواسطة أمهات
الأطفال المصابين بالتوحد بمراكز التربية الخاصة بولاية الخرطوم لمواجهة الضغوط
النفسية تبعاً لمتغير سن الإبن المصاب.
- 4- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نوع الإستراتيجيات المستخدمة بواسطة أمهات
الأطفال المصابين بالتوحد بمراكز التربية الخاصة بولاية الخرطوم لمواجهة الضغوط
النفسية تبعاً لمتغير سن الإم.
- 5- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نوع الإستراتيجيات المستخدمة بواسطة أمهات
الأطفال المصابين بالتوحد بمراكز التربية الخاصة بولاية الخرطوم لمواجهة الضغوط
النفسية تبعاً لمتغير المؤهل التعليمي للام.

التوصيات:

- 1- ايلاء امهات الاطفال ذوي التوحد المزيد من الاهتمام بتخصيص خدمات الارشاد النفسي والعلاج النفسي لهن بالمراكز التي يتلقى فيها اطفالهن برامج التأهيل.
- 2- دعم وتشجيع العلاقة بين ادارات المراكز وامهات واولياء امور الاطفال ذوي التوحد واشراكهم في البرامج المقدمة من تلك المركز.
- 3- العمل على تقديم العون المادي للامهات غير القادرات على توفير متطلبات اطفالهن المصابين.
- 4- الاهتمام بالامهات العاملات اللاتي لديهن اطفال توحيدين, بتمكينهن من الوصل للمراكز وتسجيل الاطفال فيها ومتابعة سير دراسته.
- 5- توصى الدراسة الحالية باجراء دراسات مستقبلية على:
 - الفروق فى الضغوط النفسية واستراتيجيات المواجهة لدى امهات الاطفال ذوى اضطراب التوحد فى ضوء بعض المتغيرات الخاصة بالطفل و الأم مثل (جنس الطفل،شدة اضطراب التوحد،مستوى تعليم الأم،الحالة الاجتماعية،...)
 - الفروق فى احتياجات امهات الاطفال ذوى اضطراب التوحد فى ضوء بعض المتغيرات الخاصة بالطفل و الأم مثل (جنس الطفل، شدة اضطراب التوحد، مستوى تعليم الأم، الحالة الاجتماعية،...)
 - الفروق فى احتياجات امهات الاطفال ذوى اضطراب التوحد تبعا لمستويات الضغوط المختلفة لديهن واساليب مواجهتها.
 - دراسة نوعية عن الضغوط واحتياجات امهات الاطفال ذوى اضطراب التوحد.
 - دليل ارشادى لأمهات الاطفال ذوى اضطراب التوحد للتخفيف من حدة الضغوط النفسية لديهن وتوعيتهم باستراتيجيات لمواجهة هذه الضغوط.

المقترحات:

- 1- اقتراح وجود هيئة شاملة ومنظمة تلبي احتياجات أسر الاطفال ذوى اضطراب التوحد من تشخيص مبكر على أسس سليمة، توفير العلاج الطبى، و السلوكى، و الدعم المعرفى والتدريبى للمهات ولأسر الاطفال ذوى اضطراب التوحد.
- 2- زيادة المراكز المتخصصة التى ترعى الاطفال ذوى اضطراب التوحد فى جميع الفئات العمرية.
- 3- تقديم جميع انواع الدعم النفسى والمادى وغيرها لأسر الاطفال ذوى اضطراب التوحد ومساعدتها من الناحية الطبية، او التعليمية، او التأهيلية، او الخدمات المساندة وخلافه.
- 4- توفير برامج ارشادية للمهات تعتمد على نتائج مثل هذه الدراسات، فتراعى فى تصميمها احتياجات امهات الاطفال ذوى اضطراب التوحد، حتى تكون ذات فاعلية فى تخفيف أثر الضغوط النفسية الواقعة عليهن.
- 5- التوسع فى تقديم البرامج التدريبية الارشادية التى تساعد الامهات على التواصل والتفاعل مع ابنائهن، وتدريب ابنائهن على الاستقلالية فى اداء المهارات الحياتية اليومية.
- 6- التوسع فى انشاء مراكز متخصصة فى تقديم الدعم النفسى والتخفيف من حدة الضغوط لدى أمهات الأطفال ذوى اضطراب التوحد.
- 7- التوسع فى تقديم برامج الدمج الجيدة فى المدارس بمختلف انواعه.

الملاحق

ملحق 1
بسم الله الرحمن الرحيم
جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا
كلية الدراسات العليا

استمارة المحكمين:

في إطار اعداد بحث لنيل درجة الماجستير تخصص علم نفس(ارشاد وتوجيه) . أتقدم لكم بهذا الاستبيان الذي يقيس استراتيجيات مواجهة الضغط النفسي لدى امهات الأطفال المصابين بالتوحد حيث يضم نوعين من الاستراتيجيات السلبية والايجابية ويحتوي كل نوع على أبعاد تضم مجموعة من البنود.

أستاذي الفاضل /أستاذتي الفاضلة:

أرجو إبداء ملاحظاتكم والتكرم بتوضيح مدى ملائمة كل عبارة في الاستبيان لقياس البعد الذي تقع ضمنه وما إذا كان من الأفضل حذفها أو إعادة صياغتها أو نقلها إلى بعد آخر.

اسم الأستاذ المحكم

الدرجة العلمية:.....

الجامعة:.....

يتكون الاستبيان من 25 عبارة ، اقرئي كل منها باهتمام واجيبي عنها باختيار إجابة واحدة من الإجابات تحت الإجابة التي تناسبك، وذلك بوضع الإشارة (x) ، علماً أنه لا توجد صحيحة وأخرى خاطئة وإنما تعبر الإجابة عن وجهة نظرك. إن إجابتك ستحاط بالسرية التامة ولا تطلع عليها سوى الباحثة لاستخدامها في البحث العلمي.

نشكركم على تعاونكم معنا.

استمارة البيانات الاولية:

- 1- جنس الابن المصاب: ذكر () أنثى ()
- 2- سن الابن المصاب: 3- 5 () 6- 8 () 9- 12 ()
- 3- سن الام: 18- 23 () ، 24- 29 () ، 30- 35 ()
- 36- 41 () ، 42- 47 () ، 48 - ()
- 4- المؤهل التعليمي للام: ثانوي () جامعي () فوق الجامعي ()

الرقم	الفقرة	دائماً	احياناً	أبداً
1	المجال المعرفي			
1	قرأت كتابا حول إعاقة ابني وأفادني كثيرا.			
2	طلبت نصائح من أخصائي واتبعتها.			
3	شاهدت شريط وثائقي يبين معاناة المصابين بهذه الإعاقة.			
4	اتبعت برنامج قدم لي من اجل تعديل سلوكيات طفلي.			
5	أحب أن التقى بأم في مثل وضعيتي حتى لا أحس بأنني وحدي من يعاني من هذه المشكلة.			
2	التدوين :			
6	ابني المعاق هو ابتلاء من ربي وأنا راضية بما قسمه الله لي.			
7	إن ابني-ابنتي- مفتاح جنتي.			
8	أصبحت أؤدي صلاة وصيام التطوع شكرا لله على كل نعمه.			
9	إن الله يحبني لهذا ابتلاني بهذا الأمر			
10	ازداد رزقي منذ ولادة طفلي المعاق.			
3	التخطيط :			
11	لا أستطيع التوقف عن التفكير في مستقبل ابني المعاق.			
12	لقد ادخرت مبلغا من المال من اجل ابني.			
13	أفكر في تأسيس مشروع باسم ابني المعاق من اجل			

			ضمان مستقبل أفضل له.	
14			وضعت خطة مدروسة لتعليم ابني مهارات تفيده في حياته	
15			لدينا برنامج عائلي خاص بالعطل يتماشى مع إعاقة ابني.	
4			طلب المساندة:	
16			أتمنى أن أجد الدعم من طرف أهلي وأصدقائي.	
17			أتمنى أن يتقبل المجتمع ابني دون النظر إليه بدونية.	
18			التمست مساعدة أشخاص عانوا من نفس مشكلتي وفعلت بما نصحوني به	
19			أتمنى أن يقدر زوجي ما اعانيه ويقف إلى جانبي من اجل ابنا	
20			افرح كثيرا عندما يقدم لي احدهم مساعدة من اجل ابني.	
5			الفكاهة :	
21			أثناء تواجد ابني بالمركز وغيابه عن المنزل يجعلني تعيسة.	
22			ابني هو دينامو المنزل فنحن نلعب ونضحك سويا.	
23			يسليني ابني عندما أكون حزينة أو أواجه مشكلة ما.	
24			يسليني ابني عندما يناديني باسمي الخاص.	
25			يفرحني أن ابني يتصرف كالكبار.	
6			الاسترخاء	
26			عندما اكون متوترة استلقي قليلاً وأخذ بعض الراحة	
27			عندما اكون منفعلة اتنفس عميقاً	
28			اذهب الى المتنزهات والاماكن العامة عندما اكون متوترة	
29			ابحث عن مصادر التسلية للتخفيف من ضغوط الحياة اليومية	

			أجأ لسماع الموسيقى الهادئة للتخفيف من الشعور بالضغط النفسي	30
			التجنب	7
			اتجنب حضور البرامج التلفزيونية التي تهتم بالاطفال التوحديين	31
			اتجنب المشاركة في النشاطات التي تختص بالاطفال ذوي الاعاقة	32
			اتجنب مقابلة الغرباء	33
			اتجنب اصطحاب ابني للاماكن العامة	34
			اتجنب التفكير بمشكلة لبني	35
			الهروب والنكران	8
			ينتابني النعاس عندما يراودني الشعور بالتوتر	36
			احاول ان اشغل بالي بموضوعات مختلفة غير تلك التي تشغلني باستمرار	37
			اخفي مشاعري عندما اتعرض للضغط النفسي	38
			أجأ الى تعاطي الاقراص المهدئة عندما اتعرض للضغط النفسي	39
			احاول ان ابحث عن اهتمامات اخرى بدلاً عن المواجهة المباشرة للاحداث الضاغطة	40
			الدعم الاجتماعي	9
			أجأ الى أحد أقاربي لمساعدتي على رعاية طفلي التوحدي	41
			اتحدث مع اصدقائي حول المشكلة التي تواجهني	42
			يوجد توافق بيني وبين افراد اسرتي حول كيفية التعامل مع ابني التوحدي	43
			احاول ان لا اصل الى درجة التشاؤم	44
			اقوم بزيارات اسرية بصحبة ابني المصاب	45

بسم الله الرحمن الرحيم
 جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا
 مقياس الضغوط النفسية
 اعداد:.....

ملحق 2

استبيان الضغوط النفسية

الرقم	العبارة	نعم	احيانا	لا
1	أشعر بالتعب عقب أي عمل			
2	يزعجني أن متطلبات العناية بابني مرهقة بالنسبة لي			
3	اشعر أن كل ما ابذله من جهد مع ابني لا جدوى منه			
4	يؤلمني أن ابني يعاني من مشكلات صحية دائمة			
5	اشعر بالحرج في المواقف الاجتماعية بسبب ابني المعاق			
6	يؤسفني أن إمكانيات ابني المحدودة تجعله لا يستطيع مواجهة ظروف الحياة			
7	يؤسفني أن ابني لا يتمكن من التواصل بمفرده			
8	اشعر بالقلق معظم الوقت دون سبب واضح			
9	اشعر ان حياتي قد تحطمت بسبب قدوم ابني المصاب بالتوحد			
10	تزعجني السلوكيات التي تصدر من ابني بشكل متكرر			
11	يؤسفني أن ابني المعاق يشكل مشكلة دائمة في الاسرة			
12	يقلقني أن ابني لا يتمكن من ارتداء ملابسه بمفرده			
13	يؤلمني اني لا استطيع تحقيق كل متطلبات ابني المعاق بسبب الوضع الاقتصادي للأسرة.			

			أعاني من اضطرابات في النوم	14
			فقدت الرغبة في الحياة	15
			يخيفني التفكير في ان علاقات ابني ضعيفة	16
			اعتقد أن أقاربي يتجنبون التعامل معي بسبب ابني المعاق	17
			احزن كثيرا عندما أفكر بأن ابني لن يعيش حياة طبيعية	18
			يؤلمني أنني تخليت عن كثير من الأشياء التي تمنيتها بسبب ابني المعاق	19
			يقلقني أن ابني غير مستقل في نظافته الشخصية	20
			اشعر بضيق في التنفس دون سبب واضح	21
			احزن كثيرا عندما أفكر في إعاقة ابني	22
			يزعجني أن ابني يحتاج لمتابعة طبية ونفسية دائمة	23
			يؤلمني التفكير في أن ابني سيقضي ما بقي من حياته دون علاج	24
			يزعجني أن مكانة الأسرة الاجتماعية قد تناقص بسبب ابني	25

المراجع والمصادر

اولا المراجع العربية:

- (1) ابراهيم فرج عبد الله الزريقان (2004): التوحد: الخصائص والعلاج ، دار المسيرة، عمان- الاردن ، بدون طبعة.
- (2) ابتسام محمود محمد سلطان (2009): المساعدة الاجتماعية و احداث الحياة الضاغطة، دار صفاء ، الاردن، الطبعة الاولى.
- (3) احمد نائل الغرير (2009) : التعامل مع الضغوط النفسية ، دار الشروق ، الاردن ، الطبعة الاولى.
- (4) احمد عيد مطيع الشخانية (2010) : التكيف مع الضغوط النفسية ، دار الحامد للنشر والتوزيع ، الاردن ، الطبعة الاولى.
- (5) الهاشمي لوكيا واخرون (2000) : الضغط النفسي لدي اساتذة التعليم العالي ، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة منتوري، قسطنطينة- الجزائر.
- (6) اسامة محمد البطانية ، عبد الناصر زياد الجراح (2007)) : علم نفس الطفل غير العادي ، دار المسيرة للنشر والتوزيع ، عمان- الاردن ، الطبعة الاولى.
- (7) ايهاب محمد خليل ، ممدوح محمد سلامة، محمد السيد ابو النيل (2009) : الاوتيزم " التوحد" والاعاقة العقلية ، مؤسسة طبية للنشر والتوزيع ، القاهرة- مصر ، الطبعة الاولى.
- (8) جان لابلاس ، ج. ب. بونتاليس (1997) : معجم مصطلحات التحليل النفسي ، ترجمة مصطفى حجازي ، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، عمان- الاردن ، الطبعة الاولى.
- (9) جمعة سيد يوسف (2007) : ادارة الضغوط ، دار الكتب المصرية ، القاهرة- مصر ، الطبعة الاولى.
- (10) جمال مثقال القاسم ، ماجدة السيد عبيد (2000) : الاضطرابات السلوكية ، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان - الاردن ، الطبعة الاولى.
- (11) جوردن ريتا (2007) : الاطفال التوحديون جوانب النمو وطرق التدريس، الشركة الدولية للطباعة والنشر ، القاهرة - مصر ، الطبعة الثانية.
- (12) حمدي علي الفرماوي واخرون (2009) : الضغوط النفسية في مجال العمل والحياة ، دار صفاء للنشر و التوزيع ، الاردن ، الطبعة الاولى.

- (13) حسن مصطفى عبد المعطي (2006) : ضغوط الحياة واساليب مواجهتها ، مكتبة الزهراء ، الطبعة الثانية.
- (14) خالدة نيسان (2009) : سلوكيات الاطفال بين الاعتدال والافراط ، دار اسامة للنشر والتوزيع ، عمان - الاردن ، الطبعة الاولى.
- (15) خولة احمد يحيي (2001) : الاضطرابات السلوكية والانفعالية ، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع ، مصر ، بدون طبعة.
- (16) روية حسن (2002) : السلوك التنظيمي ، الدار الجامعية للنشر والتوزيع ، مصر ، بدون طبعة.
- (17) رفعت محمد بهجت (2007) : الاطفال التوحديون ، دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع ، عمان - الاردن ، دون طبعة.
- (18) رشيد حميد زغيد (2010) : سيكولوجية النمو ، دار الثقافة للنشر والتوزيع ، ليبيا ، الطبعة الاولى.
- (19) زيدان احمد السرطاوي و عبد العزيز الشخص (1998) : بطارية قياس الضغوط النفسية دار الكتاب الجامعي ، العين - دولة الامارات العربية المتحدة.
- (20) زينب محمود شقير (1998) : مقياس مواقف الحياة الضاغطة ، دار الكتاب الحديث ، القاهرة - مصر ، دون طبعة.
- (21) سعيد حسني العزة (2000) : الارشاد الاسري ، مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع ، عمان - الاردن ، الطبعة الاولى.
- (22) سهي احمد امين نصر (2002) : الاتصال اللغوي للطفل التوحدي : التشخيص والبرامج العلاجية ، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع ، عمان - الاردن ، الطبعة الاولى .
- (23) شيلي تايلور (2008) : علم النفس الصحي ، ترجمة وسام درويش بريك و فوزي شاكر داؤد ، دار الحامد للنشر والتوزيع ، عمان - الاردن ، الطبعة الاولى.
- (24) طارق عامر (2008) : الطفل التوحدي ، دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع ، الاردن الطبعة الاولى.
- (25) طه عبد العظيم حسن ، سلامة عبد العظيم حسن (2006) : استراتيجيات ادارة الضغوط النفسية والتربوية ، دار الفكر ، عمان - الاردن ، الطبعة الاولى.

- (26) طه حسين عبد العظيم (2006) : ادارة الضغوط النفسية والتربوية ، دار الفكر ، عمان - الاردن ، الطبعة الاولى.
- (27) عبد الرحمن الهيجان (1998) : ضغوط العمل ، مصادرها ونتائجها وكيفية ادارتها ، معهد الادارة ، الرياض - السعودية .
- (28) علي عبد النبي محمد حنفي (2007) : العمل مع اسر ذوي الاحتياجات الخاصة ، دار العلم والايمان للنشر والتوزيع ، مصر ، دون طبعة.
- (29) علي عسكر (1998) : ضغوط الحياة واساليب مواجهتها ، دار الكتاب الحديث ، الكويت.
- (30) عبد الرحمن سليمان الطرطيري (1994) : الضغط : مفهومه ، تشخيصه ، طرق علاجه ومقاومته ، مطابع شركة الصفحات الذهبية ، الرياض- السعودية ، دون طبعة.
- (31) فوزي محمد جبل (2001) : الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية ، المكتبة الجامعية ، مصر .
- (32) فيصل عباس (1994) : التحليل النفسي للشخصية ، دار الفكر اللبناني ، لبنان ، الطبعة الاولى .
- (33) قحطان احمد الظاهر (2009) : التوحد ، دار وائل للنشر ، عمان - الاردن ، الطبعة الاولى.
- (34) لطفي الشربيني ، د.س، معجم مصطلحات الطب النفسي ، مؤسسة الكويت للتقدم العلمي ، الكويت.
- (35) ماجدة سيد علي عمارة (2005) : اعاقة التوحد بين التشخيص و التشخيص الفارقي ، مكتبة زهراء ، الشروق ، مصر ، دون طبعة.
- (36) ماجدة بهاء الدين السيد عبيد (2007) : الاعاقة العقلية ، دار صفاء للنشر والتوزيع ، عمان - الاردن ، الطبعة الثانية.
- (38) مصطفى نوري القمش ، خليل عبد الرحمن المعاينة (2007) : الاضطرابات السلوكية والانفعالية ، دار المسيرة للنشر والتوزيع ، الطبعة الاولى.
- (39) محمد محروس الشناوي (1994) : نظريات الارشاد والعلاج النفسي ، دار غريب للطباعة والنشر ، القاهرة- مصر .
- (40) محمد محروس الشناوي ، محمد السيد عبد الرحمن (1994) : العلاج السلوكي الحديث ، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع ، القاهرة - مصر ، دون طبعة.

(41) محمد سعيد ابو حلاوة (1997) : المرجع في اضطرابات التوحد ، التشخيص والعلاج ، مصر ، الطبعة الاولى.

(42) محمد زيادة حمدان (2002) : التوحد لدى الاطفال : تشخيصه وعلاجه ، دار التربية الحديثة ، الاسكندرية - مصر ، بدون طبعة.

(43) محمد علي كامل (2003) : الاوليتم : الاعاقة الغامضة بين المفهوم والعلاج ، مركز الاسكندرية ، مصر.

(44) وليد السيد خليفة ، مراد علي عيسى سعد (2008) : الضغوط النفسية والتخلف العقلي في ضوء علم النفس المعرفي ، دار الوفاء ، مصر ، الطبعة الاولى.

(45) يحيى قبالي (2001) : الاضطرابات السلوكية والانفعالية ، الطريق للنشر والتوزيع ، عمان - الاردن ، الطبعة الاولى.

ثانيا الرسائل الجامعية:

(1) ابراهيم عبد الله العثمان، النبلاوى، ايهاب عبد العزيز(2012):المساندة الاجتماعية والتوافق الزواجي وعلاقتها بالضغوط لدى امهات الاطفال نوى اضطراب التوحد.

(1) توحيدة عيروس سيد احمد (2012م) :الضغوط النفسية على اولياء امور الاطفال المصابين بمرض التوحد بولاية الخرطوم.

(2) سلوى عثمان عبدالله عثمان (2001م)، رسالة ماجستير غير منشورة جامعة الخرطوم بعنوان: الضغوط النفسية لدى اولياء امور الاطفال المعاقين عقلياً بولاية الخرطوم

واساليب مواجهتها. (3) صفاء

رفيق موسى قراقيش(2006) ، دراسة لنيل درجة الدكتوراة ، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا- كلية التربية، قسم علم النفس(منشورة- المجلة العربية للتربية الخاصة ، العدد التاسع، 209-214) ، بعنوان: الضغوط النفسية لدى أولياء أمور أطفال التوحد واحتياجات مواجهة تلك الضغوط. (4) عصام محمد زيدان ، جامعة

المنصورة- كلية التربية ، قسم الصحة النفسية - (2004م) (دراسة منشورة ،مجلة البحوث النفسية والتربوية- جامعة المنوفية، كلية التربية) بعنوان: (الإنهاك النفسي لدى آباء وأمهات الأطفال التوحديين وعلاقته ببعض المتغيرات الشخصية والأسرية).

(5) علي أحمد علي زعارير(2009م) (نيل درجة الماجستير- غير منشورة) ، جامعة عمان

- العربية- كلية الدراسات التربوية والنفسية العليا بعنوان: مصادر الضغوط النفسية وأساليب مواجهتها لدى أولياء أمور الأطفال التوحديين في الأردن وعلاقتها ببعض المتغيرات.
- (6) عبير عرفة عبد العزيز محمد الديب (2016): الضغوط النفسية واحتياجات امهات الاطفال ذوى اضطراب التوحد والعلاقي بينهما في دولة الامارات العربية المتحدة. دراسة لنيل درجة الماجستير، جامعة الامارات العربية المتحدة- كلية التربية، قسم التربية الخاصة.
- (7) غادة صابر ابو العطا (2015): الضغوط النفسية و اساليب مواجهتها لدى امهات الاطفال الذاتية والتوافق الزواجي "دراسة اكلينيكية". دراسة منشورة، مجلة التربية الخاصة والتاهيل، مجلد 2، عدد8 (الجزء الاول)، (454-373).
- (8) فاطمة درويش (2011)، جامعة دمشق- كلية التربية (لنيل درجة الماجستير- منشورة، مجلة جامعة دمشق ، المجلد 27-ملحق) الضغوط النفسية لدى أولياء أمور المعوقين عقلياً وأساليب مواجهتها " دراسة ميدانية علي عينة من اولياء امور المعوقين عقليا في مدينة دمشق.
- (9) نادية ابراهيم عبد القادر ابو السعود، جامعة عين شمس- معهد الدراسات العليا للطفولة، قسم الدراسات النفسية والاجتماعية، (لنيل درجة الماجستير، غير منشورة) ، (1997م) دراسة مصرية بعنوان: الإضطراب التوحدي لدى الأطفال وعلاقته بالضغوط الوالدية.
- (10) Allen, K.A., Bowles, T.V. & Weber, L.L. (2013): Mothers and Fathers stress Associated with parenting a child with Autism Spectrum Disorder.
- (11) Benson, B., & Dewey, D. (2008): Parental stress and needs in „families of children with Autism spectrum disorder. International Journal of Disability, Community & Rehabilitation, (71).
- (12) Kuusikko-gauffin, S., Pollock-wurman, R., Mattila, M., Jussila... (2013): Social Anxiety in parents oh high-functioning children with Autism and Asperger syndrome. Journal of Autism and Developmental Disorder.
- (13) Leithead, S., S. (2012): Parenting a child with Autism : Parental Stress Levels and Autistic Symptom logy, Master Dissertation. The Alder school of Professional Psychology.
- (14) Rivard, M., Terroux, A.,... (2014): Determinants of Stress in Parents of Children with Autism Spectrum Disorder.

ثالثا المجالات والدوريات :

- (1) عبد الله الضريبي (2010) : اساليب مواجهة الضغوط النفسية المهنيه وعلاقتها ببعض المتغيرات ، مجلة جامعة دمشق ، المجلد (26) ، العدد (4).

(2) Ryan. N (1989): Stress-coping, strategies identified from school age children, research in Nursing and health, vol (12), N2.

رابعاً المراجع الاجنبية:

- (1) Benjamin Jean Stora (1993) , *The Stress.*
- (2) Lazarus, R...S and Folkman, S (1984) *Coping as a mediator of emotion.* Journal of Personality and Social Psychology, vol (54) , (466-475).
- (3) Marilou Bruchon-Schweitzer (2001), *The relationship among adaptive behaviors of children with Autism spectrum disorder, their family support networks, parental stress and parental coping.*

خامساً مواقع الانترنت :

- www.elbablawe.com/htm/7/14.html/20.05.2011/23:00
- www.kotobarabia.com/psychologie/01.05.2011/18 /49 /محمد حسن غانم/
- www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/12/10/2011
- [www. Elbablawe.com/html/7/14.](http://www.Elbablawe.com/html/7/14)
- [www. Infiressources.ca/fer/depot documents.](http://www.Infiressources.ca/fer/depot documents)
- www.werathah.com/down/20/09/2010